ERİŞKİN AŞILAMASI KİMLERE,NEDEN,NASIL?

Firdevs Aktaş
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,ANKARA

ERİŞKİN AŞILAMASI NASIL?

ÇOCUKLARINI AŞILATMAYAN ERİŞKİNLER AŞI OLUR MU?

Yargıtay noktayı koydu
GEREKÇE YOKSA
AŞI VAR
haberport

ANAYASA MAHKEMESİ:
ZORLA AŞI OLMAZ

Zorla Aşı Yapmak Kanuna Aykırıdır!

http://www.hastahaklari.net/Zorla-Asi-Yapmak-Kanuna-Aykiridir--380-haberi.aspx

- 30.04.2013

Katılımcılar:

Adalet Platformu

Aşı Yaptırmaya Mecbur Değilim Hareketi

Dünya Çocuk Haklar Derneği

Hasta Hakları Aktivistleri Derneği

Mazlum-Der

Sade Hayat Derneği

Sağlık ve Gıda Güvenliği Hareketi

Tü-mer

AŞI UYGULAMALARINDA YASAL ZORUNLULUK ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

16.02.2016

Kişilerin sağlıklarının korunması ve bozulan sağlıklarının tedavilerine yönelik her türlü işlem ve vücut bütünlüğüne yönelik girişimler tıbbi müdahaledir. Tıbbi müdahale öncesinde kişinin veya yasal vasisinin rızasının alınması gereklidir. Acil durumlar, hayat kurtarıcı müdahaleler, toplum sağlığı ve kişinin sağlığına yönelik kesin yararın söz konusu olduğu durumlarda kişi lehine hareket edilmesi esas olduğundan aşağıda sunulmuş olan hastalıklara karşı çocukluk çağında aşı uygulanması çocuğun üstün yararının yanı sıra hem çocuğun bulunduğu toplumun hem de bulunduğu hane halkının sağlığının korunmasına hizmet etmektedir.

Bu amaçla ilgili Kanun'a "Tıbben kabul edilebilir herhangi bir engel bulunmadıkça Hepatit B, Verem, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Çocuk felci, H.influenza tip b (Hib) enfeksiyonları, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Pnömokokal hastalıklar, Hepatit A ve Suçiçeği hastalıklarına karşı çocukluk döneminde Sağlık Bakanlığınca belirlenecek aşı takvimine göre aşılama zorunludur." hükmünün ilavesi uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Tetanoz Aşısı Yapmadığı İç
Firdevs
ailehekiminden.com/tetanoz-asisi-yapmadigi-icin-hastasi-olen-doktora-para-cezasi/

Tetanoz Aşısı Yapmadığı İçin Hastası Ölen Doktora Para Cezası !

15 Aralık 2015 tarihinde eklendi, 1.449 kez okundu.

Paylaş Tweetle Paylaş

Zonguldak'ta ağaçtan düşerek yaralanan vatandaşa, acil serviste tetanos aşısı yapmadan tedavi uygulayıp taburcu ederek ölmesine neden olduğu iddia edilen hekime, 50 bin 200 TL para cezası verildi.

İddiaya göre 20 Ekim 2009 yılında yaşanan olayda, 75 yaşındaki H.K., köyünde meyve toplarken ağaçtan düşerek yaralandı. Olayın akabinde H.K. yakınları tarafından hastaneye kaldırıldı. Yakınları, 'tetanos aşısı var' deyince acil servis doktoru A.T. bu aşıyı yapmadı. Yaralının yarasını dikip evine gönderdi. Olaydan 10 gün sonra fenalaşan H.K. tekrar hastaneye kaldırıldı. Bu sefer beyin cerrahı tarafından tetanos aşısı yapılan yaşlı adam, kurtarılamadı. Yakınları, konuyu yargıya taşıyarak doktordan şikayetçi oldu. Doktor hakkında 'taksirle ölüme sebebiyet verme' iddiasıyla dava açıldı. Dava kapsamında İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından hazırlanan raporda Doktor A.T.'nin tetanos aşısı uygulamaksızın hastayı taburcu etmesinin hastanın ölümünde etkili olduğu kaydedildi. Çıkarıldığı mahkemece 1 yıl 8 ay hapis cezasına çarptırılan A.T.'nin cezası, Zonguldak Adliyesi 2. Sulh Hukuk Mahkemesi tarafından 50 bin 200 TL'lik para cezasına çevrildi.

MAHKEME, KARAR TUTANAĞINI TIP FAKÜLTELERİ VE SAĞLIK BAKANLIĞI'NA GÖNDERDİ

Mahkemenin kararı, birçok doktorun ve vatandaşın karşılaşabileceği bir sorun olması dikkate alınarak Tıp Fakültesi öğrencilerinin bilgilendirilmesi için YÖK Başkanlığı'na ve hastanelerin acil servislerinde görev yapan sağlık personellerinin bilgilendirilmesi için de Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü'ne gönderildi.

HAKİM, DOKTORLARIN DİKKATİNİ ÇEKTİ

Bu arada davayı karara bağlayan Zonguldak 2. Asliye Hukuk Mahkemesi Hakimi Kemal Karanfil, sosyal medya üzerinden 'Bilhassa acildeki doktorların dikkatine:' başlığıyla duyurduğu paylaşımında, şunları yazdı: "Yaralı olarak gelen kişinin, yarası kirli ise, paslı bir şey ile teması varsa Tetanos aşısını ihmal etmeyin. Yoksa yaralı ölürse hem taksirde adam öldürmekten

E-Posta Aboneliği
E-Posta *
Duyuru Listemize Abone Olun

hepsimedikal

Abeslang
3,20 TL

Tıbbi Atık Kutusu 5 LT
4,90 TL

Fridge-Tag 2
250,16 TL

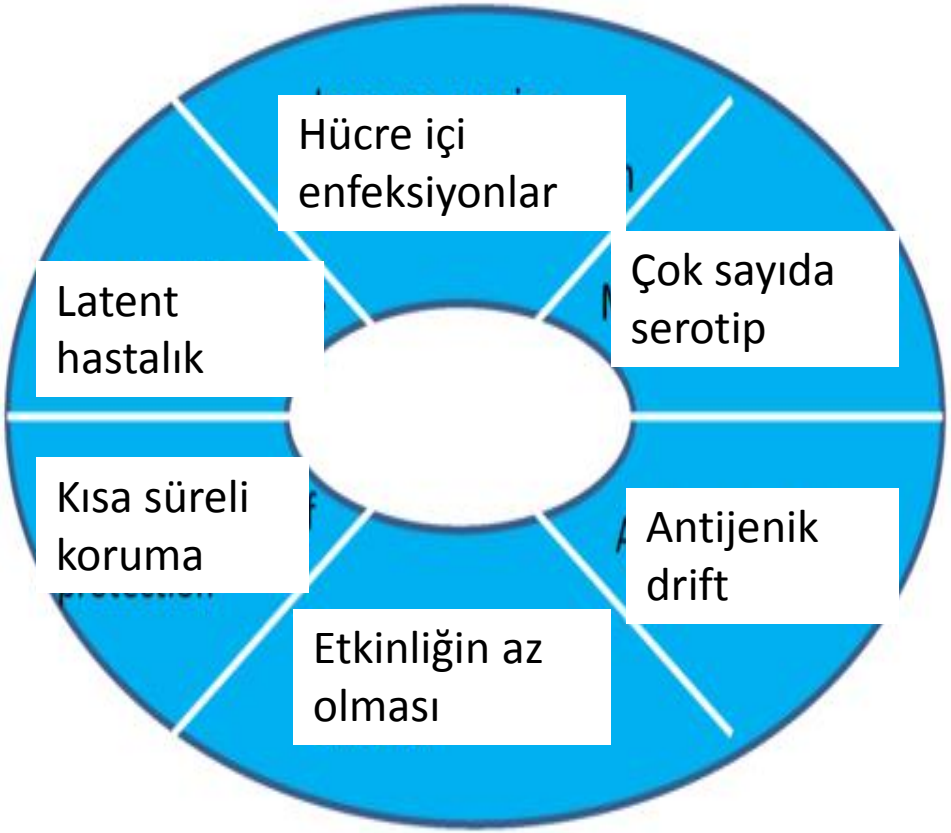
Tek Kullanımlık Lastikli Sedye Örtüsü
6,90 TL

DUYURULAR
Sağlık Bakanlığı

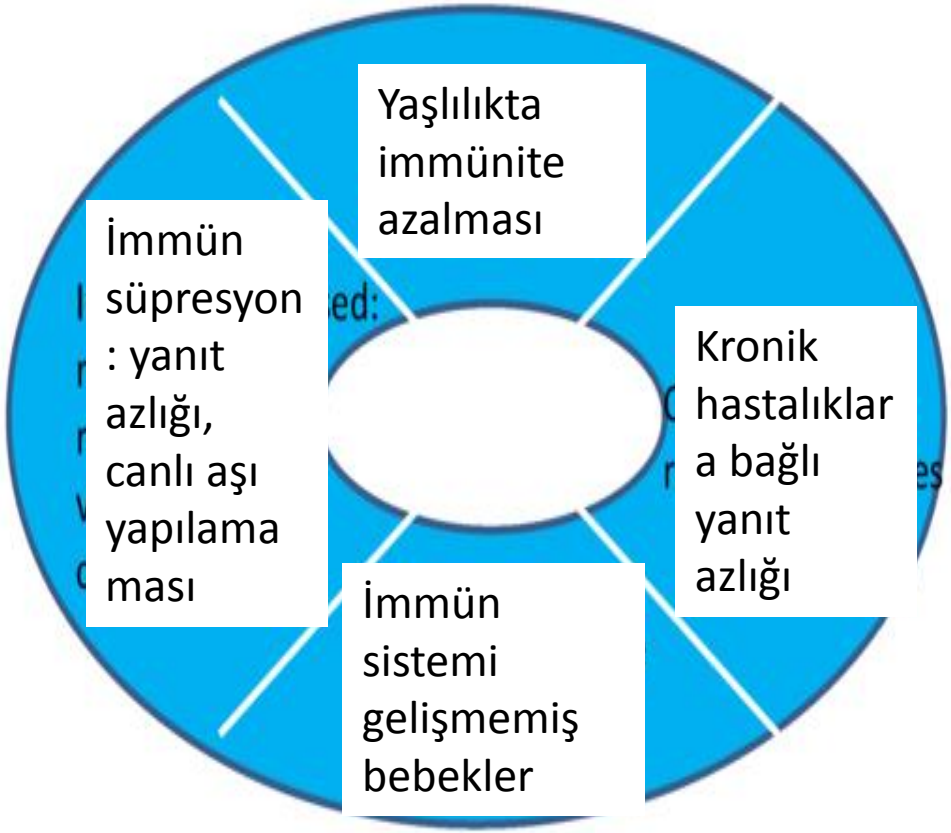
13:00
27.2.2016

AŞILAMA SORUNLARI

PATOJEN İLİŞKİLİ



KONAK İLİŞKİLİ



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları

- Hepatit-B Aşılaması
- Doğurganlık Çağı Kadınlara Kızamıkçık Aşılaması
- Doğurganlık Çağı Kadınlara Tetanoz Aşılaması
- Erişkin Tetanoz Aşılaması
- Pnömokok ve Grip Aşısı Uygulaması

10 EYLÜL 2014 Bağışıklama Danışma Kurulu Toplantısı

Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları

- Düzensiz göçmenlerle temas eden kolluk kuvvetleri Aşılaması
- Hac ve Umre Aşılaması
- Askerlik Dönemi Aşılaması
- Sağlık Çalışanı Aşılaması
- Seyahat Sağlığı Aşılaması

10 EYLÜL 2014 Bağışıklama Danışma Kurulu Toplantısı

- Bazı aşıların SUT geri ödemesinin sağlanması veya GBPde olan aşıların erişkine ücretsiz yapılması

Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları

- Düzensiz göçmenlerle temas eden kolluk kuvvetleri Aşılaması
- Hac ve Umre Aşılaması
- Askerlik Dönemi Aşılaması
- Sağlık Çalışanı Aşılaması
- Seyahat Sağlığı Aşılaması

10 EYLÜL 2014 Bağışıklama Danışma Kurulu Toplantısı

- Bazı aşıların SUT geri ödemesinin sağlanması veya GBPde olan aşıların erişkine ücretsiz yapılması

ERİŞKİN AŞI MERKEZLERİNDE DURUM

öğrenci aşı kayıtları - Microsoft PowerPoint

Resim Araçları

yonlar | Slayt Gösterisi | Gözden Geçir | Görünüm | Biçim

Yazı Tipi | Paragraf | Çizim | Düzenleme

FileMaker Pro - [FAZE 02.10.2015]

File Edit View Insert Format Records Scripts Window Help

GİRİŞ

Records: 8939

Found: 1

Unsorted

YENİ KAYIT | KAYIT BUL | ÇIKIŞ | G.BASKI | LİSTE

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GAZİ HASTANESİ
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ
SAĞLIK ÇALIŞANLARI AŞILAMA VE İZLEME FORMU
GAZİ HASTANESİ

ADI:	İMDAT	GÖREVİ:	TIP ÖĞRENCİSİ
SOYADI:	EROĞLU	ÇALIŞT.BLM/SINIFI:	3
DOSYA NO:	01653002	ÖNCEKİ ÇALIŞT.BLM:	
EĞİTİM:	ÜNİVERSİTE	ÇALIŞMA SÜRESİ:	
YAŞI:	22	İŞE GİRİŞ TARİHİ:	
CİNSİYETİ:	ERKEK	TARİH:	19.02.2014

2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
2011		2012		2013		2014	X	2015		2016		2017		2018		2019		2020	

ÖYKÜ			ENF.ÖYKÜSÜ			BAĞIŞIK.DUR.			AŞILARI		
Diyabet:			Kızamık:			HBs Ag:	YOK	19.02.2014	Hepatit B:	VAR	19.02.2014
Gebe:			Kızamıkcık:			Anti HBs:	VAR	19.02.2014	Hepatit A:		
Imm. Sup.:			Hepatit:			Anti HBc:	YOK	19.02.2014	Kızamık Aşısı:		
Cilt Hast.:			Su Çiçeği:	VAR	30.04.2014	Hbe Ag:			Kızamıkçık Aşısı:		
			Kabakulak:			Anti Hbe:			Kabakulak Aşısı:		
						Anti HDV:			Su Çiçeği Aşısı:		
						Anti HCV:	YOK	19.02.2014	BCG Aşısı:		
						Anti HIV:			Tetanoz Aşısı:		
						Anti HAV:	YOK	19.02.2014	Prim.Aşılama:		
						Kızamık Igg:	VAR	07.03.2014			
						Rubella Igg:	VAR	07.03.2014			
						Varicella Igg:	YOK	07.03.2014			
						Kabakulak Igg:	VAR	07.03.2014			
						PPD:					

DİĞER:

100 Browse

For Help, press F1

NUM

%73

11:21
5.3.2016

öğrenci aşı kayıtları - Microsoft PowerPoint

Resim Araçları

yonlar | Slayt Gösterisi | Gözden Geçir | Görünüm | Biçim

Yazı Tipi | Paragraf | Çizim | Düzenleme

Metin Yönü | Metni Hizala | SmartArt'a Dönüştür | Düzenle | Hızlı Stiller | Şekil Dolgusu | Şekil Anahattı | Şekil Efektleri | Bul | Değiştir | Seç

FileMaker Pro - [FAZE 02.10.2015]

File Edit View Insert Format Records Scripts Window Help

GİRİŞ

Records: 8939

Found: 1

Unsorted

HEPATİT B AŞI PROGRAMI

TARİH		KULLANILAN AŞININ ADI		ANTİHBS TİTRESİ	
0.AY TARİH:	27.02.2014	0.AY AŞI:		0.AY TİTRE:	286
1.AY TARİH:		1.AY AŞI:		1.AY TİTRE:	
6.AY TARİH:		6.AY AŞI:		6.AY TİTRE:	

DİĞER AŞILAR

11.03.2014 havrix 1440
05.09.2014 HAVRİX 1440 ANTİHAV IGG+

TEMAS EDİLEN MATERYAL

Kan: VAR
Vücut Sıvıları:
Solunum:
Enfekte Hasta:

TEMAS SONRASI PROFILAKSİ

HB IG:
Hepatit B Aşısı:
HIV Kemoprofilaksisi:

TEMAS ŞEKLİ

İğne Batması: VAR
Kesici Alet:
Mukoza:
Açık Yara:

ÖNERİ

İş Kısıtlaması:
Başka Ünitede Çalışma:

TEMAS EDİ.HASTANIN DUR.

hasta hbs,hrv,hcv-(06.07.2015)

TEMAS SONRASI TAKİP

AŞILI TAKİP
3.AY: ANTİHCV(-),ANTİHIV(-) /06.10.2015

PPD TESTİ

BCG Skar Sayısı:
Son 6 ayda PPD Yapılmışsa Çapı:
72.Saat PPD Sonucu(Tarih):
Booster PPD Sonucu(Tarih):
TB Geçirme Öyküsü:

100 Browse

For Help, press F1

NUM

%73

11:25
5.3.2016

tıp fakültesi öğrenci aşı kayıtları - Microsoft PowerPoint

Animasyonlar | Slayt Gösterisi | Gözden Geçir | Görünüm

Düzen | Sıfırla | Sil | Yazı Tipi | Paragraf | Metin Yönü | Metni Hizala | SmartArt'a Dönüştür | Çizim | Düzenle | Hızlı Stiller | Şekil Dolgusu | Şekil Anahattı | Şekil Efektleri | Bul | Değiştir | Seç | Düzenleme

FileMaker Pro - [FAZE 02.10.2015]

File Edit View Insert Format Records Scripts Window Help

LİSTE

YENİ KAYIT | KAYIT BUL | GİRİŞ | LİSTE BASKI

Records: 8939

Found: 300

Unsorted

ADI	SOYADI	ÇALIŞT.BÖLÜM/SINIF	GÖREVİ	BCG Aşısı	PPD
SEHER	CAN	2	TIP ÖĞRENCİSİ		
MELİHA MERVE	YILDIRIM	2	TIP ÖĞRENCİSİ		
GAMZE	KODALAK	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
BURCU	ŞENER	5	TIP ÖĞRENCİSİ		
MEHMET ALİ	BÜYÜKERİK	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
MERVE	ASLAN	5	TIP ÖĞRENCİSİ		
GÖKÇE HANDE	ÇAVUŞ	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
SÜMEYYE	DOĞANGÜZEL	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
HATİCE	OĞUZ	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
GÖKÇE	ÖZ	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
AYŞENUR	LEVENT	3	TIP ÖĞRENCİSİ	YOK	YOK
AYLİN İREM	SOMUN	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
ŞEYMA	BÜTÜN	6	TIP ÖĞRENCİSİ		
BERİA NUR	GÜL	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
İMDAT	EROĞLU	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
İSMAİL	KOÇ		TIP ÖĞRENCİSİ		
ÖZKAN	BEKLER	5	TIP ÖĞRENCİSİ		
ADEM	SÜRÜCÜ		TIP ÖĞRENCİSİ		
BURCU	ÇELİK	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
ESRA RABİA	GÜNDÜZ		TIP ÖĞRENCİSİ		
AYŞE HÜMEYRA	BAKIR	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
ZEKERİYA METİN	İNANÇ	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
YİĞİT	ÖKTEM	4	TIP ÖĞRENCİSİ		
BETÜL	KEMAL	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
DİLAN	KARAKUŞ	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
EMİRHAN	YILDIZHAN	3	TIP ÖĞRENCİSİ		
DURSUN BUĞRA	DEREYURT	4	TIP ÖĞRENCİSİ		
MEHMET EREN	AKAN	2	TIP ÖĞRENCİSİ		

100 Browse

For Help, press F1

NUM

%73

11:26
5.3.2016

Gazi Üniversitesi Tıp FakültesiErişkin Aşı Merkezi 2015

UYGULAMA	SAYI
PPD	847
İnfluenza	798
Hepatit A	302
Hepatit B	593
KKK	242
Suçiçeği	21
Td	129
KPA13	104
PPA23	80
Konjuge meningokok	25
Polisakkarid meningokok	1
Hib	11
HPV 4	6

Sağlık Çalışanları Aşı Merkezi 2015

MESLEK	SAYI
DOKTOR	46
HEMŞİRE	369
HASTABAKICI	60
HEMŞİRE ÖĞRENCİ	302
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİ	347
TEMİZLİK ELEMANI	98
BİYOLOG	2
SAĞLIK TEKNİSYENİ	15
TEKNİSYEN	9
DİĞER	28
GENEL TOPLAM	1845

Erişkin Aşılamasında Sorunlar

- Erişkinlerin hasta oldukları zaman doktora gitmeleri
- Rutin çocukluk çağı aşılarının rapellerinin ihmal edilmesi
- Aşı maliyetinin karşılanmaması, pahalı olması

Erişkin Aşılamasında Sorunlar

Risk gruplarının fazlalığı

- Yaşlı nüfusta infeksiyon riskinin yüksek ,aşı koruyuculuğunun düşük olması
- Aşı seçiminin farklı, aşı koruyuculuğunun düşük olduğu bağışıklık eksikliği olan hastaların yüksek olması

ERİŞKİN AŞILAMASI NASIL?

- Erişkin aşılama takvimleri
- Bağışıklık eksikliği olan hastalar için immünizasyon rehberleri
- Salgın aşılaması (influenza epidemi,pandemi)
- Probleme yönelik aşılama (seyahat,temas sonrası)

Recommended Adult Immunization Schedule—United States – 2016
http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html

AŞI	19-21	22-26	27-49	50-59	60-64	≥ 65
İnfluenza	Yılda bir					
KPA13						1 doz
PPA23						1 doz
Suçiçeği	2 doz					
Zoster					1 doz	
KKK	3 doz					
Td	10 yılda bir , biri Tdap					
HPV (K)	3 doz					
HPV (E)	3 doz					
Meningokok						
Hepatit B						
Hepatit A						
Hib						

Risk faktörü varsa (İş riski, medikal ya da yaşam şekli ile ilgili risk faktörleri)

chedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf

vaccine is recommended regardless of past episode of zoster

Recommended for persons with a risk factor (medical, occupational, lifestyle, or other indication)

No recommendation

Additional information about the vaccines in this schedule, extent of available data, and contraindications for vaccination is also available at www.cdc.gov/vaccines or from the CDC-INFO Contact Center at 800-CDC-INFO (800-232-4636) in English and Spanish, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Eastern Time, Monday - Friday, excluding holidays.

Use of trade names and commercial sources is for identification only and does not imply endorsement by the U.S. Department of Health and Human Services.

The recommendations in this schedule were approved by the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Family Physicians (AAFP), the America College of Physicians (ACP), the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACO and the American College of Nurse-Midwives (ACNM).

