



T.C. Sağlık Bakanlığı



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ



3. ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI

16-18 MART 2018
SHERATON OTEL & KONGRE MERKEZİ
ANKARA

ÇALIŞTAY RAPORU

3. Ulusal Aşı Çalıştayı

Katılımcı Kurumlar, Dernekler ve Sanayi Firmaları

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

- Adölesan Sağlığı Derneği
- Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
- Ankara Mikrobiyoloji Derneği
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği
- Bağışıklama Danışma Kurulu
- Bloger / Blogcu Anne
- Bloger / Banu Demirpençe Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- Bloger / Güncel Anne Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Derneği
- CNN TÜRK
- Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
- Çocuk Romatoloji Derneği
- Endokrin ve Metabolizma Derneği
- Ergen Sağlığı Derneği
- Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Glaxo Smith Kline
- Haber Türk
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Halk Sağlığı Uzmanlık Derneği
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakóltesi
- Merck Sharp & Dohme
- MİLLİYET
- Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği
- Pfizer
- Sanofi Pasteur Aşı
- Sosyal Pediatri Derneği
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kansere Daire Başkanlığı
- T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
- Türk Ebeler Derneği
- Türk Gastroenteroloji Derneği
- Türk Geriatri Derneği

- Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği
- Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği
- Türk Kardiyoloji Derneği
- Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
- Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti
- Türk Neonatoloji Derneği
- Türk Pediatri Kurumu
- Türk Toraks Derneği
- Türkiye Diyabet Vakfı
- Türkiye Milli Pediatri Derneği
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
- UNICEF
- Yargıtay
- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakóltesi

DERNEK ve KURUM KATILIM LİSTESİ

3. Ulusal Aşı Çalıştayı Düzenleme Kurulu

Dr. HÜSEYİN İLTER
Prof. Dr. MEHMET CEYHAN

Dr. OSMAN TOPAÇ
Dr. AYLAY AYDIN
Dr. ASLIHAN COŞKUN
Dr. HASAN IRMAK
Doç. Dr. GÜLAY KORUKLUOĞLU
Dr. PERVİN ÖZELÇİ

Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

Prof. Dr. MEHMET CEYHAN
Dr. HALİL TUNA AKAR
Dr. İREM AKDEMİR
Prof. Dr. FİRDEVS AKTAŞ
Dr. FERİT ALİYEV
Dr. KAMİLE ARIKAN
Dr. RAZİYE ATAN
EMRE AYGAN
Dr. MURAT AYDIN
Dr. KÜBRA AYKAÇ
Dr. AYŞE BİLGE BAKLACI
Dr. SEVGEN TANIR
BAŞARANOĞLU
Dr. CİHANGÜL BAYHAN
Dr. ŞÜKRAN BAYRAK
Dr. IŞIL BİLGİÇ
Dr. KÜBRA CEBECİ
Dr. DİLEK ÇİÇEK
Yrd. Doç. Dr. ATILLA ÇİFCİ
Dr. TUBA DAL
Dr. OSMAN OĞUZ DEMİR
Dr. SERHAN ELBAYİYEV
SERKAN ERKAN
Dr. ONUR GÖZMEN
Dr. ANAR GURBANOV
Prof. Dr. HASAN GÜÇLÜ

Prof. Dr. NEZAHAT GÜRLER
Dr. SARE İLBAY
Dr. AYŞE KAMAN
Dr. MUSTAFA OĞUZ KAYNAK
Dr. MUSA GÜREL KUKUL
Dr. EDA KARADAĞ ÖNCEL
Dr. TUĞÇE ÖZBİLGİÇ
Dr. YASEMİN ÖZSÜREKÇİ
Dr. MERVE PARLAK
Dr. ELİF SABANCI
Dr. MÜRÜVVET ŞİŞMAN
Dr. FATMA PINAR TABANLI
Dr. ANAR TAĞİYEV
Prof. Dr. DİLEK TOPRAK
Dr. NİHAL YAMAN
Hemşire ZEHRA YILDIRIM
Dr. KÜBRA YÜKSEL

Adolesan Sağlığı Derneği

Prof. Dr. EMEL GÜR

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

Dr. AHMET AŞIK
Dr. ŞENOL ATAKAN
Dr. PINAR BİLGİLİ
Dr. ÖZGÜR DEMİR CİNİSLİ
Dr. ŞEHNAZ HATİPOĞLU
Dr. OĞUZ KELEŞ
Dr. ZÜBEYDE KUL
Dr. SENEM KUMDERELİ YÜCEİŞİK
Dr. FİKRET KURT
Dr. ABDÜLKADİR ÖZDUĞAN
Dr. ARZU ÖZTÜRK
Dr. SEVİLAY SEVAL
Dr. MEHMET SEZER
Dr. MUSA UĞUR
Dr. KAMİL YAVAŞ
Dr. MURAT YILDIRIM
Dr. ARAS YILDIZ
Dr. ALİ YILMAZ
Dr. AHMET YÖNDER

Ankara Mikrobiyoloji Derneği

Dr. ASİYE BIÇAKÇIGİL
Dr. SELAY DEMİRCİ
Dr. ÖZGEN ESER
Dr. DOLUNAY GÜLMEZ
Prof. Dr. A. GÜLŞEN HASÇELİK
Dr. GÜLŞEN HAZIROLAN
Dr. ÜMRAN LİSTE
Dr. TUĞÇE ÜNALAN

Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği

Prof. Dr. BÜLENT GÜRLER
Doç. Dr. SELDA HANÇERLİ TÖRÜN
Prof. Dr. NURAN SALMAN
Doç. Dr. ELİF TİGEN

Blogger

ELİF DOĞAN
Dr. BANU DEMİRPENÇE
Dr. ELİF PINAR ÇAKIR

Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Derneği

Prof. Dr. ATA NEVZAT YALÇIN

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

Doç. Dr. DERYA ALABAZ
Prof. Dr. EMİN SAMİ ARISOY
Prof. Dr. NURŞEN BELET
Prof. Dr. YILDIZ CAMCIOĞLU
Prof. Dr. ALİ BÜLENT CENGİZ
Prof. Dr. SOLMAZ ÇELEBİ
Doç. Dr. ÜMİT ÇELİK
Prof. Dr. ENER ÇAĞRI DİNLEYİCİ
Prof. Dr. MUSTAFA HACIMUSTAFAOĞLU
Prof. Dr. İSMAİL ZAFER ECEVİT
Doç. Dr. NEVİN HATİPOĞLU
Prof. Dr. ATEŞ KARA
Prof. Dr. EMİNE KOCABAŞ
Prof. Dr. ZAFER KURUGÖL
Prof. Dr. NECDET KUYUCU
Prof. Dr. AYPER SOMER
Doç. Dr. ANIL TAPISIZ
Prof. Dr. HASAN TEZER

Çocuk Romatoloji Derneği

Prof. Dr. YELDA BİLGİNER
Prof. Dr. SEZA ÖZEN

Endokrin ve Metabolizma Derneği

Doç. Dr. CEYLA DEĞERTEKİN KONCA
Prof. Dr. SERPİL SALMAN

Ergen Sağlığı Derneği

Prof. Dr. ORHAN DERMAN
Dr. RAZİYE DUT
Dr. KAYI ELİAÇIK
Dr. LADEN JAFARİ
Dr. NURDAN TEKGÜL

Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu

Doç. Dr. HÜLYA AKAN
Doç. Dr. SERAP GENCER
Prof. Dr. KENAN HIZEL
Doç. Dr. ÇİĞDEM KADER
Prof. Dr. İFTİHAR KÖKSAL
Prof. Dr. ŞENOL TAŞBAKAN
Doç. Dr. EDİZ TÜTÜNCÜ

Halk Sağlığı Uzmanlık Derneği

Prof. Dr. LEVENT AKIN
Yrd. Doç. Dr. EVRİM ARSLAN
Prof. Dr. ALİ CEYLAN
Dr. MESTAN EMEK
Prof. Dr. MUZAFFER ESKİOCAK
Prof. Dr. TÜRKAN GÜNAY
Prof. Dr. İŞİL MARAL
Prof. Dr. PINAR OKYAY
Prof. Dr. C. TAYYAR ŞAŞMAZ
Prof. Dr. BURCU TOKUÇ
Yrd. Doç. Dr. MEHTAP TÜRKAY

Pediatric Uzmanlık Akademisi Derneği

Prof. Dr. EMRE ALHAN
Dr. BETÜL BENAS ÖKSEL

Dr. SEVCAN İMAM
Dr. ALİ ÖKSEL
Dr. İHSAN ÖZDEMİR
Dr. ECE TÜSÜZ ÖNATA
Dr. ŞEBNEM UYSAL ATEŞ

Sosyal Pediatri Derneği

Prof. Dr. ADEM AYDIN
Prof. Dr. GÜLBİN GÖKÇAY
Doç. Dr. SELDA KARAAVVAZ
Doç. Dr. FEYZA KOÇ
Prof. Dr. MEDA KONDOLOT
Uzm. Dr. BAHAR KURAL
Doç. Dr. SEVTAP VELİPAŞAOĞLU

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı

İSMET DEDE
Dr. FAHRİYE ÜNLÜ

T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği

CEMİL GÜNEŞ

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Dr. CEMAL AYAZOĞLU
Dr. BÜNYAMİN BİLGİÇ

Türk Ebeler Derneği

ELİF GEÇER
Yrd. Doç. Dr. NAZAN KARAHAN
NEZİDE TOPUZ

Türk Gastroenteroloji Derneği

Prof. Dr. MEHMET BEKTAŞ
Prof. Dr. DİLEK OĞUZ

Türk Geriatri Derneği

Öğr. Gör. Dr. MELTEM ŞENGELEN

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Doç. Dr. MİNE DURUSU TANRIÖVER

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Prof. Dr. MELİKE DOĞANAY
Op. Dr. GÜLENAY GENÇOSMANOĞLU
Doç. Dr. HAKAN YALÇIN
Dr. ELİF GÜL YAPAR EYİ

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği

Doç. Dr. MURAT GÜLTEKİN
Prof. Dr. FARUK KÖSE
Prof. Dr. NEJAT ÖZGÜL

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği

Prof. Dr. TEZER KUTLUK

Türk Kardiyoloji Derneği

Prof. Dr. SİNAN AYDOĞDU

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği

Doç. Dr. ALİ ACAR
Yrd. Doç. Dr. SEMA ALP ÇAVUŞ
Prof. Dr. ALPAY AZAP
Prof. Dr. AYŞE ERBAY
Uzm. Dr. ÇİĞDEM EROL
Prof. Dr. ESİN ŞENOL
Prof. Dr. NECLA TÜLEK

Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti

Prof. Dr. ÇİĞDEM KAYACAN

Türk Neonatoloji Derneği

Prof. Dr. AYL A GÜNLEMEZ

Türk Pediatri Kurumu

Prof. Dr. AHMET ARVAS
Uzm. Dr. DENİZ AYGÜN
Prof. Dr. ERGİN ÇİFTÇİ
Prof. Dr. EMEL GÜR
Uzm. Dr. HALİL ÖZDEMİR
Dr. AYSUN YAHŞİ
Uzm. Dr. OLCAY YASA

Türk Toraks Derneği

Prof. Dr. AYKUT ÇİLLİ
Doç. Dr. YAVUZ HAVLUCU
Prof. Dr. FÜSUN ÖNER EYÜBOĞLU
Prof. Dr. AYŞİN ŞAKAR COŞKUN

Türkiye Diyabet Vakfı

Prof. Dr. MEHMET SARGIN

Türkiye Milli Pediatri Derneği

Prof. Dr. ADEM AYDIN
Dr. TUĞBA BEDİR
Prof. Dr. SELDA BÜLBÜL
Prof. Dr. YILDIZ CAMCIOĞLU
Dr. BAHAR ÇAKIR
Prof. Dr. AYSU DUYAN ÇAMURDAN
Prof. Dr. MEDA KONDOLOT
Prof. Dr. ELİF N. ÖZMERT
Prof. Dr. FİLİZ ŞİMŞEK ORHON
Doç. Dr. ANIL TAPISIZ
Prof. Dr. HASAN TEZER

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

Prof. Dr. ÖZTEKİN ALGÜL
Prof. Dr. MEHMET ZİYA DOYMAZ
Prof. Dr. RIZA DURMAZ
Uzm. GİZEM KARAKURT TURAÇ
Uzm. TUBA ÖZBAY
Prof. Dr. AYKUT ÖZDARENDELİ
Dr. GÜLHAS SOLMAZ
Uzm. GÜLSEN YILMAZ
Uzm. KÜBRA YILMAZ

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

Uzm. Dr. BERNA AKINCI ÖZYÜREK

UNICEF

Dr. MEHMET ALİ TORUNOğLU

YARGITAY

M. KUBİLAY ÖZKILIÇ

BASIN

DEMET DEMİRKİR Haber Türk
ESRA ÖZ CNN Türk
SERAP TORUN Milliyet

3. ULUSAL AŞI ALİŐTAYI

MODÜL 1: İNFLUENZA AŞILARI

Panel: İNFLUENZA AŞILAMASI

Başkan: Hasan IRMAK, IŞıl MARAL

Raportör: KÜbra AYKAÇ

Panel sunumları:

1. İNFLUENZA epidemiyolojisi ve klinik önemi: Gülay KORUKLUOĞLU
2. İNFLUENZA aşıları: Ali BÜlent CENGİZ

Grup alıŐmaları

1. İNFLUENZA surveyansı ve takip sistemi

Aktivatör: Ayla AYDIN

2. İNFLUENZA aşılaması önündeki engeller ve çözüm yolları

Aktivatör: Aysın ŞAKAR ÇOŐKUN

3. Sağlık alıŐanları ve kamuoyunda İNFLUENZA ve İNFLUENZA aşıları algısı

Aktivatör: Fikret KURT

Panel Sunum Özetleri

Grip, İNFLUENZA virüsünün neden olduğu damlacık ve temas yoluyla bulaşan bir solunum yolu hastalığıdır. İNFLUENZA virüsü tüm dünyada akut solunum yolu enfeksiyonuna

sebeap olmakta, hafif bir klinik seyirden 6l6mle sonuqlanan ağır hastalık tablolarına kadar değişen farklı klinik spektrumda g6r6lebilmektedir. İNFLUENZA d6nyanın heryerinde 6nemli bir halk sağlığı sorunudur.

6lkemizde 2005 yılından bu yana “Sentinel İNFLUENZA Benzeri Hastalık (ILI) S6rveyansı” y6r6t6lmektedir. Toplam 180 aile hekimi 17 ilde bu s6rveyansı y6r6tmektedir. Aralık 2015’den bu yana da “Sentinel Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları (SARI) S6rveyansı” 5 ilde (Adana, Ankara, Erzurum, İstanbul, Samsun) yapılmaktadır. SAARI s6rveyansındaki 6rneklerde influenza ve diğer solunum yolu vir6sleri 6alışılmaktadır. T6rkiye genelinde belirlenen merkezler dışında kalan sağlık kurum ve kuruluşlarında vaka tanımına uyan kişilerden g6nderilen 6rnekler ve vaka bilgi formları da değerlendirmeye alınmaktadır.

Verilere g6re 2015-2016 yılları arasında influenza benzeri hastalığı bulunan hastaların 6rnekleri incelendiğinde, en sık tespit edilen etkenler sırası ile İNFLUENZA A H1N1, H3N2 ve İNFLUENZA B’dir. 2016-2017 sezonunda ise en sık g6r6len etkenler sırası ile İNFLUENZA A H3N2, İNFLUENZA B ve İNFLUENZA A H1N1’dir. İçinde bulunduğumuz 2017-2018 sezonunda ise sezon başında İNFLUENZA A H1N1 baskın olmakla birlikte sonrasında, İNFLUENZA B suşlarında artış tespit edilmiştir. Saptanan vir6sler oseltamivir ve zanamivire karşı duyarlıdır. 6lkemizden toplanan suşlar şubat ayında D6nya Sağlık 6rg6t6’n6n (WHO) laboratuvarına g6nderilmektedir ve buraya kuzey-g6ney yarım k6reden g6nderilen suşlarla beraber incelenerek, eyl6l ayına kadar, sonraki sene için en etkin olabilecek influenza aşısı 6retilmektedir. 6lkemizde aşılama her yıl eyl6l ayında başlamaktadır ve mayıs ayına kadar devam etmektedir.

İNFLUENZA aşıları, inaktif ve canlı attenuue aşılar olmak 6zere iki eşitirdir ve d6nya genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İçerdikleri aşı suşlarına g6re ise influenza aşıları trivalan ve quadrivalan olarak ikiye ayrılmaktadır. Trivalan aşılarda H1N1 tipi, H3N2 tipi

influenza A virüsü ve bir influenza B virüsü suşu bulunmaktadır. Kuadrivalan aşılar ise 2 influenza A suşu yanında iki influenza B suşunu içermektedir. İnaktif influenza aşıları 6 aylıktan büyük olan herkese uygulanabilmektedir.

İnfluenza enfeksiyonu için risk altında olan gruplar ve aşılınması gereken kişiler;

- Hamileler
- Sağlık çalışanları
- 6 ay – 5 yaş arası çocuklar
- > 65 yaş erişkinler
- <19 yaş, uzun süreli aspirin tedavisi alanlar
- Kronik medikal sorunları olanlar (solunumsal, kardiyovasküler, renal, hepatik, hematolojik, metabolik, nörolojik, nöromüsküler)
- Bağışıklığı baskılanmış bireyler
- Morbid obezler (BMI \geq 40)

İnfluenza tamamen sağlıklı kişilerde bile hastanede uzun süre yatış, komplikasyonlar ve ölümlerle seyredabilmektedir. Bu nedenle influenza aşılarının titizlikle uygulanması gerekmektedir.

Ülkemizde iki firmanın (Sanofi Pasteur ve GSK) aşıları piyasada mevcuttur. Şu anda ülkemizde aşı uygulamasını arttırılması öncelik taşımaktadır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta influenza sürveyansı ve takip sistemi konusu tartışıldı.

