TÜRKİYE'DE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI - 2019

TÜRKİYE'DE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN DURUMU

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak
Dr. Bahar Marangoz

2019

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu

ISBN 978-605-9665-47-6

Eylül 2019, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Baskı
Hermes Tanıtım Ofset Ltd. Şti.
Büyük Sanayi 1. Cd. No: 105 İskitler/ANKARA
Tel: 0.312 384 34 32
Matbaa Sertifika No: 14847

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sk.
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/ANKARA
Tel : (0 312) 231 31 79
Faks: (0 312) 231 19 52 - 53
e-posta: ttb@ttb.org.tr
http://www.ttb.org.tr

“esirgeyen yoktu, bağışlayan da!”*

Esirgenmeyen ve bağışlanmayan tüm kardeşlerimiz ve çocuklarımızın anısına...

bir çocuk ölünce

boğmacadan

ya da kızamıktan

gökte bulut olunca

yağmur olup

düşünce yere

can vermek için

çiçeklere

sorar vurur da camlara

takır takır

gerekeni yaptınız mı?

yaptınız mı gerekeni?

Dr. Çağatay Güler

* Kuşatmalar Coğrafyası 1984, T.Asi Balkar, Biriken

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ VII

ŞEKİLLER DİZİNİ .....

ÖNSÖZ 1

TTB SUNUSU 3

SUNUŞ 5

GİRİŞ 7

Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetlerindeki Yeri 11

Aşılatma- Aşılatmama Davranışını Etkileyen Faktörler 11

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetleri 13

Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Bileşenleri Açısından Durumu 15

Bağışıklama Hizmetlerinin Yapısal Bileşenleri Açısından Durum 15

Politik İstek ve Kararlılık 16

Sağlık Örgütü 21

Örgütiçi Eşgüdüm 25

Aşı Sağlama- Finansman 25

Toplum Katılımı: 26

Sağlık Personelinin Sorumluluğu: 26

Planlama: 28

Kayıt ve Bildirim Sistemi: 28

Bağışıklama Hizmetlerinin Uygulama Bileşenleri Açısından Durum 29

Etik ve Yasal Sorumluluk 29

Aşı Reddine Karşı Nasıl Bir Tutum Takınmak Gerekir? 31

Bağışıklama Hizmetlerinin Sunumu 32

Sağlık Bakanlığı'nın Bağışıklama İle İlgili Yasal Sorumluluğu 32

Polio Eradikasyon Programı: 41

Kızamık Eliminasyon Programı: 45

Anne ve Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon Programı: 49

Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı 49

Hepatit B Kontrol Programı 50

Türkiye'de Erişkinlere Bağışıklama Hizmetleri 50

Aşı Takvimi 52

İzleme ve Değerlendirme 55

Aşılama Oranları 55

Toplum Bağışıklığı 64

Aşı Tereddütü (kararsızlığı) Aşı Reddi 76

Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar 79

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinde Sorun Alanları 86

Aşı sağlama 86

İzleme ve Değerlendirme 87

Hizmet Sunumu 87

Soğuk Zincir 88

Aşı Reddi 89

Eksik Kalanlar 91

Kaynaklar 92

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	Küresel Eylem Planının hazırlanmasına rehberlik eden 6 ilke ve önerilen eylemler	8
Tablo 2.	Aşı ile korunulabilir beş hastalığın 1984 yılında morbidite ve mortalite hızları	14
Tablo 3.	Türkiye'de TSM ve Aile Hekimliği Pozisyonu Başına Düşen Nüfusun Zamana Göre Değişimi	22
Tablo 4.	Aşı uygulamasında aşı dozuna göre zaman aşımı tanımlamaları	27
Tablo 5.	Türkiye ve Bazı Ülkelerde Çocukların Rutin Bağışıklama Programında Kapsamında Yer Alan Hastalıklar	34
Tablo 6.	Aile hekimliği sistemi sonrası Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin örgütlenmesi	36
Tablo 7.	Türkiye'de Destek Aşılama Uygulamaları ve Denetim Programlarının Durumu	39
Tablo 8.	Suriye'deki Polio salgınına yanıt veren ülkelerin performans düzeyleri 2014	43
Tablo 9.	Türkiye'de Akut Flask Paralizi sürveyans göstergelerinin zamana göre durumu	44
Tablo 10.	Türkiye'de 2018'de yapılan Kızamık bildirimlerinin aşılanma ve tanılamaya ilişkin özellikleri	46
Tablo11.	Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Bildirimlerine Göre Türkiye'de Kızamık Olgularının Dağılımı	47
Tablo 12.	DSÖ Avrupa Bölgesi Kızamık Eradikasyonu Doğrulama Komisyonu (DSÖ Avrupa KEDK) Gözden Geçirme Raporlarına göre Türkiye'de Kızamık Eliminasyonu Değerlendirmesi	48
Tablo 13.	Türkiye'de Erişkinlere Bağışıklama Hizmetleri Sunumu	51

Tablo 14. Ülkemizde bebek ve çocuklara uygulanan aşı takvimi 52

Tablo 15. Türkiye'de Erişkinlere aşılama önerileri, SB, 2019 53

Tablo 16. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi 54

Tablo 17. Geçmişte Aşılanmış Gebelere / Kadınlara Td Uygulama Şeması 54

Tablo 18. Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 15-26 aylık çocuklar (%) 55

Tablo 19. İBBS-1'e Göre Aşılama Hızları, (%), 2017, Türkiye 56

Tablo 20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı bulgularına göre araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 15-26 aylık çocuklar (%) 57

Tablo 21. Türkiye'de BCG aşılama oranları 59

Tablo 22. Türkiye'de DBT1 aşılama oranları 59

Tablo 23. Türkiye'de DBT3 aşılama oranları 60

Tablo 24. Türkiye'de Polio3 aşılama oranları 60

Tablo 25. Türkiye'de Kızamık 1.doz içeren aşı aşılama oranları 61

Tablo 26. Türkiye'de Kızamık 2.doz içeren aşı aşılama oranları 61

Tablo 27. Türkiye'de Hepatit B aşılama oranları 62

Tablo 28. Türkiye'de Hemofilus influenza b aşılama oranları 62

Tablo 29. İBBS -1'e göre KKK 1.Doz Aşılama Oranının Zamana Göre Seyri, 2011-2017, SB 63

Tablo 30. Aşı ile önlenebilir hastalıkların bulaştırıcılığı ve önlenmesi için gerekli aşılamada kapsayıcılık düzeyi 65

Tablo 31. Kızamık ve DBT Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri 66

Tablo 32. DBT Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri 67

Tablo 33. Kızamık 1 Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri 67

Tablo 34. Kızamık 2 Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri 68

Tablo 35. Doğumda yenidoğan tetanozu bulaşına karşı koruma kapsamının durumu 68

Tablo 36. Türkiye'de temel özelliklere göre 15-26 aylık çocuklarda aşı olmayışta değişim (TNSA 2003, 2008, 2013) 69

Tablo 37. Türkiye'de temel özelliklere göre 15-26 aylık çocuklarda tam aşılı oluşta değişim (TNSA 2003, 2008-2013) 71

Tablo 38. Türkiye ve bazı ülkelerde aşı yaptırma zorunluluğu 75

Tablo 39. Aşı Reddi için En Sık Belirtilen Nedenler 78

Tablo 40. Aşı ile önlenebilir hastalıkların bildirimi 80

Tablo 41. Türkiye'de aşı ile önlenebilir hastalıklarda olgu sayısında değişim 81

Tablo 42. Türkiye'de Aşı uygulamasında anahtar kolaylaştırıcılar 104

Tablo 42. Aşı uygulamasında anahtar kolaylaştırıcılar (devam) 105

Tablo 43. Aşı uygulamasında anahtar zorlaştırıcılar 106

Tablo 43. Aşı uygulamasında anahtar zorlaştırıcılar (devam) 107

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Aşı Yaptırma- Yaptırmama Kararının Belirleyicileri	12
Şekil 2:	Aşı kararsızlığına etkili faktörler	12
Şekil 3.	Bağışıklama Hizmetlerinin Yapısal Bileşenleri Açısından Durum	15
Şekil 4.	Türkiye'de Paradigma değişikliği ve Aşı Reddi Gelişim Süreci	20
Şekil 5.	Bağışıklama Hizmetleri Açısından Hekim- Sağlık Hizmeti Kullanıcısı İlişkilerinde Dönüşüm	20
Şekil 6.	Türkiye'de paradigma değişikliğinin sağlık hizmeti sunucu ve kullanıcılarında yarattığı değişimin bağışıklama hizmetlerine etkisi	21
Şekil 7.	Bağışıklama Hizmetlerinin Uygulama Bileşenleri	29
Şekil 8.	PEP Surveyans indikatörlerini karşılama (soldaki harita) ve Polio dışı AFP hızının illere göre dağılımı (sağdaki harita), 2015	42
Şekil 9.	AFP Olgularının 3+ doz polio ile aşılanmış olma durumu (soldaki harita) ve uygun dışkı örneği alma sıklığının illere göre dağılımı 2015	42
Şekil 10.	AFP Olgularının polio ile aşılanmış olma durumları (6-59 aylık), 2014-2015	43
Şekil 11.	Türkiye'de Aşı kararsızlığı, aşı reddi gelişimine katkı sağlayan etmenler	76
Şekil 12.	Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sıklığının yaşa göre dağılımı (yüzbinde, 2013-2014) 88	77
Şekil 13.	Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sıklığının bölgelere göre dağılımı (yüzbinde, 2013-2014)	77

Şekil 14. Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sayısının yıllara göre dağılımı 78

Şekil 15. Aşı ret tutanağı düzenlenen çocukların durumlar (2014) 79

Şekil 16. Kızamık olguları ve Kızamık hastalığına karşı aşılama (MCV) oranları, Türkiye, 1990-2017 82

Şekil 17. Difteri olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 82

Şekil 18. Kabakulak olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 83

Şekil 19. Boğmaca olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 83

Şekil 20. Kızamıkçık olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1997-2017 84

Şekil 21. Çocuk Felci olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 84

Şekil 22. Yenidoğan tetanozu olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 85

Şekil 23. Tetanoz olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 85

Şekil 24. DSÖ Avrupa CISID verilerine göre Türkiye'de kızamık salgınının aşılanma durumunun 2013 ve 2015'teki dağılımı 88

Kısaltmalar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBP: Genişletilmiş Bağışıklama Programı

NT: Yenidoğan tetanozu

MT: Maternal tetanoz

GoC: Güven düzeyi

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

CISID: Centralized Information System for Infectious Diseases

BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı,

DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı,

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı,

OPA: Oral Polio Aşısı,

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı,

KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı

HSSGM: Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

ÖNSÖZ

Aşılar bu gün bulaşıcı hastalıkların önlenmesindeki en önemli silahımızdır. Bu silahı doğru kullanmalıyız. Dr. Muzaffer Eskiocak ve Dr. Bahar Marangoz'un elinizdeki kitabı da bu yolda bize rehber olacak nitelikte bir kaynaktır. Kitabın içinde ülkemizdeki aşılama hizmetlerinin nesnel bir değerlendirmesini bulacaksınız. Ülkemizdeki aşılama hizmetlerinin planlama, örgütlenme, bildirim, kayıt gibi temel ögelerinin durumu detayı ile irdelenmiş. Ayrıca çeşitli bulaşıcı hastalıklara karşı yürütülen aşılama hizmetleri, buralarda karşılaşılan sorunlara ve aşı reddi gibi ciddiyeti artan gelişmelere kapsamlı olarak değinilmiş. Yazarların aşılama programları ile ilgili yıllara dayanan deneyimleri, bu konuda yaptıkları araştırmalar, yazdıkları makaleler kitabın içeriğinin zenginliğini ve güvenirliğini arttırmış. Bu titiz çalışmanın her sağlıkçıya ama özellikle bağışıklama hizmetleri ile ilgilenenlere yararlı olacağını umuyorum.

Dr. Eskiocak mektubunda "Ne yazık ki bağışıklama hizmetleri ülkemizdeki birikim ve kazanımlardan uzaklaşıyor, modern tıbbın savunma ihtiyacı olan alanlarından biri oluyor" diye yazmış. Bu sözcükler acı bir gerçeği vurgulamaktadır. Bağışıklama hizmetleri iyi yönetilmiyor, Sağlık Ocakları yerini alan Aile Hekimliği sistemi kendi içinde pek çok sorun barındırıyor, çağdaşlaşmadan kopmak aşılara karşı tutumu da etkiliyor. Bütün bunlar ülkemizde bulaşıcı hastalık salgınları için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Aşılar aynı zamanda stratejik bir araçtırlar. Bir pandemi sırasında aşı üretmeyen ülkeler aşı üretenlere muhtaç duruma düşerler. Bunu Domuz Gribi salgınında gördük. Ben ülkemizde virütik aşılar hariç tüm aşıların Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünde üre-

tilmekte olduğu dönemleri yaşadım (Onların üretimi için de girişimler yapılmıştı); şimdi en basitini bile ithal ediyoruz. Türkiye'de eskiden üretilmekte olan diğer pek çok şey gibi, aşıda da artık dışarıya bağımlıyız. Bizlere olaylara bütüncül yaklaşmamız öğretildi. Bağışıklama hizmetlerinin de diğer sağlık etmenleri gibi, ülkenin içinde bulunduğu sosyal, ekonomik, kültürel ortamdan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır.

Çocuklarımızın ve erişkinlerimizin daha sağlıklı olacağı günlere erişmeleri umuduyla…

Prof. Dr. Necati Dedeoğlu

TTB SUNUSU

Ülkemizde köklü bir tarihi olan aşılama hizmetlerinin, hekimler açısından yeri hep özel olmuştur. Bundan 300 yıl kadar önce Osmanlı'da "aşıcı kadınlar"ın çocuklara çiçek aşısı yapması, bilimsel aşı üretiminin temelini oluşturmuştu. 1880'lerde İstanbul'da ilk bilimsel aşı laboratuvarları kurulmuş, çiçek, kuduz, şarbon gibi insan ve hayvan üretimine başlamıştı. 1970'lere gelindiğinde ise bu kez Türkiye'de üretilen aşılar, dünyadan çiçek hastalığının kökünün kazınmasına katkı vermişti, Ankara laboratuvarlarında üretilen çiçek aşısı, Dünya Sağlık Örgütü'nün çiçek hastalığı eradikasyonu kampanyasında tüm dünyaya uygulanmıştı.

Günümüzün bilim ve teknoloji düzeyinde, en gelişmiş laboratuvarlarda üretilen, etkinliği son derece yüksek aşılara karşın hala aşıyla önlenebilen hastalıkların artışına tanık oluyoruz. Bu durum, hizmetin ulaşamadığı kişi ve topluluklar olmasının yanında aşıyı red edenlerin sayısının artışı ile ortaya çıkıyor.

Aşılama, dünya tarihinde bugüne kadar en etkili olarak kabul edilen koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olarak kabul ediliyor. Başta çocuklar olmak üzere tüm nüfusun bulaşıcı hastalıklardan korunmasında aşılar önemli bir araçtır.

Aşıların etkileyici düzeyde yüksek başarısı, ancak örgütlü, planlı ve teşvik edilen bir bağışıklama hizmetinin varlığında olanaklıdır. Bu nedenle günümüz Türkiye'sinde aşı konusuna bakarken konuyu bu bütünlük içinde görmek önemlidir.

Elinizde kitap, bu bütünlüğe sahip, bağışıklama hizmetlerini her boyutuyla ele alan ve günümüz Türkiye'sinin fotoğrafını çeken bir çerçeve sunuyor. Ayrıca kitap, bir yanıyla en güncel literatürden yararlanarak akademik yönüyle oldukça güçlü iken, diğer yanıyla aşılama hizmetlerinde çalışanların toplumla ilişkilerine kadar öneriler sunan bir rehber niteliğindedir.

Kitabı hazırlayan Dr. Muzaffer Eskiocak ve Dr. Bahar Marangoz'a, bağışıklama yazınına yaptıkları katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

TTB Merkez Konseyi Başkanı

SUNUŞ

Hekimliğe başladığım ilk yıl tamamlanmadan 1985 Ulusal Aşı Kampanyası yürütüldü. Kampanya'da "Soğuk zincir" kavramı ve uygulamalarıyla tanıştık. "Aylık İzleme Yöntemi" ile bağışıklama hizmetlerinin yürütülme ve izlemini gördük. Bağışıklama konusunda farkındalık ve aşılanma isteğinin güdülenmesinde medyanın, Zeki Alasya-Metin Akpınar ikilisinin katkısını, "Politik istek ve kararlılığın" ifade ve yansımalarını gördük. Hizmete yansımalarını da!

Bağışıklama hizmetleri şansım ve mesleki kariyerimin önemli bir parçası oldu.

Samsun İl Aşı Sorumlusu olarak çalıştım. Uzmanlık tezim Samsun ve Bağışıklama hizmetleriyle ilgiliydi, İl Sağlık Müdürü de kıdemlim Uzm. Dr. Cihad Dündar. Müdürümüz, öğrendiklerimizi ve ödevlerimizi uygulamada yüreklice destekledi.

İldeki çalışmalarım, Akademiye geçişimi sağladı, Akademide çalışırken de alana katkıyı sürdürmemi olanaklı kıldı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Polio Eradikasyon Programı için Bakanlığın çağrısıyla değişik illerde çalışma şansım oldu. Koruyucu Hekimlik motivasyonu ve teknik yeterliliği çok yüksek, Türkiye ve DSÖ bağışıklama yönetimlerine ciddi katkılar veren Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ekibiyle çalıştım. TSH Gn. Md ekibi, onbinlerce Sağlık Ocağı çalışanı hekim- ebe- sağlık memuru-hemşire ve Sağlık Müdürlüğü Bağışıklama Hizmetleri yöneticileri ile birlikte Türkiye'den Çocuk felcini kökünün kazınmasına katkı verme gururunu yaşadım.

Bugünlerde, ne yazık ki, bağışıklama hizmetleri ülkemizdeki birikim ve kazanımlarından uzaklaşıyor, modern tıbbın en önemli savunma ihtiyacı gerektiren alanlarından biri oluyor.

Bağışıklama hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlık istatistik yıllıklarında yayınlanan bir kaç veri ve Bakanlığın sunuları ile yetinilmesin istedim.

Bu çalışmayı meslektaşlarımla paylaşıma hazır hale getirme sürecinde tıpta uzmanlık öğrencim Dr. Bahar Marangoz çok emek harcadı, Prof. Dr. Tayyar Şaşmaz, Prof. Dr. Mehmet Zencir, Prof. Dr. Necati Dedeoğlu eleştirel okuma yaptı, geri bildirimde bulundular, son okumayı Prof. Dr. Nilay Etiler yaptı. Kendilerine minnet borçluyum. Bağışıklama hizmetleri için Sevgili Eşim ve Kızımdan çok zaman ve enerjimi esirgedim, anlayışları için minnettarım.

Bu çalışmayı, bu haliyle, geliştirmek için kendime ödev verdiğim yerleri olmasına karşın paylaşmak istedim. Bağışıklama hizmetleri eğitimi verenlere, alanda çalışanlara ve çalışacaklara, aşı ile önlenebilir hastalıklardan korumanın sağlanması mücadelesinde yararlı olması emeğimizin karşılığı olacaktır.

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

2019, Edirne

GİRİŞ

Bağışıklama, hayati tehlike arz eden bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve ortadan kaldırılması için kanıtlanmış bir araçtır ve her yıl 2 ila 3 milyon ölümü önlediği tahmin edilmektedir. Ulaşılması en zor ve duyarlı topluluklara dahi ulaşılabilir kılan kanıtlanmış stratejiler ile bağışıklama hizmetleri en düşük maliyetli sağlık yatırımlarından biridir. Hedef grupları açıkça tanımlanmıştır; sosyal yardım faaliyetleri ile etkili bir şekilde birarada sağlanabilir ve aşılama büyük bir yaşam biçimi değişikliği gerektirmez (1).

Bağışıklama, sağlık hakkının çekirdek bileşenidir ve geniş hizmet kullanımı gerektirir (2). Günümüzde 26 bulaşıcı hastalığa karşı üretilmiş aşı mevcuttur, yanı sıra yeni aşılar geliştirilmektedir (3). "Çocuk ölümlerinin azaltılması ve salgın yapan bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi" amaçlarını içeren binyıl kalkınma hedeflerinin üzerine inşa edilen ve Ocak 2016'da yürürlüğe giren Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin 3.sü olan "sağlıklı bireyler" hedefinde 2000 yılından beri kızamık aşılarının yaklaşık 15.6 milyon ölümü önlediği vurgulanmış, 1990'a göre her gün 17 bin daha az çocuk ölmesine karşın halen 5 milyon dolayında çocuk 5 yaşına varamadan ölmektedir(4, 5).

Dünya Sağlık Meclisinin 194 Üye Devleti tarafından Mayıs 2012'de, tüm toplumların mevcut aşılara daha hakkaniyetli erişim yoluyla 2020 yılına kadar milyonlarca ölümün önlenmesi için bir çerçeve olan Küresel Aşı Eylem Planı onaylanmıştır. Altı stratejik hedef mevcuttur (2).

Tablo 1. Küresel Eylem Planının hazırlanmasına rehberlik eden 6 ilke ve önerilen eylemler

İlkeler	**Eylemler**
1. Tüm ülkelerin bağışıklamayı öncelik olarak kabul etmesi	• Bağışıklama ile ilgili mutabakat sağlamak ve sürdürmek • Bağışıklamanın önemi hakkında liderlerin bilgilendirilmesi ve ilgilerinin sağlanması • Kanıta dayalı politikalar oluşturmak için ulusal kapasitenin güçlendirilmesi
2. Bireylerin ve toplumun aşıların önemini anlaması ve bir hak ve sorumluluk olarak bağışıklanmayı talep etmesi	• Bireylerin ve toplumun bağışıklamanın yararı ile ilgilerini sağlamak ve endişelerini dinlemek • Talep oluşması için teşvik sağlamak • Savunuculuk sağlamak
3. Bağışıklamanın yararlarının adil bir şekilde tüm insanlara, coğrafi lokalizasyonundan, yaşından, cinsiyetinden, engelinden, eğitim ve sosyoekonomik düzeyinden, etnik grup ve iş koşullarından bağımsız olarak, ulaştırılması	• Eşitsizlikle mücadele için yeni stratejiler geliştirilmesi ve uygulanması • Hakkaniyetli dağıtım sağlamak için bilgi tabanı ve kapasite oluşturmak
4. Güçlü bir bağışıklama sisteminin iyi işleyen sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olması	• Kapsamı geliştirmek ve koordineli şekilde yaklaşım • İzleme ve sürveyans sistemini güçlendirmek • Yönetici ve saha çalışanı kapasitesini güçlendirmek • Altyapı ve lojistiği güçlendirmek
5. Bağışıklama programlarının, yenilikçi teknolojiler, finansman sağlanması ve nitelikli tedarik açısından sürdürülebilir olması	• Finansman miktarını artırmak • Orta gelirli ülkeler için alım gücünü artırmak • Finansmanda düşük ve orta gelirli ülkelerin payını artırmak • Güveli nitelikli tedarik
6. Ülke, bölge ve küresel çapta araştırmaların ve geliştirilen teknolojilerin, bağışıklamanın yararını maksimize etmesi	• Yeteneklerin geliştirilmesi ve kullanıcılarla bağın artırılması • Programın etkinliğini iyileştirmek, kapsam ve etkisini artırmak • Aşı alımı, lisanslama ve geliştirilmesini hızlandırmak • Yeni aşıların geliştirilmesini sağlamak

Aşılara ilişkin Stratejik Danışma Grubu, küresel aşılama hedeflerine ulaşma yönünde ilerleme konusunda yıllık değerlendirme raporları yayımlamaktadır. 2018 Değerlendirme Raporu'na göre 2017'de bağışıklanan çocuk sayısı – 116.2 milyon - şimdiye kadar bildirilen en yüksek sayıdır. 2010'dan bu yana, 113 ülke yeni aşı uygulamış ve 20 milyondan fazla ek çocuk aşılanmıştır (6).

