

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ

İLAÇ FORUMU

CİLT: 17

AYDA BİR YAYINLANIR

SAYI: 1 / 1999



AEOB İLAÇ FORUMU

Aylık Yayın Organı

Cilt: 17 Nisan 1999/1

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

Kapak Fotoğrafı: Dr. Ecz. Akın Çubukçu

Yayın Koşulları

- İlaç Forumu Ankara Eczacı Odası yayını olup, dergide eczacılık, ilaç ve sağlıkla ilgili yazılar yayımlanır.
- Metin yazarı ya da yazarlarının ad, soyad, ünvan ve adresleri ayrı bir kağıda yazılarak metne eklenmelidir.
- Yayımlanması 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 aydınlar veya beyaz kuşe kağıda çizilmeli, resimler parlak fotoğraf kartına net şekilde basılmış olmalıdır.
- Yayın için gönderilen yazılar yayın kuruluna ulaşma tarih ve sırasına göre değerlendirmeye alınır.
- Yazıların yayımlanıp yayımlanmayacağına Ankara Eczacı Odası Bülteni İlaç Forumu Yayın Kurulu karar verir.
 - Dergiye gönderilen yazılar geri verilmez.
- Yazılardaki görüş ve fikirlerden yazarları sorumludur.

Dizgi & Baskı

ÜRÜN LTDL. ŞTİ.

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

İÇİNDEKİLER

Bakış/ Uzm. Ecz. Olcay Seles..... 2

Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Eczacıların Rolü/ Dr. Rana Güven..... 3

Dünya Ticaret Örgütü Kuruluş Antlaşmasının İlaç Patentleri İle İlgili Hükümlerinin Yorumlanması/ Dr. Ecz. Pınar Bulut.... 11

Eczacılık ve Kozmetoloji/ Yrd. Doç. Dr. Figen Ocak..... 14

Ülkemizde Ağız ve Diş Sağlığına Bakış / Dt. Hüseyin Eminoglu..... 18

Panel: Toplumda Şiddet..... 20

Yeni İlaçlar..... 34

Kız Çocuğu (şir)/ Nazım Hikmet..... 40

BAKIŞ

Sevgili Meslektaşlarım,

Meslekle ilgili ya da ilgisiz sorunlarımızın neler olduğunu, bu işin içinde görev alan meslektaşlarımız olarak, yıllardır biliyoruz.

Ancak, **YALNIZCA BİLMEK SORUNLARI ÇÖZMEYE YETMİYOR. YALNIZCA YÖNETİCİLERİN BİLMESİ YETMİYOR.** Bu yetmezlik halinin bu sayfada tartışmaya açılmasını düşünüyorum.

Belki çoğu kişinin hoşuna gitmeyecek ama bazı gerçek(mi)leri de bu sayfadan aktarmak durumundayız diye düşünüyorum!

Uzun sayılabilecek bir yöneticilik dönemi sonunda (onca yıpratıcılığına karşın) bizi belki de çözümsüzlüğe iten sorunların başında **DUYARSIZLAŞMA**'nın olduğunu düşünüyorum.

Herkes, deyim yerindeyse "ağzını açmış bekliyor." Birileri, bizim için birşeyler yapsın, ama biz hiçbir şeye karışmayalım deniyor.

Belki de bu duyarsızlığın nedeni, yıllardır sürdürülmeye çalışılan ancak her seferinde daha büyük sorunların doğmasına neden olan depolitizasyon.

Bildiklerimizi saklamanın, sorun olduğunu düşündüğümüz şeyleri aktarmamanın, suskun kalmanın sorunları çözebileceğini düşünmenin bu toplumun önünde bir türlü açamadığını düşünüyorum.

Bizler sustukça, çeşitli kesimlerin olaylar karşısında duruşunu belirlemedikçe, insanlar kendilerinin farkedemediklerini düşünecek ve belki de o gömüldükleri dört duvar arasında yaşamaya devam edecekler.

İşte bu nedenle eczacılarımızı sarsmak yeryüzünün neresine ayaklarının bastığını düşüncelerini istemek çok abartılı olmayacaktır.

Sözü belki biraz da uzatarak okuyanların eczacı olduğunu umduğum bir yayın organında şu saptamaları yapmak istiyorum.

Genel duyarsızlık hali toplumun tüm kesimleri yanısıra eczacılarca temsil edilen tüm kurum, kuruluş, fakülteler, sanayi, serbest eczane ve hastane eczacıları kesimlerinde de yaşanılmaktadır.

Tüm taraflar herşeyi birbirinden beklemekte ve ilkel toplumlarda olduğu gibi göktanrı'yla yertanrı'nın birbirleriyle buluşacağı günü beklemektedir.

Taraflardan biri olan kamu kesiminde çalışan eczacılar genel olarak tanrının ikinci hamurundan yoğurulduğunu düşünmekte ve yerleşmiş amir korkusunu yenemeyerek meslek örgütlerine yüzlerini bile dönememektedir.

Kamu kesiminden ayrı olduğunu düşünmemekle birlikte, fakülte çalışanlarımız meslek örgütüyle birlikte birşey üretmenin gerekliliğini ve keyfini bilememektedir.

Eğittikleri öğrencilerinin, okullarını bitirdikten sonra, yasal olarak eczacı odalarına üye olmak zorunda olduklarını bile (eczane eczacıları için) bilememektedir.

Fakültelerde öğretim yılının başlangıcında, meslek örgütü yöneticileri izleyici, ilaç firmalarının temsilcileri konuşmacı olarak öğrencilerle tanıştırmaktadır.

Avrupa ülkelerinde üniversitelerdeki öğrenci örgütü sayısı yaklaşık ikiyüz dolayındayken ülkemizdeki eczacılık fakültelerinde bir ya da iki örgütlenmeye izin verilmektedir. Siyasi bir örgütlenme bir yana, bilgisayar, folklor, sanat, kitap adına bile bir örgütlenme söz konusu bile olamamaktadır.

Serbest olarak çalışan eczaneler arasındaki inanılmaz çirkin ve haksız rekabet, neredeyse fakültelerdeki bölümler ve anabilim dalları arasındaki bilimsel iletişimi kısıtlayan boyutlara varmaktadır.

Zaman zaman, meslek örgütümüzün hayata geçirmeye çalıştığı ve bunu da başardığı projeler "meslek örgütü bunu beceremez" aşağılamasıyla farklı kesimlere iletilmektedir.

Sözün burasında çok açık olarak şunu belirtmek istiyorum:

Ankara Eczacı Odası, Türk Eczacıları Birliği ve ona bağlı odalardan ve üyelerinden aldığı güçle önüne çıkan tüm engelleri aşabilecek bir güce sahip bulunmaktadır diye düşünüyorum.

Bunları birilerini kırmak, üzme adına söylemiyorum. Ama meslek odası yöneticileri olarak duyarsız olmadığımızı ve çoğu şeyin farkında olduğumuzu anlatmak adına söylüyorum.

Başlangıçta da söylediğim gibi, insanların kendilerini, tercihleriyle hapsedtikleri dört duvar arasından dünyayı görmeleri olanaksızdır. İşte bu hapis hayatından kendilerini bir türlü kurtarmak istemeyen eczane eczacılarının da durumları diğer kesimlerden farklı değildir. Çalışma saatlerinin kısaltılması düşüncesine, cumartesi günlerinin tatil olmasının konuşulmasına bile tahümmül edememektedir.

Bir yandan çalışma süresinin uzunluğundan yakınılmakta ancak eczanelerini anne, baba ya da eşlerine terketmekte hiçbir sakınca görmemektedirler.

Değerli meslektaşlarım,

Örnekleri çoğaltmak sorunun çözümüne hiçbir katkıda bulunmayacaktır. Ancak çözüme ulaşmak için şu birkaç satır içerisinde aktarmaya çalıştığım genel duyarsızlık halinin mutlaka saptanması gerektiğini düşünüyorum.

Bunları konuşmadığımız, bu duyarsızlığı saptamadığımız ve bu kimlik bunalımını anlamadığımız sürece sorunları çözemeyiz.

Çözüm, hangi kesimden gelirse gelsin eczacıların etrafında oluşan bu duyarsızlık duvarının yıkılmasından geçmektedir.

Bu duvarı yıkmamanın yolu da örgütü gücümüzü geliştirmek ve pekiştirmekten geçmektedir.

Yazıyı şu günlerde Atatürk Orman Çiftliği'nin duvarında asılı olan bir afişten alıntı yaparak bitirmek istiyorum.

"ELLERİNİZLE YAKTIĞINIZ ATEŞİ GÖZLERİNİZİN YAŞIYLA SÖNDÜREMEZSİNİZ"

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA ECZACILARIN ROLÜ

Dr. Rana GÜVEN*

*Eğitim, bilgiyi kullanma sanatının
kazanılmış olmasıdır.*

A. N. Whitehead

Galenos'dan önceki dönemlerde hekimler, belki tek başlarına hastalarının her türlü muayene, tedavi ve bakımlarını karşılamaya yetmekteydi. Ama, İsa'nın doğumundan önceki yüzyıllardan başlayarak gelişen tıp bilimine paralel olarak hekimler, kendilerine yardımcı olacak kişilere gereksinme duymuşlardır. İlaçların hazırlanması ile ilgili eczacılık, hasta bakımı ile ilgili hemşirelik, doğum hizmetleri ile ilgili ebelik mesleklerinin doğuşları gereksinimlerden kaynaklanmıştır. Zamanımızda sağlık hizmetleri o kadar gelişmiş ve genişlemiştir ki, bu alanda ilişkili meslek türlerinin sayısı yüzü aşmıştır. Artık, sağlık hizmetlerinin yalnızca hekimler ya da başka bir meslek üyesi tarafından yürütülemeyeceği tartışma götürmeyen bir gerçektir. O halde sağlık hizmetleri, değişik alanlarda eğitim görmüş ve dolayısı ile değişik bilgi ve beceriler edinmiş kişilerden oluşan bir ekip tarafından verilebilir. Öyle ki, bu ekip üyelerinin sunduğu hizmetler biraraya geldiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünü ortaya çıkacaktır. Ekip üyelerinin birbirini tamamlama özelliği, bir motorun dişlilerinin birbirini tamamlaması gibidir. Nasıl ki, motorun dişlilerinden biri eksik olduğunda düzgün ve verimli çalışmazsa, ekip üyelerinden birinin eksikliği ya da iyi çalışmaması sağlık hizmetlerini aksatır(1,2).

Temel Sağlık Hizmetleri; (Alma-Ata Bildirgesinde verilen tanıma göre) bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve topluma karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetleri (TSH), ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınma götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (1).

Alma-Ata Bildirgesinde ele alınan 22 öneri arasında TSH görüşünü belirleyen, 6 temel öneri vardır:

1. Sağlık, ekonomik sosyal kalkınmanın temel ögesidir. (Öneri, madde 1)
2. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır. (Öneri, madde 2)
3. Sağlık hizmetlerinde, sektörler arası işbirliği temeldir. (Öneri, madde 3 ve 4)
4. Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese onların kabul edecekleri biçimde ve entegre olarak verilmelidir. (Öneri, madde 6)
5. Ekip anlayışı içinde hekim dışı personel kullanımına önem, gerekirse öncelik verilmelidir. (Öneri, madde 9 ve 10)
6. Hizmetlerin her kademesinde, o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır. (Öneri, madde 12)

Alma-Ata Bildirgesinin 9 ve 10. önerileri ülkeleri; hekim dışı personeli kullanmaya teşvik etmektedir.

*H.O. Tıp Fak. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Hekim dışı sağlık personellerinden biri olan eczacılık mesleği; birey ve topluma sunulduğu uygulama sürecinde başlıca 3 alanda fonksiyon göstermektedir. Bunlar:

1. İlaç ve benzeri ürünleri en az zararlı veya hiç zararsız ve en iyi etkinlikte olabilecek bir biçimde üretmek,

2. İlacı ilişkin her türlü bilgiyi toplumdaki her bireyin yararlanabileceği açıklık ve saydamlıkta üretmek,

3. İlacın akılcı kullanımını sağlayabilecek mesleki hizmet biçimlerini üretmek.

Bu temel alanlara bağlı olarak, "mesleki kimliği" açıklayıcı pek çok tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamalardan biri şöyledir:

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

750 yıllık eczacılık tarihi içerisinde başlıca 2 dönemin varlığından sözedilebilir. Bunlar:

1. Geleneksel eczacılık hizmetleri dönemi
2. Bilimsel eczacılık hizmetleri dönemi

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

Bilimsel dönem ise 1940'lı yıllardan başlayıp günümüzde de büyük bir ivme ile gelişmesini sürdürerek yaşanan bir zaman dilimini yansıtmaktadır. Bu dönem iki evreye ayrılabilir:

1. İlaç üretiminde endüstrileşme dönemi
2. Akılcı ilaç kullanımında klinik uygulamalar dönemi.

Bu dönemlerin değerlendirmesi yapıldığında, geleneksel eczacılık hizmetine ilişkin mesleki rollerin halen varlığını devam ettirdiği, ancak eski

öneminin yeni mesleki rol ve fonksiyonlar yanında ikinci plana itildiği saptanabilir.

Bilimsel dönemde ilaç üretimindeki endüstrileşmenin geleneksel eczacılık rollerini neredeyse minimum düzeye indirdiği bir gerçek olarak ortadadır. Diğer yandan ilaçta ortaya çıkan endüstrileşme dönemi, ilaç üretiminin ecza tekeline mültdisipliner bir yapıya dönüşüm sürecini de belirlemiş vaziyettedir(3).

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

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

Bilimsel ve teknolojik devrimi yakalayıp sanayileşme çağının ötesine geçiş yapmış bütün ileri ülkeler, eczacılık mesleği ve fonksiyonlarını geliştirme yönünde temel adımları atarken, öncelikle mesleki eğitimlerini yeni baştan düzenleme yoluna gitmişlerdir(3).

Halk, eczacının sağlık hizmetlerindeki rolü gibi, eğitimi hakkında da sadece yüzeysel bilgiye sahiptir. Kişiler artık yazılmış bir reçetenin kompleks veya anlaşılmaz bir işlemi gerektirdiğini düşünmemektedir(4).

Diğer sağlık personeli ile beraber halk, hastane ve benzeri kurumlardaki eczanelerde bulunan ilaç danışma ve bilgilendirme servislerinin varlığından habersizdir. Ayrıca tüketici, reçeteli veya reçetesiz aldığı ve kullandığı ilaçların yaratacağı tehlikenin genellikle farkına varmaz. Özetle "cüzdanına uygun" bir şekilde ilaç alabilmesi tüketicinin tatmin olması için yeterlidir. Çoğu kişi için eczacının sunduğu hizmet denince sadece reçetenin kısa süre içinde okunması, ilaçların verilmesi veya eczanenin pazar günleri geç saatlerde de açık olması anlaşılmaktadır(4).

Daha fazla eczacı hastaya daha yakın bir görev üstlendikçe tüketici gözündeki eczacı imajı

da o ölçüde değişecektir. Buna ek olarak halk, bu konudaki literatürü, tüketici ağırlıklı organizasyon programlarını kullanarak ve bilgi verebilecek kuruluşlara danışarak ilaç bilgilerini arttırmak için acemice de olsa bir çaba harcamaktadır. Halkın ilaca olan bu ilgisi, eczacıların verdiği danışma hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve desteklenmesi ile olumlu bir şekilde yönlendirilmelidir. Herşeyin ötesinde eczacılar bu rolü kendi uygulama standartları ile daha uyumlu bulmaktadır(4).

1970 yılında Kaliforniya Eczacılık Fakültesi ve Sağlık Hizmeti Araştırmaları Ulusal Merkezi birlikte "insan gücü" konulu bir konferans düzenlemiştir. Bu konferansın bağlayıcı kararları doğrultusunda oluşturulan çalışma grubu, eczacının klinik yönünü tanımlamıştır(5). Bunlar:

1. İlaçları reçeteleme
2. İlaçları karşılama ve uygulama
3. Doğrudan hasta katılımı
4. Profesyonel aktiviteleri belgeleme
5. İlaç kullanımını/tüketimini inceleme
6. Eğitim
7. Danışmanlık

Bireyin ve toplumun, ilaçları akılcı kullanımını geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla, eczacıların klinik eczacılık doğrultusunda eğitilmeleri ve teşvik edilmeleri için 1979 yılında kurulan, Avrupa Klinik Eczacılık Birliği, klinik eczacıyı şöyle tanımlamaktadır. **Klinik eczacı**; bireylerin ve toplumların ilaçları güvenli, etkin ve ekonomik kullanımlarını artırarak sağlık hizmeti sunan kişidir (5).

Avrupa Klinik Eczacılık Birliğine göre klinik rol:

1. Her hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun olan ilaç tedavisini almasını sağlamak.
2. Tek tek hastalar ve toplum için, ilaç tedavisinin yarar ve risklerinin belirlenmesine katkıda bulunmak.
3. Sağlık hizmet sunumuna dahil olan tüm personelle etkileşmek.
4. Güvenli, etkin ve uygun ilaç kullanımını arttırmak üzere hastalar ve sağlık personelinin eğitmek.

5. İlaçların maliyet-etkili kullanımını arttırmak.

6. İlaç tedavisini iyileştirecek araştırmalar yapmak.

7. Uygulamayı iyileştirecek bilgiyi sağlamak.

8. Kişisel performansı değerlendirmek, yetersizlikleri belirleyip düzeltmek.

Klinik eczacılığın uygulama alanları ve klinik rolün bileşenlerinden de anlaşılacağı üzere klinik eczacılık hasta etkileşmesinin olduğu her hizmet sunum biçiminde rahatlıkla uygulanabilir(5).

Teknoloji, sosyal ve mesleki örgüt yapılanması, iş bölümü ve finans alanındaki gelişmeler, serbest eczacının geleneksel rolden sıyrılıp, klinik role geçişine neden olmuştur(5).

Serbest eczacının klinik rollerinden biri de "hasta eğitimi"dir. Bu rol dahilinde sunulacak ilaç bilgisine;

- a- İlacın adı ve özellikleri,
- b- Doz ve şeması,
- c- Kullanım süresi,
- d- Uygulama yolu ve şekli,
- e- Yan etkileri,
- f- Saklama koşulları,
- g- Uyarılar, dahil edilmelidir (6)

DSÖ'de, klinik eczacılığı serbest eczacıların görevleri arasında tanımlanmaktadır(7).

Toplumun en kolay ulaştığı sağlık çalışanları olan serbest eczacıların, hasta bakımı veya klinik eczacılık dışında DSÖ tarafından diğer önemli görevleri olan sağlığı geliştirme; Amerikan Halk Sağlığı Birliğinin Eczacılık Hizmetleri Komitesininin 1980 yılı raporunda, eczacılık hizmet sunum çerçevesi içerisinde tanımlanmıştır. Bu raporda ayrıca, eczacının aile planlaması, ilaç suistimali, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi toplumu eğitici rolü, hastayı hekime yönlendirme, hastayı ilaçlar, yan etkiler konusunda bilgilendiren ilaç danışmanlığı ve sağlık danışmanlığı rollerine de değinilmektedir (5,7).

Klinik eczacılığın gelişimi ve eczacının bu rolü benimsemesi sürecinde gelişen diğer hizmet yaklaşımı sosyal eczacılıktır. Farmasötik bilimler ile sosyal ve davranışsal bilimler arasında bir

köprü olan sosyal eczacılık, farmasötik bilimlerin yanısıra sosyal ve davranış bilimlerinden de yararlanarak toplumdaki sağlık hizmet sisteminde ilaca ilişkin sorunların çözümüne yönelik eczacılık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (5).

Sosyal eczacılığın uygulama alanları(5):

1. Hasta ile ilişkiler
2. Hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli ile ilişkiler
3. Sağlık hizmetleri sistemini oluşturan kurumlar ile ilişkiler.

Sosyal eczacılığın başlıca konuları (5):

1. Toplumdaki sağlık hizmetleri sisteminin yapısı, öğeleri ve eczacılık hizmetinin bu sistemdeki yeri
2. Endüstriden en son kullanıcıya kadar uzanan ilaç dağıtım kanallarının yapısı ve özellikleri (Eczacı depoları, serbest eczaneler, hastane eczaneleri)
3. İlaç kullanımının epidemiyolojisi
4. İlaç kullanım kalıpları (Hekimlerin reçete yazma alışkanlıkları, hastaların ilaç tedavisine uyumu)
5. Bilinçsiz ilaç kullanımı ve sonuçları (İlaç bağımlılığı, ilaç israfı, istenmeyen ilaç reaksiyonları, ilaç etkileşimleri)
6. İlaça ilişkin her konuda bilgi verilmesi ve danışmanlık hizmeti sağlanması.

1980'lerin ortalarına gelindiğinde eczacılık mesleğinde yaşanan değişimin adı; "**farmasötik bakım**" dir. Farmasötik bakım; bir hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik belirli sonuçların başarılmasına dönük ilaç tedavisi sağlama sorumluluğudur (5).

Bu sonuçlar dört başlıkta toplanmaktadır:

1. Hastalığın tedavisi
 2. Belirtilerin tamamen yok edilmesi veya azaltılması
 3. Hastalığın sonlandırılması veya seyrinin hafifletilmesi
 4. Bir hastalığı veya belirtisini önleme.
- Hepler'in eczacının sosyal değerini, gelirini ve

çalışmasını etkileyecek olan gücünü artıracak bir sorumluluk olarak tanımladığı farmasötik bakım, geleneksel hizmet anlayışlarının başarısızlıklarına cevap veren bir yaklaşım olarak ortaya konmaktadır (5). Farmasötik bakımın yaşama geçirilmesinin araçlarından biri olan "klinik eczacılık" ile farmasötik bakımın ayrılan yönleri;

1. Eczacının sorumluluğu ilaçla veya danışmanlıkla sınırlı değildir. Eczacı ilaç tedavisinden de sorumludur.

2. Eczacı, hekime, hastaneye veya sigorta şirketine değil doğrudan hastaya karşı sorumludur.

3. Sunulan hizmetin kalite düzeyi, hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenir.

4. Düzenli bir kayıt ile sistematik bir süreç takip edilir.

5. Bu süreç "tanımlanmış" sonuçlara yönlendirilir.

6. Klinik sonucun iyileşmesi yeterli değildir.

Farmasötik bakım hastanın yaşam kalitesini iyileştirme arayışıdır. Farmasötik bakım uygulamaları serbest eczacılık hizmetleri için de bir vizyon olarak tanımlanmaktadır. Serbest eczacıların, kronik hastalıkların tedavisinde, reçetesiz ilaçlarla yapılan kendi kendini tedavide, reçeteli ilaçlarla yapılan tedavilerde, hastaya sunabilecekleri bir hizmet anlayışı olarak ifade edilmektedir (5).

Farmasötik bakımın Avrupa'da yaşama geçirildiği ülkelerden biri olan İsveç'te eczacılar 1991 yılında diyabetli hastalar, 1992'de astımlı hastalar, 1993'te dermatolojik sorunlu hastalar ve 1994 yılında bunamalı hastalara dönük farmasötik bakım programları başlatmışlardır. Hastaların, hastalıkları ve kullandıkları ilaca yönelik bilgisi artarken ilgili personelin motive olarak mesleğin yararı ve verimliliğinin arttığını izlemişlerdir(5).

Başka bir çalışmada da, serbest eczacılık hizmetlerinde farmasötik bakım felsefesinin astımlı hastalarda uygulanmasında, tedavi sonuçları izlenmiştir. Hastaların inhaler kullanım tekniklerinin önemli ölçüde iyileştiği, yatarak tedavi gereksiniminin %78 (2/9) azaltıldığı pozitif sonuçlar olarak sunulmaktadır (5).

GPP (İyi Eczacılık Uygulamaları) Anlayışı:

Hasta tedavi gereksinimi doğrultusunda tedavi araç ve /veya yöntemleri arasında en büyük payı ilaç oluşturmaktadır. İlaç-tedavi yöntemleri bağlamında da bozulan sağlığın yeniden ikame koşullarının standardizasyonu 2 ana kategoride ve 4 temel ölçü ile düzenlenmektedir(3).

Bu ana kategoriler ve temel ölçüler şöyle sınıflanabilir:

A) İlaç üretimi ile ilgili standartlar:

1. İyi imalat uygulamaları (GMP- Good Manufacturing Practise)

2. İyi baloratuvar uygulamaları (GLP-Good laboratory Practise)

B) Tedavi ile ilgili standartlar:

1. İyi klinik uygulamaları (GPP- Good clinical Practise)

2. İyi eczacılık uygulamaları (GPP- Good Pharmacy Practise)

1993 yılında Tokyo'da yapılan 53. Uluslararası Eczacılık Federasyonu Kongresinde Tokyo Deklerasyonu olarak kabul edilen GPP, serbest ve hastane eczacılığı hizmetlerinin kalitesine dönük olarak geliştirilmiş ilkeler çerçevesidir (5).

GPP temel felsefesinde, eczacılık uygulamalarının amacını, ilaç ve diğer sağlık ürünlerini topluma sunmak ve bunların en uygun şekilde kullanılmalarını sağlamak için insanlara yardımcı olmak şeklinde tanımlar(5).

GPP'nin koşulları(5):

1. GPP, eczacılık hizmeti sunulan her ortamda eczacının öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmesini gerektirir.

2. GPP, eczacılık hizmetlerinin temelinde, ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin temin edilmesi, kullanımının izlenmesi, hastaya uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektirir.

3. GPP, rasyonel reçete yazılmasında ve ilaçların uygun biçimde kullanılmasında eczacının katkısı gerektirir.

4. GPP, eczacılık hizmetlerinin her birinin amacının bireye dönük olmasını, açıkça tanımlanmasını ve ilgili tüm kesimlere etkin

biçimde iletilmesini gerektirir.

GPP'nin temel unsurları(5):

1- Sağlığı geliştirme ve hastalıklardan korunma

Ulusal standartlar:

i- Eczacı ve hasta arasında özel görüşme imkanını sağlayan mekanlar

ii- Sağlıkla ilgili genel danışmanlık hizmetinin sağlanması

iii- Belirli kampanya brifinglerine katılım sağlanarak, işbirliği içinde çaba gösterilmesi ve bilgilerin tutarlılığının sağlanması

iv- Teşhiste kullanılan testlere ilişkin bilgiler ve kullanılan aletlerin kalite güvencesinin sağlanması için geliştirilmelidir.

2- Reçeteli ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin sağlanması ve kullanımı

a) Reçetenin kabul edilmesi ve içeriğinin doğrulanması

Ulusal standartlar:

i- Fizik olanaklar

ii- İşlemler

iii- Personel için gereklidir.

b) Eczacının reçeteyi değerlendirmesi

1) Tedavi yönünden (Farmasötik ve farmakolojik)

2) Kişiyeye uygunluğu yönünden

3) Sosyal, yasal, ekonomik yönden

Ulusal standartlar:

i- Bilgi kaynakları

ii- Eczacının yeterliliği

iii- Tıbbi kayıtlar için gereklidir.

c) İlaçların hazırlanması/Sunumu

Ulusal standartlar:

i- İlaç ve diğer ürünlerin sağlandığı kaynaklar

ii- Saklama koşulları

iii- Hastaya verildiği zamanki durumu

iv- İlgili personel

v- Gerekli malzemeler

vi- Majistral preparatların hazırlanması ve kalite güvencesi için gereklidir.

d) Tedaviden optimum yarar elde edilmesini sağlamak amacı ile hasta veya yakınına yeterli, anlaşılabilir, yazılı ve sözlü bilgi vermek.

Ulusal standartlar:

i- Hastaya veya hasta gruplarına özgü tedavinin sonuçlarının sistematik değerlendirilmesine yönelik yöntemler

ii- İzleme için malzeme ve fiziksel olanaklara ulaşılabilirlik

iii- İzlemenin sürdürüldüğü fizik olanakların kalite güvencesi için gereklidir.

e) Profesyonel hizmetlerin belgelenmesi

Ulusal standartlar:

i- Profesyonel aktivitelerin kapsamlı bilgiye erişimi sağlayacak biçimde kayıtlanması

ii- Profesyonel hizmetlerin kendi kendine değerlendirilmesi ve kalite güvencesi süreçleri için gereklidir.

3- Kişisel bakım

Ulusal standartlar:

i- Kişisel bakım ilkeleri, hizmetin kalitesi ve çeşitliliği

ii- Eczacı ve hasta arasında özel görüşme imkanı sağlayan mekanlar

iii- İlgili personelin nitelikleri

iv- Gereksinimin değerlendiriminin nasıl yapılabileceği;

Örnek: -Kimin sorunu olduğu

- Semptomlar

- Hastalığın ne kadar süredir devam ettiği

- Yapılan tıbbi müdahale

- Kullanılan ilaçlar.

v- Önerilen ilaçların etkinliği ve güvenilirliği

vi- Hekime sevk gerektiren durumlar ve izlenmesi için gereklidir.

4- Reçete yazma alışkanlıklarını ve ilaç kullanımını yönlendirebilme

a) Rasyonel reçete yazma politikası

Ulusal standartlar:

i- Reçete yazma alışkanlıklarına ilişkin veri ve veri iletişimi kalitesi

ii- İlaç formüllerinin hazırlanması

iii- Hekimlerle reçete yazma alışkanlıkları konusunda ilişki kurma

iv- Tıp ve eczacılık uygulamalarında ilaç kullanım verilerinin değerlendirilmesi

v- Tanıtım materyallerinin değerlendirilmesi

vi- Değerlendirilmiş bilgilerin biçimsel bir yapı doğrultusunda dağıtılması

vii- Sağlık personeli için eğitim programı

viii- Eczacılara sağlanan referanslar

ix- Hastalara ilişkin verilerin gizliliği için gereklidir.

b) Araştırma ve uygulama dökümanları.

1991 yılında, Avrupa'nın 7 ülkesinde yapılan bir araştırmaya göre: bireylerin %78'i sağlıklarının, sağlıklı bir yaşam tarzını yönlendirebilme gayretlerine bağlı olduğunu düşünmektedir (5).

Eczacının sağlık eğitimeci rolünü oynayabileceği danışmanlık alanları şöyle belirtilmektedir (5):

1- İlaçların uygun kullanımı

2- Sağlıklı yaşam; sigara içmenin, alkol bağımlılığının, aşırı yemek yemenin, tek düze bir yaşamın neden olabileceği belirli hastalıklarla ilgili risk faktörleri konusunda eczacının bilgilendirici rolü olabilir.

3- Hastalıklardan korunma; aşılama takvimi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, seyahet edilecek bölgede sıklıkla görülen sıtma gibi hastalık riskleri konusunda, evde olabilecek zehirlenme gibi kazaları önleyecek yönde bir eğitim sunabilir.

4- Sosyal eğitim konularında danışmanlık; ilaç bağımlılarının tedavi eden kurumların, sosyal güvencesi olmayan hastalara yardım eden kurumların, alkoliklerin detoksifikasyon merkezlerinin adres ve listelerini bilerek hastalarına yardımcı olabilir.

5- Biyolojik test sonuçlarını açıklayabilmek.

Serbest eczacıların GPP'nin birinci temel unsuru olan sağlığı geliştirmeye dönük çabalarına ilişkin dünyadaki örnekleri arasında şunlar

sayılabilir. Danimarka'da serbest eczacılar sigarayı bırakma yolunda büyük başarı elde etmişlerdir. Benzer şekilde İngiltere'de de serbest eczacılar sigarayı bırakma konusunda hizmet sunmaktadır. İspanya'da ise serbest eczacıların, sağlıklı beslenmede eğitici rolünü yaşama geçirdiği görülmektedir(5).

Eczanelerin sağlık eğitimindeki önemli bir üstünlüğü de kişilere yüksek öğrenimli sağlık personeli ile özel olarak görüşme olanağı sağlamaları ve sundukları bu danışmanlık hizmetinin ücretsiz olmasıdır. Bu nedenlerle dünyada doğurganlık çağındaki yaklaşık 55 milyon evli çift gebeliği önleyici yöntemleri eczaneden satın almaktadır. Ülkemizde de kontraseptif yöntemlerin %25.7'si eczanelerden sağlanmaktadır. Yani sağlanan her dört yöntemden birinde kaynak eczanelerdir(8).

Yapılan bir araştırmada eczacıların ancak üçte biri aile planlaması konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Çoğunlukla fakülte kaynaklı olduğu belirtilen bu eğitim alanların da ancak yarısı, aldıkları eğitimi yeterli gördüklerini ifade etmişlerdir (9).

