

Hastanede Yatan Çocukların Aşı Programlarının İncelenmesi

EVALUATION OF THE VACCINATION STATUS OF IN PATIENTS

Gülşen YALÇIN*, R ORAL*, A YÜKSEL*, B ERSOY*, D CAN*, T ÖZCAN*, J ODACI*

*Dr..Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi, İZMİR

Özet

Günümüzde etkin aşılama yöntemlerinin uygulamaya girmesi ile çocukluk çağında sık görülen enfeksiyon hastalıklarının çoğu kontrol altına alınmıştır. Bu amaca ulaşmak için çocukların iki yaşına katlar %90'ının aşılanması gerekmektedir. 1.8.1996 ve 1.12.1996 tarihleri arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesinde çeşitli servislerde yatan 191 çocuğun aşı programları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca asistanların aşı öyküsü alın ve kaçırılmış fırsatları tamamlama konusundaki yeterlilikleri incelenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 30.0x2.0 ay olarak bulunmuştur. Yüzyirmibeşi (%65.6) şehir merkezinde. 66 sı (%34.5) şehir dışından gelmiştir. Şehir merkezinden gelen lamı aşılı hasta sayısı 113 ("490.4), şehir dışından gelen tam aşılı hasta sayısı 3ff ("4,57.6) olarak saplanmıştır, (pr'0.01). Sosyoekonomik darımı (SED) incelendiğinde; SED kötü 150 hastanın 114'ünde ("4,76.0/ tanı aşılanı, SED orta ve iyi olan 41 hastanın 37'sinde ("4,90.2) tanı aşılama saptanmıştır (i><0.01). Yaşa uygun aşılamada; BCG aşılamasında "4C9.0, Polio+DTB (III) aşılamasında "4,71.7. kızamık aşılamasında 74,72.8, Polio+DTB (IV) aşılanmasında 74,79.6 tanı aşılama oram bulunmuştur. Hastaların aşı öyküsü ile ilgili olarak; yalnız 105 ("4,55.0) olguda, her aşı ve doz ayrı ayrı belirtilerek övki alınmış, 77 ("1,40.3l olguda aşı övki tam denmiş, ancak dozları ayrı ayrı belirtilmemiş, 9 ("4,4.7) olguda ise hiç aşı övki alınmamıştır.

Eksik aşı hastaların taburcu olurken yalnız üç tanesinin polio eradikasyon kampanyası sırasında aşılanmış olması ve ailelerin aşı konusunda bilgilendirilmemiş olması, kaçırılmış fırsatlara neden olmuştur. Bu yalnızca sosyoekonomik ve kırdürl nedenlerle değil; sağlık personelinin halkı eğitime ve önlenmedeki eksikliği yanı sıra hastanemizdeki kaçırılmış fırsatları değerlendirmeye yönelik bir programın olmamasıyla da açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: BCG, DTB, Polio, Kızamık, Aşılama, Kaçırılmış fırsatlar

T Kim Pediatrı 1998, 7:83-86

Geliş Tarihi: 26.08.1997

Yazışma Adresi: Ur.Gülşen YALÇIN
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi
Alsaneak. İZMİR

T Kim .1 l'edialr 1998, 7

Summary

Effective immunization programs have controlled the majority of the most frequently seen infectious diseases in childhood. For this purpose, it is essential to immunize 90%, of children up to 2 years of age.

One hundred and ninety-one children have been evaluated for their immunization status retrospective), admitted to various clinics of Dr. Behçet Uz Children Hospital between OS.01.1996-12.01.1996. Physicians attitudes in taking immunization history of admitted patients accurately were also determined in addition to the investigation of the frequency of missed opportunities. Patient's age was 30.042.0 months, 125 of which was from urban and 66 (34,5%) of which were from rural areas. Immunization of urban patients were updated in 113(90.4%) and of rural patients in 38(57.6) (p<0.01). When compared according to socioeconomic level, updated.

Immunization was 76.0%, (114/150) and 90.2%, (37/41) in low and intermediate high socioeconomic level groups respectively (p<0.01). BCG vaccine was administered to 79%4, patients consistent with age, Polio+DPT (III) to 71.7, measles to 72.8%, andpolio+DPT(IV) to 79.6%. The immunization history was taken appropriately by recording all shots administered in 55%. (105 patients) and recorded us only 'updated'in 40.3"7-(77 patients) and to information was available in 4.7"4,(9 patients).

