

Ankara Eczacı Odası

Bülteni

ANKARA ECZACI ODASI YAYIN ORGANIDIR.

14 MAYIS 1981



ECZACILIK GÜNÜ

142. Yıl

SAYI : 1

CİLT : 3

MART - NİSAN 1981

- 14 MAYIS ECZACILIK GÜNÜ
- SAĞLIK PERSONELİNİN
KANAYAN YARASI : TAM GÜN
- ANKARA ECZA - KOOP BİR
YAŞINDA
- İLAÇ ve ECZACILIK
DÜNYASINDAN
- BİLGİMİZİ TAZELEYELİM
- REÇETE HATALARI
- KLİNİK ECZACILIK
- YENİ İLAÇLAR
- YASALAR, YÖNETMELİKLER,
TÜZÜKLER
- ODA HABERLERİ
- OKUYUCU MEKTUPLARI
- BASINDAN SEÇMELER

**ANKARA ECZACI ODASI
BÜLTENİ**

İKİ AYDA BİR ÇIKAR

Sahibi : Ecz. Nermin USAL

**II. Bölge Ankara Eczacı
Odası Başkanı**

Yazı İşleri Sorumlusu :
Ecz. Asude **AYKAÇ**

Yönetim Yeri :

Konur Sok. 13/2 Yenışehir/ANKARA
Tel. : 25 42 96 — 25 08 07

- Bülteinde yayınlanan yazılar Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumludur. Ankara Eczacı Odasını ve bültenini bağlamaz.
- Eczacılar, Eczacılık Fakültesi ve Yüksek Okulu Öğrencilerine parasız dağıtılır.

İÇİNDEKİLER

● Bakış.. (AEOB)	2
● 14 Mayıs 1981 Eczacılık Günü	3
● Sağlık Personelinin Kanayan Yarası : Tam Gün.. Ecz. Atilla UZGÖREN	5
● Ankara Ecza Koop. Bir Yasında.. Ecz. Haydar KUMBAROĞLU	9
● İlaç ve Eczacılık Dünyasından.. Ecz. Arif SARIYILDIZ	11
● Hipertansiyon.. Ecz. Leyla ÜSTEL	19
● Tüberküloz.. Ecz. Ergin TATÇI	25
● Hastanın İlaç Konusunda Eğitimi.. Dr. Ecz. İsmail ÜSTEL	31
● Yeni İlaçlar	36
● Bağ-Kur Yasasında Yeni Düzenlemeler	39
● Oda Haberleri	41
● Okuyucu Mektupları	44
● Reçete Hataları	45
● Basından Seçmeler	46

BAKİŞ

Değerli okuyucular,

İçinde bulunduğumuz ay eczacılık mesleği açısından oldukça önem taşımakta. Öncelikle kamu kesiminde bulunan meslektaşlarımızın işlevleri ve ekonomik sorunlarıyla ilgili olarak yapılan çalışmalar şu günlerde yoğunlaştı. Burada, 12 Eylül'de iş başına gelen yeni yönetim eczacılık sorunlarına yaklaşımlarındaki gerçekçi tutumu belirtmek isteriz. Bu anlayışın doğrultusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumlarında Eczacılar rasyonel olarak yararlanmak amacıyla çalışmalar yapmakta ve konuyla ilgili öneriler toplamaktadır. Yüksek Sağlık Şurası'nın yakında Tababet Uzmanlık Tüzüğü içerisinde eczacıların uzmanlık alanlarını yeniden ele alacağı, yine edindiğimiz bilgiler arasında Şu günlerde Tam Gün Yasası üzerinde Bakanlar Kurulunda yapılan çalışmaların sonucu da kamuda çalışan meslektaşlarımız tarafından merakla beklenmektedir.

İşte 14 Mayıs Eczacılık Günü tüm bu çalışmalar arasında ayrı bir anlam kazanıyor. Ankara Eczacı Odası olarak düzenlediğimiz programa meslektaşlarımızın yakın ilgi göstereceklerine ve yoğun bir katılım sağlayacaklarına inanıyoruz.

Öte yandan Ankara Eczacı Odası Bülteni'ne, özellikle son sayısında gösterilen ilgi ve yapılan olumlu eleştiriler bizlere mutluluk verdi. Bundan sonrada, gerek yazı ve gerekse yapıcı eleştirilerinizi bekliyoruz.

Çalışmalarınızda başarı dileklerimizle...

A. E. O. B.

14 Mayıs 1981 Eczacılık Günü

Bilindiği üzere Mayısın Eczacılık mesleğimizde özel bir yeri bulunmaktadır. Her yıl Mayıs 14'ü Eczacılar günü olarak, meslektaşlarımız arasında çeşitli etkinliklere sahne olmaktadır.

Bu tarihin önemi bundan 142 yıl önce Tıp bilimleri arasında Eczacılık Biliminin ayrı bir dal olarak ayrışmasından kaynaklanır. Ama bu tarihin önemi salt bu kadarla kalmaz; bu günde giderek gençleşen, yenilikleri bünyesinden üreten Eczacılık biliminin gelişmesine gönül verenlerin, bilimsel yeniliklerle ülkemiz sağlık sorunlarına getirmeye çalıştıkları çözümlerle harman olması önemini pekiştirmektedir.

14 Mayısın Eczacılık günü olarak kutlanmaya başlaması 1968'lere kadar uzanır; O tarihlerden günümüze dek çeşitli meslek kuruluşlarımızca günün anlamına ilişkin çeşitli programlar yapılmış, etkinlikler gerçekleştirilmiştir.

Giderek bu etkinlikler günün soyut bir bayram havasında geçiştirilmesinden kurtarılarak yukarıda belirttiğimiz biçimde, bilimsel gelişmelerle, mesleğimiz sorunlarının ülkemiz sağlık sorunlarının tartışıldığı, meslektaşlarımız arasında geniş katılımların sağlandığı şekillerle gerçek yerine oturmuştur.

Bu gelişmelerin sağlanmasında emeği geçen tüm meslektaşlarımızı şükranla anmak gereğini yeri gelmişken belirtelim.

Geçen yıl 1. TÜRKİYE ECZACILIK KONGRESİ'nin hazırlanması ve başarı ile gerçekleştirilmiş olması yıllar süren bir gelişmenin taçlanması olmuştur.

İlk kez Eczacılık mesleğinin ve bilimin gelişmesine, sorunlarına bilimsel olduğu kadar sosyo - ekonomik çerçevede yaklaşan 1.

Türkiye Eczacılık Kongresi sabırla, fedakârlıkla (özveriyle) bilinçle, bu görevini başarmıştır.

Bu anlamda 14 Mayıs 1980 meslek tarihimiz içinde özel bir yere ve öneme sahip olacaktır.

Böylesine önemli bir görevin sürdürülmesini bu yıl 14 Mayıs 1981 Eczacılık Günün'de rehber edinerek; bir günü dolduracak etkinlikler Ankara Eczacı Odasınınca programlanmaktadır.

Hemen belirtelim bu yıl kongre çapında geniş bir organizasyonu tertiplemedik. 2. TÜRKİYE ECZACILIK KONGRESİ'ni 1982'de gerçekleştirmek önümüzdeki önemli görevlerden biridir. Programı bir güne sığdırılmış ta olsa 14 Mayıs 1981 Eczacılık Günü aynı ruhla gerçekleştirilecektir.

Eczacılık biliminde, yeni gelişmelerin meslektaşlarımıza iletiildiği, ilaç konusunda en son gelişmelerin tanıtıldığı, ilaç ve gıda etkileşimleri, sağlık kuruluşlarında serum üretimi, eczacıların kooperatifleşmesi, ilaç sanayiinin dün - bugün konularında bilimsel bildirimleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinde eczacının yeri, laboratuvar eczacılığı, klinik eczacılık, eczane eczacılığı sorunlarının eczacı istihdamı konularının tartışılacağı, eczacı tanımının netleştirileceği PANEL'i kapsayan bir günlük bir kutlama programı hazırlanmaktadır. Program etkinliklere katılan meslektaşlarımızın bir yılın yorgunluğunu biraz olsun atabilecekleri geleneksel 14 Mayıs akşam yemeği ile sonuçlandırılacaktır.

Tüm meslektaşlarımızın şimdiye dek olduğu gibi gereken ilgiyi göstereceklerine yürekte inanıyoruz.

İşlerinizde başarılar ve mutlu günler dileğiyle...

AEOB

Müşteri — Aklaşan saçlar için bir şeyiniz var mı?

Eczacı — Var efendim : Saygı.

Sağlık Personelinin Kanayan Yarası : Tam Gün

Ecz. Atilla UZGÖREN

Hepimizin bildiği gibi değişik zamanlarda, çeşitli şekillerde gündeme gelen 2162 sayılı Tam Süre çalışma yasası vardı. 31. 12. 1980 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırıldı. Yerine daha mükemmel bir yasa konulmak üzere.

Ama Tam Gün çerçevesindeki tartışmalar kamuoyu ve özellikle yasanın doğrudan ilgilendirdiği sağlık personeli arasında sürekli olarak tazeliğini korudu.

1978'de yasa ilk çıkarken ve ilk uygulamasına geçilirken yapılan tartışmalar, aradan 2 - 3 yıl geçmesine karşın sürmekteyse, gerçekten açıklığa kavuşturulması gereken bazı yanlar bulunduğu sonucu çıkmaktadır.

1981 yılı başından beri de çeşitli şekillerde bir Tam Gün olayı gündemlerden eksik olmamıştır.

İlkin Tam Gün yasası uygulaması kaldırılmış ve sağlık personelinin ücretleri Aralık 1980 ücretleri şeklinde dondurulmuştur. Daha sonra bazı değişiklikler öngören yeni yasa tasarıları hazırlanmaya başlanmıştır.

Bazan «Tam Gün'den tamamen vazgeçiliyor», bazan «Dar kapsamlı sadece hekimlere yönelik Tam Gün hazırlanıyor» bazan «Birde geniş kapsamlı, tüm sağlık personelinin içeren yasa hazırlanıyor», bazan da «Genel Sağlık Sigortası gündemde, sağlık personelinin çalışma esasları bununla belirlenecek» şeklinde haberler ve

bunlara ilişkin kurulan komisyonlar; basında manşetlerden eksik olmamıştır.

Tartışmaların odak noktası, herkesin sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak, sağlık sorunlarını en düşük düzeye indirmek, en verimli sağlık hizmetinin sağlanması sağlık personelinin en uygun şartlar içinde yerleşimini ve çalışmasını sağlamak şeklinde olmalıdır.

Bizce bu temel prensipler ışığında bakıldığında, eski 2162 sayılı Tam Gün yasası, eksikliklerine, aksaklıklarına karşın; kimilerinin iddia ettiği gibi sağlık hizmetlerini arap saçına çevirmemiş, belirli olumlulukları bünyesinde toplamıştır.

Aslında temel yanlış; pek çok sorunları bulunan ülkemiz sağlık hizmetlerinin tek bir yasa ile kökünden hallediliverileceğinin sanılmasıdır. Bunun içindirki Tam Gün ilk doğuşundan beri çeşitli şimşekleri üzerine çekmiş; var olan pek çok sorunun birinci dereceden faili olarak değerlendirilmiştir.

Kimi çevrelerde Tam Gün sadece bir ücret yasası olarak değerlendirilmiş, sağlık personelinin alacağı ücretler üzerinde fırtınalar koparılmıştır. Ama zaman ilerledikçe özellikle Haziran 1980'den itibaren ilkin yan ödemelerin kesilmesi, sonra da Ağustos 1980 tazminatlarının maaşlarla birlikte vergilendirilmesi ile artan kesintiler sonucu; azalan ücretler Aralık 1980 maaşları şeklinde dondurulmuş olunca, özellikle son 1 yıla yakın zaman sağlık personelinin ekonomik sıkıntılarının had safhaya ulaştığı bir dönem olmuştur.

Vergi dilimlerinin değişmesi, vergiye esas olan matrahın düşmesi, çeşitli yan ödemeler sağlık personeli ücretlerine bir katkıda bulunamamış; kaybedilen tazminatların yerine sayılmıştır.

Kısacası sağlık personeli bir süre daha Aralık 1980 ücretleriyle çalışmak zorundadır.

Bu durumda basında sürekli olarak çıkan «Kamu kesiminde çalışmalar özendirilecek» şeklinde demeçlerin sonuçları büyük umutlarla beklenilmeye başlanmıştır.

Bir ara tartışmaların sadece hekimler üzerinde yoğunlaşması; hekimlerin muayenehanelerinin serbestçe açılıp açılmayacağı tartışmalarının yapılması, sadece hekimlere tazminat öngören dar kapsamlı yasa taslaklarının hazırlanıyor olması, bazan beliren umutların yerine karamsarlığa itmiştir.

En son olarak, Maliye, Sosyal Güvenlik, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlıkları ve ilgili kuruluşlarınca oluşturulan komisyonların birinden çıkan görüş; sağlık personelini yeniden umutlandırmıştır.

Sağlık hizmetleri bir ekip hizmetidir. Hizmetin sürekliliği ve verimliliği öngörülüyorsa, bu hizmette doğrudan ilgili olan tüm personel birlikte değerlendirilmelidir.

Bu prensibin komisyonca benimsenmiş olması ve bu çerçevede yasa önerisi hazırlanmış olması nispeten olumlu bir gelişmedir. Bu tasarıda meslekler arası büyük ayrımlar doğurabilecek hükümlerin konulmaması temennimiz olacaktır.

Hasta vatandaş ile sağlık personeli arasındaki ilişkinin düzenli tutulabilmesi, sağlık hizmetlerine ekip hizmetleri şeklinde en verimli sonuçların alınması, sağlık hizmetlerinin DENGELİ ve EŞİT olarak tüm yurt çapında yaygınlaştırılabilmesi temel amaç olması gerektiğine göre: Adı ne olursa olsun; Tam Gün çalışmasının olumlu prensipleri saklı tutularak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gerçek olarak sağlanmalıdır. Tam Gün yasası da sağlık hizmetleri zincirinin bir halkası olarak değerlendirilmelidir.

