

ŞUBAT - MART 2008 SAYI: 104

## 11 BAŞYAZI

## 12 TDB GÜNDEMİ

**12- ASGARI ÜCRET TARİFESİ NEDEN BEKLETİLİYOR?** Sağlık Bakanlığı 2008 Asgari Ücret Tarifesi'ni hâlâ onaylamadı. TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre sürecin nasıl geliştiğini dergimiz için yazdı.

**13- EMEK ÖRGÜTLERİ ANKARA'YA YÜRÜDÜ** Emek ve meslek örgütlerinin SSGSS Yasa Tasarısı'na karşı düzenledikleri yürüyüş 17 Ocak'ta Ankara'da sona erdi.

**14- İHALEYLE HEKİM ALINABİLİR** TTB'nin sağlık personelinin taşeron aracılığıyla çalıştırılması yönündeki bir ihalenin iptali için açtığı davada Anayasa Mahkemesi uygulamayı Anayasa'ya aykırı bulmadı.

**26- ŞİŞLİ'DE UYGULAMA BAŞLADI** Ağız Diş Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi kapsamındaki öğretmen eğitimlerinin ilki 12 Şubat 2008 günü yapıldı.

## 28 ODALARDAN HABERLER

**28- ANTALYA'DA SAĞLIK ZİRVESİ** 5. Antalya Sağlık Zirvesi, 14-16 Aralık tarihleri arasında Antalya'da yapıldı. Toplantıya Antalya Dişhekimleri Odası da davet edildi.

**28- MERSİN'DE SAHTE DİŞHEKİMİNE CEZA** Mersin ve Tarsus'ta sahte dişhekimlerine açılan davalarda bir sahte dişhekimini iki yıl altı ay hapis cezasına çarptırıldı.

**32- ENDODONTİDEN DEPREME, EĞİTİM** İstanbul Dişhekimleri Odası eğitim toplantılarını sürdürürken deprem sırasındaki zararları azaltmaya yönelik bir seminer de organize etti.

## 34 ÇALIŞMALAR

**34- 'MUAYENEHANELERDEN HİZMET ALINMASI DIŞINDA BİR ÇÖZÜM GÖREMİYORUZ'** Sağlık alanı ve özellikle de ağız diş sağlığıyla ilgili gelişmeleri TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım'la konuştuk.

**44- TDB BAŞKANLAR KONSEYİ ANKARA'DA TOPLANDI** TDB Başkanlar Konseyi 9 Ocak 2008 günü ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden de satın alınması gündemiyle toplandı.

**64- 'MUAYENEHANELERİ DE KAPSAYAN BİR DÜZENLEME YAPILMALI'** TDB MYK üyesi Tuncer Taşkın muayenehanelerden hizmet alınmasının neden bir zorunluluk olduğunu yazdı.





Bilimsel Dişhekimliğinde

100 YIL

1908-2008

**68- 'HEM ÜLKEMİZ HEM DE SEKTÖRÜMÜZ KAYBEDİYOR'** Son dönemde piyasada yaygınlaşan sahte ve kaçak ürünlerle ilgili DİŞSİAD Genel Sekreteri Yusuf Arpacıoğlu'ndan bilgi aldık.

**70- 'KRİZ MUTLAKA KURBAN ALIR'** İktisatçı Mustafa Sönmez Türkiye'nin olası bir küresel dalgalanmadan etkilenmemesinin mümkün olmadığını söylüyor

## **BİLİMSEL DİŞHEKİMLİĞİNİN 100. YILI**

**48- YÜZ YIL KONGRESİ YAKLAŞIYOR** Kongre çalışmalarınıyla ilgili olarak Arşiv Komitesi Başkanı Kazmir Pamir ve Fuar Komitesi Başkanı Ayhan Berk'le görüştük.

**60- 'DİŞHEKİMİ YETERSİZSE YAPACAK BİRŞEY YOK'** 100. Yılda bu yüzyılın ellisine dişhekimliği ve öğretim üyesi olarak tanık olmuş hocamız Prof.Dr. Necla Timuçin'le söyleştik.

## **BİLİMSEL**

**76- KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİYE BAĞLI ORAL DEĞİŞİKLİKLER** Yrd.Doç.Dr. Şebnem Erçalık Yalçınkaya, Prof.Dr. Semih Özbayrak

**82- ORAL CERRAHI UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILMASI OLASI KOMPLİKASYONLAR-III** Prof.Dr. Hakan Özyuvacı, Dişhekimliği Songül Uçar, Dişhekimliği Pelin Günenç

**86- KÖK KANAL TEDAVİSİNDE İRİGASYON** Prof.Dr. Bilge Hakan Şen

## **PARAMEDİKAL**

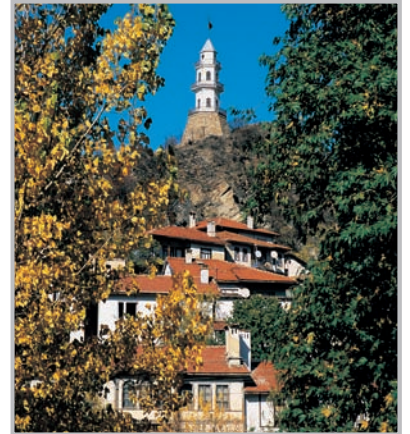
**94- DÜNYA EDEBİYATINDA DİŞHEKİMLİĞİ** Mıgırdiç Margosyan'ın Tespih Taneleri'nden alınma pasajlarda bu kez Anadolu'da sahte dişhekimlerini ortaya çıkaran koşulları görüyoruz.

**96- BİR SAHADA İKİ DİŞHEKİMİ!** Fatim Hazinedar, futbol sahalarında boy göstermiş dişhekimlerini hatırlatıyor.

**104- ZAMANIN YAMACINDAKİ GÖYNÜK** Üzerine saat kulesinin gölgesi düşen Göynük, çevresindeki güzelliklerle birlikte sizi bekliyor. ■ Akgün Akova yazdı.

## **HUKUK**

**100- SAĞLIK HAKKI...** Danıştay, 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili maddesini iptal etti. ■ TDB Hukuk Danışmanı Av. Mustafa Güler değerlendirdi.



## **REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)**

AKTİF DİŞ TİCARET .....	93	GÜNEY DENTAL .....	23	MANNAS .....	99	SANOVEL .....	Ön kapak içi
CLİNİC ART .....	55	GÜNEY DİŞ .....	43-89-117	MED-DENT .....	63	SELİS DENTAL .....	37
COREGA .....	107	İVOCLAR-VIVADENT .....	122	MEDİFARM .....	67	SİGNAL .....	Arka kapak
CORSODYL .....	75	İDEADENT .....	53	MEFFERT İMPLANT .....	59	SÖNMEZ MEDİKAL .....	19
DİMSAN .....	113	İPANA-ORAL B .....	05-06-07	METCO .....	39	TEKMİL .....	51
DMS .....	07-73-85	İŞ BANKASI .....	15	METEK TEKNİK .....	47	TOROS DENTAL .....	33
ESTİ .....	62-69	KAVO .....	31	NÜVE SANAYİ .....	21	3M ESPE .....	109
FORTİS EMEKLİLİK .....	Arka Kapak İçi	KURARAY DENTAL .....	41-79	ONUR DİŞ DEPOSU .....	115	VOCO .....	29
GÜLSA .....	25-103	LİDER DİŞ .....	10-57-91-119	ÖNCÜ DENTAL .....	27-111	W&H .....	81



# Tabular üzerinden politika açmazdır

TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım

**Y**ine aynı senaryo, yine aynı söylemler ve yine aynı gerginlikler. Türkiye'nin siyasi yaşamında bir türlü bitmeyen tabular üzerinden konuşan ve birbirini tüketen siyaset tarzı.

Toplumsal ve sosyal kesimlerin tümünün beklentisi olan uzlaşma ve işbirliği üzerinden siyaset anlayışı yerine "ben yaptım oldu" otoriter anlayışının giderek siyasi kurumlara, devletin birimlerine egemen olmaya başladığı bir süreç.

Ülkenin ve halkımızın gelecek yılını belirleyecek olan sosyal güvenlik yasasına karşı sessizlik ve kabulleniş. Sanki birileri toplumu kendi sorunlarına karşı duyarsız hale getirmek için büyü yaptı. Siyasetçilerin laik - anti laik tartışmaları içerisinde, aradan çıkarılan düzenlemeleri görmeden, bu konulara boğularak hiçbir şeyin farkına varmadan yaşamlarını sürdürmeye çalışıyorlar.

Sağlık alanında atılan adımlar ne özel sağlık kuruluşları tarafından yani liberal sistemi savunucular tarafından, ne de sisteme karşı olanlar tarafından uygun bulunmuyor. Birileri yapılanları "komünist anlayış hortladı", diğerleri de "sağlık hizmetleri özele peşkeş çekiliyor" diye eleştiriyor. Birbiriyle tamamen zıt yorumlar.

Çıkarlar ve ideolojik temeller üzerinde yapılan değerlendirmeler yeni sorunları beraberinde getiriyor.

Yapılması gereken, yaşama dar kalıplar çerçevesinden bakmadan, kendi çıkarlarımızı toplumun çıkarlarıyla ortaklaştırarak hareket etmektir. Sağlık hizmetlerinin bir hak olduğu ve hangi pozisyonda olursa olsun hizmeti üretenlerin kamusal bir hizmet sunduğu gerçeğinden yola çıkarak hizmet sunucularıyla hizmeti kullananların taleplerini olabildiğince ortaklaştırmalıyız.

Türk Dişhekimleri Birliği bu temel anlayışı ilke edindi. Meslek politikalarını bu anlayışa göre oluşturdu. İnsan-

larımız çeşitli nedenlerle dişhekimliği hizmetlerini kullanmazken, dişhekimleri günlük yapabileceği işlemlerin yarısından az işlemle muayenehanelerini ayakta tutmaya çalışırken yeni dişhekimliği fakültesi açılmasının yanlışlığını anlattı. Fakültelerin insan gücü planlamasına göre açılmasını, yani bir ilimizde 25600 kişiye bir dişhekimini, başka bir ilimizde 1200 kişiye bir dişhekimini düşerken Sağlık Bakanlığı'nın atamaları dişhekimlerinin yoğun olduğu illere yapmasına karşı çıktı.

TDB, toplumun dişhekimliği hizmetlerine olan talebinin karşılanması için kamunun muayenehanelerden hizmet "satın" alınmasının şart olduğunu söyledi. Katılımcı ve çoğulcu demokrasinin lafda değil pratikte olması gerektiğini ifade etti.

Ancak Sağlık Bakanlığı'nın tüm uygulamalarına bakıldığında dişhekimliği alanında da genel sağlık alanında da hiç kimseye bir şey sormadan yasa, yönetmelik, genelge üreten, had safhada otoriter bir anlayışla karşı karşıyayız. Hiçbir mutabakat arayışına girmedikleri gibi var olan hakları da kurumların ve kişilerin elinden almaya çalışıyorlar.

Türban konusunda olduğu gibi sağlık alanında da çalışma koşullarıyla ilgili düzenlemeler uzlaşma ortamından uygulanmaya çalışılıyor. Geçmişte yapılanların, verilen hakların devamlılığı beni ilgilendirmez, ben bildiğimi yaparım anlayışı sürüyor. Sosyal devlet anlayışından her gün biraz daha uzaklaşıyor ve sosyal haklar tırpanlanırken özgürlükler de türbandan ibaret algılanıyor.

Siyasi partilere ve devlete egemen olan otoriter zihniyetin bir çıkamaz olduğunu umarız bütün siyasi aktörler yeterince anlamıştır. Umarız, bu gidişat yeni kaosların, yeni kırımların habercisi olmaz.



# Asgari Ücret Tarifesi neden bekletiliyor?

TDB tarafından maliyet analizine dayalı olarak hazırlanan ve yılbaşı öncesinde onaylanmak üzere Sağlık Bakanlığı'na gönderilen 2008 Asgari Ücret Tarifesi hâlâ onaylanmadı. TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre sürecin nasıl geliştiğini dergimiz için yazdı.

Bilindiği gibi TDB kurulduğundan beri Asgari Ücret Tarifesi her yıl TDB tarafından belirlenmekte ve Sağlık Bakanının onayına sunulmaktadır. 3224 sayılı yasa gereği Sağlık Bakanı TDB'nin onaya sunduğu bu tarifeyi ister olduğu gibi isterse değiştirerek onaylama yetkisine sahiptir. Ancak birkaç istisna dışında bugüne kadar Sağlık Bakanları TDB tarafından belirlenen Asgari Ücret Tarifesi'ni olduğu gibi onayladılar.

## Asgari Ücret Tarifesi nasıl oluşuyor?

Dergimizin daha önceki sayılarında asgari ücretin maliyet esaslı olarak belirlenmesiyle ilgili TDB'nin yapmış olduğu çalışmadan bahsetmiştik. Bu çalışma 2006 yılında bitirilmiş ve 2007 yılı asgari ücret tarifesi yapılan bu çalışmaya göre belirlenmişti. Asgari ücretin maliyet esasına göre belirlenmesi çalışmasının üç temel parametresi vardır;

- > Dişhekim emeğinin ücreti ve hayat standardı
- > Değişken maliyetler (laboratuvar ücretleri, malzeme ücretleri gibi işin yapılmasına bağlı maliyetler)
- > Sabit maliyetler (kira, stopaj, elektrik, SSK ödemesi, personel gideri gibi yapılan işe bağlı olmayan maliyetler)

Değişken maliyetler yapılan tedavi türünün masraflarına göre, sabit maliyetler ise her bölge için ortalama bir değer hesaplanarak ücretlere yansıtılmaktadır. Emeğimizin karşılığı ise iş yoğunluğu da dikkate alınarak ücretlere eklenmektedir. Asgari ücret tarifemiz ilk olarak 2007 yılında bu şekilde belirlenmiş ve Sağlık Bakanlığı onayına sunulmuştu. Bazı kalemlerde enflasyon oranının üzerinde artış olmasına



rağmen Sağlık Bakanı'nın isteğiyle bu artış oranları aşağıya çekilmiş ve 3-5 yıl içinde gerçek ücretlere ulaşılması hedeflenmişti. 2007 yılı Asgari Ücret Tarifesi bu indirimden sonra Sağlık Bakanı tarafından onaylanmış ve Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmişti.

## Sağlık Bakanlığı hâlâ onaylamadı

2008 yılı için de maliyet esaslı parametrelere göre veriler girildi, üzerine enflasyon oranında artırılmış dişhekim emek ücreti ve hayat standardı eklendi. Bu çalışma sonucu ortaya çıkan ücretler Sağlık Bakanlığına onay için sunuldu. Ancak Sağlık Bakanlığı enflasyonun üzerinde çıkan bazı kalemlerin artış oranlarını yüksek bularak indirilmesini istedi. Bu talep doğrultusunda

da artış oranlarının % 5-9 arasında tutulduğu ikinci bir çalışma hazırlanarak Bakanlığın onayına sunuldu. 2007 Kasım sonunda yaşanan bu gelişmeler bizde, geçen sene olduğu gibi bu sene de AÜT'nin bu şekilde onaylanacağı izlenimini uyandırdı. Ancak bundan sonra gelişen süreç, durumun bizim beklemediğimiz gibi olmadığını gösterdi.

## Şimdilik 2007 Tarifesi geçerli

Önce Sağlık Bakanlığı belirlenen asgari ücretlerin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları veya biraz üzerinde olması gerektiğini ve buna uygun bir teklif vermemizi istedi. TDB olarak, bunun kabul edilemeyeceğini, verdiğimiz son teklifin geçerli olduğunu söyledik. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı'nın başkanlığında bir toplantı yapılmasını önerdi. Yapılan toplantıda Sağlık Bakanlığının benzer talepte bulunması, özellikle dişhekim

mi hayat standardının düşürülebileceğini belirtmesi üzerine TDB heyeti olarak Asgari Ücret Tarifesi'nde herhangi bir indirimin mümkün olup olmayacağını tekrar gözden geçireceğimizi belirttik. Yaptığımız çalışma sonrası Asgari Ücret Tarifesi'nde tekrar bir indirimin mümkün olmadığını bir sonraki toplantıda Sağlık Bakanlığı yetkililerine belirttik. Bunun üzerine Bakanlık yetkilileri 2007 AÜT'nin aynen 2008 yılı için de geçerli olmasının TDB açısından uygun olup olmadığını sordular. TDB olarak son yazılı teklifimizin halen geçerli olduğunu, başkaca herhangi bir teklifimizin olamayacağını, ancak yasal açıdan yetkinin Sağlık Bakanında olduğunu belirttik ve böylece toplantı süreci sona ererek beklemeye başladık.

Herkese sağlık ve güvenli gelecek için

# Emek örgütleri Ankara'ya yürüdü

Emek ve meslek örgütlerinin Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS)Yasa Tasarısı'na karşı düzenledikleri yürüyüş 17 Ocak'ta Ankara'da sona erdi.

15 Ocak'ta İstanbul ve İzmir'den başlayan, DİSK, KESK, TMMOB, TTB, TDB, TEB, TÜRMÖB ve BASK'ın oluşturduğu emek ve meslek örgütlerinin Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS)Yasa Tasarısı'na karşı düzenledikleri yürüyüş 17 Ocak'ta Ankara'da sona erdi.

"Herkese Sağlık, Güvenli Gelecek" sloganıyla yürütülen protesto için İstanbul Haydarpaşa Garı'nda bir araya gelen Türk Dışhekimleri Birliği Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım ile birlikte çeşitli meslek örgütleri ve sendikaların genel başkanları birer konuşma yaptılar.

TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım, uyarılar dikkate alınmadığı için böyle bir eylem gerçekleştirildiğini belirterek, "Bu haksızlığa 'dur' demek için Ankara'ya yürüyoruz" dedi. Yıldırım, tasarının paralı sağlık hizmetini beraberinde getireceğini, parası olmayanların da büyük sıkıntı çekeceğini iddia etti.

Konuşmaların ardından Ankara'ya hareket öncesi ilk durak olan Kocaeli'ye gitmek üzere otobüslere binen grup, sırayla Bursa ve Eskişehir'e de uğradılar. Yol güzergahları üzerinde çeşitli yerlerde durmak zorunda kalan grup coşkulu biçimde karşılandılar.

"Dikkat; emekliliğimiz, sağlığımız, herkese sağlık ve güvenli gelecek için Ankara'ya yürüyoruz" diyen DİSK-KESK-TMMOB-TTB-TDB-TEB-TÜRMÖB-BASK'ın oluşturduğu emek ve meslek örgütleri 17 Ocak'ta Ankara'da toplandılar.

"Herkese Sağlık ve Güvenli Gelecek için Ankara Yürüyüşü" adı altında gerçekleştirilen eylemde Kolej Kavşağı'ndan yürüyüşe geçen yaklaşık 1500 kişi, Ziya Gökalp Caddesi'ni trafiğe kapatarak SSK İşhanı önüne geldi. CHP ve DSP milletvekillerinin de destek verdiği eylemde SSK İşhanı önünde bir açıklama yapan DİSK Başkanı Süleyman Çelebi, IMF'nin dayattığı Sosyal Güvenlik Yasası'na karşı yürüdüklerini belirterek, çıkacak olan yasanın Anayasa ka-



İstanbul'da Haydarpaşa Garı önünden başlatılan yürüyüş öncesinde TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım hükümeti emek ve meslek örgütlerinin sesine kulak vermeye çağırıyor.

dar önemli olduğunu vurguladı. Bu yasanın Meclis'ten çıkması durumunda emeklilik hakkının ortadan kalkacağını söyleyen Çelebi, 9 bin prim ödeme gününü kimse için ödeyemeyeceğini belirterek "Bu yasa emekli olmama yasası" dedi.

Yasanın sağlık hakkını da ortadan kaldırdığını savunan Çelebi, emeklilik maaşının ise yarı yarıya ineceğini öne sürdü. Çelebi, hükümete yaptıkları uyarıların dikkate alınmadığını kaydederek, "Biz 70 milyon vicdanı için yürüyoruz" diye konuştu.

Halkın yasaya karşı daha fazla refleks göstermesini isteyen Çelebi, diğer sendikalara da seslenerek, "Bu eylemleri ortaklaşa ateşlemek zorundayız" dedi. Genel grev çağrısında bulunan Çelebi, "İktidar halka meydan okuyor, bizde hodri meydan diyoruz. Yasanın çıkmaması için ne gerekiyorsa onu yapacağız" şeklinde konuştu.

Yapılan konuşmaların ardından miting tertip komitesi, polislin tutumunu protesto için Meclis'e temsilci göndermekten vazgeçildiğini açıkladı.



Ankara'da yürüyüşün tamamlandığı gösteriye yaklaşık 1500 kişi katıldı.



Tatyos Bebek\*

Anayasa Mahkemesi:

# İhaleyle hekim alınabilir

Türk Tabipleri Birliği'nin sağlık personelinin taşeron aracılığıyla çalıştırılması yönündeki bir ihalenin iptali için açtığı davada Anayasa Mahkemesi uygulamayı Anayasa'ya aykırı bulmadı. Karar, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında yeni bir perde açacak.

Sağlık Bakanlığı 2004 yılında Denizli Devlet Hastanesi'nde, 4 ay süreyle Psikiyatri Uzmanı, Onkoloji Uzmanı, Çocuk Psikiyatri Uzmanı, Alerji Hastalıkları Uzmanı olmak üzere 5 doktor 7 sağlık personeli hizmetini taşeron aracılığıyla satın almak için ihale açması üzerine Türk Tabipleri Birliği ihalenin iptali için Danıştay'da dava açmıştı. Danıştay 5. Dairesi de satın alma işleminin dayanağı olan 657 sayılı Yasanın 36. maddesine 2003 yılında eklenen yasa hükmünün Anayasaya aykırılığı itirazını ciddi bularak iptali istemiyle Anayasa Mahkemesi'ne göndermişti.

Anayasa Mahkemesi 24 Aralık 2007 günü Resmi Gazete'de yayımlanan kararıyla "Sağlık sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir" biçimindeki yasa hükmünü Anayasa'ya aykırı bulmadı.

Anayasa Mahkemesi kararında; "Sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel hedefi olan insan sağlığı sorunu, ertelenemez ve ikame edilemez. Bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metotlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi, hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmektedir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri, kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği üretilmesi ve halk yararına sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerdendir. Bu çerçevede, artan sağlık hizmeti talebini en doğru şekilde karşılamak, yüksek sermaye grubuna dahil sürekli yenilenen teknoloji elde etmek ve cihaz-ekipman-sigorta-bakım-yenileme maliyetlerini minimize etmek, birden çok kuruma ortak hizmet alanı yaratmak, yetersiz ve kı-



sıtlı kalifiye insan gücü kaynağını değerlendirerek hizmette etkinlik ve verimlilik sağlamak, değişen şartlara ve ihtiyaca göre hizmet planlama ve sunumunu yapmak, yerinde sağlık hizmeti sunarak gereksiz hasta transferi ve beraberinde getireceği sosyal sorunlara son vermek, kaynak kullanımını kontrollü, kaliteyi yükselten, maliyeti düşüren etkin, süratli, kesintisiz bir sağlık hizmeti sunmak, gereksiz bina ve cihaz alımının önüne geçmek, kurumlar arası işbirliği ve halkın sosyal memnuniyetini arttırmak sağlık hizmetleri yönünden Devlet için bir kamusal zorunluluk ve sosyal devlet olmanın gereğidir." deniyor.

Yine 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda "**Kamu hizmetleri, memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler eliyle gördürülür**" hükmüne yer verilmiş ve dört istihdam şekli dışında personel çalıştırılması yasaklanmıştır. Yani esas olan yöntem kamu sağlık hizmetlerinin kamu görevlisi olan sağlık çalışanları tarafından verilmesidir.

### Firmalar hekim pazarlayacak

Bu karar sonrasında resmi sağlık kurum ve kuruluşlarından Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre taşeron firma aracılığıyla hizmet alımı yapılabilecek. Temizlik hizmetlerinde olduğu gibi tedavi hizmetlerinde de firmalar dışarıdan hizmet verecekler. Bu firmalar hekim, dişhekim ve sağlık personelinin sağlık kurum ve kuruluşlarına

"pazarlayacaklar". Sağlık kurum yöneticileri sağlık personeli "ihtiyaç listesini" belirleyecek ve sonrası için pazara çıkıp benim şu sağlık çalışanına ihtiyacım var; var mı satan diye soracak ve birileri de (sağlık personeli pazarlayan firmalar) "malı" pazarlayacak. Sözün kısası sağlık hizmetleri ticari bir mal olarak alınıp satılmaya başlanacak. Ve sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet olarak sunulduğu Anayasasının ilgili maddelerine de uygun olduğu

söylenecik.

Bu düzenleme sonucunda sağlık hizmeti, Kamu sağlık personeline değil, ticari firmaların işçisi durumuna getirilecek sağlık çalışanlarına gördürülecek. Aynı kurum ya da kuruluşta çalışan kamuya bağlı sağlıkçıların hakları birbirinden farklı olacak, iki farklı istihdam biçimi ve iki ayrı hukuk düzeni ortaya çıkacak. Taşeron firmalar bir bakıma kazanç amaçlı emek ticareti yaptıklarından ve ihaleleri almak için düşük fiyat verdiklerinden çalışanlarına da doğal olarak düşük ücretler vereceklerdir. Hekimler taşeronların işçisi haline gelecekler ve sendikalaşmaları önlenecik. İş güvenceleri işverenin iki dudağı arasında olacak. Bütün bu etkenler iş barışını bozacak, verilen hizmetin niteliğini olumsuz etkileyecek, bireylerin sağlık hakkını zedeleyebilecektir.

Giderek, Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların özlük hakları taşeronlar tarafından belirlenebilecek duruma gelebilecektir. Hatta yeni düzenlemenin uygulaması yaygınlaştıkça Sağlık Bakanlığı'nın yeni sözleşmeli sağlıkçı almasına bile gerek olmayabilecektir.

Kısaca "Sağlık Hizmetlerinde İhale Yasası" diyebileceğimiz bu yasayla AKP Hükümeti devleti küçültme (!) yolunda önemli bir adım atmış oldu. Sosyal devletin olmazsa olmazlarından sağlık hizmetleri alınıp satılan bir metaya çevrilerek piyasanın vahşi kurallarına terk edildi.



Tatyos Bebek\*

# Sağduyu kazandı mı?

Sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesine yönelik bir girişim daha engellendi. Sonuç, bir kazanımın elden gitmemesi açısından olumlu. Peki ya haklılığı ayan beyan ortada olan bir yasayı korumak için her seferinde harcadığımız bunca emeğe yazık değil mi?

"Temel ceza kanunlarına uyum amacıyla çeşitli kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı" ndaki bir maddeyle, sahte dişhekimlerine verilecek cezanın alt sınırının iki yıla düşürülmesi, TDB, Odalar ve meslektaşlarımızın yoğun çabalarıyla önlendi. Böylece bir kez daha sağduyu galip gelerek sahte dişhekimlerine verilen cezanın düşürülmesi engellenmiş oldu. 2005 yılında da benzeri bir durumla karşı karşıya kalınmış, yine cezaların alt sınırı iki yıla düşürülmeye çalışılmıştı. Bu durum; sahte dişhekimleri lobisinin hiçbir fırsatı kaçırmak istemeyip, kamu sağlığına zarar verme pahasına da olsa kendi emellerine bazı siyasilere de alet ettiklerinin göstergesi olsa gerek.

Bilindiği gibi, dişhekimliği mesleğinin en büyük sorunlarından olan sahte dişhekimleriyle mücadele, 1928 yılında yürürlüğe giren 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"un 41. maddesine göre yürütülmekteydi. Buna göre "Suçu sabit olan kişi bir aydan altı aya kadar hapis cezasına çarptırılır ve aletleri müsadere edilir. Suçlunun cezası bir daha suç işlemeyeceğine kanaat getirildiğinde tecil edilir"di. 1985 yılında kabul edilen 3224 sayılı kanunla Türk Dişhekimleri Birliği ve Odaların kurulmasıyla başlatılan çalışmalar, mesleğin her alanında olduğu gibi sahte dişhekimliğiyle mücadelede de olumlu gelişmeler göstermiştir. 1989 Yılında kabul edilen 3575 sayılı kanunla 3224 sayılı kanunun 41. maddesi değiştirilmiştir. Değiştirilen maddeye göre "Kişisel çıkar amacı olmasa dahi diplomasız olarak dişhekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan .... kimselerin meslek icrası durdurulur, işyerlerinde bulundukları dişhekimliğiyle ilgili araç ve gereçler müsadere



2005 yılı başlarında yapılan ilk girişim TDB ve Odaların güçlü tepkiyle ve dişhekimli milletvekillerinin de katkılarıyla engellenmişti.

olunur ve bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur..." idi. Bu yasa gereğince 2004 yılına kadar geçen 15 yıllık sürede Oda yöneticilerimiz kimi zaman tehlikelere de maruz kalmayı göze alıp baskınlara katılmışlar ve ciddi biçimde sahte dişhekimleriyle mücadele etmişlerdi. Ama ne yazık ki büyük emeklerle ağızda çalıştıkları tesbit edilip yakalanan sahte dişhekimlerinin çoğu cezaları tecil edilmiş durumda güle oynaya adaletin elinden kurtuluyor ve halk sağlığını tehdit etmeye devam ediyorlardı. Çünkü Türk Ceza Kanunlarına göre üç yıldan az hapis cezası alanların cezaları para cezasına çevrilebiliyor yada tecil edilebiliyordu. Yürürlükteki kanunun alt sınırı bir yıl olduğundan cezalar genellikle tecil ediliyor veya paraya çevriliyordu. Cezaların caydırıcılığı olmadığından sahte dişhekimleriyle mücadele zor koşullarda devam ediyordu.

