

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ İLAÇ FORUMU

CILT: 17

AYDA BİR YAYINLANIR

SAYI: 3 / 1997

dünyada ilk ben sevdim barışı

atları nehirleri

kızarmış ekinleri

ormanları baharları

sever gibi sevdim

ilk ben barışı

yüzümde binlerce yıllık göçün

o evrensel çizgileri

dünyada ilk ben sevdim kavgayı

barışa varmak için



AEOB İLAÇ FORUMU

Aylık Yayın Organı

Cilt: 17 Kasım 1997/3

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

Yönetim ve Yazışma Adresi
Konur Sokak No: 36/12, Kızılay-Ankara
Tel: 425 08 07 - 425 42 96

YAYIN KURULU
Pınar Bulut
Sevim Çınar
Suna Çetintaş
Rana Kunt
Sündüs 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 aralık, bilgisayarda ise MS-Word ya da Macintosh programlarıyla yazılması ve yazıların orijinal çıktısı ile birlikte disketinin de gönderilmesi teknik açıdan kolaylık sağlayacaktır.
- Kaynakçalar belirtilmelidir.
- Şekil ve grafikler çini mürekkebi ile aydın ve beyaz kuşe kağıda çizilmeli, resimler parlak fotoğraf kartına net şekilde basılmış olmalıdır.
- Yayın için gönderilen yazılar yayın kuruluna ulaşma tarih ve sırasına göre değerlendirmeye alınır.
- Yazıların yayınlanıp yayınlanmayacağına Ankara Eczacı Odası Bülteni İlaç Forumu Yayın Kurulu karar verir.
- Dergiye gönderilen yazılar geri verilmez.
- Yazılardaki görüş ve fikirlerden yazarları sorumludur.

Dizgi ve Ofset Hazırlık

ÜRÜN LTDL. ŞTİ.
Hatay Sokak 9/19, Kızılay-Ankara
Tel: 425 39 20 Fax: 417 57 233

İÇİNDEKİLER

Korkusuz Güleryüzlü Çocuklara Uzm. Ecz. Olcay Seles.....	2
14 Mayıs.....	3
Panel.....	9
TEB 29-30. Dönem III. Bölgelerarası Toplantısı Yapıldı.....	21
Klinik Açısından Ağrı Doç. Dr. Ayşen Yücel.....	23
Analjezik İlaçlar..... Prof. Dr. Rümeyza Demirdamar.....	27
Nonsteroidal Antiinflamatuar İlaçların Genel Toksik Etkileri Uzm.Ecz. Eda Cindoğlu.....	28
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları..... Prof. Dr. Serhat Ünal, Dr. Taylan Kav.....	44
Pöti Gren Eterik Yağları Doç.Dr. O. N. Yalçındağ.....	46
Yeni Ürünler.....	50
Kralın Dersi William Morris.....	52
Banş..... Yannis Ritsos.....	56

KORKUSUZ GÜLERYÜZLÜ ÇOCUKLARA

Uçak kalkmak üzere. Güneydoğu'da bir ile konuk olacağız. Yeni Oda Binalarını hizmete açacaklar.

Bizim uçakla gelmemizi öneriyorlar. Karayoluyla gelmemizin sakıncalı olacağını düşünüyorlar. Korkularını dile getiriyorlar. Birçok kişiyle ayrı ayrı konuşuyorum. Kimi Özel tim'den, kimi terörden, kimi askerden ama sonunda hepsi birilerinden korkuyorlar.

Bu kadar korkunun arasında uçaktan korkmamam gerektiğini düşünerek biniyorum uçağa.

Uçakta herkes birbirinden korkuyor. Yanımda oturan kadın kucağındaki yavrusuyla ve belki o da benden korkuyor, görevli olan kocasını ziyarete gidiyor. Kocasının bağlı olduğu bakanlık da karayoluyla ulaşımdan korktuğundan uçakla kavuşturuyor eşleri.

Taksiye biniyoruz şehir merkezine gitmek üzere ve şoför bizden, biz ondan korkuyoruz.

Otele geliyoruz, bir sürü önlem, ananın adı, babanın yaşı, mesleğin, şehire geliş nedenin, resepsiyon memuru da korkuyor, sonuç olarak, geleniyle, gideniyle bir sürü insan korkuyor. Onlar korktukça, biz korktukça herkes korkuyor. Ertesi gün illi gezmeye karar veriyoruz yine korkarak. Gitmeye karar verdiğimiz yerlere bizleri götürmekle sorumlu olanlar korkuyorlar. Ziyaret edemediklerimiz seviniyorlar, korktukları başlarına gelmedi diye.

Oralarda yaşadıklarımızı bir kenara koyarak evimde, bu satırları yazmaya koyuluyorum.

Neden bu kadar korkak olduk diye düşünüyorum.

İnsanlar, herkesten korkuyor; patron işçisinden, işçi patronundan, karı kocasından, köca karısından, ev sahibinden, kiracıdan, servis şoföründen herkes ama herkes birbirinden korkuyor, çocuklar.

Şiirden, yazardan, çizerden, yürekte, beyinden, çocuklardan bile korkuyoruz. Yaşadıkları her yıl için bir yıl hapis cezası veriyoruz, 13, 14 yaşında çocuklarımıza.

Partilerden, onun liderlerinden korkuyoruz. Liderler seçmenlerinden korkuyor çocuklar.

Attığımız palavralardan korkuyoruz, korktuklarımıza inanıyoruz, çocuklar.

Yağmurdan, selden, depremden, karanlıktan, aydınlıktan, her şeyden ama herşeyden korkuyoruz, çocuklar.

Aştan, sevgiden, konuşmaktan, susmaktan, yavrum, oğlum, kızım, sevgilim demekten, dokunmaktan, dokunulmaktan korkuyoruz.

Görev almaktan, sorumlulukları paylaşmaktan, müzikten, yaşam öyküleri dinlemekten, kahkahalardan, dişimizi göstermekten, sakatlarımızı, sakatlıklarımızı göstermekten korkuyoruz, çocuklar.

Örgütlenmekten, örgüt yöneticilerinden, sendikalardan, işçilerden, köylülerden, ağalardan, şihlilerden, şeyhlerden korkuyoruz, çocuklar.

İnananlardan, inanmayanlardan, şarkıdan, türküden, ekmekten, sudan aklımıza ne gelirse hepsinden ama hepsinden korkuyoruz, çocuklar.

Özetle korka korka yaşıyoruz.

Belki de istenen bu, korkan insanların sayısını arttırmak. Yani sizler ne kadar çok korkarsanız birilerinin cesareti o kadar artacak. Sizler korktukça korkutan insanlar bu işten zevk alacak.

Belki de korkutanlar, düşündüklerinizden dolayı sizin pişman olduğunuzu söylemenizi ve böylece de insanlık onurunuzdan ödün vermenizi istiyorlar. İnsan olduğunuza pişman olduğunuzu söyletmek istiyorlar.

Özetle, korkan pişmanlık duyan ve bunun sonucu dizlerinin üzerinde birilerine yalvaran bir toplum olmamızı istiyorlar, çocuklar.

Korkular öğrenilerek, öğretilerek oluşuyor. Korkuları yenmek de öyle ama öğrenmenin başına çaresizliği koyduğunuz zaman ki çaresizliğin nedeni bilinçsizliktir, korkuları yenmek olanak dışıdır. İşte biz böyle büyüdük çocuklar.

Ama, ne zaman bilinçlenirsek, çevremizi saran duvarları yıkarsak, beynimize takılı kilitleri açarsak, düşünceyi suç olmaktan çıkarırsak bu korkuların yerini cesaret alacaktır, çocuklar.

Ancak o zaman birbirimizi dinlemeyi, sevmeyi, gülmeyi öğreneceğiz.

Ancak o zaman cesaretili cahiller sultanından kurtulacağız.

Ancak o zaman tetik yerine uçurtma iplerini tutacak çocuklarımızın elleri.

DÜNYA BARIŞ GÜNÜNÜZ KUTLU OLSUN
KORKUSUZ GÜLERYÜZLÜ ÇOCUKLARA.

Uzm. Ecz. Olcay SELES

14 MAYIS

14 Mayıs 1997 Eczacılık günü kutlamaları her yıl olduğu gibi 9.30'da Anıtkabir'i ziyaret ve Ata'ya saygı duruşu ile başladı.

Hacettepe Üniversitesi'nin ev sahipliğini yaptığı kutlamaların, açılış konuşmasını Ankara Eczacı Odası Başkanı Uzm. Ecz. Olcay Seles yaptı. Olcay Seles ülkemizin ve eczacılığın çeşitli sorunlarına yönelik olarak şunları söyledi: Fakültelerimizin sayın dekanları, değerli öğretim üyelerimiz, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti Başkanı, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü ve Genel Müdür Yardımcıları, Emekli Sandığı Sağlık Daire Başkanımız, sevgili meslektaşlarım, değerli öğrenciler; 14 Mayıs Eczacılık Gününe hoşgeldiniz.

14 Mayıs etkinliklerini yıllardır sürdürdüğümüz bir gelenekle dönüşümlü olarak fakültelerimizle paylaşarak düzenliyoruz ve bundan da büyük bir feyz alıyoruz.

Bu nedenle, bugüne kadar bu etkinliklerimize destek veren dekanlarımıza, değerli öğretim üyelerimize, sevgili öğrencilerimize teşekkürlerimizi sunmak istiyorum.

Özellikle bu feyzi bize yaşatan anahtar sözcüğün altını çizmek istiyorum; paylaşmak. sevinçleri, üzüntüleri, ekmeği, yemeyi, bilgiyi paylaşmak işte bugün 14 Mayıs Eczacılık Gününde bunları birlikte paylaşıyoruz.

Paylaşmak, gerçekten huzur veren çok güzel bir duygu ama, şu anda belki de, ülkemizin en önemli sorunu paylaşamamak.

Doğayı, sevgiyi, saygıyı paylaşamıyoruz, ülkemizi paylaşamıyoruz, hatta elle tutulamayan, gözle görülemeyen şeyleri bile, Tanrı'yı bile paylaşamıyoruz. Oysa hepimiz biliyoruz ki, paylaşmak akıl işidir. Ancak, insanoğlu, her zaman aklını kendisine kılavuz yapamamıştır; bunun tersine, çoğu zaman, hazır bulunduğu gelenekleri, görenekleri, din kurallarını gözü kapalı olarak kabul etmiştir. Özel bir kültür anlayışını; yani, aklın ışığına dayanarak bağımsız bir insanlık kültürünü geliştirme istencini bir türlü sağlayamamıştır.



Eczacılar Anıtkabirdeler...

İşte, Ortaçağ anlayışı diyebileceğimiz bu gözü kapallık, dünyanın pek çok ülkesinde hâlâ ne yazık ki geçerliliğini korumaktadır. Oysa, aydınlanma denilen şey, insanın aklını kendisinin kullanmasıdır, aklını başkalarının emanetine bırakmamasıdır ya da aklını kullanmak hakkını bir başkasına devretmemelidir. Eğer, aklımızı kullanmak hakkını başkalarına devredersek, buna karşılık, bize bir başka hakkın sağlanabileceğini düşünmeye başlarız ne yazık ki; yani, aklımızı devrettiğimiz kimselerin, bizim için nasıl olsa düşüneceklerini, bizim için iyi şeyler yapacaklarını beklemeye, düşlemeye başlarız.

Nitekim, Türkiye'deki siyaset anlayışı, delege sistemi vesaire gibi şeyler de eklendiğinde, görüldüğü gibi, aklın başkalarına devredilmesi şeklinde algılanmakta ve devralanlar, bildikleri kutsal değerlere yemin ederek, bizler için iyi şeyler yapacaklarını vaat etmektedirler.

İşte, bu yemin ya da and içme, her zaman aklın önüne geçen şey olmaya başlamıştır. Uğruna and içtiği ya da yemin ettiği şeyleri bozduğu takdirde inancını bozma korkusu daha büyük olsun diye namus, şeref ya da Tanrı'nın gazabına uğramak gibi kavramlara bağlanır; ancak, Tanrı korkusu her şeyin üzerinde gelen insanlar için farklı bir yemin biçiminin bağlayıcılığı kalmaz; ancak Tanrı'nın kendisini cezalandırabileceğini

düşünür. Bunun dışındaki kavramlar üzerine yemin etmek onu hiç korkutmaz.

Ayrıca, tüm iyiliklerin de Tanrı'dan geleceğine inandığından, nasıl olsa bizim için iyi düşüneceğini, iyi şeyler yapacağını düşündüğünden, yaşadıkları devlette uymayı kabul ettiklerini söyledikleri sınırlamalarla, yasalara, yönetmeliklere uymazlar; çünkü, inandııkları şey üzerine ettikleri yeminin bağlayıcılığı kalmaz.

İşte, dünyamızda hâlâ böyle ülkeler vardır ve tarih, korkudan ya da yaltaklanmak için kralları üstüne yemin etmiş insanlarla doludur.

Ancak, bilim, tüm o korkuların ya da krallığın üstesinden gelmiş ve aklın önündeki engelleri birer birer kaldırmış yerine hukuk devletini koymuştur.

İşte, bu nedenle, Atatürk'ü, cumhuriyeti, laik devleti ve demokrasiyi seviyoruz değerli meslektaşlarım.

İşte, bu nedenle, bilim adamlarıyla dolu bu salona hitabetmek bizlere ayrı bir onur veriyor.

Ankara Eczacı Odası olarak yıllardır bilimin yaktığı ışığın izinde yürümeye çaba gösterdik ve göstermeye de devam edeceğiz.

Bu felsefeden hareketle, çağdaş dünyaya ulaşmayı amaçlayan ve yıllar süren bir yapılanmayla penceremizi genişletmeye uğraşıyoruz. Bu uğraşlarımız çerçevesinde her şeyin; küreselleşme adı altında devleti küçülterek ve giderek ticaretin acımasız koşullarına terk edilmeye başlandığı günümüzde, bilim de, artık alınabilir, satılabilir bir ortama doğru sürüklenmektedir. Belki de kaçınılmaz bir gidiştir bu. İşte bu sürüklenme içerisinde olmamak için, hepimizin bildiği gibi, internet merkezini kurduk ve her geçen gün gelişmektedir.

Dileğimiz, bu sistemin, siz değerli bilim adamlarımız ve meslektaşlarımızca desteklenmesidir; çünkü, dev adımlarla gelişen teknoloji, bugünkü görünümüyle bilgiyi de, parayı ödeyenin yararlanacağı bir mal şekline dönüştürmüştür.

Türkiye'nin önemli sorunlarından birisi de bilginin biriktiği merkezlerin yok denecek kadar az olmasıdır. Eğer, elinizde derli toplu birikmiş bir bilgi yoksa, gelecekteki bilgi pazarında -ne yazık ki bu deyim kullanmak zorundayım- yalnızca satın alan durumda kalacağımızı söylemek kehanet olmamalıdır.

Bilgi toplumu, büyük bir süratle kurulmakta ve uluslararası tekeller şimdiden oluşmaya

başlamaktadır. Artık bilgi, kütüphanelerin tozlu raflarında değil, asla tozlanmayan on-line sistemiyle elektronik ortamlara aktarılmaktadır. Şimdilik kilidi üzerinde hazır tutulan; ancak, anahtarı henüz döndürülmeyen bu sistemde, herkese açık inanılmaz bir talep yaratılmaktadır. Bu gelişimi göremezsek, yakında maaşlarımızı ya da gelirlerimizin büyük bir kısmını bilgi satın almaya ayıracağız. İşte, bunu engellemek için de Ankara Tabip Odasıyla birlikte bu merkezi kurduk ve eczacılık fakültelerimize faks modem cihazlarını verdik, artık iş, onların bu sisteme katılmalarında. Yavaş yavaş hastaneleri bu sisteme bağlama yönünde çalışmalarımız sürmektedir.

Yine, bu merkez içerisinde UMEDYA adını verdiğimiz Ulusal Medical İletişim Ağımız işlemeye başlamıştır. Önümüzdeki günlerde hastanelerin de bu sisteme bağlanmasıyla ülkemizin neresinde olursa olsun, bir salgın hastalığa yol açabilecek vakayı yakalamak, yaygınlaşmadan önlemek ve tedavi etme şansımız olacaktır.

Ülke ekonomisine çok önemli katkısının olacağını düşündüğümüz bu sistemin çalışmasıyla gereksiz ilaç tüketimini engellemek, gereksiz hammadde stoklarıyla ülkenin döviz rezervlerini engellemek ve sanayiinin, akılcı yatırımlara, hatta mevsimlere göre üretimlerini yönlendirmek şansımız vardır.

Önemli olan, bu sistemin desteklenmesi ve bilgi akışının sağlanmasıdır. İşte bu destek sonucu, mükemmel bir bilgi bankası kurmak ve az önce söylediğim anahtarı elinde, bu kilidi kapatmak üzere bulunan uluslararası bilgi pazarına para ödmeden, takas yoluyla başka bilgileri ülkemize alacak, ülkemizi önemli bir pazarlık gücüne kavuşturmak bir görev olarak önümüzde durmaktadır.

Bu konuda başlangıç aksaklıkları yaşamımıza karşın, ilk adımı atan Farmasötik Bilimler Ankara Derneği yöneticisi meslektaşlarımızı, sistemdeki ilk kuruluş olmaları nedeniyle kutluyorum.

Değerli meslektaşlarım, sayın konuklar; bir 14 Mayıs Eczacılık Gününün açılış konuşmasının sınırlarını fazla zorlamak istemiyorum ancak, bir noktaya da değinmeden konuşmamı bitirmek istemiyorum; Bugün Türk Eczacıları Birliği ve ona bağlı odalar, yılların deneyiminden geçerek çok önemli bir konuma gelmişlerdir. Özellikle solunum güçlüğü çeken ülkemizde, ülkemizin akciğerleri olarak görev yapmaktadırlar. Ulusal temsilyetlerini giderek uluslararası boyutlara taşımaktadırlar.

İşte bu anlamda artık, siyasetçiler ya da politikacılar, gözlerini meslek örgütlerine çevirmeye başlamışlardır; ancak, iki tip gözlükle meslek örgütlerine bakılmaktadır.

Birincisi, örgütlü toplum olmaktan keyif alanlar ki, demokrasinin gereği budur ve meslek örgütlerine bilgi kaynağı olarak danışma merkezi olarak algılanmaktadır.

İkincisi ise "bunlar örgütleniyor aman hat..." diyenlerdir ve her şeyi kendilerinin dışında kimse'nin bilemeyeceğini düşünen taraftır.

İşte, biz, Ankara Eczacı Odası yöneticileri olarak birinci tip; yani, meslek örgütlerini bilgi kaynağı ve danışma merkezi olarak algılayan her kişi ya da kurumla işbirliğine hazırız. Ancak, bu işbirliği, siz değerli meslektaşlarımızın desteğiyle olacaktır. Üyelerinin sahip çıkmadığı hiçbir meslek örgütü ne üretebilir ne de olumsuzluklara karşı direnebilir.

Üniversitelerimiz bize sahip çıkmazsa, milletvekillerimiz bize destek vermezse, öğrencilerimiz ve basın bize sahip çıkmazsa, demokrasinin yerleşmesi, korkarım ki çok uzun zaman alacaktır.

Bizler, uzun zamandır örgütlü toplum olma mücadelesini verdik ve vermeye de devam edeceğiz; ancak, hiçbir zaman aklımızdan şunu çıkarmamalıyız:

Bir daha dünyaya gelmeyeceğiz.

Bir daha, yeni doğmuş çocuğun ilk günü kokusunu duymayacağız.

Bir daha, ilk açan çiçeği koparamayacağız aynı yerinden.

Bir daha, akan suya, ayaklarımız, aynı yerinden değmeyecek; kimse de bunları tekrarlamamızı sağlayamayacak ve bizler, sorunlarımıza sahip çıkmadıkça, aklımızı başkalarına emanet etmekten kurtulamayacağız.

Gelin, bu 14 Mayıs gününü hep birlikte paylaşarak emanetçilikten kurtulalım.

Hepinize saygılar sunuyorum.

Daha sonra TEB merkez heyeti Başkanı Ecz. Mehmet Domaç Devlet Kurumlarıyla anlaşmalar yaparak hizmetini karşılayan eczacıların, herhangi bir anlaşmada 30'a yakın sorumlulukla görevlendirilirken, devletin kurumlarının bir tek sorumlulukla karşı karşıya buldukları halde uzun süredir bu sorumluluklarını yerine getirmediklerini; sağlık hizmeti üreten eczacıların parasını geri ödeyerek o hizmetin tekrarlanmasını bir türlü

sağlayamadıklarını ve bu durumu, tasarruf tedbirleri, denk bütçeyle açıklamanın da olnaklı olmadığını belirterek söze başladı.

Devletin ve kamu sigorta kurumlarının, hizmetin karşılığını ödemek için gerekli altpayı oluşturmamasının akılcılıktan ve gerçeklerden uzak bir yaklaşım olduğunu ve böylesi bir uygulamanın sürgit devam edemeyeceğini, şüphesiz bir yerinden bir gün kırılacağını belirten Domaç sözlerine şöyle devam etti: Eczacılar, üretim ve hizmet alanında görev alarak veya görevlendirilerek kalkınmaya katkıda bulunmak amacıyla eğitilmiş insan gücüdür. Bu gücün planlanmasındaki eksiklik büyük sorunları birlikte getiriyor. Eczacılık fakültelerine yılda alınan 950-1000 öğrencinin 700 kadarının, her yıl serbest eczane açması, serbest eczane yaşam alanlarının daralmasına neden oluyor. Dağılımdaki eşitsizlik ve eşitsizlikten çok, çok sayıda eczacının gizli işsiz haline gelmesi sorunlarımızı büyütüyor.

Toplumsal üründen yeterince pay alınmaması, rant ekonomisinin cazibesine kapılınması, sağlık alanında hizmet üreten kişi olduğunun bilincinden uzaklaşması, meslektaşların, birbirini alandan dışlama rekabetlerinin kapılarını açıyor.

Böylesi bir durumda, mesleki kaygıdan çok ticari kaygının ortaya çıkması, mesleğin kendisine zarar veriyor. Söz konusu durumla tüm meslek alanlarının karşılaştığını görüyoruz. Mesleki denetimlerin sıklaştırılmasıyla, yapılan yanlışlıklar şüphesiz cezalandırılıyor ancak cezalandırmadan çok, eczane ve eczacılar hakkındaki yasanın değiştirilerek eczacılık alanına yeni düzenlemelerin getirilmesi gerekiyor.

Türk Eczacıları Birliği, yasayla ilgili çalışmalarını bitirerek, gerekçeleriyle birlikte Sağlık Bakanlığına ve milletvekillerine sunacak hale getirmiştir.

Yasalara aykırı, gizli anlaşmalarla yani, hepimizin çok iyi bildiği muvazaayla kurulmuş eczaneler giderek yaygınlaşıyor.

Sosyal Sigortalar Kurumunda eczacısı olmayan poliklinik eczaneleri; yine, Sağlık Bakanlığında eczacısız ilaç hizmeti veren çok sayıda devlet hastanesi bulunmaktadır. Üstelik, olağanüstü hal bölgesinde 13 ilde hiçbir devlet hastanesinde eczacı olmadığını da burada belirtmek istiyorum. Bu hizmet, bugün eczacısız olarak verilmeye devam edilmektedir.

Yasalara aykırı bu durumun, yasalara uygun

hale getirilmesinin görevi Sağlık Bakanlığındadır. Uzun süredir devam eden, kamu vicdanını ve halk sağlığını rahatsız eden uygulamaların ortadan kaldırılması gün geçirilmeden yerine getirilmelidir.

Kamuda çalışan eczacıların özlük haklarındaki olumsuzluklar, eczacılar için, kamuda istihdamı bir seçenek olmaktan çıkmıştır. Çünkü çalışan eczacıların ücretleri düşüktür. Yetki ve sorumlulukları belirleyen yönetmelikler çok gecikmiş ve eskilerde kalmıştır. Hastane ve poliklinikte çalışan eczacılar arasında ücret farklılıkları meydana gelmiştir. Hastanelerde bir yönetim birimi olan başeczacılık kadroları kaldırılmış, hastane yönetimlerinden eczacılar dışlanmıştır. Dolayısıyla, artık, eczacılar, kamuda çalışmayı düşünemez duruma gelmişlerdir.

Değerli meslektaşlarım, Türk Eczacıları Birliği, iyi eczacılık uygulamalarını ülke çapında yaygınlaştırmak, ülke insanına sağlık ve ilaç alanında en etkin bilgi ve hizmeti sunmak amacıyla yönelik çalışmalar yürütmektedir. Eczacıların, hastaya en yakın sağlık danışmanı fonksiyonunu güçlendirmek için projeler ortaya koymaktadır. İşte, bu projelerden bir kısmını şurada sayabilirim. Bu projeler, özellikle vatandaşların temel ihtiyaçlarını tespitten yola çıkarak hazırlanmıştır:

- Kaliteli aile planlaması hizmeti.
- Eğitici eczacı eğitimi programı;

Bu program çerçevesinde AIDS, Astım, hipertansiyon, diyabet, ağrı ve ağrı kesiciler vb. programlar planlanmış, her eczacı odası bölgesinden eczacılar çağrılarak, eğitici eczacılar yetiştirilmektedir. Bu meslektaşlarımız, daha sonra yörelere giderek 10-15'er kişilik toplantılarla meslektaşlarını bilgilendirmekte ve eğitmektedirler. Her bir konu için 20 bin kitap, 18 500 afiş bastırılmıştır. Ayrıca, 1 milyon civarında broşür bastırılarak eczanelerden dağıtılacak hale getirilmiştir.

Eczacının, direkt hastayla ilişkisini geliştirmek ve ülke insanının sağlığına katkıda bulunmak için çalışmalarımızı daha yüksek boyutlara çıkarma uğraşı veriliyor.

Hasta haklarını korumak ve hastaların hayatlarını kolaylaştırmak amacıyla Birliğimiz, Sağlık Bakanlığıyla kişisel tedavi için yurtdışından ilaç teminine ilişkin bir protokol imzalamıştır. Bu protokol çerçevesinde, bugüne kadar yurtdışındaki bir dizi ilaç firmasıyla görüşülmüş ve ilaçların

ülkemize getirilmesini ve hastalara ulaştırılmasını kolaylaştıracak çeşitli tedbirler alınmıştır.

Türk Eczacıları Birliği, bu hizmeti tamamen hastaların çıkarını korumaya ve yaşamlarını kolaylaştırmaya yönelik olarak verecektir. Toplum sağlığını korumayı kendisine temel ilke edinen Türk Eczacıları Birliği, hastaların sorunlarına kalıcı çözümler bulmak yönünden tüm örgütünü seferber edecektir.

Bu çerçeve içerisinde, ilk adım olarak düşünülmeli gereken bu protokol, Birliğimiz için oldukça mutluluk vericidir. Bu protokol gereğince, hastanın tedavisi için hekim tarafından gerekli görülen ve reçeteye yazılan; ancak ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu halde çeşitli nedenlerle üretimi ve ithalatı yapılmayan ve bakanlıkça onaylanan reçetelerdeki ilaçlar, yalnızca kişisel tedavide kullanılmak üzere hastanın veya yakınının talebi halinde Birlik tarafından, yurtdışından temin ve iyi dağıtım kurallarına uygun olarak hastaya veya yakınına teslim edilecektir. Birliğimiz, bu hizmet karşılığında vatan- daştan, ilacın yurtdışındaki fiyatı dışında herhangi bir ücret talep etmeyecektir.

Ülkemizde giderek büyüyen bir sorun haline gelen madde bağımlılığı konusunda Türk Eczacıları Birliği, Kuruluş Yasasının kendisine verdiği "Halk sağlığını öncelikli olarak korumak" görevinden hareketle bu konuda meslektaşlarımızı ve meslek topluluğumuzu aydınlatmak amacıyla bir dizi çalışma yürütmektedir. Madde bağımlılığının engellenmesi, eğitim ve araştırma olanaklarının artırılması, tanısının kolaylaştırılması ve tedavisine yardımcı olunması amacıyla yapılması düşünülen merkez için Çankaya Belediyesiyle anlaşılmıştır. Kurulacak olan merkezde, madde bağımlılığına yönelik tanı, tedavi, araştırma ve eğitim gerçekleştirilecektir.

Ülkemizin içinde bulunduğu duruma bakıldığında, 14 Mayıs 1997'de mesleki sorunlarımızın çoğaldığı gerçeğinin belirtilmesini çok önemli olarak görüyoruz ancak, cumhuriyetin temel ilkelerine yönelen saldırıların önlenmesinde, devletin içerisine çöreklenen ve uyuşturucu ticaretiyle geçinen çetelerin ortaya çıkarılmasında; meslektaşlarımızın, meslek örgütlerimizin, üniversitelerimizin yapacağı katkılar çok daha önemli olarak karşımıza çıkıyor.

Bizler, şeriat-darbe ikileminde çözümsüz bırakılamayız. Çözümün demokraside olduğunu biliyor, tüm eczacılık topluluğunun, demokrasiye,

hukukun üstünlüğüne, insan haklarına ve laikliğe sahip çıkması gerektiğine inanıyoruz. Demokratik ortamların olmadığı durumlarda sağlık, eczacılık ve eğitim alanlarının sorunlarını çözemeyeceğimizi biliyoruz.

İnsan haklarının temelinde yaşam hakkı bulunmaktadır. Kuşkusuz, bu hak, özünde sağlıklı yaşam hakkını içeriyor. Bizlerin amacı, insanları, sağlıklı, uzun bir yaşam içerisinde yaşatmaktır. Bu anlamda insana yapılan yatırımın sağlık ve eğitim alanında artırılması, üretimin artırılması anlamına gelmektedir.

Eczacıların sorunlarının çözülmesi, sağlık alanındaki etkinliklerinin artmasını ve ülke insanına verecekleri hizmetin kalitesinin artmasını getirecektir.

Demokratik, laik, insan haklarına saygılı, hukukun üstünlüğüne inanan Türkiye, özerk demokratik üniversite ve sorunları asgariye indirilmiş eczacılık özlemiyle 14 Mayısımızı kutluyor, sevgilerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Daha sonra söz alan ilaç ve Eczacılık Genel Müdürü Ecz. Kemalettin Akalın, Eczacılık ve ilaçla ilgili yasalarımızın, Cumhuriyetin ilk yıllarında Atatürk zamanında çıkmış yasalar olduğunu ve halen bu yasalarla idare edildiğimizi ve artık günümüz şartlarına uygun olarak çağdaş eczacılık hizmetlerinin sunumu için gerekli bir takım değişiklikleri yapmak mecburiyetinde olduğumuzu belirtti.

Bakanlık olarak meslek kuruluşlarıyla ve bilim adamlarıyla, üniversitelerle yakın ilişki içinde olduklarını ve bilhassa eczacılıkla ilgili yasanın hazırlanmasıyla ilgili çalışmaların Türk Eczacıları Birliği tarafından yapılması gerektiğini, çünkü, fiilen onların problemlerinin olduğunu ve onlar tarafından hazırlanacak bu yasa taslağının ilgili kişi ve kuruluşlarca tekrar değerlendirip tasarrın meclisten geçmesini arzu ettiklerini sözlerine ekleyen Akalın halen yürürlükte olan yasanın olumsuzluklarını; dilinin eski olması, muvazaayla ilgili olarak yeterli açıklığın bulunmaması nedeniyle muvazaa konusunun engellenememesi olarak açıklayarak şöyle devam etti:

Birinci olarak, yasa, eski tarihli olduğu için, dil olarak, yeni mezun olan arkadaşlarımız tarafından anlaşılması oldukça zor. İlk etapta bunun dil olarak sadeleştirilmesi ve zamana uyumlu hale getirilmesi gerekiyor.

Bugün muvazaa dediğimiz zaman, bir eczacının bir başkasıyla menfaat karşılığı eczane

açması diye düşünülebiliyor. Ancak, eczacılık için oldukça düşündürücü bir husus var, daha doğrusu, (nasıl çözebileceğiz diye onu düşünüyorum) yetki muvazaası vardır. Eczane muvazaası değildir, eczacısı işinin başındadır; ancak bütün yetkilerini yetkisiz olan kalfa ve çırağa devretmiştir; yani ilacı, hastaya bir yerde yetkisiz olan kalfa ve çırak vermektedir. Eczacı ilacı hastaya kendisinin vermek ve ilaç hakkında yeterli bilgiyi sunmak mecburiyetindedir. Bu, iyi eczacılık uygulamalarında da vardır, yeni hazırlanacak yasaya da konmalıdır.

Bir diğer önemli husus, biliyorsunuz, eczacıların hangi şartlarda eczaneden ayrılacakları yasada belirtilmiştir. eğer hastaysa hastalığı iyi olana kadar, milletvekili veya belediye başkanı, seçildiyse bu süre içinde mesul müdür tutma hakkı vardır ancak, bir eczacının -artık sosyal bir ihtiyaç haline gelmiştir- 15,20 gün tatil yapma hakkı yoktur, yasada böyle bir şey yoktur ama, yapıyor mu, yapıyor. Yeni yasada bunu detaylı bir şekilde ortaya koymak mecburiyetindeyiz.

Bir diğer önemli husus, artık bugün sosyoekonomik şartların getirdiği durumlar neticesinde bir eczacının 12 saate yakın bir süre zarfında, 10 saat boyunca eczane başında bulunma mecburiyeti var. Bunun da oldukça zor ve sıkıntılı durum olduğunu düşünüyorum. Onun için de, bir eczaneye bir yardımcı eczacının veya ortak eczacılığın eczacılık uygulamalarında Türkiye'ye gelmesinde yarar bulunmaktadır.

Önemli hususlardan bir tanesi de bu yasada yer alacaktır -bildiğim kadarıyla- bugün birçok Batı ülkesinde uygulanan serbest eczanelerin açılması ve kontrolünün de meslek kuruluşu tarafından yapılmasıdır. Biz ise, devlet olarak hem hâkim hem savcı durumundayız; hem açıyoruz, hem kontrol ediyoruz. İşte bu durum batı ülkelerinde meslek kuruluşları tarafından eczane ruhsatlarının mahallinde düzenlenmesi ve bunların gerektiği takdirde de bakanlık tarafından kontrol edilmesi şeklinde yürütülmektedir. Bu çağdaş bir uygulamadır. Tahmin ediyorum, yeni yasada bu tür maddeler de yer almaktadır, bunların da olması gerekir.

Artık, önümüzdeki yüzyıla çok az bir zaman kaldı. Eczacılık mesleğinin de çağdaş hale getirilmesi için birtakım düzenlemeleri yine bu yasada yapmak durumundayız. Eczacının tanımı, geniş anlamda bir tanımı, ayrıca bu yasada, eczacının

görev, yetki ve sorumluluklarını da çok detaylı bir şekilde belirtmek mecburiyetindeyiz.

Zamanımız dar, bir diğer konuya geçmek istiyorum, bu da, İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü olarak son yıllarda birçok çalışma yaptık. Bunlardan son ve herkesi ilgilendiren bir husus, Genel Müdürlük olarak üç sene önce İternet bağlantısını yapmıştık, bu bağlantıyla birtakım bilgilerin alınması ve izlenmesi amacı güdüüyordu. Ancak birtakım bilgilerin verilmesi de söz konusu. Bununla ilgili de bir bağlantı, bir sayfa açtık, onunla ilgili sizlere bilgi arz etmek istiyorum.

Bu internet sayfasında bizler tarafından birtakım bilgiler orada yazılacak ve herkese ulaşması sağlanacaktır. Bunlardan birincisi, Türkiye'de bütün ilaçla ilgili üreticiler ve ithalatçıların isim ve adreslerini Türkiye'de halihazırda ruhsatlı olan bütün ilaçların isimlerini formülleriyle birlikte buraya girmek istiyoruz. Bu çalışma son aşamaya geldi.

Bir diğer önemli husus, bir sayfa da kozmetiklerle ilgili verilen izinler ve onlarla ilgili alınan birtakım kavramlar.

Ayrıca, narkotikler, uyuşturucu maddelerle ilgili alınmış olan birtakım kararlar ve uygulamalar yine ayrı bir sayfa olarak yer alacaktır.

Hatalı olan bazı ürünlerin - bütün dünyada olduğu gibi, saklama şartlarından veya üretim aşamasında gelen birtakım hatalardan dolayı geri çekilen ürünlerin - isimleri de orada yer alacaktır.

Ayrıca bir sayfamız daha var; sizler tarafından sorulan veya önerilen bazı hususları da yine bu internet sayfaları vasıtasıyla takip edeceğiz.

Tahmin ediyorum, bu çalışmalar bir ay içinde niticelenecektir. Birtakım ufak eksikliklerimiz var, onları tamamlamaya çalışıyoruz, onlar tamamlandıktan sonra gerek evlerden, gerek

üniversitelerden ve gerekse bürolardan birtakım bilgilerin çok rahat bir şekilde kaynağından alınma imkânı olacaktır.

Ayrıca, biz bu internet sayfasına, Türkiye'deki mevcut ilaçların fiyatlarını da koyacağız, herkes bundan rahat bir şekilde yararlanma imkânına kavuşacaktır.

Bu internet uygulamasından sonra sizlerin değerli önerilerini ve isteklerini de bekliyoruz çünkü, biz, her ne kadar her şeyi düşündük diyebilirsek de daha eksikliklerimiz olabilir uygulamada, onlara da internet sayfalarında yer verebileceğiz.

Ben, zamanı daha fazla kullanmak istemiyorum, herkes konuları çok iyi biliyor. 14 Mayıs Eczacılık Gününün tüm eczacılar için önümüzdeki yıllarda daha iyi, daha olumlu şekilde geçmesini temenni eder, hepinize sevgi ve saygılar sunarım,

Son olarak söz alan Emekli Sandığı Sağlık Daire Başkanı Vedat Ertürk sözlerine şöyle başladı:

TEB'in Sayın Başkanı, Ankara Eczacı Odası Sayın Başkanı, Sayın dekanlar, basın mensupları, sevgili eczacılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Gününüz kutlu olsun.