Ülkemizde uygulanmakta olan influenza sürveyans sistemi temel olarak yeterlidir denildi. Risk gruplarının ve yaş gruplarının analizinin aşı uygulayıcıları ile ayrıntılı olarak paylaşılmasının yararlı olabileceği vurgulandı. Ölüm bilgi sistemi veya farklı yollarla influenzaya bağlı ölümlerin nasıl saptanabileceği yönünde çalışma yapılması önerildi. Ayrıca hastalık yükü, aşının kapsayıcılığı çalışmalarının da yapılmasının yararlı olabileceği belirtildi. Gebe ölümlerinde influenza'nın yeri sayılarla ortaya konulmalıdır denildi.

Sürveyans verilerinin tüm hekimlere dernekler yolu ile iletilmesinin yararlı olacağı vurgulandı. Aile hekimlerinin sürveyans hakkındaki farkındalığı artırılmalıdır şeklinde görüş bildirildi. Verilerdeki eksikliğin nedeninin, hastalık takibi için gerekli bilgilerin formu dolduran hekimler tarafından tam olarak doldurulmaması olduğu vurgulanarak bu konuda elektronik influenza takip sistemi ile sorunun önüne geçebileceği belirtildi. Verileri doldurmak üzere hastanelerde bu konuda profesyonelleşmiş kişiler olmasının sürveyansın etkinliğini arttıracacağı söylendi. Sürveyansa katılan hekimler, motivasyonu da arttırmak amacı ile teşekkür belgesi ile bile olsa ödüllendirilmelidir denildi. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yanı sıra üniversite hastanelerinin de sürveyans sistemine katılması gerektiği vurgulandı.

İkinci grupta influenza aşılması önündeki engeller ve çözüm yolları konusu tartışıldı.

Bu konunun, hasta, hekim ve toplum ile ilgili engeller ve çözüm yolları olarak ele alınması önerildi. Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim programları düzenmelidir denildi. Kongrelerde influenza aşılması ile ilgili zorunlu oturum, hizmet içi eğitim, öğrenci kongreleri, öğrenci aşılması ve eğitim programlarına zorunlu katılım bu konuda alınacak

önlemler olarak belirtildi. İnflunza komplikasyonları, mortalitesi, iş gücü kaybı, maliyeti, tanı testleri, uygun tedavi ve aşılama konusunda eğitimler verilmelidir denildi.

İnfluenza aşısını uygulayan aile hekimleri ve diğer sağlık personeli için performans uygulaması ve elektronik ortamda mail, mesaj, hasta veri tabanı sisteminde uyarıcı sistemler oluşturulmasının yararlı olacağı belirtildi.

İnfluenza hastalığı için komplikasyon oluşturma riski yüksek olan popülasyona yakın temasda bulunduğu için sağlık personelinin aşılama oranlarının mutlaka artırılması gerekmektedir denildi. Sağlık personeline aşı olması için yaptırımda bulunulmasının yararlı olacağı vurgulandı. Aşığı uygulayan personel için ise aşılama hedef kotaları konulabilir konusu gündeme getirildi. Sağlık personeline web tabanlı eğitimler verilebilir.

İnfluenza aşısının romatizmal hastalıkların aktivasyonuna neden olduğu gibi yanlış bilgiler engellenmeli, kamu spotları hazırlanarak medya aracılığı ile toplum influenza aşısı hakkında bilgilendirilmeli denildi. Aile bireylerinin ve bakıcılarının aşılama yoluyla koza stratejisinin yararlı olabileceği tartışıldı.

Üçüncü grupta sağlık çalışanları ve kamuoyunda influenza ve influenza aşıları algısı konusu tartışıldı.

Halkın doğru bildiği yanlışları ve inanışları anlayıp doğru bilgilendirmenin ve gribin ne olduğunun, soğuk algınlığı ile farklarının, influenza aşısı hakkında bilginin ve aşı yapılmadığı takdirde neler olabileceği ile ilgili bilgilendirmenin önemi tartışıldı. İnfluenza aşısı ile ilgili bilgilendirirken negatif ve aşı yan etkileri üzerinden değil, aşı olduğu takdirde hangi hastalık ve durumlardan korunduğunu anlatmanın daha önemli olduğu vurgulandı. Bireysel koruyucu hekimlik kapsamında aşı danışmanlığının kişinin sosyokültürel durumuna göre ve risk durumuna göre, kişiye özel olarak verilmesinin önemi üzerinde duruldu. Aile hekimliği uygulamasında sürekliliğin verdiği güven ilişkisine dayalı hasta-hekim iletişimi,

kişilerin aşı yaptırma davranışlarını etkilemeleri açısından önemlidir ve birinci basamak sağlık hizmetleri aşılama oranlarının artması açısından önemlidir denildi.

Sağlık çalışanlarının doğru bilgilendirilmesiyle, aşılama oranlarının da artacağı belirtildi. Bu nedenle sağlık çalışanlarının influenza aşısı hakkındaki inanışların ve algıların belirlenip, yanlış inanışlar ve bilgiler üzerinden doğru bilginin verilmesi gerektiği vurgulandı. Gribin hayatı tehdit edebilecek bir hastalık olduğu, aşının güvenli olduğu, ciddi yan etkilerinin olmadığı vurgulanmalıdır denildi. Sağlık çalışanlarına aşı yaptırılmadığı takdirde, influenza geçirmeleri durumunda hastalarına ve evindeki çocuk ve yaşlılara hastalığı bulaştırabileceklerinin vurgulanması gerektiği tartışıldı. Sağlık çalışanları aşı yaptırmak istemediğinde, aşı yaptırmadığına dair bir belgenin imzalatılmasının, sağlık personelinde aşılama oranlarını artırabileceği belirtildi. Sağlık çalışanlarının önerisinin çok önemli olduğu ve «ben aşılandım, size de öneririm» vurgusunun yararlı olduğu düşünülmelidir denildi. Önce sağlık çalışanlarının ikna olması ve önermesi gerekmektedir. Aşı reddi ile ilgili yasal düzenleme yapılması önerilir. Aile hekimliğinde erişkin aşılama pozitif performansın değerlendirilebileceği tartışıldı. Hekimin aşığı risk gruplarına önermesi, bir yükümlülük olmalı, hukuki sorumlulukları olmalıdır denildi.

Aile hekimi dolaplarında ve hastanelerde hazır aşı bulunursa, hastaların aşılama oranı arttırılabilir denildi.

MODÜL 2: PNÖMOKOK AŞILARI

Panel: Pnömonokok Aşılması

Başkan: Firdevs AKBAŞ, Emine KOCABAŞ

Raportör: Sevgen TANIR BAŞARANOĞLU

Panel Sunumları

1. Pnömonokok epidemiyolojisi: Yasemin ÖZSÜREKÇİ
2. On valanlı NTHI protein D konjuge pnömonokok aşısı: Bernard HOET
3. 13 valanlı KPA: Bülent TAYŞI
4. Yetişkinlerde pnömonokok aşılması: İftihar KÖKSAL

Grup Çalışmaları

1. Çocuklarda pnömonokok aşılması: Epidemiyoloji
Aktivatör: Nezahat GÜRLER
2. Çocuklarda pnömonokok aşılması: Aşı etkinliği
Aktivatör: Hasan TEZER
3. Yetişkinlerde pnömonokok aşılması
Aktivatör: Gülşen HASÇELİK

Panel Sunum Özetleri

Pnömonokok epidemiyolojisi

Streptococcus pneumoniae gram-pozitif, katalaz negative, fakültatif anaerob bir diplokoktur. Pnömonokokun önemli virülans faktörlerinden biri olan kapsül sitoplazmada sentez

edilen, polimerize olduktan sonra hücre membran transferaz ile bakteriyel yüzeye taşınan tekrarlayan oligosakkaritlerden oluşur. Kapsüller polisakkaritler serotiplendirmede kullanılmakta ve virülans serotipe göre değişkenlik göstermektedir (1, 7F daha çok invazif hastalık; 3, 19F düşük invazif hastalık fakat yüksek mortalite gibi). Kapsül nötrofil fagositozundan ve klasik kompleman-aracılı bakterisidal aktiviteden sorumludur ve korunmada temel bir rol oynar. Çok az toksin üretir. Pnömolizin ve otolizin pnömokokkal hastalık patogenezinde katkıda bulunan kapsül dışı proteinlerdir. Pnömonik yoğun inflamatuvar yanıt oluşturabilme kapasitesi ile hastalığa neden olur. Çoğu tutulan organda inflamatuvar yanıt hastalığın kendisidir. İnvaziv pnömokokkal hastalık (İPH) menenjit ve sepsisi kapsar ve İPH için risk faktörleri belirlenmiştir. Sağlıklı bireyde ise kolonizasyon önemli bir tetikleyici faktör olarak görülmektedir. Öncesinde sağlıklı nazofarengeal taşıyıcılığı olan bireylerde dokulara lokal yayılım, komşuluk yoluyla damar invazyonu ve bakterinin hematogen yayılım ile İPH gelişebilmektedir.

İPH pnömokok enfeksiyonlarının en ciddi formu olup, temel olarak çok küçük çocukları ve yaşlıları etkiler. İki yaş altı ve 65 yaş üstü en riskli gruplardır. Dünya Sağlık Örgütü 2008'de pnömokokun yaklaşık 1.6 milyon ölümden sorumlu olduğunu rapor etmiştir. Coğrafik olarak pnömokokkal hastalık mortalite oranları değişkenlik göstermektedir, özellikle Afrika kıtasında 5 yaş altı çocuklarda pnömokokkal mortalite 100 binde 500'ün üzerinde olduğu bildirilmektedir.

Pnömoni pnömokokun neden olduğu hastalıklar içinde büyük yükü oluşturur. Çocuklarda olgu fatalite hızı pnömoni için %5 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde hastalık yükünü belirlemeye yönelik veriler henüz net olmamakla birlikte, serotip belirleme çalışmalarında önde gelen serotiplerin 19F ve 6B olduğu görülmektedir. Pnömonin yanında menenjit de pnömokokkal hastalıkta dünya çapında yıllık bir milyon olguya neden olan, antibiyotik tedavisine rağmen olguların %30'unda nörolojik komplikasyonlara neden olan ciddi bir

problemdir. Ülkemizdeki menenjit sürveyansı verilerine göre son 5 yılda bakteriyel menenjit etkenleri arasında %10-20 olguda pnömokok etken olmaktadır.

Laboratuvar destekli pnömokokkal sürveyans tüm tablonun yalnızca bir kısmını prezente etmekte, kültür negatif menenjit ve pnömoni olguları buzdağının görünmeyen kısmını oluşturmaktadır. Aşılamanın dünya genelinde uygulamaya girmesinden sonra, aşı kapsamındaki suşlarda belirgin azalma görülmüş, aşı dışı suşlar etken olarak görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle pnömokokkal hastalıkta yıllar içinde coğrafik değişimlerin izlenmesi büyük önem kazanmaktadır.

Güncel olarak, ocuk hastalarda uygulamada olan 2 tür konjuge pnmok aşısı (KPA) vardır (Synflorix, GSK ve PCV13, Pfizer). Bu aşılar içerdikleri serotipler ve konjuge edilen proteinler ve konjugasyon biyokimyası açısından farklılıklar göstermektedirler. Bu farklılıklardan bağımsız olarak, alan etkinliğine dair veriler göstermektedir ki, her iki aşının gerçek yaşam etkileri karşılaştırılabilir durumdadır.

On valanlı aşı

Synflorix 39 leknin ulusal aşı şemasındadır. Özgül olarak Synflorix'in aşı içerisinde olmamakla birlikte, 19A serotipi için belli oranda çapraz koruyuculuk gösterdiği bildirilmektedir.

İsveç'de farklı bölgeler seçtikleri aşıyı uygulayabilmektedir ve ulusal sürveyans yapılmaktadır. Bu uygulama IPH'da aşı etkinliğini karşılaştırmaya olanak sağlamıştır. Yazarlar, bölgeler arasında farklı aşı uygulamaları sonucunda genel aşı etkisi açısından farklılık olmadığını bildirmektedir. Farklı aşı uygulanan bölgeler arasında serotip dağılımında özellikle yaşlılarda farklılıklar grlmektedir. Synflorix kullanılan bölgelerde 19A ve 6C'de artış gözlenirken, PCV13 uygulanan bölgelerde aşı dışı tiplerle ilişkili hastalık grlmektedir.

Bazı uluslararası organizasyonlar, mevcut veriyi gözden geçirerek her iki KPA 'nın İPH ve pnömonide yakın oranda etkili olduklarını bildirmiştir

13 valanlı KPA

Bugün itibari ile KPA13, 118 ülkenin ulusal aşı şemasında bebeklere rutin olarak uygulanmakta ve uygulayan önemli ülkelerin ulusal sürveyans sonuçları düzenli olarak yayımlanmaktadır. Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) verilerine göre, 5 yaş altı çocuklarda KPA13'ün içerdiği serotiplere bağlı İPH yükü %84 azalmıştır. Serotip spesifik insidans sonuçlarına bakıldığında, 19A'da %85, 7F'de %96, serotip 3'te ise %79,5 azalma kaydedilmiştir. KPA13 kullanan ülkelerde de tüm aşı serotiplerine benzer şekilde serotip 19A'da azalmalar gösterilmiştir. KPA13 kullanmakta olan İsrail'de alveolar pnömoni nedeniyle hastane başvurularında 5 yaş altı çocuklarda %46 azalma görülmüştür. KPA13 kullanmakta olan İngiltere'de KPA13 kullanımı sonrası dönemde tüm nedenlere bağlı AOM insidansında, 10 yaş altı çocuklarda %51 azalma görülmüştür. Türkiye'de ulusal aşı programında KPA13 uygulanmasıyla birlikte çocuklarda pnömokok menenjitlerinde %72 azalma mevcuttur.

KPA13 ile aşılanan çocuklarda aşının taşıyıcılığa karşı gösterdiği güçlü etki ile aşı yapılmayan diğer yaş gruplardaki indirek koruma sonuçları da aşılamanın toplumsal halk sağlığına etkisini göstermesi açısından çok değerlidir.

Yetişkinlerde pnömokok aşılması

Yetişkin aşılamaında önerilen aşılar arasında pnömokok aşıları önde gelen aşılandıdır. Pnömomokok aşısı ve grip aşısı yapılan bireylerde mortalite oranlarında aşı olmayanlara göre %50 azalma sağlamıştır. Ayrıca pnömokok aşıları antibiyotik direncini önlemeye de katkı sağlamaktadır. Konjuge pnömokok aşılarının kullanıma girmesi ile penisiline dirençli pnömokok suşlarında ve çoklu antiyotik dirençli suşlarda %50 üzerinde azalma sağlanmıştır.

Pnömonok aşlarının yararı bilimsel verilerle kanıtlanmış olmasına rağmen maalesef aşılama oranları olması gerekenin çok altındadır.

Yetişkinler için iki tip pnömokok aşısı mevcuttur: 23 valanlı polisakkarit aşılar ve 13 valanlı KPA. Konjuge aşılar, polisakkarit aşılarından daha az antijen içerse de, polisakkarit aşılarından farklı olarak immün bellek oluşturur ve etkisi uzun dönem devam ettiğinden rapel dozlara gerek olmaz.

Dünyadaki ve ülkemizdeki rehber önerileri doğrultusunda, 65 yaş üzerindeki bireylerin eğer pnömokok aşılama öyküsü yoksa tek doz konjuge aşıdan 6-12 ay sonra tek doz polisakkarit aşı yapılması önerilmektedir. 65 yaş öncesinde polisakkarit aşı yapılmışsa; bir yıldan erken olmamak koşulu ile, konjuge aşı uygulanmalıdır. Bu yaş grubu için ilk polisakkarit aşıdan sonra en erken 5 yıl sonra ve konjuge aşıdan 12 ay sonra polisakkarit aşı yapılmalıdır. 65 yaş sonrasında polisakkarit aşı yapılmışsa bir yıldan kısa olmamak koşulu ile tek doz konjuge aşı önerilmektedir.

65 yaş altındaki risk gruplarında ise önce konjuge aşı yapılmalı, 8 hafta sonra polisakkarit aşı yapılmalıdır. Eğer immünsüpressif bir durum söz konusu ise, polisakkarit aşılarından 5 yıl sonra bir doz daha polisakkarit aşı önerilmektedir. Ülkemizde her iki aşı da belirtilen bu gruplarda geri ödeme kapsamındadır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta çocuklarda pnömokok epidemiyolojisi tartışıldı.

Sürveyans sağlık hizmetleri; özellikle enfeksiyon hastalıklarının nasıl ortaya çıktığı; dağılımı; yaş, cinsiyet ve ırka göre insidansı, korunma ve kontrolü ile ilgili yapılan çalışmalardır. Sürveyansın hedefi enfeksiyon hastalıklarının morbidite ve mortalitesinin azaltılması, aşı ile önlenebilecek hastalıklardan korunma ve kontrolün sağlanması ile sonuç olarak antibiyotik direncinin önlenmesidir. Türkiye’de çocuklarda invazif enfeksiyonlara neden olan pnömokok suşlarının serotiplendirmesi, pnömokok aşılarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve antibiyotik direncini saptamak için sürveyans çalışmalarının sürdürülmesinin gerekliliği tartışıldı. Konjuge pnömokok aşılarının taşıyıcılık üzerine azaltma yönünde etkisi olduğu ve aşılarda penisilin direncini azaltıyor olması bilgilerinden yola çıkılarak, sürveyans çalışmalarının; yaş gruplarına göre, invazif hastalıkta ve nazofarengeal taşıyıcılıkta etkenlerin serotiplendirilmesi ve antibiyotik dirençlerinin belirlenmesi açısından önemi vurgulandı. Henüz ülkemizde kesin olmayan hastalık yükünün ortaya konmaması nedeniyle, çocuk vakalarında sıklıkla görülen ampiyem ve pnömoni vakalarında ve akut otitis mediada pnömokokun etyolojisindeki yerinin belirlenmesinin, hastalık yükünü belirlemede önemli olduğuna dikkat çekildi. Bu veriler dahilinde hastalık ve aşı maliyet hesaplamalarının da yapılabileceği belirtildi. Sürveyans çalışmalarında sürveyansa katılan merkez sayılarının önemi üzerinde duruldu. Üniversite hastanelerinin yanında, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin de sürveyansa katılmasının uygun olacağı bildirildi. Sürveyans çalışmalarında izole edilen suşlarda moleküler çalışmaların ve klonal farklılıkların saptanması için sekanslama yapılması için adımlar atılmasının da önemli olduğu belirtildi.