Figure 2. Vaccines that might be indicated for adults aged 19 years or older based on medical and other indications[1]

VACCINE ▼ / INDICATION ►	Pregnancy	Immuno-compromising conditions (excluding HIV infection)[4,6,7,8,12]	HIV infection CD4+ count (cells/µL)[4,6,7,8,12] < 200	HIV infection CD4+ count (cells/µL)[4,6,7,8,12] ≥ 200	Men who have sex with men (MSM)	Kidney failure, end-stage renal disease, on hemodialysis	Heart disease, chronic lung disease, chronic alcoholism	Asplenia and persistent complement component deficiencies[8,11,12]	Chronic liver disease	Diabetes	Healt perso
Influenza*[,2]	1 dose annually										
Tetanus, diphtheria, pertussis (Td/Tdap)*[,3]	1 dose Tdap each pregnancy	Substitute Tdap for Td once, then Td booster every 10 yrs									
Varicella*[,4]	Contraindicated			2 doses							
Human papillomavirus (HPV) Female*[,5]		3 doses through age 26 yrs				3 doses through age 26 yrs					
Human papillomavirus (HPV) Male*[,5]		3 doses through age 26 yrs				3 doses through age 21 yrs					
Zoster[6]	Contraindicated				1 dose						
Measles, mumps, rubella (MMR)*[,7]	Contraindicated			1 or 2 doses depending on indication							
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)*[,8]						1 dose					
Pneumococcal polysaccharide (PPSV23)[8]					1, 2, or 3 doses depending on indication						
Hepatitis A*[,9]					2 or 3 doses depending on vaccine						
Hepatitis B*[,10]				3 doses							
Meningococcal 4-valent conjugate (MenACWY) or polysaccharide (MPSV4)*[,11]						1 or more doses depending on indication					
Meningococcal B (MenB)[11]						2 or 3 doses depending on vaccine					
Haemophilus influenzae type b (Hib)*[,12]		3 doses post-HSCT recipients only				1 dose					

Covered by the Vaccine Injury Compensation Program

Recommended for all persons who meet the age requirement, lack documentation of vaccination, or lack evidence of past infection; zoster vaccine is recommended regardless of past episode of zoster

Recommended for persons with a risk factor (medical, occupational, lifestyle, or other indication)

No recommendation

Contraind

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

These schedules indicate the recommended age groups and medical indications for which administration of currently licensed vaccines is commonly recommended for adults aged ≥19 years, as of February 2016. For all vaccines being recommended on the Adult Immunization Schedule: a vaccine series does not need to be restarted, regardless of the time that has elapsed between doses. Licensed combination vaccines may be used whenever any components of th combination are indicated and when the vaccine's other components are not contraindicated. For detailed recommendations on all vaccines, including those primarily for travelers or that are issued during the year, consult the manufacturers' package inserts and the complete statements from the Advisory Committe Immunization Practices (www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html). Use of trade names and commercial sources is for identification only and does no imply endorsement by the U.S. Department of Health and Human Services.

2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host

Lorry G. Rubin,[1] Myron J. Levin,[2] Per Ljungman,[3,4] E. Graham Davies,[5] Robin Avery,[6] Marcie Tomblyn,[7] Athos Bousvaros,[8] Shireesha Dhanireddy,[9] Lillian Sung,[10] Harry Keyserling,[11] and Insoo Kang[12]

[1]Division of Pediatric Infectious Diseases, Steven and Alexandra Cohen Children's Medical Center of New York of the North Shore-LIJ Health System, New Hyde Park; [2]Section of Pediatric Infectious Diseases, University of Colorado Denver Anschutz Medical Campus, Aurora; [3]Department of Hematology, Karolinska University Hospital; [4]Division of Hematology, Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; [5]Department of Immunology, Great Ormond Street Hospital & Institute of Child Health, London, United Kingdom; [6]Division of Infectious Diseases, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; [7]Department of Blood and Marrow Transplant, H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, University of South Florida, Tampa; [8]Department of Gastroenterology and Nutrition, Children's Hospital Boston, Massachusetts; [9]Department of Allergy and Infectious Diseases, University of Washington, Seattle; [10]Division of Hematology-Oncology, Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada; [11]Division of Pediatric Infectious Diseases, Emory University of School of Medicine, Atlanta, Georgia [12]Section of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

An international panel of experts prepared an evidenced-based guideline for vaccination of immunocompromised adults and children. These guidelines are intended for use by primary care and subspecialty providers who care for immunocompromised patients. Evidence was often limited. Areas that warrant future investigation are highlighted.

Keywords. vaccination; immunization; immunocompromised patients; immunosuppression; asplenic patients; immunodeficiency patients

EXECUTIVE SUMMARY

These guidelines were created to provide primary care and specialty clinicians with evidence-based guidelines for active immunization of patients with altered immunocompetence and their household contacts in order to safely prevent vaccine-preventable infections. They do not represent the only approach to vaccination. Recommended immunization schedules for normal adults and children as well as certain adults and children at high risk for vaccine-preventable infections are updated and published annually by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and partner organizations. Some recommendations have not been addressed by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) to the CDC or they deviate from recommendations. The goal of presenting these guidelines is to decrease morbidity and mortality from vaccine-preventable infections in immunocompromised patients. Summarized below are the recommendations made by the panel. Supporting tables that provide additional information are available in the electronic version. The panel followed a process used in the development of other Infectious Diseases Society of America guidelines, which included a systematic weighting of the quality of the evidence and the grade of the recommendation (Table 1). The key clinical questions and recommendations are summarized in this executive summary. A detailed description of the methods,

Received 4 October 2013; accepted 5 October 2013; electronically published 4 December 2013.

It is important to realize that guidelines cannot always account for individual variation among patients. The guidelines are not intended to supplant physician judgment with respect to particular patients or special clinical situations. The Infectious Diseases Society of America considers adherence to these guidelines to be voluntary, with the ultimate determination regarding their application to be made by the physician in the light of each patient's individual circumstances.

An asterisk (*) indicates recommendation for a course of action that deviates from recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention.

Correspondence: Lorry G. Rubin (lrubin4@nshs.edu).

Clinical Infectious Diseases 2014;58(3):e44–100

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved. For Permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

DOI: 10.1093/cid/cit884

Downloaded from http://cid.oxfordjournals.org/ at Gazi Universitesi on April 26, 2014

Yeni İnfluenza Aşıları

- 2016-2017 Kuzey Yarımküre DSÖ önerisi

A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus
A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus
B/Brisbane/60/2008-like virus. (Victoria lineage)

B/Phuket/3073/2013-like virus.(Yamagata lineage included in the quadrivalent vaccines only)

MAJOR ARTICLE

Prevention of Acute Myocardial Infarction and Stroke among Elderly Persons by Dual Pneumococcal and Influenza Vaccination: A Prospective Cohort Study

Ivan F. N. Hung,[1,2] Angela Y. M. Leung,[3] Daniel W. S. Chu,[5] Doris Leung,[3] Terence Cheung,[7] Chi-Kuen Chan,[2] Cindy L. K. Lam,[2] Shao-Haei Liu,[6] Chung-Ming Chu,[8] Pak-Leung Ho,[1] Sophia Chan,[3] Tai-Hing Lam,[4] Raymond Liang,[2] and Kwok-Yung Yuen[1]

[1]Infectious Disease Division, Queen Mary Hospital, State Key Laboratory of Emerging Infectious Diseases, Carol Yu Centre for Infection, The University of Hong Kon, Departments of [2]Medicine and [3]Nursing Studies and [4]School of Public Health, The University of Hong Kong, [5]Family Medicine and Primary Healthcare and [6]Department of Infection, Emergency, and Contingency, Hospital Authority, [7]Centre for Health Protection, Department of Health, and [8]Department of Medicine, United Christian Hospital, Hong Kong SAR, China

(See the articles by Janjua et al, on pages 1017–1027, and by Liu et al, on pages 1028–1032.)

Background. Despite World Health Organization recommendations, the rate of 23-valent pneumococcal (PPV) and influenza (TIV) vaccination among elderly persons in Hong Kong, China, is exceptionally low because of doubts about effectiveness of vaccination. The efficacy of dual vaccination remains unknown.

Methods. From 3 December 2007 to 30 June 2008, we conducted a prospective cohort study by recruiting outpatients aged ≥65 years with chronic illness to participate in a PPV and TIV vaccination program. All were observed until 31 March 2009. The outcome of subjects, including the rates of death, hospitalization, pneumonia, ischemic stroke, acute myocardial infarction, and coronary and intensive care admissions, were determined.

Results. Of the 36,636 subjects recruited, 7202 [illegible] 1875 received PPV alone, and 25[illegible] Baseline characteristics [illegible] PPV and TIV gro[illegible] persons. At wee[illegible] [HR], 0.65; 95% [illegible] 0.51–0.64; $P<.001$), is [illegible] 0.52; 95% CI, 0.38–0.71; P[illegible] coronary (HR, 0.59; 95% CI, 0.44–0.79; P[illegible] $P=.03$), compared with among unvaccinated subjects.

Conclusions. Dual vaccination with PPV and TIV is effective in protecting elderly persons with chronic illness from developing complications from respiratory, cardiovascular, and cerebrovascular diseases, thereby reducing hospitalization, coronary or intensive care admissions, and death.

Pnömokok aşısı ile birlikte uygulama

Pneumococcal and influenza infections can cause serious morbidity and mortality, especially in the elderly population. In Hong Kong, overcrowded living conditions facilitate the transmission of both influenza and pneumococcal infection. Although a 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) and a trivalent influenza vaccine (TIV) are available for prevention of pneumococcal and influenza infection respectively, the worldwide rates of uptake of these vaccines have been limited and variable [1–4]. There has been conflicting evidence on whether receipt of PPV can reduce the risk of community-acquired pneumonia and death among elderly persons, defined as those aged ≥65 years in most

Received 20 April 2010; accepted 23 July 2010; electronically published 1 October 2010.

Reprints or correspondence: Dr Kwok-Yung Yuen, Carol Yu Centre for Infection and Div of Infectious Diseases, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, 102 Pokfulam Rd, Hong Kong SAR, China (kyyuen@hkucc.hku.hk).

Clinical Infectious Diseases 2010;51(9):1007–1016
© 2010 by the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved.
1058-4838/2010/5109-0003$15.00
DOI: 10.1086/656587

Downloaded from http://cid.oxfordjournals.org/ at Gaza U[illegible] [illegible]21, 2015

PPV and TIV Prevent AMI and Stroke in the Elderly CID 2010:51 (1 November)

- 2007 -2008 Prospektif bir çalışma
- Kronik hastalığı nedeni ile trivalan inaktif aşı ve PPA 23 aşısı verilen 65 yaş hastalar ölüm, hastaneye yatma , pnömoni,iskemik atak, MI ve koroner ve yoğun bakıma yatma bakımından 31 mart 2009 a (1 yıl) kadar izlenmiş
- Toplam 36,636 kişi
- İki aşı verilen 7292
- İnfluenza aşısı tek başına 2076 kişi
- PPA23 tek başına 1875 kişi
- Aşılanmayan 25,393 kişi

İki aşı verilenlerde ölüm, pnömoni , inme ve MI aşılanmayanlara göre daha düşük bulunmuş

ORIGINAL ARTICLE

Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults

M.J.M. Bonten, S.M. Huijts, M. Bolkenbaas, C. Webber, S. Patterson, S. Gault, C.H. van Werkhoven, A.M.M. van Deursen, E.A.M. Sanders, T.J.M. Verheij, M. Patton, A. McDonough, A. Moradoghli-Haftvani, H. Smith, T. Mellelieu, M.W. Pride, G. Crowther, B. Schmoele-Thoma, D.A. Scott, K.U. Jansen, R. Lobatto, B. Oosterman, N. Visser, E. Caspers, A. Smorenburg, E.A. Emini, W.C. Gruber, and D.E. Grobbee

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Bonten at the Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, P.O. Box 85500, Utrecht 3508 GA, the Netherlands, or at mbonten@umcutrecht.nl, or to Dr. Gruber at Pfizer Vaccine Clinical Research, 401 N. Middletown Rd., Pearl River, NY 10965, or at bill.gruber@pfizer.com.

Drs. Huijts and Bolkenbaas contributed equally to this article.

