

ankara eczacı odası

B Ü L T E N İ

Cilt: 11

Temmuz - Ağustos 1989

- **D**ünya Barışı ve İnsan Hakları Açısından sağlık Çalışanlarının Rolü
- **Ö**ğrenci Gözüyle Eczacılık Eğitimi
- **A**ntibiyotik Utilizasyonu
- **K**ardiyovasküler rahatsızlığı olan dental hastalarda enfeksiyöz endokarditin antibiyotik proflaksisinde temel prensipler

ankara

eczacı odası bülteni

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II. Bölge
Ankara Eczacı Odası Adına
Sahibi ve Yazışları
Sorumlusu:
Dr. Eczacı 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 Göğer, Kadir Hatunoğlu,
Berk İmer, Artemiz Karabıyık,
Rıza Ommaty, Ertan Onursal,
Olca Seles, Sevgi Yıldız

Dizgi - Baskı:
R Prodüksiyon
125 39 20 - Ankara

- ☐ Bültendeki yazılar,
Bülten adı kaynak gösterilerek
yayınlanabilir.
- ☐ Yazılardaki görüşler
yazarlarına aittir.
AEOB'ni bağlamaz.
- ☐ Bülten 2750 adet basılır
ve AEO üyeleri ile yurtiçi
tüm sağlık kuruluşlarına
ücretsiz gönderilir.

Bu Sayıda

142 BAKIŞ

143 SOSYAL ECZACILIK

Dünya Barışı ve İnsan
Hakları Açısından Sağlık
Çalışanlarının Rolü

162 ÖĞRENCİ GÖZÜYLE

Öğrenci gözüyle eczacılık
eğitimi

166 GENELGELER

168 KLİNİK FORUM

Antibiyotik Utilizasyonu

178 BİLİM HABERLERİ

Kardiyovasküler
rahatsızlığı olan dental
hastalarda enfeksiyöz
endokarditin antibiyotik
profilaksisinde temel
prensipler

Bakış

Değerli okurlar,

Sizlere ulaşmasından kıvanç duyduğumuz bültenimizin oluşmasındaki idari ve teknik bazı olumsuzluklar gecikmemize neden olmaktadır.

Ancak inanıyoruz ki, okurlarımız bu konuda bizleri hoşgörüyü karşılamaktadır.

Meslek kuruluşları için önemli olan bir konu da bireyleri birbirine yaklaştıran, dayanışmayı arttıran sosyal etkinliklerdir.

Bu nedenle geçen sayıda yer veremediğimiz, 150. Yıl etkinlikleri programında yer alan Dünya Barışı ve İnsan Hakları Açısından Sağlık Çalışanlarının Rolü adlı panele bültenimizin bu sayısında yer veriyoruz.

Panel yöneticisi Sayın Jülide Gülizar, bu paneli başlatırken bakın ne diyor:

"Dostlar merhaba.

Sayın Çubukçu'nun bildirdiği gibi değişik bir konu. Bizler şimdiye kadar sağlık personelinin, sağlık çalışanlarının sağlık sorunları konusunda paneller yaptığını, açık oturumlar yaptığını gördük, ona alıştık.

Bana ilk defa bu konu önerildiğinde şaşkınlığımı gizleyemedim. Barış, aslında tabi hepimizin sorunu, hepimizin özlemi. İki dünya savaşı geçirmiş, milyonlarca insanı kaybetmiş, milyolarca insanın kanı canı pahasına bu günlere gelmiş insanlığın başka türlü düşünmesi elbette olanaksız."

Biz de diyoruz ki, giderek değişen dünyamızda insanların yalnızca mesleklerini çok iyi bilmeleri, yalnızca mesleki sorunlarına sahip çıkmaları insan olmaları için yeterli bir özellik değil.

Eczacı olarak bizler, zaten dışımızda dönen dünyanın farkındayız.

Bu nedenle bundan sonraki sayılarımızda da konuyla ilgili yazılarınızı bekler, barış ve sağlık dolu günler dileriz.

AEOB

P A N E L

Dünya Barışı ve İnsan Hakları Açısından Sağlık Çalışanlarının Rolü

Bilimsel Eczacılığın 150. yılı kutlamaları kapsamında yer alan ve 15 Mayıs 1989'da TEB salonunda yapılan "Dünya Barışı ve İnsan Hakları Açısından Sağlık Çalışanlarının Rolü"nün tartışıldığı panelin tam metnini sunuyoruz.

Panel Başkanı: Jülide Gülizar

Panelistler: Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu TEB Genel Sekreteri
Dt. Hüsnü Çuhadar, IHD Ankara Şubesi
Doç. Dr. Haluk Gerger, Yazar
Prof. Dr. Leziz Onaran, NÜSHED Genel Başkanı
Dr. Ata Soyer, ATO Genel Sekreteri

Dr. Ecz. Akın Çubukçu (Ankara Eczacı Odası Başkanı)- Bilimsel eczacılığın 150. yılında yer verdiğimiz etkinlikler çerçevesinde son olarak da bir panelimiz var.

Dünya Barışı ve İnsan Hakları Açısından Sağlık Çalışanlarının Rolü adını vermeyi uygun gördüğümüz ve hepimiz için son derece güzel geçeceğini umut ettiğimiz panelimize hoşgeldiniz demekle odam adına mutluluk duyuyorum.

Sayın panelistlere teşekkür ediyorum, Sayın Başkana da bize bu güzel oturumu yönetme fırsatını verdikleri için ayrıca minnettarlarımızı sunuyorum (Alkışlar)

Panel Başkanı Jülide Gülizar-Estağfurullah, teşekkür ederim.

Dostlar merhaba,

Sayın Akın Çubukçu'nun bildirdiği gibi değişik bir konu. Bizler şimdiye kadar sağlık personelinin, sağlık çalışanlarının sağlık sorunları konusunda paneller yaptığını, açık oturumlar yaptığını gördük ona alıştık, bana ilk defa bu konu önerildiğinde şaşkınlığımı gizleyemedim gerçekten.

Barış, aslında tabii hepimizin sorunu, hepimizin özlemi. İki dünya savaşı geçirmiş, milyonlarca insanı kaybetmiş, milyonlarca insanın kanı, canı pahasına bugünlere gelmiş insanlığın başka türlü düşünmesi elbette mümkün değil, olanaksız.

Yalnız, olanaksız derken, bu insanlık kavramının içinden savaştan çıkar umanlar-

la silah tüccarlarını çıkarıyorum, ayrı tutuyorum.

^ Bizim ülkemizde sürekli bir yalan pompalanır, biz erkek milletiz diye. Bu pompalanan yalanlarla şişirildik, öyle büyüdük ve şimdi görüyorum ki, bakmayın bu yalanlarla pompalandığımıza, bu masallarla; ve yine bakmayın diyorum, ülkemizde barış diye insanların yargılandığına.

Bizim insanımız da barıştan yana, hele hele gençler, hele kadınlar, hele analar açısından bakıldığında olaya. Dünyada bir değişim gözleniyor. Savaşta başka çıkar yol görmeyen, bulunmadığını ileri süren devletlerin yöneticileri bile artık savaş çığırtkanlığından barış havariliğine soyunuyorlar.

Bir nükleer savaş çılgınlığından dünyayı kurtarmak, korumak için ellerinden geleni ardlarına koymamak çabası içindeler.

Bilim adamları, çalışmalarını barışa yönlendirmiş; sanatçılar barış şarkıları söylüyorlar ve sıradan insanlar ülkelerinin bir ucundan öbür ucuna elele tutuşarak barış zincirleri oluşturuyorlar. Bunlar az şey değil, evet az şey değil, ama yine de barış hemen işaret parmağımızın ucunda değil, o kadar yakında da değil. Hala bütün bu çabalara karşın oldukça uzaklarda, hatta erişilmez uzaklarda bile denilebilir şimdiki durumda.

İnsan hakları; bu da barış gibi hepimizin en doğal hakkı ve özlemi olan bir konu; ama, insan hakları da barış gibi yine işaret parmağımızın ucunda değil, o da özellikle ülkemizde erişilmez uzaklıklarda görünüyorum.

İnsan hakları deyince aklımıza ilk gelen sanırım hepinizin de aklına ilk gelen, yaşam hakkı; doğduğumuz anda, dünyaya geldiğimizde ilk çığılığı attığımız anda kendiliğinden

den kazandığımız, kendiliğinden edindiğimiz bir hak. Ardından bütün öteki haklar geliyor.

En doğal hakkımız olan yaşam hakkından, en ince, en gelişmiş beyinlerin düşünebildiği haklara kadar bütün öteki haklar; ama dünyada da ve özellikle ülkemizde henüz insan haklarını tam uygulayamıyoruz. En doğal hakkımız olan yaşam hakkı bile bazı yöneticilerin, daha doğrusu bazı çevrelerin başları darda kaldığı zaman elimizden alabildikleri, en azından almaya cesaret gösterdikleri bir hak, ötesini siz düşünün.

Ben bu genel tabloyu çizdikten sonra bu tablo içinde, yani, barış ve insan hakları çerçevesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü ve Katkısının ne olduğu arkadaşlarıma bırakmak istiyorum.

Onlar, konuyu çeşitli yönleriyle irdeleyecekler, zaten çeşitli kuruluşlardan çeşitli örgütlerden panelist arkadaşlarımız.

Kendilerini tanıtmak istiyorum; Prof. Dr. Leziz Onaran. Birçok niteliği var, ama şu günlerde en önemli niteliği bence Nükleer Savaşa Karşı Hekimler Derneğinin Genel Başkanı olması.

Sayın Haluk Gerger, araştırmacı ve dış politika yazarı.

Ata Soyer, Ankara Tabip Odası Genel Sekreteri.

Hüsnü Çuhadar, İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi Yönetim Kurulu üyesi ve dişhekimisi.

Nurettin Abacıoğlu, Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri.

Şimdi ilk sözü NÜSHED Genel Başkanı Prof. Leziz Onaran'a bırakmak istiyorum. Kendisi, nükleer savaşları, bu savaşlardan, bu çılgınlıktan insanlığa gelecek zararları, bunların sonuçlarını anlatacak.

Buyurun Sayın Onaran.

Prof. Dr. Leziz Onaran (NÜSHED Genel Başkanı)-Sayın Başkanlar, Sayın arkadaşlarım; bu panelde konuşmak benim için gerçekten bir onur konusudur. Evvela saygılarımı sunuyorum, bana bu onuru verdiğiniz için.

Ben sözlerime girerken şunu ifade etmek istiyorum. Değirmek istediğim konular çok kapsamlı, çok vakit alabilecek konular, vakit darlığından şikayet etmiyorum, size bazı kesitler vermekle yetineceğim ve bütünlüğü kendi kafalarınızda tamamlayacaksınız, zaten birçokları da bildiğiniz konular.

Şimdi, barış nedir diye düşünüyorum. Barışı sözlüklerden bakarak çıkarmadım, kendi kafamdan düşündüm size ne diyebilirim diye; mutlu, yaşanabilecek en uygun koşulları içeren durum dedim.

Bu tabii çok soyut bir niteleme, ama böyle yatıyor aklıma. Barışı da iç ve dış barış olarak ayırmak istiyorum. İç ve dış barış birlikte olduğu zaman bize mutluluk sağlıyor.

İç barış öğelerini de bedensel ve ruhsal sağlık, eğitim, bu eğitimin içinde insanlık bilimi ile birlikte öğretimi alıyorum ve ekonomik. Dış barışta da bir tümden gelim olarak uluslararası dengeler ve ülkeler arası dengeler diyorum. Bunlarda da bedensel ve ruhsal sağlık öğeleri, eğitim ve ekonomi yer alıyor düşünceme göre. Bu uluslararası ve ülkelerarası dengeler sonucunda ortaya çıkan ilişkiler bu dünya barışını ülkelere yansıtır.

Barış da tıpkı sağlık gibi varken duyulmuyor, ancak kaybedildiği zaman anlaşılıyor.

Panelimizin konusu olarak insan hakları dendiği zaman da, insan haklarını da şöyle tanımlıyorum; barışı ve mutluluğu sağla-

mak için gerekli yapı taşları. Bunlar da ancak yokluğunda farkedilen öğeler olduğu için başka türlü özet toplamak mümkün görülüyor bana.

Şimdi bu soyut olarak çizdiğimiz barış ve insan haklarında bunların etkilendiği en önemli faktör savaşlar ve savaşlar içinde de araçları en acımasız olan, en sınırsız olan nükleer savaşlar.

Bir nükleer bomba patladığı zaman felaket tellallığı gibi konuşmak istemiyorum, başlıkları söylüyorum, tabii başka türlü konuşmak mümkün değil, radyasyon yanında patlama etkisiyle bombanın yarattığı basınç değişiklikleri kasırgalar oluşturuyor. Bu ayrıca açığa çıkan ısı ile meydana gelen yangınlar bu kasırgalarla çevreye yayılıyor. Bu sırada meydana gelen toz duman bulutları atmosferin değişik tabakalarına çıkıyor ve bulundukları katmanların özelliğine göre iklim şartlarından etkilenip dünyanın çevresinde, atmosfer içinde radyasyon kaynağı bulutlar halinde dolanıyor. Bu radyasyonun etkisi içeridekileri radyoaktif elementlerin tabiatına göre yıllar yıllar sürüyor, yüz yıllar. Çünkü, bir yarılanma ömrü dediğimiz zaman, mesela stronsiyum 90'ı 29 yıl, bu değer yarısına inme yılı, yarısına indikten sonra bir 29 yıl sonra dörtte birine iner ve bu bir tükenmez kaynak gibi dönüp dolaşacak. Aynı şekilde sezyum 35 de öyle, o da 30 yıl yarılanma ömrü, yani dünyada bir sezyum meydana geldiğinde, dünyada 30 yıl sonra derken 30 yıl sonra bitmiyor, 30 yıl sonra tehlikeli sınırları gene taşıyacak biçimde yarılanmış oluyor, daha devam ediyor.

Bir atom bombasının patlamasıyla çıkan elektromanyetik dalgalar da var. Bunlar da özellikle güvenlik ve haberleşme için yerleştirilmiş elektronik sistemleri altüst ediyor. Yani, bir atom bombası patladığı za-

man artık elektronik sistemlerle karşı tedbir almak yahut haberleşmek söz konusu değil.

Son zamanlarda akla gelen bir başka oluşum; kimyasal maddeleri içeren depoların, fabrikaların zedelenmesi, zarar görmesi neticesinde açığa çıkan kimyasal maddeler nükleer savaşa eklenerek bir kimyasal savaş ortamı yaratıyor. Işınlanan insanlar, bombaya yakınlık ve aldıkları ışın derecesine göre önce eriyorlar, buharlaşıyorlar en yoğun yerde bulunanlar. Yanıyorlar kütük gibi oluyorlar. Üç gün içinde gastroentestinal sisteme bağlı kanamalar oluyor, geniş yanıklarla şok tabloları geliyor, daha sonra birkaç haftalık bir süre içinde kemik iliği ve kan sistemi yetersizliklerine bağlı kanamalar ve enfeksiyonlar geliyor. Bu akut dönemi atlatabilenler de kronik olaylar yeralmaya başlıyor. Bunlarda aylar sonra yanık net-beleri oluyor ve buna bağlı organ etrafı bütümleri, el, kol, boyun yapışıklıkları, parmakların yapışmaları; böyle yanıkların yanık cilt tedavisinin çok uzun olduğunu herhalde bilirsiniz, aylar boyu ancak doku transplantasyonu ile vücudun bir yerinden başka yerine doku taşımakla bunlar tedavi edilebilir. Yapılan bir hesaba göre Amerika'daki bütün böyle deri transplantasyonu yapıp zedelenmiş, netbeleşmiş dokuyu değiştirecek merkezler böyle bir bombanın meydana getirdiği yanıkları tedavi etmeye yetmiyor.

Sonra 9 ay içinde bomba ile karşılaştığı zaman hamile olan kadınlarda düşüklükler, ölü doğumlar ve gelişme bozuklukları gösteren küçük kafalı çocukları dünyaya getiriyor.

Bombadan 6 yıl sonra lösemiler çıkıyor ortaya ve bunların diğer zamanlardaki her yıl meydana çıkma oranı yüzde 40-45-50 artıyor. 10-20 yıl sonra çeşitli kanserler ve

kemik iliğinin, elementlerinin kötü hastalıkları geliyor.

Daha bilinmeyen bir konu var. Genetik etkisi nedir; yani, o esnada anne karnındayken radyasyon alan bebeklerin sakat doğduğu biliniyor, ama yaşamayla bağdaşmayacak olanlarının yok olması neticesinde hayatla kabili telif dediğimiz bağdaşabilen kimselerin jen hücrelerinde nasıl bir değişiklik yaptığını bunların çocuklarında veya torunlarında neler meydana çıkabilecek, daha bu denenmiş değil. Tabii insanlar tavşanlar gibi üremediği için bunlar için daha birkaç yüzyıl gerekiyor ki, genetik zararları ortaya koyabilmiş olsunlar.