Three infants had received only oral polio vaccine on the lack of informative responsibility of health staff but also to the lack of a proper vaccination routine at the hospital to eliminate missed opportunities as the case in every hospital throughout the county.

Key Words: BCG, DTP, Polio, Measles, Immunization, Missed opportunities

T Klin J Pediatr 1998, 7:83-86

Günümüzde çocukluk çağı enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınabilmesi için, iki yaşına kadar çocukların %90'ının aşılanması gerekmektedir (1-4).

Dünya Sağlık Örgütünün genişletilmiş bağışıklama programına göre her çocuğun, bir yaşma gelmeden önce altı hastalığa karşı (tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, poliomiyelit, kızamık) bağışık olmasının sağlanması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü; aşıyla önlenabilir enfeksiyon hastalıklarına bağlı bebek ölümlerinin çok yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde, bebeklerin bu hastalıklara karşı en erken dönemde bağışık kılınmalarını sağlamak amacıyla aşılarla mümkün olan en erken dönemde başlanıp, tekrarı gereken aşıların da en kısa aralıklarla yapılmasını önermektedir (2).

Bu çalışmada hastaneye çeşitli nedenlerle yatan çocukların aşı programlarını inceleyerek aşılama oranlarını belirlemek, varsa eksik aşılama nedenlerini saptamak ve kaçırılmış fırsat sıklığını belirlemek amaçlandı. Ayrıca çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının aşılama konusunda öykü alma, aileyi bilgilendirip yönlendirme ve kaçırılmış fırsatları değerlendirme yeterliliği de araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

1.8.1996 ve 1.12.1996 tarihleri arasında Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesinde çeşitli servislerde yatan 191 çocuğa uygulanan aşı programları, dosya incelenmesine dayalı olarak retrospektif incelenmiştir. Dosya incelemelerinde olguların ortalama yaşı, cinsi, geldikleri bölge, sosyoekonomik durum (SED), anne ve baba yaşı, alman aşı öyküsü değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik durum üç grupta incelenmiştir. Birinci grupta; gideri gelirinden fazla ya da işsiz olan kötü SED'e sahip aileler, ikinci grupta; gideri gelirine eşit olan orta SED'e sahip aileler, üçüncü grupta; geliri giderinden fazla olan iyi SED'e sahip olan aileler değerlendirilmiştir. Hastaların yatışını yapan hekimlerin aşı öykü teknikleri üç grupta değerlendirilmiştir. Birinci grupta aşı öyküsü ayrıntılı bir şekilde alınmış; her aşı ve doz ayrı ayrı belirtilmiştir. İkinci grupta; aşı anamnezi alınmış, ancak dozlar ayrı ayrı belirtilmemiştir. Üçüncü grupta ise hiç aşı öyküsü alınmamıştır. Dosya incelemesinde, yaşa göre tam aşılama sıklığı ve bunun olguların geldiği yerle ve sosyoekonomik durumla olan ilişkileri saptanmıştır. Her aşı için yaşa uygun ve eksik aşılama oranları belirlenmiştir. Öykü alma tekniğinin yeterliliği ve taburcu olurken eksik aşı olgularda

aile eğitimi ve bilgilendirilme sıklığı araştırılmıştır. Veriler SPSS programında ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

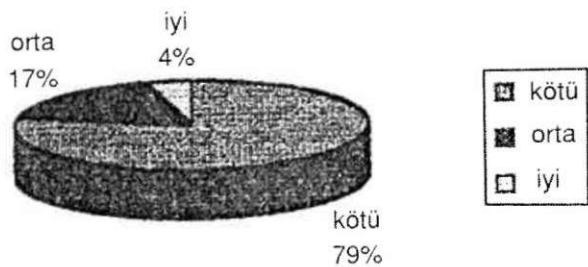
Bulgular

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesinde 1.8.1996 ve 1.12.1996 tarihleri arasında çeşitli servislerde yatan 191 çocuğun; 119'u (%62.3) erkek, 72'si (%37.7) kız olup olguların ortalama yaşı 30.0 ± 2.0 ay (en küçük: 2 ay-en büyük: 156 ay) olarak bulunmuştur. Olguların 125'i (%65.5) şehir merkezinden, 66'sı (%34.5) şehir dışından gelmiştir. Sosyoekonomik düzey incelendiğinde; 150'sinin (%78.5) kötü, 33'ünün (%17.3) orta, 8'iinin (%4.2) iyi olduğu saptanmıştır. (Şekil 1) Anne ortalama yaşı 28.0 ± 3.0 yaş, baba ortalama yaşı ise 30.0 ± 6.0 yaş olarak bulunmuştur. Tüm olguların 15 Tinin (%79.0) yaşa uygun tam aşı olduğu saptanmıştır.