Bununla birlikte 2018 yılı, zor elde edilmiş kazanımların ne kadar kolay kaybolduğunu açıkça göstermiştir. Ulusal aşılama oranları düşük ülke veya bölge nedeniyle birden çok DSÖ bölgesi birçok ölümle sonuçlanan büyük kızamık (Kuzey Amerika, Avrupa) ve difteri (Bangladeş, Venezuela, Yemen) salgınlarıyla sarsılmıştır. Aşı kaynaklı polio virüs dolaşımının sürekli tespit edilmesi, ulusal bağışıklama programlarının her çocuğa ulaşma hedefine erişemediğinin bir başka kanıtıdır ve özellikle Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Nijerya, Suriye, Papua Yeni Gine'de salgınların görülebileceği yönünden endişe kaynağıdır (6). Bu tablo, 2020 sonrası bağışıklamanın geleceğine dair tartışmalar için bir zemin oluşmaktadır. Bağışıklama hizmetlerine emek verenler zor elde edilmiş kazanımları sürdürmeye çalışmalı, aynı zamanda daha fazla ve daha iyi şeyler yapmayı hedeflemelidir. Bağışıklama, etkili ve hakkaniyetli sağlık sistemleri için bir altyapı sağladığı için genel sağlık kapsamının (UHC) esas bileşenidir. Bağışıklama, birçok Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine, küresel sağlık güvenliğine ve antimikrobiyal dirence karşı mücadeleye katkıda bulunmaktadır (6).

Zorlu kazanımlar kolayca kaybedilebilir. Çocukların aşılanmadığı durumlarda, salgınlar ortaya çıkar ve elimine edilmiş hastalıklar bir kez daha endemik hale gelir. Kitlesel kentleşme ve göç, nüfus artışı, çatışma, doğal afetler ve çevre bozulması gibi yeni ortaya çıkan

sorunların ulusal aşı sistemlerinde değişikliğe neden olması olasıdır (7).

Şimdi, küresel ölçekte, her zamankinden daha fazla, ulusal bağışıklama sistemlerinin başarılı olmaları için gereksinim duyduğu siyasi irade, sürdürülebilir yatırım ve toplum desteğine sahip olması çok önemlidir (7). Bu bağlamda:

- Bağışıklamayı, tüm ülkelerin sağlık sistemlerinde temel bir öge ve tüm vatandaşların temel bir insan hakkı olarak görmeleri gerekir. Bu, ulusal bağışıklama sistemlerini güçlendirmek, talep oluşturmak ve aşı tereddüdüyle mücadele anlamına gelecektir.

- Eşitlik, herkesin, özellikle de en dezavantajlı, marjinal ve ulaşılması güç nüfusların, çatışmalardan, doğal afetlerden ve diğer insani acil durumlardan etkilenenlerin bağışıklamanın faydalarından yararlanmalarını sağlamak için güçlü bir itici güç olmaya devam etmelidir.

- Genel sağlık kapsamı yaklaşımını güçlendirici bir yaklaşım bağışıklama hizmetlerini temel sağlık hizmetlerinin çekirdek ögesi olarak konumlandırır

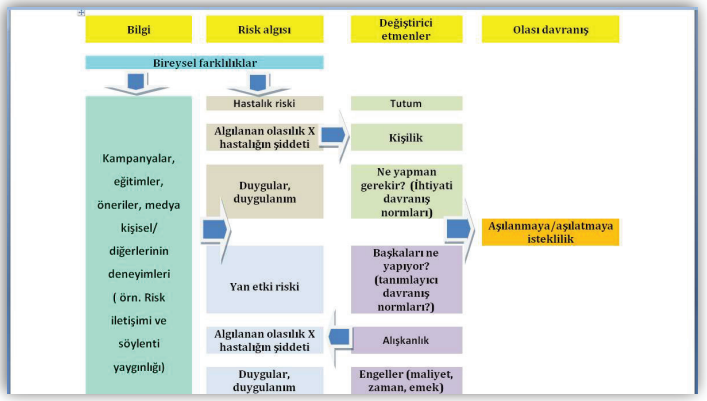
- Yenilikçi yeni araştırma ve geliştirme çalışmaları sayesinde, HIV, sıtma ve tüberküloz için etkili aşılara her zamankinden daha yakın bulunulmaktadır. Yeni aşıların geliştirilmesinin yanı sıra araştırmalar, erişim ve kabul edilebilirliği artıran yeniliklerin sunulmasına ve genişletilmesine ve en fakir, en ötekileştirilmiş topluluklara ulaşmak için bağışıklama hizmetlerinin durmaksızın iyileştirilmesine yardımcı olmalıdır (7).

Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetlerindeki Yeri

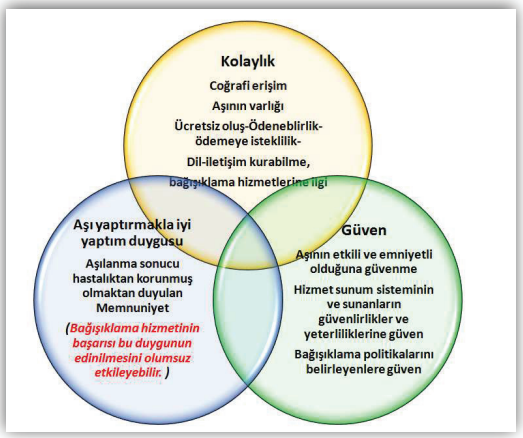
Bağışıklama hizmetleri tedavi edici hekimliğin prestiji ile-sağaltan hekimin önermesiyle- kabul sağlar, istendik bir sağlık davranışı haline gelir, kazanımlarıyla diğer temel sağlık hizmetleri (TSH) sunumunda lokomotif işlevi görür. Çocukların bir yaşında tam bağışık duruma getirilmesi için sağlık kurumlarıyla en az 6, okul öncesi dönemde 8 kez karşılaşma sağlanması zorunludur. Bu olgu, özellikle ***risk yaklaşımı*** gereği ***öncelikli hizmet*** alması gereken çocuk ve annelere diğer TSH'nin (aile planlaması, doğum sonrası/öncesi bakım, sağlık eğitimi, büyümenin izlenmesi, yeterli-dengeli beslenme…) sunulması olanağını verir.

Aşılatma- Aşılatmama Davranışını Etkileyen Faktörler

Aşı yaptırma- yaptırmama kararı bireylerin/vasilerinin kişisel kararları olmaktan çok bulundukları çevrenin (siyasal, sosyal, bilimsel, dinsel, coğrafi) ve yürütülen sağlık hizmetlerinin bir sonucudur. Şekil 1'de karar vermenin belirleyicileri ve Şekil 2'de kararsızlığı etkileyen faktörler sunulmuştur (8).



Şekil 1. Aşı Yaptırma- Yaptırmama Kararının Belirleyicileri



Şekil 2: Aşı kararsızlığına etkili faktörler

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetleri

Türkiye'nin Genişletilmiş Bağışıklama Programına katılışı1981ise de (https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ASI/ulusal_asi_takvimi_tarihcemiz1.pdf) soğuk zincir ve diğer bileşenleriyle uygulamaya geçiş öyküsü kutu1'de verilmiştir.

Kutu 1.Türkiye'nin Genişletilmiş Bağışıklama Programına Katılışı

"Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini saptamada ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ölçütlerden biri olan bebek ölüm hızı; ülkemizde bin canlı doğumda 95 düzeyinde olup gelişmişlik düzeyimizle bağdaşmayacak kadar yüksektir. .. 29 Mayıs 1985 tarihinde Türk Hükümeti, UNICEF ve WHO arasında "Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği" üçlü anlaşması imzalanmıştır. Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası bu anlaşma programının ilk uygulaması olmuştur (9).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetlerin yürütülmesine dair 154 sayılı yönerge ile sağlık ocaklarının görevleri arasında sayılan, Alma-Ata'da kavramsallaştırılıp toplumların sağlığını korumayı sağlığın toplumsal belirleyicilerini katarak hükümetlere 8 başlıkta "Temel Sağlık Hizmetleri/ En az Bakım Kriterleri" ödevi olarak veren konferansın ardından kimi çok kapsamlı oluş/ idealist/gerçekçi olmayan zaman çizelgesi duygularının ifadesi olarak da anılan "Çocuk Yaşatma Devrimi-GOBI" kavramsallaştırmasında da yer almayı sürdüren **Bağışıklama hizmetleri** modern tıbbın en yüz güldürücü başarı öykülerinden biridir (10-13). Ne var ki, bağışıklama hizmetleri, neoliberal hegemonyanın bilime, kurumlara ve yaşama yönelik saldırısından etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusallık nitelik ve niceliğindeki zayıflama, politik istekliliğin azalması, sağlıkta ticarileşme ve bilimsel bilgi ve

değerler sisteminin yerini dolaylı yollardan edinilmiş kanaatlerin almasıyla aşılanmama sorunlaşırken, buna devlet-sağlık sektörü ile toplum arasında oluşan **güven bunalımının** sonuçlarından **aşılanmaya yönelik tereddüt ve aşılanmayı red** eklenmiştir.

Türkiye'de bağışıklama hizmetleri, gerek aşı üretimi gerek kampanya uygulamaları, rutin ve risk gruplarına uygulama deneyimi açısından 170 yılı aşan bir deneyim ve Çiçek hastalığının Eradikasyonu, Verem Mücadelesi kapsamında BCG kampanyaları, Polio Eradikasyonu, Yenidoğan tetanozu eliminasyonu gibi başarı öyküleriyle doludur (14, 15).

Türk Hükümeti, UNICEF ve DSÖ arasında imzalanan "Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği" üçlü anlaşması ile başlatılan Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası öncesi yapılan durum sapmamasında aşı ile korunulabilir beş hastalığın 1984 morbidite ve mortalite hızları tabloda sunulmuştur (16).

Tablo 2. Aşı ile korunulabilir beş hastalığın 1984 yılında morbidite ve mortalite hızları

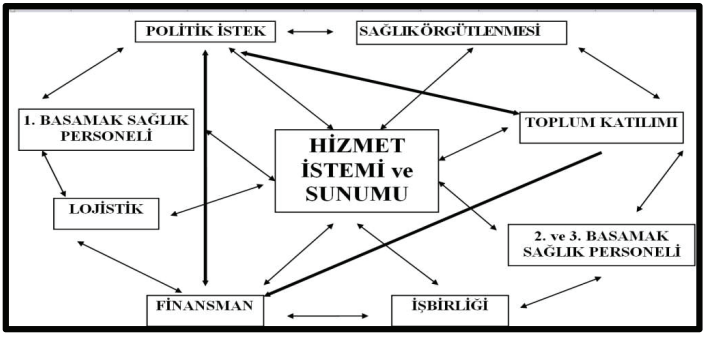
Hastalık	İhbar edilen vaka sayısı	Morbidite hızı (Yüzbinde)	Ölüm sayısı	Mortalite hızı (Yüzbinde)
Kızamık	29996	163,47	119	0,64
Difteri	148	0,80	12	0,06
Boğmaca	3086	16,81	3	0,016
Tetanoz	160	0,87	32	0,17
Çocuk felci	81	0,44	1	0,0005

Bu kampanya ile yaklaşık 30.000 çocuğunun hayatının kurtarıldığı, 3 milyon civarında çocuğun ise kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci hastalıklarına yakalanmalarının önlendiği kestiriminde bulunulmuştur. Aşılama hizmetlerinin aynı başarı ile sağlık hizmetlerinin içinde bütünleştirilerek sürdürülmesi hedeflenmiştir (16).

Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Bileşenleri Açısından Durumu

Bağışıklama hizmetlerinde başarı, çok sayıda bileşenin uyumlu ve etkili çalışmasına bağlıdır (Şekil 3). Bu başarının sürdürülebilirliği uyum ve etkili çalışmanın sürekliliğine, politik istek ve kararlılığın yönetim sürecinin tüm aşamalarında açık ifadesine bağıdır (17).

Bağışıklama Hizmetlerinin Yapısal Bileşenleri Açısından Durum



Şekil 3. Bağışıklama Hizmetlerinin Yapısal Bileşenleri Açısından Durum (17)

Politik İstek ve Kararlılık

Politik istek, "siyasi irade", siyasi liderlik pozisyonlarında yer alanların, yürürlüğe koymak için belirli bir politikanın arkasında yeterince durmalarında belirleyici bir faktör olarak görülür (18). Bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesinde **Sağlıkta Dönüşüm** (**ticarileşme**) sürecinde sağlık hizmetlerinde kamusal yükümlülüğün bireysel tercihlere-bireysel sorumluluğa transferi bağışıklama hizmetlerini de etkilemiştir. Ulusal Aşı Kampanyası ile 1985'te ciddi bir politik isteklilik ile Devlet eliyle farkındalığı ve gereksinim duygusu yaratılan bağışıklama hizmetleri, süreç içinde **performans hedefi** üzerinden hizmeti sunan sağlık çalışanları ile bu hizmetlere **gereksinimi olduğunun farkında da olmayabilenler** *(etkili sağlık eğitiminden yoksun bırakılmış, sağlık okuryazarlığı kamu spotları aracılığıyla geliştirilebileceği varsayılan bireyler-aile hekimlerinin listelerinde yer alanlar)* arasındaki ilişkiye evrilmiş ve sağlık çalışanı ile vatandaş arasındaki **güven ilişkisi zedelenmiştir**. Bu evrim kendiliğinden olmamış, küreselleşmenin ve neoliberal hegemonyanın/ politik üstyapının aşağıdaki müdahalelerinden etkilenmiştir.

a. Sağlık Ocaklarında görevli ebelerin, sorumlu oldukları Sağlık Evlerinde 2500-3000 kişilik bir coğrafyanın içinde gezici hizmetle topluma doğuma yardım, evde bakım, bağışıklama, gebe-bebek- 15-49 yaş kadın izleme hizmetleri sunumu gibi sorumlu oldukları nüfusla aralarında **güven** sağlayıcı hizmetlerin -Sağlık Evlerinin kapatılması- ebe kadrolarının boşaltılmasıyla- Aile Hekimliği Birimlerine başvuruya dayalı hale getirilmesi

b. Sağlık Ocakları kapatılıp başvuruya dayalı, listedeki bireylere hizmet sunmakla yükümlü Aile Sağlığı Merkezlerine geçiş ile birlikte, sağlık hizmeti sunucuları ile kullanıcıları arasındaki ilişkinin karşılıklı ilişki yerine, "ne yapılması gerekiyorsa bilen ve yapan" babacıl sağlık çalışanı-kullanıcı ilişkisinden bireyin müşteri olduğu **ticari ilişkiye**, ardından üçüncül kişi (**avukat, yargıç-tazminat**) ya da kurumların (Sağlık Bakanlığı- negatif performans**, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)-aşılanmayanlar için sağlık tedbiri) müdahil olduğu**, karar alma sorumluluğundan **kaçınma** (hekim için; onam alma, aşı reddi imzalatma- kurum için; yargıya başvurma, birey için sorumluluk üstlenmeden kaçınma, tereddüt) ilişkisine dönüştürülmesi

c. Bağışıklama hizmetlerinin hedeflenen düzeyde yerine getirilememesi durumunda Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanına para cezası ve ceza puanı verilmesi, bu durumdan kaçınmak için **ailenin aşıyı yaptırmak istememesini belgelemek zorunluluğu üzerinden ilişkilerin koparılması**

d. Sağlık Bakanlığının GBP kapsamındaki aşıları yaptırmayan aileleri ASPB'na ihbarı sonucunda sağlık tedbiri alınması amacıyla yargılanan aileler ve hukuki sonuçları için **Anayasa Mahkemesi'nin aşı uygulamasının zorunlu olmadığına dair karar alması**

e. Bilimsel bilgi ve değerler sisteminin yerini "yarı-bilimsel, yarı-hurafe, çoğunlukla bilgi kırıntısı şeklinde, dolaylı yollardan edinilmiş kanaatlerin, reddiyeci, negatif bir tavra dönüşmesi ile bilmeme, bilememe, öngörememenin, tepkisel

bir şekilde, yok saymaya, bir çeşit saldırgan kaderciliğe dönüşmesi" (19)

f. Sınırlı ve yönlendirilmiş bilgileri ile bilinçli olarak hareket ettiklerini düşünen, çoğunlukla kendileri için yararlı olanın ayırdına da varamayan neoliberal tüketicilerin çocuklarını kendi neoliberal annelik uygulamalarının merkezine yerleştirmesi, tercihlerinin başkaları için potansiyel sonuçlarını göremez hale gelmesi, yeni nesil aşırı bilgili ve kaygılı ebeveynlerin oluşması (20)

Güven duyacağı sağlık çalışanından sürekli ve güvenilir bilgi sağlayamayan, tüketici haline getirilen hizmet kullanıcısı bireyler, internet, sosyal medya ve televizyon aracılığıyla elde ettiği, sınırlı ve yönlendirilmiş/çarpıtılmış bilgisi ile kontrolü ele aldığı duygusuyla bebek ve çocuk ölümlerinin, hastalanmalarının önüne geçilmesini sağlayan (1989'da GBP kapsamındaki 6 hastalıktan 5,5 milyon çocuk ölümünden 2017'de 100 000 dolayında çocuk ölümüne azalma) bağışıklama hizmetlerine karşı güvensizlik, tereddüt ve reddin aracı olmaktadır.

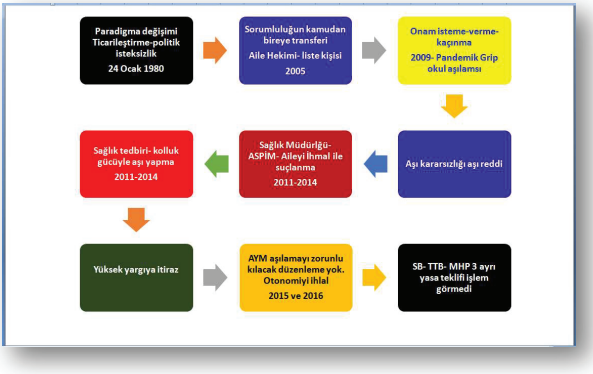
"Beklenen influenza pandemisi (domuz gribi salgını), neoliberal hegemonyanın sağlık ortamında değerleri sarsmakta olduğu bir dönemde, ortaya çıktı. Neoliberalizm ölümü, yaşamı, sağlığı, sağlık hizmetlerini, bilimi, bilim insanını, değerleri kendine göre biçimlerken, bildiklerimize inancımızı sorgulatırken, kavramları bildiğimizden farklı tanımlarken **Türkiye'de pandemi yönetim süreci sağlık alanında neoliberal dönüşümün uygulama- çatışma alanına dönüştü. Pandemik tehdide karşı alınacak önlem-**

lerin yükümlülüğü kamusal örgütlenmeden bireysel sorumluluğa aktarıldı. İnsanlığın ortak birikimi olarak bilim ve teknoloji insan yaşamı üzerinden sermayenin kazanç fırsatına dönüştürüldü, değerlere olan güven sarsıldı, bilimin sesi siyaset ve dogma karşısında yitikleşti." (21)

g. Bireyleri aşı uygulayarak dirençli kılma sorumluluğu Devletten/ Sağlık Bakanlığından bireysel tercihe transfer edilmiştir.

Aşı konusunda Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile aynı görüşte olmadığını belirten dönemin Başbakanı Erdoğan, "'Bu konuda Sağlık Bakanım ile aynı düşünmüyorum. Kimseyi icbar edemeyiz. Bu konuda **vatandaşım kendi isteğine bağlı olarak** böyle bir yolu tercih ederse, eyvallah... Ama etmiyorsa, 'muhakkak yaptırmanız gerekir' diye böyle bir kampanyanın sürdürülmesi doğru değildir, yanlıştır. Bu konuda eğer ebeveyn kalkıp da 'ben bunu istiyorum' diyorsa bu olmalıdır. Çünkü otoritelerde görüyorsunuz, değişik kanaatler belirtiyor. Kimisi (olmalıdır) kimisi (olmamalıdır) diyor. Öyle ise yapacağımız şey, siyasi irade olarak bunu isteğe bağlı hale getirmektir. Yarın bunun faturasını siyasi iradeye kesmesin. Cebren bu iş olmaz, isteğe bağlı olur. İsteğe bağlı olarak hazırlıklarımızı yaptık, altyapımız hazırdır, aşı vardır. Aşı, arzu edene, isteyene yapılıyor, yaptırılıyor ücretsiz olarak. Bizim görevimiz de bu" dedi (22).

Paradigma değişikliği (24 Ocak 1980) ile başlayan ticarileşme sürecinin bağışıklama hizmetlerine etkileri, güven duygusunun yitimi Şekil 4, Şekil 5 ve Şekil 6'da sunulmuştur.

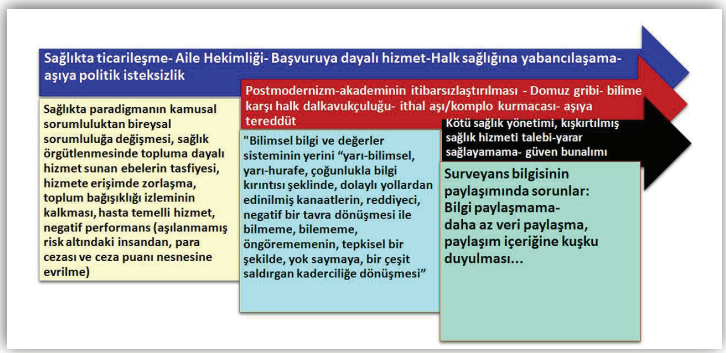


Şekil 4. Türkiye'de Paradigma değişikliği ve Aşı Reddi Gelişim Süreci

Bağışıklama Hizmetleri Açısından Hekim-Hak Sahibi Sağlık Hizmeti Kullanıcısı İlişkilerinde Dönüşüm

Hastanın Kontrol alanı	Hekimin Kontrol Alanı	
	Düşük	**Yüksek**
Düşük	**Kaçınma** • Medikal bariyer (Aşı için uygunluk değerlendirmesini derinleştirme-çekap) • Kontrendikasyon listesini genişletme • ASİE bilgi verme ve değerlendirmede zaaf • Hekimlikte uzman (medical expert) tutumunda zaaf • Savunuculuktan kaçınma • **Aşı kararsızlığı- aşı reddi**	**Paternal İlişki** • Güçlü Hekimlikte uzman (medical expert) tutumu • Karar verici devlet- hekim • Bireyden/aileden Hekime- devlete Sorumluluk transferi • **Güven duyma**
Yüksek	**Ticari Kaygı temelli** • **Hekimlikte uzman (medical expert) niteleme ve tutumunda zaaf** • Pazarlamacı-müşteri ilişkisi • Ödeme planı-kişisel sigorta • Komplo kurmacası • Karşılıklı güvensizlik • Aşı kararsızlığı- aşı reddi	**Karşılıklı ilişki** • Güçlü Hekimlikte uzman (medical expert) tutumu • Hak sahibi kullanıcı- hekimlikte uzman hizmet sunucu ilişkisi • Sağlıklılık durumu izlemi • Kaygılarını anlama ve yanıtlama, Bilgilendirme • Ailenin katılımı ve Dayanışma • Güven

Şekil 5. Bağışıklama Hizmetleri Açısından Hekim- Sağlık Hizmeti Kullanıcısı İlişkilerinde Dönüşüm



Şekil 6. Türkiye'de paradigma değişikliğinin sağlık hizmeti sunucu ve kullanıcılarında yarattığı değişimin bağışıklama hizmetlerine etkisi

Sağlık Örgütü

Örgüt: İki ya da daha fazla kişinin gerçekleştirmeyi düşündükleri bir ya da bir takım amaçlarla ilgili uzun ya da kısa dönemli planları sinerji etkisi yaratarak yaşama geçirmek; amaçlara etkili ve verimli bir biçimde ulaşılmasını sağlamak üzere, bilinçli bir biçimde bir araya gelerek, aralarında işbölümü ve işbirliğini gerçekleştirdikleri, uyumlaştırılmış ve eylemleri denetlenebilen açık sistemler (birbirleriyle ve dış çevreyle ilişkili, farklılıkları olan, belirli parçalardan oluşan ve daha büyük bir bütünün farklı parçalarını oluşturan, süreçsel bir bütün) olarak tanımlanır. Sağlık örgütü Talcott'a göre bütünleştirici; Etzioni, Blau ve Scott'a göre kamu yararı güden örgütlerden sayılmaktadır (23).

Tablo 3. Türkiye'de TSM ve Aile Hekimliği Pozisyonu Başına Düşen Nüfusun Zamana Göre Değişimi

Yıl	TUIK ADNKS Nüfus	Aile hekimi pozisyon sayısı	AH Pozisyonu başına nüfus	1. Basamak Başvuru sayısı/yılda	ASM başına nüfus	Toplum sağlığı merkezi	TSM başına nüfus
2010	73722988	20 183	3 653	2,7	11 647	986	74 770
2011	74724269	20 503	3 644	3,3	11 453	957	78 081
2013	76667864	21 217	3 613	2,9	11327	971	78 957
2015	78741053	21 696	3 629	2,7	11 408	970	81 176
2017	80810525	25 198	3 207	2,9	10 395	972	83 138

AH Pozisyonu başına nüfus dağılım genişliği; Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 2957, İstanbul'da 3422 kişidir. Aile hekimi başına nüfus, yapılanma sürecinde kurgulandığı gibi 2500 olarak hesaplandığında 7126; 3.000 kişi hesaplandığında 1739 ek Aile Hekimliği Birimi açılmış olması beklenirdi. Birinci Basmakta kişi başına hekime yılda başvuru sayısı 2002'den (1,1/yıl) 2017'ye (2,9/yıl) 2,63 kat artmıştır (24, 25).