Ankara ilinde bulunan eczanelerde yapılan bir araştırmaya göre; hasta başına düşen hekim sayısının ülke genelinde en üst düzeyde olduğu Ankara'da bile günde en az 3.4 hasta tedavi için başvurmaktadır. Halkın buna gereksinimi olduğuna göre eczacıların bu konuda eğitilmeleri ve hizmetin yönlendirilmesi gerekir(10). Halihazırda farmakoloji, ilaç bilgisi ve klinik eczacılık uygulamasına ağırlık veren bir eğitimden geçen eczacı ishali hastalıklar konusunda tavsiyelerde bulunabilecek bilgi birikimine sahiptir(11).

Araştırma sonuçlarına göre eczacıların %50'si enteriti doğru, %50'si doğruya yakın tedavi edebilmektedir (10).

1988 yılında Sidney'de yapılan Uluslararası Eczacılık Birliği toplantısında kabul edilen ve 16 maddeden oluşan "Eczacılık Etiği İlkeleri" arasında sağlık eğitimi ile ilgili maddeler de yer almaktadır (12);

• Eczacı, uzman yetkililer tarafından sağlığı koruma amacı ile girişilen eylemlere katkıda bulunmalıdır. Yetkililere yol göstererek, özellikle önleyici tedbirler ortaya koymalıdır.

• Eczacı, sağlık eğitimcisi görevini yerine getirmelidir.

• Eczacı, amacı mesleğin görünümünü ve çalışmalarını geliştirmek olan ulusal ve uluslararası kuruluşların etkinliklerine katılmalıdır.

Günümüzde eczacıların bir başka hizmet alanı olarak "İlaç Danışma Merkezleri" bulunmaktadır. İlaç Danışma Merkezi (İDM); eczacı, hekim, hemşire ve diğer klinisyenlere, bu arada topluma, optimal ilaç kullanımı konusunda yeni bilgiler sağlayan bir hasta bakım programıdır (13). Bu hizmetin amacı; ilaçların hastalarda güvenilir, etkin ve ekonomik bir şekilde, diğer bir deyişle rasyonel kullanımının sağlanmasıdır. Merkezin verdiği hizmet üç ana başlıkta toplanabilir;

1- Rutin hizmet: İlaç kullanımı ile ilgili bilginin etkin bir şekilde iletilmesidir. toksik maddelerle (Zehir) ilgili bilgiler de bu hizmet içinde sunulmaktadır.

2- Eğitim: Hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık görevlilerine hatta doğrudan hasta veya tüketicilere hizmet içi ya da konferans ve tartışmalar aracılığı ile sürekli eğitim verilmesidir.

3- Araştırma: Çeşitli gruplar veya toplum genelinde ilaca ilişkin soru ve sorunların değişik yönleri ile ve bilimsel yöntemlerle araştırılmasıdır (13).

Akılcı İlaç Kullanımı: Hekimin mevcut ilaçlar içerisinde hastanın biyolojik yapısı, doğru teşhis edilmiş hastalığı, tam olarak sağlanmış uyumu, yaşam standardı ve ödeme gücü ile ülke çıkarlarını göz önünde bulundurarak en yararlı ilacı seçmesi ve kullanmasını amaçlamaktadır (14). Eczacı açısından akılcı ilaç kullanımında; reçete dikkatli ve doğru yorumlanmalı, doğru hazırlanmalı, ilaçları konusunda hasta yazılı ya da sözlü mutlaka bilgilendirilmeli, varsa bu konudaki tereddütleri giderilmeli, reçeteyi yazan hekimle gerekli iletişim kurulmalı ve tedavi mutlaka izlenmelidir. Büyük ve çocuklarda doz ayarlaması titizlikle yapılmalıdır. Eczacı, reçeteyi hazırlarken kendini ticari düşüncelerden arındırmalıdır.

DSÖ'nü son yıllarda eczacıya ilaçların akılcı kullanılmasının sağlanması ile hastaya yönelik,

ilaç epidemiyolojisi ve istenmeyen etkilerin izlenmesi ile de topluma yönelik olmak üzere iki yeni hizmet alanı açtığı görülmektedir (7, 14).

İlaçla tedavinin başarısı; teşhis, gerekli ilacın temini yanısıra uygun kullanımla da yakından ilgilidir. "Danışman Eczacı" hastanın kullandığı veya kullanmakta olduğu ilaçları dikkate alır ve hastaya bu konuda tavsiyede bulunabilirse tedavinin başarısı artacak ayrıca belirli bir hasta potansiyeli oluşturma olanağı kendiliğinden ortaya çıkacaktır (15, 16).

1980'lerin sonunda farmasötik bakımın gelişimine neden olan; sosyolojik, ekonomik, teknolojik, demografik, politik, mesleki, finans, maliyet-yarar, iletişim gibi dinamikler GPP'nin de sürekliliğini sağlayarak bugün gelinen noktayı daha da ileriye taşıyacaktır (5, 7).

Eczacılığın Yeni Mesleki Rol ve Görevleri:

I. Genel Görevler:

- a) Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgi almak
 - b) İlaç tedavisinde sağlık ekibinin bir parçası olarak danışmanlık yapmak
 - c) Akılcı ilaç kullanımının bir ögesi olarak ilaç izlenmesini sağlamak
 - i. Vücutta izleme
 - ii. İlacın klinik laboratuvar bulgularıyla izlenmesi ve değerlendirilmesi
 - İlaç etki, yan etkisini değerlendirme
 - İlaç dozunu ayarlama
 - Reçeteyi tümüyle değerlendirme
 - İlaç-ilaç, ilaç-besin ve ilaç-laboratuvar bulguları etkileşimlerini değerlendirme
 - d) Hastanın ilaç eğitimi ve uyumunu sağlama
 - e) İlaça ilişkin bilgi derleme ve danışmanlık dökümantasyonunu yapma
 - f) Ayakta ve kronik hastaların ilaç tedavisini takip.
- #### II. Özel Klinik Görevler:
- a) Advers reaksiyonları izleme, önleme
 - b) Kemoterapötik kullanımını kontrol
 - c) Parenteral çözelti hazırlama, parenteral beslenmede rol alma

d) Biyoyararlanım sorunu gösteren ilaçlarda doz ayarlama

III. Uzmanlık Alanları:

- a) İlaç bilgi ve dökümantasyon uzmanlığı
- b) Farmakoepidemiolojik ve farmakoekonomik ilaç kullanımında uzmanlık
- c) Klinik-servis eczacılığı
- d) Klinik farmakokinetik, farmakoloji, toksikoloji uzmanlığı (17).

KAYNAKLAR

1. Özbek, Z., Temel Sağlık Hizmetleri Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/2, Ankara, 1992.
2. Bilgetekin, B., Sağlık Sisteminde Eczacının Rolü, Ankara Eczacı Odası Bülteni, cilt: 13, Mart-Nisan 1991.
3. Abacıoğlu, N., Çakıcı, I., İyi Eczacılık Uygulamaları (GPP) ve Eczacılık Eğitimi, Ankara Eczacı Odası Bülteni, Cilt: 14, sayı: 2, 1992.
4. Halk ve Diğer Sağlık Personeli Gözüyle Kadın Eczacı, TEB Haberler, Türk Eczacılar Birliği, Sayı: 40, 1988.
5. Celayır, N., Ankara İlindeki Serbest Eczacılık Kallie-sinin GPP Işığında Değerlendirilmesi Konusunda Bir Araştırma, HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1997.
6. Üstel, I., Klinik Eczacılık, Hastanın İlaçlar Konusunda Eğitimi, AEOB, Mart-Nisan 1981
7. World Health Organization, The Role Of The Pharmacist In The Health Care System: Report of a WHO consultative group, New Delhi, India 13-16 December 1988 and Report of a WHO meeting, Tokyo, Japan 31 August-3 September 1993, (WHO/Pharm/94.569).
8. Sağlık Bakanlığı-Türkiye 1993 Demografi ve Sağlık Araştırması.
9. Uz, F., Tomruk, D.G., Bulut, A., Domaç, M., Balta, E., Eczacıların Aile Planlaması Eğitimi.
10. Başer, E., Halk Sağlığında Eczacının Yeri, AEOB, Cilt: 9, Sayı:6, Aralık-1987
11. Arıkoç, H., Halk Sağlığında Eczacı, TEB Haberler, Türk Eczacılar Birliği, Sayı: 21, Ağustos-1986.
12. Sivas, S., Eczacılıkta Etik İlkeler, V. Türkiye Eczacılık Kongresi, 21-23 Mayıs 1993 İstanbul Eczacı Odası Yayınları No:13.
13. Çeliker, A., İlaç Danışma Hizmetinin Etkin Tedavide Rolü, AEOB, Cilt: 10, Sayı:13, Haziran 1998.
14. Güven, I., Akılcı İlaç Kullanımı, V. Türkiye Eczacılık Kongresi, 21-23 Mayıs 1993, İEO Yayınları No:13.
15. Topaloğlu, Y., Yener, G., Danışman Eczacı, V. Türkiye Eczacılık Kongresi, 21-23 Mayıs 1993, İEO Yayınları No: 13.
16. Ahi, C., Cumhuriyet'den Bugüne Eczacılık Mesleğinin Gelişimi, AEOB, Cilt: 9, Sayı:6, Aralık-1987.
17. Abacıoğlu, N., Eczacılık Eğitimi İyi Eczacılık Uygulamaları (GPP) Perspektifinde Yaklaşım, V. Eczacılık Kongresi, 21-23 Mayıs 1993, İEO Yayınları No:13.

DÜNYA TİCARET ÖRGÜTÜ KURULUŞ ANTLAŞMASI'NIN İLAÇ PATENTLERİ İLE İLGİLİ HÜKÜMLERİNİN YORUMLANMASI

Dr. Ecz. Pınar BULUT*

15 Nisan 1994 tarihinde Türkiye'nin de bulunduğu 126 ülke tarafından imzalanan GATT Antlaşması olarak bilinen Dünya Ticaret Örgütü Kuruluş Antlaşması, 1 Ocak 1995 yürürlük tarihi itibarıyla 29 Ocak 1995 tarihinde TBMM tarafından onaylanmıştır. Antlaşma Dünya Ticaret Örgütü'ne üye ülkelerin patent yasalarında olacak minimum hükümleri belirtir ve bu hükümlerin 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren geçerli olmasını öngörür. Antlaşma ekindeki TRIPS Antlaşmasında yer alan fikri ve sınai mülkiyet haklarına ilişkin hükümlerin uygulamaya geçmesi için gereken yasal düzenlemeleri yapmak üzere gelişmiş ülkelere 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren bir yıllık, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu gelişme yolundaki ülkelere beş yıllık geçiş süresi tanınmıştır. Antlaşma ürün patentleri için gelişme yolundaki ülkelere toplam on yıl olmak üzere ilave beş yıl daha geçiş süresi vermektedir. Bu antlaşma gereğince ilaçlar patent yasamızın (27 Haziran 1995 tarihli 551 sayılı KHK) kapsamına alınmış ve yasanın Geçici 4. Maddesi ile ilaç ürünlerine patent belgesi ile sağlanan korumanın 1 Ocak 2005 tarihinde başlayacağı kabul edilmiştir. Ancak öngörülen bu on yıllık geçiş süresi içinde DTÖ Antlaşması hükümlerinin de uygulanması gereklidir. Daha sonra ise bilindiği gibi Gümrük Birliği Antlaşmasının gereği olarak 19 Eylül 1995 tarihli 566 sayılı KHK ile Geçici 4. Madde değiştirilmiş, tıbbi ve veteriner ilaç üretim usullerine ve ürünlerine patent belgesi ile sağlanan korumanın 1 Ocak 1999 tarihinde başlaması öngörülmüştür.

Patent sisteminin genel ilkeleri içinde bir ürüne patent verilmesi için öncelikle başvuruda bulunulması; buluşun başvuru tarihinde (veya

başvurudan en fazla on iki ay önce olan rüçhan tarihinde) yeni, tekniğin bilinen düzeyini aşmış ve sanayiye uygulanabilir nitelikte olması gerekir. Patent süresi başvuru tarihinden itibaren yirmi yıldır. Patent sahibine sağlanan haklar ise başvuru tarihi itibarıyla geçerli olup, üçüncü kişilerce izinsiz olarak patent konusu ürünün üretilmesi, satılması, kullanımı veya ithali yasaktır. Ancak deneme amaçlı fiiller patent hakkı kapsamının dışındadır. Bu ilkeler ışığında GATT TRIPS antlaşmasının ilaç patentleri ile ilgili maddeleri aşağıda belirtilmiştir.

70/8-a: Geçiş süresi ile ilgili hükümler dikkate alınmaksızın DTÖ Antlaşmasının yürürlüğe girdiği tarihten itibaren farmasötik buluşlar için patent başvuruları kabul edilecektir. Zira patent hakkının kazanılması için patent başvurusunda bulunulması zorunludur. Bu madde ile bu ilk gerek yerine getirilmiş olmaktadır.

70/8-b: Patent verme kriterleri başvuru tarihi veya rüçhan hakkı varsa rüçhan tarihi esas alınarak değerlendirilecektir. Bir buluşa patent verilebilmesi için buluşun yenilik, tekniğin bilinen durumunu aşma ve sanayiye uygulanabilir olma kriterlerini taşıması gerekir. Doğal olarak ilaçların patent korumasının geçiş süresi sonunda buluşun yenilik ve tekniğin bilinen durumunu aşma özellikleri büyük olasılıkla olmayacağından, patent verilebilmesi için bu kriterler açısından başvuru tarihi veya rüçhan tarihindeki durumun göz önüne alınması gerekir. Böylece bu hüküm ile ikinci hüsusta sağlanmıştır.

70/8-c: Patent verilebilirlik kriterlerine uygun başvurular; başvuru tarihinden

* I. E. Ulagay İlaç Sanayii Sınai Haklar Uzmanı

Tablo 1

Örnek	İlaç Başvurusu	TPE'ne Patent	Sağlık Bakanlığı Ruhsat Tarihi	Patent A	Tescilli B	Patent Kararı
1.	Patentli Jenerik	1996	2001-2002	2005	1999	Uygun

başlayarak hesaplanan, patentin verilmesinden itibaren ve patent süresinin geri kalan bölümünde patentle korunacaktır. Bu hükme göre patent süresi olan yirmi yıl başvuru tarihinden itibaren hesaplanacak, ancak patent koruması patent verilmesinden itibaren geçerli olacaktır. Patent geçiş süresinin sonunda verileceğinden, bu madde ile geçiş süresi bittikten sonra patent süresi doluncaya kadar ürünün korunması sağlanmış olmaktadır.

70/9: Belirtilen başvurulara geçiş süresi hükümlerine bakılmaksızın başvuruda bulunduğu ülkede pazarlama onayı alındıktan sonra beş yıl veya patent verilene kadar ya da red edilene kadar (hangisi kısa ise) münhasır pazarlama hakkı verilecektir. Bu hakkı kazanmak için tek koşul DTÖ Antlaşması yürürlüğe girdikten sonra ürün için bir diğer DTÖ Antlaşması üyesi ülkede patent başvurusunda bulunulması, patent ve pazarlama onayı alınmış olmasıdır. Madde 70/8-c ile geçiş süresi bittikten sonra ürünün korunması sağlandığından, geçiş süresi içinde buluşun korunması bu hüküm ile elde edilmiş olmaktadır. Bu hükme göre ürün geçiş süresi içinde klinik ve farmasötik çalışmalarını tamamlayıp pazarlama aşamasına gelmişse patent korumasından dolayı olarak yararlanması için bu hüküm getirilmiştir. Bunun süresi ise en fazla beş yıl olarak belirtilmiş olup, uygulamada büyük olasılıkla satış izni aldıktan sonra geçiş süresi tamamlanana kadar tek başına pazarlama hakkından yararlanacaktır.

Görüldüğü gibi DTÖ Antlaşmasında kabul edilen on yıl geçiş süresi gerçekte ilaçlar için öngörülmemiş, gelişmiş ülkeler geliştirmekte olan ülkelere ilaçlar için bir gün bile geçiş süresi vermemiştir.

Yeni piyasaya sunulacak bir ilaç patent korumasının 551 sayılı KHK'nin Geçici 4. Maddesinin ilk şekline göre 1 Ocak 2005 (A), değiştirilmiş şekline göre 1 Ocak 1999 (B) tarihinde başlamasının patentli ve jenerik ilaçlar açısından durumları aşağıdaki örnekler üzerinde incelenmiştir. Örneklerde patentli ilacın doğal

olarak daha önce Sağlık Bakanlığından ruhsat aldığı öngörülmüştür. Ayrıca patentli ilacın başka bir ülkede de patent ve ruhsat aldığı varsayılarak münhasır pazarlama hakkından yararlandığı kabul edilmiştir. (Bkz. Tablo 1)

a) Patentli İlaç: Antlaşmanın 70/9 maddesine göre münhasır pazarlama hakkı 5 yıl veya patent verilene ya da red edilene kadardır (hangisi kısa ise). Patent verilene kadar geçen süre 4 yıl (2005-2001) olduğundan daha kısa olan 4 sene (2001-2005) münhasır pazarlama hakkından yararlanır. Patent verildikten sonra ise patent süresi bitene kadar (2005-2016) patent hakkından yararlanır. Deneme amaçlı fiiller patent hakkı kapsamına girmediğinden jenerik üreticiler bu süre içinde ruhsata esas çalışmalarını tamamlayabilir ve ruhsat alabilir.

Jenerik: 2002 yılında ruhsat aldığından münhasır pazarlama hakkı nedeniyle piyasaya sunamaz.

B) Patentli İlaç: Ürün için 1999 veya daha sonra patent belgesi verilecek ve patent süresi bitene kadar (2016) patent hakkından yararlanacaktır.

Jenerik: Patent koruması 1999'da başlayacağından jenerik üreticiler Sağlık Bakanlığında ruhsat almış bile olsalar ancak patent süresinin bitiminden sonra (2016) ilacı pazarlayabilir.

Bu örnekte patent korumasının 1999 veya 2005 yılında başlamasının uygulama açısından farklı olmadığı anlaşılmaktadır.

A) Patentli İlaç: Antlaşmanın 70/9 maddesine göre münhasır pazarlama hakkı 5 yıl veya patent verilene ya da red edilene kadardır (hangisi kısa ise). Buna göre patent talebi ruhsat aldığı tarihten sonra red edildiğinden 4 sene (2001-2005) münhasır pazarlama hakkından yararlanır.

Jenerik: 2002 yılında ruhsat alındığından münhasır pazarlama hakkı nedeniyle piyasaya sunamaz. Patent talebi red edildikten (2005) sonra ise jenerik üreticiler 2005 yılından sonra

Tablo 2

Örnek	İlaç	TPE'ne Patent Başvurusu	Sağlık Bakanlığı Ruhsat Tarihi	Patent Tescilli		Patent Kararı
				A	B	
2.	Patentli Jenerik	1996	2001 2002	2005	1999	Uygun değil

ilacı pazarlayabilir.

B) Ürün için 1999 veya daha sonra patent talebi red edilecek ve bu tarihten sonra jenerik üreticiler Sağlık Bakanlığında ruhsat almış iseler ilacı pazarlayabilecektir.

Bu örnekte patent korumasının 1999'da başlaması patent talebi red edildiği takdirde jenerik üreticinin yararına olmaktadır.

A) **Patentli İlaç:** İlaç 2006 yılında Sağlık Bakanlığında ruhsat aldığından patent süresinin bitim tarihi olan 2017 yılına kadar patent hakkından yararlanır. Patent hakkı ise 2005 yılında başlar.

Jenerik: Patent sahibinin patent hakkı nedeniyle 2017 yılına kadar piyasaya sunamaz.

B) Ürün için 1999 veya daha sonra patent belgesi verilecektir. İlaç 2006 yılında Sağlık Bakanlığında ruhsat aldığından patent süresinin bitim tarihi olan 2017 yılına kadar patent hakkından yararlanır. Jenerik üreticiler Sağlık

Tablo 3

Örnek	İlaç	TPE'ne Patent Başvurusu	Sağlık Bakanlığı Ruhsat Tarihi	Patent Tescilli		Patent Kararı
				A	B	
3.	Patentli Jenerik	1997	2006 2008	2005	1999	Uygun

Bakanlığında ruhsat almış bile olsalar ancak patent süresinin bitiminden sonra (2017) ilacı pazarlayabilir. (Tablo 4)

A) **Patentli İlaç:** Patent verilene kadar geçen süre 6 yıl (2005-1999) olduğundan daha kısa olan 5 sene (1999-2004) münhasır pazarlama hakkından, patent verildikten sonra ise patent süresi bitene kadar (2005-2016) patent

hakkından yararlanır.

Jenerikler: Sağlık Bakanlığında ruhsat almış iseler patent süresinin bitiminden sonra (2016) ilacı pazarlayabilir. Bu örnekte 2004-2005 yılları arasında 1 yıl patent sahibinin münhasır pazarlama hakkı teorik olarak yoktur. Bu nedenle jenerik üreticilerin bu 1 yıl boyunca ruhsat almış iseler pazarlamaları teorik olarak mümkün görülmekte ise de jenerik üreticinin hammadde temini, ruhsat gerekleri ve ilacın tanıtımı açısından yaptığı zahmetleri karşılayacak nitelikte değildir.

B) **Patentli ilaç:** Ürün için 1999 veya daha sonra patent belgesi verilecektir. İlaç 1999 yılında Sağlık Bakanlığında ruhsat aldığından patent süresinin bitim tarihi olan 2016 yılına kadar patent hakkından yararlanır.

Jenerikler: Sağlık Bakanlığında ruhsat almış iseler patent süresinin bitiminden sonra (2016) ilacı pazarlayabilir.

Sonuç olarak örneklerle de görüldüğü gibi, ilaçlar için patent koruması 551 sayılı KHK'nin

yürürlüğe girdiği 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren fiilen başlamış durumdadır. TRIPS antlaşmasının 70/8 ve 70/9 maddeleri varolduğu sürece patent korumasının başlangıç tarihinin 2005 veya 1999 olması, patentli ilacın pazarlandığı durumda pratik açıdan genelde aynı sonucu vermektedir.

Tablo 4

Örnek	İlaç	TPE'ne Patent Başvurusu	Sağlık Bakanlığı Ruhsat Tarihi	Patent Tescilli		Patent Kararı
				A	B	
4	Patentli Jenerik	1996	1999 2000	2005	1999	Uygun

ECZACILIK ve KOZMETOLOJİ

Yrd. Doç. Dr. Figen OCAK

Beş duyu organımız hayatımızın değer biçilemez zenginliğidir. Bunlardan üçü; koklama, dokunma ve görme kozmetik kullanımında son derece önemlidir. Kozmetik ürünler duyularımıza hitap ederek, genel anlamda güzel ve hoş görünmemizi sağlarlar. Bu nedenle kozmetik ürün veya maddeler hemen hemen insanlığın var oluşundan beri kullanılmaktadır.

Kozmetik olarak adlandırılan/kabul edilen madde veya ürünler, vücudun dış yüzeyi (deri yüzeyi, saç ve kıllar, tırnaklar, dudaklar, dış genital organlar) ile dişleri ve ağız mukozasını temizlemek, korumak, iyi durumda tutmak, koku vermek, görünümünü değiştirmek, vücut kokularını düzeltmek amacıyla kullanılırlar. Prensipte kozmetikler uygulandıkları bölgenin yapısını ve fonksiyonlarını etkilememeli/bozmamalıdır. Ancak bugün kozmetik olarak adlandırılan öyle yapılar vardır ki, bunlar uygulandıkları bölgenin yapı ve fonksiyonunda olumlu yönde istenildiği gibi değişikliğe neden olmaktadır. Bunlar cilt rengini değiştiren ürünler, deri yaşlanmasına karşı etkili olduğu bildirilen ürünler, terlemeyi azaltan veya kesen ürünler, güneş ışığının etkisini değiştiren ürünler, diş macunları ve gargaraları, kepek şampuanları ve saç boyalarıdır. Bildirilen bu kozmetikler, ne sadece ilaç ne de sadece kozmetiktirler. Bunlar **KOZMESÖTİK** adı altında ayrı bir grup oluşturmaktadırlar. Kozmesötikler ilaç ile kozmetikler arasında olup; özellikle bazıları, tedavi özelliğine sahip olan aynı aktif maddeyi farmasötik üründen daha düşük bir derişimde taşıyan ürünlerdir.

İlk kozmetikler son derece basit yapılı ve doğal kaynaklı olup evlerde hazırlanarak kullanılırdı. 8. ve 9. yy'lardan itibaren kozmetiklerin hazırlanması küçük bir endüstriye dönmeye başladı. 20. yy'ın başlarından itibaren de kozmetik, bir endüstri kolu olarak kabul edildi. 1910'lu yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk dudak boyası (ruj) imalatı gerçekleştirildi. 1. Dünya Savaşı sonrasında Fransızların hazırladığı Parfümler bu endüstriye katıldı. 1920 ve 1930'lu yıllarda alışkanlıklarımızda büyük değişikliklere neden olan ve kimya endüstrisi tarafından geliştirilen yeni yapılar, kozmetik endüstrisinde çığır açacak gelişmeleri başlattı. Du Font firmasınınca bulunan, ikinci dünya savaşı sırasında askerlerin bitlerinden kurtarılması için DDT'nin formülasyonunda kullanılan ve daha sonraları aerosol teknolojisinde yerini alan fluorokarbonlar bunlardan birincisiydi. İkincisi ise yine 2. Dünya savaşı sırasında kan yerine kullanılan daha sonra saç spreylelerinin yapısında yer alan PVP (polvinil pirohidon) idi. Üçüncü önemli kimyasal yapı ise sentetik yüzey etken maddelerdi. Bunlar deterjan üreticileri için üretilmelerine rağmen sonraları kozmetik endüstrisinin vazgeçilmez yapı taşlarına dönüştü. Plastikler ise temelde taşıma endüstrisi için geliştirilmişlerdi. Kırılma sorununu ortadan kaldırmaları, taşıma maliyetini azaltmaları ve kolay şekil verilerek yeni tasarımların yapılmasına olanak vermeleri açısından kozmetik endüstrisinde büyük bir hızla yerlerini aldılar.

Bugün kozmetik endüstrisi bütün dünyada özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde büyük bir güce sahiptir. Kozmetik pazarının çok büyük

bir kısmına sahip olan uluslararası büyük kozmetik firmaları, kozmetik ürünün etkisini ve güvenilirliğini arttırmak için yeni moleküllerin eldesi ve taşıyıcı sistemlerin hazırlanması amacıyla araştırma ve geliştirmeye büyük emek, zaman ve para harcamaktadırlar.

Kozmetik ve kişisel bakım endüstrisi bugün bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de ekonomik açıdan belli bir güce sahiptir. Türkiye'de kozmetik ürünlerin bir kısmı (ithal ürünler) tüketici tarafından ekonomik kısıtlamalar nedeni ile lüks tüketim malzemesi olarak görülmektedir. Yerli üretim açısından bakıldığında ise hammedde temininde sıkıntıların yaşandığı bildirilmektedir. İhracatta ise bürokratik işlemlerin fazlalığının bir engel olarak yaşandığı ifade edilmektedir. Bütün sorunlara rağmen ülkemizde kozmetik alanında gittikçe büyüyen bir pazarın bulunması, bu ürünleri artan ilgiyle kullanan genç nüfusun fazla olması ve ihracatın gittikçe artıyor olması, kozmetik sektörünün daha da gelişip istenen düzeye geleceğini göstermektedir. Bu endüstrinin ürünleri ithiyat depoları, eczaneler, güzellik enstitüleri, parfümeri mağazaları ve büyük/küçük alışveriş merkezleri tarafından pazarlanmaktadır. Kozmetik konusu ile ilgili olarak gazete ve dergilerin çoğunda sık sık değişik açıklamalar ve haberler yayımlanmakta; değişik televizyon programlarında bu konu işlenmekte ve izleyenlerin bu konuya büyük bir merakla yaklaştığı görülmektedir.

Hepimiz temiz ve bakımlı bir görüntünün sosyal hayatta ne kadar önemli olduğunu biliyoruz. Kozmetikler bu görüntümüzün bir kısmını gerçekleştiren ürünlerdir. Bu gün artık en küçüğümüzden en yaşlımıza kadar hepimiz günde en az bir kere bir kozmetik ürünü kullanmaktayız. Kozmetikler, hayatımızın vazgeçilmez ihtiyaçları olarak günlük yaşamımıza girmiş ve ilaçlardan daha fazla tükettiğimiz ürünler durumuna gelmişlerdir.

Ülkemizde kozmetik ürünlerin tüketici tarafından seçiminin bilinçli olarak gerçekleşmediğini görmekteyiz. Tüketici kullanmak istediği kozmetik ürünü nasıl seçeceği veya kullandığı ürünü nasıl değerlendireceği hakkında

yeterince bilgiye sahip değildir. Bundan dolayı gerek yazılı basında gerekse görsel basında bu konu ile ilgili aktarılan her bilgi çok ilgi görmektedir. Bir kozmetik ürünün satın alınmasında, çoğu zaman ürünü pazarlayan firmanın reklamı, ürünün ambalajı veya bir arkadaşın önerisi belirleyici faktör olmaktadır. Ürünün satın alınması veya kullanımı sırasında öğrenilmek istenenler bir eczacıya veya dermatoloğa soruluyorsa tatmin edici bilgi alınabilmekte; aksi taktirde doğru bilginin alınması mümkün olmamaktadır.

Bu gün artık ülkemizdeki eczacılık fakültelerinin tümü kozmetik alanında lisans eğitimi vermekte; öğrenciler ilaç konusunda uzman olarak fakülteden mezun olurken aldıkları kozmetoloji dersleri ile kozmetik konusunda danışmanlık yapabilecek düzeyde bir bilgi birikimine de sahip olmaktadır. Fakülteden yeni mezun olan bir eczacı, fizyoloji, biyokimya ve toksikoloji gibi insan sağlığı ile ilgili bilgilerin yanısıra temel farmasötik teknoloji ve kozmetoloji bilgisi sayesinde kozmetik bir ürünün imalatı, kontrolü ve satışı aşamasında söz sahibi olacak bir kişidir. Sonuç olarak, herkesin rahatlıkla ulaşabileceği bir kişi olan eczacı, kozmetik ürünlerin satış aşamasında halkı eğitime, bilgilendirme ve öneride bulunma açısından gerekli bilgi ile donanmış olup; bu konuda danışmanlık yapabilecek en uygun kişidir ve kişi olmalıdır.

1994 yılında yürürlüğe giren kozmetik yönetmeliğine göre her üretici ve ithalatçı, kozmetiklerin üretim ve kalitesinden sorumlu olan bir teknik eleman bulundurmak zorundadır. Sorumlu teknik eleman eczacı veya kozmetik sanayiinde en az 2 sene fiilen çalışmış olduğunu belgeleyen kimyager, kimya mühendisi, biyolog veya mikrobiyolog olma zorunluluğu vardır. Bu zorunluluk, kozmetik üretiminde tecrübeli ve belli bir eğitimi olan kişilerin söz sahibi olmasını sağlamaktadır. Kozmetik konusunda eğitimin alınması, bildirilen meslek gruplarında çalışan kişilerin iş hayatında daha verimli ve başarılı olmasını sağlayacaktır. İşte bu nedenle eczacılık fakültelerinin hemen hemen hepsi lisans eğitiminin dışında, Farmasötik Teknoloji Anabi-

lim Dalı bünyesinde Kozmetoloji Bilim Dalı'nı kurarak yüksek lisans ve doktora programlarıyla kozmetoloji konusunda uzmanlaşmış kişilerin yetişmesine katkıda bulunmaktadır.

Kozmetik ürünler incelendiğinde, bunların hazırlanmaları, üretim teknolojileri, kalite kontrolleri ve uygulandıkları bölge açısından ilaçlardan farklı olmadığı görülür. Her ikisinin formülasyonunda gerekli olan bilgi ve tecrübe temelde aynıdır. Bölgesel uygulama için tasarlanan kozmetik ürünler (çözeltiler, yarı katılar, emülsiyonlar ve süspansiyonlar, jeller, aerosoller, tozlar ve sıkıştırılmış tozlar) farmasötik ürünlere benzer araştırma ve geliştirme aşamalarından geçer. Bunlara ilave olarak kozmetik amaçla kullanılacak etken maddeyi kontrollü salan ve/veya derinin alt tabakalarına hedefleyebilen sistemlerin de araştırma/geliştirme aşamaları ve başlangıç maddeleri farmasötik ürün için hazırlanan sistemlerin hemen hemen aynıdır. Dolayısıyla ilaç ve kozmetik ürünü dozaj şekli açısından birbirinden ayırmak pek mümkün değildir.