N Engl J Med 2015;372:1114-25.
DOI: 10.1056/NEJMoa1408544
Copyright © 2015 Massachusetts Medical Society.

ABSTRACT

BACKGROUND

Pneumococcal polysaccharide conjugate vaccines prevent pneumococcal disease in infants, but their efficacy against pneumococcal community-acquired pneumonia in adults 65 years of age or older is unknown.

METHODS

In a randomized, double-blind, placebo-controlled trial involving 84,496 adults 65 years of age or older, we evaluated the efficacy of 13-valent polysaccharide conjugate vaccine (PCV13) in preventing first episodes of vaccine-type strains of pneumococcal community-acquired pneumonia, nonbacteremic and noninvasive pneumococcal community-acquired pneumonia, and invasive pneumococcal disease. Standard laboratory methods and a serotype-specific urinary antigen detection assay were used to identify community-acquired pneumonia and invasive pneumococcal disease.

RESULTS

In the per-protocol analysis of first episodes of infections due to vaccine-type strains, community-acquired pneumonia occurred in 49 persons in the PCV13 group and 90 persons in the placebo group (vaccine efficacy, 45.6%; 95.2% confidence interval [CI], 21.8 to 62.5), nonbacteremic and noninvasive community-acquired pneumonia occurred in 33 persons in the PCV13 group and 60 persons in the placebo group (vaccine efficacy, 45.0%; 95.2% CI, 14.2 to 65.3), and invasive pneumococcal disease occurred in 7 persons in the PCV13 group and 28 persons in the placebo group (vaccine efficacy, 75.0%; 95% CI, 41.4 to 90.8). Efficacy persisted throughout the trial (mean follow-up, 3.97 years). In the modified intention-to-treat analysis, similar efficacy was observed (vaccine efficacy, 37.7%, 41.1%, and 75.8%, respectively), and community-acquired pneumonia occurred in 747 persons in the PCV13 group and 787 persons in placebo group (vaccine efficacy, 5.1%; 95% CI, −5.1 to 14.2). Numbers of serious adverse events and deaths were similar in the two groups, but there were more local reactions in the PCV13 group.

CONCLUSIONS

Among older adults, PCV13 was effective in preventing vaccine-type pneumococcal, bacteremic, and nonbacteremic community-acquired pneumonia and vaccine-type invasive pneumococcal disease but not in preventing community-acquired pneumonia from any cause. (Funded by Pfizer; CAPITA ClinicalTrials.gov number NCT00744263.)

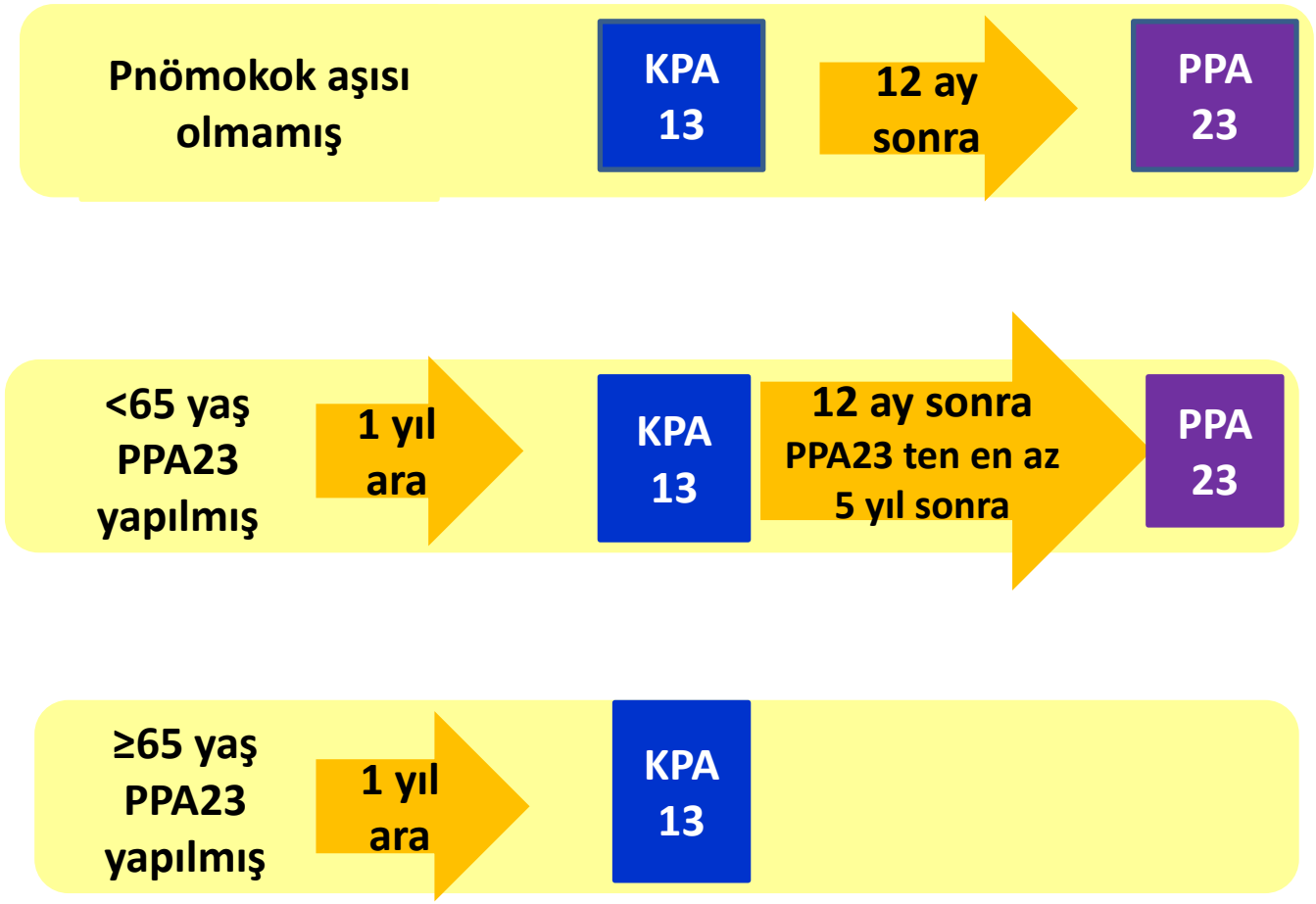
Downloaded from nejm.org at [illegible] on [illegible]. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2015 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

≥65yaş 85000 erişkinde Hollanda'da yapılan randomize plasebo kontrollu CAPITA çalışması

Aşı içeriğindeki pnömokok tiplerinin neden olduğu pnömoni ve invaziv hastalığa karşı korunma

- Bonten M, Bolkenbaas M, Huijts S, et al. Community acquired pneumonia immunization trial in adults (CAPiTA). Abstract no. 0541. Pneumonia 2014; 3:95. https://pneumonia.org.au/public/journals/22/PublicFolder/ABSTRACTBOOKMASTERforwebupdated20-3-14.pdf

65 YAŞ VE ÜZERİ PNÖMOKOK AŞISI UYGULAMASI



Anatomik veya fonksiyonel aspleni, BOS kaçağı,kohlear implant hastalarında en az 8 hafta

Type: Poster Presentation

Final Abstract Number: 40.022
Session: Antibiotic Resistance
Date: Thursday, April 3, 2014
Time: 12:45-14:15
Room: Ballroom

Antibiotic resistance and genomic phylogenetic analysis of animal pseudomonad isolates in comparison with human isolates

D. De Vos[1,*], J.P. Santos[2], F. Bilocq[1], M. Oliveira[3], R. Seixas[3], A. Leitao[4], P. Soentjens[5], W. Heuninckx[6], S. Jennes[1], J.-P. Pirnay[1]

[1] *Queen Astrid Military Hospital, Brussels, Belgium*
[2] *Universidade de lisboa, Lisbon, Portugal*
[3] *Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal*
[4] *Instituto de Investigaçao Cientifica tropical CVZ,IICT;CISA, Lisbon, Portugal*
[5] *Centre for Infectious Diseases, Brussels, Belgium*
[6] *Queen Astrid Military Hospital, Brussels, Benin*

Background: Antibiotic resistance (ABR), a typical emerging phenomenon of highly complex and self-organising systems evolving at the edge of chaos, is a worldwide problem.

Beside over consumption and inappropriate use several fundamental issues are still not well understood, like their natural role, while data on incidence and prevalence of antibiotic resistances among animals, domesticated and wild are also only fragmentary available.

Methods & Materials: Our batch (86) included pseudomonad

Conclusion: Those data show the presence of ABR among *P.aeruginosa* isolates, originating from domesticated as well as wild animals.

http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.612

Type: Poster Presentation

Final Abstract Number: 40.023
Session: Antibiotic Resistance
Date: Thursday, April 3, 2014
Time: 12:45-14:15
Room: Ballroom

Serotype prevalence and antibiotic resistance among adult invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in Turkey, 2005-2011

A.G. Hasçelik[1,*], N. Gürler[2], M. Ceyhan[1], L. Öksüz[2], C. Özakın[3], G. Bayramoğlu[4], Z. Gülay[5], A. Yaman[6], G. Söyletir[7], D. Perçin[8]

[1] *Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey*
[2] *İstanbul University Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey*
[3] *Uludağ University Faculty of Medicine, Bursa, Turkey*
[4] *Karadeniz Teknik University Faculty Of Medicine, Trebizond, Turkey*
[5] *Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey*
[6] *Çukurova University Faculty Of Medicine, Adana*

≥18 yaş erişkin hastaların steril sıvı örneklerinden elde edilen 176 *Streptococcus pneumoniae*

Serotip 3,19 A,19 F ve 6 B en sık

KPA13 % 49.4 oranında izole edilen serotipleri içeriyor

for' ticarcillin + clavulanic acid, aztreonam and fosfomycin'. One extensively drug-resistant (XDR) isolate, only sensitive for aminoglycosides and colistine, while intermediate for cephalosporin, was isolated from a dog. Serotype was 12, a serotype associated with a human XDR clonal-cluster typically found in intensive care units. Resistance levels ranged from 98% (temocillin) to 0% (ceftazidime, cefepim, amikacin, colistin). Genotyping did not show any animal specific cluster. All isolates were homogeneously scattered in the global *P.aeruginosa* population structure.

cillin, cefotaxime, erythromycin and moxifloxacin susceptibilities by E-test (AB Biodisk, Sweden). Results were evaluated according to the CLSI standards and the strains isolated from CSF from others were seperated, for the interpretation of penicilin and cefotaxime. Serogrouping was performed with the latex particle agglutination and serotyping was made with the conventional Quellung reaction using commercial type-spesific antisera.

Results: In this study, 176 *Streptococcus pneumoniae* clinical isolates were tested for antimicrobial susceptibility and serotyping.

HPV aşıları

- HPV 2(Cervarix)

  Kanser ilişkili HPV 16, 18
- HPV4 (Gardasil)

  Kanser ilişkili 16, 18

  Genital siğil etkeni HPV 6,11

HPV9 AŞISI(GARDASİL 9)

- Serviks, vagina ,vulva ve anal kanser ilişkili

  HPV 16,18,31,33,45, 52 ve 58
- Genital siğil

  HPV 6 ve 11 antijenlerini içeriyor

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A 9-Valent HPV Vaccine against Infection and Intraepithelial Neoplasia in Women

E.A. Joura, A.R. Giuliano, O.-E. Iversen, C. Bouchard, C. Mao, J. Mehlsen, E.D. Moreira, Jr., Y. Ngan, L.K. Petersen, E. Lazcano-Ponce, P. Pitisuttithum, J.A. Restrepo, G. Stuart, L. Woelber, Y.C. Yang, J. Cuzick, S.M. Garland, W. Huh, S.K. Kjaer, O.M. Bautista, I.S.F. Chan, J. Chen, R. Gesser, E. Moeller, M. Ritter, S. Vuocolo, and A. Luxembourg, for the Broad Spectrum HPV Vaccine Study*

ABSTRACT

BACKGROUND

The investigational 9-valent viruslike particle vaccine against human papillomavirus (HPV) includes the HPV types in the quadrivalent HPV (qHPV) vaccine (6, 11, 16, and 18) and five additional oncogenic types (31, 33, 45, 52, and 58). Here we present the results of a study of the efficacy and immunogenicity of the 9vHPV vaccine in women 16 to 26 years of age.

