

Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü

Adult vaccination, problems in practice and solution proposals, role of family physicians in adult vaccination

Dilek Toprak¹, İftihar Köksal², Mehmet Sargin³, Hülya Akan⁴

Özet

Enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili ve ucuz yöntem aşılamadır. Türkiye’de çocukluk çağı için oldukça başarıyla uygulanan Genişletilmiş Bağışıklama Programı olmasına rağmen erişkin bağışıklamasında hedeflenen oranlara ulaşılamamıştır. Erişkin bağışıklama oranları riskli gruplar için bile istenen düzeylerde değildir. Erişkin aşılamasında istenen hedefe ulaşmak için öncelikle aşı programdaki eksiklerin bilinmesi ve farkındalık yaratılması esastır. Bu amaçla ulusal düzeyde iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Koruyucu hekimliğin ayrılmaz parçası olarak bağışıklamada, aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Bu derleme erişkin aşılamaları hakkında farkındalık yaratmak, mevcut durumu gözden geçirmek ve aşılama oranlarının artırılabilmesi için yapılması gerekenleri aile hekimliği bakış açısı ile vurgulamak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar sözcükler: Aşılama, erişkin, aile hekimi

Summary

The most effective and economical method of preventing infectious diseases is vaccination. In Turkey, although there is a vaccination scheme for childhood period within the scope of the Expanded Program on Immunization, which is performing successfully, the aimed ratios for adult immunisation have not been achieved. Adult immunization rates are not at desirable levels even for risky groups. In order to achieve a desired goal in adult vaccination, it is essential to know deficiencies of the program and to create awareness. For this purpose, improvement efforts at the national level are needed. Family physicians have important roles in adult immunization as being an essential part of preventive medicine. This review was written to raise awareness about adult immunization, to monitor the current situation, and to establish a framework for what needs to be done in the view of family medicine.

Key Words: Vaccination, adults, general practitioners.

¹ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dahili Tıp Bilimleri, İstanbul

⁴ Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Geliş tarihi: 31.05.2018 / **Kabul tarihi:** 27.07.2018 / **Yayın tarihi:** 15.09.2018

İletişim adresi: Dr. Dilek Toprak / **e-posta:** dilekt66@yahoo.com

Aşı ile korunmanın önemi

Enfeksiyon hastalıklarından korunmak için genel koruyucu sağlık uygulamaları (kişisel hijyen, temiz içme suyu, atıkların kontrolü vb.) yanı sıra aktif veya pasif immünizasyon ile sağlanan bağışıklama gerekir. Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili ve ucuz yöntemdir.^[1] Aşılanmanın başlıca hedefleri hastalık, sakatlık ve ölüm risklerinin azaltılması ve genel sağlık halinin devamının sağlanmasıdır. Aşı ile önlenbilir hastalıkların çoğunun 20. yüzyıldaki insidansı aşılamalar sonrasında %99'un üzerinde azaltılmış, bazıları ise (çiçek hastalığı) tamamen eradike edilmiştir. Günümüzde tüm yaş grupları göz önüne alındığında aşısı olan ve çoğu rutin bağışıklama kapsamında olan 18 hastalık şunlardır: Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Hepatit A, Hepatit B, Kızamık, Kızamıkçık, Rotavirus, Herpes Zoster, Pnömonokok, Meningokok, İnfluenza, HPV, Çocuk Felci, Hemofilus İnfluenza tip b, Suçiçeği, Meningokok, Kabakulak.^[2]

Çocuk sağlığının ayrılmaz parçası olarak görülen aşılama uygulamaları erişkinlerde çoğu zaman ihmal edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği çocukluk çağı aşılamalarını çok yakından izlemesine rağmen aynı detaylı çalışma erişkin aşılaması için mevcut değildir.^[2,3]

Çocukluk döneminde aşılanmamış erişkinlerin primer aşılamaya alınması, çocukluk aşıları yapılmış olanların çoğunda erişkin dönemde hatırlatıcı dozlarının uygulanması gerekir. Ayrıca tüm erişkin popülasyona veya riskli gruplara önerilen aşılar da bulunmaktadır. Erişkin ve yaşlılarda pnömonokokal pnömoni, influenza, kızamık, suçiçeği, hepatit A, hepatit B, kızamıkçık, tetanoz gibi ciddi komplikasyonlarla veya ölümcül seyrebilen birçok enfeksiyon aşı ile önlenbilir hastalıklar arasındadır. Bu durum erişkin aşılamasının önemini ortaya koymaktadır.^[3]

