

## Genişletilmiş Bağışıklama Programı

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

### Özet

Genişletilmiş bağışıklama programı ve bu programdaki hastalıklardan kızamık ve poliomiyelite karşı özel uygulamalar, diğer hastalıkların mücadelesinde yapılan değişiklikler yazıda ayrıntılı anlatılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** aşılama, genişletilmiş bağışıklama programı

### Abstract

#### Expanded Program on Immunization

The expanded program for immunization and the special program for measles elimination and poliomyelitis eradication are discussed in detail.

**Keywords:** immunization, expanded program

Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri ve sakatlıkları önlemektir. Bu amaca ulaşmada temel strateji, çocukların hastalığa hassas olduğu en erken dönemde aşılınmalarına başlanarak en kısa sürede programımızda yer alan 7 hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, polio, kızamık, tüberküloz, hepatit B) karşı tam bağışık hale getirilmeleridir. Bu ise çocukların rutin aşı takvimine uygun yaş ve aralıklarla aşı programı kapsamına alınması ile sağlanabilir. Bu doğrultuda belirlenen bağışıklama hizmetleri ile ilgili hedeflerimiz:

- Sıfır yaş grubunda her bir antijende %95 aşılama oranına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- Sıfır yaş grubundaki bebeklerin %90'ını 12. aya ulaştıklarında tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocukların rapel aşılarını tamamlamak,
- Gebelerin en az %80'ini tespit ederek, tamamını tetanoza karşı bağışık hale getirmek,

- Poliomiyelitin yeniden ortaya çıkışını engellemek,
- Maternal ve neonatal tetanozu elimine etmek,
- Kızamık Eliminasyon Programı çerçevesinde 2010 yılına kadar yerli kızamık virusunu yok etmek,
- Difteri, boğmaca, hepatit B ve verem hastalıklarını kontrol altına almaktır.

Bu hedeflere ulaşmada aşılama hizmetleri herkese ulaşabilecek şekilde rutin hizmetler içinde sunulmakta, gerekli durumlarda hızlandırma (sabit ve gezici ekipler oluşturarak), yerel aşı günleri, kampanya gibi ilave aktiviteler ile desteklenmektedir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşılama Bakanlığımız tarafından temin edilmekte ve Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurumlarının yanı sıra, ücretsiz olarak uygulamak ve bildirimde bulunmak kaydıyla, özel çalışan hekimlere ve özel sağlık kuruluşlarına da verilmektedir. Ayrıca Bakanlığımız tarafından kuduz aşısı ve serumu ile akrep ve yılan serumu da temin edilmekte ve dağıtımı yapılarak ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Halen uygulamada olan çocukluk dönemi aşılama

**Tablo 1.** Çocukluk dönemi aşı takvimi

	Doğumda sonu	2. ayın sonu	3. ayın sonu	4. ayın sonu	9. ayın sonu	16-24 ay	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
BCG		I					R	
DBT		I	II	III		R		
OPV		I	II	III		R	R	
Kızamık					I		R	
Hepatit B	I	II			III			
Td							√	√

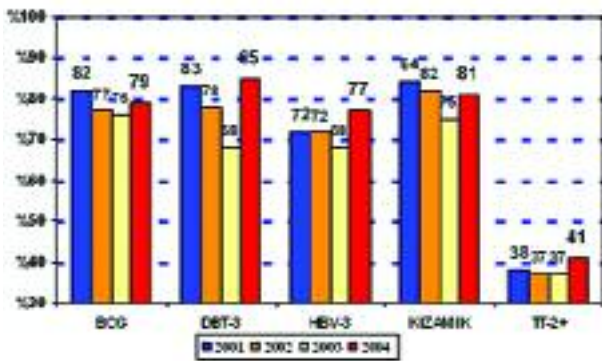
takvimi Tablo 1'de görülmektedir. Program kapsamında olmayan diğer aşilar ise ilgili hekimin uygun gördüğü durumlarda heyet raporu ile 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı gereğince karşılanmaktadır.

2004 yılı aşılama çalışmaları sonucunda ulusal düzeyde aşılama oranlarımız 0 yaş grubunda DBT-3 ve OPV-3 %85, kızamık %81, hepatit B-3 %77, BCG %79 ve gebe kadınlarda TT-2+ %41 olarak gerçekleşmiştir. Şekil 1'de son 4 yıllık aşılama oranları görülmektedir.