Farmasötik ürünlerde olduğu gibi kozmetik ürünlerin de fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik stabilitelelerinin sağlanmış olması gerekir. Bütün bunlara ilave olarak, biyoteknolojik bir ürünün kozmetik amaçla kullanılabilmesi için, maddenin aktivitesinin korunabildiği taşıyıcı bir sistemin (lipozomlar, niozomlar, mikroemülsiyonlar, çoklu emülsiyonlar, mikrosüngerler ve sıvı kristaller gibi) geliştirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak kozmetik bir maddenin, tüketicinin kullanımına sunulmadan önce bir ön formülasyon aşamasından geçmesi ve kozmesötik bir madde içermese bile farmasötik özelliklerinin kontrol edilmesi gerekmektedir.

Herhangi bir kozmetik ürünün imalatı sırasında uyulması gereken kurallar (Good Manufacturing Practice of Cosmetic Products, GMPC), farmasötik bir ürünün imalatında uyulması gereken kurallara çok benzer. Bu kurallar yönetmeliklerde ayrıntısı ile açıklanmaktadır. Dolayısıyla bir kozmetik preparatın, üretilmesinden tüketiciye sunulana kadar geçirdiği aşamalar, farmasötik ürünün geçirdiği aşamaların hemen hemen aynıdır.

Kozmetoloji ve dermatoloji, her ikisi de, insan hayatının kalitesini arttırmak için var olan, karmaşık ve çok yönlü iki alandır. Kozmetikler derinin iyi durumunun korunması ve dış ortamla deri arasındaki dengenin sağlanması amacıyla, dermatolojik preparatlar ise derinin patolojik bir durumunun tedavi edilmesi amacıyla kullanılırlar.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, dermatolojik preparatlar ile kozmetik ürünler arasında, kozmesötik maddeler nedeniyle, çok net olmayan bir sınır vardır. Her ikisinin de uygulama alanı çoğunlukla deridir. Etkilerini deri ve deri eklemleri üzerinde gösterirler. Preparatların tipleri ve üretim teknolojileri arasında hemen hemen hiç fark yoktur. Farklılık, kullanılan aktif maddeler ve/veya bunların derişimleri ve derişime bağlı olarak oluşturdukları etkinin şiddetindedir. Çoğu zaman kozmetikler dermatoloğa tedavide yardımcı olur. Hiç etken madde taşımayan bir kozmetik, bu haliyle bile, deri üzerinde bir takım olumlu etkiler oluşturarak tedaviye katkıda bulunabilir. Bu kozmetiklere kozmesötik sıvağlar diyebiliriz.

Kozmetik ve dermatolojik preparatların etkilerinin kontrol edilmesinde aynı teknik yöntemler kullanılmaktadır. Bu aşamada, kullanılan denek sayısı, test koşulları, referans ürünün seçimi ve sonuçları istatistiksel değerlendirilmesi, her iki preparat için de standardize edilmesi gereken parametrelerdir.

Bütün bunlara ilave olarak, kozmetik ürünlerin kullanımına bağlı olarak gelişen dermatolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda problemin kaynağının araştırılması, tedavinin yapılması ve hastaya gerekli önerilerde bulunulması uzman dermatoloğa düşmektedir.

Kozmetiklerin hayatımıza temel ihtiyaç maddeleri gibi girdiği ortadadır. Bu ürünlerin kullanımındaki artış dikkat çekicidir. Sağlık yönünden incelendiğinde, kozmetiklerin her yaştaki insan tarafından ilaçtan daha sık ve fazla kullanılıyor olması; bunların seçiminde, kullanımında ve olası yan etkileri hakkında tüketiciyi

bilinçlendirme zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Kanımızca bu sorumluluk öncelikle halkın ilk başvuracağı kişi olarak eczacıya ve daha sonra dermatolog hekime aittir. Tüketici kullanacağı kozmetik ürüne karar vermeden önce, ürünü uygulayacağı bölge (deri ve deri eklentileri) açısından hangi tip ürünü kullanması gerektiği ve ürünün kendisine uyup uymayacağı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu konuda ise ancak eczacı ve cilt hekimi kendisine güvelinir bilgi verebilir.

Eczacı üretim aşamasında bilgi ve tecrübesini kullanarak; halkın güvenle kullanabileceği kozmetik ürünlerin üretiminde söz sahibi olmalıdır. Ayrıca satış aşamasında tüketiciyi bilgilendirme, ürün seçiminde yardımcı olma, üreticinin kullandığı kozmetiklerin etkisi hakkında bilgi verme konularında aktif olarak çalışmalıdır. Bu, yetersiz ve yetkisiz kişilerin tekeline bırakılmayacak kadar önemli bir konudur.

Eczacılar kozmetik ürünler hakkında bilgilerini tazelemek ve yeni gelişmeleri takip edebilmek için eczacılık fakültelerinde açılan eğitim programlarına veya meslek kuruluşlarının açtığı eğitim seminerlerine katılmalıdır. Üzülerek belirtmeliyim ki bu konuda başvurulacak türkçe kaynak sayısı çok azdır. Bu nedenle özellikle meslek kuruluşlarının çıkardığı yayın organlarında, kozmetik konusunda çalışmış ve çalışmakta olan kişilerin bilgilerini aktaracakları yazılara yer verilmelidir. Kanımızca eczacılık fakülteleri bu konuda yeterli insan gücüne sahiptir.

Konu Hakkında Okunabilecek Kaynaklar

(Alfabetik sıra ile)

1. Bayraktar-Alpmen, G., "Kozmetik Preparatlar", Nurettin Uycan Matbaası, İstanbul-1978.

2. Epstein, H., "Factors in Formulating Cosmeceutical Vehicles", *Cosm. Toilet*, 112:91-99, 1997.
3. Guidelines for Good Manufacturing Practice of Cosmetic Products, Council of Europe Publishing, 1995, Germany.
4. Güneşten Korunma ve Güneşten Koruyucu Ürünler Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri-KOZMETOLOJİ, Cilt:1, Sayı:2, 1998.
5. Hekimoğlu, S., Hıncal, A.A., "Deri Yağlanması ve Kozmetiklere Bir Bakış", *Kozmetik Günleri- 1*, H.Ü. Eczacılık Fakültesi Kozmetoloji Bilim Dalı, 3 Haziran 1996, Şafak Matbaacılık, Ankara, 1997.
6. Hekimoğlu, S., Hıncal, A.A., "Eczacılığın tarihi eski kendisi yeni bir bilim dalı: Kozmetoloji", *Güncel Eczacılık*, Ağustos, 28:40, 1995.
7. Kıstıoğlu, S., "Training of cosmetic scientists: Educational backgrounds, job requirements and future trends", 1st Int. Cosm. Sym. 1-2 November, 1993, Eskişehir, Turkey, Eds.: K.H.C. Bağcı and Y. Yazan, p: 113-133.
8. Kozmetik Yönetmeliği, Resmi Gazete, 8 Nisan 1994-Sayı:21899, Sayfa:3-66.
9. McNamara, S.H., "FDA Regulation of Cosmeceuticals", *Cosm. Toilet.*, 112:41-45, 1997.
10. Memişoğlu, E., Öner, F., "Deriye Uygulanan Protein İçeren Kozmetik Preparatlar", *FABAD J. Pharm. Sci.*, 19:153-165, 1994.
11. Suzuki, K., Sakon, K., "The Application of Liposomes to Cosmetics", *Cosm. Toilet.*, 105: 65-76, 1990.
12. Tarakçıoğlu, H., "Tıbbi bir eleştiri: Medyanın kozmetik kültürüne katkısı", *Güncel Eczacılık*, 22: 34-36, 1995.
13. Taetman, M.C., Loll, P., "Multiple emulsions in cosmetics", ICI Surfactants publication RP112/94E, 1994.
14. Vardar, H., "Turkey from cosmetic marketing point of view", 2nd Int. Cosm. Symp., 23-24 October 1995, Eskişehir, Proceeding, p: 133-149, Yazarlar: Bağcı, K.H.C. ve Yazan Y., Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi yayınları; no:4.
15. Yazıcı, E., Kaş, H.S., Hıncal, A.A., "Mikrosüngerler", *FABAD J. Pharm. Sci.*, 19:121-128, 1994.

ÜLKEMİZDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA BAKIŞ

Dt. Hüseyin EMİNOĞLU*

Diş eti hastalıkları (periodontal doku hastalıkları) insanlık tarihiyle yaşattır. Bu hastalıkların etkeni dişler üzerine biriken ve gözle görülmeyen gıda artıklarının oluşturduğu bakteri plaklarıdır. Diş yüzeyinden uzaklaştırılmayan bakteri plakları ağızda bulunan sayısız mikroorganizma ve tükrüğün etkisiyle kalsifiye olup diş taşı dediğimiz tartarları oluştururlar. Bunlar da diş eti hastalıklarının primer etkenidir.

Ağız ve Diş sağlığı başta olmak üzere genel sağlığımıza, sağlık çalışanları da içinde olmak üzere dikkat etmemekte, ancak onu kaybettiğimiz zaman önemini kavramaktayız.

Toplumların en yaygın hastalığı dişeti hastalığı ve diş çürükleridir. Çürük diş yüzdesi 6 yaş grubunda %83, 35-44 yaş grubunda kırsal kesimde %98 şehirde ise %76. Bütün yaş gruplarında tedavi görmesi gereken çürük diş oranı ise %91.6'dır. Bunların oluşmasını engellemek yerine; sanki doğalmış gibi dişimiz çürüyünce dolgu, kaybedince diş yaptırmak, diş etimiz kanayıp iltihaplandığı zaman tedavi ettirmek için dişhekimine gideriz, nedense bunun oluşmasını engellemeye çalışmayız.

Birçok yükseköğretim mezunu insanın, sağlık çalışanının ve diş hekimlerinin dahi ağız ve diş sağlığına gereken önemi vermediğini üzülerek görmekteyiz. Bundan çıkan sonuç, ağız ve diş sağlığı bakımından öğrenimden ziyade küçük yaşta başlatılan eğitim ve buna bağlı olarak kazanılan alışkanlıktır. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıkların yaygın ve hızla ilerleyen hastalıklar olmasına karşın, hasta dokuların tedavisi yüksek maliyet, zaman ve insan gücü gereksinimi gerektirmektedir.

Çürük bir dişe dolgu yapılması 20 dolar, diş eti tedavisi 50 ila 200 dolar, eksik bir dişin yapılması 300 dolar, parsiyel ve tam eksik dişin yapılması 700 ila 800 dolar arasındadır. Bunun alternatifi olan diş fırçası ve macunu toplamı 3 dolardır. 3 ayda bir diş fırçası ve macunu değişimi halinde yıllık maliyet 12 doları bulmaktadır.

Bu kadar büyük maddi ve manevi kayıplara sebep olan ağız ve diş sağlığının kaybedilmesinin tek nedeni kişilerin kazanamadığı alışkanlıklardan olan diş fırçalama alışkanlığıdır.

Diş fırçası kullanımı Türkiye'de yılda 4 kişiye bir fırça iken bu oran İngiltere'de kişi başına 2,4, İsveç'te 2,5'dir. Diş macunu tüketimi Türkiye'de kişi başı 50-55 gr./yıl iken, İngiltere'de 480 gr/yıl, İtalya'da 270 gr/yıl, İspanya'da 155 gr/yıl'dır.

Çocuklarda 6 aylıkken başlayan dişlenme 2 ila 2,5 yaşlarında tamamlanır ve 20 adet süt dişi ağızda yerlerini alır. Süt dişlerinin erken kaybedilmesi, çocuklarda daimi dişlerin kayarak yer değiştirmesine ve ortodontik anomalilerin (dişlerin eğri çıkmasına) oluşmasına neden olmaktadır. 6 yaşında ilk daimi dişler en arkadaki süt dişlerinin arkasından çıkmaya başlar ve ilk çıkan daimi diş olduğu için çürümeye en fazla müsait olan bu dişlerin kaybedilmesi çene gelişimini etkilemektedir. 7 yaşında ön dişlerin değişmesiyle devam eden daimi dişlenme 12 yaşında son bulmakta 20 yaş dişleri ise evrimleşmeye bağlı olarak ya oluşmamakta veya yer darlığı nedeniyle gömülü olarak çene kemiği içinde kalmaktadır. Gömülü kalan bu dişlerin cerrahi müdahale ile

çıkartılması gerekmektedir.

Sağlıklı diş eti uçuk pembe renginde, diş eti kenarları bıçak sırtı gibi düzgün ve kanamasızdır. Ağız ve diş sağlığına önem vermeyen bireylerde 1. Hafta sonunda diş eti iltihabı oluşmaya başlar, diş eti kırmızı bir hal alır ve kanamalar başlar. İleri safhalarda kemikte rezorpsiyon, dişin sallanması ve sonuçta kaybı meydana gelir.

Bakteri plaklarının diş yüzeyinden uzaklaştırılmasıyla bu hastalıklardan korunabiliriz. Bunun içinde diş fırçası ve arayüz temizlik araçlarından (diş ipi, kürdan, arayüz fırçası) faydalanırız. Diş beyazlatma maddelerinin diş minesine ve diş etine zarar verme riski olduğundan tavsiye edilmemektedir. Dişteki lekeler diş taşlarıyla beraber hekim tarafından temizlenmelidir.

Çürüğün engellenmesinde, diş fırçası ve macun, diş ipi, arayüz fırçası, kürdan gibi mekanik temizleyiciler yanında çocuk yaşta florun yeterli seviyede alınması, dişhekimi tarafından dişin girintili yerlerinin (fissurlarının) bazı özel maddelerle kapatılması (fissur sealent uygulanması) önemlidir.

Florürlü ağız gargaralarının özellikle fluorürlü diş macunlarıyla birlikte kullanımının diş çürüğünü belli oranda engellediği görülmüştür. En sık kullanılan NaF ün %0.2 lik çözeltisiyle haftada bir kez yapılan ağız gargarasıyla 3 yıl sonunda diş çürüklerinde %20 lik bir azalma görülmüştür. Fluorürün toksik etkisi 5 mg F/kg dan sonra oluştuğu için fluorürlü ağız gargaraları güvenle kullanılabilir. Yine de yutma riskini en aza indirmek için bu gargaraların çocuklara 6 yaşından itibaren yaptırılması tavsiye edilmektedir.

İdeal bir diş fırçası dişlerin her tarafına ulaşabilmeli bunun için de küçük başlı, sık demetli naylon ve uçları yuvarlaklaştırılmış olmalıdır. Günde en az 2 kere dişler 45 derece eğimle dişetlerine de masaj yapacak şekilde 5 dakika fırçalanmalıdır.

Şu anda ağız ve diş sağlığı politikamız tedavi edici hizmetlere yönelmiştir. Ağız ve diş hastalıkları önlenabilir hastalıklardır. Bu yüzden koruyucu sağlık hizmetleri ağız ve diş sağlığı için de önemli bir yer tutmaktadır. Bunun için her ilköğretim okulunda bir dişhekimi istihdam edilmelidir. %95'i ithal olan dişhekimliği malzemesinin tüketiminin azalmasıyla devlet ve toplum ileriki aşamalarda karlı çıkacaktır. Bugün gelişmiş ülkelerde yapılan koruyucu ve önleyici çalışmalar sonucunda diş ve diş eti hastalıklarında %75-80 oranında iyileşme sağlanmıştır.

Sistemik hastalıkların bir çoğunun nedeni ağız ve diş sağlığının kötü olmasından kaynaklanmaktadır. Olaya bu açıdan bakıldığı zaman ağız ve diş sağlığının önemi kat kat artmaktadır.

Dişhekimleri Birliği, Koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmalarına bir yenisini daha ekleyerek, Eczacıbaşı ve M.E.B. la ortaklaşa bir proje dahilinde ilk okul 2. Sınıf öğrenci ve öğretmenlerine koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitimini bir yıl önce başlatmıştır.

Ankara Dişhekimleri Odası olarak, Ankara İl sağlık müdürlüğü ve Ankara Ağız diş sağlığı merkezi ile 2 ilköğretim okulunda çürüksüz öğrencilerin okuduğu okul oluşturmak için tedavi ve koruyucu eğitime yönelik bir projenin çalışmasını yapmaktayız.

"Sağlıklı bir nesil için günde iki kez 5 dakika"

PANEL TOPLUMDA ŞİDDET

Yönetici: Uzman Ecz. Olcay Seles

Konuşmacılar:

Prof. Dr. Orhan Aydın "H.D. Beytepe Psikoloji Bilim Dalı Başkanı"

Prof. Dr. Cengiz Güleç "H.D. Psikiyatri A.B.D. Öğretim Üyesi"

Yard. Doç. Dr. Bengi Semerci "H.Ü.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D. Öğretim Üyesi"

Gazeteci Işık Kansu "Cumhuriyet Gazetesi"

GAZETECİ İŞİK KANSU (*Cumhuriyet Gazetesi*)- Şimdi, Türkiye'deki medya analizini yapmak istiyorum izninizle. Bundan 20-25 yıl önce, hatırlarsınız, bir tek televizyonumuz vardı ve bir de gazetelerimiz vardı ulusal alanda. Bu gazetelerin sahipleri, daha çok gazetecilikten gelme insanlar ya da onların çocuklarıydı. Son bu dalgayla; neoliberal dalgayla birlikte gazetelerimizin sahipleri holding sahipleri olmaya başladı. Okurlar da müşteri konumuna geldiler

İşte, ondan sonra arkasından bildik bombardıman başladı; insanlar özgürleşecek, kamu alanı kısıtlanacak, devlet küçültülecek, özelleştirme yapılacak; özelleştirme bütün halkın yararınadır vesaire; ama, medya, medyayı sahiplenmiş olan holdingler, özü gereği, tabii insanları böyle, yani müşteri olarak görecektirdi. Sonra ne olmaya başladı; şirketler tarafından yönetilen medya, kamu bankalarını, elektrik şirketlerini satın almaya başladı ya da talip olmaya başladı; giderek genişlemeye başladılar; yani, daha çok kâr. Bunun karşılığında medya bize ne verdi; milyon dolar aldıkları ileri sürülen birtakım köşe yazarlarıyla bizi yönlendirmeye başladılar.

Geçenlerde, İstanbul'da medyanın sıkıntılan üzerine bir panel yapılmış. Çok değer verdiğim eski bir gazeteci ağabeyim demiş ki, "artık gazeteciler, sorgulayan değil, birtakım insanların aracısı konumuna düştü. Demeç muhabirliği yapıyor, demeç gazeteciliği yapıyor."

Gerçekten, televizyonlara ve gazetelere bakın, Türkiye'de haber üreten taş çatlasa 100-150 kişi vardır, biz onları dinliyoruz. Bir sanal dünya yaratılıyor, topluma, istenilen veriliyor, aktarılıyor ve sonuç olarak, bugün yaşadığımız, bu 100-150 kişiyle, gazetecilerle, bu tekelleşmiş medyayla birlikte bir sanal dünya yaratılıyor bize.

Sonuç olarak biz ne oluyoruz; aynı acıları duyan, aynı sevinçleri yaşayan, aynı müzikten hoşlanan, aynı klipleri tekrarlayan, aynı besteleri okuyan tekdüze in-

sanlar haline geliyoruz; yani, yüzeysel sıfır kitleler.

Bakıyorlar, rating düştü, tiraj düştü, yani müşteri azaldı, o zaman promosyonlar başlıyor. Sonra, şiddet, duygu sömürüsü, çocuk sömürüsü başlıyor. Selim Can diye bir çocuk bulunuyor, 6-7 yaşındaki çocuğa program hazırlatılıyor; çocuk, yöneticilik yapıyor, karşısına, maalesef, Meclis Başkanlığı yapmış, Kültür Bakanlığı yapmış insanlar çıkıyor ve dünya sorunlarından, ekonomi politikten söz açılıyor ve çocuk, güneydoğu sorununu soruyor. Bir garip süreç!

Aslında, birkaç örnek vermek istiyorum. Bu tekelleşmiş medyamız, amacı bilgi vermek değil, çoğu zaman yönlendirmek. Geçenlerde bir haber çıktı, "Devlet 250 trilyon kazandı" diye cep telefonlarının satışı ile ilgili manşetler atıldı. Evet, devlet 250 trilyon kazandı, aldı; ama, şöyle aldı: Dikkatimi çekti, aynı günün ertesi günü, devlet, yaklaşık 600 trilyon liralık iç borçlanma tahvili çıkardı. Şimdi, nereden nereye geleceğiz. Bakıyorsunuz, bu cep telefonu lisans hakkını alan iki ayrı holding nedir?

Bir holding hem farklı işler yapıyor hem bankası var hem gazetesi var hem de bir ulusal televizyona ortak. Eh iç borçlanma tahvilini kim alıyor; bankalar alıyor; bir ilişkil..

Diğer holdinge bakıyorsunuz, o da devletten çimento fabrikalarını almış, bankası var, televizyon kanalı var ve gazete kurma aşamasında.

Aynı gazetelerde, aynı gruba benzer grupta bir haber çıktı: Bu kazanılmış olan 250 trilyon, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun açıklarını kapatacakmış ve bu bir rezaletmiş. SSK'nın açığı 300 trilyonmuş ve bu bir rezaletmiş. Fakat, için ilginç tarafı, 20 milyon insana, işçiye ve onların yakınına, hatta çiftçilere sağlık hizmeti götürmeye çalışan SSK'ya verilecek olan para "yazık" olarak nitelendiriliyor; ama, 600 trilyon iç borçlanma konusunda tıs yok. Çünkü; holdinglerin bankaları var!..

Bu süreç edebiyatımıza da yansıyor medya

ECZANE BÜLTENİ

SAYI: 6

Yayın Hazırlayanı: Erz. Yalçın BALKIS Kültür ve Sağlık Ocakları

1999

SESSİZ TEHLİKE



Tüm dünyadaki çocuk ölümlerinin yarısından çoğunda onun parmağı var. Bu, "Kara Ölüm" diye bilinen bu yük veba salgınından bu yana herhangi bir enfeksiyon hastalığının yol açtığı ölümlerin çok ötesinde bir rakam. Gelgelelim, söz konusu olan bir enfeksiyöz hastalık değildir.

Sorunun vahameli, bugün dünyada malnutrisyon nedeniyle sakat kalan, sürekli hastalığa yakalanacak kadar zayıf düşen ve zihinsel özürli milyonlarca insanın varlığından kaynaklanmaktadır.

Malnutrisyon, kadınları, aileleri ve giderek toplumların hayatlerini tehdit etmektedir. Birleşmiş Milletler'in barış, eşitlik ve adalet için verdiği uğraş da bu yüzden aksamaktadır. Nihayet, çocuk haklarının çok baba biçimde ihlali anlamını taşıyan bu sorun, UNICEF'in dünya çocuklarının yaşatılmaları, geliştirilmeleri ve korunmaları için yaptığı çalışmalarını her yönden engellemektedir.

Malnutrisyon, sessiz bir tehlikedir. Ama, kriz gerçekler ve bu krizin sürüp gitmesi çocuklar, toplumlar ve insanlığın geleceği açısından derin ve ürkütücü sonuçlar yaratacaktır.

Malnutrisyon, birçok kişinin sandığının tersine, yalnızca çocuğun karının doyurulması gibi basit bir konudan ibaret değildir. Karını doyuracak kadar yemek yiyen bir çocuk da kötü besleniyor olabilir.

Ve malnutrisyon, salt sessiz değil, aynı zamanda ve büyük ölçüde görünmez bir tehlikedir. Çünkü tüm dünyada malnutrisyonla ilgili nedenler yüzünden ölen çocukların dörtte üçü, beslenme uzmanlarının "hafif" ve orta malnutrisyonlu olarak tanımladıkları ve sıradan bir gözlemciye herhangi bir sorunları yokmuş gibi görünen çocuklardır.

*Mbeya'lı Elias'ın Öyküsü Yeniden Yazılınca

Adım Elias, iki buçuk yaşındayım. Mbeya'nın dış mahallelerinden birinde annem, babam, ikisi erkek ve biri kız olmak üzere üç büyük kardeşimle birlikte yaşıyorum.

Yoksul bir aileyiz ve evimizde tuvalet yok. Evde su da olmadığından, annem sabah erken kalkıp nehirde su getirmeye gidiyor. Sonra, tarlaya gidiyor ve beni evde yedi yaşındaki ablam Sophia'ya bırakıyor. Sophia ise evde yakmak için odun topluyor ve annemin söylediği başka işleri yapıyor. Böylece, bana ayracak fazla zamanı kalmıyor.

Annem tarladan döndüğünde bize yemek pişirir. Bu, genellikle mısır çorbasıdır. Geçen yıl mısır hasadı iyiydi. Ama bu yıl annem başka şeyler satın alabilmek için mısırın bir kısmını satmak zorunda kaldı. Şimdi,

elimizdeki mısır bittiğinde ne yiyeceğimizi bilmediğini söylüyor.

Daha küçükken annem beni emzirirdi. Emzirmeyi kestiğinden bu yana sık sık ateşim çıkıyor ve ishal oluyorum. En son ateşim çıktığında, dispenserdeki hastabakıcı ırtma olabileceğimi söyledi. Annem ilaç aldı, ama iyileşemedim. Şimdi kendimi çok hasta ve halsiz hissediyorum.

* Mbeya Tauzauya'nın güneybatısında büyük kutsal yerleşimdir.



Malnutrisyon Nedir?

Malnutrisyon, genellikle, yetersiz diyetle enfeksiyonun birleşmesi sonucunda ortaya çıkar. Çocuklarda görülen malnutrisyon büyüme yetersizliği ile eşanlıdır. Malnutrisyonlu çocuklar, yaşlarına göre olmaları gerekenden daha kısa ve daha düşük kiloludurlar. Belirli bir nüfusta malnutrisyonun ne kadar yaygın olduğunu belirlemek için, küçük çocuklar tartılıp boyları ölçülür ve elde edilen sonuçlar çocukların iyi geliştiği bilinen referans nüfusa ait değerlerle karşılaştırılır. Boy ve kilo ölçümü, nüfustaki malnutrisyonu belirlemede en yaygın kullanılan yöntemdir.

Bugün birçok çevre büyüme yetersizliğine hata 'protein-enerji malnutrisyonu' ya da kısaca PEM olarak atıfta bulunsa bile, çocuklarda yetersiz büyümenin yalnızca protein-enerji yetersizliğinden değil aynı zamanda önemli mineral (örneğin, demir, çinko ve A vitamini) ve yağ asitleri eksikliğinden de kaynaklandığı bilinmektedir. Bu mineraller, vücut için çok az miktarlarda gerekmektedir. Örneğin, bir günde alınması gereken mineral miktarı, bir gramın binde birkaçı kadardır. Dolayısıyla, bunlara "mikronütriyen" adı verilmektedir. Mikronütriyenler, büyümeyi, aktiviteyi, bağışıklık ve üretkenlik sistemlerinin çalışmasını sağlayan biyolojik süreçlerin düzenlenmesi açısından gerekli olan enzimlerin, hormonların ve diğer maddelerin üretimini gerçekleştirmektedir.

Vücudun gereksinim duyduğu bütün mineraller (örneğin kalsiyum, fosfor, demir, çinko, iyot, sodyum, potasyum ve magnezyum) ya yenilen yiyeceklerden ya da takviyelerden sağlanacaktır. Vücut, gereksinim duyduğu kompleks organik molekülleri üretirken, vitaminler (A vitamini, B kompleksi, C vitamini ve diğerleri) sentezlenmezler. D vitamini, bir insanın cildinin doğrudan güneş görmesi koşuluyla ciltte oluşabileceğinden, bir istisna oluşturmaz.

Yaygın görülen orta düzeyde malnutrisyon, çocuk tartılmadan ve boyu ölçülmeden ortaya çıkmayabilir. Buna karşılık, ağır malnutrisyonlu çocuklardan bazıları hemen gözlemlenebilen klinik belirtiler sergilerler. Örneğin, ileri düzeyde kavrukluk (marasmus) ya da derideki ve saçtaki değişimlerle kol ve bacakların şişmesi ile belirlenen ve kwashiorkor olarak tanımlanan sendrom gibi. Yıllardır yapılan araştırmalara rağmen, kimi çocuklarda marasmus, kimilerinde ise kwashiorkor görülmesine yol açan nedenler henüz ortaya çıkarılamamıştır. Açık olan şudur: Tedavi uygulanmadığı takdirde, her iki durumdaki çocukların da malnutrisyondan ölüme riskleri yüksektir; ayrıca, hem marasmus hem de kwashiorkor, yeterli miktarda besleyici yiyecek alınmasıyla ve enfeksiyonlardan korunmayla önlenebilir. Malnutrisyonun daha hafif biçimleri de ölümlere yol açabilir. Bunun nedeni, bu düzeydeki malnutrisyonun bile çocukların hastalıklara karşı direncini azaltmasıdır.

Birçok çocuk, malnutrisyonun değişik türlerine maruzdur. Bu yüzden, sayılar arasında çekişme görülebilir. Ancak, güvenilir tahminlere göre, tüm

dünyada bodur, yani yaşına göre daha kısa olan ve bu kısalığın herhangi bir genetik farklılıkla açıklanamayacağı 220 milyon çocuk vardır.

67 milyon çocukta ise kavrukluk olduğu tahmin edilmektedir. Başka deyişle, bu çocuklar, boylarına göre olmaları gereken kiloda değildirler. Bu durumun nedeni, yeterince beslenmemesidir, hastalık ya da ikisi birdendir.

Yaklaşık 183 milyon çocuk, yaşına göre daha az kiloludur. Yapılan her araştırmada, aşırı düşük kilolu çocukların, daha sonra ölüme risklerinin normal kilolu çocuklara göre 8 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda, malnutrisyon oranları son 20 yıllık dönemde düşmeye başlamıştır. Ama, bu düşüş; değişik hızlarda gerçekleşmektedir. Sahra Güneyi Afrika, bu konuda istisna oluşturmaktadır. Bu bölgedeki ülkelerin çocuğunda malnutrisyon oranları, 1980'lerin başında artmaya başlamıştır. Ülkelerin bütçeleri kısıtlıdır, bundan özellikle temel sosyal hizmetlerle, sağlık hizmetleri zarar görmüştür. Kişi başına gelir düzeyinin de düşmesi, insanların yiyecek satınalma kapasitelerini azaltmıştır.

Acil Durumlarda Malnutrisyon Ölümünün Azaltmanın Yeni Yolları

Küresel olarak bakıldığında, hafif ve orta düzeyde malnutrisyon, ağır malnutrisyonun yol açtığından daha fazla hastalığa ve ölüme neden olmaktadır. Bununla birlikte, ağır malnutrisyonlu bir çocukta (ağır malnutrisyon dendiğinde, boya göre ortanca ağırlığın yüzde 70 altında olma ya da en azından ayaklarda ödem [su tutma ve şişme] durumu kastedilmektedir) ölüm riski çok yüksektir ve bu durumdaki çocuğun bir sağlık kuruluşunda acilen ve yoğun bakım görmesi gerekir.

Acil durumlarda ya da yoksul ülkelerdeki büyük hastanelerde görülen ağır malnutrisyon vakalarıyla ilgilenen sağlık personeli, yakın zamanlara kadar, yıllardır sürüp giden bir uygulamayı gerçekleştiriyordu. Bu uygulama, enfeksiyonun tedavisi, dehidratasyonun düzeltilmesi ve en azından ilk aşamalarda hastayı yüksek kalonli sütte (genellikle az yağlı süt tozu, bitkisel yağ ve şeker karışımı) besleme biçiminde yapılmıyordu. Buna karşılık, son yıllarda uzmanlaşmış HDKların da yardımlarıyla, ağır malnutrisyonun tedavisi açısından daha iyi bir uygulama yerleşmektedir.

Yeni uygulama, eski standart uygulamanın kimi yönlerini korusa bile önemli değişiklikler içermektedir. Örneğin, tedavi edici beslemenin ilk aşamalarında tavsiye edilen süt, yağ ve vitamin-mineral karışımıyla zenginleştirilmektedir. Bu takviye, ağır malnutrisyonla birlikte sayıdan özel mikronütriyen dengesizliğinin giderilmesine yöneliktir. Bu biçimde zenginleştirilmiş süt, 100 grama 100 kilo kalori verdiği için F-100 olarak adlandırılmaktadır. Böylece, kaybedilen kiloların hızla

geri alınması ve ağır malnutrisyonlu çocuğun iyileştirilmesi için gerekli her şey yapılmış olmaktadır.

