

ankara eczacı odası

B Ü L T E N İ

Cilt: 11

Mart-Nisan 1989

- **İ**laç Gerçeğine Değişik Açılardan Yaklaşım
- **S**ağlık Personeli ve Sendikalaşma
- **T**ürkiye'de Eczacılık eğitimi
- **H**istamin H₃ Reseptörleri
- **K**ardiyopulmoner Resüsitasyonda Uygulanan İlaçlar Hakkında Son Görüşler ve Acil Tıpta Kullanılan Bazı İlaçlar ve İntravenöz Solüsyonlar
- **D**oğal Maddelerin Biyolojik Açıdan Değerlendirilmesindeki Yeni Gelişmeler
- **G**enelgeler

2

**ankara
eczacı odası
bülteni**

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II Bölge
Ankara Eczacı Odası
Adına Sahibi ve Yazışmaları
Sorumlusu:
Dr. Ecz. Akın Çubukçu

Yönetim Yeri ve
Yazışma Adresi:
Konur Sokak, 13/2
Kızılay/Ankara
Tel: 125 42 96 - 125 08 07

Yayın Kurulu:
Tamer Baykara, İclal Çakıcı,
Nilgün Göger, Kadir Hatun-
oğlu, Berk İmer, Artemiz
Karabıyık, Rıza Ommatı,
Ertan Onursal, Olcay Seles,
Sevgi Yıldız.

☐ Bültendeki yazılar,
Bülten adı gösterilerek
yayınlanabilir.

☐ Yazılardaki görüşler ya-
zarlarına aittir. AEOB'ni
bağlamaz.

☐ Bülten 2750 adet basılır
ve AEO üyeleri ile yurtiçi
tüm sağlık kuruluşlarına
ücretsiz gönderilir.

Bülten, R Prodüksiyon
(Tel: 125 39 20) tarafından
hazırlanıp, Saydam Matbaa-
sında basılmıştır.
Kapak Baskı: Barok Ofset

Bu Sayıda

54 BAKIŞ

55 SOSYAL ECZACILIK

İlaç gerçeğine değişik açılardan
yaklaşım (Doç. Dr. İsmail Üstel)
Sağlık Personeli ve Sendikalaş-
ma (Dr. Ata Soyer)
Türkiye'de Eczacılık Eğitimi
(Ecz. Necla Dinler)

78 BİLİM HABERLERİ

Doğal maddelerin biyolojik
açıdan değerlendirilmesindeki
yeni gelişmeler. (Dr. Şenay
Küsmenoğlu)

80 KLİNİK FORUM

Histamin H₃ Reseptörleri
(Yrd. Doç. Gönen Deniz
Uzm. Ecz. Tayfun Uzbay)
Kardiyopulmoner resüsitasyon-
da uygulanan ilaçlar hak-
kında son görüşler ve acil tıpta
kullanılan bazı ilaçlar.
(Doç. Dr. Tahir Özışık,
Uz. Ecz. Cumhuriyet Bilgi,
Doç. Dr. Ö. Yüksel Öztürk,
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Koca-
oğlu)

98 GENELGELER

Bakış

Değerli okurlar,

Bültenimizin Mart-Nisan sayısı gecikmeyle de olsa elinize ulaşmış bulunuyor. Güncelliğini yitirmiş gibi görünse de okuduğunuzda bazı konuların zaten Ülkemizin gündeminden yıllardan beri eksik olmayan ve hiçbir zaman güncelliğini de yitirmeyen nitelikte olduğunu göreceksiniz.

Örneğin AEO Söyleşi Etkinlikleri kapsamında, yıllardan beri yazarlarına çeşitli kaynaklarda sık sık rastladığımız ve tanım yerindeyse lezzetle okuduğumuz Sayın İsmail Üstel'in "İlaç Gerçeğine Değişik Açılardan Yaklaşım" konulu söyleşisi Ankara Eczacı Odası Sosyal Tesis'i'nde yapılmış ve bültenimiz sayfaları arasında sizlere sunulmuştur. Sayın Üstel'in de konuşmasının sonunda belirttiği gibi konuya ilişkin eleştiri ve katkılarınız için bültenimiz sizleri beklemektedir.

Daha sonraki sayfalarda Sayın Necla Dinler'in oldukça ilginç geleceğini umduğumuz "Türkiye'de Eczacılık Eğitimi" konulu yazısını göreceksiniz.

Yine Bültenimizin Sosyal Eczacılık Başlığı altında yer alan Ankara Tabip Odası Genel Sekreteri Sn. Ata Soyer'in Söyleşi Etkinlikleri kapsamında yer alan "Sağlık Personeli ve Sendikalaşma" adlı söyleşisini bant kayıtlarından sizlere olduğu gibi aktarmak istedik. Ancak elde olmayan nedenlerle bandın deşifresini yapamadığımız için Bilim ve Sanat Dergisi'nin 97. sayısında yer aldığı şekliyle yayımlıyoruz. Kamu kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın, Sendikalaşma konusundaki görüş ve önerilerini Odamıza iletmelerini istiyoruz. Görüş ve önerilerin bizlere iletilmesine, Kamu kuruluşlarında çalışan Eczacıların gerekli ilgiyi göstereceklerini umuyor/bekliyoruz.

Diğer sayılarımızda olduğu gibi yine Klinik Forum ve Bilim Haberleri başlıkları altındaki yazı ve çevirilerimiz bu sayımızda da sürmekte.

Son olarak Oda Haberleri ile bültenimiz sona ermekte. Yine buluşmak umuduyla, dostlukla...

AEOB

İlaç gerçeğine değişik açılardan yaklaşım

Doç. Dr. İsmail Üstel*

Akın Çubukçu- Değerli meslektaşlar... Söyleşi programımızın dördüncüsünde Doç. Dr. İsmail Üstel ilaç gerçeğine değişik bakış açıları getirecek. Konferansı hep birlikte dinleyelim. Daha sonra sormak istediğiniz veya aydınlatulmasını istediğiniz noktaları Sayın Üstel'e soracaksınız. Bu şekilde konferansımızın daha değişik boyutlarla sonuca bağlanmasında bir katkıda bulunacağınız inancıyla sizi Sayın Üstel'le başbaşa bırakıyorum. Buyrun...

İsmail Üstel- Teşekkürler, Sayın Başkan. Ben ilaç konusunun değişik boyutlarına değinmek istiyorum. Tek bir konuyu ele alıp arıntılı biçimde irdelemek yerine, değişik başlıklara dikkati çekmenin daha yararlı olduğu inancını taşıyorum. Bu toplantı dizisi söyleşi adını taşımakta. O açıdan da sizlerin bazı şeyler kazanacağınızı umut etmenin yanı sıra kendimin de bazı şeyler, bilgiler yeni bakış açıları kazanacağım inancındayım. O bakımdan özellikle söyleşinin benim aktarmak istediğim sonraki soru-cevap ya da eleştiri ya da katkı kısmında sizlerin de işin içine girmenizi özellikle rica ediyorum.

İlaçın tanımını aslında hepimiz biliyoruz. İlaç dediğimizde tabii bu veteriner ilaç ya da bitki sağlığında kullanılan ilaçlar da olabilir ama beşeri ilaç, insan sağlığında kullanılan ilaç dediğimizde tabii bunun da bazı alt başlıkları var. Bildiğiniz gibi müstahzar, ma-

jistral, ofisinal vs. ama çok kabaca tanıımı bir kez daha yinelemek istiyorum. Çünkü son aylarda Zakkum olayında gördüğümüz gibi bu tanım konusunda bırakınız sokaktaki kişiyi meslekten olanlar arasında bile bazı düşündürücü ayrıntılar olduğunu gözledim. Benim bakış açımına göre -ki umarım bunu paylaşıyoruz- ilaç hastalıklardan korunma, bunların tanısı ve tedavisi amacıyla bu saydığım hedeflerde yarar sağladığı bilimsel yöntemlerle saptanmış olan sentetik ya da doğal kökenli maddelerin belirli standartlar uyarınca üretilmiş biçimidir. Bu tanımda iki noktanın sanıyorum çok iyi vurgulanması lazım. Bir tanesi hedeflenen amaç doğrultusundaki yararının bilimsel yöntemlerle saptanmış olması, bir diğeri de üretimin belli standartlar uyarınca sürdürülmüş olması. Sanıyorum bu iki nokta son aylardaki gözlemime göre bazı kesimlerde yeterince algılanamıyor. Bildiğiniz gibi geçtiğimiz hafta sonu meslek birliklerinin oluşturduğu bir ortak dayanışma kurulunun düzenlediği I. Sağlık Kurultayı yapıldı. Bu Sağlık Kurultayı'nda ele alınan ana başlıklardan bir tanesi de Ulusal İlaç Politikası idi. Çok doğal ki Ulusal Sağlık Politikası arıntılı biçimde belirlenmedikçe bu model içine bir Ulusal İlaç Politikası'nı oturtmak son derece güç. Ancak bir Ulusal Sağlık Politikası'nın oluşturulmasının ne kadar zaman alacağını bu ülkede bilemediğim için yine de herşeye karşın

bir ulusal ilaç politikasının ayağı yere basan bir biçimde düzenlenmesi gerektiği düşünce-sindeyim. Kurultay I. Kurultay olduğu için biraz, genel hatlarıyla konuya yaklaştı gibi geldi bana. Umarım sürekli komisyonlar oluşturulacaktır. Ya da daha sık toplantılarla konunun o soyut uçlardan hayata geçirilmesi somuta indirgenmesi gerçekleştirilebilecektir. Bir ulusal ilaç politikasının -ki bu söylediğim ulusal boyutu da aşar, uluslararası ölçekte de geçerlidir- bir ilaç politikasının sanıyorum temel hedefi bir ülkede ya da dünya ölçeğinde (ikisi de geçerli) akılcı ilaç kullanımının garanti edilmesidir, sağlanmasıdır. Burada akılcı derken rasyonel ya da ussal ya da doğru ya da bilinçli, bunların hepsinin eşanlamlı olarak bu ülkede kullanıldığını görmekteyiz. Tabii akılcı ilaç kullanımı dendiğinde de bunun 3 alt başlığı gündeme gelmekte. Birincisi; bu ilaç kullanım sürecinin etkinliği. Bir ilaç kullanıldığında gerek birey ölçeğinde gerek toplum ölçeğinde etkin olmalıdır. İkinci alt başlık olarak emniyetli, diğer bir anlatımla güvenilir olmalıdır ve çoğu zaman üzerinde yeterince durulmayan bir üçüncü alt başlık da ekonomik olmalıdır. Burada bir noktaya dikkatinizi çekmek isterim. Tabi ki ilaç ve ilaç kullanılarak tedavide ekonomiklik derken burada tedavi kalitesinden ödün vermek anlaşılmamalıdır. Tedavi kalitesi, etkinlik ve emniyet açısından birinci derecede gelir, doğru. Ancak ürüne çok yakın etkinlik ve emniyeti sağlayan alternatif tedavi şemaları arasında kesinlikle ekonomiklik de gözönünde tutulmalıdır. Bu ekonomiklik kavramı da bizi ilaçların ve ilaçların kullanıldığı tedavi sürecinin maliyet-etkinlik kavramına getirmektedir. Bunu bir terazi gibi düşünebilirsiniz. Bir kefeye tüm maliyet unsurları oturtulur, doğrudan maliyet dolaylı maliyet onun ayrıntılı analizi yapılır.

Diğer tarafa da etkinlik oturtulur. Bu etkinliğin bir kısmını rakamsal olarak ölçmek olasıdır. Bir kısmını ise daha geniş ifadelerle örneğin yaşam kalitesi gibi parayla ölçemeyeceğimiz daha soyut kavramlardan oluşturup, bu kefenin hangisinin ağır bastığı, ibrenin nereye döndüğünü değerlendirirsiniz. Ve maliyet etkinlik analizinden geçirdiğimiz zaman çok şaşırtıcı biçimde belki kutusu 30.000 TL olan bir ilaç aslında ucuz, belki kutusu 600 TL olan bir ilacın aslında pahalı olduğunu görürsünüz. Demek ki, akılcı ilaç kullanımı dendiğinde üç göstergeden hareket etmek gerekiyor. Tedavinin etkinliği, tedavinin güvenilirliği ve tedavinin kaliteden ödün vermemek koşuluyla ekonomikliği. Bu konu biraz önce de belirtmeye çalıştığım gibi aslında toplumsal ölçeğin de ötesinde uluslararası boyutta geçerlik kazanmış bakış açılarıdır, günümüzde. Çok iyi bildiğiniz gibi Dünya Sağlık Örgütü 1977 yılında bir Temel İlaçlar diye Türkçe'ye çevirebileceğimiz yaklaşımın içine girmiştir. Bu Temel İlaçların bazı noktalarda eksik, güdük, cılız kavrandığını görmekteyiz. Şu an aklınızda Temel İlaçlar kavramı ne çağırıyordu, bilemiyorum? Ancak dünyada genellikle belli sayıda ilacın seçimi aşamasından ibaret bir yaklaşım gibi görülüyor. O bakımdan Dünya Sağlık Örgütü'nün 77'de başlattığı bu çaba ki şu an üzerinden on küsur yıl geçmiştir ne yazık ki gelmesi gereken, gelmesi umulan noktada değildir. Evet, çok yol alınmıştır. Ama kavramın yanlış algılanması nedeniyle yeterince hızlı ve yaygın biçimde yürümediği gözlenmiştir. Evet, Temel İlaçlar Kavramının belki de ilk aşaması bir Temel ilaçlar listesi oluşturmaktır. Kullanılacak ilaçlara bir sınırlılık getirmektir. Doğru ama bunun ötesinde bu temel ilaçlar kavramı geliştirmekte olan ülkelerin yanısıra gelişmiş

ülkelerde de potansiyel kullanım alanları olan, akılcı ilaç kullanımına yönelik bir felsefedir. Bu felsefenin tüm boyutlarıyla yeterince algılanmadığını, konunun daha çok gelişmekte olan ülkelere yönelik ve de birinci derecede ucuz ilaç sağlanmasına yönelik bir yaklaşım olduğu gibi bir görüş belirtmiştir. Oysa bu noktada işin içinde olmak üzere akılcı ilaç kullanımının tüm boyutlarını kapsayan bir felsefedir temel ilaçlar yaklaşımı. Ama sadece bir ilaç seçimi ve liste oluşturulması ucuz ilaç sağlanması gibi bir yararlılıkla sınırlı kalacağı sanılmıştır ve günümüzde de sanılmaktadır. Tabi bu hekimlerde de bazı tedirginlik uyandırmıştır. Örneğin istediğim ilacı yazamayacağım, klinik özgürlüğüm sınırlanacak türünden hekimlerin soğuk bakmasına yol açmıştır. Araştırma, geliştirme harcamalarını olumsuz yönde etkileyeceği gibi bir savla ilaç endüstrisi tarafından biraz soğuk karşılanmıştır. Bütün bunların ötesinde belki Dünya Sağlık Örgütü'nün yapısı da bu felsefenin yaygın biçimde, gürbüz biçimde gelişmesini sağlamaktan uzak kalmıştır, niçin? Çünkü Dünya Sağlık Örgütü bildiğiniz gibi, kendi başına bir örgüt gibi görünmekte ise de aslında politikaları, öncelikleri, yaklaşımlarını oldukça farklılık gösteren 150 kadar ülkenin oluşturduğu bir örgüttür. O da çok ilginç bir noktaya dikkatinizi çekmek isterim. Dünya Sağlık Örgütü'nün toplam bütçesinin yarısından fazlasını 6 ülke sağlamaktadır. Bu ülkeler, ABD, Büyük Britanya yani (İngiltere, İskoçya, İrlanda, Galler grubu), Fransa, Almanya, İtalya ve Japonya'dır. Ne ilginçtir ki bu 6 ülke aynı zamanda dünya ilaç ticaretinin dörtte üçünü ellerinde tutmaktadır. O bakımdan yalnızca temel ilaçlar felsefesinin yaygınlaşarak, şu anki durumun yarattığı karların riske girmesi gibi bir

yaklaşım bir endişe nedeniyle bu, dünyanın bugünkü ilaç ticaretinin kaymağını yiyen 6 ülke ki aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü bütçesinin yarısından fazlasını sağlayan bu 6 ülke de -sanıyorum elinde bilimsel veriler yok. Daha kesin bir dil kullanacağım sanıyorum temel ilaçlar felsefesinin gereğince yaygınlaşmasında bir tür fren ya da bir tür gönülsüzlük, bir tür isteksizlik unsuru olarak karşımıza çıkıyor olabilir. Tabi bir Ulusal İlaç Politikası oluşturulurken biraz önce de söylediğim gibi aslında bir Ulusal Sağlık Politikasının daha önceden oturtulmuş olması gerekir ki, öncelikler nelerdir, gereksinimler nelerdir, kaynaklar nelerdir? Kaynak derken finansal kaynak da olabilir, personelin niceliği ve niteliği olabilir, zaman yine kaynaktır. Bunların hepsinin bir sağlık ekonomisi mantığı içinde -ki Amerika'yı yeniden keşfetmeye gerek yok- bu sağlık ekonomisi belli matematik, bilimsel yaklaşımlarla sonuca giden belli aşamaları bulunan bir planlama türüdür. Bunların hepsinin Ulusal ölçekte ve bölgelere özgü gereksinimler ve kaynak farklılığı da gözönüne alınarak irdelenmesi gerekmektedir. Ama Türkiye'de bugün bir ulusal ilaç politikasından bahsedilebilir mi? Onu yorumunuza bırakıyorum. Belki de soru-cevap kısmında daha açık olarak ele alabiliriz bu yaklaşımı. İlacın temel özelliklerini hepiniz çok iyi biliyorsunuz. Örneğin talep elastikiyeti sıfıra yakındır, demekteyiz. Yani bir ilacın fiyatının artması ilaca duyulan talep miktarını olumsuz yönde etkilememektedir. İlacın fiyatı ne kadar artarsa artsın ilaca olan talep hemen hemen değişmemektedir. Çünkü ilaç bildiğiniz gibi hayati diyebileceğimiz yerine konulamaz bir metadır. Yine ilacın başka bir özelliğinin tüketicinin doğrudan doğruya en az bilgisi olan bir kalem olduğunu çok iyi bil-

mekteyiz. Bugün bir ayakkabı konusunda veya bir kumaş konusunda bireysel deneyiminizden de yola çıkarak alış-verişinizi kendi kendinize yönlendirebilmektesiniz, ama ilaç konusunda hekim ve eczacı dediğimiz ara yüzeylerin devreye girmesi zorunlu olmaktadır. Yine ilaca özgü diğer metadan ayrıran önemli bir özellik de pazarının genişliği ve hazırlığıdır. Genişlik ve hazırlık derken şunu kastediyorum. İlaç söz konusu olduğunda tüketici halk arasındaki deyimle beşikten mezara kadar herkes, her yaş grubu, tabii değişik oranlarda ve değişik olmakla birlikte ilaç tüketicisidir. Ve pazar hazır. Pazarı yaratmanıza gerek yoktur. Pazarlama taktiklerinde olmayan pazarı yaratma diye bir yaklaşım söz konusudur. Ama ilaçta buna gerek yok, zaten pazar ordadır. Yaratmanıza gerek yoktur. Zaten orda sizin talebiniz durmaktadır. Dünya ölçeğinde ilaca ilişkin bir iki sayısal değer vermek istiyorum. Akılınızda çok daha somut biçimde canlanması açısından. Dünyadaki ilaç tüketimi, dünya ölçeğindeki ilaç tüketimi bir yılda 100 milyar Amerikan Doları değerindedir. Bunu yaklaşık 2000 ile çarparsanız Türk Lirası cinsinden bir değer varabileceksiniz. Bu yılda 100 milyar dolarlık tüketimin 3. Dünya ülkelerine düşen payı yalnızca %15-20 olmaktadır. İlginç olan nokta şudur ki, 3. Dünya dediğimiz grupta dünya nüfusunun dörtte üçü yaşamaktadır. Demek ki bir dünya bölgesi düşününüz ki nüfusun dörtte üçünü barındırmalıdır ve sağlık koşullarının da gelişmiş ülkelere kıyasla daha iyi söylemek pek güçtür. Bütün bunlara karşın dünya ilaç tüketiminin ancak %15-20'si bu ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu da tabii satınalma gücünün göreceli düşüklüğünden kaynaklanmaktadır. Ve buna paralel olarak başka bir veri Uluslararası Farmasötik Endüstri yani Dünya İlaç