Yaşlanma ile beraber kronik hastalıkların artışı, gerek yaşlanmaya gerekse kronik hastalıklara bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla beraber bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlılığın artması 65 yaş üzeri bireyleri, aşı ile önlenilen hastalıklardan koruma konusunda öncelikli ve önemli bir hedef nüfus

haline gelmesine neden olmuştur. Dünya genelinde ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun nüfus projeksiyonlarına göre 2013 yılında %7,7 olan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.^[4]

Günümüzde global hareketlilik nedeni ile enfeksiyon yayılımının kolaylaşması, çocukluk çağında yapılan aşılarla zaman içerisinde antikör titrelerinin azalması yani yaşla birlikte aşı ile indüklenmiş immünitinin azalması, tam koruma için tekrar dozlara gereksinim duyulması (ör: Difteri, Tetanoz), yaşlılarda aynı zamanda enfeksiyona duyarlılığın artmasına neden olan eşlik eden hastalıkların bulunması gibi nedenler de erişkin aşılanmanın önemine dikkat çekmektedir.

Tanrıöver ve arkadaşlarının 18 yaş üzeri erişkin ve yaşlılarda yaptığı çalışmada, çalışmaya katılanların %65'inde difteri, %69'unda tetanoz, %90'ında boğmacaya karşı seropozitifliğin olmadığı ve çalışmaya katılanların %78'inin tetanoz, %90'ının boğmaca ve %96'sının ise difteri aşısına ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Bu yaş gruplarının düzenli aşılanması aşı ile önlenilen hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitenin azalmasına katkıda bulunacaktır.^[5,6,7,8]

Bütün bu riskler ve erişkin bağışıklamasının sağlayacağı faydalar göz önüne alınarak 2016 yılında ilgili birimlere bir Sağlık Bakanlığı tarafından genelge gönderilerek Halk Sağlığı Kurumu tarafından temin edilen çocukluk çağı aşılarından (Hepatit A, Hepatit B, KKK, konjuge pnömonokok, suçiçeği, polisakkarit meningokok aşısı gibi) risk grubundaki uygun erişkinlere de uygulanması ve bu konuya gereken hassasiyetin gösterilmesi istenmiştir.^[9]

1. Aşılanmanın sağlık ve ekonomik alandaki etkileri

Erişkinlerde aşı ile önlenilen hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan maliyetler toplumda önemli düzeyde ekonomik yük meydana getirmektedir. Bu bağlamda medikal yükün yanı sıra iş gücü kaybı, yol ve refakatçi masrafları, hasta yakınlarının mas-

rafları gibi daha zor hesaplanan ve bazen gözden kaçan indirekt maliyetler de söz konusudur. Her yıl 50.000'den fazla erişkin aşı ile önlenebilir hastalıktan ölmekte, bundan binlerce fazlası ise ciddi hastalıktan yakınmaktadır. Bu gerçekler doğrultusunda ve yaş ile artan kronik hastalıklar, daha fazla komplikasyon ve ölüm riski nedeniyle Amerika Bağışıklama Danışma Kurulu erişkinler için rutin aşılamayı önermektedir. Bu öneri pratikte kabul görmekle birlikte genellikle bağışıklamanın ekonomiye sağladığı katkılar genellikle fark edilmemektedir.

Pek çok çalışma Amerika'da aşı ile önlenebilir hastalıkların yıllık maliyetinin 9-26 milyon dolar olduğunu bunun %80 (7.1 milyon dolar) kadarının aşılanmamış kişilerin tedavisine harcandığını gösterirken bir başka çalışmada 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylere aşı ile önlenebilir dört hastalık (pnömoni, boğmaca, zona zoster ve influenza) için 15 milyon dolardan fazla harcama yapıldığı bildirilmiştir. Aşılamaya hizmetlerinin düzenli olarak sağlanması toplumda aşı ile önlenebilir hastalıkların ve bunlara ilişkin komplikasyonların ve mortalitenin azalmasını sağlayacaktır. Buna bağlı olarak, hastaneye başvuru ve yatışlarda azalma, tedavi giderlerinde azalma ve hastalıklara bağlı sekellerde azalma beklenen sonuçlardır. Ayrıca iş-gücü kaybının azalması ve verimlilik artışı da ekonomiye katkı sağlayacaktır.^[10-11]

2. Ülkemizde erişkin aşılamasında mevcut durum

Ülkemizde erişkinlere yönelik aşı uygulamaları şu başlıklarda toplanmıştır:^[9,16]

