

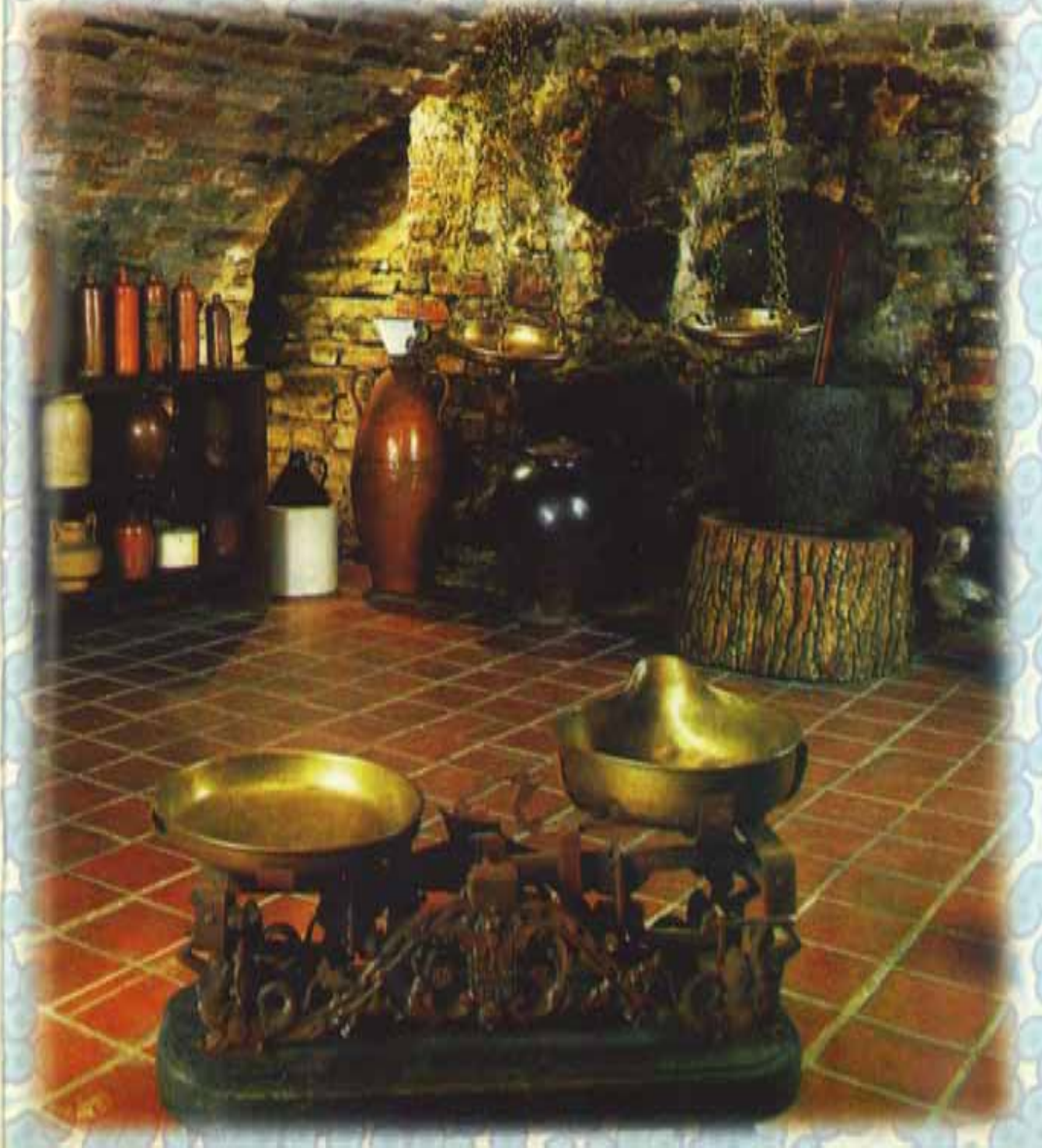
ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ

İLACI FORUMU

CILT: 17

AYDA BİR YAYINLANIR

SAYI: 1 / 1997



AEOB İLAÇ FORUMU

Cilt : 17 Ocak 1997/1

TEB II. Bölge
Ankara Eczacı Odası Adına
Sahibi ve Yazışmaları Sorumlusu
Uzm. Ecz. Olcay Seles

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

YAYIN KURULU

Ayten Küpeli
Pınar Bulut
Sevim Çınar
Suna Çetintaş
Rana Kurt
Süsnüs İbiş
Hilmi Orhan

Yayın Koşulları

- İlaç Forumu Ankara Eczacı Odası yayını olup, dergide eczacılık, ilaç ve sağlıkla ilgili yazılar yayınlanır.
- Metin yazarı ya da yazarlarının ad, soyad, ünvan ve adresleri ayrı bir kağıda yazılarak metne eklenmelidir.
 - Yayımlanması istenilen yazıların, daktilo ile iki aralıklı, bilgisayarda ise MS-Word ya da Macintosh programlarıyla yazılması ve yazıların orijinal çıktısı ile birlikte disketinin de gönderilmesi teknik açıdan kolaylık sağlayacaktır.
 - Kaynakçalar belirtilmelidir.
- Şekil ve grafikler çini mürekkebi ile aydın ve beyaz kuşe kağıda çizilmeli, resimler parlak fotoğraf kartına net şekilde basılmış olmalıdır.
- Yayın için gönderilen yazılar yayın kuruluna ulaşma tarih ve sırasına göre değerlendirmeye alınır.
- Yazıların yayınlanıp yayınlanmayacağına Ankara Eczacı Odası Bülteni İlaç Forumu Yayın Kurulu karar verir.
 - Dergiye gönderilen yazılar geri verilmez.
- Yazılardaki görüş ve fikirlerden yazarları sorumludur.

Dizgi ve Ofset Hazırlık
Ürün Ltd. Şti.

Meşrutiyet Caddesi 17/22, Kızılay-Ankara
Tel: (312) 425 39 20 Fax: (312) 417 57 23

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| Bakış..... | 2 |
| Uzm. Ecz. Olcay SELES | |
| 14 Mayıs Eczacılık Bayramı..... | 4 |
| 3. Meslek İçi Eğitim Programı: Hipertansiyon..... | 16 |
| İlaçların Yaşam Kalitesine Etkisi Çalışmalarında Eczane Eczacılarının Rolü..... | 26 |
| Prof. Dr. Sam SALEK | |
| Genel Hatları ile Pazarlama ve İlaç Sanayiinde Ürün Yöneticiliği..... | 34 |
| Dr. Cem AKINCITÜRK | |
| Özelleştirme ve Sağlıkta Uygulamalar..... | 36 |
| Ecz. Ayten KÜPELİ | |
| Dünya Gıda Zirvesinde "Açlık ve Savaş" Tartışıldı..... | 42 |
| Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve İş Güvenliği..... | 43 |
| Dr. Celal Özer EMİROĞLU | |
| 1997 Bütçesi Üzerine Tespitler..... | 47 |
| Hasta Hakları..... | 50 |
| Ecz. Sündüs İBİŞ | |
| Toplumun Eczacılık Hizmetlerine İlişkin Bilgi ve Beklentileri Konusunda Bir Araştırma..... | 52 |
| Uzm. Ecz. Selen Yeğenoğlu ONARAN | |
| Ölümlerin Diyaloğu..... | 54 |
| Paul Guimard | |
| Yardım Etmek ya da Zor Kullanmak..... | 56 |
| B. Brecht | |

BAKIŞ

Uzunca bir süredir yayımlaya-madığımız Bültenimizin ilk sayısı ile birlikte 1997 yılına başlıyoruz.

'Başlamak bitirmek demektir.' Çocukluğumuzdan beri duyduğumuz bir deyiş. Bu deyiş bana biraz nasihat kokulu geliyor, belki de çocuklarımızın içinde buldukları/ bulunabilecekleri, tembelilik duygusundan, birşeylere önce karar veremeyip, başlayamamak duygusunu atmaları için söylenen, biraz da umut aşılayabilmek endişesiyle söylenen bir deyiş gibi geliyor.

Bir meslek örgütünün yöneticisi olarak, bu yazıyı da çok az kişinin okuyacağını düşünerek, sanki evimde, bize konuk gelmişsiniz gibi sizlerle söylemek istiyorum sevgili meslektaşlarım. Ev belki biraz dar ama, yüreğimiz geniş. Çocuklarımız da sizi çok özlediler. Buyurun geçin, oturun dilediğiniz yere.

Uzunca bir süredir, hiç ortalıklarda yoktunuz. Nerelerdeydiniz? En son nerede karşılaşmıştık? (Hiç birimiz hatırlamıyoruz).

Eşiniz nasıl, çocuklar nasıl? Niye çocukları getirmediniz?

AMA YİNE DE SİZ BUYURUM, OTURUM BİR YERLERE, EV DAR AMA YÜREĞİMİZ GENİŞ.

1996 senesinin Mali Genel Kurulu'ydü. Yine sizin gibi bir kaç dost gelmişti bizim eve. Hep beraber karar verdik. Artık tek oda yetmiyor, gelin daha geniş bir eve taşınalım diye. Herkes de parmak kaldırdı. 'Aman ne güzel olur' diye onaylandı. Çocuk çocuk hepimizde bir sevinç. Yaşasın yeni bir eve taşınıyoruz. Yeni ev, yeni umut.

Ama bu sevinç kursağımızda kaldı.

Bir mektup geldi taa uzaklardan, sözde bizimle aynı şehirde yaşayan, akrep midir, akraba midir bilmediklerimizden.

Altına ismini de koymamışlar, kimlerden, kimcilerden.

İstemiyorlar daha geniş bir eve çıkmamızı.

AMA YİNE DE SİZ BUYURUM, OTURUM BİR YERLERE EV DAR AMA YÜREĞİMİZ GENİŞ.

Uzunca bir süredir hiç ortalıkta yoktunuz. Nerelerdeydiniz?

Yeri gelmişken söyleyeyim. Geçenlerde, yurt dışından bir konuğumuz geldi. Aman bir güzel adamdı anlatamam. Neler anlattı neleri!

İlaçların Yaşam Kalitesine Etkisinde Eczacıların Rolü diye birde konu bulmuş. Tam yedi saat durmadan anlattı. Durmadan, soluksuz dinledik.

Size de çocuklarla haber yolladık. Aman bir konuğumuz var bizde, toplanıyoruz. Gelin tanışın, bir de bu adam dünyada bu tür konuları anlatan iki üç kişiden biriymiş. Arkasından da yeriz içeriz diye ama gelmediniz.

Özellikle cumartesi gününü seçmiştik. Siz gelirsiniz diye, işyerlerinize çocuk gönderdik yine. Hepinizin annesi ya da babası ya da yakınları karşıladı eczanelerinizde bizleri güler yüzleriyle ama işyerlerinde de yoktunuz.

Hep böyle yapıyorsunuz. Bakın yavaş yavaş güceniyorum size. Geçenlerde de böyle yaptınız. Bu sefer de İstanbul'dan bir kardiyoloji profesörü gelmişti bizim eve. O zaman da söylüyordunuz, aman hastalarımız hipertansiyonla ilgili çok soru soruyor, annelerimizin babalarımızın da yaşı ilerledi, hep tansiyon şikayetleri var, birini bulsak da anlatsa diye.

E, kızcağız taa İstanbul'dan kalktı geldi. Siz şurdan burnumuzun dibinden gelmediniz bize. Hep böyle yapıyorsunuz samimi söylüyorum beni çok kıriyorsunuz.

Zaman zaman karşılaşıyoruz. Dertleşiyoruz ne güzel. Aman birbirimize gidelim-gelelim diyoruz. Bir türü gelebiliyorsunuz. Geçen gün, daha yeni konuşmadık mı? Hepimiz memuruz, kamucuyuz, bir gün oturalım da bizim evde konuşalım demedik mi?

Yine çocuklarla haber gönderdik. Gelin bütün kamucular derdimizi dökelim bizim evde diye; başka şehirlerden bir sürü kamu eczacısı geldi ama siz Ankara'nın içinden, burnumuzun dibinden gelmediniz. Ama yine de kendinizi akşam yemeğindeki eğlenceye affettirdiniz. Nasıl kalabalık olduda eğlendik. Eğlenmek bizim de hakkımız canım. Bütün gün çalışıyoruz.

Aslında gerçekten kızmaya başlıyorum size. Hep dostluktan bahsediyoruz. Dost olmak kolay değil ama hep birbirimize biz dostuz diyoruz.

Ama dostluk sadece konuşmakta değil. Kara gün dostu olmak önemli.

Ama siz kara günlerde de bizim eve gelmiyorsunuz. Artık yalnız ben değil çocuk çocuk güceniyoruz size.

Hatta geçen gün benim küçük oğlum sordu, baba hiç kimse gelmiyor bize, hanı o gün gazeteci Metin Göktepe öldürülmüştü ya, O gün bile kimse gelmedi biz evde ağlarken diye.

Çocuk bu ya duygulanmış. Teselli ettim oğlumu; oğlum, herkesin işi gücü var, ekme parası, katılım payı, yüzde alıyor almıyor, nasıl yapsak ta meslektaşlarımızın hakkına saygılı davransak diye düşünmekten fırsat buluyor mu dostlarımız böyle bir şeye diye söyledim.

Çocuk bu ya tatmin olmadı, biraz da yüksek sesle

'Baba sen beni kandırıyorsun, Sivas'ta 37 kişi öldüğünde de bize kimse gelmedi' deyince kusura bakmayın, belki de bana kızacaksınız ama patlattım ensesine onun-senin de dilin uzadı- diye. Senden mi öğreneceğim ben, benim dostum kim düşmanım kim diye. İşte zaman zaman böyle şeyler de yaşıyoruz.

AMA YİNE DE SİZ BUYURUN, OTURUN BİR YERLERE, EV DAR AMA YÜREĞİMİZ GENİŞ.

Çocukta, çocuk olmanın bir alemi yok. Ama benim de bu arada içim daralmıyor değil. Bir araf- bir dere fırsat bulun da gelin bizim eve. Konuşmaya benim de ihtiyacım oluyor. Sizler de duymuşsunuzdur. Geçenlerde bir kamyon çarpmış bir arabaya. Bu trafik kazaları bir türü önlenemedi. Hepimizin çoluğu çocuğu var.

Sabah evden gönderiyorsun, akşam haberi geliyor. Adam polis, adam milletvekili, adam belki de büyük adam olacaktı biraz daha okusaydı. Yollarımız iyi değil, bir sürü adam ehliyet alıyor, fakülte mezunu olması gerek kamyon şoförlerinin.

İşte bunları hep konuşmak istiyorum sizlerle ama yoksunuz.

Eminimki sizler de kendi evinizde bunları konuşuyorsunuz. Allah'a şükür hükümetimizde var. İki insan biraraya gelmiş, kendilerine göre bir sürü sorunları var. Ama anlaşmışlar. Gel demişler, birbirimize dediklerimizi unutalım, örtelim hatalarımızı birer kürek kül atalım koku salan son artıklarımıza, yeter ki hükümete kalmasın çocuklarımız diye.

E, ben bunları, bu fedakarlıkları konuşmak istiyorum sizlerle, siz dostlarımla. Ama gelmiyorsunuz.

AMA YİNE DE SİZ BUYURUN, OTURUN BİR YERLERE, EV DAR AMA YÜREĞİMİZ GENİŞ.

Bizim evin güney taraflarında bir yerlerde, aşağı sokaklarda bir kavga, kuyamettir gidiyormuş, aynı evin çocukları birbirine düşmüşler, babaları sebepmiş kavgalarına (anaları öyle dedi ben bilmiyorum) ama buna da çok üzülüyorum dostlarım, neden bu babayı bir kenara çekip de konuşmuyoruz diye. Ama siz gelmiyorsunuz ki bunları konuşalım.

Bir de acalıp kulıklı adamlar türedi son zamanlarda bizim eve yakın bir yerlerde. Def çalıp oynuyorlarmış. Dini bütün adamlarmış bunlar. Sakalları da varmış kokulu. Aksine gururluymuş onlar mütevazî değil. Çetin Bey'in oğlu Ahmet Altan'ın dediği kadıyla.

Hatta inançlarını bir sâs gibi boyunlarına takıp, bununla övünüyorlarmış, Allah'la kendi aralarındaki ilişkili. İnsanlarla aralarındaki ilişkilerinde kullanıyorlarmış. İnanç, onların 'nefsini' terbiye etmiyormuş, aksine onların 'nefsi' bu inançla oburlaşıyormuş.

Çetin Bey'in oğlu Ahmet Bey hatta şöyle diyor:

'Ey müminler, siz söyleyin tevazu olmadan din olur mu? İnançsız olmadan bu kadar böbürlenmeye utanmıyor musunuz?

İşte ben hep bunları konuşmak isterdim sizlerle.

Ama sizler yoksunuz.

Geçen sene bize hiç gelmediniz. Artık bu sene sizleri ev'de çocuk çocuk bekliyoruz.

SİZ DE BUYURUN OTURUN BİR YERLERE, EV DAR AMA YÜREĞİMİZ GENİŞ.

Pardon, unutmuş olabilirsiniz, hemen hatırlatıyorum.

Bizim evin adresi:

Ankara Eczacı Odası

Konur Sok. 13/2 Kızılay/ANKARA

1997 hepinize barış getirsin.

Uzm. Ecz. Olcay Seles

14 MAYIS ECZACILIK BAYRAMI

14 Mayıs 1996 Eczacılık Günü kutlamaları belirlenen program çerçevesinde sabah saat 09.30'da Anıtkabir ziyareti ile başladı.

Saat 11.00'de Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde başlayan kutlama programının açılış konuşmasını G.Ü.Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Bilge Şener yaptı.

Bu yıl Türk Eczacıları Birliği'nin ve Ankara Eczacı Odasının 40. yılının birlikte kutlandığını belirterek söze başlayan Prof. Dr. Şener, toplumsal hayatın gelişmesi sonucu ortaya çıkan ihtiyaçların tesbitinin, demokrasî gereği ancak birliklilik ve örgütlülükle mümkün olduğunu söyledi.

Eczacılığın; insanlıkta birlikte var olduğunu, 755 yıldan beri de dünyada bağımsız bir meslek olarak kabul edildiğini ve yasalarla sınırlarının belirlendiğini söyleyen Prof. Dr. Şener birbuçuk yüzyıl aşkın bir süredir de yüksek öğrenimle kazanılan ve yasaların teminatı altında tutulan bir meslek hüviyetine sahip olduğunu belirtmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında herkes için Sağlık Programı çerçevesinde yaptığı çalışmalarından birinde ilacı kullanan sağlık ekibi içinde eczacının yerinin ve öneminin vurgulanması; ülkelerin mevcut eczacı polansiyelerinden en rasyonel şekilde faydalanmaları için gerekli tedbirlerin alınmasına teşvik edilmesi olduğunu vurgulayan Prof. Dr. Şener ülkemizde eczacıların ilaçların temini, depolanması, dağıtımı, ilaçların hazırlanması, üretim, kalite kontrolü ve hastaya ulaştırılması gibi hizmetleri de yürüttüğünü belirtmiştir.

Son yıllardaki bilim ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak çok sayıdaki yeni ilacın tedaviye sunulduğunu söyleyen Prof. Dr. Şener ilaç hammaddeleri, geliştirilmiş tıbbî malzemeler, yeni keşfedilen tedavi sistemleri konularında eczacıların gelişmeleri takip edebilmelerine imkan veren sürekli eğitimin önemine değindi.

Eczacılık mesleğinin, 21. yüzyıldaki hizmetlerine yönelik eczacılık eğitiminin süresi ve içeriği bakımından yeniden yapılanma çalışmalarının Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, 14 Eczacı Milletvekilinin bulunduğu T.B.M.M. ve ülkemizdeki eczacılık fakültelerindeki teşkil edilen çalışma grupları tarafından ele alındığını, sonuca ulaştırılması için uğraş verildiğini de sözlerine son verdi.

Prof. Dr. Şener, Türkiye'de verilen ilk eczacılık diplomasının 157. yılında Eczacılık Günü'nü tekrar kutlayarak sözlerine son verdi.

Açılış konuşmasından sonra konuşmasını yapmak

üzere Ankara Eczacı Odası Başkanı Uzm. Ecz. Olcay Seles kürsüye davet edildi.

Söze Eczacılık ve Hekimliğin ilk kez 1230 ile 1240 yılları arasında Alman İmparatoru II. Frederik döneminde yürürlüğe konan nizamnameler ile birbirinden ayrıldığını belirterek başlayan Seles konuşmasına şöyle devam etmiştir.

"Sayın Rektörüm, Sayın Rektör Yardımcım, Dekanlarımız, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti Başkanı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcımız, sevgili hocalarım, değerli meslektaşlarım, sevgili öğrenciler; Ankara Eczacı Odası adına hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Dünyada ilk kez 1230 ile 1240 yılları arasında Alman İmparatoru II. Frederik döneminde yürürlüğe konan nizamnameler ile Hekimlik ve Eczacılık hizmetleri ilk kez birbirlerinden ayrılmıştır. Türkiye'de ise bu süreden yaklaşık 700 yıl geçtikten sonra ilk eczacılık öğretimi 14 Mayıs 1839 günü Sultan II. Mahmut tarafından resmen açılan Mektebi Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'de başlamıştır.

Mektebi tamamlayan tabip ve eczacılara diplomaları, mesleklerini yaparken, doğruluktan sapmayacakları ve padişaha sadakatta hizmet edeceklerine ilişkin bağlı oldukları dinin kutsal kitabı üzerine Kuran, İncil ya da Tevrat üzerine el bastırılarak yemin ettirildikten sonra özel bir törenle verilmiş.

O günden bugüne eczacılık günü olarak kabul ettiğimiz bilimsel eczacılığımız, bu yıl, tam 157 yaşına basıyor.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, 1863 ile 1909 yılları arasında İstanbul'da 5 eczacı cemiyeti kurulmuş.

Cumhuriyetin ilanı üzerine 13 Haziran 1924 günü, eczacılar, bir araya gelerek Türk Eczacıları Cemiyetini kurmuşlar ve Başkanlığına da Ecz. Ethem Pertev Bey'i seçmişlerdir.

Uzunca bir süre, eczacılar, bu cemiyetin çatısı altında kalmışlar ve daha sonra mesleğimizin yasal olarak tanınması yapılarak 21 Mayıs 1956'da bugünkü meslek örgütümüz olan Türk Eczacıları Birliği kurulmuştur.

Bu nedenle, mesleki örgütlenmemizin 40. Yılımı, bu yıl, birlikte kutluyoruz; ancak, kutluyoruz sözünü tırmak içerisine alıyoruz.

Çok kısa bir özetle de olsa, az önce, sizlere, mesleğimizin tarihsel sürecini aktarmaya çalıştım.

Osmanlı İmparatorluğundan beri, eczacılık mesleği, adım adım ilerlemiş ve o dönemin padişahları dahil, mesleğimizin gelişmesinde ve altını çizerek söylüyorum

özellikle devlet katında temsil edilmesinde önemli katkılarda bulunmuşlardır. İleriyi gören kişiler oldukları için, kendilerini, bugün bile şükranla anıyoruz.

Fekî, bugünlerde ilaç ve eczacılık alanında neler oluyor?

1996 Cumhuriyet Türkiye'sinin bir eski Sağlık Bakanı, Yüksek Sağlık Şurasında asil üye olarak temsil eden Türk Eczacılar Birliğini oy hakkı bulunmayan gözlemci üye konumuna getirmiştir. Yalnızca Türk Eczacılar Birliği değil, ayrıca Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği de bundan nasibini almışlardır.

Ayrıca, hazırlanan Tababet Uzmanlığı Tüzüğü taslağında da, yıllardır hekimlerle birlikte sınağa giren ve ihtisas yapma hakkını kazanarak uzman olan eczacıların, bu hakkı da elinden alınmaya çalışılmaktadır.

Değerli meslektaşlarım, sayın konuklar; cehaletin mahkama ligali yoktur. Mitekim, bugünün Cumhuriyet Türkiye'sinin Parlamentosunda "Cumhurbaşkanı da bir yıl zurna dinlemese ne olur" diye soran ve Cumhurbaşkanlığı Senfoni orkestrasını, dolayısıyla, sanatı aşağılamaya kalkın, lafık Türkiye'den hoşlanmayan, çağdaş Türkiye'den korkan garip kulüklü kişi de bir milletvekilidir.

Ancak, aynı çalı altında, Senfoni Orkestrasına genel bütçeden ayrılan payı çok gören bu anlayışla, Türk Eczacıları Birliğini ve eczacıları yok sayan anlayış arasında hiçbir fark yoktur. Yalnızca parlamentoya farklı kapılardan girmişlerdir, o kadar.

Osmanlı padişahlarının ve devlet adamlarının ileriyi görenlerini, bugün nasıl şükranla anıyorsak, gelecek kuşaklar da bu geri anlayışı, eczacılık tarihinin kara sayfalarına gömerek ibretle anacaklardır.

Değerli meslektaşlarım, sayın hocalarım, özellikle sevgili öğrenciler; konuşmamın başında söylediğim bu şeyler, asla sizle karamsarlığa düşürmesin.

Türkiye'de ilaç ve eczacılık konularında varılan noktalar, hiçbir mesleki şovenizme kapılmadan söylüyorum ki, benim, çok değerli meslektaşlarım sayesinde olmuştur.

Bugün gümürük birliğine giren Türkiye, ilaçta ilgili uyumlaştırma çalışmalarında bir sıkıntı çekmiyorsa eğer, bunun nedeni, yıllardır bu konuya emek veren eczacılardır.

İlaç sektörüne, çağdaş ve bilimsel bir yön verilmişse, bunun nedeni, iyi üretim koşulları, OMP Yönetmeliğini hazırlayan ve hâlâ daha iyiyeye götürmeye çalışan eczacılardır.

Artık, ilaçlarımızın içinde jilet parçaları, tırnak parçaları, sinek kanalları çıkmıyorsa; hastalar, iyileşmek için aldıkları ilaçlardan enfeksiyon kapmıyorsa; bunun nedeni, yıllarca, gece gündüz demeden, ilaç fabrikalarının denetimlerini, harcırahlarını bile almadan, borç buldukları paralarda denetimlere giden eczacılardır.

Gelişmiş ülkelerin, geri kalmış ülkeler için ürettikleri ve "nasıl olsa denetim yoktur" diye ihraç ettikleri ilaçlar Türkiye'ye girmiyorsa, buna en büyük

engel, son derece komik ücretlerle çalıştırılan özverili kamu eczacıdır.

Türkiye, en gelişmiş ülke denilen Amerika Birleşik Devletleri'nin ürettiği ve piyasaya sunduğu ilacın kalite kontrolünde üretim hatasını buluyor ve bu ilacın dağıtımını ve kullanımını yasaklayabiliyorsa, bunun nedeni eczacılardır.

Bir sosyal güvenlik kurumu olan ve sürekli ilaç ettiği vurulanmaya çalışılan Sosyal Sigortalar Kurumu, 1995 yılında yalnızca ilaç kaleminde 2 trilyon tasarruf yapabiliyorsa, bunun nedeni eczacılardır.

Uluslararası yayın konusunda fakültelerimiz başı çekiyorsa, bunun nedeni eczacılardır.

Bunca yıldır ilaçta patente, OTC'ye ve ilaçta reklama karşı çıkarak, bu ülkenin yerli ilaç sanayitini kaldırmaya çalışan, yine, bu ülkenin eczacı örgütleri ve onların üyesi eczacılardır.

Kamu kurumları, aylarca, eczacının verdiği ilacın parasını geri ödemiye, ödemediği halde bile vatandaşları ilaçsız bırakmayan yine eczacılardır.

Bunca özveriyse, bunca çalışmaya, ülke ekonomisine ve sağlığa katkısına rağmen, hükümet yetkilileri, eczacıyı yok saymaya devam ederlerse, yaklaşık sayıları 20 bin bulan eczacılarımız aracılığıyla, günde eczanelere ortalama 50 hasta geliyor hesabıyla, günde 1 milyon kişiye, bu politikacıları şikâyet ederek, bir daha bu kişilere hiç oy vermemelerini isteyeceğiz.

Sevgili meslektaşlarım, politika güzel bir şey, millet olarak da biz, bu işten zevk alıyoruz. Özellikle eczane eczacısı meslektaşlarımız, bu politikanın bizzat içindeler. İşleri gereği, hergün, toplumun her kesiminden herkesle iç içeler. Bu nedenle de, Parlamentoda, hiç de anımsanmayacak sayıda milletvekilli meslektaşımız bulunmaktadır. Yıllardır bu böyle olmuştur.

Genellikle, seçilip lacivert elbiselerini giydikten sonra, Ankara'da uğradıkları yerlerden birisi Ankara Eczacı Odası, diğeri ise Türk Eczacılar Birliğidir. Ancak, Ankara'nın yollarını ve özellikle Anadolu Kutubünü öğrendikten sonra, bu meslektaşlarımız, kendilerini hemen memleket sorunlarına kapırmaktadırlar...

Ne zaman ki Mecliste ilaçla ilgili bir gensoru verilir, işte, o zaman, Odamız, yeniden akillarına gelir; gensoru gider meslektaşlarımız da gider.

Artık, biz, ilaç ve eczacılık konularında iyi şeyler üreten ve meslek örgütüne uzak ya da soğuk bakmayan milletvekilleri görmek istiyor ve bekliyoruz.

Değerli meslektaşlarım, meslek örgütleri, dünyanın tüm gelişmiş ülkelerinde olduğu gibi, demokrasinin olmaz olmazlarından biridir.

Meslek örgütleri, çıkar grupları değil, başlı gruplardır ve bu nedenle de gelişmiş ülkelerde, hükümetler, bu önemli ayırımın farkında olduklarından, meslek örgütlerine danışmadan, o mesleğin ilgili alanındaki hiçbir karar almazlar. Kafaları da son derece rahattır; çünkü, alınan kararın altında o meslek örgütünün, yani karar uygulayacak olanların onayı vardır. Doğrusu da budur; yoksa, onların aksine bir karar olursa, o meslek örgütünün karşı koymasından çekinirler.

Ancak, burada önemli bir durum var, onu da açıklamakta yarar görüyorum. O ülkelerde, insanlar o kadar örgütlenmişler ki, o örgütün etrafında etle imak gibidirler.

Seçimle getirdikleri insanların etrafında bir yumak oluştururlar. Bu nedenle de, hiçbir politikacı ya da sektör temsilcisi, bu dayanışmaya karşı koymamakta ve mutlaka danışmaktadır.

Ülkemizde eksik olan ve bizlerin, yönetici olarak, sizlerden istediğimiz, meslek örgütümüzün etrafında birleşmenizdir, bizlere omuz vermenizdir, bizleri yönlendirmenizdir.

Sizler olmadan yapacaklarımız son derece sınırlıdır.

Sayın konuklarımız, değerli basın mensupları, sevgili meslektaşlarım; sizlere, bir konuyu daha aktarmak istiyorum. Alıncaya ve meslek örgütümüze danışılmadan 27 Nisan 1996 günü bir yönetmelik tasarı göz arastırda Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe sokulmuştur.

Sizlere, bu Resmî Gazeteden o maddeyi aynen aktarıyorum:

"Reçetesiz satılmasına izin verilen müstahzarların topluma yönelik tanıtımı, Kanunun değişik 13 üncü maddesi ve 3984 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınları Hakkında Kanunun 22 nci maddesi uyarınca dürüstlük, gerçeklik, kanıtlanabilirlik, geçerlilik, güvenilirlik ve ferdin zarardan korunması gereklerine uyumlu ilkelere uygun olmak şartıyla yazılı basın yoluyla, radyo ve televizyonlarda reklamı yapılabilir" diyor.

Bu madde, işte, eczacılara rağmen çıkarılmış bir yönetmelik maddesidir.

Öylesine bir karar, gözlerinde dolar işaretli bulunan bazı kesimler için son derece sevindirici bir karardır ve doğrudur. Özellikle basın ve televizyon patronları için mutlaka çok sevindiricidir. Belki çoğunuz hatırlayacaksınız, yaklaşık 1,5 yıl kadar önce memleketimizde evlatlarımız birisi, Sayın Ahmet Özal, yaptırdığı bir çalışma sonucunda "ilaçta reklam serbestisi getirilirse yıllık 7 trilyon liranın, yalnızca televizyon kanallarına akacağını" bildirmişti. Bu paranın kimden çıkacağını hepimizin takdirine bırakıyorum.

Yıllardır, ilacın sosyal bir ürün olduğunu, onsuz olunamaz olduğunu, ertilenemez olduğunu, ticari esnekliğinin sıfır olduğunu; yani, ihtiyaç olduğu an mutlaka alınıp kullanılması gerektiğini, bu nedenle de, bir buzdolabı, çamaşır makinesi, şampuan ve sabun gibi değerlendirilemeyeceğini söyleyip duruyoruz.

İlacın, doğru kullanıldığı an, son derece yararlı olduğunu; ancak, yanlış kullanıldığında ise sllahtan daha da tehlikeli olduğunu hepimiz biliyoruz.

İşte, bu nedenlerle, ilaçta reklama, halk sağlığına getireceği büyük zararlar nedeniyle karşı çıkıyoruz. Bu konuda son söz olarak, değerli meslektaşım Eczacı Rifat Güneş'in, bundan iki gün önce Başkanlar Toplantısında söylediği bir sözü sizlere aktararak, reklamla ilgili görüşlerimizi bitirmek istiyorum.

"Reklam kendî başına münasebetsiz bir iştir. İlaçta

reklam ise düsbütün münasebetsiz bir iştir."

Değerli meslektaşlarım, biraz da iyi şeylerden bahsetmek istiyorum. Ankara Eczacı Odası Yönetimi, insan haklarından demorasıya, bireysel mutluluktan toplumsal mutluluğa değin yaptığı ve yapmaya çalıştığı bir dizi etkinlik çerçevesinde, son olarak da gelişen teknolojiyi, özellikle de iletişim teknolojisini yakalamaya çalışmaktadır.

Bu bağlamda, Ankara Eczacı Odası, Ankara Tabip Odasıyla birlikte sizlere "Haberler" aracılığıyla duyurduğumuz internet projesini hazırlamış ve bugün bunu yaşama geçirmiştir. Amacımız, her 53 günde bir dünyada iki katına çıkan internet kullanıcılarının arasına meslektaşlarımızın da girmesidir. Amacımız, her şeyin ticarileştiği ve şirketlerin eline geçtiği dünyamızda, internetin de gelecekte ulaşamaz ya da ancak parası olanın yararlanabileceği bir olanak olmasından kurtarılmasıdır.

Hiçbir kâr amacı gütmeyen ve yalnızca üyelerimize, küçük bir bedel karşılığı yardım amacıyla oluşturulan, tamamı ödenmiş yaklaşık 2 milyar liralık bu proje, Ankara Eczacı Odası ve Tabip Odası tarafından yaşama geçirilmiştir.

Yönetim Kurulumuzca 14 Mayıs Eczacılık Gününde açıklamak üzere, Ankara'daki üç Eczacılık fakültemize birer modem armağan edilmesi karar altına alınmıştır.

Bu sistemle, evinizden, eczanenizden, fakültenizden, dünyanın her yerine ve tabii ki bizlere ulaşmanız mümkündür. Artık, bundan sonrası üyelere, yani sizlere kalmaktadır.

Değerli meslektaşlarım, bir iki cümleyle konuşmamı bitirmek istiyorum.

Bir meslek örgütünün görevi, yalnızca meslektaşlarına çıkar sağlamak değildir. Kendi çıkarlarıyla birlikte yaşadığı ülkenin, kaldı ki sınırlar da ortadan kalkmaya başladığına göre, tüm dünya insanlarının da çıkarlarını kollamak görevi vardır.

Ülkemizde son yıllarda yaşanan sıkıntılar, bölge insanları kadar biz eczacıları da ilgilendirmektedir. Özellikle ülkemizin doğu ve güneydoğusunda yaşanan olaylar, her gün bizleri yeterince üzmektedir.

Bu bölgedeki, mesleklerini yapmaya çalışan eczacılar, zaman zaman sıkıntılı günler yaşamakta ve verdikleri ilacın, bir insan üzerinde bulunması sonucu gözaltına alınmaktadırlar. Bölge eczacı odaları yöneticileri sorgudan geçirilmektedir.

Dönem içerisinde Türk Eczacıları Birliği Yasasına göre, yapılan bölgelerarası toplantılarda, meslektaşlarımız, yönetici arkadaşlarımız, bu konuları gündeme getirmektedir.

Suçtu, hastasına ilaç vermektan başka hiçbir şey olmayan meslektaşlarımıza, okullarından mezun olduktan sonra oralarda eczane açacak arkadaşlarımıza destek olmak zorundayız. Orası da bizim ülkemiz ve onlarda bizim insanlarımız.

Bizler, artık, bu ülkede kan dökülmesini istemiyoruz.

Bizler, bu ülkede barış ve dostluğun olmasını istiyoruz.

Bizler, bu ülkede, herkese merhaba demenin lezzetini yaşamak istiyoruz.

Bizler, bu ülkede eskiden olduğu gibi, Kur'an'a, İncil'e, Tevrat'a inanlara ve bilimden inanmayanlara merhaba demek istiyoruz.

Meslek örgütümüzün kuruluşunun 40. Yılında bütün meslektaşlarına merhaba.

Ankara Eczacı Odası Başkanı Olcay Seles'ten sonra kürsüye Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti Başkanı Mehmet Domaç davet edildi.

Ülkemizde yaşananlarla mesleğimizin yaşadıklarının çok farklı olmadığını, oluşan parlamentonun beş aylık süreçte sadece bütçe yasasını yapabildiğini ve diğer yasaların beklediğini belirterek sözlerine başlayan Domaç; hükümetin kendi iç çelişkileriyle uğraştığını, demokrasi söylemleriyle demokrasinin içeriğinin boşaltıldığını, ekonominin dengesizliklerle dolu olduğunu, gelir dağılımı bozukluğunun Türkiye'de yaklaşık dört milyon insanın açlık sınırının altında yaşamasına neden olduğunu vurguladı.

Sağlık Bakanlığının yatırım bütçesinin medya sahiplerine hediye edilen KDV'nin yarısı kadar olduğunu, sağlığın özelleştirilmekte olduğunu da belirten Domaç, kamu kurumlarının ilaç alımı sözleşmelerine kesinlikle uymadıklarını ve devletin attığı imzaya sahip çıkmadığını ve 16.200 serbest eczacının bugün oldukça sıkıntılı durumda olduğunu sözlerine ekledi.

SSK'nın çoğu hastanesinin eczacısız çalıştığını ve açılan davalara rağmen hastane eczanelerinin kapatılmadığını da belirten Domaç ilaç hakkındaki düzenlemelerin eczacılık örgütlerini "bypass"layarak yapıldığını, düşmüş hükümetin bir gecede patente geçiş sürecini 3 yıla indirdiğini sözlerine ekleyerek şöyle devam etti:

"27 Nisan'da reçetesiz ilaca reklam serbestisi getirildi ama reklamı yanlış yapanlara ülke insanının sağlığını tehdit edecek reklam yapanlara karşı hiçbir şey getirilmedi. SSK ile yapılan ilaç alım sözleşmesi 20 yıldır değişmemiş.

Eczacılık eğitiminin beş yıla çıkarılması, içeriğinin zenginleştirilmesi, alınan bilgilerin yaşamda kullanılması meslek örgütümüzün en önemli önerilerindedir.

Eczacıların temel sağlık hizmetlerinde yer almasının sağlanması gerekliliğine inanıyorum.

Kamu kurumunda çalışan meslektaşlarımız çalıştıkları alanlar açısından ve aldıkları ücretler açısından oldukça mağdur durumdadır, sendikalaştırma çabalarının arttığı ve sendikaların içeriğinin boşaltıldığı ülkemizde ulusal sanayii de giderek yok olacaktır. Çünkü patent uygulaması ilaçta reklamın getirilmesi giderek yerli sanayinin sıkışmasına neden olacaktır. Bu durumda da yerli sanayimiz ya yanyana gelip, birleşip bir güç halinde ortaya çıkacak veya bir alanda uzmanlaşacak, o alanda yaşamını sürdürebilecektir."

Domaç sözlerini Yaşar Kemal'in şu sözüyle bitirdi: "İnsanoğlu umutsuzluktan umut yaratandır."

Daha sonra onur plaketi ve başarı belgeleri dağıtıldı.

Saat 13.30'da açılan ikinci oturumda "Meslek

Örgütümüzün Kuruluşunun 40. Yılında Eczacılığın Heresindedir" konulu panel düzenlendi.

Paneli özelle sunuyoruz:

Panel Başkanı: Prof. Dr. Fethi Şahin
Panelistler: Prof. Dr. Eril Asil
 Pro.Dr. Nurettin Abacıoğlu
 Doç. Dr. Okan Atay
 Dr. Ecz. Akın Çubukçu

BAŞKAN: Öncelikle hepimizin bayramını kutluyorum.

Bizim, mesleğe gönül verdiğimiz yıllardaki Eczacılık toplumdaki son derece saygın bir yer olan havanın eczacılığı idi. İlaçın bir endüstriyel ürün havasına girmesiyle birlikte eczanelerde endüstriyel ürünler satılmaya, rafları endüstriyel ürünler doldurmaya ve eczacı hazır farmasötik formları hastaya iletmeye başladı. Daha sonraki yıllarda eczacı ilacı olduğu kadar, ilaç hammaddeyle ilgili bilgilerin yanında ilacın kullanımıyla ilgili bilgileri de hastaya aktarmada veya ilacın kullanımında diğer sağlık mensuplarına danışmanlık etme evresine geldi. Buna bağlı olarak eczacılığın çehresi de değişmeye başladı.

PROF.DR.ERİL ASIL: Bir bilim dalının veya bir mesleğin tarihini bilmek geleceğine ışık tutması açısından önemlidir.

Eczacılık, temel bilimlerden biyolojiye ve Tıp Bilimlerine, teknolojik alandan sosyal bilimlere kadar uzanan geniş bir yelpazede ve pek çok bilimin bileşkesini oluşturan kompleks bir yapıdadır.

İlk uygarlıklar, insanların göçebeliliği bırakıp, yerleşik tarım toplumları oluşturulmasıyla başlamıştır. Tarih boyunca yıkılan uygarlıkların yerine yenileri kurulmuş, eskilerin bilgi birikimleri, yeni uygarlıklar tarafından sürdürülmüş ve bu biçimde uygarlığın devamlılığı oluşmuştur.

Ulaşım koşullarının zorluğuna rağmen, birbirlerinden uzak uygarlık bölgeleri arasında ticaret ilişkileri kurulmuş, bu ilişkiler, düşünce ve bilgi etkileşmesini sağlamıştır. Ticaret ilişkilerinde drogların çok önemli bir yeri olduğu bilinmektedir.

Bilimin gelişme aşamalarını ve buna bağlı olarak eczacılık alanındaki gelişmeleri dört ana döneme ayırarak mümkündür.

Birinci Dönem: Ampirik bilgi birikimi ve bilgilerin sınıflandırılarak, klasifiye edilerek sistematikleştirilmeye başladığı dönemdir. Bu dönem başta Uzakdoğu, Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarını kapsamaktadır. Doğa üstü güçler bu dönemde önem taşır.