Sağlık Bakanlığı'ndan yapılan bildirime göre, 2018 Temmuz'unda ülke genelinde aile hekimliği birimlerinin aile hekimi doluluk oranı yüzde 91,4, aile sağlığı elemanı doluluk oranı ise %86,5'tir (26). Bu veriler yaklaşık olarak AHB'lerinin 2250'sinin Aile Hekimsiz, 3250'sinin Aile Sağlığı Elemansız olduğu, ASE'nın bağışıklama hizmetlerindeki başat/yürütücü rolü düşünüldüğünde

bu da gereksinilen hizmetleri almakta zorlanacak bir nüfus (yaklaşık Aile Hekimsiz 7, 2– Aile Sağlığı Elemansız 10,9 milyon kişi) büyüklüğü anlamına gelmektedir.

Sağlık Ocaklarının kapatılmasıyla belirlenmiş coğrafi sınırlarda yaşayanları hedefleyen topluma dayalı **herkesi kapsayıcı** bir hizmet, toplum sağlığını koruma hedefinden, Aile hekimleri aracılığıyla, coğrafi bölge bağlamı olmayan, listelerinde kayıtlı bireylerin başvurularıyla karşılanan bireysel korumayı hedefleyen, **toplumsal korumayı sağlamada zaafı** olan bir hizmete dönüşmüştür. Başvuruya dayalı hizmet, ülkemizde bağışıklama hizmetlerine daha çok gereksinimi olanların hizmetlerden daha az yararlanması ile sonuçlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Terslik Kanunu'nda tarif edildiği gibi, ilkokul ya da daha düşük eğitim almışlar, yoksullar, kızlar, doğum sırası dört ya da daha fazla olanlar hiçbir aşı ile aşılanmama ve tam bağışık olma durumu açısından 2013'te 2008'e göre daha kötü durumdadır (27,28).

Sağlık Ocaklarının kaldırılmasıyla yurttaşların yaşadıkları yerde evlerinde ziyaretlerini yapan, bebekleri ve gebeleri, kadınları izleyen, kimi sağlık hizmetlerini sunan (kan basıncı ölçümü, enjeksiyon, pansuman…) Sağlık Evi ebelerinin hizmet sürecinden çekilmesi birinci basamak hizmetlerinin temel özelliklerinden biri olan **sürekliliğin**, hizmetlere erişebilmenin zaafa uğraması, politik üstyapının, medyanın aktarıp gelişime katkıda bulunduğu **tereddüt** aşılara ve bağışıklama hedefleyenlere karşı gittikçe güvensizlik oluşması ile sonuçlanmıştır.

Tüm ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin ve bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ilk adresi Birinci Basamak Sağlık Hizmetleridir. Etkin ve güçlü bir birinci basamak hizmet sunumu,

bireylerin, ailelerin ve toplumun **süreklilik** içinde, yakın, daha güçlü bir **güven ilişkisi** içinde hizmet almalarını sağlar (29).

Bağışıklama hizmetleri örgütlenmesi Sağlık Bakanlığı düzeyinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı; İl Sağlık Müdürlüğü düzeyinde Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aşı Programları Birimi üzerinde yapılandırılmış durumdadır. Bu örgütlenmenin görevleri:

1. GBP kapsamındaki hastalıkların sürveyansını yürütmek.
2. GBP kapsamındaki hastalık salgınlarının kontrolüne yönelik faaliyetleri yürütmek.
3. Aşı ile önlenebilen hastalıklara yönelik olarak programları yürütmek.
4. Aşılama hızlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması faaliyetlerini yürütmek.
5. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan aşı, anti serum, enjektör, enjektör güvenli atık kutusu ve soğuk zincir malzemelerinin sorumluluk alanı içerisindeki lojistik hizmetlerini yürütmek.
6. Aşı sonrası istenmeyen etki izleme sistemini yürütmek.
7. GBP kapsamındaki programlara yönelik eğitim faaliyetlerini yürütmek.
8. Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlık Makamı'nın vermiş olduğu görevleri yapmak olarak belirlenmiştir (30).

Örgütiçi Eşgüdüm

Bağışıklama hizmetleri çağdaş sağlık hizmetlerinin temel özelliği olan ekip çalışmasını gerektirir. Başta Birinci Basamakta çalışanlar olmak üzere tüm sağlık personelinin bağışıklama ile ilgili görev ve sorumlulukları vardır. Birimiçi, birimlerarası düzeyde ekip çalışmasının sağlanması; tüm sağlık hizmeti sunanların bağışıklama ile ilgili olarak belirlenen amaca varmak için eşgüdüm içinde çalışması gereklidir. Ne var ki, topluma ve bireye yönelik koruyucu hizmetlerin ASM-TSM arasında parçalanması, korumada öncelik yerine ASM'nde sağaltıcı hizmetlerin öne çıkması, bireylerin yaşam döngülerindeki koruma sorumluluğunun ASM-TSM arasında değişimi, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Halk Sağlığı Bilgi Sistemi-Hastane Bilgi Sistemi ayrışması ve birbirini görmezliği, 663 Sayılı KHK ile Sağlık Örgütünün bağlı kurumlar (Halk Sağlığı Kurumu-Kamu Hastaneler Kurumu) üzerinden parçalanması, işletmeleşme süreçleri örgütsel eşgüdüm ve dayanışmayı zaafa uğratmıştır.

Aşı Sağlama- Finansman

Türkiye ne yazık ki "Aşı Pazarı, Can Pazarı" nitelemesine karşın aşı üretiminden vazgeçmiştir. Domuz Gribi Pandemisinde aşı temini ve içeriği ile ilgili yaşanan yıpratıcı, tereddüdü besleyici süreçten ne denli ders alındığı, hizmet alımı usulüyle Td dolumu ile 2015'te başlayan sürecin 2019'da tümüyle aşı üretimi ile sonuçlanması beklenmekte ise de kamunun aşı üretimini ne denli sağlayıp sağlamayacağı tüm işaretlere rağmen henüz aşikar değildir.

Dünya'da UNICEF öncülüğünde toplum yararını gözeten bir yapılanma olarak başlayan Genişletilmiş Bağışıklama Programı aşı üretiminde tekelleşme ile birlikte **piyasası gittikçe genişleyip büyüyen ticari** bir faaliyete evrilmiştir. Bir çocuğun 18 yaşı-

na dek aşılanma maliyeti 2001'de 6 aşı için 0.57$, 2005'te 8 aşı 11,34$, 2014'de 11 aşı erkek çocuklar için 21,31$, kız çocuklar (+HPV) için 34,81$ olarak bildirilmiştir (31). Türkiye'de 13.06.2019 itibarıyla bu maliyet 655,7 TL (112,7 $)'dır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın aşı takviminde uygulanmak üzere dağıtımı yapılan aşılar ücretsizdir. Reçete edilmek suretiyle ödeme kapsamında olan kimi aşılar (yaşlılar, riskli gruplar ve gebeler için Grip; yaşlılar ve riskli gruplar için Pnömokok) ise muayene ve reçete yazımı ücretlendirmesine tabidir.

Toplum Katılımı:

Temel Sağlık Hizmetlerinin diğer ögelerinde olduğu gibi bağışıklamada da toplumun kendisine sunulması hedeflenen bağışıklama hizmetlerine planlama ve uygulama aşamalarında katılma hakkı ve ödevi vardır. Aile hekimliğine geçiş ile birlikte Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu üzerinden sağlanabilen bu olanak ortadan kalkmıştır. Bağışıklama hizmetinin sunumunda kullanıcılar için uygunluğu ve güveni sağlama açılarından son derece önemli bu mekanizma, Aile Hekimliğine geçişle birlikte, yapısal olarak ortadan kaldırılmıştır.

Sağlık Personelinin Sorumluluğu:

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında çocuklara ve gebelere yapılması gereken aşılar için yapılmayan ve yapıl(a)mama gerekçesi aşı yönetimi tarafından kabul edilmeyen her aşı için ilgili Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanına para cezası verilir, birikimi ile sözleşmeyi iptale dayanak olabilecek ceza puanı yazılır. Aşıları soğuk zincire uygun saklamak ve kullanmak sorumluluğu yerine getiril(e)mediğinde aynı cezalandırma süreci tanımlanmıştır. Aşılamada negatif performans sürecini başlatacak gecikme süreleri aşağıdadır (32).

Tablo 4. Aşı uygulamasında aşı dozuna göre zaman aşımı tanımlamaları

Aşı	İlk uygulama tarihi (gün)	Son uygulama tarihi (gün)
Hep B-1	0	29
Hep B-2	30	59
Hep B-3	180	209
BCG	60	89
DabT-IPA-Hib-1	60	89
DabT-IPA-Hib-2	120	149
DabT-IPA-Hib-3	180	209
DabT-IPA-Hib-Rapel	540	569
KPA-1	60	89
KPA-2	120	149
KPA-3*	180	209
KPA-Rapel	365	394
OPA1	180	209
OPA-2	540	569
KKK	365	394
Suçiçeği	365	394
Hepatit A-1	540	569
Hepatit A-2	730	759

*KPA-3 aşı takviminden çıkarılmıştır.

Hepatit B 1.dozunun "doğum dozu" taşıyıcı annelerden doğan bebekler için ilk 12 saate, diğer durumlarda ilk 24 saat içinde uygulanması gerekmektedir (33). Bu haliyle anneden bebeğe vertikal geçiş sorun olarak algılanmamaktadır.

Bakanlık örgütü dışında hizmet sunan sağlık personeli sağlık hizmeti sundukları bireylerin bağışıklama gereksinimlerini Umumi Hıfzıssıhha Yasası, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü çerçevesinde değerlendirip gereğini yapmak zorundadır.

Planlama:

Bağışıklama hizmetleri AHB'nde listelerdeki bireylerin aşı gereksinimleri üzerinden planlanmaktadır. Öğrencilerin bağışıklama hizmetlerinin planlaması ve uygulanması da TSM'nin ödevidir. Aile Hekimliğine geçiş öncesi Sağlık Ocakları, Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Müdürlükleri düzleminde yapılabilen aşılama ve aşı ile önlenebilir hastalık verileri üzerinden durum saptama- yere göre izleme ve gereksinime yönelik planlamanın "Karar Destek Sistemi" üzerinden Aile Hekimliği sonrası yapılabilirliğine/ yapılmakta olduğuna ilişkin bilgiye ulaşılamamaktadır.

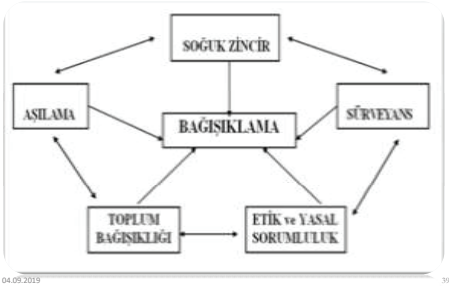
Kayıt ve Bildirim Sistemi:

Bağışıklama hizmetlerinde kayıt ve bildirim sistemi sistematik, sürekli ve zamanlı olmalıdır. Veriler zamanında ve düzenli olarak işlenmeli ve zaman zaman hizmet sunuculara ve ilgililere geri bildirilmelidir.

AHBS Minimum Veri Modeli'nde aşılama yapıldı ise aşı kaydı, ertelendiyse erteleme kaydı ve aşı sonrası istenmeyen etki kaydına ilişkin veri seti belirlenmiştir (34).

Sonuncusu 2006 yılında yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Yıllığı'nda bağışıklama hizmetlerine ilişkin veriler (illerin hedef nüfusu, aşılama, devamsızlık, AFP bildirimi, aşı ile önlenebilir hastalıkların morbidite ve mortaliteleri) bölgelere, illere ve zamana göre dağılımını sunulurken, 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda aşılama oranlarının bölgelere ve zamana göre (2002- rapor edilen yıl) dağılımı ve Kızamık, TB morbidite- mortalite verileriyle yetinilmiştir (25).

Bağışıklama Hizmetlerinin Uygulama Bileşenleri Açısından Durum



Şekil 7. Bağışıklama Hizmetlerinin Uygulama Bileşenleri

Etik ve Yasal Sorumluluk

Aşı yaptırmama, aşı tereddüdü, aşı reddi ile ilgili yoğunlaşan sorun ifadeleri TTB'ni "Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü" oluşturma ve yayınlama gereksinimi içine sokmuştur. TTB, bu bildirgede*"... aşılar, hem koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli simgelerinden hem de yirminci yüzyılın en önemli halk sağlığı kazanımlarından birisidir."* ifadesiyle *"Yeterliliği olan kişinin özerkliği olumlanmakla birlikte özerk kararın diğer kişiye/kişilere zarar vermesi durumunda*

eylemlerin sınırlandırılması ve/veya engellenmesi özgürlük kısıtlanması veya özgürlüğün ortadan kaldırılması olarak görülemez. Kişilerin merkeze alınmaları, kişilerin temel haklarından söz edilmesi, kişilerin ancak belli bir toplum içinde kendilerini ve kendi tercihlerini gerçekleştirebilecekleri ve kişilerin ancak başkalarıyla birlikte kendileri olabileceği gerçeğini değiştirmez. Toplumsal yaşam, yaşarken kendi iyiliğimiz kadar başkalarının iyiliğini düşünmemizi de zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle toplumsal iyilik, bireyin özgürlüğü kadar gözetmemiz gereken bir hedeftir. Dolayısıyla bireyin dini inancı, felsefi düşünceleri ve bilimsel bilgiye dayanmayan yargıları toplum bağışıklaması örneğinde ikincil planda kalmalıdır. Söz konusu çocukların bağışıklanması olduğunda, bu konum daha da güçlenecektir." kanaatiyle **Bireysel Özerklik ve Toplumsal Yarar Birlikte Korunabilirliği; "***Anne-babaların bakmakla yükümlü oldukları başkaları üzerinde irade kullanırken, kendi kişisel özerkliklerinin sınırları içinde olduğu kadar özgür olmadıkları; yaşam ve sağlık söz konusu olduğunda o bireylerin bilimsel bilgiye dayalı yararını gözetmekle yükümlü oldukları genel kabul görür. Ancak ailenin üstün yararı belirlemesi ile ilgili bir çelişkinin söz konusu olması durumunda yine aynı sözleşmenin çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararının temel düşünce olması gerektiğini ifade ettiği de hatırlanmalıdır. Bu durumda çocuğun üstün yararı konusunda kamunun ve ailenin kararları çatıştığında, kamu çocuğun özerk bir kimlik kazanması için gerekli koşulları hazırlamakla yükümlüdür ve karar verici mekanizma kişi özgürlüklerini korumakla yükümlü hukuk sistemi olacaktır*." saptamasıyla aşılamayı **Çocuğun Yaşama Hakkını Koruma** araçlarından biri olarak nitelemiştir (35).

Mevzuatımıza göre "Sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil,

bedensel, ruhsal ve sosyal yönden **tam bir iyilik** durumudur." (DSÖ Anayasası) "Irk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetmeksizin herkesin erişilebilecek **en yüksek sağlık düzeyine erişmesi** temel haklardan biridir" (36). Bağışıklama sağlık hakkını gerçekleştirmenin en etkili araçlarından biridir.

Ülkemizde aşı yaptırma yasal zorunluluk değildir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nin 09.08.2011 tarih ve 045.01/3295 sayılı yazıları ile Genişletilmiş Bağışıklama Programı uyarınca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca başvurucu çocukların aşılarının ana babasınca yaptırılmaması nedeniyle, 5395 sayılı yasa uyarınca sağlık tedbiri uygulanmasına karar verilmesi yerel mahkemeden istenmiştir. Anayasa Mahkemesi (AYM) 11.11.2015'te (Başvuru No: 2013/1789) ve İkinci Bölümü 26.10.2016'da (Başvuru no: 2014/4077) zorunlu aşı uygulaması hususunda verilen tedbir kararları nedeniyle bireysel başvuru yapan davacıların maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine hükmetmiştir (37).

Aşı Reddine Karşı Nasıl Bir Tutum Takınmak Gerekir?

1. Aşı ile önlenebilir hastalıklardan arınmış bir ortamda doğmak ve büyümek her çocuğun hakkıdır, ödevlisi de devlettir.

2. Aşı Danışma Kurulu'nun belirlediği aşıları aşı takvimine uygun bir biçimde yapmak- yaptırmak zorunlu olmalıdır. Bireylere sorumluca karar verme yükünün transferi haksızlık olur.

3. GBP hedeflerine ulaşılabilmesi için uygun yöntemlerle

(kamu spotu değil- yüz yüze görüşme) sağlık eğitimi verme/ talep yaratma ve halkın yaşadığı yerlerde, kabul edilir yollarla bu talebi karşılama, diğer temel sağlık hizmetlerini de geliştirici bir yönde işleme devletin/ Sağlık Bakanlığının birinci basamak sağlık örgütlenmesinin görevidir.

4. Aşılanmayı red etmek:
   - Tıbbi-teknik bir konu olmaktan öte politik bir konudur.
   - Hizmette sürekliliğin geliştirdiği güven ortamı ortaya çıkışı önleyicidir.
5. Aşılama görevlileri ile denetçiler arasında (negatif performans) ya da aşılanmayı red edenler ile aşılama ödevlileri arasında (aşı yaptırmayacağına dair imza almak, sağlık tedbiri için yargıya başvurmak) düşmanlık sözleşmesi bağışıklama hizmetlerini geliştirici olmak bir yana, hizmet ile ilgili yükümlülüğü kamudan hizmet sunanlara ve hak sahiplerine haksız bir transferdir.

Bağışıklama Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık Bakanlığı'nın Bağışıklama İle İlgili Yasal Sorumluluğu

"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" 663 sayılı olup (RG 02.11.2011, sayı 28103, mükerrer), bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı yasanın verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulunca 11.10.2011'de kararlaştırılmıştır. 663

s. KHK'nın 26/c maddesi şöyledir:

c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak,

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne görev olarak verilmiştir. Ayrıca, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (RG 15.05.1987, sayı 19461) md. 3/k ile de Sağlık Bakanlığına aşılarla ilgili dolaylı görev ve yetki verilmektedir (37).

Türkiye'de bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (TSH Gn.Md.) 13.03.2009 tarih ve 7941 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Genelgesi uyarınca yürütülmektedir (38). Okul öncesi, okul, 15-49 yaş kadın ve gebelere yönelik aşı takvimi mevcuttur. Türkiye'de okul öncesi dönemde 13 bulaşıcı hastalığa karşı aşı rutin uygulanmaktadır. Tablo 5'te Türkiye'de ve bazı ülkelerde rutin bağışıklama programı uygulamalarıyla önlenmeye çalışan hastalıklar verilmiştir (39).

Tablo 5. Türkiye ve Bazı Ülkelerde Çocukların Rutin Bağışıklama Programında Kapsamında Yer Alan Hastalıklar

Ülke	TB	Hepatit B	Difteri	Boğmaca (aP)	Tetanoz	Polio	Hib	Pnömokok	Rotavirüs	Grip	Kızamık	Kızamıkçık	Kabakulak	MenC	Hepatit A	Su çiçeği	HPV
Türkiye, 2019 (40)	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**OPV ve IPV**	**X**	**X**	**-**	**Gebelerve Riskli gruplar**	**X**	**X**	**X**	**-**	**X**	**X**	**-**
ABD 2019 (41)	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X*	X	X	X
Fransa 2018 (42)	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	X
Yunanistan 2017 (42)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Küba 2018 (43)	X	X	X	wP	X	**OPV ve IPV**	X	X	-	X	X	X	X	BC	-	-	-
Norveç 2017 (42)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X
DSÖ Önerisi (44)	X	X	X	wP	X	**Enaz 1doz OPV**	X	X	X	**Gebelerve öncelik riskli gruplar**	X	X	**En az %80 aşılama oranı, KK ile**	**Riskli gruplar**	-	**En az %80 aşılama oranı,**	X

wP: Tüm hücre Boğmaca aşısı; menC:Meningokokserogrup C aşısı; BC:Meningokokserogrup B ve C aşısı;

Çocukluk çağında akut gastroenterit etkeni olan Rotavirüse ve serviks kanseri etkeni olan Human Papilloma virüse karşı aşılar, DSÖ tarafından dünyadaki tüm çocuklara önerildiği halde Türkiye'de rutin bağışıklamada yer almayan aşılardır. Ülkemiz bağışıklama programına 2012 yılında Hepatit A aşısı ve 2013 yılında Suçiçeği aşısı dahil edilmiştir; her iki aşı da DSÖ önerisi olmayıp ülkemizde rutin olarak uygulanmaktadır (45, 46).

Bağışıklama programında hangi hastalık etkenlerine karşı aşıların yer alacağı kararı Aşı Danışma Kurulu'nda ülkedeki bulaşıcı hastalık epidemiyolojik örüntüsünün gözetildiği bilimsel değerlendirme sonucu verilir; politik olarak sağlanan olanaklar bu kararın kapsamını etkilemektedir. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi sonrasında bağışıklama hizmetleri yapılanmasının özellikleri ve potansiyel sorun alanları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Aile hekimliği sistemi sonrası Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin örgütlenmesi

Kimler aşılanacak	Hizmet Sunum Yeri	Hizmet Türü	Hedef Grup	Kapsanan Hastalıklar	Potansiyel Sorun Alanları	Performans Değerlendirmesi
Yenidoğan	Doğum-evi, Hastane	Başvuruya dayalı	Hastanede doğanlar	Hepatit B	Hastane dışında doğanlar	-
Bebek, Çocuk	AHB	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Verem, Hepatit B, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, P. pnömoni, Polio, Kızamık, Hib, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Hepatit A	Listede yer almayanlar, hizmette süreklilik sağlanamayanlar, aşı reddi	Negatif performans
Öğrenci	TSM	Gezici	Bağlı okullara	Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Polio, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak,	Okula devamsızlar, aşı günü okulda olmayanlar, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi-Halk Sağlığı Bilgi Sistemi arasında devamlılık olmayışı	Pozitif performans

Gebe	Aile Hekimi ve Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Grip	Aşı durumunun belgelenmesinde sorunlar (okul öncesi, okul aşı kaydı, 15-49 yaş izlemlerinde yetersizlik, Gebe Td aşı kaydına erişim), aşı reddi, gebe tespitinde yetersizlik, Grip aşısı temini	Negatif Performans
15-49 kadın	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz,	Performans dışı oluş	-
Erişkin	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz	Performans dışı oluş	-
65+ ve kronik hastalıklar	Aile Hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Grip P.pnömoni,	Dr. reçete ederse Performans dışı oluş	Performans dışı
Hacı adayları	TSM	Başvuruya dayalı	Müftülük listesi	MenA/C/ Y/W-135	-	-
Genel	TSM	Başvuruya dayalı	Aile Hekimi kaydı olmayanlar misafirler	Tüm aşılar	-	-
Sığınmacılar düzensiz göçmenler	Göçmen Sağlığı Birimi	Başvuruya dayalı Yakalananlar zorunlu	Aile Hekimi kaydı olmayan sığınmacılar ve düzensiz göçmenler	Tüm aşılar	Kayıt sisteminin olmayışı	

Doğum ve ölüm kayıtlarının kalitesine yönelik DSÖ değerlendirmesinde Türkiye 100 üzerinden 89 puanla orta kalitede olarak nitelenmiştir. Sıralamada DSÖ Avrupa bölgesinde sondan 7.dir (47). Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporunda bildirildiği üzere doğumların%95,3'ünün hastanede olduğu ülkemizde (60 000 dolayında doğum hastane dışı) başvuruya dayalı bağışıklama hizmetinin verileceği listelerin kapsayıcılığı ciddi bir kaygı nedenidir. Bunun yanı sıra hizmet başına performans ödemesi olan negatif performans uygulamasının, iyi hizmet verilmediği halde hizmet kaydı tutmanın daha çok önemsendiği uygulama şekli olduğu bilinmektedir (48).