Şimdi nükleer silahlara bir başka kesitten yaklaşmak istiyorum. Her olaya bir ahlaksal yaklaşımla bakarsak, savaşın da kendine göre bir ahlakı var. Dost, düşman, tarafsız, esir; bunlar hep uluslararası kurullarda bazı yasalara bağlanmış olan durumlar; ama nükleer savaş, düşmanın etkisini sınırlayamadığımız bir silah. Onun için düşmana karşı da ahlaksız silah. Dosta da etkili, düşmanın alanında patlattığımız bir nükleer silah, demin anlattığım gibi, bulutlar nereye giderse, nereye sürüklenirse oradaki insanların tepesinde azrailin kılıcı gibi; tabii dostta etkisi olur da tarafsız etkisi olmaz mı; hatta bombayı kullanana zararı olmaz mı; bunun için ben nükleer savaşa savaş ahlakıyla bile bağdaşmayan gözüyle bakıyorum. Büyük bir iyimserlikle söylemek istiyorum.

Eğer ABD, Hiroşima'da attıkları bombanın etkisini üç günde sezip daha küçük bir bomba atmasalardı Nagazaki'nin üzerine, üzerinden altı ay, bir yıl geçseydi yahut günümüzdeki bir bombanın arkasından neler oluyor; bu deneyimi yaşamış olsaydık, ikinci bombayı atamazlardı, ikinci bombayı at-

malari belki bilimsel dürtüden, çünkü bazen dürtüler insana çok kötü şeyler yaptırabiliyor, yani ben insan olarak etkisini bile bile böyle büyük silah kullanılabileceğini, daha küçük ölçülerde bile olsa düşünemiyorum. Tabii bunu ikinci bomba kararını verenler için çok iyimser düşündüğümü ifade ediyorum.

Bir başka kesit; nükleer silahlanma sürecini yarattığı riskler. Bunların başında denemeler geliyor. Denemeler deyince, bu son ABD başkanlık seçiminden önce biz NÜSHED olarak uluslararası Nükleer Savaşa Karşı Hekimler Birliğinin çağrısına uyarak mektuplar yazdık, başkan olursanız deneme yapmayın diye, daha adayken, Bush'un 8. Dünya Kongresi'nde, "nükleer silahların kullanılabirliğinin olup olmadığını anlamak için deneme yapmaya mecburuz" diye bir cevap verdi. Tabii bu kendi açısından böyle, ama sadece eldeki bombaların kullanılabirliğini kanıtlamıyor bu; silahlarda nitelik ve nicelik açısından bir artıma yaratıyor, sadece eldekilerin denenmesi değil. Bu denemeler ayrıca psikolojik bir baskı yaratıyor. Bu baskı hem silahlanma yarışı açısından, hem de silahların saklanması, depolanması açısından. Silah depolarında çalışanlar, bu işlerdeki görevliler, yani işin beyniolmayan oradaki nöbetçiler daha çok psikolojik bunalıma düşüp, daha çok uyuşturucu ilaç alışkanlığına saplanıyorlar ve değişik araştırmalar var bu yönde.

Ayrıca, denemelerin yerel zararları var ve bunlar kendi memleketlerinde ABD ve Sovyetler Birliği için söylüyorum, yeralında yatıyorlar, fakat Fransa'da Pasifikte yapıyor.

Şimdi bu kazara nükleer savaş tehlikesi var, yani korunma sırasındaki yanlış sinyaller kazara nükleer savaş patlatma riskini ta-

şıyor.

Bir de bu bilgiler karşısında bir sorumluluk kavramı var. Özellikle benim hukuk yönünden incelemek istediğim ve tabii iddialı söyleyemiyorum, ama özen sorumluluğu diye bir nokta öğrendim, özen sorumluluğu; insanın kusuru olmasa da başka şartlardan dolayı meydana gelecek zararları, tehlikeyi, hakkaniyete aykırı gelecek durumları ve düzeltebileceği şeyleri, ilgi gösterebileceği şeyleri yapmadığı zaman hukuksal olarak bir objektif sorumluluk yaratılmış oluyor. Bu da insanları sağlık açısından bu riskleri, hastalık durumlarını öğrendikten sonra bizi sessiz bırakamıyor. Bu özen sorumluluğuna özen borcu da diyorlar, özen borcu da olunca daha güzel anlaşılıyor.

Şimdi şunu söyleyebiliriz özet olarak; nükleer savaşa karşı hazırlanmanın tek yolu önlenmesi için çalışmak. Derneğimizin adı Nükleer Savaşa Karşı değil bunun için, çünkü nükleer savaş olursa karşı duramazsınız. Derneğimizin adı Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Hekimler Derneğidir.

Sağlık kuruluşlarının çalışmaları hakkında eğer soru sorulursa bu dünya nükleer savaşının önlenmesi için Hekimler Birliği hakkında ve kendi derneğim hakkında bilgi veririm.

Jülide Gülizar- Sayın Onaran'ın anlatıklarına bakılırsa bir nükleer savaşın ardında yığınla ölümler kalacak yeryüzünde ya da yığınla insan müsvetteleri. Ben, Sayın Onaran'ın bir düşüncesine eleştiri getirmek istiyorum.

Eğer Amerikalılar birinci bombayı attıktan sonra onun etkilerini saptayabilselerdi, ikinciye atmazlardı gibi çok iyimser bir yorum yaptı, kendisi de söyledi iyimser olduğunu; 1985'de ilk atom bombasının atılı-

şının 40. yıldönümünde ilk bombayı atan yarbayın o anı bir daha hatırlamak istemediğini ve pişmanlık duyduğunu, acı duyduğunu, intihar raddelerine geldiği dünya ajansları geçtiler. Doğrusu benim içinde ufak bir nokta kıpırdadı; demek, oda insan 40 yıl sonra da olsa intihar aşamalarına kadar gelebiliyor diye. Fakat hemen ardından aynı ajanslar o yarbayın yalanlamasını yayınladılar dünyaya. Yarbay diyordu ki, hayır bir daha olsa bir daha atarım o bombayı, hiç pişman değilim.

Yani, bu bombayı atacak ve atturacak çok sayıda insan var, hele hele Amerika'da.

Şimdi söz sırası Haluk Gerger'in. Haluk Gerger Siyasal mezunu, Siyasal'da çalışırdı, sonra 12 Eylül diye bir fırtına geldi onu Siyasal'ın dışına attı, o da galiba 12 Eylül'e inat tuttu silahlarla, bombalarla, nükleer savaşla uğraşmaya başladı ve şimdi bu yanı daha ağır basıyor.

Ben iddia ederek söylüyorum ki, size büyük yetkiyle şimdi bunları anlatacak, buyurun Sayın Gerger.

Doç. Dr. Haluk Gerger (Yazar)- Teşekkür ederim.

Kusura bakmayın, sizi düş kırıklığına uğratabilirim. Ben bu kısa süre içinde genel bir iki şey söylemek istiyorum.

Konumuz, sağlık emekçilerinin sorumluluğu ve rolü, insan hakları ve barış açısından. Ben daha çok barış konusunda bir iki şey söylemek istiyorum, ama bir noktayı da belirtmeden geçemeyeceğim. İnsan hakları ve sağlık emekçileri konusuna herhalde benden sonraki konuşmacı arkadaşlar değinecekler.

Türk tıp alemini ve kuşkusuz sağlık emekçilerinin alınına bir kara leke sürülmüş vaziyettir ve burada bulunanların büyük

bir çoğunluğunu sağlık emekçisi olarak kabul ediyorum. 12 Eylül'le birlikte Türk tıp alemini de, sağlık emekçileri de, belki onların çok küçük bir bölümü, ama işkence denen insanlık dışı olayla doğrudan bir sorumluluk taşımışlardır, bunu belirterek ve bu kara lekenin, ayıbının kuşkusuz sağlık emekçilerinde olmayıp, bu lekeyi sürenlerde olduğunu da belirterek barış ve sağlık emekçileri konusundaki görüşlerimi açıklamaya çalışayım.

Uluslararası nükleer savaşa karşı uluslararası hekimler hareketinin birinci kongresinde hekimlere bir çağrısı var, isterseniz onu size kısaca anımsatayım, bu çağrı beş noktadan oluşuyor; Burada tabii konuları itibariyle esas olarak nükleer savaştan söz ediyor, ama tabii bunu bütün savaş konusu na teşmil etmek mümkün.

Şimdi, der ki, doktor ya da sağlık emekçilere çağrısında;

"1-Önce kendinizi, meslektaşlarınızı ve kamuoyunu nükleer savaşın tıbbi sonuçları açısından bilgilendiriniz.

2-Tıp odalarının toplantılarında, mesleki kuruluşların toplantılarında, özel sempozyum ve konferanslarda yine nükleer savaşın tıbbi sonuçlarını tartışınız.

3-Nükleer savaşın tıbbi sonuçları üzerinde özellikle tıp dergilerinde yazılar yayınlayınız. Yine nükleer savaşın tıbbi sonuçları üzerinde tıp öğrencilerini ve içinde bulunduğunuz toplumu bilgilendirmeye çalışınız.

4-Bilgi ve etkinizi toplumsal etkinizi ve prestijinizi ve bilgilerinizi nükleer savaşa karşı hekimler hareketini güçlendirmek için kullanın." diye bir çağrısı var.

Kuşkusuz bu çağrı bugün için de geçerli bir çağrı.

Barış konusu ya da savaş konusu kuşku-

suz bütün insanlığın bir ortak sorunu. Bununla birlikte, gerçekten sağlık emekçilerinin bir özel konumu olduğu kanısındayım. Belki bu açıdan üç şey söylenebilir. Birincisi, tabii sağlık emekçileri yaşamla doğrudan ilgili, meslekleri itibarıyla ilgili insanlar. Bir anlamda görevleri yaşamı korumak ve ölüme karşı sürekli mücadele içinde olmak ve sağlık emekçileri tabii bu mesleki yaşamları süreci içinde insanlık dramını ya da insanların çektiği eziyetleri, ölüm korkusunu, ölüm karşısındaki insanın çaresizliğini kuşkusuz en çok gören ve en çok hisseden bir meslek grubu. Dolayısıyla, herhalde yaşam konusunda önceki mesleklere nazaran ve savaş ve barış konusunda herhalde mesleklerinden kaynaklanan bir özel hassasiyetlere sahip oldukları kanısındayım.

İkincisi, toplumla olan ilişkileri açısından da gerçekten sağlık emekçilerinin bir özel konumu var. Çünkü, hastalarıyla ve toplumun çeşitli sınıflarından, çeşitli katmanlarından kendilerine gelen hastalarla en mahrem konular dahil en yakın ve sıcak ilişkileri kurabilecek bir konumda sağlık emekçileri.

Dolayısıyla, topluma ulaşmada ve savaş ve barış gibi böyle yaşamsal konularda topluma ulaşma ve toplumu etkileme konusunda da kuşkusuz özel bir konumları var.

Nihayet hiç unutulmaması gereken bir üçüncü nokta, her toplumda, yalnız Türkiye için değil, her toplumda sağlık emekçilerinin sağlık çalışanlarının özel toplumsal prestijleri ve etkinlikleri; bu da dolayısıyla sağlık çalışanlarının savaş ve barış gibi temel konulardaki etkinliklerinin yaptıklarının özel bir etkisi olduğunu gösteriyor toplum üzerinde. Öteki meslek kuruluşları da diyelim savaşa karşı barış için uğraş verebilir toplumda, ama herhalde sağlık emekçile-

rinin prestiji ve toplumsal konumları nedeniyle onlar kadar etkili olmayabilirler.

Şimdi bugün yaptığımız toplantı aslında tam oturuyor Uluslararası Hekimler Derneği'nin de çağrısına, bu bilgilendirme toplantısı belki, ben dolayısıyla önce izin verirseniz benim henüz yayınlanmamış bir araştırmamdan -şunun için söylüyorum, son verileri önemli ölçüde içeriyor- bir iki bilgi vermek istiyorum, sizin gibi böyle yaşam ve savaş ve barışla, ölümlle uğraşan dinleyicilere. Esas olarak da Birleşmiş Milletler verilerine dayandım, hepimizi çok ilgilendireceğini umuyorum, belki ben de görevimi yapmış oluyorum bu paneldeki.

Bugün biz şöyle dünyanın haline baktığımız zaman görüyoruz ki yeryüzünde bir milyar insan bugün yeterli beslenememekte, 1,5 milyar insan sağlık hizmetlerinden hemen hemen yoksun, yani burada yeterli sağlık hizmeti kavramını da kullanmak istemiyorum, gerçekten bu 1,5 milyar insanı sağlık hizmetlerinden yoksun olarak kabul etmek gerekiyor. 1.3 milyar insan sağlıklı içecek su dahi bulamıyor günümüzde. 880 milyon kişi okuma yazma bilmiyor, 1 milyar kişi uygun konuta sahip değil ve 1,5 milyar insan da işsiz. Her yıl 17 milyon çocuk açlıktan ve açlığa ilişkin hastalıklardan ölüyor ve her yıl 250 milyon çocuk okuma çağına giriyor ama okula gidemiyor ve yılda 250 bin çocuk yetersiz beslenme nedeniyle kör oluyor. Bu arada yeryüzünde 43 kişiye bir asker düşerken, ancak 1030 kişiye bir doktor düşüyor. Böylesi bir korkunç durum içinde Türkiye'de çok farklı değil. Pakistan'ın bir yılda silahlar için harcadığı para aynı ülkenin sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik için 10 yılda harcadığı paranın 10 katı. Türkiye de sanıyorum çok farklı değil.

Oysa, örneğin Afrika'da her yıl bir mil-

yon çocuk malaryadan ölüyor. Sadece yılda yapılan silahlanma harcamalarının 12 saati bu işe ayrılrsa bu hastalığı yeryüzünden silmek mümkün.

Yıllık üç saatlik, askeri harcamanın sadece üç saati ayrılabilse, 3,5 milyon çocuğun hayatını kurtaracak bir aşılama kampanyasını gerçekleştirmek yine mümkün.

Sağlıkla ilgili olduğu için söyleyeyim, bir bombardıman uçağının parasıyla ki bu bugün başlayan bir bombardıman uçağı değil. Yani bu son beş yıl önceden yapılmış, şimdi fiyatlar çok artıyor tabii; 16 tane tam teşekküllü bir hastane kurmak mümkün gelişmiş ülkelerde. Diyelim Türkiye'de sanırım bu belki 32 hastaneye malolabilir ya da bir savaş uçağıyla Türkiye'nin bütün köylelerinde, -yani varsayıyorum ki Türkiye'de 40 bin köy var,- bir eczane açmak mümkün.

Şimdi, böylesi bir korkunç ortamda sadece insan sağlığı değil, insan sağlığıyla çok doğrudan ilişkisi bulunamamakla birlikte, ama örneğin pentagonun Amerika'da bir yılda harcadığı benzin bütün Amerikan kamu ulaştırma sistemine 22 yıl yetecek ölçüde ya da 200 adet kıtalararası balistik füze yapımı için, ki bundan binlerce var dünyada, sadece 200 tanesi için 10 bin ton alüminyum, 2500 ton krom, 150 ton titanyum, 20 ton berilyum, 890 bin ton çelik ve 2,4 milyon ton çimento kullanılıyor.

Şimdi böylesi bir durumda sanıyorum sağlık emekçilerini doğrudan ilgilendiren şu, yani insanlığın bu korkunç tablosu karşısında bilim ki bütün bu paralar üstelik sağlık hizmetlerinden aslında alınıyor. Çünkü, bugün dünyada en az para harcayan noktalardan biri de sağlık hizmetleri. Yani, doğrudan size verilmesigereken olanaklar, yani yaşamı savunmak için ya da insan yaşamını, insanı yüceltmek için sizlere sunulması ge-

reken, tabii sizlerle birlikte eğitimcilere sunulması gereken olanaklar insan yaşamını ortadan kaldırma araçlarına akıtılıyor tabiri caizse.

Bu genel silahlanma çerçevesi içinde vaktim varsa çok kısa bir de nükleer silahlarla ilgili bir iki şey söylemek istiyorum.

Sayın Onaran zaten genel çerçeveyi verdi, ben yine sizi, daha çok sağlık emekçilerini ilgilendirecek bir noktaya değinmek istiyorum. Şimdi bizim kültürümüz, ki hepimiz öyle yetiştik, biz çok temel ya da insanlık durumu ya da insanlık dramı diyebileceğimiz, içinde var olduğumuz temel çerçeve esas olarak bana göre bir tek gerçeğe dayanıyor, o da kişinin, insanın ölümlü olması, fani olması. Buna karşılık insanlığın, insan soyunun ölümsüz olması.

Sanıyorum ki kültürümüz, felsefe, insan yaşamı, uygarlığımız ve kişisel ya da toplumsal psikoloji esas olarak bu temel üzere rinden kaynaklanıyor. Yani, kişi kendisinin kaçınılmaz olarak ölümlü olduğunu, buna karşılık insanlığın ölümsüz olduğunu bile rek yetiştiriyor yaşıyor ve ona göre insanoğlu bir yaşam biçimi kurmuş.

Şimdi bu bizim için normal birşey, ona karşılık tabii biliyoruz ki insanoğlu kendisinin ölümlü olduğunu da kolay kolay kabul etmemiştir. Yüzlerce, belki birkaç yüzyıl sürmüştür, hala da bugün insanoğlunun ölümlülüğünü tam olarak kabul ettiğini söyleyemeyiz ve nitekim insanoğlu yeni şeyler bulmuştur. Belki bir anlamıyla, bütün anlamıyla olmasa bile öteki dünyada yaşamı vaat eden din, belki bireyin de, insanoğlunun da ölümsüzlüğü aramasının bir yolu ya da sanat eserleri; ya da sanatçıların yaptıkları verdikleri eserler bir anlamda insanoğlunun bireysel ölümsüzlüğü arama çabalarının belki bir başka aracı.

