

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ İLAÇ FORUMU

CİLT 14

ÜÇ AYDA BİR YAYINLANIR

SAYI 2 - 1992



AEOB İLAÇ FORUMU

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

▼
Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi
Konur Sokak 13/2 Kızılay-Ankara
Tel: 425 42 96 - 425 08 07

▼ Yayın Kurulu

Betül Bilgetekin Rezzan Gençler
Ertan Onursal Rana Kunt
Nurettin Abacıoğlu Suna Çetintaş
Sevgi Yıldız Nazife Hatun

▼ Yayın Koşulları

- İlaç Forumu Ankara Eczacı Odası yayın organı olup dergide eczacılık ilaç ve sağlıkla ilgili yazılar yayınlanır.
- Metin yazar ya da yazarlarının ad, soyad, ünvan ve adresleri ayrı bir kağıda yazılarak metne eklenmelidir.
- Kaynakçalar belirtilmelidir.
- Şekil ve grafikler çini mürekkebi ile aydınlar veya beyaz kuşe kağıda çizilmeli, resimler parlak fotoğraf kartına siyah-beyaz ve net basılmış olmalıdır.
- Yayın için gönderilen yazılar yayın kuruluna ulaşma tarih ve sırasına göre değerlendirilmeye alınır.
- Yazıların yayınlanıp yayınlanmayacağına Ankara Eczacı Odası Bülteni İlaç Forumu Yayın Kurulu karar verir.
- Yazılardaki görüş ve fikirlerden yazar sorumludur.
- Dergiye gönderilen yazılar geri verilmez.

▼
Dizgi ve Ofset Hazırlık
R Prodüksiyon
Meşrutiyet Cad. 10/44
06640 Kızılay-Ankara
Tel: (4) 425 39 20

İÇİNDEKİLER

Bakış	2
Eczacılık Eğitimi ve Çok Konuşulup, Yazılması Üzerine... AEOB İlaç Forumu	3
Farmakognozi Yenilenmemiş (!) ve Uygulamada Önemini Yitirmiş (!) Bir Bilim midir? Mekin Tanker	4
"Eczacılık" Dendiğinde İçiniz Isınıyor mu? İsmail Üstel	8
Eczacılık Eğitiminde Farmakognozi'nin Önemi ve Yeri Bilge Şener	9
İyi Eczacılık Uygulamaları (GPP) ve Eczacılık Eğitimi Nurettin Abacıoğlu, İclal Çakıcı	12
Eczacılık Eğitim Programı İle İlgili Bir Öneri Ali Esat Karakaya, İlker Kanlık	20
Farmasötik Botanik Dersi ve Eczacılık Öğretimindeki Yeri Nevin Tanker	22
Eczacılık Eğitimi Sempozyumu, İstanbul AEOB İlaç Forumu	27
Klinik Eczacılık Kavramı Ne Değildir? Selen Yeğenoğlu, Nazlı Sevgi, İsmail Üstel	30
Avrupa'da Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçerisinde Eczacının Rolü ve İşlevi-II	32
DPT Sağlık Master Plan Etüdü (II) İlaç Sanayi Sektörü	37
Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı İlaç ve Denetimi Raporuna Eleştiri Nurettin Abacıoğlu	44
14 Mayıs Eczacılık Günü	47
TEB 27. Dönem I. Bölgelerarası Toplantısı	51
Aile Planlaması ve Eczacı Konulu Eğitim Programı Yapıldı	55
Yaşam Biçimleri Sağlığı Etkiliyor Çev.: Selen Yeğenoğlu	56
İlaçlar ve Cinsellik Çev.: Nilgün Kutlu	57
Bilgiye Saygı M. Fatih Süalp	59
Sana İlaç Yok!..	60
Yürütmeyi Durdurma İstemi	61

BAKIŞ

Değerli Meslektaşımız,

Uzunca bir süredir ülkemizde sıkça yinelenen ancak, neredeyse kanıksamaya başladığımız, demokratikleşme, küreselleşme, memurlara sendika kurma hakkı gibi gündelik yaşama bir türlü geçirilemeyen kavramlardan söz edilmektedir.

Buna karşın, varolan dağınıklık, ümitsizlik, toplumsal depresyon havasını dağıtmakta hiçbir işe yaramamakta ve özellikle demokrasinin atardamarları olan meslek örgütlerini neredeyse anlamsız bir beklentiye itmektedir.

Oysa, ülkemizin geleceği açısından meslek örgütlerinin siyasete katılması gerektiği defalarca siyasetçiler tarafından dile getirilmiş, ancak bu konuda herhangi bir çağrı henüz meslek örgütlerine ulaşmamıştır.

Artık sloganlara dayalı ve kesinlikle işlevsiz kalan yaklaşımları aşmak ve projeler üzerinde somutlaşan bir çalışmaya başlamak gerekmektedir.

Amacımız karanlık bir tablo çizmek ya da yılgınlık yaratmak değil aksine, gelecek günleri şimdiden görüp önlem almaktır.

Bağ-Kur çıkmazı derken, SSK çıkmazı, enflasyonun üzerinde (!) maaş artışları, adı olup hakkı olmayan memur sendikaları vb.

Güneşin tutulduğu günlerden geçiyoruz ancak; ışığı görebilen herkes için:

ÇALIŞANLARIN

* Üretim sürecinin yeniden düzenlenmesinde katılımının gerçekleştirilebileceği bir toplumsal örgütlenmede

* Sağlık hizmetinin meta karakterine son verebilecek,

* Sağlık hizmetinde bilgi aktarımının hizmet etmek karakterini koruyacağı bir yapılanmada, hepimizi Odamızın çalışmalarına katılmaya çağırıyoruz.

Saygılarımızla.

**ECZACILIK EĞİTİMİ
DOSYASI (I)**

?

**ECZACILIK FAKÜLTELERİ
ÖĞRETİM ÜYELERİ
NE DÜŞÜNÜYOR.**

ECZACILIK EĞİTİMİ VE ÇOK KONUŞULUP, YAZILMASI ÜZERİNE...

23-27 Mart 1992 tarihleri arasında toplanan I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde "Sağlık İnsan Gücü ve Eczacılar Grubu"na hazırlanan raporda Eczacılık Eğitimi ile ilgili yazılan bölüm özellikle akademik çevrelerde, değişik büyük yankılar oluşturdu. Böylesi bir raporun akademik sorunlar içerisinde eğitimin verilmesine yönelik bir özdeleştiri yolunu açmasını olumlu bulan çevreler ile "meslek elden gidecek" kaygusuna kapılan çevrelerin olumsuz değerlendirmeleri özel görüşmeler ve mektup, faks teatisinde dahil olmak üzere İstanbul Eczacı Odasının düzenlediği 14 Mayıs Eczacılık Eğitimi tartışma platformu ve 27. Dönem I. Bölgelerarası Ayrıntılı Toplantılarına taşındı. Bu raporun hazırlanmasında katkısı bulunan kesimlerden bir tanesi de Ankara Eczacı Odası yönetimi olmuştur. Mesleki ve toplumsal yararları en önde tutmakla görevli Türk Eczacıları Birliği'nin en fazla üyeye sahip odalarından birisi de Ankara Eczacı Odasıdır. Mesleki ve toplumsal sorumluluklarının bilincinde olan bu oda Yönetimi ve kadroları da kuşkusuz mesleki ve toplumsal yarar ve gelişmelere açık, ışık tutacak uygulamaların ve politikaların içinde olacağı gibi "Taassubun" her türden ve boydan olanına karşı da politikalar üretmek durumundadır.

Mesleki çalışmalarda eleştirilemez, üzerinde yeneden düşünülemez olan herhangi bir kişi, kurum veya uygulama söz konusu değildir. Eczacılık Eğitimi, eğitimi veren kurum, kadrolar veya derslerin nitelik ve niceliğinin tartışılması ise "eleştirilemez tabuları"nın içinde hiç değildir.

İşte bu görüş ve tutum içerisinde olan Ankara Eczacı Odası 29.4.1992 tarih ve 1992/226 sayılı aşağıda yeralan yazıyı Ankara'da bulunan Eczacılık Fakültelerinin tüm öğretim üyelerine göndermiştir.

Ankara Eczacı Odası Yayın Organı olan "AEOB-İlaç Forumu" dergisi 14. cilt yayın dönemi çalışmaları içerisinde mesleğin çeşitli konularında ağırlıklı bir tartışma platformu oluşturmak amacı ile çağrılı yazılara dergi sayfalarında yer verme kararını almış bulunmaktadır.

Bu görüş doğrultusunda, ilk konu olarak "Eczacılık Eğitimi" seçilmiş bulunmaktadır. Bilindiği

üzere, 23-27 Mart 1992 tarihlerinde Sağlık Bakanlığınca Ankara'da düzenlenen I. Sağlık Kongresindeki "Sağlık İnsan Gücü-Eczacılık" çalışma grubunda mesleğin diğer konu ve sorunları yanısıra "Eczacılık Eğitimi" de incelenerek elde edilen sonuçlar bir rapora yansıtılmıştır. Rapor, kongreyi takip eden günlerde meslek çevrelerinin ilgisini ve çeşitli düzeylerde olumlu olumsuz eleştirilerini de almış bulunmaktadır.

Bu çerçevede "AEOB- İlaç Forumu" dergisi yayın kurulu derginin ilk sayısında bu kongreye ilişkin bir Haber-Değerlendirme yazısı ile aynı kongrede yayımlanan "Sağlık İnsan Gücü-Eczacılar" ve "İlaç Kontrol ve Denetimi" gruplarının sonuç raporlarını meslektaşlarına sunmayı kararlaştırmıştır.

Bu bilgilendirme sayısını takip eden sayıda ise sizin Eczacılık Eğitimi ile ilgili değerli kişisel görüş ve değerlendirmelerinize yer vermek dileğindediriz.

Bu yazı çerçevesinde, mesleki eğitimin gelişim çizgisi ile ilgili olduğunuz bilim dalının lisans, lisansüstü ve mesleki sürekli eğitim programları içerisindeki ağırlığını öncelikle tartışmanızın akademik çevre dışındaki meslektaşlarımız açısından aydınlatıcı olacağı inancını da taşımaktayız.

Konunun önemi ve duyarlılığı açısından bu çağrılı yazı dileğimizin tarafınızdan değerlendirileceğine inanıyor ve mektubun elinize ulaşmasını takip eden ilk ay içerisinde değerli görüşlerinizi dergi adresine bekliyoruz.

Bugüne kadar dergiye ulaşan yazı sayısı 6, yazar sayısı ise 8 dir. Fakültelerden edinilen kayıtlara göre Ankara 36, Gazi 36 ve Hacettepe 39 olmak üzere toplam 111 öğretim üyesinden sadece 8 tanesinin görüşlerini kapsar biçimindeki yanıtlar yazarların nezaketi dışında, duyarlılığı ile ters orantılı bir sonuçtur.

Bu yazıda başka bir yoruma yer verilmeyecektir. Çünkü Ankara Eczacı Odası "Eczacılık Eğitimi Dosyası" nı kapatmama kararı ile değerli öğretim üyeleri ve bütün meslek üyelerinden görüşlerini beklemekte dir. ■

FARMAKOGNOZİ YENİLENMEMİŞ (!) VE UYGULAMADA ÖNEMİNİ YİTİRMİŞ (!) BİR BİLİM MİDİR?

Mekin TANKER*

Bu iddia, bir eczacı öğretim üyesi tarafından, sağlık sektöründe eczacı insan gücü görüşülürken ortaya atılmış ve maalesef, karşıt görüşler tartışılmaksızın, yazılan raporda yer almış bulunmaktadır.

Acaba iddia doğru mudur, yoksa gerçek dışı mıdır? Birlikte irdeliyelim.

Evet, Farmakognozi en eski eczacılık bilimidir. Zaten, bu isim bütün eczacıların da bildiği gibi "pharmakon-co-gnosia" ilaç-kuvvetlendirilmiş-bilgi" kelimelerinden oluşturulmuştur ve tarih öncesi zamanlardan beri farmakognosistler toplum içerisinde ilaçları tanıyan onlardan yararlanma usullerini, toksik etkilerini ve başka bir nesne ile karıştırılıp karıştırılmadığını bilen kişiler olarak tanınmışlardır.

Farmakognozi, yazılı biçimini, ilk kez, Fırat-Dicle vadisinde kazanır ve oradan Yakın Doğu ve bütün Avrupa'ya yayılırken aynı zamanda medeniyetin geliştiği her yörede Çin'de, Hindistan'da, Güney Amerika'da da yaygınlaşmış insanlık alemine bu gün dahi önemini yitirmemiş ilaçlar kazandırmaya devam etmiştir.

Aradaki, gelişmeleri kısaltır ve günümüze yaklaşırsak 1930'larda önemli bir aşama daha yaptığını ve o zamanki adıyla "Modern Farmakognozi"nin temellerinin atıldığını, etken madde kavramının geliştiğini, bu etken maddelerin saf olarak elde edilmesinin, farmasötik ve parafarmasötik amaçlarla kullanılmasının, kalite kontrollerinin, bilim dünyasında ve eczacılık pratiğinde ön plana çıkmış olduğunu görürüz. O kadar ki, bu yakın geçmişte, doğal ürünler

(natural products), farmakognosist olsun olmasın (farmakognosist yalnız biyolojik aktivite gösteren doğal ürünlerle ilgilenir) pek çok araştırmacının ilgisini çekmiş ve yüzbinlerce doğal ürün üzerinde araştırmalar yayınlanmıştır. 20. yüzyılın başları, bugün değerini hâlâ koruyan, önemli doğal etken maddelerin tedavi alana girmesine sahne olmuştur.

Bütün bu yoğun çalışmalara rağmen flora ve fauna'nın potansiyel kaynağının ancak pek azına ulaşılabilmektedir. Yüzbinlerce bitki, mikroorganizma, deniz canlıları, 1.5 milyon tür ile temsil edilen böcekler ve artropotlar'dan ancak pek azının incelenmesine zaman elvermiştir. Deniz dibi canlıları ise hiç bilinmemektedir.

Gezegemimizin önemli sorunlarından olan tropik ormanların azalması ve ozon tabakasının delinmesi nedeniyle oluşmakta bulunan biyolojik değişim öğrenilmesi gerekenlerin katlanarak arttığını göstermektedir.

Günümüzün farmakognozisi, yüksek oranda interdisipliner bir karakter taşımaktadır. Farmasötik Botanik, taksonomi, kemotaksonomi, deniz ve kara ekolojisi, bitki ve hayvan fizyolojisi, hücre biyolojisi, mikrobiyoloji, biyokimya, enzimoloji, genetik mühendisliği, moleküler farmakoloji, antropoloji ve ekonomi ile ilişki içindedir. Araştırmalarının çoğu ortak çalışmayı gerektirir. ABD'ndeki Illinois Üniversitesinde kurulmuş bulunan NAPRALERT (Natural Products ALERT) veri bankası, disiplinler arası bilgilerin önemli bir kısmını sağlayan ve uluslararası hizmet veren bir kuruluştur. Ve bu multidisipliner ihtiyaçtan dolayıdır ki, gerek lisans gerekse lisansüstü eczacılık

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi ABD. / ANKARA

eğitiminde bu disiplinlere de yer verilmektedir. Dünyada da yurdumuzda da durum aynıdır.

Bu çok disiplinli araştırma sistemi yeni ilaçların keşfedilmesinde yararlanılan bir yöntem haline getirilmiştir. Bu yöntem hakkında MALONE'nin önerisi en ayrıntılı olanıdır.

MALONE tarama araştırmaları için özetle şu öneriyi getirmektedir:

- Daha önceden verilen bilgilerle donanmış bir bilgisayar yardımıyla fitokimyasal, taksonomik ve etnofarmakognozok özelliklere göre, araştırılan etkiyi gösterecek maddeleri taşıma olasılığı bulunan bitkiler seçilir.

- Flora'lar araştırılarak veya özel alanlar tespit edilerek, bu bitkilerden örnekler toplanır.

- Uygun koşullarda kurutulmuş bitki, belli ıncelikte toz edilir ve sulu steril agar çözeltisi ile bir süspansiyon hazırlanır. Bu süspansiyon deney hayvanı olarak kullanılan sıçanlara enjekte edilir. Bitkide bulunan etken madde yavaş yavaş peritondan kana geçer. Araştırmacı, sıçanda 63 septoma göre inceleme yapmak için düzenek kurulabileceğini göstermektedir. Sonuçlar 5, 10, 15, 30 ve 60 dakika, 2, 4, 6, 24 saat ve 2, 4, 7 günlük aralarla kaydedilir.

- İstenen etkiyi veren bitkilerden hazırlanan değişik eksterelerle de deneyler tekrarlanarak uygun ekstraksiyon metotları araştırılır.

- Böylece tesbit edilen bitkilerden fazla miktarda materyal toplanarak, tayinleri yapılır, kurutulur.

- Önceden saptanmış yöntemle ekstraksiyon yapılır. Etken maddenin izolasyonuna, saflaştırılmasına çalışılır.

- Elde edilen saf madde sistematik, farmakolojik ve toksikolojik incelemeye alınır.

- Kimyasal yapı tayini yapılır.

- Maddenin sentezine ve sonra da yarı sentez yoluyla daha uygun bileşiklerin elde edilmesine çalışılır.

Böylece 8 kademede gerçekleştirilen araştırmalarla yeni yeni ilaç hammaddelerine varmak daha çabuk ve daha verimli olur.

buk ve daha verimli olur.

Yeni ilaç araştırmaları bu öneri doğrultusunda verimli bir biçimde yürütülürken Türkiye'de bu kapasitede çalışmalara başlanmamıştır.

Çünkü, başvuru bütünü farmakoloji üniteleri, bu konuda yetişmiş ve yetiştirilmiş farmakoloji uzmanları ve olanakları bulunmadığı gerekçesiyle, önerimizi geri çevirmişlerdir. Zincir bu noktada kesilmektedir.

Doğal etken bileşiklerin izolasyonu ve yapısının aydınlatılması için ise günümüzün farmakognosistleri yüksek teknolojiyi farmakognozik biliminde de taşımışlardır. Bu çağdaş farmakognozideki önemli incelemelerden biridir. Uzun zamandan beri yararlanılan kağıt, sütun, ince tabaka kromatografi tekniklerine, artık, HPLC (High Pressur Liquid Chromatography) teknikleri de rutin uygulamalar halinde eklenmiş bulunmaktadır. Çok daha yeni birer yüksek teknoloji olan OPLC (Over Pressure Layer Chromatography), RLCC (Rotation Locular Countercurrent Chromatography), CPC (Centrifugal Partition Chromatography) gibi sistemlerde az miktarda bileşiklerin birbirinden ayrılması ve arıtılması için artık sıklıkla kullanılan teknikler arasına girmiştir.

CCD (karşı akımla dağılıma) esasına dayalı kromatografi teknikleri, daha etkili, daha çabuk ve preparatif anlamda sonuç veren teknikler olarak Farmakognozik araştırmalarında önem kazanmış ve bu teknikler, doğal ürünlerin labil geometrikal izomerlerini ayırmada önemli rol oynamışlardır.

Bir yeni ve ileri teknik de, ham bitki ekstratlarında ilk ayrımları çok etkili bir biçimde sağlayacak olan Super-Critical Fluid Chromatography'dir.

Bugün bu tekniğin fitokimyasal analizde kullanılması için yaygın çalışmalar vardır.

Son yıllarda enantiomer veya diastereo izomerlerinin oldukça farklı biyolojik özellik gösterdiği anlaşılmıştır. Etkili olan izomerlerin ayrılması için yine ileri bir teknoloji olan "chiral HPLC" farmakognozik araştırmalarına girmiş bulunmaktadır.

Doğal ürünlerin yapı tayininde NMR, MAS, FAB mass spektrometri, polipeptit, lipopolipeptit ve

poliholozitler için kullanılan LCMS, x-Ray crystallography, NOESY gibi ileri teknikler kullanılmakta, farmakognozi dev adımlarla ilerlemektedir.

Bu ileri teknolojiden yurdumuzdaki farmakognozi araştırmalarında da yararlanılmaktadır. Gerçi cihazlar pahalıdır ve Türkiye 'de birçoğu bulunmamaktadır, ama Türk araştırmacılar, uluslararası ilişkilerde analiz problemlerini çözmeği başarmakta ve analiz sonuçlarının yorumlanmasında yetkili duruma gelmiş bulunmaktadırlar. Bütün bu gelişmeler, hiç kuşkusuz, kanıtlamaktadır ki, farmakognozi durağan yenilenmemiş bir bilim dalı değil, tam tersine günün ileri teknolojisini de kullanan ve çağın disiplinler arası bütün olanaklarından yararlanan bir bilim dalıdır.

Farmakognozinin, ortaya çıkarmaya ve insanlığın yararına sunmaya devam ettiği biyolojik kaynaklı ilaçlar yüzyıllara içinde tükenmeyecek büyük bir potansiyel oluşturmaktadır. Çağımızın doğal ve yarı sentetik antibiyotikleri ile yakın geleceğin ümit bağlanan ilaçları olarak görülen protit ve poliholozit yapısındaki bileşikler de doğal ürünlerdendir.

Bu da göstermektedir ki farmakognozinin konusunu oluşturan doğal ürünler hâlâ potansiyel ilaç kaynağı olmağa devam etmektedir.

Farmakognozinin, meslek hayatında geçerliliği kalmadığı yolundaki iddiaya gelince. Bir kere doğal ilaç etken maddeleri bugün yararlanılmakta olan müstahzarların en az yarısında yer almaktadır. Antibiyotikler, kalp damar ilaçları gibi gruplarda ise bu oran daha da fazladır. Örneğin kalp-damar ilaçlarından digoksin, digitoksin, deslanozit, ouabain, izosorbitol dinitrat, trinitrogliserin, pentaeritrol tetranitrat, izosorbitol, mononitrat, kinidin, neostigmin, atropin, adrenalin, efedrin, metildopa, rezepin, dezerpidin, protoveratrin, mannitol, D-glukoz, nikotinic asit, papaverin askorbik asit, aescin, heparin, kumarin, teofillin, dekstran 40, K vitamini, nikotinic asit, nikotinil alkol hep doğal ürünlerdir. Doğal ilaç yardımcı maddelerinin ise bileşimine girmediği müstahzar sayısı yok denecek kadar azdır.

Zaten iddia doğal ürünlerin kullanılıp kullanılmamasından çok ilacın etken ve yardımcı maddeleri-

ni ve bunların hazırlanma şekillerini eczacıya öğretmeğe gerek yoktur anlamındadır. Nitekim yazımın başında söz edilen raporda "kimya, farmakognozi ve ilacın sanayi ölçekli üretimine ağırlık veren programlar yerine, başta farmakoloji olmak üzere biyolojik bilimlere ağırlık veren" bir öğretim programından söz edilmektedir.

Komisyonadaki farmakoloji öğretim üyesinin sovenist görüşlerinden kaynaklandığı anlaşılan bu tavsiye bütün işi ilaç olan eczacıyı, gerekli düzeye ulaştırmaya yeter mi? Eğer yetse idi, başka ülkelerin eczacılık programları da böyle olur, farmakognozi, farmasötik kimya, farmasötik teknolojiye, eczacılık öğretiminde çok daha az yer verilir. Halbuki örneğin Avrupa Topluluğu ülkelerinde kimya, farmakognozi ve farmasötik teknoloji ders saatleri sırasıyla ortalama 1000+800+400 civarında dolaşırken Farmakoloji ve diğerleri ancak 300 saat civarındadır.

Amerika'daki 70 kadar Eczacılık öğretim kuruluşundan bazılarında, sadece hastane eczacılığı, sadece sosyal eczacılık öğretilerinin bulunması, bu ülkede uzmanlaşmanın ayrı öğretim müesseseleri kuracak kadar önemsenmesinden dolayıdır. Yalnızca 7 Eczacılık fakültesi bulunan Türkiye'de uygulanması zorunlu entegre öğretim sisteminde, hem de fakültelerin tamamında, belli bir alana yönelmek elbette mümkün değildir.

Eczacılık Fakültelerindeki farmakoloji öğretim üyelerine düşen, başka bilim dallarını tartışmaktan çok, eczacı için laboratuvar çalışmasıyla takviye edilmiş bir öğretim olması gereken farmakolojiyi böyle uygulamalı bir yapıya ve tıp fakültelerindekinden farklı, eczacı için karakteristik bir öğretim biçimine kavuşturabilmektir. İlaçların hammaddelerini tanımadan, ilaç hazırlama tekniklerini bilmeden ilaç etkilerini öğretmenin eczacı yetiştirmeye yetmeyeceği açık bir gerçektir. Esasen farmasötik kimyanın sentetik ilaç hammaddeleri ve farmakognozinin doğal ilaç hammaddeleri olmasa ve bunlara her yıl yenileri ilave edilmese farmakolojinin gelişmesi ve devamı düşünülebilir mi?

Bir başka açıdan bakıldığında farmakognozi, son on yıldır, tekrar revaç bulan ve hızla gelişen fitoterapi için de en doğru ve en bilimsel yol gösterici bir bi-

lim dalı olarak temayüz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tesbitlerine göre dünyada yaşayan insanların %80'i sadece fitoterapi'den yararlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bundan hiç de üzüntü duymamakta, aksine "2000 yılında herkese sağlık" sloganını ortaya atarken, fitoterapi'nin bu konuda en büyük yardımcı olacağını vurgulamaktadır.

Nitekim fitoterapi üzerinde gelişen görüşler ve çağdaş bilimsel yöntemlerle yapılan çalışmalar fitoterapi'nin alternatif bir tedavi yöntemi olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Fitoterapi ürünlerini hazırlayanların son on yılın en hızlı gelişen üretim sektörünü oluşturması ve bu ürünlerin AT ülkelerindeki eczanelerin satışlarında % 60 pay alması önemle izlenecek bir gerçektir.

Türkiye'de fitoterapi'nin sadece ticari amaçlarla ele alınmış ve konuda uzman eczacılar yerine, öğrenimini yaşamamış, sadece kulaktan dolma, yalan yanlış bilgilerle yetinenlerin uğraş alanında bulunması ülkemizdeki uygulamanın kusurudur. Eğer fitoterapi Sağlık Bakanlığındaki danışmanlarca ön yargılar nedeniyle geri plana atılmasa, gerçekçi yaklaşılsa ve gerekli düzenlemeler yapılsa hiç şüphesiz ilaç değerini taşıyan fitoterapi ürünleri için ruhsat işlemleri yürütülse fitoterapiye sağlık sisteminde geniş yer veren Avrupa ülkelerini çok geriden izlememize gerek kalmaz.

SONUÇ

Bir zorlama sonucunda, var olan gerçekleri, bir kere daha anlatmak ve savunma zorunda kalmak su-

retiyle zaman kaybına uğrandığından dolayı üzüntü duyuyorum. Eğer amacımız Eczacılık mesleğinde öğretimin yerli yerine oturmasını sağlamak ise, eczacılığın temel dersleri arasında kısır saat tartışmalarına girmek yerine gelişmiş ülkelerin lisans, lisansüstü ve diploma sonrası sürekli eğitim programlarını incelemek ile uğraşmamız zamanımızı bu yönde harcamamız gerekir.

1960 yılında ilk kez Fransa'ya gittiğimde eczacılık eğitiminde 5 nci yılı konuşuyorlardı. 5. yıl ve çeşitli eczacılık alanlarına yönlendirilmiş eğitim biçimi (Master programlarını da içine alır şeklinde) zamanımızda, Türkiye hariç pekçok ülkede uygulanıyor. Türkiye'de de bugünkü merkezîyetçi YÖK sisteminin tamamen terkedilerek kredili ve seçmeli öğretim sistemi içerisinde ve öğretenlerin değil, öğrenenlerin kendi ihtiyaçlarına göre seçecekleri dersleri alabilmelerine olanak tanıyan bir düzenle lisans+ Master öğretimi yapmanın zamanı çoktan gelmiştir. Zaten araya YÖK sistemi girmeseydi 1980'lerde başlatılmış ve hatta bazı fakültelerimizde uygulamaya konulmuş olan bu demokratik sistem şimdiye kadar çoktan yerleşmiş olurdu.

Biz eczacılar 1990'lı yıllarda hem bu gecikmemizi telafi etmek, hem de çağdaş öğretim anlayışına vararak sürekli eğitim programlarına; ve daha sonra da elit eleman (kalifiye eleman) yetiştirme programlarına erişmek zorundayız.

Enerjimizi, kısır tartışmalara değil, her gün yenilenen mesleğimizi takip edebilecek, sürekli eğitim programlarınının organizasyonuna harcıyalım.■

"ECZACILIK" DENDİĞİNDE İÇİNİZ ISINIYOR MU?

İsmail ÜSTEL*

Eğitim, yapılan ve yapılmayan, söylenen ve söylenmeyen herşey aracılığıyla, davranışlara yansıyan birikimdir. Eczacılık eğitimi konusunda benden tarihçe, dünyadaki gelişmeler, durum saptaması, tanımlar, öneriler filan beklemeyin. Bu ülkede, anılanlar yıllardır zaten yeterince (belki de yeterinden çok) yapılıyor. Bırakalım şimdi dallanmış-dallanmamış, birimsel-bütünleşik (entegre), dört yıllık-beş yıllık, alışlagalmış-klinik... tartışmalarını bir tarafa. İşin can alıcı noktası şurada: Öğrencimizin yüreğinde- titrek de olsa- bir ateş yakabiliyor muyuz? Ders kavramına "keyif paylaşımı" olarak bakabiliyor muyuz? "Öğretim üyesinin verdiği selamı almasını istiyoruz" yönündeki öğrenci iste mi karşısında utanmayı becerebiliyor muyuz? Öğrencilerimize gönül penceremizden bakabiliyor muyuz?

Mesleki kimlik oluşum süreci, dersliklerle sınırlı değildir. Her an, her ilişkide damla damla biçimlenen bir kavramdır. Üniversitelerdeki sayın kadrolar...Meslek örgütlerindeki değerli kadrolar...Mesleklerimizi gururla koruyabiliyor muyuz? Meslek sorumluluğumuzu bilinçle taşıyabiliyor muyuz? Öğrencilerimizle meslek onurunu paylaşabiliyor muyuz? Eczacılığın moral değerlerini yeterince pekiştirebiliyor muyuz? Öğrencilerimize, kimseyi küçümsemeden, kimsenin de bizleri küçümsemesine meydan vermeden sağlık hizmeti üretebilme becerisi aşılayabiliyor muyuz?

Eczacılık dendiğinde içiniz ısınıyor mu?

Benim ısınıyor...İnsan sevgimin uzantısı olarak, insanlara sağlık hizmeti sunan mesleğimizin adı geçtiğinde, içim ısınıyor. İnsanlarla eczacı olarak kurabildiğim sınırsız ilişkiler içimi ısıtıyor. Öğrencilerim beni, ben öğrencilerimi eğitirken içim ısınıyor.

Eğitim, genetik gibi bir konu sanırım. Eğitimle aktarabildiklerimiz, genetik kopyalama gibi, kuşaktan kuşağa taşınıyor. Eczacılık eğitiminin düzenlenmesi gündemdeyken, küçük bir uyarı: Mutajen girişimlerden kaçınalım lütfen!...

Eczacılık Eğitiminde Farmakognozi'nin Önemi ve Yeri

Bilge ŞENER*

Son günlerin yine güncel konusu haline gelen ve geçtiğimiz günlerde bir de sempozyum düzenlenen eczacılık eğitimi ile ilgili görüşlerimi ve Farmakognozi'nin bu eğitimdeki yerinden bahsetmek istiyorum.

Eczacılık kısa ve özlü bir ifade ile ilacı yapmak ve bunu hastaya sunmaktır. Eczacı, eğitimi sırasında ilaçla ilgili temel bilgileri kazanan bir meslek mensubudur. Başka bir deyişle eczacı ilaç ve farmasötik ürünler hakkında entegre bilgiye sahip uzmanlardır. Eczacılar bu bilgileri üniversiter eğitimle kazanırlar; mesleki deneyimleri, tecrübeleri ve yayınları izlemek suretiyle de kuvvetlendirirler. İlaç önceleri sadece hasta, hekim ve eczacıyı ilgilendirmekteyken bugün endüstrinin, ekonominin, akademik ve sağlık kuruluşlarının da ilgi alanına girmiştir.

Türkiye ilaçlarını gözönüne alarak eczacının istihdam edilebileceği alanlara (endüstri eczacılığı, eczane eczacılığı, hastane eczacılığı, akademik kariyer, hammadde üretimi tıbbi bitki kültürü ve ıslahı, kozmetik sanayii gibi) ve bilimdeki gelişmelere paralel olarak eczacılık eğitiminin yeniden düzenlenmesi ve eczacının eğitimi sırasında yönlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için ilacın anlaşılabilmesinde gerekli olan temel bilgiler önce verilmelidir. Sonra ilaç hammadde üretimi, ilaç yapımı ile ilgili teknolojiler, analizler, analiz yöntemleri ve enstrümantasyon, müstahzar bilgisi yanında ilacın kullanımında ilacın alınmasından atılmasına kadar geçen işlemler, etkileri, istenmeyen tesirleri, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşmeleri ile ilgili disiplinler tarafından entegre programlar (1) halinde anlatılmalıdır.