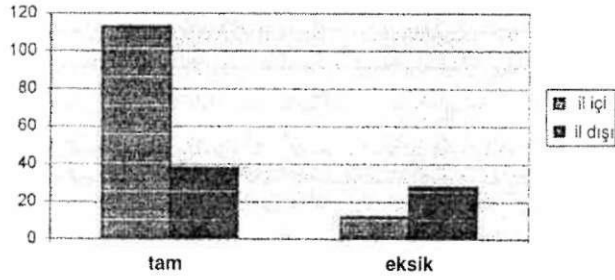
Bunlardan şehir merkezinden gelen 125 hastanın, 113'ünün (%90.4), şehir dışında gelen 66 hastanın ise 38'inin (%57.6) tam aşı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Şekil 2).

Sosyoekonomik durumu kötü olan 150 hastanın 115'inde (%76.0) tam aşılama, sosyoekonomik durumu iyi ve orta olan 41 hastanın 37'sinde (%90.2) tam aşılama saptanmıştır ($p < 0.01$) (Şekil 3).

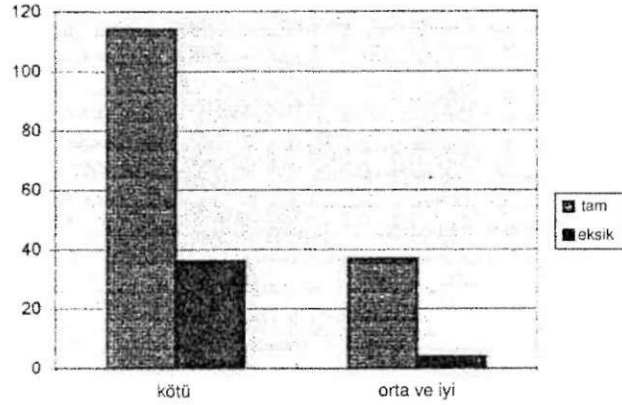
Hastaların aşı öyküsü değerlendirildiğinde; 105 (%55) olguda öykünün her aşı ve doz ayrı ayrı belirtilerek alınmış olduğu saptanmıştır. Yetmişyedi (%40.3) olguda ise, ise öykünün tam olduğu söylenmiş, ancak dozları ayrı ayrı belirtilmemiş, 9(%4.79) olguda ise hiç aşı öyküsü alınmamıştır.



Şekil 1. Olguların sosyoekonomik düzeyi



Şekil 2. Geldikleri bölge ve aşılama.



Şekil 3. Sosyoekonomik durum ve aşılama.

Tablo 1. Yasa uygun aşılama oranları

Aşılar	Tam	Eksik
BCG	151 (%79.0)	31 (%16.2)
Polio+DTB (III)	137(%71.7)	45 (%23.6)
Kızamık	99 (%72.8)	30 (%22.0)
Polio+DTB (IV)	74 (%79.6)	12 (%12.9)

Hastaların aşı programları incelendiğinde, BCG aşısı açısından; 151 (%79.0) olgunun tam aşı olduğu, 31 (%16.2) olgunun eksik aşı olduğu, 9 (%4.8) olgunun ise aşı öyküsü olmadığı saptanmıştır.

BCG+Polio+DTB (III) aşısı açısından 137 (%71.7) olgunun tam, 45 (%23.6) olgunun eksik aşılandığı, 9 (%4.7) olguda ise öykü alınmadığı saptanmıştır.

Kızamık aşısı yapılmış olması gereken toplam 136 olgunun, 99'unun (%72.8) tam aşı olduğu, 30'unun (%22) eksik aşı olduğu, 7'sinde (%5.2) ise öykü alınmadığı saptanmıştır.