Aile, çocuklar, torunlar, giderek belki ulus ve nihayet insanoğlunun ölümsüzlüğü aslında bir anlamda bireyin onlarda kendi ölümsüzlüğünü bulmasının, bulma çabalarının bir ürünü.

Daha birey kendi ölümlülüğünü ve insanoğlunun ölümsüzlüğünü kabul edememişken, tam içine sindirememişken, aslında nükleer silahlarla birlikte yaşamımızı belirleyen bu temel etmen de değişmiş vaziyette. Aslında bugün temel gerçek, sadece bireyin ölümlü olması değil, artık insanlığın, insan türünün ölümlülüğü söz konusu. Çünkü, nükleer silahlarla birlikte artık kesin olarak bilimsel olarak da kanıtlanmıştır ki, insan türü de ölümlü hale gelmiştir. Oysa henüz biz bunu içselleştirmiş değiliz, hatta buna bir kavram bulabilmiş de değiliz. Günlük yaşamımızı hala neye göre yapıyoruz; yaşıyla ölümüyle, fakat ailemizin, ulusumuzun ve giderek insanlığın ölümsüzlüğüne dayandırarak günlük hayatımızı ve yaşamımızı bütün bireyler olarak ve insanoğlu olarak organize etmeye çalışıyoruz.

Bu işin normali. Normali olarak böyle davranıyoruz. Oysa bu normallik yaşamın gerçeklerine artık uymuyor. 1945 yılından beri bu normallik yaşamın gerçeklerine uymuyor. Sizler tabii hekimsiniz, bitiriyorum, bunu bir soru işareti olarak atlıyorum.

Normal davranmak artık çağımızda patolojik bir hal almıştır, yani isterseniz buna normalliğin patolojisi diyelim. Çünkü, gerçek olmayan bir gerçeğe uyarlanmış bir normallik bu, bireyin ölümlülüğü insanlığın ölümsüzlüğü. Oysa artık öyle değil, insanlığın da ölümlü olduğu bir dünyada biz başka bir normallikten gidiyoruz, bir hastalık yani insanoğlu hasta, normalliğin patolojisinden söylemek istediğim bu. Peki nasıl bu hastalık tedavi edilir; tabii yalnız sağlık emekçi-

lerine değil, ama başta sağlık emekçilerine herhalde önemli görev düşüyor bu hastalığın teşhisinde, bu normalliğin patolojisinde ve onun sonra tedavi yollarının aranmasında.

Teşekkür ederim.

Julide Gülizar- Ben de teşekkür ederim.

Dostlar, Haluk Gerger dokundu, şimdi her toplulukta her meslek topluluğunda bir takım aykırı insanlar çıktı, 12 Eylül de o insanların sınanması için iyi bir deney oldu.

Ben hekim değilim, eczacı da değilim, yani sağlık çalışanı değilim, yalnız bir kan kanserini nbir cezaevi revirinde tedavi edilemeyeceğini bilecek kadar sağlık bilgim var. Ayrıca şunu da biliyorum; kan kanseri özellikle ülkemizde, zaten bütün dünyada henüz çaresi bulunmamış benim bildiğim kadarıyla, kesin çözümü yok, bazı kurtulanlar var, hastalığın hangi aşamasında yakalanmasına bağlı olduğunu söylüyor uzmanları. Bizim ülkemizde kan kanserinin hastanelerde bile zor tedavi edilirken, Hamdullah Erbil'in bir cezaevi revirinde tedavisinin yeteceğine ilişkin raporu veren hekim arkadaşları kınamadan geçemiyorum. En azından ben kınamak istiyorum, sizler buna katılır mısınız, sizin bileceğiniz birşey; ama ben kınamak istiyorum.

Ayrıca, hani gözüne toz kaçtığı zaman tedavi için yurt dışına koşanların bir kan kanserinden rahatsız mahkumu cezaevinde tutmalarındaki garipliği de kınamak istiyorum.

Bu tabii bütün hekimlere, bütün sağlık çalışanlarına değil, ama böyleleri de çıktı, her meslek grubunda çıktı. Diyorum ki, galiba o arkadaşlar, bu raporu veren arkadaşlar çeşitli baskılar nedeniyle çok bunalmışlardı ve kendi özüyle barışık olmayan insa-

nın ne yurt barışına, ne insanın mutluluğuna ne de dünya barışına hiçbir katkısının olmayacağına inanıyorum. Herhalde o arkadaşlar böyle bir zamanda bu raporu verdiler.

Ve geldik konumuzun insan hakları bölümüne.

Şimdi İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi ve Dişhekim-i Hüsnü Çuhadar arkadaşımız olayın bu yönünü anlatacaktır.

Burada da bir dileğimi, düşüncemi söylemek istiyorum. Bir ülkede İnsan Hakları Derneği'nin kurulmasına ihtiyaç duyulması kadar acı birşey yok. Birgün bu derneğin fonksiyonunun bitmesi dileğiyle sözü Hüsnü Çuhadar arkadaşımıza veriyorum.

Buyurun.

Dt. Hüsnü Çuhadar (IHD Ankara Şubesi)- Teşekkür ederim.

Değerli arkadaşlar, Sayın Hocamız Leziz Onaran olası bir nükleer savaşın tablosunu açık bir şekilde aktardı. Haluk Gerger arkadaşımız da böylesi bir son yıkıma, son yokoluşa varmadan silahlanmaya harcanan payın ne kadar boyutlu olduğunu ifade etti ben onun için konuyu iki bölümde ele almak istiyorum. Bir barış yönüyle, bir de insan hakları yönüyle.

Barış konusuna girerken de barış ve silahsızlanma diye başlamak istiyorum söze. Barışın korunması, dünyadaki silahlanmaya karşı çıkmakla da özdeş ve içiçedir.

Bu kadar boyutlu ve daha değişik biçimde ifade edilen olası bir nükleer savaşın ertesi günü olmayacağı, yaşayanların ölenlere imreneceği; nükleer bir savaşın, insanlığın son salgını olacağı, nükleer bir savaş sonrası tıbbın yapabileceği hiçbir şey olmadığı gibi ifadelerle bir savaşın sonucunun boyutları böylece de satırbaşlarıyla da ifade edile-

bilir.

Böylesi bir sonun, böylesi bir yok oluşun olmaması için neler yapmalıyız. Böylesi bir yok oluşu hazırlayan nedenlere nasıl karşı çıkmalıyız; bunun tarafları kimler, kimler barış yanlısı olmalıdır, kimler silahsızlanmadan yana olmalıdır biçiminde söze girmek istiyorum.

Günümüzde dünya barışının korunması, tüm toplumsal sınıf ve katmanların yaşamsal bir sorunu haline gelmiştir. Sağlık emekçilerinin bu savaşta çok önemli bir yeri olduğunu Sayın Hocamız Haluk Gerger de ifade ettiler, ama dünya geneline baktığımızda tüm bu sınıfsal konumdaki güçlerin ve toplulukların barış savaşımına etkin bir şekilde çekildiğini söylemek mümkün değil. Özellikle bu olay ülkemiz için daha da kötü durumda diyebiliriz. Çünkü, barış derneği yargılaması bu baskılarla birlikte, NÜSHED'in kuruluşundaki gelişmeler, bu birlikteliği barış güçlerinin birarada toplanması ve örgütlenmesinin önündeki engeller olarak da tanımlanabilir. Ama bir başka boyutu da, biz gerçekten barışı toplumumuza, insanlarımıza etkili bir şekilde anlatabilmiş değiliz, silahsızlanmayı da tabii.

Barışı tehdit eden unsurların başında silahın geldiğini söylemiştik. Silah, bugün uluslararası silah tekellerinin askeri sanayi komplekslerinin tüm dünyayı içine ittiği bir çıkmazın ve dünyayı Haluk Gerger arkadaşımızın söylediği gibi, tüm insanlığın yok oluşu gibi bir sonuca doğru götürmektedir.

Askeri sanayi kompleksinin silahlanmaya ayırdığı güç, mali güç yine Haluk Gerger arkadaşımız tarafından uzun uzun aktarıldı, ben o konulara girmeden bu kadar büyük bir kaynağın insanlığın yararına kullanılabilmesiyle nelerin önlenebileceği yine

ifade edildi.

Barış savaşımında ve silahsızlanmada taraflar kimlerdir, bugün dünyada aydınlarla, bilim adamlarına ve dinci çevrelere bu konuda çok önemli görevler düşmektedir ve dünyada da barış savaşımının etkin güçleri olmaktadır.

Olayı bir başka boyutuyla ele almak istiyorum. Yine dünyadaki temel çelişki, emek ile sermaye arasındaki çelişkidir. Kapitalizm var olduğu sürece de bu çelişik durum sürecektir.

İşçi sınıfıyla sermaye arasındaki sınıfsal savaşım sürerken, işçi sınıfına günümüzde çok önemli bir misyon daha yüklenmektedir. Bu da dünyanın toptan yok oluşuna karşı olası bir nükleer savaş ve silahlanmaya karşı olmaktadır.

Toplumlari savaşa hazırlayan faktörlerin başında silahlanma yarışının olduğunu ve askeri, sanayi komplekslerinin o bitmek tükenmek bilmeyen kar hırslarının olduğunu ifade etik. Bunun yanında yine dünyada düşman ülkeler imajı, kışkırtmalar, düşman yaratma ölgusu da ulusları birbirine karşı kışkırtmakta ve önü alınamayan bir silahlanma yarışına itmektedir.

Günümüzde bilimsel teknolojik devrim çağında, bilimsel teknolojik devrimin tüm olanakları militarizm tarafından insanlığı yok etmeye yönelik olarak kullanılmaktadır. Oysa, yaratıcılık yok olmaya değil, insanlığın daha da mutlu olması için kullanılabilir.

Barış savaşımı ve silahsızlanma salt savaşın çıkmamasına yönelik de olmamalıdır. savaş öncesi dönemlerde silahlanma harcamaları gerçekten çok önemli boyutlara varmaktadır ve bu açıdan da barış savaşımını silahsızlanmayla da bütünleştirmek gerektiğine inanıyorum ve bu doğru olacaktır.

Bir diğer konu da, barışın korunması ve silahsızlanma gibi olgularda ülkelerin diplomatik girişimleri ve onların kendi aralarında yaptıkları anlaşmalarla kotarılabacak bir konu değil.

Burada ilginç bir noktaya dikkati çekmek istiyorum. Her toplumun kendi bünyesindeki kamuoyu oluşturmalarını savaşa karşı, barışın korunması ve silahsızlanma yönündeki çabaları çok önemlidir.

Günümüzde yine bilimsel teknolojik devrimin yarattığı olanaklarla uluslar birbirlerine yaklaşmış ve hatta kendi aralarında bir kamuoyu diplomasisi oluşturmuşlardır. Bunun en güzel örneği de Nükleer Savaşın Önlenmesi için Hekimler Derneğinin uluslararası boyutlarda bu kadar sıklıkla rağmen yürüttüğü çalışma ve çabalarıdır.

Dolayısıyla, ülkelerin barış için, silahsızlanma için yürüttükleri çabaya bu kamuoyu diplomasisini de katmak gerekir ve bu yönde de ülkelerin yürüttüğü bu diplomatik gelişmeleri hem geliştirmek hem de onları denetlemek görevi vardır. Dolayısıyla şu deyim yerinde olur; kamuoyu diplomasisi yürütülen bu diplomatik bu çabaların bir garantisi konumundadır. Onun için her ülkedeki tek tek barış yanlısı ve silahsızlanma yönündeki çabalar çok önemlidir.

İnsan hakları açısından olayı ele aldığımızda; Julide Gülizar ablamıza katılıyorum, gerçekten ülkemizde İnsan Hakları gibi bir derneğin kurulmasının ihtiyacının doğması çok üzücü ve gerçekten bizim toplumumuzu, ülkemiz insanlarını inciten bir konu, ama 12 Eylül sonrası insan haklarına yönelik saldırılar gerçekten böyle bir derneğin oluşturulması ve böyle bir dernek çerçevesinde insan haklarının savunulmasını gerekli kılmıştır.

İnsan hakları açısından konuya girerken

şöyle bir tanım yapmak istiyorum. İnsanlar için değişik tanımlamalar yapılmış. İnsan konuşan hayvandır, insan düşünen hayvandır; çağımızda da yine insan örgütlü hayvandır, örgütlü güçtür tanımlaması yapılıyor. Dolayısıyla, ben , insan haklarının temel ögesi olarak örgütlenmeden insan haklarına bakmak istiyorum.

Artık günümüzde örgütlü olduğu sürece insan haklarını savunabiliyorsun, kişisel haklarını savunabiliyorsun, artık günümüzde bütün dünyada örgütlü olduğu sürece barışın korunmasına katkıda bulunabiliyorsun, silahsızlanmaya yandaş olabiliyorsun, gelişmekte olan hızlı silahlanma yarışına karşı durabiliyorsun. Hak aramada da bu böyle. Örgütlü olduğun vakit, sendikalı olduğun vakit hakkını arayabiliyorsun ve bu hakkı elde edebiliyorsun.

İnsan hakları açısından bugün ülkemizin içinde bulunduğu en büyük çıkmaz değişik kesimlerde, değişik alanlarda meslek grupları olarak, toplumun değişik kesimleri olarak ve siyasal anlamda da düşünme ve örgütlenme özgürlüğünün olmaması olarak görüyorum ve insan haklarının korunmasında düşüncenin ve düşünceyle birlikte eylemin de örgütlenebilmesi gerekliliği üzerinde böylece birkaç söz söylemiş oluyorum.

Bir başka konuya daha değinmek istiyorum. Barış, insan hakları panelimizin konusu. Bugün ülkemizde ve dünyada da barışın korunması insan haklarıyla, insan hakları ve dünya barışı demokrasiyle ayrılmaz bir parça ve bütün teşkil etmektedir. Biz yine kendi ülkemize döndüğümüzde barışın korunmasına katkıda bulunmak, insan haklarının savunulması yönünde çaba gösterme için demokratik bir ortamın olması ve bu ortamda düşüncemizin, düşünce ve örgütlenme

me özgürlüğümüzün olmasının temel olduğuna inanıyorum.

Tabii ülkemizde insan hakları açısından söylenecek çok söz var. Ben diğer konulara girmeyeceğim, işkence konusu yine insan haklarının bir bölümü. Bugünkü olumsuz cezaevleri koşulları insan haklarının bir bölümü, yine sağlıksız yaşama koşulları insan haklarının bir bölümü. Ülkemizde insan hakları konusunda o kadar çok sorun var ki, bunları saymakla bitiremeyiz.

Benden sonraki konuşmacı arkadaşlarım zannediyorum bu konularda görüşlerini belirtecekler.

Teşekkür ederim.

Julide Gülizar- Ben de teşekkür ediyorum.

Geldik Ankara Tabip Odası Genel Sekreteri Ata Soyer'in söz sırasına.

Arkadaşımız hekim ve bir sağlık kuruluşunun genel sekreteri bu konuda söyleyeceklerine kulak verelim.

Buyurun Sayın Soyer.

Dr. Ata Soyer (ATO Genel Sekreteri)- Teşekkürler.

İnsan hakları ve sağlık personelinin sorunlarının kesiştiği bir sürü nokta var. Sanıyorum bu kesişen noktaları ve somut uygulamaların da yapılabilecek şeyleri kısaca aktarmak istiyorum.

Öncelikle insan hakları dediğimiz zaman ne anlaşıyor, bunu nasıl sınıflandırabiliriz, ona değinmek istedim. Anayasa geleneklerimizde insan haklarını genel olarak üç başlıkta inceliyorlar.

Bir tanesi kişi hakları dediğimiz haklar. İkincisi sosyal haklar. Diğer de siyasal haklar biçiminde. Günümüzde bunun bir dördüncü boyutu, özellikle Batı Avrupa ülkelerinde gündemde. Leziz Hanımın sözünü ettiği nükleer savaşı bir dünyada yaşama

hakkı, bu haklardan bir tanesi. Sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı, buna benzer haklar söz konusu.

İlk kez bireylerin devlet karşısında bir takım hakları olduğu anlayışıyla ortaya çıkan ve Anayasa geleneğimizde kişi hakları diye tanımlanan hakları sıralarsak; öldürülmemeye, yani yaşama hakkı, vücut bütünlüğüne zarar vermeme, işkence görmeme ve zorla çalıştırılmama gibi haklar. Ben bu hakları sıralamayacağım, sadece bunların sağlık açısından önemine ve bu anlamda sağlık personelinin toplu olarak veya birey olarak veya diğer kesimlerle birlikte neler yapabileceğini tartışmak istiyorum.

Yaşama hakkı da diyebileceğimiz öldürülmemeye hakkının sağlık personeli açısından diğer insanlarda olduğu gibi bir önemi var, yani tüm insanlar başka bir insanın öldürülmesini, devlet tarafından veya diğer silahlar tarafından öldürülmesini insanlık değerleri açısından istemezler.

Sağlık personelinin bu konuda bir ayrı önemi var. Çünkü, sağlık personelinin temel işlev insanı yaşatmak ve bu yaşamı mümkün olduğu kadar sağlıklı kılma. Dolayısıyla yaşama hakkı bizim mesleğimizin bir anlamda merkezini teşkil etmekte.