Uluslararası ya da ulusal programlar kapsamında ve ulusal gereksinimler nedeniyle aşı kampanyaları, ek aşılama etkinlikleri gerçekleştirilmektedir. Türkiye'de destek aşılama uygulamaları ve denetim programlarının durumu Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Türkiye'de Destek Aşılama Uygulamaları ve Denetim Programlarının Durumu

Program	**Destek Aşılama Uygulaması**			**Durum**
	Başlama	**Hedef grup ve aşı**	**Uygulama**	
Polio Eradikasyon Programı	1995	Beş yaşından küçüklere OPV	Ulusal Aşı Günleri, Mop-up	1998'den beri eradikasyon seviyesine ulaşılmışlık onaylandı
	2010-2015	Mardin, Hatay, Kilis, Şırnak ve Şanlıurfa illerimizde 0-59 ay yaş grubundaki tüm çocuklara (T.C. vatandaşı ve Suriyeliler), Suriyeli'lerin yerleştirildiği kampların bulunduğu diğer 6 ilimizde ise sadece Suriyeli çocuklara (49)	Polio mop-up çalışmaları	
Kızamık Eliminasyon Programı	2003	9 ay-14 yaş ve askerlere Kızamık aşısı 15-49 yaş kadınlara difteri Tetanoz (Td) aşısı	Kızamık Aşı Günleri, Okul Aşı Günleri, Catch-up, Follow-up, Keep-up	2011'de İstanbul'da başlayan Kızamık salgını 2016-7 dışında dolaşımını sürdürmektedir.
Anne ve Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon Programı	2007	Yüksek riskli bölgelerde 15-49 yaş kadınlara	Tetanoz Aşı Günleri	2009'da Anne ve yenidoğan tetanozunun elimine edilmiş olduğu onaylandı

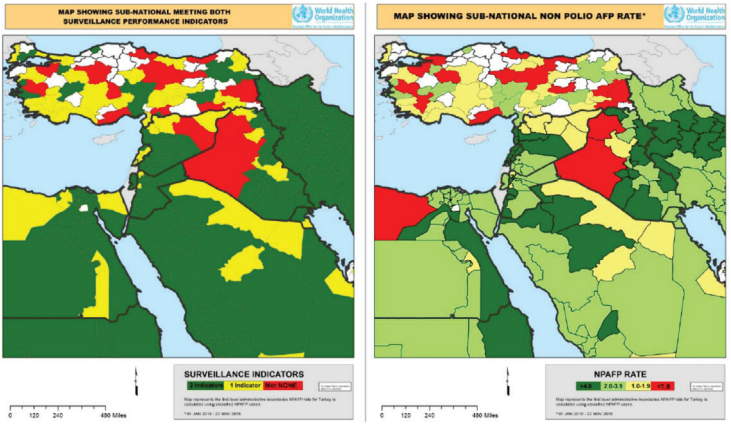
Program	Destek Aşılama Uygulaması			Durum
	Başlama	Hedef grup ve aşı	Uygulama	
Hepatit B Kontrol Programı	2005 2008 2009 2009	İlköğretim kohordu, Ortaöğretim kohordu, Lise 4. Sınıflar Hepatit B aşısı	Ülke geneli Ülke geneli Ülke geneli Ülke geneli	
Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı	2005-2008 2008 2008-2009 2009 2017	İlköğretim kohordu Ortaöğretim kohordu 18-35 yaş grubu kadınlara Lise 3. ve 4.sınıflara Kızamıkçık aşısı Beş yaş altı göçmen çocuk aşı tamamlama kampanyası	Ülke geneli Ülke geneli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının yürütüldüğü 33 ilde Ülke geneli	Uygulayıcıların bilgi yetersizliği-özensizliği sonucu gebe iken aşılanma yapılması ya da aşı sonrası koruma sağlanmamasının ardından ortaya çıkan konjenital rubella sendromu kaygısı nedeniyle yapılmış gebelik sonlandırmaları nedeniyle mahkeme Sağlık Bakanlığı'nı tazminat ödemeye mahkum etti (50, 51).

Polio Eradikasyon Programı:

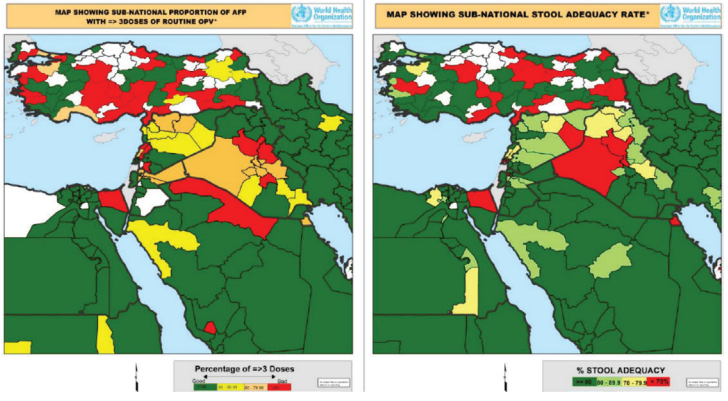
Eradikasyon hedefine erişmek amacıyla GBP rutin çalışmalarına ek olarak 1995'te Ulusal Aşı Günleri Akdeniz, Kafkasya, Orta Asya Cumhuriyetleriyle (MECACAR) eş zamanlı olarak yürütülmeye başlanmıştır. Ne var ki, TSH Gn.Md'nce GBP hedeften uzakta oluş yönünden öncelikli olarak değerlendirilen 15 ilde (4 ilde aşı uygulamalarını hızlandırma, 11 ilde polio aşısı ile mop-up) GBP yönetim sürecinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla merkezi bir müdahale planlanmış ve Eylül-Kasım 1998 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bu süreç Türkiye'de ve DSÖ Avrupa Bölgesinde doğal hastalık etkeni vahşi (wild) virüsle oluşan son çocuk felci olgusunun Ağrı'da saptanması (1998) ve ardından 2002'de eradikasyonun belgelenmesiyle sonuçlanmıştır.

Ülkemizde son yerli olgunun 1998 yılında görülmesinin ardından, 2002 yılından itibaren Türkiye'nin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi poliodan arınmış bölge haline gelmiştir (52). Benzer şekilde 1999 yılında son polio olgusunun görüldüğü Suriye'de 2011 yılında başlayan çatışmalarla birlikte Polio3.doz ile aşılama oranları düşmüş, 2013 yılında 35 Polio vakası görülmüş olup (53) bölgedeki göç etkisiyle vahşi tip 1 polio virüsün yayılımının sürme riski söz konusudur (52).Türkiye'nin, gerek sınır komşuları Suriye, Irak ve İran'nın polio açısından –halihazırda polio virüsü ile infekte olmasa da- riskli ülkeler oluşu (54), gerek düzensiz göçmenlerin yoğun olarak kullandığı bir güzergah oluşu nedenleriyle (55) polio virüs importasyonu için hem bağışıklama kapsayıcılığını, hem de sürveyans duyarlılığını yüksek tutmak durumundadır.

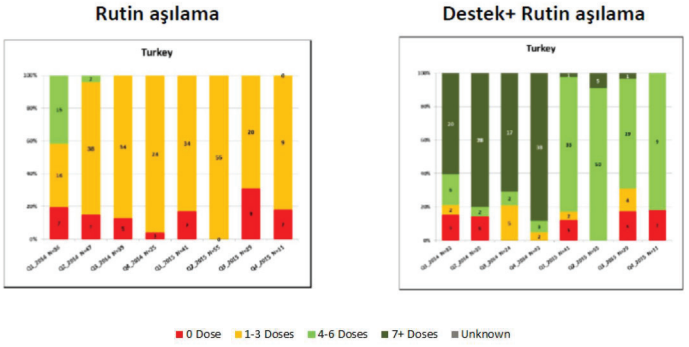
Suriye'de, ardından Irak'ta 2013'te patlayan Çocuk Felci salgınıyla baş etmek üzere yürütülen çalışmalarda ülkemizin yanıt kapasitesinin durumuna dair bildirimler Şekil 8-10'de sunulmuştur (56).



Şekil 8. PEP Surveyans indikatörlerini karşılama (soldaki harita) ve Polio dışı AFP hızının illere göre dağılımı (sağdaki harita), 2015



Şekil 9. AFP Olgularının 3+ doz polio ile aşılanmış olma durumu (soldaki harita) ve uygun dışkı örneği alma sıklığının illere göre dağılımı 2015



Şekil 10. AFP Olgularının polio ile aşılanmış olma durumları (6-59 aylık), 2014-2015

Ortadoğu'da polio salgınıyla baş etmek için yürütülen çalışmalar, Şekil 8-10'da görüldüğü üzere sürveyans kalitesi ve aşılama oranlarında iller düzeyinde zaaflar içermektedir.

Tablo 8. Suriye'deki Polio salgınına yanıt veren ülkelerin performans düzeyleri 2014

Zone	Ülke	AFP sayısı	Polio Dışı AFP Hız/yıl	Dışkı Örneği yeterliliği %	AFP bildiren il (%)	Her iki indikatörü karşılayan il (%)*
1	Suriye	204	3.0	90	100	64
	Irak	426	3,3	83	100	63
2	Ürdün	75	3,1	91	100	75
	Lübnan	93	4,9	81	100	50
	İran	661	4,1	97	100	97
	Türkiye	282	1,5	84	80	24
	Filistin	33	2,1	91	100	50
	Mısır	911	2,9	89	97	63

*Dışkı örneği yeterliliği+AFP bildirim hızı (56)

Salgın döneminde yürütülen çalışmaların il düzeyinde yeterliliğine ilişkin bulgular Polio importasyonuna karşı ülkemiz kapasitesinin geliştirilmesinin zorunluluğunu göstermektedir.

AFP sürveyans göstergelerinin zamana göre değişimi ve düzeyi Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Türkiye'de Akut Flask Paralizi sürveyans göstergelerinin zamana göre durumu (57)

Yıl	AFP olgu sayısı	Nonpolio AFP Hızı	Numune almada yeterlilik	Karar aşamasında bekleyen	Polio olgu sayısı	Aşıya bağlı olgu sayısı
2010	215	1,06	74	0	0	0
2011	196	0,97	81	0	0	0
2012	172	0.85	81	0	0	0
2013	230	1.14	80	0	0	0
2014	290	1.45	77	0	0	0
2015	314	1.54	82	0	0	0
2016	294	1.47	80	0	0	0
2017	286	1.43	79	0	0	0
2018	312	1.56	80	20	0	0

AFP hızının Suriye ve Irak'ta salgın (2010-15) döneminde beklenen sıklıktan (2/100 000) düşük oluşu, numune almada yeterliliğin sınır değerde oluşu importasyon duyarlılığı ile birleşince sürveyans ile ilgili kaygı nedenidir.

DSÖ Avrupa Bölgesi Poliomiyelit Eradikasyonu Doğrulama Komisyonu (DSÖ-Avrupa PEDK-GGR) Gözden Geçirme 2018 raporuna göre: Türkiye düşük riskli olarak düşünülmektedir, sınırın her iki tarafında Suriyeli'lere yönelik aşılama ve surveyans çalışmaları takdir edilmektedir; ancak, Türkiye'nin Global Polio Eradikasyon Girişimi kuralları doğrultusunda bir salgın durumunda izlenecek ulusal eylem planının olmayışından endişelenilmektedir, 12 ay içinde bir Polio salgını simülasyon tatbikatı (POSE) uygulamasının yürütülmesi önerilmektedir. DSÖ-Avrupa PEDK-GGR, 2017 verilerine göre, Türkiye'nin sürveyans kalitesini "iyi", toplumun bağışıklık durumunu "yüksek", risk skorunu "düşük" olarak bildirmiştir (58).

Kızamık Eliminasyon Programı:

DSÖ Avrupa Bölgesi bildirimine göre 2018 yılı Türkiye'de 2094 şüpheli ve kesin vaka olgularından 303 vakanın kesin olduğu bildirilmiştir; şüpheli ve kesin tanı kızamık insidansı: bir milyonda 2.64 olgudur (59).Tablo 10'da 2018'de yapılan Kızamık bildirimlerinin aşılanma ve tanılamaya ilişkin özellikleri sunulmuştur.

Kızamık olgularının %72'si 10 yaşın altındadır. KKK1 yapılmış olması gereken 1906 çocuktan 920'si (%48) aşısızdır. KKK2 yapılmış olması gereken 205 çocuktan yalnızca %58'i aşılıdır. Kızamık ön tanısıyla incelenen 3133 kişinin %40'ı aşısızdır, %18'ine kızamık tanısı doğrulanmıştır, kızamık tanısı konanların %61'i hastaneye yatırılmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Türkiye'de 2018'de yapılan Kızamık bildirimlerinin aşılanma ve tanılamaya ilişkin özellikleri (59)

Özellik	< 1yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-29 yaş	30+ yaş	Toplam
0 doz	211	920	57	21	14	15	24	1262
1 doz	3	825	311	65	12	24	27	1267
2+ doz	0	161	316	119	6	2	0	604
Toplam	214	1906	684	205	32	41	51	3133
Epidemiyolojik bağlantılı olgu sayısı	0	0	0	0	0	1	0	1
Klinik olgu sayısı	0	1	0	0	0	0	0	1
Lab. doğrulanmış olgu sayısı	**35**	**304**	**69**	**33**	**23**	**50**	**52**	**566**
Hastaneye yatırılan olgu	29	178	45	26	13	23	32	346
Ölen olgu sayısı	0	0	0	0	1	0	0	1

Ülkemizde Kızamık Eliminasyon Programı çalışmalarıyla kızamık olgu sayıları 2007-2010 yılları arasında 10'u geçmemiştir, ancak 2011 yılından itibaren vaka sayılarında ciddi artışlar görülmeye başlanmış ve salgın oluşmuştur. Vaka sayılarında artışın saptandığı bu yılların Suriye İç Savaşı'nın başlamasından öncesine ve Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesinin değişmesine rastlaması, salgının nedeninin topluma dayalı sağlık hizmetlerinin aksaması olduğu kanaatini oluşturmaktadır (53). Kızamık vakalarında belirgin artışın olduğu 2012 yılında o dönemin Sağlık Bakanınca salgın tehlikesi olmadığı ifade edilmiş, görülen kızamık vakalarının importe olduğu açıklaması yapılmıştır (60). Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Bildirimlerine göre Türkiye'de Kızamık olgularının dağılımı Tablo 11'de gösterilmektedir (59).

Tablo11. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölge Bildirimlerine Göre Türkiye'de Kızamık Olgularının Dağılımı (59,61,62)

Yıl	DSÖ Laboratuvarda doğrulanmış Kızamık	DSÖ İmporte ya da aşı ile ilişkili olmayan	SB'na göre yerli kızamık
2010	15	7	0
2011	105	94	0
2012	343	-	318
2013*	7397	7404	6731
2014	569	572	451
2015	342	342	235
2016	9	9**	0
2017	48	66	48
2018	566	512	-

* Kaynak 61, ** Kaynak 62

Kızamık eradikasyonu için politik isteklilik, hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların yüksek aşılama oranını hedeflemesi çok önemlidir (63). DSÖ Türkiye'nin aşılama oranlarını düşük-orta güvenilirlikle %94-98, Kızamık 2. doz aşılamasının %85-88 oranında olduğunu tahmin etmektedir. DSÖ tarafından ülkemizde kızamık aşısının 1. ve 2. dozlarının bulaş zincirinin kırılması için %95 ve üstü olan bölge sayısı 53/81 ve 33/81'dir (64). DSÖ Küresel Kızamık ve Kızamıkçık 2012-2020 Eylem Planı'nda 5 hedef belirlemiştir (65):

- İki doz Kızamık ve Kızamıkçık içeren aşıyla yüksek aşılama kapsamı sağlayarak toplum bağışıklığını sağlamak ve sürdürmek
- İlerleme sağlamak amacıyla etkili sürveyans ve değerlendirme programları kullanarak hastalığı izlemek

- Salgın hazırlık, erken yanıt ve olgu yönetimini geliştirmek ve sürdürmek
- Bağışıklama ile ilgili toplumun güvenini kazanmak, talep oluşturmak ve iletişim halinde olmak
- Maliyet etkin uygulamaları desteklemek, aşılama ve tanı araçlarını iyileştirmek için gerekli araştırma ve geliştirmeyi gerçekleştirmek

Tablo 12. DSÖ Avrupa Bölgesi Kızamık Eradikasyonu Doğrulama Komisyonu (DSÖ Avrupa KEDK) Gözden Geçirme Raporlarına göre Türkiye'de Kızamık Eliminasyonu Değerlendirmesi

	2017	2016	2015	2014 (2012-2014 dönemi)
Durum	24 aydır dolaşım durdurulmuş	12 aydır dolaşım durdurulmuş	Endemik	Endemik
Epidemiyoloji	Olguların %93'ü 6 bölgeden, 6 salgın	İmporte olgularla 2 salgın belirlenmiş, 1-2 haftada sonlanmış	İki bölgede 8 salgın	23 salgın, %30 5 yaşından küçük ve aşısız
Toplum bağışıklığı	13 ilde KKK1 aşı oranı < %90 (bir ilde< %80); 25 ilde KKK2 < %90 (11 ilde < %80),	32 ilde KKK2 < %90	56 ilde KKK2 <90%, 4 ilde KKK1 ve KKK2 <90%	Son 3 yıldır aşılama oranları düşüyor, 9 ilde KKK1 aşı oranı < %90
Öneri	Sürveyans kalitesini geliştirin İl düzeyinde bağışıklama düzeylerini sonraki rapor için değerlendirelim.	Dolaşımın durdurulmasına takdir, Kızamıkçık için çalışma.	Aşı oranlarının belirlenmesinde kullanılan pay ve paydayı berraklaştırın.	Aşı oranlarını yükselterek toplum bağışıklığını güçlendirin.

Anne ve Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon Programı:

Programın hedefi, yenidoğan tetanozu (NT) vakasının 1000 canlı doğumda 1'in altında görülmesi ve maternal tetanozun (MT)hiç görülmemesi ve her iki durumun sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Ülkemizde 1989 yılında çocukluk çağı rutin aşılaması başladı. Gebeler ve çocuklarda bildirilen olgu sayısı önemli ölçüde azaldı. 2010 yılından itibaren NT vakası 1000 canlı doğumda 1'in altına düşmüş ve eliminasyon DSÖ tarafından onaylanmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleşen doğumların artması, UNICEF'e göre doğumların %3'ü nitelikli sağlık personeli tarafından gerçekleşmemektedir, Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporu'na göre ise doğumların %4.7'si hastane dışında gerçekleşmiştir, nedeniyle her sene onbinlerce yenidoğan ve annesi sessiz katil tetanoz riski altındadır (66). Bebeklik ve çocukluk döneminde başlayan tetanoz bağışıklamasının okul çağında ve seçilmiş bölgelerde 15-49 yaş kadınlara yönelik sürdürülememesi sonucu bağışıklığın sürekliliği sağlanamamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında birinci basamak örgütlenmesinde bazı sağlık evlerinin kapatılması tetanoz bağışıklığı açısından kaygı nedenidir.

Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı

DSÖ Kızamık ve Kızamıkçık sürveyans verilerine göre Türkiye'de 2017 yılında hiç vaka görülmemiştir, 2018 yılında 12 vaka için laboratuvar incelemesi yapılmış olup tümünde sonuç pozitiftir (67).

Konjenital Rubella Sendromu olgularını önlemek üzere 2009 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olan 33 ilde 18-35 yaş

arası kadınlara yapılan kızamıkçık aşısının ardından gebelik sonlandırmaların olması güveni sarsıcı niteliktedir (50, 51).

Hepatit B Kontrol Programı

İlk doz Hepatit B aşısı hastanede, iki ve üçüncü doz aşılar aile sağlığı merkezinde yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporuna göre 2017'de doğuların %95.3'ü hastanede gerçekleşmiştir. Yaklaşık 60 000 doğum hastane dışında olmuş görünmektedir. Hepatit B taramasının ülkemizde hangi sıklıkla yapıldığı bilinmemektedir, ancak gebelerde Hepatit B sıklığının %1.5 ile %9.3 olarak bildirildiği araştırmalar mevcuttur. Hastanede doğum yapmayanların, sağlık hizmetlerinden yaralan(a)mayan, sosyoekonomik düzeyi düşük, Hepatit B taşıyıcılığı yüksek kadınlar olması olasıdır. Bu durumda doğumda vertikal Hepatit B geçişi sonucu, yüksek oranda kronikleşme ve siroza, hepatosellüler kansere giden gelişmelerden endişelenmek yerinde olur.

Hepatit B taşıyıcısı annelerin bebeklerinin ilk 12 saat içinde aşısı ve Hepatit Immunglobulin ile korunması gereklidir. Hepatit B ile enfekte anneden doğan bebeklerin %70-90'ının enfekte olduğu ve bunların %95'inin kronik Hepatit B enfeksiyonu olacağı bilinmektedir (69).

Türkiye'de Erişkinlere Bağışıklama Hizmetleri

Ülkemizde genişletilmiş bağışıklama programına dışında kalan Grip, Polisakkarit Pnömokok ve Hepatit A aşıları özel endikasyon varlığında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır (70). Performans değerlendirmesine tabi tutulmamaktadır. Türkiye'de erişkinlere yönelik bağışıklama hizmetlerinin sunumu Tablo 13'de yer almaktadır.

Kişilerin talebi doğrultusunda verilen bağışıklama hizmetleri ile yeterli bağışıklama oranlarına ulaşılamaz. Yaşamın her döneminin bir bütün olduğu ve çocukluk çağında sağlanan bağışıklığın erişkinlik döneminde devam etmesi için geliştirilmiş 'Yaşam Boyu Bağışıklama' programı gereğince erişkinlere yönelik bağışıklama hizmetleri birinci basamakta bir program çerçevesinde sürdürülmeli ve izlenilmelidir (71).

Tablo 13. Türkiye'de Erişkinlere Bağışıklama Hizmetleri Sunumu

Hizmetten yararlanan hedeflenen	Hizmet sunan	Hizmet Türü	Kapsamdakiler	Kapsanan hastalılar	Ücret/ katılım payı
Gebe	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Grip	Grip için Muayene, reçete
15-49 kadın	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz, Kızamıkçık	-
Erişkin	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Difteri, Tetanoz	Tetanoz, cepten ödenir
65 + ve Kr.Hast.	Aile hekimi	Başvuruya dayalı	Liste kişilerine	Grip, Polisakkarit pnömokok, Hepatit A	Muayene ve Reçete
Hacı adayları	TSM	Başvuruya dayalı	Müftülük listesi	Men A/C/ Y/W-135	-
Genel	TSM	Başvuruya dayalı	AH Kaydı olmayanlar, misafirler	Tüm aşılar	-
Tutuklu ve hükümlüler	TSM	Yerinde hizmet	Cezaevlerindekiler	Hepatit B	-
Yurt dışı seyahat	TSM, HSSGM	Başvuruya dayalı		Varış noktası gereksinimlerine göre	

Aşı Takvimi

Ulusal aşı takviminin içerdiği aşılar ve bu aşıların uygulama zamanları Sağlık Bakanlığı'na bağlı Aşı Danışma Kurulu tavsiyeleri doğrultusunda belirlenir (72). Bu kurulda halk sağlığı, sosyal pediatri, pediatrik enfeksiyon, pediatrik immünoloji, pediatrik nöroloji, erişkin enfeksiyon, tıbbi mikrobiyoloji, viroloji, viroloji ve temel immünoloji, farmakoloji, veteriner hekimlik ve aile hekimliği dallarından üniversite öğretim üyeleri ve eğitim araştırma hastanelerinin eğitim sorumluları yer almaktadır (73), ancak eklenen aşıların eklenme nedeni ve uygulama sonrası değerlendirme ile ilgili yeterince bilgi verilmemektedir. Ülkemiz sınırları dahilinde her bebek ve çocuğa uygulanan aşı takvimi Tablo 14'te verilmiştir (74).

Tablo 14. Ülkemizde bebek ve çocuklara uygulanan aşı takvimi

	Doğumda	1.Ay sonu	2.Ay sonu	4.Ay sonu	6.Ay sonu	12.Ay sonu	18.Ay sonu	24.Ay sonu	İlköğretim 1.sınıf	Ortaöğretim 4.sınıf
HEPATİT B	**I**	**II**			**III**					
BCG			**I**							
DaBT-İPA-Hib			**I**	**II**	**III**		**R**			
KPA			**I**	**II**		**R**				
KKK						**I**			**R**	
DaBT-İPA									**R**	
OPA					**I**		**II**			
Td										**R**
Hepatit A							**I**	**II**		
Su Çiçeği						**I**				

BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı, DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı, KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı, OPA: Oral Polio Aşısı, Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı, KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı

Hepatit B doğum dozu, annenin Hepatit B taşıyıcısı olması halinde veya durumu bilinmiyorsa ilk 12 saatte; Hepatit taşıyıcısı olması durumunda ilk 24 saatte, en geç 72 saatte yapılmalıdır. 15-49 yaş kadın, gebe ve zamanında aşılanmamışlara hangi aşıların yapılacağı bilgisine GBP Genelgesi'nden ulaşılabilir.

