

Kaçırılmış Aşı Fırsatı

Dr. Emel Gür

**İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sosyal Pediatri Bilim Dalı**

Özet

Bağışıklama; tüm dünyada beş yaş altı ölüm nedenleri arasında en sık görülen enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde en etkin, en güvenilir, en ekonomik ve en akılcı yoldur. Aşı oranlarının yükseltilmesi, çocukluk çağı morbidite ve mortalitesini önemli ölçüde düşürecektir. Kaçırılmış aşı fırsatı, aşı oranlarının yükseltilmesi önündeki en büyük engeldir. Sağlık ocakları, hasta çocuk poliklinikleri ve yataklı kurumlarda yüksek oranda rastlanan kaçırılmış aşı fırsatına özellikle sağlık kurumlarının dengesiz dağılımı, sağlık kurumlarındaki fizik yapı ve personel yetersizliği, sağlık personelinin bilgisizliği ve motivasyon eksikliği, toplumun bu konudaki bilgisizliği ve duyarsızlığı yol açmaktadır.

Kaçırılmış aşı fırsatlarının engellenmesi ve bağışıklama oranlarının yükseltilmesi için, geliştirilmiş olan pediyatrik bağışıklama uygulama standartlarını, çocuk sağlığı alanında hizmet veren her bireyin bilmesi ve uygulaması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: aşı kontrendikasyonları, çocukluk çağına bağışıklama, çocuk ve adolesan bağışıklama uygulama standartları, kaçırılmış aşı fırsatı

Abstract

Missed Opportunities for Vaccination

Immunization is the most effective, safe, economic and logical strategy for prevention of infectious diseases that are the most common causes of death in children younger than 5 years of age. High vaccination coverage can significantly diminish the childhood morbidity and mortality. Improvement in vaccination coverage is mostly hindered by missed opportunities for vaccination. The unequal distribution of health services, inadequacy of physical conditions and trained personnel in health care units, lack of education and interest of health care professionals, insensitivity and educational insufficiency of public are the major causes of missed opportunities which are frequently detected in primary health care centers, pediatric outpatient clinics and hospitals. The standards of child and adolescent immunization practices developed to prevent missed vaccination opportunities and to improve the vaccination coverage must be known and applied by all pediatric health care providers.

Keywords: childhood immunization, missed opportunities for vaccination, vaccination contraindications

Dünyada her yıl kaybedilen beş yaş altı yaklaşık 11 milyon çocuktan 2 milyonu, aşı ile önlenemez hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu hastalıkların

sık görüldüğü ve ölümcül olabildiği iki yaş altındaki çocuklarda yaşına uygun aşılanma oranının %40-60 düzeylerinde olduğu bildirilmektedir. Bu durum, toplumda epidemilerin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Aşılanmanın amacı, sadece aşılanan kişiyi hastalıktan korumakla kalmayıp, aynı zamanda o hastalığın toplumda kontrol altına alınma-

Yazışma adresi: Dr. Emel Gür
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul
E-posta: egur@istanbul.edu.tr

sını, eliminasyonunu ve mümkünse eradikasyonunu sağlamaktır. O nedenle, aşılama, halen tüm dünyada çocuklarda en sık ölüm nedeni olan enfeksiyonla savaşta en etkili, en güvenli ve en ekonomik yoldur (1).

Aşılama hizmetleri, çocukları ve erişkinleri enfeksiyonlara yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak, bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir. Aşılama, her çocuğun en doğal hakkı, her ana babanın yerine getirmesi gereken bir görevdir. Aşı ile korunulabilen hastalıklar özellikle bir yaşın altında çok daha ağır seyreder, bu nedenle çocukların aşıları zamanında yapılmalı, zorunlu olmadıkça geciktirilmemelidir. Her ülkenin kendi koşullarına göre hazırlanmış aşı programı vardır ve bu programa uyulmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün hesaplamalarına göre difteri, boğmaca, tetanoz, poliomiyelit, kızamık gibi aşı ile önlenebilir hastalıkların eliminasyonu, bir yaş altı çocukların %95'inin her bir antijen ile aşılanması ve %90'ının tam aşı hale getirilmesi, beş yaş altı çocukların rapellerinin tamamlanması ile mümkündür. Çiçek virusunun eradikasyonu ve poliomiyelitin ülkemiz dahil, ABD ve Avrupa'da eliminasyonu, bu duruma en iyi örnektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1974 yılında başlattığı "Genişletilmiş Bağışıklama Programı (Expanded Programme for immunization: EPI)" ve günümüzde "Global Programme for Vaccines (GPV)" adı altında sürdürülmektedir. Bu program; aşılanmanın özendirilmesi ve aşı oranlarının yükseltilmesinin yanı sıra, hastalıkların kontrolü, aşı üretimi, aşı etkinliği ile ilgili çalışmalara destek vermektedir. GPV; yalnızca çocukluk çağı morbidite ve mortalite oranlarını düşürmekle kalmayıp, daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını teşvik etmektedir (2). Ancak, tüm bu çabalara rağmen günümüzde aşılamada istenilen düzeylere ulaşamamıştır.