- Hepatit-B Aşılması
 - Sağlık Çalışanı Aşılması
 - Erişkin Tetanoz Aşılması
 - Askerlik Dönemi Aşılması
 - Seyahat Sağlığı Aşılması
 - Hac Aşılması
 - Pnömonokok ve Grip aşısı uygulaması
 - Doğurganlık çağı kadınlara tetanoz aşılması
 - Doğurganlık çağı kadınlara kızamıkçık aşılması
- Erişkin aşılaması için, Türkiye'de ve dünya ge-

nelinde istenilen hedefe ulaşılamamıştır ve birçok ülkede halen ihmal edilen bir konu olarak bildirilmekte, uygulama oranlarını artırmak için çözüm yolları araştırılmaktadır.^[12-15] Ülkemizde de benzer şekilde konunun uzmanları erişkinlerde aşılamaya istenen düzeylerde olmadığını dile getirmektedirler. Ülkemizde resmi kurumlarda yapılan aşılamalar aşı takip sistemi (ATS) ile Sağlık Bakanlığına bildirilse de özel hastaneler, muayenehaneler gibi yerlerde uygulanan aşılarla ilişkin veriler bilinmemektedir. Bu nedenle ülkemizde gerçek aşılanma oranları kesin olarak belirlenemese de %2'nin altında olduğu, riskli gruplarda bile aşılanma oranlarının çok düşük olduğu dile getirilmektedir.^[9,16-19]

Dahiliye polikliniklerine başvuran hastalar arasında yapılan çalışmada, risk grubu olarak tanımlanabilen hastalarda bile aşı oranı toplamda %27,2'yi geçmemekte, en fazla (%22,8) tetanoz aşısı uygulanırken, pnömokok bağışıklaması %1 ile en düşük düzeydedir.^[19] Bakanlığın 2013 faaliyet raporunda erişkin aşılamaya programının geliştirildiğinden söz edilmiş ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı risk grubu aşılamalarına ilişkin yazısında hepatit A, hepatit B, Kabakulak - Kızamık - Kızamıkçık, pnömokok (KPA-13 ve PPA-23), Haemophilus influenzae tip b, suçiçeği, inaktif polio, meningokok, influenza aşılarının erişkinlerde uygulamasına yer vermiştir.^[20]

Erişkin aşılaması konusu fakülteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları tarafından da tartışılmaktadır. Ülkemizde erişkin aşılamasında mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri ilki 2014 yılında ikincisi 2016 yılında gerçekleştirilen Ulusal Aşı Çalıştayı kapsamında tartışılmış ve bir rapor halinde yayınlanmıştır.^[18,21]

Çalıştay'ın 2016 raporunda erişkin aşılamasında başarının altında hekim, birey ve sağlık otoritesine bağlı faktörlerin yer aldığı ifade edilmektedir. Aşı ve aşıyla korunulabilen hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamanın ve medyadaki aşı karşıtı haberlerin aşuya güvensizlik, aşıdan korkma ve "aşı kararsızlığı" ile sonuçlandığı belirtilmiştir. Yapılan farklı çalışmaların da destekleyen bulguları ile oluşturulan çalıştay raporuna göre erişkinlerin aşı yaptırmamasının en önemli nedenleri şunlardır: ^[21,22]

- Doktorun önermemesi
- Aşı hakkında bilgi eksikliği
- Sağlık okuryazarlığı oranlarının düşük olması,
- Aşıların etkili ve güvenli olduğu konusundaki şüpheler
- Aşılanmanın çocukluk yas, grubuna özgü olduğu algısı
- Erişkin aşılanmasının seçici bir uygulama olması,
- Aşılarla ilgili geri ödeme sorunlarının olması
- Erişkinine ait standart bir aşı şemasının olmaması

Ülkemiz için hazırlanmış olan Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Erişkin Bağışıklama Rehberinin 2016 yılındaki 2. güncellemesinde erişkinlere uygulanan her bir aşının içeriği, endikasyonu, doz ve uygulama şekli, kontrendikasyonları, yan etkileri detaylı olarak verilmiştir.^[23] Erişkinlerde uygulanan standart aşılarla ilişkin bilgiler **Tablo 1**'de özetlenmiştir.^[23,24]

Tablo 1. Erişkinlerde yaş gruplarına göre 2016 aşı önerileri ve dozları (Özet Tablo)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl bir doz				
KPA-13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPA-23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0, 1, 6. ay)				
Hepatit A5 ⁵	2 doz (0, 6. ay)				
Zoster					1 doz
Suçiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK6	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0, 1-2, 6.ay) ⁸				
Td, Tetanoz-difteri; Tdap, Tetanoz-difteri-asetülüler boğmaca; Hib, Haemophilus influenzae tip b aşısı; HPV, Human papilloma virus aşısı; KKK, Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; KPA-13, Konjuge pnömokok aşısı; PPA-23, Polisakkarit pnömokok aşısı.					
Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.					
Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.					
Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.					

