

ANAYASA MAHKEMESİNİN ZORUNLU AŞI KARARI



İ Z M İ R T A B İ P O D A S I

ANAYASA MAHKEMESİNİN ZORUNLU AŞI KARARI VE HALK SAĞLIĞI

22 ARALIK 2016 – Perşembe, 18.00
İzmir Tabip Odası Orhan Süren Konferans Salonu

Moderatör

Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı - Adli Tıp AD Başkanı

Konuşmacılar

Av. Mithat Kara

İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu

Prof.Dr. Gül Ergör

DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof.Dr. Özkan Karaman

DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD



Sağlık Hukuku Komisyonu

İZMİR TABİP ODASI

www.izmirtabip.org.tr - info@izmirtabip.org.tr

ANAYASA MAHKEMESİNİN ZORUNLU AŞI KARARI

Nisan 2017

ISBN : 978-605-9665-19-3

İzmir Tabip Odası Yayınları

Tasarım
Özgür Sabırlar

Berke Ofset Matbaacılık
Levent Demyen
Sertifika No : 16039
Tel : (232) 449 77 47-
Sanayi Cad. No:30 Bornova - İzmir



İzmir Tabip Odası
1451 Sok. No: 5 Alsancak / İzmir
Tel: (0 232) 463 11 33 - Faks : (0 232) 421 70 51
E-posta : info@izmirtabip.org.tr - <http://www.izmirtabip.org.tr>

ANAYASA MAHKEMESİNİN ZORUNLU AŞI KARARI



İ Ç İ N D E K İ L E R

Sunuş	6
Anayasa Mahkemesinin 2013/1789 Başvuru Nolu Kararı Açısından Zorunlu Aşılama <i>Prof.Dr. Ekin Özgür Aktaş</i>	7
Aşının Halk Sağlığı İçin Önemi <i>Prof. Dr. Gül ERGÖR</i>	12
Aşılar ve Önemi <i>Prof. Dr. Özkan Karaman</i>	19
Anayasa Mahkemesi'nin Zorunlu Aşıya Yaklaşımı <i>Av. Mithat Kara</i>	37



Değerli Meslektaşlarımız,

Sizlerin de bildiği gibi Anayasa Mahkemesi yapılan kişisel başvurular üzerinden aldığı kararla aşı yaptırmamayı kişisel karara bırakmıştır.

Hiç kuşkusuz kişisel kararlar ve bireysel tercihler toplumsal yaşamın pek çok alanında son derece önemlidir ve saygı duyulmayı hak etmektedir.

Ancak, özellikle çocukluk çağı aşuları göz önüne alındığında bu karar gereğince aşı yaptırmaktan kaçınacak ebeveynlerin çocuklarının yanı sıra toplum sağlığını tehlikeye düşürmeleri de kaçınılmaz olacaktır.

Anayasa Mahkemesi, birey özgürlüğünü önemseyen bu kararla diğer yandan da toplum sağlığını tehdit edici gelişmelerin önünü açmıştır. Yanı sıra da, yasa yapıcının yasal boşlukları gidermesi doğrultusunda vurguda bulunmuştur.

İzmir Tabip Odası, hekimlerin hak ve çıkarlarının kollayıcılığının yanı sıra toplum sağlığını önemseyen, bu alandaki aksaklık ve eksiklikleri öne çıkartan bir geleneğe sahiptir.

Bu gelenek gereğince Anayasa Mahkemesi'nin Aşı Kararı da doğal olarak ilgi alanımız içinde olmuştur. Geçtiğimiz aralık ayında bu duyarlılığımızı somutlaştıran bir panel etkinliğinde konu çocuk hekimliği, halk sağlığı ve hukuk açısından masaya yatırılarak son derece olumlu iletilerin verilmesi sağlanmıştır. Söz konusu panel salonda bulunup izleyemeyenler için yoğun disk olarak çoğaltılmıştır.

Bununla da yetinilmeyerek panele ilişkin notların basılı gerece dönüştürülmesi de düşünülmüştür. Her ne kadar Anayasa Mahkemesi bir karar vermiş olsa da; konuyla ilgili süreç tamamlanmış değildir. Başta Anayasa Mahkemesi, yasa yapıcı ve kamuoyu olmak üzere pek çok kesimin konuyla ilgili bilimsel bilgiye gereksinim duyduğu açıktır.

Elinizdeki bu kitapçık, panelin yazıya dökülmüş durumunu içermekte olup; az önce adlarını andığımız kesimlere iletilerek de bu önemli toplum ve çocuk sağlığı konusunda olumlu gelişmelere yol açma potansiyeline sahip olacaktır.

Kitapçığı yararlanıminıza sunarken, şu andaki olumsuz durumun giderilmesine katkıda bulunması öncelikli dileğimizdir.

Saygılarımızla.

ANAYASA MAHKEMESİNİN 2013/1789 BAŞVURU NOLU KARARI AÇISINDAN ZORUNLU AŞILAMA

Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş
EÜTF Adli Tıp AD Başkanı

Hekimlik mesleği hastalıkların tedavisi ile başlamıştır. Binlerce yıl hastalanan-yaralanan bedeni tedavi etmeye çalışan tıp, toplumun büyük kısmını ilgilendiren salgın hastalıklar karşısında çoğu zaman çaresiz kalmış, büyük insan kayıplarına ve sakatlıklarına sebep olan binlerce salgın hastalık yaşanmıştır.



Hastalıkları ortaya çıkmadan engelleme, yani koruyucu hekimlik uygulamaları tıp mesleğinde göreceli olarak yeni bir yaklaşımdır. Sağlık eğitimleri, kişilerin doğru beslenme ve yaşam için yönlendirilmeleri, risk faktörleri konusunda taramalar yapılması kadar; doğru zamanda uygun aşılama yapılırsa koruyucu hekimlik uygulamalarının temelini oluşturur.

Aşılama en kolay, ekonomik ve etkin koruyucu hekimlik uygulamalarından biridir. Ancak, kişinin sağlıklı hali korunduğu için değeri çoğu zaman tam anlaşılammaktadır. Bir hekim veya tüm sağlık sisteminin bir ömür boyunca bakamayacağı kadar çok hasta ve hastalığı daha ortaya çıkmadan engellemektedir. Bu gün toplumdaki yaşam süresinin uzamasına ve sağlıklı bireylerden oluşmasına sağladığı katkı olağanüstüdür.

Aşılama ile bazen hiç tedavi edilemeyecek olan polio (çocuk felci) vb. hastalıklar ortaya çıkmadan önlenebilmektedir. Çiçek gibi bir zamanlar toplumun başına oldukça sorun açan hastalıklar aşılama programları nedeniyle ortadan kaldırılabilmiştir. Bilimsel ve tıbbi ilerlemeler daha önce akla gelmeyecek birçok hastalığa karşı aşı geliştirilmesine imkân tanımış,

bu durum özellikle salgın hastalıkların önlenmesi ve risk gruplarının korunmasına yönelik koruyucu tıp uygulamalarının genişlemesine imkan vermiştir.

Aşı uygulamalarının bireysel koruyucu etkilerinin yanı sıra hastalık yayılmalarını da engelleyerek toplum sağlığının korunabilmesinde büyük bir faydası vardır. Bu yönü ile aşı uygulamaları bireysel korumanın ötesine geçerek toplumun sağlığının korunabilmesinde de çok değerli bir araç haline gelmektedir.

Ülkemiz salgın hastalıklar yönünden gelişmiş batı ülkelerine göre daha fazla risk altında bulunan bir konumdadır. Birey ve toplum sağlığının korunmasına yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları bu yönü ile ülkemiz için daha önemli ve değerlidir. Özellikle kendileri hakkında karar verme yeterlilikleri bulunmayan bebek ve çocuklara yönelik uygulamaların daha büyük öneme sahip olduğu açıktır. Toplumda zaman zaman gerçeğe ilgisi olmayan bazı spekülatif tartışmaların olması (aşının domuzdan üretilmesi, kısırlığa yol açması, batılı ülkelerin deneyleri olması vb.) eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olmayan toplum kesimlerinde aşılmalara karşı ciddi bir tepki oluşmasına ve aşılamaya karşı çıkılmasına neden olmaktadır. Özellikle riskli yaş gruplarında bu tür koruyucu hekimlik uygulamalarına karşı çıkan ebeveynlerin ciddi sorun oluşturduğu durumlar yaşanabilmektedir.

Anayasa Mahkemesi'nce böyle bir durumla ilgili olarak, aşılamaya ebeveynlerin karşı çıkması üzerine mahkeme tarafından çocuğun yararına verilen bir sağlık tedbiri kararı ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, "başvurucunun Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edildiğine" karar verilmiştir. Bu karar, emsal oluşturması ve bağlayıcılığı yönünden koruyucu hekimlik uygulamalarının temel taşlarından biri olan aşı uygulamalarına vurulmuş ağır bir darbedir.

İlgili mahkeme kararında başvuru süreci, olaylar, ilgili hukuki düzenle-

meleri irdelenmiş ve gerekçeli bir karara varılmıştır. Mahkeme kararı incelendiğinde ilk dikkati çeken nokta aşı uygulamalarının koruyuculuğu konusunda bilimsel ve tıbbi açıdan neredeyse hiçbir değerlendirmenin yapılmamış olmasıdır. İkinci önemli nokta ise konunun başvuru açısından değerlendirilmiş olmasıdır. Oysa söz konusu kararda asıl etkilenen ve riske maruz kalan birey kendi hakkında karar verme yeterliliği bulunmayan çocuktur. Sağlığının korunmasına yönelik gerekli tedbirin alınması reddedilen, bu nedenle risklere açık hale gelen çocuğun durumunun özellikle önlenebilir bir hastalığın ortaya çıkması halinde ciddi şekilde tartışılması gereklidir. Kararda dikkati çeken bir diğer husus da, ailenin aşılamaı reddetmelerinin gerekçelerine de hiç değinilmemiş olmasıdır.

Anayasa Mahkemesi tarafından verilen karar dikkatlice incelendiğinde verilen karara dayanak teşkil eden ana noktanın, Anayasa'nın 17. maddesinde "tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı" belirtilmesi, bu nedenle "bir müdahalenin kanunilik şartını sağladığının kabulü için de müdahalenin kanuni bir dayanağının bulunması zaruri" olması, ancak "başvurucuya tatbiki-ne hükmedilen HepB, DaBT, İPA, Hib ve KPA türündeki aşılarda da 1593 sayılı Kanun'un 57. maddesinde tahdidi olarak sayılan hastalıkları tam olarak karşılamadığı" hususudur.

Kararda ayrıca, aşı uygulaması ile ilgili olarak "1593 sayılı Kanun'un 72. maddede ise 57. maddede zikredilen hastalıklardan birinin ortaya çıkması veya ortaya çıkmasından şüphe edilmesi durumunda bir kısım tedbirlere başvurulacağı belirtilmiş ve söz konusu tedbirler arasında hastalara veya hastalığa maruz bulunanlara serum veya aşı uygulanması şeklindeki tedbire de yer verilmiş" olduğu, somut olayda ise böyle bir hastalık olmadığı noktasıdır.

Anayasa Mahkemesi kısaca yukarıda belirtilen sebeplerle zorunlu aşı uygulamasının, bedene müdahale olduğunu, ancak Anayasanın 17. maddesinde yer alan tıbbi zorunluluk ve kanuni dayanağı olmadığı değeri-

dirilen bu uygulamanın zorla yapılmasının “maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının” ihlali niteliğinde olduğuna karar vermiştir.

Yukarıda kısaca özetlendiği şekilde bilimsel ve tıbbi yönden oldukça eleştirilebilir olan bu karar çok önemli bir eksikliği de gözler önüne sermektedir. Sağlık gibi oldukça dinamik ve gelişmelere açık bir alanda maalesef hukuk kuralları aynı ölçüde dinamik olamamaktadır.

Ülkemizde sağlık uygulamaları ile ilgili derli toplu bir hukuksal düzenleme yoktur. Doğrudan ilgili düzenlemeler daha çok hizmet organizasyonu ile ilgilidir. Aşılama gibi çok önemli bir koruyucu hekimlik uygulamasında dahi Anayasa Mahkemesinin kararında dikkat çekilen 1593 sayılı Umumi Hıfzısihha Kanununun 57. Maddesinde sayılan hastalıkların (Kolera, veba (Bübön veya zatürree şekli), lekeli humma, karahumma (hummayı tiroidi) daimi surette basil çıkaran mikrop hamilleri dahi - paratifoit humması veya her nevi gıda maddeleri tesemmümatı, çiçek, difteri (Kuşpalazı) - bütün tevkiatı dahi sari beyin humması (İltihabı sahayaidimağiişevkii müstevli), uyku hastalığı (İltihabı dimağii sari), dizanteri (Bassilli ve amipli), lohusa humması (Hummainifası) ruam, kızıl, şarbon, felci tıfli (İltihabı nuhaikuddamiisincabiihaddıtıfli), kızamık, cüzam (Miskin), hummairacia ve malta humması) 1930 yılındaki hali ile kalması, güncel aşı uygulamaları dikkate alınarak mevzuatın güncellenmemesi nedeniyle günümüzde aşı uygulanan hastalıkların kanuni temelden yoksun kalması oldukça düşündürücüdür.