İkinci Dönem: İnsanın çevreyi açıklamaya yöneldiği akülü sayılabilecek sistemlerin kurulmaya başladığı dönemdir. M.Ö. IV. yüzyılda Batı Anadolu'lu düşünürlerle başladığı varsayılan bu dönemde, bilimin temelleri de atılmaya başlanır. Tıp ve Eczacılık alanında bu dönem Hipokrat ile başlar ve laik tıp ve eczacılığın temelleri atılır. Bu dönemdeki gelişmenin doruk noktasına Helenistik dönemde rastlıyoruz.

Üçüncü Dönem: Ortaçağ dönemi dediğimiz dönem. Bu

dönemde Batıda bilimsel alanda çok önemli bir durgunluk yaşanmaktadır. Klasik Yunan düşünceleriyle Hıristiyanlığın dinsel dogmalarını bağdaştırma çabalarıyla birlikte, gelişme duraklamıştır. Buna karşılık Doğuda VII. yüzyılda ortaya çıkan İslamiyetle birlikte önce Eski Yunan eserlerinin tercüme edilmesi ve orijinal çalışmalarda bu bölgede parlak bir dönemin yaşanmaya başladığını görüyoruz. Bu dönem 11. yüzyılda sona erer. Doğudaki bu gelişim bilimsel çeviriler yoluyla Batıya aktarılır.

Dördüncü Dönem: Bilimsel devrim dönemidir. Avrupa'da Ortaçağ süresince ekonomik ve sosyal yapının değişime uğraması sonucunda Ortaçağ sonuna doğru kentler kurulur. Gelişen kentlerde ticaret ve para ilişkileri üzerine temellenen yeni bir toplum ortaya çıkmıştır. Bu yeni toplumun ortaçağ kültüründen farklı bir köküne ihtiyacı vardır. Bu kültür Rönesans kültürüdür.

Rönesans, ilk üniversitelerin kurulmasına ve yeni bir bilim ihtiyacına yol açar. XV ve XVII. yüzyılları kapsayan bilimsel devrimin sonunda modern bilim doğar. Modern bilim, nitelik bakımından eski Doğu ve Batı bilimlerinden, yani klasik bilimden farklıdır; tanımlayıcı ve kalitatif bir bilim anlayışından kantitatif yani ölçüme dayanan, matematiksel nitelikte ve deneye dayanan bilim anlayışına geçmiştir.

Eczacılık da, bu anlayıştan gereğince payını almış ve önemli gelişmeler oluşmaya başlamıştır.

Eczacının temel konusu olan ilacın başlangıçtan günümüze kadar tarihsel gelişimi belirli basamaklardan geçmiştir.

İlk dönem doğrudan kullanım dönemidir. İnsanlığın başlangıcından itibaren, özellikle çeşitli bitkilerin kök, yaprak, çiçek, tohum veya meyva gibi kısımlarının doğrudan kullanıldığı dönemdir.

İkinci dönem, ayırma yöntemleriyle etken madde oranını artırma dönemidir. Bu dönemde, damıtma, süblimleştirme ve ayırma gibi yöntemler kullanılarak, etken madde oranı yüksek ürünler elde edilmiştir. Bazı drogların doğrudan kullanımı sürerken, bazı droglar bu tür işlemlerden geçirildikten sonra kullanılmıştır. Bu dönemde bazı anorganik maddeler de kristallendirme yöntemiyle oldukça saf olarak elde edilmeye başlandı.

Eski Mezopotamya ve Mısır uygarlıklarında ortaya çıkıp, genel anlamda 18. Yüzyıl sonuna kadar süren bu dönemde uygulanan bu işlemler sonucunda toz, hap, şurup, merhem, yaku gibi değişik ilaç formları da elde edilmeye başlanmıştır.

Üçüncü dönemde izole etme dönemi dediğimiz dönemli yaşıyoruz. Bir taraftan kimya biliminin ayırma yöntemlerinin gelişmesi, diğer taraftan teknolojik gelişmeler sonucunda 19. yüzyılın başlarından itibaren çeşitli bitkilerin içerdiği etken maddeler saf olarak elde edilmeye ve kapalı formülleri saptanmaya başlandı.

Bu dönemin en önemli ilk örneklerinden birisi 1820'de kinakına kabugundan kininin izole edilmesidir. Bunu, diğer alkaloidler izlemiştir.

Etken maddelerin saf olarak elde edilmesi, ilaçların hazırlanmasını ve doz ayarlamasını kolaylaştıran önemli bir faktör olmuştur.

Dördüncü dönem, yapı aydınlatma ve sentez dönemidir. Bilimlerin gelişmesi, teknolojinin daha da ilerlemesi, organik bir madde olan örenin, 1828'de sentezinin gerçekleştirilmesiyle organik sentez döneminin açılması sonucunda 19. yüzyılın ortalarından itibaren izole edilen kimyasal maddelerin yapılarının aydınlatılmasına, yapısal formüllerinin ortaya konulmasına ve giderek bunların sentez yoluyla elde edilmesine başlanmıştır.

Beşinci dönem, sentetik ilaçlar dönemidir. 20. Yüzyılın başlarından itibaren, bir taraftan yapısı aydınlatılmış doğal maddelerin yan gruplarında değişiklikler yapılarak bunların etkilerinin artırılması yoluna gidilirken, diğer taraftan da, doğada bulunmayan ve tamamen sentetik olan organik maddelerin etkilerinin araştırılması ve bunların ilaç olarak kullanılması dönemi başlamıştır.

Sentetik ilaçların ilk ve en önemli örnekleri 1899'da piyasaya verilen Aspirin, 1909'da geliştirilen Salvarsan, 1912'de keşfedilen neosalvarsan, 1930'lu yıllarda sulfanomidler ve bunu antibiyotiklerin ve diğer ilaçların keşfi izliyor.

19. Yüzyılın ikinci yarısından başlayarak eczanelerde majistral ilaçların yapımının yanısıra müstahzarlar da satılmaya başlandı. müstahzar yapımı, eczane laboratuvarlarında başlamış, giderek ilaç fabrikaları ortaya çıkmıştır.

Eczacılık, günümüzde, bütün alanlarıyla her geçen dakika ilerlemektedir. Dünyadaki gelişmelere biz de ayak uydurmak durumundayız. Unutmamalıyız ki, dün,bugün tarih oldu.

PROF. DR. NURETTİN ABACIOĞLU: İnsanlık tarihine baktığımızda, insanın tarihinin, örgütlenme çabaları içinde bir tarih yaratıldığını görüyoruz. İkel insandan toplumsal yaşam becerisine doğru geçiş süreçlerinin içerisinde, insanlar, aile, kavramı çerçevesinde örgütlenmekten, topluma, ulusa kadar yüröyen bir örgütlenme modelini sergileyip gelmişlerdir.

Bugün, söziökler örgütü, ortak bir amaç ya da eylemi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurum olarak tarif ediyorlar ve bu kurumun, kişiler tarafından oluşturulması olarak tarif ediyorlar. Bu ortak amaç, ortak eylem birliği, sosyal anlamda, ekonomik anlamda, mesleki anlamda, bilimsel anlamda, sonuçta, hayatın her alanında örgütlenmeyi, her alanında bir araya getmeyi gerekli kılıyor.

Toplum, harmonik bir yapı, birden fazla örgütlenmeyi, birden fazla örgütlenmiş insan modellerini içinde barındırıyor.

Demokrasi için yüzlerce tanım vermek mümkün ama yapılan güzel tanımlardan bir tanesi; "Demokrasi örgütü toplumdaki insanın örgütlenerek bir araya gelerek oluşturdukları toplum modeli" olarak aktarıyor. Fek çok gelişmiş ülke, demokrasideki ilerleme sürecinde, o topluma ait olan bireylerin ne kadar fazla örgüte üye olmaları çerçevesinde; yani, örgütü, bir indikatör olarak, demokrasinin gelişmişliğinde bir ölçüt olarak kullanıyorlar. Dolayısıyla, örgütlenme, örgüt, son derece

önemli. Bizim mesleki anlamda örgütlenmemiz de aynı paralell izliyor.

Toplum yaşamının içerisinde örgüt olarak neler var, devletin bizzatlı kendisi en büyük örgüt. Tüm kurumlarıyla, kendi yapısallaşma hiyerarşisiyle en büyük örgüt devletin kendisi. Onun dışında, örgüt olarak o toplumun belirli üyeleri tarafından ekonomik birlik, siyasi birlik, çıkar birliği olarak oluşturulmuş partilerinin görüyoruz; yanı sıra, özellikle emeğiyle geçinmelerin, kendi emeklerinin, toplum içerisinde kuvvetler ayrılığı prensibine göre pay almasını temin etmek için örgütledikleri bir başka model var, sendikalar, Dernekler, keza bir başka örgütlenme modeli, mesleki birlikler, meslek örgütleri de yine bir başka örgütlenme modelini oluşturuyor.

Ülkemizin, Eczacılık alanındaki örgütlenme biçimlerine baktığımızda, yakın tarihimiz bakımından iki dönemin var olduğunu görüyoruz. Birincisi, Osmanlı İmparatorluğu döneminde olan mesleki örgütlenmeler, diğeri ise Cumhuriyet ve Cumhuriyet sonrası ortaya çıkan mesleki örgütlenmeler.

İmparatorluk döneminde ilk mesleki örgütlenme 1879'da Cemiyet-i Eczacıyan Der Asitane-i Adliye adıyla kurulmuş. Sosaeti De Farmasi De Konstantinopol adıyla ve Carl Bonkovski isimli bir yabancı, o zamanki tabiriyle ekalliyet bir Osmanlı eczacısı bu cemiyetin Başkanlığını yapıyor.

Yine, dönem içerisinde Yabancı Eczacılık Cemiyeti, Osmanlı Eczacılık Birliği, Devlet-i Osmaniye-i Eczacılık Cemiyeti, Devlet-i Osmaniye-i Eczacılar Cemiyeti ve Der-saadet Eczacılık Tüccaran-ı Cemiyeti olmak üzere beş örgütlenme daha kurulmuş. Bu süreç, 1879 ile 1921 tarihlerini kapsıyor.

Kurtuluş Savaşı 1919'larda başlıyor ve Türkiye'deki eczacılık cemiyetlerinin, Osmanlı döneminde, bu biraz önce saydığım Osmanlı eczacılık örgütlenmeleri içerisinde sadece bir tanesi, bir Müstüman eczacı tarafından başkanlık altında yürütülüyor, Ecz. Hamdi Bey'in kurduğu Osmanlı Eczacı Cemiyeti.

1924'te Cumhuriyet'in kurulmasıyla beraber, Türkiye Eczacılar Cemiyeti adı altında bir kuruluş oluşturuluyor.

Bu Eczacı Cemiyetinin değişik isimlerle 1937'ye kadar var olduğunu görüyoruz. Bu tarihli süreç 1928'de İstanbul Eczacılar Cemiyeti, 1929'da Türkiye Eczacılar Cemiyeti, 1930'da Türk Farmakoloğu Birliği, 1935'te Türkiye Emgen Kurumu, 1937'de Türkiye Eczacılar Cemiyeti, ilk cemiyetin bir tekrarı halinde kuruluyor.

Bunun dışında, 1950'de Türkiye Eczacıları Yardımlaşma Derneği diye bir kurumun oluşturulduğunu görüyoruz. 1951'de Türkiye Tıbbi Müstahzar Sanayii ve Laboratuvarları Cemiyeti ki, hâlâ devam eden kuruluşlardan bir tanesi, 1953'te kurulmuş olan Türkiye Eczacı Depocuları Cemiyeti, 1954'te kurulmuş ve İstanbul'da hâlâ bir merkez olan Türkiye Eczacıları Sahlpleri Derneği, 1956'da Türk Eczacıları Birliği, 1966'da Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sendikası ki, bu kuruluş faaliyet halinde değil, 1966'da Farmanötik Bilimler Ankara Derneği, (halen faaliyeti devam ediyor), 1977'de Kamu Eczacıları

Derneği, (bugün bu derneğin çalışmaları askıdadır) 1988'de bu dernekleşme yapılarının dışında, Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu, Diş hekimleri ve Tabiplerle ve Türk Veteriner Hekimleri Birliğiyle beraber ortaklaşa kurulmuş bir kurum ve 1989'da Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliği olmak üzere meslek içerisinde örgütlenmeler görüyoruz.

Mesleki örgütlenmede genel bazı ilkelerin olması gerekli. Yapılan çalışmalar, 6643 sayılı Kanunun 4/b maddesinde Türk Eczacıları Birliğine verilmiş asil görev olan, mesleğin, meslektaşın ve halkın çıkarlarıyla meslek çıkarlarının birbirleriyle uyumlaştırılması görevi etrafında meslek ve meslek üyeleri için ve bu anlamda toplum için olmak durumundadır.

Mesleki karar mekanizmalarımız, tüm meslek üyeleri tarafından alınmak durumundadır. Bugünkü örgütlenme modeliyle 20 bine yakın olan eczacının bütün karar mekanizmalarına doğrudan değil, ancak temsilli katılm ile katılımları söz konusudur. Nitelikli, bu anlamda, en önemli yansıma, Türk Eczacıları Birliğinin Büyük Kongresidir ve mesleğimizin gerçek tepe örgütü, tepe aygıtıdır. Bu kongrede, şu anda 36'ya ulaşmış olan bölge eczacı odalarından, yaşanan bölgelerdeki eczacı temsil yetine bağlı delegeler aracılığıyla kararlar oluşturulur. Merkez yönetimi olarak da Merkez Heyeti seçilir. Öyleyse, meslek üyeleri tarafından karar mekanizması, bir temsilli demokrasi şeklinde meslek örgütümüzde yürürlükte.

Tabii ki, alınacak olan kararların da meslek üyeleriyle birlikte alınması gerekmekte ve meslek üyelerinin yararına karar politikaları olmak durumundadır.

Bu tabandan çıkarak, son söylediğim özelliğe en iyi örneklerden bir tanesi, 1979 senesinde Ankara'da gerçekleştirilen bir eylemle yeni bir örgütlenme modelinin doğması biçiminde hayata geçmiştir. Ankaralı eczacılar, o dönemde, Türkiye'de ilaç yoksulluğuna ve ilacın hasta tarafından pahalılığı nedeniyle elde edilememesi nedeniyle üç günlük bir eczane kapama boykotu yapmışlardır. Sağlık otoritelerini ve ilaç sanayisini bir anlamda uyarmak çerçevesinde bu üç günlük boykot süresince nöbetçi eczaneler hariç tüm eczaneler kapanmıştır. Bu boykot Türkiye'de ve Ankara ilçesinde, eczacıların, ekonomik çıkar birliği yaparak, kendi geleceklerini temin ve kooperatif anlamında örgütlenmenin de adımı oluşturmıştır.

Mesleki yaşam içerisinde meslek örgütlerinin bilimsel aktivitelere destek ve omuz vermesi bütün dünyada görülen bir örnektir. Ancak, bir meslek örgütünün, bir bilim kurumu, bilim yuvası, bir fakülte açması, dünyada ilk ve tektir. Bugün burada kendi kuruluşunun da 40. Yılı kutlayan Ankara Eczacı Odası, 1960 senesinde, Mecliste yaptığı çalışmayla o zamanki oda yöneticilerinin hazırladığı kanun teklifiyle Ankara Eczacılık Fakültesinin kuruluşunu temin etmişlerdir.

DOÇ. DR. OKAN ATAY: Eczacılık mesleğinin, sağlık meslek grupları içinde çok ağırlıklı, yeri yadsınmaz, vazgeçilmez konumu, daha cumhuriyetin ilk yıllarından tescil edilmişti. Cumhuriyeti kuran o inançlı, yoktan var eden büyük insanlar, bugünlere taşıyan çok önemli, hele yaşadığı günlerde emsali olmayan, bugün

bile değerini hâlâ büyük ölçüde muhafaza eden yasaları çıkarmışlar ve mesleğimizin, belki de, son yıllarda hepimizi özen erozyonunu bir tarafa bırakırsak, yakın yıllara kadar, koruduğu sağlık meslekleri arasındaki seçkin yerini, bu yasalara dayandırarak yaptığımız mesalye borçlu olduğumuzu söylemek zorundayım.

1926 yılında Türk Kodekal Kanunu çıkıyor. O yıllarda genç Türkiye Cumhuriyeti'nin çok daha ilerisinde olan, ekonomik düzeyi açısından, ilaç sektörü açısından çok ileri düzeyde olan ülkelerde dahi böyle bir ilacı standardize eden, onun niteliklerini ve kontrol yöntemlerini içeren bir kanun veya kitap yokken, 1926 yılında, Türkiye Cumhuriyeti, 767 sayılı Kodeks Yasasını çıkarmış.

1928 yılında, halen yürürlükte olan, eski ismiyle İspençiyarı ve Tıbbi Müstahızatlar Kanunu, yeni adıyla Farmasötik ve Tıbbi İlaçlar Kanunu çıkarılmış ilaçla ve mesleğimizle ilgili çok hayati maddeleri taşımaktadır bu kanun.

Yine, o senelerde, ecza depolarıyla ilgili; yani, ecza maddelerini satan yerlerle ilgili Depo Kanunu çıkmış; Uyuturucu Maddeler Murakabe Yasası çıkmış. Daha ileri yıllarda, 1953 yılında 6197 sayılı yasa, meslek örgütümüzün organizasyonunu sağlayan 6643 sayılı Yasa çıkarılmış. Bunlar temel yasalar, bu temel yasalardan, vaktin müsaadesince ana başlıklarla bahsedeceğim; ama, son yıllarda, bu yasaların, yönetmelikler çıkarılarak nasıl sulandırıldığını da örnekleriyle vermeye çalışacağım.

İlk yasamız, Kodeks yasası. Kodeks Yasasını 1930 yılında çıkarmış, 1940'da Kodekal çıkarmış, 1948'de, 1940'a dayalı, genişletilmiş olarak çıkarılmış, ondan sonra, kodeks, ancak 1974'te yenilenmiş. 1974 yılında yayınlanan Türk Farmakopeal, 1950 yılında çıkarılan International Farmakope'nin Türkçeye tercümesidir. Ama, bugün, sene 1996, aradan 22 sene geçti; biz, yeni bir farmakope çıkaramadık.

Farmakopeler, ülkelerin, bir yerde sağlık sektörlerinin de bir göstergesi oluyor. Bütün modern ülkelerde her beş senede bir ve ara senelerde de onların süplemanı çıkararak, o ülkedeki ilaçla ilgili güncel kavramlar, kullanılan ilaçlar veya tedaviden kaçınan ilaçlar, hep, o farmakopeleri izlediğiniz zaman takip edeceğimiz bir durumdur. Ama, Türkiye; hâlâ, 1974'ten bu yana farmakope çıkaramadı. Bunda, başta Sağlık Bakanlığının, üniversitelerin ve özellikle ilaç sanayinin büyük suçu var.

Avrupa Birliğine katılan tüm ülkeler, Avrupa Farmakopesini kabul ediyorlar; ama, kendi milli farmakopelerini de her sefer çıkarıyorlar.

1262 sayılı Yasa, Türkiye'de ilaç üretim yerleri, ilacın kalite, ruhsatlandırılması, ithal, ihracıyla ilgili tüm prosedürü yönlendiren bir kanun. Temel ilke hâlâ çok güncel; ama, gelişen teknolojiye, gelişen herlemeye hakikaten yenilenmesi gerekli maddeler taşıyor. Bu teşebbüs 1982 yılında yapıldı, ciddi biçimde yasa revize edildi, Danışma Meclisinin gündemine getirildi; fakat, ilaç sanayii, kendine uygun olmayan maddeleri taşıyor düşüncesiyle bu yasanın bu şekilde yenilenmesine karşı çıkmıştır. Bu yasa neyi getiriyordu; bu yasa, Türkiye'de

çıkarılan her ilacın ruhsatının namütenal devam etmesine karşı bir yasa. Her ilaç, her ruhsat beş senede bir kontrol edilmeli; eğer, farmakolojik etkinliği veya güncelliği devam ediyorsa, izin devam etmeli, yoksa iptal edilmeli. Sanayi buna kesin karşı çıkıyor.

Bu yasa neyi getiriyordu; ilaç sanayii, hayati nitelikte olan ilaçları üretmek mecburiyetinde kalmalıdır. Sanayi buna karşı çıkıyor. Türkiye'de heparin üretmiyor, vitamini üretmeyi tercih ediyor. Bu yaptırım kesinlikle kabul etmedi.

Uygun koşullarda ilaç üretilmeyen yerlerle ilgili olarak cezai müeyyideler getirildi; çünkü, o günün koşullarında bu rakamlar komik düzeyde, o yasa halen de yürürlükte, değişmedi. Onlar rahatsız etti ve çok enteresandır, bunun müzakere edildiği komisyonun sözcüsü, Danışma Meclisi üyesi, tüm müzakereler sırasında yasayı desteklediği halde, Genel Kurula indiği zaman karşı görüş verdi. İtasi olur dedik, şaşırdık, fakat, bu arkadaşımız, daha sonra, ilaç işverenleri Sendikası Genel Sekreter Yardımcısı oldu. Yani, yaptığı mesalinin muhafaatını görmüştü; ama, yasa da, o çabadan sonra kadük oldu, Meclisten çıkmadı.

Bugün bile geçerliliği süren bu yasanın en önemli maddelerinden bir tanesi, 27 Nisan'daki yönetmelikle sulandırıldı. O yasa diyor ki: 'İlacın chemmüyetine binaen, ilaç, sadece, tıbbi mecmualarda ve özellikleri abartılmadan ilgililerine duyurulacak şekilde ilan edilir' diyor; fakat, bugün, bu yasa, bu şekilde çözüldü, bir yönetmelikle, yazılı ve görsel basında ilan edilmek suretiyle ilacın reklamına tamamen izin verilmiş durumda. Bu çaba sadece ilaçta reklamı çözmek değil, bunun peşine, ilaçta fiyat serbestisi ve OTC bildiğimiz tezgâh üstü ilaçların önce belki kamuflaj, eczane ölçeğinde, ama mutlaka eczanenin dışına çıkarılarak geniş biçimde satışının sağlanmasını temin etmektedir. Tabii, büyük bir pay var; Sayın Başkanımız, sabah ki konuşmasında '7 trilyonluk medya payı' dedi, bunun paylaşılması, artı, ilaç sanayinin, buna yatıracağı yatırımı, kimlere ciro edeceğini de söylemek abes tabii, bunları biz ödeyeceğiz, bunların hepsi ilaç fiyatına binecek.

Bugün Türkiye'de, ne eczanın istediği ne de toplum yararına işlebilecek bir yasanın çıkması kolay değildir; ama, organize bir sektörün istediği her yasa, her yönetmelik çıkıyor ve bunlara da, maalesef, bu işlere, gerektiğinde tavır koyması gereken insanlar yardımcı oluyorlar. Tabii, bu kadar açık ve nettir.

6197 sayılı yasa 1953 tarihinde çıktı; çıktığı dönemlerde, Türkiye, bir eczane tahdidinden yeni çıkmıştı, o döneme kadar, eczaneler, ancak izinle açılabilirdi; yani, siz, istediğiniz yerde ve zamanda eczane açamıyordunuz. Bu, ancak devlet tarafından verilen bir izne bağlıydı, bu çözüldü; onun akabinde çıkan bir yasa, çıktığı tarihlerde oldukça etkin ve kapsamlı bir yasadı; fakat, bugün için, eczane eczacılığının içine düştüğü sıkıntılar çözmekte zorlanıyor. Türk Eczacıları Birliğinin değişik dönemlerinde bu Yasanın değiştirilmesi için müteaddit hazırlıklar yapılmıştır, tasarımlar hazırlanıp verilmiştir. Bunlardan bir tanesi eczane ortaklığı kl, eczane yoğunluğunu ve eczacı istihdamını çözebilecek konulardan bir tanesidir. Bunun yanında, ec-

zane ruhsatlarının verilmesinde Türk Eczacılar Birliğinin yetkili kılınması, eczane teftişleriyle ilgili konular, eczacının 24 saat çalışması gibi pratikte mümkün olmayan maddelerin değiştirilmesi söz konusuysen bunların hiçbirinde baharlı olunamadı.

6643 sayılı Yasa da (örgütüle ilgili yasa) 1981 yılından sonra büyük yara aldı. O dönem, yani Konsey dönemi, bütün meslek örgütlerinin yasalarında, üye olma koşullarını, seçim usullerini, üyelikleri sınırlayan şablon maddeler konuldu. Mesela, kamu eczacılarının örgüte üye olmasını ihtiyari yaptı; halbuki, evvelki yasa, tüm eczacıların, özel veya kamuda çalışan tüm eczacıların üyeliğini mecbur ederken, kamuda çalışanları örgüte mesafelendirmek amacıyla bu yasa ihtiyari yapıldı. Askeri eczacılar katılmıyorlar, belki onların özel kanunları var, ona bir şey diyemeyiz; ama, en azından böyle bir yaklaşımın antidemokratik olduğu kesindir. Onun yanında, Sağlık Bakanlığının, bütün örgütün, Merkez Heyetli ve odalar üzerinde idari ve mali denetimi söz konusu, yani, Demokles'in bir Kılıcı. Siz, bakanlık icraatını ters bulup ona göre bir davranış yaparsanız hemen karşınıza, böyle bir maddeye dayalı bir dayatma her zaman çıkabilir.

Bunun yanında, yakın zamanda, ilaç sanayinin üretimini yönlendiren oldukça olumlu bazı gelişmeler de oldu. Özellikle GMP Kurallarını İçeren İyi İmalat Kuralları Yönetmeliği, Kosmetik Yönetmeliği, İlaç Tanıtma Yönetmeliği, Bozuk İlaçların Geri Toplanma Yönetmeliği, Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerlik Yönetmeliği, İlaç araştırmaları Yönetmeliği iyi laboratuvar ve iyi klinik uygulamalar yönetmeliği gibi ilaçta ilgili, ilacın standardını yükselten, kalitesini yükselten önemli çalışmalar da yapılmıştır; yasal veya yönetmelik düzeyinde. Bunları da bilgilerinize sunuyorum ve emekleri geçenerlere teşekkür ediyorum.

DR. ECZ. AKIN ÇUBUKÇU: Eczacılık mesleğinin neresindeyiz sorusuna yanıt vermek hem çok kolay hem de çok zor. Kolay: çünkü, henüz bir yerde değiliz. Zor: çünkü, neresinde, nasıl olmalıyız, hangi faktörlere göre yanıtlayacağız.

Eczane olarak bugün maddi açıdan neredeyiz. Çağdaş eczacılığın ekonomi koşullarına göre biz neredeyiz.

İkincisi, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından eczane olarak biz neredeyiz.

Üçüncüsü, ülke koşullarına göre nasıl bir yerde olmalıyız.

Ölkemizde 20 bine yakın eczane, 64 milyon insana hizmet vermektedir. Eczacılarımızın yüzde 85'i serbest eczane sahibidir. Türkiye'de üretilen ilacın yaklaşık yüzde 70'ini devlet satın almaktadır. Bir başka deyişle, eczanelerimizdeki ilaçların baş alıcısı devlettir. İlaça zammı yapan devlettir, yaptığı zamların altından kalkamayan yine devlettir.

1984 yılında, devlet, ilaç harcamalarındaki kendi payını azaltmak, ilaç sarfiyatını küçük de olsa frenlemek amacıyla çalışanlardan yüzde 20, emekliden yüzde 10 katılım payını sağlayan bir yasa çıkarıyor ve kıyamet de ondan sonra kopmaya başlıyor. İyi niyetle

hazırladığından şüphe etmedikimiz bu uygulama, meslektaşlarımız arasında öyle bir duruma getiriliyor ki, bırakın ilaç sarfiyatını frenlemeyi, dozu doza düşürmüyor. Akıl almaz bir uygulama sonucu, bugün serbest piyasa eczacılarının en büyük sorunu olarak yine kendi tarafımızdan yaratılmış oluyor ve bu sorun, her gün bizi yitip bitiriyor, çözülemiyor.

İlaç dağıtım kanalları eczanelere, haftalık, aylık, 45 günlük 2 aylık aralıklarla ilaç verirler ve eczacının vade uzunluğundan da doğan ve görünmeyen kan da göz önüne alınırsa yine en az %10 oranında kar ettiği görülmektedir.

Ağırı iskontolar, mal fazlıları, eczane sınırlanmasınun olmayışı, eczaneleri haksız bir rekabet ortamına ister istemez sokmaktadır.

Yeni mezun eczacıların, eczane açmaktan başka mesleklerini yapabilecekleri alanları son derece daralmıştır. Bir devlet memuru maaşına da artık çalışmak istememektedirler.

Bir yandan yan yana açılan eczaneler, diğer taraftan, ilaç firmalarının Sağlık Bakanlığından istedikleri fiyatların en az yüzde 10, yüzde 20 aşağılarda satılabilme çabaları, bir de ecza depolarının verdikleri ödümler... Bütün bunları altalta topladığımız zaman, katılım payı olmayan bir eczanenin batmadığını görüyoruz. Ama ne yazık ki, bütün bu parasal ödümlere, geçen fırsatları, maalesef, eczacılarımız, cömertçe harcamakta, eczacı ve ailesi için yapması gereken yatırımları karşılayabilecekleri bir yasal gelire sahipken, adeta bir haramzade tavı içerisinde bu geliri har vurup harman savurmaktadır, dağıtmaktadır.

Şu son 15-20 yıl içerisinde hangi ecza deposu, hangi ilaç üreticisi firma, hâlâ olduğu yerde durmaktadır? İlaç firmaları, bugün, dünya standartlarında ilaç üretecek yüksek teknolojiye kavuşmuştur. Ecza depoları yeni yeni binalar yaptırmakta, içlerini çağdaş teknolojiyle düzenlemektedirler. Çağdaş dağıtım kanalları çağdaş yollardan zorlanmaktadır. Hangi eczane eczacısı arkadaşımız, bu süre içerisinde reel anlamda kendi kârını ve verimliliğini 10-15 katma çıkarmıştır? Çağdaş sağlık hizmetini yakalayacak hangi donanımı ortaya koyabilmiştir; hangi eczaneimiz, Avrupa Birliği eczaneleri ayarında danışmanlık ve sağlık hizmeti vermeye çalışmaktadır? Maalesef, eczanelerimiz, hâlâ, 10-15 yıl önce neyse, bugün yine öyledir.

Gümrük Birliğine girildiğinde, serbest dolaşım uygulaması başladığı zaman, eczanelerimiz, Batılı bir eczane zincirinin (Eczacıbaşı'nın Rusya'da yaptığı gibi) Türkiye'de örgütlenmesiyle, nasıl rekabete girecektir?

Bugünlerde hazırlığı yapılan reçetesiz satılabilecek ilaçların halka sunulmasında gereken bilgilere sahip midir?

Eczacılarımız, kendilerini, bir beden işçisi, kol işçisi sınıfından, bir sağlık ilaç bilgi merkez yöneticiliğine geçmenin yollarını şimdiden aramaya başlıyorlar mı?

İyi sağlık hizmetlerinin, iyi donanmış, temiz, ferah bir işyerinde verebileceğinin bilinciyle, eczacılarımız, eczanelerini öyle bir gelecek için yeniden yapılandırmayı düşünüyorlar mı?

Türk Eczacıları Birliğinin bir zamantar hazırlattığı standart eczane tipi maketleri Birlik binasında süs olmaktan çıdıp pratik uygulamaya ne zaman geçecek?

Bu sorulara olumlu yanıtlar verebiliyorsak, eczane eczacılığının bir yerine gelmek için çalışıyoruz demektir.

Değışmek, yenileşmek gibi bir düşünceimiz olmalı. Çağa ayak uydurmak için bir sıkıntımız olmalı.

PROF. DR. ERİŞ AŞIL: Günümüzde etik sözcüğü çok sık kullanılmaya başlandı. Etik, Yunanca etos sözcüğünden geliyor ve alışkanlık anlamında. Etikos, alışkanlıklarla ilgili demek. Etika ise alışkanlıklarla ilgili bir anlatım bütünüdür içeren bir kavram olarak karşımıza çıkıyor.

İnsan düşünüyor, düşünceler ve bilgiler ortaya koyuyor. Bu aktivitesine, insanın teorik etkinlikleri diyebiliriz.

İnsan, teorik bir biçimde yaşarken, bir taraftan da pratik etkinliklerde bulunuyor; yaşam, insanın, ilişkiler, eylemler alanı. İşte, bunlar da, insanın pratik etkinlikleri.

İnsan, teorik etkinlikleri sayesinde pratik etkinliklerinin tamamını bilemiyor. Böylece, bilme ve anlama çabasına giriyor. İşte, etik dediğimiz alanın ortaya çıkmasıyla yakın bir ilişkiyi buradan itibaren kurmak mümkün olabilmektedir.

İnsanın bütün yaptıklarının arkasında, yaptığı eylemin iyi veya kötü dediği, güzel veya çirkin dediği doğru ya da yanlış bulduğu değerler yatmaktadır. Demek ki, bir değerler dünyasında yaşamaktadır insan. İşte, ettiği ortaya çıkaran hareket noktası, bütün insan eylemlerinin değerlerle bir ilişki bulunduğuy veya bütün insan eylemlerinin değerlerce belirtildiğine ilişkin genel bir kabul olmaktadır.

İnsan, tek başına yaşamıyor, toplum halinde yaşayan bir varlık. Bu nedenle, insan, bir eylemde bulunurken, onun kendi başına eylemde bulunması, yani kendi doğrularını, kendi sevdiği hoşlandığı şeyleri, kendi iyi dediği şeyleri kendisinin belirlemesi güç olmaktadır. Bu, insanın sahip olduğu değerlerin, yaşarken, önceden belirleyicilerinin olduğu anlamına da gelmektedir.

Bir arada yaşayan insanların, yaşarken sahip oldukları değerler bakımından en önemli belirleyicisi toplumda ahlak olmaktadır. Ahlak, içinde yaşadığımız ve sürekli olarak göz önünde olan bir olgudur. Bu nedenle, hep, etik ile ahlak özdeş olarak kabul edilmiştir. Ahlak, toplumsal bir olgudur, bir toplumda zaman içinde değışen, farklı toplumlarda değışik olabilir ve o toplumun insanlarına davranış ve yargılama ölçüsü veren, o toplumda ne yapılmasının iyi ya da kötü olduğunu, neyin doğru neyin yanlış olduğunu söyleyen değer yargılarının bütünü ahlakıdır. Etik, bir tür norm kavramını da getirmekte, yani normatif bir etik olmaktadır. Norm kavramının altında bütün değer yargıları, buyruklar, pratik ilke ve kurallar bulunur.

Eylemlerimizin, başkalarının olumlu olarak değerlendirilmesi için, onların, normlara, örneğin ahlakın değer yargılarına uygun olması gerekir. Ancak, yaşam bize gösteriyor ki, eylemlerimizin tek belirleyicisi ahlak değildir; ayrıca, ahlak, yapmamız gereken

hakkında her zaman doğru ölçütler de koyamamaktadır.

Etik tarihine baktığımız zaman, düşünürlerin pek çoğunun iyi ve kötü kavramlarını ahlaksal değer olarak gördükleri, iyinin ne olduğunu değil, nelerin iyi olduğunu söylediklerini; yani, iyi ve kötünün birer nitelikleme sıfatı olarak kullanıldığını görüyoruz. Böylece, her defasında, iyi ve kötünün ya da doğru veya yanlışın içi farklı bir biçimde doldurulmaktadır. Bu durumda, iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış, yaşanan ve gerçekleştirilen değerler olmaktan çok uzakta bulunmaktadır.

Etigin insanlar yaşarken eylemlerini belirlemek ve ne yapılması gerektiğini söylemek gibi bir görevi bulunmamaktadır.

Her zaman etiğe ihtiyacımız var. Etik, çok şey, ama her şey değil çünkü, yaşamda insan eylemlerini, etik bilgilerinin de ötesinde binbir türlü belirleyicisi bulunmaktadır.

PROF. DR. NURETTİN ABACIOĞLU: Türk Eczacıları Birliği, Anayasasının 135. maddesine göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğinde anayasal bir meslek kuruluşudur. Türkiye, yaşam standartları açısından dünya standartları içerisinde gerilerde gelen bir ülke; ama, bazı çok lüks standartları da, bizzatlı koymuş ve kurabilmiş ülkelerden bir tanesi. FİP çatısı altında anayasal anlamda pozisyonu pekiştirilmiş bir başka eczacılık meslek kuruluşu yok.

Tabii, bu 1961 Anayasasıyla gündeme gelmiş, 1961 Anayasası, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının, Türkiye siyasi coğrafyasının, ekonomik coğrafyasının bir temel unsuru olarak toplumu bilgilendirme ve yönlendirme çerçevesindeki görevlerle teçhiz edilmiş bir kurum olduğunu öngörüyordu; ama, 1982 Anayasası, Türkiye'nin başka bir siyasi irade boyutunda gündeme geldiği için potansiyel suçlu olabilecek kuruluşlardan birisi olarak görmüştür meslek kuruluşlarını, ona bağlı olarak zapt-ü rapt altına almaya çalışmıştır. Devletin sağlık politikasıyla uyumlu olmadığımız bir politikayı gündeme koyduğunuzda, siz, idari ve mali açıdan denetleyebiliyordunuz.

Eczacılığın neresindeyiz veya mesleğin neresindeyiz konusuna, mesleğin ne olduğu veya ne olacağı konusunda neler yaptığımız veya yapmamız gereklidir penceresinden bakmak istiyorum ve bu pencereyi açınca da karşımıza bir kavramın çıktığını görüyorum. Bu kavram, kalite.

Kalite, en yalın tanımıyla bir şeyin iyi veya kötü olma özelliği, niteliği olarak sözlüklerde tanımlanıyor. Teknik olarak kalite, istenen özellikler veya standartlara uygundur demek. Öyleyse, biz, hangi özelliği istiyorsak, o özellik ile bütünleşecek olan hangi standardı koyuyorsak işte o kadar kalite vardır. Dolayısıyla, mesleğimizde ilgili de dün de bir kalite vardı, bugün de bir kalite var, gelecekte de bir kalite olacak ve bu kalitenin çerçevesinde, eczacılık mesleği, bizim koyduğumuz standartlar nelerse, o standartları oluşturan özellikler neler ise ancak o kadarlık bir biçimde var olabilmektedir. Dolayısıyla, bugün eczacılık mesleği, kendinden menkul, kendisine has bir kalitede Türkiye'de icra edilmektedir.

Biraz önce eczacılık meslek sorunu olarak tetaffuz edilenler, aslında, bu mesleğin şu anda mevzuatları bakımından, uygulamaları bakımından ve daha da önemlisi, yetiştirdiğimiz insan malzemesi, yani eczacılar bakımından da normatif bir kaliteyi içinde taşımaktadır.

Eğer, Türkiye'deki eczane açma mevzuatı yan yana, duvar duvara, bitişik eczanelerin açılabilmesini standart olarak kabul ediyorsa ki öyle bir şey vardır Türkiye'deki eczacılık hizmetinin, hizmet sunumunun kalitesi de etik anlamda da, deontolojik anlamda da, sermaye anlamında birbirleriyle rekabet edecek ve dolayısıyla, eczacılık hizmet görüntüsünü de çok düşürecek bir kaliteyi veya kalitesizliği sonuçta pekiştirecektir.

Bunların temel kökeninin bir anlamda eğitime bağlı olduğunu düşünmek istiyorum. Eğitimimizin, kalitesi dünyadaki eczacılık meslek sunumunun gerçek kalitesini yansıtmakta mıdır? Buna bağlı olarak yetiştirdiğimiz insan malzemesi, yani eczacıların da yeni bir standart içerisinde bugünkü dünyada kavranan çağdaş eczacılık tanımlaması içerisinde bir hizmet sunup sunamayacağını tartışabilir noktadadır.

1995 senesinde Türkiye'nin Avrupa Birliğine giriş süreci içerisinde gümrük birliğine adım atması ile Avrupa Birliği ülkeleri, gümrük birliğine geçişin, bizdeki standartları olarak gereken ön işlemler arasında mesleki anlamda, hizmet anlamında mevzuat uyumları istedikler ve bu mevzuat uyumları gündeme geldiğinde, baktık ki, tekstilden ulaşma, herhangi bir imalat sanayinden eczacılık hizmetlerine kadar pek çok noktada Gümrük Birliğine kabul edilebilmek için ve bir anlamda Avrupaya entegre otabilmek için yeni standartlar, yeni kaliteler benimsenmek durumundayız.

Bu konunun özünü yani Avrupa'ya entegrasyon anlamında eczacılık eğitimi de Avrupa normlarına entegre etmemiz bizden istendiğinde, biz, bu konuyu, uygulanması bir zorunluluk olarak gündemimize taşıdık. Halbuki, olması gereken standartları, tıpkı 1926'daki Türk kodeksini kabul ettiğimiz gibi, kendimizin koyma yetisini, becerisini gösterebilir ve iletir görürlüğünü gösterebilir olmamız söz konusuydu. Bunu beceremedik; bunu beceremezken, dünyada eczacılık uygulamalarının içerisinde Uluslararası Eczacılık Federasyonunun, eczacılık hizmetleriyle ilgili kalite standartlarını geliştirdiğini görüyoruz. Bu standartlara baktığımızda:

Birinci standart, eczacılık hizmeti sunulan her ortamda eczacının öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmesini gerektiren standardını koymamız lazım.

İkincisi, eczacılık hizmetlerinin temelinde ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin temin edilmesi, kullanımının izlenmesi, hastaya uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin standardını koymamız lazım.

Üçüncüsü, rasyonel reçete yazılmasında ki, bizim dışımızda olan bir sağlık ekibine, hekimlere ait bir sorun ve ilaçların uygun biçimde kullanılmasında eczacının katkısının gerekliliğini standart olarak koymamız gerekiyor.

Dördüncüsü de, eczacılık hizmetlerinin her birinin bireye dönük olmasını, açıkça tanınmasını ve ilgili tüm kesimlere etkin biçimde iletmesini gereken bir standart koymamız lazım.

Bu standartları sorguladığımızda Türkiye'deki alınmış olan eğitimin, pratikte eczacılara bu hizmetleri yaptırabilir düzeyde olmadığını tespit etmek son derece kolaydır.

Dolayısıyla, mesleğin ne olduğu bizim koyduğumuz standarttan bellidir. Eğer bu standartta devam edeceksek bugün için öngörülen iyi eczacılık uygulamaları ve kalite standardı bu olan bir dünya örneğiyle Türkiye'nin bilgilenebilmesi pek söz konusu değildir.

DOÇ. DR. OKAN ATAY: Özellikle eczacının, sağlık hizmetlerindeki yerinin, gittikçe daha hafife alındığını, onun aslı bir sağlık uzmanı olma niteliğinin göz ardı edildiği bir dönemi yaşıyoruz. Bu süreç, sadece bugünlerde saptanan tespit de değil, yaklaşık 15 senedir bu olumsuz sürecin içindeyiz. Halbuki, bugün, Türkiye'de, gerek idari görevler yapan, gerek hastanelerde ilaç kısmen üreten ve büyük çoğunlukta da hastaya ulaştırılan devletin, ilaç kalite fonksiyonunu başarıyla yerine getiren kimler? Bunun değerlendirilmesi yapıldığında bu hizmetler, yine, bizim meslektaşlarımızın, hakikaten bütün zorluklara, özük haklarındaki tüm yetersizliklere, çalışma koşullarının bütün olumsuzluklarına rağmen onlar tarafından yüklenildiğini memnuniyetle görüyoruz; ama bunun değerlendirilme-mesinden de ciddi olarak üzülüyor. En azından, Türkiye'de bir sağlık sorumlusunun en üst düzeyde çözüleceği bir yerde; sabah, Sayın Bakanın söylediği bir ifade: Yüksek Sağlık Şurasında eczacı üyenin oy hakkı yok. Bunu engelliyorsunuz.