¹ Primer aşılamayı tamamlamamış erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz ve 6-12 ay sonra 3.doz Td önerilir.

² Rapellerden birinin Tdap olması önerilir.

³ Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok (KPA-13 ve PPA-23) aşısının da yapılması önerilir.

• Tercihen önce tek bir doz KPA-13, en az bir yıl sonra PPA-23 ve 5 yıl sonrasında PPA-23 rapeli. PPA-23'ün üçüncü rapelinin de 65 yaş ve sonrasında yapılması önerilir.

• Riskli grupta yer almayan erişkinlerde her iki pnömokok aşısı (KPA-13 ile PPA-23) arasında en az 1 yıl süre olmalıdır. Ancak, risk grubunda olan 19-64 yaş arası erişkinlere ve 65 yaş ve üzeri erişkinlerden immün yetmezlik, aspleni, BOS kaçağı veya koklear implant olanlara ilk önce KPA-13 uygulanmışsa en az 8 hafta sonra PPA-23 uygulanabilir. İlk önce PPA-23 uygulanmışsa da en az bir yıl sonra KPA-13 uygulanmalıdır.

⁴ 65 yaş ve üzeri erişkinlere daha önce (65 yaşından önce)

• herhangi bir pnömokok aşısı ile aşılanmamışlarsa, önce KPA-13 ve en az bir yıl sonra PPA-23,

• sadece PPA-23 ile aşılanmışlarsa, son dozdan en az 1 yıl sonra KPA-13, KPA-13'den en az 1 yıl sonra ve PPA-23'den en az 5 yıl sonra olacak şekilde PPA-23,

• sadece KPA-13 ile aşılanmışlarsa, en az bir yıl sonra PPA-23,

• hem KPA-13 hem de PPA-23 uygulanmışsa, KPA-13 dozundan en az 1 yıl, PPA-23 dozundan en az 5 yıl sonra olmak üzere tek bir doz PPA-23 uygulanmalıdır.

⁵ Serolojik olarak bağışık olduğu gösterilemeyenlere önerilir.

⁶ 1980 yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan yetişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilir. 1980 yılından önce doğanlar bağışık kabul edilebilir.

⁷ Yakın zamanda kızamık, kızamıkçık veya kabakulağa maruz kalma ya da salgın durumunda, bir sağlık kuruluşunda ya da bakım evinde çalışma, yükseköğrenim kurumlarında eğitim görme, temas riskinin yüksek olduğu uluslararası seyahat planlaması durumunda en az 28 gün arayla 2 doz aşı önerilir.

⁸ HPV, kuadrivalan ve dokuz valanlı aşılar 0, 2, 6.ay; bivalan aşı 0, 1, 6.ay şeklinde uygulanır.

Erişkin aşılama platformu farkındalık projesi kapsamında Ocak 2017’de başlatılan çevrimiçi yayınlar ile başta aile hekimleri, enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyoloji uzmanları, iç hastalıkları uzmanları, göğüs hastalıkları uzmanları ile nöroloji uzmanları olmak üzere tüm hekimler ile sağlık çalışanlarının aşı ve immünizasyon konusundaki farkındalığını artırmak, bu konudaki bilgilerini tazelemek amaçlanmıştır.^[25]

3. Erişkin bağışıklamasında temel ilkeler ve risk grupları

Enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama pasif veya aktif şekilde sağlanabilmektedir.

Pasif bağışıklama; tedavi amacıyla (immün yetmezlik, difteri, yılan ve akrep sokması durumlarında olduğu gibi) veya temas sonrası koruma amacıyla (hepatit A ve kızamıkta olduğu gibi bulaşma sonrası geçici bağışıklık sağlamak için) uygulanır. Bu amaçla standart insan serum immünoglobulini (gamma globulin), hiper immünoglobulinler, hayvan serumları veya antitoksinleri kullanılmaktadır.^[16]

Aktif bağışıklama ise aşı ile sağlanan bağışıklamadır. Rutin aşılarda genellikle çocukluk çağında tamamlanmış olması gerekir. Ancak bunun aksi durumlarda, yani çocuklukta hiç aşılanmamış olan kişiler erişkin yaşta uygun aşılama programına alınmalıdır. Aşılarda çocukken yapılmış olanlarda ise hatırlatma dozları ile aşılamaya devam edilmelidir.