### Hastalık kontrol programları

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında takip edilen hastalıklara özel kontrol programları:

- Hepatit B Kontrol Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı
- Difteri/Boğmaca Kontrol Programı



**Şekil 1-** Sıfır yaş grubu aşılama oranları, 2001-2004, Türkiye.

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı'dır.

Tüberküloz kontrol programı, Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte, Genel Müdürlüğümüzce programa lojistik destek sağlanmaktadır.

### Hepatit B kontrol programı

Hepatit B aşısı, rutin aşılama programına 1998 yılı Haziran ayında dahil edilmiştir. Program dahilinde aşılanması hedeflenen gruplar 0 yaş grubu yenidoğanlar ve risk gruplarıdır. Programın uygulamaya konulduğu 04.06.1998 tarih ve 6856 sayılı genelge ile belirlenmiş risk grupları:

- Hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık personeli (idari personel hariç),
- Sağlık çalışanlarının yetiştirildiği tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları vs. öğrencileri,
- Hemodiyaliz hastaları,
- Sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda kalanlar,
- Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar,
- Aile içi temaslı fertlerden aşısız olanlar,
- Çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar,
- Homoseksüeller,
- Hepatit B dışında kronik karaciğer hastalığı olanlar,
- Cezaevleri ve ıslahevlerinde olanlar,
- Endemik bölgelere seyahat edenler,
- Berberler-kuaförler, manikür-pedikürçüler,

- Zihinsel özürlü bakımevlerinde bulunanlar,
- Yetiştirme yurtlarında bulunan kişiler,
- İtfaiye personeli,
- Askerler (yüksek risk altındakiler),
- Polis memurları (yüksek risk altındakiler),
- Kazalarda ilkyardıma uygulayan kişiler,
- Bu risk gruplarının dışında, hekimin yüksek risk nedeniyle aşı yapılmasını uygun bulduğu kişilere sağlık kuruluşlarında ücretsiz aşı uygulaması yapılmaktadır.

• 13.08.2004 tarihli Başışıklama Danışma Kurulu kararına göre, 2005-2006 eğitim-öğretim yılında, lojistik imkânlar sağlanabildiği takdirde, ilköğretim 8. sınıflardan başlamak üzere adolesanlara hepatit B aşısı uygulanmasına başlanacaktır.

şekil 2'de 1990-2004 döneminde Türkiye'de saptanmış hepatit B vaka sayıları görülmektedir.

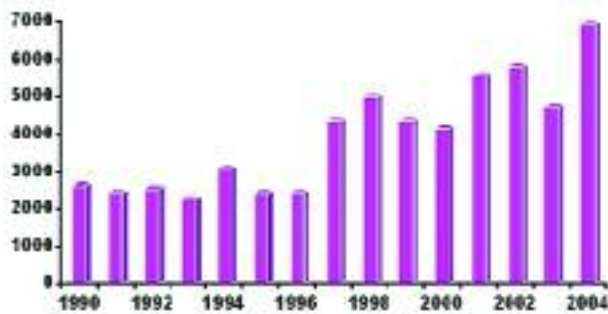
### Maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon programı

Bu programda amaç, Türkiye'de anne ve yenidoğan tetanozu ve buna bağlı ölümlerin engellenmesidir. Programın hedefleri ise;

- Aşılama
- Temiz doğum
- Gebe, loğusa izlemi
- Veri toplama ve değerlendirmedir.

*Neonatal Tetanoz Vaka Tanımı:* Hayatın ilk günü emme ve ağlaması normal olan bir bebekte 3.-28. günler arasında emme veya beslenme problemi, katılık, spazm veya konvülsiyon görülmeleri.

*Maternal Tetanoz Vaka Tanımı:* Gebelik döneminde, doğumda veya 6 haftalık loğusalık döneminde kadının tetanoza yakalanması. Semptomla-



şekil 2- Hepatit B vaka sayıları, 1990-2004, Türkiye.

rı trismus (çene kilitlenmesi), ense sertliği, katılık, yutma güçlüğü ve konvülsiyonlardır.