Çok yakın bir tarihte Antalya'da bir meslektaşımızın başına gelen ve tamamen reçeteyi yazan doktorun hastasından kaynaklanan bir ölüm olayı Yüksek Sağlık Şurasına geldi ve bu, Yüksek Sağlık Şurasında, maalesef, o zamanlar bir üyemiz vardı; ama, konuyu anlayamamasından mıdır, yoksa tavrını (belki de) yeterli biçimde koyamamasından mıdır nedir, o meslektaşımız, o olumsuz olayda, birinci fall durumuna düştü. Olay, o kadar açık, o kadar net ki, eczacı, Yüksek Sağlık Şurasında mahkum ediliyor. Tabii karar mahkemede verilecek; ama, görüş sormak üzere Yüksek Sağlık Şurasına intikal etmiş. Sonra, konu başka bir kanalla, mahkeme tarafından bilimsel olarak üniversiteye soruldu. Bu arkadaşımızı, kesin bir meslek taassubu içinde değil ama, olayı objektif olarak değerlendirerek savunduk. Sayın Kanazık da, Sayın Abacıoğlu da ve ben de bu çalışma grubunun içindeydik. Sonradan, hakikaten, mahkeme, bu doğrultuda arkadaşımızın suçsuzluğunu tespit etti. Orada böyle insan hayatıyla ilgili, ilaçla ilgili ölüm olmuş bir vakada eczacı yok. Bakanlık meseleye böyle bakıyor. Bakanlık, ilaçla ilgili tüm hizmetlerin, idari, laboratuvar, kalite kontrol olarak, hastaya ilaç ulaştırması açısından yüklenen insanlara övey evlat muamelesi yapıyor.

Mesela, en azından birikimi olan, senelerini Sağlık Bakanlığınca vermiş insanlar var. Bunlara, niçin, sağlık müdürüklerinde fonksiyonlu görevler verilmez.

Bugün Türkiye'de 76 ilin 70 tanesinde sağlık müdürükü görevi yapan insanların meslek süreci beş senenin üzerinde değildir. Halbuki idarecilik çok ayrı bir kavram, okulda alınan öğrenilmiyor, meslek içinde öğreniliyor; bu tecrübeyi eczacılar çok rahat kazanabi-

lyorlar; ama nedir, gösterilen bir meslek taassubudur, eczacıya ters bakmaktır, o görev verilmiyor. Geçici olarak angaryalar bütün eczacıların üzerinde ama, yeterli fonksiyonlar ontardan esirgeniyor. Bir defa, en azından, bunun altını çizelim. Eczacı, idari görevler açısından da önemli fonksiyonlar ve katkılar getirecekken bunun dışında bırakılıyor.

Hastanelerde eskiden bageczacılıklar vardı, kaldırıldı; gereçesi yok. Başhekimlik var, başhemsirelik var, ama bageczacılık kaldırılmış; halbuki, bir hastanenin, Kamu Eczacıları Kurultayında Ankara'da bin yataklı büyük bir, devlete bağlı hastanenin Bageczacısı 'Biz, o günün fiyatıyla döner sermayeye, hastane hizmeti olarak 6 milyar katkıda bulunuyoruz; ama döner sermayeden hiç yararlanmıyoruz veya çok az yararlanıyoruz' demişti; çünkü, para doktorlara gidiyor. Milyarlarca liralık zimmetle muhatap arkadaşlarımız tıbbi malzeme olsun, ilaç olsun, Yasa açık; Sayıştaya karşı muhatap olan her mallı sorumluluk taşıyan memurun bir vevne güvencesi var; eczacı bunu yükleniyor, ama bu parayı vermiyorlar.

Her zaman sağlık elemanlarının temel unsurlarından biri olduğu söyleniyor, bu fonksiyonlar zaman zaman yükleniyor, yaptırılıyor, ama karşılığı yok. Yüksek İhtisas Hastanesinde, arkadaşlarımız var, biliyorum, 24 saat eczacı nöbete kalıyor, bayram dahil, ona tazminat yok. Yan ödemelere bakın, o, apayrı bir felaket.

Bugün devletin ilaç kalite kontrol hizmetini büyük bir iyakarla sürdüren arkadaş grubumuz var, 70 tane eczacımız var, hakikaten bu işi çok dirayetle yapan insanlar; ama, aynı laboratuvarında kenisinden en az 5-6 sene daha kudemalız, kendisinin mahiyetinde çalışması söz konusu olan bir teknik personelle aynı parayı alamıyor. Niye: o eczacı, sağlık sınıfı; öbürü teknik personel. Bunu, defaten, odalar, Merkez Heyeti, Bakanlığa ve Maliye Bakanlığ'na anlattı. Son derece basit bir yaklaşım. Biz demiyoruz, o arkadaşlarımızın parasını bizim seviyemize düşür; biz diyoruz ki, bizinki de en az onun kadar olmalı; çünkü, aynı işi yapıyoruz, aynı emeği harcıyoruz, aynı parayı da almamız gerekir. Bundan daha doğal talep olabilir mi?

Bunun dışında, iş gücünün, teminindeki güçlük, özel hizmet tazminatı var. Bunlar, eczacı için, tahsil süresi aynı düzeyde olan meslek gruplarının hep altında değerlendiriliyor. Yani devlet eczacıya solak bakıyor.

Bugün için halihazırda Sağlık Bakanlığ'ının Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği yürürlükte; eğer o kurumun bünyesinde eczane varsa eczacısız o kurumu çalıştırması mümkün değil; ama, Türkiye'de, bu statüde eczacısı olmadan yüzlerce devlet hastanesi eczanesi var. Sağlık Bakanlığı da sınav açmıyor. Bugün 250 küsur kadro boş. Bir seçim yatırımı gibi değerlendirilip 27 Aralık'tan evvel açılacak dendi, o da olmadı. Pek çok öğrencimiz bize mezun olup da Allah'a ismarladık demeye geldiği zaman, ne yapacağını sormaktan ben utanıyorum, hicap duyuyorum, ona bir şey söyleyemiyorum. Eğer bir eczane açma şansı da yoksa, o parlak, mezun ettiğimiz arkadaşlara bir iş olanığı önememiz mümkün değildir.

Bugün için Sosyal Sigortalar Kurumunda, devlet hastanelerinde bütün çalışma koşullarının olumsuzluğuna rağmen görevini iyakarla yapmaya çalışan arkadaşlarını,

ek götergeleri, özük haklarının, alacaklarının akçalı vaziyetli bir perisantik içinde ama, bunlara kimsce bigane de kalmadı. Ben içindeyim, örgüt, Ankara Eczacı Odası Merkez Heyeti bu konuda çaba sarf ediyor ama, tır türü bu engell aşamıyoruz ve bu da gittikçe, çalışan arkadaşlarımıza, devlete, hizmetin niteliğine karşı bir soğuma, bir mesafelenme getirdi ve ciddi olarak, çok genç yaşlarda, en birikimli dönemlerinde pek çok arkadaşımız devletteki hizmetlerini nokt alıyor ve onu, daha kaale alan, o birikimini değerlendiren sektörlere geçiyor ve çok da iyi konumlarda geçiyorlar; onlarla da iftihar ediyoruz.

Şimdi, özel sektörde, yani ilaç sanayinde eczacının durumu nedir? Orada da çok parlak değil. Ama, bunun nedenleri biraz bize bağlı. Bunu söylemek zorundayım. Çünkü, ilaç sanayinin yeni geliştiği dönemlerde eczane eczacılığı da en parlak dönemini yaşıyordu; yani, o gün, bir ilaç fabrikasında herhangi bir üretim veya kontrol biriminde çalışmak yerine, bir serbest eczane sahibi olmak fevkalade imkanıydı. Dolayısıyla, pek çok o yeni gelişme döneminde, biz, ilaç sektöründe gerekli yerimizi alamadık. Sonuçta, o hizmet yerleri, başka meslek grupları tarafından tamamlandı. Bugün o sektörde çalışan 13 bin kişinin sadece 369 tanesi eczacıdır. Halbuki, eczacı, eğitimiyle, uğraş alanıyla, ilaç sanayinde çalışması en gerekli meslek mensubu niteliğindedir. Bunu, eğer bir mukayese yapma durumunda kalırlarsa, sanayi de teşvil ediyor; ama, şu endişeyi de her zaman söylüyor 'eczacı kalıcı olmuyor; eczacı, her zaman eczane açma şansına sahip olduğu için, ben yetiştiriyorum, emek veriyorum, belirli süre tutuyorum ama, ondan sonra arkadaşımız, eczane açmak için ayrılıyor' diyor. Bu açıdan da, bizim, sektörde ki yerimiz, hak ettiğimiz düzeyde değil.

İlaç sanayininin 92'de yapılan Sağlık Kurultayındaki projeksiyonunda, 2000 yılında yaklaşık 25 bin eleman çalışacağı ifade edilmişti. 2000 yılına 4 yıl var, rakamlar gittikçe azalıyor. Geçen seneki rakam 13 500 iken, bu seneki rakam onun da altına inmiş. Demek ki, ilaç sanayinde belki otomasyonun veyahut tamamen promosyon ve pazarlama hizmetlerinin ağırlık kazanması, eczacılığın bu sektörde de yerini oldukça sınırlı hale getirdi.

DR. ECZ. AKIN ÇUBUKÇU: Bugün, eczaneler arasında yaşanan haksız rekabetin en önemli nedenlerinden biri de, açılacak eczane sayılarında bir sınırlamanın olmayışındır. Eczane sayısının sınırlanması, bugün pek çok meslektaşımıza, özellikle yeni mezun genç arkadaşlarımıza sevimli gelemeyebilir ve bu kavramı, mevcut eczanelerin, kendi statülerini korumaları, çevrelerinde başka eczane istememeleri, kendi kazançlarını başkalarıyla bölüşmek niyeti taşımamaları gibi düşüncmeleri mümkündür ve aslında da böyle düşünüyorlar.

Eğer bugün, eczanelerimiz, ekonomik yönden güçlü, sağlık açısından önemli bir sağlık danışma merkezleri niteliğinde, saygın ve devletle parasal konularda cebelleşmeyen, verdiği çek ve senetleri, kurumlardan gelecek ödemeler olmasa dahi ödeyebilen kurumlar olsaydı, düşüncelerinde haklı olabilirlerdi. Oysa, bugün, eczaneler, bu saydıklarımızın tam tersi durumu yaşamaktadır.

Ne acıdır ki, çoğunluğu, gizli iflasın da eşliğindedir. İşte, bu yüzden, sözümüz, var olan eczanelere değil, var olacak eczanelerin geleceğine aittir.

Cumhuriyet Hükümeti, özellikle Dr. Refik Saydam'ın etki ve gayretleriyle eczaneleri düzenlemek amacıyla 14 Şubat 1927 tarih ve 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanunu çıkarmıştır. Bu Kanunla eczane sınırlaması geliyor ve 10 bin kişi için bir eczane açılması öngörülüyor. Usulü dairesinde yapılan teftişlerle İstanbulda onbin kişiye düşecek eczanelerin fazlalığı tespit edilmiş, 90 eczane kapatılmış, 17 eczanenin de yeri-ri değiştirilmiştir.

Demokrat Parti zamanında bu yasa maddesi de anti-demokratik yasalar arasında düşünülerek, 18 Aralık 1953 tarihinde 6197 sayılı Yasa ile bu eczane sınırlaması tekrar kaldırılmıştır.

Eczane sayıları, nüfusa ve eczaneler arasındaki

uzaklığa göre ayarlanmadıkça, sınırlanma amacına kesinlikle varılamayacağı görülmektedir. Aslında, uygulama, mevcut eczaneleri koruyor gibi görünse de, genelde böyle değildir. Yeni eczanelere tanınacak bir haktır. Genç arkadaşlarımız için tanınan bir imtiyaz olacaktır. Bunu böyle görmekle fayda vardır.

İlaç firma ve dağıtım kanallarının verdiği aşırı iskonto makul bir düzeye kesinlikle çekilmelidir. Bakanlığın da yüzde 10 gibi bir düşüncesi var fakat, halen uygulamaya konmuş değil. Çünkü, bu önemli faktör, eczaneler arasında haksız rekabeti doğuran, sonuçta, eczacıyı, sanki mali yönden güçlendiriyormuş gibi gösterse dahi, tam tersini ortaya koyan bir uygulamadır. Dolayısıyla, bu aşırı iskonto kaldırılmalı ve eczane sınırlaması da getirilmelidir bugünkü bu çirkin durumlardan kurtulmamız için.

3. MESLEK İÇİ EĞİTİM PROGRAMI: HİPERTANSİYON

Cerrahpaşa Tıp Fak. Kardiyoloji Enstitüsü öğretim üyesi Prof. Dr. Serap Erdine tarafından meslektaşlarımıza aktarılan Hipertansiyon konusu MİEP'de tüm boyutlarıyla tartışıldı.

Aşağıda sizlere aktardığımız, bu çalışma için prof. Dr. Serap Erdine'ye tüm meslektaşlarımız adına teşekkür ediyoruz.

GİRİŞ

Kan basıncı hafif yüksek olanlar da dahil olmak üzere tüm hipertansiyonlu hastalar, semptomlar mevcut olsun ya da olmasın, artmış bir kardiyovasküler hastalık tehlikesiyle karşı karşıyadır. Hemen bütün ülkelerde yapılan tarama sonuçları, erişkin popülasyonun %15-25 kadarında kan basıncının yüksek olduğunu göstermiştir; bu kişilerin üçte iki kadarında kan basıncı hafif yüksektir. Buna karşılık, kan basıncı, hepsinde her zaman sürekli yüksek değildir ve antihipertansif ilaçlarla tedavileri gerekmez.

Bu günlük Meslek İçerisi Eğitim Programımız tanı ve tedavide sıklıkla sorun yaratan hafif hipertansiyon üzerinde odaklanmaktadır. Daha şiddetli hipertansiyonun tedavisinden elde edilen yararlar açıktır. Bunun yanı sıra, tanı kriteri olarak sistolik hipertansiyon ve özel bir dikkat gerektiren yaşlarda hipertansiyon üzerinde de durulacaktır.

Kardiyovasküler riskin değerlendirilmesine ve tanı konmasına yardımcı olacak yöntemler üzerinde de bilgi verilecektir. Ayrıca, hipertansiyonun ilaçsız ve ilaçla tedavisi ve kardiyovasküler hastalıklara yol açan diğer risk faktörlerinin düzeltilmesi konusunda da bilgiler sunulmuştur.

WHO'nun ISH alt komitesi, aynı düzeyde hipertansiyonlu olan bireylerde tedaviyi etkileyen belirgin kişisel değişiklikler olduğunun göz önünde tutulması gerektiğini bildirmiştir. Hipertansif hastalar, yaş, kan basıncındaki yükselmeler, organ hasarı ve birlikte bulunan risk faktörleri ile hastalıklar yönünden farklılıklar gösterirler ve kardiyovasküler risk ve ekonomik kaynakların büyük ölçüde farklı olduğu toplumlarda yaşarlar.

Bu nedenle anlatılacakların, pratik yaşamda doktorun karar verirken kesinlikle uyması gereken bir kuraldır. İlkel disizl olarak düğünmemelidir.

Aksine, bu çalışma, çeşitli tanı ve tedavi, diyagnostik ve terapötik girişimlerin yararları ve sınırları konusunda geniş kapsamlı, önemli bilgileri içererek sizleri bilgilendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Hemen hemen en güvenilir bilgilerin geniş randomize çalışmalar sonunda elde edilmesine karşın bunların kendilerine özgü limitasyonları mevcuttur ve hipertansiyon tedavisinin tüm yönleri bugüne değin bu randomize çalışmalara dayanarak saptanamamıştır ve saptanamayacaktır. Mevcut verilerin bilimsel dayanaklara uygun olarak yorumu ve dikkatli tahminler konunun daha iyi kavranmasında yardımcı olacaktır.

Kan basıncı düzeyine bağlı olan kardiyovasküler risk bir süreklilik taşımaktadır: kan basıncı ne denli yüksekse, hem serebrovasküler, hem koroner olay riski daha fazladır. 'normal tansiyon' ve 'hipertansiyon' arasındaki çizgi key-

fidir. Günümüzde, bu çizgi tedaviyle riskin azaltıldığına gösterildiği kan basıncı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Hafifçe yükselmiş kan basıncının bile düşürülmesinin, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Ancak girişimde bulunma kararı, sadece kan basıncı düzeyine bakılarak verilmemelidir.

Nitekim, hafif hipertansiyonlu hastalarda bile, ciddi kardiyovasküler hastalık riski, kan basıncı düzeyinin dışındaki çeşitli faktörlerle saptanır. Bu faktörler (Tablo 1) hastanın ilerleyen yaşı, erkek olması, daha önceden geçirdiği kardiyovasküler olaylar, sol ventrikül hipertrofi-si ya da böbrek hastalığı gibi hedef organ hasarı, sigara, diyabet, dislipidemi (total ve LDL kolesterolün, yüksek, HDL-kolesterolün düşük olması), santral obezite ve sedanter yaşam biçimidir. Bu faktörlerden bir ya da daha fazlasının bulunması, kan basıncındaki hafif yükselmeden daha önemli bir risk belirleyici olabilir. Antihipertansif tedavinin mutlak yararları, kardiyovasküler hastalık riski ile saptanacağından (bir başka deyişle, daha yüksek risk olanlarda daha büyük yararlar sağlanacaktır), tüm bu faktörlerin her biri, tedavi konusunda karar almadan önce değerlendirilmelidir.

Tablo 1: Tedaviyi gerektiren kardiyovasküler risk faktörleri

| |
|--|
| Yaş* |
| Cinsiyet* |
| Ailede erken yaşta kardiyovasküler hastalık hikayesi |
| Yüksek sistolik kan basıncı |
| Sigara |
| Yüksek total ve LDL kolesterol |
| Düşük HDL kolesterol |
| Sol ventrikül hipertrofi |
| Geçirilmiş kardiyovasküler olaylar* |
| Geçirilmiş serebrovasküler olaylar* |
| Diyabet |
| Böbrek hastalığı |
| Mikroalbuminüri |
| Obezite |
| Sedanter yaşam tarzı |
| *Değiştirilemeyen faktörler |

Ciddi kardiyovasküler hastalık riski, hafif hipertansiyonlu hastalarda büyük değişiklik gösterir. Bir uça, kardiyovasküler hastalık hikayesi olan yaşlı hastaların her 100'ünden en az 3 ya da 5'inde, her yıl daha ciddi bir kardiyovasküler olay ortaya çıkacaktır. Öte yandan, başka hiçbir risk faktörü olmayan genç hastalarda, her 1000 kişiden birinden daha az bir oranda, her yıl ciddi bir kardiyovasküler olay gelişecektir. Anti hipertansif tedavinin bu her iki grup hasta popülasyonunda riski azaltmasına karşın, başlangıçta düşük riskli olan genç hastalarda klinik yararların belirgin hale gelmesi on yıllar alabilir.

Hafif hipertansiyonda kardiyovasküler hastalık riski, aynı zamanda coğrafi bölgeden diğerine büyük değişiklikler gösterebilir. Serebrovasküler ve koroner olay riskindeki bölgesel farklılıkların bir kısmı, yukarıda adı geçen risk

faktörlerinin prevalansında gözetilen bölgesel değişikliklerin nedeni olabilir.

Buna karşılık belirlenen risk faktörlerindeki farklılıkların nedeni olamayacak bazı bölgesel farklılıklar olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur. Özellikle belirtilmesi gereken nokta, Çin ve Rusya'da serebrovasküler olayların çok yüksek oranlarda görülmesidir. Bu toplumlarda, serebrovasküler olay insidansı, ortalama kan basıncı çok az farklılık göstermesine rağmen Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinin 4 katıdır. Bu nedenle bu toplumlarda hafif hipertansiyon tedavisi, özellikle büyük yararlar sağlayabilir.

HİPERTANSİYON TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Kan Basıncı

Kan basıncı genellikle, cıvayı bir tansiyon aleti ile (sfigmomanometre) indirekt yöntemle ölçülür.

Ölçüme başlamadan önce, hasta, sessiz bir odada birkaç dakika oturmalıdır, sırtını rahat bir koltuğa dayıyor olmalıdır. Kol kasları gevşek durumda olmalı ve ön kol, dirsek çukuru kalp düzeyinde olacak şekilde desteklenmelidir. Kan basıncı yatarak ve ayakta da ölçülebilir ve her durumda da kol kalp düzeyinde bulunmalıdır.

Uygun boyutlarda bir manşon, kolun çıplak durumdaki üst bölümüne sarılır. Etbliselerin kolu sıkılaşmasına dikkat edilmelidir. Birçok ülkelerde mevcut 'standard manşon' çok küçük olabilir. Eriskinler için, manşonun ortalama kalınlığındaki bir kolu sarabilmesi için genişliği 13-15 cm, uzunluğu 30-35cm olmalıdır. Şişman kollar için daha büyük ve çocuklar için daha küçük manşon gereklidir.

Manşon, manometre basıncı, nabızın kaybolduğu düzeyin yaklaşık 30 mmHg üzerine kadar hızla şişirilir ve ortalama 2 mmHg/saniye hızla indirilir. Bu süre içinde, brakial arter üzerine konan bir stetoskop aracılığıyla korotkoff sesleri dinlenir.

Seslerin ilk duyulduğu basınç, sistolik basınçtır. Diyastolik basınç ise, seslerin kaybolduğu andaki basınçtır (Faz 5). Yapılan majör çalışmaların çoğu, bu noktayı, yani seslerin kaybolduğu noktayı kullanmıştır; seslerin boğuklaştığı noktanın (Faz 4) kullanılması, daha yüksek diyastolik basınç değerlerine yol açar ve kaçınılmazdır. Sistolik ve diyastolik basınçlar, 3 dakikadan az olmayan sürelerle en az 2 kez ölçülmelidir; her ikisi de kaydedilmeli ve bulunan değerlerin ortalamaları alınmalıdır. Ayrıca, ilk vizitte, kan basıncı her 2 koldan da ölçülmelidir. Postüral hipotansiyondan şüphelenildiğinde ve bu durumun sık olarak görüldüğü yaşlılarda ayakta da ölçüm yapılmalıdır.

'Beyaz önlük hipertansiyonu' veya 'etkisi' doktorun yanında kan basıncının yükseldiği ve medikal ortamdaki uzaklığındaki normale döndüğü bir durumdur. Hemşire tarafından veya eğitilmiş tip dışı personel tarafından ölçüm 'beyaz önlük' etkisini azaltabilir fakat ortadan kalmasını gerektirmez.

'Beyaz önlük' etkisinin nasıl tanımlanabileceği tartışmalıdır. Doktor yanında ölçülen ve evde veya gün boyu ambulatuvar ölçümle elde edilen kan basıncı değerleri arasındaki farka dayanan hesaplar yanıltıcı olabilir. Çünkü, bu fark, sadece bir uyarı reaksiyonunun dışında başka çeşitli faktörlere de bağlı olabilir. 'Beyaz önlük' etkisinin masum bir fenomen olup olmadığı bilinmemektedir. Nitekim, klinikte ve evde yapılan ölçümler arasında büyük farklılıklar gösteren bireylerin daha yüksek kardiyovasküler risk taşıdıkları öne sürülmüştür; en azından eşlik eden başka risk faktörleri mevcuttur. Buna rağmen, çoğu kişilerde gerekli tedaviyi önlemek için bu durumun saplanması önem taşımaktadır.

Günümüzde, evde kan basıncı ölçümüne yarayan yeni otomatik ve otomatik cihazlar ve uzun süreli (24 saat veya daha fazla) ambulatuvar kan basıncı ölçümü yapan cihazlar mevcuttur. Tüm bu cihazların kesin protokollere uygun olarak standart yöntemlere göre kesinliği ve güvenilirliği açısından kontrolleri yapılmalıdır. Ambulatuvar cihazlar, ambulatuvar şartlarda test edilmelidir. Evde kan basıncı ölçümünün, doktor muayenehanesindeki oranla daha sessiz bir ortamda ve çok daha fazla sayıda ölçüm yapılması gibi önemli yararları vardır.

Ambulatuvar kan basıncı takibi, kan basıncı değişkenliğini, günlük aktivitelerin arteriyel basınç üzerindeki etkilerini ve antihipertansif tedavinin zamana bağlı etkisini incelemeye yarayan lıgın bir araştırma yöntemidir. Aynı zamanda, evdeki kan basıncı ölçümleri gibi, diyagnostik ve terapötik kararlara yardımcı olacak ek bir bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Buna karşın, ev ve ambulatuvar kan basıncı ölçüm değerleri, klinikte doktorlar ve hemşireler tarafından klasik yöntemle alınan ölçümlerle eş tutulamaz. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada gösterildiği gibi, hem ev, hem de ortalama 24 saatin üstünde ölçülen ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinin klinikteki değerlerden birkaç mmHg düşük olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.

Tedavi edilecek kan basıncı düzeylerine göre prognostik standartlar, tesadüfi veya klinik kan basıncı ölçüm değerleriyle morbidite ve mortalite arasında ilişki kuran prospektif çalışmalara dayandırılmaktadır. Ev ya da ambulatuvar kan basıncı değerleri için prognostik değer taşıyan standartlar belirleyen hiçbir prospektif çalışma yoktur.

Bu nedenle, klinik ölçümlere dayanan terapötik kararların evde ve ambulatuvar kan basıncı ölçümlerine dayananlardan farklı olmaları olasıdır. Şimdilik, evde ve ambulatuvar kan basıncı ölçümleri, doktor tarafından klinikteki ölçümü bütünleyici olarak sadece seçilmiş olgularda kullanılmaktadır.

Diyastolik kan basıncına göre hipertansiyon tanımı

Genellikle hafif hipertansiyonu tanımlamak için diyastolik kan basıncı kullanılmaktadır. Bu bir bakıma keyfi bir seçimdir, fakat diyastolik kan basıncı değerlerinin, hafif hipertansiyon üzerinde olanlar da dahil olmak üzere birçok randomize terapötik çalışmada inklüzyon kriteri olarak kullanılması, bu tanımlamayı desteklemektedir.

Eriskinlerde hafif hipertansiyon, istirahat sırasında ölçülen diyastolik kan basıncı değerlerinin (Faz V) sürekli olarak 90 ve 105 mmHg arasında olmasıdır. Hafif hipertansiyonlu hastaların yaklaşık yarısı 50 yaşta hipertansiyonludur (90-95 mmHg diyastolik kan basıncı). Toplum taramaları 50 yaş ve üstündeki hastaların %20'ye yakınının, tarama sırasındaki ölçümlerde diyastolik kan basıncı düzeylerinin hafif hipertansiyon sınırları içinde olduğunu göstermiştir. 3-6 aylık sürelerle tekrarlanan ölçümlerde, hafif hipertansiyon sınırındaki bu kişilerin yaklaşık yarısının diyastolik kan basıncı düzeylerinin normale döndüğü gözlenmiştir.

Tekrarlanan ölçümlerde istirahat kan basıncı değerleri sürekli olarak 90 mmHg veya üstü olan bireyler, artmış bir kardiyovasküler mortalite ve morbidite riski ile karşı karşıyadır ve risk diyastolik kan basıncı düzeyine paralel olarak artar. Bu kişilerin % 12 ile 15'inde ilk 3-5 yıl içinde daha ağır prognozlu orta ya da ağır hipertansiyon (diyastolik kan basıncı >105 mmHg) ortaya çıkacaktır; diğerleri ise hafif hipertansiyon sınırları içinde kalacaktır. Hafif hipertansiyonlu hastalarda serebrovasküler olay riski artmıştır ve ilaç tedavisinin riski % 35-40 azalttığı açık bir şekilde

gösterilmiştir. Plasma lipid düzeyinin yüksek olduğu toplumlarda, hafif hipertansiyonlu hastalarda majör kardiyovasküler morbidite ve mortalite nedeni, genellikle iskemik kalp hastalığıdır. Kan basıncının ilaçla düşürülmesi, aynı zamanda non-fatal miyokard enfarktüs riskini ve iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölümleri % 15-20 oranında azaltır. Buna rağmen, bugüne değin kontrollü klinik çalışmalarda denenen tedavilerden elde edilen yarar, aynı düzeydeki uzun süreli kan basıncı düşüşlerinden beklenenin hafif altındadır. Pratik uygulamada, başlangıç diyastolik kan basıncı 90-105 mmHg arasında ise dört hafta içinde en az iki kez daha ölçüm tekrarlanmalıdır. Tekrarlanan ölçümlerde gerek sistolik, gerek diyastolik basınç önemli ölçüde düşer. Bir kişiyi hipertansif olarak nitelendiren ve medikal tedavile başlamadan önce, kan basıncı sürekli yüksek olan veya yükselme gösteren hastaların saptanması gereklidir.

Tüm hastalara sigarayı bırakmaları, aşırı kilolarını vermeleri, alkol alımını ve diyetlerindeki doymuş yağ miktarını azaltmaları ve düzenli hafif dinamik egzersiz yaparak yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikleri yapmaları önerilmelidir. Bu öneri, kan basıncını düşürme ve kardiyovasküler sağlığı olumlu yönde etkileme stratejisinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Tuz kısıtlaması kan basıncını düşürmeye yardımcı olabilir. Tedavi konusunda alınacak kararlar, çeşitli tedavi yöntemlerinin yararları ve riskleri hasta ve yakınları ile görüşüldükten sonra alınmalıdır.

Günlük yaşamda kullanılacak ilaçlar, Şekil 1'de gösterilmiştir.

Başlangıçtaki ölçümden sonraki 4 hafta içinde:

1- Diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nın altına inen hastalarda, 1 yıl boyunca her 3 ayda bir tekrar ölçüm yapılmalıdır.

2- Diyastolik kan basıncı yine 90-105 mmHg arasındaysa, tüm hastalarda uygun ilaçsız tedavilere başlanmalı ve kan basıncı, sonraki 3 ay içerisinde birkaç kez daha ölçülmelidir.

TANIMLAMA

Diyastolik Kan Basıncının (DKB) 90-105 mmHg ve/veya Sistolik Kan Basıncının (SKB) 140-160 mmHg Olması



İlaç tedavilerinin önerilmesi için önce yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalı ve kan basıncı 4 hafta içinde 2 ölçümle aynı zamanda 2 kez ölçülmelidir. Eğer aynı zamanda...

Şekil 1. Hafif hipertansiyonun tanımı ve tedavisi

İlk 3 aylık dönem geçtikten sonra:

3-Diyastolik basınç 100 mmHg veya daha yüksekse, ilaç tedavisine başlanması gerekir.

4- Diyastolik kan basıncı 95-100 mmHg ise ilaçsız tedavi önlemlerine ağırlık verilmeli ve özellikle diğer kardiyovasküler risk faktörleri varsa, ilaç tedavisi düşünülmalıdır.

5- Diyastolik kan basıncı 90-95 mmHg ise ilaçsız tedavi önlemlerine ağırlık verilmeli ve hasta uzun süreli gözlem altında tutulmalıdır.

İkinci 3 ay geçtikten sonra:

6- Diyastolik kan basıncı ikinci 3 aylık dönemin sonunda da 95 mmHg veya daha yüksekse, diğer kardiyovasküler risk faktörleri mevcut olmasa bile ilaç tedavisine başlanmalıdır.

7- Uzun süreli gözlemden sonra diyastolik kan basıncı 90-95 mmHg arasında kalan hastalarda da kardiyovasküler hastalık riski artmıştır. Bu risk artışı, sistolik kan basıncının da yüksek olduğu hastalarda, diyabetlilerde, yaşlılarda, sigara içenlerde, plazma lipidleri yüksek olanlarda veya sol ventrikül hipertrofi bulgularında ve ayrıca ailesinde kardiyovasküler hastalık hikayesi olanlarda daha belirgindir. Daha yüksek risk taşıyan bu hastalarda, ilaç tedavisine geçilmelidir. Düşük riskli kişiler ilaçla tedavi edilmezse, yaklaşık 3 aylık aralarla kontrole çağrılmalı, uygun ilaçsız önlemler alınmalı ve önemi vurgulanmalıdır.

Sistolik kan basıncı değerlerine göre yapılan hafif hipertansiyon tanımı

Çalışmaların çoğunda, hastaların yalnızca diyastolik basınç değerleri göz önünde tutularak tanımlanmasına ve tedavi edilmesine rağmen, hafif hipertansiyonun tanımlanmasında ve tedavisinde sistolik kan basıncı değerlerinin de göz önünde tutulması gerektiğini gösteren çok sayıda kanıt vardır. Nitekim kardiyovasküler risk, diyastolik basınçla olduğu kadar sistolik basınçla da büyük ölçüde bağlantılıdır ve ancak sistolik basıncın daha fazla düşürülmesinin söz konusu riski azaltmayacağı herhangi bir eşik değere ait bilgi mevcut değildir. Ayrıca hafif hipertansiyon üzerindeki çeşitli çalışmaların bazıları kardiyovasküler olayların, elde edilen diyastolik değil de sistolik basınç değerleriyle daha yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir. Koroner ve serebrovasküler olayların görülme sıklığı ile ilgili epidemiyolojik verilere bakıldığında 90-105 mmHg diyastolik basınç düzeylerine uyan sistolik basınç değerleri, bir başka deyişle, hafif hipertansiyon tanımına uyan sınırları, yaklaşık 140-160 mmHg'dir. Çeşitli çalışmalar, 160 mmHg veya daha yüksek olan sistolik kan basıncı değerleri düşürüldüğünde tedavinin yararı olduğunu göstermektedir.

Hafif hipertansiyon sistolik kan basıncına göre tanımlandığında, tedavi, diyastolik değerlere dayanan hipertansiyon tanımında özellenen yolu izlemelidir. Şekil 1, gerek sistolik, gerek diyastolik değerlere dayanan tedavi prensiplerini bir şema halinde özetlemektedir. Kısaca, sistolik kan basıncına dayanan hafif hipertansiyon tanımı ancak, en az 4 hafta süre ile tekrarlanan ölçümlerde sistolik kan basıncı değerleri 140-160 mmHg arasında bulunursa konur (beraberinde diyastolik değerler 90-105 mmHg olsun ya da olmasın) ve bu hastalarda yalnızca nonfarmakolojik tedavi önerilir. Bunu izleyen 3 aylık gözlem süresi içerisinde, sis-

tolik kan basıncı 160-180 mmHg ve diyastolik basınç en az 95 mmHg ise ya da diyastolik basınç 95 mmHg'dan düşük olmasına rağmen diğer kardiyovasküler risk faktörleri de varsa, ilaç tedavisine başlanmalıdır. İkinci bir 3. aylık dönemden sonra sistolik kan basıncının 160-180 mmHg arasında kalması, diyastolik değerler 95 mmHg'nin altında olsa ve diğer risk faktörleri bulunmasa bile ilaç tedavisinin gerekliliğini gösterebilir. Bu dönemde belirgin risk faktörü olan ve sistolik basıncı 140-160 mmHg arasında seyreden kişilerde ilaçla tedavi gerekebilir.

Hemen bütün vakalarda hem diyastolik, hem de sistolik değerler hipertansif sınırlar içerisinde olup ama bazen izole hafif sistolik veya izole hafif diyastolik hipertansiyonla karşılaşılabılır. İzole sistolik hipertansiyon adolesans çağındakilerde ve gençlerde de görülebilir, ancak özellikle yaşlılarda sıklıkla (son zamanlarda yapılan bir popülasyon çalışması, 65-74 yaş dilimindeki kişilerin %6-10 kadarında izole sistolik hipertansiyon olduğunu göstermiştir.) Gençlerde ve adolesans çağındakilerde görülen izole sistolik hipertansiyonun mekanizması, yaşlılardan farklıdır ve gençlerdeki izole sistolik hipertansiyonda yaşam biçimiyle ilgili önerilerde bulunulmasının dışında bir tedavi uygulanması gerektiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur. Diğer yandan yaşlılarda görülen (çok zaman hafif hipertansiyon sınırlarını aşan) izole sistolik hipertansiyon ise sadece riski artırmakla kalmaz. Aynı zamanda yüksek sistolik basıncın ilaçla düşürülmesinin, önemli yararlar sağladığı gösterilmiştir. 60 yaşın altındaki erişkinlerde, izole sistolik hipertansiyonun (bu yaşta da oldukça seyrek olan) tedavisinden elde edilen yararları gösteren kanıtların az olmasına rağmen, sistolik kan basıncı sürekli 160 mmHg veya daha üstünde olan kişilerin diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nin altında dahi olsa, özellikle diğer risk faktörleri mevcut olduğunda ilaçla tedavisi mantıklı görünmektedir.

Hipertansiyonun sınıflandırılması

Başlangıçta belirttiğimiz gibi kan basıncı yüksekliğine eşlik eden risk, kan basıncı değerleri yükseldikçe artar ve 'normotansiyon' ile 'hipertansiyon' arasında çekilen çizgi, tümüyle keyfidir. Ancak buraya kadar anlattıklarımıza dayanarak hipertansiyonu, uygulamada kullanılabilecek bir şekilde sınıflandırmak mümkündür. Tedavide rehber olabilecek bu sınıflandırma, Tablo 2'de verilmektedir.

Önceden de söylediğimiz gibi 'hafif hipertansiyon' deyimi, diyastolik kan basıncı 90-105 mmHg veya sistolik kan basıncı 140-180 mmHg arasında olan kişileri tanımlamak için kullanılmaktadır. 'Sınırdaki hipertansiyon' terimi diyastolik kan basıncı 90-95 veya sistolik kan basıncı 140-160 mmHg arasında olan hafif hipertansiyonlu hastaların alt grubu için kullanılmaktadır. 'Hafif' kelimesi, hipertansiyonun hafifçe yükselmiş olduğunu belirtmek için kullanılmaktadır ancak, mutlak kardiyovasküler hastalık riskinin de hafifçe artmış olduğu anlamına gelmeyecektir. Örneğin serebrovasküler olay veya miyokarda enfarktüsü riski yüksek olan bir kişide hafif hipertansiyon, söz konusu tehlikeyi önemli ölçüde artırabilir ve hafifçe yükselmiş kan basıncının düşürülmesi bile, önemli yararlar sağlayabilir. Aynı durum, diyabetik nefropatili hastalar için de geçerlidir. Ayrıca hafif hipertansiyonun toplum üzerindeki yükü, yüksek prevalansına bağlı olarak belirgin ölçüde artmaktadır.

Tablo 2: Kan basıncı düzeyine göre yapılan hipertansiyon sınıflandırması

| | Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | Diyastolik Kan Basıncı (mmHg) |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Normotansiyon | <140 | <90 |
| Hafif hipertansiyon | 140-180 | 90-105 |
| Alt-grup: | | |
| • Sınırdaki hipertansiyon* | 140-160 | 90-95 |
| Orta ve ileri derecede şiddetli hipertansiyon | ≥180 | ≥105 |
| İzole sistolik hipertansiyon | ≥160 | <90 |
| Alt-Grup | | |
| Sınırdaki izole sistolik hipertansiyon | 140-160 | <90 |

*Risk, gerçek sistolik ve diyastolik kan basıncı bildirilerek belirtilmelidir.

İzole sistolik hipertansiyon, sistolik kan basıncı 140 mmHg veya üstünde olan ve diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nin altında bulunan tüm hastaları içeren, geniş kapsamlı bir deyimdir. Sistolik kan basıncı 160 mmHg veya daha yüksek olan hastalarda izole sistolik hipertansiyon tedavisinin yararları gösterilmiş olduğundan, sistolik kan basıncı 140-160 mmHg olan ve diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den düşük ölçülen kişiler 'sınırdaki' izole sistolik hipertansiyonlu olarak sınıflandırılabilir. Diyastolik basınçları 85-89 mmHg veya sistolik kan basıncı 130-139 mmHg arasında olan kişilerin 'yüksek normal' olarak sınıflandırılması, bugün için destek görmemektedir ve çok sayıda kişinin bu şekilde tanımlanması riskini taşır.

Kardiyovasküler riskin, kan basıncı düzeylerine eşlik etmesinden dolayı, hafif hipertansiyon sınırının ötesinde hipertansiyon riskinin, gerçek sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleriyle belirtilmesi mantıklı görünmektedir. 1978 WHO Expert Report'ta önerildiği gibi, 'evre' teriminin, kan basıncı değerleri yerine komplikasyonların olup olmadığını veya şiddetini göstermek için kullanılması daha uygun olacaktır.

Tablo 3: Organ hasarının derecesine göre yapılan hipertansiyon sınıflandırılması.

Evre I: Organik değişiklikler gösteren herhangi bir objektif bulgü yoktur.

Evre II: Organların tutulduğuna gösteren aşağıdaki belirtilerden en az biri vardır:

- Sol ventrikül hipertrofisi (radyolojik, ekokardiyografik, elektrokardiyografik olarak gösterilen)
- Retina arterlerinde generalize veya fokal daralma
- Proteinüri veya plazma kreatinin konsantrasyonunun hafifçe yüksek (1.2-2.0mg/100ml) olması
- Ateroskleroz plaklarını (karotidlerde aortada, iliyak ve femoral arterlerde) gösteren radyolojik veya ultrasonografik kanıtlar.

Evre III: Organ hasarı sonucu hem semptomlar hem de belirtiler mevcuttur. Bunlar:

- Kalple ilgili : Angina pektoris, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği
- Beyinle ilgili : Geçici iskemik atak, inme, hipertansif ensefalopati
- Gözle ilgili : Papilla ödemi ile birlikte veya yalnız başına retina kanamaları ve eküvasyon
- Böbrekle ilgili : Plazma kreatinin konsantrasyonunun 100 mililitrede 2.0 miligram aşması, böbrek yetmezliği

Değerlendirme

Tam bir anamnez ve fizik muayene gereklidir. Hastanın ailesinde hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, iskemik kalp hastalığı veya serebrovasküler olay olup olmadığı, is-

krmik kalp hastalığı, kalp yetmezliği veya geçici serebral iskemik atakı düşündüren semptomlar, böbrek hastalığı, diyabet veya bronkospazm hikayesinin bulunup bulunmadığı, daha önceki kan basıncı ölçüm sonuçları, yaşam biçimi, eğitim düzeyi ve sosyolojik faktörler önem taşımaktadır. Hastanın kullandığı sigara ve içtiği alkol miktarları, diüretiklerle belirlenmelidir. Erken erişkin yaşta itibaren alınan kilo- lar, vücudtaki fazla yağın iyi bir göstergesi olabilir. Hastaların hipertansiyona zemin hazırlayabilen maddeler veya ilaçlar, özellikle de doğum kontrol hapları, nonsteroidal anti-inflamatuvar ilaçlar, kokain, meyan kökü kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Eşlik eden hastalıkların tedavisi amacıyla eritropoetin, siklosporin veya steroid kullanılıp kullanılmadığı da öğrenilmelidir.