## Nihayet beklediğimiz yasa çıktı

2004 yılında; Türk Dişhekimleri Birliği ve Odaların büyük çabaları ve TBMM'de bulunan milletvekili meslektaşlarımızın da bu çabalara omuz vermesiyle, nihayet gereksinim duyduğumuz biçimde bir kanun yürürlüğe girdi. 5181 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında

Kanun"da sahte dişhekimliği yapanların cezaları üç yıldan beş yıla kadar hapis ve bir milyar liradan üç milyar liraya kadar para cezası olarak belirlendi. Ayrıca işyerlerinde bulunan ve dişhekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçler kime ait olursa olsun müsadere edilecekti. Yeni kanunla birlikte sahte dişhekimleriyle mücadele farklı bir boyut kazanarak olumlu sonuçlarını hemen gösterdi. Bir çok oda bölge-

sinde sahte dişhekimleri hapis ve para cezaları aldılar, araç ve gereçleri müsadere edildi. Cezaların; alt sınırının üç yıl olmasından dolayı paraya çevrilememesi ve tecil edilmemesi ciddi bir caydırıcılık örneği oluşturdu.

## Sahte dişhekimli lobisi boş durmadı

Nedendir bilinmez, daha senesi dolmamışken 2005 yılının başlarında TBMM Adalet Komisyonunda 5181 sayılı kanundaki ceza alt sınırının iki yıla düşürülerek tecil edilmesi yönünde çalışmalar başladı. Bunun üzerine Türkiye'nin her bölgesinden dişhekimleri faks eylemiyle Adalet Komisyonu üyelerine teker teker faks çekerek sorunlarına sahip çıktılar. Ayrıca Türk Dişhekimleri Birliği Yöneticileri, Oda yöneticileri ve Odalara üye dişhekimleri Ankara'da toplanıp TBMM'ne "Yasama dokunma" diyerek yürüdüler. Hazırlanan tasarının Meclis'te görüşülmesinden bir gün önce gerçekleşen bu eylemde Meclis önünde basın açıklaması okunduktan sonra TDB Yöneticileri ve Oda Başkanlarından oluşan bir heyet Meclis'te tasarıyla ilgili görüşmeler yaptı. Dişhekimliği Camiası olarak tek vücut halinde sorunlara sahip çıkılması sonucu tasarı Adalet Komisyonu tarafından geri çekildi.

Bir süre sonra sahte dişhekimli lobisinin

faaliyetleri sonucu olsa gerek, ceza indirimi tekrar gündeme geldi. TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım ve Başkan Vekili Prof.Dr. Murat Akkaya TBMM Adalet Komisyonu toplantısına katılarak konuyla ilgili bilgi verdiler ve girişim engellendi.

### Her yıl yeni bir girişim

Geçtiğimiz günlerde sahte dişhekimliği başka bir biçimde yine karşımıza geldi. Bu defa "Temel Ceza Kanunlarına Uyum Amacıyla Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" içerisindeki onlarca kanunla birlikte sahte dişhekimlerine verilen hapis cezasının alt sınırının iki yıla düşürülmesi de gündemdedeydi. Gerekçe olarak benzer suçlara benzer cezalar verilebileceği gösteriliyordu. Tasarı Adalet Komisyonunda kabul edilmiş ve Meclis Genel Kurulu'nda görüşülmeyi bekliyordu. Tasarı böyle geçerse cazanın hiçbir caydırıcılığı kalmayacağı gibi sahte dişhekimlerini de cesaretlendirecek ve mücadelede ciddi kayıplara neden olacaktı. Yine yıpratıcı bir süreç, yine tepkileri dile getiren fakslar, ilgili Bakanlık ve Komisyon üyelerine e- mektuplar, bölge milletvekilleriyle görüşmeler, TDB yöneticileri ve oda başkanlarıyla Meclis'i ziyaret, grup başkanvekilleri ve Adalet Bakanı'yla görüşmeler... Kararlılığımızı ve haklılığımızı gösteren çabalar sonunda 8 Ocak'ta yapılan oturumda tasarı kabul edilmedi. Hapis cezası üç ila beş yıl olarak kalmıştı.

Bununla da bitmedi. Tam "sağduyu galip geldi" diye başlık atacakken yeni bir haber bizleri sarstı. Adalet Komisyonu Başkanvekili direniyordu. Ceza alt sınırı iki yıla düşürülmeliydi. Ve ceza alt sınırını iki yıla düşüren maddenin görüşülmesine ilişkin önerge (tekrir-i müzakere) Adalet Komisyonu Başkanvekilince TBMM Başkanlığı'na tekrar sunuldu. TBMM Genel Kurulu'nun 23 Ocak tarihli toplantısında "Temel ceza kanunlarına uyum amacıyla çeşitli kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı" görüşmeleri tamamlandı. Sahte dişhekimlerine verilen hapis cezası üç ile beş yıl olarak değişmeden kaldı.

Geriye baktığımızda; yeni bir hakkı kazanmak değil de var olanı korumak için topyekün verilen bunca emek ve zamana yazık değil mi sizce?

Sağduyu kazandı mı dersiniz? Yoksa süreç aynen devam edecek mi? Yaşayıp göreceğiz.

## Denizli İdare Mahkemesi'nin kararı:

# 4B'li personel de insan

Denizli'de 4B kapsamında görev yapan sağlık memurunun eşinin çalıştığı İzmir'e tayin isteminin 4B'li olması nedeniyle reddedilmesi üzerine açtığı davada Denizli İdare Mahkemesi memurun lehine karar verdi.

Denizli'nin Bozkur ilçesinde sağlık memuru olarak görev yapan Barış Koçak 2007 yılının Temmuz ayında eş durumundan İzmir-Ur-la'ya tayinini istedi. Koçak'ın başvurusu Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tarafından eşinin 657 sayılı Kanununun 4B maddesine göre geçici olarak istihdam edildiği gerekçesiyle reddedildi.

Koçak, bunun üzerine işlemin hukuka aykırı olduğunu ileri sürerek iptal ve yürütmenin durdurulması istemiyle Denizli İdare Mahkemesi'nde dava açtı. Konuyu inceleyen Mahkeme 19 Kasım 2007 tarihinde Anayasa'nın 41. maddesinde "Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, Ailenin huzur ve refahı ve özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğrenimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Teşkilat kurar." dendiğine atıfta bulunarak işlemin iptaline ve yürütmenin durdurulmasına karar



verdi.

Karar gerekçesinde şöyle deniyor:

Olayda, davacının eşinin İzmir İli'nde Sağlık Bakanlığında bağlı bir birimde 657 sayılı

Kanun'un 4/B maddesine göre sözleşmeli memur olarak ve davacıyla aynı Bakanlık

bünyesinde görev yaptığı açık olup, davacının İzmir İline atamasına engel bir durumun olduğu hususunda da idarece herhangi somut ve hukuken geçerli bir belge sunulmadığı görülmüştür. Bu durumda, davacının görev yaptığı yere atanma imkanı bulunmayan eşinin durumu da gözetilerek ilgilinin yer değiştirme isteğiyle yaptığı başvurusunun hukuken haklı ve geçerli nedenlere dayanılmadan reddedildiği anlaşıldığından, yukarıda anılan mevzuat hükümleri karşısında davacının eş durumu gözetilerek tayininin İzmir İli'nde münhal bulunan kadrodaki bir yere yapılması gerekirken aksi yöndeki dava konusu işlemde hukuka uyarlık bulunmamaktadır.



## Marmara Ü.D.F. Dekanlığına Prof.Dr. İlknur Tanboğa atandı

Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1975 yılında mezun olan Tanboğa aynı fakültede 1981 yılında doktora derecesi aldı. 1987 yılında Pedodonti Anabilim Dalı'nda Doçent ünvanı aldı. 1994 yılında Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nda Profesörlük ünvanı kazandı. 1994 yılında New York University Department of Pediatric Dentistry'de bir süre misafir öğretim üyesi olarak görev aldı. Çok sayıda ulusal ve uluslararası kongre, sempozyum ve konferans katılımları olan Dr. Tanboğa'nın 100'e yakın yazılı ve sözlü bildirisi bulunmaktadır.

Tatyos Bebek\*

# Kamu dişhekimini istihdam ediyor ama nereye?

Son alınan 560 dişhekimisiyle birlikte Kamudaki dişhekimisi sayısı 6 bini buldu. Ancak atama yapılan yerlere dikkat edildiğinde yapılan atamalar insan gücü planlaması ilkeleriyle bağdaşmıyor ve dişhekimisi bulunmayan bölgelerdeki soruna çözüm getirmiyor.

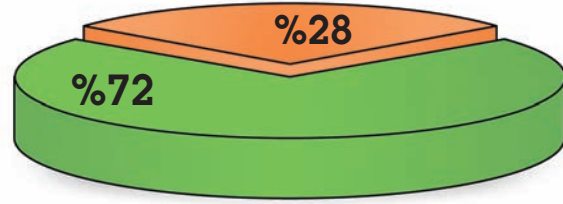
Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatında hizmet veren sağlık birimleri için, 560 sözleşmeli dişhekimisi alınmasına ilişkin kura sonuçları açıklandı. Sözleşmeli dişhekimisi alımı kurası 16 Ocak 2008 günü noter huzurunda yapıldı. Kura sonuçlarına göre yerleştirilenler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Müracaat Kabul Komisyonları"na başvuruda buldukları tarih itibarıyla eski görevlerinden ayrılmış olacaklar. Sözleşme yapmadan karşılıklı yer değiştirmeleri de (becayış) mümkün olan dişhekimilerinin son göreve başlama tarihi 22 Şubat. Sözleşmeli personel Sosyal Güvenlik bakımından 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa tabi olacak.

Kamunun son alımlarla mevcut dişhekimisi sayısı 6 bin civarına yükseldi. 2007 Haziranında 1350 kadro için 3402 dişhekimisi başvurmuşken 2008 Ocak'ta 560 kadro için 2038 dişhekimisi başvurdu. 2007 Haziranında 1316 dişhekimisi yerleştirilirken, son kurayla 491 dişhekimisi yerleştirilmiş oldu. Ekonomideki daralmaların ve geleceğe yönelik belirsizliklerin dişhekimilerinin kendileri için daha güvenli gördükleri Kamuya yönelmelerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Haziran ve Ocak atamalarında Kura sonuçlarına göre yerleşen dişhekimilerinin %72'si oda üyesi. Bu, atamaları yapılan dişhekimilerinin büyük bir kısmının muayenehanelerini kapatarak Kamu'ya geçtiklerini gösteriyor. Kamuya yerleştirilen dişhekimilerinden 2007 Haziran'da 57, 2008 Ocak'ta 24 olmak üzere toplam 81'i doktorlu dişhekimisi. Doktorlu dişhekimilerinden de büyük çoğunluğu Çene Cerrahisi, Pedodonti ve Protez dalları oluşturuyor.

Kuraya katılanların %73'ü birinci tercihlerine, %7'si ise ikinci tercihlerine yerleştirildiler. En çok yerleştirme, sırasıyla İstanbul, Ankara ve Diyarbakır'a yapıldı.

Ocak ayında yapılan yerleştirmelerle Kamu'daki dişhekimisi başına düşen nüfus çeşitli illerde değişkenlik göstermekte. Mesela yaklaşık olarak nüfusa göre en fazla dişhekimisi sırasıyla Ankara, Tunceli ve Çankırı'da bulunmakta. Ankara'da dişhekimisi başına 5467, Tunceli'de 6002, Çankırı'da ise 6445 kişi düşmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik açısından illerde bulunan özeldir ve Kamuda çalışan dişhekimisi sayıları dikkate alındığında coğrafi dağılımın Kamu tarafından ciddiye alınmadığını, ülke kaynaklarının verimli kullanılmadığını görüyoruz. Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) en çok kâr eden ve para getiren kuruluşlar gibi görülerek gerekli gereksiz her yerde hizmete sokulmalarında olduğu gibi Kamu'ya istihdamın ve coğrafi dağılımın hangi kriterlere göre yapıldığı büyük bir soru işareti doğrusu.



■ Oda üyesi 1304 ■ Oda üyesi değil 503

Haziran 2007 ve Ocak 2008 atamalarında yerleştirilen dişhekimilerinin Oda üyelik durumu

Kadro Ünvan	İlan Edilen Mühhal Kadro Sayısı		Başvuran		Yerleşen	
	2007 Haziran	2008 Ocak	2007 Haziran	2008 Ocak	2007 Haziran	2008 Ocak
Dişhekimisi	1350	560	3402	2038	1316	491
Eczacı	199	66	318	169	199	66
<b>TOPLAM</b>	<b>1549</b>	<b>626</b>	<b>3720</b>	<b>2207</b>	<b>1515</b>	<b>557</b>

2007 - 2008 yılında başvuran ve yerleşen dişhekimisi ve eczacı kıyas tablosu

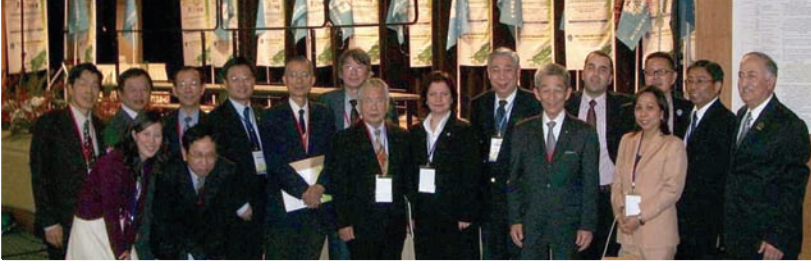
	2007 Haziran		2008 Ocak	
	Atanan Kişi Sayısı	Kuraya Katılanlardaki Oranı	Atanan Kişi Sayısı	Kuraya Katılanlardaki Oranı
1.Tercihine göre	1103	% 72.81	408	% 73.25
2.Tercihine göre	97	% 6.40	43	% 7.72
3.Tercihine göre	35	% 2.31	15	% 2.69

Yapılan atamalarda kuranın tercihlere göre dağılımı

ATAMA DÖNEMİ	2007 HAZİRAN	2008 OCAK	TOPLAM
Dişhekimisi	1259	467	1786
Çene Cerrahisi	16	8	24
Endodonti	6	1	7
Oral Diagnoz ve Radyoloji	1	-	1
Ortodonti	7	2	9
Pedodonti	13	4	17
Periodontoloji	4	1	5
Protez	9	8	17
Tedavi	1	-	1
<b>TOPLAM</b>	<b>1316</b>	<b>491</b>	<b>1807</b>

2007 Haziran ve 2008 Ocak aylarında Sağlık Bakanlığı'na yapılan atamaların bilim dallarına göre dağılımı





## Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde engellilerin ağız diş sağlığına yönelik çalışmalar artıyor. 15-17 Aralık 2007 tarihlerinde Tayvan'da yapılan Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı'nda TDB'yi Dişhekim Dr. Seyhan Ergin temsil etti.

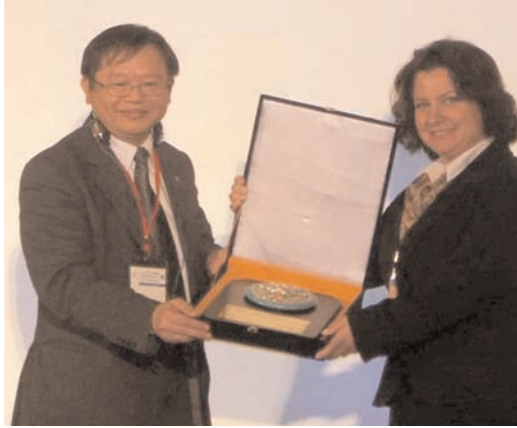
Son yıllarda dünyada ve ülkemizde engellilerin ağız diş sağlığına yönelik çalışmalar artıyor. Türkiye'de de engelli bireyler nüfusun %12'sini oluşturuyor. Bunların büyük bir bölümü dişhekimliği hizmetlerine ulaşmada ve satın almada sorunlar yaşıyor. Türk Dişhekimleri Birliği de bu alanda öncelikle ağız diş sağlığının korunmasına ve tedaviye ulaşılabilirliğe yönelik çalışmalara ağırlık veriyor.

15-17 Aralık 2007 tarihlerinde Tayvan Dişhekimleri Birliği tarafından organize edilen Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı'nda diğer birçok ülke gibi ülkemizde de yaşananlar sunuldu.

### Sadece engellilere hizmet veren klinikler

Türk Dişhekimleri Birliği'nde engellilerin ağız diş sağlığının korunmasına yönelik projelerde görev almış olan ve kendisi de engelli hasta tedavisi yapan meslektaşımız Dr. Seyhan Ergin TDB'yi temsilen bu konferansa katıldı.

Konferansa dünyanın dört bir tarafından konuyla ilgili konuşmacılar ve bir-



çok ülke temsilcisi katıldı. Japonya, ABD, Norveç, Kanada gibi ülkelerde sadece engellilere hizmet veren klinikler kurularak dental tedavi olanağı sağlanmakta olduğu tespit edildi.

Engellilerin ağız diş sağlığı denildiğinde, genel anestezi desteği çok önemli bir yer tutuyor. Bu nedenle önümüzdeki dönemde "Genel Anestezi Altında Dişhekimliği Tedavileri" uygulama ve denetleme kuralları olan bir alan olarak yer alması bekleniyor.

Engellilerin dental tedavilerine uzak kalmamak ve muayenehane rutininde tedavi edilebilir olanların tedavilerini gerçekleştirmek, dental engelleri ortadan kaldıracak en büyük adım olarak öne çıkıyor.

## Bir meslektaşımız ve ailesi katledildi

Kütahya Şeker Fabrikası'ndan 2001 yılında emekli olan dişhekimisi Mehmet Necat Güçlü ve ailesi, evlerinde öldürülmüş olarak bulundu.

Antalya'da, bir süredir kendilerinden haber alınamayan emekli dişhekimisi, 27 Aralık 2007 günü eşi ve çocuğu ile evlerinde öldürülmüş olarak bulundu.

Emekli, 58 yaşındaki dişhekimisi Mehmet Necat Güçlü, emekli PTT memuru eşi Sebahat Güçlü ve 12 yaşındaki ilköğretim öğrencisi oğulları Salih Güçlü'den şehir dışında bulunan akrabaları Kurban Bayramının dördüncü gününden (23 Aralık) beri haber alamayınca polisten yardım istedi.

27 Aralık'ta Sinan Mahallesi 1269 Sokak, Doğanürk Apartmanı'nda bulunan eve giden polis çilingir yardımıyla kapıyı açarak içeri girdi. Polis Mehmet Necat Güçlü ve oğlu Salih Güçlü'yü evin bir odasında, Sebahat Güçlü'yü ise evin banyosunda öldürülmüş halde buldu. Yapılan ilk incelemenin ardından Güçlü ailesinin önce sert cisimle başlarına vurulduğu daha sonrada bıçak ya da kesici bir cisimle kesilerek öldürüldüğü bildirildi.

Ailenin oturduğu üç katlı apartmanın Sebahat Güçlü'ye miras yoluyla kaldığı ve tüm katlarının aile tarafından kullanıldığı belirlendi.

Polis, korkunç cinayetin işlendiği binada inceleme yaptı. İncelemede, polisten yardım isteyen Güçlü ailesinin yakınlarının verdiği bilgiler üzerine Mehmet Necat Güçlü'nün otomobilinin de kayıp olduğu ortaya çıktı. Dişhekimisi Mehmet Güçlü'nün Kütahya Şeker Fabrikası'ndaki görevinden emekli olduktan sonra 2001 yılında eşiyle birlikte Antalya'ya yerleştiği ve kendileriyle birlikte vahşi şekilde öldürülen Salih Güçlü'yü de evlat edindikleri öğrenildi. Polis cinayete ilgili çok yönlü soruşturma başlattı.

Bu vahşi cinayeti gerçekleştirenlerin bir an önce yargı önüne çıkarılmasını umuyor, meslektaşımızın yakınlarına başsağlığı diliyoruz.

# Dişhekimlerine POS bulundurma zorunluluğu

Maliye Bakanlığı 1 Haziran 2008 tarihinden itibaren yürürlüğe girmek üzere tüm dişhekimlerine POS cihazı bulundurma zorunluluğu getirdi. TDB, düzenlemenin iptali için dava açtı.



5 Ocak 2008 tarih ve 26747 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği'ne göre, serbest meslek faaliyetinde bulunan hekimlere (dişhekimleri ile veteriner hekimler dahil) 1 Haziran 2008 tarihinden itibaren iş yerlerinde kredi kartı okuyucuları (POS-Point of Sale) bulundurmaları ve kredi kartı ile yapılan ödemelerde bu cihazları kullanmaları zorunluluğu getirildi.

Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği'ne göre 1 Haziran 2008 tarihinden itibaren kredi kartı okuyucularında düzenlenecek POS fişleri, anılan mükelleflerce yürütülen serbest meslek faaliyetlerinde Vergi Usul Kanunu uyarınca düzenlenmiş "serbest meslek makbuzu" olarak kabul edilecek ve ayrıca makbuz düzenlenmeyecek. Nakit ödemeler karşılığında ise yine eskiden olduğu gibi Serbest Meslek Makbuzu düzenlenecek.

Cihazların ve belgelerin özelliklerinin ise; üretilen belgelerin, serbest meslek faaliyeti kapsamında elde edilen kazancın Vergi Usul Kanunu'na göre belgelendirilmesini sağlayacak ve her günün sonunda günlük kapanış raporu (Z raporu) alınabilecek şekilde olması gerekiyor.

Uygulamanın yürürlüğe girmesinden sonra eski POS cihazları kullanılmayacak, bu cihazlar sahipleri (bankalar, katılım bankaları vb.) tarafından ya toplanacak ya da bu Tebliğde yer alan esas ve usullere uygun hale getirilecek.

Tebliğde belirtilen özellikleri taşıyan POS cihazlarını iş yerlerinde bulundurma veya belirtilen şartları taşımayan cihazları kullandıkları tespit edilenlere, Vergi Usul Kanunu'nun mükerrer 355/1 inci

maddesine göre özel usulsüzlük cezası keşilebilecek.

## TDB zorunluluğunun iptali için dava açtı

Dişhekimlerine POS makinesi bulundurma ve kullanma zorunluluğu getiren düzenlemenin; hukukun genel ilkeleri, normlar hiyerarşisi, kamu yararı ve hizmet gereklerine aykırı olduğu gerekçesiyle, Türk Dişhekimleri Birliği tarafından dava açıldı. Dava için verilen dilekçede aşağıdaki açıklamalara yer verildi:

"Maliye Bakanlığı, 5 Ocak 2008 tarih ve 26747 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 379 sayılı Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği ile serbest meslek faaliyeti icra eden dişhekimlerinin, iş yerlerinde POS makinesi bulundurmalarını ve kredi kartı ile yapılan ödemelerde bu cihazları kullanmalarını zorunlu tutmuş, bu cihazlarla düzenlenecek POS fişlerinin, dişhekimleri tarafından yürütülen serbest meslek faaliyetlerinde Vergi Usul Kanunu uyarınca düzenlenmiş 'serbest meslek

makbuzu' olarak kabul edilmesine karar vermiştir.

Dava konusu Tebliğ hükmü ile dişhekimliği meslek uygulamasında bütün ödemelerin mutlak olarak kredi kartıyla yapılması zorunluluğu getirilmemekte; hastaların kredi kartıyla ödeme yapmak istemesi durumunda kullanılacak POS cihazlarının özellikleri saptanmaktadır. Ancak aynı düzenleme ile bütün dişhekimleri tarafından POS cihazı bulundurulması zorunlu tutulmakta, zorunluluğa uymayanlar için de ceza öngörülmektedir.

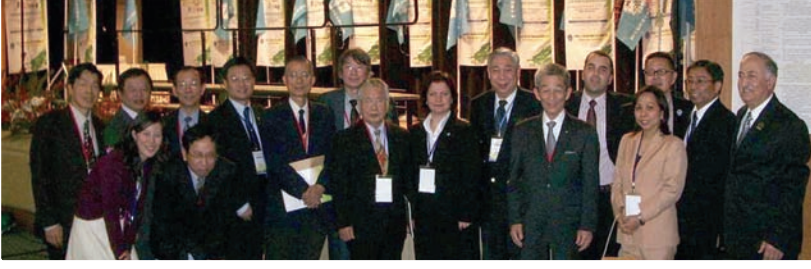
Dişhekimlerine POS makinesi bulundurma zorunluluğu getiren düzenleme, iç tutarlılığı olmayan bir düzenleme olmasının yanı sıra hukukun genel ilkeleri, normlar hiyerarşisi, kamu yararı ve hizmet gereklerine aykırıdır. Zira bir ödeme vasıtası olan kredi kartını kullanmak istemeyenler ya da isteseler de fiziki ve teknik olanaksızlıklar sebebiyle kullanamayanların dahi POS cihazı bulundurması zorunluluğu getirilmektedir. Dişhekimliği hizmetinin yürütümüne olan etkisi ve dişhekimlerine getireceği ek maliyet de gözetildiğinde söz konusu düzenlemenin iptali gereklidir."

## Kurslara dikkat!

Son dönemde özel sağlık kuruluşlarında kurs yapılmasıyla ilgili şikayetler arttı. Görüşlerine başvurulanan Sağlık Bakanlığı da muayenehane ve özel sağlık kuruluşlarında kurs düzenlenmesinin yasal olmadığı ve disiplin cezası uygulanması gerektiği konusunda görüş bildirdi.

Son yıllarda dişhekimlerinin muayenehanelerde ve özel sağlık kuruluşlarında dişhekimliğine ilişkin tamamlayıcı eğitimler niteliğinde kurs faaliyetleri yürütüldüğü yolunda Odalarımıza sıkça şikayetler geliyor. Bu tür faaliyetlerde bulunan dişhekimleri Odalar tarafından uyarılıyor ve bu faaliyetlerde ısrar edenler hakkında disiplin işlemi uygulanıyor. Bu süreçte konu ile ilgili olarak İstan-

bul Dişhekimleri Odası'nın İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurusu üzerine Sağlık Bakanlığı'ndan da görüş istendi. Bakanlık bu kursların yasal olmadığı, bu tür çalışmalarını yürüten dişhekimleri hakkında gerekli soruşturmanın yapılarak disiplin cezası uygulanması yönünde görüşü bildirdi. Meslektaşlarımızın bu konuda gerekli duyarlılığı göstermelerini rica ederiz.



## Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde engellilerin ağız diş sağlığına yönelik çalışmalar artıyor. 15-17 Aralık 2007 tarihlerinde Tayvan'da yapılan Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı'nda TDB'yi Dişhekim Seyhan Ergin temsil etti.

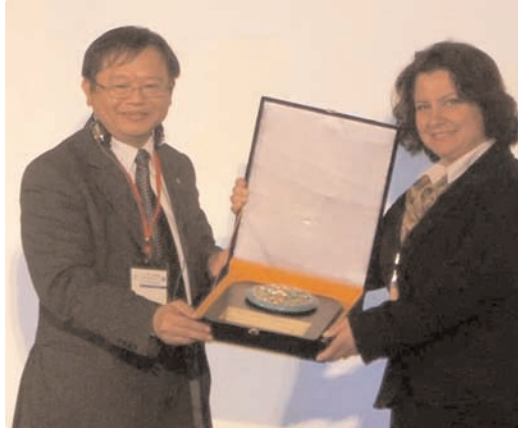
Son yıllarda dünyada ve ülkemizde engellilerin ağız diş sağlığına yönelik çalışmalar artıyor. Türkiye'de de engelli bireyler nüfusun %12'sini oluşturuyor. Bunların büyük bir bölümü dişhekimliği hizmetlerine ulaşmada ve satın almada sorunlar yaşıyor. Türk Dişhekimleri Birliği de bu alanda öncelikle ağız diş sağlığının korunmasına ve tedaviye ulaşılabilirliğe yönelik çalışmalara ağırlık veriyor.

15-17 Aralık 2007 tarihlerinde Tayvan Dişhekimleri Birliği tarafından organize edilen Uluslararası Engelliler Ağız Diş Sağlığı Konferansı'nda diğer birçok ülke gibi ülkemizde de yaşananlar sunuldu.

### Sadece engellilere hizmet veren klinikler

Türk Dişhekimleri Birliği'nde engellilerin ağız diş sağlığının korunmasına yönelik projelerde görev almış olan ve kendisi de engelli hasta tedavisi yapan meslektaşımız Seyhan Ergin TDB'yi temsilen bu konferansa katıldı.

Konferansa dünyanın dört bir tarafından konuyla ilgili konuşmacılar ve bir-



çok ülke temsilcisi katıldı. Japonya, ABD, Norveç, Kanada gibi ülkelerde sadece engellilere hizmet veren klinikler kurularak dental tedavi olanağı sağlanmakta olduğu tespit edildi.

Engellilerin ağız diş sağlığı denildiğinde, genel anestezi desteği çok önemli bir yer tutuyor. Bu nedenle önümüzdeki dönemde "Genel Anestezi Altında Dişhekimliği Tedavileri" uygulama ve denetleme kuralları olan bir alan olarak yer alması bekleniyor.

Engellilerin dental tedavilerine uzak kalmamak ve muayenehane rutinitinde tedavi edilebilir olanların tedavilerini gerçekleştirmek, dental engelleri ortadan kaldıracak en büyük adım olarak öne çıkıyor.

## Bir meslektaşımız ve ailesi katledildi

Kütahya Şeker Fabrikası'ndan 2001 yılında emekli olan dişhekimisi Mehmet Necat Güçlü ve ailesi, evlerinde öldürülmüş olarak bulundu.

Antalya'da, bir süredir kendilerinden haber alınamayan emekli dişhekimisi, 27 Aralık 2007 günü eşi ve çocuğu ile evlerinde öldürülmüş olarak bulundu.

Emekli, 58 yaşındaki dişhekimisi Mehmet Necat Güçlü, emekli PTT memuru eşi Sebahat Güçlü ve 12 yaşındaki ilköğretim öğrencisi oğulları Salih Güçlü'den şehir dışında bulunan akrabaları Kurban Bayramının dördüncü gününden (23 Aralık) beri haber alamayınca polisten yardım istedi.