İkinci grupta çocuklarda pnömokok aşılarının etkinliği konusu incelendi.

Türkiye’de KPA7 valanlı olarak Mayıs 2008 doğumlulardan başlamak üzere Kasım 2008’de ulusal aşı programına girmiştir. Ulusal aşılama programındaki KPA7, 2011 yılında

KPA13 ile değiştirilmiştir. Konjuge pnömokok aşılmasından sonra ülkemizde İPH insidansı 2009-2015 arasında yüz binde 7.71'den 1.58'e düşmüştür. Çok merkezli menenjit sörveyansında ise, pnömokokların çocukluk çağı bakteriyel menenjitlerde oranı 2007 ile 2017 arasında %36'dan %9.6'ya düşmüştür. Aşının içerdiği serotip kaynaklı hastalıklarda azalma olurken, aşı dışı serotiplerde artış saptanmıştır. Toplamda pnömokokkal hastalık yükünde belirgin azalma görölmektedir. Aşıların giderek daha fazla sayıda çocuğa uygulanmasının yanı sıra, kapsama oranı geniş aşıların geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır. Her iki KPA'nın da, içeriğindeki serotiplere karşı etkinliği yüksektir, iki aşıyı aynı ortamda karşılaştıran etkinlik çalışması yoktur. Daha büyük nüfusta uygulandığından, KPA13 ile ilgili veri daha fazladır, ancak KPA10 uygulanan ölkelerde de İPH sıklığında azalma kaydedilmiştir. KPA13 ile yapılan çalışmalarda ise hem klinik hem de bakteriyolojik olarak tanı konulan akut otitis media yükünde; KPA10 ile yapılan çalışmalarda klinik olarak tanı konulan akut otitis media yükünde azalma mevcuttur. Aynı zamanda KPA, pnömokokta penisilin direncinde azalmaya da neden olmaktadır.

Üçüncü grupta yetişkinlerde pnömokok aşılması konusu tartışıldı.

Erişkin pnömokok aşılmasında sağlık çalışanlarının yeterli bilgilerinin olmadığı belirtildi. Bu konuda özellikle aile hekimleri olmak üzere kronik hastalıkları izleyen iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, romatoloji, endokrinoloji ve kadın hastalıkları uzmanlarına da farkındalık eğitimleri verilmesi gerekliliği üzerinde duruldu. Ek olarak tüm branşlarda bağışıklama konusunda mezuniyet sonrası eğitim verilmesinin önemi vurgulandı.

Erişkin aşılanmasının hangi birimlerde yapılacağı konusu da tartışıldı. Toplum Sağlığı Merkezleri de dahil olmak üzere birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren tüm sağlık birimlerinde ve kronik hastalıkları izleyen tüm birimlerde uygulanmasının uygun olacağına karar verildi. Bunun için aşı odaları tahsis edilmesi ve aşılanmanın aşı kartları ve bilgisayar

sistemleri ile kayıt altına alınması, bu verilerin paylaşılabılır olması ve bireylerin farklı başvurularında izlenebilir olması gerekliliği vurgulandı. Hali hazırda branş hekimleri tarafından bireyler aile hekimliklerine aşılama için yönlendirilirken, aşılamamanın doğru yapılabilmesi için, yönlendirmeyi yapan hekim tarafından not yazılmasının uygun olacağı üzerinde duruldu.

MODÜL 3: YETİŞKİN AŞILAMASI

Başkan: Aykut ÇİLLİ

Raportör: Musa Gürel KUKUL

Panel Sunumları:

1. Dünyada yetişkin aşılması: Necla TÜLEK
2. Ülkemizde yetişkin aşılması: Esin ŞENOL

Grup Çalışmaları

1. Yetişkin aşılmasının arttırılmasında kurum ve derneklere düşen görevler

Aktivatör: Mine Durusu TANRIÖVER

2. Yetişkin aşılmasının arttırılmasında alınması gereken acil önlemler

Aktivatör: Alpay AZAP

3. Yetişkin aşılmasının arttırılmasında uzun dönemde yapılması gerekenler

Aktivatör: Tayyar ŞAŞMAZ

Panel Sunum Özetleri

Tüm dünya genelindeki uygulamaya bakıldığında erişkin aşılmasında çocuk aşılmasında elde edilen başarının yakalanamadığı görülmektedir. Günümüzde erişkinlerde aşı ile engellenebilir hastalıklardan ölüm sayısı çocukluk çağının en az ikiyüz katıdır. Diğer yandan dünyada yaşlı nüfus gitgide artmaktadır. Erişkin aşılama ya da her yaşa uygun aşılama tüm dünyada kabul edilen yeni aşılama hedefi haline dönüşmüştür.

Erişkin aşılamada önerilerinde kişinin yaşı, yaşam tarzı, sağlık durumu, mesleği ve hobileri göz önüne alınarak gerekli aşılarda saptanır. Kapsamlı bir erişkin aşılamada uygulaması olan gelişmiş ülkelerde bile aşılanma oranları, risk durumlarında veya özel sağlık koşullarında dahi istenilen seviyeye ulaşmamıştır. Hemen hemen her ülkenin erişkin aşılamada takviminde yer alan ve özellikle ileri yaşlarda mutlaka yapılması gereken grip ve pnömokok aşıları için uygulama oranları oldukça düşük seviyelerde kalmaktadır. Ülkelerin ekonomik durumları ile aşılarda geri ödeme koşulları başlıca belirleyiciler olup, refah düzeyine göre aşılanma oranları da artmaktadır. Aşılamada birey, toplum, aşı sağlayıcılar, ulusal sağlık otoritesi en önemli paydaşlardır. Hekim önerisi aşılamada çok değer kazanmaktadır. Kişilerin aşılamada hizmetlerine kolayca ulaşabilecekleri modeller ülke koşullarına uygun olarak planlanmalıdır.

Erişkin aşılamada oranları ülkemizde de, dünyadaki gibi, istenilen düzeylerde gerçekleşmemekte, istenilen hedefler tutturulamamaktadır. Erişkin aşılamada dünyada hedeflenen çoğu aşının geri ödemesi ülkemizde karşılanmaktadır ya da ülkemizde bu aşılarda yerinde temini sağlanmaktadır. Her iki durumda da kişiler aşıyı ücretsiz edinebilmektedir. Buna karşın, ülkemizde erişkin aşılamada oranları kabul edilemeyecek kadar düşük oranlardadır. Bu sorunun aşılabilmesi için, erişkin hasta bakan her hekim, erişkin aşılamada ile ilgili yeterli donanıma ve bilgiye sahip olmalı ve erişkin aşılamada önerilerinde bulunmayı hekimlik uygulamasının parçası olarak kabul etmelidir.

Başta grip ve pnömokok olmak üzere, yaş, meslek ve diğer risk gruplarının gerektirdiği tüm aşılarda erişkinlere önerilmelidir. Unutulmamalıdır ki aşılarda yüksek oranda uygulanabilmesi, bireylerin ve toplumun sağlıklı olmasının önkoşullarındandır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Yetişkin aşılması için neler yapılması gerektiği tartışıldı.

Yetiřkin aşılmasının artırılmasında kurum ve derneklere dūřen gōrevler irdelendiğinde,

Hastalık verilerinin halkla ve sağlık çalışanları ile dūzenli olarak paylaşılmasının, aşılmanın epidemiyolojik olarak gerekli olduğunun bilimsel verilerle ortaya konulması yoluyla farkındalığı artırabileceği, bu verilerin gerekirse dūzenli olarak kampanyalar ve basın toplantıları yoluyla duyurulması sağlanarak halkın sağlıklı bilgiye erişiminin kolaylaştırılması gerektiği ifade edildi. Bu kamuoyunu oluşturmak için web sitesi kurmanın ya da kamu spotları hazırlamanın da önemli bir yōntem olabileceği dūřünüldü.

Eriřkin ařılması ile ilgili gōstergelerin ‘kalite indikatōrleri’ olarak uygulamayı teřvik için kullanılmasının öneminin altı çizildi. Aynı zamanda uzmanlık derneklerinin ulusal gereklilikleri gūncellerken eriřkin ařılmadan bahsetmesinin, eriřkin ařılama konusunu hekimler nezdinde daha gōrūnūr kılabilmek için faydalı olabileceęi dūřünüldü. Uzmanlık derneklerinden temsilcilerin bir araya gelip bu çalıřmaları planlaması ve sūreklilięinin saęlanması ile dernekler arası kalıcı ayrı bir koordinasyon platformunun oluřturulması oldukça önemli ve gerekli gōrūldü. Hep beraber ve eřgūdūmle hareketi saęlayacak eriřkin ařılama bilgilerinin uzman hekimlere kazandırılması için uzmanlık eęitim mūfredatlarının içerisine program yerleřtirilmesi gerektięi dūřünüldü. Yukarıda sōzū edilen kurulun bu eęitimin eřgūdūmünde de rol alabileceęi dūřünüldü.

Adolesan aşılmasındaki dūřūřle beraber çocukluk aşılmaları ile erişkin aşılması arasında bütūnlük algısının toplumda oluşturulamamasının erişkin aşılmasının yaygınlığının sağlanamamasının önemli sebeplerinden biri olduğu dūřünüldü. Adolesanlara erişkin aşılmanın önemini kavratmak için, sosyal medyanın etkin kullanımının sağlanması gerektiğine karar verildi.

Okul çocuklarının ebeveynlerini teşvik etmede güçlü rolü olabileceği göz önüne alınarak, aşılamanın her yaşta önemli olduğunu anlatan programların Milli Eğitim müfredatına yerleştirilmesi gerektiği, çocukların ailelerinin aşılama yaptırması için itici güç olabileceği vurgulandı.

Sağlık okuryazarlığını artırmak için yapılan girişimlere destek olunması ve bu açıdan günümüz koşullarında sosyal medyaya ek önem verilerek bilgi verme sürecinin planlanması gerekli görüldü.

Yetişkin aşılmasının arttırılmasında alınması gereken acil önlemler irdelendi.

Erişkin aşılmasını arttırmada en hızlı ve dramatik fayda sağlayacak eylemin herhangi bir nedenle herhangi bir polikliniğe başvuran hastaya hastaneye geliş fırsatını kaçırmadan, şikâyeti ne olursa olsun, aşılama önerisi yapılması olduğuna karar verildi. Hastaneye gelişten doğan aşılama fırsatının optimal değerlendirilmesi için aşılama hatırlatma amacıyla otomatik hekim ve hasta uyarı sistemlerinin ülkemizde de kurulması gerektiği vurgulandı. Bu açıdan bu hasta uyarı sistemlerini kullanan Amerikan Pediatri Akademisi gibi merkezlerin işlettiği düzen incelenerek, E-nabız veya diğer hastane sistemlerine entegre bir aşı sisteminin kurulması gerektiği düşünüldü. Önerilen aşı takip sisteminden maksimum fayda sağlanması için ailelere ikna edici bilgilendirilmeler yapılması ve bu hatırlatmalarda zorlayıcı tutum takınılması gerektiği düşünüldü. Hekim uyarı sistemine gelince, aşı kayıtlarının doğru tutulması ve paylaşılmasının önemine tekrar değinilirken, aşı bilgisi kişisel bilgi kabul edildiğinden, hekimin görebileceği bir aşı takip sisteminin şu an için yasal zemininin olmadığı ve bu durumu düzetmek için girişimlerde bulunulması gerektiği hususunda mutabık kalındı. Mevcut sistemde her birim bağışıklama oranlarını yalnız kendi takip edebilirken, uzmanlık derneklerinin verileri birbiriyle paylaşabileceği ortak bir sistem kurulmasının rekabetçi bir ortamda hekimleri teşvik edebileceği düşünüldü.

Aşılama konusunda başarılı bir rol modelin bulunup tecrübelerinden faydalanılması, kısa dönemde erişkin aşılmasını daha popüler kılabileceği düşünüldü.

Risk gruplarındaki aşılamaı artırmak için risk gruplarındaki hastaları yakalama fırsatı en yüksek olan sağlık personelinı yetkilendirmek ve hastane bünyesinde bu hastaları takip edecek bir aşılama takip komitesi kurulmasını sağlamak gerekli görüldü.

Yetişkin aşılmasının artırılmasında uzun dönemde yapılması gerekenler irdelendiğinde,

Erişkin aşılmasını uzun dönemde artırmak için öncelikle sağlık çalışanlarının yürekten inanmasını ve böylece aşılamaı yeterli önemi vermelerini sağlamanın gerekli olduğu düşünüldü. Aşı ile önlenebilir hastalıklar sürveyansının bütün yaş gruplarında etkin olarak yapılması ve düzenli olarak paylaşılması gerektiği belirtildi. Ancak tek başına bu şartı sağlamanın farkındalığın oluşmasına yetmeyeceği, halkın da erişkin aşılamaına inancını pekiştirmek için görüşüne önem verdiği toplumdaki siyasi önderlerin de bu yönde açık kanaat belirtmesi gerektiği belirtildi. Bu açıdan yetişkin eğitiminin bir parçası olarak akran eğitiminin önemli olduğuna ve yaygınlaştırılması gerektiğine karar verildi.

Aşıya erişimin kolaylaştırılması için erişkin aşılamaı yapabilecek merkezlerin sayıca artırılması kararı alındı. Şimdiki statülerinde aile sağlığı merkezlerinin zorunlu çocuk aşıları gibi erişkin aşılarını da takip etmekle yükümlü olduğu tekrar belirtildi. Bununla beraber E-nabız sistemiyle entegre aşı takip sistemi gibi çözümlerin sağlanması halinde erişkin aşılamaını daha verimli takip edebilecekleri düşünüldü. Çocukluk çağı aşıları gibi, erişkin aşı lojistiğinin de aile sağlığı merkezlerinde sağlanması gerektiği düşünüldü. Aile sağlığı merkezleri dışında erişkin aşılama uygulamasının takibini iş sağlığı hekimlerinin de yapabileceği ön görüldü. Yeni işe girenlerin eksik erişkin aşılarının yapılarak işe başlamasının sağlanabileceği tartışıldı. Yeni aşı uygulama noktaları oluşturularak, bu noktaların sadece

erişkin aşlamaya bakacak bir düzende kurulabileceği düşünöldü. Bununla beraber kimi katılımcılar böylesi bir uygulamada birden fazla sorumlu merkez ilanının uygulamada karışıklık ve aksamaya yol açacağını, dolayısıyla sorumlu merkezlerin farklılaştırılmaması gerektiğini belirttiler. Toplumun yapılan işin gerekliliğine ikna olması için TUİK ve Sağlık Bakanlığı aşısı ile önlenebilir hastalık vaka ve ölüm bilgilerinin ulaşılabilir olması gerektiği belirtildi.

MODÜL 4: AŞILARIN UYGULAMASINDA PROBLEMLER: AŞI REDDİ VE ÇÖZÜM YOLLARI

Panel: Aşı uygulamasında problemler, aşı reddi ve çözüm yolları

Başkan: Osman Topaç, Ergin ÇİFTÇİ

Raportör: Cihangül BAYHAN

Panel Sunumları:

1. Aşı reddinde medyanın rolü: Esra ÖZ
2. Aşı reddinin hukuki yönleri: Mehmet Kubilay ÖZKILIÇ
3. Kamuoyu algısı: Levent AKIN

Tartışma

Grup çalışmaları:

1. Medya ile ilgili sorunlar ve çözüm yolları (Yazılı basın, görsel basın, sosyal medya)

Aktivatörler: Serap TORUN, Zafer KURUGÖL

2. Hukuki sorunlar ve çözüm yolları

Aktivatörler: Cemil GÜNEŞ, Pervin ÖZELÇİ

Panel Sunum Özetleri

Aşı reddinde medyanın rolü

Sadece hekimler değil, gazeteciler de kendi alanları olmayan konularda toplumu ikna edecek düzeyde beyanlarda bulunabilmektedir. Beyanda bulunan bireyin uzmanlık alanının, beyanda bulunduğu alanla ilgili çalışmalarının olup olmadığının sorgulanması gereklidir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı bilinci, halk, medya ve hekimler arasında oluşturulmalıdır. Sağlık alanında bilgi vermek üzere medya ile iletişim kurulurken olabildiğince sade bir dil kullanımına, karışık olmayan, anlaşılmayan cümleler kurulmamasına dikkat edilmesi

gerekmektedir. Aksi halde halk daha anlaşılır şekilde sunulan komplo teorilerine inanmaya başlamaktadır. Sosyal medyada aşı yaptırmayarak çocuklarının sağlığını koruduğunu iddia eden, açık veya gizli şekilde faaliyet gösteren kişi ve grupların sayısı giderek artmaktadır. Aşı reddi sayısı da yıllar içinde giderek artmaktadır. Bu faaliyetlerin karşısında, alanında uzman kişilerin susarak değil, medyada daha aktif şekilde ve sade bir dil kullanarak yer alması gerekmektedir. İnsanların duygularıyla hareket ettiği kabul edilmeli, medyanın ve halkın vakaları ve bu vakaların hikayelerini sevdiği ve takip ettiği akılda tutulmalıdır. Buradan yola çıkarak medyada aşı yaptırmamış ve sonrasında sorun yaşamış çocuk örneklerinin daha çok yer alması, 3 damla mutluluk olsaydı yürüyebilecekti, Vahide Çakır haberi gibi örneklerin çoğaltılması aşı ile önlenemez hastalıkların unutulmuş önemini hatırlatmakta faydalı olacaktır. Aşı karşıtı yayınlar yaparak sosyal medyada tanınırlığını arttıran ve bunu sadece para kazanma aracı olarak kullanan hesapların kontrolü gereklidir. Tüm bunların yanında, aşı ile ilgili sürdürülebilir ve sade bir dil içeren bir web sitesinin oluşturulması çok önemlidir.