Fizik muayenede boy ve kilo ölçülmeli, kalp büyüklüğü değerlendirilmeli, gördüğü muayenesi yapılmalı ve karotis, renal ve periferik arterlerde arter hastalığını gösteren belirtiler aranmalıdır. Minimal düzeyde belirli tetkiklerin tüm hastalarda yapılması gerekir. Bunlar, idrarda kan, protein ve glikoz analizi, idrarın mikroskopik muayenesi, plazma potasyum, total ve HDL-kolesterol, ürik asit ve kan şekeri ölçümleri ve EKG'dir. Ekokardiyografi, sol ventrikül kitlesinin değerlendirilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Alınan sonuçların kalitesi, hastanın morfolojisine ve yorumunun deneyimine bağlıdır ve hafif hipertansiyonlardaki fayda/maliyet hesabı, henüz yapılmamıştır. Her şeye rağmen sol ventrikül hipertrofinin prognostik önemi, ekokardiyografiyle, özellikle sol ventrikül kitlesinin ve geometrisinin tedavile başlama kararını etkileyeceği olgularda tanı yöntemlerinin ayrıntaz bir komponenti durumuna gelmiştir. Ultrasonografi aynı zamanda karotidlerin ve aorta abdominalis duvarının ve böbrek morfolojisinin incelenmesi açısından da faydalıdır. Seçilmiş vakalarda, tedavi edilebilir hipertansiyon nedenlerinin ekarte edilebilmesi için daha başka tetkikler de yapılmalıdır. Karar verilirken, bu tetkiklerin mali tutarı göz önünde bulundurulmalıdır.

Tedavi: Genel Görüşler

Antihipertansif tedavinin kardiyovasküler olayların riskleri üzerindeki etkileri

Randomize kontrollü çalışmalar, hafif hipertansiyonlu hastalarda, kan basıncının antihipertansif ilaçlarla düşürülmesinin kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığını göstermiştir. Ortalama olarak diastolik kan basıncının 5-6 mmHg (sistolik kan basıncının ise 10 mmHg) düşürülmesi, serebrovasküler olay riskini üçte bir, koroner olay riskini ise altıda bir oranında azaltmaktadır. Ancak, randomize kontrollü çalışmaların çoğunda, antihipertansif tedavinin yararlarının daha az olarak saptanmasının en az 3 nedeni vardır: 1) Aktif tedavinin plaseboyla karşılaştırıldığı birçok çalışmada plasebo kullanan çok sayıda hasta, antihipertansif ilaca geçmiştir. 2) Birçok çalışmada, düşük riskli hastalar tercih edilmiştir ve 3) Çalışmaların çoğu nispeten kısa süreli (3-5 yıl) ve kan basıncının düşürülmesinin özellikle koroner olaylar üzerindeki etkileri üzere tüm etkilerinin belirgin hale gelmesi 10 yıl veya daha uzun bir zaman alabilir. Genç insanlardaki mutlak koroner olay riski düşük olduğundan tedavinin başlangıçtaki hedefi, kardiyovasküler olayları ayrı ayrı önlemekten çok sol ventrikül hipertrofi ve olasılıkla da ateroskleroz gibi olumsuz gelişmeleri önlemektir.

Tedavinin Başlanmasını Etkileyen Faktörler

Diyastolik ve sistolik kan basıncı değerleri, tedavinin başlanmasında önemlidir ve bu değerler hafif hipertansiyon

sınırlarını aştığında (yani sistolik basıncı 180 mmHg, veya daha üstü, diyastolik basıncı ise en az 105 mmHg veya daha üstü olduğunda) (bkz.Tablo 2) Şekil 1'deki hafif hipertansiyon için önerilerden çok daha kısa süreli bir gözlem döneminde sonra ilaçla tedavi kararının verilmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Ancak sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ve yağın dışında, ilaç tedavisine başlanma kararını etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur.

1-Cinsiyet: Premenopoz dönemindeki kadınlarda kardiyovasküler hastalık riski, aynı yaşta erkeklerden yarı yarıya daha azdır ve başka risk faktörleri mevcut olmadığı sürece kadınlarda kan basıncı düşürme tedavinin mutlak yarar erkeklerdenkinden daha az belirgindir. Ayrıca erkeklerde hipertansiyon çoğu zaman, aslında olduğundan daha az teşhis edilmektedir ve gereken tedavi uygulanmamaktadır.

2- Kardiyovasküler komplikasyonları: Sol ventrikül hipertrofinin klinik, ekokardiyografik veya radyolojik bulguları, yüksek oranda hastalıkların ortaya çıkacağına bir göstergesidir ve bu nedenle tedaviye başlamayı gerektiren kesin bir bulgudur. Hipertansif hastalarda, iskemik kalp hastalığının klinik, ekokardiyografik ve anjiyografik bulguların saptanması, alta yatan hastalığın tedavisiyle birlikte kan basıncının düşürülmesini gerektirir.

3- Böbrek hastalığı: Serum kreatinin düzeyinin yükselmesi ve proteinüri yalnızca böbrek bozukluğunu değil, aynı zamanda kardiyovasküler olay insidansının yüksek olduğunu da düşündüren faktörlerdir. Bunların biri varsa, ilaç tedavisine başlanmalıdır. Özellikle diyabetik nefropatiler olmak üzere kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kan basıncının sınır değerlerde olması bile önemli bir risk göstergesidir ve bu değerlerin düşürülmesi gerekir. Serebrovasküler olay anamnezi de (geçici serebral iskemik veya özellikle serebral veya subaraknoid kanama vb.) tedaviye başlanması gerektiğini gösteren kesin bir bulgudur. Buna karşılık, antihipertansif tedavinin serebrovasküler olayları tekrarlamasını önleyebildiği tam olarak gösterilmemiştir. Kardiyovasküler komplikasyonların varlığı ve niteliği de tedavi seçimini etkileyebilir.

4- Diyabeti: Diyabet ve hipertansiyon, çok zaman birbirine eşlik eden hastalıklardır ve her ikisi de birbirinin etkisini artıran önemli risk faktörleridir. Mikroalbuminüri, riskin arttığını gösteren erken bir ipucudur. Diyabetli hastalarda yüksek kan basıncının tedavi edilmesinin ve hatta normal kan basıncının düşürülmesinin mikroalbuminüriyi azalttığını, böbrek fonksiyonundaki kötüye gidişli yavaşlattığını ve diyabetik nefropati gelişmesini geciktirdiğini gösteren kanıtlar vardır. Bu yüzden de hafif hipertansiyonlularda ister tip I, isterse tip II olsun diyabet mevcut olmasa, antihipertansif tedavinin başlanması gerektiğini açıkça gösteren bir işarettir. Bu hastalarda ayrıca, eşlik eden lipid metabolizması bozuklukları üzerinde de durulmalıdır.

5- Diğer kardiyovasküler risk faktörleri: Sürekli sigara içilmesi, açık kan şekerinin yüksek olması, serum total kolesterol düzeyinin yüksek, HDL-kolesterol düzeyinin düşük olması hipertansiyona eşlik eden kardiyovasküler riskli ve antihipertansif tedavinin sağlayacağı mutlak yarar artıran faktörlerdir. Bu nedenle söz konusu risk faktörlerinden birinin veya birkaçının varlığı, erken ilaç tedavisine başlamayı ve ilaçsız önlemlerin yoğun bir şekilde alınmasını gerektirir ve aynı zamanda antihipertansif ilaç seçimini etkileyebilir.

6- Soygeçmiş: Hastanın ailesinde hipertansiyon veya genç yaşta serebrovasküler olay, kalp hastalığı ya da ani kardiyak ölüm hikayesinin bulunması, erken ilaç tedavisi yönünde karar alınmasını gerektirir.

7-Gelir düzeyi düşük toplumlara: İlaç tedavisine başlama kararı ve daha geniş anlamda hipertansiyona karşı alınacak önlemler listesi; o toplumun gelir kaynaklarına, mortalite nedenlerine ve bütün bunlara bağlı olarak sağlık hizmetlerinin önceliklerine bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde maliyet sorunu, her teşhis yönteminin ve ilaçla tedavi seçeneğinin hafif hipertansiyonlu hastaların tümünde uygulanmasını zorlaştırır. Bu gibi durumlarda ilaç tedavisine başlamadan önce yaşam biçimini değiştirecek öneriler, özellikle yarar sağlayacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde, bireyselleştirilmiş öneriler ve programların uygulanmasını sağlamak güçtür ancak ortalama kan basıncı düzeyini düşürecek toplumsal girişimler yararlı olacaktır.

Genel bir değerlendirme yapmak için yardımcı personel yetiştirmek daha gerçekçi olacaktır. Daha yüksek risk taşıyan kişilerin ilaçla tedavi edilmeleri gereklidir ancak maliyet/fayda hesabı göz önünde tutularak ilaçların özenle seçilmesi, ekonomik kaynak sıkıntısının artmasına paralel olarak özellikle önem taşımaktadır. Hipertansiyonun doğuracağı kötü sonuçlar konusunda toplum bilincinin artırılması, kan basıncının her fırsatta ölçülmesi, hipertansif hastaların düzenli olarak izlenmesi ve kan basıncını düşürecek veya mevcut hipertansiyonu şiddetlendirecek faktörler konusunda toplumun eğitilmesi, gelir düzeyi düşük toplumlarda da en az gelir düzeyi yüksek toplumlardaki kadar önem taşıyan önlemlerdir. Sigara bağımlılığının azaltılmasında, sağlıklı besinlerin üretilip pazarlanmasının sağlanmasında politik ve toplumsal eğitim özellikle önem taşımaktadır. Nitekim, toplumsal eğitimi ve hükümetin katkısını sağlamaya yardımcı olmak, doktorların sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Yaşlılarda Hipertansiyon

Hipertansiyonun kardiyovasküler olaylara yol açma riski yaşlılarda, gençlerdekinden çok daha yüksektir. Batı toplumlarında hafif hipertansiyonlulara, 10 yıllık bir süre içerisinde major bir kardiyovasküler olay görülme riski 25-34 yaş diliminde %1'in altındayken, 65-74 yaş diliminde %30'u aşmaktadır. Nitekim antihipertansif tedavinin mutlak yararının yaşlı hastalarda özellikle yüksek olduğu, sayısız çalışmada gösterilmiştir.

1985'te yayınlanan ve antihipertansif ilaçların yaşlılardaki yararlı etkisini açıkça gösteren EWPHE (European Working Party on High Blood Pressure in the elderly) çalışmasına ek olarak 1991 ve 1992 yıllarında, yaşlı hipertansifler üzerinde plasebo-kontrollü olarak gerçekleştirilmiş 3 prospektif çalışma daha yayınlanmıştır. Bunların hepsi antihipertansif ilaç tedavisinin kardiyovasküler morbidite veya mortaliteyi azalttığını göstermiştir. SHEP (The Systolic Hypertension in the Elderly program) çalışması, 60 yaş ve üstü izole sistolik hipertansiyonlu (sistolik kan basıncı 160-219, diyastolik kan basıncı <90 mmHg) kadın ve erkeklerde antihipertansif tedavinin önemli değerlendirmiştir. Gerek ölüme sonuçlanan, gerekse ölüme sonuçlanmayan kardiyovasküler olaylarda anlamlı azalma gözlenmiştir. STOP-Hypertension çalışması (The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension), sistolik kan basıncı 180-230 mmHg, diyastolik kan basıncı 90-120 mmHg ya da sistolik kan basıncı \geq 230 mmHg ve diyastolik kan basıncı 105-120 mmHg olan "çok ileri yaşlardakiler" (70-84 yaş) hastalarda plasebo kontrollü olarak aktif antihipertansif tedavinin etkisini değerlendirmiştir.

Sonuçta gerek ölüme sonuçlanan, gerekse ölüme sonuçlanmayan serebrovasküler olaylar %47, bütün "primer son noktalar" (yani ölüme sonuçlanan ve ölüme sonuçlanmayan serebrovasküler olaylar ve miyokard enfarktüsleriyle diğer kardiyovasküler ölümler) %40 ve total mortalite %43 oranında azalmış ve bu azalmaların hepsinin de, istatistiksel olarak büyük ölçüde anlamlı olduğu görülmüştür. Sistolik kan basıncı 160-209 mmHg ve diyastolik kan basıncı <115 mmHg olan, ileri yaşlı (65-74 yaş) erişkinler üzerinde yapılan The Medical Research Council çalışmasında, serebrovasküler olaylara bağlı mortalite ve morbidite %25, kardiyovasküler olayların tümünde %17 azalma saptanmıştır ve bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Tüm bu çalışmaların sonuçlarına göre, izole sistolik ya da kombine (sistolik+diyastolik) hipertansiyonu olan yaşlı hastalarda antihipertansif tedavinin, kardiyovasküler morbidite ve mortalite yüzdelerini azaltarak nisbi yarar sağladığı ve bu faydanın en az, antihipertansif tedavi uygulanan genç ve orta yaşlı hipertansiflerdeki eşdeğer (%20-30 kadar) olduğu açıkça görülmektedir. Ayrıca kardiyovasküler olay insidansı yaşlılarda daha yüksek olduğundan, aynı orandaki nisbi risk azalması bu yaş grubunda, gençlerdekinden çok daha fazla mutlak yarar sağlayacaktır.

Medical Research Council dışındaki diğer bütün çalışmalarda tedavi edilen her 35 ila 90 arasında hastada, her yıl bir kardiyovasküler olay, antihipertansif tedavi sayesinde önlenmiştir. Bu nedenle hastanın ileri yaşta olması, antihipertansif tedaviyi özellikle yararlı bir girişim konumuna getirmektedir. STOP-Hypertension çalışmasına göre yaş için herhangi bir üst sınır olmaksızın "çok ileri yaşlardaki" hastalarda da önemli yararlar elde edilmektedir. Ancak bu çok ileri yaş grubundaki hastalarda ilaç kullanırken, özellikle başka hastalıklar nedeniyle diğer ilaçlar da kullanılmaktaysa dikkatli olmak gerekir.

Ayrıca kan basıncı yükselmelerinin yaşlı hastalarda düşük ilaç dozlarıyla çok zaman kontrol altına alınabildiğini de unutmamak gerekir. Bu önlemleri akılda tutmak koguluyu yaşlı hipertansiflerde de antihipertansif tedavi, genç ve orta yaşlı hipertansiflerdekiyle aynı ilaçler doğrultusunda uygulanabilir.

Tedavinin amacı

Kan basıncıyla kardiyovasküler risk arasındaki bağlantı süreklilik taşıdığından tedavinin amacı, kan basıncının tolere edilebilecek maksimal düzeyde azaltılmasıdır. Epidemiyolojik çalışmalar, gerek sistolik, gerekse diyastolik "normal" kan basıncı sınırları içerisinde, kan basıncı düzeyleri ne kadar düşüğe, hem serebrovasküler hem de koroner olay riskinin o derece az olduğunu göstermiştir. Diyastolik kan basıncının 85 mmHg'ın altına düşürülmesinin, en azından özel bazı hasta gruplarındaki (örneğin iskemik kalp hastalığı olanlardaki) riski, kan basıncının orta derecede azaltılmasına eşlik eden daha fazla artırdığı görüşü henüz kanıtlanmamıştır. Bu konuda halen randomize bir çalışma sürdürülmektedir. Besin verileri elde edilene dek, konjestif kalp yetersizliği veya miyokard enfarktüsü sonrası ACE inhibitörleri veya beta blokerlerle tedavi edilen hastalar üzerindeki çalışmalarda, çok düşük başlangıç kan basıncı düzeyi olanlarda bile kan basıncının düşürülmesinin yarar sağladığını gösterildiği akıldan çıkartılmamalıdır. Ayrıca SHEP çalışmasında, ortalama başlangıç diyastolik basınçları 77 mmHg olan hastalar, bu değerin daha da düşürülmesiyle belirgin yarar sağlamışlardır.

Elimizdeki kanıtlara dayanarak hafif hipertansiyonu

olan genç hastalardaki kan basıncının en az (120/130/80) mmHg'a indirilmesinin arzu edilir olduğu söylenebilir. Hem sistolik, hem diyastolik değerlerin yükseldiği yaşlı hastalarda kan basıncının 140/90 mmHg'nın altına indirilmesi uygundur; izole sistolik hipertansiyonu olanlarda ise tedavinin amacı sistolik kan basıncını, tolere edilebildiği takdirde 140 mmHg'nın altına düşürmek olmalıdır. tedaviyle elde edilen kan basıncı azaltılmasının izlenmesi amacıyla evde veya ambulatuvar olarak ölçülen kan basıncı değerleri kullanıldığı takdirde bu yöntemlerle bulunan ortalama değerlerin, klinikte ölçülenlerden milimetrelerce civa daha düşük olduğu unutulmamalı ve hedeflenen kan basıncı değeri birkaç milimetre civa daha düşük tutularak hastaların gerektiğinden daha az tedavi edilmesi olasılığı ortadan kaldırılmalıdır.

İlaçsız tedavi yöntemleri

Hipertansiyondan ve diğer kardiyovasküler hastalıkların primer korunmasında çeşitli non-farmakolojik girişimler önerilmektedir ve bu konu, WHO/ISH'in son toplantılarından birinde ele alınmıştır.

Bu girişimlerin, hafif hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürdüğü de gösterilmiştir. Yukarıda sözü geçen toplantıda da tartışıldığı gibi, kilo verilmesi, günlük alkol miktarının 20-30 gramı geçmeyecek şekilde azaltılması, sedanter kimselerin düzenli olarak hafif (asla zorlu olmayan) yürüme, jogging, bisiklete binmek veya yüzmek gibi enersizler yapması ve alınan günlük tuz (sodyum klorür) miktarının 5 gramı aşmaması, kan basıncını düşürmede en azından bazı hastalarda yararlıdır. Ancak bu gibi yaşam biçimi değişikliklerinin yaygın olarak güçlükle uygulanabildiği, uzun dönemde bu gibi önerilere uyumun az olduğu ve bu tür ilaçsız tedavi girişimlerinin hipertansiyondaki morbidite ve mortaliteyi azalttığına henüz doğrudan kanıtlanmadığı da unutulmamalıdır.

Her şeye rağmen hafif hipertansiyon tedavisinde ilaç tedavisine karar vermeden önce mutlaka, bu tür yaşam biçimi değişiklikleri ile kan basıncının düşürülmesine çalışmak mantıklı görünmektedir. Bu önlemlerden bir kısmının tam anlamıyla etkili olabilmesi için aylarca süreye gerek olduğunu unutmamak gerekir. Ayrıca ilaç tedavisine karar verildiğinde dahi bu tür ilaçsız girişimlerin belirli bir program dahilinde uygulanması, başlangıç kan basıncı değerleri hafif hipertansiyon sınırlarının üzerinde bulunan ve ilaca gereksinimin giderek azalabileceği hastalarda bile tedavi programının önemli bir bileşendir.

Diğer risk faktörlerinin kontrol altına alınması

a) Sigara

Hafif hipertansiyon tedavisinde üzerindeki tüm geniş kapsamlı çalışmalar, tedavi altındaki sigara içen hipertansif hastalarda gerek serebrovasküler olay, gerekse koroner kalp hastalığı insidansının, aynı şekilde tedavi edilen ancak sigara kullanmayan hastalardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Kan basıncı ölçümünden önce sigara içmemeyi önermek, sigaranın pressör etkisini altında olduğundan daha az gösterebilir. Bu nedenle sigaranın nasıl bırakılacağına ilişkin tekrar vurgulanması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, sigara bırakıldığında görülen kilo artışının önlenmesine özen gösterilmelidir. Gerektiğinde nikotin bağımlılığının farmakolojik tedavisiyle desteklenen yoğun sigarayı bırakma programları, rastgele sigarayı bırakma çabalarından daha etkilidir.

b) Lipidler

Yüksek serum kolesterol düzeyleri ve diyabet de, hipertansiyonlu hastaların uzun dönem prognozunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Bu risk faktörlerini kontrol altına almak için beslenme ile ilgili önerilerde bulunmalı ve gerektiğinde ilaçla tedavi edilmelidir. Diyet önerilerinin yararlı olması için, hastanın dikkatle izlenmesi gerekir. Fiziksel aktivite düzeyinin artması da kardiyovasküler hastalık riskinin azalmasına yardımcı olacaktır, hafif hipertansiyonlu hastalarda önerilmelidir.

c) Doğum kontrol hapları ve hormon replasman tedavisi

Östrojen-progesteron içeren doğum kontrol hapları kan basıncını yükseltebildikleri gibi başka kardiyovasküler riskler de taşıdıklarından, hipertansif kadınlar için diğer doğum kontrol yöntemleri düşünülmelidir.

Menopoz sonrasındaki kadınlarda osteoporozun önlenmesi amacıyla hormon yerine koyma tedavisi giderek daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Östrojen replasmanının tek başına koroner riski azalttığı gösteren bulgular olmasına karşın kombine östrojen/progesteron tedavisiyle ilgili kanıtlar azdır. Bu kombinasyonlar genellikle, uterus kanseri riskini önlemek için önerilmektedir. Hipertansiyonda hormon replasman tedavisi için bir kontrendikasyon yoktur ancak bu tedavi sırasında bazı kadınlarda hipertansif cevabını ortaya çıkıp çıkmayacağı açıklık kazanmadığından, kan basıncı sık sık kontrol edilmelidir.

Yukarıdaki bölümlerde anlatılan ilaçsız girişimlerin, kan basıncını düşürmün ya da düşürmesin kardiyovasküler hastalık riskini azaltacağı ve genel sağlık durumunu olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmalıdır.

Antihipertansif ilaçlar

Antihipertansif tedavi ile ilgili randomize çalışmalar, kan basıncının düşürülmesinin yararlarını ortaya koymuştur. Bu çalışmaların hemen hepsinde diüretikler, merkezi etkili ilaçlar, vazodilatörler ve/veya beta blokerlerin kullanılmasıyla karşın, elde edilen yararın kan basıncının düşürülmesinden çok herhangi bir antihipertansif ilaç sınıfına özgü olduğunu gösteren bir kanıt yoktur. Yaşlılarda antihipertansif tedavi üzerinde yapılan son çalışmaların çoğunda aktif tedavi uygulanan hastaların %60-70 kadan 2 veya daha fazla ilaç kullanmıştır ve bu çalışmalarda da, yararlı etkinin kan basıncının azaltılması yoluyla sağlandığı gösterilmiştir.

Devamlı hafif hipertansiyonu olanlarda ilk basamak ilacı olarak çeşitli ilaç grupları önerilebilir. Bunlar, mortalite-morbidite çalışmalarında kanıtlanan yararlarına göre aşağıdaki gibi sıralanabilir: a) Diüretikler, b) beta blokerler, c) ACE (angiotensin converting enzim) inhibitörleri, kalsiyum antagonistleri, alfa adrenoseptör blokerleri.

Çeşitli ilaç gruplarının her birisi ile hasta gruplarında elde edilen ortalama kan basıncı düşüşü birbirine yakındır ama her bir hastada görülen düşüş arasında büyük farklılıklar vardır. Bir hastada uygun antihipertansif ilaç seçimi, bireyin diğer özellikleri de göz önünde tutularak belirlenir, çünkü hastalar arasında risk profili ve yan etkiler arasında oldukça büyük farklılıklar vardır. Farklı hastalardaki risk profilleri ve görülen yan etkiler arasında büyük farklar bulunabilmektedir.

Her hipertansif hastada, kullanılacak ilk ilacın seçimi, hekim tarafından belirlenmelidir ve teorik veya ekonomik nedenlerle, bugüne dek üzerinde araştırma yapılmış ilaç

gruplarından bir veya ikisiyle sınırlı kalmamalıdır. Ancak hekim ilacın maliyetini de göz önünde tutmak zorundadır.

Ayrıca mortalite, serebrovasküler ve koroner olayların riski konusunda sağlanan faydaları gösteren "sağlam" kanıtların nispeten kısa süreli (sonlanmasına kadar geçen süre, yaklaşık 2,5 yıl kadar) çalışmalarında elde edildiğini aklımızdan çıkarmamamız gerekir. Bu gibi sonuçlar önünde yaşanacak çok daha uzun bir ömür bulunan genç hipertansifleri etkileyebilir. Bu tür genç hastalarda kardiyovasküler lezyonların ilerleme hızının azaltılması, daha büyük önem taşıyabilir.

a) Diüretikler

Diüretikler ilk basamak antihipertansif ilaç olarak yaygın şekilde kullanılmıştır ve diüretiklere dayalı tedavinin özellikle ölümlü sonuçlanan ve ölümlü sonuçlanmayan serebrovasküler olayların ve kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin önlenmesinde etkili oldukları, açıkça gösterilmiştir. Diüretikler, özellikle yüksek dozlarda kullanıldıklarında istenmeyen çeşitli metabolik etkilere (özellikle potasyum kaybına ve glikoz toleransının bozulmasına, ventriküler erken atımlara ve empotansa) neden olabilir. Mümkün olduğu kadar düşük doz kullanılarak bu yan etkiler azaltılabilir. Yaşlılarda antihipertansif tedavi konusunda yapılan son çalışmalar, düşük doz diüretiklerin sadece kan basıncını düşürmede değil kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azaltılmasında da etkili olduğunu göstermiştir. Diüretikler ayrıca, ucuz ilaçlardır. Diğer birçok antihipertansif ilacın etkisini artırması açısından da önem taşımaktadır. Diüretiklerin vücutta potasyum tutucu ilaçlarla veya ACE inhibitörleriyle birlikte kullanılması, potasyum kaybını önleyebilir.

b) Beta blokerler

Beta blokerler hafif hipertansiyonun başlangıç tedavisinde yaygın ve etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Beta blokerlere dayalı antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir. Bir kısmı kardiyoselektif özellik taşıyan, bir kısmı parsiyel agonist aktiviteye sahip olan ve bazıları alfa bloker veya damar genişletici özellikleri olan birçok beta bloker mevcuttur. Beta blokerlerin önceden miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda ölümlü sonuçlanan veya ölümlü sonuçlanmayan koroner olayları önlemelerine rağmen miyokarda enfarktüsünün primer korunmasında diüretiklerden her zaman üstün oldukları gösterilmemiştir.

Beta blokerler efor ağrılı, taşiaritmili veya geçirilmiş miyokard enfarktüsü bulunan hastalarda özellikle yararlıdır. Obstrüktif hava yolları hastalığı, kalp yetersizliği ve periferik damar hastalığı olan kimselerde kullanılması sakıncalıdır. Dislipidemi veya bozuk glikoz toleransı olanlarla atletlerde veya fiziksel bakımdan aktif kimselerde limitasyonları mevcuttur.

c) ACE inhibitörleri

ACE inhibitörleri, kan basıncının düşürülmesinde etkilidir. Genellikle iyi tolere edilirler ve serum lipitleri ve glikoz homeostazı üzerinde olumsuz etkileri bulunmadığı gösterilmiştir. Olası yan etkileri arasında süregelen öksürük ve nadiren anjiödem sayılabilir. Renovasküler hastalığı olanlarda, renal fonksiyonda bozulma kaydedilmiştir.

ACE inhibitörleri çocuk doğurmayı düşünen kadınlarda kullanılmamalıdır ve fetal ve neonatal ölümleri artırabildiklerinden, gebeliğin ikinci yarısında kesinlikle kontrendikedir. ACE inhi-

bitörlerinin bunun dışında ilaç emniyeti profilleri iyidir.

ACE inhibitörlerinin miyokard enfarktüsü sonrası eklezyon fraksiyonu azalmış konjektif kalp yetersizliği olan hastalardaki koroner olaylar da dahil olmak üzere mortalite ve morbiditeyi azalttıkları gösterilmiştir. Bu hastalarda sol ventrikül dilatasyonunun da gerilediği bildirilmiştir. ACE inhibitörlerinin hipertansiyonda kardiyovasküler olayları azaltabildikleri kontrollü klinik çalışmalarda henüz kanıtlanmamıştır.

d) Kalsiyum antagonistleri

Fenitalkilamin, dihidropridin ve benzotiazepin türevleri olmak üzere 3 ana kalsiyum antagonistli sınıfı vardır ve hepsi, kan basıncını düşürmede etkilidir.

Başlangıçta taşikardi, baş ağrısı, yüzde kızarma (özellikle hızlı etkili dihidropridinlerde), ayak bileğinde ödem, (fenitalkilamin türevlerinde kabızlık, kalsiyum antagonistlerinin rahatsız edici yan etkileri arasında sayılabilir. Birkaç latansa dışında istenmeyen metabolik etkileri yoktur ve hipertansiyondaki ilaç emniyeti profilleri, iyi gözükmetedir. Ancak dihidropridinlerin gebeliğin erken dönemindeki emniyeti, kesin olarak belirlenmemiştir. Aterosklerotik arter hastalığı olanlarda, kalsiyum antagonistleri, yeni plak gelişmesini azaltabilir ancak çabuk etkili dihidropridinlerle yapılan çalışmalarda, iskemik kalp hastalığından sekonder korunma konusunda olumlu kanıtlar elde edilememiştir. Öte yandan verapamil ve diltiazem'in miyokard enfarktüsünden sonra, kalp yetmezliği ve sol ventrikül yetmezliği gelişmemiş olması şartıyla morbidite ve mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir. Diğer bütün yeni antihipertansif ilaç sınıfları gibi kalsiyum antagonistlerinin de hipertansiyondaki kardiyovasküler olayları azalttıkları, kontrollü klinik çalışmalarda henüz kanıtlanmamıştır.

e) Alfa blokerler

Alfa blokerler kan basıncını etkili bir şekilde azaltır ve yan etkileri azdır. Ancak özellikle yaşlılarda istenmeyen bir komplikasyon olan postüral hipotansiyonun önlenmesi için dozun, dikkatle titre edilmesi gerekir. Lipid ve glikoz homeostazı üzerindeki olumlu etkileri, alfa blokerlerin avantajı bir yönüdür. Diğer bütün yeni antihipertansif ilaç sınıfları gibi alfa blokerlerin de hipertansiyondaki kardiyovasküler olayları azalttıkları, kontrollü klinik çalışmalarda henüz kanıtlanmamıştır.

f) Diğer ilaç sınıfları

Merkezi etkili ilaçlar da etkili antihipertansiflerdir ve yıllardan beri kullanılmaktadır. Hemen her zaman diüretiklerle birlikte de olsa antihipertansif tedavinin kardiyovasküler olayları azalttığını kanıtlayan birçok kontrollü çalışmada kullanılmışlardır. Bunlardan özellikle *metildopa*, *gebelikte hipertansiyonun tedavisinde önemli değeri kanıtlanmış bir ilaçtır*. Ancak merkezi etkili ilaçların yan etki profilleri yukarıda sözü edilen diğer antihipertansiflerden daha kötüdür. Gelir düzeyi düşük toplumlarda ucuz olmalarından dolayı reserpin gibi merkezi etkili ilaçlar kullanılacaksa önceki yıllarda önerilenden çok daha düşük dozlarda verilmeleri gerekir.

Nidralazin ve minoksidil gibi doğrudan etkili vazodilatörler de kan basıncını düşürmede etkilidir ancak taşikardi, baş ağrısı, sodyum ve su tutulması gibi yan etkileri nedeniyle monoterapide kullanılmaları zordur.

g) İlaç kombinasyonları

Bir hastada yukarıda sözü edilen 5 major antihipertan-

şif ilaç sınıfından herhangi birine ait bir ilaçla monoterapi kan basıncını düşürmede etkisiz kalırsa, bu ilacın başka bir sınıftan bir ilaçla değiştirilmesi yerinde olur. Eğer tek bir ilaç kısmen etkili olursa, dozunun artırılması yerine, düşük dozda ikinci bir ilaç daha kullanılması tercih edilebilir. Etkili kombinasyonlar, farklı sınıflardan ilaçlara yer verir ve böyle bir uygulama farklı primer etkilerin birbirine eklenmesini ve kan basıncındaki azalmayı sınırlayacak homeostatik kompensasyonların minime indirilmesini sağlar. Kombinasyon tedavisi ayrıca, ilaçların düşük dozda kullanılması nedeniyle yan etkilerin azaltılmasına da olanak sağlar. Aşağıdaki ilaçların birlikte kullanılmasıyla aditif etki sağlandığı gösterilmiştir.

1- Diüretikle birlikte beta bloker veya ACE inhibitörü ya da alfa bloker

2- Beta blokerle birlikte alfa bloker veya dihidropiridin türevi bir kalsiyum antagonisti

3- ACE inhibitörüyle birlikte kalsiyum antagonisti.

Hipertansif tedavinin tüm hastalarda amaca tam olarak ulaşabilmesini sağlamak, yani kan basıncında tolere edilebilecek maksimal azalmayı elde etmek için, sıklıkla, ikili bazen de üçlü ilaç kombinasyonlarına gerek duyulabilmektedir.

Kullanılacak etkili ilaçlar ve dozları belirlendikten sonra bunları aynı tablette veya kapsülde bir araya getiren preparatlardan yararlanılması kullanım kolaylığı, maliyetin düşürülmesi ve hastaların tedavi programına gereken şekilde uyması açısından daha uygun olabilir.

Hastaların izlenmesi

Tedavinin stabilizasyon dönemi sırasında hastaların, kan basıncı yeterli ölçüde kontrol altına alınana dek düzenli aralıklarla görülmeli. Bu izleme sırasında doktorun başlıca görevi, hedeflenen sistolik ve diyastolik basınçlara ulaşıldığından ve diğer risk faktörlerinin kontrol altına alındığından emin olmaktır. Kan basıncının yavaş yavaş ve dikkatle azaltılması, yan etki ve komplikasyonları minime indirir ve uyuncu yükseltilir. Bazen bir hastaya 'ansiyonun yüksek olduğunun' söylenmesi, anksiyete veya kişilik değişikliklerine neden olabilir. Bu yüzden hastada ortaya çıkacak kuşkuların giderilmesi, prognozun kötü olmadığına, normal ve aktif bir yaşam sürdürülmesinin mümkün olduğuna inandırılması ve yeni bir semptomla karşılaşıldığında bunun açıklanması, özellikle önem taşımaktadır. Hastadan kan basıncını kendisinin ölçmesini istemek, onun tedavi programına gereken şekilde uymasını sağlamakta yardımcı olabilir. Kan basıncının stabilizasyonundan sonra ise hastanın her 3-6 ayda bir kontrole çağırılması, yeterli olabilir.

Her vizitte kan basıncı ölçülmeli ve yan etkiler izlenmeli, hastanın yaşam kalitesi dikkatle değerlendirilmelidir. Mümkün olduğunda hastanın ailesiyle de ilişki kurulmasında yarar vardır. Kontroller arasında ilaçsız tedavi önlemleri ve bu arada özellikle sigaranın bırakılması, serum kolesterolünün ve vücut ağırlığının kontrol altında tutulması, fazla alkol alınmaması ve fiziksel egzersiz yapılması üzerinde önemle durulmalı; ilaç tedavisine gerek duyup duymadığı yeniden değerlendirilmeli veya uygulanmakta olan tedavi yeniden düzenlenmelidir. Tedaviye dirençli hastalarda daha ileri düzeyde etiyolojiye yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Kullanılan ilaç göre gerekli laboratuvar araştırmaları, düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Antihipertansif tedavi bir kural olarak, hastanın yaşamı sona erene dek kullanılır. Nitekim hipertansiyon tanısı konanlarda (yukarıdaki kriterlere bknz) tedavinin kesilmesi genellikle er veya geç kan basıncının tedavi öncesindeki değerlere dönmesine neden olur. Ne olursa olsun kan basıncı uzun bir süre kontrol

altında tutulduktan sonra, özellikle ilaçsız tedavi önlemlerine keskince uyan hatalarda ilaç dozunun veya sayısının azaltılması denenebilir. Ancak böyle bir uygulamada kan basıncının devamlı olarak ve dikkatle izlenmesi gerekir.

Hipertansif bir hasta tipik olarak onlarca yıl boyunca tedavi edildiğinden, bu derece uzun bir zaman dilimi içerisinde mevcut ilaçlarda önemli değişiklikler yapılabilir ya da yeni pratik yaklaşımlar ortaya çıkabilir. Hastanın tedavisinde farmakolojik ilerlemelere paralel olarak ve atılganlıkların, reklamların veya ekonomik faktörlerin etkisiyle birçok değişiklikler yapılabilir. Her hastada yıllardır kullanılan ilaçlar dikkatle belgelenmeli ve bunların etkinliği, kilinlik tolerabilitesi ve biyokimyasal etkileri dikkatle gözden geçirilmelidir. Tedavi edilen hipertansiflere ait anamnezlerin istendiğinde kolayca sağlanabilmesi, doktorların ve sağlık servislerinin sorumluluğu altındadır.

(Maliyet/fayda) hesabı

Hipertansiyon tedavisinde maliyet/fayda hesabı çeşitli hasta alt-gruplarındaki kardiyovasküler riskin derecesine göre önemli ölçüde değişkenlik gösterir. Tedavinin yararlarının çok daha kısa süre içerisinde şekillendiği yaşlı hipertansiflerde ve önceden kardiyovasküler hastalığı bulunanlarda bu sonuçlar, tedavinin yararlarının uzunca bir süre sonra görüleceği ve bu süre boyunca toplam maliyetin artış göstereceği genç hastalardakinden çok daha olumludur. Öte yandan serebrovasküler olay riskinin antihipertansif tedaviyle %40 azaldığı yüksek risk grubundaki hastalarda antihipertansif tedavinin maliyeti, büyük ölçüde düşmektedir.

İnsipeten pahalı teşhis yöntemlerinin ve ilaçların maliyeti, yüksek risk gruplarında dikkate alınmasa da, doktor, beraberinde başka bir risk faktörü olmaksızın yalnızca hafif hipertansiyonu olan hastalardaki teşhis ve tedavi maliyetini düşürmek zorundadır. Hipertansiyondan primer korunma ve yaşam biçiminin bütün popülasyon düzeyinde değiştirilmesine dayanan stratejiler hafif hipertansiyona eşlik eden morbidite ve mortalitenin azaltılmasında belki de en ucuz uygulamadır. Bu yaklaşımların primer korunma konusunda ne derece etkili olduğu daha ayrıntılı olarak incelenmelidir.

İleri araştırmalar

Açıklığa, çözüme kavuşturulması gereken daha birçok konu vardır ve bunların bazılarını, yapılmakta olan büyük çalışmalarda ele alınmış durumdadır. Bunlardan HOT çalışmasında hedeflenen kan basıncı düzeyleri ve 'J eğrisi' incelenmektedir. Yeni antihipertansif ilaç sınıflarının morbidite ve mortaliteyi düşürdüğüleri açıkça kanıtlanmalıdır. Bu konu STOP II ve Syst Eur çalışmalarında ele alınmış durumdadır. Orta yaşlı hastalarda yeni antihipertansiflerin yararlarının diüretiklerle ve beta blokerlerle karşılaştırılacağı büyük bir çalışmaya da gerek duyulabilir.

Kısa dönemde kardiyovasküler olay insidansı düşük olan genç ve orta yaş hafif hipertansiflerde organ hasarının (sol ventrikül hipertrofi, karotis duvar media-intima kalınlığı ve plakları, proteinüri ve mikrobülminüri gibi) ilerlemesini/gerilemesini izleyen çalışmalar çeşitli antihipertansiflerin karşılaştırılması etkinliği konusunda bilgi verebilir. Özellikle sol ventrikül hipertrofi olmak üzere organ hasarının gerileme döndürülmesinin kardiyovasküler risk azaltmasına eşlik edip etmediği de, cevap bekleyen önemli sorulardan biridir. Antihipertansif ve antitrombotik tedavilerin birlikte uygulanmasının hipertansiyonlulardaki kardiyovasküler olayları daha fazla azaltıp azaltmayacağı (bu

kon HÖT çalışmasında ele alınmış durumdadır) ve antihipertansif ilaçların lipid düzeyini düşüren ilaçlarla birlikte kullanılmasının aterosklerozun ilerlemesini yavaşlatmakta yardımcı olup olmayacağı da araştırılmalıdır. Kan basıncı 140/90 mmHg'nin altında olan, ancak riski önemli ölçüde artıran diğer faktörlerin (diyabet, geçirilmiş geçici iskemik atak, nefropati vs) bulunduğu hastalarda kan basıncının düşürülmesinin sağlayabileceği yararlar da incelenmelidir. Her hasta için en uygun antihipertansifin seçilmesinde kullanılan yöntemler daha da geliştirilmeli ve çeşitli antihipertansif tedavi yöntemlerinin farklı ülkelerdeki ve popülasyonlardaki etkinliği üzerinde yapılacak araştırmalar teşvik edilmelidir.

Evde, işyerinde veya ambulatuvar olarak yapılan kan basıncı değerlerinin prognostik değeri ile ilgili fazla veriye gerek vardır. "Beyaz önlük hipertansiyonu"nun derecesinin ve prognoz bakımından taşıdığı önemin daha iy ortaya konulması gerekmektedir.

Genetik araştırmalardaki ilerlemeler, hangi hipertansiflerin kardiyovasküler hastalık ve olay gelişmesi bakımından özellikle risk altında olduğunun açıklık kazanmasına ve koruyucu tedaviye en çok gereksinim duyan kişilerin ortaya konulmasına yardım edebilir.

Son olarak da tedavide başarılı olabilmek için en önemli etken, ilacın önerilen dozda ve zamanında alınmasıdır. Bazı hastalar, tansiyonlarının yükseldiğini sandıkları anda ya da yaptırılan ölçüm sırasında yüksek bulunduğu zaman ilaç almaktadır.

Hipertansiyon hastası, sadece kendini kötü hissettiğinde ya da tansiyonu yüksek bulunduğu anda ilaç almasının ileride zararlı olacağını bilmelidir. Kendini sağlıklı hisseden hiçbir yakınması olmayan bir hastanın hergün ilaç alması, doğal olarak bir bıkınlığa yol açabilir. Ancak hastanın ilacını düzenli kullanmasının, onu daha kötü sonuçlardan koruyacağına inandırılması gerekir.

Çoğunlukla kolay tedavi edilebilen, tedavi edilmediğinde ise önemli rahatsızlıklara, hatta ölümcül sonuçlara yol açan yüksek tansiyon ve damar sertliğinin tedavisi ve önlenmesi, siz eczacıların da katkısıyla gerçekleştirilecektir.

Hipertansiyonlu ve Ateroskleroza olan hastalarımıza diyet konusunda da uyanlarda bulunabilirsiniz.

DIYET

KAHVALTI

Süt (kaymaksız), ihlamur veya çay
Peynir (az tuzlu veya tuzsuz beyaz peynir), 1 dilim 50 gr.
Reçel veya marmelat (az miktarda).
Ekmek (kızarmış 1-2 dilim).

ÖĞLE YEMEĞİ

Çorbalar: Yağsız veya az yağlı (yağsız et suyu konabilir)
Eller: Izgara, haşlama, sebze ile pişmiş (yağsız dana, koyun, tavuk, balık)
Sebzeler: Haşlanmış veya pek az yağ ile pişmiş sebzeler.
Salatalar: Domates, yeşil salata, marul, havuç, turp, tern (az miktarda zeytinyağı ve limon ile)
Yoğurt: Yağsız 1-2 çorba kaşığı
Tatlılar: Hafif kompostolar, peşe
Meyve: Normal bir porsiyon

AKŞAM YEMEĞİ

Öğle yemeğinin aynı.

DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1- Fazla yağlı, yumurtalı yiyecekler, börekler, hamur tatlıları, pastalar, çikolata, yumurta sarısı, yağda kızarmış yemekler, karaciğer, böbrek, beyin, iskembe, yağlı kuru yemikler yasaktır.

2- Yemeklerde mısırozü, ayçiçeği, pamuk yağı az miktarda kullanılacaktır. Yemekler az tuzlu olacaktır.

3- Sigara yasaktır. Alkollü içkiler arada sırada az miktarda alınabilir. Hafif çay, limonata, meyve suları, maden suları alınabilir.

4- Bütün sebzeler serbesttir. Yalnız çok yağlı ve yağda kızartılmış olmamalıdır.

5- Mideyi fazla doldurmamalıdır. (Bilhassa akşam yemeklerinde)

6- İdeal kiloyu muhafaza etmelidir. Erkeklerde boyun son iki rakamı ile kilo aynı olmalı, kadınlarda 4-5 kilo daha aşağı olmalıdır. Yukarıdaki rejim şişman hastaların zayıflamasını da sağlar. Zayıf hastalar daha fazla zayıflamamak için yemeğin cinsini değil miktarını arttırabilirler.

YENİLMEMESİ GEREKENLER

(Toplam lipid ve kolesterol için)

1- Yumurta sarısı (bilyazı yenebilir)

2- Günde 250 gr süt veya yoğurttan fazlası.

3- Sakatat (karaciğer, beyin, böbrek, dil, dalak, iskembe, yürekve benzerleri).

4- Yağlı gıdalar (kaymak, krema, çikolata, pasta, kek, soslar ve kuruyemişler).

5- Yağlı etler.

6- Hayvani ve katı yağlar (tereyağı, margarin, kuyruk yağı ve benzeri yağlar).

7- Yağda kızartmalar (her türlü et, sebze veya hamur işleri).

Yemekler: AYÇİÇEĞİ, MISIRÖZÜ veya SOYA YAĞI İLE PIŞİRİLECEKTİR.

İLAÇLARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ ÇALIŞMALARINDA ECZANE ECZACILARININ ROLÜ

Prof. Dr. Sam SALEK*

Simultane Çeviri
Prof. Dr. Rümeyza DEMIRDAMAR

Bugün size anlatacağım, meslek açısından size yeni bir şeyler, yeni bir görüş açısı verecek. Bunun da uzun vadede sizin ve mesleğinizin yaşam kalitesini yükselteceğine inanıyorum.

Kişi eğer, kendi yaşam kalitesine önem vermiyorsa, bir başkasının yaşam kalitesini düşünüyorum dediği zaman, onun bu sözüne inanmamak ve güvenmemek gerekir. Önce kendi yaşam kalitesini yükseltmeye çalışan insanlardır ki, kendilerinin rahatını sağladıktan sonra aynı şekilde başkalarının rahatını, yaşamlarının kalitesini de düşünebilirler.

Farmasötik bakımın amacı, özellikle de bakımın yapıldığı yer, mekan düşünülecek olursa ki, bu mekan hastane değil, daha çok toplumun kendisidir. **Hastanın yaşam kalitesini yükseltecek ilaç tedavisini hastaya sağlayabilmektir.** Bu tanım, farmasötik bakımın tanımıdır.

Yaşam kalitesi ise farmasötik bakımın temelidir.

Yaşam kalitesiyle ilgili önce tanımını yapıp daha sonra neden yaşam kalitesi, yaşam kalitesini nasıl ölçeriz, yaşam kalitesinin temeli nedir; onları anlattıktan sonra yaşam kalitesini ölçmenin yöntemlerini, metotlarını anlatacağım.

Yaşam kalitesine ilişkin ilk fikirler 1960'larda oluşmaya başladı, tabii bu 1960'larda oluşmaya başlayan sağlık açısından yaşam kalitesi değildi; genel anlamda, insanlar için yaşam kalitesi, yaşamın sadece belirli standartlara uyması değil; ama, yaşamın kaliteli olması fikri 1960'lı yılların başında gelişti.



Sosyal bilimlerin sosyal açıdan geçirdikleri yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri, örneğin Ankara'da yaşayan insanlarla Londra'da yaşayan insanların yaşam kalitesindeki farklılıkları ölçmek amacıyla geliştirdikleri yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri, sağlık bilimiyle uğraşan insanları da, acaba, kullanılan sağlıkla ilgili yöntemler insanların yaşam kalitesini nasıl etkiliyor diye düşünmeye ve buna yönelik yöntemler geliştirmeye itti.

Bu, hem sosyal yaşamda, hem de sağlık çalışanlarının, sağlıkla ilgilenenlerin yaşam kalitesiyle ilgili yöntemler düşünmeye başlaması ve çalışmaya başlamasıyla Dünya Sağlık Örgütü de yaptığı sağlık tanımını, sağlıklı olma tanımını değiştirdi. Bu Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıdır ki, bizim çalışmalarımızda mihenk taşı olmuştur ya da dünyanın sağlığa bakış açısındaki değişimin başlangıcı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bu tanımda, eskiden kişinin tam fiziksel iyi olma du-

rumu iken, yapılan yeni tanımla, kişinin fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik durumudur sağlıklı olmak. Sadece hastalığın ya da sakatlığın bulunmama durumu değildir diye tanımlamıştır ki, bu da sağlıklı olmanın hem fiziksel açısını hem de sosyal açısını içeren bir tanımdır.

"Bir kişinin günlük yaşamında neler hissettiği ve nasıl fonksiyon yaptığı, neler yaptığı, o kişinin yaşam kalitesidir" diyebiliriz.

Az önce verdiğim genel yaşam kalitesi tanımını, sağlığa ilişkin yaşam kalitesine tercüme edecek olursak, o zaman da tanımımız **"Kişinin toplum iyi hali durumu ve tatmin olması."** Bu genel iyi olma hali ve tatmin neye bağlı; kişinin yaşamı ve bu yaşamın hastalık ve tedavilerle nasıl etkilenmesine bağlı.

Aslında, tedavinin temeli, tedavinin amacı, tedavi olmanın nedeni, kişinin yaşam kalitesini yükseltmektir. Çünkü, tanımda ne diyoruz; hastalık durumunda ya da herhangi bir tedavide kişinin yaşamının nasıl etkilediğini incelemektir yaşam kalitesi... Öyleyse, zaten tedavinin kendi temeli de yaşam kalitesine yönelik. Zaten, baştan verdiğim farmasötik bakım tanımını da hatırlayacak olursak, orada tanımlanan farmasötik bakımın amacı, kişinin yaşam kalitesini temelinde yükseltmeye yöneliktir.

Hekimler, uyguladıkları tedaviyle hastanın yaşam kalitesini etkilemişler; ancak, bu yaşam kalitesine etkileri, hekimin tamamen kendi algıladığı biçimde olmuş; hiçbir zaman hasta açısını ya da hastanın, yaşam kalitesini nasıl algıladığını hekim düşünmemiş ve hastanın

* University of Wales School of Pharmacy Medicines Research Unit-İNGİLTERE

yaşam kalitesine etkilerini ölçmeye çalışmamızdır. Hastanın kendisi dışında yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinin hepsi geçersizdir. Yaşam kalitesi çalışmasının ya da değerlendirmesinin sadece hasta tarafından yapılması lazım. Ancak, hastanın yaptığı yaşam kalitesi değerlendirmesi geçerlidir.

Bir tedaviden beklenen sonuçlar, çıktılar düşünülürken zaman, eskiden olduğu gibi, sadece klinik çıktılar ya da klinik sonuçlar algılanmamalı. Tedaviden beklenen sonuç, klinik, humanistik yönü ve ekonomik yönünü de insan göz önüne almalı; yani bir tedavinin klinik, humanistik ve ekonomik yönleri tamamen tartışılmıyorsa, bu üç yönü birden değerlendirmiyorsa, o zaman, tedaviden bahsetmek eksik olur, yanlış olur.

Bu çıktıların sadece iki boyutunu ele almak, tedaviyi yapmak demek değildir. Tedavi düşünülürken zaman sadece klinik ya da sadece ekonomik yönünü düşünmek yeterli değildir; hem klinik, hem humanistik, hem ekonomik yönünü düşünerek herhangi bir tedaviye karar vermek önemlidir.

Onun için, bu kadar gelişmiş teknolojiye hastaya sağlanan tedavi yöntemlerinin yetersiz kalmasının nedeni, işte az önce söylediğim bu zamanın humanistik yönünün göz önüne alınmamasından ya da göz önüne alınmasından kaynaklanmaktadır. Bu, bir bulmacanın bütün parçalarının yerine gelmemesi ya da bir parçasının eksik olduğu için tamamının yapılamaması gibi bir durumdur.

Yaşam kalitesinin ne olduğunu zaman başta tanımını yaparak konuştuk. Hasta tercihinin gelince, hastanın tedavi rejimindeki tercihleri önemli. Örneğin, eğer, hasta, kanser ise ve kanser tedavisinin dört ayı çekli var ise, hastanın, bu dört ayı tedaviden hangisini tercih ettiği, kendisine hangisini daha uygun bulduğu çok önemlidir. Çünkü, sonuçta bu tedaviden memnun kalamayan hastanın kendisidir.

Hastanın tatmin olması ise hastanın, sizin verdiğiniz tedavi sonucundan hasta tatmin olmuş mu;

Kişilerin kendi yaşamlarının kalitesinin yetersiz olduğunu düşündüğü yerde ya da anda, bu konuda seçimlerinin olmasına inanıyorum. Yaşam kalitemiz ölmekten daha kötü olduğu için ve o yaşamdan zevk almadığımız için, keyif almadığımız için artık yaşamımızı devam ettirmeyi düşünmüyorsak, bunun seçimi kişide olmalıdır diye düşünüyorum

ulaştığı sonuçtan tatmin olmuş mu; sizin verdiğiniz eczacılık hizmetlerinden, danışmanlık hizmetlerinden memnun olmuş mu? Total olarak kendisine verilen sağlık hizmetlerinden memnun olmuş mu, tatmin olmuş mu? Bütün bunlar da hastanın genel durumunu yansıttacaktır.

Eski anlayışla, hasta için en iyiliği hekim bilir, eczacı ya da diğer sağlık uzmanları, sağlığı tedaviyi iyi bilirler. Dolayısıyla, hastaya verilecek tedavi hekim tarafından kararlaştırılır. Artık, modern geçmiş bir kavram. Tamam, olan tedavi rejimlerine, sistemlerine hekim karar verir; ancak, kendisine uygulanacak tedavinin hangisinin en iyisi olduğunu eğitilmiş personel tarafından kendisine anlatıldıktan sonra buna karar vermek hastanın hakkıdır. Çünkü, o tedaviyi alacak olan kişi hastadır, hekim ya da diğer sağlık personeli değil.

Ecz. Müberra Açıkgözü Biraz önceki sorudan hemen aklıma, dünyada da zaman zaman tartışılan ötenazi diye bir şey vardı, sanki buraya bir açık kapı bırakılmış gibi geldi. Ötenaziye de, bu yaşam kalitesi konusunda bir açık kapı bakılmıyormuş gibi geldi.

Hastanın kendi yaşamıyla ilgili yaşam kalitesi dediğimiz zaman ya da tedavi sistemi içinde yaşam kalitesi dediğimiz zaman, her şeyden önce hastanın, yaşamayı seçmiş olduğunu var sayarak yaşam kalitesi diyoruz.

Ötenaziye inanıyorum; yani, kişilerin kendi yaşamlarının kalitesinin yetersiz olduğunu düşündüğü yerde ya da anda, bu konuda seçimlerinin olmasına inanıyorum. Yaşam kalitemiz ölmekten daha kötü olduğu için ve o yaşamdan zevk almadığımız için, keyif almadığımız

için artık yaşamımızı devam ettirmeyi düşünmüyorsak, bunun seçimi kişide olmalıdır diye düşünüyorum. Tabii, ben de size katılıyorum; ama, bu sadece kendi fikrim.

Hepimiz burada eczacıyız ve eczanenize gelen bir reçeteyi algılayış biçimimiz, reçetede yazan ilaçlara bakıp, o ilaçları hastaya kısacık tarif edip sonra paketine koyup hastayı evine göndermekten öteye gitmiyor. Bu, sadece sizin için böyle değil, dünyanın pek çok yerinde de topluma hizmet veren eczane eczacılarının davranış kalıbı içinde. Ancak, aramızdan bazıları eğer o sorumluluğu hessediyorsa, o zaman, bu verdiğimiz ilacın ya da ilaç da tedavi sisteminin bir parçası, tedavi edici ilacın, o hastanın bir hafta sonraki yaşamını nasıl etkileyeceğini düşünürüz ya da sorumlu olan eczacılar bunu düşünürler. Diğer bir deyişle, bir ev kadını ise eğer bu ilaç verilen kişi, bir hafta sonra, bu kişi sabah kalkacak, çocuklarını okula hazırlayacak, günlük işlerini yapacak, alışverişini eskisi gibi normal yaptığı gibi, hastalanmadan önce her gün yaptığı gibi yapıp devam ettirebilecek mi?

Şimdi ben size soruyorum: Bütün bu saydıklarımın, yani ev kadınının, eğer evde çocuğa bakıyorsa, evin işlerini görüyorsa, sabah kalkıp çocuklarını okula hazırlaması, günlük işlerini yapması, evinin işlerini yapması, alışveriş yapması ya da evin erkeğiyle, evin sorumlu kişisiyle çıkıp işyerine gidip, sağlıklı çalışması ve tekrar eve gelmesi bir lüks müdür? Şimdi ben size bunu soruyorum. Bunu bir lüks olarak kabul edebilir miyiz bu günlük işleri ya da bunları düzenli yapmaya başlamasını?

Bir tedavi rejiminin hastaya sağlanması gereken temel ilkelerdir zaten. Diğer bir deyişle bu görüşle ya da bu anlayışla, tedaviyle ilgili bu anlayışla tedavi sisteminin değişimini öneriyoruz, bir yerde kafaların değişimini öneriyoruz ve hiçbir toplum için, hiçbir toplum insanı için de daha iyi yaşamak ya da aldığı hizmetten daha fazla yararlanmak ve hayatını daha iyi sürdürebilmek lüks olarak algılanmamalıdır.

İLAÇLARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ ÇALIŞMALARINDA ECZANE ECZACILARININ ROLÜ

Prof. Dr. Sam SALEK*

Simultane Çeviri
Prof. Dr. Rümeyza DEMİRDAMAR

Bugün size anlatacağım, mestek açısından size yeni bir şeyler, yeni bir görüş açısı verecek. Bunun da uzun vadede sizin ve mesleğinizin yaşam kalitesini yükselteceğine inanıyorum.

Kişi eğer, kendi yaşam kalitesine önem vermiyorsa, bir başkasının yaşam kalitesini düşünüyorum dediği zaman, onun bu sözüne inanmamak ve güvenmemek gerekir. Önce kendi yaşam kalitesini yükseltmeye çalışan insanlardır ki, kendilerinin rahatını sağladıktan sonra aynı şekilde başkalarının rahatını, yaşamlarının kalitesini de düşünebilirler.

Farmasötik bakımın amacı, özellikle de bakımın yapıldığı yer, mekan düşünülecek olursa ki, bu mekan hastane değil, daha çok toplumun kendisidir. **Hastanın yaşam kalitesini yükseltecek ilaç tedavisini hastaya sağlayabilmektir.** Bu tanım, farmasötik bakımın tanımıdır.

Yaşam kalitesi ise farmasötik bakımın temelidir.

Yaşam kalitesiyle ilgili önce tanımını yapıp daha sonra neden yaşam kalitesi, yaşam kalitesini nasıl ölçeriz, yaşam kalitesinin temeli nedir; onları anlattıktan sonra yaşam kalitesini ölçmenin yöntemlerini, metotlarını anlatacağım.

Yaşam kalitesine ilişkin ilk fikirler 1960'larda oluşmaya başladı, tabii bu 1960'larda oluşmaya başlayan sağlık açısından yaşam kalitesi değildi; genel anlamda, insanlar için yaşam kalitesi, yaşamın sadece belirli standartlara uyması değil; ama, yaşamın kaliteli olması fikri 1960'lı yılların başında gelişti.



Sosyal bilimlerin sosyal açıdan geçirdikleri yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri, örneğin Ankara'da yaşayan insanlarla Londra'da yaşayan insanların yaşam kalitesindeki farklılıkları ölçmek amacıyla geliştirdikleri yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri, sağlık bilimiyle uğraşan insanları da, acaba, kullanılan sağlıkla ilgili yöntemler insanların yaşam kalitesini nasıl etkiliyor diye düşünmeye ve buna yönelik yöntemler geliştirmeye itti.

Bu, hem sosyal yaşamda, hem de sağlık çalışanlarının, sağlıkla ilgilenenlerin yaşam kalitesiyle ilgili yöntemler düşünmeye başlaması ve çalışmaya başlamasıyla Dünya Sağlık Örgütü de yaptığı sağlık tanımını, sağlıklı olma tanımını değiştirdi. Bu Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıdır ki, bizim çalışmalarımızda mihenk taşı olmuştur ya da dünyanın sağlığa bakış açısındaki değişimin başlangıcı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bu tanımda, eskiden kişinin tam fiziksel iyi olma du-

rumu iken, yapılan yeni tanımla, kişinin fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik durumudur sağlıklı olmak. Sadece hastalığın ya da sakatlığın bulunmama durumu değildir diye tanımlamıştır ki, bu da sağlıklı olmanın hem fiziksel açısını hem de sosyal açısını içeren bir tanımdır.

"Bir kişinin günlük yaşamında neler hissettiği ve nasıl forklasyon yaptığı, neler yaptığı, o kişinin yaşam kalitesidir" diyebiliriz.

Az önce verdiğim genel yaşam kalitesi tanımını, sağlığa ilişkin yaşam kalitesine tercüme edecek olursak, o zaman da tanımımız **"Kişinin toplam iyi hal durumu ve tatmin olması."** Bu genel iyi olma hali ve tatmin neye bağlı; kişinin yaşamı ve bu yaşamın hastalık ve tedavilerle nasıl etkilendiğine bağlı.

Aslında, tedavinin temeli, tedavinin amacı, tedavi olmanın nedeni, kişinin yaşam kalitesini yükseltmektir. Çünkü, tanımda ne diyoruz; hastalık durumunda ya da herhangi bir tedavide kişinin yaşamının nasıl etkilendiğini incelemektir yaşam kalitesi... Öyleyse, zaten tedavinin kendi temeli de yaşam kalitesine yönelik. Zaten, baştan verdiğim farmasötik bakım tanımını da hatırlayacak olursak, orada tanımlanan farmasötik bakımın amacı, kişinin yaşam kalitesini temelinde yükseltmeye yöneliktir.

Hekimler, uyguladıkları tedaviyle hastanın yaşam kalitesini etkilemişler; ancak, bu yaşam kalitesine etkileri, hekimin tamamen kendi algıladığı biçimde olmuş; hiçbir zaman hasta açısını ya da hastanın, yaşam kalitesini nasıl algıladığını hekim düşünmemiş ve hastanın

* University of Wales School of Pharmacy Medicines Research Unit-İNGİLTERE

yaşam kalitesine etkilerini ölçmeye çalışmamışlardır. Hastanın kendisi dışında yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinin hepsi geçersizdir. Yaşam kalitesi çalışmasının ya da değerlendirmesinin sadece hasta tarafından yapılması lazım. Ancak, hastanın yaptığı yaşam kalitesi değerlendirmesi geçerlidir.

Bir tedaviden beklenen sonuçlar, çıktılar düşünüldüğü zaman, eskiden olduğu gibi, sadece klinik çıktılar ya da klinik sonuçlar algılanmamalı. Tedaviden beklenen sonuç, klinik, hürmanistik yönü ve ekonomik yönünü de insan göz önüne almalı; yani bir tedavinin klinik, hürmanistik ve ekonomik yönleri tamamen tartışılmıyorsa, bu üç yönü birden eğer iyileştirmiyorsa, o zaman, tedaviden bahsetmek eksik olur, yanlış olur.

Bu çıktıların sadece iki boyutunu ele almak, tedaviyi yapmak demek değildir. Tedavi düşünüldüğü zaman sadece klinik ya da sadece ekonomik yönünü düşünmek yeterli değildir; hem klinik, hem hürmanistik, hem ekonomik yönünü düşünerek herhangi bir tedaviye karar vermek lazımdır.

Onun için, bu kadar gelişmiş teknolojide hastaya sağlanan tedavi imkânlarının yetersiz kalmasının nedeni, işte az önce söylediğim bu olayın hürmanistik yönünün göz önüne alınmamasından ya da göz ardı edilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu, bir bulmacanın bütün parçalarının yerine gelmemesi ya da bir parçasının eksik olduğu için tamamının yapılamaması gibi bir olaydır.

Yaşam kalitesinin ne olduğunu zaten başta tanımını yaparak koymuştuk. Hasta tercihine gelince, hastanın tedavi rejimindeki tercihleri önemli. Örneğin, eğer, hasta, kanserli ise ve kanser terapisinin dört ayrı şekli var ise, hastanın, bu dört ayrı tedaviden hangisini tercih ettiği, kendisine hangisini daha uygun bulduğu çok önemlidir. Çünkü, sonunda bu tedaviden memnun kalacak olan hastanın kendisidir.

Hastanın tatmin olması ise hastanın, sizin verdiğiniz tedavi şekillerinden hasta tatmin olmuş mu;

Kişilerin kendi yaşamlarının kalitesinin yetersiz olduğunu düşündüğü yerde ya da anda, bu konuda seçimlerinin olmasına inanıyorum. Yaşam kalitemiz ölmekten daha kötü olduğu için ve o yaşamdan zevk almadığımız için, keyif almadığımız için artık yaşamımızı devam ettirmeyi düşünmüyorsak, bunun seçimi kişide olmalıdır diye düşünüyorum

ulaştığı sonuçtan tatmin olmuş mu; sizin verdiğiniz eczacılık hizmetlerinden, danışmanlık hizmetlerinden memnun olmuş mu? Total olarak kendisine verilen sağlık hizmetlerinden memnun olmuş mu, tatmin olmuş mu? Bütün bunlar da hastanın genel durumunu yansıttacaktır.

Eski anlayışla, hasta için en iyili hokim bilir, eczacı ya da diğer sağlık uzmanları, sağlığı tedaviyi iyi bilirler. Dolayısıyla, hastaya verilecek tedavi hokim tarafından kararlaştırılır. Artık, moda geçmiş bir kavram. Tamam, o eski tedavi rejimlerine, sistemlerine hokim karar verir; ancak, kendisine uygulanacak tedavinin hangisinin en iyisi olduğunu eğitilmiş personel tarafından kendisine anlatıldıktan sonra buna karar vermek hastanın hakkıdır. Çünkü, o tedaviyi alacak olan kişi hastadır, hokim ya da diğer sağlık personeli değil.

Ecz. Müberra Açıkgoz: Biraz önceki sorudan hemen aklıma, dünyada da zaman zaman tartışılan ötenazi diye bir şey vardı, sanki buraya bir açık kapı bırakılmış gibi geldi. Ötenaziye de, bu yaşam kalitesi konusunda bir açık kapı bırakılmıyormuş gibi geldi.

Hastanın kendi yaşamıyla ilgili yaşam kalitesi dediğimiz zaman ya da tedavi sistemi içinde yaşam kalitesi dediğimiz zaman, her şeyden önce hastanın, yaşamayı seçmiş olduğunu var sayarak yaşam kalitesi diyoruz.

Ötenaziye inanıyorum; yani, kişilerin kendi yaşamlarının kalitesinin yetersiz olduğunu düşündüğü yerde ya da anda, bu konuda seçimlerinin olmasına inanıyorum. Yaşam kalitemiz ölmekten daha kötü olduğu için ve o yaşamdan zevk almadığımız için, keyif almadığımız

için artık yaşamımızı devam ettirmeyi düşünmüyorsak, bunun seçimi kişide olmalıdır diye düşünüyorum. Tabii, ben de size kabiliyorum; ama, bu sadece kendi fikrim.

Hepimiz burada eczacıyız ve eczanenize gelen bir reçeteyi algılayış biçimimiz, reçetede yazan ilaçlara bakıp, o ilaçları hastaya kısacık tarif edip sonra paketine koyup hastayı evine göndermekten öteye gitmiyor. Bu, sadece sizin için böyle değil, dünyanın pek çok yerinde de topluma hizmet veren eczane eczacılarının davranış kalıbı içinde. Ancak, aramızdan bazıları eğer o sorumluluğu hissediyorsak, o zaman, bu verdiğimiz ilacın ya da ilaç da tedavi sisteminin bir parçası, tedavi edici ilacın, o hastanın bir hafta sonraki yaşamını nasıl etkileyeceğini düşünürüz ya da sorumlu olan eczacılar bunu düşünürler. Diğer bir deyişle, bir ev kadını ise eğer bu ilaç verilen kişi, bir hafta sonra, bu kişi sabah kalkacak, çocuklarını okula hazırlayacak, günlük işlerini yapacak, alışverişini eskisi gibi normal yaptığı gibi, hastalanmadan önce her gün yaptığı gibi yapıp devam ettirebilecek mi?

Şimdi ben size soruyorum: Bütün bu saydıklarının, yani ev kadınının, eğer evde çocuğa bakıyorsa, evin işlerini görüyorsa, sabah kalkıp çocuklarını okula hazırlaması, günlük işlerini yapması, evinin işlerini yapması, alışveriş yapması ya da evin erkeğiyle, evin sorumlu kişisiyle çıkıp işyerine gidip, sağlıklı çalışması ve tekrar eve gelmesi bir lüks müdür? Şimdi ben size bunu soruyorum. Bunu bir lüks olarak kabul edebilir miyiz bu günlük işleri ya da bunları düzenli yapmaya başlamasını?

Bir tedavi rejiminin hastaya sağlanması gereken temel ilkelere zaten. Diğer bir deyişle bu görüşle ya da bu anlayışla, tedaviyle ilgili bu anlayışla tedavi sisteminin değişimini öneriyoruz, bir yerde kafaların değişimini öneriyoruz ve hiçbir toplum için, hiçbir toplum insanı için de daha iyi yaşamak ya da aldığı hizmetten daha fazla yararlanmak ve hayatını daha iyi sürdürebilmek lüks olarak algılanmamalıdır.

Sağlık açısından yaşam kalitesi neden önemli ya da tedavinin çıktılarıyla neden doğrudan doğruya ilişkili, ilişkili mi, ilişkili değil mi, onu tartışalım.

Tabii, sadece yaşam kalitesi değil, bir hastanın klinik profilinin öncelikle düzelmesi lazım. Ancak, bu yeterli mi; hayır, yetmez. Yaşam kalitesi ile klinik iyileşmenin ikisinin paralel ve birlikte gitmesi lazım; çünkü, kişinin yaşamında kişinin günlük yaşamını, sürekli yaptığı işleri yapabilmesi, diğer insanlarla ilişki içinde bulunabilmesi ve sosyal yaşama katkıda bulunabilmesi, kişinin sağlıklı olmasının göstergesidir. Bunları yapamadığı zaman zaten hastadır. Dolayısıyla, sadece klinik olarak verilerin düzelmesi değil, bu saydığım olayın insancıl yöntemlerin de paralel düzelmesi lazım ki, total bir iyileşmeden bahsedebilelim.

Asırlardır kullanılan tedavi yöntemleri tedavi açısından önemli olabilir, ama alıcı olan hasta olduğuna göre, hastanın ne hissettiği yani tedavinin objektif yöntemleri değil de, dolayısıyla, hastanın ne hissettiği subjektif olarak hastanın kendisiyle ilgili duyguları, algıları daha önemli, tedavinin nasıl gittiğini gösterir daha önemli olgular diyorum. Bunu da bir örnekle açıklamak istiyorum.

Diyelim bir hastamız var, artritli var; biz, eğer tedavimizi, sadece

hastanın sedimantasyon hızının üzerine kuracak olursak, klinik olarak sedimantasyon hızını bizim düzeltmemiz hastanın iyiliğine işarettir. Halbuki, olay, tedavi hastaya yönelik olduğuna göre, burada önemli olan, hastanın kendisidir. Halbuki, hasta için ise, sedimantasyon hızının ne olduğu hiç önemli değildir. Hasta için önemli olan ise, sabah kalktığı zaman yine kazık gibi mi kalkacak, üstünü başını rahat giyebilecek mi, işine rahat gidebilecek mi; diğer bir deyişle, sosyal aktifliğini, yani günlük yaşamını eskisi gibi normal yapabilecek mi?

Hastanın kendisinin iyiliğiyle algıladığı bu az önce saydığım parametrelerdir. Hastanın sedimantasyon hızını düzeltebilirsiniz ve hekimlik açısından, tedavi açısından ya da bir eczacı olarak bu iyi sonuç almak olabilir; ama, bu söylediklerim, hastanın kendisi açısından algıladığı iyileşme parametreleri kesinlikle değildir. İşte onun için yaşam kalitesinin önemli olduğunu ve yaşam kalitesini, tedavi rejimini seçerken, hastanın kendi yaşam kalitesini düzeltecek tedavi rejimini eğitimi bir biçimde kendilerine vererek seçmesini temin etmenin önemli olduğunu söylüyorum.

İnanın bana, bu anlattıklarımın hiçbirisi peri masalı değil. Altını çizerek söylüyorum, peri masalı değil; çünkü, hastalar örgütleniyor ve hasta örgütleri, bir süre sonra,

belki 10 yıl sonra, tıpkı diğer satın alınan hizmetlerde olduğu gibi, kendi beklediği sonuca ulaşamayacak olursa, ne hekimin, ne eczacının ne de sistemin parasını vermeyecektir ya da en azından, önce şu kadarnı vereyim de, tıpkı diğer satın alınan hizmetlerde olduğu gibi, örneğin yüzde 20'sini, daha sonra hizmetten memnun kalırsam vereceğim diyecek. Bu amaca yönelikde hastalar zaten örgütlenmektedirler.

Şu anda sağlıkçılar, sağlık sistemi içinde olan kişiler bir diktatör gibidirler. Olayın tam tepesinde oturmaktalardır. Tüm hastayı avuçlarının içine almış bulunmaktadır. Ancak, inanın bana, öylebir zaman gelecek ki, çok kısa bir süre sonra, hastalar, bu yetkiyi ellerinden alacaklardır, eğer, biz kendimiz, olayı, hasta merkezli hale getirmezsek; yani, amacı, sağlığı hastaya götürdüğümüzün bilincine varmazsak. Bu bizim içinde bulunduğumuz sağlık sistemi tamamen hasta içindir bilincinde olmazsak, kısa bir süre sonra inanın bana, hastalar, bu imparatorluğumuzu elimizden alacaklar.

Size şu soruyu yöneltsem: Yaşamınızda ya da insanların yaşamında en önemli üç şeyi sıralayın desem ve bunu inanın değişik topluluklarda yaptım ve sonunda, yaptığım araştırmanın sonunda elde ettiğim, insanlar için önemli olan üç kavramın; yiyecek, uyku ve seks olduğu sonucuna vardım. Bunu, şimdi size de sorsam, lütfen utangaç olmayın, çekinmeyin, aslında hepimizin temel düşüncesi ya da temel amacı yiyecek, uyku ve seks üzerine kuruludur; yani, yaşamımız, bu üç temel olay üzerine kurulmuştur.

Sadece bu üç olgu çok önemli, hastalar da bu üç olguyu düşünüyorlar ya da yaşamlarındaki en önemli üç faktör bu üç kelimedir onlar için de.

Sıralama konusunda ve bu kelimeleri gösteriş tarzım hakkında anlayamayabiliriz sizinle, herkes kendine göre, kendi imajına göre bir şekil düşünebilir bu üç kelimeyle ilgili. İnanın, kelimeler değişmeyecektir.

Tıp fakültelerinin ve eczacılık fakültelerinin eğitim programları incelenecek olursa, hiçbirinin programında insan davranışıyla ilgili bir bilim ya da eğitim olmadığını görürüz.



Her ne kadar, eczacılık fakülteleri, eğitim içeriklerini bir miktar değiştiriyorlarsa da, hala hem tıp fakültelerinin, hem eczacılık fakültelerinin eğitim programlarında insan davranışıyla ilgili herhangi bir dal yok.

İnsan davranışı çok önemli bir kavram. Bu önem hastalar için de geçerli; yani, hastaların davranış kalibi, hastaların herhangi bir olguda nasıl davranacakları, nasıl reaksiyon gösterecekleri ya da bir olaya nasıl cevap verecekleri çok önemli kavramlar.

Bu nedenle, İngiltere'de tıp fakültelerine ve eczacılık fakültelerine müracaat eden öğrencilerin davranış bilimlerinden herhangi bir konu görmüş olmaları ya da insan davranışıyla ilgili herhangi bir ders daha önceden almış olmaları, onların fakülteye almalarında oldukça önemli kriter olarak kabul edilmekte son yıllarda.

Yaşam kalitesini kantiliye edebilmemiz lazım, kantiliye edemezsek hiçbir işe yaramaz demiştim. Ayrıca, bunun da yeterli olmayacağını, yaşam kalitesini, hastanın algılarına dayandırarak kantiliye etmemiz lazım geldiğini söylemiştim. Ancak o zaman, yaşam kalitesi ölçümlerinin, dolayısıyla da tedavi başarısının ölçümünün işe yarayabileceğini, bize doğru bilgi verebileceğini söylemiştim.

Sizin yaşam kalitenizi ölçerken, eğer ben, sizin yaşam kalitemizi değerlendirmeye çalışırsam tamamen kendi değer yargılarına göre sizin yaşam kalitenizi değerlendireceğim. Çünkü benim sizin yaşam kalitesi ya da sizin değer yargılarınızla ilgili hiçbir fikrimin olması mümkün değil. Ben ancak, sizin yaşam kalitenizi kendi değer yargılarına, kendi normal kabul ettiğim standartlara göre değerlendirebilirim.

Yaşam kalitesinin ölçümünün ya da bir tedavinin başarısından bahsederken, bu tedavi başarısının, benim fikrime göre saptanmaması lazım, tamamen hastanın kendi sağlığıyla ilgili çıktıya dayanarak saptanması lazım. Eğer, benim, hastanın tedavisinin başarısıyla ilgili fikrime dayanıyorsa hiçbir değeri olmayacaktır.

Katılım: Eczacının, hastanın

yaşam kalitesini yükseltmesinde önemli rolü olduğunu düşünüyoruz; yani, bu konuda hastayı etkileyebileceğimizi düşünüyoruz. O zaman, orada kimin doğruları gündeme girecek? Nasıl belirleyeceğiz onu?

Prof. Dr. Rümeysa Demirdamar:

Ama, sen eczacı olarak hastayı yönlendiriyorsun demiştik; yani, tedavi rejimindeki seçenekleri sana hasta olarak, ben eczacıyım, seçenekleri sana sunuyorum. Tedavinin ilgili seçenekleri, sen hastasın ve kendine en uygun olan tedavi sistemini seçiyorsun, ondan sonra o tedavi rejiminin, senin tedavinin başarılı olup olmadığını sen kendi yaşamınla ilgili özüne ait kriterlerle değerlendiriyorsun.

Az önce, hatırlarsan üç temel olgu verilmişti; yiyecek, uyku ve seks denmişti. Aslında, insanların davranışı bu kadar basit değil; ama, az sonra oraya gelinecek. Eğer kronik hastaysan, hipertansiyonun varsa ya da senin seksüel performansını etkiliyorsa, kan basıncın ne kadar düşerse düşsün, eğer seksüel performansın yerinde değilse yaşam kalitende yerinde değildir. Ben, bir hekim olarak ya da eczacı olarak senin kan basıncının belki 12 mm civaya düşmüş olduğunu saptayabilirim ve iyi olarak kabul edebilirim seni; ama, sen, seksüel performansın kalmadığı için belki kendini yüksek basınçla doluştığın zamandan ya da hipertansif olarak doluştığın dönemden çok daha kötü hissedebilirsin. Aradaki farklılık o.

Prof. Dr. Sam Salek: Baştan beri söylediğim gibi, tedavinin, hastanın yaşam kalitesine etkisinden bahsediyoruz, çünkü, tedavinin başarısı hastanın yaşam kalitesinde oluşturduğu değişime bağlıdır diye tanımlamıştık. Günümüzde artık öyle, sadece bir kavramı anlamak ya da bir kavramdan bahsetmek yetmiyor. O kavramı verilere dökmek ya da nümerik değerler olarak ortaya koymak gerekiyor.

İşte bu nedenle, tedavi, tedavinin başarısı, kişinin yaşam kalitesinde oluşturduğu iyileşmedir ya da iyileşmenin bütünüdür diye tanımlıyoruz; ama, bunu tanımlamak yetmiyor. Bu tanımladığımız olguyu, yani yaşam kalitesi olayını nümerik değerlere dökmek, yani ölçülebilir bir hale getirmek zorun-

dayım. Aksi halde hiçbir değeri olmayacaktır yaşam kalitesi kavramının.

Ecz. Fahrettin Toprak: Hafızasını kaybetmiş bir insanın yaşam kalitesini seçmekteki etkinlik ne olacak, onun bir yardımcı olacak mı veya bu arada, eğitim yönü zayıf bir kişinin, cahil bir kişinin, eğitimden yoksun bir kişinin eğitim kalitesini seçmede ne gibi bir etkisi olabilir?

Prof. Dr. Sam Salek: Tabii haklisiniz, bazı öyle durumlar oluyor ki, pazarlık etmek ya da en iyi yaklaşımla, elimizdeki ikinci iyi ile idare edebilmek gibi, bazı olaylarda elimizdeki koşulları en iyisiyle yetinmek durumunda kalabiliriz. Örneğin, çocuklarla ilgili durumda olduğu gibi ya da tabii sizin dediğiniz, bilinci yerinde olmayan hastalar, çocuklar, bir de ileri derecede artrit olan hastaların da kendi kendilerine bu formları doldurması ya da cevap vermesini bekleyemeyiz. Ancak, bu gibi durumlarda yakın olduğunu düşündüğümüz, akrabaları, yakınlarıyla ilişkiye girip onların bu formları doldurması ya da yaşam kalitesini saptaması, bize yardımcı olmasını istiyoruz.

Neden yaşam kalitesi çalışmalarında veriye ihtiyacımız var, niçin? Önce, nedenin birincisi, modern tıp, daha çok yaşamın kalitesini iyileştirmeye yöneliktir, kantilesini değil. Örnekleyecek olursak, küçük hücreli akciğer kanseri bildiğiniz gibi öldürücü bir hastalık. Yapılan en iyi tedavilerle bile hastanın altı aylık yaşamını uzatmak ya da hastanın yaşam süresini altı ay daha uzatabilmenin yüzde sadece yüzde 5. Onun için, bu hasta, yaşamını sadece yüzde 5 ihtimalle altı ay daha uzatabilmek için kemoterapi alsın mı, yani altı ay daha uzatsın mı yaşamını; yoksa, mevcut süresini, o süre her ne kadarsa, daha kaliteli bir biçimde mi yaşasın? Aslında, günümüz insanının ilgilendiği konu bu. Hepiniz eczanenizde şöyle bir düşüncecek olursanız; eczanenize gelen hastalarınızın çoğu "yaşamaktan bıktım, bıktım usandım bu yaşamdan" diye şikayet ediyorlardır.

İngiltere için konuşacak olursak, 1960'larda ilk kez birtakım farklı kavramlar düşünölmeye başlandı ve tedavi yönetmeliği yürürlüğe girdi.

Bunu başlatan olay da, hepimizin çok iyi bildiği bir felakete neden olan talidomid olayıdır, ondan sonra düşünölmeye başlanılmıştır. Ondan sonra göz önüne alınan faktör şudur: bir ilacın idari merciler tarafından ilaç olarak, yeni bir emtianın ilaç olarak ruhsatlandırılması ve tedaviye girmesi, onun gerçekten ilaç olduğuna ya da gerçekten tedavi oluşturduğuna kanıt değildir. Ruhsatlanmış bir ilacın, piyasaya sürülen bir ilacın asıl, yaşam hikayesi insanda kullanılmaya başlandıktan sonra başlamaktadır. Yani, onun, uzun süreli kullanım içinde ki, buna, ilacın yaşam dönemi diyoruz, hasta üzerinde ya da insanlar üzerinde oluşturduğu etkiler ve yan etkiler demelidir ilacın geleceğine ilişkin karar verdiren.

Bunu bir şekliyle inceledik. Bu ilaç tedavi yönetmeliği ortaya çıkmadan önce, 60'lı yıllardan önce düşünölen, bir ilaç eğer pazardaysa, yani eczanede rafta bulabiliyorsanız, bu ilaç güvenilir kavramı yerleşikti. Halbuki, 60'lardan sonra değişen görüşler yeni bir kültür oluşmasını gerektirdi; yani, rafta giren her ilaç güvenilir değildir kavramını getirdi.

Hem hekimin hem hastanın asırlar boyunca edinmiş olduğu bir takım davranış kalıplarını bir gecede değiştirmelerini istememiz çok büyük haksızlık olur iki tarafa da; çünkü, günümüze değin hastanın tedavisiyle ilgili tüm sorumluluğu hekim üstlenmiştir. Hasta da aynı şekilde, hekimin, kendisiyle ilgili tüm kararları vermesini benimsemiş ve bütün sorumluluğu hekimin üzerine yüklemiştir.

Ancak, bilebildiğimiz bir olay var ki, eğer, siz, eczanenizle ilgileniyorsanız, eczanede yaptığınız işle ilgileniyorsanız, eczanede verdiğiniz hizmet sonunda belli bir yüzde karşılığında bu hizmetin size maddi olarak dönmesi nedeniyle bu ilgiyi besliyorsunuz. İlginiz var. Aynı şekilde, eğer, hasta da olayı ortaklayacak olursa, direkt nakit olarak olmayabilir; ama, hasta da eğer bu tedavi sistemi içinde belli bir yerde ortaklayıp sorumluluğu en azından paylaşacak olursa, o zaman, sonucun kendisine yararlı olmasına gayet edecektir ve sonuçtan bir kar çıkarmaya çalışacaktır. Çünkü, kâr etmeye çalışmak, insanın kendi doğasında vardır ve burada hastanın

açısından kârın amaç, kendi sağlığından kâr etmek olacaktır. İşte, bu nedenle de tedavisinin başarılı olması için burada uyunca geliyoruz, daha fazla uymaya çalışacaktır tedavi rejimine.