27 Aralık'ta Sinan Mahallesi 1269 Sokak, Doğan Türk Apartmanı'nda bulunan eve giden polis çilingir yardımıyla kapıyı açarak içeri girdi. Polis Mehmet Necat Güçlü ve oğlu Salih Güçlü'yü evin bir odasında, Sebahat Güçlü'yü ise evin banyosunda öldürülmüş halde buldu. Yapılan ilk incelemenin ardından Güçlü ailesinin önce sert cisimle başlarına vurulduğu daha sonrada bıçak ya da kesici bir cisimle kesilerek öldürüldüğü bildirildi.

Ailenin oturduğu üç katlı apartmanın Sebahat Güçlü'ye miras yoluyla kaldığı ve tüm katlarının aile tarafından kullanıldığı belirlendi.

Polis, korkunç cinayetin işlendiği binada inceleme yaptı. İncelemede, polisten yardım isteyen Güçlü ailesinin yakınlarının verdiği bilgiler üzerine Mehmet Necat Güçlü'nün otomobilinin de kayıp olduğu ortaya çıktı. Dişhekimisi Mehmet Güçlü'nün Kütahya Şeker Fabrikası'ndaki görevinden emekli olduktan sonra 2001 yılında eşiyle birlikte Antalya'ya yerleştiği ve kendileriyle birlikte vahşi şekilde öldürülen Salih Güçlü'yü de evlat edindikleri öğrenildi. Polis cinayete ilgili çok yönlü soruşturma başlattı.

Bu vahşi cinayeti gerçekleştirenlerin bir an önce yargı önüne çıkarılmasını umuyor, meslektaşımızın yakınlarına başsağlığı diliyoruz.



# Katılım paylarında değişiklik

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 4 Şubat tarihinde yayınladığı bir genelgeyle gözlük, ağız protezleri ve işitme cihazlarıyla ilgili katılım paylarında değişiklik yaptı.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 4 Şubat tarihinde yayınladığı bir genelgeyle gözlük, ağız protezleri ve işitme cihazlarıyla ilgili katılım paylarında değişiklik yaptı. Yapılan değişikliğe göre yeni katılım payları aşağıdaki şekilde uygulanacak:

## Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamındaki:

- > Sigortalıların kendilerinden, eş ve geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarından %20,
- > Kurumdan sürekli iş görememezlik geliri ve malüllük veya yaşlılık aylığı almakta olanlar ve eşlerinden (geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarından alınmayacak) %10,
- > Kurumdan hak sahibi olarak gelir veya aylık alan eşlerden (çocuklardan alınmayacak) %10,

## İşsizlik Sigortası Kanunu kapsamındaki:

- > Sigortalının sadece kendisinden iş-

sizlik ödeneği aldığı sürece % 20,

## Bağ-Kur Kanunu kapsamındaki:

- > Sigortalılarla bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babasından % 20,
- > Kurumdan gelir ve aylık alanlarla bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babasından %10,

## Emekli Sandığı Kanunu kapsamındaki:

- > Kurumdan gelir ve aylık alanlarla bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babasından % 10 katılım payı alınacak.

Bu genelgeyle Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamındakilerin geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarından katılım payı alımı kaldırıldı. Yine buna göre Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının ana, babalarına protez yapılırken, Sosyal Sigortalar Kurumu mensuplarının ana ve babalarına protez yaptırma hakları bulunmuyor.



## Bir dişhekimliği fakültesi de Zonguldak'a

Yeni bir Dişhekimliği Fakültesi daha açıldı. Milli Eğitim Bakanlığı'nın 25 Ocak 2008 tarihli yazısı üzerine, 4 Şubat 2008 günü Bakanlar Kurulu Zonguldak Karaelmas Üniversitesi'ne bağlı bir dişhekimliği fakültesi açılması kararı aldı.

TDB yeni fakülte açılmasına karşı çıkarken Bakanlar Kurulu kararlarıyla fakülteler açılmaya devam ediliyor. Yeni açılan fakültelerin ciddi fiziki altyapı ve öğretim üyesi yetersizliği gibi sorunları bir tarafta dururken, dişhekimleri muayenehanelerinde işsiz otururken, dişhekimine başvuru talebi yeterli değilken fakülte açma girişimleri durmak bilmiyor. İnsan gücü planlamasına bakılmaksızın bu kararların neden alındığını anlamak gerçekten zor. Siyasilere belki de her ilçeye bir dişhekimliği fakültesi açmak istiyorlar, bilemiyoruz; bildiğimiz şey, plansız, programsız atılan her adımın ülke kaynaklarının heba edilmesi anlamına geldiği.

# Bağ-Kur emeklisine sağlık primi kesintisi

Bağ-Kur'dan aylık alanların maaşlarından sağlık sigortası primi kesilecek. Kararla Bağ-Kur emeklilerinin reel gelirlerinde %10'luk bir düşüş yaşandı.

Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan aylık almakta olanların aylıklarından, 1 Ocak 2008 tarihinden geçerli olmak üzere 2008 yılında %10 oranında sağlık sigortası primi kesilmesine ilişkin Bakanlar Kurulu kararı, 6 Şubat 2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Bu kararla; Bağ-Kur emeklilerinin reel gelirlerinde %10'luk bir düşüş yaşandı.



TDB Genel Başkanı Celal Kurt Yıldırım yaptığı basın açıklamasında bu uygulama ile vatandaş-devlet ilişkisinde yine bir güvensizlik ortamı yaratıldığını belirterek şöyle dedi: "Gelir dağılımındaki adaletsizliğin ve eşitsizliğin hüküm sürdüğü ve giderek art-

tığı bir ortamda, kazanılmış hakka el uzatılmıştır. Geçim derdinde olan vatandaşın cebine elini atarak kesinti yapmak, sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmamaktadır.

Hükümetin her zaman olduğu gibi 'ben yaptım oldu' anlayışını terk etmesini, sosyal adaleti ve sosyal barışı sağlayan düzenlemelerin korunmasında duyarlı davranmasını kamuoyunun dikkatine sunuyoruz."

## Hepatit B aşısı oldunuz mu?

## Ağız Diş Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi Şişli'de uygulama başladı

TDB'nin Milli Eğitim Bakanlığı ve Şişli Belediyesi'nin katkılarıyla organize ettiği Ağız Diş Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi için ilk imzalar 6 Aralık 2007 tarihinde atılmıştı. Proje kapsamındaki öğretmen eğitimlerinin ilki 12 Şubat 2008 günü yapıldı.

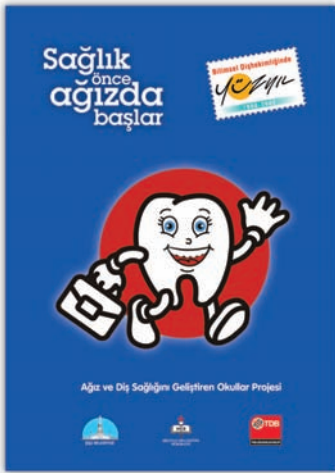


İlk olarak Şişli'de uygulanmaya başlayan Proje için ilk öğretmen eğitimi 12 Şubat'ta Levent Süleyman Şah İlköğretim Okulu'nda yapıldı.

**U**zun süredir çalışmalarını sürdürülen Ağız ve Diş Sağlığını Geliştiren Okullar Projesi İstanbul Şişli'de başladı. Eğitim yılı boyunca okul programıyla birlikte yürütülecek sağlık eğitim programının amacı çocuklarda diş fırçalama alışkanlığının kazandırılmasını ve böylece ağız ve diş sağlığı göstergelerinin iyileşmesini sağlamak.

12 Şubat 2008 günü Şişli Süleyman Şah İlköğretim Okulu'nda ilk grup öğretmen eğitimi yapıldı. Kar yağışı nedeniyle yapılamayan ikinci ve üçüncü grup 89 öğretmenin eğitimi, 26 Şubat 2008 günü sabah ve öğleden sonra iki oturum halinde İstanbul Dişhekimleri Odası Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde yapıldı.

27 öğretmenin katıldığı ilk toplantıda katılımcı öğretmenlere bu tür sosyal sorumluluk projelerinin ancak yürütücülerinin



nin sahiplenmesi sayesinde sağlıklı ilerleyebileceği, bunun da sağlıklı bir toplum oluşmasında önemli bir katkı olacağı, projeyi yıl içinde eğitim programına entegre bir şekilde nasıl yürütecekleri anlatıldı. Öğretmen uygulama kitabı, öğrenci kitabı, fırçalama uygulaması için plastik diş modeli ve fırçası, çocuklara diş plağını göstermek için boyama tableti, öğrencilere verile-

cek üç aylık diş fırçalama tablosu, sınıf içi fırçalama tablosu, okullarda asılmak üzere afiş, diş macunu ve diş fırçasından oluşan eğitim materyalleri de tanıtıldı.

Öğretmenler, toplantı sonrası kendilerine doldurtulan formlarda verilen eğitimin şimdiye kadar katıldıkları eğitimlerden farklı ve çok öğretici olduğunu, projenin heyecan verici olduğunu, her okula danışman olarak bir dişhekimini görevlendirilmesinin olumlu bir yaklaşım olduğunu belirttiler.

## Dişhekimliği öğrencilerine burs



**T**ürk Dişhekimleri Birliği tarafından dişhekimliği öğrencilerine verilmesi kararlaştırılan burslar sahiplerini buldu. Başvuruda bulunanlardan 12 öğrenciye burs bağlandı.

Geçtiğimiz sayılarda dergimizde duyurduğumuz gibi dişhekimliği fakültelerinin birinci sınıflarında okuyan öğrencilere burs vermek için duyurular yapılmış ve başvurular alınmıştı. Başvuruda bulunan öğrencilerin durumları fakültelerine sorulduktan sonra Türk Dişhekimleri Birliği Burs Yönergesi kriterlerine uygun olan 12 öğrenci belirlendi. Hak kazananlar gerekli prosedürleri tamamladıktan sonra burs almaya başlayacaklar.



internet  
sitemiz  
yenilendi

tıklayın  
www.tdb.org.tr

# Antalya'da Sağlık Zirvesi

5. Antalya Sağlık Zirvesi, 14-16 Aralık tarihleri arasında Antalya'da yapıldı. Toplantıya Antalya Dişhekimleri Odası da davet edildi.

**A**kdeniz Sağlık İşletmeleri Derneği (AKSİD) ve Sağlık İşletmeleri Federasyonu (SİF) tarafından düzenlenen 5. Antalya Sağlık Zirvesi, 14-16 Aralık tarihleri arasında Antalya'da yapıldı. Toplantıya Antalya Dişhekimleri Odası da davet edildi.

Daveti alır almaz çalışmalara başladıklarını aktaran Antalya Dişhekimleri Odası Başkanı Rukselen Selek, öncelikle TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım ile görüşerek bilgi verdiklerini belirtti. TDB'nin düzenleyici kuruluşlar tarafından davet edilmediği toplantıya katılacak isimler arasında Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Adalet Bakanı Mehmet Ali Şahin ve Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Müdürü Sami Türkoğlu da vardı.

Zirveden iki gün önce TDB adına Antalya Dişhekimleri Odası'nın yapacağı sunuma yardımcı olmak üzere Odayı ziyaret eden TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre, TDB'nin ağız dış sağlığıyla ilgili politikaları ve bugüne kadar alınan yol hakkında Oda Yönetim Kurulu'na bilgi verdi.

14 Aralık'ta başlayan zirveye Antalya Dişhekimleri Odası başkanı Rukselen Selek konuşmacı, Yönetim Kurulu üyeleri de izleyici olarak katıldı. Manisa Dişhekimleri Odası Başkanı Zihni Hoşkar, Balıkesir Dişhekimleri Odası Başkanı Korkmaz Tuzcuoğlu,



Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın da katıldığı toplantıda Antalya Dişhekimleri Odası Başkanı Rukselen Selek de bir konuşma yaptı.

Muğla Dişhekimleri Odası Başkanı Yusuf Kılıç da toplantıyı izleyenler arasındaydı.

Zirvenin başladığı ilk gün sektör temsilcileri kendi alanlarıyla ilgili sunumlarını yaptılar. Antalya Dişhekimleri Odası Başkanı Rukselen Selek de Türkiye'de dişhekimliğinin son durumu hakkında bilgilendirme yaparak izlenen politikalar ve bunların sonuçları hakkında bilgiler sundu. Selek ağız dış sağlığı sorunlarının çözümü için özelden hizmet satın alınması gerektiğini ifade etti.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve Bakanlık bürokratlarının sunumları dikkatle dinleyip notlar aldığı ilk günün sonunda Bakan Akdağ ve SGK Genel Müdürü Sami Türkoğlu da kürsüye çıkarak devletin ve SGK'nın durumu ve gelecekle ilgili projelerinden bah-

settiler.

Dişhekimlerinin sorunlarının hem sektörün diğer unsurlarına, hem de devletin yetkilileri önünde bir kez daha anlatıldığı toplantının ikinci günü bölge milletvekillerinin de yardımıyla Akdağ ve Türkoğlu ile bir görüşme yapıldı. Yalnızca dişhekimliği ve sorunlarımızın konuşulduğu toplantıya Antalya Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu'nun yanısıra toplantı için orada bulunan oda başkanları da katıldı.

Antalya Dişhekimleri Odası yaklaşık bir saat süren toplantı sonucunda ortaya çıkan görüşleri ve Odanın düşüncelerini de içeren bir rapor hazırlayarak TDB Merkez Yönetim Kurulu ve diğer dişhekimleri odalarıyla paylaştı.

## Mersin'de sahte dişhekimine ceza

Mersin Dişhekimleri Odası'nın çabalarıyla Mersin ve Tarsus'ta sahte dişhekimlerine baskınlar düzenlenmişti. Süren davalarda bir sahte dişhekimini iki yıl altı ay hapis cezasına çarptırıldı.

**S**ahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesi isteminin reddedildiği geçtiğimiz günlerde sahte dişhekimleriyle mücadelede dişhekimleri odalarından güzel haberler gelmeye devam ediyor.

Mersin'de 2007 yılı başlarında Mersin Dişhekimleri Odası'na yapılan ihbarlar sonrasında sahte dişhekimliği yaptıkları tespit edilen bazı kişilere Odanın başvurusu sonucu baskınlar düzenlenmişti. Tarsus ve Mersin'de Savcılık ve Sağlık Müdürlüğü'nün ko-

nuyla ilgilenmeleri sayesinde baskınlar yapılmış ve yargı süreci başlatılmıştı. Sürmekte olan davalardan Tarsus 4. Asliye Mahkemesi'nde sanık Bilal Fansa hakkında görülen davada temyiz aşaması da tamamlandı. Söz konusu dava sanığın 1219 Sayılı Yasanın 41, 5237 sayılı TCK'nın 63, 53/1-a-b-c-d-e maddeleri gereğince iki yıl altı ay hapis ve 833 YTL adli para cezası alması ile sonuçlandı.

Oda bölgesinde sahte dişhekimlerine karşı yürüttükleri mücadeleyle ilgi-

li dergimize bilgi veren Mersin Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Fatih Sakar verilen cezaların caydırıcılığının olabildiği için ceza indirimi önerisine gösterilen direncin sonuç vermesinden mutlu olduklarını belirtti. Sakar, "artırılan cezaların sonuçları yavaş yavaş alınmaya başlamışken ceza indirimi gerçekleşseydi sahte dişhekimleri bundan cesaret bulacaklardı" dedi.





# Uşak'ta Valilik-Oda elele eğitimde

Uşak Dişhekimleri Odası Uşak Valiliği'nin de katkılarıyla düzenlediği eğitim çalışmalarına katkı sunan üyelere teşekkür belgelerini bilimsel etkinlikte sundu.

Uşak Dişhekimleri Odası'nın 2006-2007 öğretim yılında, Uşak Valisi Kayhan Kavas'ın katkılarıyla Milli Eğitim Müdürlüğü'yle birlikte yürüttüğü eğitim çalışmaları sonuçlandı.

Eğitim çalışmalarında Odanın hazırladığı eğitim filmi gönüllü dişhekimleri tarafından ilköğretim okullarının beşinci sınıf öğrencilerine soru-cevap şeklinde anlatıldı. Valilik tarafından sağlanan diş macunu ve diş fırçaları da öğrencilere dağıtıldı.

Eğitim çalışmalarına gönüllü olarak katılan dişhekimlerine teşekkür belgeleri 25 Kasım 2007 tarihinde düzenlenen törenle verildi. Aynı gün gerçekleştirilen 'A'dan Z'ye Oral İmplantoloji' konulu seminere de konuşmacı olarak Prof.Dr. Tayfun Günbay ve Doç.Dr. Bahar Sezer katıldı. Törene katılan Uşak Valisi Kayhan Kavas, hem öğrenci eğitiminin hem de meslek içi eğitimin gerekliliğini vurgulayarak bu tip çalışmalara her zaman destek olacağını söyledi.

7 Ocak 2008 tarihinde Uşak AKP milletvekilleri Mustafa Çetin ve Nuri Uslu Uşak



'A'dan Z'ye Oral İmplantoloji' konulu seminere konuşmacı olarak Prof.Dr. Tayfun Günbay ve Doç.Dr. Bahar Sezer katıldı (üstte).

7 Ocak 2008 günü Uşak milletvekilleri Uşak Dişhekimleri Odası'nı ziyaret ettiler (yanda).



Dişhekimleri Odası'nı ziyaret ederek meslektaşlarımızın problemlerini dinlediler. Toplantıya oda yönetiminin yanı sıra üye meslektaşlarımız da katıldı. Oda Başkanı Fatma Özkumur dişhekimliğinin problem-

lerini ve çözüm yollarını milletvekillerine aktardı. Olumlu ve ılımlı bir havada geçen toplantıda milletvekilleri sorunları çözmek için ellerinden geleni yapacaklarını ifade ettiler.

## Adana'da ceza indirimine karşı kamuoyu çalışması

Sahte dişhekimlerine yönelik cezalarda indirim yapılması girişimine karşı Adana Dişhekimleri Odası da çeşitli görüşmeler ve basın açıklamalarıyla duyarlılık oluşmasını sağladı.

Geçtiğimiz günlerde sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesi girişiminin gündeme gelmesiyle birlikte Adana Dişhekimleri Odası da 21 Ocak 2008 günü yapılan basın açıklamasıyla ceza indirim girişiminin yanlış olduğunu ve sahte dişhekimlerini cesaretlendireceğini bildirdi.

Oda Başkanı Asım Savaş basın açıklamasında sahte dişhekimlerine verilen cezaların 10 Haziran 2004 tarih ve 5181 sayılı kanunda yapılan değişiklikle artırıldığını hatırlattı ve hükümetin bu kez cezanın indirilmesi için çalışma yaptığını söyledi. Sahte dişhekimlerine verilen hapis cezasının alt sınırının üç yıldan iki yıla düşürülmesi girişiminin dişhekimlerini üzdüğünü kaydeden Savaş, sahte dişhekimlerinin halkın sağlığını da tehdit ettiğini belirtti.

Başkan Savaş, ceza alt sınırının indirilmemesi için Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, TBMM Adalet Komisyonu ve Adana milletvekilleriyle dişhekimleri milletvekillerine de faks çektiklerini kaydetti.



# Endodontiden depreme, eğitim

İstanbul Dişhekimleri Odası bir yandan Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kapsamındaki çalışmalarını sürdürürken dişhekimi yardımcılara yönelik eğitimler de düzenliyor. Odanın son çalışmalarından biri de deprem sırasındaki zararları azaltmaya yönelik bir seminer oldu.

## Anadolu Yakası'nda İrtibat Bürosu açılıyor

İstanbul Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu'nu oluşturan İstanbul Tabip Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Eczacı Odası ve İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Anadolu Yakası'nda bulunan üyelerine hizmet vermek amacıyla Kadıköy'de ortak bir İrtibat Bürosu açıyor.

Anadolu Yakası'nda bulunan İstanbul Dişhekimleri Odası üyelerinin bazı işlemlerini yaptırabilmelerine olanak sağlayacak olan irtibat bürosunun, aynı zamanda tüm sağlık çalışanlarının bir araya gelebileceği bir mekan olarak da kullanılması amaçlanıyor.

Kadıköy Rıhtım Caddesi'nde yer alan irtibat bürosuyla ilgili teknik alt yapının tamamlanıp, hizmete girmesi için çalışmalar sürüyor.

## BİLİMSEL ETKİNLİKLER

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kapsamında düzenlediği bilimsel etkinlikler Ocak ayında da devam etti. İDO Prof.Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde ve ilçelerde düzenlenen etkinliklere 488 meslektaşımız katıldı.

"Klinik Uygulamalar" başlığı altında 4 Ocak 2008 tarihinde düzenlenen "Periodontal Başlangıç Tedavisinde Ultrasonik ve El Aleti Kullanımı" konulu uygulamalı seminerin konuşmacısı Doç.Dr. Leyla Kuru'ydu.

10 Ocak 2008 tarihinde düzenlenen "Dişhekimliğinde Acil Komplikasyonlar ve Çözümleri" konulu konferansın konuşmacısı Doç.Dr. Emine Özyuvacı'ydı.

İDO ve DENSTPLY'in "Pazartesi Toplantıları" başlığı altında düzenlemeye başladığı etkinliklerden ilki 14 Ocak 2008 tarihinde Prof.Dr. Nevin Kartal ve Doç.Dr. Hale Cimmilli'nin konuşmacı oldukları "Endodontide Başarı ve Başarısızlık" konulu konferanstı.

17 Ocak 2008 tarihinde düzenlenen "Endodontide Temel Sorunlar ve Çözümleri" konulu konferansın konuşmacısı Doç.Dr. Jale Tanalp'tı.

Bölgesel bilimsel toplantılar kapsamında Avrupa Yakası'ndaki dişhekimleri için 18 Ocak 2008 tarihinde, Merter Greenpark Otel'de "Beyazlatma" konulu bir konferans



Prof.Dr. Nevin Kartal ve Doç.Dr. Hale Cimmilli'nin konuşmacı oldukları "Endodontide Başarı ve Başarısızlık" konulu konferans 14 Ocak 2008 tarihinde İDO Prof.Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde yapıldı (üstte).

4 Ocak'ta yapılan klinik uygulamadan (yanda).

düzenlendi. Prof.Dr. Haşmet Ulukapı'nın konuşmacı olduğu konferansa 250 meslektaşımız katıldı.

Ocak ayında düzenlenen etkinliklerin sonuncusu "Beyazlatma Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar" konulu konferanstı. 31 Ocak 2008 tarihinde gerçekleşen konferansın konuşmacısı H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi'nden Prof.Dr. Sevil Gürgan'dı.

## Yardımcı Personel Eğitimi

Yardımcı Personel Eğitimi Programı kapsamında düzenlenen seminerlerin dördüncüsü 24-25 Ocak 2008 tarihlerinde gerçekleştirildi. Prof.Dr. Güven Külekçi ve Prof.Dr. Emine Nayır tarafından sunulan "Enfeksiyon Kontrolü", "Maddeler Bilgisi, Muayenehane İdaresi ve Düzenlenmesi" konulu konferansa 26 dişhekimi yardımcısı katıldı.

## Genç Dişhekimleri Komisyonu

İDO Genç Dişhekimleri Komisyonu 16 Ocak 2008 tarihinde yeni mezun dişhekimleri için "Muayenehane Yönetimi" konulu bir toplantı düzenledi. İDO Yönetim Kurulu üyesi Aret Karabulut'un sunum yaptığı toplantıda ilk yıllarda muayenehanelerde yaşanan zorluklar ve çözümleri konuşuldu. Toplantıda ayrıca yeni mezun meslektaşlarımıza maliye-

ye, Bağ-Kur'a, belediyeye, Sağlık Bakanlığı'na ve odaya karşı yerine getirmeleri gereken yükümlülükler hakkında bilgi verildi.

## Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

İDO Afet ve Çevre Komisyonu 24 Ocak 2008 tarihinde Prof.Dr. Yılmaz Manisalı Eğitim Merkezi'nde "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" konulu bir seminer gerçekleştirdi. 18 meslektaşımızın katıldığı eğitimde konuşmacı olarak, konunun uzmanı Ömer Çalışkan yer aldı. Ömer Çalışkan öncelikle yapısal olmayan elemanları tarif etti. Yapısal olmayan elemanların binanın kolon, kiriş, taşıyıcı duvar, çatı ve temel haricindeki tüm elemanlar olduğunu, aydınlatma elemanı, pencere, ofis makinesi ve mobilya, raflarda saklanan veya duvara asılı olan tüm elemanları da içine aldığını anlattı. Afet esnasında bu elemanların yaralanmalara ve ölümlere sebep olduğunu belirten Çalışkan, yapısal olmayan elemanların afet sonrasında da kurtarma ve yardım operasyonlarını engellediğini, sadece can kaybına değil, maddi kayıplara da neden olduğunu açıkladı.

Ömer Çalışkan yapısal olmayan malzemelerin sabitlenmesi konusunda ayrıntılı bilgi verdi ve katılımcıların sorularını yanıtladı.



TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım'la sağlık politikaları üzerine...

## 'Muayenehanelerden hizmet alınması dışında bir çözüm göremiyoruz'

Sağlık alanı ve özellikle de ağız diş sağlığıyla ilgili gelişmeleri TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım'la konuştuk. Hükümetin çeşitli uygulamalarını da eleştiren Yıldırım, toplumun dişhekimliği hizmetlerine talebinin sadece kamuda verilen hizmetle karşılanamayacağını ifade etti.



### Sağlık hizmetlerinin sunumu nasıl olmalı?

Bu konu sağlık politikaları üzerine fikir üretmelerin temel tartışma konularından biri. Bir yaklaşım sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı devlet eliyle olmalı diyor, diğer bir yaklaşım ise sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında hem devletin hem de özel kuruluşların olması gerektiğini ifade ediyor. Bunu biraz daha açalım: Sağlık hizmetlerinin sunumu sade-

ce ve sadece devletin eliyle olmalıdır yaklaşımını doğru bulmayan, ama devletin mutlaka hizmet sunumunda yer alması gerekliliğini ifade eden bir yaklaşım bu. Biz Türkiye'de özellikle dişhekimliği hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından da sunulmasının gerekliliğine inanıyor, ama aynı zamanda dişhekimliği hizmetlerinin sunumunda devletin mutlaka yer alması gerektiğini düşünüyoruz.

### Devletin hizmet sunumu sadece koruyucu hizmetlerle mi sınırlı kalmalı yoksa tedavi hizmetlerinde de devlet olmalı mı?

Biz devleti, hizmet sunumunda sadece koruyucu hizmetlerle sınırlayan bir yaklaşımı doğru bulmuyoruz.

Koruyucu sağlık hizmeti aslında geniş bir kavram. Genelinden baktığında örneğin, kanalizasyon hizmeti de bir koruyucu sağlık hizmetidir. Konutların izolasyonu da bir koruyucu sağlık hizmetidir. Özelinde irdelediğimizde ise koruyucu hekimlik hizmetlerini de sadece devletin sorumluluğunda olan bir konu olarak görmüyoruz. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Almaata tanımlamalarında da böyle ifade ediliyor zaten. DSÖ koruyucu hizmetler konusunda devletin, sivil toplum kuruluşlarının, endüstrinin ve hizmet kullanıcılarının sorumlulukları olduğunu belirtiyor.

Diğer taraftan, dişhekimliğinde devlet sadece koruyucu hizmetleri vermelidir, tedavi hizmetlerini ise tümüyle dışarıdan almalıdır şeklindeki tez, bize göre çok yanlış bir tez. Bu, açıkçası sağlık hizmetlerinin piyasalaştıran bir yaklaşım. Tedavi hizmetlerinin sunumunda da devlet mutlaka ve mutlaka olmalı. Aksi halde bu alanın tümüyle özele terk edilmesi söz konusu olur ve tüm koşulları artık özel kuruluşlar belirlemeye başlar.

### Finansman kamusal olarak sağlandıktan sonra devletin bizzat tedavi hizmeti sunmasına gerek var mı?

İki nedenden dolayı var. Birincisi, özel sağlık kuruluşları nihayetinde kâr amaçlı kuruluşlardır ve kârlı olmayan yerlere gitmeyi tercih etmeyebilirler. Devletin böyle bir kaygısı olmayacağından ve sosyal devlet anlayışı gereğince özel sağlık kuruluşlarının gitmediği yerlere mutlaka kendisi hizmet götürmek zorundadır. İkincisi, siste-



mi tamamen özel sağlık kuruluşlarının eline bırakırsanız bir zaman sonra hizmet üretmeme şeklinde devleti zorlayabilir. Öyle bir pazarlığa da girebilir devletle. Elbette finansmanı elinde tutan devletin daha güçlü olduğu söylenebilir ama yine de bu noktada devletin sistemi kontrol altında tutabilmesi, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması ve hizmete erişebilirliğin sağlanabilmesi için mutlaka hizmet sunumunda olması gerektiğini düşünüyorum.

### **Peki dişhekimliği hizmetleri tümüyle devlet eliyle verilebilir mi?**

Verilebilir; sosyalist ülkelerdeki uygulamaya benzer bir uygulamayla bunu yapabilirsiniz. Peki bu günümüz koşullarında gerçekçi midir; bence hayır. Hayallerini koruyarak, hayallerini gerçekleştirebilmenin kanallarını öreerek siyaset yapmak lazım. Bizim hayalimiz, bu ülkedeki insanların sağlık hizmetlerinden adil ve eşit bir şekilde yararlanmasını sağlamaktır. Bunu sağlamanın bir çok yolu vardır. Biri hizmetin devlet eliyle verilmesi, bir diğeri ise hem devletin hem de özel kuruluşlar eliyle hizmetin verilmesidir. Türkiye’de yapılması gereken uygulama ikincisidir.

### **Sizce dişhekimliği hizmetleri nasıl kurgulanmalı?**

Üyelerinin beklentilerini karşılayan ve ülkenin gerçekleri ile örtüşen bir politika üretmek zorundasın. Türkiye’de muayenehane sahibi olan dişhekimlerinin şu veya bu nedenden dolayı gelirleri düştüyse buna çözüm bulabilecek politikalar üretmek zorundasın.



