

Ankara Eczacı Odası

Bülteni

ANKARA ECZACI ODASI YAYIN ORGANIDIR

T. E. B.

19. BÜYÜK KONGRESİ

25-27 Haziran 1981
İstanbul

SAYI : 2

CİLT : 3

MAYIS - HAZİRAN 1981

- 19. BÜYÜK KONGRE VE ÖNEMİ
- 14 MAYIS ECZACILIK GÜNÜ
- İLAÇ VE ECZACILIK DÜNYASINDAN
- ANKARA ECZA - KOOP.
- BİLGİMİZİ TAZELEYELİM
- KLİNİK ECZACILIK
- YENİ İLAÇLAR
- YASALAR, YÖNETMELİKLER, TÜZÜKLER
- ODA HABERLERİ
- BASINDAN SEÇMELEER

ANKARA ECZACI ODASI
BÜLTENİ

İKİ AYDA BİR ÇIKAR

Sahibi : Ecz. Nermin USAL

II. Bölge Ankara Eczacı
Odası Başkanı

Yazı İşleri Sorumlusu :
Ecz. Asude AYKAC

Yönetim Yeri :

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

- Bültende 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

	Sayfa No.
● Bakış (AEOB)	2
● 19. Büyük Kongre ve Önemi AEOB	3
● 14 Mayıs Eczacılık Gününün Açış Konuşması ... Ankara Eczacı Odası Bş. Nermin Usal	6
● 14 Mayıs Eczacılık Günü	9
● İlaç ve Eczacılık Dünyasın- dan Ecz. Arif Sarıyıldız	12
● Ankara Ecz. - Koop Ecz. Turgut Özden	24
● Diabet ... Ecz. Leyla Üstel...	26
● Tüberkülozda İlaç Tedavisi Ecz. Ergin Tatçı	35
● Hasta - İlaç Profili Ecz. Ayçe Çeliker	45
● Yeni İlaçlar	49
● İşletme Vergisi Yasası	52
● Oda Haberleri	54
● Basından Seçmeler	57

BAKIŞ

Değerli Okuyucular,

Son iki ay eczacılar açısından oldukça hareketli geçti. Özellikle üç büyük kentimizde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ünitelerde çalışmakta olan meslektaşlarımız arasında yapılan tayinler, kamu eczacılarının yeni bir umutsuzluk dönemine girmelerine neden oldu. Birçoğu istifa etmek zorunda kalırken, bir kısmı da tayin oldukları ilçelerin sağlık merkezleri ve hastahanelerinde, olanaksızlıklar yüzünden, mesleklerine biraz daha yabancılaşmanın acısını çekiyorlar.

14 Mayıs Eczacılık Gününde Ankara Eczacı Odasının düzenlediği program meslektaşlarımızın büyük bir ilgi ile karşılandı. Günün özetini ve S.S.Y. Bakanlığı Müsteşarı Dr. Enver Şenerdem'in de konuşmacı olarak katıldığı «1981 de Türkiye'de Eczacılık» isimli panelin önemli bölümlerini ilerdeki sayfalarda izleyebilirsiniz.

Odamızın uzun zamandan beri peşini kovalamakta olduğu «Belediye Zabıtalarnın Eczaneleri Denetlemesi» sorunu nihayet çözüme kavuştu. İçişleri Bakanlığının bu konuyla ilgili olarak tüm Valiliklere gönderdiği yazıya ilişkin haberi «Oda Haberleri» sütunumuzda bulabilirsiniz.

Türk Eczacılar Birliği 19. Genel Kurulu 25 Haziran'da İstanbul'da toplanıyor. Hiç şüphe yok ki Genel Kurula katılan delegelerin en önemli görevlerinden birisi de İbrahim Çetinkaya'nın bir kez daha denenip denenmemesi konusunda olacaktır.

Ankara Eczacı Odası Bülteni'ne gösterdiğiniz ilgiye bir kez daha teşekkür etmek isteriz. Bundan sonraki günlerde de yazılarınızı ve eleştirilerinizi bekliyoruz.

Çalışmalarınızda başarı dileklerimizle...

AEOB

19. BÜYÜK KONGRE ve ÖNEMİ

T.E.B. 19. Büyük Kongresi 25 Haziran'da İstanbul'da toplanıyor. Bilindiği gibi T.E.B. Büyük Kongresi Eczacılık mesleğinin en üst düzeydeki kuruluşu olup; Eczacılık ve ilaçla ilgili güncel ve geleceğe ilişkin sorunların tartışıldığı, çözüm yollarının araştırıldığı ve önemli kararların alındığı bir platformdur. Öte yandan, ülke sağlık hizmetleri içerisinde Eczacılık mesleğinin onurlu yerini korumasına ve sürekli gelişmesine kendini adanmış ve mesleğimize büyük hizmetlerde bulunan delegelerden oluşan Büyük Kongrenin en önemli görevlerinden birisi de, iki yıl için ülke içinde ve dışında Eczacıları temsil edecek yöneticileri seçmektir.

Şurası da bir gerçektir ki, 18. Büyük Kongreden bugüne kadar geçen yaklaşık 30 ay, gerek Eczane Eczacıları ve gerekse Kamu Eczacıları açısından olumsuz geçen günlerle, olaylarla dolu olmuştur. Fakat yine bu dönemde Ankara Eczacı Odasının başarıyla yürütmüş olduğu ve birçok Eczacı Odasından destek gören 2-5 Ağustos 1979 tarihleri arasındaki «Eczane Kapatma Hareketi»; İstanbul, Ankara, İzmir ve Kamu Eczacıları Derneğinin 11-14 Mayıs 1980 tarihleri arasında Ankara'da düzenledikleri «I. Türkiye Eczacılık Kongresi» ve çok kısa bir zaman içerisinde ülkemizin her yerinden filizlenip gelişen «Eczacıların Kooperatifleşmesi» olayı gibi, Eczacıların birlik ve beraberlik içerisinde çok şeyler yapabileceklerini kanıtlayan ve mesleğimizi yücelten olaylar da vardır.

Eczacılık mesleği özellikle son yıllarda zor günler yaşamaktadır. Hemen her meslekdaşımız çok sıkıntılı bir dönemden geçmektedir. Eczane sahibi arkadaşlarımız, ilaçların sık sık piyasadan yok olmasının ve zam almasının pekiştirdiği bir ortamda ekonomik sıkıntılardan yakasını kurtaramamaktadırlar. Eczacı kâr hadinin yükseltilmesi, meslek hakkı ve nöbet zammı gibi çözüm bekleyen isteklerimizin askıda kalması, ekonomik dar-boğazın atlatılmasını önlemektedir. Kamu Eczacıları için de ekonomik gerileme sürmektedir. Bugün Kamu Eczacıları 15 ay önce aldıkları paranın altında maaş almaktadırlar. Bunun yanısıra iki aydır süregelen tayinler birçok Kamu Eczacısını çaresizlik içinde bırakmış ve istifa etmeye zorlamıştır. Öte yandan Eczane açmak için gerekli sermayenin büyüklüğü ve kamu kesiminin istihdama kapatılması sonucunda iş-

siz eczacı sayısı da çığ gibi büyümektedir. Bütün bunların yanında ikinci derecede önemli daha birçok çözüm bekliyen sorunlarımız vardır.

Evet;

Mesleğimiz açısından ortaya koyduğumuz tablo karanlık. Fakat Ankara Eczacı Odası olarak kesinlikle umutsuz değiliz. 12 Eylül sonrası yönetiminin Eczacılık mesleğine karşı olumlu bir yaklaşım içinde olacakları ve sorunlarımız üzerinde hassasiyetle duracakları inancını taşıyoruz. Gerek S.S.Y. Bakanlığı yetkilileri ile doğrudan kurduğumuz ilişkilerden, gerekse komisyonlardaki meslekdaşlarımızdan edindiğimiz bilgilerden, Eczacılık ve ilâçla ilgili bazı sorunlara gerçekçi açıdan bakıldığını ve çözüme yönelik yasal düzenlemeler üzerinde çalışıldığını izlemekteyiz. 14 Mayıs 1981'de Ankara Eczacı Odası olarak düzenlediğimiz Eczacılık gününe katılan 500'ü aşkın meslekdaşımız da, S.S.Y. Bakanlığı müsteşarı Sayın Dr. Enver Şenerdem ve Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü Sayın Ecz. İbrahim Sezgin gibi Bakanlığın üst düzeydeki yetkililerinin yaptıkları konuşmalarda, bu duruma bizzat tanık olmuşlardır.

Bu arada şunu belirtmekte yarar görüyoruz. Eczacının sorunlarından en iyi eczacılar ve eczacılık örgütleri anlar. Bizler sorunlarımıza sahip çıkmadıkça, sorunlarımıza doğru teşhis koyup öneriler sunmadıkça ve sunduğumuz önerilerin peşini kovalamadıkça, mevcut yönetim ne kadar iyi niyetli olursa olsun, istenilen çözümler elde edilemez. Bu açıdan önce eczacıların ve dolayısıyla eczacıların oluşturduğu örgütlerin birlik ve beraberlik içerisinde mesleğimizin geliştirilmesi doğrultusunda her türlü çabayı harcaması gerekmektedir. Biz Ankara Eczacı Odası olarak, önce kendi üyelerimiz içerisinde, sonra T.E.B. Merkez Heyeti ve diğer eczacı odaları arasında bu amaç doğrultusunda çaba sarfettik ve sarfetmekteyiz. Başta İstanbul, İzmir, Bursa gibi en geniş eczacı kitlesine sahip olan bölge eczacı odaları olmak üzere, birçok oda yöneticileri ile güç birliği ve yakın ilişkiler içerisinde olduk. Mesleki sorunlarımızı tartışmak amacıyla odalar arasında sık sık toplantılar düzenledik, S.S.Y. Bakanlığına ortak görüşlerimizi ve önerilerimizi sunduk, yine ortak basın bildirileri ile eczacılık mesleği ve ilâçla ilgili olarak kamuoyu oluşturmaya çalıştık.

Ama ne yazık ki T.E.B. Merkez Heyeti yöneticileri ile zorunlu olan diyalog bir türlü kurulamadı. Ashında diğer yönetici meslekdaşlarımızı doğrudan suçlamak ta istemiyoruz. Çünkü kendisini tek başına bir Merkez Heyeti gibi gören Sayın İbrahim Çetinkaya, ilişkilerimizin kopukluğunda en önemli faktör olmuştur.

Sayın Çetinkaya'nın, eczane sahibi meslekdaşlarımızın yakından tanık olduğu «Roche-Atabay boykotu»ndaki başarısızlığından sonra; günlerce kamuoyunu meşgul eden, kamuoyuna ilaç tekellerinin oyunları ile eczacının sorunlarını en somut biçimde yansıtan «eczane kapatma hareketi»ni düzenleyen Ankara Eczacı Odasına karşı aldığı tavır sonraki günlerde de devam etmiştir. İlginç bir konu daha var; 11 - 14 Mayıs 1980 tarihleri arasında İstanbul, Ankara, İzmir Eczacı Odaları ve Kamu Eczacıları Derneği'nin bir araya gelip, kısıtlı parasal olanaklarla düzenledikleri «1. Türkiye Eczacılık Kongresi» ne Çetinkaya katılmamıştır. Katılmadığı gibi, aralarında Başbakan ve birçok Bakanında bulunduğu 40'ı aşkın kutlama mesajının arasında sayın Çetinkayanın kine rastlamak mümkün olmamıştır. Fakat Çetinkaya ülkemizde ilk kez düzenlenen böyle bir kongreye katılacağı yerde, son anda yabancı ülkelerden birkaç eczacıyı davet ederek, kongre ile aynı tarihlerde, ülkemiz eczacılarının sorunlarından uzak seminerler organize etmiştir. Bu yılki 14 Mayıs'ta, Merkez Heyeti'nin İstanbul'da Marmara - Etap Otelinde düzenlediği toplantıya yönetim kurulumuzdan bir üyemizi temsilci olarak gönderdik. Amacımız diyalog sağlamak için iyiniyetimizi bir kez daha ortaya koymaktı. Fakat arkadaşımızın toplantıda konuşma yapma isteği, yönetici tarafından engellendi.

Sayın İbrahim Çetinkaya 19. Büyük Kongrede neler yaptıklarını bir bir anlatacaktır. Haklıdır da. Çünkü mesleği ile ilgili çok şeyler yapmıştır. Kamu eczacılarının sorunlarının çözümünde çaba harcayan odamıza, «Kamu eczacılarının odası» diyebilmiştir. Kendi gönlünce bir anket düzenleyip eczacıların kooperatifleşme değil şirketleşmeyi benimsedikleri savını ortaya atmış, kooperatifleşmeye kayıtsız kalmıştır. Eczacı odalarını devamlı olarak haciz tehdidi altında tutmuş, nitekim bunu da İstanbul Eczacı Odasına uygulamıştır.

Evet, Çetinkaya'nın yaptığı işler çok. Peki Sayın Birlik başkanı neleri yapmadı veya yapamadı? Öncelikle yıllardır eczacılık yapmadığını biliyoruz. Ne işle uğraşır, bu bizi ilgilendirmiyor. Öte yandan ne eczane eczacısının, ne de kamu eczacısının sorunlarının çözümü ile yakından ilgilendiğini sanmıyoruz. Çünkü O'nu Ankara'da görmek pek mümkün olmadığı gibi, zaten kendisinde Büyük Kongrede «çok uğraşır, bürokratik engeller yüzünden halledemediği» konulardan — biraz kaçamak ta olsa — söz edecektir. Unutmadan ekleyelim, Sayın Çetinkaya senede bir kaç kez Ankara'ya gelir. Ya İstanbul'da düzenlediği seminerlere davet çıkarıp, uçak bileti vermek için; ya da bilmem hangi Avrupa ülkesindeki F.I.P toplantısına katılmak amacıyla Bakanlık onayı çıkartmak için. Birlik başka-

nımızla oda yöneticileri olarak görüşmek mümkün olmuyor. Çünkü kendileri bir kaç yıldır Ankara Eczacı Odasını ziyaret için zaman ayıramamakta.

19. Büyük Kongre'ye katılan değerli meslekdaşlarımıza çok önemli görevler düşmektedir. Bu görevlerin başında da hiç şüphesiz, iki yıl için tüm eczacıları ve mesleğimizi tüzel olarak temsil etmeye tek yetkili organı, yani T.E.B. Merkez Heyetinin yöneticilerini seçmek gelmektedir. İbrahim Çetinkaya'nın; meslek olarak eczacılığı benimsememesi bir yana, yıllardır yönetimde bulunmasına karşın somut hiçbir yararının görülmemesi, üstelik bir çok Eczacı Odası ile diyalogu kopartması nedeni ile bir kez daha denemesinde, Ankara Eczacıları olarak en küçük bir fayda görmüyoruz. Eczacılık mesleğinin bulunduğu darboğazdan kurtarmak için; birlik ve beraberlik içinde olmamız, meslek onurunu korumaya, tüm sorunlarımıza çözüm bulmaya kendilerini adanmış meslekdaşlarımızı yönetime getirmek zorundayız. 19. Büyük Kongre'nin değerli delegelerine, bu tarihsel görevlerini yerine getirmelerinde başarılar dileriz.

A.E.O.B.

Ankara Eczacı Odası Başkanı Eczacı Nermin Usal'ın 14 Mayıs Eczacılık Günü dolayısıyla yaptığı açış konuşmasıdır.



Ankara Eczacı Odası Başkanı Nermin Usal açış konuşmasını yaparken.

Ankara Eczacı Odası tarafından düzenlenmiş olan 14 Mayıs Eczacılık Gününde aramızda bulunan konuklarımıza ve katılımlarıyla bizleri onurlandıran meslekdaşlarımıza Yönetim Kurulu adına hoş geldiniz der teşekkürlerimi bildiririm. Ayrıca bu günü hazırlamamızda tüm olanaklarını ve her türlü yardımı bizlerden esirgemeyen A.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı sayın Prof. Dr. Mekin Tanker'e ve tüm emeği geçenlere huzurunuzda teşekkür ederim.

Bundan 142 yıl önce 1839 da II. Mahmut «Mekteb-i Tıbbiyye-i Adliye-i Şahane»yi açıyor. Aynı yıl okul bünyesinde bir de Eczacılık sınıfı oluşturuluyor. Bundan yıllarca sonra 1967'de düzenlenen bir toplantıda sayın Naşit Baylav tarafından bir Eczacılık Günü oluşturulması teklif ediliyor ve aynı gün 14 Mayıs tarihinin «Eczacılık Günü» olması kabul ediliyor. 14 Mayıs'ın Eczacılık Günü olarak kutlanmaya başlanması 1968'lere kadar uzanır. **Bu günün önemi 142 yıl önce** Tıp bilimleri arasında Eczacılık Biliminin ayrı bir dal olarak ayrışmasından kaynaklanır. Salt bu kadarla da kalmayıp, bu günde giderek gençleşen yenilikleri bünyesinden üreten bir meslek olmuştur. Eczacılık biliminin gelişmesine gönül verenlerin bilimsel yeniliklerle ülkemiz sağlık sorunlarına getirmeye çalıştıkları çözümler bugünün önemini pekiştirmektedir.

Hepimizin bildiği gibi, ülkemiz ekonomisindeki olumsuz koşullardan en çok etkilenen mesleklerden biri Eczacılık mesleği olmuştur. Bunun sonucu olarak sağlık hizmeti üretiminde sağlık elemanlarının ortaklaşa ve en verimli bir şekilde kullanılması gerekirken, Eczacılar bu sağlık ekibi içinde gerekli yerlerini alamamışlar ve eğitimini gördüğü sahalarda gerektiği gibi çalışma olanağı bulunamamışlardır.

Ülkemizdeki Eczacıların bu gün yaşamakta olduğu sıkıntılar «Eczacılık tanımının yenilenmesi»nin gerekliliğinden doğmaktadır. Bunu daha açıklıkla belirtirsek «Eczacılık nedir?», «Eczacının işlevleri neler olmalıdır?». Artık bu sorunları çözmek ve içinde bulunduğumuz mesleki bunalımdan kurtulmanın çarelerini aramak zorundayız. Eczacının görevi yalnızca ilaç yapmak ve dağıtmak mıdır? Bu sorudan yola çıkılarak Eczacının, hastanın ilacı sakıncasız ve en yararlı biçimde kullanma koşullarını araştıran ve uygulayan bir işlevi olduğu ortaya çıkarılmıştır. «Klinik Eczacılık» gibi.

Yeni Eczacılık kavramları ve uğraş alanları, Eczacılık mesleğindeki arayış ve yönelişler çeşitli sorunlarla ve engellemelerle karşılaşmaktadır. Bu konuda tüm Eczacılar, Eczacılık örgütleri ve Eczacılık öğretim kurumlarının büyük mücadele vermesi gerekmektedir. Eczacıların konum ve işlevleri açısından sağlık hizmetlerinin toplumsal işbölümünde üretken bir meslek dalı olarak onurlu yerlerini alabilmeleri buna bağlıdır.

Ülkemizde gerçek anlamda bir ilaç sanayii veya ilaç hamadde sanayiinin oluşturulmaması, sağlık hizmetleri içerisinde Eczacıların etkinliklerinin ve uğraş alanlarının artırılmaması sonucu mesleki bunalım had safhaya ulaşmıştır. Ayrıca ilaç sanayiinin bilimsel araştırma çalışmalarına gereken önemi vermediğini üzülerken gözlemekteyiz. Bugün artık Eczacılık Fakülteleri öncülüğünde ilaç-

la ilgili araştırma ve geliştirme alanında çalışmalar başlatılmalı ve de zorlanmalıdır. Fakültelerimiz ilaç sanayii alanında öncü ve ve zorlayıcı olmadığı sürece ilaç hammaddesi ve müstahzar üretimi yıllarca yerinde saymaya ve dışarıya bağımlı olmaya zorunludur.

Bundan sonra asıl çözümlenmesi ve ilke birliğinde buluşmamızı gerektiren sorun Eczacılık eğitimi ve istihdam politikasıdır.

Şu noktayı özellikle belirtmek isterim. Mesleğimiz üretici yapısından giderek uzaklaşmakta veya uzaklaştırılmak istenilmektedir. Buna karşı verilecek mücadele de en büyük görev Eczacılık Fakültelerine düşmektedir. Fakültelerdeki eğitim ve öğretim, lisans üstü eğitimi yapacaklar açısından gerçekten son derece başarılı olmaktadır. Bunun yanısıra üretime yönelik ve meslekî çalışma açılarından yeterli düzeyde olmadığı da bir gerçektir.

Eczacılık son yıllarda en çok yıpratılan meslek dallarından biri olmuştur. Bu çerçevede mesleğine yabancılaşma Eczacılık bilim ve mesleki için ileri boyutlara ulaşmıştır.

Kamu kesiminde çalışan arkadaşlarımız bunları en ağır şekilde yaşamaktadır. Bir Tam-Gün sorunu, Tababet Uzmanlık Tüzüğü, bazı hastanelerdeki çalışma koşullarındaki düzensizlik, sürekli yer değişimleri bu meslektaşlarımızı bütünüyle moralsiz bırakmıştır.

Ben burda her türlü savurganlığa karşı savaş açmış sayın devlet yetkililerine ve konuyla ilgili diğer yöneticilere seslenmek istiyorum. Pek çok sorunları bulunan sağlık hizmetleri üretiminde, her meslek elemanından en fazla verimi sağlamak zorunludur. Bir meslek sınıfını üretimden soyutlamak çok kolaydır. Tıpkı busüne dek yapıldığı gibi, birçok şey ileri sürülüp «ana sağlık sınıfındaki» bir meslek ortada yapayalnız bırakılabilir. Fakat bu tam anlamıyla bir nitelikli insan savurganlığıdır. Hemde yetişmiş ülkemize çok pahalıya mal olmuş bir meslek elemanı savurganlığıdır.

Sayın yöneticilerimiz. Sizlerden şunları diliyoruz. Mesleğimizin sorunlarına ve isteklerine lütfen eğiliniz. Eczacılık mesleği kimya ve tıp bilimlerini ortaklaşa özümsemiş tek meslek grubudur. Hükümet yetkilileri, fakülteler ve Eczacılık örgütlerinin bir araya gelerek, bir program çerçevesinde ve ilkeleri ortaya konularak Eczacıların sorunlarına bir çözüm bulmaları olanaklıdır. Sağlık hizmetleri ve Eczacılıkla ilgili yasaların günün koşullarına uygun, çağdaş görüşlerle ele alınmaları ve yenilenmeleri sonucunda, ülkemiz sağlık hizmetleri üretiminde ve halkımızın sağlıklı yaşamasında en önemli görevleri yapabileceğimizi duyururuz.

Saygılarımı sunarım.

14 Mayıs 1981 Eczacılık Günü

Eczacılık Günü saat 8.30 da Anıt - Kabir'in ziyareti ile başladı. Ankara Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyeleri, S.S.Y.B. Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü, Ankara ve Hacettepe Üniversiteleri Eczacılık Fakülteleri Dekanları ve Öğretim Üyeleri ile eczacıların katıldıkları törende Kabre çelenk kondu ve saygı durumunda bulunuldu. Ankara Eczacı Odası Başkanı Nermin Usal Anıt - Kabir Özel Defterine şunları yazdı :

«Ulu Önderimiz; 100. Doğum Yıldönümünde, biz Eczacılar, rehber gösterdiğin bilimle ve ilkelerininle dopdolu olarak, kurmuş olduğun Cumhuriyet'in bekçileriyiz.»



Anıtkabir'i Ziyaret'ten bir görüntü.

14 Mayıs Eczacılık Günü'nün açılışı A.Ü. Eczacılık Fakültesi Konferans Salonunda yapıldı. Büyük Önder Atatürk'ün anısına yapılan saygı duruşunun ardından A.Ü. Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin oluşturduğu Koro tarafından İstiklâl Marşı söylendi. Daha sonra Eczacılık Günü'nün açılışını yapmak üzere kürsüye gelen Ankara Eczacı Odası Başkanı Nermin Usal, önceki sayfalarda tam

metnini verdiğimiz konuşmasını yaptı. Sayın Usal'ın konuşmasını takiben, A.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mekin Tanker, H.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Enis Oskay, S.S.Y.B. Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü Ecz. İbrahim Sezgin ve Öğretim Üyeleri adına Doç. Dr. Eriş Asil kürsüye geldiler ve günün önemi, Eczacılık mesleğinin sorunları ve çözüme yönelik önerilerini belirten konuşmalar yaptılar.



Ecz. İbrahim Sezgin yaptığı konuşma sırasında.



Prof. Dr. Mekin Tanker'in konuşmasından bir görüntü.

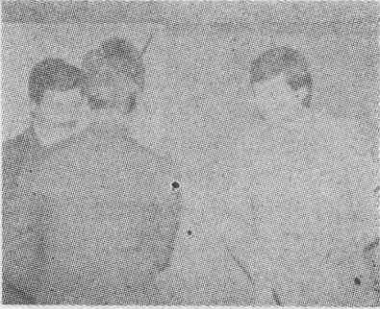
Açılış konuşmalarından sonra, Ankara Eczacı Odası tarafından her yıl geleneksel olarak yapılan «Onur ve Başarı Belgeleri Dağıtım Töreni»ne geçildi. İlk olarak Eczacılık mesleğinde 40. yılını dolduran meslekdaşlarımızdan Sayın Enise Türker, Münim Yücel ve Mithat Kiper'in Onur Belgeleri, sırasıyla S.S.Y.B. Müsteşarı Dr. Enver Şenerdem, Müsteşar Yardımcısı Dr. Hasan Çeçen ve Eczacılıkve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü Ecz. İbrahim Sezgin tarafından verildi. Daha sonra ise başarılı çalışmalarını sonucunda son bir yıl içinde doçentlik veya doktorluk ünvanına hak kazanan meslekdaşlarımıza başarı belgeleri dağıtıldı. Ayrıca A.Ü. Eczacılık Fakültesi bünyesindeki başarılı öğrencileri desteklemek amacıyla her yıl verilen «Mustafa Suner Ödülü» bu yıl dönem birincileri ile geçen öğrenim yılı sonunda fakülteyi en iyi derece ile bitiren ilk üç meslekdaşımıza, A.Ü. Eczacılık Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Mekin Tanker tarafından dağıtıldı.



S.S.Y.B. Müsteşarı Enver Şenerdem, Ecz. Enise Türker'e onur belgesini verirken.



İlaç Kontrol Şubesi Şefi Ecz. Mithat Kiper, onur belgesini Sayın İbrahim Sezgin'den alırken görülüyor.



Doç. Dr. Tuncel Özden'in başarı belgesini Prof. Dr. Ningur Noyanalpan verdi.



Doç. Dr. Süheyla Kaş'ın başarı belgesini Prof. Dr. Atilla Hıncal verirken.

Daha sonra Serbest Bildirilerin sunulmasına geçildi. İlk bildiri, A.Ü. Eczacılık Fakültesi Biyokimya Kürsüsü Başkanı Sayın Prof. Dr. Gazanfer Bingöl tarafından, «İnsan ve Biyolojik Kaynaklı Tedavi Edici Maddeler» konusunda verildi. Sayın Bingöl, kanamalarda büyük miktarlarda kanın kullanılması yerine daha ekonomik ve etkili bir yol olarak kan elemanlarının kullanılmasının güncel konulardan birisi olduğuna değinerek; Anti - Hemofilik Globulin'in kanamalarda ve hastalığı daha hafif geçirmek amacıyla kullanılan immünoglobulin prepalin preparatları konularında bilgiler sundu. Prof. Dr. Gazanfer Bingöl bu arada ülkemizde çok ucuza üretilebilecek olan preparatların, yurt dışından sağlanmasını eleştirerek, bunun ekonomik ve yaşamsal açıdan, neden olduğu zararların önemini vurguladı.

ikinci serbest bildiri «ilaç ve Gıda Etkileşmeleri» adını taşıyordu. Bu bildiriye Hacettepe Hastanesi eczacılarından Sayın Ayçe Çeliker sundu. Ecz. Ayçe Çeliker; son yıllarda yapılan araştırmaların ilaçlarla, besinler ve beslenme şekilleri arasındaki etkileşmelerin ilaçla tedaviyi büyük ölçüde etkilediğini ortaya koyduğuna dikkati çekerken; özellikle çocuklar, geriatric hastalar, alkolikler ya da kronik olarak ilaç kullananlarda bu konunun önemini belirtmiştir. Sayın Çeliker bildirisinin son bölümünde şunları söylemektedir: «Biyofarmasötik gözlemler, ilaçların besinlerle birlikte ya da yemeklerden birkaç saat önce veya sonra alınmaları halindeki absorpsiyon düzeyleri konusunda oldukça ayrıntılı veriler sağlamaktadır. Tüm bu bilgilerin ışığı altında, ilaç kullanımı hakkındaki hekim ve hastaları aydınlatmakla, tedavinin başarısında önemli bir katkı sağlanacağı kanısındayız.»

Öğleğin Ankara Eczacı Odası tarafından, A.Ü. Eczacılık Fakültesi Yemekhanesinde verilen yemekten önce fakülte öğrencilerinin folklor ekibi Adıyaman yöresinden bir gösteri sundu.

Topluca yenen yemekten sonra H.Ü. Eczacılık Fakültesi'nden Dr. Ecz. Yılmaz Çapan'ın «Dünya'da ilaç Endüstrisinin Dünü ve Bugünü» isimli serbest bildirisine geçildi. Dr. Çapan; öncelikle kronolojik sıra halinde önemli ilaçların tedaviye girişini özetledikten sonra; A.B.D. ve bazı Avrupa ülkelerinde ilaç endüstrisinin dünden bugüne gelişimini karşılaştırılmalı olarak ve sayısal değerlendirmelerle verdi. Sayın Çapan daha sonra günümüzde, bu sektördeki araştırma ve faaliyetleri örneklerle açıkladı.

Serbest bildirilerin sunulmasından sonra, sırada «1981'de Türkiye'de Eczacılık» isimli panel vardı. Eczacılık sorunları ve çözüm yolları konularında yetkili ve yetkin kişilerin konuşmacı olarak katıldığı bu panel «ilaç ve Eczacılık Dünyasından» sütununda ayrıntılı olarak işlenmiştir.

Bu yılki 14 Mayıs Eczacılık Günü programı A.Ü. Eczacılık Fakültesi'ndeki toplantıdan sonra, akşam Dedeman Otelinde verilen yemekte sona erdi.

A.E.O.B.

İLAÇ ve ECZACILIK DÜNYASINDAN

Hazırlayan : Ecz. Arif SARIYILDIZ

Değerli Okurlar,

Bu sayıda sütunumuzun sayfalarını 14 Mayıs Eczacılık Gününde yapılan «1981'de Türkiye'de Eczacılık» paneline ayırdık. Panelde yapılan konuşmaların önemli bölümleri, konu başlıkları altında derlenmiştir. İlgileneceğinizi umuyoruz.

Panel Başkanı : Doç. Dr. Aysen Karan (H.Ü.Ecz. Fak. Klinik Analiz B.D.)

Konuşmacılar : Dr. Enver Şenerdem (Sağ. ve Sos. Yar. Bakanlığı Müsteşarı),

Prof. Dr. Mekin Tanker (A.Ü. Ecz. Fak. Dekanı),

Dr. Korkut Akoğuz (Kanser Hastanesi Başhekimi)

Ecz. Neşe Canefe (Numune Hastanesi Başeczacısı).

Ecz. Nermin Usal (Ankara Eczacı Odası Başkanı ve Şehitlik Eczanesi Sahibi).



«1981'de Türkiye'de Eczacılık» panelinden bir görüntü.
Fotoğraftakiler, soldan sağa; Ecz. Nermin Usal, Dr. Korkut
Akoğuz, Prof. Dr. Mekin Tanker, Doç. Dr. Aysen Karan,
Dr. Enver Şenerdem ve Ecz. Neşe Canefe.

İLAÇ SANAYİİ VE ECZACI

Ülkemiz ilaç sanayiinin genel yapısı içinde, birçok önemli eksiklik ve çelişki olduğu bir gerçek. Bunların başında da ilaç üreten bir sanayii dalında eczacı istihdamının en alt düzeyde oluşu gel-

mektedir. Nitekim, 14 Mayıs Eczacılık Günü'nün açılışında bir konuşma yapan SSYB Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü Sayın Eczacı İbrahim Sezgin, «Bugün müstahzar ilaç imal eden firmaların % 50'sinde, hammadde üreten firmaların % 90'ında eczacı yoktur.» diyerek bu olguyu vurgulamıştı. Bilindiği gibi 6197 sayılı yasanın ilk 2 maddesi, eczacılık diploması olmayan kişilerin müstahzar imal etmesini ve ilaç fabrikası veya laboratuvar açmasını ve işletmesini önleyen hükümler içermektedir. Buna karşın 1262 sayılı yasa böyle bir hükmü dışlamakta ve çeşitli meslek dallarından kişilerin ilaç üretimi yapan kuruluşlarda mesul müdürlük yapabileceklerine izin vermektedir. Prof. Dr. Mekin Tanker yasalarındaki bu çelişkili hükümlerin düzeltilmesi gerektiğini ortaya koymuş ve sözlerini şöyle sürdürmüştür :

«Sanayiide, ilaç üreten bir ünite de eczacının bulunmaması anlaşılır gibi değil. Bugün Türkiye'de üretilen ilaçlar hakkında çok şeyler söylenmektedir. Ben bir eczacı olarak bunlardan hiç alınmam. Çünkü Türkiye'de ilaç üretiminde eczacı yoktur. Eczacılar yasaları ve başka hükümlerle ilaç üretiminde sorumlu oldukları zaman bütün bu meseleler üzerinde, kendi bilgi ve yetenekleriyle eğilmek imkanını bulacaklardır.»

Sayın Enver Şenerdem ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda 1262 sayılı yasa üzerinde çalışmalar yapıldığını, bu arada ilaç sanayiinde nitelikli personel olarak eczacı eksikliğinin bir gerçek olduğunu söylemiş ve şöyle devam etmiştir :

«1262 sayılı yasa değişikliği ile bütün ilaç endüstrisinde analitik kimya ve kalite kontrol gibi bölümlerde eczacı istihdamını zorunlu kılacak hükümler getiriyoruz. Bu yasa yürürlüğe girdiği takdirde ilaç Endüstrisi'nin gelişmesi Türkiye'nin sağlığı mesleki insan gücü potansiyelinin istihdamının artması bakımından büyük yararları olacaktır.»

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ YASASI

Bilindiği gibi Türkiye'de 26 Eczacı Odası vardır ve bu bölge Eczacı odaları bir üst örgüt olarak Türk Eczacılar Birliği'ne bağlıdırlar. Birliğin ve odaların kuruluş ve işleyişleri ise 1956 yılında yürürlüğe giren 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği yasası çerçevesinde düzenlenmiştir. Yasa Birlik merkezini İstanbul kenti olarak belirlemiştir. Bu yasanın yürürlüğe girdiği tarihte Birlik Genel Merkezi olarak İstanbul'un seçilmesini, o günün koşulları içerisinde doğal karşılamak gerekir. O zamanlar tek Eczacılık Fakültesinin bu kentimizde oluşu, İstanbul dışındaki eczane ve eczacıların azlığı ve gerekse bakanlıklar ve bürokratik çevrelerle zorunlu ilişkilerin bugüne oranla en az düzeyde olmasını bunun nedenleri arasında

sayabiliriz. Fakat özellikle son yıllarda ülkemizdeki eczacılık mesleğinin gelişimi ve buna paralel olarak sorunlarımızın giderek artması Birlik Merkezi'nin Ankara'ya alınması önerilerinin sık sık gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu konuyla ilgili son öneriyi 2. Bölge Ankara Eczacı Odası Başkanı Sayın Nermin Usal, panelde yaptığı konuşmasının son bölümünde şöyle dile getirmektedir :

«Şu günlerde Türk Tabipler Birliği'nin merkezinin Ankara'ya alınmasına ilişkin yasal çalışmalar sonuçlanmak üzeredir. Ve böylelikle sadece Türk Eczacılar Birliği'nin merkezi İstanbul'da olmaktadır. Türk Eczacılar Birliği, Eczacı Odalarının aksine tüzel kişiliğe sahiptir ve meslek sorunlarının üstesinden gelebilecek yetkide bir kuruluştur. Meslek sorunlarının çözümlenememesinde, şu anda işbaşında olan yöneticilerin nitelikleri bir yana, Birlik Genel Merkezi'nin Hükümet Merkezine uzaklığıda önemli bir etmen olmuştur. Bu nedenle Birliğin işlevi gereği Ankara iline alınması bizce yararlı ve zorunlu görülmektedir. Konuyu yetkililere burada iletmekle birlikte, yazılı ve gerekçeli başvuruyu Ankara Eczacı Odası olarak en kısa zamanda yapacağız.»

S.S.Y.B. Müsteşarı Enver Şenerdem, Ankara Eczacı Odası Başkanının bu konuyla ilgili sözlerine yanıt verdiği konuşmasında, Türk Tabipler Birliği Yasası'nın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından değiştirilmekte olduğunu ve Birlik merkezinin de bu yasa değişikliğiyle Ankara'ya alınacağını belirtmiştir. Sayın Şenerdem, şayet Türk Eczacılar Birliği yasının değiştirilmesi doğrultusunda bir öneri sunulursa, Bakanlık bünyesinde bir komisyonda önerinin inceletilerek, tasarı değişikliğinin Bakanlar Kurulu'nun görüşüne sunulabileceğini sözlerine eklemiştir.

MUVAZAALI ECZANELER SORUNU

Özellikle son yıllarda Türkiye'de muvazalı eczanelerin giderek arttığı bir gerçektir. Diğer bir gerçekte, Oda yönetim kurullarının, muvazaalı eczanelerin açılışları karşısında çaresiz kalmalarıdır.

6197 sayılı «Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Yasa»nın 5. maddesi eczane açabilmek için gerekli olan koşulları ortaya koymakla birlikte, muvazaa ile ilgili bir önlem içermemektedir. Bu yasaya bağlı olarak 1968 yılında kabul edilen «Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü'nün 2. bölüm 8. maddesinde ise; hileli veya muvazaalı eczane açmanın mesleğin şeref ve haysiyetine aykırı olacağı belirtilmektedir.

Ankara Eczacı Odası Başkanı Nermin Usal bu konuda yasanın yetersizliğini ve sorunun önemini şöyle ortaya koymaktadır :

«Ruhsat için yapılan başvurularda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı açılacak olan eczanenin muvazaalı olup olmadığını be-

lirten bir belgeyi Eczacı Odası'ndan istemektedir. Oda'nın gönderdiği bu belge nasıl olursa olsun Bakanlık tarafından 6197 sayılı yasanın 5. maddesi gereği 30 gün içinde ruhsat verilmektedir.»

Sayın Usal Oda yöneticileri olarak, muvazaalı eczanelerin açılmaları sırasında karşılaştıkları güçlükleri böyle açıklarken, sanırız karşılaştıkları diğer bir sorun da bir eczanenin muvazalı olup olmadığı, kanıtlanmasındaki güçlük olsa gerek. Sayın Enver Şenerdem de adalet huzurunda muvazanın ispat edilmesinin zorunlu olduğunu vurgularken, sorunun özüne değişik bir yaklaşımla bulunmaktadır :

«Muvazaalı eczanenin suçu, töhmeti bizzat yine eczacının kendisindedir. Eczacı kendi diplomasını bir başkasına kiraya vermezse, muvazalı eczane katiyen olmaz. Bu konuda baltanın sapı değerli eczacıların elindedir.»

Sayın Müsteşarın sözlerine katılmamak elde değil. Fakat eczacılar arasında işsizlik oranının giderek yükselmesi ve birçok meslekdaşımızın eczane açmak için gerekli parasal olanaklardan yoksun bulunuşu, bazı eczacıları muvazaalı eczane açmaya yöneltmektedir. Herşeye karşın bunu doğru bulmadığımızı burada belirtmek isterim. Sayın Usal'da görüşünü aynı paralelde dile getirmekte ve sorunun yasal düzenlemelerle kesinlikle çözümlenmesini istemektedir :

«Maddi olanağı olan kişiler, ekonomik koşullardan bunalıp, mücadele gücünü yitirmiş ve yaşam savaşı vermekte olan pek çok meslekdaşımızın içinde bulunduğu koşullardan yararlanarak onları onur kırıcı bir çalışma içinde itmekte ve rahatça sömürebilme olanağı bulmaktadırlar. Eczacılık mesleği ve eczacıları bu durumdan kurtarmak için 6197 sayılı yasaya kesin hüküm içeren maddeler konmalı, Eczacı Odaları'nın vereceği muvazaa belgesinin geçerliliği sağlanmalı ve gerekli her türlü önlem alınmalıdır.»

ECZANELER ve İKİ ÖNEMLİ SORUN

Eczanelerin kamu ve özel sektöre ait kurumlarla yaptıkları sözleşmelerde uyguladıkları indirim oranları, meslekdaşlar arasında bir türlü önlenemeyen anlamsız bir rekabetin ve çeşitli kırgınlıkların doğmasına yol açmaktadır. Ankara Eczacı Odası Başkanı Usal panelde yaptığı konuşmada bu konuya değinmektedir :

«Bilindiği gibi kurumlarla yapılan sözleşmelerde meslek örgütünün saptadığı indirim oranının uygulanması gerekmektedir. Sözleşmelerin onay mercii de Eczacı Odasıdır. Fakat bazı kurumlar onay mercii olarak noterlikleri kabul etmekte ve Oda onayı istememektedirler. Bunun sonucu olarak noterler ücret karşılığında, in-

dirim oranının yüksekliğine veya sözleşme koşullarına bakmaksızın her sözleşmeyi onaylamaktadır. Sonuçta ise bir sürü aksaklık çıkmakta, meslekdaşlar arasında dargınlıklar olmaktadır. Maliye Bakanlığı, meslek örgütümüzle diyaloga girmeli ve bu sorunu çözümlemelidir. Öte yandan kurumlar reçete bedellerini eczaneye geç ödemektedirler. Hatta sık sık da düyuna kalmaktadır. Bu durum ise, zaten zor koşullarda çalışan özel eczanelerin durumunu daha da güçleştirmektedir. Kurumlar, kontrol ve tahakkuk kadrolarını genişleterek veya aktif hale getirerek ödemeleri hızlandırmalıdır.»

Ankara Eczacı Odası Başkanı daha sonra Belediye Zabıtalарının eczaneleri denetlemeleri sorununa değinmiş; 6197 sayılı yasanın 3. bölüm 28. maddesinde, eczanelerde satılabilecek şeylerin kesinlikle saptanmasına karşın, ilaç dışında temizlik ve tuvalet malzemelerinin satılmasının Belediyece polemik konusu yapıldığını belirtmiştir. Sayın Nermin Usal konuşmasını şöyle sürdürmektedir :

«Ankara Eczacı Odası olarak bu konuyla ilgili olarak pek çok uğraşımız olmaktadır. Belediye zabıtalарının eczaneleri denetlemelerini önlemeye çalışıyoruz. Eczanelerde ilaç dışı şeylerin satılması, içinde buldukları ekonomik sorunların bir zorlaması sonucudur. Aslında mesleğinde doyuma ulaşacak eczane eczacısı bu tür şeyleri satmaya gerek duymayacaktır.»

YENİ İHTİSAS OLANAKLARI

Eczacıların, ihtisas alanlarının genişletilmesinin; gerek sağlık hizmetlerinin daha nitelikli üretiminde ve gerekse ilaç ve ilaçhammadde yapımının geliştirilmesinde büyük yararlar sağlayacağı mutlaklır. Özellikle son yıllarda Ankara, İstanbul, İzmir Eczacı Odaları ve Eczacılık Fakülteleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Tababet İhtisas Tüzüğü'nde gerekli değişikliklerin yapılmasını ve eczacılara yeni uzmanlık alanları tanınmasını amaçlayan gerekçeli önerilerini birkaç kez yinelemişlerdir. Fakat bu öneriler Yüksek Sağlık Şurası'nın gündemine alınmasına karşın, bu döneme kadar bir sonuç vermemişti. Ama Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bu dönemde, eczacılara yeni ihtisas olanakları tanınmasına ilişkin olumlu ve gerçekçi bir yaklaşım içinde bulunduğunu belirtmek isteriz. Bu görüş, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı Enver Şenerdem'in panelde yaptığı konuşmasında somutlanmaktadır :

«Sağlık hizmetinin daha iyi üretilebilmesi için eczacıların iktisastlaştırılmasını istiyoruz. Eczacı, elbetteki fakülteden yeterli formasyona sahip olarak mezun olmaktadır. Fakat bu formasyona uygun fazla sayıda bir hizmet yerimiz olmadığı için, eczacıları daha yeni bilgi ve beceri kazanmasını sağlamayı ve bu bilgisinden de halk

sağlığında yararlanmayı düşünmekteyiz.. Bunu belki de Tababet İhtisas Tüzüğü'nde yapacağımız bir değişiklikle, yeni ihtisas sahalarına eczacı arkadaşlarımızı yöneltmek suretiyle ihtisaslaştırmak ve bu kazandıkları ihtisas bilgisini de yeni ünvanlar altında istihdam etmeyi amaçlıyoruz.»

Sayın Şenerdem, bir meslekdaşımızın Tababet İhtisas Tüzüğü'nde ne gibi değişiklikler yapıldığına ilişkin sorusunu yanıtlarken de, Tüzük'te birtakım değişikliklerin yapılmakta olduğunu ve ilk Yüksek Sağlık Şurası toplantısına yetiştirilmeye çalışıldığını belirtti ve konuşmasını şöyle sürdürdü :

«Eczacı arkadaşlarımıza Biyokimya ve Farmakoloji dışında; Mikrobiyoloji, Bakteriyoloji ve hatta Anestezi ve Reanimasyon gibi dallarda bile ihtisas yaptırmayı düşünüyoruz. Fakat hekimlerin sahip oldukları bazı ihtisas olanaklarını size tanımamız mümkün değildir. Çünkü formasyonlarınız bu konuda yeterli olmamaktadır.»

YÜKSEK LİSANS UYGULAMASI

Son yıllarda eczacıların çalışma alanlarının giderek yaysınlaşması, klasik anlamdaki eczacılık eğitimiyle somut çelişkilerin doğmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak meslekdaşlarımız arasında, eczacılık öğrenim kurumlarının günün koşullarına ayak uyduramadığı ve verilen eğitimin eczacıların gereksinmelerini yeterince karşılayamadığı düşüncesi egemen olmuştur. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Mekin Tanker panelde yaptığı konuşmasında; eczacılık öğrenim kurumlarında verilen eğitimin, günümüze kadar yasaların istediği sanayiide ve eczanede eczacı kavramlarının geliştirilmesi ve buna göre eczacının yetiştirilmesi biçiminde olduğunu belirtmektedir. Sayın Tanker, yukarıda değindiği klasik eğitim kavramının son yıllarda yetersizliğinin bilincinde olduklarını, bu nedenle fakültelerde, gelişen sosyal durum ve gelişen ihtiyaçlar karşısında birtakım seçmeli dersler konulduğunu sözlerine ekleyerek, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde verilen seçmeli derslerden örnekler verdi. Bunlar arasında; Doğal ve Sentetik ilaç Hammaddeleri, İlaç Sanayiinde Mikrobiyolojik Yöntemler, Biyofarmasötik, Eczacılıkta Ekonomik Kurallar, Sağlık Hizmetlerinde Eczacının Yeri, Çağdaş Eczacılık Sorunları vs. gibi eczacıyı yönlendirmek için verilen seçmeli derslerin de yetersiz kaldığını bildiklerini, gereken konuların çokluğu nedeniyle son yıllarda eczacılık eğitiminin 4 yıllık bir süreye sığdırılmasının olanak dışı kaldığını vurguladı.

Numune Hastanesi Başeczacısı Sayın Neşe Canefe, hastane eczacıları adına eczacılık eğitimi konusunda şu önerilerde bulunuyordu :

«Laboratuvar eczacılığı ve klinik eczacılık uygulamalarına katkıda bulunulması için eczacılık öğreniminde birtakım değişiklikler yapmak mümkün mü? Örneğin üç yıllık bir temel eğitiminden sonra 2 senelik ve daha çok pratik çalışmaya yönelik bir eğitim uygulanabilir. Böylece çalıştığı sağlık kuruluşuna gerekli, aranan ve kendisinden hakikaten vazgeçilemeyen eczacılar ortaya çıkabilir. Bunu, bütün kamu eczacılarının istekleri olarak öneriyorum.»

Prof. Dr. Mekin Tanker bir anlamda sayın Canefe'nin önerilerine yanıt vererek, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde bu konuda çalışmaların yapıldığını belirtti ve konuşmasını şöyle sürdürdü :

«Yüksek Lisans Programlarının akademik anlamda değil, ama uygulama alanında oluşturulmasında bir zorunluluk vardır. Şimdilik seçmeli dersler biçiminde olan bu anlayış, artık 4 yıldan sonra 1 veya 2 yıllık bir yüksek lisans uygulaması biçiminde geliştirilecektir... Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 1981 yılı Ekim ayında Yüksek Lisans Öğretimine geçecektir. Fakat bu uygulamanın 3 yıl yerine 4 yıldan sonra yapılmasının birçok gerekleri vardır. Temel Eğitim Kanunu ve ayrıca uluslararası düzeyde eczacı diplomasının verilebilmesi için 4 yıllık ve 3500 saatlik bir öğretim zorunludur. Yüksek Lisans uygulamasında ise dallanmalar Hastane Eczacılığı, Endüstri Eczacılığı ve Klinik Analiz Eczacılığı biçiminde olacaktır. Bu sayede hem eczacılar, hem de öğrenciler daha etraflı bilgi edinmek ve formasyonlarını daha sağlam temele oturtmak imkanını bulabileceklerdir.»

HASTANE ECZACILIĞI

Bilindiği gibi hastanelerde çalışan eczacıların kadro durumları ve ünvanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı «Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği» çerçevesinde belirlenmektedir. Yönetmeliğin kabul edilme tarihinin 1973 yılına ait oluşu ve bu nedenle son yıllardaki yeni uygulamaları bünyesinde taşımaması, diğer yandan da görev ve sorumlulukların yeterince belirtilememesi birçok sorunun kaynağını oluşturmaktadır. Bunların başında da, hastanelerde kadro fazlası eczacıların çokluğu spekülasyonları gelmektedir. Bu konuda sözalın Kanseri Hastanesi Başhekimisi Sayın Dr. Korkut Akoğuz, öncelikle yürürlükte olan yönetmeliğe göre 10 hastanede eczacıların standart kadrolarını, mevcut eczacı sayılarını ve eczacıların çalıştıkları alanlar konusunda sayısal değerler verdi. Kadro kıstaslarına göre 200 yataklı hastanelerde 1 başeczacı, her 100 yatağa 1 eczacı ve ayrıca 200 yataktan itibaren de 1 depo sorumlusu ve 1 tıbbi malzeme sorumlusu olarak eczacı istihdam edil-

diğini anlatan Akoğuz, buna göre 400 yataklı bir hastanede 5 eczacı kadrosu olduğunu belirtti. Kanser Hastanesi Başhekimi bu değerlendirmelerde eczacıların, hastane eczanesi ve deposu dışında kalan çalışma alanlarında yer almadığını vurguladı ve konuşmasını şu şekilde sonuçlandırdı :

«Eczacılar yukarıda saydığım hastanelerde 20 değişik yerde çalışıyorlar ve bunlar çalıştıkları yerlerde ihtiyaç duyulan arkadaşlardır. Ve onların gitmeleriyle bu işlerin aksayacağına inandığımız yerlerde çalışmaktadırlar.»

Daha sonra sözalın Numune Hastanesi Başeczacısı Neşe Canefe genel olarak hastanelerde eczacıların çalıştıkları alanları ve sorunlarını açıkladı. Sayın Canefe hastanelerde ilaç üretim olanakları konusunda şöyle konuştu :

«Bu doğrudan doğruya elde bulunan kimyevi maddelere bağlı bir işlev. Mesela Numune Hastanesinde gerekli kimyevi malzeme bulunduğu rutin olarak 50'ye yakın preparat hazırlanabilmektedir... Meslekdaşlarım daha çok imalata yönelik çalışmalar yapmak istemekteler. Özellikle büyük hastanelerdeki ilaç laboratuvarları geliştirilerek, hem kendi hasatnelerinin ihtiyaçlarını, hem de çevredeki ufak tefek ünitelerin ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma getirilebilirler.»

Ecz. Neşe Canefe laboratuvarlarda çalışan eczacıların sorunlarına da değindi :

«Bugün birçok hastanede, özellikle biyokimya ve hormon laboratuvarlarında işlerin çoğunluğu eczacılar tarafından yürütülmekte. Buna karşın maalesef kendilerinin herhangi bir ünvanları yok. Hatta birçoğunun, yaptıkları tahlillerin altını imzalama yetkileri bile yok. Şöyle ki, yaptıkları işlerin sorumluluğuna sahip olma hakları bile kendilerine verilmemiş. Yetki ve sorumlulukları hemen hemen laborantlar ve sağlık koleji mezunu teknisyenlerle aynı.»

KLİNİK ECZACILIK

Sağlık hizmetlerinin zaman içerisinde gerek nicel ve gerekse nitel açıdan değişmesi sürecinde, eczacılık mesleğinin işlevlerinde de önemli değişimler ve yeni çalışma alanları oluşmakta. Bunlardan birisi de klinik eczacılık kavramıdır. Hasta ile eczacının direk ilişkide bulunduğu bu kavram, 1978 yılı sonunda hastane hizmetleri içerisinde gerekli hazırlıklar yapılmadan ve ortam oluşturulmadan sokuldu. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 127. maddesinin C bölümünde «kliniklerde çalışan eczacılar visit ve kontrvisitlere çıkar, yazılan ilaçların doğru olarak istenmesini sağlar ve eczanedan gelen ilaçların denetimini yaptıktan sonra, bunların usulüne uygun olarak hastalara ulaşımını denetler. «biçimin-

de klinik eczacıların görevleri belirtilmektedir. Fakat klinik eczacılarının yetki ve sorumluluklarının belirtilmemesi, ayrıca görevlerinin üstünkörü geçirilmesi, uygulamada birçok aksaklık ve hekim ile diğer sağlık personelinin karşı tavır almalarına neden oldu. Ecz. Neşe Canefe bir başeczacı olarak gözlemlerini şöyle özetliyor :

«Aniden kliniklere verilen eczacılar değil görevlerini yapmak, neler yapabileceklerini anlatma hakkı bile bulamadılar. Bugün kliniklerde çalışan arkadaşların pekçok bütün iyiniyetlerine karşın, ilacın adını doğru yazan eleman olmaktan öte birşey yapamamaktadırlar. Çünkü hekimler ile diğer sağlık personeli eczacıdan nasıl yararlanabileceklerini bilmiyorlar. Eczacının ne bildiğini, ne yapabileceğini anlatması bile çok uzun zaman almakta olup, oldukça heves kırıcı olaylarla karşılaşması da olağan olaylar arasına girmiştir.»

Ve mayıs ayı içerisinde bakanlıkça klinik eczacılık uygulamasına son verildi. Dünyanın birçok ülkesinde gerçek gereksinmeler sonucunda ortaya çıkan bu kavram, ülkemiz hastanelerine aniden getirildi ve yine bir anda uygulamadan kaldırıldı. Peki klinik eczacılık ne ölçüde yararlı olmuştur veya ne ölçüde yararlı olabilecekti? Bu sorunun yanıtını yine Sayın Canefe veriyor :

«Biz ise bir eczacının klinikte çok şey yapabileceği ve yapması gerektiği kanısındayız. Hastayla görüşerek, daha önce kullandığı ilaçların hasta üzerindeki etkisi hakkında bilgi edinmek; bu bilgileri kartlara işlemek ve diğer ilgililere durumu aktarmak; hastaya kullanılan ilaçların etkileşmesi; uygulanan gıda rejimi ile ilaçlar arasındaki etkileşme; ilaçların yan etkileri konusunda istenilen bilgilerin verilmesi; kullanılan ilaçların hasta üzerindeki etkilerini gözleme ve çalıştığı klinikte ilgili yeni ilaçları tanıyıp, tanıtmaya çalışma ilk aklımıza gelenler. Ve bu görevlerin en önemlilerinden biri de hastayı ilaç konusunda eğitmektir. Ayrıca klinik eczacılar zehirlenmede ilk tedavide söz sahibi olabirler.

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞININ ECZACILIK MESLEĞİNE YAKLAŞIMI

Şimdi de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın eczacılar konusundaki düşüncelerini, Bakan'dan sonra ikinci derecede sorumlu bulunan bir yetkiliden, Müsteşar Sayın Dr. Enver Şenerdem'den dinliyoruz :

«Öncelikle kamuoyunda yanlış bir izlenim bırakmakta olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndaki bu eczacı birikimi karşısında, bakanlık ne yapacağını bilememektedir. Yargısının yanlış olduğunu, aksine S.S.Y.B.'nin bu mesleki insangücü potansiyelini

ülke sağlığı açısından değerlendirmekten yana olduğunu ve bu konuda da çalışmalar yapmakta olduğumuzu belirtmek isterim... Eczacılığın sağlık alanındaki yerini, değerini ve hizmetlerini gayet iyi biliyoruz. Bakanlık olarak eczacılık mesleğini, sağlık hizmetinden soyutlar bir düşünce içinde değiliz.»

Sayın Şenerdem daha sonra eczacılardan rasyonel olarak yararlanma amacı doğrultusunda Bakanlıkça yapılan çalışmalar konusunda bilgi verdi. Bu arada klinik laboratuvarında çalışan eczacıların durumuna değinerek, laboratuvarlardaki eczacıların kazançları yeni bilgi ve becerilerin kadro tayin ünvanlarına bir yenilik getirdiğini, bunu düzelterek yeni yasal düzenlemelerin yapılacağını belirtti. Müsteşar Enver Şenerdem, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği konusunda yapılan çalışmalarını şöyle özetledi :

«15 Nisan'da Bakanlık yetkilileri ile Hacettepe ve Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültelerine mensup öğretim üyelerinden oluşan bir komisyonda, S.S.Y.B.'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında ve diğer ünitelerinde eczacıların istihdam gücünü araştıran ve arttıran çalışmalar yapıldı. ve Bakanlığımıza bir rapor verildi. Bu raporda hastanelerde Eczacılık Departmanı kurulması öneriliyor... Rapor incelenmektedir. Kabul edilirse, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yapılacak değişiklikler sonucunda eczacılar için, yeni kadro ve ünvanlar yürürlüğe girecektir.»

Bir meslekdaşımızın, «Eczacılık hizmetinin, sadece eczaneden ilaç verilen bir meslek olarak mı düşünüldüğü» sorusunu, Sayın Şenerdem şöyle yanıtladı :

«Hayır. Bunu, hastanelerde ilaç dağıtımını ve üretimini sağlamak, hastalara verilen ilaçları kontrol etmek olarak özetleyebiliriz.»

İSTİHDAM SORUNUNA YAKLAŞIM

Son yıllarda, ülkemizdeki eczacı sayısının artışına paralel olarak işsiz eczacı sayısının da önemsenebilir düzeyde arttığı bir gerçek. Bu durumu önlenmesine yönelik; kamu kesiminde yeni çalışma alanlarının sağlanması, yeni ihtisas dallarının verilmesi, ilaç fabrikalarında eczacı istihdam gibi önerilerin yanısıra; eczacılar arasında çok düşünülen konulardan birisi de, Eczacılık Fakültelerine alınan öğrenci sayısının kısıtlanması, hatta bir süre için hiç öğrenci alınmaması doğrultusundadır. Fakat gerek Bakanlık ve gerekse Fakülte yetkilileri aynı düşünceyi paylaşmıyorlar. Nitekim bu konuyla ilgili olarak Sayın Enver Şenerdem fikrini şöyle belirtmektedir :

«Eczacılar için bugünkü varolan birikimin yokedilmesinde Eczacılık Fakülteleri'ne alınacak öğrenci sayısının azaltılmasında bir yarar görmüyoruz. Bu durum sanırım aynen devam edecektir. 15 Nisan'daki komisyon toplantısında öğretim üyelerince kaynağın azaltılmaması tavsiye edilmişti, bizde aynen buna iştirak ediyoruz.»

S.S.Y.B. Müsteşarı eczacıların istihdamına yönelik çalışmaların birisinin de «ortak eczacılık» konusu olduğunu belirtti :

«6197 sayılı yasaı değiştirmek ve ortak eczacılık statüsünü getirmek suretiyle, Türkiye'de 6000'ni aşkın eczane açılmasını sağlamayı düşünüyoruz.»

Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürü Sayın Ecz. İbrahim Sezgin de, «Eczacılık Günü'nün açılışında yaptığı konuşmada; Batı ülkelerinde 3000 - 5000 kişiye bir eczane düştüğünü, ülkemiz nüfusunun 45 milyon olduğuna göre, 5000 kişiye bir eczane üzerinden yaklaşık 9000 eczane olması gerektiğini söyledi. Sayın Sezgin ülkemizdeki eczane sayısının 6500 dolayında olduğunu ve böylelikle 2500 eczacıya bu dalda iş sahası olduğunu sözlerine ekledi. Sayın Prof. Dr. Mekin Tanker ise görüşlerini şu şekilde belirtiyor :

«Sayın Şenerdem dedilerki, biz eczacı fazlalığını kaynaktan kısıtlamayı düşünmüyoruz. Çok doğru bir yaklaşım bu. Doğrudur, çünkü bugün için eczacı fazlalığı sayısal olarak fazla değildir. Eczacılık yapmayan diplomalı eczacı sayısı 1500 - 2000 arasındadır. Bunların bir kısmı da başka işlerle meşguldür. Türkiye'de ilaç tüketiminin artışı yılda % 10'dur. Ve Türkiye'de 12.000 eczacı vardır. 12.000 eczacıyı % 10 arttırdığımız zaman, her sene 1200 eczacıya ihtiyaç vardır. Bu yüzden sayısal olarak herhangi bir şey söz konusu değildir.»



14 Mayıs Eczacılık Günü'nden bir görüntü.

ANKARA ECZA - KOOP HAKKINDA BİLGİLER

Ecz. Turgut ÖZDEN

ANKARA ECZA - KOOP Gn. Sek.

Sayın Eczacı Arkadaşlar,

Bilindiği gibi Ankara Eczacıları olarak bir seneyi aşkın bir zamandır Ankara Eczacılar Kooperatifi üye arkadaşların katkıları ile çok olumlu bir şekilde faaliyet göstermektedir.

Bu zamana kadar acaba Kooperatif neler yapmıştır :

1. 1980 yılı Nisan ve Mayıs aylarında ortaklarının % 25 ihtiyaçlarını karşılayabilirken bugün tüm ortaklarının % 90 - % 95 ilaç ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

2. İlk kuruluşumuz olan 1980 senesi Nisan ayında çok az bir üyemiz varken bugün Ankara Eczanelerinin 1/4 ü üyemiz olmuştur. Ve halen kooperatifin olumlu çalışmalarını gören diğer arkadaşlar üyelik için müracaat etmektedirler.

3. Bir sene içinde 3 700 000.— TL. (Üç milyon Yediyüz Bin TL.) kârımız olmuştur.

4. Birbuçuk milyon liraya bir dağıtım aracı alınmış ve 6 aydan beri üyelerinin ilaçlarını dağıtmaya başlamıştır. Daha evvel kooperatifçiliğe gönül vermiş vefakâr üyelerimiz ilaçlarını bizzat gelip kooperatiften almak fedakarlığını yapıyorlardı. Çok şükür artık o sıkıntılı günler geride kaldı.

Kooperatifin çalışma şekli :

1. Kooperatifimiz; hizmete, ilaç dağıtımında ve diğer bütün hususlarda eşitlik prensibine göre hareket etmektedir. Şöyle ki : gelen herhangi bir ilaç üyelere eşit olarak dağıtılmakta ve eğer almayan eczaneler olursa onların ilaçları daha fazla almak isteyen arkadaşlara verilmektedir. Böylece piaysaya az verilen ilaçlar eczanenin aylık satışına göre dağıtılmayıp her eczaneye ilaçtan hakkı kadar verilmektedir.

Kendisine herkezden daha az ilaç verildiği kanısına varan bir üye eğer isterse o ilaca ait firma faturasını görmek isteyebilir. Kooperatifte çalışanlara ve işletme müdürüne bu hususta gerekli direktif verilmiştir.

2. Üyelerimize kooperatiften yaptıkları alışa göre risturn dağıtılmaktadır.

3. Risturnları her üç ayda bir üyelerimize alışlarının % 6 (Yüzde altı) sı nisbetinde vermekteyiz. Sene sonu risturnları ise ortaklarımıza dönem sonunda ve yine alışları oranında verilmektedir. Bilindiği gibi risturnların bu şekilde verilmesi eczacıya daha çok kâr getirmektedir. Çünkü bu şekilde dağıtılan risturnlar vergiden muaftır.

4. Durumu daha basite indirgeyecek söyleyecek olursak : Normal alış o olan bir eczane, yani orta halli bir eczane, geçen sene 200.000 lira sene sonu risturn'u almış ve üç aylıkların miktarı ise yarım milyona ulaşmıştır.

5. Yukarı maddelerde verilen örneklerden de gayet iyi anlaşıldığı gibi kooperatif, kazancı yine ortaklarının olan bir kuruluştur. Son zamanlarda sizlerin de gayet iyi gördüğü gibi özellikle Ankara ilaç depolarının açılışı birbirini takip etmektedir. Çünkü eczacılar olarak bizler, sorunlarımızın çözümünü başkalarına bırakmış gibi hareket ettikçe eczacı olmayanlar eczacının sırtından geçinmeye devam edeceklerdir. Ve bugün % 7-8 gibi iskonto teklif edenlerin geçen dönemlerde bizleri nasıl müşkül durumda bıraktıklarını zannederim unutmamışınızdır.

Bugün Ankara ile birlikte Türkiyenin 17 vilayetinde eczacılar kooperatifi kurulmuş vaziyettedir.

Şimdilik ilaç temin ve dağıtımı şeklinde görev yapan kooperatifimiz ilerde üye eczacıların çıkarlarını kollayıcı yegane unsur olacaktır.

Bugün bilinen nedenlerle bizlere % 7-8 iskonto teklif edenler ilerde ilaç piyasası biraz sıkışınca eski ayak oyunlarına yeniden başlayacaklardır. Ne varki bazı arkadaşlarımız yalnız bugünü görmekte, ilerisi için «neden biz eczacıların da bir deposu olmasın, neden bizler şunun bunun oyuncağı olalım ve niçin kendi işimizi kendimiz görmüyoruz?» diye düşünmemektedirler.

Sayın arkadaşlar,

Kooperatif biz eczacıların birliği ve gücü demektir.

Kooperatif iç tüzüğüne göre hareket etmeyi kabul eden her eczacı kooperatif yönetim kurulunun onayını aldıktan sonra kooperatifimize üye olabilir.

Sonuç :

1. Kooperatif eczacıları bir araya getiren bir toplum ve eczacıların birlik sembolüdür.

2. Kooperatif tamamen bir ticari kuruluştur. Hiçbir şekil ve hiçbir nedenle, hiçbir siyasi düşünceye yer yoktur.

3. Kooperatifte ilaç dağıtımı, söz hakkı ve rey hakkı eşittir

4. Kooperatif eczacıların; tahsil, bilgi, sermaye ve emeklerinin karşılığında yalnız kendilerinin kazanmalarını temin eden bir kuruluştur.

5. Kooperatif verdiği üç aylık ve sene sonu risturnları ile aracı karlarını eczacıya intikal ettiren bir kuruluştur.

6. Kooperatif, güçlendikçe, gücü nisbetinde üyeleri için yapması gerekli şeylerin bilinci içinde olan bir kuruluştur.

Üye olmakla onu, dolayısı ile kendinizi güçlendirebilirsiniz.

Saygılarımla..

Bilgimizi Tazeliyelim

DIABET

Derleyen : Ecz. Leyla ÜSTEL
H.Ü. Top. Hek. Köy Sağlığı Enst.
Etimesgut Hastanesi

Kısmen veya tamamen insülin yetmezliğine bağlı, kanda glikoz yükselmesi ile saptanan karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluğa DIABET denir. Pek çok hastada biyokimyasal değişimlerin yanısıra, küçük ve büyük damarlarda değişiklikler gözlenir. Özellikle böbrek ve göz kılcal damarları ile kalbi, beyini, alt ekstremiteleri besleyen arterler etkilenirler.

Amerikan nüfusunun 4.5 milyondan fazlasında saptanmış bir hastalıktır.

Ölüme neden olan hastalıklar listesinde altıncı sırada yer almaktadır. Diabetli kişilerde, kalp krizleri, böbrek yetmezliği, periferik damar hastalıkları ve körlük sıklıkla gelişen hastalık tablolarıdır. Diabet tedavisinde, hastalığın belirtilerini kontrol altında tutmak amaçtır. Şu ana kadar bilinenlerle, hastalığı kesin ortadan kaldıracak tedavi şeması bilinmemektedir. Bu nedenledir ki, diabet konusunda pek çok araştırma yapılmaktadır. Hemen hemen yüz yıldır, hipergliseminin, pankreastaki Langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinin parçalanmasından ötürü olduğu bilinmektedir. Ancak 1921 yılında insülinin Dr. Banting ve tıp öğrencisi Charles Best tarafından bulunması ile pankreatik bozuklukları olan kişiler, normale yakın bir yaşam sürmeye başlamışlardır. Yeni araştırmalar göstermiştir ki, beta hücrelerinin parçalanmasına viral veya daha başka kaynaklı immünolojik reaksiyonlar da neden olabilmektedir.

Juvenil diabet tanısı olan genç bir hasta, tanı konduktan 8 gün sonra diabetik ketoasidozdan ölmüştür. Hastaneye yatırıldığında kanında virüslere karşı hiç bir antikor saptanmamış, fakat altıncı günde kanda yüksek titrasyonda antikor bulunmuştur. İzole edilen virüs farelere verildiğinde pankreastaki beta hücrelerinde parçalanma görülmüştür. Bu gözlemler sonucu, hastanın ölüm nedeni olan diabetin, virüs indüklenmesine bağlı pankreas beta hücrelerinin parçalanmasından geliştiği ortaya çıkmıştır.

Genetik faktörlerin, beta hücrelerinin bozukluğundaki etkileri tam olarak aydınlatılmamıştır. Tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan araştırmalarda, insülin üreten hücrelerin bozukluğunda, genetik faktörlerin birinci derecede etkili olmadığı saptanmıştır.

Langerhans adacıklarının harabiyeti ile ortaya çıkan diabeteslere «İNSÜLİNE BAĞIMLI DIABETES MELLİTUS» veya I. Tip diabetes denir.

İnsülin, kandaki glikozu düşürücü etkisini göstermeden önce, hücre zarında bulunan özgül bir proteine bağlanmalıdır. Bu protein «İNSÜLİN RESEPTÖRÜ» dür. Eğer insülin reseptörü yeterli sayıda değil veya insülinin reseptöre bağlanması inhibe ediliyorsa, dolaşımda yeterli insülin bulunsa bile etkisi görülmiyecektir. İnsülin yetmezliği hiperglisemik belirtileri ortaya çıkartan tek neden değildir. Gerçekte diabetes olan pek çok kişi, dolaşımında yeterli insülin olduğu halde hiperglisemiktirler.

Ya reseptör düzeyindeki, ya da reseptör sonrası bir bozuklukla ortaya çıkan diabetes tipi en yaygın olanıdır ki, buna «İNSÜLİNE BAĞIMLI OLMAYAN DIABETES MELLİTUS» veya II. Tip diabetes denir.

Son bir yıl içinde yapılan araştırmalarla, diabetes sınıflandırılmasına ilâveler yapılmıştır. Buna göre gebelikte birlikte ortaya çıkan diabetese, **GEBELİK DIABETİ** denmiştir. Fakat bunu, gebe olan I. Tip diabeteslilerden ayırmak gerekir.

Kandaki glikoz düzeyi, diabetes mellitus tanısını alacak kadar yüksek olmadığı halde, normal sınırların üstünde ise bu hastalar «GLİKOZ TOLERANSI BOZUK» diye tanımlanır.

Diğer bir grup ise, başka bir hastalığa veya ilaç alınmasına bağlı hiperglisemi gelişen kişilerdir. Buna da **İKİNCİL** veya **SEKONDER DIABET** diyebiliriz.

TEDAVİ :

Kan şekeri düzeyi değişimleri kontrol altında tutulduğu sürece diabetes mellitus komplikasyonları önlenebilir veya geciktirilebilir.

Diabetesli kişinin uyması gereken 5 ana noktayı şöyle sıralayabiliriz :

I) EĞİTİM :

Diabetesli kişi, hastalığının nedenini, gelişmesini, sonuçlarını bilmelidir. Bu eğitimi, hekiminden, eczacısından, diyetisyeninden, hemşiresinden almalıdır.

II) DİYET :

Tüm diabetesliler, uygun veya iyi beslenme ile hastalıklarının tedavisinde başarılı olabilirler.

Diabetli kişi beslenmesinde genel ve özel kurallar geçerlidir.

Genel Kurallar :

1. Özel beslenmeye gerek yoktur. Diabetli kişiler de, normal kişilerin besinlerinden yiyebilirler.

Beslenmede esas olan **KALORİ**'dir. Günlük alınması gerekli olan kalori hesaplanmalı ve bu aşılmamalıdır.

Şekerli yiyecek ve içecekler kısıtlanmalıdır. Bu kısıtlama diabetik olmayanlar için de geçerlidir. Yüksek oranda şekerin dış çürüklerine neden olacağı unutulmamalıdır.

Hayvansal yağların alımı da kısıtlanmalıdır. Hiperglisemik sendromun ateroskleroza eğilimi arttırdığı unutulmamalıdır.

Fazla lifli, sellülozlu yiyecekler (mısır gevreği gibi) hiperglisemiye neden olabilirler.

Bileşik karbonhidrat içeren yiyecekler (nişasta, patates ve pirinç) tamamen yasaklanmamalıdır.

Özel Kurallar :

1. İnsülin kullanan diabetikler, yemeklerini tam öğününde yemelidirler.

Hipoglisemiye önlemek için insülin kullanan hastalar yanlarında şeker taşımalıdır.

İnsüline bağımlı olmayan diabetikler şişman ise, oral hipoglisemik ilaçlara ve insüline, düşük kalorili diyet almadıkça cevap vermezler.

III) EGZERSİZ :

Tüm diabetikler bir programa bağlı egzersizler yapmalıdırlar. Bu şekilde, üstün bir hipoglisemik ajan olan insülinin etkinliği artacaktır.

Kısa süreli egzersizler insülin reseptörlerinin insüline eğilimini artırır, fakat sürekli egzersizler insülin reseptör sayısını artırır.

Egzersizler, kişilere göre ayarlanmalı ve sürekli günde 5 Km. lik yürüyüşe eşdeğer yapılmalıdır.

IV) BİREYSEL TEDAVİ :

A) ORAL HİPOGLİSEMİKLER :

Hastaya eğitim, beslenme ve egzersizler anlatılıp uygulandıktan sonra ilaç verilmelidir. Diabetik kişilerin hemen hemen % 75 i oral hipoglisemiklerle tedavi edilebilmektedir. Bu ilaçları iki grupta inceleyebiliriz :

1. SULFONİLÜRE BİLEŞİKLERİ :

Bu bileşikler Langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanan insülinin salgılanmasını uyarırlar. Aynı zamanda insülinin reseptör düzeyindeki etkinliğini artırır.

Sulfonilüre bileşiklerini ikiye ayırabiliriz :

1. **Birinci nesil sulfonilüre bileşikleri** : Bunlar Tolbutamid, Klorpropamid, Asetoheksamid, Tolazamid ve Glimidin'dir.

2. **İkinci nesil sulfonilüre bileşikleri** : Glibenklamid, Gliburid, Glipizid, Gliklazid'dir.

İkinci nesil sulfonilüre bileşikleri 1969 dan sonra kullanılmaya başlanmıştır. 1956 yılından itibaren kullanılan birinci nesil sulfonilüre bileşiklerinden kimyasal yapı olarak farklılık gösterirler. Yeni grup bu ilaçlar küçük dozlarda etkilidirler. Plazma yarı ömürleri diğerlerine göre daha kısadır. Doğrudan insülin salgılanmasını uyarırlar. Aynı zamanda beta hücrelerinin glikoza hassasiyetini arttırarak insülin salgılanmasını hızlandırırılar.

Sulfonilüre grubu ilaç seçimi :

Kullanılan dozun, hiperglisemik belirtileri ortadan kaldırması, idrarda glikoz çıkışını önlemesi önemlidir. İdrarlarında, akşam yemeklerinden 1 saat önce veya hemen ardından eser veya + 1 glikoz çıkaranlar tolbutamid veya tolazamid gibi daha kısa etkili olan ilaçlar kullanılmalıdır. Böylece, gece gelişebilecek hipoglisemi önlenbilir ki, bu da özellikle yaşlılar için çok önemlidir.

Sulfonilüre bileşikleri kullanıldığında hasta kontrol altına alınamıyorsa, nedenlerine eğilmek gerekir.

Uzun süreli enfeksiyonlar, cerrahi müdahale, psikolojik bozukluklar, myokard enfarktüsü, diabetojenik ilaçlar, uygun beslenme, kilo alma, hızlı kilo kaybına bağlı beta hücrelerinde bozulma, sulfonilüre bileşikleri ile tedavide başarısızlık nedenleridir.

Sulfonilüre bileşikleri ile cevap alınmazsa, ya bu gruba biguanid grubu ilaçlar ilâve edilmeli, ya da insülinle tedaviye başlanmalıdır. Özellikle genç hastalarda insülinle tedavi tercih edilmelidir.

ADVERS ETKİLER :

Sulfonilüre bileşikleri, advers etkileri çok seyrek görülen ilaçlardır. Bu grup ilaçları kullanan hastaların % 3 ünden azında hazımsızlık şikayetleri görülmüştür.

Sulfonilüre bileşikleri ile ortaya çıkan advers etkilerden en sıklıkla görüleni allerjik döküntülerdir. Çok nadir ışığa hassasiyet ve Stevens - Johnson sendromu gözlenmiştir. İlaça başlandıktan sonraki ilk 6 - 8 hafta içinde karaciğer fonksiyonlarında değişimler olmaktadır. Sarılık olasılığı çok düşüktür. Klorpropamid kullanan hastalar alkol aldığıında yüzde kızarma görülmüştür. Başka bir sulfonilüre grubu ilaç kullanarak bu sorun ortadan kaldırılabilir.

Sulfonilüre grubu ilaçların neden olduğu hipoglisemi, insülinle görülene göre çok daha azdır.

Hipoglisemi nedenlerini şöyle sıralayabiliriz :

a. Özellikle yaşlı ve hafif diabetli kişilere, uygun olmayan dozlarda uzun etkili sülfonilüre grubu ilaç verme (klorpropamid, glibenklamid gibi).

Öğünlerinde muntazam yemek yemeyen veya bir an önce iyileşmek için fazla ilaç alan yaşlılarda, glipizidle tedavi daha uygundur. Bu ilaç aç karnına alındığında insüline etkisi tok karnına alındığından daha azdır. Bu da hipoglisemi gelişmesini önemli ölçüde engeller.

b. Alınan bazı ilaçların: barbituratlar, salisilatlar, fenilbutazon, MAO inhibitörleri, klofibrat, warfarin, sulfonamidler, ko-trimaksazol, beklenmedik hipoglisemiye neden oldukları, iyi gözlenen hastalarda saptanmıştır.

Genç hastalarda beta-adrenoreseptör blokerleri hipoglisemi belirtilerini maskelerler. Karaciğerde glikojen parçalanmasını inhibe ettiklerinden, hipoglisemiden çıkma da uzun sürer.

c. Karaciğer ve böbrek bozuklukları olan kişilerde sülfonilürenin etkisi uzamaktadır. Tolbutamid, klorpropamid, asetoheksamid, tolazamid, glibenklamid, gliburid ve glipizid kullanan kişilerin böbrek yetmezlikleri varsa dikkat edilmelidir. Gliklazid ve glükidonun % 5 inden azı böbrekten atıldığı için, böbrek yetmezliği olan diabetiklerde tercih edilirler. Bu ikisi karaciğerde metabolize ve inaktive olduklarından karaciğer fonksiyonları bozulmuş kişilerde dikkatle kullanılmalıdır.

Sülfonilüre grubu ilaçların neden olduğu hipoglisemi, iki veya üç gün damardan glikoz çözeltisi vermekle düzelir.

Tolbutamid ve klorpropamidin antidiüretik etkilerinden ötürü, özellikle yaşlı hastalarda su zehirlenmesine neden olabilir.

Asetoheksamid, tolazamid ve glibenklamid, klinikte pek önemi olmayan hafif diüretik etki gösterirler.

Sülfonilüre bileşikleri hafif guatrojenik etki göstermekle birlikte hipotiroidizm veya guatr yapmazlar.

2. BIGUANİDLER :

Metformin, fenformin ve buformin bu gruptaki ilaçlardır. Fenformin ve buformin laktik asidoza neden olduklarından çok seyrek kullanılırlar. Metformin bu grupta kullanılan tek ilaçtır.

Biguanidler ancak endojen insülin var olduğunda etki gösterirler, pankreas üzerine etkileri yoktur. Karaciğerdeki glikoneogenezisi ve glikoz emilimini azaltarak, glikozun kaslar tarafından kullanımını arttırarak etki ederler. Yüksek dozda kullanılmadıkça hipoglisemi yapmazlar.

Sülfonilüre ile kontrol altına alınamayan diabetikler, biguanid ilâvesi ile kontrol altına alınabilirler.

Tek başına diyetle kontrol altına alınamayan şişman diabetiklerin tedavisinde biguanidler çok etkilidirler. Şişman kişilerin kilo vermesine yardım ettiklerinden, sülfonilüre bileşiklerine tercih edilirler.

İnsuline - bağımlı olmayan normal kilolu kişilerde metformin, klorpropamide göre daha fazla hipoglisemik etki gösterirler.

ADVERS ETKİLER :

Mide bulantısı, kusma gelişebilir. Metforminin tükürük bezlerinde yoğunlaşmasından ötürü, ağızda metalsi tat olabilir. Tüm bu etkiler, günlük doz 0.5 gr. olarak başlanıp sonra arttırılırsa ve yemeklerden sonra alınırsa ortadan kalkar.

B 12 vitamininin emiliminin bozulmasına neden olabilirler, bu nedenle yılda bir kez serum B 12 düzeyinin saptanması yararlıdır.

Fazla alkol kullanan, karaciğer, böbrek yetmezliği, dolaşım bozukluğu, enfeksiyonu olan diabetiklerde fenformin veya buformin kullanıldığında laktik asidoz gelişmektedir.

Oral hipoglisemik ilâçların düşük kalorili diyet yerine geçmedikleri, hastalara önemle anlatılmalıdır.

B) İNSÜLİN :

İnsuline bağımlı diabetikler ister genç, ister orta yaşlı, isterse yaşlı olsun, günde en az bir kez insulin enjeksiyonuna gerek duyarlar. Genellikle uzun etkili insulinler kullanılır. İnsuline bağımlı hastaların % 50 sinden fazlasının günde iki veya daha fazla enjeksiyona gereksinimleri vardır.

En iyi sonuç kristalize insulinin günde birden fazla uygulanması ile elde edilmektedir.

İnsulin uygulanırken ortaya çıkan bir sorun LİPODİSTROFİ'dir. İki şekilde görülür, bunlardan biri atrofi halidir, LİPOATROFİ, yağ dokuda görülen bozukluklar şeklinde ortaya çıkar. İnsulin kullanan hastaların % 0.66 - % 54.8 de, enjeksiyon yerlerinde görülür. Enjeksiyon yapılan yerlerin değiştirilmesi ile önlenebilir.

3 - 4 hafta geçmeden aynı 2 cm² lik sahaya enjeksiyon yapılmalıdır.

LİPOHİPERTROFİ ise uzun bir müddet aynı bölgeye insulin yapılması ile oluşan yağ kitleleridir.

Bu kısımlarda his kaybı olduğundan hasta ısrarla aynı yere yapmaya devam eder. Böylece bu bölgelere uygulanan insulinlerin emiliminin geciktiği gözlenmiştir.

İnsulinin uygulandığı yere göre yarılanma ömürlerinde farklılıklar görülmüştür. Baldır yerine kola uygulamanın daha yararlı olacağı saptanmıştır. Bu konu özellikle semptomları güç kontrol edilen genç hastalarda çok önemli olmaktadır.

İnsuliné bağıli allerjik reaksiyonlar seyrek te olsa görülmüştür. Kullanılan insulin tipini değiştirmek veya steroidlerle birlikte kullanmak gerekir.

Sığır veya domuz pankreasından elde edilen insulin, insanlar için yüksek oranda yabancı protein kaynağıdır. Bundan ötürü, bazı kişilerde bu proteinlere karşı antikor gelişir ve insüline dirençli hale geçerler. Bu tür hastalar sürekli hekim kontrolunda tutulmalıdır.

İnsulin kullanımında karşılaşılan en önemli ve en sık sorun hipoglisemidir. Hipoglisemi olan hastaların insulin dozlarında ayarlamalar yapılmalıdır.

Son yapılan araştırmalarda YAPAY PANKREAS ve belirli aralıklarla kanda glikoz düzeyini sabit tutacak insulin pompaları geliştirilmektedir.

DIABETİK KİŞİLERDE ECZACININ ROLÜ :

Diabetik kişilerin normal kişi yaşamına yakın bir yaşam sürdürebilmeleri için eczacının da katkıları olmalıdır.

Eczacı, ömür boyu hastalık olan diabetin tedavisinde, güven sağladığı takdirde, hastaya yardımcı olabilecek kişidir.

Hastanın ilaç tedavi şemasına uyum sağlaması için eğitim yapmalı, kullandığı ilaç insülin ise hangi dozda, nasıl ve ne zaman uygulayacağını anlatmalıdır.

Hastalığının artık yaşamının bir parçası olduğunu, düzgün ve uygun ilaç kullanımı ile normal sağlıklı insanlardan farklı olmayacağını hastaya benimsetmelidir.

Diabetik kişilerin taşıdıkları kimlik kartlarında mutlaka diabetli oldukları yazılmalıdır. Yanlarında şeker veya tatlı bir bisküvi taşımaları gerektiği, hasta korkutulmadan hipoglisemi olayı anlatılmalıdır.

Diabetik kişilerde ayak bakımının ne denli önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Kişilerin reçetesiz ilaç kullanma alışkanlıklarının yaygın olduğu ülkemizde, kronik hastalığı olan kişilerin bu alışkanlıktan kurtulmalarını sağlamalıyız.

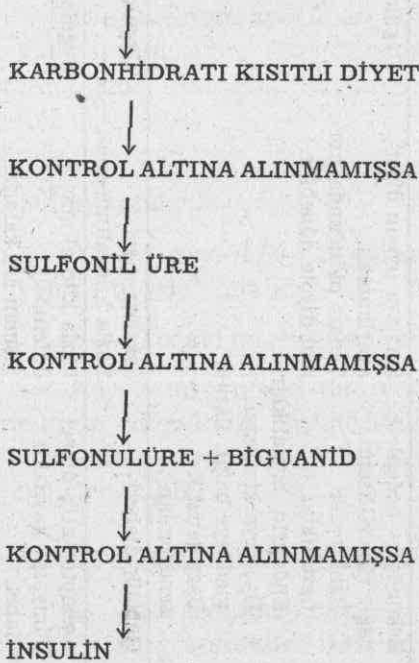
Ülkemizde sayıları bir milyonun üstünde olan diabetik kişilerin de bu konuda uyarılması ve eğitilmesi, sağlık ekibinin önemli bir parçası olan eczacıların görevidir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR :

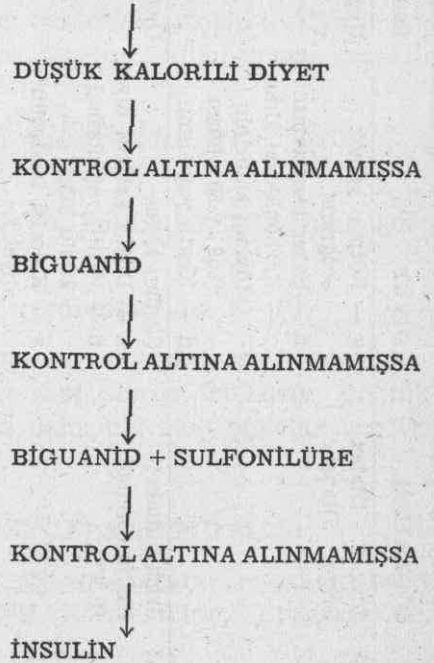
- 1) Campbell, I.W., «Diabetes Mellitus», *The Pharmaceutical Journal*, 382 (April 11, 1981)
- 2) Arky, R.A., «Update on Principles of Diabetes Management», *Pharmacy Times*, 76 (November 1980)
- 3) Whedon, G.D. ve Patricia, G.S., «What You Should Know About Diabetes Research», *Pharmacy Times*, 50 (August 1979)
- 4) Kimble, M.A., «Diabetes», *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 80 (February 1974)

İNSULİNE BAĞIMLI OLMAYAN DİABETLİ KİŞİLERDE TEDAVİ ŞEMASI

NORMAL KİLODA KİŞİ



ŞIŞMAN KİŞİ (İDEAL KİLODAN %110 FAZLA OLAN KİŞİLER)



İNSULİNE BAĞIMLI OLMAYAN ŞIŞMAN DİABETİKLER DİYET VE BİGUANİD GRUBU İLAÇLARLA TEDAVİ EDİLMEMEYE ÇALIŞILMALIDIR. BAŞARILI OLUNAMAZSA, SÜLFONİLÜRE GRUBU ORAL HİPOGLİSEMİKLER, HATTA İNSULİN KULLANILIR. FAKAT HER İKİSİ DE KİLO VERMEYİ ENGELLERLER.

DIABETTE İSİMLENDİRME VE TEDAVİ ŞEMASI

ÇAĞDAŞ İSİMLENDİRME	DİĞERLERİ	DIYET	EGZERSİZ	INSULİN	ORAL HIPOGLİSEMİK
İNSULİNE BAĞIMLI DIABETMELLİT	Juvenil - Diabet Erken - Diabet I. Tip.	a — Normal yemek programı. b — Şeker kısıtlaması. c — Karbonhidrat alımı toplam kalorinin %50 - %60 olması. d — Kısıtlı yağ alımı.	Uygulanır.	Uygulanır.	Uygulanmaz.
İNSULİNE BAĞIMLI OLMAYAN DIABETMELLİT	Erişkin diabeti Keton dirençli II. Tip.	Şişman kişiye a — Düşük kalorili diyet. b — Kısıtlı yağ normal kilolu kişi. a — Kalorisi kontrollü diyet. b — Şeker kısıtlaması. c — Yağ kısıtlaması.	Uygulanır.	Hayır. (Bazan, enfeksiyon do- laşım bozuklukları ve strese bağlı olarak in- sulin gerekebilir.)	Kişiyi uygun tedavi şeması
SEKONDER DIABET İKİNCİL DIABET	Sekonder - nedenlere bağlı HiperGlisemi 1. Pankreatik hastalıklar. 2. Endokrin hastalıklar. 3. İlaç veya kimyasal maddeye bağlı olarak. 4. Bazı genetik sendromlar.	Şartlara uygun diyet ayarlanmalı. Tedavi olduğunda nor- mal diyete dönebilir.	Uygulanır.	Kişisel şartlara bağlı olarak.	Kişisel şartlara bağlı olarak
GEBELİK DIABETİ	Gebelik diabeti	Şekersiz diyet Fazla kilo alınmamalı.	Uygulanır.	Kişisel şartlara bağlı olarak.	Uygulanmaz.
BOZUK GLİKOZTO- LERANSİ.	Asemptomatik diabet. Kimyasal kaynaklı diabet. Sınırdaki diabet.	Fazla kilo alınması önlenmeli. Şişman ise kalorisi düşük diyet uygulanması gerekir.	Uygulanır.	Uygulanmaz.	Uygulanmaz.

Tüberkülozda İlaç Tedavisi

Derleyen : Ecz. Ergin TATÇI
Cihanbeyli Sağlık Merkezi Eczacısı

Kemoterapide başarılı ilaçların tedavi dozlarında mikropları tamamen öldüremedikleri gibi bir kısım yan ve toksik etkileri de vardır. Ayrıca tüberküloz ilaçları tek olarak kullanılır, iyi kombine edilemez ya da düzensiz olarak kullanılırsa ilaçlara karşı değişik sürede rezistans oluşmaktadır. Rezistans ortalama 6 - 8 haftada oluşur. Taze vakalarda erkenden tedaviye başlamak amacıyla rezistans sonucu beklenmeden tedavi başlatılır. Tedavi prensipleri kısaca şöyledir.

1 — Kemoterapötikler kombine olarak kullanılmalı ve dozlar yeterli olmalıdır. (Kombinasyonda bakterisid nitelikli INH, Rifampicine, SM gibi ilaçların en az ikisinin kullanılması gereklidir.

2 — Kombinasyonda basillerin hassas oldukları en az iki ilaç bulunmalıdır.

3 — Tedavi 1,5 - 2 yıl sürmelidir. Ya da kombinasyona göre yeterli sürede olmalıdır.

4 — Tedavi düzenli ve aralıksız uygulanmalıdır.

Kan serumundaki ilaç yoğunluğunun derecesi rezistans oluşumunda önemlidir. Bu nedenle son zamanlarda ilaçların günlük dozlarının bir defada verilmesinin daha olumlu sonuçlar verdiği belirlenmiştir.

ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLARIN SINIFLANDIRILMASI :

a) Extrasellüler basillere etki ettiği konsantrasyonda entrasellüler etki gösterebilen ilaçlar : INH, Rifampicine, Ethionamide, Cycloserine, Ethambutol

b) Entrasellüler basillere etkimek için extrasellüler basillere etkidikleri konsantrasyondan 10 misli fazla konsantrasyon gereken ilaçlar : Kanamycin, SM, Capreomycine, Viomycine

c) Bakteriostatik ilaçlar : PAS, Thiacetazone

Tüberküloz ilaçlarının insan tüberkülozundaki normal dozlar-
da en uzun kullanılabilme zamanlarını, toksik tesirlerini, tedavi
sonuçlarını göz önüne alarak sıralama yapılırsa;

- I. Grup : Rifampicine, INH, SM
- II. Grup : Ethambutol, Ethionamide, Pyrazinamide, Merp-
hazinamide, Capreomycine.
- III. Grup : PAS, Thiacetazone, Thiocarlide
- IV. Grup : Kanamycine, Viomycine

Hastanın tahammül derecesine ve hastalığın primer veya se-
konder olmasına göre kombinasyonlar ayarlanır. Kısa sürede te-
davi şekli en az 2,5 bakterisid ilacın kombinasyonu ile yapılmak-
tadır. (Rifampicine 1, Isoniazid 1, S.M. 1/2 ve Pirazinamid 1/2 bi-
rim olarak belirlenmiştir.)

A) Standart ilaç kombinasyonu yeni teşhis edilmiş taze va-
kalarda ilaç rezistansı veya hassasiyetinden önce uygulanır. Izo-
niazid temel ilaçtır. SM, PAS, Thiacetazone, Ethambutol kullanıl-
ması ile kombinasyon seçilir. İkili kombinasyonla INH'a karşı re-
zistans teşekkülü önlenmiş olur. Çoğunlukla INH+Rifampicine,
INH+PAS, INH+SM, INH+Thiacetazone, INH+Ethambutol (Yan
tesiri pek olmayan etkisi fazla bir kombinasyondur.) Hastalık inak-
tif hale gelinceye kadar iki ilaç, daha sonra tek olarak INH ile de-
vam edilir. Total tedavi 18-24 aydır. İlaçların günlük dozlarının
tek dozda verilmesi konsantrasyon yönünden önemlidir.

Çok ilerlemiş ve kaviteli vakalarda, miliyer tüberkülozda üçlü
kombinasyon zorunludur. Amaç infeksiyonun süratle kontrol altı-
na alınması, rezistans teşekkülünün önlenmesidir. 1 — INH+SM+
PAS, 2 — INH+SM+Ethambutol, 3 — INH+Ethambutol+PAS,
PAS yerine Thiacetazone de kullanılabilir. Total tedavi 2 yıldır.
Hastalık genellikle 2-4 ayda kontrol altına alınır. Bu süre sonun-
da ikili tedaviye geçilebilir.

İlaçlara özellikle INH'a karşı primer rezistans olmadığı ve te-
davi şartlarına uyulduğu müddetçe kemoterapi sonuçları olumlu-
dur. Araştırmalara göre hastaların % 50'den fazlasında 1 ay sonra,
% 98'inde 6 ay ve hemen tamamında 10 ay sonra basil kültürde
negatife dönmektedir. Buna karşılık tedavi prensiplerine uyulma-
dığı, eksik ya da yetersiz tedavi sonucunda basillerde standart ke-
moterapötiklere karşı sekonder rezistans oluşmaktadır.

B) Primer veya sekonder olarak rezistans teşekkül eden vakalarda standart tedaviyle başarılı sonuç alınmaz, basil negatif duruma getirilemez ya da basil tekrar müsbetleşebilir. Bu hastalarda yedek ilâçların kullanılması gerekir. Standart rejime en az iki ilâç kombine edilmelidir. Yedek ilâçlar arasında en iyi kombinasyon Rifampicine + Ethambutol ikilisidir.

C) Tüberkülozda steroid tedavisi: a) Hastalarda süratli subjektif düzelme b) Ateş düşmesine c) Sedimentasyonun yavaşlamasına ve hastaların kilo almasına yardımcı olduğu gösterilmiştir. Eksüdatif lezyonlar olarak daha hızlı düzelmektedir. Buna karşılık kaviterler daha hızlı kapanmadığı gibi basil menfiliği de daha hızlı gelişmemektedir. Bu şartlarda özellikle menenjit ve miliyer tüberkülozda, ağır, çok düşkün, yüksek ateşli akciğer tüberkülozu vakalarında uygundur. Ayrıca aşırı duyarlılığın yüksek olduğu plörezi veya bronş komplikasyonlarında da kortikosteroidler kullanılabilir. Bundan başka tüberküloz ilâçlarına karşı duyarlılık vakalarında (ateş yükselmesi ve deri döküntüleri) hassasiyet gidermede uygulanabilir.

Tüberküloz ilâçlarının doz, yan etki ve alınması gereken tedbirleri gösteren tablo ilâçların etkinlik derecelerine göre sıralanmıştır :

İLACIN ADI :**1 — ISONIAZİD**
(Bakterisid)

İntra ve extra sellüler basil-
lere etkilidir. Süratle rezistans
oluşur. Bu nedenle diğer tü-
berkülostatiklerle verilir.

Yetiştirin Dozu :

300 mg./gün ağızdan

2 — RİFAMPİCİNE

(Bakterisid)

Rezistans oluşumu hızlıdır.
Bu nedenle tedavide kombi-
ne olarak kullanılmalıdır.

Yetiştirin Dozu :

8 - 12 mg./Kg

450 - 600 mg./Gün ağızdan, a-
dele,

TOKSİK ETKİLERİ :

Seyrek

Yüksek dozda :

- 1 — Periferik nevrit
- 2 — Psişik bozukluk
- 3 — Konvülsiyon
- 4 — Anoreksi, bulantı.

1 — Mide - barsak S.

2 — Karaciğer T.

- a) Serum transaminazla-
rında artma.
- b) Hepatit
- c) Sarılık

3 — Hematolojik

a) Lökopeni

b) Eozinofili

c) İmmuntrombositopeni
4 — İdrar ve balgamın kirini-
ziya boyanması.

5 — Merkezi sinir sisteminde

a) Baş dönmesi

b) Sersemlik

c) Geçici sağırlık

AŞIRI DUYARLIK :

Seyrek

1 — Deride döküntü

2 — Ateş yükselmesi

3 — Hepatit

1 — Deride döküntü

2 — Ateş yükselmesi

UYARILAR :

- 1 — Günde 10 - 50 mg. Prido-
xine (Günde 5 mg./kg.
dan fazla alanlarda) nev-
rit'i önlemek için verilir.
- 2 — Epilepsi, böbrek yetmezli-
ği, ağır karaciğer hastalı-
ğı, psikozda kontrendike-
dir.

- 1 — Günlük doz 1 defa kah-
valtadan önce alınmalı.
- 2 — Karaciğer fonksiyon test-
leri sık sık kontrol edil-
meli.

- 3 — Karaciğer bozukluğu ve
gebelikte kontrendikedir.
- 4 — RNA sentezini inhibe e-
derek etkir.

3 — STREPTOMYCİN

SÜLFAT

(Bakterisid)

Extraseküller olarak bulunan basillere etkir. Etkisi alkali ortamda artar.

Yetişkin Dozu :

0,75 - 1 gr./gün

15 mg./kg. Adeleye

1 — 8. Sinir harabiyeti.

a) Vestibüler bozukluk

(Başdönmesi, bulantı).

b) İşitme bozukluğu

(Kulak çınlaması, sa-
ğırılık)

2 — Ağız etrafında parestezi.

Aşırı duyarlık

1 — Deride döküntüler

2 — Ateş yükselmesi

3 — Lenfaderopati

1 — Vestibüler işitme bozuk-
luğu için dikkatli klinik
müşahade

2 — Gerekliğinde rutin odio-
metrik muayene.

4 — ETHAMBUTOL

Tek olarak kullanılırsa sürat-
le rezistan oluşur.

Yetişkin Dozu :

25 mg./Kg.

1000 - 1500 mg./Gün Ağızdan

1 — Optik nevrit

a) Görme bozukluğu gör-
me sahasında azalma

b) Net görememe.

c) Renk ayırımında bo-
zukluk (ilaç kesilince

düzelme olur. Yeşil/
Kırmızı körlüğü)

2 — Periferik nevrit

3 — Başağrısı

1 — Deride döküntü.

2 — Ateş yükselmesi.

1 — Göz fonksiyonun dikkatli
incelenmesi.

2 — İki - Dört hafta ara ile
görme muayenesi.

3 — Böbrek bozukluğu olanlar
dikkatli kullanılmalı.

5 — PYRAZINAMİD
(Bakterisid)

Rezistans oluşumu çabuktur.

Etkisi asit ortamda artar.

Yetişkin Dozu :

3 mg./kg. ağızdan

(Günde 3 gr.'ı aşmamalı)

1 — Mide - barsak i.

a) İştahsızlık

b) Bulantı

c) Kusma

d) İshal

2 — Karaciğer toksisitesi

a) Halsizlik

b) Hepatit

c) Sarılık

3 — Eklemler ağrıları

4 — Serum ürik asit seviyesin-

de artma.

5 — Işığa hassasiyet (Sevrek)

6 — Sideroblastik anemi (Sev-

rek)

1 — Deride döküntüler

2 — Ateş yükselmesi

1 — Karaciğer hastalığı olan-

larda kontrendikedir.

2 — Karaciğerin büyüklük a-

çısından muayenesi.

3 — Aylık SCPT tetkikleri.

4 — Gerekliğinde serum ürik

asit tayini.

6 — ETHIONAMİDE

(Bakterisid)

Yetiştirin Dozu :

750 mg./Gün ağızdan,

15 - 15 mg./KŞ.

(Günde 1 gr.'ı aşmamalı.)

1 — Mide - barsak İ.

- a) İştahsızlık
- b) Bulantı
- c) Kusma
- d) Ağızda acılık
- e) Tükürük artması
- f) Geğirti
- g) Salya akması

2 — Nöro - psikişik S.

- a) Baş dönmesi
- b) Baş ağrısı
- c) Uyku hali
- d) Uykusuzluk
- e) Depresyon
- f) Parestezi
- g) Hafif periferik nevrit
- h) Tremor

3 — Karaciğer fonksiyon B.

4 — Deride

- a) Akne
- b) Pigmentasyon
- c) Saç dökülmesi
- d) Jinekomasti

1 — Deride döküntüler

- 2 — Purpura
- 3 — Ateş yükselmesi
- 4 — Stomatit

1 — Daima yemekle birlikte alınmalı

2 — Aylık SGOT ve SGPT tetkikleri yaptırılmalı

3 — Anti-asit kullanılabilir.

10 — KANAMYCİN
(Bakterisid)

Rezistans çabuk oluşur.

Yetişkin Dozu :

1 gr./Gün adalete

15 mg./Kg. Haftada 5 defa

- 1 — 8. Sinir harabiyeti
 - a) Vestibüler bozukluk
 - b) Baş dönmesi
 - c) İşitme bozukluğu
- 2 — Böbrek harabiyeti
- 3 — Nöro - musküler bağlan-
tıda kürara benzer etki
- 4 — Parestezi, huzursuzluk,
baş ağrısı.
- 5 — İnjektasyon yerinde ağrı ve
nodül teşekkülü.

- 1 — Ateş yükselmesi
- 2 — Deride döküntü
- 3 — Eozinofili

- 1 — Toksik etki kontrollü
- 2 — Odiometrik tetkik
- 3 — İdrar muayenesi
- 4 — Böbrek fonksiyon tetkiki.

11 — CYCLOSERİNE
(Bakteriostatik)

Diğer ilaçlara mukavemet ha-
linde verilir.

Yetişkin Dozu :

750 mg./Gün ağızdan

15 mg./Kg.

- 1 — Deride döküntüler
- 2 — Ateş yükselmesi

- 1 — Epilepside kontrendike
- 2 — Depresyonda kontrendike
- 3 — Özellikle İNH verilirse
Pyridoxine verilmelidir.

- 1 — Nörotoksisite
 - a) Psişik bozukluk (Kon-
füzyon, ajitasyon, dep-
resyon, baş dönmesi,
uyku hali, tremor,
reflekslerde artma
 - b) Konvülsiyon

7 — PROTHIONAMIDE

Yetişkin Dozu :

750 mg./Kg. ağızdan

1 — Mide - barsak í.

a) İştahsızlık

b) Bulantı

c) Kusma

d) İshal

e) Ağızda tatsızlık

2 — Karaciğer toksisitesi Transaminazların yükselme

3 — Başağrısı, depresyon akut psikoz

1 — Deride döküntü

1 — Daima yemekle birlikte alınmalı

2 — Aylık SGOT ve SGPT tetkikleri yaptırılmalı

3 — Anti-asit kullanılabilir.

4 — Karaciğer bozukluğu, gut, böbrek bozukluğunda kontrendikedir.

8 — CAPREOMYCİN

(Bakteriostatik)

Toksik olduğu için Amerikada kullanılmıyor. Rezistans çabuk oluşur.

Yetişkin Dozu :

1 gr./Gün

15 mg./Kg. adaleden,

1 — 8. Sinir H.

a) Vestibüler bozukluk baş dönmesi

b) İşitme bozukluğu sağırılık

2 — Böbrek bozukluğu

3 — Karaciğer testlerinde geçiçi bozukluk

1 — Deride döküntüler,

2 — Ateş yükselmesi

3 — Eozinofili

4 — Anafaksi

1 — Toksik etki

3 — Böbrek fonksiyon tetkik-

2 — Odiometrik tetkikleri

9 — VIOMYCINE

((Bakteriostatik)

SM ile INH rezistans ise kullanılır. Rezistans çabuk oluşur.

Yetişkin Dozu :

1 gr./Gün 15 mg./Kg.

(Haftada 2 defa adaleye.)

1 — Böbrek toksisitesi

a) Albüminüri

b) Silendüri

c) Nefrit

d) Ödem

e) Elektrolit bozukluğu

2 — 8. Sinir harabiyeti

a) Vestibüler bozukluk

b) İşitme bozukluğu, sağırılık, kulak çınlaması

1 — Deride döküntüler, ürtiker

1 — Ayda 1 idrar muayenesi

2 — Odiometrik tetkik-

3 — Böbrek fonksiyon tetkikleri

4 — Serum elektrolit tetkiki.

3 — Hematolojik Eozinofili

12 — PAS

(Bakteriostatik)

10 - 20 gr./Gün ağızdan
200 mg./Kg.

- 1 — Mide - barsak irritasyonu
a) Dispepsi
b) İştahsızlık
c) Kusma
d) İshal
- 2 — Karaciğer bozukluğu
a) Transaminazlarda artma
b) Hepatit
c) Sarılık
- 3 — Kemik iliği dep.
4 — Tiroid büyümesi
5 — Hipokalemi
6 — Bronsiyal astım
7 — Yüz ödemi
8 — Konjunktivit

- Aşırı duyarlılık
1 — Deride döküntü
2 — Ateş yükselmesi
3 — Kas ve eklem ağrıları.

- 1 — Daima yemekle birlikte alınmalı
2 — Anti-asit alınabilir.
3 — Ağır karaciğer bozukluğunda kontrendikedir.

13 — THİACETAZONE

(Bakteriostatik)

150 mg./Gün Ağızdan

- 1 — Mide - barsak b.
a) Bulantı
b) Kusma
c) Dispepsi
- 2 — Karaciğer bozukluğu
a) Hepatit
b) Sarılık
- 3 — Hematolojik b.
Agranulositoz
4 — Deride
a) Kızarıklık
b) İritasyon
c) Döküntüler

- 1 — Deride döküntüler
2 — Ateş yükselmesi

- Aylık SGOT ve SGPT tetkiki

KLİNİK ECZACILIK

Hasta İlaç Profili

Derleyen : Ecz. Ayşe ÇELİKER
Hacettepe Hastanesi Büyük Eczane

Modern hasta bakımında eczacının rolü gitgide artmaktadır. «İlaç uzmanı» olmak üzere eğitim alan eczacılar, hekimler ve hastalar için çok değerli birer başvuru kaynağı olarak nitelendirilmektedirler. Ancak, hizmetin başarılı bir şekilde yürütülmesini ve yerleşmesini sağlayan tek faktör sürekli eğitimidir. Eczacının, yeni çıkan ilaçlar, diyagnostik testler, işlemler hakkındaki literatürü izleyip bilgi dağarcığını senişletmesi şart olmaktadır.

Eczacıların ilaç konusundaki bilgilerini hekim-hemşire veya hastaya uygun bir şekilde aktarabilmelerine olanak sağlayan araçlardan biri de Hasta İlaç Profilleri' (HİP) dir. ABD'nde 20 yıldan fazladır yürütülmekte olan bu sistemle eczacı, ilaçla tedavide yönlendirici olabilmektedir. Hastane, klinik ve serbest eczanelerde HİP'nin hazırlanmasıyla, hastanede yatan veya taburcu olduktan sonra da izlenmesi gereken ve ayakta tedavi olan hastalar hakkında ayrıntılı birer bilgi kaynağı elde edilmiş olur. HİP'ni tanımlayacak olursak «Hastanın durumunu bilinçli bir şekilde değerlendirmeye veya tedavi yöntemiyle ilgili kararlar alabilmeye olanak sağlayacak biçimde düzenlenmiş, ilaç kullanımına ait ayrıntılı bilgiler kapsayan ve eczacılar tarafından değerlendirilen bir belgedir» diyebiliriz. Bu belgelerin yardımıyla sadece hasta bakımında etkin bir rol almakla kalınmaz, bunun yanısıra, ilaçların kullanım ve harcamasında da denetleyicilik görevi de üstlenilmiş olur.

Yararları :

Yapılan araştırmalar eczacıların HİP aracılığıyla, şu konularda hekim veya hastaya bilgi sağlayıp yardımcı olabildiğini göstermektedir.

1 — Muhtemel ilaç - ilaç, ilaç - besin, ilaç - laboratuvar sonucu etkileşmelerini bildirmek.

2 — Hastaya ait allerjiler, aşırı duyarlılık reaksiyonları ve kronik hastalıkları hatırlatmak.

3 — İlaçların indikasyon - kontraindikasyon ve advers etkileri hakkında bilgi vermek.

4 — İlacın hasta tarafından daha kolay alınabilirliğini sağlayacak bir dozaj formunu önermek (Örneğin küçük bir çocuk için tableti şuruba değiştirmek).

5 — Dozlama (Yaş ve ağırlığa uygun miktar, doz aralığı ve tedavi süresi) konusunda hekimi uyarmak.

6 — Önceden saptanan tedavi süresini geçen ilaçları otomatik olarak kesmek.

7 — Narkotik içeren bir preparata bağımlılık kazanabilecek hastalar için (görünüşte ona benzeyen) narkotik olmayan bir preparatı önermek.

8 — Bir ilacın hasta tarafından yanlış kullanıldığı veya sistimal edildiğinin farkına varmak ve bu konuda hekim ve hastayı uyarmak.

9 — Eczanede bulunmayan, hemen elde edilemeyen veya hasta için sakıncalı olabilecek bir ilacın yerine, bir başkasını alternatif olarak önermek.

10 — Yapımı durdurulmuş olan preparatları hekime hatırlatmak.

11 — Aynı amacı sağlamak üzere, birden fazla ilacın hastaya yazılmış olduğu durumları bildirmek.

12 — Hastanın farklı hekim veya hastanelerden almış olduğu ilaçları gözden geçirip değerlendirmek.

13 — Aynı ilaçla veya benzer terapötik etkide bir ilaçla başarısı kanıtlanmış bir reçetenin kopyasını çıkarmak.

.....

HİP'nin uygulamaya konmasıyla daha pek çok sorunun kolayca çözümleneceği açıktır. Bununla birlikte yukarda sayılanların yanı sıra, hekim - hemşire - eczacı arasındaki işbirliğinin artacağı ve gereksiz harcamaları ve uygulama hatalarını önlemek suretiyle, hasta, hastane ve ülke ekonomisine katkıda bulunulacağı da eklenebilir.

Özellikle çocuklar, geriatric hastalar ve kronik hastalıkların izlenmesinde HİP'nin özel değer taşımalarının yanısıra, polifarmasinin ülkemizde ne denli yaygın olduğu düşünüldüğünde, eczacıların bu konuyu benimseyip üzerine titizlikle eğilmesinin gitgide daha çok önem kazandığı kanısındayız.

Uygulama Alanları :

Temel nitelikleri aynı olan HiP'nin hastane ve serbest eczanede kullanılan şekilleri az da olsa farklılıklar göstermektedir.

Ülkemizde her iki şekli de kısıtlayan bazı faktörler olduğu görmemezlikten gelinemez. Hastane uygulaması için bu etkenler, her hastanın birkaç günlük tüm ilaç gereksiniminin özel şekilde ambalajlanmasını kapsayan Birim - Doz ve birkaç servise hizmet götürmek üzere düzenlenmiş belirli bir stoku bulunduran kat stokları veya periferik eczanelerin yürürlükte olmamasıdır. Serbest eczanelerde ise, hastanın tüm gereksinimini karşılayacak belirli bir eczaneye alış veriş olanağının henüz yaratılamamış olması HiP uygulamasının başarısını geciktirecektir. Yine de çok küçük çapta da başlasa bu sistemin yavaş yavaş gelişip yaygınlaşacağı kanısındayız.

Hastanede Yatmakta Olan Hastalar için HiP Uygulaması :

Hekimin her hasta için yazmış olduğu istem kartı (kağıdı), eczacı tarafından HiP'ne kopya edilir. Bu işlem eczanede veya hemşire istasyonunda gerçekleştirilir. (Komputerizasyonun gelişmesi bu görevin komputerler aracılığıyla yürütülmesine yardımcı olmaktadır.) Telefonla alınan istemler de bu kartlara kaydedilir (Bu istemlerin belli bir süre hemşire istasyonlarında saklanması gerekmektedir). Eczacı, bu kartlarda bulunan verilere göre muhtemel ilaç etkileşimleri, advers reaksiyonlar, dozaj hataları vb.ni arayabilecek bilgilerle donatılmış olduğu için, saptadığı uyumsuzluk veya sakıncaları (ilaç - ilaç, ilaç - laboratuvar, ilaç - besin etkileşimleri, doz aşımı, kontrindikasyon vb.) sorumlu hekime bildirmekle yükümlüdür. Hekim ilacın kayda geçmiş olan şekliyle kullanılmasında ısrar edecek olursa eczacıya önerilen, bu konulara ait dökümanları göstererek bir alternatif tedaviye dikkati çekmektedir. Tedavi şeklinde değişiklik söz konusu olursa bu da HiP'ne işlenir. Bu kartlarda yer alan bilgilere göre kişiye özgü ilaçların dağıtımı gerçekleştirilir. Hastanede yatmakta olan ve dışardan takip edilen hastaların kayıtları eczanede saklanır. Böylelikle eczacı hastaların ilaçla tedavisini yakından izleyerek tıbbi hataları azaltır, hem de «doğru hastaya doğru ilaç» verilmesi sağlanmış olur. Hemşirelerin yazmış oldukları ilaç kağıtlarında sık sık gözlenen yanlışlıkların önüne geçildiği gibi, hemşireye daha iyi bir hasta bakımı için zaman da kazandırılmış olur. Hekimlerin her ilaç hakkındaki literatürü izleyebilmek için saatlerini vermelerinin gerektiği açıktır. Yıllardır hekimler tarafından yürütülen bu görev artık eczacıya devredilmektedir.

Görevin istenen yeterlikte olmasına yardımcı olmak üzere «ilaç etkileşim kartları»nın hazırlanması ve bir kartoteks aracılığıyla, her ilaç hakkındaki bilginin arandığında kolayca bulunması yararlı olur. Bir örnek olmak üzere aşağıdaki şekli verebiliriz :

Fenobartital Sodyum
Dozaj : 15 - 320 mg. (1.5 - 5 g)

Geçimsizlikler :
İlaç - Besin :
MAO İnhibitörleri
Antidepresanlar
Antikoagülanlar (oral)
Dilantin
Fenotiazinler
Steroidler
Sulfonilüreler
Antihistaminler
Alkol
Griseofulvin
Hipnotikler
SSS Depresanları
Meprobamät

Lab. Testleri :
Eritrosit sayısı
Hemoglobin
Protrombin zamanı
BSP retansiyonu
Kreatinin (Serum)
Porfiria

Luminal Sodyum
(Barbituratlarla bakınız)

Kontrindikasyonlar :
Porfiria hikayesi olan hastalar.
Nefrotik kişiler - Yüksek dozlarda
Hamilelik

Fenobarbital Sodyum :

İlaç ve Lab. Testleri : Yüksek veya yanlış +
Serum Kreatinin'i : Yüksek veya yanlış +
BSP Retansiyonu : Yüksek veya yanlış +
Protrombin Zamanı : Yüksek veya yanlış +
Porfirin : Yüksek veya yanlış +
Eritrosit Sayımı : Yüksek veya yanlış +

Kontrindikasyonlar ve dikkat edilecek durumlar :

Porfirin hikâyesi olan hastalarda kontrindike olup intermitant porfiria nöbetleri hızlandırılır.

Hamilelikte. (Aşırı dozlarda - Neonatal kanama)

Uyarılar :

Bildirilen yan etkiler : Diyare, mental depresyon, bulantı, cilt döküntüleri, vertigo. Sık olmamakla birlikte amaurozis, albuminüri, ataksi bildirilmiştir.

Özel Direktifler :

Halsizlik ve pulmoner hastalıklarda dikkatli kullanılmalıdır.

Toplam doz (24 saatte 10 g.) 600 mg.'i aşmamalıdır.

(Not : Gelecek sayıda Serbest Eczanelerde HİP uygulaması yayınlanacaktır.)

YENİ İLAÇLAR

10 — OVRAL tablet (Wyeth)

Etken Madde : d, 1 — Norgestrel 0,30 mg.
Ethinyl estradiol 0,03 mg.

Endikasyon : Oral kontrasepsiyonda kullanılır.

Kontrendikasyon : Tromboflebit, tromboembolik olaylar, serebral apopleksi durumlarının varlığı veya bunlardan birinin daha önceden geçirilmiş olması halinde,

Belirgin karaciğer bozukluklarında,

Gebelik, memede şüpheli veya bilinen bir karsinomanın varlığı, bilinen veya şüpheli östrojene bağlı karsinoma, teşhisi yapılmamış anormal genital kanama durumlarında kullanılmamalıdır.

Yan Etkiler : Bulantı, kusma, abdominal kramplar ve meteorizm gibi gastrointestinal semptomlar, ara kanaması, lekelenme, menstrüel düzende değişiklik görülebileceği gibi, tedavi arasında ve tedaviden sonra amenore, ödem, memelerde değişiklikler, kilo değişiklikleri, kloasma veya melasma servikal erozyonlar ve sekresyonlarda değişiklikler, doğum sonrası laktasyon supresyonu, migren, kolestatik sarılık, allerjik döküntüler, hassas kişilerde mental depresyon ve tansiyon yükselmesi yapabilir.

Uyarı : ilâcı kullananlarda tromboembolik hastalık olasılığı, ilâcı kullanmayanlara göre birkaç katıdır. Böyle bir şüphede ilâç hemen kesilmelidir. Arka arkaya iki ay menstrüasyon görmemiş bir hastanın hamile olup olmadığı kesinlikle saptanmalıdır.

İlaçtaki hormonlar anne sütüyle çocuğa geçebileceğinden, durum gözönüne alınmalıdır.

Tedavi sırasında özellikle göğüsler ve pelvis organlarının tümör ihtimaline karşı periyodik muayenesi gerekir.

Hastada uterus fibromyomasi varsa, büyüyebilir.

Ara kanamalarında ve vaginadan olan tüm düzensiz kanamalarda anormal nedenler düşünülmelidir.

Uzun süren tedavilerde hipofiz, overler, sürrenal, ve karaciğer fonksiyonları üzerine herhangi bir etkisinin olup olmadığı araştırılmalıdır.

İlaç alınırken ani olarak meydana gelen kısmi veya tam görme kaybı, çift görme, göz küresinin dışa çıkması, migren gibi durumlar görüldüğünde ilaç kesilmelidir.

Bu ilaç, endokrin sistem ve karaciğer fonksiyon testlerini etkileyebileceğinden, dikkatli olunmalıdır.

Epilepsi, migren, astım, kardiyak ve renal bozukluklarda, sıvı retansiyonuna neden olabileceği düşünülerek dikkatli olunmalıdır.

Psşik depresyon geçirmiş hastalarda, depresyon ilerlerse ilaç kesilmelidir.

İstatistikî olarak, oral kontraseptif kullanan kişilerde glukoz toleransında azalma saptandığından, diabetik hastaların kontrol altında bulundurulması gerekir.

—oOo—

EUTONYL Filmler (Abfar)

Etken Madde : Parsyline HCl 50 mg.

Endikasyon : MAO inhibitörüdür. Primer ve bazı sekonder hipertansiyonlarda kullanılır.

Kontrendikasyon : Amfetami ve benzerleri gibi merkezi etki gösteren sempatikomimetik aminler ve efedrin gibi periferik etki gösteren sempatomimetik maddelerle,

Yaşlanmış peynir (Cheddar), şarap, çikolata, maya bulaması, salamura ringa balığı, bakla ve muz kabukları, piliç ciğeri gibi sıkıştırıcı amin kapsamaları yüksek maddeleri, hazırlanmaları ve saklanabilmeleri için bakteri veya küf faaliyetine gerek gösteren maddelerle,

Reserpin guanetidinler gibi hipertansif reaksiyonlara yol açabilecek maddelerin paranteral verilmesi,

Imipramin, amitriptilin, desipramin veya analoglarının genel olarak MAO inhibitörleri ile kullanılması.

Pargyline'in etkisini arttırmalarından dolayı, diğer MAO inhibitörleriyle birlikte kullanılmamalı,

Pargyline ile birlikte kullanıldığında hipereksitabiliteye neden olabilecek methyldopa veya dopamin,

1-dopanin sıkıştırıcı etkileri, çeşitli mao inhibitörleri tarafından arttırıldığından, birlikte birbirine yardımcı tipteki tedavi şeli kontrendikedir.

Malign hipertansiyonlarda ve 12 yaşından küçük çocuklarda ve pheocheromocytoma, paranoid şizofreni, hipertiroidizm, ileri derecedeki böbrek yetmezliklerinde kullanılmamalıdır.

Yan Etkiler : Baş dönmesi, halsizlik palpasyon gibi yan etkiler görüldüğünde doz azaltılmalı veya kullanıma son verilmelidir. Diğer MAO inhibitörleri gibi, aşırı dozu heyecan, hallusinasyon, çırpınma ve hipotansiyon yapar.

UYARI : Hastalara ortostatik tansiyon olacağı hatırlatılmalı, reçetesiz satılan ilaçlar doktor kontrolü olmadan alınmamalı (soğuk algınlığı ilaçları, antihistaminikler gibi)

Peynir ve alkol alınmamalı

Angina pectoris veya koroner arter hastalığı olanlarda, tedavi sırasında semptomlarda azalma veya iyileşme görüldüğünde fiziksel faaliyetler arttırılmamalı, şiddetli baş ağrısı ve alışılmışın dışındaki semptomların ortaya çıkışında doktor haberdar edilmelidir.

Tedavi sırasında, antihistaminikler, şedatif ve trankilizanlar, narkotikler azalmış dozlarda verilmelidir.

Cerrahi müdahaleden en az 2 hafta önce Pargyline tatbikine son verilmeli Hamilelik ve emzirme süresinde kar/zarar oranı gözönünde bulundurulmalı Karaciğer ve böbrek hastalıklarında dikkat edilmeli ve kan tablosu kontrol edilmeli,

Parkinsonlu hastalarda semptomlar artabileceğinden dikkatli olunmalıdır.

Yasalar... Yönetmelikler... Tüzükler

İşletme Vergisi Yasası

2456 sayılı İşletme Vergisi yasası yeni değişiklikler ve düzenlemeler getirmiştir. Yasaya bağlı 2 numaralı tablonun 11 numaralı metni aynen şöyledir.

«Her türlü tuvalet ve itriyat maddeleri ve malzemeleri kozmatikler (saç kurutma makineleri, saç maşası, kirpik kıvrırma makinesi, manikür, pedikür, tuvalet alet ve takımları dahil (Kolonya hariç) gibi malların perakende satışı işletme vergisine tabidir.»

Elbette çoğu eczanelerimizde bu tür madde ve malzemelerin perakende satışı yapılmaktadır. Bu açıdan yasa ile ilgili gerekli açıklamaları yapmakta yarar görüyoruz. Şöylece sıralayalım :

Verginin Nispeti : (1)

Madde 3. — İşletme vergisinin nispeti % 3'tür. Hesaplanan vergilerde lira kesirleri atılır.

Vergilendirme Dönemi : (2)

Madde 4. — İşletme Vergisinde vergilendirme dönemi, faaliyet gösterilen takvim yılının üçer aylık dönemleridir.

Beyannamenin verilme zamanı : (3)

Madde 6. — İşletme Vergisi beyannamesi ait olduğu vergilendirme dönemini takip eden ayın 25 nci günü akşamına kadar ilgili vergi dairesine verilir.

Bir vergilendirme döneminde vergiye tabi işlemi bulunmayan mükellefler de beyanname vermeye mecburdurlar.

Ödeme Zamanı : (4)

Madde 10. — İşletme Vergisi beyanname verme süresi içinde ödenir.

İşletme Vergisinin Gider Kaydedilemeyeceği:

Madde 14.— İşletme Vergisi, Gelir ve Kurumlar Vergisi matrahlarının tespitinde gider olarak kabul edilmez.

Özel Usulsüzlük Cezaları :

Madde 15. — İşletme Vergisi mükellefleri, işyerlerinin bu vergiye tabi bulunduğu dair bir levhayı müşterilerinin görebileceği bir yere asmak mecburiyetindedirler. Bu mecburiyete uymayan mükelleflere her tespitte 1.000 lira tutarında özel usulsüzlük cezası kesilir. Levhaların şekli ve muhtevası Maliye Bakanlığınca tespit edilir.

Perakende Satış Vesikasının İbrazi :

Madde 16. — Alıcılar ve hizmet işletmelerinin hizmetlerinden yararlananlar perakende satış vesikalarını talep, muhafaza ve işletmeden çıkış sırasında yetkili memurlarca talep edilmesi halinde (varsa madde veya malzeme ile birlikte) ibraz etmeye mecburdurlar. Bu mükellefiyeti yerine getirmeyenlerden her bir tespit için 100 lira tutarında özel usulsüzlük cezası alınır.

Yürürlük : (5)

Madde 19. — Bu kanun hükümleri yayımını takip eden aybaşından itibaren yürürlüğe girer.

- (1) Eskiden % 15 idi.
- (2) Eskiden aylık idi.
- (3) Eskiden takip eden ayın 15 ine kadardı.
- (4) Eskiden takip eden ayın 15 ine kadardı.
- (5) Yasa 1 Mayıs 1981 de kabul edildiğinden, yürürlüğe girmesi 1 Haziran 1981 den itibaren.

ODA HABERLERİ

BELEDİYE GÖREVLİLERİNİN ECZANELERİ DENETLEMELERİ SONA ERDİ

T.C. İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğünün Odamıza gönderdiği ve Valiliklere hitabeden, «ECZANELERİN BELEDİYE GÖREVLİLERİNCE DEĞİŞİK AMAÇLARLA TEFTİŞLERİNİN ÖNLENMESİ» hakkındaki 16.IV. 1981 tarih ve 523 (81) 515113/4458 sayılı yazısının aslıdır :

1 — Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından alınan 26.1.1981 gün ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü 1305 sayılı yazı ay-nen ikinci maddeye çıkarılmıştır.

2 — Bakanlığımız Müfettişlerince bazı illerde yapılan teftişler sırasında eczanelere belediyelerce esnaf ruhsatı düzenlediği bildirilmekte, diğer taraftan eczanelerin belediye zabitalarınca denetlendiği, belediye teftiş defteri tutmaya zorlandıkları, eczacı meslek kuruluşları tarafından da Bakanlığımıza zaman zaman duyurulmaktadır.

Ülkemizde eczanelerin açılmasını ve çalışmasını düzenleyen 6197 sayılı «eczacılar ve eczaneler hakkındaki yasanın 5. maddesi ile eczanelerin açılma koşulları 20. maddeye dayalı olarak çıkartılan yönetmelik ile eczanelerin taşınması gereken nitelikler, 28. maddesi ile eczanelerin satılabilecek ilaç dışındaki diğer maddelerin neler olduğu teftiş başlıklı 4. bölümünün 30, 31,32, ve 34. maddeleri ile teftişlerin kimler tarafından ve ne şekilde yapacağı açıklıkla belirtilmektedir.

Diğer taraftan 5442 sayılı il idaresi kanununun 9. ve 11. maddelerinde eczanelerinde dahil olduğu tüm ticari işletmeleri denetlemeye Valilerin yetkili olduğu 6197 sayılı yasanın ilgili maddelerini teyit eder mahiyette bu denetimin Bakanlık veya genel müdürlük müfettişleri veya bu dairelerin amir veya memurları ile yapılabileceği açıklıkla belirtilmekte, belediye görevlilerine ilişkin bir kayda rastlanmamaktadır.

Bunun dışında 1593 sayılı U.H.K da ve 1580 sayılı belediyeler kanunununda eczanelerin açılışında belediyeden esnaf ruhsatı alması belediye zabıtalınca teftiş edilerek (belediye teftiş defteri) tutma mecburiyeti getirileceğine ilişkin bir hükme rastlanmıştır.»

Bu durumda, özel yasasına göre açılmış, faaliyet gösteren teftişleri yapılan eczanelerin, belediye görevlilerince değişik amaçlarla teftişlerinin önlenmesinin sağlanmasını... denilmektedir.

3 — Konunun iliniz merkez ve çevre belediyelerine duyurulmasını rica ederim.

İÇİŞLERİ BAKANI EMRİYLE
Karşılaştırılmıştır.

E. Zihni GÜRSOY
Müsteşar Yardımcısı

—oOo—

TİCARET VE SANAYİİ ODASINDAN İSTİFA ETME ŞEKLİ

6643 Sayılı Türk Eczacılar Birliği yasasına göre Eczacı Odalarına kayıt olma zorunluluğuna rağmen, 5590 sayılı Ticaret ve Sanayii Odaları yasasına göre eczacıların bu odalara kaydolmaları zorunlu değildir. Kayıtlı iseler dahi istifa edip kayıtlarını sil-direbilirler.

Son günlerde Odamıza bu konuda başvurular yapılmakta ve çözüm yolları sorulmaktadır. Geçmişte bültende açıklamaları yapmış olmakla birlikte bazı konuları bir kez daha yinelemek istiyoruz.

Eczacı üyelerimiz 1980 yılının aidatını ödedikten sonra, 1981 yılının aidatını ödemek istemiyorlarsa aşağıdaki örneğini vereceğimiz istifa yazısını Noterlik kanalıyla Ticaret ve Sanayii Odası Başkanlığına göndermelidirler. Bundan sonra aidat için icra memurluğuna ait Ödeme Emri gelirse ilk beş gün içinde istifa yazısı örneği ile birlikte icra Memurluğuna itiraz edilmelidir.

İSTİFA YAZISI (ÖRNEK)

KEŞİDECI : Ecz. Ahmet Genç
Adres : Adem Yavuz Sok. No : 5/72
Kızılay/ANKARA

MUHATAP : Ankara Ticaret ve Sanayii Odası Başkanlığı

KONU : Ticaret ve Sanayii Odası üyeliğinden istifa ettiğime ilişkindir.

OLAY

: 1 —..... günü odanıza kayıt yaptırmış
nolu odanız üyesi bulunmaktayım.

2 — Odanızdan istifa ediyorum. Üyelüğümün
silinmesini talep eder, bundan böyle odanı-
za karşı yükümlülüğümün kalmadığının
bilinmesini rica ederim. Saygılarımla..

Sayın Noter, üç nüshadan oluşan bu istifanamenin bir örneği-
nin sizede bir tanesinin karşı tarafa gönderilmesi ile açıklamalı teb-
liğinde tarafıma verilmesini talep ederim.

TARİH

İmza

—oOo—

NÖBET CETVELLERİ

Ankara Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğünün isteği üzerine,
Odamız nöbet cetvellerinin basım ve dağıtım işini üzerine almıştır.
Hangi eczanenin hangi gün nöbet tutacağı ise yine eskiden olduğu
gibi Ankara Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğüne saptanacaktır.
Ve teftişlerde nöbet cetvelinin bulunup bulunmadığı kontrol edi-
lecektir. Basım işi Odamıza ek bir mali yük getireceğinden, cetvel-
ler kârsız denebilecek bir fiyatla satılacaktır. Nöbet cetvellerinin
eczanelere teslimi 29 Haziran tarihinden itibaren bizzat gelip Oda-
dan almak şeklinde olacaktır. Nöbet cetvellerindeki dipnotta Sağlık
ve Sosyal Yardım Müdürlüğü tarafından değişiklik yapılmıştır.
Üyelerimizin bu dipnot değişikliğini okuyarak titizlik göstermeleri-
ni diliyoruz.

—oOo—

ODAYA KAYIT OLMA ZORUNLULUĞU

6643 sayılı yasanın 1. maddesi bu konuya açık olarak bir zorun-
luluk getirmiştir. Eczacılık Fakülte veya Yüksek Okullarından mez-
zun olan her eczacı bulunduğu bölgedeki Eczacı Odasına bir ay
içinde kayıt olmak zorundadır. Kaldığı bu konuyu ihmal edenler
şimdiki halde veya gelecekte mutlaka bunun zorluklarını çekmek-
tedirler. Bir sürü zaman ve hak kaybına uğramakta, bunun ise te-
lafisi mümkün olmamaktadır.

İlgili Eczacıların bu konuya titizlik gösterip bir an önce bulun-
dukları bölgedeki Eczacı Odalarına kayıtlarını yaptırmaları kendi
yararlarına olacaktır.

BASINDAN SEÇMELER

Ankara Eczacı Odası Başkanı Ecz. Nermin USAL «Tam Süre» yasa tasarısına ilişkin görüşlerini şu şekilde açıklamıştır.

Kamuoyunda «Tam Gün» diye adlandırılan, sağlık personelinin Tam Süre çalışmasına ilişkin yasa taslağında Eczacıların kapsam dışı bırakılmalarının sözkonusu edildiği izlenimini edinmekteyiz. Eğer bu şekilde yasa gerçekleşecek olursa Kamu Sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan 2000'e yakın Eczacı, Sağlık personeli sayılmayacak demektir.

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin üretiminde etkin görevler almak durumunda olan; günümüz şartlarında yaşayan pekçok kimsenin sağlıklı durumda kalması, yada hastalık denilen olayın iyileştirilmesinde önemli rolü olan İLAÇ konusunda yapımından - kullanımına dek tartışılmaz biçimde TEK OTORİTE olan Eczacıların, Sağlık personeli kavramı dışında bırakılmak istenmesi son derece üzücüdür.

Elde edilen sağlık hizmetlerinin gerçekçi biçimde düzenlenmesi yoluyla; yetişmiş, nitelikli sağlık elemanı olan Eczacıdan en verimli hizmetin sağlanması mümkündür. Eğitim - öğretim masrafları açısından en pahalı olan meslek grupları içinde 3. sırada yer alan Eczacıyı yok saymak doğru olmasa gerektir.

Tüm bunları dikkate almaksızın, günden güne ekonomik koşulların zorluğunu fazlaca duyan Eczacılık bilim ve mesleğinin onurunun zedelenmesine izin verilmemesi en büyük dileğimizdir.

Ankara Eczacı Odası Başkanı Eczacı Nermin USAL : Geleneksel «14 Mayıs ECZACILIK GÜNÜ» dolayısıyla «Eczacılık Bilim ve mesleğinin sağlık sorunlarımızın çözümünde üzerine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirerek, onurlu yerini alacağını» söyledi.

Ülkemizin sağlık sorunlarının tartışılması, çözümler aranması bugünlerde özel bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin dengeli ve eşit olarak dağılımının sağlanabilmesi, herkese yeterin-

ce ve nitelikli koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetinin ulaştırılması bu tartışmaların odak noktası olmalıdır.

Sağlık hizmetleri üretiminde; yetişmiş, nitelikli insan gücü özel bir yer tutmaktadır. Bu görevler için Eczacılar'dan gerçek bir değerlendirme ile en yüksek verim sağlanabilir. Kamuoyunda yanlış anlamalara yol açan «Eczacı Fazlalığı» olayının gerçek bir değerlendirme sonucu olmadığı kanısındayız. S.S.Y.B. bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarında 700 kadroya karşılık yaklaşık 800 eczacı görev yapmaktadır. S.S.Y.B., S.S.K., K.i.T'ler, Belediye'ler, diğer Bakanlıklar dahil tüm Kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan eczacı sayısı 2200 dolayındadır. Buradaki görüntüler gerçek istihdam alanlarına göre değerlendirilmeyip, yıllar önceki kadro kıstaslarına göre ayarlandığında fazlalık gibi görülmektedir. Oysaki gerçekçi olarak kadro kıstasları bulunduğu anormal sibi gözükken fazlalıkların olmadığı ortaya çıkacaktır.

Bu da yeni istihdam alanlarının açılması, rasyonel yararların sağlanabileceği, yeteneklere göre en verimli hizmetlerin alınabileceği; üretim alanında yapılacak atılımlarla gerçekleştirilebilir. Kamu Sağlık kuruluşlarında serum üretimlerinin, ilaç üretimlerinin yaygınlaştırılması, Klinik Eczacılık kavramlarının gelişmesi; yerleşim ve uygulama alanlarında yeni ufuklar açmaktadır.

Böylece Tam - Gün yasası tartışmaları sırasında da Eczacılık Mesleği üzerinde haksız görüşler belirmeside önlenilecektir.

Ülkemizde gerçek anlamıyla üretim alanında etkin ilaç sanayimiz kurulabilmiş değildir. En çok yarı sentez ve farmasötik şekle sokma biçiminde yaygınlaşmış ilaç yapımına karşın son yıllarda ilaç tüketim değerleri fazlaca artarak 1980 yılında 35 Milyar TL. ye ulaşmıştır.

Bu değerler bile ilaç üretimine gereken önemin verilmesi; bilimsel gelişmeler, kalite kontrolü, gerçek anlamıyla üretimin yapıldığı ilaç sanayimizin geliştirilmesi sonuçlarını ortaya çıkarmaktadır. Böylece ilaç fiyatlarının sürekli şekilde yaklaşık 6 aylık aralarla artmasının getirdiği sakıncalarda önlenilecektir. İlaç fiyatlarının sürekli artması toplum sağlığını tehdit etmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kısıtlaması yanında eczanelerde getirdiği olumsuz mali yükler açısından pek çok sorun doğurmaktadır.

14 Mayıs 1981 Eczacılar Günü dolayısıyla; ülkemizin sağlık sorunlarının en düşük düzeye indirilmesini; herkese eşit, dengeli ve nitelikli sağlık hizmeti ulaştırılmasını diler, Eczacılar olarak ülkemizin sağlık sorunlarının çözümünde üzerimize düşen görevleri yerine getirmeye çalışacağımızı belirtiriz.