Uyunc bozukluğu nedeniyle, ister İngiltere olsun, ister Türkiye olsun, ABD veya neresi olursa olsun, sırf insan olarak değil de hasta olarak görüldükleri için ve sadece hastalıklarına yönelik tedavi uygulandığı için, tedavilerine uymayan hastaların oranı yüzde 65'tir. Örneğin, hipertansiyon gibi çok fatal sonuçlara ulaşabilecek bir hastalıkta hastaların yüzde 65'inin de altı ay sonra ilaç kullanımını bıraktıkları saptanmış, yine ülke ya da kültürel baz söz konusu değil burada, her yerde aynı rakam saptanmış. Bu uyunc bozukluğu nedeniyle, tedaviyi bırakmaları nedeniyle, hastaların hastaneye yatımlarında ya da acil servise gilmelerdeki artışı sanırım göz önüne getirebiliyorsunuz. Bunun sonunda, ülke ekonomisine ya da sağlık ya da kişinin kendisine oluşturabileceği büyük hayati zararları da sanıyorum hepimiz algılayabiliyoruz.

Öğlen yemek arasında, bir öğrenci, bana, çoğu kez tedavi olsa bile semptomlar ortadan kalksa bile problemin ortadan kalkmadığını, bunu nasıl halledebileceğimizi sordu. İşte bunu halletmenin yolu ya da bunun üstesinden gelebilmenin yolu hastayı da tedavi sisteminin içine almaktır; yani, hastayla iletişim kuracak olursanız, hastayla diyalog kurabilecek olursanız, o zaman, semptom ortadan kalksa da hasta mevcut olan problemleri hasta size açacaktır; yani, diyalogunuz olduğu sürece tedavinin sonuna kadar hastanın sizinle beraber kalmasını sağlayacaksınız. Sağlığın tanımını yaptığım zaman sabah, üç kavram birden vardı. Sağlık servisinde bulunmak, ekonomi ve insancıl kavramlar demistik. İnsancıl kavramlarla ilgili konuları konuştuğuktan sonra ekonomiyi tek başına bırakmak, ona hiç değinmemek olmaz, çünkü hepai bir arada gidiyor. Ekonomik kavramlarla ilgili de bir şeyler söylemek istiyorum.

1950'lerde penisilin ilk piyasaya çıktığında insan kaynakları ya da insanların temin edebileceği eko-

nomik kaynakların kusitli olmadığı o mutlu dönemlerde, tabii ekonomi, hiçbir zaman söz konusu değildi; yani, insanlar istedikleri kadar penisilin satın alabildikleri gibi, araştırma için de sınırsız kaynakları kullanabiliyorlardı. Halbuki, günümüzde olay tersine dönmüş durumda. Çok kısıtlı olan kaynakları çok akılcı kullanmamız lazım ki, artan dünya nüfusuna yeterli sağlık hizmetini sunabilmeli.

Eminim, hastanelerinizin formülerleri vardır ve millî formüleriniz de vardır. Artık, konu, ilaç endüstri için bir ilacı imal etmek ya da bir ilacın ruhsatını alarak piyasaya sürmek değil günümüzde. Artık, endüstrinin en büyük sorunu ya da en önemli amacı, hedefi, piyasaya ilacı sürdükten sonra, bu ilaçtan para kazanabilmek için formülerlere girmesini sağlamak.

İngiltere'den örnek vermek istiyorum. Glaxo Wellcome firmasında 5 yıl önce medical departmanı içinde post marketing departman sadece 5 kişiden oluşuyordu ve bu 5 kişi, post marketing, farmoekonomik tarzında, epidemiyoloji tarzındaki tüm dünyaya yönelik çalışmaları ya da dataları götürüyordu. Ancak, bugün, marketing departmanında değil, pazarlama departmanında değil, medical departmanın bünyesinde 50 kişi çalışıyor bu işi yapmak için. Medical departmanın diğer bölümleri gittikçe küçülürken, harcamaları ilgili ya da piyasaya sürüldükten sonraki gelişmelerle ilgili departmanı giderek büyüyor. Bunun nedeni de, tüm dünya ülkelerindeki diğer firmalarda da bu aynı, artık, ekonominin çok daha öncelikli olması.

Ne kadar üzerinde dursam yeteri kadar üzerinde durmuş olacağımı sanmıyorum. Gün geçtikçe endüstri için bu ekonomik çalışmalar daha önem kazanmaya başladı. Bunu da şunun için anlatıyorum; sizlerin, bunun bilincinde olup, belki kendi bünyenizde ya da çalıştığınız yerlerde formüller oluşturmanız ya da bu tarz bir yaptırma girecek olursanız, olayı, hekime yönelik olmaktan çıkarıp kendinize yöneltebilirsiniz.

Sağlık harcamalarını kısmak düşünöldüğünde, sadece ilaç fiyatları değil, hemen eczacıların kâr payları da ilk akla gelen hedef oluyor

Pak çok ülkede bütün bu sağlık harcamalarını kısma düşüncesi ve sağlık harcamaları içinde eczacı da hemen ilk akla gelen kolay hedeflerden biri oluyor. Dolayısıyla, güncel olan konu -inanın bana, size de sıra gelecektir- "bu çok yüksek ücret alan, çok yüksek kâr payı olan meslek erbabına ihtiyaç var mıdır?" sorusu çok ciddi bir biçimde şu anda soruluyor.

Günümüzün burasında şöyle bir toparlama yapmak ya da hatırlatma yapmak istiyorum. Yaşam kalitesini konuşuyoruz, iyi de, **yaşam kalitesinin bütün mesleğimizle bağlantısı ne, ilirtil ne, arıları ne diye soracak olursak; birinci, eczacılar olarak, biz, daha uzun süreli takip etme imkanı sağlayacağız yaşam kalitesini.**

Ayrıca, hastayı daha uzun süreli takip edebileceğimiz için ilaçta ilgili alışımsız etkileri değil, yeni etkileri, belli yan etkileri gözlemeye şansına sahip olacağız.

Multi disiplinler bir ekip içinde daha doğru karar vermemizi sağlayacaktır tedavi açısından. Herhangi bir hasta için doğru ilaç ve doğru tedaviyi seçmemizi sağlayacaktır. Güvenli tedavi için mukayeseli tedavi yapılmasını sağlayacaktır.

Son yıllarda kaynakların rasyonel kullanılmasına yönelik olarak; tedavinin en az masraflı olanından, en pahalı olanına doğru bir sınıflama yapıyor. Örneğin, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinden başlanıyor, en ucuzu olandan en pahalı olan ameliyata kadar gidiyor. Maliyeti en düşük olan hangisi ise devletin kaynakları, o düşük maliyete yönlendiriliyor.

İngiltere'de devlet, yaşamın herhangi bir döneminde sigara içmiş hiçbir hastanın anjiyoplasti ya da bypass ameliyatlarını üstlenmiyor. Bu konular üç boş gün tartışılacak konular; yani etik konular bunlar ama sanıyorum, çok amaca yönelik kaynakların doğru kullanılmasına yönelik konular diye düşünüyorum.

Şimdi yeni bir konuya geçmek istiyorum, bir yaşam kalitesini nasıl ölçeriz, bu için yöntemi nedir?

Metodolojik olaylara gelince, cevap vermemiz gereken önemli olan başlıkları tek tek sıralamak istiyorum. Bunlardan birincisi, aracı kullanım yöntemi. Bunlar, kişinin,

hastanın kendi kendine mi yapacağı bu araştırmayı, ölçümü; yoksa, bir mülakat şeklinde mi olacağı. Sorunun basit mi olacağı, kısa mı olacağı, uzun mu olacağına önce karar vermek lazım.

İkinci üzerinde durulması gereken konu, yapılacak araştırmanın tasarımı, tasarımdan sonraki önemli nokta, hedef kitlemiz ne olacak, doğru hedef kitle seçimi önemli.

Kitleyi de seçtikten sonra, karar verilmesi gereken önemli konu tekil mi yoksa çoğul mu kullanacağız, ölçüm için kullandığımız sorular, araçlar.

Daha sonra da elde ettiğimiz sonuçların analizi. Tabii, bütün bunlar eczanede yapacağımız araştırmalar, yaşam kalitesi ölçümü yöntemleri.

1949'da ilk yapılan yaşam kalitesi çalışmasını, yaşam kalitesi ölçüm sorularının, hastaya ait birtakım olguları da ölçmesi lazım. Bu da, yaşam kalitesi sorularının boyutlarını gündeme getiriyor. Yaşam kalitesi ölçüm soruları hangi boyutları içermeli; yaşam kalitesini gerçekten saptayabilmesi için hastanın durumu saptayabilmesi için, hastanın, fiziksel, psikolojik algılama, duygularının, sosyal, ekonomik ve fiziksel durumunu ortaya koyacak olan sorular olması lazım ki, tam bir yaşam kalitesi ölçümü yapılabilir.

Renal hastalıkta düşünmemiz gereken, eğer yaşam kalitesi saptayacaksak; renal hastalık nedir, bu hastalığın belirtileri nedir, hastadaki semptomlar nedir ve günlük yaşamı üzerinde bu hastalık ne tür etkiler oluşturuyor, önce onları saptamamız lazım.

Renal hastalığa, böbrek yetmezliğine neden olan olgular, genetik faktörler, enfeksiyon ya da hipertansiyonda kullanılan ilaçlar gibi bir nedenle sonunda kronik böbrek yetmezliğine giden olaylar dizisi yaşanıyor. Bu olaylar dizisi sonucunda kronik böbrek yetmezliği geliştiğinde olay iki yönü olabiliyor; ya böbrek hasarı ve onu takip eden olaylar, ölüm meydana geliyor; ya da tam hasar meydana gelmeden önce böbrek yetmezliği fark edilip, diyaliz, transplantasyon gibi ara tedavi yöntemlerine giriliyor. Transplantasyon iyi giderse iyi, ancak hasta, transplantasyonu reddederse,

hastanın yaşadığı stres anlatılmaz boyutta oluyor. Bilmem aranızda böbrek transplantasyonu olmuş da organizmasının transplantasyonu kabul etmemiş hastası olan var mı; hastanın o stresini yaşayan herhangi bir eczacı var mı aramızda. Bundan sonra birdenbire yaşam kalitesi iyileşen hasta, rejeksiyonda birlikte yine diyalize ve başlangıçtaki kötü koşullara mahkum olduğu için yaşadığı stresi ve duygulanım depresyonunu tarif etmek, anlatmak mümkün değil.

Böbrek yetmezliği hastalarını daha farklı biçimde şematize edecek olursak, hastalığın gelişimi sonucunda kişinin mobilitesinin azalması, yatağa bağlı hale gelmesi, mental fonksiyonların bozulması, kendi kendine bakım imkanının azalması, psikososyal faktörlerle birlikte ortaya çıkan önemli iki problemi oluyor bu hastaların. Bunlardan birincisi, hastanın, mevcut servislere, diyalize girip çıkmasıyla hem insan, hem mekanik servislerin kullanımdan dolayı duyduğu suçluluk duygusu, yani kaynakları tüketiyorum suçluluk duygusu, ikincisi ise, üretkenliğinin azalması dolayısıyla duyduğu suçluluk duygusu ve kendisini kötü etme duygusu en belirgin yaşam kalitesi bozuklukları bu hastalarda.

O hastalığın, kişinin yaşamı üzerinde neler oluşturduğunu ya da yaşamını ne hale getirdiğini bilmek lazım ki, yaşam kalitesiyle ilgili birtakım çalışmalar ya da sorular hazırlayabilelim. Bu olayı daha açıklığa kavuşturmak için kanserli hastalarda bunu görelim.

Olayı, daha farklı boyutlarıyla anlayabilmemiz için kanserli hastalara bir kere bakmamız gerekiyor. Örneğin, hastanın yaşamını tehdit eden bir hastalığı olduğunun bilincinde olması kanser hastalarının en önemli problemlerinden biri. Pekli, bu bilinç nelerden kaynaklanıyor. Birincisi, kanser olgusunun kendisinden kaynaklanıyor; yani, kanserli olduğunu bilmek hastanın özeinde başlı başına bir stres oluşturuyor. Bunun bir sürü sosyal faktörleri de var. Örneğin, geçen ocak ayında Suudi Arabistan'daydım, Suudi Arabistan'da kanserle ilgili yaşam kalitesi çalışması yapılacaktı. Sütaledede kanserli birinin olduğunun bilinmesi, o aileyle evlenmeleri engelle-

diğinden, aileler, kendi bünyelerinde kanserli olduğunu gizliyorlar: çünkü, bu olay, gençlerin evlenme yüzdesini etkiliyor, kimse o aileden biriyle evlenmiyor kanserli vaka diye.

Yine hepinizin bildiği, ameliyatın, kemoterapinin ya da radyoterapinin yan etkileriyle hasta baş etmek durumunda, çok ağır geçen bu yan etkilerle baş etmek durumunda. Bütün bu saydıklarım da, tabii, hastanın ekonomik yaşamına, sosyal yaşamına ve seksüel yaşamına etki etmekte. Bunların sonucunda, hasta, ağır depresyona girmekte ve bu da, tabii, hastanın yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemekte.

Bu popülasyona, yani kanseri olan hasta grubuna yaşam kalitesi ya da tedavinin başarılı olup olmadığını, uygulanan antikanser tedavinin başarılı olup olmadığına karar verebilmek için eğer şu saydığım faktörleri biliyorsak ve bu saydığım faktörler nedeniyle hastanın tedavisinin başarılı ya da başarısız olacağını algılayabiliyorsak, o zaman, bu faktörleri irdeleyen, bu faktörleri de içine alan bir soru sistemi hazırlarız ve bu sorular aracılığıyla da hastanın tedavisinin gerçekten başarılı olup olmadığına ancak o zaman karar verebiliriz.

Kanseri olan hastaların, demin saydığım olayların dışında göz önüne alınması gereken başka etkiler ya da başka büyük stresler de var. Bunlar, hastanın, hekimle iletişim bozukluğu ya da ailenin diğer fertleriyle ve arkadaşlarla olan iletişim bozukluğu. Medyada kafa karıştırıcı, akıl karıştırıcı raporların ve bilgilerin çıkması, kişinin kendi hastalığıyla ilgili yetersiz destek görmesi, akrabaların huzuru; yani, kişinin hastalığı ya da kanseri nedeniyle yakın akrabaların büyük ölçüde huzursuzluk ve mutsuzluk yaşamaları. Ayrıca, kişinin kendi bilgisizliği de tabii kanserli hastaya uygulanan tedavinin başarısı üzerinde büyük ölçüde etkisi olan faktörler.

En son yeni geliştirilen yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri. Bunlar genel yaşam kalitesi ölçümleri olarak da adlandırılıyorlar. Bunlar, daha çok hasta tarafından değerlendirilen ve hastanın insancıl yönlerini de içeren, hastanın insancıl parametrelerini de göz önüne alan ölçüm

yöntemleri.

Bütün bu genel yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri sofistike yöntemler ve geliştirilmesi çok uzun zaman almış yöntemler. Şunu belirtmem lazım ki, hemen hemen hepsi ilk hastalığın hasta üzerinde oluşturduğu etkilerin profilini ölçen birinci 136 sorudan oluşan yöntemle dayandırılan ya da onun üzerine inşa edilmiş ölçüm sistemleri. Onun için, bu hastalığın oluşturduğu etkilerin profilini ölçen yöntem en iyi yöntem, elimizdeki altın yöntem diye nitelendirebilirim.

Hastalığın etkilerinin profilini ölçen birinci yöntem, bir kişinin 24 saat içinde yapabileceği hemen hemen tüm aktiviteleri kapsayan, 12 ana maddeden oluşmaktadır.

Bu profilin önemi; bu ölçümün sonunda tek bir nümerik rakamla bu profili ortaya indeks olarak koyabildiğimiz gibi, aynı zamanda tüm ölçüm sonunda kişinin yaşam profilini ya da hastalık ya da yaşam kalitesinin profilini de ortaya koyabilmektir.

Profilin indekse üstünlüğü ise bu tıp ölçümde, profili ortaya koyduğumuz zaman, problemin nerede olduğunu tam olarak teşhis edebilmemiz ve ona yönelik çözümler üretebilmemizdir. Örneğin, antihipertansiflerle yapılan bir yaşam kalitesi araştırması ise, eğer, bu, profili ortaya koyuyorsa, sonunda antihipertansiflerin, kişinin fiziksel yaşantısını daha fazla etkilediğini, sosyal yaşantısını o kadar etkilemediğini saptarız ve dolayısıyla da çözümlü ona yönelik geliştiririz.

Bu profili ortaya koymanın bir avantajı daha var. Eğer, profili ortaya koyuyorsa bir ölçüm sistemi, o zaman, bu ölçüm sisteminin içindeki elemanların iki limiti arasında istatistik uygulayabiliyoruz göreceli olarak. Örneğin, bir uç immobilite, öteki uç da mobiliteyse, yani hastanın tam hareketliliğiyle hiç hareket edememesi hali ise; eğer, uyguladığımız ölçüm yöntemi profili ortaya koyuyorsa, biz, hastanın bulunduğu yeri saptayıp, o hastanın şu anda bulunduğu durumun tam mobiliteyle ya da immobiliteyle relatif istatistik olarak ilişkisini ortaya koyabiliyoruz. Dolayısıyla, alınacak tedbirleri de ona göre düzeltebiliyoruz.

Son olarak, yeni ve istikbalin so-

runlarından bahsetmek istiyorum. Onlar da terapiye yönelik, yani tedaviye yönelik ölçüm yöntemleri. Örneğin, siz, eczanenizde eğer bir ölçüm yöntemi kullanıyorsanız, evde hemodiyaliz olan ya da hastanede hemodiyalize giren hastalar için hazırlanmış ayrı ayrı ölçüm yöntemlerinin içinde sizin eczanenizde uygulamanız gereken en uygununu seçmek durumunda kalmamanız gerekir. Tek bir ölçüm yönteminin, yani renal yetmezliği olan hastalara yönelik-bir ölçüm yöntemi olması gerek ki, siz, hemen onu alın, eczanenizde uygulamaya başlayın.

İşte, son yıllarda geliştirmeye çalıştığım ya da bütün dünyada yapılmaya çalışılan daha kolay uygulanabilir hale gelmesini sağlamak için terapiye yönelik, yani hastalığa spesifik ölçüm yöntemlerinin geliştirilmesidir.

Tartışma sürmekte, kesin bir karar verilmiş değil. Bir grup, hastalığa yönelik ölçüm yöntemlerini savunurken, bir grup, genel ya da jenerik ölçüm yöntemlerinin daha yararlı olduğunu; diğer bir grup ise, az önce de bahsettiğim gibi, tedaviye yönelik ölçüm yöntemlerinin çok daha uygun olduğunu savunmakta.

Eczone eczacısı için en uygun olanı genel ya da jenerik ölçüm yöntemi dediğimiz tek bir ölçüm yöntemi olmalı, yani, siz, ölünün altındaki genel ya da bu jenerik ölçüm yönteminin tüm hastalarımıza uygulayabilmelisiniz ve bu ölçüm yönteminin sonunda elde edebileceğiniz veriler, size, özellikle o hastanın hastalığına ait profili de ortaya koyabilmeli.

Araştırmanın bir parçası olarak yaşam kalitesi ölçümleri yapılacaksa, ki bu, klinik araştırmanın sonucunda genellikle ortaya konmaya çalışılan; "bu ilaç, diğerinden, klinik açıdan üstündür; çünkü, şu şu klinik açıdan hastanın yaşam kalitesini, daha doğrusu hastanın hastalığını, dolayısıyla da yaşam kalitesini iyileştirmektedir" diyebilmeniz gerekir. İşte bunun için de klinik araştırmaların mutlaka birden fazla, yani sadece genel ya da jenerik ölçümlerle değil, hastalığa yönelik, hastalığa spesifik ve terapiye spesifik ölçüm yöntemleriyle de desteklenmesi lazım ki, sonunda evet, bu yeni ilaç, eskisinden daha

iyidir, tercih edilmelidir denebilsin.

Eczanenizde kişiye yönelik, yani hastanıza yönelik bir soru seçmeniz gerekirken sizin, herhangi bir klinik araştırma yaparken, daha çok popülasyona yönelik genel, daha büyük bir gruba yönelik soru ya da sorular sistemi seçmeniz gerekiyor.

Bu ölçümün metotları nedir, nasıl yapılabiliriz? Birincisi hiç tercih edilmeyen yöntem gözleme dayanan metot, yani, siz kendi gözlemlerinizi yazıyorsunuz, bu istenmiyor; çünkü, bunu doğrudan hastanın yapması isteniyor.

İkincisi, mülakat olayı. Burada sizin olduğunuz bir ortamda hastaya soruları veriyorsunuz, birazcık anlatıyorsunuz. Hasta, sizin mevcudiyetinizde bunları doldurarak size veriyor, daha sonra bunları siz değerlendiriyorsunuz.

Burada önemli olan, sizin çok tarafsız olmanız ve olaya karışmamanız, hastayı yönlendirmenizdir.

Üçüncüsü ise, hastanın kendi

kendine bu olayı bilmesi, yani ölçümleri değerlendirmesi. Bu, ya sizin tarafınızdan önce kısa bir anlatımdan sonra hasta ölçüm yöntemleriyle, yani sorularla baş başa bırakılıyor, kendisi değerlendirmeyi yapıp size veriyor veya postayla hastaya sorular gönderiliyor. Hasta, doldurduktan sonra tekrar geri gönderiyor.

Son olarak, bu postayla gönderilen sorulara cevap vermede, tüm postada yaşanan sorunların burada da yaşandığı ve asıl sorunun yüzde ne kadarının geri geldiği değil, geri gelmeyen cevapların ne olacağını tahmin etmenin güç olduğudur.

Ölçüm yönteminin seçimi çok önemlidir, bunu seçerken, kendi kendinize yeni bir ölçüm yöntemi geliştirmek yerine, mevcut ölçüm yöntemlerinden birini alarak, Türk diline, kültürüne adapte edilmiş olmasa bile, onu alıp önce kendinize adapte edip çalışmanızı öneriyorum. Çünkü, yeniden bir ölçüm yöntemi

geliştirmek hem çok uzun zaman alan, hem de çok hataya neden olabilecek bir iş.

Bu seçtiğiniz ölçüm yönteminin değerini tartıp, gerçekten kullanılabilir olduğuna karar verdikten sonra hemen küçük bir pilot araştırma yapmanızı öneriyorum.

Daha sonra, bunu, kliniğe yönelik bir klinik araştırma yapabilecek boyutta artırabilirsiniz.

Hazırlanan yöntemin veya uygulayacağınız ölçüm yönteminin standardize olmasını önererek bitirmek istiyorum. Eğer standardize değilse, değişik kişiler tarafından toplumun değişik kesimlerinde uygulayacağınız bu ölçüm yöntemlerinden alacağınız sonuçlara hiçbir zaman güvenemezsiniz.

Sözlerimi bitirirken, organizasyon için Olcay Seles'e ve sizlere, sabırla bu saate kadar oturup dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

GENEL HATLARI İLE PAZARLAMA VE İLAÇ SANAYİNDE ÜRÜN YÖNETİCİLİĞİ

Dr. Cem Akıncıtürk *

PAZARLAMA (MARKETİNG)

1. Pazarlama; istekleri ve gereksinimleri karşılamaya yönelik insanların değişim prosesleri (alınan malın karşılığını vermek) sonucu yaptıkları aktivitelerdir. (Kotler)
2. Pazarlama; müşteri ihtiyaçlarını etkili ve karlı bir biçimde; saptayan, öngören ve karşılayan yönetim (management) prosesidir. (Cenevre Pazarlama Enstitüsü)
3. Pazarlama; doğru ürünü, doğru miktarda, doğru yerde, doğru fiyatta ve doğru zamanda sunabilmektir. (Smith)

ÜRÜN

Ürün (ya da servis); pazara satın alınma veya kullanım amacı ile sunulan ve bu istek ya da gereksinimi karşılayabilecek, tatmin edebilecek herhangi bir şeydir.

PAZARLAMA VE SATIŞ

Pazarlama ve Satış arasında ince bir fark vardır. Satış, satıcının ürünü nakde çevirmesi ile ilgilidir; pazarlamada ise ürün ve onun etrafında örülen konulardan faydalanılarak (üretimi, sunuluşu ve tüketimi) müşteri gereksiniminin tatmin edilmesi fikri önemlidir.

Levitt (1960)

PAZARLAMA MIX'i

Ürün, promosyon, ürünün dağıtımı ve fiyat gibi kontrol edilebilir pazarlama değişkenlerine verilen isimdir. Şirket, müşteri gereksinimini karşılayarak, hedef pazarında arzu ettiği etkiyi yaratmak üzere, bu değişkenleri harmanlar, gerektiği gibi kullanır.

İLAÇ GELİŞTİRİLMESİNDEKİ SAFHALAR

FAZ 0

Pre-Klinik geliştirme

Faz 1

Klinik farmakoloji ve toksikoloji

Faz 2

Ön Klinik araştırmalar

Faz 3a

Tedavinin tüm boyutlarıyla değerlendirilmesi, NDA dosyasının hazırlanması

Faz 3b ve 4

Post NDA (pre/post tescil)

İDEAL BİR İLACIN ÖZELLİKLERİ

Etkilidir

Hiç yan etkisi yoktur

Tek dozdur

Bedavadır

Bir ilaç, ideal ilacın özelliklerine mümkün olduğu kadar yakın olmalıdır

ÜRÜN YÖNETİCİSİ (PRODUCT MANAGER)

Temel Görevi:

Piyasada olan veya yeni farmasötik ürünlerin gelişmelerini planlayıp yönetmektir. Bunu yaparken şirketin hedeflerini göz önüne almalı ve elindeki şirket kaynaklarını optimum biçimde kullanarak pazarın gereksinim ve fırsatlarına uygun pazarlama stratejileri geliştirmelidir.

* Roche Müstahzarları Sanayi Anonim Şirketi

ÜRÜN YÖNETİCİSİNİN GÖREVLERİ

- Pazarlama takımının oluşturulması
- Pazar araştırması (IMS ve piyasa araştırma kuruluşları)
- Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, devletin karar organlarının izlenmesi, takip edilmesi
- Satış tahminlerinin yapılması
- Ürün kar-zarar analizi ve break-even point analizi
- Pre-marketing hazırlıkları
- Pazarlama ve satış planının-stratejisinin hazırlanması
- SWOT analizi
- Promosyon programının ve materyallerinin hazırlanması
- İlacın (ürün) entrodüksiyonu
- Pre ve post marketing safhalarında klinik çalışma stratejilerinin saptanması
- Çeşitli şehirlerde hedef kitleye yönelik aktiviteler düzenlenmesi
- Ürünün yaşam eğrisini izleme ve yeni endikasyonların entrodüksiyonu
- Rekabet takibi ve pazardaki değişimi izleme

ÜRÜN YÖNETİCİSİ (PM) İÇİN İLETİSİMİN ÖNEMİ

- Şirket içi departmanlar arası
- Satış teşkilatı ile
- Reklam ajansları ile
- Müşteri ile
- Opinion leader'lar
- Hekim
- Eczacı
- Hastane yardımcı personeli

ÜRÜN YÖNETİCİSİ (PM) NİTELİKLERİ

- Eğitim
- Kişisel özellikler (sosyal uyum)
- Yaratıcılık
- Yenilikçilik (çağdaşlık)
- Araştırmacılık
- Esneklik

ÖZELLEŞTİRME VE SAĞLIKTAKİ UYGULAMALAR

Ecz. Ayten Küpeli

ÖZELLEŞTİRME

1929'da dünyadaki büyük ekonomik bunalımın yarattığı koşullar ve daha sonra 1945'de 2. Dünya Savaşı'nın ardından kapitalist sistem, oluşan yapısal krizi devletleştirmeler ve kamunun ekonomiye etkin müdahaleleriyle atlatmayı denemiş, ancak 1970'li yıllardaki petrol krizi ile iyice belirginleşen ekonomik küçülmeler, kuramda ve uygulamada yeni çıkış yolları aranmasına yol açmıştır. Gelişmiş ülkeler de dahil çok sayıda ülkede, büyüme hızlarındaki düşme, enflasyon ve işsizlik gibi sorunların birlikte yaşanması sonucu ortaya çıkan kriz ve darboğazlar yeni önlemlerin alınması zorunluluğunu ortaya koymuştur. Çıkış yollarından birinin özelleştirme olduğu 1980'li yılların başlarında "yeni sağ" tarafından ideolojik yaklaşımlarla dile getirilmiştir.

Özelleştirme, geniş anlamda, devletin dolaysız ekonomik girişimciliğinin olduğu kadar tüm hizmet ve üretim birimlerini de kapsayacak biçimde kamu mülkiyetinden ve/veya yönetimden kısmen yada tümüyle özel sermayeye devredilmesi olarak tanımlanabilir. Dar anlamda ise, devlet tekelindeki KİT'lerin mülkiyetinin özel kesime devredilmesidir. İdeolojik bir tavır olan özelleştirme, ulusal ve uluslararası düzeyde, sermaye birikimi sürecindeki tıkanmaları aşabilmek ve kapitalist toplumun kendini yeniden üretebilmesi amacıyla bir araç ve çıkış yolu olarak görülmektedir(1)

ÖZELLEŞTİRMENİN FELSEFESİ

Özelleştirme, kamunun ekonomik ve sosyal etkinliğini azaltmaya yönelik bir politika. Bu politika yürürlüğe sokulmak istendiği tüm ülkelerde önemli sosyal sorunlara neden olup yoğun tepkiler doğurmuştur.

Ülkemizde özelleştirme politikaları siyasal iktidarlarca içinde bulunduğumuz sorunları aşmak için kaçınılmaz aşama gibi sunulmaktadır. Devlete göre özelleştirmeler gerçekleşirse, kamu açıkları giderek kapanacak, ekonomi uluslararası entegrasyonu sağlayacak ve rekabet edilebilir konumuna kavuşacaktır.

Ülkemizde ekonomik bunalımın temel nedeni

Kamu İktisadi Kuruluşları (KİT) ve kamu açıkları gibi gösterilerek KİT'lerin özelleştirilmesi gündeme getirilmiştir. KİT'lerin teknolojik yenilenmede geri, hantal ve verimsiz görünümü bir devlet politikası olup verimlilik için yönetimde sürekliliği sağlayacak deneyimli, bilgili ve yetenekli kadroların oluşmasına olanak verecek politikaların olmayışı, iş analizi, iş tanımı, norm kadro ve iş değerlendirilmesine göre ücret belirlemelerinin olmayışı, iş gücü planlamasının yapılmamış olması, KİT üst yöneticileri arasında hızlı değişim, KİT'lerin uzun dönemli planlama yapma ve başarılı uygulama şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu anlamda siyasal yönlendirmeleri en alt düzeye indirmek, özerkliklerini artırmak, yerinden yönetimi gerçekleştirmek, çalışanların yönetime katılımlarını sağlamak, etkin bir denetimi gerçekleştirmek, KİT'ler arası eşgüdümü sağlamak bir zorunluluktur.

KİT'lerde bu politikalar uygulanabilseydi bu günkü konuma gelinmezdi. KİT'lerin özelleştirilmesi 1983 yılından itibaren yavaş yavaş gündeme getirildi. Özellikle madencilik sektöründeki KİT yatırımlarının askıya alınması, köprü ve barajlara ait Gelir Ortaklığı Senetleri'nin satışa sunulması, KİT'lerin yatırımlarını finanse etmekte görevli Devlet Yatırım Bankası'nın Eximbank'a dönüştürülmesi ve KİT'lerin sermaye artırım taleplerinin Hazinece karşılanmaması finansman yapılan bozulan bu kuruluşların Ticari Bankalara bağımlı duruma gelmesiyle zararlarının büyük boyutlara ulaşmasına neden olmuştur.

Özelleştirme kavramı ülke gerçeklerinden yola çıkılarak varılan bir sonuç değildir. İç dinamiklerin bir tercihi ve dayatması hiç olmamıştır. Özelleştirme kapitalist ülkeler ile onların denetimindeki Dünya Bankası ve IMF (Uluslararası Para Fonu) gibi uluslararası finans kuruluşlarının, ekonomik politikalarını Türkiye gibi az gelişmiş ülkelere dayatmalarıdır.

Doğu ve Güneydoğu'da yıllardır süren savaşın yıllık faturası KİT'lerin zararlarının çok üstünde olmasına karşın siyasal iktidarlar enflasyonunun nedenini KİT'lerin zararı olarak gösterip tek çözümün özelleştirme olduğunu bunu da halkın yararına savunduklarını, sermayeyi tabana yayacaklarını sürekli vurgulamaktadırlar. Özelleştirme mucizeymiş

Özelleştirme kavramı ülke gerçeklerinden yola çıkılarak varılan bir sonuç değildir. İç dinamiklerin bir tercihi ve dayatması hiç olmamıştır. Özelleştirme kapitalist ülkeler ile onların denetimindeki finans kuruluşlarının, ekonomik politikalarını Türkiye gibi az gelişmiş ülkelere dayatmalarıdır.

gibi propagandasını yapmaları ve ülke gündeminin ilk sırasında tutmaları, işsizlik, süren savaş, can güvenliği, hayat pahalılığı, insan hakları, demokrasi, düşünce özgürlüğü, sağlık, eğitim gibi temel gereksinimlerin geri planda tutulup gündemin ilk sırasını özelleştirme ve kamu açıklarını kapatma politikalarını yapay biçimde medyanın da katkıları ile özelleştirme mucizesiyle halka sunmaları sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir.

ÖZELLEŞTİRME YONTEMLERİ

*KİT'lerin pay senetlerinin tümünün ya da bir bölümünün sermaye piyasası aracılığıyla özel ya da tüzel kişilere satışı; gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır.

*KİT'lerin pay senetlerinin teklif alma yoluyla satışı; KİT paylarının kısa sürede emilmesinin olanaklı olmadığı, kimi gelişmiş ülkelerde ve daha çok gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır.

*KİT'lerin blok satışları; KİT'lerin az sayıda ya da tek alıcıya pay senetleri yerine, mal varlığının değeri üzerinden pazarlık ya da teklif yoluyla satılmaktadır.

*Büyük KİT'lerin ortaklarına satışı; Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde büyük KİT'leri satın alabilecek güçte yerli sermayenin olmamasından dolayı, bu KİT'ler yabancı tekeller ile ulusal tekellere ya da bunların ortaklarına satılmaktadır.

*Doğrudan yabancı sermayeye satışı; gelişmekte olan ülkelerdeki tipik özelleştirmedir.

*Kamu ve özel kesim ortaklığı; KİT'lerin kendi içinde bölünerek en verimli ve karlı olanların satılmasıdır. Anonim şirkete dönüştürülen KİT'lerin verimli bölümlerinin özel kesime devrine karşın, satılmayan bölümlerinin kamuda kalmasıdır.

*KİT'lerin kiralanması (Leasing); bir mülkiyet devri olmayıp kamu kuruluşlarının belli bir süre özel kesime kiralanmasıdır.

*Yönetim devri; işletme anlaşması yoluyla KİT'lerin özel kesimce işletilmesi. Yönetim devri mülkiyet devrini kolaylaştırmaktadır.

*Kamu hizmetlerinin ihale edilmesi; mülkiyet devri olmayıp, ancak yerel yönetim ya da kamu hizmetleri üretiminin özel sektöre devredilmesi.

*Yasalarla KİT alanının kurumsal serbestleştirilmesi (Deregulation); bu yöntem ile devletin belirlenen sektörleri üzerindeki kısıtlamalar kaldırılmakta, özel sektöre kapılar açılmaktadır. Burada mülkiyet devri değil, mülkiyet transferi söz konusudur.

DÜNYADA ÖZELLEŞTİRME UYGULAMALARI

Özelleştirme isteklerini her zaman saklı tutan sağ iktidarlar ve özel tekeller bu isteklerini ancak belli konjunktürde uygulamaya çalışmaktadırlar.

İngiltere: İngiltere'de çeşitli zamanlarda iktidara gelen muhafazakar parti, KİT'lerin özelleştirme iddialarını her zaman ortaya atmış, ama birçok yeni KİT

kurmıştır. Özelleştirmeye gerçek anlamda, 1980'den sonra Thatcher döneminde girilmiştir.

1979-1987 yılları arasında yaklaşık 600 bin işçinin çalıştığı (kamu sektörünün %30'u) bölüm özelleştirilmiştir. İngilterede 1979'da KİT'lerin ulusal gelire katkıları %10.5 olup toplam 1.5 milyon işçi çalışmaktaydı.

BP'nin %5 payının satışıyla başlayan özelleştirme, 1984'te British Telecom'un %50.2 payını 14 trilyon 278 milyar liraya (Kasım 1989'daki TL karşılığı olarak) satılmasıyla önemli boyuta ulaşmıştır.

İngilterede özelleştirilen KİT'lerin değerlerinin oldukça altına satıldığı belirtilmektedir. Toplam özelleştirmeden 1987 sonu itibarıyla 40.3 trilyon liralık gelir sağlanmıştır.

Merkezi ve yerel kamu kuruluşlarının otobüs, sağlık, hapishane, mezarlık hizmetlerinin yanında, demir-çelik ve madencilikte büyük ölçüde özelleştirme gerçekleştirilmiştir.

Yaygın olarak işten çıkarmaların görüldüğü 1987 yılı itibarıyla çıkarılan işçi sayısı 600 bindir. Özelleştirilen kuruluşlarda ücretler ve sendikalaşma gerilemiştir.

Fransa: Avrupa'da özelleştirmenin yaygın olarak uygulandığı ikinci ülke Fransadır. 1986'da yapılan özelleştirmede öncelik daha önce kamulaştırılan kuruluşlara verilmiştir. 62 KİT'in özelleştirilmesi öngörülmüştür.

Özelleştirmede, bir kişinin %5'ten fazla pay senedi alamayacağı, %20'den fazlasının yabancılara verilmeyeceği gibi hükümler bulunmaktadır.

Fransa'da özelleştirme 1987'den sonra uygulanmamıştır. Yetkililer bu başarısızlığın nedenini uluslararası finans krizine bağlamışlardır.

Özelleştirme uygulamalarından sonra hisse senetlerinin değerlerinde önemli düşüşler olmuş ve çalışanlara satılması gereken %10'luk pay satılamamıştır. İstihdam daralmış, ücretler düşmüş ve yönetime katılma, temsil edilme ve sendikalara danışma mekanizmaları ortadan kalkmıştır.

Arjantin: 1985'te IMF'nin yeniden yapılanma programını kabul eden Arjantin büyük ölçüde özelleştirmeyi içeren bu planı, sendikaların direnişi nedeniyle uygulayamamıştır.

1989'da iktidara gelen Carlos Menem ise hızlı bir özelleştirme uygulaması başlatmıştır.

Telekomünikasyon Kurumu ENTEL'in hisselerinin %60'ı yabancı şirketlere, %10'u çalışanlara satılmış, %30'u ise ikinci özelleştirme için ayrılmıştır. ENTEL'in özelleştirmesinin halka yansımaları çok çarpıcıdır. Fiyatlar, özelleştirmeden önce %600, özelleştirmeden sonraki ilk üç ayda %2400 ve daha sonra %300 artmıştır.

1991'de özelleştirilen Arjantin Havayolları için hükümetin alıcıları dikkatli seçmediği, sözleşmelerin açık ve bağlayıcı olmadığı, satışın acele ve rastgele yapıldığı, mali ve siyasi açıdan pahalıya mal olduğu yolunda ciddi iddialar bulunmaktadır.

Yine karayollarının özelleştirilmesinde devletin yükten kurtarılmasının amaçlandığı belirtilmiş, ama uygulamada durum tam tersi olmuştur. Özelleştirme sonucunda hiçbir yeni yatırım yapmayan şirketler, altı ay içinde yatırımları parayı çıkardıkları gibi %30 kâra geçmişlerdir.

Arjantin'deki özelleştirmelerin sonucunda kamu malları düşük fiyatlarla uluslararası sermayeye devredilmiş, üretilen mal ve hizmetlerin kalitesi düşmüş, fiyatlar yükselmiş, işsizlik artmış, sendikalar zayıflamıştır.

TÜRKİYE'DE ÖZELLEŞTİRME

Türkiye'de uygulanmaya çalışılan özelleştirme, ideolojik ve politik olarak benzerlik içinde olmakla birlikte, gelişmiş kapitalist ülkelerden farklı özellikler içermektedir.

Ülkemizde özelleştirme çalışmaları IMF, Dünya Bankası ve diğer uluslararası tekelci sermayenin finans kuruluşlarının önerileri yürütülmektedir. Bu amaçla hazırlanan Özelleştirme Ana Planı, ABD'de kurulu bulunan Morgan Guaranty Bank tarafından hazırlanmıştır.

Morgan Guaranty Bank'a göre özelleştirme ideolojik, politik ve ekonomik bir uygulamadır. Oysa TUSİAD, Sermaye çevreleri ve İktidarlar özelleştirmenin ideolojik ve politik olmadığını ısrarla ifade etmektedirler.

Dünya Bankası ve IMF, önceleri borç verirken kamu kuruluşlarının belli alanlarda yatırım yapmaları, özel kesime kaynak aktaracak biçimde gelişmeler içinde olmalarını koşul olarak ileri sürerken, 1980'den sonra, bu yaklaşımın tersine, kamunun sınırlarını daraltıcı dayatmalar ileri sürmektedirler.

Tüm az gelişmiş ülkelere önerilen bu model içinde özelleştirme yer almakta ve o ülkenin KİT'leri daha çok yabancı sermayeye satılmaktadır. Diğer yandan KİT'lerin devletin bütçe açıklarına yol açtığını ısrarla ileri süren uluslararası finans kuruluşları silahlanma için ayrılan kaynaklara seslerini çıkarmaktadırlar.(1)

4 Ocak 1996 tarihinde T.C. başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Türkiye'de özelleştirme programında özelleştirmenin felsefesini şöyle açıklıyor.

"Özelleştirmenin ana felsefesi devletin asil görevleri olan ve özel sektör tarafından yüklenilemeyecek savunma, sağlık, eğitim ve alt yapı yatırımlarına yönelmesi ekonominin ise pazar mekanizmaları tarafından yönlendirilmesi."(2)

Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın özelleştirmeye bu felsefeyle baktığını söylemesine karşın, bugün sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi ve tazeronlaştırmayı getirmesi, kendi felsefeleriyle olan çelişkinin ortaya çıkarmaktadır.

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme toplumsal bir kazanım sayılan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın

gaspı demektir. Sağlıkta özelleştirme, KİT'lerin özelleştirilmesinden daha çok toplumsal sorunlar yaratacaktır. Kamuda verimlilik, kâr, bürokrasi, yönetim gibi kavramlar tartışılabilir fakat insanların doğuştan kazanmış oldukları sağlıklı yaşam hakkı tartışılmaz. Sağlık hizmetlerini baştan aşağıya ticarileştirmek insan haklarını ve insanca yaşamayı ve toplumsal kazanımları hiçe saymak demektir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme, 1980 sonrası dünya genelindeki özelleştirme politikalarının sağlık sektörüne yansımalarıdır. Sağlıkta özelleştirme; görüntü olarak özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi, özel hastanelerin yaygınlaşması gibi gösterilse de, toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılması ve hizmet alanının kâr amaçlı ticarileştirilmesidir.