Sayın Seles, konuşmasında çok güzel belirtti. Sizler paylaşmayı çok seviyorsunuz. Paylaşmak, tabii ki sadece bölüşmek değil, aynı zamanda ortak davranmaktır."

Daha sonra Emekli Sandığı'nın uygulamaya koymaya çalıştığı Sağlık Projesi ve Eczane uygulamaları hakkında bilgi verdi. Bu projenin sağlayacağı yararlardan sözeden Ertürk, projenin hayata geçirilmesiyle birçok yanlıştın önlenebileceğini ve ayrıca eczacıların önemli sorunlarından biri olan katılım payının da çözümleneceğini belirtti. Bu konuda eczacıların katkılarına da gereksinimlerinin olduğunu söyleyerek sözlerine son verdi.

PANEL

Tarih	: 14 Mayıs 1997
Yer	: Hacettepe Üniversitesi
Konu	: Sosyal Devlet
Katılımcılar	:
Yöneten	: Uzm. Eczacı Olcay Seles, Prof. Dr. Meryem Koray, Prof. Dr. İzzettin Önder, Prof. Dr. Zafer Üskül.
Işık Kansu	: Gazeteci.



ECZ. OLCAY SELES:

Eczacılık örgütleri olarak, eczacılar olarak gayet tabii ki, bizim de meslekle ilgili sorunlarımız var. Ancak, ülkemizin geçmekte olduğu kritik noktayı da düşünerek; meslek örgütlerinin, yalnızca meslekleriyle ilgilenen çıkar grupları değil, aynı zamanda bu ülkenin aydınları olduklarını düşünerek, bugün sadece mesleğimizle ilgili sorunları değil; ama, mesleğimizle ilgili sorunları da ülkemizin genel durumu ve özellikle giderek sorun olmaya başlayan globalleşme esprisinde ele almalıyız.

Hepinizin yakından tanıdığı değerli konuşmacılara sizler adına hoşgeldiniz diyorum.

Sizlere dağıtılan programdaki sırayla İzmir Dokuz Eylül Üniversitesinden toplantımıza katılan Prof. Dr. Sayın Meryem Koray'a ilk sözü veriyorum.

PROF. DR. MERYEM KORAY

Sayın Başkan, sevgili Ankaralılar, eczacılar; hepimize merhaba. Eczacılar Gününüzü kutlamak istiyorum öncelikle.

Sosyal devlet, nedir sosyal devlet; sosyal devlet, genelde birçok konuyla, birçok gelişmeyle toplumsal, ekonomik ve siyasal gelişmeyle ilgili olan tarihsel bir olgu, tarihsel bir gelişme. Ne yasalarda yazılmakla ortaya çıkan, (Türkiye, Anayasa'sında

"sosyal devlettir" diyor) ne öyle yazılmakla ortaya çıkan, ne birtakım hakların varlığını garanti altına alan yasaların çıkmasıyla var olan bir olgu değil; istekle, iyi niyetle de olacak bir gelişme değil. Gerçekten, kendisini var eden sosyal, ekonomik, siyasal birçok gelişmenin ürünü. Bu anlamda tarihsel bir olgu.

Kuşkusuz haklarla ilişkisi var. Hangi haklarla; bütün haklarla var, ama özellikle de sosyal, ekonomik hak ve özgürlüklerle. İnsanın çalışma hakkının olduğunu, sosyal güvenlik hakkının olduğunu; sendikal örgütlenme, toplu sözleşme ve grev hakkının olduğunu söyleyen birtakım haklarla ilişkisi var sosyal devletin. Çalışma hakkı gibi belirli bir düzeyde ücret alma hakkının var olduğunu diyen haklarla ilgisi var.

Kuşkusuz demokrasiyle ilişkisi var; çünkü, bu hakların gündeme gelmesi, bu hakları talep eden kesimlerin, grupların sınıfların bu konuda mücadeleleriyle elde edilen bir başarı veya sonuç. Dolayısıyla, demokratik haklar gelişiyor, bu konuda mücadelelere yol açıyor ve bu mücadelelerle sosyal hakların, sosyal ekonomik hak ve özgürlüklerin gelişmesi mümkün olabiliyor. Dolayısıyla, bunlarla da ilişkisi var.

Kuşkusuz ekonomik gelişmeyle de ilgisi var; çünkü, çok önemli bir kaynak transferi söz konusu. Devletin, gelirin dağılımında bir yeniden rol oynaması ve bazı kesimlerden elde edilen kaynağı yoksul kesimlere aktarması. Bunun bir niyet kadar, belirli bir ekonomik birikime, kaynağa da ihtiyacı olduğu çok açık.

Öte yandan, iki kutuplu, yani, doğu-batı ikileminin Batı dünyasına, Doğu'nun, sürekli olarak bir kıyaslanma, bir model olarak ileri sürülmesi, Batı'nın kendi içerisinde, kendi modeli içinde insanına çok daha iyi bir yaşam düzeyi sağlayabildiğinin kanıtlanması gibi bir gerekliliği çok daha belirgin, çok daha önemli bir hale getirdi. Dolayısıyla, iki kutuplu dünyanın varlığı, Batı'da kapitalizmin ki, sosyal devleti kapitalizmin sosyalleşmesi olarak tanımlayabiliriz bir anlamda; bu nedenle de, iki kutuplu dünyayla da ilişkisi var.

Şimdi, bütün bu var olan ilişkilerin sonucunda ortaya çıkan bir ürün. Bu anlamda, gerisinde, bu ilişkiler olsa bile biraz daha somutlaştırmamız gereken kökleri de bulmamız gerekiyor. Sosyal devleti var eden kökenler, kesimler, gelişmeler neler:

Bir kere, kuşkusuz, sanayileşme. Sanayileşme, yeni bir üretim modeli ve bir yeni üretim modelinin ortaya çıkardığı yeni sınıflar, sermaye ve işçi sınıfı gibi. Bu iki sınıf arasındaki çatışmalar, bildiğiniz gibi bambaşka ilişkiler, bambaşka mücadeleler, bambaşka

ideolojiler ve siyasal yapılanmalar getirdi.

Öte yandan, kentleşme; tarımdan, gelenekten, aileden kopma; bir anlamda, o güne kadar var olan sosyal bağlardan kopma, yenisinin olmadığı, kurulmadığı bir kent yaşamında yalnız kalma ve böyle bir dayanışmasız ve yalnız ortamda tabii ki mücadelelerle devletin o geleneksel dayanışmayı, aile dayanışmasını alması gerektiği düşüncesine yol açan olgulardan bir tanesi.

Çok daha önemli bir şey, sanayileşmeyle bağlı olarak ortaya çıkan iki sınıftan biri olan işçi sınıfının belirli bir sınıf mücadelesi bilinciyle mücadelesi. Kendisinin, sermaye karşısında sürekli kaybeden bir taraf olmaktan çıkması için ya devrim yoluyla iktidarı elde edecek ya da parlamenter demokrasi içinde, yani demokratik hak ve özgürlüklerin gelişmesi içerisinde o düzen içerisinde kalarak; ama, amaçladıkları hedeflere ulaşmasını isteyecek. Bunun da yolu, devletin onun adına, siyasetin onun adına bir araç olarak kullanılması.

İşçi sınıfının, gerçekten demokratik taleplerini elde ettikten (yani, genel oy hakkı) sonra örgütlendikten sonra istediği şey, o parlamenter düzen içerisinde belki mülkiyeti artık tartışmaksızın, yani üretim araçlarının mülkiyetini tartışmaksızın ortaya çıkan üretimin bölüşümünde belirli bir hak sahibi olabilmeye. Bu hak sahipliğini, hem sınıf olarak, hem de vatandaş olarak istiyor; yani, o toplumun vatandaşı olarak, oy kullanan bir vatandaşı olarak o toplumdan birtakım haklar talep ediyor. Bunun da aracı olarak demokratik parlamenter düzeni kullanıyor; ama, başvuru noktası devlet.

Devleti, vazgeçirecek, önemsenmeyecek birtakım sınıfların elinde bir araç olmak yerine; devleti, işçi sınıfının siyasal gücüyle kullanılabilecek bir araç olarak görmesi. Hangi anlamda; kendi çıkarlarını ve hedeflerini gerçekleştirilmesine yardımcı olacak araç olarak. Devlet, öyle başlı başına reddedilecek bir kavram, bir olgu değil; devlet, kimin elinde olduğuna bağlı olarak değişebilen bir güç. Dolayısıyla, eğer işçi sınıfı belirli bir bilinçle, mücadeleyle ya da işçi sınıfı demoyelim çalışanlar, ücretliler, toplumun yoksul kesimleri vesaire; bunların devlete belirli bir etkinlik kurmalarıyla devlet, bunlara hizmet eder bir araç haline gelebilir. Mesele de onlar açısından böyle bir düşünce içinde çözülür ve devlet, gelirin yeniden dağılımında etkin bir rol oynar.

İş bulmak konusunda, devletin kendisine bir sorumluluk düşer. İşsizlik, artık toplumsal bir sorundur, bireysel bir sorun değildir, kader hiç değildir. İşsizliğin önlenmesi, yeni işlerin kurulması doğrudan



doğruya devletin bir amacıdır, hedefidir. Örneğin, bu nedenle, 45 sonrası ki, Batı'da sosyal devletin, refah devletinin gerçek kimliğine ve özelliklerine kavuşması İkinci Dünya Savaşı sonrası olmuştur ve 45 sonrasında 70 ortalarına kadar Batı'nın bir çok ülkesinde tam istihdam, temel politikaların başında gelen bir politika olmuştur. Yani, istihdam, iş arayan herkesin iş bulabilmesini sağlayacak bir anlayıştır. Çünkü işsizlik, önemli bir sosyal sorundur ve işsizliğin, yalnız ekonomik değil sosyal maliyeti vardır. "İşte, toplum buna katlanmamalıdır" diyen anlayışlar egemendi.

Belirli bir refah düzeyi; 1961 Anayasamızda da yer aldığı gibi, insanların, insan onuruna yarasır bir gelir seviyesine sahip olmaları bu devletin de sorunudur. Onun için, ücretler, ücret dengeleri önemlidir.

Öte yandan, güvence, belirli risklere karşı kişinin korunması; hastalığa karşı, işsizliğe karşı vesaire. Bütün bu sosyal haklar dediğimiz hakların hayata geçmesi konusunda birinci adres devlettir. Devlet de bunları yerine getirme yükümlülüğü taşır. O yüzden sosyal devlet adını alır zaman içinde. Sosyal güvenlik sistemini kuran devletten, bu tür sorunları da dikkate alan sosyal devlete doğru bir gelişmeye götürür.

Gördüğümüz gibi, demokratikleşme, siyasal hakların kazanılması, Batı'da sosyal devlete yol açar; sanyileşme öyle, işçi hareketi yine öyle; önemli toplumsal gelişmelerdir.

Bu anlamda sistematize edersek, Batı toplumuna özgü bir gelişme aşamasıdır. Refah toplumu kapitalist topluma özgü bir gelişme aşamasıdır ve kapitalizmi reddetmez, kapitalist sistem içerisinde demokratik sistem içerisinde kapitalizmi sosyalleştirmeyi denetimi amaçlar. Bunun için de araç, elinde siyasal yapıdır, devlettir.

Batı, bu anlamda belki üç aşamalı gelişmeyle buraya vardı. Önce sivil haklar. İşte en temel hak ve özgürlükler. Yaşam hakkı, mülkiyet hakkı vesaire,

düşünce özgürlüğü; bunları elde etti mücadeleyle. Bunun mücadelesini büyük ölçüde burjuva sınıfı yaptı.

Ondan sonra demokratik haklar. Demokratik hakların bir kısmı ilk başta belki burjuva sınıfına, ama sonra gerçekten toplumun demokratiklesmesi konusunda işçi sınıfının önemli rolü olmuştur.

Üçüncü aşama sosyal haklardır. Böyle bir sırayla izleyerek sosyal haklara gelinmiştir. Sosyal hakların kabul edilmesiyle, var olmasıyla da artık, bu hakları hayata geçirme görevi üstlenen bir devlet anlayışı, bir devlet yapısı karşımıza çıkmaktadır; ama bu, hakları, güzel oluyor hoş oluyor, hadi alalım, yazalım, ne kadar güzel, gelişmenin bir göstergesi de bunlar falan demekle olan şeyler değil; bu hakların her birinin gerisinde çok ciddi, uzun yıllara yayılan toplumsal mücadeleler söz konusudur. Örneğin, burjuvazinin de aristokrasiye karşı önemli bir mücadelesi söz konusudur ki işte ilk sivil haklar ortaya çıkabilin.

İşçi sınıfının da yine bir genel oy hakkı, burjuvazinin kurduğu o sınırlı demokrasinin gerçek bir demokrasiye dönüşmesi, her seçmen vatandaşın ayrıcalıklı olmaksızın bir oy hakkına sahip olması için mücadele vermesi gerekmiştir. Bu mücadelelerden sonra araç elde edilmiştir, ellerinde siyasal bir araç var. Bu araç, kendi hedeflerine ulaşmak açısından kullanılabilecek bir araç. Böyle bir bilinçle, sınıf bilinciyle, sınıf mücadelesiyle demokratik hakların sosyal haklarla gelişmesi, zenginleşmesi olanağı ve yolunu bulmuştur.

Böyle bir model Batı'ya özgü bir model ve Batı, 45 sonrası bana göre, üç sacayağına bağlı bir model olarak karşımıza çıkmıştır. Ekonomik sistemi nedir diye sorarsak, kapitalist ekonomi, piyasa ekonomisi. Siyasal yapısı ne diye sorarsak, çoğulcu bir demokrasi. Bütün bunlardan sonra bu ikisi arasında kapitalizmle demokrasi arasında uzlaşmayı sağlayan ise genel özellikleriyle sosyal devlet. Sosyal devlet

orada, bir anlamda işçi sınıfının mücadelesini parlamentar demokrasi içinde mücadeleye dönüştürmüştür. Dediğim gibi, mülkiyeti değil de bölüşümü daha çok dert ederek; ama, kapitalizmi de dönüştürmüştür. O da bir yandan devletin müdahalesini kabul ediyor, bir yandan bazı kaynakların bazı kesimlere transfer edilmesini kabul ediyor ve kendi içerisinde birçok örgütlenmeyi, birçok hakkı yasa dışı görürken, başlangıçta buna karşı çıkarken, o ilk klasik liberalizm çağında hiçbir müdahaleyi kabul etmezken bunların gerekliliğini kabul eder bir noktaya geliyor.

İki taraf da bir dönüşüm içerisinde; işçi sınıfı da kapitalizm de. Bu anlamda demokrasiyi de, kapitalizmle ve işçi sınıfıyla buluşturan ara öge de sosyal devlet oluyor ve toplumsal uzlaşmaları bu üç sac ayağı üzerine dayalı bir şey. Böyle bir modelin, örneğin Amerika'da bile tekrarlanmadığını görüyoruz; yani, Amerika'ya sosyal devlet demek mümkün değil, daha çok Kıta Avrupasına ait bir özellik hatta.

Şimdi, böyle bir model evrensel mi yani, bizim gibi ülkelerde, başka ülkelerde de tekrar edilmesi mümkün olan bir modelden mi söz ediyoruz; yoksa, bazı koşulların var ettiği bir modelden mi söz ediyoruz.

Dünyanın Batılılaşması diye bir kitap-bugünlerde okuyorum hakikaten dünya Batılılaşma diye bir sürece girdi, yalnız Osmanlının Batılılaşması değil, bütün dünyanın Batılılaşması, her şey Batı'dan kaynaklanıyor, her şey Batı'dan tarif ediliyor, her şeye Batı'dan bakılıyor ve bizim kendi hayallerimizi bile büyük ölçüde Batı belirler hale geliyor. Hayaller; tüketim hayalleri, ulaşmak istediğimiz hedefler vesaire. Böyle bir Batılılaşma içerisinde biz, Batı'nın bütün özelliklerini aktarabilmeyi düşündük, hayal ettik; ulusal kalkınmacı politikalarımızla kalkınmayı hayal ettik. Anayasalarımıza aldık, hukuk devleti, sosyal devlet, demokratik devlet, öyle bir devlet yapısına geçmeyi hayal ettik. Birtakım kurumları kurduk, o kurumlara, benzer kurumların buradaki sonuçlarının benzer olacağını düşündük; ama bugün bakıyoruz ki, öyle olmuyor; aynı gelişme noktasına varamıyoruz bir şeyler eksik. Bunun da, bu modellerin kendine özgü koşulların ürünü olduğunu bugün çok daha iyi anlıyoruz, geçmişte de belki biliyorduk; ama, bugün çok daha açık bir şekilde ortaya çıkıyor. Bu modellerin varlığı da, bu modellerin başarısı da, belirli bir noktaya götürmesi de o koşulların varlığına bağlı.

Eğer, dünya, Batı'nın gelişme modelini izleyecekse, yani sanayileşme, kapitalist sermaye birikimi, işçi sınıfının varlığı, ama önemli bir mücadeleciler güç olarak sınıf bilinciyle devlette varlığı (sınıf bilinci olma-



dan işçi sınıfının varlığı tek başına bunu ortaya koymuyor) böyle bir mücadelenin getirdiği bir sonuç da kapitalizmin sosyalleşmesi, devletin sosyal devlete dönüşmesi mümkün olabilir. Böyle bir bekleyiş içindeyken şimdi, küreselleşme dediğimiz bu bizim hayallerimizi süsleyen, düşündüğümüz gelişmeyi getirecek birtakım iç dengelerimizi dışardan etkileyen bambaşka birtakım gelişmeler karşısındayız. Yani, Batı, şimdi bu sefer kendi modelinden uzaklaşarak, kendi modelini tartışmaya açıyor, sosyal devleti tartışmaya açıyor çünkü "Japonya, benim kadar sosyal harcama yapmıyor; ben Almanya olarak, Fransa, hatta İsviçre olarak nasıl onların otomobiliyle, malıyla, bilgisayar ürünüyle rekabet edebileceğim" Dünyanın böylesine küreselleşmesiyle bir rekabet doğuyor hepimiz için ve ben, ucuz işgücü karşısında, Güneydoğu Asya Kaplanları karşısında ya da Türkiye'nin tekstilde kullandığı işgücü karşısında belirli bir ölçüde kendi işgücümün fedakârlık isterim, devletten fedakârlık isterim. Eğer vermezseniz ben de araya giderim; çünkü, ben kâr etmek üzere varım. Benim mantığının temel noktası, nerede karlılığımı en çok yükseltirsem, maksimize edersem araya giderim diyor. Devletten, artık şimdi birtakım fedakarlıklar istiyor.

Sosyal devlet olarak çok fazla açıldın, bu açılımın getirdiği kamu borçları, enflasyon azalmıyor, buna rağmen, istihdam pahalı olduğu için işçi çalıştırmak zor, o yüzden yatırım yapmıyorum; o yüzden istihdamı üretimi ve büyümeyi istiyorsan, belirli bir ölçüde benden beklediklerinden kısıntı yapacaksın; vergi konusunda kısıntı yapacaksın, asgari ücret konusunda kısıntı yapacaksın, genel olarak ücretler konusunda kısıntı yapacaksın, sosyal sigorta primleri konusunda kısıntı yapacaksın vesaire. Ben, burada da yatırım yapmayı, Tayland'da yatırım yapmaya göre yine de kârlı bulacağım.

Bu gibi alguda şimdi model kendi içerisinde çatırıyor ve sosyal devlet konusunda (şu anda bilmiyoruz, tabii henüz hiç sistem çökmedi) söylediğim şey de, birden bire sosyal devletin ortadan kalktığı filan gibi bir noktaya gelmeyiniz lütfen, böyle bir niyetim yok, ama çatırıyor. Sistem tartışmaya açıldı. Başarıldı görülen, belirli bir örnek olarak gösterilen, model olarak sunulan sistemde çatırdamalar var, ucundan bucağından koparmaya çalışıyorlar sosyal devleti. İşte, işsizlik sigortasında bazı sigorta yardımlarının zamanını indiriyor, verilen yardımın miktarını indiriyor, hastalık sigortasında, emeklilik yaşında bir şeyler değiştiriyor. Genel yaklaşım sistemde kamu harcamalarının azaltılması. Gerçekten 1970'li yıllarda Batı Avrupa ülkelerinde gayri safi milli

hasıla içerisinde kamu harcamalarının yüzde 50'ye yaklaştığını görüyoruz, hatta İsveç'te 50'yi de aşıyor ve bu husus, kamu harcamalarının da, yine gayri safi milli hasıla içinde sosyal nedenli harcamalarda üçte biri geçiyor, yüzde 35 gibi. Dolayısıyla, gayri safi milli hasılanın önemli bir kısmını devlete ve yine önemli bir kısmı sosyal harcamalara gidiyor.

İşte, bizim bu kadar yüksek harcamamız varken, bizim rekabet edebilme gücümüz olmuyor; onun için, ben, arkasında kendi halkımı koruyorum, ama Tayland'da üretiyorum şu giysiyi veyahut da elektronik aleti demeye başlıyor. O nedenle de devletler sıkıştı. Bu rekabetin karşısında tavizler vermek durumunda kalıyorlar. Tavizler kimin adına veriliyor; devleti büyük ölçüde kendi hedeflerini gerçekleştirmek açısından bir araç olarak kullanan emek adına veriliyor; yani, sonuçta emekten bir taviz isteniyor; hem onun sosyal haklarından birtakım tavizler, hem onun yaşam, gelir düzeyinden birtakım tavizler.

Bu, tabii ki, kamu harcamalarının vesairesinin de arkasında bu küreselleşmenin getirdiği bir ideolojik saldırı var; çünkü, küreselleşmenin istediği şey her şeyin küreselleşmesi falan değil. Örneğin, dünyada barış var mıymış, dünyada yoksulluk var mıymış; eşitsizlik diz boyu artıyormuş, hatta küreselleşme süreci içerisinde kuzey-güney ülkeleri arasında eşitsizlik giderek büyüyormuş. Bununla küreselleşim falan demiyor, küreselleşme, çok özette piyasanın küreselleşmesi, sermayenin küreselleşmesi, başka bir anlamı yok. Sermaye, küresel bir menü kullanıyor. Bütün dünya, ellerinin gözlerinin altında hep bu küresel menüden işsizliğini almaya; düşünün, bir lokantaya gittiniz, binbir çeşit yemek; kimisi alaturka, kimisi alfranga, kimisi hafif, kimisi ağır, kimisi pahalı, kimisi ucuz; böyle bir yemek çeşidi içerisinde seçme yapıyorsunuz; işte, sermaye, böyle bir küresel menü. Kimi yerde nitelikli işgücüne ihtiyaç var. O zaman diyelim ki, Avrupa'daki işgücünü kullanıyor; kimi yerde ucuz işgücüne ihtiyaç var, o zaman bizim gibi ülkeye hatta daha ucuzunu istiyorsa Asya ülkelerini kullanabiliyor. Kimi yerde teknoloji, kimi yerde emek yoğun bir bileşimi yapıyor. Bu bileşimleri yaparken de elinde, artık bu ticaretin serbestleşmesiyle birlikte işte küreselleşme edebiyatıyla birlikte artan bir küresel menü var. Bu menü bir yerde yeni bir sermaye birikimi artık kapitalizm için, o da küreselleşme sermaye birikimi.

İki temel stratejisi var. Küreselleşmeyi belirli bir kaçınılmazlık olarak ulusal ekonomilere, ulusal devletlere sunmak ve bunun gereklerini onların yerine getirmesini istemek. Mikro düzeyde de işgücünden, rekabet edebilmek için belirli fedakarlıkları istemek;

bunun adına da esneklik diyor. Küreselleşme ve esneklik, iki temel kavram olarak makro ve mikro düzeyde kullanılan kavram olarak karşımıza çıkıyor.

Bana göre küreselleşen şirketler var, küreselleşen ürünler var ve küreselleşen sermaye ve piyasa var; başka küreselleşen henüz bir şey yok.

Bunun sonucunda bir kazananlar bir de kaybedenler var. Kazananlar, küreselleşen şirketler kazanıyor, finans çevreleri kazanıyor, gelişmiş ülkeler büyük ölçüde kazanıyor. Kaybeden ülkeler var; gelişmekte olan ülkeler kaybediyor ve genel olarak hem gelişmiş, hem gelişmekte olan ülkelerdeki emek kaybediyor ve emeğin de bir kesimi nitelikli işgücü için küresel fırsatlar söz konusu olabilir. Bugün iki dil biliyorsanız, bilmem ne kadar deneyiminiz varsa belki Londra'da da iş bulmanız mümkündür, Newyork'ta borsada çalışmanız mümkündür, böyle olanlar da var. Böyle bir elit işgücü söz konusu ve bu işgücü için küreselleşme fırsatları tabii; ama, bütün bunların yanında önemli bir niteliksiz ve yarı nitelikli bir işgücü var ki, bunlar için imkanlar giderek kısıtlanıyor; çünkü, menü eğer saat başı ücret için 4 doları bile fazla buluyorsa, 2 dolarlı bir işgücü kullanabilme olanağı varsa 2 dolarlık işgücünün olduğu yere gidiyor, 4 doları bile fazla buluyor; çünkü 2 dolara bile razı olan var. Gelişmiş ülkelerde saat başına ücret 18 dolar, 4 dolar dolayında daha az gelişmişlerde; ama 2 dolara bile razı olan yerler var ve bugünkü teknolojik olanaklar nedeniyle buralarda üretim yapmak mümkün.

O zaman kendine soruyor "Ben, ne diye bu sosyal harcamaya, bu vergiye katlanayım" diye ve yapabildiğini, bu menüden kullanabildiğini kullanıyor.

Bu küreselleşmenin bir de meşruiyet zeminine ihtiyaç var; çünkü, kapitalizm ya da liberalizm, ne olursa olsun bir serbestliği, bir özgürlük söylemini bugüne kadar kendine pelesenk edinmiş bir söylem. Burada zor yok. Böyle bir söylemi, belirli bir ölçüde veya iddianın, belirli bir kabul ettirici, ikna edici söylem içinde sunulması gerekiyor. O yüzden, küreselleşmeyle birlikte ideolojik bir yeni liberalizm olarak ideolojik bir zemin hazırlanıyor.

Yeni liberalizm diyor ki: "Artık, birey önemlidir, özgürlük önemlidir, girişim önemlidir." Bütün bunların ise bugünkü devlet anlayışı içerisinde oldukça sınırlandırıldığını görüyoruz. Bireyin özgürlük alanları kalmıyor, devlet, bütün alanlara egemen oluyor. Devletin bu kadar büyümesi ise belirli bir ölçüde hem bireyin özgürlüğünü sınırlıyor, hem devleti, kocaman, hantal bürokratik bir yapı olarak karşımıza çıkarıyor ve bu bürokratik hantal yapıdan doğru dürüst verimli sonuçlar elde etmemiz mümkün ol-

muyor. İşte, hangi devlet başarılı bir şekilde yoksullukla mücadele etmiş, işsizlikle mücadele etmiş. Bütün bu kadar harcamalara rağmen hâlâ işsizlik var. Eğer, bu, özel sektörün elinde olsaydı, bu harcamaları vergi yerine devlete değil de özel sektör kullansaydı çok daha fazla yatırım yapma imkânı vardı. Mantık bu. Onun için, bugün vergi vermememin mantığı hazırlanıyor. Bugün informel sektörün Türkiye'de ne kadar geliştiğini görüyorsunuz ve bu sektörde çalışanlarla konuştuğunuz zaman, çok makul bir şekilde size anlatıyorlar. "Devlete vereceğim de ne olacak; çarçur edilecek. Devletin, parayı ne kadar çok çarçur ettiğini, ne kadar onun bunun cebine verdiğini bilmiyor muyuz; o halde, ben, devlete vermekten çok daha akıllıca bir iş yapıyorum, işimi büyütüyorum. Benim yarattığım iki tane istihdam oluyor en azından." Mantık, meşruiyet hazır. Böyle bir zemin, tabii ki devletin de yanlışlarıyla birlikte var.

Öte yandan, bireyin gelişimi, eğitimi vesairesi farklılaşıyor, birey özelleşiyor; artık ona, sınıf dayanışmasıyla birlikte sadece "işte, gel konuş, ücret, emek, dayanışma vesaire" deyin, ulaşamıyorsunuz. Özellikle beyaz yakalı işgücünün artmasıyla mavi yakalı işgücünün azalmasıyla nitelikli bir işgücü ortaya çıkınca, (bu işgücünün özellikleri, beklentileri, kişiliği farklı.) bu birey artık sınıf dayanışmasına o kadar açık bir birey ya da bu bireye, sınıf dayanışmasını bile sağlamak için başka birtakım yollardan ulaşmak gerekiyor. O nedenle, bu bireye "sen farklısın, sen özelsin ve çalışan kazansın, koşan elde etsin; ne diye sen, hastalıklı kesimlerin, işsiz kesimlerin bu kadar çok harcamasını üstleneceksin. Sen çalışıyorsun, kazanıyorsun, hak ediyorsun, o da çalışsın, kazansın, hak etsin. Üstelik, devlet böyle yaptıkça insanlar tembelleğe alışıyor, insanlar kolaya alışıyor. Bak, işi bulan işi beğenmez oluyor nasıl olsa işsizlik sigortası var diye." Böylece, insanların kafasının içerisinde bugünkü sistemin yanlışları yerleştiriliyor. Bu eleştirilerin doğru yanları da var, bütünüyle şöyle bir elimizin ayasıyla iteceğimiz kadar zayıf değiller, belirli bir ciddiyeti ve dikkate alınacak yanları var. Böyle bir söylem, o yüzden, insanların kafasında bir meşruiyet zeminini buluyor; çünkü ne olursa olsun, insanlarda bir hak, hak etmek, hakeden alsın diye bir hak etmeyle ilgili belki evrensel -nereden geldiğini çok iyi bilemediğimiz, kültürel mi; ama, bütün toplumlarda var, o yüzden evrensel diyebiliyorum- bir duygu var, daha doğrusu bir değer var, hak etmek; hak etmeyi önemsiyoruz.

Liberalizm de "ben sana fırsat veriyorum, özgürlük veriyorum, çalış, çabala, ulaş; hak eden

ulaşın; ama, ne diye bir tembelleğe kaçan, kolaya kaçan hâlâ bu sisteme yapışın." Bir yerde insanın bir şeyine hitap ediyor ve kabul ediliyor.

İşte, bu nedenle, bir yandan sosyal devletin tikanıklıkları, bir yandan küreselleşmenin getirdiği liberalizmin bu yeni aşamasında yeni sermaye birikimi için gerektirdiği devletin zayıflaması gereği ki, (devletin zayıflaması en önemli noktası, sosyal devletin harcamaları nedeniyle devletin zayıflaması) karşımıza, sosyal devleti, tartışılır ve zayıf kılıyor. Şimdi, artık, bunun peşinde, o sosyal devleti var eden işçi sınıfı da bölünmüş olduğu için; nitelikli niteliksiz, mavi yakalı, beyaz yakalı vesaire diye, mücadelesini unutmmuş, artık uzun süredir sahip olduğu bir hak gibi görüyor. Oysa, şimdi, onun için ve hepimiz için yeni bir mücadele zamanı açılıyor.

Ya küreselleşmenin, kapitalizmin bu yeni evresinin getirdiği bütün olumsuzlukları yaşayarak - tabii yaşayacağız mücadele yapmak için de- sonuç, uzun vadeli bir iyileşme olabilir- olamaz ya da bunun getirdiği sonuçlara küresel düzeyde, ulusal düzeyde, ikisi birlikte mücadele yolları düşüneneceğiz ve açacağız.

Bu, bana göre, artık sosyal devlet olmayacak; bu, küresel sosyal dünya olabilir. Böyle bir dünyayı var edebilirsek, her ülke kendi içerisindeki sosyal devleti var edebilme şansına ve olanağına sahip olabilir; ama, başka bir dünyada, sizden daha olumsuz koşullarla rekabet edilebiliyorsa, sizin kendi ülkelerinizde sosyal devleti tek başına yaşatma şansınız yok.

O yüzden, herhalde enternasyonalizm bütün bunların cevabı olacak diye düşünüyorum.

PROF. DR. İZZETTİN ÖNDER

Çok değerli eczacı dostlarım, bu Eczacılık Bayramı dolayısıyla hepinizi kutluyorum ve çok gurur duyduğum çok değerli bu üniversite çatısı altında konuşmaktan. Ben, üniversite çatısı altında konuşmanın verdiği ayrıcalıktan yararlanarak biraz paradigmatik konuşmak istiyorum. Benim düşünce sistematiğimin nasıl oluştuğunu ortaya koymak istiyorum.

Panelin başlığında "Sosyal Devlet" deniyor, sosyal devlet diye koyduğumuzda böyle, sanki sosyalinin onun sıfatı diye algılayalım, aktif bir şekilde algılıyor; yani, devlet, kendi içinde bir sosyal dev-

Ben öğretim üyesiyim, öğrenci arkadaşlarımın kağıtlarını okurken mesela bir isim yakalıyorum, ismi Aslan; doğduğu zaman annesi ve babası ona Aslan ismini koymuş; yani, bu, annesinin babasının psikolojisini gösteriyor veya Kuvvet koymuş veya başka bir isim koymuş. Sistemin adı kapitalisttir.

let dönüşümü yaşamış veya politikasını iradi olarak ortaya koymuş. Ben buna katılmıyorum; yani, eczacı dostlarımı üzmem için söylemiyorum bunu; fakat, iktisatçı olarak buna katılmıyorum. Neden buna katılmıyorum; bu sistemin adı kapitalisttir.

Ben öğretim üyesiyim, öğrenci arkadaşlarımın kağıtlarını okurken mesela bir isim yakalıyorum, ismi Aslan; doğduğu zaman annesi ve babası ona Aslan ismini koymuş; yani, bu, annesinin babasının psikolojisini gösteriyor veya Kuvvet koymuş veya başka bir isim koymuş. Sistemin adı kapitalisttir. Ne demektir; mutfakta kapital var veya kazan dairesinde kapital var. Bunun ötesinde bütün onun üst yapıları, ahlak kurallarına, dini kullanış biçimine varana dek, şu anda Türkiye'de gördüğümüz gibi üniversite eğitime, bilimin o kuruluşlarına varana dek hepsi o muazzam dokunun emri altında toplanmış.

Dolayısıyla, devlet de onun emri altında. Eczacı odası bunu doğru koymuş, peki, neden böyle bir şek konuyor; bu, bizi aldatmak için yapıyor, adres değiştirmek için yapıyor. Neden adres değişikliği; devlet yapıyor bunları, devlet vergi alıyor, devlet sonra bana para vermiyor. Devlet, içinde sosyal olması ile sosyal devlet olmuyor; devlet zan altında, devlet bir emir kulu; çünkü devlet, sermayenin tarihsel olarak oluşumu, iletişimi vesaire nitelikleri itibariyle zamana göre değişen somut bir şey değildir, soyut bir şeydir devlet. Her zaman devlet farklıdır, işlevleri farklıdır.

Bunun işlevini kim belirliyor; yani Sayın Erbakan veya Sayın Çiller falan belirlemiyor bunun işlevini; bunun işlevini sermaye belirliyor, ama araya devleti koyuyor. Adresi şaşırtmak için daima devleti araya koyuyor.

Şimdi, böyle baktığımda, bu birinci hak, ikinci hak nedir; Türkiye'ye bakarsak ki, Türkiye'yi tartışalım; Türkiye'deki olaylara baktığımda, Türkiye, kapitalist sistemi yürüten kalkınmakta olan bir ülke. Bunun gücü çok yetersizdir; yani, bilemiyorum, eczacıların kriterleri neler olabilir; yani, muazzam bir gelir, eczanenin içinde dolaplar var bugün; işte büyük merkezler, kapitalizmin büyük merkezleri. Emek toplu olarak geliyor, tabii silah zoruyla gelmiyor ama, böyle bir zorda bırakılıyor.

Türkiye'den bir iki tane örnek vereyim size. Ben samimi bir insanım, Aziz Nesin kadar yiğit bir insan

değilim tabii, Türkiye 1950'de samimi halkımızın duygularıyla liberal, iktidara gelen demokratlarla Türkiye liberalizme alıştı. Türkiye liberal olmuş; ne oldu sonuç, sekiz senede iflas etti Türkiye. Sonra Türkiye'nin akli başına geldi, kapanıyor Türkiye, bu sefer "Ben senden mal almıyorum" demeye başlıyor. Karagöz oyunu gibi niye; ithal ikameli mal satmak istiyor Türkiye'ye, yani üretim artışlarını düşürmek istiyor, bizzat sanayini buralarda kurmak istiyor. İlk önce sanayii oluşturduk biz, onun mimarları da plan ve pilavı karıştıran iptidai atımlardır.

Sonra 1980 yılına geliyoruz, 1980 yılında böyle birtakım insanların akli düzeyleri kilolarıyla ters orantılı geliyor galiba, bakın, başka bir yörüngeye giriyor Türkiye; finansal yörüngeye giriyor, inanılmaz bir enflasyon oranı ve borç furyasına sürükleniyor bu sefer. Biz yapmıyoruz ku bunları. Bunların hiçbirinden kârlı çıkmamıştır. Eğer biz yaptysak, o zaman Aziz Nesin haklıydı; eğer biz yapmadysak, o zaman, Türkiye, belirli bir yörüngeye gidiyor.

Peki, neden bunu böyle açıklıyoruz; çünkü, ben bu coğrafyada olduğum için böyle esmer bir insanım, ayrı faktörlere bağlamayın, bu yörüngede olduğumdan kaynaklanıyor; yani, bu yörüngede ben sarışın olamam; neden; çünkü tabiatım bu, ekonomi de böyle çalışıyor. Ekonomi, kendi iç dinamiklerinin, dış dinamiklerinin birleşiminden hâkim ve bir tanesi onun bileşkesi olarak ortaya çıkıyor.