Ayrıca eğitim sırasında ilacın üretiminden tüketimine kadar geçen dönemde ilaçla ilgili mevzuat, kullarlar, defter tutma, işletmecilik ve muhasebe bilgilerine de yer verilmesi yararlı olacaktır. Eczacılık eğitimi uygulamalı bir eğitim olduğuna göre teorikler

yanında pratiklere de ağırlık verilmeli ve açık laboratuvar sistemine geçilmelidir (2)

Son yıllarda kozmetik preparatların da sayısı gittikçe artmaktadır. Kozmetik preparatların hazırlanması da yine eczacıların uğraş alanları içindedir. Burada ilave etmek istediğim bir diğer husus da, ülkemizin coğrafik konumu nedeniyle sahip olduğu zengin bitki örtüsünde yer alan tıbbi bitkilerle ilgili bir konudur. İlaç hammaddesi elde edilmesinde yararlanılan ve fitoterapide de kullanılan bitkisel droglar eczacının uzmanlık alanının bir bölümünü teşkil etmektedir. Ayrıca eczacıların tıbbi bitkilerin kültürü ile uğraşması ülke ekonomisi açısından da önemli olacak bir husustur.

Hastalıkların tedavisinde kullanılan ve hastalar tarafından alınabilir şekilde getirilmiş madde veya madde karışımlarına ilaç, hazır ilaçlara da müstahzar adı verilmektedir. Müstahzarların terkinde bulunan biyolojik orijinli ya da sentetik bileşiklerden meydana gelen etken ve yardımcı maddeler ise ilaç hammaddeleri olarak bilinmektedir. İlaç hammaddelerinin bitkiler ya da hayvanlardan elde edilen biyolojik kökenli olanlarına drog ismi verilmektedir. Drogların tedavi edici özelliğinden sorumlu olan farmakolojik aktif bileşikler şekerler, glukozitler, steroidler, alkaloidler, proteinler, hormonlar ve vitaminler gibi tek kimyasal maddeler ya da sabit yağlar, mumlar, uçucu yağlar ve reçineler gibi kimyasal madde karışımlarından meydana gelmiştir. Droglardan elde edilen bu aktif bileşikler müstahzarların terkinde yer aldığı gibi, yarısentezinde başlangıç maddesi olarak (örn. fitosteroller kortizon ve diğer steroidal ilaçların yarısentezinde başlangıç maddesi) kullanılmakta ya da sentetik ilaçlara model teşkil etmektedir.

Tarihin başlangıcından beri tıbbi bitkiler tedavide kullanılmaktadır. Uzun süre çeşitli deneyimlere

* Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi Anabilim Dalı Başkanı / ANKARA

bağlı bir geleneksellik ve folklorik nitelik taşıyan biyolojik kaynakların sağlığın korunmasındaki yeri, gelişen teknoloji doğrultusunda 19. yüzyıldan itibaren bilimselliğe dayanan yeni bir boyut kazanmıştır. Son yıllarda modern tedavide bitkisel ürünlere gittikçe artan bir önemle yer verilmektedir. Bunun nedenleri arasında bitkisel ürünlerin yan tesirlerinin yok denecek kadar az olması sayılabilir. Ayrıca bitkilerde oldukça spesifik reaksiyon mekanizmaları sonucu basit bir molekülden çok sayıda kompleks bileşikler sentez edilmektedir. Bitkilerde bu reaksiyonlar normal sıcaklık ve basınç altında meydana geldiğinden ve bitki kendi metabolizması için bu aktif bileşikleri sentez ettiğinden normal olarak toksik maddeler ayrılmaktadır. Günümüze kadar önemini kaybetmeden farmasötik amaçlarla kullanılan tıbbi bitkilere ve bunlardan elde edilen aktif bileşiklere aşağıdaki örnekleri verebiliriz:

Catharanthus roseus : antikanser alkaloitler (Vinkristin, Vinblastin),

Digitalis türleri : Kardiyak glikozitler (Digoksin, Digitalin)

Cinchona türleri : Kinin ve Kinidin.

Claviceps purpurea : Ergo alkoitleri (Ergotamin, Ergometrin)

Papaver somniferum : Afyon alkaloitleri (Morfin, Kodein ve Papaverin, Noskapin),

Atropa ve **Duboisia** türleri : Atropin, Skopolamin,

Erythroxylon coca : Kokain

Rauwolfia türleri : Rezerpin

Cephaelis ipecacuanhae : İpeka alkaloitleri (Emetin),

Pyrethrum türleri : İnsektisitler için kaynak.

Disoscorea ve **Solanum** türleri : Tedavide kullanılan steroidler (fertiliteyi önleyen steroidler dahil)'in yarısentezinde kullanılan başlangıç maddelerinin kaynağı.

Bugün tıbbi bitkiler etken maddelerin elde edilmesindeki kullanılmalarına ek olarak tablet, kapsül, şurup gibi modern dozaj formları halinde de formüle edilmektedir. Bunları üreten fabrikalar yine bilim ve teknolojide gelişmiş olan ülkelere bulunmaktadır. Örn. ABD'de Parke, Davis and Co., S.B. Penik Co; Al-

manyada Madaus; Hollanda'da Kneipp; Macaristan'da Chinoin; Japonya'da Takeda Pharm. Co. gibi Ayrıca Almanya., Japonya ve ABD'de reçetelerde bitkisel orijinli ilaçların bulunması da tedrici bir şekilde artmaktadır.

Ancak gelişen ülkelere tıbbî bitkiler yönünden oldukça büyük bir potansiyel bulunmaktadır. Bu ülkelere,

- Farmasötik endüstri için yeterli miktarda tıbbî bitki sağlamak üzere tıbbî bitkilerin kültürünün planlanmasını yapmaları,

- Bu ülkelere spezialize olmuş fitokimyacı ve teknisyenlerin az sayıda olması nedeniyle bu alanda eleman yetiştirmek için yardımda bulunmak,

- Bitkilerin ve bunlardan elde edilen ekstraktların bilimsel farmakolojik metotlarla taranarak etkilerinin incelenmesini, doz ve toksisite tayinlerinin yapılmasını sağlamaları önerilmektedir.

Tıbbî bitkilerden drogların ekstraksiyonu, formülasyonu ve üretimi diğer sentetik formülasyonlarla paralel bir şekilde yürütülmelidir. Ancak bu sayede hastalıkların tedavisinde ve yeni ilaçların temininde tıbbî bitkilerden geniş ölçüde yararlanılabilecektir. Sonuç olarak, tıbbî bitkiler,

- doğrudan doğruya tedavide kullanılan (Örn. Vinkristin, rezerpin gibi) bileşikler elde etmek,

- steroid hormonlar gibi bazı ilaçların sentezinde başlangıç maddesi (örn. steroidal sapogeninler gibi) olarak kullanılabilecek bileşikler sağlamak,

- yeni ilaç geliştirmelerinde model olarak kullanılabilecek yeni yapıları sunmak üzere her zaman faydalı olmaya devam edecektir.

Günümüzde analitik metotlardaki gelişmeler yardımıyla droglarda bir kaç miligram miktarda bulunan aktif bileşiklerin elde edilmesi de mümkün hale gelmiştir. Ayrıca doku ve hücre kültürü teknikleri ve biyotransformasyon sonucu bitkisel drogların ve etken maddelerin endüstriyel boyutta üretimi de gerçekleştirilmektedir. (örn. Vinca alkaloitleri Macaristan'da bu tekniklerle elde edilmektedir). Son yıllarda bitkisel droglardaki bazı etken maddelerin immüno-stimulan ve hepatoprotektif özelliklerinden dolayı kullanılabileceği de tespit edilmiştir. Bilim ve teknolojideki gelişmelerin ışığı altında 21. yüzyılda bitkiler ve hayvanlar alemi belirli etkilere sahip (viral has-

talıklar, genetik bozukluklar, ilaç alışkanlığı yanında artrit, bazı tümörler ve parkinsonizm gibi etiyojisi tam bilinmeyen hastalıklar için) yeni drogların elde edilmesi suretiyle önemlerini sürdürecektir.

Ülkemizde bilindiği üzere, eczacılık eğitimi 1839 yılından beri aralıksız bir şekilde sürmektedir. Eczacılık eğitiminde yer alan

FARMAKOĞNOZİ : Biyolojik kaynaklı etken ve yardımcı maddeleri tanıtan,

FARMASÖTİK KİMYA: Sentetik etken ve yardımcı maddeleri inceleyen,

FARMASÖTİK TEKNOLOJİ: Müstahzar ve majstral preparatların hazırlanmasını anlatan,

FARMAKOLOJİ: İlaçların etki mekanizmalarını inceleyen,

FARMASÖTİK TOKSİKOLOJİ: İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşmeleri sonucu oluşan zehirlenmeleri ve biyokimyasal mekanizmaları anlatan temel bilim dallarıdır. Tabii ki bu ana konularla ilgili yardımcı bilgiler Farmasötik Botanik, Analitik Kimya, Genel Kimya, Fizik, Fizikokimya, Anatomi, Fizyoloji, Patoloji ve Eczacılık mevzuatı gibi yardımcı disiplinlerle sağlanmaktadır. Bu nedenle de yeryüzündeki bütün eczacılık eğitim programlarında yukarıda belirtilen temel ve yardımcı dersler bulunmaktadır. Ancak düzenlemelerinde farklar mevcuttur.

Memleketimizde müfredat programları sürekli olarak yenilenen temel konusu biyolojik orijinli ilaç ve ilaç hammaddelerini incelemek olan Farmakognozi'de, hammaddenin elde edildiği kaynak, hammadde ve hammaddeden elde edilen etken maddeler tanıtılmaktadır. Hammadde kaynağını teşkil eden tıbbi bitkiler (teşhisleri, kültür koşulları ve halk arasındaki kullanılışları) ile ilgili bilgiler FARMASÖTİK BOTANİK derslerinde anlatılmaktadır. Farmakognozi'de bitkisel ve hayvansal kökenli olan drogların elde edilmesi, özellikleri, teşhisi, saflık ve kalite kontrolleri açıklandıktan sonra etken maddelere geçilmektedir. Bitkilerde sekonder metabolit ola-

rak teşekkül eden etken maddelerin biyosentezleri, teşekküllerinde etkin olan heredite, ontogenite, morfogenite ve çevresel faktörler anlatılmaktadır. Ayrıca droglardan bu aktif bileşiklerin elde edilmesinde ve yapı tayinlerinde kullanılan modern yöntemler açıklanmakta, miktar tayinleri ve biyolojik aktiviteleri verilmektedir. Nihayet bir drog tüm özellikleri ile tanıtıldıktan sonra bunların ülkemizde ve diğer ülkelerdeki müstahzarları da örnekleri ile verilmektedir. Lisans eğitiminde Türkiye'de elde edilen ve elde edilebilecek drogların yanında ülkemizde yetişmediği halde bugün halâ kullanılan biyolojik kaynaklı ilaç hammaddelerine de yer verilmektedir.

Biyoteknoloji ve biyolojik transformasyonlar da örneklerle açıklanmaktadır.

Farmakognozi ile ilgili lisansüstü faaliyetler incelendiği zaman, bu bilim dalının Türkiye'deki öğretim üyelerinin yeni bitkiler bulduğu, yeni maddeler elde ederek isimlendirdiği ve bu maddelerin de biyolojik etkilerini yurt dışındaki Farmakoloji departmanlarında tayin ettirdikleri görülmektedir. Yine bu öğretim üyeleri araştırmaları sayesinde çok sayıda uluslararası kongrelere davetli konuşmacı olarak katılmakta, yurt dışı dergilerde yayınlar yapmaktadırlar. Yayınlarına da Science Citation Index (Fen Bilimleri Atf İndeksi)'te atflarda bulunmaktadır.

Yukarıda belirtilen bu hususlar bilim dalına kazandırılan yeniliklerin literatürde de yer aldığını gösteren önemli belgelerdir. Üniversitelerimizin kısıtlı imkanlarına rağmen gelişmiş ülke koşullarına denk araştırmalar yaparak yenilikleri yakından izlemeleri de Farmakognozi mensuplarının özverili çalışmaları sayesinde mümkün olmaktadır.

(1) NOYANALPAN, N., Eczacılık Fakülteleri Eğitim Öğretim Programı Çalışmaları, TEB Haberler 48, 4 (1990).

(2) NOYANALPAN, N., Eczacılık Fakülteleri Eğitim Öğretim Programı Çalışmaları- II, TEB Haberler 49, 5 (1991).

İYİ ECZACILIK UYGULAMALARI (GPP) VE ECZACILIK EĞİTİMİ

Nurettin ABACIOĞLU*

İclal ÇAKICI*

1. GİRİŞ

* Hasta-tedavi gereksinimi doğrultusunda tedavi araç ve/veya yöntemleri arasında en büyük payı ilaç oluşturmaktadır.

* İlaç-tedavi yöntemleri bağlamında da bozulan sağlığın yeniden ikame koşullarının standardizasyonu 2 ana kategoride ve 4 temel ölçü ile düzenlenmektedir.

* Bu ana kategoriler ve temel ölçüler şöyle sınıflanabilir:

A) İlaç üretim ile ilgili standartlar

1. İyî imalat uygulamaları (GMP-Good Manufacturing Practise)
2. İyî laboratuvar uygulamaları (GLP-Good Laboratory Practise)

B) Tedavi ile ilgili standartlar

1. İyî klinik uygulamaları (GCP-Good Clinical Practise)
2. İyî eczacılık uygulamaları (GPP-Good Pharmacy Practise)

* Bu makalede, başlıca öğeler olarak iyî eczacılık uygulamaları ve bu uygulamaların gündeme getirdiği veya gereksindirdiği yeni eczacılık eğitiminin yapılanması biçiminin ne olması gerekliliği üzerinde durularak bazı öneriler geliştirilmeye çalışılacaktır.

2. İYİ ECZACILIK UYGULAMALARI (GPP-GOOD PHARMACY PRACTISE)

Giriş bölümünde de belirtildiği üzere, eczacılık mesleği, bozulan sağlığın, ilaçla geri kazanılması sırasında gerek ilacın üretimi ve gerekse hastaya uygulanması süreci bakımından eş zamanlı olarak uygulanmaktadır. İyî eczacılık uygulamalarının (GPP) sa-

dece tedavi ile ilgili standartlar bölümünde gösterilmesinin, kategorik bir zorunluluk olmasından başka bir anlamı da bulunmamaktadır. Eczacılık mesleği, birey ve topluma sunulduğu uygulama sürecinde başlıca üç alanda fonksiyon göstermektedir. Bunlar:

- i) İlaç ve benzeri ürünleri en az zararlı veya hiç zararsız ve en iyi etkinlikte olabilecek bir biçimde üretmek,
- ii) İlacı ilişkin her türlü bilgiyi toplumdaki her bireyin yararlanabileceği açıklık ve saydamlıkta üretmek,
- iii) İlacın akılcı kullanımını sağlayabilecek mesleki hizmet biçimlerini üretmek.

Bu temel alanlara bağlı olarak, "mesleki kimliği" açıklayıcı pek çok tanımlama yapılmıştır.

Bu tanımlardan birisi şöyledir:

Eczacılık, hizmet alanları, mesleki sorumlulukları, mesleki hizmet veriliş yöntemleri ile hizmeti, diğer sağlık personeli ile ortaklaşa sürdürebilme koşulları toplumsal gelişmeler doğrultusundaki düzenlemele-re açık bir yapılanma gösteren ve insanı (hastayı) mekanik olarak değil, tüm sosyal boyutu ve bireysel davranış kalıpları içerisinde algılayıp değerlendiren, sorunlarına gerçekçi ve kalıcı çözümler sağlayabilen bilimsel, temel bir sağlık disiplini (1).

Böylesi bir tanımlamaya kaynak oluşturan bir başka çalışmada da eczacı ve eczacılığın, mesleki sosyal ve davranış bilimleri açısından değerlendirilmesi, 6 ana sorunun yanıtlanması biçiminde yapılmıştır (2). Bunlar:

1. Eczacının hizmet verdiği alanın belirlenmesi,
2. Eczacılık mesleğinin sorumluluklarının belirlenmesi,

* Doç. Dr., Yrd. Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Hipodrum Ankara

3. Eğitim sonrası eczacıyı bekleyen konuların belirlenmesi,
4. Eczacılığın sürdürülme koşullarının belirlenmesi,
5. Mesleki hizmetin verilme yöntemlerinin belirlenmesi,
6. Meslekler arası ilişki ve dayanışma koşullarının belirlenmesi.

Yukarıda verilen tanımda geleneksel eczacılık rolleri ile yeni mesleki rol veya rolleri tanımlanması ve bu anlamda da mesleki yeterlilik ve etkinliğin sürdürülme koşulları belirlenmektedir.

Bu konuda, gerek Amerika Birleşik Devletleri'nde gerekse ileri Avrupa ülkelerinde yapılan pek çok çalışma, asgari standartlar konusunda yeni bir eczacılık perspektifini gündeme getirmiştir.

Mesleki kuruluş olarak Türk Eczacıları Birliği'nin bu türden çalışmaları ve standartları özetleyen bir raporunda eczacının iyi eczacılık uygulamalarına (GPP) ilişkin temel görevleri şöyle belirlenmiştir (3).

"GPP'ye göre eczacının temel görevi, her durumda (her şartta) hastanın iyiliğini sağlamaktır. Bu amaçla;

- * *Mesleğin felsefesi ticari olmaktan çok mesleki olmalıdır.*
- * *Eczacılar birbirlerini rakip olarak değil, mesleğin ilerlemesi konusunda işbirliği içinde olan ortaklar olarak görmelidir.*
- * *Diğer sağlık personeli, özellikle de doktorlarla olan ilişkiler, tedavi edici maddeler yani ilaçla ilgili her konuda karşılıklı güveni gerektiren bir nevi "Tedavi Hizmeti Ortaklığı" olarak görülmelidir.*
- * *İlaç kullanımına yönelik politikalarda, karar aşamasında eczacı mutlaka söz sahibi olmalıdır.*
- * *Tedavi hizmetinin gereği olan ilaç harcamalarını karşılayanlarla eczacı arasında de karşılıklı güvene dayalı bir ilişki olmalıdır.*
- * *Değişik uygulama alanlarında çalışan her eczacı, tüm meslek hayatı boyunca yeterlilik ve etkinliğini sürdürme sorumluluğunu taşımalıdır.*

* *Hastaya, ilaç ihtiyacını sürekli tek ve aynı eczaneden karşılaması ve bunun yararlarının anlatılması konusunda eczacı bizzat yönlendirici olmalı ve kendisi desteklenmelidir.*

Kuşkusuz, amaçlarda ifadesini bulan her koşul maddesi (7 madde) ayrı ayrı büyük önem taşımaktadır. Bu maddelerden 6. sı ise, belki de tüm maddeleri yeniden özümseyip yaratan özel bir anlamı içinde barındırmaktadır.

Bu bağlamda da değişik uygulama alanlarında çalışan her eczacının, tüm meslek yaşamı boyunca yeterlilik ve etkinliğini sürdürme sorumluluğu taşıması koşulu çok özel olarak tartışılmak zorundadır.

3. MESLEKİ YETERLİLİK VE ETKİNLİĞİ SÜRDÜRME SORUMLULUĞU VE/VEYA ECZACILIK İLİŞKİNİN DEĞİŞEN ROLLERİ

Bir mesleğin mesleki fonksiyonları, değişen toplumsal, bilimsel, teknolojik ve ekonomik koşullara uyumlulukla paralel bir gelişme ve büyüme gösterir. Geçmişteki en ileri fonksiyonel hizmetler, zaman aşımı içerisinde gelenekselliğe dönüşür ve ivmelenmeyi sağlayacak çalışmalar yapılmaz ise durağanlığa dönüşüm kaçınılmaz olur.

1991 yılı, Avrupa'da eczacılığın bilimsel ve bağımsız bir meslek olarak kuruluşunun 750. yılı olarak kutlanmıştır. 750 yıllık bir meslek tarihi içerisinde başlıca iki dönemin varlığından söz edilebilir (4). Bunlar:

- i) Geleneksel eczacılık hizmetleri dönemi
- ii) Bilimsel eczacılık hizmetleri dönemi

Geleneksel dönem, daha çok bitkisel ve hayvansal kaynaklardan ilaç hazırlama, saklama, etiketleme ve reçeteleme şeklindeki mesleki fonksiyonları kapsar bir hizmetin sunum dönemidir. Bu dönem, 20. yüzyılın 1940'lı yıllarına kadar, uzun bir süreci kapsar bir biçimde sürmüştür.

Bilimsel dönem ise 1940'lı yıllardan başlayıp günümüzde de büyük bir ivme ile gelişmesini sürdürerek yaşanan bir zaman dilimini yansıtmaktadır. Kategorik olarak ve şu anlık olmak üzere iki evreye ayrılabilir:

- i) İlaç üretiminde endüstrileşme dönemi
- ii) Akılcı ilaç kullanımında klinik uygulamalar dönemi.

Bu dönemlerin değerlendirilmesi yapıldığında, geleneksel eczacılık hizmetine ilişkin mesleki rollerin halen varlığını devam ettirdiği, ancak eski öneminin yeni mesleki rol ve fonksiyonlar yanında ikinci plana itildiği saptanabilir.

Bilimsel dönemde ilaç üretimindeki endüstrileşmenin geleneksel eczacılık rollerini neredeyse minimum düzeye indirdiği bir gerçek olarak ortadadır. Diğer yandan ilaçta ortaya çıkan endüstrileşme dönemi, ilaç üretiminin ecza tekelinden mültidisipliner bir yapıya dönüşüm sürecini de belirlemiş vaziyettedir.

Kuşkusuz eczacı, ilacın endüstriyel ölçekte üretiminde asal meslek gruplarından birisi olarak fonksiyonunu sürdürmeye devam edecektir. Ancak, 1960'lerden sonra yüzyüze gelinen yeni mesleki fonksiyon perspektifi, eczacıyı, akılcı ilaç kullanımında yeni rollerini üstlenmesi zorunluluğu ile karşı karşıya bırakmıştır.

İşte bu yeni zorunluluktur ki, eczacıyı, mesleki yeterlilik ve etkinliğini sürdürme sorumluluğunu çağdaş bir perspektif içine oturtarak yeni düzenlemeler ve dönüşümlerle kavramak durumunda bırakmaktadır.

Bilimsel ve teknolojik devrimi yakalayıp sanayileşme çağının ötesine geçiş yapmış bütün ileri ülkeler, eczacılık mesleği ve fonksiyonlarını geliştirme yönünde temel adımları atarken, öncelikle mesleki eğitimlerini yeni baştan düzenleme yoluna gitmişlerdir.

Öyle ise, mesleki yeterlilik ve etkinliğimizin sürdürülmesindeki sorumluluklarımızın neler olduğuna yanıt arama noktasında, eczacılık eğitimi olarak hangi düzeyde bulunduğumuzu saptamak, hedeflerimizi buna göre şekillendirmek bunu hayata geçirecek bir eğitim programına geçiş yapmak zorunluluğumuz bulunmaktadır.

4. TÜRKİYE'DE ECZACILIK EĞİTİMİNİN AKADEMİK BİÇİMLENMESİ: EĞİTİM SÜRESİ VE OKUTULAN DERSLER (5)

Eczacılık fakültelerinde eğitim süresi 4 yıldır. Öğretimin birinci yılı, matematik, fizik, kimya ve biyoloji bilim dallarını kapsamakta; ikinci yıl, kimya yanında temel biyolojik bilimlerin işlendiği bir müfredatı içermektedir. Son iki yıl **Eczacılık Meslek Bilimleri** olarak nitelenen derslerden oluşmakta olup ilacın kaynaklarına bağlı olarak özelliklerinin tanıtıldığı, elde edilme yollarının gösterildiği ve etki mekanizmalarının ve toksisi-

telerinin verildiği, ilacın üretim, kontrol ve teknolojileri ile saklama biçimlerinin anlattığı bir müfredat programını takip etmektedir.

Eczacılık eğitimi boyunca meslek bilimlerine temel oluşturan ve meslek bilimleri olarak programlanan dersler 1452 saat kuramsal ve 1216 saat laboratuvar uygulaması biçiminde işlenmektedir. Her iki uygulama biçiminin toplamı 2668 saat olup bunların dışında, zorunlu ders programı çerçevesinde 436 saatlik bir program daha bulunmaktadır.

Diğer taraftan akademik eğitim programına dahil olan ve fakülte içi veya dışı pratik eğitim veren kurumlarda (eczane-hastane-ilac fabrikası) gerçekleştirilen 6 aylık bir zorunlu staj dönemi de bulunmaktadır. Zorunlu staj dönemi 792 saat olarak hesaplanmaktadır. Eczacılık stajının en az 3 aylık dönemi bir özel eczanede, geri kalan kısım ise özel veya kamu kuruluşlarına ait eczanede, özel olmayan hastanelerin eczane veya biyokimya laboratuvarında, üniversitelere ait uygulama eczane ve laboratuvarlarında ve ayrıca analiz ve kontrol laboratuvarlarında, ilaç veya kozmetik laboratuvarlarında ve her türlü kimyasal madde üretimi yapan resmi ve özel kuruluşlarda ve benzeri diğer kuruluşlarda staj komisyonunun karar ve dekanlığın onayı ile yapılmaktadır. Böylece 4 yıllık eczacılık eğitimi 3895 saatlik kuramsal ve uygulamalı yoğun bir öğretim dönemini kapsamaktadır.

5. 2587 SAYILI YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNA DAYALI OLARAK HAZIRLANAN ECZACILIK FAKÜLTELERİ LİSANS MÜFREDATI YARIYILLARA GÖRE DERS DAĞILIM STANDART PROGRAMI (5)

1. YARIYIL	TEORİK	PRATİK	TOPLAM
Fizik	70	42	112
Matematik	42	26	68
Biyoloji	70	-	70
Atatürk İlk. ve İnk.Tarihi	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	84	-	84
G.S. Dalları / Beden Eğt.	7	7	14
Eczacılıkta Yönlendirim	14	-	14
2. YARIYIL	TEORİK	PRATİK	TOPLAM
Genel Kimya	70	-	70
Anatomi	42	-	42
Farmasötik Botanik	42	56	98

Biyostatistik	28	28	56
Atatürk İlk. ve İnk. Tar.	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	84	-	84
G.S. Dalları/Beden Eğt.	7	7	14

3. YARIYIL

Analitik Kimya	56	56	112
Organik Kimya	56	-	56
Fizyoloji	42	-	42
Mikrobiyoloji	56	42	98
Atatürk İlk. ve İnk. Tarihi	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	56	-	56
G.S. Dalları/Beden Eğt.	7	7	14

4. YARIYIL

Analitik Kimya II	42	56	98
Halk Sağlığı	28	-	28
Besin Analizleri	28	56	84
Patoloji	42	-	42
Biyokimya	56	42	98
Atatürklk. velnk.Tarihi	14	-	14
TürkDili	14	-	14
Yabancı Dil	56	-	56
G.S. Dalları /Beden Eğt.	7	7	14

5. YARIYIL

Farmakognozi I	28	42	70
Farmasötik Kimya I	56	56	112
Farmasötik Teknoloji I	56	56	112
Farmakoloji I	70	-	70
Atatürklk. velnk.Tarihi	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	56	-	56
G. S.Dalları/Beden Eğt.	7	7	14

6. YARIYIL

Farmakognozi II	28	42	70
Farmasötik Kimya II	56	56	112
Farmasötik Teknoloji II	56	56	112
Farmakoloji II	70	-	70
Atatürklk. velnk.Tarihi	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	56	-	56
G. S.Dalları/Beden Eğt.	7	7	14

7. YARIYIL

Farmakognozi III	28	42	70
Farmasötik Kimya III	28	56	84

Farmasötik Teknoloji III	56	56	112
Farmasötik Toksikoloji	56	42	98
Eczacılık Tarihi ve Deontoloji	14	-	14
Atatürklk. velnk.Tarihi	14	-	14
TürkDili	14	-	14
Yabancı Dil	-	-	-
G. S. Dalları /Beden Eğitimi	-	-	-

8. YARIYIL

Farmakognozi IV	28	42	70
Farmasötik Kimya IV	28	56	84
Farmasötik Teknoloji IV	56	56	112
Tıbbi ilk Yardım	28	-	28
Eczacılık Mevzuatı	28	-	28
Atatürk İlk.ve İnk.Tarihi	14	-	14
Türk Dili	14	-	14
Yabancı Dil	-	-	-
G.S. Dalları /Beden Eğitimi	-	-	-

6. ECZACILIK FAKÜLTELERİ STANDART LİSANS PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Önceki bölümde alıntı yapılan kaynak, YÖK Mesleki Tanıtım Raporları ve Uygulama Programları'ndan aktarmadır.

Okutulan eczacılık meslek bilimleri derslerinde temel olarak, ilacın kaynaklarına bağlı olarak, özelliklerinin tanıtıldığı, elde edilme yollarının gösterildiği, etkileri ve etki mekanizmalarının ve toksikolojisinin verildiği, ilacın üretim, kontrol ve teknolojileri ile saklama biçimlerinin anlatıldığı bir müfredatın takip edildiği anlaşılmaktadır.

Diğer bir anlatılma eczacılık lisans müfredatında genel olarak ders dağılımı şöyle bir tablo sergilenmektedir:

İlaç ve Etkilerine İlişkin Dersler Grubu	Teorik-Pratik Toplam Saat	Eğitim Saati İçindeki Payı (%) (2668 Saat) % 100
1. İlaçların Fiziksel, Kimyasal Özellikleri, Sentez ve Analizleri (Genel, Organik, Analitik, Farmasötik Kimya)	728	27.28
2. Doğal Kaynaklı İlaç Hammaddelerinin Tanımı, Elde Edilmesi, Saklanması vs. (Botanik, Farmakognozi)	378	14.16
3. Eczacılık Teknolojisi (Farmasötik Teknoloji)	448	16.79
4. İnsan Yapısı, Hastalıklar ve İlaç Etkisi (Anatomi, Fizyoloji, Mikrobiyoloji, Patoloji, Biyokimya, Farmakoloji, Toksikoloji, Tıbbi İlk Yardım)	588	22.03
5. İlaç Dışı Analiz Yöntemleri (Halk Sağlığı, Besin Analizleri)	112	4.19

6. Temel Dersler (Fizik, Matematik, Biyoloji)	306	11.46
7. Mevzuat, İşletme, Deontoloji (Eczacılık İşletmeciliği)	42	1.57
8. Zorunlu Dersler	436	(%100 saat 3104) 14.04
9. Staj	792	(%100 saat 3896) 20.32

Genel perspektifin daha kolay algılanmasını sağlamak için yukarıdaki tablo şöyle özetlenebilir:

Dersler Grubu	Teorik- Pratik Toplam Saat	Eğitim İçindeki % Payı (2668 Saat)
1. İlaçın kaynaklarına göre özellikleri, elde edilmesi, sentez, analiz ve üretim teknolojileri ile ilaç dışı ürünlerin analizi	1666	62.44
2. İnsan yapısı, hastalıklar ve ilaç etkisi	588	22.03
3. Temel dersler	306	11.46
4. İnsan-Toplum ilişkileri ve meslek	42	1.57

Sonuç olarak eczacılık eğitim müfredatının % 62.4'ü ilaç etken maddesinin yapısal ve farmasötik şekil olarak tüm kategorileri ile tanıtım ve takdim şekillerinin anlatımı ve pratiğine, insan ve hastalıklarında ise ilaç etkisiyle ilintili % 22'lik bir eğitim saatinin ayrıldığı temel olarak ortaya çıkmaktadır. Bu türde bir mesleki donanımdan geçirilmiş insan malzemesinin de sonuç olarak, eczacılık mesleğinin yeni rollerinin hangileri veya hangisine talip olabileceği şimdi ve yeniden sorgulanmalıdır.

7. ECZACILIK LİSANS STANDART PROGRAMINA GÖRE ECZACILIK MESLEK FONKSİYON VE ROLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

A) Eğitim uygulama süresi:

Yukarıdaki bölümde aktarılan standart lisans programı 4 yıllık bir eğitim dönemi içindeki 8 yarıyılıda uygulanmaktadır. Bu dönem içine sığdırılmış 6 aylık bir staj eğitimi de bulunmaktadır.