Kararın asıl ve öncelikledikkate alınması gereken kısmı ise karşı oy gerekçesinde belirtilen ve Yargıtay kararlarına da konu olan “Ana babanın çocuklarla ilgili karar alırken onların menfaatlerini de üstün yararlarını göz önünde tutmaları asıldır. Çocuğun yasal temsilcileri uygulanacak aşı ile ilgili aydınlatıldıkları halde, hiçbir haklı gerekçe ileri sürmeksizin buna rıza göstermiyorlarsa, çocuğun menfaatine aykırı bu tavra hukuki sonuç bağlanamaz, çocuğun üstün yararına açıkça aykırı ise rıza aranmaz” hususudur. Sadece aşılama açısından değil, diğer birçok tıbbi girişim açısın-

dan da önem taşıyan bu hususta açık, net ve çocukların üstün yararını koruyan bir düzenleme yapılması gerektiği de açıktır.

Sağlık hukuku ülkemizde yeni yeni gelişmeye başlamış alanlardan biridir. Henüz filizlenme aşamasında olması, sağlık hukuku konusunda akademik eğitim almış kişilerin azlığı, konuya ilgi duyan sağlıkçıların hukuksal, hukukçuların tıbbi bilgi azlığı olması gibi nedenlerle oldukça ağır-aksak ilerleyen bir bilim alanıdır. Konunun ekonomik boyutu nedeniyle malpraktis öncelikle dikkat çeken alan olmuştur. Oysa sağlık hizmeti tüm toplum bireylerini, toplumsal yaşamın bütün alanlarını ilgilendiren bir alandır. Ülkemizin mevcut hizmet düzeni ile son yıllarda güncellenmeye çalışılan sağlık mevzuatı arasında bir uyumsuzluk söz konusudur. Sağlık hukuku alanı özellikle olması gereken ile mevcut durum arasındaki bu uyumsuzluğun araştırılması ve düzeltilmesine böylece yüksek standartlarda ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına hizmet etmelidir. Bu konuda hem sağlık hem hukuk alanında donanımlı kişilerin sayı ve niteliklerinin acilen artırılması gereklidir. Ancak bu şekilde Anayasa Mahkemesi kararında olduğu gibi konu kısıtlı bir şekilde değerlendirilmekten uzaklaşarak, birey ve toplum yararını önceleyen hukuki, vicdani ve tıbbi açıdan kabul edilebilen bir sağlık hizmeti sunumu mümkün olabilir.

AŞININ HALK SAĞLIĞI İÇİN ÖNEMİ

Prof Dr. Gül Ergör

DEÜTF Halksağlığı Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Aşılama, bulaşıcı hastalıkların azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması için, en etkin ve en ekonomik halk sağlığı girişimidir.

Türkiye’de ilk aşılama 1930’da Çiçek aşılması ile başlamıştır. 1981 den bu yana genişletilmiş bağışıklama programı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Aşılamanın başladığı yıllardan itibaren dünyada ve ülkemizde bu bulaşıcı hastalıklarda dramatik düşüşler gözlenmiştir. Aynı zamanda bu hastalıklardan ölümler de neredeyse ortadan kalkmıştır. Tabii, aşilar içinde en başarılı öyküler çiçek aşısı ve polio aşısına aittir.

Bu hastalıkların özelliği ve aşılama programlarının başarısı ile eradikasyon hedefine çiçek için ulaşılmış, polio için de ulaşılmak üzeredir. Ülkemizde son polio vakası 1998 de görülmüştür. Bugün aşıyla korunabilir hastalıklarda geline nokta, aşılama programlarının ciddi bir çalışmayla yürütülmesi, üretimden topluma ulaşmasına kadar her aşamada koordinasyonun sağlanması sağlık hizmetinin başarısıdır. Aşı kapsayıcılığında % 90’ın üzerine çıkmıştır, bu çalışmalara en küçük ara verme ya da sorun yaşanması unuttuğumuz hastalıkların tekrar ortaya çıkmasına neden olacaktır. Aşiların uygulanmaması durumunda yapılan tahminlere göre onbinlerce hasta ve yüzlerce ölüm beklenecektir.

Aşı uygulamasının amacı; bireysel bağışıklığın yanı sıra, toplumun bağışıklanması yoluyla duyarlı gruplarda hastalığın azaltılması, hastalıkların kontrolü, eliminasyonu ve en son olarak da eradikasyonudur. Ülkemizde henüz aşı takvimine girmemiş olan meningokok, rotavirus ve HPV aşıla-



rı bulunmaktadır. Yeni bir aşının takvime alınması için DSÖ rehberinde yer alan kriterler, ülkenin öncelikleri, Bağışıklama Danışma Kurulu'nda değerlendirilmektedir. Bu süreç sonunda gerekli bulunduğu yeni aşilar takvime alınmaktadır. Aşı takvimindeki tüm aşilar sağlık güvencesi kapsamında ücretsiz olarak uygulanmaktadır.

Aşilar bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde temiz su sağlanmasından sonra gelen en önemli etmendir. Yıllardır elde edilen başarının büyüklüğüne karşın ülkemizde ve dünyada aşı karşıtı lobiler artmaktadır. Yapılan bir çalışmada son 5 yılda Medline da “vaccinerisks” 2655 kez aranırken, “vaccinebenefits” 557 kez aranmıştır. Toplumda ve ne yazık ki sağlık personeline de aşıyla ilgili olumsuz görüşler, olumlu görüşlerden daha çok ilgi görmektedir. Bu etkileşimlerin sonucu olarak da aşı reddi olgusu ortaya çıkmaktadır. Bazı aileler çocuklarına zarar vereceği, bazı hastalıklara yol açacağı kaygısıyla aşı yapılmasına onam vermemektedirler. Bazı kişiler de dini ve felsefi gerekçelerle aşiyı reddetmektedirler. Karşı çıkanların öne sürdükleri başlıca nedenler aşiların yan etkileri, çok fazla aşı yapılması, çocuğunun risk altında olduğuna inanmama, doğal bağışıklığı tercih etme, devlete ve aşı üreticilerine güven duymama gibi nedenlerdir. Aşı karşıtı konuşmalar yapan kişilere medyada fazla yer verilmesi de bu kaygıların beslenmesinde rol oynamaktadır. Bunlardan biri basında fazlaca yer alan ve tıp dünyasında da oldukça yoğun tartışmaya yol açan kızamık kızamıkçık kabakulak aşısının otizmle ilişkili olduğu savıdır. 1998 de 12 olguluk bir yayınlı bu savı ortaya atan Wakefield, İngiltere’de kızamık bağışıklığının %92 den % 80 e gerilemesine neden olmuş ve yer yer kızamık salgınları görülmüştür. Bu çalışmanın doğruluğunu anlamak için 1998-2002 yılları arasında pek çok yeni araştırma başlatılmıştır. Ancak bu araştırmalarda aşıyla otizm ilişkisini gösteren bir sonuca ulaşılammıştır, bu gelişmeler sonrası ilk makale yayınlandığı Lancet dergisinden geri çekilmiştir. Daha sonra koruyucu olarak aşilara eklenen bir civa bileşiği olan tiomersol ile otizm ilişkisi olduğu öne sürülmüştür. 2003- 2006 yıllarında yapılan başka araştırmalarda bu ilişkiyi destekleyen bulgular elde edilmemiş olmasına karşın 2001 de aşilardan tiomersol maddesi çıkarılmıştır. 2008’de yapılan bir değerlendirmede tiomersolün çıkartılması ile otizmde

azalma olmadığı gibi artışın devam ettiği bildirilmiştir. Otizmdeki artış, neden arayışlarını tetiklemekle birlikte bu kez de aşılarda bulunan alüminyumun etkisi üzerinde durulmuştur. Ancak bu konuda da yeterli kanıt elde edilememiştir. Danimarka'da 1980-91 de doğan 650 binin üzerindeki kohortta yapılan retrospektif araştırma ile tanı kriterleri ve kayıtlardaki farklılığın otizm artışını % 60 oranında açıkladığı belirlenmiştir.

Aşı reddini önlemek için ailenin bilgilendirilmesi ve kaygılarının giderilmesi için çalışılmalıdır. Sağlık personeli bu konuda eğitilmeli ve bu ailelerle nasıl iletişim kuracağı konusunda beceri kazandırılmalıdır. Bütün açıklamalara ve kaygıların giderilmesi için yapılacak görüşmelere rağmen yine de aşırı reddedecek kişiler olacaktır. Bu konu hasta hakları bağlamında değerlendirilebilir. Ancak toplumu tehdit eden salgın durumlarında toplum yararı hasta hakkının önüne geçebilir. Bu koşullarda aşı reddi sadece bireyi değil tüm toplumu etkileyecek sonuçlara neden olabileceğinden bu konuda yasal düzenleme yapılmalıdır. Salgın durumunda bazen en çok risk altında olanlara ulaşamayacağından (yaşlı, gebe, başka hastalığı olan vb) farklı grupların, örneğin gençlerin, okula gidenlerin aşılınması önerilebilir. Bu yöntemle dolaylı olarak birlikte yaşadıkları riskli kişilerde korunmuş olacaktır.

Aşının toplumsal yararı ve halk sağlığı için önemi:

1.Hastalıkları önleme ve kontrol:

Bulaşıcı hastalıkları eradike etmek, olanaklı değilse elimine etmek aşılanmanın ulaştıracağı nihai hedeftir. Çiçek hastalığı bu alanda en önemli başarı öyküsüdür. Bu amaca ulaşmak için tüm dünyada aşılama kapsayıcılığının çok yüksek düzeylerde olması ve sürveyansın da titizlikle sürdürülmesi gerekir. Son 20 yıldır polioda bu hedefe ulaşmak için yoğun çaba gösterilmekte, birkaç ülke dışında dünyada hastalık görülmemekte ancak tüm dünyada ortadan kalkmadan eradikasyon başarılı denemez. DSÖ kızamık için eliminasyon hedefini ortaya koymuştur, altı bölgenin dördünde bu hedefe ulaşılmıştır. Tüm dünyada ulaşılması için iki doz

aşıda % 95 kapsayıcılığa erişmek gerekmektedir. Bundan sonra kızamıkçık, kabakulak ve Hemophilus influenza için de eliminasyon çalışmaları başlayacaktır.

2. Mortalite ve komplikasyonların görülmesi:

Aşıyla korunabilen hastalıkların komplikasyonları ve buna bağlı mortalite yüksekliği önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Aşılar sayesinde yılda dünyada 6 milyon ölüm engellenmektedir. Dünyada bebek ve çocuk ölümlerinin azalmasına büyük katkıda bulunulmuştur. Hastalıkların önemli komplikasyonları olan siroz, kanser, konjenital rubella sendromu ve nörolojik defektler gibi pek çok sonuç da ortadan kaldırılmış olmaktadır. Kuduz, varicella, Hepatit A, B ve kızamık için etkenle karşılaşma sonrası da aşının etkisi vardır. Ayrıca aşılanması mümkün olmayan gebe, kanser hastası ve immün yetmezliği olan kişiler de dolaylı olarak korunmaktadır.

3. Hastalığın şiddetinin azaltılması:

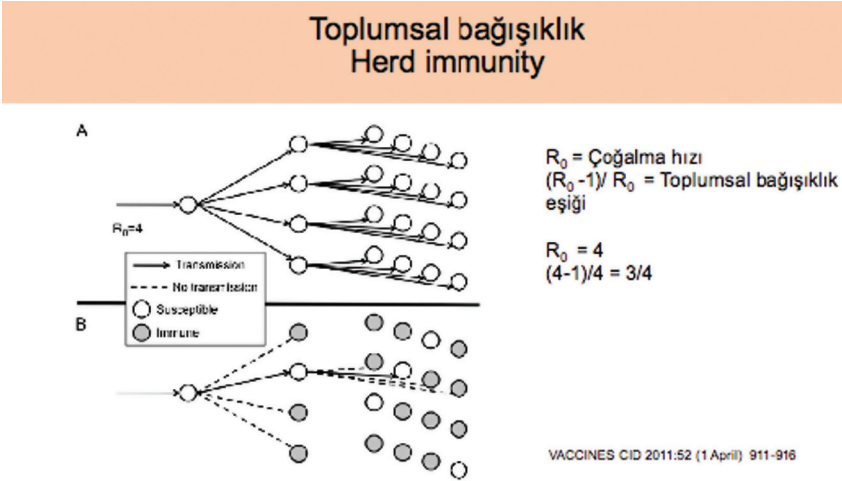
Primer ya da sekonder aşı başarısızlığı sonucunda kişiler enfekte olsalar da hastalığı daha hafif geçirebilirler. Asellüler boğmaca aşısı ve rotavirus aşısı hastalığın daha hafif bulgularla geçmesini sağlayabilir. Suçiçeği aşısı da hastalığı daha az döküntü ve hafif ateşle geçirilmesini sağlar.