Üreticileri, 1980 yılına bir değer (sayı) veriyorum araştırma geliştirme harcamalarının (bir yıldaki araştırma geliştirme harcamalarının) yalnızca %1'ini fakir dünya hastalığı denen gruplardaki tedavide kullanılacak ilaçlara ayırmışlardır. Yalnızca %1'ini. Ve bu grup ülkelere özgü diyebileceğimiz hastalıkların yaklaşık yarıdan fazlası için günümüzde henüz bir ilaç bulunmamıştır. Çünkü bunlara yönelik bir araştırma, geliştirme yeterli düzeyde değildir. Bu ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamasında payı da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık göstermekte. Gelişmiş ülkelerde %10-15 kadarı sağlık harcamalarının %10-15 kadarı ilaç gideridir. Gelişmekte olan diye adlandırabileceğimiz grupta ise bu oran %50 ye kadar çıkabilmektedir. Tabii bunlar göreceli değerlerdir. Mutlak değer olarak bakacak olursanız gelişmiş ülkelerdeki çok daha yüksektir, doğru. Ama göreceli değer olarak baktığınızda gelişmiş ülkenin sağlık bütçesinde %10-15 pay alan ilaç, gelişmekte olan ülkede %50'nin üzerine çıkabilmektedir. Türkiye ile ilgili çok sağlıklı bir veri elimde yok. Yalnız %60-65'leri bulabildiği söylenmektedir. Sağlık bütçesinin demek ki üçte ikisi hemen hemen ilaç tüketimine ayrılmakta Türkiye'de. Peki Türk İlaç Endüstrisinin ve de buna Türk demeyelim isterseniz kapitalist sistemler için geçerli olan kapitalist ekonomilerin bulunduğu ülkelerdeki ilaç hatta ilaç dışı bazı diğer sektörlerde de söz konusu olan bir yapı var. Acaba bu ekonomik yapı nedir? Arasında türlü ilaç endüstrisinin de bulunduğu dediğim gibi dünyadaki tüm kapitalist sistemlerde ilaç dışı bazı sektörlerde de ilişkin olan yapı eksik, bazı ekonomi kitaplarında ki adıyla Aksak rekabet piyasasıdır. Eksik ya da Aksak eşanlamları kullanılmaktadır. Eksik ya da Aksak rekabet piyasası denildiğinde

işin içine saf kristalize tekeli yani eğer satıcı tekeli ise monopol, alıcı tekeli ise monokson bunun yanı sıra tekeli rekabet ve de oligopol dediğimiz mal farklılaştırılmasının söz konusu olduğu bir piyasasıdır. Bir tek kristalize saf tekeli değildir. Fakat yine de piyasanın arslan payını belirli sayıda firma paylaşmaktadır. Ve bu arada da mal farklılaştırma çok belirgin biçimde karşımıza çıkmaktadır. Bu mal farklılaştırması ilaç konusunda özellikle marka ile sağlanmaktadır. Aynı etken maddedir. Aynı miktardır, aynı farmasötik biçimdir, ancak A markasıdır, B markasıdır, C markasıdır vs. Bu marka ekonomik dilde mal farklılaştırması demektir. Sektördeki firmaları ilaç endüstrisindeki firmaları çok yakın ikameleri bulunan bir malın tekeli gibi düşünebiliriz. İkame, yerine koyma örneğin Sana margarinini yerine Rama'yı ikame edebilirsiniz. Onun gibi ilaç endüstrisinde de A markası yerine aynı etken maddeyi aynı miktarda içeren B markasını ikame edebilirsiniz. O bakımdan tekrar söylüyorum. Çok yakın ikameleri bulunan bir malın tekeli gibi davranmaktadır oligopol piyasasındaki firmalar. Peki bu tür bir piyasada eksik yani aksak rekabet piyasasında rekabet fiyata yansır mı? Yine çok iyi bileceğiniz gibi en son fiyat kararnamesinin gerekçeleri arasında rekabeti kızıştırmak ve bu yolla fiyat artışlarını dizginlemek ya da önlemekten söz edildi. Bir oligopol piyasasında daha geniş anlamda bir eksik ya da aksak rekabet piyasasında fiyata yansımaları beklemek ya ekonomi bilmemektir ya bilmeyenleri kovdurmaktır. Çünkü rekabet vardır, kesinlikle vardır. Çünkü saf tekeli değildir. Ama bu rekabet kesinlikle ve kesinlikle fiyatlara, tüketiciye ulaşan fiyatlara yansımamaktadır. Bu bir ekonomik gerçektir. Nasıl ki Ecza derslerinden bazı farmasö-

tik, teknolojik gerçekleri biliyorsunuz, bu da ekonominin bir gerçeğinden ibarettir. Rekabet nasıl yapılmaktadır. Dediğim gibi mal farklılaştırması bir rekabet türüdür. Devamlı yeni markalar, türetilmektedir. Promosyon diye bir başlık altında toplayabileceğimiz reklam, satış artırıcı çabalar, bunlar yine bir rekabet unsuru olarak devreye girmektedir. Bir firma imajı yine bu da markayla çok yakından ilişkili firma imajı bir rekabet unsuru olarak devreye girmektedir. Ve dağıtım kanallarına konu ilaç olunca, dağıtım kanalları ecza depoları ve eczaneler dağıtım kanallarına yönelik çeşitli kolaylıklar, iskontolar, mal fazlaları, kampanyalar bunlar da bir rekabet unsuru olarak devrededir. Fakat bütün bu saydıklarımın hiçbirini ve hiçbirini tüketiciye yansıyan fiyatın düşmesi yönünde bir etki göstermez. Çünkü bu ekonomik ve bilimsel verilere aykırı ve hiç de gerçekleşmeyen bir beklentidir. Zaten ülkemizde saf kristalize tekeli değilse bile oligopol piyasasında belli sayıda firmanın arslan payını aldığını söylemişim. Şimdi buna ilişkin Dünya ve Türkiye'ye ilişkin bazı verilerden söz etmek istiyorum. 1974 yılına ait bir veri aktarmaya çalışacağım. İlk 10 firmanın pazar payı %28'dir. İlk 30 firmada bu pay %52'ye çıkmaktadır. Dünya ölçeğinde konuşuyorum. Türk İlaç Endüstrisinde 87 yılı itibarı ile ilk 20 firmanın pazar payı %85,5 bulmaktadır. İlk 2 yerli firma Türkiye'de %19,3 pazar payına sahiptir. İlk 6 yabancı firmanın pazar payı ise %35'tir. Bu söylediklerim global yani ilaç endüstrisinin tamamı ve üretilen ilaçların tamamı bir kefedede tartıldığında ortaya çıkan yoğunlaşmadır. Bu yoğunlaşma aslında pazar payının belli ellerde toplanması. Eğer tüm ilaçları bir kefedede tarttırmamızda farmakolojik grup bazında konuyu irdelersek daha çarpıcı sonuçlara varmaktayız. Şöyle

tek tek farmako-lojik gruplar bazında incelendiğinde farmakolojik gruba göre ilk birinci firmanın pazar payı %16 ile %72 arasında değişebilmektedir. Tek farmakolojik grup bazında bir firma-nın payı %16 ile %72'lik 4 firmada ise bu %54 ile %95 arasındadır. Dikkat ederseniz artık oligopolden de çıkmakta farmakolojik grup bazında incelendiğinde saf tekele monopole çok yaklaşan noktalarda gezmektedir. Türkiye'de bakacak olursak 1979 yılı için bu verdiğim rakamlar en üstteki 4 firma için konuşuyorum. Diüretiklerde bu 4 firmanın pazar payı %92, antidepresanlarda %97, vitaminlerde %97, penisilinlerde %82, oral kontraseptiflerde 100. Demek ki, farmakolojik grup bazında irdelediğimizde piyasanın yoğunlaşma diye adlandırılan özelliği çok daha çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır. O ba-kımdan firmaları endüstriyi bir genel olarak bir kefedede tartmak yerine tek tek farmakolojik gruplara girip irdelemek çok daha öğretici olmaktadır. Araştırma-geliştirme çabaları konusunda bir iki şey daha söylemek istiyorum. Konuşmamın başında söylemişim. Geri kalmış ülkelere özgü hastalıkların teda-visine yönelik araştırma-geliştirme payı %1 dolayında seyretmektedir. Peki ilaç endüstrisinin bu araştırma-geliştirme çabalarının verimliliği nedir? O konuya ilişkin birkaç ülkeden bilgi vermek istiyorum. Örneğin Fransa'da her yıl piyasaya ortalama 250 do-layında ilaç sunulmaktadır. Bu 250 ilaştan 200 kadarı bilinen molekülle-rin yeni kombinasyonları 25 kadarı bilinen bir etken maddenin yeni bir formülasyonu-dur. Yalnızca 25 kadarı diğer anlatımla %10 gerçekten yeni bir moleküldür. ABD'de bili-yorsunuz FDA Gıda ve İlaç İdaresi bu konu-lara bakmaktadır ve doğrudan doğruya FDA'nın kendi ülkesi ile ilgili bir yorumuna göre ABD'de her yıl piyasaya yeni sürülen ilaçla-

rın yalnızca %5'i önemli bir tedavi katkısı sağlamaktadır. Türkiye ile ilgili bir verimiz de var. Sayın Kırım'ın çalışmasından alın-mıştır. 76-83 döneminde Türkiye'de piyasa-ya yeni olarak sürülen ürünlerin yalnızca %36'sı yani üçte biri gerçekten yeni bir moleküldür. Buna karşılık %57'si taklit ya da tekrar niteliğindedir. %7'si ise bilinen mad-delerin yeni kombinasyonudur. Burda yalnız ilginç bir ayrım var. Gerçekten yeni olan moleküllerin üçte ikisi yabancı ilaç endüstri-si tarafından Türkiye'de sunulmuştur. Buna karşılık taklit, tekrar niteliğinde olanların üçte ikisi ise yerli firmalarca piyasaya veril-miştir. O zaman görüyoruz ki araştırma-ge-liştirme denen çabalar aslında insanlığa çok böyle büyük bir katkıda bulunmanın yanı-sıra firmaların bazı ticari gayelerine de hizmet etmekte, yani araştırmadan çok belki de ge-liştirme denen eskiden bilinenlerin biraz da-ha yeni biçimde sunulması ya da molekülde çok ufak bazı değişikliklerle üzerine gidili-yorsa, bunun firmaya yararı ne? Niçin bu yo-la gidiyor? Bu sorunun yanıtını bize ekono-mide çok iyi bilinen bir kavram getirecektir. İlacın hayat eğrisi. Aslında hayat eğrisi kav-ramı düşünebileceğiniz tüm mal ve hizmet-ler için geçerlidir. Hayat eğrisi kavramını çok basit bir tepe olarak düşünebilirsiniz. Her mal ve hizmet bu çok basit bir sanı gibi de düşünebileceğiniz örneği yaşar. Bunun aşamaları vardır. Birincisi piyasaya sürül-me. Mal veya hizmetin piyasaya ilk sunul-ma aşaması. Daha sonra büyüme, burda pa-zar payı gittikçe büyümektedir. Belli bir ol-gunluk, üçüncü aşamayı sağlamaktadır. Da-ha sonra doyma, pazar payı artık doymakta-dır, sonra da düşme. Düşme artık modasının geçmesi gibi düşünebilirsiniz ki bu söyle-diğim beşli hayat eğrisini ilaç da yaşamak-tadır. O zaman geliştirme çabaları dediğim

gibi bugün yeni formülasyon, molekülde çok ufak bir değişiklik yani bizim ilk anda çağrıştırdığı bir biçimde bir yenilik değil de ufak tefek rötuşlar, makyaj tazeleme bu yola niçin gidilmektedir? Şunun için gidilmektedir. Her bir tazelenen madde hayat eğrisini yeni baştan yaşamaktadır. Tazelenmediği takdirde belli bir noktada artık düşüşe geçip ölecektir, bir anlamda. O noktada tekrar yaşamına başlamaktadır. Peki bu yaşam eğrisinin bir tür döngüye dönmesinin firmalar açısından önemi nedir? Önemi şudur: Yine mikro ekonomik olarak bilimsel bir veridir ki, birim karlılık, birim karlılık bu birinci yani piyasaya sürülme döneminin ikinci yarısında artmaya başlamakta. Büyüme döneminde hızla artarak büyüme döneminin sonunda doruk, tepe noktaya varmaktadır. O bakımdan molekülde gerçek bir yenilik yapılmasa bile her makyaj tazeleme, tekrar birim karlılığın maksimum olduğu evrelere tekrar dönmesini sağlayacaktır. Böylece çok düşük bir geliştirme girdisiyle aynen büyük bir araştırma girdisiyle bulunan gerçek bir yenilik kadar, birim karlılık sağlanabilecektir. Bu hayat eğrisi denen mikro-ekonomik gerçek nedeniyle. Ta ki bu hayat eğrisi dediğimiz kavramı yerleştirmek özellikle bir oligopol piyasasında yerleştirmek, satış artırıcı çabalar, tanıtım, reklam genel anlamıyla promasyon dediğimiz olayı şiddetle gündeme getirmektedir. Firmalar rekabette, fiyata yansıtılmamak koşuluyla satış artırıcı çabalarda son derece sert hareket etmektedirler birbirlerine karşı. Promasyon giderleri satışların yüzdesi cinsinden ABD, Batı Almanya ve İtalya'da %22 dolayındadır. Yani satışın %22'si satış artırıcı çabalara dönük harcanmaktadır. Bu oran İsveç, Hindistan'da %18 dolayında, Fransa'da %17, B. Britanya'da %15 dolayındadır. Türkiye'de ise 77 yılında

bunun %16 olduğu hesaplanmıştır. Yalnız aynen yoğunlaşma olayındaki gibi bir noktaya dikkatinizi çekmek isterim. Bu verdiğim oranlar tüm ilaçlar ve ilacın hayat eğrisinin tüm evreleri gözönüne alındığında global ortalamalardır. Oysa hayat eğrisinin özellikle birinci yani piyasaya sunma döneminde satış artırıcı çabalar çok daha önem taşımaktadır. Çünkü yepyeni bir şeyin hayatı başlıyor. Piyasaya onu oturtmak gerekiyor. O bakımdan bu hayat eğrisinin ilk aşaması gözönüne alındığında promasyon satış artırıcı çaba giderlerinin toplam ciroya oranı çok daha yüksek bir noktaya varmakta, hatta toplam satışı geçebilmektedir. Yine Türkiye'den örnek vereceğim; ortalama %16 olduğunu söylemişim. Ancak bir ilacın piyasaya sunulduğu ilk yılda promasyon giderlerinin satışların yüzdesi cinsinden %154'e ulaştığı gözlenmiştir. Yani 100 liralık satış için

154 liralık satış artırıcı çaba yapılmıştır. Ama bu tabi birinci dönem için sözkonusudur. Hayat eğrisintamamı düşünüldüğünde bu ilk baştaki fazladan ödemeyi kat kat geri vermektedir bu ürün. O bakımdan promasyon giderlerinde de genel global ortalamalar yarıltıcı oranda düşük olabilir. Önemli olan bu hayat eğrisinin birinci aşamasında özellikle bazen satış giderlerini %100'ü aşan promasyon giderleri yakalayabilmektir. Bu promasyon ne şekilde yapılıyor. Tabi birçok yolu var. Propagandistler (bu firma temsilcisi, çantacı diye, meslek arasında adı geçen propagandistler bu konuda oldukça etkinler) bunun yanısıra çeşitli bilimsel dergilerde reklamlar sözkonusu olabilmektedir. Bunun yanısıra bazı ülkelerde reçetesiz satılan ilaçlar için doğrudan televizyon reklamları sözkonusu olabilmektedir. Bunların etkinliği konusunda bir iki sayısal değeri aktarmak istiyorum. Bugün ABD'nin en saygın ve en

yaygın okunan bilim dergileri olarak tıp bilim dergileri olarak Jawa diye bilinen Journal or American Medical Association ve Journal Medicine üzerinde 72,77 ve 82 yıllarında bir araştırma yapılmış. Her 3 yılda da en önde gelen 5 firma arasında Roche ve Pfizer bulunmakta. 82 yılında reklamların %70'i santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem ilaçlarına ilişkin. Ve belki de en çarpıcı bulgu şu reklamı yapılan ilaçların beşte dördü yani yaklaşık %80'i o yıl için o ülkede tüketilen ilk 200 ilaç arasında yer almakta. Bilimsel dergilerde reklamı yapılanların %80'i o yıl başında o ülkede en çok tüketilen 200 ilaç listesine girebilmekte. Bazı ülkelerde örneğin ABD'de reçetesiz satılan ilaca ilaçların televizyonda reklamının yapılabilirdiğini söylemiştim. 1973 yılına alit bir veri ABD'deki reklam spotlarının, televizyondaki ilişkin. Yani her 8 spottan biri ilaç konusunda. Bu açıdan televizyon mediasını en sık kullanan ilk 5 firmadan 4'ü ilaç üreticisi. Bu arada önemli bir nokta. ABD'de televizyon mediası tüketicinin en güvenilir bulduğu medianın yorumu. Söz konusu reklamların %80'inin ilaç kullanımını teşvik edici ve gelişigüzel kullanımına yönlendirici nitelikte olduğunu ortaya koymakta. Televizyon reklamlarında risk unsuruna hiç yer verilmemesi tüketicinin prospektüste yer alan risk bilgilerini de önemsememesine yol açmakta. Madem ki en güvenilir media olan televizyonda, risklerden söz edilmiyor. O zaman kutuda yazan da o kadar anlamlı değil noktasına gelmekte tüketici. Promasyonda propagandistlerin çok önemli rol oynadığını söylemiştim. Büyük Britanya'da yapılan bir araştırmaya göre hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarını etkileyen ilaç bilgisi kaynaklarında birinci sırada propagandistler gelmektedir. %29 ABD'de biraz eski bir veri. 56 yılına ait

Yine birinci sırada propagandistler gelmektedir. %46. Ve burada propagandistlere ilişkin başka bir sayı daha aktarmak istiyorum. Büyük Britanya'da propagandist hekim oranı bire ondur, yani 1 propagandist 10 hekimle ilgilenmektedir. ABD'de de bu oran 1'e 10'dur. Meksika ve Brezilya'da bu oran 1'e 3'tür. Bir propagandist 3 hekimin marke etmektedir. Piyasada yalnızca 1000 müstah-zarın bulunduğu Norveç'de 1 propagandist 32 hekime hizmet vermektedir. O bakımdan hekimleri daha uzaktan marke edebilmektedir. Türkiye'ye ilişkin bir veri elimizde yok. Ama gelişmiş ülkelerde hekimlerin daha gevşek marke edildiğini, gelişmekte olan ülkelere daha yakından marke edildiğini görmekteyiz. Konuşmamın bazı diğer noktalarında da söyledim, dikkat ederseniz dünyaya ilişkin verilere ulaşabiliyoruz. Ama konu Türkiye olunca ne yazık ki elimde veri yok diyorum. Belki de bizim meslektaşlar eczacı, hekim, tüm sağlıkçılar olarak en büyük açığımız, kapatmamız gereken en önemli nokta Türkiye'ye ilişkin bilimsel verilere ulaşamamız, bu verileri yaratamamamız. Hepimizin mutlaka çok değerli gözlemleri var. Ama ortaya akılcı bir mücadele koymak istiyorsak, gözlemlerin ötesinde bilimsel verilerden hareket etmek zorundayız. O bakımdan o çok kıymetli gözlemlerimizi birer sondaj kabul edip, o gözlemlerin işaret ettiği noktalarda bilimsel çalışmalar yürütmekle yükümlüüz. Ve hepimizin bildiği gibi bilimsel çalışmalar sadece üniversite kürsüleri demek değildir. Bugün bir serbest eczacı meslektaşımız bir hastane eczacısı meslektaşımız diğer bazı kuruluşlarda çalışan diğer alanlarda çalışan meslektaşlarımız ecza, tıp ve benzeri sağlık kuruluşlarının fakültelerinde okuyan öğrencilerimiz yarının meslektaşları, bilimsel çalışma rahatlıkla yapabilirler. Bilimsel

lik çok garip yöntemler de-mek değildir. Aksine bu berrak en kristal uygulanabilecek yöntem demektir. O bakımdan meslektaşlarımızın tüm sağlıkçıların öğrenciler dahil ilk ve en acil görevi Türkiye'de bu ülkede soruna ilişkin verileri bilimsel, sayısal saptamak olmalıdır. Ben tüm çalışmalarında bu noktada kendimi en zayıf görüyorum. Öyleyse Guatemalayı rakamsal olarak iyi kötü bilirken, Türkiye'de gözlemden öteye geçememek beni utandırıyor. Bu duygu biraz paylaşıyor, inancındayım. Tanıtımdan söz ettim, tanıtıma ayrılan paydan bahsettim. Bunun için de reklamdan ve bunun için de propagandistten bahsettim. Yine tanıtımla ilgili, firmaların etik yani ahlaksal yaklaşım konusunda bir veri vermek istiyorum. Araştırma 1974 yılında yapılmış. Bu merkezinki 74'den bugüne kadar geçen sürede firmaların bu etik ahlak yönünden biraz daha rapta rapta girdiğini de gözlemiş bulunuyoruz. O bakımdan bu 74'deki veri belki bugün araştırma tekrarlanırsa aynı derecede çarpıcı olmayabilir. Onu önceden aktarayım. İki grup ülke alınmış. Biri ABD diğeri de Orta ve Güney Amerika'nın bazı ülkeleri. Çok uluslu ilaç firmaların bu iki grupta yani ABD'de ve Orta ve Güney Amerika'da pazarladığı aynı marka ilaçlar incelenmiş, prospektüs düzeyinde ABD istenmeyen etkiler ayrıntılı biçimde verilirken Orta ve Güney Amerika'da aynı firmanın aynı adı taşıyan müstahzarının prospektüsünde bunlara nadiren beğeni ile yaklaşıldığı görülmüştür. ABD'de yalnızca bilimsel kanıtlanmış indikasyonlara yer verilirken Orta ve Güney Amerika ülkelerinde indikasyonlarının abartıldığı, şişirildiği gözlenmiştir. ABD kontrendikasyonlar kullanımdan kaçınılması gereken durumlar, alınması gereken önlemler açıkça belirtilirken Orta ve Güney Amerika'da aynı firmanın

aynı adı taşıyan müstahzarının prospektüsünde bunlara hiç yer verilmediği ya da elden geldiğince maskelenmeye çalışıldığı gözlenmiştir. Yalnız tekrar söylüyorum bu 74 araştırmasıdır ve 74'den günümüze geçen sürede Uluslararası İlaç Endüstrisi'nin bu tür gerek prospektüs gerek propagandist etkisi, gerek satış artırıcı bu çabaların diğer kanalları etik yönden biraz daha ciddileştiğini de yine literatürden gözliyoruz. O bakımdan abartılı bir suçlamayla da yaklaşmak istemiyorum. Sa-dece 74'de konu nasıldı, onu aktarıyorum. Yine ilginç bir örnek. Aynı firmanın aynı adı taşıyan ilacın Büyük Britanya'da tanıtılırken olası bir yan etki biçiminde kilo almadan yani bu ilacı kullanırsanız kilo aldırır diye küçük puntolarla bahsediliyor. Aynı firmanın aynı adı taşıyan müstahzarı Pakistan'da ana tema olarak en yeni ve en etkin iştah açıcı ilaç olarak pazarlanıyor. Türkiye'de de belki ilaç tanıtımında insidansını yani görülme sıklığını bilemiyorum ama, bazı problemler olabiliyor. Örneğin İzmir Eczacı Odası'nın bir yayınında antibiyotığın Avrupa'daki %63 olan başarı oranının Türkiye'deki çevirisinde %81 olarak(belki bir baskı hatası olarak) çıktığı gösterilmekte. Yalnız bunların görülme sıklığını bilemiyorum, o bakımdan ilaç endüstrimizde bu oran %100 müdür, %1 midir suçlamak ya da gereksiz yere kollamak istemiyorum. Yine aynı nedenle verilerden yoksunum. İlaç fiyatları biliyorsunuz Türkiye'de konunun belki de en sıcak alanı. İlaç fiyatları yüksek, ilaç fiyatları düşük. İlaçlar zam aldı almadı. Cumhuriyet Dönemi'nde ilaç fiyatlarına ilişkin Devlet Denetimi konusunda çeşitli yaklaşımlarda bulunuldu, çeşitli kararnameler çıktı. Bunların sisteme en sonuncusu 84 yılında çıkmış olandır. Bildiğimiz gibi daha önceki bazı eleştiriler yöneltilmişti. Örneğin, hammad-

denin belirli kaynaktan alıma zorlanmasının ekonomik gerçeklerle bağdaşmadığı, benzer ilaçlara en düşüğünün fiyatının verilmesinin yine firmalar arasındaki değişik fiyatlandırma ve işletme prensiplerine uygun olmadığı. Ben bunları dediğim gibi belki de söyleşi kısmında tartışmak istiyorum. Onun için tartışmasına şu an ayrıntılı girmeyeceğim. Yalnız şunu aktarmak isterim. Bu Ankara Eczacı Odasının bülteninde de yayınlanmış bir araştırmadır, Türkiye'de 84-86 döneminde tüm ilaçlar ele alındığında belli bir zam oranı yaşanmıştır. Bunun içinden lokomotif ya da tabanca ya da en çok tüketilen grup ele alındığında zam oranının çok daha yüksek oranda gerçekleştiği gözlenmiştir. Örneğin en çok tüketilen ve de eşdeğeri tabi Sayın Ağabeyoğlu burada eşdeğer derken kimyasal eşdeğeri bulunmayanlarda fiyatlar %95 oranında arttığı gözlenmiştir. Bu grubun üçte birinde %100'e varan oranda da artış görülmüştür. Oysa hiç zam almayan oran %5'tir. Burdan şu noktaya gelmek istiyorum. Aynen diğer bir iki noktada olduğu gibi, endüstrinin ürettiği tüm sunuş biçimlerini ele alırsak 3000 dolayında kalemin bir kefedeye tartıp ortalama bu kadar zam almıştır demek yanıltıcı. Endüstri tüketimi çok olmayan ilaçlarda belki de yıllardır hiç zam almıyor.