Bu konuda sağlık personelinin çeşitli çalışmaları, çeşitli araştırmaları söz konusu. Bunlardan bir tanesini ülkemizde Türk Tabipler Birliği vermiştir, 1985'de idam cezalarına karşı başlattığı bir kampanya nedeniyle arkadaşlarımız yargılandılar ve tek söyledikleri nokta; idam cezalarının çağdaş bir ceza biçimi olmadığı ve bu idam cezaları sırasında hekim bulunmasının tıbbi ahlaka ve insanlık ahlakına aykırı olduğu şeklindeydi. Ben buraya bu metnin bir bölümünü getirdim, okumak istiyorum. Kısaca idam cezalarına neden karşı olduklarını aktardık-

tan sonra, yürürlükteki yasalarımız, hekimlere idam cezasının uygulanmasında görev vermektedir. Bu konuyu tartışan meslek kuruluşlarının görüşü; bu uygulamanın tıp meslek ahlakına aykırı olduğudur.

Hekim, bir öldürme işleminde yer almalı ve bir ölüm olgusunun izin vereni ve sonucun pasif bir bekleyicisi durumunda olmamalıdır. Dünya Tabipler Birliği de 1981 yılında toplanan 34. Asamblesinde hekimlerin ölüm cezasının uygulanmasında görev almalarının meslek ahlakına aykırı olduğu konusunda bir bildiriye kabul etmiştir" dedikleri için arkadaşlarımız yargılandılar. Bu yargılanan arkadaşlarımız arasında biraz önce konuşan Hüsni Çuhadar arkadaşımız da vardı.

Yaşama hakkının en önemli savunulması idam cezasına karşı çıkmak dedik. Bir diğer önemli noktası, biraz önceki konuşmaların altını çizdiği, tüm insanlığı yok edecek nükleer savaşa karşı çıkmaktır. Bu konuda tüm insanlığın yaşama hakkını tehdit eden nükleer savaşın yanı sıra kimyasal biyolojik silahların, çevre kirliliğinin de önemi vurgulanmalı.

Benden, önce konuşan arkadaşlar bu konuya değindikleri için daha fazla ayrıntıya girmeyeceğim.

Ülkemiz gündemin en önemli sırasını işkence ve cezaevleri oluşturmakta. Sanıyorum sağlık personelinin en önemli ilgi alanı insan hakları konusunda bu alan.

İşkence dediğimiz zaman biz sağlıkçılar olarak işkenceyi bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirmeye başladık. Neden halk sağlığı sorunu; bildiğiniz gibi halk sağlığı sorunu, toplumda yaygın olan ölümlere, yaygın sakathıklara neden olan, maddi kayıplara neden olan hastalıkların tanımlaması için kullanılır.

İşkence için ülkemizde halk sağlığı sorununu tanımını kullanmanın bir mahsuru olmadığı kanısındayız, yalnız konuya nicelik olarak bakmıyoruz. İşkence bir de olsa, bir ölüme neden de olsa, bin sakatlığa da neden olsa bir kurum olarak varsa halk sağlığı sorunudur. Dolayısıyla bu konuda niceliksel bir irdelemeye gerek olmadığı kanısındayız.

650 bin insanın 12 Eylül'den sonra tutuklandığı, hemen hepsinin işkence gördüğü bir toplumda sanıyorum ki bunun niceleliksel tartışmasına girmek yeterli değil.

Ayrıca, 170 civarında ölüm olduğunu işkenceden, bizzat resmi olarak kayıtlar göstermekte. Yine buna bağlı olarak yaygın fiziksel ve ruhsal sakatlıklar söz konusu. Bu sakatlıklar sadece işkence görenlerde değil, onun yakınlarında, ailelerinde de söz konusu, daha önemlisi toplumda söz konusu. Toplumdaki sakatlık ya da rahatsızlık şu şekilde; İşkenceyle yaratılan baskı ortamının getirdiği psikolojik sorunlar, kişilik deformasyonları tüm toplumu bir sessizler ordusu haline getirme anlamında sağlıksız bir toplum yaratma anlamında etkili olmakta.

Biraz önceki konuşmacı arkadaşlarımız, özellikle konuşmalarının belli noktalarında işkenceye katılan hekimleri kınadılar, gerçekten haklılar. Yalnız, bu haklılıkları somut olarak nasıl kanıtlayabiliriz ve bu konuda nasıl mücadele verebiliriz; sanıyorum bizim sorunumuz da o; yani hem kınayalım, hem bu kınama ertesinde neler yapabileceğimizi konuşalım.

Hamdullah Erbil olayından girmek istiyorum, Jülide Hanımın belirttiği konu; Hamdullah Erbil'e rapor veren Adanalı hekim arkadaşlarımız bu konunun uzmanları. Biz onların uzmanlıkları konusunda herhangi bir söz söyleme yetkisine sahip değiliz;

ancak şunu belirtmek lazım. Kronik Miyeloik Lösemi teşhisi gören bir hasta hangi koşullarda tedavi olur, hangi ilaçlarla tedavi olur, ne zaman tedavisi başlar; sadece insanlık meselesini de katmayalım, sadece bu konuları alta koyalım. Erken teşhis edildiğinde bir an önce tedaviye başlanmalı. Hangi koşullarda tedavi görülmeli; şimdi bildiğiniz gibi bir kanser hastası önemli ölçüde direnç düşüklüğüyle karşı karşıyadır, yani bağışıklık sistemi büyük ölçüde depresyon altındadır. Üstüne üstlük antikanser ilaçları kullandığımızda bu bağışıklık sisteminin büyük ölçüde daha fazla azaldığını, üzerine daha fazla yüklenildiğini görüyoruz. Dolayısıyla, bir kanser tedavisinin çok özel, çok steril koşullarda olması lazım. Bu koşullar değil hapis hane koşulları, herhangi sıradan bir hastane koşusunda bile olamaz. Dolayısıyla, bu özel koşullarda olması gereken bir tedavi cezaevinde olabilir diyor hekim, hiç yoktan bu kanser tedavisi koşullarına uymamıştır. Uymamasının nedeni, tıbbi bilgisinin yetersizliği değil, onu kesinlikle öne süremeyiz; insanlığa karşı düşmanlığı mı; onu da sanmıyorum, ama biraz önce belirttiğim işkenceyle ve baskıyla yaratılan bu toplumsal korku ortamının insanlarda yarattığı bir vurdum duymazlık, işkenceyi, insan hakları ihlallerini bir kanık-sama söz konusu ve işkence yapılan insanda fiziksel hasar olmasından çok daha önemli ve çok daha kalıcı bir sorun bu.

Sanıyorum bu kararı bu raporu veren insanların sorunu o ve diğer ihlallere katılanların sorunu o.

Şimdi, sağlık personelinin işkenceye yaklaşımı bir halk sağlığı sorunu biçiminde dedik. Halk sağlığı sorununa yaklaşım bu olunca mücadele de aynı yöntemle olmalı. Önce önleme, önce korunma, işkenceye

karşı mücadele, sağlık personelinin temel mücadele stratejisini oluşturmali. Nasıl olabilir; sadece sağlık personelinin mücadeleleriyle olamaz. Bu, demokratik tüm kuruluşlarla birlikte yapılması gereken bir olay. Bunu sona bırakarak diğerlerine geçiyorum.

Sağlık personelinin kendi içinde yapacağı, kendi üyelerine yönelik önleme biçimlerinde olabilir; bu konuda birkaç önerimiz var.

Sağlık personelinin üyelerini eğitmesi, toplumu eğitmesi, tıpkı nükleer savaşta olduğu gibi bir yöntem. Bir diğer yöntem, sağlık personeli, kendi meslektaşları arasında işkenceye adı karışmış meslektaşlarına nasıl yaptırımlar uygulayacağını çok iyi belirlemeli ve bu konuda net olmalı, yani elimizde hekimler olarak bir tıp ahlak tüzüğüümüz var, ahlak tüzüğüne bakıyoruz, işkence konusunda, katılan insanın yargılanması konusunda çok net yaklaşımlar söz konusu değil, yani bu, işkenceye katılan insanları haklı göstermiyor, ama bizim bu görevi yeterince yerine getirmedüğimizin bir kanıtı. Biz çok net olarak bu yaptırımları koymak zorundayız.

Hekimlerin işkenceye katıldığı en önemli kurumlar emniyet ve cezaevleridir. Buralarda hekimlerin çalışmasına ilişkin çok net mesajlar vermek durumundayız, nedir onlar; ilk emniyete girişte hekim muayenesi vardır, eğer hekim bu muayeneyi baştan savma yapmazsa, işkenceye karşı mücadelede bir dayanaktır.

İkincisi, emniyette işkence gören insan cezaevine gönderilirken ya da serbest bırakılırken rapor düzenlenir, herhangi birşey var mı, yok mu diye. Bu raporun nesnel olarak, yani hiçbir siyasi baskı altında olmadan verilmesi lazım. Bunun verildiği takdirde

işkencenin büyük ölçüde meşruiyetinin engelleneceğine inanıyoruz. Yani, bugün eğer işkence gizleniyorsa, hekimlerin raporlarının bunda büyük rolü vardır. İşkence gören bir insan kalkıp da vücudunu muayene ettirme durumunda. Hekim ona gerekli soruları sorarsa, gerekli muayeneyi yaparsa, gördüğünü yazarsa bu sahte meşruiyet ortadan kalkacaktır.

Yine emniyette destek olarak getirilen tıbbi personel, tıbbi bilgisini o güçlere, güvenlik güçlerine, devlet güçlerine vermezse, bunu ancak kendi koşullarında, kendi inisiyatifinde kullanırsa büyük ölçüde engellenecektir. İşte biz bunları net olarak tıp ahlak tüzüğüne koyarsak bu işde sorumluluğumuzu yerine getiririz.

İş işkenceye gelince diğer konulara girmedik, kusura bakmayım. Ben sözümü bağlamak istiyorum.

Bir de somut olarak yapılabilecek bir olay, tüm sağlık personelinin bu konuda ortak bir program hazırlaması, gelişigüzel, tek tek, günü birlik çalışmalar insan haklarının ihlallerine karşı mücadelede yeterli değil. Bu, iyi niyetli çabalar, ama kalıcı çabalar değil. Bu konuda etik mahkemeler oluşturabilir Uruguay'da ve Arjantin'de olduğu gibi Nasıl etik mahkemeler; Yeterli kanıt bulunmayan, ama kamu vicdanının işkence olduğu konusunda yoğun baskıları olan durumlarda işkenceye adı karışmış insanların kurumların belirli seçilmiş demokratik kuruluşlarca oluşturulan etik mahkemeler önünde yargılanmaları. Bu, o insanlara cezai bir yaptırım getirmese de, kamu vicdanı önünde onların geleceği durumun çok önemli olduğuna inanıyorum. Onun dışında diğer haklara değinmeden sözü tamamliyorum.

Teşekkürler.

Julide Gülizar- Teşekkürler Ata Soyer.

Ata Soyer'e bir de ekstra teşekkür etmek istiyorum, çünkü hiçbir komplekse kapılmadan açık açık hekimlerin sorumluluğunu ve sorumsuzluğunu anlattı. Bazı önlemler getirilmesinden söz etti, elbette önlemler iyidir de, önlemler her zaman önlemiyor birtakım şeyleri. Yasalar var işkencenin yasak olduğunu, suç olduğunu bildiren yasa maddeleri var, ama işkence yine yapılıyor. Yani, insanoğlu her yasanın bir açık maddesini, açık yanını bulur.

Etik mahkemeler evet iyidir de, şu anda etik mahkemelerin bir anlamda da, bir ölçüde de olsa yerine geçecek meslek kuruluşları var. Eğer birtakım insanlar, bunlar hekimler olabilir, bunlar yargıçlar olabilir, bunlar polisler olabilir ve aklınıza gelen herkes olabilir; kendi meslek odalarının kendisine olumsuz tavır takınacağından eğer korkmuyorsa, sanıyorum etik mahkemelerden fazlaca korkmaz. Yani, önemli olan bazı şeylerin insanlara öğretilmeyeceğidir. Bazı şeyler insanın içinden gelir. Yasa maddeleriyle birtakım şeyleri yaptıramayacağınız durumlar olabilir.

Son olarak Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri Sayın Nurettin Abacıoğlu konuşacak.

Buyurun Sayın Abacıoğlu.

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu (Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri- Teşekkür ederim sayın Başkan.)

Geçenlerde Ankara'da bir toplantı yapıldı. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü ile Türkiye Felsefe Kurumunun ortaklaşa düzenledikleri biyoetik konusunun tartışıldığı bir toplantı. Bu toplantıda Türkiye Felsefe Kurumunun Başkanı Prof. Kuçuradi, felsefenin ana temasının şeylerin tanımlamasıyla

ilgili olduğunu, onlara çözümleme yapmak gibi bir sorumluluklarının, bir zorunluluklarının bulunmadığından bahsetti.

Felsefeciler antik Yunandan bu yana şeyler tanımlaması içerisinde kaba kuvvetin tanımlamasına da hep çözüm aramışlardır, bir anlamda tanımsal düzeyde. İlk defa olarak bu konuda sofistler bir yaklaşımda bulunuyorlar, yazılı belgelerden böyle anlıyoruz ve demokrasiyle özgürlüğü ilk kez sofistlerin bir grubu tanımlıyor ve aynı dönem içerisinde bir karşıt başka grup da, hakkı kuvvet yaratıyor tezini savunuyor.

Kaba kuvvetin felsefesine yaklaşım, sonuçta sofistlerden başlayarak felsefecilerarası ve sosyal bilimcilerarası devlet, yönetim ve erk sorununu gündeme getiriyor ve sonuçta bunların çözülerek geldiği nokta, totaliter devlet anlayışının iki paylaşım şaşaıyla bütünleştiği, kaba kuvvetin felsefi anlamda da, fiili anlamda da en yüksek düzeye eriştiği, faşist ve nasyonel sosyalist idare biçimleriyle özdeşleşiyor.

İki paylaşım savaşı öncesi ve sonrası dönemlerde gerek yeniden demokrasinin inşa edilmesi, gerekse yeniden barışın sağlanması ve insan haklarının tesisi yolunda önemli çabalar gösteriliyor.

1948'lerde yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, bu arayışlara bir çözüm bulmanın da önemli mihenk taşlarından, dönüm noktalarından birisi oluyor.

Benim, konuşmanın içerisinde benden önce söylenen bütün doğru sözlere katılmak koşulu ile daha değişik bir perspektiften konuyu irdelemek istiyorum.

Barış meselesine, demokrasi meselesine, insan hakları meselesine, sağlık personelinin katkısının ne olacağını ve ne olması gerektiğini yönetimin, erki elinde tutanların sonuçta karar verdiklerini tarih içinde de

görüyoruz. Yani, sağlığın, sağlıklı olmanın ve hastalığın ideolojisine bile sonuçta yöneticiler karar veriyorlar.

İkinci Dünya Savaşının yükselen günleri içerisinde Hitler Almanya'sında üçüncü Reich bir yasa çıkarıyor, yeni bir sağlık yasası. Bu yeni sağlık yasası, toplumun içerisinde sonuçta sağlık hizmetlerine değer bulunacak insan kesitlerini ve değer bulunmayan insan kesitlerini saptamaya çalışıyor. Yaşlılar, güçsüzler, ari ırktan olmayanlar (Yahudiler ve diğerleri) epileptikler, Konvülsif tipte hastalıklara sahip olanlar, düşük gelir düzeyine sahip olan insanlar; bunlar sağlık hizmetlerine değer bulunmayan insan kesitleri.

Bu yasayı hazırlayanlar, bunun gereklerini yerine getirenler bilim adamları, hekimler, sağlık personeli ve sonuçta devletin kendi ideolojisi. Bu ideoloji de kaba kuvvetin felsefesine dayanıyor. Yoksa, o dönemlerde yükseltilmeye çalışılan tarafsız devlet veya sınıflar üstü devlet anlayışı sağlık yasasının bu biçimde çıkışını tanımlamıyor. Çünkü o günlerin felsefi anlamda da kabul gören devlet anlayışı, sınıflar üstü devletin varlığı.

Buradan nereye bağlamak istiyorum; buradan sağlık ideolojisinin nasıl kullanıldığına ve nasıl kullanılması gerektiğine ve hemen eczacılık ve ilaç özelinde de insan hakları sorunsalındaki sorumluluklarımızla sizlere küçük mesajlar vermek istiyorum.

Sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin kullanılan personeli ve onun tedavi araçlarını yönetim felsefesi ne ise ona göre örgütlersiniz, ona göre istihdam edersiniz ve ona göre de sonuçta tüketirsiniz.

Bu örgütlenme ve tüketilme süreci içerisinde de ne yaptığınızı bizatihi sağlık perso-

nelinin kendisine de unutturabilirsiniz; veya toplantı öncesi Sayın Leziz Hocanın aktardığı gibi, özen sorumluluğunu bir anlamda ya varsıl sayarız veyahahut da ondan yoksun konumlarda da olabilir. Örneği ne mi; Örneğini pratik yaşamın içerisinde eczanelerimizde sıkça karşılaştığımız, üniversite kürsülerinde meslektaş adayımız olan öğrenci arkadaşlarımıza defalarca anlattığımız geniş bir grup ilaç, ilaçlar ve tedavide kullanılması gereken, sağlık için kullanılması gereken ve en etkin bir biçimde sağlığın tekrardan geri kazanılması sürecinde yerinde kullanılması gereken ilaçlar bağlamında yaşıyoruz. küçük bir örnek; Sedatif hipnotiklerden kısa süreli intravenöz olarak aynı zamanda genel anestezi maksadıyla da kullanılan ilaçlar. Bunları hepimiz çok yakından biliyoruz. Neden? Mesleğimiz olduğu için. Bunları bir başka kesim de çok yakından biliyor.