Tablo 15. Türkiye'de Erişkinlere aşılama önerileri, SB, 2019 (75)

Aşı	**65 yaşından küçükler**	**65 yaş ve büyükler**	**Sağlık çalışanlarına**
Td	10 yılda bir	10 yılda bir	Evet, (1doz aB içermeli)
KKK	Aşısızlara 1 arayla 2 doz		Evet
Pnömokok	Riskli gruplara 1-2 doz	1 doz	-
Grip (Influenza)	Riskli gruplara yılda 1 doz	Yılda 1 doz	Evet, Yılda 1 doz
Hepatit A	Riskli gruplara		Evet (tıp öğrencilerine de)
Hepatit B	Riskli gruplara		Evet
Suçiçeği	Riskli gruplara		Evet
Meningolok	Riskli gruplara		Mikrobiyoloji lab. meninkokok bakan çalışanlar

Tablo 16. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi (76)

Doz sayısı	**Uygulama zamanı**	**Koruma yüzdesi**	**Koruma süresi**
Td 1	Gebeliğin 4. ayında – ya da ilk karşılaşmada	**%0**	**Yok**
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	**%80**	**1-3 yıl**
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	**%95**	**5 yıl**
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	**%99**	**10 yıl**
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	**%99**	**30 yıl**

Ayrıca gebeler için grip aşıları reçete edildiği takdirde ücretsiz olarak karşılanır. Grip aşısı gebeliğin her döneminde uygulanabilir. Grip aşısı gebelere tek doz olarak uygulanmalı ve her gebelikte tekrarlanmalıdır (75).

Tablo 17. Geçmişte Aşılanmış Gebelere / Kadınlara Td Uygulama Şeması

Son aşılama yaşı	Önceki aşı durumu	İlk temas ya da gebelikte yap	En az 1 yıl sonra yap
Bebeklik	3 doz DBT	2 doz Td*	1 doz Td
Okulöncesi Çocukluk	4 doz DBT	1 doz Td	1 doz Td
Okulöncesi Çocukluk	3 doz DBT+ 1 doz TT	1 doz Td	1 doz Td
Okul Çocuğu	4 doz DBT+1 doz DT	1 doz Td	YOK
Ergenlik (Adolesans)	4 doz DBT+ 1 doz DT + 1 doz TT	YOK	YOK

* 1 ay ara ile

İzleme ve Değerlendirme

Aşılama Oranları

Aşılama oranı, bir yaş grubunda hedef nüfusa yapılan aşı sayısının hedef nüfusa bölünmesi ile hesaplanır, ilgili bilgiye yüz yüze, telefon, e-mail ile görüşme yoluyla ya da bilgisayar kayıtlarından veya okul araştırmalarından ulaşılır. Araştırmalardaki ana yöntemler GBP 30 Küme Örnekleme, UNICEF Birden Çok Göstergeli Küme Örnekleme (Multiple Indicator Cluster Survey) ve Nüfus Sağlık Araştırmalarıdır (77).

Türkiye'de aşılama oranları Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ile değerlendirilmektedir. Zaman zaman yerel ya da operasyonel gereksinimler nedeniyle 30 Küme ve Lot Kalite Örnekleme Yöntemleriyle araştırmalar yapılmaktadır. Tablo 18'de Son 5 TNSA'na göre bazı aşılarla aşılanma ve tam aşılı çocuk oranları sunulmuştur.

Tablo 18. Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 15-26 aylık çocuklar (%)

Gösterge	1993	1998	2003	2008	2013
BCG	89.1	88.5	87.7	95.9	94.4
DaBT-İPA-Hib3	77.1	58.7	64.4	89.3	86.4
KKK	77.9	78.5	79.4	89.3	89.8
Tam aşılı	64.7	45.7	54.2	80.5	74.1

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ülkemizin aşılama oranları Tablo 21-28'de sunulmuştur (78,79). TNSA verileri kart ve annenin beyanına göre aşılı olan 12-23 aylık çocukları, resmi bildirimler

hedef nüfusun aşılanma oranlarını belirtmektedir. Ne var ki bölgelere/illere göre hedef nüfus, aşılanan çocuk sayısı ve sağlığın diğer belirleyenlerine göre dağılımla ilgili veri açıklanmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Türkiye'de bölgelere göre aşılanma oranlarını yayınlamaktadır. Son istatistikler 2017 yılı için yayınlanmıştır, Tablo 19'da sunulmaktadır (25).

Tablo 19. İBBS-1'e Göre Aşılama Hızları, (%), 2017, Türkiye

Bölge Adı	DaBT1	DaBT2	DaBT3	BCG	HBV-3	KKK	KPA 3
İstanbul	93	97	98	93	98	96	98
Batı Marmara	97	98	98	97	98	99	98
Ege	96	98	98	96	98	98	98
Doğu Marmara	95	96	96	95	96	97	97
Batı Anadolu	95	97	97	95	97	97	97
Akdeniz	95	98	98	95	98	97	98
Orta Anadolu	95	96	97	95	97	95	97
Batı Karadeniz	95	96	96	95	96	95	96
Doğu Karadeniz	95	97	97	95	97	95	97
Kuzeydoğu Anadolu	88	91	92	88	92	89	92
Ortadoğu Anadolu	87	91	92	87	92	91	92
Güneydoğu Anadolu	88	93	94	88	94	95	94
Türkiye	**93**	**96**	**96**	**93**	**96**	**96**	**96**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından duyurulan bağışıklama performans göstergeleri 13-24 aylıklarda %90 tam aşılama oranı, 0 yaş grubunda %98 DaBT-Hib-İPA-3 aşılama hızı ve kızamık için "0" yerli olgudur (80). DBT3 ve Kızamık içeren aşılama oranlarına ilişkin Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 bulguları, Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiği aşı oranlarından 4.2-9.6 yüzdelik dilim daha düşüktür (Tablo 34). Sağlık İstatistiği Yıllığında açıklanan aşı oranları stratejik hedefle uyumludur, fakat ülkemizde 2011 yılından itibaren kızamık salgını mevcuttur (81).

Tablo 20. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı bulgularına göre araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 15-26 aylık çocuklar (%)

Gösterge		**2003**	**2008**	**2013**
BCG	TNSA SB	87.7 76	95.9 96	94.4 95
DaBT-İPA-Hib3	TNSA SB	64.4 68	89.3 96	86.4 96
Kızamık 1. doz	TNSA SB	79.4 75	89.3 97	89.8 94

Dünya Sağlık Örgütü'nün Bağışıklama ile ilgili ülke istatistiklerinden derlenmiş aşılama oranları (UNICEF kestirimi, Resmi Bildirim, Aşı Uygulayıcı Anketi, TNSA kaynaklı olmak üzere) ve bu veriler için güvenirlik düzeyine ilişkin açıklama aşağıda kutudadır:

Kutu 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Bağışıklama ile ilgili ülke istatistiklerinden derlenmiş aşılama için güvenirlik düzeyine ilişkin açıklama

Tablo 21-28'e ilişkin açıklama: DSÖ ve UNICEF ulusal bağışıklama kapsamı tahminleri çeşitlilik gösteren verilere ve bilgilere dayanmaktadır ve bazı durumlarda kalitesi bilinmemektedir. 2011 revizyonuyla başlayarak bu tahminlerin güven düzeyini (GoC) tanımlıyoruz. Tahminlerin dayandığı belli başlı bir olasılık modeli olmadığı için güven aralığı gibi klasik ölçütleri sunamıyoruz. Dahası kapsamın kesinliği ve akla yatkınlığına ilişkin subjektif tahminlerde bulunmamayı tercih ettik. GoC tahminlerin dayandığı ampirik doğrulamanın derecesini yansıtmaktadır. Bu, ulusal makamlarca bildirilen verilerin kalitesine dair bir yargılama değildir.

•••Tahmin, Dünya Nüfus Beklentileri'nden bağımsız bir payda ile yeniden hesaplanan raporlanan veriler [R +] tarafından desteklenir: BM Nüfus Bölümü'nden (D +) 2017 yılı revizyonu ve 2 yıl içinde en az bir destekleyici anket [S +]. İyi desteklense de, tahmin hala yanlış olma riski taşımaktadır.

•• Tahmin, en az bir veri kaynağı tarafından desteklenir; [R +], [S +] veya [D +]; ve veri kaynağı yoktur, [R-], [D-] veya [S-], tahmin zorlaşmaktadır.

• Doğrudan destekleyen veri yoktur; veya en az bir kaynaktan gelen veriler vardır; [R-], [D-], [S-]; Tahmin zorlaşmaktadır (77).

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirmek yolunda Ardımızda kimseyi bırakmamak (Leave no one behind)" için bağışıklama hizmetini ulaştıramadıklarımıza ve verilerin güvenirliğine odaklanılması gereklidir.

Tablo 21. Türkiye'de BCG aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	88	94	96	96	97	96	96	96	95	96	96	93
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	94	96	96	97	96	96	96	95	96	96	93
Aşı Uygulayıcı Anketi	88	94	96	96	97	96	96	96	95	96	96	93
Survey/ TNSA	UD	96	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•••	•••	•••	•••	••	••	••	••	••	••	••	••

UD*: Uygun değil*

Tablo 22. Türkiye'de DBT1 aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	92	98	97	97	98	98	97	99	97	98	99	98
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	98	97	97	98	98	97	97	97	98	96	93
Aşı Uygulayıcı Anketi	92	98	97	97	98	98	97	97	97	98	96	93
Survey/ TNSA	UD	97	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•••	•••	•••	•••	••	••	••	•	••	••	•	•

UD*: Uygun değil*

Tablo 23. Türkiye'de DBT3 aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	90	96	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	96	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Aşı Uygulayıcı Anketi	90	96	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Survey/ TNSA	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•••	•••	•	•••	••	••	••	••	••	••	••	••

UD: *Uygun değil*

Tablo 24. Türkiye'de Polio3 aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	90	96	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	96	96	96	97	97	97	98	NA	97	NA	96
Aşı Uygulayıcı Anketi	90	96	96	96	97	97	97	98	98	97	98	96
Survey/ TNSA	UD	89	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•••	•••	•	•••	••	••	••	••	••	••	••	••

UD: *Uygun değil*

Tablo 25. Türkiye'de Kızamık 1.doz içeren aşı aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	98	96	97	97	97	98	96	98	94	97	98	96
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	96	97	97	97	98	96	98	94	97	98	96
Aşı Uygulayıcı Anketi	98	96	97	97	97	98	96	98	94	97	98	96
Survey/ TNSA	UD	89	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•	•••	•••	•••	••	••	••	••	••	••	••	••

UD: *Uygun değil*

Tablo 26. Türkiye'de Kızamık 2.doz içeren aşı aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	84	94	92	88	91	86	85	98	88	86	85	86
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	94	92	88	UD	86	UD	98	88	86	85	86
Aşı Uygulayıcı Anketi	84	94	93	88	91	86	85	90	88	86	85	86
Survey/ TNSA	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	••	••	••	••	••	••	••	•	••	••	••	••

UD: *Uygun değil*

Tablo 27. Türkiye'de Hepatit B aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	95	96	96	96	97	97	97	99	99	99	99	99
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	96	96	UD	UD	97	97	UD	UD	UD	UD	UD
Aşı Uygulayıcı Anketi	63	96	96	NA	NA	97	97	99	NA	NA	NA	NA
Survey/ TNSA	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	•	••	••	•	•	••	••	••	•	•	•	•

UD*: Uygun değil*

Tablo 28. Türkiye'de Hemofilus influenza b aşılama oranları

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DSÖ-UNICEF tahmini	UD	76	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Resmi bildirim DSÖ-UNICEF	UD	UD	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Aşı Uygulayıcı Anketi	UD	UD	96	96	97	97	97	98	96	97	98	96
Survey/ TNSA	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD	UD
Tahmini GoC	NA	••	•	••	••	••	••	••	••	••	••	••

UD: *Uygun değil*

Geçmişte kimi aşı oranları için "***" ile Güvenirlik düzeyine erişilebilmişken 2010'dan sonra hiçbir aşı için bu düzey sağlanamamıştır. Hastanede doğan bebeklere taburcu edilmeden yapılması beklenen Hepatit B 1. dozunda da "*" düzeyinin çokluğu dikkat çekicidir.

Tablo 29. İBBS -1'e göre KKK 1.Doz Aşılama Oranının Zamana Göre Seyri, 2011-2017, SB

Bölge Adı	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
İstanbul	100	93	97	90	92	99	96
Batı Marmara	99	96	99	96	100	100	99
Ege	97	95	95	93	98	99	98
Doğu Marmara	97	94	97	95	96	100	97
Batı Anadolu	96	99	99	100	100	99	97
Akdeniz	98	98	97	95	100	98	97
Orta Anadolu	97	100	98	95	98	96	95
Batı Karadeniz	98	98	100	97	99	96	95
Doğu Karadeniz	99	100	100	97	100	96	95
Kuzeydoğu Anadolu	96	96	97	96	95	93	89
Ortadoğu Anadolu	93	97	98	91	92	92	91
Güneydoğu Anadolu	97	92	100	92	97	96	95
Türkiye	98	96	98	94	97	98	96

SB Sağlık İstatistikleri Yıllıklarından derlenmiş bilgilere göre (Tablo 24) 2011-2017 döneminde 1 kez < %90, 15 kez < %95 aşılama oranı bildirimi yapılmıştır. Erişilmesi çok güç olan %100 ve %99 aşılama düzeyleri 22 kez bildirilmiştir. TNSA 2013'e göre hiçbir aşıyı yaptırmamış olmanın sıklığı %2,9 iken Türkiye için %98 aşılama oranı bildirilmiştir.

DSÖ Avrupa bölgesi Kızamık ve Poliomiyelit Gözden Geçirme Komisyonunun Türkiye değerlendirmelerinde Sağlık Bakanlığının yüksek bildirimlerine karşın aşı oranlarının hesaplanmasında pay ve paydayı berraklaştırma önerileri anımsanmalıdır.

Toplum Bağışıklığı

Toplumun aşı ile önlenebilir hastalıkların yayılımına karşı direnç göstermesi, toplum bağışıklığının sağlanması ve salgınların önlenmesi açısından bağışıklama hizmetlerinde hakkaniyet çok önemlidir. DSÖ, tüm yerleşim yerlerinde hedef kitleye ulaşılması, toplum bağışıklığı için gerekli aşılama oranının altında kalınmaması için "aylık izleme yöntemi" önermektedir. Aşılanmamış bebeklerin yığılmalarını/ duyarlı havuzunun dolmasını önlemek amacıyla aşılanması gereken bebeklerin aylık izlenmeleri yöntemi Sağlık Bakanlığı'nca benimsenmiş ve 24 Ekim 1986 tarihinde 5110/23/2721 sayılı genelge ile Sağlık Müdürlüklerine gönderilmiştir.

Aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkların salgına neden olmaması için gereken aşı kapsayıcılık oranları -her bir yerleşim yerinde erişilmek koşuluyla- Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Aşı ile önlenebilir hastalıkların bulaştırıcılığı ve önlenmesi için gerekli aşılamada kapsayıcılık düzeyi

Hastalık	Bir hastanın hastalık bulaştırabileceği kişi sayısı	Toplum bağışıklığı için/ salgını önlemek için ulaşılması gereken en az aşı oranı (%)
Difteri	6-7	85*
Kızamık	12-18	83-94
Kabakulak	4-7	75-86
Boğmaca	12-17	92-94
Çocuk Felci	5-7	80-86
Kızamıkçık	6-7	83-85
Suçiçeği	5-7	80-85

*4 en az doz

DSÖ'nün Bağışıklama hizmetlerini sunum sisteminin performansını değerlendirmede kullandığı DBT3 ve Kızamık 1. doz aşılama kapsayıcılığının coğrafyaya göre kapsayıcılığının dağılımı Tablo 31'de verilmiştir (83).

Tablo 31. Kızamık ve DBT Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri

Sistem Performansı		**2017***	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**
Bölge sayısı		**81**	81	81	81	81	81	81
DBT3 aşısı kapsayıcılığının %80 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	79	80	81	81	81	81	81
	%	**97**	99	100	100	100	100	100
KKK1 aşısı kapsayıcılığının **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	53	65	67	44	75	52	73
	%	**65**	80	83	54	93	64	90
KKK2 aşısı kapsayıcılığının **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısı	Sayı	33	21	8	31	3	-	-
	%	**41**	26	10	38	3	-	-

*DSÖ kaynağında 957 bölge (district) olarak ifade edilmişse de Bakanlığın DSÖ'ne sunduğu verilerin il düzeyinde olduğu bilgisi edinilmiştir (Kişisel iletişim).

Kızamık 1. doz ve 2. doz aşılamalarında enfeksiyon zincirinin kırılması için gerekli kritik eşiği aşamayan il sayısının çokluğu süregiden salgının açıklayıcı olabilir.

Tablo 32. DBT Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri

Sistem Performansı	**2017***	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
Bölge sayısı	81	81	81	81	81	81	81	81
DBT3 aşısı kapsayıcılığının **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısı	55	64	76	67	80	72	78	71
DBT3 aşısı kapsayıcılığının %90-94 olduğu bölge sayısı	19	14	4	13	1	8	3	9
DBT3 aşısı kapsayıcılığının %80-89 olduğu bölge sayısı	5	2	1	1	0	1	0	1

*DSÖ kaynağında 957 bölge (district) olarak ifade edilmişse de Bakanlığın DSÖ'ne sunduğu verilerin il düzeyinde olduğu bilgisi edinilmiştir (Kişisel iletişim).

DBT3 aşısı kapsayıcılığının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısının istikrarlı bir azalma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 33. Kızamık 1 Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri

Sistem Performansı	**2017***	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
Bölge sayısı	**81**	81	81	81	81	81	81	81
KKK1 aşısı kapsayıcılığının **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısı	53	65	67	44	75	52	73	70
KKK1 aşısı kapsayıcılığının %90-94 olduğu bölge sayısı	15	12	10	29	6	29	7	8
KKK1 aşısı kapsayıcılığının **%80-89** olduğu bölge sayısı	13	4	4	8	0	0	1	2

* DSÖ kaynağında 957 bölge (district) olarak ifade edilmişse de Bakanlığın DSÖ'ne sunduğu verilerin il düzeyinde olduğu bilgisi edinilmiştir (Kişisel iletişim).

KKK1 aşısı kapsayıcılığının enfeksiyon zincirinin kırılması için gerekli kritik eşiğin **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısının azalma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Kızamık 2 Aşılaması için Toplum Bağışıklığı Göstergeleri

Sistem Performansı	**2017**	**2016**	**2015**	**2014**
Bölge sayısı	**81**	81	81	81
Kızamık 2 aşısı kapsayıcılığının %95 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	**33**	**21**	**8**	**31**
Kızamık 2 aşısı kapsayıcılığının %90 ve üzerinde olduğu bölge sayısı	56	48	26	46
Kızamık 2 aşısı kapsayıcılığının %80-89 olduğu bölge sayısı	14	24	42	26
Kızamık 2 aşısı kapsayıcılığının %50-79 olduğu bölge sayısı	11	9	13	9

KKK2 aşısı kapsayıcılığının enfeksiyon zincirinin kırılması için gerekli kritik eşiğin **%95** ve üzerinde olduğu bölge sayısının son 3 yılda arttığı ancak illerin ancak %41'ine ulaşılabildiği görülmektedir.

Tablo 35. Doğumda yenidoğan tetanozu bulaşına karşı koruma kapsamının durumu

Sistem Performansı	**2015**
Doğumda yenidoğan tetanozu bulaşına karşı koruma kapsamının **%80-89** olduğu bölge sayısı	4
Doğumda yenidoğan tetanozu bulaşına karşı koruma kapsamının %50-79 olduğu bölge sayısı	62
Doğumda yenidoğan tetanozu bulaşına karşı koruma kapsamının %50'nin altında olduğu bölge sayısı	15

Türkiye'de bağışıklama hizmetleri alımına ilişkin kız çocukları, 4'ten fazla çocuğu olanlar, kırda yaşayanlar, eğitim ve hane halkı refah düzeyi düşük olanlar dezavantajlı durumdadır (Tablo 31-32) (27,28,82)

Tablo 36. Türkiye'de temel özelliklere göre 15-26 aylık çocuklarda aşı olmayışta değişim (TNSA 2003, 2008, 2013)

Temel Özellik	**2003**	**2008**	**2013**
Türkiye (%)	2.8	1.6	2.9
Hiç aşılanmayan sayısı	33569	20197	37445
Erkek	2.7	1.1	1.6
Kız	2.9	2.2	4.1
Kadın/Erkek	1.07	2.00	2.56
4 ve 5/1 çocuk	3.2	3.09	7.83
6+ çocuk/1 çocuk	13.0	2.83	4.70
Kır/Kent	1.45	1.00	0.65
Batı	1.4	1.6	4.7
Doğu	6.5	2.8	3.8
Doğu/Batı	4.64	1.75	0.81
En yoksul	-	3.8	4.1
En varsıl	-	0.7	0
Eğitim yok/ilkokul	9.5	3.2	9.2
Lise ve üzeri	0.0	0.2	0.2
Eğitim yok/Lise ve üzeri	-	16	46

2008'den 2013'e gelindiğinde hiç aşılanmamış çocuk sayısında 17248 kişi (%81) artış olmuştur.

Aşılanma konusunda kız çocuklarının aleyhine bir durum söz konusudur. Aşılanmama açısından kadın/erkek oranı 2008-2013'te %28 artmıştır. Kız çocuklarının aşılanmamasında (%86.4) son beş yılda artış erkeklere göre (%45.5) yaklaşık 2 kattır.

Aile planlaması hizmetleriyle ilgili politik isteksizliğin olduğu bu dönemde 4-5 çocuklu ailelerin çocuklarının aşılanmamasında artış bir çocuğu olanlara göre %153.4; 2-3 çocuğu olanlara göre %65.9'dur. Hiç aşı olmamışların sıklığında artış 4-5 çocuklu ailelerin çocukları için %176.5'tir.

Hiç aşı olmamışların sıklığında kentte %93.7, kırda %25 artış olup, kır/kent eşitsizliği aşılanmama açısından azalmıştır.

Hiç aşı olmamışların sıklığı Batıda %193.7 artmış, diğer tüm bölgelerde azalmıştır; aşılanmama açısından Doğu/Batı eşitsizliği azalmıştır.

Hiç aşılanmamış olma yoksul olanların sorunudur; en çok hane halkı refah düzeyi orta sınıf olanların hiç aşılanmama sıklığında artış olmuştur (%666.7), en varsıl kesimde ise azalma (%100) saptanmıştır.

Hiç aşılanmamışların sıklığında artış en çok ilkokulu bitirmemiş/eğitimsiz kesimdedir (%187.5). Hiç aşılanmamış olma lisenin altında eğitim almışların sorunudur. Lise ve üzeri eğitim almışlarla eğitimi olmayanlar arasındaki eşitsizlik %187.5 artmıştır.

Tablo 37. Türkiye'de temel özelliklere göre 15-26 aylık çocuklarda tam aşılı oluşta değişim (TNSA 2003, 2008-2013)

Temel Özellik	2003	2008	2013	Yüzde 90 hedefine uzaklık (yüzdelik dilim)
Türkiye (%)	54.2	80.5	74.1	15.9
Tam aşılı olmayan sayısı (kişi)	649818	246155	334425	-
Doğum sırası				
1	62.4	82.4	81.7	8.3
2 ve 3	59.8	85.1	84.2	5.8
4 ve 5	33.8	65.2	73	17
6+	21.5	59.6	71.8	18.2
2-3/4-5				2.9
Kent	62.9	84.2	76.5	13.5
Kır	36.5	71	64.7	25.3
Kır/Kent				1.87
Bölge				
Batı	63.0	84.6	76.4	13.6
Güney	60.2	81.8	77.4	12.6
Orta	61.0	90	77.3	12.7
Kuzey	60.1	83.6	71.1	18.9
Doğu	34.8	64.3	67.6	22.4
Doğu/Güney				1.77

Tablo 37. (devam)

Hane halkı refah düzeyi				
En düşük	-	62.2	63.2	26.8
Düşük	-	81.6	75.6	14.4
Orta	-	86.2	77.7	12.3
Yüksek	-	89.5	76.6	13.4
En yüksek	-	85.3	78.7	11.3
En düşük/En yüksek				2.73
Eğitim				
Eğitim yok/ilk	26.1	64.9	63.8	26.2
İlk. Birinci kademe	60.9	81.6	77.2	12.8
İlk. İkinci kademe	61.2	84.4	74.1	15.9
Lise ve üzeri	68.5	87.6	77.8	12.2
Eğitim yok/ilk/Lise ve üzeri				2.14

Bebek 1 yaşını tamamladığında yapılması gereken tüm aşıları gereken sayıda (1 doz BCG, 3 doz Hepatit B, 3 doz beşli aşı, 4 doz Pnömokok aşısı, 1 doz KKK aşısı, 1 doz Suçiçeği aşısı) uygulanmış ise tam aşılı olarak değerlendirilir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı %90 ve üzerini hedeflemektedir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedefine uzaklık 2008'de %9.5 iken 2013'te %15.9'a yükselmiştir. Bebeklerimizin aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıklara karşı

direnci 2008'e göre %8 daha az sağlanmıştır, tam aşılı olmayan çocuk sayısı 88 270 kişi artmıştır.