Böyle baktığımızda sosyal demokrasi nedir diye bakalım; sosyal devlet diye bakmıyorum ben. Sosyal demokrasi bir politika türü. Yeni üretim faktörü yaratmadan gelir dağılımını değiştirmeye kalktı; yani, mesela işsizlik yardımı, ihtiyarlık yardımı gibi birtakım şeyler yarattı. Nereden bunu akıl etti, yani bu insanların kafalarına ne çarptı, o zamanki sermayenin kafasına. O zamanki sermayenin mantığı, sistemi ayakta tutmak istiyordu. Niye sistemi ayakta tutmak istiyordu; başka sistemler ortaya çıkmaya başladı, faşizm ortaya çıkmasaydı korkmazdı. Emek yoğun kullanıyorlardı. Bu sistemler şimdi çöküyor. Emekçinin söz hakkı zaten yoktu. Burada söz hakkı babadadır, bazı babalar var ya, işte söz hakkını elinde tutan o babadır, o vermiştir, niye vermiştir; kendi avantajı, sistemden yararlanıyor. İnsanlar işsiz kalsın, sakat kalsın, sokaklarda gezsün, yeni çıkan sistemlere akını falan kaptırır, hem bu dünyayı mahveder, hem ülkeyi mahvederse olur mu böyle bir şey; bu olmaz tabii. O zaman iki dünyada da abad olabilmek için, kurtarabilmek için onlara biraz yardım etmek lazım. Dolayısıyla, işin bir başka yönü geliyor, nedir o; adam parayı alacak, ihtiyarlık yardımı aldı, işsizlik yardımı aldı, o parayı ne yapacak, parayı yiyemez

ki, gidip mal alacak, yani piyasayı geisletecek. Aynı şeyi 1961 Anayasasıyla yaptık. Biz, o anayasayı sosyal demokrat anayasa diye anarız. Peki, biz niye sosyal demokrat olduk durup dururken, ne değişti bizde; hayır, Türkiye'de bütün kafalarda iç piyasanın genişletilmesi lazımdı, sermayenin aracıdır bu, bunu sistem dayatıyor. O zaman emekçi de yok, sendikalar da zaten ondan sonra kuruldu, aktive oldu diyelim. Dolayısıyla, birinci mekanizma budur. İkinci mekanizmaya baktığımızda, üretim faktörü yaratmaya çalıştı ya da eğitime ve sağlığa ağırlık verdi devlet. Niye bugün eğitime, sağlığa ağırlık vermiyor, başından atmaya çalışıyor devlet; devletin insanlık anlayışı geri mi gitti yani; hayır. Sermaye istedi bunu adama ihtiyacı var, emeğe ihtiyacı var, vasat düzeyde eğitilmiş insana ihtiyacı var, ki, sistem ayakta dursun diye. Dolayısıyla, devlete "bu masrafları benim üzerime yıkmı, senin bu masraflar" dedi, buna masrafların sosyalizasyonu deniyor maliyede; bütün topluma yayma mekanizması. Devlet bunları yaptı.

Buradaki mantık nedir; rejim etkinliğini sağlamaktır. Eğitimde bugün niye özerklik yok, ne üretiyor aslında, doktor, eczacı mı üretiyor; hayır, böyle borsacı falan insanlar üretiyor. Neden bütün bunları yapıyor; bütün bunları yapmıyor; eğitimde ne kadar istenen kalitede insan arzını artırırırsanız, emeğin maliyeti düşer. Çünkü, bugün Boğaziçi, ÖDTÜ mezunları, üretim arttıkça onların iyatları da göreceli olarak tabiatıyla düşecektir; ama, üretimlerinin değeri düşmeyecektir, bunun yanında ekonomik olarak katma değer yükselecektir, bunun yanında ekonomik olarak katma değer yükselecektir, yani kâr hadleri yükselmeye başlayacaktır. Dolayısıyla, istenen düzeyde insanın eğitiminin artırılması gerekiyor. Bunlar son derece önemli. Bugün artık böyle bir şeye yani olaya insani olarak bakmak gerekmiyor!... Dolayısıyla, ücretlerle bu katma değer arasındaki fark açıldığı için bunları yaptı, bunlarda ters bir şey yoktu yani. Devlet sosyal devlet olamamıştır, çünkü Türkiye'de sermaye böyle emir komuta zinciri içinde olmamıştır gerçekten dışarıdan etkilenen ülke olarak bugün hâlâ Batı'ya bakıyoruz.

Bunların temel ideolojileri nedir, ona baktığımızda, kapsayıcı bir ideolojidir, bireysel bir ideoloji değildi; bütün toplum bir arada olmamız lazım. Neden; sermaye o kadar küreselleşmediği için ülke sınırları içinde bütün adamları kendine çekmek, onları istihraç etmek mecburiyetindedir; o zaman, onları kapsamak mecburiyetindedir. Yani, toplum parçalanmamıştır. Gelirler kaydediliyor ki bugün toplum zarara girmesin diye.

Bir son faktör daha, maddi koşul olarak, yani bir komünist algusu tabiatıyla, Allah korusun, komünizm bir insanlığa girerse insanın dünyası mahvoluyor zaten; ikincisi de, kapitalist sistem, sistem sermaye, kendisine kaynak arıyor. Kaynak vermemeye başladığı zaman iş duruyor. Biz neyi anlıyoruz; devlet nasıl kullanılıyor, insanları nasıl kullanıyor, sistemleri nasıl kullanıyor, öğretim üyelerine niye bu kadar para veriyor, üniversite-sanayi işbirliğini niye bu kadar önem veriyorlar; bunu artık anlayabiliyoruz; yani, üniversiteler ideoloji üreten mekanizmalardır, topluma aktarılması, enjekte edilmesi lazım.

Böyle baktığımızda, sosyal haklar; sistemin ayakta tutulması için, sistem de pay verdiği sürece yaşanmıştır; yaşanabilirdi de aslında; ama, tarihsel süreçle karşı karşıya kalıyoruz, o da işte malum, Sovyetler Birliği'nin devlet olarak sıkıntı içinde olması ve bundan daha da önemlisi, sermayenin, artık biraz elde ettiği katma değer açısından sıkışık duruma girmiş olması; sıkışık duruma girdiği zaman sermaye saldırmaya başlar; ücretlere saldırır, ücretleri baskı altına alır, vergi vermemeye çalışır, başka ülkelere saldırır, üretim artışlarını o ülkeye götürür oradan kaynak almaya çalışır. Küçük tasarruflara saldırır, yani etrafına saldırır. Burada hükim ilişki, sermaye, sermayenin ihtiyacı o ülke çerçevesinde ortaya koyduğu sermaye.

Bir yanlış, toplumumuzda da var, Türkiye'de ekonomik sistem var, uyguluyor. Sosyaldemokrat düşünöldü, işte o sapmadır, bu yanlıştır; diğer iki tane sistem var, ikisi de aynı derecede meşru, ikisi de insan haklarına başka açıdan bakıyor; ne kapitalist sistem meşrudur, öbürü sapmadır, ne sosyalist sistem meşrudur kapitalistten sapmadır; birbirlerine göre sapmadır, ama iki sistem vardır, Türkiye de bugün kapitalist sistemi uyguluyor.

Bu, tabii sosyal demokrasi sermayeye bütün bu emri verirken; sosyal devletin oluşumu esnasında sermayenin mülkiyeti inanılmaz bir biçimde korunmuş. Biraz mülkiyetten devlete gitmesine müsaade edilmiş, o zaman KİT'lerin açılması falan. Niye; devlet bizim devletimiz, gerektiği zaman... Ne verilmiş insanlara, artık değerlerden pay verilmiş, insanları mülkiyete dokundurmadan, insanları mülkiyete sokmadan sadece pay verilmiş. Onun için hukuk fakültelerimizde Roma hukuku okutulur, mülkiyetle başlar Roma hukuku. Öylesine kafalara enjekte edilir, Müfredatı kut-saldır, dinler de siyasallaşır, onlarda da mülkiyet hakkı okutulur. Mülkiyete müdahale ettirmemenin haklı olduğunu görüyoruz, neye göre haklı olduğunu; insanları aldatmıştır. İnsanlar zannettiler ki "bu benim hakkımdır, Meclisten söke söke ben bunu alırım."

Yok işte, alamıyoruz. Yakalarlar, demokratik düzen dediler; yok böyle bir şey. Niye; sermaye mülkiyetindedir. İnsanları böyle kandırıyor.

Dolayısıyla, şimdi bakın nasıl komut veriyor: "benim kaynaklarım kıt olduğuna göre bana yeni üretim alanları aç" diyor devlete. Devlet de "ben küçülüyorum; benim yaptığım şey, vergiyi sizden alarak..." vergi ne demek teknik olarak, sermayeden artık değerden tırtıklamak demektir devlete. "sizden vergi alarak ben bu işi yapacağıma, bu alanı size açıyorum ben; ikili bir yarar; bir, bunun için sizden vergi almıyorum, bir de siz oradan kâr ediyorsunuz."

İkincisi ne söylüyor; özelleştir, bu da yeni kâr alanı bıraksın bana diyor. Sistem kapitalist, adam, tabii, belirli parayı almaya çalışacak, son derecede haklı, sistemin kendisi burada ahlâksız, o sistem içerisinde çok da doğrudur. Siyasiler de... yapılan işler de doğrudur Türkiye'de.

Dolayısıyla, böyle baktığımızda, sermayenin bütün manevralarını görüyoruz ve sosyal devlet...

Ben son cümlemi söyleyeyim. Meryem Hanım bir şey söyledi, ben size bir şey söylemezsem geri kalmış olmayayım. Bütün dünya tabii belki bir arada olarak kesinlikle, eğer, devleti güçlü devlet yapmak istiyorsak, güçlü devletin arkasında biz siyasal olarak duramayız, aylarımızla duramayız. Güçlü devlet oluruz, hiçbir üretime sahip olmadan devlet güçlü olabilir. Bir önemli koşulu var, dünyanın hiçbir yerinde yok, mutlak rekabet olursa; iktisatta bunun adı var. Ben üretiyorum diyebilirse; bunu yapamayan devlet, rekabet yapamaz, kendimizi hiç aldatmayalım. Bu, tarihsel bir gerçekliktir.

Mücadele, sermaye dışında kalan, yani emek; çünkü, sermaye, esnaf, memur, hepsinin sermaye ben daha da abartayım, bugün sermaye öyle boyuttadır ki, insan haysiyetinin, insan onurunun karşısında sermaye vardır. Sermaye, bizzat kendi sahibini eleştiriyor. Bugün büyük sermaye sahibi gece rahat uyku uyuyamıyor, neden uyuyamıyorlar; işçiyi nasıl ezmeye çalışıyor, onun için durmadan büyümeye çalışıyor. Dolayısıyla, sermayeyle mücadele insanlık tarihinin mücadelesidir.

PROF. DR. ZAFER ÜSKÜL

Ben de sözlerime, Eczacılık Gününü kutlayarak başlamak istiyorum.

Hanım dinleyicilerimi selamlamak istiyorum; iyi ki buradasanız, iyi ki varsınız, siz olmasaydınız, biz burada kendimizi çok yalnız hissedecektik. Her zaman söylediğimiz, sizler, her yerde çoğaldığınız ölçüde sorunlarımıza çözüm bulmakta daha kolaylık sağlayacağız diye düşünüyorum.

Hepinize genç arkadaşlarım demek istiyorum; çünkü, sosyal devlet konusu bugün burada tartışılabilirse, bu herhalde, bizim, geleceğe hâlâ umutla bakabilmemiz anlamına da geliyor. Eğer, biz umudumuz olmasaydı biz burada sosyal devleti tartışmazdık. Buradan bütün gençlere merhaba diyorum.

Izzettin Hoca öyle bir tablo çizdi ki, neredeyse, çok da canımızı sıkmayalım, kendimizi üzmeylem, bu işleri değiştiremeyiz; bu işleri değiştirmenin yolu pek yok gibi, gücümüz buna yetmeyecek çünkü. Hayır, ben tersini düşünüyorum. Bu gücümüz var, galiba gücümüz çok dağıntık. Sadece Türkiye'de değil, dünyada aslında biz çok güçlüyüz. Izzettin'in de söylediği gibi onlar bir avuçlar, ekonomik güçleri var doğru; ama, bizim de sayısal bir gücümüz var, üretimden kaynaklanan gücümüz var, tüketim yapan insanlar olarak tükettiğimiz için bir bakıma güçlüyüz; çünkü, bizler tüketmesek onlar o ürettiklerini ne yapacaklar? Oturup kara kara düşünecekler. Bir çıkar yol aramak zorundayız; çünkü, Türkiye toplumuna da, başka toplumlara da baktığımız zaman, insanların eşit olmadığını görüyoruz. Bir kere doğal olarak bir eşitsizlik var insanlar arasında. Bütün insanlar aynı güce sahip olarak doğmuyorlar, aynı zekaya sahip olarak doğmuyorlar. Herkes tam sağlam olarak doğmuyor. Dolayısıyla, daha baştan insanlar arasında bir fırsat eşitsizliği var.

Toplumsal yaşam da bu düzen içinde fırsat eşitsizliğini derinleştiriyor. Bazıları eğitim alabiliyor bazıları alamıyor, bazıları daha iyi eğitim alıyor bazıları daha kötü eğitim alıyor.

○ halde, antik Yunan'ın bazı kentlerinde uygulandığı gibi, biz, güçsüzleri ölüme terk edip, güçlü olanlar arasında bir yarışma ortamı yaratalım diyemeyiz günümüzde. Dolayısıyla, en azından, bu doğal fırsat eşitsizliğini giderici bazı önlemleri toplum olarak almak zorundayız, geri kalanlar için de fırsat eşitliğini yaratmak zorundayız. Bütün bunları yapabilmek için Izzettin'in anlattığı bu düzenin değiştirilmesi gerekiyor, bu düzen değişmelidir. Bu düzenin değişmesi, bu sorunların tartışılması, aslında eczacılıkla da, eczacılarla da çok yakından ilgilidir. Eczacıların sorunları, sadece ilaç fiyatlarından yüzde 10-20'ler alınsın mı alınmasın mı değildir. Siz, eczacı olarak varlığınızı sürdürebilmek için yaşanabilecek güçte olmanız gerekmez mi? Sosyal Sigortalar Kurumu ilaç bedellerini ödeyebilsin, Emekli Sandığı ödeyebilsin. Bunlar sizi çok yakından ilgilendirmiyor mu? ○ halde, devlet, sizi çok yakından ilgilendiriyor. Devletin sosyal olanı sizin için lazım. Dolayısıyla, eczacılık da, eczacılık mesleği de çok yakından ilgilidir. Sorunu bu

açıdan da tartışmak zorundayız.

İyi güzel de, eczacıların da bu düzeni değiştirmek için mücadele etmesi gerekiyor. Onların dışında, eczacılar, nisbî olarak yüksek bir gruptur, kendileri de çalışıp kazanıyorlar, zamanları var, bağımlı değiller, gelir düzeyleri oldukça yüksek, öyleyse sorunları yoktur dememiz mümkün değil. Bu düzen, eczacıların düzeni değil.

Dolayısıyla, bu düzen değiştirilecekse eğer, tabii bakmamız gerekiyor bu düzeni değiştirmeye ne kadar gücümüz var, değiştirmeye gücümüz var mı yok mu; eğer bazı gelişmeleri, değişimi, globalleşme çerçevesinde tartışılan bazı gelişmeleri önleyemeyecek durumdaysak, acaba, onu denetim altına alabilir miyiz, en azından, ne ölçüde bu gelişmelere uyum sağlayıp kendimizi koruma altına alabiliriz.

Bütün bunları yapmanın iki yolu var: Nasıl dünyada iki tane ekonomik sistem varsa, (sosyalizm ve kapitalizm), düzeni değiştirmenin de iki yolu var; ya zor kullanarak düzeni değiştirirsiniz ya da demokratik yollardan düzeni değiştirirsiniz, başka çaresi yok bunun. Zor kullanarak düzeni değiştirip, sermayenin bütçesini lümlüyle toplumsallaştırdığınız zaman, ekonomiyi merkezi bir plana dayalı olarak yürüttüğünüz zaman, bu düzenin de doğrusu yürümeyeceği ortaya çıktı. Nedeni şu olabilir bu olabilir, ama 70 yıl önce kurulan bir düzen, 1980 yılının sonlarında...

○ halde, belki de tek bir yol kalıyor önümüzde, demokratik yollardan bu düzeni değiştirmek için mücadele etmek. Nasıl bir düzen için; bir kere adil bir düzen kurmak için. Bunu ben özellikle söylüyorum, bu bizim kavramımızdır ve yeniden sahip çıkmamız gerekir diye düşünüyorum. Adil düzeni Refahçılar falan kuramazlar, onlar ancak insanları kandırmak için bunu kullanır, ama biz kurabiliriz. Sosyal adaleti sağlayan, toplumsal dayanışmayı sağlayan, tüm sosyal güvenlik mekanizmalarını kuran, insanın kendisini geliştirmesine olanak sağlayacak bir sistem. Bu sistemi bizler kurmak zorundayız eğer kendi geleceğimizi düşünüyorsak. Bunun adı, galiba, bugün sosyal demokrasi ya da demokratik sol sosyalizm denilen bir yol. Bunu da ülkede yapmak çok kolay değil. Sosyalist deneyimini de yapmak çok kolay değildi, yapıldı, belki de o yüzden, ülkede sosyalizm olmayacağı için kökleşemedi, başka nedenler de olabilir; ama, gerçekten, dünyanın bugün uğraştığı düzeyde uluslararası bir dayanışma kaçınılmaz görünüyor. Dünyada aynı eskiden olduğu gibi, belki, doğu-batı kutuplaşması yok, ama bugün bir başka kutuplaşma var, kuzey-güney kutuplaşması. Her

ülkenin içinde adaletsizlik sosyal açıdan gelişirken, kuzey-güney ülkeleri arasındaki uçurum da giderek artıyor. Bana öyle geliyor ki, nasıl hava kirliliği sadece emekçi kesimleri etkilemiyor, aynı zamanda sermaye sahiplerini de olumsuz etkiliyor, dünyadaki bu kuzey-güney arasındaki dengesizlik de aynı şekilde kuzey ülkelerinde çok az sayıda bulunan sermaye sahiplerini, onların yakın çevresini de çok olumsuz etkileyecek. Dünya öyle dengesizliğe doğru gidiyor ki, bu dünya dengesizliği taşıyamaz diye düşünüyorum. Sonucun iyi olması için kuzey-güney ülkelerinin sosyalistlerin, sosyal demokratların, tüm dünyada düzeni değiştirecek dayanışma içine girmek zorundalar.

Başlangıçta biraz farklı bir konuşma planlamıştım, ama, benden önce konuşan arkadaşlarımın konuşmalarından sonra plan bozuldu, o yüzden de biraz dağıldı konu.

Aslında, sosyal devlet, eğer ekonomik yönden güçsüz durumda bulunan kesimleri özel olarak destekleyen ülkelerde ise böyledir; ama, Anayasada sosyal devlet yazıyor olmakla böyle bir devleti kuramamışsak, yapılması gereken sosyal devleti değiştirmekten çok, devleti sosyal devlet haline getirmenin yollarını aramak vardır diye düşünüyorum.

Ben, gelişmiş ülkelerde, Batı ülkelerinde, sosyal devlet anlayışının çözülme sürecine girdiğini çok fazla düşünüyorum; orada sorunların olduğu açık ortada; ama oralarda yapılan tartışmalarla Türkiye'deki tartışmaları da belki de çok fazla karıştırmamak gerekir çünkü, Almanya'da falanca konudaki ödeme sübvansiyon yüzde 75'ten yüzde 70'e indirilmeye kalkışıldığı zaman kıyamet kopuyor "sosyal devlet çatırıyor" deniliyor, inanılmaz bir tartışma başlıyor. Sonuçta bir yüzde 75 sosyal ödeme var, bunu yüzde 70'e indirmek istiyorlar. Türkiye'de ne var, Türkiye'de işçinin sigortası mı var?

Türkiye'de gelir dağılımı son derece bozuk, Batı'da böyle bir durum yok. Tabii ki orada da adil değil, orada da vardır; ama, sonuçta, en az kazananla en çok kazanan arasındaki farklılık bizdeki kadar değil, üstelik de açlık sınırının altında yaşayan insan yok, yok denecek kadar az, Amerika Birleşik Devletleri dışında; orada durum çok farklı.

Türkiye'ye bakıyorsanız, bugün Türkiye'de ülkenin doğusuna veya güneydoğusuna gitmeye hiç gerek yok, İstanbul'da, hatta Bağazda iki komşunun inanılmaz bir gelir farklılığını yaşadığını görebilirsiniz. Bir tarafta Hollandalının gelir düzeyiyle yaşayan birisi, hemen onun arkasındaki gecekondu mahallesinde yaşayan bir başka toplumsal kesim!

Eğitim ve sağlıklı bir düzen gerekli, o halde bu

düzeni değiştirelim; bu düzeni değiştirmek için demokratik mekanizmaları kullanmak zorundaydık o zaman hepimizin toplumsal sorumluluğumuzu üstlenmemiz, sorumluluğumuzun gereğini yerine getirerek toplumu bilinçlendirmemiz, örgütlenmemiz ve örgütler arasında bu dayanışmayı sağlamamız gerekiyor. Bu yapılmadığı zaman, bakınız, Türkiye'de özellikle 1980'den sonra sosyal devleti, (işte zaten yeteri kadar olmayan, çok az olanı da yok etmeye çalışan siyasal anlayışın sonucu olarak) bu ihtiyacı bugün başkaları karşılamaya kalkmışlardır. Bunda bir ölçüde başarılı olmuşlardır ve bunun sonucunda siyasal başarı elde etmişlerdir, oy almışlardır. Refah Partisinin bu kadar yükselmesinin altında yatan nedenlerden birisi, olması gereken sosyal devletin yapamadığı bazı sosyal hizmetleri, gerçekleştiremediği sosyal dayanışmaları gerçekleştirme yönünde adımlar atmasıdır. Bugün İslami kesimlerin kaynağı nereden gelirse gelsin, kurdukları vakıflarıyla, eğitim ve sağlık kurumlarıyla yaptıkları maddi yardımlarla inanılmaz bir biçimde dayanışmanın gerçekleştirildiğini kabul etmemiz gerekir.

Eğer, biz insanları, doğru yolda toparlamak istiyorsak, onların kullandıkları yöntemleri kullanmak durumundayız. Biz de vakıfları kurmak, toplumsal bazı hizmetleri üretmek, insanlara götürmek ve onları kazanmak durumdayız. Çünkü, Türkiye öyle bir noktaya geldi ki, Türkiye'de artık birçok çevrede bu maddi anlamda eşitsizliğin, gelir düzeyindeki eşitsizliğin, fırsat eşitsizliğinin yarattığı sorunlar gölgede kalabiliyor. Bugün birçok insan için işten önce, dayanışmadan önce, sosyal yardımdan önce belki modern yaşamı sürdürebilmek telaşı öne çıkmış durumda. Bu, sadece büyük kentlerde, orta düzeydeki ve orta tabakanın üzerindeki kesimlerde karşılaştığımız bir durum değil, bu tehdit yalnızca eğitilmiş orta üstü tabakalarda hissedilmiyor, alt tabakalarda da, kırsal kesimde de o endişe bir biçimde hissediliyor. Refah Partisinin, irticanın ya da siyasal İslamın toplum üzerinde yarattığı tehdit, birçok başka sıkıntıyı ikinci plana itmiş durumdadır.

Dolayısıyla, yapılacak şey, bu tehdidin maddi kaynağını oluşturan bu eşitsizliklere karşı direnmek; ama, siyasal olarak başarı kazanabilmek için de hem bu tehdidin etkilediği insanları kendi yanımıza çekebilmek için bizim maddi başka bazı işleri belirleyebilmemiz ve orada da başarılı olmamız gerekiyor.

Sonuç dünüyor dolayısıyla siyasal iktidarın değiştirilmesine dayanıyor. Bu düzeni değiştirebilmek için sosyalist bir düzeni, sosyal demokrat bir düzeni kurabilmek için bu düzenden yararlanacak olanların siyasal iktidarı ele geçirmesi gerekiyor.

Tabii ki, sermaye, böyle düşünen insanlara siyasal iktidarı teslim etmemek için elinden gelen her şeyi yapacaktır. Bu bir kavgadır, bu kavgayı kazanabilmek gerekiyor insanca yaşayabilmek için, onurlu yaşayabilmek için; o yüzden de, bu kavgayı yürütmeye değer buluyorum.

Kavgada hepimize başarılar diliyorum, teşekkür ediyorum.

GAZETECİ IŞIK KANSU

Tüm eczacı dostların gününü kutluyorum.

Üç değerli hocamdan sonra konuşmak çok zor. Ben, bazı örnekler vermek istiyorum, Sosyal devletin kamu alanından sıyrılması nasıl oldu, Şili'de; bunu Türkiye'ye ithal etmek isteyenler bunu nasıl lanse ediyorlar, medyamız nasıl lanse ediyor. Türkiye'de özelleştirme hangi boyutta. Bazı somut örneklerle size açıklamak istiyorum.

Geçenlerde medyamız bir insanı çok pompaladı, Türkiye'ye geldi, adı Jose Pinera, Jose Pinera kim; Jose Pinera, Friedman'ın Şikago polislerinden, yani Şikago okulunda pişirilip Şili'ye, Güney Amerika'ya gönderilen ekipden. Ayrıca, Pinera, yıllarca Allende'nin katili, yıllarca Şili'yi kasıp kavuran faşist diktatör Pinoche'nin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı.

Gazetelerimizin överek yazdığı; Türkiye'ye örnek olabilecek formüller üretebileceği öne sürülen Pinera ne yapmış diye bakıyoruz; geçmiş 4 yıl içinde 7 Latin Amerika ülkesinin başkanını Şili modeline geçmeye ikna etmiş. Nedir bu model; sosyal güvenliği tümüyle özelleştirmek. Şili'de bu nasıl yapılmış, okuyoruz, bakıyoruz; Pinoche emir veriyor, işçiler sosyal güvenlik sisteminden ayrılıyor hepsi özel sigortaya giriyor.

Efendim, şimdi Türkiye ile Pinera'nın modelini isterseniz karşılaştırarak gidelim, Bunda size Şili modelinin bir yanını Pinera versin, kendine sorulsun; öbür yanda Uluslararası Kamu Çalışanları Federasyonu adına Şili'ye giderek durumu saptayan bir Amerikalı gazeteci olan Fred Slovay'ın saptamalarıyla karşılaştıralım ve Türkiye'den örnekler verelim.

Pinera, bizim gazeteci arkadaşımıza diyor ki: "Sosyal güvenlik alanı iflas etmişti, iflasın, ne denli korkunç bir düzeye vardığını kamuoyuna anlatabilmek ve köklü değişiklikler gerektiren yeni çözümler önerebilmek için gerçek anlamda liderliğe ve etik cesarete ihtiyaç var. Gerçek lider, kamuoyunu eğiterek ve bilgilendirerek doğru olan politikaları popüler hale getiren liderdir."

Bir lider portresi çıkarıyor ve topluma bu özelleştirmeyi savunacaksınız diyor.

Uluslararası Kamu Çalışanları Federasyonu adına

Şili'ye giden gazeteci diyor ki: "Bu model, Şili'de 1983'ten beri sosyal güvenliği kötüleyen yoğun bir ideolojik bombardıman ve baskıyla uygulamaya sokulmuştur."

Gelelim Türkiye'ye; ne yapıldı, Özal dönemi hatırlayalım. SSK hastaneleri yatılmaz. Son dönem Tansu Çiller gündeme getiriyor "bırakın bu devlet hastanelerini, SSK hastanelerini; bakın, kendinize müşteri bulun, hastaneleri özelleştirelim, daha iyi hizmet sunalım halkımıza" gibi bir ideolojik saldırı, tıpkı Şili'deki gibi var.

İkinci bölüme geliyoruz. Jose Pinera, Şili'deki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı diyor ki: "Bu özelleştirmeye geçildikten sonra tüm işçilerin emekçilerin durumu güzelleşti, düzeldi, herkes daha yüksek emekli maaşı almaya başladı."

Gerçekten öyle mi, ona bakıyoruz; özel sağlık sistemlerinde primler her yıl katlanarak artmış, bu primler ödenmediğinde sistemden yararlanmak olanaksızlaşmış ve aile bütçesine göre daha düşük prim ödendiğinde sağlık hizmetinin kapsamı daraltılmış.

Geçenlerde Petrol-İş Sendikasının dergisinde çok bilinçli bir işçinin yazısına dikkat çekmek istiyorum. Bu yazıyı yazan, röportaja yanıt veren Feriha Ülker, ilaç işyerinde Petrol-İş'in temsilcisi. Feriha Ülker kanser hastası, bu özelleştirme konusu açılıyor ve diyor ki: "İnsanların gözü özel sağlık sigortalarıyla boyanmaya çalışılıyor; ama, özel sağlık sigortaları, belli limitler koyuyorlar, şimdi tekstil sektöründe asgari ücretin bile altında çalışan işçiler var. Bunlar, özel sağlık sigortalarının yüksek primlerini ödeyemezler ki.

Düşünün bir kanserli hastanın tedavisindeki harcamanın limiti yok. Ben, daha kaç yıl tedavi göreceğimi bilmiyorum, en az 6 sene sürüyor. İmkani yok, özel sigorta bunu karşılamaz.

Benim özel yaşam sigortam var, niye sağlık sigortası da yaptırmadım diye üzülüyordum hastalandığımda. İşte yaşamı düşünüyoruz da hastalığı düşünmüyoruz. Sonra öğrendim ki, sağlık yardımının limiti 700 milyon liraymış; yani, bir hastanede 700 milyon liraya kadar beni tedavi ettiriyor. Bu, benim ancak iki aylık masrafımı karşılamaz, ondan sonra beni kapının önüne koyacaklar." Yani, ölümle başbaşa kalacak Feriha Ülker; Bizim medyamızın överek gündeme getirdiği Jose pinera'nın modeliyle.

Jose Pinera diyor ki: "13 milyon Latin Amerikalı ailesini devletin sistemlerine kıyasla iki üç misli fazla bir emeklilik maaşına kavuşturduk. Bu, gerçek bir sosyal devrim."

Bakıyoruz Şili'deki duruma; özel emeklilik sisteminde Şili'de ilk 12 yıllık dönemdeki aşırı yüksek faiz getirisi ve hükümet garantili bonolara rağmen, emekli

aylıkları ortalama ücretin yüzde 38,7'sini ancak bulabilmiştir. Oysa, eski sistem devam etseydi bu oran yüzde 42,7 olacaktı. Aradaki farkı görünüz.

Bunun bir başka noktası da var, neden yüksek emekli maaşları ödenebilmiş; çok ilginç, özelleştirilen emekli aylıklarında sağlanan yüksek getiri, Şili'deki kamu mallarının çok ucuza ve kitlesel satışıyla spekülatif borsa sayesinde gerçekleşti; yani, kamu malı satılıyor borsaya aktarılıyor, borsadan bu özel emeklilik sigorta şirketleri yararlandırılıyor, bu, giderek, işçilere, özel sigortadan yararlanan işçilere daha yüksek getiri olarak gidiyor; ancak, uzmanlar, bu çift haneli getiri bölümün sonuna yaklaşıldığı, yüksek getirilerin, ancak istikrarlı ve hızlı büyümeyle sağlanabileceğini, oysa bunun olanaksız olduğunu ifade etmektedir; yani, musluk bitmiş, küpte su kalmamış, tüm kamu malları satılmış ve spekülatif, çok ucuza ve kitlesel satılıyor.

Şimdi Türkiye örneklerine gelelim. Türkiye'de özelleştirme nedir, birkaç çarpıcı örnek vermek istiyorum; gerçekten özelleştirme, topluma sunulan şekilde mi? Kamu işletmeciliğini Geliştirme Merkezinin hazırladığı bir rapora dayanarak vereceğim bu örnekleri.

KÜMAŞ: Türkiye'de manyezit alanında tekeldir ve kârlı bir kuruluştur, Kamu kuruluşuydu. KÜMAŞ, 1995 yılında 108 milyon dolara bir holdinge satıldı. Bunun satılmasının çok ilginç bir öyküsü var. 108 milyon dolara satılırken bunun yarısı ödenecek, yarısı daha sonra ödenecek. Holding, 54 milyon doları ödemedi önce çok ilginç bir iş oluyor. KÜMAŞ satılmadan önce bütün devlet bankalarına diyor ki: "sizdeki döviz mevduatlarınızı bana verin yaklaşık 30-40 milyon dolar çekiyor, kendi parasını, satılacak bu holdingin bankasına yatırıyor. 54 milyar doların 40 milyon doları holdinge bulundu, 18 milyon dolar da kendisi katıyor ve KÜMAŞ'ı satın alıyor. Özelleştirme bu.

Bir başka örnek, son dönemde yaşanan örneklerden: bizim bütün enerjimizi sağlayan termik santrallerimiz satılıyor. 12 tane termik santral, bunlar

satılmıyor aslında, söylenen 20 yıllığına kiralanacak, devredilecek; ama, bu bir satış, neden satış; çünkü, bir termik santralin ömrü zaten 20 yıl, satılmış oluyor, bir daha çalıştıramıyorsunuz. Bu, oyunun bir parçası. Bu 12 termik santralimizin satış bedeli olarak 1,6 milyar dolar saptanmış. Hesaplıyorsunuz, 1,6 milyar dolar. O 12 termik santrali alan kişi, hepsini bir kişinin, bir holdingin aldığı düşünelim; kârlarına baktığımız zaman bu kuruluşların, tam 1,5 yılda amort ediyor, ondan sonrası hepsi kâr.

Burada bir çarpıcı örnek daha vermek istiyorum. Hidroelektrik santrallerimiz satıldı. Hidroelektrik santrallerde 1 kilovatsaat elektriğin maliyeti yaklaşık, iki ay önce 60 liraydı, bunu, o hidroelektrik santralini alan şirket, devletin, elektrik dağıtmakla yükümlü olan şirketine kaç liraya satıyor biliyor musunuz, 4 bin liraya; 60 lira nerede, 4 bin lira nerede? Kârı görebiliyor musunuz!... 70 katı!...

Dahası var, termik santrallerimiz satılıyor, termik santrallerimizi besleyen bizim maden işletmelerimiz var Yatağan, Çayırhan. Bunlar ne olacak; bunlar, gazeteler, nasıl gazetenin yanında tencere tava ilave veriyorsa, bu maden işletmeleri, 380 milyon tonluk, 77 milyon tonluk kömür rezervini, makina parklarını, işçileriyle her şeyiyle, lojmanlarıyla, tesisleriyle bedava verilecek. Bunun adına özelleştirme mi denir; bunun adına yağma denir.

Pinera'yı savunan medyamız Pinera'yla yaptığı söyleşiden sonra sözü bağlarken diyor ki: "Onu dinlemek için, bu güzelim modeli dinlemek için biletiniz yoksa başka birinden ödünç almanızı veya mecbur kalırsanız çalmanızı, şiddetle tavsiye ediyoruz."

Biz termik santrallerimizin, haklarımızın çalınmasını istemiyoruz, hiç kimsenin biz biletini de çalmayız, ama kimse de bizim malımızı çalmasın.

Bu termik santraller satışa çıkarıldı, ihalesi yapıldı, Anadolu Ajansından geçtim, beni hiç şaşırtmadı; iki büyük medya holdingi, termik santrallerinin ihalesine katılmıştı.

T.E.B 29-30. DÖNEM III. BÖLGELERARASI TOPLANTISI 6-7-8 HAZİRAN 1997'DE SAPANCA'DA YAPILDI

TEB, III. Bölgelerarası toplantısı Sakarya Eczacı Odası'nın evsahipliğinde gerçekleştirildi. Toplantıya 34 eczacı odası katıldı.

Toplantının birinci günü; açılış konuşmaları ve T.E.B Merkez Heyeti çalışma raporunun sunulmasından sonra eczacı odalarının rapora yönelik görüşlerine ve bölgesel sorunların tartışılmasına yer verildi.

Başarılı bir organizasyonla gerçekleştiren toplantının açılış konuşmasını Sakarya Eczacı Odası adına başkan Ecz. Nagihan Köseoğlu yaptı. Köseoğlu konuşmasında ülke gündemindeki sorunların giderek çoğaldığını ve bunun mesleğimize yansımalarından dolayı mesleki sorunlarımızın da giderek arttığını ve dolayısıyla da toplantı gündemlerinin de yoğun olduğunu belirtti.

T.E.B. Başkanı Ecz. Mehmet Domaç konuşmasında 8 yıllık kesintisiz eğitime değinerek; Diyarbakır Eczacı Odasının T.E.B'ne yaptığı "Diyarbakır'da bir ilköğretim okulu kurulması" talebine olumlu baktıklarını; Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş felsefesi olan akıl ve bilim yoluyla çağdaş uygarlığa ulaşmak ülküsünden asla taviz verilemeyeceğini, ilkel, acımasız sömürü düzenlerini sürdürmek isteyenlere Cumhuriyetin temel ilkelerini aşındırmak isteyenlere dur dememiz gerektiğini söyledi.

Eğitim, sağlık, adalet, savunma ve ulaşım alanlarında kamunun mutlak rolünün ortaya konduğu, bu hizmetlerin çağdaş hale getirildiği politikaların ülkemizde mutlaka oluşturulmaları gerektiğini de sözlerine ekleyen Domaç ülkemiz nüfusunun % 51'ini oluşturan kadınlarımızın Parlemontodaki temsil yetilerinin azlığına da dikkat çekti.

5 Haziran Dünya Çevre Günü'ne de değinen Domaç bir meslek örgütü ve aydın kimliğine sahip insanlar olarak çevremize sahip çıkmamız gerektiğini ve çevre bilincini çocuklarımıza ve en yakınımıza da iletmemiz gerektiğini ve bu ülke insanının çevresiyle birlikte mutlu olabileceğini belirtti. Çevre konusunda Bergama'luların siyanürlü altına karşı mücadelelerine de değinen Domaç siyasilerin bu konudaki direktme ve dayatmalarını da anlayabilmenin mümkün olmadığını söyledi.

Ülkemizde, üretilen ilacın giderek çokuluslu tekellerin eline geçtiğini ve 1990'lı yılların başlarına kadar 8 üretici firma varken bugün 27 yabancı

sermayeli firmanın olduğunu ama yine de ancak 8'inin üretici konumda olduğunu, diğerlerinin ise ülke ekonomisine hiçbir katkı sağlamadan; salt pazarlama istemleri doğrultusunda ülkemize geldiklerini ve yerli firmaların kaybolmasına neden olduklarını belirten Domaç bugün 850 milyon dolarlık ilaç ithalatına karşılık 50-100 milyon dolar ilaç ihracatımız olduğunu ve OTC konusunda da ilaç firmalarının çalışmalarına devam ettiklerini söyledi.

Ülkenin ekonomik ve sosyal sorunlarına bağlı olarak eczacılık alanının sorunlarının da arttığını belirten Domaç sözlerine şöyle devam etti "Giderek artan eczane sayısı, eczacılık fakültelerine alınan öğrenci sayısı, bu sayının kısıtlanmaması, kamu kurumu reçetelerinin eşitsiz dağılımı, kamu kurumlarında çalışan eczacıların özlük haklarının iyileştirilememesi, 17120 ye varan serbest eczaneye karşılık kamuda sadece 2.500 eczacının çalışıyor olması, ülkemizde hala eczacısız ilaç hizmeti verilmeye devam edilmesi bir ortaçağ geleneği gibi süren sorunlar olarak karşımızda duruyor."

Domaç sözlerini "Gün, aydın olana yakışır biçimde yaşamın her alanında aydınca tutum almak; çetelerin, ırkçı-şöven milliyetçilerin, şeriatçıların heveslerini kursaklarında bırakma günüdür" diyerek bitirdi.

T.E.B. Merkez Heyeti çalışma Raporunu Genel Sekreter Ecz. Betül Bilgetekin Mali Raporu Genel Sayman Ecz. Erkal Alphan sundu.

Daha sonra raporlar üzerindeki oda görüşlerine geçildi.

Odalar adına yapılan konuşmaların ardından katılım payının ekonomik, sosyal ve hukuki boyutunun tartışılması ile ilgili gündem maddesine geçildi.

T.E.B. Genel Sekreteri Ecz. Betül Bilgetekin'in yaptığı sunumun ardından odalar adına görüşler aktarıldı.

Toplantıda T.C. Emekli sandığı'nın Sağlık Projesi ve eczane uygulamaları ile ilgili sunumunda; Sağlık Daire Başkanı Vedat Ertürk bu projenin hayata geçmesiyle yanlışların önleneceğini, katılım payı sorununun çözülebileceğini belirtti. Emekli Sandığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanı Hüseyin Yılmaz da projenin geniş bir tanımını yaparak projeye yönelik soruları yanıtladı.

Toplantının son gündem maddesi olan jenerik

ilaç konusunda; Sağlık Bakanlığı ilaç ve Eczacılık Genel Müdürü Ecz. Kemalettin Akalin ve H.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD Başkanı Prof. Dr. Rümeyza Demirdamar sunum yaptılar.

T.E.B. Genel Başkanı Ecz. Mehmet Domaç T.E.B. Merkez Heyetinin kurmaya çalıştığı biyoanalitik laboratuvarına ilişkin beş aydır yürütülen çalışmalar hakkında bilgi verdi.

Domaç ayrıca Sağlık Bakanlığı ile T.E.B. arasında imzalanan kişisel tedavi için Yurt Dışından İlaç Teminine ilişkin Protokol ve işleyişi konusunda bilgi aktardı.

Son olarak T.E.B. Merkez Heyetinin "eczane tabelalarının standart hale getirilmesi" konusundaki Büyük Kongre kararı üzerine yaptığı çalışma ile ilgili olarak hazırlanan 10 örnek tabela katılımcıların değerlendirilmesine sunuldu. Ve en çok beğenileni seçildi.

III. Bölgearası toplantı Ecz. Betül Bilgetekin, Ecz. Mustafa Turunç, Uzm. Ecz. Olcay Seles, Ecz. Alnur Kalemci ve Ecz. Erdoğan Çolak'tan oluşan komisyonun dile getirilen öneriler doğrultusunda hazırladığı sonuç bildirgesinin okunarak oybirliği ile kabul edilmesiyle sona erdi.

SONUÇ BİLDİRGESİ

6-7-8 Haziran 1997 tarihlerinde SAPANCA'da yapılan Türk Eczacıları Birliği 29-30. Dönem III. bölgearası Toplantıda Katılım Payının sosyal, ekonomik ve hukuki boyutu değerlendirilerek aşağıda belirtilen görüşlerin meslektaşlarımıza, ilgili kurum ve kuruluşlara ve kamuoyuna duyurulması kararı oybirliği ile alınmıştır.

1. 1996 yılı sonu itibarıyla ülkemizde tüketilen ilaç tutarı 2 milyar dolardır. Bu tüketimin % 62 si kamu kurum ve kuruluşları yani devlet tarafından karşılanmaktadır.

2. Türkiye'de 3800 kişiye bir eczane düşmektedir. Ancak kişi başına düşen eczane sayısında dengeli bir dağılım olmayıp özellikle büyük iller başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarının yoğun olduğu bölgelerde kümelenmiştir. Bu kümelenme, % 62 si kamu kurum ve kuruluşları tarafından tüketilen 2 milyar dolarlık ilaçtan daha fazla pay alabilmek anlayışından kaynaklanmaktadır.

3. Halkın alım gücünün giderek azalması ve buna ters orantılı olarak ilaç fiyatlarının artması sonucu, kamu kurum ve kuruluşunda çalışanlar ve emekliler reçeteleri karşılığı vermek zorunda oldukları katılım paylarını ödemekte zorlanmakta; hatta ödemek istememektedirler.

4. Oysa 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası, 5439 sayılı Emekli Sandığı Yasası katılım payı ödeneceğini açık bir şekilde ifade etmektedir. Ayrıca Bütçe Uygulama Talimatı ve eczacıların resmi kurumlarla yaptığı sözleşmede, çalışanlardan ve

emeklilerden katılım payı alınacağı da açıkça belirtilmiştir. Sonuç olarak hukuki ve mali yönden çalışan ve emekli, katılım payı ödemeye, Sözleşmeli eczane de katılım payı almaya zorunludur.

5. Eczaneler, sağlık hizmetinin sunulduğu yerlerdir. Eczane ve ilaç tüketimindeki dengesiz dağılım, hizmet sunumu rekabeti yerine fiyat rekabetini getirmektedir. Bu rekabet sonucu ne yazık ki, mesleki bilinç ve sorumluluğunun farkında olmayan bir kısım meslektaşlarımız, katılım payı almayarak, birbirimize olan saygımızın ve toplumun eczacıya olan saygısının giderek azalmasına yol açmaktadır. Ayrıca ülkemizin ve eczacıların ekonomik kayıpları büyük boyutlara ulaşmaktadır.

6. Bu sorunun meslek örgütlerimizce yetkili makamlara defalarca aktarılmasına karşın, ilgililerin duyarsızlığı nedeniyle çözüme yönelik girişimlerimiz sonuçsuz kalmıştır.

7. Meslek örgütü yöneticileri olarak diyoruz ki; özellikle 1980 sonrası küreselleşme adı altında topluma sunulan ve dayatılan politikaların sonucu ülkemizin yaşadığı ekonomik, sosyal ve siyasal değerlerin yozlaşması giderek artmıştır. Bu yozlaşma mesleğimizi de etkilemiş ve bir dizi olumsuzluğu doğurmuştur.

SONUÇ OLARAK,

Yetkilileri;

1. Bir an önce sorumluluklarını yerine getirerek yasaları uygulamaya,

2. Hastalarla, eczacılar arasındaki parasal ilişkiyi ortadan kaldıracak ve eczacıyı yalnızca nitelikli hizmet sunumuna yönlendirecek yasal düzenlemeleri yapmaya çağırıyoruz.

Meslek Örgütü Yöneticileri Olarak;

1. Mesleğimizdeki yozlaşmanın ortadan kaldırılması, meslek içi barışın sağlanması, karşılıklı saygı ve sevgi ortamının oluşturulması ve tüm topluma yayılması için her türlü uğraşı vereceğimizi,

2. Haksız rekabete neden olan meslektaşlarımızın kararlılıkla karşısında olacağımızı,

3. Deontolojiye aykırı davranışlarını sürdüren meslektaşların cezalandırılması yönünde denetimleri daha da sıklaştıracığımızı,

4. Yasalar ve yönetmelikler çerçevesinde en ağır yaptırımları uygulayacağımızı bildiriyor;

Mesleğimizin sorunlarının ülke sorunlarından ayrı tutulamayacağını bilinci içinde sosyal hukuk devleti anlayışından hareketle

"TEMİZ DEVLET, TEMİZ TOPLUM TEMİZ ECZACI"

özlemimizi bir kez daha kamuoyuna duyuruyoruz.

KLİNİK AÇIDAN AĞRI

Doç. Dr. Ayşen Yücel*

İnsanoğlunun düşünmeye başlaması ile kafasını kurcalayan temel sorunların başında ağrı geliyordu ve bu sorun günümüze dek insanoğlunun en önemli uğraşları arasında yer aldı.

Ağrının, her çağda gerçek bir olgu olarak karşımıza çıkmasına karşın çağlar boyunca; nedeni ve onunla nasıl başa çıkılabileceği sorularının, günümüze dek tam olarak yanıt bulduğunu söyleyemeyiz. Her çağda ağrıya karşı düşünce ve tavırlarda farklılıklar gözlenmiş ve bu farklılıklara paralel olarak ağrı ile mücadelede büyü, din, batıl inançlar, felsefe ya da pratik yaklaşımlar gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır. İlk toplumlarda sıcak, soğuk, çamur banyoları ve bazı bitkisel maddelerin ağrı tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Ağrının kaynağı olarak, bedene hükmeden kötü güçlerin insanın içine cinler soktuğuna ve bu cinlerin insanın yaşamsal özünü aldığına inanılmaktaydı.

Ağrı, insanlığın başlangıcından beri var olan bir bulgu olmasına karşın ancak son 20 yıl içerisinde başlıbaşına bir hastalık olarak ele alınmaya başlanmıştır. Ağrının yalnızca diğer hastalıkların bir algusu değil de başlıbaşına bir olgu olarak ele alınması ile birlikte önemli adımlar atılmaya başlanmış ve tıpta yeni bir bilim dalı ALGOLOJİ doğmuştur. İlk çağlardan günümüze dek süren ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleri ile ilgili uğraşlar günümüzde de büyük bir ivme kazanarak sürmekte ve her geçen gün bilim adamlarının daha fazla ilgisini çekmektedir.

1979 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Örgütü (IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, bir doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişteki deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan emosyonel ve sensoriyel bir duydur. Bu tanımlama önemli öğeleri içermektedir. Birincisi, ağrıyla ilgili organik bir neden her zaman saptana-

mayabilir. Ancak bu, ağrıyı hemen psikolojik nedenlere bağlamayı gerektirmez. Bugünkü tanı yöntemleri ile ağrıya yol açacak bir bozukluk saptanamayabilir. İkinci önemli öğe, ağrılı uyarana karşı cevabın insanın geçmişteki yaşam biçimi, kültürü, bulunduğu çevre, eğitim ve cinsiyet gibi bir çok etkene bağlı olarak değişkenlik gösterebilmesidir. Ağrıya karşı cevap kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Kimi hasta en şiddetli ağrılara bile dayanıklılık gösterirken, bir diğeri en basit ağrıyı abartabilir. Üçüncü önemli özellik ise, ağrının sübjektif bir duyu olmasıdır. Bu da ağrının değerlendirilmesinin ne denli güç olduğunu gösterir.

Ağrı, vücut tarafından, bir çok organın katıldığı karmaşık bir olay olarak algılanır. Dışarıdan gelen bir etkene bağlı ise ilk olarak kaçma ve kurtulma gibi refleks hareketlerin yanı sıra bilinçli ve istemli olarak yaptığımız bağırma ve yardım isteme gibi davranış biçimlerine neden olur. Bunların yanı sıra terleme, kan basıncının yükselmesi ya da düşmesi, nabızda hızlanma ve solunumun hızlanması gibi otonom değişiklikler ortaya çıkar. Ağrı bütün bu davranışsal ve morfolojik değişikliklerin sentezidir. Ancak bu senteze her zaman aynı yapılar katılmaz. Ağrılı uyarının şiddetine ve yerine göre farklı organlar işin içine girer. Ancak ağrılı uyarının merkezi sinir sistemine ve beyne iletim süreci, neden ne olursa olsun benzerlik gösterir.

Ağrı, spesifik bir olgu olmasına ve belirli reseptörler aracılığı ile algılanmasına karşın, bu ilişki yalnızca uyarı ve algılama düzeyinde kalmamakta ve bir çok çevresel etken işin içine girmektedir. Çevreden gelen çeşitli uyarılar, ağrı duyusu olarak algılanabilmektedir. Sıcak, soğuk, kimyasal maddeler ya da çarpma vurma gibi birbirinden farklı etkenler ağrı duyusu oluşturabilmektedir. Bunu sağlayan, ağrıya spesifik reseptörlerdir.

Ağrı iletiminde 2. Durak omuriliklidir. Omurilik

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı

yalnızca ağrı değil diğer duyu- ların da değerlendirildiği bir du- raktır. Son yıllarda yapılan çalışmalar omiriliğin yalnızca bir durak değil, aynı zamanda ağrı kontrolünde önemli bir merkez olduğunu göstermiştir. Ağrı yönünden en önemli özelliği, vücudun ağrıyı kendi kendine kontrol etme savaşımında rol almasıdır. Ağrı duyası, omurilik- ten üst merkezlere iletilir. Beynin birçok bölgesinin ağrı algılanması ve iletiminden sorumlu olduğu bilinmektedir. Bütün duyu- lar gibi ağrı duyası da serebral kortekste son- lanmaktadır. Ağrılı hastada başlıca 2 unsur önemlidir: 1- Ağrının duyulması ve algılanması 2- Ağrıya karşı reaksiyon. Beyin ağrının algılanması kadar ona olan yanıtta da esas rolü oynamaktadır. Hatta son yıllarda ağrı hafızası kavramı ortaya atılmış ve beyin- de ağrının kaydedildiğini, ağrıyı oluşturan etken or- tadan kalktıktan sonra bile ağrı algılanmasının sürdüğünü göstermişlerdir.

Ağrı konusunda son yıllardaki en önemli adımlardan birisi de, organizmanın yaptığı, morfine benzer kimyasal maddelerin yalıtılabilmesidir. Beyin, omurilik ve vücudun çeşitli organlarından en- dorfin adını verdiğimiz ve kimyasal yapısı morfine çok benzeyen kimyasal maddeler salgılanmaktadır. Bu maddelerin yanı sıra bir çok başka kimyasal madde ağrılı uyarının kontrol altına alınmasında yardımcı ol- maya çalışmaktadır. Bu adımlar daha önce açıklanamayan bir çok olaya ışık getirmiştir. Ağrıya karşı neden kişilerin farklı farklı cevap verdiği ya da vücuduna şiş saplama veya ateşte yürüme gibi çok ağrılı uyarılarda kişilerin neden acı çekmediği bu kimyasal maddelerin sağlanması ile bir ölçüde açıklanabilmektedir.

Ağrı zaman, mekanizma ve kaynaklandığı bölgeye göre üç şekilde sınıflandırılabilir:

Klinik olarak ağrı genellikle süresine bağlı ola- rak akut ve kronik olarak ayrılmaktadır. Bu ayrımı yapmak her zaman mümkün olmamaktadır. Bazı du- rumlarda akut ağrı, tekrarlayan ataklarla intermitan nitelik kazanmakta, bazen de kronikleşebilmektedir. Genel olarak 6 aydan daha kısa süreli ağrılar akut ağrı, daha uzun süreli olanlar ise kronik ağrı olarak değerlendirilmektedir.

Akut ya da iveden ağrı, ani ağrı olarak başlayan ve kısa süren ağrıdır. Birçok durumlarda akut ağrı, vücudu korumaya yöneliktir. İrreversibl bir

Ağrı, spesifik bir olgu olmasına ve belirli re- septörler aracılığı ile algılanmasına karşın, bu ilişki yalnızca uyarı ve algılama düzeyinde kal- mamakta ve bir çok çevresel etken için içine girmektedir.

tahribat yoksa yavaş yavaş azalarak kaybolur. Postoperatif ağrı, renal kolik, miyokard en- farktüsu veya pankreatit gibi akut ağrılı durumlarda ağrı, bir doku hasarı sonucu başlar ve yara iyileşmesi süresince gide- rek azalır. Beraberinde otonom sinir sistemi aktivasyonuna bağlı olarak taşikardi, hipertansiyon, terleme, salukluk gibi bulgular vardır. Akut ağrı hastayı hekime götüren bir uyarı rolü oynamak-

tadır.

Kronik ağrı ise kimi yazarlara göre üç ay, kimi- lerine göre ise altı ayı aşkın süredir devam eden ağrıdır. Kronik ağrı, akut ağrıdan farklı olarak başlı başına bir sendrom olarak ele alınmaktadır. Kronik ağrıda tabloya, depresyon, anksiyete, sosyal ve ekonomik problemler de eklenmekte ve hastanın değerlendirilmesi güçleşmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Artrit Cemiyeti, Kalp Enstitüsü, Kanseri Enstitüsü istatistiklerine göre yılda yaklaşık 50 milyon hasta kronik ağrı nedeniyle hekim- lere başvurmakta ve kronik ağrı nedeniyle yılda 700 milyon işgünü kaybı olurken tedavi masrafları için ise, 60 milyar dolar harcanmaktadır. Yalnızca bu iş gücü ve maddi kaybı önlemek için değil, kronik ağrılı has- tanın spesifik olarak ele alınıp tedavi edilmesi amacıyla yeni bir disiplin; ALGOLOJİ doğmuştur.

Ağrılı hastanın tanı ve tedavisinin doğru yönlendirilmesinin en önemli koşulu, hiç şüphesiz has- tanın ağrısının doğru değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin de multidisipliner bir yaklaşım ile yapılmasıdır. Hasta ile ilgilenen hekimin bilmesi gere- ken ilk koşul, hasta tarafından şikayet olarak sunu- lan ağrının, karmaşık yapılı ve çok boyutlu olduğudur. Ağrı şikayeti ile hekime başvuran has- tanın ağrısını değerlendirirken amaç, doğru tanıya ve buna bağlı olarak da doğru tedaviye ulaşmaktır. Hasta kendine özgü subjektif bir hissinden bahset- mektedir. Değerlendirmenin de bu hissi bizzat yaşayan hastanın kendisinden alınan bilgilere göre yapılması doğru olur. Sağlıklı bir değerlendirilmenin ilk koşulu, hekimin hasta ile sıkı bir diyaloga girmesidir. Hastanın kendisinin dinlendiğini ve şikayetin ciddiye alındığını hissetmesi gerekir. Akut ağrılı hasta genel- de "o kadar olacak" anlayışı ile ağrı ile baş başa bırakılmıştır. Kronik ağrılı hasta ise, birçok doktor dolanmış, ailesi tarafından da kanıksanmış bir halde karşımıza gelir. Değerlendirme; hastanın demografik

bilgilerini, aktüel ağrı şikayetini ve buna eşlik eden şikayetleri, geçmiş ağrı hikayesini ve tedavilerini, genel anamnezini içermelidir. Tüm bilgiler bu sistematige uygun olarak detayı ile kaydedilmelidir. Ağrının yeri, şiddeti, süresi, dağılımı, azaltan ve arttıran faktörler kaydedilmeli ve analjeziklere cevabı öğrenilmelidir. Kişiyi özgü olan ağrı hissinin şiddeti elbette yine hasta tarafından saptanmalıdır. Bu saptama, ilk görüşmede mutlaka belirlenmeli ve kaydedilmelidir. Çünkü tedavi sürecinde ağrı şiddeti takibinin etkinliği belirlemede bir gösterge olduğu kabul edilir.

Kronik ağrılı hastaların büyük çoğunluğunu baş, bel ve kanser ağrıları oluşturmaktadır. Başağrısından yakınan hastaların % 80-90'ında migren, gerilim baş ağrısı gibi primer başağrıları ile ruhsal nedenli baş ağrıları vardır. Bu tür baş ağrılarında nörolojik muayene ve araştırma yöntemleri normal bulgular vereceğinden tanı ancak hastadan alınan bilgilerle konulacaktır. Başağrısı sık görülen bir belirti olduğundan çoğunlukla önemsenmez günlük olaylara bağlanır, kendiliğinden geçmesi beklenir ya da basit yöntemlerle (masaj, istirahat, uyuma, ağrı ilacı alma vb.) ile geçirilmeye çalışılır. Ağrının ilk olarak ve şiddetli şekilde ortaya çıkması, sık sık tekrarlama veya uzun zamandan beri devam etmesi veya ağrıya başka bazı belirtilerin de eşlik etmesi veya hastanın başağrısının ciddi bir hastalıkla ilgili olduğundan endişeye kapılması gibi durumlarda hasta hekime başvurma gereğini duyar. Acil servislere başvuran başağrılı hastaların önemli bir bölümü yürüyerek geldikleri ve muayenelerinde de çoğunlukla bir bulgu ile karşılaşmadığı için yakınmalarının temelinde kişinin sağlığını hatta yaşamını ciddi bir şekilde tehdit edebilecek ciddi organik bir nedinin varolabileceği gözden kaçabilmektedir. Bu hastalarda; geçmişe ait başağrısı, öyküsünün varlığı, başağrısının başlangıç şekli ve gelişimi, ağrının lokalizasyonu ve yayılımı, ağrıya öncelik veya eşlik eden semptomların varlığı tek tek değerlendirilmelidir.

Günümüzde bel ağrısı çalışan nüfusu en çok etkileyen kas-iskelet sistemi lezyonlarından. Genel nüfusun % 65 ile % 85 inin hayatlarının herhangi bir döneminde bel ağrısı geçirdiği, bu durumun 45 yaşın altındakilerde aktivite kısıtlanması yapan en önemli neden olduğu, sedanter yaşayanların % 35'inde, fiziksel aktivitesi olanların % 45'inde ortaya çıktığı ve belirli bir zaman kesitinde bütün yaş gruplarında % 20-30'luk bir prevalans gösterdiği bulunmuştur. Amerika'da bel ağrısına bağlı iş günü kaybı, tıbbi-cerrahi tedavi maliyeti ve emeklilik sakatlık tazminatları top-

lam tutarının yılda 16 milyon dolara vardığı bildirilmiştir. Bel ağrılı vakalarının % 70-85'inin herhangi bir tedavi ile iyileştiği % 16-40'ının bel ağrısına rağmen işine devam ettiği, vakaların %22-55'inin işlerine bir hafta veya daha az, % 60-80'inin üç hafta veya daha az, % 75-95'inin altı haftada veya daha az işlerine devam edemedikleri gösterilmiştir.

Mekanik bel ağrıları lumbosakral bölgede nöroseptörlerin uyarımları sonucu ortaya çıktığından başlıca sinir kökü lezyonları, apofiziel eklem ve eklem etrafı yumuşak doku lezyonları, kas gerilmeleri, spinal stenoz ve listezis gibi ana sebeplerle görülür. Bu multifaktöriyel nedenler ve çeşitli etyolojilerde görülen müsterek semptomatoloji mekanik bel ağrılarında kesin ve tek bir tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Bel ağrılarının tedavisinde çeşitli noninvaziv ve invaziv yöntemler kullanılmakla birlikte günlük hayatta alınacak bazı tedbirlerle bel ağrıları oluşmadan engellenebilmektedir.

Kronik ağrılar arasında kanser ağrılarının farklı bir yönü bulunmaktadır. Bu hastalarda ağrının yanı sıra, sosyal problemler, anksiyete, ölüm korkusu gibi çeşitli faktörler bulunmaktadır. Kanser, her geçen gün büyük bir sorun oluşturmaktadır. Her yıl, yarısı gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 7 milyon hastaya kanser tanısı konmakta ve her yıl 5 milyon kişi kanserden ölmektedir. Günümüzde dünyada 14 milyon kanserli hasta yaşamaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılmış yaklaşık 2600 hastayı kapsayan 12 araştırmada, hastaların % 50 sinden fazlasının yeterli ağrı tedavisi görmediğini ortaya koymaktadır.

Neden ne olursa olsun kronik ağrı tedavisinde hastaya uygulanacak ilk yöntem analjeziklerin verilmesidir. Analjezikleri genel olarak 3 grupta toplayabiliriz.

1. Non opioid analjezikler
2. Opioid analjezikler
3. Adjuvan (sekonder) analjezikler

1982 yılından beri, Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), kanser ağrısı tedavisi için önce hafif ağrılara yönelik non-opioid analjeziklerle başlanılan "üç basamaklı analjezik tedavisi"ni önermektedir. Non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalar için, hafif opioidlerin (örneğin; kodein) tek başına veya adjuvan ajanlarla kombinasyon şeklinde seçilerek kullanılması önerilmektedir. Analjezik seçiminde, ağrının tipi, hastanın özellikleri ve analjeziklerin özellikleri birarada değerlendirilmelidir. Yaşlı hastalarda, çocuklarda ve

hamilelerde analjezik seçiminde daha da dikkatli olunması gerekmektedir.

Analjezikler kullanılırken analjezik kullanım ilkeleri de gözönünde bulundurulmalıdır. Buna göre, Analjezik dozu hastaya göre ayarlanmalıdır.

- Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmelidir.
- Analjeziklerin kullanımında önce oral yol tercih edilmelidir.
- Hastanın uyku düzeni sağlanmalıdır.

Ağrılı hastanın tedavisinde amaç, ağrının tamamen ortadan kaldırılması değil, hastanın günlük hayatına etki etmeyecek bir düzeye indirilmesi-dir. Ağrı tedavisi için Algoloji kapsamında kullanılabilen çok çeşitli ajan ve yöntem mevcuttur. Ama tedavide ana ilke en basit ilaç ve yöntemle tedavinin başlaması ve tüm hastalarda yakın takip ile bir basamak sisteminin uygulanmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Bonica J.J.: History of pain concepts and therapies. The Management of Pain Ed. by Bonica J.J. Lea & Febiger, Philadelphia, 1990.
2. Bonica J.J.: anatomic and physiologic basis of nociception and pain. The Management of Pain, 2nd Edition. ED. by Bonica J.J. Lea and Febiger, Philadelphia, 1990.
3. Borenstein D.G, Wiesel S.W.: Low Back Pain, Medical Diagnosis and Comprehensive Management W.B. Saunders Comp., 1988.
4. Cancer Pain relief World Health Organization, Geneva, 1986.
5. Melzack R., Katz J: Measurement in person in pain In textbook of pain. Wall P.D., Melzack R., Churchill Livingstone, London, 1994.
6. Waldmann S.D.: Evaluation and treatment of common headache and facial pain syndroms. In Practical Management of Pain. Raj P.P., Mosby Year Book, 1992.
7. Wilson P.R.:Pain mechanisms, anatomy and physiology. Practical Management of Pain. Ed. by Raj P.P. Mosby Year Book. St Louis, 1992.

ANALJEZİK İLAÇLAR

Prof. Dr. Rûmeysa Demirdamar*

Analjezik ilaçlar başlıca iki grupta incelenir.

- a) Santral etkili analjezikler,
- b) Non-Steroid antiinflatuar ilaçlar.

a) Santral etkili analjezikler:

Bu grup ilaçlara örnek morfin ve benzeri ilaçlardır. Bu ilaçlar etkilerini opioid peptid nöromedyatörlerin aktive ettiği opioid reseptörleri aktive ederek güçlü analjezi ile gösterirler. Antipiretik ve antiinflatuar etkileri yoktur. Analjezi ile birlikte santral sinir sisteminde yaygın sayılabilecek ve bilinç bulanıklığı yapabilecek derecede bir depresyon oluştururlar.

Afyon 17. yy'da efori, analjezi, uyku verici ve ishal kesici amaçlarla Laudanum Tentürü adıyla kullanılmıştır. 19. yy'da opiyat bağımlılığının ortaya çıkması ile sosyal kullanımı ortadan kalkmıştır.

b) Non-Steroid antiinflatuar ilaçlar:

Bu gruptaki ilaçların üç temel farmakolojik etkisi vardır. Bunlar;

- a) Analjezik etki,
- b) Antiinflatuar etki,
- c) Antipiretik etkidir.

Bu ilaçların temelde etkileri arazidonik asidi prostaglandine, prostasiklin ve tromboksana dönüşümün sağlayan silooksijenaj (COX) enzimini inhibe etmeleridir. COX1 enzimi vücutta hemen her dokuda yer alır. Bu enzimin inhibisyonu NSAİ ilaçların istenmeyen etkilerinin de ortaya çıkmasından sorumludur. COX2 enzimi sadece inflamasyonlu dokuda yer alır ve nonsteroid antiinflatuar etkiden sorumludur.

Prostaglandin E1 ve Prostaglandin E2 nosiseptif sinir uçlarının bradikinin ve serotonin benzeri ağrı mediyatörlerine duyarlılığını artırır. NSAİ ilaçlar prostaglandinlerin nosiseptörlerin ağrıya duyarlı hale getirdiği, yani inflamasyon ve doku harabiyetinin eşlik ettiği artrit, bursit, kas ve vasküler kaynaklı ağrılar, diş ağrıları, dismenore, postpartum ağrısı, kemikte kanser ve metastaz ağrılarında etkilidir. Opiyatlarla kombinasyonu postoperatif ağrılarda opiyat gereksinimini 1/3 oranında azaltır.

COX2 prostaglandin E2 ve prostaglandin 12

oluşumuna bu da vazodilatasyon ile vasküler permeabilitenin artışı-ödem ve ağrıya neden olur. COX2 inhibisyonu ile antiinflatuar etki ortaya çıkar. Ancak kronik inflamatuvar hastalıklarda NSAİ ilaçların doku hasarını arttırdıklarını gösterir datalar vardır.

Hipotalamik termostatin bozulması ile ısı üretimi ve tüketimi arasındaki denge bozulur ve ateş yükselmesi meydana gelir. NSAİ lar hipotalamik prostaglandin E yapımını spesifik COX izoenzimini inhibe ederek engeller ve antipiretik etkiler.

NSAİ ları hepsi analjezik etkiye sahiptir. İndometasin, piroksikam güçlü antiinflatuar etkilidir. Naproksen, nabumeton, ibuprofen orta güçte antiinflatuar etkiye sahiptir. Parasetamolde ise antiinflatuar etki yok denecek kadar azken iyi bir analjezik, antipiretik etki vardır.

NSAİ ların klinik kullanımları:

Analjezik olarak; baş ağrısı, dismenore, bel ağrısı, kemik metastazı ve postoperatif ağrılarda kullanılır. Kısa süreli analjezi için aspirin, parasetamol, ibuprofen gibi ilaçlar tercih edilir. Kronik ağrılarda etki süresi daha uzun olan diflunisal, naproksen, prioksikam kullanılır. Kemik metastazı ve postoperatif ağrılarda narkotik analjeziklerin dozunu azaltmak için tercih edilir.

Antiinflatuar olarak; romatoid artrit gibi iskelet kas sistemi romatizmal hastalıklarında, gut ve yumuşak doku hastalıklarında kullanılır. Bu amaçla kullanımda doz analjezik kullanımdan yüksektir. İbuprofen gibi yan etki insidansı düşük bir antiinflatuarla tedaviye başlanmalıdır.

Antipiretik olarak reye sendromu'na neden olmaması nedeniyle özellikle çocuklarda Parasetamol tercih edilir.

Yaygın olarak bir salisilat türevi olan Aspirin kullanılan ilaçlardandır. Aspirin COX1'i ireversiblen inhibe eder. Antiinflatuar etkisi yanında trombosit agregasyonunu inhibe ederek düşük dozda myokard infarktüsüne karşı koruyucu olarak kullanılır. Midenin asit ortamında non iyonize durumda bulunur ve absorpsiyonu tamdır. %75'i karaciğerde metabolize olur. Yaygın kullanılan bir diğer ilaç Parasetamol'dür. Analjezik ve antipiretik etkili olan ilacın antiinflatuar etkisi yoktur. Karaciğerde metabolize olur. Toksik dozunda bulantı, kusma, 24-48 saat sonra ise karaciğer tahribatı yapar. Erken dönemde asetil sistein ve metiyonin verilirse karaciğer toksisitesini önleyebilir.

Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaçların Genel Toksik Etkileri

Uzm. Ecz. Eda Cindoğlu*

Cok çeşitli kimyasal yapıları olan NSAİ ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik davranışları, terapötik güçleri açılarından birbirlerinden çok farklıdır. Bu nedenle toksisitelerinin izlenmesi esnasında çok çeşitli ve heterojen yöntemlere gereksinim duyulmaktadır. Tedavinin en doğru 'selektif' şekilde izlenebilmesi ancak doktorun literatürde rapor edilmiş bu grubun istenmeyen etkileri hakkındaki en güncel bilgileri izlemesiyle olasıdır. Özellikle bu noktada, yeni sunulan ilaçlar hakkındaki atipik ters reaksiyonlara ait vaka raporları izlenmeli ve unutulmamalıdır. Bunlar gerçekten nadir reaksiyonlar olmayıp henüz tanımlanmamış iatrojenik klinik belirtiler olabilirler. Uzun yıllar önce 'ideal' NSAİ ilaç olarak tanımlanan bir çok ilaç toksisitelerinin tanımlanmasıyla piyasadan çekilmiştir. Aminofenazon, son yıllarda da fenilbutazon, oksifenbutazon, benaksoprofen, zomepirak ve indoprofen bu ilaçlara örnektir. Şu anda mevcut verilere göre henüz ideal bir NSAİ ilaç yoktur. NSAİ ilaçlar genelde benzer yan etkilere neden olurlar. Bu yan etkilerin sıklığı ve şiddeti bireysel farklılıklar gösterir. Ancak araştırmacılar arasında NSAİ ilaçların potansiyel toksisiteleri açısından bir görüş birliği yoktur. Çoğu kez de çok yaygın kullanılan bir grup oldukları için izlenmeleri gerekli bulunmamaktadır. Yalnızca peptik ülser, nöropati, hematolojik bozukluklar gibi spesifik rahatsızlıkları bulunan risk gruplarının zorunlu olarak izlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca günümüzde tek bir konunun izlenmesinde mevcut sabit hale getirilmiş önceden ters olayların tahminine olanak verecek, klinik laboratuvar veya enstrümental metodlar mevcut değildir. Ancak son araştırmalarda risk sinyalleri sayılabilecek bazı spesifik olmayan genetik işaretlerinin rolü üzerinde durulmaktadır.

Bu tez kapsamı içinde NSAİ ilaçların genel toksik etkilerini incelerken, 1985 yılından günümüze dek, mevcut tüm pazarlama sonrası izleme yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalara ait

literatürler değerlendirilmiştir. Ancak, öncelikle toplanan bu verilerin değerlendirilebilmesi, istenmeyen etkilerin belirlenmesi için kullanılan çalışma yöntemleri ve bu yöntemlere ait kısıtlamalar üzerinde durmak yararlı olacaktır.

Bu çalışma yöntemlerini;

- a) Klinik deneyler
- b) Vaka-kontrol çalışmaları
- c) Kohort çalışmaları

d) Kayıt sistemi üzerinde yapılan çalışmalar ve gerekli bildirim sistemi olarak sayabiliriz.

Bilindiği üzere TADMER (Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi) de gönüllü bildirim sistemi ile eczacılardan, doktorlardan ve dış hekimlerinden gelen bildirimleri değerlendirmektedir.

Bu grup ilaçların genel toksisitelerini ana olarak 9 grupta toplamak mümkündür.

- 1) Gastrointestinal sistem toksisitesi
- 2) Renal toksisitesi
- 3) Kardiyovasküler toksisite
- 4) Hepatotoksisite
- 5) Hematopoetik sisteme toksisitesi
- 6) Nörotoksisite
- 7) Hipersensitivite reaksiyonları
- 8) Cilt toksisitesi
- 9) ve diğer advers (ters) etkileri

1- Gastrointestinal Sistem Toksisitesi

İlk olarak Douthwaite ve Lintott'un ASA kullanan artritli hastaların midelerinde, endoskopik inceleme sonucunda saptadıkları gastrit mukozal hasarın ardından, 40 yılı aşan süre boyunca devam eden klinik gözlemler ve araştırmalar sonucunda, diğer NSAİ ilaçların kullanımı ile de peptik ülser ve komplikasyonların oluştuğu saptanmıştır. "NSAİ ilaç gastropatisi" olarak adlandırılan bu patolojik durum,

* Sağlık Bakanlığı - İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (TADMER-İlaç Danışma Merkezi)

DR. SAMİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI MERKEZİ ECZANE BÜLTENİ

SAYI : 5 1997

Hazırlayan: Ecz. Yalçın Balkıs

ANNE SÜTÜNDEN GEÇEN İLAÇLAR

İLAÇ	ANNE SÜTÜNDEN SALGILANIP SALGILANMADIĞI	ANNE SÜTÜNDEN VE /VEYA ÇOCUĞA ETKİSİ
A		
Adrenalin	-	Çocukta sindirim sistemi irritanı
Aliminyum hidroksit	-	Anne kullanımında düşük absorpsiyon.
Alkol	Evet	Ortalama miktarda çocuk üzerinde az etkilidir, fazla miktarda SS üzerinde depresyon yaratabilir.
Allerjenler	Olası	Hassas çocuklarda alerjik sonuçlara neden olabilir (Örneğin buğday, yerfıstığı ve yumurta allerjenleri gibi.)
Aloe	Evet	Yüksek dozlar çocukta barsak aktivitesinin artmasına neden olabilir.
Altın Tuzları	Evet	Çocuğun serumunda ve kırmızı kan hücrelerinde eser miktarda bulunur, kızamıklara ve idyosentkrazik reaksiyonlara neden olur.
Amantadin	Evet	Çocukta kusmaya, üriner retansiyona ve deri döküntülerine neden olabilir; Kontrendikedir.
Amfetamin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Ters etkileri bildirilmiştir.
Aminofin	-	Bkz. Teofilin
Aminokaproik asit	Evet	Terapötik dozların çocuğa etkisi olası değildir.
Aminosalisilik asit	Anne sütünde saptanmamıştır	
Amitriptilin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Bkz. Trisiklikantidepressanlar, Ters etkileri bildirilmemiştir.
Amoksisilin	Az miktarda	Bkz. Penisilinler.
Ampisilin	Evet	Bkz. Penisilinler
Antidiyabetik ilaçlar	Evet	Terapötik dozların çocuğa etkisi olası değildir. Biguanidler normal olgularda hipoglisemik etki yaratmazlar.
Antihistaminikler	Eser miktarda	
Antikoagülanlar	-	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Antineoplastikler	-	Antineoplastik ilaçlar verilen kadında meme emzirmenin genellikle kontrendike olacağı düşünülür.
Antitroid ilaçlar	Evet	Kontrendikedir; anne sütünden çok yüksek konsantrasyonlara erişir. Çocuklarda guatra neden olabilir.
Asetazalamid	-	Bkz. Diüretikler.
Asetoheksamid	-	İhtiyat önerilir.
Asetaminofen	Evet	
Aspirin	Evet	Eğer anne emzirmeden sonra aspirin alırsa vasaal miktarlara risk minimaldir ve çocuk yeterli miktarda K vitamini deposuna sahiptir. Yüksek doz tedavisi trombozif fonksiyonunu etkileyebilir. Dikkatle izlenmelidir.
Atropin	Evet	Laktasyonu azaltabilir. Çocukta antikolinerjik etkiler görülebilir.
A Vitamini	Evet	
B		
Barbitüratlar	Evet	Laktasyonu azaltabilir. Çocukta uyuklama hali ve enzim idnüksiyonu gelişebilir. Mümkün olduğu kadar kullanılmaktan kaçınılmalıdır.
Bendrofluazid	Anne sütünde saptanmamıştır	Bkz. Diüretikler, Kontrendikedir

Benzyl penisilin	Evet	Bkz. Penisilinler
Detametazon	-	Bkz. kortikosteroidler
Betamidin	Anne sütünde saptanmamıştır	Terapötik dozların çocuğa etkisi olası değildir
Bisakodil	-	Pürgatiflere bakınız. Anne tarafından çok az absorbe edilir. Çocuğa etkisi olası değildir
Bromfeniramin	-	Bkz. Antihistaminler
Bromüfer	Evet	Kontrendikedir. Uyuklama hali ve kızanklar bildirmiştir.
Bromokriptin	-	Laktasyonu bastırır.
Bumetanid	Az miktarda	Bkz. Diüretikler.
Butirofenonlar	-	Ters etkileri rapor edilmemiştir. Dikkate alınmalıdır.
C-D		
Cıva	Evet	Anne yüksek konsantrasyonlara maruz kalırsa emzirmemelidir
Co-trimaksazol	Evet	Sensitiv reaksiyonları gözleyiniz.
Dantron	Evet	Çocukta barsak aktivitesinin artmasına neden olabilir, mümkünse kullanılmamalıdır.
Debrisoün	-	İhtiyat önerilir.
Deksametazon	Evet	Bkz. Kortikosteroidler
Deksametamin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Dekstropropoksifen	Evet	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Dekstrotraksin	Evet	Ters etkileri rapor edilmemiştir. Emzirme önermez.
Demeklosiklin	Evet	Bkz. Tetrasiklinler
Demir Tuzları	Evet	Terapötik dozlar çocuğa etkili değildir.
Dibenzepin	-	Bkz. Trisiklik antidepresanlar
Dipipanon	-	Kontrendikedir.
Difenhidramin	Evet	Bkz. Antihistaminler.
Difenoksilat	Evet	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Digoksin	Evet	Sütteki konsantrasyonu hemen hemen annenin serumundakine eşittir. Terapötik dozların çocuğa etkisi olası değildir.
Dihidrokodein	-	Terapötik dozların çocuğa etkisi olası değildir.
Dihidrostreptomisin	Evet	Intramüsküler enjeksiyonu takiben uzun bir periyotta anne sütünde az miktarda görülür. Anneye uygun olan miktarlar çocuğa daha ağır riskli olabilir. Eğer edavi zorunlu ise emzirme kesilmelidir.
Dihidrotakisterol	Evet	Bkz. D Vitamini.
Dikloral fenazon	Evet	Çocukta uyku hali oluşturur.
Diklorfen	-	İshale neden olabilir.
Diklon	Evet	İnsan sütündeki konsantrasyonu inek sütünden daha fazladır.
Dikumarol	Evet	Bkz. Kumarin antikoagulanları.
Dimenhidrinat	-	Bkz. Antihistaminler
Dialklomin	-	Terapötik dozlarda çocuklara etki olasılığı yoktur.
Diüretikler	-	Anne sütünü (laktasyonu) azaltır ve emzikli annelere verilmemelidir. İlaçlara ayrı bakınız.
Doksepin	-	Bkz. Trisiklik antidepresanlar.
Doksisiklin	Evet	Bkz. Tetrasiklinler.
Dotepin	Az miktarda	Bkz. Tetrasiklinler.
Dobepin	Az miktarda	Bkz. Trisiklikantidepresanlar.
Diamorfin	Evet	Diamorfinin sütteki miktarı With-Drawal Semptomları önlemeye yeterli değildir ve emziren annelerin çocuklarının % 80'i With-Drawal semptom gösterir.
Diazepam	Evet	Eğer emzirme devam ediyorsa çocuğun sıkı takibi gereklidir. Letarji (atalet, uyukluk), kilo kaybı ve hiperbilirubinemi içeren toksik etkiler çocuklarda bildirilmiştir.
Diazokal	-	Kontrendikedir. Çocukta hiperglisemi oluşturabilir.
D Vitamini	Evet	Anne tarafından yüksek dozlarda alındığında hiperkalsemiye neden olacağından dikkatli davranılmalıdır.

E		
Etakrnik asit	Evet	Bkz. Diüretikler, Kontrendikedir.
Ergoalkoloidleri	Evet	Kontrendikedir. Çocukta tekrarlayan kusmalar ve diyare nedeniyle nabız zayıflaması ve kararsız kan basıncı ile karakterize ergotizm semptomları gelişebilir. Birçok ergoderivesi laktasyonu baskılayabilir.
Ergometrin	Evet	Ergoalkoloidlerine bakınız. Tekrarlayan dozlar laktasyonu baskılayabilir.
Ergotamin	Evet	Bkz. Ergoalkoloidler
Entromisin	Evet	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Etambutol	Eser miktarda	Çocuklara etkisi olası değildir.
Eler, anesteziik	Evet	Bkz. Genel anesteziikler
Etilbiskomasetat	Evet	Bkz. Kumamın antikoagülanları
Ethin estradiol	Evet	Bkz. Estrojenler
Eltisteron	Evet	Kontrendikedir. Önemli iskeletsel gelişimlere neden olabilir.
Etopropazin	Az miktarda	Ters etki rapor edilmemiştir.
Etoüksamid	Evet	Laktasyonu artırabilir, ters etki rapor edilmemiştir.
Etodin	-	Laktasyon sırasında kullanım emniyeti olduğu kabul edilmektedir.
F		
Fençiftalen	Eser miktarda	Terapötik dozlarda çocuklara etki olasılığı yoktur.
Fenasetin	Evet	-
Fenolzin	Eser miktarda	Bkz. Biguanid antidiabetik ilaçlar
Fenetimid	Anne sütünde saptanmamıştır.	
Fenofomin	Evet	Bkz. Biguanid antidiabetik ilaçlar
Fenfluramin	Evet	Emzirme önerilmez.
Fenil butazon	Az miktarda	Bkz. Okalen butazon
Fenindon	Evet	Bkz. Indandion antikoagülanlar
Feniton	Evet	Dikkat önerilir. Enzim indüksiyonu görülebilir.
Fenobarbiton	Evet	Bkz. Barbitüratlar.
Fenoksümetil	Evet	Bkz. Penisilinler
Fenilalin	-	
Fenoprofen	Evet	Laktasyonu artırabilir. Ters etkileri rapor edilmemiştir. Dikkatle gözlenmelidir.
Fitamenadoin	Az miktarda	Terapötik dozlarda çocuğa etkisi ihtimali yoktur.
Floksimesteron	-	Laktasyon baskılanır
Floridler	Evet	Annenin aşırı florit alması çocuğun kemik ve diğ. minerallerini etkileyebilir.
Fludrokortizon	-	Bkz. Kortikosteroidler
Flufenazin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Bkz. Fenotiazinler
Flufenamik asit	Az miktarda	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Flüokssasilin	Evet	Bkz. Penisilinler.
Flupentiksol	-	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Flurazepam	Olası	Bkz. Diazepam
Flabiprofen	-	Laktasyon sırasında güvenli kabul edilmez.
Folik asit	Evet	
Furosemid	Anne sütünde saptanmamıştır	Bkz. Diüretikler
Fusidik asit	Evet	
G-H		
Gallum-67	Evet	Anne sütüne bol miktarda geçer. Emzirme mutlaka kesilmeli veya ara verilmelidir.
Gilbenkamit	Olası	Laktasyon sırasında güvenli kabul edilmez.
Genel anesteziikler	Evet	Çocukta uyku yaratabilir. Emzirmeye 24 saat ara verilmelidir.
Glutedimil	Evet	Ters etkileri rapor edilmemiştir.
Oriseofulvin	Olası	Terapötik dozlarda çocuklara etkisi olası değildir.

Guafetinidin	Eser miktarda	Terapötik dozlarda çocuklara etkisi olası değildir.
Halotan	-	Bkz. Genel anestezipler.
Haloperidol	-	Bkz. Butirofenonlar.
Hekzaklorobenzen	Evet	Hekzaklorobenzenle işlenmiş buğday yiyen annelerin emzirdikleri çocuklarda ciddi hastalıklara ve ölüme neden olur.
Hekzamin	Evet	Terapötik dozlarda çocuklara etkisi olası değildir.
Heparin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Çocukta sindirim sistemi irritanı.
Hidroklorotiyazid	Evet	Bkz. Diüretikler. Kontrendikedir.
Hidrokortizon	-	Bkz. Kortikosteroidler.
Hinoestranol	Evet	Bkz. Oral kontraseptifler.
Hiyosin	Eser miktarda	Terapötik dozlarda çocuklara etkisi olası değildir.
I		
ibuprofen	Anne sütünde saptanmamıştır	Laktasyon sırasında güvenli kabul edilmez.
Imipramin	Olası	Bkz. Trisiklik antidepresanlar. Ters etkileri bildirilmemiştir.
İmmünosüpresanlar	-	Kontrendikedir.
İndandon antikoagülanlar	Evet	Kontrendikedir. Anne sütünde yüksek konsantrasyonlara ulaşır. Çocukta protrombin yetersizliğine neden olabilir.
İndometazin	Eser miktarda	Laktasyon sırasında güvenli kabul edilmez.
İnsülin	-	Çocukta sindirim sistemi irritanı.
İpanonik asit	Evet	Diagnostik dozların çocuğa etkisi olası değildir.
İprindol	-	Bkz. Trisiklikantidepresanlar.
İproniazid	-	Bkz. MAO inhibitörleri.
İyodider	Evet	Kontrendikedir. Çocukta guatr ve hipotiroidizm oluşabilir ve sensitiv reaksiyonlar görülebilir.
İzo karboksazil	-	Bkz. MAO inhibitörleri.
İzoniazid	Evet	Sütteki konsantrasyonu hemen hemen anne serumundaki konsantrasyona eşittir. Çocukta İzoniazid toksisitesi belirtilen görülebilir.
K		
Kafen	Evet	%1 oranında bile alınsa anne sütünde görülür. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Kalsiferol	Evet	Bkz. D vitamini.
Kanamisin	Evet	Çocuk dikkatle izlenmelidir. Kanamisin gastrointestinal sistemden iyi absorbe edilmez.
Karbamazepin	Evet	Annenin plazma konsantrasyonunun % 60'ı oranında süte bulunur. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Karbenisilin	Evet	Bkz. Penisilinler.
Karbenoksolon	-	Yeterli bilgi yoktur. Çocukta elektrolit balansı için önemlidir.
Karbidopa (Levodopa ile)	-	Kontrendikedir.
Karbimazol	Evet	Bkz. Antitroid ilaçlar
Kansoprodol	Evet	Sütteki konsantrasyonu anne plazmasındakinin 2 ile 4 katıdır. SSS depresyonu ve gastrointestinal bozukluklara neden olabilir.
Karoten	Evet	Çocuğun derisinde sarmaya neden olabilir.
Kaskara	Evet	Çocukta barsak aktivitesinin artmasına neden olabilir. Mümkünse kullanılmamalıdır.
Kinoid barbiton	Evet	Bkz. Barbitüratlar.
Kinin	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Klortalidon	Evet	Bkz. Diüretikler.
Kloralhidrat	Evet	Sedasyona neden olabilir.
Klorandienkol	Evet	Dikkatli olabilir.
Kloraliazid	Evet	Bkz. Diüretikler. Kontrendikedir.
Klorazepat	Evet	Bkz. Diazepam.
Kloridiazepoksit	Eser miktarda	Ters etkiler bildirilmemiştir.
Klindamisin	Evet	Emzime önerilmez

Klofibrat	Evet	Çocuk üzerindeki etkisi bilinmiyor, emzime önerilmez.
Kokkasin	Evet	Bkz. Penisilinler.
Klomipramin		Bkz. Trisiklik Antidepresanlar
Konidin	Evet	Günlük 0,1-0, 15mg'dan sonra sütle eser miktardadır; ters reaksiyonlar bildirilmemiştir. Anneye yüksek dozlardan sonra çocukta bradikardi görülebilir; nabız izlenmelidir.
Kloroform	Evet	Bkz. Genel anestezipler. Çocukta uyku yaratır.
Korfeniramin	Az miktarda	Bkz. antihistaminikler.
Korokin	Evet	Sütle görünen miktarlar çocuğa etkili değildir.
Klorotriazin	Evet	Bkz. Östrojenler.
Klorpromazin	Evet	Bkz. Fenotiazinler.
Korpropamid	Evet	Emzime tavsiye edilmez.
Kloritrasiklin	Evet	Bkz. tetrasiklinler.
Kodein	Eser miktarda	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Kolçisin	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Kortikosteroidler	Evet	Eğer emzime devam ediyorsa çocuk yakın izlenmelidir.
Kortikotropin	-	Sütün elektrolit kompozisyonunu değiştirebilir. Çocukta sindirim sistemi imtani.
Kortizon	Evet	Bkz. Kortikosteroidler.
Ketoprofen	Evet	-
Kumarin/Antikoagülanlar	Evet	Anneye uygun olan, çocuğa ağır gelecek risk olabilir. Çocuk anneye tercih edilmelidir.
Kurşun	Evet	Meme başlarına kurşun asetat pomadının uygulanmasından sonra çocuk emzilirse ciddi kurşun zehirlenmesi oluşabilir.
K vitamini	Evet	-
L		
Levodopa	Evet	Emzikli annelere verilmemelidir.
Levarfonal	Olası	-
Linkomisin	Evet	Terapötik dozlarda etkiyi yoktur.
Lityum	Evet	Birikim toksisitesi dolayısı ile kontrendikedir. Eğer emzime devam ediyorsa çocuk lityum toksisitesi belirtileri bakımından izlenmelidir.
Liyotiranin	Anne sütünde saptanmamıştır	-
Lorazepam	Olası	Bkz. Diazepam. Ters etkileri bildirilmemiştir.
M		
Magnezyum sülü	-	Çocuklarda barsak aktivitesini artırdığı bildirilmemiştir.
Mandelik asit	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
MAO inhibitörleri	Evet	Bu ilaçların laktasyon sırasındaki kullanımı güvenli sayılmaz. Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Metiserji	-	Kontrendikedir.
Medazepam	Olası	Bkz. Diazepam
Medroksiprogesteron	Anne sütünde saptanmamıştır.	Laktasyonu artırabilir.
Mefenamik asit	Eser miktarda	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Mepakrin	Eser miktarda	-
Mepenzolat	Anne sütünde saptanmamıştır	Laktasyonu baskılayabilir.
Mepiramin	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Meprobamat	Evet	Sütteki konsantrasyonu anne plazmasındakinin 2-4 katı olabilir. Anneye uygun miktarlar muhtemelen çocuğa daha ağır risklidir. Eğer emzimeye devam edilirse çocuk çok dikkatli izlenmelidir.
Mestranol	Evet	Bkz. Estrojenler
Metadon	Evet	Eğer düşük konsantrasyonlar yeterli oluyorsa günlük metadon dozu anneye akşam emzimesinden sonra verilmeli ve sonraki besleme yardımı emzide yapılmalıdır.
Metain	-	Emzime önerilmez.
Metalozon	Evet	Bkz. Diüretikler. Kontrendikedir.
Metaprokol	Olası	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Metasiklin	Evet	Bkz. Tetrasiklinler.

Medomin	Evet	Bkz. Biguanit antidiyabetikler
Melli Öpce	Evet	Anne için uygun olan muhtemelen çocuğa daha ağır risk olacaktır.
Metilpentinol	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir.
Metülin	-	Bkz. Penisilinler
Metokarbomal	Az miktarda	Terapötik dozlarda etkili olması değildir.
Metoklopramit	-	Laktasyonu artırır. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Metotreksat	Evet	Bkz. Antineoplastikler
Metronidazol	Evet	Sütfeki konsantrasyonu hemen hemen anne plazmasındakiyle eşittir. Emziken annelerde ihtiyata kullanılmalıdır.
Mezoritazin	Evet	Bkz. Fenotiazinler
Minosiklin	Evet	Bkz. Tetrasiklinler
Morfin	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir. Müptelalarında önemli miktarda ilraz edilebilir.
N		
Naldiksik asit	Evet	Dikkatle kullanılmalı ve çocuk sıkı izlenmelidir.
Naprosen	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir. Dikkatle kullanılmalıdır.
Neomisin	-	Sindirim sisteminden çok az absorbe edilir.
Nitamid	-	Bkz. MAO inhibitörleri.
Nikotin	Evet	Laktasyonu azaltabilir. Eğer anne günde 20 sigaradan az içiyorsa ters etkileri bildirilmemiştir.
Nistatin	-	Sindirim sisteminden çok az absorbe edilir.
Nitrazepam	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir. Dikkat önerilir.
Nitrofrantoin	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir. Eğer çocukta glikoz-6 fosfat dehidrogenaz eksikliği varsa dikkatli olunuz.
Nor etinodrel	Evet	Bkz. Oral kontraseptifler.
Nor triptilin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Bkz. Trisiklik antidepresanlar. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Noretisteron	Evet	Bkz. Oral kontraseptifler
Novobiosin	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir.
O-Ö		
Oksasilin	Anne sütünde saptanmamıştır.	Bkz. Penisilinler
Oksazepam	Olması	Bkz. Diazepam. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Oppromal	Evet	Bkz. Trisiklik antidepresanlar.
Oksifenbutazon	Az miktarda	Terapötik dozlarda etkili olması değildir. Birikim toksisitesi bakımından çocuk dikkatle izlenmelidir.
Oksitetrasiklin	Evet	Bkz. Tetrasiklinler.
Oksitosin	-	Laktasyonu artırabilir.
Oksiprendol	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Oral kontraseptifler	Evet	Erken doğum sonrası periyodunda oral kontraseptifler uygulanırsa laktasyon baskılanması görülebilir. Sütle az miktarda salgılanır. Çocuklarda anlamlı etkili saptanmamıştır. Eğer oral kontraseptiflerin kullanılması gerekiyorsa çocuk sütle beslenen kesilene dek izlenmelidir.
Orfenadrin	-	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Orkiperolin	Anne sütünde saptanmamıştır.	-
Ostrojenler	Evet	Laktasyonu baskılayabilir. Erkek bebeklerde jinekromastiyeye neden olabilir. Keza oral kontraseptiflere bakınız.
P		
Pazametadon	-	Ters etkileri bildirilmemiştir. Dikkat önerilir.
Parasetamol	Evet	Terapötik dozlarda etkili olması değildir.
Pargilin	-	Bkz. MAO inhibitörleri.
Penisilamin	-	Emzime önerilmez.
Penisilinler	Evet	Anne sütünde görülen miktarlar çocuktaki efeksiyonları tedavi etmeye yeterli değildir. Ancak, allerjik reaksiyonlara neden olabilir. Enziminin kesilmesi önlem olarak düşünülmemelidir, tam anlamıyla kontrendike değildir.
Pentobarbiton	Evet	Bkz. Barbitüratlar.

Pentozoin	Anne sütünde saptanmamıştır.	-
Perfenazin	Evet	Bkz. Fenotiazinler.
Pemisin	Evet	Bkz. Fenotiazinler.
Pelidin	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Pinadol	Olası	Laktasyonda güvenli değildir.
Piperasetazin	Evet	Bkz. Fenotiazinler.
Prednisolon	Evet	Bkz. Kortikosteroidler
Prednison	Evet	Bkz. Kortikosteroidler
Primetamin	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Propriprtilin	-	Bkz. Trisiklik antidepresanlar.
Pimidon	Evet	Çocuklarda uyku hali, uyukluğa neden olabilir. Eğer emzime devam ediyorsa çocuk dikkatle izlenmelidir.
Proguanil	Evet	Sütteki konsantrasyonu çocuk tedavisi için yetersizdir. Uygun olanı daha ağır risklidir.
Proklorperazin	Olası	Bkz. Fenotiazinler.
Prometazin	Az miktarda	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Propantelin	Anne sütünde saptanmamıştır.	-
Proprandol	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir. Çocuk dikkatle gözlenmelidir.
Pürgatifler	-	Antrakinin deriveleri kullanılırken anne tarafından pürgatif alınması çocukta barsak aktivitesinin artmasına neden olmaz.
R		
Radyoaktif iyot	Evet	Sütteki aktivitesi anne plazmasıninkinden daha yüksektir. Çocukta tiroid aktivitesini baskılayabilir. Terapötik dozlardan sonra emzirmeye en az 10 gün ara verilmeli veya kesilmelidir.
Radyoaktif sodyum tuzları	Evet	Bkz. radyofarmasötikler.
Radyofarmasötikler	-	Mümkünse vazgeçilmelidir. Radyonükleitler genellikle laktasyon sırasında kontrendikedir. Radyonükleit uygulanmasına ve verilen doza bağlı olarak emzirmeye çeşitli zamanlarda ara verilmelidir. İlaçlara ayrı ayrı bakınız.
Raveni (Rhubarb)	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Rezerpin	Evet	Laktasyonu artırabilir. Terapötik dozlarda etkisi olası değildir. Çocuklarda burun teneffüsü yetersizliği ve bronşiyal sekresyonların artışı bildirilmiştir.
Rhesus antikorları	-	Antikorlar çocuğun sindirim sisteminde inaktive olur.
Ritansin	Evet	Çocuk dikkatle izlenmelidir.
Rolitetrasiklin	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
S		
Salisilatlar	Evet	Küçük dozlarda çocuğu etkilemez. Daha yüksek dozlar çocukta trombin fonksiyonunun bozulmasına veya maküler kızamıklara neden olabilir.
Salbutamol	Olası	Ters etkileri bildirilmemiştir. İnhalasyon tarzında kullanılmamalıdır.
Sefalosporinler	Evet	Sensitiv reaksiyonlar izlenmelidir.
Sıvı Parafin	-	Çocuklarda barsak aktivitesini arttırdığı bildirilmemiştir.
Sikandelat	-	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Siklofosfamid	Evet	Bkz. Antineoplastikler.
Siklopentiazit	Anne sütünde saptanmamıştır	Bkz. Diüretikler.
Sikloserin	Evet	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Simetidin	Evet	Çocuk üzerindeki etki bilinmiyor
Sinameki (Senna)	Evet	Yüksek dozlar çocukta barsak aktivitesi artması sonucunu doğurabilir.
Siyankobalamin	Evet	-
Sodyum fusidat	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Sodyum kromogikat	-	Çocukta sindirim sistemi irritanı.
Sodyum salisilat	Evet	Bkz. Salisilatlar.
Sodyumvalproat	Az miktarda	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Spirolaktol	Evet	Sütte metabolittir. Emzikli annelerde kullanılmamalıdır.
Sproheptadin	-	Emzime tavsiye edilmez.

Streptomisin	Evet	Bkz. Dehidrostreptomisin. Streptomisin çocuğun sindirim sisteminden çok az absorbe edilir.
Sulfam	Evet	Emzime önerilmez.
Sülfonamidler	Evet	Bunların gastroentestinal sistemden kolay absorbe olmayanları terapötik dozlarda etkisi olası değildir. Bunların gastroentestinal sistemden kolay absorbe olanları veya parenteral kullandıkları zaman, hemolitik anemi, doğum sonrası sarılığı ve hassas çocuklarda sensitiv reaksiyonlara neden olacak derinedeki seviyelerde süte salgılanırlar.
T		
Teknesyum 99m	Evet	Uygulamadan sonra 32-72 saat emzirmeye ara verilmelidir, süte konsantrite olduğu görülmektedir.
Tedlin	Evet	Çocukta iritabiliteye neden olabilmektedir. İlacın emzirmeden sonra etkileri minimal derecededir ve serum ve sütleki konsantrasyonu çok az olur, emzime zamanında almaktan kaçınılmalıdır.
Terbutalin	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Tetrasiklinler	Evet	Süte kalıyuma bağlı olarak bulunabilir ve dolayısıyla çocuk tarafından absorbe edilemez. İlacın absorbe edilen miktarı dış bozukluklarına ve kemik büyümesi inhibasyonuna neden olabilir. Emzikli annelere verilmesi önerilmektedir.
Tiamin	Evet	-
Tioridazin	Evet	Bkz. Fenotiyazinler. Emzime
Tiopropazal	-	Bkz. Fenotiyazinler.
Tioproporazin	-	Bkz. Fenotiyazinler.
Tiroid	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Tioksın	Az miktarda	Laktasyonu biraz artırabilir. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Tiyonasil	Evet	Bkz. antitroid ilaçlar.
Tolbutamid	Az miktarda	Ters etkileri bildirilmemiştir.
Traneksamik asit	Evet	Terapötik dozlarda etkisi olası değildir.
Tranilaparmın	Evet	Bkz. MAO inhibitörleri.
Trikolos	Evet	Anne sütünde aktif metabolitlerin salgılandığı görüldü. Ters etkileri bildirilmemiştir.
Trimetoprim	Evet	-
Trimeprazin	Evet	Bkz. Antihistaminler.
Trimipramin	Eser miktarda	Bkz. Trisiklik antidepresanlar.
Topelennamin	Evet	Bkz. Antihistaminler.
Trisiklik Antidepresanlar	-	Bu ilaçların laktasyon sırasında kullanımı güvenli kabul edilmez, eğer emzirme devam ediyorsa çocuk devamlı yakın gözetime alınmalıdır.
V		
Viloksazin	Az miktarda	-
Viprinium	-	Anne tarafından absorbe edilmez.
Varfarin	Evet	Bkz. Kumanin antikoagülanları.

çok sayıda ayrı lezyonu içeren, zaman zaman aynı hastada tümünün birleşip görülebildiği, ancak sonuçta tamamen ayrı klinik olaylardır.

NSAİ kullanımıyla GI sistemde görülen istenmeyen etkiler, en sık ve yaygın görülen yan etkiler grubu olup, basit bir üst karın ağrısından hayatı tehdit edici kanamaya kadar geniş bir yelpaze içindedir. Bunlar değişik derecelerde görülebilen şişkinlik hissi, hazımsızlık, bulantı, kusma, kanama, ishal, karın ağrısı ve peptik ülser gibi reaksiyonlardır.

Kronik olarak NSAİ ilaç kullananlarda; GİK ters etkilerin genel olarak % 25 ve gastrik ülser oluşma insidansının da %10'dan fazla olduğu, gene bu grupta yapılan endoskopik çalışmaların sonucunda %14-31'inde gastrik veya duodenal ülserler meydana geldiği saptanmıştır.

GI komplikasyonlar yalnız risk grubundaki hastalarda değil, tüm bireylerde oluşabilir ve önemli GI komplikasyonların relatif riski ilk 3 aylık tedavi esnasında daha yüksek bulunmuştur.

Bu konudaki ilk veriler, NSAİ ilaçların ilk prototipi ASA ile yapılan çalışmalar sonucunda elde edilmiştir. Sağlıklı gönüllülere ASA verilmesini takiben yapılan bir seri endoskopik çalışmanın sonucunda, gönüllülerin hemen hemen %100'e yakın çoğunluğunda akut gastrik peteşial kanamaların geliştiği bütün kontrollü çalışmalarda saptanmıştır.

Geliştirilen her yeni NSAİ ilacı, ASA ile endoskopik çalışmalarda kıyaslamak, standart bir uygulama haline gelmiştir. Heryeni NSAİ ilaç için ASA ile yapılan bu karşılaştırma çalışmaları, genelde 1 veya 2 hafta süre ile sağlıklı gönüllülerde yapılır. Bu çalışmalardaki hedef, bu yeni NSAİ ilacın gastrik mukozada akut hasar oluşturma eğiliminin olup olmadığının, eğer varsa bu doğal meyilin ne kadar olduğu konusunda bir ön bilgi edinebilmektedir. Bu yaklaşımın altında, kronik kullanımda akut mukozal hasara yol açabilecek büyük GI yan etkilerle ilişki olasılığını saptayabilmek bulunmaktadır.

2) NSAİ İlaçların Renal Toksisitesi

NSAİ ilaçların renal toksik etkileri, minör bir ödemden, hayatı tehdit edici akut renal yetmezliğe kadar değişebilir. Bu reaksiyonların popülasyonda görülme insidansları da çok büyük değişiklik gösterir. Günümüzde çok yaygın kullanılmalarına rağmen gerçek nefrotoksisite insidansları henüz tam olarak bilinmemektedir. Bazı nefrologlar NSAİ ilaçları akut renal yetmezlik sendromlarına neden olma yönünden aminoglikozitlerin ardından ikinci sıraya yerleştirmişlerse de, bu konuda yapılan bir çok epidemiyolojik çalışmanın sonucunda NSAİ ilaçlarla görülen renal toksisite insidansları düşük bulunmuştur.

Sonuçlarda görülen bazı farklılıklara, kişide mevcut hastalıklar diğer ilaçlarla tedavi, reaksiyonlara neden olan NSAİ ilacın dozu ve terapötik etkinliği neden olmaktadır. Bazı hastalar için yararlı olan, diğerleri için zararlı olabilir. Örneğin renal glomerüler basıncın azalmasıyla, nefrotik sendromda hayatı tehdit edici proteinürinin azalmasına neden olabilirlerken, bazı hastalarda da akut renal yetmezliğinin gelişmesine neden olabilirler.

NSAİ ilaçlarla tedavi esnasında, fonksiyonel renal bozukluğa neden olabilecek, kişide önceden mevcut hastalıklar ve diğer faktörleri şöyle sıralayabiliriz:

- Hipertansiyon
- Volume azalması
- Diüretik tedavisi
- Konjestif kalp yetmezliği
- Renal yetmezlik
- Nefrotik sendrom
- Diyabetes Mellitus
- Hepatoselüler yetmezlik
- Sistemik lupus eritematöz
- Miyeloma
- Gut atriti
- Sepsis
- Anestezi
- Patent duktus arteriyozus
- Yaşlı hastalar (özellikle tanımlanabilir risk faktörleri bulunmayan)

NSAİ ilaçların renal toksik etkilerini 2 ana grup altında toplamak yerinde olur.

- 1) Akut toksik etkileri
- 2) Kronik toksik etkileri

1). Akut toksik etkileri:

NSAİ ilaçları renal fonksiyon üzerine akut toksik etkilerinde rol oynayan etki mekanizmalarına göre şöyle sıralayabiliriz.

I- Renal Siklooksijenazın İnhibisyonuna Bağlı Oluşan Etkileri:

- A- Renal hemodinamik etkiler
 - 1- Renal vasküler direncin artması
 - 2- Renal sirkülasyonda dağılımın değişmesi
 - 3- Glomerüler filtrasyon hızının azalması
- B- Renin salınımının azalması
- C- Sodyum reabsorpsiyonunun artması

- D- Kıvrım diüretiklerinin etkisinin azalması
- E- Vazopresinin etkilerinin değişmesi
- F- Diğer renal fonksiyonlar üzerine etkileri

II- Renal siklooksijenaz ile İlgisi Olmayan Etkiler:

A- Nefrotik sendrom ile beraber/veya ayrı seyreden akut interstisyel nefrit

- B- Antihipertansif ilaçların etkilerinin azalması

III- Renal Siklooksijenaz İnhibisyonu ile İlgisi Olmayan Etkiler:

A- Akut böğür ağrısı ve SUPROFEN ile görülen renal fonksiyonun azalması

II Kronik Toksik Etkileri

Analjezik nefropatisi (AN) uzun süreli analjezik suistimal ile görülen klinik sendromların bir kısmıdır. Analjezik karışımlarının kullanımıyla kronik interstisyel nefrit oluşumu insidansının yüksekliği ilk olarak 1950'lerde fark edilmiştir. Bu grup ilaçların uzun süreli kullanımları sonucu belirlenen bu kronik etkilerle yıllardan beri yürütülen çalışmaların sonucunda, NSAİ ilaçların akut renal etkileri tanımlanmıştır. 1976 yılından itibaren kombinasyonlardaki fenasetin kaldırılmış, yerini onun metaboliti parasetamol almıştır. Ayrıca uygulanan diğer bir kararda kombinasyonların yerine tek etken maddeli analjeziklerin kullanıma sunulması olmuştur.

3) NSAİ ilaçların Kardiyovasküler Toksikiteeri

Günümüzde prostoglandinlerin normal kardiyovasküler homeostazda önemli bir görevi olduğu düşünülmektedir. Ancak NSAİ ilaçların kardiyovasküler sistemdeki yararları ve riskleri tartışmalıdır.

Hipertansiyon

Uzun süreden beri NSAİ ilaçların genel grup ve bireysel olarak normal arteriyel kan basıncı ve hipertansiyon üzerindeki rolleri tartışmalıdır.

Hipertansiyon, popülasyonda yaygın bir hastalık olup yaklaşık yetişkinlerin % 20'sini etkilemektedir. Artritli hastalarda yapılan çalışmalarda bu hastalarda aynı zamanda hipertansiyonun da yaygın olduğu bu da milyonlarca hipertansiyon hastasının NSAİ kullanmakta olduğunu bir göstergesidir.

Antihipertansif tedavide ortalama arteriyel basınçta en az 5 mmHg'lık bir azalma etkin bir tedavi kabul edilmektedir. Bu nedenle ortalama arteriyel basınçta 5 mmHg'lık artış hipertansif hastalarda klinik olarak önemlidir. Bu nedenle NSAİ ilaçların kan

basıncı üzerindeki en küçük etkileri klinik açıdan önem arz etmektedir.

Bugüne kadar yapılan çalışmaların sonucunda, NSAİ ilaçların büyük olasılıkla çoğunluğunun, tiyazidler, kıvrım-diüretikleri, Beta-blokör gibi antihipertansif ilaçlarla beraber kullanımının kan basıncını yükselttiği saptanmıştır. Söz konusu etkinin Ca-kanal blokörleri, Anjiyotensin enzim dönüştürücü ajanlarla da görülebileceği unutulmamalıdır. NSAİ ve antihipertansifler beraber dikkatlice kullanılmalı ve tedavideki hastaların kan basıncı izlenmelidir.

4) NSAİ İlaçların Hepatotoksiteleri

NSAİ ilaçlarla ciddi hepatotoksisite görülmesi nadirdir. Karaciğerde oluşan bu istenmeyen etkiler mide barsak kanalı ve böbrekteki etkilerde olduğu gibi bu grup ilaçların bilinen farmakolojik etkilerinden dolayı beklenen reaksiyonlar değildir. Bir ilacın hepatotoksisiteye neden olduğuna atıfta bulunabilmek için şu kriterlerin oluşması şarttır.

- Tedavi süresi ve ilacın dozuna bağımlı olması
- Klinik ve biyokimyasal anomaliler
- Karakteristik histopatolojik bulgular
- Klinik öncesi deney hayvanlarında yapılan çalışmalarda hepatotoksisite bulguları
- Tekrarlanan testlerin pozitif yanıt vermesi
- Toplumun belli bir oranında riskin görülmesi

Benaksoprofen (opren) trajedisinin ilaç dünyasına kazandırdığı en önemli husus, yeni geliştirilen tüm NSAİ ilaçların yaşlılarda farmakokinetik çalışmalarının yapılması gereğinin özel bir zorunluluk haline getirilmesidir. Bunun nedeni ise, sözkonusu ilacın üretici tarafından desteklenen bir çalışmada, ortalama 82 yaş civarındaki çok yaşlı bireylerden oluşturulmuş küçük bir gruba, benaksoprofen verildiğinde, ilacın yarılanma ömrünün 111 saat olduğunun saptanmasıdır.

Reye Sendromu

Her ne kadar ASA ile reye sendromu arasındaki ilişki tartışmalı ise de resmi otoriteler çocuklarda viral enfeksiyonlarda ASA kullanımını kısıtlamışlardır.

Salisilatların neden olduğu Hepatit

Salisilatların neden olduğu hepatit daha çok Romatoid artrit, Still hastalığı, akut romatik ateş, sistemik lupus eritematöz ve dermatomyozit gibi konnektif doku hastalığı bulunan genç kadınlarda tanımlanmıştır. Bu durumun popülasyondaki gerçek insidansı bilinmemektedir. Salisilatların neden olduğu hepatitin gerçek insidansını değerlendirmek zordur. Bunun nedeni ise hastalığa çok değişik durumların

neden olabilmesi, birçok farklı değişkenin toksisiteyi hazırlayabilmesidir. Ancak vakaların çoğunda yüksek doz asetil salisilik asit kullanıldığı belirlenmiştir.

Salisilat hepatiti günlük 3.6 g ASA 12 gün boyunca kullanıldığında sağlıklı bireylerde veya ASA'nın düzenli, en az 1 hafta günlük kg. başına 50.mg. üzerinde dozlarda kullanılması ile 4 hafta sonra gelişebilir. Salisilat hepatiti salisilat plazma konsantrasyonu 25 mg/dl üzerindeki dozlarla ilişkilidir. Menüz mekanizması bilinmemektedir.

Fenilbutazon ve onun metaboliti okafenbutazon ile hepatik hasar grubun diğer üyelerine göre yüksek bulunmuştur. Oksifen butazon bu nedenle pazardan çekilmiş fenilbutazon kullanımı kısıtlanmıştır.

5) Kan Sistemi Toksikitepleri

NSAI ilaç kullanımı ile görülen hematolojik toksik etkiler, GIK'daki yan etkilerin sıklığına göre oldukça nadirdir.

Uluslararası agranülositoz ve aplastik anemi (UAAAC) NSAI ilaçlarla hematolojik istenmeyen etkiler arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk epidemiyolojik çalışmadır (1986)

Bu çalışmada, indometazin, diklofenak, fenilbutazon ve oksifenbutazon kullanımı ile AA arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır. Toplam 19.5 milyon kişilik bir popülasyon en az 5 yıllık süre içinde NSAI kullanımı açısından izlenmiştir.

Bu çalışma, bazı araştırmacılar tarafından değerlendirildiğinde, tanı şüphesinde, kontrollerin seçiminde ve kontrollerde ilaç kullanım süresinin doğru bildirilmesinde, ayrıca hem vakaların seçiminde, hem de vakaların ilaçları kullanım sürelerinin tayininde bazı sapmalar olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışma belli noktalarda eleştirilse de, tüm araştırmacıların memnun olduğu konu, sonuçta analjezik kullanımı ile aplastik anemi ve agranülositoz oluşumu riskinin çok nadir bulunmasıdır.

NSAI ilaçlar içinde ilk kez fenilbutazonla görülen vakalardan sonra gündeme gelen agranülositoz sorunu, NSAI ilaçların kullanımında hep soru işareti oluşturmıştır. Literatürde tek vaka raporları olmakla beraber, bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlıdır.

Bu konuda, bir başka büyük çalışma ise, NSAI kullanımı ile nötropeni ve agranülositoz arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile vaka-kontrol çalışması olarak Amerika'da yapılmıştır. Kısaca COMPASS denilen bir sağlık sigorta sisteminin bilgi bankasının verileri kullanılarak 6 eyaletten toplam 4.94 milyon hastanın verileri değerlendirilmiş ve sonuçta nötropeni riski çok düşük bulunmuştur. Sonuçlar bu alanda yapılan diğer tek kontrollü çalışma olan UAAAC nin sonuçları ile uyumludur. Her

iki çalışmada bulunan insidans değerleri birbirine yakın olup fenilbutazonlarla artan bir risk saptanmıştır.

Anemi, kırmızı kan hücresinin yapımının azalması, çeşitli nedenlerle oluşan kan kaybı veya hemolize bağlı olarak gelişebilir. NSAI ilaçlar üç ayrı mekanizma ile anemiye neden olabilirler. Bu grup ilaçların kullanımı sonucu gelişen hem proliferatif anemiler, hem de oksidatif stresin neden olduğu anemiler literatürde bildirilmiştir.

Literatürde, mefenamik asit, ibuprofen sulindak naproksen, tolmetin ve febrazan ile bildirilmiş, ümmün hemolitik anemi olduğu düşünülen birkaç vaka kayıtlıdır.

6) NSAI İlaçların Nörotoksikitepleri

NSAI ilaçların SSS deki odvers etkileri oldukça nadirdir. Ancak yaşlılar gibi risk gruplarında umulduğundan daha yaygın görülebilir. Bu alandaki bir çok önemli reaksiyon epidemiyolojik araştırmalardan önce ilk kez vaka raporlarında gözlenmiştir.

Bütün NSAI ilaçlarla anlama ve kavrama yeteneğinde orta düzeyde, bozukluklar bildirilen raporlar, literatürde görülmektedir. Yüksak dozlarda ASA kullanımı yaşlı hastalarda mental fonksiyonu baskılayabilmektedir.

NSAI ilaçların anlama ve kavrama yeteneğinde neden oldukları olumsuz etkilerin tam değerlendirilebilmesi sıklık ve ciddiyetinin doğru saptanabilmesi için iyi-düzenlenmiş prospektif, açık çalışmalara gereksinim vardır. Bu sonuçlar elde edilene dek özellikle yaşlılarda NSAI düşük dozlarının kullanılması ve tedaviden 2 ile 4 hafta sonra mental durumun kontrolü ve anlama ve kavrama yeteneğindeki bozulmalara ait semptomların doğrudan hastaya sorulması ile yapılan kontroller uygun olacaktır.

Aseptik Menenjit

Çok nadir bir nörolojik reaksiyon olan aseptik menenjit, ilk kez 1978 yılında, SLE olan 26 yaşında bir kadın hastada, ibuprofen kullanımı sonucu Widener ve Littman tarafından tanımlanmıştır. Bu ilk tanımdan sonra literatürde NSAI kullanımı ile ilişkili 23 ayrı aseptik menenjit vakası saptanmıştır. Vakaların hepsi SLE veya karışık bağ dokusu hastalığı olan hastalar olup, çoğunda NSAI kullanımı çeşitli nedenlerle tekrarlandığında aseptik menenjit tekrar gelişmiştir. Bu 23 vakanın 17'si ibuprofen, 4'ü sulindak, biri naproksen, diğeri de tolmetin ile bildirilmiştir. Bu vakalarda klinik belirtiler; baş ağrısı, ateş, titreme, konfüzyon, ense sertliği şeklinde olup, bazen artraljiye ait daha genel anafaktik

reaksiyonlar da görülebilir. Hatta bazı vakalarda, lenfadenopati, konjektival iritasyon beyin amurilik sıvısında baskın şekilde polimorf nükleer hücreler ve protein düzeyinde yükselmeler, normal ve/veya düşük glukoz seviyesi saptanmıştır.

Hemen antibiyotik tedvisine başlanır. Ancak BOS yapılan kültür çalışmaları negatif çıktığı zaman sıklıkla bu tedavi kesilmiştir. NSAİİ bırakıldıktan bir süre sonra semptomlar kaybolmaktadır.

Bu reaksiyonlarda mekanizmanın hipersensitivite olduğu düşünülmektedir. Özellikle tekrarlanmış test sonuçlarının bulunduğu vakalar da bu görüşü desteklemektedir.

Almanya'da ilaç ve tıbbi malzemelerden sorumlu federal enstitü, NSAİİlerden diklofenak, naproksen, sulindak ve tolmetinin topikal formülasyonlarının dışında, tüm farmasötik formlarının prospektüslerinin, kontrendikasyonlar kısmına aşağıdaki uyarıların konulmasını zorunlu hale getirmiştir. Kontrendikasyonlar bölümüne: SLE ve karışık bağ dokusu hastalığı gibi belirli otoimmün hastalıkları olan hastaların söz konusu ilaçları doktorlarına danışmadan kullanmamaları gereklidir. Ters reaksiyonlar bölümüne de: Bazı vakalarda sözkonusu ilaçların kullanımı ile aseptik menenjitin semptomları olan boyun sertliği, başağrıları, bulanır, kusma, ateş, şuur bulanıklığı gözlenmiştir. Bu semptomlar mevcutsa veya daha kötüleşiyorsa kullanılan ilacın hemen bırakılması ve doktora müracaat edilmesi gereklidir. Almanya'da sözkonusu idari otorite aynı önlemleri ibuprofen için daha önceden almıştır.

Deliryum; Birçok tıbbi kitap ve nörolojik yayın, deliriyumu akut konfizyonun gecikmiş halüsinojenik versiyonu olarak tanımlamaktadır. Indometazin, naproksen, ibuprofen, sulindak ve salisilatların toksik dozlarında deliryum rapor edilmiştir.

7 NSAİİ kullanımının Neden Olduğu Allerjik ve Psodoallerjik Reaksiyonlar

Allerji: antikor veya duyarlılaşmış hücrelerin reaksiyona neden olduğu, allerjik veya immünolojik kökenli mekanizmalara dayalı reaksiyonlardır. Genelde allerjik ve psodoallerjik reaksiyonlar bir tek organ veya sistem ile sınırlı olmayıp dermatolojik, hematolojik, renal ve hepatik gibi bir çok sistem ve organları da etkiler.

Asetilsalisilik asit (ASA) ve diğer NSAİİ ilaçların kullanımını takiben ürtiker, anjiyoödem, bronkospazm atakları ve daha seyrek arteriyel hipotansiyon, ciddi rinit veya şok görülebilir. Bu semptomlara bazen geçici eritem veya kızıla benzer döküntüler de eşlik edebilir. Bu reaksiyonlar ilaç alımını takiben 3 saat içinde gelişir ve "ASA veya analjezik intolerans

sendromu" olarak isimlendirilmektedir.

ASA Kullanımına Bağlı Astım

Bazı hastalarda ASA ve diğer NSAİİ ilaçlar astmatik ataklara neden olabilirler. Bu klinik sendrom "ASA'a bağlı astım" olarak adlandırılır. Bu sendrom astımlı hastaların yaklaşık % 10'unu etkiler. Bu hastaların büyük çoğunluğunda aile hikayesinde astım yoktur. Bu sendrom genelde, erkeklere göre kadınlarda daha yaygındır. Birçok hasta da sendromun belirtileri 30 ve 40'lı yaşlarda görülmektedir.

Bu sendromun klinik belirtileri: aralıklarla aşırı sulu rinore ile belirgin yoğun vazomotor rinittir. Aylarca süren kronik nazal konjesyon vardır. Fiziksel muayenede nazal polipler belirlenmektedir. Bronşiyal astım ve ASA intoleransı hastalığının ileri safhalarında görülür. Intolerans kendini ayrı klinik belirtilerle göstermektedir. ASA alımından 1 saat sonra akut astmatik ataklar gelişir. Bu atağa rinore, konjektival iritasyon boyun ve başta ani kızarıklık eşlik eder. Bu hastaların çoğu geçmişte bu olayları yaşamadan rahatlıkla ASA kullanmışken, bazen ASA veya diğer NSAİİ ilaçların tek terapötik dozu ile çok şiddetli bronkospazm, şok, şuur kaybı ve solunum durması görülebilir. Sendromun tam gelişmiş şekli astım, ASA intoleransı ve nazal poliplerden oluşan "ASA üçlüsü" olarak adlandırılır. ASA veya çapraz duyarlı ilaç kullanılmamasına rağmen astımın uzayan bir periyodu vardır. ASA ile veya yaygın olarak bulunan allerjenlerle yapılan deri testleri daima negatiftir. Kandaki eozinofil sayısı yükselmiştir. Kan histamin düzeyleri ise atak sırasında yükselebilir, ancak bu konuda kanıtlanmış veriler yoktur.

Bu tür şikayeti olan hastalarda, sodyum salisilat, kolin salisilat, kolin Mg trisalisilat, Salisilamid, Dekstropoksifen azopropazon, Benzidamin, Klorakin, parasetamol önerilmektedir.

* Parasetamol ile tedaviye başlarken hastaya önce yarım tablet verilip 2-3 saat semptomları açısından izlenmelidir. Hastaların % 5'inden azında bir reaksiyon görülebilir.

Asetilsalisilik asit intoleransı gelişen hastalar, bütün yaşamları süresinde bunu taşırlar. Pozitif sonuç veren tekrarlanan ASA duyarlılaştırma testleri, hastalığın şiddetinde değişikliklere neden olabilir. Ancak bazı araştırmacılar sonucu pozitif olan duyarlılaştırma testlerinin bir süre sonra negatif sonuç verdiği hastalar saptamışlardır. Kısıktırıcı testler, ASA intoleransı tanısının konmasında tek yoldur. Bu nedenle, gelecekteki ciddi reaksiyonları

önlemek için kuşku edilen vakalara uygulanmalıdır. Bu konuda uzman bir ekibin uyguladığı test güvenlidir. Ancak bu test kesinlikle özel merkezlerde uygulanmalıdır.

Anafaktik Şok; arteriyel hipotansiyonun eşlik ettiği kardiyovasküler bir reaksiyondur. Altında yatan mekanizma immünolojik veya anafaktoid olabilir. En iyi gözlenebilen en belirgin tanı koyma kriteri kan basıncında düşme ve şoktur. Zomepirak, NSAİ ilaçlar içinde en sık anafaktik şok gözlenen ilaç olmuştur ve bu ilaç kullanımdan çekilmiştir.

8) NSAİ İlaçların Cilt Toksisitesi

İlaçların neden olduğu deri lezyonları morfolojik olarak farklı çeşitlerde gelişir. Farklı dinamik gelişimi ve özellikleri vardır. Bazı deri reaksiyonları aynı sıklıkla ve belli ilaçların kullanımı ile oluşup tanı için kolaylık sağlasa da genelde deri reaksiyonları bu şekilde yorumlanabilen spesifik reaksiyonlar değildir. Bu reaksiyonların değişik ve çeşitli tiplerinin bulunması, vücutta değişik bölgelere dağılımları ve farklı sürelerde iyileşmeleri, prognozun yeterli yapılamamasına neden olmaktadır. İlaçların neden olduğu deri reaksiyonlarının tanımlanabilmesi için öncelikle bu lezyonların bireyde mevcut hastalıkla veya herhangi bir deri hastalığıyla ilgisi olmadığının kanıtlanması gerekir.

Bu konudaki en önemli ilk adım da, hastadan iyi ve tam alınan hikayedir. Deri reaksiyonlarının tanısında zamanlama ve odds oranı gibi iki önemli faktör rol oynar. Allerjik reaksiyonların tanınması için saptanmış belli zaman faktörleri bilinmektedir. Örneğin akut reaksiyonlarda reaksiyon süresi 0-60 dakika, subakut reaksiyonlarda 1-24 saat ve gecikmiş reaksiyonlarda bir gün ile birkaç hafta arasındadır. Reaksiyon süresinin tanımı ise, alınan son doz ile istenmeyen ters etkinin görülmesi arasındaki zamandır. Odds oranı ise, olasılıktaki dengedir. Yani ters reaksiyona neden olabilecek faktörler arasında en güçlüleridir.

NSAİ ilaçlarla görülebilen ciddi deri reaksiyonları.

Fixed drug eruption

Karakteristik Özellikleri: Bir veya birden fazla, kesin sınırlarla belirgin yuvarlak veya oval lezyonlardır. Genellikle makül tarzında ancak bazen veziküller halinde olurlar. İlaçın uygulanmasından sonra birkaç saat içinde patlar ve aynı madde ile tekrar temasta kesinlikle yine aynı yerde oluşurlar.

Tedavi: Sorumlu tutulan ilaç kullanımından kaçınılmalıdır.

Sorumlu tutulan NSAİ İlaçlar: ASA, diflunisal, fenilbutazon ve oksifenbutazon, sulindak, zomepirak

sodyum, ibuprofen, naproksen, piroksikam, meklofenamat sodyum ve mefenamik asit

Toksik epidermal nekroz (Lyell sendromu)

TEN, yaşamı tehdit edici bir reaksiyon olduğundan, NSAİ ilaçlarla görülebilecek en önemli ve en tehlikeli kütanöz reaksiyondur.

Karakteristik Özellikleri: Bu hastalık yoğun epidermis kaybı ile belirgin, deride yanık veya buhar teması sonucu oluşmuş lekelere benzer özellikler mevcuttur. Birçok vakada, iç organlar ve müköz membranlarda bu reaksiyon saptanmıştır. Bu reaksiyonun görüldüğü özellikle yaşlı hastalarda temelde sepsise bağlı % 25-30 veya daha yüksek ölüm oranı saptanmıştır.

Tedavi ve Önleme : TEN'e ait özel bir tedavi yoktur. Ciddi yanıklara benzer. Erken tanı çok önemlidir. Reaksiyondan sorumlu tutulan ilaç ve onunla kimyasal olarak ilgili maddelerden çok sıkı bir şekilde sakınılmalıdır. Topikal antibakteriyal uygulanması, sıvı ve elektrolit kaybının yenilenmesi uygun önlemlerdir.

Sorumlu tutulan NSAİ ilaçlar: ASA (nadiren), pirazolon türevleri, indometazin, sulindak, tolmetin, zomepirak, benaksoprofen, diklofenak, fenbufen, fenoprofen, flurbigrofen naproksen, aksikam türevleri ve niflumik asit.

Fransa'da, isoksikam TEN'e neden olma insidansı yüksek bulunduğundan piyasadan çekilmiştir.

Eritema multiform ve Stevens Johnson Sendrom (SJS)

Klinik özellikleri: Eritematöz maküller, papüller ve büllöz lezyonlardır. Bazıları, ortak merkezli yüzük şeklinde şekillerdir. "Hedef lezyon" da dış halka eritematöz iken içteki halka daha açık renkte ve en içteki merkez lezyonda en koyu renkte olanıdır. SJS'mu eritema multiformun daha ciddi formudur. Mukoza lezyonlar, genel kurgunluk ve gastrointestinal rahatsızlıklarda dahil olmak üzere genel bir hastalık hali mevcuttur. Çeşitli komplikasyonlar riski vardır. Örneğin, sepsis ve bu vakalar ölümle sonuçlanabilir. Mortalite oranı % 6-25 olarak bildirilmiştir. Hem eritema multiform, hem de SJS'da albuminüri ve tübül nekroz gibi renal reaksiyonların özellikle görülebileceği belirtilmektedir.

Nedenleri: Viral, bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar ve bazı ilaçlar

Tedavi: Nedenine yönelik semptomatik tedavi, daha ciddi vakalarda kortikosteroidler uygulanabilir.

NSAİ İlaçlar: asa, diflunisal, fenilbutazon, sulindak, tolmetin, zomepirak, benaksoprofen, diklofenak, fenklofenak, fenbufen, ibuprofen, naproksen, piroksikam, meklofenamat sodyum ve mefenamik asit

Fotoduyarlılık

Araştırmalar NSAİ ilaçların yoğun kullanımına rağmen fotoduyarlılık insidansının düşük olduğunu, bu konuda tek istisnanın lemoksoprofen olduğunu belirtmektedirler.

Klinik Özellikleri: Derinin ultraviyole ışınlarına duyarlılığı artmıştır. Bu duyarlılık, güneş ışığına, maruz kalan kısımların inflamasyonu ile sonuçlanmaktadır. Arasına bu lezyonlar derinin güneş görmeyen kısımlarına yayılmaktadır. Bu lezyonlar normal güneş yanıklarından daha ciddidir. Ultraviyole ışınına temas edildiği sürece, deride yanma ve batma hissi mevcuttur, hemen veya gecikmiş eritem, ürtikler, fotodermatit, tırnaklarda gevşeme, porfiriye benzeyen lezyonlar bildirilmiştir.

Ürtiker

Ürtiker hemen hemen tüm NSAİ larda görülmüştür. Ancak diğer ilaçlar ve gıda katkı maddelerinin kullanımı ile de çok yaygındır.

Klinik özellikleri: Eritematöz, bazen soluk renkli veya beyazımsı, değişik şekil ve boyutlarda kızarıklık ve kaşıntı ile cildin herhangi bir bölgesinde aniden oluşabilir ve genellikle çok kaşıntılıdır. Bazıları bir kaç saat içinde kaybolurken yenileri oluşmaktadır.

Sorumlu tutulan NSAİ İlaçlar: ASA (en yaygın bilinenidir), diflunisal, fenilbutazon, indometazin, sulindak, tolmetin, zomepirak, benaksoprofen, fenoprofen, ibuprofen, indoprofen (çok yaygın ürtikler görülmez), naproksen, isoksikam, piroksikam, flufenamik asit (ürtiker nadir görülür), meklofenamat sodyum ve mefenamik asit

9) NSAİ İlaçların Kıkırdak Sistemi Üzerine Etkileri

Bilindiği üzere, çoğunlukla eklem hastalıklarında, NSAİ ilaçlar, ilk ilaç tedavi grubunu oluşturmaktadır. Ancak RA'li hastalarda kemik metabolizmasında genel bozukluklar ve kemik kitlesinde kayıp bildirilmiştir. Aslında kemik dokusunun hem mekanik hem de metabolik rolü vardır.

Gerekli olduğu zaman, kalsiyum homeostazını sağlayabilmek için kemiklerden mineral alımı olabilir, ekstrasellüler kalsiyum homeostazı da barsaklardan kalsiyum absorpsiyonu, böbreklerden kalsiyum itrahi ve kemiklerden plazmaya kalsiyum transportu ile gerçekleşir.

RA'li (Romatoit artritli) hastalarda, kemik kaybına neden olabilecek kuvvetli risk faktörleri arasında en önce hastalarda azalan hareket kabiliyeti gelir. Bu faktörler arasında glukokortikosteroidler ve NSAİ kullanımını da sayılabilir.

İlk kez 1967 yılında Coke tarafından, uzun süreli NSAİ kullanımının kıkırdak sistemi üzerine olumsuz etkileri olabileceği gündeme getirilmiştir. Bu yoruma da, çeşitli hayvan deneylerinde, NSAİ ve glukokortikoidlerle in-vivo ve in-vitro çalışmalarda, bağ dokusu hücrelerinin sentezini inhibe etmelerinin gösterilmesi neden olmuştur.

Bu görüşler üzerine, farklı araştırmacılar, NSAİ lerin osteoartritteki gerçek tedavi değerini belirleyebilmek için, çeşitli hayvan deneylerinde sağlıklı veya hasarlı eklem kıkırdak yapısı üzerinde denemişlerdir.

Sonuçta bu grup ilaçların kıkırdak altında ve eklem kıkırdaklarında ciddi katabolik reaksiyonlara ve morfolojik hasara yol açtığı saptanmıştır. Bu patolojik değişikliklerin en erken ilk iki hafta içinde stereo-elektron mikroskobu ile belirlenebileceği, ileri haftalarda ise bu değişikliklerin düzenli bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Azalan ekstra hücresel matriksde lekelenmeler, fibrilasyon artışı, kist oluşumu, erozyonlar ve en son ülerasyonlar eklem doku yapısındaki belirgin morfolojik değişikliklerdir. Eklem kıkırdak yapısı üzerine katabolik etkileri belirlenen antiinflamatuvar ilaçları şöyle sayabiliriz.

- Sodyum salisilat, fenilbutazon,
- Oksifenbutazon, bumadizon,
- Klofezon, flufenamik asit,
- Niflumik asit, indometazin,
- İbuprofen, Salisilamit,
- Proguazon, deksametazon,
- ASA, fenoprofen, isoksikam, tolmetin

Kondrosit kültürlerinde yapılan çalışmalarda, sağlıklı insan kıkırdakları ile osteoartrit kıkırdakların NSAİ'lere farklı cevap verdiği ve NSAİ'lerin inhibitör etkisinin doza bağımlı olduğu saptanmıştır.

NSAİ ilaçların kemik üzerindeki tartışmalı etkileri ve günümüzde Proteoglikan sentezini inhibe etmelerinin dışında, bu grup ilaçların artritlik eklemlerdeki etki mekanizmalarının hala tam bilinmemesi araştırmacıları NSAİ ilaç kullanımında daha dikkatli olmaya ve araştırmalara yöneltmektedir. Günümüz bilgileri, proteoglikanların sentezinin osteoartritte zararlı, romatoit artritde proteoglikan bulunan bağ dokularının proliferasyonunun ise yararlı olabileceği düşüncesindedir. Bu nedenle bağ dokusu hücrelerinin metabolizması üzerinde NSAİ ilaçların etkilerinde farklılıklar mevcutsa artritlik durumun tedavisi için uygun NSAİ ilaç seçiminde önemli rol oynayacaktır. NSAİ ilaçların kıkırdağa olan etkileri ve buna bağlı kullanım önerilerini konu üzerinde yapılan ileri çalışmalar ortaya çıkaracaktır.

Anne Sütüne Geçen NSAİ İlaçların Çizelgesi

NSAİ İlaçlar	Anne Sütüne Geçiş
ASA	Anne sütünde saptanmıştır
Diflunisal	Anne sütünde saptanmıştır
Etodolak	Anne sütüne geçiş kesin belirlenmemiştir. Bu nedenle dikkatli kullanımı önerilmektedir.
Fenilbutazon	Anne sütünde, saptanmıştır
Fenoprofen	Az miktarda belirlenmiştir
Ibuprofen	Anne sütüne geçmediği kesinlik kazanmıştır Amerikan pediatristler Birliği emzirme döneminde güvenle kullanılabileceğini belirtmektedir.
Indometazin	Anne sütünde saptanmıştır
Ketoprofen	Az miktarda belirlenmiştir. Dikkatli kullanımalıdır.
Ketorolak	Anne sütünde saptanmıştır.
Mefenamik asit	Amerikan Pediatristler Birliği emzirme döneminde güvenle kullanılabileceğini belirtmektedir.
Metamizol	Anne sütünde dört aktif metaboliti belirlenmiştir.
Naproksen	Anne sütünde saptanmıştır
Parasetamol	Anne sütünde saptanmıştır, terapötik dozları emzirme döneminde kullanılabilir.
Piroksikam	Anne sütünde saptanmıştır
Piroprofen	Anne sütünde saptanmıştır.
Sulindak	Hem kendisi hem de metabolitleri saptanmıştır.
Suprofen	Az miktarda saptanmıştır.
Tiaprofenik asit	Anne sütüne geçiş kesinlik kazanmamıştır. Bu nedenle emzirme döneminde kullanımı önerilmez.
Tolmetin	Anne sütünde saptanmıştır.

NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUAR İLAÇLAR İLE DİĞER BAZI İLAÇLARIN ETKİLEŞMELERİ

Çizelge 1. Nonsteroidal Antiinflatuar İlaçların Neden Olduğu Farmakokinetik Etkileşimler

İlaçlar	NSAİ İlaçlar	Mekanizma	Etkileşimin sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Oral Antikoagulanlar Varfarin	Fenilbutazon Oksifenbutazon Azapropazon Sülfoprazon	Varfarinin S-izomerinin (R-izomerine göre daha antikoagülandır) oksidatif metabolizmasını inhibe eder.	Antikoagülen etkiyi artırır	Mümkün olduğunca NSAİ kullanımından kaçınılmalıdır veya protrombin zamanı ve kanamanın işaret ve semptomları izlenerek, kullanılan dozlar ayarlanmalıdır. (8,9, 10-15)
Varfarin	Düfusel İbuprofen ASA Fenilbutazon	Varfarini bağlandığı Plazma Proteinlerinden uzaklaştırır		Protein bağlanmada deji- piklerin en çok tedavide başlangıç ve tedavinin sonunda görülmesi nedeni ile NSAİ kullanımında pıhtılaşma parametrelerinin bu süreler içinde izlenmesi yararlıdır (3,9,10-15)
Bir çalışmada; Fenoprofenin tek dozu	Fenilbutazon	Fenoprofenin total plazma konsantrasyonunu azaltır ve kleransını hızlandırır.	Antikoagülen etkiye önemli artış olur.	Bu etkileşimin tam diğer lendirilebilmesi ve klinik öneminin saptanabilmesi için ileri çalışmalara gereksinim vardır (10,13)
Not: indometazin, indoprofen, ibuprofen, naproksen veya sulindak ve antikoagulanlarla yapılan çalışmalarda önemli bir kinetik etkileşime saptanmamıştır. (4)				
Vitamin K'ya bağlı pıhtılaşma faktörleri VII, IX ve X	salisilatlar (günlük 6 gram dozda)	Bu faktörlerin sentezini baskırlar (4,14).		

İlaçlar	NSAİ ilaçlar	Mekanizma	Etkileşimin sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Lityum	Muhtemelen NSAİ İdmi Özellikle indometazin, diklofenak, Piroksikam, İbuprofen ve naproksen ile saptanmıştır. (Sünlidak ve ASA muhtemelen hariç)	Lityumun renal itrahını inhibe ederler	Lityum serum konsantrasyonunu artırarak toksisite riskinin arttırılır.	Düzenli lityum tedavisi gereken bir hastada NSAİ kullanımı zorunlu ise çalışmalarda etkileşime görülmeyen sünlidak veya ASA kullanımı tercih edilmeli ve NSAİ kullanımına başlanırken ve kesilirken, lityum konsantrasyonlarının izlenmesi ve uygun dozun ayarlanması gerekir (9, 10, 14, 16)
Propofolün Narkotik analjezikler Özellikle karbomidretler gibi bazı gıda maddeleri	Parasetamol	Gastrik boşalma hızını geciktirerek	Parasetamolün absorpsiyon hızını yavaşlatır (7).	
Metoklopramid	Parasetamol	Gastrik boşalma hızını arttırarak	Parasetamolün absorpsiyonu ve kan konsantrasyonunu arttırır (7).	
Kaloz	ASA	Beraber kullanımında	Mekanizması bilinmiyor	İdrarla şeker itrahi azalır (6)
Oral hipoglisemik ajanlar Sülfonilüre grubundaki; Tolbutamid Glisizid Klorpropamid	Fenibutazon Okifenbutazon Azapropazon	Sülfonilüre grubu ilaçların metabolizmasını inhibe eder. Bu etkileşimin mekanizması tam aydınlatılmamıştır.	Sonuçta sülfonilüre grubu ilaçların yanıtıma ömürleri uzar ve hipoglisemi riski artar.	Oral antidiyabetik tedavisinde hastalarda fenibutazon ve salisilat grubu NSAİ'lerden kaçınılması, İbuprofen, indoprofen, naproksen sünlidak, diklofenak, gibi etkileşimin görülmeyen NSAİ kullanımını önerilmektedir (9, 10-14)
Oral hipoglisemik ajanlar sülfonilüre grubundaki; Tolbutamid Glisizid Klorpropamid	Salisilatlar	Salisilatların PG sentezi inhibitörü olması ile ilgili olduğu düşünüyor.	Sülfonilüre grubu ilaçların kan şekerini düşürücü etkilerini değiştirebilir. (10-14)	
Fentol	oksifenbutazon azapropazon İbuprofen yüksek dozlarda salisilatlar	Fentolün bağı olduğu albuminden uzaklaştırıldığı, serbest fentolün konsantrasyonu artar, toplam konsantrasyon aynı kalır.	Fentolün albuminden uzaklaştırılıp, serbest fentolün metabolik klerensi doğrudan ulaşırsa, serbest kalan kısmın konsantrasyonundaki artış toksisiteye neden olabilir.	Şüpheli durumlarda serbest kısmın konsantrasyonunun izlenmesi yararlıdır. (9, 10-14)
Fentol	Fenibutazon Okifenbutazon Azapropazon	Fentolün metabolik klerensini inhibe ederler	Toplam plazma fentolün konsantrasyonu ve serbest kısmın konsantrasyonu artar ve toksisite riskini artırır	Klinik önemi büyük bu etkileşimi önlemek için fenibutazon grubu ilaçların kullanımından mutlaka kaçınılmalıdır (9, 10-14)
Metotreksat	İbuprofen Ketoprofen Naproksen indometazin Fenibutazon Salisilatlar (muhtemelen tüm NSAİ)	Metotreksatın klerensini azaltır. Henüz mekanizması tam olarak bilinmemektedir.	Sonuçta metotreksatın plazma konsantrasyonu artar ve toksisitesini çok artırır.	NSAİ, metotreksatın aynı anda kullanımı kontrendikedir. NSAİ kullanımı zorunlu ise en uygun zaman kemoterapi etkilerinin arasındadır (3, 5, 9, 10-14, 17).
Sodyum valproat (Valproik asit)	Asetilsalisilik asit	Valproat metabolizmasını inhibe eder ancak ASA'nın bu etkileşimde birden fazla mekanizma ile karmaşık bir etkileşime neden olduğu düşünülmektedir.	Plazma valproat konsantrasyonları artar.	Valproik asit ile beraber ASA kullanımından kaçınılmalıdır. Eğer bu iki risk grubunda zorunlu NSAİ kullanımı ise, plazma valproat Konsantrasyonları izlenmelidir. (10, 11, 13, 14).
Digoksin	NSAİ İdmi	Digoksinin % 70'i böbreklerden itrah edilir. Bu nedenle özellikle yenidoğan, bebekler ve çok yaşlılar gibi renal fonksiyonu azalanlarda, digoksin klerensi azalır. (Renal fonksiyonu normal bireylerde etkileşime saptanmıştır.)	Bunun sonucu, plazma digoksin konsantrasyonu artar ve bu da toksisite riskini artırır.	Obstetris NSAİ kullanımından kaçınılmalıdır. Eğer bu iki risk grubunda zorunlu NSAİ kullanımı varsa plazma digoksin ve serum kreatinin konsantrasyonu izlenmelidir. Digoksin toksisitesinin izlenmesi ve belirtilerinin de izlenmesi gerekir. (10, 11, 13, 14).

İlaçlar	NSAİ İlaçlar	Mekanizma	Etkileşiminin sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Aminoglikozidler	NSAİ tümü	Renal toksisitesi azalmış süpelli hastalarda; aminoglikozidlerin klirensini düşürür.	Sonuçta serum aminoglikozidlerinin konsantrasyonu artar.	Serum aminoglikozit konsantrasyonunun izlenip, doz ayarının buna göre yapılması doğru olur. (10,11, 13, 14).
Kloramfenikol	Parasetamol	Parasetamol kloramfenikolün plazma yarılanma ömrünü artırarak	Kloramfenikolün terapötik etkinliğini artırır.	Kloramfenikolün dozu azaltılmaldır (7).
Nitratlar Glicerilnitrat (GTN)	ASA	Bu etkileşimin olduğu araştırılmaktadır. ASA kullanımlarında, dilah GTN verildiğinde, GTN'nin plazma konsantrasyonunu artırdığı saptanmıştır.	ASA kullanımında GTN'nin sistemik absorpsiyonunun arttığı düşünülmektedir.	Diğer NSAİ, GTN arasında, henüz klinik önemi olan bir etkileşim saptanmamıştır ve sakemik kalp hastası olup GTN kullanıcılar diğer NSAİ kullanabilirler (13).

Çizelge 2. Bazı Diğer İlaçlar Tarafından Nonsteroidal Antiinflamatuar İlaçların Farmakokinetiklerinin etkilenmesi

İlaçlar	NSAİ İlaçlar	Mekanizma	Etkileşiminin sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Antasitler Simetidin	İndometazin	İndometazin metabolizmasında, minor inhibisyona neden olur.	Sonuçta da plazma konsantrasyonu düzeyinde azalma saptanmıştır. Ancak biyoyararlanımdaki bu azalma klinik antiinflamatuar etki de kayba neden olmamıştır.	Muhtemelen bu etkileşimin önemi yoktur. (11,13)
Magnezyum alüminyum hidroksit karışımı	Fendosal		Fendosalın oral absorpsiyonu %80 azalır (11,13)	
Yüksek dozlarda antasitler	Salisilatlar	Üriner PH artarak	Serum salisilat düzeyi % 25 azalır ve renal eliminasyonları artar.	Daha yüksek salisilat dozunun ayarlanması gerekir (10,12,14).
Alüminyum-çerem antasitler	İndometazin	Antasit preparatlarının neden olduğu absorpsiyon farklılıklarının nedeni açık değildir.	İndometazin absorpsiyon hızı ve miktarını azaltır	Absorpsiyon hızının azaldığı durumlarda, NSAİ dozunun artırılması gerekebilir (10, 11, 13,14).
Sodyum bikarbonat	İndometazin	Antasit preparatlarının neden olduğu absorpsiyon farklılıklarının nedeni açık değildir.	İndometazin absorpsiyon hızı ve miktarı artar (10, 11, 13,14).	
Alüminyum-hidroksit içeren antasitler	Difunisal	Antasit preparatlarının neden olduğu absorpsiyon farklılıklarının nedeni açık değildir.	Difunisalin absorpsiyon hızı ve miktarı sadece açlıkta azalır (11-14).	
Magnezyum hidroksit* içeren antasitler	Difunisal	İyonizasyon derecesini artırarak	Bir çalışmada; Difunisalin absorpsiyon hızı ve miktarı artmış bulunmaması, diğer çalışmada etkilenme saptanmamıştır (10-14).	
Alüminyum hidroksit* Magnezyum karbonat	Naproksen	İyonizasyon derecesini	Çelişkili sonuçlar vardır. Bir çalışmada, bu antasitlerin naproksenin absorpsiyon hızını azalttığı diğer bir çalışmada da artırdığı saptanmıştır.	İlaçın etkisinin ve GI rahatsızlıklar ve renal değişiklikler gibi toksikite işaretlerinin izlenmesi gerekir (10,11, 13, 14).
Alüminyum fosfat	Ketoprofen		Absorpsiyonunun etkilenmediği bildirilmektedir (11, 13).	

Alüminyum hidroksit*	Ketoprofen	Ketoprofenin ve metabolitlerinin strarda %22 azalmasına bağlı olarak, ketoprofenin biyoyararlanımında azalmalar saptanmıştır (11).
Magnezyum hidroksit*	Tofenamak asit Mefenamak asit	Magnezyum hidroksit doza-bağımlı şekilde bu ilaçların absorpsiyonunu hızlandırır (11).
Alüminyum hidroksit veya Alüminyum Magnezyum hidroksit *karışımı	Tofenamak asit	Tofenamak asidin absorpsiyonunu önemli derecede gerektirir (11).
Sodyum bikarbonat	Tofenamak asit	Önemli bir etkileşime saptanmamıştır (11).

* İşaretili antiasitlerle NSAİ ilaçların etkileşime mekanizması kesin bilinmemekte beraber Magnezyum veya Alüminyum hidroksit gibi antiasitlerin idrar PH'sını artırarak, zayıf asitler olan NSAİ ilaclar atılımını hızlandırıcı düşülmektedir. Uygun antiasit seçimi ve zamanın belirlenmesi ile bu etkileşimler önlenabilir (11).

İlaçlar	NSAİ ilaçlar	Mekanizma	Etkileşimin sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Sükralfat	ASA, İbuprofen İndometazin, Ketoprofen Naprokseen	Keskin mekanizma belli değil	Absorpsiyonları etkilemez. Ancak bazı çalışmalarda İbuprofen, indometazin ve naprokseenin absorpsiyon hızlarında az da olsa azalmalar belirlenmiştir (11,13).	
Probenesid	İndometazin Naprokseen Zomepirak Benoksiprolen Ketoprofen Kaprofen Difunisal	Probenesid bu NSAİ ilaçların klerenslerini ve metabolizmalarını yavaşlatır. Bu mekanizmanın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak özellikle glukuronid konjügasyon yolunun inhibisyonu ile, hem konjüge metabolitlerin hem de değişmemiş ilacın tübüler sekresyonunun azalmasına sebep olduğu düşünülmektedir.	Sonuçta değişmeyen ilacın plazma konsantrasyonu artar.	Herüz bu etkileşimin klinik önemi belirlenmemiştir. Ancak NSAİ dozunun azaltılması gerekebilir. (3,10-14).
Probenesid	İbuprofen	Plazma klerensini inhibe etmez, İbuprofenin eliminasyonu oksidatif metabolizmaya dayanır.	Etkileşime görülmez (11).	
Kortikosteroidler	Salisilatların uzun süre ve yüksek dozda kullanımında	Salisilat klerensini artırarak	Salisilatların serum düzeyini düşürür.	Bu tür zorunlu kombinasyonlarda salisilat düzeyinin izlenmesi ve doz ayarını gerektirir (11,14).
Metoklopramid	ASA	Bu etkileşimin metoklopramidin Gastrik boşaltmada neden olduğu değişikliklere bağlı geliştiği düşünülmektedir.	ASA'nın absorpsiyon hızı ve miktarı artar.	Dozun artırılması gerekebilir. Bu etkileşimin klinik önemi herüz saptanmamıştır. (10,13).
Barbitüratlar	Fenituzon Fenoprofen ve özellikle oksidatif metabolizma ile elimine edenler	NSAİ metabolik klerensi artır		Daha yüksek dozda NSAİ kullanımı gerekebilir. Diğer NSAİ ilaçların ileri çalışmaları herüz yapılmamıştır. (10,13).

Kafein	ASA	Mekanizması henüz bilinmemektedir.	Ancak kafein eklenen ASA verilerinde, yüksek plazma konsantrasyonuna çabuk ulaşım ve salisilatın dağılımı artmış saptanmıştır (13).	
Kolestiramin	Piroksikam Tenoksikam Naproksen ve Diğer NSAİ	Aynı anda verildiğinde Kolestiraminin asidik ilaçları bağlama kapasitesi nedeni ile	NSAİ absorpsiyon hızı azalır.	Kolestiramin tedavisi gören hastalarda NSAİ ilaçların kolestiramininden 1 saat önce veya 4 saat sonra alınması uygundur (10, 11, 13, 14).
Difenidol	İndometazin	İndometazinin verildiğinde glukuronidasyonunu inhibe eder.	Plazma indometazin düzeyleri yükselir.	NSAİ tedavisinde bu iki ilacın kombinasyonundan kaçınılmalıdır (11,14).
ASA	Fenoprofen Naproksen Etaprofen Flurbiprofen Fenbutolol Fenoprofen ketoprofen Pirofen İndometazin Fenmetolol Difenidol Dokülorenik Meklofenamat İsotoksikam Fenoksikam	Mekanizmasının muhtemelen ASA veya salisilatın diğer NSAİ ilacını alınmasına bağlanması için yanşıktan düşünülmektedir (11).	Etki uzar ve toksisite riski artar	
ASA	Piroksikam Tiaprofenik asit		Etkileşime saptanmamıştır (11)	

Çizelge 3. Nonsteroidal Antiinflamatuar İlaçların Neden Olduğu Farmakodinamik Etkileşimler

İlaçlar	NSAİ İlaçlar	Mekanizma	Etkileşimin Sonucu	Düzeltilmek İçin Yaklaşımlar
Antihipertansif ilaçlar B etab blokörler Diüretikler (Tiyazidler, Kıvrım-diüretikleri) Kalsiyum kanal blokörleri, Anjiyotensin enzim dönüştürücü ajanlar	Özellikle piroksikam indometazin ve diğer NSAİ	Bu etkisinin NSAİ ilaçların iyi bilinen etkisi PG sentezi inhibisyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Böbrekteki PG sentezi inhibisyonu su ve tuz retansiyonuna, kan damarlarında da artan vazokonstriksiyona neden olur.	Antihipertansif ilaçların hipotansif etkisini azaltırlar.	NSAİ tedavisine başlandıktan sonra kan basıncının sık kontrol edilmesi ve gerekirse ilave antihipertansif ilaç kullanımını uygulanabilir. (5,9, 10,14, 18-20).
Yeni bir antihipertansif ilaç guantasin ile kөpeklere yapılan çalışmalarda;	Entenamik asit indometazin	Guantasinin başlangıçta neden olduğu vazokonstriksiyonu arttırıp, doğal yanıt olan damar duvarından PG'lerin salınımını inhibe ederek ve özellikle indometazin periferik rezistansı arttırarak	Terapötik yanıtı öner (21).	
Yeni bir antihipertansif ilaç guantasin ile kөpeklere yapılan çalışmalarda;	Ibuprofen-ASA	Guantasinin başlangıçta neden olduğu vazokonstriksiyonu arttırıp, doğal yanıt olan damar duvarından PG'lerin salınımını inhibe ederek	Terapötik yanıtı daha az iddetli öner (21).	
Yeni bir antihipertansif ilaç guantasin ile kөpeklere yapılan çalışmalarda;	Fenitiazon	Guantasinin neden olduğu başlangıç vazokonstriktör etkisi önleyerek	Guantasinin neden olduğu hipotansiyonu potansiyalize eder (21).	
Yeni bir antihipertansif ilaç guantasin ile kөpeklere yapılan çalışmada;	İndometazin serobrospinal sıvıya damar içi yolu ile uygulanırken		Hiç bir etkileşime saptanmamıştır (21).	
Diüretikler, Furosemid	İndometazin ve diğer NSAİ		Natriüretik ve diüretik etkileri azalır ve hastada mevcut konjestif kalp yetmezliği durumu kötülebilir.	Su retansiyonunun klinik belirtileri izlenmeli ve gerekirse diüretik doz ayarlanmalıdır (5, 10-14, 18, 20)

İlaçlar	NSAİ ilaçlar	Mekanizma	Etkileşimin Sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Deney hayvanlarında yürütülen bir çalışmada β-adrenerjik reseptör blokörleri ile	NSAİ ilaçlardan; ASA ve Meklofenamat ile yapılan çalışmalarda		Bu ilaçların beraber kullanımı, tek başlarına neden olduğu antriolitik etkiden fazlasına neden olabilir. Deney hayvanlarında yürütülen çalışmalarda, pratiklet, oksiprenolat ile beraber ASA ve meklofenamat kullanıldığında, bu ilaçların tek başına gösterdiğinden daha kuvvetli bir antiaritmik etki göstermiştir. Bu da daha az dozda β-blokörlerin kullanımına olanak sağlar (22).	
Antikoagülanlar	Tüm NSAİ	PG sentezi inhibeyorunun platelet agregasyonu inhibeyoruna neden olması ile	Gastrointestinal mukoza hasarı sonucu gastrointestinal kanama riski artar.	Beraber kullanımlardan kaçınılmalıdır (10, 13, 14).
Hipoglisemik ajanlar	Salisilatlar	Bu etkinin mekanizması bilinmemektedir.	Hipoglisemik ajanların glikoz düşürücü etkilerini artırır.	Kan şekeri düzeyleri izlenmelidir. (10,13, 14).
Alkol	NSAİ		NSAİ neden olduğu Gastrointestinal kanama riskini artırabilir.	NSAİ ilaç kullanımında orta ve yüksek düzey alkol kullanımından kaçınılmalıdır (11, 14).

Çizelge 4. Kombinasyonların Uygulanması Sonucu Oluşan Farmakodinamik Etkileşimler Sonucu Artan Toksikite Riskleri

İlaçlar	NSAİ ilaçlar	Mekanizma	Etkileşimin Sonucu	Düzeltilmek için Yaklaşımlar
Diüretikler	Tüm NSAİ	Bu iki grubun kombinasyonu hemodinamik renal yetmezlik riskini artırır.		Ölebildiğince bu kombinasyondan kaçınılmalıdır. (5, 10, 13, 16, 20)
Triamteren	İndometazin	Normal renal fonksiyonu olan hastalarda bile nefrotoksisite riskini artırır.		Bu kombinasyon kontrendikedir. (10, 11, 13, 14, 18)
Potasyum tutucu ajanlar veya potasyum preparatları	Tüm NSAİ	Potasyum retansiyonu ve hiperkaleminin ciddi artar.		Bu kombinasyondan kaçınılmalıdır. Eğer zorunlu ise serum potasyum düzeyleri izlenmelidir. (10, 13, 14, 20)
Deney hayvanlarında Vitamin E	ASA İndometazin	Mükemmel oksidatif reaksiyonları inhibe ederek, PG sentezinde bazı yolları yeniden düzenleyerek, membran stabilize edici etkisi ile ve lizozomların stabilizasyonu ile	Anajezik ve antiinflamatuvar aktiviteyi artırır.	Deney hayvanlarında gözlenen bu etkiler insanlarda da kanıtlanırsa, kullanılan NSAİ ilaçların dozlarının azaltılması gerekir (23).

Çizelge 5. Nonsteroidal Antiinflamatuvar ilaçların Bazı Laboratuvar Ölçümlerini Etkilemesi ve Sonuçları

Etkilenen NSAİ	Ölçümü Etkilenen Madde ve Kullanılan Yöntem	Sonuç
2,4 gram veya daha yüksek dozlarda ASA'ya eşdeğer salisilat	Glukoz oksidaz ile idrarda glukoz saptama testinde	Hatalı negatif sonuçlar verir (6)
2,4 gram veya daha yüksek dozlarda ASA'ya eşdeğer salisilat düzeyleri	Bakır III sülfat metodu ile idrarda glukoz saptama testinde	Hatalı pozitif sonuçlar verir (6)
3 gram ASA sağlıklı bireylerde ve insüline bağımsız diyabetiklerde	Oral glukoz toleransı ölçüm testlerinde	Hatalı pozitif sonuç verir (6)

Etkilenen NSAİ	Ölçümü Etkilenen Madde ve Kullanılan Yöntem	Sonuç
Salisilatlar	Gerhardt testi ile asetoasetik asit tayininde, demir III korür ile etkileşerek	Hatalı pozitif sonuç verir (6)
Salisilatlar	Kullanılan yönteme bağlı olarak üriner vanilmandelik asit (VMA) tayininde	Hatalı pozitif veya negatif sonuçlar verir (6).
Salisilatlar	Fenolsulfonitalein kullanılan renal tübüler İtrah testinde; salisilatlar ve fenolsulfonitalein yarışarak etkileşir.	Fenolsulfonitaleinin üriner atılımını azaltır (6).
Salisilatlar	Steroid glukuronidlerin B- glukuronidaz ile Kullanılarak idrarda 17 - hidroikortikosteroid tayininde.	Hatalı negatif sonuç verir (6)
Yüksek dozda salisilat kullananlarda	Protirelin (sentetik tiotropin salınımı yapan hormon) verilerek tiotropin salınımı sağlanıp, lyot ölçümü yapılan hastalarda,	Tiotropin salınımının azaldığı, bunda salisilatların tiroksin bağlayan globulin ve pre-albuminlerle yarışarak kendilerinin bağlanması ve sonuçta tiroid hormonlarının proteine bağlı olmayan kısmının artması sonucu hatalı sonuçlar alınır (6)
Yüksek doz salisilat kullananlarda	¹³¹ I kullanılırsa	24 saatlik tiroit alımının azalacağı düşünülmektedir. Bu konudaki raporlar çelişkilidir (6).
Salisilatlar	Kolorimetrik Yöntemlerle serum ürik asit tayininde;	Hatalı pozitif sonuçlar verir (6).
Salisilatlar	Ürikaz yöntemi ile serum ürik asit tayininde	Bu etkileşme görülmez (6)
Salisilatlar	Schack ve Waxler yöntemi ile Plazma teofilin konsantrasyonlarının tayininde	Hatalı negatif sonuçlar verir (6).
Diffüzyon	Değişik yöntemlerle serum salisilat düzeylerinin ölçümünde	Hatalı pozitif sonuçlar verir (6).
Fenoprofen Kalsiyum	Amerix-T yönteminde, hem serbest hem de toplam serum triiyodotironin (T ₃) konsantrasyonlarında	Hatalı pozitif sonuç verir.
Fenoprofen kalsiyum	TSH, T ₄ ve protireline olan yanıt	Etkilenmez.
Fenoprofen kalsiyum	Corning yöntemi ile toplam T ₃ ve serbest konsantrasyonlarda	Daha az hatalı pozitif sonuç verir (6).
İndometazin	Deksametazon baskıtama testinde, hipotalamikpitüiter adrenal (HPA) cevabı artırarak	Depresyondaki hastalarda hatalı normal sonuç verir (6).
Ketoprofen in Vitro 60 mg/ml üzerinde konsantrasyonlarda,	Glukoz oksidaz ve peroksidaz yöntemi ile kan glukoz konsantrasyonlarının tayininde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
Ketoprofen in-vitro 60mg/ml konsantrasyonlarda	Ramsay yöntemi ile serum demir düzeylerinin tayininde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
Ketoprofen in-vitro 60 mg/ml konsantrasyonlarda	Baifolenanthrolin disülfonat kullanılan yöntem serum demir düzeylerinin tayininde	Hatalı negatif sonuç verir (6).
Ketoprofen in-vitro 60mg/ml konsantrasyonlarda	DMSO'nun kullandığı yöntem ile serum bilirubin düzeylerinin tayininde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
Melenamik asit	Diazo tabletleri ile üriner safra atılımının tayininde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
Naproksen	Üriner 17-ketojenik steroid düzeylerinin tayininde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
Toimetin	Proteinürü testlerinde, dikarboksilik asit metaboliti nedeni ile	Hatalı pozitif sonuç verir (6).
ASA	Kolesterol, trigliserit ve demirin analitik değerlendirilmesinde	Hatalı pozitif sonuç verir (6).

Etkilenen NSAİ	Ölçümü Etkilenen Madde ve Kullanılan Yöntem	Sonuç
Ibuprofen	Albumin, ürik asit ve kreatinin analitik değerlendirilmesinde	Hatalı negatif sonuç verir (6).
Diklofenak Indometazin	Analitik değerlendirmelerde	Hatalı olarak üre azotunu artırır (24).
Sulfasalazin ASA	Analitik değerlendirmelerde	Folat, vitamin C, demir eksikliğine neden olur (24).
Parasetamol	Glukoz oksidaz/peroksidaz yöntemi ile kan şekeri tayininde	Hatalı negatif sonuç verir (6).
Parasetamol	Heksokinaz/ Glukoz-6-fosfat dehidrojenaz ile kan şekeri tayininde	Etkileşme görülmez (6).
Parasetamol	Fosfatungstaturik asit test yöntemi ile serumda ürik asit tayini.	Hatalı pozitif sonuç verir. (6)

ÖNERİLER

- Bu grup ilaçlarla yapılan çalışmaların sonucunda çoğunun plasentaya geçtiği, bu nedenle hamilelerde parasetamol ve ASA gibi reçetesiz satılanların da hasta açısından yararı değerlendirilerek ancak gerekli ise kullanılmaları uygundur.
- Bu grup ilaçların anne sütüne geçtiği belirlenmiş olup, sadece ibuprofen, parasetamol ve mefenamik asidin gerekli durumlarda terapötik dozlarda kullanımı güvenli bulunmuştur.
- Özellikle birden fazla hastalığın bulunabilmesi nedeni ile bağımsız bir risk grubu olarak değerlendirilen yaşlılarda, NSAİ ilaçlarla tedaviye mümkün olan en düşük dozlarla başlanmalı ve doz klinik gereksinime göre dereceli olarak kontrol edilerek artırılmalıdır. Yaşlı grupta polifarmasinin sıklığı gözönünde bulundurularak, NSAİ ilaçlarla diğer ilaç etkileşmelerine özel dikkat gösterilmelidir.
- Çeşitli NSAİ ilaçlar, renal fonksiyon üzerine ters etkileri açısından karşılaştırıldığında hiçbirinin üstün olduğu kanıtlanamamıştır. Bu nedenle özellikle yaşlılar, renal fonksiyon bozukluğu olan hastalar ve polifarmaside, bu ilaçların öngörül renal toksisiteyi gözönüne alınarak kullanılmalıdır. Biyokimyasal olarak yakından izlenen, kreatinin seviyesi, üre ve potasyum düzeyleri yükselmiş hastalarda ilaç hemen kesilmelidir. Erken fark edilen renal fonksiyondaki değişiklikler geri dönüşümlüdür.
- Bir çok ülkede reçetesiz satılıp, en çok kullanılan ilaçlardan olan parasetamol ile ASA'nın veya salisilatların kombinasyonları, son delille-

re göre kronik olarak yüksek dozda kullanılmamalıdır. Bu kombinasyonların günlük 1.35 gram veya yıllık 1 kilo tüketilen 3 yıl veya daha uzun süre kullanılmalarında analjezik nefropatisi, renal papiller nekroz, son safhada renal hastalık oluşumu veya böbrek veya mesane kanser riskini arttırdığı saptanmıştır.

- NSAİ ilaç kullanımı ile gastropatilerin görülmesi bu grup ilaçların en iyi bilinen yan etkileridir. İki veya daha fazla NSAİ ilacı beraber kullanımın gastrointestinal toksisiteyi arttırdığı, yüksek dozlarının daha fazla gastrointestinal kanama, ülserasyon ve perforasyon riski taşıdığı unutulmaması gereken kanıtlanmış hususlardır. Bu nedenle semptomlar rahatsız edici olduğunda mümkünse ilacı bırakmak ve tedavide sadece analjezik etki hedefleniyorsa parasetamolu tercih etmek, en iyi önlem olacaktır. Eğer tedavi için antiinflamatuar özellikte bir ilaç gerekli ise, hastanın durumuna göre;
 - dozu azaltmak,
 - enterik kaplı formülasyona geçmek,
 - salsalat gibi asetillenmemiş salisilat veya,
 - nabumeton veya etodolak gibi ön ilaç veya,
 - hastalık modifiye edici ajanlardan birini kullanmak yararlı olacaktır.

NSAİ ilaçlarla görülen ülserasyona bu önerilen terapötik yaklaşımlar sonuç vermiyorsa, *H. Pylori* olasılığı değerlendirilmelidir.

- Fenilbutazonlar gibi hepatotoksisite riskinin yüksek olduğu bilinen veya şüphesi bulunan ilaçlarla veya hastanın durumu nedeni ile hepatotoksisteden şüphelenilen olgularda, belli aralıklarla karaciğer fonksiyon testleri izlenmelidir.

- NSAİ ilaçların parenteral formlarının dikkatli bir şekilde, hastane koşullarında kullanılması, anafilaktik şok gibi beklenmeyen, öldürücü olabilen reaksiyonların riskini azaltacaktır.
- NSAİ ilaçlarla kütanöz ters etkiler yaygın ancak nadiren tehlikeli reaksiyonlardır. Herhangi bir NSAİ ilaçla kütanöz reaksiyon saptandığı zaman NSAİ ilaç grubunun değiştirilmesi yeterli olabilir.
- Bu grup ilaçların, diüretikler ve beta blokörlerin antihipertansif etkilerini azalttığı, henüz kesinleşme de diğer grup antihipertansiflerde de bu tür bir risk olasılığının bulunduğu, NSAİ ilaç kullanımında daima öncelikle hatırlanması gereken hususlardır.
- NSAİ ilaçların kan sisteminde, santral sinir sisteminde ve kıkırdak üzerinde bilinen nadir ters etkilerinin yanı sıra, bazı bireylerde insidansı düşük olmasına rağmen hassasiyet reaksiyonlarına neden olabileceğinin bilinmesi, vakaların tanı ve değerlendirilmesinde, ayrıca hastaya ilk müdahale açısından kolaylık sağlayacaktır.
- Hekimin bir NSAİ ilacı reçeteye yazarken bu grup ilaçların öngörülmesi veya kesinleşmiş risklerini bilmesi, eczacının reçeteyi hazırlarken, etkileşimler, birden fazla NSAİ ilacın reçetede bulunması gibi risk faktörlerini değerlendirmesi ve hastayı uarması, bu ilaçların neden olduğu ters etkilerin olasılığını azaltacak ve güvenli ilaç kullanımını sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 1991; Cilt: 1, Feryal matbaacılık, Ankara.
- 2- Paakkari I. Epidemiological and Financial Aspects of the use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Analgesics. Pharmacology and toxicology 194; 75 suppl. (1): 56-59.
- 3- Boynton CS, Dick CF, Mayor GH. NSAIDs: An Overview. J. Clin Pharmacol 1988; 28: 512-517.
- 4- Numo R, Lapadula G. Present Status and New Perspectives in Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs Therapy. Scand J Rheumatology 1987; Suppl. 66: 75-83.
- 5- Mortensen ME, Rennebohm RM. clinical Pharmacology and Use of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Pediatric Clinics of North America 1989; 36 (5): 1113-1139.
- 6- Mc Envoy GK. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information. United States of America. American society of Health System Pharmacists 1996.
- 7- Clissold SP. Paracetamol and Phenacetin. Drugs 1986; 32: Suppl (4): 46-59.
- 8- Buchanan WW. Implications of NSAID Therapy in Elderly patients. J rheumatol 1990; 17 Suppl (20): 29-32.
- 9- nuki C. Pain Control and the Use of Non-Steroidal Analgesic Anti-inflammatory Drugs. British medical Bulletin 1990; 46 (1): 262-278.
- 10- Small RE, Van Vranken SM. Drug-NSAID interactions. American Pharmacy 1995; 35(3): 53-55.
- 11- Verbeecq KIL. Pharmacokinetic Drug Interactions With Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Clin. Pharmacokinet 1990; 19(1): 44-66.
- 12- Weinblatt ME. Drug Interactions With Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Scand J Rheumatology 1989; Suppl. 83: 7-10.
- 13- Tonkin AL, Wing MHL. Interactions of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Bailliere's Clinical Rheumatology 1988; 25(2): 455-483.
- 14- Johnson AG, seidemann P, Day RO. NSAID-related Adverse Drug Interactions with Clinical Relevance. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 1994; 32 (10): 509-532.
- 15- Sancilio LF, Taylor MA, Mathur PP, Crowe JT. Interactions Between Warfarin and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Rats. Life Sciences 1985; 36: 1041-1050.
- 16- Furnell MM, Davies J. The Effect of Sulindac on Lithium Therapy. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 1985; 19 May: 374-376.
- 17- badr ZM; Chen ST. Potentiation of methotrexate-induced Gastrointestinal Toxicity by Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) and Vincristine. Toxicology 1985; 34: 333-340.
- 18- Henry DA. Side Effects of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs. Baillier's Clinical Rheumatology 1988; 2(2): 425-455.
- 19- Indometazin- Beta Blocker Interaction. American Pharmacy 1990; 30 (4): 49.
- 20- Webster J. Interactions of NSAIDs with Diuretics and B-Blockers Mechanisms and Clinical Implications. Drugs 1985; 30: 32-41.
- 21- Thatte UM, Gupta KC, Satoskar RS. Drug Interactions between Cuanfacine and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Dogs. Pharmacology 1986; 33: 292-300.
- 22- Fagbemi O. The Effects of the Combined Administration of B-adrenoceptor Antagonists and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs on ligation-induced Arrhythmias in Rats. Br. J. Pharmc. 1985; 85: 361-365.
- 23- Bertolini A, Poggioli R, Zanoli P. Vitamin E Enhances The Activity of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs. Rivista di Farmacologia e Terapia 1982; XII: 27-34.
- 24- Roe DA. Diet and Drug Interactions. Van Nostrand Reinhold 1989.

ÜST SOLUNUM YOLU İNFEKSİYONLARI

Prof.Dr. Serhat Ünal*
Dr.Taylan Kav*

Bu başlık altında birkaç hastalığı gözden geçirmekte fayda vardır. Bunlar şu hastalıklardır.

1. Viral Rinitis (Nezle):

Nezleye benzer şikayetler üst aerodigestiv yolu etkileyen olaylarda meydana gelebilmektedir. Rinovirüslerin, adenovirüslerin ve diğer virüslerin çok fazla miktarda serolojik çeşitleri olduğu için hastalar hayatları boyunca bu enfeksiyonlara duyarlıdır. Genelde insanlar yılda ortalama 2-3 kez bu enfeksiyonu geçirirler.

• En sık suçlanan predispoze edici faktör ise soğuk havalardır. Gerçekten de hava sıcaklığı düştüğünde burun mukozasındaki silier aktivitenin azaldığı gösterilmiştir ancak tek başına yeterli değildir.

• Burun tıkanıklığına neden olan burun deviasyonu, konka hipertrofisi gibi etkenler de rol oynamaktadır.

Virüslerin bulaşma yolu damlacık enfeksiyonu yoluyla ve inkübasyon süresi 1-3 gün arasında değişmektedir. Bu viral enfeksiyonun en bilinen bulguları ise;

- Baş ağrısı,
- Nasal konjesyon,
- Şu gibi burun akıntısı,
- Hapşurma,
- Burunda kaşıntı hissi ve genel bir kırgınlık halidir.

Koku ve tad almada bozukluk ortaya çıkar. Burun muayenesinde nasal mukozanın ödemli ve kızamık olduğu saptanır. Hastalık hiçbir tedavi verilirse de 3-4 gün içinde kendiliğinden geriler. Ancak sekonder bakteriyel bir enfeksiyon eklenirse (ki buda pürülan akıntı nedeniyle düşünülür) 6-8 güne kadar uzayabilir. Etkili olduğu gösterilmiş herhangi bir tedavi yoktur sadece destekleyici, rahatlatıcı tedaviler

vi verilir.

Bunlar ise psödoefedrin gibi nasal dekonjestanlar veya oksimetazolin gibi nasal spreylemler olur. Nasal dekonjestanların 5 günden uzun kullanımı rinitis medikamentosa denen duruma yol açtığı için uzun süreli kullanım önerilmez. C vitamini, antihistaminikler, antipretik ilaçlarda önerilebilir. Hafif geçici bir orta kulak efüzyonu dışında komplikasyonu yoktur. Sekonder bakteriyel bir olay eklenmişse kültürlerinin alınması ve sonuca göre tedavi verilmesi önerilir.

2. Akut Sinüzit:

Viral rinite oranla daha az oranda görülür. Genelde bir üst solunum yolu hastalığını takip ettiği için çoğunlukla rinit yerine sinüzit deyimini kullanılır.

• Etiyolojisinde:

Sinüs drenajını bozan olaylar,

Diş enfeksiyonları,

Hava kirliliği

Yüzme önemli bir yer tutmaktadır.

Eğer sinüs drenajı bozulursa sinüzit ortaya çıkar. Nazal mukozada ödem meydana getiren olaylar önemlidir. Ödematöz mukozaya sinüs drenajını engeller ve sinüs içinde biriken kolleksiyonun sekonder enfekte olmasıyla sinüzit ortaya çıkar. Akut sinüzitin en sık nedeni olan ajanlar ise S. Pneumoniae, H. Influenzae ve daha az oranda S. Aureus, Moraxella catarrhalis'tir.

Çoğunlukla maksiller sinüs etkilenir. Sinüs üzerinde ağrı vardır, baş ağrısı olur bu ağrı öne eğilip kalkmakla artar. Frontal sinüs ağrıları sabahları varken maksiller sinüslerde ağrı öğleden sonra ortaya çıkar. Burun tıkanıklığı ve burun akıntısı vardır ancak akıntı pürülan ve dekojestanlara cevap vermez.

Tanı için klinik bulguların radyolojik bulgularla desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla bir dizi sinüs filmi çekilir. Bunlar; Caldwell (frontal sinüs için),

Waters (maksiller sinüs için), Lateral (Sfenoid sinüs için) ve Submentovertikal (etmoid sinüs için) dir. Kemik yıkımı olmadan sinüsün opasifiye olması bazen de hava sıvı seviyesi görülmesi tipiktir.

Tedavide oral nasal dekonjestanlar ile uygun antibiyotikler önerilir. Amoksisilin sinüs penetrasyonu iyi olduğu için ilk seçenek ilaçtır. Ancak son yıllarda giderek artan direnç nedeniyle 2. Jenerasyon sefalosporinler, makrolit antibiyotikler ve TMP-SMX de sıklıkla kullanılan antibiyotikler arasına girmiştir. Sinüzit tedavisi 2 hafta kadar verilmelidir. Yeterli oral antibiyotik tedavisine rağmen düzelme yoksa daha ileri tetkiklerin yapılması önerilmelidir.

Özellikle frontal sinüzitin tedavisi önemlidir. Frontal sinüs duvarı dura'ya çok yakın olduğu için yetersiz tedavi ile intrakranial yayılıma yol açılabilir. Sinüzitin lokal komplikasyonları ise mukosel ve lokal osteomyelitir. Sinüzitin en korkulan komplikasyonları ise menenjit, kavernöz sinüs trombozuve intrakranial abseslerdir.

3. Farenjit ve Tonsillitler:

Bu iki neden üst solunum yolu hastalıkları kadar sıktır. Doktora başvuranların %10'u dışarıda antibiyotik kullananların da %50 si bu nedenle antibiyotik kullanılmaktadır. Farenjit, farenks mukozasının çeşitli ajanlarca meydana gelen inflamasyonudur. Akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. Akut farenjitler en sık rastlanan boğaz enfeksiyonlarından. Genellikle viral bazen de streptokoksik nedenlerle ortaya çıkar. Eksojen fiziksel veya kimyasal irritanlar da farenjite yol açabilir.

• Grup A β hemolitik streptokokal farenjitin bulguları şunlardır.

Ateş,

Ağrılı ön servikal lenfadenopati

Pretonsiller eksudadır.

Boğaz ağrısı çok ciddi olabilir. Odinofaji ve scarlatiniform döküntü ile birlikte görülebilir.

Ciddi lenfadenopati ve beyaz bir membran görülmesi infeksiyöz mononükleozisi düşündürmelidir. Bu hastalarda hepatomegali ve yüksek titrede anti EBV antikorları saptanır. Önemli bir kanu da bu hastalarda tedavi gerektiren sekonder bir tonsilit olabileceğidir. Bu durumda döküntüye neden olabileceği için ampisillin kullanılmamalıdır. Diğer nadir görülen farenjit etkenleri N. Gonorrhoea ve C. Trachomatis'tir.

Farenjit veya tonsilit şikayeti ile gelen hastalara ilk etapta boğaz kültürü yapılmalı sonrasında da üreyen patojene yönelik tedavi verilmelidir.

Tedavide tek doz benzatin penisilin kullanılabilir ancak yeni çalışmalar oral penisilin V potasyum'un (Günde 3 kez 250 mg) veya on günlük sefuroksim oksetilin yararlı olduğunu göstermiştir. Uygun antibiyotik tedavisi ile özellikle glomerulonefrit, romatizmal kardit, kızıl gibi streptokokal komplikasyonların önüne geçilebilir. Semptomatik tedavide yatak istirahati, ılık gargaralar, antipretikler önerilebilir.

4. Akut Otit Media:

Orta kulağın bakteriyel enfeksiyonudur. Pürülan materyal sadece orta kulakta değil aynı zamanda mastoid hava hücreleri ve petroz kemik apeksinde birikir. Akut otit media genelde viral ÜSYE sonrasında üstaki borusundaki ödem nedeni ile burada oluşan kolleksiyonun sekonder bakteriyel enfeksiyonu sonucunda gelişir.

En sık etkenler S. Pneumoniae, H. Influenzae ve S. Pyogenes'tir.

Akut otit media her yaşta görülebilmesine rağmen en sık infant ve çocuklarda görülür.

Hastada:

Kulak ağrısı,

Kulakta basınç hissi,

İşitmede azalma ve

Genelde ateş vardır.

Mayenede kulak zarında kızarıklık ve hareketinde azalma saptanır. Hastada ağrının geçmesi daha çok kulakta perforasyonu düşündürür.

Tedavide Klavulonik asitamoksisilin veya eritromisin, amoksisilin gibi antibiyotikler ile nasal dekonjestanların kombine uygulanması gerekmektedir.

Eğer içeride sıvı birikimi fazla ise deneyimli bir doktor tarafından timpanosentez yapılmalı veya drenaj için lüp takılmalıdır. Tekrarlayan otit medialarda uzun süreli antibiyotik kullanılabilir. Tek doz sulfametoksazol veya amoksisilin kullanılabilir. Olası komplikasyonlar ise mastoidit, fasial paralizi, labirentit, ekstradural apse, subdural apse, menenjit, beyin veya beyincik apseleri, lateral sinüs trombozudur.

Kaynaklar:

1. Jackler, R.K., Kaplan, M.J., Ear, Nose, Throat, Current Medical Diagnosis and Treatment, Tierney, L.M., McPhee, S. J. and Papadakis, M.A. (Ed.), Appleton & Lange, U.S.A, 1997, pp: 201-221
2. Karasalıhoğlu, A.R., Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi, Güneş Kitabevi, Ankara, 1992, ss: 31-160
3. Dolin, R. Common Viral Respiratory Infections, Harrison's principles of Internal Medicine, 12th ed. Wilson, J.D. et al., (Ed.) MacGraw - Hill, U.S.A, 1991

PÖTİ GREN ETERİK YAĞLARI

Doç. Dr. O.N. Yalçındağ

ÖZET

İtalyan Pöti Gren Eterik yağlarının içerdiği maddeler üzerine bilgi verilmiştir. Çeşitli Citrus türlerinin yaprak ve dallarının su buharı ile distillenmesi ile elde edilen bu eterik yağların, elde edildikleri Citrus türlerine göre çok farklı nitelik ve nicelikte maddeler içerdikleri anlatılmıştır.

Craveri (1) Pöti gren eterik yağını şöyle tarif eder:

Citrus bigaradia L. Var. amara (Turunc ağacının) yaprak, dal ve yeşil meyvelerinin su buharı ile distillasyonundan elde edilen eterik yağdır. Bazen (Essenge de petit grain bigaradier) diye de isimlendirilir. Bundan maksat, Limon, Mandalina, Bergamot ve Portakal Pöti gren eterik yağlarından ayrılmasıdır.

O zamanların imkânlarıyla saptanabildiği kadarıyla, **Turunc pöti gren eterik yağında**, % 70 e kadar Linalil ve Geraniol asetatlar, % 15-25 Linalol ve Geraniol, eser halde Furfurol, Metil Antranilat ve Terpineol, Limonen, Pinen ve Dipenten saptanmıştır.

Portakal pöti gren eterik yağı: Portakal ağacının yaprak ve dallarından su buharı distillasyonile elde edilir. % 4 Citral, % 4 esterler (Linalil asetat üzerinden), % 20 Linalol, Geraniol, Limonen ve biraz Camphen içerdiği bildirilmiş idi.

Bergamot pöti gren eterik yağı: Bergamot ağacının yaprak ve dallarından su buharı distillasyonile elde edilir. 100 Kg. yaprak ve daldan 150 g. kadar eterik yağ çıkar. Açık sarı renkli, kuvvetli ve kalıcı kokulu bir sıvıdır. % 60 kadar Linalil asetat olarak hesap edilen esterler içerir. Az miktarda metil Anthralinat da içerir.

Limon Pöti Gren Eterik Yağı: Limon ağacının yaprak, dal ve yeşil meyvelerinden su buharı ile distillasyon suretiyle elde edilir. Soluk sarı renkte, Limon kokulu bir sıvıdır.

Mandalina Pöti Gren Eterik Yağı: Mandalina ağacının budanmış dal ve yapraklarından su buharı distillasyonile elde edilir. Güzel mavi fluoresans verir. (Metil N -Methyl Anthranilat türevleri) kuvvetli kes-

kin kokusu vardır. % 50-65 Methyl N-Methyl Anthranilat içerir.

Bunların koku karakteristikleri bakımından en değerlisi Turunc Pöti Gren eterik yağıdır. Bu eterik yağ, İtalya, Fransa, İspanya ve Paraguayda üretilir. Akdeniz ülkelerinde üretilen bu eterik yağlar, Paraguay da üretilenlere göre daha iyi organoleptik karakterler gösterirler. Turunc, Limon, Mandalin ve Bergamot Pöti Gren eterik yağları, sadece seçkin yaprak materyelinden üretilir.