Çünkü o ilaçtan zam alıp almaması derdi değil. Ama en çok tüketilen birkaç ilacına belki de ortalamanın birkaç katına varan oranda yükleniyor. Çünkü onun beklediği kar kotasını sağlayan 3-4 ilaç var. Düşünün ki kızığınızı 20 köpek koşuyorsunuz, ama bu 20 köpeğin 5 tanesi çok iyi koşuyor. O zaman onların üzerine eğilirsiniz, onları eğitirsiniz, yemeğin iyisini onlara verirsiniz, diğer köpekler koşsa da olur koşmasa da. Çünkü kızığın hızını sağlayan o 4-5 köpek.

Mantık. Piyasada her firmanın yüzünü güldüren o firmanın belli sayıda kalemi var. Bu kalemlerde genel ortalamanın çok üzerinde bir zam oranı gerçekleşiyor. Ama hiç derdi olmayan çok az tüketim sayı olarak belki diğerlerinin birkaç katı ilaçta ben ne kadar zam alacağım hiç derdi değil. Onun için %200 zam alanlar %5 zam alanı aynı kefeye koyup zam oranı ortalama bu kadardır diyor. Bu istatistik olarak doğru, ama mantık olarak bir aldatmaca o bakımdan verilen sayıların güvenirliliğini çıkış noktasını çok iyi irdelemek gerekir. Ben öğrenciyken istatistik dersinde hocamın verdiği bir örneği hiç unutmuyorum. Çok benzeştiği için burada size aktarmak isterim. Ocaktan Aralığa kadar bir kıyı şeridindeki şehirde dondurma tüketim rakamlarını alın. Ocakta belki sıfırdır. İşte Temmuz Ağustosta yüksektir. Aralıkta yine sıfır olabilir. Yine aynı kıyı kentinde, Ocaktan Aralığa kadar denizde boğulmaları alın sayısal olarak ve istatistik tekniklerini kullanarak bunların aralarında son derece güçlü bir ilişki olduğunu söyleyebilirsiniz. Diyebilirsiniz ki, denizde boğulma ve dondurma tüketimi arasında son derece güçlü bir bağ vardır. Hakikaten tüm bilgisayar paket programlarında kullanılan bu güçlü bağı size verir. Ama mantık doğru mudur? Aslında ikisi de başka bir değişkenin bağımlı değişkenleridir. Aynı mantık burda da geçerli. Her sayının nasıl yaratıldığını hangi alt noktalardan hareketle geliştirildiğini ve ne amaca hizmet için oraya konduğunu iyi bilmeniz gerekir. Biraz önce Norveç'te yalnızca 1000 müstahzar olduğunu söylemiştim. Türk İlaç Endüstrisi'nin yayınlarında en son 100 soru 100 yanıt pardon 101 soru 101 yanıt var, biliyorsunuz. Bu arada antiparantez söyleyeyim. Ben çok kısıtlı sayıda kişinin katıldığı akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması

için eczacı ve hekimler grubu denen bir grubun üyesiyim. Ve grubumuz ses çağrışımından da yararlanarak buna karşı aynı renk, aynı kapak hemen hemen aynı amblemle basılacak 11 soru 11 yanıt diye bir yapıt üzerinde çalışmaktadır. Şu an orada binlerce müstahzar olan ülke örnekleri verilmiş. Ama nedense Norveç unutulmuş. Yani eğer bilimsel yaklaşacaksa doğruları da eğrileri de bilimsel koymak zorundayız. Ama belli bir taraflı, belli bir imajı pompalamak için bilim araçlarını kullanacaksa, kullandığımız araçlar ne kadar bilimsel olursa olsun, orada bir aldatmaca ve yutturmaca vardır ve bu oyuna gelip gelmemekte bizim sorumluluğumuzdur, oyunu yapanın değil. Hepiniz kağıt oyunlarının bir kısmını bilirsiniz. Hiç kimse kağıt oyununda kaybedince karşıya kızmamalı, kendine kızmalı. Aynı nokta; burda da büyük bir kağıt oyunu oynanıyor. Kaybediyorsak, hem de farkına varmadan kaybediyorsak kendimize kızalım. Oyunu daha iyi oynayalım, değil! İlaç fiyatları acaba nasıl olur da engellenebilir. Artışlar, tabi çok radikal çözüm önerileriniz olabilir, bu ekonomik sistem değişsin diyenlerimiz olabilir. Ancak yine ekleyeyim, beynimizle düşünmek durumundayız, yüreğimizle düşünürsek pek bir yere varacağımız inancında değilim. Türkiye'nin bugünkü konumunu ve önümüzdeki birkaç on yıldaki perspektifini görebildiğim kadarıyla Türkiye'de ekonomik düzen temelden değişsin türü bir yaklaşım gönüllüğümüzü ne kadar titretirse titretsin bence gerçekleşecek gibi görünmüyor. Belki bu benim kişisel bir yanılgım, bilemiyorum. O bakımdan eğer ilaç fiyatlarının frenlenmesi dizginlenmesi yönünde birşey yapılacaksa bunun bugünkü ekonomik sistem veri kabul edilerek yapılması gerektiği düşüncesindeyim. Burada da yıllardır yaklaştı-

ğımız bazı slogansal beklentilerin ötesinde yeni stratajiler oluşturmak, yeni fikirleri üretmek durumundayız. Örneğin ABD'de 20.000 dolayında yanılmıyorsa müstahzar var. Ama ABD'nin hastanelerinde, özel hastaneleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri dahil, ortalama 400 kalemden oluşan hastane formülleri denen kitapçıklar var. Bugün ABD'nin bir hastanesinde çalışıyorsanız hekim olarak, o hastane formüllerinde yer alan ortalama 400 kalemi içeren ilacın dışında bir kalem yazamazsınız. Piyasada 20.000 müstahzarınız var. 401. ilacı yazdığınız an yarım saat sonra hastane yöneticisi sizden yazılı savunma ister. Bu eczane tedavi kurulu diye Türkçe'ye çevirebileceğimiz, hastane yöneticisinin, hekimin, hemşirenin, eczacının görev aldığı bir komitenin başlıca sorumlulukları arasındadır. Piyasadaki o 20.000 küstür müstahzardan hastanede kullanacağı o 400 dolayında kalemi seçer. Neye göre seçer. Etkinliğe göre seçer, emniyete göre seçer, benzer etkinlik emniyet arasında ekonomikliğe göre seçer. Tamamen sağlık ekonomisi prensiplerini uygular. Ve o 400 kalem dışına çıkamazsınız. Liberalizmin beşiği olan ülkede 401. ilacı yazamazsınız. Kimse de niye bunu böyle yapıyorsun demez. Aynı şekilde şimdi ilaç endüstrisinin salt sloganı düşünebildiğim kadarıyla halkın alım gücü eğer yeterli değilse sağlık sigortası gelsin konu hallolur. Bu da bence bir yutturmaca. Niye yutturmaca... Bugün devlet bütçesi ile sizin cebinizdeki portföyünüz arasında hiçbir fark yoktur. İkisinde de gelir kalemleri vardır, gider kalemleri vardır. Bugün vitrinde beğendiğiniz bir ayakkabıya 40 bin, 50 bin 60 bin, 80 bin neyse veriyorsanız bu verdiğiniz para diğer bazı mal ve hizmetlere o parayı yönlendirememeniz sonucunu doğurur. Buna ekonomide hesap maliyeti denil-

mektedir. Sizin herhangi bir mal ve hizmet için yaptığınız harcamanız bir cebinizden çıkan kendi değeri vardır, bir de onun o mal hizmete vermeseydiniz nerelerde kullanabilecektiniz mantığından hareketle hesap maliyeti vardır. Bugün bir sağlık sigorta sistemi ne kadar verimli kurulursa kurulsun, ne kadar sağlıklı çalışmaya çabalarsa çabalasın, bunun içinden ilaca giden her bir kuruş, diğer alanlara gidemeyen bir kuruş demektir. O bakımdan sağlık sigortası kurulsun iş halledilsun değil. Sağlık sigortası kurulunca aksine esas o zaman çok daha iyi düşünmek zorundayız ilaç tüketimini. Çünkü biraz önce rakamları verdim. Bizim gibi ülkelerde hemen hemen üçte ikisi ilaç tüketimine gidecek, sağlık bütçesinin. Bu devlet bütçesi olur, sigorta olur, biçimi önemli değil. Ayrılan para havuzunun üçte ikisi ilaca gidiyorsa esas burada çok daha ciddi düşünmek zorundayız. Burda devlet ne yapabilir. Şimdi bazı yaklaşımlar var. Deniyor ki ilaç fiyatlarını dondursun, ya da ilaç filatları kısıtlansın. Bence ilaç fiyatları tamamen serbest bırakılsın. Hiç dert değil. Deniyor ki müstahzar sayısı azdır, çoktur. O da bence dert değil. İsterse Türkiye'de şu an 30.000 müstahzar olsun. Devlet eğer diyebilirse ki, ben ister genel bütçeden ister genel sağlık sigortası, ister özel sağlık sigortası önemli değil, devletin cebinden herhangi bir isim altında çıkacak bir kuruş için devlet diyebiliyorsa ki, ben sadece Türk halkının sağlık açısından en önde geldiğine inandığım şu listedeki 600 kalem ilacı, ya da 300 kalem ilacı, ya da 900 kalem ilacı sayı önemli değil bu bilimsel yaklaşımla bulunur zannediyorum. Türkiye için 400-600 arasında dengelenebilir. Bu kadar ilacın ödemesine katkıda bulunuyorum, bunun dışı benim derdim değil dediği an isterse Türk piyasasında 50.000 müstahzar olsun, isterse

Türk piyasasındaki fiyatlar tamamen devlet denetiminin dışında olsun yine de ilaç tüketimi akılcı bir noktaya varacaktır. Niçin varacaktır? Çünkü halk hekime gittiğinde mümkün olduğu kadar o listeden yarınki cebimden para çıkmasını diyecektir. Bunun örneğini Büyük Britanya bundan 4 yıl kadar önce yaşadı. Büyük Britanya hükümeti o meşhur Ulusal Sağlık Hizmeti kapitalist sistemler içinde belki de en başarılı sağlık hizmetini yürüten Büyük Britanya dedi ki, ben bir liste yapıyorum, bu listedeki ilaçların tüketimine katılacağım devlet olarak bunun dışındaki tüketime ben bir kuruş vermiyeceğim. Ve de bu ilaçların tüketimine katkıda bulunmayacağım dediği listeye İlaç Endüstrisi kara liste adını taktı. Ama sistem olarak çalıştı, hala da çalışıyor. O bakımdan önemli olan müstahzar sayısı ya da fiyat denetim mekanizmasıyla boğuşmak yerine çok daha akılcı ve de tamamen bu ekonomik sistemin kendi kurallarıyla kendine yönelmek demek olan devletin son derece bilimsel, mümkün olduğu kadar tarafsız, bu söylediklerimin gerçekleşme oranı nedir o ayrı konu, bir liste oluşturmastır. Hatta burada eşel mobil yani merdiven de koyabilir, diyebilir ki şu 50 ilaç için %100 katılıyorum tüketime. Şu 70-90 ilaç için %70 katılıyorum, şu 30-40 ilaç için %30 katılıyorum, şu 35-45 ilaç için de rakamları tamamen atıyorum %5 katılıyorum. Bunu da diyebilir. Ama tabii bunun için Türkiye'nin Sağlık Politikası'nda gereksinmelerin, önceliklerin sorunların çok doğru biçimde saptanmış olması birinci koşuldur. Onun da bilincindeyim. Evet benim biraz daldan dala atlayarak da olsa aktarmak istediklerim, bazı soru işaretleri uyandırma çabalarına yönelik konuşmam bu kadar. Sizin eleştirilerinizi, katkılarınızı bekliyorum. ■

Sağlık personeli ve sendikalaşma*

Dr. Ata Soyer

Giriş

Çağdaş bir örgütlenme tipi olan sendika, tüm meslek grupları gibi sağlık personeli arasında da tartışılıyor. Bu konuda çok net perspektife sahip olunduğu söylenemezse de, konuyu tartışan kesimlerin çoğalması ve yaygınlaşmasına paralel olarak bir netleşme sürecinin yaşandığı belirtilebilir. Bundan böyle, tartışmaların daha somut taleplere ilişkin sürdürülmesi ve alternatiflerin yaşama geçirilmesinin gerektiği kanısındayız.

Sağlık personelinin emeği, oldukça nitelikli sayılabilecek bir emektir. Eğitimin uzun ve zor olmasının yanı sıra, üretilen ürünün toplumsal maliyeti, başka ürünlerin toplumsal maliyeti ile kıyaslandığında yüksektir. Çünkü, uğraşılan nesne doğrudan insandır, insan yaşamıdır. Bir insanın yaşamının kurtarılması, sağlığının düzeltilmesinin toplumsal maliyetini, başka neyle kıyaslayabiliriz? Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sürekli olması, sağlık personelinin hizmeti zaman sınırı olmaksızın yapması, meslek ile yaşamı içiçe geçmiş bir insan tipi oluşturmuştur. Tıpkı öğretmenler gibi, sağlık personeli de yaşamı büyük ölçüde meslekleri tarafından belirlenen bir insandır. ⁽¹⁾

Ancak mesleğin dışında yaşamı belirleyen, birtakım nesnel süreçler vardır ki, sağlık personeli bu nesnel süreçlerden etkilenmektedir. Sınıfsal ayrışma, tekelleşme, özelleşme vb. gibi. Cumhuriyet sonrası sağlık personeli, özellikle hekimler diğer çalışanlara kıyasla daha ayrıcalıklı bir konum sürdürmüşlerdir. Sayısal olarak da azlığın verdiği avantajla, uzun süre sınıf atlama gücüne sahip olmuşlardır. 1980'lere geldiğimizde çeşitli nedenlerle bu ayrıcalığını yitirmeye başlamış, bunun sonucu toplumsal bir dönüşüm içine girmiştir. Bir yandan kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin giderek yoksullaşması, çalışma koşullarının olumsuzlaşması sonucu özel sağlık kuruluşlarına yönelme, diğer yandan sağlık alanındaki tekelleşme sürecinin yoğunlaşması ile sağlık alanına dışarıdan akan sermayenin yavaş yavaş bu alanda etkin olarak, sağlık personelini emekçi, esnaf ve işveren diye ayrıştırdığını söyleyebiliriz. Bu ayrışma, sağlık örgütlerinde önemli başka bir ayrışmayı gündeme getirmektedir. Aynı meslekten olduğu halde, büyük sağlık merkezlerinde işveren durumunda olan hekim ile onun yanında çalışan ücretli hekimlerin aynı mesleki çıkarlara sahip olduğu söylenebilir mi? Yine, aynı şekilde, bir ecza deposu sahibi ile yanın-

*Bilim Sanat Dergisi'nin 97. sayısında yayınlanmıştır.

daki eczacıların ne gibi ortaklıkları olabilir? Bu sıkıntı, mesleki örgütlerimizde henüz çok yoğun olmasa da, sıkıntılı bir şekilde yaşanmaktadır. Farklı ekonomik ve sosyal çıkarlara sahip kesimlerin, ortak noktasını bulmaya çabalamak gibi bisyonlar yüklenmek istenmektedir, odalara, derneklere. Ortaçağın lonca tipi örgütlenmesi anlayışındaki odalar, yönetimlerini alan ekiplerin niteliğine göre tavrı alma eğilimindedirler. Bu çerçevede aynı meslek grubu içinde esnaf odası, işveren kuruluşu ya da bir işçi/ücretli örgütü gibi birbirinden farklı yaklaşımlar ortaya çıkabilmekte veya genellikle olduğu gibi bu farklı çıkar gruplarının ortak noktalarını birleştirmeye çalışan "sade suya tirit" bir yapı! Bizler, odaların ve diğer sağlık örgütlerinin önemini gözardı etmeksizin, sosyal ve ekonomik çıkarları türdeş olan insanların aynı çatı altında birleştiği sendikalarda örgütlenmek istiyoruz. Doğal ki, bu sendikalar yukarıda belirtilen nedenler doğrultusunda işçi sendikaları da olabilir, işveren sendikaları da... Nitekim, Uruguay'da 1981'de sağlık personeline örgütlenme hakkı verildiğinde 56 işçi sendikasının yanında, 3 de işveren sendikası kurulmuş.

Sağlık personelinin son zamanlarda, sendikalaşmaya yoğun ilgisinin bir nedeni, sanırız özelleştirme politikalarının değişmez bir unsuru olarak gündeme getirilen sözleşmeli personel olgusu oldu. Sağlık Hizmetleri Temel Yasası'nın sağlık personeli için en önemli noktası, verimlilik yaklaşımı doğrultusunda gerekli manüplasyonlara olanak sağlayan sözleşmeli personel statüsündeki insanlardan oluşan sağlık personeli için en önemli noktası, verimlilik yaklaşımı doğrultusunda gerekli manüplasyonlara olanak sağlayan sözleşmeli personel statüsündeki insanlardan oluşan sağlık işletmeleriydi.

Sağlık personeli, iş güvencesinin yok olması anlamına gelen bu yasaya karşı mücadele ederken, sendikalaşmanın daha fazla gereğine inandı. "Bir musibet, bin nasihattan iyidir".

Nasıl?

Sendikalaşmanın gereğine inanıyoruz. Peki, nasıl sendikalaşacağız? Somut adımlar ne olacak? Bu sorunlar, henüz sağlık örgütlerince net olarak yanıtlanmış değil ama bazı olasılıklar üzerinde tartışmak mümkün.

Şu anda özel kesimde, sağlık hizmetleri çalışanları için iki sendika var: Türk-İş'e bağlı Sağlık-İş ve bağımsız Tüm-Has-İş. Ayrıca, özel kesimde çalışanlar için sendikalaşma yasağı yok. Daha somutlayacak olursak, İstanbul Tabip Odası'nın "Sendikalaşma" panelinde DİSK'e bağlı Sosyal-İş Sendikası Başkanı Özcan Kesgeç'in sözünü ettiği bir alternatif var zaten. Şöyle ki; sağlık iş kolunda işçi statüsünde 30.850 işçi var. bunların %51'i sendikalı (yaklaşık 14.000'i Sağlık-İş'te 575'i de Tüm-Has-İş'te), bunların 8.000'i SSK bünyesinde ve geri kalanı SSK dışında, sendikasız 15.000 kadar işçi ile birlikte örgütlenme potansiyeline sahip bu kesimde 20-22.000 işçiden sözedilebilir. Bunların 3-4.000'inin hekim olduğu varsayılırsa, toplu sözleşme yetkisi olan bir hekim sendikası kurulabilir. Bu, birinci alternatif. Yine, örgütlenmiş bu 20.000 dolayındaki sağlık personelinin kuracağı bir sağlık sendikası, ikinci alternatif olabilir. Bir üçüncüsü ise, mevcut sendikalarla oluşturulabilecek bir birliktelik içinde sendikalaşmadır.

Bu alternatifler, aynı konumda olup da biri sendikalaşma hakkına sahip, diğeri bu haktan yoksun iki kesim yaratıp, psikolojik-sosyal bir baskı nedeni olabilir⁽²⁾.