TNSA 2013 bulgularına göre tam aşılı olma kızlarda son beş yılda %10.2, erkeklerde %6.1 azalmıştır. GBP hedefine uzaklık kız çocuklarında %7.4'ten %15.8'e; erkek çocuklarında %11.3'ten %16.1'e yükselmiştir.

Doğum sırası 3 ve daha az olanlarda tam aşılı olma 2008'den 2013'e %1 azalırken, doğum sırasının 4-5 olduğu durumlarda %12; 6 ve daha fazla olduğu durumlarda ise %20.5 artış meydana gelmiştir. 4 ve daha fazla doğum sırası olanlarda hedefe uzaklık, 3 ve daha az sayıda doğum sırası olanlara göre 2 kattan fazladır.

Tam aşılı olma oranında hem kır hem kentte %9 oranında azalma olup, kırda hedefe uzaklık (%25.3) kente göre (%13.5) yaklaşık 2 kattır.

Sadece Doğu Anadolu'da tam aşılı olma oranında son beş yılda %5.1 artış olmuş, diğer tüm bölgelerde tam aşılı oluşta azalma saptanmıştır. En büyük azalma Orta (%14.1) ve Kuzey Anadolu (%15.0) bölgelerinde gerçekleşmiştir. GBP hedefine uzaklık Doğu Anadolu'da (%18.9) Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ne (%12.6) göre 1.8 kat yüksektir.

Yalnızca hane halkı refah düzeyi en düşük olanlarda tam aşılı olma oranında %1.6 artış olmuştur. Tam aşılı oluşta en büyük azalma (%14.4) hane halkı refah düzeyi yüksek olanlarda gerçekleşmiştir. Hedefe uzaklık açısından en düşük refah düzeyinde tam aşılı olma oranı en yüksek refah düzeyine göre 2.4 kat yüksektir.

İlköğretim 2. kademe mezunları (%12.2) başta olmak üzere tüm eğitim düzeylerinde tam aşılı olma oranı azalmıştır. GBP hedefine uzaklık eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemişlerde (26.2) lise ve üzeri eğitimlilere (%12.2) göre 2.1 kat daha fazladır.

Aşılama ile ilgili politika ülkeden ülkeye değişmektedir; bebek ve çocukluk çağında aşı zorunluluğu ülkelere göre farklılaşmaktadır (Tablo 34) (84, 85). Bazı ülkeler toplumu eğitmekte, aşı olma kararını (aşı olmayı/çocuklarına yaptırmayı) kişilere bırakmakta, bazı ülkeler aşıyı zorunlu kılmakta, bazıları ise çeşitli teşvikler uygulamaktadır (37).

Birçok Avrupa ülkesinde aşı kayıtları iyi olup hemen hepsinde 12 ay, 24 ay ve okula girişte aşılanma oranları değerlendirilmektedir. Belçika ve Kıbrıs'ta DSÖ Kılavuzları doğrultusunda aşı oranı ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır. Almanya'da okul kaydı esnasında (5-6 yaş) aşılama araştırması planlamaktadır. Hollanda'da her sene 3 kohort için (14 aya kadar bebekler; 4 yaşa kadar oyun çocuğu/toddler ve 9 yaşa kadar okul çağı çocukları) aşılama oranları değerlendirilmektedir (77).

ABD'de yaşamın her dönemine ilişkin ayrı ayrı (çocukluk, adölesan, erişkin ve yaşlılık) aşılama oranları izlenmektedir (77).

İtalyan Parlamentosu 2017 yılından itibaren 16 yaşa kadar tüm çocukluk aşılarını yasal olarak zorunlu kılmıştır. Okul öncesinde aşıların tamamlanmaması durumunda 500 € ceza verilmektedir. 28 Temmuz 2017 tarihinden itibaren parlamentoda kabul edilen yasayla çocukların okula yazılabilmeleri için aşı zorunluluğu şart koşulmuştur (37).

Avustralya'da aşısı olmayan öğrencilerin okullara kaydedilmesi halinde 4400 $ para cezası verilmektedir (37).

"Fransa'da 11 aşı zorunlu kılınmıştır. Bu aşıları yaptırmayana 2 yıl hapis cezası ve 30 bin € para cezası vardır." (Medimagazin, Ocak 2018). Fransa ve Romanya'da okullar aşıları tam olmayan

çocukları kabul etmemektedir. Eyaletler arası farklılıklara rağmen ABD'de de durum benzer şekildedir (37).

Tablo 38. Türkiye ve bazı ülkelerde aşı yaptırma zorunluluğu

Ülke	**Zorunlu aşı**
Türkiye	Yok
ABD	Tüm aşılar (hekim raporu ve yazılı dini gerekçe dışında)
Fransa	Difteri, Hepatit B, Hib, KKK, Polio, Tetanoz,
Yunanistan	Difteri, Hepatit B, Polio, Tetanoz
Bulgaristan	Difteri, Hib, Hepatit B, Pnömokok, KKK, Boğmaca, Polio, Tetanoz,

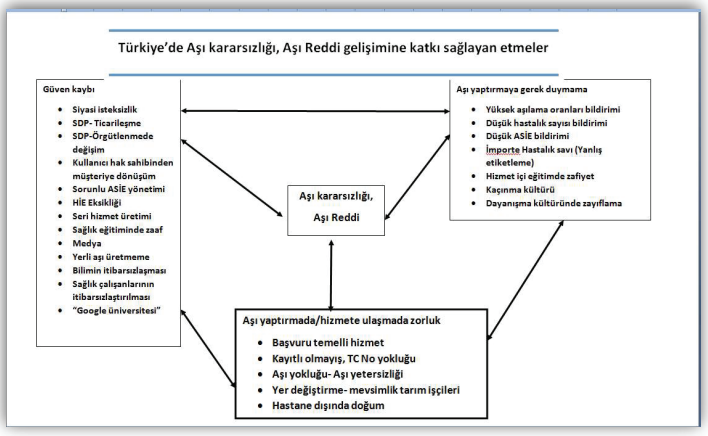
Türkiye'de çiçek aşısı haricinde uygulanması yasal olarak zorunlu tutulan aşı yoktur, ancak anne ve baba tarafından genişletilmiş bağışıklama programında yer alan bir aşının yapılmasına izin verilmemesi durumunda, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 09.08.2011 tarih ve 3295 sayı numaralı yazısı ile çocuk hakkında "korunmaya muhtaç çocuk" değerlendirilmesi yapılırdı.

Uşak ve Mersin illerinde ebeveynlerin çocuklarının bebeklik aşısını yaptırmamaları nedeniyle her iki ildeki Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlükleri, yerel mahkemeye çocuklar hakkında 5395 sayılı yasa md. 5/1-d uyarınca sağlık tedbirine karar verilmesi isteminde bulunmuştur. Yerel mahkemelerde sağlık tedbiri kararı çıkmasının ardından ebeveynler Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuştur. Anayasa Mahkemesi (AYM) Genel Kurulu 11.11.2015 ve 26.10.2016'da zorunlu aşı uygulaması hakkında verilen tedbir kararları ile davacıların maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine kanaat getirmiştir. Velayet altındaki *çocuğa aşı yapılmasının kabul edilmemesi ve zorunlu aşı uygulamasının açık yasal dayanağı olmamasına kar-*

şın, yerel mahkemece sağlık tedbiri kararı ile çocuğun vücut bütünlüğünün ihlal edildiği belirtilerek Anayasanın 17. maddesinde tanımlanan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine karar verilmiştir (37). Anayasa Mahkemesi'nin mevcut yasalar doğrultusunda çocuk felci dışındaki aşıların zorunlu tutulamayacağı kararının ardından, aşı reddi tutanakları Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne gönderilmemektedir (86). Zorunlu aşı uygulamasına ilişkin yasa tasarısı hazırlanmış, TBMM ve Sağlık Bakanlığı'na sunulmuştur, henüz bir yasal değişiklik gerçekleşmemiştir (87).

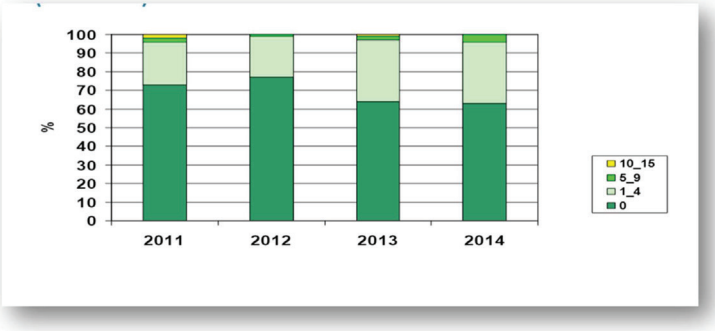
Aşı Tereddütü (kararsızlığı) Aşı Reddi

Türkiye'de Aşı kararsızlığı, aşı reddi gelişimine katkı sağlayan etmenler Şekil 11'de gösterilmiştir.

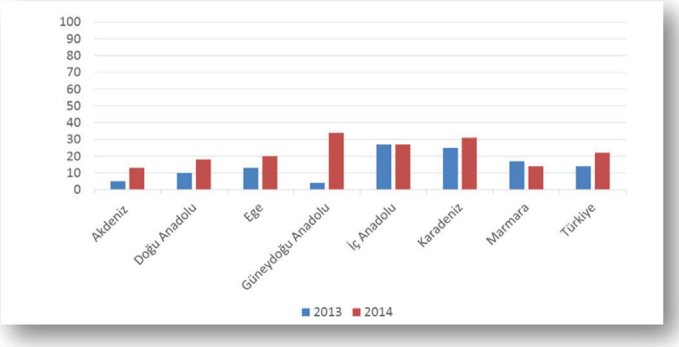


Şekil 11. Türkiye'de Aşı kararsızlığı, aşı reddi gelişimine katkı sağlayan etmenler

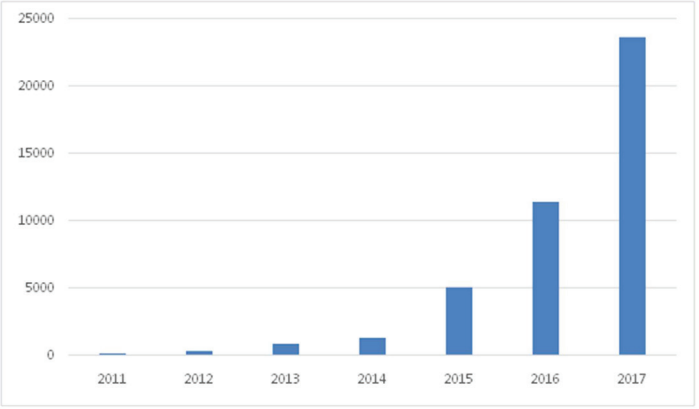
Türkiye'de 2011-2014 arasında Aşı reddi nedeni ile aşı yapılmadığı tutanak ile tespit edilen çocukların %79'u (2268) eksik aşılı, %21'i (585) aşısızdır (88).



Şekil 12. Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sıklığının yaşa göre dağılımı (yüzbinde, 2013-2014) (88)



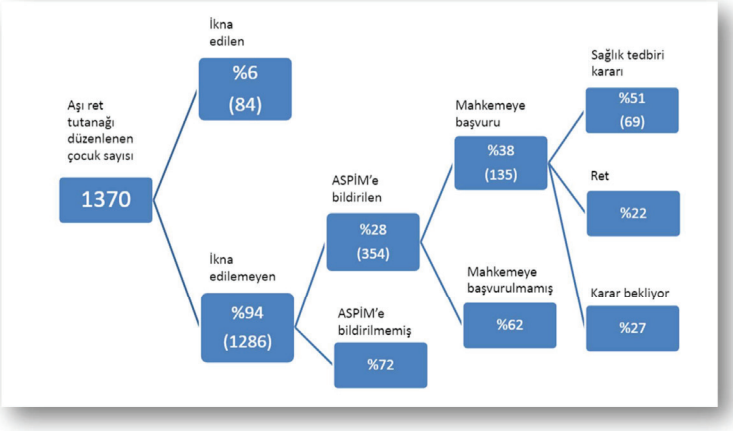
Şekil 13. Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sıklığının bölgelere göre dağılımı (yüzbinde, 2013-2014) (88)



Şekil 14. Aşı reddi nedeniyle aşısı yapılmadığı tutanak ile saptandığı bildirilen ≤5 yaş çocuk sayısının yıllara göre dağılımı (88)

Tablo 39. Aşı Reddi için En Sık Belirtilen Nedenler (88)

Aşı Reddi Nedenleri	**2016(%)**	**2017(%)**
Aşı İçeriğine Güvenmeme (Civa, alüminyum)	23	30
Aşıya Güvenmeme	19	14
Dinsel Nedenler(domuz ürünü)	17	15
Yan Etki (ateş, alerji, havale)	15	14
Aşıların yurtdışı kökenli olması	11	8
Aşıların zararlı olması (SSPE, hiperaktivite, kısırlık)	7	7
Otizm	4	-
Basındaki olumsuz haberler	4	7
Diğer (Süregen hastalık, hasta hakları,mahkeme kazanımları, aynı anda birçok aşı uygulaması, doğal yaşam)	-	5
Toplam	100	100



Şekil 15. Aşı ret tutanağı düzenlenen çocukların durumlar (2014) (88)

Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar

24.02.2004 tarih ve 1534 sayı numarası ile yayınlanan Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkları da içeren bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimine ilişkin yasal düzenlemedir. Bildirimi zorunlu her hastalıkla ilgili vaka tanımı, sınıflaması, tanıda gerekli laboratuvar kriterleri, sürveyans gerekçesi ve tipi, ihbarı, kayıt ve bildirim aracının belirlenerek standardize edildiği Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi 2004'ten sonraki vaka sayılarında önemli azalmalara yol açabilmekle birlikte destek aşılama etkinliklerinin de önemli payı olduğu ihmal edilmemelidir.

02.04.2011 tarih ve 27893 Sayılı Resmi Gazete yayınlanan "Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde

Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile Suçiçeği ve Rotavirüs enfeksiyonları aşı ile önlenebilir bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesine eklenmiştir.

Tablo 40. Aşı ile önlenebilir hastalıkların bildirimi

Hastalık	Sağlık Kuruluşundan TSM/İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirimde tanı	İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden Sağlık Bakanlığına bildirimde tanı	İhbar şekli
Kızamık	Olası/Kesin	Olası/Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Poliomyelit	Olası/Kesin	Olası/Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Boğmaca	Olası/Kesin	Olası/Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Kabakulak	Olası/Kesin	Kesin	Salgın durumunda ivedi
Neonatal tetanoz	Olası/Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Hepatit B	Olası/Kesin	Kesin	ÖDİ*
Difteri	Olası/Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Kızamıkçık	Kesin	Kesin	Salgın durumunda ivedi
Tetanoz	Kesin	Kesin	
Verem	Kesin	Kesin	
İnfluenza**	Kesin	Kesin	Salgın durumunda ivedi
Hemofilus influenza b menenjiti***	Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Suçiçeği	Olası/Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi
Hepatit A	Olası/Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi
İnvazif bakteriyel hast.	Olası/Kesin	Kesin	Vaka saptandığında ivedi

* Özel durum arz eden kişilerde görüldüğü durumlarda ivedi ihbarı yapılacak.

** Yalnızca belirlenmiş Eğitim Araştırma Hastaneleri bildirir (EAH Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Diyarbakır, Erzurum, Trabzon, Adana, Samsun).

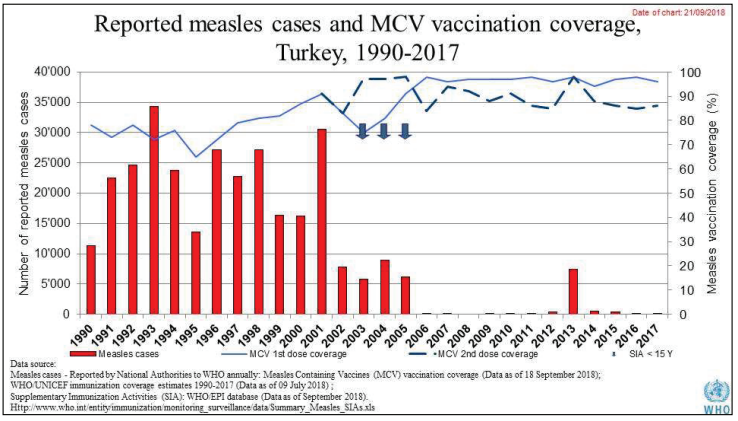
*** Yalnızca yataklı tedavi kurumları bildirir.

Tablo 41. Türkiye'de aşı ile önlenebilir hastalıklarda olgu sayısında değişim

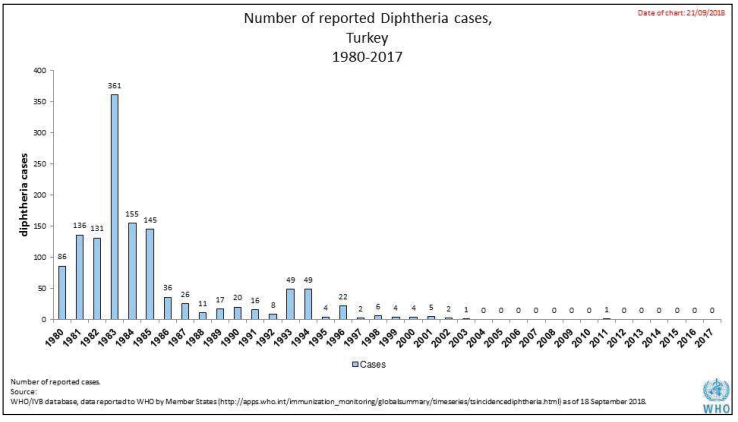
Hastalık	**1985**	**2004***	**2017**
Nüfus (bin)	49660	67160	79810
Difteri(1937-	145	0	0
Kızamık(1970-	14695	8'927	84
Boğmaca(1937-	2678	389	85
Çocuk Felci(1963	88	0	0
YD Tetanosu	41	15	0
Tetanos (1968-) Toplam	113	37	25

* Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Sistemi Yönergesi, 2004 yayınlandı.

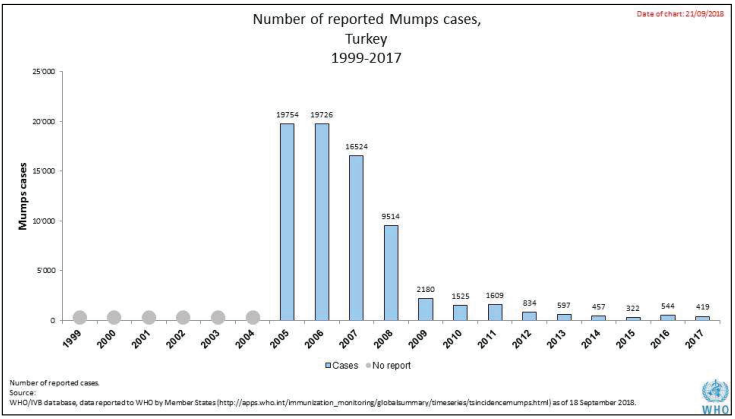
GBP'nın başladığı 1985'ten bu yana çocuk felci eradikasyonu sağlandı, difteri (kuşpalazı) ve yenidoğan tetanozu elimine edilmiş, neredeyse görülmez olmuş, Boğmaca ve Kızamık sayılarında da çok büyük azalma sağlanmıştır. Şekil 13-20'de aşı ile önlenebilir hastalıkların olgu sayılarının zamana göre değişimi sunulmuştur (83).



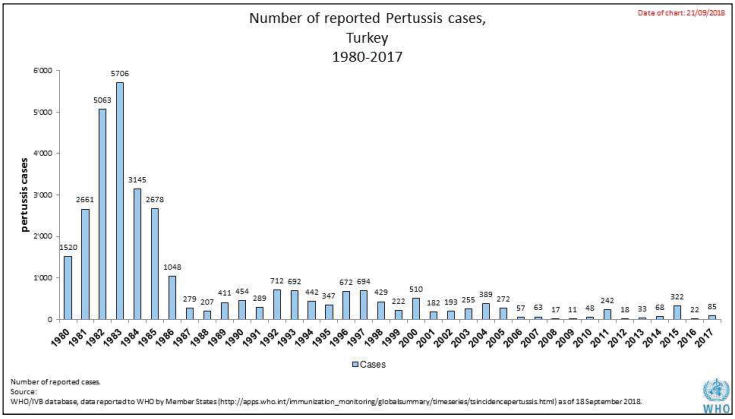
Şekil 16. Kızamık olguları ve Kızamık hastalığına karşı aşılama (MCV) oranları, Türkiye, 1990-2017



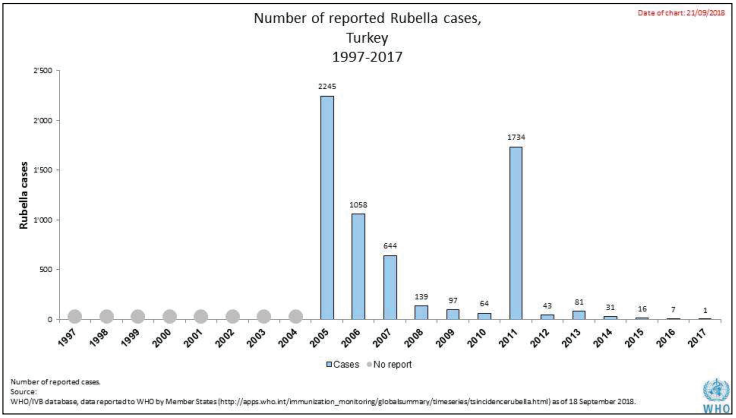
Şekil 17. Difteri olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017



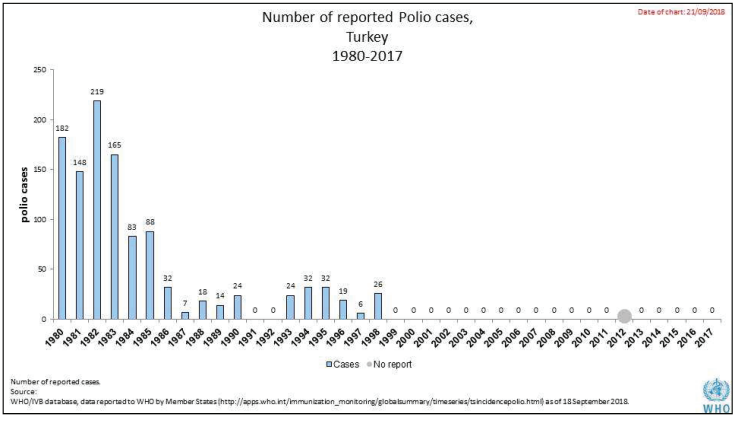
Şekil 18. Kabakulak olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017



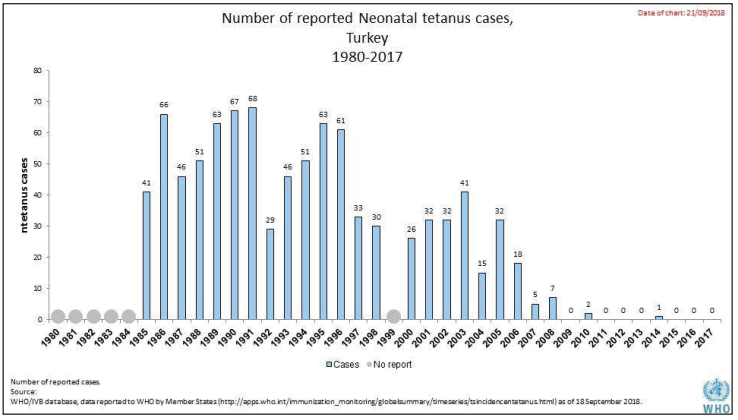
Şekil 19. Boğmaca olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017



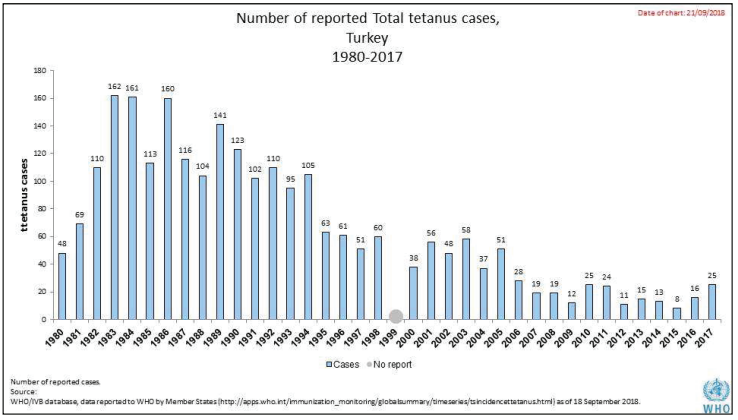
Şekil 20. Kızamıkçık olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1997-2017



Şekil 21. Çocuk Felci olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017



Şekil 22. Yenidoğan tetanozu olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017



Şekil 23. Tetanoz olgularının zamana göre değişimi, Türkiye, 1980-2017 (83)

Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinde Sorun Alanları

Aşı sağlama

1927 yılında Kuduz aşısının üretilmesiyle başlayan ülkemizde aşı üretim süreci, 1928 yılında Ankara'da Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulmasıyla devam etmiş, aşı ve serum üretimi burada gerçekleştirilmeye başlamıştır. Milyonlarca doz toksoid difteri ve tetanoz aşıları, kuduz aşısı ve serumu, çiçek aşısı, pnömokok aşısı üretilmiş, dünyadaki gelişmeler takip edilmiştir. Kamu eliyle aşı üretimi, sağlıkta dönüşüm politikasıyla sağlık hizmetlerinin özelleştirilmenin hedeflendiği ve biyoteknolojinin hızlı geliştiği yıllara kadar sürmüş, 1996 yılında DBT ve kuduz aşılarının, 1997 yılında ise BCG aşısı üretimi durmuştur. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Serum Üretimi Merkezi'ne yatırım yapılmaması ve teknolojideki gelişmelerin izlenmemesiyle aşı ithaline başlanmıştır (89).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı, UNICEF tarafından başlatıldığında aşı takvimindeki 6 bulaşıcı hastalığa karşı aşı maliyeti 2.5 $, aşı üreten şirket sayısı 80 civarında iken, günümüzde bu sayı 10'dan az olup GBP'nin aşı maliyeti yaklaşık 100 $ dır. Aşının üretiminde tekelleşme ve ticarileşme söz konusudur.