Dünyada aşılama durumu

Tüm dünyada bir yaş altı çocuklarda aşılama oranları; BCG için %81, DPT3 ve Polio3 için %75, kızamık için %75, hepatit B3 aşısı için %30 düze-

yindedir. Gelişmiş ülkelerde bu oranlar genellikle %90 ve üzerinde seyrederken (DPT3, %95; polio3, %91; kızamık, %90; hepatit B3, %77), az gelişmiş ülkelerde (BCG, %77; DPT3, %63; polio3, %63; kızamık, %63; hepatit B, %14) ulaşılması gereken düzeyin çok altındadır (3).

Türkiye'de aşılama durumu

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003 sonuçlarına göre; 12-23 aylık çocukların %54'ünün aşı kartı bulunmaktadır. Aşı kartı ve annelerden alınan bilgilere göre, bu yaş grubu çocukların %54'üne önerilen aşıların tümü uygulanmıştır. Çocukların %3'ü ise hiç aşı olmamıştır. BCG aşısının yaptırılma oranı %88'dir. DPT3 (%64.4) ve polio3 (%69) vakaların ancak, üçte ikisine yapılmıştır. Kızamık aşısı uygulama oranı ise %79 düzeyindedir (4). Oysa, TNSA-1993 araştırması sonuçlarına göre; tam aşı çocuk oranı (%65) ve DBT3 ve polio3 oranları (%77) bugünkü değerlere göre daha yüksek düzeylerde idi (5). Aşılama oranlarının istenilen düzeylere ulaşmaması ve son on yılda giderek düşüş göstermesi düşündürücüdür ve bu konuda gereken önlemlerin, kısa zamanda alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Kaçırılmış aşı fırsatı

Aşılama oranlarının istenilen düzeye ulaşmamasının başlıca nedeni, kaçırılmış aşı fırsatlarıdır. Kaçırılmış aşı fırsatı; herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurduğunda, aşılanmaya gereksinimi olmasına ve aşı ile ilgili bir kontrendikasyonu bulunmamasına rağmen, o kişinin aşılanmaması durumudur. Kaçırılmış aşı fırsatının görülme oranı %7-70 arasında değişmektedir. Sağlık personeli ile çocuğun karşılaşması, aşılama için bir fırsattır ve mutlaka değerlendirilmelidir (6-11).

Kaçırılmış aşı fırsatlarının oluştuğu yerler

Kaçırılmış aşı fırsatı, rutin aşılanmanın yapıldığı sağlık ocakları, çocuk sağlığı izlem poliklinikleri ve rutin aşı uygulaması yapılmayan acil servisler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren yatılı çocuk servisleri, kronik hasta izlem polikli-

niklerinde sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle büyük şehirlerin varoşlarında ve yarı kırsal alanlarda bulunan, aşı kayıtlarının yetersiz, aşı oranlarının düşük olduğu bölgeler, poliklinik yükünün yoğun olduğu ve sağlık personelinin aşı konusunda hizmetiçi eğitim almadığı kurumlar yüksek risk taşırlar. Aşı ile korunulabilir hastalıklardan ölümlerin en fazla görüldüğü iki yaş altı çocuklarda aşılama ve yine bu dönemde önemli oranda mortalite ve morbiditeye yol açan boğmacaya karşı bağışıklamada kaçırılmış aşı fırsatı oranı en yüksektir.