BAZI ÜLKELERDE SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME

Serbest piyasa ekonomisinde girişimciler talebin en çok olduğu yerlere kaynaklarını götürdükleri için etkin olduklarını düşünürler. Ancak milyonlarca aç ya da evsiz insan bu düşüncenin yanlış olduğunu tanıdığıdır. Oysa piyasanın bu kaynakları, ülkelerin yerlerine göre değil de kamu hizmetlerine duyulan ihtiyacı gözönüne alarak kullandığını, yani Amerika Birleşik Devletleriyle Latin Amerika ya da Avrupayla Afrika arasında kaynak dağıtımını açısından bir ayırım gözetmediğini ileri sürmek, bir illüzyondan başka bir şey değildir.(3)

Başarılı Amerika Birleşik Devletleri yönetimleri on yıl süreyle ticarileştirme kavramını uluslararası düzeyde yaymak için bunca çaba harcamışlardır. Buna rağmen, piyasanın kamu hizmetlerini yerine getirmekte yeterli olamaması ve özellikle iyi sağlık hizmetlerine evrensel erişime olan belirgin ihtiyaç nedeniyle, Bush'un 1992'deki seçim kampanyası başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Yönetimi devralan Clinton yönetiminin görevleri arasında, en çok gerek duyulan yerlerde kılımlara hizmet vermeyi başaramayan ve giderek artan ücretleri kontrol altında tutamayan, ülkedeki kokuşmuş sağlık sisteminde reform yapılması da yer almıyordu.

İngiltere Tıp dergisi'nde (British Medical Journal) yayımlanan bir rapora göre, ABD'deki 65 yaş altı nüfusun altıda birinin sağlık sigortası yoktu ve halka açık Medicare ve Medicaid programlarına dahil olanların çoğu da ciddi erişim dezavantajları yaşıyorlardı. Rapor şöyle devam ediyordu:

Sağlık hizmetlerinin bedellerini bir parça makul hale getirecek sigortadan yoksun olan insanlar bu hizmetlerden yararlanmak için çok yüksek bedeller ödemek zorunda kalıyorlardı. Bunun doğal sonucu olarak ya tedavilerini geciktiriyor, ya tamamen vazgeçiyor ya da tedavinin daha ucuz veya ücretsiz olduğu hastane acil servisleri, poliklinikler ve kamu tarafından finanse edilen sağlık merkezleri gibi herşeyin bulunmadığı veya düzensiz çalışan yerlere başvuruyorlardı. Ancak son yıllarda hastane acil servisleri giderek kalabalıklaşırken, sağlık merkezleri daha tenhalaşmaya başladı... İnsanların en basit önleyici tedaviden bile yoksun olmalarının sonucunda Amerika

Birleşik Devletler'inde, önlenebilir bulaşıcı çocuk hastalıkları ve bebek ölüm oranları ciddi boyutlarda artış gösterdi.

Yine de Amerika Birleşik Devletleri, 1991 yılındaki Gayri Safi Milli Hasılası'nın %1'ini sağlık hizmetleri için harcadı. Ancak bu miktar, hem bebek ölümleri hem de hayatta kalma oranları çok daha iyi durumda olan Kanada'nın harcadığı miktarın yarısı kadardı. British Medical Journal'e göre:

Tıbbi bakım ücretleri, Amerika'daki tıbbi bakım olayının yapısında bulunan teşvik sistemi nedeniyle artış göstermiştir... Hastaneler ve doktorlar, verdikleri hizmete göre ücret aldıkları için giderek daha fazla para kazanmak amacıyla daha fazla hizmet vermeye başlamışlardır. Hizmeti veren kişi ve kurumlar tarafından teşvik edilen bu talebin kapsamı, hangi hizmetlerin klinik olarak gerekli olduğu hakkında yeterli bilgi bulunmayışı ve yüksek teknoloji içeren sağlık hizmeti vermeye hazır ve kolayca ulaşılabilecek uzmanların fazlalığı nedeniyle genişlemiştir.

Brezilyadan da buna benzer raporlar alınmıştır. Bu ülkede ameliyatsız doğum oranındaki yüksekliğin (araştırmaya göre sezaryanla doğum oranı Britanya'da %10 iken bu oran Brezilya da %75 düzeyindedir), piyasanın doktorlar ve hastaneler üzerindeki teşvik edici etkilerinden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Uluslararası düzeyde, kadınların, doğum yaparken profesyonellere başvurmak yerine kontrolü daha çok kendilerinin üstlenmesi sonucunda, kamu hizmetleriyle bu hizmetlerden yararlananlar arasındaki ilişkilerde değişiklik yapılması zorunluluğu gündeme gelmiştir. Bu hizmetleri sağlayanlar piyasa teşvikleri sağlanması şeklindeki neo-liberal tepki sonucunda ortaya çıkan ABD ve Brezilya sağlık sektörü deneyimleri gerçekten de eğitici olmuştur. Kullanıcıların ulaşamadığı bilgilere sahip olan hizmet üretim kesimleri, güç ve kontrolü ellerinde tutmaya başlamışlardır. Kadınlar da bu nedenle sadece pahalı değil aynı zamanda çok daha tehlikeli ve gereksiz tıbbi müdahalelere maruz kalmışlardır.

ABD'de, piyasa yaklaşımı nedeniyle ortaya çıkan, sağlık hizmetleri ve teknolojiyen yararlanma dağılımındaki çarpıklık, en sonunda sistemin temelini yani işveren esaslı sigorta olayını çöktürmüştür:

Giderek daha çok sayıda şirket (özellikle küçük işyerleri), maliyetlerindeki artışlar nedeniyle çalışanlarına sağlık hizmeti vermekten vazgeçmektedirler. Sigortasız personel sayısındaki artışın ardında yatan politika budur. Sonuç olarak 1980-1988 yılları arasında, çalışan Amerikan vatandaşlarının sayısı 15 milyon artmışsa da, sigortalı personel sayısında 5 milyonluk bir düşüş görülmüştür.

Eğer ücretli işçi sayısının artış gösterdiği dönemde ABD'de, işveren esaslı sigorta uygun görülüyorsa, nüfusun çok daha büyük bir çoğunluğunun resmi ekonomi dışında kaldığı Üçüncü Dünya Ülkelerinde bu uygulamanın hemen hiç görülmemesinden doğal bir şey olamaz. Hizmetlerin devlet tarafından sağlanmasının daha pahalı olduğu görüşü, sadece ABD'de örneklenen olaylarla değil, aynı

zamanda Üçüncü Dünyadan sağlanan kanıtlarla da çürütülmüştür. Yirmi yılı aşkın bir süre boyunca Latin Amerika, Karayipler, Afrika, Asya ve Pasifik ülkelerinde araştırmalar yapan Howard Jones bu konuda şunları söylemektedir.

Tamamen devlet tarafından üstlenilen sağlık sigortasının idari maliyeti, karşılıklı uygulamalardan daha düşüktür. Ticari sigorta şirketleri tarafından yürütülen kar amaçlı projeler çok daha pahalıdır. Devlet tarafından sağlanan sağlık sigortasının başka avantajları da vardır. Önceden hazır edilen bir fon sayesinde sağlık planlaması daha kolay yapılır. Bu şekilde elde edilen kaynaklar da, geliştirme projelerinin finansmanında kullanılmak üzere ödünç alınabilir. Eğer bunlar önleyici tedavi niteliğindeki sağlık projeleriyle, sonuçta iyileştirici tedavi için yapılması gereken harcamaları da belli oranlarda azaltabilirler. Her durumda, hizmetler için belirlenen maliyet düzeyinde düşüş olur ama yıllar geçtikçe toplumsal koşullar gelişir ve böylece arttırılan para, söz konusu hizmetlerde ortaya çıkarcak gelişmeleri desteklemek amacıyla kullanılır. Bu, kendisini yaratan topluma geri dönmesi gereken bir para yardımıdır.

Doğaldır ki bu, Üçüncü Dünya Ülkelerinin, son derece başarılı olsalar bile Kuzeyde uygulanan bazı sistemleri aynen kopyalamalarının mantıklı olacağı anlamına gelmez. Jones "Sağlık için uygun bir teknoloji de gereklidir," dedikten sonra şöyle devam ediyor:

Tedavinin, kişilerin ödeme gücünden bağımsız olarak herkes için mümkün olması önemlidir. Bu yalnızca sosyal adaletin bir gereği değil aynı zamanda nüfusun sağlık ve verimliliğini sağlama yolunda bütün toplumun yararına olan bir avantajdır. Bu her iki kriterde hizmeti sadece devletin sağlama durumu uygundur. Üstelik bu şekilde mümkün olan en ucuz hizmet de sağlanmış olacaktır.

Bu izlenimlerin önemi, sadece sağlık sektörüyle de sınırlı değildir.(3)

GENEL SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK REFORMU

1995 yılı bütçesiyle resmileşen sosyal devletin tasfiyesi politikası 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı içerisinde yeniden yapılanma (sağlık reformu) adı altında genel sağlık politikalarını incelediğimizde Sağlıkta Sosyalleşme politikalarının 224 sayılı yasa rağmen terk edilmesi ve gerek sağlık hizmetlerinin kamu yaran niteliğinden çıkarılması gerekse de özel sağlık kuruluşlarının işletme tarzında yönetilmesi şeklinde bir görüş uzunca süredir planlı bir şekilde sürdürülmektedir. Şimdi önümüze sürülen Sosyal Güvenlik Reformu adı altında yürütülen politikalar sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve tazeleştirilmesi demektir. Özel Sağlık Sigortacılığı'nın ve Özel Sağlık Hizmetleri'nin teşvik edilmesi halkın sağlık sorunlarını vahşi piyasa koşullarına terketmek ve sosyal devletin tasfiyesi demektir.

1992 yılında ilki gerçekleştirilen ULUSAL SAĞLIK KONGRESİ'nde sağlık alanına ilişkin sorunlar tartışıldı. Bu kongreye bakanlık yetkilileri, sağlık mes-

lak odaları, sağlık iş kolundaki sendikalar katıldılar. Nisan 1993'teki 2. Sağlık Kongresi'nde Bakanlık yetkilileri ile sağlık meslek odaları arasında görüş ayrılıkları nedeniyle bir kopuş yaşandı.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanına ait sorunlara yaklaşımı tıpkı devletin KİT'lere olan yaklaşımı gibi olmuştur.

SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN SORUNLARIN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK ÜÇ ÖNERİSİ

Sağlık Bakanlığı'nın sorunların çözümüne ilişkin önermeleri esas olarak üç başlık altında toplanmaktadır: (4)

a) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin hale getirilmesi için Aile Hekimliği

b) Hastanelerin daha verimli ve kaliteli hizmet verebilmesi için özelleştirme

c) Sağlık alanındaki hizmetlerin finansmanı içinde Sosyal Güvenlik Reformu önerilmektedir.

Sağlık hizmetinin uygulanmasındaki temel prensip insanın sağlıklı yaşamasının koşullarının oluşturulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmeti olarak bilinen bu çalışmaların etkili olmadığı yerlerde tedaviye yönelik sağlık hizmetleri önem kazanır. Ancak ülkemizdeki sağlık politikalarının hataları nedeniyle toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay sadece %2'dir. Özellikle Sağlık Reformu adı altında hazırlanan yasa taslağının temel aldığı iki husus olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğinin önem kazanması ve hastanelerin verimli olabilmesinde mülkiyetin özelleştirilmesi veya yönetimin mali açıdan özertleştirilemiş gibi yaklaşımlar kendilerine temel olarak tedaviye yönelik sağlık politikalarını almaktadır. Bu yöndeki sağlık politikalarının doğal uzantısı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı sorunu ele alındığında çözüm olarak akla gelen kuşkusuz potansiyel hastadan prim toplama temelindeki özel sigortacılık şeklidir. Sosyal Güvenlik reformu adı altında yürütülmeye çalışılan politikalar sağlık hizmetlerinin finansman alanını da piyasa ilişkilerine dahil etmeye amaçlamaktadır.

DPT öncülüğünde oluşturulan ve ilk toplantısını 16.12.1994 tarihinde gerçekleştiren bir çalışma grubu bu politikalar üzerinde çalışmaktadır. Çalışma grubunda ilgili bakanlıklar, SSK, Emekli Sandığı, Bağkur, İşçi ve İşveren Konfederasyonları temsilcileri ve öğretim elemanları bulunmaktadır. Bu grup dışı yönelik ilk çalışmasını 30 Ocak 1995 tarihinde "Türk Sosyal Güvenlik Sistemi: Sorunlar ve Reform Önerileri" isimli bir seminerle gerçekleştirdi. Bu seminerde konuşan Dünya Bankası yetkilisi Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'nin çökmek üzere olduğunu belirterek çözüm olarak Latin Amerika'ya uyguladıkları programları anlattı.

Bu programın iskeletini ise kuşkusuz yine özelleştirme oluşturuyordu. Dünya Bankası'nın "Karma Model" adını verdiği sisteme göre sosyal güvenlik sistemini esas olarak özel sektöre devretmek ve kamunun katılımını en aza indirmek temel amaçtır.

Dünya Bankası'nın yaklaşık iki yılda hazırladığı bir raporda şunlar ifade edilmektedir:

1) 1994 finansman açığı SSK'da 26.5 trilyon Emekli Sandığı'nda 6.3 trilyon, Bağ-Kur'da 5.4 trilyon olmuştur.

2) Aktif-pasif sigortalı oranı uluslararası minimum standartların altına düşmüştür. SSK ve Emekli Sandığı'nda 1.8 çalışana 1 emekli Bağ-Kur'da 3 Sigortalıya bir emekli düşmektedir. Bu tablonun yaratıcısı ise erken emekliliktir. (Ancak bu verinin doğru değerlendirilmesi Dünya Bankası'nın iddia ettiği gibi Türkiye'nin bir "sigortalı emekliler" cenneti olması değil aksine "sigortasız çalışanlar cehennemi" olduğu şeklindedir.)

Rapor esas niyetini 2. sayfada belli etmektedir. Buna göre devlet, sağlık hizmetlerinin üreticisi değil alıcısı olmalıdır. Raporla bu durum, "...Sosyal Güvenlik kuruluşlarının temel hizmetleri arasında olmayan sağlık hizmeti üretiminin bu kurumlarca gerçekleştirilmesi pahalı ve ihtisas gerektiren bir alanda verimsiz bir işletmeciliğe dönüşmektedir." şeklinde ifade edilmektedir.

Devamında ise "...Sosyal sigortalar kurumları sağlık hizmetlerinin satın alacak şekilde organize edilmelidir" denmektedir. Çözüm olarak tabii ki özel sigortacılığın teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır.

Görüldüğü gibi Sosyal Güvenlik reformu adı altında yutturulmaya çalışılan program, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kolektif kamu hizmeti olarak gerçekleştirilmesi yerine aile hekimliği adı altında özel (muayenehane usulü) doktorluğu getirmektedir. Bu program hastanelerin özelleştirilmesi politikalarıyla birlikte ele alındığında herşey yerli yerine oturmaktadır.

Esas olarak Dünya Bankası gibi emperyalist kuruluşların yönlendiriciliğinde sürdürülen yeni sağlık politikalarının temel amacı, insanın en temel hakkı olan sağlıklı yaşama isteğini enbayağı şekilde istismar ederek bir sömürü alanı haline getirmektir. Bilindiği gibi bu sektör sadece bir hizmet sektörü olarak değil belki de daha çok tıbbi malzeme (özellikle teknolojik ürünler) ve ilaç endüstrisi açısından çok cazip bir pazardır.

Sosyal Güvenlik Reformunun "şeytan üçgeni"ndeki işlevi finansman sorununu çözmektir. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nı tek örgüt çatısı altında birleştirerek özel sigortacılığın alt yapısı oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Sosyal Güvenlik kurumlarının özelleşerek tek bir çatı altında toplanmasıyla hedeflenmeye çalışılan şey ise daha çok sağlıklı hizmeti ve sağlık malzemesinin tüketiminin artırılması yönündeki politikaların tek merkezden etkin olarak yürütülmesidir. Tamamıyla bu etkiye açılmış olan özelleşmiş ya da mali denetimden kurtulmuş "özertleşmiş" hastaneler ve aile hekimi muayenehaneleri bu tüketimin marketleri haline getirilmeye çalışılmaktadır.

Önce yapılmak istenen kamu sosyal güvenlik ku-

rumlarını özelleştirmek ve ellerindeki imkanlara el koymaktır. Ancak burada tartışılması gereken, sağlık hizmetlerinin herhangi bir meta gibi arz-talep ilişkisi içinde değerlendirilebilmesinin rasyonel olmadığıdır. Zira sağlık hizmetleri arz-talep ilişkisi üzerinden gerçekleştirilemez. Çünkü ne hasta (tüketici) tüketeceğini tayin edebilir ne de üreticinin aracı rolündeki doktor keyfi olarak bir ürün belirleyebilir.

Bu husustaki bir diğer sorun da genel sigortacılığın finansmanı temelindeki bir sağlık politikasının büyük oranda "tedavi edici" sağlık hizmetini meşrulaştırmasıdır. Hiç bir kamusal amaç gütmeyen ve böyle bir sorumluluğu da bulunmayan bu tip sağlık örgütlenmesi sağlık politikalarının temelini teşkil etmesi gereken "koruyucu sağlık hizmeti"ni ihmal edecektir. Yani insanların hasta olmasını önlemek gibi bir amacın yerini hasta insanların sırtından para kazanmayı amaç edinen bir sağlık anlayışı alacaktır.

Kısacası, Dünya Bankası raporunda belirtilen şekilde Sosyal Sigorta kurumlarının sağlık hizmeti verme işinden vazgeçerek, sadece hizmet alan ve bu alanda tüketimi teşvik eden bir rol oynaması istenmektedir. Bu konuda ilk elden söylenmesi gereken husus sosyal güvenlik hizmetlerinin prim toplama yöntemiyle karşılanması mantığından vazgeçilmesi olmalıdır. Bu yaklaşım salt bu alanlardaki özelleştirme girişimlerini eleştirmekle kalmıyor, şu anki SSK mentalitesini de benzer bir eleştiriye tabi tutuyor. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet alanlarından ayrıldığı noktalar bunu gerekli kılmaktadır. Zira sağlık alanındaki temel sorun potansiyel hastadan prim toplayarak hastalandığı dönemlerde bundan yararlanmasını sağlamak değil kamu bütçesinden ayrılan payı etkin olarak kullanarak insanın hasta olmasına yolaçabilecek tüm maddi manevi koşulları ortadan kaldırılmasıdır.

Bu ise hükümetlerin, artık batıda bile iflas etmiş ve sosyal güvenlik kurumlarını bütçeden yardım almaya mecbur etmiş demode sosyal güvenlik reformuyla yapmaya çalıştığı gibi özel-özerk sağlık kurumları ve özel sigortacılık sistemiyle değil kamu sağlığını temel alan kamusal sağlık hizmeti ve toplam (koruyucu, tedavi edici) sağlık giderlerini karşılamaya yönelik kamusal finansman yoluyla olmalıdır. (4)

Önce yapılmak istenen kamu sosyal güvenlik kurumlarını özelleştirmek ve ellerindeki imkanlara el koymaktır. Ancak burada tartışılması gereken, sağlık hizmetlerinin herhangi bir meta gibi arz-talep ilişkisi içinde değerlendirilebilmesinin rasyonel olmadığıdır.

SONUÇ

Serbest piyasa kaynaklarını en çok arzu edilen, ihtiyaç duyulan yerlere götürdüğü için etkin ve gerekli olarak tanımlanır. Ancak milyonlarca aç evsiz ve sağlık hizmetlerinden yararlanamayan insanlar bu tezlerin yanlış olduğunun tanığıdır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi dünyada sağlık hizmetlerinden yararlanma ücretlerinde %300-400 oranında artışı ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinden yararlanma oranında önemli bir düşüş olduğu görülmektedir.

Bu düşüşten en çok etkilenen ise dar gelirliler ve yoksul kesim olduğu muhakkaktır.

Aynı zamanda sağlık hizmetlerindeki fiyat artışlarından en çok olumsuz etkilenen, en kolay incinebilen yaş grubunu oluşturan çocuklar ve yaşlılardır.

Ülkemizde bu olumsuzlukların yansımaları daha acımasız olacaktır. Çünkü ülkemizde zaten gelir dağılımı farklılıklarından oluşan eşitsizlikler yanında birde bölgeler arasında önemli oranda farklılıkların olması olumsuzlukları daha da çok artıracaktır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği bebek ölüm hızının bölgeler arası çok büyük farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Sağlık ve tedavi ücretlerinin özelleştirilmesi sonunda, pahalılaşması halkın sağlık birimlerine gidememesi ve gerekli ilaç tedavisinin yapılamayacağı ortadadır. Oysa sosyal devletin gereği olan sağlık hizmetlerinin kamu eliyle karşılanması temel devlet politikası olmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. KİT'ler ve Özelleştirme Sempozyumu 23-24 Temmuz 1993 TMMOB Ayte Eğılmez (KİT Komisyon üyesi) Sy. 104, 105
2. Türkiye'de Özelleştirme T.C.Başbakanlık Özelleştirme Dairesi Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Dairesi Başkanlığı 4 Ocak 1996.
3. Brendan Martin "Özelleştirme Kamu Yararına mı? Harbiş Yayınları Sy. 224, 225, 1994 Ankara
4. Sosyal Güvenlik Reformu, Halis Doğan Aylık Yön Dergisi Nisan 1995

DÜNYA GIDA ZİRVESİNDE "AÇLIK VE SAVAŞ" TARTIŞILDI

13-17 Kasım tarihleri arasında İtalya'nın başkenti Roma'da Birleşmiş Milletler Dünya Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından organize edilen ve 100 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen Dünya Gıda Zirvesi yapılmıştır. Türkiye'de zirvede Tarım ve Köylüleri Bakanlığının koordinasyonuyla oluşan bir heyetle temsil edilmiştir. Zirveye zengin ülkelerin katılımının az olduğu, az gelişmiş ülkelerin ise devlet düzeyinde katıldıkları dikkati çekmiştir.

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Teşkilatı (FAO) tarafından düzenlenen Gıda Zirvesi'nde, dünyanın 6 milyar insanı doyurabilecek kaynaklara sahip olmasına rağmen 800 milyondan fazla insanın aç olduğu ve açlıktan ölümlere son verilmesi için dünya kaynaklarının eşit olarak paylaşılması gerçeği tartışıldı. Açlıkla mücadele için faaliyet planı hazırlanarak 2015 yılına kadar açların sayısının yarı yarıya indirilmesi hedeflendi. Zirvede dünyada açlığın ortadan kaldırılmasının yanı sıra yetersiz ve dengesiz beslenmenin önüne geçilmesi, dünyada gıda güvenliğinin sağlanması konuları ele alınıp katılan ülkeler taahhütlerde bulundu.

FAO verilerine göre az gelişmiş 88 ülkede yaklaşık 840 milyon kişinin aç ve yetersiz beslenmeyle karşı karşıya olduğu bu rakamın 200 milyona yakınının beş yaş altında çocuklar oldukları özetle belirtildi.

Biz sağlıkçıların bu olumsuz gerçek karşısında duyarsız olması mümkün değildir. Açlık ve yetersiz beslenme başlı başına sağlıksızdır. Ülkemizde de gün geçtikçe az gelişmiş ülkelerde görülen açlık ve dengesiz beslenme ve bunun sebep olduğu çocuk ölümlerinin görülmesi ve geçenlerde TV'de izlediğimiz Diyarbakır'da yiy-

Açlık ve yetersiz beslenme başlı başına sağlıksızdır. Ülkemizde de gün geçtikçe az gelişmiş ülkelerde görülen açlık ve dengesiz beslenme ve bunun sebep olduğu çocuk ölümlerinin görülmesi ve geçenlerde TV'de izlediğimiz Diyarbakır'da yiyecek almak için birbirini ezen insanların dramatik görüntüleri ülkemizde de kaynakların dengesiz dağılımı ve kaynakların sağlıklı yaşam için harcanmadığı gerçeğini gösteriyor.

cek almak için birbirini ezen insanların dramatik görüntüleri ülkemizde de kaynakların dengesiz dağılımı ve kaynakların sağlıklı yaşam için harcanmadığı gerçeğini gösteriyor.

FAO tarafından hazırlanan raporda 1996-1997 dünya hububat rekoltesinin 1 milyar 821 milyon tona ulaşacağı tahmin ediliyor. Raporda dünya hububat rekoltesinin 1996 yılından bu yana %2,5 artmasına karşın, dünyada hububat sıkıntısının olması ve dünya nüfusunun %10 çoğalması ve hububat üreten ülkelerde kaynakların başka yerlerde kullanılmasından dolayı, dünyada hububat sıkıntısı çekileceği tahmin ediliyor.

Bu arada hububat fiyatlarının yükseldiği, stokların azaldığı ve dünyada hububat stokunun acil durumlar için artırılması gerektiği ifade edilmiştir.

Savaşla ilgili olarak ise, dünyada her yıl 30 milyar dolara yakın silah ticareti yapıldığı, silahların büyük kısmının ABD ve Rusya tarafından (20 milyar dolar) ihraç edildiği, silah ithalatında Hindistan'ın başı çektiği, daha sonra Japonya, Suudi Arabistan ve dördüncü sırada Türkiye'nin yer aldığı belirtilmiştir. Bu, dünyada savaş ortamının devam ettiği, savaş ortamında bulunan ülkelerin kaynaklarını, savaşa yani silaha yatırdığı, bu ortamlarda da doğal olarak açlık, yetersiz beslenme ve can kaybı olacağı ifade edilmiştir. Sonuçta

dünya ülkeleri savaşı ve silahlanmayı bırakıp, insanca yaşanacak bir dünya için kaynak aktarımını ve kaynakların eşit dağılımını hayata geçirdiğinde, Dünya Gıda Zirvesi'nde açlık yerine dünya gıda güvenliğinin sağlanması ve insanların yaşam kalitesini artırıcı sağlıklı ve dengeli beslenme projelerinin tartışılacağı vurgulanmıştır.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ*

Dr. Celal Özer EMİROĞLU
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uzmanı

I. GİRİŞ

Uluslararası ve ulusal düzeyde kabul edilen yasal düzenlemelerle Türkiye'de İş Yasası'na bağlı çalışanların iş sağlığı ve iş güvenliği korunduğu halde; benzer alanlarda çalışan memur ve sözleşmeli personel hukukî anlamda aynı korumadan yoksundur.

Ülkemizde memurlar ve sözleşmeli personel iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda önemli ölçüde haksızlığa uğrarken, bu haksızlıktan en fazla payı sağlık çalışanları almaktadır.

Türkiye'de çalışanları işçi, memur ve sözleşmeli personel şeklinde sınıflandıran yapay ayırım artık aşılması gereken bir engel durumundadır. Bugün Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmelerini ve Avrupa Toplumsal Anlaşması Bildirgesi'ni kabul edenler; artık bu yapay ayrımı aşarak, yapılan işi ve çalışanları tanımlayan ve koruyan kesin kararlar almışlardır. Türkiye bu uluslararası düzenlemelerin birçoğunu onaylayan bir ülke durumundadır.

II. ULUSLARARASI YASALARDA İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ

Türkiye'nin onayladığı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa Toplumsal Anlaşması, Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmelerinden başka 1944 yılında imzalanan Philadelphia Bildirgesi, 4.11.1950 tarihinde imzalanan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (İnsan Haklarını ve Temel Özgürlüklerini Korumaya İlişkin Avrupa Sözleşmesi), 25.3.1957 tarihinde imzalanan Avrupa Topluluğunun Anayasası olarak kabul edilen "Roma Antlaşması" ve bu anlaşmaya göre 1974 yılında kurulan "Güvenlik, Hijyen ve Sağlıkın Korunması Tavsiye Komitesi"nin kararları uluslararası düzeyde belli başlı belgelerdir. Türkiye'nin altını imzaladığı kararlardan bazı maddeler aşağıda sıralanmıştır.

1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi : (10.12.1948)

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen Bildirge'nin sağlık ve sosyal güvenlik hakları ile ilgili maddeleri en temel insan haklarından ikisidir. Türkiye tarafından kabul edilen bu bildirge 27.5.1949 tarihli resmi gazete yayınlanmıştır. Bildirgenin bizi ilgilendiren bazı maddeleri yorumsuz olarak incelenecek olursa;

Madde 22: Her insan, toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahiptir.

Madde 25: Her insanın gerek kendisinin gerekse ailesinin sağlık ve huzurnu güvenceye alacak bir yaşam düzeyine, özellikle yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve benzeri sosyal hizmetlere; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi iradesi dışında geçim olanaklarından yoksun kaldığı öteki durumlarda güvenliğe hakkı vardır. Analık ve çocukluğun özel bir bakım ve yardım görme hakkı vardır.

2. Avrupa Toplumsal Anlaşması (Avrupa Sosyal Şartı) (18.10.1961):

Avrupa Konseyi Üyesi hükümetler tarafından Torino'da kabul edilen 16.6.1989 tarih ve 2581 sayılı yasa ile (resmi gazete: 14.10.1989- 20312) Türkiye tarafından onaylanan bildirmede insan hakları ve temel özgürlüklerin gerçekleştirilmesi ve idame ettirilmesini amaçlayan kesin hükümler vardır.

Bölüm I

Madde 3: Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.

Madde 8: Çalışan kadınlar analık durumunda ve öteki çalışan kadınlar gerektiğinde, çalışırken özel korunma hakkına sahiptir.

Madde 11: Herkes, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkına sahiptir.

Madde 12: Tüm çalışanlar ve geçimini temin ettiği kişiler sosyal güvenlik hakkına sahiptir.

Madde 14: Herkes sosyal refah hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Madde 17: Medeni hallerine ve aile ilişkilerine bakılmaksızın, analar ve çocuklar uygun sosyal ve ekonomik korunma hakkına sahiptir.

Bölüm II

Madde 2 (Adil Çalışma Koşulları Hakkı) : Akit taraflar adil çalışma hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere:

Verimlilik artışı ve ilgili diğer etkenler izin verdiği ölçüde haftalık çalışma süresinintedricen azaltılmasını

* Ankara Eczacı Odası'nın da yer aldığı "Ankara Sağlık Platformu"nun Sağlık Çalışanları, Meslek Riskleri ve Meslek Hastalıkları Komisyonunun bir etkinliğidir.

öngören makul günlük ve haftalık çalışma saatlerini sağlamayı;

Belirlenen tehlikeli ve sağlığa zararlı işlerde çalışanlara ücretli ek izin verilmesini veya bunların çalışma saatlerinin azaltılmasını sağlamayı;... taahhüt ederler.

Madde 3 (Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları Hakkı) : Akit taraflar güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere:

Güvenlik ve sağlık alanlarında yasal düzenlemeler yapmayı;

Gerektiğinde, iş güvenliği ve sağlığını geliştirmeyi amaçlayan önlemler konusunda çalıştırılan ve çalışanların örgütlerine danışmayı;... taahhüt ederler.

Madde 8 (Çalışan Kadınların Korunma Hakkı): Akit taraflar çalışan kadınların korunma hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

Kadınlara doğumdan önce ve sonra, ücretli izin veya yeterli sosyal güvenlik yardımı veya kamu kaynaklarından yararlandırma yoluyla toplam en az 12 haftalık izin sağlamayı;

Emzirme döneminde analara, bu amaçla yeterli bir süre işe ara verme hakkı sağlamayı; ... taahhüt ederler.

Madde 10 (Mesleki Eğitim Hakkı)

Madde 11 (Sağlığın Korunması Hakkı) :Akit taraflar, sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanısıra;

Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;

Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluları artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;

Salgın hastalıklarla yerleşik, mevzil ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemleri almayı, taahhüt ederler.

Madde 12 (Sosyal Güvenlik Hakkı).

Madde 13 (Sağlık ve Sosyal Yardım Hakkı).

Madde 14 (Sosyal Refah Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı).

3. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO):

ILO tarafından kabul edilen 172 Sözleşme ve 179 Tavsiye Kararı vardır. Sözleşmelerin 9650'si, Tavsiye Kararlarının ise 9628'i iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilidir.

1952 yılında kabul edilen Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki 102 sayılı ILO Sözleşmesi'ne göre, sağlık yardımları, hastalık ödenekleri, işsizlik yardımı, ihtiyarlık yardımı, iş kazası ve meslek hastalığı yardımları, aile yardımı, analık yardımı, malûliyet yardımı ve ölüm yardımları olmak üzere asgari sosyal güvenlik normları dokuz başlık altında belirlenmiştir.

Türkiye bu sözleşmeyi 1451 sayılı yasa ile 29.7.1971 tarihinde (Resmî Gazete 10.8.1971 tarih ve 13922 sayılı) kısmen onaylamıştır.(Ek1) şöyle ki işsizlik yardımı ve aile yardımı onaylanmazken, sağlık yardımları ve analık yardımı şartlı onaylanmış, diğer yardımlar ise sözleşmede aynan olduğu gibi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının sağlığı ve çalışma ortamı ile ilgili olarak kabul edilen 149 (Hemşire ve Hastabakıcıların Çalışma Koşulları), 155 (Çalışma Ortamında İş Güvenliği ve Sağlığı) ve 161 (İş Sağlığı Hizmetleri) sayılı Sözleşmeler ile 157, 164 ve 171 sayılı Tavsiye Kararları henüz Türkiye tarafından onaylanmamıştır. (Ek. 2, 3, 4, 5, 6, 7).

III. ULUSAL HUKUKUMUZDA İŞÇİ-MEMUR AYIRIMI

İşçi ve memurun yapması gereken ortak yükümlülük bir "iş" in var olması ve bu işin yapılması ile ilgili olduğu halde, ülkemizde aynı işi yapan insanlar farklı statülerle farklı "insan haklarına" sahiptirler. İdare Hukukunun memuru tanımlayan hükümleri ile İş Hukukunun işçiyi tanımlayan hükümleri farklı farklıdır. Çalışan işçi statüsünde ise işçi sağlığı ve iş güvenliği ve meslek hastalıkları ile ilgili 15 yasa, 28 tüzük ve 22 yönetmelik bulunmasına rağmen, eğer çalışan memur statüsünde ise bu konularla ilgili sadece 657 sayılı yasa net olmayan birkaç madde vardır.

Memurlarla ilgili ilk defa 1926 yılında çıkan 788 sayılı yasada; işçi statüsü dışında "memurluk" ve "müstahdemlik" statüsü öngörülmüştür.Bu yasaya göre memur, "kendisine devlet hizmeti tevdi edilen ve özel sicilinde kayıtlı ve genel ve özel bütçelerden aylık alan kişi", müstahdem ise, "devlet işlerinde ücretle kullanılan ve memur sicilinde kayıtlı bulunmayan ve memur hukuku ile yetkilerinden yararlanmayan kimse" olarak tanımlanmıştır.Memuru yücelten, müstahdemliği küçümseyen bu anlayış 1938 yılında çıkartılan 3008 sayılı İş Yasası ile pekiştirilerek kamu görevlilerinin bir kısmı memur, bir kısmı bedenen çalıştıkları için işçi olarak kabul edilmiştir.

İşçi-memur ayrımı konusu daha sonra 3656 ve 3659 sayılı yasalar, 1958 yılında çıkan 4/10195 sayılı yasa, 1963 yılında çıkan 274 sayılı ve 1983 yılında çıkan 2821 sayılı Sendikalar Yasası, 1965 yılında çıkan 657 sayılı Devlet Memurları Yasasında ele alınmıştır. 7, 12, 233, 241, 399 sayılı Kanun Hükünde kararnameleler (KHK)'le tekrar düzenlenmiştir.

657 sayılı yasa 1979 yılında 1327 sayılı yasa ile değiştirilerek, işçi-memur tartışmasına konu olan personel (müstahdemler) yeni memur statüsüne geçirilerek bir "yardımcı hizmetler" sınıfı yaratılmıştır.

1973 yılında çıkartılan 7 sayılı KHK ile 657 sayılı yasa yeniden düzenlenerek "İşçiler: İş kanunlarına göre işçi sayılanlar ile... işyerlerinde bedenen veya bedenen ve fikren çalışanlardan bedeni çalışmaları fikri çalışmalarına galip olan kişilerdir". İfadesiyle işçinin yeni bir tanımı yapılmıştır.

1974 yılında çıkartılan 12 sayılı KHK ve 1975

yılında bu KHK'yi değiştiren 1897 sayılı yasa, 657 sayılı yasayı yeniden değiştirmiştir. (m.4) Değişikliğe göre kamu hizmetlerinin memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler tarafından sürdürülebileceği ifade edilmiş, asli ve sürekli nitelikte olan kamu hizmetlerini yapmakla görevli olanların memur sayılacakları hükme bağlanmıştır. Hangi kurumların asli ve sürekli nitelikte görev yaptıklarına Bakanlar Kurulunun, bu kurumlarda çalışanlardan kimlerin işçi olduğuna, bu amaçla kurulan bir komisyonun karar vermesi getirilmiştir.

657 sayılı yasadaki (m.4/B) Sözleşmeli Personel kavramı; "Kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işyerleri için şart olan, zaruri ve istisnai hallerde münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri alınarak Bakanlar Kuruluna geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileridir" şeklinde ifade edilmektedir. Ancak; bugün uygulamada bu maddenin önemi kalmamıştır. Önemli, önemsiz her konuda ve her meslekte kamu görevlisi idari hizmet sözleşmesi ile geçici olmayan görevlerde yıllarca çalıştırılmaktadır. Yani; önemlilik koşulu, zarurilik ve istisnai haller (özel mesleki bilgi) koşulu ve geçicilik koşulları geçerliliğini yitirmiştir. Sözleşmeli personel artık devlet memuru gibi asli ve sürekli şekilde çalıştırılmaktadır.

Başlangıçta sözleşmeli personele fazla ücret vermek anlayışı vurgulanırken, bugün farklı ücret politikaları uygulanmaktadır. 1978 yılı Bütçe Yasasına konulan bir hükme dayanılarak 6.6.1978 gün e 7/15754 sayılı kararname çıkartılarak sözleşmeli personel çalıştırılmasının genel esasları belirlenmiştir. Sonra da her yılın bütçe yasasına konulan hükümlerle bu genel esasların devamlılığı ve bu esaslarda değişiklik yapılması sağlanmıştır.

Ayrıca 657 sayılı yasadaki (m. 4/D) "Bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğuna.. karar verilen görevlerde... sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kişiler..." Geçici Personel kabul edilmektedir. Bu kişiler sözleşme ile çalıştırılıyor işçi değil, devlet içinde çalışıyor memur olarak kabul edilmiyor.

1971 yılında çıkan 1475 sayılı İş Yasası (m.1) "işçi" tanımını yaparken; "Bir hizmet akdine dayanarak herhangi bir işte ücret karşılığında çalışan kişi.." ifadesini kullanmaktadır. İşçiyi yaptığı işin niteliğine göre bir ücret karşılığında, işverene bağımlı olarak çalışan insan olarak tanımlayan bu ifade memurun statüsüne uygundur. Başka bir anlatımla; işin bedensel veya düşünsel ya da hem bedensel hem de düşünsel nitelikte olması mümkündür ve bu tanım kapsamına giren tüm çalışanların İş Yasasına tabi olması gerekir.

5953 sayılı Basın İş Yasası (m. 1); "... her türlü fi-

kir ve sanat işlerinde çalışanları...", 2821 sayılı Sendikalar Yasası (m.2); "fiziki veya fikri emek arzı suretiyle... çalışanları işçi olarak kabul ederken bu yaklaşımı da onaylamaktadır.

Yasal düzenlemelerdeki bu karmaşa ve tartışma sürerken 1982 Anayasası (m.128) "... kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür." ifadesini kullanmıştır. Bu maddede "memur" ve "diğer kamu görevlileri" tanımının yasa ile yapılacağı belirtilmiştir. Söz konusu yasa bugüne kadar çıkartılmamıştır. Yasa yerine daha sonra 8.6.1984 tarihinde çıkartılan 233 KHK ile bu tanım yapılmış, "diğer kamu görevlileri" ifadesi "sözleşmeli personel" olarak tanımlanmıştır.

233 sayılı KHK'yi düzenleyen, 1988 yılında çıkan 308 ve 1990 yılında çıkan 399 KHK'lerin bazı maddelerini Anayasa Mahkemesi iptal etmiştir. Konu ile ilgili hâlen netve kesin bir yasal düzenleme yapılmamıştır.

1985-86'lı yıllarda tartışılan "Sağlık Hizmetleri Yasa Tasarısı" kabul edilmiş olsaydı, tüm sağlık personeli sözleşmeli personel statüsüne geçirilmiş olacaktı.

"Sözleşmeli Personel" kavramının netleşmemesi nedeniyle ilgili kişiler memur olmadıkları için 657 sayılı yasanın güvencesinden, işçi olmadıkları için ise sendikal ve siyasi haklardan yoksun bırakılmaktadır. Anayasanın siyasi parti kurma ve partilere girme yasağı ile ilgili 68. maddesinde "... kamu kurum ve kuruluşlarının memur statüsündeki görevlileri, yaptıkları hizmet bakımından işçi niteliği taşımayan diğer kamu görevlileri... siyasi partilere üye olamazlar." ifadesi bulunmaktadır. Bu ifade sözleşmeli personel dahil her türlü kamu görevlisine siyasi partilerde çalışma yasağı getirmektedir.

Aynı koşullarda çalışan farklı statüdeki memur, işçi veya sözleşmeli personel için tek statünün uygulanmaması çalışanlar için hak kayıplarına neden olurken, çalıştıranlar için ise kazanç artışına neden olmaktadır. İşverenin devlet veya özel sektör olması bu durumu değiştirmemektedir.

Bütün bu yazıların ışığında;

Ülkemizde onaylanan uluslararası bildirgeler ve sözleşmeler doğrultusunda işçi, memur, sözleşmeli ve geçici personel ayrımı yeniden incelenmeli ve bu yapıyı ayırma son verilmelidir. Tüm çalışanlar mevcut İş Hukuku hükümleri kapsamına alınmalı ve yasalar günün koşullarına göre yeniden düzenlenmelidir. Sadece "çalışanların" sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili düzenlemeler yasal karmaşayı ortadan kaldırırken, denetimin de daha organize olmasını sağlayacaktır. Böylece aynı işi yapan fakat farklı statüde çalışanlar arasındaki yasal düzenlemelerden kaynaklanan haksızlıklar ortadan kaldırılacaktır.

Aynı şekilde; Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur gibi sosyal sigorta örgütlenmeleri de tek bir statü altında toplanarak farklı uygulamalara son verilmelidir. Tüm çalışanlara sağlıklı

yaşama ve çalışma hakkının sağlanmasına yönelik asgari normlar oluşturulmalıdır. Sosyal güvenliğin asgari normları olarak kabul edilen sağlık, hastalık, işsizlik, ihtiyarlık, iş kazası ve meslek hastalığı, aile, analık, malûllük, ölüm yardımları öncelikle tüm çalışanlarda adil bir şekilde sağlanmalıdır. Bu konuda 1961 yılında çıkartılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine uygun olarak yapılan uygulamalar yeniden gündeme getirilebilir.

Diğer tarafta bir başka yasal boşluk ise, sağlık personelinin fiili hizmet ilavesinden yararlandırılmaması ile ilgilidir. Tüm iş kollarından daha fazla meslek hastalığı görülen sağlık iş kolunda çalışanların tamamına yakını Devlet Memurları Yasasına tabidir ve daha fazla yıpranmaktadır. Bu haktan yararlandırılmayan sağlık çalışanlarının emekli hizmet süresi ile ilgili önemli kayıplar vardır.