Tam Gün çalışmayı isteğe bırakmak —serbest çalışma şartlarını kolaylaştırmak— bazı sakıncalar doğurabilir, zaten yetersiz bulunan koruyucu sağlık hizmetlerini iyice ortadan kaldıracak gibi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de oldukça pahalılaşmasına neden olabilir.

Genel Sağlık Sigortası biçimiyle getirebilecek çözümler de bazı sakıncalar taşımaktadır; hele bu sağlık hizmetlerinden ücret almayı hedefleyen bir tasarı şekline dönüşür ve bu ücretin belirli oranlarını ilgili sağlık personeline teşvik primi şeklinde dağıtım ile tazminatlara ayrılacak giderlerin finansmanı şeklinde düşünülürse; bu tür bir uygulamanın aksaklıkları çıkabilecektir.

Bu türden Sosyal Sigortalar'da uygulanmaya başlayan başvuru ücretleri ve ilaç ile tedavi giderlerinin % 20'sinin hastadan alınması uygulaması Genel Sağlık Sigortası düşüncesine ilk adımlar olmamalıdır. Bu uygulamaya da son verilmesi olumlu olacaktır kanısındayız.

Çünkü; bir toplum için sağlıktan değerli bir şey olmamalıdır. Sağlıklı yaşam şartları için, toplumun sağlığı için yapılan gerekli harcamalara acınılamaz. Gelişmiş, uygar bir toplum ancak sağlıklı kafaları, sağlıklı vücutları olan yani beden ve ruh sağlığı tam olan

insanlar sayesinde kurulur, yaşatılır. Bunun için vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasından en ufak bir zorluk çıkarılması ihtimali bile bulunan biçimlere yönelmek sanınız doğru olmayacaktır.

Sonuç olarak; basında ve kamu oyunda sürekli gündeme gelen sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine ilişkin çalışmalarında, yasa tasarıları hazırlanışlarında, konuyla doğrudan ilişkili kuruluşların görüşlerinin, değerlendirmelerinin alınmasında sonsuz yararlar olacağına inanıyoruz.

Yeni gırgır ilaçlar :

- Yorgun ayaklar için vitaminli ayak pudrası
- Titreyen eller için trankilizanlı el kremi
- Dökülen saçlar için suni gübreli şampuan

ANKARA ECZA-KOOP BİR YAŞINDA

Ecz. Haydar KUMBAROĞLU
Ankara Ecza Koop. Yön. Kur. Başkanı

1979 yılı sonlarında, Ankara Eczacı Odasının kurduğu kooperatifçilik yar kurulu Ankara Ecza - Koop'un kurulma çalışmalarına başlamış, ana sözleşmesini hazırlayarak kooperatifin kurulmasındaki ilk aşamayı gerçekleştirmiştir. 1980 yılı Ocak ayında, Ankara Eczacı Odası'nda düzenlenen toplantıda kurucu yönetim kurulu üyeleri belirlenerek kooperatif resmen kurulmuş ve kısa zamanda faaliyete geçmiştir. 1979 yılında ilaç piyasasındaki buhran ve ecza depolarının eczanelere uyguladıkları ekonomik güçlükler, eczacıların bir araya gelerek sorunlarına yasal yollarla çözüm bulmaya zorlamıştır.

Yurt çapında hızla yaygınlaşan eczacılar kooperatifleri üyelerine ekonomik güç katmış, ilaç dağıtımındaki eşitlik ilkesi ile bölgesinde kısmende olsa ilaç yokluğunun önüne geçmiş, meslektaşlar arasında iyi bir işbirliği ve dayanışma sağlamıştır.

Kooperatif kurulurken geçmişte yapılan hatalar teker teker değerlendirilmiş; ortaklık paylarında, söz ve oy hakkında eşitlik ilkesini ön planda tutan kooperatifçilik diğer ortaklık şekillerine tercih edilmiştir. 8 Eczacı ile kurulan ve kısa zamanda 80'e yaklaşan meslektaş grubunu çatımız altında toplamış bulunuyoruz.

Nisan ayı içinde ana sermayemiz 7. 873. 500 TL. dir. Bir yıl içinde yaptığımız toplam satış miktarı 60.000.000 TL. civarındadır. Kuruluş sermayemizin 105.000 TL. olduğunu burada belirtmek isterim.

Ortaklarımıza yıl içinde verdiğimiz % 6 iskonto ve yıl sonunda % 5,5 civarında rizitörnle birlikte; % 11,5 gibi küçümsenmeyecek bir avantaj sağlamaktayız. Sermayesi, diploması ve 12 saatlik «Nöbet hariç» uzun bir çalışma zamanı ile en uç noktada ilacı halka sunan meslektaşlarımızın emeğinin en doğal hakkıdır.

Son günlerde depolardan eczanelerimize, çok cazip çalışma teklifleri içeren sirkülerler gelmektedir. İki yıldan bu güne dek, ilaç sanayiinde ve depocu arasında çok büyük bir değişiklik olmadığına göre, depoların böyle şirin görünmeleri sevindiricidir. Bu çıkışın açılışına çoğalan depoların yanında, kooperatifin büyük katkısı olmuştur.

1980 yılı verileri baz alınarak tasarlanan 1981 yılı satış hedefimiz 200 milyonun üzerinde olacak, üye katılımı ile bu rakam artacaktır. Şu andaki depomuz ihtiyacımızı karşılayamayacak duruma gelmiştir. Hedefimiz olan imalatıda gerçekleştirebilecek daha uygun bir yere yerleşmeyi yıl içinde planlayacağız. İlaç firmalarının kooperatife uyguladığı tüm kolaylıklar, en kısa zamanda ortaklarımıza yansıtılmaktadır. 1 Mayıs 1981'den itibaren üyelerimize yeni ödeme sistemi düzenleyerek daha iyi imkanlar sağlamış olacağız.

Kuruluşumuzdan bugüne dek bizi hoşgörü ile karşılayan, desteklerini esirgemiyerek yanımızda olan ilaç firmaları ile ilişkilerimiz en iyi şekilde devam edecektir.

Sosyal yardım ile ilgili bir tüzük hazırlamaktayız, kısaca amacımız her yıl bütçeden belirli bir fon ayırarak, faizsiz ve taksitle ödemek üzere üyelerimize parasal yardımda bulunmak. Bu yıl bu maksat için 300.000 TL. ayırmış bulunuyoruz.

Üst örgütlenmenin büyük yararlar sağlayacağı muhakkaktır. Henüz 1. ci Olağan Genel Kurullarını tamamlayan Ecza - Kooperatifleri ile temas halindeyiz. Yıl içinde Kooperatifler Birliği'nin kurulma çalışmalarına başlanacaktır.

Birlikten güç doğar. Meslek sorunları çözümlenir, varlığımız duyurulur ve uyuyan bir pazar olmaktan kurtuluruz. Kooperatifimize üye olacak meslektaşlarımıza yardımcı olmaktan gurur duyuyoruz.

İlaç ve Eczacılık Dünyasından

Hazırlayan : Ecz. Arif SARIYILDIZ

ŞAŞIRTICI İLANLAR

«Korunmayan sağlık kolay ve çabuk kaybedilir. Zamanında alacağınız tedbirlerle ilaç almadan da sağlığınıza koruyabilirsiniz.. Sağlıklı yaşam için ilaç şart değildir.. Gereksiz yere ve doktora danışmadan ilaç kullanmayınız.» Mart ayı içerisinde çeşitli gazete ve dergilerde Türkiye İlaç Endüstrisi adıyla yayınlanan ilanlar sanırım bizim gibi birçok okurumuzun da şaşırmasına neden olmuştur. Evet, ilaç işverenleri halkı ilacı dikkatli ve yerinde kullanmaları için uyarıyorlar ve (belki de) onlar da ilaç savurganlığına karşı açılan kampanyaya katılıyorlar. Diyeceksiniz ki, şaşıracak ne var bunda. Şaşıyoruz, çünkü bugüne dek yerlisi, yabancıyla ilaç işverenlerinin, ülkemizde ilaç tüketiminin artması ve giderek savurganlık düzeyine ulaşmasında (hadi dolaylı diyelim) büyük katkıları vardır. Onlar ilaçların hastane tipi ambalajlarda ve jenerik isimlerle piyasaya sunulması, müstahzar sayısının sınırlandırılması vs. gibi ilaç savurganlığını ve yanlış kullanılmasını önlemeye yönelik tüm öneri ve çalışmalara yıllardan beri karşı çıkmışlardır. İlaç işverenlerini böyle bir ilan vermeye zorlayan (veya iten) nedenleri bilemiyoruz. Fakat çağdaş ve kısıtlı da olsa yararlı olabilecek bu davranışlarını kutluyor ve bizleri benzeri davranışlarıyla daha da şaşırtmalarını diliyoruz.

*
**

İLÂÇ REKLAMLARI ÜZERİNE

Bir ilaç için pazar, o ilacın tedavi edeceği hasta sayısı ile belirlenir. Günümüzde ilaç şirketleri arasında kendi ilaçlarının satışını, dolayısıyla kârlarını arttırmak amacıyla büyük bir savaşım

vardır. Ve bu mücadelede en büyük güç reklamlardır. İlacın doktora, eczacıya ve tüketiciye, yani halka tanıtılması doğrultusunda kullanılan yöntemler ve yapılan harcamalar ise giderek yoğunlaşmaktadır. Reklam harcamaları o kadar artmıştır ki, çoğunlukla ilaç şirketlerinin yıllık cirolarının % 15'ini aşmaktadır. Örneğin, A.B.D'nin en büyük ilaç tekellerinden olan Ely - Lilly'nin ilaç tanıtım giderleri yıllık cirosunun % 19'u dolayındadır.

Özellikle ilaçların çoğunlukla reçeteli satıldığı ülkelerde, ilaç şirketleri doktorları etkilemek için yarış içindedirler. Örnekleyecek olursak, A.B.D. ilaç Endüstrisi doktor başına her yıl 3 bin dolar (285 bin TL.) tanıtım harcaması yapmaktadır. Fakat birçok ilaç şirketinin bu konuda çizmeyi aştığı da bir gerçek. Bunun son örnekleri geçenlerde basında da yer almıştı. Bayer ilaç Şirketinin yıllarca propagandistliğini yapan Dr. Hans Weiss yazdığı bir kitapta ilaç şirketlerinin içyüzünü anlatmakta ve Alman ilaç şirketlerinin, kendi ilaçlarının satışını sağlamaları ve reçetelere yazmaları amacıyla, doktorlara her yıl 1,5 milyar mark tutarında (70 milyar TL.) hediye verdiklerini ve menfaat sağladıklarını belgelerle ortaya koymaktadır. Dr. Weiss'in açıklamalarına göre, ilaç şirketleri doktorların dış gezintilerini finanse etmekte; tıbbi cihazlar, yazı masaları, kürk palto vs. gibi hediyeler vermekte ve doktorlar için turistik geziler düzenlemektedirler. Bayer ilaç şirketi 120 Alman doktorun «Adalat» isimli ilacın tanıtım toplantısı için Yugoslavya'ya gitmelerini finanse etmiş ve bu ilacın aylık satışı birden bire 1,1 milyon marka (50 milyon TL.) fırlamış. Sanol firması ise 700 doktoru 1 milyon mark harcayarak Rodos'a turistik geziye göndermiş. Öte yandan Dr. Weiss, ilaç şirketlerinin doktorları etkileyerek ilaç piyasasını tekelleri altına aldıklarını, bu arada yaptıkları tüm reklam masraflarını ilaç fiyatlarına eklemek suretiyle halkın sırtından çıkardıklarını belirtmektedir.

Sanırım okurlarımızın akıllarına birkaç yıl öncesine kadar süren eşantıyon ve hediye furyası gelmiş olmalıdır. Bu furyanın kesilmesinin nedeni, S.S.Y. Bakanlığının ilaç firmalarının reklam çalışmalarını kısıtlamış olmasıdır. Yapılan yeni düzenlemelerin başında da, piyasaya çıkartılan yeni ilaçların en çok üç yıl süre ile tanıtılabileceği ve üretimin en fazla % 5'i kadar ilaç numunesi dağıtılabileceği hükümleri yer almaktadır. Bu önlemlerin ilaç fiyatlarına olan etkisi bir yana; ilaç gibi teknik bir konuda, halkın bilinçsizliğini ve reklamlardan kolaylıkla etkilenebilmesini göz önünde tutarsak yararlı olduğu kesindir.

**

EN PAHALI İLÂÇ

Belki de penisilinden sonra hiçbir ilâç tıp dünyasında «interferon» kadar umut uyandırmamıştır. Okurlarımızın çoğu interferon'un adını ve etki alanını son yıllarda duymuş olmalı. Fakat interferon, İsaacs ve Lindenmann isimli iki İngiliz doktoru tarafından virüs enfeksiyona uğramış hücrelerin kendilerini savunmak amacıyla çıkardıkları bir «savunma maddesi» olarak 1950 yıllarında keşfedilmiştir. Bu doktorlar araştırmaları sonucunda, bu maddenin bugüne dek etki altına alınamayan virüsleri öldürme özelliğine ve bazı kanser türlerinin büyümelerini yavaşlatıcı etkiye sahip olduğunu da ortaya çıkarmışlardı. Fakat bu maddenin ilâç olarak tıp hizmetine sunulmasını önleyen bir soruna hala çözüm bulunamamıştır. İnsan ve hayvan hücrelerinin doğal savunma maddesi olan interferon'un saf olarak elde edilmesi çok pahalıya mal olmaktadır. Şu anda interferon'un kilosu 2 milyar dolardır. (190 milyar TL.) Şimdi birçok ilâç şirketi arasında daha ucuz interferon üretim yöntemi bulmak doğrultusunda büyük bir yarış sürmektedir.