Sağlıklı erişkinlerin rutin aşılanmaları yanı sıra bazı durumlarda sahip olunan riskler nedeniyle özel bağışıklama da söz konusudur. Özel risk grupları arasında gebeler, uluslararası seyahat edenler, bazı meslekler (sağlık çalışanları), yaşlılık, immün yetmezliği/baskılanması olanlar, kronik hastalara bakım hizmeti verenler (bakım evlerinde veya evde), yüksek riskli kişilerle aynı evde yaşayanlar, doğal afetlerden etkilenenler, sığınmacılar ve göçmenler (özellikle düzensiz ve kontrolsüz göç durumları) sayılabilir.^[1,16,22]

4. Erişkin aşuları

4.1. Rutin aşular

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) tarafından

19 yaş ve üzeri erişkinler için yaş gruplarına ve risk faktörlerine göre araları ve dozları değişmek üzere önerilen aşular arasında; influenza (grip), difteri, boğmaca (bir dozu asellüler), tetanoz, suçiçeği, human papillomavirus, herpes zoster (zona), kızamık, kızamıkçık, kabakulak, 13-valanlı konjuge pnömokok, 23-valanlı polisakkarid pnömokok, meningokok, hepatit A, hepatit B, Haemophilus influenzae tip b aşuları yer almaktadır.^[24]

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2016 yılında yayınladığı risk grubu aşılamalarına ilişkin yazısında hepatit A, hepatit B, Kabakulak-Kızamık-Kızamıkçık, pnömokok (KPA-13 ve PPA-23), Haemophilus influenzae tip b, suçiçeği, inaktif polio, meningokok, influenza aşularının erişkinlerde uygulama şekli yer almaktadır.^[9,16] EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberinde erişkinlere uygulanan her bir aşının içeriği, endikasyonu, doz ve uygulama şekli, kontrendikasyonları, yan etkileri detaylı olarak verilmiştir.^[23]

4.2. Özel durumlar

Sağlıklı her erişkine önerilen rutin aşular bazı özel durumlarda zorunlu endikasyon veya aksine kontrendikasyon oluşturabilir, uygulama zamanı ve/veya dozu değişebilir. Bu özel durumlar arasında; gebelik, immün yetmezlik/baskılanma, diabetes mellitus, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı; kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı ve hemodiyaliz uygulanan hastalar, askerlik, sağlık çalışanı olmak yer almaktadır. Ayrıca salgın, artmış hastalık riski ve seyahat gibi durumlarda uygulanan aşular da mevcuttur. Bu aşılara örnek olarak kuduz, sarı humma, polio, kızamık, kolera, japon ensefaliti aşuları söylenebilir.^[7,9,16,23,24]

Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) 9 Temmuz 2018 raporuna göre ülkemizde toplam 3.554.072 Suriyeli bulunmaktadır. Bunların sadece 211.747’si barınma merkezlerinde geri kalanları ise bu merkezler dışında yaşamaktadır. İstemli veya istemsiz göçe maruz kalan kişiler bir yandan olumsuz koşullar nedeniyle kendileri risk altında kalırken diğer yandan göç ettikleri bölgelerde yaşayanlar arasında da bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerle göçmenlerin aşı-

lanması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır.
[23,26]

5. Erişkin aşılmasında farkındalık yaratma ve düzenli uygulama için gerekenler

Erişkin aşılmasında istenen hedefe ulaşmak için eksiklerin bilinmesi ve giderilmesi için öncelikle konuya ilişkin farkındalık yaratılması esastır. Bu amaçla ulusal düzeyde iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Rehberler hazırlanması, toplantılar düzenlenmesi, düzenli takip ve ödül uygulamaları yarar sağlayacaktır. Birçok ülkede kendi toplumu için hazırlanmış aşılama rehberleri bulunmaktadır. Ülkemizde de Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) önderliğinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türk Geriatri Derneği, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türk Hematoloji Derneği, Türk Toraks Derneği ve Viral Hepatitle Savaşım Derneğinin işbirliği ile ilk kez 2009 yılında erişkinlere ait bağışlama rehberi hazırlanmış, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneğinin de katılımı ile 2016 yılında güncellemesi yapılmıştır.^[23]

Erişkin aşıları için farkındalık ve düzenli uygulama sağlanması için yapılması gerekenler sağlık personeline, topluma ve otoriteye yönelik olarak gruplandırılabilir.