Sağlık haberciliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmediği, bu yönde çalışmaların devam ettiği belirtildi. Basın mensuplarında sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirmeye yönelik öncelikle aşı alanında olmak üzere projelere yakın zamanda başlanacağı ve diğer sağlık konuları ile ilgili proje çalışmalarının devam ettiği bildirildi. Sağlık ile ilgili bir konuda haber yapılacağı zaman, başvurulacak haber kaynağının profesör ya da doçent gibi akademik ünvana sahip olmasından çok bu konuda uzmanlığı ve deneyimi bulunan, bu konu üzerinde çalışmalar yapmış bireylerden seçilmesinin önemli olduğu, bu çerçevede uzmanlık derneklerinden görüş sorulmasının ve yardım alınmasının çok önemli olduğu vurgulandı. Günümüzde daha çok reyting kaygısı ile yapılan sağlık haberlerinin halkı bilinçlendirme amacıyla değil daha çok izlenme, daha çok okunma amacıyla yapıldığı ve genellikle sağlık muhabirleri tarafından hazırlanmadığı, PR (Public Relations; Halkla İlişkiler) şirketleri tarafından hazırlandığı belirtildi. Bu haberlerin, yazılı ya da görsel medyada, halk tarafından

izlenme oranı yüksek kişiler tarafından hazırlanmış gibi sunulması sonucu güvenilir bilgilermiş gibi algılandığı; PR şirketlerinin bu haberleri yayınlamak için çoğu zaman medya şirketlerine para ödediği belirtildi. Bu durumda doğru habercilik yapan gazeteciler ve doğru bilgileri sunan bilim insanlarının, bu bilgilerini halka sade ve anlaşılır bir dille sunmasının önemi yeniden vurgulandı. Bunu yaparken de her aşı karşıtı söyleme cevap verilmesinin normalde çok fazla gündeme gelmeyecek bir konuda tartışma ortamı yaratarak; doğru olmayan bilgilerin ve bu bilgileri gündeme getiren kişilerin izlenirliğini/okunurluğunu hak etmedikleri oranda arttırabileceği belirtildi.

Aşı karşıtlığı ile mücadele ederken sadece medyada göz önünde olan belirli kişilerin hedef alınarak hareket edilmesi durumunda, sanki bu kişiler ikna edilirse aşı karşıtlığı sorunu tamamen çözülecekmiş gibi düşünülmesinin yanlış olduğu belirtildi. Toplumun her kesiminde aşı karşıtı görüşler olduğunun akılda tutularak bilgilendirme yapılması gerektiği vurgulandı. Aşılama yapılacağı zaman ailelerin, sağlık personeli tarafından aşının yapılma sebebi, aşı yapılmazsa görülebilecek hastalıklar ve bu hastalıkların uzun dönem sonuçları, aşı sonrası sık görülmesi beklenen yan etkiler ve yan etki oluşması halinde yapılması gerekenler konularında ayrıntılı bilgilendirilmesine günümüz çalışma koşullarında yeterince vakit ayıramadığı ancak bilgilendirme yapılmasının önemli olduğu belirtildi.

Aşı reddinin hukuki yönleri

Aşı sadece kendisine aşı yapılacak bireyi değil, toplum içerisinde yaşayan diğer bireylerin sağlığını, bir başka deyişle toplum sağlığını da yakından ilgilendiren bir müdahaledir. Dolayısı ile aşı yapılmasına ilişkin karar kendisine aşı yapılacak bireyin inisiyatifine bırakılamaz. Anayasa da tıbbi zorunluluklar halinde kişinin vücut bütünlüğüne dokunulabileceğini açıkça kabul etmiştir. Bir başka deyişle, tıbbi zorunluluk halinde vücut bütünlüğüne ilişkin temel hakkında, diğer tüm haklar gibi sınırsız olmadığı, yani

sınırlandırılabilceği kabul edilmiştir. Kanun ile yapılacak sınırlandırma Anayasa'nın 56. maddesi de dikkate alındığında, Anayasa'nın sözüne ve ruhuna da aykırı olmayacaktır.

Bu kanuni düzenlemede yapılması zorunlu aşular yeniden belirlenmeli, bu aşuların hangi zaman dilimlerinde yapılmasının gerektiği tespit edilmeli ve zaman içerisinde meydana gelebilecek değişiklikler kapsamında "Genişletilmiş Aşı Programı" kapsamına alınacak veya daha önce bu kapsamda bulunan aşuların kapsam dışına çıkarılmasının kanuni değişikliğine ihtiyaç bulunmadan belirlenmesinin usulü belirlenmelidir.

Yapılacak yasal düzenlemeyle de mahkemeden talepte bulunma yetkisi Sağlık Bakanlığı'na verilmesi ve bakanlığın bu yetkisini il ve ilçe düzeyindeki organları aracılığı ile yerine getirilmesinin faydalı olacağı düşünülmelidir.

Anayasa Mahkemesi'nin aşı ile ilgili aldığı kararlarda aşının tıbbi bir müdahale olarak görüldüğü, bu nedenle mahkeme tarafından yasa koyucunun aşının yapılma zorunluluğu ile ilgili bir yasa çıkarılmasının önerildiği; ilgili yasa tasarısının hazırlandığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından meclise sunulduğu belirtildi.

Sosyal medyada herhangi bir bilimsel dayanağı olmayan ve halk sağlığını tehdit eden bilgilendirme içeren paylaşımlar yapmanın hukuki bir yaptırımı olup olmadığı tartışıldı, bu konuda mevcut düzenlemelerle bir yaptırım olmadığı bilgisi paylaşıldı.

Kamuoyu algısı

Kamu kavramı sosyolojik bir kavramdır. Sosyologlar ve siyaset bilimciler bu kavramı belli bir sorun ve olaylar karşısında benzer tutum ya da kanaatlere sahip olan grup anlamında kullanmaktadırlar. Oy kavramı ise psikolojik bir kavramdır. Duygu veya izlenimden daha kuvvetli, kanıtlanması daha kolay fakat tam olarak kanıtlanamayan ya da pozitif olan bilgidir daha az geçerli ve kuvvetli kanaatlerdir. Genellikle kanaat oluşmasında üç faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir: Birey, bireyin içinde yaşadığı çevresi ile birey ve bireyin çevresi arasındaki etkileşme. Kamuoyu oluşmasında etkili olan kurumlar; bireyin ailesi ve okul

ortamı gibi birincil gruplar, kendisini kabul etmesini istediği insanları ve sosyal özdeşleşmesini, yani toplum içindeki yerini belirleyen ikincil gruplar, sivil toplum kuruluşları gibi baskı grupları, kanaat önderleri, kültürel yapı ile hukuki ve siyasal ortamdır. Ebeveynler toplumun çekirdek yapısı olan ailenin karar vericileri olup çocuklar dahil tüm aile bireyleri hakkında karar vermekte, bu sırada kamuoyunu oluşturan tüm faktörlerden etkilenmektedir. Tipik bir ebeveyn çocuklarını korumak ve yaşamlarını iyileştirmek ister ve güvendikleri birisi tarafından kendi çocukları için neyin iyi olduğu konusunda ikna edilmelerini ister. Politikacılar ya da onlara görüş bildiren bilim adamları, araştırmalar veya anketler, tıp camiası, medya, hukukçular, alternatif tıp ya da tamamlayıcı tıp hizmeti sunanlar ve dini gruplar, aşı karşıtlığına karşı kamuoyu oluşmasına katkı sağlamaktadır. Günümüzde aşı ile önlenabilir hastalıkların sıklığında rutin aşı uygulamaları sonrasında belirgin şekilde azalma olduğundan görülmeyen tehlikenin olmadığı varsayılmaktadır. Aşı karşıtı iddiaların dinamiği şu şekildedir; önce genellikle bilimsel desteği olmaksızın bir iddia ortaya atılmakta; bu konuyla ilgilenen bilim adamları bu iddiayı bilimsel verilerle çürütmekte; ilk iddia çürütüldükten sonra aşı karşıtı taraf bu iddiasını değiştirmekte ya da yeni bir iddia ortaya atmakta; ortaya atılan her iddia şüpheye yer bırakmayacak şekilde veriler ile çürütüldükten sonra yerine sürekli bir yenisi gelmekte ya da çoğu zaman ilk iddia sahipleri bu bilimsel verileri çürütecek karşı veriler sunmak yerine aşılama yanlısı kişileri karalayarak ya da diğer kişisel saldırılarla iddialarını ispatlama yöntemine başvurmaktadır.

Aşı ile ilgili toplumsal tereddüt yaratmaya çalışan insanlar toplumun çok farklı kesiminden ve farklı niyetlerle (dini söylemlerde bulunma, ticari kazanç sağlama, popülerliği arttırma gibi) ortaya çıkmaktadır. Bu insanlarla birebir mücadelenin zor ve gereksiz olduğu belirtildi, esas yapılması gerekenin kamuoyu oluşumunda etkili faktörleri gözönüne alınarak, algı yönetimini bireylerin kendilerini kontrol edecek şekilde niteliklerini arttıracak çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu ve bunun çok uzun vadeli bir girişim olacağı belirtildi. Bunun

yanında aşı yanlısı kişilerin genellikle tek başına bilgilendirme yapmaya çalıştığı ancak aşı karşıtı kişilerin organize bir şekilde hareket ettiği, aşı yanlısı bireylerin de acil bir şekilde bir araya gelerek hareket etmesinin gerekliliği vurgulandı.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi, grup çalışmalarında alınan kararlar ortak oturumda aktivatörler tarafından sunuldu ve ardından soru ve katkılar eşliğinde ortak tartışmaya geçildi.

Birinci grupta medya ile ilgili sorunlar ve çözüm yolları (yazılı basın, görsel basın, sosyal medya) konusu tartışıldı.

Yazılı ve görsel medyanın sosyal medyadan ayrı olarak ele alınmasının gerekliliği belirtildi. Yazılı ve görsel medyada yer alan haberlerde mutlaka etik kavramların göz önünde bulundurulması gerektiği ve bu konuda RTÜK gibi denetleyici mekanizmaların olması gerektiği belirtildi.

Sağlık alanında haberler yapılırken sadece aşı karşıtı bir görüş ortaya çıktığında bu kişiye yanıt vermek yerine, düzenli olarak, belirli aralıklarla uzmanlık dernekleri tarafından desteklenen haberlerin halka sunulmasının ve bu durumun hem yazılı ve görsel medyada hem de sosyal medyada sürekliliğinin sağlanmasının önemi vurgulandı.

Medyada bilgi kirliliğinin fazla olduğu, bilimsel dayanağı olmayan yayınlarda çok büyük bir sorun ortaya çıkmadıkça cezai yaptırımın olmadığı bildirildi. Bu durumu engellemek için sağlık alanında haber yapan basın mensuplarının eğitim almasının gerekliliği ve planlanan projelerin hızlandırılmasının önemi vurgulandı. Sağlık alanında uzman medya temsilcileri ile haber ve eğitim çalışmaları yapılması önerildi. Hem bireyler hem de dernekler tarafından aşılardan hakkında kısa, sade ve net bir dilin kullanıldığı bilgilendirme yazılarının

hazırlaması önerildi. Bu yazılar hazırlanırken sadece aşılama yapılmazsa kişilerin ya da toplumun başına gelecek olumsuz olaylar değil, aşılama ile gerçekleşecek olumlu olayların da belirtilmesinin faydalı olacağı belirtildi.

Aşı ile önlenabilir hastalıkların günümüzde az sayıda görülmesi ya da hiç görülmemesi nedeniyle bu hastalıkların öneminin unutulduğu gerçeğinden yola çıkılarak bu hastalıklara yakalanan ve toplum tarafından tanınan kişilerin (Aşık Veysel, Edip Akbayram, Vahide Çakır gibi) öykülerinin anlatıldığı yazılı ve görsel yayınların hazırlanması önerildi. Sağlık Bakanlığı tarafından kamu spotlarının hazırlanması ve televizyonlarda, özellikle evde yaşayan ebeveynlerin televizyonu daha çok izlediği saatleri de içerecek şekilde belirli aralıklarla yayınlanması önerildi.

Aşı konusunda çalışmalar yapan, bu konuda uzmanlığı bulunan akademik ünvana sahip bilim insanlarının yazılı-görsel ve sosyal medyayı işlevsel şekilde kullanmasının önemi vurgulandı. Bu doğrultuda hekimlere medyayı etkin kullanma ve medya mensupları ile iletişim eğitim verilmesi önerildi. Tıp fakültesi öğrencilerine de rutin eğitim programı içerisinde sağlık okuryazarlığı ve medya eğitimi verilmesi önerildi.

Aşı karşıtı görüş bildiren kişilerin bu yaklaşımlarının ardında nasıl bir amaçlarının olduğu, bu yaklaşımdan ne gibi kazançlar elde ettiklerini anlatan yurtdışı kökenli internet siteleri örnek gösterilerek benzer yazılar hazırlanması ve internet ortamında erişime sunulması önerildi. Aşı karşıtı hekimlerin de bu bağlamda deşifre edilmesi önerildi.

İkinci grupta hukuki sorunlar ve çözüm yolları konusu tartışıldı.

Aşılama konusunda hukuki yaptırımdan önce toplumun eğitiminin daha önemli olduğu vurgulandı, ailelere birebir eğitim verilmesi, aşı reddinde bulunan ailelerin cezalandırılmak yerine ikna edilerek kazanılmasına çaba gösterilmesi önerildi. Aşılamaya yönelik yanlış bilgilendirmelerin yakından izlenmesi önerildi. Ailelerin eğitimi ile ilgili önerilerde bulunuldu. Özellikle bazı dini gruplarda aşı karşıtı yaklaşımın hakim olduğu belirtildi ve

diyanetten aşılama ile ilgili hutbe verilmesi konusunda destek istenmesi önerildi. Okul aşılama oranlarını arttırmak için aşılama için daha konforlu ortamda yapılması ve aşılama zamanında okula ailelerin davet edilmesi önerildi. Ebeveynleri tarafından aşı reddedilmesi sonucu aşı uygulaması yapılmayan çocukların devlet tarafından takip edilmesi, çocuk ihmalinde yapılan araştırmaya benzer şekilde izlenmesi önerildi. Aşılama ile sağlanan toplumsal bağışıklamanın halka anlatılması ve bu sırada medyanın etkin şekilde kullanılması önerildi. Çocuğunu aşılatmayan ailelerin çocuklarının aşı ile önlenemez hastalıklara yakalanmadıklarını belirttiği ve kendi kararlarını haklı gösterdiği belirtilerek, “Aşılanan çocuklar sayesinde ortamda hastalık etkenleri fazla miktarda bulunmadığından aşılanmayan çocuklar korunuyor, ancak aşılama oranı belirli bir yüzdenin altına inerse toplumda çok sayıda hastalık görülmeye başlayacaktır.” mesajının topluma doğru şekilde verilmesinin önemi vurgulandı. Toplumda aşılama talebi oluşturacak şekilde çalışmalar yapılması önerildi. Aşı reddi durumunda ailelere eğitim vermek üzere üniversiteler ile işbirliği halinde daha profesyonel ekiplerden yararlanılması önerildi.

Toplumun eğitiminden sonra aşılama konusunda yapılabilecek yasal düzenlemeler konusu tartışıldı. Aşı uygulamaları zorunlu olması gerektiği konusunda görüş birliğine varıldı. Hazırlanan yasa taslağının takipçisi olunması gerektiği vurgulandı. Çocukluk çağı aşıları olmayan ya da eksik olanların okula kaydının yapılmaması konusu tartışıldı, ancak ülkemizde okula devam zorunlu olmasına rağmen çocuklar okula gönderilmediğinden böyle bir kararın temel eğitimi aksatabileceği vurgulandı.

Ülkemizde mevcut durumda, yani aşı uygulamasının zorunlu olmadığı durumda yapılabilecekler konusunda önerilerde bulunuldu. Çocuğunun aşılama reddeden bir ebeveynin, herhangi bir zamanda çocukta aşı ile önlenemez bir hastalık ortaya çıkması halinde yasal sorumluluğu olması ve ebeveyne yönelik ceza davası açılması konusu tartışıldı. Bu durumun geriye dönük cezai müdahale içerdiği ve hukuki olarak zemini olmayan bir öneri

olduğu belirtildi. Aşılması reddedilen bir çocukta aşı ile önlenabilir bir hastalık ortaya çıktığında ortaya çıkan tedavi ücretinin aileden talep edilmesi önerildi. Aşılması ailesi tarafından reddedilen çocuğun ya da ailesinin tedavisinin hekim tarafından reddedilebilmesi tartışıldı. Ancak bu durumun hem hukuki zemini olmadığı hem de etik zemini olmadığı ve uygulanamayacağı vurgulandı.

2017 yılında kaydedilen yaklaşık 23.000 aşı reddi olduğu belirtildi. Aşı reddinin Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde diğer bölgelere göre daha fazla olduğu, sıfır yaş grubunda %3, okul yaş grubunda %5 civarında olduğu, aşı reddi vakalarının dağılımında eksik aşı olma sayısının daha fazla olduğu bildirildi. Aşırı reddetme nedenleri arasında en sık aşı içeriğine güvenmeme, aşı yan etkilerinden korkma, dini sebepler, yurtdışı kökenli aile mensubu olma, aşı ile ilgili medyada yer alan olumsuz haberler bulunduğu bildirildi. Aşırı reddedenler arasında eksik aşı olanların oranının hiç aşılanmayanlardan daha fazla olması, eğitim ile düzeltilebilecek bir tablo olarak değerlendirildi. Aşırı reddeden ailelerle ilgili tanımlayıcı çalışmalar yapılmasının, sorunun nedenini tespit etme ve bu nedene yönelik stratejiler geliştirme açısından çok faydalı ve önemli olduğu vurgulandı.