B) İstihdam

Türkiye'de bu türden bir eğitimden geçen mevcut eczacıların ortalama % 80'i eczane eczacılığı alanında istihdam olmakta, % 2.5'i ilaç sanayiinde çalışmakta % 10.6'sı hastane ve diğer kamu kurumlarında görev almakta, % 4.6'sı eğitim kurumlarında akademisyen olarak görev yürütmektedir. % 2.3'lük bir mesleki potansiyel de diğer işlerde veya işsizdir.

C) İçerik olarak eğitimin özelliği ve sonuçta eczacının yükümlendiği roller:

* Eğitim programının içerik olarak en önemli özel-

liği geleneksel eczacılık dönemi hizmetlerine daha yönelik bir düzenleme içinde bulunmasıdır.

- * Genelde ürün (ilaç)e yönelik geleneksel eğitim programı sürdürülmektedir.
- * Hastaya yönelik çağdaş bir program (örnek: klinik eczacılık) düzenlenmesi henüz söz konusu değildir.
- * Eğitim programının kuramsal akademik yönü ağır basmaktadır.
- * Eczacının hastayı akılcı ilaç kullanımına yönlendirecek yeterli bilgi donanımı bulunmamaktadır.
- * Eğitim programı eczacı adayına, hasta-hekim ve diğer sağlık personeli-eczacı ilişkilerinde yata ve dikey iletişimini sağlayacak bir genel formasyon kazandırmaktan çok uzaktır.
- * Varolan program, eczacıya mesleki yeterlilik ve etkinliğini sürdürme donanımı sağlamadığı için, böyle bir sorumluluk duygusunun kazanımını da işleyememektedir.
- * Bu tür bir programdan geçmiş eczacı, gerek meslek içi ve gerekse diğer sağlık meslekleriyle çevresel ilişkiye girmekten özenle kaçınmakta, içe dönmekte ve sonuçta neredeyse meslek felsefesini sadece ticari boyuta indirgeyerek büyük bir yabancılaşma davranışı sergilemektedir.
- * Uygulanan eğitim programı eczacı adayını bilgi üretim sürecinde katılımcı kılmamakta sadece verilen kaydeden bir mekanikleşme boyutuna itmektedir.
- * Verilen bilginin pratikteki kullanımı, varsa eksiklikleri, anlatımlardan kaynaklanan terslikler gibi sorunlar müracaat kaynaklarının, yabancı dil bilgisinin, kütüphane olanaklarının sınırlılığı ve ya hocalardan çekinme, not kaygıları gibi nedenlerle öğrenciler tarafından tartışılmamaktadır.
- * Fakültelerin mali olanaklarının çok kısıtlı olmasına karşılık, özellikle laboratuvarlarda pratik yararı son derece tartışmalı olan, zaman ve parasal kaynakları şiddetle tüketen ve sonunda labo giderlerine akıtılan pratikler konusunda da akılcı olmıyan bir biçimde ısrar edilmektedir.

- * İnsanın yapı, fonksiyon ve hastalıkları bakımından yeterli veya neredeyse hiç tanıtılmadığı bir müfredat programı içerisinde, öğrenciden, ilacın etkisini anlayabilmeleri ve bunu bir dizi ilişkiler zinciri içerisine sokabilmeleri hayal güçlerinin yeteneğine terkedilmiştir.
- * Eczacı adayının bireysel gelişimine olanak sağlanması için gerekli zamanlar program içerisinde yer almamaktadır.
- * Bunlar ve benzeri çeşitli olumsuzluklarla, yetişme sürecinde iyi şekillendirilemeyen eczacıdan kuramsal "iyi eczacılık uygulamaları" rollerini yüklenmesi beklenmektedir.
- * Olması gereken rollerin pratikte başarılması sonucu mesleki saygınlığın yitirilmesi, toplumun eczacılık hizmetlerinin değerini kavrayamadığı gibi kolaycı nedenlere bağlanmaktadır.

8. ECZACININ YETERLİK VE ETKİNLİĞİNİ SÜRDÜRMEDE YÜKÜMLENMESİ GEREKEN ROLLER

İyi eczacılık uygulamalarının başta gelen amacı hastanın iyiliğini sağlamak olduğuna göre, eczacının yeterlilik ve etkinliğini ve buna uygun eğitim modelini eczacılık hizmetlerinin yeniden sınıflandırılması içinde değerlendirmek gerekir.

Bu hedefler yeniden şöyle belirlenebilir:

- 1- Sağlığın sürekliliği, hastalıkları önleme ve sağlıkla ilgili hedeflere ulaşma ile ilgili olan eczacılık aktiviteleri.
2. İlacın üretim zincirindeki eczacılık aktiviteleri
3. İlacın bulunabilirliği, edinilebilirliği ve en uygun etkinliğinin sağlanabilirliği ile ilgili aktiviteler
4. Reçeteye yazılmış ilacın sağlanması yanında ev, eczane ve uygun koşulların yaratıldığı hastane ortamı ile ilgili çevrede hem reçete edilen ilacın, hem de tedaviyi tamamlayacak diğer tıbbi uygulamaların yerine getirilmesiyle ilgili yardımcı olunacak aktiviteler.
5. Toplumsal yararlanıma sunulan ilaca ilişkin bilgi üretimi ile ilgili aktiviteler
6. Reçete yazımı ve ilacın olumlu, akılcı kullanımını etkileyebilecek mesleki hizmetlerle ilgili aktiviteler

7. Genel ilaç danışmanlığının yanısıra kendi kendini tedavi ile ortadan kaldırılacak semptomlara ilişkin öneri üretme ile ilgili aktiviteler

Hedeflerin kategorik olarak yukarıdaki gibi sınıflandırılmasına bağlı olarak eczacılığın yeni meslek rol ve görevleri de şöyle sıralanabilir:

I. Genel Görevler

- a) Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgi almak
- b) İlaç tedavisinde sağlık ekibinin bir parçası olarak danışmanlık yapmak
- c) Akılcı ilaç kullanımının bir ögesi olarak ilaç izlenmesini sağlamak
- i) Vücutta izleme
- ii) İlacın klinik laboratuvar bulgularıyla izlenmesi ve değerlendirilmesi
- İlaç etki, yan etkisini değerlendirme
- İlaç dozunu ayarlama
- Reçeteyi tümüyle değerlendirme
- İlaç-ilaç, ilaç-besin ve ilaç-laboratuvar bulguları etkileşimlerini değerlendirme
- d) Hastanın ilaça eğitimi ve uyuncunu sağlama
- e) İlaça ilişkin bilgi derleme ve danışmanlık dökümantasyonunu yapma
- f) Ayakta ve kronik hastaların ilaç tedavisini takip

II. Özel Klinik Görevler

- a) Advers reaksiyonları izleme, önleme
- b) Kemoterapötik kullanımını kontrol
- c) Parenteral çözelti hazırlama, parenteral beslenmede rol olma
- d) Biyoyararlanım sorunu gösteren ilaçlarda doz ayarlama

III. Uzmanlık Alanları

- a) İlaç bilgi danışma ve dökümantasyon uzmanlığı
- b) Farmakoepidemiolojik ve farmakoekonomik ilaç kullanımında uzmanlık
- c) Klinik-servis eczacılığı

d) Klinik farmakokinetik, toksikoloji uzmanlığı

9. YENİ ECZACILIK UYGULAMA HEDEFLERİ VE ROLLERİNE İLİŞKİN EĞİTİMİN DÜZENLENMESİ

- Yukarıda anlatılan yeni hedef ve rollerle ilgili yeni bir eğitim programına gereksinme olduğu tartışılmaz bir gerçekliktir.

- Varolan eğitim programı içerisinde "zaten" bu türde bilgilerin verildiğini savlayan akademik çevreler çıkabilir. Bu savın soyut bir gerçeklik taşıdığı kabul edilse bile pratiğe yansıyan düzenli bir müfredat ve uygulama örneğini gösterecek hiç kimse bulunmamaktadır. Önerilen türde eczacı yetiştirilebilmesi için eğitim süresinin 5 yıla çıkarılması talepleri de gündeme gelebilir. Bu süreye ilişkin taleplerin geçerliği mutlaka tartışılmalıdır. Geçerli, objektif nedenlerin yanı sıra eczacı maliyet/yarar kriterleri saptandığı takdirde gerekirse doktora düzeyinde diploma veren fakülte örneklerinin bile düşünülmesinde sakınca yoktur.

-Akademik çevrelerde bulunan bazı talep sahipleri 5 yıla çıkarma ile ilgili şu tür nedenler sıralamaktadır:

i) Halihazırdaki müfredat içinde anlatılmak istenenlerin tümü verilememektedir. O nedenle programın genişletilmesi gerekmektedir.

ii) Hastane ve çeşitli kamu kurumlarında çalışan eczacılara 4 yıllık eğitimden geçtiği için sağlık sınıfı yaradılmalarında yeterli puan verilmemektedir.

iii) 5 yıllık eğitim süresi sağlanırsa uzmanlaşma düzeyinde diploma verilebilir.

Bu talepler gerçekçi bir baza oturmamaktadır. Nedenleri şöyle irdelenebilir:

i) Bugünkü müfredat eczacıya geleneksel rolleri dışında hastaya yönelik bir mesleki formasyon sağlamamaktadır. Diğer bir ifadeyle, anlatılamayanların daha da anlatılması değil anlatılanların uygun doza indirilmesi gerekir. Çünkü bazı meslek dersleri aşırı dozda verildiğinden, eczacılık uygulamalarında gerekli formasyonun kazanılamaması nedeniyle, hizmete ilişkin ciddi advers reaksiyonlar gözlenmektedir.

ii) Anlatılamayanları mutlaka anlatmak talebi bilimsel bir temele de oturtulamamaktadır. Çünkü lisansüstü programlar, gerek teorik ve gerekse pratik saatler açısından o dalda uzmanlaşma isteyenlere

son derece geniş olanaklar sağlamaktadır.

iii) Fakültelerden ortalama mezun sayısı 100'dür. Yaklaşık rakamlarla her sene 500-700 arası mezun verilmekte ve bu günkü istihdam olanakları içerisinde bunun ancak %10'unun hastane ve kamu hizmetlerinde görev aldığı gözlenmektedir. Bir eczacılık öğrencisinin mezun olurken devlete maliyeti milyonlarla ifade olunurken, sadece yan ödeme tamzimatlarında artışın gerekçesi olarak 5 yıllık eğitim talebinde bulunmak maliyet/yarar analizi açısından gerçekçi olmamaktadır. Öğrenci maliyetinin yanı sıra fakültelerin ek işletme maliyetleri de göz önüne alındığında talebin akıcılığı fevkaledede tartışılmalı bir konuma gelmektedir.

iv) 5 yıllık eğitim ile sağlanacağı öne sürülen uzmanlık diplomaları ile ilgili en önemli sorun mevzuat düzeyindeki eksiklikler ve düzenlemelerdir. Nerede ve nasıl istihdam edileceği fonksiyonel olarak tanımlanmamış ve sağlık ekibi içerisinde yeri tanımlanmamış uzman eczacının neden yetiştirilmesi gerektiği açıklanması gereken sorudur.

v) Günün istihdama ilişkin göreceli istatistikleri, mezun olan %80-85 eczacının eczane açmaya yöneldiğini göstermektedir. İşletme olarak eczanenin ranta bir çalışma düzeyine geçişi, eczanenin açılışından sonra yıllarla ölçülen bir süreyi kapsadığından fakülte de 5 yıl okumaya zorunlu tutulacak bir eczacı adayına da bu gerekliliği açıklayabilmek hayli zordur.

10. SONUÇ VE ÖNERİLER

i) Eczacılık eğitiminin yeni eczacılık rollerine uygun bir biçimde yeniden yapılanması bir zorunluluktur.

ii) Bu program eczacıyı hasta ve sosyal çevresine yönelik iletişim kanalları kurabilecek bir düzeyde yapılandırılmalıdır.

iii) Müfredat programlarında ürüne yönelik bilgi veren ders saatlerinde akılcı bir azaltma yapılmalıdır. Bu azaltma disiplinlerin değersizliği, geçersizliği veya gereksizliği anlamında değerlendirilmemeli lisans programlarına bindirilmiş aşırı yüklerin lisansüstü programlara aktarımı olarak ele alınmalıdır.

iv) Bunun için, öncelikle 4 yıllık eğitim programı düzeyinde ve basamaklı geçişleri içeren bir konsensus sağlanmalıdır.

v) Eczacılık lisans programlarının sürekli düzenlenmesini ve gereksinimlere bağlı değişiklikleri saptıyacak fakültelerarası bir eğitim kurulu tesis edilerek yeni bir yapılanmaya geçilmelidir.

vi) Bu kurul aracılığı ile koşul ve gereksinimlere bağlı programlar, ikinci basamakta 5 ve hatta doktora düzeyinde diploma verebilecek 6 yıllık pilot eğitim programları biçimine çevrilmelidir.

vii) İlk basamakla ilgili şematik öneri ise şöyle özetlenebilir:

- * İlk üç yıl akılcı düzeylerde ders saati içeren zorunlu dersler programı
- * İnsan ve hastalıklarına yönelik ağırlıkta ilaca ilişkin bilgi verilmesi,
- * İlk üç yıl için özel seçmeli dersler
- * Dördüncü yıl meslek bilimleri seçmeli dersleri ve mezuniyet çalışması
- * Yine aynı yıl için sertifikaya bağlı seçmeli dersler.

KAYNAKLAR

1. ABACIOĞLU, N., SUNAL, R. Sosyal Eczacılığa Yaklaşım, AEOB (Ank.Ecz. Od.Bül.) 5(3), 34-39, 1983.
2. DOLINSKY, D. Psychosocial Pharmacy, Pharmacy International 9, 300-303, 1982.
3. İyi Eczacılık Uygulamaları (Good Pharmacy Practise-GPP), TEB 25-26. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu Eki (30.11.1989-18.12.1991)
4. İZZETTİN, F.V., Eczacılığın Gelişen Dünyadaki Yeni Roller (Klinik Eczacılık), Havan 12, 43-45, 1992.
5. Eczacılık Eğitiminin Akademik Biçimlenmesine İlişkin Kısa Rapor, TEB 21. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu Syf. 177-183, 27.2.1984-20.12.1985.

ECZACILIK EĞİTİM PROGRAMI İLE İLGİLİ BİR ÖNERİ

Ali Esat KARAKAYA*

İlker KANZIK**

Ülkemizde son yıllarda eczacılık eğitimi, ilgili her kesimde yoğun olarak tartışılmaya başladı. Bu tartışmalarda ulaşılan nokta, eğitim programında değişikliğin gerekliliği konusundaki görüş birliğidir. Ancak eczacılık eğitim programı yıllardır uygulandığı şekliyle ve şikayet konusu yönleriyle bugün karşımızda durmaktadır. Bunun nedeni değişikliğin ne boyutta ve nasıl yapılacağı konusunda bir görüş birliği oluşmamasıdır.

Değişiklik önerilerinden bir bölümü, mevcut programı ders saatleri bazında aynen muhafaza ederek ilave dersler konulması şeklindedir. Verilen bilgilerin eczacının günümüzdeki fonksiyonlarını yerine getirmedeki gerekliliği ve verimliliği konusu tartışılmadan mevcut programın aynen muhafazası halinde, önerilen yeni derslere, olağanüstü dolu olan programda yer bulunulamamaktadır. Bu durumda da 5. yıl önerileri gündeme gelmektedir.

Mevcut proramdaki ders saatlerinin aynen muhafaza edilmesi yolundaki eğilimin başlıca nedenlerinden biri eczacılığın her konusunun birbirinden ilginç olmasıdır. Bu ilginç konulardan birinde uğraş veren öğretim üyesi konu ile adeta bütünleşmekte, sahip olduğu bilgiyi aktarmak ve paylaşmak ihtiyacını hissetmektedir. Bu son derece doğal ve takdir edilecek bir duygudur. Ancak her öğretim üyesi aynı talep içinde olunca öğrencinin önüne gerçekliği devamlı sorgulanan bir bilgi dağı gelmektedir.

Mevcudu koruma eğiliminin yaygın olmasa da diğer bir nedeni ders saati azalan öğretim üyesinin fonksiyonunun azalacağı görüşüdür. Böyle bir düşünce, çağdaş bir öğretim üyesinin lisans eğitimi,

lisans üstü öğretim, araştırma, uzmanı olduğu konularda ülke sorunlarını çözücü yönde fikir üretme ve başta devlete olmak üzere ihtiyaç duyulan her kesime danışmanlık hizmeti verme fonksiyonlarının bir bütün teşkil ettiği gerçeğinin göz ardı edilmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle lisans düzeyinde ders saati azalan bir konunun önemi azalmaz, aksine diğer fonksiyonlara önem verilmesi halinde konunun önemi belki de bugünle kıyaslanmayacak düzeyde artabilir.

"Nasıl bir eczacılık eğitimi?" sorusunun yanıtı aranırken ilgili her kesimin görüş ve önerilerini açıklamasına ihtiyaç vardır. Bu düşünce ile aşağıda ana hatları belirtilen taslağı tartışmaya açmak istedik.

Çağdaş Bir Eczacılık Programında Neler Olmalıdır?

1- Programın yeniden düzenlenmesinde Eczacılık Eğitimi'nin bugün endüstrileşmiş ülkelerde aldığı şekil, Dünya Sağlık Örgütü önerileri ve ülke gerçekleri göz önüne alınmalıdır.

2- Öğrencilere sosyal faaliyetleri için zaman ayrılmalıdır. Haftada bir saat teorik ders veya 2 saat uygulama= 1 kredi hesaplamasıyla öğrenciler her yarıyıl 25 krediyi geçmeyecek şekilde ders alınmalıdır.

3- Eczacılık diplomasına hak kazanabilmek için alınması gereken en az bilgi günümüzün eczacılık hizmetlerine yönelik olarak tespit edilmesi, bunun dışındaki bilgiler seçmeli dersler vasıtasıyla verilmelidir. Bu şekilde öğrencilerin ilgi

* Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı Başk.

** Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Başk.

duydukları alanlarda bilgilerini yoğunlaştırma- larına imkan tanınmalıdır.

4- Öğrenciler bilgiye ulaşmanın çağdaş yol- larını kullanmaya alıştırmalıdır. Kaynağa ulaşma, bunları değerlendirme, bilimsel yazım tek- niğine uygun olarak yazarak sunma becerisini ka- zanmaya yönelik bir "Mezuniyet Çalışması" 4. yıl programında kredili olarak yer almalıdır.

5- Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlarla işbir- liği yapılarak ilk yardım ve optik gibi kurslar ser- tifikaya bağlı olarak programda yer almalıdır.

6- Ders programlarında ayrı disiplinler ta- rafından tekrar edilen konular var ise, bunlar disip- linler arası tek bir ders olarak programda yer al- malıdır (Aletli analiz teorik ve uygulama; ilaç- ların absorpsiyon , dağılma, biyotransformasyon ve atılımı gibi).

Yukarıdaki ilkeler ışığında hazırlanan bir program önerisi aşağıda sunulmuştur. Bu taslakta ders saatleri belirlenmemiştir. Yukarıda 2. ve 3. maddelerde açıklanan görüşler dikkate alınarak bu saatler tespit edilebilir.

ECZACILIK LİSANS PROGRAM ÖNERİSİ

ZORUNLU DERSLER

SEÇMELİ DERSLER

Y I L	1. I. YY	FIZIK	GENEL KİMYA (İNORGANİK)	MOL BİYOLOJİ ANATOMİ		Yasal Zorunlu Dersler	Mesleki İngilizce Sosyoloji Psikoloji
	II. YY	MATEMATİK	ANALİTİK KİMYA UYG.	F. BOTANİK	FİZYOLOJİ	Yasal Zorunlu Dersler	
Y I L	2. III. YY	FARMASÖTİK HESAPLAMA	ECZACILIKTA ALET ANALİZ YÖNTEMLERİ UYG.	BESLENME VE BESİN KİMYASI	BİOKİMYA UYG.	Yasal Zorunlu Dersler	Mesleki İngilizce Ecz. Bilgisayar Uyg. Halkla İlişkiler İletişim Yeteneği
	IV. YY	ORGANİK KİMYA	FARMAKOĞNAZİ UYG.	PATOLOJİ Farmasötik Mikrobiyoloji UYG.		Yasal Zorunlu Dersler	
Y I L	3. V. YY	FARMASÖTİK KİM. UYG.	FARMAKOĞNOZİ	FARMAKOLOJİ UYG.	FARMASÖTİK TEKNOLOJİ UYG.	Yasal Zorunlu Dersler	Mesleki İngilizce Muhasebe İşletme Aile Planlaması
	VI. YY	FARMASÖTİK KİM.	F. TOKSİKOLOJİ UYG.	FARMAKOLOJİ	FARMASÖTİK TEKNOLOJİ UYG.		
Y I L	4. VII. YY	HALK SAĞLIĞI SOSYAL ECZACILIK (Mevzuat ve Deontoloji)	MESLEK BİLİMLERİ SEÇMELİ DERSLER	MEZUNİYET ÇALIŞMASI		Yasal Zorunlu Dersler	Biyoistatistik Yönetim Hastane Eczacılığı Pazarlama Ecz. Etik Kurallar
	VIII. YY		MESLEK BİLİMLERİ SEÇMELİ DERSLER	MEZUNİYET ÇALIŞMASI			

Farmasötik Botanik Dersi ve Eczacılık Öğretimindeki Yeri

Nevin TANKER *

Eczacılığın insanla birlikte başladığı herkesçe bilinen bir gerçektir; canlıların yaşamları boyunca ilaç ile mutlaka tanıştığı, birlikte yaşadığı da bir gerçektir.

Modern yaşama ulaşamamış (erişememiş) toplumlar hastalandıklarında, ilkel insanın yaptığı gibi, çareyi doğadan aramışlardır. 1950'lere kadar doğal kaynaklı ürünler bir hayli önemlidir; 1960'larda ABD'de kullanılan ilaçların %25'i doğal kaynaklıdır. Daha sonraları modern toplumlar, bilim ve teknikteki ilerlemelere dayanarak doğal kaynakları doğrudan kullanılmak yerine etken bileşimini izole ederek onu kullanmayı ya da bu bileşiğin sentezini yaparak tüketmeyi yeğlemişlerdir. Ancak, bir çok konuda olduğu gibi, yıllarla uygulandıktan sonra kökeni doğal olmayan ilaçların yan etkilerine her gün zararlı ve tehlikeli yenilerinin eklenmesi insanları bezdirmiştir. Sadece sentetik ilaçlara bağlı kalmanın doğru olmadığı, doğal kaynaktan ise bu gibi sakıncalara ya hiç rastlanmadığı ya da en düşük düzeyde karşılaşıldığı ve "Doğal kaynaklı ilaçlar, insan vücuduyla ilgili fizyolojik kurullarla, diğer ilaçlara nazaran daha kolay ve daha çok uyum sağlar" görüşünün kuvvetlenmesi ve benimsenmesiyle 1970'lerin sonunda, başta WHO olmak üzere bir çok etkili kuruluş doğal ürünlere dönülmesinin gereğinden ve öneminden bahsetmeye, bunların kullanılmasını da desteklemeye başlamışlardır; bunun üzerine gelişmiş ülkelerde de doğal kaynaklara yönelme başlamış ve hızla ilerlemiştir. Bugün, bu alanda başı çeken ve bitkisel droguları en çok kullanan topluluk Avrupa ülkeleridir; Avustralya'da yerli halkın kullandığı doğal ilaçlar bugün modern yöntemlerle incelenmekte ve Farmakopelerine dahil edilmektedir. Uzakdoğu ülkeleri ge-

leneksel ilaçları hiç bir zaman terketmemiştir ve doğal ilaçlar önemini korumaya devam etmektedir. ABD gibi büyük bir ülkede ise farklı uygulamalarla karşılaşmaktadır. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), yerküremizdeki insanların %80'inin doğal ilaçlarla tedavi edildiğine işaret ederken "2000 yılında Herkese Sağlık" sloganında bu konunun değerlendirilmesi gerektiğini de vurguluyor.

Ülkemize gelince, gelişmiş ve büyük şehirlerimiz yanında halkımızın büyük bir kısmı kırsal kesimde yaşamaktadır, bu insanlar çoğunlukla aile büyüklerinin, ninelerin-dedelerin uyguladığı yöntemleri, kullanıldığı doğal kaynakları yani bitkilerle tedavi yollarını seçmişlerdir ve bunu izlemektedirler. Hekimi-hastanesi yeterli, hatta bol olan büyük şehirlerimizde yaşayanlar, dünyadaki akıma ayak uydurarak bir süre doğadan uzaklaşmışlardır, ancak son yıllarda aktar dedğimiz dükkanların büyük ilgi görmesi, dükkanlarda uzun kuyrukların oluşması (bu işin ticaretini yapmaya kalkması) ve kendisine Lokman Hekim ismini yakıştıran kişilerin bu kesimdeki insanların da doğaya döndüğünü, doğadan medet umduğunu, şifa beklediğini göstermektedir. Özellikle Avrupa ülkelerinin bu konuya dört ele sarılması, bitkilerle tedavi hakkında bilimsel ve bilimsel olmayan bir çok makalenin yayımlanması, Ginseng kökü gibi efsanevi uzakdoğu droğunun büyük şehirlerin hemen her semtinde boy boy reklam ile tanıtılması, insanları doğaya döndürmüştür; Sağlık Bakanlığı'nın bitkisel drog içeren müstahzarlara ruhsat vermemek için direnmesi de halkımızı, sağlıksız hatta tehlikeli, bilimsellikten uzak ürünler satan aktarlara itmiştir.

Bir kez daha hatırlayalım ki ilaç dediğimiz ürün ya doğal kaynaktan ya da sentetik yolla elde edilir;

*Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Botanik Bilim Dalı, Tandoğan/Ankara

doğal kaynağın büyük kısmını da bitkiler oluşturur. İlaç yapılacak bu bitkilerin hangi yolla sağlanacağı hususu açık ve kesindir:

İlacı hastaya verme yetkisi sadece eczacıya aittir,

Bitkisel bir çok madde etkili ilaç niteliğindedir,

Şu halde bitkileri eczacı sağlamalı ve hastaya eczacı vermelidir.

Bitkilerle tedavinin (Fitoterapi) birinci koşulu, kaynağın (yani bitkinin) doğru olması ve kalitesinin bilinmesidir; bunu, ilacın eczacı tarafından yani bilimsel yolla hazırlanması izler. Yaşamını kırsal kesimde sürdüren yaşlılar (ocaklar) dedelerinden öğrendikleri ve bir ömür boyu süren denemeleri sonucu hem hangi bitkiyi, nereden, ne zaman toplıyacaklarını çok iyi bilmekte hem de yararlanılacak şekli-kaynatarak, zeytin yağı içinde bekleterek, ezerek, kurutarak vb. hazırlayabilmektedir.

Fitoterapide yararlanılacak bir bitkiyi eczacı mutlaka bilir ve tanır. Ancak doğruluğunu bilmek yeterli değildir. Çünkü etken bileşikler aynı bitkinin gölgede veya güneşli ortamda, kireçli veya killi toprakta, deniz seviyesinde veya yükseklerde yetişiyor olmasına göre; bitkinin toplanma zamanına kurutma şekline göre hem yapı hem de miktar bakımından çok değişmektedir. Daha da önemlisi ilaç hazırlama ve hastaya verme, sadece eczacıya verilmiş bir yetkidir.

Bitkilerle tedaviye giderek artan ilgi sonucu, eczane eczacılarımıza yöneltilen ve sözü edilen bir bitkinin ne olduğu ve ne işe yaradığına ilişkin sorular da son yıllarda giderek artmaktadır. İster büyük kentlerde isterse kasabada olsun eczacı bu gibi sorulara doğru yanıt vermek zorundadır. Diğer taraftan bence daha önemlisi, eczacılık yapabilmek için gençliğinin en değerli 4-5 yılını bu mesleği öğrenmeye hasreden, fevkaledede çok bilgi ile donanmış bir uzmanın, görevlerin en kutsalı olan "hastanın iyileşmesini sağlamak" için kendisine tanınan hakkı, bir karşılaştırmayı bile hakaret saydığım, konu ile yakından uzaktan hiç ilgisi olmıyan kişilere bırakmak gibi bir vicdan sorumluluğu taşımasıdır.

Bir eczacının ilaç hammaddesi olarak kullanılan

doğal kaynakları tanınması ve bilmesi gerekli olduğu tüm ülkelerde benimsenmiş bir kavramdır. Mesleki Öğretim Programında bu kabil bitkileri tanıtan ve sadece eczacılık öğretiminde yer alan Bilim Dalı, "Farmasötik Botanik" Türkiye'de 153 yıl önce başlamış olan Bilimsel Eczacılık Öğretimi programlarında kesintisiz yer almakta ve günün koşullarına göre gelişmekte, modern yöntemlerden yararlanmaktadır.

Fransa, Almanya, Polonya, Macaristan; bazı Yakındoğu ve Uzakdoğu ülkeleri bitkilerle tedaviyi hiç terketmemişlerdir, bu nedenle öğretim programlarında büyük değişiklik gözlenmemektedir. Bir çok ülkedeki Eczacılık Öğretim Kurumlarında bitkileri konu alan bu dersler Farmakognozi, Phytochemistry, Natural Products, Matière Médicale, Plant Chemistry, Plant Biology vb. isimler altında verilmektedir. Örneğin Polytechnic, School of Pharmacy (Liverpool 1986) programında;

1. yıl Bitkisel Materyalin teşhisi (morfolojik, anatomik, histolojik); katıştırma, saklama (5x3 h. teorik; 3x3 s. pratik, 3 s tartışma)
2. yıl Drogaların içerdiği bileşikler (Alkaloid, heterozit, zambak reçine vs.) (12x3 s. teorik, 8x3 h. pratik, 2x3 s. tartışma)
3. yıl Medicinal Plants (35 saat, seçmeli). Yukarıdaki derslere ilaveten kalite kontrol, separasyon teknikleri, stabilizasyon vs.)

Ayrıca kemotaksonomi, fitokimya, biyoteknoloji kurslarında bu konular işlenmekte. Bir başka örnek Irak'tan (1982-83 ders yılı) (7):

1. yıl Medicinal Plants
- 3.4. yıl Pharmacognosy
Phytochemical Studies
Crude Drugs

Uzakdoğu'dan bir örnek de Japonya'dan (12); Dept. of Pharmacy and Dept. of Pharmaceutical Chemistry programlarının her ikisinde de şu dersler var:

- Pharmacognosy, Chemical Pharmacognosy
- Chemistry of Natural Products
- Plant chemistry
- Pharmaceutical Botany (3. sem. teorik; 4. sem. Pratik)

Avrupa'nın büyük devletlerinden olan ve bitki-

sel ürünlerin yalnız ilaç olarak değil besin maddesi olarak da "doğal" olanına çok fazla önem veren ve tercih eden Almanya'dan bir örnek verelim.

Westfälische Wilhelms- Universität Münster
(Sommersemester 1981)

6. Pharmazeutische Biologie und phytochemie

Tıbbi Bitkilerin sistematigi (teo)

Farmasötik biyoloji'ye giriş (Morfoloji, Histoloji, Anatomi)

Farmasötik Biyoloji I ve II

Farmasötik Biyoloji (Pr.) I ve II (mikroskopik çalışma)

Farmasötik Biyoloji (Pr.) III (Fitokimyasal analiz)

Çiçekli bitkiler

Fitokimya Pratikleri

Farmasötik biyoloji- Ekskürsiyon (10 gün)

Warsowa Medicinal Academy, Faculty of Pharmacy'de (1987) iki Enstitünün başlıca Bölümleri ve temel dersleri arasında ilgili konular şöyledir:

1. Institute of Drog Sciences:

- Department :
1. Pharmaceutical Botany
 2. Pharmaceutical Chemistry
 3. Pharmaceutics
 4. Pharmacognosy
 5. ...

2. Institute of Biopharmacy:

Basic Studies curriculum:

1. yıl : Botany
2. yıl : Pharmacognosy
3. yıl : Pharmacognosy

Aynı kurumun uzmanlaşma programında (Specialization Curriculum) Herbal Pharmacy Specialization:

4. yıl Bitkisel Kökenli İlaç Hammaddelerinin Yapımı (7. ve 8. Y.Y.)
Fitokimyasal Analiz ve Prep... (7. ve 8. Y.Y.)
- Specialization Subjects :
5. yıl Bitkisel Kökenli İlaç Hammaddeleri ve Yapımı (9. Y.Y.)
Fitokimyasal Analiz ve Prep... (9. Y.Y.)
- Bitkilerin Tedavi dışı amaçlarla işlenmesi) (10.Y.Y.)

Yarısentetik İlaçlar

(10.Y.Y.)