4. Enfeksiyonun da önlenmesi:

Bazı aşılar sadece hastalık gelişmesini değil enfekte olmayı da engelleyebilir. Hepatit A aşısı asemptomatik enfeksiyonu da önlerken HPV enfeksiyonu tamamen önlemektedir buna “sterilizing immunity” adı verilmektedir. Bu bağışıklık türü yıllar içinde azalmakla birlikte hastalığa karşı koruyuculuk devam etmektedir.

5. Aşısız toplumun korunması:

Aşılı bireylerin enfeksiyonun yayılma hızını durdurması ve patojen sayısını azaltması ile salgın hızı azalır. Bu durum aşısız bireyler için de korunma sağlar. Oral polio aşısı alanlar dışkıyla aşı virüsünü attıkları için temaslı bağışıklaması ile aşısızlar korunur. Bu özellik nedeniyle tüm toplumun aynı anda aşılınması stratejisi eradikasyon çalışmalarında kullanılmaktadır. Toplumun korunması için bulaş hızı yüksek hastalıklar için (kızamık) yüksek bağışıklık oranı, bulaş hızı düşük hastalıklar için (rubella, polio, Hib) daha düşük bağışıklık oranı yeterli olur. Bu noktada toplumsal bağışıklık (herdimmunity) kavramının altı çizilmelidir. İnsandan insana bulaşan hastalıklarda nüfusun yeterince büyük bir kısmı bağışıklanırsa hastalığa yakalanan bir kişinin temasta bulunacağı bireylerin çoğu zaten bağışık olacağı için hastalık bulaşma ihtimali azalacaktır. Sonuç olarak; bağışık olmayan bireylerin hastalığa yakalanma ihtimali ve salgın riski azalacaktır. Toplumsal bağışıklık için gerekli aşı kapsayıcılığı %80-90 düzeyindedir. Toplumsal bağışıklık eşiği Şekil 1'de görüldüğü gibi enfeksiyonun çoğalma hızına R_0 bağlıdır.



Şekil1. Toplumsal bağışıklık

6. İlişkili hastalıkların ve kanserlerin önlenmesi:

İnfluenza aşısının çocuklarda otitis mediayı önlemesi (%30), kızamık aşısının bakteriyel pnömoni ve dizanteriyi önlemesi gibi özellikler aşının yararını ve değerini yükseltmektedir. Ayrıca kanser nedeni olan virüslere karşı yapılan aşılar kanserden korunmada önemli katkı sağlamaktadır. Hepatit B aşısı sonrası kronik enfeksiyon ve buna bağlı karaciğer kanserinde azalma olmuştur. Yine HPV aşısı ile serviks kanserlerinin % 70 inin (serotip 16, 18) önlenmesi beklenmektedir.

7. Sağlık harcamalarında kazanım:

Aşı her yıl önlenen milyonlarca enfeksiyona bağlı direkt maliyet olarak on milyarlarca dolar tasarruf sağlıyor. Günümüzde uygulanan birleştirilmiş aşılar daha maliyet etkindir. Bu tür aşuların, aşı güvenliği, aşı kapsayıcılığının artması gibi ek kazanımları da vardır.

8. Diğer katkılar:

Aşılarla korunan hastalıklar için çoğunun viral olmasına karşın yaygın olarak antibiyotik kullanımı olmakta. Bu enfeksiyonların ortadan kalkması antibiyotik direnci gelişmesini önlemede önemli bir etken olmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinin bir diğer sonucu yaşam beklentisinin uzamasıdır. İnsanların güvenli olarak hareketliliği ve seyahat olanakları artmıştır. Toplumsal yararları içinde dolaylı olarak kadınların güç kazanmasına da katkısı sayılabilir. Bir başka kazanım bioterörizme karşı korumadır. Aşısı olan mikroorganizmalar biyoterörizm amacıyla kullanılamaz. Bütün yararları uzun erimde ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir araçtır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde aşılar genellikle kamu tarafından ya da donör kuruluşların yardımıyla ücretsiz olarak toplumun tümüne sağlanmaktadır. Hastalıklara karşı korunmada sosyal sınıfların farkı ortadan kalkmaktadır. En son olarak da savaş ortamında barışa katkı sağladığı izlenmektedir.

dir. Birçok çatışma ortamında aşılama faaliyetleri için ateşkes ilan edilmiştir ve tarafların aşılama için işbirliği yapıldığı görülmüştür.

Sonuç olarak aşının yararları enfeksiyonları ve mortaliteyi önlemek dışında da önemli boyutlardadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği gibi “Kapsayıcı bir aşılama programı, eşitsizliklerin ve yoksulluğun azaltılmasında en etkin halk sağlığı hizmetidir.”

KAYNAKLAR:

- Risky Business: Challenges in Vaccine Risk Communication.* Ball LK. *Pediatrics*, 1998 Mar; Vol 101, Issue 3, 453-8
- Vaccines and Autism A Tale of Shifting Hypotheses.* Gerber JS et al. *Clinical Infectious Diseases* 2009; 48:456–61
- Continuing Increases in Autism Reported to California's Developmental Services System: Mercury in Retrograde.* Schecher R et al. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(1):19-24
- Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum DisordersThe Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices.* Hansen SN et al. *JAMA Pediatr.* 2015;169(1):56-62
- “HerdImmunity”: A Rough Guide.* Paul Fine, Ken Eames, and David L. Heymann
- Vaccines CID 2011:52 (1 April) 911-916*
- Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide.* FE Andre, R Booy et al. *Bulletin of the World Health Organization.* February 2008, 86 (2)
- The global value of vaccination.* Ehreth J. *Vaccine* 21 (2003) 596-600
- TC Sağlık Bakanlığı, Ulusal Aşı Takvimi 2016 www.saglik.gov.tr
- http://hasuder.org/anasayfa/images/TTB_ASI_GORUS_09_EKIM_2014_GONDERILEN.pdf

AŞILAR VE ÖNEMİ

Prof. Dr. Özkan Karaman

DEÜTF Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İzmir

Bağışıklamanın temel amacı aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin, sakatlıkların önüne geçmektir. Aşı, enfeksiyonları önlemede en etkili, en güvenli, en ekonomik yaklaşımdır. Dünyada her yıl 5 yaşın altında 9 milyon çocuk ölmekte ve bu ölümlerin yaklaşık 2,5 milyonu aşı ile önlenemez hastalıklar nedeniyle olmaktadır.



HEPATİT B

Hepatit B virusu (HBV) akut ve kronik hepatitler, siroz ve hepatoselüler karsinomaların en önemli nedenidir. Virus başlıca parenteral yolla ve enfekte serum, semen, tükürük gibi vücut sıvılarıyla temas sonucunda bulaşır. Hastalık dört evrede görülür Evre 1 inkübasyon dönemidir, aktif viral çoğalma görülür. İkinci evrede HBV-DNA azalır, aktif hepatit dönemidir. Üçüncü evrede immün yanıt oluşur, virüsün çoğalması durur, enfekte hücreler temizlenir, HbeAg kaybolur. Dördüncü evrede virüse karşı tam immünite gelişir, HBsAg kaybolur ve anti- HBs oluşur. Hepatit B virüsü ile enfekte ya da asemptomatik taşıyıcı anneden perinatal dönemde bebeğe bulaşma olabilir. Enfekte anneden bebeğe; gebelik süresince (plasenta yoluyla) ve doğum sırasında, amniotik sıvının ya da plasenta yırtıklarından sızan anne kanının yutulması ile hepatit B virüsü bebeğe geçebilir. Bebeklerin % 95'i doğumda enfekte olur. Yenidoğanın immün sistemi immatür olduğu için HBV ile enfekte olanların %90'ı kronik asemptomatik taşıyıcı olabilir. Perinatal dönemde HBV ile enfekte olan bebeklerde kronik hepatit gelişme riski yüksektir. Beş yaşından küçük çocuklarda

hepatit B enfeksiyonunun kronikleşme riski yaşa bağlı olarak % 30-60 arasında değişir. Kronik hepatit B enfeksiyonu gelişen çocuklarda erişkin dönemde siroz ya da hepatosellüler karsinom gelişmektedir. Perinatal bulaş ise önlenemez olması (Aşı ve/veya HBIG) ve kronikleşme oranının çok yüksek olması açısından önemlidir. HBeAg(+) anneden doğan çocukların ilk 6 ayda enfeksiyon riski %70-90 ve kronikleşme oranı %90'dır. HBeAg (-) anneden doğarlarda ise enfeksiyon riski %10-40 ve kronikleşme oranı %40-70'dir. Bu nedenle 1984 yılından itibaren ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices), CDC (Center for Disease Control) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm gebelerin HBsAg yönünden taranması; taşıyıcı gebelerin bebeklerine doğumda aşı+Hepatit B hiper immunglobulin (HBIG) yapılması öneriliyor. Hepatit B virüsüne karşı DSÖ'nün önerisiyle 1997 yılından itibaren universal HBV aşılama-na geçilmiş ve tüm dünyada HBV endemisitesine bakılmaksızın her yeni doğan bebeğin hepatit B için aşılama şeklinde yaygınlaştırılmıştır.

Hepatit B Aşısı için aşılama şeması en iyi antikor yanıtının elde edildiği 0,1,6. aylarda birer doz aşı uygulaması şeklinde uygulanır. Hızlı yanıt elde edilmesi istendiğinde şema 0,1,2,12. aylar şeklinde de uygulanabilir. Ülkemizde ilk kez Ağustos 1998 tarihinden itibaren rutin yenidoğan aşılama şeklinde başlandı

HBV aşısı oldukça güvenilir bir aşı olarak kabul edilmektedir. ABD 'de 1982 den beri yaklaşık 70 milyon adolesan ve erişkinle 50 milyon bebek ve çocuğa bir veya daha fazla HBV aşısı uygulanmıştır.

HBV aşısına bağlı olarak en sık gözlenen yan etkiler; çocuklarda %3-9, erişkinlerde %13-29 olmak üzere aşı yerinde ağrıdır. Halsizlik, baş ağrısı, huzursuzluk gibi ılımlı sistemik yan etkiler ise çocuklarda %0-20, erişkinlerde ise %11-17 oranında görülmektedir. Nadiren bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, karaciğer enzim anormalliği, artralji, miyalji, döküntü, kaşıntı, ürtiker gibi yan etkiler de bildirilmiştir.

Bazı yayınlarda multiple skleroz (MS) hastalığına yol açabildiği veya alev-

lenme nedeni olabileceği iddiaları yer almıştır. Bu iddianın temel nedeni HBV polimerazın insan myelin temel proteini ile moleküler benzerlik göstermesi ile otoimmün hasar (özellikle myelinle ilgili) oluşabileceği şüphesine dayanmaktadır. HBV aşısının santral sinir sistemi demyelinizasyonuna yol açtığı ve multipl skleroz oluşturduğu ya da alevlendirdiğini bildiren bazı çalışmalar olmakla birlikte yapılan çok sayıda geniş kapsamlı toplum tabanlı epidemiyolojik çalışmalar HBV aşısının multipl skleroz gelişme riskini ya da alevlenmesini artırmadığını ve arada bir nedensellik ilişkisi bulunmadığını düşündürmektedir. Aşıların içermekte olduğu koruyucu maddeler de yan etki yönünden suçlanmaktadır. Thiomersol, aşılarda 1930 yılından beri koruyucu olarak kullanılmaktadır. Civa doğada metalik element, inorganik tuz ve organik bileşik (metil merkürü, etil merkürü ve fenil merkürü) olarak bulunur. Thiomersol de %49,6 civa içerir ve metabolize olunca etil merkürü ile thiosalisilat açığa çıkar. Etil merkürü ve metil merkürü yüksek dozda toksik olup özellikle nörotoksositeye yol açmaktadır. Aşı ile alınan civa miktarı çok düşük olmakla birlikte FDA önerisiyle son zamanlarda aşılarıdaki thiomersol kaldırılmıştır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedefi 5 yaş altı çocuklarda akut hepatit B hastalığı sıklığı, en az yüz binde 1'in altına düşürülmesi olarak belirlenmiştir. 2009 yılında bu hedefe ulaşılmıştır ve bu oranda devam etmektedir.

5 yaş altı olgu sayısı 1990 yılında 370 iken hepatit B aşılması ile 2015 yılında bu sayı 20'ye düşürülmüştür. 5 yaş altı akut hepatit B sıklığı 1990 yılında yüz binde 6,2 iken 2015 yılında yüz binde 0,3 olarak bildirilmiştir.