6. Sağlık personeline yönelik

6.1.1. Bilgilendirme

Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin erişkin bağışıklaması konusunda hizmet içi eğitimlerle bilgi sahibi olması/bilgilerinin güncellenmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla bilimsel toplantılar (konferans, seminer, çalışma atölyeleri vb.) düzenlenebileceği gibi yazılı ve görsel materyalin (rehber, afiş, video vb.) kullanımı da sağlanabilir.

6.1.2. Yaptırım/ödül

Sağlık personelinin farkındalığı artırılarak ve konuya ilişkin bilgileri güncellenerek başta kendileri olmak üzere hizmet verdikleri erişkinlerin aşılanmalarını teşvik etmeleri sağlanmalıdır. Yaptırım ve performans ölçümü gibi şevk kırıcı uygu-

lamalardan ziyade konuya katkısı olan, aşılama oranlarını artırmaya yönelik çabası olan sağlık personelinin özendirici, teşvik edici ödüller verilmesi tercih edilmelidir.

6.1.3. Düzenli kayıt ve takip sistemi

Hekimlerin erişkinler için düzenli kayıt ve takip sistemi oluşturması ve aktif olarak aşı önermesi durumu teşvik edilmelidir. Çocuklukta hazırlanan aşı kartesi erişkin dönemde de aynı şekilde devam ettirilmelidir. Aşı karteleri ulusal düzeyde teşvik edilen ve yaşam boyu sürdürülen belgeler olmalıdır. Kişiler aşılama hizmetini farklı şekillerde alabileceği için (aile hekimliği, resmi veya özel hastaneler, muayenehane, eczane vb.) tüm sağlık birimlerinin ortak bir ağ üzerinden aşılama durumunu izlemesi veya sağlık birimlerinin birbiri ile iletişim kurabileceği şekilde bir takip sisteminin oluşturulması sağlanmalıdır.

6.2. Topluma yönelik

6.2.1. Bilgilendirme

Toplumun aşılar hakkındaki yanlış bilgilerini düzeltmek, aşılarla güven oluşturmak ve kendi sağlıkları için talep yaratmalarını sağlamak için aşağıdaki uygulamalar yapılabilir;

- Hekimler ve diğer sağlık personeli tarafından bağışıklama ve rutin aşılarla yönelik bireysel veya toplu bilgilendirme yapmak.
- Kamu spotları hazırlanarak medya aracılığı ile farkındalık yaratmak.
- Farkındalık etkinlikleri (konser, sergi, tiyatro, yarışma vb.) düzenlemek.
- Erişkin popülasyona elektronik ortamlarda (e-posta, SMS) kısa mesaj ve bilgiler göndermek.
- Kayıtlı kişilere hatırlatma mesajları gönderiler-ek aşılarını düzenli yaptırmasını sağlamak.

6.2.2. Fırsatları değerlendirmek

Bazı özel durumlar aşıların hatırlatılması ve uygulanması için bir fırsat olarak değerlendirilebilir;

- Askerlik, evlenme, işe başlama, seyahat gibi durumlarda sağlık raporu hazırlanırken aşılama dikkat çekilerek bu özel durumlar bağışıklama için bir fırsata çevrilebilir.

• Herhangi bir nedenle hastaneye yatış durumları ve kronik hastalıkların takip muayeneleri de bağışıklama durumunu gözden geçirmek için bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

• Periyodik sağlık taramaları yapılarak bağışıklama durumu gündeme getirilebilir.

• Uzun süreli bakım kurumlarına kabul sırasında bağışıklama durumu değerlendirilebilir.

• Çocuklarını aşılama için sağlık kurumuna getiren ebeveynler erişkin bağışıklaması konusunda bilgilendirilebilir.

6.2.3. Basının farkındalığı sağlanarak toplumun dikkatinin çekilmesi

Düzenlenecek çeşitli farkındalık etkinliklerine, bilimsel toplantılara basın katılımı sağlanarak görsel ve yazılı basın aracılığıyla çok sayıda kişiye ulaşmak mümkün olabilir.

6.3. Otoriteye yönelik

6.3.1. Sağlık otoritelerinin ve yasa koyucuların konuya önem vermesi

Sağlık otoritelerinin ve yasa koyucuların konuya önem vermesi için üniversiteler, uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları, aşı tedarikçileri işbirliği içinde çalışmalıdır.