Amerika'daki uygulamayı hedef olarak görmeyi isteyen, Amerika hayranı, konuyu incelemeyen irdeleyen, ön yargılı ve dar görüşlü bazı kimseler, Farmakognozi ve Farmasötik Botanik derslerinin eczacılık öğretiminden kaldırıldığını iddia ediyorlarsa da ABD gibi dağınık bir ülkenin bu konuya bakışın bir-iki kurumun müfredatına dayanarak bu derslerin gereksiz olduğunu, hele kesin bir dille söylemek hiçte doğru olmaz; kaldı ki biz Türkiye'de yaşıyoruz ve öğretim programımızda Türkiye'deki gerçekler esas alınmak durumundadır.

ABD'ndeki 10 programı (1983-1991) karşılaştırdım; üçünde Farmakognozi ve Farmasötik Botanik isimlerine rastlanmıyor (3, 14, 15). Örneğin Üniv. of Maryland, School of Pharmacy'de (16) Med. Chemistry ve birlikte, doğal ve sentetik ilaç hammaddelerinden bahsediliyor. Üniv. of Utah'ta (17), Med. Chem'de Natural products ve biological Products isimleri altında Üniv. of Wisconsin (18), School of Pharmacy'de 2. yılın programında fakat az süreli veriliyor. Buna karşılık Michigan, Georgia, Pittsburg ve Purdue Üniversitelerindeki Eczacılık öğretimi programlarında teorik ve pratik derslere yeterli sürenin ayrılmış olduğu görülmektedir (19, 20, 21, 22).

Türkiye'de okutulan Farmasötik Botanik derslerinin içeriği esasta, örneklediğim ülkelerdekinden farklı olmamıştır. Bitki Taksonomisi esas alınarak incelenen bitkilerden elde edilen droglar tanımlanırken, droğu veren bitkinin Tıbbi olmayanlardan nasıl ayırt edileceği üzerinde durulmuştur. Özellikle eczacılıkta kullanılanlar ile halk arasında kullanılanların etken bileşikler işaret edilip hangi grup aktif bileşiklerden (alkaloit, antrokinon, uçucu yağ vb.) oldukları da belirtildikten sonra bu bileşiklere dayanarak gösterdikleri fizyolojik etki/etkiler ve kullanılışları anlatılmaktadır. Bir taraftan halkla temas eden ve yurdun bir çok köşesinden toplanan bitkiler saptanırken diğer taraftan halk arasında kullanıldığı söylenen bitkiler araştırma konuları olarak seçilmekte ve incelenmektedir. Araştırmalar güncel konular ve en yeni bilgiler ışığında modern yöntemler uygulanarak yürütülmektedir. FIP nin halen tüm dünyada geçerli olan şu deklarasyonunda konu şöyle vurgulanmıştır.

Tedavide kullanılan bitkiler, bir ilaçtan başka bir şey değildir.

Yanılmak istenmiyorsa hastanın azami yararı gözetiliyorsa

Fitoterapi, bu konuda üniversiter eğitim almış tek eleman olan Eczacının inhisarında olmak durumundadır.

Farmasötik Botanik derslerinin esasını teşkil eden bu temadan, bu dersin niçin sadece eczacılar için anlatıldığı ve eczacılar için gerekli olduğu açıkça görülmektedir.

1992 Mayıs ayında duyurulan ve ay sonuna kadar başvurulması istenen Fitoterapide Yüksek Lisans Programı'na yalnız Ankara'dan 76 başvuru olmuştur ki, bu bazı kişilerin söylediğinin aksine Farmasötik Botanik (ve Farmakognozi) derslerinin her gün yenilenen, güncelliği günden güne artan ihmal edilmeyecek önemli meslek derslerinden olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Gerek eczacılık öğretimi sırasında edinilen bilgiler sayesinde ve gerekse uzmanların yetişmesini hızlandırmak suretiyle başka Zakkum olaylarının önüne geçilebilecektir.

Avrupa'da eczacılığın başlıbaşına ayrı bir meslek olduğunun kabulü 750 yıl öncesine dayanır. Türkiye'de ise Bilimsel Eczacılık öğretimi 152 yıl önce başlamıştır. Yalnız eczacılık öğretim kurumlarında ve yalnız eczacı olacak kişilere verilen ve yukarıda işaret ettiğim koşullardan Eczacılıkta kullanılacak bitkileri öğreten bilim dalı Farmasötik Botanik, 153 yıldanberi kesintisiz okutulmakta olan bir derstir.

Bitki örtüsü bakımından çok zengin ülkelerin başında gelen ülkemizde, halkın da bitkilere ilgisinin büyüklüğünü gözden uzak tutmamak gerekir.

Klasik bilgi olarak Fol. Menthae'nin mentol içerdiği hemen herkesçe bilinmektedir. Ancak gelişmiş araştırmalarla bu gün biliyoruz ki kültürü yapılan bitkide, uzun gün şartlarında mentol ve menton, kısa gün şartlarında ise mentofuran yüksek miktarda sentezlenmektedir. Bu nedenle nane yaprağı olarak pazardan alınan yerine, uygun koşullarda hazırlanmış tarlalara, uygun koşullarda ekilmiş ve en uygun zamanda toplanarak, gereği gibi kurutulmuş Fol. Menthae'yi kullanmanın önemi artık açıkça bilinmektedir

(bu örnek, en basitlerinden biridir).

Literatürde, sık sık yeni kulanıma giren bitkilerle rastlanmaktadır. Bunlar gibi Türkiye'de halkın yıllarboyu kullandığı bitkilerin değerlendirilmesi de biz eczacılara düşmektedir.

Son yıllarda ABD ve Avrupa'da bir çok hekim, yaygınlaşan bir biçimde, bitki ekstreleri ve diyet ile tedavi yolunu seçmekte hatta ısrarla uygulamaktadır. Bu kuvvetli akım, yurdumuzda, halkın bitkilerle tedaviye yönelme şeklinde kendini göstermektedir. Ginseng gibi bitkilerin kocaman reklamları, bir takım bitkisel karışımların (Sağlık Bakanlığı bu tür karışımlara ruhsat vermeme kararı aldığı için ruhsatı Tarım Bakanlığında alınarak piyasaya çıkarılan) reklam ve broşürlerle birlikte süpermarketlerde satılması konuya ciddi biçimde eğilimin ve bu alandaki öğretimin değil azaltılması veya kaldırılması, daha da etraflı bir biçimde, bitkinin ve droğun teşhisi; nereden ve nasıl sağlanacağı; toplama, kurutma ve saklama şekilleri; kimyasal ırkların olup olmadığı; Drogda kalite kontrolü; genetik farklılık, toprak, iklim vb. faktörlerle kültürde bitki içeriğinin bileşiminde görülen değişimler...gibi konuların verilmesinin önemini ve gereğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. CORRIGAN, D.- Educating the Pharmacist About Herbal Medicines. Pharm. Int. J. 6, No. 1 (1985) 22-25;
Phytotherapy. Int. Pharm. J. 1, No. 3 (1987) 96-101.
2. World Directory of School Pharmacy, 1963. World Health Organization, Geneva, 1966.
3. Brochure d' Information d' Université du Droit et de la Santé de Lille. 1968.
4. Hokkaido University, Sapporo, Japan (1973-74).
5. Livret de l'Université de Bordeaux II, Enseignement de la Pharmacie (1974-75).
6. BORKE, M.L., SZASZ, G. Pharmaceutical education in Hungary. Am.J. Pharm. Educ. 47, (1983) 135-137.
7. FIKRAT, H. T. Pharmaceutical Education in Oraq. Ibid. 49 (1985) 266-270.

8. Universite de Paris-Sud., Centre de Chatenay-Malabry (Memento de l'etudiant), 1976.
9. Westfalische Wilhelms-Universität, Münster. 1981.
10. FORMANOWA, W., BORKE, M. L. Pharmaceutical education in Poland. Am. j. Pharm. Educ. 42 (1978) 147-150.
11. The Bulletin of The Philadelphia College of Pharmacy and Science. 69, No.8(1976) ve 71 No. 9 (1978).
12. NIPPON, H.; Gakuin Universty, Hokkaido-Japan, 1987.
13. A. Handbook for the Pharmacy Student, Auburn University-Alabama 1984-85 p.22
14. Massachussetts Collage of Pharmacy and Allied Health Sciences. Undergratuade Catalogue (1983-85).
15. Collafe of Pharmacy, The Univ. Tennessee, Memphis-The Health Science Center (1990-91) p. 139.
16. School of Pharmacy, Univ. of Maryland (1984-86) p.15
17. Bulletin of the Univ. of Utah (1983-84).
18. School of Pharmacy, Univ. of Wisconsin-Madison Bulletin (1989) p.8
19. College of Pharmacy, The Univ. of Michigan Bulletin (1989-90) p. 43
20. College of Pharmacy, The Univ. of Georgia Bulletin (1984-85) p.18.
21. School of Pharmacy, Univ. of Pittsburg Bulletin (1984-85) p.18
22. School of Pharmacy and Pharmacal Sciences, Purdue Univ. Bulletin (1983-85) p.36
23. BAYTOP, T. Türk Eczacılık Tarihi- Ecz. Fak. Yayını No. 47 (1985).
24. BAYLAV, N. Eczacılık Tarihi- Yörük Matbaası, İstanbul (1968)
25. BAYTOP, A. İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Herbaryumundaki Türkiye Bitkileri I. TBAG-493, İstanbul (1984).

ECZACILIK EĞİTİMİ SEMPOZYUMU, İSTANBUL

Eczacılık Eğitimi nasıl güncelleştirilebilir?

Eğitimin bilimsel, felsefi ve insani boyutları nelerdir?

Mesleğin farklı alanlarında çalışan meslektaşlarımız ve eczacılık öğrencileri Eczacılık Eğitiminden ne bekliyor?

Verilen eğitim yaşam pratiği ile çakışıyor mu?

Tüm bu sorulara cevaplar bulmak ve Eczacılık Eğitimi üzerine çok sesli bir tartışma platformu oluşturmak amacıyla, İstanbul Eczacı Odası 17 Mayıs 1992 tarihinde İstanbul Sheraton Otelde Eczacılık Eğitimi konulu bir sempozyum düzenledi.

23 -27 Mart 1992 tarihlerinde SSYB tarafından Ankara'da toplanan I.Ulusal Sağlık Kongresinde Sağlık İnsan Gücü Eczacılar Gurubu Sonuç Raporunda kaydedilen diğer konuların yanısıra Eczacılık Eğitiminin de güncelleştirilmesi gereği kaydediliyordu. Raporda yer alan Eczacılık Eğitimimizin günümüz koşullarında öğrenciye mesleğini uygulayacak yeterli bilgi ve donanımı sağlayamadığı ve eğitim programının bu gereksinimleri ve eksiklikleri karşılayacak biçimde ders ağırlıkları ve içerikleri değiştirilerek yeniden düzenlenmesi görüşü üzerine yoğunluk kazanan tartışmalar bu sempozyumda, çok sesli bir platformda yeniden gündem edildi.

Sempozyum eczacılık öğrencileri, öğretim üyeleri, eczane eczacıları ve eczacılıkla ilgili kesimlerin eğitim üzerine görüşlerinin sorulduğu bir video-ropörtaj gösterimi ile açıldı.

İstanbul Eczacı Odası Başkanı Mehmet Domaç'ın yönettiği ve çağrılı konuşmacıların yer aldığı I. Oturumda İst. Üniv. Edebiyat Fakültesi Kütüphanecilik Bölümünden Prof. Jale Baysal, Gazi Üniv. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji A.B.D.'dan Prof.Dr. İlker Kançık, Farmasötik Teknoloji A.B.D.'dan Prof.Dr. İlbeyi Ağabeyoğlu, İst. Üniv. Eczacılık Fakültesi Farmakog-

nozi A.B.D'dan Prof.Dr. Bayhan Çubukçu, Marmara Üniv. Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya A.B.D'dan Prof.Dr. Sevgi Rollas, Hacettepe Üniv. Eczacılık Fakültesi'nden Doç Dr. İsmail Üstel, İstanbul Eczacı Odasından Osman Özçelik ve Ankara Eczacı Odasından Olcay Seles görüş ve önerilerini dile getirdiler.

Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği Eğitim Komisyonu Başkanlığını da yürüten Prof. Jale Baysal eğitimin genel özelliklerini tanımladığı konuşmasına ünlü İngiliz düşünürü Bertrand Russel'in hocası eğitimci Whitehead'ın bir sözü ile başladı. "Birgün İngiltere göçüp giderse, mezartaşına eğitimcilerin ve politikacıların hataları yüzünden burada yatmaktadır, diye yazmak gerekecektir." Politikacıların hataları yüzünden milletin başına nasıl dertler açabileceklerini herkes bilir. Eğitimcilerin hataları ise, bundan daha korkulu, çünkü sürekliliği olan geçip gidici olmayan, ülkenin gününü de geleceğini de karartabilecek sonuçlar doğurabilir, şeklinde devam eden **Baysal**, çağdaş eğitimin akılcı, bağımsız, eleştirel düşünce yardımı ile doğrulara ulaşma anlayışına dayandığını ve örgütlenmiş eğitimin ilk orta ve yüksek eğitim konularında gerçekleştiğini ve eğitimin bu kurumların toplamı değil birbirleriyle kaynaşarak ve birbirlerini tamamlayarak oluşturdukları bir bütün olduğunu ve bütünün birimlerinden birindeki bir aksaklığın doğal olarak tüm eğitime yansıtacağını ve bütünü etkileyeceğini vurguladı. "Çok yönlü düşünebilen, düşündüklerini aktarabilen, başkalarının düşüncelerini olduğu gibi benimsemeyen, onları mutlak doğrular olarak görmeyen bir kişilik ancak çağdaş bir eğitim süreci ile kazanılabilir" diyen Baysal, çağdaş eğitimin amacını "Toplumsal, kişisel ve ekonomik hayatın gereksinim duyduğu çeşitli bilgilere ve düşünme, sorun çözme, aradığı bilgileri kendisi bulma yetisine sahip insan yetiştirmek, somut olarak sorunların nasıl ele alınacağını öğretmek, gerekli bilgilerin nasıl ve nerelerde bulunabileceğini öğretmek, öğrencinin ilgi ve yeteneğinden yola çıkarak bağımsız bir çalışma ortamında etkin hale gelmesini sağlamak biçiminde özetliyor ve klasik ya da geleneksel eğitimin kişiyi edilgen durumda tut-

tuğunu ve çok yüklü programlarla verilen bilgilerin nerede ve ne biçimde kullanılabileceğinin anlaşılmadığını eleştiriyordu.

Ülkemizde iki geleneğin- aktarmacılığa dayanan medrese geleneği ve aile içinden başlayarak toplum içinde de sürüp giden otorite bağlılığının- çağdaş eğitim düşüncesi ile çeliştiğini vurgulayan konuşmacı günümüz eğitimini de bu geleneklerin bir uzantısı biçiminde, ezbere dayanan, fazla bilgi yükleyici, verilen bilgilerin olduğu gibi benimsenmesini, ezberlenmesini ve aktarılmasını öngören bir sistem olarak tanımlıyordu.

Meslek eğitim ve öğretiminin genel amaçlarını;

- Bilgi kazandırmak, kazanılmış olanı geliştirmek,

- Bir meslek doktrini kazandırmak,

- Bir meslek disiplini kazandırmak, konusunu önemsiyecek ve doğrulukla kullanacak insan yetiştirmek biçiminde tanımlayan **Jale Baysal** konuşmasını yine **Whitehead**'den bir cümle ile bağladı: "Eğitim, bilgiyi kullanabilme sanatının kazanılmış olmasıdır, kültür ise düşüncenin etkin olması, güzelliği farketme ve insani duyguları anlama yeteneğidir. Kopuk kopuk bilgilerin kültürle hiçbir ilişkisi yoktur. Bilgili olmaktan öteye geçmeyen bir insan yeryüzündeki tatsız yaratıkların en yararsız olanıdır. Amacımız hem kültürlü hem de özel bir bilgi alanında uzmanlaşmış insanlar yetiştirmek olmalıdır."

Daha sonra söz alan konuşmacılardan **Prof. Dr. Bayhan Çubukçu** "Son 30 yılda temel bilimlerde çok hızlı bir gelişmenin yaşandığını ve bilimdeki bu gelişmelerin eczacının işlevindeki değişiklikler ile sonuçlandığını, anlatarak bu gün için eczacının rolünün ilacın tanıtımı, ilaç danışmanlığı ve ilacın doğru kullanımı biçiminde ön plana çıktığını kaydederek eğitimde bu işleve yönelik bir değişiklik yapmak gerekliliğini vurguladı.

Eczacılık eğitiminin 5 yıllık bir eğitim olması gerektiği üzerinde duran konuşmacı, ilk 4 yılın temel bilgiler de verildikten sonra eczane eczacılığı ve biyoloji ağırlıklı bir bölüm, 5. yılın ise Fransa'da da uygulanan biçimde son sınıfta öğrencilerin isteğe bağlı olarak seçebilecekleri 3 değişik alana yönelik bir bölüm olarak değerlendirilmesinin yararlı olacağını anlattı.

Bayhan Çubukçu, ayrıca mezuniyet sonrası eğitim üzerinde de fikirlerini aktararak, halihazırda uygulanmakta olan yüksek lisans eğitiminin YÖK tarafı-

ndan ortaya çıkarılan ve eczacılık fakülteleri tarafından yanlış algılanan ve uygulanan bir sistem olduğunu, bir uzmanlık eğitimi biçiminde olması gereken master eğitiminin Türkiye'de doktoradan önce falan dersin yüksek lisansı biçiminde lisansta anlatılan konuların kapsamının biraz daha genişletilerek anlatılması şeklinde hatalı biçimde uygulandığını vurguladı.

Prof. Bayhan Çubukçu tüm bunları düşünürken, öğrenci sayısında da yeni bir düzenlemeye ve kısıtlamaya gidilmesi gerektiğini, ancak politik baskılar ve benzeri pekçok nedenle devamlı olarak artırılan öğrenci kontenjanının, sorunları katlayarak çoğalttığını bunun da eğitimin ayrı bir sorunu olduğunu aktardı.

Oturum Başkanı Ecz.**Mehmet Domaç** da eczacının toplumu tanınması ve sorunlarını algılayabilmesi açısından eczacılık eğitim sisteminde sosyoloji derslerinin bulunması, insana duyulan saygı gereği bireyleri özerk ve özgür kişiler sayan, onları tartışma ortamına çeken ve aydınlatma işlevini yüklenen felsefe derslerine eğitimde yer verilmesi konularını gündeme getirdi. Konuşmacılardan **Doç. Dr. İsmail Üstel**, fakültelere sosyoloji dersi, felsefe dersi, a dersi, veya b dersi koymak değil 50 dakikalık bir ders süresi ile, haftada 1-2 saatlik ders süreleri ile bu derslerin öğretimini yaptırmak değil, sözü geçen derslerin eğitimini yaptırmak gereğini vurguladı. Eğitimi, öğretilen konuların davranışlara indirilmesi, davranışları yönlendirecek biçimde yaşayarak ve yaşatarak aktarılması ve en genel anlamıyla bilgiyi kullanabilme olarak tanımladı.

Devamla bu sempozyumun bir eğitim, sempozyumun bir meslek örgütünde düzenlenmiş olmasının bir eğitim, Kırkpınar güreşlerine dönüşmüş olan dekan toplantılarının gelenekselleşmesinin de yine bir eğitim yapılan ve yapılamayan, söylenen ve söylenemeyen herşeyin de yine ve yine eğitim konusu olduğunu söyleyerek bu toplantılardan bir sonuç alınamayacak olursa, bu toplantılar davranışlara aktarılamayacak olursa, eczacılık öğrencilerinin yarının eczacılığını bugünün eğitimi ile yapmak zorunda kalacaklarını vurguladı.

Çoğunlukla eğitimin süresi üzerinde durulduğuna değinen Üstel, bugünkü bakış açısı değişmedikçe eğitimi geniş bir perspektifle algılanmadıkça eğitimin süresi üzerinde tartışmanın yararsız olduğunu, sorunun eczacılık eğitimi değil **Jale Baysal**'in da vurguladığı biçimiyle Eğitim eğitimi olduğunu anlattı.

Ecz. Olcay Seles de eczacılık eğitiminin ve genelinde eğitimin felsefesine değindiği konuşmasında ülkemizde nasıl bir ulusal ilaç politikası yoksa, aynı

şekilde bir eğitim felsefesinin de olmadığını anlatarak mutlak bir eczacılık felsefesinin hepbirlikte oluşturulması ve geliştirmesi gerektiğini belirtti.

Öğleden sonraki II. Oturumda **Prof. Dr. Osman Özdemir** (İst. Üniv. Eczacılık Fak.), **Prof. Dr. Mekin Tanker** (Ankara Üniv. Eczacılık Fak.), **Dr. Ecz. Mert Ülgen** (Marmara Üniv. Eczacılık Fak.), **Dr. Ecz. Güler Yalçın** (Marmara Üniv. Eczacılık Fak.), **Ecz. Gültekin Altan** (Zeytinburnu İlçe Merkez Sağlık Ocağı Tabibliği) **Prof. Dr. Neriman özatay** (İstanbul Üniv. Eczacılık Fak.), **Doç. Dr. Fikret Vehbi İzzettin** (Marmara Üniv. Eczacılık Fak.) ve **Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu** (Gazi Üniv. Eczacılık Fak.) söz aldılar.

Sempozyumun ön çalışmaları sürecinde Türkiye'deki 7 Eczacılık Fakültesi öğretim üyelerine yapılan duyuruda Eczacılık Eğitimi konusundaki görüş belirtmek isteyen herkesin tartışmacı olabileceği belirtilen II. Oturuma gönüllü konuşmacılar dışında salonda bulunanların da aktif katılımları ve İstanbul Üniv. Ecz. Fak. Öğretim üyelerinden **Prof. Dr. Nedime Ergenç**'in yerinden müdahalesi ile renkli bir boyut kazandı.

Yine Sempozyumun ön çalışmaları sürecinde İstanbul Eczacı Odasının eczacılık Fakültesi öğrencilerine yönelik olarak düzenlediği ve Fakülte dekanlıklarına göndermiş olduğu Eğitim ilgisini Ölçme Konulu anketin, Eczacılık Fakültelerince anket düzenleme tekniğine uymadığı ve eğitim ilgisini ölçme konusunda yetersiz olduğu gerekçesi ile değerlendirilmediği duyuruldu.

Bu oturumda söz alan konuşmacılardan **Doç. Dr. Fikret Vehbi İzzettin** Marmara Üniv. Eczacılık Fakültesinde açılmış olan Klinik Eczacılık bölümünden söz ederek klinik eczacılığın işlevini ve hasta ile yüzyüze gelip ona ilaç hakkında bilgi danışmanlığı yapacak her eczacı için bir gereklilik olduğunu anlattı.

Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu ise, eğitim çalışmalarının biçimlerinden birisi olan bu sempozyumun tartışma ortamının, eğitimcilerin kendi aralarındaki eğitimi de temin eder biçimde, eczacılık ile eğitimi ve bunlara yönelik olarak ders belleme biçimlerini, eczacılığın yetkilerini, sorumluluklarını ve kendisini yenileme ve sürekliliğinin felsefesini oluşturabilen bir eğitim modeline dönüşmesi gereğine değindi. Nurettin Abacıoğlu

oğlu konuşmasında eczacılığı, hizmet alanları, meslek sorumlulukları, mesleki hizmet verilmiş yöntemleriyle, diğer sağlık personeli ile ortaklaşa sürdürebilme koşulları toplumsal gelişmeler doğrultusundaki düzenlemelere açık bir yapılanma gösterebilen ve hastayı insanı mekanik olarak değil, onu tüm sosyal boyutu ve davranış kalıpları içerisinde algılayıp değerlendirebilen, sorunlarına gerçekçi, kalıcı çözümler sağlayabilen, bilimsel, temel bir sağlık disiplini olarak tanımladı. Abacıoğlu halihazırda verilen eğitimin, bir motor tamircisine moturun parçalarını anlatmak biçiminde değilde onun moleküllerinden sözetmek biçimiyle eklektik bir özellik gösterdiğine verilen bilgilerin birbiriyle bitişmiş olmadığına ve sonuç olarak güncel yaşama ve rasyonalizme yansımadağına değindi.

Eğer eczacı ilaç uzmanı olarak kabul ediliyorsa, akılcı ilaç uygulamasında hangi dozda ilacı, en etkin biçimde, en yararlı, en az riskle hastaya ulaştırabileceğini bilmek durumundadır, diyen Abacıoğlu devamla, bütün bu dozlamaları yaparken eğitim içinde aynı dozlamalar düzeyinden geçerek yaşam pratiğine ulaşılması gerektiğini aksi halde özellikle akademisyenler boyutunda eğitim içinde herhangi bir dersin yargılanmasını, ya da geçersizliğini varsaymak biçiminde bir sıkıntıya düşüleceğini, bu konuda en önemli hususun derslerin hangi doz içerisinde ve gerçekten insanla ilaç ilişkisini kurdurabilecek düzeyde verilmesi gerektiğinden kaynaklandığını vurguladı.

Eğitim konusunun akademik bilimsel, insani ve felsefi boyutlarının tartışıldığı sempozyumun gündem çoğu kez kimi ders saatlerinin azaltılıp çoğaltılması tartışmaları üzerinde yoğunlaşırken, bu konuda belki de ilk kez konu ile ilgil hemen her kesimin katılımı ile yüksek sesli bir tartışma ve bilgilenme ortamı doğurdu. Bir konuşmacının da değindiği gibi üniversitenin fildişi kulelerinden birtakım insanlar çıkartılarak bu toplantıya getirildi ve o fildişi kulenin içinde kapı arkalarında odalarda yapılan tartışmalar daha büyük bir açıklıkla söylenebilecek noktaya gelindi.

Oturumlar sonucunda konuşmacıların görüş ve önerilerinin yer aldığı sonuç bildirgesinin eğitim konusunda bir sonuç bildirgesi değil bir başlangıç bildirgesi olması dileği ile toplantı sona erdi.■

KLİNİK ECZACILIK KAVRAMI NE DEĞİLDİR?*

Selen YEĞENOĞLU*, Nazlı SEVGİ*, İsmail ÜSTEL*

Senaryo yazdınız mı hiç?..

"Hastanelerimizde bugünkü anlamıyla eczacılık hizmetlerine gerek kalmamıştır. Eczacıların iş için başvurmaları önemle rica olunur."

Peki, böyle bir senaryonun gerçekleşme olasılığı sizce yüzde kaçtır? Belki bizleri kötümserlikle suçlayacaksınız ama, eğitimimiz günümüzdeki yapısından kurtulmadıkça, meslektaşlarımızın mesleğe bakış açısındaki dar çerçeve kırılmadıkça, korkarız ki bu senaryo pek yakında karşımıza çıkabilecektir.

Eczacılık eğitimi odak noktası olan ilaç üretiminden giderek uzaklaşmakta, akılcı ilaç tedavisine, yani, etkin, güvenilir ve ekonomik ilaç tedavisine yönelik bilgi üretimine kaymaktadır. Eğitimin temel hedefi, edindiği bilgi ve becerileri "bütünleşik" biçimde kullanabilen ve insana dönük hizmet üretebilen eczacıları yetiştirmektir.

Eczacılık mevzuatı, yani yasalar, yönetmelikler ve benzerleri mesleğin ilaç üretimi kadar ilaç bilgisi üretimini de göz önüne alarak düzenlenmektedir. Doğaldır ki, bu gelişme klinik eczacılığın toplum ve eczacılık mesleği için taşıdığı anlamı kavrayabilmiş olan toplumlarla sınırlıdır.

Eczacılık hizmetlerinden yoksun klinikler mi, yoksa klinik bakış açısından yoksun eczacılık hizmetleri mi daha acınacak bir durumdur? Yorum sizin...

Klinik eczacılık kavramına ilişkin olarak "Nasıl?" sorusundan önce "Niçin?" sorusuna yanıt bulmalıyız. Niçin mi? Çok basit! Binlerce yıllık geçmişe dayanan, ancak temel işlevi olan ilaç üretiminin

endüstriye kaymış olduğu günümüzde bunalıma giren eczacılık mesleğinin soluk almasını sağlamak için... Mesleğin ve meslektaşların eski saygınlığını yeniden kazanabilmeleri için...Moral ve parasal kazanımlarını eniyileştirebilmek için...

Klinik eczacılık, akılcı ilaç kullanımına dönük çeşitli etkinliklerin yürütüldüğü, eczacı-hasta ve eczacı-sağlıkçı ilişkilerinin alışlagelmiş kalıpların ötesine geçtiği bir biçemdir, bir tarzıdır. Klinik eczacılığın yerleşebilmesinin ön koşullarından biri de eczacıların mesleki kimliklerine bakış açısıdır. Alışlagelmiş eczacılık uygulamalarından sıkıntı duymayan, bunların 21. yüzyılda bile yeterli olacağını düşünen, yaptıklarıyla yetinen eczacılar, klinik eczacılık arayışına girmeyeceklerdir. Öte yandan, toplumsal talebin nabzını doğru tutan, eczacılık eğitim ve mevzuatındaki eksiklikleri gereğince kavrayabilen, mesleki rolünü pekiştirmek isteyenler için en verimli seçenek klinik eczacılık olacaktır.

Klinik eczacılık, sorumluluğun ilaç hastaya verilince sona ermesi demek değildir. Aksine mesleki yükümlülüklerin ilaç hastaya uygulandıktan sonra daha da yoğunlaşması anlamına gelmektedir: Terapötik izleme (biyoyararlanım/farmakokinetik profil) gibi, istenmeyen etkilerin gözlenmesi gibi, yarar/risk oranının irdelenmesi gibi, tedavinin maliyet-etkinliğinin değerlendirilmesi gibi...

"Klinik" sözcüğü, kavramın yataklı tedavi kurumlarına özgü olduğu yolunda yanlış bir kaniye neden olmaktadır. Oysa, klinik eczacılık, bir uygulama alanı değil, mesleğin felsefesindeki değişimi ifade etmektedir. Diğer bir anlatımla, yataklı tedavi kurumu

* Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Bilim Dalı

FARMAKON

FILE



Onu alma, şunu al. O iyi, öteki daha iyi. Hepsi çok iyi ama birisi en iyi. Hangisi iyi ... yoksa hepsi mi?

İyi ama, iyi olan ne? Bilgisayar markaları ve modelleri mi? Yazıcılar, şeritler, programlar, diskler, disketler ve bunları satanlar, fiyatlar, görünüşler, firmalar ve onların servis üstünlükleri mi? Yoksa bütün bunlar için "hepsinde en iyisi"ni vaadedenler de mi var?

Sayın Eczacılar; bir bilgisayar sistemi ve bir paket program alma hazırlığı içinde olduğunuz herkesçe (satıcılarca) biliniyor... ve ateş hattındasınız. (Bunu da biz biliyoruz.) Karar verme sürecinizin hızlandırılması ve kararınızın yönü çok önemli. (Bizim için de... ama farklı bir yaklaşımla.) Türkiye genelinde, bütün sektörlerde talep sahipleri donanım satıcılarının ateş hattındadır... hedeftedir. (Bir yanlışlık ve bir yangın bu. Talep sahibinin lojistik desteği artırılmadıkça sürececek bir yangın. Önce cihaz satın alma yangını.) Eczacılıktaki mesleki işleyiş sistemi ve tutmak zorunda olduğunuz kayıtların alfabetik olarak besini öğretilen bazı satıcılar, satışla ilgili rını arttırmak üzere, birtakım yazılımları cihazlarına yükleyerek savaşa öyle katılıyorlar. Temel ilke; satış ve satış eşittir zafer. Sonra... sonrası tufan. Madem ki "eczacı"sınız,

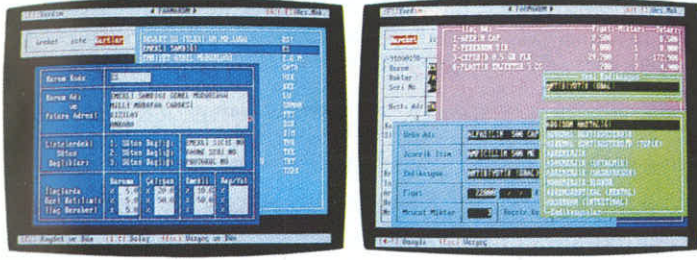
madem ki bilgisayar kullanma gereksinmeniz gün geçtikçe artıyor... ateş hattındasınız. Bilgilerinizi satacak bir cihaz... hangi model, hangi marka bilinmez ama... bir bilgisayar mutlaka alacaksınız.

Madem ki Eczacısınız, ateş hattındasınız!