İnsanın insanlığının unutturulmaya çalışıldığı, benliğinin deforme ettirildiği emniyette, işkencehanelerde de bu ilaçlar kullanılıyor.

Intravenöz barbitürikasit türevleri kısa süreli genel anestezi yaparlar, üç dakika ile 15 dakika arasında anestezi temin ederler. Bu özellikleri itibariyle opsiteirikte kullanılabilirler, kısa süreli birtakım cerrahi müdahalelerde bunlardan yararlanılabilir, sedatif etkileri çoğaltmak mümkün; ama, bu ilaçlar en önemle uyuşukluk hali meydana getirirler insanlarda, bağımlılık hali meydana getirirler, paradoksal egsitasyonlar oluştururlar, kişilik deformiteleri oluştururlar ve kişinin bilincinin kaybı ile telkin alabilmesini sağlarlar ve ondan sonra da bu insana herhangi bir eza yapmaksızın, izsiz eza yaparak, iz bırakmayan bir eza yaparak istediğinizi yaparsınız, istediğinizi söyler-

siniz, istediğinizi konuşturursunuz ve bu insanlar insan olabilme hakkını bile kullanma, kendini savunabilme yetisinden uzakta, uzak bir konumda bırakılmış olurlar.

Neden bunu anlıyorum; biz eczacıları da çok yakından ilgilendiriyor. Yaşamımız boyu mesleğimizi icra ederken yeşil reçetelere, kırmızı reçetelere yazılmış olan o, bu ilaçları kapsayan pentotaleri, nembutalleri kapsayan reçete kapsamlarının hangi kuruluşlardan çıktığını ne zaman düşündük. Ne zaman onların altalta üç beş kalem halinde ve normalde kullanılacak terapötik dozların dışında o reçeteler içerisindeki varlık nedenlerini düşündük ve ondan sonra da nasıl oldu ki bütün bunları düşünmeden ve bütün bunların etkilerinin ne olabileceğini de çok iyi bilerek tuttuk o reçeteleri yapma sorumluluğumuzu yerine getirdik.

Evet, yasalar bize bir şeyler emrediyor. Hekim, reçeteye yazdığında eczacı eğer kodkese çok aykırı bir durum yoksa, hekimin yazmış olduğu o reçeteyi yerine getirmek, reçeteyi hazırlamak durumunda.

Peki değerli meslektaşlar, o reçeteyi yasal çerçevenin içerisinde hazırlama sorumluluğuna sahibiz de, yine bir insan ve meslek hakkı olarak o reçeteyi vermeme hakkına neden sahip değiliz neden? Çünkü, bizim yeminimizi yaparken birincil olarak yemine başladığımız anda kişinin sağlığını korumak, kollamak görevi bize veriliyor. Bu görevi yerine getirirken, bizim araç olarak elimizde tuttuğumuz yegane silahımız ilaç, ilacı biz biliyoruz, ilacın etkisini biliyoruz, ilacın sağlık anlamında sağlığın geriye kazanılması sürecinde nasıl kullanılması gerektiğini de teorik olarak biliyoruz; ama pratikte ne zaman yaşadık, ne zaman yaşamadık;

Doğrusu şu Türkiye'nin kat ettiği her on

senelerde bir acaba hangi işkencelere, zımmi anlamda da olsa ortak olduk. Bunun vicdani sorumluluğunun altından sağlık personeli nasıl kalkmalıdır, nasıl kalkabilir.

Bunlar belki de felsefecilerle beraber tartışmamız gereken genel geçer etik kavramlar olarak da düşünülebilir ve belki bunlarla ilgili önlemler olarak meslek kuruluşları çerçevesinde kendimize görevler düşüğünü iddia edebiliriz. Mesleki disiplin kurallarında belki meslektaşlarımızı yargılayabiliriz, uyarabiliriz, tüzüklerin içine maddeler sokabiliriz ve belki de biraz önce Ata Soyer arkadaşımın dediği gibi, hapishaneye girerken muayene ettiririz, doğru muayene, reel muayene, gerçekçi muayene deriz, çıkarken de yine gerçekçi muayene ettirip öyle çıkartabiliriz. Kimler aracılığıyla; devletin sağlık ideolojisini, sağlığın felsefesini tarafsız, yansız devlet denilen erki elinde tutanlar tarafından tayin ettirilmiş bir mekânın içerisinde.

Ben bu kadar bağımsız hücreler olduğumuzu zannetmiyorum ve ben bunların gerçekte çözüm yolları olduğuna da pek kani değilim. onun için, belki bu toplantı, belki bu konuştuklarımız sonuçta benim kendi konuşma payıma düşen süre içerisinde çok önemli bir çözüm yolu göstermeyecek, ama en azından konuşmaya başlıyor olmamız bile önemli bir başlangıçtır diye düşünüyorum ve Oturum Başkanımız Sayın Gülizar'ın toplantının başında dediği gibi, sağlık personeli bugüne kadar sağlığın sağlığını hep konuştu; ama, sağlığın sağlığı barış dolu, insan dolu, insanca dolu bir ortamda söz konusu olabileceğine göre ne güzel ki, biz şimdi insanı konuşmaya başladık, barışı konuşmaya başladık, demokrasiyi konuşmaya başladık.

Teşekkür ederim.

görüyoruz. Yani, sağlığın, sağlıklı olmanın ve hastalığın ideolojisine bile sonuçta yöneticiler karar veriyorlar.

İkinci Dünya Savaşı'nın yükselen günleri içerisinde Hitler Almanya'sında üçüncü Reich bir yasa çıkartıyor, yeni bir sağlık yasası. Bu yeni sağlık yasası, toplumun içerisinde sonuçta sağlık hizmetlerine değer bulunacak insan kesitlerini ve değer bulunmayan insan kesitlerini saptamaya çalışıyor. Yaşlılar, güçsüzler, ari ırktan olmayanlar (Yahudiler ve diğerleri) epileptikler, Konvülsif tipte hastalıklara sahip olanlar, düşük gelir düzeyine sahip olan insanlar; bunlar sağlık hizmetlerine değer bulunmayan insan kesitleri.

Bu yasayı hazırlayanlar, bunun gereklerini yerine getirenler bilim adamları, hekimler, sağlık personeli ve sonuçta devletin kendi ideolojisi. Bu ideoloji de kaba kuvvetin felsefesine dayanıyor. Yoksa, o dönemlerde yükselmeye çalışılan tarafsız devlet veya sınıflar üstü devlet anlayışı sağlık yasasının bu biçimde çıkışını tanımlamıyor. Çünkü o günlerin felsefi anlamda da kabul gören devlet anlayışı, sınıflar üstü devletin varlığı.

Buradan nereye bağlamak istiyorum; buradan sağlık ideolojisinin nasıl kullanıldığına ve nasıl kullanılması gerektiğine ve hemen eczacılık ve ilaç özelinde de insan hakları sorunsalındaki sorumluluklarımızla sizlere küçük mesajlar vermek istiyorum.

Sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin de kullanılan personeli ve onun tedavi araçlarını yönetim felsefesi ne ise ona göre örgütlersiniz, ona göre istihdam edersiniz ve ona göre de sonuçta tüketirsiniz.

Bu örgütlenme ve tüketilme süreci içerisinde de ne yaptığınızı bizatihi sağlık perso-

nelinin kendisine de unutturabilirsiniz; veya toplantı öncesi Sayın Leziz Hocanın aktardığı gibi, özen sorumluluğunu bir anlamda ya varsıl sayarız veyahut da ondan yoksun konumlarda da olabilir. Örneği ne mi; Örneğini pratik yaşamın içerisinde eczanelerimizde sıkça karşılaştığımız, üniversite kürsülerinde meslektaş adayımız olan öğrenci arkadaşlarımıza defalarca anlattığımız geniş bir grup ilaç, ilaçlar ve tedavide kullanılması gereken, sağlık için kullanılması gereken ve en etkin bir biçimde sağlığın tekrardan geri kazanılması sürecinde yerinde kullanılması gereken ilaçlar bağlamında yaşıyoruz. küçük bir örnek; Sedatif hipnotiklerden kısa süreli intravenöz olarak aynı zamanda genel anestezi maksadıyla da kullanılan ilaçlar. Bunları hepimiz çok yakından biliyoruz. Neden? Mesleğimiz olduğu için. Bunları bir başka kesim de çok yakından biliyor.

İnsanın insanlığının unutturulmaya çalışıldığı, benliğinin deforme ettirildiği emniyette, işkencehanelerde de bu ilaçlar kullanılıyor.

Intravenöz barbitürikasit türevleri kısa süreli genel anestezi yaparlar, üç dakika ile 15 dakika arasında anestezi temin ederler. Bu özellikleri itibariyle opsiteirikte kullanılabilirler, kısa süreli birtakım cerrahi müdahalelerde bunlardan yararlanılabilir, sedatif etkileri çoğaltmak mümkün; ama, bu ilaçlar en önemle uyuşukluk hali meydana getirirler insanlarda, bağımlılık hali meydana getirirler, paradoksal egstasyonlar oluştururlar, kişilik deformiteleri oluştururlar ve kişinin bilincinin kaybı ile telkin alabilmesini sağlarlar ve ondan sonra da bu insana herhangi bir eza yapmaksızın, izsiz eza yaparak, iz bırakmayan bir eza yaparak istediğinizi yaparsınız, istediğinizi söyletir-

siniz, istediğinizi konuşturursunuz ve bu insanlar insan olabilme hakkını bile kullanma, kendini savunabilme yetisinden uzakta, uzak bir konumda bırakılmış olurlar.

Neden bunu anlatıyorum; biz eczacıları da çok yakından ilgilendiriyor. Yaşamımız boyu mesleğimizi icra ederken yeşil reçetelere, kırmızı reçetelere yazılmış olan o, bu ilaçları kapsayan pentotaleri, nembutalleri kapsayan reçete kapsamlarının hangi kurullardan çıktığını ne zaman düşündük. Ne zaman onların altalta üç beş kalem halinde ve normalde kullanılacak terapötik dozların dışında o reçeteler içerisindeki varlık nedenlerini düşündük ve ondan sonra da nasıl oldu ki bütün bunları düşünmeden ve bütün bunların etkilerinin ne olabileceğini de çok iyi bilerek tuttuk o reçeteleri yapma sorumluluğumuzu yerine getirdik.

Evet, yasalar bize bir şeyler emrediyor. Hekim, reçeteye yazdığında eczacı eğer kodkese çok aykırı bir durum yoksa, hekimin yazmış olduğu o reçeteyi yerine getirmek, reçeteyi hazırlamak durumunda.

Peki değerli meslektaşlar, o reçeteyi yasal çerçevenin içerisinde hazırlama sorumluluğuna sahibiz de, yine bir insan ve meslek hakkı olarak o reçeteyi vermeme hakkına neden sahip değiliz neden? Çünkü, bizim yeminimizi yaparken birincil olarak yemine başladığımız anda kişinin sağlığını korumak, kollamak görevi bize veriliyor. Bu görevi yerine getirirken, bizim araç olarak elimizde tuttuğumuz yegane silahımız ilaç, ilacı biz biliyoruz, ilacın etkisini biliyoruz, ilacın sağlık anlamında sağlığın geriye kazanılması sürecinde nasıl kullanılması gerektiğini de teorik olarak biliyoruz; ama pratikte ne zaman yaşadık, ne zaman yaşamadık;

Doğrusu şu Türkiye'nin kat ettiği her on

senelerde bir acaba hangi işkencelere, zımmi anlamda da olsa ortak olduk. Bunun vicdani sorumluluğunun altında sağlık personeli nasıl kalkmalıdır, nasıl kalkabilir.

Bunlar belki de felsefecilerle beraber tartışmamız gereken genel geçer etik kavramlar olarak da düşünülebilir ve belki bunlarla ilgili önlemler olarak meslek kuruluşları çerçevesinde kendimize görevler düştüğünü iddia edebiliriz. Mesleki disiplin kurallarında belki meslektaşlarımızı yargılayabiliriz, uyarabiliriz, tüzüklerin içine maddeler sokabiliriz ve belki de biraz önce Ata Soyer arkadaşımın dediği gibi, hapishaneye girerken muayene ettiririz, doğru muayene, reel muayene, gerçekçi muayene deriz, çıkarken de yine gerçekçi muayene ettirip öyle çıkartabiliriz. Kimler aracılığıyla; devletin sağlık ideolojisini, sağlığın felsefesini tarafsız, yansız devlet denilen erki elinde tutanlar tarafından tayin ettirilmiş bir mekânın içerisinde.

Ben bu kadar bağımsız hücreler olduğumuzu zannetmiyorum ve ben bunların gerçekte çözüm yolları olduğuna da pek kani değilim. onun için, belki bu toplantı, belki bu konuştuklarımız sonuçta benim kendi konuşma payıma düşen süre içerisinde çok önemli bir çözüm yolu göstermeyecek, ama en azından konuşmaya başlıyor olmamız bile önemli bir başlangıçtır diye düşünüyorum ve Oturum Başkanımız Sayın Gülizar'ın toplantının başında dediği gibi, sağlık personeli bugüne kadar sağlığın sağlığını hep konuştu; ama, sağlığın sağlığı barış dolu, insan dolu, insanca dolu bir ortamda söz konusu olabileceğine göre ne güzel ki, biz şimdi insanı konuşmaya başladık, barışı konuşmaya başladık, demokrasiyi konuşmaya başladık.

Teşekkür ederim.

Julide Gülizar- Teşekkürler Sayın Abacıoğlu.

Sevgili dostlar panelimiz burada bitiyor, bütün arkadaşlar konuyu başka başka yönleriyle anlatmaya çalıştılar. Özellikle son konuşan arkadaşımın konuşmasından ben kendi hesabıma çok yeni şeyler öğrendim.

Bir noktayı da vurgulamadan geçemeyeceğim. Korumak kollamak dedi, beni irkiltten iki kelime. Sağlığımızı korumak ve kollamak bile olsa. Onun dışında çok yeni şeyler öğrendim, özellikle teşekkür ediyorum.

Şimdi bir ödül töreni olacak, ödül töreni için Ankara Eczacı Odası Başkanı Sayın Dr. Ecz. Akin Çubukçu'yu davet ediyorum ve panelist arkadaşların hepsine teşekkür ediyorum, sizlere de sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Prof. Dr. Leziz Onaran (NÜSHED Başkanı)- Efendim ben el koyarak son sözü aldım Sayın Julide Gülizar'ın elinden; bunu binbir gece masallarına benzetelim, bitmedi bu, en düğümlü yerinde kaldık yarın gece bunun arkasını anlatalım, böyle diyelim, tabii yarın gece ne zaman gelirse. (Alkışlar)

Dr. Ecz. Akin Çubukçu (Ankara Eczacı

cı Odası Başkanı)- Değerli meslektaşlar, sayın konuklar; Geleneksel olarak 14 Mayıs Eczacılık Günü nedeniyle düzenlenen Ankara Eczacı Odası basın ödülleri için aç ıklamak üzere huzurunuzdayım. 1988 yılı içerisinde basın organlarında çıkan sağlık, eczacılık ve ilaç konularında yazılar Ankara Eczacı Odası Yönetim Kurulunca görevlendirilen bir komiteye inceletirilmiş, değerlendirilmiş ve ödül kazananlar aşağıda belirtilmiştir.

1980 yılı içerisinde Cumhuriyet Gazetesi'nde çıkan sağlık, eczacılık ve ilaç konularındaki yazılarından dolayı Sayın Günseli Önal,

Milliyet Gazetesinde sağlık, eczacılık ve ilaç konularındaki köşe yazılarından dolayı Sayın İlhami Soysal.

Çeşitli basın organlarında çıkan sağlık, eczacılık haberlerinin çoğunda emeği olan ANKA Ajansından Sayın Ali Çağatay,

Yine sağlık, eczacılık ve ilaç konularında yaptığı araştırmalar ve insan hakları sağlık konusunda gösterdiği duyarlılıktan dolayı 2000'e Doğru Dergisi,

Sayın Doğu Perinçek aramızda, izin verirsiniz ödülünüzü ben size takdim etmek istiyorum. (Alkışlar) ■

Öğrenci Gözüyle Eczacılık Eğitimi*

M. Nazlı Sevgi**

M. Ahmet Şencan***

Eczacı; ilacın bileşimini, hazırlanışını, üretimini, dağıtımını, tüketimini ve kullanılışını hakkıyla bilen kişidir.

Eczacılık eğitimi; bilimdeki ve eczacılık mesleğindeki gelişmeler doğrultusunda sürekli olarak geliştirilmelidir. Günümüzdeki modern Eczacılık eğitiminde verilen temel eczacılık bilgileri bilimsel eğitim ve düşünce metodlarıyla kavratılmaktadır. Eczacılık eğitiminin amacı ise; eczacılık mesleğini öğretmek, eczacılık mesleğine inandırmak, halka ilacın kullanımını anlatmak ve ilaçla ilgili faydalı bilgileri vermek veya bu bilgileri edinmenin yollarını göstermektir. Bu amaçlar doğrultusunda, Türkiye'deki eczacılık eğitiminin kalitesi tartışılmaktadır.

Eczacılık eğitimimizin problemlerinden biri eczacı adaylarının bilinçsizce bu mesleğe başlamalarıdır. Yönlendirilme-

den, ön bilgileri almadan eczacılık fakültelerine başlayan öğrenciler; bilinç düzeyine ancak ileri sınıflarda ulaşabilmektedir. Bu da eğitimi olumsuz yönde etkilemektedir.