Ülkemize giriş yapan tüm biyolojik ürünlerin Halk Sağlığı Laboratuvarında güvenlik açısından test edildiği ve sonrasında kullanıma sunulduğu ifade edildi, bu bilginin yaygınlaştırılması ile yurtdışında üretilen aşuların içeriğine güvenmediği için aşılamaı reddeden ailelerin ikna edilmesinin kolaylaşabileceği belirtildi.

Her yıl 24-30 Nisan tarihleri arasında Dünya Aşı Haftası'nın kutlandığı, her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir tema çerçevesinde bilgilendirmeler yapıldığı belirtildi, bu yılki temanın aşı reddini azaltmaya yönelik olması önerildi. Düzenli uygulanan aşılama programları sayesinde hastalıkların azaldığı ve aşılamanın öneminin unutulduğu belirtildi. Bu nedenle her fırsatta doğru bir şekilde bilgilendirme yapmanın önemi vurgulandı.

MODÜL 5: ROTAVİRÜS – MENİNGOKOK – HPV AŞILAMASI

Panel 1: Meningokok Aşıları

Başkan: Yıldız CAMCIOĞLU

Raportör: Dilek ÇİÇEK

Panel sunumları:

1. Meningokok epidemiyolojisi: Mehmet CEYHAN
2. MCV-DT aşısı: Ener Çağrı DİNLEYİCİ
3. MCV-TT aşısı: Zafer KURUGÖL
4. MCV-CRM aşısı: Veronique ABITBOL
5. Meningokok B aşıları: Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Panel 2: Rotavirüs Aşıları

Başkan: Emre ALHAN

Raportör: Aysun YAHŞİ

Panel sunumları:

1. Rotavirüs epidemiyolojisi: Anıl TAPISIZ
2. Tip 1 insan rotavirüs aşısı: Volker VETTER
3. 5 valanlı insan-sığır reassortant aşısı: Ayper SOMER

Panel 3: HPV Aşıları

Başkan: Tezer KUTLUK

Raportör: Ayşe KAMAN

Panel sunumları:

1. HPV epidemiyolojisi – Murat GÜLTEKİN
2. HPV aşıları – Faruk KÖSE

Grup Çalışmaları

1. Rotavirüs aşıları

Aktivatör: Halil ÖZDEMİR

2. Meningokok aşıları

Aktivatör: Adem AYDIN

3. HPV aşıları

Aktivatör: Nejat ÖZGÜL

Panel-1 Sunum Özetleri

Meningokok Epidemiyolojisi

Meningokoklar, invaziv meningokokal hastalığa yol açarak mortalite ve morbiditeye neden olan dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur.

Neisseria meningitidis, polisakkarid kapsül yapısına göre 12 subgruba ayrılmaktadır. Enfeksiyonların büyük çoğunluğu 6 serogrup (A, B, C, Y, X ve W) ile oluşmaktadır. Olguların üçte birinde gizli bakteriyemi, üçte birinde meningokoksemi ve kalan üçte birinde ise menenjit kliniği ile ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde en sık görülen menenjit etkeni olup ve menenjit nedenlerinin %82'sini oluşturmaktadır. Her yıl dünyada yaklaşık 500.000 meningokok olgusu ortaya çıkmakta ve yaklaşık 50.000 ölüme neden olmaktadır. Gelişmiş

ülkelerde insidansı 1/100.000 civarındadır. Fatalite hızı menenjit gelişen olgularda %5-10, sepsis gelişen olgularda ise %15-20'ye ulaşmaktadır. Yaşamını sürdüren olguların bir kısmında ise amputasyon, nöbet, cilt nekrozu, öğrenme güçlüğü ve işitme kaybı gibi ciddi sekeller gelişmektedir.

Ülkemizde olguların büyük çoğunluğunu 0-5 yaş arası çocuklar oluşturmakta ve ölümler de en sık bu yaş grubunda görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde hastalık insidansında ergenlerde görülen insidans piki ülkemizde görülmemektedir. Ülkemizdeki çalışmalarda mortalite oranları farklılık göstermektedir. Bunun nedeni çalışmaların çoğunun az sayıda vaka ile yapılması ve yeterli sayıda çok merkezli çalışmanın bulunmaması, ayrıca tanı kodlarının sisteme uygun girilmemesi olabilir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1992-2001 yılları arası meningokok kaynaklı ölümlerin sayısı 11-151 olup, bu sayıların gerçeği yansıtmadığı, olgu sayısı ve hastalığa bağlı ölümlerin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bebekler ve çocuklar, hac ve umre dahil olmak üzere endemik bölgeye seyahat edenler, hasta bakımı veren merkezlerde çalışanlar, laboratuvarında meningokok ile çalışanlar, kalabalık ortamlarda yaşayanlar (öğrenci, asker), aspleni, kompleman eksikliği ve HIV enfeksiyonunda invaziv meningokok hastalığı için risk artmıştır.

Meningokok serogruplarının dağılımı coğrafi konuma ve iklime göre değişkenlik gösterebildiği gibi, zaman içinde de en sık görülen serogruplarda dalgalanmalar görülebilmektedir. Serogrup dağılımındaki bu değişime neden olarak seyahatler ve meningokokun kapsül değişimi (switching) ile toplumun bağışık olmadığı bir başka serogruba dönüşmesi gösterilebilir. Kapsül değişimi B,C ve W serogrupları arasında görülebilmekte ve immün sistemin savunma mekanizmalarından kaçabilmektedir. Ülkemizde serogrupların dağılımı bölgesel özellik göstermemekle birlikte, en sık görülen serogrup 2009-2016 yılları arasında W135 iken, 2017 yılına ait son verilerde serogrup B en yüksek oranda tespit

edilmiştir. Bu nedenle, meningokok aşıları ulusal aşı takvimine alınmadan önce sürveyans çalışmaları ile toplumda en sık görülen serogrupların belirlenmesi ve bunlara yönelik aşılardan takvime eklenmesi önem arz etmektedir.

MCV-DT Aşısı

ACWY-DT aşısı (Menactra®) difteri toksoid proteinine kovalent olarak bağlanmış 4 meningokok polisakkaridi içermektedir. Aşı 2005 yılında FDA onayı almış olup, halen 67 ülkede ruhsatlı olarak kullanımda olup, toplamda 90 milyon doz aşı uygulanmıştır. Nisan 2011’de endikasyonu genişletilerek 9-23 ay arasında 2 doz aşı için onay alınmıştır. Ülkemizde de 9 ay – 55 yaş aralığında ruhsatlıdır. Aşı 9-23 ay arasında en az 3 ay araya 2 doz, 2-11 yaş arasında ise tek doz olarak önerilmektedir.

Aşının immünojenitesi yüksek olup, koruyuculuk tek doz aşı ile %85-87’ye, 12-15. aylarda yapılan 2. doz aşı ile %95’e ulaşmaktadır. Ancak aşının toplumsal bağışıklık (herd immunity) katkısı hakkında veri bulunmamaktadır.

Çocukluk çağı aşlarıyla birlikte güvenle kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda MMR, MMRV ve DTaP-IPV-Hib aşılı ile birlikte uygulandığında yan etki profilinde değişiklik gözlenmediği gibi, aşılardan etkinliğinde de azalma görülmemiştir. Hepatit A-B ve HPV aşılı ile birlikte uygulanması ile ilgili veri bulunmamaktadır. Splenektomi yapılacak vakalara önce PCV13 uygulanması, bir ay sonrasında ACWY-DT uygulanması önerilmektedir. Seyahat öncesi korunma için en az 28 gün öncesinde aşı uygulanması gerekmektedir. Çalışmalarda 9-23 ay arasında iki doz aşı arası güvenle bırakılabilecek en uzun aralık 6 ay olarak belirlenmiştir.

Aşının kronik hastalıklarla ilişkisi tespit edilmemiş olup, son çalışmalarda aşı ile ilişkilendirilebilecek yan etki saptanmamıştır. Yan etkiler açısından kıyaslandığında tek doz aşı ile iki doz aşı arasında fark görülmemiştir.

ABD’de 2006-2013 yılları arasında aşılı kişilerde gelişen enfeksiyonlara bakıldığında, C ve Y serogrupları ile enfeksiyonlar görülmüş, ancak serogrup W ile aşıya rağmen enfeksiyon tanımlanmamıştır. Benzer şekilde Şili’de de aşılı kişilerde serogrup W ile menenjit vakası görülmemiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 9. ve 12. aylarda 2 doz olarak ACWY-DT uygulanması, invaziv meningokokal hastalığa karşı aşılanmamışlar ile karşılaştırılmış, aşı uygulamasının hastalık tedavisinden daha az maliyetli olduğu saptanmıştır.

MCV-TT aşısı

ACWY-TT aşısı (Nimenrix®) taşıyıcı protein olarak tetanoz toksoidinin kullanıldığı 4 bileşenli konjuge meningokok aşısıdır. Aşıya 2012 yılında EMA (Avrupa İlaç Ajansı) tarafından 1 yaş ve üzeri çocuk ve yetişkinlerde kullanılmak üzere onay verilmiştir. Yapılan çalışmalarda 1 yaş ve üzerinde uygulanan tek doz aşının güvenilir ve koruyucu olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde 13.12.2017 tarihinde 6 hafta ve üzeri sağlıklı çocuklar için ruhsat almıştır. Aşı 6-12 haftalık bebekler için 2 ay arayla 2 doz ve 12. ayda rapel doz, 1 yaş ve üzeri çocuk ve yetişkinler için 1 doz olarak önerilmektedir. Primer aşılama (2 doz) sonrası koruyuculuk oldukça yüksek olup, rapel doza kadar koruyuculuğun devam ettiği ve ergenlerde uygulanan tek doz aşı sonrası antikorların 5 yıl süreyle varlığını sürdürdüğü gösterilmiştir.

Dünyada invaziv meningokokal hastalığın yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte, süt çocukları ve 5 yaş altı çocuklar en büyük risk altındadır ve ergenlikte hastalık insidansı ikinci bir tepe noktasına ulaşmaktadır. İnvaziv meningokokal hastalığın ülkemizde yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, olguların %74’ü 0-5 yaş aralığında yer almakta olup, bunların da büyük kısmını 0-1 yaş

aralığındaki süt çocukları oluşturmaktadır ve yine mortalite ve sekeller en sık bu yaş grubunda görülmektedir. Bu nedenlerle hastalığa karşı erken koruma oldukça önemli hale gelmektedir.

12-23 aylık çocuklarla yapılan çalışmalarda, aşı PCV13, MMRV ve DTaP-IPV-Hib ile birlikte uygulandığında immünojenitesinde ve yan etki profilinde değişiklik gözlenmemiştir. Yine çalışmalarla aşının suçiçeği, hepatit A ve B, PCV10 ve PCV13, HPV, Tdab ve mevsimsel grip aşuları ile birlikte uygulanabileceği gösterilmiştir.

Aşı sonrası istenmeyen etkilere bakıldığında, uygulama bölgesinde kızarıklık ve ağrı, irritabilite, ateş, iştahsızlık ve baş ağrısı görülebilmektedir.

MCV-CRM aşısı

Türkiye’de meningokok serogruplarının dağılımına bakıldığında, baskın serogrup zamanla değişmekle birlikte, en sık görülen serogrup W olarak kalmaya devam ederken, yıllar içinde serogrup B oranında artış gözlenmiştir. İnvaziv meningokokal hastalık oranı 5 yaş sonrası azalırken, ergenlik döneminde taşıyıcılık oranları tepe yapmaktadır. Hastalığa karşı geliştirilen polisakkarid aşuları 2 yaşından küçük süt çocuklarında yeterli immün yanıt oluşturamaz ve taşıyıcılığa etkisi yoktur.

Aşı (Menveo®), A, C, W ve Y serogruplarının kapsül polisakkaridlerinin CRM taşıyıcı proteini ile konjuge edilmesiyle üretilmiştir. Dünyada 64 ülkede ruhsatlı olup, 9 ülkenin ulusal aşı programında yer almaktadır. Aşının erken süt çocukluğu döneminde 2, 4, 6 ve 12. aylarda olmak üzere 4 doz, geç süt çocukluğu döneminde ise 7. ve 12. aylarda olmak üzere 2 doz olarak uygulanması önerilmektedir. Ülkemizde 2 ay ve üzerindeki çocuk ve yetişkinlerde ruhsatlıdır, ancak 2-9 ay arasında sadece risk grubundaki süt çocuklarına önerilmektedir.

Aşının immünojenitesi, süt çocukları, çocukluk çağı ve ergenlerde yüksektir ve ACWY-DT aşısı ile karşılaştırıldığında etkinliği benzerdir. Aşılama sonrası koruyuculuk 8. günde başlamakta olup, erken koruyuculuk gerektiren durumlarda kullanıma uygundur.

Aşı istenmeyen etkiler açısından güvenilir olup, sonrasında irritabilite, uygulama bölgesinde eritem, ağrı, baş ağrısı gibi etkiler görülebilmektedir. Rotavirüs (pentavalan), HPV (tetraavalan), PCV7 ve PCV13 de dahil olmak üzere, çocukluk çağı aşıları ile birlikte kullanımında immünojenite ve yan etkiler açısından sakınca yoktur.

Menigokok B aşıları

Dünyada meningokok serogruplarının dağılımı ülkelere göre değişmekte ve öngörülememektedir. Avrupa'da B ve C, Afrika'da A ve C, Arabistan'da ise W serogrubu daha sık görülmektedir. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada akut bakteriyel menenjit etkenleri arasında meningokoklar ilk sırayı almakta (%90 meningokok, %10 pnömokok) ve 5 yaş altı olguların çoğuna serogrup W ve B neden olmaktadır. Hacıların aşılmasının sonucu olarak önümüzdeki yıllarda serogrup W'nun azalarak serogrup B oranının artışı öngörülebilir.

Serogrup B'nin polisakkarid kapsülünün insan hücreler arası (interselüler) adezyon molekülü (ICAM) ile benzer olması nedeniyle immünojenitesi düşüktür. Bu nedenle aşılarda dış membran vezikülleri ve proteinleri kullanılarak daha yüksek immün yanıt sağlanmıştır. Faktör H bağlayıcı protein (FHBP) meningokok B suşlarının %95'inin yüzeyinde taşınmaktadır. İki bileşenli aşıda FHBP'nin A ve B subgrupları kullanılmıştır. Dört bileşenli aşıda ise FHBP'e ek olarak NadA (Neisseria adezin A), NHBA (Neisseria heparin bağlayıcı antijen) ve PorA kullanılmıştır. Men B aşısının değişik ülkelerdeki etkinliği, ülkeye özgü suşların farklılığına bağlı olarak değişebilir. Aşının uzun süreli koruyuculuğu ile ilgili

belirsizlikler bulunmakta, ayrıca meningokok taşıyıcılığına etkisi bilinmemektedir. Şu anki verilerle Men B aşısının toplumsal değil, esas olarak bireysel koruma yaptığı düşünülmelidir.

Ülkemizde meningokok serogrup B'ye yönelik ruhsatlı aşı bulunmamaktadır. Dört bileşenli aşının (Bexsero®) 2 ay ve üzerindeki çocuklarda kullanımına Ocak 2013'de EMA tarafından onay verilmiştir. ABD'de ise 10-25 yaş aralığında ruhsatlıdır. İki bileşenli aşı (Trumenba®) da yine 10-25 yaş aralığında kullanım için FDA onayı almıştır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi:

Ulusal aşı takvimimizde halen yer almayan ve isteğe bağlı olarak uygulanan meningokok aşılarının ailelere önerilmesinin önemi vurgulandı. Toplumda farkındalığın artması için hastalığın medyada yer alması, özellikle de aşı ile hastalıktan kurtarılabilecek çocuk sayısı ve hastalığın ölümcül sonuçlara yol açabileceğine yer verilmesi önerildi. Aşının bilinirliğinin artması ile toplumda talebin artabileceği, bu sayede aşının ulusal aşı takvimine eklenmesinin kolaylaşabileceği belirtildi.

Farklı firmalara ait farklı aşılardan piyasada olmasının hekimlerde kafa karışıklığına sebep olduğu, aşılardan uygulanma zamanı ve şemasıyla ilgili bilgilerin tam olarak yerleşmediği dile getirildi. Çözüm önerisi olarak, ortak bir oturumla piyasadaki tüm aşılardan hakkında bilgilendirme yapılabileceği belirtildi.

Meningokok aşısının ulusal aşı takvimine eklenmesinin gerekliliği vurgulandı. Hastalığın sebep olduğu ciddi mortalite ve morbidite nedeniyle, maliyet-etkinliğin geri plana atılmasının, hasta ve toplum faydasının gözetilmesinin doğru olacağı belirtildi. Ülkemizin aşının maliyetini karşılayabilecek kaynaklara sahip olduğu düşünüldü.

Aşının risk gruplarına (polis, asker, yatılı okullarda kalan öğrenciler, kompleman eksikliği olan immün yetersizliklere), sağlık çalışanlarına ve yurt dışına eğitim için gideceklere, tıpkı hacılarda olduğu gibi ücretsiz uygulanması önerildi.

Sadece çocukluk çağında ve ergenlere değil, yetişkinlere de aşılama önerildi. Diyanet İşleri Başkanlığı'ndan toplumun dini algıları açısından bilinçlendirilmesi konusunda yardım istenmesi, 65 yaş üstü kişilerin risk altında olduğunun anlatılarak aşılar hakkında bilgilendirme yapılması önerildi. Ayrıca hacıların aşılınması, özellikle sanal aşılama konusunda denetlenmeleri önerildi.