Binin üzerinde dişhekiminin de aralarında olduğu sağlık emekçileri 11 Mart 2007 günü 'Sağlık Haktır' sloganıyla Ankara'yı sarsmıştı.

de girişimlerini sürdürüyor. Bir diğer çözüm ise, dişhekimliği hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesine yönelik projelerin üretilmesidir. Bunlardan biri dişhekimlerine ucuz malzeme temin edilmesi. Bunun için bazı odalarımız kooperatifleşmeye gitti, TDB vakıf kurdu ama ne yazık ki her iki projede başarılı olmadı.

TDB dişhekimlerini 1990'lı yılların sonundan itibaren toplu çalışma birimlerine yönlendirmektedir. Bunun nedenlerinden bir tanesi maliyetleri düşürebilmek, bir diğeri de sermaye gruplarının dişhekimliği alanında yaptığı yatırımlara karşı muayenehanelerin birleşerek ayakta durabilmesini sağlamaktır.

Ama en önemlisi, toplumun ağız diş sağlığına yönelik talebiyle dişhekimlerinin topluma hizmet verme talebini birleştirmek. Bunun yolu da devletin dişhekimliği

de, 1983'te Türk Diş Tabipleri Cemiyeti'nde dişhekimliği hizmetlerinin nasıl olması gerektiğini tartışıyorduk. 1980'lerde Tabip Odası'nda tartışıyorduk. (Bunlar benim yaşadıklarım, mutlaka benden önceki yöneticiler de benzer sorunları konuşuyorlardı) Bu tartışmalarda kamu kaynaklarının dişhekimliği hizmetlerinin üretiminde nasıl kullanacağı konusu sürekli olarak gündemdedi. 2003'lere geldiğimizde bunun daha fazla gündeme gelmesinin temel nedeni dişhekimlerinin ekonomik sorunlarıydı. 1994 krizi, 97, 99 ve en son 2001 kriziyle birlikte muayenehaneler ciddi sıkıntılar yaşamaya başladı. Bir yandan ekonomik krizlerle halkın satın alma gücü düşerken diğer yandan dişhekimisi sayısının hızla artması sonucu dişhekimisi başına düşen nüfusun azalması dişhekimlerini zorladı. 90'lı yıllarda yaklaşık 8-10 bin

**'Toplumun ağız diş sağlığı talebiyle dişhekimlerinin hizmet verme talebini birleştirmenin yolu dişhekimliği hizmetlerini aynı zamanda muayenehanelerden de almaktan geçiyor. TDB'nin 20 yıldır talebi budur. Bu talebin gerçekleşmesi için sesimizi çok daha fazla yükseltmek zorundayız.'**

Bunun bir yolu insanların satın alma gücünün yükseltilmesidir. Bu TDB'nin elinde olan bir şey değil. İkincisi, gelir dağılımı konusundaki dengesizliğin ortadan kaldırılmasıdır. Bu konudaki toplumsal mücadelede yer alırız ama bu da TDB'nin çözeceği bir konu değil. Üçüncüsü, dişhekimliği insan gücü planlamasının yapılması ve coğrafi dağılımın dengeli olması için gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır. TDB yıllardır bu konuda YÖK nezdinde de, Sağlık Bakanlığı nezdinde de, Milli Eğitim Bakanlığı nezdinde de, hükümet nezdinde

hizmetlerini aynı zamanda muayenehanelerden de almasından geçiyor. TDB'nin 20 yıldır talebi budur. Bu talebin gerçekleşmesi için daha çok sesimizi yükseltmek zorundayız.

### **2003 yılından bu yana dişhekimliği hizmetlerinin sistem içerisinde yer alması konusu gündemde. Geldiğimiz nokta nedir?**

Aslında bu 2003 yılında, ya da AKP'nin iktidar döneminde başlayan bir konu değil. TDB 1986 yılında kuruldu. TDB'den önce

kişiye bir dişhekimisi düşerken 2003'lerde bu rakam 3-4 bin kişiye bir dişhekimisi şeklinde değişti.

### **Bu noktada devletin dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden satın alması daha güncel hale mi geldi?**

Evet, bunun temel nedenlerinden biri AKP'nin geçmiş hükümetlerden farklı olarak sağlık hizmetlerini özelden almak gibi bir politikasının olmasıydı. 2003 yılında başladıkları uygulamada tıp hizmetlerini >

ve dişhekimliği hizmetlerini de özel hastane, merkez ve polikliniklerden almaya başladılar. Muayenehaneler sistem dışında bırakıldı. Biz öncelikle muayenehanelerin de sistemde yer alması için Maliye Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı nezdinde girişimlerde bulunduk. Bu girişimlerimizden olumlu sonuç alamayınca bu eşitsizliğe karşı davamızı açtık.

#### **Dava sonucu ne oldu?**

Dava halen sonuçlanmadı. Pir Sultan Abdal'ın dediği gibi "Kalsın benim davam diwana kalsın" durumundayız.

#### **Peki bu uygulamaya devam ediyor mu?**

Hayır, ilgili kurum ve yetkili kişilerle yaptığımız görüşmelerle, gösterdiğimiz tepkilerle hiçbir bilimsel ve ekonomik gerekçesi olmayan gayri ahlaki, gayri hukuki durum 2004 yılının başlarında kaldırıldı.

#### **AKP hükümeti geçmiş hükümetlere göre kamuda ciddi anlamda dişhekimliği istihdamı yaptı. Bunu onaylıyor musunuz?**

Dişhekimlerinin kamuda istihdamına ilkesel olarak evet, ama istihdamın yapıldığı yerler konusunda hayır diyoruz. Dişhekimliği istihdamı dişhekimlerinin olmadığı alanlara yapılmak zorunda. Türkiye'nin bazı bölgelerinde ne özel ne de kamuda çalışan dişhekimliği yok. Devletin öncelikle yapacağı iş bu bölgelere dişhekimliği istihdam etmek olmalı. Ama ne yazık ki hükümet, dişhekimlerinin çok yoğun olduğu İstanbul, Ankara, Manisa, Samsun gibi illere yaptı atamaları. Bu yanlış bir politika.

#### **Kamuda döner sermayede performans uygulamasıyla bir yandan verimlilik artarken diğer yandan hizmetin kalitesiyle ilgili sorunlar yaşanmaya başladı. Bu uygulamayı da değerlendirebilir misiniz?**

Döner sermaye uygulaması bu hükümetin ürettiği bir uygulama değil. 1970'lerde olan bir uygulama. 224 sayılı 'Sosyalleşme' yasasında da benzer bir yaklaşımı görmemiz mümkündür. Bu iktidar, döner sermaye uygulamasını farklı bir boyuta taşıyarak kamuda çalışanları daha fazla hizmet üretmeye zorladı. Bu uygulamanın bir takım tıbbi ve etik sorunlar yaratacağı bekleniyordu. Biz TDBD olarak uygulamayla ilgili kaygılarımızı ilgili Bakanlığa, ilgili bürokratlara defalarca ifade ettik. En son



**'Dişhekimlerinin kamuda istihdamına ilkesel olarak evet, ama istihdamın yapıldığı yerler konusunda hayır diyoruz. Türkiye'nin bazı bölgelerinde ne özel ne de kamuda çalışan dişhekimliği yok. Ama ne yazık ki hükümet, dişhekimlerinin çok yoğun olduğu illere yaptı atamaları. Bu yanlış bir politika.'**

Sağlık Bakanlığı'na yaptığımız ziyarette Sayın Bakan bu konuyla ilgili bir çalışma grubunun oluşturulmasını önerdi. Bu çalışma grubu TDB ve Sağlık Bakanlığı'ndan dişhekimlerinin katılımıyla oluşturuldu ve Ankara'daki ağız diş sağlığı merkezlerinde bir inceleme yaparak sonucunda bir rapor yayımladı. Bu raporda ortak noktalarımız da farklılaştığımız noktalar da vardı. Biz farklılıklarımızı da ifade ederek o raporu imzaladık. İnanıyorum ki o raporda bizim uyardığımız noktalara yönelik gerekli önlemler alınırsa ağız diş sağlığı merkezlerindeki hizmet üretimindeki yaşanan sıkıntılar, çalışanlar arasında yaşanan gerginlikler, problemler asgariye iner.

#### **Bugün gelinen noktada Hükümetin dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden almaya yönelik bir düşünüşü var mı?**

Bu konuda hem siyasetçilerin hem bürokratların çok çelişkili yaklaşımları var. Bürokratların bir kısmı dişhekimliği hizmetlerinin sistem içerisine alınmasının mümkün olmadığını söylüyor. Buna sundukları gerekçelerden biri toplumun böyle bir talebi olmadığını yönünde. Toplumun talep etmediği bir hizmeti arz edersek talep yaratılır, bunun da maliyetini karşılayamayız diyorlar.

Yöneticiler ileriye gören insanlar olmak durumunda. Nasıl ki toplumun talebi var diye sigara arzını artırmaya çalışmıyorsak, hatta tüketilmemesine yönelik toplumu bilgilendirme çalışmaları yapıyorsak; ve hatta yasaklıyorsak, nasıl ki toplumun kültürü böyle diye akraba evliliklerini onaylamıyor, bunun yarattığı problemleri bildiğimiz için bilgilendirerek bunu değiştiriyorsak ağız diş sağlığı hizmetlerinde de halkın bilincinin geri olmasının arkasına saklanmamalıyız. Bürokratlar ve siyasetçiler şunları yanıtlamalı: Diş ve dişeti hastalıkları bir sağlık sorunu mu? Diş ve dişeti hastalıkları nedeniyle genel sağlığı etkileyen sorunlar ortaya çıkıyor mu? Bunların her ikisinin de cevabı evet. O zaman devletin bu noktada yapması gereken diş ve dişeti hastalıklarına yönelik toplumun tedavi ihtiyaçlarını karşılamak, bunun sistemini kurmak.

**Burada Sağlık Bakanlığı ekonomist değil de sağlıkçı gibi düşünmek durumunda...**

Aynen öyle. Aslına bakarsanız ekonomist gibi de düşünse de bunu yapmalı. Sağlık ekonomistleri nasıl düşünür? Ben var olan bir hastalığa zamanında müdahale edeyim ki bu ileride bana daha büyük maliyet çıkarmasın. Sağlık ekonomisti de böyle düşünür, akıllı siyasetçi de, bürokrat da böyle düşünür.

#### **Şimdi AKP ne yapıyor?**

Şu anda gerçekten sağlık ekonomistlerini çıldırtacak işler yapıyorlar. Bugün kamu hastanelerinde, ağız diş sağlığı merkezlerinde porselen kuron yapılıyor. Kişi başı yıllık gelirin 25-30 bin dolar olduğu Avrupa ülkelerine bakın, bir de gelin Türkiye'ye bakın. Üstelik o ülkelerde gelirin bölüşümü de daha adildir; Türkiye'de günde 2 doların altında gelire yaşamını sürdüren insanlar var. Bu insanların temel tedavi ihtiyaçlarını yerine getirmeden porselen diş gibi bir hizmeti sunuyorsunuz.

Şu anda Sağlık Bakanlığı'nda çalışan 5 bin dişhekimliğiyle toplumun temel tedavi ih- >





TDB Merkez Yönetim Kurulu Kamunun ağız diş sağlığı hizmetlerini muayenehanelerden de almasıyla ilgili olarak defalarca yetkilileri bilgilendirdi.

tiyaçlarını, yani ağızda kök halinde kalmış olan dişlerin çekilmesi, basit dolguların yapılması, kanal tedavilerin yapılması, diş taşı temizliklerinin yapılması gibi işlemlere dahi yetişemezken porselen kuron yapmaya girişmeleri akıl alır gibi değil. Avrupa ülkelerinin neredeyse hiçbirinde porselen kuron kamu kaynaklarınca karşılanmıyor. Dişhekimliği hizmetlerinde öncelikli grup ve öncelikli tedaviler kavramları var. Sistemi bu anlayışa göre kurmak zorundasınız. Aksi halde iki gün sonra ben “yoruldum”, “param yetmiyor” diyerek vazgeçmeye çalışırsınız ve insanların devlete güvenini sarsarsınız.

### **Muayenehanelere yönelik çekince olarak öne sürdükleri tek argüman ‘halkın talebi yok’ şeklinde mi?**

Aslında bu söylem henüz yeni; bu yılın söylemi. Önceden beri söyledikleri şeydi: Tıp hizmetlerinde olduğu gibi özel hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezlerini sistem içerisine alacağız. Muayenehaneleri sistem içerisine alırsak kontrol edemeyiz, denetleyemeyiz. Biz de kendilerine şu anda sistem içerisinden olan 24 bin tane eczaneyi hatırlattık. Bu 24 bin eczanede birkaç bin çeşit ilaç var, dişhekimliği hizmet kalemlerinden 5-10 kat daha fazla. Bunu kontrol edebiliyorsanız dişhekimliğini de haydi haydi yapabilirsiniz. Aslında kontrol edilecek olan; hizmet veren kişi değil hizmet alan kişiye yapılan işlemdir. Yapılan işlemi online olarak kontrol edeceksin. Bu işlemin yapıldığı yerde kaç dişhekiminin çalıştığının hiçbir önemi yok. Sen devlet olarak muayenehane sahibi olan dişhekiminin yaptığı hizmetin tıbbi uygunluğuyla toplu çalışma birimindeki dişhekiminin yaptığı hizmetin tıbbi uygunluğunu kontrol edeceksin. Arada eğer bir fark varsa bunun gereğini adli olarak, mali olarak, idari olarak yerine getireceksin.

### **Ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alınmasını beklemenin yanlış olduğunu, çünkü ortaya çıkacak talebi karşılamaya yetecek bir bütçenin olmadığı yönünde eleştiriler vardı. Bunları nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Ben bu yaklaşımı teslimiyetçi buluyorum. Siyaset nedir? Toplumsal bir güce dayanarak taleplerin gerçekleştirilmesi mücadelesidir. Doğruluğuna inandığımız bir politikayı ‘bunun kaynakları yoktur’ gerekçesiyle arka plana itemeyiz. Yapmamız gereken, sağlığa daha çok kaynak ayrılmasını da taleplerimiz arasına katmaktır. Türkiye’de 90 bin imam var; Diyanet bütçesi 8 bakanlığın toplam bütçesi kadar. Devlet, insanların kendi başlarına da sürdürebilecekleri dini faaliyetleri için birçoğunda cemaat dahi olmayan camilere imam atayıp maaşlarını ödüyorsa, çok temel sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak ayrılmasını istemek akıldışı bir talep olmamalı. Siyasetçiler kaynak yok diyebilirler; ya da kaynakları kendi öncelik verdikleri alanlara yönlendirebilirler. Bizim görevimiz, sağlığa Kamunun daha fazla kaynak ayırması ve bu kaynağın verimli kullanılması için mücadele vermek; tercihin kamusal olandan yana kullanılmasına zorlamak.

Bugün çalışanların sosyal haklarına yönelik çok ciddi bir saldırı var. Bu hem ücretli çalışanlar için geçerli hem de kendi emeğiyle kazanan serbest çalışanlar için geçerli. Dişhekimini kendi işinin patronu ve aynı zamanda da çalışandır. Hükümetin politikası kendi adına çalışan birçok meslek grubunu tehdit ediyor. Mesela tıp hizmetlerinde ne diyor? Beş tane göz hekiminin yan yana geldiği bir göz merkezinden hizmet alırsın diyor ama bir göz hekiminin muayenehanesinden almıyor. Bunun bireysel çalışanları eritmek ve büyük sermaye gruplarını korumaya yönelik bir politika olduğu ortada.

### **Ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden alınmasında siz nasıl bir sistem öngörüyorsunuz?**

Öncelikle hizmet kapsamı içerisinde olacak olan tedavi işlemlerinin belirlenmesi lazım...

### **Bunlar yasada belirlenmemiş miydi?**

Bunlar yönetmeliğe bırakıldı, ayrıntılandırılması yönetmelikle olacak. İkinci önemli nokta, bu tedavi işlemlerine ödenecek bedellerdir. Bu da yönetmelikle belirlenecek. Yasa tasarısı hizmet bedellerinin bir komisyon tarafından belirleneceğini belirtiyor. Bizim bir Asgari Ücret Tarifemiz var. Maliyet analizi üzerinde bir çalışma yaptık. Bizim bilimsel çalışmalar sonucu 10 lira fiyat biçtiğimiz bir işleme komisyon 5 lira verirse bu sisteme girmek dişhekimlerinin zararına olur.

Üçüncü nokta, iyi bir kontrol mekanizmasının kurulmasıdır. Buna yönelik provizyon sistemi nasıl olabilir? Örnekleri var, bunlar değerlendirilerek bir sistem kurulur.

Dördüncüsü, dişhekimleri arasında hizmet sunumunda bir adalet sağlayacak mekanizmayı oluşturmaktır. Bir dişhekiminin aylık yaptığı hizmet işlem sayısı ve kazancı ile başka dişhekiminin yapacağı işlem sayısı ve kazanç arasında uçurum oluşması dengelenebilir; bunun da dünyada örnekleri var. Son derece adil bir sistem oluşturup hizmetin kalitesini denetlemek de mümkün.

### **Nasıl olacak bu?**

Dişhekimin bir günde üretebileceği işlem sayısı az çok bellidir. Bu işlem sayısından fazla işlem yapıyorsa o dişhekiminin yaptığı işlemlerde tıbbi uygunsuzluklar olması muhtemeldir. Bunların kriterleri var. Öyle bir düzenleme getirirsiniz ki dişhe-



kimlerine hastaların dağılımı noktasında bir denge sağlar. Biz 2004 yılından itibaren bu konulardaki çalışmalarımızı Çalışma Bakanlığı'na, Maliye Bakanlığı'na, Sağlık Bakanlığı'na sunduk. Ne yazık ki şu ana kadar hizmet alımıyla ilgili bir adım atılmadı.

#### **Bundan sonra ne olabilir?**

Anayasa Mahkemesi SSGSS yasının birçok maddesini reddetmişti. Yeniden hazırlanan taslakta da dişhekimliği hizmetleriyle ilgili kapsam korunuyor. Bu kapsam birçok Avrupa ülkesindekinden daha geniş bir kapsam. Yasadaki uygulamanın nasıl olacağıyla ilgili siyasetçilerin ve bürokratların farklı yaklaşımları söz konusu. Son kararı siyasi otorite verecek. Dişhekimliği hizmetlerini yasaya koymalarına rağmen uygulamasında vatandaşın hizmete ulaşmasını önlemeye yönelik bir takım engeller koyuyorlar.

#### **Ağız dış sağlığı harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payı son derece düşük. Hükümetin bu ayak diremesinin sebebi ne?**

Bütün dünya ülkelerinde ağız dış sağlığı harcamaları genel sağlık harcamalarının % 5-10'u civarındadır. Türkiye'deki tablo da üç aşağı beş yukarı buna benzerdir. Ama sosyal devletin ağırlıklı olduğu ülkelerde ağız dış sağlığı harcamaları ağırlıklı olarak devletin bütçesinden karşılanırken Türkiye'de ağırlıklı olarak insanların cepten yaptığı ödemelerle gerçekleşiyor.

Dişhekimliği hizmetleri ile diğer tıp hizmetlerini karşılaştığımız zaman şöyle bir algılama söz konusu: Diş ve dişeti hastalıklarından dolayı bireyin sıkıntısı onu bugünden yarına ölüme götüren bir süreç değil. Diş ve dişeti hastalıkları genel sağlıkla ilgili olumsuzluklarını uzun erimde gösteriyor. Vatandaşın diyalizle ilgili sorununda diyaliz hizmeti veremiyorsan, kalple veya şekerle ilgili probleminin cevabı veremiyorsan ciddi anlamda tepkisini gösteriyor. Türkiye'de de böyle, Avrupa ülkelerinde de böyle. Ama dişhekimliği hizmetlerini bir estetik sıkıntısı olduğunda ya da dayanılmaz bir ağrı yaşadığında kullandığı için dişhekimliği hizmetini alamamaktan fazla yakınmıyor. Bazı bürokratların 'talep yok ki alalım' demeleri bundan kaynaklanıyor. Ama dediğimiz gibi akıllı yöneticinin böyle bir politika gütmemesi lazım. Halkın bu konuyla ilgili talebin ne olacağını konusunda endişeleri var. Çok fazla



**'Sağlık ekonomistlerini çıldırtacak işler yapıyorlar. Bugün kamu hastanelerinde, ağız dış sağlığı merkezlerinde porselen kuron yapıyor. İnsanların temel tedavi ihtiyaçlarını yerine getirmeden porselen diş gibi bir hizmeti sunuyorsunuz.'**

olursa bunu karşılayamayız diye endişeleri var ve çare olarak bir takım önlemler koymayı düşünüyorlar. Kağıt üzerinde bu hakları tanıyor ama fiilen bunu kullanamıyorsun. Sağlık Bakanlığı hizmet ünitelerinden, diğer kamu kuruluşlarından dişhekimliği hizmetlerini alabilirsin diyor. Tanımlanmış hangi hizmetleri vereceğini; bu hizmetleri 30-45-90 gün içerisinde veremezsem seni dışarıya sevk edeceğim demiş. Gidiyorsun ama o hizmeti alamıyorsun. Kamudaki dişhekimisi sayısıyla toplumun bırakalım ihtiyacını, talebini karşılamak dahi mümkün değil. Bunun üzerine halk ne yapıyor? Primini ödeyen, vergisini ödeyen vatandaş Fatma Teyze, Ahmet Amca özel sağlık kuruluşlarına gidiyor cebinden ekstra para vererek dişhekimliği hizmetlerini alıyor.

#### **Dışardan hizmet alındığında maliyetlerin çok yükseleceği iddiası doğru mu?**

Devletin maliyetlerin artacağı konusunda endişelerinin haklı tarafı var ama dişhekimliği hizmetlerindeki harcamaları kontrol etmek mümkün. Bunun onlarca yöntemi var. Bizim tahminlerimize göre kişi başı dişhekimliği harcaması (özel ve kamu) 15-20 dolar. Komşu Yunanistan'da 150-200 dolar. Ayrıca, biz zaten ağız dış sağlığı harcamalarının artmasını istiyoruz. Devletin eğitim, sağlık ve adli harcamalarının artmasını istiyoruz. Verimli bir şekilde kullanılarak artmasını istiyoruz.

#### **Peki somut olarak hükümetten ne istiyorsunuz?**

Bu hükümetten, gelecek hükümetlerden, siyasi partilerden, bürokratlardan yani

devlet organında görevli olan, onu etkileyen her kişiden ve kurumdan ilk isteğimiz diş ve dişeti hastalıklarının bir sağlık sorunu olduğunu kabullenmeleri ve bunu içselleştirmeleri. İkinci isteğimiz diş ve dişeti hastalıklarının yaygınlığı ve şiddetini azaltmaya yönelik koruyucu bir projenin ivedilikle uygulanması. Üçüncü isteğimiz dişhekimlerine özellikle Sağlık Bakanlığı'nın "üvey evlat" gibi davranmaktan vazgeçmesi. Sayın Bakan haklı olarak şöyle düşünebilir benim dönemimde dişhekimliği hizmetleri en yüksek verimliliğe ulaştı ve dişhekimlerinin istihdamı en çok benim dönemimde oldu. Performans uygulaması ile Kamudaki dişhekimleri geçmişe göre daha iyi koşullara sahip. Bunlar doğru, ama Sağlık Bakanı aynı zamanda serbest çalışan 15 bin dişhekiminin de başkanı. 15 bin muayehane bu ülkenin kaynağı, yatırımı. Bugün dişhekimleri ekonomik sıkıntı içerisine düştüyse, vatandaş dişhekimliği hizmetlerine erişemiyorsa bu sorunu çözmek Sağlık Bakanı'nın sorumluluğunda. Bu noktada da dördüncü isteğimiz hükümetin dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden almanın gereğini bir an önce yerine getirmesi.

#### **Hükümetin böyle bir niyeti var mı?**

Ülkemizde niyet ölçücülüğü çok revaçta. Bizim niyetlere göre politika oluşturmak gibi bir siyaset tarzımız yok. TDB kurulduğu günden itibaren kamunun muayenehanelerden hizmet satın almasını talep etti, etmeye devam ediyor. İktidarda hangi parti olursa olsun bu sosyolojik koşullarda başka bir talep ifade etmek hayatın gerçekleriyle örtüşmez. Koşullar değiştiğinde doğaldır ki durum değerlendirmesi yapar- >



## Başkanlar Konseyi hizmet alınması gündemiyle toplandı

TDB Başkanlar Konseyi 9 Ocak 2008 günü Ankara'da olağanüstü gündemle toplandı. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin Kamu tarafından muayenehanelerden de satın alınması ve Sağlık Bakanlığının Asgari Ücret Tarifesi'yle ilgili olumsuz tutumu toplantıda ele alınan konulardı.

**T**ürk Dişhekimleri Birliği (TDB) Başkanlar Konseyi, 9 Ocak 2008 tarihinde olağanüstü gündemle Ankara'da toplandı. Toplantıda, 5510 sayılı SSGSS yasası, kamunun başta muayenehaneler olmak üzere serbest çalışan dişhekimlerinden hizmet satın alması ve 2008 yılı Asgari Ücret Tarifesi ele alındı.

### 'Muayenehanelerin dışlanması kabul edilemez'

Türkiye genelindeki 31 dişhekimleri odasının başkan ve yöneticilerinin TDB Merkez Yönetim Kurulu koordinasyonunda katıldığı toplantıda açılış konuşmasını yapan TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım, kamunun muayenehanelerden de hizmet satın alması yönündeki taleplerinden vazgeçemediklerini, muayenehaneleri dışlayarak yalnızca hastane, poliklinik ve merkezlerden hizmet satın alınmasının kabul edilemez olduğunu bir kez daha vurguladı.

Yıldırım konuşmasını şöyle sürdürdü: "Sosyal Güvenlik Kurumu yetkilileri, muayenehanelerden hizmet satın alınmamasının gerekçesi olarak, 20 bin dişhekiminin kontrolünü sağlayamayacaklarını ifade ediyorlar. Biz de kendilerine Türkiye genelindeki

24 bin eczanenin yaptığı binlerce kalem işlemi kontrol edebildiklerini hatırlatarak günümüz teknolojik olanakları ile etkin bir provizyon sistemi kurulmasının mümkün olduğunu belirttik. Muayenehanelerden hizmet satın alınmamasının ikinci gerekçesi olarak, halkın ağız ve diş sağlığına yönelik herhangi bir talebi olmadığını, muayenehanelerin sistem içerisine alınmasının yeni talep yaratacağını dolayısıyla bütçeye aşırı yük getireceğini dile getiriyorlar"

### Halkımız dışsız, dişhekimliği işsiz!

Oda başkan ve yöneticileri de, dişhekimlerinin onbinlerce YTL yatırım yaparak açtıkları muayenehanelerinde boş oturmalarının, ekonomik ve insani açıdan kabul edilemez olduğunu, son yıllarda giderek artan bir şekilde dişhekimlerinin, iş yerlerinde ya boş oturmakta ya da muayenehanelerini kapatıp, başka geçim alanları bulmaya çalıştıklarını, vatandaşların ise dışsız olduğunu, ağız ve diş sağlığı hizmeti alamadıklarını bu nedenle, kamunun muayenehanelerden hizmet alınmasının mutlaka gerçekleştirilmesi gerektiğini ifade ettiler.

2003 yılında olduğu gibi Kamunun sadece özel hastane ve merkezlerden hizmet al-

maya karar vermesinin de muayenehaneleri dışarıda bırakması nedeniyle kabul edilemez olduğu düşüncesi iki oda dışında genel kabul gördü. Kayseri Dişhekimleri Odası Başkanı Umut Kural'ın; Kamunun ağız diş sağlığı hizmetlerini muayenehanelerden almayıp sadece özel hastane ve merkezlerden almasının kabul edilmesi gerektiği yönündeki görüşüne Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayi Kartöz de katıldı. Diğer odaların karşı çıktığı bu görüşle ilgili olarak Antalya Dişhekimleri Odası Başkanı Rükşen Selek de "muayenehanelerden değil, 2-3 dişhekimliği olan yerlerden hizmet alacağımız derlerse kabul edelim" şeklinde görüş bildirdi ve Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle konunun tüm bileşenlerinin katılacağı bir zirve önerdi.