**

C VİTAMİNİ ve NEZLE

Ülkemizde vitamin yoksunluğuna bağlı hastalıklar en az düzeydedir. Bunun yanı sıra Türkiye, doğal vitamin kaynaklarının bol ve ucuza sağlanabildiği ender ülkelerden birisidir de. Fakat tüm bu olumluluklara karşın vitaminler, Ülkemizde en çok satan ilaçlar arasında antibiyotiklerin ardından ikinci sırada yer almaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi bizde de, C vitamini içeren müstahzarlar halkın en çok kullandığı vitamin türü. İlaç rehberinin 1979-80 başımında 8 adet tek başına ve 9 adet de kombine halde C vitamini içeren müstahzarlar yer almakta. Bunlar arasında Becozym-C (Roche) ve Calcium (Sandoz) en çok tüketilen ilâçlar arasında beşinci ve altıncı sıradalar ve bu iki ilâcın 1979 yılındaki satışları 330 milyon TL'si düzeyinde oluşmuş. Bu iki müstahzarın cirosunun 1981 yılı sonunda 1 milyar TL'na ulaşması beklenmektedir.

Roche firması 30 bin tonla dünyanın en büyük C vitamini üreticisi olup, tüm dünya üretiminin üçte ikisini tek başına sağlamaktadır. Evet. Tüm dünya insanları her yıl 45 milyon ton civarında C vitamini tüketmektedirler. Fakat bu vitaminin, yani askorbik asidin günlük dozu ve yararlılıkları konusunda çelişkili görüşler bulunmaktadır. Tartışmaların en başta gelen konusu ise, C vitamininin nezle üzerine etkili olup olmadığıdır. Tıp alanında Nobel ödülü

almış olan Dr. Paulding 200 - 400 mg. günlük dozla bu vitaminin nezleyle yakalanma sıklığını azalttığını veya hastalığın hafif ve kısa süreli olarak geçirilmesini sağladığını ileri sürmektedir. Buna karşın yapılan bir çok araştırma C vitamininin nezle üzerinde önemsenebilir bir etkiye sahip olmadığını ortaya koymaktadır. A.B.D. Gıda ve ilâç Örgütü (F.D.A.) ise vücudun C vitaminine olan günlük gereksinimini 40 - 60 mg. olarak saptamıştır. Bilindiği gibi vücut bu vitaminin gerekli olan miktarının dışındakini böbrekler yolu ile atmaktadır.

Dr. Randall isimli bir araştırmacının görüşleri ise oldukça ilginç. Randall'a göre, Fransa'da piyasada bulunan C vitamini içeren müstahzarların çoğu, Japonların meşhur bir gazozu ile aynı formüle sahiptir. Bu açıklamayı okuyunca aklımıza, ülkemizde C vitamini içeren müstahzarların çoğunun effervesan tablet olduğu ve halk arasında meşrubat niyetine alındığı geldi.

**

SÜPER VİTAMİN : GİNSENG

Ginseng, A.B.D'nde C vitamininin popülerliğini tehlikeye düşüren bir vitamin adı. Bu ilâç Redhouse sözlüklerinde de yer alıyor. Sözlükler Ginseng'i, Çin'de ilâç yapımında çok kullanılan bir çeşit kök olarak tanımlıyorlar. Gerçekten de öyle. Ginseng isimli bitkinin kökleri Çin ve Kore'de beşbin yıldan beri cinsel gücü arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Son yıllarda ise bitkinin kökleri kurutulup, toz edilmekte ve kapsül, tablet gibi preparatlar halinde A.B.D'nde yaygın olarak tüketilmektedir. Bu ülkede Ginseng müstahzarlarını piyasaya sürenler onlara ilginç isimler bulmayı da ihmal etmemişler. «Süper vitamin» veya «Enerji verici» gibi. Süper vitamin Ginseng'in cinsel gücü arttırıcı etkisinin yanısıra stress, astım, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi hastalıklara karşı da yararlı olduğu ileri sürülmekte. Ama sanırız Ginseng'in diğer bir özelliği en çok Ankara'lı okurlarımızca ilgiyle karşılanacaktır. Çünkü Avrupa'da yapılan son araştırmalar, Ginseng bitkisinin hava kirliliğini önlemede etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

VİKİNGLERİN ÜLKESİNDE ECZACILIK

Başlıktan da anlayabileceğiniz gibi, sizlere Norveç'te ilâç ve eczacılığı kısaca tanıtmaya çalışacağız. Öncelikle bu ülkede eczacılık mesleğinin çok eski yıllara dayandığını belirtelim, çünkü Norveç'te ilk eczane 1595 yılında açılmış. 355 yıl sonra, yani 1950 yılında ec-

zane sayısı 271'e ulaşmış. Ve 1980 yılındaki eczane sayısı ise 288. Son otuz yıl içerisindeki artışın sadece 17 oluşu, özellikle ülkemiz eczacıları açısından ilginç bir anlamı olsa gerek. Norveç'in tüm nüfusunun 4 milyon dolayında olduğunu göz önüne alırsak, eczane başına 14 bin kişi düşmektedir. Ülkenin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu değerlerin korunmasında titizlik göstermekte ve eczane açılması veya taşınmasına oluşturulan bir plan çerçevesinde izin vermektedir.

Norveç eczanelerinde çalışan personel öğrenim durumlarına göre üç grupta toplanmaktadır. Eczane sahibi olabilmek için beş yıllık bir eğitimden sonra, iki yıl bir Norveç eczanesinde çalışma zorunluluğu vardır. 2,5 yıllık bir öğrenimle prescriptionist (= reçete yapıcı) veya bir yıllık öğrenim sonunda da eczacı teknisyeni oluna bilmektedir. 1980 yılında bu ülkede 530 eczacı ve 300 kadar prescriptionist bulunmaktadır.

Norveç'in sahip olduğu Sosyo-ekonomik düzen, ilaç sektörünün yapısında da kendisini belli etmektedir. İlaç ve ilaç hammaddelerinin ithalatı ve ihracatı devletin tekeli altındadır. Norveç ilaç Endüstrisi ile eczaneler ise tümüyle özel mülkiyetindedir. «Norsk Medisinal Depot» isimli devlet kuruluşu ilaç hammaddelerini ithal edip, kalite kontrollerini yaptıktan sonra ilaç Sanayiine vermekte; özel kesimce üretilen müstahzarları alıp, «Stotens Legemiddel Kontroll» isimli kuruluşa kontrollerini yaptırdıktan sonra eczanelere dağıtmaktadır.

Bugün Norveç'te 750 adet ilaç etken maddesinden oluşmuş, 1950 dolayında müstahzar bulunmaktadır. Bu değer ülkemizdeki ruhsatlı ilaç sayısının onda biri kadardır. Örneğin Norveç'te ampisilin üreten iki firma bu antibiyotiği 4 farmasötik formda piyasaya sunmaktadır. Türkiye'de ise geçen yıl 16 ilaç firması, 60 kadar farmasötik form ve farklı dozajda ampisilin üretmiştir. Ülkemizde C vitamini üretimine yukarıda değinmiştik. Bu vitamin Norveç'te B vitamini ile kompleks halde iki ve tek başına iki farmasötik formda yapılmaktadır.

Bu ülke ilaç fiyatları konusunda da Türkiye'den oldukça farklı, 1968-78 yılları arasında toptan eşya ve gıda maddeleri fiyatlarında oluşan % 110'luk artışlara karşın, bu on yıl içerisinde ilaç fiyatları sadece % 30 dolayında yükselmiştir. Bu konuda ülkemizle bir karşılaştırma yapmanın gereksiz olduğu kanısındayız. İlaç alanında Norveç'te gördüğümüz tek olumsuzluk, yabancı ilaç şirketlerinin etkinliğinin giderek artması olsa gerek. 1963 yılında piyasada

bulunan ilâçlar arasında yerli ilâç firmalarının payı % 44 iken, bugün bu oran % 25'e düşmüştür. Diğer bir deyimle bu ülkede satılan her 4 ilâçtan üçü yabancı ilâç şirketlerinin ürünüdür. Sanırım bu durum ortak pazara tam üyelik aşamasında, yerli ilâç şirketlerimizi düşündürmesi gereken bir olgudur.

Norveç'le ilgili yazımızın son konusu eczane sahibi okurlarımızın ilgisini çekecek nitelikte. Tüm Norveç eczanelerinin yıllık gelirinin belirli bir yüzdesi ortak bir fonda toplanmakta ve fonda toplanan bu para yıllık gelirleri düşük olan eczanelere aktarılmaktadır. Örneğin 1978 yılında Norveç eczane sahiplerinin ödedikleri toplam vergi 28,5 milyon kron (500 milyon TL.) olup, bu paranın % 50 si eczacıların emeklilik keseneği olarak ve % 10'u ise devletin ilâç kontrol çalışmaları için kullanılmaktadır. Geri kalan % 40 (yani 1978 yılı için 200 milyon TL.) yukarıda sözünü ettiğimiz fonda toplanmaktadır. Sanırım böylelikle eczane sahiplerinin gelirleri yaklaşık bir düzeye getirilmeye çalışılmaktadır.

**

KOLİT'DEN, ERKEK DOĞUM KONTROL HAPINA

Başlangıçta kimya ve boya sanayiine bağlı olan ilâç endüstrisinin bağımsız bir sanayi dalı haline gelişinde rastlantıların rolü büyük olmuştur. Nitekim 19. yüzyılın sonlarında sentetik boya imaline çalışılırken, boyar madde ara ürünlerinden bir anti - piretik olan fenasetin bulunmuş; kinin'e benzer bileşiklerin sentezi varsayımlanırken antipirin keşfedilmiştir. Bu iki ilâç, ilâç sanayiinin oluşmasında önder olarak kabul edilmektedir. İlâç sanayiinin günümüze kadar olan hızlı bir gelişim süreci içerisinde de birçok ilâcın bulunması veya geliştirilmesinde rastlantıların payı yadsınamaz. Bunlar arasında da bir ilâcın yan etkisinden yola çıkarak, araştırmalar sonunda yeni bir ilâcın tıp hizmetine sunulmasının birçok örneği vardır.

Bu konuyla ilgili olarak İngiltere'de yapılan bir araştırmanın sonucu oldukça ilginç. Çünkü yıllardır kolit tedavisinde kullanılan «sülfasalazin» isimli ilâcın yan etkilerinin araştırılması sonucunda, bu ilacın erkeklerde kısırlık yapıcı bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır. 30 erkek üzerinde yapılan deneylere göre, ilâcın 2 ay süre ile kullanılması erkek spermelerini azaltmakta ve kısırlık oluşturmaktadır. Fakat ilâcın kullanılmasına son verildiği zaman sperm üretimi yeniden düzelmekte, yani kısırlık ortadan kalkmaktadır. Şu anda İngiltere'deki iki üniversitede, bu ilâcın geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

ÜRETİM Mİ? YOKSA...?

Bültenin geçen sayısında Ansa'nın «Gentamisin sülfat» isimli ilaç etken maddesinin üretimine başladığını duyurmuş ve bunun ülke ilaç hammadde üretiminin yıllardır yerinde saydığı bir dönemde olumlu bir girişim olduğundan söz etmiştik. Bu konuyla ilgili olarak bazı meslekdaşlarımızdan eleştiriler aldık. Okurlarımız, ilaç hammadde yapımının yerinde saymadığını, son yıllarda özellikle antibiyotik etken maddeleri üretiminde büyük aşamalar kaydedildiğini ileri sürdüler. Arkadaşlarımız bu düşüncelerinde bir yere kadar haklıdır da. Çünkü ülkemizde yaklaşık 30 kadar ilaç hammadde üretilmektedir. Nicel olarak bu böyle, fakat üzerinde durulması gereken ve bizim de eleştirdiğimiz nokta varolan üretimin nitel yapısı. Örneğin, çok kullanılan bir ilaç olan aspirin etken maddesi asetil salisilik asit üretimi ülkemizde nasıl gerçekleştirilmektedir? Bayer ilaç Firması 1 kg. asetil salisilik asit üretmek için 0,906 kg. asetik asit anhidriti ve 0,812 kg. salisilik asiti ithal etmekte, bir esterleşme reaksiyonu ile aspirin etken maddesi sentez etmektedir. Bu sentez için ayrıca 7 kalem yardımcı maddeyi yine yurt dışından sağlamaktadır.

Öte yandan ülkemizde son yıllarda tehlikeli biçimde artan antibiyotik tüketiminin paralelinde, antibiyotik etken maddesi üretimi (!) ve üretici firmalar her geçen gün çoğalmaktadır. Ama bakın, üretim yöntemleri nasıldır? Örneğin Deva ilaç Firması 1 kg. «ampisilin trihidrat» üretimi için, 1,352 kg. potasyum penisilin—G (bildiğimiz penisilin) ithal etmektedir. Ve penisilinden ampisilin elde etmek amacıyla (sıkı durun) amonyak, metanol, aseton, sıvı azot vs. gibi tam 21 adet çözücü ve yardımcı maddeyi yine dışalımlla sağlamaktadır. Fako ilaç Firması ise 1 kg. «sefaleksın monohidrat» isimli antibiyotik etken maddesi üretim amacıyla 3,750 kg. potasyum penisilin—G ile birlikte 30 kalem yardımcı maddeyi ithal etmektedir. Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Fakat sütun kapsamının dışına taşmamak için, son kademe sentezlerine dayanan bu tür ilaç hammadde üretiminin genellikle pahalı yöntemler olduğunu ve ülke ekonomisine katkısının tartışılabilir bulunduğunu ekleyelim ve başka bir konuya geçelim.