Risk altındaki sağlık çalışanlarının da aşılama oranlarının düşük olması nedeniyle, bu konunun öneminin vurgulanarak, öncelikle de hekimlerin birlikte çalıştığı ekip arkadaşlarından başlayarak aşılama önermesinin faydalı olabileceği belirtildi.

Hastalıkla ilgili verilere her zaman kolaylıkla ulaşılamadığı belirtilerek, Sağlık Bakanlığı tarafından yeni gelen bilgilerin hemen sahaya yansıtılmasının önemi vurgulandı. Ayrıca vatandaşlara uygulanan aşuların sağlık hizmeti veren tüm merkezlerden takip edilebileceği bir sistemin geliştirilmesi önerildi.

Meningokok aşısının ulusal aşı takvimine bir an önce eklenmesi gerektiği, şu an ülkemizde sadece 4 serogrubu içeren (A,C,Y,W) konjuge aşuların ruhsat almış olması nedeniyle önceliğin bu aşıya verilerek; serogrup B'ye yönelik aşular ruhsat alındığında, takvime bu aşının da eklenmesi önerildi. Aşının takvime alınması durumunda ise önceliğin 1 yaş altı gruba verilerek, ardından yakalama aşuları ile çocuk ve ergenleri de kapsamalarının uygun olacağı belirtildi. Serogrup B'ye yönelik aşuların ruhsatlandırılma çalışmalarının hızlandırılması önerildi.

Sürveyansın önemi vurgulandı ve çalışmalara devam edilmesi önerildi.

Panel-2 Sunum Özetleri

Rotavirüs epidemiyolojisi

Rotavirüs; tüm dünyada 5 yaş altındaki çocukların ishallerinin en sık görülen nedenidir. Dünya’da ishale bağlı ölümlerin % 37’sinden rotavirüs enfeksiyonu sorumlu tutulmaktadır. İlk olarak 1973 yılında tanımlanmış, segmentli bir RNA virüsüdür. İnkübasyon süresi 1-4 gündür. Ateş, kusma ardından başlayan ve ortalama 7 gün süren ishal ile seyrederek. Bulaşıcılığı çok yüksektir. Enfekte birey dışkı ile ortalama 10^{10} - 10^{11} viral partikül atmaktadır. Hastalık gelişimi için 100 viral partikül yeterli olabilmektedir. Rotavirüse bağlı gastroenterit mevsimsel değişkenlik gösterir, hastalık en sık Aralık- Şubat ayları arasında görülür. Hastalık kalıcı bağışıklık bırakmaz. İlk enfeksiyon genellikle en ağır geçirilen enfeksiyondur, aynı serotip ile tekrarlayan enfeksiyon görülebilir.

Rotavirüs epidemiyolojisini aşidan önce ve aşidan sonra diye ayırmak gerekmektedir. Aşının 2006 yılında Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere, bazı ülkelerde ulusal bağışıklama programına girmesinden sonra rotavirüs epidemiyolojisinde belirgin değişiklikler olmuştur. İshal nedeni ile başvuran ve hastaneye yatırılan vaka sayısında ve rotavirüs gastroenteritine bağlı mortalitede % 50’nin üzerinde azalma olmuştur. Ülkemizde rutin bağışıklamanın olmaması nedeni ile, rotavirüs enfeksiyonları halen çok sık görülmekte, özellikle ağır enfeksiyon riski yüksek olan çocuklarda (<2 yaş) hastalık ciddiyetini korumaktadır. Bu hastalarda ağır komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda görülen en sık komplikasyon; elektrolit imbalansı iken, septisemi de seyrek değildir. Rotavirüs bir sistemik enfeksiyon etkenidir.

Ülkemizde rotavirüs genotip dağılımı gelişmekte olan ülkelerdeki gibi çeşitlilik göstermektedir. Bu dağılım zamana ve bölgelere göre her yıl değişebilmektedir.

Rotavirüs aşıları

Rotavirüs aşısının birçok ülkede ulusal bağışıklama programına alınmasından sonra görülmüştür ki; gerek rotavirüse bağlı gastroenterit nedeniyle hastaneye yatışta, gerekse mortalitede belirgin azalma olmuştur. Rotavirüs aşısını ulusal aşı programına almış olan ülkelerde beklenilenin üzerinde olumlu sonuçlar alınmıştır. Aşılanmış çocuklar rotavirüs gastroenteriti olsa dahi, hafif geçirmekte ve hastaneye yatmak zorunda kalmamaktadır. Aynı zamanda çalışmalar göstermiştir ki; rotavirüs aşısının yapıldığı ülkelerde aşının yapılmadığı küçük çocuklar da (< 2 ay) dahil olmak üzere, tüm gastroenterite bağlı hastaneye yatış oranlarında azalma mevcuttur. Bireysel korumanın yanında, rotavirüs aşılması ile; hastanelerde bakım kalitesini iyileştirmek, hastane enfeksiyonlarını ve hastane içi bulaşı azaltmak, aşılanmamış çocukların toplumsal korumasını sağlamak, sağlık giderlerinden tasarruf etmek ve küçük çocuklarda konvülsiyonların azaltılması gibi potansiyel kazanımlar da sağlanır.

İki adet rotavirüs aşısı mevcuttur:

Tip 1 insan rotavirüs aşısı

Rotarix®, 2 doz kullanılan, tek bir suş içeren, insan canlı atenüe aşısıdır.

Aşıya bağlı intusepsiyon riski araştırıldığında; bu riskin aşının zamanlaması ile ilişkili olduğu gözlenmiş ve plasebo gruba göre belirgin farklılığın olmadığı saptanmıştır.

Rotavirus önleme programından en iyi şekilde yararlanmak için daha yüksek aşılanma oranların ulaşmak önemlidir. Dünya çapında şimdiye kadar çocukların sadece% 25'inin rotavirüs aşılarına erişimi vardır.

5 valanlı insan- sığır reassortant aşısı

Pentavalan rotavirus aşısı (Rotateq®) sığır rotavirus geninin tek insan rotavirus geni ile yer değiştirmesi sonucu elde edilen bir aşısı olup G1, G2, G3, G4 ve P1A serotiplerini içermektedir. Bir rotavirus aşısının seçilmesini sağlayacak 5 önemli neden olan etkinlik, güvenilirlik, maliyet etkin olma, rutin aşısı şemasına kolay adapte edilme ve yeterli deneyimin olması özelliklerine sahiptir. İntusepsiyon riskinde artışa neden olmaz. Aşısı kolay uygulanmaktadır. Üç doz (2, 4 ve 6.ay) uygulandığında 7 yıllık koruyuculuk en az %80'dir. Aşılanmamış çocuk ve erişkinlerde indirekt koruyuculuk etkisi %20-100 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda saptanan serotiplerin %97'si aşısı içinde bulunan serotiplerdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm dünya ülkelerinin rutin aşısı takviminde yer alması önerilen Rotavirus aşısı 94 ülkede rutin olarak yapılmaktadır.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatörler eşliğinde grup çalışmalarına geçildi.

Birinci grupta rotavirüs aşısı 6 başlıkta tartışıldı.

Rotavirüs akut gastroenteritinin hastalık yükü

Hastalık yükü; hastalığın sıklığı, sağlık kurumuna başvuru sıklığı, hastaneye yatış sıklığı, morbidite-mortaliteye sebep olması olarak değerlendirilir. 5 yaş altı çocuk ölümlerinde en sık 2. sebebinin akut gastroenterit olduğu günümüz dünyasında bu yaş grubunda ağır gastroenteritinin en sık sebebi rotavirüs olduğu belirtildi. Bu sebeptir ki; gastroenterite bağlı hastane başvurularının, mortalitenin en önemli sebebi olan rotavirüs enfeksiyonlarının önlenmesi gerektiği, ayrıca rotavirüsün çok bulaşıcı bir virüs olması nedeniyle; hastane başvuru ve yatışlarında diğer hastaların ve hasta yakınlarının da enfekte olma riskinin de

yüksek olduğu belirtildi. Hastanın hastanede yattığı sürece ona refakat eden anne ve/veya babanın bu süreçte iş gücü kaybı da gözardı edilmemesi görüşü benimsendi. Hastalığın daha çok acil ve yataklı servislerin yoğun olduğu kış aylarında görülmesi nedeniyle bazı hastaların (alt solunum yolu enfeksiyonuna sahip hastalar gibi) tanı ve tedavilerinde gecikmelere neden olunabileceği belirtildi.

Rotavirüs serotip dağılımı Türkiye’ de diğer ülkelerden farklılık gösteriyor mu?

Ülkemizde rotavirüsün genotip dağılımının gelişmekte olan ülkelerdeki gibi çeşitlilik gösterdiği vurgulandı. Bu dağılım zamana ve bölgelere göre her yıl değişebilmektedir denildi. Bu sebeple; ülkemizde rotavirüs surveyans çalışmalarının devamlılığının çok önemli olduğu belirtildi.

Rotavirüs gastroenteriti önlenbilir mi?

Temiz su kaynağı ve hijyen şartlarının iyileştirilmesinin hastalığı önlemede yetersiz olduğu, hastalıktan ve hastalığa bağlı morbidite/mortaliteden korunmada en önemli yöntemin aşılama olduğu vurgulandı.

Rotavirüs aşıları etkin ve güvenilir mi?

Rotavirüs aşısının enfeksiyon ve enfeksiyona bağlı komplikasyonları önlemede etkin ve güvenilir olduğu belirtildi. Önerilen uygun zamanda yapıldığında invajinasyon riskinin de yarar- zarar oranı gözönüne alındığında önemsenmeyecek kadar düşük olduğu vurgulandı. Aşının oral alınması, hasta tükürse bile tekrar dozun gerekmiyor olması, yan etkilerinin az olması nedeniyle aşının etkin ve güvenilir olduğu ortak görüşüne varıldı.

Rotavirüs aşısı maliyet etkin mi?

Gerek dünyada, gerekse ülkemizde yapılan çalışmalar göstermiş ki; rotavirüs aşısı maliyet etkin ve maliyet tasarrufludur görüşü benimsendi.

Rotavirüs aşısının ulusal aşı takvimine alınmalı mı? Hangi aşı ve hangi aylarda takvime alınmalı?

Tüm dünyada 94 ülkenin ulusal bağışıklama programında rotavirüs aşısının mevcut olduğu belirtildi. Gelişmekte olan birçok ülkenin de rutin aşı takviminde bulunan rotavirüs aşısının ülkemizde de öncelikli olarak takvime alınması gerektiği vurgulandı. Gerek monovalan, gerekse pentavalan aşının ilk uygulama zamanı en erken 6 hafta, en geç 14 hafta 6 gündür şeklinde tartışıldı. İki aşı uygulaması arasında minimum 4 hafta süre olmalı, son aşı dozu 32 haftada tamamlanmalıdır denildi. Bu süreler ve rutin aşı takvimimiz gözönüne alındığında rotavirüs aşısının Rotarix® için 2. ve 4. ay, Rotateq® aşısı için 2., 4., 6. aylarda uygulanmasının uygun olacağı vurgulandı.

Panel-3 Sunum Özetleri

HPV Epidemiyolojisi

HPV'nin doğal enfeksiyonu

HPV; seksüel, horizontal ya da vertikal yolla bulaşabilen, çift sarmallı, zarfsız bir DNA virüsüdür. Dünyada en sık (hayatın bir döneminde >%70) görülen enfeksiyon hastalıklarındandır. HPV'nin 200'den fazla farklı tipi olmakla birlikte bunlardan HPV tip 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82 servikal kanser açısından yüksek riskli olarak tanımlanmıştır. Yüksek riskli HPV enfeksiyonu varlığında servikal kanser riski 300-500 kat artmaktadır. Servikal kanserlerin %99,7'sinde yüksek riskli HPV tipleri pozitif saptanmıştır. HPV tip 6 ve 11 ise siğillerin gelişiminden sorumludur ve düşük riskli olarak bilinir.

HPV vücuda girdiği zaman kendi DNA'sını hücrelerin içine entegre ederek latent formda kalır ve kansere neden olur. HPV doğal enfeksiyonuna karşı bağışıklık oranı düşüktür. Serokonversiyon, oldukça uzun zamanda ve düşük titrede, kadınların yalnız %50'sinde gerçekleşir. Doğal enfeksiyon ile oluşan antikorlar nötralizan antikor değildir. Bu nedenle enfekte olan bireyi ömür boyu koruyamaz. HPV viremiye, enflamasyona ve hücre lizisine neden olmaz.

HPV'ye Bağlı Global Kanser Yükü ve Türkiye'de HPV ve Serviks Kanseri

Dünyada her yıl kadınlarda yaklaşık 527.100, erkeklerde ise yaklaşık 33.800 HPV'ye bağlı kanser vakası görülmekte ve her yıl 266.000 hasta HPV ilişkili kanserler nedeniyle kaybedilmektedir. Kadınlarda HPV ilişkili kanserlerin %90'unu serviks kanseri oluşturmaktadır. Ayrıca HPV'nin orofarinks, anüs, oral kavite, vulva ve penis kanserleri ile hem kadın hem de erkeklerde anogenital siğiller ve tekrarlayan respiratuvar papillomatozisle

ilişkili olduğu bilinmektedir. Kadınlarda yaşam boyu görülen tüm kanserlerin %10'unu, erkeklerde ise %6'sını HPV ilişkili kanserler oluşturmaktadır. Servikal kanserlerin tüm dünyada ve Türkiye'de %70'inden fazlasından HPV tip 16 ve 18 sorumludur.

Türkiye'de servikal kanser insidansı 4/100.000 olup, yılda beklenen yeni vaka sayısı 1800, mortalite hızı ise 2/100.000'dir. Son yıllarda Türkiye'de giderek artan tarama çalışmaları sonucunda; 1 yılda taranan 1.000.000 kadında, bölgeler arasında minimal farklılıklar olmakla birlikte, HPV pozitifliği yaklaşık % 4 olarak saptanmıştır. Hastaların % 40'ında iki farklı tip ile enfeksiyon tespit edilmiştir. Bölgelere göre HPV genotip dağılımı arasında farklılık olmamakla birlikte, tespit edilen genotipler Avrupa ile benzerdir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada HPV tip 16, 18, 45, 31,33 ve 52'nin servikal kanserlerin % 90,6'sından sorumlu olduğu gösterilmiştir. HPV enfeksiyonunun yaşa göre dağılımına bakıldığında, ilk olarak 20'li yaşlarda ve daha sonra 40-55 yaşlarında ikinci bir pik yaptığı görülmektedir.

HPV Aşıları

Son yıllarda dünya genelinde smear taramaları ile serviks kanseri sıklığı azalmıştır. Ancak serviks kanseri ilişkili ölümlerin % 80'i hala gelişmekte olan ülkelerdedir. Servikal kanserlerde HPV varlığı %96,6'dır. Bu nedenle servikal kanserden korunmada, birincil korunma aşılama ile HPV enfeksiyonunun önlenmesidir. HPV'ye karşı etkili üç aşı (Cervarix®, Gardasil® ve Gardasil 9®) bulunmakla birlikte, 9 valanlı aşının henüz ülkemizde ruhsatı bulunmamaktadır. Bu aşılarından Cervarix® tip 16 ve 18 (serviks kanserinden sorumlu olan tiplerin yaklaşık %76'sı); Gardasil® tip 6, 11, 16 ve 18; Gardasil 9® ise tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 (serviks kanserinden sorumlu olan tiplerin yaklaşık %90,6'sı) antijenlerini içermektedir. Cervarix®'in ulusal aşılama programında bulunduğu bir ülkeden elde edilen 7 yıllık verilere göre aşılanmış kişilerde HPV tip16 veya 18 pozitifliği yalnız %0,5 olarak tespit edilmiştir. Gardasil® ile aşılama programı sonucu siğiller ve preinvazif lezyonlar

%90 oranında azaldığı tespit edilmiştir. Serviks kanseri dışında orofarengeal kanserlerde de, hem erkek hem kadında % 88,2 prevalans azalması görülmüştür. Ayrıca aşı kapsayıcılığının düşük olduğu ülkelerde de hem erkek hem kadında kondilom sıklığının aşılınmayan kişilerde azaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmadan yola çıkarak HPV aşılmasının toplumsal immünite sağladığı düşünülmektedir. Kanser önleme sonuçlarına göre; serviks, orafarinks ve vulva kanserleri aşılınmış grupta % 0'dır. Cervarix® 0, 1, 6; Gardasil® ise 0, 2, 6. Ay şemalarıyla uygulanır. Ülkemizde Cervarix® 9 yaş ve üzeri, Gardasil® ise 9 – 26 yaş arasında uygulama için ruhsatlıdır. Diğer adölesan aşıları ile eş zamanlı olarak uygulanabilir. Aşılama öncesinde smear taramasına gerek yoktur. Daha önce 2'li yada 4'lü aşı ile tam yada kısmi aşılınmış kişiler 9 valanlı aşı ile 0 ve 6. aylarda 2 doz şekilde aşılabilir (normalde aşılama 0,1 ve 6. ayda).

Ulusal aşılama tercihen 10-12 yaşındaki kız ve erkek çocuklara (cinsel ilişki başlamadan) yapılmalıdır. Catch-up aşılması 13-26 yaş kızlar ve kadınlar; özel durumlar hariç 13-21 yaş erkek çocuklara uygulanabilir. Her üç aşının da kadınlarda yaş üst sınırı yoktur, her yaşta yapılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency-EMA) tarafından 2 ve 4 valanlı aşının 15 yaş altında iki doz yapılmasının yeterli olduğu, 15 yaş ve üzerinde 3 doz yapılması gerektiği bildirilmiştir. Her üç aşının adjuvan içeriği güvenlidir. Aşılama sonrası, aşı dışı tiplerin sıklığında artış tespit edilmemiştir HPV aşılması sonrası 5 yıllık antikör takiplerinde koruyucu immün yanıt tespit edildiği için rapel doza gerek yoktur. Aşılar canlı virüs içermediği için siğile veya kansere neden olmaz. Aşı yerinde enjeksiyona bağlı lokal reaksiyonlar ve hafif bulantı, baş dönmesi gibi tolere edilebilir yan etkiler dışında ciddi bir istenmeyen etki bulunmamaktadır. Gebelikte HPV aşılmasına başlanmamalıdır. Ancak aşı sonrası gebe olduğu tespit edilirse, gebeliği sonlandırma endikasyonu yoktur. Japonya'nın aşısı programından çıkarmasına rağmen, maliyet – etkin olduğu gösterilmiştir. HPV aşılması sonrası, tüm HPV tiplerine karşı koruma

olmaması ve aşılama öncesi HPV ile enfekte kişilerde aşının o tipe karşı koruyuculuğu olmayacağı için tarama programları devam etmelidir. HPV Faster Tarama Çalışması önerilerine göre aşılanmış bireylerde, HPV tarama programında 30 yaşından sonra 65 yaşa kadar en az bir kez smear yapıp HPV negatif tespit edilirse tekrar smear ve DNA taramasına gerek olmadığı tespit edilmiştir.