Gelelim, kamuda çalışanlara: Kamu sağlık çalışanları 1965'de çıkan 624 sayılı yasa ile diğer kamu çalışanları gibi sendikalaşma

hakkına ulaşmış ve çeşitli sendikalar kurmuşlardır. O dönemdeki örgütlenme potansiyelini yansıtmaları açısından kurulan sendikaları sıralamak istiyoruz: *Türkiye Memur Hekimler Sendikaları Federasyonu* (İst. 1967), *Türkiye Sağlık Personelleri Sen.* (Ank. 1965), *Türkiye Sağlık Memurları Sen.* (Ank. 1965), *Türkiye Sıtma Eradikasyonu Personeli Sen.* (Ank. 1965), *SSK Hekim ve Eczacılar Sen.* (İst. 1965), *Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sen.* (Ank. 1965), *Sağlık Müesseseleri Memurları Sen.* (Sivas, 1965), *İstanbul Memur Hekimler Sen.* (1965), *Diyarbakır Sağlık Personeli Sen.* (1965), *Türkiye Hemşireler Sen.* (ank. 1965), *SSYB Merkez ve Taşra Teşkilatı Memur ve Hizmetlileri Sen.* (Ank. 1965), *Türkiye SSK Hemşire, Ebe Sağlık Memuru ve Laborantıları Sen.* (İst. 1965), *İstanbul Florence Nightingale Yüksek Hemşirelik Okulu Öğretim Üyeleri ve Yardımcıları Sen.* (1965), *Türkiye Hemşire, Ebe-Sağlık Memurları Sendikası* (İst. 1965), *Türk Veteriner Hekimleri Sen.* (Ank. 1965), *Türkiye Tıbbi Teknologlar Sen.* (Ank. 1966), *Devlet Sağlık Örgütleri Öğretim Eğitim ve İdari Hizmetler Sen.* (Ank. 1966), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Memur Hemşire Laboratuvar Teknisyeni ve Diğer Mensupları Sen.* (1966), *Türkiye Yardımcı Tıp Personeli Sen.* (Ank. 1966), *Türkiye Sağlık Tesisleri Personeli Sen.* (Ank. 1968), *Türkiye Sağlık Personeli Sen.* (İst. 1968)⁽³⁾. Çok kısa bir süre içinde bu kadar sendika kuran sağlık personeli, örgütlenme hakkı söz konusu olduğunda çalışanların bu hakka nasıl sahip çıkacağıının en somut örneğini vermişlerdir. Ancak, 1971 sonrası, kamu çalışanlarına sendika hakkı tanıyan Anayasa'nın 46. maddesi iptal edilerek, getirilen 119. madde ile kamuda çalışanlara sendikalaşma hakkı -yasaklan-

mıştır. 1980'lerde ise durum oldukça ilginç. İlk olarak, Prof. Dr. Alpaslan Işıklı'nın tesbit ettiği bir açık var, Anayasa'da. "1982 Anayasası'nda, eski Anayasa'dan farklı olarak, memurların sendikalara giremeyeceklerine ilişkin herhangi bir yasak hükmü bulunmamaktadır. Buna karşın memurların sendika kurma hakkının açıkça tanındığı da söylenemez. Bu hakkın varlığı Anayasa'da yer alan temel hak ve hürriyetler gibi genel hükümlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kaldı ki, temel bir hakkın Anayasa'da zikredilmemiş olması, o hakkın yok olduğunu göstermez, yalnızca anayasal güvenceden yoksun olduğunu gösterir"⁽⁴⁾. Anayasanın yanı sıra, 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası'nda da sendika hakkına ilişkin açık bir yasak bulunmamaktadır. Toplu davranış ve grev hakkı yasaklanmıştır. Türk Ceza Yasası'nda da, memurların sendika kurmaları ve kurulan sendikalara üye olmaları, herhangi bir ceza yaptırımına bağlanmış değildir. 236. maddesinin yasakladığı toplu hareket, grevdir. Türkiye'nin üye olduğu Avrupa Konseyi'nin Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 11. maddesi, silahlı kuvvetler ve polis mensupları ile üst düzey görevliler haricinde, "herkese çıkarlarını savunmak için başkalarıyla sendika kurma, sendikalara üye olma özgürlüğü" tanınmıştır. Türkiye'nin de onayladığı bu sözleşmenin 19. maddesi, ilk sözleşmede yer alan hak ve özgürlükleri güvence altına almak için Avrupa İnsan Hakları Komisyonu ve Avrupa İnsan Hakları Divanı kurulmuştur. Bireysel başvuru hakkının da kabulü ile, bu özgürlüklerin tanınmadığı durumlarda, Avrupa İnsan Hakları Divanı'na gitme hakkı söz konusudur. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) 87,98 ve 151 sayılı sözleşmeleri de, kamu personeline sendika kurma ve üye olma hakkı tanımıştır⁽⁴⁾. Ek olarak,

149 ve 157 sayılı sözleşmeler, sağlık personelinin hakları ve çalışma koşulları konusunda düzenlemeler getirmiştir. Tüm bunlardan yola çıkarak, memurlara sendika yasası yasalarımızda olmaması ve uluslararası sözleşmelerde bu hakkın tanınması sonucu, bir hak olarak net biçimde düzenlenmemesi karşın, kamu çalışanlarının ülkemizde varolan sendikalara girebilmesi ya da sendika kurması mümkündür diyebiliriz.

Tercihler

Bu alternatifler karşısında sağlık meslek mensuplarını odaları, dernekleri ne yapabilir? Tartışılması gereken nokta bu. Sağlık örgütleri, herşeyden önce bu konuyu gerek üyeleri, gerekse diğer sağlık meslekleri ile tartışmalı, üyelerinin bu konudaki eğiliminin genel bir profilini çıkarmalıdır. Yukarıdaki alternatifler içerisinde ya da başka alternatiflerin gündeme getirilmesi, ancak ondan sonra belirlenecektir. Bu tartışmanın sendikalaşmaya karar verip vermemekten ziyade, sendikalaşmanın nasıl olacağı biçiminde olması önemlidir. Örgütlenme hakkının serbest bırakıldığı 1965 yılında sağlık personelinin gösterdiği tepki bunun olumlu bir kanıtıdır. Ayrıca, giderek ücretinden başka geçinme olanağı kalmayan sağlık personeli sayısı önemli bir orana ulaşacaktır. Bir de uluslararası örnekler var, bizim beklemeyi istememizi haklı kılan. Batı Avrupa'da Norveç ve İsveç bir yana bırakılırsa, sendikalaşma oranı sağlık personeli arasında yüzde 10-25 arasındadır.

Sendikalar oluşunca odalar, dernekler ne olacak? Önemli bir soru da, bu. Diğer ülkelere baktığımızda, odalarla sendikaların bir arada bulunduğu ya da bu örgütlerden sadece birinin bulunduğu örnekler görmek mümkün. Örneğin, Danimarka'da oda tipi örgütlenme olmadığı, İngiltere'de iki tip örgütün birara-

da bulunduğunu görüyoruz. Gerçekten emek bilincinin olduğu toplumlarda sendikaların varlığı, odaları işlevsiz bırakmayacaktır. Ülkemiz için bir varsayım yaparak, sağlık personelinin haklarını savunan, toplu sözleşme ve grev hakkına sahip bir sendika, odaların işlevini mezuniyet sonrası eğitimin düzenlenmesi, serbest piyasada ya da kamuda sağlık personelinin birbirleriyle ve vatandaş ile ilişkilerini düzenleme ile sınırlandırabilecektir. Örneğin, Tabip Odalarının çok güçlü olduğu ABD'de, American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği) işyeri ve işkolu düzeyinde toplu sözleşmelere katılmaz, ancak sağlık sistemi ve hekimlerin eğitimi konusunda güçlü bir odaktır. İngiltere'de ise, sendikaların varlığına rağmen, British Medical Association (İngiliz Tabipler Birliği) ve British Dental Association (İngiliz Dişhekimleri Birliği) hükümette, birimlerde oluşturduğu komitelerle, çalışma koşullarının iyileştirilmesi konusunda pazarlık yapma yetkisine sahiptir. Ülkemizdeki sendikalaşma ve oda örgütlenmesinin olduğu koşulları, oda-sendika ilişkisinin niteliğini de belirleyecektir.

Bir sorun da, oluşacak sendikanın işkolu mu, meslek mi temelinde olacaktır. Ülkemizde sendikal örgütlenmenin işkolu düzeyinde olmasına, bizlerin de şimdilik bu biçimin doğru olduğu kanaatımıza karşın, gelişmenin koşullara bağlı olduğunu, önemli olan sendikal örgütlenme hakkının kazanılması olduğunu, dolayısı ile bir model fetişizmi yapmanın gereksiz olduğunu söylüyoruz. Sendikalaşma hedefini önüne koyan sağlık personeli, önce gereksinimini ortaya koymalı, sonra ona uygun modeli tartışmalıdır. Bu, meslek temelinde örgütlenen personelin federasyon biçiminde biraraya gelmesi ile de olabilir, işin başında işkolu düze-

yinde sendikalaşma biçiminde de olabilir. Biçim ne olursa olsun, sendikalaşma mücadelenin birlikte olması gerektiğini söyleyebiliriz. Bugün, bizler, Tabip Odaları olarak hekimlere sendika hakkı ile mücadele perspektifimizi sınırlarsak, bu eksik ve yanlış bir tercih olacaktır. Başarıya oluşma olasılığı yüksek tavır, tüm çalışanların örgütlenme hakkının savunulması ile mümkündür.

Odalarda, derneklerde, kitle örgütlerinde bu sorunlar çözümlenmeye çalışılırken yapılması gereken, mevcut örgütlülük düzeyini yükseltmek ve yaygınlaştırmaktır. 1980 sonrası bulunduğumuz örgütleri, hatta kişiliklerimizi belirleyen bir süreç yaşadık: Depolitizasyon. Çeşitli araçlarla gündeme getirilen depolitizasyon kitle örgütleri üzerinde, bir yandan örgütlerin işlevsizleştirilmesi ile kitesinden kopartma, diğer yandan toplumsal muhalefete kendi alanından katkılar yapılmasının azaltılması engellenmesi gibi etkiler yaratmıştır⁽⁵⁾. Kitle örgütleri sınırlı bir alanda, günlük bürokratik işlerle uğraşan, düzenin bir uzantısı, kitleleri yoğun bir hareketsizlik içinde olan birer "uzlaşma" örgütüne dönüştürülmek amaçlanmıştır. Depolitizasyonun yoğun etkilerinin kırılması konusunda, kitle örgütlerinin yapacakları, aynı zamanda sendikalaşma yolunda da önemli katkılar oluşturacaktır. Bu anlamda kitleselleşme perspektifinin dışına çıkmadan, depolitizasyonun etkilerini kırmaya yönelik çalışma yapılması gerekir. Sendikaların olmadığı durumlarda, kitle örgütlerinin niteliği daha da bir önem kazanmaktadır. Kitle örgütlerini, meslek odalarını birer devlet dairesi, bürokratik örgüt gibi algılayıp, sendikalaşmayı savunmak önemli bir çelişkidir. Bir meslek odasının/kitle örgütünün, adının sendika olup olmamasından öte, özünü belirleyen, kapsadığı kitlelerin çıkarlarını/haklarını sa-

vunup savunmaması ve bu kitlelerin örgütte söz ve karar sahibi olup olmamasıdır. Eğer içinde bulunduğumuz yapılarda kitlelerin taleplerini savunabileceğimiz, onları söz ve karar sahibi yapabileceğimiz kanalları oluşturamamışsak, hedeflediğimiz sendika konusunda çok içten olmadığımız söylemek doğru olur. Ülkenin genel demokratikleşmesinden yaa olan, oda (örgüt) içi demokrasinin kanallarını kurarak temsil ettiği kitlenin tüm potansiyelini örgüte akıtmaya çabalayan, örgüt (oda) içinde oluşan olumlu havanın sadece oda (örgüt) içinde kalmayıp birimlere de taşınması çabası içinde olan, bu yapıları birer kültürel-sosyal-alternatif örgütler haline getirmeyi amaçlayan anlayışlar, sendikalaşma konusunda, sendikal olmayan örgütlerinde yapılması gerekenin bilincinde olanlardır.

Sağlık personelinin sendikalaşması, toplumun da yararınadır. Çalışma ve yaşam koşullarında daha fazla söz sahibi bir sağlık personeli, mücadelesi sonucu oluşturacağı olumlu ortamın, toplumun sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir katkı oluşturacaktır. Daha iyi ücret koşullarında, bakabileceği kadar hasta bakan mesleğine ve topluma yabancılaşmamış bir sağlık personeli, halkın sağlık hizmetlerini daha iyi koşullarda almasının da güvencesidir. ■

1-Yıldırım Koç, "Hekimler ve Sendikalaşma", ATO söyleşi, 6.1.1989.

2-Özcan Kesgeç, "Sağlık Personeli ve Sendikalaşma", İTO Paneli, 18.3.1989.

3-Hayrettin Kalkandelen, "Sendikalar ve Kamu Hizmetlerinde Sendikacılık", Ankara 1968.

4-Eğit-Der Uzmanlar Kurulu Raporu, "Memurların ve Özellikle Öğretmenlerin Sendikalaşması Konusunda İncelene ve Öneriler", 27.1.1989.

5-Raif Gökçeli, "Demokratik Kitle Örgütleri Üzerine Ve Bir Örnek Olay! Mimarlar Odası, Kıyı yay., 1987.

Türkiye'de eczacılık eğitimi*

Ecz. Necla Dinler**

Osmanlı tarihinde pozitif bilimler, Orhan Bey zamanında (İznik Medresesi)'nin açılması ile başlamış, Padişah II. Mahmut (1808-1839) döneminde yapılan reformlarla da "medrese eğitimi"nden "yüksek okul" eğitime geçilmiştir.

Türkiye'de ilk "eczacılık eğitimi" ise Osmanlı Padişahı Mahmut II'nin 14 Mayıs 1839*** yılında Viyana'dan Dr. Bernard'ı getirtip "İstanbul Askeri Tıp Okulu'nda eczacılık sınıfını açması ile başlamıştır. İlk eczacılık diploması alan Mustafa Efendi, Çanakkale hastane eczacılığına atanmıştır. Daha sonra, 1867 yılında "Askeri Tıp Okulu" kurulmuş, 1872'den itibaren ilk eczacılarını mezun etmeye başlamıştır. İlk sivil eczacılık okulu ise, 1909 yılında İstanbul Üniversitesi bünyesinde kurulmuş, 29 Ekim 1923'te Atatürk'ün Cumhuriyeti ilan etmesinden sonra, eczacılık eğitimi de diğer konularda olduğu gibi planlanarak daha iyi yürütülmeye başlanmıştır. Bu okul daha sonra, 1963 yılında "İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fa-

kültesi" adını almıştır. 1961 yılında açılan "Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi" ise, Türkiye'nin ilk eczacılık fakültesidir. 1964'ten sonra, Milli Eğitim Bakanlığı'nın izni ile özel eczacılık okulları açılmış, daha sonra bunlar da resmîleşerek, eczacılık fakültelerine dönüşmüştür.

Bugün Türkiye'de üniversite sayısı 29, fakülte sayısı 184, 4 yıllık yüksek okul sayısı 32, iki yıllık yüksek okul sayısı ise 106'dır. 7 tane eczacılık fakültesi bulunmaktadır. Eczacılık fakültelerindeki toplam öğretim elemanı sayısı 406'dır.

Eğitim:

Eczacılık eğitimine geçmeden önce, Türkiye'nin eğitim sistemi hakkında kısa bir açıklamada bulunmak uygun olacaktır sanırım: Türkiye'de ilköğretim 5 yıllıktır ve zorunludur. Orta eğitim ve lise eğitimi de 3'er yıldır. Bu üniversite öncesi 11 yıllık eğitim, Milli Eğitim Bakanlığı'nın denetim altındadır. Üniversitelere ise, ancak (Üniversite Giriş Sınavları)'nda başarılı olmak

Tablo 1: Türkiye'deki Fakülte, Yüksekokul ve Konservatuvarlardaki Öğrenci Sayısı

Yeni Kayıt			Mevcut Öğrenci Sayısı			Mezun Öğrenci Sayısı		
Toplam	Kız	Erkek	Toplam	Kız	Erkek	Toplam	Kız	Erkek
132.248	44.030	88.212	6.610	1.650	4.954	1.253	312	941

*Bu makale Japonya'da Japonca olarak "The Journal of Toyoka" dergisinde yayınlanmak üzere hazırlanmıştır.

**Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi

***Daha sonra 14 Mayıs tarihi, "Eczacılık günü ve bayramı" olarak kabul edilmiş ve kutlanmaya başlanmıştır.

şartı ile öğrenci kabul edilmektedir. Bu giriş sınavları, bağımsız bir kuruluş olan Yüksek Öğretim Kurumu'nun yönetimindedir (YÖK). Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) sınavlarına girecek olan aday, Yüksek Öğretim programlarından 24 tanesini seçer ve istek sırasına göre tercih formunu doldurur. Giriş sınavı iki aşamalıdır. Birinci aşama, genel yetenek testi olup, ikinci aşama bilim ağırlıklıdır. Eczacılık mesleği fen bilgisine dayalı olduğundan, üniversite giriş sınavlarında fen derslerinden yüksek puan alanlar (fakülte kontenjanına göre istenen minimum puanı alan öğrenciler) fakülteye kabul edilirler. Matematik (modern-klasik), fizik, kimya, biyoloji gibi fen derslerinin yanı sıra Türkçe dersinin de puanlamada önemi vardır.

Eczacılık fakültelerine alınacak öğrenci sayısı (kontenjan), fakülte yönetimi tarafından, mezun olan öğrenci sayısına ve fa-

kültenin laboratuvar ve diğer olanaklarına göre belirlenir. Bu da Üniversite Yüksek Öğretim Kurulu tarafından kontrol edilerek, ülke ihtiyaçlarına göre düzenlenir.

1987 yılında eczacılık fakültelerini kazanan adayların diğer fakültele göre ortalama yüzdesi yaklaşık olarak 10.1% civarındadır. 1982 yılında çıkan yeni üniversite yasasına göre her öğrenci, belirli bir yıllık kayıt ücreti ödemektedir. Bu ücret, bir öğrencinin, öğrenim periodundaki maliyet hesabına ve fakülteden fakülteye farklılık gösterir. Eczacılık öğrencisinin ödentisi, yıllık 80.000 TL'dir.

Eczacılık Ders Programı

Türkiye'de eczacılık eğitimi 4 yıllıktır. Genel olarak 1982 yılında kabul edilen (Yüksek Eğitim Yasası)na uygun olarak, mevcut 7 fakültenin ders programları, büyük çapta benzerlik gösterir. Bu eğitim, (temel fen) ve (farmasötik bilimler) ağırlıklıdır. Her akade-

Tablo 11: Eczacılık Fakültelerinde Lisans Düzeyindeki Öğrenci Sayısı

	Yeni Kayıt			Mevcut Öğrenci			Mezun Öğrenci		
	Toplam	Kız	Erkek	Toplam	Kız	Erkek	Toplam	Kız	Erkek
Anadolu Üniversitesi Ecz. Fak. (Eskişehir-1967)	81	38	43	327	183	144	72	44	28
Ankara Üniversitesi Ecz. Fak. (Ankara-1961)	131	71	60	630	385	245	100	63	37
Ege Üniversitesi Ecz. Fak. (İzmir-1965)	164	85	79	758	462	296	132	86	46
Gazi Üniversitesi Ecz. Fak. (Ankara-1965)	107	52	55	515	273	242	74	44	30
Hacettepe Üniversitesi Ecz. Fak. (Ankara-1965)	110	66	44	527	342	185	82	43	39
İstanbul Üniversitesi Ecz. Fak. (İstanbul-1961)	212	124	88	999	616	383	230	151	79
Marmara Üniversitesi Ecz. Fak. (İstanbul-1963)	110	70	40	487	335	152	51	42	9
				(1.11.1986)			(1.11.1985-31.10.1986)		

mik yıl, minimum 14 haftalık 2 s mesterden oluşur. Meslek derslerinin kavranabilmesi için, ilk iki yıl (temel fen bilimleri) ağırlıklı dersler verilmektedir. İlk iki yılda verilen dersler şöyle sıralanabilir: Matematik, Biostatistik, Fizik, Kimya, Biyoloji, Biyokimya, Mikrobiyoloji, Farmasötik Botanik, Analitik kimya. Son iki yıl ise, Farmakoloji, Farmasötik Toksikoloji, Farmakognozi, Farmasötik Kimya, Farmasötik Tenkoloji, gibi meslek ağırlıklıdır. Bunlardan başka Medicinal Biyoloji ve Genetik, Anatomi,  evre Sağlığı, İlk yardım, Fizyoloji, Pataloji derslerine yer veren fakülteler olduğu gibi, yabancı dil, spor ve güzel sanatlara da yer veren fakülteler vardır. Yaz aylarında 6 haftalık staj programları ile öğrencilerin pratik becerilerinin artırılmasına çalışılmaktadır. Eğitimin ikinci yarasında temel farmasötik derslerine sayı ve ders saati olarak ağırlık verilmekle birlikte, farmakoloji ve toksikoloji derslerinin yeterli olmadığı bazı  ğretim görevlilerince ileri sürülmekte ve programda değişiklik teklifleri gündeme gelmiş bulunmaktadır.

Bu program diğer Ortadoğu  lkelerindeki ve İngiltere dahil, Avrupa Ekonomik Konseyi'ne (AET) bağlı ülkelerdeki programlarla benzerlik göstermektedir. Her fakülte, bu programı 30-40% oranında kendisi belirler. Eczacılık Fakültelerinde  ğretim yılı içinde verilen teorik dersler toplam olarak 13.208 saat, pratik dersler ise 13.570 saat tutmaktadır.

Genelde, eczacılık fakültelerindeki 4 yıllık eğitimi 6 yılda tamamlayamayan öğrencinin, fakülte ile ilişkisi kesilir. Pratik ve teorik derslere devam zorunluluğu vardır. Bu derslerden "geçer not" alan öğrenciye, eczacılık diploması verilir.  nvanını alan eczacı ise, kendi eczanesini açabilir, hastane eczanesinde, ilaç ve kozmetik endüstrisinde, (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç Kontrol Merkezi'nde), mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarlarında çalışabilir.

Eczacılık Fakülteleri ve derslerle ilgili şema iseşağında verilmiştir (şekil 1).

Eczacılık Pratiği ve Staj:

Öğrenciler genelde, eczacılık fakültelerindeki model-eczanelerde 28 saatlik kısa bir

FAKÜLTE YÖNETİMİ VE DERSLER

DEKANLIK

Dekan (Her üç yılda bir rektör tarafından seçilir), dekan yardımcısı (dekan tarafından seçilir)

FAKÜLTE SENATOSU

Başkan, 3 profesör 2 doçent, 1 yardımcı doçent

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU

Başkan, 3 profesör, 2 doçent 1 yardımcı doçent

Eğitim ve yönetim işleri

Analitik Kimya Bilim Dalı
Biokimya Bilim Dalı
Genel ve Organik Kimya A.B.
Eczacılık pratiği, yönetim ve konular
Farmakoloji Bilim Dalı
Farmakognozi Bilim Dalı
Farmasötik Kimya B. Dalı
Farmasötik Toksikoloji
Farmasötik Teknoloji
Model Eczaneler
İlaç  retimi

Temel Farmasötik Bilimler Ana Bilim Dalı

Farmasötik Bilimler Ana Bilim Dalı

Farmasötik Teknoloji ve Farmasötikler Ana Bilim Dalı

Ana Bilim Dalları

Eczacılık tarihi ve deontoloji gibi disiplinler ise, "Temel Farmasötik Bilimler" bölümü içinde yar almaktadır

kursla pratik eğitime başlarlar. İkinci yıl yaz aylarında 6 haftalık bir piyasa eczanesi stajına tabii olurlar. Üçüncü yaz ayında fakülte imalathanesi, hastane eczanesi, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları, ilaç-kozmetik sanayii, gıda sanayii, Devlet İlaç Kontrol-Laboratuvarlarında seçmeli olarak staj yapabilirler. Bu stajlar ücretli değildir ve stajını tamamlayan öğrenci diploma almaz.