Muayenehanelerden vazgeçemeyeceğimiz konusunda duruşumuzun net olması gerektiğini belirten Erzurum Dişhekimleri Odası Başkanı Alper Eminoğlu "Halkın bilgi eksikliğini giderecek çalışmalar yapmalıyız" dedi. Ankara Dişhekimleri Odası Başkanı Merih Baykara muayenehanelerin kapsam içinde olması duruşundan vazgeçilmemesi gerektiğini, lobi çalışmasıyla yol alınması gerektiğini söyledi. Muğla Dişhekimleri Odası Başkanı Yusuf Kılıç, "Sektörün diğer bileşenlerinin

desteğini de arkamıza alarak mücadele etmeliyiz" derken Mersin Dişhekimleri Odası Başkanı Bülent Özdemir sorunun sadece TDB ve Oda yöneticilerinin sorunu olmadığını, meslektaşlarımızı da bilgilendirerek mücadelenin içine çekmemiz gerektiğini söyledi. İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu 2003'te Sağlık Bakanlığı'nın muayenehaneleri dışarıda bırakarak hizmet alması karşısında TDB'nin aldığı tavrı desteklediklerini, tavrı değiştirmeyi doğru bulmadıklarını ifade etti. Bursa Dişhekimleri Odası Başkanı Metin Bozkurt altı doldurulmak koşuluyla muayenehanelerden hizmet alınmasına taraftar olduklarını, GSS ile ilgili sürecin belirsizliğini koruduğunu, konuyu sıkı bir şekilde takip etmemiz gerektiğini, GSS'ye göre teminat dışı kalan kalemlerin durumu ile ilgili kaygıları olduğunu belirterek "ayrıca yaşanan süreç, epidemiyoloji ve sağlık politikaları konusunda meslektaş-

larımızı bilgilendirmemiz gerekiyor" dedi. Balıkesir Dişhekimleri Odası Başkanı Korkmaz Tuzcuoğlu "Kamu'nun Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerini sadece tedavi hizmetleri olarak algılamasının yanlış olduğunu vurgulayalım, hatta bu konuda kamuya baskı yapalım" şeklinde görüş belirtti. Kamunun dişhekimliği hizmetleri dışında, diğer bütün sağlık hizmetlerini özelden satın alması, dişhekimliği hizmetlerinin sistem içine alınmamasının nedeni olarak "kontrol edemeyiz" söylemlerinin inandırıcılıktan ve samimiyetten uzak olduğu gibi dişhekimlerini rencide ettiği de ifade edildi. İzmir Dişhekimleri Odası Başkanı Turgan Ülker de "Kamunun ağız diş sağlığı hizmeti sunumunda aczi vardır, Kamu BUT üzerinden hizmet alsın ve AÜT ile aradaki farkı hasta ödesin" dedi. Ülker eylem süreciyle ilgili görüşlerini de "bakanlıklara isteklerimiz ve eylemliliğimizle ilgili yazı yazıp kararlılığımızı belirtelim, önerilerimizi koya-

lim. Açılımları olmazsa eylemlilik içine gireceğimizi söyleyelim" şeklinde ifade etti.

### Asgari Ücret Tarifesi'ne engel

Toplantıda Sağlık Bakanlığı'nın Asgari Ücret Tarifesi'ni fiyatları yüksek bulduğu gerekçesi ile onaylamaması ve TDB'den tarifedeki fiyatları SUT (BUT) ile eşleştirmesini istemesi konusu da tartışıldı.

Sonuç olarak, 2008 Yılı Asgari Ücret Tarifesi'nde yer alan fiyatların gerçekçi olduğu, bu fiyatların hizmetin niteliği ve hekimin emeğini koruyan maliyet analizi çalışmaları sonucunda ortaya çıkan rakamlar olduğu, SUT (BUT) fiyatlarının gerçekçi olmadığı; serbest çalışan dişhekimlerinin SUT fiyatları ile tıbbi kurallara uygun dişhekimliği hizmeti veremeyecekleri ifade edildi. Sağlık Bakanlığı'nın listeyi bu hali ile onaylanmasının istendiği belirtildi.

<

## Zonguldak Dişhekimleri Odası Başkanı Metin Öğüt:

### 'Bundan sonra hiçbir şey eskisi gibi olmayacak'

Bu olağanüstü başkanlar konseyi toplantısı bizim Sağlık Bakanlığı ve hükümetle olan ayrımlarımız ve çelişkilerimizi değerlendirmek açısından önemliydi. Kendimizi yeniden derleyip toparlayıp yeni eylem planları, mesleğimizdeki yeni duruş noktalarımızı belirlemek açısından da bu toplantıyı çok önemli buluyorum. Artık bundan sonra hiçbir şey eskisi gibi olmayacak bence. Yeni eylem planlarıyla hem halkımızın hem de meslektaşlarımızın hakkını savunmaya devam edeceğiz.

Biz ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin mutlaka kamu tarafından özel muayenehanelerden de alınmasını istiyoruz. Kamuya aldıkları hekim sayısını bir parça artırarak milyonlarca insanın ağız diş sağlığı sorunlarını çözemezler, bu mümkün değil. Gerçekten ağız diş sağlığı sorunlarını çözmek istiyorlarsa bunun tek yolu, muayeneleri de işin içine katmak ve onlardan hizmet satın almak.



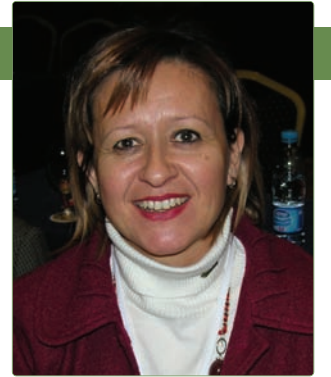
## Çanakkale Dişhekimleri Odası Başkanı Bilge Şimşek:

### 'Muayenehanelerin haklarından ödün vermeyeceğiz'

Başkanlar Konseyi'nde kamunun özelden hizmet satın alımında muayenehanelerin sistem içerisinde olmasından kesinlikle ödün verme kararı aldık. Burada bence Bütçe Uygulama Talimatı'na göre yapılan ödemeyi de kabul etmememiz lazım. TDB bu konuda çizgisinden taviz vermemeli.

Biz belki de sorunlarımızı aktarma konusunda yetersiz kalıyoruz. O yüzden gerek halka gerek kendi meslektaşlarımıza kendimizi yeterince ifade edemiyoruz. Keşke imkan olsa da bu toplantılara üye meslektaşlarımızı da birer, ikişer yanımızda getirebilsek... Onlar da tartış-

maları görse, gündemin içine girse belki çok daha farklı şeyler düşünebilecekler, bize daha fazla destek sunabilecekler. Meslektaşlarımıza ve halka sorunları daha etkili bir şekilde aktarmanın bir yolunu bulmamız lazım. Olağanüstü bir toplantıydı. Hava şartlarına rağmen katılım da oldukça iyiydi. Farklı düşünceler dile getirildi, bütün delegeler de katılımcı olmaya çalıştı.





Arşiv Komitesi Başkanı Kazmir Pamir:

# 'Arşiv, meslektaşlarımızın katkılarıyla oluşacak'

100. Yıl'la ilgili planlanan çalışmalar içinde en iddialılarından biri de dişhekimliğinin arşivinin oluşturulması. Bu amaçla oluşturulan Arşiv Komitesi'nin Başkanı Kazmir Pamir kurum arşivlerinin yetersizliği nedeniyle meslektaşların katkılarını büyük ihtiyaç duyulduğunu belirtiyor.

## Komiteniz hangi amaçla kuruldu? Ne tür çalışmalar yapıyorsunuz?

Bilimsel dişhekimliğinin geçtiğimiz 100 yılına ait ciddi bir arşiv ve dokümantasyon çalışması bugüne kadar yapılmamıştı. TDB tarafından 100. Yıl vesilesiyle dişhekimliğinin arşivinin oluşturulması için bir çalışma yapılmasına karar verildi ve çalışmaya başladık. Bir proje ekseninde çalışıyoruz. Başlangıç oralaraya dayandığı için öncelikle eğitim kurumlarından, fakültelerden başladık. Bugün 20'ye yakın fakülte var. Tüm bu fakültelerden kuruluşlarını, nereden nereye geldiklerini, kendi tarihlerini anlatan yazılar ve belgeler istedik.

İlk olarak dişhekimliği eğitiminin başladığı Dişçi Okulu'nun İstanbul Kadırga'da Menemenli Mustafa Paşa'nın konağında başlayarak çeşitli çekimler yaptık. 1909 senesinde öğrenime başlayan Okul 1926'da şimdiki Beyazıt Devlet Kütüphanesi'nin olduğu binaya geçmiş. Ben orada bir sene okudum. Yol genişletmesi nedeniyle beşte üçü yıkılınca şimdi Eczacılık Fakültesi'nin olduğu binaya taşındı. Oradan da şimdiki yerine Çapa'ya taşındı.

Menemenli Mustafa Paşa'nın konağında iki üç fotoğraf haricinde elimizde bir şey yok. Yıkılmış, yerine Kadırga İlkokulu yapılmış. Arşiv Komitemizden Melek Yıldırım hoca doktorasını tarih üzerine yapmış ve o okula gitmiş, senelerce önce. Okuldaki müdürle görüşürken odada eski binanın fotoğrafını bulmuş. Orada dişçi ve eczacı okulu olduğuna dair yazılar ve bir de tarihçe varmış, onları almış. Fotoğraflarını çekmiş. Geri vermiş. Biz tekrar gittik, oranın şimdiki hali de dahil olmak üzere dört mekanda da çekimler yaptık.

Eğitimle ilgili araştırmamız arşiv in bü-



yük kısmını oluşturuyor. Bundan 15 sene kadar önce İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nde arşiv kurulması için bir çaba başlamıştı. Fakat bir süre sonra unutuldu sanıyorum. En son Ege Üniversitesi'nde bir sergi ve müze çalışmaları var. Bizim amacımız kalıcı bir şey olması. Onun için TDB'nin tüm bu tarihi kapsayan geniş bir arşive sahip olması lazım diye düşündük.

## Komite kimlerden oluşuyor?

Önce üç kişi başladık, şimdi sayımız 12'ye çıktı. Epey donanımlı meslektaşlarımız var Komitemizde. Mesela eski milletvekili meslektaşımız Cengiz Özyalçın'la beraber TBMM'de dişhekimliğiyle ilgili çıkan tüm yasaları derlemek istiyoruz. Bunların dokümantasyonları hiçbir yerde yok.

İlk kurulduğunda Kazmir Pamir, Yrd.Doç.Dr. Bilge Gökçen Röhling ve Dr. İdil Kurtuluş'tan oluşuyordu Komitemiz. İşin detayına inmeye başlayınca bu üç kişinin altından kalkamayacağını görerek Arşiv Komitesini genişlettik. Nevin Özey, Dr.

Huriye Çolaklar, Cengiz Özyalçın, Bilge Gökçen, Prof.Dr. Gülizar Melek Yıldırım, Prof.Dr. Canan Alatlı ve Prof.Dr. Arın Namal'ın katılımıyla iyi bir komite oluşturduk. Komitede olmasa da çalışmalarımıza katkı sunan dişhekimliği tarihi yazarı Prof.Dr. Ahmet Efeoğlu'nu da anmam lazım. Yine, Türk Diş Tabipleri Cemiyeti'nde başkanlık yapmış, şu anda da İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Mezunları Cemiyeti'nin Başkanı olan Tonguç Görker arkadaşımız var. O da sonradan bize katılacak. Tıp Tarihi'nde öğretim üyesi olan Prof.Dr. Nuran Yıldırım da bize yardımcı olacak.

100 yıl içindeki tüm kitap, süreli yayın, doktora çalışmaları, doçentlik tezleri, profesörlük tezlerini bir tek kitapta toplamayı düşünüyoruz. Tüm üniversitelerdekileri bir araya getirdiğimizde büyük bir dokümantasyon merkezimiz olacak. Bunun çalışmalarına İstanbul Üniversitesi başlamış durumda. İçeriği çok geniş olursa İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi'ninkini ayrı yapmak daha uygun olacak.

## Meslek örgütlerini de araştırıyor musunuz?

Elbette; meslek örgütü olarak en eskisi Türk Diş Tabipleri Cemiyeti. İlk başlarda olağanüstü koşullar nedeniyle bazı kesintiler yaşamış. Bir dönem müslüman olmayanların ayrı, müslümanların ayrı cemiyeti varmış. Sonra ikisi birleşmiş. Kuruluşu 1923 ama daha da evveliyatı var. Halit Şazi'nin zamanında 1913'lerde falan kuruluyor, savaş zamanı kapanıyor sonra 1919'da tekrar kuruluyor, tekrar kapanıyor. 1923'te kurulduktan sonra 12 Eylül'e kadar kapanmıyor. 12 Eylül döneminde bütün derneklerle birlikte bizim Cemiyet de ka-

patlıyor. Bununla ilgili belgeler Prof.Dr. Özen Tuncer de mevcut, o belgelere ulaşır- sak hiçbir yerde olmayan belgeler bizde olacak. Tonguç Görker, Yavuz Elitez ve ben bir alt komite olarak cemiyetin tarihini ele alacağız. 1953'te Türk Tabipleri Birliği kurulduğunda yasasında bütün yönetim organlarında birer dişhekimini bulundurulması yer alıyor. Buralarda görev alan dişhekimlerinin isimlerine ulaşmak için TTB'ye başvurduğumuzda maalesef yine 12 Eylül döneminde kapatılan TTB'nin tüm evrakının yönetim kurulu kararları dahil olmak üzere Diyarbakır'a gönderildiğini ve bir daha geri gelmediğini öğrendik. Dolayısıyla bu bilgilere de ulaşmak için TTB'nin eski Yönetim Kurullarında yer alan Erdal Atabek, Şükrü Güner gibi isimlere başvurduk. Dr. Şükrü Güner elindeki belge ve bilgileri 1956'dan sonrasını toparlayıp bize yardımcı olacak. Bunu dışında tüm Türkiye'de kurulmuş olan dişhekimliğiyle ilgili cemiyet, vakıf, dernek ve kuruluşlara ulaşıp dökümantasyonunu yapma-

ya çalışıyoruz.

### **Türkiye'de araştırmacıların işi zor olmalı...**

Evet, bir koleksiyonu tek tek cımbızla ayıklar gibi ayıklıyoruz. Bir dedektif araştırması gibi iz sürerken bir şeyler bulunca da insanın hoşuna gidiyor. Mesela arşivler yok, ama hekimlerin elinde kalmış çalışma raporları var. Bu çalışma raporlarının içinde yönetim kurulları var. Onun içinde de görev alan dişhekimlerinin isimleri var. Bunları geriye doğru tarıyoruz. Yalnız İstanbul değil Anadolu'da kurulmuş Tabip odalarını, Türk Diş Tabipleri Cemiyeti'nin şubelerini de araştırıyoruz. Serbest Dişhekimleri Derneği var, bilimsel dernekler var. Yani işin detayına indikçe araştıracağımız başlıklar artıyor.

### **Başvurduğunuz kuruluşlardan doyurucu yanıtlar alabiliyor musunuz?**

Malesef bu soruya genel olarak hayır de-

mek durumundayım. Hemen hemen aldığımız yanıtların hiçbiri bizim istediğimiz anlamda doyurucu bilgiler içermiyor. Onun için bu söyleşide nasıl bir çalışma yürüttüğümüzü ve esasen hangi bilgilere ihtiyacımız olduğunu bir parça daha ifade etmeye çalışacağım. Dişhekimliğine ait ne varsa hepsinin arşivini oluşturmayı düşünüyoruz. Bu büyük bir çalışma ve 100. yıllarla bitmeyecek. Ama bu yıldan elimizde bir belgesel film, bir kurum tarihi, bir dökümantasyon merkezi kalırsa ileriye yönelik bir adım olacak. **En sonunda da bize yakışan güzel bir dişhekimliği müzesi olmalı.**

Dişhekimliği sektörüyle ilgili bugün biliyorsunuz, Diş Sanayici ve İşadamları Derneği (DİŞSİAD) var. DİŞSİAD çok yeni bir kuruluş ve ilk olduğunu zannediyorduk. Ama Türk Diş Tabipleri Cemiyeti'nin karar defterine baktığımızda 1950'li yıllarda öyle bir dernek kurulmuş. Çünkü öyle bir dernekle Türk Diş Tabipleri Cemiyeti'nin ortak görüşmelerinin yapılması kararı var karar defterinde. İsmi de İthalat, İhracat >

## İLK KADIN DİŞHEKİMLERİMİZ

### “Dişçilik Sanayi-i Nefise'nin bir şubesidir”

19 Mayıs 1927'de Cumhuriyet Gazetesi'nde yayımlanmış hoş bir haberi sizlerle paylaşmak istiyoruz. 80 yıl öncesinden gelen bu haberde ilk kadın dişhekimlerimizin heyecanını gözlemek mümkün. Aradan geçen 80 yılda önyargıların tümüyle kırılmadığı da bir gerçek.

#### İLK DİŞ TABİBİ KADINLARIMIZ: TALAT HANIM, MUAMMER HANIM, NURHAYAT HANIM...

Darülfünunun Tıp Fakültesi Diş Tabipliği Şubesi'nden bu sene üç hanımla 28 efendi mezun olacaktır. Dün bir muhabirimiz, mezun olacak Nurhayat, Talat ve Muammer hanımlarla görüşmüştür. Bu hanımlar mektebi bitirdikten sonra ne yapacaklarına dair sorulan suale şu cevabı vermişlerdir:

"Hepimiz aynı klinikler açarak diş tabipliği edeceğiz."

- Daha az yorucu meslekler varken bu mesleği neden tercih ettiniz ?

"Dişçilik ilk nazarda belki çok maddi bir sanat olarak görünüyorsa da hiç de böyle değildir. Bir diş tabibi çalışırken her türlü zevklerini temin edebilir. Mesela dişçilik ne



Dişhekimliği Okulu 1927 mezunları. Ortada görülen üç kadın Türkiye'nin ilk kadın dişhekimleri olan Nurhayat, Talat ve Muammer hanımlar olmalı...

büyük bir güzellik zevki temin eder. Dişi düşmüş bir adama naturel bir diş uydurmak bu, Sanayi-i Nefise'nin (güzel sanatların) bir şubesidir. Bir diş üzerinde bir mimar kadar çalıştıktan sonra tamamıyla

mücessem (biçimlendirilmiş) bir diş yapmak şüphesiz ki, insana bir güzellik heyecanı verir.

Sonra mütemadi (sürekli) ıstıraplar içinde kıvranan bir hastanın ıstırapını dindirmek, en mühim hayat makinesini tedavi etmek kadar insani bir hareket var mıdır?"

- Şimdiye kadar diş çekerken güçlük çektiniz mi?

"Şimdiye kadar yüzlerce ve çok mütenevvi (çeşitli) dişler

çektik. Hepsinde de muvaffak olduk. Bazıları kadın kuvvetinin diş çekmeye kafi gelmediğini söylüyorlar. Halbuki bizim sarf edeceğimiz kuvvete manivela yardım ettikten sonra diş çekmek mesele değildir." Tıp Fakültesi'nin Diş Tabipliği Şubesi talebeleri önümüzdeki pazar günü saat üçte hocalarına bir veda müsamesesi vereceklerdir...

19 MAYIS 1927 PERŞEMBE

ve Üretim Cemiyeti gibi bir şey. Yine eskilerde kurulmuş dişhekimliği kooperatifleri var; onların da belgelerine ulaşmaya çalışacağız. Yani yapacağımız daha çok çalışma var.

Dergi ve gazetelerde yer alan dişhekimliğiyle ilgili reklamları derliyoruz. Eski diplomalara ulaşmaya çalışıyoruz ki bu da çok önemli; fakültelerin kendilerinde bile kendi diplomalarının örnekleri yok. Öğrenci yıllıkları var... O yıllıklar çok önemli çünkü hem okulların resimleri var, hem öğretim üyeleri var, hem derslerin isimleri var. Bunları toplamaya çalışıyoruz. Ama bunların sayısı mesela İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi kütüphanesinde bile 7-8'i geçmiyor.

### **Bunların internet üzerinden araştırmacılara açık bir sitede yayımlanmasını düşünüyor musunuz?**

Düşünüyoruz ama bütün bunların maliyeti çok yüksek. Bir belgesel çekmek için fiyat araştırması yaptık ve bizim bütçemizi aşan rakamlarla karşılaştık. Organizasyon Komitesi'ne bağlı yirmiye yakın komite var ve bunlar da en az bizim kadar çalışıyor. Bütün bütçeyi bizim kullanma şansımız yok. O nedenle biz şimdi dökümantasyon çalışmamızı devam ettiriyoruz. Demin size arşiv dolabımızı gösterdim; şimdilik o dolap hemen hemen boş. Herkese çağrı yapıyoruz, kendisinin belki de çok önemsemediği bir yıllığı, bir fotoğrafı -Kadırga'da çekilmiş bir fotoğraf bizim için altın kıymetinde mesela- bize ulaştırırlarsa arşive ciddi bir katkıları olacak. Ailece dişhekimliği meslektaşlarımız var. Babası, hatta dedesi dişhekimliği olanlar var. Ohnlardan bazı bilgi ve belgelere ulaşabileceğimizi düşünüyoruz. Onlardan ulaşamadıklarımızın bu söyleyişi okuduklarında bize ulaşmalarını rica ediyoruz. Mesela dedesinin eski Türkçe diploma örneğine, okulda çekilmiş bir fotoğrafına sahip olabilirler. Böyle şeyler bizim için altın kıymetinde.

### **Bu kıymetli anılarını teslim etmek ister mi meslektaşlarımız?**

Orijinalini bize vermek zorunda değiller. Öyle yaparlarsa ayrıca memnun oluruz, kimden ne alırsak alalım muhakkak isimlerini zikredeceğiz (ileride bunlar bir müze de oluşturabilir çünkü) ama anı olarak saklamak isterlerse imza karşılığında kendilerinden alıp, dijital kopyalarını çıkardıktan sonra yine imza karşılığında kendilerine geri vereceğiz. İsterlerse biz adreslerine gidip alacağız, isterlerse kendileri getirebilirler. Ayrıca bize yollamak zorunda da değil-



Arşiv çalışmasının bir parçası da dişhekimliğinde ve laboratuvarlarda kullanılan eski cihazların derlenmesi. Arşiv Komitesi'ne ulaştırılan ilk cihazlardan biri kuron yapmaya yarayan şarp cihazı.

ler, belge ya da fotoğrafları kendilerinin tarama imkanı varsa tarayıp bize dijital ortamda da gönderebilirler. Kendileriyle röportaj yapabilir, aile büyükleriyle ilgili anıları varsa onları derleyebiliriz. Yani amacımız ileriye yönelik bir tarih bilincini yerleştirmek. Zayıf olan kısmımız bu.

DİŞİAD'dan da ellerindeki eski malzemeleri, ayakla çalışan turdan en son dijital aletlere kadar istedik. Temmuz ayındaki Yüzüncü Yıl Kongresi'nde fuarın bir bölümünü sergi gibi ayırmayı düşünüyoruz. İnsanlar somut olarak da görürse belki bize daha çok yardımcı olurlar.

### **Dergide yaklaşık bir yıldır yapılan çağrılar var. Bunlardan geri dönüş oldu mu?**

Yeterince değil, ama dönüşler başladı. Örneğin Muğla'dan, babası dişhekimliği olan bir meslektaşımız aradı. Babası 1926 mezunu, ilk kadın dişhekimliğiyle aynı sınıfta okumuş. Onun bir resmine, eski Türkçe diplomasının fotokopisine ulaştık. Bunların daha sık olması lazım.

Gelen malzemeleri gönderenin ismiyle sergileyeceğiz. Diyeceğiz ki mesela, bu resim Utku Onat arşivinden alınmıştır, bu belge Nedret Hoca arşivinden alınmıştır, bu alet şu dişhekimliği tarafından bağışlanmıştır. Böylece isimleri de kalıcı olacak.

### **Sözlü tarih kısmında bir ilerleme var mı?**

Şimdiye kadar ona yakın dişhekimliği ağabe-

yimiz ablamızla röportajlar yaptık. Bunları kaydediyoruz, fotoğraflarını çekiyoruz ve arşivliyoruz. Tabii amacımız, yapabilirsek bunu bir belgesel haline getirmek. Dediğim gibi bu da büyük bir kaynak gerektiriyor. İzmir'de ilk ortodontist dişhekimliği 1940 mezunu Ayşe Hanım'ın bir binayı sağlık ocağı olarak bağışladığını okumuştum. Onun gibi varlıklı dişhekimlerimiz bu işe katkı sunabilirler. Tabii Oda'sının İstanbul'daki yerini de bize bir hekim bağışlamıştı. Öyle bir şey de olabilir. Bağışçının ismi verilir. Dişhekimliği Müzesi denir ve o kişinin ismi de ölümsüzleştirilir.

Çok zor bir uğraşa girdik. Ama ilgi arttıkça birçok yerden birçok malzemenin çıkacağını düşünüyorum. 100. yılın sonuna kadar somut şeyleri gösterirsek zannediyorum birkaç yıl içinde çığ gibi büyüyüp güzel bir arşiv haline gelecek. Şimdilik sadece gördüğümüz iki dolabımız var. Birisi boş, birisi dokümanlarla dolu. Bunları dolduracağız. 100. Yıl nedeniyle 28 ilde bilimsel toplantılar var. Her toplantıdan önce bu araştırma için yaptığımız video çekimlerinden oluşan CD'yi göstermek istiyoruz. Bunun da bir motivasyon yaratacağını düşünüyorum.

Meslektaşlarımızın dişhekimliğinin tarihine ilişkin ellerindeki her türlü yayın, belge ve fotoğrafı bizimle paylaşmalarını istiyoruz. Eminim, ortaya çıkarılacak ürün bu mesleğin bir mensubu olarak onları da mutlu kılacaktır. **Yüz yıl dişimizi sıktık**, Kadırga'da bir odada bir masa üç sandalyeden, şimdi 20 fakülteye, tüm Türkiye'de 20 bini aşkın dişhekimine, Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) organlarında üç temsilciliğe, muayenehanelerimizde en modern cihazlara ulaştık. Şimdi tarih yazma vakti; haydi gelin, hep beraber Türk dişhekimliğinin **100 yıllık tarihini** yazalım. Desteklerinizi ve dayanışmanızı bekliyoruz. <

## Arşive katkı için...

Arşiv çalışmalarına katkı sunmak, elinizdeki bilgi, belge, döküman veya ürünü paylaşmak isterseniz lütfen bize ulaşın.

Tel: 0.212.219 66 45  
e-mail: info@yuzuil.web.tr



Fuar Komitesi Başkanı Ayhan Berk:

# 'Talebe yanıt vermekte zorlandık'



## Komitenizin bileşiminden biraz bahsedebilir misiniz?

Türkiye'de Bilimsel Dişhekimliğinin 100. Yılı olması nedeniyle bu seneki organizasyon diğer organizasyonlardan biraz daha farklı bir anlam taşıyor. Tecrübeli arkadaşlardan oluşan bir Komite kuruldu. Ben, Ümit Güneysu, Neslihan Yamaloğlu, Özgür Tutucu, Hikmet Bilge, Agah Can ve Can Tatar TDB adına Komitede görev aldık.

Komitenin bir de DİŞSİAD ayağı var. 100. yılımızda da fuarımızı sektörle birlikte organize ediyoruz. Bekir Mannasoğlu, Orhan Sevinç ve Kemal Esti de DİŞSİAD adına Komitede yer alıyorlar. Fuarımızın adı da Expodental 2008-IDEX'08 olarak belirlendi. Çalışmalar sistemli ve uyum içerisinde, birbirimizi ikna ederek yürütülüyor. Mekanların yeni baştan planlarını çıkardık. Bu planlar üzerinden mekanları belirli alanlara bölüp firmalara sunuyoruz.

Bu yıl organizasyonun bir özelliği de daha önce yasal şartların sağlanamaması nedeniyle 'sergi' olarak adlandırdığımız fuarı bu yıl bir fuar ve kongre organizasyon firmasıyla çalışmamızın da katkısıyla gerçek adıyla 'fuar' olarak ifade ediyor olmamız. Bu fuarları düzenleyebilmek için resmi müracaatlarımızı da yapıyoruz. Ge-

lecek yıllarda iktisadi bir yapı kurarak fuarı TDB de yapabilecek.

## Fuarın toplam alanında bir genişleme var mı? Talepleri hangi kriterlere göre değerlendiriyorsunuz?

Geçtiğimiz yılki salonlar yine kullanılacak ama toplam alan arttı. Sanırım 4500 m<sup>2</sup>'nin biraz üzerinde bir rakama ulaşacağız.

Firmaların talebi kısıtlanmıyor, diledikleri kadar talepte bulunabilirler. Stand alanı olarak bir alt limit belirledik ama üst limit yok. Alt sınır 18 m<sup>2</sup> olarak belirlendi. Önceki yıllarda olduğu gibi firmalar talepte bulunduktan sonra belli kriterlerimizi de uygulayarak karşılıklı birbirimizi ikna ederek yerleştirmeler yapıldı. Tabi herkesi memnun etmek mümkün değil. Öncelikli olarak yüksek alan talebi, sponsorluk, teşhir ya da sıcak satış yapma durumu ve DİŞSİAD üyesi olma kriterleriyle birlikte 2001 yılından bu yana fuarlara katılım sayıları da kriter olarak değerlendirildi.

## Geçtiğimiz yıl Askeri Müze ilk kez kullanıldığından bazı eleştiriler olmuştu. Bu konuda önlemler alındı mı?

Geçen yıl Askeri Müze'de yer alan firmalar yeterince ziyaretçinin oraya yönlendirilememesi nedeniyle bazı sıkıntıları ifade etmişlerdi. Fakat bu sene Organizasyon

Komitesi o alanları canlandıracak tedbirleri aldı. Askeri Müze'deki bilimsel etkinlik sayısı artırıldı. Dişhekimlerinin ilgisini çekecek bazı bilimsel konferans ve panelleri Askeri Müze'ye kaydırıldı. Dolayısıyla meslektaşlarımız için bu alan cazip hale getirildi. Bu sene Askeri Müze'de daha çok satışa yönelik bir yoğunlaşma olabilir.

## Katılım sayısının çok artması durumunda fuarda fiziki bir sıkıntı yaşanır mı?

Hayır, yürüme alanları uluslararası standartlarda üçer metre olarak belirlendi. Bundan kesinlikle taviz vermiyoruz. Ama bunun dışında mükemmel bir kentsel konuma sahip olmakla birlikte buradaki fuar yapıları malesef alan olarak yetmiyor. Bu alanların büyümesinde yarar var. Kongre Vadisi dediğimiz bu bölgede ek fuar ve kongre alanlarına ihtiyaç duyuluyor.

## Fuara dışarıdan katılmak isteyenler için sınırlama var mı?

Geçen yıllarda kongre katılımcılarının dışında fuarı gezmek isteyen meslektaşlarımızdan bir ücret talep ediyorduk. Bu sene ücret alınmayacak. Bütün meslektaşlarımız fuar alanlarını TDB kimliklerini yanlarında bulundurmak şartıyla gezebilecek. Bugüne kadarki fuarlarımızın en iyisi olacağına ben inanıyorum, Meslektaşlarımıza 100. Yıl'da en iyiyi sunacağız. <



Fuar Komitesi toplantı sırasında. Komite Başkanı Ayhan Berk, Neslihan Yamaloğlu, DİŞSİAD temsilcileri Bekir Mannasoğlu ve Orhan Sevinç ile birlikte.