TÜBERKÜLOZ

İlk aşı 1921 yılında bulunmuş ve o tarihten bugüne yaklaşık üç milyardan fazla insana uygulanmıştır. Adenit ve osteit gibi nadir yan etkilerine rağmen intradermal gibi kolay bir yolla uygulanabilen son derece güvenli ve çok ucuz bir aşı olmuştur.

Dünya nüfusunun % 33'ünün (yaklaşık 1,7 milyar insan) tüberküloz baskılı ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Asya'da 4 milyondan fazla yeni

olgu/yıl, Afrika kıtasında $\geq 1,5$ milyon yeni vaka/yıl olarak hastalık görülmeye devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2000-2020 yılları arasında 35 milyonu aktif hastalık olmak üzere yaklaşık bir milyar yeni tüberküloz (TB) ile enfekte olgu görüleceği ve mortalitenin her yıl 2,5-3 milyon olarak devam edeceği yönündedir. Bu rakamlar enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölüm nedenleri arasında tüberkülozu birinci sıraya taşımaktadır.

Tüberküloz belirtileri sistemik ve organa özgü olarak iki ana grupta sınıflandırılır. Sistemik bulgular tüberküloz enfeksiyonuna özgü değildir. Nedeni açıklanamayan ateş, öksürük, halsizlik, kilo kaybı gibi semptomlar görülür. Miliyer tüberkülozlu olguların tamamında ise ateş görülmektedir. Organza özgü bulgulardan öksürük akciğer tutulumunda en sık semptomdur. Hemoptizi nadir; dispne, milier tüberküloz ve plevral effüzyonlu olgularda; hışıltılı solunum; bası yapan hiler adenopati mevcut ise; göğüs ve yan ağrısı, plörezili çocuklarda öksürük ile birlikte görülür. Kişilik değişiklikleri, KİBAS belirtileri gibi nörolojik semptomlar da santral sinir sisteminin tutulduğu klinik durumlarda gözlenir. Tüberküloz menenjitinde klinik evresine uygun bulgular izlenmektedir.

Tüberküloz enfeksiyonu birinci evresinde konağın basil inhalasyonu ve alveollerde basil depolanması görülür. Simbiyotik Dönem olarak adlandırılan ikinci evrede ise basil çoğalır, konak hücreyi öldürür, lokal olarak yayılır ve basiller hiler lenf bezlerine taşınır. Üçüncü evrede konakta immün yanıt gelişir. Basil çoğalması sınırlanır veya basillerin öldürülmesini sağlar. Böylece akciğer ve dışı odaklarda lezyonlar geriler. PPD bu dönemde pozitifleşir. Etkin immün yanıt olamaz ise progresif primer hastalık veya ekstrapulmoner TB gelişir. Dördüncü evrede ise likefaksiyon ve hızlı basil çoğalması olur. Akciğer odağında reaktivasyon, likefaksiyon, kavite oluşur iken hücre dışındaki basillerde logaritmik çoğalma olur. Hastalar basilleri damlacık enfeksiyonu ile yaymaya başlarlar. Tüberküloz % 95 üst solunum yoluyla bulaşır. Tüberküloz birçok organı tutabilir ve tutulan organa özgü klinik bulgular verir. Primer akciğer tüberkülozunda

hastalar orta derecede ateş ve öksürük yakınması ile başvurur. Akciğer grafisinde intratorasik adenopati izlenir. Adenopati; parankim lezyonundan daha çok dikkat çeker ve kalsifikasyon ile iyileşir. Tüberküloz ayrıca; perikardit, miliyer TB, TB Plörezi, ekstrapulmoner TB, adenit, menenjit, gastrointestinal TB, kemik ve eklem TB, deri tüberkülozu, perinatal TB olarak da görülebilir.

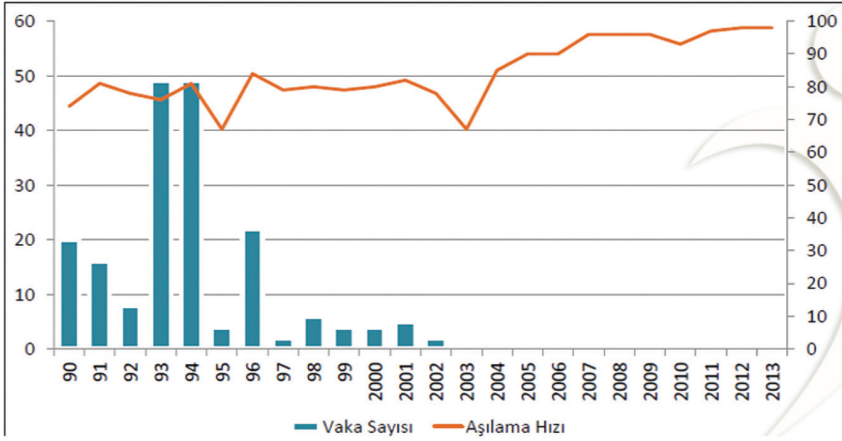
Tüberkülozdan korunmada toplumsal ve kişisel korunmadan bahsedilir. Bulaşıcı olan tüberkülozlu hastaları bulup etkin tedavi ile bulaştırıcı durumdan çıkararak toplumsal korunma sağlanır. Kişisel korunma ise aşılama ve ilaçla korunma şeklinde olmaktadır. BCG ile aşılama 0-6 ay arasında yapılabilir genellikle 2. ayda uygulanmaktadır.

BCG aşısı TB'a yakalanma riskini % 50, ölüm riskini % 71, menenjit formuna yakalanma riskini % 64 oranında azaltır. Yenidoğan ve bebeklik dönemlerinde ise % 52-74 oranında hastalıktan, % 65 oranında ölümden, % 64 oranında ise menenjitten korur. Aşının ciddi komplikasyonları oldukça nadirdir. En sık görülen yan etki; % 1- 10 oranında aşı yerinde görülen ve uzun süren ülserasyon, lenfadenit ve lupus vulgaristir. Daha çok immün yetmezliği olan hastalarda görülmesine rağmen aşıya bağlı osteomyelit yaklaşık milyonda bir, ölümcül dissemine TB hastalığı ise 10 milyonda bir vakada görülmektedir. Aşının ağır istenmeyen etkileri olarak 100.000 aşı uygulanan kişide % 0,018 oranında kemik ve eklem lezyonları, deri lezyonları, akciğer ve çoklu organ tutulumları görülebilir. Çoklu organ tutulumu olanların çoğunda zeminde, kronik granüloamatöz hastalık, ağır kombine immün yetmezlik, IFN- γ reseptör defekti, primer enfeksiyonlar veya HIV enfeksiyonları vardır.

DİFTERİ

Corynebacterium diphtheriae etken olduğu aşı ile önlenebilen daha çok çocuklarda görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Bulaş damlacık yolu ile olmaktadır. Kuluçka süresi 2-5 gündür. Tonsiller, farinks ve larinks üzerinde membranlarla karakterizedir. Patogeneizde difteri basilinin oluşturduğu ekzotoksinin lokal ve jeneralize etkisi vardır. Difteri toksini dokular ve

sinirlerle birleşim yaparak nekroz ve paralizilere neden olur. Ortaya çıkan kardiyak ve nörolojik toksisite ölümlere neden olabilmektedir. Myokardit, nörolojik olarak yumuşak damak paralizisi, oküler ve silier kas paralizileri, frenik sinir paralizisi, polinöropatiler görülür. Aşılama sayesinde hastalıktan korunma sağlanır. Ülkemiz ulusal aşı şemasında 2, 4, 6. aylarda ve 18. ay rapel doz olmak üzere beşli karma olarak bilinen DaBT-IPA-Hib aşısı ile aşılama yapılmaktadır. Sonrasında DaBT-IPA ile ilköğretim 1.sınıf rapel ve Td ile ilköğretim 8.sınıf rapel dozları yapılmaktadır.



Şekil1. Yıllara göre difteri vaka sayıları ve aşılama hızları

Ulusal aşılama programı sonrası difteri vaka sayısı belirgin olarak azalmıştır (Şekil 1).

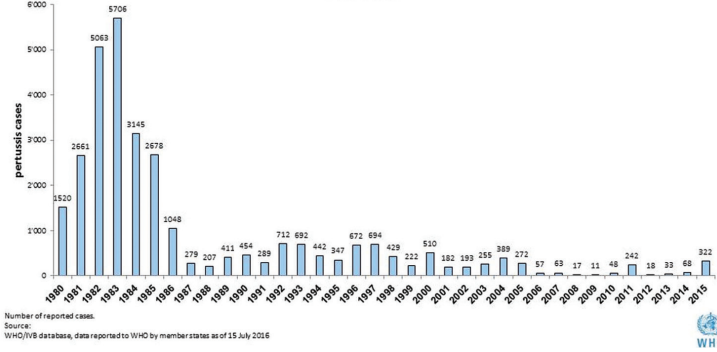
BOĞMACA

Bordatella pertussis'in etken olduğu bir hastalıktır. Kuluçka süresi 4-21 gündür. Hastalığın ilk döneminde hafif ateş, burun akıntısı ve halsizlik görülür. Kuru öksürük başlar. Sonrasında öksürük boğmaca için tipik nöbet özelliğini kazanır. Arka arkaya defalarca öksürüp, iç çekme şeklinde bir ses çıkararak derin nefes alma olur. Nöbetler sırasında morarma ve kusma olabilir. Nöbet dönemi genellikle 3-10 haftadır. Pnömoni en

sık komplikasyondur ve 3 yaş altında boğmaca ölümlerinin %90'ından sorumludur. Latent tuberküloz enfeksiyonunun aktivasyonu, mukus tıkaçlarına sekonder atelektezi, mukus ve kusulan materyalin aspirasyonu nedeni ile kimyasal pnömoni, pnömotoraks, amfizem, bronşiektazi (kalıcı olabilir), otitis media, dil frenulumunun ülserasyonu, epistaksis, melena, subkonjunktival hemorajiler, spinal epidural hematoma, intrakraniyal hemoraji, diafragma rüptürü, umbilikal/inguinal herni, rektal prolapsus, dehidratasyon, beslenme bozukluğu, konvülsiyonlar gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Boğmacanın kontrol altına alınabilmesi için 6 yaşın altındaki bütün çocuklara boğmaca aşısının uygulanması çok önemlidir. Anneden bebeğe geçen pasif immünizasyonla koruyuculuk sağlanmaz. Ülkemiz Ulusal Aşı takvimine göre 2, 4, 6 aylarda ve 18. ay rapel doz olmak üzere beşli karma olarak bilinen DaBT-IPA-Hib aşısı ile aşılanmaktadır. Sonrasında DaBT-IPA ile ilköğretim 1.sınıfta rapel dozu yapılır. Aşının en sık rastlanan yan etkileri çocukların yaklaşık olarak üçte birinde ortaya çıkan aşı yerinde hassasiyet, ağrı, kızarıklık ve şişliktir. 20 çocuktan birinde ateş, 5 çocuktan birinde de halsizlik, iştahsızlık ve huysuzluk, 3.000 çocuktan yaklaşık birinin ateşi, 40° C'a veya üzerine çıkabilir, 14.000 aşıda bir kısa süreli konvülsiyonlar görülebilir. Konvülsiyonlar genellikle ateş nedeniyle olur. Nadiren boğmaca toksinlerine bağlı olabilir. Aşının etkinliği ve difteri, boğmaca ve tetanoz gibi üç tehlikeli ve öldürücü hastalığı çok etkin olarak önlediği dikkate alındığında, yan etkiler göze alınabilecek kadar seyrek ve hafiftir. Dünyada ve ülkemizde aşılanma sonrası boğmaca olgu sayısı ve mortalite oranları anlamlı miktarda azalmıştır (Şekil 2,3, 4).

