

## AEOB İLAÇ FORUMU

Aylık Yayın Organı

Cilt : 17 Mayıs 1997/2

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

Pınar Bulut  
Sevim Çınar  
Suna Çetintaş  
Rana Kunt  
Südüls İbiş  
Hilmi Orhan  
Neslihan Oktar

### 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.
- Yayınlanması 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 aydınlar veya 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

Urün Ltd. Şti.

Hatay Sokak 9/19, Kızılay-Ankara  
Tel: (312) 425 39 20 Fax: (312) 417 57 23

## İÇİNDEKİLER

Bakış.....	2
Uzm. Ecz. Olcay SELES	
III. Kamu Eczacıları Kurultayı.....	3
Madde Bağımlılığı.....	7
Menapoz ve Hormon Replasman Tedavisi.....	18
Doç. Dr. Ferit SARAÇOĞLU	
AIDS ve Korunma.....	33
Prof. Dr. Serhat ÜNAL	
İlaçta Stabilite.....	37
Ecz. Necla DİNLER	
Eczane Eczacılarının Ötanazi Konusundaki Bilgi ve Tutumları Üzerinde Bir Ön Çalışma.....	38
Gülbin ÖZÇELİKAY, G.Hale ÖZCÖMERT Sevgi ŞAR, Eriş ASİL	
İnternet Servis Sağlayıcı Kurum Olarak Ankara Eczacı Odası ve Ankara Tabip Odası.....	40
Dr. Tolga TÜRGAY	
Küreselleşme.....	43
Ayfer EĞİLMEZ	
8 Mart'ta Bir Kez Daha "Dünya Kadınlar Günü'nü" Kutluyoruz.....	45
Ecz. Suna ÇETİNTAŞ	
20 Mart Dünya İrk Ayrımı İle Mücadele Günü... 46	
Osteoporoz ve Hormon Yerine Koyma Tedavisinde Eczacıya Yönelik Pratik Bilgiler.....	48
Yeni Ürünler.....	50
Öğrenci Gözüyle.....	52
Okuyucu Köşesi.....	52
Komil'in Atı (Öykü).....	53
Ahmet SAY	
Yurttaşlarımıza (Şiir).....	56
Bertolt BRECHT	

# GELİN DİL ÇIKARALIM YAŞAMA



Kızıyoruz ama neye, kimlere. Her zaman yakalayabileceğimiz güzellikler bastıramıyorsa kızgınlıklarımızı bir eksiklik var demektir. Nerede eksiklik? Düzen, sistem, şu bu. Geçelim bir kalem. Çoğu şeyin ertelemekten kaynaklandığını düşünüyorum. Türkiye'de neye bakarsak bir ertelenmişlik görüyoruz.

Sevgileri erteliyoruz aşkları erteliyoruz, işimizi dostluklarımızı, çalışmayı, okumayı hemen hemen her şeyi erteliyoruz. Bir türlü dolu dolu yaşayamıyoruz. Ertelenmişliklerden çekiyoruz ne çekiyorsak. Barışı, Demokrasiyi, fikir özgürlüğünü, çocuk haklarını, hasta haklarını her şeyi ama her şeyi erteliyoruz.

Ertellemek gerek. Ertelemek, yaşamı askıya alıp bozulmasını beklemek demek. Nasıl ki güneşin doğması ve batmasındaki güzelliğin farkına vartıyorsak ertelemeden, konuşmaların, dokunmaların, sevmelerin, gülmelerin de ertelenmemesi gerek.

Kuru üzüm aklıma geliyor hemen. Kuru üzüm; yenmesi ertelenmiş güneşe terk edilmişliktir bence. Kurumanın bir anlamı yok.

Yaşam suyunu yitirdikçe donuklaşıyor. Sululukların olması gerek. Sululuk derken kelimenin tam anlamıyla sululuk. Gerçekten de öyle değil mi? Bakın çocuklara en çok nelerden hoşlanıyor, nelere gülüyor.

Serçe parmaklarımızla ağızınızı iki kenara doğru çekin ve aradan dilinizi çıkarın, bakın çocuklara neler oluyor.

Her zaman olmasa bile çoğu kez yaşama dil çıkarmak gerek.



Koca Einstein'ın dünyaya dil çıkardığı fotoğrafı geliyor gözümün önüne, gördünüz mü bilmiyorum. O fotoğrafla dünyayı güldürüyor Einstein. Diline sağlık Einstein. Politikacılarımıza bir bakın, doya doya halkın karşısında kahkaha atan birini gördünüz mü?

Neredeyse hepsi ertelenmişler gülmeyi.

Gülmesini bilmeyenler güldürmesini hiç bilmezler. Belki de bundandır asık

yüzlülüğümüz.

Hep büyük planlar peşindeyiz, büyük başarıların, büyük mutlulukların peşinden koşarken erteliyoruz küçük ama güzel olanları. Ölümün bile büyüğünü bekliyoruz.

İyi ki büyük değilim ve de büyümeye hiç niyetim yok. Yaşam hücresel düzeyde ele alındığı zaman çarpıcı.

Öldürdüğüm ve öldürülmesine göz yumduğum beyin hücrelerime acıyorum. Her bir hücre can demek. Ne benim ne de başkalarının böylesi bir cinayete hakkı olmasa gerek.

Gelin ertelemeyelim yaşamı, ıskalamayalım küçük mutlulukları ve hiç bir şey yapamıyorsa dil çıkaralım bizi enayi yerine koyan politikacılara.

Ben artık ertelemiyorum ve onun içindir ki "BARIŞ HEMEN ŞİMDİ" diyorum.

Uzm. Ecz. Olcay SELES



# III.KAMU ECZACILARI KURULTAYI

21- 22 Aralık 1996  
Ankara

Ankara Eczacı Odası yönetim kurulu, en geniş kamu eczacısı tabanına sahip bir oda yönetimi olmanın verdiği sorumlulukla, 1992 yılında tüm kamu eczacılarının biraraya geleceği bir platform oluşturma çabaları sonucu I. Kamu Eczacıları Kurultayı'nı gerçekleştirmişti.

1992 yılında yapılan ilk Kamu Eczacıları Kurultayı'na Türkiye'nin değişik illerinden çok sayıda meslektaşımız da katılmıştı.

Kurultayın amacı, kurultay ön duyurusunda şöyle dile getiriliyordu; "kamu eczacılarının özlük haklarından istihdamlarına, görev analizinden yetki ve sorumluluklarına ve bunları belirleyen yasa ve yönetmeliklere dek pek çok konuyu bir arada tartışmak, sorunları belirlemek ve çözüm yollarını birlikte aramak."

Aynı amaçla, 1993 yılında yine odamız tarafından II. Kamu Eczacıları Kurultayı gerçekleştirildi.

Bu kurultayların her yıl düzenlenmesi tüm katılımcıların dile getirdikleri ortak görüşleriydi.

Her iki kurultayın hazırlık çalışmaları sırasında dile getirilen bir başka ortak görüş ise; kamu eczacıları kurultaylarının Türk Eczacıları Birliği tarafından düzenlenmesiydi. Aynı düşünce, kurultaya katılan delegeler tarafından da benimsenmişti.

Bu nedenle; bu yıl III. Kamu Eczacıları Kurultayını 40. yıl etkinlikleri içerisinde Türk Eczacıları Birliği ile gerçekleştirmek isteğimizi Merkez Heyetine ilettik. Önerimizin TEB Merkez Heyeti tarafından da benimsenmesi üzerine III. Kamu Eczacıları Kurultayı 21-22 Aralık 1996 tarihlerinde Ankara'da yapıldı.

Kurultay yürütme kurulunda Ankara'dan Eczacı Odası Başkanı Uzm. Ecz. Olcay Seles, yönetim kurulu üyesi Ecz. Zeynep Kocaoğlu ve Denetleme Kurulu üyesi Ecz. Alev Yiğit yer aldılar.

Ankara Eczacı Odası Başkanı, Uzm. Ecz. Olcay Seles, kurultayın açılışında yaptığı konuşmada şunları dile getirdi:

"Bugün, ilki Ankara'da Ankara Eczacı Odası tarafından başlatılan kurultayın üçüncüsünü hep birlikte gerçekleştireceğiz. Bu kurultayın da, diğer kurultaylarda olduğu gibi, evrensel boyutlara ulaşmamız için yardımcı ve yol gösterici olacağına inanıyoruz. Onun da ötesinde, iki senede bir de olsa, kamuda çalışan meslektaşlarımızın sesini duyurmak nelerle uğraştığını, bu ülke için neler yaptığını anlatmak, kamuoyunu bilinçlendirmek açısından son derece önemli olduğunu

düşünüyoruz.

Birer kamu çalışanı olarak, 657 sayılı Devlet Memurları Yasasına göre görev yapıyoruz, yani aynı zamanda devlet memuruyuz. Memur sözcüğü üzerinde biraz durmak istiyorum. "memur, emir almış kimse, devlet hizmetinde maaş veya ücretle çalışan kimse" diye tanımlanıyor, sözlüklerde. Türk Dil



Kurumu'nun sözlüğünde ayrıca şöyle bir kayıt daha var: "Daha çok kafasıyla çalışan görevli" diyor. Ünlü yazar ve denemeci Vedat Günyol, bu tanıma, kafasıyla çalışan görevli sözcüğüne bir de "onuruyla ve vicdaniyla çalışan kimse" sözlerini ekliyor.

İngilizler, memur kavramını genel olarak "halkın hizmetçisi; halkın hizmetinde çalışan görevli" diye niteliyorlar.

Osmanlı imparatorluğunda ise memur, yani devlet görevlisi, halkın değil, padişahın hizmetinde çalışan kimseymiş. Halk ile devleti birbirinden ayırmayan Batı'nın tersine, Osmanlı'da, devlet, halktan ayrı, halkın üsünde, çoğu zaman halktan kopmuş padişahların temsil ettiği bir varlıktı. Bunun en tipik örneği de Abdülhamit döneminde yaşanmış ve belgelere de yansımış. Jan Cullumber adlı Fransız yazar, Jalon adlı kitabında "Karşılıklı Disiplin" başlıklı yazısında o dönemi şöyle anlatıyor:

"Abdülhamit zamanındaydı, İstanbul'dan geçen yabancıları ağırlamak için padişah, onların, bir cuma sabahı, sigaralarını tellendirip gül reçeli yedikten sonra cami dönüşü bir pencereden kendisini seyretmelerini istemişti. Padişah saraya bir çeşit paytonla dönüyordu, paytonu kendi kullanıyor, oldukça da hızlı sürüyordu. Pek dikkat etmedim doğrusu, daha çok, arabanın ardında olup bitenlere kaptırılmışım kendimi. Darımdağın halde, çoğu yaşlı başlı, kimisi göbekli bir sürü kodaman memur, arabanın arkasından ha babam ha koşuyordu; sanki, gerilerde kalırlarsa gözlerden düşeceklermiş gibi.

İlk kez, gözlerim, geleneklerimize yabancı bir dünyaya açılıyordu; yurttaşlardan değil, yasalari ve





hakları olmayan buyruklardan kurulu bir dünyaya, efendinin, halka karşı hiçbir ödevi, bağı olmadığı bir dünya...?"

Değerli meslektaşlarım, yeri gelmişken hemen söylemeliyiz, Türkiye, bu inanılmaz güç, iğrenç durumdan en büyük kamu görevlisi Mustafa Kemal ile kurtuluyor; ama, ya Mustafa Kemal'den sonrakiler... Şimdi bu konuyu geçiyoruz.

En son onuruyla ve vicdaniyla çalışan kimse demişti memurlarımız için, Eczacılarımızın, bu tanıma çok uygun olarak çalıştıklarını hemen söylemeliyiz. Bu tanıma uygun olarak çalıştığı için görevden alınan Sayın SSK Genel Müdürü Kemal Kılıçdaroğlu'nun 1995 yılı sonunda meslektaşlarımız için söylediklerini burada sizlere bir kez daha hatırlatmak istiyorum.. Şöyle demişti Sayın Kılıçdaroğlu:

"Eczacılarımızı seviyorum, çünkü bu yıl kuruma, izledikleri ilaç politikasıyla 2,5 trilyon lira kazandırdılar."

Size teşekkür ediyoruz Sayın Kılıçdaroğlu, çünkü, biz de sizi seviyoruz. Sizin gibi yöneticileri seviyoruz.

SSK'lı eczacılarımızı, o nedenle, bu Kurultayda bir kez daha kutluyoruz.

Sağlık Bakanlığında, ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğümüzde ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Enstitüsünde çalışan her biri isimsiz kahraman olan meslektaşlarımızı bütün yüreğimizle kutluyoruz, her zaman onurları ve vicdanlarıyla çalıştıkları için.

GMP uygulamalarını ülkemizde başlattıkları için, yolluksuz ve yevmiesiz ay sonlarında sağdan soldan borç alarak denetimlere gittikleri için, ilaç sanayinin bugünkü durumuna gelmesinde çok emek harcadıkları için, birçok çağdaş yönetmeliği hazırladıkları için.

Hastanelerde çalışan, hatta morgtan sonra en sevimsiz ve gözden uzak yerlerde çalışan, günde yüzlerce, bazı hastanelerde binlerce hasta reçetesini, ikinci sınıf vatandaş muamelesi görmelerine rağmen, hastaların patladığı son nokta hastane eczanesi olmasına rağmen, büyük bir sabır ve özveriyle çalışmalarını nedeniyle hastane eczacılarını bir kez daha kutluyoruz.

Üniversitelerimizde özlük hakları sorunlarına, kadrosuzluğa ve parasızlığa karşı çalışmalarını

sürdüren, Sağlık Bakanlığının birçok komisyonunda, etik kurullarında bilaücret çalışan ve bizlere meslek örgütü çalışmalarında destek veren tüm akademisyenlerimize teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bu ülkenin iyi şeyler yapmasını isteyen, özellikle bizim gibi kamucu olup da meslek örgütlerinde görev alan ve bu görevin ciddiyetine inanan ve bizleri destekleyen tüm dekanlarımıza, hocalarımıza ve yöneticilerimize anlayışları nedeniyle teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bu güzel kurultayın hazırlanmasında emeği geçen TEB yöneticilerine ve özellikle Erkal Alphan ve Sevgi Yıldız'a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Gecesini gündüzüne katarak çalışan Türk Eczacıları Birliği çalışanlarına da teşekkürlerimizi sunuyoruz, iyi ki sizler varınız.

Değerli meslektaşlarım ve sevgili konuklar; son günlerde açlığını duyduğumuz, özlediğimiz, kıtlığını hissettiğimiz sevgiden bahsederek konuşmamı tamamlamak istiyorum.

Konuşmama Vedat Günyol ile başlamıştım, yine onunla bitirmek istiyorum. Vedat Günyol şöyle diyor Sevgi Düzeni başlıklı yazısında: "Biz insanlar, mutluluğumuzu, ancak, dertler, onarılmaz acılarla karşılaştıkça anlıyoruz. Bugüne kadar ufak tefek rahatsızlıklar dışında hiçbir hastalığa tutulmadım; ama, anlıyorum ki, hastalık diye bir gerçek var ortada. Klinikteki hastalar bana bu gerçeği bütün açıklığıyla gösterdi. Dertli insanların üstüne eğilen nice iyi yürekli hastabakıcılar gördüm. Hiçbir çıkar gözetmeden, sırf insanlık duygusuyla davranan hemşirelerin, o yüzlerinden eksilmeyen gülümseme, sevecenlik belirtileri beni, daha bir insan olmaya zorluyor.

Hastaneden içim arınmış olarak ayrılıyorum. İçimde insan acısına karşı derin bir ilgi ve yakınlık duygusu yer etmişti. O gün bugün, insanların acılarına tarafsız kalamayacağımı anlamış ve hayatıma o yolda bir rota çizmiştim. Artık, benim için bu dünyada tarafsızlık diye bir şey olamazdı. Ya vicdanımın sesine kulağımı tıkayacak, insan, dünyaya bir kez gelir, yaşamaya bakmalı diyecektim, ya da insan tek başına mutlu olamaz; konusuyla, komşusuyla, köylüsüyle kentlisiyle birlikte mutlu olabilir diyecek ve buna göre hayatıma bir yön verecektim. Nitekim, öyle bir yön verdim hayatıma. Orta halli, yoksul denebilecek bir hayatı seçtim kendime. İnsanın değerini hiçe sayan her türlü rejime, her türlü katı öğretilere kapadım yüreğimi.

Benim için dünyada tek gerçek vardı, insandı ve insanın insan gibi yaşamasına önem veren, insanın insan tarafından sömürülmesine karşı çıkan bir düzendi kurulmasını istediğim ve dilediğim.

Bu bakımdan, hümanizmaya bağlandım; çünkü, toplumculuk yüreğiyle bağlanılacak tek çıkar yoldu yine de; çünkü toplumculukta bana sosyal adalet içinde insanca yaşama güvenini verebilen, verebilecek olan.

Benim toplumculuğum, hümanizmadan geçen, in-



san sevgisine dayananı, insan saygısına sıkı sıkıya, ölesiye bağlı, insan yüzlü bir toplum düzeniydi. İnsan yüzlü diyorum, çünkü, dünyada tek gerçek insandır da ondan.

Bir dost yüzü, bir ana sıcaklığı, bir kardeş yakınlığı, bir sevgili, hele hele bir sevgili bakışı değil mi bizi mutlu kılan, içimize güzellikler, tazelikler, yeşertiler, iyilikler, doğruluklar salan.

Bu dünyayı, hazları, lezzetleri, tatları yanında, acıları, yıkımlarıyla kimin için seviyoruz; insanlar için sevmiyorsak vereyim sana hanları hamamları, paraları pulları, görelim bakalım mutlu olabiliyor muyuz?

Olabilir misin bir çıkarsız dost bakımından uzaklarda.

Bu dünyayı sevmişim ben. Benim, sensiz bir dünya nemdir ey dost.

Peki, adaletsiz dünyada sevgi olur mu diyeceksiniz; olmaz tabii. Sevgisiz adalet, adaletsiz sevgi kadar olmayacak bir şey. Bence, adalet kurulacaksa ancak sevgiyle kurulmalı, insanların canına kıymadan."

Saygılar sunuyorum. (Alkışlar)

Kurultay programı çerisinde "Hastane Eczacılığında Hizmet Kalitesi" konulu bir panel ve "Hastane Eczacılığında GPP Spektrumu" başlıklı bir forum yer aldı.

Yöneticiliğini Prof. Dr. İsmail Üstel'in yaptığı paneele, konuşmacı olarak; Ecz. Kemalettin Akalın (SB İlaç Eczacılık Genel Md.), Dr. Cihangir Özcan (SB Tedavi Hizmetleri Genel Md.), Prof. Dr. Mithat Çoruh (Başkent Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi Merkezi Başkanı), Ecz. Nurten Zeybek (Antalya Üniversitesi Tıp Fak. Hastane Eczacısı) katıldılar.

III. Kamu Eczacıları Kurultayında yer alan Serbest Bildiriler ve konu başlıkları:

1) "Hastane Eczacılığı ve Etik"

Gülbin Özçelikkay, Sevgi Şar, Eriş Asıl, Hale Özçömert (A.Ü. Eczacılık Fakültesi)

2) "Temel İlaçlar ve Rasyonel İlaç Kullanımına Olan Katkıları"

Doç. Dr. Okan Atay (G.Ü. Eczacılık Fakültesi)

3) "Zehir Danışma Merkezi Tanıtımı"

Ecz. Nilgün Geçim (RSHM)

4) "Hastane Eczacılığı ve İlaç Bilgi Hizmeti"

Ecz. Ayşe Çeliker (MIZBİM)

5) "Hastane Formülleri (Antiseptik ve Dezenfektanlar)

Ecz. Emine Şentürk (Yüksek İhtisas Hastanesi)

6) "Sağlık Hizmetlerinde Bilgisayar Kullanımı"

Yrd. Doç. Dr. Sevil Açı (Ege Ün. Ecz. Fak.)

7) "Klinik Eczacılık Bölümünde Eczacı"

Ecz. Çiçek Gülek (Adana Numune Hastanesi)

8) "Radyofarmasötikler ve Radyofarmasist"

Ecz. Sündüs İbiş (SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü)

9) "Kamu Hastanelerinde Eczacı"

Ecz. Meltem Küçükşengül (Kocaeli Eczacı Odası Kamu Eczacıları Komisyonu)

10) "Hastane Eczacılığını Belirleyen Yasal Düzenlemeler"

Ecz. Nevin Kanalcı (TCDD Gaziantep Kısım Hekimliği)

11) "Kamu Sağlık Çalışanlarının Sendikalaşma Oluşumu ve Günümüzdeki Durumu"

Ecz. Yalçın Balkıs (Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi)

12) "Türkiye'de Kamu Eczacılığının Geçmişi"

Ecz. Mustafa Soysal (Nazilli 1 Nolu Sağlık Ocağı)

### III. KAMU ECZACILARI KURULTAYI SONUÇ BİLDİRGESİ

21-22 Aralık 1996 tarihlerinde Ankara'da toplanan III. Kamu Eczacıları Kurultayında, genel olarak kamu eczacılarının görev yetki ve sorumlulukları ile bunları belirleyen yasal düzenlemeler tartışıldı.

"Hastane Eczacılığında Hizmet Kalitesi" ve GPP (İyi Eczacılık Uygulamaları) kurultay süresince tartışmaya açılan ana konular oldu.

İki oturum halinde yapılan "Serbest Bildiriler" bölümünde kişisel veya grup adına sunulan 12 özgün çalışma tartışmaya sunuldu.

Kurultayda 3 yazılı poster tebliği yer aldı.

1992 ve 1993 yıllarında Ankara'da toplanan I. ve II. Kamu Eczacıları Kurultaylarının sonuç bildirgelerinde yer alan pek çok konunun 1996 yılına gelindiğinde hala bizlerin öncelikli sorunu olarak gündernimizde yer aldığı gerçeğinden hareketle,

III. Kamu Eczacıları Kurultayına katılan bizler; "I. ve II. Kamu Eczacıları Kurultay Sonuç Bildirgelerinde yer alan tüm maddeler ile, 29 Kasım 1996 tarihinde İÇEL'de yapılan TEB II. Bölgelerarası Toplantısında "TEB 40. Yıl Bildirgesi" olarak yayınlanan GPP deklarasyonunu III. Kamu Eczacıları Sonuç bildirgesi olarak kabul ediyoruz.

22 Aralık 1996

1) Ülkemizde Cumhuriyet tarihi boyunca planlı, tutarlı ve sürekli bir sağlık politikası oluşturulamamış, sosyal devlet anlayışına uygun sağlık hizmetleri verilememiştir.

2) Kamu sağlık hizmetleri için genel bütçeden hiçbir zaman yeterli pay ayrılmamış olması nedeniyle hizmetin kalitesi giderek düşmüş ve sağlık personeli emeğinin karşılığını alamaz duruma düşmüştür.

3) İlaç ve Eczacılık hizmetleri de bu yanlış politikalarından olumsuz yönde etkilenmiştir.

4) Kamu sektöründeki ilaç harcamalarının, tedavi harcamaları içerisinde payı çok yüksek oranlara ulaşmış ve bu durum SSK, Bağ-Kur örneklerinde görüldüğü gibi, finansman darboğazı yaratmıştır.



5) SSK'da uygulanan ucuz ilaç politikası ülkemizde ilaç fiyatlarını belirleyen kararnamenin gerçek verilerden yoksun olduğunu ortaya çıkarmıştır. Uygulanan ucuz ilaç politikasını destekliyor ve tüm kamu kuruluşlarında uygulanmasını ve Bakanlığın ilaç politikası arasına girmesini savunuyoruz.

6) İlaç ve Eczacılık hizmetlerini düzenleyen yasalar çağdaş anlamda bu hizmetlerin yürütülmesinde yetersiz kalmıştır.

7) Eczacılık eğitimi de çağdaş eczacılık hizmetlerinin yürütülmesi anlamında aynı yetersizlik içerisinde.

8) 1982 Anayasası uyarınca değişikliğe uğratılan Türk Eczacıları Birliği Yasası, çağdaş hukuk devletine yaraşmayan bir yığın antidemokratik hükümlerle doldurulmuş, bu Yasa ile kamu eczacılarının meslek örgütleriyle bağları koparılmıştır.

9) Kamu eczacılarının sendikal örgütlenmesi de engellenmiştir.

10) Kamu sektöründe çalışan eczacıların özlük haklarındaki gerilemelerin, bu sektörde yarattığı kadro boşlukları, bir ekip hizmeti olan sağlık hizmetinde de boşluklar yaratmıştır.

11) Kamu sektöründe varolan bu kadro boşluğunun, eczacı olmayan personel ile doldurulmaya çalışılması, insan sağlığı açısından ciddi sorunlar yaratmıştır.

Yukarıda kaba hatlarıyla çerçevesi çizilen sağlıklı yapının değiştirilebilmesi için;

1) Ülkemizde değişen siyasi iktidarlara göre değişmeyecek planlı, tutarlı ve sürekli, insanın doğuştan kazanmış sağlıklı yaşam hakkını güvenceye alan bir sağlık politikası oluşturulmalıdır.

2) Kamu sağlık hizmetleri için genel bütçeden yeterli pay ayrılmalı ve tüm sağlık personeline emeğinin karşılığı verilmelidir.

3) Emniyetli, etkin ve düşük maliyetli ilaç tedavisinin sağlanması için eczacının görev ve yetkileri artırılmalıdır.

4) Kamu sektöründe varolan boş eczacı kadroları doldurulmalıdır.

5) Başeczacılık kadroları yasallaştırılmalıdır.

6) Başhekimlik kurumu, çağdaş hastane işletmeciliği bakımından yeniden gözden geçirilmelidir.

7) Kamu sektöründe eczacılara idari kadrolar verilmelidir.

8) Ana sağlık personeli arasındaki eşitsiz ücret uygulamalarına son verilmelidir.

9) Kamu eczacılarının meslek dışı alanlarda çalıştırılmasına son verilmelidir.

10) Hastane eczaneleri çağdaş donanıma kavuşturulmalı, eczacı zaman alan kayıt işlemlerinden kurtulmalı, iyi eczacılık uygulamalarının yerleşmesi için kurallar saptanmalı ve eczanelerde bilgisayar kullanımı

yaygınlaştırılmalıdır.

11) Hastanede ilaç bilgi danışma hizmetlerinin bir fonksiyonu ve iletişim aracı olarak hastane formülleri ve hastane bülteni yaşama geçirilmelidir.

12) Kamu sektöründe iş yoğunluğu gözönüne alınarak eczacı istihdamına günlük reçete sayısına göre bir standart getirilmelidir.

13) Kamu eczacılarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa ve yönetmelikler yeniden düzenlenmelidir.

14) Çağımız gelişmelerine paralel olarak eczacılık mesleğinin beceri odaklığı yerine bilgi odaklı haline dönüştürülmesi gerekmektedir.

15) Günümüz eczacılığı tanımı yapılarak, buna uygun fonksiyonlar yeniden belirlenmelidir.

16) Bu anlamda eczacılık eğitimi de yeniden biçimlendirilmeli, 1995 yılında TEB tarafından düzenlenen I. Ulusal Eczacılık Eğitimi Kurultayı sonuç bildirgesi hayata geçirilmelidir.

17) Lisans ve lisansüstü uzmanlık çalışmaları özendirilmeli, eczacıya eğitim gördüğü tüm dallarda uzmanlık alanları açılmalı, ister tababet uzmanlık tüzüğüne göre, isterse bu tüzüğün dışında kalan dallarda master eğitimi alarak uzmanlaşmış eczacı, dişhekim ve veterinerlere eşit oranlarda özel hizmet tazminatı ve yan ödeme verilmelidir.

18) Devlet, ilaç kontrol ve araştırma enstitüsü kurulmalıdır.

19) Kamu sektöründe çalışan eczacıların emeklilik haklarıyla ilgili Anayasasının eşitlik ilkesine aykırı olan farklı uygulamalar ortadan kaldırılmalıdır.

20) Eczacıların örgütlenme hakkı üzerindeki tüm engelleme ve kısıtlamalar kaldırılmalıdır.

21) Kamu eczacılarına, tüm sağlık çalışanlarıyla birlikte grevli ve toplu sözleşmeli sendika hakkı tanınmalıdır.

22) TEB'nin 40. Yıl Bildirgesi olan, aşağıda yer alan GPP deklarasyonun aynen benimsiyoruz.

Türk Eczacıları Birliği'nin kuruluşunun 40. yılında biz III. Kamu Eczacıları Kurultay delegeleri GPP (Good Pharmacy Practice-İyi Eczacılık Uygulamaları) ilkelerinin gerek halk sağlığı, gerekse eczacılık meslek kimliği ve eczacılık hizmet sunumundaki öneminden hareketle;

1) GPP'nin uygulamalı felsefesinin tanıtılması ve benimsenmesi,

2) GPP için öncelikli olarak psikolojik, eğitimsel, yasal alt yapının oluşturulması ve sürdürülmesi

3) GPP ile ilgili Ulusal Standartların belirlenmesi ve yaşama geçirilmesi,

4) GPP'nin uygulamaya yansıtılmasında Hizmet Kalitesi Yönetimi anlayışının eksiksiz yerine getirilmesi, doğrultusunda ilgili tüm kesimlerin katılımı ile gerekli adımları atacağımızı ve bu gelişmelerin takipçisi olduğumuzu kamuoyuna duyuruyoruz.\*



# MADDE BAĞIMLILIĞI

(20 OCAK 1996)



**Prof. Dr. Ahmet GÖĞÜŞ** (Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Üyesi): Hepsinize iyi günler dilerim.

Madde bağımlılığı gerçekten giderek büyüyen bir sorun.

İki üç sene önce Sn. Beyazyürek bize yardımcı oldu, bu işin İstanbul kısmını Bakırköy Hastanesi'nde gerçekleştirdik, bir bölümü işi de Ankara'da yaptık ve şöyle bir araştırma yaptık; Acaba, insanlar, madde bağımlılığı konusunda ve alkol bağımlılığı konusunda ne biliyorlar. Burada çok acı bir gerçek ortaya çıktı; Türkiye'de, en azından bizim ülkemizde, bu konuyla ilgili en az bilgi sahibini olan kişiler doktorlar, eczacılar, diğer hekimleri, hepsi sağlık personeli özette, hemşireler v.s. Hemen hemen bilgi düzeyi sıfıra yakın çıktı.

Biz madde bağımlılığıyla ilgili hemen hemen her türlü bilgiyi, belgeyi madde bağımlılarının kendilerinden aldık.

Profesyoneller veya bu konunun uzmanları diye dolaşan kişiler de dahil olmak üzere, hemen hemen hiç bir şey bilmiyoruz. Onun için her şeye en baştan başlamak lazım.

Milli Eğitim Bakanlığıyla birlikte bir programımız olsa daha iyi olurdu; tabii her şeye baştan başlamak lazım. Baştan başlayan şey, kanıma göre ilkokuldan başlaması gereken olay; yani eğitime, ilkokullardan, anaokullarından başlamak gerekir ve tek düze eğitim verilmesi; yani, herkesin aynı ağızdan konuştuğu bir eğitimin gerçekleşmesinin bu

konuyla ilgili olarak yararının olabileceğini düşünüyoruz.

Madde bağımlılığının değişik boyutları var; işin bir de ticari yönü var. Bizler bu olayın ticari yönüyle kesinlikle ilgilenmiyoruz veyahut da bu işle ilgili olarak en ufak bir çabamız veya katkımız olamaz.

**Doç. Dr. Mansur BEYAZYÜREK** (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı): Ben Ametem'in sorumluluğunu on yıl yürüttüm ve her hastamıza bir anket uyguladık. "Ne zaman başladınız, kaç yaşında başladınız kullanmaya, ilk kullandığınız madde neydi" gibi demografik bir takım özellikleri ortaya çıkarcı anketler bunlar. Gittikçe artan bir şekilde ilk kullanma yaşının düştüğünü gördük. Ametem'in ilk açıldığı yıllarda, 1983-1984 yıllarında, hastalar, ilk kullanma yaşını 18,19,17 gibi belirtirken, benim Ametem'den ayrıldığım sene 1995 ortalarında, 1994 verilerinde ilk kullanma yaşı 14'lere hatta 9 yaşında bir vaka vardı; 14 ve 13'lere kadar düşmüştü. Demek ki kullanma yaşı gittikçe düşüyor. Tam adölesan çağının, biliyorsunuz o döneme rastlıyor; dolayısıyla, risk grubu, adölesan çağındaki gençler oluşturuyor.

Bir kere, olaya bakışımızı değiştirmemiz lazım. Biz, önce, toplum olarak, hekimler olarak; toplumu bir tarafa bırakırsak, hekimler olarak, öğretmenler olarak, veliler olarak, eğitimciler olarak; özellikle altını iki üç defa çizelim; eğitimciler olarak, bizim, bu olaya bakışımızı değiştirmemiz şart. Anne-baba 'hayırsız evlat' diyecek; polis bir suçlu olarak görecektir; hakim ise acaba kaç sene hapis cezası vereceğim diyecek; öğretmen, kötü bir öğrenci gözünü bakacak; doktor, hasta diyecek; psikolog, şöyle kişilik bozukluğu olan birisi diyecek; sosyolog, toplumun herhangi bir katmanından gelen bir adam diyecek v.s.; din adamı günahkar diyecek; ama, bir sürü yetkili bir sürü etiket verecek ve ondan sonra da biz bu sorun nasıl büyüyor, niye büyüyor diye kendi kendimize sorup duracağız ve bu sorun daha da büyüyecek.

Ben, uyuşturucu konusunda, bu olayın en ucundaki kişiyim. En zor yerinde olan bir kişiyim. En



çaresiz olunan yerdeki bir kişiyim. Tedavi, uyuşturucu konusunda, hakikaten çok başarısız. Ben, çok başarısız olunan bir iş yapıyorum. Ama, yine yapacağım; ben, hekimim. İnsanın hayatını bir gün dahi uzatmam gerekiyor.

Bir yeşil-kırmızı reçete olayı çıktı. Ben, istediğim kadar, 24 saat anlatsam, bunlar şöyle bağımlılık yapar, ama şudur budur desem bu konuda eğitim versem, 365 gün konuşsam, devletin aldığı yeşil-kırmızı reçete kararı kadar etkili olman mümkün değil. Her şey bu kadar açık, ortada.

Amfetaminler 1974 senesinde yasaklandı. Benim yaşımın biraz üzerindeki, Amfetaminleri, öğrencilik yıllarında, uykusuz kalmak için kullanıyorlardı ve bayağı Amfetamin bağımlısı insanlar vardı. Ben Amfetamin bağımlısı görmedim. Bu işin içerisinde on senedir uğraşıyorum; ben, amfetamin bağımlısı görmedim, belki Ahmet Hoca görmüştür, yaşı benden bir iki yaş daha büyük.

Devlet, çok şeyi yapabilir; onu vurgulamak için bu örnekleri veriyorum. Yoksa, tedavi klinikleri, danışma klinikleri tabii açılacak.

Evet, peki, bu maddeler nedir; ben, şöyle dört grupta sınıflayacağım:

1. Merkez sinir sistemini deprese edenler, baskı altına alanlar. Bunların başında alkol geliyor. Alkol de bir madde; burada legal olması, illegal olması bizi ilgilendirmiyor.

**Prof.Dr. Ahmet GÖĞÜŞ:** M a d d e bağımlılığında, işin ticareti ve bağımlılığı birbirinin içerisine girmiştir. Resmî istatistiklere göre bilinen her madde bağımlısının arkasında 9 kişi vardır. Yani, bir ülke için 500 bin kişi madde bağımlısı diye ilan edilmişse, o ülkede gerçek madde bağımlısı sayısı 500 çarpı 9'dur. Çünkü, bu işin maliyetini düşünememek amacıyla, ne kadar paranız olursa olsun, mutlaka satmak zorundayızdır. Ancak, kendi madde maliyetinizi 8-9 kişiye satarak düşünebilirsiniz ve bütün dünyada da bunlar, hep dolar üzerinden hesaplandığı için, üç aşağı beş yukarı her ülkede bunun işleyişi aynı şekildedir. Onun için, sayının az olması, biraz önce Mansur beyin de belirttiği gibi, problemin küçük olduğu anlamına gelmez.

**Doç.Dr. Mansur BEYAZYÖREK:** Alkol dedim, alkol legal kullanımı; ama o da bağımlılık yapıcı ve Türkiye'de çok büyük bir sorun. Kendi konum olduğu için hep büyük sorun deyip duruyorum; tabii, daha önemli sorunlar olabilir; ama, bugün, Türkiye'de alkolle ilgili problemi olan insanların sayısı 1 milyon 200 bin civarında, yaklaşık 1.5 milyon civarında.

Yine, santral sinir sistemi depresanları deyince, barbitüratlardan bahsetmek lazım. Bunlar, biliyorsunuz, genellikle kırmızı reçeteye satılan

ilaçlar. Barbitürat olmayan sakinleştiriciler ve uçucular. Uçucular için, arkadaşım ayrı bir paragraf açacak. Çok büyük bir sorun. Özellikle çocuk dediğimiz gençlerde önemli bir konu.

Yine, bir başka grup, uyarıcılar diyeceğimiz; alındığı zaman uyarı yapan, bir istek artışı, iştah yapan maddeler; Bunların başında nikotin geliyor. Sigara... Hadi bakalım, sorun değil deyin. Bugün ülkemizde, sigara bağımlısı, bilmiyorum belli bir çalışma var mı; ama, çok büyük bir sorun. Sigara kullanımından ölümler, bütün diğer bağımlılık yapıcı maddelerden olan ölümlerden çok daha fazla. Şimdi, buna, sorun değildir diyebilirsiniz deyin artık. Yine, kafein ihtiva eden maddeler, bağımlılık yapıcı maddeler ve uyarıcılar için de en ünlülerinden bir tanesi kokain; özellikle son birkaç yıldır ülkemizde kullanımının arttığını gördüğümüz bir madde kokain.

Yine, Amfetamin grubu ilaçları uyarıcı sınıfında sayabilirim. Halusinajenler dediğimiz kullandıkları zaman algı bozukluğuna yol açan maddeler ki, bunlar için de başta esrarı, esrar bitkisini ve ondan elde edilen mariuhana, haşhaş, ve yağını sayabilirim. Yine mesgalin, fensiklidin gibi maddeler... Bunların içinde, ülkemizde, özellikle önemli olan esrar. Esrar, bazı yörelerimizde, akşam, bir ritüel olarak da yaygın kullanılan bir madde.

Bir başka grup narkotikler. Bunlarda genelde haşhaş bitkisinden elde edilen maddeler. Haşhaş ülkemizde kontrollü ekimi olan bir bitki. Biliyorsunuz, Afyon ve yöresinde yetişir, hatta bir ilimize adını vermişiz. Sevinerek söyleyeceğim bir şey bu yakalanan narkotik maddeler içinde Türkiye de ekilen haşhaştan elde edilen madde bulunmuyor, eroïn bulunmuyor. Demek ki hakikaten bu işi, çok kontrollü bir biçimde yapılabiliyoruz, ekimini ve kullanımını.

Yine, narkotikler sınıfında morfin ve kodeini sayabilirim ve bir de tedavide kullanılan, özellikle eroïn bağımlılarının tedavisinde kullanılan Metadon adlı ilaçtan bahsedebiliriz. Sentetik bir çeşit eroïn.

Yine bir başka bağımlılık yapıcı grup da steroidler, anabolizan bazı ilaçlar, hormon ihtiva eden ilaçlar; özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde son yıllarda yine sporcular arasında veyahut da spor yapan gençler arasında kullanımını gördüğümüz bir başka grup ilaç.

**Prof.Dr. Ahmet GÖĞÜŞ:** Mesela, ben Güneyden, Güneydoğudan bilirim; özellikle tarım işçileri arasında kortizon kullanmak çok yaygındır. Dekort kullanırlar; ama hiç kimse kortizonu yasaklamayı düşünmüyor, her yerde kullanılır ve gerçekten de düşük dozda alındığı zaman, dozu güzel ayarlanabildiği taktirde belli miktarda eforu sağlayan bir maddedir. Bütün dünyada olduğu gibi, ülkemizde de bu şekilde satılmaktadır. Bağımlılık deyince bunlar, genellikle bir takım maddelere



bağımlılık; ama, son yıllarda yeni bağımlılıklar adı altında kongreler düzenleniyor ve bağımlılık şekilleri içinde de şişmanlıktan bahsediliyor; şişmanlığında bir çeşit bağımlılık olduğu; biliyorsunuz, şişman insan zayıflar, zayıfladıktan bir süre sonra tekrar kilo almaya başlar; sonra, tekrar bir rejim yapar bir daha zayıflar; tıpkı eroinin, eroini bırakıp bir süre kullanmadıktan sonra tekrar alması, tekrar bırakması gibi şişmanlamayı da yeni bağımlılıklar sınıfı içinde sayıyorlar.