Eczacılık eğitimi olumsuz etkileyen önemli bir faktör de fakültelerin öğrenci yükünün fazlalığıdır. Bunun sebebi Üniversite önündeki yığılmaları önlemek için fakültelere fiziksel kapasitenin ve maddi imkanlarının üzerinde öğrenci alınmasıdır. Ayrıca öğretim elemanının sayısı da yeterli olmadığından problem daha da artmaktadır. Teorik çalışmalarda tartışma imkanı bulamayan öğrenciler adeta ezberciliğe itilmektedir. Tartışmaların, seminerlerin, toplantıların ve ödevlerin yeterince ve istenilen şekilde düzenlenmediği bir yapı mevcuttur. Problem ekonomiktir. Ekonomik problemlerin çözülerek imkanların sağlanması, öğrenci sayısının mevcut fiziksel kapasiteye göre ayarlanmasıyla nitelikli eczacının yetiştirilmesine imkan tanıyacaktır.

Halk sağlığıyla doğrudan ilişkisi olan

* Eczacılık Günleri '89 Yazı Yarışması Ürünü

** H.Ü. Eczacılık Fakültesi III. Sınıf Öğrencisi

*** G.Ü. Eczacılık Fakültesi III. Sınıf Öğrencisi

eczacılık mesleğindeki gelişmelerin takip edilebilmesi için mesleki yabancı dilin iyi bilinmesi gerekir. Ancak, Eczacılık Fakültelerinin hiçbirinde yabancı dil eğitimi yeterli seviyede değildir. Fakültelerimizdeki yabancı dil saatlerinin küçümsenmeyecek sayıda olmasına rağmen, orta öğrenimden, gelen eksiklikler sebebiyle bilimsel gelişmelerin takibi yetersiz kalmaktadır. Bunun için öğrencilerin yabancı dil seviyeleri belirlenmeli, her öğrenci eğitim süresi boyunca bir mesleki yabancı dili iyice öğrenmesi sağlanmalıdır.

Gelişmiş ülkelerdeki 3500 saatlik Eczacılık Lisans Eğitimi Türkiye'de 2500 saattir. Eczacılık Fakülteleri Ana Bilim Dalları arasında koordinasyonun sağlanması, konu tekrarından kaçınılması ve temel eczacılık konuları yanında sosyal eczacılık konularına da yeterince yer verilmesi yararlı olacaktır.

Ülkemizde ve diğer ülkelerdeki sosyal eczacılık alanındaki dersler gözden geçirmek gerekirse; "Ülkemizde sadece Eczacılık Tarihi ve Deontoloji", "Eczacılık Mevzuatı ve İşletme" dersleri IV. sınıfta haftada bir-iki saat olarak okutulmaktadır. Çeşitli Avrupa ülkelerinde bu konuda okutulan dersler ve saatleri ise oldukça farklıdır (Tablo 1).

Eczacılık Fakültelerinde, teorik bilgilerin çok yoğun verildiğini belirtmiştik. Buna karşın pratik çalışmalar yeterince yapılamamaktadır. Laboratuvar şartlarının iyileştirilmesi, imkanlarının artırılması ve pratik çalışmalarla teorik bilgilerin birlikte yürütülmesi yararlı olacaktır. Bazı Avrupa Ülkelerindeki uygulamalı ders saatleri şöyledir (Tablo 2)

Teorik dersler içinde "Müstahzar Bilgisi", "Koruyucu Tıp", "Enstrumantasyon", "Sağlık Politikası" gibi dersler yer almalı-

Tablo 1: Çeşitli Avrupa Ülkelerinde Okutulan Sosyal Eczacılıkla İlgili Dersler

Ders Adı	Okunduğu Ülke	Saat	Okutulduğu Sınıf
-Sosyal Eczacılık	Belçika	10	5 yıl
-Eczacılıkta Organizasyon ve Yönetim	Çekoslavya	180	4 yıl
-Eczacılıkta Organizasyon	Macaristan	60	4 yıl
-Ekonomi ve Eczacılık İlişkisi	Macaristan	60	4 yıl
-Eczacılık Tarihi	Macaristan	15	4 yıl
-Sosyal Eczacılık	Norveç	40	2 ve 3 yıl
-İlaç Dağıtım Sistemleri	Hollanda	1 yarıyıl	Lisansüstü
-Eczacılıkta Organizasyon	Polonya	30	4 yıl
-Eczacılık Kanunları	Polonya	30	4 yıl
-Eczacılık Tarihi	Polonya	30	4 yıl
-Sağlık Eğitimi ve İş güvenliği	Polonya	30	4 yıl
-Eczacılıkta Ekonomik Problemler	Polonya	45	4 yıl
-Genel Sosyal Eczacılık	İsveç	26	4 yıl
-Ekonomi ve Yönetim	İsveç	26	4 yıl
-Bilgisayar	İsveç	26	4 yıl
-Eczacılıkta Yönetim	İngiltere	72	3 yıl

dir. Eczacılık eğitiminde branşlaşmaya yönelmeyi sağlayacak "Klinik Farmakoloji", "Klinik Eczacılık", "Müstahzar Bilgisi", "BİLGİSAYAR", "Eczacılıkta Yönetim", "Eczacılıkta Organizasyon" gibi dersler seçmeli dersler içinde yer almalıdır. Ayrıca ülkemiz için "Tarımsal Eczacılık", "Çevre Koruması", "Eczacı-Halk Sağlığı İlişkileri" konularının da programda yer alması gerekmektedir.

Ülkemizde staj konusunda istikrarlı bir program izlenememektedir. Stajların çoğu serbest eczanelerde yapılmakta, hastane, endüstri ve laboratuvarlarda staj yapma imkanı sınırlı kalmaktadır. Stajlar, "Öğrencinin eczacılık mesleği hakkında izlenim edinmesi" biçiminde değil, fakülte laboratuvarları dışında yapılması gereken uygulamalı eğitim olmalıdır. Bunun için, hastane, endüstri, laboratuvar ve serbest alanda staj yapma imkanları artırılmalıdır. Bu amaçla eczacılık fakülteleriyle ilaç araştırma ve ge-

liştirme imkanları olan ilaç sanayi arasında teknik ve eğitim işbirliği ve yardımlaşma sağlanmalıdır. Bu konuda Avrupa'da uygulanan staj programına bakmanın faydalı olacağı görüşündeyiz.

Bütün bu problemler gelişmiş ülkelerde ortalama 5 yıl olan eğitim süresinin bizde de artırılmasını gündeme getirmiştir. Ancak, eğitim süresinin uzatılması yeterli sayıda eğitici, gerekli maddi imkan ve fiziki şartlar sağlanmadan bir çözüm olmayacaktır. Eğitim süresinin 5 yıla uzatılması, eczacılara son yılda istedikleri bir konuda uzmanlaşma imkanı da sağlayabilir.

Her meslek alanında olduğu gibi, günümüzde eczacılık eğitimi de sürekli olmalıdır. Yeni bilgilere ve teknolojilere uyum eğitimi dediğimiz mezuniyet sonrası eğitim, seminerler, paneller, kongreler ve çeşitli hizmetiçi eğitimi yoluyla sağlanmalıdır.

Eczacı adaylarının dünyadaki meslek-

Tablo 2: Bazı Avrupa ülkelerinde Eczacılık Eğitiminde belirlenmiş olan teorik ve pratik çalışmaların süreleri.

Ülke	Teorik Ders Saati Sayısı	Pratik Ders Saati Sayısı	Toplam Saat Sayısı
Avusturya	1584	3328	4912
Belçika	1174	2110	3214
Çekoslovakya	1617	1615	3232
Almanya	Zorunlu değil	2412	-
Danimarka	1483	1334	2817
Fransa	1040	1225	2265
Yunanistan	1710	1290	3000
İtalya	1600	782	2382
İrlanda	1110	1821	2931
Malta	992	1257	2269
Norveç	805	1990	2795
Hollanda	1101	2872	3973
İspanya	820	1370	2190
TÜRKİYE	1380	1530	2910

taşlarıyla mesleki yönden bilgi alışverişinin sağlanması diğer önemli bir konudur. Bu amaçla, FIP ve alt birimleri ve özellikle IPSF ile temas halinde olunmalıdır. Öğrencilere yurt dışında burs ve staj alışverişi sağ-

lanmalıdır.

Genç eczacı adayları olarak tüm bu sorunların ve sorumluluklarımızın bilinciyle getirilebilecek her çözümde yerimizi almaya hazırız. ■

Tablo 3: Avrupa'da Uygulanan Staj Programı

Ülke	Süre	Stajın Eczacılık Eğitiminde yer aldığı dönem	Yapıldığı yer
Avusturya	1 yıl	Eğitim tamamlandıktan sonra	
Belçika	6 ay	5 yıl	Eczane, Serbest Eczane veya hastane eczanesi laboratuvarlarında
	1 Ay	4 veya 5 yıl	Serbest Eczane Hastane Eczanesi
Çekoslovakya	1 yıl	3 yıldan sonra	Serbest Eczane, Endüstri Hastane Eczanesi Her üç ayda bir Üniversitede 2 hafta kurs
Danimarka	1 yıl	Eğitim Tamamlandıktan sonra	Serbest Eczane, Endüstri (Biyoloji Uzmanlığı için laboratuvar)
Fransa	6 hafta	1 ve 2 yıllar arası	12 ay Hastane Eczanesi veya 12 ay serbest eczane veya buralarda 6'şar ay
	20 hafta	5 yıl	Serbest Eczane, Hastane Eczanesi, Üniversite, Depo Hastane klinikleri
İngiltere	1 yıl	Mezuniyet sonrası 2 yıl içinde	Serbest, Hastane Eczanesi
Malta	22 ay	Her yıl 5,5 ay	2 ay Hastane Eczanesi
Norveç	6 ay	2 veya 3 yıl	2 ay Serbest Eczane
Hollanda	4 ay	Büyük çoğunluğu son yıl	Serbest Eczane
Polonya	1 ay	4 yıl	Uzmanlaşma
	1 ay	5 yıl	Hastane Eczanesi Endüstri laboratuvar uzmanlaşmaya bağlı olarak
	Her hafta	Son yıl	
	3 saat		

T.C.
TÜRK ECZAÇILARI BİRLİĞİ
MERKEZ HEYETİ

Bölge Eczacı Odaları Yönetim Kurulu Başkanlıklarına
Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel müdürlüğünden alınan yazı ekte gönderilmektedir. Bölgenize bağlı üyelerinize duyurulması hususunu saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu
Genel Sekreter

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: 10/5910

Konu: Kontrole tabi ilaçlar hk.

16.06.1989

Bilindiği üzere Bakanlığımızca 29.5.1989 tarih 5768 sayılı ve 2.1.1986 tarih 2677 sayılı tamimlerle uygulaması başlatılan Uyuşturucu Madde ve Müstahzarları için kırmızı, psikotrop madde ve müstahzarları için yeşil reçete sistemine geçilmiştir.

1- Tek firmasına ait Asekod tablet yeni ruhsat almış olup, formülü nedeniyle yeşil reçeteyle verilecek ilaçlar listesine alınmıştır ve bundan böyle yeşil reçete ile verilmesi, tüketiminin psikotrop ilaçlar defterine işlenmesi gerekmektedir.

2- Aşağıda belirtilen ilaçlar ise daha önce yeşil reçete ile verilecek ilaçlar listesinde yer almaktaydı. Ancak ruhsatları iptal edildiğinden adı geçen ilaçların piyasada tükeninceye kadar yeşil reçete ile satılmaları gerekmektedir.

İlacın Adı	Firması
Paradion Komprime	A. Eren Erdier
Ephetonin şurup	B. Alman
Phenobabital tablet	Uzman
Colcodine tablet	Zanir Günterman
Meperin draje	Eczacıbaşı
Biocodin şurup	A. Eren Erdier
Ankol tablet	Deva
Relaksin tablet	Deva

3- Daha önce kırmızı reçete ile verilecek uyuşturucu ilaçlar listesinde yer yer alan ancak ruhsatları iptal edilen aşağıda isimleri belirtilen uyuşturucu ilaçların piyasada tükeninceye kadar kırmızı reçete ile satılmaları gerekmektedir.

Jetrium R-875 10mg ampul	Zaman
Jetrium R-875 5mg ampul	"
Jetrium R-875 5mg tablet	"

Konunun iliniz dahilindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına, serbest hekim, veteriner hekim, diş tabipleri, eczane ve ecza depolarına uyarılmasını önemle rica ederim.

Halil ŞİVGİN
BAKAN

T.C.
Ankara Defterdarlığı
Vasatasız Vergiler Gelir Müdürlüğü

Sayı: 21-042-3729/585-61955

Konu: Bilgi Formları

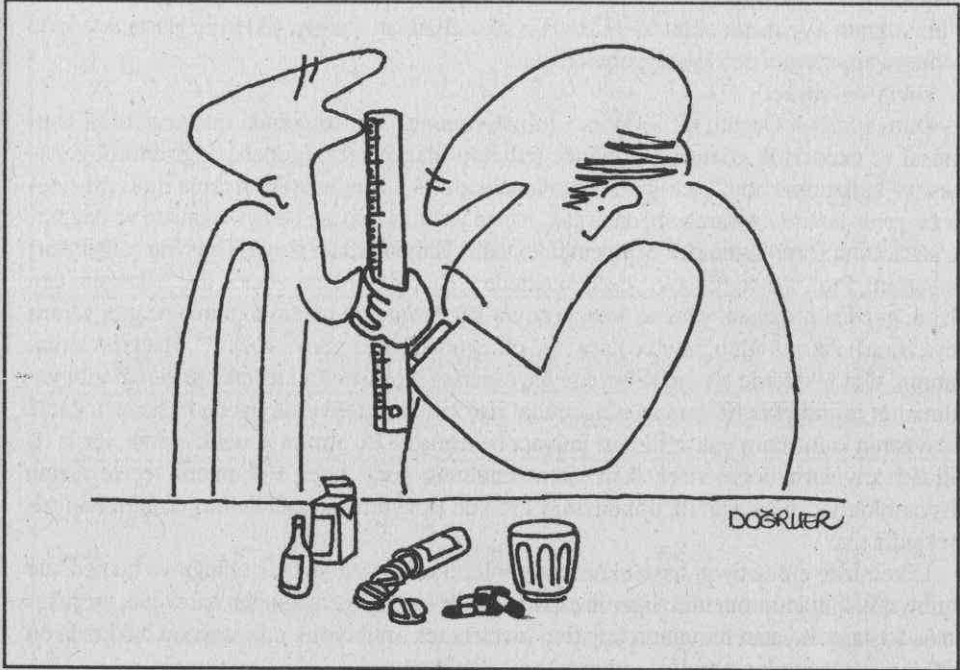
ANKARA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 18.5.1989 gün ve 211667 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazımız ekinde gönderilen Genel Tebliğde bahsi geçen hususla ilgili olarak Maliye ve Gümrük Bakanlığına bilgi verme zorunluluğu getirilen teşekkül ve kurumların düzenleyecekleri bilgi formlarının Vergi Dairelerinden veya Defterdarlığımız Döşeme Demirbaş ve Basılı Kağıtlar Gelir Müdürlüğünden temin edilmesi mümkün bulunmaktadır.

Bu nedenle ilgili yerlere gerekli duyuruların yapılmasını rica ederim.

A. Uğur GÖKALP
Defterdar Yardımcısı



Mustafa Doğruer / Eczacılık Günleri '89 Başarı Ödülü

Antibiyotik Utilizasyonu

Ecz. Ayçe Çeliker*

Özet:

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nin bir cerrahi ve bir de İç Hastalıkları servisinde yatan hastalar için 1986 yılının ilk 3 ayında kullanılan antibiyotiklere ait bilgiler toplanmıştır. Antibiyotik kullanan hastaların %61.5'i cerrahi servisinde yatmıştır, toplam 104 hastanın 59'u (%56.7) erkektir. Hastaların %44.2'sinin 15-40 yaş grubunda toplandığı ve antibiyotik kullanımını gerektiren başlıca indikasyonların İç Hastalıkları Servisi'nde Üriner enfeksiyon, Cerrahi Servisi'nde ise profilaksi olduğu belirlenmiştir. Kültür ve antibiyogram uygulama oranı %46.5'tir. En sık kullanılan antibiyotikler, İç Hastalıklarında Gentamisin, cerrahi'de ise sefoperazon'dur.

Giriş ve Amaç:

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö) ilaç utilizasyonunu, "Bir toplumda ilaçların, tıbbi, toplumsal ve ekonomik yönleri gözönünde bulundurularak pazarlanması, dağıtılması, yazılması ve kullanılmasıdır." şeklinde tanımlamaktadır (1). Bugün utilizasyonla ilgili çalışmalar bu geniş tanımlı kapsamayıp, daha çok, reçete yazma kalıpları ile ilgilenmekte ve dağıtım ve pazarlama sorunlarına pek değinememektedir. Halihazırdaki ilaç utilizasyon çalışmaları kavramını, Prof. Wade (2) şöyle özetlemektedir: "Bu çalışmaların amacı, ilaç tedavisini tam olarak gözden geçirmek yani ne amaçla neyin yazıldığını ve bunun topluma ne gibi yararlı veya zararlı etkileri olduğunu ve kaç mal olduğunu açıkça görebilmektir". İlaçların kullanımının tüm ülkelerde artmakla birlikte hiç olmazsa bir kısmının, reçetelere gereği gibi yazılmadığı bilinmektedir. bunun sonucunda, ilaç kullanımının dolayısıyla hastaların ilaçla tedavisinin kalitesinin yükseltilmesi ihtiyacı belirmiştir. Bu amaca yönelik olarak, ilaçla ilgili tüm kayıtların doğru ve eksiksiz olarak tutulması zorunludur. Hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarını inceleyen ilk dökümanın 1953'de Baviera'da yayınlanmış olduğu bildirilmektedir (3).