Fiili hizmet ilavesi konusunda değişik meslek gruplarının bireysel veya örgütlü hak alma mücadeleleri sürmektedir. Haksızlığa uğrayan grupların mücadelesi sonucu Emekli Sandığı Yasasının, 32. maddesine yeni ilaveler mümkündür. Ancak; eğer m. 32'de belirtilen riskler mesleki riskler ise; Devlet Memurları Yasası'na göre iş sağlığı ve meslek hastalıkları kavramları ile ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmaması, memurlar ve özellikle sağlık çalışanları için önemli bir boşluktur. Otuziki yıldır çıkartılmayan sigorta yardımları ile ilgili özel yasalar büyük hak kayıplarına ve eşitsizliklere neden olmaktadır. Bu yasa taslağının en kısa zamanda hazırlanarak tartışmaya açılması gerekir. Bu anlamda, sadece fiili hizmet ilavesi için mücadele etmek yeterli çözüm olmadığı gibi daha önemli hakların alınma mücadelesini etkileyebilir.

Ancak; yasal düzenlemelerin sağlanmasıyla tüm sorunların çözümleneceği şeklinde bir yanılgıya da düşmemek gerekir. Tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile

çalışanları değişimler yönünde hazırlanmaz ve eğitilmezse çıkabilecek yasal düzenlemeler de bir anlam ifade etmeyecektir. Biz biliyoruz ki; 1475 sayılı İş Yasasına bağlı olarak çalışanlarla ilgili yasal düzenlemeler gelişmiş ülkeler düzeyine yakın olmasına rağmen istenilen iş sağlığı ve iş güvenliği düzeyine ulaşamamaktadır. Buradaki sorun ve eksiklik 1475 sayılı yasaya göre çalışanların haklarını bilmemesi ve eğitimsizliğidir. Bu nedenle aynı hataya düşmemek için, insan kaynaklarının sağlığının geliştirilmesi ve eğitiminin sağlanması birlikte değerlendirilmelidir.

Bilimsel verilere dayanarak oluşturulacak iş sağlığı ve iş güvenliği önlemleri için bütçeden yeterli finansman ayrılmalıdır. İşyerlerinde iş sağlığı, iş güvenliği ve meslek riskleri ile ilgili önlemler alınmalı, her işyerinde bir kazadan korunma ve eğitim programı oluşturulmalı, çalışanların meslek risklerini bilme hakkı gözetilmelidir. Meslek risklerinin tesbiti için; öncelikle sağlık çalışanlarının meslek grupları ve meslek tanımı yapılarak görev sınırları çizilmeli, her çalışana iş risklerine yönelik "işe giriş muayenesi ve laboratuvar testleri" yapılmalıdır.

Akılcı ve çağdaş yönetim biçimleri geliştirilmeli; yöneticiler "polis" rolünden "danışman-eğitmen-yetistirmen" rolüne geçiş sağlamalıdır. Yeni görüşlerin, yapıların ve uygulama biçimlerinin bulunması kadar, verilenlerin eleştirilmesi de önemlidir. Bu esnekliği yakalayabilmek için öncelikle yöneticiler eğitilmeli, eğitilemiyorsa değiştirilmelidir.

Daha verimli çalışma koşulları; sosyal güvenliğin sağlanması, iş sağlığı, iş güvenliği ve meslek hastalıklarına karşı etkin önlemlerin alınması ve tüm çalışanların konu ile ilgili olarak eğitilmesi ve sorunlarına sahip çıkarak örgütlenmesiyle sağlanacaktır. İnsan ilişkilerini anlama ve örgütlenme eğitim ile, eğitim ise bilgi ve becerilerin yükselmesiyle olgunlaşacaktır. ■

1997 BÜTÇESİ ÜZERİNE TESPİTLER*

BÜTÇE: İktidarların temel ekonomik ve siyasal tercihlerini ortaya koyan ve bunu yansıtan önemli belgelerdir.

1997 Mali yılı bütçesini incelediğimizde ilk göze çarpan bütçenin "BORÇ ve FAİZ" bütçesi olduğudur. 6 Katrilyon 255 Trilyon TL olan 1997 yılı bütçesinin %29,8'i borç faizleri ödemelerine %54,1'i ise toplam transfer harcamalarına ayrılmıştır.

1980 sonrası bütçeleri incelendiğinde özellikle 1990 sonrası bütçe açıklarında çok büyük sapmalar olduğu ve ön görülen bütçeler ile gerçekleşen bütçeler arasında çok büyük açıklar olduğu uzmanlarca bildirilmektedir. 1995 bütçesinin 315 Trilyon TL, 1996 yılı bütçesinin ise Eylül ayı sonu itibarı ile 751 Trilyon TL açık verdiği ve iç borç faiz ödemelerinin 1997 yılı bütçesine aktarılacağı dikkate alınır ise 1997 bütçe açığının çok büyük olacağı ortadadır. 1997 yılı için denk bütçenin hazırlandığını söylemek pek gerekleri yansıtmamaktadır.

Bütçelerin denk gelmesi ve açık vermemesi için bütün gelirlerin bir havuzda toplanması gerekir. Bir havuzda toplanan gelirlerin ihtiyaca göre harcanması ve denetimi yapılabilir bir şekilde harcanması gerekir. 1980 sonrası çeşitli fonlar açıldığını biliyoruz. Bu fonlarda toplanan gelirlerin ne kadar olduğu ve nereye aktarıldığı belli olmamaktadır. Denetimlerini Sayıştayın yapması gerekir fakat bu fonların nereye gittiği ve ne kadar biriktiği belli olmadığı için tespiti ve denetimi de çok zor görülmektedir.

SAĞLIK

1997 yılı Sağlık Bütçesi için 204 Trilyon 499 Milyar olarak ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe içindeki payı %3,27'de kalmış ve fon gelirleri ile birlikte 210 Trilyona çıkacak bütçenin Genel Bütçe içindeki payı %3,3 olarak belirlenmiştir. Bunun yalnızca %10'u yatırım olarak öngörülmüştür. Sosyal Güvenlik Sistemi için ise hiç bir iyileştirmeye rastlanmamıştır.

Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna Bütçe görüşmelerinde nüfusun 21,4 milyonunun Sosyal Sağlık Sigortası kapsamına alınacağını ve bunun Genel Sağlık Sigortasına geçişte bir adım olacağını söylemiştir. Buna göre sigortalıların gelir durumuna göre basamaklandırılacağı ve buna göre prim ödeneceği öngörülmüştür. Bunun anlamı ise paranın kadar sağlık hizmetinden yararlanmak demektir. Gelir durumuna göre prim toplanır denmekte fakat toplanan primden eşit hizmet verilip verilemeyeceği anlaşılmamaktadır.

EĞİTİM

Bütçenin %11,3'nü oluşturan 705 Trilyon TL ayrılmış olup (Universitelerle birlikte) bunun %16'sı eğitim yatırımlarına ayrılmıştır. Bununla da eğitim yatırımlarının çok gerilerde olacağını şimdiden anlamak mümkündür.

1997 yılı bütçesi bu şekilde parası olana eğitim, sağlık, sosyal güvenlik olanağı sağlayacağını şimdiden beyan etmiştir.

1997 yılı bütçesinde "SOSYAL DEVLET" ilkesinden hemen hemen vazgeçildiği görülmektedir.

DIYANET

1997 Bütçesinde en önemli paylardan birini de Diyanet Bütçesi oluşturmaktadır. Diyanet İşleri Bütçesi 47 Trilyon TL'dir. 52 Üniversiteye 194 Trilyon liranın ayrıldığı bir ülkede devletin alanaklarını nelerde kullanacağını çarpıcı bir örneğidir.

SANAYİLEŞME VE KALKINMA

1997 Bütçesinde sanayileşme ve kalkınma yatırımları için bütçenin %8,4'ünü oluşturan yalnızca 524 Trilyon TL ayrılması Türkiye'nin Sanayileşme ve Kalkınmayı geri plana attığını ve Sanayileşme ve Kalkınma gibi bir tercihinin olmadığını göstermektedir.

SAVUNMA VE GÜVENLİK

1997 Bütçesinde SAVUNMA ve GÜVENLİK harcamaları için toplam 962 Trilyon Lira ayrılmıştır. Diğer cari harcamaların %70'ini oluşturan 478 Trilyon da bu kapsamda kullanılacağı gerçeğinden yola çıkarsak bu rakam 1.490 Katrilyon Liraya ulaşmaktadır.

Ekonomik çıkmazla karşı karşıya bulunan Türkiye için 16 Milyar Dolarlık bir savunma ve güvenlik harcaması yapması büyük bir rakam olup 1997 bütçesinin bir SAVAŞ bütçesi olduğu gerçeğini taşımaktadır.

1,3 Katrilyon açık beklenen 1997 bütçesinin, hızla özelleştirme uygulamaları ile elde edilecek gelirle karşılanmak istenildiği ortadadır. Ancak bunun gerçekleşmesi çok güç olacaktır. Dolayısı ile 1997 yılında iç ve dış borçlanma daha da artacaktır.

Sonuç olarak 1997 bütçesiyle iç ve dış borçlanmalar artacak, özelleştirme ile işsizlik, isten çıkarılmalar ve sendikasılaşmalar yaşanacaktır. Sağlık Bütçesinin bu oranıyla Sosyal devlet anlayışından vazgeçildiği görülmektedir.

* 29 -30 Kasım - 1 Aralık 1996 tarihinde İçel'de yapılan Bölgearası toplantıda 1997 Mali Yılı Bütçe Konusu Tasarısı ile ilgili tartışmaya katkı sunmak üzere Ankara Eczacı Odası tarafından hazırlanmıştır.

Böylesi bir sağlık harcaması oranıyla bundan en çok etkilenecek olan gruplardan birisi de eczacılar olacak ve önümüzdeki yıl kurum ödemelerinde büyük sıkıntılar yaşanacaktır. Bu nedenle eczacılar olarak, böylesi bir bütçeye HAYIR demenin doğru olacağı inancını taşımaktayız.

SAVUNMA ADALET-EMNİYET ÖDENEKLERİ

(Milyar TL)

| YIL | SAVUNMA ÖDENEĞİ | BÜTÇE PAYI % | ADALET EMNİYET | BÜTÇE PAYI |
|------|--------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| 1993 | 49.555 | 12.5 | 16.447 | 4.1 |
| 1994 | 93.464 | 11.4 | 32.262 | 3.9 |
| 1995 | 184.327 | 13.8 | 54.864 | 4.1 |
| 1996 | 386.517 | 11.0 | 105.087 | 3.0 |
| 1997 | 230.388 | 12.7 | 230.388 | 3.7 |

TOPLAM SAVUNMA ÖDENEKLERİ

(Milyar TL)

| YIL | SAVUNMA ÖDENEĞİ | BÜTÇE PAYI |
|------|-----------------|------------|
| 1993 | 66.002 | 16.6 |
| 1994 | 125.726 | 15.3 |
| 1995 | 239.191 | 17.9 |
| 1996 | 491.604 | 14.0 |
| 1997 | 1.023.843 | 16.4 |

BÜTÇE BÜYÜKLÜKLERİ

(Milyon TL)

| | 1993 | 1994 | 1995 |
|-----------------|----------|---------|-----------|
| BÜTÇE GİDERİ | 490.438 | 902.425 | 1.724.194 |
| PERSONEL GİDERİ | 169.510 | 273.062 | 502.600 |
| BÜTÇE GELİRLERİ | 357.333 | 751.615 | 1.409.251 |
| VERGİ GELİRLERİ | 264.273 | 587.760 | 1.084.351 |
| BÜTÇE AÇIĞI | -133.105 | 150.839 | -314.943 |

**1997 KONSOLİDE BÜTÇE ÖDENEKLERİNİN
İDARİ-FONKSİYONEL DAĞILIMI**

(Milyar TL)

| | BÜTÇE TEKÜFİ | %PAY |
|------------------|--------------|-------|
| Genel Hizmetler | 1.836.955 | 29.3 |
| Savunma | 739.455 | 12.7 |
| Adalet-Emniyet | 230.388 | 3.7 |
| Tarım-Orman-Köy | 164.886 | 2.6 |
| Su İşleri | 174.751 | 2.8 |
| Karayollar | 124.557 | 2.0 |
| Boydünlük | 37.464 | 0.6 |
| Ulaştırma | 22.157 | 0.4 |
| Madencilik | 20.513 | 0.3 |
| Eğitim | 705.763 | 11.3 |
| Sağlık | 204.939 | 3.3 |
| Kültür-Turizm | 34.961 | 0.6 |
| Sosyal Hizmetler | 38.211 | 0.6 |
| Borç Faizleri | 1.864.000 | 29.8 |
| Konsolide Bütçe | 6.255.000 | 100.0 |

1997 YILI BÜTÇESİ

| GİDER BÜTÇESİ (Milyar TL) | Bütçe Payı |
|---------------------------|----------------|
| Cari Hizmet Ödeneği | 2.159.750 34.4 |
| Personel | 1.490.000 23.8 |
| Diğer Cari | 669.750 10.8 |
| Yatırım Ödeneği | 524.600 8.4 |
| Transfer Ödeneği | 3.570.650 57.0 |
| Konsolide Bütçe Ödeneği | 6.255.000 |
| GELİR BÜTÇESİ | |
| Genel Bütçe Geliri | 6.238.000 99.7 |
| Vergi Gelirleri | 4.368.000 69.8 |
| Vergi Dışı Nor. Gelir | 1.445.000 23.1 |
| Özel Fonlar ve Gelirler | 425.000 6.7 |
| Katma Bütçe Geliri | 17.000 0.2 |
| Konsolide Bütçe Geliri | 6.255.000 |
| DENK BÜTÇE | |

KONSOLİDE BÜTÇE GELİRLERİ
(Milyar)

| | 1996(Tah) | Bütçe Payı% | 1997 | Bütçe Payı% | Artış% |
|----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------|
| Genel Bütçe Gelirleri | 2.636.700 | 99.6 | 6.238.000 | 99.7 | 136.3 |
| Vergi Gelirleri Toplamı | 2.200.000 | 83.1 | 4.368.000 | 69.8 | 98.5 |
| Gelirden Alınan Vergi | 860.000 | 32.5 | 1.780.000 | 28.4 | 107.0 |
| -Gelir Vergisi | 670.000 | 25.3 | 1.415.000 | 22.6 | 111.2 |
| -Kurumlar Vergisi | 190.000 | 7.2 | 365.000 | 5.8 | 92.1 |
| -Servetten Alınan Vergi | 18.000 | 0.7 | 32.500 | 0.5 | 80.6 |
| -Motorlu Taşıtlar Vergisi | 16.000 | 0.6 | 29.000 | 0.4 | 81.3 |
| --Veraset İntikal | 2.000 | 0.07 | 3.500 | 0.05 | 75.0 |
| Mal ve Hiz. Al. Ver. | 943.000 | 35.6 | 1.810.000 | 28.9 | 91.9 |
| -Dahil Alın.KDV | 410.000 | 25.5 | 800.000 | 12.7 | 95.1 |
| -Ek Vergi | 50.000 | 1.9 | 105.000 | 1.6 | 110.0 |
| -Taşıt Alım Vergisi | 35.000 | 1.3 | 72.000 | 1.2 | 105.7 |
| -Ak.Tük.Vergisi | 290.000 | 10.9 | 540.000 | 8.6 | 86.2 |
| -Bank Sig. Mua.Ver. | 53.000 | 2.0 | 105.000 | 1.6 | 98.1 |
| Damga Vergisi | 54.000 | 2.04 | 95.000 | 1.5 | 75.9 |
| Harçlar | 51.000 | 1.9 | 93.000 | 1.4 | 82.4 |
| Dış Tic. Alınan Vergi | 376.200 | 14.2 | 744.500 | 11.9 | 97.9 |
| -Gümrük Vergisi | 53.000 | 2.0 | 100.000 | 1.6 | 88.7 |
| -Akar. Güm. Ver. | 7.000 | 0.3 | 13.500 | 0.2 | 92.9 |
| -Tek. ve Taktı Ver. | 100 | 0.004 | 150 | 0.002 | 50.0 |
| -İthalde KDV | 315.000 | 11.9 | 629.000 | 10.5 | 99.7 |
| -Diğer Dış Tic. | 1.100 | 0.04 | 1.850 | 0.02 | 68.2 |
| Kaldırılan Vergi Artıkları | 2.800 | 0.1 | 1.000 | 0.016 | 64.3 |
| Vergi Dışı Normal Gelir | 167.000 | | 1.445.000 | 23.1 | 765.3 |
| -Kurumlar Has. Dev.Pay | 6.000 | 0.2 | 145.000 | 2.3 | 2316.7 |
| -Dev.Patrumuvanı Gel. | 82.000 | 3.1 | 1.170.000 | 18.7 | 1326.8 |
| -Faiz İkras Taviz Alınan | 30.000 | 1.1 | 50.000 | 0.7 | 66.7 |
| -Cezalar | 29.000 | 1.1 | 50.000 | 0.7 | 72.4 |
| -Çeşitli Gelirler | 20.000 | 0.8 | 30.000 | 0.4 | 50.0 |
| Özel Gelir ve Fonlar | 269.700 | 10.2 | 425.000 | 6.8 | 57.6 |
| -Özel Gelir | 2.700 | 0.1 | 5.000 | 0.07 | 85.2 |
| -Fonlar | 267.000 | 10.1 | 420.000 | 6.7 | 57.3 |
| Katma Bütçe Gelir | 10.000 | 0.4 | 17.000 | 0.3 | 70.0 |
| Konsolide | 2.646.700 | 100 | 6.255.000 | 100 | 136.3 |

HASTA HAKLARI

Ecz. Sündüs İbiş

Sağlıklı insanların başındaki tacı ancak hastalar görür.

V.HUGO

☐ *Tıbbi insanlığın hizmetine uygulamak, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastaların acılarını dindirmek ve onları rahatlatmak, tıp doktorlarına tanınmış bir ayrıcalıktır. İnsan yaşamına duyulan en yüksek saygı, tehlike altında bile sürdürülmeli ve herhangi bir tıbbi bilgiyi insanlık yasalarına aykırı biçimde kullanılmasına fırsat verilmemelidir. TOKYO BİLDİRGESİ-1975*

Başlangıçta iki insan arasındaki ilişki olarak yaşanan ve karşılıklı "güven" esasına dayanan hasta-hekim ilişkisi; günümüzde sağlık kuruluşlarının fabrika, hastaların ise metalaştırılması, gelişen sağlık teknolojilerine karşı hastanın kendisini korunmaya muhtaç hissetmesi, sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye bağlı gelişmeler sonunda hem hastalar hem de hizmet veren sağlık personeli içinde buldukları belirsizlikten kurtarmak amacıyla hasta hakları olarak gündemimize girmiştir.

Hasta Haklarının esası, temel insan haklarının sağlık hizmetlerine uyarlanmasıdır. İnsan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama sağı gibi insan haklarının esasını oluşturan ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır.

Hasta haklarının belli kurallarla belirlenmesinde-hasta ile sağlık kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere kişinin sağlıklı kalma hakkına, kendi iradesi dışında herhangi bir engel olmaksızın erişmesi, sağlık hizmeti verilirken insan haklarının gözetilmesi, hastanın sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde ve eşitlik çerçevesinde yararlanırken karşılaşılabileceği sorunların önlenmesi ve giderilmesi, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Hasta haklarına ait kuralların kapsamı bazı uluslararası belgelere dayandırılmıştır. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi Dünya Tabipler Birliğinin 1981'de bu konuda kabul ettiği ve sadece hasta-hekim ilişkilerinin belirlendiği ilk çalışmadır. Bu bildirmede belirle-

nen esaslardan bazıları şunlardır: Hasta hekimini özgürce seçme, hiçbir dış etki altında kalmadan klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilme, yeterli derecede bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme, hekimden tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını isteme, onurlu bir şekilde ölme, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhi ve manevi teselli kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Son yıllarda hasta haklarının daha ayrıntılı olarak belirlenmesi amacıyla çalışmalar başlanmış ve 1994'te Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'na "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" hazırlanmıştır. Bu bildirmede hasta hakları 6 ana başlık altında değerlendirilmiştir. Ana başlıklarla bunlar:

1. Sağlık hizmetlerinde İnsan hakları ve değerleri:

Kişi ırk, renk, dil, din, cins, siyasi veya diğer herhangi bir inanç, sahibi olduğu kültürel değerler vb. gözetilmeksizin eşit sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.

2. Bilgilendirme:

Kişi hastalığına ait teşhis, tedavi ve prognozu ile ilgili belgeleri isteme ve bu bilgilerin diğer kişilere duyurulmasını isteme ya da istememe hakkına sahiptir.

Bu bilgilendirme, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerinde de açık ve olumlu bir etkisinin

olacağı durumlarda kısıtlanabilir.

3. Onay:

Hasta, hastalığı ile ilgili tıbbi girişimi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir. Hasta bu kararı veremeyecek durumda veya yaşta değilse, belirlenecek yasal temsilcinin onayı geçerli olacaktır. Doku ve organ nakilleri için hastanın veya yasal temsilcinin onayı gereklidir.

Bilimsel araştırmalara dahil edilmek için kişinin onayının olması bir önkoşuldur. Onaydan önce projenin amaçları, yöntemleri ve hastanın taşıyacağı riskler belirtilmelidir. Daha sonra hasta gerekçe belirtmek zorunda kalmadan araştırma programından yazgeçebilme hakkına sahiptir.

4. Mahremiyet ve Özel Hayat:

Kişi kendine ait özel yaşantısı, hastalığı, tedavisi gibi bilgilerin, yaşadığı süre içinde ve ölümünden sonra, gizli kalması hakkına sahiptir. Ancak hasta bilgilerin açıklanmasına izin verirse ya da kamu tarafından önemli bir neden sırrın açıklanmasını gerektiriyorsa yukarıdaki karar geçerli değildir ve bu durum hastaya bildirilmelidir.

5. Bakım ve Tedavi:

Herkes koruyucu bakım hizmetlerinden, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinden, sağlanan hizmetlerin düzeni, kalitesi ve amaçlarından eşit olanaklarla yararlanma hakkına sahiptir. Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının seçme ya da değiştirme hakkına sahiptir. Tedavi süresince akraba ve arkadaşlarından desteklenme ve yol gösterilme; yaşamlarının son dönemlerinde insanca bakılıp, saygın biçimde ölme hakkına sahiptirler.

6. Başvuru

Hastalar, kendilerine ait sorumluluklarını yerine getirdikleri halde, hasta haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru olanağına sahip olmalıdırlar. Bu konuda şikayet mekanizmaları ve prosedürlerine ait bilgi edinme, bağımsız kişilere ulaşma gibi haklar tanınmalıdır.

Ülkemizde de hasta haklarına ilişkin bir düzenleme 1961 yılında "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" olarak yapılmıştır. Günümüzde de bu nizamnameden yararlanılmakta fakat gereksinimlere çağdaş anlamda yanıt verememektedir. Şimdilerde ise çeşitli meslek örgütlerinin çalışmalarıyla birlikte Türk Standartları Enstitüsü'nce hazırlanan "Hasta Hakları ve sorumlulukları" adlı tasarı tartışılmaktadır. Ancak belirtilen bu hakların etik boyutlarda kalmayıp hukuksal boyutlarıyla da ele alınması gerekmektedir.

Bu nedenle konu üzerinde sağlık ve hukuki açıdan ilgili meslek örgütlerinin duyarlı olması ve bu eksikliğimizin giderilmesi için çalışmaların yoğunlaştırılması gerekmektedir.

Konunun kaynağı olan hastalara sahip oldukları haklar daha sağlık kuruluşuna başvurdukları anda bildirilmeli; yaygınlaştırmak için broşürler ve ilanlar hazırlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi: 28-30 Mart 1994 Amsterdam
2. Belek İ., Onuroğulları H., Nalçacı E., Ardic F.: Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. Birinci Baskı 1992 Sorun Yayınları.
3. Hatun Ş., Hasta Hakları-Temel Belgeler Kaum 1995 TTB Yayını Ankara
4. Hasta Hakları ve Sorumlulukları Standart Tasarısı Ocak 1996 TSE Yayını Ankara
5. Helsinki Bildirgesi. Haziran 1964 Helsinki
6. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. 1981 Lizbon
7. Tokyo Bildirgesi. Ekim 1975 Tokyo

TOPLUMUN ECZACILIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN BİLGİ VE BEKLENTİLERİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA *

Uzm. Ecz. Selen Yeğenoğlu Onaran**

Giriş

Eylül 1994 yılında verdiğim bu tezde amacım, kişilerin eczane seçimini etkileyen nedenlerin ortaya konulması, bireylerin eczaneye daha çok hangi ürün ve/veya hizmetleri almak için gittiğinin belirlenmesi, halkın serbest eczacıdan beklentilerinin ortaya konulması, eczanın halkın gözüyle nasıl algılandığının saptanması ve kişilerin bir dizi meslek arasında eczacılığı kaçınıcı derecede önemli gördüklerinin belirlenmesi konularına ışık tutmaktır.

Yöntem

Araştırma sosyo-ekonomik düzey yönünden farklı iki ayrı mahallede (Çukur Anbar ve Küçük Esat) gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında yüzyüze anket tekniği uygulanmıştır. Ç.Anbar ve K.Esat mahallelerinde toplam 100 kişi ile görüşülmüştür.

Bulgular

Kişilerin eczaneye ortalama gitme sıklığı en yüksek oranda ayda birdir. (Ç.Anbar: %36, K.Esat: %40 oranında)

K.Esat mahallesinde eczaneden alınan ürün ve/veya hizmet çeşitleri en fazladan en aza doğru şu şekildedir. İlaç, kozmetik, vücut bakım malzemesi, tansiyon ölçtürme, çocuk bakım malzemesi ve terlik. Ç. Anbar mahallesinde ürün ve/veya hizmetler şöyledir: İlaç, tansiyon ölçtürme, vücut bakım malzemesi, enjeksiyon yaptırma, kozmetik, bilgi danışma, çocuk bakım malzemesi.

K.Esat mahallesinde görüşülen kişilerin %76'sı, Ç.Anbar'dakilerin ise, %90'ı ilaçlarını

genellikle aynı eczaneden aldıklarını belirtmiştir.

Ç.Anbar mahallesinde eczane seçimini etkileyen ilk dört neden şöyledir:

- 1) Eczanenin eve yakın olması,
- 2) Eczacı ve eczanede çalışan personelin ilgi göstermesi,
- 3) Eczacının sürekli eczanede olması
- 4) Eczanede ilaç çeşidinin fazla olması,

K.Esat'ta eczane seçiminde ileri sürülen ilk dört neden ise şöyle olmuştur:

- 1) Eczacı ve eczanede çalışan personelin ilgi göstermesi,
- 2) Eczanenin eve yakın olması,
- 3) Eczanenin işyerine yakın olması,
- 4) Eczacının sürekli eczanede olması.

Eczanede reçeteyi karşılayan ve ilaç talebini yerine getiren kişi olarak, K.Esat'ta %67 oranında eczacı belirtilmiştir, Ç.Anbar'da ise bu oran %83'tür.

Eczacının hizmet verdiği sıradaki ilgisine ilişkin görüşler şöyledir:

K.Esat'ta görüşülenlerin %82'si eczacının kendilerine hizmet sunarken ilgili olduğunu belirtmiştir. Ç.Anbar'da bu oran %94'tür.

Eczacıyı mesleğinde bilgili görenlerin oranı K.Esat'ta %60, Ç.Anbar'da ise, %70'tir. Eczacının çok bilgili olduğunu söyleyenler K.Esat'ta %4, Ç. Anbar'da ise %14 oranındadır. Bu konuda belli bir fikir sahibi olmayanlar K. Esat'ta %36, Ç. Anbar'da ise, %16 oranındadır.

Eczacı için tercih edilen giysi, K.Esat'ta %68 oranında beyaz önlüktür, eczacı için beyaz önlük Ç. Anbar'da %60 oranında tercih edilmiştir.

* Tez özeti.

** H.U. Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı

Eczacı imajına ilişkin soruya alınan yanıtta, K.Esat'takilerin %76'sı eczacıyı "sağlıkçı" olarak gördüklerini belirtmiştir. Bu oran Ç.Anbar'da %90'dır.

Eczacıda bulunması istenen niteliklere bakıldığında, her iki mahallede de bilgi, ilgi, güler yüz ilk üç sıradadır. Bu niteliklerin yanısıra temiz ve düzenli giyim, iyi hizmet, dürüstlük, eczacının sürekli eczanede bulunması ve ticari olmaması gibi nitelikler de beklentiler arasındadır.

Eczacının reçete hakkında bilgi verdiğini söyleyenlerin oranı K.Esat'ta %32, Ç. Anbar'da ise, %74'tür.

K.Esat'ta eczanede enjeksiyon yaptırdığını söyleyenler %16'dır. Ç.Anbar'da ise bu oran %66'dır. Ayrıca daha önce eczanede hiç enjeksiyon yaptırmamış olup da gerektiğinde yaptırmak istediğini söyleyenler K.Esat mahallesinde %79, Ç. Anbar mahallesinde %71'dir.

Eczanede tansiyon ölçtürenler K.Esat'ta %74, Ç. Anbar'da ise %88 oranındadır. K.Esat mahallesinde daha önce eczanede tansiyon ölçtüremeyen, ancak böyle bir gereksinim duyduğunda ölçtürmek isteyenlerin oranı %89'dur. Ç. Anbar'da böyle bir hizmetten yararlanmak isteyenlerin oranı ise %80'dir.

O ana kadar eczaneden ilk yardım hizmeti alanlar K.Esat'ta %72, Ç.Anbar'da %24 oranındadır. Her iki mahallede görüşülen kişilerin tamamı eczanelerde ilk yardım hizmeti verilmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Eczacının kişilere ilaçlarının kullanışlarını açıklayıp açıklamadıklarına ilişkin soruya K.Esat'takilerin %80'i olumlu yanıt vermiştir. Ç.Anbar'da bu oran %100'dür.

Eczacının sözlü bilgi yanında, ilaç kullanışına dair yazılı açıklama vermesini isteyenlerin oranı K.Esat'ta %84, Ç.Anbar'da ise %82'dir.

Eczacıların kişilere ilaçların saklanması anlatıp anlatmadığına dair olan soruya yanıtları şöyledir; K.Esat'ta görüşülenlerin %78'i, Ç.Anbar'dakilerin ise %46'sı eczacıların ilaçların saklanması anlatmadığını belirtmiştir.

K.Esat'ta görüşülenlerin %94'ü ve Ç.Anbar'dakilerin %100'ü eczacının ilaç kullanım izleme kartı tutmasını istediklerini belirtmiştir.

İlaçların eczane dışında satılmasına ilişkin görüşler şöyledir:

K.Esat'takilerin %100'ü, Ç.Anbar'dakilerin %98'i ilaçların eczane dışında satılmasını uygun bulmadığını belirtmiştir. Kişiler, ilacın eczane dışında satılmasını neden uygun bulmadıklarını şu şekilde sıralamışlardır:

1) Eczacı kendi alanında söz sahibi olup

bilgili, uzman, bu işin eğitimini almış bir kişidir. Başka biri onun işlevini yerine getiremez.

2) İlacın eczane dışında satılması sağlığa zararlı, tehlikelidir.

3) İlacın eczane dışında satılması güvenilir olmaz.

4) İlaç eczane dışında satıldığında, ticari yöne çekilip, suistimal edilebilir.

Eczacılık mesleğine verilen önemin saptanması amacıyla ankette son soru olarak, görüşülen kişilerin ellerine 10 mesleği içeren bir liste verilmiş ve bu meslekler arasında en önemli gördüklerini birden başlayarak sıralamaları istenmiştir. Buna göre her iki mahallede de kişilerin en önemli gördüğü dört meslek sırasıyla şunlar olmuştur.

- 1- Hekim
- 2- Öğretmen
- 3- Eczacı
- 4- Polis memuru

Sonuç ve Öneriler

Bulguların tartışılıp yorumlanması ile var-sayımlar kararlara dönüştürülmüştür.

a) Kişilerin eczane seçimini etkileyen nedenler arasında fark yoktur.

b) Bireyler eczaneye, en sıklıkla ilaç almak için gitmektedirler.

c) Halkın serbest eczacıdan bekledikleri, günümüzde eczacıların sunduklarından fazladır.

d) Bireyler verilmekte olan eczacılık hizmetlerinden genelde memnundurlar.

e) Eczacı genelde halkın gözü ile "iş adamı, tüccar" olarak değil, bir sağlık elemanı olarak görünmektedirler.

Görüşülen kişiler kendilerine verilen on meslek içinden eczacılığı üçüncü sırada önemli gördüklerini belirtmişlerdir. Eczacıların toplum gözünde saygınlıklarını ölçen araştırmalara yer verilebilir. Hatta bunun Türkiye'deki coğrafi bölgeleri kapsayan bir biçimde planlanarak yapılması, değişik kültürdeki insanların düşüncelerini gözler önüne sermek açısından, oldukça yararlı olacaktır.

Eczacılık hizmetlerini daha kapsamlı bir hale getirmek için, devlet, üniversite ve meslek örgütleri birlikte çalışarak, mevzuatı ve eğitimi güncelleştirmelidir. Ayrıca olayın bir de eczacılar cephesine bakılmalıdır.

Eczacıların geliştirilmiş, kapsamlı eczacılık hizmetleri hakkındaki görüşlerini, yeni roller üstlenmeye hazır olup olmadıklarını irdeleyen araştırmalar yapılmalıdır. ■

ÖLÜLERİN DİYALOĞU

PAUL GUIMARD

Çeviren: Celli Tez

Suriye'li bir piyade, "Fazla bir şey görmeye vaktim olmadı," dedi. «Savaşın ilk günü, Golan Tepelerinde vuruldum. Kuneitra'yı almıştık. Bir havan mermisi göğsümdede patladı. Nereden geldiğini bilemedim, hiç bir şey göremedim.»

Bir İsrail tankçısı, «Bir Fransız AMX şasisi üzerine oturtulmuş 160 mm.lik havan mermisi olduğunu sanırım,» dedi. «Ben bir Sherman tankının içindeydim. İyidir Sherman tankları. Amerikalılar tank yapmasını iyi bilirler. Yalnız, tanklarının yanında ağır topları da yaparak herkese satarlar. zannedersen, bir **made in U.S.A.** Ürdün top mermisi tankımla beraber beni havaya uçurmuştu. Hiç ıstırap çekmedim.»

O yükseklikten sadece mizahi tarafı gözükabilen korkunç muharebelerin bilinmeyen kahramanları, meşhur şehitler cennetinde, delik deşik vücutlarıyla, aralarında her halde bu tarz konuşurlar. En buruk tortusuna kaddır nefretlerini içmiş ve parçalanmış vücutlarından kurtulmuş olarak, ebediyetin olaylardan sonsuz mesafesinde, orada, vekar ve sükûnetle istirahat ederler. Onlar, bilinmeyen ölümler, ancak meydanlarımızı süsleyen anıtlarda altın harflerle yazılmış birer isim olabilmislerdir. **Şiddetli muharebeleri** haber veren ajanslara bir istatistik magması meydana getirirler. Sayelerinde her iki taraf ağır kayıplar vermiştir diye başlıklar çıkar.

Bu hipotetik Walhalla'da, sükunetle askeri mesleklerinden bahseden bu şehitler, ilk defa tanışıp konuşmaktadırlar. Onları dinleyelim.

«Benim ölümüm uzun sürdü,» dedi bir Fas'lı gönüllü. «Kralımıza ve Arap kardeşlerimize şeref vermek üzere ön saftaydık. İyide savaştık. Elimizden geleni yaptık. Ama siz, Yahudiler, bize uçaklarla saldırdınız. mirajları gördüğüm vakit..»

Paraşütü zamanında açılmamış bir pilot, «Fantom'lar da vardı,» diye ilâve etti.

«Beni vuran bir Miraj'dı,» diye Fas'lı ısrar etti. «Yanılmama imkân yoktur. Dassualt fabrikalarında iki sene işçi olarak çalıştım. her gün Miraj'lar görüyordum. Dün luzümündan bir fazlasını görmüş oldum.»

«Ben,» dedi bir Mısırlı deniz eri. «Portsmouth (İngiltere)'de inşa edilen bir refakat gemisindeydim. Saint-Nazaire (Fransa)'de inşa edilmiş bir denizaltı avcı gemisiyle beraber hareket ediyorduk. Nantes (Fransa)'da inşa edilmiş bir İsrail denizaltısı bizi batırdı.»

«Ben Rusyalıyım,» dedi bir Yahudi. «Geçen sene göçmen olarak gelmişim. Hep gelecek sene Kudüs'te buluşmak üzere» duasını ede ede, nihayet duam gerçekleşmişti; ancak kısa bir devre için. Süveyş'in önünde, bir Rus makineli vücutumu ikiye biçti.»

Bir Dürzi Köylüsü, «Bir napalm bombası beni kızarttı,» dedi. «Napalm esasta petroldür. Bu petrol nereden geliyordu? Teksas'tan mı, yoksa Arabistan'ın Kuveyt'inden mi? Bilin bakalım. Ben sadece kızartıldığımı bilirim.»

Bu tarz konuşmalara doymuş, daha eski ölümler de söze karışarak, aynı yerlerde, aynı kişiler tarafından ve aynı nedenler için çarpışılan muharebelerin bitmeyen listesini anıyorlardı. Sesleri daha uzaktan gelmekle beraber, sözler aynıydı.

«Ben,» dedi bir İrgun (İngilizlere karşı çarpışan bir Yahudi yeraltı örgütü) yeraltı savaşçısı «Elimde bir Rus yapısı hafif makineli tüfekte yakandığım için, 1947'de bir İngiliz ipiyle asılmışım. O zamanlar, İngilizlere karşı Ruslar bizi destekliyordu. İsrail devletini ilk tanıyan ve ilk defa sefir yollayan Stalin olmuştu.»

Bir Suriyeli ile bir Yahudi, «Biz,» dediler, «1948 yılında garip şartlar altında birbirimizi vurduk. Ben Gurion, çek silâh fabrikası Zbrojovska Brno'dan E 18 tipinde on bin Mauser tüfeğini

satın almak üzere güvendiği kişilerden Ehud Avriel'i yollamıştı. aynı zamanda, Suriyeli yüzbaşı Aziz Kerim, on bin Mauser tüfeği ile yüz MG 34 makineli tüfeğini satın almakla görevlendirilmişti. Yüzbaşı Avrupa'nın en büyük silah fabrikasına müracaat etmişti: Zbrojovska Brno, Belçidro caddesi, No. 20 - Prag. Ciddi bir müessese idi bu. her iki siparişi de zamanında yerine getirmişti. Tüfekler aynı cephaneyi kullanıyordu, ve bizler de, kurşunları değiş tokuş ederken öldük.

«Ben,» dedi bir Haganah (başka bir Yahudi yeraltı örgütü) mensubu, «Bir İngiliz Yahudisiydim. 20 yaşına kadar Londra'nın dışına çıkmamıştım. 1947'de İngiliz mandasındaki İsrail'e gitmiştim. Latrun'un önünde, John Bagot Glubb, nam'ı diğer Glubb Paşa'nın emrindeki Arap Lejyonu'nun 88 mm. lik bir İngiliz mermisi tarafından vuruldum.»

İlk Sina savaşında şehit düşen bir Mısırlı, «Yüzümün yarısını götüren roketin hangi memleket yapısı olduğunu hiç bir zaman öğrenemeyeceğim,» dedi. O devirde, savaş fazlası askeri malzeme bütün dünyada satılıyordu. Büyük devletler baştaydı bu yarışta; İtalyanlar, Belçikalılar, İspanyollar, İsviçreliler,

hattâ Meksikalılar bile geri kalmıyorlardı. Peşin ödemek kâfiydi. Vücudunu parçalayan hurda demir parçasının kaynağını, Yahudi ya da Arap, hiç kimse bilemezdi.

«Ben,» dedi bir fedai, «39-40 savaşı sırasında Suriye'deydim. Moşe Dayan'ın emrindeki bir Yahudi tümeniyle birlikte çarpışan Londra Fransızlarına karşı, Vişi Fransızları ile beraberdim. Moşe Dayan bir gözünü kaybetmişti. 20 sene sonra, her iki gözümü kaybettim.»

Golan Tepelerinde toz haline gelmiş bir Iraklı, «Ben Gurion tankı nedir?» diye sordu.

Bir Birleşmiş Milletler Gözlemcisi, «Üzerine 105 mm. lik Fransız topu yerleştirilmiş İngiliz Centurion tankıdır,» diye cevap verdi. «Ben, bir Rus Sam 3 füzesi tarafından düşürülen Amerikan Skyhawk uçak parçalarının yığıldığı Şam'daki vilâmin enkazı altında can verdim.»

«Bizler, birçok büyük sanayici için mühim müşterileriz,» dedi bir Ürdünlü. «Ama hükümetlerimizin müzakere ettikleri şirket temsilcilerinden hiç birini burada göremiyorum.»

«Göremezsin,» dedi bir İsraili. «Bü öyle bir ticarettir ki, satıştan sonra servise hiç de önem verilmez.» ■

YARDIM ETMEK YA DA ZOR KULLANMAK

*Geçti içimizden biri koca denizi,
Gide gide buldu bir yeni kara.
Bir sürü insan koştu ardından,
Orda büyük şehirler, kurdular
Alın teri ve akılla.*

*Ama ekmek satılmadı eskisinden ucuza.
Bir makine icat etti içimizden biri,
Buhar çevirdi tekerleği onunla,
Fabrikalar türedi ardından bir sürü,
Başladı insanlar fabrikaları çalıştırmaya,*

*Ama ekmek satılmadı ekisinden ucuza.
Düşündü taşındı içimizden birçoğu,
Güneş ekseninden dönmesi üstüne dünyanın
Bir sürü insan kafa yordu,
İnsan yüreği, evrenin kanunları üstüne,
Havanın bileşimi, denizin balıkları üstüne,
Kafa yordu bir sürü insan,
Buldular önemli keşifleri de.*

*Ama ekmek satılmadı eskisinden ucuza.
Tersine, günden güne arttı şehirlerde yoksulluk.
Yıllardır kimse bilmez, kimse.
İnsanın hali nice?
Sürünür yerlerde sizin gibi biri,
Siz yukarlarda uçtukça,
Kalmamış hiç bir yanı insana benzer.
Peki, insan insana yardımcı değil mi?
Ne gezer!...
Görmüşsünüzdür elbet insanları çok yerde,
Uzatırken birbirlerine ellerini,
Türlü yollarla koşarken birbirlerine yardıma.
Bulduğumuz durumdur ama bunu zorlayan.
Zoru da bir türlü bırakmayız bu yüzden.
İşte öğüdümüzdür size:
Karşı durun zalimliğine dünyanın,
Dayatın daha büyük zorla.
Yardıma gerektiren durumdan kurtarın kendinizi.
Vaz geçin yardım dilemekten.
Yardıma bel bağlamayın hiç bir zaman.
Yardıma tanımak, var saymaktır zoru.
Yardım elde demek bağlanmaktır zora.
Zor egemen oldukça geri çevrilemez yardım.
Zor yok olmalı ki yardım da yok olsun.
Yardım dilemektense, zoru kaldırın ortadan.
Zor ve yardım bir bütündür.
Bu bütünü değiştirmeye bakınız.*

B. BRECHT