

İLÂÇ ETKİLEŞMELERİ

Prof. Dr. Nedime ERGENÇ

PROF. DR. NEDİME ERGENÇ'İN KISA ÖZGEÇMİŞİ

9.11.1931'de Rize'de doğdu. İlk, orta, lise ve üniversite öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1954'te Farmasötik Kimya Asistanlığına atandı. 1954'de Dr. Pharm, 1960'da doçent, 1961'de eylemli doçent, 1969'da profesör oldu. 1980'de Farmasötik Kimya Kürsüsü başkanlığına getirildi. Farmasötik Kimya Anabilim Dalı ve Eczacılık Meslek Bilimleri Bölümü Başkanlıkları, Fakülte Yönetim Kurulu üyeliği ve 1968 yılından bu yana süren Fakülte senato temsilciliği gibi görevleri bulunmaktadır.

Bilimsel yayınları daha çok «Aktif alifatik C-H bileşiklerinin diazoniyum tuzları ile verdiği kenetlenme ürünlerinin yapısı ve bu yapı-lardan türeyen heterosiklik bileşikler» alanında yoğunlaşmıştır. Ayrıca «Petrümental yöntemlerle ilaçların miktar tayini» de çalışma alanlarındandır.

Prof. Dr. Aysel Gürsoy ve Prof. Dr. Öznur Ateş ile beraber hazırladıkları «İlaçların Tanınması ve Kantitatif Tayini» ve «Eczacılar için Organik Kimya» adlı iki kitabı vardır.

İLÂÇ YA DA ETKİLEŞİME GİRDİĞİ BEKLENEN ETKİ İLÂÇ GRUBU İLÂÇ MADDELERİ

ANALJEZİKLER

Aspirin

Alkol

Mide-barsak rahatsızlığı, ka-nama riski artar.

Kumarin sınıfı anti-koagülanlar (warfa-rin, dikumarol)

Antikoagülan etki artar (te-davinin stabilize edildiği hastalarda aspirinin küçük dozları antikoagülan etkiyi artırmayabilir. Ama yine de

Antienflamatuarlar
(fenoprofen, ibuprofen, naproksen)

Metotreksat

Probenesid
Sulfipiazim

analjezik - antipiretik etki için asetaminofen vb. kullanılabilir. Antienflamatuar etki için asetaminofen aspirinin alternatifi olarak kullanılmaz).

Aspirinle beraber kullanıldığında aspirinin antienflamatuar etkisi artmaz; ama aspirin fenoprofen ve naproksen'in atılımını hızlandırır.

Aspirin metotreksatı proteine bağlandığı yerlerden serbest hale geçirir ve etki artmasına neden olur.

Bu iki maddenin ürikozurik etkisini salisilatlar antagonize eder, bu nedenle gut tedavisinde bu ilaçlar alınırken aspirin kullanılamaz. Asetaminofen verilebilir.

NARKOTİK ANALJEZİKLER

Meperidin

SSS ne etkili yatıştırıcılar barbitüratlar, fenotiyazinler
Monamniksidaz anhibitörleri (hidrazin türevleridir. Fenzin, nialamid (tranilsipromin), izokarboksazid

Depresif etkiden artma olur

Narkotik etki artar. SSS üzerindeki depresör etki artar.

Propoksifen

Alkol

Aditif depresif etki solunum ve sinir sistemi depresyonlarına neden olur.

KALP - DAMAR İLAÇLARI

Kardiak
glikozitler
Digitalis
Digoxin,
Digitoxin

Barbitüratlar
(Fenobarbital)

Antibiotikler

Rifampisin

Digitoksin metabolizmasını artırır. Bu yüzden aynı cevabı almak için digitoksin dozunu artırmak gerekir.

Serum digoksin konsantrasyonunda yükselme olur.

Plazma digoksin seviyesinde düşme, kalp zafiyeti belirtilebilir görülür.

KALP - DAMAR İLAÇLARI

Kalsiyum preparatları	Kalsiyum i.v. yolla verilmesi, kardiyak, glikosidin etkisini artırır, ağızdan alınan kalsiyum, glikozidi etkilemez.
Dekstrotiroksin	Digitalis kullananlarda D-tiroksin günlük dozu 4 mg'ı geçerse aditif etkileşim olur ve bazı problemler görülebilir.
Verapamil	Digoksinin yarılanma süresi uzar.
K kaybına neden olan diüretikler (hidroklorotiyazid ve diğer tiyazidler; klortalidon; furosemid, etakrinik asid)	Potasyum kaybı, digitalisin (digoksinin) etkisini artırır ve zehirlenmeler görülür. Spironolakton, triamteren gibi K kaybı yapmayan diüretik-kullanılabilir, (spironolakton ile digoksinin yarılanma süresi uzar.
Glükoz infüzyonları	Yüksek miktarda karbonhidrat, digoksin toksisitesini artırır (serum K seviyesindeki düşme sonucu K'nın hücre içine kayması nedeniyle).
Sitostatik ilaç terkipleri (siklofosfamid, vinkristin, prokarbazin, prednison kombinasyonları)	Plasma digoksin seviyesini düşürürler.
Antikolinergik ilaçlar (propantelin)	Digoksin geç dağılan tablet halinde verilirse etkileşim olur.
Kinidin	Digoksin'in serum seviyesini yükseltir. Kombine tedavi yapılacaksa digoksin dozu % 50 azaltılarak istenmeyen etkiler önlenebilir. (digitoksin ile, digoksin kadar önemli değil)
Reserpin ve diğer rauwolfia alkaloidleri	Kardiyak aritmi riski artar. Hasta, yakın takibe alınmalıdır.
Reserpin ve diğer Rauwolfia alkaloidleri	Hipotansiyon, bradikardi, depresyon
Antihipertansif ilaç (Guanetidin)	

Levodopa

Alkaloidin etkisi azalır, kombine tedaviden kaçınmalı.

Trisiklik antidepresanlar (amitriptilin)

Reserpin, depresyonlu hastalarda durumu güçleştirir, bazen kendisi depresyona neden olur.

ANTİHEPERTANSİF İLAÇLAR

Çeşitli antihipertansif ilaçlar

Diüretikler, fenotiazinler (örneğin; klorpromazin, trisiklik antidepresanlar, vasodilatörler

Bunlar kan basıncını düşüren ilaçlardır. Antihipertansiflerle verilirken antihipertansif ilacın dozu yeniden ayarlanmalıdır.

Guanetidin

Alkol
Amfetaminler

Hipotansiyon riski artar. Hipertansif etkileri nedeniyle antihipertansif ilaçların etkisini azaltırlar. Birlikte verilmemeli.

Metilfenidat (minor nevroslarda, psiko-nevrolda)
Fenotiyazinler

Hipertansif etkisi nedeniyle antihipertansiflerin etkisini azaltır. Birlikte verilmemeli. Etkiyi azaltır. Fenotiyazinler kullanılacaksa Guanteidin yerine Metildopa verilebilir.

Trisiklik antidepresanlar

Guanetidin etkisini antagone ederler. Yerine metildopa kullanılabilir.

Propranolol

Hipoglisemik maddeler (İnsulin, tolbutamid)

Hipoglisemik maddenin etkisi artar.

DIÜRETİKLER

K kaybı yapan diüretikler

Digital glikozidleri

Yukarıda belirtildi

Hipoglisemik ajanlar (İnsulin, tolbutamid)

Diüretik, kanda glukoz seviyesini yükseltir. Bu nedenle hipoglisemik ilacın dozunu artırmak gerekebilir.

Spirolakton

Potasyum klorür

Spirolakton, potasyum kaybı yapmadığından KCI ile birlikte kullanıldıklarında hiperkaliemi olabilir. Beraber verilmemelidir.

ANTİKOAGÜLANLAR

Kumarin
antikoagülanları:

Warfarin,
Dikumarol

Bazı Anabolik steroidler (Metandrostenolon, oksimetalon)

Aspirin, salisilatlar
Antiasidler

Trisiklik antidepresanlar
Barbitüratlar (fenobarbital, sekobarbital, pentobarbital)

Antikoagülan etkide artış olur; ya doz azaltılmalı ya da Durabolin gibi bir anabolik steroid kullanmalı.

Antikoagülan etkide artış olur. Antikoagülan etkide azalma olur.

Aynı zamanda verilmemeli. Antikoagülan etkide artış yapabildiği bildirilmiştir.

Antikoagülan etki azalır. Doz artırılmalı. Ancak barbitürat kesilince antikoagülanın dozu yeniden ayarlanmalı. (Barbitürat yerine benzodiazepinler kullanılabilir.)

ANTİKOAGÜLANLAR

Kumarin

antikoagülanları :

Warfarin, Dikumarol

Kloramfenikol

Klofibrat

Dekstrotirosin

Glutetimid (hipnotik ve sedatif olarak kullanılan kısa etkili SSS depresanı)

Fenilbutazon ve oksifenbutazon

Antikoagülan etkide artış olur.

Antikoagülan etkide artış olur.

Antikoagülan etkide artış olur.

Antikoagülan aktivite azalır. (glutetimid yerine flurazepam kullanılabilir.)

Antikoagülan aktivite artar. Mide barsak yolunda ülserasyon ve buna bağlı olarak kanamalar görülür. Yerine antikoagülanla etkileşimi olmayan tolmetin verilebilir.

ANTİKOAGÜLANLAR

Warfarin,
dikumarol

Fenitoin

Kinidin

Rifampin
Sülfonil üre

Antikoagülan etki azalır, fenitoin etkisi artar. Kombine tedavi zorunlu ise hasta yakından izlenmelidir.

Antikoagülan etki artar. Kinidin yerine antikoagülanla etkileşimi olmayan prokainamid verilebilir.

Antikoagülan etki azalır. Antikoagülan, sülfonil ürenin metabolize olmasını engellediğinden sülfonil ürenin hipoglisemik etkisi artar.

Tetrasiklinler
Tiroksin
K vitaminleri

Antikoagülan etki artar.
Antikoagülan etki artar.
Antikoagülan etkiyi antago-
nize eder, birlikte kullanıl-
maz.

GASTROİNTESTİNAL İLAÇLAR

Antiasidler

Bisakodil (laksatif)

Antiasid alındıktan sonraki
ya da sütlü yiyecekten sonra-
ki bir saat içinde tablet filmi
midede erir ve iritasyona ne-
den olur.

Kumarin sınıfı anti-
koagülanlar (War-
farin)

Antikoagülanın etkisinde azal-
ma olur.

Antipsikotik ajanlar
(klorpromazin, prok-
lorperazin, triflupe-
razin, tiyridazin,
haloperidol)

Mg-Trisilikatlı antiasid kulla-
nılıyorsa bu, fenotiyazin gru-
bu antipsikotik ilaçların plas-
ma seviyesini düşürür. Anti-
asid fenotiyazinden ya 1 saat
önce ya da 2 saat sonra ve-
rilmelidir.

Tetrasiklinler

Antiasiddeki metalik iyonlar
ve tetrasiklin, zor absorpla-
nan kompleksler oluşturur.
İki ilaç 2 saat ara ile almırsa
problem çıkmaz.

HİPOGLİSEMİK İLAÇLAR:

İnsulin,
tolbutamid

Kortikosteroidler,
Dekstrotiroksin,
Diüretikler (Hidro-
kortizoid)

Kan glukoz seviyesini artırır-
lar. Hipoglisemik ilacı yeni-
den doze etmek gerekir.

Alkol

Fazla alkol, diabetli hastada
ağır hipoglisemiye neden
olur. Alkolik hastada Tolbu-
tamid'in yarılanma süresi kı-
salır. Çünkü alkol, karaciğer
enzimlerinin aktivitesini ar-
tırmıştır. Alkollü içki alan
hasta sülfonil üre türevi hi-
poglisemik alırsa disülfiram
(ANTABUS) kullanmış gibi
reaksiyonlar oluşur.

Propranolol

Hipoglisemik etkiyi artırır.

Diğer sülfonil
üreler :
Asetoheksamid
Klorpropamid
Tolazamid

M.A.O. inhibitör-
leri Fenelyin, iso-
isoksikoksazid, tra-
nilsipromin
Warfarin, dikumarol

Fenilbutazon

Hipoglisemiklerin etkisini kuvvetlendirir. Bu nedenle hipoglisemik dozajını azaltmak gerekebilir.

Hipoglisemiğin metabolizması, antikoagülan tarafından inhibe edilir ve hipoglisemiğin etkisi artar. Antikoagülan cevap da dikkatle izlenmelidir.

Sülfonil ürenin etkisini kuvvetlendirir. Doz azaltılması gerekebilir.

TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR:

Amitriptilin
Nortriptilin
Desipramin
İmipramin
Protriptilin
Doksepin

Antihipertansifler
(guanetidin hariç)

Guanetidin

Antihipertansiflerin etkisini potansiyelize ettiklerinden hipotansif etkide artma olur. Antihipertansif ilacın dozu azaltılmalıdır.

Trisiklik antihipertansiflerin etkisini antagonize eder. Guanetidin yerine metilpoda verilebilir.

M.A.O. İnhibitörleri

Trisiklik antidepresanlarla monoaminoksidaz inhibitörleri beraber kullanılırlarsa atropine benzer reaksiyonlar, konvülsiyon ve tremorlar oluşabilir. Kombine tedavi kontrendikedir; bir ajanın kullanımı bittikten en az 7-14 gün sonra diğerine başlanabilir.

Reserpin ve diğer
Rauwolfia alkaloid-
leri

Depresyonlu hastalarda kontrendikedir. Antidepresanlarla verildiğinde depresyon oluşursa reserpin kesilmeli.

Tiroid preparatları

Kombine tedavi, kardiyovasküler yan etkileri artırır.

MONOAMİNOKSİDAZ

(M.A.O.)

İNİHİTÖRLERİ:

İsokarboksazid
Fenelzin
Tranlycypromine

S.S.S. Depresanları
(barbitüratlar ve diğer
sedatifler, antipsiko-
tik ajanlar)

S.S.S. depresiyonunda etki artışı; her iki ilacın da dozu azaltılır.

Hipoglisemik - ilaçlar Hipoglisemik etkide artış olur, dozu azaltmak gerekir. Hipertansiyon görülür. Kullanılmaz, kontrendikedir.

Levodopa Hipertansiyon görülür. Kullanılmaz, kontrendikedir.

Narkotik analjezikler (Meperidin) Narkotik etkide ve S.S.S. depresyonunda artış olur. Birlikte kullanılmaları zorunlu ise her ilacın da dozu azaltılmalıdır.

İndirek etkili simpatomimetikler (amfetamin, efedrin, fenilefrin) M.A.O. enzimleri inhibe edilince, indirekt etkili simpatomimetikler adrenerjik sinir uçlarında biriken katekolaminleri, serbest hale geçirir. Şiddetli baş ağrıları, hipertansiyon krizi, kardiyak aritmi görülür. Kombine tedaviden kaçınmalı. Reçetesiz satılan, efedrin vb. simpatomimetikleri içeren soğuk algınlığı ve allerjiye karşı kullanılan ilaçlara da dikkat etmeli.

Tiramin içeren yiyecekler (peynir); alkollü içkiler

Barsak duvarındaki M.A.O. enzimleri tiramini metaboliz eder, birikmesini önler. Bu enzimleri inhibe eden ilaç kullanılıncaya norepinefrini serbest hale geçirir ve hipertansif reaksiyonlar görülür.

ANTİPSİKOTİK AJANLAR:

Klorpromazin

Antikolinergik, antiparkinson ajanlar (benztropin, triheksifenidil)

Antiparkinson ajanlar, antipsikotiklerin oluşturduğu ekstrapiramidal etkilere karşı kullanılır. Ancak antipsikotikler antikolinergik etki de gösterdiklerinden, başka antikolinergiklerle beraber kullanılırlarsa ağız kuruluğu, görüşün bozulması, barsak ve böbrek tembelliği görülür.

