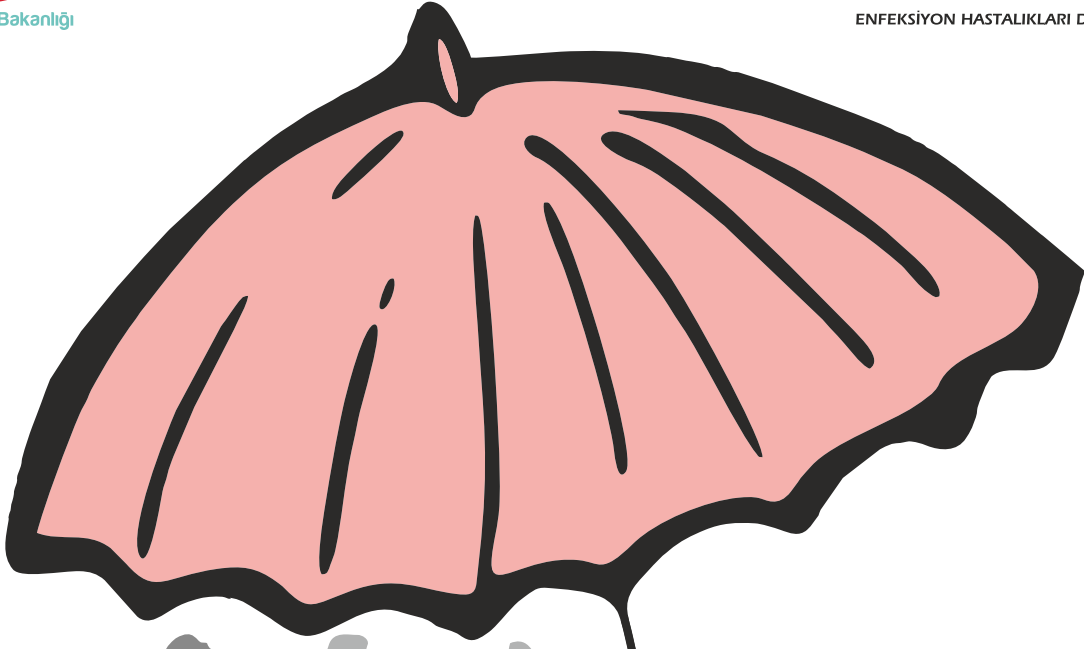




TC. Sağlık Bakanlığı



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI

27-29 MART 2014
ANKARA

RAPOR



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Ülkemizin ilk Ulusal Aşı Çalıştayı 27 – 29 Mart 2014 tarihlerinde Ankara’da 3 resmi kurum, 23 dernek ve 6 sanayi kuruluşunun temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalıştayda ülkemizin aşı ile ilgili mevcut durumu ve gelecekle ilgili beklentileri konu ile ilgili kurum ve dernek temsilcileri tarafından detaylı olarak tartışılmış ve çözüm önerileri belirlenmiştir. Ülkemizde ilk defa aşı konusunun bu kadar geniş çapta ve ilgili bütün kurum ve derneklerin katılımıyla irdelendiği bu çalıştay aşı ile ilgili işlemlere rehberlik oluşturması amacıyla düzenlenmiştir. Konular 8 farklı modül halinde grup çalışmalarını da içeren ve daha sonra ortak oturumlarda bütün çalıştay üyelerinin katılımıyla geniş bir şekilde ele alınmış ve sorunlar belirlenip çözüm önerileri ortaya konulmuştur.

Çalıştay sırasında ele alınan konuların ve ortaya çıkan farklı görüşlerin tartışmaları zenginleştirerek aşı konusu ile ilgili kurum ve kişilere yardımcı olacağını ve yol göstereceğini ummaktayız.

Ülkemizde, 1993 yılından bu yana Bağışıklama Danışma Kurulu ulusal bağışıklama politikalarının, program ve stratejilerinin belirlenmesinde bilimsel öneri ve görüş oluşturarak ülkemizde bağışıklama hizmetlerinin etkili ve kaliteli yürütülmesinde büyük katkı sağlamıştır. Aşılama politikalarının oluşturulmasında Kurulun tavsiyeleri bundan sonra da belirleyici olacaktır.

Aşı çalıştaylarının gelecek yıllarda da tekrarlanacağı ümidiyle saygılar sunarız.

Çalıştay Başkanları,

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı

Prof. Dr. Mehmet CEYHAN
Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI KATILIMCI LİSTESİ

DERNEK VE KURUM KATILIMLARI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU

DR.	PERVİN	ÖZELÇİ
DR.	ASLIHAN	COŞKUN
DR.	HAVVA	ATASOY
DR.	AYŞEGÜL	ERDOĞAN
DR.	HALİT ÜMİT	ÖZDEMİRER
DR.	TARKAN MUSTAFA	YAMANOĞLU
DR.	OSMAN ERKAN	SAY
DR.	BEKİR MUTLU	GÜNGÖR
DR.	ALİ	KÖSEKAHYA
DR.	AHMET	ÖZLÜ
DR.	SELİN NAR	ÖTGÜN
PROF. DR.	SEÇİL	ÖZKAN
DR.	OSMAN	TOPAÇ
AV.	CEMİL	GÜNEŞ
DR.	ZÜBEYDE İŞİL	ATA
DR.	A. ÇİĞDEM	ŞİMŞEK

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KANSER SAVAŞ DAİRE BAŞKANLIĞI

DOÇ.DR. MURAT GÜLTEKİN

AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ FEDERASYONU

DR.	MURAT	GİRGİNER
DR.	HAKAN	UZUN
DR.	AKİF EMRE	EKER
DR.	LÜTFİ	TİYEKLİ
DR.	H.ŞENOL	ATAKAN
DR.	EBRU	ER DEĞER
DR.	ALİ	YILMAZ
DR.	EBRU	CANDAR

ANKARA MİKROBİYOLOJİ DERNEĞİ

PROF. DR. ÖZGEN KÖSEOĞLU ESER
PROF. DR. BANU SANCAK



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ANTİBİYOTİK VE KEMOTERAPİ DERNEĞİ (ANKEM)

PROF. DR. BÜLENT GÜRLER

ÇOCUK ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

PROF. DR. MUSTAFA HACIMUSTAFAOĞLU
PROF. DR. NECDET KUYUCU
PROF. DR. EMİN SAMİ ARISOY
PROF. DR. FADİL VARDAR
PROF. DR. AYPER SOMER
PROF. DR. NURAN SALMAN
PROF. DR. ERDAL İNCE
PROF. DR. NURİ ZAFER KURUGÖL
PROF. DR. ALİ BÜLENT CENGİZ
PROF. DR. MEHMET TURGUT
PROF. DR. METEHAN ÖZEN
DOÇ. DR. SOLMAZ ÇELEBİ
PROF. DR. GÜLNAZ ŞENSOY
DOÇ. DR. AHMET SOYSAL
DOÇ. DR. SELİM ÖNCEL
DOÇ. DR. ANIL AKTAŞ TAPISIZ
DOÇ. DR. ENER ÇAĞRI DİNLEYİCİ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

PROF. DR. NURAY ÖĞÜTÇÜ UĞUR
PROF. DR. GÜLNAZ ULUSOY
PROF. DR. GÜLŞEN HASÇELİK
PROF. DR. MEHMET CEYHAN
PROF. DR. ATEŞ KARA
PROF. DR. MURAT AKOVA
PROF. DR. NEZAHAT GÜRLER
PROF. DR. SELİM BADUR
PROF. DR. KADRIYE YURDAKÖK
DOÇ. DR. MERAL CİPLAK
DR. MELDA ÇELİK
DR. YASEMİN ÖZSÜREKÇİ
DR. EDA KARADAĞ ÖNCEL
DR. ÜMİT ÇELİK
DR. CEREN ÇETİN
DR. CİHANGÜL BAYHAN
PROF. DR. VOLKAN KORTEN
DR. İLKER DEVRİM
DR. ASLINUR PARLAKAY ÖZKAYA



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

LAB.	SERKAN	ERKAN
LAB.	EMRE	AYCAN
DR.	MERVE	KOÇAKÇI
DR.	SALİHA	KANIK YÜKSEK

TÜRKİYE ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ DERNEĞİ

PROF. DR. GAYE	USLUER
DOÇ. DR. SERAP	GENÇER

TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

PROF. DR. ALPAY	AZAP
PROF. DR. ESİN	ŞENOL
PROF. DR. AYŞE	ERBAY

ENDOKRİN VE METABOLİZMA DERNEĞİ

YRD. DOÇ. DR. HÜSNİYE	BAŞER
-----------------------	-------

TÜRK DİYABET VAKFI

PROF. DR. İLHAN	YETKİN
PROF. DR. AHMET	KAYA

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK DERNEĞİ

DR. ALİ	CEYLAN
PROF. DR. IŞIL	MARAL
DR. LEVENT	AKIN
DR. MUZAFFER	ESKİOCAK
DOÇ. DR. NUR	AKSAKAL
DR. TAYYAR	ŞAŞMAZ

PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ (PUADER)

PROF. DR. EMRE	ALHAN
PROF. DR. MUSTAFA	BAKIR
YRD. DOÇ. DR. MELİKE	KESER
DR. NEVİN	HATİPOĞLU

TÜRKİYE MİLLİ PEDİATRİ DERNEĞİ

PROF. DR. AYSU	DUYAN ÇAMURDAN
PROF. DR. ADEM	AYDIN
PROF. DR. CANAN	TÜRKYILMAZ



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEğİ

27-29 MART 2014
ANKARA

DOÇ. DR. HASAN TEZER
DOÇ. DR. FİLİZ ŞİMŞEK ORHAN

TÜRK PEDIATRİ DERNEğİ

PROF. DR. EMİN ÜNÜVAR
PROF. DR. AHMET ARVAS
PROF. DR. SADIK AKŞİT
PROF. DR. NURŞEN BELET
PROF. DR. ERęİN ÇİFTÇİ

TÜRK NEONATOLOJİ DERNEğİ

PROF.DR. UğUR DİLMEN
YRD. DOÇ. DR. EMRE CANPOLAT

ADÖLESAN SAğLIğI DERNEğİ

PROF. DR. EMEL GÜR

ERGEN SAğLIğI DERNEğİ

PROF. DR. ORHAN DERMAN
PROF. DR. NURDAN TEKGÜL

SOSYAL PEDIATRİ DERNEğİ

PROF. DR. UFUK BEYAZOVA
PROF. DR. GÜLBİN GÖKÇAY
PROF. DR. SONGÜL YALÇIN
YRD. DOÇ. DR. SEVTAP VELİPAŞAOğLU GÜNEY
DOÇ. DR. MELDA KONDOLOT
DOÇ. DR. AHMET ERęİN
YRD. DOÇ. DR. FEYZA KOÇ
DOÇ. DR. OYA BALTALI HALİCİOğLU

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ DERNEğİ

PROF. DR. ALİ AYHAN
PROF. DR. FARUK KÖSE
PROF. DR. İLKKAN DÜNDER
PROF. DR. NEJAT ÖZGÜL



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEğİ

27-29 MART 2014
ANKARA

TÜRK JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK DERNEğİ

PROF. DR. HALDUN GÜNER
DOÇ. DR. ÜMRAN KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ

TÜRK GERİATRİ DERNEğİ

PROF. DR. VİLDAN AVKAN OğUZ
DOÇ. DR. MERAL SAYGUN
UZM. DR. OSMAN ÖRSEL

TÜRK İ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEğİ

DOÇ. DR. MİNE DURUSU TANRIÖVER
DR. LALE ÖZİŐİK
PROF. DR. GÜLBİN AYGENCEL

TÜRK TORAKS DERNEğİ

PROF. DR. AYKUT ÇİLLİ
PROF. DR. ABDULLAH SAYINER

TÜRKİYE SOLUNUM ARAŐTIRMALARI DERNEğİ (TÜSAD)

PROF. DR. İSMAİL ZAFER ECEVİT
DOÇ. DR. ARZU ERTÜRK

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

PROF. DR. BÜLENT BEŞİRBELLİOğLU



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

SANAYİ KATILIMLARI

ASTRA ZENECA İLAÇ SANAYİ TİC. LTD. ŞTİ.

BURCU	DENİZLİ
SERDAR MURAT	ÇOLAK
DENİZ	GÜRANLIOĞLU

GLAXO SMITH KLINE İLAÇLARI SANAYİ VE TİC. AŞ.

EMİN	FADILLIOĞLU
YILDIRAY	TANRIVERDİ
TAN	AKNİL
ESRA	EKER
YUSUF	KARAGÖZ
ECE	BİLGE
YASEMİN	AKGÜN
BERK	ÇAĞLAR
DEVRİM	ULUSAL
TOLGA	ŞAHİN
HATİCE	GÖRÜR
EREN	ÖZDEMİR
SERDAR	ÖZTÜRK
ERHAN	ÖZDERVİŞOĞLU
BEYHAN	ERKOL

MERCK SHARP & DOHME İLAÇLARI LTD. ŞTİ.

HAMZA	ÖZDEMİR
ASLI	MENEMENLİOĞLU
ANIL	ÖZKAN
CEM	OLGUN

NOVARTİS SAĞLIK GIDA VE TARIM ÜRÜNLERİ SANAYİ VE TİC. AŞ.

SERDAR	ALTINEL
ARLET	ÇAKILCIYAN
NİLÜFER	MORAL

PFİZER İLAÇLARI LTD. ŞTİ

AYLİN	TÜZEL
ZEYNEP	GÜVENEL
METMET CAN	ASLANTAŞ
ALPER	YAĞMUR
BÜLENT	TAYŞI
ELEM	ULUS
DEVRİM EMEL	ALICI
SERHAT	YALÇINKAYA
SERAP	ACAR
EGEMEN	ÖZBİLGİLİ
AŞKIN ZAFER	SALTOĞLU



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEğİ

27-29 MART 2014
ANKARA

SANOĞİ PASTEUR AŞI TİC. AŞ.

TAMER
ALP
EMİN
VOLKAN
MUTLU

PEHLİVAN
DOğU
TURAN
DOğAN
AYDINOğLU

KEYMEN İLAÇ SANAYİ VE TİC. AŞ.

MUTLU
DUYGU
ÇİğDEM
EDA

TOPAL
YILMAZ
ÖZKAN
CORA



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 1

AŞI PROGRAMLARININ VE UYGULAMALARININ KABULÜNÜN GÜÇLENDİRİLMESİ

Başkan: Seçil Özkan

Raportör: Cihangül Bayhan

Panel sunumları:

1. Aşı programlarını ve uygulamalarını engelleyen faktörler, Ayşegül Erdoğan
2. Aşı uygulamalarını artırmaya yönelik çözüm önerileri, Mehmet Ceyhan

Grup çalışmaları:

1. Çocukluk aşılamaında sosyal problemler
Aktivatör: Sevtap Velipaşaoğlu
2. Çocukluk aşılamaında yönetimsel problemler
Aktivatör: Osman Topaç
3. Yetişkin aşılamaında problemler
Aktivatör: Işıl Maral

Genel bilgi

Aşılama bir sağlık çalışanının insan sağlığına verebileceği en büyük katkıdır. Çünkü başka hiçbir yöntemle bir hastalığı ortadan kaldırmak mümkün değildir. Aşı sayesinde çiçek hastalığı ortadan kalkmış, poliomiyelitte eradikasyon noktasına yaklaşmış ve kızamık eliminasyonunda önemli mesafe kaydedilmiştir.

Ülkemizde 2005 yılına kadar 7 hastalığa karşı % 75 – 80 oranında kitlesel aşılama uygulanmış, o yıl içerisinde alınan kararlarla KKK ve Hib aşıları programa eklenmiş, daha sonra konjuge pnömokok, hepatit A ve suçiçeği aşıları da ulusal aşı şemasına dahil edilmiştir. Ayrıca polio aşılamaında OPV'den IPV + OPV aşılamaına, boğmacada da tam hücreli aşıdan aselüler aşıya geçilmiş, ilköğretim 1. sınıfa 5. doz boğmaca aşısı eklenmiş, aşılama oranı da % 97'ye yükselmiştir. Şu andaki ulusal aşı şeması aşağıdadır.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2014 yılı ulusal aşı şeması

	Doğum	1 ay	2 ay	4 ay	6 ay	9. ay	12 ay	18-24 ay	101	108
BCG			I							
D ₅ ET-IPV- Hb			I	II	III			B		
OPV					√			√		
MMR (III)							I		II	
Hepatit B	I	II			III					
dT										√
Konj. pnömokok			X	X	X		X			
Boğmaca (D ₅ ET-IPV)									X	
Varizelb							X			
Hep.A								XX		

Bunun dışında bazı ülkelerde ulusal aşı programında yer almasına rağmen, ülkemiz şemasında yer almayan konjuge meningokok, rotavirus ve HPV aşuları serbest pazarda bulunmakta, ücretinin aile tarafından karşılanması şartıyla uygulanabilmektedir.

Her ülkede olduğu gibi ülkemizde de aşı karşıtı hareketler vardır. Bunların nedenleri kişisel deneyimlerin abartılması ve genellenmesi, yanlış istatistikler, yalanlar, bilimsel sahtekarlık ve şöhret tutkusu olabilir.

Oysa aşılama olmasa veya durdurulsa aşı ile korunulabilen hastalıkların neden olacağı sonuçlar korkunç olacaktır. Böyle bir durumda ülkemizde her yıl difteriden 1055, hepatit A'dan 5, hepatit B'den 3.348, kızamıktan 832, kabakulaktan 18, boğmacadan 1.255, poliomyelitten 2, rubelladan 189, tüberkülozdan 390, tetanozdan 91, suçiçeğinden 24, pnömokok menenjitinden 227 ve pnömokok pnömonisinden 6.806 olmak üzere toplam 14.296 ölüm beklenmektedir. Bunun dışında aşılama olmazsa ortaya çıkan hastalıkların 15.607.841.958,58 TL direk, 7.430.571.462,35 TL indirek olmak üzere toplam 23.038.413.420,93 TL gideri olacaktır. Bütün bu ölümler ve maddi kayıp 418.000.000 TL maliyet ile önlenmektedir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

1. “Çocukluk aşılama sürecinde sosyal problemler” dört alt başlıkta tartışıldı:

1A. Aşı karşıtı gruplar ve görüşlerle mücadele

1B. Medyanın aşılama sürecine karşı tutumu ve medya desteğinin artırılması

1C. İyi bir aşı iletişiminin sağlanması

1D. Akademik çevrenin aşılama sürecine ilgisinin artırılması

1A. Aşı karşıtı gruplar ve görüşlerle mücadele:

Toplum içinde yaşayan ve sözü geçen imam ve öğretmen gibi toplum liderlerine eğitim verilmesi ve onların desteğinin alınması, basınla işbirliği yapılması ve sağlık muhabirlerinin oluşturulması, kamu spotları aracılığıyla mesaj verilmesi, aşı ile ilgili medya kuruluşlarıyla ortak toplantılar yapılması ve kamu spotları hazırlanması önerildi. Kamu spotlarının içeriğinde aşağıda yer alan çalışma verilerinin sunulmasının önemli olduğu kaydedildi. Aşılama yapılmaması durumunda yılda 14.900 kişi aşı ile korunulabilen hastalıklardan hayatını kaybedecek, 20 milyar TL maddi kayıp oluşacaktır (Ceyhan M., Bayhan C., Ozsurekci Y., et al. Prospect of a World without Vaccines. Pediatrics: submitted). Bütün bunların önlenmesi 420 milyon TL bütçe ile gerçekleştirilmektedir. Görsel yayın kanallarından aşı ile ilgili kısa ve özlü mesajların verilmesi önerildi. Hastalıktan ölen ya da sakat kalan aile deneyimlerinin paylaşılması önerildi.

1B. Medyanın aşılama sürecine karşı tutumu ve medya desteğinin artırılması:

Reytingi yüksek dizi yapımcıları ile görüşülerek, senaryolarda dizide rol alan gebe ve bebeklerin aşılama için birinci basamak hekimine gitmesine yer verilmesinin sağlanması ve “aşı için aile hekiminize başvurun” mesajının verilmesi, medyatic kişilerin çocuğuyla birlikte aşı için aile hekimine başvurusu ve bu görüntülerin yayınlanması önerildi. Devlet kontrolünde hazırlanan kamu spotlarının kullanılması ve medya sağlık haberlerinin sağlık editörü süzgecinden geçtikten sonra yayınlanması ve meslek örgütleri ile Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda denetleyici olması önerildi. Üniversite öğretim üyelerinin aşı konusunda bilgisinin güncel olmasının sağlanması ve hem fakülte eğitimleri sırasında, hem de medyada aşı savucunuluğu yapması için derneklerin öncülük görevi üstlenmesi önerildi.

1C. İyi bir aşı iletişiminin sağlanması:

Toplum üzerinde etkili kişilerin rol aldığı kamu spotlarının kullanılması önerildi. Konu hakkında uzman kişilerce hazırlanan ve doğru bilgi veren internet sitelerinin kurulması ve adres olarak internette arama motorlarında öncelikli olarak insanların karşısına çıkacak “asiyaptirmazsaniz.com” gibi isimlere sahip sitelerin hazırlanması



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

önerildi. Yeni hazırlanan ve var olan sitelerin güncellenmesi ve popülaritesinin, “tıklanma” sayısının, artırılmasının önemli olduğu vurgulandı. Sağlık çalışanlarının ve ailelerin eğitiminin önemi vurgulandı. Sağlık çalışanlarına standart eğitim verilmesi ve iyi aşı uygulamaları rehberleri gibi kılavuzlar hazırlanarak bu eğitimlerin devamlılığının sağlanması önerildi.

Üniversitelerin iletişim konusuna daha fazla dahil olmasının sağlanması gerektiği belirtildi. Halkın güvendiği öğretmenler, imamlar gibi meslek gruplarının desteğinin alınması önerildi.

1D. Akademik çevrenin aşılama ilgisinin artırılması:

Akademisyenlerin aşı konusundaki görüşlerinin anketler aracılığıyla alınması ve eğitimcilere hangi konularda bilgilendirme yapılacağı belirlenmesinin önemi vurgulandı. Farkındalığı artıran eğitimler yapması önerildi. Üniversite içi eğitim programlarında aşının her zaman gündemde tutulması ve bu konuda Yükseköğretim Kurulu ile iletişim kurulmasının önemi belirtildi. Çocuk sağlığı ve hastalıkları yan dal eğitimlerinde aşı konusunun daha ağırlıklı olarak yer alması önerildi. Bu şekilde çocuklar başka bir nedenle hastaneye başvurduğunda eksik aşlarının yapılması için yönlendirilmesinin mümkün olacağı belirtildi. Milli Pediatri Derneği, Türk Pediatri Kurumu, Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği (PUADER), Aile Hekimliği Derneği, Sosyal Pediatri Derneği gibi kurum kongrelerinde aşılamanın zorunlu temel konular arasında yer alması önerildi. Hastane bilgi yönetim sistemlerinin aşısı eksik olan veya belirli aşılama için risk grubunda olan hastalara giriş yapıldığında sağlık çalışanını uyaracak şekilde programlanması önerildi. Aşı konusunda uzman veya yetkili olmadığı halde topluma yönelik bilgilendirmede bulunanlara yaptırım uygulanmasının toplum sağlığını riske sokmak kapsamında gündeme getirilmesi önerildi.

2. “Çocukluk çağı aşılama yönetimsel problemler” beş alt başlıkta tartışıldı:

2A. Bütçe

2B. Aşılamanın mevcut sağlık sistemi ile uyumunun sağlanması

2C. Aşı şemalarının oluşturulmasının değerlendirilmesi

2D. Aşı alım-depolama-dağıtım-uygulama sistemlerinin değerlendirilmesi

2E. İletişim

2A. Bütçe:

Aşı maliyetinin yerli aşı üretimi ile azaltılması söz konusu olabilir, ancak bu uzun vadeli bir plan olarak düşünülmelidir. Aşı bütçesi Sağlık Bakanlığı bütçesi içindedir, aşılara ayrılan bütçe her yıl yeniden gözden geçirilir. Aşıya ayrılan bütçenin sürdürülebilir olması ve salgın gibi ek kitlesel aşılamanın yapılması gereken durumları da karşılayabilir olması gerekmektedir. Bu bütçeyi arttırmak ve devamlılığını sağlamak için; aşıya



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ayrılan toplam bütçenin artırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı bütçesinin artırılması ya da aşı için ayrı bir bütçe belirlenip bu paranın Sağlık Bakanlığı bütçesine aktarılmasının yararlı olabileceği belirtildi. Devletin sağladığı genel sağlık sigortası yanında, özel sağlık sigortalarının da aşı bütçesinin karşılanmasında devreye sokulması önerildi. Aşı bütçesinin ilaç bütçesinden farklı olarak, sadece Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması bütçenin olduğundan fazla gibi algılanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, diğer bakanlıkların bütçe harcamalarında da bu bakanlık bünyesinde çalışan bireyler ve çocukları için aşıya para ayrılması ve bu bütçenin Sağlık Bakanlığı bütçesine aktarılması düşünülebilir. Aşılama olmazsa hastalıkların ve tedavi/rehabilitasyon maliyetlerinin ortaya çıkacağı düşünülerek Sosyal Güvenlik Kurumu'nun tedavi hizmetleri için ayırdığı bütçeden koruyucu hizmetler için bir miktar ayırması ve Sağlık Bakanlığı bütçesine aktarması önerildi. Aşıların çalışanların aşılama için iş yerlerine, belirli bir bedel karşılığı olarak verilmesi düşünülebilir. Sağlık gider ve harcamalarına şeffaflık getirilmesi, hesaplamaların toplumla paylaşılması önerildi.

2B. Aşılamanın mevcut sağlık sistemi ile uyumunun sağlanması:

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde ve üniversite hastanelerinde hem yakalanmış aşısız kişilerin aşılama, hem de asistan ve tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminin sürdürülebilmesi için bu merkezlerde de aşılama yapılması önemli olduğu için bu hastanelere lojistik anlamda destek verilmesinin gerekliliği vurgulandı. Aile hekimliği sistemine bilerek veya göçebe yaşam tarzı nedeniyle kaydolmamış bireylerin aşılama yapılamadığı göz önüne alınırsa hedef nüfusun doğru tespit edilmesi için Türkiye İstatistik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı kayıtlarının ortak kullanılması önerildi. Aşı kayıt sistemindeki aksaklıkların giderilmesinin önemi ve hizmet içi eğitimlerin artırılıp devamlılığının sağlanmasının önemi vurgulandı. Aşılama hizmetinin toplumsal tabanlı olması gerektiği, bu nedenle aşılamanın sadece aile hekimine kayıtlı bireyler üzerinden değil, daha yoğun olarak toplum sağlığı merkezleri üzerinden de değerlendirilmesi gerektiği vurgulandı.

2C. Aşı şemalarının oluşturulmasının değerlendirilmesi:

Hastalıklara özgü ülke epidemiyolojik verilerinin elde edilmesi, aşı öncesi ve sonrası aktif süreyanın sürdürülmesinin önemi vurgulandı. Sağlık Bakanlığı'nın AR-GE çalışmalarına desteğinin artırılması, aşı bağışıklama ve danışma kurulunun almış olduğu kararların şeffaf olması, akademik çevreler, dernekler ve toplumla paylaşılması önerildi. Derneklerin ulusal aşı şemasını sahiplenmesi, farklı şema önerilerinden kaçınması gerektiği vurgulandı.

2D. Aşı alım-depolama-dağıtım-uygulama sistemlerinin değerlendirilmesi:

Aşı biyolojik bir üründür ve sağlıklı kişilere yapılır. Bu nedenle Kamu İhale Kurumu'ndaki mevcut uygulamalardan muaf tutulmasının gerekli olduğu vurgulandı. Aşı alımına özel mevzuat geliştirilmesi önerildi. Bölgesel depoların yapılmasının dağıtım konusunda kolaylık ve sürdürülebilirlik sağlayacağı vurgulandı. Sağlık



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Bakanlığı'nın aşılarda son noktalarda saklanması için Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine uygun aşı dolabı temin etmesi ve denetimlerin yine bakanlık tarafından yapılması önerildi.

2E. İletişim:

Sağlık Bakanlığı bünyesinde aşı ile ilgili iletişimin sağlanabileceği bir veri tabanı oluşturulması, bu sayede etkileşimli bir bilgi ve iletişim ağı oluşturulması önerildi. Bölgesel düzeyde kolay ulaşılabilecek aşı konusunda uzmanlardan oluşan danışmanlık ekiplerinin oluşturulması, öğretmenlere ve din görevlilerine aşı konusunda eğitim verilmesi önerildi ayrıca hizmet sunan, sunulan ve değerlendirme yapanların da eğitim programına dahil edilmesinin önemi vurgulandı.

3. “Yetişkin aşılamasında karşılaşılan sorunlar” altı alt başlıkta tartışıldı:

- 3A. Yetişkin aşılamasına halkın ilgisi
- 3B. Yetişkin aşılamasına hekimlerin ilgisi
- 3C. Yetişkin aşılamasında mali problemler
- 3D. Yetişkin aşılamasında iletişim problemleri
- 3E. Toplumsal korku ve kuşku
- 3F. Yetişkin aşılamasında hizmet sunumu ve erişim

3A. Yetişkin aşılamasına halkın ilgisi:

Yetişkin bireylerin aşıyla korunulabilen hastalıklar ve aşı hakkında bilgisinin çok az ve sınırlı olduğu vurgulandı. Aşı hakkında yanlış inanış ve tutumlar olabileceği, “aşı çocuklar içindir” inanın yaygın olduğuna dikkat çekildi. Yetişkinlerin aşılanmak istediğinde başvuracakları birim ve yetkili konusunda bilgi sahibi olmadıkları, ancak hekimlerin en önemli ve güvenilir bilgi kaynağı olarak görüldüğü vurgulandı. Yaşam boyu aşılama kavramı ve sağlık okur-yazarlığı geliştirilmesi önerildi.

3B. Yetişkin aşılamasına hekimlerin ilgisi:

Hekimlerin, yetişkin aşılaması konusunda bilgisinin sınırlı olduğu, bilgisi olsa da aşılamayı kendisi için bile davranışa dönüştürmediği vurgulandı. Mezuniyet öncesi dönemde, uzmanlık eğitimlerinde ve aile hekimliği hizmet içi eğitimlerde yetişkin aşılama eğitimleri verilmesi önerildi. Bilimsel kongrelerde erişkin aşı oturumları ve bu oturumlarda erişkin şemalarına yer verilmesinin yararlı olacağı belirtildi. Hekimler kendilerine aşı yaptırdığında, pozitif performans puanı almasının düşünülebileceği vurgulandı. Aile hekimleri ve akademisyenlerin sürekli bilgi



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

alışverişinde bulunmasının yararlı olacağı ve 24 saat devam eden aile hekimi - Sağlık Bakanlığı - akademisyen iletişim hattı kurulmasının faydalı olacağı belirtildi.

3C. Yetişkin aşılamaında mali problemler:

2014 yılı SGK Sağlık Uygulama Tebliği ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği kapsamında belirlenmiş risk gruplarına influenza, pnömokok ve hepatit A aşıları ödenmekte olduğu; aşı lojistiğinin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması, yetişkin aşılarının aile hekimlerinde ve erişkin aşı merkezlerinde bulunması, doz hesaplamalarının gerçeği yansıtmasının gerekli olduğu vurgulandı.

3D. Yetişkin aşılamaında iletişim problemleri:

Sağlık personelinin aşılama konusunda uygun iletişim kurallarını kullanarak halka danışmanlık hizmeti vermesi, yetişkinlerin aşılama için aile hekimine yönlendirilmesinde medya-kamu spotlarının kullanılması önerildi. Öğretmen, din adamları, çeri başı gibi toplum liderlerinin desteğinin sağlanmasının önemi vurgulandı. Sağlık Bakanlığı'nın yetişkin aşılamaında konusunda halkın ulaşabileceği bilgilendirme kılavuzları (internet, facebook sayfası, broşür gibi) hazırlaması önerildi. Bölgelerde "beslenme ve aşılama danışma merkezleri"nin kurulmasının yararlı olacağı belirtildi.

3E. Toplumsal korku ve kuşku:

Aşılamaya direnç gösteren grupların saptanması ve aşı için ikna edilmesinin önemi vurgulandı. Dirençli gruplar için ve aşı konusunda yanlış bilgi veren olumsuz yayımlar için yasal düzenlemeler getirilmesi önerildi.

3F. Yetişkin aşılamaında hizmet sunumu ve erişimi:

Yetişkin aşı şemasının öneriden çıkıp, Genişletilmiş Bağışıklama Programı genelgesine dahil edilmesi, şemanın kesinleştirilmesi önerildi. Erişkin aşılamaının lojistiğinin Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması gerekliliği vurgulandı. Bakanlıkta Erişkin Aşılama Daire Başkanlığı kurulması önerildi. Politik kararlılık olması gerektiği vurgulandı. Halk Sağlığı Müdürlükleri, üniversiteler ve aile hekimlerinin paydaş olacağı toplantıların yapılması ve sadece genelgelerin yazılı dağıtılması ile sınırlanmaması gerektiği belirtildi. Aile hekimliği sisteminde erişkin aşılamaına pozitif performans getirilmesinin düşünülebileceği bildirildi. Yetişkin aşılamaı için uzun vadeli plan yapılması gerekliliği ve sağlık çalışanlarının eğitimlerine öncelik verilmesinin önemi vurgulandı.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 2

PNÖMOKOK AŞILARI

Başkan: Emre Alhan

Raportör: Aslınur Parlakay Özkaya

Panel sunumları:

1. Çocukluk çağı aşılması-*Mustafa Bakır*
2. Yetişkin aşılması-*Murat Akova*

Grup çalışmaları:

1. Çocuklarda pnömokok aşılması
Aktivatör: Metehan Özen
2. Adölesanda ve risk gruplarında pnömokok aşılması
Aktivatör: Orhan Derman
3. Yetişkinde pnömokok aşılması
Aktivatör: Gaye Usluer

Genel bilgi

Pnömonokok enfeksiyonları bütün dünyada önemli sağlık problemleri arasındadır. Her yıl dünya üzerinde, çoğunluğu gelişmiş ülkelerdeki iki yaş altı çocuklar olmak üzere, en az bir milyon çocuk pnömokok enfeksiyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bakteri pnömoni, menenjit, bakteriyemi gibi bazı invazif enfeksiyonların ve otitis media ve sinüzit gibi bazı mukozal enfeksiyonların en önemli nedenidir. Ülkemizde kitlesel aşılamadan önce pnömokoka bağlı yılda 250 kadar menenjit, 2.500 kadar bakteriyemi, 250.000 kadar pnömoni ve 2.500.000 kadar otitis media vakası görüldüğü hesaplanmıştır.

Bakterinin hastalık yükü açısından bu önemi yanında, son zamanlarda giderek artan antibakteriyel direnç problemi de etkin pnömokok aşılarının geliştirilmesini acil ihtiyaç haline getirmiştir. Bakterinin etrafını saran polisakkarid kapsülün antijenik farklılığına bağlı olarak, 91 serotip tanımlanmıştır, ancak bunların sadece bazıları invazif pnömokok enfeksiyonlarına neden olur. Aşılama bu hastalığa karşı korunmanın tek yoludur. Yirmioç valanlı polisakkarid.aşı yaşlılarda invazif pnömokok enfeksiyonlarına karşı kısmen etkili bir koruyuculuk sağlamasına karşın, iki yaşından küçük çocuklarda etkili olmamıştır.

Yoğun klinik araştırmalardan sonra, yedi valanlı bir protein-polisakkarid konjuge aşısı ruhsat almış ve çok sayıda ülkeyle birlikte Türkiye'de de 2008 yılından itibaren ulusal aşı şemasına girmiştir. Bu aşı 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F ve 23F serotiplerinin antijenlerini içerir. Aşının koruyucu etkinliği menenjite karşı % 70-90 olmuş, pnömonilerde



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ve akut otitis media vakalarında da % 40'a yakın azalma sağlamıştır. Ülkemizde yürütülmekte olan surveyans çalışmasında invazif izolatlarda aşı ile korunulabilirlik % 85-90 olarak bulunmuştur. Aşı kullanımı sonucu temas immünesine bağlı olarak, yaşlılardaki invazif pnömokok enfeksiyonlarında da azalma gözlenmiştir.

Aşının uygulanmaya başlanmasından sonra aşıda yer almayan bazı serotiplerin neden olduğu enfeksiyonların artması üzerine daha fazla serotip içerere 2 yeni aşı geliştirilmiş ve kullanım için ruhsat almıştır. Bunlardan biri 7 valanlı aşidaki suşlara ilave olarak 1. 5 ve 7F serotipleri yanında tiplendirilemeyen *Hemophilus influenza*'nın D proteinini içeren 10 valanlı aşıdır. Onüç valanlı aşıda ise 10 valanlıdaki pnömokoklara ilave olarak 3, 6A ve 19A serotipleri vardır.

Ülkemizde 2011 yılında 13 valanlı aşı 7 valanlı aşının yerine ulusal aşı şemasına alınmıştır. Türkiye konjuge pnömokok aşısını 19. ülke olarak programına dahil etmiştir, şu anda 90'dan fazla ülke konjuge pnömokok aşısını rutin olarak kullanmaktadır.

Ülkemizde kitlesel aşılamaa bağlı olarak, pnömokokların çocukluk çağı menenjitlerindeki rolü % 40'dan % 14'e inmiştir.

Pnömokok enfeksiyonları 65 yaşın üzerinde ve kronik akciğer hastalıkları, kronik kalb hastalıkları (koroner arter hastalıkları dahil), kronik böbrek hastalıkları, diabetes mellitus, splenektomi ve primer veya sekonder bağışıklık eksikliği gibi risk taşıyan durumlarda pnömokok aşısının yapılması gerekir. Ancak A.B.D.deki yetişkinlerde % 60 oranında uygulanan pnömokok aşısı ülkemizde sadece % 2.2 oranında uygulanabilmektedir. Yirmioç valanlı polisakkarid aşı yanında, 13 valanlı konjuge aşı da yetişkinde kullanım için ruhsat almıştır.

Şu anda risk grupları ve 65 yaş üzerindeki kişilere polisakkarid aşı devlet tarafından ücretsiz uygulanmaktadır. Konjuge aşının geri ödemesi yoktur.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

1."Çocuklarda pnömokok aşılması" konusu 3 alt başlıkta tartışıldı.

1A. Pnömokok aşılmasının etkinliğinin dünya genelinde değerlendirilmesi

1B. Pnömokok aşılmasının ülkemiz genelindeki etkinliği

1C. Mevcut aşılamanın uygunluğu ve yeni serotiplerin eklenme gerekliliği

1A. Pnömokok aşılmasının etkinliğinin dünya genelinde değerlendirilmesi

Dünya genelindeki çalışmalara göre konjuge aşının etkinliği gösterilmiş, ancak coğrafik değişiklikler saptanmıştır. Afrika ve Amerika'da farklı suşlarda farklı oranlarda azalma gözlenmiştir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

1B. Pnömonok aşılmasının ülkemiz genelindeki etkinliği

Ülkemizde çok merkezli sürveyans çalışmaları yürütülmektedir. Pnömoni tanısıyla gelen hastalar antibiyotik alıp geldiğinden kültür üremesi olmayabilir ve PCR çok belirli merkezlerde yapılabilmektedir. Ülkemizdeki mevcut çalışmalar sonrasında; son yıllardaki durumun değerlendirilmesi aşı sonrası durum hakkında bir fikir sağlayabilir.

1C. Mevcut aşılamanın uygunluğu ve yeni serotiplerin eklenme gerekliliği

Şu aşamada pek çok farklı yeni aşılarla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Onbeş valanlı aşı çalışması bunun bir örneğidir. Ancak serotip değişimi önemli bir konudur ve aşı sonrası görülme sıklığı artan suşlar ve bunların dirençliliği önemlidir. Aşılarla yeni serotip eklenmesi tartışmalı bir konudur. Mevcut çalışmalar bu konuda fikir verecektir.

Ulusal düzeyde veri takibi ve ulusal programda yer alan bu aşının etkinliği açısından sürveyans yapılmalıdır. Sürveyansta alınacak örneklerin hangi merkeze, nasıl ulaşacağı net şekilde belirlenmelidir. Materyal alınınca çalışabilecek merkezlere gönderilmesi sağlanmalıdır.

2."Adölesanda ve risk gruplarında pnömokok aşılması" konusu 4 alt başlıkta tartışıldı.

2A. Adölesanda yakalama ve tekrar aşılamanın gerekliliği ve yararları

2B. Aşı seçimi

2C. Risk grubu aşılmasında geri ödeme ile ilgili problemler

2D. Risk grubu aşılmasının artırılması

2A. Adölesanda yakalama ve tekrar aşılamanın gerekliliği ve yararları

Adölesan dönemi bağışıklığın azaldığı bir devredir. Türkiye genelinde her doktorun invazif pnömokok hastalığı ile ilgili deneyimi, hastalığın morbiditesi ile ilgili düşüncesi bulunmaktadır. Bu deneyimlerin biraraya getirilmesi ve değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

2B. Aşı seçimi

Doğumsal kalp hastalığı ve akciğer hastalıkları yanında astımlı hastalar da aşılanmalıdır.

Polisakkarit aşının rolü şu aşamada daha çok tamamlayıcı niteliktedir. Daha önce aşı yapılmadıysa konjuge aşıyı takiben polisakkarit aşı düşünülmelidir.

2C. Risk grubu aşılmasında geri ödeme ile ilgili problemler

Risk grupları kesin olarak belirlenmeli, ulusal aşı programına bu aşı miktarı eklenerek alınmalıdır.

Halk ve meslektaşlarımız bilgilendirilmeli, dernekler arasında fikir uyumu olmalı, yakalama aşılarının artırılması için çeşitli faaliyetler yapılmalıdır.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2D. Risk grubu aşılmasının arttırılması

Adölesan grubunun aşılmasının arttırılması açısından ortaokul bittikten sonra aşı durumu sorgulanmalıdır. En az bir kez aile hekimine başvurursa ve halk sağlığı merkezi ile işbirliği yapılırsa yakalama aşılama oranları arttırılabilir.

3."Yetişkinde pnömokok aşılması" konusu 4 alt başlıkta tartışıldı.

3A. Erişkinde pnömokok enfeksiyonları sürveyansı oluşturulabilmesi

3B. Erişkin aşılmasında sorunlar

3C. Aşılama oranlarının arttırılması için öneriler

3D. Erişkin aşılmasında aşı seçimi

3A. Erişkinde pnömokok enfeksiyonları sürveyansı oluşturulabilmesi

Yetişkinde pnömokok enfeksiyonları sürveyansı oluşturulabilmesi açısından, Sağlık Bakanlığı ve dernekler arasında bildirim konusunda pnömokoklara da özel olarak yer verilmesi gerekir. Pnömok izolasyonu; laboratuvara örneğin geç veya uygunsuz şekilde gönderilmesi ve çalışma süresi açısından engellenebilmektedir. Antibiyotik kullanımı da bunu engelleyebilir. Ticari kullanıma sunulmamış seyrek serotipleri de tanımlayabilen hızlı tanı testleri mevcuttur ve bu testler belli merkezlerde sürveyans sistemi açısından faydalı olabilir. Birinci basamak hekimlerinin de böyle bir çalışmaya katılması faydalı olacaktır. Ayrıca Acil tıp hekimleri de bu sürveyansa dahil edilmelidir.

3B. Erişkin aşılmasında sorunlar

Sadece Türkiye’de değil, tüm dünya genelinde erişkin aşılması açısından sorunlar bulunmaktadır. Hekim inanmadığında aşılama çok düşük oranlarda kalmaktadır. Farkındalığın arttırılması aşılamanın yapılması açısından büyük önem taşımaktadır. Halkın aydınlatılması da önemlidir. Ancak aslolan hekimin aydınlatılmasıdır.

3C. Aşılama oranlarının arttırılması için öneriler

Aşılama oranlarının arttırılmasında Sağlık Bakanlığı’nın istekli davranması gerekmektedir. Geri ödeme yeterli değildir. Pneumo23 ülkemizde bulunmamaktadır. Çocuk aşılmasında olduğu gibi gerçek koşulların sağlanması gerekmektedir. Koşulsuz ödeme sağlanmalı, arada Sosyal Güvenlik Kurumu bulunmamalıdır.

Çoklu dozların olması maliyeti azaltacaktır. Kamu spotları aşılamaı arttırmak açısından faydalı olacaktır. "Dede, nine ve torun el ele" gibi bir slogan etkili olabilir.

3D. Erişkin aşılmasında aşı seçimi

Erişkin aşılmasında aşı seçimi değerlendirildiğinde 50 yaş üstü risk grupları konjuge aşı+8 hafta sonra polisakkarit aşı ile 65 yaş üzeri risk grubu olsun veya olmasın konjuge aşı+8 hafta sonra polisakkarit aşı ile ve 18-49 yaş arasındaki bireylerden daha önce aşılammış risk gruplarının mutlaka aşılması gerektiği sonucuna varılmıştır.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

65 yaş altında polisakkarit aşısı ile aşılanmış risk grubu için polisakkarit aşısından en az bir yıl sonra konjüge aşısı ve ilk polisakkarit aşısından en az 5 yıl sonra polisakkarit aşısı tekrarı önerildi.

Genel değerlendirme

Bulaşıcı hastalıklarda etkeni kesinleştirmek çok önemlidir. Sürveyans konusunda hekimlerimiz yeterli bilgiye sahip değildir. BOS örneği gibi örnekler alınmadan tedaviye başlama eğilimi vardır. Bilgi ve bilincin artırılması için bakanlık ve dernekler işbirliği yapmalıdır.

Risk grubu tanısı girildiğinde sistemde ilave aşısı uyarısı çıkması, aşılanmanın artırılması açısından faydalı olacaktır. Türkiye’de çocukların yaklaşık %10’unu astım oluşturmaktadır, dolayısıyla bütün astımlı çocukların aşılanması konusu bir maliyet analizi ile değerlendirilmelidir.

YİBO’lara yönelik aşılama programı düşünülebilir. Çocuklar aşılandığında erişkin pnömonisi de azalmaktadır. Bu konuda dernekler daha fazla sorumluluk üstlenmelidir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 3 MENİNGOKOK AŞILARI

Başkan: Nuran Salman

Raportör: Yasemin Özsüreççi

Panel sunumları

1. Meningokok enfeksiyonlarının epidemiyolojisi-Mustafa Hacımustafaoğlu
2. Meningokok aşıları-Ener Çağrı Dinleyici
3. Meningokok aşılarının kitlesel ve özel aşılamada yeri-Mehmet Ceyhan

Grup Çalışmaları

1. Çocukluk çağında meningokok aşılarının etkinliği ve gerekliliği
Aktivatör: Necdet Kuyucu
2. 2. Çocukluk çağında meningokok aşılarının uygulama şeması
Aktivatör: Adem Aydın
3. 3. Askerlerde ve hacılarda meningokok aşılması
Aktivatör: Bülent Beşirbellioğlu

Genel bilgi

Meningokoklar (*Neisseria meningitidis*) asemptomatik bakteriyemiye neden olabileceği gibi, bakteriyel menenjit ve sepsis (meningokoksemi) gibi mortalitesi ve sekel oranı yüksek klinik tablolara da yol açabilir. Ülkemizde çocukluk çağı menenjitlerinin yarısından çoğunda etken meningokoktur. Ayrıca menenjit etkeni olan diğer bakteriler arasında epidemilere yol açma özelliği ile ayrıcalık taşır. Şimdiye kadar 13 serogrup tanımlanmışsa da, bunların sadece beşi (serogrup A, B, C, W135 ve Y) insanda sık, ikisi (serogrup X ve Z) ise seyrek olarak hastalık yapabilir. Ülkemizde geçmiş yıllarda gelişmiş ülkelerde şimdi görüldüğü gibi farklı serogruplara bağlı hastalıklar yaygınken, son yıllarda Hac'dan taşınan suşlara bağlı olarak W135 enfeksiyonlarında artış gözlenmektedir.

Meningokok hastalıklarından korunma için önce polisakkarid aşılar geliştirilmiş, daha sonra bu aşuların etkinliğinin yetersiz olması nedeniyle konjuge aşılar piyasaya sürülmüştür. Polisakkarid aşılar T-hücre bağımlı olmadığından, immünolojik hafıza oluşturmaz ve 2 yaş altında etkili değildir. Bu nedenle aralıklı olarak tekrarlanmaları gerekir. Konjuge aşılarda ise polisakkarid antijen bir taşıyıcı proteine bağlanmıştır ve bu sayede T-hücre bağımlı hale gelmiştir, dolayısıyla küçük bebeklerde etkilidir ve uzun süreli bağışıklık oluşturur. Ayrıca polisakkarid aşılardan farklı olarak, taşıyıcılığı da ortadan kaldırmaktadır. Ülkemizde 3 farklı tetravalan konjuge aşı, bir tane de serogrup B aşısı ruhsat almış durumdadır. Tetravalan aşılarda serogrup A, C, Y ve W-135 polisakkaridleri difteri toksoidi (Menactra®), mutant difteri toksoidi (CRM197) (Menveo®)



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

veya tetanoz toksoidi (Nimenrix®) ile konjuge edilmiştir. Menactra® 9 – 24 ay arasında 3 ay ara ile 2 doz, 2 – 11 yaşta ise tek doz uygulanır. Nimenrix® 12. aydan itibaren, Menveo® ise 24 aydan itibaren tek doz önerilmektedir.

Konjuge meningokok aşısını maliyet etkin olduğu ülkemizde de gösterilmiştir. Ülkemizde invazif meningokok enfeksiyonu insidansı yüz binde 3.98 civarındadır. Yaklaşık olarak çocuklarda yılda 1.500 vaka ve 350 ölüm olduğu düşünülmektedir. Brezilya ve Şili’de insidans yüz binde biri geçince tetravalan konjuge aşığı ulusal aşı programına almıştır. Afrika menenjit kuşağında ortaya çıkan serogrup A meningokok epidemisi konjuge serogrup A aşığı ile durdurulmuş ve taşıyıcılık da ortadan kaldırılmıştır. Meningokokların serotip dağılımı ülkeden ülkeye ve zaman içerisinde büyük değişimler gösterdiğinden, çok sayıda ülke serogrup C veya 4 valanlı aşığı ulusal aşı programına almıştır. Bazı ülkelerde aşığıdaki serogruplara bağlı vakalar daha çok adolesan döneminde görüldüğünden, aşı rutin olarak adolesanlara uygulanmaktadır. Ancak ülkemizde özellikle serogrup W135’e bağlı vakalar küçük çocuklarda ortaya çıkmakta, adolesan döneminde ikinci bir vaka artışı gözlenmemektedir. Dolayısıyla aşının ilk 2 yaşta uygulanması daha yararlı gibi görülmektedir.

Ülkemizde uzun zamandır askerlere ve hacılara polisakkarid meningokok aşığı zorunlu olarak uygulanmaktadır. Ancak ülkemizde yapılan bir çalışmada hacca gidenlerde polisakkarid aşığına rağmen dönüşlerinde serogrup W135 meningokokların taşıyıcılığının belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir. Bu nedenle hacı adaylarına bu yıl polisakkarid aşı yerine 4 valanlı konjuge aşı yapılması düşünülmektedir.

Serogrup B polisakkaridi yeterince immünojen olmadığından, polisakkarid aşığı etkili olmamıştır. Yeni Zelanda’daki bir epidemide izole edilen suşa spesifik bir dış membran proteini aşığı salgının kontrolünde etkili olmuştur. Son yıllarda saptanan immünojen proteinlerin “reverse” transkripsiyon yöntemi ile DNA’sının belirlenmesi ve bu DNA’dan antijenin sentezlenmesi yöntemi olan “reverse” vaksinoloji ile geliştirilen 4 valanlı serogrup B aşığı (Bexero®) ülkemizde 2. aydan başlayarak 4 doz uygulanmak üzere ruhsat almıştır

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta “**Çocukluk çağında meningokok aşığılarının etkinliği ve gerekliliği**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

- 1A. Meningokok enfeksiyonlarının çocukluk çağında invazif meningokok enfeksiyonlarını önlemede etkinliği
- 1B. Ülkemizde serogrup dağılımının aşı kapsayıcılığı üzerine etkisi
- 1C. Risk grubu aşılması ve kitlesel aşılamanın karşılaştırılması
- 1D. Meningokok aşığılarının ulusal aşı şemasındaki yeri

1A. Meningokok enfeksiyonlarının çocukluk çağında invazif meningokok enfeksiyonlarını önlemede etkinliği: Aşının çocukluk çağında invazif meningokok enfeksiyonlarını önlemede immünojenite sonuçlarına göre etkin gözüktüğü, çocuklarda immünojenite çalışmalarının yanında etkinlik çalışmalarının da artırılması gerektiği vurgulandı. Bununla beraber aşığıları değerlendirirken literatürde yapılmış mevcut çalışmalardaki immünojenitesi ve



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

etkinlik sonuçlarının yanında, adölesan ve askerlerde yapılmış aşı başarısızlığı ile ilgili verilerin de göz önünde bulundurulması gerekliliği vurgulandı. Epidemiyolojinin statik olmaması, zaman içinde ve coğrafik bölgelere göre değişken serotip dağılımının değişiklik göstermesinin aşı kararını güçleştirdiği ve buradaki en önemli çözümün surveyans çalışmalarının mutlaka devam ettirilmesinde olduğu belirtildi. Hacca gidenlere aşı yapıldığı, ancak umreye gidenlere yapılmasında problemler olabildiği, bu nedenle her iki gruba da konjuge aşı yapılmasının önemi ve aşının yapılma zamanına dikkat edilmesi gerekliliği vurgulandı. Aşılama başladıktan sonra hacılara konjuge aşı yapılmasının taşıyıcılığa etkisinin araştırılmasının da önemi belirtildi. Afrika ülkelerine artan ticaret ve bu ülkelere giden kişi sayısının artması üzerinde durulması gereken bir diğer konu olarak belirtildi.

1B. Ülkemizde serogrup dağılımının aşı kapsayıcılığı üzerine etkisi: Meningokok surveyansının suşların değişimini yakalayabilmek ve meningokok aşısıyla ilgili tüm soruların (Yapalım mı? Hangi aşı? Hangi yaşa?) cevabını verebilmek için çok önemli olduğu ve kitlesel aşılama gerekliliğinin Bağışıklama Danışma Kurulu'nda değerlendirilmesi gerektiği vurgulandı. Toplumdaki taşıyıcılık verilerinin de aşı için karar vermede etkili olabileceği ve bu nedenle taşıyıcılık bazında da surveyans çalışmalarına ihtiyaç olduğu belirtildi. Sonuç olarak Türkiye'deki mevcut aşılama serotiplerinin önemli bir kısmını kapsadığı belirtildi. Askerlerde ve erişkinlerde serogrup dağılımının çocuklardan daha farklı olabileceği ve serogruplarda gelişebilecek kapsül değişimi sonucu serogrupların yıllar içinde değişmesinin de mutlaka aşı kararını verirken göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulandı. Ülkemizde son yıllarda en sık görülen serogrubun W-135 olduğu ancak diğer serogrupların da değişik sıklıklarda görülmesi nedeniyle önceliğin 4-valanlı aşıda olduğu belirtildi.

1C. Risk grubu aşılması ve kitlesel aşılamanın karşılaştırılması: Türkiye verilerine göre meningokok daha çok yaşamın ilk yıllarında sorun oluştururken adölesanlarda soruna neden olmadığı, bu nedenle aşılama yapılacaksa kitlesel aşılama yaşı için erken yaşların seçilmesi gerektiği vurgulandı. Öncelikle hacılar, askerler ve risk gruplarına aşının uygulanması gerektiği ancak risk grubu aşılması ile sadece %3 vakanın önlenilebileceği belirtildi.

1D. Meningokok aşılarının ulusal aşı şemasındaki yeri:

Şu anda adölesan aşılmasına gerek olmadığı ancak maliyet-etkinliğinin gösterilmiş olması nedeniyle aşı şemasına girmeyi hak ettiği belirtildi. Hacca, umreye ve Afrika'ya gidenlerin mutlaka konjuge aşı ile aşılması gerekliliği vurgulandı. İlk aylarda aşılamanın yararı, artacak doz sayısı (4 doz) nedeniyle maliyet etkin olmayabilir. Bu konu ayrıca değerlendirilmelidir.

İkinci grupta “Çocukluk çağında meningokok aşılarının uygulama şeması” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

2A. Meningokok aşılamanın mevcut aşı şemasındaki yeri

2B. Aşı seçimi

2C. Yakalama aşılması

2D. Tekrar aşılama gerekliliği



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2A. Meningokok aşılmasının mevcut aşı şemasındaki yeri: Aşılamanın gerekli olduğu, aktif sürveyansın gerekliliği ancak pasif sürveyansın da önemli olduğu belirtildi. Pasif sürveyans için erken uyarı sistemi (örnek tanı girildiğinde sağlık müdürlüğüne bilgi gitmesi) oluşturulmasının önemi vurgulandı. Bu şekilde ülkemizdeki risk gruplarının ve yaş grubu dağılımının daha da netleşebileceği belirtildi. Ülkemizde aşılardan farklı yaş gruplarındaki serokonversiyon oranları ve süresinin izlenmesi gerekliliğine vurgu yapıldı. Meningokok sürveyansının çok dinamik olduğu ve ileri yaşta aşılardan etkinlikleri ve toplumsal epidemiyolojiye etkisi ile ilgili verilerin de gerekli olduğu belirtildi. Aşılama gerekliliği ve küçük yaşta aşılamanın önemli olduğu belirtildi. Aşıların ruhsat aldıkları yaşın da bu kararı vermede önemli olduğu belirtildi. Serogrup B'ye karşı geliştirilen aşılardan çok yeni olduğu ancak ülkemiz için önemini tartışılması gerekliliği ve serogrup B'ye karşı olan aşılarda diğer serogruplara karşı çapraz korumanın da göz önünde bulundurulması gerektiği belirtildi.

2B. Aşı seçimi: Şu anda dört valanlı aşıda öncelik olduğu belirtildi. Uygun şema seçilecek aşya bağlı olarak 9-12 ayda 2 doz veya 12.ayda tek doz kullanılabilir.

2C. Yakalama aşılması: Türkiye'de adolesanlarda primer aşya gerek yoktur ancak rapel aşılama gerekliliğinin ve çocukları korumak için riskli bölgelere (hac, umre, Afrika vb) seyahat edenlerin mutlaka konjuge aşı ile aşılarmaları gerekliliğinin tartışılması gerektiği belirtildi. Bölgesel risklerin (güneydoğu bölgesi vb) bilinmesinin önemi de vurgulandı.

2D. Tekrar aşılama gerekliliği ile ilgili olarak erken yaş grubunda aşılama yapılırsa ileri yaşlarda tekrar aşılama gerekliliğinin tartışılması ve önce primer aşılamanın yapılması ve daha sonra uzun dönem antikor yanıtlarının (4 yıl, 8 yıl) takip edilmesinin uygun olacağı vurgulandı.

Üçüncü grupta “**Askerlerde ve hacılarda meningokok aşılması**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

3A. Asker aşılarmasında polisakkarid aşı mı, konjuge aşı mı?

3B. Erat ve muvazzaf askerlerin aşılarması gerekliliği

3C. Hacılarda konjuge aşı gerekliliği ve hacı ve asker aşılarmasında Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Milli Sacunma Bakanlığı'ndan beklentiler

3A. Asker aşılarmasında polisakkarid aşı mı, konjuge aşı mı?: TSK'da 1995 yılından beri silah altına alınan tüm bireylere meningokok aşılması yapılmakta olduğu ve epidemiyolojik verilere göre belirgin fayda sağladığı, yapılan aşının hala 4 bileşenli polisakkarit aşı olduğu ve saha verileri ışığında konjuge aşya geçiş için somut bir bulgu bulunmadığı belirtildi. Ayrıca askerlerin birlikte bulunmaları nedeniyle konjuge aşı ile taşıyıcılığın önlenmesinin hacılar kadar önemli olmadığı vurgulandı.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

3B. Erat ve muvazzaf askerlerin aşılama gerekliliği: Er-erbaş haricinde; yurt dışı görevlerde bulunanlar özellikle menenjit kuşağı ülkelere giden rütbelilere de, gidecekleri bölgede yerli halk ile yakın temasta bulunma riski yüksek ise 4 bileşenli polisakkarit meningokok aşısı yapıldığı ve görev dönüşü hiçbir vaka saptanmadığı belirtildi. Avantajlarından dolayı tüm TSK personeli için konjuge aşuya geçişin önerilebileceği, ancak lojistik birimlere, özellikle epidemiyolojik veri anlamında güçlü kanıtlar sunulması gerektiği belirtildi.

3C. Hacılarda konjuge aşı gerekliliği ve hacı ve asker aşılamaında Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Milli Sacunma Bakanlığı'ndan beklentiler: Polisakkarit aşının uygulanıyor olmasının, çoklu dozda ve kısıtlı merkezde yapılıyor olmasının ve riskli bölgeye gideceklere en az 10 gün önce yapılması gerekliliğinin uygulamadaki belli başlı sorunlardan sadece bir kaçı olduğu vurgulandı. Aşı gerçekten yapılıyor mu yoksa yapıyormuş gibi kayıt mı tutuluyor sorusunun da yanıtlanması gerekmektedir. Sonuç olarak konjuge aşuya geçilmesi gerekliliği, tek dozluk preparatların uygulanması ve çok merkezli uygulamaya geçilmesinin önemi vurgulandı. Geçiş aşamasında çok merkezli sürveyans çalışmasının yapılmasının ve ilk geri bildirimlerin en kısa sürede değerlendirilmesinin önemine vurgu yapıldı.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 4 YETİŞKİN AŞILAMASI

Başkan: Selim Badur

Raportör: Melda Çelik

Panel sunumları

1. Yetişkin aşılamasında ülkemizdeki sorunlar—Esin Şenol
2. Yetişkin aşılamasında yeni yaklaşımlar—Volkan Korten

Grup Çalışmaları

1. Ülkemiz için uygulanabilir yetişkin aşılama şemaları
Aktivatör: Mine Durusu Tanrıöver
2. 2. Yetişkin aşılama oranlarının artırılmasında engellerin aşılması
Aktivatör: Tayyar Şaşmaz
3. 3. Yetişkin aşılamasında aile hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin rolü
Aktivatör: İlker Devrim

Genel bilgi

Son yıllarda bir yandan çocukluk çağı aşılamasında yeni aşilar geliştirilip kullanıma girerken, diğer taraftan da erişkinlerin aşılanması için çabalar sürdürülmektedir. Erişkinlerde ileri yaş grubunda ve lokal veya genel bağışıklık düzeyinde azalmaya neden olan kronik hastalıklarda pnömokok ve influenza başta olmak üzere aşı ile korunabilen bir çok hastalık hem sık görülmekte, hem de mortalitesi yüksek olmaktadır. Ülkemizde yaş ve hastalık nedeniyle risk taşıyan yetişkin sayısının 40 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Çocukluk çağı aşılamasını tamamlayan yetişkinlerin 10 yılda bir dT aşısı olması, ayrıca adolesan ve yetişkinlerde artan boğmaca vakaları nedeniyle bu aşılarından birinin yetişkin tipi aselüler boğmaca aşısı içermesi önerilmektedir. Ülkemizde neonatal tetanozu önlemek için gebelere rutin olarak dT aşısı uygulanmaktadır.

Yaşlı veya risk grubundaki yetişkinlerde influenza ve pnömokoka bağlı ölümler çok yüksek orandadır. Bu nedenle bu kişilerin bir kez pnömokok aşısı ve yıllık influenza aşısı olması gerekir. Ancak iki aşının da uygulama oranı çok düşüktür.

Aşilar veya doğal hastalıklar yoluyla bazı hastalıklara bağışık hale gelmemiş yetişkinler kızamık, kabakulak, kızamıkçık (özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar), hepatit A, hepatit B ve suçiçeği yönünden değerlendirilmelidir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Son yıllarda CDC'nin Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP) yaşlılarda zoster aşılması önermektedir. Zoster (zona), varisella-zoster virüsünün (VZV) yeniden aktifleşmesi sonucunda ortaya çıkan akut fazlarda ağrı ile karakterize bir dermatomal döküntüdür. Yaklaşık olarak her 3 kişiden birinin yaşamlarının bir döneminde zosterle yakalanacakları belirtilmiştir. Sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonucunda nüfusun yaşlanması, daha fazla zoster vakasıyla karşılaşılmasına sebep olmaktadır. Zoster aşısı 50 yaş üzeri yetişkinlere tekli doz olarak uygulanır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta “Ülkemiz için uygulanabilir yetişkin aşılamaya şemaları” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

1A. Yetişkinde önerilen aşılamada öncelik sıralaması

1B. Minimal uygulanabilir aşı şeması oluşturulması

1C. Yetişkin aşı şeması oluşturulmasında kurumsal ve dernekler arası işbirliği, ortak kurullar oluşturulması

1D. Ülkemiz için uygulanabilir yetişkin aşı şeması belirlenmesi

1A. Yetişkinde önerilen aşılamada öncelik sıralaması: Hastalık yükü en yüksek olan hastalıklarla mı başlanması gerektiği ya da diğer ülkelerin (örn ABD) aşı şemalarının mı benimsenmesinin uygun olacağı; bu konuya yönelik surveyans projelerine ihtiyaç olup olmadığı; riskli grupların nasıl tanımlanacağı ve tüm erişkinlerde uygulanacak şemanın nasıl olması gerektiği tartışıldı.

Ortak karar olarak hangi aşı şeması oluşturulursa oluşturulsun, bu aşuların SGK ve Maliye Bakanlığı tarafından geri ödemesi yapılmazsa uygulamanın başarılı olamayacağı yönünde oldu. Bu nedenle oluşturulan şemanın hem gerçekçi olması, hem de ülkemizin ihtiyaçlarını karşılaması gerektiği belirtildi. Erişkin aşılamaya şemasının ülkemizin şartlarında uygulanabilir ve en önemlisi geri ödenebilir olması gerektiği de vurgulandı. Erişkin aşılamasında risk gruplarının çok güzel ve detaylı bir şekilde tarif edilmesi gerektiği, bunların başında onkolojik, hematolojik hastalar ve diyabet, kronik kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkları olan bireylerin bulunması gerektiği belirtildi.

1B. Minimal uygulanabilir aşı şeması oluşturulması: Erişkinlere yapılacak hangi aşuların geri ödeme kapsamına gireceği, aşular geri ödeme kapsamında olsa bile yeterli stok yapıp yapılamayacağı, tedarikte sorun yaşanıp yaşanmayacağı ve şemanın aile hekimleri ve diğer merkezler tarafından gerçekten uygulanabilip uygulanamayacağı tartışıldı. Aile hekimlerinin çocukluk yaş aşılamalarının yanında ek olarak yoğun iş gücü ve zaman gerektirecek erişkin aşılamasının altından kalkıp kalkamayacaklarının, bu aşuları saklayabilecek yeterli dolapları ve uygulayabilecek yeterli personeli olup olmadığının da tartışılması ve düşünülmesi gereken konular olduğu açıklandı. Yaşam boyu aşılamasının aile hekimleri tarafından yürütülmesi gereken bir aktivite olmasına karşın, tek



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

başına aile hekimlerine bu sorumluluğu ve yoğun iş yükünü vermek yerine birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlar arasında sorumluluğun paylaşılmasının gerekli olacağı vurgulandı. Bu nedenle kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde de aşı merkezleri kurulmasının gerekliliği üzerinde duruldu. Sağlık personelinin aşılması ile ilgili çok ciddi düzenlemelere ihtiyaç olduğu belirtildi.

Örneğin özel hastanelerde sağlık personelinin aşılması ile ilgili ciddi problemler olduğu, buralarda aşılama sorumluluğunun işyeri hekimlerine verildiği ancak hekime aşı tedariği yapılmadığı ortaya kondu. Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı'nın desteği ve takibi gerektiği, çok düşük olan sağlık personeli aşılama oranlarının artırılması için tüm kurumlarda sağlık personelinin bağışıklanma kayıtlarının düzenli olarak tutulması ve aşılamanın takip edilmesi gerektiği vurgulandı. İmmün sistemi baskılanmış hastalar gibi hastaneden dışarı çıkması sorun olabilecek hastaların hastanede iken aşılabilmesi ve bu hastaların sağlık okur-yazarlığının artırılabilmesi için hangi aşıları yaptırmaları gerektiğini hastaların bilmesi gereklidir. Bu nedenle riskli grupların aşılmasında birtakım kılavuzlar hazırlanması ve bunların hem sağlık çalışanları hem de hastalar tarafından kolay ulaşılabilir bir yerde, örneğin bir web sitesinde olması gerekmektedir.

1C. Yetişkin aşı şeması oluşturulmasında kurumsal ve dernekler arası işbirliği, ortak kurullar oluşturulması: Bakanlık, Bağışıklama Danışma Kurulu, SGK, halk sağlığı müdürlükleri, kurum (akademik/özel/kamu), birinci basamak arasında iletişimin nasıl kurulması gerektiği, aşılama şeması geliştirme sürecine dahil edilmesi gereken sağlık personelinin kimler olduğu, hastalar/sağlıklı kişilerin süreçlerde yer alması gerekliliği konuları tartışıldı. Yetişkin aşı şemasının oluşturulmasında kurumlar ve dernekler arası işbirliği oluşturulmasının gerekliliği üzerinde duruldu ve halen süren bazı işbirliği ortamları olduğu da belirtildi. Hastalara ve sağlıklı kişilere sağlık okur yazarlığı kazandırılmasının çok önemli olduğu üzerinde duruldu. Aşılamanın kabul edilebilirliği ve aşılama performansının artırılmasında hem aşılama, hem de sağlık personelinin kendisinin de aşılama için negatif değil pozitif yönde teşvikte bulunması gerektiği belirtildi. Aşılamanın bir danışmanlık hizmeti olduğu, hastalar aşılandıktan sonra belli bir takip gerektiği ve bunun da oldukça yoğun bir iş yüküne yol açacağından mutlaka sağlık personeline pozitif teşvikte bulunması gerekliliği vurgulandı. Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimlerinde de hem teorik hem de uygulamalı olarak aşılama konusu üzerinde mutlaka durulması gerektiği belirtildi.

1D. Ülkemiz için uygulanabilir yetişkin aşı şeması belirlenmesi: Erişkin aşılamaındaki temel aşılama ve bunların kimlere uygulanması gerektiği, aşılama şemasının gerçekçi olması gerektiği, sağlık personelinin aşılamaının hem pilot hem de örnek olması gerektiği, elektronik yaşam boyu aşı kartı uygulaması, akıllı destek süreçleri, geri ödeme alt yapı konuları tartışıldı. Erişkin aşılamaında temel aşılamaın influenza, pnömokok, hepatit B ve difteri-tetanoz-asellüler boğmaca aşılamaı olduğu ve bunların riskli gruplar, sağlık personeli ve seyahat eden kişilere yapılmasının gerekliliğinden bahsedildi. Pnömomokok ve Influenza aşılamaının yetişkin aşılamaında öneminin bilinmekte olduğu, ancak Tdap aşılamaının da hem yetişkinleri hem de koza stratejisi doğrultusunda çocukları korumada çok önem



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

kazandığı vurgulandı. Yaşla birlikte mevcut koruyucu antikorlarda azalma olduğu, bu aşının çok koruyucu ve etkin olduğu bilindiğinden mutlaka yetişkin aşı şemasında yer alması gerektiği üzerinde duruldu. Herkes için elektronik bir yaşam boyu aşı kartı oluşturulmasının, bunun yeni geliştirilmekte olan karekod sistemi ile bağlantılı hale getirilmesinin ve TC kimlik numarası olarak girildiğinde hem aile hekimleri hem de diğer sağlık ağları tarafından ulaşılabilir olmasının ve hatta kart olarak basılmasının çok faydalı olacağı vurgulandı. Akıllı destek süreçlerinin kullanılmakta olan elektronik kayıt sistemine entegre olmasının da aşılama

oranlarını arttırabileceği belirtildi. Geri ödeme sistemi ve teknik altyapı tüm bu önerilerin uygulanması için çok önemli ve mutlak gerekli olduğu konusunda fikir birliğine varıldı. Ayrıca 2009 yılında oluşturulmuş ulusal erişkin aşı şemasında pnömokok ve influenza aşıları belirli bir yaşta veya risk faktörü olan kişilerde uygulanmasının önerildiği, ancak bu kılavuz olmasına rağmen yeteri kadar bilinmediği ve ne yazık ki çocukluk çağı aşı şeması gibi kabul görmeyip takip edilmediği de belirtildi. Pnömomokok ve influenza aşılarında olduğu gibi hekimlerin ve sağlık personelinin kendilerinin de aşı yaptırmadığı ve önermediğine de dikkat çekildi. Bu konuda uygulama ve danışmanlık konusunda hekimlerin ve sağlık personelinin bazı eksiklikleri olduğu belirtildi. Ülkemiz için bilimsel, uygulanabilir bir şema oluşturulması ve mutlaka yapılması gerektiğinin kişilere söylenmesinin gerekli olduğu, doktora giden her vatandaşın geri ödemedeki bağımsız riskler hakkında bilgilendirme ve bu bilgiyi alma hakkı olduğu üzerinde duruldu. Erişkinler için de aşıların gerekliliği söylenerek ilgili makamların ikna edilmesi gerektiği ve sonunda bu aşıların da geri ödenmesinin için gündeme gelebileceği belirtildi.

Ayrıca aşı şemasında aşıların öncelik olarak basamaklandırılması gerektiği vurgulandı.

İkinci grupta “**Yetişkin aşılanma oranlarının arttırılmasında engellerin aşılması**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

- 2A.** Yetişkin aşılanmasında hekim bilinci oluşturulması için gerekenler
- 2B.** Yetişkin aşılanma oranlarının arttırılmasında kamuoyu bilinci oluşturulması için gerekenler
- 2C.** Yetişkin aşılanma oranlarının arttırılması için devletten beklentiler
- 2D.** Yetişkin aşılanma oranlarının arttırılmasında derneklerden beklentiler

2A. Yetişkin aşılanmasında hekim bilinci oluşturulması için gerekenler: Yetişkinler arasında aşı bilincinin son derece düşük olduğu, ayrıca hem hekimler arasında hem de toplumda aşı denildiğinde bunun çocuklarla ilgili bir şey olduğu algısının mevcut olduğu vurgulandı. Yetişkin aşılanmasında hekim bilinci oluşturulması için tıp eğitiminde yetişkin bağışıklamasının yer alması, hekimlerin literatüre ulaşımının kolaylaştırılması, hekimlerin yetişkin bağışıklaması konusunda kanıtlara ulaşımının sağlanması ve mezuniyet sonrası eğitimde konunun yer alması gerektiği üzerinde duruldu. Sağlık kurumlarında yetişkinlere yönelik eğitimler yapılmasının da önemli olduğu ve Türkiye’ye uygun, daha uygulanabilir, öncelikli aşıları öne alan bir erişkin aşı takvimi oluşturulmasının gerektiği belirtildi.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2B. Yetişkin aşılanma oranlarının artırılmasında kamuoyu bilinci oluşturulması için gerekenler: Yetişkin bağışıklama hizmetinde sürekliliğin sağlanması ve yetişkin sağlığı izleminin aile hekimliği sisteminde yer almasının gerekli olduğu belirtildi. Toplum liderlerinin kamu spotlarında kullanılmasının erişkin aşılanma çalışmalarını destekleyebileceği, bunun yanında televizyon filmleri, diziler ve çizgi filmler üzerinden aşılanmanın yararı ve gerekliliği konusunda mesajlar verilmesinin faydalı olacağı üzerinde duruldu. Ayrıca Sağlık Bakanlığı web sayfasından halka dönük bilgilendirme yapılması, Sağlık Bakanlığı ve uzmanlık derneklerinde alınan kararların kapalı kapılar ardında kalmaması, basına doğru bilgi akışının sağlanması ve bu şekilde tüm vatandaşların bilgilendirilmesinin önemi vurgulandı. Çocuk aşılanması sırasında yetişkinlere yönelik bilgilendirme yapılması ve yetişkin aşıları yapılmadığında çocuklara verilebilecek zararların da yetişkinlerle paylaşılmasının da yetişkin aşılanmasının sürdürülmesinde son derece yararlı olacağına dikkat çekildi.

2C. Yetişkin aşılanma oranlarının artırılması için devletten beklentiler: Devletten yetişkin aşı şemasının oluşturulması ve Genişletilmiş Bağışıklama Programında yer alması ve yetişkin aşı şemasının aile hekimliği bilgi sisteminde (AHBS) yer alması ve uygulanmasının beklendiği belirtildi. Rutin önerilen aşılar çocuklara olduğu gibi yetişkinlere de devlet tarafından sağlanması ve yapılması, yetişkin sağlığı izleminin aile hekimliği sisteminin ve performans sisteminin içine alınması ve AHBS 'de hastanelerin bilgi sistemlerinin ilgili hastalık bulgularına rastlandığına aşı yapılmasını önermesi gerektiği vurgulandı. Yetişkin aşı kayıtlarının AHBS'de tutulması ve takibinin yapılması, ülke çapında yapılan surveyans ve kayıtların ulaşılabilir ve şeffaf olması gerekliliği üzerinde duruldu. İş sağlığı kanununda yapılması gereken aşıların biyolojik riskleri engellemek için meslek gruplarına göre belirlenmesinin gerektiği belirtildi. Seyahat aşılanması için erişim olanaklarının artırılmasının gerekliliğinden bahsedildi. Ayrıca bazı aşıların örneğin grip aşılarının sertifikasyonlu eczanelerde yapılabilmesinin yararlı olacağı, ancak eczanelerde mutlaka aşıların soğuk zincir takibinin yapılması gerektiği vurgulandı.

2D. Yetişkin aşılanma oranlarının artırılmasında derneklerden beklentiler: Öncelikle yetişkin aşılanması için uygulama kılavuzlarının hazırlanması önerildi. Her uzmanlık derneğinin yetişkin aşılanma uygulamaları konusunda üyelerini aktive etmesi, derneklerin ilgili gün ve haftalarda yetişkin bağışıklaması konusunda kamuya dönük mesajlar oluşturması ve mevcut dernekler arasında yetişkin aşılanma uygulama önerileri ve çalışmaları açısından uyum sağlanması gerektiği üzerinde duruldu. Ayrıca asistan kartesi içinde yetişkin bağışıklığı konusunun da yer alması gerektiğine, sivil toplum kuruluşları ile yetişkin sağlığı izlemi ve bağışıklaması üzerine temas kurulmasının ve topluma yönelik sağlık eğitim materyallerinin ulaşılabilirliğinin artırılmasının yararlı olacağına dikkat çekildi.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Üçüncü grupta “Yetişkin aşılamaında aile hekimleri ve çocuk hekimlerinin rolü” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

3A. Çocuk aşılması için gelen yetişkinlere aşı önerisinin önemi

3B. Aile hekimleri ve çocuk hekimlerinin yetişkin aşılması ile ilgili bilgi durumu

3C. Aile hekimlerinin yetişkinleri aşılamaında idari problemler

3D. Çocuk hekimlerinin yetişkinleri aşılamaında idari problemler

3A. Çocuk aşılması için gelen yetişkinlere aşı önerisinin önemi: Yetişkinlere kendilerinin aşılması için öneride bulunmak için en uygun zamanın kişinin çocuğunu aile hekimine veya çocuk hekimine muayene için getirdiği zaman olduğuna dikkat çekilerek bu ve benzeri fırsatların değerlendirilmesi gerekliliğinden bahsedildi. Yetişkin aşılması ile ilgili toplumdaki önyargıların yenilmesine çalışılması gerektiği, aile hekimlerinin yetişkinlere aşılama ile ilgili ilk olumlu mesajı, bilgiyi ve güveni verdikten sonraki zamanlarda aşılama sürecinin devam edeceği belirtildi. Medyanın yetişkin aşılması konusunda halkı bilgilendirme amacıyla etkin olarak kullanılmasının önemi vurgulandı.

3B. Aile hekimleri ve çocuk hekimlerinin yetişkin aşılması ile ilgili bilgi durumu: Aslında çoğunlukla aşılamaaya karşı en büyük direncin sağlık çalışanlarından geldiği, sağlık çalışanlarının öncelikle kendilerinin aşı yaptırarak topluma örnek olmasının gerekliliği vurgulandı. Aşılamanın gerekliliği konusunda hekimlere verilen eğitimlerin artırılmasının önemine değinildi. Hekimler arasında yaygın olan tedavi hizmetlerinin koruyucu hekimlik hizmetlerinden daha öncelikli olduğu ve daha fazla zaman ayrılması gerektiği düşüncesinin doğru olmadığı, özellikle aile hekimlerinin koruyucu hizmetlere mutlaka zaman ayırması ve bu konuda desteklenmesi gerektiği üzerinde duruldu. Toplumda aşılamanın sadece çocukluk çağına özgü bir uygulama olduğuna dair yanlış bir kanının de yaygın olduğu, bunun üstesinden gelinebilmesi için yetişkinlerin de aşılması gerektiğinin sağlık çalışanları tarafından uygun olan her fırsatta bireylere anlatılmasının gerekli olduğu vurgulandı. Öncelikle anne adaylarının başvurduğu kadın doğum doktorları gibi aile hekimleri dışındaki diğer branş doktorlarının ve toplum liderlerinin de yetişkin aşılması konusunda örnek ve destekleyici olmasının sağlanmasının önemi vurgulandı.

3C. Aile hekimlerinin yetişkinleri aşılamaında idari problemler: Aile hekimlerine yetişkinlere aşı önerme sorumluluğu verildiği, ancak gerekli aşının tedarik edilmediğine dikkat çekildi. Örneğin pnömokok aşısının 65 yaş üstü bireylere önerilmesine rağmen aile hekimlerine aşı sağlanmadığı belirtildi. Aile hekimlerinin çocuğunu muayeneye veya aşıya getiren yetişkinlere çocuğunun sağlığı için kendilerinin de aşılmasının önemini belirtmesi gerektiği vurgulandı. Bekleme odalarında yetişkin aşılmasıyla ilgili bilgilendirici videolar gösterilmesi ve



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

bilgilendirici broşürler dağıtılmasının toplumun bilinçlendirilmesinde oldukça yararlı olacağı belirtildi. Ayrıca işyeri hekimlerinin de kendilerine özellikle işe giriş sırasında başvuran kişilere aşı önerilerinde bulunması ve bunları uygulayabilecek yetki ve donanımın kendilerine verilmiş olması gerektiği, bu şekilde yetişkin aşılamasında önemli fırsatların yakalanabileceği vurgulandı.

3D. Çocuk hekimlerinin yetişkinleri aşılamasında idari problemler: Çocuk hekimlerinin çocuklarını aşılatmak üzere başvuran yetişkinlere çocuklarının sağlığı için kendilerinin de bazı aşıları yaptırmaları gerektiğini anlatmasının oldukça etkili olduğu, ancak çocuk hekimlerinin aynı anda yetişkinlere aşı yapmaya yetkisi olmadığından önemli fırsatların kaçırıldığı belirtildi. Yetişkin aşılaması konusunda çocuk hekimlerine de gerekli yetki, aşı ve donanımın sağlanmasının gerekliliği üzerinde duruldu. Çocuk hekimlerinin hastanedeki çocuk hastalarla ilgili anne-babaları bilgilendirme saatlerinde yetişkinlere çocuklarını korumak için kendilerinin de aşı yaptırmalarıyla ilgili bilgi ve öneriler verilmesinin, muayeneye getirilen çocukların ebeveynlerine bekleme salonlarında yetişkin aşılamasına yönelik bilgilendirme broşürleri dağıtılmasının ve videolar gösterilmesinin yetişkin aşılamasının yaygınlaşmasında önemli katkısı olabileceği belirtildi.

Ayrıca, risk grubu olan ve olmayan tüm yetişkinlerin aşılanması söz konusu olduğunda hedef grup yaklaşık olarak 40 milyon olacağı ve çok fazla sayıda aşı gerekeceğinden oldukça yüksek bir maliyetin ortaya çıkmasının beklendiği, bunun için devlet tarafından kaynak sağlanmasının gerekli olduğu belirtildi.

Sonuç olarak, ülkemizde erişkin aşılamasının yürütülmesi isteniyorsa bununla ilgili bağlayıcı kararlar alınması ve derneklerle beraber kuvvetli önerilerde bulunulmasının gerekli olduğu, aksi takdirde bireysel ve isteğe bağlı aşılanmanın devam edeceği vurgulandı.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 5 İNFLUENZA AŞILARI

Başkan: Nuran Salman

Raportör: Eda Karadağ Öncel

Panel sunumları

1. Influenza aşılamaında sorunlar-*Selim Badur*
2. Sorunlarda çözüm önerileri-*Levent Akın*

Grup Çalışmaları

1. Influenza konusunda halk ve hekim eğitimi
Aktivatör: Nur Aksakal
2. Çocuklarda influenza aşılması
Aktivatör: Ahmet Soysal
3. Yetişkinde influenza aşılması
Aktivatör: Meral Ciblak

Genel bilgi

Grip, influenza viruslarının neden olduğu bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. İnfluenza virüsü tüm dünyada akut solunum yolu enfeksiyonuna sebep olmakta, hafif bir klinik seyirden ölümle sonuçlanan ağır enfeksiyonlara kadar değişen çeşitlilikte görülebilmektedir. Sonbahar aylarından itibaren görülmeye başlayan mevsimsel influenza virüsleri 6 ay altında ve 65 yaş üstünde daha ölümcül seyretmektedir. İnfluenza virüsünün yapısındaki değişiklikler sonucunda her yıl farklı türler ortaya çıkmaktadır. Her kış değişen şiddette salgınlara yol açmaktadır. En etkili korunma yöntemi her sonbaharda grip aşısı yapılmasıdır.

Günümüzde grip için hem inaktif, hem de canlı attenüe aşılar mevcuttur. Ülkemizde inaktif aşılar ruhsatlıdır. Bunları içeriklerine göre üç ana grupta ele almak mümkündür; tam virüs inaktif ya da canlı attenüe aşılar, split virüs aşıları (parçalanmış virüsler) ve alt ünite (subviriyon) aşılardır (saflaştırılmış hemagglütinin ve nöraminidaz antijenleri). Grip aşısından beklenen, aktif bağışıklama esasına göre uygun bir immunojen ile uyarı sonucunda aşılana bireyde antiviral immunitenin oluşturulmasıdır. İnfluenza virüslerinin hemagglütinin ve nöraminidaz glikoproteinlerine karşı hümorale yanıt

ürünleri olan nötralizan antikorların sentezlenmesi, yeterli ve uygun koruma sağlamaktadır. Grip aşısı, virüsün genetik ve antijenik yapısını değiştirmesi nedeniyle her yıl yenilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından her yıl sık görülen grip virüsü tipleri belirlenerek, o yıla özel virüslerin antijenik yapısını içeren



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

influenza aşısı üretilmektedir. Ülkemizde uygulanan influenza aşısı split virüs aşısıdır. Split aşılar içinde dolaşımdaki virüsler ile uyum gösterecek aşı suşları bulunmalıdır, bunun için her aşı iki

influenza A (H1N1 ve H3N2) ve bir influenza B olmak üzere üç virüs suşu (trivalan) taşımaktadır. 2013-2014 sezonunda kullanıma giren kuadrivalan grip aşısı trivalan aşıdan farklı olarak bir influenza B şusu daha içermektedir. Canlı grip aşıları soğuğa adapte edilmiş attenüe influenza suşlarından hazırlanan aşılardır. Mevcut canlı aşılar intranazal spreyleyler şeklinde uygulanmaktadır ve özellikle enjeksiyon gerektirmediğinden salgınlar sırasında kitlesel uygulamalar için kolaylık sağlamaktadır. Her ne kadar bu aşılar ile yüksek koruyuculuk sağlansa da, canlı aşılarda enfeksiyöz orijinal virüs tipine dönüşme olasılığı bulunmaktadır ve canlı virüs saçılımının yanı sıra istenmeyen reaksiyonlara neden olabilirler. Ülkemizde bu tip aşılar henüz kullanıma girmemiştir.

Aşı her yıl Eylül ayının ikinci haftasından itibaren yapılmaya başlanır ve salgınların görüldüğü Aralık-Nisan aylarından önce korunmanın sağlanması için Kasım ayına kadar yapılması önerilmektedir. Grip aşısı 6 ay – 9 yaş arasındaki çocuklara ilk kez yapıldığında en az bir ay ara ile 2 doz şeklinde uygulanır. Daha sonraki yıllarda tek doz yeterlidir. Dokuz yaşından büyük çocuklarda ve yetişkinlerde tek doz yapılır. Altı-36 ay arasındaki çocuklarda 0.25 ml, daha sonraki yaş gruplarında ise 0.5 ml, kas içine uygulanır. Aşının koruyuculuğu yapıldıktan 15 gün sonra başlar ve 6 ay kadar devam eder. Aşı ile koruyuculuk sağlıklı kişilerde %80'lere varmaktadır; yaş ilerledikçe koruyuculuk %50-60'lara inmekle birlikte hastalığın hafif geçirilmesi sağlanmaktadır.

Hastalık için yüksek riskli grupta yer alan ve aşılama önerilen hastalar aşağıda belirtilmiştir:

1. 5 yaş altındaki çocuklar (özellikle 2 yaş altındakiler),
2. 65 yaş üstündeki erişkinler,
3. Kronik akciğer (astım dahil), böbrek ve karaciğer hastaları,
4. Kardiyovasküler (tek başına pulmoner hipertansiyon hariç) hastalıklar,
5. Hematolojik (orak hücre anemisi dahil) hastalıklar,
6. Metabolik bozukluklar (diyabetes mellitus dahil),
7. Nörolojik veya nörogelişimsel bozukluklar (beyin, spinal kord, periferik sinirleri etkileyen hastalıklar ve serebral palsi, epilepsi, mental retardasyon, büyüme ve gelişme geriliği, musküler distrofi gibi),
8. İmmünyetmezlikli hastalar (immünyetmezlik ilaç alanlar, HIV'li hastalar),
9. 18 yaş altında olup uzun süredir aspirin tedavisi alanlar,
10. Morbid obezler (BMI>40)'dir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Riskli gruplarla teması olan sağlık çalışanları, kreş personeli, yaşlı ve hasta bakımevlerinde çalışanların da aşılması önerilmektedir. Yumurta allerjisi olanlara, daha önce grip aşısından sonra ağır allerjik reaksiyon geçirenlere veya grip aşısından sonra 6 hafta içerisinde Guillain-Barre Sendromu (kol ve bacaklarda kuvvet ve duyu kaybı ile karakterize bir hastalık) gelişenlere, 6 aydan küçük bebeklere grip aşısı uygulanmamalıdır.

Risk grubundaki kişilerde ve 65 yaşın üzerinde, ayrıca sağlık personeline aşı ülkemizde ücretsiz uygulanmaktadır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

1. “İnfluenza konusunda halk ve hekim eğitimi” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

- 1A.** Halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde iletişim yolları
- 1B.** Hekimlerin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde iletişim yolları
- 1C.** Halk ve hekim eğitiminde derneklerden beklentiler
- 1D.** Halk ve hekim eğitiminde devletten beklentiler

1A. Halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde iletişim yolları:

Özellikle influenza aşısı ile beklenen hedefin tanımlanması gerekliliği üzerinde duruldu. İnfluenza ile influenza benzeri semptomların ayrılmasının, grip ile nezlenin farklı olduğu algısının oluşturulmasının, özellikle aşının nezleden değil gripten koruduğunun vurgulanmasının önemi vurgulandı.

Aşının faydalarının aşının önerildiği dönemde kamu spotları, medya araçları, televizyon dizileri, okullarda öğrenci eğitimi, fatura üzerinde yazı ile, telefon mesajları, broşür, bilimsel verilerin bulunduğu web sayfaları ile duyurulması önerildi.

Hastaların akut klinik tabloyla geldiğinde aşının önerilmesinin etkili bir yol olabileceği, eğer aşı yapılmış olsaydı bu klinik tablonun gelişmeyeceğinin, aşı olduğunda kaybedeceklerinin değil, kazanacaklarının anlatılmasının daha önemli olduğu belirtildi.

İnfluenza aşısı başlama zamanının standardize olmasının (örneğin, okulların açıldığı ilk hafta gibi) aşılama yüzdesini artıracak düşünülürdü, ayrıca aşının bu süre dışında da yapılabileceğinin de belirtilmesi gereği üzerinde duruldu. Aşmayı bireyin sürekli gördüğü hekimin önermesinin ve aile hekimliği sistemi içinde takibin ve sürekliliğinin sağlanmasının önemi vurgulandı. İnfluenza aşısının çocuk izlemleri ile birleştirilmesi ve çocuğu muayeneye getiren erişkinlere de aşının faydalarının anlatılması önerildi. Riskli hastalar için bu değerlendirmelerin hekimler tarafından yapılmasının ve aşının önerilmesinin önemi vurgulandı. İnfluenza aşısı yapılma oranlarının hekimlerde oldukça düşük olması nedeniyle «Haydi hekimler aşıya» gibi bir kampanya yapılmasının ve ayrıca hekim-eczacı işbirliğine önem verilmesinin gerekliliği belirtildi.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

1B. Hekimlerin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde iletişim yolları:

Tüm hekimlerin bilgilendirilmesi, ama asıl hedef hekimlerin belirlenmesinin (aile hekimleri, çocuk doktorları, dahiliye uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı gibi) önemli olduğu belirtildi. Bu hekimlere yönelik düzenli kanıtın hazırlanması ve sunulmasının gerekliliği üzerinde duruldu. Hekimlere yaş gruplarına göre hastalığın farklı klinik bulguları olduğunun anlatılması, ciddi sonuçlara neden olabileceğinin vurgulanması önerildi. Mezuniyet öncesi eğitimde aşı ile ilgili şemanın hazırlanması, mezuniyet öncesi eğitim sırasında bunun uygulamaya dönüştürülmesi (aşılama yapılması), işyeri hekimliği tazeleme-sertifika eğitimlerinde influenzaya yer verilmesi, Sağlık Bakanlığı atama başvurusunda aşı karnesi istenmesi, mezuniyet öncesi ve sonrası aşı karnesi takibi, hastanelerde enfeksiyon kontrol komitelerinin ve meslek odalarının eğitim ve uygulamalara dahil edilmesinin hekimlerin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirmesi için önemli olduğu belirtildi.

1C. Halk ve hekim eğitiminde derneklerden beklentiler:

İnfluenza aşılmasının takibinin yapılması, kanıta dayalı güncel bilginin sağlanması, güncel web sayfalarının oluşturulması ve devam ettirilmesi, halk ve hekim eğitimlerinin desteklenmesi, teşvik sisteminin geliştirilmesidir. Ayrıca derneklerin influenza aşılması ile ilgili tanıtım programlarında yer alması ve aşılama ile ilgili savunuculuk yapmaları beklenmektedir.

1D. Halk ve hekim eğitiminde devletten beklentiler:

Aşının sahiplenilmesi, bu konuda savunuculuk ve politik kararlılık gösterilmesi, aşının temini ve tanıtımlarının yapılması sürecinde koordinasyon sağlanması ve lojistik destek verilmesi önemlidir. Sağlık personeli ve halkın bilgilendirilmesi için kaynak sağlanması, bilgi ve bilinç düzeyini arttırmaya yönelik faaliyetlere katılım konusunda kolaylık sağlanması, güncel influenza sörveyans bilgisinin zamanında paylaşımının sürdürülmesi ve geliştirilmesi, işyeri hekimlerinin daha aktif rol almasının sağlanması da beklentiler arasındadır.

2.“Çocuklarda influenza aşılması” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

2A. Çocuklarda influenza enfeksiyonunun ülkemizdeki durumu

2B. Çocuklarda influenza aşılmasının ülkemizdeki durumu

2C. Çocuklarda influenza aşılmasını gereken risk grupları

2D. Çocuklarda ulusal influenza aşılmasının gerekliliği

2A. Çocuklarda influenza enfeksiyonunun ülkemizdeki durumu:

İnfluenza benzeri hastalık sıklığının hem hastane başvurularında, hem de poliklinik hastalarında belirlenmesi, hızlı tanı testlerinin yerine PCR yönteminin kullanımının yaygınlaştırılması, üniversite hastaneleri ve büyük eğitim-araştırma hastanelerinde solunum yolu viral paneli testinin kullanımı gerekli gibi görünmektedir. Günümüzde bazı kurumlarda yatan hastalarda geri ödemesi olan solunum yolu viral paneli testinin ayaktan hastalarda da kullanımı için maliyet etkinlik çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünüldü. İnflenzaya bağlı komplikasyonların, hastalık



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

yükünün, morbidite ve mortalitenin belirlenmesi için ulusal çalışmaların planlanması ayrıca influenza döneminde nozokomiyal enfeksiyonlarda etiolojide influenza virüslerinin araştırılması da önerildi.

2B. Çocuklarda influenza aşılmasının ülkemizdeki durumu:

Ülkemizdeki total influenza aşısının çok az bir kısmı çocuklara uygulanmaktadır. Aşı yapılanların sadece %5'i çocuktur, bu grup içinde risk altındaki çocukların daha fazla olduğu düşünüldüğünde sağlıklı çocuklarda aşılama oranı çok düşüktür. Bu durumun genellikle hekimlerin grip aşısına negatif bakışına, internet sitelerinde çocuklarda grip aşısı uygulamasının güvenilir olduğu ile ilgili az ve eksik bilgi yer almasına bağlı olduğu belirtildi. Çocuklarda grip aşısına karşı gelişen antikor yanıtının düşük olmasının da aşılama oranlarını etkileyebileceği düşünüldü. Hekimlerin önerilerinin aşılama oranında çok önemli olduğu, ailelere nezle-grip farkının detaylı şekilde anlatılmasının gerekli olduğu ve aşının yan etkileri ile ilgili daha fazla bilgi verilmesi gereği üzerinde duruldu.

2C. Çocuklarda influenza aşılmasını gereken risk grupları;

- Astım ve kistik fibrozis gibi kronik solunum yolu hastalıkları
- Kronik kalp hastalığı olanlar
- Doğuştan ve kazanılmış immün yetmezlikli hastalar
- Orak hücreli anemi gibi hemoglobünoptiler
- Uzun süre salisilat kullanılacak hastalar
- Kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalar
- Diyabet gibi kronik metabolik hastalıklar
- Serebral palsi başta olmak üzere nörolojik hastalıklar
- Kronik karaciğer hastalığı olanlar
- Kreşe/okula giden çocuklar şeklinde belirtildi.

Ayrıca belirli skorlama sistemleri geliştirilerek, kalabalık ortamda yaşayanlara da influenza aşısı yapılması önerildi.

2D. Çocuklarda ulusal influenza aşılmasının gerekliliği:

Aşının gerekliliğinin belirlenmesi için influenza epidemiyolojisinin ve hastalık yükünün ortaya konularak tartışılması gerekir. Öncelikle riskli grup aşılması güçlendirilmeli ve hekimlerin grip aşısı konusunda ikna edilmelidir. Aşının ucuz bir aşı olması avantaj sağlarken, her yıl aşının tekrarlanması gerekliliği aşılama oranını azaltmaktadır.

3. "Yetişkinde influenza aşılması" konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

3A. Yetişkinlerde influenza enfeksiyonunun ülkemizdeki durumu

3B. Yetişkinlerde influenza aşılmasının ülkemizdeki durumu

3C. Yetişkinlerde influenza aşılmasının artırılmasında derneklerden beklentiler

3D. Yetişkinlerde ulusal influenza aşılmasının etkinliği ve gerekliliği



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

3A. Yetişkinlerde influenza enfeksiyonunun ülkemizdeki durumu:

2003 yılından beri düzenli olarak sürveyans yapılmakta ve veri üretilmektedir.

3B. Yetişkinlerde influenza aşılmasının ülkemizdeki durumu:

Ülkemizde aşılama oranları çok düşüktür.

3C. Yetişkinlerde influenza aşılmasının artırılmasında derneklerden beklentiler: Sürveyans verilerinin sadece katılan merkezlerin hekimleri ile değil, tüm hekimlerle paylaşımı yaygınlaştırılmalıdır. Grip verileri Sağlık Bakanlığı ve dernekler aracılığı ile tanıtılmalı ayrıca bu konuda sosyal medya da etkin olarak kullanılmalıdır. Halkın ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesinde dernekler aktif faaliyetler yürütmelidir.

3D. Yetişkinlerde ulusal influenza aşılmasının etkinliği ve gerekliliği:

Ulusal influenza aşılmasının uygulanması tüm yetişkinler için ideal olabilir ancak mevcut koşullarda mümkün değildir. Öncelikli olarak risk grubu içerisinde bulunan yetişkinlerin aşılama hedeflenmelidir. Birinci basamak hekimliğinde ulusal aşı programlarımızı destekleyecek alt yapı programlarının oluşturulması ve iş yükü analizlerinin yapılması gereklidir. Risk gruplarının ideal olarak aşılabilmesi için hekim bilgi yönetim sistemlerinde uyarı ekranları oluşturulmalıdır ayrıca bu durumun pozitif performans ile desteklenmesi aşılama oranlarının artırılmasına katkıda bulunabilir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 6

BOĞMACA AŞILARI

Başkan: Ateş Kara

Raportör: Melike Keser

Panel sunumları

1. Türkiye’de değişen boğmaca epidemiyolojisi-*Ufuk Beyazova*
2. Adölesan ve yetişkinlerde boğmaca aşılması-*Zafer Kurugöl*

Grup Çalışmaları

1. Çocukluk çağı boğmaca aşılama sorunu ve çözüm önerileri
Aktivatör: *Solmaz Çelebi*
2. Adölesan ve yetişkinlerde boğmaca aşılması
Aktivatör: *Ali Bülent Cengiz*

Genel bilgi

Boğmaca *Bordetella pertussis*’in neden olduğu; uzun süreli paroksizmal öksürük nöbetleri, öksürükten sonra inspirasyonda duyulan karakteristik ses (whooping) ve öksürük sonrasında kusma ile karakterize bir hastalıktır. İnsan, *B. pertussis*’in bilinen tek doğal konağıdır, *B. pertussis* yalnızca insanda hastalık oluşturur ve konak dışında yaşayamaz.

Son yıllarda ülkemizde de çocukluk çağı aşılması ile edinilen bağışıklığın zamanla azalmasına bağlı olarak, adolesanlarda ve yetişkinlerde boğmaca vakalarının sayısında artış ortaya çıkmıştır. Bu vakalar hafif seyretse de, henüz aşı olmamış 0 – 2 aylık bebekler başta olmak üzere küçük çocuklara bakteriyi bulaştırmakta ve ölümlere neden olan ağır hastalığa kaynak oluşturmaktadır. Gebelerin yetişkin tip aşıyla aşılması yoluyla bebeklerin korunması (koza stratejisi) son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bir uygulamadır.

Korunma yöntemlerinden en önemlisi aşılamadır. Boğmaca aşıları difteri ve tetanoz toksoidleri ile kombine (DBT) ölü tam hücre aşıları ve asellüler (DaBT ve Tdap) aşılar olarak iki çeşittir. DaBT aşısı 7 yaş altı çocuk olgularına önerilmektedir. Tdap ise DaBT ile karşılaştırıldığında azaltılmış miktarda difteri toksoidi ve boğmaca antijeni içermektedir. Erişkinlere ve 11 yaş üstü çocuklara tek doz önerilmektedir. DaBT aşısı 6 dozluk uygulama şeklinde önerilmekte olup, 2 yaşından önce 4 doz, ilköğretim 1 sınıfta tekrar doz şeklindedir.

Günümüzde kullanılmakta olan boğmaca aşıları ağır boğmaca hastalığını önlemede etkili olup, hafif ve subklinik enfeksiyonları önlemede etkisi daha az olmakla beraber, etkin ve güvenli oldukları geniş ölçekli çalışmalar ve ev içi temaslılarda yapılan araştırmalar ile gösterilmiştir. Boğmaca aşılarının etkinliği vaka tanımı, aşılama yaşı, temas ortamı, aşılamadan sonra geçen süre ve aşı özelliklerine göre değişiklik göstermekle beraber %37-92 oranlarında rapor edilmiştir. Boğmacaya karşı kazanılan bağışıklık zamanla azaldığından, *B.pertussis* adolesanlar



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ve erişkinlerde enfeksiyona neden olmakta, enfekte olan adölesan ve erişkinler aynı zamanda boğmacayı immün olmayan süt çocuklarına bulaştırmada ana kaynak işlevi görmektedir. Bu nedenle büyük çocuklar, adolesanlar ve erişkinlerde rapel doz olarak kullanılmak üzere bir kez Tdap aşılı önerilmektedir.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

1. “Çocukluk çağı boğmaca aşılama sorunu ve çözüm önerileri” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

- 1A. Ülkemizde boğmaca sıklığı ve önemi
- 1B. Ülkemizdeki boğmaca aşılama yeterliliği ve uygunluğu
- 1C. Aşıya rağmen boğmaca vakalarında artışın nedenleri
- 1D. Pekiştirme aşılması için aşı ve zamanlama seçimi

1A. Ülkemizde boğmaca sıklığı ve önemi:

Sağlık kuruluşlarından yapılan bildirim dayalı hastalık insidansı gerçeği yansıtmamaktadır. Hastalık sıklığına yönelik bazı çalışmalar olmakla birlikte hastalık insidansına ait bilgiler yeterli değildir. Daha geniş kitleleri içeren seroprevalans çalışmalarına ihtiyaç vardır. Hastalık sıklığının doğru olarak belirlenebilmesi için; öncelikle ortak tanı ve yaklaşım rehberlerine uyulmalıdır. Bildirim sistemi hekimin iş yükünü ağırlaştırmayacak, dolayısıyla uyumu arttıracak şekilde basit ve kolay anlaşılır olmalıdır. Yenidoğanlar dahil olmak üzere üç aydan küçük bebeklerde öksürük yakınmasının eşlik ettiği her klinik durum “**boğmaca şüpheli vaka**” olarak bildirilmelidir. Üç aydan büyükler çocuklarda ve erişkinlerde 15 günden uzun süren öksürük “**boğmaca şüpheli vaka**” olarak bildirilmelidir.

Tanı testlerinin etkin kullanımı artırılmalıdır. Her sağlık kuruluşunda tanı testlerinin bulunması mümkün değildir. Her hastadan tanı testlerinin istenmesi de maliyet etkin görünmemektedir. Kültürde üretmek zor ve zaman alıcıdır. Serolojik ve nükleik asit bazlı testler de birçok merkezde bulunmamaktadır. Bu sebeplerle “**boğmaca şüpheli vaka**” başvurduğunda rutin olarak ileri tanı testlerinin yapılacağı bölgeler belirlenmelidir. Bu merkezlerden alınacak örneklerin çalışılacağı ve gerekli testler için alt yapı ve personelin sağlandığı daha az sayıda “**bölgesel referans laboratuvarları**” oluşturulmalıdır. Vaka örneklerinin alınacağı sağlık kurumları ile referans laboratuvarları arasındaki iletişim ve numune nakli için alt yapı oluşturulmalıdır. Tanının doğrulanması için; kültür, ELISA (bir yaşından büyüklerde), PCR (bir yaşından küçüklerde) kullanılmalıdır. Referans laboratuvarlarından elde edilen bilgiler hakkında ilgili hekime sık aralıklarla geribildirimlerde bulunulmalıdır. Bu sayede hem hekimin bu sürece olan uyumu artar, hem de güncel bilgilerle o dönemde başvuran diğer hastalara yaklaşımı daha verimli olacaktır. Tüm merkezlere ait elde edilen sürveyans verileri bilgisayar ortamında ülke çapında görülecek şekilde paylaşılmalıdır. Böylece insidanstaki değişikliklerin bütün hekimlerce takibi sağlanarak hastaya yaklaşımları ve ilaç seçimi iyileştirilebilir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

1B. Ülkemizdeki boğmaca aşılmasının yeterliliği ve uygunluğu:

Mevcut primer aşı takvimi ve ilk pekiştirme dozu aynen devam etmelidir. Uygulamadaki aşı şemasında ilköğretim 1. sınıfta yapılan pekiştirme dozu, anasınıfına giden çocuk oranı % 80 üzerine çıktıktan sonra 4 yaş aralığına çekilebilir. Okul aşılama çalışmaları okulların açıldığı ilk ay içinde tamamlanmalıdır. Lojistik hazırlıkların yapılabilmesi için hedef kitle verilerinin Milli Eğitim Bakanlığı'ndan en kısa zamanda alınması sağlanmalıdır.

1C. Aşıya rağmen boğmaca vakalarında artışın nedenleri:

Hem doğal olarak geçirilen hastalık ile hem de aşı ile sağlanan hastalıktan koruyuculuk zamanla azalmaktadır. Hastalık yükü göz önüne alındığında pekiştirme dozları kaçınılmaz görünmektedir.

Saha uygulamasında klinik olarak tanımlanan hastalar tanı doğrulamasına gerek görülmezsizin tedavi verilmekte, ancak temaslıları gözden kaçırmaktadır. Hekimlerin bu konuya dikkatleri çekilmelidir. Temaslıların en az 5 gün süreyle koruyucu antibiyotik aldıktan sonra izolasyonu kaldırılmalıdır. Çalışan bireyler için gerekli yasal izinler sağlanmalıdır.

1D. Pekiştirme aşılması için aşı ve zamanlama seçimi

Uygulamadaki aşı şemasında ilköğretim 1. sınıfta yapılan pekiştirme dozu, anasınıfına giden çocuk oranı % 80 üzerine çıktıktan sonra 4 yaş aralığına çekilebilir. (Pekiştirme dozu 4 yaşa çekildiğinde başvuruda hekim Tdap yanında KKK ve suçiçeği pekiştirme dozlarını yapabilir. Okul öncesi dönemde sağlam çocuk izlemi dahilinde görme ve işitme taramaları yapılabilir).

Mevcut çalışmalara göre çocukluk çağında görülen ikinci pik döneminin 15-18 yaş grubunda olması sebebiyle ilköğretim 8. sınıfta yapılan Td, Tdap pekiştirme dozu olarak uygulanabilir. Rutin uygulama öncesinde gider-yarar analizinin yapılması uygundur. Değişen aşı şemasına uyumun arttırılabilmesi için aileler ve ergenlerin kendisi bilgilendirilmelidir. Hastalığı ağır geçirme açısından yüksek risk grubunda bulunan prematürel ve bağışıklığı baskılanmışlara hizmet veren sağlık personellerinin (yenidoğan yoğun bakım çalışanları, çocuk hekimleri, kadın-doğum hekimleri, onkologlar vs) aşılması sağlanmalıdır.

2.“Adölesan ve yetişkinlerde boğmaca aşılması” konusu 4 başlık altında tartışıldı.

2A. Boğmacada aile içi bulaş kaynakları

2B. Adölesan aşılmasının önemi

2C. Koza stratejisinin önemi

2D. Gebe aşılması



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2A. Boğmacada aile içi bulaş kaynakları:

Çoğu boğmaca hastalarında kaynak diğer aile bireyleridir. Bebeklerde boğmacanın kaynağı %76-83 olasılıkla aile bireyleridir. En başta anneler olmak üzere kardeşler, büyükanne ile büyükbabalar, baba, hala, dayı, teyze bulaş kaynağıdır. Ayrıca yatılı olan bakıcılar ve misafirler de bulaş kaynağı olabilir. Özellikle prematür doğan bebekler taburcu edilmeden önce ev halkının aşılınması sağlanabilir. Bulaşın azaltılması amacıyla yapılacak muhtemel kaynak aşılama sırasında, aşılardan geri ödeme kapsamında değerlendirilmesi aşılama oranlarını arttırabilir.

2B. Adolesan aşılamaının önemi:

Çocukluk çağında görülen ikinci pik döneminin ergenlik döneminde olması sebebiyle ergenlikte pekiştirme dozu gerekli görülmektedir. Ergenler ayrıca yenidoğanlar için de önemli bir bulaş kaynağıdır. Bu sebeple ilköğretim 8. sınıfta yapılan dT yerine Tdap yapılması uygun görünmektedir.

Aşıya uyumun arttırılabilmesi için “**ergen aşılması**” kavramı oluşturulması ve yerleştirilmesi önemlidir. Çocukluk çağı aşı şeması yerine yaşam boyu aşı şeması hazırlanması düşünülebilir. Ergenin ulaştığı merkezlerde aşılardan hazır bulundurulması aşılamaı yaygınlaştırabilir. Ergen aşıları erişkin aşıları ile ilintili olduğundan kayıtlar iyi tutulmalıdır.

2C. Koza stratejisinin önemi:

Yenidoğan bebeği boğmacadan korumak için bebeğin ailesinin ve bebekle yakın teması olacak diğer erişkinlerin aşılınması koza stratejisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelikten önce mümkün olan durumlarda kadınların ve partnerlerinin bir doz Tdap rapeli olması önerilmektedir, benzer öneri Avrupa ülkelerinde de yapılmıştır. Toplumsal immünite açısından erişkinlerde yeterli bir immünizasyon düzeyine ulaşılan kadar koza stratejisine (yenidoğanın yakın temaslılarının Tdap ile aşılmasına) devam edilmesi önerilmektedir.

2D. Gebe aşılması:

Çocukluk çağında boğmaca insidansındaki ilk pik 3 aydan küçük süt çocuklarında görülmektedir. Bu yaş aralığındaki süt çocukları aynı zamanda en ağır klinik seyir gösteren hasta grubudur. Bu gruptaki süt çocuklarını korumaya yönelik gebe aşılması uygundur. Gebelikte 27-34. haftalar arasında 2 doz Td aşısı Sağlık Bakanlığı tarafından rutin olarak yapılmaktadır. Gebelerde yapılan Td aşılardan ilkinin Tdap olarak yapılması uygundur. Çünkü aşılamaadan sonra en erken antikor cevabı 3-4. haftadan sonra gelişir. 27. haftada Tdap yapılması durumunda prematürler için de daha yüksek oranda antikor geçişi sağlanabilir. Ancak gebe aşılamaının rutin uygulanan çocukluk çağı aşılama etkinliklerine etkisi konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Doğum sonrasında anne hastaneden taburcu edilmeden annenin aşılması daha pratik olabilir. Bu durumda aşının bakanlık tarafından temin edilip reçetesiz alınabilmesi uyumu arttırabilir. Bu kararın alınması ve uygulanmasında kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin ve derneklerinin görüş ve desteği sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının gebe aşılması ile ilgili bilgilerinin artırılması gebe aşılama oranlarını arttırabilir. Sağlık çalışanlarının ikna edilmesi için ülke verilerinin Sağlık Bakanlığı tarafından kesin olarak ortaya konulması gerekmektedir. Bu da etkin sürveyansın yapılmasına bağlıdır.

Gebeliğinde aşılammamış annelerin doğumdan sonraki ilk 15 günde aşılması sağlanmalıdır. Bebeklerin ilk kontrollerinde (topuk kanı gibi) annelerin de kontrole gelmesinin sağlanması ve aşı ile ilgili bilgi verilmesi önemli olabilir. Aşı yan etkilerinde artışı engellemek için tetanoz profilaksisi amacıyla yapılan aşılamanın kaydı iyi tutulmalı ve takibi sağlanmalıdır. Bu amaçla aşı kartlarına tetanoz profilaksisi dozları eklenmelidir.

Aşıya karşı oluşabilecek ön yargıların önlenmesi için gebelik aşılması öncesinde ve sonrasında doğumsal anomali sıklığının düzenli takip edilmesi, gebeler aşılacaksa aşılama öncesi ve sonrasında istenmeyen yan etki izlemi mutlaka yapılmalıdır. Bu sayede herhangi bir sebebe bağlı oluşacak doğuştan anomalilerden aşının suçlanmasının önüne geçilebilir.

Genel olarak aşı uygulamasının sahada arttırılabilmesi için; aile hekimleri tarafından mevcut primer erişkin aşılmasının yapılması uygundur. Ancak aile hekimlerinin mevcut iş yükü göz önüne alındığında bir aile sağlığı elemanı daha verilmesinin aşılama oranlarını arttırabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla var olan aile sağlığı merkezlerinin güçlendirilmesi de düşünülebilir. Ayrıca başta üniversiteler ile eğitim ve araştırma hastaneleri olmak üzere eğitim verilen kurumlarda aşı merkezlerinin kurulup desteklenmesi önem arz etmektedir. Böylece sahada aşılama yapacak ekibin bilinçlenmesi ve uygulama eğitimi alması sağlanabilir. Aşı uygulanan yerlerde kayıtların düzgün olarak tutulması ve online sistem üzerinden paylaşılması sağlanmalıdır. Kayıtların Savunma Bakanlığı ile paylaşılması ile eksik aşılı askerlere Tdap uygulaması sağlanabilir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 7

HPV AŞILARI

Başkan: Murat Gültekin

Raportör: Ümit Çelik

Panel sunumları

1. Ülkemizde HPV Enfeksiyonları ve Servikal Kanser-İlkkın Dunder
2. HPV Enfeksiyonlarından Korunmada Aşılamanın Yolu-Mustafa Bakır

Grup Çalışmaları

1. HPV aşılarının uygulanmasında sorunlar ve çözüm önerileri

Aktivatör: Gülnar Şensoy

2. Çocukluk çağında HPV aşı uygulaması

Aktivatör: Songül Yalçın

3. Yetişkinde HPV aşı uygulaması

Aktivatör: Haldun Güner

Genel bilgi

HPV enfeksiyonunun neden olduğu hastalıklar arasında serviks, vajina, vulva, penis ve anüs kanserleri; baş ve boyun bölgesi kanserlerinin bir grubu; anogenital siğiller ve tekrarlayan respiratuvar papillomatozis sayılabilir. HPV dünyadaki kanser yükünün % 5,2'sinden sorumlu tutulmaktadır

Serviks kanseri tüm dünyada kadınlarda ölüme sebebiyet veren kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Her yıl, dünyada yaklaşık 530.000 kadın serviks kanserine yakalanmakta ve 275.000'i bu sebepten ölmektedir. Serviks kanserinden ölümlerin yaklaşık % 88'i gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Türkiye verileri değerlendirildiğinde, her yıl beklenen olgu sayısı 1,434; her yıl beklenen ölüm sayısı ise 556 kadın olarak bildirilmiştir. Human papillomavirus (HPV) serviks kanserinin başlıca nedeni olup, vakaların yaklaşık %70'ine tip 16 ve 18 sebep olmaktadır.

Cinsel yönden aktif kadınların % 80'den fazlasının 50 yaşına kadar genital HPV'ye yakalanacağı bilinmektedir. Serviks kanseri, kadınlarda çocuklarını büyütme ve ailelerinin geçim kaynaklarına ve emniyetine katkıda bulunmaya devam ettikleri 40'lı ve 50'li yaşlarda ortaya çıkma eğilimi göstermektedir ve fertilitiyi etkileyebilecek invazif cerrahi müdahaleler gerektirebilir. HPV enfeksiyonu erkeklerde de yaygındır. Tüm anogenital siğiller (kondiloma) HPV'den kaynaklanır ve yaklaşık %90'ı HPV tip 6 ve 11 ile ilişkilidir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

HPV asilari virüs benzeri partiküllerden oluşur ve canlı değildir. Ülkemizde birisi tip 6, 11, 16 ve 18; diğeri ise tip 16 ve 18 antijenlerini içeren 2 aşı ruhsatlı olarak bulunmaktadır. Aşıların servikal kansere karşı koruyuculukları arasında fark yoktur, ancak genital siğillere karşı 4 valanlı aşı etkilidir. Cervarix 0, 1, 6; Gardasil ise 0, 2, 6. ay şemalarıyla uygulanır. HPV'ye karşı risk grubu aşılmasının etkinliği yoktur. Bu nedenle kitlesel aşılanma tercih edilir.

Ülkemizde cervarix 9 yaş ve üzeri, gardasil ise 9 – 26 yaş arasında uygulama için ruhsatlıdır. Gerek cinsel aktivite başlamadan uygulama isteği, gerekse de erken uygulandığında aşılanmanın daha yüksek antikor yanıtı oluşturması nedeniyle kitlesel aşılamada 9 – 11 yaş tercih edilir. Su anda ülkemizde HPV aşısının uygulama oranı % 1'in altındadır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta “**HPV Aşılarının Uygulanmasında Sorunlar ve Çözüm Önerileri**” konusu 5 alt başlıkta tartışıldı:

- 1A. Çocuk Hekimlerinin ve aile hekimlerinin bilinçlendirmesindeki problemler
- 1B. Halk bilinçlendirmesinde problemler
- 1C. Kültürel problemler
- 1D. HPV aşılarının uygulanmasında çözüm önerileri
- 1E. Sorunların aşılmasında derneklerin önemi

1A. Çocuk Hekimlerinin ve aile hekimlerinin bilinçlendirmesindeki problemler

Aşılanmama sonucunda olan hastalığın temel sonuçlarını pediatristler ve aile hekimleri görmemektedir. Ayrıca HPV'nin yol açtığı hastalıklar ve aşı hakkında bilgi eksiklikleri mevcuttur. Genelde bu hekimler çocukluk çağı erken dönem aşılmasına odaklanmışlardır. Hekimler ailelerle bu aşığı görüşmek veya önermek için yeterli vakit bulamamaktadırlar. Eğitim problemi her aşamada mevcuttur. Hekimlerin ailelerle ve adölesanlarla cinsel konuları konuşmalarında zorluklar mevcuttur. Hekimlerin yan etki kaygıları olabileceği gibi nitelikli bilgiye ulaşmada da sorunlar olabilmektedir. Hekimin önermesi için maliyet de yaratmaktadır

1B. Halk bilinçlendirmesinde problemler

Serviks kanserinin ne olduğu, nasıl geliştiği, aşının bu hastalığı önlemede rolünün ne olduğu konusunda halkın bilinçlendirilmesi gereklidir. Ayrıca negatif sonuçlar internet ortamında çok hızlı yayılmaktadır. Basın yayın organlarının daha çok sensasyonel haberlere yer vermesi ve halkın bu nedenle yanlış bilgilenebilmesi söz konusu olabilir. Ayrıca maliyet halk için de bir sorundur. Bazı aileler aşığı değil, ancak yapılma zamanına karşıdır. Halk için aşı uygulamadaki en önemli motivasyon hekimin aşığı önermesidir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



27-29 MART 2014
ANKARA

1C. Kültürel problemler

Kanserin kötü kader olduğu inancı yaygındır. Bu anlamda dini nedenler önemli olabilir. Halkın cinselliğe bakış açısı önemlidir. Bu konuda halka açık ve kesin mesajların verilmesi gerekir. Aşının yapılmasının rastgele cinsel yaşamı arttırır mı endişeleri sözkonusu olabilir. Kadının eşinin önceki cinsel yaşamının riski etkilediği unutulmamalıdır.

1D. HPV aşılarının uygulanmasında çözüm önerileri

Tüm sağlık personelinin ve halkın aşı hakkında doğru bilgilendirilmesi gereklidir. Ülkemizde HPV enfeksiyonu ve servikal kanser tarama sonuçlarının öğrenilmesi önemlidir. Adölesan üniteleri veya sağlıklı çocuk izlem ünitelerinin sorumluluk paylaşımı yapması, aile hekimlerinin iş yükünü azaltabilir. Aşının önerileceği kişilere temel olarak cinsel yolla bulaşan hastalıktan değil, kanserden korunma vurgusu yapılabilir. Ayrıca HPV aşısının rutin aşı şemasına alınması Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilebilir. Rutin olmasa bile; hekim öneriyor ve aile aşı yaptırmayı istiyorsa aşının ücretsiz temin edilmesinin sağlanması düşünülebilir. Toplum önderlerinin olumlu mesajlar vermesi, aşının uygulanmasında etkin olabilir. Ayrıca aşı olmayı önerilirken pap-smear taramalarına devam edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Öğretmenlerin bilgilendirme ve eğitim sürecine dahil edilmesi gereklidir. Bu anlamda eğitim müfredatında da bu konuya yer ayrılması önemlidir.

1E. Sorunların aşılmasında derneklerin önemi

HPV tarama sonuçlarının ortak ve periyodik değerlendirildiği bir platform oluşturulmalıdır. Derneklerin aşı konusundaki tavırlarını net belirlemesi ve medyada-internet ortamında paylaşması önemlidir. Konuyla ilişkili derneklerin dinamik bir şekilde aşı ilişkili konuları takip etmesi, basın ile yakın ilişkiler kurması ve halka doğru mesajların verilmesi önemlidir. Dernekler bilimsel eğitim çalışmalarına devam etmeli, Sağlık Bakanlığıyla iş birliği içinde konuyla ilgili çalışmalarını sürdürmelidir. Hasta hakları ile ilgili derneklerle iletişim arttırılmalıdır.