Tartışma

Panel sunumlarını takiben, aktivatör eşliğinde grup çalışmaları başlatıldı.

Aile Hekimleri Derneği Federasyonu, Ergen Sağlığı Derneği, Çocuk Enfeksiyon Derneği, Sosyal Pediatri Derneği, Mikrobiyoloji Derneği, Halk Sağlığı Derneği, Türk Jinekoloji-Obstetri Derneği, Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği katılımı ile HPV aşılması 8 başlıkta tartışıldı.

HPV aşılarının etkinliği

Bugüne kadar HPV aşısı yapılan ülkelerde aşının hem premalign lezyonlara, hem de genital siğillere etkili olduğu değişik çalışmalarla gösterimiştir. HPV aşılarının bu nedenle oldukça etkili olduğu ve DSÖ'nün de rutin şemaya alınması gereken aşılarından olduğunu belirttiği için Türkiye'de ulusal aşı şemasına alınmasının uygun olduğu konusunda hiç bir şüphe olmadığı vurgulandı. Ayrıca Türkiye'de HPV aşısı ile ilgili hem epidemiyolojik verilerin, hem de maliyet-etkinlik çalışmalarının mevcut olduğu belirtildi.

HPV aşılmasının yan etkileri

HPV aşısının bugüne kadar önerilerek uygulanmış olduğu kliniklerin deneyimlerine göre, diğer çocukluk aşılardan daha fazla yan etkisinin gözlenmediği ve aşının bireyler tarafından iyi tolere edilebildiği vurgulandı.

HPV aşısının maliyeti

2017 yılı rakamlarına göre serbest pazarda satılan HPV aşısı dozunun 24.000-30.000 arasında değiştiği belirtildi. HPV aşısının ulusal programa katılabilmesi için öncelikle serbest pazarda kullanımının artması gerektiği vurgulandı. Ancak aşı konusunda ikna olan ailelerin de aşığı bu maliyetle temin edemedikleri ve uygulanabilirliğin bu nedenle düştüğü belirtildi. Ulusal şemaya, HPV aşılarının dahil edilmesi durumunda devlete doz başına maliyetinin bireysel alımlardan çok daha düşük olabileceği, bu nedenle aşılamanın Türkiye için maliyetinin hesaplanması gerektiği belirtildi.

HPV aşısının sahada uygulanması

Çocuk sağlığı izlemlerinin özellikle ergen çağda devam ettirilememesi ve okul sağlığı hizmetleri yetersiz kalması nedeniyle, HPV aşısının uygulanmasının sağlanması için öncelikle ergen sağlığı ünitelerinin sayısının artırılması gereklidir. Aşılama oranlarını arttırmak için hedef popülasyon belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın da katkıları ile ergen sağlığı programı belirlenmeli ve öncelikle toplumda ve doktorlarda adolesan aşı kavramı oluşturulmalıdır. Mutlaka 10-12 yaş arasında sağlık kuruluşlarına başvuran tüm ergenlere HPV, meningokok, tdap, yıllık influenza aşısı konusunda bilgi sunulmalı ve aşılama denetlenmelidir. Aşının ulusal şemaya alınması halinde aşılama gerçekleştirecek grup olan aile hekimlerinin iş yükünün oldukça artacağı ve bu nedenle aşılama çalışmalarını diğer branş hekimlerinin desteklemesi gerektiği vurgulandı. Aşının yalnız kız çocuklara değil, kabul edilebilirliği artırmak için hem kız hem erkek çocuklara uygulanması gerektiği vurgulandı.

Eğitim

Aşıyı uygulayacak olan kişilerin de özellikle ergen sağlığı programı kapsamında, HPV aşısı ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar ile ilgili eğitilmesi gerekmektedir. Özellikle ergenlere tamamlayıcı sağlık hizmetlerini sunan adölesan polklinikleri ve ergen sağlığı merkezleri, ergenlere aşı ile ilgili aydınlatıcı bilgiler sunmalıdır. Ayrıca aşığı uygulayacak olan hekimlerin de bir kısmının bu aşığı kendisine yaptırmadığı göz önünde bulundurularak, sahada aile hekimlerini de kapsayan eğitimler yapılmalıdır. Öncelikle hekimlerin aşının gerekliliği konusunda farkındalığı artırılmalıdır. Gerekirse tıp fakültelerinin çekirdek eğitim müfredatında ergen aşılması bilinci yerleştirilmelidir.

Kamuoyu bilgilendirmesi

Aşının öneminin anlatılması için konu ile ilgili olan tüm derneklerin ortak şekilde çalışmasının faydalı olacağı vurgulandı. Bilgilendirme için medyada yapıcı yönde pozitif algı oluşturulmasının hedeflenmesi gerekir. Aşının uygulanabilirliğini artırmak için 'cinsel yolla bulaşan hastalık' yerine 'kanseri önleyici aşı' olarak vurgulanmasının faydalı olacağı belirtildi. Öncelikle hekimler, sağlık personeli ve toplum önderlerinin (muhtarlar, öğretmenler, imamlar vb.) eğitiminin önemli olduğu vurgulandı.

Medya

Aşılamanın medyada ilgi çekmesi için hikayenin önemli olduğu, hastalığın toplumda oluşturduğu sosyal yönün iyi işlenmesi gerektiği vurgulandı. Hedef kitlemiz olan adölesanların aktif şekilde kullanmakta olduğu sosyal medya araçlarının aşı tanıtımında yasal sınırlamaları da dikkate alarak kullanılmasının faydalı olacağı vurgulandı. Özellikle gelecek nesillere çocuk yetiştirmekte olan sosyal medyadaki 'blogger' annelerin aşı tanıtımında destekleri alınabilir.

Sağlık Bakanlığı'na öneriler

Öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın ergen sağlığı takibi için programları olması gerektiği vurgulandı. Tartışmaya katılan tüm derneklerin ortak fikir birliğine göre, ölkemizde henüz ruhsatı olmayan 9 valanlı HPV aşısının bir an önce ölkemizde ruhsatlandırılması gerektiği belirtildi. Daha sonra da HPV aşısının ulusal şemaya dahil edilmesi için derneklerin Sağlık Bakanlığı ile görüşmesinin faydalı olacağı belirtildi.



T.C. Sağlık Bakanlığı



ENFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ



3. ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI

16-18 MART 2018

SHERATON OTEL & KONGRE MERKEZİ
ANKARA

PROGRAM



3. ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI PROGRAM



16-18 MART 2018
SHERATON OTEL & KONGRE MERKEZİ
ANKARA

1. GÜN 16 MART 2018

- 08:30-09:00 Açılış**
09:00-10:00 Açılış Konferansları
Başkan: Hüseyin İLTER
09:00-09:30 Ülkemizde aşılama programları
Osman TOPAÇ
09:30-10:00 Aşılamada gelecekte beklenenler
Mehmet CEYHAN

10:00-10:15 Kahve arası

MODÜL 1 **İnfluenza aşılaması**
Başkanlar: Hasan IRMAK, Işıl MARAL
Raportör: Kübra AYKAÇ

10:15-11:15 Panel: İnfluenza aşılaması
İnfluenza epidemiyolojisi ve klinik önemi
Gülşay KORUKLUOĞLU
İnfluenza aşılı
Ali Bülent CENGİZ
Tartışma

11:15-12:15 Grup Çalışmaları
1. İnfluenza surveyansı ve takip sistemi

Aktivatör: Ayla AYDIN

Tartışmacı Konuşmacılar: Ali ACAR, Sema ALP-ÇAVUŞ, Ahmet ARVAS, Derya AYDIN, Betül BENAS ÖKSEL, Asiye BIÇAKÇIGİL, Pınar BİLGİLİ, Dilek TOPRAK, Özgür Demir CİNİSLİ, Bahar ÇAKIR, Aykut ÇİLLİ, Selay DEMİRCİ, İsmail Zafer ECEVİT, Çiğdem EROL, Özgen ESER, Muzaffer ESKİOCAK, Serap GENCER, Hasan GÜÇLÜ, Dolunay GÜLMEZ, Türkan GÜNAY, Emel GÜR, Bülent GÜRLER, Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU, Selda HANÇERLİ TÖRÜN, A. Gülşen HAŞCELİK, Gülşen HAZIROLAN, Sevcan İMAM Ateş KARA, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Çiğdem KAYACAN, Oğuz KELEŞ, Emine KOCABAŞ, Gülşay KORUKLUOĞLU, İftihar KÖKSAL, Şükran KÖSE, Zafer KURUGÖL, Necdet KUYUCU, Umran LİSTE, Işıl MARAL, Ali ÖKSEL, Elif N. ÖZMERT, Yasemin ÖZSÜREKÇİ, Nuran SALMAN, Mehmet SEZER, C. Tayyar ŞASMAZ, Esin ŞENOL, Sevgen TANIR BAŞARAN OĞLU, Osman TOPAÇ, Ediz TÖTÜNCÜ, Şebnem UYSAL ATEŞ, Tuğçe ÜNALAN, Ata Nevzat YALÇIN, Olcay YASA, Kamil YAĞAŞ, Ali YILMAZ, Ahmet YÖNDER

2. İnfluenza aşılaması önündeki engeller ve çözüm yolları

Aktivatör: Ayşın ŞAKAR COŞKUN

Tartışmacı Konuşmacılar: Emin Sami ARISOY, Adem AYDIN, Sinan AYDOĞDU, Alpay AZAP, Kutbettin BAKIR, Cihangül BAYHAN, Tuğba BEDİR, Nursen BELET, Bünyamin BİLGİÇ, Yelda BİLGİNER, Selda BÜLBÜL, Yıldız CAMCIOĞLU, Ali Bülent CENGİZ, Ali CEYLAN, Solmaz ÇELEBLİ, Ümit ÇELİK, Dilek ÇİÇEK, Ergin ÇİFTÇİ, Ceyla DEĞERTEKİN KONCA, Orhan DERMAN, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Kayı ELİAÇIK, Ayşe ERBAY, Nurdan EVLİYAĞLU, Elif GEÇER, Gülbün GÖKÇAY, Ayla GÜNLEMEZ, Mehmet Tamer KARAARSLAN, Musa UĞUR, Meda KONDOLOT, Senem KUMDERELİ YÜCEİŞİK, Ayşe METİN, Dilek OĞUZ, Pınar OKYAY, Halil ÖZDEMİR, Pervin ÖZELÇİ, Seza ÖZEN, Hüsnü PULLUKÇU, Serpil SALMAN, Mehmet SARGIN, Ayper SOMER, Meltem ŞENGELEN, Meltem TAŞBAKAN, Nurdan TEKGÜL, Hasan TEZER, N. Kürşad TOKEL, Burcu TOKUÇ, Ece TUSUZ ÖNATA, Murat YILDIRIM, Aras YILDIZ, Hacer YILDIZDAŞ YAPICIOĞLU

3. Sağlık çalışanları ve kamuoyunda influenza ve influenza aşılı algısı

Aktivatör: Fikret KURT

Tartışmacı Konuşmacılar: Hülya AKAN, Levent AKIN, Berna AKINCI ÖZYÜREK, Firdevs AKTAŞ, Derya ALABAZ, Emre ALHAN, Evrim ARSLAN, Ahmet AŞIK, Şenol ATAKAN, Cemal AYAZOĞLU, Deniz AYĞÜN, Aslihan COŞKUN, Elif Pınar ÇAKIR, Nazan DALGİÇ, Demet DEMİRKİR, Elif DOĞAN, Mehtap TÜRKAY, Mine DURUSU TANRIÖVER, Raziye DUT, Aysu DUYAN ÇAMURDAN, Cemil GÜNEŞ, Sibel GÜNEŞ, Nezahat GÜRLER, Nevin HATİPOĞLU, Şehnaz HATİPOĞLU, Yavuz HAVLUCU, Kenan HİZEL, Hasan IRMAK, Laden JAFARI, Çiğdem KADER, Yasemin KALYONCUOĞLU, Ayşe KAMAN, Selda KARAAYVAZ, Nazan KARAHAN, Feyza KOÇ, Musa Gürel KUKUL, Zübeyde KUL, Bahar KURAL, Birsen MUTLU, Füsün ÖNER EYÜBOĞLU, Esra ÖZ, İnsan ÖZDEMİR, Abdülkadir ÖZDUGAN, Halit ÖZSÜT, Arzu ÖZTÜRK, Mestem EMEK, Sevilya SEVAL, Aygül SHAHBAZOVA, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Anıl TAPISIZ, Elif TİGEN, Nezide TOPUZ, Serap TORUN, Necla TÜLEK, Sevtap VELİPAŞAOĞLU, Aysun YAHSI

12:15-13:15 Öğle arası

13:15-14:00 Ortak Oturum

MODÜL 2 **Pnömonok aşılı**
Başkanlar: Firdevs AKTAŞ, Emine KOCABAŞ
Raportör: Sevgen Tanir BAŞARAN OĞLU

14:00-15:30 Panel: Pnömonok aşılı
Pnömonok epidemiyolojisi
-Yasemin ÖZSÜREKÇİ
On valanlı NTHI protein D konjuge pnömonok aşısı
-Bernard HOET
13 valanlı KPA
-Bülent TAYŞI
Yetişkinlerde pnömonok aşılaması
-İftihar KÖKSAL
Tartışma

15:30-15:45 Kahve arası

15:45-16:45 Grup çalışmaları
1. Çocuklarda pnömonok aşılaması: Epidemiyoloji

Aktivatör: Nezahat GÜRLER

Tartışmacı Konuşmacılar: Ali ACAR, Levent AKIN, Emre ALHAN, Sema ALP-ÇAVUŞ, Emin Sami ARISOY, Adem AYDIN, Derya AYDIN, Deniz AYĞÜN, Cihangül BAYHAN, Nursen BELET, Asiye BIÇAKÇIGİL, Pınar BİLGİLİ, Dilek TOPRAK, Yıldız CAMCIOĞLU, Ali Bülent CENGİZ, Ali CEYLAN, Özgür Demir CİNİSLİ, Aslihan COŞKUN, Solmaz ÇELEBLİ, Ümit ÇELİK, Dilek ÇİÇEK, Ergin ÇİFTÇİ, Ergin ÇİFTÇİ, Selay DEMİRCİ, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Raziye DUT, İsmail Zafer ECEVİT, Çiğdem EROL, Özgen ESER, Muzaffer ESKİOCAK, Nurdan EVLİYAĞLU, Gülbün GÖKÇAY, Hasan GÜÇLÜ, Dolunay GÜLMEZ, Türkan GÜNAY, Bülent GÜRLER, Gülşen HAZIROLAN, Laden JAFARI, Ateş KARA, Çiğdem KAYACAN, Oğuz KELEŞ, Meda KONDOLOT, Gülşay KORUKLUOĞLU, Şükran KÖSE, Musa Gürel KUKUL, Umran LİSTE, Işıl MARAL, Halil ÖZDEMİR, İnsan ÖZDEMİR, Elif N. ÖZMERT, Yasemin ÖZSÜREKÇİ, Aygül SHAHBAZOVA, Ayper SOMER, C. Tayyar ŞASMAZ, Tuğçe ÜNALAN, Aysun YAHSI, Ata Nevzat YALÇIN, Kamil YAĞAŞ, Ali YILMAZ, Ahmet YÖNDER

2. Çocuklarda pnömonok aşılaması: Aşı etkinliği

Aktivatör: Hasan TEZER

Tartışmacı Konuşmacılar: Derya ALABAZ, Ayla AYDIN, Kübra AYKAÇ, Kutbettin BAKIR, Tuğba BEDİR, Betül BENAS ÖKSEL, Yelda BİLGİNER, Selda BÜLBÜL, Bahar ÇAKIR, Elif Pınar ÇAKIR, Nazan DALGİÇ, Orhan DERMAN, Elif DOĞAN, Aysu DUYAN ÇAMURDAN, Kayı ELİAÇIK, Ayşe ERBAY, Ayla GÜNLEMEZ, Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU, Selda HANÇERLİ TÖRÜN, Nevin HATİPOĞLU, Sevcan İMAM, Ayşe KAMAN, Mehmet Tamer KARAARSLAN, Musa UĞUR, Selda KARAAYVAZ, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nazan KARAHAN, Emine KOCABAŞ, Feyza KOÇ, Senem KUMDERELİ YÜCEİŞİK, Bahar KURAL, Fikret KURT, Zafer KURUGÖL, Tezer KUTLUK, Necdet KUYUCU, Ayşe METİN, Pınar OKYAY, Ali ÖKSEL, Seza ÖZEN, Nuran SALMAN, Mehmet SEZER, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Anıl TAPISIZ, Nurdan TEKGÜL, N. Kürşad TOKEL, Burcu TOKUÇ, Osman TOPAÇ, Ece TUSUZ ÖNATA, Şebnem UYSAL ATEŞ, Sevtap VELİPAŞAOĞLU, Murat YILDIRIM, Aras YILDIZ, Hacer YILDIZDAŞ YAPICIOĞLU