Klinik Eczacılık:

1967 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde başlayan (Klinik eczacılık) programları, Tıp Fakültelerinin ve bazı hekimlerin baskısı ile 1982'de bırakılmıştır. Kanunlara göre "Sağlık Elemanı" olarak nitelenen eczacının gelişmesi bu şekilde gecikmeye uğramış bulunmaktadır. Oysa, kliniklerde eczacıların ilaç danışmanı olarak çalışması ve sorumluluğu paylaşması, hekimlerin kendi alanlarında daha rahat çalışmalarını sağlayacaktır. Sağlık sorunları henüz çözülmemiş olan ülkemizde, bir sağlık elemanı olan eczacının, halk sağlığına hizmet katkısı bu eğitimi almakla artacaktır.

Zehir-İlaç Danışma Merkezleri:

Türkiye'deki eczacılık fakültelerinde, Zehir İlaç Danışma Merkezleri kurulmaya başlamıştır. Hacettepe Eczacılık Fakültesindeki merkez, 1986 Nisan ayında çalışmaya başlamıştır. Bilgi kaynağı ise U.S.A. Iowa İlaç Enformasyon Belleği (Programı)dir.*

Üniversitelerdeki Öğretim

Elemanları, Akademik Adımlar ve Yükseltmeler:

Üniversitelerde eğitim programlarından başka, lisansüstü eğitim ve araştırma zorunluğu da vardır. Öğretim elemanlarını üç gruba ayırarak gözden geçirebiliriz:

*Türkiye'de üniversite dışında ilk Zehir Danışma Merkezi ise, 1988 Haziran ayında S.B Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır.

1)Öğretim Üyeleri:

Üniversitenin esas akademik kadrosunu oluşturan profesör, doçent gibi kadrolu, yardımcı doçent gibi 2 yıllık sözleşmelerle çalışan elemanlardır. Bunlar: A)Önlisans (iki yıllık yüksek okullara verilen ad), lisans ve lisansüstü düzeylerde eğitim-öğretim ve uygulamalı çalışmalar yapmak ve yaptırmak B)Proje hazırlıklarını ve seminerleri yönetmek, bilimsel araştırmalar ve yayımlar yapmak C)Belirli günlerde öğrencileri kabul ederek onlara gerekli konularda yardım etmek, yol göstermek ve rehberlik etmek gibi görevleri üstlenmişlerdir.

Akademik adımlar ve yükseltmeler şu şekilde özetlenebilir: Üniversitelerden mezun olanlar "araştırma görevlisi" ünvanını alır ve yardımcı eleman olarak görev yaparlar. Kadrolu olmayıp, 2 yıllık sözleşmelerle çalıştırılan bu kişiler, 2 yılda master, 4 yılda doktora derecesini alırlar. Doktoralarını tamamlayan bu araştırma görevlileri uzmanlık dalındaki "yardımcı doçent"lik kadrosuna başvururlar. Gerekli prosedür yerine getirildikten sonra yardımcı doçent olurlar. Yardımcı doçentler, 2 yıllık sözleşmelerle 3 yıl çalıştıktan sonra merkez bir yabancı dil sınavında başarılı olmak şartı ile, "doçent"lik kadrosuna başvurabilirler. Yayınlarında yeterlilik görüldüğü takdirde, doçent olarak atanırlar. 5 yılını doldurmuş bulunan doçentler, "profesör"lük kadrosuna başvurarak, yayınları uluslararası düzeyde yeterli görüldüğü takdirde, profesör olarak atanırlar. Öğretim üyelerinin görevleri, 67 yaşını doldurunca sona erer.

2)Öğretim Görevlileri:

Yeterince öğretim üyesi bulunmayan dersler için, kendi uzmanlık alanlarında uzun süre çalışmaları ve eserleri ile tanınmış kişiler, süreli 1)veya ders saati ücreti ile 2)veya söz-

leşmeli 3) olarak görevlendirilebilirler. İlgili "Yönetim Kurulları'nın görüşleri alınarak, dekanların önerileri üzerine; öğretim üyesi (2 yıl süre ile) "öğretim üye yardımcısı" ve "öğretim görevlisi" kadrolarına atanabilirler.

Okutmanlar: İhtiyaç halinde, belirli yeterliliğe sahip kişiler, süreli veya sürekli olarak atanırlar. Sadece ders veren kişilerdir.

3) Öğretim Yardımcıları:

A-Araştırma Görevlileri: Doktora almış olan bu kişiler "Öğretim Üyeleri" kısmında bahsedilen, (Yüksek Öğretim Kurumları)'nda yapılan araştırma, inceleme ve deneylerde yardımcı olan, öğretim yardımcılardır.

B-Uzmanlar: Özel bilgi ve uzmanlığa ihtiyaç gösteren bir işle, laboratuvarlarda, kitaplıklarda, atölyelerde ve diğer uygulama alanlarında görevlendirilen, öğretim yardımcılardır.

C-Eğitim-Öğretim Planlamacıları: Yüksek Öğretim Kurumlarında, eğitim-öğretim planlaması ile görevlendirilen öğretim yardımcılardır.

Genellikle üniversitelerde piramit şeklinde bir gelişim esas alınmış olup, asistan kadroları daha geniş, üst kadrolar ise, daha sınırlıdır.

Mevcut üniversite kurallarına göre eczacılık fakültelerindeki akademik kadro şöyledir: Her fakültede 5 profesör, 10 doçent, 15 yardımcı doçent ve toplam 15 araştırma görevlisi bulunabilir. Türkiye'de eczacılık fakültelerindeki toplam öğretim elemanlarının sayısı 406'dır.

Sonuç ve Öneriler:

Ülkemizde verilen eczacılık eğitimi, geleceksel olmaktan başka, ilk ve orta eğitim biçimlerinden kaynaklanan, eksik ve temelsiz bilgilerle yetişmiş olmanın sonucu, ezberci yapısını sürdürmektedir. Bu nedenle, fakülte

alt sınıflarında verilen bilgiler, öğrenciler tarafından, bir üst sınıfta verilecek bilgilere temel oluşturacak biçimde algılanamamaktadır. Disiplinler arasında bağlantı kurulamamakta ve kısa sürede unutulmaktadır. Halen hayata ve uygulamaya yönelik ömür boyu mutlak gerekli olacak temel bilgilerle, geçici olan ve zaman içinde değişikliğe uğrayacak bilgiler, karışık verilmektedir. Böylece, öğrencinin aldığı bu çeşitli ve karışık bilgilerin sentezini yaparak kullanması da genelde mümkün olmamaktadır. Öğrenilmesi gerekenleri bir arada öğretmek, öğrencinin konuyu daha iyi algılamasını sağlayacaktır. Eczacının işi ilaç olduğuna göre, öğrenciye ilaçla ilgili her bilgi, yerinde ve sırasında,

Tablo 3: Türkiye'de Eczacılık Fakültelerinde Görevli öğretim Elemanları (1986-1987)

		Toplam	Kız Erkek
Profesör	30	12	13
Doçent	48	24	24
Yardımcı doçent	55	29	26
Öğretim Görevlisi	19	13	6
Okutman	6	6	-
Uzman	16	8	8
Araştırma Görevlisi	198	145	53

olarak verilmelidir. İlk ve orta eğitimden gelen öğrenci, herşeyden önce, üniversitede okuyacağı alan için yetişmiş olarak gelmelidir ki, eczacılık özel alanına ait (ilaç-dili)ni ve bu alana ait bilgileri kavrayabilsin.

Bu düşüncelerin ışığında akla gelen birkaç öneriyi şöyle sıralamak mümkündür:

1) Eczacılık fakülteleri, eğitimde çağdaş uygulamaya yönelik, günümüzdeki gelişen sağlık hizmetlerine paralel olarak ilerlemelere katılacak anlayış ve beceride öğrenci yetiştirebilmek için, branşlamaya gitmek durumundadır. Bunun için de eczacılık eğitimi:

a- Tüm öğrencilerin öğrenmek zorunda ol-

duğu "Temel Bilgiler"

b-Amaca yönelik, bir tür ihtisaslaşma diyebileceğimiz "Bölümler biçiminde yönlendirmek, yerinde olacaktır. Bu ikinci kısımdan alacağı bilgilerle bir eczacı; piyasa eczacısı, klinik eczacısı, hastane eczacısı, ilaç üreticisi, sentezci-analizci gibi ünvanlar alarak, bu alanlarda danışman ve yetkili kişi olarak çalışma olanağına kavuşacaktır.

2)Sürekli ve güçlü bir yabancı dil eğitimi, eczacılara, ilerde hangi branşı seçmiş olurlarsa olsunlar; başka ülkelerdeki gelişmeleri izleme, bağlantı kurma, kaynak ve literatür değerlendirme olanakları vererek gelişme ve yenilemelere kolaylık sağlayacaktır.

3)İstatistiksel ve bilgisayarlı çalışmalar, ülkemizde henüz yeterli düzeyde olmadığından, ilaç ve eczacılık alanlarında geleceğe yönelik plan ve programlar yapmak, ilaç ve sağlık kayıtlarını tam olarak tutmak, hemen hemen mümkün olmamaktadır. Bu bilgileri verecek derslerin de eğitim programlarına konması, eczacının hizmet alanındaki verimini arttıracaktır.

4)Bu arada, eczacılara mezuniyetten sonra değişik alanlarda uzmanlaşma olanağı sağlanırsa, daha çok eczacı yerine, istihdam piyasasının isteklerine cevap verecek düzeyde uzman eczacı yetişmiş olacaktır.

Günümüz teknolojisinin hızlı gelişimine uygun olarak ve eğitimin sürekliliği gözönünde tutularak, eczacılık fakülteleri, mezuniyet sonrası meslek içi eğitim programlarına yer vermeli, üniversite dışındaki pratik eczacılığı her dalında eczacılarla işbirliği içinde olmalı ve böylece yol gösterici görevlerini sürdürmelidir.

5)Ayrıca, Tıbbi komitelere ve Sağlık Bakanlığı yetkililerine mesleğin kapsamı ve özellikleri anlatılarak, güncel bioscientific

alanında iyi yetişmiş bir eczacının "toplum eczacılığı" ve "ilaç danışmanlığı" konusunda vereceği hizmet benimsetilmelidir. Türkiye gibi sağlık sorunları henüz çözümlenmemiş bir ülkede eczacı; aile sağlığı ve planlaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve aşılama, beslenme, çevre sağlığı, zararlı alışkanlıklardan korunma, acil yardım ve rehabilitasyon gibi geliştirilecek eğitim programlarında önemli hizmetler verebilir.

6)Nihayet, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile dialoglar sıklaştırılarak, eczacıların dış ülkelerde pratik becerilerini arttıracak ileri sistem uygulamalarını görebilme olanakları sağlanmalıdır.

Cumhuriyet (1923)'ten sonra, Türkiye'de diğer alanlarda olduğu gibi, eczacılık eğitiminde de birçok ilerleme kaydedilmiştir. Toplumu oluşturan insanların yaşam kalitesini yükseltmek amaç olduğuna göre, eczacıların da topluma karşı bu görevlerini yerine getirebilmeleri için, ihtiyaçlara göre yeniden düzenleyerek, eğitimin kalitesini yükseltmek düşüncesi giderek yaygınlaşmaktadır. Son günlerde, fakültelerce eğitim sisteminde değişiklik yapmak gereğinin kabul edildiği ve eğitim programlarının konuşulup incelendiği gözlenmektedir. ■

KAYNAKLAR:

- 1)1986-1987 Öğretim yılı Yüksek Öğretim İstatistikleri (Ö.S.Y.M. Dokümantasyon Birimi DKB-008 Ankara-1987)
- 2)İ.Üstel, A. Hıncal (Hacettepe Üniversitesi Ankara) M. Serpil Kışlalıoğlu ve R.W. Goettisch (Idaho State University Pocatello 1 D 83209) American Journal of Pharmaceutical Education V01 51 Spring 1987
- 3)T.C. Yüksek Öğretim Kurulu Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 1987 İstatistikleri (14.6.1988)
- 4)Naşit Baylav (Ecz. Kim.) İstanbul Üniv. Eczacılık okulu Öğretim Üyesi (1968-İstanbul)
- 5)Yüksek Öğretim Kanunu ve İlgili Yönetmelikler Ankara-1982
- 6)Eczacılık Fakülteleri Eğitim-Öğretim Programı Çalışmaları Taslağı
- 7)Ö.S.Y.M. (Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı) 1988 İkinci Basamak Sınavı Kılavuzu

Doğal maddelerin biyolojik açıdan değerlendirilmesindeki yeni gelişmeler

Dr. Şenay Küsmenoğlu*

Doğal maddelerin biyolojik aktivitelerini tespit etmek için gerekli olan farmakolojik prensip ve metodların belirlenmesi hususu, doğal maddelerle çalışan kimyacıları meşgul eden başlıca problemlerden birisidir. Her ne kadar kemotaksonomi ve etnofarmakoloji arasında bir yaklaşım sözkonusu ise de, farmakolojik değerlendirme her zaman kolay olmamaktadır. Bu görüşten hareketle çeşitli ülkelerde kimyacı, biyolog ve farmakologlar ekip halinde birlikte çalışmaya başlamışlardır. Örneğin RICB (Reseau d'Interaction Chimie-Biologique) bu amaçla kurulmuş bir araştırma kurumudur. Bu kuruluşlarda doğal maddeler yanında sentetik maddelerin de biyolojik aktivitelerinin tayini için yeni yöntemler geliştirilmiş ve uğraş alanları farklı olan bu disiplinler arasında bir bağlantı sağlanmaya çalışılmıştır. Canlı hayvan veya izole organlar kullanılarak yapılan klasik denemeler yerine yeni metodlar geli-

tilirilmişir. Örneğin köpeklerde femur arterindeki kanın akışının ölçülmesi gibi tüm farmakolojik etkinin incelenmesi yerine, ∞/β adrenerek reseptörlere, anjiyotensin, vazopressin reseptörlerine bağlanma gibi periferik farmakolojik etkideki bir bileşiği incelemek mümkün olmaktadır. Bundan yararlanılarak **Rubiaceae**, **Apocynaceae** familyalarındaki bitkilerden elde edilen indol türevi alkaloitlerin farmakolojik etkileri incelenmiştir. New Caledonia'da **Rubiaceae** familyasından elde edilen bu tip alkaloit karışımı GH (Growth Hormon) nun hipofiz hücrelerinden devamlı salgılanmasını sağlamak üzere klonidin verilen deney hayvanlarına enjekte edildiğinde, PRL (Prolactin) ve LH (Luteinizing hormon) seviyesi sabit kalmasına rağmen GH'de doza bağlı azalma görülmektedir. Bu azalma stimulan faktörün azalmasından veya stimulan faktörü uyaran noradrenalinin inhibisyonundan ya da karışımında bulunan alkaloitlerden birinin inhibi-

*G.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı
Hipodrom-Ankara

tör faktörün stimülasyonuna benzer bir etki yapmasından dolayı ortaya çıkmaktadır. Aynı alkolit karışımının hipofiz üzerine etkisi in vitro olarak denendiğinde de GH'nun hücrelerden salgılanmasının inhibe edildiği gözlenmiştir.

Başka bir çalışmada, bir labdan türeği olan Forskolinin plateletler üzerine etkisi araştırılmıştır. Hindistan'dan yetişen ve forskolin ihtiva eden bir bitki spazmodik hastalıklarda olduğu kadar solunum ve kardiyovasküler sistem hastalıklarında da tedavi edici olarak kullanılıyordu. Yapılan araştırma ile bitki ekstrelerinin normal ve hipertansiyonlu ratların arteriyal basıncını azaltan inotropik bir aktivite gösterdiği tespit edilmiştir. Ekstrenin fraksiyonlanması ile forskolin izole edilmiş ve etki mekanizması açıklanmıştır. Buna göre forskolinin etkisi, plazma membranında bulunan Ns-C bağındaki NS (coupling protein) proteini üzerindedir. Forskolin

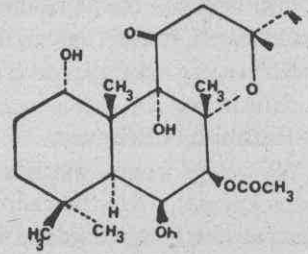
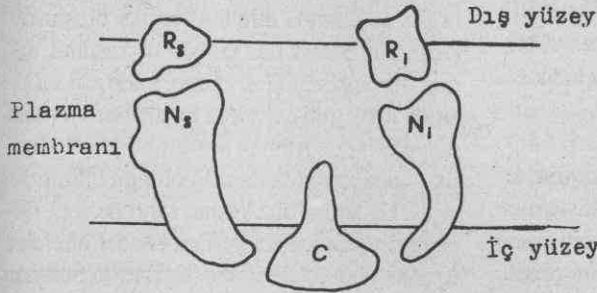
C : Katalitik alt ünit

Böylece forskolin, hem biyolojik bir araç hem de bir ilaç olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmalarla saf veya karışım halindeki tabii ve sentetik maddelerin aktiviteilerinin araştırılmasının mümkün olabileceği ortaya çıkmıştır.

Kolay uygulanmaları nedeniyle bu metodların maliyetleri düşüktür. Böyle bir çalışma aktivite tespitinin ilk basamağında önemli olmaktadır. Ayrıca bu metodlarla pozitif netice elde edilebilmekte ve klasik farmakolojik hayvan metodları veya izole organlara da tatbik edilebilmektedir. Diğer bir avantajı da, hipofiz gibi çok fraksiyonlu olan organlar da kullanılabilir.

Sonuç olarak, bu yeni gelişmelerin kimyacılar ve biyologlar arasında bir bağ sağlayacağı ve ilaç endüstrisindeki araştırma merkezleri tarafından da kullanılabilirliği mümkündür.



Forskolin

R, C veya Ni üzerine etki etmemektedir.

Rs: Stimulan hormon reseptörleri

Ri: İnhibitör hormon reseptörleri

Ns: Bağlayıcı protein

Ni: Düzenleyici protein

SVENET

T., New Strategies For Evaluating natural Products of Biological Interest" in *Advances in Medicinal Phytochemistry* (Ed. BARTON, D. and OLLIS, W.D., John Libbey and Company Ltd, London (1986)'dan esas alınarak hazırlanmıştır.

Histamin H₃ reseptörleri

Yrd. Doç. Gönen Deniz*
Uzm. Ecz. İ. Tayfun Uzbay*

Özet

Yakın tarihlerde bilinen iki histamin reseptörü dışında yeni bir alt grup histamin reseptörü daha tanımlanmış ve bunlara H₃ reseptörler adı verilmiştir. H₃ reseptörler klasik reseptörlerden farmakolojik olarak farklıdır ve bunların hem santral sinir sisteminde hem de otonom sinir sisteminde mevcudiyetleri saptanmıştır. H₃ reseptörler presinaptik sinir uçlarından histaminin sentez ve salınımını kontrol ederler. Bu reseptörler için ∞ -metilhistamin agonist, tiyoperamid antagonist ligandlar olarak tanımlanmıştır. Bu makalede H₃ reseptörlerle ilgili mevcut bilgileri kısaca gözden geçirmeyi amaçladık.

Summary

Histamine H₃ Receptors

Nowadays, a novel subclass histamine receptor apart from the two known histamine receptors has been defined and these are called H₃ receptors. They are different from classic receptors, pharmacologically and their presence in both central and otonomic nervous systems is determined. H₃ receptors control the synthesis and release of histamine from presynaptic nerve endings. ∞ -metilhistamine and thioperamid are defined as an agonist

and antagonist ligands for these receptors respectively. In this article, our purpose is to review the present knowledge about H₃ receptors.

Giriş

Histamin mast hücreleri, bazofiller, endokrin sistem hücreleri ile santral ve periferik sinir sistemindeki hücre popülasyonlarında yaygın olarak bulunan bir nöromediyatör ve otakoid maddedir^(1,2). Bu sentez ve depolanma bölgelerinden salıverilen histamin kardiyovasküler, trakeobronşiyal ve gastrointestinal sistemler başta olmak üzere birçok organ ve dokuda muhtelif etkiler oluşturur (Bronş ve barsak düz kaslarında kasılma, damar düz kaslarında gevşeme, mide asit salgısında artış gibi). Ayrıca bazofiller ve mast hücrelerinden salınan histaminin Tip I allerjik reaksiyonlarda da rolü olduğu bilinmektedir. Histamin doz kaslar, salgı bezleri, miyokard ve sinir hücreleri gibi hedef hücreler üzerine olan etkilerini bu hücrelerde bulunan histamin reseptörlerinin aktivasyonu aracılığıyla gerçekleştirir⁽³⁾.

Kırk yılı aşkın bir süredir bilinen klasik antihistaminik ilaçların histaminin bazı etkilerini bloke ederken bazılarını bloke edememesi histamin için birden fazla ve değişik tiplerde reseptörlerin varlığını düşündürmüştür. Histamin reseptörlerinin alt gruplarını belirlemek için yapılan çalışmalarda ilk

*Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD,
Etilik-Ankara

olarak H_1 reseptörler tanımlanmıştır⁽³⁾. Bu reseptörler klasik antihistaminikler tarafından bloke edilebilirler ve histaminin barsak ve bronş düz kasları üzerine kasıcı etkilerinden sorumludurlar⁽³⁾. Daha sonra Black ve arkadaşları tarafından yeni tip reseptör blokörlerinin bulunmasına paralel olarak H_2 reseptörlerinin varlığı ortaya çıkarılmıştır⁽⁴⁾. Bu tip reseptörler de histaminin özellikle mide asit sekresyonu üzerine olan etkilerinden sorumludur⁽⁵⁾. H_1 ve H_2 reseptörler fonksiyonlarından da anlaşılacağı üzere postsinaptik reseptörlerdir.

H_1 Reseptörler

1983 yılında Arrang ve arkadaşları rat serebral korteksinden histaminin serbestlenmesini kontrol eden ve bilinen iki klasik reseptörden (H_1 ve H_2) farklı farmakolojik özellikler gösteren yeni tip bir histamin reseptörü bulunabileceğini ileri sürdüler⁽⁶⁾. Ancak bu çalışmada yeni reseptörün ne konformasyonu ne de selektif agonist ve antagonist tanımlanamadı. Yine aynı çalışma grubunun önderliğinde 1987 yılında gerçekleştirilen daha geniş kapsamlı bir başka çalışmada beyin dokularında histaminin sentez ve salınımını kontrol eden yeni tip bir histamin reseptörünün varlığı konusunda daha güçlü olgular elde edilmiş ve bu reseptörler için biri agonist (α -metil histamin), diğeri ise antagonist (tiy operamid) olmak üzere iki güçlü ve selektif ligand tanımlanmıştır⁽⁶⁾.