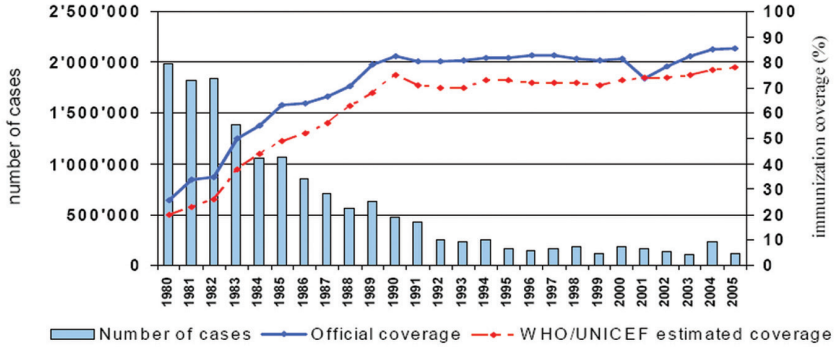
Pertussis incidence,
Turkey
1980-2015

Date of chart: 15/07/2016

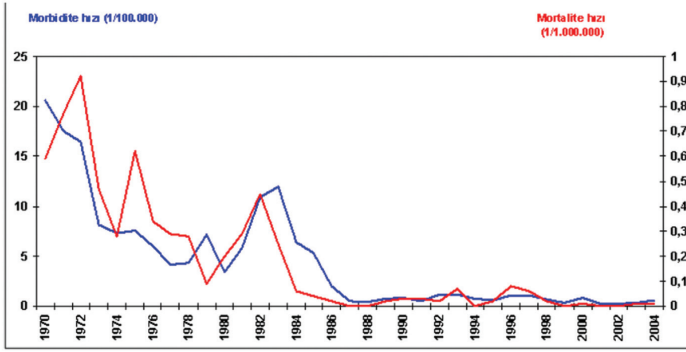


Şekil 2. Türkiye'de yıllara göre boğmaca insidansı

1980-2005 DÜNYADA BOĞMACA İNSİDANSI-DSÖ



Şekil 3. Dünyada yıllara göre boğmaca insidansı ve aşılama oranları



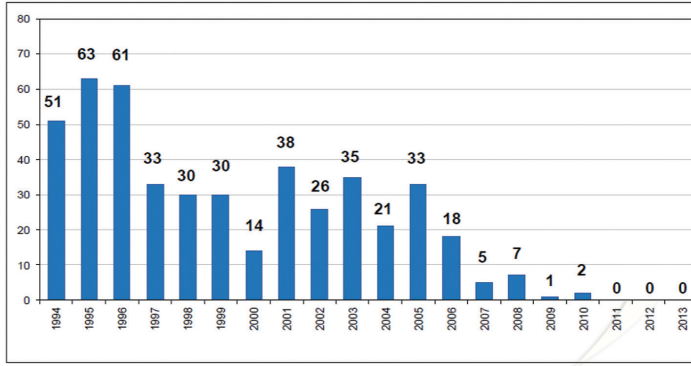
Şekil 52. Boğmaca Morbidite ve Mortalite Hızları, Türkiye, 1970-2004

Şekil 4. Yıllara göre boğmaca mortalite hızı

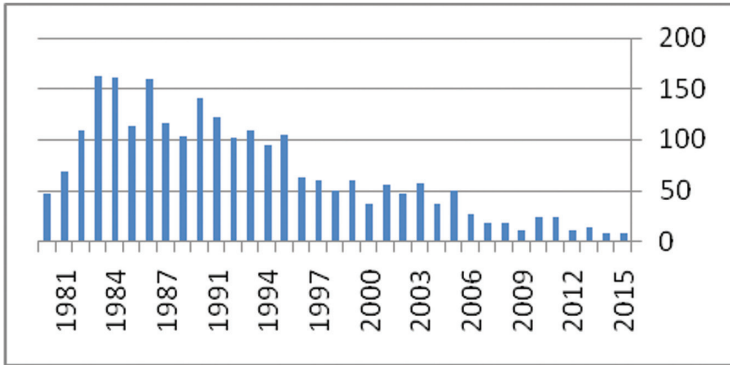
TETANOZ

Tetanoz oldukça ağır, ancak önlenebilir bir hastalıktır. Derideki yaralardan giren ve sıklıkla toprakta bulunan “Clostridium tetani” ile hastalık meydana gelir. Kuluçka süresi 2 – 14 gündür. Vücudun birçok bölgesinde ağrılı kas spazmları oluşur. Tedavi edilmez ise yaşam için önemli kasların felci sonucu ölüm meydana gelir.

Neonatal Tetanoz; hastalığın en önemli formlarından biridir. Temiz olmayan ortamlarda yapılan doğumlar sonucu görülür. Göbek bağının temiz olmayan, jilet gibi aletlerle kesilmesi, bebeğin toprağa sarılması en sık rastlanan nedenleridir. Anne bağışksa, gebelikte bebeğe antikor geçer ve bebek neonatal tetanoza karşı korunur. Annelerin tetanoza karşı aşılanması ve doğumların temiz ortamlarda yapılması ile vaka sayısında azalma sağlanmıştır (Şekil 5). Ülkemiz Ulusal aşı takviminde 2, 4, 6 aylarda ve 18. ay rapel doz olmak üzere beşli karma olarak bilinen DaBT-IPA-Hib ile aşılanmaktadır. Sonrasında DaBT-IPA ile ilköğretim 1.sınıf rapel ve Td ile ilköğretim 8.sınıf rapel dozları yapılmaktadır. Aşının her 10 yılda bir yapılması önerilmektedir. Yenidoğan tetanozunun önlenmesi amacıyla gebelere iki doz tetanoz aşısı yapılmaktadır. Temas (yaralanma) sonrasında ise tetanoz aşısı eksik ise yaralanmanın şekli ne olursa olsun aşıları yapılmalıdır. Tetanoz aşılması ile görülen vaka sayısı giderek azalmıştır (Şekil 6).



Şekil 5. Neonatal tetanoz vakalarının yıllara göre dağılımı

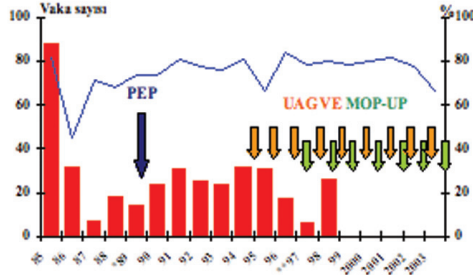


Şekil 6. Tetanoz vaka sayılarının yıllara göre dağılımı

ÇOCUK FELCİ

Poliovirus, poliomyelit olarak adlandırılan hastalığa neden olur. Hastaların dışkıları ile bulaşmış gıdalar veya ellerin ağız ile teması sonucu bulaş meydana gelir. Poliomyelit başta spinal kordun ön boynuzundaki nöronlar olmak üzere gri cevher nöronlarındaki patolojik lezyonları tanımlar. Hassas olan bir kişi polio virüsü ile karşılaştığında dört farklı klinik ile görülebilir. En sık (% 90-95) asemptomatik klinik oluşur. Abortif kliniği

ise viral üst solunum yolu enfeksiyonundan ayırmak güçtür. Sinir sistemi bulguları yoktur. Nonparalitik klinikte abortif bulgulara ek olarak baş ağrısı, hiperestezi ve meningeal iritasyon gibi santral sinir sistemi semptom ve bulguları görülür. Paralitik enfeksiyon; abortif ve nonparalitik hastalık bulguları ile başlar. Ancak 1-7 günlük bir iyilik döneminden sonra periferden başlayan ve merkeze doğru ilerleyen paraliziler gelişir. Paralitik formunda %5-10 mortalite ve %40 sekel riski taşıyan bu hastalığın spesifik tedavisinin olmaması, aşı ile korunmayı ön plana çıkarmıştır. En etkili korunma yolu aşılama. Canlı attenüe (Sabin, OPV) ve ölü virus (Salk, IPV) aşıları bulunmaktadır. Ulusal bağışıklama takviminde ilk 2 doz beşli karma içinde (aBDT-İPA-Hib), sonraki 2 doz eş zamanlı beşli karma aşı içinde İPA (aBDT-İPA-Hib) ve OPA olarak uygulanır. Bu aşılar sayesinde çocuk felcinin bütün dünyada yok edilme noktasına yaklaşılmıştır. Ülkemizde de 1998 yılından beri olgu görülmemektedir (Şekil 7).



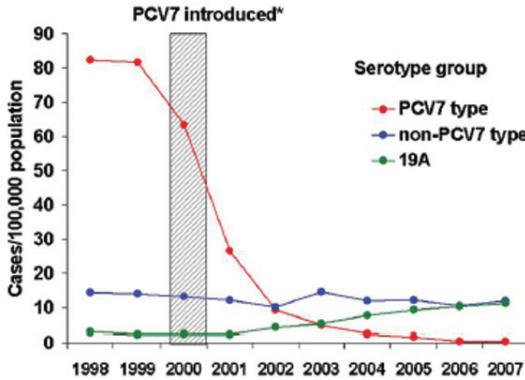
Şekil 7. Yıllara göre polio aşılama programları ve vaka sayıları

H. İNFLUENZA (Hib)

Dünyada bakteriyel menenjitin en sık etkenidir. Hib, menenjit dışında; pnömoni, ampiyem, sepsis, epiglottit, osteomyelit gibi ağır hastalıkların en önemli etkenlerinden biridir. H. İnfluenza Tip B (Hib) Aşısı ülkemiz ulusal aşı takviminde 2, 4, 6 aylarda ve 18. ay rapel doz olmak üzere beşli karma olarak bilinen DaBT-İPA-Hib aşısı ile aşılama yapılmaktadır.

PNÖMOKOK

Streptococcus pneumoniae (pnömokok) bakteriyel menenjit, sepsis, pnömoni gibi invaziv hastalıkların etkenidir. Sinüzitlerde de en sık rastlanan etkendir (% 30-40). Orta kulak iltihaplarının % 30-40'ında, menenjitlerin % 30-50'sinde, bakteriyemilerin % 50'sinde, pnömonilerin % 50-60'ında etken olarak izole edilir. DSÖ 2005 raporlarına göre aşı ile korunabilir hastalıklar arasında pnömokok hastalığı yılda 1.600.000 ölümlle birinci sırayı alır. Bunların yaklaşık 1.000.000 kadarı 5 yaş altı çocuklardır. İki çeşit aşısı bulunmaktadır. Konjuge pnömokok aşısı (KPA-13), ulusal bağışıklama çizelgemizde sağlıklı çocuklar için yer alan pnömokok aşısıdır. Polisakkarit pnömokok aşısı (PPA-23) ise yirmi üç bileşenli invaziv pnömokok hastalığı gelişimi yönünden yüksek risk taşıyan hastalarda ve 2 yaş üzerinde önerilen aşıdır. Konjuge Pnömomokok Aşısı (KPA-13); 2, 4 ve 6. aylarda temel aşılama dizisi olarak üç kez ve 12. ayda (12-18 ay arasında) pekiştirme aşısı olarak uygulanmaktadır. İnvaziv pnömokok hastalık insidansı 5 yaş altı çocuklarda aşılama ile %99,6 oranında azalma sağlanmıştır (Şekil 8).

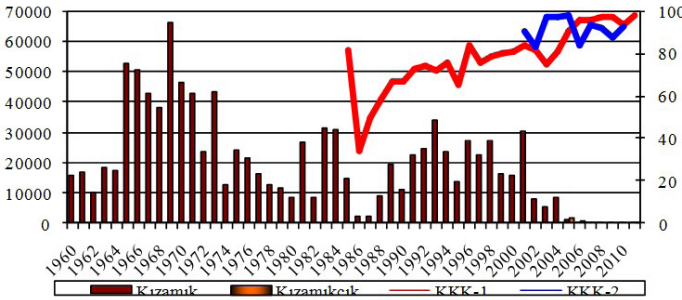


Şekil 8. Yıllara göre invaziv pnömokok hastalık insidansı

KIZAMIK

Etken Rubeola virusudur. Ateş, nezle, öksürük, konjonktivit ile karakterize; enanem ve ekzanemler oluşturan hastalıktır. İnkübasyon süresi 10-14 gün, prodromal devre 3-4 gündür. Prodromal dönem sekonder viremi ile aynı zamandadır. Halsizlik, ateş, iştahsızlık, konjonktivit, burun akıntısı ve öksürük gibi semptomlar başlar. Döküntülerin başlangıcından 1-2 gün önce, kızamık için patognomonik bulgu olan Koplik lekeleri görülür. Vakalarının yaklaşık %30'unda bir ya da daha fazla komplikasyon gelişmektedir. Pnömoni (%1-6), diyare (%6), otitis media (%7-9), körlük, akut ensefalit, post enfeksiyöz ensefalit (1000 vakada 1), ölüm (%3-6) görülmektedir.

Kızamık Aşısı, ülkemizde salgınlar nedeniyle 9 aylıkken tek kızamık aşısı yapılmaktadır. Bu aşı hiç yapılmamış gibi 12 aydan sonra tekrar kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) şeklinde tekrarlanması gerekmektedir. İkinci doz KKK ise 4-6, yaşta (ilköğretim 1.sınıf) rapel dozu uygulanır. Aşılama sonrası ülkemizde görülen kızamık ve kızamıkçık vaka sayısı önen



Şekil 9. Yıllara göre kızamık, kızamıkçık vaka sayılarının dağılımı

Aşılanmamış çocuklar ile KKK veya kızamık ile aşılanmış çocuklar arasında otizmin arttığına dair bir kanıt bulunmamaktadır. İngiltere'de Wakefield tarafından 1998 yılı Lancet dergisinde yayınlanmış efsane gibi olan KKK aşısıyla ilgili otizm makalesi 12 yıl sonra (2010 yılında) geri çekilmiştir.