Tetanoza karşı başışıklık yalnız aşılama ile mümkün olmaktadır. Geçirilen tetanoz hastalığı başışıklık oluşturmamaktadır. Bu nedenle kişiler tetanoz geçirmiş olsalar bile, tanı aldıklarında ya da konvelasan dönemlerinde aşılanmalıdırlar. Eğer anne yeterli sayıda TT aşısı dozu almamışsa, doğumda ve loğusalıkta ne kendisi ne de yenidoğan, tetanoza karşı korunmamaktadır.

### Primer immünizasyon

Gebe tespit edildiğinde ya da doğurganlık yaş grubunda (15-49 yaş) bir kadınla karşılaşıldığında, kadın hiç aşısız ise ya da aşılanma durumu bilinmiyor ise, Tablo 2'de görülen primer immünizasyon takvimine göre 3 doz TT aşısı uygulanmaktadır.

Bu kadınların doğurganlık çağları boyunca tetanozdan korunmaları için ise Tablo 3'e göre 5 doz TT almaları sağlanmalıdır.

Yüksek riskli bölge olarak belirlenen bölgelerde yaşayan tüm doğurganlık yaş grubu (15-49 yaş) kadınların en az %90'ının yukarıda verilen takvime göre primer immünizasyonu sağlanmalıdır.

1985-2004 yıllarına ait Neonatal Tetanoz vaka sayıları şekil 3'te görülmektedir.

### Difteri kontrol programı

Difteri halen dünyanın hemen her yerinde görülen bir hastalıktır, ancak difteri toksoidi ile rutin başışıklamanın başlamasını takiben pek çok bölgede hastalığın görülmeye sıklığında belirgin azalma olmuştur. Avrupa'da 1940'larda başlayan yaygın başışıklama programları ile birçok ülkede hemen hemen eliminasyon noktasına gelinmiştir. 1980'de tüm zamanların en düşük vaka sayısına ulaşılmış

Tablo 2. Primer immünizasyon

TT1.....: Hamileliğin 4. ayında (ya da ilk karşılamada)
TT2.....: TT1'den en az 4 hafta sonra
TT3.....: TT2'den en az 6 ay sonra

**Tablo 3.** Doğurganlık çağı (15-49 yaş) kadınlar için tetanoz aşı takvimi

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Yüzdesi	Koruma Süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayında (ya da ilk karşılaşmada)	-	Yok
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra	80	1-3 yıl
TT3	TT2'den en az 6 ay sonra	95	5-yıl
TT4	TT3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	99	10 yıl
TT5	TT 4'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	99	Doğurganlık çağı boyunca

ve Avrupa'dan yalnızca toplam 683 vaka rapor edilmiştir. Takip eden süreçte ise; birincisi 1982-85 arasında diğeri ise 1990-95 arasında iki epidemi yaşanmıştır. Bu epidemiler Rusya ve Ukrayna başta olmak üzere, özellikle eski Sovyet Cumhuriyetleri'nde etkisini göstermiştir. Aynı dönemde birçok Avrupa ülkesinden bildirilen vakaların %95'ini de Rusya ve Ukrayna kökenli olgular oluşturmaktadır.

Doğu Avrupa'da patlak veren bu son epidemi için başlıca nedenler arasında; bebek ve çocuklarda aşılama oranlarının düşmesi, erişkinlerde immünite azalması, göçmen hareketinde ve risk gruplarında (alkolikler, evsizler...) artış, pediyatristler ve diğer hekimlerin hastalığın ciddiyetinden, vakaların uygun tanısı için gerekli bilgiden ve yakın temaslı takibinden yeterince haberdar olmayışları gösterilmektedir.

Diğer Avrupa ülkelerinde difteri daha çok, erişkinlerin sporadik hastalığı şeklinde ortaya çıkar. Olguların çoğu tropikal bölgelere seyahat ile ilişkilidir. Zaman zaman sınırlı yerel yayılım gözlene-