METHODS

We perform
9vHPV vac
qHPV vacci
2 and 6. S
vulvar, peri
used for H
was perfor
therapy (in
tested for

RESULTS

The rate of
(i.e., diseas
included) i
with and th
in both vac
lated to H
tion (susce
and 1.6 pe
96.7%; 95%
and 18 wer
lated to inje

CONCLUSIO

The 9vHPV
and 58 in
11, 16, and
9vHPV vaccine did not prevent infection and disease related to HPV types beyond the nine types covered by the vaccine. (Funded by Merck; ClinicalTrials.gov number, NCT00543543).

The authors' full names, academic degrees, and affiliations are listed in the Appendix. Address reprint requests to Dr. Joura at the Department of Gynecology and Obstetrics, Medical University of Vienna, Währinger Gürtel 18-20, Vienna, Austria, or at elmar.joura@meduniwien.ac.at.

*...plete list of the investigators for ...oad Spectrum HPV Vaccine Study ...vided in the Supplementary Ap-..., available at NEJM.org.

...Med 2015;372:711-23.
...1056/NEJMoa1405044
© 2015 Massachusetts Medical Society.

14215 kadını içeren randomize çift kör çalışma
Duyarlı populasyonda HPV-31, 33, 45, 52, 58 hastalık ve enfeksiyonu önlemede etkin
HPV 6, 11, 16 ,18 e karşı antikor yapımında HPV 4 kadar başarılı

HPV9

- HPV 9 Aralık 2014 te FDA tarafından onaylandı
- 9 - 26 yaş kadın
- 9-21yaş erkek
- 22-26 risk grubu erkek

Servikal, vulvar, vaginal, ve anal kanser ilişkili HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Prekanseröz ve displastik lezyonlarla ilişkili HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
Genital siğil ilişkili HPV 6 ,11

Zoster aşısı

- Zona zoster ve post herpetik nevralji komplikasyonu önlemek üzere geliştirilmiş bir aşıdır.
- ≥60 yaş erişkinlerde önerilmektedir Kanser tanısı almadan önce yapılan aşının kemoterapi sonrası zona gelişme sıklığını anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir.

MAJOR ARTICLE

Vaccination Against Zoster Remains Effective in Older Adults Who Later Undergo Chemotherapy

Hung Fu Tseng,[1] Sara Tartof,[1] Rafael Harpaz,[2] Yi Luo,[1] Lina S. Sy,[1] Rulin C. Hechter,[1] and Steven J. Jacobsen[1]

[1]Department of Research and Evaluation, Kaiser Permanente Southern California, Pasadena; and [2]Division of Viral Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

(See the Editorial Commentary by Oxman and Schmader on pages 920–2.)

Background. Approximately 40% of adults develop invasive cancer during their lifetimes, many of whom require chemotherapy. Herpes zoster (HZ) is common and often severe in patients undergoing chemotherapy, yet there are no data regarding whether these patients retain specific protection against HZ if they had previously received zoster vaccine. We conducted a study to determine whether zoster vaccine was effective in patients who subsequently underwent chemotherapy.

Methods. The cohort study consisted of Kaiser Permanente Southern California members aged ≥60 years treated with chemotherapy. The exposure variable was receipt of zoster vaccine prior to initiation of chemotherapy. In-

Kanser tanısı almadan önce yapılan aşının kemoterapi sonrası zona gelişme sıklığını anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiş

Herpes zoster (HZ) is a painful and often debilitating disease caused by reactivation of varicella zoster virus (VZV) that remains dormant after primary infection. HZ incidence increases substantially in adults as they age, but the other key risk factor for HZ is immunosuppression, whether due to human immunodeficiency virus (HIV) infection [1], treatment of autoimmune diseases [2–4], stem cell or solid organ transplant [5–7], hematologic malignancies, or chemotherapeutic treatment of solid tumors [8, 9]. Rates of HZ in patients undergoing chemotherapy for solid tumors, for instance, are almost 4 times the rate in healthy adults [8, 9]. In addition, immunosuppressed individuals are at greatest risk of the most severe ophthalmologic and neurologic complications of HZ, including visceral dissemination [10].

Zoster vaccine (Zostavax) has been shown to be safe and protective in immunocompetent elderly popula-

Received 3 March 2014; accepted 26 May 2014; electronically published 4 August 2014.

Downloaded from http://cid.oxfordjournals.org/ at Gazi Universitesi on March 8, 2015

- Erişkinlerin % 40 ında invaziv kanser gelişiyor ve kemoterapi aldığı belirtiliyor
- ≥60 yaş kanser kemoterapisi alan hastalar araştırılmış
- Zoster aşısı almış grupta

  Herpes zoster % 12.87 (95% CI, 10.48–15.80)
- Zoster aşısı almamış grupta

  Herpes zoster %22.05 (95% CI, 20.33–23.92)

1000 kişi-yıl

Zoster Vaccine Remains Effective After Chemotherapy • CID 2014:59 (1 October)

Serogroup B meningokok aşısı

- Haziran 2015 te ACIP önerisi

≥ 10 yaş

- Fonksiyonel, anatomik aspleni
- Kompleman yetmezliği
- Serogrup b meningokok salgını olan durumlarda

Serogroup B meningokok aşısı

- Haziran 2015 te ACIP önerisi

≥ 10 yaş

- Fonksiyonel, anatomik aspleni
- Kompleman yetmezliği
- Serogrup b meningokok salgını olan durumlarda

Sağlık Çalışanları

- Doktor ve diş hekimleri
- Hemşire
- Hastabakıcı
- Tıp, hemşirelik ve diş hekimliği öğrencileri
- Laboratuvar çalışanları
- Sağlık kurumu destek personeli
- Gönüllü hastane çalışanları

Yetişkin Aşılamasının Gerekliliğinin Hastalar Tarafından Bilinirliği, Uygulanma Düzeyi ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi

Asya Kalaycı[1], Büşra Gizem Okuyucu[1], Duygu Fadıloğlu[1], Gizem Esra Koç[1], Pelin Erdizci[1]
Derya Öztuna[2], Alpay Azap[2]
1: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4 Öğrencileri
2: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

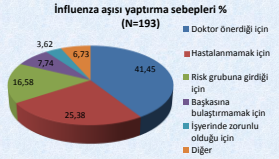
- Aşılamanın bazı hastalıklarda bağışıklamayı sağlamak için yıllardır kullanılan etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir. Günümüzde, gelişen aşılama yöntem ve imkanlarına rağmen aşılarla önlenebilir hastalıklar çok sayıda insanın sağlığını tehdit etmektedir.
- Yetişkin aşılaması günümüzde çok yaygın değildir ve önemi yeterince vurgulanmamaktadır. Bu durumun nedenlerine yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır.
- Çalışmamızın amaçları; yetişkin bağışıklamasının hastalar tarafından bilinirliğinin ve uygulanma düzeyinin, yetişkinlerin aşılanma/aşılanmama sebeplerinin, doktorların hastalarına aşı önerme oranlarının belirlenmesidir.

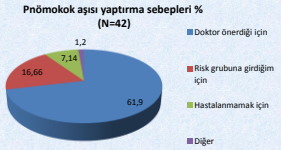
GEREÇ VE YÖNTEM

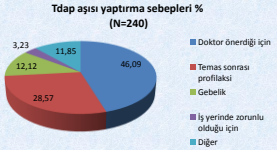
- Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırma olup, Şubat-Mart 2015 tarihlerinde, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Dahili, Endokrinoloji ve Cerrahi poliklinikleri başvuran 575 hastaya, sözlü onam alınarak, yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır.
- Veriler SPSS 11.5 programıyla analiz edilmiştir. Analizde kategorik değişkenler ki-kare testiyle sürekli değişkenlerse Student-t test yöntemiyle karşılaştırılarak; **influenza, pnömokok ve Tdap aşıları konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları** ortaya konmuştur.
- Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastaların influenza, pnömokok ve Tdap aşılarını yaptırmaları/yaptırmamalarıdır. Bağımlı değişkenler üzerinde yaş, cinsiyet, altta yatan hastalıklar, yetişkin bağışıklanması hakkındaki bilgi düzeyleri, doktorların aşı önermesi/önermemesidir.

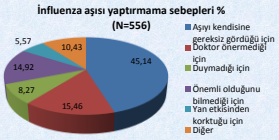
BULGULAR

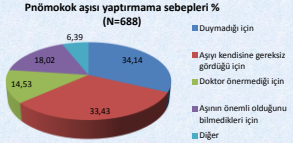
- Katılımcıların %64,2'si kadındır ve çalışmamızda yaş ortalaması 48'dir.
- Katılımcıların %75,7'si aşıyı gerekli görmektedir: %55,8'i korunmak için %14'ü bağışıklığı güçlendirmek için gerekli görmektedir. Gerekli görenlerin %20'si "Hangi aşılar yaptırılmalı?" sorusuna cevap veremezken %70,2'si "grip aşısı" cevabını vermiştir.
- Katılımcıların %23,3'ü aşı yaptırmayı gerekli görmemektedir. Bunların %29,3'ü "Aşıya ihtiyacım yok", %28'i de "Bilgim yok" şeklinde gerekçelendirmiştir.
- Katılımcıların %45,6'sı influenza ve pnömokok aşısı için risk grubundadır. İnfluenza aşısı risk grubuna girenlerin %25,2'una, Pnömokok aşısı ise %7,6'sına doktorlar tarafından önerilmiştir.
- En çok aşı öneren hekimler Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarıdır (%29,7).
- Doktorlar tarafından en çok önerilen aşı Tdap aşısıdır (%56).
- Aşı önerilen hastaların %7,6'sı önerilen aşı/aşıları yaptırmamıştır. Bunun en önemli nedeni olarak ise aşının etkili olacağına inanmadıklarını söylemişlerdir.
- **Katılımcıların %27'si influenza aşısını, %5,8'i pnömokok aşısını %42'si Tdap aşısını yaptırmıştır.**
- İnfluenza aşısını yaptıranların %41,5'i, pnömokok aşısını yaptıranların ise %78,8'i aşıyı doktor önerdiği için yaptırmıştır.
- Tdap aşısını yaptıranların %28,6'sı profilaksi sebebiyle, kadınların %32,1'i gebelik döneminde doktor önerisiyle aşı yaptırmıştır.
- Çalışmamıza katılan yetişkinlerin aşıları yaptırmalarının en önemli sebebi doktorlarının önermiş olmasıdır.
- Hastaların influenza ve Tdap aşısını yaptırmamalarının en önemli sebebi aşıları kendileri için gereksiz görmeleriyken; pnömokok aşısının en çok yaptırılmama sebebi %34,14'le aşıyı duymamalarıdır.
- İnfluenza aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgisini %44,3'ü doktorundan, %22,4'ü yakın çevresinden edinmiştir.
- Pnömokok aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgisini %77,8'i doktorundan, %8,5'i yakın çevresinden edinmiştir.
- Tdap aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgisini %71,8'i doktorundan, %12,1'i yakın çevresinden edinmiştir.