Ülkemizde enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığının yüksek olduğu ve bu nedenle antibiyotik kullanımının tüm diğer ilaçların önünde geldiği gerçeğinden hareketle, bu çalışmada hastanede yatan hastaların kayıtları incelenerek antibiyotik utilizasyonu hakkında ön bilgileri verecek olan normlar saptanmaya çalışılmıştır (4).

Yöntem:

Antibiyotik utilizasyonu hakkında bilgi edinebilmek amacıyla, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Hastanesi'nde, antibiyotiklerin sıklıkla kullanıldığı ve spesifik olmayan 2 bölüm seçilmiştir: Genel Cerrahi ve İç Hastalıkları. Bu bilim dallarına ait 30'ar yataklı 2 serviste, 3 ay süreyle (7 Ocak 1986-7 Nisan 1986) sistemik antibiyotik kullanan hastaların ilaç rejimleri, dosyalarından seçilerek hazırlanmış olan özel formlara refrospektif olarak kaydedilmiştir.

Bulgular:

Elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle, şu sonuçlar bulunmuştur:

1-Hastalara ait bilgiler:

Tüm hastaların 46'sının (%44.2) 15-40 yaş grubunda toplandığı görülmektedir.

3 ay süresince, her iki serviste, toplam olarak 104 hasta antibiyotik kullanmış olup bunların 64'ü (%61.5), Cerrahi, 40'ı da (%38.5), İç Hastalıkları servisinde yatmışlardır. Bu hastaların 59'u (%56.7) erkek, 45'i (%43.3) kadındır.

Tüm hastaların yattıkları servis ve yaş gruplarına göre dağılımları Tablo I'de gösterilmiştir:

TABLO I: Hastaların Yattıkları Servis ve Yaş Gruplarına göre Dağılımı

SERVİS	YAŞ GRUPLARI			
	15-40	41-60	61-80	TOPLAM
İç Hastalıkları	18	11	11	40 (%38.5)
Cerrahi	28	27	9	64 (%61.5)
Toplam	46 (%44.2)	38 (%36.5)	20 (%19.3)	104 (%100)

Tüm hastaların 46'sının (%44.2) 15-40 yaş grubunda toplandığı görülmektedir.

Hastaların yaş ve cinsiyetleri arasındaki ilişki Tablo II'de sunulmuştur.

TABLO II: Hastaların Yaş ve Cinsiyetleri Arasındaki İlişki

YAŞ GRUPLARI				
15-40	9(%43)	7 (%28)	9 (%48)	21 (%54)
41-60	5(%24)	15(%60)	6(%32)	12(%31)
61	7(%33)	3(%12)	4(%20)	6(%15)
Toplam	21	25	19	39

Her iki serviste de, erkekler 15-40 yaş grubunda yoğunlaşmış, ancak kadınlar farklı bir dağılım göstermişlerdir.

Hastaların hastaneye yatma nedenleri

Tablo III'de hastaneye yatma nedenleri sıralanmıştır.

**TABLO III: (a) Hastaların Hastaneye Yatırılma Nedenleri
(İç Hastalıkları)**

Hastaneye yatırılma nedeni	Hasta sayısı	%
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH)	8	20
Hipertansiyon	6	15
Akut miyelositik lösemi+sepsis	4	10
Diabetes mellitus	4	10
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	3	7.5
Ateş	3	7.5
Diğer	12	30
Toplam	40	100-

TABLO III: (b) Cerrahi

Hastaneye yatırılma nedeni	Hasta Sayısı	%
Kolelitiazis	12	19
Akut apandisit	6	9
Inguinal herni	6	9
Gastrointestinal sistemde kanama	5	8
Barsağın çeşitli bölgelerinde kanser	4	6
Diğer	31	49
Toplam	64	100

Hastaların Hastanede Ortalama Kalma Süresi:

İç Hastalıkları Servisinde 23.1 gün (en az 6, en çok 113 gün) Cerrahi Servisinde ise 14.3 gün (en az 1, en çok 39 gün) olup, her iki servisin ortalaması 17.7 gündür.

II. Antibiyotik Kullanımını Gerektiren Hastalığa Ait Bilgiler

Antibiyotik kullanımı gerektiren indikasyonların toplamı, Cerrahi Servisinde 75, İç Hastalıkları Servisinde ise 54 olarak belirlenmiştir. Burada, bir hastanın bir kaç değişik indikasyonla tedavi olabildiği ya da aynı hastalığını tekrarlayabildiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Servislere göre, antibiyotik gerektiren indikasyonların türleri çokluk sırasıyla şöyledir.

**TABLO IV: (a) İç Hastalıkları
İndikasyonları**

İndikasyonlar	Sayı	%
Üriner Enfeksiyonlar	13	24
Belirtilmeyen	8	15
KOAH	6	11
Tüberküloz	3	6
Septik Artrit	3	6
Diğer	21	38
Toplam	54	100

**TABLO IV: (b) Cerrahide
İndikasyonlar**

İndikasyonlar	Sayı	%
Cerrahi Profilaksi	41	55
Bilinmeyen	14	19
Barsak sterilizasyonu	4	5
Üriner Enfeksiyon	4	5
Diğer	12	16
Toplam	75	100

İç Hastalıkları Servisi'nde 37 (%68.5), Cerrahi Servisi'nde ise 8 (%11) indikasyonun, hastaların dosyalarına kaydedilmiş olduğu belirlenmiştir.

Enfeksiyon belirtisine (ateş, yara v.b.) ait kayıtların sıklığı ise, İç Hastalıkları'nda 19 hasta (%47.5), Cerrahi'de ise 12 hasta (%18.8)'dir.

Antibiyotiklerin Profilaktik veya Terapötik Amaçla Kullanımı:

Tablo V'de antibiyotiklerin profilaktik ve terapötik amaçla kullanımının servislere göre dağılımı gösterilmiştir.

Profilaktik antibiyotik kullanımının süresi, İç Hastalıkları'nda ortalama 1.1 gün ($1 < 1.1 < 2$), Cerrahi'de ise 3.8 gün ($1 < 3.8 < 8$) olarak belirlenmiştir.

Çeşitli Materyallerden Kültür Alınan ve Antibiyogram Uygulanan İndikasyonlar:

Tablo VI'da, indikasyonların tedavisinde kültür ve antibiyogram uygulaması gösterilmiştir.

**Tablo V: Antibiyotiklerin Kullanım
Amaçlarının Servislere Göre
Dağılımı:**

Servis	Antibiyotiklerin kullanım amacı	
	Profilaktik	Terapötik
İç Hast.	7 (%13)	47 (%63)
Cerrahi	47 (%87)	28 (%37)
Toplam	54 (%42)	75 (%58)

**TABLO VI: Antibiyotikle Tedaviye
Başlamadan Önce, Kültür ve
Antibiyogram Uygulaması**

Servis	Kültür ve Antibiyogram		Toplam
	Yapılan indikasyon	Yapılmayan indikasyon	
İç Hast.	40	14	54
Cerrahi	20	55	75
Toplam	60 (%46.5)	69 (%53.5)	129 (%100)

Tüm olguların 60'ında (%46.5), çeşitli materyallerde (idrar, yara, balgam) kültür ve antibiyogramlar yapılmış, 69'unda (%53.5) ise yapılmamıştır. Uygulanan ki kare testiyle tedaviye başlamadan önce kültür yapılması açısından 2 servis arasında fark olup olmadığı araştırılmış ve farklı bulunmuştur ($P<0.01$).

3-Kullanılan Antibiyotiğe İlişkin Bilgiler:

Her iki serviste 3 ay süresince kullanılan tüm antibiyotikler, Tablo VII'de gösterilmiştir.

İç Hastalıkları Servisi'nde, hastaların, hastaneye yatıktan ortalama 5.3 gün ($1<5.3<22$), Cerrahi Servisi'nde ise 3.7 gün ($1<3.7<30$) sonra antibiyotik kullanımına geçildiği saptanmıştır.

Antibiyotiklerin Servislere göre dağılımı incelendiğinde, İç Hastalıkları'nda toplamı 10 olgu olmak üzere (%18.5) Gentamisin en sık kullanılan antibiyotik olmuş, bunu 7'şer olguyla Amikasin ve Eritromisin izlemiş, (%13), 3 olarak da 5 olguyla (%9.3) Mezlosilin gelmiştir.

Cerrahi Servisi'nin bulguları da şöyledir: Sefoperazon 25 olguda (%33.3), sefotaksim 13 olguda (%17.3) ve kotrimoksazol 12 olguda (%16) kullanılarak, ilk 3 sırayı almışlardır. Bu serviste, diğer serviste ilk sırada olan Gentamisin 6 olguyla (%8) 4. sıradadır. Bu antibiyotiklerin kullanıldıkları indikasyonlar gruplandırılmış ve şu sonuçlar bulunmuştur: İç Hastalıkları'nda, Gentamisin 4 olguda (%40) üriner enfeksiyon tedavisinde, Amikasin 3 olguda (%42.9) sepsiste ve Eritromisin ise 3 olguda (%42.9) KOAH'ında kullanılmıştır (TabloVIII).

Cerrahi Servisi'nde ise sefoperazon 20 olguyla (%80), sefotaksim 9 olguyla (%69.2) ve kotrimoksazol 5 olguyla (%45.5) cerrahi profilaksi sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Cerrahi'de en çok kullanılan antibiyotiklerin indikasyonlara göre dağılımı Tablo VI-II B. de gösterilmiştir.

Tablo VII: Antibiyotiklerin Servislere Göre Dağılımı

Toplam	Cerrahi	İç Hast.	Servis
7	-	7	Amikasin
1	-	1	Amoksisilin
5	1	4	Ampisilin
8	1	7	Eritromisin
3	1	2	Etambutol
2	-	2	Floksasilin
16	6	10	Gentamisin
4	1	3	Izoniazit
3	3	1	Kanamisin
7	4	3	Klindamisin
1	1	-	Kloramfenikol
16	12	4	Kotrimoksazol
2	-	2	Metisilin
8	3	5	Mezlosilin
4	1	4	Morfazinamit
1	1	-	Nalidiksik Asit
1	1	-	Neomisin
5	3	2	Netilmisin
7	3	4	Penisilin kristalize
5	1	4	Penisilin prokain
2	1	1	Rifampisin
4	1	4	Sefalotin
25	25	-	Sefazel
14	13	1	Sefoperazin
6	4	2	Seftriakson
2	1	1	Streptomisin
2	-	2	Tetrasiklin
2	1	1	Tobramisin

TABLO VIII : (a) İç Hastalıklarında En Çok Kullanılan Antibiyotiklerin İndikasyonlara Göre Dağılımı:

İndikasyon	Gentamisin	Amikasin	Eritromisin
Üriner Enfeksiyon	4	1	-
KOAH	-	-	3
Sepsis	-	3	-
Pnömoni	-	1	2
Septik artrit	2	-	-
Ateş	-	1	-
Akciğer infiltrasyonu	-	-	1
DNC profilaksisi	1	-	-
Diş tedavisi	-	-	1
Yara	1	-	-
Bilinmeyen	2	1	-
Toplam	10	7	7

TABLO VIII: (b) Cerrahi'de En Çok Kullanılan Antibiyotiklerin İndikasyonlara Göre Dağılımı:

İndikasyon	Sefoperazon	Sefotaksim	Kotrimoksazol
Cerrahi profilaksi	20	9	5
Konsültasyonla	1	-	-
Dializ içine katkı	-	1	-
Üriner enfeksiyon	-	-	1
Bilinmeyen	4	3	6
Toplam	25	13	12

Cerrahi Servisi'nde antibiyotiklerin indike olduğu olguların başında gelen cerrahi profilaksi için kullanılan antibiyotiklerin sıralaması şöyledir: Sefoperazon 20 olgu (%49), Sefotaksim 9 olgu (%22) kotrimoksazol 5 olgu (%12), Seftriakson 2 olgu (%4.9), Mezlosilin, Penisilin kristalize, Sefalotin, Klindamisin ve Gentamisin ise 1'er olgu (%2.4).

Antibiyotiklerin Veriliş Yolları ve Dozları: Sıklıkla kullanılan antibiyotiklerin veriliş yolları ve dozları Tablo IX'da gösterilmiştir.

TABLO IX: Veriliş Yolları ve Dozları:

Antibiyotik	Veriliş Yolu	(%)	Doz	(%)
	i.v	i.m	p.o	
Amikasin	86.	14.	-	2x0.5 g = (57.4)
Eritromisin	-	-	100.	4x0.5 g = (62.5)
Gentamisin	44.	56.	-	3x80 mg= (62.5)
Kotrimoksazol	6.25	18.75	75-	2x2 tb = (68.75)
Mezlosilin	87.50	12.50	-	6x2 g = (62.5)
Sefoperazon	88.50	11.50	-	2x1 g = (88.5)
Sefotaksim	84.60	15.40	-	2x1 g = (61.5)

Kombine Antibiyotik Kullanımı: 129 olgunun 25'inde (%19.4) kombine antibiyotik uygulanmıştır. Bu çalışmada saptanan kombine antibiyotikler Tablo X'da verilmiştir.

Tedavi Sırasında Yapılan Değişiklikler: Tablo XI'de özetlenmiştir.

Advers Reaksiyonlar: 104 hastanın 2'sinin (%1.9) dosyasına, antibiyotik kullanımına bağlı olarak advers reaksiyon geliştiği kaydedilmiştir. Bunların her ikisi de İç Hastalıkları Servisi'nde tedavi gören hastalar olup, reaksiyonlar lökopeni (Rifampisin'e bağlı) ve bulantı (Eritromisin'e bağlı)'dır.

TABLO X: Kombine Antibiyotikler:

Antibiyotik kombinasyonu	İç Hastalıkları cerrahi	
	olgu sayısı	olgu sayısı
Genta-Metisilin	1	-
Genta-Penisilin kristalize	1	2
Genta-Penisilin prokain	1	2
Genta-klindamisin	2	1
Netilmisin-klindamisin	-	1
Amikasin-klindamisin	1	-
Tobramisin-klindamisin	-	1
Amikasin-sefazolin	1	-
Amikasin-Mezlosilin	5	-
Streptomisin-Tetrasiklin	1	-
Sefoperazon-kotrimoksazol	1	-
Rifam-İzoniazit-Morfazinamit	2	-
Rifam-İzoniazit-Morfazinamit-Etambutol	-	1
Rifam-İzoniazit-Morfazinamit-Etambutol-Streptomisin	-	1
Toplam	16 (%64)	9 (%36)

TABLO XI: Tedavi Sırasında Yapılan Değişiklikler

Değişiklik	İç Hastalıkları	Cerrahi
Düzenleme Yapılan Olgu Sayısı	3 (%1.5)	4 (%5.3)
a- Dozda yapılan düzenleme	3 olgu	2 olgu
b- Veriliş yolunda yapılan düzenleme	-	3 olgu
Düzenlemenin kaçınıcı günde yapıldığı	2 olgu: 2. gün 1 olgu: 4. gün	3 olgu: 2. gün 1 olgu: 4. gün
Düzenleme nedeni	2 olgu: kan düzeyi 1 olgu: Belirsiz	1 olgu: Hastanın damarının bulunamaması 3 olgu: Belirsiz

Antibiyotik Dışı İlaç Kullanımı: İç Hastalıkları servisinde yatan 32 hastanın (%80) ve Cerrahi Servisinde yatan 38 hastanın (%59.4) antibiyotikle eş zamanlı olarak başka bir/birkaç ilaç kullandığı belirlenmiştir. En sık kullanılan antibiyotik dışı ilaçlar Tablo XII'de verilmiştir:

Antibiyotikle eşanlı olarak kullanılan ortalama ilaç sayısı, servise göre değişmekte olup, İç Hastalıkları'nda, 4.1 (1<4.1<8); Cerrahi ise 2.4 (1.<2.4<8) olarak bulunmuştur.

TABLO: XII: En sık kullanılan antibiyotik dışı ilaçlar

İlaçlar	Hasta Sayısı	
	İç Hastalıkları	Cerrahi
Anti asitler	17 (%53)	10 (%26.3)
Dipiron (Analjezik)	-	26 (%68)
Digoksin (Kalp glikozidi)	8 (%25)	4 (%10.5)
Dipiridamol (Antianjinal)	8 (%25)	4 (%10.5)
Nifedipin (Koroner dilatatör)	7 (%21.9)	-
Prazosin (Antihipertansif)	7 (%21.9)	-
İzosorbitdinitrat (Antianjinal)	-	4 (%10.5)

Aminoglikozit Grubu Antibiyotiklere İlişkin Bilgiler

3 aylık çalışma süresince, her iki serviste kullanılan antibiyotikler şunlardır: Gentamisin, Amikasin, Streptomisin, Netilmisin, Tobramisin, Neomisin, Kanamisin.