bilmektedir. 1980'lerde İsveç, Almanya ve Portekiz'den küçük salgınlar bildirilmiştir.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında; 1960'ların başlarında difteri morbiditesinin 100 000'de 20 dolayında olduğu, günümüzde ise 100 000'de 0.01'e kadar gerilediği görülmektedir. Her ne kadar Türkiye'de difteriye karşı aşılamanın başlangıcı tek doz ile 1937 yılına dayanıyorsa da sistematik bir aşılama programının uygulamaya konması 1960'ların ortalarına karşılık gelmektedir ve bu tarihten itibaren de difteri insidansında çok hızlı bir düşüş izlenmiştir. Tıpkı Avrupa örneğinde olduğu gibi, ülkemizde de 1980 yılında 86 vaka ile en düşük sayıya ulaşılmıştır. Bu tarihten sonra ise Avrupa'da kaydedilmiş olan her iki epideminin (1982-85 ve 1990-95) Türkiye'yi de etkilediği; önceki yıllarla kıyaslandığında, belirgin vaka artışı olduğu gözlenmektedir. Geleceğe dönük tahminlerde bulunmak için eldeki veriler yeterli olmakla birlikte; ülkemizin bazı bölgelerinde aşılama ve bağışıklık düzeylerinin öngörülen hedeflerin altında kalması, duyarlı bir popülasyonun varlığına işaret eder ki; difterinin yeniden güncellik kazanması olasılık dahilindedir. şekil 4'te 1985-2004 yıllarına ait Türkiye DBT3 aşı oranları ve difteri vaka sayıları görülmektedir.

**şekil 3-** Neonatal tetanoz vaka sayıları, 1985-2004, Türkiye.

### Boğmaca kontrol programı

Boğmaca, belirli bir coğrafi lokalizasyona odaklanmaksızın tüm dünyada yaygın olarak gözlenen bir hastalıktır. Mevsimsel bir dağılım göstermemekle birlikte, özellikle aşılama oran-

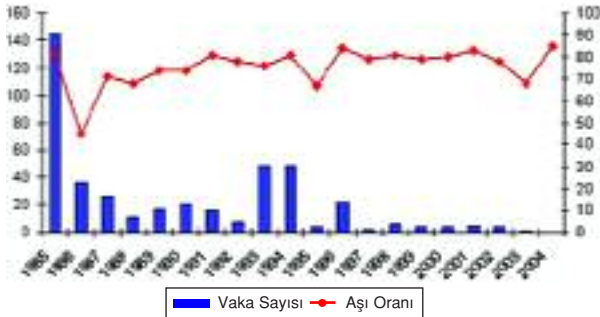
larının düşük olduğu bölgelerde sonbahar aylarında sıklığı artar; üç-dört yılda bir artış gösterecek periyodik epidemiler oluşturur.

Aşılama öncesi dönemlerle karşılaştırıldığında; yaygın aşılama programlarının uygulanmaya başlanmasından bu yana tüm dünyada boğmaca epidemiyolojisi belirgin bir şekilde değişmiş, vaka sayılarında ve ölüm oranlarında önemli düşüşler izlenmiştir. Bununla birlikte 1980'lerden sonra boğmacanın yeniden bir artış eğilimi gösterdiği gözlenmektedir. Araştırmacılar, aşılanmanın koruyuculuğunun zaman içerisinde azaldığını, yaygın immünizasyonun toplumda doğal yoldan kazanılmış bağışıklığı engellediğini ve dolayısıyla özellikle aşı oranı yüksek toplumlarda erişkin popülasyondaki duyarlılığın giderek arttığını ileri sürmektedirler.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında, 1970'lerde boğmaca morbiditesinin 100 000'de 21 dolayında olduğu, 1985 yılında başlatılan Ulusal Aşı Kampanyası'nı takiben morbidite ve mortalite oranlarında belirgin azalma gözlenmektedir. Şekil 5'te 1990-2004 yıllarına ait Türkiye DBT3 aşı oranları ve boğmaca vaka sayıları görülmektedir.

### Polio eradikasyon programı

1988 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde alınan karara uygun olarak, ülkemizde de polio eradikasyonu hedefi benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan Polio Eradikasyonu Programı (PEP), DSÖ'nün teknik önerileri doğrultusunda 1989 yılı sonunda başlatılmıştır.