BCG+polio+DTB (IV)+kızamık aşılaması açısından 93 olgunun 74'ünün (%79.6) tam aşı olduğu, 12'sinin (%12.9) eksik aşı olduğu, 7'sinin (%7.5) ise aşı öyküsü alınmadığı öğrenilmiştir (Tablo 1).

Çocuklar hastaneden taburcu olurken eksik aşı olan olgularda, ailelere aşılama konusunda eğitim verildiğine ve aşı önerildiğine dair dosyalardan herhangi bir bilgi elde edilememiştir. Yalnızca üç olgunun taburcu olurken, polio eradikasyonu kampanyası sırasında aşılandığı saptanmıştır.

Tartışma

Dünya sağlığı açısından aşıların ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Ancak yine de aşılanma oranları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde istenilen düzeye çıkarılamamıştır (5). Çalışmamızda tam aşılanma oranları BCG aşılamasında %79.0, DTB+Polio (III) aşılamasında %71.7, kızamık aşılamasında, %72.8, Polio+DTB (IV) aşılamasında %79.6 olarak saptanmıştır. Bu oran Dünya Sağlık Örgütü'nün planladığı ilk iki yıllık %90 tam aşılanma oranının oldukça altındadır.

Ailelerin kökeni, gelişmiş ülkelerde bile aşılanma oranlarını etkilemektedir. ABD'de yapılan çalışmalarda da şehir içi ve şehir dışı bölgelerde yapılan immünizasyonda anlamlı bir fark saptanmış, şehir içi bölgelerde aşılanma oranları daha yüksek bulunmuştur (6,7). Bizim çalışmamızda aşılanma oranı şehir içi ve şehir dışı bölgelerde şehir içi lehine olarak farklı bulunmuştur ($p < 0.05$). Şehir dışı bölgelerdeki aşılanma oranlarının düşüklüğü büyük olasılıkla SED ve kültürel düzeyin düşüklüğüne bağlıdır. Çünkü SED düşük olgularda, SED orta-iyi olan olgular karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

1980'li yıllarda aşılanmanın önemini kavratmak için, teknolojik gelişme, sosyal mobilizasyon ve geniş nüfusa ulaşma stratejilerinden yararlanılmaya başlanmış ve bu konuda etkin olmuştur. Yaygınlaştırılmış immünizasyon programlarının aşı ile önlenilebilir hastalıkların morbidite ve mortalitelerini azaltması yanında ulusal ve ev ekonomisine de olumlu etkileri de vardır (1).

Ancak aşılanmanın zamanında yapılabilmesi için ebeveynlerin iyi bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir (8,9). Aileleri bilgilendirirken ülkemizde uygulanmakta olan çocukluk çağı aşı takvimini de anlatmak gerekmektedir (Tablo 2) (9).

Tablo 2. Ülkemizde uygulanmakta olan aşı takvimi

Aşılar	Aylar
BCG, OPV1, DTB1	2 ayın bitiminde (8 lift)
OPV2 ve DTB*	3 ayın bitiminde (12 lift)
OPV3 ve DTB*	4 ayın bitiminde (16 lift)
Kızamık	9 ayın bitiminde (36 lift)
OPV4 ve DTB4	1.5 yaşında (15-24 lift)
OPV5 ve DT ile BCG*	İlkokul 1. sınıfta
Tetanoz ve BCG*	ilkokul 5. Sınıfta
Tetanoz	lise 1. sınıfta
BCG**	lise 3. sınıfta

*OPV ve DTB aşılarını birinci ile ikinci ile üçüncü dozları arasında süre dört haftadan az olmamalıdır.

** ilkokul birinci sınıfta uygulanacak BCG aşısı için çocuğun bir skarı varsa, beşinci sınıfta uygulanacak dozu için iki skarı varsa, lise üçüncü sınıfta uygulanacak doza için üç skarı varsa, BCG aşısı doğrudan yapılır. Aksi halde PTD kontrolü yapılır.

Çocukları aşılama oranlarının düşük olmasının nedenleri (10,11):

*Halkın aşı konusunda eğitimsiz olması ve aşı isteğinin olmaması

*Sağlık kuruluşlarından yeterli olarak yararlanılamaması

*Sağlık personelinin eğitimsiz olması ve sağlık sistemindeki yetersizlikler

*Çocukların aşılanması için ele geçen fırsatların çoğunun kaçırılması

Burada en önemli rolü aşığı uygulayacak sağlık personelinin aşı kontrendikasyonları konusunda yanlış bilgilerinin olması oynamaktadır.