KIZAMIKÇIK

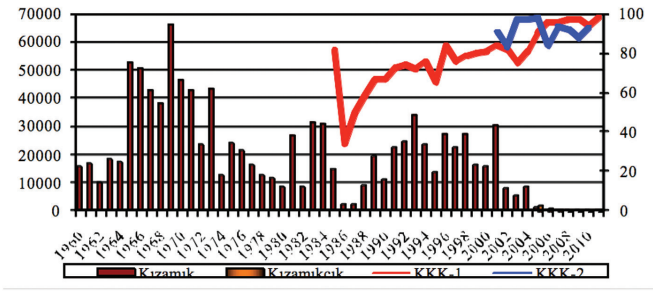
Döküntü, postauriküler ve suboksipital lenfadenopati ile karakterize; akut, prodromal semptomları çok az olan ateşli bir hastalıktır. Çocuklarda hafif seyirli olarak geçirilir. Ancak gebeliğin erken döneminde hastalık geçirilmesi durumunda fetusta ciddi konjenital malformasyonlar ve zekâ geriliğine neden olur. Komplikasyon çok nadirdir. Bakteriyel süperinfeksiyon hemen hemen hiç görülmez. Kızamıkçık geçiren kadınlarda artrit ve art-ralji görülebilir. Hemorajik bulgular 1/3000 sıklıkta gelişir. Trombositopeniye sekonder bulgular izlenir. Ensefalit, epidemilerde 1/5000 oranında daha çok erişkinlerde görülür. %20-50 oranında ölümle sonuçlanır. Hafif seyirli hepatit bildirilen vakalar da bulunmaktadır. Enfeksiyon gebeliğin genellikle ilk 4 ayında geçirildiğinde; fetal ölüm, prematüre doğum veya konjenital kızamıkçık sendromuna yol açabilir. Kalp malformasyonları (patent duktus arteriosus, interventriküler septal defekt, pulmoner stenoz), göz lezyonları (katarakt, korioretinit ve mikroftalmi), zekâ geriliği, sağırılık, gelişme geriliği, hepatosplenomegali, trombositopenik purpura, anemi, osteit ve meningoensefalit gibi klinik durumlara neden olur.

Korunma KKK aşısı ile sağlanmaktadır. İlk doz 12-15.ayda, ikinci doz 4-6, yaşta rapel yaşta (ilköğretim 1.sınıf) rapel dozu uygulanır.

KABAKULAK

İnkübasyon 16-18 gündür. Ateş, halsizlik, iştahsızlık gibi nonspesifik prodromal semptomlar ile klinik başlar. Birkaç gün sonra parotis bezinde hassasiyet, şişlik gelişir ve 2-3 günde maksimum büyüklüğe ulaşır. Hastaların ¼'ünde tek taraflı, diğerlerinde bilateral olarak izlenir. Stensen's kanalları kızarıklık ve ödemlidir. Trismus görülebilir. Ekşi yiyeceklerde ağrı ve acı hissi olur. Enfeksiyona bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Menenjit olguların %1-10'unda görülür ve sekelsiz olarak 3-10 gün içinde iyileşir. Orşit, puberteden sonra %20-30 oranında görülür. Testisler şiş ve ağrılıdır; skrotumda kızarıklık ve ısı artışı vardır. İnfertilite nadirdir. Ooforit ise daha nadirdir (%5), puberteden sonra kadınlarda görülür. Pankreatit, ender gelişir. Ateş, bulantı, kusma ve amilaz yüksekliliği ile klinikte bulgu verir. %4 oranında geçici sağırılık olabilir. Kalıcı işitme kaybı 1/20.000

sıklıkta bildirilmiştir. Nefrit, tiroidit, mastit, prostatit, hepatit, poliartirit ve trombositopeni nadir tutulumlardır. Gebelikte plasenta yolu ile fetusa geçebilir. Özellikle 1. Trimester riskli dönemdir. Fetal ölüm, abortus, düşük doğum ağırlıklı bebeğe neden olabilir. Aşılama ile vaka sayısı oldukça azalmıştır (Şekil 10). İlk doz KKK şeklinde 12-15. ayda, ikinci doz 4-6. yaşta (ilköğretim 1. sınıf) rapel dozu uygulanır.



Şekil10. Yıllara göre kabakulak vaka sayısı dağılımı

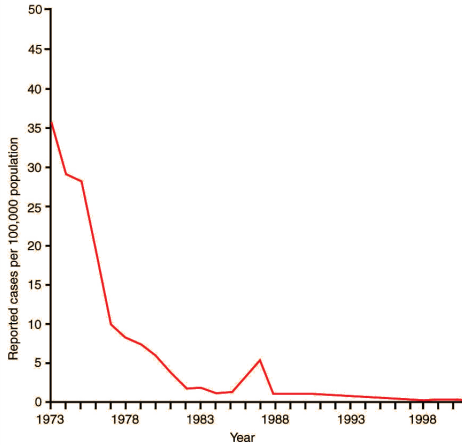
HEPATİT A

İnkübasyon ortalama 28 gündür. Fekal-oral yolla bulaşır. Gürültülü bir başlangıç kliniği vardır. Bu dönemde koyu renkli idrar, kusma, bulantı, sarılık gözlenir. Enfeksiyon 6 yaş altında %70 oranında asemptomatik olarak geçirilir. Bulgular 2 aydan önce kaybolur. Korkulan komplikasyon olan fulminan hepatit semptomatik enfeksiyondan sonra gözlenir. Fulminan hepatit, kolestatik hepatit, rekürren hepatit gibi komplikasyonlar gelişebilir. Hepatit A enfeksiyonlarında kronikleşme bildirilmemiştir. Fatalite yaşla birlikte artmakta, 49 yaş üzerindeki hastalarda % 25 gibi oldukça yüksek oranlara ulaşmaktadır. Hepatit A enfeksiyonlarının kronikleşmeye yol açmaması yanlış değerlendirilmeye neden olur. Bazı sağlık çalışanları tarafından ve toplumun genelinde ciddi bir hastalık olarak algılanmamaktadır. Ancak en yaygın viral hepatit olarak ciddi oranlarda mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır. Korunma Hepatit A aşısı ile sağlanmaktadır. Çocuklara 18. ve 24. ayda olmak üzere iki doz olarak uygulanmaktadır. Risk grubundaki kişilere de en az 6 ay ara ile 2 doz yapılabilir. Hepatit A aşısı uygulamaları sonucunda 2012 yılında 3.624 olan vaka

sayısı 2015 yılında 707 olarak bildirilmiştir. Hastalık görülme sıklığı ise 2012 yılında yüz binde 4,8 iken 2015 yılında yüz binde 0,9'a gerilemiştir.

SUÇİÇEĞİ

En sık 5-10 yaşlarında görülen; çok bulaşıcı, ateşli ve döküntülü bir viral enfeksiyondur. Etken Varicella zoster virüsüdür. Kuluçka Dönemi 14-22 gündür. Döküntü; gövdeden başlar, daha sonra baş ve yüze yayılır, kol-bacaklarda daha nadir görülür. Döküntünün tipik belirtisi aynı anda 3-4 farklı evrede lezyonun bir anda görülmesidir. Aşılı olanlar hastalığı çok hafif, bazen fark edilemeyecek kadar hafif 2-3 döküntü ile geçirebilirler. Komplikasyon olarak pnömoni, febril konvülsiyon, cilt enfeksiyonu, ÜSYE, meningoensefalit, akut serebellar ataksi, hepatit, lökopeni, dehidratasyon, diyare, dirençli ateş, konjunktivit ve büllöz varisella görülebilir. Korunma aşılama ile sağlanabilir. Suçiçeği aşısı ulusal bağışıklama çizelgemizde 1. yaşın bitiminde uygulanmaktadır. Rapel aşısı uygulamada henüz yoktur.



Şekil 11. Birinci basamak sağlık kurumlarından bildirilen suçiçeği insidansının (yüzbinde) yıllara göre dağılımı

Ülkemizde yalnızca aşı uygulayarak her yıl yaklaşık 40.000 - 50.000 bebeğin ölümü engellenmektedir. Küba'da başarılı aşı programları sonucunda 1962'de çocuk felci, 1979'da difteri, 1993'te kızamık, 1995'te de kabakulak ve kızamıkçık yok edilmiştir. 1995'ten beri de konjenital kızamıkçık görülmemektedir. Unutulmaması gereken nokta aşının yalnızca aşılanan çocuğu korumadığıdır. Toplumsal bağışıklık üzerinden aşılınmamış çocukları da korur. Aşılınmamış her çocuk da toplumsal bağışıklık düzeyinin düşmesine katkıda bulunur. Toplumsal bağışıklıkta bağışıklık oranı % 80'in altına düştüğünde, birkaç sene içerisinde, aşılınmış çocukları bile kapsayabilecek salgınların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Çocuğu aşılatmak, yalnızca bireysel sağlıkla ilgili veya kendine yönelik değil toplumsal bir sorumluluktur. Aşılar günümüzde tıp alanında kullanılan en güvenli, en etkili ve en maliyet etkili tıbbi uygulamalardır. Aşı sonrası ortaya bazen çıkabilen istenmeyen etkiler aşılar yapılmadığı zaman ortaya çıkacak sağlık sorunlarıyla karşılaştırılamayacak kadar azdır. Günümüzde insanların bulaşıcı hastalıklara karşı korumada aşılar kadar etkili, güvenli, kolay ve maliyet etkin başka bir tıbbi uygulama aracı yoktur ve onların yerine koyabileceğimiz başka bir araç ya da uygulama bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- <https://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/asi-ile-onlenebilir-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-verileri.html>
- http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR
- Gurevich I (1993) *Hepatitis Part II. Viral hepatitis B, C and D. Heart- Lung*, 22(5): 450-456.
- Greenberg DP. *Pediatric experience with recombinant hepatitis B vaccines and relevant safety and immunogenicity studies. Pediatr Infect Dis J.* 1993; 12: 438-45.
- No authors listed. *Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep.* 1996; 45:1-35.
- Stratton KR, Howe CJ, Johnston RB Jr, eds. *Adverse events associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality.* Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 1994.
- <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/>
- <http://vaers.hhs.gov/>
- Girard M. *Autoimmune hazards of hepatitis B vaccine. Autoimmun Rev.* 2005; 4: 96-100.

-
- Piaggio E, Ben Younes A, Desbois S, Gout O, Tourbah A, Lyon-Caen O. et al. Hepatitis B vaccination and central nervous system demyelination: an immunological approach. *J Autoimmun.* 2005; 24: 33-7.
 - American Thoracic Society. Diagnostic standarts and classification of tuberculosis in adults and children. *AmJ Respir Crit Çare Med* 2000;161:1376-1395.
 - Kuşcu F. , Tütüncü E. Kitle Bağışıklığı (Herd Immunity) ve Kızamık, *İnfeksiyon Dünyası Mart* 2014; 79-80.

ANAYASA MAHKEMESİ'NİN ZORUNLU AŞIYA YAKLAŞIMI

Av. Mithat Kara

İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosu

GİRİŞ

Çocukluk dönemi aşılara ilişkin tartışmalar geçtiğimiz dönemlerde, farklı hukuki süreçlerde kamuoyunun gündemine gelmiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin (AYM) bireysel başvuru üzerine verdiği iki ayrı kararla, çocukluk dönemi aşılara ilişkin tartışmalar yeni bir boyut kazanmıştır. Kamuoyunda sıklıkla tartışılan bu iki karar, bu alana ilişkin düzenleme boşluğunu ortaya koyması açısından önem taşımaktadır.

AYM, Halime Sare Aysal Başvurusunda, (Başvuru No:2013/1789, R.G. Tarih ve Sayı: 24/12/2015-29572), ailenin onayı olmaksızın çocukluk dönemi aşılarının yapılıp yapılamayacağına ilişkin değerlendirmelerini yapmıştır. Bu karar, AYM Genel Kurulu tarafından verilen bir karardır. AYM'nin konuya bakışını ve benzer nitelikli başvurularda nasıl hareket edeceğini göstermesi açısından önemlidir. AYM'nin zorunlu aşıya ilişkin yaklaşımı, Halime Sare Aysal Başvurusunda verilen karar çerçevesinde ele alınacaktır.

Muhammed Ali Bayram başvurusu (Başvuru No:2014/4077, R.G. Tarih ve Sayı: 26/10/2016- 29869) ile ilgili verilen kararda da, Halime Sare Aysal Başvurusunda yapılan değerlendirmeler benimsenmiştir. Muhammed Ali Bayram başvurusunda, zorunlu aşı uygulaması yanında zorunlu topuk kanı uygulaması da tartışılmış, AYM, zorunlu topuk kanı uygulamasında, zorunlu aşı uygulamasından farklı bir yaklaşım benimsemiştir.

I. Halime Sare Aysal Başvurusu

Uşak Sivashlı ilçesinde, aile, bebeklik dönemi aşılarının yapılmasına izin vermemiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Uşak İl Müdürlüğü,



Sivaslı Asliye Hukuk Mahkemesi'ne başvurarak, ÇOCUK HAKKINDA SAĞLIK TEDBİRİ kararı verilmesini talep etmiştir. Sivaslı Asliye Hukuk Mahkemesi, "Genişletilmiş Bağışıklama Programında" yer alan aşılardan önemi hakkında ailenin bilgilendirilmesine rağmen, ailenin izin vermemesi nedeniyle, çocukları KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUK olarak değerlendirilmiş ve aşılardan uygulanmasına karar vermiştir.

Aile, tedbir kararına itiraz etmiştir. İtiraz mahkemece reddedilmiştir. Aile, iç hukuk yollarının tüketilmiş olması nedeniyle, Anayasa Mahkemesi'ne bireysel başvuru yapmıştır. Aile başvurusunda, "çocuklarına aşı yapılmasını istemediğini, aşılardan zorunlu olarak yapılacağına dair bir hüküm olmadığını, tıbbi zorunluluk ve kanunda sayılan haller dışında vücut bütünlüğüne dokunulamayacağını, kanunda sayılan hastalıkların varlığı halinde aşı yapılabileceğini, çocukta bu hastalıkların olmadığını" iddia etmektedir.

II. Muhammed Ali Bayram Başvurusu

Aile, yeni doğan çocuğuna aşı yapılmasına ve çocukta topuk kanı alınmasına izin vermemiştir. Mersin Aile Danışma Merkezi Müdürlüğü, mahkemeden, çocuk hakkında sağlık tedbiri uygulanmasını talep etmiştir. Mersin 2. Çocuk Mahkemesi, Çocuk Koruma Kanunu uyarınca, sağlık tedbiri uygulanmasına karar vermiştir. Ailenin yaptığı itiraz Mersin 3. Çocuk Mahkemesi tarafından reddedilmiştir.

Aile, iç hukuk yollarının tüketilmiş olması nedeniyle, Anayasa Mahkemesine bireysel başvuru yapmıştır. Başvuru dilekçesinde, "çocukluk dönemi aşılardan uygulanmasını ve topuk kanı alınmasını istemedikleri halde Mahkemece sağlık tedbiri uygulanmasına karar verildiği, mevzuatın aşı yapılması ve topuk kanı alınması konusunda ilgilinin rızasının alınmasını zorunlu kıldığı, bu durumun çocuklarının vücut bütünlüğünü ihlal ettiği, aşı ve zorunlu topuk kanı alınmasının çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma amacına hizmet etmediği, çocuklarının sağlıklı olduğu, ebeveyn olarak çocuklara karşı gerekli bakım yükümlülüklerini yerine getirdikleri" iddialarına yer verilmiştir.

III- Anayasa Mahkemesi Kararı

Bu bölümde, AYM tarafından yapılan değerlendirmelere yer verilmiştir. AYM kararında önemli tespitler yer almaktadır. Karar gerekçesi, kararın bütünlüğünü bozmadan aşağıda özetlenmiştir.

III-a) Zorunlu Aşı Uygulamasına İlişkin AYM Değerlendirmesi

AYM, başvuruyu özel hayat açısından ele aldığı bölümde, özel hayat kavramının geniş bir kavram olduğunu, özel yaşamın korunması hakkının sadece mahremiyet hakkına indirgenemeyeceğini, kişinin vücut bütünlüğüne ilişkin hukuksal çıkarının da özel hayata saygı hakkı kapsamında güvence altına alındığını vurgulamıştır.

AYM, Anayasa'nın 17. maddesinin 2. fıkrasında tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ve rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı belirtilmek suretiyle fiziksel ve ruhsal bütünlük hakkı açısından özel bir güvence hükmüne yer verildiğini, özel yaşamın fiziksel ve ruhsal özerkliği de kapsadığını, bu hakkın bireyleri gerek kamusal makamların gerek özel hukuk kişilerinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğe yönelik saldırılarına karşı koruduğunu, söz konusu hukuksal çıkarın, tıbbi müdahaleyi ret hakkını da içerdiğini belirtmektedir.

Kararda, bebeklik dönemi aşularının yapılması konusunda zorunlu sağlık tedbiri uygulanmasının, başvurucunun maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkına bir müdahale oluşturduğu, zorunlu aşı uygulamalarının, Sözleşme'nin 8. maddesi kapsamında AİHM içtihadına da konu edildiği, AİHM'in, uygulanan tıbbi müdahalenin boyutuna bakılmaksızın söz konusu müdahalenin fiziksel bütünlük hakkına bir müdahale oluşturduğu tespiti yaptığı, hastanın rızası olmaksızın yapılan tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunu sağlayan hâllerden birinin tıbbi zorunluluk olduğu, tıbbi zorunluluk kavramının hastanın rızasının alınmasının mümkün olmadığı ancak müdahalede bulunulmaması durumunda telafisi güç zararların doğacağı ve çoğu zaman hastanın yaşamını yitirmesinin söz konusu olacağı durumları ifade ettiği vurgulanmıştır.

AYM, temel ve hak ve özgürlüklerin, anayasada sıralanan ölçütler çerçevesinde, kanunla sınırlanabileceğini, hak ya da özgürlüğe bir müdahale söz konusu olduğunda müdahaleye yetki veren bir kanun hükmünün yani müdahalenin hukuki bir temelini mevcut olup olmadığının öncelikle tespitinin gerektiğini, temel hak ve hürriyetlerin sınırlandırılmasına ilişkin kanunların şeklen var olmasının yeterli olmadığını, kanunilik ölçütünün aynı zamanda maddi bir içeriği de gerektirdiğini, kanunla sınırlama ölçütünün, sınırlamanın erişilebilirliğini, öngörülebilirliğini ve kesinliğini ifade ettiğini, böylece uygulayıcının keyfi davranışlarının önüne geçtiği gibi kişinin hukuku bilmesine de yardımcı olduğunu, bu yönüyle hukuk güvenliği teminatı sağlandığını vurgulamıştır.

AYM, hukuk sisteminin, kamu makamlarına hangi koşullarda ve hangi sınırlar içinde vücut bütünlüğüne yönelik olan ve potansiyel olarak özel yaşama karşı tehlike oluşturabilecek müdahalelerde bulunma yetkisi verdiğini yeterince açık ifadelerle gösterecek nitelikte olması gerektiğini, müdahalenin muhataplarının müdahaleye zemin hazırlayan koşullar ile müdahalenin sonuçları açısından bir öngörülebilirlikte bulunabilme imkânı tanınması gerektiğini, Çocuk Koruma Kanununda, bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocukların korunmaya muhtaç çocuk olarak tanımlandığını, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına yönelik olarak sağlık tedbiri uygulanabileceğinin belirtildiğini, Çocuk Koruma Kanununda yer alan sağlık tedbiri düzenlemesinin, doğan her çocuğa belirli bir yaş periyoduna bağlı olarak ve ebeveynin rızası dışında, her türlü aşının tatbiki şeklinde anlaşılmasının olanaklı olmadığını, aksinin kabulü hâlinde uygulanacak tıbbi müdahalenin tür ve kapsamının belirsiz olacak şekilde, rıza verilmeyen müdahale türlerinin gündeme gelmesinin muhtemel olacağı, 5395 sayılı Kanun'un ilgili hükümlerinin, başvuruya konu müdahalenin kanuni temelini ihtiva etmesi gereken unsurlardan olan öngörülebilirlik niteliğini taşımadığını, Anayasa'nın 17. maddesi anlamında müdahalenin meşruiyet

unsurlarından biri olan kanunilik şartını sağlamadığını belirtmiştir. Kararda ayrıca, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57. maddesinde belirli hastalık türlerinin sayıldığı, 72. maddede, 57. maddede zikredilen hastalıklardan birinin ortaya çıkması veya ortaya çıkmasından şüphe edilmesi durumunda bir kısım tedbirlere başvurulacağına belirtildiği, söz konusu tedbirler arasında hastalara veya hastalığa maruz bulunanlara serum veya aşı uygulanması şeklindeki tedbire de yer verildiği, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57. maddesinde belirtilen hastalıklardan (kolera, veba, çiçek, karahumma, dizanteri vb.) birinin ortaya çıkması veya ortaya çıkmasından şüphe edilmesi durumunda hastalara veya hastalığa maruz bulunanlara serum veya aşı uygulanması hususunu düzenleyen 72. madde hükmünün, başvuruya konu uygulamanın kanuni dayanağı olarak kabul edilmesinin mümkün olmadığı, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda münferiden çiçek aşısının mecburi bir aşı olarak öngörüldüğü, bunun dışındaki aşı uygulamasının Bakanlığın ilgili genelgesi kapsamında ve belirlenen program çerçevesinde yapıldığı görülmekle birlikte genel ve zorunlu aşı uygulamasına dayanak oluşturacak bir kanun hükmünün mevcut olmadığı değerlendirilmiştir.

III-b- Zorunlu Topuk Kanı Uygulamasına İlişkin AYM Değerlendirmesi
AYM, zorunlu topuk kanı uygulamasının meşru olduğunun kabulü için, kanuni dayanağının bulunması ve meşru bir amaç taşıması gerektiğini, hak ya da özgürlüğe müdahale söz konusu olduğunda bu müdahaleye yetki veren bir kanun hükmünün olup olmadığının tespit edilmesi gerektiğini, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi sağlık tedbiri uygulanabileceğinin belirtildiği, uygulanacak tıbbi müdahalenin türü ve kapsamı hakkında bir açıklamada bulunulmaksızın genel olarak sağlık tedbirine hükmedilebileceğine işaret eden düzenlemenin doğan her çocuktan ebeveynin rızası dışında topuk kanı alınması şeklinde özel bir uygulamayı da içerdiğinin söylenemeyeceği, aksi takdirde tıbbi müdahalenin tür ve kapsamı belirsiz olacak şekilde rıza verilmeyen müdahale türlerinin gündeme gelebileceği, Çocuk Koruma Kanunu'nda yer alan genel düzenle-

menin bireysel başvuruya konu olan müdahalenin kanunilik ve öngörül-
ebilirlik niteliğini taşımadığı belirtilmiştir.

Zorunlu topuk kanı uygulamasını 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'un 3. Ve 151. Maddeleri, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. Maddesi ve Sağlık Bakanlığı'nın 2016/130 ve 2014/7 sayılı genelgesi bağlamında kanunilik şartı açısından değerlendiren AYM, 3359 sayılı Kanun'un 3. Maddesinin (1) bendinde yeni doğan be-
beklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçir-
ilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirlerin alınacağını
düzenlediğini, 2016/130 sayılı Neonatal Tarama Programı konulu genel-
ge ve 2014/7 sayılı Yeni Doğan Tarama Programı konulu genelgenin bu
kanun kapsamında düzenlendiğini vurgulayarak bir kısım metobolizma
hastalıklarının teşhisi amacıyla yenidoğanlar üzerinde bazı tıbbi testlerin
yapılması ve gerekli tedbirlerin alınması konusunda kanunilik şartının
sağlandığı belirtilmiştir.

Bir hakkın sınırlandırılması sürecinde kamusal makamların iki aşamada
takdir yetkisi olduğunu belirten AYM, birincisinin, sınırlama ölçütünün
seçimi olduğunu; ikincisinin sınırlama ölçütü çerçevesinde izlenen meşru
amacı gerçekleştirmek üzere yapılan sınırlamanın gerekliliği olduğunu,
takdir yetkisinin sınırsız olmayıp kullanılan argümanların elverişli, zo-
runlu ve orantılı olması gerektiğini vurgulamıştır.

Yenidoğan Tarama Programı ile tüm yeni doğanların konjenital hipoti-
riodi, fenilketonüri, biyotinidaz eksikliği ve kistik fibrosiz yönünden
taranması ile oluşacak zekâ geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz
zararların engellenerek topluma getirdiği ekonomik yükün engellenmesi,
akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması,
tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak rahatsızlıkları
önlemek amacıyla uygun tedaviye başlanması ve böylece belli bir zeka
seviyesine ulaşmalarının sağlanmasının amaçlandığı, uygulamanın
çocukların ve buna bağlı olarak kamu sağlığının korunması şeklindeki
meşru amacı taşıdığı değerlendirildiği belirtilmiştir.

Kararda ayrıca, Yeni Doğan Tarama programı kapsamında, ilgili genelgede, bebeklerin sağlıklarının olumsuz etkilenmemesi amacıyla kan alma zamanı, alma bölgesi, kan alma işleminin öncesindeki hazırlık süreci, kan alındıktan sonra yapılacak işlemler, personelin eğitimi gibi birçok ayrıntılı noktaya yer verildiği, genelge ve gönderilen bilgi notları bağlamında güncellenmesine özen gösterildiğinin görüldüğü belirtilmiştir.

AYM, sonuç olarak, topuk kanı alınması işleminde başvurunun ve kamunun sağlığına ilişkin mevcut yarar karşısında, söz konusu işlemin başvurunun sağlığı açısından olumsuz bir etkisi olduğuna bir bilgiye rastlanmadığını, topuk kanı uygulamasının müdahalenin demokratik toplumda gereklilik ve ölçülülük ilkelerine uygun olduğunu, Anayasa'nın 17. Maddesinde güvence altına alınan maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi hakkının ihlal edilmediğini vurgulamıştır.