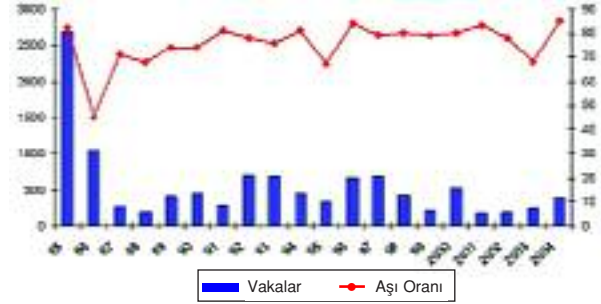


Şekil 4- DBT3 Aşı Oranları ve difteri vaka sayıları, 1985-2004, Türkiye.

Programın amacı, vahşi polio virusu ile oluşan tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmak ve poliovirusunu eradike etmektir. Poliomyelitin eradikasyonu hedefine ulaşabilmek için belirlenen stratejiler:

- Rutin aşılama hizmetleri kapsamında 0 yaşa uygulanan üç doz OPV ile yüksek aşılama düzeylerine ulaşmak ve bu oranların devamlılığını sağlamak,
- Ortaya çıkan her Akut Flask Paralizi (AFP) vakasını inceleyerek; klinik, laboratuvar ve epidemiyolojik araştırmalar ile bunun polio vakası olup olmadığını ortaya çıkarmak; ayrıca vaka saptanmadığı zamanlarda da bunu belgelemek üzere aktif vaka araştırması yapmak,
- Rutin aşılamalara ek olarak destek aşılama aktiviteleri (Ulusal Aşı Günleri, Çocuk Felci Aşı Günleri ve Mop-up) gerçekleştirmektir.

Türkiye'de son polio vakası 1998 yılında saptanmış olup bu vaka aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinin de son vakası olmuştur. DSÖ Avrupa Bölgesi ile birlikte Türkiye de 2002 yılında polioidan arındırılmış ülke sertifikası almıştır. Ancak dünyada halen vahşi virusa bağlı vakalar devam etmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de poliomyelit hastalığı artık görülmemekle birlikte, AFP sürveyansının halen devam etmesi gerekmektedir. Türkiye artık importasyon riski altında, daha da önemlisi importasyon sonrası yayılım riski altındadır. Şekil 6'da genel olarak polio eradikasyon programının Türkiye'deki seyri 1985-2004 yıllarına ait polio vakaları ve OPV3 aşılama oranları görülmektedir.



Şekil 5- DBT3 aşı oranları ve boğmaca vaka sayıları, 1985-2004, Türkiye.

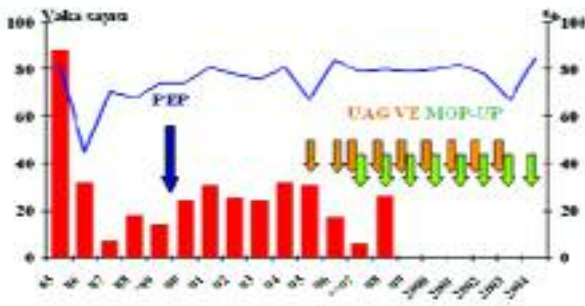


### Akut flask paralizi sürveyansı

Tüm poliomyelit vakalarının tespit edildiğinden emin olmak için Akut Flask Paralizi (AFP) sürveyansı uygulanmalıdır. AFP sürveyansının hedefi “Guillain-Barré sendromu da dahil olmak üzere, 15 yaş altındaki çocuklarda her akut flask paralizi vakasının ve hekim tarafından poliiodan şüphelenilen her vakanın” bildirim ve incelenmesidir.

AFP sürveyans sisteminin performansını gösteren birçok gösterge geliştirilmiştir. En önemlisi, vahşi poliovirus dolaşımı olmasa bile, sürveyans sistemi 15 yaş altındaki her 100 000 nüfus için polio dışı nedenlere bağlı en az bir AFP vakası saptayabilecek kapasitede olmalıdır. AFP vakalarının en az %80’inden uygun gaita numunesi alınmalıdır. Uygun numune; paralizinin başlangıcından sonraki 14 gün içerisinde, en az 24 saat aralıklarla virus izolasyonu analizleri için yeterli miktarda 2 gaita numunesinin alınması ve numunelerin laboratuvara kısa sürede soğuk zincir kuralları içerisinde nakledilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Vahşi poliovirusa bağlı paralizilerin doğrulanması için, tüm AFP vakalarından alınan gaita numunelerinin ulusal viroloji laboratuvarında incelenmesi gerekir. Virus izolasyonu ve tiplendirmesi ulusal laboratuvarlarda, vahşi virus ve aşı virusu ayrımı bölgesel referans laboratuvarlarında yapılmaktadır. Tüm ulusal ve bölgesel referans laboratuvarları, DSÖ’nün gözetimi altında uluslararası laboratuvar ağını oluşturmaktadır.