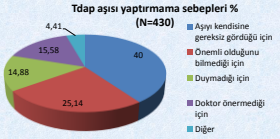












SONUÇ

Projemizde risk grubundaki hastaların aşı yaptırma oranı ve bilinirlik düzeyi yetersiz bulunmuştur. Bu sorunu çözmeye yönelik daha fazla çalışma yapılıp, konunun önemi daha fazla vurgulanmalıdır. Aşı yaptıranlarda en önemli yaptırma nedeni doktorun önermiş olmasıdır. Toplumda bağışıklama oranlarını artırmada doktorlara büyük görev düşmektedir.

POSTER-2 (1) - Microsoft PowerPoint

Çizim Araçları

Ekle | Tasarım | Animasyonlar | Slayt Gösterisi | Gözden Geçir | Görünüm | Biçim

Yeni Slayt | Düzen | Sıfırla | Sil | Slaytlar

Calibri (Gövde) | 28 | Yazı Tipi

Metin Yönü | Metni Hizala | SmartArt'a Dönüştür | Paragraf

Düzenle | Hızlı Stiller | Şekil Dolgusu | Şekil Anahattı | Şekil Efektleri | Çizim

Bul | Değiştir | Seç | Düzenleme

uenza aşısını yaptıranların %41,5'i, pnomokok aşısını yaptıranların ise %78,8'i aşıyı doktor önerdiği için yaptırmıştır.

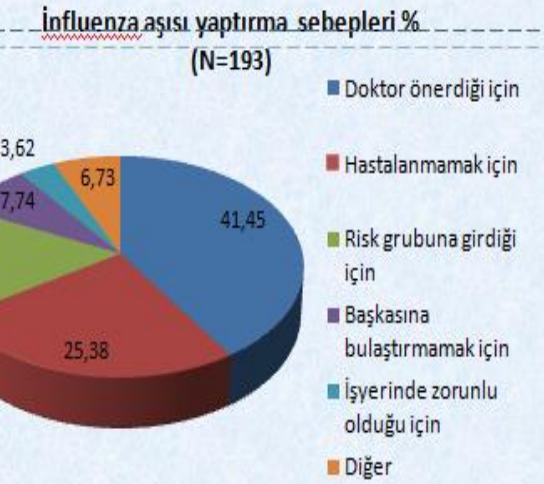
ap aşısını yaptıranların %28,6'sı profilaksi sebebiyle, kadınların %32,1'i gebelik döneminde doktor önerisiyle aşı yaptırmıştır.

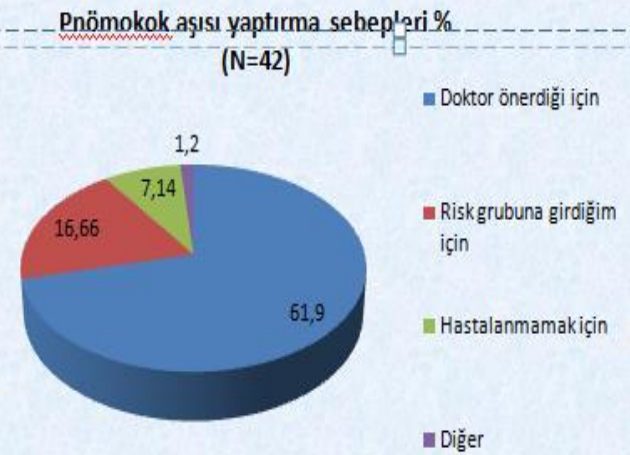
şmamıza katılan yetişkinlerin aşıları yaptırmalarının en önemli sebebi doktorlarının önermiş olmasıdır.

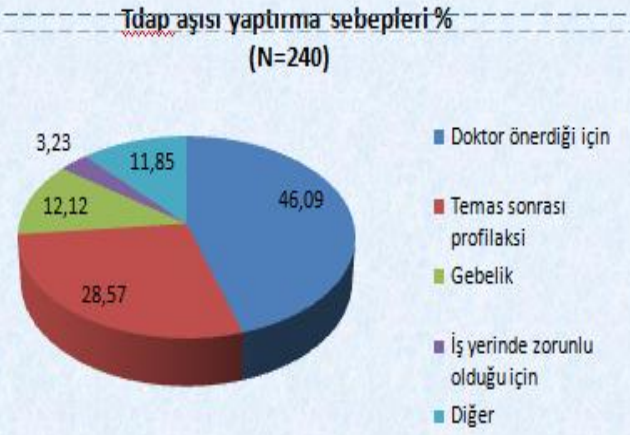
staların influenza ve Tdap aşısını yaptırmamalarının en önemli sebebi aşıları kendileri için gereksiz görmeleriyken; pnömokok aşısının en çok yaptırılmama
ebi %34,14'le aşıyı duymamalarıdır.

uenza aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgisini %44,3'ü doktorundan, %22,4'ü yakın çevresinden edinmiştir.Pnömokok aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgis
7,8'i doktorundan, %8,5'i yakın çevresinden edinmiştir.

p aşısı yaptıranlar aşı hakkındaki bilgisini %71,8'i doktorundan, %12,1'i yakın çevresinden edinmiştir.







Doktorlar kilit personel

- Çocuk aşılamalarında çocuk hekimleri aileleri ikna etmede kilit rol oynuyor
- Erişkin bağışıklamasında tüm hekimler
- Hekimler erişkin bağışıklamasının yönlendiricisi
- Doktorların kendi bağışıklamalarına verdikleri önem hastalarına tavsiye etmeleri demek

SAĞLIK ÇALIŞANLARI

- Kızamık , kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği için bağışık olmalıdır.
- Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hepatit B için aşılanmalıdır.
- Her yıl influenza aşısı yapılmalıdır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI

- Aşılama durumuna bakmaksızın bir doz Tdap veya Td yapılmalı ve 10 yılda bir Td ile bağışıklama sürdürülmelidir.
- Kronik hastalığı olan sağlık çalışanının bağışıklamasında özel düzenlemeler yapılmalıdır
- Risk durumuna göre ek aşılama düşünülebilir (hepatit A,kuduz aşısı, meningokok gibi)

REVIEW ARTICLES

Healthcare workers' role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: a review of evidence

B Simone[1,2], P Carrillo-Santisteve[1], P L Lopalco (pierluigi.lopalco@ecdc.europa.eu)[1]
1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden
2. Institute of Hygiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

Citation style for this article:
Simone B, Carrillo-Santisteve P, Lopalco PL. Healthcare workers' role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: a review of evidence. Euro Surveill. 2012;17(26):pii=20206. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20206

Article submitted on 17 November 2011 / published on 28 June 2012

Measles is a highly contagious and potentially fatal disease. Europe is far from the 95% coverage rates necessary for elimination of the disease, although a safe and cost-effective vaccine is available. We reviewed the literature on studies carried out in European countries from January 1991 to September 2011 on knowledge, attitudes and practices of health professionals towards measles vaccination and on how health professionals have an impact on parental vaccination choices. Both quantitative and qualitative studies were considered: a total of 28 eligible articles were retrieved. Healthcare workers are considered by parents as a primary and trustworthy source of information on childhood vaccination. Gaps in knowledge and poor communication from healthcare workers are detrimental to high immunisation rates. Correct and transparent information for parents plays a key role in parental decisions on whether to have their children vaccinated. Healthcare workers' knowledge of and positive attitudes towards measles-mumps-rubella (MMR) vaccination are crucial to meeting the measles elimination goal. An effort should be made to overcome potential communication barriers and to strengthen vaccine education among healthcare professionals.

Introduction

Measles is a highly contagious disease and a leading cause of death among children below five years-old worldwide, although a safe and cost-effective vaccine is available [1]. Although measles usually runs a simple course, serious complications can occur: the most common in industrialised countries are otitis media (in 7–9% of cases), pneumonia (1–6%), diarrhoea (8%), post-infectious encephalitis (1 per 1,000–2,000 cases), subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) (1 per 100,000 cases) and death (1–3 per 1,000 cases) [2]. Women who are infected during pregnancy are at greater risk of miscarriage and premature delivery [2].

The most common way of administration of the measles vaccine is in combination with the mumps and rubella vaccines (the trivalent mumps-measles-rubella (MM

Sağlık çalışanlarında bilgi ve pozitif yönlendirme eksikliği

to eliminate m, it is necessary to reach and maintain measles vaccination coverage at 95% [1,7]. Currently, however, the vaccination coverage is still far from this level: in fact, a drop in vaccine coverage rates to suboptimal levels has been reported in Europe in recent years [8,9].

In the first eight months of 2011 alone, more than 29,000 cases of measles were reported in Europe. About one third of them required hospitalisation and in the first six months of the year, measles was responsible for eight deaths and 24 cases of acute encephalitis [9].

Currently there is no standard European policy of administration of the MMR vaccine: of 30 European countries, vaccines are administered at the paediatrician's office in 7, in healthcare centres in 12, and in multiple locations in 11 [10, and data from European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) experts for Malta and Romania]. There are also consid-

Vaccine 30 (2012) 4733–4743

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Review

Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers—A systematic review

Chatura Prematunge[a,b,c,*], Kimberly Corace[a,b,c], Anne McCarthy[a,b,c], Rama C. Nair[a], Renee Pugsley[b,c], Gary Garber[a,b,c]

[a] The University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada
[b] The Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada
[c] The Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, ON, Canada

ARTICLE INFO

Article history:
Received 8 March 2012
Received in revised form 7 May 2012
Accepted 10 May 2012
Available online 27 May 2012

Keywords:
Health care workers
H1N1
Pandemic influenza vaccination
Vaccine behaviour
Systematic review
Health Belief Model

ABSTRACT

Introduction: Maintainin HCW) is an essential com-
ponent of pandemic pre 1 pandemic was influenza
vaccination. Numerous N1 vaccination behaviour
in various HCW groups. nza vaccine interventions
and pandemic planning N1 vaccination, in order to
identify factors that are (milar to seasonal influenza
vaccination research.
Methods: We conducted bMed, EMBASE, PsycINFO,
CINHAL, AMED, Cochr rces) published between
January 2005 and Dec pH1N1 vaccine uptake/
refusal.
Results: 20 publications re included in this review.
H1N1 vaccine coverage lations, and self-reported
vaccine status was the m ation. HCW were likely to
accept the H1N1 vaccine if they p) the H1N1 vaccine to be safe, (2) H1N1 vaccination to be
effective in preventing infection to se and others (i.e. loved ones, co-workers and patients), and (3)
H1N1 was a serious and severe infection. Positive cues to action, such as the access of scientific literature,
trust in public health communications and messaging, and encouragement from loved ones, physicians
and co-workers were also found to influence HCW H1N1 uptake. Previous seasonal influenza vaccination
was found to be an important socio-demographic predictor of vaccine uptake. Factors unique to HCW
pandemic vaccine behaviour are (1) lack of time and vaccine access related barriers to vaccination, (2)
perceptions of novel and rapid pandemic vaccine formulation, and (3) the strong role of mass media on
vaccine uptake.
Conclusions: Many of the factors that influenced HCW pandemic vaccination decisions have previously
been reported in seasonal influenza vaccination literature, but some factors were unique to pandemic vac-
cination. Future influenza vaccine campaigns should emphasize the benefits of vaccination and highlight
positive cues to vaccination, while addressing barriers to vaccine uptake in order to improve vaccine cov-

20 yayın irdelenmiş
Üçü Türkiye'den
Aşılama oranları :% 9-92
Türkiye: %13-23

Aşılama başarısını belirleyen faktörler 20 araştırmanın metaanalizi

Aşıyı reddetme

- Güvenli bulmama (6)
- Yan etki (11)
- Etkililiğinden şüphe etme (7)
- Aşının çabuk hazırlanması (7)

Aşıyı yararlı bulma

- Aşı kendisini korur (9)
- Sevdiklerini korur (7)
- Hastaları korur(7)

Aşılama başarısını belirleyen faktörler 20 araştırmanın metaanalizi

Aşıyı reddetme

- Güvenli bulmama (6)
- Yan etki (11)
- Etkililiğinden şüphe etme (7)
- Aşının çabuk hazırlanması (7)

Aşıyı yararlı bulma

- Aşı kendisini korur (9)
- Sevdiklerini korur (7)
- Hastaları korur(7)

Aşılama başarısını belirleyen faktörler 20 araştırmanın metaanalizi

Hastalık algısı

- Hastalığı geçirerek bağışıklık kazandığını düşünme (2)
- Daha önce aşılandığı için bağışık olduğunu düşünme (9)
- Hastalığın ciddi olduğu algısı (11)

Diğer etkenler

- Media (6)
- Bilimsel kaynaklar (3)
- Sağlık otoriteleri (6)
- Doktorlar (2)
- İş arkadaşı, patron(3)
- Politik kişilikler (2)
- Sevdiği biri(2)

Pandemik aşıyı kabul edenlerin çoğu düzenli mevsimsel influenza aşısı olanlar

Vaccine 30 (2012) 3996–4001

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Review

Nosocomial transmission of measles: An updated review

E. Botelho-Nevers [a,*], P. Gautret [a], R. Biellik [b], P. Brouqui [a]

[a] POLMIT Institut Hospitalo-Universitaire, Université Aix-Marseille, 27 Boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille, France
[b] Consultant epidemiologist, Geneva, Switzerland

ARTICLE INFO

Article history:
Received 20 January 2012
Received in revised form 28 March 2012
Accepted 3 April 2012
Available online 19 April 2012

Keywords:
Measles
Nosocomial transmission
Health care workers

ABSTRACT

Despite a decrease in global in
result of suboptimal vaccine c
be nosocomial, especially in c
review of the literature by sear
acquired" between 1997 (the
measles is being transmitted
and colleagues. Here, we expla
ways from cases of communit
against measles.