Bir başka önemli değişiklik ise, standart ağızdan tuz eriyiklerinin (ATE) değiştirilmesine yönelik tavsiyedir. Bu da, ağır malnutrisyonlu çocukların özel elektrolit gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Standart ATE'nin, ağır malnutrisyonlu çocuklarda kalp yetmezliği ve ani ölüm riskini artırdığı bilinmektedir. Yeni şekliyle ATE bu riski azaltmaktadır. "ReSoMal" (malnutrisyona karşı rehidratasyon solüsyonu) olarak bilinen bu değişik bileşim, standart ATE'ye göre daha fazla potasyumun yanı sıra elementlerin değişik bir konsantrasyonunu içermektedir.

Ağır malnutrisyonlu çocukların bakımı için geliştirilen bu yeni uygulama, beslenme alanında çalışanların bir süredir bildikleri başka öğeleri de öne çıkartmaktadır. Bu öğeler, daha önce bilinse bile gündelik uygulamaya yeterince sokulamıyordu. Şimdi düşük vücut ısısı (hipotermi) ve düşük vücut şekeri (hipoglisemi) gibi klinik etmenlerle birlikte, malnutrisyonlu çocuğun gereksinim duyduğu şeker, düşünsel uyatım ve oyun gibi tam tamına tıbbi olmayan öğelere daha fazla önem verilmektedir. Orta Afrika'nın Büyük Göller Bölgesi ve Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti gibi yerlerde çalışan ve acil beslenme tedavisi konusunda uzmanlaşmış personel bu yöntemi benimsemiş ve söz konusu ölümlerin azaltılmasına ne kadar hızlı biçimde katkı sağladığını bizzat görmüştür. Bu durumda, ortada duran görev, yüksek kalorili süt ve rehidratasyon solüsyonlarının elde yeterli miktarda hazır bulundurulmasıdır.

Malnutrisyonu Ölçmede Yeni Yollar

Yukarıda anlatılan yeni bilgilerin çoğu, malnutrisyonun ve ilgili koşulların sınırlandırılmasına yönelik girişimlerin başarısına katkıda bulunacaktır. Ama, girişimler etkili olsa bile, bu etkinin boyutlarını belirlemek genellikle güç bir iştir. Malnutrisyonun en baştaki ölçümü de sorunlu olabilir ve bu yüzden konuyu politika ve program gündemine yerleştirmede güçlükle karşılaşılabılır.

Dolayısıyla, maliyeti düşük, çabuk, sonuç veren, kullanımı ve kavranması kolay değerlendirme ve analiz tekniklerine gereksinim duyulmaktadır. Bu alanda ufukta görünen ve gelecek vadeden kimi araçlar aşağıda sıralanmıştır.

A vitamini durumuna bakmanın basit bir yolu: A vitaminiyle ilgili durumu nüfus düzeyinde belirlemeye yönelik araştırmalar özellikle güçtür. Geçmişte, A vitamini yetersizliğinin başlıca sonucunun görme kusuru ve körlük olduğu sanıldığından, A vitamini ile ilgili nüfus araştırmalarında çocukların muayenesi yeterli sayılıyordu. Bugün ise, A vitamini yetersizliğinin subklinik düzeyde (yani vitamin yetersizliğinin gözde herhangi bir soruna yol açmadığı durumlarda) ölümcül sonuçları olduğu bilindiğinden, daha duyarlı araştırma yöntemlerine gerek duyulmaktadır.

Son zamanlarda yapılan ulusal ya da bölgesel ölçekteki A vitamini araştırmalarının çoğu, A vitamini-

ni durumunu belirlenmenin başlıca göstergesi olarak kan retinolüne baş vurmuştur. Ancak, bu göstergenin yorumlanmasıyla ilgili kimi güçlükler vardır. Üstelik, bu araştırmalar için gereken venöz kan örneklerinin toplanması ve analizi de, hem pahalı hem de güçtür.

Daha kolay, ucuz ve daha az rahatsız edici olması açısından umut vadeden ve 'karanlık adaptometri' olarak adlandırılan yeni bir teknik geliştirilmiştir. Çeşitli alan araştırmalarında sınınan ve etkili bulunan bu yöntem A vitamini yetersizliğinin başlangıç aşamalarında, göz bebeğinin ışıktan küçülme yetisinin zarar gördüğü gerçeğinden yola çıkmaktadır. Dolayısıyla, bir gözkapalıyken diğer göz pupiline el lambasıyla ışık tutulduğunda, göz bebeği refleksinde herhangi bir aksama olup olmadığı anlaşılabilmektedir. Bu basit yöntemin kısa sürede yaygınlaşacağı umulmaktadır.

Iyot yetersizliğinde 'daldırma çubuğuyla' ölçüm: Iyot yetersizliği bozuklukları (İYB) herhangi bir nüfusta guatrın palpe edilmesiyle (elle yoklanması) anlaşılabilir. Ancak, bu yöntem üst düzey eğitimi gerektirir. Ayrıca, iyotlu tuz kullanımının yaygınlaşması sonucu guatr şişliği geçtiğinde, bu yöntemin yararı da azalır.

İdrarla dışarı atılan iyot, tüketilen iyot miktarı açısından iyi bir göstergedir. İYB, idrar örneklerinin tahlili yoluyla güvenilir biçimde araştırılabilir. Birçok ülke idrarda iyot araştırmasına girişmiştir. Bu araştırmada idrar örnekleri alınmakta, bu örnekler titizlikle saklanmakta, sonra analiz için bir merkeze gönderilmektedir.

Yeni geliştirilen bir teknikle, bütün bu aşamalar atlanıp masraflar azaltılabilir. Bugünlerde geliştirilen belirli, bir test şeridi ya da 'daldırma çubuğu' bütün bu işlemleri basitleştirecektir. Çünkü, bu teknikle idrardaki iyot, örnekleri laboratuara göndermeye gerek kalmadan hemen anında saptanabilecektir. Bu yöntemin, kısa bir süre sonra alan araştırmalarında yaygın biçimde kullanılacağı sanılmaktadır.

Iyotlu tuz testi için geliştirilmiş yöntemler: Tuzdaki iyotu test etmek için geliştirilen yöntemler, bunu herkesin yapabileceği bir iş haline getirmiştir. Test solüsyonunu içeren küçük plastik şişeleri herkes kullanabilir. Bu teknikle, eğer tuz iyotlu ise, damlatılan solüsyon tuzu maviye dönüştürmektedir. Kimi ülkelerde bu solüsyonlar öğrencilere, öğretmenlere ve sosyal hizmet çalışanlarına dağıtılmıştır. Ne var ki, söz konusu solüsyon fazla dayanıklı olmadığı gibi tuzun ne ölçüde iyotlu olduğu konusunda kesin fikir verecek ölçüde hassas da değildir. Bugünlerde, solüsyonun bu iki eksiğinin giderilmesine ve böylece çok daha gelişkin bir değerlendirme aracı durumuna getirilmesine çalışılmaktadır.

Bilgisayarla anemi araştırması: Aneminin nüfus ölçeğinde belirlenmesi, bilgisayar çipleri sayesinde kolaylaşmaktadır. Periferik kanın (örneğin parmak ucundan alınan kan) örnekleri laboratuara yollamadan

analizini mümkün kılan kimi yöntemler bir süredir bilinmektedir. Ancak, bu yöntemlerden bir bölümü yavaş ve sağlıklı sonuç vermektedir.

Bugün ise, portatif elektronik hemoglobinometreler kullanılabilir. Bu sistemde, parmaktan alınan kan, bir makineye bağlanmış küçük küvete aktarılmaktadır. Bu makine de kesin hemoglobin düzeyini birkaç saniye içinde dijital olarak vermektedir. Bu makinelerin nüfus araştırmalarında daha yaygın kullanımı, anemi sorununun ulaştığı boyutlar konusunda bilinç ve duyarlılığın gelişmesine yardımcı olacaktır.

Diyetlerin Zenginleştirilmesinde

Yeni Yollar

Besinleri, çocukların ve ailelerin esenliği için büyük önem taşıyan vitamin ve mineral yönünden zenginleştirmenin birçok yolu vardır. Besinlerin güçlendirilmesi, buna yönelik en önemli araçlardan birisidir. Mikronütriyen yetersizliği sorunu, birçok sanayileşmiş ülkede ve gelişmekte olan ülkelerde kimilerinde bu sayede çözümlenebilmiştir.

Ne var ki, dünyadaki en yoksul insanlardan birçoğu, yerel olarak yetiştirilen ve güçlendirilmeleri mümkün olmayan ürünlerle beslenmektedir. Günümüzde, tarımbilimciler, yaygın olarak yetiştirilen tarımsal ürünlerin tohumlanma aşamasında çeşitli yöntemlerden değiştirilebileceğini, böylece bu ürünlerin besleyici değerinin büyük ölçüde artırılabilirliğini kanıtlamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan nüfusun büyük çoğunluğunun bağımlı olduğu hububat ve yumru-lu bitkiler, beslenme açısından kimi içsel yetersizlik taşır. Bir kere bu ürünler, iyi bir beslenme için gerekli olan minerallerin ve vitaminlerin hepsini içermezler. Ayrıca, rafinasyon derecesi dahil çeşitli etmenlere göre değişmekte birlikte, tatullar, kimi önemli minerallerin 'biyolojik bulunabilirliğini' (vücudun özümleme ve kullanma yetisi) sınırlandıran maddeler içerir. Bu maddelerden en önemlisi 'fitat' (phytate) adıyla bilinmektedir. Fitat, fosfor içeren bir moleküldür. Mikronütriyenler, genellikle yaygın ekilen tarım ürünlerinden değil hayvani ürünlerden, sebze ve meyvalardan alınır. Gelgelelim, nüfusun en yoksul kesimleri bu besinleri alamazlar ve maddi güçlerinin ancak yettiği tahıllar ve yumru-lu bitkilerle yetinirler. Kimi mikronütriyen yetersizliklerinin bu kadar yaygın olmasının bir nedeni de budur.

Tarımsal araştırma, bu durumun iyileştirilmesine yönelik bir tohum üretme bilimi durumuna gelmiştir. Amaç, temel mikronütriyenleri daha çok içeren (ve daha az fitat içeren) tohum geliştirmektir. Bu bağlamda ABD'de, hayvan yemi olarak kullanılacak düşük fiatlı tahıl cinslerinin geliştirilmesine çalışılmaktadır. Ama, bu tür tahıllar, insanların beslenmesi açısından da umut vaatmektedir. Örneğin, yakınlarda yapılan bir araştırma, yeni geliştirilen düşük fiatlı bir mısır cinsinden hazırlanan yemeklerden yiyenlerin, yüksek fiatlı geleneksel mısır türlerinden hazırlanmış yemekleri yiyenlere göre daha fazla demir özümleyebildiklerini göstermiştir.

Finansmanı uluslararası ölçekte sağlanan 17 tarımsal araştırma merkezinin biraraya gelmesiyle oluşan uluslararası Tarımsal Araştırmalar Danışma Grubu, gelişmekte olan ülkelerde tarımsal üretkenliği ve besin tüketimini artırmaya çalışmaktadır. Bu grup şimdi yaygın biçimde yetiştirilen dört tarım ürününün mikronütriyen içeriğini artırmak için küresel ölçekte girişimlerde bulunmaktadır. Bu dört ürün, pirinç, buğday ve mısır ile fasulye ve manyoktur. Amaç, yenilebilir bölümlerine daha çok miktarda vitamin ve mineral yüklenmiş bitki yetiştirmektir. Ayrıca, bu yüklenme tohumlara da taşınmalıdır ki, tadları, yapıları ve yetiştirme kolaylığından değişmeden bu bitkiler daha sonraki ürün dönemleri sürecince kendilerini zenginleştirebilsinler.

Gelişmiş ülkelerde bu tür ürünler başarılı biçimde geliştirilmiştir. Örneğin Avustralya'da yüksek çinko içerikli buğday yetiştirilmektedir. Yapılan tahminlere göre gelişmekte olan ülkelerde bu tür yeni ürünlerin geliştirilmesi 6 ila 10 yıl olacaktır. Bilim insanları, bu sayede, gelişmekte olan ülkelerdeki insanların diyetlerini iyileştirmenin ötesinde, ürün veriminde de büyük artış olacağı kanısındadırlar. Çünkü, mikronütriyen açısından yoğun bitkiler daha iyi filizlenmekte, fide döneminde ise enfeksiyona daha fazla direnç göstermektedir.

Beslenme Düzeyinin Geliştirilmesi İçin Daha Etkili Girişimler

İster beslenmeye ve hastalıklara, isterse sorunların daha iyi belirlenmesine yönelik yeni araştırmaları öngörsün, bu raporda betimlenen teknik ilerlemeler, herşeyi bir anda çözecek sihirlir birer değnek olarak görülmemelidir. Bu teknik gelişmeler, beslenme düzeyinin istikrarlı biçimde gelişmesine, ancak bir koşulla katkıda bulunacaktır. Bu da, yoksul kesimler dahil olmak üzere insanların, çevrelerindeki malnutrisyonun nedenlerini değerlendirme ve çözümleme, bu soruna karşı uygun yanıtı geliştirip uygulama yetilerinin gelişmesidir.

Toplumbilim ve iletişim alanlarındaki son gelişmeler de, insanların, malnutrisyonu azaltmaya yönelik girişimlerde bulunma yetisini geliştirecektir.

Hepsi çocuk beslenmesini geliştirmeye, dolayısıyla sağlıklı büyümeyi güvenceye alıp hastalıklara direnci artırmaya ve bilişsel gelişmenin önünü açmaya yönelik olan ve burada anlatılan girişimler, bir başka şeyle birlikte ele alınıp öyle yürütülmelidir. Bu da, hastalıklardan önleyip çocuk gelişimine katkıda bulunanları kanıtlanmış, etkili ve düşük maliyetli diğer müdahalelerdir.

SPOT: A VİTAMİNİ

YETERSİZLİĞİN ETKİSİ

A vitamini yetersizliği, çocukları, enfeksiyonlara daha açık hale getirmekte ve birçok enfeksiyonun daha da ağırlaşmasına yol açmaktadır. A vitamini takviyesinin, çocuğun enfeksiyondan ölme riskini %23 oranında azalttığı tahmin edilmektedir. A vitamini yetersizliği, ayrıca, gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklar arasında görülen körlük vakalarının büyük nedenidir.

KİMLER ETKİLENİYOR?

A vitamini yetersizliği, okul çağındaki olan 100 milyonu aşkın çocuğu etkilemektedir. Ayrıca, aynı yetersizliğin, birçok ülkede doğurganlık çağındaki kadınlar arasında da yaygın olduğu saptanmıştır.

A VİTAMİNİ NEYE YARAR?

Normal olarak karaciğerde depolanan A vitamini, bağışıklık sisteminin etkili biçimde çalışması açısından yaşamsal önem taşır. Çünkü A vitamini, cildi kaplayan epitel hücrelerin bütünlüğünü, öz yüzeyini, ağız içini, sindirim ve solunum yollarını korur. A vitamini yetersizliği bulunan bir çocukta bu savunma sistemi çöktüğünde, çocuğun enfeksiyon kapma olasılığı artar ve enfeksiyon daha ciddi boyutlarda seyreder.

A vitamini yetersizliği olan çocukların gözlerinde, bu yetersizliğin derecesine bağlı olarak bir dizi anormallik görülür. Yetersizlik en hafif düzeyde olsa bile, gece körlüğü görülebilir. Çünkü, gözdeki çomaksı oluşumlar, karanlıkta görme yetisini sağlayan bir pigment olan rodopsini artık üretemez duruma gelir. Daha ağır vakalarda ise, konjonktiv ile saydam tabakada lezyonlar oluşur. Gerekli tedavinin uygulanmaması halinde bu durum, kısmi ya da tam körlük dahil olmak üzere telâfisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilir.

A VİTAMİNİ NELERDE BULUNUR?

A vitamini, retinol olarak anne sütünde, karaciğerde, yumurtada, tereyağında ve inek sütünde bulunur. Karın çeperlerinde retinole dönüştürülen bir A vitamini ön maddesi olan karoten ise yeşil yapraklı sebzelerde, portakalda, sarı renkli meyvelerde ve kırmızı hurma yağında bulunur.

SPOT: ÇİNKO

YETERSİZLİĞİN SONUÇLARI

İyi beslenemeyen çocuklarda yetersizliği, büyümenin aksamasına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olur. Ayrıca, çinko yetersizliğinin, doğum komplikasyon-

larıyla da ilgisi olduğu tahmin edilmektedir.

KİMLER ETKİLENİYOR?

Çinko yetersizliğinin ne ölçüde yaygın olduğuna ilişkin veri bulunmamaktadır. Çünkü, çinko yeterliliğini nüfus düzeyinde belirlemenin güvenilir bir yöntemi yoktur. Bununla birlikte, çinko yetersizliğinin, malnutrisyonunun genel olarak yaygın bulunduğu bölgelerde bir halk sağlığı sorunu olduğu söylenebilir. Nitekim bugün birçok ülke konuyu böyle ele almaktadır.

ÇİNKO NEYE YARAR?

Çinko normal büyümeye ve gelişmeye katkıda bulunur. Çünkü çinko, karbondioksitin dokulardan ciğerlere taşınmasında alyuvarlarla birlikte işlev gören 80 ya da daha çok sayıda bilinen enzimin moleküler yapısının parçasını oluşturur. Ayrıca çinko, etkin bir bağışıklık sisteminin korunmasına da katkıda bulunur. İleri düzeyde çinko yetersizliği büyümenin gecikmesi, ishal, cilt lezyonları, iştahsızlık, saç dökülmesi ve erkek çocuklarda yavaş cinsel gelişme gibi sonuçlara yol açar. Günümüzde, çinkonun ishal vakalarında iyileştirici bir etkisi olduğu da kanıtlanmıştır.

ÇİNKO NELERDE BULUNUR?

Anne sütünde, hemen özümlenen küçük miktarlarda çinko bulunur. Çinkonun bulunduğu diğer besinler arasında öğütülmemiş hububat, baklagiller, et, tavuk ve balık yer alır. Sebze ve meyvelerde pek az çinko bulunur. Bununla birlikte, sebze ve meyvenin hububatla birlikte yenmesi, hububattaki çinkonun biyolojik varlığını artırabilir.

SPOT: DEMİR

YETERSİZLİĞİN SONUÇLARI

Demir eksikliğinin sonucu olan anemi (kansızlık) dünyada beslenmeyle ilgili en yaygın bozukluktur. Demir eksikliği, bağışıklık sistemini zayıflar ve insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini düşürür. Bebekler ve küçük çocuklarda hafif anemi bile zihinsel gelişmeye zarar verebilir. Gebe kadınlardaki anemi, doğum sırasında kanama ve sepsis riskini artıran, önemli bir anne ölüm nedenidir. Anemili kadınların doğurdukları çocuklar, düşük doğum ağırlığının yanı sıra, genellikle kendileri de anemili olurlar. Demir eksikliği anemisine bir dizi etmen yol açar. Menstruasyonla ilgili kan kaybı, sıtma ve örneğin kancalı kurt gibi paraziter enfeksiyonlar, bu etmenler arasındadır.

KİMLER ETKİLENİYOR?

Tahminlere göre dünyada 2 milyar anemili, 3.6 milyar

da demir eksikliği bulunan insan vardır. Bunların büyük çoğunluğu kadındır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 5 yaşından küçük çocuklarla kadınların yüzde 40 ile 50'sinde ve gebe kadınların yüzde 50'sinde demir eksikliği vardır.

DEMİR NEYE YARAR?

Vücut, hemoglobini üretmek için demire gereksinim duyar. Hemoglobini, alyuvarlarda bulunan ve oksijen taşıyan proteindir. Demir, ayrıca, beyin, adale ve bağışıklık sistemi hücrelerinin işlevlerini gerektiği gibi görmeleri açısından önem taşıyan birçok enzimin bileşiminde yer alır. Bir miktar demir, karaciğerde, dalakta ve ilişte depolanır. Depolanan bu demirin azalmasıyla birlikte özümlenen demir de eksik kalınca, demir eksikliği sorunu ortaya çıkar. Anemide demir eksikliği oyle boyutlara ulaşır ki, sonuçta hemoglobini üretimi büyük ölçüde azalır. Aneminin belirtileri değişkendir. Bununla birlikte, dilin ve ağız içinin solukluğu, yorgunluk ve soluksuzluk başlıca belirtilerdir. Ayrıca, folik asit, askorbik asit, B vitamini ve çeşitli minerallerin eksikliği de aneminin ortaya çıkmasında etkili olabilir.

DEMİR NELERDE BULUNUR?

Demir, karaciğerde, kemikli ette, yumurtada, katıksız hububattan yapılan ekmekte, melasta, sebze ve meyvelerde bulunur. Hububat, bakliyat ve sebzedeki demirin biyolojik bulunabilirliği, hayvansal besinlerdekine göre daha azdır. Hayvansal olmayan besinlerin etle ya da C vitamini açısından zengin besinlerle birlikte yenmesi, özümlemeyi kolaylaştırır.

SPOT: İYOT

YETERSİZLİĞİN SONUÇLARI

İyot yetersizliği, hasarın büyük bölümünün doğumdan önce meydana geldiği önlenebilir beyin harabiyeti ve zeka geriliğinin en önemli nedenidir. İyot yetersizliği, bunun yanı sıra, ölü doğum ve düşük risklerini de büyük ölçüde artırır.

KİMLER ETKİLENİYOR?

Mevcut bütün sofraya tuzu stoklarının iyotlanmasına yönelik küresel kampanyanın başarısı, iyot yetersizliğiyle ilgili riskleri azaltmaktadır. Söz konusu yetersizlik, daha 1992 yılında 1.6 milyar insanı tehdit etmekteydi. Bununla birlikte, bugün dünyada 43 milyon insanda çeşitli derecelerde beyin harabiyeti vardır ve kreten sayısı 11 milyonu bulmaktadır. Yaklaşık 760 milyon insanda guatr vardır.

İYOT NEYE YARAR

Normal bir zihinsel ve fiziksel gelişiminin sağlanabilmesi için, tiroid bezine iyot gerekir. En yaygın ve görünür belirtisi guatr (tiroid bezinin kandan yeterli iyot toplayabilmek için aşırı büyümesi sonucunda boyunda şişme) olan iyot yetersizliği, en yıkıcı sonucunu zihinsel yetiyi körelterek verir. İyot yetersizliği bozukluklarına (İYB) maruz olanlar, kretenlik, sağirdilsizlik, spastik dipleji (bacaklarda spastik felç) ve cücelik gibi ciddi sonuçlarla karşılaşır. Gerek yetişkinlerde gerekse çocuklarda iyot yetersizliğinin daha düşük düzeyde olması ise, fiziksel denge bozuklukları ve uyuşukluğun yanı sıra, zeka düzeyinde (IQ) 10-15 puanlık bir geriliğe yol açabilir.

İYOT NELERDE BULUNUR?

İyotlanmış tuz, en iyi kaynaktır. Deniz tuzunda olmasa bile, deniz balıklarında ve bazı deniz bitkilerinde de iyot bulunur.

SPOT: FOLAT

YETERSİZLİĞİN SONUÇLARI

Folat yetersizliği, birçok kadının farkında bile olmadıkları gebeliklerinin ilk haftalarında, ceninin gelişmesine olumsuz etkide bulunur. Folat yetersizliğinin, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskleriyle ilişkili olduğu da belirlenmiştir. Ancak, bu ilişkinin bütün toplumlar için geçerli olup olmadığı konusunda açıklık yoktur. Folat yetersizliği, ayrıca, özellikle gebe ve sütü gelen kadınlarda anemiye yol açmaktadır.

KİMLER ETKİLENİYOR?

Elde bol veri bulunmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerin bazılarında, doğurganlık çağındaki kadınlarda ileri derecede folat yetersizliğine rastlanmıştır. Küçük çocuklar da folat yetersizliği riskine maruzdurlar.

FOLAT NEYE YARAR?

Folat olarak adlandırılan B vitamini, alyuvarların oluşumuna katkıda bulunur. Folat, ayrıca, gelişimin embriyonik ve fetüs evrelerinde ciddi nevral tüp bozukluklarının (beyindeki ve/ya da omirilikteki) önlenmesine yardımcı olarak, sinir hücrelerini düzenler.

FOLAT NELERDE BULUNUR?

Folat, hemen her besin maddesinde bulunur. Bununla birlikte, en çok bulunduğu besin maddeleri karaciğer, böbrek, balık, yeşil yapraklı sebzeler, fasulye ve yer fıstığıdır.

BESLENME HAKKININ TANINMASI

Beslenme, 1924 yılından bu yana yayımlanan uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmektedir. Bu belgelerden bir bölümü bağlayıcılık taşımayan bildirimler iken, diğerleri yasa statüsünde sözleşme ve anlaşma niteliğindedir.

İnsan hakları alanında dönmeyeç noktalarını oluşturan bu belgelerden kimileri aşağıda yer almaktadır.

1924: Çocuk Hakları Bildirgesi (Cenevre Bildirgesi olarak da bilinir):

Bu bildirme, çocuk hakları alanında öncü bir kimliğe sahip İngiliz Eglantyne Jebb'in çabaları sonucunda I. Dünya Savaşı'nın ardından Cemiyet-i Akvam (Milletler Cemiyeti) tarafından kabul edilmiştir. Bildirme, uluslararası çocuk hakları hareketinin başlangıcını oluşturmaktadır. Ayrıca, beslenme hakkının uluslararası ölçekte teyidi de gene ilk kez bu belgede yer almaktadır. Bildirme, "gerek maddi gerekse manevi gelişme açısından gerekli olanakların çocuğa tanınması" üzerinde durmakta ve "aç çocukların beslenmesi" gereğini vurgulamaktadır.

1948: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi:

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından benimsenen bu bildirme, insan hakları alanında çağ açan bir belgedir. Bildirme'nin 25. maddesinde, herkesin, yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere, gerek kendisinin gerekse ailesinin sağlığına ve esenliğine yetecek bir yaşam düzeyine ulaşma hakkı bulunduğu belirtilmektedir. Gene bu maddede, annelerle çocukların özel bakıma ve yardıma hakları olduğu ifade edilmiştir.

1959: Çocuk Hakları Bildirgesi:

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından oybirliğiyle kabul edilen bu Bildirme'nin 4. maddesi, çocukların sağlıklı biçimde büyüyüp gelişmelerini; yeterli beslenme, barınma, dinlenme, eğlenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını ilke olarak benimsemektedir.

1966: Uluslararası Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi:

Sözleşme, Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiş 1997 yılı Eylül ayına kadar 137 ülke tarafından onaylanmıştır. Bu sözleşme, devletlerin, halkın ekonomik, toplumsal ve kültürel haklarına saygı duyma yükümlülüklerini dile getiren ilk belgedir. Sözleşme'nin 11 maddesi, yiyecek dahil olmak üzere yeterli bir yaşam standardına sahip olma hakkını teyid etmekte; herkesin açlıktan kurtulmasını temel bir hak saymaktadır. Sözleşme, ayrıca, Taraf Devletlere, besin maddelerinin üretimini, muhafazasını ve dağıtımını iyileştirmeye yönelik önlemlerle birlikte, bu hakkın yaşama geçirilmesi için gerekli adımları atma yükümlülüğü getirmektedir.

1986: Kalkınma Hakkı Bildirgesi:

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından benimsenen Bildirme'nin 1. maddesi, kalkınmanın "vazgeçilmez bir insan hakkı" olduğunu; insanların, "bütün insan haklarının

ve temel özgürlüklerin tam olarak gerçekleştirildiği" bir ekonomik, toplumsal, kültürel ve siyasal kalkınmaya katılma ve kalkınmanın nimetlerinden yararlanma hakkını bulunduğunu belirtmektedir. 8. madde ise, bütün Devletleri, sağlık hizmetlerine ve besin maddelerine erişimde herkes için imkan sağlamaya çağırılmaktadır.

1989: Çocuk Haklarına Dair Sözleşme:

İnsan Hakları alanında en yaygın biçimde onaylanan sözleşmedir. Sözleşme, çocukların yaşamlarının, gelişmelerinin ve korunmalarının güvence altına alınmasını, bütün devletlerin uluslararası yasa çerçevesindeki yükümlülüğü saymaktadır. Sözleşme'nin 24. maddesi, Taraf Devletlere, "çocukların mümkün olan en yüksek sağlık standardına" ulaşma haklarını tanıma ve bu hakkın yaşama geçirilmesine yönelik önlemleri alma yükümlülüğü getirmektedir. Sözleşme'ye göre Taraf Devletler, temel sağlık hakkını başta olmak üzere, bütün çocuklara tıbbi yardım ve bakım sağlamakta; temel sağlık bakımını çerçevesinde yeterli besin değerine sahip yiyecekler aracılığıyla hastalıklarla ve malnutrisyonla mücadele etmekte; temiz içme suyu ve yeterli sanitasyon olanakları yaratmakta; ve çocuğu anne sütüyle beslemenin üstünlükleri konusunda aileleri bilgilendirmekle yükümlüdürler. Onaylanma durumu: Sözleşme, 1997 yılı Eylül ayı ortası itibarıyla, Somali ve ABD dışında 191 ülke tarafından onaylanmıştır.

1990: Çocukların Yaşatılmaları, Korunmaları ve Geliştirilmelerine Yönelik Dünya Bildirgesi ve Eylem Planı: Çocuklar için Dünya Zirvesi'nde o güne dek görülmemiş genişlikte bir katılımı yer alan dünya liderleri, yayımlanan Dünya Bildirgesi'nde, çocuk haklarına üst düzey öncelik tanıma taahhüdünde bulundular. Gene Zirve'den benimsenen Eylem Planı, Bildirme'nin yaşama geçirilmesine yönelik 7 ana ve 20 destekleyici hedef belirlemiştir. Beslenmeyle ilgili başlıca hedef, 5 yaşından küçük çocuklarda görülen ağır ve orta düzeyde malnutrisyonun, yüzyıl sonuna kadar 1990 yılındaki düzeye göre yarıya azaltılmasıdır.

Beslenme konusundaki diğer 7 hedef ise şunlardır: Düşük doğum ağırlığı vakalarının, bütün doğumların yüzde 10'unu aşmayacak biçimde düşürülmesi; kadınlarda demir eksikliğinden ileri gelen anemi vakalarının 1990'daki düzeye göre üçte bir oranında azaltılması; iyot yetersizliği bozukluklarının fiilen ortadan kaldırılması; A vitamini yetersizliğinin ortadan kaldırılması; bütün kadınların, doğumdan sonraki yaklaşık 6 hafta boyunca bebeklerin yalnızca kendi sütleriyle besleyebilecek duruma getirilmeleri; bebeklerin büyümelerinin izlenmesi ve geliştirilmesi çalışmalarının kurumsallaştırılması; yiyecek üretiminin, hanelerinin beslenmelerini güvenceye alacak yeterlilikte artırılması için gerekli bilgilerin ve destek hizmetlerinin sağlanması.

Kaynak: "Dünya Çocuklarının Durumu 1998" Unicef Yayın

kanalıyla. Bir yandan toplumsallık unutulup bencillik kamçılanıyor, diğer yandan çeşitli adaletsizliklerle dalga dalga büyüyen sosyal sorunlar içinde bunalmış, zaten yaşlan gereği içlerinde fırtına yaşayan gençlere, yalnızca kendilerini sorgulatan, benliklerindeki gelgitleri kaşıyan toplum düzeni dünyaya dayatılan, biraz önce anlattığım resmi ideolojiyi sorgulatmayan sentetik bir edebiyat geliyor.

Kimi bestsellerleri ben de okuyorum, içinde sapkınlık derecesinde cinsellik var, zaman zaman şiddet var ve sürekli iç sorunlar var. Bakıyorsunuz, o medya, bizim her alanımıza giren o medya, o kitapları, o edebiyat eserlerini gündemimize sokuyor. En çok satan adı altında daha çok tüketimin yolu açılıyor. Ayrıca, banka kuran, televizyon kanalına ve gazeteye sahip olan holdingler, bu kez son amaçları, belki bir toplumsal muhalefet odağı olur diye yayıncılığa, kitapçılığa, edebiyata; belki edebiyatta toplumsal muhalefet yüksek düşüncesiyle (yıllar onu göstermiştir ki, toplumsal muhalefet edebiyattan başlar) onu da denetim altına almak için, şimdi, kitap ve yayınevleri kurmaya başladılar. Onların istedikleri kitaplar satılacak ve istedikleri, kendilerine ait yerlerde satılacak. Ankara'da da böyle bir yer açıldı adı da Book Shop, Book Shop'un vitrininin, ilanlarında, topluma varabilmek için bir gazoz firmasının, dünyada oradan oraya dolaştırıp yeni bir imaj olarak ileri sürdükleri Spice Girls fotoğrafları vardı.

Geçen gün aynı kitapçının önünden geçiyordum, müthiş bir kalabalık, millet birbirini yiyor..." Bu çok güzel, ben yanlış düşünüyordum, insanlar kitap okumaya başlamış" dedim; sonradan öğrendim ki, Sibel Can, kasetlerini imzalıyormuş!

Kısaca bu sarmal, çok önemli bir sarmal. Giderek tekdüzeleştirmeye çalışan bir sarmal, bizi tüketmeye çalışan bir sarmal ve bize ve hayatımıza medya hükmediyor.

Yard. Doç. Dr. BENGİ SEMERCİ (H.Ü.T.F. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)- Başlık "Toplumda Şiddet" ama, ben konum gereği daha çok çocuk ve şiddetin, aslında olmaması gereken ilişkisinden bahsetmek istiyorum.

Sözel olarak bile, sözcük olarak bile söylerken çocuk ve şiddetin yan yana gelmesi çok rahatsızlık veren iki sözcük gibi hisse kapıldım; ama, buna rağmen, tüm dünyada hem çocuklara uygulanan şiddetten hem de çocukların uyguladığı şiddetten bahsederek birçok şekilde bu iki sözcüğü yan yana getirmek zorunda kalacağız.

Şiddet dediğimiz, insan doğasında olan bir öge, mutlaka insanın doğasında olan bir durum; ama, bu demek değil ki, insanın doğasında var, o zaman engelleme şansımız yok, koruma şansımız yok. Tabii ki, insanın doğasında da olsa, ne kadar şiddetle yüz yüze geldiğiniz, ne kadar uzun süre karşılaştığınız ya da ne

şekillerde karşılaştığınız, gelecekteki, kendi geleceğimiz ya da ülkemizin geleceği diye algıladığımız çocuklarımızın durumunu belirleyen bir sorun haline geliyor.

Genel olarak, çocuklar, şiddet karşısında kendi yapılarına göre iki farklı tepki gösteriyorlar. Bazı çocuklar daha içe kapanık, dış dünyaya ilişkisi daha az olan çocuklar, şiddet karşısında daha da içe kapanma, toplumla ilişkiyi kesme, kaygı gibi tutum sergilerken; daha dışa dönük, zaten öfke kontrolü zor olan çocuklar, şiddetle tanıştıkları zaman, şiddetle sürekli birlikte oldukları zaman hem kendilerine uygulanma şeklinde ya da tanık olma şeklinde daha vurucu, kaba, kırıcı, saldırgan tutumlar izlemeye başlıyorlar.

Çocukların şiddetle karşılaşmaları durumunda neler oluyor diye yapılan birçok çalışma var. Bunlar göstermiş ki, ister çocuklara direkt şiddet uygulansın, ister çocukların yanında şiddet uygulansın, kendileri direkt tanık olsunlar, isterse dünyanın herhangi bir yerinde olan şiddet, basın yayın organları aracılığıyla çocuklara getirilsin, bu organlar aracılığıyla tanıklık yapılsın; çocuklar bundan birkaç yönden etkileniyor. Bunlardan ilki, sürekli yinelenen şiddet eylemleri, çocuğun, şiddeti, bir sorunu çözmede etkin, kullanılabilir yol olarak görmesine yol açıyor; yani, şiddet gösteren kazanıyor; o halde, bu etkin bir yol, ben de bunu uygularsam ben de kazanırım şeklinde ve aynı şekilde, çocukların, şiddeti, bir çeşit iletişim şekli olarak görmelerine yol açıyor.

İkinci bir sonuç, yine özdeşim çocukluk döneminde gerekli ve olan bir durum olduğu için, özellikle 11-14 yaş grubundaki çocukların gördükleri şiddet eylemlerini aynı şekilde uygulamalarına yol açıyor. Özdeşim kuruyorlar onun yaptıklarını aynen yaparım diye.

Üçüncü bir sonuç, şiddet eylemleri, özellikle öfke eğilimi olan çocuklarda, dürtü kontrolü zor olan çocuklarda dürtü kontrolünün ve duyu kontrolünün iyice yok olmasına yol açıyor.

Tabii, şiddete maruz kalmak ya da şiddete tanıklık etmek çocuklarda önemli ruhsal travmaya neden oluyor ve belki de en kötüsü, uzun süreli şiddetle karşılaşmak, uzun süreli şiddete maruz kalmak ya da tanıklık yapmak; bir süre sonra sadece çocuklarda değil, herkeste şiddetin, bir çeşit alışkanlık, hatta bir süre sonra da bir eğlence şekli haline gelmesine de neden oluyor.

Tüm dünyada hem çocuklara yönelik şiddetin, direkt çocuklara uygulanan şiddetin hem de çocukların uyguladığı şiddetin gittikçe arttığını görüyoruz. Çocuklara uygulanan şiddet açısından baktığımızda, şiddetin öncelikle evde başladığını görüyoruz. Tüm dünyada, her ülkede, evde, değişen oranlarda ve şekillerde olmakla birlikte, çocuklara uygulanan fiziksel ve cinsel şiddet artmakta; bizim ülkemizde de bu şekilde; evlerde, çocuklara, fiziksel ve cinsel yönden şiddet gittikçe artıyor. Bu nedensiz, dernekler kuru-

luyor, eğitim programları düzenliyor; ama, bu, gittikçe önlenemeyen bir şekilde artıyor.

Yine, okullarda şiddet uygulaması bir türlü kaldırılamıyor. Bilmiyorum, belki içinizde bilen vardır, ben yeni öğrendim; bizim Anayasamızda "çocuk gerektiginde dövülebilir" diye bir madde olduğunu öğrendim, bu kaldırılmaya çalışılıyor. "Eğitim amaçlı çocuk dövülebilir" diye bir maddemiz varmış bizim. Okullarda ve evlerdeki fiziksel öselenmeye dayanak olarak kullanılabilen bir maddeymiş bu.

Yine, çocuklar sokağa çıktıkları zaman sokaklardaki çocuklar öfkeli; birbirlerine karşı şiddet gösteriyorlar, diğer canlılara karşı şiddet gösteriyorlar, çocuklara karşı şiddet gösteriyorlar.

Yine, dünyanın birçok ülkesi arasında gerek ülkeler arasında gerek bazı etnik çatışmalar nedeniyle olan savaşlarda çocuklar yaralanıyor ve çocuklar öldürülüyor.

Yine, dünyanın birçok ülkesinde küçük bedenler, güçlü olarak ya da cinsel meta olarak pazarlanıyor.

Bunlar, tüm dünyada çocuklara uygulanan şiddetin örnekleri. Bir de dolaylı uygulanan şiddetler var. Bunlar da, artan motorlu taşıtlarla yapılmış kazalarda en çok ölüm 15 yaş altındaki çocuk grubunda. Dünyada yaklaşık %20 gibi bir oranı kapsıyor bu.

Yine, ev içi kazaların, artan teknolojiyle gerek ilaç zehirlenmelerinin gerek diğer maddelerle ev içinde olan zehirlenmelerin ya da ev içi elektrikli aletlerle olan kazaların, bu kazalarda ölümlerin birçoğuna yine 4 yaşın altındaki çocuklar maruz kalıyor.

Kısaca, uygulanan bütün şiddetlerden hiç de paylarına düşmemesi gereken bir şiddet payını çocuklar almış oluyor.

Tabii, direkt çocuklara uygulanan şiddetin yanı sıra, tüm dünyada uygulanan şiddet araçları, gösterimleri, ortaya konuş şekilleri, basın yayın organları tarafından hiç sansürsüz, düşünmeden tüm açıklığıyla; şiddete direkt maruz kalmayan çocuklara da bir şekilde ulaştırılabiliyor.

Filmler, çizgi filmler değişti. Eskiden filmlerde, çizgi filmlerde kahramanlar adam öldürmezdi ve çocuklar, o kahramanlara özenir, onlar gibi olmaya çalışırlardı. En şiddet filmi diye bilinen filmler kovboy filmleriydi ve onlarda da asla gerçek kahraman adam öldürmezdi, kötü adamlar adam öldürürdü. Halbuki, şimdi izlediğimiz filmlerde kahraman olmak için bir kişiyi öldürmek yetmiyor, toplu katliam yapmanız gerekiyor. Ne kadar çok kişi öldürürseniz o kadar güçlü ve o kadar kahraman oluyorsunuz. Çocuklar da, doğal olarak bu kahramanlara özeniyorlar ve güçlü olmak istiyorlar.

Sonuç olarak da, düzenin içinde şiddetin geçerliliğini, etkinliğini ve gücünü öğreniyorlar. Zaten doğalarında var olan ve yine deminden beri anlatılan bu benim sevmediğim küreselleşme tabiri içinde gittikçe evlerinde daha çok yalnız kalmaya mahkûm edilen, bi-

reysel iletişimin kopması nedeniyle iletişimi, kitaplarla, bilgisayar ekranlarıyla, televizyonlarla ve gazetelerle sağlayan çocuklar, bu değişen düzen nedeniyle tamamen izledikleri şiddetli alabildiğince uygulama yönünde bir eğilim gösteriyorlar ya da maruz kaldıkları şiddetli.

Evde babasından dayak yiyen, evde annesinden dayak yiyen ya da bu şiddetli sık sık gören çocuk, önce kardeşini dövmekle başlıyor, sonra yaşıklarını dövmeye başlıyor; çünkü, öğrendiği, ne kadar çok kişiye şiddet gösterebilirse etkin olmanın, güçlü olmanın, hakimiyet kurmanın tek yolu şiddet. Bu nedenle, onları artık şiddetten korumamız, gittikçe zorlaşıyor.

Bunun sonucu olarak da tüm dünyada gittikçe artan oranda, çocukların uyguladığı şiddet ortaya çıkmaya başladı. Benim dikkatimi sahsen çekmemişti, son zamanlarda, özellikle Avrupa'dan ve Amerika'dan gelen haberlerde okullarda çocuk katillerin, çetelerin yaptığı şiddet olaylarını tek tek gazetelerden okuyunca (sanki çok yoğun değilmiş gibi geliyor) buraya birkaç örnek getirebilmek için internette "çocuk ve şiddet" diye kelime verip de toplu olarak gördüğüm zaman, son iki ay içinde bile ne kadar çok, çocukların uyguladığı şiddetle ilgili haber çıktığını gördüm. Sizlere de hatırlatma amacıyla birkaç tane örnek vermek istiyorum.

Dünyanın her tarafından her gün gazetelerde bu tür etnik ya da ülkeler arası savaşlar nedeniyle tanklarla ve silahlarla iç içe yaşayan çocuklar...

Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği bazı örnekler var; çeşitli ülkelerde çeteler kurulması ve çocukların çetelere katılarak silah kullanmayı öğrenmeleri ve bu öğrenmeler sonucunda erişkinlerden gördükleri şekilde, özellikle son iki ay içinde hâlâ, hatırlardadır, çocuklar tarafından erişkinlere ve kendi yaşıklarına yöneltilen artık direkt öldürmeye yönelik haberler çok sık yer almaya başladı.

Belki de bu haberlerin bu kadar sık yer almasının en kötü tarafı, kanıksanan, şöyle bir göz atılıp "vah vah, ne kadar kötü" deyip geçilen haberler haline gelmesi. Amerika'da son iki ay içinde 11-15 yaş grubu arasında katil olan çocuk haberi 5 tane. O kadar sık tekrarlansınca herkesin bakış açısı sanki "bu son derece doğal, normal yapılan bir şeymiş" gibi algılamaya alıyor.

Bunların hepsi sadece nisan ve mayıs aylarına ait haberler.

Tabii ki, çocuğu hem karşılaşıcağı şiddetten hem de tanık olacağı, izleyeceği şiddetten korumak sadece ailelerin görevleri ya da ailelerin sorumluluğu değil; bu bir toplumsal sorumluluk. Çocuğun yaşadığı aileyi, içinde bulunduğu toplumu, o toplumu kapsayan tüm dünyayı, savaşlardan, kıyımlardan, sömürlerden arındırmak, çocuk haklarını korumak için olduğu kadar, ülkelerin ve dünyanın geleceğini korumak açısından da çok önemli.

Prof. Dr. ORHAN AYDIN (H.Ü. Beytepe Psikoloji Bilim Dalı Başkanı)- Ben, konuşmamı daha da özelleştirip televizyonun etkisi üzerinde durmaya çalışacağım; ama, onu, belki, ayrıntılara girmeden önce hemen baştan vurgulamam gerekiyor. Ben, genel kanının aksine, araştırma bulgularına dayanarak günlük yaşamda gözlediğimiz şiddet olaylarındaki artışta iddia edildiği gibi, televizyonun ya da medyanın çok fazla bir rolü olmadığını savunacağım.

Aslında, televizyonun günlük yaşama girmesiyle birlikte ekranda izlenen şiddet içerikli filmlerin, toplumsal açıdan olumsuz sonuçlar doğurup doğurmayacağı konusu da gündeme gelmiş, tartışılmaya başlanmış. Özellikle televizyonda izlenen şiddet içerikli filmlerin, toplumsal açıdan birçok olumsuz sonuç doğurabileceği öne sürülmüş. Örneğin, toplumun şiddete karşı duyarsızlaşması; toplumun, şiddetli sorunların bir çözüm yolu olarak görmeye başlaması, suç oranının artması. Bütün bunlar tartışılmakla birlikte, en fazla tartışılan, üzerinde en fazla görüş öne sürülen konu şu: Acaba, çocuklar, televizyonda şiddet içerikli filmler izledikleri için saldırgan olurlar mı; dolayısıyla, toplumsal düzeyde saldırgan davranışlarda görülen artış, televizyonda gösterilen şiddet içerikli filmlerin fazla olmasıyla açıklanır mı? En fazla tartışılan konu bu.

Ben, teknik detaylara çok fazla girmeden bir noktayı açıklamak istiyorum. Nereden çıkıyor; yani, insanlar, özellikle akademik dünyada ilgili bilim alanlarında, başta psikoloji olmak üzere, televizyonun etkisi konusuyla insanlar niçin ilgilenmeye başlıyorlar.

Bunun kökenini psikolojideki bir teoride görmek mümkün. Sosyal öğrenme teorisi ya da kuramı olarak adlandırılan bu kurama göre, çocuklar, doğdukları zaman davranış repertuarları sıfırdır, giderek yaşla birlikte yeni davranışlar kazanırlar. Bu yeni davranışların kazanılmasında rol oynayan temel mekanizmalardan bir tanesi de taklittir; yani çocuklar, davranış dağıcıklarını, çevrede, teknik dilde model olarak adlandırılan kişilerin davranışlarını gözleyerek öğrenirler.

Dolayısıyla, buradan saldırganlığa ve şiddete gelecek olursak, eğer, çocuklar televizyonda çok aşırı ölçüde saldırgan davranışlar ya da şiddet içeren film izlerlerse saldırgan olurlar.

Burada üzerinde durulması gereken veya sorulması gereken konu şu: Kendimi daha iyi anlatabilmek için bunu açıklıyorum. Temelde tartışılan şu: Herhangi bir çocuk, yani hiçbir saldırganlık repertuarı olmayan bir çocuk, televizyonda şiddet içerikli film veya filmler izlediği için saldırgan olur mu olmaz mı? Tartışılan sorun bu.

Bu konuda yapılmış 1990 yılı ilibariyle 100'e yakın araştırma var. Bu 100'e yakın araştırmada, filen, çocukların saldırgan içerikli film izlemelerinin saldırgan olmalarına yol açar mı açmaz mı konusu üzerinde bu araştırmalar yürütülüyor. Bu araştırmalar genellikle üç

başlık altında toplanıyor.

Birinci grupta laboratuvar araştırmaları dediğimiz bir dizi araştırma yer alıyor. Bu araştırmalarda genellikle izlenen yol şu: Çocuk, bir laboratuvar ortamına alınıyor, oturtuluyor bir sandalyeye, kendisine, videodan şiddet içerikli bir film izletiliyor. Bu filmler, günlük yaşamda televizyondan izlediğimiz filmler değil, yoğun bir biçimde tek konunun şiddet olduğu özel yapımlar. Daha sonra çocuk laboratuvar ortamından bırakılıyor ya da başka bir ortam hazırlanıyor. Araştırmacılar, tek yönlü aynanın arkasına geçiyorlar ve çocukların ekranda izledikleri şiddet davranışlarını ne ölçüde taklit ettiklerini not ediyorlar.

İtiraf etmek gerekir ki, bu araştırmaların büyük bir çoğunluğunda çocukların, ekranda izledikleri şiddet davranışlarını taklit ettikleri gözleniyor. Ancak, laboratuvar araştırmaları olarak adlandırdığımız bu araştırmalar ne ölçüde günlük dış dünyaya genellenebilir? Soru bu tura gelince birtakım tartışmalar ortaya çıkıyor ve bu tür bulguların günlük yaşama genellenemeyeceği öne sürülüyor. Niçin genellenemiyor; birkaç nedenden dolayı. Ben kendi görüşümü aktarmadan, benim görüşümde olan başka araştırmacıların fikirlerini aktarıyorum önce.

Deniyor ki; her şeyden önce laboratuvar ortamında izlenen bu tür filmler, günlük yaşamda, televizyonda izlediğimiz filmleri temsil edecek filmler değil; özel amaçlı, sırf bu amaçla yapılmış olan filmler.

Evet, günlük yaşamda şiddet var televizyon filmlerinde; ama, şiddetin yanı sıra, çocuğun örnek alabileceği ya da daha teknik dille ifade edecek olursak, model alabileceği birçok davranış var, sadece şiddet ve saldırganlık değil; dostluk var, kardeşlik vesaire var. Dolayısıyla, çocuk, birçok şeyi taklit edebilir, birçok şeyi örnek alabilir.

İkincisi, bunu biz teknik dilde talep özellikleri olarak adlandırırız, genellikle araştırmaya katılan kişiler, araştırmanın amacının ne olduğu konusunda kendi kafalarında bir açıklama oluştururlar ve genellikle araştırmacıyı memnun edecek yönde davranırlar. Şimdi, bir çocuğu laboratuvara oturtup "kıpırdamadan şu filmleri izle bakayım" dediğiniz zaman, çocuk da olsa bir anlamda sizden ne istendiğini gayet rahat anlayabiliyor. Artı, çocuklar, günlük yaşamda çoğu kez televizyonu tek başlarına değil, belirli bir sosyal ortam içinde izliyorlar. Bu ortam içinde kendilerini, televizyonda izlediği şeyin gerçek olmadığını ya da doğru olmadığını açıklayacak birtakım yetişkinler, kişiler bulunabiliyor.

Bu nedenle, bu tür filmler, günlük yaşama genellenemez, daha doğrusu, bu tür filmler izlettirilerek yapılan araştırmalar günlük yaşama genellenemez, genellenmemesi gerekir.

Biraz önce şöyle bir şey söylemiştim: "İtiraf etmek gerekir ki, bu araştırmaların büyük bir bölümünde çocukların, izledikleri şiddetli taklit ettiklerini gösteren

bulgular elde edilmiş." Ancak, burada bir noktayı da vurgulamakta yarar var. Psikoloji dergilerinde çoğu kez, beklendik etkilerin görüldüğü araştırmalar yayınlanır ya da yayına kabul edilir; yani, siz, sosyal öğrenme kuramlarını test etmek üzere bir araştırma düzenleyip hiçbir şey bulamazsanız, gönderdiğiniz dergi, büyük bir olasılıkla bunu basmaz. Dolayısıyla, belki de, bu tür filmlerin etki yaptığını ya da çocukların, bu tür filmlerde gözledikleri davranışları taklit ettiklerini gösteren araştırma ya da göstermeyen, bu tür bulguların elde edilmediği araştırmalar da var; ama bunlar yayınlanmıyor.

Bir ikinci grup araştırma, alan deneyleri dediğimiz deneyler. Burada laboratuvar deneylerinin, biraz önce vurguladığım sakıncalarının ortadan kaldırılmasına çalışılıyor; yani, çocuğa, bir laboratuvar ortamında tek bir dozda şiddet içeren filmler değil de, günlük yaşamda televizyonda izlenen filmler gösterilerek araştırma yürütülüyor. Bu tür araştırmalar, genellikle yatılı okullarda yürütülüyor. İki ya da üç grup çocuk alınıyor, bu çocuklardan bir gruba, en az bir hafta olmak üzere uzunca bir süre yoğun bir biçimde, günde en azından birkaç saat şiddet içerikli filmler izlettiriliyor. Bir ikinci grup çocuğa, olumlu sosyal davranışlar içeren filmler izlettiriliyor. Bir grup çocuk da normal, her türlü filmi izliyor. Burada daniyor ki: "Ortadan kaldırdık, çocuk, günlük yaşamda, kendi doğal ortamında televizyonda doğal olarak izleyeceği filmleri izliyor."

Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar oldukça karmaşık. Bir grup araştırmada, tam aksini gösteren sonuçlar elde edilmiş; yani, şiddet içerikli değil, olumlu sosyal davranışlar içeren filmler izleyen çocuklar, film izleme sürelerini takiben daha fazla saldırgan davranışlar sergilemişler.

Bazı araştırmalarda bu alan deneylerinde iki grup ya da üç grup arasında saldırgan davranışlar açısından herhangi bir farklık gösterilmemiş.

Bir grup araştırmada ise saldırgan içerikli film izleyen çocukların daha fazla saldırgan davranışlar sergilediğini gösteren sonuçlar elde edilmiş; ama, bu üçüncü gruptaki araştırmalarda elde edilen bulgular arasında da bir tutarlılık yok. Saldırganlık ölçümleri dediğimiz ölçümler, yani çocukların, ne ölçüde saldırgan davranışlar sergilediklerini saptamak üzere yapılan çalışmalarda genellikle saldırganlık değişik biçimlerde ölçülüyor. Örneğin, sözel saldırganlık deniyor, fiziksel saldırganlık deniyor, eşkiyaya yönelik saldırganlık deniyor. Bu ölçümler değişik açılardan alınıyor.

Bu "olumlu sonuçlar" diyebileceğimiz sonuçların elde edildiği araştırmalarda ise örneğin, birisinde fiziksel saldırganlıkta artma görülürken, bir başka araştırmada sözel saldırganlıkta bir artma görülüyor. Birisinde sadece kız çocuklarda artma görülürken, ötekinde sadece erkek çocuklarda artma görülüyor.

Yani, bu tür araştırmaların bulguları arasında da bir tutarlılık yok. Dolayısıyla, bunlara dayanarak da "televizyonda izlenen şiddet içerikli filmler, çocukların saldırgan olmasına yol açar" hipotezini doğrulamak veyahut da onaylamak mümkün değil.

Üçüncü grup araştırmalara gelince, bunlara korelatif araştırmalar diyoruz. Bu tür araştırmalarda da genellikle izlenen şey şu: Çocukların, annelerinden, babalarından, kendilerinden ne kadar süreli ve ne tür filmler izledikleri konusunda bilgi alınıyor. Daha sonra, çocukların, ana babalarından, öğretmenlerinden, bu çocukların ne kadar saldırgan oldukları konusunda bilgi alınıyor. Şiddet içerikli film izleme alışkanlığı ve süresi ile saldırgan davranışların sıklığı ve şiddeti arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılıyor. Bu tür araştırmalarda da yine olumlu sonuç elde edilmeyen araştırmaların yayınlanmadığı olgusunu kafamızda tutarak söylüyorum, genellikle şiddet içerikli film izlemekte saldırgan davranışlar arasında bir ilişki olduğu bulunuyor. Ancak, burada şu noktaya dikkat etmek gerekiyor. Korelatif türde araştırmalar dediğimiz araştırmalara dayanarak bir neden-sonuç ilişkisi kurmamız mümkün değil; yani, iki değişken var, bu iki değişken arasında bir ilişki var; ama, hangisi hangisinin nedeni, bunu bilmemiz mümkün değil; yani, korelasyon şöyle de bulunabilir: Yazın bir sahil kentinde tüketilen meşrubat miktarıyla denizde boğulan insanların sayısı arasında da bir ilişki bulabilirsiniz. Bu, birinin diğerinin nedeni olduğu anlamına gelmiyor, sadece iki olayın birlikte görüldüğü anlamına geliyor. Yani, ikisinin birlikte bulunması, birinin diğerinin nedeni olduğu anlamına gelmiyor. Eğer, arada nedensel bir ilişki varsa da, hangisi hangisinin nedeni; belki, çocuk, saldırgan olduğu için bu tür filmleri seyrediyor. Dolayısıyla, buraya bakarak da çok kesin bir sonuca varamıyoruz.

Peki, araştırma sonuçları bu kadar kesin değilken, nasıl kamuoyu, akademik çevreler bu kadar kesin yargıya varabiliyorlar ya da bu olay neden gündemde kalıyor. Bence, bu hassas bir konu. Tabii, toplumda şiddetin artmasını kimse istemez, kimsenin tercih ettiği bir olay değil. Eğer, arada şu kadarlık da olsa bir ilişki varsa, buna engel olmak biçiminde bunun önüne geçmek için bu konu gündemde kalıyor.

Araştırma bulguları çok kesin olmadığı için, araştırmacıların getirdikleri yorumlar genellikle başlangıçtaki görüşlerine paralel oluyor ki, bu tür araştırmaları düzenleyen kişilerin, akademisyenlerin büyük bir bölümü de, başta sözünü ettiğim sosyal öğrenme kuralına inandıkları için böyle bir etkinin olabileceğini kanıtlamaya çalışıyorlar. Bu tartışma sürüp gidiyor, daha da sürecek.

Araştırma bulguları böyle, gerçekten de kesin bir yargıya varmaya olanak tanıyacak ölçüde tutarlı değil. Buradan hareketle, şiddet içerikli filmlere birtakım kısıtlamalar getirilmeye çalışılırsa, yani bir nevi sansür

uygulanmasına girilirse, bu kadar zayıf kanıtlara dayanarak, bana öyle geliyor ki, bunun önünü almak mümkün olmaz. Boşanmış bir aileye ilişkin film gösterilir televizyonda, ailesel boşandı için çocuk çok etkilendi, depresyona girdi diyebiliriz. Kayıp çocuklar hakkında bir program yapılır; çocuk, çok sevdiği anasından babasından kendisinin de alınacağını düşünebilir, onun için, bu tür filmleri yasaklayalım... Daha ileriye gide gide, yönetenlerin kendi görüşlerine uygun bir sansürün uygulanması için gerekçe hazırlanır gibi geliyor bana. Tabii tartışılabilir, bu benim kendi görüşüm.

Vurgulamak istediğim bir başka nokta şu: Toplumda görülen şiddet olaylarındaki artışı televizyona açıklamak, bana, biraz kolaya kaçmak gibi geliyor. Şiddetin asıl kaynaklarını görmezlikten gelmemize yol açabilir gibi geliyor. Kanımca, hiçbir çocuk, sadece televizyonda bu tür filmleri izlediği için saldırgan olmaz, saldırganlığa yol açacak ya da şiddete yol açacak birçok toplumsal olay var. Örneğin fakirlik var, savaşlar var, göçler var, uyuşturucu var, alkol var; var, var, var...

Bütün bunların yanı sıra, benim kanımca, eğer, televizyonun, çocukların şiddet içerikli davranışlarının artmasında bir katkısı varsa bile, bu saydığım nedenlerle kıyaslandığında ihmal edilebilir bir katkıdır. Dolayısıyla, dikkatimizi ve zamanımızı boşuna harcamamak için belki de dikkatlerimizi saldırganlığın ve şiddetin gerçek kökenlerine veya gerçek nedenlerine yöneltilip ona bir çare bulmaya çalışmamız çok daha mantıklı, çok daha verimli olur.

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ (H.Ü., T.F. Psikiyatri A.B.D. Öğretim Üyesi): Böyle bir davet bana onur verdi. Başlangıçta ne müsanebelle çağırıldığımı pek anlayamadım ve eczacılıkla şiddet nasıl bir bağlantı gösteriyor diye de kafamdan soru geçmedi değil. Diğer konuşmacı arkadaşlarımı da öğrenince, ben de, bunu neresinden ele alsam acaba, neresinden tutursam diye kafa yorarken, pek işlenmeyeceğini tahmin ettiğim bir boyut; din ve şiddet bağlamında bir şeyler sunabilirim diye düşündüm ve hazırlığımı ona göre yaptım. Tabii, dinleyicilerin eczacılardan oluşacağını bilmeme rağmen, konuyu böyle çok toplum bilim ya da teolojinin (dinbiliminin) böyle ayrıntılı tartışmalara sokmadan biraz ana çerçevesiyle dini bir kurum olarak, belirli bir din değil, genelde din kurumunu şiddet açısından kritik etmek, bakmak sanki uygun olur gibi geldi.

Bu konuya girmeden, izin verirseniz, diğer konuşmacı arkadaşlar farklı şeyleri söylediler. Işık Kansu'ya çok teşekkür ederim; gerçekten, medyanın, günümüzdeki konumu, işlevi, statüsü açısından çok çarpıcı, hakikaten can alıcı manzara sergiledi.

Diğer konuşmacı arkadaşlar, dönüp dolaşıp, çocuk, televizyon, şiddet, saldırganlık ve hakikaten sosyal bilimlerdeki araştırmaların ne kadar ideoloji ve önyargı

yüklü olabileceğinin çok güzel örneklerini bize gösterdiler. Konunun altını çok dikkatle çizmek lazım. Gerçekten, adına bilimsel araştırma deyince akan sular her zaman durmuyor. O araştırmaları güden, daha doğrusu güdüleyen kaygılar nelerdir, kurumlar nelerdir, kime hitap etmekte, ne gibi bir amaç gütmekte, hatta nasıl bir ideolojinin içinde yer almakta; bunları hakikaten düşünmek lazım. Doğa bilimlerindeki verilerin nötrallitesi gibi değil; çünkü, sosyal bilimler, hele hele insana dönük çalışmalar mutlaka değer yüklü çalışmalar oluyor.

Saldırganlık, şiddet, insanlığın diğer birçok biyolojik türlerde olduğu gibi insanda da hep doğuştan gelen, yapısında ve varlığında hep var olan gelen bir eğilim mi, kazanılmış bir davranış mı, bir tutum mu? Çok tartışılmış bu konu. Kimi kültür oryantasyonunu, kültür yönelimli sosyal bilimciler, daha çok, sonradan toplumsal yaşam içerisindeki engellenmeler ve baskılanmalar sonucunda ortaya çıkan bir davranış sapması gibi görürler.

Bir grup, mesela etnolog; hayvan davranışlarıyla ilgilenenler, Lorenz gibi ya da başka başka sosyal bilimciler de bizim pirimiz Freud da bir miktar bu grubun içine girer. İnsanlığında doğuştan cinsellik kadar saldırganlık da bir içgüdü gibi adeta vardır. Önemli olan, bu saldırganlığın bir anlamda ehilleştirilmesidir. Sosyalleşme dediğimiz, kişiliğin gelişip olgunlaşması da bir anlamda bu içgüdülerle, dürtülerle sağlıklı kanallar yoluyla boşaltabilmek, doyurabilmek ve bağ edebilmektir. Böyle bir anlayış da var. Kimisi bunu kabul eder, kimisi buna karşı durur.

Yalnız, sosyal psikolojide bir deneyden size söz edip sonra kendi konuma geçeceğim; çünkü, bunu birkaç yıl önce bir başka platformda, siyaset ve şiddetle ilgili bir tartışma platformunda da tartışmıştık. O çok önemli bir konu; yani, siyaset, devlet, şiddet ve toplum. Bana sorarsanız çok daha çarpıcı bir tartışma alanı bu. Orada da dinle ilgili birtakım şeyleri tartışmıştık.

Arkadaşlar, iftiharla anmamız gereken, (Orhan Bey çok iyi bilir) Muzaffer Şerif'in (Sosyal psikolojinin babalarından, kurucularından, Amerika'da uzun yıllar yaşayıp galiba birkaç yıl önce merhum olan Türk asıllı sosyal bilimin büyük ustalarından biri) çok değerli bir çalışmasını özelleştirmeye çalışacağım. Bu, uzun bir çalışma. İşin ne kadar toplumsal bir boyutu şiddet; bundan tümüyle anılmak, sakınmak pek mümkün değil. Ona bir atıf yapıyor.

Bir kolejün öğrencilerini -üniversite anlamında kolej- birbirlerinden habersiz iki grup halinde bir hafta sonunda bir romana -ormanın içinde göl var- "doğayı tanıyalım, çevremizi bilelim" gibi bir gezi düzenleniyor; ama, bu, başka bir araştırmacının bir parçası. Çocuk habersiz, 20'er kişilik gruplar halinde iki ayrı grup, birbirlerini göremeyecek şekilde büyükçe bir romanda ayrı

ayrı kamplara yerleştiriliyorlar. Günlük rutin içerisinde de çevreyi gezme, tanıma gibi geziler başlıyor. İki grup, ortada birbirlerine yaklaşacak şekilde planlanmış bir biçimde geziler sürerken, diyelim ikinci günde, bir başka grubun, aynı coğrafyada varlığını sezer sezmez, haberdar olduktan hemen sonra çocuklarda doğal bir davranış, sağdan soldan taş ve sopa biriktirmeye başlıyorlar. Başkasının varlığı, öteki dediğimiz, mutlaka bir tehdit de içerir. İnsanların dostu olduğu kadar düşmana da hep ihtiyacı var ve biz, yoksa da düşmanı bir şekilde yaratırız. Niye yaratırız; bunun psikolojisini biraz düşünmek lazım herhalde. Toplu yaşamda da bakın bu ne kadar ortaya çıkıyor. Muhtemel tehdit kaynağı gibi gördüğü karşı gruba karşı böyle bir savunma ihtiyacı ve onun araçlarını temin etme çabası birkaç gün böyle sürüyor; ama, tam da karşı karşıya, yüz yüze de getirmiyorlar. Bu iki grup, fiziksel mekan anlamında birbirine yaklaşınca tehdit büyüyor ve dolayısıyla saldırma ihtimaline karşı da gerginlik artıyor.

Aradan bir dönem geçiyor, sonunda, iki grup da ormanda susuz kalıyor. İki grup, farklı farklı kanallarda su aramaya başlıyor, ama birbirlerine yakınlaşmıyorlar. Aralarında 5-10 metre mesafe olacak şekilde iki grup da su kaynağını aramaya doğru gidiyor ve hakikaten bilinen bir su kaynağına doğru gidiyorlar. Su kaynağı öylesine düzenlenmiş ki, tek başına bir grubun bu su kaynağından su temini mümkün değil; ancak, iki grup el ele vermek suretiyle, bir bakıma kovalarda bir silsile olacak şekilde, bir sıra teşkil edecek şekilde bir araya geldiklerinde suyu temin etmek ve bir anlamda yaşamlarını sürdürebilmek imkânı doğuyor. Sonunda her iki grupta da "ormanda biz birarada yaşamaya mecburuz" düşüncesi doğuyor. Böyle bir mizansen var.

Ondan önce, otobüsle birlikte giderlerken otobüste bir arıza oluyor, ilmek gerekiyor, o zaman da bir miktar birbirlerine yaklaşıyorlar. Yine de taşlarını ceplerine sokuyorlar, ama bir yakınlık da var.

Sonunda ancak böyle bir su meselesiyle yaşam, ortak olarak tehdit edildiğinde bir işbirliği, güçbirliği; onun dışında bağımsız varlıklarını koruma ve başkasının varlığını tehdit.

Yani, bu kadar yapısal ve önemli bir boyutu var bu işin, toplumsal yaşamın bir anlamda getirisi. Bu, şiddete ne bir övgü ne de şiddeti meşrulaştırma çabası; ama, işin bu boyutunu da hesaba katmak lazım.

Din meselesine gelelim. Din ve şiddet, çok eminim, paradoksal çağrışımlar yaratıyordur sizlerde. Çünkü, din gibi, insanın bir bakıma ilahi manzumesinin içinde şiddet nasıl bannır, nasıl olabilir, böyle bir şaşkınlık yaratabilir. Kutsallık içeren bir öğretiler bütününü gibi dini düşünürseniz; insanın arınması, bir bakıma nefsinin yüceltilmesi, birçok hayvani güdülerden bir çeşit

arındırılmasını amaç edinen bir anlayışta şiddet nasıl olur? İçinizden, birçoğu, siyasallaşmış din; siyasallaşmış İslam da bunun içine biraz girebilir, ama, hangi din siyasi bir nitelik kazanırsa ancak şiddetli o şekilde barındırır diye bir açıklama yapacağınız tahmin ediyorum.

Dini de yeniden şöyle kaba taslak bir tanımlamak gerekirse; insanoğlunun kozmoza daha doğrusu, kaosa, kargaşa, ve karmaşaya bir tür düzen getirme, bir tür kaosu kozmoza çevirme çabasının bir ürünü diye bakabilirsiniz. Dolayısıyla, kutsallık kavramının merkezde yer aldığı, bir anlamda evrende insanın konumunu kavramaya yönelik bir harita gibi düşünebilirsiniz. Tutum ve davranışlarınızı ve değerlerinizi bir bakıma yönlendirebileceğiniz, varoluşunuzu bir tür anlamlandırabileceğiniz ve dünyada varoluşunuzu da bir tür tanımlayabileceğiniz bir harita, bir rehber gibi de düşünmek mümkün. Bu anlamda, yani bir düzenleme, düzen verme gibi amacı olan kurumun, sadece kutsal varlıklarla ya da varlıkla insan ilişkilerini düzenlemekle kalmayıp, insanlar arasındaki ilişkileri de bir anlamda düzenleme iddiası taşıdığı andan itibaren, dinin, siyasi bir nitelik taşıması mümkün değil. İçin bir şeydir siyasi öge, her dinde.

Şimdi, içinizden, eminim, Avustralya'daki ilkel kabilelerin, insanların dinlerini ya da Uzakdoğu'daki bizim atalarımızın da Şamanik geçmişini hatırlarsanız, -yani bayağı nail- bunların siyasi şeyleri ne olabilir; bu kadar büyücülük, çaman; bu tip şeylerin yer aldığı Afrika kabilelerindeki ilkel dinlerden siyasi bir boyut nasıl olabilir diye geçiriyorsunuz. Pekala olabilir. Hiç onu dışlamaya yetmiyor.

Yalnız, hiç unutmamak lazım ki, dini tartışırken siyasi bir düzeye de indirgememek lazım. Dünyanın hangi tür dini olursa olsun, ve neresinde olursa olsun din, bir yapı halinde, sosyal kurum, bir kültürel öge olarak var olmaya başladığı andan itibaren bir otonomi kazanıyor; yani, kültür ve toplumdaki diğer kurumlardan görece bir otonomi kazanıyor. Onlardan bağımsız, hiçbir ilişkisi olmayan değil, kendi içinde bir iç evrim de kazanmaya başlıyor dinin gelişimi, yayılışı, topluma egemenliği. Büyük semavi dinleri düşünürseniz, bunun nasıl gerçekleştiği, biraz din tarihine bakınca çok apaçık görülüyor.

Tabii, dinlerin, sadece böyle bir otonomi kazanması ile dinler kıyıda köşede durmuyor; insanlık tarihine baktığımızda, siyaseti de önemli ölçüde belirliyor, düzenliyor. Siyaset dini, din siyaseti; iç içe geçen böyle bir yapı var.

Siyasete çok fazla gönderme yapmadan, size, dinlerdeki şiddet öğelerinden örnek sunmak istiyorum. Bir miktar antropolojik bir tur olacak dünya dinlerine baktığımızda, dinlerde şiddet meselesi nasıl oluyor. Daha somut örneklerle anlatayım.

Mesela, birincisi, şiddet bireyin kendine yönelik ola-

bilir. Belirli bir dinde tek tek bireylerin dini algılayış, yaşayış biçimlerinde bu şiddet öğelerini görebilirsiniz. Mesela, çilecilik, asketizm adı verilen, yani dervişlik gibi belirli bir din içindeki tasavvufi, mistik yorumların bir okuf haline geldiği tasavvuf okullarına baktığınızda, hemen hemen birçok tasavvuf okulunda, tek tanrılı dinlerin hemen hemen tümünde çilecilik ana bir yaşama tarzıdır. Nedir ondaki kasıt; bir tür sıkı bir perhiz, özü bu. Bu nedir; kimisi etten, kimisi belirli tür besinlerden, mesela kimisi mayalı içkilerden, yani alkolden uzak durmak, nefsi terbiye amacıyla uzun süreli oruçlar tutmak söz gelimi. Bu, bir bireyin kendi benliğine ve varlığına bir tür şiddet uygulama değil de nedir? Ya da bununla kalmıyor, yeme içmeyle kalmıyor, cinsel ilişkilerden uzak durma, hatta, biraz daha bu asketizm, Osmanlıcasıyla zühtü hayatı seçenlerin hayatına baktığınızda görüyorsunuz bunları. Anlamsızdır, değersizdir falan demiyorum, sakın yanlış anlamayın. Bunu hemen peşin peşin söylemeyeyim de, öyle yaşayanlara bir değer falan atfetmiyorum; ama, neresinden bakılırsa bakılın, burada bir şiddet öğesi var. Birçok aşırı züht vakalarında da bedene acı çekirmek, kendini yaralamak, hatta hatta kimi organlarını keserek selamete ulaşmayı planlamak, düşünmek; günahlarından arınma ya da ilahla, mutlak ruhla, mutlak varlıkla, daha doğrusu yaratan ile bütünleşme amacıyla birçok şeyinden, hatta kendi varlığından vazgeçme şeklinde bile bir tema var. Hemen hemen bu çilecilik ve kendine eziyet teması, bütün Yahudi, Hıristiyan geleneğine ait dinlerde ki, bunların kökü Helenistik çağdaki felsefeyle, metafizikle çok bağlantılı, çok alakalı; ama, şöyle derinden baktığınızda bu asketizm geleneklerine; hemen hepsinde ortak olan şöyle bir şey görüyorsunuz: Mevsimlerin döngüsüyle bağlantılı bir yön var; yani, ölüp dirilen ilah kavramı. Bu, ön Asya neolitik dinlerinden yaklaşık 8-9 bin yıllık bir pratikten kaynaklanıyor, geliyor. Anadolu da eski neolitik yerleşmeler açısından dünyadaki çok önemli coğrafyalardan biri ve neolitik dinlerin de ilk örneklerini Anadolu'da görmek mümkün.

Amaç nedir ya da bunun altında yatan akıl; kusurlu, kötücül maddi alem ve otoritenin, ruhsal alemle arasındaki karşıtlığı, paradoksu bir tür aşabilme, bu tür pratiklerle kendine çile çektilererek bu tür karşıtlığı aşabilme amacı var. Mesela, ilkçağda Frigya'da bereket tanrıçası Kibele'nin ayinlerinde Tanrıça'nın rahipleri Galli çalgıcıların eşliğinde tanrıça heykeli önünde rakesederken bir noktada esime haline geçerek erkeklik organlarını kesip tanrıça'nın önüne fırlatmaktaydılar. Sülerin Muharrem ayındaki ayinlerinde, uzun bir perhizin ardından Hüseyin için kendilerini kirbaçlamaları da neredeyse neolitik ya da ilkçağ bereket ayinlerinin bir tür yansıması gibi değerlendirilebilir.

Size, din ve şiddet ilişkisinde ikinci bir örnek; kimi zamanda bu şiddet, cemaatin başka üyelerine yönlendirilebilir, yönelebilir. Tarihte yaygın bir uygulama

olan insan kurbanını bu duruma örnek gösterebiliriz. İspanyol fatihlerinin anılarında, Astek, Maya, Toltek ve İnkatar gibi Orta ve Güney Amerika yerlilerinin genç kız ya da erkekleri kurban edip yüreklerini söküp alıp bereket ayinlerinde sunak olarak sunulmasından çokça söz ediliyor.

Eski ahitte nakledilen, İbrahim Peygamber'in oğlu İshak'ı Tanrı'ya kurban sunma öyküsünü, kadim bir semitik uygulama olarak hepimiz biliriz. Bu örnekleri daha çoğaltabiliriz.

Demek ki, kendi cemaatinin içinden birilerini kurban etmenin de özünde bir şiddet öğesi var.

Dinsel şiddet, başka cemaatlerin mensuplarına da yönelebilir. En çok da bizi bu ilgilendiriyor galiba. Biraz eskilere gittiğimizde, Kırım İskitleri, evlerini koruması için savaş esirlerinin kafalarını kesip konutlarının yakınındaki direklere asarlardı. Fraser, kafatası avcısı Saravak dayaklarının seferinden döndükten sonra kestikleri kafalara büyük saygı gösterdiklerini, onlara son derece tatlı dilli davrandıklarını, yemeklerinin en gözde parçalarını ağızlarına tıkırdıklarını; eskü kabilesindeki dostlarından nefret edip, artık mensubu olduğu yeni kabileyi korumasını telkin ettiklerini aktarır. Ancak, ötekine yönelen dinsel şiddetin en tipik biçimi kutsal savaştır ve felih ve ilhak siyasalarının en meşru ve yaygın gerekçesi ola gelmiştir fetih, uygarlık tarihinde.

Haçlı seferleri ve İslam fetihlerini şimdilik bir yana bırakacak olursak, örneğin, İspanyol fethçilerin, decal ya da şeytana tapındıklarını düşündükleri Orta ve Güney Amerika yerlilerinin ruhlarını kurtarma adına yerlileri kılıçtan geçirdiklerini, yeni doğmuş bebekleri köpeklerle parçalattıklarını bizzat İspanyol sömürgelerinde 35 yıl yaşayan İspanyol Rahip Domini-ke 1583'teki anılarında yazıyor.

Çok uzalmaya gerek yok, Türklerin de İslamiyete girişi ya da kabullenişinin, sanıldığı kadar çok da böyle sorunsuz, pürüzsüz, hüsnu kabulle filan olduğunu söylemek herhalde çok zor. Neredeyse yüzyılı aşan bir dönem, ciddi büyük şiddet uygulamalarıyla paralel gittiğini az buçuk biliyoruz, 8-9. Yüzyıldan başlıyor, 11. Yüzyıla kadar birkaç yüzyıl sürüyor bu işlem.

Din motifli şiddetin en yaygın biçimi ise kuşkusuz hayvanlara yönelen, yani kurban ayinleridir. Pek çok kültürün ortak teması, kanlı kurban, kimi durumlarda, mesela Grek kültürlerinde ya da Dyonisos Bakhüs festivalleri, bereket festivallerinde belli tapınaklara kurban edilen öküzler, mesela 200 yaban öküzü, 250 keçi, 250 domuz gibi ve bunların kanları, o sunak altının önündeki çukura akıtılıyor. Hindu Tanrıçası, bu Kanı kültüründe de aşağı yukarı böyle kurbanlar inanılmaz boyutlarda ve adeta bir kan banyosuna dönüşüyor. Kanlı kurban, bolluk ve bereketi sağlama ya da bir afeti savması beklentisiyle ilaha armağan olarak sunuluyor ya da ataların ve ölü ruhların öte dünyadaki ihtiyaçlarını karşılamak üzere sunuyor ya da sizin, öte

dünyaya gittiğinizde ata ruhlarının size yol göstermesi, rehberlik yapabilmemesini sağlayabilmek için bir çeşit rüşvet ya da ilahın kutsallığından bir nebze pay alabilmek, şöyle ucundan kıyısından bir miktar kutsiyet kazanmak ya da günahlarınızın kefaretinin bir bedeli olarak sunmak şeklinde; ama, ciddi bir şiddet ögesi olduğu da apaçık meydanda.

Son olarak, dinsel şiddet, bizzat ilahın kendisine de yönelir. Fraser Fenike ve kolonilerinde, özellikle Sur, Kartaca ve Kades'te baştan heykelinin her yıl yakıldığını aktarmaktadır. Gayet tabii bir sembolik şiddet ama, önemli.

Upsala'daki kutsal koruda kendini kendine kurban ederek ilahi kudrete erişen Tanrı Odin'i temsilen her yıl insan ve hayvanlar ağaçlara asılarak kurban edilmekteydi. Antik Yunan'da Tanrıça Artemis'in heykeli yıllık bir festivalde asılırdı. Trakya'daki diyonizyak ayinlerde yalnızca ilahın kadın müritlerinin katıldığı bakanalya ayinlerinde esrik kadın müritler Tanrı'yı temsil eden bir domuzu diri diri parçalayıp çiğ çiğ yerlerdi. Buyurun, bu, bir tür, ilaha yönelik ya da en kutsal olan varlığa yönelik olan bir şiddet uygulaması.

Türü ne olursa olsun, bu ayinlerin, bu törenlerin hemen hemen çoğunun, bereketli sağlamaya yönelik olmalarına karşın, hayatın öbür yüzü, ölüme kanla iç çeliği süregenleştirdiğini de gözden kaçırmamak lazım.

Gerçekten de, dinin tabiatına ilişkin iki temel özelliği, onun, şiddeti içselleştirmesine yol açmaktadır. Bir kez, din-hemen hemen tüm dinler bunun içine soku-labilir- ölüm ve ölüme ait değerler üzerinde bir tekel oluşturmuştur.

Eski Sovyetler Birliği'nde çok sınırlı bir uygulama alanı bulan seküler sosyalist cenaze törenlerini saymazsak, hemen hemen tüm kültürlerde, en laik olanlar dahil, cenaze törenlerinin dinsel niteliği, dinin ölüme ilişkin değerler üzerindeki tekelinin en somut göstergesidir. Ölümle ilgili hiçbir cenaze töreni gösteremezsiniz ki, dinsel nitelik taşımasın. Türü ne olursa olsun, en laik saydığımız kültürlerde bile.

Dine şiddet üzerinde tasarruf hakkı veren ikinci olgu ise, baştan söylediğim kaos karşısındaki düzenleyicilik iddiasıdır. Her dinsel sistemin, kargaşadan düzene geçişte kendisine hâkim bir rol yükleyen bir kozmogonisi vardır, evren anlayışı vardır, kainat kavrayışı vardır. Çoğu inanç sistemleri, düzenin sürekliliğini, ibadet ya da ayinlerin kusursuz bir biçimde uygulamasına bağlı, böyle bir şey telkin eder. Ne kadar ibadetinizi düzenli yürütebilirseniz, mümin ve pratik eden, o ve müminlerin sayısının artmasıyla yaşanan düzenin de daha bir stabil dengede duracağına dair de bir varsayım vardır, bir sayıntı vardır. Yani, düzenin bir kez sağlandıktan sonra sonsuza kadar süre gideceğinin gerçek bir garantisi yoktur; ama, bu devamlılığı, düzenin devamlılığı, müminlerin dinsel buyruklara sıkı sıkıya bağlı kalmaları koşulunu va-

zeder, bütün dinler bunu vazeder. Dolayısıyla da böyle bir tasarruf hakkı var toplumda, bir egemenlik sağlama açısından.

Her dinsel sistemin bir kozmogoni ve mitolojisi, farklı biçimlerde de olsa şiddet imgelerini ve simgelerini içerir. Burada İslam'ın gazve ve şahadet yüceltimini - bu gazve ve şahadetin bir tür yüceltmesi, idealize edilmesi, meşru bir tutum olmanın ötesinde de çok büyük bir önem ve değer akdedilmesi anlamında yüceltme- Şii geleneğin Muharrem ayinlerini, Hıristiyanların kutsal imgesi hac merasiminin gerçekte İsa Peygamber'in üzerinde işkence gördüğü çarmih olduğunu eski ahidde Habil'in Kabil'i öldürmesinden başlayarak süregiden şiddet ve cezalandırma eylemleri, kılıç ve kefonun sig simgeciliklerinin merkez unsurları oluşturduğunu hatırlamak sanıyorum yetecektir tüm dinlerdeki şiddetle ilgili olarak. Dinlerdeki genel eğilimin, aynı zamanda şiddetli bir yandan da denetim altına alma yönünde olduğu da söylenegelmiştir. Bunun yapmanın en geçerli yolu şiddetli ayinleştirmektir, bir ayin biçimine sokmak. Ayinleşmiş şiddetin, toplum üyelerinin birbirlerine duyduğu düşmanlığı, bir tür sembolik planda boşaltarak adeta toplumsal dayanışmayı, tesanütü artırma yönünde bir etkisi olduğu söylenir.

Ayinin amacı, aslında, şiddetli toplumdun arındırmak, yani yolunu şaşırarak kendini, ölümü intikam gerektirmeyecek bir biçimdeki kurbanlarda tüketmeye yönelmektir. Yani, şiddetli, yöneldiği nesne kayb olduğunda ya da şiddetten çok zarar gördüğünde bir tür bir oc gerektirmeyecek bir biçimde bir kanaldan bunu boşaltmak, ayinlerin bir tür fonksiyonu. Bir yanda da bu var, onu da ihmal etmemek lazım.

Ben, bu konuyu tartışırken ya da düşünürken, son yıllarda - bu soru çok geliyor çünkü- din sosyologlarına, sosyal bilimle uğraşanlara, bizim gibi insanbilim ve psikolojiyle uğraşanlara "hocam, toplumlarda, dünyada şiddet arttı" deniliyor. İnanın buna, en az haftada bir, böyle haberler çıktı mı, ışık'ı tenzih ederim, haber meraklısı genç gazeteciler hemen ararlar Ankara'daki üniversitelerin psikiyatri kliniklerini. Bizim psikiyatrlar da, maşallah her konuda bir demeç vermeye teğni oldukları için, neredeyse nöbetçi psikiyatrlarımız da var, onlar her durumda her zaman söyleyecek bir şeyleri var, nasıl beceriyorlar, neyse, hemen telefonlar ediliyor, adlar da veriliyor orada, o adlar hemen açılıyor, telefona; o sırada siz hasta görüyorsunuz: "Hocam, şöyle bir olay oldu, bu konuda şiddet artıyor, akıl hastalığı artıyor mu" filan. Tabii, için aktüel, medyatik yönlerini bir tarafa bırakırsak, tüm dünyada öyle görülüyor ki, şiddetin kontrolü daha gevşedi, neredeyse küresel şiddete doğru bir yöneliş var. Buu nereden biliyoruz; özellikle dünyadaki gelişmişliğin odağı gibi görünen Batı, ama daha çok da kuzey ülkelerindeki intiharlardan biliyoruz. Madde bağımlılıklarının artılarından biliyoruz. İntihar çok önemli. Trafik kazalarının yarattığı adam öldürme, bir başkasına yönelik şiddet, dövme;

mesela, Cengiz Bey bahsetmedi; ama, kefare kitaplarını açar bakarsanız, psikiyatri kitaplarında "dövümög çocuk sendromu" diye bir kategori vardır. Öyle bir örselenme gibi bir kategori oluşturuyor, aynı bir tanı; öyle orasını burasını okşamak ve anayasadan merhuliyet almak filan değil, adam akıllı bu çocukların rehabilite edilebileceği merkezler yaratılıyor. Böyle şeylere bakılınca Batı çıldırıyor herhalde, böyle bir yorğun. Batı, artık kendisinden de bıkmış ve yorulmuş gibi de bir manzara var ortalıkta.

Tabii, bunlardan daha geleneksel kültürler ve özellikle daha dinsel yönelimli toplumlar masum mudur, onlardan kurtulmuş mudur; bunu iddia etmek öyle kolay değil, ama bir farklılık olduğu da bir gerçek.

Yani, böyle bir dünyada şiddetin artışı ve şiddetin artışında siyasallaşmış din motiflerinin de daha sık olduğunu görmeye başlıyoruz. Bunun bir anlamı var mı acaba. Bu dünyada, yeni dünya düzeni denen yapılanmayla dinsel şiddetin artışı arasında bir ilişki bağlantı var mı; biraz onu kurcalamak için bu hazırlığı yapmıştım; ama, galiba vaktimiz de pek ona elvermeyecek. Belki sorularla biraz açabiliriz. Işık, eminim bu konuyu sevecek, bu yeni dünya düzeni, küreselleşme, globalleşme falan nedir, orada ilginç bir söylem var ve o neyi kapatıyor, hangi realiteleri gerçekten vurguluyor. Onları biraz eşelemek lazım. Eğer, biz, dünyanın taşrasındaki bir ülke ve bu ülkenin de bir anlamda kıyısında köşesinde kalmış, etliye sütlüye karışmayan aydınlar olmaktan çıkmak istiyor-eak dönüp bakmak zorundayız dünyada ne oluyor ve hakiketen dünyanın dışında filan bir ülke değiliz artık.

Bu küreselleşme falan iyi, hoş da, benim bir başka konum da bu kimlik mefesidir. Bu kimlik problemiyle çok uğraştım. Sanki dünya, modern bir köy haline geliyor, kitle iletişim araçlarının bunu çok hızlandırdığı bir yan var, doğru. Türkiye'de de bunu anlamak mümkün, mesela, şimdi, siz, bir batılı akı başında doğru dürüst bir gazeteye bakın, ekonomi sayfasını açın, dünya bir köy gibidir; bütün sınırlar kalkmış, alışverişler, meta alışverişleri, bilgi alışverişleri, iletişim kanalları falan filan, hatta neredeyse ortak para birimine doğru gidilen böyle bir manzara var; malların değişimini falan düşünürseniz. Dünya, bir bütün halinde toparlanıyor.

Siyaset sayfasını açıyorsunuz, dünya, tam tersine, parçalanmış, yerelliklerin, yerel kimliklerin, geleneklerin, cemaatçi anlayışlarının ve cemaat kimliğinin ulusal ve evrensel kimliklerin yanı sıra çok da önemli olduğunu vurgulayan bir sürü çatışmaları görürsünüz; etnik çatışmalar, ulus devletlerin artık tükendiğini, ağıldığını, ulusların sınırlarının kaybolduğunu bir tarafta iddia ederken, bir taraftan da değil ulusal sınırların sınımsız durması, cemaat kimliklerinin özgürce var olması konusundaki kavgaları görürsünüz.

Yani, siyaset açısından bakıldığında dünya parçalıdır, ekonomik açıdan bakıldığında da dünya bir

bütündür. Bence ne o, ne o; ne zaman bir dünyayı bütünleştirme eğilimi egemen olmaya başlarsa, onun yarattığı tehditle insanlar çok daha yerel ve küçük çaplı kimliklerine ve değerlerine daha sıkı sıkıya sarılıyor. Bu, birlikte giden bir süreç; yani, sadece o var ya da sadece bu var değil. Siz, cemaatçi ve cemaatlerin insan hayatında çok önemli rolü olduğuna inanan bir ideoloji ya da anlayışın mensubuysanız dünyadaki parçalanmayı görürsünüz. Siz, daha uluslararası, uluslar ötesi, evrenselci filan gibi enternasyonal birtakım kavramlara kendinizi adadıysanız ki, ben, 68 kuşağı olarak bunlara adanmış bir adamım, hâlâ birçok değerleri savunmakta beraber, bütün bu alt kimliklerin ortadan kalkması, bu bütünleşme, enternasyonal temaları savunurken, toplumsal gerçeklik ve insan gerçeğinde acaba bu tamamen doğru mu diye şimdi kafamda sorular var doğrusunu isterseniz. Yani, gerçek, aslında her iki ögeyi de, iki kutbu da içinde taşıyor galiba, böyle bir yönü de var.

KONUŞMACILARA SORULAR

SORU

Sayın Güleç'in söylediğinden yola çıkarak Sayın Aydın'a soracağım soru var. Şiddetli kontrol etmek için şiddetli ayınleştirmekten söz etliniz. Sayın Aydın da medyadaki şiddetli söylemişti, medyadaki şiddet toplumsal şiddetli artırmıyor, belki etkiliyor, ama çokça etkilemiyor. Acaba, bununla bu ortaklaştırılabilir mi?

Acaba, medyada şiddetin olması, şiddetin kontrolünü sağlar mı?

YANIT

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Bazı görüşlere göre sağlayabilir. Cengiz Beyin söz ettiği engellenme, saldırganlık kuramı olarak adlandırdığımız bir kuram var. Yine Cengiz Beyin söz ettiği Lorenz'in görüşleri var, Freud'in görüşleri var. Bu görüşler içinde boşalma denilen bir olay var. Bir insan, ufak çaplı saldırgan davranışlarda bulunursa ya da saldırgan davranışlarda bulunan kişiler gözlerse ki, bu kuramlar, saldırganlığın vücutta bir enerji birikimine yol açtığını söylerler. Bu enerji boşalacaktır, dolayısıyla, saldırgan davranışlarda bir azalma olacaktır iddiasında olan kuramlar var.

Bu açıdan bakıldığında, belki de medyada sergilenen şiddet, insanların daha az şiddet sergilemelerine yol açıyor diyebiliriz. Ben ayinsel yönünü açıklayacak durumda değilim, sosyolog değilim; ama, bir açıdan bakılırsa bu iddialar da var; yani, insanlar, fazla zarar vermeyen ufak tefek saldırgan davranışlarda bulunurlarsa ya da bulunmalarına izin verilerse ya da zararsız saldırgan davranışlar sergilemelerine izin verilirse belirli kurallar çerçevesinde, örneğin, şiddet içerikli aporlar ve benzeri gibi, saldırgan davranışlar azalacaktır id-

diası var. Bu, ne ölçüde geçerli ya da gerçekçi; tabii, toplumsal düzeyde test etmek oldukça zor, ama böyle iddialar da var.

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Soruyu bana sormadınız, ama benden bir atıf yaptığınız için söz hakkı doğdu gibi görünüyor. Bir panelde siyaset ve şiddet konusunu tartıştığımız, şimdi burada saygıyla anacağım Murat Belge ve Ethen Mahçupyan ile birlikleydik. Dönüp dolaşıp özgürlük ve özgürlükçü anlayışların egemen olduğu toplumlarda şiddetin daha azalacağı bir varsayımı vardı, bunu enine boyuna tartıştık. Ben katılıyorum, yani özgürlük alanı ve kişinin kendini ifade ve varlığını, benliğini, kimliğini ifade imkanlarının önemli ölçüde özgür bırakıldığı toplumlarda, topluluklarda şiddetin çok daha az görülebileceğine dair böyle bir gözlem var; ama, bu, böyle çok deneysel çalışma değil; belki de vardır deneysel çalışmalar, bilmiyorum.

Muzaffer Şerif'in araştırmasına atıf yaparken, dikkat ederseniz tehdit ögesinden çok söz ettim. Tehdit hayali olabilir. Mesela, bizim uğraştığımız paranoyaklar vardır; adam, rahatsızlığı gereği sürekli bir tehdit algılar. Ortada gerçek anlamda bir tehlike ya da tehdit yokken, marazi olarak sapkın bir biçimde bir muhakeme bozukluğunun sonucu olarak da bütün mavi gözlüler bana ibne diyorlar ve beni becerecekler ya da mafya beni izliyor ya da MIT beni bilmem ne yapıyor; gerçi, o son söylediğim gerçekte çok defa olabiliyor. Yani, böyle inançlara dayalı birtakım korku ve tehdit algıları var ki, bunlar çok özel durumlar, onu çok genelleştirmek doğru değil. Ya da panik hastası, durup dururken nötr bir uyarıcı korku verici olarak algılama ve böylesine bir zihin şemasının sonucunda da böyle bir şeye kapılma. Yani, siz, varlığımızı tehdit altında gerçek veya hayali olarak hissediyorsanız, dara düştüğünüzde saldırgan olmamanız, bir tür bundan kurtuluş için şiddet uygulamamanız mümkün değil, bireysel planda bu böyle. Topluluklar, toplumlar için de bu böyle. Toplulukların kolektif kimliğinin tanınmasına ve ifade edilmesine ne kadar baskı ve sınırlama varsa, bir anlamda o kadar da şiddet adeta kaçınılmaz gibi görünür. Yani, hani şiddet artıyor mu azalıyor mu, onu çok belirleyemiyoruz; ama, şiddetin varlığını hepimiz bir kere teslim ediyoruz. Kendini ifade imkanlarının ne kadar özgürce artırıldığı bir durum varsa, sanıyorum çaresi de bu galiba.

SORU

Son olarak iki grup aynı suyu farklılaşarak kullanma durumunda kaldılar; ama, o göl çevresinden ayrılırken dost muydular?...

YANIT

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Gayet dost ayrılıyorlar. Bu araştırmada temel olarak test edilen hi-

potez şu: Belki Cengiz Bey bir noktayı ihmal etti. Bu araştırmada temelde gruplar arası sürtüşme, belirli ödüllerin paylaşılması gündeme gelince ortaya çıkıyor; yani, durup dururken değil, belki durup dururken de birbirlerinin varlığından rahatsız oluyor olabilirler; ama, asıl vaat edilen kıt kaynaklı bazı ödülleri paylaşmaya gelince gruplar arası çatışma çıkıyor ve çeşitli yollar deneniyor. Zaten araştırmanın amacı da bu. Acaba, gruplar arası çatışmayı nasıl ortadan kaldırabiliriz diye. Yollardan bir tanesi, grupları bir araya getirme, ortak birtakım faaliyetler düzenleme; dans, eğlence, spor gibi. Ancak, bu etkili olmuyor; tam tersine, gruplar, ortak faaliyet için, ortak derken, işbirliği gerektirmeyen ortak faaliyetler için bir araya getirildiğinde, tam tersine, gruplar arasında yumruklu, tekmeli, sopalı kavgalar çıkıyor.

Cengiz Beyin işaret ettiği belirli bir amaca ulaşmak için çabalarını birleştirme söz konusu olduğunda, gruplar arası çatışma çözülüyor ve kamptan gayet dostça ayrılıyorlar, adresleşiyorlar ve dostluklar izlenmemiş; ama, kamptan, en azından birbirleri hakkında olumlu izlenimlerle ayrılıyorlar.

SORU

Sayın Güleç'e sormak istiyorum: İnsanların eşitliği ile şiddet arasında bir ilişki var mıdır?

Şöyle açarsak; eşitsizlik arttıkça şiddetin artması gibi bir şey söz konusu mu?

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Tabii, bu bir izlenim, bir kişisel kana olarak buna cevap verilebilirim.

Tabii, yani toplumsal bölüşümün, toplumun ürettiği kaynakların bölümünün adil olmadığı, refah düzeylerinde çok büyük farklar gösterdiği, gerçekten de büyük uçurumların olduğu toplumların bütününe baktığınızda, gruplar arası, hangi gruptan hangi gruba yönelik onların türleri değişiyor; ama, şiddet ögesinin çok daha belirgin olması mümkün.

Mesela, göç dinamiklerine baktığınızda da onu çok açıkça görebilirsiniz, iç göçte de dış göçte de görebilirsiniz; yani, metropol kentleri çepeçevre saran gettoların bir anlamda varoluşları içindeki şiddet ögesini bir düşünün, yani bir toplumsal varoluşla da bir ilgili var; bir başka ökeye gittiğinizde sizi ayıran, dışta tutan, göç alan ülkenin insanlarına, gruplarına karşı göçmenlerin duyduğu tepkileri bir düşünün. Karşılıklı bir saldırganlık ve şiddet de var. Yani, göçmeni entegre etme ve bağına basmaya daha açık; bütünü açık olmak halinde pek mümkün değil; ama, daha açık olan ülkelerde ve toplumlarda çok daha az görüyorsunuz şiddet. Ne kadar iler ve "hayır, sen içimize giremezsin, hiçbir şekilde entegre olmaya hakkın yok" tarzındaki ayrımcı bir politika, tavır ve tutum, mutlaka, bir şekilde şiddet de besliyor.

SORU

Kişisel baza indirirsek, hem fiziksel hem sahip olduğu imkantar bakımından, insanların birebir ilişkilerinde eşitsizlik arttığı ölçüde bu şiddetin artması ve karşılıklı yönelmesi gibi bir tespate varabilir miyiz?

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Ben, onu doğrudan şiddet gibi demeyeyim, ama haset kavramı, bunu biz psikolojide çok fazla kullanmıyoruz; ama, günlük dilde bazı terimler var ki, üzerinde kuram yaratılacak kadar önemli gibi gelir bana. Haset, benim çok önemseydiğim bir kavram. Mesela, Adler söylüyor; aşagılık duygusu bir organ eksikliğine bağlı fiziksel bir defekt, insanda şöyle bir psikoloji yaratır ve o psikoloji içerisinde insanların iki yolu var; ya telafi edici birtakım mekanizmalarda o eksikliği giderme; bazen yüceltmenin bir yolu, bazen de açık saldırganlığın kaynağı haline gelebiliyor. İşte hasetle bağlantılı olarak bu; ama, çok beşerî, çok insani bir şey. Birebir ilişkilerde de baktınızda, haset duygusu ne kadar derinse, haset sahibi bir insan şiddete bir şekilde türü ne olursa olsun herhalde daha yatkın. Mantıklı görünüyor yani, bir kuram yaratmaya herhalde gerek yok.

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Sizin sorunuza ilişkin olarak, en azından saldırganlık potansiyeli yaratıldığını kesin olarak söyleyebiliriz eşitsizliğin. Özellikle o eşitsizlik ilişkisinde kefesiz aitta olan kişi için bir saldırganlık potansiyeli yarattığını kesin olarak söyleyebiliriz; ama, potansiyel olarak mevcut olan o saldırganlık ne zaman davranış düzeyine dönüşür? İmkân olduğu zaman, onda değişik faktörler var. Kesin olarak, saldırganlık potansiyeli yarattığını söyleyebiliriz.

SORU

Özellikle bugünlerde Endozonya'da öğrencilerin eylemleri var ve polis, orada meydanlarda korkunç bir şiddet uyguluyor. Benzer şey bizim ülkemizde de yaşanıyor. Buna şiddet mi demek lazım? Görev gereği mi demek lazım? Siz onu nasıl değerlendiriyorsunuz? Bana göre çok açık bir şiddettir. Öyle bir şey ki, bizimle tam paralel; orada öğrenciler bir şey yapmazken öğrenciyi tekmelemeye devam ediyor.

Pof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Bundan birkaç ay önce beni ATV'de bir programa davet ettiler, birçok defa da gösterilmişler herhalde; memurların bir gösterisi sırasında, -ben de bilmiyordum, o vesileyle öğrendim- üç grup polis; bir grup var beyaz eldivenli, kalkan ve cop yok, silah yok; hemen onun arkasında siyah eldivenli, arkada da robokop mu diyorlar, onlar vardı. Toplumsal bir gösteri sırasında mümkün olduğu kadar şiddetli simgelemeyen beyaz eldiven, orada çok önemli; 4-4,5 yaşındaki bir çocuğun çok ligisini çekiyor bu manzara, polislerin duruşu; kamera da çok güzel çekmiş. Teyzesinin elinden kopuyor, çocuk yaklaşıyor, baştan bağladı, inanılmaz hoş bir görüntü, en baştaki

beyaz eldivenli polisten başladı, tek tek 10-12 tanesinin elini sıktı, sıra ilk siyah eldivenli polise gelince, çocuk siyah eldiveni görünce şöyle durdu, yüzüne baktı, sanki yüzünde de şiddet var mı, eli gibi yüzü de kara mı diye baktı herhalde, ondan sonra bıraktı loka-laşmadan kaçtı.

Polis ve şiddet kavramını iç içe düşünmemek nasıl mümkün bilmiyorum. Var yani açıkçası, başka bir şey anlamaya gerek yok. Zamanında o şiddete ben de maruz kaldığım için bilirim.

SORU

Televizyonda, medyada şiddet ne kadar etkiliyor anlamında Orhan Beyin fikirleri beni etkiledi, biraz haklılık payı olduğu gibi bir duygu yarattı bende.

Artık öyle bir toplumda yaşıyoruz ki, çocuğunuza televizyon seyrettirmeyebilirsiniz, gerçekten ben, o tür programlarda çocuğu oyalıyorum, dikkatini çekmemesi anlamında; ama, Kızılay'a gidiyorsunuz ve karşılıyorsunuz, yani hayatın kendisi ya da ekonomik anlamda bir sıkıntınız var, çocuğunuz bir şey almak istiyor, bakkala gidiyorsunuz, ekonomik anlamda sıkıntınız olduğu için alamıyorsunuz, alamayınca siz farkında olmadan şiddete başvuruyorsunuz çünkü azarlıyorsunuz. Sanıyorum, annenin bağırmasını veya öfkeyle çocuğunun kolunu çekmesi ve onu gerginleştirmesini şiddetle yorumlamak gerekiyor. Sonuçta, bunlar birbirine geliyor.

Mesela, biz, çok fazla şiddeti yaşayan toplum olarak çok mu şiddetle yaşayacağız, böyle bir sonuca mı vardınız psikolojik olarak? Hep şiddet uygulanıyor, hep şiddet görüyoruz, çocuklarımız da hep şiddet görüyor.

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Tabii, şiddet kendini kurumlaştırıyor, kendini tekrar tekrar üretiyor ve farklı yaşam, hayat düzeylerinde tartıştığımız nokta da o. Ben, özellikle en çarpıcı olan bir kurumu seçtim. Şiddetten en arındığını varsaydığımız bir kurumu, din kavramını onun için inceledim. Onun dışında, siyaset, devlet, polis, emniyet, asker; onları şiddetten nasıl arındırabiliriz? Şiddetin kurumlaşmış, meşru kurumları bir anlamda; yani, bunu nasıl arındırabiliriz. Işık Bey, söylesene...

İŞİK KANSU- Benim dikkatimi çeken ve unutulmuş süreç, öğrencilerin dövülmesiyle ilgili. Medya buna nasıl baktı, hiç kurcaladı mı? Benim kafamı kurcaladı. Bu çocuklar niye dayak yediler, neye karşı çıkıyorlardı? Paralı eğitime karşı çıkıyorlardı. Medyada, parasız eğitim üzerine herhangi bir çalışma ya da çocukların bunun için yaptığı var mı? Yok. Bu çocukların o dayak yemeleri sürekli gösteriliyor, davaları gösteriliyor; ama, perde arkasındaki olay yok.

DISK yürüdü, bir hafta sürdü. Televizyonları izledim, gazeteleri okudum ve haberler şu şekilde: "Rıdvan

Budak Bilecik'te güllerle karşılandı. Fıdvân Budak, Kocaeli'nde işçilerle halay çekti. Fıdvân budak yürürken gülüyordu."

Arkadaşlar, bu Fıdvân Budak niçin yürüyor? Bu yok. Biraz önce söyledğim sanal dünya işte.

Bu çocuklar niye dayak yedi, özü ne? Herkes "vah vah" diyor; işte tamam!..

Doğru, şiddet olmasın; ama, bu çocuklar niye dayak yedi, medyada o yok. Çünkü, söyledğim o sanal dünyayı kendilerine uyduruyorlar ve genel ideolojiye uyduruyorlar. Toplum da sadece onu duygu sömürüsü olarak algılıyor; yani, çocuklar dayak yedi, onu sömürüyor, aslı, özü yok.

SORU: Tersinden zarar gelir mi?

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Işık Beye kesinlikle katılmakta birlikte, şimdi, bir açıdan bakıldığı zaman, belirli medya özelemlerini dile getirdiğimiz zaman kesinlikle katılıyorum, herhangi bir itirazım yok, kaçınmamız gereken noktalardan bir tanesi de şu: Aslında, biz, şu andaki medyayı eleştirirken, kendi medya özelemlerimizi dile getiriyoruz; yani, medyaya belirli rolleri yüküyoruz, belirli idelleri ya da ideolojileri ya da bakış açısını empoze etmesin diyoruz; ama, bunu yaparken, bir anlamda, ben de dahil olmak üzere, şunun ipucunu veriyoruz: Demek ki, medyayı biz elimize geçirirsek biz de tersini yapacağız.

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Tersinden zarar ya da yarar gelir mi dediğiniz zaman, şu andaki medya patronları da bunun zararlı olmadığını düşünüyorlar. Bir değer yargısıdır. Benim değerim böyledir, sizin değeriniz böyledir. Dolayısıyla, belki, yine Cengiz Beyin söylediği noktaya geliyoruz; mümkün olduğu kadar çokseslilik, mümkün olduğu kadar herkesin kendisini ifade edebileceği bir ortam; yani, zannetmiyorum ki, Işık Bey bunu söylerken, kastı, "biz, tamam, bunları bırakalım, bizim belirli doğrularımız vardır; medya, bu doğrular çerçevesinde yayın yapsın" herhalde değil.

Benim görüşüm vardır, A görüşüdür belirli bir olaya ilişkin, bir başkasının ki B görüşü vardır. Eğer şu anda A görüşünü savunanlar medyaya hâkim, benim görüşümü ifade etmeme imkân vermiyorlarsa bu yanlıştır; ama, eğer ben, gücü ele geçirdiğim zaman B olarak, ben A'nın kendi görüşlerini dile getirmesine izin veriyorsam, o zaman o da aynı ölçüde yanlıştır. Belki bizim toplum olarak yanıldığımız nokta bu. Hepimiz kendi kafamıza belirli doğruları koyuyoruz, bizim doğrularımıza ter bir olay olduğu zaman isyan ediyoruz; ama, isyan ederken şunun da ipuçlarını veriyoruz: Ben, gücü elimde geçirdiğim zaman tersini uygulayacağım. Onun ipuçlarını veriyoruz. Bence bundan kaçınmak gerekiyor. Herkesin kendisini ifade etmesi gerekir.

İŞİK KANSU- Hocam, haklı olabilirsiniz de, burada bir tek yanlılıktan ve bir hegemonyadan rahatsızlık duyduğumuzu ifade ediyoruz; yoksa, eleştirel aklı

gündeme getirebilecek olanaklar ve araçlar elimizde yok, biz ondan yakınıyoruz. Yoksa, başka bir hegemonya kurmak değil; yani, çoğulcu toplumsak eğer, herkes düşüncesini özgürce ifade edebilmeli; ama, o özgürfük, diğer gruba ya da belli tekelilere verildiği zaman kötü kullanılıyor. Yakındığımız konu, eleştirdiğimiz konu bu. Sanırım aynı düşüncedeyiz.

Prof. Dr. ORHAN AYDIN- Gayet tabii.

Prof. Dr. CENGİZ GÜLEÇ- Birçok aykırı düşünürün, bizim kültürümüzde, "bizim toplumumuzda, bu memlekette aydın yoktur" diye bir ara böyle aforizmaları vardı, bunu diyenleri benim kuşağımdakiler hatırlarlar sanıyorum. Ben biraz katılıyorum; bu toplumda ne anlamda aydın, galiba bir toplumsal muhalefetten yana ağırlığını koyan bir de devletten yana; açıkçası bu; yani, toplumla devlet ilişkisi içerisinde aydının, aydın olabilmesi, toplumsal muhalefetten yana olmasıyla mümkündür. Bu, tabii türlü çile ve acı anlamına gelir, dünyanın her yerinde böyledir.

Tabii, devletin aydın olmanın nimetleri say say bitmez herhalde. Toplumsal aydından yavaş yavaş devletin yanına doğru da kaymalar olur, onu da toplumumuzda görüyoruz.

Çok ilginç, eskiden, Tanzimat ve Jön Türklerle başlayan modernleşme, islahat şunlar bunlar derken, tarihine dikkatle bakın bu ülkenin, devlet kavramıyla hesaplaşmış, daha doğrusu ciddi bir biçimde hesaplaşmış aydına çok az rastlarırsınız. İntihar eden aydın yok, bir tek Ali Suavi var, bir iki tane isim vardır, onlar da siyasi kimlikleriyle mi yoksa farklı kimlikleriyle mi, kişisel problemleriyle mi olduğu pek belli değil; ama, bu düzeni, bu toplumu, bu dünyayı protesto eden, tüm varlığıyla gerçekten tutarlı, bilinçli, belli bir derinliği olan ve bunu sürekli koruyabilen aydın örneğine maalesef rastlayamıyoruz. Bu bir toplumsal zaafımız gibi geliyor. Aynı şeyi medya için de yapmak lazım; toplumsal muhalefetin sözcüsü olan medyayla devletin bir bakıma resmi ideoloji dediği Işık Beyin, böyle bir ikilem var.

Tabii, toplumsal muhalefetin yanında olan bir medyanın büyümesi, serpilmesi, kendini yeniden üretme şansı hemen hemen ortadan kalkıyor. Dolayısıyla, tam bir hegemonya sözkonusu. Burada değer yüklü bir karşı duruşumuz mutlaka olacak gibi geliyor. Gayet tabii, bu kişisel ve tercihte ilgili. Orhan Beye katılıyorum, bilimsel açıdan bu da bir anlayış; ama, insaf yani, başka anlayışları silip götürüyor neredeyse. O yüzden, biraz talihsiz bir toplumumuz açıkçası ve bu devlet kavramı ve devletçi anlayışların inanılmaz ege-menliği ve açıkçası holding-devlet işbirliği ilişkisi galiba toplumsal yaşamımızı da, özerk toplumsal yaşam alanlarımızı da neredeyse ortadan kaldıracak. Ben, çok ciddi bir tehlikeyi bu noktada görüyorum.

Yrd. Doç. Dr. BENGİ SEMERCİ- Psikologlara mikrofon vermek çok tehlikeli bir şeydir, pek bırakmazlar...

Panelin konusu "Toplumda Şiddet", ben, hiç medya ve şiddet olsun istemiyordum, çok iyi seçilmiş; ama, bir şekilde yine sanki medya ve şiddetmiş gibi oldu konu. Belki doğal bu, belki de Işık Beyin en başta söylediği gibi, medya bizi o kadar idare etmeye başladı ki, toplum yerine medyayı kullanmaya başladık.

Yanlış anlaşılabilir bir şey var herhalde: illa medyada gösterilen şiddetin, çocuklara şiddet yaratması değil önemli olan; yani, çocuk televizyonda şiddetli gördü, şiddetli öğrendi, şiddet yapacak değil; televizyonda gösterilen şiddetin, çocukların üzerinde çok farklı etkileri var. İlla sadece bizim derdimiz, aman şiddetli oradan öğreniyorlar, şiddet gösteriyorlar değil. Başta da söyledim, kimi çocuk içine kapanıyor, toplumla ilişkisini kesiyor, konuşamaz oluyor, şiddet gösterilmesi şart değil, karate filminde iki tane figür öğrendi, onu etrafındakilere yapıyor değil. Daha çok etkileri var.

Söz konusu olan sadece şiddet filmi değil. Toplum öyle bir hale geldi ki, medya neyi nasıl pazarlarsa, neyi nasıl paketleyip size sunarsa öyle kabulleniyorsunuz. Şiddetli hoş bir şekilde ya da seyredilmesi güzel bir şekilde sunarsa öyle kabulleniyorsunuz. Ya da şiddetli öyle bir sunuyor ki, size oradaki sunucu, şu anda aklıma en çok gelen örnek olduğu için veriyorum; Tecavüze uğramış küçük bir çocukla röportaj yapıyor, bir ikinci şiddet uygulanmış oluyor. İşte "nereni nasıl elledi yavrum" sorusuyla bir üçüncü şiddet uygulanıyor. Belki o kadar etkili olmayan, o tecavüzün travmasından çok çabuk kurtarılabilir, kurtulması sağlanabilir, tedavi edilebilir çocuğu, sanki koruma amaçlı, sanki saldırganı rencide etme, saldırganı kötöleme, saldırganın üstüne gitmemiş gibi göstermekte. Bu, erişkin için de çok farklı değil. Daha dün akşam gördüm, bir haber programında, tecavüze uğradığı iddia edilen ya da uğramış olan 3 bayana yapılan bir röportaj vardı. Belki yapılan olaydan daha büyük tacizli ve topluma bir tecavüz olayını istediğiniz gibi sunmaktı. Bir şiddet olayını farklı boyutlarıyla sunmaktı. Tabii ki, ekranlardan, yazılı basından şiddetli kaldırınca toplumdaki şiddetli kaldırmış olmuyoruz; ama, o büyük bir kesimi.

Tabii ki, çocukların etrafında başka uyarıları da var; ama, ilk sunulan araştırmalarda, çocuklar, televizyonu erişkinlerle beraber seyrediyorlar, "bunu seyret, bunu seyretme" diye uyarılar yok. Artık, çocuklarımız televizyonu bizimle seyretmiyorlar. Televizyonun ilk geldiği zamanlardaki, çocuklarımızla televizyon seyreden mutlu aile tabloları yok. Çocuklar çoğunlukla yalnızlar, anne ve babalar çalışıyor, akşam eve gelindiğinde anne yemeğini, baba da işini yaparken çocuklar televizyonu tek başına seyrediyorlar. Hiçbir erişkin onu denetleyemiyor. Ya da siz, istediğiniz kadar program seçin, bilmem "Sıcacı Sıcacına'nın" yangın, tecavüz, adam öldürme gibi çok doğal, sanki her dakika oluyormuş ve toplumun çok doğal bir

parçasıymış gibi verdiği programın tanıtım bölümlerini, çocuğunuzun çizgi filmlerinin arasına girmesini engelleyemiyorsunuz.

Onun için, medyanın, medyadaki bu şiddetten -ki, şiddet sadece vurdu kıldı değil, yapılan her türlü sözel, cinsel, fiziksel şiddetli kastediyorum- koruma şansımız yok. Onun için, hiçbir etkisi yoktur, şiddetli artırmaz, çocuklar üzerine etki yapmaz deyip, ne kadar hata yaparsak, işte sadece şiddetli nedeni medyadır, bir tek onun yaptıklarıyla oluyor demek de o kadar yanlış; ama, onu da göz ardı etmememiz lazım.

Cengiz Bey, bahsetmediğimi söyledi, fiziksel örselenme; gerçekten çok bahsetmedim, tabii Türkiye'de de çocuklarda fiziksel örselenme ve cinsel örselenme; ama, yine de Batı'daki kadar değil. Niye değil; değişen toplum yapısına biraz daha geriden gitmemizin şansı belki. Biz, henüz Batı kadar yalnız bireyler değiliz; yani, komşuluk ilişkilerimiz gittikçe azalıyor, ama halen var. Aile ilişkilerimiz gittikçe azalıyor, ama hâlâ var. Batı'da tüm insanlar, öfkelerini, sıkıntılarını, derinlerini; çocuğunun kolunu kırarak, sigara söndürerek, döverek alırken müdahale edecek çok bir şey yok. Yandaki komşu, en iyi ihtimalle polise haber veriyor "şuradan çocuk sesi geliyor" diye. O polis gelene kadar, o komşu, acaba haber versem olur mu, özel hayatına mı karışmış olurum, kişisel haklarına saldırıda mı bulunmuş olurum diye düşünürken, çocuk örseleneceği kadar örselenmiş oluyor. Halbuki, Türkiye'de çocuğun, öyle orasını burasını kırarak kadar örselenme yoktur, en fazla ihtimalle tokat atılır ve hep bir müdahale olur. Komşu kapıyı çalar "sen galiba sinirlisin, hadi sen biraz yatışana kadar bizde kalsın" derler. Henüz bu ilişkiler kopmadığı için belki de o boyutlara ulaşmadı; ama, şehirlerde toplum değiştikçe bizde de görülmeye başladı, bizde de gittikçe artıyor, gittikçe çoğalıyor fiziksel örselenmiş başvuru çocuklar.

Sizler de serbest çalışan eczacılar olarak, belki sizlere de pansuman için gerekli tıbbi malzemeyi almak için direkt başvurular da artık, belki sizlere de pansuman için gerekli tıbbi malzemeyi almak için direkt başvurular da artık yavaş yavaş akla gelmeye başlıyor; ama, o kadar yaygın değil, inşallah da olmaz diye umut ediyorum. Onun için çok fazla bahsetmedim.

UZMAN ECZACI OLCAY SELES (Ankara Eczacı Odası Başkanı)- Ben, hepiniz adına değerli konuşmacılara sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum, sağ olsunlar var olsunlar, bizlere onur verdiler.

Katılımınız için hepinize teşekkür ediyorum efendim.

YENİ İLAÇLAR

Bristol-Myers Squibb

SERZONE Tedaviye Başlama Paketi
50, 100 ve 200 mg Tablet

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

SERZONE (nefazodon HCl oral yoldan kullanılan bir antidepresandır ve nefazodonun kimyasal yapısı selektif serotonin re-uptake inhibitörleri, tristiklikler, tetrasiklikler ya da monoamin oksidaz inhibitörlerine (MAOI) benzemez.

Nefazodonun santral sinir sistemindeki serotonerjik aktiviteyi güçlendirerek antidepresan etki gösterdiği düşünülmektedir. Nefazodon serotonin (5HT) sinapsının her iki tarafında da etki gösterir 5HT2 reseptörünü (postsinaptik) bloke eder ve serotoninin re-uptake'ini (presinaptik) inhibe eder. Nefazodonun alfa-2 adrenerjik, beta-adrenerjik histaminerjik, dopaminerjik, kolinerjik, benzodiazepin ve 5-HT alt türündeki serotonerjik reseptörlerine önemli bir afinitesi yoktur. Nefazodonun alfa-1 adrenerjik bloker aktivitesi zayıftır.

Diğer pek çok antidepresanın aksine, nefazodon uykuyu etkilemez. Uyanma sıklığını azaltır. REM uykusunu baskılamaz. REM'e bağlı noktömal ereksiyonların detümesan süresini etkilemez.

Farmakokinetik

Nefazodon ve majör metabolitlerinin farmakokinetiği tek bir hastada ve hastalar arasında önemli değişkenlik gösterir. Nefazodon hızla ve tamamen emilir ve oral uygulamayı takiben 1-3 saat sonra plazma pik konsantrasyonlarına ulaşır. Nefazodonun ortalama eliminasyon yarı ömrü 2-4 saattir. Nefazodon günde ilk defa verilmeye başlandıktan sonra ya da doz ayarına bağlı olarak 3-4 gün içinde plazmada kararlı durum konsantrasyonlarına ulaşır. Kararlı durumda nefazodonun farmakokinetiği lineer değildir, serum pik seviyeleri ve eğri altında kalan alan (EAA) değerleri doz artışına oranla daha fazla artış gösterir.

Nefazodon oral yoldan alındıktan sonra n-dealkilasyon, alfatik ve aromatik hidroksilasyon ile metabolize edilir. %1'den daha düşük bir oranı değişmeden idrarla atılır. Plazmada üç ana metabolit bulunmuştur. Bunlar hidroksinefazodon, meta-klorofenilpiperazin ve triazoldion'dur ve eliminasyon yarı ömürleri sırasıyla 1,5-4 saat, 4-8 saat ve 18 saattir.

Hidroksinefazodonun farmakolojik profili nefazodona benzer. Meta-klorofenilpiperazinin de profili nefazodona benzer, fakat bazı serotonerjik reseptör alt tipleri üzerine agonist etkisi vardır. Triazoldion metabolitinin farmakolojik profili iyi aydınlatılmamıştır.

Nefazodon, santral sinir sistemi dahil vücut dokularında yaygın olarak dağılır ve plazma proteinlerine yüksek oranda (> % 99) bağlanır.

Böbrek yetmezliği (kreatinin klerensi 7-60 ml/dakika/1.79 m²) nefazodonun kararlı durum plazma konsantrasyonlarını etkilemez.

Karaciğer strozu olan hastalarda nefazodon ve hidroksinefazodonun EAA değerleri normal gönüllülerde

gözlenenlerden yaklaşık %25 daha yüksektir. Meta-klorofenilpiperazinin EAA değerleri normal gönüllülerin yaklaşık 3 katıdır.

Kadınlarda ve erkeklerde 300 mg'lık tek dozları takiben, nefazodonun ve hidroksinefazodonun plazma pik konsantrasyonları ve EAA değerleri yaşlı hastalardankinden (65 yaş ve yukarı) ile kat daha fazladır. Ancak tekrarlanan dozlardan sonra, bu parametreler yaşlı hastalarda %10-20 daha yüksektir. (Bkz. KULLANIM ŞEKLİ ve DOZU)

ENDİKASYONLARI

SERZONE depresyon tedavisinde endikedir.

KONTRENDİKASYONLARI

SERZONE bileşimindeki maddelere ve diğer fenilpiperazin antidepresanlara ağır duyarlılığı olanlarda konrendikedir. Terfenadin, astemizol ve sisaprid ile birlikte kullanımı da konrendikedir. (Bkz. UYARILAR ve ÖNLEMLER).

UYARILAR VE ÖNLEMLER

Nefazodon dahil bütün antidepresanlarla olan deneyimlere dayanarak aşağıdaki önlemlerin alınması gerekmektedir.

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri ile Etkileşme: Bir monoamin oksidaz inhibitörü (MAOI) ile birlikte farmakolojik özellikleri nefazodona benzeyen fakat aynı olmayan antidepresanları (örn. selektif serotonin re-uptake inhibitörleri) alan hastalarda ciddi, bazen fatal reaksiyonlar bildirilmiştir. Bu reaksiyonlar, ayrıca bu ilaçları kısa süre önce bırakan ve bir MAOI tedavisine başlayan hastalarda da bildirilmiştir. Nefazodon bir serotonin re-uptake inhibitörü olduğu için, nefazodonun bir MAOI ile birlikte kullanılmaması, MAOI tedavisi kesildikten sonraki 14 gün içinde kullanılmaması önerilir, ya da nefazodon kesildikten sonra MAOI tedavisine başlamadan önce en az bir hafta bekleme gerekir.

Terfenadin, Astemizol ve Sisaprid ile Etkileşmesi: Nefazodon ile beraber aynı zamanda terfenadin, astemizol ya da sisaprid verilmemelidir. Nefazodonun in vitro olarak sitokrom P enzimlerini inhibe ettiği gösterilmiştir. Terfenadin, astemizol ve sisaprid sitokrom 3A tarafından metabolize edilirler ve Ketokonazol erythromisin ve diğer 3A inhibitörlerinin bu ilaçların metabolizmasını bloke ederek, plazma konsantrasyonlarını artırabilecekleri kanıtlanmıştır. Terfenadin, astemizol ve sisapridin plazma konsantrasyonlarının artması QT aralığının uzaması ve ender olarak ventriküler taşikardiye bağlı ölüm de dahil, ciddi kardiyovasküler advers etkiler ile ilişkilidir.

Postural Hipotansiyon: Nefazodon kullanımına bağlı olarak postural hipotansiyon meydana gelmiştir. Nefazodon ile yapılan klinik çalışmalarda postural hipotansiyon olarak tanımlanan advers etki sıklığı şöyledir: nefazodon (%3), tristiklik antidepresanlar (%10.0) SSRI (%2.2) ve plasebo (%1). Bu nedenle, nefazodon hipotansiyon ile şiddetlenebilecek kardiyovasküler ya da serebrovasküler hastalığı (myokard en-

farktüsü, anjina ya da iskemik çök) olanlarda ve hipotansiyona neden olabilecek durumlarda (dehidratasyon, hipovolemi ve antihipertansif ilaçlarla tedavi) dikkatli kullanılmalıdır.

Mani/Hipomani: Diğer antidepresan ilaçlarda olduğu gibi, antidepresanlarla tedavi edilen majör efektif bozukluğu olan hastaların küçük bir kısmında mani/hipomani aktivasyonu bilinen bir risktir ve nefazodon ile yapılan klinik çalışmalarda da ortaya çıkmıştır (unipolar hastaların %0.3'ü ve bipolar hastaların %1.6'sı) Manili hastalarda nefazodon dikkatli kullanılmalıdır.

İntihar: Ağır depresyonlu olan hastalarda intihar girişimi olasılığı, hastalıkta kalıtsaldır ve semptomların belirgin olarak iyileştiği zamanlarda bile devam edebilir. Yüksek risk altında bulunan hastalar, nefazodon tedavisine başlandığı zaman yakından izlenmelidir. Ağır doz riskini azaltmak için reçetelere en az miktarda tablet yazılmalıdır.

Nöbetler: Diğer antidepresanlarda olduğu gibi, nefazodon nöbet geçirmiş hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Pazarlama öncesi çalışmalarda grandmal ya da lokal hastalık nöbetleri gözlenmemiştir. Yalnızca bir hastada Petitmal nöbeti tekrarlamıştır. Nefazodon uygulanmasını takiben nadiren konvülsiyon (Grandmal nöbetleri dahil) bildirilmiştir. Nefazodon ile bir sebep ilişkisi kurulmamıştır.

Priapizm: Pazarlama öncesi nefazodon çalışmalarında priapizm görülmemişse de serzone piyasaya çıktıktan sonra ender olarak priapizm bildirilmiştir. Eğer hastalar uzun süreli ya da uygunsuz ereksiyonlarla karşılaşarlarsa ilacı derhal kesmeli ve doktoruna başvurmalıdır.

Elektrokonvülsif Tedavi: Elektrokonvülsif tedavi ve nefazodonun kombine kullanımı ile ilgili hiç bir klinik çalışma yapılmamıştır.