6.3.2. Ulusal hedefler oluşturulması

Aşılama oranlarını artırabilmek için iyi izleme sistemleri oluşturulması ve bu konunun kişisel uygulamalara bırakılmayıp ülke genelinde bir sistem oluşturulması gerekir. Aşılama gereken risk gruplarında kademeli ve hedef oluşturularak aşılama yapılmalıdır. Aşılama bir kezlik uygulamalar olmadığı yaşam boyu bir program içerisinde sürdürülmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

6.3.3. Sağlık çalışanları için teşvik oluşturmak

Sağlık çalışanlarının, özellikle aile hekimlerinin erişkin aşılama için teşvik edilmesi aşılama oranlarını artıracaktır.

6.3.4. Aşı geri ödeme sistemleri geliştirmek

Aşı uygulamaları ücretsiz olmalı, sosyal güvenlik kurumu (SGK) ve/veya özel sigortalarda tüm erişkin aşılama bedeli karşılanmalıdır.

6.3.5. Aşılara kolay erişimi sağlamak

Aşı uygulamaları ücretsiz olmalı, kişilerin kolay ulaşabilecekleri sağlık birimleri tarafından uygulanmalı ve süreklilik arz etmelidir.

6. Aile hekimlerinin erişkin aşılama sürecindeki rolü

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde^[26] bağışıklama hizmetlerinin aile hekimi tarafından yürütüleceği belirtilmiştir. Yönetmeliğin 7. maddesinde konuya ilişkin şu ifadeler yer almaktadır;

“Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşilar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşilar için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.”

(Not: “Kurum”: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu ifade etmektedir)

Yönetmelikte aşiların aile sağlığı merkezlerinde saklanma koşulları da belirtilmiştir. Yönetmelik uyarınca merkezde müstakil bir aşılama odası, sadece aşilar ve antiserumlar için bir buzdolabı, aşı nakil kabı ve kare kod okuyucu bulundurulması zorunlu tutulmuştur.[27] Buzdolabında;

- “Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşilar ve antiserumlar.
- Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilâçlar, aşilar ve antiserumlar” bulundurulacaktır.

Aşiların saklama koşullarının uygunluğunu takip için ise zorunlu koşullar aşağıdaki gibi belirtilmiştir;^[23,24,27]

“Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan 15°C verisi gönderebilen 2 adet

termometre (Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde Kurumca değiştirilebilir.)”

Aile hekimleri bağışıklama konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı, bilgi eksiği varsa desteklenmeli, deneyim paylaşımı şeklinde yapılacak hizmet içi eğitim programları ile konuya önem verilmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla aile hekimlerine bağışıklama konusunda uygulanacak anketler mevcut durumu belirleyecektir. Buradan elde edilecek sonuçlar göz önünde bulundurularak fikir liderlerinin net ve kısa bilgiler verdiği eğitim videoları hazırlanabilir. Bölgesel rol modelleri belirlenip bu kişiler eğitim planlarının içerisine dahil edilebilir. İnternet ortamında konusunda uzman kişilerle canlı yayınlar yapılarak eğitimler planlanabilir.

7. Sonuç ve öneriler

- Ülkemizde erişkin aşılama oranları risk grubu dahil olmak üzere istenen düzeylerde değildir.
- Erişkin aşılama çocukluk aşılama oranlarının devamı olarak sürdürülmeli, aşı kartları yaşam boyu kullanılmalıdır.

- Erişkin aşılama oranlarına ilişkin farkındalık etkinlikleri ile konuya dikkat çekilebilir ancak ulusal düzeyde sağlanacak iyileştirmelerle uygulama kişisel olmaktan çıkarılıp bir sağlık politikası olarak devamlılık kazanmalıdır.

- Sağlık personelinin eğitiminde koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla yer verilmeli ve erişkin aşılama yapılandırılmış bir program çerçevesinde sunulmalıdır.

- Aşılamanın rutin hale gelmesinde aile hekimlerine önemli görev düşmektedir.

- Aşılama oranlarını artırabilmek için iyi izleme sistemleri oluşturulması ve bu konunun kişisel uygulamalara bırakılmayıp ülke genelinde bir sistem oluşturulması gerekir. Aşılama gereken risk gruplarında kademeli ve hedef oluşturularak aşılama yapılmalıdır.

- Erişkin aşılama oranlarının istenen düzeylere ulaşmasında birey, toplum ve otorite bazında yapılacak düzenlemelerde Sağlık Bakanlığı, dernekler, sivil toplum kuruluşları işbirliği içinde çalışmalıdır.