Tiyoperamid beyin bölgelerinde H_1 reseptörlerin kompetitif bir antagonistidir. Nanomolar konsantrasyonlarda etkilidir, H_1 ve H_2 reseptörler aracılığı ile oluşan yanıtlar üzerine pek etkisi yoktur⁽⁶⁾. Tiyoperamid santral sinir sisteminde histaminin etkilerinin oluşmasında yararlı olabilir. Bu madde kan-beyin engelini kolayca geçer ve histamin üzerinde-

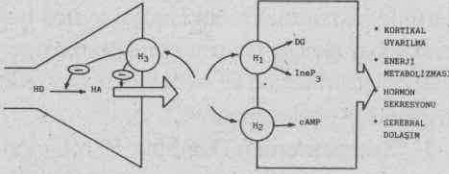
ki normal feedback inhibisyonu kaldırarak in vivo olarak histaminerjik nöron aktivitesini artırabilir⁽⁷⁾.

α -metilhistamin ile H_1 reseptörlerin stimülasyonu ile ratların deri, dalak ve akciğerlerinde histaminin redüklendiği ayrıca bunun kobay akciğer dokusu ve rat beyninin çeşitli bölgelerinde de H_1 reseptörlere kuvvetle bağlandığı gözlenmiştir⁽⁸⁾.

H_1 Reseptörlerinin Dağılımı: H_1 reseptörler santral sinir sisteminde serebral korteks, striatum, hipotalamusun bir kısmı, lateral septum ve stria terminalisin bazı nükleuslarında yoğun olarak bulunur. Beyin sapı serebellumda ise daha seyrektrir⁽⁹⁾. H_1 reseptörlerle ilgili olarak kobay mezenterik arteri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada perivasküler sinir uçlarında da bu reseptörlerin varlığı kanıtlanmıştır⁽⁹⁾. Bu da bize H_1 reseptörlerin sadece santral sinir sisteminde değil otonom sinir sisteminde de bulunduğunu göstermektedir.

H_1 Reseptörlerinin Fonksiyonları: Santral sinir sisteminde H_1 reseptörlerin aktivasyonunda diaçilgliserol ve inositoltrifosfat, H_2 reseptörlerin aktivasyonunda ise CAMP (Siklik adenozin monofosfat) gibi ikinci ulaklar aracılığı ile muhtelif yanıtlar oluşur. Bunlar arasında kortikal uyarlama, enerji metabolizması, hipotalamik hormon sekresyonu ve serebral dolaşımın düzenlenmesini sayabiliriz⁽⁹⁾. H_1 ve H_2 'nin düz kaslar ve mide üzerine histaminin etkilerindeki rolünden ise yazımızın giriş bölümünde söz etmiştik. Santral sinir sisteminin muhtelif bölgelerindeki H_1 reseptörlerin aktivasyonu sonucu histidinden histaminin sentezlenmesinde ve histaminin sinaptik aralığa salınmasında bir inhibisyon oluşmaktadır^(6,7) (Bk. Şekil 1).

Şekil 1: Histamin Reseptörlerinin Fonksiyonları ⁽⁶⁾



HD: Histidin, HA: Histamin, DG: Diaçilgliserol, InsP₃: Inositoltrifosfat

Keza otonom sinir sisteminde, perivasküler sinir uçlarında yer alan H₁ reseptörlerin stimülasyonu sonucu da sempatik nörotransmisyonun deprese olduğu gözlenmiş ve H₁ reseptörlerin dolaşımın fizyolojik kontrolünde önemli bir yeri olabileceği ileri sürülmüştür ⁽⁶⁾. Damar düz kasları üzerinde bulunan H₁ reseptörler histamine H₂ reseptörlerden daha duyarlıdır ⁽⁶⁾.

Akciğer, deri ve dalak dokusunda yer alan mast hücrelerinde bulunan histamin H₁ reseptörleri, histaminin yanı sıra allerji ve inflamasyon ile ilgili diğer mediyatörlerin sentez ve salımının kontrolünden de sorumlu olabilir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, histamin sentezinin bu dokularda yer alan başka hücrelerde de yapılabileceği ve hızlı doku büyümesi veya rejenerasyonu gibi durumlarda da (örneğin, deri hücrelerinde yaralanmayı takiben ve tümör gelişiminde) belirgin bir şekilde indüklenebileceğidir ^(6,7).

Sonuç

Henüz erken olmasına rağmen mevcut literatürlerin ışığında bu yeni tip reseptörlere presinaptik otoreseptörler gözüyle bakabiliriz. Bu reseptörlerin tam olarak nitelendirilmesi için bundan sonraki araştırmaların konu edilen iki selektif ligand (∞ -metil histamin ve tiyoperamid) üzerinde yoğunlaşacağını söyleyebiliriz. Bu iki madde ile yapılacak çalışmalar H₁ reseptörlerin histamin içerdiği bilinen bölgeler dışında bulunup bulunmadığı yolunda önemli bulgular sağlayabilir. Ayrıca bu reseptörlerin histamin dışındaki diğer nörotransmitterleri etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi de önemli bir aşama olabilir (Örneğin, kan beyin engelini kolaylıkla geçen tiyoperamidin santral sinir sistemindeki histamin dışında diğer nörotransmitterleri etkisinin olup olmadığı gibi).

KAYNAKLAR

- 1-Kayaalp, S.O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Cilt 3, 3. Baskı, Ulucan Matbaası, Ankara, 1986, S.2516-2522.
- 2-Douglas, W.W.: Autacoids "in The Pharmacological Basis of Therapeutics". Eds. Gilman, A.G., Goodman, L., Rall, T.W., Murad, F., Seventh Edition, Macmillan Publishing Company, New York, 1985, p.604-610.
- 3-Ash, A.S.F., Schild, H.O.: Receptors Mediating Some actions of Histamine. Br.J.Pharmacol., 27:427-439, 1966.
- 4-Black, J.W., Duncan, W.A.M., Durant, C.J., Ganellin, C.R., Pearsons, E.M.: Definition and Antagonism of Histamine H₂ Receptors. Nature, 236: 385-390, 1972.
- 5-Arrang, J.M., Garbarg, M., Lancelot, J.C., Lecomte, J.M., Pollard, H., Ribba, M., Schunack, W., Schwartz, J.C.: Highly Potent and Selective Ligands for Histamine H₃ Receptors. Nature, 327: 117-123, 1987.
- 7-Hill, S.: Histamine Receptors Branch Out. Nature, 327: 104-105, 1987.
- 8-Kayaalp, S.O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Ankara, Feryal Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., 4. Baskı, 1988, S. 1572-1573.
- 9-Ishikawa, S., Sperelakis, N.: A Novel Class (H₃) of Histamine Receptors on Perivascular Nerve Terminals, Nature, 327:158-160, 1987.

Kardiyopulmoner resüsitasyonda uygulanan ilaçlar hakkında son görüşler ve acil tıpta kullanılan bazı ilaçlar ve intra-venöz solüsyonlar

Doç. Dr. Tahir ÖZİŞİK⁽¹⁾

Uz. Ecz. Cumhur BİLGİ⁽²⁾

Doç. Dr. Ö. Yüksel ÖZTÜRK⁽³⁾

Yrd. Doç. Dr. Mehmet KOCAOĞLU⁽⁴⁾

SUMMARY

Current concepts on drugs for cardiopulmonary resuscitation and some of the others drugs and intravenous solutions which are used in emergency medicine

Trauma and other life threatening conditions often occur suddenly and must be resolved immediately. Decisions should be made quickly and appropriate first aid, surgical and medical interventions should be done as soon as possible. In an emergency depart-

ment and, indeed, at scene of an emergency or in an ambulance on the way to hospital, Cardiopulmonary Resuscitation is a basic but the most important form of those interventions when rendered by health care personnel. On the other hand, also, medication is one of the most important intervention for stabilization of emergency cases and resuscitation of the victims with cardiopulmonary arrest.

Emergency physicians and other health care personnel frequently have a stressful work at the scene, in ambulance or in emergency department. Every emergency equipment, and drug must be prepared and controlled before the running of ambulance and in the emergency department. Of course, emergency health care personnel must be know these important drugs and their indica-

(1) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. Öğretim Üyesi, İlk ve Acil Yardım ve Eğitim Merkezi Başkanı.

(2) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım ve Eğitim Merkezi Biyokimya Uzmanı.

(3) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi A.B.D. Doçenti

(4) Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım ve Eğitim Merkezi Yrd. Doçenti.

tions, contrindications, side effects and interactions. In this article, on the basis of current literature, we intraduced, explained or discussed them where part of the each drugs. We also intraduced some of the other drugs are used by emergency health care personel in emergency medicine and intravenous solutions, blood, plasma, albumine etc. for volume replacement.

ÖZET

Travma ve ani gelişen tıbbi hastalıklar süratle tehlikeye soktuklarından böyle durumlarda hayatı tehdit eden problemler derhal ortadan kaldırılmalıdır. Süratli kararlar vermeli ve uygun İlk Yardım ile gerekli tıbbi ve cerrahi girişimler mümkün olan en kısa zamanda uygulanmalıdır. Yaralı veya hasta mahallinde, hastaneye gelirken ambulans içinde ya da acil departmanda gerektiği zaman sağlık personeli tarafından uygulanan kardiopulmoner resussitasyon bu girişimlerin basit fakat en önemlilerinden birisidir. Diğer taraftan, Kardiopulmoner arrestlilerin resussitasyonu ve acil vakaların stabilizasyonu için ilaç uygulanması da en önemli girişimlerden biridir.

Hasta veya yaralı başında, ambulans ta ya da acil departmanda olsun sağlık personelinin ve acil tıp uzmanlarının genellikle stresli bir iş yükü vardır. Acil departmandaki ve ambulanstaki acil ilaçlar ve acil uygulamalarda kullanılan araç ve gereçler önceden hazırlanmalı ve kontrol edilmelidir. Tabiiyatiyle acil sağlık personeli bu önemli ilaçları ve bu ilaçların endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, yan etkilerini ve diğer ilaçlarla ters etkileşimlerini bilmelidir. Biz bu makalede her ilacın anlatıldığı bölümde en son literatür verilerine göre bunları sunduk, izah ettik ya da tartıştık. Volüm replasmanında kullanılan intravenöz solüsyonlar, kan,

plazma, albümin ile benzerlerine ve acil sağlık personeli tarafından acil tıpta kullanılan diğer ilaçların bazılarına da değindik.

Travma ve diğer acil hastalıklarda insan hayatını tehdit eden problemler oldukça süratli bir seyir takip eder ve çok kısa bir sürede insanları yaşamla ölüm arasında bir evreye getirir. Süratli karar, noksansız değerlendirme, süratli ve bilinçli müdahale, yaşamı ve hastanın geleceğini büyük oranda etkiler. Acil hasta ve yaralılara müdahale olay mahallinde başlar, ambulans içinde ve acil merkezde devam eder.

Acil hasta ve yaralının yaşamını sağlamak için ilaç uygulanması bu hizmet zinciri içinde yapılan müdahalelerin en önemlilerinden biridir.

Acil müdahalede kullanılan ilaçlar tedavide kullanılan ilaçların belli bir grubunu oluşturur (1,2). Bazı ilaçlar çoğu zaman acil müdahalelerde kullanılmasına rağmen, başka ilaçlarda acil kullanım özelliği kazanabilirler. Örneğin başka bir tıbbi hastalığı olan travmalı bir hastanın tıbbi ve cerrahi problemleri kompleks bir natür kazanarak bu hastanın birçok ilaca gereksinmesi olabilir. Diğer taraftan kardiyak arrest gelişmiş acil bir vakada kardiopulmoner resussitasyon ve yeniden kalbin ve diğer organ fonksiyonlarının stabilizasyonu için çeşitli ilaçlar gerekebilir (Tablo 1). Acil sağlık personelinin gerektiği zaman ve her yerde kardiopulmoner sesussitasyon yaparak insanları yeniden yaşama döndürmesi en önemli görevlerinden biridir. Organ ve sistemlerin stabilizasyonu ve yaşamın sağlanması için acil hastalık ve travmanın natürüne göre çok değişik ilaçlar gerekebilir. Diğer taraftan travmalı hastaların bir kısmı hipovolemi sonucu hayatlarını kaybederler. Bazen de bir tansiyon pnömotoraks sirkulatuar yetmezliği neden olup

ölümü davet eder. Tıp personelinin gerek olay mahallinde, gerek ambulans ve gerekse acil merkezde hasta ve yaralıları gerekebilecek her çeşit ilaç ve volüm tamamlayıcıları hazır bulundurması, önceden kontrol etmesi, bunların kullanımını, endikasyonlarını, başka ilaçlarla ve hastanın rahatsızlıkları ile olan etkileşimlerini iyi bilmesi gereksiz birçok ölümü engelleyecektir.

Hayatı veya hayati fonksiyonları korumak ya da tekrar sağlamak için bazı çok acil ilaçların süratle etkisine ihtiyaç vardır. Şoklu veya kardiyopulmoner resüsitasyon yapılan hasta ve yaralıları yapılan araştırmalarda İ.V. yoldan verilen bu ilaçların bazı olgularda 300 saniye (5 dakika) sonra hedef hücrelere ulaştığı saptanmış bu kusuru telafi için intrakardiyak kullanım oldukça etkili ve maksada uygun alternatif yöntem olarak tercih edilmiştir. Intrakardiyak enjeksiyonun perikardı yaralama, kalp boşlukları yerine başka damarlara girme, yaralama ve koroner damarları yaralamadan başka ve yine kalp boşlukları yerine ilacı myokard içine verme gibi tehlikeli komplikasyonları vardır. Herhangi bir ilacın myokard içine verilmesi hasta veya yaralının ölümüne neden olur. Ya da resüsitasyonu güçleştirebilir. Örneğin adrenalinin myokard içine verilmesi tıbbi ve elektriki yöntemlerle tedavi şansı çok az olan ventrikül fibrilasyonunu başlatır ya da önceden varsa mevcut fibrilasyonu her çeşit resüsitatif yöntemlere dirençli olan bir parterne sokar. Intrakardiyak enjeksiyon yönteminin hayatı tehdit eder nitelikteki komplikasyonları olması araştırmacıları acil ilaçların süratle etki edeceği başka veriliş yolları bulmaya zorlamıştır. Yapılan araştırmalarda endotrakeal tüpten bazı çok acil ilaçların uygulanabileceği ve hedef dokulara varış süresinin de intrakardiyak uygulamadan farklı

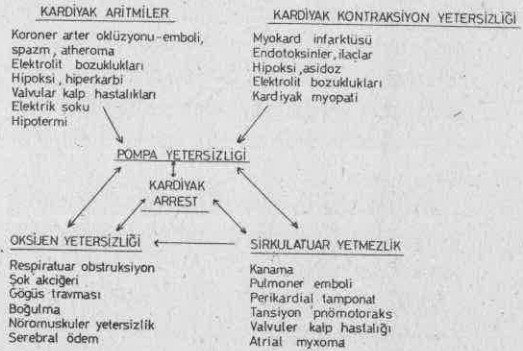
olmadığı gösterilmiştir (6).

Kardiyopulmoner resüsitasyon esnasında kalbe yapılan kompresyonun pulmoner sirkülasyonu harekete geçirmesi ya da şoklu hastada pulmoner sirkülasyonun devamı dolayım olduğundan endotrakeal yolla verilen ilaç süratle absorbe olarak kalp içine gelir.

Bugün endotrakeal medikasyon, yani endotrakeal yolla ilaç verme acil tıpta gereken hasta ve yaralıları yaygın olarak kullanılmaktadır.

Biz bu makalede en son literatür verilerine dayanarak kardiyopulmoner resüsitasyonda ve acil olaylarda kullanılan önemli ilaçlara gerektiği kadar değindik. Ayrıca acil tıpta kullanılan diğer ilaçlarla volüm replasmanında kullanılan kan, plazma ve diğer intravenöz solüsyonları kısaca gözden geçirdik.

KARDİYAK ARRESTİN ETİYOLOJİSİ



Kardiyopulmoner resüsitasyonda ve diğer acil olaylarda kullanılan önemli ilaçlar

1. Epinephrine (Adrenalin):

Simpatomimetik bir ajandır. Bir alfa ve beta adrenerjik agonisti olan epinephrine hydrochloride'in vazokonstraksiyon ve spontan kardiyak kontraksiyonları stimülasyon etkisi vardır. Kardiyak outputu beta stimü-

lasyon etkisi ile artırdığından kardiyopulmoner resüsitasyonda perfüzyon basıncını artırır. Alfa stimülasyonu ile sistolik kan basıncını yükseltir. Düz kaslardaki ve özellikle bronşioollerin düz kaslarındaki spazmı çözer.

Endikasyonları: Aneflaktik şokta, bronşiyal astmada, Adams-Stokes sendromunda, kalbin elektromekanik dissosiasyonlarında, ventriküler fibrilasyon ve asistolda (Kardiyak arrestte) endikedir.

Uygulama Şekli:

İ.V.-İ.M., subkütan, intrakardiyak veya endotrakeal yoldan uygulanır. 1/1000'lik ve 1/10.000'lik solüsyonları vardır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Adrenalin ventriküler fibrilasyonu elektürki defibrilasyona inat eden bir paterne sokar. İntraoküler basıncı artırır, konjessif kalp yetmezliğini, disaritmileri, anjina pektoris, hipertroidi ve amfizemi kamçılar. Taşikardi, palpitasyon, hipertansiyon, türeme, baş ağrısı, pulmoner ödem provokasyonu, myokard içine verildiğinde ventriküler fibrilasyon ve kardiyak arrest gibi yan etkileri görülür.

Aşırı dozda uygulandığında ayrıca soğuk ve diaforetik bir cilt, siyanoz ve mental bozukluklar görülür (1).

Dozu:

a) Erişkin Dozu:

Bir defalık dozu 0,5-1 mg.dır.

Kardiyak Arrestte:

1/10.000'lik solüsyonundan 5-10 cc. İ.V., endotrakeal veya intrakardiyak olarak uygulanır. Gerekirse beş dakikada bir tekrarlanır. Bazen 1-2 mg. 10 cc. steril su içinde endotrakeal olarak verilebilir.

İnfüzyonu %5'lik 250-500 cc. dekstrozo solüsyonu içinde dakikada 0,04 mcg/kg. gidecek şekilde 1-4 mcg/kg. dozunda ayarlanır.

Anaflakside:

1/10.000'lik sol.dan 1cc. İ.V. veya endotrakeal olarak verilir. Gerekirse 5 dakikada bir tekrarlanır.

Bronşiyal Astmada:

1/1000'lik sol.dan 0,3-0,5 cc. subkütan olarak uygulanır.

b) Çocuk Dozu:

Kardiyak Arrestte:

1/10.000'lik solüsyonundan 0,01 mg/kg. İ.V. veya endotrakeal olarak uygulanır. Gerekirse her 5 dakikada bir tekrarlanır.

Anaflakside:

1/10.000'lik solüsyonundan 0,03 cc. İ.V. veya endotrakeal olarak uygulanır.

Bronşiyal Astmada:

1/10.000'lik sol. 0,1-0,5 cc. subkütan olarak uygulanır.

2. Sodium Bicarbonate:

Alkali bir ajandır. Kalbin normal elektriki aktivitesini deprese eden, ventriküler fibrilasyon eşliğini düşüren ve katekolaminlerin etkisini inhibe eden asidozla mücadelede kullanılır. Kardiyak arrest olgularında yararlı olduğunu destekleyen az sayıda yayın vardır (1). Diğer taraftan deney hayvanlarında yapılan araştırmalarda bikarbonatın ne sürviyi artırdığı ne de defibrilasyonun başarısına katkıda bulunduğu gösterilebilmiştir (1). Son araştırmalardan birinde kardiyopulmoner resüsitasyon esnasında fazla dozda verildiğinde hiperozmolariteye, hipematremiye ve ekstraseellüler alkaloza neden olduğu gösterilmiştir. Yine aşırı doz oksihemoglobin dissosiyasyon eğrisinde kaymaya neden olarak hemoglobindeki oksijenin serbestleşmesini inhibe eder, Myokardiyal ve serebral hücrelere kolayca diffüze olabilen karbondioksit üreterek paradoksik bir asidozda oluşturur (1). Kardiyak arrestlilerde yeterli ventilasyon, defibrilasyon ve gerekli diğer farmakol-

ojik ajanların uygulanması gibi kombine tedavi modeli içinde kullanılmalıdır. Genellikle kardiyak arrestte sürdürülen resüsitatif eforların onuncu dakikasına kadar ventilasyon devam ediyor, kalp ritmi ve kan basıncı iyi ise bikarbinot gerekemeyebilir. Eğer hastada sağlanan hiperventilasyona rağmen aşikar metabolik asidoz varsa, ya da önceden metabolik asidoz mevcutsa veya hiperkalemi tesbit edildiyse on dakika beklenmeden bikarbonat verilmelidir. En ideal karar kan PH'si ve arteriyel kan gazlarına bakılarak verilir.

Endikasyonları:

Kardiyak arrest, asidoz ve hiperkalemi,

Uygulanma Şekli:

İ.V. yoldan uygulanır. Ampullerinde 44,8 mEq bikarbonat vardır. Direkt ya da %5'lik dekstroz içinde verilebilir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Katekolaminleri deprese ettiğinden ve kalsiyum tuzları ile çökelek yaptığından bu tür ajanlarla birlikte kullanılmamalıdır. İnjesiyondan sonra serum seti hemen yıkanmalıdır. Aşırı dozu günlerce veya haftalarca düzeltililemeyecek tehlikeli metabolik alkalozu neden olur. Fazla uygulanmasında ayrıca hipernatremi gelişebilir. Tetani gibi yan etkileri de vardır.

a)Erişkin Dozu:

Önce İ.V. olarak 1-2 ampul verilir. Eğer hastada nabız ve solunum yoksa her 10 dakikada bir ampul uygulanır. en iyi yöntem arteriyel kan gazını ölçerek uygulanmasıdır. Eğer ölçemiyorsak 1-3 mEq/kg karbonat verilmeli ve gereklikçe bu 10-15 dakikada tekrarlanmalıdır. İnfüzyon şeklinde 50cc %5'lik dekstroz içinde verilebilir.

b)Çocuk Dozu:

1 mEq/kg İ.V. 5-10 dakikada bir verilir veya arteriyel PH ölçülerek uygulanır.

3. Atropin sulfate:

Antikolinerjik ve parasimpatolojik bir ajandır. Vagolitik olan bu ajan sinoatriyal düğünden çıkan stimülasyonları kuvvetlendirir. Vagal tonusu bloke eder, atriyoventriküler kondüksiyonu artırır. Atropin, asistolde elektriki aktiviteyi düzeltmede etkili bir ajandır.