*
**

İLÂÇ DÜNYASINDA GELECEK

Geçenlerde gazetelerin birinde, önümüzdeki yıllarda, hatta gelecek yüzyılda dünyada ne gibi şeyler olacak konulu bir haber

yer aldı. Bilim adamlarının varsayımları oldukça ilginç konuları içine almakta. Bunlardan birisi de kompüterlerin sağlık alanında daha fazla rol oynayacakları ile ilgili. Tahminlere göre yüzyılın sonlarına doğru kompüterler hastalıkların teşhis ve tedavilerini de yapabilecekler. Hasta olan kişi şikâyetlerini kompütere iletcek, kompüterler ise hastalığın teşhisini yapıp, ilacı da verecek. Olacak şey değil doğrusu! Öte yandan New York Einstein Tıp Üniversitesi profesörlerinden Dr. Jerrold Maxman 1985 yılında soğuk algınlığı aşısının bulunmasıyla birlikte bu hastalığın artık tarihe karışacağını müjdelemekte. Bir varsayım da yeryüzünün en eski hastalıklarından birisi ile ilgili. 1992 yılına dek şişmanlamayı önleyen bir ilaç bulunacağı tahmin ediliyor. Kaliforniya Üniversitesi öğretim üyelerinden Dr. Paul Segal'ın savı ise tüm bu tahminleri gölgede bırakan nitelikte. Çünkü Dr. Segal 2010 yılında «yaşlılığı önleyecek ilaçlar» ın çıkacağını söylüyor. Sanırız bu ilaç sayesinde insanlar yaşlanmadan ölme olanağına kavuşabilecekler,

Gazetede bu varsayımları okuyunca aklımıza «ilaç Tröstleri» isimli kitabın yazarı C. Levinson'un bir önerisi geldi. Levinson, ilaçların ağızdan veya enjeksiyon yoluyla kana verildiğini ve tüm vücuda ilacın yayıldığını; halbuki sadece vücudun hasta kısmının ilaca gereksinimi olduğunu yazmaktadır. Yazara göre, vücudun hasta bölümüne yeterli dozda ilaç ulaştırmak için gerekenin çok üstünde ilaç alınmak zorunda kalınmakta ve ayrıca ilaçların olumsuz yan etkileriyle karşılaşma tehlikesi doğmaktadır. Levinson'un önerisi, ilacın vücudun hasta kısmına doğrudan doğruya verilmesi şeklinde olup, ilaç şirketlerini bu yönde araştırmalara davet etmektedir.

Dr. Kompüter veya yaşlılığı önleyici ilaçların geleceğini bilemiyoruz, fakat Levinson'un önerisi hiç te gerçekleşmeyecek bir varsayım değil sanırız.

Istatistiklere göre, ilaç geçimsizliklerinin % 20 si boşanma ile sonuçlanmaktadır.

BİLGİMİZİ TAZELEYELİM

Hazırlayan : Ecz. Leyla ÜSTEL
H.Ü. Top. Hek. Köy Sağ. Enst.
Etimesgut Hastanesi

HİPERTANSİYON

Arteriyel kan basıncında sürekli yükselmeye bağlı kalp-damar hastalığına «HİPERTANSİYON» denir.

Genellikle diastolik basıncın 90 mm. Hg. nin, sistolik basıncın 140 mm. Hg. nin üstünde olmaları ile gelişen tablo hipertansiyon tanısını alır.

1980 yılı istatistiklerinde 90.381 nüfuslu Etimesgut Bölgesinde 150 Başlıklı - A Listesindeki A - 82 kodunu alan hipertansiyon, görülme sıklığı bakımından 5. sıradır. Bu da bize hipertansiyonun ne denli önemli olduğunu gösterir.

Böylesine yaygın, belirgin bir sorunun, yapılan çalışmalarla ancak yarısının saptandığı, saptananların yarısının tedaviye alındığı, tedaviye alınanların da ancak yarısının tedaviye tam olarak uydukları görülmüştür. Böylece hipertansiyonlu kişilerin sekizde biri hastalığın tehlikeli sonuçlarından korunabilmektedir.

Kişi yıllarca herhangi bir belirtisi ortaya çıkmadan hipertansiyonlu olabilir, fakat bu sırada kalp - damar sistemi ve böbrek üzerindeki hasarları oluşmaktadır. Kolesterol ve diğer yağların depolanması hızlanmaktadır.

Açık olarak hipertansiyon sorunları ortaya çıktığında harabiyet kesin olarak vardır.

Hipertansiyonun en sık görülen şekli «esansiyel hipertansiyon» olarak saptanmıştır. A.B.D.'de hipertansiyonlu hastaların % 85'i esansiyel hipertansiyonlu, % 15'i ise diğer nedenlere bağlı hipertansiyonlu olarak saptanmıştır.

Hipertansiyonun kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır.

Hipertansiyon sorununun ortaya çıkma yaşı 35 olarak kabul edilmektedir. Yine de daha erken yaşlarda tansiyon sorunu olan kişilere raslanabilir.

55 yaşından sonra hipertansiyon gelişmesi çok seyrek olarak görülür.

Şeker hastalarının hipertansiyonlu olma olasılıkları, şeker hastası olmayanlara göre iki kat daha fazladır.

Hipertansiyon etiolojisinde kalıtımın büyük rolü olduğu kabul edilmektedir. Genetik geçişi tam olarak saptanmamakla birlikte, metabolizmada doğuştan gelen bozukluklara veya biyokimyasal değişmelere bağlı olduğu sanılmaktadır.

Hipertansiyonlu hastaların tahminen % 10'u felç olmakta veya serebral kanamalardan ölmektedir. Diğer % 10'unda anjina pektoris veya miyokard enfarktüsü gelişebilmektedir.

Hipertansiyonlu hastaların % 30'unda renal vasküler skleroz uzun sürede gelişen komplikasyon olarak gözlenmiştir.

Uzun yıllar iyi ve etkin tedavi görmeden gelişen ve % 100 ölümlü sonuçlanan hipertansiyon tipine «maliyn» adı verilmektedir. Bu da hipertansiyon hastalarının % 5'inde saptanmıştır.

Maliyn hipertansiyonda diastolik basınç 130 mm. Hg.'nin üstündedir. Arteriyel ve doku harabiyeti yapar, hızla gelişen böbrek yetmezliği görülür.

TEDAVİ : Hipertansiyon tedavisindeki birinci amaç morbiditye ve mortalitenin önlenmesidir.

Bunun için de güdülecek tedavi, tansiyonu normale düşürmek ve o düzeyde tutmak şeklinde olmalıdır.

Etkin tedavi sadece ilaçla olmayıp, uygun beslenme ve psikoterapi ile birlikte yapılmalıdır.

Hipertansiyonlu hastaların tuzsuz, yağı kısıtlı besin almaları uygundur. Alkollü içecekleri kullanmamalıdır. Uygun sporlar yapmaları önerilir.

Hipertansiyonlu kişilerin psikolojik olarak rahat olmaları tedavilerinin bir parçasıdır. Ortamın gerginliklerinden en az etkilenecek hale gelmeleri ve kendilerini bu yönde eğitmeleri gerekir.

Bunlar sağlandıktan sonra nasıl bir ilâç tedavisi uygulanmalıdır....

İlaçla tedavide ilke; yan etkileri belirgin hale gelinceye dek, tek ilacı maksimum doza kadar kullanmaktır. Eğer tansiyon normal düzeye inme eğilimi göstermezse, ikinci bir ilaç ilavesi yapılmalıdır. Bu tür tedaviyi «AŞAMALI TEDAVİ» diye tanımlıyabiliriz.

İlk aşamada Tiazid grubu veya Furosemid gibi bir diüretik başlanır. Hasta kardiyak glikozit alıyorsa, potasyum ilâvesi gerekir. Kardiyak glikozit kullanılmıyorsa hipokalemi oluşması çok enderdir.

Uzun süreli Spironolakton kullanımı kadın hastalara uygulanmalıdır. Erkek hastalarda uzun süreli Spironolakton kullanımı jinekomasti ve empotense olabilir.

Sadece diüretikle tedavide tansiyonu kontrol edilemeyen kişilere Reserpin ve Rauwolfia alkaloidlerinin ilâvesi gerekir.

Hidralazin, kalp hastası olmayan kişilere diüretikle sonuç alınmadığında ilâve edilebilir. Ortaya çıkan taşikardi ise, bradikardi yapan sinerjik etki ile tansiyonu düşüren ilâçlarla birlikte verilerek ortadan kaldırılabilir. Bunlar da Metildopa, Propranolol, Guanetidin veya Klonidin'dir.

Metildopa ile tedavide, uyku hali, hepatit, ilaç ateşi, empotens, jinekomasti ve hemolitik anemi yan etkiler olarak ortaya çıkabilir.

Klonidin alan hastaların şikayetleri ise, uyku hali ve ağız kuruluğu olmaktadır.

Propranolol ortostatik hipotansiyon yapmaz, fakat bronşiyal astım ve konjestif kalp yetmezliği olanlarda kullanılmamalıdır.

Hipertansiyon tedavisinde amaç, tek ilâç veya uygun bir kaç ilâçla en az yan etki ile tansiyonu normal düzeye getirip orada tutma olmalıdır.

Aşamalı tedavinin en büyük yararı; uzun süre kontrol altına alınan hastanın ilâç alması daha iyi sağlanmakta, buna bağlı olarak tansiyon kontrol altında tutulmakta ve ortaya çıkabilecek kardiyovasküler olaylar önlenmektedir.

AŞAMALI TEDAVİ ŞEMASI (DİASTOLİK KAN BASINÇLARINA GÖRE)

I. GRUP (95 - 104 mm. Hg.)

Bireysel tedavi, diyet, spor, yaşam şeklinde düzenleme
En az yılda bir kez kontrole gelinmeli.

II. GRUP (105 - 140 mm. Hg.)

ve

III. GRUP (120 - 140 mm. Hg.)

1. Aşama

TIAZİD

(Gerekirse ilâve edilecekler)

2. Aşama

Reserpin
(ilave edilecek)

Metildopa
(ilave edilecek)

Hidralazin
(ilave edilecek)

3. Aşama

Hidralazin
(kişisel tedavi, gerektiğinde hekime gldilecek)

Hidralazin

Metildopa

IV. GRUP (140 mm. Hg.'nin üstünde)

Acilen hastaneye yatırmak gerekir.

İLAÇ ETKİLEŞMELERİ

Tedavide uygulanan ilâçların etkileşmeleri bilindiği zaman, yanlıklar ve ortaya çıkacak sorunlar önlenebilir. Bu ilke hipertansiyon tedavisinde de göz önünde tutulmalıdır. Kullanılan ilâçların etkileri, etkileşme sonucu ya azalır, ya tamamen ortadan kalkar, ya da tehlikeli sonuçlar yaratabilir.

Örneğin : Furosemid'in diüretik ve hipotansif etkisi, İndometazin alınımı ile ortadan kalkar. Antikonvulsan alınımı ile azalır. İndometazin'in yaptığı antagonizma, vasodepresör prostaglandin renal sentezinin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Antikonvulsanların yaptığı etkinin mekanizması ise bilinmemektedir.

Spironolakton'un diüretik etkisi, aspirin'in normal dozu ile inhibe edilebilmektedir. Aspirin, Spironolakton'un distal tüp üzerindeki etkisini kompetitif olarak inhibe eder.

Guanetidin kullanırken, trisiklik antidepresan kullanılırsa, Guanetidin'in hipotansif etkisi antagonize olur. Bu etkileşme reseptör düzeyinde olur. Trisiklik antidepresanlar, Guanetidin bağlanmasını önler.

Klonidin'in etkisi de, (mekanizma bilinmemekle birlikte) trisiklik antidepresanlar tarafından antagonize edilir.

Metildopa ve Hidralazin, antidepresanlarla birlikte kullanılabilen damar genişletici ajanlardır.

HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE ECZACININ ROLÜ :

Hipertansiyonlu kişilerin hekim kontrolü altında bulunmaları gerekmektedir. Hipertansiyonlu kişilerin tedaviyi iyi uygulamaları ile, bu hastalığın yaratacağı hasarlar önlenebilir.

Bu bakımdan, eczacılar, hipertansiyonlu hastaların tedavi şemasına uyumlarını sağlamada yardımcı olmalıdırlar.

Hasta ile iyi bir diyalog kurmalı, onun sorunlarına çözüm getirmeye çalışmalıdır.

Eczacı sağlık danışmanlığı görevini hipertansiyon konusunda da yerine getirmelidir.

Bu konudaki görevi, üç başlık altında toplanabilir :

1) **Tarama** : Tansiyon ancak ölçülerek saptanır. Eczacıların tansiyon ölçmeleri yasal yönden hala tartışma konusu olmakla birlikte, tanıya (tedaviye değil) ilişkin olduğundan eczacıların bunu yapabileceği kanısındayım. Tansiyon ölçerek, ortaya çıkan hipertansiyonluların saptanması da yararı yadsınmayacak bir sağlık hizmetidir.

2) **Yönlendirme** : Hipertansiyonlu olduğu saptanan kişi, en yakın sağlık kuruluşuna yollanarak, hekim kontrolüne girmesi sağlanır.

3) **İzleme** : Hekimin kontrolündeki hipertansiyonlu kişinin ilaç tedavi şemasına uyum sağlaması için yardımcı olmada ve hastalık hakkında bilgi vererek tedaviyi uygulatmada eczacılara görevler düşmektedir.

Hipertansiyonlu kişilerde en önemli konu, tedavi şemasına uyum sağlamaktır.

Bunun için de :

a) ilaç şeması elverdiğince basit olmalı, ilaç günde bir veya iki kez alınmalıdır.

b) Hastaya ilacın alımı, yan etkileri ilaç almanın amacı sağlanacak yararlar açıklanmalı ve yazılı olarak verilmelidir.

c) Hasta ile eczacı iyi bir diyalog kurduklarında tedaviye uyum daha kolay sağlanmaktadır.

Eczacı eğer hastaya :

- Tansiyonun normal sınırları aştığını,
- Hipertansiyonun hiç bir belirtisi olmadan yıllarca devam edebileceğini,
- Fakat kontrol altına alınmayan hipertansiyonun, büyük hasarlar yapacağını,
- Hipertansiyonun uzun süreli tedavi ve kontrol gerektirdiğini,
- Ama, uygun ilaç alınımının hipertansiyonu tamamen tedavi etmeyip, kontrol altına aldığını anlatırsa ve anlaşılmasını sağlarsa halk sağlığına katkıda bulunmuş olur.

Hipertansiyonun, genetik faktörlere bağlı olduğu göz önüne alınarak, ailesi hipertansiyonlu olanları risk altında kabul edip kontrol altına almak, ileride doğabilecek sorunları önlemek açısından çok önemlidir.

Eczacı, sessizce var olan, gereksiz acılara ve ölüme neden olan hipertansiyonda, toplum sağlığına katkıda bulunacak şekilde hizmet üretmelidir.

Yararlanılan Kaynaklar :

- 1 — Levy, R. İ., «The Pharmacist's Role in Managing Hypertension», *Pharmacy Times*, (4) : 49, 1975
- 2 — Elwood, C. M., «Treatment of Hypertension in Ambulatory Patients», *Cardiology Digest*, (16) : 15, 1977.
- 3 — «1980 Report of the Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure» dan alıntı, *American Pharmacy*, (1) : 11, 1981.

Polis kayıtlarına göre, son bir haftada mideye giren Tetrasiklin kapsüllerinden büyük bir kısmı, süt kılığında Ca++ ekiplerince etkisiz duruma getirilmiştir.

TÜBERKÜLOZ

Hazırlayan : Ecz. Ergin TATÇI
Atatürk Sanatoryumu Eczacısı

Bulaşıcı hastalıklar arasında nekroz yapan bir bakteri hastalığı olan tüberkulozun çeşitli etkileri ve kendine özgü hastalık seyri nedeniyle özel bir yeri vardır. Önceleri kronik mikroplu hastalık şeklinde insan sağlığını yıllar boyu tehdit etmiş, çok tehlikeli ve öldürücü niteliği olan tüberkuloz günümüzde kontrol altına alınmıştır. (Gelişmiş ülkelerde ölüm oranı küçümsenmeyecek ölçüde düşürülmüştür. Genede diğer bütün bulaşıcı hastalıkların toplamından daha fazla orandadır.)

Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde tüberkuloz hastalığı hala büyük bir sorun olarak devam etmektedir. Bu ülkelerde son yıllarda ulaşımın kolaylaşması ve sanayileşme nedeniyle geniş nüfus hareketleri hastalığın daha da yayılmasına yol açmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde tedavi uygulamalarının tam ve yeterli olmaması tedavide başarısızlığı, dolayısıyla tüberkuloz ilaçlarına karşı direnç oluşumunu doğurmuş, bu memleketlerde rezistansda bir problem ortaya çıkmıştır. Dünya sağlık örgütünün 1975 istatistiklerine göre dünyada enaz 20 milyon aktif tüberkuloz hastası vardır. Yılda 1 - 2 milyon insan tüberkülozdan ölmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre gelişmiş ülkelerde mortalite rakamları şöyle :

	Yüzbin	1947 - 1949	yılları	arasında	1964 de
Finlandiya	kişide			130	14
Fransa	»	»	»	61	14
Belçika	»	»	»	44	12,5
İngiltere	»	»	»	43	5
ABD	»	»	»	28	4
Avustralya	»	»	»	22,5	3,5
Hollanda	»	»	»	22	1,5

Gelişmekte olan ülkelerde oran şöyledir :

Şili	»	»	»	153	»	50
Hong - kong	»	»	»	85	»	43
Japonya	»	»	»	149	»	22,5

Verem Savaş Genel Müdürlüğü yayınlarına göre 1945 de Türkiye'de ölüm oranı yüzbin de 262, 1969 da 23, 1972 de 15,9 a düşmüştür.

Genel enfeksiyon oranının Türkiye'de yaşlara göre dağılımı : (Tüberkülin müsbetlik oranı).

0 - 6 yaş	% 13
7 - 14 yaş	% 35
15 - 19 yaş	% 57
19 - yukarısı	% 86

TARİHÇE :

Tüberküloz yeryüzünde çok eski zamanlardan beri görülen bir hastalıktır. Avrupa'da cilalı taş devrinden kalan insan kalıntılarında ve M.Ö. ye ait Mısır mumyalarının omurgalarında tipik tüberküloz lezyonları bulunmuştur. Tüberküloz Avrupa ve Amerika'da sanayinin gelişmesi ile büyük yayılma göstermiş ve 18. yüzyılın sonlarına doğru yapma standartlarının nispeten düzelmesi ile giderek azalmağa başlamış ancak toplumdan ayrılmayarak zayıf, mukavemeti düşük toplumlarda yeniden yayılmalar göstermiştir. Tüberküloz basili 1882 yılında Robert Koch tarafından bulunmuştur. İnsandan insana damlacık yoluyla bulaşır. Tüberkülozlu hastanın öksürüğünden havaya binlerce basil yayılır. Ve bunların doğrudan doğruya solunum yoluyla ya da hastanın kullandığı eşyalara bulaşması sonucu geçer. İyi kaynatılmamış yada pastörize edilmemiş sütlerle de çeşitli tüberküloz basilleri bulaşabilir. Tüberküloz basilleri a) İnsan tipi (*Mycobacterium tuberculosis*)

b) Büyük baş hayvan tipi (*Mycobacterium bovis*) c) Kuş tipi olmak üzere üç türdür. Bunlardan yalnızca ilk ikisi insanlarda hastalık yapar. Geçirilmiş tüberkülozdan sonra birçok bulaşıcı hastalıkta görülen bağışıklığa rastlamak olanaksızdır.

Tüberküloz kalıtsal bir hastalık değildir ancak hastalığa yakalanma eğilimi kalıtsal olabilir. Cinsiyet, yaş, yaşama koşulları, ruhsal durumlar, geçirilmiş diğer bulaşıcı hastalıklar tüberkülozu şekillendiren etmenler arasında sayılabilir. Vücut direncinin azalma-

sı, yetersiz beslenme, sağlığa aykırı davranışlar, uykusuzluk, güneşten yoksun, olmak, alkolizm ve bazı bulaşıcı hastalıklar davet edici etkenlerdir.) Özet olarak tüberkülozun oluşması için mikrop alma yanında infeksiyon dozu, basil virulansı, konakçı direnci, önemlidir.

TÜBERKÜLOZUN GELİŞİMİ :

1 — I. DEVRE : Basiller yerleştikleri yerde tüberkul adı verilen iltihaplı alanlar oluşturur. Lenf damarları ile lenf boğumlarına kadar yayılırlar. Bu safhada genel bir yorgunluk, iştahsızlık, 38 dereceye kadar ateş, sırt ağrıları, öksürük gibi belirtiler ortaya çıkar. Genellikle üşütme olarak nitelendirilir. Röntgen teşhisi sağlar. Bu aşamaya primer tüberküloz denilir.

II. DEVRE : Vücut direncinin azalması ile basiller kan damarları yada lenf kanalları ile tüm vücuda yayılarak deri, kemik, eklemler, göz, böbrekler, barsaklar, kan ve beyin zarı gibi bölgelere yerleşirler. Genital organlar ve sinir sisteminde yerleşmeleri nadirdir.

III. DEVRE : Post primer tüberküloz veya yetişkin tüberkülozu primerden sonra gelişir. Basillerin yayılması sürer. Grip yada bronşiti andıran belirtiler görülür. (Hafif yorgunluk, balgamlı öksürük, akşamları yükselen hafif ateş, iştahsızlık, gece terlemeleri, kilo kaybı gibi) Röntgen ile teşhis kesinleşir. Özellikle akciğerlerde oluşan tüberküllerin büyüklüğü 1 - 30 mm. arasında değişir. İlerleme ile hastalık kronikleşebilir.

Açık tüberküloz yalnızca bu devrede bulaşıcıdır. Hasta balgam, tükürük, iltihap ile çevreye mikrop saçar. Kapalı tüberkülozda basiller vücudu terk etmediği için bulaşıcı değildir.

Tüberküloz basillerinin çoğunlukla akciğerlerde yerleşmesi nedeniyle akciğer tüberkülozu önem kazanmıştır.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU : Tanı

A — Akciğer lezyonunun gösterilmesi için akciğerlerin normal büyüklükte röntgen filmi alınarak tetkiki gereklidir.

B — Lezyonun tüberkülotik mahiyette olduğunun tespiti : 1 — Deri testi - intradermal metod en inanılır olanıdır. Teşhis gayesiyle orta kuvvette PPD (Pürified protein derivalive) 5 tüberküloz ünitesi kullanılır. Sonuç negatif veya şüpheli ise (10 mm. den az reaksiyon) 1 ay sonra tekrarlanır. Negatif reaksiyon bazı istisnalar

ile tüberkülozu elimine eder. Genellikle çapı 10 mm. den büyük dery kızartıları ve şişmeleri organizmada basillerle karşılaştığını gösterir. Bu testte kullanılan tüberkülin tüberküloz basillerinin parçalanması ile elde edilir.

2) Tüberküloz basilinin elde edilmesi teşhisin kesinleşmesi için gereklidir. Basilin eldesi güç olabilir ve hastalığın mevcudiyetini gösteren kuvvetli delillerle tedaviye başlamak icap eder. Balgam veya yoksa gastrik lavaj veya bronşial lavaj lüzumludur. Patogenik olmayan asite dayanıklı basiller bilhassa gastrik lavajdan yapılan yayma preparatlarda bazan karışıklığa sebep olabilir. (Kültür ve diğer biyoşimik testler, bunlar Tbc. basilinden ayırt etmeye yarar.) Kültürde basil menfi çıkarsa ancak şüphe varsa kobaya enjekte edilip, 6 hafta kadar sonra otopsi ile organlar kontrol edilerek kesin tanıya varılır.

C — Tüberküloz lezyonunun aktivitesi 1) Kavitenin varlığı 2) Balgamda tüberküloz basilinin bulunması 3) Lezyonların bilhassa kısa zaman içinde iyiye yada kötüye doğru gidişimi gösteren akciğer filmleri aktivite delilleridir. Aktivitenin mevcudiyetini gösteren diğer belirtiler ise sebebi bilinmeyen ateş, gece terlemeleri, hemoptizi, kilo kaybı, çabuk yorulma, plörezi. ve yüksek eritrosit sedimantasyonudur.

Veremin akciğerlerden vücudun diğer yerlerine yayılması başlıca iki yolla olur.

a) Bronşlardan doğrudan ilerleyerek plevra ve yutak yoluyla barsaklara doğru bulaşabilir.

b) Kan ve lenf yoluyla bütün vücudu etkisine alarak (miliyer) böbrek, karaciğer, dalak, beyin, testis, hipofiz ve gözleri etkileyebilir.

TÜBERKÜLOZDAN KORUNMA VE DEZENFEKSİYON :

Aktif hastalar a) Tüberkülin testi b) Radyolojik kontrol c) Bakteriolojik kontrol ile ortaya çıkarılıp kontrol altına alınmalıdır. Çünkü açık tüberkülozlu bir hasta çıkardığı balgam ve tükürkle çevresindekilerin sağlığını tehlikeye sokar. Tedbir olarak hastalar öksürüp aksırırken ağızını bir mendille kapatmalı, basillerin yayılmasını önlemelidir. Tüberkülozlu odası ayrı olmalı, tüberkülozlu annenin doğum yapması halinde bebek hemen anneden ayrılmalıdır. Hastanın eşyası ayrılmalı, balgam çıkaranlar balgamlarını bir kapta toplayıp sık sık dezenfeksiyonunu sağlamalıdır. Hasta çamaşırları 10 saat kadar dezenfektanlı suda bırakıp yarım saat

kadar kaynatılmalıdır. İyileşme sonrası hasta eşya ve odaları dezenfekte edilmelidir. (Zefirol, Lizol gibi kuvvetli dezenfektanlar kullanılabilir.)

TÜBERKÜLOZ AŞISI: BCG (Bacillus Calmette - Gverin) Fransa'da geliştirilmiş etkili bir koruyucudur. Tüberkülin deneyinde (+) sonuç alınan kişilerde vücut direncini sağlayacak koruyucu var demektir. Aşı (—) sonuç alınan kişilere yapılır. Ancak aşı yapılan kişiler açık tüberkülozlu kişilerle bir süre temas ettirilmemelidirler. (Memleketimizde 1953 yılından beri BCG aşısı uygulanmaktadır.)

Toplumda tüberkülozun bulaşmasını önlemek için örnek bir program şöyle olabilir :

- a — Bilinmeyen vakaların tesbiti için toplumun röntgen filmlerinin alınması.
- b — Bilinen aktif vakalarla teması bilinen kişilerin muayeneye sevkı.
- c — Ulaşım vasıtalarında ve toplanma yerlerinde fazla kalabalığın önlenmesi.
- d — Yoksul semtlerin temizlenmesi ve çevre sağlığı hizmetlerinin eksiksiz sağlanması.
- e — Sütün pastörize edilmesi. (Büyükbaş hayvan tipi tüberkülozu önlemek için.)
- f — Büyükbaş hayvanlarda da verem kontrolünün yapılması.
- g — Gerekli tedavi ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması ile olumlu sonuç alınabilir.

TEDAVİ: İnsanlık tarihi kadar eski olan tüberküloz hastalığında bugüne kadar çeşitli tedaviler uygulanmıştır. Eskiden tedavinin temel prensibi olarak tüberküloz basillerine karşı hastanın korunma mekanizmasının uyarılması, desteklenmesi yoluyla nonspesifik ve spesifik mukavemeti arttırmak amaç edinilmiştir. Bu nedenle uzun yatak istirahati, beslenme, sanatoryum tedavisi, pnömotorax, kollaps tedavisi gibi mukavemet uyarıcı tedaviler kullanılmakta veya rezeksiyon cerrahisi ile başlıca hastalık kaynağını bertaraf etmeye çalışılmakta idi. Hastalardan sağlamlara hastalığın yapılmasını önlemek için de hastaların uzun süre toplumdan izole edilmesi gerekli görüldü.

Bazı memleketlerde basil saçan hastaların müesseselerde tedavisi veya tutuklu olarak kalmaları kanun hükümlerine bağlanmıştır. Fakat son 25 yıl içinde keşfedilen tüberküloz mikrobuna karşı et-

kili modern ilâçlarla tedavi şekli hemen tamamen değişmiştir. Her ne kadar bugünde tüberküloz lezyonlarının şifası organizmanın tabiatında bulunan onarım proçesi ile tamamlanmakta isede iyi seçilmiş uygun kemoterapötiklerin kullanılması ile tüberküloz mikroplarının organizmadan bertaraf edilmesi olanağı sağlanmıştır. Prensipl öncelikle tüberküloz basilini yok etmektir. Basil faktörü ortadan kalkınca vücudun kendi mukavemet ve onarım mekanizması daha kolayca etkili ve başarılı olmaktadır.

Aktif ve aktivitesi şüpheli hastaların kemoterapötiklerle yeterli sürede etkin şekilde tedavileri gerekmektedir. Çünkü vücut müdafaa mekanizmasının oluşumu yavaştır. Ayrıca doku harabiyetinin onarımı için zamana ihtiyaç vardır. Ve bu zaman içinde basil üremesinin durdurulması gerekmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda özellikle bir kısım yeni tüberküloz ilâçlarının da etkisi ile tedavi sürecinin 1,5 - 2 yıl gibi uzunca bir zamana ihtiyaç göstermeden 6 aya kadar indirilebileceği gösterilmiştir. Cerrahi tedavi ise bugün bazı tüberküloz komplikasyonları ile bir kısım ilâçlara rezistans vakalarda uygulanmaktadır.

Spesifik kemoterapötiklerin tüberküloz tedavisine girmesinden sonra yapılan araştırmalarda yatak istirahati, bol proteinli gıdalarla beslenme, temiz çam havası gibi şartlar önemini yitirmiştir. Bu konuda Hindistan'ın Madras kentinde bulunan tüberküloz ilâçları araştırma merkezinin genellikle kabul edilen bulguları şöyle özetlenebilir. Bu bölgede saptanan basil müsbet, yaygın lezyonlu, kaviteli hastalardan bir kısmı sanatoryumlara alınmış ilâç tedavisi yanısıra, yatak istirahati de uygulanmış diğerk bir grupsa yalnız ilâç tedavisine alınıp olağan ve şartlarında tedavileri izlenmiştir. Araştırmanın uygulandığı Madras çevresinde ev şartlarında beslenmenin çok düşük, evlerin kalabalık, bakımın yetersiz olmasına karşın sanatoryum hastalarındaki kadar başarılı sonuçlar alınmıştır.

«Bugünkü tüberküloz ilâçlarıyla hastalar kendi normal ev şartlarında da iyi olabilmektedir. Yeterki etken ilâçlar iyi kombine edilebilsin ve hastalar yeterli sürede muntazam olarak alabilsin. Böylece tedavide rejim, iyi bakım, yatak istirahati gibi tedbirler ikinci derecede kalmıştır.»

Bugün tüberküloz sanatoryum veya müessese tedavisinin sadece ağır ve yaygın lezyonlu, kanamalı veya komplike vakalarda uygulanması önerilmektedir. Balgam negative dönmüş vakalarında müessese tedavisinde kalmasına lüzum yoktur. Etkili tedavi sonucunda balgam genellikle 2 - 3 ay içinde negative döner.

(Not : Gelecek sayıda «Tüberküloz'da ilâç Tedavisi» yayınlanacaktır.)

KLİNİK ECZACILIK

Hastanın İlaçlar Konusunda Eğitimi

Dr. Ecz. İsmail ÜSTEL
H. Ü. Eczacılık Fak.
End. Ecz. ve Ecz. İş. B. Dalı

Klinik eczacılık, uygulama alanı bulduğu ülkelerde çok farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Hatta, doğum yeri olan A.B.D.'nde, eczacılık fakülteleri arasında bile tanım farklılıkları göze çarpmaktadır. Birbirlerinden ne denli farklı olurlarsa olsunlar, tanımlar arasındaki ortak nokta, klinik eczacılık felsefesinin ve uygulanmalarının odak noktasının «hasta» olmasıdır.

Klinik eczacıya düşen görevlerden birisi, hasta eğitimidir. Ülkemizdeki genel ve sağlık konusundaki eğitim düzeyi hatırlanacak olursa, hasta eğitimi görevinin ülkemiz klinik eczacısı için taşıdığı önem daha iyi anlaşılır. Hastanın, gerek ilaçlar konusunda, gerekse ilaç dışında kalan sağlıkla ilgili konularda klinik eczacıdan öğrenebileceği çok şey vardır. Bu yazıda, yalnızca ilaçlar konusundaki hasta eğitimi üzerinde durulacaktır.

Ülkemizde, kültürel ve ekonomik nedenlerle, eczacıya yarı hekim gözüyle bakılmakta, hastalık ağır olmadıkça eczacıya başvurulmaktadır. Serbest eczaneden ilaç alan hasta, çeşitli faktörlerin yanı sıra, hastanede yatan hasta için söz konusu olmayan ilaç dozu, uygulanışı ve saklanması da sorumludur. Bu nedenlerle hastanın ilaçlar konusundaki eğitiminde, serbest eczanede çalışan klinik eczacıya, yataklı tedavi kurumunda görevli meslektaşından daha fazla iş düşmektedir.

Konu üzerinde yapılan araştırmalar, hastaların % 30 - 50 sinin, ilâçlar konusunda yeterince eğitilmediklerinden, ilâç tedavi şemasına uyum sağlamakta (compliance) başarılı olamadıklarını ortaya koymaktadır. Bu durum, gerek hastanın sağlığı, gerekse tedavi maliyeti bakımından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. ilâçları konusunda eczacı tarafından yeterince eğitilen hasta grupları ile eğitilmeyen gruplar arasında, ilâç tedavi şemasına uyum bakımından önemli farklılık olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur.

Etkili, emniyetli ve ekonomik tedavi amacına ulaşabilmek için, hekim ve eczacının yanısıra hastaya da önemli görevler düşmektedir. Hastanın, üzerine düşen bu görevi yerine getirebilmesinin ilk koşulu, hastalığının yanısıra ilâçları konusunda da yeterince eğitilmiş olmasıdır. ilâçları konusunda eğitilebileceği en uygun kaynak, hiç şüphesiz klinik eczacıdır.

Klinik eczacı, hastanın ilâç konusundaki eğitiminde iki soru ile karşı karşıya kalmaktadır : Hasta ilâçlar ile ilgili hangi konularda ve nasıl eğitilmelidir? Bu soruların yanıtı, başta hastanın kültür düzeyi ve eğitilmeye yatkınlığı, eczacı ile hasta arasındaki ilişki, hastalık ve kullanılan ilâçlar olmak üzere çok çeşitli faktörlere bağlıdır. Bununla beraber, her durumda geçerli olan bazı genel prensiplerden hareket edilebilir :

1) Hasta ile görüşmek için mutlaka özel bir yer ayrılmalıdır. Hasta, eczacı ile yapacağı görüşmenin başkaları tarafından duyulmayacağından emin olmalıdır.

2) Görüşmeye başlanmadan önce, hastanın psikolojik durumu hakkında bilgi edinilmelidir. Hasta olan bir kişinin sinirli, çekingen, alıngan, içine kapanık olabileceği unutulmamalıdır. Bu psikolojik engeller tanınmadıkça ve aşılmadıkça, yapılacak eğitimin yararlı olacağı düşünülemez.

3) Hastanın ilâç hikâyesi özenle alınmalıdır. Son bir ay içerisinde kullanmış olduğu ve/veya kullanmakta olduğu reçeteli ve reçetesiz bütün ilâçlar üzerinde durulmalıdır. ilâcı ne amaçla kullandığı, ne kadar zamandır kullanmakta olduğu, hangi sorunlarla karşılaşmış olduğu, ilâç etkisi konusundaki öznel değerlendirmeleri, ilâç alımına son verme nedenleri üzerinde ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Bu sırada, yönlendirici olmaktan kaçınılmalıdır. Örneğin «Bu ilâç bazı kimselerde mide bulantısına neden olmaktadır. Sizde de bu durum meydana geldi mi?» biçiminde sormak yerine «Bu ilâcı kullanırken herhangi bir sorunla karşılaştınız mı?» biçiminde sorulmalıdır.

Hasta ilâç hikayesi alınırken, hastanın ilâç kavramının eczacının ilâç kavramından farklı olabileceği gözden uzak tutulmamalıdır. Örneğin, hasta başağrısı için ara sıra kullandığı bir analjeziği — ki ilâç etkileşimleri bakımından önemli olabilir — ilâçtan saymayabilir.

4) Hastaya yabancı gelen terimlerden kaçınılmalı, sade ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.

5) Hastanın bilmesi gereken her türlü bilgi üzerinde yeterince durulmalı, verilen bilgilerin hasta tarafından alınıp alınmadığı sürekli olarak denetlenmelidir. Hastaların daha çok yalnızca kendilerince önemli olan bilgiler üzerinde durdukları unutulmamalıdır.

6) Hastanın bilmesinde yarar olmayan ve onu gereksiz yere endişelendirecek ayrıntılardan kaçınılmalıdır.

7) Özellikle, hastanın alışageldiği günlük yaşantısında değişiklik yapmasını zorunlu kılan bilgiler üzerinde önemle durulmalıdır.

8) Sözlü açıklamalar, olanakların elverdiği ölçüde yazılı materyal (monograf, broşür) ile desteklenmelidir. Hasta okur yazar olmayabilir, bu durumda şema, grafik gibi basılı materyal kullanılmalıdır.

9) Her görüşmeden sonra, eczacı kendisini eleştirmeli, amacına tam olarak ulaşip ulaşmadığı üzerinde durmalıdır. Hasta ile görüşme tekniğinin yazılı olmayan kuralları, ancak deneyim ile kazanılabilir.

Görüşme tekniği ile ilgili genel prensipleri («hasta nasıl eğitilmelidir?» sorusunun yanıtını) ortaya koyduktan sonra, «hasta ilaçlar ile ilgili hangi konularda eğitilmelidir?» sorusuna eğilebiliriz :

1) **ilacın adı ve fiziksel özellikleri** : Özellikle, birden fazla ilacın kullanıldığı durumlarda, ilaçların birbiriyle karıştırılmasını önlemek bakımından önem taşır. Hasta, ilacın fiziksel özelliklerini (biçim, renk, ilâç şekli vs) biliyor olabilir. ilacın adını bilmiyor ise, fiziksel özelliklerinin bilinmesi her zaman yeterli olmayabilir. Örneğin «Kalp hastasıyım, küçük, beyaz bir hap kullanmaktayım» denildiğinde, Digoxin tablet veya Lasix tablet kastedilmekte olabilir.

2) **Doz ve doz şeması** : Bir defalık dozun tam olarak (ne ek-sik, ne de fazla) alınmasının neden zorunluluk olduğu inandırıcı biçimde açıklanmalıdır. Bazı hastalar, bir defalık dozu arttırmanın kendilerini daha kısa sürede iyileştireceğini sanmaktadırlar. Bu yo-la gitmenin doğuracağı sorunlar üzerinde durulmalıdır.

«Tarif üzere» veya «Lüzumu halinde» gibi genel tanımlamalardan kaçınılmalıdır. «Günde üç defa bir kapsül alınız» denilmesi bile yeterli değildir. Bu durumda, sabah - öğlen - akşam birer tane alınması mı, yoksa gece de dahil olmak üzere sekiz saatte bir tane alınması mı öğütlenmektedir? «Günde üç defa sabah - öğlen - akşam yemeklerden bir saat önce veya iki saat sonra birer tane kapsül alınız» ifadesi, günlük doz şeması bakımından yeterli bir açıklama sayılabilir.

3) **Kullanma süresi** : Bu konuda, üzerinde önemle durulması gereken ilaç grubu, antibiyotiklerdir. Antibiyotikler, genellikle önel yakınmalar kaybolur kaybolmaz hasta tarafından kesilmektedir. Sonuçta süperenfeksiyon veya mikroorganizmaların direnç kazanması nedeniyle tedavi süresi gereksiz yere uzamakta ve maliyet yükselmektedir.

4) **Uygulama** : Hastaların uygulamakta güçlük çektikleri ilaç şekillerinin başında oftalmik, nazal ve otik preparatlar, süpozitivarlar, vajinal preparatlar, inhalasyon yoluyla kullanılan preparatlar gelmektedir. Uygulama eğitiminde şemalardan yararlanılması hastanın daha kolay öğrenmesini sağlar. İlk doz eczanede uygulanmalı ve yapılan hatalar düzeltilmelidir. Yanlış uygulama, hem beklenen tedavi amacına ulaşmayı geciktirir (bazen tamamen engeller), hem de bazı yeni sağlık sorunlarına yol açabilir.

5) **Yan etkiler** : Hastanın farkına varabileceği ve önleyici önlemler alabileceği yan etkiler üzerinde özellikle durulmalıdır. Örneğin, söz konusu ilaç ortostatik hipotansiyona neden olabilecek bir antihipertansif ise, hastaya yataktan yavaş yavaş ve kademeli biçimde (önce oturarak) kalkması öğütlenmelidir.

Hasta için sürpriz sayılabilecek etkiler üzerinde de durulması gerekir. Örneğin, demir preparatlarının gaitayı siyaha boyayacağı söylenmelidir. Aksi halde, bu tip bir sürpriz etki nedeni ile hasta ilacı kesebilir.

6) **Saklama** : İlaçlar, genel olarak serin ve kuru, ışıktan uzak bir yerde saklanmalıdır. Bu nedenle, evdeki ilaç dolabının sıcak ve nemli bir yer olan banyoda bulundurulmaması gerektiği vurgulanmalıdır. «Buzdolabında saklanmalıdır» ifadesinin ne anlama geldiği, ilacın dondurulmaması gerektiği hatırlatılmalıdır.

ilaçları, orijinal ambalajı dışında saklamanın getireceği stabilize sorunları ve yanlış ilaç kullanımına yol açma riski ve bunun sonuçları, inandırıcı biçimde açıklanmalıdır.

ilaçları, çocukların ulaşabileceği yerlerde saklanmanın neden olabileceği zehirlenmeler ve sonuçları — bu konudaki istatistiksel bilgilerle desteklenerek — anlatılmalıdır.

7) **Uyarılar:** İlaça özgü sorunlar konusunda gerekli uyarılar yapılmalıdır. Örneğin, antihistaminik içeren bir ilaç kullanılırken, otomobil kullanmak ve benzeri dikkat gerektiren işlerin yapılmaması öğütlenmelidir.

Etkileşimler konusu üzerinde de önemle durulmalıdır. Örneğin, hipnotik bir ilaç kullanmakta olan hasta, ilacı ile birlikte alkol almaması gerektiği konusunda uyarılmalıdır.

Hasta gebe ise, ilaçlarının teratojenite sorunu bakımından değerlendirilmesi ve hastanın bu konuda uyarılması gereklidir.

Eğitim süreci doğruyu öğretmek, inandırmak ve doğru uygulamayı alışkanlık biçimine dönüştürebilmektir. Hastaya ilaçlar konusunda gerekli bilgilerin aktarılması, onun eğitilmiş olduğunu söylemek için yeterli değildir. Aktarılan bilgilerin uygulamaya geçirilip geçirilmediği üzerinde dikkatle durulmalıdır. Bu konuda bilgi edinmek üzere :

- 1) Nesnel ve öznel ölçütler yardımıyla hastalığın seyri izlenebilir,
- 2) Hastanın kalmış olan ilaçları sayılarak ve/veya ölçülerek, kalması beklenen miktar ile karşılaştırılabilir.
- 3) Hasta ile, ilaçları konusunda görüşmek üzere randevulaşmış ise (uzun süreli ilaç kullananlar için önem taşır.) randevulara düzenli biçimde gelip gelmediği üzerinde durulabilir.

Eczacı, hasta ile ilaçları arasındaki zincirin en son profesyonel halkasıdır. İlaçlar konusunda hastayı eğitmesi, gerek eczacılık mesleğine, gerekse halk sağlığına olumlu katkılarda bulunacaktır.

Yararlanılan Kaynaklar :

- 1) Smith, D. L., **Medication Guide for Patient Counseling.** Lea and Febiger, 1977.
- 2) Apeltgren, S.E. ve Rowles, B. **Clinical Pharmacy Handbook for Patient Counseling.** Drug Intelligence Publications, 1975.

Not : İlaç eğitiminde kullanılan yazılı ve basılı materyalin hazırlanmasında yol gösterici olmak üzere, materyal hazırlanmasını istediğiniz ilaçları Ankara Eczacı Odasına bildirmenizi rica ederiz.

YENİ İLAÇLAR

PRENT Tablet (Birleşik Alman)

Etken Madde : Acebutolol Hcl200 mg.

Endikasyonları : Bir beta sempatikolitikdir. Kan basıncı yüksekliği, angina pektorisin erken tedavisi ve kronik koroner yetersizliği gibi vakaların uzun süreli tedavisinde kullanılır.

Kontrendikasyon : Kardiyojen şok ikinci ve üçüncü derecedeki AV blokları, dekonpanze kalp yetersizliklerinde kullanılmamalıdır.

Yan etkileri : ilacın kullanılışı sırasında kan basıncı düşmesi, bradikardi, depresyon halleri, yorgunluk, bronkospazm ve gastrointestinal bozukluklar görülebilir.

Uyarı : Diğer beta blokerlerle aynı özellikleri taşır.

1. Derecedeki AV bloklarda, kalp yetersizliğinde (Hasta yeteri kadar digitalize edilmeden verilmemelidir), kan basıncının 100/60 mm. Hg. veya daha düşük olduğu hallerde

Bradikardilerde,

Metabolik asidozlu hastalarda,

Narkoz sırasında (Beta reseptör blokerlerle narkotiklerin kalbe etkileri göz önünde tutulmalıdır) dikkatli olunmalıdır.

İnsülin tedavisi görmesi gerekli hastalar, oral antidiabetiklerle tedavi görüyorsa, hipoglisemik reaksiyon beklenmelidir.

Prent (Acebutolol), Isoptin ile birlikte veya kısa aralarla verilmemelidir. Acebutolol tedavisi gören hastalara kesinlikle IV Isoptin kullanılmamalıdır.

Obstruktif bronşiyal hastalıklara müptela hastaların acebutolol ile tedavisi sırasında astım nöbetlerinin görülebileceği düşünülmelidir.

Diğer ilaçlar gibi, gebeliğin ilk üç ayında kullanılmamalıdır.

Hastanın reaksiyon yeteneği gerektiren işlerde çalışması durumunda dikkatli olunmalıdır. Çünkü yorgunluk hallerinde ve özellikle ilaçla birlikte alkol alındığında reaksiyon yeteneğini azalabilir.

—ooOoo—

R × - M Süspansiyon (Arif Tamaç)

Etken Madde : Sennosides A - B Calcique150 mg.

Endikasyon : Radyografik incelemeden önce kullanılacak bir pürgatiftir. Gastrointestinal ve ürogenital zonların radyografik incelenmesinde kullanılır.

Uyarı : Bileşiminde 40 gr. şeker bulunduğundan, şeker hastalığı olanlarda dikkatli olunmalıdır.

Bileşimindeki antrakinondan ötürü bazen idrarın hafif kırmızıya boyandığı görülebilir.

Anne sütüyle bebeğe geçip, bebekte laksatif etki yapabilir.

—ooOoo—

IMFERON Ampul (Ali Raif ve Şeriki)

Etken Madde : 1 cc. sol.da :

50 mg. demir ve 200 mg. dekstran içerecek miktarda madde

Endikasyon : Kesin teşhisi yapılmış demir eksikliklerinin tedavisinde kullanılır.

Kontrendikasyon : Astım geçmişi olanlarla, enfeksiyöz böbrek hastalığının akut safhasında, ağır karaciğer ve kemik iliği harabiyetinde kullanılmamalıdır.

Yan Etkileri : Bu ilaç derin IM injeksiyonlar veya revamlı IV infüzyonla uygulanır. Derin IM yolla verildiğinde yan etkileri azdır. Ürtiker, artralji, lenfadenopati ve yüksek ateş gibi bazı alerjik reaksiyonlara neden olabilir.

Toplam Doz infüzyonu metoduyla verildiğinde, antiemflammatuar tedaviye cevap veren geçici lokal flebit yapabilir. infüzyon başladıktan hemen sonra hipersensitivite görülürse, infüzyon durdurularak, gereği halinde şoka karşı tedavi yapılmalıdır. infüzyondan sonra allerjik belirtiler de görülebilir. Romatoid artritte, «Total Doz infüzyonu» sonrası artraljisi görülebileceğinden, bu durumlarda zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır.

Uyarı : Hasta allerjik yapıdaysa, ilaç tatbiki, gittikçe artan seri haldeki dozlarla IM olarak yapılmalıdır. Aneminin nedenleri arasında demir eksikliği yoksa, imferon kullanılmamalıdır.

Gebeliğin ilk üç ayındaki anemi oral demir verilerek giderilmeye çalışılmalıdır. Toplam Doz infüzyonu yoluyla veya doğrudan IV yolla tedavi, ancak 2. ve 3. üç ayda teşhis edilen anemilerin tedavisinde kullanılır.

Bazı reçeteler, mürekkep şişesinden kaçmış bir sürü karıncanın ayaklarını silmeden üzerinde dolaşmış olduğu izlenimi vermektedir.

Yasalar... Yönetmelikler... Tüzükler...

BAĞ - KUR YASASINDA YENİ DÜZENLEMELER

1479 sayılı Bağ - Kur yasasına 2423 sayılı yasa ile yeni düzenlemeler getirildi. Radyo, TV de ilân edilip Resmi Gazetede yayınlanmasına rağmen haberdar olmayan özel eczane sahibi üyelerimiz için bazı bilgileri burada yinelemek istiyoruz.

1. Bağ - Kur sigortalısı olarak ilk beş basamakta 1 (bir) yılını dolduranlar 1 Nisan tarihinden itibaren «Talebe veya prim ödemeye» bakılmaksızın bir üst basamağa yükseltilmişlerdir.

2. Eskiden üç ayda bir ödenen Bağ - Kur primleri 1 Marttan itibaren aylık olarak ödenecektir. Yani her ayın primi o ayın son gününe kadar ilgili yerlere yatırılacaktır.

3. 1981 yılının Ocak ve Şubat aylarına ait olan Bağ - Kur primleri eski miktarlar üzerinden yatırılacaktır.

4. 1 Mart 1981 tarihinden geçerli olacak prim tablosu : (1)

Basamaklar	Giriş keseneği (TL.)	Eski 1 Aylık prim (TL.)	Yeni 1 Aylık prim (TL.)
1	1188	180	950
2	1375	240	1100
3	1563	330	1250
4	1750	420	1400
5	2000	510	1600
6	2250	600	1800
7	2500	720	2000
8	2750	840	2200
9	3000	960	2400
10	3250	1110	2600
11	3500	1260	2800
12	3750	1449	3000

Bir Örnek : 7. Basamaktaki bir sigortalının Mart primini hesaplayalım :

Ocak ve Şubat ayı primleri : Eski yasadan; $720+720=1440,-$ TL.
Mart primi =2000,- TL.
Toplam : $1440,-$ TL. + $2000,-$ TL. = $3440,-$ TL. eder.(2)

Bu sigortalı eğer 7. Basamakta 1 yılını doldurduysa 1 Nisandan itibaren 8. basamağa yükseltildiğinden Nisan ayından itibaren her ay 2200,- TL. prim öder.

VERGİ LEVHALARI :

31 Mayıs 1981 tarihine kadar Eczaneler diğer tüm gelir vergisi yükümlüleri gibi kolayca okunup görülecek şekilde birer vergi levhasını eczanelerine asacaklardır.(3) Bu vergi levhaları şimdiden kırtasiyelerde satılmakta olup aşağıdaki bilgileri taşımaktadır.

1. Adı, Soyadı, Vergi Dairesi, Hesap Numarası
2. Matrah
3. Vergi miktarı

Aynı zamanda bu bilgilerin karşılıklı bağlı oldukları Vergi Dairesince onaylanacaktır.

1. Primlerin geç yatırılması durumunda ilk ay için % 10, sonraki aylar için % 3 gecikme cezası yatırılacaktır.
2. Bağ - Kur sigortalılarının adres değişiklikleri durumları Kuruma iletilmediğinden, Kurum ile sigortalı arasındaki iletişim güçleşmektedir. Sigortalıların konut ve iş adreslerini ve Bağ numaralarını «Bağ - Kur Genel Müdürlüğü Adres Servisi - ANKARA» adresine bildirmeleri halinde durumları ile ilgili bilgiler Kurum tarafından sigortalıya iletilecektir.
3. Vergi levhalarının asılmaması halinde her tesbit için 5000,- TL. özel usulsüzlük cezası, bunun bir hesap döneminde 3 kez tekrarı durumunda kaçakçılığa teşebbüsten 1 ay ile 1 yıl arasında hapis cezası ve aynı süre ticaret, sanat ve meslekten men cezası.

ODA HABERLERİ

Belediye zabıtalарının eczaneleri denetlemeleri :

Belediye zabıtalарının eczaneleri denetlemeleri doğrultusunda oda aracılığıyla yapılan yazışma ve görüşmeler şimdilik lehimize herhangi bir sonuç getirmemiştir.

Konuyla ilgili İçişleri Bakanlığının genelge emirleri 12.1.1981 günlü ve 17218 sayılı Resmi Gazetede yeniden ilân edilerek denetlemelerin süreceği hakkındaki bir yazıda tüm yazışmaların bir cevabı olarak Ankara Belediye Başkanlığı tarafından odamıza iletilmiştir.

Ankara Belediye Başkanlığının odamıza göndermiş olduğu 23.2.1981 tarih ve 8312 numaralı yazının son kısmını aynen yayınlıyoruz.

«Ankara Valiliği son kez Ankara İli Mülki İdare sınırları içerisinde toptan ve perakende satışa arz edilen tüm malların fiyatlarının denetiminde etkinliğin daha çok arttırılması amacı ile satışa sunulan tüm malların etiketlerinde;

- 1 — Alış fiyatının,
- 2 — Satış fiyatının,
- 3 — Fatura tarih ve numarasının yazılması,

4 — Satışa sunulan malların faturalarının, istenildiğinde yetkililere gösterilmesinin zorunlu olduğunu 5442 sayılı İl İdaresi Yasasının 9. maddesinin (ç) ve 11. maddesinin (c) fıkralarının verdiği yetkiye ve İçişleri Bakanlığının 7.3.1978 gün ve Özel Kalem Müdürlüğü 2045 sayılı genelge emirleri gereğince karar altına almış ve bu karara uymayanlar hakkında T.C.K. nun 526. maddesi gereğince işlem yapılacağını belirterek bu kararın aynı yasanın 66. maddesi gereğince ilân edildiği tarihten itibaren uygula-

nacağını da açıkça belirtmiş ve karar 12.1.1981 gün ve 17218 sayılı Resmi Gazete ile ilân edilerek ilân tarihinden itibaren yürürlüğe girmiş olduğundan denetimlerimiz Valiliğin bu kararına uygun şekilde devam etmekte ve bundan böyle de devam edecektir.

Eczanelerde tıbbi müstahzarlar dışında kalan ve satışı sunulan malların denetimi de Valilik kararına uygun şekilde yapılacaktır.»

—ooOoo—

Odamız yönetim kurulunun girişimleri ile T.C. Emekli Sandığı Sağlık Daire Başkanlığının da konu üzerinde titizlikle durmaları sonucu ödemelerin daha kısa zamanda yapılabilmesi için önemli adımlar atılmıştır.

Haziran ayı içinde ödeme ünitesinin Bahçelievler'e taşınması ve personel sayısının artırıldığı konusunda kurum tarafından odamıza bilgi iletilmiştir.

Ayrıca İstanbul'da ayrı bir ödeme ünitesinin açılması ile ödemelerin daha kısa süre içinde yapılmaya başlanacağı da bildirilmiştir.

Ancak herhangi bir aksamaya neden olmaması için sözleşmeli eczanelerin reçete döküm, fatura tanzimlerinde daha titiz davranmaları, pul miktarlarını doğru yapıştırmaları gerekmektedir.

—ooOoo—

Sözleşmeler : Eczanelerin kurumlarla yaptığı sözleşmelerde en fazla verilebilecek iskonto oranı % 3 olarak odamızca uygulanmaktadır. Bunun üzerinde olan sözleşmeler odamız tarafından onaylanmamaktadır. Sayın Eczane sahibi üyelerimizin bu konu üzerinde hassasiyetle duracaklarına inanıyoruz.

—ooOoo—

Atatürk'ün 100. Doğum Yıldönümü ile A. Ü. Eczacılık Fakültesinin 20. yılını Kutlama Programı çerçevesinde «A. Ü. Eczacılık Fakültesi Eczacılar Almanığı» hazırlanacaktır. Bu fakültemiz mezunu meslektaşlarımızın yazışma adresleri, bu güne kadar görev aldığı kurumları ve görev aldığı tarihler, 1931 yılındaki görevleri medeni halleri, varsa çocuk sayılarını içeren bilgiler ve bir fotoğrafını «Prof. Dr. Nevin Tanker A. Ü. Eczacılık Fakültesi» adresine göndermelerini rica ederiz.

—ooOoo—

Farmasötik Bilimler Ankara Derneği (FABAD) olağan genel kurulu geçen Şubat ayı sonunda yapılmıştır. Yönetim Kurulu üyeliklerine getirilen 11 meslektaşımız, yaptıkları ilk toplantıda başkanlığa Prof. Dr. Atilla Hıncal'ı, II. Başkanlığa Doç. Dr. Mevlüt Ertan'ı, Genel Sekreterliğe Dr. Ecz. İsmail Üstel'i ve saymanlığa Dr. Ecz. Bilge Şener'i seçmişlerdir. FABAD yönetim kuruluna bundan sonraki çalışmalarında başarılar dileriz.

—ooOoo—

Ankara Ecza - Koop'un I. Olağan genel kurulu 15 Mart 1981 tarihinde yapılmış ve yönetim kurulu üyeliklerine şu meslektaşlarımız seçilmişlerdir. Başkan Haydar Kumbaroğlu, Genel Sekreter Turgut Özden, Sayman Necati Boyacıoğlu, Üye Ömer Akkaş, Üye Çiğdem Kılıcı.

—ooOoo—

Ankara, İstanbul ve İzmir Eczacı Odalarının ortak yayın organı olan «HAVAN» Eczacılık dergisi, İstanbul Eczacı Odasının kapalı olması nedeniyle bir süredir yayın hayatına ara vermişti. İstanbul Eczacı Odasının faaliyetlerine yeniden izin verildiğinden, HAVAN Mayıs ayı sayısı yakında okurlarına iletilecektir.

—ooOoo—

Ankara Eczacı Odası Sosyal İşler Komitesinin hazırladığı program çerçevesinde, Mart ve Nisan ayında üyelerimizin büyük katılımıyla Devlet Tiyatrolarınca sergilenen «Eski Usul Komediya» ve «Bütün Oğullarım» ile Ankara Halk Tiyatrosunun sahneye koyduğu «Hastane mi? Kestane mi?» isimli oyunlara gidilmiştir. Meslektaşlarımızın büyük ilgisini çeken bu tür düzenlemeler önümüzdeki aylarda da sürdürülecektir.

OKUYUCU MEKTUPLARI

A. E. O. Bülten Kuruluna,

Bültenin sayfalarını okurlarına açması çok olumlu bir düşü-
nüştür. Bu, okurlarla bilgi alışverişini sağlayacak, fikirlerin gelişme-
sine yardımcı olacaktır.

Ben, drog üretimine katkıda bulunmak amacıyla tıbbi bitki
yetiştirmeyi amaçlıyorum. Ülkemiz şartlarında üretimin nasıl ola-
cağının veya konu hakkında daha aydınlatıcı bilgilerin hangi yet-
kili kuruluştan alınacağına Bülten yetkilileri tarafından incelen-
mesini istiyorum. Bu girişimlerinizin olumlu sonuçlar doğuracağı
inancındayım.

Çalışmalarınızda başarılar diler, saygılar sunarım.

Ecz. Necmettin Tekin
Ceyhan

—ooOoo—

Eczacılar Odası Bülteni Yazı Ailesine,

Sayın meslekdaşlarım, Bültenin çıkarılmasından dolayı özel-
likle sizleri tebrik ediyor ve başarılar diliyorum. Bültenin mesle-
ğimizi yücelteceği, bizlere ışık tutacağı bir gerçektir. Henüz şu ilk
sayılardan çok değerli bilgiler aldık ve alacağız. Bundan hiç şüp-
hemiz yoktur. Bizleri çeşitli düşüncelere sevkettiniz. Bu vesile ile
sizlere bir hususu belirtmek istiyorum.

Okuyucu arkadaşlarımızın mektuplarını okuyor, onların fi-
kirlerine içtenlikle katılıyorum. Hepsi mesleğini icra etmek, sağlık
sınıfında yerlerini almak ve ilerlemek istiyor fakat önlerine bir-
takim engeller çıkmaktadır, bunların başında iş sorunu gelmekte-
dir.

Eğitim sonrası uzman eczacılık dallarının sınırlı olması, serbest eczacılık yapabilme olanağına sahip olamayan meslekdaşlarımızı ortada bırakmaktadır.

Buna benzer sorunların kısmen cözüme kavuşabilmesi için, eczacıların birlikte eczane açabilme hususunda calışmaların yapılmasını, şayet yapıyor ise hızlandırılmasını arzu ediyor, Oda olarak bu konuda calışmalarınızı bu sütunlarda eczacılara duyurulmasını istiyor, başarılar diliyorum.

Ecz. Doğan Hatay

REÇETE HATALARI

DİKKAT! DALGINLIğINIZIN BEDELİ HASTA HAYATI OLABİLİR...

Değerli Okurlar,

Reçete denilen kâğıt parçası, üç kişinin başını derde sokabilir : Hekim, eczacı, hasta. Eczacı da insandır, reçetenin okunaksız olması veya diğer nedenlerle, ilâc adında veya dozunda yanlışlık yapılabilir. Bize ulaşan bazı reçete hatalarını aşağıda sunuyoruz. Amacımız, meslekdaşlarımızı eleştirmek değil, uyarıcı ve eğitici olabilmektedir.

Reçetede yazılı olan

Ketrax dr.
Benadryl şurup
insidon dr.
Mergal dr.
Praxilene kap.
Lucidril dr.
Benadryl Eliksir
Strychnin amp.

Hastaya verilen

Tetrex kap.
Benexol tab.
incidal dr.
Mergafen dr.
Tranxilene kap.
Tavegyl tab.
Bemiks gtt.
Streptomycin fl.

BASINDAN SEÇMELER

DOKTOR ve İLAN...

(Uğur Mumcu)

(Cümhuriyet, 17 Mart 1981)

Geçen gün gazetede okudum, bir yabancı ilaç fabrikası, kendi ürettiği ilaçların kullanılmasi için doktorlara milyolarca lira tutan rüşvet dağıtmış..

Haber, doğru mudur, değil midir, bilemiyorum. Doktorsuz ve ilaçsız yaşamak olanaksız olduğu için bu konuların çok titiz incelemelerden geçirilmesi gerekir, diye düşünüyorum.

Çünkü «rüşvet» çok ağır bir sözdür, bundan birçok doktorun alınması da olağandır. İlaç fabrikaları, doktorlara «al bu para senin» diye rüşvet verecek değillerdir. Üretilen her mal gibi, ilacın da «pazarlanması» sözkonusudur. Pazarlama, çeşitli yollarla olur. Bu gibi fabrikalar, tıbbi malzeme, büro malzemesi gibi hediyeler dağıtır, herhalde «rüşvet» gibi kaba bir sözün ardındaki olgu olsa olsa bu gibi armağanlardır.

Geçenlerde elime «Tam Gün Yasasına şiddetle karşı olan» Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden birinin reçetesi geçti. İlacın ne için verildiği, tıp bilimi ile uzaktan, yakından ilgisi olmayan bizler için anlaşılacak bir konu değildi. Aldım, bu reçeteyi, bu işlerde uzmanlığı ile tanınan öğretim üyelerine ve doktorlara gösterdim ve sordum :

— Bu profesörüm verdiği on ilaç, insanın midelerini nöbetçi eczaneye döndürmez mi?

Öğretim üyesi ve doktor dostlarım, bu reçeteyi uzun uzun incelediler ve bana şu bilgiyi verdiler :

— Reçete son derece ilginçtir ve ülkemizdeki ilaç savurganlığının, rasyonel olmayan tedavi yöntemlerinin ve hastaya zarar vermenin tipik bir örneğidir...

Merak edip, sordum :

— Peki nasıl?

Devam ettiler :

— Reçetede on kalem müstahzar vardır. Hepsi de lüks ambalaj içinde firmalarca üretilmiş ilaçlar olup, bu ilaçlara ödenen paranın yaklaşık yüzde 40'ı ilaçların ambalajına ödenmiştir..

«Peki» dedim, «ya ilaçların özelliği?»

Anlattılar :

— Bu on kalem müstahzar içinde en az 15 kalem aktif madde vardır. Hastaya, artık hekimlikten kaldırılmış nane ruhu (Valdol) bile verilmiştir. Ayrıca hastaya «Antihipotansif» ilaçlar da verilmiştir.

Merakım büsbütün arttı :

— Nedir o ilaç? Yine devam ettiler :

— O ilaç Brinerdin'dir. Bu ilacın etkisi geniş ölçüde «Libroksil» diye verilen ilacın içindeki «Amitriptilin» ile yok edilir.

— Eeee?

— Öğretim üyesi doktor, bu iki ilacı da beraber vermiş..

— Hastanın bir özelliği olmasın?

— ilacın özelliği önemli.. «Trankobuskos» ve «Libroksil» aynı istikamette etkili iki ilaçtır. Beraber verilmesi kesinlikle doğru değildir. «Volteren»in hastaya verilmesi, tamamen spekülattır ve bir dayanağı yoktur.

— Peki, hasta bu ilaçlarla iyileşir mi?

— Hayır iyileşmez.

— Peki ne olur?

— Hastalığı artar...

— ?!?!?

.....

Ben bu işin içinden çıkamadım. Üstelik, —üzerinize afiyet—
üşütmüşüm, başım ağrıyor, midem bulanıyor. Ne yapayım?

«Nane - limon» kaynatıp içeceğim!

«DOKTORLAR İLAÇ FİRMALARININ ETKİSİNDE KALMAMALI»

(Günaydın, 25 Mart 1981)

Ankara Üniversitesi Farmakoloji Kürsüsü Başkanı Prof. Dr. Şükrü Kaymakçalan, ilaç firmalarının doktorları etkilemek için büyük bir çaba gösterdiğini belirterek, «Doktorlarımız bu firmaların etkisinde kalmamalı» dedi.

Türkiye'de doktorların büyük bir bölümünün Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, ilmi konularla ilgisini kestiğini böylece yıllar geçtikçe bilgisinin azaldığını öne süren Prof. Dr. Kaymakçalan şöyle devam etti.

«İşte bu tip doktorların üzerinde ilaç firmalarının etkisi büyük olmaktadır. Firmalar ustaca düzenledikleri broşür, prospektüs ve diğer yollarla doktorlara istediğini yaptırmakta, reçetelere kendi ilaçlarını yazdırabilmektedir.»

Prof. Dr. Şükrü Kaymakçalan doktorların ilaç firmalarının etkisinden kurtulabilmesi için son gelişmelere göre kendilerin/ yenilemelerinin de şart olduğunu söyledi.

«PIYASADAKİ 25 BİN ÇEŞİT İLAÇ, 1000 ÇEŞİDE İNDİRİLECEK»

(Günaydın, 20 Mart 1981)

Türkiye'deki 25 bin ruhsatlı ilacın 1000 e indirilmesi amacıyla çalışmalar yapılıyor.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan ilaç Seleksiyon (Eleme) Komisyonu ile İlaç Ruhsatlandırma Komisyonu'nun çalışmalarını bitirme aşamasına geldiği bildirildi.

ilaç Seleksiyon Komisyonu Üyeleri, çalışmaları hakkında özetle şu bilgileri verdiler :

«Dünya Sağlık Teşkilatı geliştirmekte olan ülkeler için 250 ilaç çeşidi saptamıştır. Türkiyenin koşulları düşünülecek olursa bu sayıyı yaklaşık 1000'e çıkarmak mümkündür. Çalışmalarımızı bu yönde yaptık. Piyasada bulunan ilaçlardan bir kısmı tıbben ya-

rarlı olmayan ilaçlardır. Bunların ruhsatlarının iptaline karar verdik, yine bazı ilaçlar kısmen yararlı olmakla beraber yan etkileri çok fazla olduğu için ruhsatlarının iptali uygun görülmüştür. Öte yandan, her modern ilaç için fiyat - fayda oranı vardır. Oranın fayda lehine olması gerekir. Oysa bazı ilaçların fiyatları çok yüksek olmasına karşılık bazılarında sağlanan fayda o kadar büyük değildir. Bu ilaçların ruhsatlarının iptal edilmesi de bakanlığa sunacağımız öneriler arasındadır.»

«KÖY BAKKALARINDA BİLE RUHSATSIZ İLAÇ PAZARLAMASI YAPILIYOR»

(Ticaret, 24 Mart 1981)

İzmir Eczacılar Üretim Temin ve Dağıtım Kooperatifi (EDAK) genel kurul toplantısında ilaç denetiminin etkisiz olduğu, Anadolunun iç kesimlerinde ve küçük kentlerdeki köy bakkallarında ruhsatsız ilaç pazarlanmasının yapıldığı bildirildi.

Yurt düzeyinde sayıları 15'i bulan ilaç dağıtım kooperatiflerinin stok ve spekülatif amacından uzak çalıştığını belirten EDAK yönetim kurulu başkanı İbrahim Yüncü, bu kooperatiflerin geleceğin «ilaç dağıtım ağının çekirdeğini» oluşturduğunu söyledi. Ticari amacından çok üyelerinin çıkarlarını ve bununla birlikte sağlıklı ilaçların tüketilmesinden yana olduklarını kaybeden Yüncü, ilaç denetiminin etkili hale getirilmesi için gerekirse, bir kısım ecza dağıtım kooperatiflerinin bu işi organize edebileceğini ifade etti.

Yüncü, «Hammaddesi dışı bağımlı ilaç sanayimiz, gereksiz olan çok sayıdaki ilaç çeşidi yüzünden büyük miktarda döviz harcamasına girmektedir» diyerek, ilaç standardizasyonuna gidilmesinin şart olduğunu söyledi.