

BAĞIŞIKLAMA HİZMETİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ**

AYLA BAYIK*

Dünyada ve ülkemizde çocukluk dönemi enfeksiyon hastalıklarının ve bebek ölümlerinin azaltılmasında, temel sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama programlarının önemi büyüktür. Bu programların etkinliğinde toplumla yakın ilişki içinde olan hemşireler önemli rol oynarlar. Bu makalede hemşirenin aşılama programlarının her aşamasında; bağışıklanacak risk gruplarının seçimi, aşı uygulama, aşı sağlama, aşılarda saklanması ve taşıması, kayıt edilmesi gibi işlevlerinin yanısıra, toplumun eğitilmesi, katkı ve katılımının sağlanmasında sağlık ekibi içinde etkin rolü vurgulanmıştır.

Dünya üzerinde her yıl yaklaşık beş milyon çocuk ölümünün üçte birine Difteri, Tetanos, Boğmaca, Kızamık, Poliomyelitis ve Tüberküloz gibi altı hastalık neden olmaktadır (8,11,12,13,14).

Buna karşın günümüzde gelişmekte olan ülkelerde çocukların yarısından fazlasının ancak tek bir doz Polio ve BDT (Boğmaca-Difteri-Tetanos) aşısı ile bağışıklanabildiği dikkati çekmektedir (14). Ülkemizde 1985 Haziran ayı başında (5 yaşına kadar) çocukların % 65'inin BCG, ancak % 4.6'sının BDT+Polio (12 aydan önce üçlü BDT+Polio, 12 aydan sonra Kızamık ve BDT+Polio Rapel) aşılı ile bağışıklanabildiği saptanmıştır (11).

Dünya Sağlık Örgütü 1977 yılında toplanarak aşılama yolu ile kolayca önlenilecek bu hastalıklara karşı, dünya çocuklarının, 1990 yılına dek, iki yaşına ulaşmadan en az % 90'ının temel aşılarla bağışıklanmasını önermiştir (2,17). Çocuk sağlığı konusunda bir devrim olabilecek bu girişimin başında hiç şüphesizki ülke koşullarına yönelik sağlık sistemi kapsamında iyi organize edilmiş bir bağışıklama programı ve teknolojisi gerekirken, yine bu programda aktif rol üstlenecek sağlık personelinin nitelik ve niceliğinin önemi de yadsınamaz (12).

* E.U.Hemşirelik Y.O.Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi (Dr.)

" Bu çalışma 14 Mayıs 1986 tarihinde Hemşirelik Haftası kapsamında düzenlenen "2000 Yılında Sağlık Amacı İçin Bağışıklama ve Hemşireliğin Rolü" konulu panel in bir bölümü olarak sunulmuştur.

Hemşireler öteden beri, koruyucu ve tedavi edici sağlık kurumlarında bağışıklama işlevlerini sürdürmektedirler.

Son yıllarda benimsenen çağdaş hemşirelik modelinde artık tedavi kurumlarından çok, koruyucu sağlık hizmet kurumlarında yoğunlaşarak bireylerin de katkı ve katılımı ile ekip hizmeti biçiminde topluma bakım vermektedirler. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama programlarının planlanmasında, bu programların yürütülmesinde, hekim dışı sağlık personelinin denetleme ve eğitiminde ve yine aşılama işlevlerinde doğrudan görev almaktadırlar.

Örneğin 1980 yılında Endonezya'nın bir bölgesinde 31 hemşire, Teta_nos aşılama kampanyasında eğittikleri 8000 gönüllü kadının da yardımlarıyla günde en az 300 aşı uygulayarak bölgede kadınların % 96'sını bağışıklayabilmişlerdir (19). Yine, 1984 yılında Nijerya'da bazı nedenlerle aksayan aşılama programlarında halkın bu hizmeti kullanım alışkanlıklarını değiştirmek yerine, bağışıklama programlarında bazı yeniliklere gidilmiş ve aile sağlığı hemşireleri aşı polikliniklerinde görevlendirilerek yaygın bağışıklara programlarında etkin olunmuştur (4).

Ülkemiz sağlık sisteminde çocuklar hastane, doğumevi, AÇS merkezleri, sağlık ocakları, dispanser ve özel sektör gibi kuruluşlarca bağışıklanmaktadır.

Bu kuruluşlarda görevli hemşirelerin bağışıklanma programlarında görevleri şöylece özetlenebilir (1,5) :

•Bağışıklanacak Risk Grupların Seçimi

Sağlık ocaklarında çalışan tüm sağlık personelinin herbirinin aşılama hizmetleri ile ilgili görevleri vardır. Genel olarak 0-6 yaş arası arasındaki çocukların ve gebelerin aşılamaları ebelerin, okul dönemindeki çocukların ve erişkinlerin aşılamaları ise hemşire ve sağlık memurunun görevlerindedir. Ancak aşılama hizmetlerinin hiç aksamadan yürütülebilmesi için bu iş bölümü, gerekli zamanlarda değişebilir. Örneğin ebenin görevden uzak bulunduğu durumlarda sorumluluğu hemşire alabilir.