3. Yetişkinlerde pnömonok aşılaması

Aktivatör: Gülşen HAŞCELİK

Tartışmacı Konuşmacılar: Hülya AKAN, Berna AKINCI ÖZYÜREK, Firdevs AKTAŞ, Evrim ARSLAN, Ahmet ARVAS, Ahmet AŞIK, Şenol ATAKAN, Cemal AYAZOĞLU, Sinan AYDOĞDU, Alpay AZAP, Bünyamin BİLGİÇ, Aykut ÇİLLİ, Ceyla DEĞERTEKİN KONCA, Mehtap TÜRKAY, Mine DURUSU TANRIÖVER, Elif GEÇER, Serap GENCER, Emel GÜR, Şehnaz HATİPOĞLU, Yavuz HAVLUCU, Kenan HİZEL, Hasan IRMAK, Çiğdem KADER, İftihar KÖKSAL, Zübeyde KUL, Birsen MUTLU, Dilek OĞUZ, Füsün ÖNER EYÜBOĞLU, Abdülkadir ÖZDUGAN, Pervin ÖZELÇİ, Halit ÖZSÜT, Arzu ÖZTÜRK, Hüsnü PULLUKÇU, Serpil SALMAN, Mestem EMEK, Mehmet SARGIN, Sevilya SEVAL, Ayşın ŞAKAR COŞKUN, Meltem ŞENGELEN, Esin ŞENOL, Meltem TAŞBAKAN, Elif TİGEN, Nezide TOPUZ, Necla TÜLEK, Ediz TÖTÜNCÜ, Olcay YASA

16:45-17:00 Grup sunumlarının hazırlanması

17:00-18:00 Ortak Oturum



3. ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI PROGRAM



16-18 MART 2018
SHERATON OTEL & KONGRE MERKEZİ
ANKARA

2. GÜN 17 MART 2018

MODÜL 3

Yetişkin aşıları

Başkanlar: Aykut ÇİLLİ, Aslıhan COŞKUN
Raportör: Musa Gürel KUKUL

09:00-10:00

Panel: Yetişkin aşıları

Dünyada yetişkin aşılaması

-Necla TÜLEK

Ülkemizde yetişkin aşılaması

-Esin ŞENOL

Tartışma

10:00-11:00 Grup Çalışmaları

1. Yetişkin aşılamasının artırılmasında kurum ve derneklere düşen görevler

Aktivatör: Mine Durusu TANRIÖVER

Tartışmacı Konuşmacılar: Ali ACAR, Berna AKINCI ÖZYÜREK, Emre ALHAN, Sinan AYDOĞDU, Özgür Demir CİNİSLİ, Elif Pınar ÇAKIR, Ergin ÇİFTÇİ, Aykut ÇİLLİ, Orhan DERMAN, Elif DOĞAN, Çiğdem EROL, Muzaffer ESKİOCAK, Gülbın GÖKÇAY, Dolunay GÜLMEZ, Türkan GÜNAY, Nezahat GÜRLER, A. Gülşen HASÇELİK, Hasan IRMAK, Ateş KARA, Nazan KARAHAN, Oğuz KELEŞ, İftihar KÖKSAL, Şükran KÖSE, Tezer KUTLUK, Dilek OĞUZ, Pervin ÖZELÇİ, Elif N. ÖZMERT, Nuran SALMAN, Serpil SALMAN, Mehmet SARGIN, Aysın ŞAKAR COŞKUN, Meltem ŞENGELEN, Osman TOPAÇ, Ata Nevzat YALÇIN, Ali YILMAZ

2. Yetişkin aşılamasının artırılmasında alınması gereken acil önlemler

Aktivatör: Alpay AZAP

Tartışmacı Konuşmacılar: Evrim ARSLAN, Kutbettin BAKIR, Bünyamin BİLGİÇ, Pınar BİLGİLİ, Dilek TOPRAK, Aslıhan COŞKUN, Mehtap TÜRKAY, Serap GENCER, Yavuz HAVLUCU, Ceyla DEĞERTEKİN KONCA, Senem KUMDERELİ YÜCEİŞİK, Fikret KURT, Birsen MUTLU, Mesten EMEK, Mehmet SEZER, Esin ŞENOL, Burcu TOKUÇ, Nezide TOPUZ, Kamil YAVAŞ, Murat YILDIRIM, Aras YILDIZ, Ahmet YÖNDER

3. Yetişkin aşılamasının artırılmasında uzun dönemde yapılması gerekenler

Aktivatör: Tayyar ŞAŞMAZ

Tartışmacı Konuşmacılar: Hülya AKAN, Levent AKIN, Firdevs AKTAŞ, Sema ALP-ÇAVUŞ, Ahmet AŞIK, Şenol ATAKAN, Cemal AYAZOĞLU, Ayla AYDIN, Ali CEYLAN, Elif GEÇER, Şehnaz HATİPOĞLU, Kenan HİZEL, Çiğdem KADER, Mehmet Tamer KARAARSLAN, Musa UĞUR, Gülay KORUKLUOĞLU, Zübeyde KUL, Işıl MARAL, Ayşe METİN, Pınar OKYAY, Füsün ÖNER EYÜBOĞLU, Abdülkadir ÖZDUGAN, Arzu ÖZTÜRK, Hüsnü PULLUKÇU, Sevilay SEVAL, Meltem TAŞBAKAN, Necla TÜLEK, Ediz TÖTÜNCÜ

11:00-11:15 Kahve arası

11:15-12:15 Ortak Oturum

12:15-13:15 Öğle arası

MODÜL 4

Aşıların uygulamasında problemler: Aşı reddi ve çözüm yolları

Başkanlar: Osman TOPAÇ, Ergin ÇİFTÇİ
Raportör: Cihangül BAYHAN

13:15-14:15 Panel: Aşı uygulamasında problemler, aşı reddi ve çözüm yolları

Aşı reddinde medyanın rolü

-Esra ÖZ

Aşı reddinin hukuki yönleri

-Mehmet Kubilay ÖZKILIÇ

Kamuoyu algısı

-Levent AKIN

Tartışma

14:15-15:15 Grup çalışmaları

1. Medya ile ilgili sorunlar ve çözüm yolları (Yazılı basın, görsel basın, sosyal medya)

Aktivatörler: Serap TORUN, Zafer KURUGÖL

Tartışmacı Konuşmacılar: Ali ACAR, Hülya AKAN, Berna AKINCI ÖZYÜREK, Derya ALABAZ, Evrim ARSLAN, Ahmet ARVAS, Ahmet AŞIK, Şenol ATAKAN, Adem AYDIN, Ayla AYDIN, Sinan AYDOĞDU, Deniz AYGÜN, Kübra AYKAÇ, Alpay AZAP, Kutbettin BAKIR, Betül BENAS ÖKSEL, Bünyamin BİLGİÇ, Selda BÜLBÜL, Bahar ÇAKIR, Elif Pınar ÇAKIR, Aykut ÇİLLİ, Nazan DALGIÇ, Demet DEMİRKİR, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Elif DOĞAN, Melike DOĞANAY, Mehtap TÜRKAY, Raziye DUT, İsmail Zafer ECEVİT, Ayşe ERBAY, Özgen ESER, Nurdan EVLİYAĞLU, Gülbın GÖKÇAY, Hasan GÜÇLÜ, Dolunay GÜLMEZ, Sibel GÜNEŞ, Emel GÜR, Bülent GÜRLER, Mustafa HACİMUSTAFAOĞLU, A. Gülşen HASÇELİK, Nevin HATİPOĞLU, Şehnaz HATİPOĞLU, Gülşen HAZIROLAN, Kenan HİZEL, Hasan IRMAK, Sevcan İMAM, Laden JAFARI, Çiğdem KADER, Yasemin KALYONCUOĞLU, Ayşe KAMAN, Ateş KARA, Mehmet Tamer KARAARSLAN, Musa UĞUR, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nazan KARAHAN, Çiğdem KAYACAN, Emine KOCABAŞ, Meda KONDOLÖT, Gülay KORUKLUOĞLU, Faruk KÖSE, Şükran KÖSE, Zübeyde KUL, Fikret KURT, Tezer KUTLUK, Necdet KUYUCU, Ayşe METİN, Birsen MUTLU, Pınar OKYAY, Ali ÖKSEL, Esra ÖZ, Abdülkadir ÖZDUGAN, Seza ÖZEN, Nejat ÖZGÜL, Elif N. ÖZMERT, Halit ÖZSÜT, Arzu ÖZTÜRK, Hüsnü PULLUKÇU, Nuran SALMAN, Serpil SALMAN, Mesten EMEK, Mehmet SARGIN, Sevilay SEVAL, Aysın ŞAKAR COŞKUN, Anıl TAPISIZ, N. Kürşad TOKEL, Burcu TOKUÇ, Osman TOPAÇ, Ece TÖSÜZ ÖNATA, Şebnem UYSAL ATEŞ, Elif Gül YAPAR EYİ, Hacer YILDIZDAŞ YAPICIOĞLU

2. Hukuki sorunlar ve çözüm yolları

Aktivatörler: Cemil GÜNEŞ, Pervin ÖZELÇİ

Tartışmacı Konuşmacılar: Levent AKIN, Firdevs AKTAŞ, Emre ALHAN, Sema ALP-ÇAVUŞ, Emin Sami ARISOY, Cemal AYAZOĞLU, Derya AYDIN, Tuğba BEDİR, Nürşen BELET, Asiye BIÇAKÇIĞIL, Pınar BİLGİLİ, Dilek TOPRAK, Yelda BİLGİNER, Yıldız CAMCIOĞLU, Ali Bülent CENGİZ, Ali CEYLAN, Özgür Demir CİNİSLİ, Aslıhan COŞKUN, Solmaz ÇELEBİ, Ümit ÇELİK, Dilek ÇİÇEK, Ergin ÇİFTÇİ, Ergin ÇİFTÇİ, Selay DEMİRCİ, Orhan DERMAN, Mine DURUSU TANRIÖVER, Aysu DUYAN ÇAMURDAN, Kayı ELİAÇIK, Çiğdem EROL, Muzaffer ESKİOCAK, Elif GEÇER, Serap GENCER, Gülenay GENÇOSMANOĞLU, Murat GÜLTEKİN, Türkan GÜNAY, Ayla GÜNLEMEZ, Nezahat GÜRLER, Selda HANÇERLİ TÖRÜN, Yavuz HAVLUCU, Selda KARAAVVAZ, Oğuz KELEŞ, Feyza KOÇ, Ceyla DEĞERTEKİN KONCA, İftihar KÖKSAL, Musa Gürel KUKUL, Senem KUMDERELİ YÜCEİŞİK, Bahar KURAL, Ümrân LİSTE, Işıl MARAL, Dilek OĞUZ, Füsün ÖNER EYÜBOĞLU, Halil ÖZDEMİR, İhsan ÖZDEMİR, Mehmet Kubilay ÖZKILIÇ, Yasemin ÖZSÜREKÇİ, Mehmet SEZER, Aygül ŞAHBAZOVA, Ayper SOMER, C. Tayyar ŞAŞMAZ, Meltem ŞENGELEN, Esin ŞENOL, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Sevgen TANIR BAŞARANOĞLU, Meltem TAŞBAKAN, Nurdan TEKÖL, Hasan TEZER, Elif TİGEN, Nezide TOPUZ, Necla TÜLEK, Ediz TÖTÜNCÜ, Tuğçe ÜNALAN, Sevtap VELİPAŞAOĞLU, Aysun YAŞLI, Ata Nevzat YALÇIN, Hakan YALÇIN, Olcay YASA, Kamil YAVAŞ, Murat YILDIRIM, Aras YILDIZ, Ali YILMAZ, Ahmet YÖNDER

15:15-15:30 Kahve arası

15:30-16:30 Ortak oturum





3. ULUSAL AŞI ÇALIŞTAYI PROGRAM



16-18 MART 2018
SHERATON OTEL & KONGRE MERKEZİ
ANKARA

3. GÜN 18 MART 2018

MODÜL 5 Rotavirüs-Meningokok-HPV aşılması

09:00-11:00 Panel: Meningokok aşıları
Başkan: Yıldız CAMCIOĞLU
Raportör: Dilek ÇİÇEK
Meningokok epidemiyolojisi
-Mehmet CEYHAN
MCV-DT aşısı
-Ener Çağrı DİNLEYİCİ
MCV-TT aşısı
-Zafer KURUGÖL
MCV-CRM aşısı
-Veronique ABİTBOL
Meningokok B aşıları
-Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
Tartışma

11:00-11:15 Kahve arası

11:15-12:30 Panel: Rotavirüs aşıları
Başkan: Emre ALHAN
Raportör: Aysun YAHŞİ
Rotavirüs epidemiyolojisi
-Anıl TAPISIZ
Tip 1 insan rotavirüs aşısı
-Volker VETTER
5 valanlı insan-sığır reassortant aşısı
-Ayper SOMER
Tartışma

12:30-13:30 Öğle arası

13:30-14:50 Panel: HPV aşıları
Başkan: Tezer KUTLUK
Raportör: Ayşe KAMAN
HPV epidemiyolojisi
-Murat GÜLTEKİN
HPV aşıları
-Faruk KÖSE
Tartışma

14:50-15:20 Konferans: Ulusal aşı programına yeni aşılardan eklenmesi
-Ateş KARA

15:20-15:30 Kahve arası

15:35-16:35 Grup Çalışmaları
1. Rotavirüs aşıları

Aktivatör: Halil ÖZDEMİR

Tartışmacı Konuşmacılar: Emin Sami ARISOY, Ahmet ARVAS, Tuğba BEDİR, Nursen BELET, Pınar BİLGİLİ, Dilek TOPRAK, Yıldız CAMCIOĞLU, Ali Bülent CENGİZ, Özgür Demir CİNİSLİ, Solmaz ÇELEBİ, Ergin ÇİFTÇİ, Muzaffer ESKİOCAK, Nurdan EVLİAYOĞLU, Elif GEÇER, Gülbün GÖKÇAY, Türkan GÜNAY, Ayla GÜNLEMEZ, Emel GÜR, Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU, Selda HANÇERLİ TÖRÜN, Hasan IRMAK, Ateş KARA, Oğuz KELEŞ, Meda KONDOLOT, Gülay KORUKLUOĞLU, Elif N. ÖZMERT, Yasemin ÖZSÜREKÇİ, Nuran SALMAN, Mehmet SEZER, Ayper SOMER, C. Tayyar ŞAŞMAZ, Sevgen TANIR BAŞARANOĞLU, Hasan TEZER, Osman TOPAÇ, Ece TÜSÜZ ÖNATA, Olcay YASA, Kamil YAVAŞ, Hacer YILDIZDAŞ YAPICIOĞLU, Ali YILMAZ, Ahmet YÖNDER

2. Meningokok aşıları

Aktivatör: Adem AYDIN

Tartışmacı Konuşmacılar: Levent AKIN, Firdevs AKTAŞ, Emre ALHAN, Ahmet AŞIK, Cemal AYAZOĞLU, Ayla AYDIN, Alpay AZAP, Kutbettin BAKIR, Cihangül BAYHAN, Bünyamin BİLGİÇ, Yelda BİLGİNER, Ali CEYLAN, Bahar ÇAKIR, Ümit ÇELİK, Ergin ÇİFTÇİ, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Elif DOĞAN, Mine DURUSU TANRIÖVER, Aysu DUYAN ÇAMURDAN, İsmail Zafer ECEVİT, Kayı ELİAÇIK, Ayşe ERBAY, Serap GENÇER, Nezahat GÜRLER, Laden JAFARI, Mehmet Tamer KARAARSLAN, Musa UĞUR, Emine KOCABAŞ, Feyza KOÇ, İftihar KÖKSAL, Musa Gürel KUKUL, Senem KUMDERELİ YÜCEİŞİK, Fikret KURT, Işıl MARAL, Pınar OKYAY, İhsan ÖZDEMİR, Halit ÖZSÜT, Hüsnü PULLUKÇU, Aygül SHAHBAZOVA, Meltem ŞENGELEN, Meltem TAŞBAKAN, Burcu TOKUÇ, Nezide TOPUZ, Necla TÜLEK, Ediz TÖTÜNCÜ, Sevtap VELİPAŞAOĞLU, Murat YILDIRIM, Aras YILDIZ

3. HPV aşıları

Aktivatör: Nejat ÖZGÜL

Tartışmacı Konuşmacılar: Hülya AKAN, Derya ALABAZ, Evrim ARSLAN, Şenol ATAKAN, Deniz AYGÜN, Kübra AYKAÇ, Betül BENAS ÖKSEL, Selda BÜLBÜL, Aslıhan COŞKUN, Elif Pınar ÇAKIR, Nazan DALGIÇ, Orhan DERMAN, Melike DOĞANAY, Mehtap TÜRKAY, Raziye DUT, Gülenay GENÇOSMANOĞLU, Murat GÜLTEKİN, Nevin HATİPOĞLU, Şehnaz HATİPOĞLU, Kenan HİZEL, Sevcan İMAM, Çiğdem KADER, Selda KARAAYVAZ, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nazan KARAHAN, Faruk KÖSE, Zübeyde KUL, Bahar KURAL, Zafer KURUGÖL, Tezer KUTLUK, Necdet KUYUCU, Ayşe METİN, Birsen MUTLU, Ali ÖKSEL, Abdülkadir ÖZDUĞAN, Pervin ÖZELÇİ, Seza ÖZEN, Arzu ÖZTÜRK, Mesten EMEK, Sevilay SEVAL, Esin ŞENOL, Filiz ŞİMŞEK ORHON, Anıl TAPISIZ, Nurdan TEKGÜL, Elif TİGEN, Şebnem UYSAL ATEŞ, Hakan YALÇIN, Elif Gül YAPAR EYİ

16:35-16:50 Grup sunumlarının hazırlanması

16:50-17:50 Ortak Oturum

17:50-18:10 Akılcı ilaç ve aşı kullanımı
-Mehmet CEYHAN

18:10-18:20 Kapanış