Aşılama düzeyinin yükseltilmesinde aşılamayı yapan kişilerin eğitilmesi çok önemli role sahiptir. (12). Tetanoz, Kuduz, Hepatit, Polio ve diğer birçok hastalığın morbidite ve mortalitelerinin azaltılması, ancak pratisyen hekimlerin çocuk hastalıkları uzmanlarının ve halk sağlığı görevlilerinin sürekli çaba göstermeleri ile mümkün olabilir. Dünyada yapılan çalışmaların sonuçlarına göre; kaçırılmış fırsatların %32.0 oranında olduğu, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazla sorun olduğu, ayrıca kaçırılmış aşı fırsatı sorununun II ve III. basamak sağlık kuruluşlarında daha fazla olduğu da saptanmıştır (13). Bu çalışmada olgularımız hastaneden taburcu olurken eksik aşılamalarının tamamlanmadığı ve aşılama konusunda bilgilendirilmediği. yalnızca üç hastamızın polio

eradikasyon kampanyası sırasında aşılandığı ve kaçırılmış fırsatların %73.0 civarında olduğu saptanmıştır. Bu oranın bu kadar yüksek bulunmasının temelinde, tıp eğitimi içinde (lisans ve lisans üstü) pediatri asistanlarına aşı programları ve kaçırılmış fırsatlar konusunda yeterli eğitim ve duyarlılığın verilememesi yatmaktadır. Dosya incelemesinde aşı öykülerinin yalnızca %55'nin gerektiği şekilde alınmış olması da bu konudaki duyarlılığın yetersizliğini göstermektedir. Ancak bu sorun cihetteki pediatri asistanlarının bireysel eğitim ve duyarlılığıyla çözümlenemez. Tüm çocuk gören hastanelerde her an aşı yapabilecek bir birim oluşturulması, bu birimlerde her an gerekli aşıların bulunması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Parker D, Hill T. The contribution of immunization to economic development. Int J Technol Assess Health Care 1994; 10(1): 21-0.
2. Katz SL. Prospect for childhood immunization in the next decade. Pediatr Ann 1993; 22(12): 733-8.
3. Impact of missed opportunities to vaccination of preschool aged children on vaccination levels-selected U.S. Sites 1991-1992. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep 1994; 7:43(39):7(5)-18.
4. Vaccination coverage of 2 year-old children United States. 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 7:43(39): 705-9.
5. Wilson AL The state of South Dakota's child: 1995. S D J Med 1994; 47 (1): 6-2.
6. Hveston W.I, Maude R.L., Mainous A. Childhood immunization practices of primary care physicians. Arch Fam Med 1992; 1(2): 225-8.
7. Szilagyi PG, Rogmali KJ, Caiubell JR, Ilumiuslan SG, Winter NC, Raubenas RF, Rodewal I.F. Immunization practices of primary care practitioners and their relation to immunization levels. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 48(2): 158-66.
8. Lice TA, Black SB, Ray P, Chellino M, Slnrofielk IIR, Atiler NE. Risk Faktors for delayed immunization among children in an HMO. Am J Public Health 1994; X4(10): 1621-25.
9. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Dairesi Başkanlığı ve Unicef. Ulusal Bağışıklık Programına Bir Bakış (II. baskı) Ankara: Maya Matbaacılık-Yayıncılık Ltd. Sti. 1993: 27.
10. The Nation Vaccine Advisory Comiltec. The meuseles epidemic, the problems, barriers and recommendations. JAMA 1991; 266: 1547-2552.
11. Mc Cannochie K M , Roughman KJ. Immunization opportunities missed among urban poor children. Pediatrics 1992; 85: 1019-26.
12. Ruch-Ross FİS, O Connor KG. Immunization referral practices of pediatricians in the United States 1994; 94(4Pt): 508-13.
13. Szilagyi PG, Radewel I.E. Ilumiston SG, et al. Missed opportunities for childhood vaccinations in office practices and effect on vaccination status. Pediatrics 1993; 91:1-6.