\*Klinik sınıflandırma \*\*Virolojik Sınıflandırma

**Şekil 6-** Polio Eradikasyon Programı, polio vakaları, aşılama oranları, destek aşılama çalışmaları, 1985-2004, Türkiye.

Ülkemizde parolitik poliomyelit vakalarını belirleyebilecek etkin bir akut flask paralizi (AFP) sürveyans sistemi kurulmuştur. Ülkemizde 1997 yılından beri bu göstergeye ulaşmada önemli gelişmeler kaydedilmekle birlikte, hâlâ vaka bildiriminin eksik olduğu iller ve bölgeler mevcuttur. Ayrıca 2002 yılındaki sertifikasyon sonrası AFP sürveyansında gerileme başlamış ve son iki yıldır hedefin gerisinde kalmıştır. Sürveyans sisteminin güçlenmesi, klinisyenlerin özellikle akut flask paralizili hastalarla karşılaşan dallarda çalışan hekimlerin, duyarlı olmaları ve tüm AFP vaka bildirimlerini zamanında ve eksiksiz yapmaları ile mümkün olacaktır. Şekil 7 ve 8’de polio dışı AFP hızı ve uygun numune hızı görülmektedir.

Polio Eradikasyon Programı dahilinde tüm akut flask paralizi vakalarının belirlenerek incelemeye alınması çok önemlidir. Bu amaçla, tüm şüpheli vakaları saptama ve kesin tanı koymada standart vaka tanımları kullanılmaktadır. Ancak, 15 yaşından büyük şahıslarda, hekimin klinik olarak poliiodan şüphelendiği AFP’li hastalar da programa dahil edilerek inceleme ve izleme alınmaktadır. Şüpheli vaka tanımı, geçici bir sınıflandırmadır ve her şüpheli vakanın, paralizilerin başlangıcından itibaren 60 gün sonunda “kesin polio”, “olası polio” veya “polio değil” şeklinde tekrar sınıflandırılması gerekmektedir.

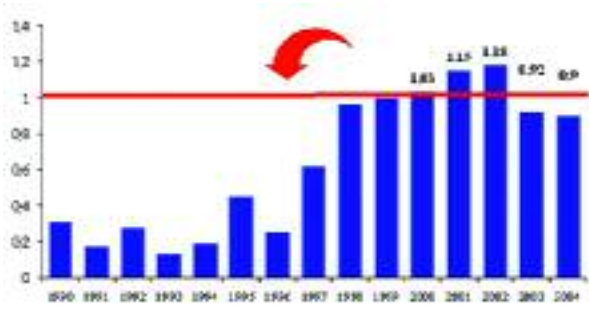
### Kızamık eliminasyon programı

Kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacı ile 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi’nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi’nde bazı hedefler belirlenmiş ve aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95 ve morbiditesinin %90 azaltılması hedeflenmiştir. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü Amerika Bölgesi’nde (AMRO, PAHO) 2000, Avrupa Bölgesi’nde (EURO) 2010 ve Doğu Akdeniz Bölgesi’nde (EMRO) 2010 yılına kadar kızamık eliminasyonu hedeflenmiştir.

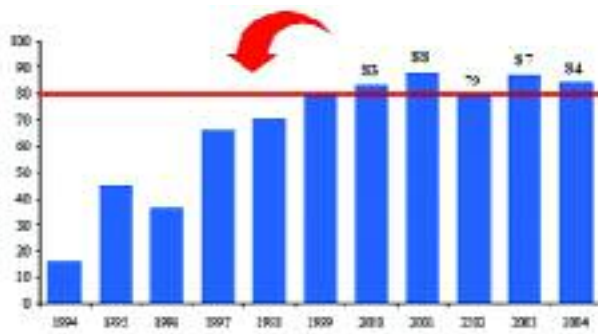
Kızamık ülkemizde bildirim zorunlu bir hastalıktır. Vakalar klinik belirtilere dayalı olarak ta-