Endikasyonları:

Asistolde, yavaş ventriküler atımlı yüksek dereceli atrioventriküler bloklarda, hipotansiyonla birlikte olan veya ventriküler ek-topik atımla birlikte olan bradiaritmilerde kullanıldığı gibi Organafosfat zehirlenmelerinde antidot olarak uygulanan bir ajandır. Bilier ve üreteral koliklerde de kullanılır.

Uygulama Şekli:

Acil tıpta genellikle İ.V. olarak uygulanır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Erişkinlerde 0,3mg'dan az dozu paradoksik bir bradikardi yaptığı için 0,3mg'dan yüksek doz uygulanmalıdır. 2mg'dan yukarısı ise tam vagal blok yapar. Myokard infarktüslerinde iskemik sahayı artırdığından eğer bradikardi şiddetli ve semptomatik değilse kullanılmamalıdır. Glokomlularda kontrendike olup yerine isoproterenol kullanılır. Antidepresanlar, antihistaminler, izoniazid, fenotiazidler ve MAO inhibitörleri atropinin etkisini potansiyalize ederler. Aşırı dozunda bulanık görme, pupil dilatasyonu, ağız kuruluğu, delirium, hipertansiyon, hipotansiyon,üriner retansiyon, ateş, şuur azalması, taşikardi, solunum sayısında azalma, koma ve ölüm görülebilir.

Dozu:

a) Erişkin Dozu: Asistolde 1mg İ.V. verilir. Gerekirse 5 dakika sonra tekrarlanır. Total doz 2mg'dır. Disaritmilerde 0,5-1mg iki dakika içinde İ.V. olarak verilir. Doz 5 dakika içinde gerekiyorsa total doz olan 2mg'a

kadar çıkarılabilir.

b) Çocuk Dozu: 0,01-0,03 mg/kg İ.V. olup yavaş yavaş iki dakika içinde verilir.

4. İsopteranol (İsuprel İsoprenalin)

İsopteranol Hydrochloride pür bir beta agonist olan simpatomimetik bir amindir. Kalp adelesine kuvvetli kronotropik ve inotropik etkisi vardır. Mykordın oksijen gereksinimini artırırken koroner ve renal kan akımını çoğaltır. Atrioventriküler kondüksiyonu iyileştirir. Sistolik kan basıncını ve kardiyak outputu artırır ve bronşial düz adelelerdeki spazmı çözer. Kardiyak arrestte ise koroner perfüzyonu ve vasküler rezistansı azalttığı için Amerikan Kalp Cemiye, asistol ve elektromekanik dissosiasyonda destekleyici tedavide kullanmayı pek fazla tavsiye etmez (10).

Endikasyonları:

Atropine rezistans artioventriküler blok ve sinüs brakardisi gibi bradiaritmilere endike olan isoproteranol ayrıca pacemaker uygulanması düşünülen olgularda, uygulanmaya kadar yararlı olabilir. İdioventriküler ritimlerde, bazen asistolda de kullanılabilen isoproteranol bronkospazmda da endikedir.

Uygulama Şekli:

İ.V. ve intrakardiyak yollardan uygulanabilir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Koroner perfüzyonu ve vasküler rezistansı azalttığı için uzun süre kullanımı sakıncalıdır. Hipokalemi, hipovolemide, dijital alanlarda ve diabetlilerde kontrendikedir. Epinefrinle birlikte kullanılmamalı, propranolol ile kullanırken çok dikkatli olmalıdır. Palpitasyon, anjinal ağrı ve baş ağrısı gibi yan etkileri vardır. Bazen ventriküler taşikardi ve kardiyak arrest görülebilir.

Dozu:

a) Erişkin Dozu: 1-2 mg isoproteranol

500cc %5 dekstroz içinde dakikada 2-40mcg verilerek istenilen kalp ritmi elde edilir. İntrakardiyak veya direkt İ.V. doz 0,02mg'dır.

5. Kalsiyum İyonları (Calcium Chloride, Clacium Glukonate):

Kalsiyum iyonları mykordır eksitasyon kontraksiyon işlevinde önemli rol oynar. Myokard kontraktilesini artırır ve ventriküler otomasyonu kuvvetlendirir. Sinüs impuls formasyonunu suprese eder. Yapılan çalışmalar kalsiyum iyonlarının kardiyak arrestli hastalarda kullanımının fazla yararlı olmadığını göstermiştir (1). Ayrıca kardiyak arrestlilerde kalsiyumun normal dozlarının toksik etki yaptığına dair bulgular elde edilmiştir (3). Diğer taraftan kalsiyumun asistol ve elektromekanik dissosiasyonlarda tedavi edici etkileri hakkında tereddütler vardır (17).

Posthipoksik serebral iskemide ve myokard iskemisinde zararlı etkilerinin olduğu bilinmektedir (18). Potasyumu hücre içine iter, sistoli uzatır. Kalsiyum klorür kalsiyum glukonattan 3 defa daha fazla etkilidir.

Endikasyonları:

a) Kalsiyum Klorür: Hiperkalemi arrestlerde, elektromekanik dissosiasyonda, ventriküler fibrilasyonda, magnezyum sülfat zehirlenmesinde kullanılır.

b) Kalsiyum Glukonat: Elektromekanik dissosiasyon, asistol ve ventriküler fibrilasyonda ve magnezyum sülfat zehirlenmelerinde kullanılır.

Tüm bu endikasyonlara rağmen sadece hiperkalemi, magnezyum sülfat zehirlenmesi, kalsiyum kanal blokları toksisitesi ve multipl kan transfüzyonlarında kullanılması tavsiye edilmektedir. Uygulamada aktif iyonize kalsiyum bakımından zengin olduğu için kalsiyum klorür tercih edilir.

Uygulanma Şekli:

Sadece İ.V. yoldan uygulanırlar. Ancak

Kalsiyum Klorür intrakardiyak olarak da tat-
bik edilebilir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Dijital alanlarda kalsiyum iyonları kulla-
nılmaz. Kalsiyum klorür sodyum bikarbo-
nat ile çökelek yapar. Bradikardi, hipotansi-
yona neden olur ve hızlı verilince kalp durur.

Dozu:

a) Erişkin Dozu: Kalsiyum klorüründen
%10'luk 5-10cc İ.V. olarak 5-10 dakikada
verilir. 5-10 dakika sonra tekrarlanabilir.
Genellikle 2-4mg/kg İ.V. olarak yavaş ya-
vaş uygulanır. Kalsiyum glukonat ise İ.V.
olarak %10'lukundan 10cc(24 saatte 60cc'ye
kadar) verilebilir.

b) Pediatrik Dozu: Kalsiyum klorürün
%1'lik solüsyonundan 1-2cc 5-10 dakikalık
bir sürede İ.V. olarak verilir. Kalsiyum glu-
konat ise %10'luk solüsyonundan 2-5cc 24
saatte İ.V. olarak verilir.

6. Lidocaine Hydrochloride (Xylocaine):

Lokal anestezi ve antiaritmik bir ajandır.
Ventriküler iritabilitiyi azaltır. Ventriküler
ektopik fokus akımlarını suprese eder. Myo-
kardın fibrilasyon eşiğini yükseltir. ventri-
küler aritmiye tekrar geçişi önler. Bunun
için ventriküler aritmiler, supraventriküler
ritme dönüştürüldükten sonra tekrar ventri-
küler aritmiye dönüşmemesi için profilaktik
olarak kullanılır.

Endikasyonları:

Ventriküler taşikardi, ventriküler disarit-
miler özellikle prematüre ventriküler kom-
plekslerde etkilidir. Myokard infarktüsünde
gelişecek aritmilerin profilaksisinde de kul-
lanılır.

Uygulanma Şekli:

İ.V. veya intratrakeal yoldan verilir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Karaciğer yetmezliği olanlarda, konjestif
kalp yetmezliği ya da şokta olduğu gibi he-

patik kan akımının azaldığı hallerde yük-
leme ve idame dozları normal dozun yarısı ka-
dar olmalıdır. İdiyoventriküler ritimlerde ve
atriyoventriküler bloklarda kontrendikedir.
toksisitesinde; mental bozukluklar, hecele-
yerek konuşma, bayılma, bulanık görme,
senkop, paratezi, yüzde ve dilde uyuşma, tit-
reme gibi santral sinir sistemi belirtileri gö-
rülür. Hızlı verilince bazen hipotansiyon ge-
lişir. QRS kompleksi veya PR intervali ge-
niş olan disaritmilerde kullanılmaz.

Dozu:

a) Erişkin Dozu: 1-3mg/kg (50-100mg)
İ.V. olarak iki dakikada verilir. Sonra 1-
4mg/Dakika veya 5 dakika sonra 50mg İ.V.
olarak verilir. Sonra 50mg her on dakikada
bir tekrarlanarak 200-325mg'a kadar total
doz olarak çıkılabilir. İntratrakeal yoldan
10cc steril su içinde 5-100mg verilebilir.

b) Pediatrik Doz: 0,5mg/kg İ.V. 3 dakika-
da verilir. Sonra İ.V. infüzyon tarzında 0,02-
0,03mg/kg dakikada gidecek şekilde ayar-
lanır.

7. Bretylium Tosylate (Bretylol, Brety-
late):

Antiaritmik ve kimyasal defibrilant olan
bu ajan başlangıçta katekolaminlerin salgı-
lanmasına, serbest bırakılmasına neden
olur. Sonra adrenerjik blokan etkisi görülür.
Fibrilasyon eşiğini artırır. Ventriküler arit-
mileri ve aberansları azaltır. Refrakter peri-
yodu artırır. kalbin inotropisini kuvvetlen-
dirir. Tekrarlayan ventriküler aritmileri ön-
ler. Elektriki defibrilasyonun başarısını
yükseltir. Bunlara ilaveten direkt defibrilas-
yon etkisi de vardır. Bunun için medikal de-
fibrilasyon yapan ajan olarak bilinir.

Bütün bu olumlu etkilerine rağmen vent-
riküler fibrilasyonlarda ilk kullanılan ilaç de-
ğildir. Bazıları fibrilasyonda önce bu ilacı
dener.

Endikasyonları:

Ventriküler fibrilasyon ve ventriküler taşikardilerde kullanılır; Defibrilasyon ve lidokaine dirençli ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardilerde, ya da lidokain, prokainamid veya kardiyoversiyon ile kontrol edilemeyen nabızlı ventriküler taşikardilerde kullanılır (1). Prematüre ventriküler atımlarda başka ilaç etkisizse Bretylium uygulanmalıdır.

Uygulanış Şekli:

İ.V. yoldan uygulanır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Bretyliumun başlangıçta hipertansiyon ve sonra ortostatik hipotansif etkisi vardır. Karotekolaminlerin etkisini başlangıçta potansiyelize ettiğinden dijitalin toksik aritmi komplikasyonu agreve olur. Onun için dijital kullananlarda oldukça dikkatli kullanılmalıdır. Vital belirtiler ve ritim izlenmelidir. Hızlı verildiğinde bulantı ve kusma görülür.

Dozu:

a) Erişkin Dozu: Nabızsız ventriküler taşikardilerde ve inatçı ventriküler fibrilasyonlarda Bretyliumun başlangıç dozu 5mg/kg İ.V. olarak verilir. Sonra 15-30 dakikada bir 10mg/kg'lık dozlarla devam edilir. Total doz 30mg/kg'ı aşmamalıdır.

Nabızlı inatçı taşikardilerde 50cc serum-fizyolojik içinde 5-10mg/kg dozundaki dilüe ilaç 8-10 dakikada verilir. 1-2 saat sonra bu doz tekrarlanabilir. Devam eden aritmilerde infüzyon şeklinde dakikada 1-2mg dozunda devamlı olarak verilir. Gerekirse total doza kadar çıkılır.

b) Pediatrik Dozu: Bilinmiyor. Fakat sadece hiçbir şeye cevap vermeyen fibrilasyonlarda kullanılabilir.

8. Procainamid (Pronestyl):

Antiaritmik bir ajandır. Kalp vuruş sayısı-

nı ve kondüksiyon yavaşlatır. Myokardın iritabilitesini azaltır, refrakter periyodu uzatır. Ventriküler ektoptik aktiviteyi suprese ederek terar aritmilere girişi önler.

Endikasyonları:

Ventriküler ektoptik atımları suprese etmek için lidokainden sonra ikinci ajan olarak tercih edilir. QRS kompleksinin %50 genişlediği veya hipotansiyon olan aritmili hastalarda kullanılır. Supraventriküler, ventriküler dışaritmiler, poraksismal atriya taşikardi, atriyal fibrilasyon ve prematür ventriküler kontraksiyonlarda da endikedir.

Uygulanma Şekli:

İ.V. yoldan direkt veya infüzyon tarzında verilir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Ventriküler fibrilasyonlularda aritriyoven-triküler bloklara ve prematür ventriküler atımlara neden olabilir. Hipotansiyondan korunmak için yavaş enjeksiyon yapılmalıdır. İnfüzyon pompası kullanılmalıdır. Hızlı verildiğinde kalp bloğuna neden olur. Kalp bloklarında kontrendikedir. İştahsızlık, ateş, ütreme, hallüsinasyon, konfüzyon, bulantı, kusma, senkop, hipotansiyon, PR intervalini artırma, QRS kompleksini genişletme, QT intervalini uzatma ve ventriküler disaritmilere neden olma gibi yan etkileri vardır.

a) Erişkin Dozu: Yavaş olarak 2 dakikadan fazla bir süre içinde 100mg verilir. Bu doz gerekiyorsa her beş dakikada bir tekrarlanır maksimum doz 1gr'dır.

b) Pediatrik Dozu: 2mg/kg 2-4 dakika içinde İ.V. olarak verilir. İnfüzyon için 10-100mg %5'lik 500cc dekstroz içinde hazırlanan şekli kullanılır.

9. Propranolol (İnderal):

Beta-adrenerjik blokan bir ajandır. Kalbin sempatik sinir sistemi stimülasyonuna karşı olan cevabını ve atriyoventriküler kon-

düksiyonu inhibe eder.

Endikasyonları:

Dijital toksisiteyle birlikte olan takiaritmiler, şiddetli anjina, normal veya yüksek tansiyonlu nabız 100'den yukarı olan ve infarktüstten bir saat süre geçmiş bulunan akut myokard infarktüstlülerinde, diğer ilaçlara cevap vermeyen atriyal ekstrosistollerde, supraventriküler, ventriküler, atriyal disaritmiler ve takiaritmilerde kullanılır.

Uygulanış Şekli:

Dijital grubu ilaçlarla birlikte kullanılır. Astma, sinüs bradikardisi, ikinci ve üçüncü derecede kalp bloklarında kontrendikedir. Bronkospazma, hipoglisemiye neden olabilir. İnsülin ve oral hipoglisemik ajanlara olan ihtiyacı azaltır. Isoproteranol ve aminofillin bu ilacın beta blokan etkisini artırduğundan dikkatli kullanılmalıdır.

Dozu:

İ.V. olarak dakikada 20mg olmak üzere 100mg'a kadar verilebilir. Gerektiğinde her 5 dakikada bir dozlar tekrarlanarak 1gr'a kadar uygulanabilir. İntravenöz infüzyonda sürat dakikada 2-6mg olacak şekilde ayarlanır.

10. Dopamine (Dopamine-İntrapine):

Alfa ve beta doparminerjik reseptör stimulanıdır. Bu etkisi doza bağımlı olarak değişir. Myokardın oksijen kullanımını çoğaltmadan kardiyakoutputu artırır. Belirli dozlarda renal ve mezenterik damarları dilate eder. Belli dozlarda kalp vurum sayısını artırmadan kan basıncını artırır. Hipovolemiye bağlı olmayan hemodinamik hipotansiyonda ve kardiyak arrestte destekleyici olarak kullanılır (15). Hemodinamik etkisi de dozuna bağlıdır.

Endikasyonları:

Myokard infarktüsü, sepsik olaylar, renal yetersizlik ve konjessif kalp yetmezliği sonucu gelişen hipotansiyonlarda kullanılır.

Kardiyojenik şok, kardiyak outputun azaldığı hallerde ve kardiyak arrestte de endikedir.

Uygulama Şekli:

En ideali İ.V. infüzyon tarzında infüzyon pompası ile uygulamalıdır. 200-400 mg'lık ampulleri vardır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Değişik dozları değişik etkiler gösterdiğinden değişik derecelerdeki dozlannın etkilerini iyi bilmek gerekmektedir. Kullanmadan önce hipovolemi düzeltilmeli, vital belirtiler monitorize edilmelidir. Alkali solüsyonlarla katıyetle verilmemelidir. Uriner debi izlenmelidir. Bazen disaritmilerin yerleşmesine neden olur. Doku arasına kaçarsa şiddetli nekroz yapar. Geniş veriler kullanılmamalıdır. Dilue edilen madde içinde 24 saatte bozulur. Göğüs ağrısı, bradikardi, solunum derinliğini azaltma etkisi, ektopik atıma neden olma, bulantı, kusma, palpasyon ve taşikardi gibi yan etkileri de vardır.

Dozu: İnfüzyon pomposu ile İ.V. olarak %5'lik dekstroze veya %5 dekstrozerfizyol sol içinde verilir. Dakikada 50mcg/Kg'ı aşmamalıdır. Değişik dozlarının etkileri aşağıdaki gibidir.

11. Norepinephrine (Levophed, Levarterenol, Bitartarot):

Sempatomimetik bir ajandır. Periferde vazokonstriksiyon yaparak kalbe iş yüklemeyen beyin, kalbin, karaciğerin ve böbreklerin kanlanmasını sağlar. Kroner arterleri genişletir. Kardiyopulmonerserebral resüsitasyonda postiskemik evrede uygulanınca serebral kan akımını artırır (16).

Endikasyonları:

Kardiyopulmonerserebral resüsitasyonda, akut hipotansiyonlarda ve nonhipovolemik hipotansiyonlarda kullanılır.

Uygulanış Şekli:

İ.V. infüzyon şeklinde uygulanır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Uygulanırken kan basıncı sık sık kontrol edilmelidir. Volüm yetersizliklerinde fazla yararı olmadığı için önceden volüm tamamlamaya çalışılmalıdır. Hazırlanan infüzyon solüsyonu 24 saatte bozulur. Geniş venlerden uygulanmalıdır. Eğer doku arasına geçerse şiddetli doku nekrozu yapar. Bu yöreye phentolamin (regitine) 5-10cc. serum fizyolojik içinde verilerek nekroz önlenir. Bazen ventriküler fibrilasyona neden olur. Bradikardi, göğüs ağrısı ve enjeksiyon yoresinden refleks bradikardi atropinle, aritmiler pronalol ile ve aşırı supressor etkisi phentolamine ile engellendiğinden bu ilaçlar hazır bulunmalıdır.

Dozu:

a)Erişkin Dozu: 500cc. %5 dekstroz solüsyonu içine 4-8mg. konularak dakikada 8-12mcg. verilir. Sonra 2-4mcg/Dakika ile devam edilir. Serum fizyolojik ile verilmez (11).

b)Pediatrik Dozu: 2-4mg. 500cc. %5İlik

dekstroz içinde konularak dakikada 0.1-1 mcg/kg gidecek şekilde ayarlanır.

12. Dobutamine (Dobutrex):

Sentetik bir katekolamindir. Direkt, myokarddaki beta adrenerjik reseptörlere etki ederek inotropik ve kronotropik etkiyi artırır. Kardiyak outputu artırır. Sol ventrikülün diastolik basıncını ve pulmoner kapiller basıncı azaltır. Beta-1 stimülasyonu fazla alan bu ajan kalp debi ve vuruşunu artırdığı halde total perifer rezistansı düşürür.

Endikasyonları:

Genellikle kontraktilitenin deprese olmasından kaynaklanan kardiyak dekompanseasyonlarda kullanılır. Kardiyajenik şok ve kalp yetmezliğinde kardiyak debiyi artırmada endikedir.

Uygulanma Şekli:

İ.V. infüzyon tarzındadır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Uygulanmadan önce primer hipovolemi düzeltilmelidir. Atrial fibrilasyonlularda hızlı ventriküler cevaptan korunmak için önce dijital uygulamalıdır. Beta blokan ajan-

DOPAMİNİN DEĞİŞİK DOZLARININ ETKİLERİ

Dozlar:	2-5 mcg/Kg/Dak.	5-20 mcg/Kg/Dak	20 mcg/Kg/ Dak.dan fazla
Kardiyak Output	Değişmez	Artar	Artar
Kalp Atım Volümü	Değişmez	Artar	Artar
Kalp Vuru Sayısı	Değişmez	Başlangıçta artar, infüzyon devam ettikçe	Artar
Değişmez	tekrar normale döner	Artar	Myokard Kontraktilitesi
Düşük* Kroner	Düşük* Kroner	Kesin bir kanı	Myokardın Oksijen ihtiyacını artırma
kan akımı artar	kan akımı artar	yoktur	Takiaritmi Etkisi
Düşük*	Düşük*	Orta Derecede	Total Sistemik

* Düşük fakat moritorizasyon gerekli.

lar etkisini azalttığından özellikle propranolol (inderal) ile kullanılmamalıdır. Myokard infarktüsünde hastayı yakından izlemelidir. Cilt altı veya adele içine sızması ciddi doku nekrozuna neden olur. Alkalilerle geçimsiz olan bir kimyasal yapıdadır. Göğüs ağrısı, anjina, baş ağrısı, solunum sathileşmesi hipertansiyon, taşikardi ve ektopik atımları artırma gibi yan etkileri görülebilir. Kan basıncı, santral venöz ve pulmoner kapiller wedge basınç, kalp ritmi ve idrar çıkışı monitorize edilmelidir.

Dozu:

a)Erişkin Dozu: Serum fizyolojik veya glukoze içinde 2.5-10mcg/kg. dakikada gi-decek şekilde infüze edilir.

b)Pediatrik Dozu:

Çocuklarda kullanılması tavsiye edilmez.

13. Verapamil (Isoptin):

Kalsiyum kanal blokeridir. Kalsiyumun hücre içine geçişini önler. Atrioventiküler kondüksiyonu yavaşlatır. Reflakter periyo-du uzatır. Kardiyopulmonerserebral resüs-sitasyonda serebral damarlarda kalsiyum et-kisinden kaynaklanan spazmı çözerek no-reflow fenomenini ortadan kaldırmada yar-dımcı olduğu gibi hücre içine kalsiyum giri-şini bloke ederek hücre içinde kalsiyumun neden olduğu fizyopatolojik süreçlere ve sonuçta irreversible nöron harabiyetine en-gel olmada yarar vardır.