Elbette... birçok eczane sahibi gibi, siz de bilgisayar kullanıyor olmalısınız. 2000 yılına beş kala, hâlâ kayıtlarınızı elle tutuyor, reçete arkası hesaplarını yaparken dar zamanlarda hata yapıyor, kurumlara kestiğiniz faturaların listesini yaparken müthiş zaman kaybediyor ve stoklarınızı tek tek sayarak denetliyor olmamalısınız. Birçok

uygulamasında kesinlikle farklı bir yapıya sahiptir. Farmakom'un farklı yapısını oluşturan birinci öge; bugüne kadar tasarlanmış en çözümcül ve kullanımı en kolay eczane yazılımı "FEP" i üretmiş olmasıdır. İkinci öge; Farmakom ile lisans sözleşmesi yaparak bilgisayarlarında "FEP" kullanan eczacıla-

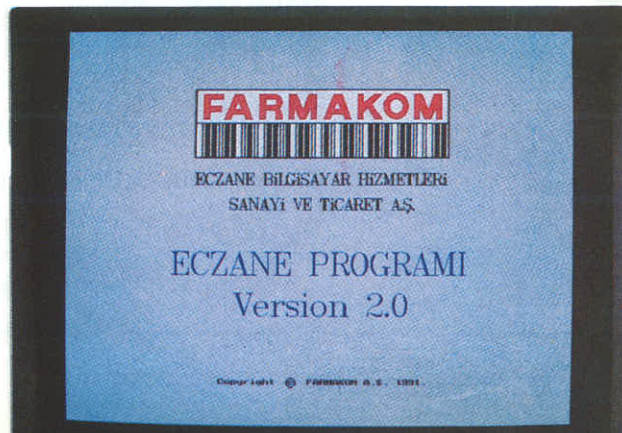


şey, hatta yaşam biçimleri bile hızla değişirken, siz gelişmelerin dışında kalmazsınız. Eğitimli personel bulamama dahil, birçok mesleki işletim sorununa bilgisayar kullanarak çözüm bulunmuşken... siz de eczanenizde bu kolaylıkları yaşamalısınız. Saçınızın bir tek teli bile, bizim için önemlidir. Siz; başka eczacılar gibi, bilgisayarla birlikte rahata kavuşacağım derken, kötü tasarlanmış, eksik ve yetersiz programların yarattığı kördüğümü çözmeye çalışıp, daha çok sorunlara gömülmemelisiniz.

Madem ki "eczacı"sınız "Farmakom Ailesi"ne katılmalısınız. Farmakom, eczacılığın içinden gelen ve uygulamaların içinde yetişmiş insanların kurduğu, "çözüm getiren yazılımlar" üreten bir anonim şirkettir. Yalnız yazılım üretir, bilgisayar satmaz. Farmakom, diğer yazılım üreticileri ile talebe yönelik bazırda benzeşmesine karşın, hizmet anlayışı ve



rımızla oluşan "Farmakom Ailesi"dir. Programlar ve bilgisayarlar birer araçtır. Tekerlekten bu yana bütün araçlar, insanların yaşamını kolaylaştırmak için üretilmişlerdir. Araçları, üretenerle, kullananlar arasındaki ilişki çok yanlı ve hep önemli olmuştur. Yazılım üreticisi ile kullanıcı arasındaki ilişki de, çok yanlı, önemli ve sürekli olmalıdır. Bu süreklilik bir taraftan da, yazılımın geleceğe yönelik esnekliğini ve çözümcülüğünü belirleyen unsurdur. "Farmakom Ailesi", eczacılarımızın tek tek ve bütün sorunlarının paylaşılarak çözüldüğü, gittikçe güçlenen bir yapıdır. Gelecekte "FEP"i kullanan eczacılarımızla "Farmakom Ailesi"ni geliştirip daha da güçlü kılmak ilişkimizdeki sağlamlığın ve sürekliliğin simgesi olacaktır.



Madem ki Eczacısınız. Mâaile Farmakom!



Bu broşürümüzü tasarlarken, "FEP" i size teknik ve işlevsel detaylarda anlatmak yerine, "Farmakom Ailesi" kavramı ile simgeleştirdiğimiz hizmet esaslarını iletmeyi yeğ tuttuk. Onca detay içeren bir paket programı, bu broşürde enine boyuna

anlatmak mümkün değildi. Bir yazılım elbette bahsedilen bütün sorunları çözmüş olmalıdır. Biraz zaman

ayrımali ve "FEP" i yakından incelemelisiniz. Bu sizin için "Farmakom Ailesi"ne katılmakta itici güç, bizim için satıştaki en güçlü silah olacak. Belirli sorunlar kümesi içinde hergün uğraşmak zorunda olan eczacımıza, o sorunların artık yok olduğunu bizzat göstermek kadar etkili bir başka satış yöntemi olduğuna inanmıyoruz. Broşür size sadece "Farmakom Ailesi"ni ve "FEP" in aradığınızı da aşan çözüm olduğunu haber vermek için hazırlandı.

Madem ki "eczacı"sınız, lütfen artık ateş hattından çıkın. Bilgisayara geçmeden önce, bu broşürümüz ekinde sunduğumuz "Farmakom Ailesi" üyelerini bir gözden geçirin. Belki birilerine ak raba çıkacaksınız. Onlarla "FEP" ve "Farmakom Ailesi" üstüne konuşun. Farmakom'a gelmeye karar verdiğinizde, büyük bir ihtimalle "Farmakom Ailesi"ne katılmaya da karar vermiş olacaksınız. Bilgisayar olarak, nasılsa bir marka ve bir model

seçeceksiniz. Dilerseniz, seçmeyi düşündüğünüz bilgisayarın marka ve modelini de "Farmakom Ailesi"



8 691234 567890 >

çinde inceleyip tartışabiliriz. "FEP" gibi iyi bir seçim yapmalısınız... bizim için önemli olan sadece bu. Çünkü Farmakom mâaile çözüm üretir.

FARMAKOM

ECZANE BILGISAYAR HİZMETLERİ SANAYİ VE TİCARET A.Ş.

Mesnevi Sokak 24/2 06690 Kavaklıdere / ANKARA
Telefon: (4) 440 60 00 (PBX) • Telefaks: (4) 440 60 40

Feneryolu, Ahmet Mithat Efendi Caddesi 1/9

81030 Fenerbahçe / İSTANBUL

Telefon: (1) 348 86 40 (PBX) • Telefaks: (1) 348 86 42

eczacılığı ile serbest eczacılığın ortay paydasıdır klinik eczacılık. Hastaya akılcı ilaç kullanımı konusunda yol göstermesi, gerek hastaya gerek diğer sağlık elemanlarına istenmeyen ilaç etkisi, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç-laboratuvar etkileşmesi, farmakokinetik ve farmakoeconomik bilgi sunması hem serbest eczacı hem de hastane eczacısının kendini ortaya koyabilmesine olanak sağlamaktadır. Öte yandan hastanedeki klinik eczacılık çalışmaları bunlarla sınırlı kalmayıp hastanın ilaç hikayesinin alınması, ilaç-tedavi profilinin çıkarılması ve hastada istenmeyen ilaç etkilerinin izlenmesini ve hemşire istasyonlarının kontrolünü kapsamaktadır.

Klasik eczacılık mesleği, geleneksel kimya- biyoloji-fizik temeline oturmakla klinik eczacılığın gereklerini yerine getirebilecek bir kavram olmaktan uzaktır. Mesleğimiz sosyal-davranışsal-ekonomik kavramlarla zenginleştirilmedikçe, klinik eczacılık hedefi uzaklarda kalmaya mahkumdur. Peki, bu durumda kaybeden kim olacaktır? Klinik eczacılık hizmetlerinden yararlanamayan toplum mu? Bir ölçüde, evet. Ancak, unutmayalım ki, anılan hizmetleri eczacılık mesleği vermeyecek olursa, bu boşluğu dolduracak bir başka meslek ya da meslekler grubu çıkacaktır. Ne var ki, eczacılık mesleğinin kaybı-büyük olasılıkla geri dönüşsüz olacaktır. Bu da toplumsal işlevinin giderek sıfırlanmasıdır.

Hiç kuşkunuz olmasın ki, bilgi çağı olan günümüzde mesleklerin yaşama şansı, beceri yoğun uygulamadan bilgi yoğun uygulamaya geçebilmeleri

ile çok yakından ilgilidir. Bir başka deyişle, artık eczacılık mesleğinin görev tanımında ve performans ölçümündeki "mihenk taşı" klinik eczacılıktır. Bilgi çağı toplumunun gerek toplum ölçeğinde, gerekse bireysel boyuttaki sağlık taleplerine yanıt veremeyecek olan alışagelmış eczacılığa karşı, bu mihenk taşı acımasızdır.

Birçok canlı türünün, doğal koşullara ayak uyduramamış olduğundan tarihe karıştığını biliyoruz. Benzer biçimde, çeşitli mesleklerin değişen toplumsal koşullara uyum sağlayamamaktan dolayı yok oldukları da bir gerçektir. Eczacılığın da bu talihsiz meslekler arasında yer almasını istemiyorsak, eczacılık hizmetlerini "klinik perspektif"ten sunabilmesinin alt yapısını hazırlamakla yükümlüyüz! Bizler kamu eczacısından serbest eczacısına, akademisyeninden yöneticisine kadar hepimiz bu yükümlülüğün bilincine varmalı ve eyleme geçmeliyiz. Yoksa Doğa Tarihi müzesinde mamut iskeleti izler gibi, Meslekler Tarihi müzesinde eczane izlemek zorunda kalabiliriz.

Klinik eczacılık kolay bir iş değildir. Ancak, en uzun yolların aşılabilmesi için bir ilk adımın atılması gerekir. 1. Kamu Eczacıları Kurultayı'nın uzun klinik eczacılık yolunda atılan ilk adımlardan biri olması dileğiyle...

* I. Kamu Eczacıları Ankara Kurultayı (21-22 Mart 1992) Tebliği.

Avrupa'da Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçerisinde Eczacının Rolü ve İşlevi - II*

3. İLAÇLARIN ELE ALINMASI

Günümüzdeki bakış açısına göre, ilaçların üretimi, kullanıma sunulması, dağıtımı ve akılcı kullanımlarının sağlanması, eczacının toplumdaki başlıca sorumluluklarıdır. Bundan yola çıkarak, farmasötik işlevleri dört gruba ayırabiliriz:

* İlaçların istihali, depolanması ve dağıtımı ile ilgili işlevler

* İlaçların terkihi, üretimi, kalitenin sağlanması ve kullanıma sunulması ile ilgili işlevler

* İlaçların akılcı kullanımı ile ilgili işlevler

* Sağlıklı yaşam tarzları yaratmak gibi konuları da içeren, genel olarak sağlık bakımı ile ilgili işlevler.

Eczacının diğer sorumlulukları, normal olarak özel ya da hastane eczanelerinden geçen ilaç benzeri ürünlerin istihali depolanması ve kullanıma sunulması süreçlerindeki rollerine göre belirlenir. Bu ilaç benzeri ürünler şunlardır:

- diagnostik ürünler ve tıbbi aletler

- metabolik bozukluklarda kullanılan özel yiyecekler

- yara bakımı, kolostomi bakımı ve idrar tutamada kullanılan sargı ve aygıtlar.

3. 1. İSTİHSAL

Tablo 1'de de görülebileceği gibi, satış için ruhsat alan tıbbi ilaç sayısı bir Avrupa ülkesinden diğerine önemli farklılıklar göstermektedir. Bu kısmen, yasalarda, ekonomik politikalarda ve ilaç ruhsatlandırma yönetmeliklerindeki farklı yaklaşımlardan kaynaklanmaktadır. Ticari adlar, mamüller ve dozaj formlarının sayısına bakıldığında, bu farklılık çok daha net biçimde ortaya çıkar; çünkü birçok ülkede

büyük sayıda ilaç iki ya da daha fazla etken maddenin kombinasyonundan oluşmaktadır. Bunun yanısıra, mevcut bulunan farmakolojik olarak etken maddelerin sayısı da değişiklik göstermektedir. Satış için ruhsat alan ilaç sayısında ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmasının bir diğer nedeni de, "ilaç" tanımındaki farklılıklardır; çok geniş kapsamlı, içerikli bir ürün, bir başka ülkede yalnızca "sağlık destekleyicisi" ya da "kısmen ilaç" olarak değerlendirilebilmektedir; bitkisel ilaçlar buna güzel bir örnek oluşturmaktadır.

Ancak her ülkede, ilaçların ve bunlarla akraba ürünlerin sayısı o denli geniştir ki, hiçbir eczanenin tüm farmasötik ürünleri stoklarında bulundurmasına olanak yoktur. Bu nedenle, bu aşamada en çok ihtiyaç duyulan nokta, ilaçların depolanmasıdır. Doğal olarak buradaki amaç, reçeteli ya da reçetesiz (OTC), talep edilen tüm ilaçları anında sunabilmektir. Bu noktada, mümkün olan en iyi hizmeti sunabilmek için farklı sistemler geliştirilmiştir. İsveç'de, ulaşılan hizmet standardı, her altı ayda bir örnek olarak alınan eczanelerde ölçülür. Ortalama hizmet düzeyi % 97 olarak saptanmıştır; yani her 100 vakanın 97'sinde eczane istenen ilacı anında sunmuştur. Geri kalan ilaçların da çoğunlukla depoya sipariş edildiği ve eczaneye ulaşmak üzere olduğu saptanmıştır.

İyi geliştirilmiş bir stok kontrol tekniği kullanmanın yanı sıra; bugün birçok ülkede bilgisayar desteğini kullanan eczacılar, bölgelerindeki doktorlar ile işbirliğine girerek, bölgenin ihtiyacını belirleme ve dolayısı ile de, sundukları hizmeti en üst düzeye çıkarma yoluna gitmektedirler.

3. 2. DEPOLAMA

Bugün kullanılan birçok ilaç, üreticiden hastaya uzanan zincirin her bir halkasında uygun depolama koşullarının var olmasını kesinlikle zorunlu kılmaktadır.

* Report on The Role and Function of Pharmacists in Health Care Systems in Europe-Adlı Rapordan özet- WHO- Geneva 1990

Genel olarak, Avrupa ülkelerindeki eczanelerin, ilaçları uygun biçimde depolayabilecek nitelikte koşullara sahip oldukları söylenebilir. Hem özel hem de hastane eczanelerinde, sıcaklık ve nem oranlarının kontrol edilebildiği, ilaçların stabilitelerine uygun koşullarda depolanabildiği alanlar vardır. Bunun yanı sıra, eczanelerdeki ilaç ürünlerinin son kullanım tarihlerinin denetlendiği rutin kontrol programları da oluşturulmuştur.

Örneğin Federal Almanya'da, WHO'nun endüstriyel üretim için İyi Üretim Uygulamaları kurallarının uygulanmasının yanı sıra, eczacıların stoklarındaki ilaçların kalitelerini rutin olarak kontrol etmeleri zorunlu kılınmıştır. Yakın zaman önce yapılan bir inceleme, bildirilen 3537 defektin % 63.9'unun farmasötik kalitedeki kusurlardan, %17'sinin ambalaj hatalarından ve % 6.6'sının etiketleme hatalarından oluştuğunu göstermiştir. Benzer bir örnek olarak İrlanda'yı ele alacak olursak; bu ülkedeki eczacılar, saptadıkları ya da kuşkulandıkları farmasötik kusurları ilgili yetkililere bildirmek zorundadırlar.

İlaçların depolanmasında, yetkisi olmayan kişilerin ilaçların bulunduğu bölgeye girmelerini önlemek, tüm ilaçların güvenli koşullar altında olmalarını sağlamak çok önemlidir; örneğin yanıcı ya da zehirli maddelerin koruma altında olmalarını sağlamak, narkotik ilaçların güvenliği için önlem almak gibi. Bu açıardan bakıldığında, Avrupa'daki eczacılık uygulamasının iyi gelişmiş olduğunu söyleyebiliriz.

3.3. DAĞITIM

Hastalar ve kuşkusuz tüm halk, kendilerine reçete edilen ilaçları ya da kendi kendine ilaç tedavisi için istedikleri ilaçları anında edinebileceklerini bilmelidirler. Eczanede anında yapılan ilkel üretimden endüstriyel üretime geçiş, yetkin bir dağıtım ağını gerektirir.

Nadiren olsa, stokta bulunanların dışındaki ilaçlar da talep edilmektedir; bu nedenle, depodan eczaneye dağıtım sisteminin etkili biçimde işlemesi önemlidir. Sipariş edilen bir ilaç, genellikle bir ya da iki gün içinde ve büyük çoğunlukla da aynı gün eczanede mevcut bulunacaktır.

3.3.1 ULAŞILABİLİRLİK

Avrupa ülkeleri bir eczaneler ağı ile kaplanmıştır. Ancak, Tablo 2'de görülebileceği gibi, ülkeler arasında bu noktada büyük farklılıklar söz konusudur. Eczane başına düşen nüfus sayısı 2000 ile

16.000 arasında değişmektedir. Nüfus yoğunluğundaki sarpmalar ve eczanelerin dağılım biçimleri göz önüne alınmadığı için, bu rakamlar tabloyu tam anlamıyla yansıtamamaktadır.

Genel olarak, kolaylıkla tahmin edilebileceği gibi, yoğun yerleşim bölgelerinde eczane başına düşen nüfus, kırsal bölgelerdekinden azdır. Eczane açmak için ruhsat almak zorunluluğu olan ülkeler ile, bu türden bir zorunluluk olmayan ülkeler arasında da farklılıklar vardır. Ruhsat zorunluluğu olmayan ülkelerde eczane başına düşen nüfus sayısı, ruhsat zorunluluğu olan ülkelere (örn. İskandinav ülkeleri) daha düşüktür, çünkü var olan eczaneler arasındaki mesafe ve eczane başına düşen nüfus oranı gibi kriterler söz konusudur.

Tüm ülkelerde, eczanenin yöneticisinin eczacı olma zorunluluğu vardır. Eczane açmak için, eczane yöneticisi, bina ve ekipmanın niteliğinin uygun olması gibi kriterlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Tüm ülkedeki eczanelerin dağılımının yeterli olmasını sağlamak için, daha ileri düzeyde düzenlemeler yapılmaktadır.

Eczanelerin çalışma saatleri ve eczaneler kapalı olduğunda hizmetlerin devam etmesini sağlamak için yapılan düzenlemeler de hastaların ihtiyaçlarını karşılamada büyük önem taşımaktadır. Bu kural olarak, eczaneler çalışma saatleri içinde açıktır. Buna ek olarak, tüm Avrupa ülkelerinde, şu ya da bu formda, 24 saat boyunca eczane hizmetinin sürdüğü bir sistem vardır.

Ancak, bazı ülkelerde, ilaçlara ulaşmak için yalnızca yerel eczaneye bağımlı kalmak gerekmektedir. İlaçlara ulaşılabilirlik konusunda üç değişik model söz konusu olabilmektedir. **Birinci model**, ilaç satışını tam bir tekel oluşturduğu ülkeler için geçerlidir; yani yerel bir eczane yoksa, o yörede ilaçlara ulaşmak da söz konusu değildir. **İkinci model**, dağınık yerleşimli bölgelerde, ilaç dağıtımının, eczaneler tarafından denetlenen satış noktalarından yapıldığı ülkelerde uygulanmaktadır; İskandinav ülkeleri, Portekiz ve Romanya'da uygulanan sistemi bu modele örnek verebiliriz. **Üçüncü modeli**, kullanan ülkelerde ise, eczanelerin dışında, belirli bazı doktorlar reçete ettikleri ilaçları satabilmektedirler. Örneğin, Bulgaristan, Hollanda, İngiltere ve Yunanistan'da uygulanan sistem budur. Ayrıca, İngiltere, Hollanda ve Federal Almanya gibi ülkelerde, kendi kendine ilaç tedavisi için kullanılan belirli bir takım

ilaçlar dükkan ve marketlerde satılabilmektedir.

Danimarka'ya bağlı olan Grönland Adası, hiçbir özel eczaneye sahip olmaması ile bir istisna oluşturmaktadır. Reçeteli ilaçlar yalnızca hastaneler tarafından reçete edilmekte ve dağıtılmaktadır. Belirli ir takım dükkan ve marketlerde sınırlı sayıda OTC ilaçlarını bulmak da mümkün olabilmektedir.

3.3.2. DAĞITIMDA GÜVENİRLİK

İlaç dağıtımı için optimal sistem, yalnızca arzi garanti etmekle kalmamalıdır; bunun yanısıra, dağıtım mantıklı bir maliyet ile sağlamalı, güvenilirlik ve hasta uyumu gibi unsurları da hesaba katmalıdır.

Uzun bir süre, eczacılar ve diğer hastane görevlileri, hastane koşullarında ilaçların nasıl ele alınması gerektiğine yönelik tavsiye ve talimatlar sağlamak için birlikte çalışmışlardır. Bu tavsiye ve talimatlar, farklı kategorilerdeki sağlık bakım personelinin eğitimi için değerli eğitim materyelini oluşturmaktadır. Bazı ülkelerde bu danışmanlık hizmeti yasayla düzenlenmektedir ve sistemin çalışması eczacı tarafından denetlenmekte ve rapor edilmektedir. İzlenen rutin kontroller, poliklinik hastaları için uygulananlar ile aynı hedefi taşır; yani, doğru hastaya doğru ilaç, doğru dozda ve doğru zamanda verilmelidir.

Hastanede ilaçların güvenli biçimde ele alınmasını sağlamak kuşkusuz genel olarak eczacının sorumluluğu altında olmalıdır; ancak, diğer bireylerinde bu süreç içinde spesifik rolleri olabilir. Bu sürecin her bir unsuru için saptanması gereken en önemli ilkeler şunlardır; sorumlu kim, ne tür kayıtların tutulması gerekiyor ve uzlaşılması gereken noktalar nelerdir?

Hem hastane uygulamasında hem de özel uygulamada, ilaç kullanımına yönelik talimatların iletilmediği bir araç olarak reçetenin işlevi, çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Örneğin Norveç'te, hastanede yatan hastalar için reçete yazma prosedürlerini incelemek amacıyla yapılan bir dizi çalışma, emredilen rutin işlemler ile gerçekte uygulananlar arasında büyük farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Reçete yazma prosedürleri, hastaneden hastaneye ve hatta bir hastane içindeki koşullar arasında farklılıklar gösteriyordu; bazı vakalarda talimatlar sözlü olarak verilirken, diğer bazılarında yazılı olarak verilmekteydi ve bazen hem yazılı hem de sözlü talimatların

verildiği de görülüyordu. Bunun yanısıra, reçeteler sıklıkla bir yerden diğerine aktarılmaktaydı. Dolayısı ile, ilaçların dağıtımı çoğunlukla birkaç aşamadan geçerek aktarılan bilgilere dayanıyordu. Norveç'deki hasta bakımevlerinde, yazılı reçeteler yalnızca birkaç kurumda kullanılmaktaydı ve reçete doldurulmadan önce, iki ya da daha fazla aşamadan geçiyordu. Danışman eczacı ile işbirliği içinde, bu rutin işlemler kontrol edilerek tamamlanıyordu. Bir yıl sonra yapılan bir takip çalışmasında, birçok hasta bakımevinin yazılı reçetelere geçtiği saptandı. Dağıtım ve uygulamada kabul edilemez hata düzeyini en aza indirmek amacıyla, 1960'ların sonlarında İngiltere'de tam bir koğuş eczacılığı kavramı geliştirildi; günümüzde bu kavram artık, İngiliz hastane eczacılığındaki klinik eczacılık servisinin normal bir unsurudur. Bunun yanısıra, "İlaçların Güvenli Kullanımı İçin Uyulması Gereken Kuralları" konulu kapsamlı bir rapor, yakın zaman önce tüm İngiltere'ye dağıtıldı. Reçete yazma prosedürlerinin hassaslıkla incelenip, ilaç kullanımında daha iyi verim almak için yeniden dizayn edildiği diğer ülkelerde de benzer deneyimler yaşanmıştır.

Basılı ve bilgisayar destekli reçete formlarının kullanıma sokulduğu bir dizi proje ile, eczacılar ve hemşirelerin daha açık ve ayrıntılı kullanım talimatları verebilmelerini sağlama ve faturalama aşamasında yöneticilere gerekli verileri sunma yolunda önemli adımlar atılmıştır. Bilgisayar kullanımı ile, kayıtların anında ya da geriye dönük olarak denetlenmesi artık mümkün olmuştur.

3.3.3. YENİ DAĞITIM SİSTEMLERİ

Son on ayda yirmi yıl boyunca, temel olarak ilaçların hastaneler içindeki dağıtımı ile ilgili olarak, güvenilirlik ve hasta uyumuna bağlı sorunları azaltmak amacıyla, alternatif dağıtım sistemleri denenmiştir. Örneğin, birçok Avrupa ülkesindeki hastaneler günümüzde giderek artan biçimde, ünite-doz dağıtım sistemini birbirinden az ya da çok uygulamaktadırlar. Bir ünite-doz sisteminde, mevcut bilgisayar tekniklerini kullanarak, verilen ilaç ve hasta hakkındaki bilgilerin yardımıyla her bir dozu hiç de muğlak olmayan bir biçimde belirlemek bile mümkündür. Bu türden sofistike bir dağıtım sisteminin gerçek anlamda kullanım kapsamı ülkeden ülkeye ve hatta bir ülke içindeki hastaneden hastaneye değişmektedir.

Hollanda'da Nijmegen'de kullanılmakta olan ilginç bir rutin programda, her bir koğuş, kendine ait bir koğuş stoğuna sahiptir. Bu koğuş stoğu, her biri yaklaşık 200 yatağa hizmet veren ve merkezi olmayan bir tarzda çalışan eczane teknisyenleri tarafından tutulur. Bu eczane koğuş teknisyenlerinin başlıca sorumlulukları şunlardır:

- koğuş ilaç envanterinin tutulması
- acil setlerinin bakımı ve korunması
- hemşire ilaç verme tepsilerine (ya da servis arabalarına) ilaçların dağıtımını
- karar verilen rutinlerden sapma olup olmadığını izlenmesi
- hemşirelere pratik bilgilerin sunulması
- koğuştaki görülen ilaç bağlantılı sorunlardan eczacıların haberdar edilmesi
- hemşirelere pratik eczacılığın öğretilmesi

Benzer gelişmeler, toplumdaki hastalar için de tanımlanmıştır. Kuşkusuz bu çok önemlidir, çünkü ilaçların büyük bölümü bu hastalar tarafından kullanılmaktadır ve hasta uyumu ile ilgili en büyük sorunlar asıl burada yaşanmaktadır.

İsveç, poliklinik hastaları için yeni bir dağıtım sistemi ile ilgili kapsamlı testlerin yürütülmekte olduğu örnek ülkelerden biridir. Poliklinik hastaları için kullanılacak olan tüm ilaçlar eczanede tek dozluk konteynerler içinde paketlenir ve bir haftalık ilacı içeren ayrı bir tepsi içinde gruplanır. Bu tepsinin üzerinde ayrıca, hastanın adı, doğum tarihi, her bir dozun alınması gereken günler ve süreler ve yer alan ilaçların miktarları ile ilgili bilgiler yer alır.

Yakın zamana değin, ciddi şekilde hasta olan kişilerin hastanede tedavi görmeleri gerektiği düşünülmekte ve bu normal kabul edilmekteydi. Ancak bugün durum farklıdır. Total parenteral ya da enteral yoldan beslenen hastaların evde tedavi görmeleri artık sık rastlanan bir durumdur; benzer biçimde, transplantasyon programları ile ya da sitotoksik terapi ile bağlantılı olarak tedavi gören hastalar için de aynı şey geçerlidir. Evde sağlık bakımında yaşanan bu gelişmeler hem hastane eczacılarına hem de özel

eczane eczacılarına yeni görevler yüklemiştir.

3.4. TERKİP ÜRETİM VE KALİTE GÜVENLİĞİ

Daha önceki bölümlerde tartışıldığı gibi, bugün eczanelerden ilaç sunumu denilince, çok büyük oranda, başka bir yerde üretilmiş ilaçların hastalara sunulması akla gelmektedir. Genel olarak bugün, birden fazla hastanın ihtiyaç duyabileceği ve toplu dağıtım için yeterince stabil olan tüm ilaçlar, endüstri tarafından nihai farmasötik formu içinde üretilmektedir. Ancak, doktorun uygun bir dozaj formuna ya da uygun güçte bir ürüne ulaşımının kolay olmadığı ya da nadiren de olsa, bir maddenin ruhsatlı bir tıbbi ürün olmadığı durumlar da söz konusudur.

Bu türden ihtiyaçları karşılamak için, doğaçlama olarak hazırlanan preparasyonlar, pediatri, dermatoloji ve oftalmoloji'de günümüzde hâlâ nispeten sıklıkla kullanılmaktadır; bu yaklaşıma hastane eczanelerinde daha sık rastlanır. Radyofarmasötik preparasyonlar, doğaçlama üretimin anlamlı bir yer kapladığı, nispeten yeni bir alandır.

Doğaçlama preparasyonları standardize etmek için ülkenin eczacılık sistemi içinde, bu alanda uzman kişilerle (örneğin eczacılık fakültesinden uzmanlarla) yakın bir işbirliğine girerek derlenmiş bir kodeks oluşturulması sık rastlanılan bir durumdur. Bugün, mamüllerin seri üretimi için kabul edilmiş olan standartlara gerçekten ulaşılması isteniyorsa, doğaçlama preparasyonların kalitesini sağlamak için yapılması gereken çok şey vardır. Günümüzdeki hedeflerden biri, ortak "Avrupa İyi Üretim Uygulamaları" (European Good Manufacturing Practice- GMP) kurallarını uygulamaktır. Bunun bir sonucu olarak, birçok Avrupa ülkesinde, GMP kurallarına uygun yazılı üretim talimatları yürürlüğe konmuştur; buna paralel olarak, bu türden ilaçları hazırlayan personel ve bunların hazırlandığı tesis ve koşullar için de uyulması gereken standartlar saptanmıştır. Bu GMP kuralları, içerik olarak tümüyle özdeş olmamakla birlikte, eczanede üretim için, endüstri için uygulanan standartlara benzer standartları zorunlu kılmaktadır. Kalite güvenliğine daha büyük hassaslıkla yaklaşılmaktadır; preparasyon sürecinin genel olarak denetlenmesinin yanı sıra, hammaddelerin, paketleme materyalinin,

tesislerin, personelin, üretim ortamınınve son ürünün kontrolü de, özellikle üstünde durulan noktalaradır.

Bu standart ve kuralların yürürlüğe konulmasının bir sonucu olarak, eczanelerde yapılan steril ürünlerin üretiminde dikkate değer bir düşüş gözlenmiştir. Örneğin, Danimarka'da, daha önce çoğu eczane enjeksiyon sıvılarının hazırlanmasında yer alırken, bugün bu iş yalnızca birkaç eczanede yoğunlaşmıştır. Avrupa'daki eczanelerde yapılan üretimin kapsamı çok değişkenlik göstermektedir. Bazı ülkelerde, belirli birtakım ilaç ürünlerinin üretimi toplam reçeteli ilaç ihtiyacının %10-20'sini karşılayacak denli, nispeten büyük kapsamda üretilmektedir. Buna karşılık diğer bazı ülkelerdeki eczaneler, yalnızca %3-5 gibi çok küçük oranlarda üretim yapmaktadırlar. Bazı ülkelerde ise, bu türden bir üretim çok az sayıda eczane ya da merkezi ünitelerde yoğunlaşmıştır.

Hastanede yatan hasta bakımı için, temel olarak, düşük stabilite düzeyine sahip ilaçlarla (örneğin, parenteral kanser tedavisi ve parenteral ağrı gidermede kullanılan bazı preparatlar) parenteral tedavinin geliştirilmesinden dolayı, koşullar biraz daha farklıdır. Birçok hastane eczanesinde, hem yatan hastaların hem de hastaneden ayrılan hastaların parenteral beslenme solüsyonu ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, aseptik terkip üniteleri kurulmuştur. Bazı ülkelerde, eczacılar yalnızca beslenme solüsyonunun terkip edilmesinden değil, beslenme terapisinin izlenmesinden de sorumludurlar.

Avrupa'nın her yöresindeki birçok eczaneden örnekler verilebilir. Söz konusu olan bu ülkelerde, özel bir eğitimden geçmiş eczacılar IPB (total parente-

ral beslenme) solüsyonlarının üretiminde kısmen yer almanın yanı sıra, tedavinin izlenmesinde ve hastaların evlerinde bu preparasyonları kullanabilmeleri için eğitilmesinde de yer alırlar.

Bu işlerin bir bölümü, özellikle de sitotoksik ajanlarla ilgili olanlar, eğer bunların işlenmesi ile ilgili rutin kurallara sıkı sıkıya uyulmazsa risklidir; bu maddelerin özellikle onlarla temas halinde bulunanlar için toksik, kanserojen ve teratolojik risklerine en üst düzeyde dikkat çekilmiştir. Kanser hastalığının tedavisi için daha etkili sitotoksik tedavinin geliştirilmesi ile birlikte, kullanılan bu türden ajanların sayısı ve uygulanma sıklıkları artmış ve bunun sonucu olarak da, bu türden ilaçların hazırlanması için, hastanelerde daha fazla sayıda personele ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenlerden dolayı, hastanelerde intravenöz sitotoksik ajanların hazırlanması için özel servis departmanları kurularak, bu süreç içinde yer alan personelin karşı karşıya bulunduğu tehlikeler en alt düzeye indirilmeye çalışılmıştır. Bu solüsyonların güvenli bir biçimde hazırlanması, bu ünitelerde koruyucu ve özel ekipmanın kullanılması ile sağlanabilmektedir.