Kaynaklar

1. Akkaya N, Camcıoğlu Y, Gür E, Öztürk R. Çocuk ve erişkinlerde aşılanma. İstanbul: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fak Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No:71; 2010.
2. <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/vaccines-diseases.html>.(Erişim tarihi: 27.06.2018)
3. Alici DE, Sayiner A, Unal S. Barriers to adult immunization and solutions: Personalized Approaches. Hum Vaccin Immunother 2017; 13(1): 213-5.
4. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> (Erişim Tarihi: 28.06.2018)
5. Tanriover MD, Soyler C Ascioğlu S, Cankurtaran M, Unal S. Low seroprevalence of diphtheria, tetanus and pertussis in ambulatory adult patients: the need for lifelong vaccination. Eur J Intern Med. 2014 Jul;25(6):528-32.
6. Cılız N, Gazi H., Ecemiş T, Şenol Ş., Akçalı S., Kurutepe S. Sağlık Çalışanlarında Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Difteri, Tetanos ve Hepatit B Seroprevalansı. Klimik Dergisi 2013; 26(1): 26-30.
7. Sessa A, Rossi A, Cricelli I. Adult immunization schedule. The general practitioner's perspective and new tools for a better practice. J Prev Med Hyg 2015; 56(1): E9-E11.
8. Weinberger B, Grubeck-Loebenstien B. Vaccines for the elderly. Clin Microbiol Infect. 2012; Oct;18 Suppl 5:100-8.
9. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Risk Grubu Aşılamaları. Tarih: 27.05.2016, Sayı: 21001706/131.99. <http://asirehberi.saglik.gov.tr/?g-riskgrubu> (Erişim Tarihi: 28.06.2018)
10. Ozawa S, Portnoy A, Getaneh H, et al. Modeling The Economic Burden Of Adult Vaccine-Preventable Diseases in the United States. Health Aff (Millwood) 2016; 35(11): 2124-32.
11. McLaughlin, John M., et al. 2015. Estimated Human and Economic Burden of Four Major Adult Vaccine Preventable Diseases in the United States, J. Prim Press. 2015 June 2. 36(4):259-273.
12. Chakravarthi PS, Ganta A, Kattimani VS, Tiwari RV. Adult immunization-Need of the hour. J Int Soc Prev Community Dent 2016; 6(4): 272-7.
13. Burns IT, Zimmerman RK. Immunization barriers and solutions. J Fam Pract 2005; 54(1 Suppl): S58-62.
14. Kimmel SR, Burns IT, Wolfe RM, Zimmerman RK. Addressing immunization barriers, benefits, and risks. J Fam Pract 2007; 56(2 Suppl Vaccines): S61-9.
15. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to adult immunization. Am J Med 2008; 121(7 Suppl 2): S28-35.
16. Öztürk R. Erişkinde bağışıklama. Klinik Gelişim 2012; 25: 49-59.
17. Bulut P, Yılmaz M, Tokem Y. Kronik hastalığı olan bireylerde bağışıklanma durumunun incelenmesi. Sağlık ve Toplum 2012; 22(2): 30-5.
18. Ulusal Aşı Çalışmayı, Rapor. Ankara: 27-29 Mart 2014. http://www.turkgeriatri.org/pdf/Ulusal_Asi_Calistayi_Rapor_2014.pdf (Erişim Tarihi: 27.06.2018)
19. Biberöglü K, Biberöglü S, Özbakkaloğlu M ve ark. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu. Haydi Büyüklük Aşıya. <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179> (Erişim Tarihi: 26.06.2018)
20. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2013. <https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202013.pdf> (Erişim tarihi: 28.06.2018)
21. Ulusal Aşı Çalışmayı, Çalıştay Raporu. Ankara, 24-26 Mart 2016. <http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf> (Erişim Tarihi: 27.06.2018)
22. Bal H, Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılanma durumları ve etkileyen faktörler. İstanbul Med J 2016; 17: 121-30.
23. EKMUD. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. 2. Güncelleme-2016.
24. CDC [Internet]. Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, by Vaccine and Age Group, United States, 2017. Erişim tarihi: 25.06.2018 <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult-compliant.html>
25. Erişkin aşılanma platformu, farkındalık projesi [Internet]. www.eriskinasilama.org (Erişim tarihi: 28.06.2018)
26. AFAD Geçici Barınma Merkezleri Raporları. <https://www.afad.gov.tr/tr/2374/Barinma-Merkezlerinde-Son-Durum> (Erişim Tarihi: 26.06.2018)
27. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği; 25 Ocak 2013; No.: 28539. http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeliği_25_Ocak_2013.pdf (Erişim tarihi: 28.06.2018)

Geliş tarihi: 31.05.2018

Kabul tarihi: 27.07.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Dilek Toprak

e-posta: dilekt66@yahoo.com