Kaçırılmış aşı fırsatının nedenleri

Aşı fırsatının kaçırılmasının nedenlerinin bir bölümü sağlık kurumuna bağlı, diğer bölümü ise aile ve toplum kaynaklıdır.

a- Sağlık kurumuna bağlı nedenler:

Sağlık kurumuna bağlı nedenler; başlıca, bütüncül sağlık uygulaması anlayışının olmaması, fizik yapı eksikliği ve sağlık personelinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- 1- Bölgede yeterli sağlık ocağının bulunmaması ya da dengesiz dağılımı nedeni ile ulaşım problemi
- 2- Tedavi edici kurumlarda (hastaneler, poliklinikler) koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi
- 3- Aşılama hizmetlerine uygun fizik yapının hazırlanmaması, uzun bekleme sürelerinin olması
- 4- Başvuru sayısının fazla olması nedeniyle hastalara yeterli dikkatin ve ilginin gösterilmeyişi
- 5- Doktorun aşı uygulaması konusunda gönülsüz davranması
- 6- Aşığı yapacak sağlık personelinin sayıca yetersizliği
- 7- Sağlık personelinin aşılama konusunda bilgi ve/veya motivasyon eksikliği
- 8- Sağlık personelinin çocukların aşılama durumlarını rutin olarak araştırmaması ve önerilen aşıları sunmaması
- 9- Gereken tüm aşıların yaşa ve özel duruma göre uygulanmaması

- 10- Aşılama hizmetinde yanlış kontrendikasyonlarla hareket edilmesi
- 11- Eksik aşıları çocuklara hızlandırılmış aşı şemasının uygulanmaması
- 12- Eşzamanlı aşı uygulamalarından kaçınılması
- 13- Tasarruf amacıyla çoklu dozlu aşı flakonlarının az sayıda kişi için açılmaması
- 14- Aşı kayıtlarının eksikliği
- 15- Aşı kartlarının hazırlanmaması, aileye bunu yanlarında taşımasının öneminin anlatılmaması
- 16- Aile ve sağlık personeli arasındaki iletişim noksanlığı
- 17- Aşı üretiminin olmaması, ithal aşılarla bağımlı kalınması nedeniyle zaman zaman aşı sıkıntısı çekilmesi

b- Aile-toplum kaynaklı nedenler:

Aile ve toplum kaynaklı nedenler, toplumun aşı konusunda bilgi eksikliği ve sağlık personeli ile iletişim bozukluğundan kaynaklanır. Bu nedenler şunlardır:

- 1- Hızlı nüfus hareketleri (iç ve dış göçler)
- 2- Sağlık kurumu ile yeterli iletişim kurulamaması
- 3- Aşıların yararı ve istenmeyen etkileri konusunda yeterli bilginin olmaması
- 4- Aşı karşıtı görüşler (medya ve topluluklar tarafından yanlış bilgilendirme)
- 5- Batıl inançlar
- 6- Sağlık personeline güvensizlik
- 7- Rutin aşıların kamusal kurumlarda ücretsiz yapılmasına karşın, hizmeti talep etmeme, aşılama hizmetinden yararlanmama

Gerçek aşı kontrendikasyonları

Kaçırılmış aşı fırsatlarının en önemli nedenlerinden biri, gerçek aşı kontrendikasyonlarının bilinmemesi ve aşı uygulamalarının gerçek olmayan kontrendikasyonlara göre yönlendirilmesidir. Bu durumun engellenmesi, aşılama gerçekte kontrendikasyonların bilinmesi ve aşı uygulaması konusundaki önerilere uyulması ile mümkündür (12,13).

Önceki aşı veya aşı komponentlerinden birine karşı aşılama sonrası gelişen anafilaksi ve benzeri tablolar tüm aşilar için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Ateşli ya da ateşsiz orta ve ağır hastalık varlığında da hiçbir aşı uygulaması yapılmamalıdır.

Konjenital immün yetersizliği olan (IgA eksikliği, kompleman eksikliği dışında tüm B ve T hücre yetersizlikleri), HIV enfeksiyonu, malignitesi olan, radyoterapi, kemoterapi, uzun süreli yüksek doz, oral, i.m., i.v. yol ile kortikosteroid tedavisi almakta olan çocuklara canlı aşuların uygulaması kontrendikedir. Aerosol ve topikal yolla kortikosteroid uygulaması, canlı aşular için kontrendikasyon oluşturmaz. Canlı bir virus olan oral polio aşı virusunun fekal oral yolla bulaşabilme özelliğinden dolayı, yukarıda sayılan durumlara ek olarak immün yetersizliği olan kişilerle ev içi teması olan çocuklara bu aşının uygulanması kontrendikedir.

Komplikasyonları nedeniyle kaçırılmış fırsatlarının en sık görüldüğü aşı olan boğmaca aşısının kontrendike olduğu durumlar sınırlıdır. Bir önceki aşılama takiben bir hafta içinde gelişen ensefalopati tablosu, hastada kontrol altına alınamayan konvülsiyonların varlığı ya da ilerleyen nörolojik bozukluk ve çocuğun 6 yaşın üstünde olması; boğmaca aşısı için kontrendikasyon teşkil etmektedir.