Eczacığa dayanan bu intravenöz sitotoksik ajanları hazırlama servislerine karşı yaklaşımların araştırıldığı çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, bu yenilik yalnızca daha güvenli olmasından dolayı değil, kalite ve hassaslığın artması, iş verimliğinin artması, dolayısı ile de maliyetin düşmesi açılarından da çok değerli bulunmuştur.■

DPT Sağlık Master Plan Etüdü (II)

İlaç Sanayii Sektörü

8.3.3.5. İlaç Endüstrisinin Denetimi ve İlaç Endüstrisinde Kontrol

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ilaca ve üretim yerine ruhsat vermekten başlayarak ilacın satışına değin ilaç endüstrisini denetlemekle sorumludur. Bu işler Bakanlığın konu ile ilgili eğitim görmüş müfettişleri ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Kontrol Şubesi uzmanları tarafından yürütülür. Bakanlık ayrıca belli bir programa göre üretim yerlerinde veya piyasadan alınan müstahzar örneklerinin RSMH İlaç Kontrol Şubesi'nde gerekli analizlerini yaptırarak denetimi gerçekleştirir. Her üretici kuruluşun, GMP kuralları çerçevesinde hammaddeden bitmiş ürüne kadar her aşamayı kapsayan, üretim süresince kesintisiz tekrarlanan, üretim bittikten sonrada ilacın pazara verilip verilmeyeceğini belirleyen bir otokontrol sistemi vardır. Kuruluşlar bu sistemlerin uygulanmasından Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlı Kontrol Programları ve Takibat Şubesi, piyasadaki her ilacın yılda en az iki kez standartlara uygunluğunu inceler. Bu denetim mekanizması ithal edilen ilaçlar için de geçerlidir.

8.3.3.6. Fiyatlandırma

Yürürlükte olan fiyatlandırma sistemi üretimde kullanılan hammadde ve ambalaj malzemeleri üzerine belirli bir yüzde olarak işçilik ve işletme giderleri ile indirekt kâr, kâr, depocu kârı ve eczacı kârının eklenmesini kabul ettiğinden pahalı hammadde ve ambalaj kullanımını özendirilmektedir. Pahalı madde kullanıma bağlı olarak ilaç fiyatlarının yükselmesine neden olmaktadır. Bu özellikle hammadde üretiminin tekel durumunda olduğu dozaj şekillerinde karışımıza çıkmaktadır.

Tablo 8.12. Türkiye'de İlaç Üretim Maliyetinin Dağılımı

Maliyetlerin Dağılımı	%
Etken ve yardımcı maddeler	47.3
Ambalaj Malzemeleri	9.3
İşletme giderleri	5.2
Direkt işçilik giderleri	6.8
İdari giderler	5.3
Satış ve pazarlama giderleri	8.3
Reklam ve tanıtma giderleri	3.6
Finansman giderleri	13.8
	100.0

Kaynak: SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Tablo 8.13. Müstahzarın Perakende Satış Fiyatını Meydana Getiren Unsurlar

Maliyet Unsuru	Toplam Maliyet
Hammadde	7.03
İşletme Giderleri	27.50
Direkt işçilik giderleri	5.40
İdari giderler	3.03
Satış ve pazarlama	4.83
Reklam ve tanıtma giderleri	2.10
Finansman giderleri	8.11
Toplam maliyet	58.00
Üretici kârı	8.71
Üretici satış fiyatı	66.71
Depocu kârı	6.01
Depocu satış fiyatı	72.72
Eczane kârı	18.18
KDV	9.10
Perakende satış fiyatı	100.0

Kaynak: SB İlaç ve Eczacılık Ürünleri Genel Müdürlüğü

Hammaddeler üretim maliyetinin hemen hemen % 50'sini teşkil ederken perakende ilaç fiyatının ise sadece % 7'sini teşkil etmektedir. Perakende ilaç fiyatının hemen hemen yarısı üretici, depocu ve eczacının kârı ile KDV'den oluşmaktadır.

Tablo 8.14, OECD ülkelerinde araştırma yapan ilaç firmalarının maliyet dağılımını göstermektedir.

Tablo 8.14 OECD Ülkelerinde Araştırma Yapan İlaç Firmalarının Maliyet Dağılımı

	%
Üretim giderleri	40
AR-GE ve lisanslar	15
İlmi büro giderleri	11
Satış giderleri	9
Reklam giderleri	4
İdari giderler	11
Kâr	10

Kaynak: DPT Yayın No. 2078 OIK: 316, Mart 1987

Türkiye'de üretim masrafları OECD ülkelerine kıyasla yüksektir. AR-GE, pazarlama, satış, idari masraflar ise düşüktür.

Masraflar, ilaç imalinde kullanılan ilaçların büyük bir kısmı ithal olduğundan müstahzar ilaçların fiyatları ithal edilen ilaçların fiyatlarından hareketle tespit edilir. Bununla beraber şimdi müstahzar ilaç fiyatları sınav maliyet esası üzerinden yapılır.

8.3.3.7. Müstahzarların Üretimiyle İlişkili Problemler

Aşağıda müstahzarların üretimiyle ilişkili ana problemler sıralanmıştır.

1. Çoğu preparatlar yabancı firmaların lisansı ile üretilmektedir.

2. İthal edilen preparatların sayısı yüksektir.

3. Reçetesiz ilaç alımı mümkündür.

4. İlaç ambalajlamada çizgili kod sistemi bulunmamaktadır.

5. İlaç endüstrisinde çalışan personelin eğitim düzeyi yetersizdir.

6. Aynı etken maddeyi içeren ve aynı tedavi grubunda kullanılacak çok sayıda preparat üretilmektedir.

7. Firmaların kullandığı üretim ve üretim sonrası denetim mekanizmaları yetersizdir.

8. Sağlık Bakanlığı'nın denetimi yetersizdir.

9. İlaç üreticileri ekonomik olarak formülasyonlar üretememektedir.

10. Antibiyotiklerin tüketimi yüksektir (Toplam tüketimin % 19'u). Yetersiz koruyucu hekimlik ve sağlık hizmeti enfeksiyon hastalıklarını arttırmaktadır. Antibiyotiklerin tüketiminde reçetesiz ilaç satışı önemli rol oynamaktadır.

11. Viral aşılar üretilmemektedir.

12. Piyasadan çekilme ve piyasaya yeniden girişleri takip gereklidir.

13. Efervesan, çüzünür tabletler ve fermente hazır ilaçlar ithal edilmektedir.

14. 1950'den bu yana ilaç endüstrisindeki önemli gelişmelere rağmen; Teknolojik yetersizlikler bulunmaktadır. Yetersiz AR-GE çalışmaları teknolojik gelişmeyi engellemektedir. Yetersiz AR-GE çalışmaları nedeniyle, çoğu ilaçlar lisans altında ve patent sözleşmelerine göre üretilmektedir.

8.3.4. İlaç Tüketimi

Türkiye'de ilaç üretiminde artış olmasına rağmen, bu üretimle ilişkili bir ilaç tüketici bulunmamaktadır. Tablo 8.15 toplam ilaç tüketimi ile 1982 ve 1988 yılları arasındaki kişi başına ilaç tüketim değerlerini göstermektedir. Tüketimdeki görünür artışın çoğu enflasyon ve nüfus artışıyla ilişkilidir.

Kişi başına ilaç tüketimindeki gerçek artış şu faktörlere bağlanabilir:

- Değişen demografi (ortalama yaşam süresindeki artış)

- Değişen epidemiyoloji

- Temel sağlık hizmetlerinin yetersiz/uygunsuz oluşu

- Gelir dağılımındaki değişimler

- Sağlık hizmeti/ilâç satın almadaki finansal düzenlemelerdeki değişiklikler.

Bunlara bağlı olarak Türkiye'de ilaç tüketimindeki artış aşağıdaki gibi ortaya çıkmıştır.

Tablo 8. 15. Türkiye'deki İlaç Tüketim Değerleri (Tüketici fiyatları ile)

Yıl	Toplam Tüketim (milyon TL)	Kişi Başına Tüketim	
		TL	\$
1982	83.339	1811	11.0
1983	97.194	2068	9.2
1984	129.263	2693	7.6
1985	228.900	4579	8.8
1986	364.500	7011	10.0
1987	--	12.883	14.4
1988	--	--	15.0

Kaynak: (1) İlaç ve İlaç Sanayii: İEİS Atlas Basımevi, 1984, İstanbul

(2) İlaç ve İlaç Sanayii: 85-86, 86-87, 88-89, İEİS

Tablo 8.16'da görüldüğü gibi kişi başına tüketim dolar olarak ifade edilirse, global anlamda Türkiye 17. sıradadır. Ekonomik gelişme düzeyi ile kişi başına ilaç tüketim değeri arasında açık bir ilişki vardır.

Tablo 8.16 Kişi Başına İlaç Tüketiminin Ülkelere Göre Karşılaştırması, 1985

	Kişi Başına Tüketim (\$)
Japonya	116.2
ABD	110.5
F.Almanya	98.2
İsviçre	92.6
Fransa	80.9
Belçika	70.4
Kanada	66.5
İtalya	64.2
İsveç	54.1
İngiltere	41.4
Arjantin	39.6
İspanya	36.1
Hollanda	34.9
Meksika	15.7
Mısır	15.0
Brezilya	10.3
TÜRKİYE	8.8
Çin	4.4
Hindistan	2.8

Kaynak: WHO, Dünya İlaç Durumu, 1988

Birinci sebep olarak Türk sağlık sektöründe etkili bir temel sağlık hizmeti eksikliği hastane ve polikliniklerde ortaya çıkan aşırı yük ile gösterilebilir (Yukarıda Bölüm 6'da dökümanate edilmiştir). Doktorların günde 100 kadar hastaya bakmak zorunda kalması etkin bir muayeneden çok sadece reçete yazmak şeklinde olmaktadır.

İkinci sebep, sağlık hizmetlerinin götürülebildiği sigorta kapsamı geniş bir nüfusa yayılmıştır (Bu güncel kalkınma politikası ile aynı doğrultudadır). Bu da nüfusun büyük bir kısmının ilaç satın alabilecek güçte olduğunu ve reçete yazdırabilmek için doktora ulaşabileceğini göstermektedir.

Tablo 8.17'de Türkiye'de farklı tedavi gruplarına ait toplam ilaç tüketim oranları görülmektedir. Her ne kadar antibiyotiklerin reçeteye ne oranda yazıldığı ve tüketildiği tam bilinmiyorsa da antibiyotiklerin tüm ilaç tüketimi içinde hemen hemen %20 değerinde olması Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların etkinliğini yansıtmaktadır. Aynı husus vitaminler, mineraller ve amineraller için de doğrudur.

Tablo 8. 17 Türkiye'de Tedavi Gruplarına Göre İlaç Kullanım Oranı, 1988

Tedavi Grubu	Toplam Tüketim %'si
- Antibiyotikler	19.0
- Analjezikler	15.0
- Vitaminler, mineraller, antianemikler	9.1
- Soğuk ve öksürük preparatları	6.9
- Dermatolojik ilaçlar	6.9
- Hormonlar	5.7
- Kalp damar ilaçları	5.6
- Sindirim ilaçları	5.6
- Kulak, burun, göz ve boğaz ilaçları	4.7
- Antiromatizmalar	4.7
- Nörolojik ilaçlar	3.2
- Antispazmodikler	2.3
- Antiastmatikler	1.6
- Antihistaminikler	1.6
- Hipotensif ve diüretikler	1.5
- Laksatifler	1.3
- Antiparazitikler	1.3
- Antidiaretikler	1.0
- Diğer ilaçlar	5.7

Kaynak: İlaç ve Eczacılık İşverenleri Sendikası, 1988-89

8.3.5. Pazarlama Sonrası Dağıtım

Türkiye'de ilaçların satın alma ve dağıtım yöntemleri, sağlık hizmeti sağlayan farklı kurumlara göre değişiklik göstermektedir.

Aşağıda, çalıştığı yere göre eczacıların ve eczanelerin dağılımını gösterdikten sonra; Türk sağlık sektöründeki sağlık kuruluşlarının özel eczaneler, depolar ve hastane eczanelerinden ilaç satın alma yöntemleri gözden geçirilmiştir.

8.3.5.1 Eczacı ve Eczanelerin Dağılımı

1989 istatistiklerine göre Türkiye'de yaklaşık 18.000 eczacı bulunmaktadır. Eczacıların çalıştıkları yerlere göre dağılımına ait bilgiler 1980'dan sonrasına aittir ve aşağıda Tablo 8.18'de gösterilmiştir.

Tablo 8.18. Çalıştıkları Yere Göre Eczacıların Dağılımı, 1980

Eczane eczacısı	6488
Kamu görevindeki eczacılar	3228
Ecza deposu mesul müdür eczacılar	319
İlaç endüstrisinde çalışan eczacılar	180
Eczacılık Fakültesindeki eczacılar	300
Eczacılık mesleğini icra etmeyen eczacılar	1544

Kaynak: Türk Eczacılar Birliği Bülteni, 30, 31, 32.

Eczanelerin coğrafi dağılımı Tablo 8.19'da verilmiştir. Eczanelerin % 42'si toplam nüfusun %28'inin topladığı yedi büyük şehirde toplanmıştır. Bu da kırsal kesimdeki dağılımın homojen olmadığını göstermektedir. Bu durum, Tablo 8.20 de daha açık olarak görülmektedir.

Tablo 8.19 Eczanelerin İllere Göre Dağılımı, 1989

Adana	387	İstanbul	1769
Adıyaman	39	İzmir	213
Afyon	119	Kars	63
Ağrı	41	Kastamonu	75
Amasya	51	Kayseri	175
Ankara	1387	Kırklareli	83
Antalya	313	Kırşehir	41
Artvin	29	Kocaeli	208
Aydın	249	Konya	428
Balıkesir	263	Kütahya	86
Bilecik	28	Malatya	91
Bingöl	18	Manisa	306

Bitlis	14	K.Maraş	111
Bolu	103	Mardin	28
Burdur	66	Muğla	29
Bursa	444	Muş	18
Çanakkale	96	Nevşehir	45
Çankırı	24	Niğde	87
Çorum	89	Ordu	130
Denizli	234	Rize	63
Diyarbakır	150	Sakarya	132
Edirne	90	Samsun	216
Elazığ	66	Siirt	40
Erzincan	33	Sinop	29
Erzurum	84	Sivas	88
Eskişehir	213	Tekirdağ	129
Gaziantep	217	Tokat	89
Giresun	81	Trabzon	199
Gümüşhane	27	Tunceli	9
Hakkari	8	Ş.Urfa	141
Hatay	197	Van	38
Isparta	95	Yozgat	47
İçel	282	Zonguldak	155
		Toplam	10998

Kaynak: Türk Eczacıları Birliği

Tablo 8.20 Nüfus Başına Düşen Eczacı Sayısı

İller	Nüfus (000)	Ecz.Say.	Ecz. Baş. Nüf.
1. Edirne, İstanbul, Tekirdağ	6932	2534	2736
2. Bolu, Sakarya, Zonguldak	2903	509	5703
3. Balıkesir, Bursa, Çanakkale	2652	716	3704
4. Aydın, Denizli, Manisa, Muğla	5265	1770	2975
5. Afyon, Bilecik, Kütahya, Uşak	2240	393	3873
6. Antalya, Burdur, Isparta	1522	393	3873
7. Ankara, Çankırı, Kastamonu, Nevşehir, Yozgat	5104	1138	4485
8. Konya, Niğde	2329	452	5152
9. Amasya, Çorum, Ordu, Samsun, Sinop	3110	426	7300
10. Kayseri, Sivas, Tokat	2315	309	7492
11. Adana, G. Antep, Hatay, İçel, K.Maraş	5569	1084	5137
12. Artvin, Giresun, G.Hane, Rize, Trabzon	2173	205	10600
13. Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli	1974	206	9583
14. D.Bakır, Mardin, Siirt, Ş.Urfa	2906	324	8969
15. Ağrı, Erzincan, Erzurum, Kars	2300	166	13855
16. Bitlis, Hakkari, Muş, Van	1370	88	15568

Kaynak: TEB- sayı: 30-32

8.3.5.2. Eczanelerde İlaç Dağıtımını

İlaç şirketleri, eczanelere ilaç satmak amacıyla çeşitli yöntemlere başvururlar. İki tip satış işlemi bu-

lunmaktadır, bunlardan bir tanesi fabrikadan doğrudan eczaneye diğeri ise ecza depoları aracılığıyla satıştır.

Eczaneler, bir sorumlu eczacı, bir ya da daha çok sayıda kalfa ve kalfa yardımcıları ile çalıştırılmaktadır. Eczanelerde, kalfaların müşterilerle ilişkiesiczacılarınkinden daha fazladır, dolayısıyla tüketicilerin yeterli bilgiyi alamadıkları öne sürülmektedir. Yeşil ve kırmızı reçete sistemi belirli bazı ilaçların satışlarını kontrol etmek için kullanılmaktadır. Bununla birlikte bazı eczacılar bu uygulamanın gereksiz kayıt tutmaya neden olduğu yolunda düşünmektedirler. Ruhsatlı ilaçların büyük bir kısmının ancak reçeteye satılması gerektiği halde pek çoğu reçetesiz olarak satılmaktadır. Eczacılar arasında, majistral (doktorun yazdığı formül), ya da ofisinal (Ulusal Farmakope'de yer alan) reçeteleri hazırlamak istemeyenler bulunmaktadır, çünkü bu preparatlara, ambalajlanmış formülasyonların fiyatlarından daha seyrek olarak fiyat ayarlaması getirilmektedir. Reçete ücretlerinin ödenmesi konusunda sağlık sigortasının türüne bağlı olarak çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler aşağıda belirtilmektedir.

a) **Emekli Sandığı:** Emekli Sandığı üyelerine Devlet ya da Üniversite Hastaneleri ve Hükümet Tabipleri tarafından verilen ilaçların tutarı üzerindeki kupürler reçeteye yapıştırılır. Reçete sahibi emekli ise toplam reçete tutarının % 10'unu, çalışmakta ise % 20'sini eczaneye öder, geriye kalan miktar Emekli Sandığı'na eczaneye ödenir. Eczaneler müşteriye, reçetede yazılmış olan ilaçları aynen vermek zorundadır. Ancak eğer ilaç piyasada bulunmuyorsa, kimyasal eşdeğeri olan bir ilaç verilebilmektedir.

b) **Bağ-Kur:** Bağ-Kur'da Emekli Sandığı ile aynı sistemi kullanılmaktadır. Reçetede yazılı olan ilaçların ve kuponların kontrolü konusunda Bağ-Kur'un Türk Eczacılar Birliği ile yaptığı bir anlaşma vardır.

c) **SSK:** SSK'na bağlı hastanelerde yazılmış reçetelerin ilaçları öncelikle SSK hastanelerinin poliklinik eczanelerince sağlanmaktadır. Bu eczanelerde bulunmayan ilaçlar, dışarıdaki eczanelerden alınır. Emekli SSK mensupları reçete tutarının % 5'ini, çalışanlar ise %10'unu ödemektedirler.

8.3.5.3 Ecza Depoları Aracılığıyla (Toplam) Dağıtım

1989 verilerine göre, ülkedeki ecza deposu sayısı 399'dur. Bunların dağılımı Tablo 8.21'de görülmekte-

dir. Bazı ecza depolarında, ilaç depolamaya elverişli şartların tam olarak karşılanmaması söz konusudur. Öte yandan ecza depolarının büyük bir çoğunluğu uzun bir süre ticari hayatta kalamamaktadırlar.

Tablo 8.21 Ecza Depolarının 1989 Yılına Göre Dağılımı

1 Adana	9	35 İzmir	37
2 Adıyaman	1	36 Kars	-
3 Afyon	2	37 Kastamonu	-
4 Ağrı	-	38 Kayseri	6
5 Amasya	1	39 Kırklareli	-
6 Ankara	38	40 Kırşehir	1
7 Antalya	7	41 Kocaeli	5
8 Artvin	-	42 Konya	18
9 Aydın	2	43 Kütahya	1
10 Balıkesir	5	44 Malatya	10
11 Bilecik	-	45 Manisa	3
12 Bingöl	-	46 K. Maraş	1
13 Bitlis	1	47 Mardin	2
14 Bolu	1	48 Muğla	-
15 Burdur	1	49 Muş	-
16 Bursa	7	50 Nevşehir	1
17 Çanakkale	-	51 Niğde	1
18 Çankırı	4	52 Ordu	3
19 Çorum	1	53 Rize	1
20 Denizli	6	54 Sakarya	3
21 Diyarbakır	8	55 Samsun	12
22 Edirne	-	56 Siirt	1
23 Elazığ	6	57 Sinop	-
24 Erzincan	1	58 Sivas	6
25 Erzurum	7	59 Tekirdağ	2
26 Eskişehir	5	60 Tokat	1
27 Gaziantep	14	61 Trabzon	12
28 Giresun	2	62 Tunceli	-
29 Gümüşhane	4	63 Ş.Urfa	4
30 Hakkari	-	64 Uşak	2
31 Hatay	3	65 Van	1
32 Isparta	-	66 Yozgat	-
33 İçel	11	67 Zonguldak	2
34 İstanbul	124	Toplam	399

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Ürünleri Genel Müdürlüğü

Bu da, ecza depolarında ilaç depolama şartları ve denetimi için gereken kriterlerin devletçe çok iyi bir biçimde belirlenmediğini göstermektedir.

1972 yılında yayınlanan bir kararname uyarınca, ecza depolarının ilaç satış fiyatları, üretici satış fiyatı-

na %9 eklenerek hesaplanmaktadır. Bu kâr payının, deponun giderleri arasındaki dağılımı Tablo 8.22'de verilmiştir. Bununla birlikte ecza depoları, kendilerinden büyük miktarlarda ilaç alan kuruluşlara % 25'e varan bir fiyat indirimi yapmaktadırlar.

İlaç fiyatlarındaki artışlar kısmen ecza depoları tarafından uygulanan sürşarja bağlanabilmektedir. Bir depoda 1 yıl süresince bekletilen herhangi bir ilaç depo sahibine %9'luk bir kâr yanında, ilaç fiyatındaki yıllık artışa bağlı olarak da % 35'ten %100'e varan bir kâr da sağlamaktadır.

Ecza depoları, eczanelerin mali yüklerini azaltmak üzere vadeli satış hizmeti de sunmaktadırlar. Depo, bu kolaylığı sağlarken herhangi bir gider ya da faiz tahakkuk ettirmemektedir. Bununla birlikte, bu satışlarda herhangi bir indirim yapılmaz.

Tablo 8.22 Depo Kârlarının Dağılımı

Maaş, ikramiye ve sosyal yardımlar	2.90
Çalışkanların SSK prim payları	0.44
Kira	0.40
Taşıma, ambalaj	1.10
PTT	0.80
Büro araç-gereçleri, elektrik, damga resmi	0.50
Banka	0.40
Amortisman	0.10
Fire ve riskler	0.25
Toplam gider	6.99
Depocu kârı	2.10

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, İEÜGM

8. 3. 5. 4. Hastane Eczaneleri

a) Devlet Hastaneleri

Devlet hastanelerine ait eczanelerin verdiği hizmetler, hastanelerdeki yatak sayısına ve sunulan sağlık hizmetinin özelliklerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Pek çok devlet hastanesinde ilacın hastane içinde dağıtımını yapan eczacılar bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki eczacılık hizmetleri yalnızca yatmakta olan hastalar içindir. Hastanenin ihtiyacı olan ilaçlar, hastanenin büyüklüğü ve gereksinimine bağlı olarak yılda en az bir kere olmak üzere satın alma birimlerinde ihale usulü sağlanmaktadır. Hastanelerde stokla çalışmaya özen gösterilmekte ve ihalelere ecza depoları veya doğrudan üreticiler katılabilmektedirler. Satın alma listeleri, Başhekim ve Başsec-

zacı tarafından, doktorların istek ve önerileri doğrultusunda hazırlanmaktadır.

İlaç satın alma işlemleri devletin verdiği bütçeden yapılmaktadır. Çünkü hastaların pek çoğu, ücretsiz hasta bakımı uygulaması nedeniyle ilaçlar için herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar, bu ise devlet hastanesi bütçesine önemli ölçüde bir yük getirmektedir.

b)SSK

SSK'nun ilaç harcamaları 1987 yılına ait tüm ilaç harcamalarının %42.4'ünü kapsamaktadır. 1988 yılında SSK mensupları kişi başına düşen ulusal tüketim payı olan 9.5 \$'ın aksine ilaç üretimi için ortalama 23 \$ harcamaktadırlar.

SSK hastaneleri, ilaçları acil servis eczaneleri, poliklinik eczaneleri, çocuk hastanesi eczaneleri ve laboratuvarlardan sağlamaktadırlar. SSK'na bağlı bir ilaç fabrikası da İstanbul'da faaliyetini sürdürmektedir.

SSK tüm ilaç gereksinimini üretici ya da ithalatçı firmalardan doğrudan satın alma yolu ile gerçekleştirmektedir. Bu satın alma işlemi eczacılar tarafından yapılır. Hastanenin ilaç deposu da aynı zamanda SSK eczacılarının denetimindedir. SSK her yıl bir satın alma listesi hazırlar. Doktorlar tarafından yazılan ilaçların çoğunluğu eczanelerde bulunur. Pahalı antibiyotikler için antibiyogram ve uzman doktorun yazdığı reçetenin eczaneye verilmesi gerekmektedir.

Eğer reçetede ilaçlar hastane eczanesinde bulunmuyorsa, SSK tarafından ithal edilir. Bu ilaçların ithalatı Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile SSK Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinde gerçekleştirilmekte, yaşadığı bölgeye bakılmaksızın hastaya ulaştırılmaktadır.

c) Üniversite Hastaneleri

İlaç alımı ve dağıtım konusunda Üniversite hastaneleri arasında büyük farklılıklar görülmektedir. Bu raporun amacına uygun olarak, Hacettepe Üniversitesi'nde uygulanan satın alma ve dağıtım sistemi örnek olarak verilmiştir.

İlaç Alımı

Eczanelere ilaç sağlanması yılda bir kere kapalı zarf usulü ihaleyle gerçekleştirilir. İhale ve satın alma işlemleri Satınalma Birimince yürütülmektedir. Eczacılar gerekli ilaç listelerini hazırlayarak Satınalma

Birimine gönderirler, bu birim ecza depoları ve üretici firmalarla gereken anlaşmaları yapar, enflasyon nedeniyle maliyetin artması ve buna bağlı olarak bütçenin sınırlı olması nedeniyle bir tek teklif mektubu ile 9 ya da 5 kalem ihtiyaç sağlanabilmektedir. Bununla birlikte bu uygulama ilaç isteklerinde değişiklik yapılabileceği anlamına gelmemektedir. İhale listelerinde ithal ilaçlar yer almaz, bunlar hastane ile anlaşması bulunan ecza depolarından sağlanır. İlaça ödenen miktar asıl olarak Üniversite döner sermayesince karşılanmaktadır. Tetkiklerde kullanılan ilaçlar ecza depolarından sağlanmakta, yerinde yapılmayan tetkikler için RSMHE'ne başvurulmaktadır. Tüm serum testleri RSMHE'nce, sargı bezi ve pamuk tetkikleri ise Üniversitenin Eczacılık Fakültesi tarafından yapılmaktadır.

İlaç Dağıtımı

Hastane eczaneleri 24 saat açık tutulmaktadır. Böylelikle ilaç sağlama işlemi kesintiye uğratılmaz. Hastalara doktor tarafından yazılmış olan narkotik ilaçların denetimi amacıyla kırmızı kartlar kullanılır ve bunlar ilacın alınabilmesi için eczaneye gönderilir. Sağlık Bakanlığı psikotropik ilaçlar üzerinde denetimi öngörmemekle birlikte, Hacettepe bu ilaçların kullanımını izlemek üzere yeşil kart sistemi kullanmaktadır.

Üniversite eczanesi sınırlı sayıda majistral ilaç verebilmektedir.

d) Bağ-Kur

Bağ-Kur üyeleri için yazılmış reçetelerdeki ilaçlar Bağ-Kur'un il müdürlükleri ile anlaşma yaptığı eczanelerden sağlanmaktadır. Bağ-Kur sigortalılarına eczanelerden yararlanma olanağı sağlanmış olmasına rağmen, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü henüz, sağlık

hizmetlerinin satın alınması konusunda tüm illerdeki Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmayan sağlık kuruluşları ile herhangi bir anlaşma yapmamıştır.

Eğer bir Bağ-Kur sigortalısı, Bağ-Kur'un anlaşmalı olmadığı bir sağlık kuruluşunda muayene olmuş ve reçetesini buradan almışsa hasta Bağ-kur'dan herhangi bir yardım almaksızın kendi harcamalarını ödemek zorundadır.

8. 3. 5. 5. Pazarlama Sonrası Karşılaşılan Sorunlar

Bir müstahzarın pazarlama sonrası dağıtımı ile ilgili sorunların tümü aşağıda belirtilmiştir.

Özel Eczaneler

1. Eczanelerin çoğunluğu oransız bir şekilde büyük şehirlerde toplanmıştır.

2. Hastalar çoğunlukla verilen ilaçlar konusunda yeterince bilgilendirilmemektedirler.

3. Eczacılar kendilerinin yapmaları gereken reçeteleri hazırlamaya ekonomik-yasal eksiklikler nedeniyle istekli olmamaktadırlar.

4. İlaçlar genellikle reçetesiz alınmaktadır.

Hastane Eczaneleri

1. Eczacılar, hastaya ilaç verilmemesi konusunda çok az denetim hakkına sahip olduklarından, ilaç verilmesinin izlenmesi ve denetimi ile yan etkilerinin izlenmesi için çok az aktiviteye sahiptirler.

2. Eczacıların yatan hastaların kullandığı ilaçları tümüyle izleyebilecekleri bir genel kayıt sistemi bulunmamaktadır.

3. Hastane eczacılarının görev ve sorumlulukları konusunda henüz bir görüş birliğine varılmamıştır.■

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI TASLAK DÖKÜMANI İLAÇ VE DENETİMİ RAPORUNA ELEŞTİRİ

Nurettin ABACIOĞLU*

Sağlık Bakanlığı'nca 23-27 Mart 1992'de toplanmış bulunan I. Ulusal Sağlık Kongresi sonuç belgeleri yayımlanmaya başlandı.

Bakanlık, kongre çalışma grup üyelerine, iki kiptan oluşan bir döküman gönderdi. Sarı renkli kitap "ÇALIŞMA GRUPLARI RAPORLARI"nı içerir, 313 sayfalık bir yapıt. Kongre sırasında da yayımlanan ve grupların hazırladığı raporları bu kitabın içindekileri oluşturuyor. Kırmızı kitap ise, "TBMM'NE SUNULMAK ÜZERE HAZIRLANAN ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI TASLAK DÖKÜMANI" adını taşıyor. 78 sayfalık kitabın önsöz yazarı olan Sağlık Bakanı, kaleme aldığı yazısında... *kongre sonrasında oluşturulan küçük bir çalışma grubunca bu raporun bir sağlık politikası dökümanı haline getirildiğini... duyuruyor. Her iki kitapla beraber gönderilen yine Bakan'ın imzasını taşıyan bir mektupta ise, bu taslak dökümanla ilgili görüş ve önerilerin 26 Haziran 1992'ye kadar Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'ne gönderilmesi isteniyor.*

Bu makalenin yazarı, anılan kongrede İlaç ve Denetimi Grubu'nda görev almış ve yukarıda belirtilen dökümanları ancak Temmuz ayında elde edebilmiştir. Buna karşın, istenilen görüşlerin ilgili kuruma ve meslekdaşların bilgisine sunulması gereği hissedilmiştir.

Kongre çalışmalarına katılan "İlaç Kontrol ve Denetim Sistemi Çalışma Grubu"nun raporu İlaç Forumu Dergisi sayı- 1 1992'de yayımlanmıştı.

Bütünsellik açısından kırmızı renkli "... Taslak Dökümanı" kitabının 52. ve 53. sayfalarında yer alan "İlaç ve Denetimi, HEDEF 20" yi aynen alıntılanmakta yarar vardır.

"İlaç ve Denetimi

Hedef- 20

2000 yılına kadar, kaliteli ve ekonomik ilaç üretimine, rasyonel ilaç tüketimine dayalı bir sistem geliştirilmiş olacaktır.