Bir başka yeni bağımlılık diye nitelendirilen; ama, çok daha eski, aslında; kumar bağımlılığından da bahsedilebilir. Kumar oynayan insanlar, gerçek anlamda bir bağımlılık söz konusu ise, kumar oynamadıkları zaman, bayağı herhangi bir maddeden kesilme belirtileri gibi huzursuzluk, sıkıntı, terleme şikayetleri olabiliyor ki; kliniğimize kumar bağımlısı olarak yatırdığımız hastalarda bizzat bunları gözledik. Etrafımızda varsa kumar bağımlısı olanlar tanıyorsanız, bunları müşahade etmişsinizdir.

Kısaca bağımlılık yapıcı maddeler bunlar; ama, bizim kliniğimiz, gelen bu hastalarla, bu insanlarla karşı karşıya...

**Doç. Dr. Mansur BEYAZYÖREK:** Hiçbir şekilde, madde kullanan bir insanın, bağımlı olup olmayacağı daha önceden belirtilemez. Bu güne kadar gelen bir dolu teori, artık, hemen hemen cürümüş vaziyette. Şu insan bağımlı olur, bu insan bağımlı olmaz diye bir etiket olayı tamamen ters bakmaktan başka bir şey değil.

AIDS riski biliyorsunuz, eş cinsellerden sonra uyuşturucu kullananlarda ikinci sırada yer alıyor.

Vücudunda iğne yapmaya yer bulamayan bir hasta, iğneyi bacaklarından yapıyor.

Uyuşturucu kullanan insanların hemen hepsi çok genç insanlar; vücutlarının değişik yerlerine dövme yapıyorlar; idam sehpa, döğme vesaire şeklinde. Bu bir çeşit, kendi aralarında iletişim yolu. Bunlar, genelde duygularını kelimelerle pek ifade edemeyen insanlar. Dolayısıyla, bunların

aslında, madde kullanımlarının temelinde belki bu yatıyor. Duygularını daha bir açığa çıkarmak, daha bir kendilerini anlatmak; döğmeler de, bunların bir çeşit kendilerini ifade yolu. Hatta, son günlerde konuştuğum hastalar tepki veriyorlar: "Dövmeyi de herkes yapar oldu Hocam, bu işimizdi" gibi sözler duyuyorum.

Dövmeleri belli bir amaçla yapıyorlar; kalp, haç ve çipa dövmesi var; hastaya, bunun ne demek olduğunu sorduk. Kalbi gösterdi "Bu seni seviyorum demek; haç, bu, sana tapıyorum demek; çipa da sana bağlıyım demek" dedi. Dövme ezizli bir şey, bayağı acı veren bir şey. Bu üç cümle için kendine niye bu kadar ezizlik ettin diye sordum "Bu da bizim raconumuz hocam" dedi.

Bu insanlar hakikaten çok sevilmeli insanlar, çok dolu insanlar ve konuşulmaktan hakikaten zevk duyulan insanlar. Uyuşturucuyu sevmiyorum; ama uyuşturucu kullanan insanlar hakikaten sevilecek insanlar. Yani itilecek insanlar hiç değiller. Parantez içinde söyleyeyim ben alkol kullanan hastalara göre uyuşturucu kullanan hastaları daha çok seviyorum. Alkol kullanımında biraz legaliteye sığınma hakkı var.

Hastalar genellikle kaptagon hapına, rohypnol hapına genellikle Roche diyorlar; aslında, burada sizin çok büyük sorunuz var eczacılar olarak. Bu haplarla, ben, her ne kadar tedaviyle karşı karşıyaysam, siz de çok olumsuz şartlarda karşılaşıyorsunuz; mutlaka bana bu ilacı ver diyorlar, hatta tehdit ediliyorsunuz.

Kırtasiye malzemelerinde, silgi kalemlerde kokular vardı; bunlar, daha çok ilgi çekmek için kokulu silgi, kokulu defter, kokulu cetvel; koku insanı cezbeden bir şey; bizler bile niye koku süreriz, karşımızdakini etkilemek için. Bir çeşit etkileşim sağlamak için. Oradaki amaç da o; koku etkileyin, ona bir yakınlık duyuyor, bir bağımlılık duyuyor, sevgi oluşuyor. Bunların hepsi belli pazarlıklı şeyler. Bunu ilk uygulayan ülkelerde kaldırırdı, bizde bilmiyorum ama pek rastlamıyorum. Eskisi kadar yok azaldı şimdi.

Burada devlete çok iş düşüyor. Burada bir bira reklamını görüyorsunuz, bunu bir dergiden aldım. Ne kadar çok konuşursak konuşalım böyle bir reklama bir dergide izin veriliyorsa ki ben Batı Avrupa ülkelerinden hiç birisinde böyle bir reklama izin verileceğini hiç sanmıyorum. Köpüren bir bira, bardak içinde üzerinde "dans, müzik, eğlence, içkiler %50 indirimli, öğrenci günleri özel indirimli" yazıyor ve buna kimsenin sesi çıkmıyor. Avrupa'da o dergi kapatılır, yayımına son verilir. Yapacak başka hiç bir şey yok. Yurt dışında içki reklamları tabii yapıyor. Ama en az reklamın yapıldığı kadar da "içki çok az alınmalı veya sağlığa zararlıdır" gibi çok büyük yazılarla reklam





yapılıyor. Ama burada özendirici olmaktan başka hiç bir yazı göremiyoruz.

Esrarın serbest satılmasını özellikle tetkin eden bir makaleyi aldım bir yayından. Yani, eczanelere gidilsin, esrar alınsın böylelikle esrar kullananları biliriz gibi bir akım var, ki halen bu var. Esrarın serbestleşmesi konusunda, esrar kullanımıyla belki bir eroin kadar çok şiddetli çok bağımlılık yapmıyor ama uzun süre kullanımında bayağı esrar psikoza dediğimiz tablolara yol açabiliyor. Onun için biz, genellikle bu düşünceye karşıyız. Genellikle derken, aslında modern hayat, modern dünya teknolojisi bize almayı bir çeşit böyle ağızımıza samar gibi vuruyor. Hepimiz aman işte başım ağrıdı bir hap alayım; komşuya gidip sabah çayını içmeden kendime gelemiyorum. Bunlar aslında hep maddeye karşı edindiğimiz bağımlılığın bir başka göstergeleri. Reklamlar, teknoloji bunu bize zorluyor. Biz aynı akvaryumun içinde yaşıyoruz, akvaryum ne kadar pis olsada içinde olmak durumundayız.

Bilgilenmek, öğrenmek önlemektir. İnancıdayım. Biz ancak bildiğimiz öğrendiğimiz bir tehlikeyi önleyebiliriz. Onun için bu konuda bilgilenmenin önlemeye yardımcı olmaktan başka bir faydası olmaz.

**ECZ. ÇİĞDEM YAVUZ (Serbest Eczacı)** - Ben özellikle uyuşturucuya merakın meylin medyada yapılan yanlış haberlerden de ortaya çıktığına inanan bir kişiyim. Bu konuda bir bilgi alabilir miyim?

**DOÇ. DR. BEYAZYÜREK** - Söylediklerinize katılıyorum şöyleki, özellikle esrar konusunda çok yanlış bilgilendirildiler. Aktüel dergisinin bundan bir kaç ay önceki bir sayısında, ben hatırlıyorum "Esrar, dünyayı kurtaracak" gibi bir manşet vardı. Esrar bağımlılık yapmaz, esrar sigaradan daha az zararlıdır gibi yanlış, gerçekle uzaktan yakından ilgisi olmayan haberler veriyorlar ama medyada ne doğru; onu da tartışmak lazım.

Ben on yıldır bu işin içindeyim. On yıl öncesinde bağımlı olan kişilerin bir tipi çizilirdi; anti-sosyal kişilik özellikleri olacak, ayrılan ailelerin çocuklarında daha çok oluyor, ailesinde uyuşturucu kullanan varsa onda daha çok oluyor gibi bir takım gruplara konservatif yetiştirilen ortamlarda daha az oluyor, dini faktörler geleneksel faktörler falan gibi bir çok faktörün bağımlılığın oluşmasında olumsuz etkisi yani bağımlılığın oluşmasını engelleyici etkileri olduğu söyleniyor. Fakat son 4-5 yıldır bütün bunlar çürüdü gibi. Yani herkes bağımlı olabilir. Toplumun her kesimi, yani hiçbir sosyo-kültürel seviye tanımıyor. Ne fakir bir ortam ne çok zengin, ne orta derece; artık her kesimden bağımlı insanlar her kişilik özelliği taşıyan ve kişilik özellikleri olan insanlardan bağımlı görebiliyoruz. Bu olay kalktı.

Bir açık oturumda bana dinimize sahip çıkarsak bu önlenebilir denildi. Ben de inançlı bir insanım ama dinimize sahip çıkmakla bağımlılığın önlenmesi arasında bir bağ kuramadım. O zaman dini suçluyorsun çünkü, Afganistan'da 5 milyon eroinman var. Ne yapacağız şimdi bunu dedim, sustu. Böyle bir şey maalesef yok. Özellikle son yıllarda okulların etrafında sakızların içine konuyor, bu çocukları bundan nasıl alıkoyacaksınız ki, ne yapacaksınız. Piri piri da yetişirseniz, ne yaparsanız yapın önleyemezsiniz. Sadece benim önereceğim çocuklarımızla, özellikle gençlerimizle paylaşalım. Onların dediğini yapalım, ne istiyorlarsa verelim, onlarla paylaşalım. Çocuğun sevgisini, isteğini, zaaflarını beraber yaşayalım. Her halde o zaman bir parça önlemiş oluruz gibi geliyor.

Maalesef çok üzülerek söylüyorum özellikle son yıllarda ki çalışmalar da onu gösteriyor. Belli bir lipoloji çizemiyoruz.

**Prof. Dr. AHMET GÖĞÜŞ** - Mansur Bey'in söylediklerine benim ekleyeceğim; herhangi bir kişi bağımlı olabilir. Mesela benim öğrencilerime anlattığım bir kolonya örneği vardır. Türkiye'de çok yaygın bir kültür yatak odasında kolonya bulundurma. Çocuk annesinin yatak odasından aldığı kolonyayı damla damla avucuna veya diline dökerek alkol bağımlısı haline gelebiliyor. Bu çok uç bir örnek ama böyle bir şey mümkün. Kolonya damla damla aktığı için çocuğu rahatsız etmiyor. Dini bütün vatandaşlarımız, genellikle sıkıntı geçirdikleri zaman hemen suyun içine biraz kolonya damlatır içerler. Onu seyrettiler ve alkolün gayet güzel rahatlatıcı etkisi vardır. Herkes bağımlı olabilir, ama bağımlı olma en önemli şeylerden bir tanesi benim kanıma göre, insan oğlunun yarattığı günden beri içinde bulunduğu daha güçlü olma, daha hızlı olma isteğidir ve Mansur Bey son durumların resimlerini gösterdi. Halbuki bu tür maddelerin ilk kullanımı anında insanlar kendilerini olduklarından çok daha güçlü, çok daha hızlı hareketli hissederler. Mesela, bağta güzel resimler gösterdi. Demekki bu maddenin etkisi altında insanlar daha üretici olabiliyorlar ve yaratıcı olabiliyorlar.

Mansur Bey onları sevdiğinden söz etti. Gerçekten bu insanların düşünce sisteminde kanda dolandığı süre içerisinde bu maddeler geçici de olsa belli bir miktar üretimde bir artış veya zenginleştirme durumu getirebiliyor; ama keşke bu etki sürekli olsa. O zaman o sürekli etkisi olan, olumlu etkisi olan maddeyi doktorlar, eczacılar, kimyacılar veya polisler; hem biz kullanırsak hem yasal hale geldiği için gelişimde bulunuruz. Alkol dahil olmak üzere hepsiyle ilgili olarak ortaya çıkan gerçek uzun vadede yıkıma yol açtığıdır. Yıkım dediğim zaman, hem psikolojik yıkım hem de bedensel yıkım; yani nörolojik bazı belirtilerin or-



laya çıkması doğrudan doğruya beyinde hasar yapması söz konusu. Bunların içinde en belirgin olarak beyinde hasar yapan alkol olayı.

**Doç. Dr. Emine ÖZTÜRK KILIÇ** (SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği)- Ben ergenlerde uçucu madde ve biperiden kullanımından söz edeceğim. Niye bunlardan söz edeceğim; çünkü Ahmet Bey'in dediği gibi ben SSK Ankara Hastanesi'nde Psikiyatri Kliniği'nin Gençlik Ünitesi'nde çalışıyorum. Biz burada 14-22 yaş arası gençlerle çalışıyoruz ve bizim gördüğümüz hasta grubu da bunlar.

Ahmet Bey'inde söylediği gibi biz bu işi hastalarımızdan öğrendiğimiz için benim de bildiğim konu ve size şimdi aktarmaya çalışacağım konu hastalardan öğrendiğim bu uçucu madde ve biperiden konusu.

Uçucu madde kullanımıyla bağlamak istiyorum. Uçucu madde kullanımı yabancı literatürde ilk kez 70'li yıllarda gündeme gelmiş. Son yirmi yılda ise dünya da kullanıcılarının sayısının giderek arttığı söyleniyor. Adölesan dönemine ait bir olgu olarak kabul ediliyor. Biz de ise medyada yer almaya başlaması 80'lerin sonunda, her halde Uğur Dündar'ın bu programını hatırlıyorsunuz; bu oldukça önemli bir program, daha sonra da neden olduğunu açıklayacağım.

Genelde uhu çocuklar olarak söz edilen bu grup içine tüm uçucu madde kullanıcıları girmekte. İnhaler kullanım başlığı altında çözücüler, yapıştırıcılar, aerosoller, boya incelticileri ve gazlar vardır. Örneğin aseton, çalkamak gazı, sprey boyalar bu amaçla kullanılabilirler. İnhaler içindeki aktif birleşimleri sıralamaya çalıştım. Bunlar sizin daha iyi bildiğiniz konular, en azından farmakolojisini. Çok değişik maddeler olabilir, tolien, aseton, benzen, trikoloretan, pektoretan gibi bunların içinde halojenli hidrokarbonlar var.

Bu maddeler bir plastik torbaya sıkılarak ya da beze dökülüp solunarak kullanılabilirler. Etkileri santral sinir sistemini baskılama şeklinde. Sıklıkta tolerans gelişiyor etkilerini ve kullanım miktarını artırma ihtiyacı duyuyorlar. Kullanılmadıklarında da yoksunluk belirtileri ortaya çıkıyor.

Solunumlarından sonra çok hızlı emiliyorlar, akciğerlerden ve 5 dakika içerisinde etkileri başlıyor. Bu etki yarım saatte 5 saat arasında sürüyor. Etki süresi kullanılan madde ve miktarına göre değişiyor. Kullanıldıktan sonra 4-10 saat süreyle kanda tespit edilmeleri mümkün. Karaciğerde metabolize edilerek ve bir bölümü de akciğer yoluyla atılıyorlar.

Ucu ve kolay elde edilebilir maddeler bunlar. Bunların hiç biri illegal değil çok kolayca satılıyorlar. Kullanımları bu yüzden de özellikle

düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen gençlerde çok daha yaygın.

ABD'de yapılan bir toplum taramasında yaşam boyu bir kez kullanımı %5 olarak bildirilmiş ve ABD'de ergenlerin %0.5'i birinde kötüye kullanım oranı bildirilmiş. Kullanıcıların %90'ı erkekler. Başlama yaşı en sıklıkla 13 yaş. Oldukça erken bir yaşta başlıyorlar. Meksika'da yapılan bir araştırmada okula giden gençler arasında bu maddelerin kullanımının son derece düşük olduğu buna karşılık, okul dışındakilerde çok yüksek olduğu ve giderek arttığı ve sonuç olarak, bu ülkede Meksika'da gençlerin çoğunluğunun da okul dışında olması nedeniyle uçucu madde kullanımının, Meksika'nın en önemli madde kullanım sorunu haline geldiği söyleniyor. Brezilya'da da benzer bir durum söz konusu. Düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen öğrenciler arasında yaşam boyu kullanım oranı %24 ve son bir ayda kullanım oranı %5 olarak tespit edilmiştir. Sokak çocuklarında yaşam boyu kullanım oranı %78, son bir ayda kullanım oranı %58 olarak bildirilmiş.

Türkiye'de de gençlerin daha büyük bir bölümün okul sisteminin dışında olması, benzer bir sorunun Türkiye'de ortaya çıkabileceğini düşündürüyor.

Ne tür etkileri var, gençler bunu neden kullanıyor; gençler bunu, sıkıntılarını azaltmak dertlerini unutmak için kullanıyorlar. Az dozda kullanıldığında neşelilik, heyecanlanma, havada uçma hissi, dokunma illizyonları gibi hisler ortaya çıkıyor. Doz arttıkça korku, görsel ve işitsel halüsyasyonlar, beden boyutlarının yanlış algılanması ortaya çıkıyor. Bu sırada, konuşma peltekleşiyor, konuşmanın hızı azalıyor.

Genelde uhu aldıktan sonraki 5-6 saati hatırlamakta güçlük çekiyorlar ancak kendilerini çok güçlü ve cesur hissettiklerini söylüyorlar. Gerçekte, yüksek dozlarda entoksikasyon hali ortaya çıkıyor ve bu dönemde yargılama tamamen bozuluyor. Son derece agresif ve inpasif olabilirler. Daha sonra apati hali ortaya çıkıyor ve bundan sonrada stopora ve hatta komaya kadar gelişebilen bir tablo görülüyor. Komadaki bir kişinin inhal kullandığında ağız ve boğaz çevresinde kızamıklik olmasından; nefesinin kokmasından anlamak mümkün.

Uzun süre kullanıldığında sinirlilik, duygusal oynamalar ve unutkanlıklar ortaya çıkıyor. Yoksunluk belirtileri ise uyku bozuklukları, sinirlilik, titreme, terleme, bulantı, kusma, bazen de halüzyen ve halüsinasyonlar oluyor.

İnhallerin yan etkilerine göz atacak olursak; çok ciddi yan etkileri ve komplikasyonları var. En önemlisi de ölüm 1981-85 yılları arasında İngiltere'de uçucu madde kötüye kullanımının yol



açtığı 365 ölüm olgusu bildirilmiş. Genelde ölüm, solunum depresyonu, kalp aritmileri ve asfeksi sonucu oluyor. Bunun dışında, uzun dönemde kullanıldığında ortaya çıkan ciddi yan etkileri; karaciğer ve böbrek hasarı, kaslarda erimeler, beyin atrofisi, epilepsi EEG bozuklukları ve zeka düzeyinin düşmesi.

Bu değişikliklerin, beyin kan akımının azalmasına bağlı olduğu düşünülüyor. Diğer sistemleri içeren bir çok yan etkileri var. Fakat, şunu söylemek lazım ki, bu yan etkileri tüm maddeler yapmıyor; farklı maddeler farklı yan etkilerden sorumludur. Örneğin, benzen, lösemi veya onkolojik değişiklikler yapıyor. Klorohidrokarbonlar karaciğeri etkiliyor, polien böbreklerde hasar oluşturuyor.

Risk faktörlerine bakacak olursak; en önemli risk faktörü aile. Özellikle fakir ve parçalanmış ailelerden geldikleri söyleniyor. Okul önemli bir konu genelde, okul başarısı çok düşük bir grup. Ayrıca da psiko sosyal etkiler, akranların madde kullanması, akranlardan onay alma gereksinimi, depresyon, suç işleme ve kuralsız davranma eğilimi, ailede madde kullanımı, düşük kişilik değeri ve intihar girişimi de risk faktörleri olarak bildirilmiş.

Biz 1993 yılında ilk kez fark ettik ki, bize başvuran uçucu madde kullanan gençlerin sayısı giderek artıyordu ve o zaman bir dosya taraması yaptık ve o yıl içinde kliniğimize 20 başvuru olduğunu gördük. Bu kliniğimize olan yeni başvuruların yaklaşık %5'nü oluşturuyordu ve bu grubun tümü düşük sosyo ekonomik kesimlerden geliyordu. Uçucu madde kullanımına nasıl başladıkları sorulduğunda bir kişi cezaevinde öğrendiğini 4 kişi de televizyonda bu maddelerle ilgili bir yapıyı izledikten sonra ilk kez denediklerini söylemişlerdi. Grubun geri kalanı da arkadaşlarından öğrendiklerini söylüyorlardı. Demin, medyanın etkileriyle ilgili bir konu vardı; bu açıdan ilginç bir örnek. 1995 yılında bu konuda tekrar bir çalışma yaptık ve o yıl içinde kliniğimize 18 inhaler kullanan hastanın başlamış olduğunu gördük. 17'si erkek sadece biri kızdı. Yaşları 14/19 arasında değişiyordu. Ortalama 16.5; yani oldukça düşük yaş. İşlerine göre baktığımızda %56'sı işsizdi, %22'si öğrenciydi %22'si de işçiydi. İşçilerde iş yerlerine göre, kuaför, otoboyacı, saç boyacı ki inhalerlarla sıklıkla karşılaştıkları ortamlar bunlar.

İlk başlama yaşı 12-18 arasında bildirildi. Oldukça erken. Kullanım süresi ortalaması da 22 aydı. Günlük kullanım miktarlarına bakılacak olursa miktar olarak, ortalama uhu kullanımı günde 12 tüp idi. Akineton kullanıcılar günde 15 taneden söz ediyorlardı, eşlik eden psikiyatrik sorunlar; bunlar, etiyolojisi açısından önemli olabilir diye

düşünüyorum. İki kişide depresif bozukluk saptadık. İki kişide davranım bozukluğu, iki intihar girişimi, yedi kişi de kendini çizenler, jiletleyenler. Oldukça yüksek oranda; 16 kişi en az bir kez evden kaçtığını söylüyordu. Bu genelde sayısız kez evden kaçmalar şeklindeydi. 12 kişinin de, yani %66'sının başı en az bir kez ya da sayısız kez polise derde girmişti.

Bunlar eğitim düzeyinin düşüklüğü ve gençlerin %80'inin eğitimi bırakmış olması dikkatimizi çektiği için zeka düzeyi ile ilgili sorunların olup olmadığını araştırmaya yöneltti bizi bu durum ve dokuz kişiye zeka testi verildi. Buna göre, üç kişi normal zeka, bir kişi parlak zeka, onun dışında hepsi normalin altında zeka düzeyi gösteriyordu ve grubun genel ortalama zeka düzeyinde 85,3 çıktı. Bu da donuk normal, yani normalin bir miktar altında zeka sınırları içinde kabıyor.

Bir yakınmalar listesi verdik ve en sık ortaya çıkan yakınmaların unutkanlık, ellerde titreme, baş ağrısı, görsel halisünasyonlar, kendine zarar verme isteği ve kulak çınlaması olduğunu gördük.

Bunun dışında bir yaşam olayları listesi ya da bir stresörler listesi verdik bu gençlerin hayatları nasıl konusunda bir fikir verme açısından önemli. Bize bildirdikleri en sık olaylar arkadaştan ayrılma, okul değişikliği, anne-baba tartışması, anne-baba arasında fiziksel şiddet, evde ciddi para sorunları gibi; bunun dışında para kazanmaya başlama önemli bir olaydır madde kullanımı öncesinde olan.

Madde kullanımı sonrasında olanlardan en fazla fiziksel incitilme korkusu ve fiziksel incitilmeydi; çünkü gerçekten de bunlar şiddete maruz kalıyorlar hem dışarıda hem evde. Bunun dışında sık ortaya çıkanlar kız-erkek arkadaşla çıkmaya başlama, okulda ve işlerinde problemler madde kullanımı öncesinde, madde kullanımı sonrasında yasalarla başının derde girmesi, kendini yaralama, öldürme fikirleri; bu hem öncesi hem sonrası oluyor. Evden kaçmalar en sık rastladığımız olaylardır.

Bunun sonucunda şunu söyleyebiliriz; daha önce diğer araştırmalarda da en sık ortaya çıkan bulgulardan biri, uçucu madde kullananların sorunlu ailelerden geldiği ailenin parçalanmış ya da ağır çatışmalar yaşanan aileler olduğuydu. Bizim vakalarımızda ciddi çatışmalar olduğu ve maddi sorunların ya da tartışmaların çok olduğunu gördük. Ders başarısızlığı, sık ortaya çıkan bir durum. Bizim vakalarımızda bu, diğer yayınlarda da desteklenen bulgu; çünkü bu gençler diğer ülkelerde sıklıkla okulu bırakan grup.

Yine iş ve okulda davranış problemleri, yaygın bildirilen bulgulardan birisi. Polise başının derde girmesi çok sık bildiriliyor. Diğer yayımlar, suç



işleme ve poliste başının derde girmesinin yaş arttıkça arttığını bildiriyor. İngiltere'de yapılan bir çalışma, uçucu madde kullananların tutuklanma yaşının, diğer madde kullancılara göre daha erken olduğunu ve daha ciddi suçlardan ötürü tutuklandıklarını gösteriyor.

Ne tür yaklaşımlar olabilir konusuna gelecek olursak, bununla ilgili olarak bir takım çalışmalar var. İlk akla gelen şeylerden birisi, ABD'de özellikle bu maddelerin yerine neler konabileceği ya da bu maddelerin üretimden kaldırılacağı gibi şeyler olmuş ama bu pek gerçekçi görünmüyor. Çünkü, Amerika'da bu, yıllık seksen milyar dolarlık bir iş kolunu oluşturuyor. Bu maddelerin üretimine yönelik şeyler ve tüm bu maddeleri tek tek değiştirmek, çıkarmak çok güç fakat yine de bazı şeyler yapıyor. Örneğin, toluen yerine bütan kullandığında bu maddenin kötü kullanım riskinin daha az olduğu ileri sürülmüş ya da tüm hava gazına kötü koku veren tioller eklenmesi zorunlu tutulmuş. Bunun propan gibi taşınabilir gazlar içinde geçerli olması önerilmiş. Yöntemlerden biri bu, diğeri de bu maddeleri içeren ürünlerin üzerine bu maddelerin kötüye kullanım riskinin olduğunu belirten etiketler konması olmuş.

İkinci önemli konu bu noktanın medyada ele alınması. Bizim vaka örneklerimizden de görüleceği gibi aşırı vurgulanması bu maddelerden habersiz gençlerin de bu maddeleri de denemesine neden olabiliyor deniyor.

Bu gençlere yaklaşımın temel, sosyo kültürel olmalı. Daha önce de söz etmişim. En önemli konulardan birisi eğitim. Eğitim sisteminin dışına düşmek riski artırıyor. Bunlar genellikle dezavantajlı bir grup diyeceğim. Çünkü, zeka şeyleri düşük bir grup, ailede sorunlar olan bir grup. Davranış sorunları olan bir grup. Bunlar bu yüzden de orta öğretimde çok kolaylıkla sistemin dışında kalıyorlar. Halbuki özel eğitimle bu grupları sistemin içerisinde tutmak bence önemli sorunlardan birisi. Çünkü yine Brezilya'da sokak çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, bu çocukların boş zamanlarını değerlendirilmeye yönelik becerilerin de kazandığı kurumlara yerleştirilmeleri durumunda, bu madde kullanımının önemli ölçüde azaldığı görülmüş.

Tedavi ile ilgili söyleyebileceğim çok fazla bir şey yok. Çünkü tedaviye uyumları yetersiz; onun içinde tedavi başarısı son derece düşük. Tedavinin sosyal destek sistemlerini de içermesi ve bir ekip işi olması gerekiyor.

Aileye, ailenin diğer maddi ve manevi sorunlarına yönelik destekler verilmesi gençlerin eğitimine yönelik önlemler alınması gerekiyor. Ancak, bu tür imkanlarımız çok kısıtlı. Bu yüzden biz kliniğimize baş vuran ve tedaviyi sürdürenlere bir takım dav-



ranış tekniklerle yardımcı olmaya çalışıyoruz. Ancak bilinen bir şey var ki dünyada da bu gençlerin gerek yatırımla, gerek ayaktan psikoterapi yoluyla ele alınmaları ele alınmaları pek bir işe yaramıyor.

Akineton aldıktan sonra eğer açsanız yarım saat ile 45 dakika içinde etkisi başlar. İlaçın ilk etkisi, boğaz ve ağızın acıması şeklindedir ilaçlı kimse köpük tükürebilir. Daha sonra, saçlar yumuşamaya sakal ve bıyığın düğüğü yerler acımaya başlar, daha sonra gözlerin kısılması, yüzün sararması, vücutta gevşeme yürürken kanburun çıkması, kolların hakimiyetini kaybetmesi ve dışarıdan bakıldığında güçsüz görünme olur.

Daha sonra, ilaç alan kimse belirli bir süre huzursuzluk yaşar. Bu huzursuzluk, düşüncelerin bulanmasıyla sona erer. İlaçın etkisinin artmasıyla ilaçlı kimse yoğun düşünce altına girer; ama, bu düşünceleri aklında tutamaz, uzun düşünemez çünkü ne düşündüğünü unutmaya başlar.

İlaçın etkisi tam olarak başladığı zaman, artık bulunduğu ortamdaki kopar, konuşamayacak hale gelir, hayal alemine girmiştir, bazen etrafında birileri varmış gibi konuşur onları işitir. Bu konuşma bazen beyninin içinde, bazen herkesin duyabileceği şekilde olur. İlaçlı kişi, bir nesne veya bir kişinin yüzüne sürekli bakarsa, baktığı şeyler şekillerini değiştirir bazen korkunç yaratıklara dönüşür.

Tümü, okulda ve arkadaş grubunda biperidenle tanıştığını söylüyordu. Kullanılan miktar, günde ortalama 30-40 adetti. Bu miktara bir iki ayda çıktıklarını söylüyorlardı ki bu da hızla tolerans geliştiğini gösteren bir durum.

Biperiden'in yeşil reçeteye girmesiyle başvurularda bir miktar azalma gözledik biz; ama sayı olarak bilemeyeceğim bunu.

Burada dikkati çekmek istediğim şey, Akineton kullanan grupla inhalar kullanan grubun ne kadar farklı özellikler taşıdığı. Bu grup daha yüksek sosyo ekonomik düzeyden geliyor, daha sıklıkla



okulunu sürdürüyor, hatta yüksek okula devam ediyor. Bu yüzden de farklı maddelere farklı yaklaşımı gerektirğine yönelik bir gösterge olarak düşünüyorum iki grubun arasındaki farklılıkları.

**PROF. DR. AHMET GÖĞÜŞ** : Emine Hanım, Akineton bağımlılığıyla ilgili olarak değişik bir şeyden söz etti; bizde erişkin akineton bağımlısı hastalarda müşahade ettiğimiz bir nokta; bu ilaç antikolinerjik etkili bir ilaç olduğu için kalp ritimlerini artırıyor; dolayısıyla hastanın beynine daha fazla kan gidiyor ve büyük bir canlılık yaratıyor. Bu arada bir şey söylemekte yarar var; erişkin hastalarda sıklıkla görülen başka birşey, bu hastaların psikiyatrik bir tanısı olması; yani, şizofreni tanısı almış olan hastaların uzun vadede şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçları bırakarak Akineton kullanıyor olmaları; bu nokta önemli diye düşünüyorum ben, ama akineton, hiç tartışmaya gerek yok, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerini önlemek için kullanılan önemli bir ajan ve kullanılmaya devam edecektir.

**ANKARA EMNİYET MÜD. KÜÇÜKLERİ KORUMA ŞB. MÜD.**- Emine hanımın, bu yapımcılara başlama yaşı olarak 13 yaşını göstermesi; benim çalışmalarım esnasında bu yaşı 8'e indigini tesbit ettim. 8-21 yaş arasında çok büyük kullanım tesbit ettik biz. Fakat 18 yaşından büyük kişilerle şubemiz olarak ilgilenmediğimiz için çok büyük sıkıntılarla karşı karşıyayız. Ailesi olan çocuklarda, Ankara Üniversitesiyle diyalog kurduk, tedavi yaptırabiliyoruz ama, sokak çocuklarında çok büyük bir sızıntı var. Bu sokak çocukları için acaba sizin önerebileceğiniz bir çözüm var mı?

**DOÇ. DR. EMİNE ÖZTÜRK KILIÇ**- Bunların farklı bir yaşam biçimi öğrenmeleri gerekiyor, bunların sosyal sorunları çok fazla.

Sokak çocukları konusuna gelince, işin maddi yönü çok önemli bunların tedavisini kim üstlenecek bilemiyorum.

**ANKARA EMNİYET MÜDÜRLÜĞÜ KÜÇÜKLERİ KORUMA ŞB. MÜD.**- Ben tıp fakültesi psikiyatri ana bilim dalıyla anlaştım, fakat bu çocukların devamlı katacak bir yeri olmadığı için tedaviye sürekli gelmeleri söz konusu değil. O bakımdan sıkıntı içindeyim. Polis, psikiyatri anabilim dalı, sosyal hizmetler genel müdürlüğü, birde gönüllü kuruluşlarla ortak çalışmak gerekiyor. Yani burada bir huruluşun; yani bir psikiyatri servisinin bir emniyet müdürlüğünün özverisi yeterli olmuyor.

**DOÇ. DR. MANSUR BEYAZYÜREK**- Şöyle bir şey yapabilirsiniz, Yusuf ile temas edin; Yusuf hakikaten çok atılgan bir çocuk, kendisi de sokaktan gelmiş, bunu hep söylüyor zaten. Kendini yetiştirmiş fakülte bitirmiş genç bir arkadaşımız. Her halde bir temas edilirse, Ankarada bu konuda hevesli olunursa Yusuf yardımcı olur bir şube de burada açılır. Belediyeye gidilir bir yer istenir ki, benim tanıdığım en az 40-50 tane çocuk var sokaktan alıp iş bulduğu, barındırdığı yetiştirdiği. Bunlar yapıyor bir şeyler var, ama biraz daha alevlendirilebilir gibi geliyor bana.

Tedavi için de Bakırköy bünyesinde 1,5 sene önce Amatem'in yanında bir de Umatem diye Uçucu Madde Bağımlısı Tedavi Araştırma Merkezi, yaklaşık 20 yataklı bir servisi oluşturma çabasına girdik ve bu konuda büyük bir kampanya başlattık. Ben 6-7 aydır ayrıldım Amatem'den ama tahmin ediyorum orası da son aşamaya geldi yani bir şeyler var yapılan.

**DOÇ. DR. İBRAHİM ÇILGA (H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Öğr. Görevlisi)**- Bir toplumsal sorun olarak madde bağımlılığının biraz ele alınmasını ve bunun boyutlarını tanımlamaya ve giderek de bu soruna karşı konumumuzu biraz değerlendirmek lazım; yani biz bu sorunun neresinde duruyoruz, rolümüz, sorumluluklarımız neler. Gerçekten, sokak çocukları, belki, İstanbul'da bir dernek vasıtasıyla ele almıyor; ama Ankara'daki sokak çocukları merkezi, alleli olup, alt düzeyde gelire sahip olan, eğitimin dışında, sokakta çalışan çocuklarla ilgili bir hedef kitleyi kendisine seçti. Ankara'daki merkez, Emine Hanım'ın sunduğu konudaki çocukları dışında bıraktı. O bakımdan, böyle bir gereksinime var. Yani o merkezle yaptığım görüşmede, Ankara Belediyesine bağlı İLO ile çalışan; uçucu madde kullananlara da yönelik ve sokak çocukları olarak kimsesiz çocuklara yönelik projeleri de var.

Şimdi bu konuda, sosyo-ekonomik faktörleri, makro düzeyde, toplum düzeyinde, aile düzeyinde ve kişilerin yaşamları düzeyinde sosyo-ekonomik faktörlerin, sosyo-kültürel faktörlerin önemini yadsıyamayız. Birinci düzeyde bunu görmek lazım. Toplumdaki genel sorunlar yumağı içinde belirli bir grubun uyandırıcı madde bağımlılığına yönelmesinin de ayrıca başka bir nedenselliği de vardır. Grup normu olarak da bu toplumsal, kültürel boyutta rol problemleri düzeyinde rol çatışmaları, stres algusu, rol değişimleri, yaşam krizi, olumsuz yaşam olayları ve bunların etkileri de insanları böyle bir nedensellik içinde bu yöne doğru çocukları, gençleri yetiştirmeleri, uyandırıcı bağımlılığına doğru götüren sürecin hızlandırıcı faktörleri olarak karşımıza çıkıyor.

Şimdi bunun dışında, başka etkenler grubunda bu



rada bu toplumsal düzeydeki etmenlere, bilinen fazla nedenleri olduğu için girmeden, aile düzeyinde bazı etmenler var. Bunlarda aile içi uyuşturucuya yönelmenin belli toplumsal nedenlerle bir arada gelişen boyutları var. Bunlar olumsuz yetiştirme koşulları, ailenin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik yönden, yaşam niteliği yönünden karşı karşıya bulunduğu riskler ve bunun, çocuk yetiştirme işlevi üzerine yansımalarıyla ilgili bir nedensellik boyutu da var. Ailede alkol ya da uyuşturucu kullanan kişiler olmasa da yine bu konuda bu riskli yaşamının artıncı, hızlandırıcı bir faktörü olarak karşımıza çıkabiliyor; ama olmayan ailelerde de bu tür bir uyuşturucu eğilimini görebiliriz.

Şimdi soruna yaklaşım düzeyinde şunları söylemek mümkün. Bir kere bu konuda, Türkiye'de anayasada da olmasına rağmen bunları uygulamaya dönüştürme yönünden uçuşu madde olsun, diğer maddeler alkol kullanımı gibi bir dizi bağımlılık unsuruyla ilgili bunların korunması; insanların gençlerin, çocukların, toplum hayatının bunlardan kurtarılması için yeterli politika, plan ve programların da üretilmediği bir gerçek.

Uluslararası düzeyde ve ulusal düzeyde uyuşturucu ticaretinin önlenemediği bir ortamda mutlaka bu düzeyde insan kaynaklarını toplum sağlığını koruyucu boyutta önlemlerin mutlaka öncelikle üretilmesi gerekiyor.

Şimdi bu doğrultuda, uyuşturucu kullanımına karşı bir dizi sosyal aktivitelerin yapılması da gerekli; ama nasıl bir aktivite zinciri. Bunlar genelde toplum hayatının geliştirilmesi yaşam niteliğinin yükseltilmesi için, ailelerin yaşam niteliğinin yükseltilmesi için, insanların yetiştirilmesi, çocuk ve gençlerin yetiştirilmesi için toplum temelde hangi yatırımları yapıyor, öncelikle buna bakmak lazım.

Şimdi aile yapısı düzeyinde konuya bakacak olursak, aile içi ilişkiler ailede çocuğun yetişmesi koşulları, aile hayatının koşulları, ailede toplum hayatına katılma, ailede bu ilişkiler ortamında ortaya çıkan tutum veya davranış örüntüsü, yaşam stili yaşam biçimleri bunların hepsi olumlu ve olumsuz boyutlarıyla gözden kaçırılmaması gereken bir etmenler zinciri olarak söylenebilir.

Eğer ki, çocuğun ailede bir değeri yoksa, kentte, kırsal alanda, gecekonduda, biz bugün çocuğun değerinin, yetişkinin değerinin hangi boyutta gerçekleştiği konusunda yeterli veriye sahip değiliz. Aslında uyuşturucuya yönelmek bir kaçış. Neden; toplumdaki kaçışı kendinden kaçışı, yaşadığı çevreden kaçışı içeren bir olguyu da bu sorun beraberinde getiriyor. İnsanın değersizleştiği yabancılaştığı bir sürecin anlatımı bir anlamda bağımlılık olgusu.

Eğer ki ailede sevgi, saygı ortamı varsa; çocuklar farklı ekonomik-sosyo düzeylerde de olsa; (çünkü bu sorun sadece alt kesime özgü bir sorun değil) orta üst kesime özgü sorun olma niteliğini de taşıyor; ama bu sorunun farklı kesimlerde görünüm biçimleri de değişiyor.

Ailenin sevgi düzeyi sınırlı kontrol, baskı, otorite yapısı daha öne çıkıyorsa, bu ortamda yetişen çocukların, aileden kaçma, kendinden kaçma, farklı bir ortamlara yönelme riski de artacaktır. İşte burada madde bağımlılığıyla buluşma, buna yönelme riski de o ölçüde gelişecektir.

Aile bir yerde baskıyı ve otoriteyi de uygularken, aslında çok aşırı kontrolü beraberinde getirirken de bu ortamda bağımlı çocuklar yetiştirmeyede ortam hazırlıyor; burada birbiriyle çelişen bir görünüm var. Ama demokratik katılımcı aile yapıları içinde çocuğu tanımak değer vermek, çocuğun yetişmesine çok yönlü destek verilmesi önem kazanan boyutlardan birisi oluyor.

Ailenin sosyal ve ekonomik nitelikleri açısından genelde geçim stratejisi, ailenin bütçesi, harcamaları bunu artı ekşi yönde de söyleyebiliriz. Hem yeteriz koşullardaki ailelerde bu bağımlılık artarken bir yönde çok yeterli ailelerin çocukları da başka tür maddelere de bağımlılığı deneyebiliyorlar ve buna yönelebiliyorlar. O zaman bu sorunu bir de, toplumda sırf alt kesimin değil orta ve üst kesime de özgü görünümde olan bir problem alanı olarak görmekte yarar var.

Şimdi önemli olan çocuğun, toplum içinde olduğu kadar aile içindeki önemi, değeri ve çocuğun insanın, gencin, bu aile ortamındaki güç dengesi nerede durduğu ve çocuğun gelişmesi için, yetişmesi için ailenin, nasıl bir yol yöntem izlediği, burada bu sorunun belirmesinde en önemli etmenlerden birisi. Çünkü çocuğun kişiliği, benliği, kimliği bu ortamda bir anlamda şekilleniyor. Daha çocukluk döneminden itibaren belli gelişimsel çağları bu ortamda yaşıyor. Burada, ailenin çocuk yetiştirme işlevi yönünden karşılaştığı ya da benimsediği tutumlar, çocuk yetiştirme yaklaşımları ve yetiştirme koşulları; yetiştirmede ana-babamın tutum ve davranışları ve bu doğrultuda karşılaşılan güçlükleri çözme konusundaki eğilimler bir anlamda bu çok yönlü aile sorunlarını, çocuk yetiştirme sorunlarını; giderek yetişen çocuğun gencin bağımlılık riskiyle buluşma olasılığını da artıran faktörlerden biri olarak bütün bu süreci değerlendirebiliriz.

Uyuşturucuya yönelme olayı, bu genel çizgide bir grup gencin karşısına çıkıyor. Şimdi insan ve toplum sorunu olan bu sorunun biz neresinde duruyoruz; şimdi özellikle çocuklar, gençler ve yetişkinler açısından baktığımızda toplumda bu sorunun varlığını yadsınmamak lazım. Bir kere, bir toplumsal sorun olarak bütün tarihsel dönemlerde



uyuşturucu var olmuştur. İnsanlar da kullanmışlardır. Ama önemli olan, hangi toplumsal koşullarda, toplumsal ekonomik sistem içinde, nasıl bir yaşam stili ve kültürü içinde bunun kullanıldığı ve ortaya çıkan sorunların da kültür içinde nasıl çözümlendiği son derece vazgeçilmez bir nokta olarak üstünde durmalı diye düşünüyorum.

Şimdi bu düzeyde sadece tedavi açısından değil koruyucu önleyici, eğitici düzeyde ve tedaviyi de içeren dört boyutta, biz toplum olarak ne yapıyoruz, bütün topluma yönelik anlamda sorunun çevresinde olanlar ve sorunun içinde olanlar anlamında neleri nasıl yaptığımız, gözden geçirildiğinde henüz bu konuda toplum olarak yeterli hizmetleri üretmediğimizi de söylemeliyiz. Son bir yılda, geçen yazdan beri bu sorun bir kez daha hareketlendi. Bu düzeyde kurumlar, ilkokullar, kişiler olarak daha çok bilgilendirme yani eğitim çalışmalarının öne çıktığını ve bilgilendirme çalışmalarının öne çıktığını söyleyebiliyoruz; ama bu konuda çeşitlendirilmiş programlar yok. Koruyucu, önleyici düzeyde. Artı tedavi yönünden henüz yeterli hizmet nitelikli hizmet ağını da kurmadığımız da bir gerçek. Bugün bu uyuşturucu bağımlılığına ulaşabilecek hizmet yapılanması toplumda yaygın olarak üretilmiş değil. Temel sağlık hizmetleri temel sağlık kuruluşları var, olanların ilgili servisleri var. Ama bu düzeyde daha ihtisaslaşmış birimlere gereksinim var. Ya da o tip yerlerde bu tip ihtisaslaşmış hizmetlerin daha kaliteli olarak sunulması gereği de gündemde.

Bu krizlerin 1960'lerden 70'lere kadar, 70'lerden 80'lere kadar, 80'li yıllardan günümüze kadar gelişen bir spektrum içinde geçiş toplumunun sorunları var ve bu krizler, ekonomik ve sosyal anlamdaki krizler o dönemin her on yıllık dönemin kuşaklarını da beraberinde getiriyorlar ve günümüzde, günümüz kuşağının, çocuk ve gençlerin bir problemi olarak, daha yaygın bir biçimde bağımlılığın önemli bir olgu olarak gözlemlendiğini görüyoruz. Geçmiş dönemlerde Türkiye'de bu sorun yok muydu? Vardı. 1950'lere kadar kapalı bir toplumdu daha çok, serbest piyasa ekonomisine geçişin ortaya çıkardığı yaygınlaştırdığı, yaygınlaştırmak içinde hem ekonomik anlamda hem sosyal anlamda hem iletişim teknolojisi anlamında bu sorunu hızlandıran bir dizi olumsuz faktörleri, etmenleri de ürettiği bir dönem içinde bu sorunun nitel olarak, çap olarak günümüzde çok daha yaygınlaştığını görüyoruz. Sonuçta yaşanan insan kaynakları açısından yaşanan bir sorun. Fakat temelde de bu krizlerin makro anlamda çözülememesinin bir önemli payı bu doğrultuda var. Çünkü ekonomik politika arayışları yanında sosyal politikanın ekonomik politikalarla beraber; yani toplumdaki ekonomik sorunları çözerken, so-

syal sorunları çözmeye yönelik politikaların da yeterli ölçüde üretilmediği bir gerçek. Bu nedenle sosyal devlet anlayışı henüz daha Türkiye'de, Anayasamızdaki çerçevede 1962 Anayasasında da, 80 sonrası Anayasasında da bu anlayış var. Fakat çok işlevsel olarak işlev yönünden ve politikalarıyla, hizmet programlarıyla henüz daha, sosyal devletin hayata geçirilmesi, makro genel düzeyde sağlanmış değil.

Şimdi bu sosyal devletin geliştirilmesi gereği nereden çıkıyor; bu tür sorunlar karşısında toplumun, ailenin insanın gereksinimlerini çözmede toplum ve sosyal devletin işlevleri, sorumlulukları ön plana çıkıyor.

Şimdi genelde eğitim sisteminin niteliği çağdaşlaşması süreci, zorlukları, sorunları bu doğrultuda temel bir gösterge. Yani, eğitim sisteminin yapısı, niteliği ve ilişkilerini gözden geçirdiğimizde, sosyal devlet acaba bu sorunu çözmeye yeterli işlevselliği üretebiliyor mu diye sorduğumuzda insan yetiştirme düzeni insanın yetiştirilmesi için sağlanan olanakların bu düzeyi ve bu doğrultuda üretilen, geliştirilen sosyal hizmetin niteliği çocukların, gençlerin okul içi ve okul dışı ya da ders içi ders dışında yetiştirme yönünden aldığı bilgiler bir anlamda toplumdaki sosyal devletin, eğitimde insan yetiştirme sürecinde somut bir göstergesi olarak karşımıza çıkıyor.

Eğitimin geliştirilmesi, temelde bu tür bağımlılığa karşı, madde bağımlılığına karşı koruyucu, önleyici, eğitici düzeyde çalışmaların da temelini oluşturuyor. Bu doğrultuda eğitim yoluyla bu sorunla baş etmek, öncelik kazanması gereken bir süreç olarak belirtilmeli.

Toplumsal düzeyde sorunu çözmek için, bir kere maddenin pazar oluşturmasını, pazara girmesini önlemek gerekiyor. Maddenin satılmasının ve imal edilmesinin engellenmesi gerekiyor.

Türkiye'de Türk ceza kanunu ve bu uyuşturucu madde bağımlılığı içinde olanların suçlu olarak tanımlanması da bir eksiklik. Belki o 1990'lı yılların başında değişti; ama hala uyuşturucu bağımlısını hasta olarak görmemek, hem toplum içinde, hem belli olaylar içinde hem de hizmet kurumları içinde hasta olarak görmemek ve bununla ilgili yeterli bilgi, bilinci ve yasal düzenlemeyi yapmamak da bu sorunun tedavisi yönünden bu sorunun boyutlarını kavramak yönünden bir engelleyici faktör olarak görülüyor.

Şimdi ailede ise ailenin yaşam niteliğini, ekonomik, sosyal ve kültürel yönünü bilinç yönünden geliştirmek lazım. Genelde ailenin yaşam düzeyi, ekonomik varlıkların artmasıyla olmuyor; sosyal ve kültürel katılma ve bunun ilgili ve iletişim kalıplarını geliştirmekle ve giderek de insanların



sadece ekonomik doyum değil sosyal ve kültürel doyumları ve bunun bireysel toplumsal bilinçlerini geliştirmek de bir anlamda, sorunun sadece uyandırıcı bağımlılığı değil, diğer sorunların da çözümünde çok önemli bir faktör olarak tanımlanabilir.

Aile içi ilişki ve etkileşimlerin düzeyini geliştirmek gerekiyor; demokratik, katılımcı aile yapılarını geliştirmek temel bir ihtiyaç. Bunun dışında, aile içi sorun çözme mekanizmalarını geliştirmek lazım. Ana-baba eğitimi, çocuğun, gencin aile ortamında eğitimi için sorumluluk sahibi, bilinçli kendine güvenen, katılımcı demokratik, olumlu kişilik özelliklerini taşıyan insanların yetiştirilmesi için ailenin demokratik ortama kavuşturulması, ekonomik yönden, sosyal ve kültürel yönden yaşam koşullarını iyileştirmek; artı ana baba eğitimi yapmak ve giderek de bu doğrultuda insan yetiştirme temellerini oluşturmak ve bu doğrultuda karşılaşılan sorunları gidermenin de mekanizmalarını üretmek lazım.

Çocuğun ve gencin toplumsal ilişkileri, çevreye açılımını sağlıklı rasyonel bir biçimde yönlendirmek gerekiyor. Ailenin çocuğu genci koruma bilinçlendirme ve serbest bırakma eğilimi düzeyinde de belli anlayışları geliştirmek gerekiyor. Yani çok aşırı baskıcı kontrollü aile ya da çok fazla aşırı kontrol edici aileler bu doğrultuda sağlıklı çocuk yetiştirme ortamı olarak da tanımlanabilir. Ailenin çocuk yetiştirme modelini mutlaka geliştirmek lazım. Bizde çok farklı çocuk yetiştirme modelleri var. Çok genelde geleneksel yetiştirme ortamının kırsal alanda yaygın olduğunu ama kentlerde de gece kondu ortamında da bu eğilimin hala kendini yeniden ama olumsuz anlamda üretmek varlığını sürdürdüğünü görüyoruz.

Çocuk ve genç düzeyinde ise sorunu çözmek için çocuğun gencin değerini açıkça ortaya koymak lazım. İnsan yetiştirmede çocuğa verilen önem

kırsal alanda insanın bir değeri var. Kişilik gelişimini yönlendirmede anne baba ve çevre toplum olarak olumlu kişilik boyutlarını kazandırma çabası içinde olmak, desteklemek ihtiyacı var. Çocuğun, gencin kendini tanıması, ilişkilerini geliştirmesi aile ve toplum yaşamına katılım olanaklarını geliştirmek de vazgeçilmez bir koşul.

Çocuğa, gence bağımsız olma olanağı sunmak gerekiyor. Yani aşırı bağımlı kendi ayakları üzerinde durmayan, kendi sorunlarıyla ve karşılaştığı olumsuz yaşam deneyimleriyle başetme olanağı bulamayan çocuklarda bu açıdan bir risk grubu olma özelliğini ve bağımlılık sürecine yönelme riskiyle karşılaşma olasılığı da artabilir.

Aslında çocuk ve gençler bir kimlik arayışı içindeler ve kimlik bunalımıyla karşılaşan güçlükler temelde çocukların ve gençlerin bağımlılığa yönelmesinin temel belirleyici boyutlarından birisi. Akran gruplarıyla ilişkiler ve akran grupları içinde gelişen alt kültür, çocuğun davranış sapmalarına, bağımlılığa yönelmesinde de belirleyici boyutları da çocuğun, gencin ve yetişkinlerin toplumsal yaşantısı içinde akran grubu ve alt kültüre sapsmalar bu düzeyde uyandırıcuya yönelişte önemli bir faktör oluyor. O yüzden alt kültürlerin daha olumlu çocuğun, gencin, yetişkinin niteliğini geliştirici alanlara dönük bir biçimde ve toplumsal kültürün çağdaş formlarını üretecek düzeyde bir çeşillenme olarak ele alınması sapsmayı, gerilemeyi, gelişme ve güçlüklerini doğuran alt kültürlerin aile, okul ortamında, toplum hayatında önlenmesi için daha bilinçli sorumlu insanların yetiştirilmesini ilke edinmek gerekiyor.

Adsız alkolikler diye bir grup var Ankara'da. Bunlar biraraya geliyorlar ve alkolü bırakmaya çalışıyorlar. Bu tür bağımlı olan yetişkinler içinde "atıl bağımlılar" diye bir gönüllü kuruluş var. Bunlar gönüllü kuruluşların yapacağı şeyler.

Böyle bir çalışmaya hepimizi bekliyorum.



# MENAPOZ ve HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ

Osteoporoz, Kardiyovasküler Hastalıklar, Karbonhidrat Metabolizması ve Kansere Gelişimi vb Üzerindeki etkileri

Doç. Dr. Ferit SARAÇOĞLU

Ankara Numune Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi

Menapoz kelime anlamıyla adetten kesilme demektir. Uzun yıllar ilgilenilmemiş ve normal, fizyolojik bir olay olarak kabul edilmiştir. Menapozdan hemen önceki döneme premenapoz sonrasında postmenapoz denilmektedir. Ancak hem premenapoz hem de postmenapoz dönemini içerisine alan klimakterik terimi de çok kullanılmaktadır. Premenapozal dönem kişiye ve topluma göre değişmekte olup 35-40 yaşlarında başlar ve 55-60 yaşına kadar uzanabilir. Amerika'da perimenapozal yaş ortalama 47.5, menopoz yaşı ise 51.3 tür. Gelişmiş ülkelerde ortalama kadın yaşam süresi yaklaşık 80 yıl olup bunun %40'ı (33 yıl) menopoz döneminde geçmektedir (1). Dolayısıyla kadın hayatının çok önemli bir bölümü menopoz döneminde geçmektedir. Halbuki menopozla ilgili bilgilerimiz son 10 yılda yapılan araştırmalarla belirli bir noktaya gelebilmiş ve pek çok yeni uygulamaya geçilmiştir.

1950 den itibaren hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 60 yaşın üzerindeki nüfus artmaktadır. Bu dönemde >60 yaş nüfusun %60'ı gelişmiş ülkelerde, %40'ı ise gelişmekte olan ülkelereydi. Ancak gelişmiş ülkelerdeki nüfus artış hızının düşüşü nedeniyle bu oran 2025 yılında gelişmiş ülkelerde %30 gelişmekte olanlarda %70 şeklinde olacaktır(2). Bu gelişmekte olan ülkelerde nüfus kontrolü, anne ve bebek mortalite ve morbiditesini düşürmek kadar yaşlı kadınların bakımını da önemli hale getirmektedir. ABD'de 1900 yılında 65 yaşın üzerindeki kadınlar toplam kadın nüfusunun %4 ünü oluşturmaktaydı ve beklenen yaşam süresi 49 yıldır, 1991 deyse bu yaş grubundaki kadınlar nüfusun %17 sini oluşturmaktadır ve beklenen yaşam süresi kadınlar için 78.9 yaşa ulaşmıştır(3). Bu

değişimlerin 2025 yılında ABD ve pek çok gelişmiş ülkede nüfus piramidinin dörtgenleşmesine yol açması beklenmektedir. Ayrıca artan 65 yaş üzerindeki nüfusta kadın/erkek oranı 2.6/1 olacaktır ve toplumda bu yaş grubundaki kadınlar çoğunluğu oluşturacaktır(1). Ülkemizde de yaşam süresinde artma olmakla birlikte eğrinin dörtgenleşmesi söz konusu değildir.

Yaşlı kadın sayısındaki artış kadınların sosyal yaşantılarında da değişiklikler yaratmıştır. Artık kadınların çocuklarına ve torunlarına ilaveten yaşlanan annelerine de bakmaları gerekmektedir. Bu kadınlarda yalnızlığa ilaveten stres inkontinansı, yatalaklığa yol açan osteoporoz vb hastalıklar, romatizmal problemler, kardiyovasküler sorunlar, depresyon, kronik hastalıklar ve kanser aynı yaş grubundaki erkeklerden önemli oranda daha sık görülmektedir. Dünyanın her yanında özellikle kocaları ölmüş, dul ya da hiç evlenmemiş yaşlı kadınlar önemli ekonomik ve sosyal sıkıntılar da çekmektedir(4). Ekonomik olarak üretmeyen ama sürekli tüketen, artan sosyal ve sağlık harcamaları olan bu yaşlı insanlar için şimdiden alt ve üst yapıda uygun değişikliklerin ve hazırlıkların yapılması gerekmektedir. Örneğin Avustralya'da 1985 yılında 60 yaş üzerindeki nüfusun oranı %10.5 ken, tüm hastane yataklarının %40'ı toplam sağlık bütçesininse, %28'ini bu gruba harcanmıştır. Duruma sağlık personeli yönünden bakıldığında, uzmanların, pratisyenlerin, aile hekimlerinin ve hemşirelerin eğitimlerinde geriatrye önem verilmesi gerekmektedir.

Kadınlarda menstruel sikluslar 40 yaşından itibaren yükselen FSH seviyesine ve anovuluar sikluslara bağlı olarak uzamaya ve çoğunlukla daha fazla olmaya başlar (5-7). Bu değişiklikler genel-



likle menapozdan 2-8 yıl önce başlar (8). E<sub>2</sub> ve LH da 6 ay-1 yıl öncesine kadar herhangi bir değişiklik saptanmaz, ancak inhibin 35-40 yaşından itibaren azalmaya başlar ve bu azalma 40 yaşından sonra daha da hızlanır (8-9) FSH daki artış yaklaşık 20 misli, LH daki 4 mislidir. Bu artışlar postmenapozal 1-3 yıl içerisinde en üst noktaya ulaşır. Ancak estrogen yapımı menapozdan sonra devam etmez. Mevcut estradiol periferde estrondan dönüşümle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenledir ki şişmanlarda E<sub>2</sub> seviyesi zayıflardan daha yüksektir. Menapozdan önce vücuttaki testosteronun %25 i, androstenedionunda %50 si overde yapılırken menapoz sonrası androstenedion yapımı %50 oranında azalır ve total androjen seviyesi düşer(11).

Diğer bir değişimde yaşa bağlı olarak overdeki folikül sayısının hızla azalmasıdır (9). Azalma 37-38 yaşından itibaren hızlanır ve 38 yaşın altındaki kadınlara göre folikül yitirme hızı 2-3 misli artar (10). Bu 35 yaşından itibaren başlayıp 40 yaşından sonrada hızlanan fertilitedeki düşüşün de nedenidir. Perimenapozal dönemde FSH ve LH da yükselme, E<sub>2</sub> de düşme şeklinde geçici değişikliklere rastlanabilmektedir (8). Bu nedenle menapoz tanısı konduktan sonra (LH>40 IU/L, FSH>30 IU/L, E<sub>2</sub><20 pg/ml) 1 yıl daha korunulması önerilmelidir.

Cerrahi olarak menapoz giren kadınlarda bir premenapozal geçiş dönemi yoktur. FSH, LH, E<sub>2</sub> ve androjenlerdeki değişiklik ameliyattan hemen sonra ani olarak başlar (12). Estrojen ve androjenlerdeki düşüş tabii menapoz girenlerden daha fazladır. Ayrıca ameliyatı takibeden ilk ay içerisinde sitokinlerin seviyesinde (Interlökin (IL) 1 ve 6 vb) ve kemik metabolizmasıyla ilgili hormonların seviyelerinde önemli değişimler olur.

Perimenapozal dönem her hastada semptomlu değildir. Hollanda'da 39-63 yaşları arasındaki 5213 kadında yapılan bir çalışmada, düzenli adet gören kadınların %41.1 inin terleme, %15.4 ününde ateş basması gibi vazomotor semptomlarının olduğu saptanmıştır (13). Menapoz, yani son adete yaklaştıkça bu semptomlar artmakta (%85), erken postmenapozal dönemdeyse hafifçe azalmaktadır (%57). Vazomotor semptomlar menapoz sonrası ortalama 5 yıl daha devam etmektedir. Bu çalışmada premenapozal dönem ortalama

5.5 yıl olarak hesaplanmaktadır. Pek çok çalışma vazomotor semptomlar olan terleme, çarpıntı, ateş basmasının gerginlik, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon, çabuk sinirlenme, unutkanlık, labialarda kaşıntı, dysuri gibi genel şikayetlerle birlikte olduğunu göstermektedir.

Perimenapozal semptomların şiddetiyle toplum kültürünün, menapoz bakiş açısının yakın ilişkisi bulunmaktadır. Örneğin Japonlar menapozu hayatın normal bir evresi olarak kabul ettiklerinden vazomotor semptomlar %20 oranında görülmekte buna karşın Amerikalı ve Kanadalı kadınlarda %75 oranında görülmektedir (14). Postmenapozal kadınların yaklaşık %15 i vazomotor semptomlarının yaşam kalitelerini düşürecek kadar şiddetli olduğunu belirtmektedir. Bazı kadınlar ateş basmasından 30-60 saniye önce bir auro dönemi yaşyarak, ateş basacağını hissedebilmektedir. Ateş basmaları süre olarak birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar uzayabilmektedir. Ancak sıcak ortamlarda daha şiddetli, sık ve uzun süreli olmaktadır. Soğukta ise tam tersi geçerlidir (15). İnsanların psikolojik durumları azalan estrojen etkilenmekte ve buna bağlı depresyon, irritabilite, uykusuzluk gibi semptomlar kolaylıkla kendini göstermektedir.

Premenapoz dönemindeki kadınların klimakterium konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Bu dönemde sıcak basmalarıyla başvuran kadınlarda FSH daki yükselme araştırılırken aynı zamanda tiroid ve diğer hastalıklar yönünden de araştırılmalıdır.

Menapoz sonrası günlük estrogen yapımı yaklaşık 45 mg/24 saattir ve bunun çoğu androstenedionun periferdeki dönüşümünden oluşur. Bu dönemdeki androjen/estrogen oranındaki dramatik değişim, artmış androjenlere bağlı olarak hafif bir hirsutizme veya vücut tüylenmesinde fazlalaşmaya neden olur (11).

Estrojen eksikliğine bağlı olarak çeşitli dokularda atrofi başlar, sekonder seks karakterlerinde gerileme olur. Intravajinal epitelde, introitus ve vulva epitelinde atrofi olur. Vajende epitel inceler, rugalar kaybolur, vajen boyu kısalır, elastikliği azalır, cinsel uyarılarla lubrikasyon yeteneği azalır (16). Vulvada subkütan yağ dokusu azalırken epidermiste inceler. Bu değişimler menapozal kadında disparenuia, pururitis, vajinitis ve vajinal



stenoz gibi nedenlerle cinsel disfonksiyona neden olur. Ancak cinsel ilişkinin kendisi genital sistemdeki dolaşımı artıran önemli bir faktör olduğundan cinsel olarak aktif yaşlı kadınlarda vajinal atrofi daha azdır.

Uriner sistemde de estrogen eksikliğine bağlı olarak mesane ve ürethra mukozasında incelme başlar. Bu nedenle dysuriye neden olan abakteriyel üretrit, urge inkontinansı, sık idrara gitme, sistit ve üriner sistem enfeksiyonu oranında artma olur. Postmenapozal kadınlarda üretral karüncül adı verilen polipoid gelişimlerde olabilir (16).

Yaşlanma ve estrojendeki eksilmeye bağlı olarak ciltte kollajende dolayısıyla cilt kalınlığında azalma başlar (17). Ciltte ve kemiklerdeki kollajen Tip I kollajendir. Kollajen turn overi artmakta ve kollajen kalitesi düşmektedir. Bu nedenle ciltte incelme ve sarkmalar meydana gelir.

Menapozla ilgili olarak gelişen osteoporoz ve kardiyovasküler değişiklikler bu bölümün sonunda iki ayrı konu olarak ele alınacaktır.

Uzun süredir menopozla giren kadında cinsel isteklerin azaldığı düşünülmüştür. Her ne kadar estrogen eksikliğinin yol açtığı fiziksel değişiklikler nedeniyle bu kadınların ilişkide bazı zorlukları olmaksızın da duygu ve isteklerinde herhangi bir azalma olduğuna dair delil yoktur. Genel mood değişikliği, ateş basmaları ve çarpıntılarının yol açtığı uykusuzluk, yorgunluk gibi nedenler, vajinadaki değişikliklere bağlı gelişen kuruluk kadınların kendilerini kötü hissetmelerine ve cinselliği arka plana itmelerine neden olmaktadır. Ayrıca aile içi ilişkiler, sosyokültürel faktörler vb kadının libidosu ve cinsel fonksiyonları üzerinde etkili olmaktadır. Yapılan bir çalışma 60-70 yaş arasında libidoyu kadın seks hormonları değil kişisel ilişkilerinin ve yaşam koşullarının etkilediğini göstermiştir (18). Bu nedenlerle hastalara anatomik değişiklikler ve cinsel fonksiyonlarla ilgili verilecek eğitim hastaya, özellikle de kendini menopoz sonrası cinsel açıdan kötü ve yetersiz düşünen kadınlar için emosyonel açıdan büyük destek sağlayacaktır.

Yetişkin bir kadın yaşı ilerledikçe obesite (BMI'nin 85. persentilin üzerinde olması) insidansı yaklaşık 3 misil artmaktadır ve 65 yaşında plato yapmaktadır (19). Obesite cilt altı dokusundaki yağ hücrelerinde aşırı trigliserid birikmesidir.

Getirdiği risklerse arterioskleroz, hipertansiyon, diabet, hiperkolesterolemia ve hipertrigliseridemia'dır. Bu risklerse kardiyovasküler hastalıklar ve sonuçta ölüme yol açarlar. Obesite nedeniyle vücutta bazal insulin sekresyonu artmakta ancak artan yağ dokusu nedeniyle vücudun insuline hassasiyeti azalmakta, yani insulin rezistansı gelişmektedir. Obeslerde yağ dokusunda, karaciğerde ve kaslarda insulin reseptörlerinin sayısı azalmaktadır. Zaten artan insulin sekresyonu nedeniyle reseptörler downregüle olduklarından cevapsızlığa bağlı olarak trigliseridler katabolize olamamakta, dolaşımdaki serbest yağ asitleri artmaktadır. Sonuçta HDL-Kolesterol azalırken LDL-Kolesterol artmaktadır. Bu fizyolojik ve metabolik değişimler arteriosklerozun en önemli nedenidir. Çalışmalar obeslerde koroner arter hastalıklarının 3 misli fazla olduğunu göstermektedir (20).

Diabet kronik bir metabolik hastalık olup karbonhidrat intoleransı ve hiperglisemi ile karakterizedir. Bozulan karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması nedeniyle hiperglisemi gelişmekte buysa arterioskleroza, mikrovasküler ve periferik vaküler bozukluklara yol açmaktadır. Tip I diabet genç yaşta başlarken (insulin sentezleyen hücrelere karşı antikorların olduğu otoimmün, herediter durum), Tip II diabet yaşlılarda çoğunlukla da obeslerde gelişen, insuline direnç ve hiperglisemi ile karakterize, insuline bağımlı olmayan diabetir. Tip II diabet 65 yaşındaki kadınların yaklaşık %9 unda, 85 yaşın üzerindeyse %25 inde görülür (21). Yani Tip II diabet için iki risk faktörü yaş ve obesitedir, aile hikayesinin de önemi vardır.

Tip II diabet hastalarında insulin rezistansı ve hiperinsulinemi 15-25 yıl önceden başlamaktadır. Bu nedenle hangi kadınlarda ileride tip II diabetle karşılaşabileceği önceden tahmin edilebilir (21). İnsuline bağımlı olmayan diabette gelişen mikrovasküler değişiklikler nedeniyle mortalite ve morbidite normal kişilere göre önemli oranda fazladır. Tip II diabet hastalarında tedaviye rağmen 8 yıl içerisinde çeşitli kronik hastalıklar (koroner arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, periferik vasküler hastalıklar vb) ortaya çıkmaktadır. Bunların en önemlisi kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyondur, zaten hastaların çoğu da bu ne-



denlerden kaybedilirler. Tip II diabetiklerin %5-20 sinde böbrek yetmezliğine kadar giden renal değişimler de ortaya çıkmaktadır. Renal patolojilerin ilk bulgusu proteinuridir. Ayrıca retinopati, nöropati, ve bakteriyel enfeksiyonlara karşı direncin azalması da söz konusu olabilir.

Menapozdaki hastaların diabetten korunabilmesi için obeslerin ideal vücut kilosuna inmeleri, normal ağırlıktakilerinse fiziksel aktivite ve ekzersizlerini artırmaları teşvik edilmelidir. Bunlara rağmen tip II diabet gelişenlereyse gerekli farmakolojik ajanlarla yardımcı olunmalıdır.

Estrojenler bazı beyin yapıları üzerine etki yaparak kognitif fonksiyonları etkilemektedir. Birçok çalışma cerrahi ya da tabii menopoz sonrası hormon replasman tedavisi alanlarda kognitif fonksiyonların önemli derecede daha iyi olduğunu göstermiştir (22). İleri yaşlarda kadınlarda Alzheimer hastalığı demansa neden olarak hayat kalitesini çok bozan, prevalansı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir ikiye katlayan, kadınlarda 3 misli fazla görülen, ve 85 yaşındaki kadınların yaklaşık yarısında bulunan bir hastalıktır. Alzheimer hastalığının da estrojenle ilişkisi olabileceği düşünülmüş ve bu nedenle yapılan çalışmalar hastalığın HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alanlarda çok daha geç başladığı ve ilerlemesinin daha yavaş olduğu, ya da hastalarda HRT nin iyi yönde gelişmeler sağladığı saptanmıştır (23).

Yaşlılarda timusun atrofisi, hücrel immunitedeki azalma, antikor cevabının azalması, anormal immünglobulin ve antikor yapımları nedeniyle immün sistemde zayıflama söz konusudur. Bu nedenle esas olarak bakteriyel enfeksiyonların ve bazı viral enfeksiyonların (grup, herpes zoster vb) görülme sıklığı ve şiddetli seyretme oranı artmıştır. Bakteriyel enfeksiyonlar (özellikle üriner enfeksiyonlar ve pnemoni) yaşlılardaki ölümlerin %30 undan sorumludur.

İmmün sistem kişilerin kanserden korunmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlılarda immün sistemdeki zayıflama kanser insidansında artmaya neden olmaktadır. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %24 ü akciğer ca., %18 i meme ca., %11 i kolon ve rektum ca., %5.6 over ca., %4.1 endometriyum ve serviks ca. dan olmaktadır. Kanser gelişiminde nedenlerin %50 sinin de yaşam tarzı ile ilişkili olduğu (sigara, obezite,

diyet, enfeksiyonlar, doğurganlık ve cinsel davranışlar gibi) bilinmektedir. Bu nedenle kanser profilaksisi amacıyla hastalardan sigarayı bırakmaları, yıllık pelvik muayene ve smear yaptırılmaları, her ay kendilerine meme muayenesi yapmaları, 40-50 yaş arasında riski yüksek olmayanlarda 2 yılda bir, 50 yaşın üzerinde veya riski yüksek kadınlarda yıllık mamaografilerin çekilmesi, yılda bir kez gaitada gizli kan bakılmasını, karsinogenik ajanlardan uzak durulmasını, lüzumsuz ilaç kullanılmamasını, gereksiz röntgen çekilmemesini, uzun süre güneş ışığında kalınmamasını, liften zengin, yağ içeriği düşük bir diyet almasını, meyve ve sebze bol tüketirken az kırmızı et almasını, alkol almamasını, fazla kilo almasını ve düzenli ekzersiz yapmasını önermek gerekmektedir.

Yaşlı hastalarda karaciğer ve böbreklerdeki değişimler nedeniyle ilaçların farmakokinetiklerinde değişimler vardır. Bu nedenle yaşlılara ilaç verilirken bu değişimlerin, ayrıca ilaç etkileşimlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Yaşlıların çeşitli nedenlerle çok sayıda başka ilaçlar da kullanmakta olabileceği hatırdan çıkartılmamalı, ilaçların nasıl kullanılacağı iyice anlatılmalı, gerekirse bir kağıda şematik olarak yazılıp verilmelidir.

#### OSTEOPOROZ:

Osteoporoz kemik dokusunun mineral içeriğindeki/kütlesindeki azalma ve mikroaritektüründeki bozulmadır. Kemik mineral dansitesindeki azalma 1-2.5 standart deviasyon arasında olduğunda buna osteopeni (kemik kütlesinde azalma), 2.5 SD dan fazla olduğundaysa osteoporoz denilir (30). Bu azalmanın etkisiyle kırılma riski artmakta ve önemli sosyal problemlere ve ekonomik kayıplara yol açılmaktadır. En sık kırılan kemikler vertebralar, femur başı ve bilek (colles kırığı), daha az olarak da kaburga, humerus ve pelvis kırıklarıdır. Osteoporozla bağlı kırıkların yaklaşık %20-30 u femur başında olmaktadır. Femur başı kırıklarının mortalitesi gelişmiş ülkelerde dahi %15-20 olup, hasta yaşasa bile %50'si yardımsız yürüyemez hale gelmektedir (24-29).

Kemiklerden meydana gelen insan iskeletinin %80 i kompakt kemiklerden geri kalanı ise spongiöz (trabeküler) kemiklerden meydana gelmekte-



dir. İskelet vücuda destek olmanın dışında hayati organları korumakta, kasların bağlanmasını sağlamakta ve kalsiyum gibi aktif minerallerin depolanmasını sağlamaktadır.

Kemik dokusu kollajen, kollajen olmayan proteinler, proteoglikanlar osteokalsinden oluşan bir organik matriksten ve hidroksiapatit ile osteonek-tinden oluşan minerallerden meydana gelir. Osteokalsin (kemik GLA proteini) pıhtılaşma faktörleri gibi vit K ya bağımlı, gamma karboksiglutamik asit içeren, kalsiyumu bağlayan bir proteindir. Osteonektin ie fosfoproteinlere, hidroksiapatit ve kollajene afinitesi çok yüksek bir protein olup minerallerin bağlanmasını ve stabilizasyonunu sağlar (24).

İnsan vücudunda tüm kemiklerde, kompakt kemiklerde spongiozlardan daha yavaş olmak üzere sürekli bir yıkım ve yeniden yapım olayı vardır. Buna kemiklerin yeniden şekillenmesi adı verilir. (Bone Remodelling). Böylece iskelet sistemindeki mikrotahribatlar giderilirken, homeostatik ihtiyaçlar için gerekli miktardaki kalsiyumu dolaşıma geçmesi de sağlanmaktadır. Bir yeniden şekillenme döngüsü aşağıdaki olaylar zincirini takip eder;

1- Aktivasyon 2- Kemik yüzey hücrelerinin kontraksiyonu 3- Osteoklastların bölgeye füzyonu 4- Kemikte rezorpsiyon 5-Howship lakünelarının oluşumu 6- Osteoblastların ve kemik iliği mezzenşimal hücrelerinin bölgeye infiltrasyonu 7- Organik matriks yapımı ve yüzeysel hücrelerin rezorbe olan sahayı kaplamalarıdır. Bir yeniden şekillenme döngüsü yaklaşık 100 gündür. Esas olarak kemiklerin iç yüzlerinde ve intrakortikal alanlarda meydana gelir. Periostal yüzeylerde ise (tendonların bağlantı yerleri hariç) çok daha yavaştır.

Kemiklerde yeniden şekillenmeyi etkileyen faktörler üç başlık halinde incelenebilir;

- 1- Kemik rezorpsiyonunu uyaranlar (Tablo 1)
- 2- Kemik rezorpsiyonunu engelleyenler (Tablo 2)
- 3- Kemik yapımını uyaranlar (Tablo 3)

Gençlik döneminde yeniden şekillenmedeki denge hep yapımın lehinedir. Böylece trabeküler kemiklerde (örn. vertebralar) 25-30 yaşta, kortikal kemiklerde (örn.femur) 35-40 yaşta kemik dokusu yapımındaki fazlalığın etkisiyle en üst düzeye ulaşır. Bundan sonra ise yıkımdaki artışa bağlı ola-

rak sürekli bir kemik kaybı başlar. 85-90 yaşına kadar kadınlar kemik dokularının %45-50 sini erkeklerse %20-30 unu kaybederler. Kemik kaybı yıllık ortalama %0.25-1 civarındadır. Ancak bu oran kadınlarda premenapozal dönemde %2-3 e yükselir ve menapoz sonrası 5-10 yıl daha bu şiddette sürer. Kadınlarda kemik kaybının %75 i menapozdan sonraki 15 yıl içerisinde olur ve bu yaşta bağımsızdır (31). Hızlanan kemik kaybının nedeni azalmış estrogen ve progesteron (önemi çok daha azdır) yapımıdır. Trabeküler kemiklerdeki kayıp (%50) genellikle kortikallerden (%30) daha fazladır.

Kemik kütleindeki azalma kırık riskini de beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalar kırılma riskinin yaşta bağımsız olduğunu ancak kemik dokusuyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Kemik doku dansitesi  $1g/cm^2$  nin altına düşmesi hem femurda hem de vertebralarda kırılma sınırını oluşturmaktadır. Bu sınıra ulaşıldığında kırık oluşması için şiddetli bir travma gerekmemektedir. Ancak kırılmalarda sadece osteoporozun yeterli neden olduğunu söylemek yanlış olur. Kemiklerdeki intrinsek anomalilerin neden olduğu mikrohasarlar, şekil bozuklukları, mineral dengesizlikleri ve yaşlılığa bağlı osteomalasi de önemli nedenlerdir.

Osteoporoz oluşum nedenine göre primer ve sekonder osteoporoz olarak ikiye ayrılır (Tablo 4 ve 5). Primer osteoporoz juvenil, idiopatik ve involusyonel olarak kendi içerisinde üç grupta incelenir. Involusyonel grupta yaşlanma ya da menapozla bağlı olan Tip 1 ve 2 ile ilgili detaylar Tablo 6 da gösterilmiştir. Primer osteoporoz için bugün bilinen risk faktörleri ileri yaş, cinsiyet (kadınlar), bazı ırklar (Asyalılarda, Kafkasyalılarda), yapı olarak zayıf ve minyon tipler, cerrahi ya da prematür menapoz vakaları, ailede osteoporoz öyküsünün bulunması, sigara ve alkol tüketimi, hareketsizlik, nutrisyonel sorunlar ve yetersiz kalsiyum alımı sayılabilir. Halen araştırılmakta olan bir faktörde genetik risk faktörleridir. Vitamin D reseptörlerini kodlayan genlerle ilgili genetik varyasyonlar olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar nedeniyle de bazı insanlarda osteoporozla yakınlık oluşmaktadır (32).

Yaşlanma osteoblastik aktivitede azalma, kalsiyum absorpsiyonunda azalma, serum



immünoreaktif parat hormonundaki artma ve yetersiz kalsitonin yapımı gibi nedenlerle osteoporozu yol açmaktadır. Estrojen eksikliği ise kemik rezorpsiyonundaki artma, PTH yapımında azalma, aktif vit D yapımında azalma ve kalsiyum emiliminde azalma ile etkisini göstermektedir. Osteoporoz klinikte kendisini özellikle bel ve sırttaki kemik ağrıları, deformiteler (en sık kifoz), boyda 10-20 cm ye varan kısalma ve multiple kırıklarla gösterir. Tanıda hastanın iyi bir hikayesinin alınması, fizik muayenesinin yapılması, biyokimyasal belirteçlerin araştırılması ve görüntüleme yöntemleri kullanılması gerekir. Hikayede mevcut ağrının lokalizasyonu, şiddeti, verilen tedaviler ve alınan sonuçlar, başlama yaşı, menapozdaysa tipi (cerrahi vs), ailede osteoporoz öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktiviteleri, günlük takribi kalsiyum tüketimi, sistemik semptomları, kilo kaybı, kullandığı ilaçlar ve sistemik hastalığının olup olmadığı sorulmalıdır. Fizik muayenede tam bir sistemik değerlendirme, boy ve kol uzunluklarının ölçümü gereklidir. Biyokimyasal olarak rutin kan sayımı, idrar analizi, serum protein elektroforezi, KCFT ve BFT, tiroid hormon ölçümleri yapılmalıdır. Osteoporozu ait biyokimyasal belirteçler ise serum alkalen fosfatı, idrarda hidroksiprolin ve hidroksilizin, osteokalsin, prokollagen I ekstansiyon peptidleri, plazma tartarat dirençli asit fosfatı ve idrarda pyridinolinidir. Prokollagen I ekstansiyon peptidleri prokollajen oluşmadan önce kollajen I in ekstrasellüler metabolizmasında açığa çıkarlar. Kanda serbestçe dolaşan bu peptidlerin çok hassas bir yöntem olduğu söylenemez. İdrardaki hidroksiprolin ve hidroksilizin kollajenin parçalanması sırasında açığa çıkan ve yeniden kullanılmayan maddelerdir. Hidroksiprolin açık durumda da yükseldiği ve karaciğerde metabolize olduğu için hidroksilizine göre daha az hassastır. Kemik rezorpsiyonunun göstergeleri olmalarına rağmen tespit edilmelerinin teknik olarak güç oluşu nedeniyle rutin kullanımları mümkün olamamaktadır. Tip I kollajen üçü heliks yapısındaki üç polipeptidten oluşmaktadır. Helikste amino asitler arasında lizin ve hidroksilizin aldehit bağları bulunmaktadır. Bu bağlara göre farklılaşan pridinolin (Pvd) ve deoksipridinolin (Dpd) kollajen parçalandığında açığa çıkan ve idrarla atılan maddelerdir. Bugün

için ölçümleri osteoporozu tanılamada ve tedaviyi izlemedeki en hassas biyokimyasal yöntemdir.

Görüntüleme ile osteoporoz tanısında kullanılabilen yöntemler Tablo 7'de gösterilmektedir (25, 27,30). Tanı için normal röntgen filmleri çekilmemelidir. Ancak başka nedenle çekilmiş bir filmde radiokontrastta azalma, vertebral end plate lerde bozulma, horizontal trabeküler yapılar da bozulma, vertebralarda deformiteler ve nukleus pulpozusta herniasyon görülmesi osteoporozu düşündürmelidir. Kuantitatif komputere tomografi vertebralardaki çok küçük trabeküler kemik kayıplarını ölçmede kullanılır. Hassas bir yöntem olup (normal kişilerde %1-3 osteoporozlularda %3-5) özellikle menapoz sonrası kaybın yeni başladığı dönemlerde kullanılır. Normal kişilerde %5-10 osteoporozlularda ise %10-20 lik bir yanılması olabilmektedir. Radyasyon dozu yaklaşık 2-3 akciğer filmininki kadardır (100-300 mrem). Tek enerjili foton absorptometresi esas olarak orta ve distal radiusta ve calcenosta mineral dansitesini ölçmede kullanılır. Hassas bir yöntem olmasına rağmen aksiyel iskelet bölgesinde ise iyi sonuç vermez. Çift enerjili foton absorptometresi lumbar vertebralarda, kalçada veya tüm vücuttaki mineral dansitesini ölçmede kullanılır. Doğruluğu ve hassasiyeti oldukça yüksektir. Ancak vasküler kalsifikasyonları ve kemiklerdeki dejeneratif değişiklikleri de ölçtüğünden 75 yaş sonrası güvenilirliği azalmaktadır. Günümüzde en yaygın kullanılan, rezolusyonu en yüksek ve en hızlı tarama yarayan yöntem DEXA dir. Foton kaynağı bir röntgen tüpü olan bu yöntemde kemiğin toplam mineral içeriği ölçülür. Son üç yöntemde kullanılan radyasyon dozu çok düşük olup 5-10 mrem civarındadır.

Ülkemizde gerek halkın gerekse bir kısım hekimlerin görüntüleme yöntemleri konusunda yanlış bir davranış içerisinde oldukları görülmektedir. Kemik mineral dansitesi tayini rutin uygulanması gereken yöntemler değildir (27). Esas olarak klinik şikayetleri olanlarda, osteoporoz riski yüksek kişilerde, menapoz sonrası birkaç yıl hiç hormon tedavisi almamış veya erken yaşlarda cerrahi ya da prematür menapozu girmiş hastalarda uygulanması gerekmektedir. Yine uzun süredir kortikosteroid, tiroksin, kematerapötik,



immüno-supressan ilaç ve heparin kullananlarda da kemik mineral dansitesinin ölçümü gereklidir. Hormon replasman tedavileri sırasında kontrollerde gereksizdir. Yine kemik mineral dansitesi için bilinmesi gereken bir gerçekte bir standardizasyonun olamayacağıdır.

Postmenapozal osteoporozun hem önlenmesine hem de tedavisinde yapılması gerekenler estrogenlerle (yalnız ya da progesteronlarla kombine) hormon replasman tedavisinin verilmesi, kalsitonin tedavisi (gerekliyse), sigara ve alkolün bırakılması, yeterli kalsiyum alınması ve ağırlıklı bir ekzersiz programının uygulanmasıdır. Estrojen tedavisi kalsitonin sentezini ve aktif vitamin D ye dönüşümü artırırken immün etkiyle makrofajlardan ve lenfositlerden salınarak rezorpsiyonu başlatan monokinlerin, lenfokinlerin, interleukinin salınımını azaltmakta, yine kemiklerdeki reseptörlerine bağlanarak rezorpsiyonu durdurmaktadır. Kemik kaybının durdurulabilmesi için gerekli en düşük E<sub>2</sub> seviyesi 40-50 pg/ml dir. Kemik dansitesini koruyan ve kırık ihtimalini azaltan yegane estrogen tipi oral olarak aktif, kısa etkili preparatlardır. Transdermal estrogenlerin etkileri ise idrarla kalsiyum ve hidroksiprolin atılımını azaltmalarına rağmen oral preparatlar kadar iyi değildir. Depo estrogenlerse etkisizdir. Kemik kaybını önlemede yüksek doz estrogen verilmesinin düşük doza üstünlüğü yoktur. Optimal doz günde 0.625 mg konjüge estrojendir. Ancak 1500 mg/gün kalsiyum alanlarda 0.3 mg da yeterli olabilmektedir. Tek başına yüksek doz kalsiyum alınması ise estrogenlerin yerini alamamakta, kemik yoğunluğu hızla azalmaktadır. Ancak yüksek kalsiyum alanlarda kırılma riski daha düşük olmaktadır.

Diğer minerallerin tersine vücut kalsiyum alımı yetersiz olduğunda eksikliği kemiklerden salınımı artırarak kolayca dengeleyebilmektedir. Kemiklerden ilave kalsiyum salınımını engellemek için günlük alınması gereken mineral miktar gençlerde 550 mg, perimenapozal kadınlarda 1000 mg, postmenapozal dönemdeyse 1500 mg, dir. Kalsiyum tabii olarak Tablo 8 de görülen kaynaklardan alınabilir. Görüldüğü gibi süt ve süt ürünleriyle yeşil sebzelerin yeterince tüketilmesi yeterli kalsiyum alımını sağlayabilmektedir. Yeşil sebzelerden yegane kalsiyumunu vücudun kulla-

namadığı sebze ise ıspanaktır. İlaç olarak verilen kalsiyum preparatları değişik kalsiyum tuzları içermektedir. Kalsiyum tuzlarının kalsiyum içeriğine bakıldığında en zengin kalsiyum karbonat olduğu anlaşılmaktadır. (Tablo 9). Kalsiyum tuzlarının iyi absorbe olabilmesi için mide asit içeriğinin yüksek olması gerekmektedir. Bu nedenle yemeklerle birlikte alınmaları gerekmektedir. En iyi absorbe olan, ve yan etki olan kabızlığın ve dispepsinin görülmediği kalsiyum tuzlarıyla kalsiyum sitrat ve kalsiyum sitrat maleattır.

Sedanter bir yaşam osteoporozu kolaylaştırır. Bu nedenle hastalara ağırlıklı ekzersizler verilmelidir. Kemikler üzerindeki mekanik kuvvet artışları osteoklastlarda büyümeye ve aktivasyona yol açmaktadır. Yine kan akımındaki artış, lokal stimülasyonlar, ve kemik yüzeyindeki elektriksel değişiklikler de kemik yapımı uyarmaktadır.

Kalsitonin tiroid C hücrelerinde yapılan, 32 amino asitli bir proteindir. Osteoklastların kemik rezorpsiyonunu inhibe eder. Parathormon ve diğer rezorpsiyonu uyaran maddelerin etkisini ise bloke eder. Böylece osteoporotik hastalarda kemik yıkımını azaltarak kemik yeniden şekillenmesinde yapımın yıkıma göre artışını sağlar. Kalsitonin tek başına ya da estrogenlerle veya diğer ajanlarla kombine kullanılabilir (40). Tek başına özellikle estrogen tedavisi alamıyacak hastalarda tercih edilebilir. Ancak kalsitonin tedavisi estrogen tedavisinin aksine kırılma riskinde istenen oranda azalma sağlayamamaktadır. Bu nedenle kemik yıkımının fazla olduğu hastalarda estrogenlerle kombine kullanılmalıdır. Etkisini daha fazla artırmak için tedaviye difosfonatlarda eklenebilir. Kalsitoninin en önemli özelliklerinden biri de kemiklerdeki analjezik etkisidir. Kemik ağrılarının kısa sürede geçmesini sağlarlar. Yan etkileri ise son derece nadirdir.

Osteoporoz, tedavisinde, özellikle fizik tedavilerce kullanılan diğer bir yöntem ADFR (Activate, Depress, Free, Repeat) tedavisidir. Bu teknikte potansiyel yeniden yapılanma alanları aktive edilir. Bu amaçla hastaya birkaç gün oral fostat verilerek PTH aktive edilir Aktivasyon başlayınca rezorpsiyonu deprese etmek amacıyla kalsitonin ya da alendronat verilerek yeniden şekillenmenin kemik



yapımıyla devam etmesi sağlanır. Üçüncü evrede hastaya hiçbir tedavi verilmeksizin kemik yapımının devamı sağlanır. Bu üç fazlı tedavi tekrar tekrar uygulanarak osteoporoz tedavi edilir.

Florun da kemik yapımını artırıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Bu etkiyi hidroksiapatit kristalleri üzerindeki hidroksil grubunu uzaklaştırırken fluorapatitlerin meydana gelmesiyle göstermektedir. Ancak çalışmalar herkeste aynı etkinin olmadığını gösterdiğinden kullanımı yaygınlaşmamıştır.

Tedaviye D vitamini eklenmesi osteoporozu bağı kırık riskini azaltmadığı gibi hiperkalsemi ve böbrek taşı oluşumu gibi yan etkilere de yol açabilir. Ancak 70 yaşının üzerindeki yaşlı insanlar evden dışarı daha az çıktıklarından daha az güneş ışığı alırlar ve bunların tedavisi şemasına 800 ünite/gün D vit eklenebilir. Veya havanın sürekli kapalı olduğu, ya da kutuplar gibi gecelerin günlerce sürebildiği bölgelerde de şemaya 400 ünite/gün vit D eklenebilir. Eklenen vitamin D bu gruplarda kırık riskini azaltmaktadır. Vit D fazla alındığında ise zehirlenmeye yol açmaktadır. Ancak yaşlılarda gençlere göre zehirlenme sınırı 2-3 misli fazladır.

Alendronat ve etidronat oral olarak alınan, ülkemizde de mevcut difosfonattır. Difosfonatlar osteoklastik aktiviteyi inhibe ederek kemiklerdeki mineral kaybını engeller. Alendronat (Fosomax) etidronattan (Didronat) 100 misli daha etkili olup 10 mg/gün dozda, aç karnına kullanılır (41-43). Alendronat herhangi bir yan etki olmaksızın kemik mineral dansitesini belirgin şekilde artırır. Ancak estrogenlerin aksine bu ilaçlar osteoporozu engelleme ötesinde kardiyovasküler hastalıkları, vazomotor semptomları, vücuttaki atrofik değişiklikleri vb. düzeltici bir etkiye sahip değildir.

Tedavide denen diğer ajanlar ise thiazid diüretikleri (kalsiyumun atılımını azaltır), düşük doz PTH, anabolik steroidler, diğer rezorpsiyon inhibitörleridir.

#### KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR

Batı toplumlarında 50 yaşın üzerindeki kadınlarda hala en sık görülen ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı=KAH) ve arteriosklerozaya bağlı diğer vasküler

problemlerdir (33). KAH na bağlı ölümler kanser ölümlerinin yaklaşık iki mislidir, ya da jinekolojik kanserlerden defalarca fazladır (34). Menapoz öncesi kadınlarda KAH erkeklere göre çok az görülürken menopozu takiben insidansı hızla yükselir ve menopozdan 6-10 yıl sonra erkeklerdekine eşdeğer hale gelir (35). Postmenapozal bir kadının KAH için relatif riski menopoz öncesine göre 2.7 misli fazladır ancak miyokard enfarktüsüne bağlı ani ölümler açısından kadınlar erkeklerin 20 yıl kadar gerisinden gelmektedir (36). Sendrom X adı verilen triad (anjino pektoris+pozitif ekzersiz testi+anjyoda damarlarda daralma) hastalarında çoğunluğu kadınlardır (39). KAH na bağlı ölümlerde ırk faktörü de önemlidir. Örneğin siyahılarda kardiyovasküler sorunlar 2 misli, MI a bağlı ölümler 5 misli, sererbrovasküler sorunlara bağlı ölümler 2.5 misli daha fazla görülmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar yönünden bazı kadınlar ilave riskler taşımaktadır. Bunlar arasında ileri yaş prematür menopoz, hipertansiyon, lipid yükseklikleri, sigara içmek, obezite, diabet, 60 yaşından önce annede ya da kızkardeşte veya 50 yaşından önce babada KAH bulunması ve yukarıda belirttiğim gibi ırk faktörü bulunmaktadır.

60 yaşın üzerindeki kadınların yaklaşık 2/3 ü hipertansiftir (>140/90 mm Hg). KAH doğrudan kan basıncının seviyesiyle ve diğer risk faktörleriyle ilişkilidir. Şayet 55 yaşının üzerindeki bir kadında diastolik tansiyon normalken sistolik tansiyon 160 in üzerine çıkmışsa bu KAH gelişimi açısından prediktif bir bulgudur. Bu kadınlarda yükselmiş olan sistolik tansiyonun, sistolik ve diastoliği yükselmiş hastalardaki gibi tedavi edildiğinde KAH na bağlı mortalite belirgin olarak düşmektedir.

Kadında KAH gelişimini en iyi tahmin eden yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)-kolesterolün düşük olmasıdır (37). Kadınlarda ortalama HDL-Kolesterol seviyesi 55-60 mg/dl olup bu erkeklerden ortalama 10 mg/dl daha yüksektir. Ancak HDL kolesterolün 10 mg/dl düşmesi KAH riskini %40-50 artırmaktadır (37). HDL kolesterole ilaveten total kolesterol düzeyi de hem kadında hem de erkekte tek başına KAH için bağımsız bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Kolesterol seviyesi 265 in üzerinde olan kadınlarda normal olanlara göre



KAH gelişme riski 3 misli fazladır. Total kolesterol/HDL-Kolesterol oranı da KAH riskini belirlemede kullanılabilir. Normal değer 25 yaşında 3.4 ken 75 yaşında 4.7 ye çıkmaktadır. Bu nedenle 5 in üzerinde KAH ı önemli oranda artmaktadır. Yapılan çalışmalar kadınlarda menapozu takiben total kolesterolün, trigliseridlerin, LDL kolesterolün ve HDL3 kolesterolün yükseldiğini (% 10-25), HDL ve HDL2 kolesterolünse aynı oranlarda azaldığını göstermektedir (38). Estrojen tedavisi verildiğinde verilen estrojenin tipi ne olursa olsun kolesterol seviyeleri düşmektedir ve bu etki ilaç alındığı sürece devam etmektedir (38).

Estrojenlere ayda en az 10 gün süreyle noretindron (5 mg), megesterol asetat (5 mg), levonorgestrel (250 mikro g) veya medroksiprogesteron asetat (10 mg) verildiğinde HDL kolesterol seviyesi düşmekte, LDL kolesterol ve trigliserid yükselmektedir. Halbuki mikronize progesteron herhangi bir değişiklik yapmaz. Progesteron ister yalnız ister E<sub>2</sub> ile birlikte kullanılsın kısa vadede yararlı olmamakla birlikte uzun vadede lipid profilini olumlu yönde etkiler.

Lipidlerdeki değişiklikler tek başına estrojenin KAH nı önleyici, tansiyonu düşürücü etkisini açıklayamaz. Nitekim maymunlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki estrojenler diğer damarlarda olduğu gibi koroner arterlerde de hem aterosklerotik plakların oluşumunu engellemekte hem de EDFE yapımını artırarak vazodilatasyona neden olmaktadır. Böylece değişikliklerin tümü kardiyovasküler sistemdeki koruyucu etkiyi sağlamaktadır.

Overleri alınan, aynı yaşta ki maymunlarda koroner arterlerde oluşan plak alanı 0.227 mm<sup>2</sup> iken estrojen alanlarda 0.101 mm<sup>2</sup>, estrojen+progesteron alanlardaysa 0.099 mm<sup>2</sup> dir (44,45). Bu azalmanın sadece %20-25 lik bölümü lipid ve lipoproteinlerdeki değişime bağlıdır.

Arterioskleroz damar duvarındaki inflamatuvar bir olaydır. Dolaşımında bu inflamasyonun markırları olan fibrinojen, faktör VII (F VIIc) ve von Willebrand faktör (FVIIVWF) seviyesi yüksek olan kadınlarda KAH ı gelişme olasılığı yüksektir. Yine dolaşımında fibrinolitik aktivitenin damar içi ve dışındaki inhibitörü olan Plasminojen aktivatör inhibitör-1 (PAI-1) seviyesi yüksek kadınlarda KAH nın prognozu kötüdür. Bu faktörlerin tümü yaş iler-

ledikçe artmaktadır ancak fibrinojen ve F VIIc menapozun etkisiyle daha da artmaktadır (46). HRT ise PAI-1, fibrinojen ve F VIIc seviyesini düşürerek fibrinolitik etki göstermektedir. Yine çalışmalar bu etkilerin kısmen de olsa lipoprotein (a) üzerinden olduğunu göstermektedir (47).

Atherojenik plaklar damar duvarındaki fibrin depolanması X fibrin parçalanması olaylarındaki dengenin bozulmasına bağlı olarak gelişmektedir. Fibrin oluşumu (koagülasyon), fibrin parçalanmasından (fibrinolizis) fazla olmaya başladığında plaklar gelişmektedir. HRT fibrin parçalanma ürünlerinin seviyesini yükseltmemektedir. Bu oral kontraseptiflerde görülenin tersi bir olaydır. Anlamı ne fibrin oluşumun nede fibrinolizis artmadığıdır. Bu nedenle konu henüz yeni çalışmalarla detaylarının açıklanması gereken bir durumdur. Estrojen tedavisiyle tromboembolik riskler konusunda ciddi bir klinik bilgide yoktur (48-49). Bu nedenlerle HRT ile tromboemboli riski oral kontraseptiflerin aksine yok denilecek kadar azdır. Daha önceden tromboembolik hastalık geçirmiş olanlar dışında her kadına verilebilir. Daha önceden bu rahatsızlığı geçiren hastalardaysa yarar / zarar hesabının yapılması gerekir.

Estrojenler damarların musküler tabakasında bulunan estrojen reseptörü bağımlı protein vasıtasıyla endotel etkileyip EDFE (nitrik oksit) ve prostasiklin salınımının artmasına, endotelin yapımınınsa azalmasına neden olmaktadır (50). Vazodilatasyon nedeniyle damarlarda yapılan renkli doppler çalışmalarında PI değerlerinin azaldığı gösterilmiştir. 12 günlük bir estrojen replasman tedavisiyle uterin arterlerdeki PI değeri yaklaşık %50 azalmaktadır (51). Progesteronsa estrojenlerin bu etkilerini kısmen engellemektedir. Uterin arterlerde PI ni %30 artırmaktadır ve bu etki progesteron kesildikten 3 gün sonra estrojen verildiği dönemdeki değere dönmektedir (52). HRT nin diğer bir etkisiyse damar duvarında LD Lipoproteinler üzerinde antioksidan etki yapması ve damar kas tabakasındaki hücreler üzerinde antiproliferatif etkiyle mitojenezi ve migrasyonu engellemek, endotelium spesifik vasküler endotelial growth faktör yapımını stimüle etmektir.

KAH larının hem kadında hem de erkekte hipertansiyonla olan ilişkisi bilinmektedir. Estrojenlerde post menapozal kadınlarda kan akımını



artırarak, vasküler rezistansı azaltarak kan basıncını düşürmekte, ekzersiz toleransını artırmaktadır (53). Ancak her estrojen preparatı aynı ekiye sahip değildir.

#### SAFRA TAŞLARI:

Oral kontraseptiflerin safra taşlarını artırıcı etkisi bilinmektedir. Ancak yapılan çalışmalar postmenapozal estrojen kullanımının bu riski artırmadığını göstermiştir (54). Hastalarda safra taşları oluşumunu izlemek için klinik izlem yeterlidir. Biyokimyasal ve görüntülemeyle katibin rutin yapılması gerekmez.

#### ENDOMETRİUM VE MEME KANSERİ:

Estrojenler endometriumdaki mitotik aktiviteyi artırır. Özellikle progesteronun yokluğunda, sürekli estrojen etkisiyle endometriumda basit hiperplazi, kompleks hiperplazi, atipi ve karsinoma gelişebilir. Günde 0.625 mg konjuge östrojen verilen postmenapozal kadınlarda, 1 yılın sonunda beş hastadan birinde hiperplazi gelişmektedir (55).

Kompleks hiperplazi gelişen hastaların %10 u kansere ilerlemektedir. Endometrial kanseri olanların %20-25 inde önceden kompleks hiperplazi bulunmaktadır. Atipili hiperplazilerinse %20-25 i 1 yıl içerisinde kansere dönüşmektedir. Basit hiperplaziden kansere geçiş ortalama 5 yıl almaktadır (55 ).

Normalde herhangi bir ilaç kullanmayan postmenapozal kadınlarda endometrium kanseri insidansı 1/1000 dir. Sadece estrojen kullananlarda risk 2-10 misli artmaktadır (56). Risk esas olarak on yıllık kullanımdan sonra ortaya çıkmaktadır (57). 1 yıldan fazla estrojen kullananlardaysa endometrim Ca olduğunda uterus dışına yayılma 3 misli fazla görülmektedir (58).

Progesteron bilindiği gibi antimitotik aktivitesiyle endometrial büyümeyi durdurur, estrojen reseptörlerini inhibe eder böylece estrojenlerin etkisini azaltır, estradiolün daha az potent olan estrojen dönüşümünü artırır ve estrojenlerin kolaylaştırdığı onkojenlerin transkripsiyonun baskılar. Bu etkilerinden dolayı tedaviye progesteron eklenmelidir. Böylece hiperplazi azalırken kanser insidansı da düşer. Aylık progesteron gereksinimi en az 10 gün verilmesidir. 10 günden daha az ve-

rildiğinde kadınların %2-3 ünde hiperplazi gelişmektedir (59).

Dünyanın her yanında olduğu gibi ülkemizde de kadınlarda HRT ni bırakmanın en önemli nedeni kanser korkusudur. Hatta pek çok hekimde buna inanmakta ve HRT den kaçınmaktadır. Halbuki estrojen hiçbir zaman bir karsinojen olmayıp, sadece estrojen reseptörlerinin bulunduğu dokulardaki bazı growth faktörlerin regülasyonunda ya da üretiminde rol almaktadır. Bunlar arasında Epidermal Growth Faktör (EGF), Tümör Growth Faktör (TGF) ve TGFβ PDGF ve IGF sayılabilir. Bu büyüme faktörleri gelişmekte olan tümörün büyümesine katkıda bulunabilirler. Ancak nihai karar için verilen tedavinin getirdikleriyle götürdüklerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar endometrium kanseri riskinin tedaviye progesteron eklendiğinde çok azaldığını göstermektedir. Ayrıca HRT deki hastalarda endometrial kalınlık ölçümleriyle, anormal kanamalar olmaksızın da endometrial patolojiler erkenden saptanabilir. Pek çok çalışma göstermiştir ki endometrial kalınlık 5 mm'yi geçtiğinde patolojik gelişim ihtimali yüksektir (60). Bu hastalarda endometrial biopsi, 10 mm'yi geçenlerdeyse fraksiyone d.c endikasyonu vardır. Yine sadece estrojen alanlarda yılda bir kez, veya tedavi sırasında ara kanamaları olanlarda estrojen ve progesteron dozları ayarlandığı halde kanama devam ediyorsa endometrial örnekleme gereklidir.

Yine HRT nin etkisi olabileceği düşünülen bir kanser türü de meme kanseridir (60). Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türü olup (her 9 kadından birinde) erken menarşta ve menapoz sonrası insidansı artmaktadır. Meme kanserlerinin yaklaşık %75 i menapoz sonrası dönemde görülmektedir. Bu dönemde overlerin estrojen yapımı durmuş olmasına rağmen kanser gelişmesi estrojenin etkileri konusunda şüpheler doğurmaktadır. Bu nedenle meme kanserlerinin başlangıcının menapozdan çok daha öncesine gittiği düşünülebilir. Bu nedenle HRT nin meme kanserini başlatması değil de başlamış bir prosesi hızlandırması konuşulabilir. Aslında bu hızlanma HRT nin etkisi midir yoksa yaşlanmaya bağlı olarak zayıflayan immün cevabın etkisi mi o da tartışılabilir. Meme kanseri ile HRT arasındaki ilişkiyi saptayan bir kısım çalışma risk saptamaz-



ken (61), bir kısmı da riskte hafif bir artma (relatif risk 1.1-1.57) saptamıştır (62-64). Riskte azalma saptayan çalışmalar da vardır (65,66). Bu nedenle kadınlara HRT verirken sonuç tartışmalı da olsa bu bilgilerin verilmesi ve kendilerine nasıl aylık meme muayenelerinin yapılacağına öğretilmesi gereklidir. Meme kanseri HRT alsın ya da almasın her kadında kendi kendine muayene dışında 40-50 yaşlar arasında düşük riskli hastalarda 2 yılda bir, yüksek risklilerde ve 50 yaşın üzerindekiilerde her yıl mamografik inceleme yapılmalıdır. Ultrasonografik taramalarınsa malignitelerde güvenilirliği düşük olup (%47-96) rutin taramalarda tek başına kullanılmaması gerekmektedir (60). Araştırmalar progesteronun endometrium kanserinde olduğu gibi meme değişiklikleri için koruyucu bir etkisinin olmadığını göstermiştir (60-65). Meme doku kültürlerinde bazı progesteronların proliferasyonu artırdığı da saptandığından bugün için meme kanseri üzerindeki etkinin esas olarak estrojenin değil ama progesteronun etkisi olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle histerektomi olmuş hastalarda HRT ye progesteron eklenmesi gerekmemektedir.

### Hormon Replasman Tedavisi

Tüm yukarıda anlatılan nedenler klimakterik kadınların HRT nin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Ancak bugün dünyadaki kadınların sadece %10 unun HRT si gördükleri sanılmaktadır. Bu hem kişisel sağlık hem de ülkelerin sağlık ekonomisi açısından önemli bir sorundur. Çünkü ucuz bir tedavi olan HRT bir koruyucu sağlık hizmetidir ve devletlerin sağlıktaki uygulamalarındaki ana hedeflerinden olması gerekmektedir.

Tedavide kullanılacak estrojenler/progesteronlar şunlardır:

#### 1- Oral Estrojenler

Konjuge estrojenler  
Piperazin estron sülfat  
17 $\beta$  estradiol  
Dietilstilbestrol  
Etil estradiol

#### 2- Vajinal Kremler

Konjuge estrojenler  
Piperazin estron sülfat  
17 $\beta$  estradiol  
dietilstilbestrol

3- Transdermal İlaçlar	Progesteron 17 $\beta$ estradiol norethindron asetat
4- Vajinal halkalar	
5- Perkutan krem ve jeller	
6- Tibolon	
7- Diğer Tedaviler	Levonorgestrel medroksiprogesteron asetat megestrol asetat chlormadinona asetat dihydrogesteron cyproteron asetat

Tedavinin oral veya transdermal verilmesi etkinlik ve tedaviyi bırakmaya neden olabilecek yan etkiler vs açısından fark göstermemektedir (67-69). Bu nedenle hekim tercih ettiği yoldan tedaviyi verebilir. Transdermal tedavinin tek avantajı doğrudan, karaciğerden metabolize olmaksızın kana karışması ve devamlı belirli bir kan konsantrasyonu sağlamasıdır. Ancak günümüzde dünyanın her yerinde hekimlerin büyük çoğunluğu oral tedaviyi tercih etmektedir.

Tedavide günümüzde geçerli olan estrojen/progesteronun sıralı tedavisi, sürekli estrojen progesteron uygulaması ya da tibolon tedavileridir. Bu tedavilerle ilgili bilgiler Tablo 10-15'te görülmektedir.

Estrojen ve progesteronun sürekli verilimindeki amaç HRT nin genel amaçları dışında hastanın endometrial atrofiye gitmesi ve adet kanamalarının olmamasıdır. Bu amaçla değişik estrojen ve progesteronlar kombine edilebilmektedir, hiçbirinin diğerine üstünlüğü bulunmamaktadır. Atrofi genellikle 1. yılın sonunda sağlanmaktadır (70). Ancak hastaların ortalama %30 u birinci yılın, %66 sı beşinci yılın sonunda ilacı bırakmaktadır (70). Hastaların ilacı bırakmasının en önemli nedeni şahsi nedenlerdir.

Birbirini takip eder şekilde estrojen +progesteron kullanılması hem endometrial riskleri en aza indirmektedir hem de düzenli kanamaların devamını (%90) sağlamaktadır. Adetlerin devamı bazı kadınlar için psikososyokültürel açıdan önem taşımaktadır ve hekimin bunu anlayışla karşılaması gerekmektedir. Hastalara tedavi seçenekleri anlatılarak onun seçim yapması



# DR. SAMI ULUS ÇOCUK HASTANESİNE E C Z A N E B Ü L T E N İ

*E*czane bülteni hazırlamaktaki amaç; ilaçla ilgili bilgileri hatırlatmak, elaltı kaynaklarda bulunan ve gerektiğinde bakılacak olanları bir şekilde sunmak için hazırlanmış bir yayındır. Ayrıca bu bültende yine hastane içinde yapılmış bilimsel çalışma ve araştırmaya da yer verilecektir. Bir eğitim hastanesi olan hastanemizde böyle bir yayının yararlı olabileceği düşünülerek hazırlanmıştır. İki ayda bir çıkacak olan bültene olumlu, olumsuz eleştiri ve katkılarınızı bekliyorum.

Yayına Hazırlayan  
Ecz.YALÇIN BALKIS



# İLAÇ UYGULAMALARININ YEMEKLERLE İLİŞKİSİ

Besin ya da ilaçların mideden ve gastro intestinal kanalın emilim alanlarından geçişi, genellikle 2-3 saat gerektirir.

Bu zaman dilimi içerisinde eğer ikisi de aynı geçiş yolunu kullanıyorlarsa birbirlerini etkileyebilirler. Besinlerin ilaçlar üzerindeki etkileri farmakodinamik ve farmakokinetik olabilir. Böylesi etkiler ilacın terapötik etkisinin artması ya da azalması; metabolizmanın ya da atılımının bozulması; emilim süresinin uzaması ya da oranının değişmesi ve genellikle gastrointestinal sistemde ortaya çıkan yan etkilerinde değişimdir.

Besinler ilacın gastrointestinal rahatsızlık oluşturan etkilerini tamponlayabilir, ilaç emilimini kolaylaştırabilir ve hatta ilacın beklenen etkilerinin hiçbirinde değişikliklere neden olmayabilir.

Bu yazıda ve tablolarda, reçeteli ilaçların en yaygın kullanılanlarından 100 ilacın yemeklerle

olan ilişkisi konu edilmektedir. Bu tablolara bakılarak ilaçların uygulama saatleri ve öğünler ayarlanabilir ve böylece yan etki ve hasta uyumu gibi sorunlar daha kolay çözülebilecektir.

Parmacy Times Dergisi'nin Mayıs 1996 sayısından alınan bu bilgiler, özellikle eczacıların hastaya ilaç uygulamasıyla ilgili danışmanlığında yardımcı olmak üzere derlenmiştir.

Tabloların en önemli kolonu "Öğünle İlişki" başlıklı kolondur. Bu kolon yardımıyla ilaç alımı ve beslenme için en uygun zaman belirlenebilir. "Öğünün Etkisi" kolonunda belirtilen özelliklerin hepsi klinik anlam taşımayabilir, yalnızca literatürde bildirilen olaylardan derlenmiştir.

"Öğünle İlişki" kolonu dozlama stratejisini göstermektedir. Aşağıda, tabloda kullanılan kısaltmalar ve ilaç uygulamaları ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

## KISALTIMLAR

	Öğünlerle İlişki		Öğünün Etkisi
A	Yemekle birlikte	YOK	Besinin ilaç emilimine etkisi bildirilmedi
B	Aç karnına	H	GI rahatsızlıkta azalma
C	Yemekten önce	I	Emilim mekanizmasında değişim bilmiyor
D	Yemekten hemen sonra	K+	Emilim süresinde artma
E	Tedavi etkisi artar	K-	Emilim süresinde azalma
F	İlgisiz	L+	Emilim oranında artma
G	Etkisi üzerine bilgi yok	L-	Emilim oranında azalma

## AÇIKLAMALAR

1. GI rahatsızlık varsa yemekle verilebilir.
2. Minör etki.
3. Bilgi, ilacın terapötik sınıf özelliğinden çıkarılmıştır.
4. NSAİ sınıfı özelliği; GI rahatsızlığında ilaç, yemek ya da sütle alınır.
5. Kafeinli ürünler.
6. Serumda verapamilin en yüksek ve en düşük düzeyleri arasındaki farkı azaltmak için yemekle verilmesi önerilir.
7. Yağlı yiyecekler.
8. Daruğa ulaşma süresini arttırabilir.
9. Az tuzlu diyet, fazla potasyum K+ düzeyini ve/veya ilacın yan etkilerini arttırabilir.
10. Tiroid hormonu, tercihan kahvaltıdan önce günlük tek doz olarak verilmelidir.
11. Gliburid genellikle kahvaltıyla günlük tek doz verilir. Bölünmüş dozlar gerektiğinde, en iyi sonuç için sabah ve öğle yemeklerinden 30 dakika önce verilmelidir.
12. Tercihan sabah.
13. Ortalama 30 dakika ya da 30-45 dakika.



## YAYGIN KULLANILAN İLAÇLAR VE ÖĞÜNLER

Jenerik Adı	Öğünle İlişki	Açıklama	Öğünün Etkisi	Açıklama
<b>Antibiyotikler</b>				
Amoksisilin	yok		L-	
Amoksisilin/klavulanat	yok		L-	
Klaritromisin	A ya da B		L-	
Sefaklor	B		K, L-	
Sefuroksim	A ya da B		K+	
Sefaleksim	A		H	1
Siprofloksazin	yok		L-	
Doksisilin	yok		yok	
Eritromisin	B		K-	
Ofloksazin	B		K-	2
Nitrofurantion	A		H	
Penicilin-v	B		K, L	
Tetrasiklin	B		K-	
Trimetoprim/sulfametaksazol	B		L-	3
<b>Antihistaminikler</b>				
Astemizol	B		K-	
Loratadin	A		H, K+	
Terfenadin	A		H	1
<b>NSAID'ler</b>				
Ibuprofen	A		H	
Naproksen	A		H	
Nabumeton	A		L+, K+	
Ketorolak	A		H, L-	
Diklofenak	A		H, L-	4
Etdolak	A ya da B		H, L-	
<b>Beta blokerler/Ca kanal blokerleri</b>				
Atenolol	Yok, A ya da B		yok	
Metoprolol	A		K+	
Albuterol	yok		E	5
Nifedipin	yok		yok	
Verapamil SR	A		K-, L-	
Verapamil	A		(L-, K-)	6
<b>ACE İndibitörleri</b>				
Quinapril	B		L-	7-8
Kaptopril	B		K-	
Benazepril	B		K-	
Lisinopril	yok		yok	
Enalapril	yok		yok	
Ramipril	B	9	L-	
<b>Diüretikler</b>				
Triamteren/Hidroklorotiyazit	D		H	
Furosemid	A		L-, K-	
İndapamid	A		H	1
Hidroklorotiyazit	A		H	1



Jenerik Adı	Öğünle İlişki	Açıklama	Öğünün Etkisi	Açıklama
<b>Kortikosteroidler</b>				
Triamsinolon	F		H	
Prednison	A		H	1
Metilprednizolon	A			1
İcklometazon	F			
<b>Hormonlar</b>				
Medroksiprogesteron	A		H	
Etilil estradiol ve desogestrel	A		H	3
Etilil estradiol ve norgestrel	A		H	3
Konjüge östrojenler	A		H	1
Tiroid hormonu	C/I		E	10
<b>İnsülin ve Oral</b>				
<b>Antidiyabetikler</b>				
Gliburit	A		E	
Glipizit	A		H	11
Regüler insan insülini	F			
İnsan insülini 70/30				
NPH İnsan insülini				
<b>Antülser İlaçlar</b>				
Sukralfat	B			
Famotidin	yok			
Omeprazol	C	12		
Simetidin	A		E	
Ranitidin	yok		yok	
<b>Diğer</b>				
Amitriptilin	A ya da D		H	
İtratropium	F			
Doksazosin	G			
Varfarin	G		L-	
Divalproeks	A		L-	
Fenitoin	A		H	
Gemfibrozil	C	13		
Sumatriptan	F			
Kromolin	F			
İsosorbit dinitrat	B		G	
Digoksin	D		L-	
Lovastatin	A		E	
Nitrogliserin	B		L-	
Pravastatin	A		K+	
Tretinoin	F			
Teofilin	yok		H, L-	
Sinvastatin	A		K+	
Asiklovir	G			
Sertralin	A		K+	
Karbamazepin	A		H	



## FEÇES VE İDRARDA İLAÇ ETKİSİYLE OLUŞAN RENK DEĞİŞİKLİKLERİ

### A- FEÇESTE RENK DEĞİŞİKLİĞİ YAPAN İLAÇLAR

#### İLAÇ/İLAÇ GRUPLARI

Heparin (Nevparin, Calciparine, Mucain)  
Antiasitler (Alüminyum Hidroksit Tipleri,  
Alujel, Simeco)  
Senna (Pursennid, Eucarbon)  
Oral antibiyotikler  
Antikoagülanlar  
Indocyanine  
Bismut bileşikleri (Derivit, Derikol)  
Tıbbi kömür  
Clofazimine  
Dahran  
Indometazin (Endol, Endosetin)  
Dithiazanine  
Demir tuzları (Tardyferon, Jectofer)  
NSAI  
Fenazopiridin (Azo-Gantrisin, Azosilin)  
Pyridinium pamoate  
Rifampin (Rif, Rifal, Rifcap)  
Salisilat-özellikle aspirin (Algo, Ataspin,  
Lazorpin)

#### OLUŞAN RENK

Kırmızımsı-Pembe veya siyah\*  
Beyazımsı ya da benekli  
Sarı  
Yeşilimsi gri  
Kırmızımsı Pembe veya Siyah\*  
Yeşil  
Yeşilimsi siyah  
Siyah  
Kahverengimsi siyah-kırmızı  
Rektal mukozada kahverengimsi renklenme  
Biliverdinemiaden dolayı yeşil  
Mavimsi yeşil  
Siyah  
Kırmızımsı, kahverengimsi pembe\*  
Portakal rengi-kırmızı  
Kırmızı  
Kırmızı-Portakal rengi  
Kırmızımsı Pembe-Kırmızı\*

\* Bu renkler barsak kanamalarını gösterebilir.

### B- İDRARDA RENK DEĞİŞİKLİĞİ YAPAN İLAÇLAR

#### İLAÇ/İLAÇ GRUPLARI

Acetanilid (Alegrina, Gripponyl)  
Aloe  
Aminopyrine (Clinit, Malivan)  
Aminosalisilik asit (Na-Pas, Salf-Pas)  
Anisindione (Miradon)  
Azuren EM: İsoniazid (Hydra, INH)  
Kaskara  
Chloroquin (Alaris, Imagon)  
Kloroksazon (Paraflex, Zafor)  
Dahran  
Daunorobisin (Cerubidine, daunomicina)  
Desferoxamin mesilat (Desferal)  
Dimetilsülfoksit (Dolobene, Rimso)  
Difenidol (Vontrol)  
Doxorubicin (Dokso, Adriblastina)  
Emodin EM: İbuprofen (Atril, Burufen,  
Dolgit)  
Ethoxazene  
Demir tuzları (Tavdu, Jectofer, Fesou)  
Furazolidin (Diyoreks, Furoksan)

#### OLUŞAN RENK

Kırmızımsı sarı  
Sarımsı pembe kahverengi kırmızı (Alkali  
idrarda)  
Kırmızı  
Renk değişikliği hipoklorit solusyonu ile renk  
değişikliği\*  
Kırmızı, kahverengi  
Mavi veya yeşil  
Kahverengi sarı (asidik idrarda)  
Pası sarı-kahverengimsi  
Portakal rengi veya eflatun kırmızı  
Kırmızımsı pembe veya kırmızı, kahverengi (alkali id-  
rarda)  
Kırmızı  
Kırmızımsı  
Hemoglobüriden oluşabilen kırmızılık  
Portakal rengi (alkali idrarda)  
Kırmızı  
Kırmızımsı pembe veya kırmızı, Kahverengi  
(alkali idrarda)  
Portakal rengi, Portakal kahverengi  
Siyah  
Pası sarı kahverengi



Simetidin (inj) (Ulkamet)  
Amitriptilin (Laroxyl, Libroksil)  
Antipirin (Suprouil, Blephamid)  
Klofamin (Clofamizine Caps, Lampres)  
Phensuximide (Milontin, Phensuximide)  
Idarubisin (Zavedoks)  
Indigotin disulfonat  
lidometazin (Endol, Endosetin)  
Levodopa (Madopar, Sinemet)

Metokarbamol (Miyorel, Miyoreks)

Metildopa (Alfamet, Aldomet)  
Metilen mavisi (Bucu Bleu)  
Metronidazol (Flagyl, Metrajil)  
Mitoxantrone (Novautone)  
Nitrofurantoin (Piyeloseptyl, Uriseptin)  
Phenacetine (Cratodin, Polypirine)  
Fenazopiridin (Azogantrisin, Azosilin)  
Fenindion (Dindevan, Pindion)  
Fenolftalein (Alin, Laksaksafenol)  
Phenothiazine (Desferal)  
Phenolsulfonthalein (Elliott's B Sol)  
Fenitoin (Epanutin, Epdantoin)  
Primaquine  
Propofol (inj), (diprivan)  
Quinacrine (atabrine)  
Quinine (Nicobrevin)  
Rezorsinol (Bucu Bleu, Caplla)  
Ondansetron (Zofran, Datron)  
Promethazin (inj) (Atosil, Dorme, Fenegan)  
Riboflavin (Vi-fer, Ferro-sanol)  
Rifampin (Rif, Rifcap)  
Santonin  
Senna (Pursennid, Eucarbon)

Sulfonamidler  
Tiazolsulfon  
Tolonium  
Triamteren (Triamteril)  
Warfarin (Coumadin)

Yeşil\*\*  
Mavi-yeşil  
Kırmızı-kahverengi  
Kahverengimsi siyah-kırmızı  
Kırmızimsı pembe veya kırmızı kahve  
Kırmızı  
Mavi ya da yeşil  
Billiverdinemiadan dolayı yeşil olabilir  
Hipoklorit çözeltisinde durdukça rengi koyulaşır\*

Koyu kahverengi durdukça siyah veya yeşil olabilir  
Hipoklorit çözeltisinde durdukça rengi koyulaşır\*  
Mavi ya da yeşil  
Koyulaşma  
Koyu mavi ya da yeşil  
Kirlili sarı-kahverengi  
Koyu kahve-siyah  
Portakal-portakal kırmızı  
Portakal-kırmızı(alkali)  
Pembe-morumsu kırmızı (alkali idrarda)  
Kırmızimsı pembe veya kırmızı kahve  
Kırmızimsı pembe (alkali idrarda)  
Kırmızimsı pembe veya kırmızı kahve  
Kirlili sarı-kahverengi  
Yeşil\*\*  
Koyu sarı (Asidik idrarda)  
Siyahımsı kahverengi  
Koyu yeşil  
Pembemsi kırmızı-kırmızı kahve (alkali idrarda)  
Yeşil\*\*  
Sarı floresans  
Hafif kırmızı portakal  
Sarı (asidik idrarda) kırmızimsı (alkali idrarda)  
Sarı-kahverengi (asidik idrarda), kırmızimsı pembe (alkali idrarda) durdukça kahve-rengileşir  
Kirlili sarı-kahverengi  
Pembe ya da kırmızı  
Mavi yeşil  
Mavi floresans  
Portakal rengi

\* Numune kabını kullanmadan önce hipoklorit solüsyonu olmamasına dikkat ediniz.

\*\* Bileşiminde koruyucu olarak fenol bulunmasından dolayı renk oluşumu olabilir.



## ADVERS İLAÇ ETKİLERİ

### > DERMATOLOJİK

#### AKNE

• Anabolik ve androjenik Steroidler

• Bromürler  
• İyodürler

• İzoniazid  
• Kortikosteroidler

• Oral kontraseptifler  
• Triksolan

#### ALOPESİ

• Eflonamid

• Heparin

• Oral Kontraseptifler (durdurma)

• Sitotoksikler

#### EKZAFOLYATİF DERMATİT

• Altın tuzları  
• Barbitüratlar

• Fenilbutazon  
• Fenitoin

• Kloridin  
• Penisilinler

• Sülfonamidler

#### EKZEMA (KONTAKT DERMATİT)

• Krem ve losyon Konjucular

• Lanolin  
• Topikal antihistaminikler

• Topikal antimikrobikler

• Topikal lokal anestezipler

#### ERİTEMA MULTIFORMUM veya STEVEN-JOHNSON SENDROMU

• Barbitüratlar  
• Etiloksimid  
• Fenilbutazon

• Fenitoin  
• Klorpropamid  
• Kodein

• Penisilinler  
• Salisilatlar  
• Sülfonamidler

• Sülfonlar  
• Tetrasiklinler  
• Tiazidler

#### ERİTEMA NODOSUM

• Oral kontraseptifler

• Penisilinler

• Sülfonamidler

#### FOTODERMATİT

• Fenotiazinler  
• Furosemid  
• Giseofulvin

• Kloridazepoksit  
• Nalidiksik asit  
• Oral kontraseptifler

• Sülfonamidler  
• Sülfonolüreler  
• Tiazidler

• Tetrasiklinler  
Özellikle demeklosiklin

#### HİPERPİGMENTASYON

• ACH  
• A hipervitaminoz  
• Altın tuzları

• Bleomisin  
• Busulfan  
• Fenotiazinler

• Koraklin ve diğer antimalaryalar

• Oral kontraseptifler  
• Siklofosfamid

#### İLACA BAĞLI ALERJİK DÖKÜNTÜLER

• Barbitüratlar  
• Fenilbutazon

• Fenilfalein  
• İğn

• Salisilatlar

• Sülfonamidler

#### LİKENİD DÖKÜNTÜLER

• Altın tuzları  
• Antimalaryalar

• Fenotiazinler  
• Klorpropamid

• Metildopa

• PAS

#### NONSPEŞİFİK DÖKÜNTÜ

• Alopurinol  
• Ampilin

• Barbitüratlar

• Fenitoin

• Metildopa

#### TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ (BÜLÖZ)

• Alopurinol  
• Barbitüratlar  
• Bromürler

• Fenilbutazon  
• Fenitoin  
• Fenilfalein

• İyodürler  
• Nalidiksik asit

• Penisilinler  
• Sülfonamidler

#### PURPURA

• Aşırı

• Kortikosteroidler

#### ÜRİTKER

• Aşırı

• Barbitüratlar

• Penisilinler

• Sülfonamidler

### > ENDOKRİN

#### ADDİSON BENZERİ SENDROM

• Busulfan

#### JİNEKOMASTİ

• Dital  
• Estrojenler  
• Eflonamid

• Giseofulvin  
• İzoniazid

• Metildopa  
• Rezerpin

• Spironolaktin  
• Testosteron

#### GALAKTORE (Amenore de yapabilir)

• Deliamfetamin  
• Fenoflizinler

• Metildopa

• Rezerpin

• Trisiklik antidepressanlar

#### SEKSÜEL BOZUKLUK

• Ejakülasyon bozukluğu  
• Betanidin  
• Debrizokin

• Guanetidin  
• Toridazin

• Libido azalığı ve İmpotans  
• Kloridin  
• Litium  
• Majör trankilizanlar

• Metildopa  
• Oral kontraseptifler  
• Sedatifler



## ADVERS İLAÇ ETKİLERİ

### TROİD FONKSİYONUNU ETKİLEYENLER

• Ailin tuzları	• Fenibutazon	• İyodürler	• Oral kontraseptifler
• Asetazolamid	• Fenindon	• İzoflora	• Sülfonamidler
• Bromsulfotalein	• Feriton	• İzopropamid	• Tolbutamid
• Dimerkaprol	• Fenotiazinler	• Uyum	

### ► KULAK

#### SAĞIRLIK

• Aminoglikozidler	• Etakirnik asit	• Kırın	• Muşın
• Aşın	• Furosemid	• Klorokin	• Nortripilin
• Beosimin			

#### VESTİBÜLER BÖZÜKLÜKLER

• Aminoglikozid	• Kırın	• Muşın
-----------------	---------	---------

### ► METABOLİK

#### HİPERBİLİRÜBİNEMİ

• Novobiosin	• Rifampin
--------------	------------

#### HİPERGLİSEMİ

• Küyüm hormonu	• Etakirnik asit	• Kortikoidler	• Oral kontraseptifler
• Dizeksid	• Furosemid	• Kortikosteroidler	• Tiazidler

#### HİPERKALSEMİ

• Absorbsiyon önleyiciler		• D Vitamini	• Tiazidler
---------------------------	--	--------------	-------------

#### HİPERPOTASEMİ

• Amlioid			
• Dilifal (aşın doz)	• Kortikosteroid (durdurma)	• Sitotoksikler	• Süksinikoin
• İlaçların potasyum tutan	• Uyum	• Spironolakton	• Triamteren

#### HİPERÜRİSEMİ

• Aşın	• Früdoz	• Hiperalbuminasyon	• Sitotoksikler
• Etakirnik asit	• Furosemid	• İzoflora	• Tiazidler

#### HİPONATREMİ

• Diüretikler	• Siklofosfamid	• Tuz kaybı	
• İzopropamid	• Vinikristin	• Diüretikler	• Laymanitler
• Mannitol		• Kortikosteroid (durdurma)	• Mannitol

#### HİPOPOTASEMİ

• Alkaliye bağlı alkaloz	• Dekompoze tetrasiylin	• İnyon	• Laksatif alışkanlığı
• Amfoterin B	• Diüretikler	• Karbon dioksit	• Osmotik diüretikler
• B12 vitamini	• Gentamisin	• Kortikosteroidler	

#### METABOLİK ASİDOZ

• Asetazolamid	• Paraldehyd (dekompoze)		• Spironolakton
• Fenfamin	• Salisilatlar		

#### PORFİRİA ŞİDDETLENMESİ

• Barbitüratlar	• Griseofulvin	• İzopropamid	• Rifampin
• Estrojenler	• Gülefilimid	• Meprobamat	• Sülfonamidler
• Feriton	• Klordiazepoksit	• Oral kontraseptifler	

### ► MULTİ SİSTEM

#### ANAFLAKSİ

• Bromsulfotalein	• Demir deklatron	• Lidokain	• Prokain
• Deklatron	• İnyon	• Penisilinler	• Sefalosporinler
• Demekitosiklin	• İyotlu ilaçlar veya kontrast madde	• Streptomisin	

#### ATEŞ

• Amfoterin B	• Fenoflalein	• Novobiosin	• Sefalosporinler
• Atilofamiler	• P-Aminosalisilik asit	• Sülfonamidler	
• Batifüresifler	• Kırın	• Penisilinler	• Tourcil
• Feriton	• metildopa	• Prokainamid	

#### LUPUS ERİTEMETOZUS

• Hidralazin	• İzonicid	• Prokainamid
--------------	------------	---------------

## ADVERS İLAÇ ETKİLERİ

### SERUM HASTALIĞI

- Aşın
- Penisilinler
- Propiltiourasil
- Sulfonamidler
- Streptomisin

### > NÖROLOJİK

#### BAŞ AĞRISI

- Bromür
- Ergotamin (kesme)
- Glisik trinitrat
- Hidroflazn
- İndometazin

#### BEYİN DAMAR

- Oral kontraseptifler

#### EKSTRAPIRAMİDAL ETKİLER

- Butirofenonlar
- Fenofiazinler
- Levodopa
- Metildopa
- Metoklopramid
- Rezerpin
- Trisiklik antidepressanlar

#### KONVÜLSİYONLAR

- Amfetaminler
- Anestezikler
- Fenotiyazin
- Fizostigmin
- İsoniazid
- Lidokain
- Litium
- Naldiksik asit
- Penisilinler
- Teofilin
- Trisiklik antidepressanlar
- Vinitrin

#### MİYASTENİ ŞİDDETLENMESİ

- Aminoglikozidler
- Etilyonamid
- Fenfain ve diğer hidantoinler
- Polimisinler
- Metamizol
- Protellan
- Tetrasiklinler

### > GASTROİNTESTİNAL

#### AĞIZ KURULUĞU

- Alkolikler
- Levodopa
- Klonidin
- Melidopa
- Trisiklik antidepressanlar

#### BULANTI VE KUSMA

- Aminofillin
- Dajid
- Deme-2 sülfat
- Estrojenler
- Levodopa
- Opiyotikler
- Potasyum klorür
- Tetrasiklinler

#### DENTAL DISKOLORASYON

- Tetrasiklin

#### DIFFÜZ HEPATOSELÜLER LEZYONLAR

- Alopurinol
- Aminosalisilik asit
- Aminofenol
- Eritromisin estolat
- Halofan
- İsoniazid
- MAO inhibitörleri
- Metildopa
- Metoklopramid
- Metotraksat
- Oksetansetin
- İndiyum
- Propiltiourasil
- Rilampin
- Salisilatlar
- Sulfonamidler

#### DIYARE VEYA KOLİT

- Antiasit olarak
- Mağnezyum
- Debrizakin
- Dajid
- Geniş spektrumlu antibiyotikler
- Guanefidin
- Klindamisin
- Kolajin
- Laktoz
- Linkamisin
- Metildopa
- Pargatiller
- Rezerpin

#### GINGİVAL HİPERPLAZİ

- Fenfain

#### İNTESTİNAL ÜLSERLER

- Enterik kaplı potasyum klorür

#### KABIZLIK VEYA İLEUS

- Alüminyum hidroksit
- Baryum sülfat
- Deme-2 sülfat
- Fenofiazinler
- Gangliyon blokerler
- Kalsiyum karbonat
- İyon değıştirici reçineler
- Opiyotikler
- Trisiklik antidepressanlar

#### KOLESTATİK SARILIK

- Altın tuzları
- Anabolik steroidler
- Androjenler
- Asetoholeksamid
- Eritromisin estolat
- Fenofiazinler
- Klarpropamid
- Metimazol
- Oral kontraseptifler

#### MALABSORBSYON

- Biguanidler
- Fentan
- Fenobarbitol
- Geniş spektrumlu antibiyotikler
- Kolestiramin
- Kolajin
- Neomisin
- P-Aminosalisilik asit
- Primidon
- Stotoksikler

#### ORAL ÜLSERLER

- Aşın
- Gentian viyole
- İzoproterenol (sublingual)
- Panlecefin
- Stotoksikler



## ADVERS İLAÇ ETKİLERİ

### PANKREATİT

• Avatoprin  
• Etolotrik asit

• Furosemid  
• Kortikosteroidler

• Opiyatlar  
• Oral kontraseptifler

• Sulfonamidler  
• Tiazidler

### PEPTİK ÜLSER VEYA HEMORAJİ

• Aspirin  
• Etolotrik asit

• Fenilbutazon

• İndometazin

• Reserpin (büyük doz)

### TAD BOZUKLUKLARI

• Biguanidler  
• Gaseofulvin

• Lityum  
• Metronidazol

• Penisilamin

• Rifampin

### TÜKRÜK BEZLERİ ŞİŞMESİ

• Bretilyum  
• Befonidin

• Fenilbutazon  
• Guanetidin

• İyodürler

• Kloridin

### > GENİTAL

#### SPERMATOGENEZ VEYA OOGENEZ BOZUKLUĞU

• Sitotoksikler

#### VAJİNAL KARSİNOMA

• Diötilstilbesterol (anneneye verilmeye)

### > HEMATOLOJİK

#### AGRANÜLOSİTOZ

• Altin tuzları  
• Fenilbutazon  
• Fenotiazinler  
• İndometazin

• Karbimazol  
• Kloramfenikol  
• Kotrimoksazol  
• Metimazol

• Okifenbutazon  
• Propiltirazol  
• Sitotoksikler

• Sulfonamidler  
• Talbutamid  
• Triksik antidepressanlar

#### EOZİNOFİLİ

• Eritromisin estolat  
• Imipramin

• Klorpropamid  
• Metotriksat

• Nitrofurantonin  
• p-Aminosalisilik asit

• Prokarbazin  
• Sulfonamidler

#### HEMOLİTİK ANEMİ

• Dapsone  
• Fenasetin  
• İncin  
• İzoniiazid

• Kincin  
• Klorpromazin  
• Levodopa  
• Mefenomik asit

• Metolan  
• Metildopa  
• p-Aminosalisilik  
(G-6PD eksikliğinde)

• Penisilinler  
• Rifampin  
• Sefalosporinler  
• Sulfonamidler

#### HEMOLİTİK ANEMİ (G-6PD eksikliği)

• Antimalaryalar  
(Primağın gibi)  
• Aspirin  
• C-vitazini

• Dapsone  
• Fenasetin  
• Kincin  
• Kloramfenikol

• Kotrimoksazol  
• K vitamini  
• Nalidiksik asit  
• Nitrofurantonin

• p-aminosalisilik asit  
• Probenesid  
• Prokainamid  
• Sulfonamidler

#### LENFADENOPATİ

• Fenitoin

• Primidon

#### LÖKOSİTOZ

• Kortikosteroidler

• Ulyum

#### MEGALOBLASTİK

• Fenitoin  
• Fenobarbital

• Folat antagonistler  
• Kotrimoksazol

• Oral kontraseptifler  
• Primidon

• Triamferen  
• Trimetoprim

#### PANSTİTOPENİ (APLASTİK ANEMİ)

• Altın tuzları  
• Fenilbutazon  
• Fenitoin

• Kloramfenikol  
• Mefenitoin  
• Meprobren

• Okifenbutazon  
• Potasyum perklorat

• Sitotoksikler  
• Trimetadon

#### TROMBOSİTOPENİ

• Altın tuzları  
• Asetazolamin  
• Aspirin  
• Digitoksin  
• Fenilbutazon

• Fenitoin ve diğer  
hidantoinler  
• Furosemid  
• İndometazin  
• Karbamazepin

• İncin  
• Klorpropamid  
• Kortalidon  
• Kotrimoksazol

• Metildopa  
• Novobisin  
• Okifenbutazon  
• Tiazidler

### > İSKELET-KAS

#### KEMİK BOZUKLUKLARI

• Osteoporoz  
• Heparin  
• Kortikosteroidler

• Osteomalazi  
• Alüminyum hidroksid  
• Antikonvülsanlar

• Glutetamid

## ADVERS İLAÇ ETKİLERİ

### MİYOPATİ VEYA MİYALJİ

• Amfetamin B  
• Karbenoksolan

• Kofibrat  
• Klorokin

• Kortikosteroidler

• Oral kontraseptifler

### > KARDİYOYASKÜLER

#### ARİTMİLER

• Asetamin  
• Aerosol Propellantlar  
• Arilkoesterler  
• Atropin  
• Daunomisin

• Dajtal  
• Emetin  
• Fenotiazinler,  
özellikle floridazin  
• Guanetidin

• Kriçin  
• Linkomisin (iv)  
• Ulyum  
• Popaverin  
• Prokainamid

• Propranolol  
• Sempatomimetikler  
• Tiroid hormonu  
• Trisiklik antidepresanlar  
• Verapamil

#### HİPERTANSİYON

• AÇH  
• Fenilbutazon  
• Kloridin kesme

• Kortikosteroidler  
• MAO inhibitörleri+  
sempatomimetikler

• Oral kontraseptifler  
• Sempatomimetikler

• Trisiklik antidepresanlar+  
• Sempatomimetikler

#### HİPOTANSİYON

• Diuretikler  
• Fenilbutazon

• Levodopa  
• Morfin

• Nitrogliasin

• Strati kan

#### PERİKARDİT

• Emetin

• Hidralazin

• Metiserjid

• Prokainamid

#### SIVI RETANSİYONU VE KALP YETMEZLİĞİ

• Diazoksid  
• Fenilbutazon

• Estrojenler  
• İndometazin

• Karbenoksolan  
• Mannitol

• Propranolol  
• Steroidler

#### KARDİYOMİYOPATİ

• Adhamsin  
• Daunorubisin • Fenotiazinler

• Emetin  
• Sempatomimetikler

• Ulyum

• Sulfonamidler

#### TROMBOEMBOLİZM

• Oral kontraseptifler

#### ANGİNA ŞİDDETLENMESİ

• Alfa blokerler  
• Azin tekin

• Ergotamin  
• Hidralazin

• Metiserjid  
• Oksifoin

• Propranolol kesme  
• Vazopressin

#### PERİFERİK NÖROPATİ

• Demekskoskin  
• Etambutol  
• Eflonamid  
• Fensidin  
• Fenitoin  
• Glisefinid

• Hidralazin  
• İzoniazid  
• Klorkinol  
• Kloramfenikol  
• Klorpropamid

• Metiserjid  
• Muftin  
• Nalidiksik asit  
• Nitrofurantoin  
• Polimisin, kolistin

• Prokarbazin  
• Streptomisin  
• Tolbutamid  
• Trisiklik antidepresanlar  
• Vitrin

#### PSÖDÖTÜMÖR SEBEBİ (VEYA İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON)

• A hipervitaminozu

• Kortikosteroidler

• Oral kontraseptifler

• Tetrasiklinler

### > OKÜLER

#### GLOKOM

• Miyotikler

• Sempatomimetikler

#### KATARAKT

• Busifon

• Fenotiazin

• Klorambusil

• Kortikosteroid

#### KRONEAL OPASİTELER

• D vitamini

• İndometazin

• Klorokin

• Mepakin

#### KORNEAL ÖDEM

• Oral kontraseptifler

#### OPTİK NÖRİT

• Etambutol  
• Fenilbutazon  
• Fenotiazin

• İzoniazid  
• Kriçin  
• Klorkinol

• Kloramfenikol  
• PAS

• Penisilamin  
• Streptomisin

#### RENKLİ GÖRME DEĞİŞMESİ

• Barbitüratlar  
• Dajtal

• Metakudan  
• Streptomisin

• Sulfonamidler  
• Tiazidler

• Trosidon

#### RETİNOPATİKLER

• Fenotiazin

• Klorokin



**> SOLUNUM YOLU****HAVAYOLLARI TIKANMASI (BRONKOSPAZM, ASTMA)**

•Beta2agonistler	•Penisilinler	•Sefalosporinler	•Tortrazin
•Kortikosteroidler	•pentozasin	•Streptomisin	(sarı boyalı ilaçlar)
•Nonsteroid antiinflamatuvarlar			

**NAZAL KONGESTİYON**

•Dekonjestan alışkanlığı	•Izoproterenol	•Oral kontraseptifler	•Rezerpin
•Guaifenedin			

**PULMONER INFILTRASYONLAR**

•Azitropin	•Klorambutil	•Metotriksat	•Siklofosfamid
•Bisomisin	•Mefalol	•Nitrofurantoin	•Sulfonamidler
•flusulfon	•Metiserid	•Prokarbazin	

**PULMONER ÖDEM**

•Ecin	•Kontrast madde	•Metadon	•Propoksifen
•Hidrokortizoid			

**SOLUNUM DEPRESYONU**

•Aminoglikozidler	•Opiyatlara	•Sedatifler	•Timetofon
•Hipnotikler	•Polimisinler		

**> PSİKOZLAR****DELİRİUM VEYA KONFUZYON**

•Amantadin	•Bromürler	•Izoniazid	•Metildopa
•Aminofilin	•Dijital	•Kortikosteroidler	•Penisilinler
•Antidepresanlar	•Fenofl yazınlar	•Levodopa	•Sedatif ve hipnotikler
•Antikolinesterazlar			

**DEPRESYON**

•Amfetamin (keşme)	•Levodopa	•Propranolol	•Santral antihipertansifler (rezerpin, metildopa, klo- nidin)
•Kortikosteroidler			

**HALÜSİNASYONLAR**

•Amantadin	•Meperidin	•Pentozasin	•Trisiklik antidepresanlar
•Levodopa	•Narkotikler	•propranolol	

**HİPOMANI VE MANİ**

•Kortikosteroidler	•MAO inhibitörleri	•Sempatomimetikler	•Trisiklik antidepresanlar
•Levodopa			

**SOMNOLANS**

•Anestezik ilaçlar	•Klonidin	•Metildopa	•Trisiklik antidepresanlar
•Antihistaminler	•Majör tranquilizanlar	•Rezerpin	

**SİZOFRENİ BENZERİ VEYA PARANOID REAKSİYONLAR**

•Amfetaminler	•Kortikosteroidler	•MAO inhibitörleri	•Trisiklik antidepresanlar
•Bromürler	•Levodopa	•Uzun süreli ilaç	

**UYKU BOZUKLUKLARI**

•Anoreksijenler • Levodopa	•MAO inhibitörleri	•Sempatomimetikler	
----------------------------	--------------------	--------------------	--

**> ÜRİNER SİSTEM****HEMORAJİK SİSTİ**

•Siklofosfamid

**İTERİSTİSYEL NEFRİT**

•Fenindion	•Penisilinler	•Sulfonamidler	•Ticlid
•Furosemid			

**KALKULİ**

•Asetozolamid	•D vitamini		
---------------	-------------	--	--

**MESANE DİSFONKSİYONU**

•Antikolinesterazlar •Dizopramid	•MAO inhibitörleri	•Trisiklik antidepresanlar	
----------------------------------	--------------------	----------------------------	--

**NEFROJENİK DIABETES İNSİPIDUS**

•D vitamini	•Demektosiklin	•Uygun	•Metoklofloran
-------------	----------------	--------	----------------

**NEFROTİK SENDROM**

•Altın tuzları	•Fenindion	•Penisilamin	•Probenesid
----------------	------------	--------------	-------------

**OBSTRÜKTİF ÜROPATİ**

•Ekstra renal Metiserid	•Intra renal Sitotoksikler		
-------------------------	----------------------------	--	--

**RENAL TUBÜLER ASİDOZ**

•Aminofilin B	•Asetozolamid	•Dekompoze tetrakisidin	
---------------	---------------	-------------------------	--

**TUBÜLER NEKROZ**

•Asetaminofen	•Metoklofloran	•Sefaloridin	•Tetrakisidinler
•Aminoglikozidler	•polimisinler	•Sulfonamidler	
•Kalsiyum	•Radyoaktif kontrast madde		

sağlanmalıdır. Ancak herşeye rağmen bu tedaviyi hastaların %47 si 2. yılın, %50 si ise 5. yılın sonunda bırakmaktadır (70). Bırakmanın en önemli nedeni adet kanamalarıdır.

Bazı hastalarda progesterona bağlı yan etkiler oluşabilir. Bunlardan en sık rastlananlar göğüslerde gerginlik ve hassasiyet, şişmeler, ve depresyondur. En sıkta medroksiprogesteron asetatla rastlanmaktadır. Yapılması gereken, dozun azaltılması ya da başka bir preparata geçilmesidir. Progesteronların birbirini takip eden tedavilerde kullanım süreleri önemlidir. 1-10 gün süreyle verilebilirse de tercih edilen 10 günlük tedavilerdir.

Tibolon sentetik bir steroid olup zayıf estrogenik, progestajenik ve andojenik etkiye sahiptir. Özellikle adet kanaması olsun istemeyen ve menapozu takiben 1 yılı geçmiş kadınlarda endikedir. Andojenik etkileri kadının dinamiklerini artırırken cinsel olarakta aktivasyonunu sağlar. Ancak 2 yıllık kullanımda % 12 oranında yıkılma kanamasına rastlanmaktadır (71). Kanama menapozdan sonra 1 yıldan az zaman geçen hastalarda daha fazla görülmektedir (71). Yinede 2 yılın sonunda hastaların %75 inin tedaviye devam ettikleri saptanmıştır. Menapozun getirdiği tüm değişikliklere estrogen/ progesteron kombinasyonları kadar etkili olmaktadır. Ancak endometrium kanseri konusundaki etkileri henüz bilinmemektedir (72).

HRT alan hastalarda azalan androjen yapımı nedeniyle tedaviye düşük doz andojenlerin eklenmesi gerekip gerekmediği tartışma konusudur. Androjenlerin yukarıda belirtildiği gibi psikososyal ve seksüel iyilik halini artırıcı etkisi bulunmaktadır. Ancak birlikte rastlanan dezavantajlarsa şunlardır; düşük dozlarda istenen etki sağlanamamaktadır, hastalarda bağımlılık yapmaktadır, lipid profili üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır (73,74). Bu nedenlerle tedavisine androjen eklenecek hastaların seçiminin iyi yapılması gerekmektedir.

HRT her yaştaki kadına verilebilir. Herhangi bir yaş sınırı yoktur. HRT nin kontrendike olduğu sadece iki durum vardır onlarda meme ve endometrium kanseridir. Onlar üzerindeki etkileri etik açıdan incelenmediğinden verilememektedir. Meme ve endometrium kanserin önceden geçirmiş hastalara HRT verilip verilmeyeceği

tartışmalı bir konu olmakla birlikte verilmesinin uygun olacağını gösteren yayınlar mevcuttur (75-80). Yinede hastalarda bir antiestrogen olan ama zayıf estrogenik etkisiyle osteoporoz ve kardiyovasküler problemlerden korunmayı sağlayabilen tamoxifen uygulaması tercih edilmelidir (81-82).

Vazomotor semptomların tedavilerinde veraliprid, naloxan, clonidin ve bromokriptin yüksek dozlarda kullanılabilir, ancak hem yan etkileri vardır hem de amaç sadece vazomotor semptomların tedavisi değildir. Bellergal ve metil dopa tedavileri ise plasebodan daha iyi değildir.

TABLO 1: KEMİK REZORPSİYONUNU UYARAN FAKTÖRLER

- \* Paratiroid Hormon (PTH)
- \* E serisi prostoglandinler
- \* 1 alfa 25 (OH)<sub>2</sub> Vit D
- \* Tiroid hormon
- \* Monokinler
- \* Lenfokinler
- \* Interleukin 1

TABLO 2: KEMİK REZORPSİYONUNU ENGELLEYEN FAKTÖRLER

- \* Interferonlar
- \* Kalsitonin
- \* Estrojenler
- \* Diğer seks steroidleri

TABLO 3: KEMİK BÜYÜMESİ VE OSTEOLASTİK AKTİVİTEYİ ARTIRAN FAKTÖRLER

- \* Kemikte yapılan büyüme faktörü
- \* İnsulin
- \* Somatomedinler
- \* Prostoglandinler (düşük dozlarda)
- \* Testosteron
- \* Progesteron
- \* Elektiriksel uyarılar

TABLO 4: OSTEOPOROZUN TIPLERİ

- A-Primer osteoporoz
  - \* Juvenil osteoporoz
  - \* Idiopatik Osteoporoz
  - \* Involusyonel Osteoporoz
    - Tip 1
    - Tip 2
- B- Sekonder Osteoporoz



TABLO 5: SEKONDER OSTEOPOROZA YOL AÇAN HASTALIKLAR

A- Endokrin Hastalıklar
* Hipogonadizm
* Ovarian agenezis
* Hiperadrenokortisizm
* Hipertiroidi
* Hiperparatiroidi
* Diabet?
* Akromegali
B- Gastrointestinal Hastalıklar
* Subtotal gastrektomi
* Malabsorbsiyon sendromu
* Kronik obstruktif sanlık
* Primer bilier siroz
* Ağır malnutrisyon
* Anoreksia nervoza
* Alaktazi
C- Kemik iliği Hastalıkları
* Multiple myeloma
* Sistemik mastositozis
* Dissemine kanser
D- Bağ Döküsü Hastalıkları
* Osteogenezis Imperfecta
* Homosistinuri
* Ehler Danlos Sendromu
* Marfan Sendromu
E- Diğer Hastalıklar
* Immobilizasyon
* Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
* Kronik alkolizm
* Kronik heparin uygulamaları
* Romatoid Artrit

TABLO 6: İNVLÜSYONEL OSTEOPOROZ

	TİP 1	TİP 2
Yaş (yıl)	51-70	>70
Cinsiyet (Kadın / erkek)	6/2	2/1
Kemik Kaybının Tipi	Esas olarak trabeküler	Trabeküler ve Kortikal
Kemik Kaybının hızı	Hızlanmıştır	Hızlanmamıştır
Kırık yeri	Vertebra (ezilme kırığı) ve radius	Vertebra çok sayıda, kama gibi (konk) ve kalça
Paratiroid fonksiyonu	Azalı	Artar
Kalsiyum emilimi	Azalı	Azalı
Aktif Vit D ye Dönüşüm	Sekonder azalma	Primer azalma
Neden	Menapoz	Yaşlanma

TABLO 7: OSTEOPOROZ TANISINDA KULLANILABİLEN GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

-Röntgen filmleri
-Kuantitatif komputerize tomografi
-Tek enerjili foton absorptiometresi
-Çift enerjili foton absorptiometresi
-Çift enerjili x-ray absorptiometresi (DEXA)
-Ultrasonografi

TABLO 8: DİYETLE ALINABİLECEK KALSİYUM KAYNAKLARI

SÜT	
tam	290 mg/bardak
yağı alınmış	300 mg/bardak
Yoğurt	400 mg/bardak
Peynir	200-250 mg/50 ml
Dondurma	180 mg/bardak
Balık konservesi (kemikli)	100-150 mg/50 ml
Yeşil yapraklı sebzeler	400 mg/bardak

TABLO 9: DEĞİŞİK TUZLARDAKİ KALSİYUM MİKTARI

TUZ	% KALSİYUM
Kalsiyum karbonat	40
Kalsiyum sülfat	36.1
Dibazik kalsiyum fosfat	29.5
Tribazik kalsiyum fosfat	38.8
Kalsiyum laktat	13
Kalsiyum glukonat	9.3
Kalsiyum askorbat	10.3
Kalsiyum sitrat	24.1

## Kaynaklar

- 1- Olhansky SJ, Carnes BA, Casel CK. The aging of the human species. Sci Am, April; 46-52, 1993.
- 2- Diczfalusy E. Menopause, developing countries and the 21 st century. Acta Obstet Gynecol 136045-57, 1986.
- 3- US Bureau of the Census. Projections of the population of the US: 1977 to 2025. in current Population Reports. Washington DC: Government Printing Office, p25-704
- 4- Last J, Guidotti L. implications of human health on global ecological changes. Public Health Rev 1:49-67, 1990
- 5- Meldrum DR. Female reproductive aging-ovarian and uterine factors. Fertil Steril 59:1, 1993.
- 6- McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JC. The normal menopause transition. Maturitas 14:103-115, 1992.
- 7- Hargrove JT, Eisenberg E. Menopause. Med Clin North Am 79:1337-1356, 1995
- 8- Hee J, MacNaughton J, Banagh M, Burger HG. Perimenopausal patterns of gonadotrophins, immunoreactive inhi-

bin, oestradiol and progesteron. *Maturitas* 18:9-20, 1993

9. MacNaughton J, Banah M, McCloud P, Hee J, Burger H. Age related changes in follicle stimulating hormone, luteinizing hormone, oestradiol, and immunoreactive inhibin in women of reproductive age. *Clin Endocrinol* 36:339, 1992.
10. Gougeon A, Ecochard R, Thalabard JC. Age related changes of the population of human ovarian follicles: increase in disappearance rate of non growing and early growing follicles in aging women. *Biol Reprod* 50:653-663, 1994.
11. Longcope C, jaffee W, Griffing C. Production rates of androgens and oestrogens in postmenopausal women. *Maturitas* 3:215-221, 1981.
12. Castello Branco C, Martinez de Osaba MJ, Varrez JA, Fortuny A, Gonzalez Merlo J. Effects of oophorectomy and hormone replacement therapy on pituitary gonadal function. *maturitas* 17:101-11, 1993.
13. Oldenhave A, Jazmann LJB, Haspels AA, Everaerd WTHAM. Impact of climacteric on wellbeing A survey based on 5213 women 39-60 years old. *Am J Obstet Gynecol* 168:772-780, 1993.
14. Lock M. Menopause in cultural context. *Exp Gerontol* 29:307-317, 1994.
15. Kronenberg F, Cote LJ, Linkie DM, Dreyfnurth I, Downey JA. Menopausal hot flushes Thermoregulatory, cardiovascular and circulating catecholamine and LH changes. *Can J Physiol Pharmacol* 6:31-43, 1984.
16. Brown KH, Hammond CB. Urogenital atrophy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 15:13-32, 1987.
17. Castello Branco C, Duran M, Gonzales Merlo J. Skin collagen changes related to age and hormone replacement therapy. *Maturitas* 15:113, 1992.
18. bachmann GA, Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas* 14:43-50, 1991.
19. Barnett Connor E. Obesity, atherosclerosis and coronary artery disease. *Ann intern Med* 103:1010, 1985.
20. Manson JE, Colditz GA, Stampel MJ, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New Engl J Med* 322:882, 1990.
21. Bennett PH. Diabetes in the elderly : diagnosis, pathogenesis and epidemiology. *Geriatrics* 39:37, 1984.
22. Barrett Connor E, Kritz Silverstein D. Estrogen replacement therapy and cognitive function in older women. *JAMA* 260:2637-2641, 1993.
23. Paganini Hill A. Oestrogen replacement therapy and Alzheimer's disease. *103: 80-86, 1996.*
24. Dempster DW, Lindsay R. Pathogenesis of osteoporosis. *lancet* 341:797-801, 1993.
25. Black DM. Screening and treatment in the elderly to reduce osteoporotic fracture risk. *Br J Obstet Gynecol* 103: s 13: 2-8, 1996.
26. Stevenson JC, Hillard TC, Lees B, Whitcroft SJ, Ellerington MC, Whitehead MI. Postmenopausal bone loss: Does HRT always work?. *Int J Fertil* 41: 336-339, 1996.
27. Delmas P. Bone mass measurement: How, where, when and why. *Int J Fertil* 41: 329-339, 1996.
28. Riis BJ. The role of bone turnover in the pathophysiology of osteoporosis. *Br J Obstet Gynecol* 103 (s): 9-15, 1996.
29. Mundy Gr. Osteoporosis into the year 2010. *Br J Obstet Gynecol* 103 (s): 32-38, 1996.
30. World Health Organization Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report Series 843, 1994.
31. Richeson LS, Wahner HWW, Melton LJ, riggs BL. Relative contributions of aging and estrogen deficiency in postmenopausal bone loss. *New engl J Med* 311:1273, 1984.
32. Jørgensen HL, Schøller J, Sand JC, Rujuring M, Hassager C, Christiansen C. Relationship of common allelic variation at the VIT D receptor locus to bone mineral density and bone turnover. *Br J Obstet Gynecol* 103 (s):28-31, 1996.
33. Vital Statistics of the US, 1980 Life Tables, vol 11 ser 6. DHHS Publication no (PHS) 84-1104. Washington DC, US Government Printing Office 1984.
34. National Center for health Statistics, Vital Statistics of the U, 1986 Mortality A and B. DHHS Publication no (PHS) 88-1122. Washington DC, US Government Printing office 1988.
35. Bush TL. The epidemiology of cardiovascular disease in postmenopausal women. *Ann NY Acad Sci* 592: 262, 1990.
36. Kannel WB. Metabolic risk factors for coronary heart disease in women: perspective from the Framingham Study. *Am Heart J* 114: 143, 1987.
37. Bass KM, Newschaffer CH, Klag MJ, Bush TL. Plasma lipoprotein levels as predictors from the Framingham Study. *Am Heart J* 114:143, 1987.
38. Stevenson JC. Are changes in lipoproteins during HRT important?. *Br J Obstet Gynecol* 103 (s): 39-44, 1996.
39. Collins P. Hormone replacement therapy and syndrome X. *Br J Obstet Gynecol* 103:68-72, 1996.
40. Macintyre J, Stevenson JC, Whitehead MI, et al. Calcitonin for prevention of postmenopausal bone loss. *Lancet* 1:900, 1988.
41. Fleisch H. New bisphosphonates in osteoporosis. *Osteoporosis int* 2: 15-17, 1993.
42. Liberman UA. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal women. *New Engl J Med* 333:1437-1443, 1995.
43. Sambrook PN. The treatment of postmenopausal osteoporosis. *New Eng J Med* 333:1495-1496, 1995.
44. Clarkson TB, Anthony MS, Klein KP. Hormone replacement therapy and coronary artery atherosclerosis: the monkey model. *Br J Obstet Gynecol* 103:53-58, 1996.
45. Clarkson TB, Anthony MS, Klein KP. Hormone replacement therapy and coronary artery atherosclerosis : the monkey model. *Br J Obstet Gynecol* 103:53-58, 1996.
45. Sullivan JM. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease: human model. *Br J Obstet Gynecol* 103:59-67, 1996.
46. Scarabin PY, Plu Bureau G, Bara L, et al. Haemostatic variables and menopausal status: influence of hormone replacement therapy. *Thromb Haemost* 70:584-87, 1993.
47. Haenggi W, Blesen W, Brinkhauser MH. Postmenopausal hormone replacement therapy With tibolone decreases serum lipoprotein (a). *Eur J Clin Chem Clin Biochem* 31:645-50, 1994.
48. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Surgically confirmed gallbladder disease, thromboembolism and breast tumors in relation to postmenopausal estrogen therapy. *New Engl J Med* 290: 15, 1974.
49. Enzelsberger H, Heytmanek H, Kurz ch, Metka M. Zum einfluss einer hormon substitut ion stherapie auf ATIII bei frauen im klimakterium. *Zentralb Gynaekol* 113:639, 1991.
50. Yang Z, Doda-D, Espinosa E, et al. 17 beta estradiol inhibits growth of human vascular smooth muscle: similar effects in cells from females and males. *J Cardiol Pharmacol* 28:34-39, 1996.
51. Marsh MS, Bourne TH, Whitehead MI, et al. The temporal effect of progesterone on the uterine artery pulsatility index in postmenopausal women. *Fertil Steril* 62: 771-774, 1994.
52. Pines A, Fishman EZ, Levo Y, et al. The effects of hormone replacement therapy in normal postmenopausal women: measurements of Doppler derived parameters of aortic flow. *Am J Obstet Gynecol* 164:806-12, 1991.
53. Volterrani M, Rosano GMC, Sarrel P, et al. A double



- blind, randomized trial of estradiol 17 $\beta$  and forearm blood flow in menopausal women. *J Am Coll Cardiol* 23:273, 1994.
- 54- Sagg RKR, MacMichael AJ, Seamark RF. Oral contraceptive, pregnancy and endogenous estrogen in gallstone disease: a case control study. *Br Med J* 288:1795, 1984.
- 55- Varma TR. Effect of long term therapy With estrogen and Progesterone on the endometrium of postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 64:41, 1985.
- 56- Paganini Hill T, Ross RK, Henderson BE. Endometrial cancer and patterns of use of oestrogen replacement therapy: a cohort study. *Br J Cancer* 59:445, 1989.
- 57- Kurman RJ, Kalminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia: a long term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 56:403, 1985.
- 58- Shapiro S, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Risk of localized and widespread endometrial cancer in relation to recent and discontinued use of conjugated estrogens. *New Eng J Med* 313:969, 1985.
- 59- Voigt LF, Weiss NS, Chu JR, et al. Progestagen supplementation of exogenous oestrogens and risk of endometrial cancer. *Lancet* 338: 274, 1991.
- 60- Palacios S. Cancer surveillance during HRT. *Int J Fertil* 41: 340-45, 1996.
- 61- Bergkvist L, Adami HO, Persson O, et al. The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progesterone replacement. *New Engl J Med* 321: 293, 1989.
- 62- Bergkvist L, Adami HO, Persson O, et al. Prognosis after breast cancer diagnosed in women exposed to estrogen and estrogen-progesterone replacement therapy. *Am J Epidemiol* 130:221, 1989.
- 63- Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Type of postmenopausal hormone use and risk of breast cancer. 12 year follow up from the Nurses' Health Study. *Cancer Cases Control* 3: 433, 1992.
- 64- Wingo PA, Layde PM, Lee NC, et al. The risk of breast cancer in postmenopausal women who have used estrogen replacement therapy. *JAMA* 257: 209, 1987.
- 65- Dupont WD, Page DI, Rogers IW, Parl FF. Influence of exogenous oestrogens, proliferative breast disease, and other variables on breast cancer risk. *Cancer* 63:948, 1989.
- 66- Palmer JR, Rosenberg L, Clarke E, et al. Breast cancer risk after estrogen replacement therapy Results from the Toronto Breast Cancer Study. *Am J Epidemiol* 134: 1386, 1991.
- 67- Polvani F, Zichella L, Bocci A, et al. A randomized comparative study for the clinical evaluation of hormone replacement by transdermal and oral route. *Clin Exp Obstet Gynecol* 17: 207, 1991.
- 68- Stevenson JC, Crook D, Goddard, et al. Oral versus transdermal estrogen replacement therapy. *Int J Fertil* 38: 30-35, 1993.
- 69- Erenus M, Kutlay K, Kutlay L, et al. Comparison of the impact of oral versus transdermal estrogen on serum lipoproteins. *Fertil Steril* 61: 300-302, 1994.
- 70- Dören M, Schneider HPG. The impact of different HRT regimens on compliance. *Gnt J Fertil* 41: 362-371, 1996.
- 71- Rymer J, Fogelman I, Chapman MG. The incidence of vaginal bleeding with tibolone treatment. *Br J Obstet Gynecol* 101: 53-56, 1994.
- 72- Van Dadelzen P, Gillmer MDC, Gray MD, et al. Endometrial hyperplasia and adenocarcinoma during tibolone therapy. *Br J Morriette D, et al. Effects of estrogen, androgen and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab* 70:1124, 1990.
- 74- Hickok LR, Tommey C, Sperof L. A comparison of esterified estrogens With and without methyltestosterone effects on endometrial histology and serum lipoproteins in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 82:919, 1993.
- 75- Creasman WT. Estrogen replacement therapy: Is Previously treated cancer a contraindication? *Obstet Gynecol* 77:308, 1991.
- 76- Lee RB, Burke TW, Park RC. Estrogen replacement therapy following treatment for stage I endometrial carcinoma. *Gynecol oncol* 36: 189, 1990.
- 77- Baker DP. estrogen replacement therapy in patients with previous endometrial carcinoma. *Compr Ther* 16: 28, 1990.
- 78- Stoll BA, Parbhoo S. Treatment of menopausal symptoms in breast cancer patients. *Lancet* 1: 1278, 1988.
- 79- Wile AC, Opfell RW, Margileth DA? Hormone replacement therapy in previously treated breast cancer patients. *Am J Surg* 165:372, 1993.
- 80- Spicer D, Pike MC, Henderson BE. The question of estrogen replacement therapy in patients with prior diagnosis of breast cancer. *Oncology* 4:49, 1990.
- 81- Bagdade JD, Wolter J, Subbiah PV, et al. Effects of tamoxifen treatment on plasma lipids and lipoprotein composition. *J Clin Endocrinol Metab* 70: 1132, 1990.
- 82- Love RR, Mazes RB, Barden HS, et al. Effects of tamoxifen on bone mineral density in postmenopausal women with breast cancer. *New Engl J Med* 326: 852, 1992.

# AİDS VE KORUNMA

Prof. Dr. Serhat ÜNAL

H.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi

## I. Giriş

1981 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde sadece homoseksüel erkekler ve Haiti'den gelen göçmenlerde görülen yeni bir hastalık tespit edildi. Kısa sürede o güne kadar sadece bağışıklık sistemi bozukluğu olan kişilerde karşılaşılan, bazı fırsatçı enfeksiyonların eşlik ettiği bu hastalığın aslında esas olarak bir **immün sistem bozukluğu** olduğu anlaşıldı. Doğuştan olmayan, (sonradan olan= akkiz), immün yetmezlikle (immün deficiency) giden bu bulgular topluluğuna (sendrom) **Akkiz Immün Yetmezlik Sendromu (=AIDS)** adı verildi.

Kısa sürede bu hastalığın esas olarak cinsel temas (=homoseksüel cinsel temas) ile bulaştığı anlaşıldı. Yalnız belli bir grup erkek hastada görülmesi ve olgu sayısının fazla olmaması nedeniyle bu dönemde çok fazla ilgi çekmeyen hastalığın, bir süre sonra biseksüel erkekler aracılığı ile kadınlara yayılması, hasta annelerden doğan ilk çocuk olgularında görülmeye başlanması, kısaca sayının hızla artmasıyla dünyanın ilgisini çekti. Bugün sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde değil dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde görülen, hasta sayısının milyonlarla, ölüm vakalarının binlerle ifade edildiği bu hastalık, en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiş, öneminin anlatılabilmesi için adına özel günler ve toplantılar düzenlenmeye başlamıştır.

1 Aralık Dünya AIDS günüdür.

1994 yılı başı itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 14 000 000-16 000 000 HIV virüsü ile enfekte kişi olduğunu, bunlardan 3 milyon kişinin AIDS basamağına ulaştığını bildirmiştir. 1996 yılında enfekte kişi sayısı 29 milyon, AIDS hasta sayısı ise 6 milyona ulaşmıştır. Her gün 8500 yeni vaka bildirilmektedir. DSÖ tarafından yapılan hesaplamalarda **2000 yılında dünyada 100 milyon kişinin bu virus ile bulaşmış olacağı ve 12-13 milyon kişinin de AIDS olacağı tahmin edilmektedir.**

Türkiye'de bugüne kadar 617 hastanın HIV virüsü ile enfekte olduğu saptanmıştır. Bunlardan 229 kişi AIDS tir.

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de AIDS ihbarı zorunlu hastalıktır. Ancak bu ihbar

kişinin temel hak ve özgürlüklerini koruyacak şekilde ad, soyad, adres bildirilmeden yapılmaktadır.

## A. Etken Ajan

AIDS'e Human Immunodeficiency virus (İnsan İmmün Yetmezlik virüsü) Tip 1 ve Tip 2 neden olur. Aynı grupta bulunan ve bazı hayvanlarda benzer hastalıklara neden olan, örneğin Simian immunodeficiency virus, Feline immunodeficiency virus gibi bazı başka virüsler insanlarda hastalığa neden olmaz.

## B. Bulaşma

AIDS esas olarak üç önemli yolla bulaşır.

1. Cinsel temas: Burada kastedilen her türlü cinsel temastır. Hastalığın ilk görülmeye başlandığı yıllarda tespit edilen AIDS sadece homoseksüel cinsel temas ile bulaşır yaklaşımının artık eksik olduğu bilinmektedir. AIDS HER TÜRLÜ (homoseksüel ya da heteroseksüel) CİNSEL TEMASLA BULAŞIR. Bu tür bulaşmaya bağışık hiç bir kimse yoktur. Bulaşma için hasta kişiyle yapılacak tek bir cinsel temas bile yeterlidir. Hasta kişilerle yapılan cinsel temas sayısı arttıkça bulaşma olasılığı artar. Birden fazla cinsel eşi olan kişiler, sık eş değiştiren kişiler, aşağıda söz edilen diğer bulaşma yolları nedeniyle damar içi uyuşturucu kullanma alışkanlığı olan veya hastalıkları (hemofili ve diğer kanama bozukluğu olan hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, vb) nedeniyle sık kan verilmek zorunda olan kişilerle cinsel temasta bulaşma riski daha yüksektir. Ayrıca değişik cinsel temas türleri de risk açısından farklılık gösterir. Anal cinsel temasta risk çok daha fazladır. AKSİ İSPAT EDİLENE KADAR YENİ TANIŞILAN HER KİŞİ AIDS YÖNÜNDEN RİSKLİ KİŞİDİR. HASTALIĞIN UZUN SÜREN BİR BULGUSUZ DÖNEMİ OLDUĞU İÇİN DIŞARIDAN BAKMAKLA HATTA DETAYLI BİR DOKTOR MUAYENESİ İLE HASTALIK ANLAŞILMAZ.

2. Kan ve kan ürünlerinin verilmesi: Virus kanda yoğun miktarda bulunması nedeniyle hastalığı taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünlerinin verilmesi ile hastalık bulaşır. Ancak 1983 yılında etken virus ve 1985 yılında virüsün



kanda tespit yollarının bulunması ile artık dünyanın her yerinde kan ve ürünlerinin hastaya verilmeden önce AIDS virüsü bulunup bulunmadığı yönünden test edilmesi yasal zorunluluktur. Virüsü taşıdığı tespit edilen kanlar kullanılmaz. Bu nedenle 1985 yılından sonra bu yolla bulaşma son derece azalmıştır.

Ancak yine bu grupta incelenmesi gereken damar içi uyuturucu alışkanlığı olan kişilerde AIDS hastalığı sayısı, damar içine ilaç yapmakta kullanılan iğnenin değişik kişiler tarafından paylaşılması, ortak kullanılması nedeniyle artmaktadır.

AIDS li hasta sayısının artması ile birlikte bu hastalara hizmet veren sağlık personelinin hizmet sırasında özellikle ellerine AIDS li hasta kanı ile bulaşmış iğne batması yoluyla hasta olanların sayıları da artmaktadır.

### 3. AIDS olan annelerden gebelik ve doğum sırasında bebeğe geçmesi.

HIV virüsü, gebelik boyunca ya da doğum sırasında anneden bebeğe geçebilir. Bu olasılık %20-30 oranındadır. Doğumdan sonra daha az oranda da olsa anne sütü ile geçiş de gösterilmiştir.

HIV VIRÜSÜ KAN, MENİ, VAJİNAL SEKRESYON DIŞINDA HEMEN BÜTÜN VÜCUT DOKU VE SEKRESYONLARINDA BULUNMUŞ İSE DE BU SÖZÜ EDİLEN BULAŞ YOLLARINDAN BAŞKA BİR YOLLA BULAŞMA OLMAZ.

SIVIRISINER VE DİĞER KAN EMEN BÖCEKLERLE AIDS BULAŞMAZ. EL SIKIŞMAK, ÖPÜŞMEK, AYNI YERDE OTURMAK, AYNI YERDE YEMEK YEMEK GİBİ SOSYAL İLİŞKİLERLE AIDS BULAŞMAZ.

### C. Hastalık Klinik Belirti-Bulguları ve Teşhis

HIV virüsü vücuda alındıktan 2-4 hafta içerisinde virüsün ilk çoğalma döneminde bir **akut enfeksiyona** neden olur. Hastaların %90-95'inde hiçbir klinik belirti ve bulgu yoktur. Geri kalan az kısmında ise halsizlik, bitkinlik, deri döküntüleri gibi kısa süreli belirtiler olabilir. Çok seyrek olarak bazı hastalarda sinir sistemi ile ilgili bulgular olabilir. Bütün bu bulgular birkaç hafta içerisinde kendiliğinden geçer.

Virüsü alan kişilerde 2-12 hafta içerisinde HIV virüsüne karşı antikorlar gelişir. Bu antikorların hastalığın ilerlemesini engelleyici etkileri yoktur, ancak hastalığın teşhisi açısından çok önemlidirler. Kesin teşhis bu antikorların kanda gösterilmesi ile konur. Bu iki yöntemle yapılabilir.

1. ELISA testi: Pratik, oldukça kolay uygulanabilen bir testtir. Tarama testi olarak kullanılır.

Ancak güvenilirliği düşüktür.

2. WESTERN BLOT testi: Zaman alan, uygulaması zor olan bir testtir. ELISA testinin kesinleştirilmesi amacı ile kullanılır.

Bu testler dışında tarama testi olarak kullanılabilirler hızlı tanı testleri ve kesin tanı amacı ile kullanılan polimeraz zincir reaksiyonu testi ve kültür yapılarak virüsün gösterilmesi şeklinde testler de mevcuttur.

### AKUT İNFEKSİYON DÖNEMİNDEN İTİBAREN KİŞİ BULAŞTIRICIDIR.

Akut enfeksiyon döneminden sonra infekte kişiler **asemptomatik enfeksiyon** dönemine girerler. Bu dönemde hiçbir bireyde hiçbir belirti ve bulgu yoktur. Kişi virüsü taşıdığı için genellikle farkında değildir. Cinsel temasta bulunduğu herkese hastalığı bulaştırır. Bu belirtisiz dönem 8-10 sene devam edebilir. Ancak %30-40 hastanın 1.5 ile 5 yıl içerisinde bir sonraki döneme geçtiği gösterilmiştir. Belirtisiz dönemin sonunda HIV virüsü ile infekte kişilerde **yaygın lenfadenopati** dönemi başlar. Hastaların değişik yerlerde lenf bezleri büyüklükleri olur. Lenf bezleri büyümleri HIV enfeksiyonu dışında çok değişik hastalıklarla meydana gelebilir. HIV enfeksiyonundan olduğunun belirlenmesi için lenf bezleri büyümlerinin kasık dışında en az iki ayrı bölgede olması, büyüklüklerinin 1 cm den fazla olması ve 3 aydan daha uzun süre büyük kalması gerekir. Bu dönemde hastalarda başka önemli belirti ve bulgu yoktur. Bu hastaların %20 si iki yıl içerisinde bir sonraki basamak olan **kronik yapısal** hastalık dönemine ulaşır. Hastalarda ilk kez doktora başvurularına, dölüyece tam konulabilmesine olanak sağlayan belirtiler başlar. Vücut ağırlığının %10'undan daha fazla kilo kaybı, nedeni bulunamayan ateş, bir aydan daha uzun süren ve tedavi edilemeyen ishaler, yaygın ve sık herpes virus enfeksiyonları (uçuk ya da genital herpes), ağızda mantar enfeksiyonları en sık karşılaşılan belirti ve bulgularıdır.

Bu dönemin sonunda iyice belirgin hale gelen immun sistem yetmezliği nedeniyle sık görülen fırsatçı enfeksiyon ya da kanserlerden birinin ortaya çıkması ile hasta **AIDS dönemine** geçer. Yani her ne kadar yaygın kullanımında HIV virüsü ile ilgili tüm hastalıklar genel olarak AIDS adı ile anılmakta ise de aslında virus vücuda alındıktan sonra geçilen tüm dönemler HIV enfeksiyonu, bunun son basamağı da AIDS dönemidir. AIDS belirleyen hastalıklar, immun sistemi normal kişilerde hastalık yapamayan ya da bazı özel durumlarda çok seyrek hastalık yapabilen, parazit, virus ve mantarların neden olduğu bazı enfeksiyon hastalıkları ile, Kaposi sarkomu, beyin lenfogomasi gibi bazı özel tür kanser hastalıklarıdır. Bu grupta sık görülen



infeksiyon hastalıkları: Pneumocystis carinii pnömonisi, Toxoplasma gondii beyin abseleri, Cryptococcus neoformans menenjitli, yaygın Herpes simplex virus ve Cytomegalovirus infeksiyonları ile yaygın mantar infeksiyonlarıdır. Aslında bu hastalıklara neden olan etken mikrobiyal ajanlar normalde hemen herkesin vücudunda bulunan etkenlerdir. Örneğin pek çoğumuzda zaman zaman Herpes simplex virusunun neden olduğu dudak uçuklaması olur, Toxoplasma etkenine karşı test toplumdaki ortalama %80-90 oranında pozitif olarak bulunur. Ancak immün sistem sağlam olduğu sürece bu hastalıklar ortaya çıkmazlar. İşte HIV virusunun vücutta esas olarak yaptığı budur. İmmün sistem hücrelerini özellikle değişik hücrelerin bir arada düzgün çalışmasını sağlayan "Yardımcı T-lenfosit" denen bir grup hücreyi öldürmek suretiyle immün sistemi geçertir. Böylece yukarıda sayılan ve normal kişilerde hastalık yapmayan bazı infeksiyon hastalıkları bu zayıf ortamda hastalık meydana gelerek hastanın ölümüne neden olurlar.

HIV infeksiyonu bu bulgular ile bir buz dağına benzetilebilir (Şekil 1). Belirti ve bulguların olduğu son iki dönem suyun üzerindedir. Ama suyun altında esas gövdeyi meydana getiren diğer dönem hastaları bulunmaktadır. Bu nedenle belirti ve bulgular tespit edilen her bir AIDS hastası aslında 50-100 başka hastayı temsil etmektedir.

Hastalığın kesin tanısı yukarıda belirtilen anti-kor testleri ile konur. Risk faktörleri ya da daha önce sözü edilen belirti ve bulgular olan hastalarda önce ELISA testi değerlendirilir. Üstüste 2 kez bu test pozitif çıkan hastalarda, tanıyı kesinleştirmek amacıyla Western Blot testi yapılır. Ancak bu test de pozitif ise kesin HIV virus infeksiyonu tanısı konabilir.

#### D. Tedavi

AIDS tedavisi iki bölümde incelenir.

**1. Esas HIV virus infeksiyonunun tedavisi:** Yapılan tüm araştırmalara ve harcanan milyarlarca dolar paraya rağmen bugün için HIV infeksiyonlarına karşı halen etkin bir tedavi bulunamamıştır. Bu alanda en çok denenmiş olan, virüsün çoğalmasına engel olarak etki eden ve 1986'dan beri kullanılan AZT (Retrovir) isimli ilaçtır. Reverse transcriptase adlı enzimi inhibe eden ve ilk yıllarda çok etkili olduğu sanılan bu ilacın altında beklenen yaşam süresini uzatmadığı, hastanın sadece AIDS basamağına daha geç ulaşmasını sağlayabildiği gösterilmiştir. Ayrıca kemik iliğinin çalışmasını engelleme vb gibi bazı önemli yan etkileri de olan bu ilaca karşı kullanımından bir süre sonra direnç de gelişmekte ve HIV virusunun çoğalması artık engellenememektedir. Son yıllarda ddI (Videx), ddC (Hivid), 3TC (Epi-

vir) ve d4T (Zerit) adlı benzer etkili yeni ilaçlar geliştirilmiştir. Ancak bu ilaçlarda da AZT de olan sorunlar ortaya çıkmaktadır. 1996 yılından beri klinik kullanıma giren proteaz enzim inhibitörü adı verilen bir grup yeni ilaç (saquinavir=Invirase, Indinavir=Crixivan, ritonavir=Norvir gibi) AIDS tedavisinde yeni umutlara neden olmuştur. Yukarıda adı geçen reverse transcriptase enzim inhibitörü ilaçlarla proteaz enzim inhibitörü ilaçlarla proteaz enzim inhibitörü ilaçların bu hastalarda beklenen yaşam süresini, uzatabilecekleri ortaya konmuştur. AIDS artık tedavisi imkansız bir hastalık değildir. 1996 yılı içerisinde non-nükleosid reverse transcriptase enzim inhibitörleri (nevirapin-Viramune) isimli bir grup ilaç daha klinik kullanıma girmiştir.

#### 2. Fırsatçı infeksiyonların ve kanser hastalıklarının tedavisi:

Bu alanda değişik infeksiyon hastalıklarının ve kanser hastalıklarının tedavisinde önemli yol kat edilmiştir. Hastalıkların çoğunun tedavisi mümkündür. Ancak kullanılan ilaçlar pahalı ve yan etkileri çok fazladır. Tedavileri zor ve süreleri uzundur. Ayrıca tedavi bilminde hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına engel olunmak için ilaçlar daha düşük dozlarda ömür boyu verilmesi ve hastanın çok yakın takip edilmesi gerekliliği vardır. Özellikle damardan verilmesi, gereken bazı ilaçlar için hasta hergün hastaneye ulaşmak zorunda kalmaktadır. Bu grup hastalıkların tedavisi kadar önemli bir diğer konu da bu hastalıklar daha ortaya çıkmadan evvel o hastalıklara karşı koruyucu ilaç tedavisinin verilmesidir. Bu tür tedavilerin de diğer bütün tedaviler gibi konu hakkında yeterli bilgi ve deneyim birikimi olan bu alanda özel yetiştirilmiş hekimlerin denetiminde verilmesi gerekir.

Gerek HIV virusunu taşıyan, gerekse hastalık belirtileri ortaya çıkmış kişilerin bazı özel hastalara karşı aşılama programlarına alınmaları da gereklidir.

**BUGÜNE KADAK HIV İNFEKSİYONLARINA KARŞI KORUYUCU BİR AŞI BULUNAMAMIŞTIR. BU KONUDAKİ ÇALIŞMALAR YAKIN GELECEK İÇİN DE NE YAKIN KI ÜMİT VERİCİ DEĞİLDİR.**

Böyle aşısı olmayan, etkin bir tedavi yöntemi bulunamamış ve er ya da geç mutlaka ölümle sonuçlanan bu hastalığa karşı elimizde tek bir silah vardır. KORUNMA. Henüz hasta kişi sayılarının çok artmadığı ülkemizde, diğer ülkelerin yaşadığı ölümcül deneyimden ders alarak YAYGIN VE ETKİN EĞİTİM PROGRAMLARI ile bu hastalıktan korunmayı öğrenmek ve herkese ama herkese öğretmek bir zorunluluktur. Çünkü AIDS bütün dünyada ırk, cins,



din, ülke farkı gözetmeksizin hızla yayılmaktadır. Ülkemizde de AIDS olguları görülmeye başlamıştır. Ülkemizin bu salgının dışında kalacağı asla düşünülemez.

### E. Korunma:

Korunma bulaş yollarına göre incelenebilir.

Kan ve kan ürünleri ile bulaşmaya karşı korunma: Yukarıda belirtildiği gibi 1985 yılında AIDS testinin bulunması ile kan ve kan ürünleri hastalara verilmeden önce sifiliz (-frenli), hepatit B virus gibi diğer kan yoluyla gelen enfeksiyon hastalıklarının yanı sıra AIDS etkenine karşı da test edilmektedir. Bu bir yasal zorunluluktur. Ülkemizde de kan ve ürünlerinin verildiği her yerde bu testler yapılmaktadır.

Yine bu geçiş yolu içerisinde sayılabilecek damar içi uyuşturucu ilaç alışkanlığı olan kişilerde AIDS bulaşmasının önlenmesi için bu kişiler arasında enjektör-iğne paylaşımının önlenmesi gerekir. Bu tür bulaşım yaygın olduğu bazı Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde, uyuşturucu ilaç satım, dağıtım ve kullanılmasına yönelik, saksaklayıcı yasalara rağmen, AIDS gibi bir belanı, yayılmasını önlemek amacıyla devlet tarafından temiz enjektör dağıtım programları uygulanmış ve önemli ölçüde başarı sağlanmıştır.

Anneden bebeğe geçiş için korunma: Burada esas yöntem, doğurganlık yaşındaki kadınların diğer bulaş yollarına karşı eğitilmeleridir. HIV pozitif olduğu bilinen kadınlara doğum yapmamaları öğütülür ve bu amaçla doğum kontrol yöntemleri öğretilir. Herşeye rağmen gebe kalan HIV pozitif annelere erken dönemde kürtaj yapılması pek çok ülke tarafından kabul edilmiştir. Kürtaj yapılmayacak kadar ilerlemiş gebeliklerde ya da anne adayı çocuk sahibi olmakta ısrarlı ise, kişi gebeliği süresince çok yakın izlenir. Doğumdan sonra bebek HIV pozitifliği yönünden araştırılır ve annenin bebeği emzirmemesi önerilir.

Cinsel yolla bulaşa karşı korunma: En sık bulaşma yolu olması nedeniyle korunma da en önemli kısım cinsel yolla bulaşmaya karşı korunmanın sağlanmasıdır. Cinsel yolla bulaşmaya karşı etkin yöntemler şunlardır.

1. Seksten kaçınmak: Güvenilir bir yöntemdir. Ancak uygulanabilirliği zordur.

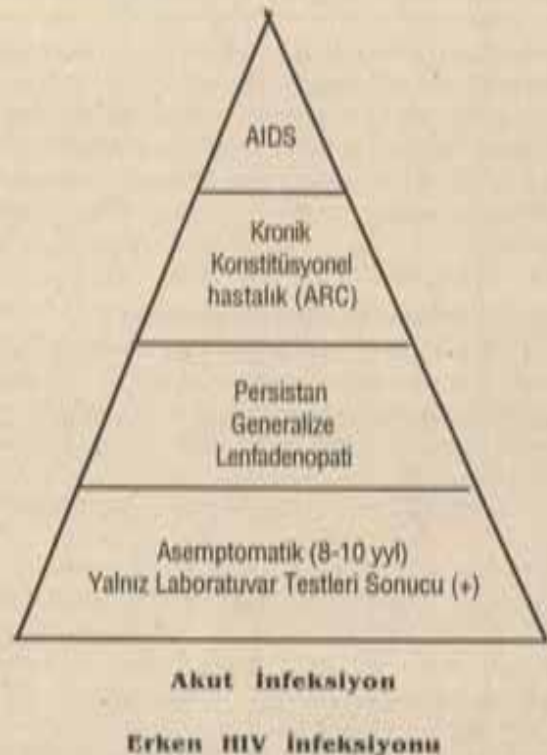
2. 'Tek çare tek eşlilik': Bu sloganla veciz bir şekilde belirtildiği gibi HIV negatif eşlerin birbirlerine sadakati bu hastalığın yayılmasını önlemekte en etkin yollardan biridir.

3. Güvenli Seks: Burada esas olarak belirtilmek istenen cinsel temas sırasında Preservatif (=kondom=kılıf) kullanılmasıdır. Koruyuculuğu ispatlanmıştır. Ayrıca

- homoseksüel ilişki
- cinsel temas sırasında kanamaya yol açan davranışlar
- sık cinsel eş değiştirmek
- damar içi uyuşturucu ilaç alışkanlığı olan kişiler, biseksüel erkekler, fahişeler gibi AIDS yönünden yüksek riskli kişilerle cinsel temastan kaçınmak da güvenli sex uygulamaları arasındadır.

AIDS'in cinsel yolla bulaşmasını engelleyici önlemler, diğer cinsel temasta geçen hastalıkları engellemekte de etkili yöntemlerdir. Bu nedenle AIDS'den korunma programları ile aslında sadece AIDS'e karşı değil, gonore (bel soğukluğu), sifiliz (frenli), genital herpes virus enfeksiyonu, genital siğil ve hepatit B enfeksiyonu gibi son derece önemli komplikasyonları olan diğer bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korunma öğretilmiş olur.

AIDS'DEN KORUNMA YOLLARI, SÖZLÜ VE YAZILI BASIN, OKULLAR GENÇLİK KURULUŞLARI GİBİ TOPLUMUN TÜM YAYGIN VE ETKİN EĞİTİM ARAÇLARI VE ORGANİZASYONLARINI KULLANARAK OLUŞTURULACAK SÜREKLİ EĞİTİM PROGRAMLARI İLE TÜM TOPLUMA ANLATILMALIDIR. BU YALNIZ DEVLETTEN BEKLENECEK BİR SORUMLULUK DEĞİL. BU TÜR EĞİTİM GERÇEKLEŞTİRE-BİLECEK HERKESİN, ÖĞRETMEN, DOKTOR, ECZACI, AVUKAT, MÜHENDİS, ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ, HERBİRİMİZİN SORUMLULUĞUDUR.



ŞEKİL 1. HIV İNFEKSİYONU DOĞAL SEYRİ

# İLAÇTA STABİLİTE

**Ecz. Necla DİNLER**

Bu yazımda bir farmasötik ürünün terapötik değerlerini etkileyen faktörlerin en önemlisi olan stabiliteyi konu edeceğim.

Üretilmiş olan bir farmasötik preparatın etkinliğinin kullanım süresi içinde değişmemesi, onun stabilitesini ifade etmektedir. Farmasötik preparatların stabilitesine etki eden fiziksel ve kimyasal faktörleri, üç grupta inceleyebiliriz:

1- Etken maddenin özelliği, yani içerdiği yabancı maddelerin cinsi ve bunların limit değerleri, farklı sıvılardaki çözünürlüğü, partikül büyüklüğü, rasemik şekli, amorf veya kristal oluşu, kristal suyu miktarı, yüzey gerilimi v.s.dir.

2- İlacın doza formu yani hastaya verilişi biçimi (Amp. Tab. v.s.), formülasyonda kullanılan yardımcı maddelerin cinsi, miktarı ve etken madde ile geçimsizliği, dağılma ve çözünme süreleri, katılan antioksidan madde türü ve miktarı, üretim tekniği (kaplama maddeşi, presleme basıncı v.s.) gibi konular,

3- Ambalajlama, saklama, taşınma, hastaya verilme sırasındaki çevre koşulları, üretimle kullanım sırasındaki zaman gibi faktörlerdir.

Birtakım kimyasal ve fiziksel etkenler, bir formülasyonun fiziksel stabilitesini değiştirebilir. Bir farmasötik ürün; rafta kaldığı süre içinde; iyi ambalajlanmış, taze, güven verici bir durumda olmalı, yani fiziksel görünümü değişmeyecek şekilde korunmalıdır. Renk değişmesi, solma, ezilme ve lekelenme v.s. gibi değişiklikler kullanan kişinin güvenini sarsabilir. Bir preparatın aktivitesini etkileyen fiziksel ve kimyasal faktörler ise:

- Isı, ışık, nem
- Süre

- Kontaminasyon
- Oksidasyon, redüksiyon, hidroliz, dekarboksilasyon
- Rasemizasyon (Optikçe aktif olan bileşiklerde)
- Fotokimyasal etkileşim (Madde için spesifik olan dalga boyundaki radyasyonun absorpsiyonu ile degradasyon)
- Ultrasonik enerji (20.000/sec den büyük frekanslı vibrasyonlar)
- Kap ve kapak malzemelerinin türü ve yapısal özelliği olarak sıralanabilir.

Bir farmasötik ürünün stabilitesinin bozulması, yani kimyasal veya biyolojik aktivitesinin potansiyel düzeyden aşağıya düşmesi, o preparatın biyoyararlanımını dolayısıyla da terapötik değerini yitirmesi anlamına gelir. Böyle bir ilacın kullanılması durumunda:

- Nüksler görülebilir, bu da ikinci bir tedavi kürünü gerektirebilir.
- İkinci bir tedavi hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekten başka, tedavi maliyetini de yükseltir.
- Tedavi maliyetinin yükselmesi ise; hem hasta, hem tedavi kurumu, hem de devletin ekonomik harcamalarını önemli ölçüde arttırabilir.

Kaynakça: Practice of Pharmacy, Remington.



# ECZANE ECZACILARININ ÖTANAZİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI ÜZERİNDE BİR ÖN ÇALIŞMA

Gülbin ÖZÇELİKAY\*

G. Hale ÖZCÖMERT\*

Sevgi ŞAR\*

Eriş ASİL\*

## GİRİŞ VE AMAÇ

Euthanasie (Ötanazi), Grekçe Eu (iyi, güzel) ve Thanatos (ölüm) kelimelerinden oluşan ve rahat ölüm anlamına gelen bileşik bir kelimedir. Günümüz tıbbında bu kelime, acıları dindirilemeyen ve şifasız bir hastalığa yakalandığı kabul edilen hastaların ızdıraplarını dindirmek için onların hayatına son vermek anlamında kullanılmaktadır (1). Romalı tarihçi Suetonius, tarihte euthanasie kelimesini kullanan ilk yazardır(2). Tarih boyunca ötanazi bizzat hekim tarafından uygulanmıştır.

Yoğun bakım tıbbının giderek gelişen olanakları artık bazen kalbin durmasından sonra bile solunumu ve dolaşımı sürdürebilecek düzeye ulaşmaktadır. Ancak, yoğun bakım olanakları ile dahi yaşama geri döndürülemeyecek hastalarda yaşam sürdürücü tedavinin ne zaman ve kim tarafından sonlandırılacağı ya da sürdürülüp sürdürülmemesi gerektiği soruları günümüzde çok sık karşılaşılan ancak yanıtları henüz kesinleşmemiş sorulardır. Aynı tür sıkıntıları, ızdırapı dindirilemeyen ve hastalığına çare bulunması mümkün olmayan hastalar da yaşamaktadır. Bu tür hastaların ve genelde insanların en büyük korkularından biri, ölürken ağrı duyacak olmalarıdır. Böyle bir korku ve ızdırap içindeki hastaların, tedavilerinin kesilmesi ve hatta yaşamlarının sonlandırılması şeklinde talepte bulunmaları ile sıkça karşılaşmaktadır. Bu tür talepler Ötanazi Talepleri olarak nitelendirilmektedir(3).

American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs'in tanımlanmasına göre ötanazi, hastaların tolere edilmeyen ızdıraplarını sonlandırmak amacıyla öldürücü bir ajanın tıbbi uygulamasıdır (4).

Ötanaziyi iki şekilde sınıflamak mümkündür. Birinci sınıflama, hastanın istemi açısından gönüllü ve gönülsüz olarak ikiye ayrılmasıdır. Gönüllü ötanazi, bilinci yerinde olan bir hastanın kendi arzusu üzerine ötanaziye olanak sağlanmasıdır. Gönülsüz ötanazi ise hastanın arzusu bilinmeden ötanazi uygulanmasına tedaviyi yürütenlerce karar verilmesi ve gerçekleştirilmesidir (4,5,6).

Bir diğer ayırım ise hekimin eylemi bakımından Aktif ve Pasif Ötanazi şeklindedir. Pasif ötanazi sıklıkla yaşamın sürmesini sağlayan tedavinin sonlandırılması şeklinde uygulanırken, aktif ötanazi ise bir müdahale ile ölümün hızlandırılması şeklinde yorumlanmaktadır (4,5,6).

Tarih boyunca ötanaziyi savunanların yanında karşı çıkanlara da rastlanmıştır. Ortaçağda gerek İslam, gerekse Hıristiyan dünyası ötanaziyi eleştirmiş ve böylece Hipokrat'ın hekimin ana karnından yaşamın son anına kadar yaşama saygıyla görevli olduğunu ve ağrıyı dindirmesi gerektiğini belirten sözleri de çoğu zaman geçerli olmuştur (7). A.B.D.'de ötanaziyi yasal hale getirme çabaları XX. yüzyılın ilk yıllarında başlar (7). Bugün ABD'nin hiç bir eyaletinde ötanazi hukuka uygun bir uygulama olarak kabul edilmez (7). Güney Amerikanın iki ülkesinde (Uruguay, Columbia) ötanaziyi kabul eden kanunlar vardır. Türk ceza kanununa göre ise ötanazi adam öldürme kapsamına girmektedir (7,8).

Artık ötanazi konusunda daha çok insan bilgi sahibidir ve yaşam hakkı gibi yaşamama hakkını da kişinin iradesine bırakılmasını savunan görüşler giderek taraftar toplamaktadır. Yapılan çalışmalarda Amerikalıların 2/3'ünün ötanazinin yasallaşmasından yana oldukları görülmektedir.(3,5).



Eczane Eczacıları ülkemizde halkın en rahat ulaşabildiği sağlık meslek grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacı olan herkes eczanelere başvurabildiği gibi halk her tür sorununu eczacısı ile paylaşmak eğilimindedir.

Bu çalışmada, uyuşturucu ve psikoaktif ilaçlar dışındaki her türlü ilacın reçetesiz olarak sağlanabilmesinin oluşturabileceği risk de dikkate alınarak eczane eczacılarının ötanazi konusundaki yaklaşımları belirlenmeye çalışılmıştır.

### YÖNTEM

Bu amaçla Ankara il sınırları içinde bulunan, basit rastgele örnekleme ile seçilen 130 eczane eczacısına yüzyüze anket tekniği ile sorular sorularak veriler elde edilmiştir.

### BULGULAR

Elde edilen bulgular Tablo 1 ve Tablo 2 de görülmektedir.

**Tablo 1:** Eczane Eczacılarının Ötanazi Tanımı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

	Sayı	%
Doğru	113	86.9
Yanlış	10	7.7
Bilmiyor	7	5.4

**Tablo 2:** Eczane Eczacılarının Ötanazi Olayında Rol Almalarına İlişkin Tutumları

	Sayı	%
Evet	17	5.4
Hayır	106	81.5
Kararsız	7	5.4

### SONUÇ VE TARTIŞMA

Eczane eczacılarının % 86.9'u Ötanaziyi "Hastanın Ölüm Hakkı" olarak, %10'u ise ölmek üzere olan hastaya uygulanan tedavide son müdahale olarak tanımlamışlardır (Tablo 1).

Tablo 2 de Eczane Eczacılarının, "Ötanazi uygulayıcısı olmak ister misiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı görülmektedir. Eczane eczacılarının %81.5'i Hayır cevabını vererek ötanazide rol almak istemediklerini belirtmişlerdir. Ancak eczacıların %5.4'ü böyle bir durumla karşı karşıya geldiklerinde ötanazi uygulayıcısı olarak rol alabileceklerini ifade etmişlerdir.

6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanununun 25. maddesi ve Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü'nün 5. maddesi eczacının reçetede bulunan ilaçları hekimin iznini almadan değiştiremeyeceği ve reçetede yazılı ilaçları vermek zorunda olduğu ile ilgili hükümler içermektedir. Türkiye'de ilaçların pek çoğu reçete karşılığı satılması gereken ilaçlardır. Ancak ilaçların reçetesiz olarak satışı oldukça yaygındır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre öğrencilerin %90.2 sinin doktora başvurmadan ilaç kullandıkları belirlenmiştir (9).

Bilindiği gibi ilaçlar gerekli dozun üzerinde kullanıldığı zaman hiç de masum olmayan tıbbi ürünlerdir. Günlük hayatımızda sıklıkla kullandığımız pek çok ilaç yanlış kullanıldığında veya intihar ve ötanazi uygulamaları yapılmak istendiğinde letal doza ulaşabilmektedir.

Ötanazi, tüm dünya'da hekimlerin, hukukçuların ve yasa koyucuların hala üzerinde düşündükleri ve çözüm aradıkları bir konudur. Türkiye'de de tıp ve hukuk çevrelerinde sıkça tartışılan konunun çözümü için yasal düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır. Ötanazi konusunda taraf olan herkesin problemin çözümünde görüşlerini ortaya koyması gerekir. Sağlığı korumada ve tedavide vazgeçilmez yeri olan eczacıların da ötanazi uygulamaları ile ilgili görüşlerinin alınmasında yarar vardır.

### KAYNAKLAR

1. Demirhan, A., "Euthanasie (Ötanazi= Rahat Ölüm) ile ilgili Problemler ve Medical Deontolojideki Yeri", *Tıp Dünyası*, 54 (3-4):57-67 (1981).
2. Cane, W., "Medical Euthanasie", *Journal of the History of Medicine*, 7: 401-406 (1952).
3. Onal, U., "Ötanazi", *Tıbbi Etik Dergisi*, 3 (1): 8-11 (1995).
4. Truog, R.D., Berde C.B, Pain, Euthanasie and Anesthesiologist, *Anesthesiology*, 78:353-360 (1993).
5. Cowley, L. T., Ernie Yung, B.A. Rafflin, T.A., "Care of the dying: An Ethical and Historical Perspective", *Critical Care Medicine*, 20:1473-1482 (1992).
6. Feast, T.G., Riad, H.N., Coolins, C.H., Golby, M.G.S., Niholls, A.J., Hamad, S.N., "Protocol for increasing organ Donation After Cerebrovascular Deaths in District General Hospital" *Lancet*, 335:1133-1135 (1990).
7. Demirhan, E.A., "Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri" Uludağ Üniversitesi Basımevi, 225-232 (1994).
8. Atabek, E., "Tıbbi Deontoloji Konuları", Yenilik Basımevi, s: 167-174 (1983).
9. Özçelikay, G., Asil, E., Köse, K., "Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin doktora Gitme ve Doktora Başvurmadan İlaç Kullanma Alışkanlıkları Üzerinde Bir Çalışma", *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 24(1): 21-31 (1995).



# İnternet Servis Sağlayıcı Kurum Olarak Ankara Eczacı Odası ve Ankara Tabip Odası

Dr. Tolga TURGAY

Ankara Tabip Odası İnternet Grubu

İnternet dünya üzerine dağılmış boyutları ve işletim sistemleri birbirinden farklı, milyonlarca bilgisayarın oluşturduğu dünyanın en büyük bilgisayar ağıdır. Teknik anlamda kısaca bir cümlede yukarıdaki gibi özetlenebilecek olan internet asıl teknik olmayan tanımıyla ilgiyi hakeder. İnternet dünyada bir ilki başarmıştır. Dünyanın dört bir yanında yaşayan birbirinden farklı dilleri konuşan insanların, kurumların bir platformda buluşmalarını ve özelleşmiş alanlarda bir "paylaşımı" olası kılmaktadır. İnternetin açtığı yeni kapıları algılamak için bilgisayar ve network (Bilgisayar ağı) teknolojisini irdelemek gerekir.

## İnternet Devrimi:

Bilgisayarlar da tıpkı insanlar gibi farklı dilleri konuşur. İşletim sistemleri olarak anabileceğimiz bu farklılık nedeniyle bilgisayarların aynı platformda buluşturulmaları olanaksızdı. Son yıllarda internet teknolojisi ile koşut geliştirilen ağ teknolojileri bu buluşmayı olası kılmıştır. Böylelikle her makina bir yandan kendi yerel dilini (işletim sistemi) kullanırken bir yandan da kendisinden farklı işletim sistemlerine sahip makinelerle belli platformlarda buluşarak verileri ve programları paylaşabilmektedir.

Bu noktada yaşanan bir devrimdir. Geçmişte bakıldığında belirli dönemlerde yaşanan teknolojik kültürel sıçramaların ardında küçük buluşların yattığı görülür. Nasıl matbaa bulunduğu yaratacağı büyük değişim algılanmadıysa internet teknolojisi de ilk kez telaffuz edildiğinde gerçekleştirilebileceği devrim tam olarak tahmin edilemiyordu. Matbaanın yarattığı aydınlanma çağı bizi bugüne getirdi. İnternetin yarattığı yeni enfor-

matik ağın dünyayı nerelere taşıyacağını öngörmek ise neredeyse olanaksız. Teknolojinin öncülüğünü yaptığı toplumsal devrimlerin her zaman olumlu sonuçlar doğuracağını söylemek de güç. Dolayısıyla İnternet için de öngörüler tümüyle toz pembe olamıyor. Büyük bir değişimin eşliğinde olduğumuz açık, ancak bu değişimin ne yönde olacağını kestirmek imkansız.

Büyük bir devrimi yaşıyoruz. Dünya ufuklarında yepyeni bir kapı açılıyor. Ancak kapının ardında neler olduğunu bilmiyoruz ve karşımıza çıkacak görüntünün sonuçlarını taşıyabilecek miyiz onu da bilmiyoruz. İnternet mutlak ki sonuçları açısından daha çok tartışılacak. Ancak şu bir gerçek. İnternet artık başlı başına bir "olgu". Siz istesenez de istemezseniz de internet bir gerçeklik olarak "var". Kendi kurallarını ve gereklerini yaşayan büyüyen internet karşısında iki yolunuz var. Ya internetle bütünleşerek internet politikalarının belirlenmesinde söz sahibi olmaya çalışacaksınız ya da dışında kalacaksınız çemberin.

İnterneti teknolojiden çok yaratacağı olanaklar ve bu olanakların kullanımıyla ortaya çıkacak değişimlerle birlikte tartışmak gerek. İnternet bizi alışkanlıklarımızı ve geleneklerimizi değiştirmeye zorluyor. Paylaşmak son yıllarda unuttuğumuz bir kavramken internet bize bu kavramı yeniden hatırlatıyor. Gittikçe ayrışan ve uzmanlaşan ve uzmanlaştıkça birbirinden uzaklaşan dünyamızda biraraya gelmek ve iletişim gereksinimini doğurarak bir fırsat daha yaratıyor bizlere internet. Bir yüzüyle yeni tanışmaların yeni ufukların habercisi internet.



**Ne sunar bize İnternet?:**

Felsefesi bir yana somut yararlılıkları ile yaşamımıza "olmazsa olmaz" bir kavram olarak giriyor İnternet. Kısaca bu olanakların neler olduğuna değinelim.

**E-mail:**

İnternet bize elektronik posta adını verdiğimiz e-mail'i sunuyor. Bu sayede bilgisayar ortamında bulundurabildiğimiz her türlü dökümanı bizden onbinlerce kilometre uzaklarda bulunan bir bilgisayara saniyeler içinde yollayabiliyoruz. Artık zarflara konmuş mektuplar kollarla yollanan ses ve video bantları veya disketler tarihe karışıyor. İnsan emeği bir sürü gereksiz dökümanı oradan oraya taşımak için harcanmayacak. Çok daha önemlisi iletişim son derece hızlanacak. Yazım dilimde ki bir hatayı hemen düzeltmem gerekiyor. Cekler caklar fazla. Geçmiş zaman eki kullanmalıydım, çünkü bütün bunlar oldu ve bitti. Dünya bugün artık büyük bir hızla bu teknolojiye geçiyor. Kısa bir süre sonra eğer bir e-mail adresiniz yoksa telefonu olmayan insan muamelesi göreceğinizden hiç kuşkunuz olmasın.

**FTP:**

"File Transfer Protocol" sözcüklerinin kısaltılmış hali olan FTP İnternetin bize sunduğu bir diğer olanak. FTP sayesinde ortak kullanıma açılmış binlerce döküman ve programa ulaşmak ve bu döküman ve programları bilgisayarınıza alarak onları kullanmak olanaklı.

**Telnet:**

Telnet adı verilen bu hizmet size başka bilgisayarlara uzaktan erişim olanağı sağlar. Monitör, klavye, mouse sizin evinizde çalıştığımız bilgisayar sizden onbinlerce km uzakta, örneğin Brezilya'da olabilir.

**IRC:**

"İnternet Relay Chat" sözcüklerinin kısaltılmış hali olan IRC sayesinde İnternet üzerinden klavyeniz aracılığı ile sohbet olanaklı. Yeni ufuklar İnternet üzerinden sesli ve görüntülü iletişime de olanak veriyor. Uygun yazılımlar aracılığı ile New York'taki arkadaşımızla şehir içi

telefon ücreti ödeyerek telefon görüşmesi yapmak olanaklı.

**News, Usenet, ListServ:**

News veya Usenet olarak anılan bir diğer hizmette de özelleşmiş alanlarda tartışma grupları oluşturmak olanaklı. Böylelikle dünyanın dört bir yanına dağılmış binlerce insan aynı konuyu tartışma ve görüşlerini paylaşma olanağını yakalamış olur.

**WWW:**

World Wide Web adı verilen bir diğer hizmet İnternetin en popüler yüzüdür. Tüm İnternet hizmetlerinin grafik bir ortamda algılanmasına olanak sağlar. Windows öncesi bilgisayarları hatırlayanlar WWW öncesi İnternetin ne anlama geldiğini daha net kavrayacaklardır. Grafik arayüz özelliği ile diğer tüm İnternet hizmetlerini kapsayan WWW pek yakında İnternetin tek etkinlik alanı haline gelecek gibi görünmektedir. Özetle İnternet 21. Yüzyılın iletişim alanı olacaktır. tüm iletişim kanallarının İnternette bir karşılığının oluşacağı öngörülmektedir. Bunun dışında medyanın tüm uygulamalarıyla İnterneti kullanacağı ve medyanın da İnternete taşınacağı varsayılmaktadır.

**Türkiye'de Durum**

İnternet tüm dünya için vazgeçilmez bir alan haline gelirken ülkemizde İnternet macerası oldukça yeni. Önce Ege Üniversitesi Avrupa Akademik Bilgi Ağı olarak adlandırılan EARN'e bağlandı. Ardından ODTÜ 1992'de gerçek anlamda İnternet ile bağlantı kurdu. 1995 yılına kadar yalnızca akademisyenlerin kullanımına açılan İnternet 1995 yılında ODTÜ TÜBİTAK işbirliği ile akademisyenlerin dışındaki kitlelerin de kullanımına açıldı. Ardından 1996 yılının ikinci yarısında gerçekleşen TURNET yapılanması ile gerçek ulusal İnternet bağlantısı gerçekleştirildi. Bugün ulusal omurga Ankara İstanbul İzmir arasında 2Mbps'lik hatlarla sağlanmış durumda. Ankara'dan ABD'ye 2 Mbps'lik bir hatla ve İstanbul'dan yine ABD'ye 512 Kbps'lik bir hatla çıkış sağlanıyor. Ülke içindeki diğer merkezler dial up bağlantı ile veya kiralık hatlarla bu omurgaya



bağlanıyor. Bu ağın dışında TÜBİTAK Ulusal Akademik Bilgi Merkezi tarafından oluşturulmaya çalışılan bağımsız bir akademik internet ağı var. Henüz kuruluş aşamasında olan bu ağ gerçekleştiğinde ülke çapında çok daha geniş ve güçlü bir omurga oluşturulmuş olacak. TURNET internet konusunda şu anda tekel konumunda. Bu nedenle servis sağlayıcı olmanın koşulu TURNET ile Servis Sağlayıcı Kurum anlaşması yapmak gerekmektedir. Ankara Eczacı Odası ve Ankara Tabip Odası Aralık 1996 tarihinde TURNET ile yapmış olduğu sözleşme ile İnternet Servis Sağlayıcı Kurum olmuştur.

### Neden İnternet Servis Sağlayıcılık?

Pek çok alanda olduğu gibi internet hizmetlerinin sunumu noktasında da tekelleşme riski vardır. Anti tekel yasalarının çok güçlü olduğu ülkelerde dahi bilgisayar sektörü tekelleşme sinyallerini en çok veren sektör olarak dikkat çekmektedir. Yine internet servis sağlayıcıların oluşumu ile ilgili istatistik analizleri incelendiğinde görülecektir ki pek çok ülkede internet servis sağlayıcıların sayısal olarak yıllara dağılımı bir ters V görüntüsü oluştururken, aynı zaman diliminde internet kullanıcı fiyatları bir düz V oluşturmaktadır. Bunun yorumunu yapmak gerekirse başlangıçta hızla artan İnternet Servis Sağlayıcı sayısı ardından tekelleşme süreciyle birlikte hızla bir kaç adede düşmekte. Bu tekelleşme dinamiğinin en önemli parçasını da son kullanıcı fiyatlarında yaşanan gerçeklikle uyumsuz düşüş oluşturmaktadır. Güçlü finansal altyapıya sahip İSS'ler (Türkiye'de Super Online gibi) son kullanıcı fiyatlarında damping yaparak diğer İSS'lerin yok olmasını hedeflemekte, sonuçta tekel haline gelindiğinde de fiyatları diledikleri gibi belirlemektedirler. Bu süreç ülkemizde çok hızlı gelişmiştir. Bu noktada da fiyatlar bir süre daha düşüş trendi gösterebilir. Ancak bir süre sonra ciddi artışlar yaşanacağını görmek de kahinlik olmayacaktır. İşte tam bu noktada "Ankara Tabip Odası ve Ankara Eczacı Odası İnternet Servisi" örneği neden İSS olduğumuzu açıklar. İnternet son kullanıcı fiyatlarının neredeyse tabana vurduğu bir dönemde kullanıcı fiyatlarımız bu alt değerın yaklaşık yarısıdır. Bunu sağlayan ATO ve AEO'nun kar amacı gütmeyen birer kurum oluşu ve sağladığı güçlü sponsor des-

teğidir. Tekelleşmelerde yaşayacaklarınız hizmete fazla para ödemenin çok daha ötesindedir. Kendinizi ifade hakkını yitirirsiniz. Kiraladığınız Web sayfasının bir gün kaldırıldığını ya da makinenize gelen hattın kesildiğini farketmediğinizde artık İSS olmak imkansızlaşmış veya çok zorlaşmış olacaktır. Basında bir süre önce "Expres" dergisinin başına gelenler yarın bizlerin başına gelecektir. Buna engel olmanın yolu bugünden bağımsız kanalların oluşturulması için çaba sarfetmek olacaktır. Bu doğrultuda Ankara Eczacı Odası ve Ankara Tabip Odası ortak bir girişimle "İnternet Servis Sağlayıcı" kurum olmuştur.

### Bugüne değin gerçekleştirdiklerimiz:

ATO ve AEO ortak girişimi Türkiye'de bir ilktir. Hâlâ Türkiye'nin tek İnternet Servis Sağlayıcı sivil toplum kuruluşu konumunda olan girişimimiz STK'ların ulusal enformasyon ağının oluşturulması noktasındaki misyonunu bugün için üstlenmiş görünüyor. İnternet üzerinde gerçekleştirdiğimiz mevcut şemsiyesinin daha çok sivil toplum kuruluşunu içermesini amaçlıyoruz. Bu amaçla başlatılan Ulusal Medikal İletişim Ağı Projesi Türkiye'deki sağlıkla ilgili tüm internet adreslerini bir çatı altında toplamayı ve güçlü internet uygulamaları geliştirmeyi amaçlıyor. İnternet üzerinde yayın yapan ilk radyo yine ortak girişimimiz tarafından gerçekleştirildi. Gerek teknik anlamda gerekse yarattığı olanaklarla bizlere yeni ufuklar açan interneti etkin bir biçimde kullanarak daha pek çok ilki gerçekleştirebileceğimize inanıyoruz.

### Ufuktakiler:

İnternet aracılığı ile yapılabileceklerin en heyecan verici yanı yazının başında da belirttiğimiz gibi alışkanlıklarımızı ve geleneklerimizi değiştiriyor oluşu. Türkiye'de son yıllarda sivil toplum kuruluşlarına biçilen rolden farklı ve bizce mutlaka gerekli bir misyonla yola çıktık. Bugüne değin gerçekleştirdiklerimiz de STK geleneklerinde pek olmayan şeylerdi. ATO ve AEO "tıbbi enformasyon" konusunda bir akademik otorite olmaya başladı. Biz bu değişimden derin bir heyecan duyuyor ve umutlanıyoruz. Değişim adına.



# KÜRESELLEŞME (GLOBALLEŞME)

**Ayfer EĞİLMEZ**

TMMOB Yönetim Kurulu Üyesi

2. Dünya Savaşı sonrasında nazizmin çöküşü kapitalist sistemde yaşanan krizin önemli ölçüde aşılmasını sağlamıştır. Sovyetler Birliği'nin bu savaştan güçlenerek çıkması kimi çelişkileri gündeme getirmiştir. Dünya ideolojik temelde (kapitalizm-sosyalizm) iki bloğa ayrılmış, bu yapı bütün soğuk savaş sürecinde varlığını korumuştur. Bu dönemde de kapitalist bloktaki iç çelişkiler, etnik, dinsel gibi sorunlar, komünizme karşı mücadele ortamında ikincil konumda tutulmaya çalışılmış ve baskı altına alınmıştır.

İki blok arasında yaşanan rekabet, kapitalist bloğu, sosyalist bloğun etkisini azaltmak ve güçlenmesini önlemek için ekonomide devlet müdahaleciliğine, REFAH DEVLETİ politikalarına dayalı Keynesçi politikalara yöneltmiştir. Ancak, Kapitalist sistem refah devleti uygulamalarının yüksek maliyeti, kâr oranlarındaki düşüş, merkez ülkeler arasındaki çelişkilerin artması ve dengele- rin değişmesi gibi nedenlerle 1970'lerde büyük bir krize sürüklenmiştir.

Merkez ülkeleri bu krizi aşabilmek için üretim yapısında uygulanan teknolojiye değişikliğe gitmişler ve sermayenin uluslararasılaşmasının önündeki engellerin kaldırılması, ÖZELLEŞTİRME, SOSYAL DEVLETE SON VERİLMESİ, İŞGÜCÜNÜN ESNEKLEŞTİRİLMESİ VE SENDİKAL ÖRGÜTLERİN güçlerinin kırılması gibi programları oluşturmuşlardır.

1970'lerde ABD ve İngiltere'de başlayan ve bütün dünyaya yayılan bu yeni liberal politikalar, gerçekte dünyada köklü bir sosyal dönüşümün koşullarını yaratabilirdi ancak tam tersine Sovyetler Birliği'nin içinde bulunduğu ekonomik, siyasi ve ideolojik sorunlar, Sovyet sisteminin çökmesine neden olmuştur. İşte, KÜRESELLEŞME, YENİ DÜNYA DÜZENİ bu sürece bağlı olarak ortaya çıkmış ve şekillenmiştir.

Son yıllarda çok tekrarlanan küreselleşme kavramı, toplumca yeterince bilinmese de, bizler için anlamı son derece açıktır. Küreselleşme EMPE-

YALIZMİN günümüzde aldığı yeni bir biçimdir. Küreselleşme ile bütün dünyayı içine alacak bir Serbest Ticaret rejimi, bir hukuki çerçeve yaratılacağı iddia edilmiştir. Oysa, bu yöndeki girişimlerin tümü merkez ülkelerin çıkarlarını koruyucu yönde olmuştur.

Bunun en ilginç örneğini Uruguay Raund süreci sonunda, 1994'de imzalanan GATT'ta (Genel Gümrük tarifeleri ve Ticaret Anlaşması) gördük. Anlaşma hükümlerinde öngörülen serbest ticaret rejiminde güçlü merkez ülkelerinin çıkarlarını koruyucu az gelişmiş çevre ülkelere karşı teknoloji ve bilgi temelini daha da güçlendirici bir biçimde düzenlenmiştir. Anlaşma, güçlü merkez ülkelerinin egemenliğini daha da pekiştirici bir globalleşme isteğini ifade etmektedir.

Küreselleşmenin savunucuları dünyanın artık ekonomik ve ideolojik açıdan bir bütünleşme sürecine girdiğini emperyalizm koşullarında gözlenen tek yanlı bağımlılık ilişkilerinin ortadan kalktığını, bu ilişkilerin yerini karşılıklı bağımlılık ilişkilerinin aldığını söylemektedirler. Yaşananlar ise söylenenleri hiç de doğrulamamaktadır. Sistem, doğası gereği çelişkiler üretmekte ve yaygınlaştırmaktadır. Merkez ülkeler arasındaki çıkar farklılıkları, bütün küreselleşme söylemine karşın, bir BLOKLAŞMAYI, bloklar arası mücadeleyi yaratmıştır. İşte NAFTA, AB, APEC bu süreç sonunda ortaya çıkmış bloklardır.

Unutulmaması gereken önemli bir konu da bloklaşma eğiliminin güçlenmesi ve rekabetin keskinleşmesinin geçmişte dünyayı savaşlara sürüklemiş olduğu gerçeğidir.

Türkiye'deki gelişmeler de uluslararası gelişmelerle büyük bir paralellik göstermektedir. Yeni liberal politikalara uyum sağlamak için ilk önemli kararlar 24 Ocak 1980'de alınmış, serbest piyasa söylemi ile piyasa tek düzenleyici güç olarak gösterilmeye çalışılmıştır. Daha sonra, 1989'da 32 sayılı tebliği ile Türk parası konvertible hale getirilmiş ve böylece uluslararası sermaye ile



bütünleşme yönünde önemli bir adım atılmıştır. Uygulamaya konulan özelleştirme programı ise yerli ve yabancı sermayenin pazar olanaklarını genişletmek, kâr oranlarını artırmak yönünde bir işlevi yerine getirmiştir. 1 Ocak 1996'da Gümrük Birliği'ne girilmesi ise uluslararası sermaye ile ilişkilerimizde yeni bir aşamayı oluşturmaktadır. Hedeflenen, işgücü piyasalarının esnekleştirilmesi, toplu sözleşme düzeninin ortadan kaldırılması ve sendikaların çökertilmesidir. Ayrıca sosyal devletin ortadan kaldırılması çabaları, emeği ve emekçilere karşı TOPYEKÜN bir SALDIRI olduğu ve bunun daha sert yöntemlerle sürdürülmesidir.

### DEVLETİN KRİZİ DERİNLEŞMEKTEDİR

1960'lı yılların sonunda azalan kâr hadieri biçiminde kendini gösteren krize karşı devletin tepkisi, kamu maliyesi politikalarını değiştirme şeklinde olmuştur. Kamu harcamaları cephesine ise çeşitli sübvansiyonlar aracılığıyla kârlar desteklenmiştir. Devletin azalan gelirleri ve çoğalan harcamaları önce kamu açıklarını sonra borçlarını büyütmüş devletin ekonomiye müdahalesi sonuçsuz kalarak, mali krizi giderek derinleşmektedir.

Gerek iktisadi krizlere girişte olduğu gibi krizin aşılması sürecinde de, merkez ülkeler asıl önemli rolü oynamakta ve çekici gücü oluşturmaktadırlar. NAFTA lideri ABD, AB liderleri Almanya-Fransa ve İngiltere, Asya-Pasifik Çemberi lideri Japonya'nın ekonomileri krizi aşmamaktadırlar. The Economist reel GSYİH'nin 1996'da ABD'de %2.5, Almanya %1.9, Fransa %1.8, İngiltere %2.3, Japonya'da ise %2.1 oranında olacağını tahmin etmektedir. Oysa Almanya ve Fransa'da çalan resesyon çanları Avrupa'da tam birliğe geçiş takvimini gözden geçirmeyi gündeme getirmektedir. The Economist'in 1995-1996 yılı tahminleri 1980 ortalarında yaşanan canlanmanın kısa soluklu olduğunu göstermektedir.

1990'lı yıllarda merkez ülke yatırımlarında ciddi düşüşler görülmektedir. Mali yükümlülüklerini karşılayamayan firmalar, değişen koşullar karşısında aynı kalan uygulamalar yeni iş yasaları, işyeri düzeni ücret düzeyi ve sistemin akılcılaştırılması, değiştirilmesi anlamında Rasyonalizasyona diğer bir anlatımla esnekleştirme yoluna başvurumaktadırlar. İşgücü piyasasının da regüle edilmesi, esnekleştirilmesi birim işgücü maliyetlerinde azalmalara, ücretlerde düşmelere

## Ne yazık ki sosyal demokrat ya da sosyalistler de serbest piyasa ekonomisini, finansal liberalleşmeyi sessizce kabul etmektedirler.

yol açmış, ancak iddia edildiği gibi ücretlerdeki düşüşler istihdamı artırmayıp, yapısal işsizlik devam etmektedir.

Kamu açıklarının GSMH içindeki payı 1994'de Fransa da %6, İngiltere de %6.5, İtalya'da %9, Yunanistan'da %12.5, Portekiz'de %5.7, İsveç'te %10.5 olarak gerçekleşmiştir. (OECD 1995)

Maastrich Anlaşması, 1999 yılı sonunda Avrupa'da Para Birliği'ni kurmayı hedeflemektedir. Para Birliği tekil ülkelerde kamu açıklarını GSMH'ya oranını %3'ün, borç stokunun GSMH'ya oranının ise %60'ın altına çekmeyi şart koşmaktadır.

Bu desteklenen mali politikalara ek olarak, ulaştırma ve haberleşme sektörlerini de regüle etmeyi ve sosyal güvenliği dönüştürmeyi planlamaktadır. Dolayısıyla Avrupa hükümetleri yalnızca iktisadi konjonktürün inişe geçmesini değil, aynı zamanda bu anlaşmayı yerine getirme kaygısıyla da emek karşıtı ekonomi politikalarına da başvurmaktadır. Diğer bir anlatımla Avrupa genelinde kolektif bir istikrar ve yapısal uyum programı tekil ülkelerde ayrı zamanlarda değil, tüm ülkelerde aynı zamanda uygulamaya konulması söz konusudur.

19 yy'ın ikinci yarısında emperyalizmin kuramını geliştiren sosyalist düşünürler "mali sermaye" ya da "kapitalizmin sermaye ihracı aşaması" gibi deyimlerle sömürünün yeni düzlemde aldığı yeni şekli konu ederler, "sermayenin küreselleşmesi denen sürecin yaşandığı 1990'lı yıllar, işte tekrar bu yeni aşamanın ortaya çıktığı dönemdir. Bu gün de sermaye hareketinin boyutu mal hareketinin çok üstünde olup, uluslararası mali piyasalarda günlük cironun 1 trilyon dolar olduğu ifade edilmektedir.

Aynı zamanda sanayileşmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkeleri denetleme sayesinde sermayenin kâr haddini yükseltme olanağını bulmaktadırlar. Geçmişte sömürgeler yoluyla yaptıklarını başka yollardan yapmaktadırlar. (Uluslararası ticari anlaşmalar-teknik engeller vb.)

Ancak günümüzde bu sömürü biçimine tepki 19.yy'dakinden çok farklıdır. Bugün "küreselleşme" denen olayı anlamayacak derecede olanlara yutturulan finans kapitalin bu oyunundan söz etmek "AYIP" sayılırken bunlarla "DİNOZOR YA DA 3. DÜNYA SOLCUSU" gibi küçültücü tanımlarla alay edilmektedir. Ne yazık ki sosyal demokrat ya da sosyalistler de serbest piyasa ekonomisini, finansal liberalleşmeyi sessizce kabul etmektedirler.



# 8 MART'TA BİR KEZ DAHA "DÜNYA KADINLAR GÜNÜ'NÜ" KUTLUYORUZ.

Ecz. Suna ÇETİNTAŞ

Bilindiği gibi, bundan 140 yıl önce ABD'nin New York kentinde 8 Mart 1857 tarihinde 40 bin dokuma işçisi kadın, ağır iş koşulları, 12 saat'ten fazla günlük iş saati ve düşük ücrete son diyebilmek için direnişe geçtiler. ABD polisi ile kadın işçiler arasında çıkan olaylar sonucu 154 dokuma işçisi kadın yaşamını yitirdi.

1910 yılında, Alman Sosyal Demokrat Partisi önderlerinden Clara Zetkin Kopenhag kentinde toplanan II. Enternasyonal de 8 Mart'ın 'Dünya Emekçi Kadınlar Günü' olarak kutlanmasını önerdi... Böylece 8 Mart'lar tüm kadınların, kadın olmaktan kaynaklanan sorunlarını sorguladıkları, taleplerini dile getirdikleri günler oldu.

Yüzyıllardır süregelen toplumsal gelişmelerden günümüze aktarılan ekonomik, sosyal ve siyasal sorunlarla birlikte, kadınlar, bir de kadın olmaktan kaynaklanan sorunlarını yaşayagelmislerdir.

Bu günün koşullarında ülkemiz büyük bir kaos yaşamaktadır. Bir yandan, her türlü gericiliği arkasına alan iki yüzlü siyasal İslamın her alandaki örgütlülüğü ve kadrolaşması,

Bir yandan, Güneydoğu'da binlerce gencin ölümüne neden olan kirli savaş,

Bir yandan, toplumu saran ve meclise kadar uzanan çeteler varken,

Bir yandan da halen,

- Sokakta rahatça yalnız dolaşamayan,
- Eğitimde feodal geleneğin kalıntısı olarak fırsat eşitliği olmayan,
- Doğa'nın kendisine verdiği doğurganlık ve üretkenliğin sorumluluğunu taşımaktan alıkonulan,
- Cins ayrımcılığının olumsuz etkilerine toplumsal yaşamın her alanında göğüs germek zorunda bırakılan,

kadınlar ve onların sorunları vardır.

Ancak yıllardan beri süregelen Kadın-Erkek eşitsizliğini gündem etmekle, kadınların cinsiyetlerinden kaynaklanan sorunları sorgulamaları; top-

lumdaki diğer eşitsizliklerden insanların dillerinden düşüncelerinden, ırklarından inançlarından kaynaklanan sorunlarının çözümünden ayrı düşünülemez.

Ülkemizde halen kadın nüfusunun %25'i okuma yazma bilmezken, kadın için eğitimde fırsat eşitliğini yasaların öngörmesi bir şey ifade etmez. Yasalar feodal geleneğin kalıntılarını ortadan kaldırmaya yetmiyor.

Eğitim ve kültürel noksanlık, kadının çağdaş bilgilerle donatılmasında yaşanan güçlüklerdir.

Kadını çağdaş bilgilerle donatmayan ve ekonomik bağımsızlığı için çaba ve eğilim göstermeyen toplumlar 'çağdışı yöntemler'le yönetilmeye mahkumdur.

Ekonomik bağımsızlığı olmayan ve çağdaş bilgilerle donatılmamış insan özgür birey olarak davranma yetisini kazanamaz, bağımlılık duygusu taşır. Bağımlı düşünen ve bağımlı davranan insan kendini aşamaz, toplumsal ilişkilerde söz ve karar sahibi olamaz.

İşte bu yüzden kadının seçme ve seçilme hakkı batılı toplumların çoğundan önce yasalarımızda yer aldığı halde mecliste yeterli kadın sayısını halen göremezsiniz.

Toplum verili değer yargılarıyla kadın kendine yabancılaşan insan konumundadır. Çünkü toplum verili değer yargılarının özünde cins ayrımcılığı ve kadının istismarı yatmaktadır.

Kadın özgür birey olmanın yolunu ancak, kendine yabancılaşmanın koşullarını ortadan kaldırarak bulabilir.

Bu da en çok çağdaş, aydınlık düşünceye sahip olmakla, kendi bilincine ve cinselliğine sahip olmakta, kendi ayakları üzerinde durabilmekle olanaklıdır. Bu yolda en yakın yoldaşı çağdaş erkeklerdir. Bir anlamda sorun, kadın sorunu olmaktan çok kadınıyla, erkeğiyle çağdaş insan olmak sorunudur.

Dünya Kadınlar Günü tüm insanlara kutlu olsun,



## 20 MART DÜNYA IRK AYRIMI İLE MÜCADELE GÜNÜ

Tek renk bir dünya düşleyebiliyor musunuz? Gökyüzü, yeryüzü, ağaçlar, nehirler, denizler, insanlar, hayvanlar, çiçekler herşey; yalnızca gri, yalnızca kahverengi, sarı, yeşil ya da mavî. Ne kadar sevimsiz olurdu değil mi?

Renkler ancak çeşitliliğiyle ve birliktelikleriyle güzel. Toplumlar da öyle; farklı kültürler, farklı renkler mozayığı ile daha anlamlı, daha dost ve daha güzel. Bu duygu ve düşüncelerle "ÖNCE İNSAN" diyoruz. Hangi renkten, hangi ırktan, hangi dinden, hangi kültürden dünyanın ve evrenin neresinden olursa olsun "ÖNCE İNSAN".

## İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

### Madde 1

Her insan özgür; onur ve haklar bakımından eşit doğar. Akıl ve vicdanla donatılmış olup birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranır.

### Madde 2

Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka bir görüş, ulusal yada toplumsal köken, mülkiyet, doğuş yada benzeri başka bir statü gibi herhangi bir ayırım gözetilmeksizin bu Bildirgede öne sürülen tüm hak ve özgürlüklere sahiptir.

### Madde 3

Herkesin yaşama ve kişi özgürlüğü ve güvenliğine hakkı vardır.

### Madde 4

Kimse, kölelik ya da kulluk altında tutulamaz; kölelik ve köle ticareti her türüyle yasaktır.

### Madde 5

Hiç kimseye işkence yada zalimce, insanlık dışı yada onur kırıcı davranış yada ceza uygulanamaz.

### Madde 6

Herkesin, nerede olursa olsun yasa önünde kişi olarak tanınma hakkı vardır.

### Madde 7

Herkes yasa önünde eşittir ve herkesin ayırım gözetilmeksizin yasa tarafından eşit korunmaya hakkı vardır. Herkes, bu Bildirgeye aykırı herhangi bir ayrımcılığa ve ayrımcılık kışkırtıcılığına karşı eşit korunma hakkına sahiptir.

### Madde 8

Herkesin anayasa yada yasayla tanınmış temel haklarını çiğneyen eylemlere karşı yetkili ulusal mahkemeler eliyle etkin bir yargı yoluna başvurma hakkı vardır.

### Madde 9

Hiç kimse keyfi olarak yakalanamaz, tutuklanamaz ve sürgün edilemez.

### Madde 10

Herkesin, hak ve yükümlülükleri belirlenirken ve kendisine herhangi bir suç yüklenirken tam bir eşitlikle bağımsız ve yansız bir mahkeme tarafından hakça ve açık bir yargılanmaya hakkı vardır.

### Madde 11

1.Kendisine bir suç yüklenen herkesin, savunması için gerekli olan tüm güvencelerin tanındığı bir açık yargılanma yoluyla yasaya göre suçluluğu kanıtlanana değin suçsuz sayılma hakkı vardır.

2.Hiç kimse işlendiği sırada ulusal yada uluslararası hukuka göre bir suç oluşturmayan herhangi bir eylem yada kusurdan dolayı suçlu sayılamaz. Kimseye suçun işlendiği sırada uygulanabilecek olan cezadan daha ağır bir ceza verilemez.

### Madde 12

Kimşenin özel yaşamı, ailesi, konutu yada haberleşmesine keyfi olarak karışamaz şeref ve adına saldıramaz. Herkesin, bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı vardır.

### Madde 13

1.Herkesin bir Devletin sınırları içinde yer değiştirme ve oturma özgürlüğüne hakkı vardır.

2.Herkes, kendi ülkesi de dahil, herhangi bir ülkeden ayrılma ve kendi ülkesine dönme hakkına sahiptir.

### Madde 14

1.Herkesin, zulüm altında başka ülkelere sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma hakkı vardır.

2.Gerçekten siyasal nitelik taşımayan suçlardan yada Birleşmiş Milletlerin amaç ve ilkelere aykırı eylemlerden doğan kovuşturma durumunda bu haktan yararlanılamaz.

### Madde 15

1.Herkesin bir uyrukluğa hakkı vardır.

2.Kimse keyfi olarak uyrukluğundan yoksun bırakılamaz. Kimşenin uyrukluğunu değiştirme hakkı yadsınamaz.

### Madde 16

1. Yetişkin erkeklerle kadınların, ırk, uyrukluğ yada din bakımından herhangi bir sınırlama yapılmaksızın evlenmeye ve bir aile kurmaya hakkı vardır.

Evlenirken, evlilik sırasında ve evliliğin bozulmasına ilişkin hakları eşittir.

2.Evlilik, ancak istekli eşlerin özgür ve tam oluruyla yapılır.



3. Aile, toplumun doğal ve temel birimidir ve toplum ve Devlet tarafından korunur.

#### Madde 17

1. Herkesin, tek başına yada başkalarıyla birlikte, mülkiyet hakkı vardır.

2. Kimse keyfi olarak mülkiyetinden yoksun bırakılamaz.

#### Madde 18

Herkesin düşünce, vicdan ve din özgürlüğüne hakkı vardır. Bu hak, din yada inancını değiştirme özgürlüğünü ve din yada inancını, tek başına yada topluca ve açık yada özel olarak öğretme, uygulama, ibadet ve gözetim yoluyla açıklama özgürlüğünü içerir.

#### Madde 19

Herkesin görüş ve anlatım özgürlüğüne hakkı vardır. Bu hak, karışmasız görüş edinme ve herhangi bir yoldan ve herhangi ülkede olursa olsun bilgi ve düşünceleri arama, alma ve yayma özgürlüğünü içerir.

#### Madde 20

1. Herkes, barışçı toplanma ve dernek kurma hakkına sahiptir.

2. Hiç kimse, bir derneğe girmeye zorlanamaz.

#### Madde 21

1. Herkes, doğrudan yada özgürce seçilmiş temsilciler aracılığıyla ülkesinin yönetimine katılma hakkına sahiptir.

2. Herkesin, ülkesindeki kamu hizmetlerine eşit girme hakkı vardır.

3. Halkın istemi, yönetim otoritesinin temelidir. Bu istem, genel ve eşit, gizli ve özgür oya dayalı dönemsel ve gerçek seçimlerle belirtilir.

#### Madde 22

Herkesin bir toplum üyesi olarak, toplumsal güvenliğe hakkı vardır. Ulusal çabalarla ve uluslararası işbirliği yoluyla ve her Devletin örgüt ve kaynaklarına göre herkes onur ve kişiliğinin özgür gelişmesinin ayrılmaz bir ögesi olarak ekonomik, toplumsal ve kültürel haklarının gerçekleşmesi hakkına sahiptir.

#### Madde 23

1. Herkesin çalışma, işini özgürce seçme, adil ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı vardır.

2. Herkesin herhangi bir ayırım gözetilmeksizin eşit iş için eşit ücrete hakkı vardır.

3. Herkesin kendisi ve ailesi için insan onuruna yaraşır ve gereğinde başka korunma yollarıyla desteklenmiş bir yaşam sağlayacak adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır.

4. Herkesin çıkarını korumak için sendika kurma yada sendikaya üye olma hakkı vardır.

#### Madde 24

Herkesin, iş saatlerinin makul ölçüde sınırlandırılması ve ücretli dönemsel tatiller dahil, dinlenme ve boş zamana hakkı vardır.

#### Madde 25

1. Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetiminin dışındaki koşullardan doğan seçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Analar ve çocukların özel bakım ve yardım hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır.

#### Madde 26

1. Herkes, eğitim hakkına sahiptir. Eğitim, en azından ilk ve temel aşamasında parasızdır. İlköğretim zorunludur. Teknik ve mesleki eğitim herkese açıktır. Yüksek öğrenim yeteneğe göre herkese eşit olarak sağlanır.

2. Eğitim, insan kişiliğini tam geliştirmeye ve insan haklarına ve temel özgürlüklere saygıyı güçlendirmeye yönelik olmalıdır. Eğitim, tüm uluslar, ırklar ve dinsel gruplar arasında anlayış, hoşgörü ve dostluğu özendirilmeli ve Birleşmiş Milletlerin barışı koruma yolundaki etkinliklerini daha da geliştirmelidir.

3. Ana-babalar, çocuklarına verilecek eğitimi seçmede öncelikle hak sahibidir.

#### Madde 27

1. Herkes, topluluğun kültürel yaşamına özgürce katılma ve sanattan yararlanma ve bilimsel gelişmeye katılarak yararlarını paylaşma hakkına sahiptir.

2. Herkesin yaratıcı olduğu bilim, yazım ve sanat ürünlerinden doğan maddi ve manevi çıkarlarının korunmasına hakkı vardır.

#### Madde 28

Herkesin bu Bildirgede ileri sürülen hak ve özgürlüklerin tam olarak gerçekleşeceği bir toplumsal ve uluslararası düzene hakkı vardır.

#### Madde 29

1. Herkesin, kişiliğinin özgürce ve tam gelişmesine olanak veren topluluğa karşı ödevleri vardır.

2. Herkes, hak ve özgürlüklerini kullanırken, ancak başkalarının hak ve özgürlüklerinin tanınması ve bunlara saygı gösterilmesinin sağlanması ve demokratik bir toplumda genel ahlak ve kamu düzeniyle genel gönenc gereklerinin karşılanması amacıyla yasayla belirlenmiş sınırlamalara bağlı olabilir.

3. Bu hak ve özgürlükler, hiç bir koşulda Birleşmiş Milletlerin amaç ve ilkelerine aykırı olarak kullanılamaz.

#### Madde 30

Bu Bildirgenin hiç bir hükmü, herhangi bir Devlet, grup yada kişiye burada ileri sürülen hak ve özgürlüklerden herhangi birinin yok edilmesini amaçlayan herhangi bir etkinlikte ve eylemde bulunma hakkını verir biçiminde yorumlanamaz.



# OSTEOPOROZ VE HORMON YERİNE KOYMA TEDAVİSİNDE ECZACIYA YÖNELİK PRATİK BİLGİLER

Menapoz, genel olarak 49-51 yaşlarında başlayan ve birçok fizyolojik değişikliği de beraberinde getiren bir olaydır. Günümüzde kadınların beklenen yaşam süresi belirgin bir şekilde arttığından, çoğu kadın hayatının üçte birini menopoz sonrası dönemde yaşamaktadırlar.

Ülkemizde 50 yaş sonrası kadın nüfusu, 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre toplam nüfusun yaklaşık %17.6'sıdır. Bu oran, 1994 yılı için tahmin edilen nüfusa göre (61.110.000) değerlendirilse, yaklaşık 10 milyon kadının menopoz sonrası dönemin sorunlarından etkilendiği düşünülebilir. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile bu oranın her yıl daha da artacağı ve menopoz sonrası dönemin minör (ateş basması ve atrofik vajinit) ve majör (osteoporoz ve koroner kalp hastalığı) sorunlarından daha fazla kadının etkileneceği dikkate alınmalıdır.