1997-1998
Nozokomiyal salgınlar % 22.1
310 nozokomiyal vaka
64 ü sağlık çalışanı

Contents

1. Introduction
2. Methods
3. Results
3.1. Reasons for nosocomial measles transmission (Panel 1)
3.2. Characteristics of nosocomial measles (Panel 1)
3.2.1. Severity of nosocomial measles
3.2.2. Rapidity of outbreak dissemination
3.2.3. Departments at risk for measles transmission in healthc
3.3. Nosocomial transmission of measles to patients
3.4. Nosocomial transmission of measles to HCWs 3998
3.5. Prevention and control of the spread of measles in healthcare settings (Panel 2) 3999
3.5.1. Prevention 3999
3.5.2. Control measures after contact with a case of measles 4000
4. Discussion 4000
5. Conclusions 4000
References 4000

1. Introduction

Despite the proven strategies of the World Health Organization (WHO) for improving measles vaccine coverage, the disease is still one of the leading causes of vaccine-preventable death worldwide [1]. Although a marked global reduction in measles mortality and incidence have been observed in the past decade, measles continues to circulate, affecting susceptible individuals worldwide, leading to its reintroduction in areas where the disease has been eliminated and to the occurrence of outbreaks in countries where its incidence is low.

WHO regional elimination targets for measles in Africa and southeast Asia, such as reaching 90% national coverage with the first dose of measles-containing vaccine (MCV1), have not yet been met [2,3]. In Europe, despite a decline of measles incidence in the past decade, the incidence has increased recently in Western Europe with the occurrence of outbreaks due to suboptimal vaccination coverage. Transmission settings include the community, antivaccination groups, schools and health-care facilities [4]. Internally displaced population groups (mainly the Roma ethnic group), with limited health-care access, moving from Eastern to Western Europe have reportedly been associated with measles outbreaks

* Corresponding author. Tel.: +33 491968935.
E-mail address: Elizabeth.botelho@ap-hm.fr (E. Botelho-Nevers).

0264-410X/$ – see front matter © 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.04.023

Vaccine 30 (2012) 4632–4637

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Clinicians' opinions on new vaccination programs implementation

E. Dubé[a,b,c,*], V. Gilca[a,b,c], C. Sauvageau[a,b,c], J.A. Bettinger[d,e], F.D. Boucher[b], S. McNeil[f], I. Gemmill[g], F. Lavoie[b], M. Ouakki[a], N. Boulianne[a,b,c]

[a] Institut national de santé publique du Québec, 2400 d'Estimauville, Québec, Québec, Canada
[b] Centre de recherche du CHUL-CHUQ, 2705 Blv Laurier, Québec, Québec, Canada
[c] Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, 1050 ave de la Médecine, Québec, Québec, Canada
[d] University of British Columbia, 229 West mall, Vancouver, British Columbia, Canada
[e] Vaccine Evaluation Center, BC Children's Hospital, 4480 Oak Street, Vancouver, British Columbia, Canada
[f] Canadian Centre for Vaccinology, IWK Health Centre, Clinical Trials Research Center, 5850/5980 University avenue, Halifax, Nova Scotia, Canada
[g] Kingston, Frontenac and Lennox & Addington Public Health Unit, 221 Portsmouth avenue, Kingston Ontario, Canada

ARTICLE INFO

Article history:
Received 27 March 2012
Accepted 27 April 2012
Available online 11 May 2012

Keywords:
New vaccines
Physicians
Knowledge
Attitudes
Practices

ABSTRACT

In Canada, several new vaccines were recently a
Decision-makers are faced with the choice wheth
vaccination programs. The aim of this study wa
cians' opinions regarding 7 new vaccines, and per
self-administered, anonymous, mail-based quest
of 1182 family physicians and to all 1852 Cana
ing frequency and severity of the diseases, effic
immunization programs were used to calculate
tion programs (calculated scores ranging from 0
of respondents perceived the health and econo
vaccines as important and considered new vacc
cians strongly agreed or agreed that the new
the public and by the health professionals who
vaccines (respectively 30% and 29% strongly ag
of 100 for the measles, mumps, rubella and va
avalent (DTaP-IPV-Hib-HBV) vaccine; 73.1 for th
meningococcal ACYW135; 68.9 for the combined
vaccine and 56.9 for the rotavirus vaccine. Hea
consider in the decision-making process regardi
Without health professional support, the introduct
cessful. In this study, the MMRV and the hexavalent (DTaP-
V) vaccines received the highest ratings.

© 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Yeni aşılara karşı ihtiyatlı

1. Introduction

In the context where resources are limited and where the number and cost of available vaccines increases, public health authorities have to prioritize which vaccines should be included in publicly funded vaccination programs [1–5]. In Canada, the integration of a new vaccine into a publicly funded vaccination program is the responsibility of provinces and territories [6]. Although several existing frameworks and evaluation criteria can facilitate the decision-making process regarding a new potential immunization program [7,8], to our knowledge, a criterion for prioritization of concurrent vaccination programs is included in only one of these frameworks [9].

Clinicians' knowledge, attitudes and beliefs toward new vaccines are known to influence their intention to recommend a new vaccine and it is commonly recognized that their recommendation is a major factor in vaccine uptake [6,10–12]. However, few empirical studies have assessed the attitudes of health professionals on vaccination programs prioritization [13–15]. In recent studies among Canadian officers of public health and Quebec nurses, a high heterogeneity of perceived usefulness, safety, protectiveness, and acceptability of new candidate vaccines has been reported [14,15].

* Corresponding author at: 2400 d'Estimauville, Québec, Québec, Canada.
E-mail address: eve.dube@ssss.gouv.qc.ca (E. Dubé).

0264-410X/$ – see front matter © 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.04.100

Journal of Hospital Infection 80 (2012) 316–320

Available online at www.sciencedirect.com

Journal of Hospital Infection

journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/jhin

Changes in influenza vaccination rates among healthcare workers following a pandemic influenza year at a Japanese tertiary care centre

H. Honda [a,*], S. Padival [a], Y. Shimamura [a], H.M. Babcock [b]

[a] *Division of Infectious Diseases, Department of General Internal Medicine, Teine Keijinkai Medical Centre, Sapporo, Hokkaido, Japan*

[b] *Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA*

ARTICLE INFO

Article history:
Received 29 July 2011
Accepted 22 December 2011
by J.A. Child
Available online 14 February 2012

Keywords:
Influenza vaccination
Healthcare workers
Mandatory vaccination

SUMMARY

Background: Although influenza vaccination, which is a key part of a control plan to prevent nosocomial influenza transmission, is recommended for all healthcare workers (HCWs), the achievement of a high influenza vaccination rate among HCWs is a challenge. In Japan, there are limited data on influenza vaccination rates among HCWs. Moreover, the effect of pandemic influenza on influenza vaccination rates among HCWs following a pandemic year remains unclear.

Aim: To determine influenza vaccination rates am
Japan, and to evaluate the need for further inter
among HCWs.

Methods: The 2005–2010 influenza vaccination r
care centre in Sapporo, Japan were reviewed re
pational health service database.

Findings: There was a gradual increase in the se
population from 2005 to 2010, and a high vaccina
2010 pandemic H1N1 influenza season. However, t
2010–2011 was significantly lower than that for the pandemic vaccine in 2009–2010, with doctors having the lowest vaccination rate among all HCWs.

Conclusion: Pandemic influenza may not have a sustained effect on the uptake of influenza vaccination in subsequent years. Thus, vaccination rates among HCWs after a pandemic year still need to be monitored, and the implementation of interventions such as a mandatory vaccination programme should be considered to maintain consistently adequate vaccination rates.

© 2012 The Healthcare Infection Society. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Hastalık korkusu aşılanma oranının artırabilir

Introduction

Influenza vaccination is recommended for all healthcare workers (HCWs) by the US Centers for Disease Control and Prevention and the World Health Organization as a key part of a control plan to prevent nosocomial influenza transmission.[1,2]

* Corresponding author. Address: 12-1-40, Maeda 1Jyo, Teine, Sapporo, Hokkaido 0068555, Japan. Tel.: +81 11 681 8111; fax: +81 11 685 2196.
E-mail address: hondah@hotmail.com (H. Honda).

0195-6701/$ — see front matter © 2012 The Healthcare Infection Society. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.
doi:10.1016/j.jhin.2011.12.014

- Salgınlarda medya gibi dış etkenler aşılama programlarını olumsuz etkileyebiliyor
- Normalde bağışıklama karşıtı hareketler az medya ilgisi önemsiz

kendinizi koruyun, hastanızı koruyun, aşılarınızı yaptırmayı unutmayın!

Her koşulda ve yüksek hastalık riski altında,
büyük bir özveriyle görev yapan sağlık çalışanları olarak
önce kendi aşılarınızı yaptırmayı unutmayınız.

**Unutmayın, sizden sağlık bekleyenler,
sağlıklı olmanızı da bekliyor.**

HER ŞEYİN BAŞI
SAĞLIK
SAĞLIĞIN BAŞI
AŞI

aşı çalışma grubu
turkish vaccination board

https://www.facebook.com/saglikbakanligi https://twitter.com/saglikbakanligi

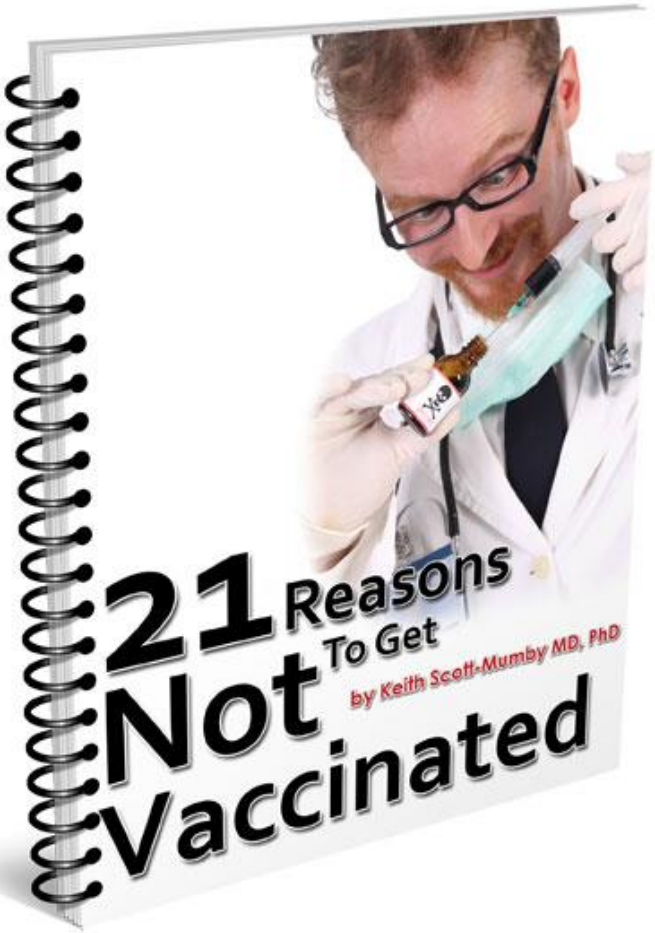
T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIK ÇALIŞANI

- Yeni aşılara güvensiz
- Aşı markalarını önemsiyor
- Enjeksiyondan korkabiliyor

SAĞLIK ÇALIŞANLARI AŞIDAN NEDEN KORKUYOR ?