Sorunun Tanımı

Türkiye geliştirmekte olan bir ilaç sanayiine sahiptir. Hammaddede ithaline dayalı üretimin yanında, hammadde imalatı da gelişmektedir. Sanayii son yıllarda ihracata da yönelmiştir. Şu anda endüstri temel araştırma yapamamakta ancak mevcut veya üretilmesi planlanan yeni ilaçlara ait araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılabilmektedir. İlaç üretiminde üretici firmanın otokontrolü yanında GMP/GLP yönetmeliklerine göre periyodik üretim yeri kontrolleri şeklinde gerçekleştirilen devlet kontrolü ile denetlenmektedir. İlacın ruhsatlandırılmasına yönelik problemler vardır. Özellikle insangücü darboğazı, alt yapı, yerleşme sorunları ve hammadde üretiminde rantabilite ve maliyet, üretime yönelik problemlerdir. Sanayiide atıl kapasite mevcuttur. İlaçların fiyatlandırılması ile ilgili sorunlar devam etmektedir. İlaç kontrolü yapan devlet laboratuvarlarının ileriye dönük olarak yetersizliği söz konusu olabilecektir. Rasyonel ilaç kullanımı yoktur. Polifarmasi ve uygun olmayan basamakta gereksiz ilaç kullanımı devam etmektedir.

İlkeler

* İlaç bulunabilir, güvenilir ve alınabilir olmalıdır.

* İlaçların ruhsatlandırılmalarında bilimsel ve sürekli yöntemler izlenmelidir.

* İlaç fiyat politikasında gerçek maliyetler gözönünde tutulmalıdır.

* Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD. Ankara

*** Yerli ilaç sanayii teşvik edilmeli, dünya pazarlarına uyum konusunda desteklenmelidir.*

** İlaç kontrol sistemleri geliştirilmeli, bu konuda bilimsel olarak otorite kuruluşlar ihdas edilmelidir.*

** Rasyonel ilaç kullanımı sağlanmalıdır.*

Stratejiler

** Ulusal Sağlık Akademisi'nde ilaçların kontrolü ve ruhsatlandırılması ile sorumlu bir birim ve laboratuvarlar kurulacaktır.*

** Fiyatlandırmaya ilişkin olarak 1984 Kararnamesinin uygulanmasına devam edilecek, uzun vadede ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasının sağlık sektörüne etkileri konusunda araştırmalar yapılacaktır.*

** İlaç endüstrisinin kurulup gelişebileceği organize sanayi bölgeleri oluşturulacaktır.*

** İlaç üretiminde istihdama yönelik eğitim programları geliştirilecektir.*

** Birinci basamak hizmetlerde kullanılacak ilaçlar sınırlanacak, bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkması sağlanacak, reçete kontrol sistemi getirilecek, ilaçla ilgili sağlık personeline sürekli eğitim verilerek rasyonel ilaç kullanımı sağlanacaktır."*

Yukarıdaki yazı içeriği incelendiğinde, hedef, sorunun tanımı, ilkeler ve stratejiler olmak üzere 4 ana bölümün var olduğu görülmektedir.

İlaç ve denetimi konusunda 2000 yılına kadar tutturulacak hedefin üretimde kalite ve ekonomi, tüketimde ise akılcılık sınırları içerisinde değerlendirildiği görülüyor.

Üretimde kalite, tartışmasız dünya standartlarına uydurulmak durumundadır. Türkiye, 1980'lerin ikinci yarısından bu yana buna ilişkin gerekli düzenlemeleri yapmaktadır. Üretimde ekonomiden ise yüksek teknoloji ile rantabiliteyi artırma, işçilik giderlerini minimize etme ve maliyet giderlerini küçültme hedeflendiği anlamı ortaya çıkmaktadır. Bu olumlu hedefin, tüketimle bağlantılı olarak pekiştirilmesinde yarar vardır. Şöyle ki, akılcı ilaç kullanımı ifadesini güçlendirecek, ilacın her zaman bulunabilir, edinilebilir olması da tüketici ve tüketim hedefleri içine alınmalıdır. Üretimde ekonomik maliyet düzeyi-

nin tutturulması, tüketicinin ilaç edinebilmede karşılaşacağı ilaç fiyatını etkileyeceğinden akılcı ilaç uygulamasının ilk veya öncelikli basamağı olan bulunabilirlik ve edinebilirlik yerine gelmiş olacaktır.

Sorunun tanımı ve ilkeler bölümü göz önüne alındığında ayrıntılandırılmaya olanak tanıyan bir dizi saptamaların yeterince yerine getirildiği hatta hedef için yukarıda önerilen bulunabilir ve edinebilirlik kavramlarının ilkeler arasına katıldığı görülmektedir.

Yukarısı ile bitştirerek belirtmek gerekirse, akılcı ilaç uygulaması hedefine yürüyebilmek için ilacın bulunması ve edinilmesini bir ilke "prensi" manzumesi olmaktan çıkarıp mutlaka asli yerine oturtmak gerekmektedir.

Taslakın en can alıcı bölümü "stratejiler" bölümüdür. Stratejiler sorunun tanımı, ilkeler ve oturulacak hedeflerin eylem planı olmak durumundadır. Diğer yandan asıl raporun ruhunu yansıtan bir görüşle ele alınıp dar komisyon mülahazaları ötesine taşırılmalıdır. Taslakta ortaya konulan stratejilerin böylesi bir konumda olmadığı, hatta strateji yerine küçük taktik uygulamalarla bazı maddeler itibarıyla "konsensüs" sağlanmamış manevra alanları yaratılmaya çalışıldığı söylenebilir.

Asıl raporun tartışma zemini ve ruhu ile bağdaşıklik göstermeyen başlıca stratejik saptamalar şunlardır:

1.İlaç kontrol ve ruhsatlandırılması ile sorumlu birim ve laboratuvarların "Ulusal Sağlık Akademisi" bünyesinde kurulması ön görülmektedir.

Asıl raporda bu konu ile ilgili böylesi bir kayıt bulunmadığı gibi, yapılan tartışmalar sırasında ve ayrıca rapora da geçirildiği üzere ayrı ve özerk bir kuruluşun örgütlenmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu bakımdan konu yeniden değerlendirilmelidir.

2. Fiyatlandırmaya ilişkin 1984 kararnamesinin uygulanması, uzun vadede de ilaç fiyatlarında serbestiyenin araştırılması stratejik olarak ön görülmektedir.

Asli raporda, 1984 kararnamesinin öncelikli uy-

gulanması ancak ve sorunların devamı halinde... daha gerçekçi fiyatlandırma yöntemlerinin geliştirilmesi gerekliliğinden bahsedilmektedir. Taslakta yer alan ifade ile asıl rapor arasındaki fark strateji farkı değil, olsa olsa bu konuda ki serbestiye yanlısı düşüncenin kendisine yarattığı bir taktiksel manevra sahasıdır.

İlaç fiyatlarında serbestiye bugünün düşüncesi değildir. Yarar/zarar oranı üzerinde de çok tartışılmıştır. Asli rapordaki ifade "konsensüs" sağlanmış görüştür. Bu duyarlı konuda yeni anlaşmazlıklara meydan verecek aşırma "strateji"lerden vazgeçilerek stabilite sağlanmış görüşlerin tercih edilmesinde büyük yarar olacaktır.

3. Birinci basamak hizmetlerde ilaç sınırlaması ve bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkmasının sağlanması stratejik olarak öngörülmektedir.

Basamaklı sağlık hizmet zincirinin gerçek örgütlenmesi model olarak sağlandığında birinci basamak hizmete ilaç sınırlaması gerekliliği stratejik

öncelikten çıkar. Asıl rapor bünyesinde ilaç sınırlamasına ilişkin yapılan tartışmalarda hastane ölçekli daraltılmış ilaç listeleri maliyet/etkinlik açısından gözden geçirilmiş ve tedavi komiteleri ile paralellikleri tartışılmış idi.

Bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılması konusuna gelince. Böylesi bir konuda konsensüs sağlanabilecek bir görüş henüz söz konusu değildir. Sigorta kapsamı dışındaki ilaçlar aynı zamanda reçetesiz ilaçlar listesini oluşturacaktır. Reçetesiz ilaçlar, kendi kendini tedavi kavramı ile bitişen ve gerçekte ilaç pazarının ekonomik stratejileri bakımından önem arz eden bir konudur. Uzmanların görüş birliğine varamadığı bu konunun bir genel politika stratejisi haline getirilme çabaları büyük sakıncalar yaratabilir.

Taslak dökümündeki İlaç ve Denetimi Bölümü'nün bu eleştiri ve karşı görüşler çerçevesinde değerlendirilmesi gereğini ilgililerin bilgilerine sunarım. ■

14 MAYIS ECZACILIK GÜNÜ

14 Mayıs Eczacılık Günü bu yıl Ankara Eczacı Odası tarafından düzenlenen bir program çerçevesinde A. Ü.Eczacılık Fakültesi salonlarında kutlandı.

Program 14 Mayıs sabahı Anıtkabir'i ziyaret ederek, çelenk konulması ve saygı duruşunda bulunulmasıyla başladı.



A.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr.Eriş Asil, açış konuşmasında 14 Mayıs'ın önemi ve tarihçesine değindi.

Ulusal Sağlık Politikası oluşturulması çalışmalarının yoğun biçimde başlayıp yürütüldüğü yıl olan 1992 14 Mayıs'ının bu anlamda da önemli bir boyut kazandığını söyleyen Prof. Dr. Eriş Asil, üzerinde çalışılan sağlık reformu paketinde yer alan ana başlıklara değinerek, kongre çalışma grupları içerisinde yer almış olan eczacıların çalışmalara önemli katkılarda bulduklarını söyledi.

Daha sonra kürsüye gelen Ankara Eczacı Odası Başkanı Dr. Ecz. Akın Çubukçu 14 Mayıs Eczacılık Günü nedeniyle bir konuşma yaptı. Akın Çubukçu'nun konuşmasını sizlere sunuyoruz.



İkibin yılına 8 kala dünya çok önemli ve beklenmedik değişikliklere sahne oldu. Sosyal ve ekonomik olaylar birbirini ardından beklenmedik bir biçimde gelişti. Tarihin kendi çarkı içerisinde bırakıldığında, belki de yüzyıllara varacak değişiklikler, biranda oluverdi ve dünya geçtiğimiz birkaç yıl içerisinde de değişti durdu.

Doğu Bloku ülkeleri demokrasiye dönüşle birer bağımsız ülke olma isteklerini ön plana çıkıyordu.

Varşova Paketi parçalanıyordu. Berlin duvarı yıkılıyor, ardından iki Almanya birleşiyordu.

SSCB parça bölük oluyordu.

Bu birliği oluşturan ülkeler Bağımsız Devletler adı altında yeni bir birliğe gidiyordu.

Orta Asya'daki Türk devletleri yeni bir düzen kurma anlayışı içerisinde dış dünyaya açılıyordu.

Türkiye'nin Kuzey Doğu'daki komşuları değişiyordu.

AGİK Sözleşmesi imzalanıyor,

Serbest piyasa ve demokrasiye dayanan "Küreselleşme" dönemine giriliyordu.

Üç büyük dinin ulemaları kendileri için en büyük düşman olan laikliğe karşı, "Kutsal İttifak" kuruyorlardı.

Yine geçtiğimiz yıllarda Türkiye'de serbest piyasa ekonomisine geçiliyor, -siyaset vasakları kalkıyor, 12 Eylül izleri silinmeye çalışılıyor- son genel seçimlerde ülkenin siyasi yapısı değişiyor- demokrasinin yerleştirilme çabalarına yönelik yeni düzenlemeler getiriliyordu ve bekâret kontrolü kâbusu iki genç fidanın hayatına maloluyordu.

Bu arada, Türkiye'de ilaç ve eczacılık alanının ilaç sanayi sektöründe bir canlanma görülmüyordu.

İlaç endüstrisindeki yatırımlar:

1987'de 27 milyar iken 1991'de 452 milyar TL'ye ulaşıyor,

İthalat 1987'de 254 bin dolardan, 1991'de 447 bin dolara yükseliyordu. İlaç endüstrisindeki ihracat 1987'de 31 bin dolardan 1991'de 80 bin dolara çıkıyordu. İlaç endüstrisindeki üretim 1987'de 567 bin birim kutudan, 1991'de 722 bin birim kutuya varıyordu.

1987 yılında, Ankara Eczacı Odası, yine bir 14 Mayıs'da:

- İlaç fiyat artışlarını
 - Sağlık Yasa Tasarısını
 - Bir ülke sağlık politikasının belirlenmemiş olmasını
 - Kamu eczacılarının özlük hakları sorunlarını
- Bu kürsüden dile getiriyordu.*

1988 yılında, bir 14 Mayıs nedeniyle Ankara Eczacı Odası, yine böyle bir kürsüden, ilaç fiyatlarının enflasyonun çok üzerinde olduğunu vurguluyor, ithal ilaçların yerli-lerine göre anormal pahalı olduğunu söylüyor, kamu eczacılarının;

- Yan ödeme,
- İş güclüğü zammı,
- Özel hizmet tazminatının yetersizliğini ilgililere anlatıyordu.

- İşçi ve emekliden alınan katılım paylarının bu insanlara ek bir yük getirdiğini, ilaç savurganlığında bu uygulamanın bir çare olmadığını söylüyordu.

1989'da Ankara Eczacı Odası,

İlaçta serbest fiyat sistemine karşı çıkıyor, bu durumun devamı halinde BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı'nın ilaç paralarını ödemiyecek duruma düşeceğini ilgililere anlatmaya çalışıyor,

Kamu eczacılarının özlük haklarının edinilmesinde bir sağlık işkolu sendikasının kurulmasının gereğini yine anlatmaya çalışıyor, katılım paylarının kaldırılmasını istiyordu.

1990 ve 1991 yılında yine aşağı yukarı aynı konular işleniyor, patent, OTC konuları gündeme getiriliyordu.

Değerli konuklar, sevgili meslektaşlarım,

Sizlere biraz önce dünyada, Türkiye'de ve ilaç sanayimizde meydana gelen büyük değişim ve atımlardan söz ettim. İlaç son tüketicisine sunan serbest fiyasa eczacılarının yıllardır aynı sorunları hâlâ tartışıyor olması ve bunların çözüm yolunun hâlâ bulunamaması sizlere ilginç gelmiyor mu?

1984'ten bu yana ilaç fiyatlandırma sisteminde hiç bir değişiklik olmamıştır. Kararnamenin çıktığı tarihten bu yana, getirilen sistemin, ilerde ilaç fiyatlarını hiç bir zaman kontrol edemeyeceği devletin bu parayı ödemekte büyük zorluklarla karşılaşacağı bürokrasinin ilgili kesimine defalarca anlatılmıştı. Dün söylenenler bugün hep oldu. BAĞ-KUR ilaç paralarını ödeyemedi. SSK ilaç firmalarına ve eczanelere olan ve neredeyse bir trilyona varan ilaç borcunu ödeyemiyor.

Kamu eczacılarının sorunları: 1987 yılından beri hep aynıdır. Normal memur maaşlarının artışı dışında dişe dokunur hiç bir gelişme kaydedilmemiştir. Hastane eczacılarının görev yetki ve sorumlulukları belirlenememiştir. Baç eczacılık kurumu hâlâ yoktur. Bu eczacılarımız birer

bilgi odağı değil, kol işçisi olarak çalıştırılmaktadır. Bir sağlık işkolu sendikası hâlâ kurulamamıştır.

Katılım payları hâlâ gündemdedir. İşçinin, çalışanın ve emeklinin sırtında bir yük olduğu kadar, haksız rekabete yol açan bir faktör olarak devam etmektedir.

Sıraladığımız tüm bu sorunlardan başka, çözülmeyen başka sorunlarımız da vardır. Bu sorunlar neden çözülüyor, nedenleri bilinen bu sorunların üstesinden neden gelinmiyor? Bunların yanıtı bir üçgenin içerisinde aranmalıdır.

Bu üçgenin bir köşesinde bürokrasi vardır. Bir köşesinde meslek örgütü vardır. Üçüncü köşesinde meslek sahibi insanlar vardır. Bürokratik engeller vardır.

Devlet bürokrasisi, son on yılın getirdiği bir anlayışla, meslek örgütlerini safdışı bırakmış, onların sesini dinlememiş, bu örgütleri rutin işler yapan birer kurum olarak görmüştür. Zaman zama mevcut yasaların üzerinde de karar verebilen, yasa tanımayan bürokratik zihniyet meslek örgütleri ile arasında bir duvar örmüştür.

Devlet bürokrasisinin bir yanı, ilaç sarfiyatını önleme yolunda çalışmalar yapmakta ve bu yöndeki düşüncelerini bütçe uygulama talimatına kaydırmaktadır. Bu iyiniyetli ama masa başında, ama işin bizat içinde olanların düşünceleri, görüşleri dışında konulan maddeler, uygulamada öyle bir noktaya geliyor ki, devletin parasını kontrolle görevli bakanlık, parayı az harcayalım derken, hekimin hastasına uygulamak zorunda olduğu tedaviye müdahale etme hakkını kendinde rahatlıkla görebiliyor. Sadece yatan hastanın ilaçlarını vermekle yükümlü olan hastane eczanelerinin, rontgen ilaçlarını ayakta tedavi gören hastaya sattırma yolunda yapılandırabiliyor. Ameliyattaki hastaya kullanılan acil serumlar için heyet raporu isteyebiliyor.

Devlet parasının kontrollü kullanılması yönünden bu önlemler alınırken, devlet bürokrasisinin bir diğer tarafı ilaç fiyatlarını sıkı bir denetim altına alma yolunda hiç bir çaba harcamıyor.

Meslek örgütleri halkın kendisidir. Halkın kendi sesi- dir. Meslek örgütleri aynı zamanda bireyle devlet arasında kurulan bir köprüdür. Bu köprüünün bürokrasi eliyle yıkılması ve yıpratılması meslek örgütlerinin sadece tabanı ile olan bağlantıyı değil, devletin birey ile olan ilişkisini de koparır. Ve bireyi yalnızlığı ile başbaşa bırakır.

Bireylerin meslek örgütüne olan güveni örgütünü güçlü kılar. Bu nedenle kişilerin örgütlerine sahip çıkmaları onu yönlendirmesi, istekleri doğrultusunda siyasal erk üzerinde bir baskı unsuru oluşturması gerekmektedir. Kendi is-

tek ve sesini örgütü aracılığı ile devletine duyuramayan insanlar, örgütsüz bir toplumun sancuları ile siyasal ve ekonomik ortamlarda dolanıp dururlar. O zaman birileri ortaya çıkar, halkın sesi kulağı vicdanı iddiası ile güya sorunlara eğilir. Haksızlık yapan müdürün ensesine patlatır, kaçak tüp dolduranın kulağını çeker, Milli Eğitim Bakanından Aşkale Çimento Fabrikası Müdürüne, Üsküdar Belediye Başkanından Zara Kaymakamına kadar herkesin ensesine, vatanadaş hakkını koruma adına yapışma hakkını kendinde bulur.

Ve örgütsüz toplumun eli sopalı sözde koruyucusu ve bir kahraman olarak toplumda kendi yerini bulur.

Bugün bürokrasinin, meslek örgütleri, meslek örgütlerinin bürokrasi ve tabanı ile bir araya gelip, sorunları masaya yatırmadıkları, bir konsültasyon yapamadıkları takdirde, bu sorunların üstesinden gelmek mümkün değildir.

Gelecek 14 Mayıs'da, daha değişik sorunlara çözüm aramak dileği ile hepinizi saygı ve sevgilerimle selamlıyor, bu günümüzün kutlanmasında bizlere evsahipliği yapmak inceliğinde bulunan A.Ü. Eczacılık Fakültemizin değerli dekanı Prof. Dr. Eriş Asil'e tüm öğretim elemanları ve fakülte çalışanlarına meslektaşlarım adına teşekkürü bir borç biliyorum.

Değerli Konuklar, Sevgili Meslektaşlarım,

Üç yıldan beri 14 Mayıs'larımızda değişmeyen bir konumuz var. Bu da Organ Nakli Hastaları Dayanışma ve Sosyal Yardımlaşma Derneği'dir.

Bu süre içerisinde etkinliklerimize katılan, onların etkinliklerine eczacılarımızın organ ve doku bağışları ile katılarak bir insanlık görevini yerine getirmenin mutluluğunu yaşıyoruz. Bu nedenle dernek başkanı sayın Mustafa Özsağlam'a teşekkürlerimizi bir borç biliyor ve sizleri bu kampanyaya katılmaya çağırıyoruz.

Her 14 Mayıs'ta olduğu gibi bu 14 Mayıs'ta da günümüz, Atatürk'ümüzü ziyaret etmekle başladı, ama bir üzüntümü dile getirmek istiyorum: Bugün Anıtkabir'de iki elin parmakları kadar azdır.

Mevcut yönetim kadrolarının insanlarını beğenmeyebilirsiniz, çalışmalarına katılmayabilirsiniz, onları benimsemeyebilirsiniz, ama böyle bir günde bütün dünya koşullarının, ideolojilerinin değiştiği bir sırada kendi düşüncesini dimdik ayakta tutabilen bu büyük insanın ziyaretine katılmamak hiçbir mazereti kabul etmez.

Hepinize saygılar sunuyorum. (Alkışlar).



Son üç yıldan beri 14 Mayıs programları içinde yer alan Organ Nakli Hastaları Derneği Başkanı Mustafa Özsağlam, böyle önemli günlerde organ bağış kampanyasının başlatılmasında emeği geçenlere teşekkür ederek eczacıların bu kampanyalara gösterdikleri yoğun katılım nedeniyle Oda Başkanımıza bir plaket verdi.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Ecz. Kemalettin Akalın, İlaç ve Eczacılık konusundaki görüşlerini dile getirerek Sağlık Bakanının Meclis'de yeşil kartla ilgili kanun tasarısının komisyonda görüşülüyor olması nedeniyle toplantıya katılmadığı ve tüm eczacıların 14 Mayıs Eczacılık Gününü kutladığını belirtti.

Program daha sonra Onur ve Başarı Belgelerinin verilmesiyle devam etti.

Programın öğleden sonraki bölümünde "Ülkemiz Sağlık Sisteminde Hasta-Hekim-Eczacı İlişkileri" konulu panel yer aldı.

Panel öncesi Ankara Eczacı Odası'nca çekimleri yapılan ve panelde tartışılacak konulara yönelik çeşitli röportajların, hastanelerin, semt pazarlarında açıkta satılan ilaçların ve basında sağlık konularının yer aldığı bir video gösterimi sunuldu.

Dr. Ecz. İsmail İstanbullu'nun yönettiği panele katılan konuşmacılar şunlardı:

- Mustafa Özsağlam (Organ Nakli Hastaları Derneği Başkanı)
- Yusuf İzzetin Güyer (Emekli Hekim)
- Doç. Dr. Çağatay Güler (H.Ü. Halk Sağlığı As)
- Ecz. Betül Bilgetekin (Ankara Eczacı Odası Sekreteri, Serbest Eczacı)
- Ecz. Mustafa Kılıç (SSK Ulucanlar Dispanseri)

Panelde konuşmacılar öncelikle hekim, eczacı ve hasta olarak bu sağlık sistemi içerisinde, yüzyüze kaldıkları sorunları ve çözümüne ilişkin önerilerini dile getirdiler. Ülkede sağlık sorunlarının giderek büyüdüğü, yoğunlaştığı, buna karşın ivedi çözümler gerektiği vurgulandı. Sağlık hizmetlerinin bir ekip çalışması olduğu, bu hizmet içerisinde eczacının giderek mesleğine yabancılaşmaya başladığı, mesleki gelişmeleri çok iyi takip ederek mesleki formasyonun geleceğini çok iyi görmesi gerektiği vurgulanarak gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, eczacının işlevine yönelik bir eğitimin verilmesi konusunda önerilerin bir an önce dikkate alınarak eğitimde gerekli değişikliğin yapılması belirtildi.

14 Mayıs Eczacılık Günü kutlamalarının birinci günü akşam İçkale Otel de yapılan Geleneksel Eczacılar Gecesi ile sona erdi.

2. gün programı A.Ü. Eczacılık Fakültesi salonunda sanatçı meslektaşlarımızın fotoğraf ve resim sergilerinin açılış kokteyli ile başladı. Fotoğraf dalında Ecz.Cemile Çiçek, resim dalında Ecz. Selçuk Özgören, Ecz.Berrin Veske ve Ecz. Ömer Faruk Erdem eserleri ile sergiye katıldılar.

A.Ü. Eczacılık Fakültesi Tiyatro Topluluğu'nun sahneye koyduğu Anton Çehov'un hikayelerinden Neil Simon'un oyunlaştırdığı "Sevgili Doktor" adlı tiyatro eseri ile kutlama programı sona erdi.■

TEB 27. DÖNEM I. BÖLGELERARASI TOPLANTISI

TEB 27. Dönem I. Bölgelerarası Toplantısı 29-30 Mayıs 1992 tarihlerinde Ayvalık Murat Reis Otelinde yapıldı.

22 Eczacı Odasının katıldığı toplantının gündemi "2000'li Yıllara Girerken Ülkemiz Sağlık Politikası İçinde Eczacılığın Yeri" idi.

I. Bölgelerarası toplantı, evsahipliği yapan Balıkesir Eczacı Odası Başkanı Sertaç Özmen'in açış konuşmasıyla başladı.

Daha sonra söz alan TEB Merkez Heyeti Başkanı Ecz. **Ahmet Yüksel Uras**, birlik ve beraberliğin vazgeçilmez bir şart olduğunu, Odalar ve Merkez Heyeti arasındaki kopukluğun ortadan kalkması gerektiğini vurgulayarak konuşmasına şöyle devam etti:

"Göreve geldiğimizden bu yana bütün üst düzey kuruluş ve ilaç sanayi yetkilileri ile sizlerce de arzu edilen ve yapıcı olan iyi ilişkiler içerisindeyiz. Sosyal güvence şemsiyesinin genişlemesiyle eczacılar, resmî, yarı resmî, hemen hemen tüm kuruluşlarla iç içe girmiş durumdadırlar. Heyetimiz bu şartlar gereği istenilen olumlu sonuçlara ulaşabilmek için, devletin her kademesiyle iyi diyalog için olması gerekliliğine inanmakta ve bunu gerçekleştirmektedir."

TEB Genel Sekreteri Ecz. **İbrahim Güven**, Merkez Heyetinin çalışmalarını içeren raporu okudu ve toplantının gündemi olan "2000'li Yıllara Doğru Ulusal Sağlık Politikasında Eczacılık" konusu işlenirken özellikle eğitim konusunun tartışılmasında yarar gördüğünü belirtti.

Toplantıya katılan Oda Başkanları ve yetkililer görüşlerini, genellikle gündeme bağlı kalmayarak bildirdiler.

Ankara Eczacı Odası Başkanı Dr.Ecz. **Akın Çubukçu**, Bölgelerarası toplantıların amaçları ve önceden saptanmış gündemleri olduğunu, geçmiş dönemlerde OTC, eczanelerde üretim, sanayi ölçekli



üretimin eczacılar tarafından nasıl yapılması gerektiğinin, patent konusunun ele alındığını, irdelendiğini ve oradan çıkan sonuçların bir raporla gerekli yerlere sunulduğunu ve basında ses getirdiğini vurguladı.

Eğitim Konusu Aceleye Getirilemez!

Akın Çubukçu, daha sonra eğitim konusunun aceleye getirildiğini, bu toplantıda sonuca bağlanamayacağını belirterek konuşmasına şöyle devam etti:

Sonuçsuzluk

"Eğitim gibi önemli bir konu her zaman gündemdedir. Bugün Türkiye'de 7 eczacılık fakültesi vardır ve bu fakültelerin dekanları şimdiye kadar 10'a yakın toplantı yapmışlar, eğitimin çağdaştırılmasını konuşmuşlar, ileride daha üretken, aldığı bilgileri pratiğe geçirebilen bir eczacı tipinin nasıl yaratılması gerektiğini tartışmışlardır.

Fakat, maalesef şimdiye kadar bir sonuç alınmamıştır. Değerli bir öğretim üyemizin söylediği gibi "eğitim yalnızca fakültelere bırakılmayacak bir konudur."

Eğitimin Yapılmasında Meslek Örgütleri

Çubukçu, konuşmasına devam ederek "Burada

meslek örgütlerinin görevi; tabandaki boşluğu ve istekleri yakalamak ve bu istekler doğrultusunda nasıl bir eğitim yapılabileceğini gösterebilmek için fakülteler üzerinde bir baskı unsuru olmaktadır. Nasıl ki biz meslek örgütlerinin siyasal erk üzerinde, tabandaki insanların sesini duyurabilmek, bunların haklarını savunabilmek için bir baskı grubu olduğuna iddia ediyorsak, eğitim konusunda da fakülteler üzerinde bir baskı unsuru oluşturmamız gerekiyor.

Bu uzun ve zahmetli bir iştir. Çünkü insanların tepkilerini, bilgi açıklarını, nelere doğru yönelmek istediklerini kısa sürede bulamayız. Anketler yapılacaktır, değerlendirmeler çerçevesinde fakültelerimize bir öneri götürülecektir."

Dr.Ecz.Akın Çubukçu, eğitim konusundaki görüşlerinden sonra bürokrasinin hatalarından örnekler vererek konuşmasına şöyle devam etti:

Bürokrasi Çıkmazı

" Karşımızda bir bürokrasi var. Bu öyle bir bürokrasi, öyle bir anlayış ki en basiti yasa, **"Eczacı Ana Sağlık Elemanıdır"** dediği halde bürokrat bu yasa çığner ana sağlık elemanının faydalandığı nimetlerden eczacıyı faydalandırmaz,

Bu öyle bir bürokrasidir ki; yasa, iki tane katılım payını koymuştur bir %10 diğeri %20. Bürokrasi bu yasa çığner bir de %50 katılma payı getirir.

Uyum!

Bürokrasinin yaptığı hataları, örnekleri çoğaltmak mümkün. Ama burada değerli Merkez Heyeti üyesi arkadaşlarımız tüm bir uyum içerisinde olduğunu söylerse ben elbette buna katılmam. Bu uyum değil. Çünkü bu kafada olan insanlarla, büyük bürokratlarla uyum içerisinde olmak KAPLANLA YATAĞA GİRMEYE benzer. Bunun başka çaresi yoktur. Bununla mücadele edilecektir."

Dayatmacılık ve Yardımlaşma Sandığı

Ankara Eczacı Odası Başkanı Dr.Ecz. Akın Çubukçu, TEB Yardımlaşma Sandığını savunan bir kişi olarak sözleşmelerin eczanelere verilmesinde sandık aidatı ödeme zorunluluğu getirilmesini dayatma olarak görerek, Merkez Heyetine bu konuda yazı yazıldığını, bunun Merkez Heyeti tarafından yanlış yorumlandığını belirtti.

Merkez Heyeti tarafından bu konuda Ankara Eczacı Odası'na yazılan yazıda suçlamalar yapıldığı, ge-

rekli yönetmeliklerin fotokopilerinde bazı maddelere (x) işaretleri konularak yazı ekinde gönderildiğini, ancak böyle bir yazıyı kabul etmediğini belirterek konuşmasını şöyle sürdürdü:

"Böyle bir had bildiren yazıyı, çarpı işaretleriyle oku da anla- anlamına gelen bu yazıyı ben kabul etmediğim gibi, herhangi bir odaya da yazılmış olsa kabul etmeyeceğim."

Akın Çubukçu, daha sonra, ilaç kutularında bar kod ve fiyat küpürlerinin bir arada bulunması konusunda Ankara Eczacı Odası olarak İlaç İşverenleri Sendikasına ve Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne yazı yazıldığını, bu konuda gelen cevapta **"eldeki stoklar bitince bu doğrultuda uygulama yapılacağı"** belirtildiğini söyleyerek konuşmasını tamamladı.



Ankara Eczacı Odası Büyük Kongre Delegesi Doç. Dr.Nurettin Abacıoğlu, yapılan konuşmalarında önemli hususlardan birinin birlik ve beraberlik anlayışı diğerin de 2000 yıllarına bakışta günü irdelemek ve geleceğe yönelik projeksiyonlar yapmak olduğunu belirterek konuşmasına şöyle devam etti:

"Bu toplantıda ilginç görüşler, ilginç yaklaşımlar izledik. Birliğin ve beraberliğin sıkıntılı bir konuma geldiğine dair bazı saptamalarımız oldu. Merkez Heyeti'nin çıkardığı TEB Haberler'de Sayın Başkanın birlik ve beraberlik üzerine işaret buyurduğu yazısını dikkatle okudum. Birlik ve beraberlikten maksat, anlaşılabilirlik Merkez Heyeti'nin görüşleri doğrultusunda tavırlar geliştirmek ve onun dışında, odalar olarak aksi görüşler,

aksi yapılanmalar sergilenmemesi hususu 71. maddeyle beraber bize anlatılmak isteniyor. Nitekim Oda Başkanım Akın Çubukçu da bu konuda ayrıca özel mektuplar aldığını da buradan işaret etti. Tabii böyle birlik beraberlik yaklaşımlarının hayata geçemediğini görüyoruz."