Osteoporoz, kemik yapısında dejenerasyona ve kemik dansitesinde kırılma eşiğinin altında değerlere neden olmakta, sonuçta kendiliğinden de ortaya çıkabilen kırılmalar görülmektedir. Menapoz sonrası dönemdeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı kemik kaybı, osteoporozun başlıca nedenidir. Östrojenin yerine konması (replasman) tedavisi, östrojene bağlı kemik kaybını önler veya azaltır. Eczacıların, osteoporozun önlenmesi için uygulanan hormon replasman tedavisinin riskleri ve yararları hakkında gerekli bilgilerle donanmaları, menopoz sonrası dönemi yaşayan kadınların yönlendirilmesi ve eğitilmesi dolayısıyla bu durumdaki kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşır.

## HORMON YERİNE KOYMA (REPLASMAN) TEDAVİSİ-HRT-

HRT, vakanın özelliğine göre östrojenlerin yalnız veya progesteronlarla kombine halde kullanımı ile uygulanır.

### HRT- Kontrendikasyon Ve Riskleri

Yüksek dozda östrojen içeren oral kontraseptiflerin hipertansiyon, diabetes mellitus, felç ve

tromboembolik hastalıklar gibi birçok kontrendikasyonu HRT'de kullanılan dozlar için söz konusu değildir. Oral yoldan kullanılan hormonların, ciddi hepatik bozukluklar, serum trigliserid konsantrasyonlarında yükselmeler gibi karaciğer metabolizması üzerine olan advers (istenmeyen) etkileri, oral kullanım yerine diğer uygulama yolları ile en aza indirilebilir. Östrojen konsantrasyonlarının değişkenliğine bağlı migren atakları, meme sertliği gibi advers etkilerin görüldüğü hastalarda daha düzenli östrojen salınımı sağlayan transdermal formlar kullanılabilir.

Östrojen kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişki bu konuda yapılan sayısız çalışma ve meta-analizlere rağmen hala tartışmalıdır. Bu konuda kesin bir karara varabilmek için daha fazla veriye gerek bulunmaktadır. Bununla birlikte hakim düşünce HRT ile meme kanseri riski arasında kesin bir ilişkinin henüz kanıtlanmadığıdır. Ancak bu konuda kesin bir sonuca ulaşılamadığı da değerlendirilerek meme kanseri riski daha fazla olan (ailede meme kanseri hikayesi, doğum yapmamış olma, adet kanamasının erken başlaması, selim meme hastalığı gibi) gruplarda osteoporoz riski söz konusu ise HRT yerine hormon olmayan tedavi seçenekleri denebilir.

### HRT-Advers Etkileri

HRT gören kadınların çoğunun bu tedaviyi bırakmalarının nedeni, vajinal kanama olmasıdır. Hormonlarla siklik tedavi gören kadınların düzenli vajinal kanama görmeleri beklenir. Bu istenmiyorsa, sürekli kullanım uygulanabilir ama bu durumda da bir yıla kadar düzensiz kanamalar olabileceği bilinmelidir. Her iki uygulamada da olağandışı, beklenmeyen veya yoğun vajinal kanamanın veya lekelenmenin, özellikle amenorenin ardından aylar sonra görülmesi halinde tıbben araştırılması gerekir.

Hormon replasman tedavisinin bırakılmasının diğer nedenleri arasında ise meme gerginliği veya büyümesi ve şişmanlama gelir. Siklik



östrojen rejimleri kullanılarak, transdermal östrojen preparatlarına dönülerek veya 19-nor progesterin denenerek, meme gerginliği azaltılabilir. Her ne kadar östrojen yağların kalça ve baldırlarda farklı dağılımına katkıda bulunsa da, HRT'deki düşük doz hormon kullanımının menapoz sonrası kadınlarda kilo artışına katkıda bulunduğu çok açık değildir. Gastrointestinal rahatsızlıklar, baş ağrısı, sersemlik ve sıvı retansiyonu doza bağlı advers etkiler olup, HRT'de oral kontraseptiflere göre daha az görülür. Ayrıca transdermal formlar, gastrointestinal şikayet olasılığını en aza indirebilir. Ancak bu transdermal formların taşıyıcı sisteminde alkol kullanılmış ise deride iritasyon ve kızamık görülebilir. Daha az sıklıkta görülen advers etkileri ise safra kesesi hastalıkları, deri renginin koyulaşması, endometriyozis ve uterin fibroidleridir.

#### HRT-İlaç Etkileşmeleri

Bazı antibiyotikler, östrojenlerin metabolizmasını artırır, bu şekilde de kontraseptiflerin etkililiğini azaltırlar. Bu antibiyotiklere örnek olarak; tetrasiklinler, penisilinler ve metronidazolü verebiliriz. Aynı etkiyi antikonvülzanlar ve sedatif hipnotikler de (barbitüratlar, benzodiazepinler, fenitoin) gösterirler. Ancak bu etkileşmeler HRT gören bir çok kadında genel olarak ihmal edilebilir düzeydedir. Eğer antikonvülzan tedavi gibi uzun süreli tedavilerle birlikte kullanım söz konusu ise, daha yüksek östrojen dozlarının kullanılması gereklidir. Diğer taraftan, kortikosteroidler ve siklosporin konsantrasyonları östrojen varlığında ar-

tabilir bu da terapötik etki veya toksisite riskini arttırabilir. Oral kontraseptiflerde olduğu gibi, sigara içen kadınlar, içmeyenlere göre östrojeni daha hızlı metabolize ederler. Bu nedenle sigara içenler, oral HRT den içmeyenler kadar iyi yararlanamazlar. Ancak transdermal östrojen preparatları sigara içen kadınlarda daha yüksek östrojen düzeyi sağlayarak HRT'nin kemikler üzerindeki koruyucu etkisini iyileştirir.

#### Sonuç Olarak;

Eczacılar özellikle osteoporoz riski bulunan kadınların eğitilmesi, tanımlanması ve HRT'den yararlanmasını sağlamak açısından yararlı çalışmalarda bulunabilirler. Eczacılar hastaların farklı doz uygulamalarını izleyip ilaçları doğru kullanmalarını sağlayabilir, hastalarda görülebilecek advers etkiler ve olayları saptayabilir, gerekli durumlarda smear kontrolleri, mamografi vb. gibi incelemelerin yapılması için yönlendirebilirler ve yapacakları danışmanlık hizmeti ile hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilirler.

#### Kaynakça:

- 1- Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, Türkiye Sağlık Bakanlığı (Türkiye), H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1994.
- 2- Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000.
- 3- Carson DS, Menopause and Osteoporosis: The Role of HRT. Journal of the American Pharmaceutical Association. 1996; 36(4):235-242.
- 4- Drug Consults, Micromedex, International Healthcare Series Vol-91

#### Değerli Meslektaşlar,

Bundan sonraki bültenlerimizin "Bilgimizi Tazeleyelim" sayfasına ilgilendiğiniz konuları yazmak istiyoruz. Bu nedenle lütfen, yayınlanmasını istediğiniz konuları odamıza telefon veya mektupla bildirin.

AEO Yayın Kurulu

*İlaçların kullanımı, etkileri, istenmeyen etkileri gibi sorularınızı veya ilaçla ilgili olarak karşılaştığınız sorunları veya gözlediğiniz ilaç advers etkilerini bize iletiniz.*

TADMER & İLAÇ DANIŞMA MERKEZİ

Sağlık Bakanlığı

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

06450 Sıhhiye-Ankara

Tel: (312) 431 14 46

Fax: (312) 434 45 18



## FOSAMAX 10 mg Tablet

### FORMÜLÜ

Herbir FOSAMAX\* tableti molar eşitliği 10.0 mg serbest aside denk gelen 13.05 mg alendronat monosodyum trihidrat tuzu içerir. Ayrıca inaktif olarak mikrokristalize selüloz, anhidroz laktöz, A tipi kroscarmelos sodyum ve magnezyum stearat içerir.

### FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

Bifosfonatlar kemikte bulunan hidroksiapatite bağlanan sentetik pirofosfat analoglarıdır.

FOSAMAX (alendronat sodyum, MSD) osteoklast aracılığıyla kemik rezorpsiyonunun güçlü bir spesifik inhibitörü olarak rol oynayan bir amino-bifosfonattır. Alendronatın oral biyoyararlanımı 5'den 40 mg'a kadar olan dozlarda sabah aç karına ve standart sabah kahvaltısı ile en iyi iki saat önce intravenöz referans doza oranla %0.7'dir. Alendronatın sabah kahvaltılarının bir ya da bir buçuk saat önce alınması biyoyararlanımı hemen hemen %40 oranında azaltır. Alendronatın sabah kahvaltısıyla ya da sabah kahvaltısından iki saat sonraya kadar alınması biyoyararlanımı çok azaltır. Klinik öncesi çalışmalar, alendronatın uygulama sonrası geçici olarak yumuşak dokulara dağıldığını ama sonra hızlı bir şekilde kemiklere dağıldığını veya idrarla atıldığını göstermiştir. İnsanlarda kemik dışı ortalama sabit durum dağılım hacmi en az 28 L'dir. İlacın terapötik oral dozlarını takip eden plazma konsantrasyonları analitik tayin için çok düşüktür (5ng/ml'den az). İnsan plazmasındaki protein bağlanma oranı yaklaşık %78'dir.

Alendronatın insanlarda veya hayvanlarda metabolize olduğuna dair bir kanıt bulunmamıştır. [<sup>14</sup>C] alendronatın tek bir intravenöz dozunu takiben; radyoaktivitenin yaklaşık %50'si 72 saat içinde idrara geçerken, feçese çok az radyoaktivite geçer ya da hiç geçmez. 10 mg'lık intravenöz dozu takiben alendronatın renal klirensi 71 ml/dakikadır ve sistemik klirens 200 ml/dakikayı geçmez. İnsandaki terminal yarılanma ömrününün 10 yılın üstünde olduğu hesaplanmıştır.

Alendronat, kemik hidroksiapatitine bağlanan ve özellikle kemik rezorpsiyonu yapan hücreler olan osteoklastların aktivitesini inhibe eden bir aminobifosfonattır. Alendronat, kemik oluşumuna direkt bir etki yapmadan kemik rezorpsiyonunu azaltır; ancak kemik turnover'ı sırasında, kemik oluşumu ve resorpsiyonu ikiye katlandığı için indirekt bir etkisi de

söz konusudur. Alendronat bu nedenle postmenapozal kadınlarda gözlenen artmış kemik turnover hızını premenapozal kadınlarda gözlenen bir düzeye düşürür.

### ENDİKASYONLAR

FOSAMAX postmenapozal kadınlardaki osteoporozun tedavisinde endikedir.

### KONTRENDİKASYONLAR

• Bu ürünün bileşimindeki maddelerin herhangi birine aşırı duyarlılık

• Hipokalsemi (bkz. UYARILAR/ÖNLEMLER)

### UYARILAR / ÖNLEMLER

FOSAMAX ağır böbrek yetersizliği olanlara önerilmemektedir (bkz. DOZAJ VE UYGULAMA).

Diğer bifosfonatlarda olduğu gibi, FOSAMAX disfaji, semptomatik ösofagus hastalıkları, gastrit, duodenit veya ülserler gibi aktif mide-barsak problemi olan hastalara verilirken dikkatli olunmalıdır. Mideye geçişi sağlamak için FOSAMAX'ın bardak dolusu suyla alınması gerekir ve hastalar ilacı aldıktan sonra yarım saat boyunca dik pozisyonda durmalıdırlar.

Kalsiyum ve mineral metabolizması bozuklukları (D vitamini eksikliği ve hipokalsemi gibi) FOSAMAX tedavisine başlanmadan önce tamamen tedavi edilmelidir. Östrojen yetersizliği ve yaşlılık dışındaki osteoporoz nedenleri göz önünde tutulmalıdır.

### Gebelik

FOSAMAX gebe kadınlarda çalışılmamıştır ve onlara verilmemelidir.

### Emziren Anneler

FOSAMAX emziren annelerde çalışılmamıştır ve onlara verilmemelidir.

### Çocuklarda Kullanım

FOSAMAX çocuklarda çalışılmamıştır ve onlara verilmemelidir.

### Yaşlılarda Kullanım

Klinik çalışmalarda FOSAMAX'ın etkinlik ya da güvenilirlik profillerinin yaşla bağlantılı olarak değişmediği görülmüştür.

### YAN ETKİLER / ADVERS ETKİLER

FOSAMAX genellikle iyi tolere edilir. Yan

\* MERK & Co., INC., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.'nın Tescilli Markasıdır.



etkiler çoğunlukla hafif ve geçicidir ve tedavinin kesilmesini gerektirmez. Benzer dizaynı, iki yıllık, plasebo kontrollü, çift kör, çok merkezli postmenopozal kadınlardaki iki büyük osteoporoz çalışmasında (A.B.D. ve çok uluslu) günde 10 mg FOSAMAX alan hastalarda plasebo alan hastalardan daha sıklıkla görülen tek klinik istenmeyen etki karın ağrısıdır. Karın ağrısı episodları çoğunlukla hafif ve geçicidir ve genellikle ilacın kesilmesine gerek kalmamaktadır.

Nadiren kızılık ve eritem görülmüştür.

Ek olarak, bu klinik çalışmalarda araştırmacı tarafından olasılıkla, belki veya kesinlikle ilaca bağlı olduğu bildirilen ve günde 10 mg FOSAMAX ile tedavi edilen hastaların %1'i ya da daha fazlası ve plasebo ile tedavi edilenlerden daha yüksek sayıda hastada görülen istenmeyen etkiler şunlardır: abdominal distansiyon (FOSAMAX %1.0 plasebo %0.5), kabızlık (%3.1, %2.0), diyare (%2.0, %1.8), disfaji (%1.0, %0.0), flatulans (%1.5, % 0.5), özofageal ülser (%1.5, %0.0), kas-iskelet ağrısı (%4.1, %2.5) ve baş ağrısı (%2.6, %1.5). Bununla birlikte, FOSAMAX ile tedavi edilen hastalarda görülen bu istenmeyen etkilerin insidansı ile plasebo ile tedavi edilen hastalarda görülenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Eğer hastalarda yutma zorluğu, ağrı, retrosternal (göğüs kemiği arkasında) ağrı veya yanma olduğunda özofageal hastalık semptomları geliştiği zaman ilaç bırakılıp doktora başvurulmalıdır.

**BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ.**

### ILAÇ ETKİLEŞİMLERİ

Kalsiyum suplemanları, antiasitleri ve bazı oral olarak kullanılan ilaçlar FOSAMAX emilimini etkileyebilir. Bu yüzden, hastalar başka bir ilaç almadan önce en az bir buçuk saat beklemelidirler.

Klinik anlamlı başka bir ilaç etkileşimi beklenmemektedir.

Klinik araştırmalarda az sayıda hastaya FOSAMAX tedavisi sırasında östrojen (intravajinal, transdermal veya oral) verilmiştir. Bu ilaçların birlikte kullanımına ait herhangi bir istenmeyen etki saptanmamıştır.

Özel etkileşim çalışmaları yapılmamış olmakla birlikte, FOSAMAX klinik çalışmalarda hiçbir klinik istenmeyen etkileşime rastlanmadan sık kullanılan ilaçlarla birlikte kullanılmıştır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlarla görülebilen üst gastrointestinal sisteme ait istenmeyen olay riskinde birlikte FOSAMAX kullanımının herhangi bir artışa yol açmadığı görülmektedir.

### Laboratuvar Test Bulguları

İki çok merkezli kontrollü çalışmada (bkz. YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER) günde 10 mg

FOSAMAX ile tedavi edilen hastalarda plasebo ile tedavi edilen hastalardan daha sık olarak serum kalsiyumunda asemptomatik geçici düşüşler bildirilmiştir. Ancak, serum kalsiyumundaki bu orta derecedeki (8.0 mg/dL'e kadar) düşüşlerin insidansı günde 10 mg FOSAMAX ile tedavi edilen hastalarda ve plasebo ile tedavi edilen hastalarda benzerlik göstermektedir.

### DOZAJ VE UYGULAMA

Önerilen dozaj günde 10 mg'dır. FOSAMAX günün ilk yiyecek, içecek veya ilacından en az yarım saat önce yalnızca bir bardak dolusu suyla alınmalıdır; çünkü diğer içecekler (maden suyu dahil), yiyecekler ve bazı ilaçlar FOSAMAX'ın emilimini azaltabilir (bkz. İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ).

Tüm osteoporozlu hastalar diyetle yeterli miktarda kalsiyum almalıdırlar.

Yaşlılar veya hafif-orta böbrek yetersizliği olan hastalar için dozaj düzenlenmesi zorunlu değildir (kreatinin klirensi 35-60 ml/dak). FOSAMAX daha ağır böbrek yetersizliği olanlar için (kreatinin klirensi <35 ml/dak.) önerilmez.

### DOZ AŞIMI

FOSAMAX ile doz aşımının tedavisiyle ilgili mevcut spesifik bir bilgi bulunmamaktadır. Oral doz aşımına bağlı olarak mide bulantısı, mide yanması, özofajit, gastrik veya ülser gibi gastrointestinal istenmeyen olaylar görülebilir. Alendronatı bağlamak için süt veya antiasit verilmesi göz önünde bulundurulmalıdır.

### SAKLAMA KOŞULLARI

30 C'nin altında saklayınız.

### İKAZLAR

Hekime danışmadan kullanılmamalıdır.

Çocukların ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklayınız.

### TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI

28 tabletlik blister ambalajlarda.

Recete ile satılır.

Ruhsat Tarihi: 14/1/1997

Ruhsat No : 181/27

Üretim Yeri :

FAKO İLAÇLARI A.Ş.

Levent -İstanbul  
Merck & Co., inc.,  
Whitehouse Station, NJ,  
USA lisansı ile

Ruhsat Sahibi

ve :

Satış Yeri

Merck Sharp ve Dohme  
İlaçları A.Ş.  
Levent -İstanbul



## ÖĞRENCİ GÖZÜYLE

## BAŞLARKEN

Bizler Ankara'da bulunan 3 eczacılık fakültesinin öğrencileri olarak Ankara Eczacı Odası Gençlik Komisyonu'nu kurduk.

Geleceğin eczacıları olarak, varolan eczacılık eğitimi ve sonrasına eleştirel yaklaşmamız, çözüm önerileri üretmeye çalışmamız Gençlik Komisyonu'nun çıkış noktasını oluşturuyor.

Günümüzde eczacılık, serbest eczacılığa, serbest eczacılık da varolan sistem ve uygulamaları ile neredeyse bakkalığa dönüşmüştür. Ticari kaygılar eczacıları kendi gerçeklikleri olan sağlıklı ve bilim adamı kimliğinden uzaklaştırmaya başlamıştır. Eczacılık eğitimcilerinin de olaya duyarsız kalması durumu içinden çıkılmaz hale getirmiştir.

Genel olarak bu başlıklar etrafında biraraya geldik ve bunları tartışmaya açmak istiyoruz. Bu amaçla eczacılık öğrencilerine yönelik birçok alanda (eğitim, bilinçlenme, sosyal etkinlik, yayın vb) çalışmalarımızı başlattık.

Çalışmalarımıza ilerici ve uygar düşünen, kendi gerçekliğini sergileyen, bilime inanmış, tüm arkadaşların katılımını bekliyoruz.

A.E.O.  
Gençlik Komisyonu

## OKUYUCU KÖŞESİ

Sevgili Meslekdaşımız,

Bu sayımızdan itibaren bu köşeyi sizlere açıyoruz. Meslekdaşlarımıza duyurmak istediğiniz çalışmalarınız, duyurularınız, mesleki, sosyal, sanat vb. alanlarda paylaşmak istediğiniz duygu ve düşüncelerinizi yazabilirsiniz. Bu sayımızda Ankara Çağdaş Eğitim Kooperatifinin (A.Ç.E.K.) kuruluşunda görev alan meslekdaşımız Ecz. Rukiye Yağcıoğlu'nun bir duyurusunu yayınlıyoruz.

Bu köşeye mektuplarınızı bekliyoruz. Bu köşe sizin.

Değerli Meslekdaşım,

Ülkemizin bugünkü koşullarında eğitimin önemini düşünen bizler Ankara Çağdaş Eğitim Kooperatifini (A.Ç.E.K.) kurduk.

Amacımız, Atatürk'ün Cumhuriyeti emanet ettiği ülkemiz gençlerinin eğitimine, okul öncesinden başlamak üzere katkıda bulunmak.

Günümüzdeki çarpık, yozlaşmış ve geri eğitim kurumlarında çocuklarımızın yitip gitmesini istemiyorsak; çağdaş eğitimcilerimizin hizmet verdiği kurumları hayata geçirebilmeliyiz.

Çağdaş ve aydın insanların Türkiye'ye sahip çıkabilecek, koruyabilecek, aynı ilke ile yeni nesillere ulaşacak çocuklarımıza sahip çıkmalıyız.

Bu amaçlarla yola çıktığımızda, en güzel demokratik paylaşımı sağlayabilecek; her üyenin eşit söz hakkına sahip olduğu ve çalışanın da emeklinin de katılabileceği kooperatif modelini tercih ettik.

Aramıza katılın, katılın ki güçlenelim!...

Çağdaş eğitim adına bir mum da sen yak, sen yoksan bir eksikiz.

Ecz. Rukiye Yağcıoğlu  
Tel: 480 68 37



# KOMİL'İN ATI

Ahmet SAY

Bingöl'ün Göriz köyünden Komil'in, uyuz, hasta, kaknemi çıkmış pis bir atı vardı. İki yıldan beri hastaydı bu at. Öyle küçülmüş, öyle büzülmüş, her hangi bir beygire benzemekten öyle çıkmıştı ki, görenler yere tükürüp, tükürüğünü uzun uzun emmekten başka bir şey yapamazdı. Bir keçi kadar küçülmüştü bu hayvan. Gözlerinden sarı irinler akar, bacakları boyna titerdi.

Komil, bu hasta, işe yaramaz atı iki yıl umutla besledi. Olur a, belki iyileşirdi iyileşir ve bir beygir gibi kullanılabilirdi... Ama at iyileşmiyor, orlaya çıkıp şöyle kuyruğunu savuramıyordu. Olsun! Gene de besliyordu Komil bu atı. Bulduğu zamanlar arpa veriyor, kışın, kılıkta bile samanı, otunu eksik etmiyordu. Çünkü Komil'e bir at gerekli, hem çok gerekiyordu. Çünkü Komil köyün bekçisiydi ve Komil'e göre, bir köy bekçisinin muhakkak atı olmasıydı.

Östelik Komil düztabandı. Uzun yola gidemez, yürüyemezdi. Askerlikten kovulmuştu bu yüzden. Paytak paytak gider, köyün karşısındaki tepeli aşınca, tabanları ağır, dayanılmaz biçimde ağırırdı.

Komil, heybetli, yakışıklı, fıyakalı bir köy bekçisi olmak istiyordu. Atına binip köyün içinde sert bakışlarla dolaşacaktı. Atına binip, tüfeğini asıp, bıyıklarını yağlayıp, he-hey, tam bir kurt çakası satacaktı...

Ama Komil'in tüfeği de yoktu. Atsız, tüfeksiz, kıytirik bir köy bekçisiydi o. Aslında, hükümet tüfek verir diye bekçi olmuştu. Candarmalar birgün köye gelip, -Bu köye bir bekçi lazım!- diye hükümet emri çıkarttıkları zaman, komşular Komil'e -tam senin işini!- demişlerdi. Komil durayıp düşünmüş, sonra karşı gelmişti:

-Babam, bu köye bekçi ne lazım?-

Komşular diretiler. Lâzım olmasa, hükümet ister miydi? Nasıl ki her köyün bir muhtarı ve dört tane azası vardı, aynı şekilde bekçisi de olacaktı!

-Bizim köye bekçi ne lazım?- deyip duruyordu Komil.

-Peki, muhtar ne lüzum? Azalar ne lazım?-

-Get lan!- dedi Komil. -Muhtarsız köy olur? Valisiz velayet olur?-

-Olurdu olmazdı sormamışem oglımı Azalar ne lüzim demişem, onı sormışem!-

Şaşaladı Komil. Ne cevap vereceğini düşündü. Sonra susarak işi geçiştirmeye çalıştı.

Köyün sakallı ihtiyarları, -Allah alaaaaaaah, Allah alaaaaaaah...- diye kafa salladılar. -Lan oğlim, biz sana bekçi lâzımdır dememişiz, hokumat ferman çıkarmış bir kere...-

-Hem hokumat, bekçilere tüfek vermiş, Elbise vermiş...-

Tüfek ve elbise umuduyla Komil bekçiliği kabul etmişti. Candarmalar bir daha gelip, -kimdir ulan sizin köyün bekçisi?- diye sorduğunda Komil'i göstereceklerdi.

Böylece bekçi olmuştu Komil. Ama hükümet ne tüfek, ne de bekçi elbisesi vermişti. Hiç olmazsa bir atı olmalıydı bekçinin. İşte o da olamıyordu. Komil ne yapsa, iyileşmiyordu mübarek. Evin altındaki ahırda gece gündüz pinekliyordu. Ve ölmüyordu. Ölse, Komil belki başka bir çare düşüncecek, yeni bir at edinmeye çalışacak, üç-beş keçi satarak, borca harca girip bir kısarak alacaktı.

Ben Komil'in bu durumuna acıyordum. Düztabanlığın acıyor, bekçiliğine açıyor, boş umutlarına acıyordum. Hiç hayrını görmemişti şu bekçiliğin. Her karşılaşmamızda, -Komil, atın nasıl?- diye sorardım.

Yüzünü buruşturur, elini yukardan aşağıya sallayarak, -Atın da anasını, beyle atı başıma bela edenin de anasını...- diye söverdi.

Ama onun bu at yüzünden ne denli üzüldüğünü, ata ne umutlar bağladığını biliyordum. Onun için her rastladığımda sorardım gene:

-Komil, nasıl oldu senin at?-

-Geberdi!- demesini bekliyordum, neyliyelim ki at ölmüyordu bir türlü. Ve Komil hep aynı biçimde sövüyordu:

-Atın da anasını...-

Köylüler, hatta köyün çocukları, benim bu sorumu birkaç kez duymuşlar. Komil'i kızdırmak için sormaya başlamışlardı:

-Komil, atın nasıl?-

O sümüklü çocuklar, sümüğü salyası toz toprakla karışarak suratlarına butağmış, bastıracak pis çocuklar, üçü beşi bir araya gelip soruyordu:



-Komil, atın nasıl?-

Komil lâhaviyeler çekiyor, çocukların alayları, kıkırdamaları karşısında, -atın da anasını, hepini-zin de anasını...- diye sövüyordu.

Birgün Komil bana atını öldüreceğini söyledi. Yıllardır boğu boşuna masraf oluyordu bu at.

-Kurşuna acımasam, valla beynine sıkıcam bir kurşun...- dedi. Yapar mı yapardı Qider Kul'ın tûfegini alır, gözlerini kapayıp atın beynine sıkardı kurşunu.

Yapmadı.

Bahara bıraktı bu işi.

-Hele bir bahar gelsin...- diyordu.

Bu sözü, -hele bir bahar gelsin- sözünü doğu köylüsü sık sık kullanır. Olamayacak bütün işleri bahara bırakırlar. Bahar bir umuttur, umut tazeleyicisidir, kurtuluştur, yeni bir düzendir onlar için.

O sebeple Komil, atın öldürülmesi işini bahara bırakmıştı. Bahar gelince vuracak, allahivekil vuracaktı!

Ama vurmadı. Bahar geldiği halde vurmadı.

-Valla kurşuna acımışem hal Kurşuna...- diyordu şimdi.

-Zızzzzzztl- diye karşılık veriyordu köyün veletleri. -Zızzzzzztl Ata kıyamırsen Komil! Atına, atına...-

-Lâhaviye velâkuvvetin illâ billâaaa...- diye mırıldanıyordu Komil.

-Zızzzzzztl Zızzzzzzzztl...-

Deliye dönecekti Komil. Erkek adam dediğinin bir sözü vardır, onu da yerine getiremiyordu. Gidip o gözlerinden irin akan, titrek bacaklı mende-bur hayvana göz atıyor, bazan gerçekten sinirlenip öldürmeye karar veriyor, bazan da, -Allah vuruş, ula bir de ben mi vuram şuncaza?- diye geçiriyordu içinden.

Oysa birşeyler yapmalıydı artık. Ya hero, ya micro! Ya çekip tabancayı, tûfegi, hayvanın beynine bom ettiriverecek, ya da köyün arkasındaki tepenin üstüne çıkıp, -Ey cemaati müslimillini Duyduk duymadık demeyin! Ben bir karyım karı! Sözünü söyleyip de edemiyen, beş paralık bir atı vuranıyan bir karyım karını!- diye bağırp özeleştiril yapacaktı. Zartası zurtası yoktu artık!..

Velâkin, ikisini de yapamıyordu Komil. Çaresizdi.

Birgün geldi bana, üzgün bakışlarla geldi odama, fısıltılı bir sesle konuşmaya başladı:

-Debermiyir...- dedi. -kanımı kurittti, kanımı...-

Boğazı düğmükleniyordu. Sanki boğazında büyük bir lokma vardı ve onu, o lokmayı yutamıyor, ya da yukarı çıkarıp tüküremiyordu.

Boğazındaki lokmayla kararını açıkladı:

-Götürüp dağa bırakacam... Kalsın dağda...

Kurtlar yesini Gözüm görmesini Yesin kurtlar..-

Sustuk. Oturduğu kürsüde yere bakıyor, elindeki çubukla yerleri kazıyordu.

Atı öldürmenin bir başka çeşidiydi bu. Besbelli ki, Komil'in atı dağda barınamayacak, birkaç gün içinde ölecekti. Kurtlar yiyecekti hayvanı. Evet, kurtlar hiçbir atı çeviremez, hiç bir atı yiyemezdi, ama Komil'in atının kurtlardan kurtulması olanağı yoktu. Kaçamaz, seğirtemez, çiftelliyemez, kendini savunamazdı. İş bitikti hayvanın...

Komil, verdiği kararın havasına öyle girmiş, atı dağlara bırakacağına öyle inanmıştı ki, bir başsağlığı ziyaretindeki gibi, sessiz ve üzüntülü boynu bükük kalakalmıştı karşında.

-Yarın sen de gel... Qidek bırakak dağa...- diye ekledi. Sonra kalktı, paytak yürüyüşüyle çekti gitti.

Ertesi sabah, çok erken saatte, belki gece yarısında, kapımı yumruklayarak uyandırdı beni Komil. Gün ağarmamıştı. Gece fenerinin fitilini yükselttim ve sordum:

-İyice düşündün mü?-

-He, düşündüm, he!..-

Karanlıkta düştük yola. Köyün arkasındaki keçi yolundan, birbiri ardı sıra yükselen tepelere doğru döne dolaşa çıkıyorduk. Komil, atın boynuna bir urgan geçirmiş, çeke çeke götürüyordu. Ben de arkadan...

Koyu karanlıkta, bayır yukarı yürüyorduk. Sıkıntılı bir yürüyüşü bu. Kafamızda sıkıntılı düşünceler dolaşıyordu. Kolay mıydı bir atı göz göre göre harcamak? O at ki, yıllar yılı yükünü, derdini çekmişti Komil'in. Hele bir kez, Hepsor düzlüğünde dört nala koştururken tókezlenivermiş, Komil'le birlikte yıkılmışlardı yere. Yan yatıvermişti at... Komil'in bacağı da atın altında kalmıştı. Aittan sıyrılıp kalkamıyordu Komil. At ise doğrulamıyordu. Yerde yatan atın doğrulması kolay değildir zaten. Önce, ön ayaklarını uzatıp, yere dayanarak birden fırlaması gerekir. Şimdi, bu durumda fırlayacak olsa, ister istemez Komil'e basacaktı hayvan, ikisi de korkudan soluyordu. Komil e-cel terleri döküyor, atın birdenbire doğrulup kendisini çiğneyeceğinden çekiniyordu. Bir süre birbirlerinin soluklarını dinlediler. Sonra at, ön bacaklarından birini uzattı, sağa sola yavaşça gezdirdi. Komil'in burnunun dibindeydi o ayak. Ve birazdan öteki bacağı da gezdirdi, Komil'e basmadığından emin olunca, kaslarını gererek, yavaşça doğruldu hayvan. Komil'i incitmeden, özenle... Sonra Komil de kalktı, atın gözlerinden, burnundan öptü; yaladılar birbirlerini, koklaştılar ve yeniden yola koyuldular.

İşte böyle bir attı bu! kolay mıydı bu atı harcamak?

Konuşmadan yürüyor, böyle şeyler



düşünüyorduk. Gecenin derinliğinden böcek sesleri geliyordu. Soğuktu gece; ve bu soğuk, dağların gece soğuğu, derilerimizi yalıyordu. Garip bir de kokusu vardı. Islak otların, kekliğin, meşeliklerin, böceklerin ve yıldızların kokusunun karışığı, adını bir türü bulamadığım, tanımlayamadığım bir koku. Dağ gecesi serinliğinin kokusu...

Dağlılar bilir: Gün, perde perde ağanır dağlarda. Güneş ışınları yeni bir tepeyi daha aşınca, ortalık biraz daha aydınlanır. Biraz, biraz daha... Batı yönündeki koyu mavilikler içindeki dağlara bakıyordum ben. Dalmıştım Komil durdu birden. Hiçbirşey söylemeden doğu yönüne çevirdi başını. Derinden bir soluk aldı. Ooooooflu bir Doğu Anadolu soluğu. Ben de doğuya baktım; ve o anda, umulmadık bir pembeyle, ılık, güleç yüzlü, tatlı bir pembeyle karşılaştım. O pembe renkli göğün altında, uzaklığına göre açılıp koyulaşan mor dağlar vardı. Sabahın er vaktinin dağları... Bir gezegenin yakından görünüşü gibiydi onlar. Engebesi ve bitki örtüsü açıkça görülebilen, ama gene de içinde sır saklayan... Bu sır, gene böyle bir seher vakti, dağlara bakılarak, uzun uzun bakılarak yakılan doğu türkülerinin sırrıydı herhalde.

Beş dakika daha yürüdük. Komil önde, at ortada, ben arkada... Bir tepenin üstündeydik. Gün ışımtı Altımızdaki düzlüklerde, bayırlarda, gürültüyle yayılan seller gibi parıldıyordu gün! Şaşılmalı bir aydınlığın içindeydik. Işıktan gözlerimiz sulanıyor. Çevremizdeki tüm varlıklarda Bingöl Dağları sabahının parıltısı, silbaştanlığı sevinçli cıvıdıyordu. Az önce buralardan koşa koşa geçen bir adam, güneşin sarı yıldızını yapraklara, böğürtlenlere, gelinciklere, ahlal ağaçlarının tomurcuklarına, otlara, kayalara, kayaların beyaz damarlarına rastgele sürüp kaçmıştı. Bitkiler ıslak ıslaktı. Çiğ düşmüştü. Çiğ damlacıkları, yaprakların üstüne konuvermiş dizi dizi çiğ damlacıkları, yeşilli daha yeşil, turuncuyu daha turuncu gösteriyordu.

Güneşten kamaşan gözleriyle gülümsedi Komil. Günaydın demek ne güzeldir!.. Hele konuşmaksızın... Kişi dertli bile olsa, dağlarda, dağlarımızda, seherde, sarı sarı yağan gün ışığına karşı gülümsemek ne güzeldir...

Bu bahar sabahından başka komil'i sevindirecek hiçbir şey yoktu. Yıllardan beri sevinmemiş, sevinecek birşey çıkmamış, sevinçin tadını almamıştı. Buydu işte sevinç! Bahardır sevinç! Hep birden cızırtıya başlayan böcekler, bir meşeliğin ardından birdenbire harrrr diye havalanan keklikler, soğuk soğuk pınartar, çağlayanlar, dağlardı sevinç!...

Balkanlardaki, ya da İspanya'daki çobanlar, Bingöl dağlarının ne denli değişik, canlı olduğunu bilir mi acaba? İkbin, üçbin metre yükseklikte buharlaşma olayı pek az olduğundan, karların erimesinden bu yana, yaz boyunca toprak ıslaktır. Güneş ise, yakar kavurur. İşte bu ikisi, ıslaklık ve dağ

güneşi, bitkileri çılgına çevirir. Toprak kabardıkça yumuşar, verimleşir ve her türden bitkiler fişkurir göğsünden. Dell gibi, dev gibi büyür otlar. Yüksekliği iki metreyi bulur. Öyle çiçeklerle karşılaşırsınız ki, boyu sizin kadar, kafası sizin kafanız kadardır. Boyu boyunuzaya denk... Selâm vermek gelir içinizden o çiçeğe. Hal hatır sormak, dertleşmek gelir...

Komil, gözlerini kısmış, hafiften gülümsüyerek atının organından çekip götürüyordu. Hoşnuttu. Ama hoşnutluğunu önemsemez gözüküyor, bir esikçağ düşünürü tavrıyla hoşnutluğun ötesindeki derin şeyleri düşünüyor gibiydi. Bir bütün olarak çevrenin güzelliğinin farkındaydı, ama çiçekleri, yaprakları, mor dikenleri tek tek umursadığı yoktu. Bu yüzden, tutup da yılan yastığı denen, minder büyüklüğünde, dudak kalınlığında, acı yeşilli, etli, dana pırzolası kalınlığında etli yapraklardan, insan boyundaki çiçeklerden söz açamıyordum. Konuşmadan yürüyorduk. Çevremizi süzerek. Oysa Komil'in atı, bitkilerin her birini ayrı ayrı tanımak, her birinin tadını almak istiyordu. At ikide bir duruyor, Komil'in çektiği organa karşı direnerek otlardan bir tutam koparmaya çalışıyordu. Komil organı bıraksa, yürüdüğümüz keçi yolundan ayrılıp otların arasına dalacak gibi gözüküyordu.

-Komil...- diyecek oluyordum, -Komil, bırak yesin hayvan biraz...-

Bu kocaman, etli otlar, sarı damarları fırlamış diri yapraklar, bir at için kimbilir ne mutluluktandı...

Komil'in atını dağlara bırakıp döndüğümüz gündün işte bunları anımsıyorum. Böyle gitlik ve Komil'le ikimiz, sessizce böyle döndük.

Döndüğümüzden iki ay sonra, köyde, köyün içinde iki çocuk kesti yolumu. Dört-beş yaşlarında iki velet... Soluk soluğaydılar. Daha karşıdan beni görür görmez bağırıp çağırmaya başlamışlardı. Öyle işaretler yapıyor, öyle bağırıyor, bükülüp sıçırıyorlardı ki, Komil'in atının döndüğünü, kuyruğunu savurarak Komil'in evinin önüne geldiğini, orada eşinip kişnediğini, yerinde duramayıp ikide bir şaha kalktığını, hem atın iki misli büyümüş olarak şaha kalktığını anladım. Komil'in atı dönmüştü! Yerinde duramayacak denli sağlıklı olarak, büyümüş, güzelleşmiş olarak dönmüştü!...

Hemen Komil'in evine koğtum. Karısı Haley kapının önüne çıkmış, komşularla şakalaşıyordu. Kapının önüne toplanan veletlerle şakalaşıyordu.

-Nerde at?- dedim, -nerde Komil?-

Ellyle -bindi gitti...- gibisinden bir işaret yaptı. Komil atını sürüp gitmişti he-heytl!..

Sonra Haley bana bir körsü verdi. Oracığa oturup Haleyin getirdiği ayranı içtim. Mısır ekmeğiyle bal yedim.

Dağ çiçeklerinin balıydı bu. Ve içtiğim ayran, Bingöl dağlarında yayılan keçilerin sütündendi.



**YURTTAŞLARIMA**

**Siz ey, ölü şehirlerin insanları,  
Kendinize acıyın bir parça!  
Gitmeyin artık savaşa, ey insancıklar!  
Geçmişteki savaşlar yetmedi mi?  
Ne olur, kendinize acıyın bir parça!**

**Bıçağa sarılmayın, ey insanlar, sarılın malaya!  
Bıçağın üstüne koymasaydınız her şeyi,  
Şimdi bir çatı altında olacaktınız.  
Ne var bir çatı altında olmaktan daha iyi?  
Bıçağı atın, ne olur, alın malayı!**

**Savaştan korunmak için, ey çocuklar,  
Yalvarın ananıza babanıza,  
Dört açsınlar gözlerini.  
Artık harabelerde oturmayız, deyin,  
Yanaşmayın onlar gibi acı çekmeye.  
Bağırın, savaştan kurtarsınlar sizi!**

**Size bağlı hâlâ, ey analar, size bağlı,  
Sürdürmek ya da söndürmek savaşı.  
Yaşasınlar çocuklarınız, ne olur bırakın!  
Ölsünler diye gelmediler dünyaya.  
Bırakın, analar, çocuklarınız yaşasın!**

**BERTOLT BRECHT**  
Çev. A.Kadir-A.Bezirci