nı almakta, laboratuvar destekli tanı hemen hemen hiç yapılmamaktadır. Türkiye’de kızamık aşılması öncesi 1969 yılında 66 111 vaka (insidans: 192/100 000) ve 532 kızamığa bağlı ölüm bildirilmiştir. 1985 aşı kampanyasından iki yıl sonra ise bildirilen vaka sayıları 2 267 ve 2 194’e düşmüş (insidans 4/100 000) ve kızamık ölümü bildirilmemiştir. Ancak, daha sonraki yıllarda vaka sayıları ve ölümler aşılama oranlarının düşmesi ile artmıştır. Kızamık Türkiye’de endemiktir. Aşılama dönemi öncesi gibi her 3-4 yılda bir epidemik piklere yol açmaya devam etmektedir. 2001 yılı bu pik yıllardan biri olmuştur. 2001 yılında 30 509 kızamık vakası (insidans 41/100 000) ve 9 kızamığa bağlı ölüm bildirilmiştir. Şekil 9’da 1927 yılından 2004 yılına dek Türkiye’de saptanan kızamık vaka sayıları görülmektedir.

Şekil 10’da 1989 yılından bu yana bildirilen vakaların yaş gruplarına dağılımı görülmektedir. Şe-



Şekil 7- Polio dışı nedenlere bağlı AFP hızı, 1990-2004, Türkiye.



Şekil 8- AFP vakalarından alınan uygun numune hızı, 1994-2004, Türkiye.

kilde de görüldüğü gibi, tüm vakaların %90-%95’i 15 yaş altındadır. 1997 epidemik yılında vakaların %85’i 15 yaş altındadır. 1989’dan bu yana 5-9 yaş grubu vakalar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Bir-dört yaş arasındaki vakalar da bir diğer büyük gruptur (yıllar içinde %20-%36).

### Türkiye’de kızamık eliminasyonu ulusal faaliyet planı 2002-2010

Planın amacı, Türkiye’de kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmektir. Bu amaca ulaşma yolunda belirlenen hedefler:

- 2010 yılına kadar Türkiye’de yerli virus geçişini durdurmak.
- Ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virusların yerleşmesini engellemek.
- Kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

### Eliminasyon programı stratejileri

#### 1. Bağışıklama

- Rutin: tüm sağlık ocağı bölgelerinde her iki dozda da >%95’e ulaşmak
- Dokuz ay ile 14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulaması, Kızamık Aşı Günleri (KAG)
- KAG sırasında tespit edilen 0-59 ay (5 yaş altı) eksik aşılı çocukların diğer rutin aşılarının tamamlanması (DBT, OPV, hepatit B, BCG)
- Sağlık ocağı düzeyinde aşılama oranı %95’e ulaşmamış yerlerde kapı kapı dolaşarak eksik aşıları aşılamak (Mop-up)

#### 2. Politik kararlılık

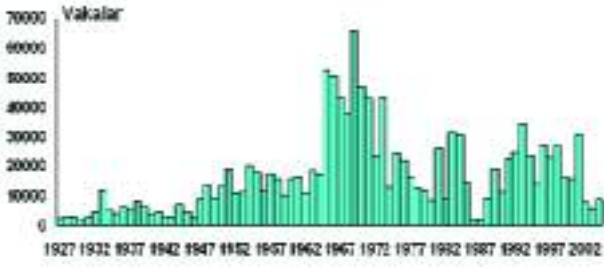
#### 3. Sürveyans

#### 4. Sosyal mobilizasyon

### Kızamık aşı günleri

Kızamık Aşı Günleri’nin pilot uygulaması 28 Nisan-23 Mayıs 2003 tarihleri arasında Bursa ve Gaziantep illerinde uygulanmış ve toplam 934 902 çocuk aşılanarak %95 aşılama oranlarına ulaşılmıştır.

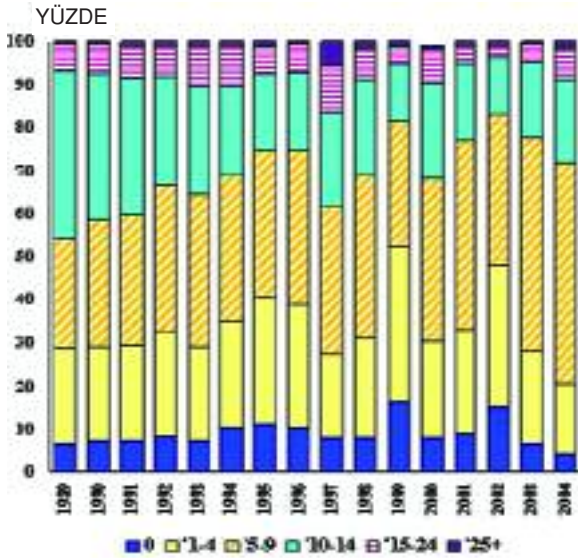
Diğer illerde uygulama iki aşamada gerçekleştirilmektedir. İlk aşamada Kızamık Okul Aşı Günleri (OAG) 2003 yılı Aralık ayında uygulanmış ve ilköğretime devam eden toplam 9 887 497 çocuğumuzdan 9 569 920’u aşılanmış ve aşılama oranımız %97.2 olarak gerçekleşmiştir.



**Şekil 9-** Kızamık vakalarının yıllara göre dağılımı, 1927-2004, Türkiye.

Okulöncesi çocuklar (9 ay-5 yaş), ilköğretim birinci sınıf öğrencileri ve 6-14 yaş grubundan okul çağında olup da okula devam etmeyen çocuklar (2003 yılı Okul Aşı Günleri'nde aşılana-mayan çocuklar) Kızamık Aşı Günleri uygulaması ile aşılansmaktadır. 2004 yılı 1-15 Ekim tarihlerinde aşılama oranlarının düşük olduğu 10 ilimizde (Ağrı, Batman, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Hakkâri, Muş, Şırnak, Tunceli, Van) KAG gerçekleştirilmiş ve %84 aşılama oranlarına ulaşılmıştır.

25 Nisan-20 Mayıs 2005 tarihlerindeki Kızamık Aşı Günleri'nde ise uygulama stratejisi:



**Şekil 10-** Kızamık vakalarının yaş gruplarına göre dağılımı, 1989-2004, Türkiye.

- Bursa ve Gaziantep'te pilot uygulamada aşılana-mayan hedef yaş grubundaki çocukların aşılansması,

- 1-15 Ekim 2004 tarihlerinde KAG'lerini gerçekleştiren 10 ilde yine uygulamada aşılana-mayan hedef yaş grubundaki çocukların aşılansması,

- Diğer 69 ilde 9 ay-14 yaş grubundaki okulöncesi çocukların, ilköğretim birinci sınıfların ve okul çağında olup da okula devam etmeyen çocukların (2003 OAG'de aşılana-mayanlar) aşılansması,

- Bütün illerde KAG sırasında tespit edilen 0-59 ay (5 yaş altı) eksik aşıli çocukların diğer rutin aşılarının tamamlanması (DBT, OPV, hepatit B) şeklindedir.

### **Bakanlığımızın hedeflerine ulaşmasında klinisyenlerimizden beklentilerimiz**

Tüm sağlık birimlerinde, herhangi bir nedenle başvuruda bulunan çocukların ve gebelerin aşılama durumlarının sorgulanması ve aşı takvimine uygun olarak aşılarının tamamlanması ile kaçırılmış fırsatların en alt düzeye indirilmesi ve tüm sağlık kuruluşlarında rutin aşı durumu sorgulamasının alışkanlık haline getirilmesi ulusal düzeydeki çalışmalarımıza destek olacaktır.

Kızamık Eliminasyon Programı'nın özellikle Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Halk Sağlığı akademik çevrelerce desteklenmesi, kızamığın eliminasyonu hedefine ulaşmamızda büyük katkı sağlayacaktır.

Polio Eradikasyon Programı kapsamında yürütölmekte olan AFP surveyansına destek olmak üzere 15 yaş altı tüm AFP vakalarının Sağlık Müdürlüğü'ne bildirimini sağlanması, hem program göstergelerinde hedeflere ulaşılmasına katkı yapacak hem de olası bir importasyon durumunda önlemlerin zamanında alınmasını sağlayarak ölkemizde tekrar vahşi poliovirus dolaşımının başlaması engellenecektir.