BCG Aşı Uygulaması

BCG aşı uygulamasında, eğitilmiş ocak hemşiresi tüm ocak bölgesinde yenidoğanları ve 6 yaş grubu PPD (-) negatifleri aşılamak durumundadır. Bu nedenle sağlık evi ebeleri ve tıbbi sekreterle ilişki kurarak bölgede canlı doğumların kendisine bildirilmesi gerekmektedir.

Aşı Sağlama

Sağlık ocağı hemşiresi, her mevsim yapılması gereken aşılarla ilişkin Bakanlık genelgeleri, aşı takvimi ve bölge için

gerekli aşı gereksinmesini hesaplayarak ocak hekimi ile birlikte il S.S.Y.Müdürlüğüne aşı isteminde biltinur. Aşı miktarını ocak bölgesindeki aşılama gereken risk altındaki nüfusa göre hesaplar. Az aşı isteminde bağışıklama görevinin eksik kalacağını, fazla aşı isteminde ise miktarı ziyan edeceğini gözönüne alarak isteyeceği aşı miktarını (kutti, şişe) olarak değil doz olarak saptamaya dikkat eder.

Aşıların Saklanması ve Taşınması

Aşıların üretim yerinden, bağışıklanacak çocuğa kadar koruyuculuk değerini yitirmeden uygun koşullarda saklanması ve taşınması gerekmektedir. Sağlık bacağı hemşiresi SOĞUK ZİNCİR olarak tanımlanan bu özenli iletimin sürekliliğini sağlamak üzere aşıları depolar (3). Buzdolapların günlük ısı kontrollerini yapar, kayıt eder, aşılama hedef nüfusa göre aşıları ekiplere, soğuk zincir kurallarına uygun olarak verir. Buzdolabı olmadığı ya da elektrik kesintisi gibi durumlarda komşu evlerden, kamu kuruluşlarından yararlanır. Aşının özelliklerini, sıcağa dayanıklılığını bilerek, aşının etkisini yitirdiği durumlarda ilgili kuruluşlara örnek gönderip etkinliğini ölçtürür, yoksa aşıları bir tutanakla yok eder. DSÖ ve ülkemizde SSY Bakanlığı, sağlık görevlilerinin bu konuda bilgilenmeleri amacıyla eğitim programları, eğitim araç-gereçleri geliştirmiştir (3,6,9,18).

Aşı Kayıtları

Ebe/hemşire o bölgede tüm bağışıklama çalışmalarını gün/ay/yıl olarak izleme kartlarına (çocuk ya da gebe takip ve muayene fişi, kişisel sağlık fişi, Form 012) kayıt eder. Özellikle epidemik çıkması durumunda aşılananlar ve olmayanların bilinmesi, alınacak önlemlere ışık tutacağı için bu kayıtların günü gününe yapılması uygun olur.

Dünyada pek çok ülkede istenilen düzeyde bağışıklama oranına ulaşamamış ise; GENİŞLETİLMİŞ ve HIZLANDIRILMIŞ bağışıklama programlarına (kampanyalara) başvurulmaktadır (10). Bağışıklama programlarının etkinliğinde sağlık personelinin nitelik ve niceliğinin yanısıra alt yapı olanakları ve toplum katılımı, sektörler arası işbirliği istenilen düzeyde sağlanabilme-

Aşılanma programlarının başarısını olumsuz yönde etkileyen bir diğer etmen de, aşılanmalara ilişkin toplum kültür bütününe yerleşik yanlış inanç ve kavramlardır (2,7,16). Örneğin;

- Kızamık, çocukluk döneminde doğal, hafif geçirilen bir hastalık olarak kabul edilmektedir.
- 6 aşının komplikasyonu, ilgili hastalık komplikasyonlarından 700 kez daha az olmasına karşın, bu hastalıklara yakalanma olasılığının düşük olacağı inancı vardır.
- Aynı anda birden fazla aşının uygulanamayacağı görüşü

yaygındır.

- Bir çocuğun bağışık olabilmesi için tek doz aşının yeterli olacağı düşünülmektedir.
- Hafif beslenme bozukluğu olan çocuklar aşılama namakradır.

Yine (Hindistan, Butan gibi) değişik ülkelerde yapılan araştırmalarda annelerin çocuklarını aşılama ya götürmeme nedenleri arasında;

Güdülenme eksikliği,
Bilgi eksikliği,
Engeller,
Aşının gerekliliğinden habersiz olma,
Aşı ve komplikasyonlarından korkma,
Sağlık merkezinin uzak oluşu,
Çocuğun hasta olması,
2. ve 3. dozların gerekliliğini bilmeme,
Hastalanırna inancı,

Toplumda diğer bireylerden olumsuz yönde etkilenme gibi etmenler saptanmıştır (15).