Bu gruba ilişkin olarak, elde edilen ek bilgiler aşağıda toplanmıştır:

TABLO XIII: Aminoglikozitlerin Kullanımına Özel Bilgiler

Aminoglikozit kullanımına ilişkin kayıtlar	Hasta Sayısı	
	İç Hastalıkları	Cerrahi
Toplam Olgu sayısı	19 %35.2	8 %10.7
İlacın kan düzeyine bakılan olgu sayısı	6 % 31.6	-
İlacın kan düzeyine kaç günde bir bakıldığı	3 gün	
Hastanın böbrek fonksiyonlarına (BUN, kreatinin klerensi) bakılan olgu sayısı	9 %47.4	6 %75
Böbrek fonksiyonlarına, ortalama kaç günde bir bakıldığı	4.8 gün	5.1 gün

4-Antibiyotik Kullanımının Maliyetine İlişkin Bilgiler:

3 aylık periyotta, hastane eczanesinde, araştırmanın yürütüldüğü 2 servisteki antibiyotiklere yapılan harcamanın yaklaşık %58'i İç Hastalıkları, %42'si ise Cerrahi Servisine olmuştur (Eczanenin, yıllık bütçedeki antibiyotik payının %35-40 arasında olduğu bildirilmiştir).

İç Hastalıkları Servisinde antibiyotik harcamasının %76.4'i Gentamisin + Eritromisin + Amikasin + Mezlosilin için olmuştur. Cerrahi Servisinde ise, Sefoperazon + Sefataksin + Kotrimoksazol'e yapılan harcama, servisin tüm antibiyotik tutarının %65.2'sidir. Bu antibiyotiklerin, 2 servisin tüm antibiyotik tutarı içindeki paylar Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç:

Ocak-Nisan 1986 arasında 2 serviste yürütülen bu çalışmada, antibiyotikle tedavi edilen hastaların %61.5'inin Cerrahi Servis'inde yatanlar olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin oranı

TABLO XIV: 2 Serviste en çok kullanılan antibiyotiklerin, toplam harcamadaki payları

Antibiyotik	Toplam harcamadaki payı (%)
Mezlosilin	36.9
Amikasin	9.7
Sefotaksim	9.0
Sefoperazon	1.7
Eritromisin	1.0
Gentamisin	0.9
Kotrimoksazol	0.4
Toplam	59.6

%56.7 ile kadınlara göre biraz daha fazladır. Tüm hastaların %44.2'sinin 15-40 yaş grubunda toplandığı, ancak cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların değişik yaş gruplarında dağıldığı gözlenmiştir. Hastalar yaklaşık olarak 18 gün hastanede yatılarak tedavi edilmişlerdir. Antibiyotik tedavisi gerektiren indikasyonların servislere göre farklılık gösterdikleri belirlenmiş; İç Hastalıkları servisinde üriner enfeksiyonların, cerrahi servisinde ise cerrahi profilaksinin antibiyotik gerektiren başlıca nedenler olduğu saptanmıştır. Tüm indikasyonların %58'inde antibiyotikler terapötik amaçla kullanılmıştır. Profilaktik tedavi süresi, servislere göre farklılık göstermektedir.

İndikasyonların %46.5'inde tedavi öncesinde kültür ve antibiyogram yapıldığı belirlenmiş ve bu uygulama açısından servisler arasında fark olduğu saptanmıştır.

Hastaların, yatıktan yaklaşık 4-5 gün sonra antibiyotik tedavisine başlandığı gözlenmiştir. İç Hastalıkları Servisinde en sık olarak Gentamisin, cerrahi servisinde ise Sefoperazon kullanılmıştır. Tüm indikasyonların yaklaşık 1/5'inde antibiyotiklerin kombine olarak uygulandığı; ve bu kombinasyonların %64'ünün İç Hastalıklarına ait olduğu belirlenmiştir.

Advers reaksiyon oranı %1.9 olup, İç Hastalıkları Servisinde kalan hastalarda kaydedilmiştir.

Tüm hastaların %67.3'ünün antibiyotikle eş anlamlı olarak diğer ilaçları da kullanmakta olduğu ve bunların başında antiasitlerin geldiği gösterilmiştir. Antibiyotikle birarada kullanılan ilaç sayısı ise ortalama 3'tür.

İç Hastalıkları servisi için yapılan antibiyotik harcamasının cerrahi servisine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu serviste, tüm harcamanın 3/4'ü en sık kullanılan Gentamisin, Eritromisin, Amikasin ve Mezlosilin içindir. Cerrahi servisinde ise, Sefoperazon, Sefotaksim ve kotrimoksazol için servis tutarının %65.2'sinin harcandığı belirlenmiştir.

Roberts ve Visconti (5), 1972'de yaptıkları bir araştırmada hastanede yatan hastaların yaklaşık olarak 1/3'ünün sistemik antibiyotikle tedavi edildiklerini bildirmektedirler. Bu nedenle, antibiyotik kullanım sıklığı, indikasyon, kültür ve antibiyogram sonuçlarıyla tutarlılık, advers reaksiyon insidensi ve maliyet açılarından, bu tedavinin incelenmesi gereği

ortaya çıkmaktadır. ABD'inde, bir hastanede, eczane bütçesinin %35'inin antibiyotikler için harcandığının saptanması üzerine bir "Antibiyotik Utilizasyon Komitesi"nin kurulduğu bildirilmektedir (6). Bu komitenin 1 yıllık çalışması sonunda, Sefalotin ve Gentamisin tüketiminin %50 azaldığı, buna karşılık ucuz fakat aynı ölçüde etkin 4 antibiyotiğin kullanımının %25 arttığı, ayrıca çok şiddetli yan etkiler gösterdiği belirlenen bir antibiyotiğin, hastane formülleri'nden (Hastane Formülleri= Tıp personelinin klinik teşhislerini yansıtan ve sürekli gözden geçirilen ilaç kataloğu (7)) çıkarılarak, kullanımının kısıtlandığı gösterilmiştir. Bu çalışmada eczacının rolü, verileri toplamak, hekimin görevi ise, klinik analizleri gerçekleştirmek ve izlemek olmuştur.

Günümüzde, bilgisayar aracılığıyla, mikrobiyoloji raporları ve hasta ilaç profillerinin karşılaştırılması suretiyle utilizasyon araştırmaları çok daha ayrıntılı ve çabuk bir biçimde sürdürülebilmektedir (8). Böylece 24 saat içinde, antibiyotik tedavisi incelenip, örneğin, klinisyene gerekli düzenlemeleri yapmak için fırsat verilmektedir.

Maliyet analizleri yapmak ilaç utilizasyon çalışmalarını motive eden ilk kavram olurken, suistimal potansiyeli taşıyan ilaçların aşırı tüketimini önlemek ve tehlikeli ilaç etkileşmelerini engellemek de, özel amaçlar arasındadır (3).

Benzer çalışmaların ülkemizde de, geniş boyutlarda ve derinlemesine düzenlenerek, şu andaki durumu saptama ve kaliteyi düzeltmeye yönelik, geleceğe dönük planlar yapmanın gerekli olduğu kabul edilmektedir (9). Böylelikle, hastanelerimizde ilaç kullanımı ve kayıt sistemleriyle ilgili ayrıntılı bilgiler edinileceği ve bu bilgilerin değerlendirilmesiyle, daha etkin, güvenilir ve ucuz ilaç kullanımının sağlanabileceği kanısındayız.

Not: Bu çalışmanın yürütülmesi için gerekli izinleri sağlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Bilimleri Bölümü Başkanı Prof. Dr. Turgut Zileli'ye ve Cerrahi Bilimler Bölüm Başkanı Prof. Dr. Aykut Erbenli'ye; ayrıca değerli önerileriyle yol gösteren Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Erdal Akalın'a katkı ve yardımları için teşekkür ederiz. ■

KAYNAKLAR:

- 1-Freibel H: Drug Utilization Research and Developing Countries. *Pharmacy International*, 3: 20-25, 1982.
- 2-Crooks J: The Concepts of Medical Auditing. *Acta Med Scand, Suppl.* 683: 47-52, 1984.
- 3-Drug utilization Review. Wertheimer A.L., Bush P.J.: *Perspectives on Medicines in Society*, Drug Intelligence Pub, Hamilton, ABD, 1977, s. 169-191.
- 4-İlaç ve İlaç Tüketimi. İlaç ve Kimya İşverenler Sendikası: İlaç ve İlaç Endüstrisi, Alas Basımevi, İstanbul, 1984, s 38-41.
- 5-Roberts A.W., visconti J.A: The Rational and irrational use of systemic antimicrobial drugs. *Am J. Hosp Pharm.*, 29:828-834, 1972.
- 6-Zeman B.T., Pike M, Samet c: The Antibiotic utilization Committee *JAHA*, 48: 73-76, 1974.
- 7-Hastane Formülleri. Hassan Jr. W. E.: *Hastane Eczacılığı*, TEB yayını, Ankara, 1985, s.53.
- 8-Scarafille, P.D., Campbell B.D., Kilroy JE, Mathewson H.O: Computer Assisted Concurrent Antibiotic Review in a community Hospital. *Am.J. Hosp Pharm.* 42:313-315, 1985.
- 9-Üstel I: Hastanelerde İlaç Utilizasyonunun İncelenmesi. *AEOB*, 7: 328-331, 1985.

Kardiovasküler rahatsızlığı olan dental (ağız, diş, dişeti) hastalarda

enfeksiyöz endokarditin antibiyotik proflaksisinde

Temel prensipler

Çeviri: Şule Karaaslan

1. Risk Altındaki Hastalar

1.1 Eğilimli-yüksek riskli hastalar. Bu kategorideki hastalar dental müdahaleleri takiben enfeksiyöz endokarditis geçirmeye büyük ölçüde eğilimli olup ciddi sorunlara ve sonuçlara en fazla uğrayabilmek durumundadırlar.

Bunlar:

1.1.1 Epikrizinde enfeksiyöz endokarditis olan hastalar

1.1.2 Yapay kalp kapakçığı taşıyan hastalar

1.1.3 Cerrahi olarak sistemik pulmoner şant (shunt) müdahalesi geçirmiş hastalar.

1.2 Eğilimli olanlar. Bu hastalar dental müdahaleleri takiben enfeksiyöz endokarditis riski altında olabilirler ve proflaksileri düşünülmelidir.

1.2.1 Kalb kapakçığından rahatsız olan hastalar (kalb romatizması)

1.2.2 Aşağıdakileri kapsayan konjenital kalb rahatsızlıkları:

Ventriküler septal defekt fallot tetralojisi

Aort stenozu

Kompleks siyanotik kalb hastalığı

Sistemik-pulmoner arter suhni (şantı)

Açık ductus arteriosus

1.3 Eğilimli-düşük riskli hastalar. Bu kategorideki hastaların enfeksiyöz endokardit'e maruz kalma riskleri düşük olarak değerlendirilir.

1.3.1 Geçmişlerinde kalbde hasar oluşturmamış romatizmal hastalık olanlar

1.3.2 Kalb pili (transvenous cardiac pacemaker) takılıp çıkartılmış olanlar

1.3.3 Arteriovenöz şant (shunt) aygıtlı böbrek dializi olan hastalar

1.3.4 Yetmezliği olan mitral prolapsus'lu (sarkma, düşüklük) hastalar

2. Proflaksi Endikasyonları

(Riske Yol Açan Müdahaleler)

Eğilimli hastaları riske sokan dental (ağız, çene, diş, dişeti) müdahaleleri. Bunlar yumuşak doku kanaması ile sonuçlanan veya bakteriemi (septisemi)'ye yol açabilen müdahalelerdir.

2.1 Dişeti tedavisi periodontal sonda kullanımı köklerdeki derin müdahalelere kadar periodontal cerrahi 2.2 Çekimler

2.2 Çekimler

2.3 Her türlü ağız ve çene cerrahisi

2.4 Cerrahi travmanın diğer şekillerine yol açan tedaviler

2.5 Kök kanal tedavileri:

2.5.1 Bakteriemiye yol açabilecek olanlar

2.5.2 Olayın dişin apeksini taşıdığı vakalar.

2.6 Rutin mesleki profilaksi.

3. Etkin Maddeler, Dozaj ve Kullanım Şekilleri

3.1 Oral Kullanım. "Eğilimli" veya "düşük eğilimli" olarak sınıflandırılan hastalar için önerilir. Oral kullanım genellikle bütün hastalarda yeğlenir.

(Bölüm 4.1'i de görünüz)

3.1.1 Oral penisilin preparatları

Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için dozaj
Penisilin V	Müdahaleden 1 saat önce 2 gr ve 6 saat sonra 1 gr	27 kg altındaki çocuklar için müdahaleden 1 saat sonra yarım yetişkin dozu
Amoksisilin	Müdahaleden 1 saat önce 3 gr ve 6 saat sonra 1 gr	10 yaşın altındakiler için müdahaleden 1 saat önce 6 saat sonra yarım yetişkin dozu

3.1.2 Oral eritromisin penisilin preparatlarına allerjisi olan hastalar için: I.V kullanım için Bölüm 3.2.3'ü görünüz.

Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için dozaj
Eritromisin	Müdahaleden 1 saat önce 1 gr ve 6 saat sonra 500 mg	Müdahaleden 1 saat önce 20 mg/kg ve 6 saat sonra 10 mg/kg

3.1.3 Oral sefalosparin ne penisilin ve ne de eritromisini tolere edemeyen hastalar içindir. Sefalosporinlere bakteri duyarlılığında bir azalma eğilimi belirleyen raporlardan dolayı yalnızca penisilin veya eritromisini tolere edemeyen hastalarda kullanılır.

malıdır. Not: Penisiline karşı duyarlı (hiper-sensitif) bazı hastalarda sefalosporinlerde de çarpaz-reaksiyon olduğu rapor edilmiştir.

Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için
Sefalekssin veya sefadrin	Müdahaleden 1 saat önce 1 gr ve 6 saat sonra 500 mg	

3.2 Parenteral kullanımlar-parenteral kullanımların etkinlikleri daha yüksek olup "yüksek eğilimli" hastalar için düşünülmelidir (Bölüm 1.1).

3.2.1 Parenteral penisilin:

Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için dozaj
Ampisilin	Müdahaleden 30dk önce 1-2 gr I.M. veya I.V ve 8 saat sonra 1 repel (tekrar dozu)	Müdahaleden 30 dk önce 50 mg/kg I.M. veya I.V veya 8 saat 1 repel (tekrar dozu)
veya suda çözünen penisilin G*	Müdahaleden 0.5-1 saat önce 2 milyon ünite I.M veya I.V ve 6 saat sonra 1 milyon ünite	Müdahaleden önce 0.5-1 saat önce 50,000 ünite/kg I.M veya I.V. olarak ve 6 saat sonra 25,000 ünite/kg
+ (artı) Gentamisin	Müdahaleden 0.5-1 saat önce 1.5 mg/kg I.M veya I.V olarak ve 8 saat sonra 1 repel	Müdahaleden 0.5-1 saat önce 2 mg/kg I.M veya I.V olarak ve 8 saat sonra 1 repel

*Oral penisilin kullanamayan "eğilimli veya düşük eğilimli" hastalar için de kullanılabilir.

3.2.2 Parenteral Vankomisin-penisilini ne allerjisi olan hastalar için

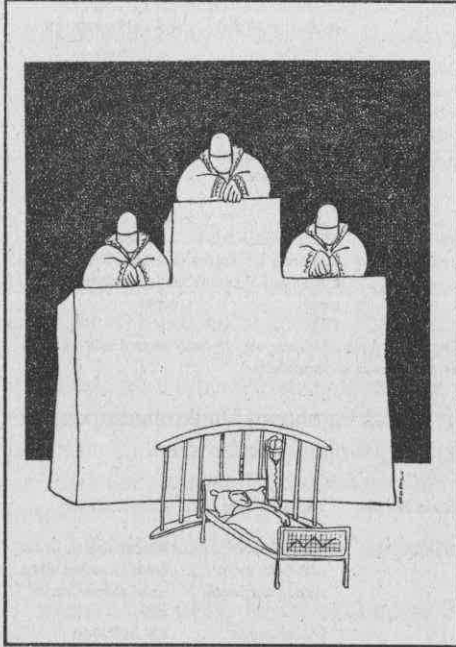
Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için
Vankomisin	Müdahaleden 1 saat önce uzun sürede verilecek I.V infüzyon (eriyik) halinde 1 gr	Müdahaleden 1 saat önce 1 saatten uzun uzun sürede verilecek I.V infüzyon (eriyik ile 20 mg/kg)

3.2.3 Parenteral eritromisin-penisilin'e allerjik hastalar için:

Etkin Madde	Yetişkin dozu	Çocuklar için
Eritromisin	500mg'lık I.V başlangıç dozunu takip eden 6 saat içinde 500 mg'lık I.V veya 6 saat sonra 1 gr'lık oral doz	200 mg'lık I.V başlama dozunu (27 kg altındakilere) takip eden 6 saat sonraki 500 mg'lık oral doz

4. Diğer Öneriler

4.1 Organizmanın tanımlanması ve antibiyotik seçimi. Laboratuvar olanaklarının sağlanabildiği koşullarda kişiden bakteriyel flora alınması spesifik mikroorganizmaların tanımlanabilmesi açısından gözönünde bulundurulmalı ve değerlendirilmelidir. Ayrıca hasta için uygun antibiyotik seçimine yardımcı olacak antibiyotik duyarlılık spektrum testi (antibiyoqram) yapılması da düşünülmelidir.■



Orhan Coğuplugil
Eczacılık Günleri '89 Başarı Ödülü



Erol Özdemir
Eczacılık Günleri '89 Başarı Ödülü