Endikasyonları:

Paroksizmal supraventriküler taşikardi, anjina pectoris ve hipertansiyon krizlerinde, diğer kalsiyum kanal blokerlerinden daha az etkili olmakla beraber serebral resüsitas-yonda kullanılan bir ilaçtır.

Uygulanma Şekli:

İ.V. yoldan uygulanır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Eğer olayın altında bik kalp yetmezliği

varsa hasta daha da kötüleşebilir. Kalsiyum kanal blokeri olup serum kalsiyum seviyesi-ni düşürmez. Hipotansif hastalara, ikinci ve-ya üçüncü derece kalp bloğu olanlara, pro-pranolol gibi beta adrenerjik blokan ilaçlar alanlara asla verilmez. Aşırı dozu ve süratli verilmesi hipotansiyona neden olur. Hipo-tansiyon, kardiyogenik şok ve şiddetli kon-jestif kalp yetmezliğinde kontrendikedir. Geçici olarak arteriyel basıncı düşürmesi, bradikardi ve asistol gibi yan etkileri vardır (1).

Dozu:

a)Erişkin Dozu:

İ.V. olarak iki dakikadan fazla bir süre içinde 5-10mg. verilir. ilk dozdan 30 dakika sonra 0.15mg./kg dozunda gerekiyorsa tek-rarlanabilir. Yaşlılarda ilk doz 3 dakikadan fazla bir süre içinde verilmelidir.

b)Pediatrik Dozu:

0.1-0.2mg./kg. İ.V. yavaş olarak iki daki-ka üzerinde bir zamanda uygulanır.

14. Sodium Nitroprusside (Nipride):

Antihipertansif bir ajandır. Arterioller ve venleri dilate eder. Ventriküler fonksiyonu düzeltir ve kardiyak outputu artırır.

Endikasyonları:

Pulmoner ödemlerde görülen hipertansi-yonda, kronik refrakter kalp yetmezliğinde, myokard infarktüsünde kullanılır. Dissekan anevrizmalarda ve hipertansif acillerde endi-kekir.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Solüsyon ışığa hassas olduğu için bulun-duğu şişe ışık geçirmeyecek bir şekilde ka-planmalıdır. Diğer ilaçlarla birlikte asla ve-rilmemelidir. Bulantı, kusma, baş ağrısı, diaforez, huzursuzluk ve göğüs ağrısı gibi yan etkileri vardır.

Dozu:

a)Erişkin Dozu:

50mg. 250cc. %5 dekstroz içine konularak 0.5-10 mcg./kg./dakika olarak verilir. Ortalama doz 3mcg./kg./dakikadır.

b)Periatrik Dozu:

Erişkinlerde olduğu gibidir.

15. Aminophylline (Thophylline ethylen-diamine):

Bronkodilatatördür. Kardiyak ve üriner outputu, sodyum atılımını artırır. Perifer vazodilatasyon yapar, pulmoner arter basıncını azaltır.

Endikasyonları:

Asthma, bronkospazm, pulmoner ödem, anfizem, kronik bronşitte endikedir. Aşırı propranolol yüklenmesinde kullanılır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Kumulatif etkiye sahiptir. Yavaş uygulanmalıdır. Hızlı verildiğinde ventriküler fibrilasyona neden olabilir. Diğer ksantin deriveleri veya simpatomimetik ajanlarla asla birlikte verilmemelidir. Çocuklarda özellikle dikkatli uygulanması şarttır. Anksiyete, baygınlık, senkop, baş ağrısı, bulantı, kusma, hipotansiyon ve kardiyak aritmi gibi yan etkileri vardır.

Dozu:

a)Erişkin Dozu:

250-500mg. 20-30cc. %5'lik dekstroz içine konularak yarım saatten fazla bir sürede verilir. Sonra saatte 0.5-0.7 mg./kg. İ.V. olarak devam edilebilir.

b)Pediatrik Dozu:

4mg./kg. İ.V. olarak serum glukoz içine verilir. 8 saat sonra bu doz tekrarlanır.

16. Digoxin:

Kardiyak glikozittir. Myokard kontraksiyonunu ve kardiyak outputu artırır. Atriyo-ventriküler kondüksiyon zamanını uzatır, karotid reseptörlerin hassasiyetini çoğaltır.

Endikasyonları:

Konjessif kalp yetmezliği, atriyal fibrilas-

yon ve flutter, kardiyojenik şok, paroksizmal taşikardi ve volüm replasmanına cevap vermeyen şoklarda kullanılır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Kalsiyumla birlikte veya peşpeşe asla kullanılmamalıdır. Phenytoin (Dilantin), reserpine (serpasil) veya epinephrine'le birlikte kullanırken çok dikkatli olunmalıdır. Asla hipokalemi veya hiperkalemi hastalara vermeyiniz. Mobitz tip I veya tip II bloklarda kullanmayınız.

Dozu:

a)Erişkin Dozu: Başlangıç dozu İ.V. veya oral olarak 0.5-1 mg., idame dozu günde 0.25-0.5 mg'dır.

b)Pediatrik Dozu:

Vakasına göre değişmektedir.

17. Furosemide (Lasix):

Diuretriktir. Proksimal ve distal tubulülere etki ederek su, klorür, sodyum ve potasyumun ekskresiyonunu artırır.

Endikasyonları:

Pulmoner ödem, konjessif kalp yetmezliği ve intrakraniyal basınç artmalarında kullanılır.

Dikkat Edilecek Hususlar ve Yan Etkileri:

Gebelikte kontrendikedir. Sıvı-elektrolit, kan üre ve karbondioksit seviyeleri kontrol altında tutulmalıdır. Adele gevşeticilerin ve antihipertansif ilaçların etkilerini artırır. Aşırı uygulanmasında bulanık görme, çinlama, hafif sağırılık, hipokalemi, mental konfüzyon, parastezi, hipotansiyon, kusma, bulantı, senkop görülebilir. Ürtiker, anafilaksi gibi nadir yan etkileri de vardır. Aşırı kullanmalarda metabolik asidoz meydana gelir.

Dozu:

a)Erişkin Dozu: 2,4 dakikada 20-80 mg. İ.V. olarak verilebilir.

b)Pediatrik Dozu: 2-4 dakikada İ.V. vermek suretiyle 1mg./kg.'dır.

17. Kortikosteroidler:

Septik şokta hem hayvanlarda (9) hem insanlarda (17) etkisi hakkında çelişkili bilgiler olmasına karşın genellikle 30mg/kg. prednisolan veya 3mg./kg. deksametazon verilir ve 4-8 saatte tekrarlanırsa survi daha iyi olmaktadır. Steroidler ayrıca diğer şoklarda, şiddetli allerjik reaksiyonlarda, kafa travmalarında serebral ödemde ve troid krizlerinde kullanılmaktadırlar.

Kardiopulmoner resüsitasyon ve diğer acil olaylarda kullanılan acil ilaçların özelliklerinden gerektiği kadar bahsettikten sonra bu ilaçlara ilaveten bu bölümde ilk yardım merkezinde ya da ambulanslarda bulunması gereken acil olaylarda ikinci derecede önemi olan fakat karşılaşılan vakalara göre birinci derecede önem kazanabilecek ilaçlar ile volüm replasmanında kullandığımız kan, plazma ve diğer mayilerden kısaca bahsedilecektir.

İlk Yardım Merkezi veya Ambulanslarda Bulunması Gereken Diğer İlaçlar ve Ürünler (2,4,5,7,10,12):

1-Antihemofilik faktör (Antihemofilik Ajan).

2-Benzotropin Mesylate (Antikolinerjik, Antihistaminik)

3-Defroxamine Mesylate (Demir bağlayıcı, akut demir zehirlenmelerinde kullanılır).

4-Dekstro z%50 solüsyon (Hipoglisemi ve sebebi bilinmeyen şüursuzluklarda kullanılır).

5-Diazepam (Trankilizan).

6-Diazoxide (Malign hipertansiyonlarda kullanılır).

7-Diphenhydramine Hydrochloride (Antihistamine).

8-Edrophonium Chloride (Antikolinestroz, küararantagonisti, myestenia kirizinde

kullanılır).

9-Glucagon hydrochloride (Hipoglismide ve progpronalollun aşırı etkisini kaldırmakta kullanılır).

10-Heparin (Antikoagulan).

11-Hydralazine Hydrochloride (Antihipertansif).

12-Syrup İpecac (Kusturucu olarak zehirlenmelerde).

13. Magnesium Sulfate (SSS depresanı, eklampsi ve hipomagnezemide kullanılır, ayrıca zehirlenmelerde emilimi azaltır).

14-Mannitol (ozmotik diüretik)

15-Meperedin hydrochloride (Narkotik Analjezik).

16-Morphin Sulfate (Narkotik Analjezik).

17-Naloxane Hydrochloride (Narkotik antagonist).

18-Nitroglycerin (Vasodilatatör, angina, pulmoner ödem ve akut glokomda kullanılır).

19-Oxitocin (Sentetik posterior hipofiz hormonu).

20-Pentozocine Lactate (Narkotik antagonist ve analjezik).

21-Phenobarbital Sodium (Antikonvülzan ve hipnotik).

22-Phenytoin (Dilantin), (Antikonvülzan).

23-Physostigmin (Parasimpatomimetik ajan, atropine benzer ilaç zehirlenmelerinde).

24-Potassium Chloride (elektrolit).

25-Quinidin Gluconate (Antiaritmik).

26-Phenilephrine (Sempatik tonusun azaldığı nörojenik şoklar ve spinal şokta).

27-Metoxamine (Sempatik tonun azaldığı nörojenik ve spinal şokta).

28-Aktif charcoal (zehirlenmelerde absorban olarak kullanılır).

29-Metilen mavisi (Methemoglo bine-mide).

30-N.Asetil Cistein (Asetaminofen zehirlenmesi ve dijital absorbsiyonunu önleme-de).

31-Protopam (Organafosfor zehirlenmele-rinde).

32-Etil alkol (Metanol ve etilen glikol ze-hirlenmelerinde).

33-Amil Nitrit (Cyanide zehirlenmele-rinde).

34-Sodyum Nitrit (Cyanide zehirlenmele-rinde).

35-Sodyum tiosulfate (Cyanide zehirlen-melerinde).

36-Castor yağı (Fenol zehirlenmelerinde).

37-Protamin Sülfat (Koagülan).

38-Metaraminol Bitartarat (Şoklarda).

39-Tetanus toxoidi ve hiperümninglobu-lini.

40-Isosorbit dinitrat (Anjinal ağrılar).

41-Suksünil kolin klorür (Myoreleksan).

42-Klorpromazin (Trankilizan, antieme-tik),

43-Haloperidol (Psikozlarda).

44-Nifedipin (Antihipertansif, kalsiyum blokeri).

45-Trimetobenzamid (antiemetik).

46-Trombolitikler (koroner, pulmoner embolide)

a)Streptokinaz.

b)Ürokinaz

47-Diğer analjezikler.

48-Nitrogliserine (Myokard infarktüsü).

49-Dimercaprol (Arsenik zehirlenmesi).

50-Oxazepam (karaciğer yetmezliklerinde trankilizan olarak).

51-Serpasil ampul (antihipertansif).

52-Penisilamin (ağır metal zehirlenmesi).

53-Urea solüsyonu (ödem çözücü).

54-Nitroderm (Koroner iskemik atakta).

55-Amonyum Klorür (Alkalozda).

56-BAL (Ağır metal zehirlenmesinde).

57-Geniş spektrumlu antibiyotikler.

Hipovolemide Kullanılan Kan, Plazma ve Diğer İntarvenöz Solüsyonlar

1.Kolloidler:

a)Kan:

-Yıkanmış eritrosit.

-Cross-Matched kan.

-O Rh (-) kan.

-Donmuş taze kan.

b)Plazma:

-Donmuş taze plazma

-Albumin

-Plasmanate

c)Plazma Yerini Tutanlar:

-Makrodex.

-Reomakrodex.

-Hetastarch.

2.Kristalloid Solüsyonlar:

-Hipertonik sodyum klorür.

-İzotonik sodyum klorür.

-İzotonik sodyum klorür-Dekstroz.

-Dengeli solüsyonlar;

-Ringer laktatlılar.

-Ringer asetatlılar.

-Isolyte, Plasmolyte.

KAYNAKLAR

1-American Heart Association. Standarts and Guidelines for Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC), J.A.M.A. 255=2905, 1986

2-Ayanoğlu, G., Barlas, E., Bulut-Öner, F., Eldem T., Gürkan, H., Önay-Başaran, S., Şurmu, M., Ünlü, N., Üstel, I., Yalabıktaş, S. İlaç etkileşimleri, Şafak Matbaası, Ankara, 1984

3-Dembo, D.H.: Calcium in advanced life support crit. Care Med. 9:358, 1981.

4-Dökmeci, İ.: 1988/1989 Türkiye İlaç Rehberi Başkent Ofset Tic. Ltd. Şti. İstanbul 1987.

5-Gilman, A.G., Goddman, L.S., Gilman, A.: The Pharmacological Basis of Therapeutics, sixth Edition, Mac Millan Publishing Co., Inc. New York, 1980.

6-Greenberg I Michael, Gerner D.Mark, Robert R.James: Cerebral Resuscitation. Advanced techniques in Resuscitation. pp. 62-67, Wil-

liams-Wilkins, Baltimore-London-Sydney. 1985.

7-Griffin, J.P., D'Arcy, P.F.: A Manuel of Adverse Drug Interactions. John Wright and Sons Ltd, Bristol, 1984.

8-Gurll, N.S., et al.: Oiate receptors and endorphins in the pathophysiology of hemorhagic shock surgery 89: 364, 1981.

9-Hirshaw, L.B., Beller-Todd, B.K. and Archer, L.T.: Current management of septic shock patient: Experimental basis for treatment of septic shock 9: 543, 1982.

10-Holmes, H.R., et al. Influence of adrenergic drug upon vital organ perfusion during CPR. Crit. care Med. 8: 137, 1980.

11-Kayaalp, S.O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Cild 3, 3. Baskı, Ulucan Matbaası Ankara, 1986.

12-Kayaalp, S.O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Cild 2, 4. Baskı, Feryal Matbaacılık ve Ltd. Şti. Ankara, 1988.

13-Mills, J., H.O., M.T., Trunkey, D.D.: Current Emergency Diagnosis and Treatment Lange Medical Publications. Los Altos-California, 1983.

14-MGH Textbook of Emergency Medicine Eds. Wilkins, E.W., Dinneen, J.J., Moncure, A.C., Gross, P.L., 2.Edition. Williams and Wilkins Baltimore-London 1983.

15-Stevens, J.P., et al: use of Calcium in prehospital cardiac arrest, Ann. Emergency. Med. 12: 136, 1983.

17-White, B.C., et al: Effect of glunazoline on canine cerebral cortical blood flow and vascular resistance post cardiac arrest. Ann. Emergency. Med. 11: 119, 1982.

18-Yakitis, R.W., et al.: Relative importance of alpha and beta adrenergic receptors during resuscitation. Crit. care Med. 7: 293, 1979.

Genelgeler

T.C.

Türk Eczacıları Birliği

Merkez Heyeti

Farabi Sokak No:35

Çankaya/Ankara

Sayı: 24.1244.A.32 Ankara, 18.4.1989

Bölge Eczacı Odası

Yönetim Kurulu Başkanlıkları'na

Bağ-Kur sigortalılarına ait reçete bedellerinin Eczacıya ödenmesinde, bazı Bağ-Kur İl Müdürlüklerince, ödenecek net yekundan %0,5 Damga Resmi kesildiği, Birliğimize ulaşan müracaatlardan anlaşılmış bulunmaktadır. Böyle bir kesintinin yapılmayacağına ilişkin olarak Bağ-Kur Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı 30 Mart 1989 tarih ve 49966 sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Doğacak mağduriyetlerinin önlenmesi bakımından konunun odanız üyesi olan, eczane sahibi meslektaşlarımıza ivedilikle duyurulması önemle rica eder, saygılar sunarım.

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu

Genel Sekreter

Eki: Bağ-Kur Genel Müdürlüğü'nün 30 Mart 1989 tarih ve 49966 sayılı bir adet yazı örneği.

Bağ-Kur Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü

Sayı: 31.0.Vergiler/1773/49966

Konu: Damga Vergisi.

Ankara, 30 Mart 1989

Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'na

İlgi: 24.2.1988 tarih ve 31.0.MLK.-1232-32646 sayılı talimat.

İlgide tarih ve sayısı kayıtlı Genel Müdürlük Makamının talimatında; 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu uygulaması ile ilgili gerekli malumat verilmiş ve yapılacak işlemler birer birer sayılmıştır.

Ancak, uygulamada bazı İl Müdürlüklerinde tereddütlerin olduğu ve farklı işlemlerin yapıldığı, bilhassa sağlık sigortası ile ilgili olarak eczanelere yapılan ödemelerden fuzulen %05 (Bindebeş) Damga Vergisinin kesildiği, Genel müdürlüğü-müzce müşahede edilmiştir.

488 Sayılı Damga Vergisi Kanununun; 8. maddesi "Bu Kanunda yazılı resmi daireden maksat, genel ve katma bütçeli daire ve idarelerle, il özel idareleri, belediyeler ve köylerdir.

Bu dairelere bağlı olup ayrı tüzel kişiliği

bulunan iktisadi işletmeler resmi daire sayılmaz" hükmü, aynı kanunun 14. madde-sindeki "Kağıtların Damga Vergisi bu ka-nuna ekli (1) sayılı tabloda yazılı nispet veya miktarlarda alınır..." hükmü ve (1) sayılı Tablonun I-Akitlerle ilgili kağıtlar bölümünün;

1-Mukavelenameler, taahhütnameler ve Temliknameler,

a)Belli parayı ihtiva edenler (Binde 5)

b)Belli parayı ihtiva etmeyenler (2.500 TL).

kısımları gereğince, sağlık sigortası gi-derlerini karşılamak üzere eczanelerle yapı-lan sözleşmelere; sözleşme müddetince ödenecek meblağların tutarı sözleşmenin imzalandığı zaman bilinmediği için 2.500 TL (Y. İkinbeşyüz) liralık Damga Pulu yapıştirılması veya ilgide tarih ve sayısı kayıtlı talimatta belirtildiği şekilde mak-buz karşılığında (350.108-Makbuz Karşı-lığında Yatırılacak Damga Vergisi Hesa-bından) tahsil edilmesi gerekmektedir.

Eczanelere yapılan ve önceden sözleşme-ye bağlanmış sağlık giderlerine ait ödeme-lerden (Makbuz, reçete vs.) ödeme sırasın-da ayrıca herhangi bir şekilde damga vergi-si kesilmesine gerek yoktur.

Bu sebeple, 488 sayılı Damga Vergisi Kanununun uygulamasından dolayı tered-düt edilen diğer hususların Muhasebe ve Mali İşler Dairesi Başkanlığımıza iletil-mesini, Kanun, tebliğ ve talimatlara göre gereğinin ifasını rica ederim.

İsmet Atilla

Genel Müdür

T.C.

Türk Eczacıları Birliği

Merkez Heyeti

Sayı: 24.1253.A.32 Ankara, 21.4.1989

Bölge Eczacı Odaları

Yönetim Kurulu Başkanlıkları'na

Meslek Sağlık Birlikleri Danışma Kuru-lu'nun, ITT firmasının hazırladığı Altın Rehber meslekler bölümünde, meslekdaş-larımızın yerlerini almalarına ilişkin gö-rüşlerini içeren metin ilişikte sunulmuş-tur.

Bölgenizde bu görüşlere aykırı hareket edilmemesinin teminini rica eder, saygılar sunarım.

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu

Genel Sekreter

Eki: 1 Fotokopi

Dağıtım: 31 Bölge Eczacı Odası

TEB Sayı: 24.1226.B.01.017

TEB Sayı: 1600/89

TDB Sayı: 0754/89

TVHB Sayı: 89/112

13.4.1989

Türkiye'de yeni PTT rehberini hazırlama görevini üstlenmiş bulunan ITT Bilka Fir-masının, Altın Rehber adıyla çıkardığı fehberde, Sağlık Mesleklerini serbest ola-rak icra eden meslektaşlarımızın, Altın Rehber'in meslek bölümünde; isim, adres ve telefon numaralarının yazılabilmesi için, adı geçen firma tarafından meslektaş-larımızdan para talep edildiği ve talep edi-len ücreti ödemeyenlere meslekler bölü-münde yer verilmediği gözlenmektedir. Meslektaşlarımız, mesleklerini serbest o-larak da icra etseler, sağlık mesleğinin özelliği nedeniyle kamu hizmeti vermekte-dirler. Bu nedenle, bir kamu görevi yap-ması gerektiğine inandığımız rehberde isim, adres ve telefon numaralarının yer alması gerektiğine inandığımız rehberde

isim, adres ve telefon numaralarının yer alması kolay ve çabuk bulunması zorunludur. Sadece ücret ödeyenlerin isimlerinin, meslekler kısmında ayrıcalıklı olarak ve topluca bulunması, diğer meslektaşlarımızın bu kısımda yer almaması, hem sağlık mevzuatındaki reklamı yasaklayan hükümlerin ihlaline, hem eşitlik ilkesinin bozulmasına, hem sağlık hizmetlerinde yasalara aykırı bir biçimde haksız rekabete, hem de anayasaya aykırı bir tarzda, halkın hekim seçme özgürlüğünün kısıtlanmasına neden olmaktadır.

Tüm bu nedenler gözönüne alınıp değerlendirilerek; serbest hekim, dişhekim, eczacı ve veteriner hekimlerin Altın Rehber meslekler bölümünde yerlerini almaları için, para talep edilmesinden vazgeçilmesi konusunda ilgililere emirlerinizi arz ederiz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi Adına
Genel Başkan
Prof. Dr. Nusret Fişek
Türk Eczacıları Birliği

Merkez Heyeti Adına
Genel Başkan
Prof. Dr. Mekin Tanker

Türk Dişhekimleri Birliği
Merkez Yönetim Kurulu Adına
Dt. Yılmaz Bilgin

Türk Veteriner Hekimleri Birliği
Merkez Heyeti Adına
Dr. Vet. Yücel Akıncı

Dağıtım:
Başbakanlık
Sağlık Bakanlığı
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
PTT Genel Müdürlüğü
Tabip Odaları
Eczacı Odaları
Dişhekimleri Odaları
Veteriner Hekimleri Odaları
ITT-BİLKA FİRMASI
Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı