

İSHALDE AĞIZDAN SIVI TEDAVİSİ UYGULAMASI VE ECZACININ BU KONUDAKİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI - I -

İSHAL SALGINI

MİLLİYET HABER AJANSI
H AYVALARIN aumnu de bir-
küte özellikle Güneydoğu ve
Çukurova bölgelerinde ishal-
salgını başladı. Gazian-

İshale özümlü ilaçlar-
sayısında, özellikle Güneydoğu ve Çukurova bölgelerinde büyük artış oldu. Erzurum'da sağlık Müdürlüğü ekiplerinin Kent İçindeki 350 çocuk çeşmesinde yaptıkları araştırmada, 285 çeşmenin suyunun kelli babil ve çeşitli mikroptar taşıdığı belirlendi.

dan olduğu Adana Devlet Hastanesi'nde de hasta sayılarının artmasıyla birlikte bu hastalığın tedavisi için hasta sayısında artış oldu. Adana Devlet Hastanesi Çocuk Servisi doktorlarından Figen Öğün, ishal ve bu konuda ciddi tedaviler alınmasıyla ishalin ölümlerde gerilettiğini büyük ümitle belirtiyor.

● Kendi çocuklarını, kendileri tedavi ediyorlar
● Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Servisi'nde açılan "İshal Tedavisi" dersleri
● Nihal TOKLU • ANTALYA (MİL-HA)

İshale dikkat
Yılda 30 bin çocuk ishalden ölüyor

VURAL AHI
Ülkemizde ishalden yılda 30 bin çocuğun öldüğü belirtiliyor. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı tarafından düzenlenen, ancak çok az sayıda eczacının katıldığı "Yaz İshalleri ve yeni tedavi yöntemleri" konulu panelde konuşan Prof. Dr. Ötay Neyzi, "Çocuk ishallerinin bol olduğu ülkemizde, çeşmelerden su alın-

dıkça çocuklarımızın bu hastalıklardan korunmaları olanaksızdır" dedi. Neyzi, özellikle büyük kentlerden uzaklaştıkça çocuk ishal ve güneydoğu bölgelerimizde bu artışın belirgin bir biçimde görüldüğüne işaret etti. Ötay Neyzi, "Ülkemizde yaygın olan ishal, 0-4 yaş grubu çocukların ölümlerinin en önemli nedenleri arasında, 0 yaş grubunda üçüncü, 1-4 yaş grubunda ise

Devlet Hastanesi'nde anneler ishale yakalanan çocuklarını doktor kontrolünde...



Uygulanmalı tedavi Antalya Devlet Hastanesi Çocuk Servisi'nde açılan "İshal Tedavisi" dersleri ishale yakalanan çocuklarının tedavilerini doktor kontrolünde kendileri yapıyorlar.

14 Mayıs 1987 tarihinde Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde yapılan Eczacılık Günü kutlama programında GATA Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Süleyman ÇELİK tarafından sunulan AST konusundaki serbest bildiriye eczacılar açısından taşıdığı önem nedeniyle 2 bölüm halinde yayımlıyoruz.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) çocuk ölüm oranlarına göre ülkeleri 4 sınıfa ayırmıştır. Buna göre, 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm oranı 1000'de 175'in üzerinde olan ülkeleri ölüm oranı çok yüksek olan ülkeler; 95-174 arasında olan ülkeleri ölüm oranı yüksek olan ülkeler; 30-94 arasında olan ülkeleri ölüm oranı orta olan ülkeler; 30'un altında olan ülkeleride ölüm oranı düşük olan ülkeler diye sınıflandırmıştır. Ölüm oranı çok yüksek olan ülkeler listesine baktığımızda Asya, Afrika ve Latin Amerika'nın geri kalmış ülkelerini görüyoruz. Afganistan, Etyopya, Bangladeş, Mali, Yemen, Sudan, Nijerya, Bolivya, Uganda gibi. Ölüm oranı yüksek olan ülkeler listesinde aynı kıtaların daha gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeleri ile petrol geliri olan Arap ülkeleri var. Türkiye de bu grupta. Ölüm oranı bizden az olan (orta) ülkeler arasında Brezilya, Filipinler, Meksika, Suriye, Ürdün, Kore, Romanya ve Yugoslavya gibi ülkeler var. Çocuk ölüm oranı düşük (0.30'un altında) olan ülkeler Romanya ve Yugoslavya hariç Batı ve Doğu Avrupa ülkeleri ile Kuzey Amerika (yani ABD ve Kanada) dışında Japonya, İsrail, Jamaika ve Kostarika gibi ülkeleri görüyoruz.

Şimdi bu ülkeler arasından bazı örnekler seçip UNICEF verilerine göre bunların ekonomik ve eğitim düzeylerine göz atalım (Tablo 1). Tablo'da ülkelerin 1985 sayımına göre 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm oranını, ABD Doları olarak kişi başına düşen gayri safi milli hasılabarını (biz kısaca ulusal gelirleri diyelim 1984 yılı), gerekenin % si olarak kişi başına sağlanan günlük kalori miktarını (1983 yılı verileri), erişkin okur-yazar oranı ve okur-yazar oranının dışında eğitim düzeylerine biraz daha yakından bakabilmek için ortaokula devam oranını aldık. Kuşkusuz bu iki veri yani okur-yazar oranı ile ortaokula devam oranı bir ülkenin eğitim düzeyini göstermek için yeterli değildir. Eğitim düzeyinin göstergesi olarak daha değerli başka

birçok gösterge vardır.

Örneğin kitap satışı, gazetelerin tirajı, radyo-tv gibi kitle iletişim araçlarının sayısı gibi.

Listenin başına çocuk ölüm oranı çok yüksek olan ülkelere bir örnek aldık. Tipik bir geri kalmış Afrika ülkesi olan Mali; Ulusal geliri 140 dolar, insanları günlük kalori gereksinimlerinin ancak % 68'ini alabiliyor, okur-yazar oranı % 23 (E), % 11 (K) ve ortaokula devam oranı % 10-% 4. Ölüm oranı yüksek olan ülkeler arasında 3 petrol zengini arap ülkesi ile Türkiye'yi aldık. Tablodaki görüldüğü gibi Libya ve Suudi Arabistan'ın ulusal gelirleri, çocuk ölümleri ile olan ülkeler grubuna dahil Avrupa ülkelerinden Portekiz, Yunanistan ve İtalya'dan daha yüksek. Buna karşılık eğitim durumlarına baktığımızda, özellikle kadın nüfusunda büyük bir eğitim noksanlığının olduğunu görmekteyiz. Görüldüğü gibi kadınlar arasında okur-yazar oranı Libya'da % 50, Cezayir'de % 37, Suudi Arabistan'da % 12, Türkiye'de % 62. Buna karşılık bu oran çocuk ölüm oranının az olduğu Portekiz'de % 80, Yunanistan'da % 88, İtalya'da % 96, İsveç'te % 100.

Kadınların çoğunluğunun çalıştığı gelişmiş ülkelerde çocukların eğitim ve bakımında kreşlerin ve anaokullarının önemli rolü vardır. Ancak kreş ve anaokullarının yeterli sayıda olmadığı, kadınlarının da çoğunluğunun çalışmadığı gelişmekte olan ülkelere çocukların eğitim ve bakımı birinci derecede annelerin omuzundadır. Yani toplumların eğitim ve kültür düzeylerini, bir bakıma annelerin eğitim ve kültür düzeyleri yansıtar diyebiliriz. Gene tabloya bakarak çocuk ölüm oranlarının annelerin eğitim düzeyleri ile ters orantılıdır diyebiliriz.

Konumuz olan ishale bağlı ölümler, çocuk ölümleri arasında ilk sırayı almaktadır. Ki Dünya'da ishale bağlı dehidratasyon sonucu her 5 saniyede bir çocuğun öldüğü hesaplanmaktadır. Bu yılda 5 mil-

yon çocuğun ölümü demektir. Maalesef bu ölümlerin tahminen 30 binini Türk çocukları oluşturmaktadır.

İshal nedenleri olarak bir çok faktör sayabiliriz. Çevresel faktörler diyebiliriz, kanalizasyon, sağlıklı içme ve kullanma suyu, vs. bunları biliyorsunuz.

Bu şekilde bizim toplulumumuzun da içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde, özellikle kadınlarımız arasında olmak üzere, bir eğitim daha doğrusu eğitimsizlik sorunu olduğunu saptadıktan sonra eczacının görev ve sorumluluğu da ortaya çıkmış olur. Bu da eğitimidir. Eczacının görevi ve sorumlu olduğu eğitim alanı da ilaçların bilimsel bir şekilde kullanılması yani uyuncu sağlamaktır. Uyuncu bilindiği gibi, genel de hekimin çizdiği tedavi tablosuna ve direktiflerine hastanın riayet etmesidir. İlaçların kullanılması konusunda uyuncun sağlanmasında ise eczacının büyük sorumluluğu vardır. Hasta ilacı günde kaç kez alacak?, kaç gün süreyle alacak? Nasıl alacak? İlaçlar arasında bir etkileşme var mı? Tüm bunların hastaya anlatılması eczacının görevidir. Eczacının konumuzla ilgili görev ve sorumluluklarına gelince;

Eczacının genelde bir temel sağlık sınıfı elemanı olarak halkın sağlığı ile doğrudan ilgili ve sorumlu olduğu kuşkusuz. Özelde ise "İshalde ağızdan sıvı tedavisinin" de içinde bulunduğu hiperalimentasyon denilen oral ve parenteral beslenme doğrudan eczacının görev alanı içindedir. ABD'de hastane eczacıları hastanenin hiperalimentasyon timinin içindedir. Bir hastaya nasıl bir beslenme rejimi uygulanacağına hekim, eczacı, hemşire ve beslenme uzmanından ibaret bir ekip hastanın başında, hastanın durumunu inceleyerek karar verir. Her hastaya özgü oral veya parenteral besinin hazırlanmasını ise doğrudan eczacı yapar. Hastane eczanelerinde bunun için ayrı bölümler vardır. Burada ekibin verdiği karara göre eczacı hasta için gerekli yağ, protein, karbonhidrat,

vitamin, elektrolit, eser element vs. hesabını yapar. Bunları laminar flow altında karıştırır. Nasıl uygulanacağını etiketine yazar ve hastanın kliniğine teslim eder. Hiperalimentasyonun dışında parenteral çözümlerin hastaya uygulanacak şekilde hazırlanması eczacının görev alanı içindedir. Burada büyük hacimli infüzyon çözümlerine diğer ilaçların karıştırılmasının dışında, parenteral yoldan uygulanacak tüm ilaçlar eczanede enjektöre çekilip kliniğe öyle verilmektedir. Seyreltilerek injekte edilecek veya infüze edilecek ilaçlar burada hazırlanmaktadır. Tabi hepsi GMP'ye uygun koşullarda, laminar flow altında.

İlaçlar arasında geçimsizlik var mı, etkileşme var mı? Hasta ilacı nasıl alacak? İlaç-besin etkileşmesi söz konusu mu? Bunlar hep eczacının sorumluluğundadır. ABD ve diğer ileri ülkelerle aramızda imkan farkları çok var. Onlar tamamen bilgisayarla donanmışlar. Bir reçete geldiğinde, bilgisayara hastanın kod numarası (sosyal güvenlik numarası) yazıldığı zaman ekranda hastanın tüm geçmişi ortaya çıkıyor. Hastalığı nedir, sürekli bir ilaç alıyor mu? Reçetede ki ilaçlar arasında bir etkileşme var mı? Bunlar görünüyor. Eczacı buna göre ilacın kullanma talimatını yazıyor ve bu etiket şeklinde bilgisayarın yazıcısından alınarak ilacın kabına yapıştırılıyor. Şimdi bizde böyle imkanlar yok, biz bunları yapamayız deyip topu üzerimizden atabilir miyiz? Atmamamız gerek. Çünkü bu bizim görevimiz, sorumluluğumuz. Örneğin ilaç etkileşmeleri konusunda bilgisayarımız yok diye birşey yapamayacak mıyız? Ankara Eczacı Odası, İngiltere'de beraber çalıştığımız Dr. Stockley tarafından hazırlanmış olan ilaç etkileşmeleri tablosunun Türkçesini bastırıldı ve sanıyorum tüm üyelerine de dağıttı. Kullanılışı çok kolay, pratik bir tablo. Türkçe baskısı da orijinalinden daha güzel.

Şimdi buradaki eczacı arkadaşlara, elinize bir reçete geldiğinde, acaba bu reçetede ki ilaçlar arasında bir etkileşme var mı diye bu tabloya kaç kez baktınız de-

sem nasıl bir cevap alırım? Merak ediyorum.

Bir görev sorumluluğunu da beraberinde taşır. Bir göreve talip olan kişi sorumluluğunu da taşıyacak kapasitede olmalıdır. Eğer siz o sorumluluğu taşıyabilecek kapasitede olursanız. Kendinizi kabul ettirirseniz o görevi de eninde sonunda alırsınız. O zaman mesleki işlevlerimiz iyileştirilmiş ve eczacı da sağlık hizmetleri içinde etkin bir yer almış olur. Yok biz sadece hekimin yazdığı ilaçları raftan alıp verirsek o zaman bir yardımcı sağlık personeli muamelesi görürüz. Bunun için ne yapmak gerek? Sürekli eğitim gerek. Eğer bir kişi fakülteyi bitirdikten sonra bir daha kitap sayfası açmazsa o kişi bir kaç sene sonra bomboş bir kişi olur ve toplumda da o şekilde muamele görür. Gene ABD'deki eczacılara gelecek olursak. Orada bildiğimiz gibi hastane eczacılığı, klinik eczacılık gibi uzmanlık dalları var. Bazı fakültelerde 6 yıllık eğitim uygulanıyor ve buradan mezun olanlara Pharm.D. derecesi veriliyor. ABD'de bildiğiniz gibi uzmana önem verilir. Boş lafa kulak asılmaz. Bir kişi kendi uzmanlık alanını çok iyi bilir. Onun dışında bilmiyorum der. Uzmanlık alanlarında kendilerini kabul ettirmiş eczacılar da sağlık hizmetinde gereken yerlerini almışlardır. Bunların reçete yazma yetkisi vardır. Tedaviyi planlarlar. Tedavi için en etkin ve en ucuz ilaç hangisidir? Bunun seçimini eczacı yapar. Amerikan eczacıları bu düzeye nasıl gelmişlerdir? Dediğim gibi sürekli eğitimle. Eğitimi planlayan, yönlendirenler ise eczacı odaları ve eczacılık fakülteleridir. Örneğin bir öğrencinin yanında staj yapabileceği eczacıyı eczacılık fakülteleri seçer. Bunlara proseptör denilir. Sertifika verilir. Manevi değerinin yanında, bu o kişinin yükselme, maaşının saptanması gibi durumlarda göz önüne alınan bir belgedir. Eczacı odaları ise eğitimi doğrudan yönlendirdikleri gibi yaptırım uygulama yetkileri de olan kuruluşlardır. Bir defa ecza-

cılık fakültesini bitiren bir kişi mesleğini icra edebilmesi için çalışacağı eyaletin eczacı odasına kayıt olmak zorundadır. Bunun için de bir sınava tabi tutulur ve ancak başarsa kayıt edilir. Yani bir eczacılık diplomasına sahip olmak, eczacı odasına kayıt olmak ve dolayısıyla mesleğini icra etmek için yeterli değildir. Sınavı kazanması şarttır. İş biter mi? Yani eczacı bundan sonra kitaplarını kapatıp bir kenara atar mı? Hayır. Bundan sonra da oda tarafından düzenlenen sürekli eğitim programlarını izlemesi gerekir. Bunlar, düzenlenen seminer, bilimsel toplantı ve kongrelere katılmaktan, mesleki dergilerde çıkan sürekli eğitim sorularını cevaplandırıp göndermeye kadar değişir. Bu etkinliklere katılmayan bir eczacının odadan kaydı silinir ve bu kişi bundan sonra o eyalette bir daha eczacılık yapamaz. Bu nedenle odalara kayıt olmak çok önemlidir.

İshalde ağızdan sıvı tedavisi uygulamasında eczacının göreve talip olabilmesi için bilmesi gereken bazı konuları şu şekilde sıralayabiliriz. Vücudun sıvı hacmi nedir? Bunun bebeklerde, çocuklarda ve erişkinlerdeki oranı nedir? Elektrolit dengesi nedir? Milimol, milliekivalan hesabı nasıl yapılır? Asidoza karşı nasıl önlem alınır? Hangi durumlarda AST yeterlidir? Hangi durumlarda i.v. tedaviye gerek vardır. Potasyum kaybı ne yapar? Fazla miktarda potasyum içeren yiyecekler nedir? Lifli, posalı besinler nelerdir? Bunlar sindirimi nasıl etkiler, vs. Bunları ve genelde tüm ilaçları hastaların rasyonel bir şekilde kullanmalarını sağlayabilmesi için eczacının en başta temel fizyoloji ve anatomi bilgisine sahip çok iyi bir farmakoloji nosyonu olması gerekir. Bunun için Eczacılık Fakültelerinin eğitim programlarında da değişiklik yapmak gerekmektedir.

Daha fazla zaman kaybetmeden programa klinik eczacılık da dahil edilmelidir. Hastane eczacılığı geliştirilmeye çalışılmalıdır. Hiç değilse üniversite hastaneleri-

ne birer laminar flow alıp parenteral preparatların karıştırılması için seksiyonlar oluşturmaya çalışmak gerekmektedir. Eczacılık fakültelerinde hocalarımızın bu tür program değişikliği konularında çalışmalar yaptıklarını biliyoruz. Ancak bu tür

değişikliklerin yapılması uzun zaman alabilir. Bu arada eczacı arkadaşlarımıza düşen sorumluluk kendi kendilerini eğitmek, fakültedeki boşluklarını doldurmaya çalışmak ve sürekli eğitimin önemine inanmak olmalıdır.

Tablo 1. Bazı Ülkelerin Ekonomik ve Eğitim Düzeyleri ile Çocuk Ölüm Oranları

ÜLKELER	5 yaşın altında ölüm oranı (binde) 1985	Kişi başına GSMH (ABD \$)* 1984	Gerekenin % si olarak kişi başına sağlanan günlük kalori (1983)	Okur-yazar yetişkin** yüzdesi (E/K) 1985	Ortaokula devam oranı (E/K)** 1982-1984
Mali	302	140	68	23/11	10/4
Libya	130	8520	155	81/50	—
Cezayir	117	2410	115	63/37	50/35
Suudi Arabistan	109	10530	134	35/12	42/28
Türkiye	104	1160	123	86/62	47/28
Portekiz	22	1970	124	89/80	41/46
Yunanistan	18	3770	144	97/88	84/80
İtalya	13	6420	140	98/96	75/74
İsveç	8	11860	116	100/100	80/90

Kaynak: *The State of the World's Children-1987 (UNICEF)*

* GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

** E : Erkek, K: Kadın