Konkomitant Hastalığı Olanlarda Kullanımı: İlacın metabolizmasını ya da vücuttan atılımını etkileyebilecek karaciğer ya da böbrek yetersizliği gibi hastalıkları olanlarda nefazodonun dikkatle kullanılması önerilir. Karaciğer sirozu olan hastalarda nefazodon ve hidrokse nefazodonun EAA değeri yaklaşık %25 artar. Kronik tedavide, ciddi böbrek yetersizliği olan hastalardan nefazodon ya da metabolitleri birikebilir ve dozun ya da sıklığının azaltılması önerilir. Böbrek yetersizliğinin derecesi ile farmakokinetik parametreler arasında spesifik bir ilişki gözlenmemiştir.

Kısa süre önce miyokard infarktüsü geçirmiş ya da stabil olmayan kalp hastalığı olanlar klinik çalışmalara dahil edilmemişlerdir. Plasebo kontrollü çalışmalarda nefazodon alan hastaların elektrokardiogramlarının (EKG) değerlendirilmesi, nefazodona bağlı klinik olarak önemli EKG anormalliklerinin gelişmediğini göstermiştir. Ancak nefazodon alan hastaların %1.5'inde sinus bradikardisi gözlenmiştir. Kısa süre önce miyokard infarktüsü geçirmiş ya da stabil olmayan kalp hastalığı olan hastalar dikkatli tedavi edilmelidir.

Araba ya da Makina Kullanma Üzerine Etkileri

Psikoaktif ilaçlar muhakeme yeteneğine zarar verebilir veya algılama ve motor fonksiyonları etkileyebi-

lir. Hastalar araba dahil tehlikeli makinelerin kullanımı konusunda, ilacın bu tür aktivitelerini kötü bir şekilde etkilemediğinden emin olana kadar dikkatli olmalıdırlar.

Karsinogenez ve mutajenaz:

SERZONE'un karinsojen, mutajen ya da genotoksik etki gösterdiğine dair hiçbir kanıt yoktur. Hayvan çalışmalarında hiçbir organ toksisitesi görülmemiştir.

Hamilelik ve emzirme:

Hayvan deneylerinde nefazodona bağlı bir teratojenite belirlenmesine rastlanmamıştır. Hamile kadınlarda ise kontrollü çalışmalar olmadığından, hamilelik sırasında sadece potansiyel yararları risklerinden daha fazla ise kullanılmalıdır. Nefazodon ya da metabolitlerinin anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Bu nedenle emziren kadınlarda SERZONE dikkatle kullanılmalıdır.

Çocuklarda Kullanımı:

18 yaşın altındaki çocuklarda güvenilirliği ve etkinliği belirlenmemiştir.

Yaşlılarda Kullanım:

Nefazodon ile tedavi edilen 65 yaşın üzerindeki 500'den fazla kişide güvenilirlik açısından yaşa bağlı hiçbir olağandışı advers klinik etki görülmemiştir. Yaşlı hastalardaki tek doz çalışmalarında nefazodonun sistemik doluşumdaki miktarında artış görüldüğünden, tedavi normal dozun yarısı ile başlatılmalı ve gerektiğinde optimal tolerans ve terapötik cevaba göre doz titre edilmelidir.

Fiziksel ve Psikolojik Bağımlılık:

Nefazodon, insanlarda suistimal eğiliminin incelendiği, kontrollü bir çalışmada herhangi bir suistimal potansiyali göstermemiştir. Ancak, hastanın geçmişte ilaç suistimali yapıp yapmadığı dikkatle incelenmeli ve yakından izlenip yanlış kullanma ya da suistimal gibi durumları değerlendirilmelidir.

YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER

Nefazodon alan hastalarda, plasebo grubu oranla insidansı daha fazla olan ve en sık rastlanan yan etkiler (hastaların %5'inden daha fazlasında) ağız kuruluğu, bulantı, uykusuzluk, baş dönmesi, konsiltipasyon, asteni, sersemlik ve görme bulanıklığıdır.

6-8 haftalık kontrollü çalışmalarda SERZONE ile tedavi gören hastaların %1'inden daha fazlasında rastlanan yan etkiler: Asteni, titreme, ateş, postural hipotansiyon, bulantı, ağız kuruluğu, konstipasyon, artralji, uykusuzluk, baş dönmesi, sersemlik, parastezi, vasodilatasyon, konvüzyon, anormal rüyalar, hafıza zayıflaması, koordinasyon bozukluğu, hipoastezi, afaksi, bulanık görme, görsel bozukluklar, 6 haftadan uzun süren devamlı tedavide asteni, bulanık görüntü, konstipasyon, baş dönmesi, ağız kuruluğu, sersemlik, bulantı ve uykusuzluk belirtilerine uyum sağlanmıştır.

Plasebo kontrollü klinik çalışmalarda nefazodon ile klinik olarak önemli EKG değişiklikleri arasında bir bağlantı kurulmamıştır. Ancak, nefazodon alan hastaların %1.5'inde, plasebo alan hastaların ise %0.4'ünde sinus bradikardisi (<50 bpm ve >15 bpm'lik düşüş) gözlenmiştir. (Bkz. UYARILAR ve ÖNLEMLER)

***BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORONUZA**

BAŞVURUNUZ PAZARLAMA SONRASI DENEYİM

SERZONE Piyasaya verildikten sonra ortaya çıkan yan etkiler pazarlama öncesi klinik çalışmalarda görülenlere benzer olmuştur. Ürün pazarlanmaya başladıktan sonra SERZONE ile bağlantılı bulunan ve yukarıda bahsedilmeyen yan etkiler nadiren ortaya çıkan konvülsiyonlar (grandmal nöbetleri dahil) ve priapizmdir. Nefazodon ile bir sebep ilişkisi kurulmamıştır.

İLAÇ ETKİLEŞMELERİ

Triazolobenzodiazepinler:

Triazolam Nefazodon ile birlikte verilmemelidir, çünkü triazolamın kararlı durum pik konsantrasyonu, yarı ömrü ve EAA değerleri sırasıyla 1, 7, 3 ve 4 kat artar. Nefazodon ile birlikte kullanımı, triazolamın psikomotor performans testleri üzerindeki yan etkilerini daha da artırır. Nefazodonun plazma konsantrasyonları triazolamdan etkilenmez.

Alprazolam- Eger nefazodon ile birlikte verilecekse, alprazolam dozunun azaltılması önerilir. Nefazodon dozunun ayarlanması gerekmez. Birlikte kullanıldıklarında alprazolamın kararlı durum pik konsantrasyonları, EAA ve yarı ömrü yaklaşık olarak 2 kat artar. Nefazodonun plazma konsantrasyonları alprazolamdan etkilenmez.

Lorazepam-Lorazepam ve nefazodon beraber verildikleri zaman her iki ilacın da kararlı durum farmakokinetik parametrelerinde bir değişiklik meydana gelmez. Ayrıca, lorazepamın indükledikleri dışında psikomotor performans testlerinde daha fazla azalma görülmez.

Monamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI):
Bkz. "UYARILAR ve ÖNLEMLER"

Lityum: Nefazodon ile birlikte kullanımında bir etkileşme görülmez.

Haloperidol: 5 mg tek doz oral haloperidol, nefazodon (200 mg günde 2 defa) kararlı durumda iken uygulandığında haloperidolun EAA değeri %35 artar. Ancak C_{max} ya da T_{max} da kayda değer bir artış gözlenmez. Nefazodonun farmakokinetik parametreleri değişmez. Bu değişikliklerin klinik önemi yoktur ve genellikle her iki ilaç doz ayarlanması gerekmez.

Fluoksetin: Nefazodon ile daha öncesinde veya birlikte fluoksetin kullanımı, nefazodon metabolit-klorofenilpiperazinin EAA değerinde yaklaşık 3, 6 kat gibi önemli oranda artışa sebep olur. Fluoksetinden hemen sonra nefazodon tedavisine başlayan hastalarda bazı geçici yan etkiler (örn., bulantı, sersemlik, baş ağrısı) görülebilir. Bu yan etkiler ya nefazodonun dozu azaltılarak ya da nefazodon tedavisine başlamadan önce yaklaşık bir hafta beklenmesiyle azaltılabilir. Fluoksetinin ve metabolitlerinin yarı ömürleri uzun olduğu için bu dönem, fluoksetin dozuna ve hastanın durumuna göre bir ya da birkaç hafta sürebilir. Nefazodon fluoksetinin ya da norfluoksetinin farmakokinetiklerini değiştirmez.

Karbamazepin: Sağlıklı gönüllülere nefazodon ve karbamazepin eş zamanlı uygulandığı zaman kararlı durum C_{max} ve karbamazepinin AUC'ı %23 artmış aktif metabolitin ve karbamazepin 10.1 epoksinin kararlı durum ve C_{max} ve AUC'ları sırasıyla %21 ve %20 azalmıştır. Nefazodonun hidroksinefazodonun kinetiği eşzamanlı karbamazepin uygulanması ile anlamlı oranda etkilenmiştir. Nefazodonun kararlı durum C_{max} ve AUC'ı sırasıyla %86 ve %93 azalmıştır. Hidroksi nefazodonun da C_{max} ve AUC değerleri de benzer şekilde (%85 ve %94) azalmıştır. Buna karşılık m-clorofenilpiperazinin ve trinazolidionun C_{max} ve AUC değerlerindeki azalmalar daha az (sırasıyla %13 ve %44; %28 ve %57) olmuştur. Plazma konsantrasyonlarında artış potansiyeli dolayısıyla, nefazodon ve karbamazepin uygulanırsa karbamazepin plazma seviyeleri gözlenmelidir. Karbamazepinle eşzamanlı uygulama nefazodonun başlangıç dozunda bir ayarlama yapmayı gerektirmez ve daha sonra ayarlamalar da klinik cevaba göre yapılmalıdır.

Antihipertansifler: Nefazodon tedavisi gören hastalarda postural hipotansiyon bildirilmiştir. Eger nefazodon bir antihipertansif ile birlikte verilecekse, antihipertansif ilacın dozunun azaltılması gerekebilir. (Bkz. UYARILAR ve ÖNLEMLER)

Digoksin: P₄₅₀ 2D₆ yaygın metabolizer fenotipindeki sağlıklı erkek gönüllülere nefazodon ve digoksin birlikte verildiğinde digoksinin C_{max} , C_{min} ve EAA değerleri sırasıyla %29, %27 ve %15 oranında artmıştır. Digoksin, nefazodon ve aktif metabolitlerinin farmakokinetiklerini etkilemez. Digoksin terapötik indeks dar olduğundan, nefazodon ile birlikte uygulandığında dikkatli olunmalıdır; digoksin plazma konsantrasyonu izlenmelidir.

Propranolol: Zayıf ve yaygın P₄₅₀ 2D₆ metabolizerler dahil sağlıklı erkek gönüllülere nefazodon propranolol beraber verildiğinde, propranololün C_{max} ve EAA değeriyle sırasıyla %30 ve %14 oranında azalma ve 4-hidroksi propranolol metabolitinin C_{max} değerinde %14 oranında azalma görülür. Nefazodonun, hidroksinefazodonun ve trinazolidionun kinetiği propranolol ile değişmez. Ancak m-klorofenilpiperazinin C_{max} , C_{min} ve EAA değerleri sırasıyla %23, %54 ve %28 artar. Her iki ilaç da başlangıç dozunda bir değişiklik yapılması gerekmez ve doz klinik cevaba göre ayarlanmalıdır.

Alkol: Sağlıklı gönüllülere kapsayan kontrollü bir çalışmada nefazodon, alkolün psikomotor ve algılama yeteneğini azaltıcı etkisini artırmamıştır. Ancak, alkol ve nefazodonun birlikte kullanımı önerilmez.

Genel Anestezi: Genel anesteziyelere etkileşimi hakkında yeterli bilgi yoktur. Bu nedenle, bir ameliyattan önce nefazodon klinik olarak mümkün olduğu kadar uzun bir süre önce bırakılmalıdır.

Simetidin: Sağlıklı gönüllülere kapsayan bir multipl doz çalışmasında nefazodon ve simetidin arasında klinik ya da farmakokinetik açıdan kayda değer hiç bir etkileşme görülmemiştir.

Sitokrom P₄₅₀3A₄ İsoenzim ile Metabo-

İize edilen İlaçlar: Nefazodonun in vitro olarak sitokrom P₄₅₀3A₄ inhibe ettiği gösterilmiştir. Bu durum, bu isoenzim tarafından metabolize edilen triazolobenzo diazepinlerden triazolam ve alprazolam ile nefazodon arasındaki etkileşime görülmektedir. Nefazodon, 3A₄ isoenzimi ile metabolize edildiği bilinen herhangi bir ilaç örn: kalsiyum kanal antagonistleri, siklosporin, klaritromisin, eritromisin, ketokonazol itakonazol midazolam, vinblastin) ve özellikle terfenadin, astemizol ya da siprid ile birlikte kullanılırken dikkatli olunmalıdır. (bkz. "UYARILAR ve ÖNLEMLER").

Sitokrom P₄₅₀2D₆ ile Metabolize Edilen İlaçlar:

Popülasyonun küçük bir kısmında ilaç metabolize eden enzim olan Sitokrom P₄₅₀2D₆'nın aktivitesi azalmıştır. Bu kişiler, genelde kinidin, dekstrometorfan ve trisiklik antidepresan türü ilaçların iyi metabolize edemezler. Bu kişilerde nefazodonun ve ana metabolitlerinin farmakokinetiği değişmez. m-CPP'nin plazma konsantrasyonları artar. Nefazodon dozunun bu kişilere verileceği zaman ayarlanması gerekmez. Nefazodon ve metabolitlerinin in vitro olarak P₄₅₀2D₆'yi inhibe etme yetenekleri son derece zayıftır. Bu yüzden, nefazodonun bu isoenzim ile metabolize edilen ilaçların (örneğin alprenolol, metopranolol paroksetin, fluoksetin, tiordazin, haloperidol) metabolik klirensini azaltma olasılığı yoktur.

1 A₂ Isoenzimi ile Metabolize Edilen İlaçlar: Nefazodonun ve metabolitlerinin in vitro olarak sitokrom P₄₅₀1A₂'yi inhibe etmedikleri gösterilmiştir. Bu yüzden nefazodon ile bu isoenzim tarafından metabolize edilen ilaçlar (örn. klozapin, takrin, teofilin) arasında metabolik etkileşimlere olası değildir.

Genel: Nefazodon insanlarda plazma proteinlerine yüksek oranda (>%99) bağlanır. Nefazodona beraber verilen ilaçların plazma proteinlerine bağlanmaları üzerindeki etkisi dikkate alınmalı. Bunun tersi olarak, yüksek oranda bağlanan diğer ilaçlar tarafından nefazodonun yerinin değiştirilmesi advers etkilere neden olabilir.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU

Erişkinler: Nefazodonun önerilen başlangıç dozu günde 100-200 mg'dır. (günde iki defa 50-100 mg). Daha sonra, doz klinik cevaba ve toleransa göre yaklaşık birer hafta arayla günde iki defa verilen 100-200 mg'lık günlük dozlar şeklinde artırılabilir. Kontrollü klinik çalışmalarda, etkili doz aralığı günde 300-600 mg kaydedilmiştir. Bütün antikdepresanlarda olduğu gibi, tam bir terapötik etki sağlamak için tedavinin birkaç hafta sürmesi gerekebilir.

Yaşlı ya da halsiz hastalar: Yaşlı ya da halsiz hastalar için önerilen başlangıç dozu günde 100 mg'dır. (günde iki defa 50 mg). Bu hastalarda sık sık nefazodon klirensi düzeyi ve/veya santral sinir sistemine etkili ilaçların yan etkilerine duyarlılık artar. Doz, hedeflenen final doza titre edilirken hastanın klinik cevabının dikkatle incelenmesi yerinde olur.

Bir Monoamin Oksidaz İnhibitöründen ya da Bir Monoamin Oksidaz İnhibitörüne Geçiş: Bir MAOI'yi bırakıp nefazodona geçmeden önce en az 14 gün geçmelidir. Ayrıca, nefazodonu bırakıp bir MAOI'ye geçmeden önce de en az 7 gün beklemek gerekir. (Bkz. "UYARILAR VE ÖNLEMLER").

Böbrek Yetersizliği: Böbrek yetersizlik derecesi ile ilacın tamakokineliği arasında önemli bir ilişki gözlenmemiştir. Ancak, ilacı kronik alan hastalarda eğer ciddi böbrek yetersizliği varsa nefazodon ya da metabolitlerinin birikmesi mümkündür ve en düşük dozun uygulanması önerilir.

Uzun Süreli Tedavi: Plasebo kontrollü klinik çalışmalarda, nefazodonun etkinliği sistematik olarak değerlendirilmiş ve terapötik yararı bir yıla kadar süren devamlı tedavi ile sağlandığı gösterilmiştir. Tedavinin başlangıcında sağlanan cevap aynı doz ile devam ettirilebilir.

DOZ AŞIMI ve TEDAVİSİ

İlaç pazarlanmadan önce yapılan klinik çalışmalarda, yalnızca nefazodon ile ya da başka ilaçlarla kombine, yedi aşırı doz olgusu bildirilmiştir. Alınan nefazodon miktarı 1.000 mg'dan 11.200 mg'a kadar değişmiştir. Nefazodon doz aşımı ile ilgili olarak en sık bildirilen semptomlar bulantı, kusma ve uyuklamadır. Ancak, doz aşımı ilacın yan etki insidensini ya da şiddetini artırabilir. Çalışmaya katılmayan bir hasta metokarbamol ve alkol ile beraber 2.000-3.000 mg nefazodon almış ve bir konvülsiyon geçirmiştir. (ne tür olduğu belirtilmemiştir). Hastaların hiç biri ölmemiştir.

Nefazodon için belirli bir antidot yoktur. Semptomatik ve destekleyici tedavi uygulanmalıdır. Aşırı doz şüphesi olan hastanın midesi yıkanmalıdır. Aşırı doz tedavisinde bir çok ilacın bir arada alınmış olması ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

SAKLAMA KOŞULLARI

Çocukların ulaşamayacakları yerde ve ambalajında saklayınız. Oda sıcaklığında, 30C'nin altında saklayınız.

TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ ve AMBALAJ MUHTEVASI

SERZONE 100 mg Tablet; 28 tabletlik blisterde.

PIYASADA MEVCUT DİĞER FARMASÖTİK DOZAJ ŞEKİLLERİ

SERZONE 200 mg Tablet; 28 tabletlik blisterde.

SERZONE TEDAVİYE BAŞLAMA PAKETİ : 50 mg, 100 mg ve 200 mg tablet formlarından 14'er adet içeren blister ambalajda.

Ruhsat Tarihi ve No: 21.07.1998-188/16

Ruhsat Sahibi ve Satış Yeri:

Bristol-Myers Squibb Co., Princeton, New Jersey, U.S.A. lisansı ile

Bristol-Myers Squibb İlaçları Inc. İstanbul Şubesi Maslak-İstanbul

Üretim Yeri: Toprak İlaç ve Kimyevi Maddeler Sanayi ve Ticaret A.Ş. Sakarya

Reçete ile satılır.

Hoechst Manion Roussel AŞ.

'ACCOLATE 20 mg Film Tablet'

Formülü: Her bir film tablet etken madde 20 mg zafirlukast (INN) ve yardımcı maddeler laktoz ve tityum dioksit içerir.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER Farmakodinamik Özellikler

Zafirlukast, oral yoldan kullanılan ve anafaksinin yavaş reaksiyona giren maddesinin bileşenleri olan LTC₄, LTD₄ ve LTE₄ reseptörlerinin kompetitif antagonisti, son derece selektif ve güçlü bir peptiddir.

In vitro çalışmalar zafirlukast'ın, insanlardaki iletili hava yollarının düz kaslarında peptid yapısındaki bu üç lökotrienin (Lökotrien C₄, D₄ ve E₄) kontraktif aktivitesini aynı derecede antagonize ettiğini göstermiştir.

Zafirlukast spesifik olarak lökotrien reseptörlerine etkilidir.

Gereken şekilde kullanılan beta agonisti tedavisiyle yeterince kontrol altına alınamayan astım hastalarında zafirlukast ilk basamak idame tedavisi ilacı olarak endikedir. Zafirlukast semptomatik hastalarda semptomları düzeltir (gündüzleri ve geceleri görülen astım semptomlarını azaltır), akciğer fonksiyonunu düzeltir, beta agonistlerine duyulan ihtiyacı azaltır ve alevlenme dönemlerinin azalmasını sağlar.

Kortikosteroid uygulamasına cevap vermeyen olgularda etkinliği belirlenmemiştir.

Astım semptomlarındaki düzelme, zafirlukast tedavisinin ilk haftasında ve çoğu zaman da ilk 3-4 gün içerisinde ortaya çıkmıştır.

Zafirlukast, günde iki defa oral yoldan kullanılan bir ilaç olduğundan, inhalasyon şeklinde idame tedavisi bakımından uyum ve uygulama sorunlarının söz konusu olduğu hastalarda özellikle değerlidir.

Farmakokinetik Özellikler

Plazmadaki maksimal zafirlukast düzeyleri (C_{max}), oral Accolate kullanımından yaklaşık 3 saat sonra elde edilir.

Günde iki defa 30-60 mg arasında değişen Accolate dozlarının kullanılmasından sonra plazmadaki zafirlukast birikimi düşük olmuştur (Ölçülemeyen değerlerle ilk doz değerinin 2.9 katı arasında; ortalama 1.45, median 1.27) Zafirlukast'ın terminal yarı-ömrü yaklaşık 10 saattir. Plazmadaki kararlı zafirlukast konsantrasyonları, kullanılan dozla orantılıdır ve tek-doz farmakokinetik verilerine bakılarak tahmin edilebilir.

Zafirlukast'ın astımlı, erişkinlerdeki ve adolesana çağındaki gençlerdeki farmakokinetiği, sağlıklı erişkin erkeklerdeki ile aynı derecede benzer bulunmuştur. Vücut ağırlığına göre gereken düzeltme yapıldığında, zafirlukast farmakokinetiği bakımından kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark belirlenmemiştir.

Accolate'in besinlerle birlikte alınması, zafirlukast'ın biyoyararlanma oranındaki değişiklikleri artırmış ve hastaların büyük bölümünde (%75) bu oranın azalmasına neden olmuştur. Net azalma, %40 dolayında gerçekleşmiştir.

Zafirlukast, geniş kapsamlı olarak metabolize edi-

lir. Radyoaktif olarak işaretlenmiş bir dozdan sonra radyoaktivitenin %10 kadarını idrarda, %89'u dışkıda saplanmıştır. İdrarda değişikliğe uğramamış zafirlukast bulunmaz. İnsan plazmasındaki zafirlukast metabolitlerinin, zafirlukast'ın ancak 90'da biri kadar etkili oldukları, standard bir invitro aktivite testinde gösterilmiştir.

Yaşlılardaki ve alkolik siroz vakalarındaki C_{max} ve AUC değerleri, aynı dozun verildiği, normal kişilerdekine yaklaşıklık iki katı bulunmuştur.

Hafif böbrek bozukluğu olan hastalar ile normal vakalar arasında zafirlukast farmakokinetikleri arasında önemli farklılık yoktur.

Zafirlukast'ın yaklaşık %99'u, 0.25-4.0 mikrogram / ml arasında değişen konsantrasyonlarda, plazma proteinlerine ve özellikle de albümine bağlı durumdadır.

ENDİKASYONLARI

Accolate, yetişkin ve 12 yaşın üzerindeki çocuklarda astımın profilaksisinde ve kronik tedavisinde endikedir.

KONTRENDİKASYONLARI

Accolate, ürüne veya içindeki maddelerden herhangi birine karşı daha önce aşırı duyarlılık göstermiş olan hastalara verilmemelidir.

Accolate, geçmişinde orta veya ciddi böbrek bozukluğu olan hastalarda ve karaciğer bozukluğu veya siroz vakalarında kontrendikedir. Hepatitli veya sirozlu hastalarla uzun dönemli çalışmalar yapılmamıştır.

UYARILAR/ÖNLEMLER

Accolate, istenen faydanın sağlanabilmesi için, semptomların bulunmadığı dönemlerde bile düzenli olarak alınmalıdır. Lökotrien antagonistleri akut astım ataklarının tedavisinde endike değildir, ancak Accolate ile tedavi devam ederken oluşan akut astım ataklarında tedaviye devam edilebilir.

Accolate akut astım ataklarındaki bronkospazmın çözülmesini sağlamak amacıyla kullanılmaz.

Accolate, labil astımın veya stabil olmayan astımın tedavisinde değerlendirilmemiştir.

Inhale veya oral kortikosteroidlerin yerini almak üzere birdenbire Accolate kullanımına bağlanmamalıdır.

Ciddi astımı olan hastaları tedavi ederken, steroid azaltılması düşünüldüğünde dikkatli olmak gerekir. Ciddi astımı olan hastalarda oral steroidlerin kesilmesi nadiren eozinofili infiltrasyon takip eder. Bu da bazen sistemik vaskülitin klinik özellikleri ile Churg-Strauss Sendromu şeklinde görülebilir. Bu vakalarda zeminde Churg-Strauss Sendromu bulunması nedeniyle, kortikosteroid tedavisinin kesilmesi sonucu, böyle bir klinik tablonun ortaya çıkma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Accolate tedavisi sırasında serum transaminazları yükseltilir. Bu yükselme genellikle asemptomatik ve geçicidir ama erken bir hepatotoksisite kanıtını temsil ediyor olabilir.

Karaciğer fonksiyon bozukluğu izlenimi veren bulantı, kusma, karın sağ-üst kadranda ağrı, yorgunluk, iktarji, gribe benzer semptomlar, hepatomegali, pruritis ve sarılık gibi semptom veya belirtiler gelişirse,

serum transaminazları ve özellikle de serum ALT düzeyleri ölçülmeli ve hasta uygun olarak tedavi edilmelidir. İlaç kesme kararı, hastanın bireysel koşullarına göre, hepatik disfonksiyona karşı Accolate'in hastaya sağlayacağı klinik faydalar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Hepatik Sirozu da içeren Karaciğer yetmezliği olan hastalarda Accolate kullanımı önerilmez.

Gebelik ve Laktasyon

Accolate'in gebe kadınlardaki ilaç emniyeti, henüz belirlenmemiştir. Gebelik sırasında tedaviye devam edilmesinden kaynaklanabilecek riskler, elde edilebilecek faydalar karşısında tartılmalı ve Accolate, gebelik sırasında yalnız açıkça ihtiyaç duyulduğu takdirde kullanılmalıdır.

Zafirlukast anne sütüne geçer. Bu nedenle Accolate emziren annelere verilmemelidir.

Araç ve Makina Kullanmaya Etkisi

Accolate'in araç ve makina kullanma yeteneğini etkilediğini gösteren hiçbir kanıt yoktur.

YAN ETKİLER

Accolate, iyi tolere edilir. Accolate kullanımına başağrısı veya gastrointestinal bozukluklar (bulantı, kusma ve karın ağrısı) eşlik edebilir. Bu semptomlar genellikle hafiftir.

Ürtiker ve angioödem içeren ağır duyarlılık reaksiyonları rapor edilmiştir. Kabarcıklar dahil deri döküntüleri de rapor edilmiştir.

Accolate'in kullanıldığı klinik çalışmalar sırasında ender olarak serum transaminaz düzeylerinin yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu yükselme, tedaviye devam edilmesi sırasında ya da tedavinin durdurulmasından sonra ortadan kalkmıştır. Nadiren, Accolate tedavisinin durdurulmasından sonra dözülen, ilaca bağlı hepatitle uyan transaminaz profili gözlemlenmiştir.

Kontrol gruplarına plasebo verilen klinik çalışmalarda, Accolate kullanan ileri yaştaki hastalarda enfeksiyon insidansının arttığı gözlemlenmiştir. Öncelikle solunum sisteminde görülen bu enfeksiyonlar genellikle hafif olmuş ve Accolate tedavisinin durdurulmasını gerektirmemiştir.

BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ

İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ VE DİĞER ETKİLEŞİMLER

Accolate, astım ve alerji tedavisinde rutin olarak uygulanan diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir. İnhal steroidler, inhale ve oral bronkodilatör tedavi, antibiyotikler ve antihistaminikler Accolate ile birlikte herhangi bir advers etkileşime yol açmazsınız kullanılmış olan bu gibi ilaçlardandır.

Accolate, herhangi bir advers etkileşim söz konusu olmaksızın doğum kontrol haplarıyla birlikte kullanılabilir.

Salisilik asitle (aspirin) birlikte kullanılması, plazmadaki zafirlukast düzeylerinin yaklaşık %45 oranında artmasıyla sonuçlanabilir. Böyle bir yükselmeye, klinikte önemli etkilerin eşlik etme olasılığı çok uzaktır.

Eritromisin ile birlikte kullanılması, zafirlukast plaz-

ma düzeylerinin %40 kadar azalmasıyla sonuçlanır.

Teofilin ile birlikte kullanılması, zafirlukast plazma düzeylerinin yaklaşık %30 azalmasıyla sonuçlanabilir ama plazma teofilin düzeylerini etkilemez.

Zafirlukast'ın terfenadinle birlikte kullanılması, zafirlukast AUC değerinin %54 azalmasıyla sonuçlanır ama plazma terfenadin düzeylerinde değişme görülmez. *

Warfarin ile birlikte zafirlukast kullanılması, maksimal protrombin zamanının %35 kadar uzamasına neden olur. Bu nedenle Accolate'in Warfarin ile birlikte kullanılacağı hastalarda protrombin zamanının izlenmesi önerilir. Bu etkileşim olasılıkla, zafirlukast'ın sitokrom P450 2C9 izoenzim sistemini inhibe etmesinden kaynaklanmaktadır.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU

Accolate, astım ataklarının önlenmesi amacıyla kullanıldığından, sürekli olarak kullanılmalıdır.

Erişkinler ve 12 yaşından büyük çocuklar:

Önerilen doz günde iki defa 20 mg'dir. Bu dozun üzerine çıkılmamalıdır, hepatotoksisite gelişebilir.

Besinler zafirlukast'ın biyoyararlanımını azalttığından Accolate, yemeklerle birlikte alınmamalıdır.

Yaşlılar

Yaşlılarda (>65 yaş) zafirlukast klirensi azalır ve Cmax değerleriyle AUC değeri genç erişkinlerdekinin hemen hemen 2 katıdır. Bununla beraber bu yaş grubundaki birikim astımlı yetişkin hastalarda yapılan çok dozlu çalışmalarla görüldüğü kadarı değildir.

Çocuklar

Accolate'in 12 yaşından küçük çocuklardaki ilaç emniyeti ve etkinliği henüz saptanmamıştır.

Böbrek yetmezliği

Hafif dereceli böbrek bozukluğunda doz ayarlamasına gerek yoktur.

Karaciğer bozukluğu

Stabil alkolik sirozdaki zafirlukast klirensi, Cmax değeriyle AUC değerinin normal erişkinlerdekinin hemen 2 katı olmasına yol açacak derecede azalır (Uyarılar ve Önlemlere bakınız.)

Doz Aşımı

İnsanlarda Accolate doz aşımının etkileriyle ilgili bilgi yoktur. Böyle bir durum karşısında destek tedavisi uygulanmalıdır. Gastrointestinal kanaldaki fazla ilacın mide yıkanarak uzaklaştırılması faydalı olabilir.

Saklama Koşulları

30 C'nin altındaki oda sıcaklığında saklanmalıdır.

Ticari Takdim Şekli

Accolate 20 mg Film Tablet 28 ve 56 tabletlik blister ambalajda

Reçete ile satılır.

Hekime danışmadan kullanılmamalıdır.

Çocukların ulaşamayacakları yerlerde ve ambalajlarda saklanmalıdır.

Ruhsat Sahibi: ZENECA İlaç San. Ve Tic. A.Ş., Zincirlikuyu-İstanbul

Ruhsat Tarihi: 15.1.1999

Ruhsat No: 105/41

İmal Yeri: ZENECA Limited, İngiltere

2000'e 1 kala savaşız bir dünya özlemiyle...

KIZ ÇOCUĞU

Kapıları çalan benim
Kapıları birer birer.
Gözünüze görünemem
Göze görünmez ölüler.

Hiroşima'da öleli
Oluyor bir on yıl kadar.
Yedi yaşında bir kızım,
Büyümez ölü çocuklar.

Saçlarım tutuştu önce,
Gözlerim yandı kavruldu.
Bir avuç kül oluverdim
Külüm havaya savruldu.

Benim sizden kendim için
Hiçbir şey istediğim yok
Şeker bile yiyemez ki
Kâat gibi yanan çocuk.

Çalıyorum kapınızı
Teyze, amca bir imza ver.
Çocuklar öldürülmesin
Şeker de yiyebilirsiniz.