

Ana Çocuk Sağlığı: Genel Bir Bakış

Ayşen Mert¹

Özet

Toplumun sağlığı ve devamlılığı için en önemli unsurlardan biri de ana çocuk sağlığıdır ve bu durumu olumsuz şekilde etkileyen pek çok faktör vardır; bağışıklama konusundaki aksaklıklar, göç, doğal afetler, salgınlar gibi konular bunlardan bazılarıdır. Anne ve çocukların yaşamları süresince tüm gereksinimleri bütüncül bakış açısıyla ele alınmalı ve desteklenmelidir.

Giriş

Ana ve çocuk sağlığını etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bağışıklamayla ilgili hizmetler, aşı ile önlenemeyen hastalıkların ve ölümlerin önlenmesi açısından anne ve çocuklara yönelik olarak yapılan en önemli toplum sağlığı müdahaleleri arasında bulunmaktadır. Göçler, doğal afetler gibi pek çok unsur da ana çocuk sağlığı üzerinde rol oynar. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmelidir. Bu yazıda, anne ve çocukların sağlık sorunlarını etkileyen belli başlı faktörlerin gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

1. Türkiye’de Aşının Kısa Tarihçesi, Ana Çocuk Sağlığı ve Bağışıklama

Ülkemizde aşılardan üretimiyle ilgili ilk çalışmalar Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır. 1721 yılında o dönemki İngiltere Büyükelçisinin eşi olan Lady Mary Montagu mektubunda, çiçek hastalığına karşı İstanbul’da “aşı denilen bir şey” yapıldığını anlatmıştır. Bu mektup ülkemizde aşı ile ilişkili en eski belgedir (1).

Jenner metoduna göre 1801 tarihinde çiçek aşısı uygulamasına başlanmış ve bundan üç yıl sonra da Osmanlı Devleti’nde aşı çalışmalarına başlanmıştır. 1885’te çiçek aşısı uygulamasında dünyada ilk olan “Çiçek Nizamnamesi”

1 Doktor Öğretim Üyesi Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, aysendr1978@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-0933-706X

isminde bir kanun çıkartılmıştır. Aşığı yaptırmayanlar ise askeri ve yatılı okullara alınmamışlardır. Sultan II. Abdülhamid zamanında, 1886 yılında Paris Pasteur Enstitüsü'nde eğitimini tamamlamak için gönderilmiş olan hekim ve veterinerlerden oluşan heyet, 1887'de ilk kuduz aşısını Türkiye'ye getirmiştir. Bu heyetin ülkeye dönüşüyle "*Daülkelp Ameliyathanesi*" faaliyete geçmiştir. Bu laboratuvar kuduz tedavisinin yapılabilmesi için padişahın bir laboratuvar kurulması emriyle, heyet başkanı olan Dr. Zoeros Paşa tarafından 1887'de açılmıştır. Kurum sadece kuduz aşısı üretimi değil aynı zamanda bakteriyolojik çalışmalar da yaptığı için bu laboratuvara "*Dersaadet Daülkelp ve Bakteriyoloji Ameliyathanesi*" adı konulmuştur. Kurumda kuduz aşısının üretilmesi ile İstanbul çevresindeki suların incelenmesi, influenza ve sığır vebası ile ilgili çok çeşitli çalışmalar da yapılmıştır ve kurum dünyada kuduz aşısı üreten üçüncü laboratuvar olmuştur. *Daülkelp Ameliyathanesi*'nin kuruluşundan kısa süre sonra 1892 tarihinde Sultan II. Abdülhamid eliyle yine İstanbul'da bir "*telkih hane/aşı hazırlama evi (Telkihane-i Şahane)*" açılmıştır. *Telkihane-i Şahane* açıldıktan sonra Osmanlı İmparatorluğu'nda resmi ve sürekli bir şekilde çiçek aşısı üretimi yapılmaya başlamıştır. Daha sonra "*Telkihane-i Osmanî*" adını alan bu kurum Türkler tarafından kurulmuş ve Türkler tarafından başarı ile yönetilmiş bir kurum olarak tarihe geçmiştir (2, 3,4).

Bakteriyel aşularla alakalı çalışmaların yapılabilmesi için 1893 yılında "*Bakteriyolojihane-i Şâhâne*" kurulmuş ve veba, tifüs, kolera, difteri, tifo, dizanteri aşularıyla meningokok serumunun üretimi çalışmaları yapılmıştır (3). Ankara'da Cumhuriyetin kurulmasının ardından, 1928 yılında, 1267 sayılı yasayla "*Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü*" kurulmuştur. Tüm aşı üretim çalışmalarının bu enstitüde toplanması hedeflenmiştir. 1930 yılında ilk bağışıklama programı çiçek hastalığı için başlatılmıştır ve 1931'de de ilk verem aşısı üretimi gerçekleştirilmiştir (3,5).

Dünyada ilk kez tifüs aşısı 1916 tarihinde Dr. Reşat Rıza KOR tarafından üretilmiştir ve bu aşı Erzurum'da Kafkas Cephesinde bulunan askerlere Dr. Refik Sağlam tarafından yapılmıştır. İkinci dünya savaşında Türkiye tarafından çok sayıda ülkenin tifüs aşı ihtiyacı temin edilmiştir (4).

Koruyucu hekimlik yapılması amacıyla 27 Mayıs 1928 tarihinde "*Refik Saydam Hıfzısıhha Müessesesi*" kurulmuştur ve bu kuruluş aşı ve serum üretimi için çalışmalarına başlamıştır. Hıfzısıhha Enstitüsünde 1936 yılında veba, brusella, tifo, çiçek, dizanteri, kolera, meningokok, boğmaca, verem-ağız ve deri içi (BCG/Bacillus Calmette-Guerin), difteri, tetanoz, karma aşular, tifüs, kuduz, grip aşuları gibi 17 farklı tipte aşı üretimine başlanmıştır. 1947'de "*Biyolojik Kontrol Laboratuvarı*" kurulmuş ve bu laboratuvar da BCG

aşısı üretimi yapılmaya başlanmıştır. 1948 yılında boğmaca aşısının üretimi yapılmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1950 yılında “*Influenza Laboratuvarı*”, “*Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi*” olarak tanımlanmış ve burada influenza aşının üretimine başlanmıştır. 1965’te ilk kez kuru çiçek aşısı üretimi yapılmış, 1983’te kuru BCG aşısının üretimine geçilmiştir. 1960-1970 yıllarında ülkemiz ihtiyacı olan bakteri aşılarını üretebilir duruma gelmiştir. 1968 yılında tetanoz, akrep ve şarbon aşı serumlarının üretildiği “*Serum Çiftliği*” kurulmuştur. 1970-1980 yıllarında hastalıkların eradikasyonunun sağlanması neticesinde tifüs ve çiçek aşılarının üretilmesi sonlandırılmıştır. 1992 yılında ilk deneysel adsorbe tetanoz aşısının üretimi yapılmıştır. 1995 yılındaysa aşı üretim tesislerinin master planı yapılmış ve tetanoz laboratuvarı yeniden düzenlenmiştir. 1999 yılında fermentör teknolojisi ile tetanoz toksoidi üretimi yapılmıştır. “*Refik Saydam Hafzasıhha Müessesesi*” cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren tüm Türkiye’nin aşı ihtiyacını karşılayıp dünyaya da aşı ithalatında bulunmuştur. Kurum yenilenemediği için 1996 yılında dbt (difteri-boğmaca-tetanoz) aşısının, 1998 yılında ise BCG aşısının üretimi yapılamaz hale gelmiştir. Dünyada Küba, Çin, Pakistan, Kore dahil pek çok ülke kendi ihtiyacı olan aşıları üretir haldeyken Türkiye aşı ithal eden ülkelerden biri olmuştur (4).

2009 yılında beşli karma aşısı, 2010 yılında KPA (konjuge pnömokok aşısı), 2011 yılındaysa dördü kuma aşılarının ticari saklama şekilleri ülkemizde üretilmeye başlanmıştır (1,3). 2013 yılında ise Hacettepe Üniversitesi, Keymen İlaç iş birliğiyle Türkiye’de aşılarda üretilmesine tekrar başlanması için çalışmalar yapmaya başlamıştır. Sıfırdan aşı üretimi çalışmaları yapmak için “*Aşı Geliştirme Laboratuvarının*” kurulması kararlaştırılmıştır (4).

Nisan 2017’de tetanoz ve difteri aşılarının Ankara’nın Akyurt ilçesinde “*GMP (İyi Üretim Prosesi)*” belgesi mevcut olan dolun tesisinde ilk aşı dolunu olmuştur. Kasım 2020’de tamamı yerli üretilen kullanılmaya hazır erişkin tipi tetanoz/difteri (td) aşısının ilk teslimatı sağlanmıştır. Difteri ve akrep serum üretimi de Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılmaktadır (1,3).

Aşıların geliştirilmesi çok zahmetlidir ve üretim süreci çok uzun sürmektedir. Gen teknolojisindeki gelişmeler, bazı kanser tipleri, hastalıkların bazıları ve bazı durumlar için immünoterapileri de içine alan terapötik aşı geliştirilmesini olanaklı kılmıştır. Araştırmacılar nazal sprey, toz inhaler, transdermal uygulama gibi aşılarda enjeksiyon dışı yöntemlerle de yapılmasını mümkün hale getirecek yeni yöntemler çalışmaktadırlar. DSÖ’nün tüm ülkelere önermiş olduğu genişletilmiş bağışıklama programları bazı bulaşıcı hastalıkların morbiditesini ve mortalitesini büyük oranda azaltmıştır fakat henüz istenilen başarı oranlarına ulaşamamıştır. Aşıların uygulanmasındaki

özellikler, aşıların etkinliğinin tam olmaması veya kısa sürmesi başarısızlığın nedenleri arasındadır. Parenteral yolla aşı uygulaması, bazı aşılarla birden fazla doz gereksiniminin olması başarısızlık sebepleri arasında olduğundan tek doz ve oral ya da intranazal aşıların üretilmesi çalışmaları yapılmaktadır. Soğuk zincir gerekliliği de aşılama oranlarındaki düşüklüğün bir diğer sebebedir ve yeni aşı çalışmalarında soğuk zincir gerektirmeyen aşıların üretilmesi de istenmektedir (4).

Ülkemizde yenidoğan döneminden itibaren mortalite ve morbidite oranları yüksek hastalıklara karşı, belirli bir program çerçevesinde kişiler bağışık hale getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal aşı takvimindeki bu aşılar ücretsiz yapılmaktadır. Ulusal aşı takviminde olan bebeklik çocukluk dönemi aşıları şunlardır: Hepatit B, BCG (verem), DaBT-İPA-Hib (beşli karma/difteri-aselüler boğmaca-tetanoz-inaktive polio-hemofilus influenza tip B), KPA (konjuge pnömokok aşısı), KKK (kızamık-kızamıkçık-kabakulak), DaBT-İPA (dörtlü karma/ difteri-aselüler boğmaca-tetanoz-inaktive polio), OPA (çocuk felci/oral polio), Td (erişkin tipi tetanoz-difteri), Heaptit A ve suçiçeği. Bunların dışında henüz aşı takviminde yer almayan ancak özel olarak uygulanan aşılar da mevcuttur. Bunlar; meningokok aşıları, rotavirüs aşısı, HPV (human papilloma virüs) aşısıdır (3).

Erişkinlik döneminde, bebek çocukluk yaş dönemine göre daha az oranda bulaşıcı hastalık görülmekle birlikte bazı bebeklik çocukluk çağı aşılarının etkisinin belli bir süre devam etmesi nedeniyle erişkin çağda da bulaşıcı hastalıklar görülebilmektedir. Ayrıca erişkin çağda aşı şeması eksik kalmış erişkinler de olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı erişkinlik döneminde bağışıklama önem arz etmektedir. İnfluenza, Td/Tdap (tetanoz-difteri/tetanoz-difteri-aselüler boğmaca), PCV13 (konjuge pnömokok aşısı), PPSV23 (polisakarit pnömokok aşısı), Hepatit A, Hepatit B, zona, suçiçeği, meningokok, KKK, HPV (3).

Gebelerde, gebelik öncesinde önerilen erişkinlik dönemi aşıları eksikse gebenin ve fetüsün korunmasını sağlamak amacıyla gebelik döneminde de bağışıklama hizmetleri önem arz etmektedir. Yapılması gereken beş doz tetanoz aşısı yapılmış kadınlara gebeliğinde yine tek doz tetanoz aşısı yapılması ve mümkünse bu aşının da tdap olarak yapılması önerilmektedir (3).

Daha önceki yıllarda, kadınların doğurganlık döneminde daha çok sorun yaşamaları nedeniyle kadınlara verilen sağlık hizmetleri “ana çocuk sağlığı” kavramı şeklinde nitelendirilmekteydi. Fakat Nairobi’de 1985 yılında gerçekleşen “Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansında” 1975-1985 yıllarının “eşitlik, kalkınma ve barış hedeflerine ulaşmada Kadın On yılı”

şeklinde kabul görmesi ve bu on yılın asıl temasının “*istihdam, sağlık ve eğitim*” şeklinde belirlenmiş olması, kadın konusundaki alanı genişletmiştir. 1994 yılında Kahire’de yapılan “*Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı*’yla” bu genişletilmiş olan alan biraz daha netliğe kavuşmuş; kadın, kadının sağlığı ve statüsüyle ilgili önemli kararlar alınmıştır. Pekin’de 1995 tarihinde yapılan “*Dördüncü Birleşmiş Milletler Dünya Kadın Konferansı*’nda” kadın sorunlarının çözümüne yönelik bir eylem planı oluşturulmuştur (6,7).

Yapılmış olan uluslararası toplantıların yansımaları olarak, “*kadın sağlığı, bir kız çocuğunun doğumundan ölümüne kadar olan tüm sağlık durumu*” şeklinde değerlendirmeler başlamıştır. Sağlığı yerinde olan kadın, sağlığı yerinde olan çocuk için önemlidir; sağlıklı çocuksa sağlıklı toplumlar için vazgeçilmez bir unsur olarak kabul edilmiştir (7).

Yeni gelişen bu gelişen bu bakış açısı, kadına yönelik sağlık hizmeti sunumunda da değişime neden olmuştur. Sağlık merkezlerinde bu alanlar için yeni klinik uygulamalar başlamış ve var olan klinikler daha sistemli ve etkin hizmet sunar hale gelmiştir. Kadınların hayatları süresince ihtiyaç duyduğu fiziksel, psikolojik ve de sosyal gereksinimleri kadın kendi sağlığı üzerinde etkilidir. Bu sebeple kadının genel fiziksel ve psikolojik sağlığının yanı sıra mutlaka üreme fonksiyonları ve üreme sistemiyle ilgili hastalıkları da önemsenmelidir. Kadın sağlığı alanında hizmet veren tüm sağlık çalışanları, kadınlara özgü olan bazı durumları (üreme sistemi hastalıkları, kanserleri, menopoz gibi) ve kadın sağlığına etki edebilecek sosyokültürel faktörleri de (fakirlik, cinsel/fiziksel taciz, ensest ilişkiler, aile içi şiddete maruziyet gibi) bilmek ve bunları sorgulamakla görevlidir (7).

Yani kadın ve anne sağlığını kadının içinde bulunduğu toplum ve aileden kaynaklanan psiko-sosyal durumlar başta olmak üzere kadının sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin güncel durumu gibi pek çok faktör etkilemektedir. Bir başka deyişle kadın, bu faktörlerin etkilerine göre hayatına sağlıklı bir şekilde veya akut ve kronik hastalıklara sahip olarak ve de bu hastalıkların getirdiği sakatlık ve hatta ölüm gibi olumsuz sonuçlarla mücadele ederek devam edecektir (8).

Dünyada gelişmekte olan pek çok ülkede görüldüğü gibi kadın, anne ve çocuk sağlığı Türkiye’de de genel sağlık problemlerinin öncelikli ve önemli konularından biridir. Çocukta büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu 0-14 yaş grubu ve kadında doğurganlığın olduğu 15-49 yaş grubu önemlidir; bu yaş grupları sağlık açısından daha duyarlıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 85,2 milyondur. Bu nüfusun %49,9’unu kadınlar, %22,0’ı 0-14 yaş grubundaki çocuklar oluşturmuştur (8,9).

Toplam nüfus içerisinde çocukların payının yüksek olması, gelişim dönemleri ve sağlık açısından duyarlı olmaları nedeniyle bu grubun sağlıklıyla ilgili konular da ayrıcalıklı ve önemlidir. Anne sağlığı ve çocuk sağlığı arasında doğrusal bir ilişki de vardır; ayrıca her iki durum da kadın/anne sağlığı alanında verilen hizmetlerin nitelik ve niceliğinden de doğrudan etkilenmektedir. Diğer taraftan çocukluk döneminde ortaya çıkan sağlık sorunları çözümlenme kavuşmadığı takdirde ileriki dönemlere bu sorunlar daha ciddi boyutlarla karşımıza çıkmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin karşılaştırılması için kullanılmakta olan önemli çocuk sağlığı göstergeleri arasında bulunan “bebek ölüm hızı (BÖH), perinatal bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek prevalansı ve bağışıklama oranı” önemli göstergelerdendir (8).

Sağlık okuryazarlığı DSÖ tarafından “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” şeklinde tanımlanmıştır (10). “Amerikan Tıp Derneği (AMA/ The American Medical Association)” ise sağlık okuryazarlığını “sağlığı ile ilgili uygun bireysel karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” şeklinde tanımlanmıştır (11). Sağlık okuryazarlığı için, “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak daha geniş bir tanım da yapılmıştır (12). Sağlık okuryazarlığı kavramı okuma-yazma becerilerinin daha ötesinde bir kavramdır. Sağlıklı davranışların edinilmesi, ilaçların uygun şekilde alınabilmesi, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kullanılabilmesi, aydınlatılmış onam formlarının anlayarak imzalanabilmesi, hastalık yönetimi hakkında kararlar verilebilmesi, evde varsa tıbbi cihazların doğru bir şekilde kullanabilmesi, bakım veren rolünün kabullenilip görev sorumluluklarının yerine getirilebilmesi, sağlıkla ilgili tüm materyalleri okuyup anlayabilme becerisi gibi pek çok sağlık bilgilerini kavramayı ve de uygulayabilmeyi içermektedir. Aşılama oranlarının artması, annenin veya ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin yüksek olmasıyla mümkündür. Bir toplumda sağlık seviyesinin yüksek olması ise o ülkede gelişmişliğin yüksek olduğunun göstergesidir. Bilinçli anneler, bilinçli ve sağlıklı çocuklar yetiştirecektir; bu sayede sağlıklı nesiller olacaktır. Anneyi bu anlamda eğitmek geleceğe yatırımdır. (13,14).

2. Göç ve Ana Çocuk Sağlığı

Göç özellikle son zamanlarda hızlı bir şekilde artan sosyal ve toplumsal bir olaydır. Dünya nüfusunda önemli payı olan kadınların ve çocukların

sağlık durumlarının korunabilmesi ve sürdürülebilmesi açılarından oldukça önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu olaydan farklı seviyelerde ve şekillerde etkilenmiş olan kadın ve çocukların sağlık sorunlarına daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir. Göç üreme çağındaki kadınların doğurganlık tercihlerine de etki etmektedir. Göç eden kadınların pek çoğunda çocuk doğurmak; sahip oldukları kültürün değerlerini ve kadın olarak kendi sahip oldukları statünün devamlılığını koruyabilmek için önem arz etmektedir. Bu sebeple göç eden kadınların gittikleri yerde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi temel sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmüştür. İsteği dışında göç ettiği kabul edilen çocuklar için de göçün etkileri önemlidir. Göç eden ailenin baş etmek zorunda olduğu sorunlar (istihdam, eğitim, sağlık, barınma, güvenlik vb) çocukları etkilemektedir; bu sebeple göçmen çocuklar hem kendi aileleri içinde hem de göç edilen toplumdaki diğer çocuklar karşısında dezavantajlı halde bulunmaktadır. Bu süreçte özellikle yenidoğanların ve kronik hastalıklara sahip olan çocukların sağlık bakımları ve bağışıklamaları aksamakta, salgın hastalıklara maruziyet artmaktadır (15).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar, tedavi ve bakımla ilgili gelişebilen problemler nedeniyle göç etmiş olan kişilerde kısa ve uzun dönemlerde birçok sağlıkla ilgili problem ortaya çıkmaktadır. Beslenme bozuklukları, dehidratasyon, gıda zehirlenmeleri, üreme sağlığını ilgilendiren problemler, hepatit A, tifo gibi suyla bulaşabilen hastalıklar, polio gibi fekal-oral yolla bulaşan hastalıklar, influenza, tüberküloz gibi hava yoluyla bulaşan hastalıklar, çeşitli viral ve paraziter hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonları, cinsel istismar, riskli gebelikler, stresin getirdiği sağlık sorunları bunlardan bazılarıdır. Anadilin ve de etnik kökenin farklılık göstermesi de mevcut kronik hastalıklarda artışa sebep olmaktadır. Göç sonucu tüm dünyada sağlık sorunları artmıştır; tüberkülozun tekrar görülmeye başlaması, AIDS'in yaygınlaşması ve SARS virüsü örnek gösterilebilir. Göçün nedeni her ne olursa olsun bu durumdan en çok zarar gören riskli gruplar kadınlar ve çocuklar olmaktadır (15,16).

Ülkemize göç eden aşılammamış göçmenler ve son zamanlarda ortaya çıkmış olan aşılama karşıtı olan görüşler sebebiyle ülkemizde kızamık ile polio tekrar artış göstermiş ve bulaşıcı hastalıkların salgına dönüşme olasılığı gündeme gelmiştir. Bağışıklama konusunda “*Bilim Akademisi Derneği'nin 2015 yılı raporunda*” acil önlemler alınması gerektiği belirtilmiştir (17).

Birleşmiş Milletler Örgütü'nün Temmuz 2019 tarihinde güncellediği verilere göre ülkemizde 3,6 milyon Suriyeli göçmen bulunmaktadır (18). Türkiye'de Suriyeli göçmenler sayı olarak en fazla gruptur. Kayıtlara göre bu grubun neredeyse yarısı (%45) kadın, yaklaşık yarısı (%46) 18 yaşın altındaki çocuklar ve %3,2'si 60 yaş üzerindeki yaşlılardan oluşmaktadır (16).

Göçmen çocukların sığındıkları ülkelerde önemli sorunlarından birisi de ülkelerindeki savaş koşulları sebebiyle çocukluk çağı aşılarının devam ettirilememesidir. Bu sebeple özellikle 0-59 ay arasındaki göçmen çocuklar, aşı ile önlenebilir hastalıklardan olan özellikle polio, kızamık, boğmaca, difteri gibi birçok antijene karşı hassastır. Yakın zamanda görülen kızamık vakaları ve Suriye’de 2013 yılında ortaya çıkan polio vakalarından sonra Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki göçmenler dahil tüm çocuklara yönelik kızamık ve polio aşılarını içeren aşı kampanyaları düzenlenmiştir. Bağışıklamada istenen hedeflere ulaşmak için göçmen çocukların kayıt altına alınması, tüm sağlık kayıtlarının düzenli tutulması, ülkemizdeki göçmenler dahil tüm çocuklarda yüksek aşılama hızlarına ulaşılması ve eksik olan aşıların tamamlanma çalışmalarının yapılması önemlidir (18). Ayrıca göçmen sağlığı politikaları olarak koruyucu sağlık hizmetleri konusunda yoğunlaşmak, çalışanlar ile göçmenler arasındaki özellikle dil temelli iletişim ve diğer problemlere çözümler üretmek yerinde olacaktır (16).

3. Ana Çocuk Sağlığında Aşı Reddi

Aşılama programları sayesinde yaşam kalitesi arttırmakta, aşıyla önlenebilen hastalıklar ve sağlık harcamaları azalmaktadır. Aşı sadece aşılanmış bireyleri değil, toplumda aşılanmamış bireyleri de hastalığın bulaşmasını önleyerek korumaktadır. Aşılanmayan her bir birey, yaşadığı ve içinde bulunduğu toplumda aşılanması henüz tamamlanmamış yenidoğan, bebek ve çocukların hastalık etkenleriyle henüz tam bağışık değilken temas etmelerine ve ölümlerine neden olabilmektedirler (19).

Bir çocuğu aşılamak demek, sağlıklı bir çocuk ve de hastalıkları tedavi etme maliyetlerini önemli derecede azaltmak demektir. Fakat dünya üzerinde 20 milyon çocuk istenilen seviyede aşılanmamaktadır (20). Mart 2018 tarihinde DSÖ aşı raporuna göre, küresel aşılama sayesinde her yıl 2-3 milyon ölüm önlenebilmektedir. Son yıllarda, küresel aşılama oranının %85 olduğu bildirilmiştir. Bağışıklama oranlarının istenilen düzeye gelmesiyle birlikte yılda yaklaşık 1,5 milyon daha ölümün önlenebileceği bildirilmiştir. DSÖ ve “Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children’s Emergency Fund-UNICEF)” tarafından hazırlanan raporlar aşı tereddüdü ve aşı reddi tanımlarının farklı olduğunu bildirmektedir. Aşı tereddüdü, aşıya ulaşılmış olsa bile o aşının reddedilmesi veya kabulünde yaşanan gecikme demektir ve bir veya daha fazla aşı reddedilmiş olmaktadır. Aşı reddinde ise kişinin tüm aşıları kendi iradesiyle yaptırmama hali söz konusudur (19).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de halk sağlığı için tehdit oluşturan aşı reddi sorunu giderek artmaktadır. Aşı reddi sebepleri ülkeye ve bölgeye göre değişiklik gösterebilmektedir. Aşı reddinin küresel düzeyde artmış olması ve bulaşıcı hastalıkların salgın şeklinde görülmesi nedeniyle DSÖ 2019 yılı küresel sağlık sorunları içine aşı reddini de eklemiştir (21).

Son zamanlarda aşuların dikkat eksikliği hiperaktivite bozuklukları, otizm, bazı nörolojik hastalıklar, bazı enflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bazı bağışıklık sistemi hastalıklarına yol açtığına yönelik iddialar söz konusu olmuştur ve bu durum aşı karşıtı kampanyaları gündeme getirmiştir. Fakat bilimsel bulgular birbiri ile çelişmektedir ve bu iddiaların gerçekliğiyle ilgili bilimsel veriler yoktur (17).

Ülkemizde ebeveynlerle yapılan bir çalışmada, katılımcılar arasında %0,8 oranında aşı reddi görülmüş, %1,9’unun da aşı yaptırmaya noktasında tereddüt yaşadığı tespit edilmiştir. Aşı reddi sorunu için sağlık kuruluşlarında, bağışıklama hakkında daha geniş ve ayrıntılı bilgi verilmesinin önemli bir husus olduğu düşünülmektedir (20).

3.1. Çocuk Hakları Açısından Aşı Reddi

Anayasa’nın 17. Maddesi “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” demektedir. Türkiye’de aşılama konusunda kişilerin bağımsız şekilde karar vermesinin nedeni bu maddeye istinaden aşılamanın kişiye özgül olan bir seçenek ya da hakmış gibi yorumlanmasıdır. *Türk Medeni Kanunu’nun 24. maddesinin 2. bendine göre*, kişilik haklarına müdahale olan tıbbi müdahale de hukuka aykırı olarak kabul edilmektedir. *Lizbon Bildirgesi’nin 3.maddesine ve de Türkiye’de 1219 sayılı Kanun’un 70. Maddesine göre* kişinin/hastanın onay vermediği müdahalelerin gerçekleştirilmesine yasak getirilmiştir. *Anayasanın 5. Maddesinde, çocukların korunmasıyla ilgili olarak devletin temel amaç ve görevinin insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamak*, 15. Maddesinde ise *kişinin yaşama hakkına, maddi ve manevi varlığının bütünlüğüne dokunulamaz* ifadeleri bulunmaktadır. *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’nin 3. maddesi* ise *taraf devletlerin çocuğun esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstleneceğine* vurgu yapılmaktadır. Ayrıca Anayasamıza göre çocuğun 18 yaşına kadar reşit olarak kabul edilmemesi, karar verme yetkisinin yasal vasisinde bulunması da söz konusudur. Çok çeşitli kanun ve maddelerde de görüldüğü gibi aşı yaptırmaya ve aşı reddi arasında bazı çelişkiler vardır ve ortaya çıkan bu çelişkiler de aşı reddinin bireylere tanınmış bir hak şeklinde anlaşılmasına sebep olmaktadır (21).

Bireysel alınan bir karar gibi görünmüş olsa da aslında aşı reddi tüm toplumu ilgilendiren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Toplumsal bağışıklığın sağlanması, toplumda ortaya çıkabilecek herhangi bir salgın hastalığı önlemek için önemli bir husustur. Bu sayede hastalıkların bireyden bireye geçmesi ve bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması engellenmektedir. Bir toplumda aşılınmamış olan kişi sayısında artış olunca toplumsal korunma düzeyi azalmakta, bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmakta ve aşılınmamış olan bireylerle birlikte aşılanan bireyler de risk altında kalmaktadır. Organ nakilli hastalar, kanser tedavisi nedeniyle aşı yaptıramayanlar gibi immün suprese kişiler, gebeler, yaşlılar gibi riskli gruplar bu sonuçtan çok daha fazla biçimde etkilenebilmektedir (21).

4. Doğal Afetler ve Ana Çocuk Sağlığı

Afetlerden etkilenen insanların dörtte üçünden fazlasının kadın ve çocuklardan oluştuğu tahmin edilmektedir ve bu durumdan etkilenen doğurganlık çağındaki yaklaşık 5 kadından 1'inin hamile olabileceği öngörülmektedir. Afetler nedeniyle anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı hizmetleri de dahil olmak üzere temel sağlık sistemleri sıklıkla çökmektedir. Ayrıca anne, yenidoğan ve çocuk ölüm oranlarının zaten yüksek olduğu ülkelerde afetler daha sık meydana gelmektedir. Bu nedenle ulusal sağlık sistemleri, en zorlu insani ortamlarda bile kaliteli sağlık bakımı sağlayan cinsel üreme, anne, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı sağlamak için iyi eğitilmiş profesyoneller ile desteklenen acil durum hazırlık planlarına sahip olmalıdır (22).

Doğal afet durumlarında kadınların üreme sağlığı gereksinimleri göz ardı edilmemelidir. Kadın sağlığını korumak ve yükseltmek için gebe takipleri yapılmalı, doğumların güvenli ortamlarda gerçekleştirilmesi sağlanmalı, emzirmeye destek verilmeli, çocukların beslenmesi için yardım sağlanmalı ve kadına yönelik şiddetle ilgili önlemler alınmalıdır. Afetler sonrasında çocuklar da savunmasızdır ve bakım gereksinimleri mevcuttur. Çocukların beslenmesi, sağlık hizmetlerine erişimi ve genel sağlık durumları da afet müdahalelerinde dikkate alınması gereken konular arasında yer almaktadır. Bu nedenle, afet durumlarında kadın sağlığı ve çocuk sağlığının birlikte ele alınması ve gereken önlemlerin alınması önemli bir konudur. (23).

5. COVID-19 Pandemisi ve Ana Çocuk Sağlığı

COVID-19 salgını dünya çapında insanların yaşamlarını ve sağlığını önemli ölçüde etkilemiştir. Bununla birlikte, COVID-19 salgınının, özellikle hamilelik ve erken gelişim de dahil olmak üzere yaşam seyrinin hassas dönemlerinde pandemiye bağlı stres yaşayan bireyler arasında, insan sağlığını

önümüzdeki yıllarda da olumsuz etkilemeye devam etmesi muhtemeldir. Hamilelik özellikle hassas bir dönemi temsil etmektedir. Kadınlarda, uzun vadeli zihinsel ve fiziksel sağlığa zarar verebilecek duygudurum bozuklukları (örneğin depresyon) ve sağlık sorunları (örneğin gebelik diyabeti, preeklampsi) geliştirme riski artar. Hamilelik sırasında yaşanan yüksek düzeyde psikososyal stres gibi olumsuz koşullar da doğum sonunda bazı riskleri artırmaktadır. Kümülatif olarak, bu maruz kalmalar aynı zamanda yenidoğan sağlığında bazı risklere (örneğin daha yüksek vücut kitle indeksi ve daha fazla kronik hastalık riski) ve yaşam boyunca artan ölüm riskini de artırabilmektedir. Dolayısıyla, COVID-19 salgınıyla bağlantılı artan psikosomatik stres, anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir; ancak bu etkiler şu anda tam olarak anlaşılammıştır. Son çalışmalarda COVID-19'un artan plasental yaralanma, preeklampsi, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskiyle bağlantılı olabileceği gösterilmiştir (24).

Sonuç

Birbirinden ayrı düşünilemeyen ana çocuk sağlığı, toplumun sağlığı ve devamlılığı için en önemli unsurlardandır. Anne ve çocukların tüm yaşamları süresince biyolojik, duygusal, bilişsel, sosyal, sağlık ve diğer alanlardaki bütün gereksinimleri bütüncül bakış açısıyla ele alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. T.C Sağlık Bakanlığı, 2018. <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-asi-nin-tarihcesi>. Erişim Tarihi 29.12.2023
2. Karagül MS, "Pendik Veteriner Kontrol Enstitü Tarihçesi," Veteriner Hekimler Derneği Bülteni. 2017; Vol.14, pp.39-46.
3. Aygün O. (2021). Birinci Basamakta Bağışıklama Hizmetleri ve Aşılar. Editör Özden Gökdemir. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimine Güncel Yaklaşım I. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. ss: 81-93.
4. Akdeniz M, Kavukcu E. Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016; Cilt: 8 Sayı: 2.
5. Yenen O. History and eradication of smallpox in Turkey. Microbiology Australia. 2014; 35(3), p.156.
6. Taşkın L. Uluslararası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004; 8(2):16-22.
7. Eroğlu K, Koç G. Düünden Bugüne Sağlık Mevzuatında Kadın Sağlığı Kapsamında Ana Çocuk Sağlığı Hemşirelik Hizmetleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15: 2, s 136-151.
8. Soysal G, Özcan C, Akın A. Dünyada ve Türkiye’de Kadın, Anne ve Çocuk Sağlığının Güncel Durumu. Sağlık ve Toplum. 2022;32 (1) 3-13.
9. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuc-lari-2022-49685>. Erişim Tarihi 29.12.2023.
10. WHO, 1998. Division Of Health Promotion, Education And Communications Health Education And Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.
11. AMA, 1999. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association (JAMA), 281: 552-557.
12. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. & Brand, H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; 25,12,80.
13. Gökoğlu AG. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(2), 132-148.
14. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? DEUH-FED. 2016; 9(4), 142-147.
15. Kara P, Nazik E. Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi. GÜSBBD. 2018; 7(2): 58-69.

16. Eroğlu Pekdaş GÖ Editör. Sağlık Bilimleri Alanında Akademik Çalışmalar – 3. Bölüm adı Türkiye’de Suriyeli Göçmenlere Yönelik Geliştirilen Sağlık Politikalar. Karadeniz Kitap. 1. Basım Eylül 2022. S 9-35.
17. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 8(1): 34-43.
18. Şimşek Orhan F. Genişletilmiş Bağ ışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. Osmangazi Tıp Dergisi Sosyal Pediatri Özel Sayısı. Mart 2020; 6-14.
19. Sapçı E, Güngörmüş Z. Çığ Gibi Büyüyen Evrensel Sorun: Aşı Karşıtlığı-Aşı Reddi ve Hemşirelerin Sorumlulukları. J Educ Res Nurs. 2021; 18 (3): 352–355.
20. Güngör G, Ersoy S, Pala E. 0-24 Ay Arası Çocuğu olan Ebeveynlerin Bağışıklama ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Deđerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2021; 26(4): 198-205.
21. Yorulmaz DS, Karadeniz H. Toplum Sağlığında Büyüyen Tehdit: Aşı Reddi. Sağlık ve Toplum. 2022;32 (1) 23-27.
22. ICM, Health of Women and Children in Disasters, 2023. <https://internationalmidwives.org/resources/health-of-women-and-children-in-disasters/> Erişim Tarihi 29.12.2023.
23. Kipay SS. Deprem Gerçeđi ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2023; 8(2): 855-860.
24. Gildner TE, Thayer ZM. Maternal And Child Health During The COVID-19 Pandemic: Contributions In The Field Of Human Biology. Am J Hum Biol. 2020;32: e23494