Neomisine karşı anafilaksi kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşuları, neomisin ve streptomisine karşı anafilaksi ise inaktif polio aşısı uygulaması için kontrendikedir. Hamurcu mayasına karşı anafilaksi varlığı bazı tip hepatit B aşuları için kontrendikasyon teşkil eder.

Gebelerde rutin uygulanmakta olan tetanoz aşısı dışında, zorunlu olmadıkça özellikle ilk trimesterde aşı uygulamasına gidilmemelidir. Gebe ve üç ay içinde gebe kalma riski olanlara kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, oral polio aşısı uygulanmamalıdır.

Aşular için kesin kontrendikasyonların dışında, önlem alınması gereken durumlar da vardır. Boğmaca aşısı uygulamasını takiben 48 saat içinde, 40.5°C'nin üstündeki ateş, kollaps veya şoka benzer durum (hipotonik, hiporesponsif reaksiyon), üç saat veya daha uzun süren devamlı, tiz sesle

ağlama ve üç gün içinde ateşli ya da ateşsiz konvülsiyon öyküsü; boğmaca aşısı için kesin kontrendikasyon olmamakla birlikte, dikkatli davranılması gereken durumlardır.

Aşular için kontrendikasyon oluşturmamayan durumlar

Önceki aşidan sonra hafif veya orta derecedeki lokal reaksiyon (kızarıklık, ağrı, şişlik), hafif veya orta dereceli ateş, o aşının tekrarının yapılmasını engellemez.

Ateşli bir hastalık sırasında veya sonrasında aşı yapılması veya ertelenmesi kararı semptomların şiddetine ve hastalık etiyojisine bağlı olarak verilir. Hafif hastalık sırasında aşı yapılması aşının etkinliğini azaltmaz. Sağlık merkezine başvurmuş, ancak hastaneye yatacak kadar hasta olmayan çocuğa mutlaka aşı durumu değerlendirilerek, eksik aşuları yapılmalıdır.

Akut hastalığın iyileşme döneminde olma, devam eden antibiyotik tedavisi aşılama engel değildir.

Hastanede yatarak tedavi gören hastaların aşı kartları mutlaka incelenmeli, hastalığın akut dönemi geçtikten sonra, hastaneden taburcu olmadan önce mutlaka eksik aşuları tamamlanmalıdır. Araştırmalarda sık hastaneye yatan çocuklarda eksik aşı olma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (10,11).

Enfeksiyöz ajanla yakın süre içinde temas öyküsü aşılama için kontrendikasyon değildir, aksine koruyuculuk sağladığı ileri sürülmektedir.

Genel durumu stabilize olan ve aşı yapılması için yeterli kas dokusu gelişmiş prematüre doğan bebekler, doğum ağırlığına bakılmaksızın, zamanında doğan bebeklerde olduğu gibi 2 aylıktan başlanarak aşılmalıdır. Yalnızca hepatit B aşısı uygulaması için bebeğin ağırlığının 2000 g olma şartı aranmaktadır; ancak HbsAg pozitif anneden doğan bebeklere doğum ağırlığına bakılmaksızın, 12 saat içinde hepatit B ve hepatit B hiperimmüno-globülin yapılması zorunludur.

Neomisin (MMR, IPV) ve streptomisine (OPV) karşı oluşan anafilaktik reaksiyonlar dışında ço-

çocukta ve ailesinde diğer antibiyotiklere karşı oluşan reaksiyonlar, alerji, astım, saman nezlesi olması aşılama engel değildir.

Canlı virus aşıları hamile annelerin çocuklarına yapılabilir. Böyle bir durumda hastalık bulaşması ya da fetusa zarar bildirilmemiştir. Emziren anne ve aşılanmamış ev halkı ile temas aşılama engel teşkil etmez. Doğumdan sonra sarılık öyküsü, aşılanmaya engel oluşturmaz.

Tanısı konmuş, tedavi ile konvülsiyonları kontrol altına alınmış, stabil bir nörolojik tablosu olan, ailesinde konvülsiyon ya da ani bebek ölümü hikâyesi bulunan çocukların aşılanmalarında sakınca yoktur.

Malnütrisyon, kronik hastalık varlığı aşılanmaya engel değildir ve özellikle kaçırılmış aşı fırsatlarının sık rastlandığı bu çocukların zamanında aşılanmalarının önemi büyüktür.

Kaçırılmış aşı fırsatlarının önlenmesi ve pediatrik bağışıklama uygulamalarının standardizasyonu

Son araştırmalar, tam bağışıklama oranının düşük oluşunda sorumluluğun önemli bir bölümünün sağlık hizmetlerinin ulaştırılma sisteminden kaynaklandığı izlenimini vermektedir. Çocuklarına aşı yaptırmak için çabalayan ana ve babalar aşı dağıtımını olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca, aşılama hizmetinde çalışan görevlilerin bazıları, rutin genel muayene sırasında çocuğun bağışıklama durumunu ihmal ederek, ya da çocuğa o sırada uygun olan aşıların hepsini bir arada yapmayarak, uygulamada ele geçirdikleri fırsatlardan yeterince yararlanmamaktadırlar. Hem aşılama önündeki engeller, hem de aşılama kaçan fırsatların tam bağışıklama oranının düşük kalmasına katkıda bulunması gerçeği karşısında ABD’de 1992 yılında, Ulusal Aşı Öneri Komitesi’nin önerisi ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri tarafından “Pediatrik Bağışıklama Uygulama Standartları” oluşturulmuş (14), 2002 yılında “Çocuk ve Adolesanlarda Bağışıklama Uygulama Standartları” şeklinde geliştirilmiş ve güncellenmiştir (15). Tüm bu standartlar, etkili aşı uygulaması için anahtar unsur olarak kabul edilmektedir ve aşılama hizmetinde görev

alan kişilerin hedefleyecekleri ideal standartlardır. Kaçırılmış aşı fırsatının önlenmesi ve aşılama oranlarının artırılmasında oldukça etkin kurallardır.

“Çocuk ve Adolesanlarda Bağışıklama Uygulama Standartları” aşağıda sıralanmıştır:

A- Aşıya erişim

1. Aşılama hizmetleri ulaşılabilir olmalıdır.

Çocuk ve adolesanlara birinci basamak sağlık hizmeti veren tüm hekimler önerilen aşıları, çalıştıkları sağlık merkezindeki rutin sağlık hizmeti içerisine dahil etmelidirler. Birinci basamak sağlık kurumları dışında uygulanan aşılar, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara bildirilmelidir.

2. Aşılamalar mümkün olduğunca sağlık merkezlerinde yapılmalı ve sağlık hizmeti veren diğer merkezlerle koordinasyon içinde olmalıdır.

İdeal olarak aşılar sağlık hizmetinin bir parçası olarak sunulmalıdır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde, aşılama hizmeti rutin sağlık çocuk kontrolü ya da diğer kontrollerle paralel olarak yürütülmelidir. Diğer kuruluşlarda aşılanmış kişiler, daha sonraki aşılarını kendi birinci basamak sağlık merkezlerinde yaptırmaları için yönlendirilmelidir.

3. Aşılama önündeki engeller saptanmalı ve en aza indirilmelidir.

Randevuların geç tarihlere verilmesi, aşılama öncesinde muayene gerekliliği, sağlık merkezinde uzun bekleme süresi, yaşa ve kültürel seviyeye uygun eğitim materyallerinin eksikliği aşılama aksamalara neden olmaktadır. Fizik muayene sağlam çocuk izleminin önemli bir parçası olmakla birlikte, aşı öncesinde şart olarak düşünülmemelidir. Basitçe hastayı gözlemek, sağlık durumu, daha önceki aşıları ve aşı yan etkileri konusunda sorgulamak yeterlidir. Ek olarak sadece aşılama için randevular verilebilir.

4. Aşı maliyeti en aza indirilmelidir.

Tüm hastaların ödediği ücret (aşı, aşının uygulanması, muayene ücreti dahil tüm harcamalar) mümkün olduğunca azaltılmalı, ödeme güclüğü hiçbir çocuk ya da genç için aşı fırsatının kaçırıl-

masına neden olmamalıdır. Hastalara aşı maliyetini azaltmak için; sağlık ve sosyal güvence sistemleri rutin olarak önerilen aşılardan hepsini kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Bunun ötesinde, aşılanma hizmeti sunan uzmanların masraflarını azaltmak için, uzmanlar aşılardan dağıtım ve aşı yarar ve zararları açısından bilgilendirilmelidir.

B- Aşılanma durumunun değerlendirilmesi

5. Sağlık çalışanları her muayenede hastanın sağlık ve aşılanma durumunu ve gereken aşıları gözden geçirmelidirler.

Aşılanma hizmeti veren uzmanlar her karşılaşmada hastanın aşılanma durumunu gözden geçirerek kaçırılmış aşı fırsatlarını en aza indirmelidirler. Bu değerlendirmede hastanın başka bir yerde aşılanıp aşılanmadığı, aşı eksiğinin olup olmadığı ve hastalık açısından yüksek risk taşıyıp taşımadığı belirlenmelidir. Bu bilgi hastanın dosyasına kaydedilmelidir. Aşılanma hizmeti vermeyen uzmanlar gerekli aşıları için hastaları ilgili birinci basamak sağlık merkezine yönlendirmelidir.

6. Sağlık çalışanları sadece tıbbi olarak kabul edilen kontrendikasyonlar açısından hastaları değerlendirmeli ve takip etmelidirler.

Gerçek kontrendikasyon olmayan nedenlerle aşılanmanın yapılmaması, kaçırılmış aşı fırsatlarına neden olmaktadır. Aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanları herhangi bir aşının geciktirilmesini ya da yapılmamasını gerektirecek durumları ve daha önceki aşılama süreçlerinde ortaya çıkan reaksiyonları sorgulamalıdır. Erteleme ve kontrendikasyonlar tıbbi kayıtlarda belirtilmelidir.

C- Aşı yararları ve zararları hakkında etkili iletişim ve bilgi alışverişi

7. Aileler ve hastalar kolay anlaşılır ve kültürel düzeye uygun bir şekilde aşı yararları ve riskleri açısından eğitilmelidirler.

Aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanları ailelere ve hastalara aşılardan yararlarını, aşılarla önlenecek hastalıkları, aşılardan bilinen risklerini, aşı takvimini, aşılardan önerilen yaşlarda yapılmasının gerekliliğini ve her muayenede ellerinde bulunan aşı kayıtlarını beraberlerinde getirmelerinin öne-

mini anlatmak için yeterli zaman ayırmalıdır. Aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanları aileleri ve adolesanları çocuğun tam olarak aşılanmasının sorumluluğunu almaları konusunda cesaretlendirmelidirler.

Yaygın olarak kullanılan tüm çocukluk çağı aşıları için, aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanlarının her aşılama aşamasında aileye ya da çocuğa aşı bilgilendirme formu vermesi gerekmektedir. Ek olarak sözlü açıklamalarla ya da kültürel düzeye uygun, anlaşılır bir dille yazılmış materyallerle destekleyici bilgilendirme yapılmalıdır. Uzmanlar, yazılı materyali hastalarla ve aileleriyle birlikte gözden geçirerek sorular ve endişeler için gerekli açıklamalarda bulunmalıdırlar.

Aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanları; aileleri ve adolesanları, aşılanma sonrasında ortaya çıkan yan etkileri bildirmeleri ve gerekli olduğunda sağlık hizmetini nasıl alabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

D- Aşıların doğru uygulanması ve saklanması ve aşı kayıtlarının tutulması

8. Aşılanma hizmeti sunan sağlık uzmanları aşı saklanması ve uygulanması için doğru yöntemleri uygulamalıdır.

Aşılar üreticinin hazırladığı prospektüste belirtilen koşullarda taşınmalı, saklanmalı ve her aşının son kullanma tarihi not edilmelidir. Aşıların saklandığı ve nakledildiği sıcaklıklar günde iki kez kontrol ve kayıt edilmelidir.

9. Güncel, yazılı aşılanma protokolleri aşılardan uygulandığı tüm merkezlerden temin edilebilmelidir.

Aşıların güvenli ve etkili kullanımının sağlanması için, aşılanma hizmeti sunan hekimler, aşı uygulama ve saklama koşullarını, önerilen aşı takvimini, aşı kontrendikasyonlarını, aşı uygulama tekniklerini, yan etki bildirimini ve tedavilerini, aşı yarar ve riskleri ile ilgili iletişim ağlarını ve aşı kayıtlarının saklanması ve ulaşılabirliği ile ilgili bilgileri içeren yazılı protokolleri bulundurmalarıdır. Bu protokoller yayımlanmış kılavuzlarla uyumlu olmalı, sık sık gözden geçirilmeli ve güncel tutulmalıdır.

10. Aşı uygulanmasında görevli sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık personeli yeterli bilgiye sahip olmalı ve sürekli eğitim sürecinde yer almalıdırlar.

Aşılama hizmeti sunan sağlık uzmanları ve aşı uygulayan diğer sağlık personeli aşı uygulama teknikleri, saklama koşulları, aşı takvimi, aşı kontrendikasyonları, yan etki bildirim ve tedavileri, aşı yarar-risk iletişim ağı, aşı kayıtlarının tutulması ve saklanması ile ilgili olarak yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalı ve sürekli eğitim sürecinde olup bilgilerini güncellemelidirler. Ek olarak, diğer sağlık personeline de görevleri ve aşılama hizmeti içindeki sorumlulukları ile ilgili gerekli eğitim verilmelidir.

11. Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları aynı anda yapılması önerilen aşılarından mümkün olanların hepsini yapmalıdırlar.

Birden fazla aşının aynı anda yapılması (aynı muayenede) güvenli ve etkilidir. Her ne kadar aşı takvimi, aşı dozları için belirli bir yaş aralığı önerse de, gerekli olan tüm aşıların tek seferde yapılması, sağlık merkezine geliş sayısını ve kaçırılmış aşı fırsatlarını azaltır, daha erken koruma sağlar. Gerekli aşılar aynı anda yapılamadığında, hastanın kalan aşılarının yapılması için bir sonraki randevusu mümkün olan en erken zamana verilmelidir.

12. Hastaların aşı kayıtları doğru ve eksiksiz tutulmalı, kolay ulaşılabilir olmalıdır.

Hastaların aşı kayıtları gerektiğinde kolayca ulaşılabilir şekilde saklanan, standart bir form ile tutulmalıdır. Kayıtların doğru tutulması sadece gerekli aşıların yapılması ile sağlanır. Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları her aşının yapıldığı tarihin, aşı üreticisinin ve lot numarasının, aşığı yapan kişinin unvanının ve imzasının, aşının verildiği adresin kaydedilmesini sağlamalıdır. Aşının reddedildiği durumlar da kaydedilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları da özel muayenehanede ya da diğer sağlık merkezlerinde yapılanlar da dahil tüm aşıları kayıt etmelidirler. Hastanın rutin takibini yapmayan bir hekim, hastayı aşıladığında, ilgili birinci basamak sağlık merkezine bildirmelidir.

Sağlık çalışanları her hastanın elinde yapılan aşıların, aşılama tarihlerinin ve aşığı yapan kişilerin kayıtlı olduğu belgelerin bulunmasını sağlamalıdır. Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları aileleri ve adolesanları, ellerinde bulunan kayıt defterlerini yeni kayıtların tutulabilmesi için her kontrolde getirmeleri gerektiği konusunda bilgilendirmelidirler.

13. Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları aşılama sonrası yan etkileri hızlı ve doğru şekilde Aşı Yan Etki Bildirim Sistemi'ne bildirmelidirler.

Aşılama hizmeti sunan sağlık çalışanları klinik olarak gözlenen tüm aşılama sonrası yan etkileri, kesin nedeninin aşı olduğundan emin olmasa bile, hızlı bir şekilde Aşı Yan Etki Bildirim Merkezi'ne bildirmelidirler. Yan etki, hastanın tıbbi kayıtlarına da mümkün olduğunca çabuk, ayrıntılı bir şekilde geçirilmelidir.

14. Hastalarla temas halinde olan tüm personel tam olarak aşılanmalıdır.

Hastalarla temas halinde olan tüm sağlık personeli ve yardımcı personelin aşıları tam olarak yapılmalıdır. Muayenehanelerde ve kliniklerde çalışan personelin aşılanma durumu sürekli gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir.

E- Bağışıklama oranlarının yükseltilmesi konusundaki stratejilerin hayata geçirilmesi

15. Hastalara, ailelere ve sağlık çalışanlarına aşılama zamanlarını hatırlatmak için kullanılan sistemlerin varlığı.

Çalışmalar, aşı randevusunu hatırlatma sistemlerinin, aşı uygulamalarında başarıyı artırdığını göstermektedir. Hasta ile yapılan hatırlatma görüşmelerinde hasta yapılmış ve yapılacak aşılar konusunda bilgilendirilmektedir. Hatırlatmalar e-posta ya da telefon yoluyla yapılabilir. Aşı randevusunu hatırlamama ve önerilere cevap vermeme riski yüksek bulunan (örneğin, daha önceki randevularına gelmemiş) kişilere daha sıkı takip ve hatırlatmalar uygulanmalıdır.

16. Muayenehane ya da klinik kayıtları ve aşı oranları yıllık olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmalar, pratikte aşılama başarısını artırmada en etkili yolun kayıtların gözden geçirilmesi ve sağlık çalışanlarıyla sonuçların paylaşılması olduğunu göstermektedir. Ayrıca belirli bir amaç ya da standart hedeflenerek yapılan performans karşılaştırmaları ya da motivasyon çalışmaları da etkili girişimler arasında yer almaktadır. Bağışıklama oranları sürekli ve düzenli olarak gözden geçirilerek, pratikte ya da özel bir hasta alt grubunda az aşılamanın nedenleri daha net değerlendirilebilir.

17. Aşılama hizmeti sunan uzmanlar toplumsal yaklaşımları belirlemelidirler.

Tüm sağlık çalışanları aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı en geniş korumayı sağlama sorumluluğunu paylaşmaktadırlar. Bağışıklama, bireyin ötesinde tüm toplumu korumayı hedeflemektedir. Yüksek aşılama oranı olmaksızın hiçbir toplum tam olarak aşı ile önlenebilir hastalıklarla mücadele edemez. Bu nedenle uzmanlar hastalarının ihtiyaçları kadar toplumun (özellikle az hizmet alan popülasyonların) ihtiyaçlarını da düşünmelidir. Toplumun ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçlara yanıt verecek aşılama servislerini oluşturabilmek amacıyla halk sağlığı birimleri, kadın-çocuk beslenme programları, okullar ve diğer yardım organizasyonları ile ortak çalışmalar yürütülmelidir.

Sonuç olarak, kaçırılmış aşılama fırsatı oranı, özellikle o sağlık kurumunun sunduğu hizmetin kalitesinin önemli bir göstergesidir. Bir sağlık kurumunda koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi edici sağlık hizmetinin bir arada yürütülmesine yönelik bütüncül yaklaşım anlayışının düzeyini belirler. Çocuk sağlığı ile uğraşan kişiler, karşılaştıkları tüm çocukların eksik aşılarını her fırsatta tamamlamaya özen göstermeli ve gerçek olmayan aşı kontrendikasyonlarından kaçınmalıdırlar. Çocuk sağlığı alanında hizmet verenler bağışıklama konusunda hizmetiçi eğitim almalı ve sürekli motive edil-

melidirler. Aynı zamanda toplumun da aşılamanın önemi konusunda aydınlatılması ve bu konuda duyarlı hale getirilmesi, çocuk sağlığına önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. *The World Health Report 1998*. Geneva WHO, 1998:62.
2. World Health Organization. *Global Programme for vaccines and immunization. Programme Report 1996*. WHO/GPV/97.01. Geneva. Switzerland 1997.
3. UNICEF *The State of the World's Children 2004*. New York.
4. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 2004. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*. Ankara, Türkiye.
5. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1994. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993*. Ankara, Türkiye.
6. Bardenheier BH, Yusuf HR, Rosenthal J et al. *Factors associated with underimmunization at 3 months of age in four medically underserved areas*. *Public Health Rep*. 2004 Sep-Oct;119(5):479-85.
7. Mc Connachie KM, Roghmann KJ. *Immunization opportunities missed among urban poor children*. *Pediatrics* 1992;89:1019-26.
8. Santolini JM, Szilagyi PG, Rodewald LE. *Barriers to immunization and missed opportunities*. *Pediatrics Ann* 1998;27:366-74.
9. Szilagyi PG, Rodewald LE. *Missed opportunities for immunizations : a review of the evidence*. *J Public Health Manag Pract* 1996;2:18-25.
10. Taşdelen E, Can G, Arvas A, İltar Ö. *Hastanede yatan çocukların aşılanma durumları*. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 1996;27:142-6.
11. Kum-Nji P, James D, Herrod HG. *Immunization status of hospitalized preschool children: risk factors associated with inadequate immunization*. *Pediatrics* 1995; 96:434-8.
12. American Academy of Pediatrics. *Vaccine safety and Contraindications*. In: Pickering LK, ed. 2003 *Red Book: Report of The Committee on Infectious Diseases*. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003;pp.37-49.
13. Bardenheier BH, Yusuf HR, Rosenthal J et al. *General recommendation on immunization*. *MMWR* 2002;51(8, RR-2):1-36.
14. Ad Hoc Working Group. *Standards for Pediatric Immunization Practices*. *JAMA* 1994; 7(3):143-52.
15. National Vaccine Advisory Committee. *Standards for Child and Adolescent Immunization*. *Pediatrics*. 2003; 112:958-63.