İkinci grupta “Çocukluk Çağında HPV Aşı Uygulamaları” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

2A. Çocuk hekimlerinin ve aile hekimlerinin servikal kanser, HPV aşısı etkinliği ve gerekliliği konusundaki düşünceleri

2B. Çocuklarda uygun aşılama yaşı

2C. HPV aşısının ulusal aşı programında yeri ve önemi

2D. Çocuklarda aşılamanın toplumsal kabulü ile ilgili öneriler



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

2A. Çocuk hekimlerinin ve aile hekimlerinin servikal kanser, HPV aşısı etkinliği ve gerekliliği konusundaki düşünceleri

HPV aşısı, ulusal aşı takvimine girmeyi hak etmektedir. Çocuk hekimleri ve aile hekimleri tarafından aşının sahiplenilmesi gerekmektedir. Hastalık hakkında farkındalık artırılmalıdır. Bu anlamda, aile hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin bilgilendirilmesinde, virüsün servikal kanser yanı sıra diğer hastalıklara da neden olduğu, hastalığın yıllar içinde insidansında artma olduğu, cinsel yol dışı bulaşın da göz önüne alınması gerektiği konuları üzerinde durulmalıdır. Aile hekimleri, birinci basamakta halka aşığı anlatmakta zorlanmaktadır. Bu konuda bir rehber ihtiyacı vardır. Ayrıca adolesan muayenesi eğitimlerinde bu konu vurgulanabilir ve adolesan muayenesi de belli kalıplar içinde anlatılabilir. Aşı karşıtı tutumlar, hem hekim hem hekim dışı kişileri etkilemektedir. Aşı olanların erken, korumasız cinsel ilişkiyi artıracakları konusundaki asılsız iddialar önlenmelidir. Medya önünde tek mesaj verilmelidir. Servikal kanser aşığı ile önlenebilen hastalıklar kümesi içinde değerlendirilmeli ve Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından da konu takip edilmelidir.

2B. Çocuklarda uygun aşılama yaşı

Aşılamaya ne kadar erken başlanırsa o kadar etkindir. Bu anlamda ergenlik döneminin başlangıcında, okul aşılaması için 10-11 yaş grubunda (6. sınıf) değerlendirilmelidir.

2C. HPV aşısının ulusal aşı programında yeri ve önemi

HPV'ye bağlı kanser riski sigaraya bağlı kanser riskine göre 200 kat daha fazladır. HPV genital siğil yapmasının yanı sıra serviks, anogenital, ağız içi kanserlere yol açmakta ve kanser gelişen vakaların %50'si kaybedilmektedir. Ulusal aşı programı içinde hem kızlar hem de erkekler için yer alması düşünülmelidir. Çünkü sadece kızların aşılanması aşının kabulünde problem oluşturabilir. Okulda aşılanmamış olanlara, aile hekimliği tarafından yakalama aşığı yapılmalıdır. Evlilik başvuruları sırasında aşılama durumu denetlenebilir. Her ne kadar ülkemizde ilk cinsel ilişki yaşının birçok ülkeye göre geç olduğu ileri sürülse de Türkiye'de % 12 ergen gelin mevcuttur ve HPV penetran olmayan cinsel ilişki ile de bulaşabilmektedir.

2D. Çocuklarda aşılanmanın toplumsal kabulü ile ilgili öneriler

Aşının maliyetinin düşürülmesi ya da ulusal aşı takvimine eklenmesi aşılanma oranını artıracaktır. Halkla iletişimde herkesin aynı mesajı vermesi önemlidir. Cinsel içerik mesajı kesinlikle verilmemelidir. Aşının uygulama yaşı için cinsel aktivitenin başlangıcı şeklinde vurgu yapılması çok hatalıdır. Bunun yerine "aşının en etkin olduğu dönem" söylemi kullanılabilir. Kamu spotları ve dizilere aşı yapılma görüntüleri eklenebilir.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

Örnek spotlar oluşturulmalıdır:

“Geleceğin annelerini ve babalarını koruyoruz.”

“Kanserden koruyucudur”

“Aşı güvenlidir. Aşı sigil ya da kansere neden olmaz.”

Konuyla ilgili dernekler iletişim kampanyasında aktif rol oynamalıdır.

Üçüncü grupta “Yetişkinlerde HPV Aşısı Uygulamaları” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

3A. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının HPV aşısının etkinliği ve gerekliliği konusunda görüşleri

3B. Yetişkinde aşılama için uygun ve sınır yaşın değerlendirilmesi

3C. Ülkeler arası kanser epidemiyolojisi farklılıklarının aşılama oranları üzerine etkisi yoktur.

3D. Kitlesele aşılamanın gerekliliği ve önemi

3A. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının HPV aşısının etkinliği ve gerekliliği konusunda görüşleri

HPV aşısı içerdikleri HPV tipleriyle oluşan preinvazif lezyonlar, genital sigiller ve kanserlerin korunmasında etkindir. Etkinliği ve güvenliliği nedeniyle gerekli bir aşıdır. Aşının kullanım oranının artması beklenmediğinden, yani aşının ulusal aşı şemasına alınması serbest pazarda kullanım oranının artışı beklenilmeden, devlet tarafından aşılamanın başlanması, en etkin yol olacaktır. Kadın hastalıkları ve doğum branşı dışı özellikle çocuk hastalıkları, aile hekimleri, KETEM çalışanları, dahiliye ve halk sağlığı uzmanlarına hastalığın önemini belirten çalışmalar yapılmalıdır. Yukarıda bahsi geçen kliniklerde hastalık ve aşıyla ilgili her tür medya kullanılmalıdır.

3B. Yetişkinde aşılama için uygun ve sınır yaşın değerlendirilmesi

Temel hedef 11-12 yaş kız ve erkek çocuklarıdır. Telafi aşılması 13-26 yaş grubu kız ve erkeklerdir. 45 yaşa kadar HPV enfeksiyonu ile karşılaşmış olmaya bakılmaksızın kadınlara ve erkeklere yapılabilir.

3C. Ülkeler arası kanser epidemiyolojisi farklılıklarının aşılama oranları ve gerekliliği üzerine etkisi yoktur.

3D. Kitlesele aşılamanın gerekliliği ve önemi

Kitlesele aşılamanın ilgili yaşta devlet tarafından uygulanması kesin gerekli ve en önemli konudur.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI - MODÜL 8

ROTAVİRÜS AŞILARI

Başkan: Hasan Tezer

Raportör: Anıl Tapısız

Panel sunumları

1. Türkiye’de rotavirüs epidemiyolojisi ve rotavirüs enfeksiyonlarının önemi-Ergin Çiftçi
2. Rotavirüs aşılması-Ayper Somer

Grup Çalışmaları

1. Rotavirüs aşılarının etkinliği-Nurşen Belet
2. Rotavirüs aşılarının gerekliliği-Ahmet Arvas
3. Rotavirüs aşılamaında sorunlar ve çözüm önerileri-Sadık Akşit

Genel bilgi

Rotaviruslar bütün dünyada, çocukluk çağı gastroenteritinin.özellikle kış aylarında en önemli etkenidir. Hemen hemen bütün çocuklar 2-3 yaşına kadar bu virusla enfekte olurlar. Özellikle hijyen koşullarının iyi olduğu gelişmiş ülkelerde bakteriyel etkenler daha az görüldüğünden, rotavirusa daha sık rastlanır. Ortalama olarak bütün dünyada infant ishallerinin % 10-20’si rotavirusa bağlıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu oran % 15 - 30 olarak bulunmuştur. Sanılanın aksine, rotavirus çoğunlukla dehidratasyonla seyreden ağır diyare ve kusmaya neden olur. Dolayısıyla ishale bağlı hastaneye yatışlarda da etken olarak ilk sırada yer almaktadır. Dünya üzerinde yılda 5-10 milyon olarak hesaplanan ishale bağlı çocuk ölümlerinin % 10-20’si de rotavirus kaynaklıdır. Bu nedenle rotavirus gastroenteritini önleyebilecek bir aşının yaygın olarak kullanılması, milyonlarca çocuğu ölümden kurtarabilecektir.

En azından altı farklı insan rotavirus serotipi tanımlanmıştır. Bunların içerisinde en sık rastlanan serotip 1, daha az sıklıkla da serotip 2 ve 3’dür. Hayvan rotavirusları, özellikle sığır ve maymun rotavirusları hücre kültüründe kolay ürerken, insan rotaviruslarının kültür şartlarında üretilmesi çok güçtür.

Rotavirus genellikle “weaning” döneminde, yani 6-24 ay arasında ağır gastroenteritlere neden olur. Bu dönemin sonunda hemen hemen bütün çocuklarda parsiyel bir immünite ortaya çıkar. Reenfeksiyonlar bundan sonra yaygın olarak görülür, ancak hafif veya subklinik seyreder.

Yapılan çalışmalarda rotavirus aşılarının maliyet-etkin olduğu görülmüştür ve şu anda 40’dan fazla ülkenin ulusal aşı şemasındadır. Ülkemizde ruhsatlı 2 rotavirus aşısı bulunmaktadır: Rotarix® ve Rota Teq®. Bunlardan Rotarix® 2 doz, Rota Teq® ise 3 doz, ağızdan uygulanmaktadır. Rotariks tek valanlı, tp 1 insan rotavirusu iken, Rota Teq® 5 valanlı, insan - sığır rotaviruslarının genetik bileşiminden oluşur. Koruyucu etkinlikleri birbirine yakındır. Rotarix®’in tip 1 dışındaki tipşere karşı koruyuculuğu çapraz koruma değildir, “p” antijeni ortak olduğundan,



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

homotipik korumadır. Aşının ilk dozu 6 – 12 haftalar arasında yapılmalı, dozlar arasında minimum 4 hafta ara olmalı ve son doz çocuk 8 ayını bitirmeden uygulanmalıdır.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda karşılaşılan en önemli problem, gelişmiş ülkelerde elde edilen iyi sonuçların, gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerdeki çalışmalarda desteklenememesidir. Ancak % 50 civarında etkili bir aşının bile yaygın olarak kullanılması, dünyada yılda en az 500.000 çocuğu ölümden kurtaracaktır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta “**Rotavirüs aşılarının etkinliği**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

1A. Etkinlik açısından ülkeler arası farklılıklar

1B. Etkinlik açısından aşılar arası farklılıklar

1C. Aşı etkinliğine etki eden faktörler

1D. En etkin ve uygulanabilir aşı şeması

1A. Etkinlik açısından ülkeler arası farklılıklar: Gelişmekte olan ülkelerde (Afrika’da, Asya’nın güneyinde) etkinliğin düşük olmasının nedenlerinin serotip farklılıkları, birden çok serotiple ortaya çıkan enfeksiyonlar ve eşlik eden diğer etkenlerle ortaya çıkan enfeksiyonlar olabileceği bildirildi. Medikal hizmetin kalitesi, sanitasyon ve alt yapının durumunun da rotavirüs epidemiyolojisini etkileyebileceği belirtildi.

1B. Etkinlik açısından aşılar arası farklılıklar: Mevcut her iki aşının da etkili olduğu düşünülmektedir.

1C. Aşı etkinliğine etki eden faktörler: Serotip dağılımının çeşitliliği, aşı sonrası serotip değişimi, diğer enfeksiyonların varlığı, canlı polio aşısı ile beraber kullanımının etkisi, hastanın aşığı kusması, sosyoekonomik düzey ve intestinal floranın aşığı cevabı etkileyebileceği belirtildi. Virüsün genetik yapısı, miks enfeksiyon sıklığı ve hayvan kaynaklı suşların önemi vurgulandı.

1D. En etkin ve uygulanabilir aşı şeması konusunda rutin aşılamada (toplumsal) aşı üreticilerinin önerdikleri şemaya uymak gerektiği buna göre monovalan aşı 2 ve 4. aylarda, pentavalan aşı 2, 4, 6. aylarda yapılabilir denildi. Birbirleri ile etkileşimin değerlendirildiği çalışmaların yeterli olmaması nedeni ile son dozun oral polio aşısı ile çakışmasının engellenmesi için bir ayarlama yapılabileceği söylendi. İlk ve son doz aşı zamanının rehberler/kitaplar ve prospektüslerde birbiri ile uyumlu olmadığı fark edildi. Aşının ilk dozunun 6-15. haftalarda yapılmasının ve sonraki dozların 4-8 hafta aralarla tekrarlanmasının uygun olduğu belirtildi.



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ

27-29 MART 2014
ANKARA

İkinci grupta “**Rotavirüs aşının gerekliliği**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

2A. Ülkemizde rotavirüs enfeksiyonlarının sıklığı

2B. Rotavirüs aşlarının maliyet etkinliği

2C. Rotavirüs aşlarının güvenilirliği

2D. Rotavirüs aşlarının ulusal aşılama yeri

2A. Ülkemizde rotavirüs enfeksiyonlarının sıklığı: Erken çocukluk döneminde ki ishalin en sık etkeni olduğu, bu durumun hem ayaktan hem de yatan hastalar için de geçerli olduğu, hastalığın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aynı oranda olduğu bildirildi.

2B. Rotavirüs aşlarının maliyet etkinliği: Rotavirüs aşları için ülkemizde maliyet etkinliğini değerlendiren 2 çalışma olduğu, bu çalışma sonuçlarına göre aşılamanın hem hastane yatışlarını hem de ayaktan poliklinik vakalarını önemli ölçüde azalttığı ve her iki aşının da maliyet etkin olduğu belirtildi.

2C. Rotavirüs aşlarının güvenilirliği için Türkiye’de süt çocuklarında invajinasyon sıklığının izlenmesi önerildi. Bazı ülkelerde invajinasyon sıklığını çok az artırsa da genel aşı yararı açısından dikkate alındığında önemli olmadığı bildirildiği, ancak aşı aşı takvimine alındıktan sonra etkin sürveyans çalışmasının yapılması ve toplumda olan invajinasyon sıklığının değerlendirilmesi önemlidir denildi. Sadece invajinasyon değil aşı sonrası istenmeyen yan etkilerin bildirilmesi vurgulandı. Mevcut aşı şemasının alındığında uygulanmasında herhangi bir güçlük görülmeceği söylendi.

2D. Rotavirüs aşlarının ulusal aşılama yeri: Maliyet etkinlik çalışmaları değerlendirildikten sonra ulusal aşı şemasına alınması önerildi. Aşı şemasında 2-4. aylarda RV1 veya 2-4-6. aylarda RV5 uygulanması önerildi.

Üçüncü grupta “**Rotavirüs aşılama sorunları ve çözüm önerileri**” konusu 4 alt başlıkta tartışıldı:

3A. Rotavirus enfeksiyonları ciddi bir sağlık problemi midir?

3B. Hekimlerin rotavirus aşılama gerekliliği ile ilgili değerlendirmelerine etki eden faktörler

3C. Halkın aşı gerekliliğine bakışı ve aşı önerisine tepkileri

3D. Aşılama oranlarının artırılması ile ilgili çözüm önerileri



ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI



27-29 MART 2014
ANKARA

3A. Rotavirus enfeksiyonları ciddi bir sağlık problemi midir: Rotavirüs ishalleri dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir, 3 yaş altındaki her çocuk en az bir kez bu enfeksiyon geçirir, dünyada her yıl 450.000 civarı çocuk rotavirüs ishalinden yaşamını kaybetmektedir ve ülkemizde rotavirüs ishallerinden ölümler fazla olmasa da önemli bir morbidite nedenidir denildi. Ayrıca çocuklarda akut ishallerin %15-40'ında rotavirüsler etkindir, akut ishalden hastaneye yatışların %30-50'sinden rotavirüsler sorumludur ve her ishal atağında büyümede duraklama olur diye belirtildi.

3B. Hekimlerin rotavirüs aşılmasının gerekliliği ile ilgili değerlendirmelerine etki eden faktörler: Aşılamanın önündeki en önemli engelin maliyet olduğu vurgulandı. Yan etkiler konusunda (özellikle invajinasyon) hekimlerin tereddütlerinin hala devam ettiği, hekimlerin rotavirüs aşısının diğer aşılarla etkileşebileceğine dair inancının olduğu, aşı yapılsa bile tüm serotiplere karşı koruyamayacağı konusunda tereddütlerin olduğu belirtildi. Bu nedenle; maliyet etkinlik çalışmalarından hekimlerin haberdar edilmesi, kanıta dayalı verilerle hekimlerin endişelerinin giderilmesinin aşılama oranlarını bir miktar yükseltebileceği belirtildi.

3C. Halkın aşı gerekliliğine bakışı ve aşı önerisine tepkileri: Halkın genel olarak aşıya itirazının olmadığı, ancak aşılamanın önündeki en önemli engelin maliyet olduğu belirtildi. Sosyal medyadan öğrenilen aşı ile ilgili yanlış bilgiler nedeniyle oluşan endişelerin derneklerin web sayfalarına aşı konusunda bilgilerin eklenmesi ile giderilebileceği söylendi. Halkın bazen tercihe zorlandığı, 2 aşıdan öncelikle hangi aşıyı yaptıracığına dair karışıklıkların giderilmesi gerektiği vurgulandı. Halkın gözünde ishalin daha hafif bir hastalık olduğu algısının aşı tercihini etkileyebileceği belirtildi.

3D. Aşılama oranlarının artırılması ile ilgili çözüm önerileri: Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu aşının maliyet-etkin olduğunun gösterildiği, ülkemizde rotavirüs aşısı uygulama oranının yaklaşık %10 civarında olduğu, bu maliyet ile tüm çocukların ulusal aşı takvimi içinde aşılabilmesinin mümkün olduğu, bu yüzden yakın zamanda ulusal aşı programı içine alınmasının dikkate alınması gerektiği belirtildi.