# 100. YIL

## Etkinlik Takvimi

1 Mart 2008	Muğla	Bilimsel Toplantı
1 Mart 2008	Tekirdağ	Bilimsel Toplantı
1 Mart 2008	Manisa	Bilimsel Toplantı
8 Mart 2008	Denizli	Bilimsel Toplantı
8 Mart 2008	Eskişehir	Bilimsel Toplantı
8 Mart 2008	Aydın	Bilimsel Toplantı
15 Mart 2008	Elazığ	Bilimsel Toplantı
22 Mart 2008	Kahramanmaraş	Bilimsel Toplantı
22 Mart 2008	Hatay	Bilimsel Toplantı
22 Mart 2008	Malatya	Bilimsel Toplantı
23 Mart 2008	Mersin	Bilimsel Toplantı
23 Mart 2008	İstanbul	Bilimsel Toplantı
29 Mart 2008	Gaziantep	Bilimsel Toplantı Diş Teknisyeni ve Dişh. Yard. Eğitimi
29 Mart 2008	Çanakkale	Bilimsel Toplantı
27-30 Mart 2008	Ankara	Bilimsel Toplantı (Bahar Sempozyumu)
5- 6 Nisan 2008	Samsun	Bilimsel Toplantı
5-6 Nisan 2008	Ankara	2. Ulusal Öğrenci Kongresi
12-13 Nisan 2008	Kocaeli - Sakarya	Bölgesel Toplantı + Diş Teknisyeni Eğitimi
12-13 Nisan 2008	Diyarbakır	Bilimsel Toplantı
17-18 Nisan 2008	İstanbul	ERO toplantısı
25-27 Nisan 2008	Antalya	Bölgesel Toplantı + Diş Tekn ve Dişh. Yard. Eğitimi + Briç, Satranç, Futbol turnuva finalleri
10 Mayıs 2008	Zonguldak	Bölgesel Toplantı Diş Teknisyeni ve Dişh. Yard. Eğitimi
18 Mayıs 2008	Edirne	Bilimsel Toplantı
17-18 Mayıs 2008	KKTC	Bölgesel Toplantı
30 Haz.- 5 Temmuz 2008	İstanbul	TDB Yüz Yıl Kongresi - 2.Pan Avrupa Kongresi
26-27 Temmuz 2008	Trabzon	Bölgesel Toplantı
12 Eylül 2007	İstanbul	Öykü Yarışması Ödülleri
11 Ekim 2008	Sakarya	Bilimsel Toplantı
12 Ekim 2008	Bursa	Bilimsel Toplantı + Diş Teknisyeni Eğitimi
17-18 Ekim 2008	Adana	Bölgesel Toplantı Diş Teknisyeni ve Dişh. Yard. Eğitimi
24-25 Ekim 2008	Kuşadası	Bölgesel Toplantı Diş Teknisyeni ve Dişh. Yard. Eğitimi
31 Ekim 2008	Sivas	Bölgesel Toplantı + TDB Başkanlar Konseyi
17-22 Kasım 2008	Ankara / İstanbul	22 Kasım etkinlikleri



## 'Bana öykünü anlat'

TDB Öykü Yarışmasının geçtiğimiz sayımızda 30 Nisan 2008 olarak duyurduğumuz

### son katılım tarihi

bir ay uzatılarak

**30 Mayıs 2008**

olarak belirlendi.

Yanışma koşulları hakkında geniş bilgiyi

[www.yuzyil.web.tr](http://www.yuzyil.web.tr) adresinde bulabilirsiniz.



## Anılar, fotoğraflar

Anılar hayatımızın tanıklarındır, naftalin kokularıyla zamanı taşırlar.

Onları sandıklarınızdan çıkarın, paylaşın bizimle. Mesleki anılarınızı ve fotoğraflarınızı gönderin, birlikte gülüp birlikte hüzünleneelim yeniden.

Anılarınızı, fotoğraflarınızı

(300 dpi çözünürlükte JPEG formatında göndermeniz tercih edilir)

[www.yuzyil.web.tr](http://www.yuzyil.web.tr) adresinde yayımlamak istiyoruz.

Katkılarınızı [info@yuzyil.web.tr](mailto:info@yuzyil.web.tr) adresine elektronik postayla ya da

Hidayet Sok. No:4 Kat:4 34373 Harbiye / İstanbul

adresine postayla göndermenizi bekliyoruz.

**11-13 Nisan 2008**

Kartepe  
**GreenPark Hotel**  
★★★★★

### Konaklamalı katılım ücretlerine dahil olanlar:

- Bilimsel program
- Katılım sertifikası
- Yaka kartı
- Açıkbüfe kahvaltı
- Açıkbüfe öğle yemeği
- Açıkbüfe akşam yemeği
- Çay / kahve ikramları
- Yemeklerde birer meşrubat
- 12 Nisan Cumartesi akşam yemeğinde limitli içki

### Günlük katılım ücretlerine dahil olanlar:

- Bilimsel program
- Yaka kartı
- Açıkbüfe öğle yemeği
- Çay / kahve ikramları

### Expodental

11-13 Nisan 2008 tarihlerinde dişhekimliği, ilaç ve farklı sektörlerden firmaların katılımıyla sergi organize edilecek.

Devkon Turizm Seyahat Acentası  
ve Organizasyon Hiz. Tic. Ltd. Şti  
Atatürk Caddesi No:174/1 K:7 D:13  
35200 Alancak İzmir  
Tel: 0213 464 30 41 pbx  
Faks: 0312 464 30 42  
e-posta: [mugeakman@devajans.com](mailto:mugeakman@devajans.com)

TDB 100. Yıl Etkinlikleri Merkezi  
Hidayet Sk. No:4 K:4  
Harbiye Şişli İstanbul  
Tel: 0212 219 66 45 - 230 29 07  
Faks: 0212 232 05 06  
web: [www.yuzyil.web.tr](http://www.yuzyil.web.tr)  
e-posta: [bilgi@yuzyil.web.tr](mailto:bilgi@yuzyil.web.tr)

### Oral Diyagnoz ve Maksilofasial Radyoloji Derneği'nin

### 5. Bilimsel Sempozyumu'nun

bulduğu yoğun bilimsel program.



**TDB 100.YIL ETKİNLİKLERİ**  
**Kocaeli-Sakarya**

Bilimsel Dishekimliğinde



**BİLİMSEL BÖLGE TOPLANTILARI**

1908-2008



ABDİ İBRAHİM



FORTIS



SENSODYNE





## 25-28 Nisan 2008 LARESPARK Hotel

★★★★★

### Konaklamalı katılım ücretlerine dahil olanlar:

- Bilimsel program
- Gala yemeği
- Katılım sertifikası
- Yaka kartı
- Açıkbüfe kahvaltı
- Açıkbüfe öğle yemeği
- Açıkbüfe akşam yemeği
- Çay / kahve ikramları
- Alkollü ve alkolsüz içecekler

### Expodental

25-27 Nisan 2008 tarihlerinde dişhekimliği, ilaç ve farklı sektörlerden firmaların katılımıyla sergi organize edilecek.

### Günlük katılım ücretlerine dahil olanlar:

- Bilimsel program
- Yaka kartı
- Açıkbüfe öğle yemeği
- Çay / kahve ikramları
- 09:00-18:00 arası herşey dahil yiyecek ve içecek servisi

**Türk Endodonti Derneği'nin  
3. Bilimsel Sempozyumu'nun** da bulunduğu bilimsel programın yanı sıra, dişhekimleri arasında Türkiye çapında düzenlenen briç, satranç, tenis ve futbol turnuvalarının finalleri de gerçekleştirilecek.

Devkon Turizm Seyahat Acentalığı  
ve Organizasyon Hiz. Tic. Ltd. Şti  
Atatürk Caddesi No:174/1 K:7 D:13  
35200 Alsancak İzmir  
Tel: 0213 464 30 41 pbx  
Faks: 0312 464 30 42  
e-posta: mugeakman@devajans.com

TDB 100. Yıl Etkinlikleri Merkezi  
Hidayet Sk. No:4 K:4  
Harbiye Şişli İstanbul  
Tel: 0212 219 66 45 - 230 29 07  
Faks: 0212 232 05 06  
web: www.yuzuyil.web.tr  
e-posta: bilgi@yuzuyil.web.tr



TDB 100.YIL ETKİNLİKLERİ

antalya

BİLİMSEL BÖLGE TOPLANTILARI





## Prof.Dr. Necla Timuçin: 'Cihaz ne olursa olsun, dişhekimimi yetersizse yapacak birşey yok'

Türkiye'de Bilimsel Dişhekimliğinin 100. Yılında bu yüzyılın ellisine dişhekimimi ve öğretim üyesi olarak tanık olmuş hocamız Prof.Dr. Necla Timuçin'le söyleştik. Timuçin aynı zamanda Türkiye'de Cerrahi alanında yapılan ilk doktora çalışmasının da sahibi...

### **Kısaca eğitiminizden bahsedermisiniz?**

Ben Bakırköylüyüm. İlk ve orta eğitimimi orada tamamladıktan sonra -lise yoktu o zaman Bakırköy'de- İstanbul Kız Lisesi'ne gittim. 1952'de sınavla İstanbul Tıp Fakültesi'ne girdim. Ondan evvel derece usulüyle giriliyordu. Ben tıp fakültesini istemiyordum, ama sınavda birinci olmuşum, en yüksek notla da tıp fakültesi alıyordu; tıp fakültesine gittim. Dördüncü sınıfa geçerken dişhekimliğine başvurudum. O zaman kararlı öğrenciler diye statü vardı, ondan istifade ederek dişhekimliğine geçtim ve tıpta verdiğim derslerin hepsinden muaf oldum. Ama benim için şu açıdan ağır oldu; dişhekimliğine yeni geçmiş bir öğrenci olarak ilk iki sınıfın pratiğini birden yapmam gerekti. Onu bir defada geçtim ve doğrudan üçüncü sınıfa alındım. Benim okuduğum dönemde eğitim dört seneydi ve adı da Dişhekimliği Okulu'ydu. Zaman zaman yanlış olarak 'Yüksek okul' diye bahsediyorlar ama doğru değil. Nihayetinde 1957 Haziranında pekiyi dereceyle mezun oldum.

### **Sonra akademik hayata devam ettiniz...**

Evet, aynı yıl bugünkü adıyla Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi kürsüsüne asistan oldum. 1963'te hazırladığım 'Çene Kırıklarının Akriklilik Atelle Tespiti' konulu tezimi sözlü olarak sunup, savundum. Ve pekiyi dereceyle cerrahi dalında Dr. Med Dent unvanını aldım. 1967-68'de doçentliğe yükseltildim. 1973'te de profesör oldum.

1977-1978 yılları arasında YÖK yasalarına

göre tam gün-yarım güne göre değişen devrelerde Fakülte Yönetim Kurulu üyeliği, Fakülte Kurulu üyeliği, Dekan vekaleti, İstanbul Üniversitesi Senatosu üyeliği, Anabilim dalı başkanlığı, Bilim dalı başkanlığı gibi görevlerde buldum.

### **Akademik hayatta ilginç durumlarla karşılaştınız mı hiç?**

1960 ihtilali öncesiydi; Okul Beyazıt'ta Sahafklar Çarşısı'nın başındaki binadaydı. Üst katı da eczacılıktı. Reimplantasyon yapıyordum; dişi çekmiştim, elimdeydi. Meydanda gösteriler vardı. Zamanın rektörü olayı kızdırtmak için bütün üniversiteyi boşaltmak istedi. Yalnız bizi değil hukuk, iktisat, tıp herkesi boşaltıyorlar meydana. Düşünebiliyor musunuz, bir olay varken 3-5 bin kişiyi birden dışarı çıkartmak ne kadar felaket bir şey. Herneyse, herkesi dışarı çıkartırlarken diş benim elimde kaldı. "Hocam ben bunu koyayım yerine, o kadar zaman yok mu" dedim; "yazık, çektik adamın dişini, elimizde kaldı". Hocam Şevket Tagay'dı. "Hadi koy, koy" dedi. Kapıyı kapadı üstümden. Ben dişi yerine yerleştirdim ve hâlâ hastamın ağzında duruyor o diş.

### **Sizin bir de ilk olma özelliğiniz var. Bundan da biraz bahsedebilir miyiz?**

Cerrahi'de Türkiye'de yapılmış ilk doktora bana ait. Yurtdışında doktor unvanını almış, Hacettepe'de bir arkadaşımız vardı; benden bir sene önce... Fakat Türkiye'de yapılmış ilk doktora benim. Benim hocamın dahi doktorası yoktu, Kemal Beyin. O zaman doktora yokmuş çünkü. Üniversite



reformuyla doğrudan doçent olarak atanmışlar. Sonra eserlerini çoğaltarak asli kadroya geçmişler.

### **Dişhekimliğine geçme fikri nereden çıktı?**

Tıp Fakültesi'nde dördüncü sınıfa geçtiğim yıl evlendim. Dişhekimliğine geçsem evlilikle birlikte daha rahat bir öğrencilik süreceğini düşünüyordum. Tıp Fakültesi'nde gece nöbetleri oluyordu. Klinik öğrencisi olmuştum çünkü. Babam -çok iyi okuyan bir çocuktum- mutlaka okumam gerektiğini söylüyordu. "Erkekler okumasa da başka bir iş yaparlar ama kızlar ayaklarının üzerinde durmalıdır" derdi. O zaman eşimin ailesi söz verdi, "nereye kadar okumak isterse okur, biz engel olmayız" diye.

Aslında ben evlenmek değil de nişanlanmak istiyordum. Nişanlanacaktım, mektep bitecekti, evlenecektim. Ama bizim aile tutucu davrandı. Babama göre nişan rahat gezmek için bir vasıta. Öyle olacağına evlensinler gitsin diye düşünüyor. Ben istemiyorum bu durumu ama bir daha ne onlar gelir bu işe baş koyarlardı ne de babam beni verirdi. O yüzden o kadar sevdiğim adamla mutsuz mutsuz evlendim.

### **Evlilik eğitiminizi etkiledi mi?**

Hayır, hiç etkilemedi. Çünkü evde ders bile çalışmıyordum. Kayınvalidem nasıl geçeceksin acaba sınıfı diyordu. Ama yine sınıf birincisi olarak geçtim. Çok hafif geliyordu dersler. Ben tıpta bütün vücuttan

imtihan oluyordum, onlarsa sadece baş, boyun okuyorlardı. Bütün hocaların dikkatini çektim ve herkes beni asistan almak istedi.

### **O günlerle bugün arasında hoca-öğrenci ilişkisi açısından ne gibi farklılıklar var?**

O zamanlar hoca hademeye bile konuşsa öğrenci kapısını çalıp içeri giremezdi. Şimdi neredeyse vurmadan giriyorlar içeriye. Hoca-öğrenci ilişkisi çok ciddi temellere dayanıyordu. Benim hocam Şevket Bey, dünyanın belki en sert hocalarından biriydi. Ama ben hiç azar işitmedim hocadan. Sonradan da aramız o kadar iyi geliştirdi ki; çünkü ne sorsa bulabiliyordu benden. Bazen odasında otururken hademeyi çağırır, Necla'yı çağırır der. "Şu kası kessen altından ne çıkacak söyle bakalım?" Ben hemen söyleyince "Aferin, hadi git" derdi. Hiç aramız kötü olmadı. Hiçbir hocayla da kötü olmadı. Hepsini çok seviyordum.

Hoca öğrenci ilişkisi çok önemli. Dediğim gibi bizim cerrahide hoca çok diktatördü. O kadar ki, sinirlendiği zaman küveti fırlatır atar. Şimdi haddine mi? Talebe de onun kafasına atar. Yalnız, usulüne uygun çalışıldığı zaman problem yoktu. Zaten hariciyeden gelme kültürlü bir adamdı. O zamanki hocalardan yabancı dil bilmeyeni yoktu. 55 sene evvelden bahsediyorum. Hepsisi yabancı dil bilirdi, dış ülkelerde bulunmuş, çalışmış insanlardı. Bazısı iki dil bilirdi. Şimdi hoca olmak daha kolay.

### **Öğrenciliğinizde aklınızda kalan ilginç anılarınız var mı?**

Cerrahiden sınıf geçmemi unutamam. Hoca, mezuniyet aşamasına gelmiş öğrencilerin artık bildiğini düşünür ve hasta getirirdi dershaneye. Dersin yarısını kendi anlatırdı yarısında da pratik imtihanı yapardı. Bu imtihanlarda da en bilgili kimse onları kaldırırdı. Ben de hep önde oturuyorum, bazı soruları cevaplıyorum falan diye 'siz kalkın' dedi. Halbuki ben Haziran'da mezun olacağım, Şubat'ta mezun olacaklar var, onları kaldırması lazım. 'Gelin bakalım ne biliyorsunuz' dedi. 'Yapın muayenenizi' dedi, 'teşhisinizi, tedavinizi söyleyin'. Hastanın yüzü şişmişti. Ama apse şişi değil, ilginç bir vakaydı. Ben bütün anatomik detaylarıyla anlattım. Sonra ağız içi muayenesi, sonra film muayenesi... Dedim burada diş varsa foliküller kisttir. Peki ne yapacaksınız dedi. Bunda dedim o dişi de yerine indire-



**Mezuniyet Töreni (1972)**

Ön sıra (Soldan sağa): Cevder Erimoğlu, Nuri Muğan, Kemal Yüce, Ferruh Aközsoy, Suat İsmail Gürkan, Gazanfer Zembilci, Orhan Okyay, Lemi Belger, Necla Timuçin, Melih Tahsinoğlu, Yılmaz Manısalı, Peker Sandallı

bilmek için bir ameliyat var, onu yapacağız. O diş kendiliğinden zaten yol bulacak, incek aşağıya. Sonra ufak bir düzeltmeyle kaybetmemiş olacağız dedim. Ferruh Bey'e döndü, 'Ferruh, yahu bu kız neler söylüyor' dedi. Ferruh Bey 'benim dersimde de öyle; o çok biliyor' diye yanıtladı. Boş vaktim oldukça cerrahi derslerini dinlemeye gidiyordum, bunun çok faydasını gördüm.

Bu sefer anatomi sormaya başladı bana. Dilin kaç katı var, yok yutağın kaç katı var, vücudun içindekileri say, ne iş yapar falan. Sordukça cevapladım ben. 'Doçentlik sınavı gibi oldu bu' dedi, 'daha mezun değil kız ama doçentlik sınavına hazır'. 'Siz' dedi, 'imtihana girmeyin, ben sizi benim dersimden mezun ediyorum'. Arkadaşlarınızın başında da onlara asistan gibi davranın dedi ama ben hiç arkadaşlarıma öyle fors koyabilir miyim? O bana çok büyük bir onurdu tabii.

### **Doçentlik sınavında da zorlamaya çalışmışlar sizi...**

Evet, önce damaktan iki tane gömük diş çıkarttırdılar. Çıkardım ikisini de, ameli-



**Doçentlik Sınavı (1968)**

(Soldan sağa) Necla Timuçin, Prof. Ferruh Aközsoy, Prof. Suat İsmail Gürkan, Prof. Halit Ziya Konuralp, Prof. Şevket Tagay.

yat ettik. Bu sefer jüri üyelerinden Hikmet Altuğ gecikmiş olarak geldi. 'Sen dikişleri sök, ben ameliyatı takip edememiştim, bakacağım' dedi. Dikişleri söktük yeniden, damağı açtık. Gördü ve çok hoşuna gitti. Ondan sonra Hikmet Altuğ'un bütün hastaları benim hastam oldu.

Sonra Hüsnü Göksel beni kenara çekti. O da göğüs cerrahisi, 'kardeşim, size bir şey söyleyeyim mi' dedi, 'hocanız sizin doçent olmanızı istemiyor'. 'Yok, ister' dedim, 'Hocanın ilk doçenti olacağım, aramız hiç kötü değil, Hoca mutlaka ister benim doçent olmamı'. 'Yok' dedi, 'bana, ben soru sormayacağım, benim sorduğum soruları nasıl olsa cevaplar, siz kendi dalınızdan sorun bakalım ne diyecek dedi'. Neyse, Hüsnü Bey sormaya başladı. İki akciğerin arasındaki boşluğu sordu, dişhekimliğiyle hiç ilgili değil. Ben anlattım işte, kalp var, arkada akciğer var, özofagus var, bunları anlattım. Peki iltihaplanmaları nasıl olur dedi. Ben hepsini anlattım. O sırada Hikmet Altuğ dedi ki 'enough!' (yeter).

80 soru sormuşlar.

Halit Ziya da, 'enough (inaf) denir mi buna, insaf denir' dedi, 'iki eline raket almış, tenis oynar gibi tak tak atıyor. Durmuyor, biraz yavaş anlatsa belki daha az soru soracağız ama çok hızlı konuşuyor, biz de yenisini soruyoruz. Çıkmış size bir yıldızlı on verelim'. Kapıda bütün öğretim üeleri dinliyor, seyrediyorlar falan. Güzel şeyler. Hala aklıma geldikçe heyecan >



duyuyorum.

### Sizin okuduğunuz dönemde teknik imkanlar nasıldı?

Ben en kötü zamanda yetişemedim. Yani ayak turuyla diş oyulduğu dönemlere. Benim mezuniyetimde elektrik motoruyla çalışılabiliyordu. Ama kaytanlı motorlar vardı, tabi onun sürtünme katsayısına bağlı olarak devir düşerdi.

Motorların en yükseği 8 bin devirliydi o zaman ama gelene kadar 3-4 bine düşerdi. Halbuki şimdi aynı üniten üzerinde üç tane motor var. Bir tanesi çok düşük devirli, ikincisi mikromotor denen 40 bine kadar devir yapanı. Üçüncüsü aeratör denen 300-400 bin devir yapan motorlar. Tabi ki her şey çok daha kolay. Mesela bir kuron yapacaksınız, köprü yapacaksınız, dişin etrafında sanki resim fırçasını dolaştırıyor gibi dolaştırıyorsunuz hiç baskı yapmadan. O zaman köprü hastası gelmesin diye dua ederdim. O kadar zordu ki o düşük devirli turlarla çalışmak.



1972 tarihli bu fotoğraf Şevket Tagay'ın ölümünden kısa bir süre önce çekilmiş (Soldan sağa): Kemal Yüce (soldan dördüncü), Tamara Tagay (eşi), Orhan Okyay, Şevket Tagay, Necla Timuçin, Aygen Ilıcalı, Sonay Gürsoy, Nedret Gürsoy

Yalnız şunu söyleyeyim: Cerrahi daima el maharetine dayanır. Cerrahide metod değişmesi çok az olur. Aletler cihazlar gelişse de eğer dişhekimisi yetersizse yapacak bir şey yok.

### Türkiye'de dişhekimliğinin geldiği noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Dışarıda ne yapılıyorsa burada da yapılıyor. Onu yadsımamak lazım. Son gelişmelerden biri implanttır mesela; Türkiye'de de kaç senedir yapılıyor. Benim on oniki senelik uygulamalarım var, hasta ağzında olan. Gelişmiş ülkelerle aramızda fazla bir fark yok. Ancak meraklı olmak lazım. Takip etmek lazım.

### Geçmişte baktığınızda en çok gurur duyduğunuz şey nedir?

42 yıllık öğretim üyesi olarak, her yıl yetiştirdiğimiz öğrenciler yurdun her tarafına yayılıp insan sağlığına hizmet ettiler ve ediyorlar. Birçoğu yeni üniversitelerin kurulmasında çalıştı, yeni dişhekimleri yetiştirdi. Bir kısmı yabancı ülkelerde çalıştı ve çalışıyor. Bugün öğretim üyesi olan ya da serbest çalışan pek çok meslektaşımın doktora referentliğini yaptım. Onların insan sağlığına yaptıkları hizmetten, yeni öğrenci yetiştirmek için gösterdikleri gayretten her zaman gurur duyuyorum.

GNATUS  
Reliable Evolution

CE  
0499

25.000 LUX ışık yoğunluğunda diğerlerine göre %95 oranında az elektrik tüketimi sağlayarak ton değişikliği yapmadan ve ısı yaymadan %100 odaklama ile yüksek kalite aydınlatmayı yapan LED PLUS REFLEKTÖR aydınlatmadaki son gelişmedir.

esti  
ULUSLARARASI İTH. İHR. TİC. A.Ş.

Ziya Gökalp Caddesi No:24/72 Yenisehir/Ankara  
Tel:( 0312 ) 435 00 50 pbx Fax:( 0312 ) 434 50 26  
www.esti.com.tr e-mail:esti@esti.com.tr

# Kamu, dişhekimliği hizmetlerinin sunumunda muayenehaneleri de kapsayan bir düzenleme kurmalıdır

Ülkemizde halkın ağız diş sağlığı düzeyi çok kötü olmasına ve ihtiyaca yanıt verebilecek dişhekimleri muayenehanelerde atıl durmasına karşın devletin henüz hizmet sunumunda muayenehaneleri de aktive edecek bir girişimi yok. TDB MYK üyesi Tuncer Taşkın bu hizmetlerin sunumuyla ilgili verilerden yola çıkarak muayenehanelerden hizmet alınmasının neden bir zorunluluk olduğunu yazdı.

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmaması ve bunun sonucunda ortaya çıkan tedavi taleplerinin karşılanamaması nedeni ile diş ve diş eti hastalıkları çok yaygındır.

Tüm vatandaşlarına sağlıklı ortamlarda, eşit sağlık hizmeti sunmak, devletin anayasal görevidir. Bu ayrıca sosyal devlet olmanın da temel ilkelerinden biridir.

Ülkemizde ağız diş sağlığı verileri genel sağlıktaki durumdan çok daha kötüdür. Neredeyse tedaviye ihtiyacı olmayan insan yok gibidir. Bu durum; gerek toplumuza yeterli sağlık eğitiminin verilmemiş olmasından, gerekse kamunun sorumlu olduğu ağız diş sağlığı hizmetlerini toplumun ihtiyacına yetecek şekilde organize edememiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Vatandaşlarımızın tamamına yakını sosyal güvenlik kapsamındadır. Yani vatandaşlarımızın ağız ve diş sağlığı hizmetlerini belirlenmiş kurullar çerçevesinde ücretsiz ve geciktirilmemesi gereken bir sağlık hizmeti olarak alma hakları

vardır.

Türk Dişhekimleri Birliği'nin Ağustos 2007'de yaptığı çalışmaya göre Türkiye'de 22.333 dişhekimisi bulunmaktadır. Bunların 21.022'si mesleğini aktif olarak icra etmektedir. (Tablo 1)

Türkiye ortalamasına bakıldığında dişhekimisi başına düşen kişi sayısı 3.428'dir. Dişhekimlerinin coğrafi dağılımının dengesiz olması nedeni ile Türkiye geneli il ve ilçelerdeki dişhekimisi başına düşen nüfus, farklılıklar arz etmektedir.

Türkiye'de dişhekimliği hizmetlerinin örgütlenmesi, tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ağırlıklı olarak muayenehane temeli üzerinde olmuştur. (Tablo 2-3)

Ülkemizde dişhekimliği hizmetleri resmi ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir.

Yaklaşık 70 milyon nüfusa ağız ve diş sağlığı hizmeti verebilmek için Sağlık Bakanlığı'nın istihdam ettiği dişhekimisi sayısı; 6000 civarındadır. Bu sayıdaki dişhekimisi ile vatandaşlarımıza, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterli bir şekilde verilmesinin mümkün olmadığı çok açıktır.

Kamuda çalışan meslektaşlarımızın bir kısmı kamudaki çalışma saatleri dışında muayenehanelerinde çalışarak mesleklerini uygulamaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'nda çalışan dişhekimlerinin %26'sının muayenehanesi mevcuttur. (Tablo 4)

Kamuda çalışan dişhekimlerinin; halkın diş ve dişeti hastalıkları ile ilgili ihtiyacı ve talebini karşılama olanağı yoktur. Kamu hastanelerinde aylar sonrasına verilen randevular bunun en somut örneğidir. 2006 yılında Sağlık Bakanlığı'nın dişhekimliği birimlerinde verilen dişhekimliği hizmetleriyle toplumun ihtiyacı ve talebini karşıladığımızda, bu hizmetin verilemeyeceği görülecektir.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleriyle hastanelerde çalışan meslektaşlarımızın yaptığı toplam işlem sayısı 12.226.739'dur.

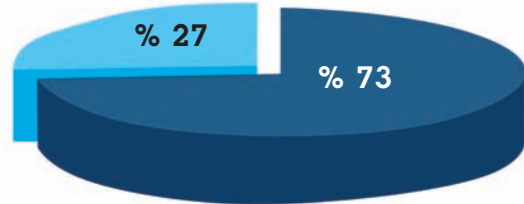
İhtiyaç duyulan rakamlarla karşılaştırıldığında, kamu kuruluşlarında talebin karşılanmasının olanaklı olmadığı anlaşılacaktır. (Tablo 5)

Tablo 5'ten anlaşılacağı gibi kamu tarafından yapılan ağız diş sağlığı hizmetle-



■ Mesleğini aktif olarak icra eden  
■ Mesleğini aktif olarak icra etmeyen

Tablo 1- Dişhekimliği mesleğini aktif olarak icra eden ve etmeyen dişhekimlerinin dağılımı



■ Serbest çalışan  
■ Kamuda çalışan

Tablo 2- Dişhekimlerinin istihdam alanı

ri ihtiyacın maksimum %10'unu karşılayabilmektedir. Bu oranın da dış çekiminde olması ve ardından yapılması gereken protez ücretlerinin yüksekliği düşünüldüğünde kamuda üretilen hizmetin ve harcanan kaynağın doğru yönetilmediği anlaşılabacaktır.

FDI'a (Dünya Dişhekimleri Birliği) göre bir dişhekimi günde 15-20 girişimsel işlem yapabilir, oysa ülkemizde serbest çalışan bir dişhekimi günde ortalama 5-6 işlem yapmaktadır.