Yakın dönemde influenza pandemisinde aşının ithal edilmesi kaynaklı gecikme ile yaşanan tartışmalara rağmen ülkemizde aşının kamu tarafından üretilmesi konusunda politik isteksizlik önemli bir sorundur.

İzleme ve Değerlendirme

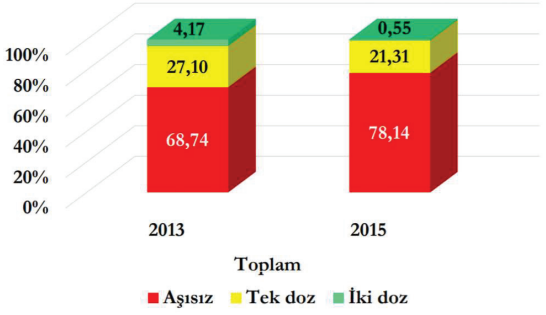
Sürveyans, toplumsal programlarda planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme yapabilmek için sistematik veri toplama, bu verileri analiz etme, yorumlama ve ilgili kurum/kuruluşlarla paylaşma işlemlerinin tümüdür. Yönetim birimlerinin bağışıklama ve aşı ile önlenebilir hastalıklar verilerini işleme ve paylaşımı sorunludur.

Türkiye'de sağlık istatistiği yıllığı haricinde aşı ile önlenebilir hastalıklar sürveyansıyla ilgili veriler açıkça paylaşılmamaktadır. Sağlık istatistiği yıllığında ise kişi, yer ve zamanla ilgili tanımlayıcı özelliklerin tümü yer almamaktadır, aşılamada yöntem ve hedef nüfus belirtilmemektedir. Sekonder veri analizi çalışmaları planlanamamaktadır.

Hizmet Sunumu

Aşı ile önlenebilir hastalıkların sürveyansındaki sorunlar, bağışıklama hizmeti sunumunda planlama, önceliklendirme ve kapsayıcılıkla ilgili olumsuzluk nedeni olmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasının bölge temelli olmayışı, gezici hizmet yerine sadece belirlenmiş yerlere mobil hizmet verilmesi, sağlık hizmetine daha fazla gereksinimi olup hizmete erişemeyenlerin salgın oluşumuna neden olabileceği, yüksek aşılama oranlarına rağmen, bilinmektedir. Aşılanmayan dezavantajlı gruplar, bağışıklama hizmetinin Temel Sağlık Hizmeti anlayışıyla verilmemesi nedeniyle varlığını sürdürmektedir.

Ülkemizde kızamık salgını 2010 Aralık ayında başlamış, 2017 yılı hariç, 24 aylık dolaşımın durdurulduğu süre, günümüze dek devam etmiştir. 2013 ve 2015 kızamık salgınında hastalananlar temel olarak aşısız çocuklardır (Şekil 24). Birinci basamak sağlık örgütü bağışıklama görevini yeterince karşılamamıştır.



Şekil 24. DSÖ Avrupa CISID verilerine göre Türkiye'de kızamık salgınının aşılanma durumunun 2013 ve 2015'teki dağılımı

Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde 18-35 yaş grubu kadınlara kızamıkçık aşılaması ve sonraki dava süreci, tıbbi/teknik bilgi ve özenli uygulamaya ilişkin olumsuz duruma işaret etmiştir (50, 51).

Soğuk Zincir

Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte kamu tarafından ücretsiz sağlanan aşıların soğuk zincire uygun şekilde saklanması sorumluluğu Aile Hekimindedir. Aşıların soğuk zincire uygun şekilde korunmaması nedeniyle bozulmaları halinde sorumluluk ve yürütülen işlemlerin yönetsel kapasiteye etkisine, soğuk zincirin durumuna ilişkin araştırmaların yapılması gereklidir.

Aşı Reddi

Günümüzde aşıların olası yan etkileriyle ilgili kaygılar, endişeler, tereddütler, yanlış inanışlar yaygınlaşmaktadır; aşı konusunda tereddüt, aşı reddi ve aşı karşıtlığı yaklaşımları yıllar içerisinde artmıştır ve yakın zamana kadar Türkiye'de bu türden yaklaşımlar söz konusu değilken, ülkemizin aşı konusunda güvenli ve olumlu bir deneyimi olmasına rağmen, 2017 yılı sonunda 23 bin aile çocuğuna aşı yapılmasını reddetmiştir (37, 90).

Aşı karşıtı iddialar birkaç başlıkta toplanmaktadır (91):

1. Aşı gerekliliği ve etkinliğine ilişkin şüphenin olduğu iddialar
2. Aşının içeriğindeki maddelerin ya da hazırlanma sürecinin güvenilir olmadığı iddiaları
3. Aşı yan etkilerine ilişkin iddialar
4. Aşılarla ilgili bir takım komplo teorileri

Ebeveynlerin bağışıklama kararında çocuğunun zayıflığını ve sağlığını gözettiği, toplum bağışıklığının önemine ikna olmadığı, aşı ile önlenebilen bulaşıcı hastalıkların ve aşı sonrası istenmeyen yan etkilere odaklandığı bilinmektedir. Bağışıklama programlarına ve tavsiye edilen aşılara güvenin oluşturulması ve devamının sağlanması zordur (92).

İngiltere'de 2015 yılında 5 yaş altı çocuğu olan ebeveynlerin dörtte birine yakınının aşı tereddüdü olduğu ve büyük çoğunluğunun tereddüt nedeninin güven sorunu olduğu saptanmıştır (92).

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasından önce sağlık ocaklarında görevli ebeler, sorumlu oldukları bölgede 2500- 3000 kişiye gezici hizmetle; 15-49 yaş kadın izlemi, doğuma yardım, gebe ve

bebek izlemi, bağışıklama, evde bakım hizmetleri sunar ve kişilerle güven ilişkisi kurulurdu. Aile Sağlığı Merkezleri'nin sunduğu başvuruya dayalı hizmete geçiş, listedeki kişilerden sorumlu olunması, hekim hasta ilişkisine üçüncül kişi (avukat, hakim-tazminat) veya kurumların (Sağlık Bakanlığı-negatif performans, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)-sağlık tedbiri) dahil olması; hekimlerin aşı reddine ilişkin onam alarak, kurumun yargıya başvurarak, bireylerin de aşı tereddüdü hissetmesine yol açarak bağışıklama ile ilgili sorumluca karar vermekten kaçınmalarına neden olmuştur.

Güven duydukları sağlık çalışanından sürekli sağlık eğitimi alamayan bireyler, bu boşluğu sosyal medya veya televizyondaki zaman zaman kısıtlı ve çarpıtılmış sağlık bilgileri ile doldurmaktadır, böylece güvensizlik ve tereddüdün zemini hazırlanmaktadır.

Türkiye'de 2010 Aralık ayında başlayıp 2016'da 12 aylık dolaşımın durdurulmasının ardından 2017'de yeniden başlayan ve günümüze dek süren kızamık salgını sadece aşıyı reddedenlerle açıklanamaz, ancak aşıyı reddedenler hastalanma riski altındadır. Bu kişiler salgının büyümesi ve olası komplikasyonlarının yayılma riskini artırmaktadırlar.

Ciddi boyutlara varan ve yıllar içinde artış trendi gösteren aşı reddi sorununa ilişkin önlem almak gerekmektedir (37).

Eksik kalanlar

1. Bağışıklama hizmetlerinde olumlu (BCG Bölge Kampanyaları, Polio Eradikasyon, Yenidoğan tetanozu ve Kızamık Eliminasyon Programları) ve olumsuz deneyimlerimizin eleştirel bir bakışla değerlendirilmesi,
2. Bağışıklama ile ilgili yerel çalışmaların değerlendirilmesi ve görünür-ulaşılabilir kılınması
3. Bağışıklama ile ilgili Gri Literatürün değerlendirilmesi ve görünür-ulaşılabilir kılınması
4. Bağışıklama hizmetlerinin yönetiminde çalışanların birikimlerinin ve sürece ilişkin değerlendirmelerinin derlenmesi
5. İkinci ve üçüncü basmakta hizmet sunum sürecinde bağışıklama hizmetlerine ilişkin tutum ve uygulamaların değerlendirilmesi
6. …

KAYNAKLAR

1. who.int [Internet] Health topics, Immunization. (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019).

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tur.pdf.

2. Six Strategic Objectives. In: Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Geneva: WHO press; 2013: 978 92 4 150498 0

https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_Strategic_Objective_1-6.pdf?ua=1

3. who.int [Internet]. Health topics, Immunization. (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.who.int/topics/immunization/en/.

4. tr.undp.org [internet] Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (erişim tarihi: 17.04.2019)

http://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/sustainable-development-goals/background.html

5. un.org. [Internet] Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. (güncellenme:2019; erişim tarihi:19.05.2019).

https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/

6. who.int. [Internet] Immunization, Vaccines and Biologicals. (güncellenme: 5 Kasım 2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/

7. who.int. [Internet] Release of the 2018 Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan. (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.who.int/immunization/newsroom/news_release_gvap_2018_assessment_report/en/

8. World Health Organization. Vaccination and trust. Copenhagen: publications of the WHO Regional Office for Europe, 2017 (erişim tarihi: 15.05.2019)

9. Aydın M. Önsöz. Türkiye Aşı Kampanyası 1985. Ajans-Türk Matbaacılık Sanayi

10. Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Yayın Birliği, 1985

11. Öztek Z. Temel Sağlık Hizmetleri. 2. Baskı. Ankara, 1992

12. who.int. [Internet] Cueto M. The Origins of Primary Health Care The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care Selective Primary Health Care. (güncellenme: 22.03.2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation02.pdf

13. unicef.org [Internet] The 1980s: Campaign for child survival (erişim tarihi: 22.03.2019)

https://www.unicef.org/sowc96/1980s.htm

14. Aksu T.F. Aşı Üretimi. Okyay P, Dedeoğlu N, Öztek Z. (Editörler). Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı. Trakya Ün. Matbaası; 2018:978-605-66954-6-9

15. Gürsoy U. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. Okyay P, Dedeoğlu N, Öztek Z. (Editörler). Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı. Trakya Ün. Matbaası; 2018:978-605-66954-6-9

16. Türkiye Aşı Kampanyası 1985. Ajans-Türk Matbaacılık Sanayi

17. Eskiocak M, Saltık A. Bağışıklama Hizmetlerinin Temel Bileşenleri. STED. 1997; 6(11).

18. Black M. The Global Drive for Immunization, Children First. In: The Story of UNICEF, Past And Present. Oxford University Press: 0-19-828088-2

19. Ergur A. Salgın ve medya iletişimi. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). Pandemik Çalışma Raporu. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Yayını; Haziran 2010.

20. Reich JA. Neoliberal Mothering and Vaccine Refusal: Imagined Gated Communities and the Privilege of Choice. Gender & Society. 2014 28 (979).

21. Eskiocak M. Önsöz. Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler) Türk Tabipleri Birliği Pandemik İnfluenza A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu PandemİK Çalışma Raporu. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Yayını; Haziran 2010.

22. cnnturk.com [internet] Erdoğan domuz gribi aşısı olmayacak. (güncellenme: 11 Aralık 2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.cnnturk.com/2009/turkiye/11/03/erdogan.domuz.gribi.asisi.olmayacak/550253.0/index.html

23. Aktaran YS. Yönetim. Kavramlar, kuramlar, süreçler. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Basımevi; 2000.

24. Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011 [internet] T.C. Sağlık Bakanlığı (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

25. Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2017 [internet] T.C. Sağlık Bakanlığı (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147, turkcesiydijiv1pdf.pdf?0

26. medimagazin.com [internet] Sağlık Bakanlığından 'Aile Hekimliğinin Çöküşü' haberi ile ilgili açıklama. (güncellenme: 02.07.2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-bakanligindan-aile-hekimliginin-cokusu-haberi-ile-ilgili-aciklama-11-681-77616.html

27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 [internet] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf

28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013 [internet] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

29. 2010'a Doğru Ne Durumdayız? Eskiocak M, Özyurt A. (Editörler). Türk Tabipleri Birliği PandemİK Çalışma Raporu. 1. Baskı. İstanbul:Türk Tabipleri Birliği Yayınları; Haziran 2010: 978-605-5867-31-7

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/pandemikrpr_2010.pdf

30. ankaraism.saglik.gov [internet] Aşı Programları Birimi (güncellenme tarihi: 10.05.2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://ankaraism.saglik.gov.tr/TR,67902/asi-programlari-birimi.html

31. Shen AK. Fields R. Mcquestion M. The future of routine immunization in the developing world: Challenges and opportunities. Glob Health Sci Pract. 2014; 2(4): 381-94 doi: 10.9745/GHSP-D-14-00137

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611473

32. hsgm.saglik.gov [internet] Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ana sayfa (erişim tarihi: 02.11.2016)

https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligianasayfaindex.php?option=com_content&view =article&id=2309:a-uygulamalarnda,

33. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward JW, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, Recommendations and Reports. MMWR Recomm Rep. January 12, 2018; 67(1). (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837403/pdf/rr6701a1.pdf

34. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Aile hekimliği Bilgi Sistemi Minimum Veri Modeli (AHBS-VEM) Sürüm 1.0. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2016. (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11483,ahbs-vem-sonpdf.pdf

35. ttb.org. [internet] Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbc-e1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99

36. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 1948, madde 23 (10 Aralık 1948)

37. Saltık A, Bilge Y. Anayasa Mahkemesi'nin Aşı Reddini Anayasaya Uygun Bulan Kararının Tıbbi Açıdan İrdelemesi. 3 Uluslararası Sağlık Bilimleri, Ankara, Türkiye. 2018. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/12/ANAYASA_MAHKEMESI%E2%80%99nin_ASI_REDDINI_ANAYASAYA_UYGUN_BULAN_KARARININ_TIBBI_ACIDAN_IRDELEMESI.pdf

38. saglik.gov [internet] Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009) (güncellenme tarihi: 17/10/2011; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html

39. Eskiocak M. Bağışıklamada Yaşanan Sorunlar ve Hekim Sorumluluğu (Aşı reddi, aşılanamayan nüfus, soğuk zincir, aşı yokluğu, cezalar…). 20. Pratisyen Hekimlik Kongresi, Antalya, Türkiye. 3-6 Kasım 2016

40. asi.saglik.gov [internet] T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (güncelleme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2

41. cdc.gov [Internet] Table 1. Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or younger, United States, 2019, (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019).

https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html#birth-15

42. vaccine-schedule.ecdc [Internet] Vaccine schedules in all countries of the European Union (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/

43. who.int. [Internet] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019).

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

44. who.int. [Internet] Immunization routine table1, (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019).

https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1

45. saglikaktuel.com. [internet] Hepatit A aşısının takvime eklenmesi (erişim tarihi: 19.05.2019).

https://www.saglikaktuel.com/d/file/hepatita_asisi.jpg

46. isahed.org. [internet] Suçiçeği aşısı uygulaması (erişim tarihi: 19.05.2019).

http://isahed.org.tr/uploads/rapor/8475715-su-cicegi-asisi-uygulamasi.pdf

47. Death Registration, 2018 [Internet] World Health Statistics. (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/

9789241565585-eng.pdf?ua=1

48. Campbell S. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. N Eng J Med. 2007; 357:181-190 DOI: 10.1056/NEJMsr065990 (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsr065990

49. hasuder.org [internet], Halk Sağlığı Araştırma Görevlisi Gözüyle Çocuk Felci Destek Aşılama Çalışmaları (mop-up). (erişim tarihi:19.05.2019)

https://hasuder.org.tr/hsg/?p=3818

50. Demir E. Hazin Bir "Erişkin Kızamıkçık Bağışıklama" Kampanya Öyküsü: Önce Hastana Zarar Verme. Toplum ve Hekim Ocak- Şubat 2012;27(1)

51. medimagazin.com [internet], Aşı yüzünden kürtaja tazminat (erişim tarihi: 26.05.2019)

https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-asi-yuzunden-kurtaja-tazminat-11-681-36696.html

52. Eskiocak M, Ayhan S, Arkant C. Suriye'deki Salgın, Türkiye'de Durum ve Öneriler, Çocuk Felci. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014; 23(3): 1300-0853 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2014/3.pdf

53. Eskiocak M, Marangoz B, Etiler N. Suriye, Türkiye ve Irak'ta Savaşın Bölgedeki Bulaşıcı Hastalıklara Etkileri. Ergin I. (Editör). Savaş, Göç ve Sağlık: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; Şubat 2016: 978-605-9665-01-8 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf

54. polioeradication.org. [Internet] Where We Work (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://polioeradication.org/where-we-work/

55. djilp.org. [Internet] Refugee Crisis-Eastern and Central Mediterranean Routes (güncellenme: 15.06.2016; erişim tarihi: 19.05.2019)

http://djilp.org/wp-content/uploads/2018/05/Imigration-Routes.jpg

56. Situation Update: Middle East Polio Technical Bulletin. World Health Organization: 2015 Nov. 22. No. 47 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.emro.who.int/images/stories/polio/documents/XLS/Middle_East_Bulletin/Middle_East_Technical_Polio_bulletin_No47_23112015.pdf?ua=1

57. extranet.who.int [Internet] World Health Organization (güncellenme: 15.05.2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx

58. 32nd Meeting Of The European Regional Commision For Certification Of Poliomyelitis Eradication (RCC). World Health Organization: 2018 May 30-31. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379467/32nd-RCC-report-full.pdf?ua=1

59. data.euro.who.int [Internet] centralized information system for infectious diseases (CISID) home (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://data.euro.who.int/CISID/

60. sabah.com. [internet] 'Kızamık salgını yok' (giriş tarihi: 24.02.2011; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.sabah.com.tr/yasam/2011/ 02/24/kizamik_salgini_yok_gerekirse_asilariz

61. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region: WHO Epi Brief. World Health Organization: 2014. No: 1 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247487/EpiBrief_1_2014_FINAL_REVISED.pdf?ua=1

62. A monthly summary of the epidemiological data on selected vaccine preventable diseasesin the European Region: WHO Epi Data. World Health Organization:2017 February. No:1 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/331956/EpiData-No01-2017.pdf?ua=1

63. Orenstein WA, Strebel PM, Papania M, Sutter RW, Bellini WJ, Cochi SL. Measles Eradication: Is in Our Future?American Journal of Public Health. 2000; 90(10):1521-5. (erişim tarihi:19.05.2019)

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11029981

64. who.int. [Internet] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary (güncellenme: 22.11.2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/

indicators?ir%5Bc%5D%5B%5D%5B%5D=DIST95MCV2&ir%5Bi%5D

%5B%5D=DIST95MCV2_P&commit=Ok+with+the+selection

65. World Health Organization. Global Measles and Rubella Strategic Plan 2012- 2020. Switzerland: World Health Organization, 2012: 978 92 4 150339 6 (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/

9789241503396_eng.pdf;jsessionid=

98EAEC670C41CBB36E0E6B521E99FBD0?sequence=1

66. data.unicef.org [Internet] Country profiles, Turkey, Key demographic indicators (erişim tarihi:19.05.2019)

https://data.unicef.org/country/tur/

67. who.org [Internet] Measles and Rubella Surveillance Data (güncellenme:15.04.2019; erişim tarihi:19.05.2019)

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/

68. Candemir G. Bakanlık hem suçlu hem güçlü! Birgün Gazetesi, 2011 Ağustos 14 (erişim tarihi:19.05.2019)

https://www.birgun.net/haber-detay/bakanlik-hem-suclu-hem-guclu-59561.html

69. Şahin M, Zencir M, Gözübüyük AA, Pektaş BA. Seroprevalence of Hepatitis B Surface Antigen, Anti-Hepatitis B Surface and Anti-Hepatitis C Virus Among Pregnant Women Residing in Şırnak Province. Viral Hepatitis Journal 2018;24(1):7-11 Doi: 10.4274/vhd.0010 (erişim tarihi:19.05.2019)

http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_18121/VHJ-24-7-En.pdf

70. Sağlık Uygulama Tebliği, 2.4.3. (güncelleme: 28.12.2018; erişim tarihi:19.05.2019)

https://www.teb.org.tr/content/75/SUTSUT

71. Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (Editör). Arvin Yayınevi, 2016: 978-605-84584-6-8 (erişim tarihi:19.05.2019)

http://meramtip.com.tr/kalite/dosyalar/rehberler/eriskin-bagisiklama/EriskinBagisiklamaRehberi.pdf

72. Buzgan T. Aşılama Politikaları. J Pediatr Inf 2011; 5:235-8

73. asi.saglik.gov. [internet] Aşılama Takvimi Nasıl Oluşturulur? (güncelleme: 2018; erişim tarihi:19.05.2019)

https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi-nasil-olusur

74. asi.saglik.gov. [internet] T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi (güncelleme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2

75. asi.saglik.gov. [internet] Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılama (erişim tarihi: 25.05.2019)

https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/32-mesle%C4%9Fe-ba%C4%9Fl%C4%B1-riskler-nedeniyle-a%C5%9F%C4%B1lama.html

76. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, B100TSH0110005 (25.02.2008) (erişim tarihi: 25.05.2019)

https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf?0

77. O'Flanagan D, Cotter S, Mereckiene J. VENICE II Consortium. European Centre for Disease Prevention and Control: August 2011 March 2012 No:4

78. who.int. [Internet] Turkey: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2017 revision (güncelleme: 04.07.2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tur.pdf

79. who.int.[Internet] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary (güncelleme:2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=TUR

80. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı. 2014-2017 Stratejik Planı. Ankara, 2013 (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2014-2017-stratejik-plan.pdf

81. euro.who.int [Internet] 5th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (2017) (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2017/5th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-2017

82. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 [internet] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf

83. apps.who.int [Internet] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary (güncellenme: 22.11.2018; erişim tarihi: 19.05.2019)

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/

countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR&commit=OK

84. Haverkate M, Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco P, Cozza V, et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. Eurosurveillance. 2012; 17(22). (erişim tarihi:19.05.2019)

https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.17.22.20183-en;jsessionid=YeMTYIbH-MSZBWaK-dSbp61m.i-0b3d9850f4681504f-ecdclive

85. Akşit S. Zorunlu Bağışıklama mı, İsteğe Bağlı Bağışıklama mı? Ülkelerin Deneyimleri. 4 Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi; Antalya, Türkiye, 2016. (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.sosyalpediatri.org.tr/uploads/sadikaksit.pdf

86. Topaç O. Türkiye'de Bağışıklama Programları. XIX Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye. 2018.

87. ttb.org [internet] TTB'nin aşı konusunda hazırladığı yasa değişikliği önerisi TBMM'ye sunuldu (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=15ecd2f0-449d-11e8-b46f-14b550714509

88. Ceyhan M. Aşı Reddi. 2017. (erişim tarihi: 19.05.2019)

https://docplayer.biz.tr/62696905-Asi-reddi-mehmet-ceyhan.html

89. Saçaklıoğlu F, Davas A, Döner B, Durusoy R, Ergin I, Erol N. ve ark. Aşı Pazarı Can Pazarı "AŞI ÜRETİMİNİN PERDE ARKASI". Ankara, Mart 2003: 975-6984-47-3 (erişim tarihi: 19.05.2019)

http://www.ttb.org.tr/eweb/asi_brosur/

90. ttb.org [internet] Aşı Konusunda Yaşanan Tereddütler, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı Konusunda Etik Kurul Görüşü[1] (erişim tarihi:19.05.2019) http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=c21adfbc-e1c4-11e8-b159-336a7b2d6c99.