Antihipertansifler (guanetidin dışında) M.A.O. inhibitörleri (Tranylcypromine)

Hipotansif etkide artma olur. Doz ayarı yapılmalıdır. Antipsikotik aktivite artar. Her iki ilacın da dozu azaltılmalıdır.

**SEDATİF -
HİPNOTİKLER**
BÜTÜN SEDATİF Alkol
HİPNOTİKLER :

Barbitüratlar S.S.depresörleri
Kloralhidrat (Antipsikotik ajan-
Flurazepam lar)

Glutetimid
BARBİTÜRATLAR
(Fenobarbital,
Secobarbital

Kloralhidrat Kumarin sınıfı Anti-
koagülanlar

TEOFİLİN

Allopurinol

Simetidin

Eritromisin

Furosemid

Hidrokortizon

Grip aşısı

Ağır S.S.S. depresyonu. Be-
raber kullanılmamalı.
Ağır S.S.S. depresyonu. Bera-
ber kullanılmamalı.

Barbitüratlar, griseofulvinin
aktivitesini azaltır. Barbitü-
rat yerine başka bir alterna-
tif kullanılmalı.

Antikoagülan aktivite artar.
Başka bir hipnotik, örneğin
fluazepam kullanılabilir.

Teofilin metabolizmasını in-
hibe eder.

Teofilinin eliminasyon süresi
artar.

Astım nedeniyle teofilin kul-
lanan çocuklarda, eritromisin
etilsüksinat teofilinin serum
konstrasyonunda % 40 ora-
nında artışa neden olur.

Serum teofilin konsantras-
yonu artar.

Serum teofilin konstrasyonu
artar ve zehirlenme olur.

Teofilin eliminasyonu aza-
lır.

H2- RESEPTÖR
BLOKERLERİ:
Simetidin

Antikoagkülanlar
(Warfarin)
Benzodiazepinler
(klordiazepoksid,
diazepam, prazepam
ve lorazepam hariç)

Antiasidler
Karbamazopin

Digitoksin-kinidin
kombinasyonu,

Morfin
Fenitoin

Simetidininin Hepatik mikro-
zomal enzim oksidaz aktivite-
sini inhibe etmesi nedeniyle,
etkileri azalır.

Simetidininin etkisini azaltır.
Nörolojik toksik semptomlar
görülür.

Kardiotoksisite görülür.

Ölümcül etkileşim olur
Zehirlenme belirtileri görü-
lür.

Teofilin

Yarılma süresi uzar ve zehirlenme olur.

VİTAMİNLER :

Piridoksin
(vit. B6)

Levodopa

Levodopanin etkisini antagone eder. Levodopa alan hasta B6 vit. almamalı.

D vitamini

Fenitoin

Fenitoin, özellikle fenobarbital gibi diğer antikonvülsanlarla beraber kullanıldığında D vit. metabolizması artar. D vit. eksikliğine bağlı osteomalezi oluşabilir.

K vitamini

Kumarin sınıfı
antikoagülanlar

Antikoagülanın etkisini antagone eder. Antikoagülanlara karşı antidot olarak kullanılır. Birlikte kullanılmaz.

ORAL KONTRA- SEPTİFLER

Antikoagülanlar

Antikoagülanın etkisinde azalma olur; çünkü östrojen madde, plazmada pıhtılaşma faktörlerinin düzeylerini artırır. Antikoagülan kullanan hasta, kontraseptif kullanmamalıdır.

Antidiyabetikler

İnsülin ya da oral hipoglisemik madde gereksinimi artar.

Antihipertansifler
(Guanetidin, siklofentiazid, metildopa)

Kontraseptifin neden olduğu sodyum ve sıvı tutulmasına bağlı olarak antihipertansif ilacın etkisinde azalma olur.

Petidin (meperidin)

Analjezik etki artar. Petidin'in metabolizasyonu engellendiği için S.S.S. depresyonu görülür.

Fenotizayinler, reserpin, imipramin, klordiazepoksid

Prolaktin salgısı artar, meme hipertrofisi meydana gelir. Östrojen ve progesteron kombinasyonları, bu etkiyi potansiyalize eder.

Antibiotikler
(Ampisilin, rifampisin, tetrasiklinler);
Antikonvülsanlar
(fenobarbital, feni-

Oral kontraseptiflerin etkisini azaltırlar.

toin, primidon);
Kolesterol düşürücü
ilaçlar (Klofibrat);
Nonsteroidal antiinfla-
matuar ilaçlar (fenil-
butazon); Hipnotik ve
sedatifler (barbitürat-
lar, kloralhidrat, etk-
lorvinol, metakua-
lon)

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

İLAÇ YA DA
İLAÇ GRUBU

ETKİLEŞİME
GİRDİĞİ
İLAÇ MADDELERİ

BEKLENEN ETKİ

TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNU

BÖLÜM : III

Dr. Fahrettin EMİNOĞLU

Sağlık hizmetlerinin gerektiği düzeyde verilebilmesi için paranın büyük bir faktör olduğu şüphesizdir. Bilhassa kırsal alanda sağlık hizmetlerinin motorlu araca sahip ekiplerce daha iyi, zamanında ve geniş kapsamlı verilebileceği kesindir.

Yıllardan beri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın bütçesi genel bütçenin % 3 ünden daha az bir bölümünü teşkil etmektedir. Sağlık hizmetlerindeki ihtiyaca göre bu çok düşük bir orandır. Son 5 yılın bütçeleri ve Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı aşağıdaki tablodan görülmektedir :

Yılı	Genel bütçe (TL)	S. S.Y.B. bütçesi	Oranı %
1982	1.780.640.059.000	50.098.445.000	2.81
1983	2.558.902.000.000	75.226.785.000	2.93
1984	3.211.982.000.000	100.106.514.000	3.11
1985	5.412.082.049.000	137.462.000.000	2.53
1986	7.104.111.000.000	193.763.000.000	2.72

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesinin bir önceki yıl bütçesine göre oranı aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi genel bütçeye göre bir miktar fazlalık gösteriyorsa da bu, personel sayısındaki artış, maaşlardaki ve fiyatlardaki artışı karşılayamamış, yeni yıl bütçeleri bir evvelki yıla göre daha fazla bir yatırım ve çalışma olanağı sağlayamamıştır.

Bir yıl öncesine göre	Genel bütçenin artışı %	S. S.Y.B. bütçesinin artışı %
1983'te	43.70	46.22
1984'te	45.52	41.77
1985'te	37.36	37.31
1986'da	31.26	40.95

Bu dar bütçe olanakları yüzünden ihtiyaçlar karşılanamamış, araç-gereç temin edilememiş, hizmet vermek isteyen ocak tabibleri

ve yardımcılarını kendilerini kırsal alanda bekleyen vatandaşın ayağına götürerek aracı ve onun akaryakıtını çok zaman bulamamışlar ve yeterince köy gezisi yapamamışlardır.

Tedavi kurumlarında yeterince hizmet verilemediği ve vatandaşın yakınmalarının devamedegeldiği bir gerçektir. Gereken sağlık hizmetlerinin kapsam ve nitelik bakımından yarısı dahi verilememektedir. Memleketimiz, Avrupa Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ne dahil 24 üye arasında, yatak başına düşen 487 hasta ile, son sırada yer alacak kadar yatak sayısı yetersiz olan bir ülkedir. Buna rağmen birçok il ve ilçe hastanelerinde yatakların yarısı boştur. Bir genel cerrahın görevli olduğu 25 fiili yataklı, ameliyat ve doğumu için her imkânı olan bir sağlık merkezinde bir yıl boyunca 4 ten fazla hastanın bir arada yattığı görülmemiştir. Genellikle yataklı tedavi kurumlarının polikliniklerinde bir uzman tabibe bakamayacağı, en azından herbiri ile yeterince ilgilenemeyeceği sayıda hasta isabet etmektedir. Bugünkü koşullarda hekimler yeterince laboratuvar araştırması ve inceleme yapamamakta ve çoğunlukla klinik teşhisle ve bu teşhise dayalı tedavi ile yetinmek zorunda kalmaktadır. Hastanelerin gerek eskiyen cihazlarının yenilenmesi ve gerekse teşhis ve tedavi için yeni elektronik cihazlar temini mümkün olamamaktadır. Bugün hâlâ modası geçmiş, miyadı dolmuş nakoz cihazları ile hasta uyutulan ameliyathanelerimizin sayısı oldukça fazladır.

Aksi iddia edilemez ki Anayasamızın 56 ncı maddesinin üçüncü fıkrasındaki «...sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermesini düzenler.», Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri hakkındaki 181 sayılı KHK.nin amaç maddesindeki «...sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermelerini temin etmek» şeklindeki ifadeler ve sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması ve bu şekilde sunulması inancının birçok yetkili çevrelerce sık sık ifade edilmesine rağmen, bugün birçok bakanlık ve genel müdürlüklerle katma bütçeli idarelerin olanakları oranında kendi sağlık teşkilâtlarını ve hastanelerini kurma girişimleri ve bu suretle sağlık hizmetini daha dağınık bir duruma sokmaları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının bu hizmeti gereğince verememesinden, devlete ve millete mal olmuş, gerçek anlamda bir sağlık hizmeti sunamamasından kaynaklanmaktadır.

Hekimi huzursuz eden, vatandaşların haklı haksız yakınmalarına neden olan, hizmette istenileni veremeyen ve yanlış bir deyimle «yarım gün çalışma» denen sistemin artık bu topluma uymadığı meydandadır. Konunun halli için gerçekçi olmak, duruma hissi yönden bakmamak gerekmektedir : Diğer bütün sanatların başarılı olamaması

halinde ziyan olan «canlı olmayan madde yani eşya» dır. Bu sanat-
larda ızdırap ve keder söz konusu değildir. Hekim sanatını icra eder-
ken söz konusu olan ise insan yaşamıdır. Kesip diktiği, ve tedavi
için uğraştığı «canlı» dır ve bu canlı «insan» dır. Hekimlik sanatı-
nın icrası geciktirilemez. Hekim yoruldu diyemez. Muzdarip has-
ta, kederli yakınları hekimin gözünün içine bakmakta, çok zaman
ondan mucize beklemektedir. Hekimliğin başka mesleklerle ve sa-
natlarla kıyaslanmaya imkân ve tahammülü yoktur. Aslında bu ger-
çek herkesçe bilinmekte, fakat itiraftan ve gereğinin yapılmasın-
dan kaçınılmaktadır.

Kamu kesiminde çalışan hekimden bir yandan saat 8.00 den
16.00 ya kadar memuriyetinin gerektirdiği hizmet istenirken diğer
yandan muayenehane açıp mesleğini serbest olarak icra etmesine
izin verilmektedir. Bu, en iyi niyetli hekimin kafasını ve gönlünü
ikiye bölmekte ve hekim iki tarafta da istenileni verememekte, bek-
lenen sonucu elde edememektedir. Sistem ister istemez hekimî, fır-
sat buldukça, öğlen yemeğinden de fedakârlık ederek, muayeneha-
nesinde bekleyen hastasına bakabilmek için zamanı değerlendiri-
me çabasına düşürmektedir. Gereğinde 4-5 günde bir nöbet tutan,
gün aşırı veya üç günde bir acil nöbetinin gerektirdiği hizmetleri de
gece gündüz yapan hekimden bu hizmetlerinin bedeli esirgenmek-
tedir. Küçük şehir ve kasaba hastanelerinde ve sağlık ocaklarında
çalışan hekimler devamlı olarak görevdedir. Çalışma saatleri ile hu-
dutlandırılması mümkün olmayan sağlık hizmetinden gece de tatil
günleri de sorumludur.

1983 seçimlerinden sonra iktidara gelen hükûmetin 17 Aralık
1983 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisine sunduğu programda
«Vatandaşlarımızın bedeni ve ruhi sağlığının korunması için gerekli
tedbirleri almanın veya alınmasını temin etmenin devletin asli gö-
revleri arasında olduğu» vurgulandıktan sonra «Sağlık hizmetlerin-
den bütün vatandaşlarımızın en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak
temel hedeflerimiz arasındadır. Bu maksatla sağlık hizmetlerinin va-
sıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formalitelerden uzak ve ülke sathın-
da dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması sağlanacaktır. Doktor ve
sağlık personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinin, hizmeti
isteksiz hale getiren zorlama yerine teşvik edici politikaların faydalı
olacağına inanıyoruz.», bir paragrafında «Sağlık hizmetleri bir bütün
olarak ele alınarak, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklarla daha te-
sirli mücadele için koruyucu hekimliğe önem verilecek...», başka bir
paragrafında «Çocuklarımızın, daha doğmadan önceki safhadan
başlamak üzere, gelişmelerinin her safhasında ihtiyaç duyulan her

çeşit ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine büyük önem verilecektir...» denmektedir.

Devletin asli görevleri arasında olan sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak, vatandaşın ayağına götürmek, bu hizmetlerden bütün vatandaşlarımızın en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak, koruyucu hekimliğe önem vermek, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine önem vermek ve benzeri sözler yıllardan beri duyulmaya alışılacelmiş sözlerdir. Ancak uygulamanın şekli, geliştirilecek sistem hakkında hiçbir açıklama yoktur. Bugün ortada olan bir gerçek vardır ki o da 224 sayılı kanunun birçok yönden uygulamadan kaldırıldığı, temel sağlık hizmetlerinin gerilediği, il ve ilçe sağlık ocaklarının büyük bir kısmının, hatta ana-çocuk sağlığı başkanlıklarının hastanelerin ve doğum evlerinin içine sokularak etkinliklerinin azaltıldığıdır. Temel sağlık hizmeti verecek birimlerin tedavi hizmeti vermekle yükümlü kurumun içine sokarak görünüşte hizmetleri birleştirmek düşüncesi ancak hizmet etmez, bilâkis hizmeti engeller, verimsizleştirir.

Kişisel ve diğer bazı sebeplerle köy sağlık ocaklarından ve sağlık evlerinden birçok ebe ve diğer yardımcı sağlık personeli ile tabibler merkezlerdeki kurum ve kuruluşlara atanmış ve bu suretle bir nebze vatandaşın ayağına ulaştırılmış olan sağlık hizmetleri geri çekilmiştir. Bir yanda kadrolar boş dururken diğer yanda hekim ve diğer sağlık personeli yığılmaları meydana gelmiştir. Bu suretle, memleketin daha çok bu personele ihtiyacı olmasına rağmen, büyük bir hizmet gücü atıl duruma getirilmiş olmaktadır. Gene bir yandan sağlık ocaklarının kadroları zayıflatılırken hizmet geriletilirken diğer yandan hiçbir ilmi gerekçeye dayanmayan politik sağlık ocakları açılması bir hizmet sayılmaktadır.

Hekim ve diğer sağlık personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinin zorlama yerine hangi teşvik edici politika ile yapılacağı bugüne kadar açıklanmamış ve bu konuda herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Buna mukabil zorunlu hizmete tabi tabiblerin atamalarında 2514 sayılı kanuna aykırı uygulamalar yapılmaktadır.

Bütün bu belirttiğimiz noksanlıklar, yanlış uygulamalar, karşılanamayan personel, araç-gereç, ödenek ihtiyaçları ve uygulama karşılığı içinde gereken seviyede sağlık hizmeti verilebileceğini, Anayasanın 56 ncı maddesinin, ilgili kanunların gereklerinin, hükümetlerin programlarındaki vaatlerin yerine getirilebileceğini iddia etmek bile mümkün değildir.

(Devamı var)