Toplumun ağız-diş sağlığı hizmetlerine ihtiyacı olmasına rağmen ve hizmete ulaşmazken, dişhekimleri de büyük yatırımlarla kurmuş oldukları muayenehanelerinde neredeyse boş oturmaktadır.

### Dişhekimliği hizmetlerinin sunumu tıp hizmetlerinden farklıdır.

Ülkemizde yaklaşık 100 bin uzman ve pratisyen hekim bulunmaktadır. Muayenehanelerinde serbest çalışanların sayısı 4.500 dolayındadır.

Sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamaklarda sunulduğundan, muayenehane hizmetleri genel tipta çok yaygın değildir.

Tıp alanındaki muayenehane hekimliği oranı % 4 iken dişhekimlerinde bu oran % 85 dir.

Dişhekimliği hizmetlerinin tıp hizmetlerinden temel bir farkı da; dişhekimliği hizmetlerinin %100'e yakınının ayakta verilen sağlık hizmeti olmasıdır. Bu hizmetlerin verildiği tüm birimlerde (muayenehane, poliklinik, merkez, hastane) kullanılan teknik donanımının ve kullanılan materyal tamamen aynıdır.

### Muayenehanelerin içinde olmadığı bir sistem kabul edilemez.

Türk Dişhekimleri Birliği; dişhekimi ihti-

İşlem Adı	İhtiyaç Duyulan	Kamuda Yapılan	Oran %
Dolgu	247.000.000	1.943.262	0.8
Çekim	35.000.000	3.663.629	10
Kanal Tedavisi	8.700.000	210.630	2.4
Detraj	39.500.000	2.268.425	5.7

Tablo 5. Bazı dişhekimliği tedavilerinde ihtiyaç duyulan ve kamuda yapılan tedavilerin karşılaştırılması

yacının; dişhekimliği eğitiminin içeriği, toplumun diş sağlığına olan ihtiyaç ve talebi, dişhekimlerinin coğrafi dağılımı, orta ve uzun vadeli sağlık hedefleri vb. kriterler göz önüne alınmadan belirlenmesinin ülke kaynaklarının israfı anlamına geleceğini, geçmiş dönemlerdeki ve bugün işbaşında bulunan iktidara, sağlık bakanlarımıza ve ilgili makamlara hem sözlü hem de yazılı olarak defalarca sunulmuştur.

Türk Dişhekimleri Birliği sisteminin yaşayacağı sorunları yakından bilmekte ve ne olursa olsun meslektaşlarımız bu sistemden yararlansın anlayışında olmamış ve olmayacaktır. TDB sürdürülebilir bir uygulamayı savunmaktadır. Bu anlamda özelden hizmet kapsamı içerisinde yer alacak dişhekimliği tedavi kalemlerinde öncelikli grupların ve öncelikli tedavilerin olmasını önermektedir.

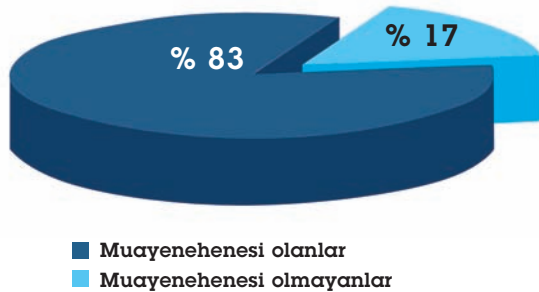
Aynı eğitimi almış, fiziki mekan dışında aynı teknik donanımlara sahip birimlerde çalışan dişhekimlerinden kamu tarafından alınacak hizmetlerin farklı tutulması, bu mesleğe yapılacak en büyük haksızlık olacaktır. Doğaldır ki uzmanlık alanlarıyla ilgili kısıtlamalar olacaktır. Ancak ifade edilen aynı niteliklere sahip dişhekimleri arasında yapılacak ayırım

adil ve etik olmayacaktır.

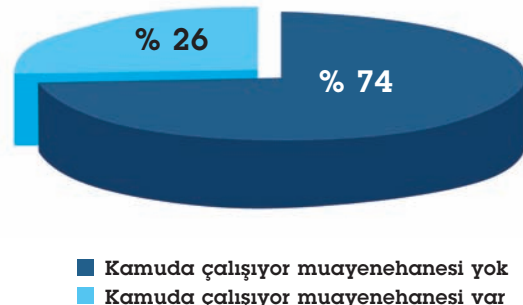
Yukarıda özetlemeye çalıştığımız nedenlerden ötürü vatandaşın ağız diş sağlığı hizmetlerine ulaşamadığı bir gerçektir. Bu durum ülkemizde hizmet veren dişhekimlerinin sayısının azlığından değil, ağız diş sağlığı politikalarındaki yanlışlardan kaynaklanmaktadır.

Muayenehanelerden hizmet alınması gerekliliği şu temel esaslara dayanmaktadır.

- > Kamuda çalışan yaklaşık 6000 dişhekiminin değil ihtiyaca, halkın talebine dahi cevap vermesi mümkün değildir.
- > Kamu dişhekimliği hizmetlerinin alt yapı ve dağılım dengesizliği sonucu ülkemizin birçok yerinde hizmet ya verilememektedir ya da yetersiz kalmaktadır.
- > Kamu ve özel dişhekimliği yatırımları ülkemizin ortak kaynaklarıdır. Özel yatırımların ve dişhekimlerinin atıl durumda bulunması ulusal kaynakların israfıdır.
- > Muayenehanelerden hizmet alımı, bilimsel çalışmanın ve hizmette kalitenin rekabetini sağlayacaktır.
- > Hizmet alımıyla dişhekimliği sektörü kayıt altına alınacak ve vergi gelirleri artacaktır.



Tablo 3- Ülke geneli dişhekimlerinin çalışma şekli



Tablo 4- Kamuda çalışan ve muayenehanesi olan dişhekimlerinin oranı



> Hizmet kullanımının artması sonucu dişhekimisi-laboratuvar-dişhekimliği endüstrisinde istihdam artacaktır.

### AB ülkelerinde muayenehaneler sistemin içinde

AB Parlamentosu'nun 16 Şubat 2003 tarihinde Lizbon'da aldığı "Serbest mesleklerle dair piyasa kuralları ve rekabet kuralı ile ilgili Avrupa Parlamentosu Kararı"nda sağlık meslek gruplarının neden sermayenin eline terk edilemeyeceğini açıkça göstermektedir:

- > Serbest mesleklerin demokratik sistemin ifadesi olduğunu ve öncelikle Avrupa toplumlarının önemli bir unsurunu teşkil ettiğini teyit eder.
- > AB Sözleşmesinin 152. maddesinin esaslarına uymak konusunda serbest mesleklerin sağlık sektöründe özellikle dikkate alınması konusunu vurgular.
- > Serbest meslekler için hem kendi üye ülkelerinde hem de Avrupa Birliği'nde rekabetin ve serbest hizmetin teşvik edilmesinin gereğine ve yararına dikkat çeker.

İşte bu genel eğilim/kural doğrultusunda dişhekimliği hizmetleri bütün dünyada ağırlıklı olarak muayenehanelerden verilmektedir.

Avrupa ülkelerinde dişhekimliği hizmetlerinin büyük kısmı, resmi kurumlarda çalışmayan, özel muayenehanelerdeki dişhekimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Çoğu AB/AEB ülkelerinde bu oran %83'tür. Bazı ülkelerde -Belçika, Lüksemburg, İzlanda, Malta ve Portekiz-

ise bu tür çalışan dişhekimlerinin oranı hemen hemen %100'ü bulmaktadır.

### Sonuç

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun resmi sağlık kurumlarından aldığı girişimsel işlemlere ödediği ücret ile bu kurumlarda çalışanlara ödenen maaş ve diğer masraflar toplandığında, maliyet-yarar anlayışına ters bir uygulamanın olduğu anlaşılmaktadır.

Genel sağlık hizmetlerinde ihtiyacın çoğunun kamu kurumları tarafından karşılanıyor olmasına rağmen, özel sağlık kurum ve kuruluşlarından da hizmet alınmaktadır. Ağız-diş sağlığı hizmetlerinde ise son derece yetersiz kamu yatırımları nedeniyle topluma hizmet verilememesine rağmen, muayenehanelerden yararlanma yoluna gidilmemektedir. Bir anlamda ağız-diş sağlığı hizmetleri ve çalışanları kendi kaderine terk edilmektedir.

Toplumun diş ve diş eti hastalıklarının tedavisi için, Kamunun serbest dişhekimlerinden hizmet almasından başka akılcı bir yol yoktur. Başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kuruluşlarından dişhekimliği hizmeti alınması ülke kaynaklarının verimli kullanılması ve halkın talebine karşılık verilmesi açısından zorunluluktur.

Dişhekimliği hizmetlerinde; kamu ve özel sektör ayrımına girmeden hizmetin ve bilginin rekabeti anlayışı çerçevesinde kaynakların verimli kullanılması ülkemiz açısından kazanım olacaktır.

Ayrıca hekim seçme özgürlüğünün ka-

muda çalışan dişhekimleri ile sınırlı olması hizmetin kalitesi açısından ciddi sorunlar yaratacağı bilinmelidir.

Halkın dişhekimliği hizmetlerine erişmesi, dişhekimliği hizmetlerinin sunumunun tıbbi kurallara uygunluğu, dişhekimliği harcamalarının maliyet yarar anlayışına uygun olması ve resmi/özel insangücü kaynaklarının birlikte değerlendirilmesi noktalarında sürdürülebilir bir sistemin kurulması ülke ve toplum için bir kazanım olacaktır.

Devletin, kamu kaynaklarını en iyi şekilde kullanması açısından tam bir otomasyon ile ülkedeki tüm dişhekimliği birimlerinden hizmet satın alması gerekmektedir. Devletin genel tıp hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarından alırken, dişhekimliği hizmetlerini sistem dışında tutmasının hiçbir bilimsel ve haklı gerekçesi olamaz.

Sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler olduğu unutulmadan, kamunun hizmet eksiklerinin özel sektör sağlık kurum ve kuruluşlarından karşılanması uygulamasında toplumsal öncelikler gözden geçirilmelidir. Karşılanması uygulamasında toplumsal öncelikler gözden geçirilmelidir. Yani kamu ve özel sektörün her ikisinin de ülke kaynakları olduğu unutulmadan birbirlerini bütünlemesi sağlanmalıdır.

Vatandaşın dişhekimliği hizmetlerine ulaşmasının ve dişhekimlerinin emeğini daha verimli ve üretken bir şekilde kullanabilmesinin yolu bu anlayışın uygulanması ile olanaklıdır. <

## ORAL CERRAHİ DERNEĞİNİN VIII. ULUSLAR ARASI BİLİMSEL KONGRESİ

24/29 Mayıs 2008 - Yasmin Otel



1993 Oral Cerrahi Derneği

www.oralcerrahi.org

İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 34390 Çapa/ İSTANBUL  
Tel: 0212 414 20 20 / 30202-30374, 0212 631 22 50 Fax: 0212 631 22 49

## Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

40. Yıl  
Etkinlikleri

Fakültemizin 40.kuruluş yıldönümü kutlama etkinlikleri ve 40.Yıl Balosu 30 Mayıs 2008 tarihinde gerçekleştirilecektir.

1983  
Mezunları

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 1983 yılı mezunlarının 25. yıl mezuniyet etkinlikleri 30 Mayıs 2008 tarihinde gerçekleştirilecektir.

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi mezunu ve mensuplarının katılımları bizleri onurlandıracaktır

İrtibat tel: Prof.Dr. Belgin BAL

Gazi Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dekan Yardımcısı Tel: 0.312.213 83 44

## DİŞSİAD Genel Sekreteri Yusuf Arpacıoğlu: 'Hem ülkemiz hem de sektörümüz kaybediyor'

Yıllardır bir türlü tam olarak çözülemeyen bir sorun olan sahte ve kaçak ürünler son dönemde piyasada yaygınlaştı. DİŞSİAD Genel Sekreteri Yusuf Arpacıoğlu'ndan bu ürünlerin nasıl tespit edilebileceği, dişhekimlerinin ne yapması gerektiği ve hukuki olarak dişhekimlerinin sorumluluğuna ilişkin bilgi aldık.

**Kasım ayında yapılan Genel Kurul'da DİŞSİAD yönetimine seçildiniz. Öncelikle sizi kutlarız. DİŞSİAD'dan ve faaliyetlerinden biraz bahsedermisiniz?**

DİŞSİAD 1996 yılında ağız diş sağlığı hizmeti veren, dişhekimlerinin cihaz ve diğer ihtiyaç malzemelerini üreten, temin eden kuruluşların samimi çabalarıyla kuruldu. Kuruluş amaçlarından biri de dişhekimleri ve diş teknisyenlerine kaliteli mal ve hizmet ulaştırmak için üyelerini isteklendirmek ve yönlendirmektir. Bu anlayışla üyelerimiz yıllardır maddi ve manevi olarak tüm güçleriyle dişhekimleri ve diş teknisyenlerine bu mal ve hizmetleri en iyi şekilde sağlamaya çalışıyor. Üyelerimiz gerek ürettikleri gerekse ithal ettikleri ürünlerin tanıtımını, eğitimi, dağıtım kanallarına ulaştırılması, kısacası dişhekimleriyle diş teknisyenlerine istedikleri ürünü istedikleri zaman ve koşullarda sağlanması için büyük yatırımlar yapıyor ve çaba gösteriyor. Tabii bütün bunları yasalarımızın öngördüğü şekilde, gerekli izinleri alınmak, vergileri ödenmek vb. hususlar yerine getirmek suretiyle yapıyorlar. Bu ürünlerle ilgili olarak satış sonrası hizmetleri de en iyi şekilde vermeye gayret ediyorlar. Hatta Derneğimiz, üyelerimizle ilgili bu tip sorunlarda dişhekimleri ve diş teknisyenlerinin yaşadığı sorunlara talep halinde hakemlik de yapıyor.



**Son dönemde kaçak ve taklit ürünlerin piyasada yaygınlaştığı haberleri duyuluyor...**

Evet, piyasada gerek üyemiz gerekse üyemiz olmayıp da sektörümüze yasalar çerçevesinde maddi manevi tüm yatırımları yapıp samimi bir şekilde hizmet verme çabasında firmaların yanında bunların yaptığı çalışmalar sonucunda piyasada rağbet gören ürünleri bazen sahte bazen de kaçak olarak piyasaya süren şahıs ve bunlara aracı olan firmalar bulunduğunu düşünüyoruz. Yani bir yanda maddi ve

manevi sermayesini koymuş, yanında insan çalıştıran ve vergisini ödeyip dürüst bir şekilde faaliyet gösteren firmalar; diğer yanda da nereden ve nasıl o ürünü temin ettiği belli olmayan, vergi vermeyen ve karanlık yollarla elde ettiği ürünleri bir başkasının emeği üzerinden yarı fiyatına satıp (çünkü tanıtım yapmıyor, stok tutmuyor, insan çalıştırmıyor, vergi vermiyor) emek hırsızlığı yapan bir takım insanlar var. İşin ticari olarak yasadışı bir yana bu ürünlerin dişhekimleri ve diş teknisyenleri tarafından kullanılması sonucunda bir takım tıbbi sorunlar doğabilir ve hastalar zarar görebilir. Bu gibi durumlarda bu bahsini ettiğimiz sahte ve kaçan ürün satan kişilere ulaşmak ve hesap sormak mümkün değildir. Bu tür ürün satın alanların başına gelebilecek olayları bu kısa

röportajımıza sığdırmak pek mümkün değil aslında.

**İşin hukuki tarafına bakarsak bu ürünler satın alanlar açısından da sorun yaratabilir, değil mi?**

Ben bütün sektörümüze burada kaçakçılıkla ilgili bazı bilgileri aktarmak istiyorum. Kaçakçılığın, bilindiği gibi bir ülkenin ekonomisi, sosyal ve ahlaki yapısı, asayiş düzeniyle dış itibarı üzerinde olumsuz etkileri vardır.

10 Temmuz 2003 tarih ve 4926 sayılı



“Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu” kaçakçılık suçları ile cezalarını ve kaçakçılığı önleme, izleme, soruşturma, yargılama usul ve esaslarını belirliyor. Kanun;

**“1- Herhangi bir eşyayı belirlenen gümrük kapılarından geçirmeksizin Türkiye'ye ithal veya buna teşebbüs etmeyi,**

**2- Herhangi bir eşyayı gümrük işlemine tâbi tutmaksızın Türkiye'ye ithal veya buna teşebbüs etmeyi,**

**3- Transit rejimi çerçevesinde taşınan serbest dolaşımda bulunmayan eşyayı, rejim hükümlerine aykırı olarak gümrük bölgesinde bırakmak veya buna teşebbüs etmeyi,**

**4- Yukarıdaki alt bentlerde belirtilen eşyayı bilerek; taşımak, satmak, satın almak, saklamak, satışa arz etmek ya da alınıp satılmasına aracılık etmeyi”**

suç sayıyor. Bu Kanunun suç saydığı fiilleri işlemek amacıyla teşekkül oluşturanlar veya teşekkülü yönetenler hakkında iki yıldan altı yıla kadar ağır hapis cezası var. Kanunun suç saydığı fiillerin teşekkül halinde işlenmesi durumunda birinci fıkrada belirtilen cezaya ilaveten ilgili maddelerdeki cezalar bir kat artırılarak uygulanıyor. Yine bu Kanunun suç saydığı fiillerin iki veya daha fazla kişi tarafından teşekkül oluşturmaksızın toplu olarak işlenmesi durumunda ilgili maddelerdeki cezalar yarısı kadar artırılarak uygulanıyor.

#### **Dişhekimleri ne yapmalı?**

Görüldüğü gibi kaçakçılık ağır bir suç ve hem satan hem de kullanan suç işlemiş sayılıyor. Bu noktada sahte ve kaçak ürünlerle mücadelede herkese görev düşmektedir. Özellikle de dişhekimleri ve diş teknisyenlerine bu noktada daha çok görev düşüyor, çünkü bu tip ürünleri satan şahıslar öncelikle onların kapısını çalar. Bu nedenle dişhekimleri ve diş teknisyenleri kendilerine sunulan mallar hakkında bir tereddütte düşüklerinde ilgili ürünü üreten veya ithal eden firmalara, derneğimize veya polise başvurmalılar. Bu hem kendi güvenliklerini sağlamak, hem hastalarının sağlıkları korumak hem de ülke menfaatleri açısından önemli bir vatandaşlık görevidir.

#### **Dişhekimleri bu ürünleri nasıl tespit edebilir?**

Bu tip sahte ve kaçak ürünler dişhekimleri ve diş teknisyenleri tarafından pek çok yolla teşhis edilebilir. Bu ürünlerin paketleri ve etiketleri orijinalinden farklı olarak kötü baskılar taşır ve renkli fotokopi gibidir. Üzerlerinde Arapça vb. Ortadoğu dillerinde etiketler ve yazılar bulunur (burada kaçak malların %90'ının Ortadoğu'dan ülkemize girdiğini belirtmekte fayda var). Bazı ithalatçı ve üretici firmalar hologram kullanmaktadır, kuşku edilen ürünlerde buna da bakılması gerekir. Diğer taraftan sahte ve kaçak ürünler gerçek ürünün piyasa fiyatından en az %50 daha düşük fiyatla alıcılara teklif edilir. Bu ürünleri satan şahıslar genellikle bu ürünlerin üreticisi ve ithalatçısıyla hiçbir ilişkisi olamayacağı çok aşikâr tiplerdir ve fatura vermeyi reddederler.

DİŞİAD olarak dişhekimlerimiz ve diş teknisyenlerimizden sahte ve kaçak ürünle mücadelemizde desteklerini bekliyoruz ki sektörümüzün ve ülkemizin gelişimine firmalar olarak daha çok katkıda bulunabilelim.

<

Gyro&Gyrolina



**Rulman içermediği için uzun yıllar yüksek performansla hizmet verebilecek hava yastıklı türbinler 440.000 rpm devirde yüksek torklu ve güvenlik stoplu olup tek veya 3 spreylili ve ışıklı model seçenekleri YENİ performansıyla sunulmaktadır.**

Prestige



**Komple som çelik yapıdaki ufak kafasıyla düşmelere mukavim 335.000 rpm devirli Prestige model türbin seramik rulmanlı olup standart ve ışıklı seçenekleri ile sunulmaktadır.**





**Mustafa Sönmez:**

## 'Kriz mutlaka kurban alır'

Geçtiğimiz yıl ABD'de patlak veren mortgage kriziyle başlayan ekonomik sıkıntı bugünlerde küresel bir ekonomik dalgalanma beklentisine dönüştü. Hükümetten 'bize bir şey olmaz' açıklamaları gelecekte, Türkiye ekonomisi üzerine araştırmalarıyla tanınan iktisatçı Mustafa Sönmez Türkiye'nin olası bir küresel dalgalanmadan etkilenmemesinin mümkün olmadığını söylüyor

**Öncelikle sorunu tanımlamak gerekiyor herhalde. Karşı karşıya olduğumuz kriz nereden kaynaklandı ve bahsedildiği düzeyde büyük sonuçlara yol açabilir mi?**

Böyle bir şeyin ayak sesleri vardı ortalıkta. ABD büyük bir tüketici ülke konumunda, dolayısıyla cari açık veriyor. Bu cari açığın finansmanını da Japonya, Çin ve Asya ülkelerine yapıyor. Bu ülkeler de bir şekilde cari fazla veriyorlar, döviz fazlaları var. Dolayısıyla ABD böyle götürmeye çalışıyor; idi. Ama ABD'nin kendi içinde de bir ciddi gelir eşitsizliği problemi var. ABD, Meksika ve Türkiye'den sonra gelirin en adaletsiz bölüştüğü bir ülke. En üst katmanlarıyla en alt katmanları arasında dehşet farkları var. Gelişmiş ülkeler içerisinde öz-

gün bir yere sahip. AB'ye hiç benzemiyor bölüşüm açısından. Buradan kaynaklanan da bir problemi var. Bu desenin üstüne birikim sürdürmeye çalışırken düşük gelirli insanlara mortgage kredilerini bol keseden dağıtıp onlardan aldıkları kağıtları, senetleri dünyaya saldılar. Alınır satılır hale getirdiler. Dolayısıyla o kağıtlar bütün finans sistemine yayılmış oldu.

**İlk olarak bu mortgage kriziyle beraber duyar olduk sorunu...**

Evet sistemin yapısal sorunları bununla beraber patlak vermeye başladı. Bu virüslü kağıtlar dünyaya yayılmaya başlayınca bir yerde tıkanıp ve Amerika'da patlak verdi. Şimdi yavaş yavaş Avrupa da patlakla uğraşılıyor.

**Virüslü demenin nedeni faizlerinin çok düşük olması mı?**

Hayır, bunlar dediğim gibi ödeme gücü pek fazla olmayan insanlara verilmiş krediler. Sırf bunlardan bir imza almak ve kağıt üretmek için. Bu kağıtlar da piyasaya abartılarak sürülmüş. O konut piyasası balon yapılmış. 'Subprime' dedikleri, değerini çok da hak etmemiş kağıtlar bunlar. Bu balonun bir yerde patlaması bekleniyordu ve oldu da nitekim. ABD'de patlayınca yavaş yavaş Avrupa'daki bu kağıtlara bulaşmış olan bankalarda da sıkıntı başladı. Bu bankalar da halka açık kuruluşlar olduğu için zararlarını duyurmaya başladılar. Böylelikle bir dalgalanma hasıl oldu bütün dünyada.

## Sorunun kaynağı ABD ekonomisiyse nasıl bütün dünyayı bu kadar etkileyebiliyor?

Etkilememesi artık mümkün değil. 2000'li yıllarda artık bütün dünya bir küresel köy haline geldi. Bütün ülkeleri IMF ve Dünya Bankası marifetiyle dünya ekonomisinin bir parçası olmaya neredeyse zorladılar. Hemen hemen hiç kimse bunun dışında kalamadı. Bunun erdeminden bahsettiler. Kamu sektörünün varolmasının, planlamanın vs. hepsinin demode şeyler olduğuna insanları inandırdılar ve dünyayı sermayenin, mal ve hizmetlerin serbestçe hareket ettiği bir dünya haline getirdiler. Buradan gerçekten de yüksek bir sermaye birikimi oluştu. Dünya ekonomisinde bütün bu küreselleşme, teknolojinin, iletişimin gelişmesiyle beraber çok yüksek büyüme hızları ve yüksek sermaye birikimleri oluştu. Afrika'yı bile artık dünya ekonomisine açtılar. Ama şimdi bu açılan saçılan dünya bu tür krizlere de sonuna kadar açık, dışında kalma şansı yok.

Geçmişte, örneğin 1929 krizinde böyle değildi. Dünyanın üçte biri Sovyetler Birliği diye bir kapalı pazar haline gelmişti. Türkiye ve benzeri Asya ülkeleri, Latin Amerika ülkeleri henüz dünya ekonomisinin içine girmemişlerdi. Şimdi artık böyle değil.

Bugünkü realite şu: ABD'nin girmiş olduğu bu sıkıntı, -henüz kriz diyemiyoruz- bütün dünyayı etkiliyor. AB'den tutun Asya ülkelerine, Çin'e, Hindistan'a, Rusya'ya, Orta Doğu'ya bütün ülkeler şimdi derece derece bundan etkilenenler. Herkes biz bundan ne kadar etkileniriz, ne kadar dışında kalırız telaşı içinde.

## Bu zincirleme reaksiyonun işleyişinden biraz bahsedebilir misiniz?

Öncelikle, haliyle ABD'de firmaların kâr oranları düşüyor ve zarar yazmaya başlıyorlar, borsalar düşüyor. Ondan başlayarak ekonomide bir durgunluk, bir talep azalması gündeme geliyor. Ekonomi 'bekle gör'e geçiyor, insanlar tüketmekten vazgeçiyor. Her ne kadar hükümet şimdi para pompalasa da, vergi teşvikleri, faiz indirimleri yapsa da öyle hemen çözülüyor;



**'Kriz olmasa da Türkiye ekonomisindeki gelişmeler çok olumlu değildi. Cari açık 36 milyar doları buldu. Yüksek dış kaynak girişine rağmen büyüme yeterince olmadı. Dolayısıyla dış dinamiklerden bağımsız olarak Türkiye ekonomisinin gidişatı zaten iyi değil, ki bunu artık TÜSİAD da dile getiriyor.'**

bu önlemler için geç kalındığı da söyleniyor ayrıca.

Bu, neye yol açar? Ekonomiyi küçültür. ABD ekonomisi küçülürse, -ki ABD dünya ekonomisinin üçte biri demek, devasa bir ekonomi, 14 trilyon dolarlık bir çapı var- orada talebin düşmeye başlaması öncelikle oradaki üretimi düşürmeye başlar. Ardından o üretimin girdi aldığı bütün dünya ülkelerini etkilemeye başlar. Çin, ihracatı-

nın %20'sini ABD'ye yapıyor. ABD'de talep düşerse Çin'de de üretim düşer. Avrupa Birliği'nin hem mal hareketleri düzeyinde, hem sermaye hareketleri düzeyinde yoğun ilişkisi var ABD'yle. Haliyle durgunluk AB'ye yansıyor. AB ile iş yapan Türkiye gibi ülkeler var. Biz mesela dış ticaretimizi %50-60 oranında AB ile gerçekleştiriyoruz. Dolayısıyla oradaki bir talep düşüşü Türkiye'deki kurguyu bozacak. Gelen turistin %60'ı Avrupa kaynaklı, dolayısıyla turizm gelirleri azalacak. Yani bu sıkıntı dalga dalga herkesi etkiler. Bunun dışında kalmak o kadar kolay bir şey değil.

## Yaşanan durum için kriz demekten imtina ettiniz; neden?

Evet, bunu demek için biraz bekleyip görmeye ihtiyacımız var. Bir kere reel hale geçmesi lazım. Gerçek anlamda kriz demek, artı-değer üretiminin azalması demektir. Finansal kağıtlardaki bir iniş çıkış, borsadaki yükselişler azalışlar tek başına krizin göstergeleri olmaz. Reel üretim ne durumda ona bakmak lazım. Yani büyüme oranı ne oldu, mal ve hizmet üretimi düştü mü, beraberinde işsizlik artışı ortaya çıktı mı, beraberinde bundan kaynaklanan bir yoksullaşma, gelirin paylaşım dengesinde bir kırılma söz konusu mu, bunlara bakmak lazım. Onun için bunun adına gerçek anlamda bir reel kriz diyebilmemiz için bizim o beklenen, dört çeyrek üstüte yaşanacak denilen üretim düşüşlerini görmemiz lazım.

## Başbakan 'bizim ekonomimiz artık güçlü, krizden etkilenmez' dedi. Böyle bir olasılık var mı hakikaten?

Mümkün değil. Çünkü Türkiye özellikle son 10 sene dış dünyayla ciddi bir bütünleşme süreci yaşadı. IMF programlarıyla başlayan 2001 kriziyle derinleşen bir süreç bu. Daha fazla ihracat, daha fazla ithalat, hatta ihracatı ithalat girdileriyle yapma döngüsüyle toplam 270 milyar doları bulan bir dış ticaret hacmi var. Ekonomi dış kaynakla büyüyor. 45-50 milyar dolarlık bir dış kaynak giriyor ve bununla ekonomi büyüyor. Yanı sıra 250 milyar doları bulan dış borçlanma var ki bunun %62-63'ü özel sektöre ait.



**Kamunun dış borcunun azalması olumlu bir gösterge değil mi?**

Nereden baktığınıza bağlı. Kamu artık dışarıdan borçlanmıyor çünkü küçültüldü, daraltıldı, görevleri azaltıldı ve kamusal yatırımlar azaldığı için kamunun öyle bir ihtiyacı kalmadı. Ama özel sektör borçlanıyor. Kurlar düşük, dışarıda para daha ucuz; onlar da finansman maliyetini düşürmek için kurların düşük seyredeceğine güvenerek gidip borçlanıyor. Son derece yüksek bir risk var ama hükümetin kolay kolay kurları zıplattamayacağına güvenerek bu riski alıyorlar.