91. Arıcan I. Sık Rastlanan Aşı Karşıtı İddialara Yanıtlar Toplum ve Hekim. Mayıs Haziran 2018;33(3).

92. İkışık H. Ebeveynlerin Aşı Kararı. Toplum ve Hekim. Mayıs-Haziran 2018;33(3).

93. World Health Organization. The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union. Rechel B, Richardson E, McKee M. (Editors) United Kingdom: 978 92 890 5173 6

Ek 1. Türkiye'de Aşı ile önlenebilir Hastalık sayısının zamana göre değişimi

Hastalık (Aşılama-	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004*	1985
Difteri (1937-	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	145
Kızamık (1970-	84	9	342	565	7'405	349	111	7	4	0	3	34	6'200	8'927	14'695
Kabakulak (2006-	419	544	322	457	597	834	1'609	1'525	2'180	9'514	16'524	19'726	19'754	_	_
Boğmaca (1937-	85	22	322	68	33	18	242	48	11	17	63	57	272	389	2'678
Polio (1963	0	0	0	0	0	_	0	0	0	0	0	0	0	0	88
Kızamıkçık (2006-	1	7	16	31	81	43	1'734	64	97	139	644	1'058	2'245	_	_
KRS	0	0	0	0	0	0	1	0	1	_	0	_	2	_	_
YD Tetanosu	0	0	0	1	0	0	0	2	0	7	5	18	32	15	41
Erişkin Tetanoz (1968-)	25	16	8	12	15	11	24	23	12	12	14	10	19	18	72

*Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıların ihbar sistemi değişti.

Ek 2. The Organization and delivery of vaccination services in the European Union kaynağından Türkiye için uyarlanmıştır.

Tablo 42. Türkiye'de Aşı uygulamasında anahtar kolaylaştırıcılar

Aşı	Aşı takviminde oluş	Sağlık çalışanları ve tutumu	Zorunlu aşı uygulaması	Kamu ödemesi	Farkındalığı arttırıcı kampanyalar	İzleme sistemi	Teşvik programı	Kamu tutumu	Hatırlatma sistemi	Sağlık hizmeti sunumu örgütlenmesi	Kullanıcıya Uygun girişimler
Hepatit B	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Evet Dünya Hepatit Günü	Çocuk:AHBS Sağlık çalışanı: Çalışan Sağlığı Birimi? Risk Grupları?	Negatif performans	Tereddüt (3. Sırada)	AHB'den telefon ile arama?	Başvuruya dayalı	Doğumda uygulama, Simultane uygulama
BCG	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Verem haftası Evet	Çocuk:AHBS	Negatif performans	Tereddüt (6. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı	Simultane uygulama
DaBT-IPV-Hib	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	GBP Kapsamında: Evet	Çocuk:AHBS	Negatif performans	Tereddüt (1. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı	Simultane uygulama
KPA	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Evet Dünya Pnömoni Günü	Çocuk:AHBS	Negatif performans	Tereddüt (2. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı	Simultane uygulama
OPV	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Evet Mop-up	Çocuk:AHBS	Negatif performans	Tereddüt (9. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı (Mop-up: Gezici)	Simultane uygulama
KKK	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Evet	Çocuk:AHBS Okul: HSBS Okulda olmayanlar? Sağlık çalışanı: Yok	Okul öncesi Negatif performans Okul, Pozitif performans	Tereddüt (4. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı Okul: Gezici	Simultane uygulama

Tablo 42. Aşı uygulamasında anahtar kolaylaştırıcılar (devam)

Aşı	Aşı takviminde oluş	Sağlık çalışanları	Zorunlu aşı uygulaması	Kamu ödemesi	Farkındalığı arttırıcı kampanyalar	İzleme sistemi	Teşvik programı	Kamu tutumu	Hatırlatma sistemi	Sağlık hizmeti sunumu örgütlenmesi	Kullanıcıya Uygun girişimler
Suçiçeği	Evet (Tek doz)	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	GBP Kapsamında: Evet	Çocuk: AHBS Sağlık çalışanı: Yok	Negatif performans	Tereddüt (8. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı	Simultane uygulama
Hepatit A	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Evet	Çocuk: AHBS Sağlık çalışanı: Yok	Negatif performans	Tereddüt (5. Sırada)	AHB'den telefon ile arama	Başvuruya dayalı	Simultane uygulama
Rotavirüs	Hayır	Hekim,, Eczacı	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	?	Hayır	Başvuruya dayalı	Muayenehane Eczanede uygulama
HPV	Hayır	Hekim,, Eczacı	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	?	Hayır	Başvuruya dayalı	Muayenehane Eczanede uygulama
Grip Gebelere	Evet, ancak aşı dağıtımı yok	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Hayır	AHBS?	Hayır	?	AHB'den telefon ile arama ?	Başvuruya dayalı,	?
Grip Yaşlılara	Evet	Hekim, hemşire, ebe Eczacı	Hayır	Evet	Hayır	?	Hayır	?	Hayır	Başvuruya dayalı	Muayenehane Eczane, ASM'de uygulama
Pnömokok Yaşlılara	Evet	Hekim, hemşire, ebe Eczacı	Hayır	Evet	Hayır	?	Hayır	?	Hayır	Başvuruya dayalı	Muayenehane Eczanede uygulama
Td	Evet	Hekim, hemşire, ebe	Hayır	Evet	Hayır	Gebelere: AHBSOkul: HSBS Erişkin: ?	Gebelere: Negatif performans	?	AHB'den telefon ile arama	Gebe, Erişkin: Başvuruya dayalı, Okul: Gezici	Simultane uygulama
Menigokok	Hayır	Hekim,, Eczacı	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	?	Hayır	Hayır	Hayır

Tablo 43. Aşı uygulamasında anahtar zorlaştırıcılar

Aşı	Tereddüt	İsteğe bağlı oluş	Farkındalık eksikliği	İncinebilir gruplara erişimde yetersizlik	Aşı kaydı yetersizliği	Kaynak yetersizliği	SÇ Eğitimi eksikliği	Aşı yokluğu	Yer değiştirme-göç
Hepatit B	Evet	Evet	Evet	Evet Hastane dışı doğum, sığınmacılar, risk altındakiler	Sağlık çalışanları, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler, erişkinler, gebeler	Hayır	Evet	Evet	Evet Mevsimlik tarım işçileri
BCG	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler	Hayır	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
DaBT-IPV-Hib	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler	Hayır	Evet	Hayır	Evet Mevsimlik tarım işçileri
KPA	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler	Hayır	Evet	Hayır	Evet Mevsimlik tarım işçileri
OPV	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler	Hayır	Evet	Hayır?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
KKK	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler	Hayır	Evet	Hayır	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Suçiçeği	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler, sağlık çalışanları	Hayır	Evet	Hayır	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Hepatit A	Evet	Evet	Evet	Evet AHBS kaydı olmayanlar, Risk grupları	Evet, Sığınmacılar Düzensiz göçmenler, sağlık çalışanları	Hayır	Evet	Hayır? Sağlık çalışanı?	Evet Mevsimlik tarım işçileri

Tablo 43. Aşı uygulamasında anahtar zorlaştırıcılar (devam)

Aşı	Tereddüt	İsteğe bağlı oluş	Farkındalık eksikliği	İncinebilir gruplara erişimde yetersizlik	Aşı kaydı yetersizliği	Kaynak yetersizliği	SÇ Eğitimi eksikliği	Aşı yokluğu	Yer değiştirme-göç
Rotavirüs	?	Evet	Evet	Evet Yoksular	Kayıt yok	Evet Takvimde yok, Yoksullar için pahalı	Evet	Hayır, piyasada var	Evet Mevsimlik tarım işçileri
HPV	?	Evet	Evet	Evet Takvimde yok, yoksullar, adolesanlar	Kayıt yok	Evet Takvimde yok, Yoksullar için pahalı	Evet	Hayır	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Grip Gebelere	?	Evet	Evet	Başvuruya dayalı	Kayıt?	SGK ödüyor, Reçete-Muayene parası ??	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Grip Yaşlılara	?	Evet	Evet	Başvuruya dayalı, Engelliler, yoksullar	Kayıt?	SGK ödüyor, Reçete-Muayene parası ??	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Pnömokok yaşlılara	?	Evet	Evet	Başvuruya dayalı, Engelliler, yoksullar	Kayıt?	SGK ödüyor, Reçete-Muayene parası ??	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Td	?	Evet	Evet	Başvuruya dayalı	Hayır	Hayır	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri
Menigokok	?	Evet	Evet	?	Evet	Evet	Evet	Evet?	Evet Mevsimlik tarım işçileri

Doğum 1961'de **Antakya'da**; (15 gebelik, 2 bebek ölümü, 3 düşük, sağ kalabilenlerin 6.sı)

Eğitim. Şehit Nazım Bey İlkokulu (Harbiye), Harbiye Ortaokulu, Antakya Lisesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (1984), Ondokuz Mayıs Üni.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AbD (1993)

Görev yerleri. Sultaniye SO Hekimi (1984-88; Bursa-Karacabey), Merkez Sağlık Ocağı Hekimi (1988-1990; Dörtyol-Hatay), OMÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD (1990-93; Samsun), İl Sağlık Müdürlüğü (1993-1995; Samsun), Trakya Üni.Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD (Aralık 1995-) Evli, 1 çocuk babası

Özgeçmişimde Bağışıklama Hizmetleri

1985 Aşı Kampanyası, İlçe Yönetimi, Karacabey

Samsun İl SM. Halk Sağlığı Uzmanı - İl Aşı Sorumlusu (1993-1995)

- Kızamık Salgını (1993) Değerlendirmesi(1993)
- Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon Programı 15-49 Kadınlara TT uygulaması (1994)
- Kızamık 2. doz (Okul) uygulaması (1995)
- Ulusal Aşı Günleri İl Koordinatörü(1995).

Trakya Üni. Tıp Fakültesi (1995-)

- Edirne Kızamık salgını Danışman(1996)
- Pandemi il- Fakülte hazırlık komisyonu
- Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Kursu, Bildirim sorumlusu
- Dersler, Araştırmalar, Tezler

Sağlık Bakanlığı

- Ulusal Aşı Günleri/GBP Merkez Koord. Ekibi üyesi(1998-2001; Ağrı, Iğdır, Diyarbakır, İstanbul Koord.)
- Pandemi Eylem Planı Hazırlığı (2005)
- Bulaşıcı Hastalıklar- Stratejik Plan Hazırlığı

TTB

- ODDSH Kolu
- Halk Sağlığı Kolu
- Pandemi İzleme Kurulu
- Aşı Çalışma Grubu

HASUDER

- Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu

Bağışıklama ile ilgili Yayınlar:

Tezler

Tıpta Uzmanlık Tezim: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelinin Bağışıklama İle İlgili Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma, 1993, Samsun

Yönettiğim bağışıklama konulu tezler

539182	AWEIS AHMED MOALLIM ABDULLAHI	2019	Mogadişu'da ana çocuk sağlığı hizmeti veren sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi	Yüksek Lisans
365152	NURGÜL ŞANDIR	2014	Edirne'nin iki farklı sosyoekonomik bölgesindeki okullarda pandemikinfluenza aşılama durumunun değerlendirilmesi	Yüksek Lisans

Yürütülmekte olan tezler

Edirne İlinde Çalışmakta Olan Aile Sağlığı Elemanlarına, Bağışıklama ve Aşı Tereddüdüne İlişkin Bilgilendirme ve Tutum Geliştirmeye Yönelik Müdahale Çalışması (Didem Han Yekdeş,Tıpta Uzmanlık Tezi)

Edirne İlinde Çalışmakta Olan Aile Hekimlerinin Bağışıklama ve Aşı Tereddüdüne İlişkin Bilgilendirme ve Tutum Geliştirmeye Yönelik Müdahale Çalışması (Bahar Marangoz,Tıpta Uzmanlık Tezi)

Kırklareli İli Eczacılarının Bağışıklama ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi (Ecz. İpek Aladağ Kurşun, TÜ SBE Halk Sağlığı PhD Tezi)

Makaleler, kitap bölümleri

1. **Eskiocak M**, Gedik G, Kökçü A. Sessiz katil: Yenidoğantetanozu. Samsun-Sinop Tabip Odası Tıp Dergisi, 1993;1(2): 14-6.
2. **Eskiocak M,** Özkesen M. Aşı takvimi hazırlanmasında genel ilkeler. Samsun-Sinop Tabip Odası Tıp Dergisi, 1995;2(6): 22–30.
3. Hamzaçebi H, Dündar C, **Eskiocak M**, Özkesen M. Samsun ili 1993 yılı bağışıklama oranı araştırması. STED, 1995;4(9): 318–20.
4. **Eskiocak M,** Saltık A. Bağışıklama hizmetlerinin temel bileşenleri–1. STED, 1997;6(11): 372–75.
5. **Eskiocak M,** Saltık A. Bağışıklama hizmetlerinin temel bileşenleri–2. STED, 1997;6(12): 407–9.
6. **Eskiocak M,** Saltık A. Çocuk bağışıklama hizmetlerinde standart. STED, 1998;7,(2): 58–9.
7. Doğaner E, **Eskiocak M.** Bağışıklama konusunda kendimizi sınayalım. STED, 1999;8(9): 346 ve 353.
8. **Eskiocak M,** Doğaner E, Saltık A. Edirne 1997 kızamık salgınının ortaya çıkma nedenleri. STED, 2000;9(9): 342–4.
9. **Eskiocak M,** Doğaner E, Tatman-Otkun M, Saltık A. Edirne kızamık salgını1997– Epidemiyolojik özellikler, İnfeksiyon Dergisi 2001;15(2): 175–82.
10. **Eskiocak M**, Saltık A. Kızamık olgu incelemesi ve filyasyonu için yapılandırılmış bir form önerisi. İnfeksiyon Dergisi, 2001;15(2):183–8.
11. Çan G, Dinç G, Ertem M, Eser E, **Eskiocak M**, Genç M, İrgil E, Mutlu Ş, Özşahin A, Öztüfekçi H, Savran Y, Yıldırım D. Çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı hekimlerin ulusal aşı politikası ve aşı uygulamaları konusundaki tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum, 2001;11(1): 28–36.

12. Eskiocak M. Olağandışı Durumlarda 1. Basamak Sağlık Hizmetleri: Ana Çocuk Sağlığı Boyutu. Prof. Dr. A. Osman Kararaba (Ed). Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri: Sağlık Çalışanının El Kitabı'nda, Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2002. s103-123.

13. Kanra G, Tezcan S, Badur S, Turkish National Study Team (**one of contributed author of the Team, Eskiocak M)**: Varicella seroprevelance in a random sample of the Turkish Population. Vaccine. 2002;20(9–10):1425–8.

14. Kanra G, Tezcan S, Badur S, Turkish National Study Team (**one of contributed author of the Team, Eskiocak M**) : Hepatitis A seroprevalence in a random sample of the Turkish Population by simultaneous EPI cluster andc omparison with surveys in Turkey. Turk J Pediatr. 2002;44 (3): 204–10.

15. Kanra G, Tezcan S, Badur S. Turkish National Study Team (one of contributed author of the Team, **Eskiocak M**). Hepatitis B and measles seroprevalence among Turkish children. Turk J Pediatr. 2005;47(2):105–10.

16. Eskiocak M, Ekuklu G, Doğaner E, Yılmaz N, Saltık A. [Shortcommunication: The sensitivity of measles diagnosis by physicians and families during an intraepidemic period in Edirne: implications for measles surveillance] Mikrobiyol Bul. 2008;42(1):143–8. Turkish.

17. Katkıda bulunan 115 yazardan biri **Eskiocak M.** Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Ulusal Stratejik Plan 2008–2013 www.balikesir.saglik.gov.tr/bulasici/usp0813.doc

18. İnfluenzaPandemi Planlama Çalışmaları Hazırlık Grubu Üyesi, **Eskiocak M**Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı, TC SB, TSH Genel Müdürlüğü, Ankara, Nisan 2006.

19. **Eskiocak M.** İnfluenza A H1N1v (Domuz Gribi) Pandemisi: Epidemiyoloji ve Yanıt. TTB Pandemik İnfluenza H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu, Pandemik Çalışma Raporu içinde, Yayına Hazırlayanlar. **Eskiocak M**, Özyurt A, s. 63-83. ISBN 978-605-5867-31-7, TTB, 2010

20. **Eskiocak M**Pandemik İnfluenza Nedeniyle Yatarak Bakım Almakta Olan / Ölen Hastalara Ait Araştırma Formu TTB Pandemik İnfluenza H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu, Pandemik Çalışma Raporu, Yayına Hazırlayanlar. **Eskiocak M**, Özyurt A, s.100-3, ISBN 978-605-5867-31-7, TTB, 2010

21. **Eskiocak M,** Enfeksiyon Hastalığı Salgınlarında Sorun Yönetimi ve Pandemik İnfluenza (H1N1) 2009, Ertem M (içinde) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Pandemik İnfluenza-A (H1N1) Durum Değerlendirme Raporu, s.31-42, HASUDER Yayını, Aralık 2010, Ankara,

22. **Eskiocak M** Porsuk Ö. Ücretsiz mevsimsel grip aşılarını yaptıran kişilerin, ücretsiz pandemik grip aşısı karşısındaki tutum ve davranışları, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(2), https://dergipark.org.tr/download/article-file/153017

23. **Eskiocak M,** Türkiye'de Bağışıklama Hizmetleri, Toplum ve Hekim, Cilt 27, Sayı 2, Mart-Nisan, 2012, Sayfa 83-103

    http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?-action=browse&-recid=2371

24. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Kızamık Raporu, https://hasuder.org/anasayfa/images/Yonetim/HASUDER_KIZAMIK_RAPOR12-MART-2013-1.pdf

25. **Eskiocak M.** Yedibin kızamık vakası hala kontrollü vaka artışı mı? Tıp Dünyası s.6-7, http://www.tipdunyasi.dr.tr/wp-content/uploads/image/td/TD200/index.pdf

26. Yavuz CI, Eskiocak M. Health-care reform in Turkey: far fromperfect. TheLancet 01/2014; 383(9911):27-8. (Ocak 2014)

27. Eskiocak M. Ayhan s, Arkant C. Çocuk Felci, Suriye'deki Salgın, Türkiye'de Durum ve Öneriler, 2014 • cilt 23 • sayı 3 • 93, STED http://www.ttb.org.tr/STED/images/files/dergi/2014/3.pdf

28. Eskiocak M. Marangoz B, Etiler N. Suriye, Türkiye Ve Irak'ta Savaşın Bölgedeki Bulaşıcı Hastalıklara Etkileri, TTB, 2016. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf

29. Eskiocak M. Aşılanmama, Aşılatmama ve Türkiye'de"Aşı Reddi" Tartışmasına Kısa Bir Katkı *A Short Contribution To The Discussion On Unvaccinated,Don't Vaccinated And "Vaccine Refusal" İn Turkey,* Cilt 33, Sayı 3, Mayıs-Haziran, 2018, Sayfa 220-222, http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/browserecord.php?-action=browse&-recid=2850

30. Eskiocak M, Neoliberal dönüşümün bağışıklama hizmetlerine etkileri ve sonuçları, Bilim ve Gelecek, Haziran, 2018, https://bilimvegelecek.com.tr/index.php/2018/06/01/neoliberal-donusumun-bagisiklama-hizmetlerine-etkileri-ve-sonuclari/

Webiner, Konferans Videolar

1. Çocuk Felci, https://www.youtube.com/watch?v=DOoq-Ulnmcw

2. Toplumsal Yönden Aşılanmama-Aşılatmama Nedenler ve Çözüm Önerileri, https://www.youtube.com/watch?v=srYsuN_HjI8&t=1021s sunu: https://www.hasuder.org/anasayfa/images/Prof.Dr.Muzaffer-Eskiocak-Toplumsal-Ynden-Alanmama--Alatmama.pdf

3. Günümüzde Aşı Reddi, Küresel, Ulusal, Toplumsal Yönleri. Nusret Fişek'i Anma Paneli, 01 Kasım 2018, HacettepeÜni. https://www.youtube.com/watch?v=ne3Zt4o6uTY

4. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu: Sorunlar Öneriler https://www.youtube.com/watch?v=P92Ga0ONX9g,PART 1

https://www.youtube.com/watch?v=uBtb51_-Abk, PART 2 sunu: http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/meskiocak_nisan2019.pdf

5. Hıfzısıhha, Cumhuriyet ve Türkiye'de Bağışıklama Hizmetleri http://www.izmirtabip.org.tr/news/4353

Özgeçmiş

1987'de Van'da doğdum. 6 yaşımdan itibaren Antalya'da yaşadım. İlköğrenimime Antalya'nın Elmalı ilçesinin Hacımusalar Köyü İlkokulu'nda birleştirilmiş sınıf öğrencisi olarak başladım. Öğretmenim annem, okulun müdürü ise babamdı. İlkokul 4. ve 5. sınıfı Antalya Finike'de Turunçova İlköğretim Okulu'nda, ortaokulu ise Antalya Merkez'de Namık Kemal İlköğretim Okulu'nda okudum. 2001 yılında Antalya Metin Nuran Çakallıklı Anadolu Lisesi'nde öğrenimime devam ettim. Hekim olmak hayalimin peşinden giderek öğrencisi olduğum Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde derslerini heyecanla dinlediğim, kaçırmamak için koşa koşa gittiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum Necati Dedeoğlu Hocam ile tanışmamın ardından, halk sağlığı heyecanı yüreğimde yer etti ve bugün Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD'da uzmanlık öğrencisiyim.

1. Eskiocak M, Marangoz B, Etiler N. Suriye, Türkiye ve Irak'ta Savaşın Bölgedeki Bulaşıcı Hastalıklara Etkileri. Ergin I. (Editör). Savaş, Göç ve Sağlık: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; Şubat 2016: 978-605-9665-01-8 (erişim tarihi:19.05.2019) http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf

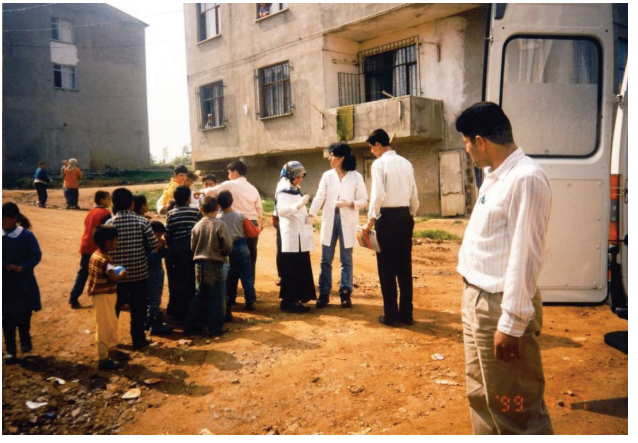
2. Marangoz B, Eskiocak M. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimiyle İlgili Sorunlar ve Yönetimi. 2.Uluslararası, 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye. 12-17 Kasım 2018. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/2018_HALK_SAGLIGI_KONGRE_KITABI.pdf s.335-338

3. Marangoz B, Yekdeş Han D., Eskiocak M. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ndeki Yardımcı Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama İle İlgili Tutumları. 2.Uluslararası, 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye. 12-17 Kasım 2018. s.109-111 http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/2018_HALK_SAGLIGI_KONGRE_KITABI.

4. Marangoz B, Eskiocak M. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimiyle İlgili Sorunlar ve Yönetimi. Buhasder Kongresi 7. Tepecik Enfeksiyon Günleri. Muğla, Türkiye. 1-5 Kasım 2017. http://www.buhasder.org.tr/files/BUHASDER_Ozet_Kitabi.pdf

5. Yekdeş Han D, Altunok A, Eskiocak M, Marangoz B.Bir Üniversite Hastanesindeki Hekimlerin Bağışıklama İle İlgili Tutumları, 2.Uluslararası, 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, Türkiye. 12-17 Kasım 2018.

Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Şb. İl Aşı Birimi Çalışanları, 1993-1995, Samsun



Polio Ulusal Aşı Günleri, Sultanbeyli, İstanbul, 2000

Polio Ulusal Aşı Günleri, Ümraniye Sağlık Grup Başkanlığı İstanbul, 2000

Bulaşıcı Hastalıklar İl Yöneticilerine PEP UAG Eğitimi, (oyunlaştırma) Gölbaşı, Ankara, 1999