IV- Anayasa Mahkemesi Kararının Değerlendirilmesi

AYM, başvuruya ilişkin değerlendirmelerini ulusal ve uluslararası mevzuat ışığında gerekçelendirmiştir. AYM'nin, başvuruyu 4 temel başlık altında ele aldığını ifade edebiliriz. AYM, başvuruyu, "özel hayata müdahale", "tıbbi zorunluluklar ve kanunda sayılı haller dışında vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı", "tıbbi müdahaleyi ret hakkı" ve "temel hak ve özgürlüklere müdahalenin sınırlandırılmasında kanunilik şartı" ilkeleri bağlamında değerlendirmiştir.

AYM'nin birey özerkliğine ve temel hak ve özgürlüklere müdahalede kanunilik şartına yaptığı vurgu, her iki kararın özünü oluşturmaktadır.

AYM kararında da ayrıntılı olarak ele alındığı üzere, yürürlükteki mevzuatımızda, belirli durumlar dışında (salgın hastalık, çiçek aşısı) amacı her ne olursa olsun kişilerin rızası olmaksızın zorla aşı uygulanmasını olanaklı kılan yasal bir düzenleme bulunmamaktadır.

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gerekli koşullar doktrinde farklı başlıklar altında sınıflandırılmakla birlikte bu koşulları dört

ana başlıkta toplamak mümkündür. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için, yetkili sağlık personeli tarafından, tıbbi gereklilik üzerine, tıbbi standartlara uygun olarak gerçekleştirilmesi ve bu işlemle ilgili olarak işlemin muhatabının bilgilendirilerek onayının alınması gerekmektedir.

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızasının varlığı en temel hukuka uygunluk sebeplerinden birisidir.(1)

Hastanın rızası olmaksızın yapılacak müdahaleler istisnaidir ve sıkı kurallara bağlanmıştır. Tıbbi uygulamalar insan bedenini etkileyen işlemler olduğu için insan bedenine yapılacak her türlü yetkisiz müdahalenin hukuka aykırı olduğu kabul edilmek zorundadır.

Kendi kararını verebilecek durumda olan hastaların kendi yaşamlarına dair seçimlerini özgür iradeleriyle, her türlü müdahaleden uzak biçimde gerçekleştirebilmesini ifade eden hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, hukuk düzeni tarafından kabul edilen bir hasta hakkıdır.(2) Hasta özerkliği olarak da ifade edilecek bu kavram, hastanın kendi bedeni üzerinde tasarruf hakkını ve yapılacak müdahalelere karşı güvence altında olmasını ifade eder.

Zorla tedavi, Anayasa tarafından korunan yaşam ve vücut bütünlüğü hakkına bir saldırı teşkil ettiğinden yasal bir dayanağa sahip olmalıdır.(3) Bir tıbbi müdahale olan aşı uygulamasının tıbbi müdahalenin genel şartlarına uygun olarak dolayısıyla rıza şartına uygun olarak yapılması gerekmekte, bu şartın aranmaması içinse yasal bir düzenlemeye gereksinim bulunmaktadır.(4)

(1) Hasan Tahsin Gökcan, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluk*, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014, s.175., Hakan Hakeri, *Tıp Hukuku*, 9.Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2012, s.173, Hakan Hakeri, "Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Şartları", *Tıp Hukuku Dergisi*, Legal Yayıncılık, Cilt:3, Sayı:6, Yıl:2014, s.33, Çetin, Aşçıoğlu, *Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*, Olguç Matbaası, Ankara, 1982, s.38, Çetin Aşçıoğlu, *Tıbbi Yardım Ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Tekişik Ofset, Ankara, 1993, s.24., Mehmet Ayan, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumluluk*, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara, 1991, s.11., s.21., Halide Savaş, *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları*, 3. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s.41, Mustafa Kıcaltroğlu, *Doktorların Ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları*, Adalet Yayınevi, Ankara, 2011, s.113, Akkanat, Halil, "Hekimin Sorumluluğunun Hukuki Temeli", *Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncelleme Sempozyumu*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi:78 (Ed.Gürsel Çetin-Ahsen Kaya), Ekim 2012, s.67., Gürsel Çetin, "Hasta Hakkı Olarak Aydınlatılmış Onamın Önemi", *II.Sağlık Hukuku Sempozyumu*, İstanbul, 22.23.09.2007, İstanbul Barosu Yayınları, 2007, s.176.

(2) Hamide Tacir, *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*, Oniki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2011, s.118

(3) Hakeri, *Tıp Hukuku*, s.235

(4) Hakeri, *Tıp Hukuku*, s.237

Konunun toplum sağlığını ve gelecek kuşakları ilgilendiren yönü ele alındığında, zorunlu aşı uygulaması konusundaki Anayasa Mahkemesi kararı ve hasta rızasını öne çıkartan görüşler eleştirilebilir. Bir an için, “bireylerin keyfi yaklaşımı nedeniyle toplumun sağlığını mı tehlikeye atacağız” şeklinde serzenişler olabilir. Ancak bu eleştiri ve serzenişlerin haklı bir yönü olamaz. AYM, başvuru, yürürlükteki ulusal ve uluslararası mevzuat ile AİHM içtihatları bağlamında ele alarak değerlendirmiştir. Anayasa Mahkemesi, birey özerkliğini haksız müdahalelere karşı koruyan temel insan hakları ilkelerini dikkate alarak bir sonuca ulaşmıştır.

Zorunlu aşı uygulamasını, “birey özerkliği” ve “toplum yararı” kavramlarını karşı karşıya getirerek tartışmanın sağlıklı bir yöntem olmadığı kanaatindeyim. Toplum yararının varlığı, bireyin özerklik alanına müdahaleyi tek başına meşru kılamaz.

İşte bu noktada, toplum yararı kavramından ne anlaşılması gerektiğini ve çocukluk dönemi aşılarının toplum yararı için gerekliliğini somut olarak ortaya koymak, bu gerekliliği ortaya koyduktan sonra konuyu yasal düzlemde çözümlmek gerekmektedir.

Karar verme yeteneği olmayan çocuklarla ilgili tıbbi müdahaleler konusunda onay verme yetkisi ebeveyne aittir. Her ebeveynin kendi çocuğu için en doğru kararı vereceği varsayımından hareket edilir. Ancak bu yaklaşım, her zaman doğru karar verileceği anlamına gelmez. Bazı ebeveynlerin dini, felsefi veya sosyal gerekçelerle aşı uygulamasına karşı olduğu bir gerçektir. Ebeveynin dini, felsefi veya sosyal gerekçeleri kendi bedeni için tıbbi müdahaleyi ret bağlamında bir gerekçe olabilir. Ancak ebeveynin tıbbi müdahaleyi ret hakkı, çocuğunun sağlığı ve yaşamı için kullanması meşru kabul edilebilir mi?

Ebeveynin çocuğu adına karar verirken bu hak ve yetkisini kötüye kullanabileceği ihtimalini yok sayabilir miyiz? Ebeveyn kendi adına değil çocuğu adına karar vermektedir. Ebeveynin velayet yetkisi, kamu düzeyine ilişkin bir yetki olup velayet yetkisi kullanılırken çocuğun üstün

yararının korunması temel kuraldır.

Bu noktada, çocukluk dönemi aşılarını çocuğun üstün yararı açısından ele almak gerekmektedir. Bu aşıların yapılmasında çocuğun üstün bir yararı var mıdır? Bu aşıların yapılmaması halinde yakın veya uzak gelecekte, çocuğun bedensel veya zihinsel bir hastalığa yakalanma riski nedir? Bu aşılar, çocukların sağlığı için zorunlu mudur? Bu sorular, tıp biliminin yanıt verebileceği nitelikte sorulardır. Bu konuda tıp biliminin verilerine ve değerlendirmelerine değer vermek gerekmektedir. Bu konudaki çalışmalar göstermektedir ki, çocukların aşılanması hem çocuğun kendi sağlığı hem de toplum sağlığı için gereklidir .

Aşılar, zararı yapıldığında değil yapılmadığında ortaya çıkan tıbbi müdahalelerdir. Aşılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli yönünü oluşturmaktadır. Ülkemizde düzenli aşı programları ile aşılama yüksek oranda olduğu için toplum sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir salgın gerçekleşmemektedir. Keyfiyet ebeveyne bırakıldığı ve ebeveynler de aşıları yaptırmama eğilimine girdiği takdirde, çocuğun ve toplumun sağlığı için gerekli olan korumanın sağlanamayacağı açıktır.

Çocukluk dönemi aşılarının birey ve toplum sağlığı açısından vazgeçilmezliği, ülkemizde uzun yıllardır uygulanan aşı politikaları ile deneyimlenmiştir. Ülkemiz, birçok bulaşıcı hastalığı çocukluk dönemi aşıları sayesinde ortadan kaldırmıştır. Bu başarının gölgelenmemesi, toplum sağlığı açısından bu denli önemli bir konunun bireylerin isteğine bırakılmaması gerekmektedir. Bu alandaki boşluğun, karşımıza bir toplum sağlığı sorunu olarak çıkması muhtemeldir. Bulaşıcı hastalıklar, yaşamı tehdit eden bir olgu olarak ortaya daha ağır sonuçlar çıkarabilecektir.

AYM, ebeveynin onayı olmaksızın zorunlu topuk kanı uygulamasını, birey ve toplum sağlığının korunması ve topluma getirdiği ekonomik yük gibi gerekçelerle meşru ve orantılı bir araç olarak değerlendirmiştir. AYM'nin zorunlu topuk kanı uygulamasında yer verdiği gerekçelerin her birisi aşı uygulamaları için de geçerlidir. Ancak AYM, zorunlu aşı

uygulamasında farklı bir sonuca ulaşarak yasal düzenleme eksikliğine vurgu yapmıştır.

Bu nedenlerle, tartışmaya yer vermeyecek netlikle bir yasal düzenleme ile sorunun çözümlenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, çocukluk dönemi aşılmasına ilişkin bilimsel temeli olmayan bir takım aykırı görüşlerin eğitimi önceleyen sağlık politikaları ile ortadan kaldırılması hedeflenmelidir.

V. Sonuç

Anayasa Mahkemesi'nin zorunlu aşı uygulamasına yönelik değerlendirmeleri, konuyu birçok yönüyle ele alması ve muhataplarına yol gösterici olması açısından önemlidir.

Kişinin rızası, beden bütünlüğüne yönelik müdahalelerde en önemli hukuka uygunluk sebeplerinden birisidir.

Aşılama, birey ve toplum sağlığının korunması açısından vazgeçilmez bir yöntemdir.

Ailenin, çocukluk dönemi aşılarının uygulanmasına izin vermemesi halinde, aşılamanın uygulanmasını zorunlu kılacak yasal düzenleme eksikliği bulunmaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin tespitleri bu noktada yerinde ve önemlidir.

Kanun koyucunun, bu konuyu ivedilikle ele alması ve bu alandaki boşluğu gidermesi gerekmektedir. Konu, üniversiteler, meslek örgütleri, ilgili uzmanlık dernekleri ile eşgüdüm halinde bilimsel boyutları ile ele alınmalıdır. Tartışmaya yer vermeyecek netlikte, uygulama sorunlarını gideren bir yasal düzenleme ivedilikle yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

A kkanat, Halil, "Hekimin Sorumluluğunun Hukuki Temeli", Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

-
- Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi:78 (Ed. Gürsel Çetin-Ahsen Kaya), Ekim 2012.
- Aşçıoğlu, Çetin, *Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*, Olgaç Matbaası, Ankara, 1982.
- Aşçıoğlu, Çetin, *Tıbbi Yardım Ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Tekişik Ofset, Ankara, 1993.
- Ayan, Mehmet, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumluluk*, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara, 1991.
- Çetin, Gürsel, "Hasta Hakkı Olarak Aydınlatılmış Onamın Önemi", II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, İstanbul, 22.23.09.2007, İstanbul Barosu Yayınları, 2007,
- Gökcan, Hasan Tahsin, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluk*, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014.
- Hakeri, Hakan, *Tıp Hukuku*, 9.Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2012.
- Hakeri, Hakan, "Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Şartları", *Tıp Hukuku Dergisi*, Legal Yayıncılık, Cilt:3, Sayı:6, Yıl:2014.
- Kıcalıoğlu, Mustafa, *Doktorların Ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları*, Adalet Yayınevi, Ankara, 2011.
- Savaş, Halide, *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları*, 3. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013.
- Tacir, Hamide, *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*, Oniki Levha Yayıncılık, İstanbul, 2011, s.118



İzmir Tabip Odası

1451 Sok. No: 5 Alsancak / İzmir

Tel: (0 232) 463 11 33 - Faks : (0 232) 421 70 51

E-posta : info@izmirtabip.org.tr - <http://www.izmirtabip.org.tr>