AŞI KARŞITI DOKTORLAR



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AŞILANMASINDA SORUNLAR

Bağışıklama programlarına katılımın artırılması nasıl sağlanabilir?

- ✓ Zorunlu aşılama programları
- ✓ Aşılama kampanyaları
- ✓ Temas sonrası bağışıklama
- ✓ Görev yerinde ulaşma

ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMASININ YENİ HEDEFİ GEBELER

- Gebede ağır seyreden hastalıklara karşı anneyi korumak (influenza)
- Fötusu korumak
- Yenidoğanı korumak

Bu uygulamalarda kadın,doğum disiplinindeki hekimlerin desteği gerekli

YENİDOĞANI KORUMAK İÇİN GEBE AŞILAMASI

- Tdap
- İnfluenza
- ABD ve İngiltere gebe programında
- WHO gebeye influenza aşısı öneriyor
- Türkiye’de gebeye Td uygulaması devam ediyor

REVIEW

Maternal immunization as a strategy to decrease susceptibility to infection in newborn infants

Yeni hedef kitle gebeler

Benjamin Lindsey[a], Beate Kampmann[a,b], and Christine Jones[a,c]

f review
n from the success of maternal tetanus vaccination, recent research has shown that other
ven in pregnancy can protect against vaccine-preventable infections in early infancy. This
outline these recent developments and highlight the impact on current clinical practice.

dings
mmunization provides protection to the newborn through the transfer of vaccine-induced IgG
placenta, a process that is affected by multiple variables. The safety of newly recommended
l vaccines has been further tested in recent studies. Maternal vaccination against influenza and
is is recommended in the United Kingdom and United States, with new studies indicating their
cy. A number of additional maternal vaccines are also in the pipeline, which could be used to
ombat neonatal infection. Recent research findings have highlighted some of the reasons for the poor
uptake of current recommendations among pregnant women.

Summary
Tetanus, influenza and pertussis vaccines are now recommended for use during pregnancy, with new vaccines, such as group B streptococcus and respiratory syncytial virus, being developed to prevent important neonatal infections in the future.

Keywords
maternal immunization, neonatal infection, pregnancy, vaccination

INTRODUCTION

The concept of maternal immunization has been established for some time; however, there has been recent renewed interest and focus in maternal immunization as a means to protect young infants from vaccine-preventable infections. During early infancy, newborns are partially protected through placental transfer of maternal immunoglobulin. Maternal levels of specific immunoglobulin are however frequently suboptimal and therefore do not necessarily provide adequate protection to the infant [1]. The aim of maternal vaccination is to enhance maternal antibody levels against particular infections, so that a protective level of antibody is transferred to the infant. It is an attractive strategy as it can provide protection against infectious diseases to the mother, her developing fetus and the newborn infant. The firm proof-of-principle was best demonstrated by the success of maternal tetanus vaccination, which is part of routine care in many countries. This review provides an update of maternal vaccination, describing the principles underlying maternal immunization, potential concerns and challenges, and focuses on vaccines that are currently recommended for all pregnant women. We finally outline some future applications.

MECHANISMS UNDERLYING THE PRINCIPLES OF MATERNAL IMMUNIZATION

Placental transfer of maternal immunoglobulin is restricted to IgG and confers short-term passive immunity to the newborn infant. Maternal IgA

[a]Academic Department of Paediatrics, Imperial College London, London, UK, [b]Medical Research Council Unit, The Gambia and [c]Paediatric Infectious Diseases Research Group, St George's, University of London, London, UK

Correspondence to Dr Christine Jones, PhD, Room 2.215D, Level 2, Jenner Wing, St George's, University of London, Cranmer Terrace, London, SW17 0RE, UK. Tel: +44 020 872 527 88; fax: +44 020 872 507 16; e-mail: cjones@sgul.ac.uk

Curr Opin Infect Dis 2013, 26:248–253
DOI: 10.1097/QCO.0b013e3283607a58

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Gebe aşılaması

- Canlı aşı yapılmamalıdır.
- Gebe olduğunu bilmeden aşılananlarda gebelik sonlandırılmaz, takip önerilir
- Endemik bölgelere gidenlere önerilen bir canlı aşı olan sarı humma aşısının gebelik durumunda kullanımı hastalık riski çok yüksek ve seyahat ertelenemiyorsa düşünülebilir.

Gebe aşılaması

- Sarıhumma aşı virüsünün süte geçme teorik riski nedeni ile bebeğe geçişle ilgili hiçbir rapor olmamasına karşın emziren annelere önerilmemektedir.
- Gebelerde olduğu gibi hastalık riski çok yüksekse emziren anneye yapılabileceği bildirilmiştir

Seyahat aşılaması

- Dünya Turizm Organizasyonu (UNWTO) "*Tourism 2020 Vision*" tahminlerine göre uluslararası seyahatlerin 2020 yılına kadar yaklaşık 1.6 milyara erişmesi beklenmektedir

Seyahat aşılaması

- T. C Kültür ve Turizm Bakanlığı 2015 verileri ise ülkemizde bu yılda kara,deniz ve havayolları ile 49864920 sınır girişi bildirmektedir
- Geosentinal Surveillance Net Work verilerine göre 10 yıllık periyot içinde 508 i aşı ile önlenebilir hastalık olmak üzere 37552 seyahat ilişkili hasta saptanmıştır

Uluslararası seyahatlerle günümüzde yayılma riski en önemli bulunan hastalıklar

- Polio
- *Neisseria meningitidis* serogrup W 135 meningokok infeksiyonları,
- Kızamık ve influenza olarak bildirilmektedir.
- Hepsi aşı ile önlenebilir hastalıklardır.

- Seyahat bağışıklaması önerilerinde gidilen ülkede hastalıktan korunmayı sağlamak ve dönüşte yeni bir infeksiyonu ülkeye sokmama amaçlanır.
- Seyahat öncesi bağışıklamada genel kural olarak gezi tarihinden en az 10-14 gün önce aşılamalar tamamlanmış olmalıdır.
- Bu süre hem yeterli bağışıklığın ortaya çıkabilmesi hem de gelişebilecek yan etkilerin gözlenebilmesi açısından önemlidir.

ZORUNLU SEYAHAT AŞILARI

- Suudi Arabistan ülkeye hac için gelenlere ve bazı ülkeler Mekke’den dönen hacılara meningokok aşısını zorunlu tutmaktadır
- Endemik bölgelere gidenlere sarı humma aşısı

ERİŞKİN AŞILAMASI NEREDE?

- Erişkin aşı merkezleri
- Seyahat sağlığı merkezleri (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün Türkiye genelinde, yurt dışına çıkacaklara seyahat sağlığı hizmeti veren 15 Seyahat Sağlığı Merkezi var)
- Çalışan sağlığı merkezleri (Enfeksiyon Kontrol Komitesi destekli)
- Aile hekimliği merkezleri

Erişkin bağışıklamasının benimsetilmesi ve başarısında kilit rol oynaması öngörülmektedir.

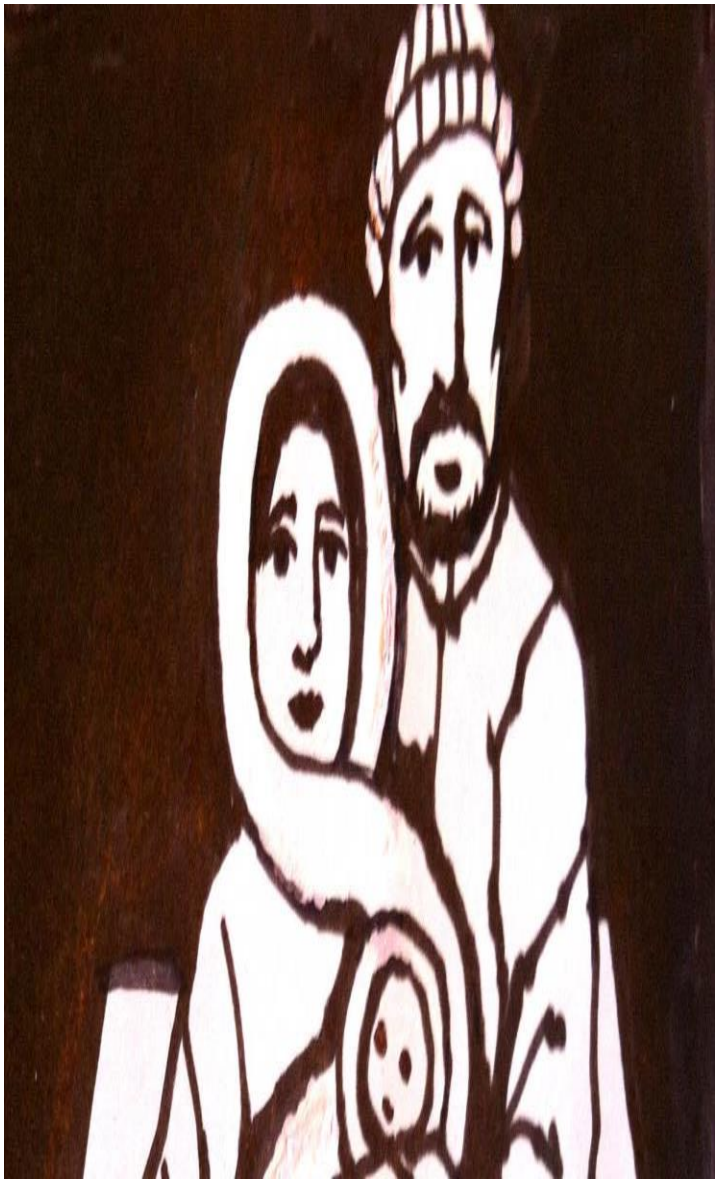
SONUÇ

- Erişkin bağışıklaması yeterli düzeye getirilmeden sadece çocukluk çağı aşılamaları ile aşı ile korunabilir hastalıkların yönetilmesi mümkün görülmemektedir.

Erişkin aşılamasında başarı;

- Sağlık otoritesinin hedef kitle ihtiyacı olan aşıları temin etmesi
- Maliyetini karşılaması
- Uygulama konusunda yaygın hizmet sunması
- İkna edici olması ile sağlanabilir.

SON SÖZ

- ERİŞKİN AŞILAMASI FIRSATÇIDIR
- FIRSATLARI YARARA DÖNÜŞTÜREN BİR FIRSATÇILIK

- Gebe ve loğusa aşılaması
- Seyahat aşılaması
- Mülteci aşılaması
- Asker aşılamaları
- Salgın aşılamaları gibi