Bu etmenler de gözönüne alınacak olunursa, bağışıklama programlarının planlanmasında temel ilke:

"Toplumun katılımı ile devlet programı" DEĞİL,
"Devletin katılımı ile toplum programı" olmalıdır

(16).

Bağışıklama programlarının toplum programı şeklinde yürütülebilmesi için hemşire; toplumun kültürel özelliklerini, bağışıklanmaya ilişkin tutumlarını ve gereksinmelerini tanıyarak, ailelere sağlık eğitimi verirken yanlış inançları düzeltebilir.

Evensel ve ulusal düzeyde çocuk sağlığını geliştirmek amacıyla bağışıklama programlarında hemşire gücünden daha etkin biçimde yararlanabilmek için bazı düzenlemelere gidilmesi gereklidir. Bu amaçla;

- Hemşireler koruyucu sağlık hizmet kurumlarında yoğunlaştırılmalı, hizmet içi eğitimle desteklenerek bağışıklama programlarında kendilerine daha aktif rol verilmeli,
- Kitle iletişim araçlarını kullanabilmeli, toplum liderlerinin (muhtar, imam, öğretmen) katkı ve katılımını sağlayabilmeli,
- Okullarda öğretmen ve öğrencileri eğiterek onları yakın çevreyi eğitmeleri konusunda güdüleyebilmeli,
- Aşılarda reaksiyonları, endikasyonları, kontrendikasyon ve komplikasyonlarını bilmeli, aşılama sürecinde süreklilik ve düzenliliğe dikkat etmeli,
- Hekim dışı sağlık personelinin bu konuda eğiterek denetleyebilmeli,

- Hemşirelik okullarında öğrencilere bağışıklama ile ilgili bilgiler kuramsal derslerden çok uygulama ağırlıklı aktarılmalı, öğrenciler bu hizmetin önemini özümleyebilmeli,
- Ülke aşılama programlarında tıp-hemşirelik okullarının aktif işbirliği sağlanmalıdır.

SUMMARY

Nurses' Role In Immunization Programms

In order to eliminate infectious diseases and stop infant deaths in the world and in our country, the childhood vaccination programme is one of the central components of primary health care.

Because of her close involvement within the community, nurses particularly play an important role in improving immunization rates. This article describing the nurses' activities such as choosing the risk groups, giving vaccinations, obtaining vaccine, keeping, transporting and recording vaccine at every stage in immunization programms, emphasizes her responsibilities in community education and community participation as well.

KAYNAKÇA

1. Aksakoğlu, G. : Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş ilkeleri, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:3, Ankara, 1983, ss.41-59.
2. Bas', R.N. : "India's Immunization Programme", World Health Forum, 6:1, 35, 1985.
3. Cheyne, J. : Strengthening The vaccine coldchain. World Health Forum, 3:4, 436-440, 1982.
4. Ekwunwe, O.Ebun: "Expending Immunization Coverage Through Improved Clinic Procedures", World Health Forum, 5:4, 361-363, 1984.
5. Eren, N.; Öztekin, Z. (ed.): Sağlık Ocağı Yönetimi. H.Ü.T.F.Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No:22, Ankara, 1982.
6. Fitzgerald, S.; Gowers, P.: Blue Print for Success:The Gambian Immunization Programme. World Health Forum. 4:1, 79-82, 1983.
7. ICN. Common Misconceptions About Immunization. Bulletin.
8. Kaja, K.D.; Henderson, H.Ralph.: "Expended Programme on Immunization. The Continuing Role of the European Region. who Chronicle, 35:(3), 92-94, 1985.
9. Quadros, A.C.: Appropriate Technology in the Extension of Immunization. World Health Forum, 2:4, 548-550, 1981.

10. S.S.Y.B.1985 Yılı Hızıandırılmıs ve Genişletilmiş Ařtlama Rehberi.
11. Tunçbilek, E. and others: "Report on the Baseline Survey for the 1985 Turkish National Immunization Campaign", Turk.J.Popul. Stud. 7, 5-26, 1985.
12. UNICEF. "Dünya Çocuklarının Durumu. 1982-1983", Unicef BUITeni. Sayı:5, Aralık, 1982.
13. WHO. Expanded Programme on Immunization Planning Principles for Accelerated Immunization Activities. A Joint WHO İUN İCEF Statement. Geneva, 1985.
14. WHO. "Expanded Programme on Immunization", Global Advisory Group. Weekly Epidemiological Record. 61, No.3, 13-20, January, 1986.
15. WHO. Expanded Programme on Immunization Programme Review. Weekly Epidemiological Record,61, No.4, 21-28, January, 1986.
16. WHO. The Role of Immunization in Communicable Disease Control. Public Health Papers 8, Geneva, 1961.
17. WHO. Some Good News About Immunization of Infants. WHO Chronicle, 39:5, 190-191, 1985.
17. WHO. "Training the Trainers In Coldchain Operation", WHO Chronicle, 34: 182-185, 1980.
19. WHO. Weekly Epidemiological Record. 60, No.46, 353-360, 1985.