Yazışmalarda yönetmeliklerin maddelerini hatırlatarak birbirimizi zapturapt altına alma gayretiyle birlik beraberliğin yaratılmayacağını belirten Nurettin Abacıoğlu konuşmasını şöyle sürdürdü:

"Harmoni İçinde Antagonist Çalışma

Birlik beraberliğin en temel simgelerinden bir tanesi insan vücududur. Hücreler, dokular, organlar, tüm yapımız, en küçük birimi olan hücreden genel görüntümüze kadar bir harmoni içerisinde çalışan ama hiç de birlik beraberlik anlayışıyla değil tam tersine antagonist çalışmaları da içerisinde barındıran bir yapılanmayı gösterir. Öyleyse olması gereken nedir? Çok sesliliği yaratmak, çok sesliliğin içerisinde 2000 yılar, 3000 yıllar, 5000 yıllar nereye erişeceksek o yıllara projeksiyonları farklı görüş açılarıyla, farklı bakış açılarıyla irdeleyebilmek oralarda çözebilemek.

Geçtiğimiz Genel kurullarda benim teklifim oldu. Bu işi böyle yapalım diye. Genel Kurul kuruldur. Seçim vardır işin içinde. O seçimler çerçevesinde oluşturulur, oluşturulamaz. Olmuyor işte. Ondan sonra tekrardan geriye dönüp baktığımızda o günlerin atılan tohumlarının o günlerde harmonili çalışmayı oluşturabilecek çok seslilikli birlik yapısını oluşturma gayretinin bugünlere yansıyamamasından doğan sıkıntıyı görüyoruz. Sonra da birlik beraberlik, olmalı, yürekten katılıyorum. Burası başka bir coğrafyanın, başka bir ülkenin başka bir memleketin eczacılar birliği değil hepimizin Eczacılar Birliği. Eczacılık konusunda, sağlık konusunda, topluma bakış konusundaki görüşlerimizi de en geniş boyutuyla, en değişik boyutuyla, en antagonist fikirler boyutuyla üretmek, tartışmak ve biçimlendirmek durumundayız. Bakın bilim kurulunun yapılanmasında bir felsefe üzerinde anlaşılmadığına inandığım bir noktada tartışma çıkıyor, hiç de öyle birliği beraberliği kurmak, hazırlamak kolay olmuyor. Komisyonlar bana göre, herkesin riyaseti altında çalışılır, ama bilim komisyonlarının özel bir anlamı, önemi, farkı

vardır. Sözlerim yanlış anlaşılmasın, tenzih ederim, her meslektaşım, sonuna kadar beraber çalışmakta bende varım ama bilim denilince bilimin özel yapılanmasının içerisindeki gelenekleri de muhafaza etmenin vıstaformu yaşanmış, o kurulun içerisinde. Ve sonuçta bugün burada Merkez Heyetinin raporuna yansıdığı gibi hiç de birlik beraberlik sağlanamamış ama sağlanacak bir başka biçimiyle.

Odalara arasındaki ilişkilerde de, Merkez Heyeti ile olan ilişkilerde de böyle. Birlik beraberliği sağlayarak 2000 yıllara bakarken pek çok şeyden şikayet ediyoruz. Bu pek çok şeyin içerisinde eğitime altını çizerek noktalayacağım bir kaç husus dışında şu SSK'dan örneklerle yaklaşmak isteyeceğim.

Merkez Heyetinin raporunda diyor ki biz devletle, ilaç sanayicisiyle kim varsa bu konuda herkesle iyi ilişkiler içindeyiz, yani bizim birlik beraberlik anlayışımız bu ilişkiler manzumesini gerektiriyor. Katılıyorum, tabii mesleğin çıkarına yararına halledilecek meseleler varsa herkesle ilişkiler içerisinde olacağız ve mesleğin çıkarlarını temin yolunda ne gerekiyorsa onu yapacağız ama böyle ilişkiler ve tam anlayışlar manzumesiyle işin içine baktığımızda çok iyi ilişkiler içinde olduğumuz devletle, firmalarla SSK içinde Bağ-Kur içinde anlaşamıyoruz. Niye?

SSK niye bugün para ödeyemez vaziyete gelmiştir? Neden? Yani devletin parası mı bitti? Devletin banknot matbaası mı kapandı? Dolar 7000 TL olmuş, 14000'e çıkarırız, devlet yine parayı basar, neyse ödenecek olan milyarlar, trilyonlar, bir türlü rakamlar, hepsi birbirine karıştı, ifade ediliyor, ödenir gider. Yok. Devlet iflas etti, ilaç işinde iflas etti. Bunun iflas edeceği meselesini de geçmiş genel kurullarda toplantılarda kırk defa söyledik. O zaman genel sekreterdik, çok fazla yüzümüze karşı söylenmedi ama önümüzden söylendi, arkamızdan söylendi, sonra serbest söylendi. Efendim hep politika yaptılar, siyaset yaptılar, ilişkileri doğru düzgün tutamadılar. O yüzden sıkıntılar oldu diye.

Bu siyaset, yaptığımız işinde acaba bu mikrofonlardan en az benim kadar diğer meslektaşlarım da aynı siyaseti yapmıyor mu? Paranızı alamıyorsunuz, şikayet ediyorsunuz. Devlet iflas etmiş, ilaç sanayii pompalamış devlete satın aldırma mekanizmalarının içerisinde

de ve bugün şişmiş develt, parayı veremiyor. Diyor ki bekle, belki bir ara para olur, o zaman alırsın. Şimdi biz burada şikayet ediyoruz."

Mesleğimizin felsefesini ticaret olarak anlama-mamız, bir başka boyutta da sağlık meselesi olarak düşünmemiz gerektiğini vurgulayan Nurettin Abacıoğlu, Merkez Heyetinin Bölgelerarası toplantıya "2000 yıllarında ülkemiz sağlık politikasında eczacılığın yeri" konusunda kendi görüşünü getirmiş olması gerektiğini, bu toplantıda bu görüşlerin tartışılması durumunda gündemin dağılmayacağını, daha sağlıklı sonuçlar alınacağını belirtti.

Nurettin Abacıoğlu, Türkiye'de eczacılık eğitim müfredatının % 62.4 ünün ürün yoğunluklu dersler, % 22 sinin insan yapısı, hastalıklar ve ilaç etkisini içeren dersler olduğunu, bu eğitimden geçmiş bir kişinin eczacılık mesleğinin yeni rollerinden hangisine talip olabileceğinin yeniden tartışılması gerektiğini belirterek eczacılık mesleğinin gelişimine uygun olarak eğitimde de gerekli değişikliklerin yapılması gerektiğini vurguladı.

Bölgelerarası toplantı, TEB II. başkanı Ecz. Hilmi Ziya Postacı'nın eleştirilere yanıt veren konuşmasıyla sona erdi.

MESLEK İÇİ EĞİTİM PROGRAMLARIMIZ SÜRÜYOR AİLE PLANLAMASI VE ECZACI KONULU EĞİTİM PROGRAMI YAPILDI



açılış konuşması ile başladı. Açılış konuşmasının ardından, Aile Planlamasını Etkileyen Faktörler konusunda Doç. Dr. **Belma Akşit** (HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD), Üreme Fizyolojisi ve Kontraseptif Etkinlik konusunda Doç. Dr. **Sinan Bektaş** (HÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD), Hormonal Kontrasepsiyon konusunda Prof. Dr. **Kutay Biberöğlü** (GÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD), Non-Hormonal Kontrasepsiyon konusunda Dr. **Rana Güven** (Ankara Numune Hastanesi Aile Planlaması Eğitim Merkezi), Kontraseptife Al-

terнатifler konusunda Op. Dr. **Oya Gökmen** (Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi) ve Aile Planlaması ve Eczacı konusunda da İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı adına Dr. **Doğan Güneş Tomruk** görüşlerini sundular. Meslektaşlarımızın ilgi ile izledikleri programın tartışma bölümünün ardından, kokteyl ile sona erdi.

Odamızca düzenlenen Meslek İçi Eğitim Programının ikincisi 7 Haziran 1992 tarihinde Kent Otel salonunda yapıldı.

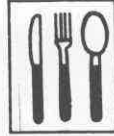
Ülkemizde eczaneler halkımızın en kolay ulaşabileceği sağlık kurumları olarak yer almaktadır. Eczacılarımızda eczaneye başvuran kişilerin sağlık sorunları dışında sosyal sorunlarını da danıştığı kişiler olarak görev yapmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir konusu olan aile planlamasında eczacıya düşen görevi dikkate alan Yönetim Kurulumuz bu yılın ikinci meslek içi eğitim programında bu konunun uzmanları- nca eczacılarımıza aktarılmasını sağladı.

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfının desteği ile gerçekleştirilen program Oda Başkanımız Dr. Ecz. **Akın Çubukçu**'nun



YAŞAM BİÇİMLERİ SAĞLIĞI ETKİLİYOR

Bu çapraz tabloda, kalp rahatsızlığı gibi özel bir hastalığın, hangi hayat biçimlerinin bir sonucu olabileceği gösterilmektedir. Her bir risk faktörünün, örneğin, tütünün pek çok hastalığın nedeni olabileceği de vurgulanmaktadır.



	Düzensiz perhiz	Aşırı alkol tüketimi	Tütün	Egzersiz yapmama	Stres	Hava kirliliği
Kalp-Damar Hastalıkları						
Kalp rahatsızlığı	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	
Felç	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	
Hipertansiyon	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	
Kanser						
Kolorektal	✓✓					
Akciğer			✓✓			✓
Ağız		✓	✓✓			
Mide	✓					
Solunum Yolu hastalıkları			✓✓			✓✓
Siroz		✓✓		✓✓		
Diyabet	✓✓	✓✓		✓✓	✓✓	
Osteoporoz	✓✓	✓✓	✓	✓✓		
Beslenme Bozuklukları	✓✓	✓				
Gastrik Ülser	✓✓	✓✓	✓✓		✓✓	
Fetal Zedelenme		✓✓	✓✓			✓

✓✓ : Yüksek risk faktörü
 ✓ : Risk faktörü

Çeviren: Arş. Gör. Ecz. Selen YEĞENOĞLU (H.Ü. Eczacılık Fakültesi)

Kaynak: World Health Organization yayınlarından World Health'in 1991 November-December sayısı.

İLAÇLAR VE CİNSELLİK

Libido ve seksüel cevabı bozabilecek ilaçlara karşı dikkatli olun!

Cinsel birleşme için uygun erek-siyona ulaşma ve bunu sürdürme yetersizliğinin çok yönlü bir etiyojisi olabilir ve bu durum insanlar yaşlandıkça daha yaygındır. Bu sorun hekimlerin, eczacıların, ürologların, endokrinolojistlerin, psikiyatristlerin, damar cerrahlarının ilgi alanı içindedir. (Tablo 1)

Eczacılar, ilaçların olası yan etkilerini dikkate alarak, özellikle birden fazla ilaç kullanan hasta-lar için impotansın nedenini belirlemeye yardımcı ola-bilirler. (Tablo 2)

Impotansın kullandıkları ilaçlara sekonder olarak geliştiğine inanan hastalar, genellikle

Tablo 1 Cinsel Fonksiyonu Bozabilecek Hastalıklar

Androjen eksikliği
Otoimmün nöropatiler (nörolojik impotans)
S.S.S hastalıkları
Endokrin bozuklukları (tiroid gibi)
Hiperprolaktinemi
Hipogonadizm
Lumbal/sakral disk patolojileri
Multipl skleroz
Kas distrofileri
Miastenia gravis
Penis Hastalıkları
Fiziksel sağlığın bozulması, kendini iyi hissetmeme
Psikiyatrik bozukluklar (yorgunluk, stres, depresyon, anksiyete vb.)
Omurilik hastalıkları ve zedelenmeleri
Sempatik ve parasempatik nöropatiler
Damarsal yetersizlik

danışmadan, kendi kendilerine ilaç tedavisini keserler. Bu tip hastalar düşüncelerini çoğunlukla ilacı yazan hekimden saklarlar, bu da morbidite ve mortalite potansiyelini artırır. Aksine, bazı hastalar ise, ilaç tedavisinin bir etken olabileceğinin farkına varmazlar. Impotansın ortaya çıkışı tedrici olabilmesine rağmen, eczacılar impotans ve libido değişikliklerinin ilaç tedavisinin bir etken olabileceğini ve yaşlanmanın doğal etkileri olmadığı konusunda hastaları bilgilendirmelidir.

FARKLI CİNSEL FONKSİYONLAR

Erkek cinsel performansı, libido, ereksiyon, orgazm ve ejakülasyonun oluşturduğu bir bütündür; bunların herbirinin disfonksiyonu değişik ilaçlardan veya diğer nedenlerden kaynaklanabi-

Tablo 2: Cinsel Fonksiyon Bozukluğunu Artırabilecek İlaçlar

A GRUPLARINA GÖRE

Alfa-adrenerjik blokörler
Anti-İnterferon
Anabolik steroidler
Androjenler
Anoreksiyonlar (ör. fenfluramine)
Antikolinergik ajanlar
Antikonvulsanlar
Antidiskinetikler

Anti-disritmikler
Antihipertansifler
Antiparkinson ajanlar
Antispasmodikler
Antivertigo ajanlar
Anksiyolitikler
Beta-adrenerjik blokörler (sistemik/oküler/topik)

Kalsiyum antagonistler
Santral sinir sistemi stimulanları
Diüretikler
H₂ reseptör antagonistleri (ör. yüksek dozda uzun süreli simetidin alınması)
MAO inhibitörleri
Narkotik agonistleri
Nöroleptikler
NSAID'ler
Polisiklik antidepressanlar
İskelet kası gevşeticileri
Madde ve alkol bağımlılığı
Vazodilatörler (ör. hidrelazın)

B. DİĞER BAZI AJANLAR

Asetozolamid
Aminokaproik asit
Klofibrat
Klomipramin
Klonidin

Kolşisin
Digoksin
Disulfiram
Guanitidin
Ketokonazol

Leuprolid
Lityum
Megestrol
Metildopa
Metoklopramid

Metronidazol
Prazosin
Progesteron
Terazosin

Tablo 3: İmpotansa Neden Olan İlaçların Oluşturduğu Libido/Seksüel Cevap Değişiklikleri ve Düşünülen Mekanizmalar

İLAÇ	DÜŞÜNÜLEN MEKANİZMA	DEĞİŞEN LIBIDO/SEKSÜEL CEVAP
Antihipertansif ajanlar (ör. beta, adrenerjik blokörler, klonidin, reserpin, terazosin, prazosin) Anksiyolitikler Etanol Kas gevşeticiler (badofen, siklobenzapirin) Narkotik agonistler Nöroleptikler Sedatifler (barbituratlar)	Sedasyon	Libido
Simetidin (yüksek dozda) Delta-9 (Marijuana) Digoksin Östrojenler Etanol Ketokonazol Sprinolakton	Testesteron antagonizmi	Libido
Metildopa Narkotik ajanlar Nöroleptikler (Klozapin hariç)	Prolaktin yükselmesi	Libido
Antikolinergik ajanlar Antidiskinetikeler Polisiklik antidepressanlar Dopamin antagonistleri H ₁ reseptör antagonistleri (geleneksel antihistaminikler) Metoklopramid Nöroleptikler	Parasempatik disfonksiyon	Penile tumescense
Guanitidin MAO inhibitörleri Nöroleptikler (özellikle tioridazin) Fenoksibenzamin Prazosin Terazosin	Sempatik disfonksiyon	Ejekülasyon

lır. Bundan dolayı, her bir semptom olası değişik etiyoloji içerebilir. Örneğin, üretral yaralanma olan veya olmayan bir pelvik kırılma sonucu, impotans oluşabilir. İliak veya sakral kırıklardan dolayı internal iliak arter veya pudendal dala veya S2-S4 sinir köklerine gelebilecek bir zedelenme impotansa neden olabilir. Tablo 2'de seksüel disfonksiyona neden olabilen ilaçların listesi verilmektedir.

İlaç tedavisi ve özellikle polifarmasinin impotansa neden olduğu daha çok fark edilmektedir ve ilacın neden olduğu seksüel disfonksiyonun tam mekanizmaları araştırılmaktadır. (Tablo 3)

HASTALIK VEYA TEDAVİ

Çeşitli psikolojik durumlar libido kaybına ve impotansa yol açabilirler. Psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar seksüel fonksiyonu baskılayabilirler. Benzer olarak damar hastalıkları ve santral sinir sistemi bozuklukları seksüel fonksiyonu bozduğu gibi, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlarda, seksüel bozukluğa neden olabilir. Hekimler, seksüel disfonksiyona hastalığın mı? yoksa ilaç tedavisinin mi neden olduğunu mutlaka saptamalıdır.

Eczacı, hastanın kullandığı çeşitli ilaçları bilirse, bunların libido seksüel cevapta oluşturabileceği değişikliklerin anlaşılmasında katkıda bulunabilecektir. ■

Çeviri Düzenleme : Nilgün Kutlu (Nil Eczanesi, Dikmen/ Ankara)
Kaynak : Drugs and Sexuality
- American Druggist, 82-83, March 1991

BİLGİYE SAYGI

M. Fatih SÜALP



Türkiye'ye bilgisayarın ilk girmeye başladığı yıllarda Türk Dil Kurumu tarafından 5. baskısı yayınlanmış olan Türkçe Sözlüğe baktığımızda "Bilgisayar" kelimesinin karşılığını bulamıyoruz. Çünkü o yıllarda, bu kelime henüz Türçemize kazandırılmamıştı ve bizim bugün bilgisayar olarak bildiğimiz cihaza - tabi fiziksel boyutları ve yetenekleri açısından da o günlerdekinden çok farklı - o zamanlar "Elektronik Beyin" tanımı yakıştırılmaktaydı.

Önceleri bu tanımın yerine "Bilgisayar" kelimesi konulduğunda - belki de alışamamanın verdiği yabancılikten - "Elektronik Beyin" i terketmek sanıyorum bizim kuşağa oldukça zor gelmişti. Ama "Saymak" fiilinin dilimizde iki farklı anlama geldiğini düşününce, bugün bu deyimden büyük bir ileri görüşlülükle dilimize kazandırılmış olduğuna inanıyorum. Bilginin korkunç boyutlarda yoğunlaştırılabildiği ve korkunç hızlarda iletebildiği çağımızda, bu gelişmeyi borçlu olduğumuz cihaza, "BİLGİ"ye duyulan "SAYGI"yı simgeleyen böyle bir tanımlamayı yakıştıran ilk ülke olarak kendimizle ne kadar övünsek azdır.

Nasıl ki tekerleğin bulunması insanlığın tarihindeki en büyük kilometre taşlarından biri olarak niteleniyorsa, insanlık var olduğu sürece 21. yüzyılı da bilgi teknolojisindeki patlama sebebi ile benzer büyüklükte bir kilometre taşı olarak hatırlayacaktır. Ve sanıyorum ki, bir insan ömrüne sığabilecek kadar kısa bir süre içerisinde bu denli çığırınca bir teknolojik gelişime şahit olmuş bir kuşak olmamız sebebi ile atalarımız ve belki torunlarımız bizleri kıskanacaklar. Yanlış hatırlamıyor isem 1980'le yılların başında IBM Başkanı'nın bir konferansta yaptığı konuşmada şöyle bir cümle yer alıyordu: "Eğer elektronik teknolojisinde

yaşanan gelişmenin bir benzeri otomotiv endüstrisinde yaşanmış olsadı, bugün bir Rolls Royce'u Coca-Cola fiyatına satın alabiliyor olacaktık."

Bugün masamız üzerine yerleştirerek inanılmaz işler yapabildiğimiz bilgisayarlar, çok değil bundan onbeş yıl öncesinin şartlarında, bütünüyle tozdan yalıtılmış kocaman özel bilgisayar salonlarını dolduruyor ve delikli kartlarla programlanarak kullanılıyordu. Ve bugün daha fazla yeteneğe sahip bir bilgisayarı satın almak için ödeyeceğimiz parayı o günün şartlarında servis büro hizmeti alabilen kuruluşlar birkaç saatlik bilgisayar kullanımı karşılığı olarak ödüyorlardı. Şimdi o salonu dolduran cihazı çantamıza, hatta cebimize koyup yanımızda taşıyabilecek kadar küçüldük ve kapladığı hacim kadar para ile satın alabilecek kadar da ucuza mal ettik.

Gelişme bitti mi? Tabi ki hayır. O denli artan bir ivme ile sürüyor ki, kendi çocuklarımız kafataslarının içerisinde yerleştirilmiş, çok yetenekli ve düşünceleri ile yönetebilecekleri, minicik bir yonga boyutuna indirgenmiş bilgisayarları ile gömüldüklerinde yaşlıları bunu çok doğal karşılayabilecekler.

Karar vermemiz gereken konu tabi ki bilgisayar kullanmak yada kullanmamak değil. Bilgisayar kullanacağız. Ama bunu çağdaş olmanın bizlere yüklediği görevin kaçınılmaz gereği olarak yaparken toplumun çıkarlarını gözardı etmeden, sağlayabileceğimiz azami yararları gözeterek yapacağız. Bilgisayarlardan korkmak demek, içinde yaşadığımız çağdan ve dünyadan korkmak demektir.

"Bilgiye saygıduyar" dan korkma, geç kalmaktan kork.

Gelecek sayıda buluşmak ümidi ile... ■

SANA İLAÇ YOK!...

*Kimini ne güzel sevmiş kayırmış
Kimini ne güzel vermiş doyurmuş
"Kimini ne güzel vermiş" buyurmuş
İymanım "muhkemdir" sayacağım yok.*

Ruhsati

Yıllardır bir işte çalışıyorsunuz. Sabahları demli bir çayı isteğinize göre tatlandırıp, buruk tadını damagınızda duyuyorsunuz. Uzun bir gecenin ağzınızda bıraktığı tarifsiz o kötü pas tadı yerini taze çayın tadına bırakıp gidiyor. Biraz peynir bir kaç zeytini taze ekmeğe katıp, o güzel tanen burukluğundaki çaydan bir yudum daha ince belli bardaktan gövdenizden aşağı döküyor ve tüm hücrelerinize yayıyorsunuz. Kafanız biraz doluyor gibi olsa da vücudunuzda bir dinçlik, bir güzel-lik...Yeni bir güne başlıyorsunuz.

İnsanların işleri çok değişik olur. Siz de bu değişik işlerden birini kendinize seçmişsiniz. Bu işte çalışıyor, bu işi biliyorsunuz. Bu çalıştığınız ve bildiğiniz iş ailenizi geçindiriyor, çoluğun çocuğun masraflarını görüyor. Siz bir işçisiniz, sigortalısınız. Hastalandığınız zaman bir sigorta hastanesine gidiyorsunuz. Eşiniz ve çocuklarınız da öyle. Hekim muayenesini yapıyor ve ilaçlarınızı yazıyor. Sigortanın eczanesine gidiyorsunuz. Kalabalık çok. İnsanlar bekliyor. Sıra size geliyor, reçetenize pat küt bir kaç damga vuran eczacı, bezgin hem de bıkkın bir sesle:

- "İlacın yok. Anlaşmalı eczanelerden alacaksınız." diyor.

Anlaşmalı eczaneye gidiyorsunuz. İlaç yok diyor eczacı. Aslında eczacı şöyle demek istiyor da diyemiyor. "Sigorta altı aydır eczanelere ödeme yapmıyor. Depolara borçlandım Aldığım ilaçların parasını depolara veremedim. Ben de ilaç alamıyorum. Sigorta bana, ben de sana."

Sigorta eczaneleri ilaç alamıyor ki sana versin.

Sigorta ile anlaşmalı eczaneler, çalışıkları depolardan ilaç alamıyor ki, sana versin.

Sen bir maaşa bakan insansın.

Senin bir ek gellirin, bir başka kazancın yok ki parayı verip, verdiği parayı gidip sigortadan alsın.

SEN ilaç alma, sana ilaç yok! Seninkisi üç külhüa-

lahü bir elham bir de allahın birliğine şükür.

30-40 trilyonluk bütçeye sahip sigorta bitmiş tükenmiş. Çalışma Bakanı Sayın Mehmet Moğoltay:

- Sigortayı yıllardır yemişler, bitirmişler, diyor. Haklı.

- Antalya sigorta hastanesinde otuziki ortopedist var, diyor, onlar orda ne yaparlar diyor. Haklı, eyvalah.

AMA birileri kalkıp da:

- Bir tanesi 140 milyon liradan, kırk tane, uzaktan kumandalı mı, bilgisayarlı mı ne jinekolojik masalar Japonya'dan getirilip bir kadın uzmanı bile olmayan ilçe sigorta hastanelerine kondurulmuş. **Bunlara bir de 40 milyonluk lambalar takılmış.** Bunlara para var da, ilaca, eczacıya niye para yok, diye sorarsa;

"Tamam sen de haklısın" diyen birileri çıkacak mı? Hayır.

Koca kurum bir türlü köylülükten kurtulamayan kafalarla yıllarca yönetilecek, işçinin sağlığına, ilacına ayrılan paralarla işhanları, apartmanlar, mallar, mülkler alınacak, -neyin vakıfıysa- vakıflar kurulacak, iş işçinin ilacına gelince:

- Para yok, denilecek.

Sigortadan biraz üst düzeyden bir tanıdığınız varsa, bir gece kurumun sosyal tesislerinde bir yemeğe gidin. Orada, gündüz ilaç kuyruğunda bekleyen bir tek işçinin olmadığını göreceksiniz, bir köfte ayran parasına ne masalar donatabileceğini anlayacaksınız. Ama iş reçeteye, ilaca gelince:

- Para da yok ilaç da. Git paranla al, biz sana sonra öderiz.

Bakmayın siz, bugün sigortalı işçinin ilacını yine anlaşmalı eczaneleri sağlamaya çalışıyor. Bunların alacağı 350 milyar. Sigortanın ilaç firmalarına borcu ise 900 milyar. Sigortayla anlaşmalı eczaneler altı aydır özveride bulunuyor, borç gırtlakta hâlâ ilaç vermeye devam. İlaç işverenleri Sendikası aylardır ayakta:

- Ey sigorta sana ilaç yok, diyor. Önce borcunu öde, diyor. İşte eczacı bunu diyemiyor. Yıllardır tanıdığı bildiği, yakınlık kurduğu bu insanlara, ancak sermayesi tükenince:

-ARTIK YETER, İLAÇ YOK! diyor.

92 Yılı Bütçe Uygulama Talimatına Yönelik YÜRÜTMİYİ DURDURMA İstemi

Yönetim Kurulumuz 1992 mali yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın "Tedavi Yardımı" tebliğinin 4.1- ilaçların Temin Edilmesi bölümünün (h) fıkrasının Yasa'ya ve Hukuka aykırılığı nedeniyle öncelikle Yürütmenin Durdurulmasına ve iptaline karar verilmesi dileğiyle Danıştay'a başvurdu.

Konuya ilişkin dilekçe metnini aşağıda sunuyoruz.

DANIŞTAY SAYIN BAŞKANLIĞINA

29.5.1992

ANKARA

"Yürütmeyi Durdurma İstemi Vardır."

DAVACI

:Ankara Eczacı Odası'nı temsilen Olcay SELES
Konur Sokak No: 13/ 2 Kızılay-ANKARA

VEKİLİ

: Av. Metin BAYYAR

DAVALI

: Maliye ve Gümrük Bakanlığı-ANKARA

KONUSU

: Davalı Bakanlık tarafından 31 Mart 1992 günlü ve 21188 Sayılı Resmi Gazete'nin mükerrer sayısında yayımlanan 1992 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın "Tedavi Yardımı" Tebliğinin 4.1- İLAÇLARIN TEMİN EDİLMESİ bölümünün (h) fıkrasının Yasa'ya ve Hukuka Aykırılığı nedeniyle ÖNCELİKLE YÜRÜTMENİN DURDURULMASINA ve IPTALINE karar verilmesi dileği vardır.

OLAY VE HUKUKİ DURUM :

1- Dava konusu ettiğimiz olgu tüm üyemiz eczacıların hukuki menfaatlerini, ekonomik çıkarlarını ihlal ettiği gibi, aynı şekilde bu durum bağlı olduğumuz ve de yürütümünü yaptığımız 6197 Sayılı Eczacılar ve eczanele Hakkındaki Yasa'ya da aykırılık teşkil ettiğinden çekişme konusunu Sayın Yargınız huzuruna getirmek durumunda kaldık.

2- Çekişme konusu yaptığımız 4. maddenin (h) fıkrası aynen:

"Radyolojik tetkikler sırasında kullanılan her türlü parenteral (enjektabl) radyodiyagnostik ajan, enjektör, kelebek seti gibi malzemeler tetkiki yapan sağlık kurumu tarafından temin edilir ve bedeli ilgili kuruma fatura edilir.

"Ancak, hastane tarafından temin edilememe halinde bu durumun Başhekimin onayıyla belgelendirilmesi kaydıyla dışarıdan alınabilir", denmektedir. (EK-1)

Talimatnamenin burada sözünü ettiği ilaçlar ayakta tedavi gören hastalara verilen ilaçlardan söz etmektedir. Örneğin radyolojide film çekirecek bir hastanın bir, birkaç gün öncesinden aldığı, içtiği ilaçlar gibi, ya da film çekilirken enjekte edilen (damardan) ilaçlar gibi ilaçlardan söz edilmektedir.

Bu tedavinin durumu belirten "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nin 18'nci maddesinin (c) fıkrasında "Ücret Karşılığı Verilen İlaçlar" başlığında da belirtilmiştir. Anılan fıkrada da "... Kurumun bulunduğu yerde başka bir eczane bulunmadığı veya bulunupta önemli ve acil vak'a için kullanılacağı tabip raporu ile kanıtlanmış ilaçlar, serbest eczanelerden herhangi biri tarafından piyasada bulunmadığının belirtilmesi halinde parke satış fiyatı üzerinden ücreti alınmak suretiyle verilir..." denirken de bizim dava konusu ettiğimiz talimat fıkrasının aykırılığı belirginleşmektedir. Sayın Mahkemenizin de takdir ettiği üzere yasalar hiyerarşisinde Anaya

sa, Yasa , Tüzük, Yönetmelik, Talimatnamelerin bir birine uygunluğu esastır, hukuk tekniğinde de böyle olması gerekmektedir. (Ek-2)

3- Davalının iptalini istediğimiz talimatnamesinin hukuka ve Yasaya aykırı bir yanı da müvekkilim odanın bağlı olduğu 6179 Sayılı Yasa'nın 14 ve 16'ncı maddeleri ise serbest eczanelerin o yerde olmaması halinde hastane eczanelerinin ya da özel hastanelerin hangi durumlarda açılacağını, ilaç satacağını belirtmişken, serbest eczane-nin açılması halinde de bu sözünü ettiğimiz eczanelerin kapanacağı ve ilaç satamayacağıdır. Burada Yasa'nın amacı serbest eczaneçiliği özendirmek, hizmeti yaygınlaştırmak, istihdamı güvence altına almaktır. İptalini iste-diğimiz talimatnamenin özü ise serbest eczanelerin yukarıda belirttiğimiz ayakta tedavi gören hastaların ilaçlarını satmasının önlenmesi, değişik bir anlatımla da serbest eczacılık mesleğinin yürütümünün engellenmesidir. Sayın davalının işlemi kamu yararına olmadığı gibi, 6197 Sayılı Yasa'nın 14, 16'ncı maddelerine de aykırıdır. (Ek-3)

HUKUKİ NEDENLER	: 2576, 2577, 657, 6197, 1136 Sayılı Yasalar ilgili mevzuat.
DELİLLER	: 31 Mart 1992 günlü R. G. Yayımlanan 1992 Yılı Bütçe Uygulama talimatnamesi, her türlü delil...
SONUÇ VE İSTEM	: Sunulan Nedenlerle,

31 Mart 1992 günlü Resmi Gazetenin mükerrer sayısında yayımla-nan 1992 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatının (Tedavi Yardımı) tebliğinin 4.1 "İlaçların Temin Edilmes bölümünün (h) fıkrasının 6197 Sayılı Yasa'nın 14 ncü, 16'ncı, Yataklı Tedavi Kurumlar Yönetmeliğinin 18'nc müddesinin (c) fıkrasına ve de kamu yararına aykırılığı nedeniyle ÖNCELİKLE YÜRÜTMENİN DURDURULMASI-NA ve İPTALİNE, Yargılama giderleri ile vekalet ücretinin de davalıya yükletilmesine karar verilmesini vekaleten di-lerim, saygılarımla. Davacı Vekili

Av. Metin BAYYAR