Mamâfi, Portakal Pöti Gren eterik yağı-ficari değeri az olması nedeniyle eldesinde distille edilecek materyelin seçiminde ve distillasyon ekipmanı temizlenmesinde (ki bu ekipman daha değerli Pöti Gren eterik yağlarının eldesinde kullanılır) fazla itina gösterilmez. Bu sebeple portakal pöti gren eterik yağlarının muhtemel kirlenmeleri bir problem yaratmaz. Bunun için de endüstriyel portakal Pöti Gren eterik yağları arasında saf birini bulmak çok zordur. Çünkü bunlar, çoğu zaman diğer Citrus yaprağı eterik yağlarını da içerirler.

Endüstriyel Citrus Pöti Gren eterik yağlarının bileşimleri hakkında literatürde pek az bilgi vardı. 1965 denberi, bu literatürün bir kısmında, sadece kalitatif bilgi vardı. 1993 de en iyi bilgi Lawrence (2) tarafından toplanmıştır. Ancak laboratuvarda, su buharı distillasyonu ya da solvent ekstraksiyonu ile ekstre edilmiş örneklerin bileşiminde bulunan maddeler hakkında oldukça geniş incelemeler vardır. Buna rağmen bu eterik yağların bileşimleri hâlâ, citrus kabukları eterik yağları kadar iyi saptanmış değildi. Çünkü bir taraftan doğal Pöti Gren eterik yağları gibi kompleks karışımların analiz güçlüğü, diğer taraftan coğrafi men'se, ekstartksiyon metodu, kullanılan yaprakların alındığı bitkinin yaşı, yaprakların tazeliği gibi...örneklerin doğasına etki yapan faktörler. Biz aşağıda son olarak, Dugo (3) ve arkadaşlarının yaptıkları HPLC-HRGC- MS (ITD) HRGC-MS ve HRGC-FID gibi modern metodlarla yapılan mali analizlerin sonuçlarını veriyoruz.

Tablo No. 1
İTALYAN PÖTİ GREN ETERİK YAĞLARININ KARAKTERLERİ

Bu tabloda ve sonradan gelen tablolardaki sonuçlar, HPLC-HRIGC-MS (ITD) HRIG C-MS VE HRIGC-FID İLE YAPILAN ANALİZ SONUÇLARIDIR (3)

PÖTİ GREN ETERİK YAĞININ ADI	İÇERDİĞİ MADDE ADEDİ	MONOTERPEN HİDROKARBONLARI		SESQUITERPEN		ALDEHİDLER		ALKOLLER DİOKARBONLARI		ESTERLER		DİĞERLERİ	
		Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
TURLUNC (Citrus aurantiá) Var. amara Citrus bigaradia Risso	61	3.35	8.82	0.69	1.13	0.65	1.16	26.58	40.17	54.12	67.38	0.13	0.25
MANDALINA (Citrus nobilis) Risso	65	45.15	53.81	1.42	1.69	0.04	0.13	0.84	1.37	43.36	52.08	0.12	0.22
LİMON (Citrus Limonum) Risso	66	51.82	60.62	1.06	2.56	17.70	26.66	6.79	14.23	7.07	9.68	1.87	3.62
PORTAKAL (Citrus aurantium) L.	67	68.32	77.07	0.27	7.92	2.84	10.12	8.10	12.68	2.58	11.37	0.11	0.32

Tablo No. 2

TURUNÇ PÖTİ GREN ETERİK YAĞINDA BULUNAN BAŞLICA MADDELER

Linalil asetat	% 50.68 - 62.57	Geranial	% 0.38-0.64
Linalol	% 21.70 - 32.55	Neral	% 0.21-0.43
Alfa-Terpineol	% 3.09 - 5.63	Beta-Phellandren	% 0.03 - 0.04
Geranyl asetat	% 1.90 - 3.16	1,8-Cineol	% 0.02- 0.05
Neryl asetat	% 1.04 - 1.73	Sabinen	% 0.13-0.23
Methyl N-Methyl Antranilat	% eser-0.14	delta-3Caren	% 0.21-0.67
Gamma Terpinen	% 0.01-0.09	(E) beta Ocimene	% 0.57 - 1.76
Limonen	% 0.44 - 2.17	Terpinen - 4-01	% 0.05 - 0.08
P-Cymen	% 0.03 - 0.08		
Beta Pinen	% 0.65-1.15		

Tablo No. 3

MANDALİNA PÖTİ GREN ETERİK YAĞINDA BULUNAN BAŞLICA MADDELER

Methyl - N - Methylantranilate	% 43.19 - 51.93	Beta Phellandren	% 0,03-0.05
Gamma terpinen	% 23.94-28.48	1,8 - Cineol	% 0,01, - 0.02
Limonen	% 7.18-11.65	Sabinen	% 0.22-0.90
P.Cymene	% 2.96- 4.84	delta - 3- Caren	% 0.01 - 0.10
Beta Pinen	% 190-2.45	(E) , beta Ocimen	% 0.42-0.72
Geranial	% eser - 0.03	Terpinen - 4-01	% 0.20 - 0.26
Neral	% eser - 0.03		
Neryl asetat	% eser - 0.04		
Geranyl asetat	% eser -0.02		

Tablo No. 4

LİMON PÖTİ GREN ETERİK YAĞINDA BULUNAN BAŞLICA MADDELER

Limonen	% 28.41-34.82	1,8-Cineol	% 1.12 - 2.13
Beta Pinen	%11.96- 16.03	Linalyl Asetat	% 0.31 - 0.42
Geranial	% 9.87- 14. 07	Linalol	% 0.88 - 3.87
Neral	% 6.64 - 10. 78	Alfa Terpeneol	% 0.53 - 1.00
Neryl Asetat	% 3.75 - 6. 74	Methyl - N, methylantranilate	% eser- 0.39
Geranyl Asetat	% 2.17 - 2. 92	Gamma-Terpinen	% 0.34-0.70
Beta Phellndren	% 2.22 - 2. 60		

Tablo No. 5

PORTAKAL PÖTİ GREN ETERİK YAĞINDA BULUNAN BAŞLICA MADDELER

Laboratuvarıda distillenmiş eterik yağ

SABİNEN	% 38.46 - 48.52	Geranyl asetat	% 0,04 - 0.16
delta-3-Caren	% 4.45 - 10.28	Neryl Asetat	% 0.04 - 0.15
(E) Beta-Ocimen	% 4.99 - 9.73	Methyl-Nymethylantranilat	Eser
Terpinen-4-01	% 3.75 - 7.33	Gamma - Terpinen	% 1.41 - 2.43
Neral	% 1.04 - 1.79	Limonen	% 2.90 - 4.04
Linalyl Asetat	% 0.07 - 0.10	Para-Cymen	% 0.59 - 1.68
Linalol	% 6.29 - 15.12	Geraniol	% 1.37 - 2.17
Alfa - Terpeneol	% 0.36 - 0.93	Beta-Phellandren	% 0.65 - 0.74
Beta-Pinen	% 1.87 - 2.33		

Yukardaki tabloların incelenmesi (3) İtalyan çeşitli pöti Gren eterik yağlarının birbirlerinden ne kadar farklı nitelik ve nicelikte, maddeler içerdiklerini göstermektedir. Bundan ne çıkar? Bir defa fiyatları bakımından farklı olan bu eterik yağların, karışık olup olmadıkları kolayca anlaşılır. Örneğin: sabinence en zengin olan portakal pöti Gren eterik yağı, bilfarz turunc pöti Gren eterik yağına karıştırılmış olsa, bu eterik yağda çok düşük olan Sabinen miktarı yüksek çıkar. Bir de pöti Gren eterik yağlarının kullanılışları bakımından literatürde işaretler vardır. Igolen (4) tarafından yayınlanan bir yazıda, Mandalina Pöti Gren eterik yağının, doğal Methyl N-Methylantranilat fabrikasyonunda kullanıldığı yazılıdır. Eterik yağ, buzlu seyreltik sülfat asidile çalkalanır, Methyl-N-methylantranilat tuzu, suda çözündüğünden, sulu kısım ayrılır, sonra, seyreltik sodyum hidroksit ile serbest hale getirilir, aktarılır, vakum altında saflaştırılır. Pöti Gren eterik yağları, çeşitli kozmetik preparatların kokulandırılmalarında kullanıldıkları gibi, kolonya sularının da bileşimlerine girer.

SONUÇ

Çeşitli Citrus cinsleri yaprak ve dallarının, su buharile distilasyonu ile elde edilen eterik yağların, içerdikleri maddeler, nicelik ve nitelik bakımından büyük farklar göstermektedirler. Bunların, birbirleriyle karıştırılmış olup olmadıkları, analiz neticelerinden kolayca anlaşılabilir.

KAYNAKLAR

1. CALISTO CRAVERI - Les essences naturelles - Dunod editeur Paris 1929, s. 292
2. B.M. LAWRENCE, Petitgrain oils - Perf. Flavonist 18, 43-68, 1993
3. G. Dugo, L. Mondello, A. Controneo, I.S. d'Alcontres, Basile, P. Previti, P. Dugo ve K.D. Bartle - Characterization of Italian Citrus Petitgrain oils - Perfumator Flavorist, 21, 17-28, 1996
4. G. Igolen - Les essences d'agrumes - Industrie de la Parfumerie, 1945, s. 9-16

DOÇ. DR. ORHAN NURULLAH YALÇINDAĞ

11 Kasım 1919 da İstanbul Beylerbeyi'nde dünyaya geldi. İlk tahsilini Beylerbeyi 27. İlkokulunda bitirdikten sonra, Kabataş Erkek Lisesi Fen kolunu 1937 yılında bitirip olgunluk sınavını verdi. 1939 yılına kadar lisan öğrenmek için ve sonradan da tahsil yapmak üzere İsviçre'ye gitti. 2. Cihan Harbinin başlaması üzerine İstanbul'a gelip Fen Fakültesi Eczacılık okuluna girdi. 1943 yılında mezun oldu. 1946 yılında askerlik görevini bitirip bir müddet Fabrika eczacılığı yaptı. 1947 yılında Doktora yapmak üzere Montpellier (Fransa) Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde, Galenik Farması dalında doktora çalışmalarına başladı. Aynı zamanda adı geçen fakültede Endüstriyel Farması tahsili yaparak, 1949 yılında, eczacılık Doktoru ve Endüstriyel Farması diplomalarını alarak yurda döndü. Eskişehir Şeker Fabrikası hastanesinde Eczacılık görevine başladı. 1953 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacı Okulunda asistanlığa ve doçentlik tezi çalışmalarına başladı. 1956 yılında İsviçre'nin Bern şehrinde Dr. A. Wanber A.G. ilaç fabrikasında staja başladı. 1957 de yurda dönüp, Wander İstanbul Fabrikasında imalat şefliğine başladı. Aynı yıl doçentlik sınavını vererek Galenik Farması Doçenti oldu. Bundan sonra muhtelif ilaç fabrikalarında çalıştı. 1964 yılında R.S.M.H.E. ilaç kontrol şubesinde laboratuvar şefi olarak göreve başladı. 1984 yılında yaş haddinden emekli oldu. Basılmış, makale, orijinal çalışma ve kitap olarak 216 eseri mevcuttur. Çoğu Avrupa dillerinde yazılmış mesleki yazıların çevirisini yapmakta ve halen çok sür'atli ilerleyen ilmi Farmasötik teknoloji, eterik yağlar üzerindeki literatürü takip etmektedir.



CLIMARA, CLIMARA FORTE

Transdermal estradiol sistemi

Formülü

Climara

12,5 cm²'lik bir flaster, yapışkan akrilat matriksinde 3.9 mg estradiol içerir.

Climara forte

25.0 cm²'lik bir flaster, yapışkan akrilat matriksinde 7.8 mg estradiol içerir.

Yardımcı maddeler

Etil oleat

İsopropil miristat

Gliserol monolaurat

Farmakolojik Özellikleri

Özellikleri

Yaş dönümünün başlamasıyla birlikte overlerdeki estrogen üretimi belirgin bir şekilde gerilemektedir. Kadın vücudunda meydana gelen estrogen eksikliği, organizma buna uyum sağlayıncaya kadar, kendini bir dizi rahatsızlık ve genel durum bozuklukları ile göstermektedir.

Estrogen eksikliği ve bunun postmenapozdaki belirtileri, eksik hormonun düzenli verilmesiyle hızla ve güvenilir bir şekilde giderilir.

Climara'dan sürekli serbest kalan estradiol hormonu deriden geçerek sabit kan seviyeleri oluşturmaktadır.

Farmakokinetiği

Climara ya da climara forte'nin haftalık uygulamaları esnasında, arzu edilen dizilimde düzenli estradiol ve estron serum düzeyi profilleri elde edilmektedir. Mükerrer haftalık uygulamalar sonucu bu maddelerin kümülasyonu gözlenmemiştir. 12.5 cm²'lik flaster uygulamasından sonra 35 pg/ml ve 25 cm²'lik flasterden sonra yaklaşık 70 pg/ml olarak bulunan sabit dengedeki ortalama estradiol serum seviyeleri, estradiol serum düzeyi profilinin absolut yüksekliğinin flaster alanına doğrudan orantılı olduğunu göstermektedir.

Climara için günde 50 mg ve climara forte

için günde 100 mg'lık bir ortalama absorpsiyon oranı hesaplanmıştır.

Estradiol vücuttan yaklaşık 15,30 ml/dak/kg'lık total serum klirensi ile elimine edilmektedir.

Estradiol'un metabolitleri başlıca sülfat ve glukuronidler şeklinde idrarla atılmaktadır.

Endikasyonları

Doğal ya da cerrahi nedenli (şayet kanser hastalığından ötürü değilse) menopoza sonucu vasomotor semptomlar (sıcak basmaları, terlemeler), uyku bozuklukları ve atrofik durumlar gibi endojen estrogen eksikliği belirtilerinde estrogen replasman tedavisi.

Kontrendikasyonları

Gebelik; süt verme dönemi; mevcut rahim, meme veya yumurtalık tümörü ya da şüphesi; endometrioz; ağır karaciğer fonksiyon bozuklukları; geçirilmiş ya da mevcut karaciğer tümörleri; mevcut ya da geçirilmiş tromboembolik süreçler (tromboflebit, tromboz); damar değişiklikleri gösteren ağır diabet; orak hücreli anemi; yağ metabolizması bozuklukları; herpes gestationis; gebelik esnasında kötüleşmiş otoskleroz; daha önceki gebeliklerde geçirilmiş sarılık ya da sürekli kaşıntı.

Uyarılar/Önlemler

Gerektiğinde kontrasepsiyon için takvim ya da temperatür metodu dışında hormonal olmayan bir yöntem uyulanmalıdır.

Climara ya da Climara forte kullanımı esnasında beklenmeyen mükerrer kanamalar ya da ilaca ara verildiği haftada olağının ötesinde bir şiddette kanama meydana gelirse, doktorunuza müracaat ediniz.

Flaster uygulama yerinin ("Kullanım şekli ve dozu" başlığı altında) tarif edildiği gibi değiştirilmesine rağmen, flasterin yapıştığı yerde sürekli eritem ya da kaşıntı gibi perzistan

deri irritasyonları meydana gelirse, doktorunuza transdermal tedavinin kesilmesi konusunda danışın.

Estrogen içeren ilaçlar ile yürütülen tedavinin yararları konusunda görüş ayrılıkları yoktur. Estrogenlerin klimakterium'da uzun süreli tek başına kullanımları endometrium hiperplazisine ve buna bağlı olarak artan bir endometrial kanser riskine neden olabilir. Bu risk, normalde ayda 10-12 gün boyunca ilave bir progestagenin verilmesiyle asgariye indirilebilir. Böylece umumiyetle endometriyum sekretuar değişimi sağlanır ve progestagen tedavisinin sonunda adet kanamasına benzer bir kanama meydana gelir.

Diabet, hipertoni, varis, otoskleroz, multipl skleroz, epilepsi, porfiri, tetani, chorea minor, kalp yetmezliği, böbrek ya da karaciğer fonksiyon bozuklukları ve migren gibi hastalıklardan hekim haberdar edilmelidir. Memede fibrokistik hastalığı bulunan ya da birinci derece akrabalarında meme kanseri görülen hastalar tıbbi açıdan yakinen takip edilmelidir. Bu husus selim uterus myomları için de geçerlidir, zira bunların estrogen tedavisi altında büyümeleri olasıdır.

Climara ve Climara forte'nin içerdiğine benzer hormonal maddelerin kullanımı sonucu nadir olgularda iyi huylu, ileri derecede nadir olgularda da ciddi intraabdominal kanamalara sebep olabilecek habis karaciğer değişiklikleri gözlenmiştir. Bu nedenle hekim, kendiliğinden kısa bir sürede geçmeyen alışılmamış üst batin yakınmalarından haberdar edilmelidir.

İlacın derhal kesilmesi için nedenler

Migren türünde baş ağrılarının ilk defa ortaya çıkması, ya da alışılmamış şiddette sık sık baş ağrıları, ani duyu bozuklukları (örneğin, görme ya da işitme bozuklukları), tromboflebitlerin ya da tromboembolik belirtilerin ilk işaretleri (örneğin, bacaklarda mutadın dışında ağrı ve darlık hissi, planlanan ameliyatlardan 6 hafta önce, yatak istirahatının gerekli olduğu sürece (örn. kazalardan sonra), bir sarılığın ya da hepatitin ortaya çıkması, tüm vücudu kapsayan kaşıntı, epileptik nöbetlerde sıklaşma, önemli tansiyon yükselmesi, gebelik.

Yan etkilerde/advers etkiler

En sık bildirilen yan etki, flasterin yapıştırıldığı yerde oluşan deri irritasyonudur. Ayrıca aşağıda belirtilen yan etkiler oluşabilir.

Genitoüriner sistem - Kanama düzeninde değişiklikler, yıkılma kanaması ve lekelenme, uterin myomlarda büyüme, servikal sekresyon miktarında değişme.

memeler - gerginlik, büyüme.

Gastrointestinal - bulantı, batında ağrı, şişkinlik, kolestatik sarılık.

Deri - kaşıntı olabilen kolazma ya da melazma. Çok nadir olgularda allerjik kontakt dermatit, postenflamatuvar kaşıntı ve jeneralize ekzantem.

Merkezi sinir sistemi - baş ağrısı, migren, baş dönmesi.

Diğer - vücut ağırlığında değişiklikler, mevcut bir porfirinin kötüleşmesi, ödem, libido değişiklikleri.

KRALIN DERSİ

WILLIAM MORRIS

Çev.: Gülümser Salmazyaprak

Başının ve uyruklarının ulu hakanı, Macaristan kralı Mathias Corvinus'un kulağına bir keresinde (ama ne bir keresinde ya!) köylülerinden bazılarının (ama ne bazılarının ya!) gün batımına kadar durup dinlenmeden çalıştıkları halde karınlarını bir türlü doyuramadıkları çalınmış. Bunun üzerine kral danışmanlarını toplamış; toprak beyleri ve kâhyaları gelsin diye ferman buyurmuş; ve de işin aslını astarını onlardan sual etmiş. Kimi şöyle, kimi böyle demiş, hepsi de aynı masalı anlatmışlar ona: Efendim ırgat kısmı kanlı canlı olurmuş, üstelik, bal gibi çalışabilirlermiş. Yiyeceği kadar yermiş de kalanını artırırmış. Bunlar öylesine hin oğlu hin ve öylesine nankör olurlarmış ki en azından beyleri kadar çalıştırılmazlarsa işin sonu kötüye varırmış. Çünkü, bu açgözlü edepsizler, ne versen, bir o kadar fazlasını isterlermiş. Hani Tanrı bahçesindeki atalarımızın başına geldiği gibi, zenginlik nedir bir öğrenmesinler, alimallah yoksulluğun ne olduğunu da ossaat öğreniverirlermiş, diye anlatıp durmuşlar. Onlar konuşadursun kral ağzını açıp tek lâf etmeden dinlemiş. Dinlemiş ya, içine de bir kurt düşmüş, yoksa bunlar yalan mı söylüyorlar diye. Bundandır, danışmanlar bir karara varmadan dağılmışlar. Ama Matthias, tüm krallar gibi, adaletli bir kralmış. Üstelik o eski derebeylik çağında bile birçoklarından daha yiğit bir erkişi imiş. Dolmuş mu bu işi parmağına. Masal bu ya, iki üç güne kalmamış, gözünün en kestiği beyleri ve danışmanları bir araya toplamış. Atlı bir gezintiye hazırlanmalarını söylemiş. Hazırlıklar tamamlanınca danışmanlarıyla beraber yola koyulmuş. Dere, tepe, düz gitmişler. O günlerde adet olduğu

üzere o pırl pırl elbiseleriyle geçtikleri yerlerde herkesleri imrendirmişler. Gide gide bir köyden geçip ırmak kıyısına bakan güneşli güney yamaçları üzerinde bir sürü insanın habire çalıştığı bir bağa varmışlar. Benim masal, bu ırmağın Tuna mı, Theiss mi ya da bunlardan da başka bir ırmak mı olduğunu belirtmiyor. Ne diyorduk? Evet, anladığıma göre, yaz sonu, ya da güz başlarıymış. Asma çubuklarında üzümler kendilerini yeni yeni göstermekte imişler. O topraklarda bağbozumu geç olur, bazı üzümler ilk don vuruncaya değin toplanmazmış. Böyle üzümden yapılan şarapsa daha bir sert, daha bir tatlı olurmuş. Herneyse, burda erkek, kadın, kız-kızan köylüler habire çalışıp duruyorlarmış. Kimi asma çubuklarının aralarını çapalıyor, kimi silme gübre dolu küfeleri bayır yukarı taşıyor, tatmayı aklından bile geçiremeyeceği meyveler, ağzına süremeyeceği şaraplar için yırtınıp duruyorlarmış. İşte buraya varınca kral durmuş. atından inmiş, bağın taşlı yamacından yukarı tırmanmaya başlamış. Beyler de peşisıra seğırtmişler, bir yandan da onun ne yapmak istediğini öğrenmeye can atıyorlarmış. Kral ise, hemen ardındokine dönmüş, gülümsemiş, «İşte beyler,» demiş, «bugünkü oyunumuz bu. Hem de öyle bir oyun ki yepyeni bir erdem çıkacak bundan.» O beyse sırtmış öylece.

Ama köylüyü sorarsan, bu neşe dolu beylerden ödü patlamış. Bana kalırsa, kralı tanımamışlar. Çünkü o güne dek bir teki bile, yüzünü görmemişmiş. Kralı, Ulu Hakan, bir yiğit savaştı diye bilirlermiş. Oysa gerçekte yıl boyunca çalıştıkları günlerin tam karşılığını toprak beylerine ödemekle yükümlü olduklarından, ve kendi aileleri hesabına çalıştıkları

günlerde ellerine pek az geçtiğinden, başlarındaki beyin Türk ya da Macar olması pek o kadar önemli değilmiş.

Evet... Kralı pek tanımamışlar ya, o zengin beylerin arasında kendi beylerini görür görmez tanıyivermişler, fena halde de korkmuşlar. Korkmuşlar ama, bu güçlü kuvvetli adamlardan, bu besili atlardan kaçmak boşuna imiş. O Köylüler ki, gün ışımadan koyulmuşlarmış çalışmaya; şimdi ise öğle olmasına bir saattan az vakit kalmışmış: Üstelik kralla beylerin yanında, bağ çitlerinin öte tarafında saf tutmuş, keskin bıçak gibi hayın hayın bakan, oku tam hedefine yapıştıtırveren dağlı İtalyanlardan bir muhafız takımı varmış. O yüzden kaçamamış fukaralar; iyisi mi bu gelenleri görmezlikten gelip işimize devam edelim demişler. Bir de kendi kendilerine şöyle diyorlarmış: «Bak oğlum, de ki boynunu kılıçtan sıyırdın, bugün var kuvvetinle çalışmazsan, yarın yiyecek ekmek bile bulamadığının resmidir. Hem, olur a, bakarsın keseceklerini keserler de sağ kalırsın, işin ucunda ırgatbaşı olmak da var.»

Bu sırada kral aralarına girmiş demiş ki: «Hemşerilerim, ırgatbaşı hanginiz bakalım?»

Saçına ak düşmüş, gücü kuvveti yerinde dinç biri çıkmış aradan: «Irgatbaşı benim, beyim,» demiş.

Kral, «Ver bana kazmanı öyleyse,» demiş, «bu beyler bambaşka bir oyun ile gönül eğlemek istediklerinden ve benim maiyetimde bağ çapalamaya can attıklarından çalışmayı kendim yöneteceğim. Ama sen dur ki yanbaşında, yanlış bir buyruk verirsem, var, doğrusunu söyle bana; diğerleriniz baksın keyfine.»

Irgatbaşı ne desin? Kendi beyine bakmış. Beyi ise kafasını «Yapsana ulan herifin dediğini, köppoğlu köpek,» dercesine sallar durmuş.

Eh, ırgatbaşı çarçanar, vermiş kazmayı kralın eline. Kral, yallah davranmış asma çapasına, bir yandan da kendilerine düşen işi yapmaları için başlamış beylerine buyruklar vermeye. Irgatbaşı, kimine «aferin!» kimine ise «olmadı» diyormuş. Bir görmeliymişiniz beyler

ve de şövalyeler işe girişince o kadife kaftanların nasıl sıynlıp atıldığını, o nadide Felemenk kızılı harmanilerin toza toprağa nasıl bulandığını.

Bir coşku, bir heves, koyulmuşlar çalışmaya. Bağ çapalama oyunu çoğunun hoşuna gitmiş. Ama, kırmızı cüppesini çıkarmış biri varmış ki aralarında, Bremen okkasıyla yüz florin eder, şimdiki erkeklerin düşünüyebile görmeyecekleri sormalı ipek tülünden nadide acem işi cepkeniyle öylece dururmuş. Kral, en büyük ve en havaleli gübre küfesini dağdan indirip çıkarma işini vermiş ona. Bunun üzerine o ipekli beyin suratına bir gülümseme gelmiş oturmuş ki, görülecek şeymiş. Oradaki tüm beyler de gülüşmüşler. Adam dönüp giderken kimse duymamış ama, «Gübre taşımayı buyuran şu orospu çocuğuna hizmet ediyorum, şu tanrının işine bak sen» demiş. Çünkü, siz bilmezsiniz ama, bu kral dünyanın en yiğit savaşçılarından biri olan babacan kral., John Hunyad'ın oğluymuş; oğluymuş ya anası nikâhsızmış.

Evet. Bir süre işi yüreklilikle sürdürmüşler. Kazmalar toprağı yararken ortalığı kahkahalar çınlatmakta, çakmak taşlarından kıvılcımlar saçılmakta, dört bir yanı toz duman bürümekteymiş. Gübreyi taşıyan o klaptan çatkılı soylu kişi ise bayır aşağı iniyor, çıkıyor, geçmişine geleceğine küfrediyormuş. Soylular birbirlerine, «Bakin hele, şu soysuzların işini soylular yaptı mı, soylu kanı, edepsizlerin kanını nasıl gölgede bırakıyor; bizim vurduğumuz üç kazmaya karşılık şu ciğeri beş para etmezler bir tane vururlar,» diyorlarmış. Oysa bir tekinden olsun geri kalmayan kral hiç de gülmüyormuş. Bu arada ise öbür fakarcıklar, hâlâ korkudan bitik, birbirlerine tek söz edemeden öylece yanyana bekleyip duruyorlarmış. Korkuları onları oroda kesivereceklerinden değilmiş, şu kuşku varmış içlerinde: «Bu yüce ve güçlü beyler ve şövalyeler, bir insanın düşüp can vermeden ne kadar çalışabileceğini görmeye gelmişler herhal; yıllık angaryamızın günlerini arttırdılar mı, şapa oturduğumuzun resmidir.» Yürekları ağızlarına geliyormuş.

İşte o hızla sürmüş gitmiş. Gökte güneş yükselmiş, öğle olmuş, ikinci olmuş. Durmadan

çalışan beylerde gülme filan kalmamış. Kazma, kürek vuruşları ağırlaşmış. Bu arada da gübre taşıyan soylu çökmüş dağın yamacına, ırmağı seyre koyulmuş. Oysa kral, inatla çalışıp duruyormuş. Ar belasından olacak öbür beyler de ondan geride kalmıyorlarmış. Ancak, kralın yanibaşındaki, kazmasını küttecek yere bırakıvermiş, bir de sunturlu küfür koyvermiş. O ünlü Kara Çete'nin gözünü budaktan sakınmaz, kara sakallılarından biriymiş bu kişi. Kral gözü pekliliğinden dolayı onu çok severmiş. O yüzden, «Hayrola, ne o Başefendi?» diye sormuş.

«Bir şey yok beyimiz,» demiş adam, «Şuradaki ırgatbaşına sorun nemiz olduğunu, söylesin.»

Kral, «Irgatbaşı, bu güçlü şövalyelere de ne oluyor? Yanlış buyruklar mı veriyorum yoksa onlara?» diye sormuş.

«Yok beyimiz. Onların keyfini kaçıran kaytarıcılıktır. Bezdiler. Şaşmamak gerek buna. Tez koşuyorlardı. Üstelik kanları da soylu kanı,» demiş ırgatbaşı.

«Öyle mi bey,» demiş kral, «beziverdiniz ha?»

Kral böyle deyince, diğerleri başlarını eğip tek laf olsun etmemişler. Aralarında bir tek Başefendi, yürekli bir kişi olduğu ve de yalan nedir bilmediği için ortaya çıkıp şöyle demiş: «Kralım, amacınızı anlıyorum. Bizi bilgelik öğüdü vermek için getirmişsiniz buralara. Doğrusunu söyleyeyim, ben fazlasına dayanamayacağım. Birşeyler yemeye gidiyorum. İyisini, varın siz onlara verin öğüdünüzü! Şayet, efendim siz papazlık edecekseniz çömezliğinizi ben yapayım. Şimdi izin verir misiniz bu ırgata bir iki şey sorayım.

«Oldu,» demiş kral. Yüzünü de sanki bir düşünce bulutu kaplamışçasına adamın yanına gelmiş.

Bunun üzerine Beylerbeyi doğrulup kalkmış, hayın hayın bakarak ırgada sormuş: «Hemşeri, biz ne kadardır çalışmaktayız burada?»

«Yukarıdaki güneşe bakılırsa, şurada iki saat kadar bir şey oldu,» demiş ırgat.

«Bu süre içinde bizler sizin işinizin ne

kadarını yapmış olduk ki?» diye gene sormuş, Başefendi, ama gözünü de kırpmış.

Irgat ister istemez gülümsemiş, «Beyim,» demiş, «sözüme alınma ya, ilk yarım saatte bizim işimizin kırk beş dakikalığını, ondan sonraki yarım saatte eh şöyle bir otuz dakikalığını, üçüncü yarım saatte on beş dakikalığını, dördüncü yarım saatte ise olsa olsa iki dakikalığını yaptınız.» Yüzündeki gülüş silinivermiş, ama gözlerine bir yalın oturmuş: «Şimdi de sanırsam, bugünkü çalışmanız son bulmuştur. Gidip yemeklerinizi yiyeceksiniz. Tatlılarınızı yiyip içkilerinizi içeceksiniz. Bizleri sorarsanız, bir koparımlık çavdar ekmeğimizi yiyecek, güneş batıp ay ışığı yere gölgeler saçıncaya dek çalışacağız. Sizlerin nerede ve nasıl uyuyacağınızı, gece bastırıp yıldızlar parıldadığında hangi beyaz vücutları saracağınızı bilemem. Oysa biz, daha yıldızlar sönmeyen işlerimizin başına döneceğiz. Varın düşünün! Sizler, yarın evlerinize dönerken ne gibi eğlenceler ve oyunlar düzenlersiniz, bilemem. Oysa bizler, yarın buraya döndüğümüzde, dün sanki yokmuş gibi değişen hiç bir şey olmayacak. Bizim uğraşımızda mola diye birşey yoktur çünkü. Yarın da, öbür gün de biz gene aynı işe başlıyoruz olacağız. Bu sürüp gider böylece. Yeter ki günün birinde yarın diye birşey kalmasın. Bundan ötürü, bizlere yeni bir vergi ya da haraç yüklemek geçiyorsa aklınızdan, ne olursunuz, bir kez daha düşünün. Kaldıramayabiliriz, hani. Bunu şu kadarlık bir korku duymadan söylüyorum, çünkü şu beri yandaki kara kadife kaftanlı, boynunda altın zincir bulunan adamın kral olduğunu anlıyorum. Onun güçlü kılıcının önünde bunca düşman dururken, söylediklerimizden ötürü beni kesmeye kalkacağını sanmam.»

Bunun üzerine Başefendi, «Ey kralımız,» demiş, «bitireyim mi şu adamın işini, yoksa sizin adınıza mı çekiyor bu söylevi?»

«İlişmeyesin!» demiş kral, «kulak verin ırgatın söylediklerine beyler. Ey danışmanlarım. Biri bizim düşündüklerimizi söyledi mi, ondan başka düşünceler doğar. Benim size vereceğim bir öğüt daha var, ama şimdilik tutuyorum kendimi. Hoydin beyler, oturalım, yiyelim yemeklerimizi.»

Ardından kral ile soylular, o püfür püfür kavakların altındaki ırmak kıyısına varıp oturmuşlar. Yiyip içmişler. Çok da hoşnutmuşlar. Kral, lop etlerin ve okçuların şaraplarının büyük bir kısmının asma çapacılarına verilmesini buyurmuş. İrgatbaşıya bir altın, her ırgada ise üç gümüş akçe vermiş. Bunları alınca sanki dünyalar ırgatların olmuş.

Kral ve beyleri akşam serinliğinde atlarına binip yola koyulmuşlar. Kral, kara kara düşünmekte, susmaktaymış. Sonunda, yandaki Başefendi dayanamamış «Son öğüdünüzü verse-nize bana, ey kralımız!» demiş.

«Aslında sen bilirsin bunu,» demiş kral, «ırgatla öylesine akıllıca konuşmazdın yoksa. Söylesene bana, nedir senin sanatın, onlanın ne? Çömlekçi çömlek yapar, kimi şunu, kimi bunu yapar, ya sen ne yaparsın? Neyle geçinirsin?»

Başefendi şöyle cevap vermiş: «Çömlekçi nasıl ki çömlek yapar geçimini sağlarsa biz de yoksulları soyarız.»

Bunun üzerine kral, «Benimki ne öyleyse?» diye sormuş.

«Sizinkisi de bu hırsızların başı olmaktadır. Gene öbürlerinininkinden kötü sayılmaz.»

Kral gülmüş:

«İşte bunu aklından çıkarmayasın. İrgatbaşı konuşurken neler düşündüğümü söyleyeyim. Senin gibiler, ya da ben ırgat olsak, elimize bir kılıç, o yoksa bir mızrak, o da yoksa bir çit odunu alırdık. Diğerlerinin de öyle yapmalarını söylerdim. Başlardık yürümeye. Bir sürü insan olurduk. Sefil bir hayattan gayri yitirecek bir şeyimiz olmadığından savaşa tutuşur, beylerin, kralların, tefecilerin zanaatlarına son verirdik. Dünyada tek zanaat kalırdı: Kendimiz için çalışmak, öylece neşe içinde yaşamak...»

Başefendi, «demek ki öğüdünüz bu. Bunu öğütleseniz kim kulak asardı ki buna?» demiş.

Kral da demiş ki: «Kral çıldırdı diye, krallar tımarhanesine tıkarlar. O yüzdendir ki bunu öğütlemeye çekiniyorum. Ama, ergeç öğütlenecektir bu.»

«Ve de dinlenmeyecektir,» demiş Başefendi, «ancak, dünyanın yararına olan şeylerin başını çeken ve mücadelesini yapanlar bir yana. Bizim mesleğimiz daha yüzyıllar boyu güvenilir durumdadır.»

Bu arada kral sarayına varmışlar. Yemişler, içmişler ve uyumuşlar. Dünya da eski haliyle sürüp gitmiş. Yıl 1888'miş.

1 EYLÜL DÜNYA BARIŞ GÜNÜ

BARIŞ

Çocuğun gördüğü düştür barış.
Ananın gördüğü düştür barış.
Ağaçlar altında sevdalıların sevda sözleridir barış.

Gözlerinin içinde uçsuz bucaksız bir gülümseme
elinde yemiş dolu bir zembil
ve alnında ter tomurcukları
- pencerede suyu soğutan testideki damlalar gibi-
akşamüstü eve dönen babadır barış.

Dünyanın yüzünde yara izleri kapanırken
ağaçlar diktiğimizde havan mermilerinin kazdığı çukurlara
yangının kavurduğu yüreklerde ilk tomurcuklarını açarken umut

ve ölümler kanlarının boşa gitmediğini bilerek
yana dönüp içermeksizin uyuyabildiklerindedir barış.

Barış yemek kokusudur tüten akşamleyin
arabanın yolda durmasının korkutmadığı
kapı çalınmasının dost demek olduğu
ve pencereyi saat başı açmanın,
renklerinin uzaktaki çanlarıyla
gözlerimizin bayram etmesini sağlayan
gökyüzü demek olduğu zamandır barış.

Barış bir bardak sıcak süt ve bir kitaptır uyanan çocuk önünde
Başaklar birbirlerine eğilip, "işte ışık, ışık ışık!" dedikleri
ve ufuk çemberi ışıkla dolup taşıdığı zamandır barış.

Hapisaneler onarılıp kitaplıklar yapıldığı zaman
eşikten eşiğe bir türkü yükseldiği zaman geceleyin
cumartesi akşamları mahalle berberinden çıkan yeni traş olmuş bir işçi gibi
baharda ay buluttan çıktığı zamandır barış.

Geçmiş gün
yitirilmiş bir gün olmadığı
sevinç yapraklarını akşamın içine salan bir kök
ve kazanılmış bir gün, hakedilen bir uyku olduğu zaman
acıyı kovmak için zamanın dört bucağından
güneşin hemen ayakkabılarını bağladığını duyduğun zamandır barış.