Dış ticaret hacmi, yabancı sermaye girişi, sıcak para, borsanın %70'inin yabancılar da oluşu, dış borçlanma vs. bütün bunlar aslında Türkiye ekonomisinin dünya ekonomisiyle entegrasyonunun boyutunu gösteriyor ve dünya çapındaki bir dalgalanmadan etkilenmemesi söz konusu olamaz. Ama dediğim gibi dalganın buralara vurması biraz zaman alır. Fakat kriz olmasa da Türkiye ekonomisindeki gelişmeler çok olumlu değildi. Hedeflenen enflasyon tutturulamadı. Cari açık 36 milyar doları buldu. Yüksek dış kaynak girişine rağmen büyüme yeterince olmadı. Büyüme istihdama bir katkıda bulunmuyor. Dolayısıyla dış dinamiklerden bağımsız olarak Türkiye ekonomisinin gidişatı zaten iyi değil, ki bunu artık TUSİAD da dile getiriyor. Bunun üstüne dünyada olan bitenlerin yaratabileceği etkiler hadiseyi biraz daha vahim boyuta taşıyor.

**Venezuela lideri Chavez'in 'ABD'nin batışı dünya için kurtuluş olur' sözleri üzerine geçenlerde ekonomist Mahfi Eğilmez 'ABD ekonomisi çökerse diğerleri de ayakta kalamaz' diye yazdı. Gerçekten ABD ekonomisine bir şey olmasın diye dua etmemiz mi gerekir?**

Valla bu kurtulma meselesinde ekonomik faktör tek başına belirleyici bir şey değildir. Tek başına sizi yönetenlerin ya da size hegemonya kuranların zaafa düşmesi yetmez sizin de yeni bir dünya kurmaya yeni bir hayat kurmaya dair bir hazırlığınızın olması lazım. Yoksa de facto olarak ekonomi çökünce birden bu katastrofun ortasından yeni bir şey kendiliğinden ortaya çıkmaz. Chavez ya da Latin Amerika'daki bazı ülkelerin böyle şeyleri olabilir. Gerçekten onlar daha bu işe kafalarını yoruyorlar toplum olarak daha hazırlıklılar. Yapmak istediklerinde bu dış emperyalist



**'Sıcak parayı yüksek reel faizler vererek tutmaya çalışmanın da bir maliyeti var. Ayrıca yüksek reel faize rağmen çok riskli görmeye başlayabilirler sizi. Bundan önceki dalgalanmada Türkiye ve Güney Amerika sıcak paranın ilk çekilmeyi düşündüğü ülkeler arasındaydı, bunu da unutmamak lazım.'**

baskılanmadan falan biraz kurtularak biraz daha adım atabilirler. Ama ben şimdi Türkiye'yi gözümün önüne getiriyorum. Türkiye'de katastrof olsa ne olacak ki; 2001 krizinde daha da beteri oldu. Bir alternatif olmayınca böyle krizler alt gelir grubunu, çalışan sınıfları daha yaralıyor, dağıtıyor, muhafazakarlaştırıyor, tutucu hale getiriyor. Şu andaki sonuçları budur. Başka bir alternatif olmadığı için korkarım böylesi bir kriz muhafazakar kesimi daha da güçlü hale getirebilir.

**Türkiye'de faizin çok yüksek olduğu söylenegeliyor. Buradan bakıldığında güçlü ekonomilerde faizlerin düştüğü bir süreçte sıcak paranın Türkiye'den çıkmayacağını, dolayısıyla kısa vadede bir sorun yaşanmayacağını söyleyebilir miyiz?**

Sıcak parayı yüksek reel faizler vererek tutmaya çalışmak hep kullanılmak istenilen bir yoldur. Ama onun da bir maliyeti var. Bunu ne kadar sürdürebileceğiniz bir yana, yüksek reel faize rağmen çok riskli görmeye başlayabilirler sizi. Türkiye aslında bu kategoride. Bundan önceki dalgalanmada Türkiye ve Güney Amerika sıcak paranın ilk çekilmeyi düşündüğü ülkeler arasındaydı, bunu da unutmamak lazım.

**2001'de bir deprem yaşayan bankacılık sistemi bu süreçten nasıl etkilenebilir?**

Orada da manasız bir iddia var. Biz bankacılık sistemini tahkim ettik, 2001'de olduğu kadar kırılğan değil diyorlar ama bence bu dönemde esas önemli risk reel sektörde, büyük sanayi kuruluşlarında olur. Bu kuruluşlar ve özelleştirilen kuruluşlar, Tüpraş dahil olmak üzere hep dışarıdan borçlandı. Dolayısıyla kırılğanlık daha çok reel sektörün üstünde, ki bu daha önemli aslında. Kur artışı, borç verenlerin alacaklarını çağırmaları gibi bir durumda reel üretim ciddi sarsıntı geçirebilir. Finans kesimi de Türkiye'yi olsun yabancı olsun bunun çok dışında değil, zaten finans ve sanayi iç içe bir özellik gösteriyor. Sanayi sektörü yaralandığı anda bankacılığın kendini bundan kurtaracağından emin olamayız. Ayrıca sektördeki yabancı bankalar da çok uluslu global bankalar. Bunlar dışarıda bir sıkıntıyla karşı karşıya kalmaları durumunda Türkiye'de bir problemleri olmasa bile buradan çekilme kararı alabilirler, 'sen nereye gidiyorsun' diyemezsiniz artık. Yani büyük finans gruplarının burada olmaları bir garanti değil. Hele Türkiye'de bir takım sorunlar başladığında, krediler geri dönmediğinde, şubeler zarar yazmaya başladığında bunların olması çok mümkün.

**Yüreğimizi ferahlatmayacaksınız yani...**

Şundan manasız bir laf yok: Bize bir şey olmaz, bizim şu sektörümüz sağlam. Kriz bazen turp gibi bünyelere bile bulaşır ve alır götürür. Krizin bir kuralı var; kriz mutlaka kurban alır.

Bir krizden nasıl yeniden büyüme sürecine geçilir? Ekonomi dibe vurur, o şartlara ayak uyduramayanları ayıklar, tam bir doğal seleksiyon geçerlidir. Ayakta kalanlar o kanı toplarlar, onunla yollarına devam ederler. Yeniden birikim sürecinin başlaması kurban vermeden olmaz. >

Bunda da bazı ülkeler, bazı sınıflar, bazı firmalar mutlaka güç yitirecektir, kayba uğrayacaktır ya da elenecektir. Güçlüler diğerlerinin sırtına basarak yollarına devam edeceklerdir. Bu 'bize bir şey olmaz' lafları biraz mezarlıktan geçerken ıslık çalmaya benziyor.

### **Dalgalanmanın Türkiye'yi etkilemesi halinde geniş kesimler için ne tür sonuçları olur?**

Türkiye'de zaten çalışan sınıfların hali vakti yerinde değil. İşsizlik istatistiklerinde %10 görünüyor ama % 20'ye varan bir eğitilmiş genç insan işsizliği var. Yanı sıra 2001'den bu yana bir büyüme var ama insanlar refahtan pay almadılar. Reel gelirler düşürüldü, mali disiplin adı altında maaşların üstüne basıldı, tarımdan destekler kesildi, tarım kesimi boşalıp kentlere do- luştı vs. Dolayısıyla hani böyle yeniden kanlanıp, canlanmış bir halde değil halkımız. Bunun üstüne tüketici kredisi ve kredi kartı harcamalarıyla insanlar gelecek 3-5 yıllarını ipotek ettiler. Bunun üstüne bir de kriz gelirse ne olur hiç bilmiyorum.

### **6 yıldır ekonomi aralıksız büyüyor ama işsizlik rakamı hemen hiç değişmiyor. Bu nasıl olabiliyor?**

Bir kere kurlar düşük seyrettiği için emek ağırlıklı bir teknoloji yerine makine ağırlıklı bir teknoloji hakim oluyor. Dolayısıyla istihdamı ihtiyaç kalmıyor. İkincisi, hem ihracata hem iş talebe yönelik üretimde girdi olarak ithal yarı mamul girdi kullanılmaya başlandı. Buradan yaratabilecek istihdamdan da olduk. Hatta var olanlar bu ithalata dayanamayıp kapılarını kapattıkları için insanları oradan da işsiz kaldılar. Dolayısıyla döviz kurunun belirlediği bu büyüme ve ithalat hegemonyası, olabilecek istihdamın da önüne geçmiş oldu. Rakam olarak büyüme, üretim, yatırım varmış gibi görünüyor ama istihdam yaratmayan, sağlıksız bir büyüme bu.

### **Bir yıl sonra bir seçim olacağı düşünülürse olası bir krizin siyasi sonuçları nasıl olur?**

Ortada ciddi bir alternatif yoksa insanlar var olanla geçinmeyi, onunla uzlaşmayı tercih ediyor. Son genel seçimlerde öyle olmadı mı? AKP'ye verilmiş oyların bu kadarı herhalde İslami kesimin oyları değil. 2001 kriziyle ölümü gören insanlar sıtmaya razı oldu. İnsanların önemli bir kısmı 2001 kriziyle travmayı yaşadı, oradan durum biraz toparlandığında tekrardan işini

**'Şundan manasız bir laf yok: Bize bir şey olmaz, bizim şu sektörümüz sağlam. Kriz bazen turp gibi bünyelere bile bulaşır ve alır götürür. Krizin bir kuralı var; kriz mutlaka kurban alır.'**



kaybetmeyenler şükrettiler. Biraz da dış dünya konjonktürünün iyi gitmesi sayesinde, kurun düşük seyri ve tüketim imkanının artmasıyla 'hiç olmazsa ayakta, ölmedik' noktasındaydılar. Kafalarını çevirip AKP'nin dışında kim var diye baktıklarında da ekonominin şöyle daha iyi yolu vardır, işsizliği böyle yeneriz, sizin geliriniz böyle artar, böyle de bir alternatif vardır sözlerini kimseden duyamadılar. CHP'den duya duya 'laiklik elden gidiyor' çağrılarını duydular. Onlara da doğrusu karınları toktu. Onun için kerhen de olsa, çok ayakları gitmese de, biraz da kendilerini rehin durumunda hissettikleri için bugünkü tablonun devamına oy kullandılar.

### **Rehin durumundan kastınız?**

Kredi kartına borçlanmış, tüketici kredisi almış borçlanmış... Şimdi başka bir iktidar gelecek, kur ne olacak, ekonomi çalkalanacak mı, durumumu koruyabilecek miyim diye düşünüyor. Bu, rehin durumudur aslında. Şimdi bir at değiştirmesi durumunda ne olacağından emin değilse bir dönem daha bununla gideyim der insanlar.

Böylesi dönemlerde bir kere depolitizasyon çok yüksek oluyor, insanlar siyasetten uzaklaşıyorlar. Bakın 2007 nüfus sayımı sonuçları açıklandı. Anlaşıldı ki 5 milyon genç insan seçmen olarak yazılmamış. Böyle dönemlerde insanlara inandırıcı bir alternatif yaratmak çok önemlidir. Aksi taktirde insanlar kahrederler, içlerine kapanırlar, hiçbir şeyle ilgilenmemeye başlarlar. Başka bir şeyin olabileceğine dair bir hayat projesi sunmak gerekir ki insanlar da ona inansınlar. Yoksa kendiliğinden, hayat treni bu istasyondan kalktı, o istasyona na-

sılsa gelir diye bir şey yok.

### **Sistem dışı alternatifleri mi kastediyorsunuz?**

İlle de sistem dışı şeyler söylemek zorunda değilsiniz. Sistem dışına çıkmadan da önerilebilecek bir yığın şey var.

Bu neoliberalizm aslında çok gaddar bir sistem. Tekrar sosyal devletin tahkim edilmesini, adil bir bölüşümü istemek; etkili bir kamu maliyesi, etkili bir vergi sistemi, etkili bir harcama sistemi talep etmek için sistem dışına çıkmaya gerek yok. Bu kadar piyasaperest olmaktan vazgeçersek aslında bir sürü yapılabilecek şey çıkar ortaya. Sadece kamu maliyesini düzelterek, vergi sistemiyle oynayarak bile bir şeyler yapabilirsiniz. Buradan ortaya çıkan kaynakları kamusal harcamalarda kullanarak, belli harcamaları kısım, belli harcamalara öncelik vererek yoksulluğu azaltabilirsiniz. Hiç olmazsa asgari ücretin yarısı kadar bir aylığa bağlayabilirsiniz ve yoksulluğu böyle azaltabilirsiniz. Bu somut bir projedir, dünyada yapılıyor. Brezilya daha önce yaptı bunu, bugünlerde bir benzerini Bolivya yapıyor. Doğrudan gelir desteği gibi bir şey. Latin Amerika'da yapıyorlar, burada nedense hiç kimsenin aklına bunu savunmak gelmiyor.

Muhafif partiler insanların gündelik hayatlarına, sosyal devletten beklentilerine dair hiçbir proje üretmiyorlar. Böylesi durumlarda hep, 'yeniden bir sosyalizm programı mümkün mü?' gibi sorular soruluyor. Sosyalizme gelinceye kadar bu tür insani şeyleri düşünün, yapın, birkaç örneğini gösterin. İnsanlar buna kulak kabartacaktır.



**Birinci Bölüm:**

# Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Oral Değişiklikler ve Dishekiminin Alması Gereken Önlemler

**M**alignite, kontrolsüz hücre bölünmesi ve apoptozisten kaynaklanan anormal hücre çoğalması olarak tanımlanabilir. Tedavisi lokalizasyona, histopatolojik tanı ve evreye, metastazların varlığına, hastanın sistemik durumuna göre planlanır, cerrahi operasyon, kemoterapi ve/veya radyoterapi temel tedavi yaklaşımlarıdır<sup>13, 19, 22, 25</sup>. Bu tedavilerin sıralaması farklı durumlarda çeşitlilik gösterebilmektedir.

Cerrahi eksizyon, primer solid tümörlerde uygulanmakta ancak metastazda veya yaygın tümörlerde etkili olamayabilmektedir. Radyoterapi veya cerrahi tedaviyle birlikte uygulanan kemoterapi eskiden palyatif bir tedavi şekliken son yıllarda neoadjuvan indüksiyon tedavisi olarak planlanmaktadır. Neoadjuvan tedavide amaç tümör kitlesini cerrahi işlem veya radyoterapiden önce küçültmek, tümörü radyasyona daha duyarlı hale getirmek ve gizli odakları etkileyebilmektedir. Radyoterapide ise iyonize radyasyonla veya radyoaktif maddelerle eksternal veya internal ışınlama yapılmaktadır<sup>10, 13, 19, 25</sup>.

Bu tedavilerin yan etkileri özellikle oral kavitede kendini göstermektedir. Literatürde kanser tedavisi gören hastaların en az % 40'ında kanser tedavisiyle ilişkili olarak akut veya kronik oral komplikasyonlar görüldüğü bildirilmiştir<sup>6, 9, 11, 16, 20, 25</sup>. Ağızla ilgili bu problemler psikolojik dengesi bozulmuş hastanın bir de beslenme, konuşma, yutkunma vb. gibi fonksiyonlarının kısıtlanmasına ve komplikasyonların artmasına yol açabilmektedir.

**Kemoterapi**

Sürekli çoğalan hücrelerin bulunduğu yaygın malignitelerde kullanılan kemoterapi ajanları cerrahi ve/veya radyoterapiyle kombine olarak destekleyici tedavi (adjuvan tedavi) şeklinde kullanılır. Geniş tümörlerin başlangıçta küçültülmesi, radyoterapiye daha duyarlı hale getirilmesi gibi amaçlarla da uygulanmaktadır (neoadjuvan tedavi). Böyle bir yaklaşımla vaskülarizasyon ve oksijenasyonun artırılması tümörü radyoterapiye daha duyarlı hale getirmektedir<sup>13, 16, 21, 25</sup>.

Kemoterapi hastanın yaşam süresini uzatmak

amacıyla tümör hücrelerinin yok edilmesini amaçlayan, özellikle hızlı proliferasyon gösteren hücrelere karşı sitotoksik etkisi olan kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Normal hücrelerin aksine malign hücreler durmaksızın çoğalır. Kemoterapide prensip son hücre dahil tüm malign hücreleri ortadan kaldırmaktır<sup>6, 10, 13, 19</sup>.

Kemoterapide kullanılan ajanlar malign hücreleri farklı mekanizmalarla öldürmeyi veya etkisiz bırakmayı hedeflemektedir. Kemoterapide sinerjik etki yaratmak amacıyla kullanılan "faz spesifik ajanlar" hücre siklusünün G<sub>1</sub>, S, G<sub>2</sub>, M veya G<sub>0</sub> gibi farklı evrelerine, "faz spesifik olmayan ajanlar" ise tüm fazlara etkilidir. Sitostatik ajanlar hücre proliferasyonunu siklusün spesifik bir fazında durdurma, sitotoksik ajanlar ise hücreleri öldürmek amacıyla kullanılır. Kullanılan sitotoksik ajanlar malign hücrenin DNA'sı içine girerek zinciri sonlandırma, tamiri engelleme veya aminoasit sentezleyen enzimlere etki etme gibi farklı fonksiyonlara sahip olabilirler<sup>19</sup>. Diğer ajanlar hormonal kemoterapötik veya moleküler düzeyde antagonist özelliktedir<sup>10</sup>.

Kemoterapiye bağlı oral komplikasyonlar direkt toksik etkiyle oluşan oral mukozitis, tükürük bezi disfonksiyonu, tad alma bozukluğu ve dişlerde hipersensitivite, diş ve kemiklerde özellikle çocuklarda büyüme ve gelişim bozuklukları olarak sıralanabilir. Myelosupresyon ve viral, fungal, bakteriyel enfeksiyonların görülmesi ise indirekt toksik etkiyle oluşur. İlaçlara bağlı olarak oluşan nötropeni ve trombositopeni etkisiyle hastalarda enfeksiyona yatkınlık gelişir ve hemoraji oluşabilir<sup>1-4, 6, 7, 11-15, 18, 22, 24</sup>.

**1. Kemoterapinin ağız mukozasına etkisi:**

Kemoterapide kullanılan birçok ajan hematolojik olmayan komplikasyonlara yol açmakta ve oluşan yan etkiler ağrı, yutkunma güçlüğü, tad değişikliği, beslenememe ve sonucunda dehidratasyonu ve malnutrisyonu beraberinde getiren hastanın yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen oral mukozitis şeklinde kendini göstermektedir. Oral mukozitis özellikle nötropenili hastalarda sistemik enfeksiyonlar için doz

sınırlayıcı ciddi bir risk faktörü olarak etkin olmakta ve kemoterapinin başarısını ve devamlılığını etkileyebilmektedir<sup>6, 13, 21-23</sup>.

Kemik iliği, oral ve gastrointestinal mukoza gibi hücre yenileme hızı (turnover) yüksek organlarda kemoterapinin etkisi kısa sürede ortaya çıkabilmektedir. Ağızdaki tüm dokular radyasyon kaynaklı mukozitise yatkındır, fakat sadece keratinize olmayan hareketli mukozada (yanak mukozası, dudak mukozası, dil ucu, ağız tabanı ve yumuşak damak) kemoterapi kaynaklı mukozitis gelişir<sup>23, 25</sup>. Bununla beraber özofagus ve gastrointerstinal mukozada da ülserasyonlar ortaya çıkmakta ve bu durum ağrı, disfaji, diyare ve etkilenen dokularda fonksiyonların bozulmasına neden olabilmektedir<sup>22</sup>.

Mukozitis, klinik olarak eritem, şişlik ve ülserasyonla karakterizedir<sup>13, 21</sup>. Kemoterapiden yaklaşık 5-10 gün sonra akut bir şekilde ortaya çıkan ve 2 haftada zirve yapan kemoterapiye bağlı mukozitiste epitelin devamlılığı bozulur ve ülserasyonlar görülür (Resim 1), (Buna karşın radyoterapide kümülatif dozun fraksiyonlara bölünerek uygulanması, oluşan mukozitisin biraz daha kronik seyir göstermesine neden olmaktadır). Lamina propriada sinir uçlarını örten kılıf ortadan kalktığından oluşan ülserler çok ağrılıdır. Şiddetli inflamasyon sonrası psödomembran oluşur<sup>21-23</sup>. Hasta nötropenikse oluşan ülserlerden mikroorganizmalar mukoza yoluyla bakteriyemi ve sepsis oluşma tehlikesi bile vardır. Sistemik antibiyotikler mukozitiste etkili olamamaktadır<sup>13, 22, 23</sup>.

Oral mukozitisin patogeneğinde yeni görüşler eskiden düşünülen direkt epitelyal hasarın yerine, başlangıçta enflamatuar ve vasküler devrenin varlığına işaret ederek epitelyal bozulmanın sonradan gerçekleştiğini bildirmektedir<sup>21-23</sup>. Invitro araştırmalar endotel ve fibroblastların antineoplastik ilaçlara çok hassas olduğunu göstermiştir<sup>23</sup>.

Sonis'in kemoterapi etkisiyle oluşan stomatoksitisi açıklamak için önerdiği 4 aşamalı enflamasyon fazı oral mukozitisin biyolojisini şu sırayla açıklamaktadır: Enflamatuar/vasküler faz, epitelyal faz, bakteriyel faz ve iyileşme fazı<sup>21</sup>. Bu mekanizmaya dayalı önleyici tedavi

\* Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Dishekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

\*\* Prof.Dr., Marmara Üniversitesi Dishekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.



**Resim | 1** Kemoterapi başlangıcından iki hafta sonra yanak ve yumuşak damak mukozasında psödomembranla kaplı ülserasyonlar.



**Resim | 2** Kemoterapi başlangıcından 9 gün sonra yumuşak damakta eritem ve sert damakta protez sınırları altında yoğun kandidiyazis.



**Resim | 3** Karakteristik görüntüsüyle dil üzerinde kandidiyazis. Dudak köşesinde perleş (Kemoterapinin tamamlanmasından sonra 4. gün).



**Resim | 4** Kemoterapide zoledronik asit içerikli ajan kullanılmış hastada yaklaşık 8 ay sonra yapılan diş çekimi sonrasında oluşmuş osteonekroz.

lerin geliştirilmesine çalışılmaktadır<sup>22,23</sup>.

Oral mukozitise neden olan kemoterapötik ilaçlar arasında başta 5-Fluorouracil (5-FU), metotreksat, doksorobisin, epirubisin, bisülfan, bleomisin, sisplatin, dinsplatin, karboplatin bu-

lunmaktadır<sup>13</sup>. Kemoterapi ajanlarının yan etkisi olarak oral mukozitis görülme insidansları değişmektedir. Örneğin meme kanseri nedeniyle adriamycin, cytotoksan ve 5-FU ile tedavi edilen hastaların % 50'sinde oral mukozitis görülmüşken, kolon-rektum kanseri nedeniyle benzer kemoterapi kombinasyonu uygulanan hastalarda mukozitis prevalansı % 15-20 olarak bildirilmiştir. 5FU, sisplatin, etoposid ve mephalan stomatoksikken doksorobisin, vinblastin ve metotreksat da daha sık mukozitis görülmüştür<sup>6,11,13</sup>.

Kemoterapinin bitiminden yaklaşık 2-3 hafta sonra nötropeninin düzelmesiyle spontan yara iyileşmesi gerçekleşir<sup>21</sup>.

#### **b. Kemoterapi etkisiyle görülen oral enfeksiyonlar:**

Gram pozitif koklar ve gram negatif fırsatçı mikroorganizmalar antineoplastik tedavi nedeniyle oral epitelyal bariyerin ortadan kalkması, lökopeni, tükrük akış hızı ve içeriğindeki değişiklikler oluştuğunda baskın konuma geçebilirler. Oral florada var olan odontojen, periodontal ve diğer patojen mikroorganizmalarla periapikal ve periodontal enfeksiyonlar da sistemik durumun kötüleşmesiyle akut alevlenme yaratabilir<sup>13</sup>.

Kemoterapiyi takiben oral kavitede en sık görülen enfeksiyon kandidiyazistir ve etkilenen hastaların en az % 50'sinde rastlandığı bildirilmiştir<sup>1, 4, 5, 7, 13, 21</sup>. Karakteristik beyaz veya eritemli formuyla dudak köşelerinde, yumuşak damak ve dil üzerinde kendini gösterir (Resim 2, 3). *Candida albicans* en sık görülen tür olsa da yapılan incelemelerde *Aspergillus* türleri, *C. Krusei*, *C. Tropicalis*, *C. Glabrata*, *Mucormycosis* türlerinin de enfeksiyonlara neden olduğu görülmektedir<sup>1,3,6,11,13</sup>.

En sık rastlanan viral enfeksiyonlar herpes simpleks virüs, varisella zoster virüs ve sitomegalovirüsle bağlı olarak oluşmaktadır. Primer herpes simpleks enfeksiyonu vakaların yaklaşık % 2'sinde görülürken sekonder herpes simpleks enfeksiyonu % 40-70 arasında görülebilir<sup>11,13</sup>. Aynı şekilde herpes zoster virüsü etkisiyle tipik tek taraflı vesiküllerle tutulum gösteren zona gelişebilir. Oluşan vesiküllerin yaygın ülserle dönüşmesiyle hastalar şiddetli ağrıya yakınlır.

#### **c. Kemoterapinin tükrüğe etkisi:**

Kserostomi sadece rahatsızlık verici bir yan etki olarak değil, tükrük fonksiyonları ortadan kaldığından sekonder enfeksiyonlara yatkınlığa neden olan bir faktör olarak görünmektedir. Direkt kserostomi yaratan ilaçlardan (Örneğin 5-FU, metotreksat gibi) başka kemoterapi ajanları tükrüğü kalınlaştırıp ağzın kuru hissedilmesini sağlayabilir. Tükrük içeriği ve miktarındaki değişiklikler oral mukozitis, mantar ve bakteriyel enfeksiyonlar için zemin hazırlayabilir<sup>1,5,7,11,13</sup>.

#### **d. Kemoterapinin çene kemiklerine etkisi:**

Osteoporoz tedavisi ve kemoterapide kullanılan bifosfonatlarla çene kemiklerinde oluşan nekroz arasında bir korelasyon bulunduğu ve ilacın kemik vaskülarizasyonu ve osteoklastik aktivitesi üzerine etki ettiğine dair bir çok araştırma yayınlanmıştır<sup>2,9,12,15,16,24</sup>. Zoledronik asit, pamidronat ve daha az sıklıkta alendronatın mandibula ve maksillayı etkileyerek ağrılı osteonekroza neden olduğu bilinmekte ve bifosfonatların artan sıklıkta kullanımı klinikte rastlanan vaka sayısında dramatik bir artışa neden olmaktadır. Bifosfonatlar etkilerini doku, hücre ve moleküler seviyede gösterirler<sup>12</sup>. Çene kemiklerinde görülen osteonekroz ve bisfonat arasındaki ilişkiyi açıklayan iki farklı patogeneze üzerinde durulmaktadır: Bifosfonatlar osteoklast inhibisyonuna neden olarak veya antianjiyojenik etkiyle osteonekroz yapmaktadır. Her iki durumda da travma (bransımızda ağırlıklı olarak diş çekimi) tetikleyici unsur olarak ön planda gözükmeyle birlikte<sup>9,16,24</sup>, spontan oluşumlar da bildirilmiştir<sup>15</sup>, (Resim 4).

#### **Radyoterapi:**

Vücutun belli organ ve dokularının iyonize radyasyondan etkilenmesi radyoterapide kaçınılmaz olan yan etkilerdendir. Radyoaktif maddelerin ve iyonize radyasyonun tıpta tedavi amaçlı kullanımına radyoterapi adı verilir. İnternal ve eksternal olmak üzere iki türlü uygulanır: İnternal terapilerde radyoaktif izotoplar kullanılır (Vücut boşluklarının içerden ışınlaması, tümöral bölgeye radyoaktif madde implantasyonu veya protezi yerleştirilmesi gibi). Eksternal terapilerde vücut dışındaki bir kaynaktan çıkan ışınlar tedavisi istenen bölgeye yöneltilir<sup>20,25</sup>.

Oral kavite radyasyona duyarlı tümörlerin tedavisi sırasında (genellikle yassı epitel ca) radyasyona maruz kalır. Oluşmuş lezyon için tedavi seçimi tümörün radyasyona duyarlılığı, histolojisi, büyüklüğü, yeri, komşu organ ve yapılarına etkisi, hastalık yaşı gibi özellikler gözönüne alınarak yapılır. Baş boyun bölgesi malign tümörleri için total kümülatif doz 50-70 Gy arasında değişmektedir<sup>25</sup>.

Oral kavitede radyoterapi radyasyona duyarlı, derin invaze olmuş malign lezyonlarda ve cerrahi yolun kullanılmadığı durumlarda tercih edilir. Cerrahi ve radyoterapinin birlikteliği optimum yarar sağlar. Kemoterapi, cerrahi yöntemler ve radyoterapinin birlikte kullanımı giderek artmaktadır. Tek bir yüksek doz yerine dozun küçük dozlara bölünerek uygulanmasının tümörü yoketmede daha başarılı olduğu bilinmektedir. Bölünmüş fraksiyonlarla yapılan radyoterapi normal dokuların hücresel düzeydeki tamirine de izin verecektir. Dozun bu şekilde bölünmesi ışınlanmış tümördeki ortalama oksijen basıncını da artırır. Böylelikle radyasyona hassas tümör hücreleri hızla >





**Resim | 5** Şiddetli mukozitis ve kandidiyazis nedeniyle radyoterapisine ara verilen bir hastanın sert ve yumuşak damak, uvula ve üst solunum yoluna yayılmış enfeksiyon.



**Resim | 6** Radyoterapi seansları süresinde oluşan mukozitis ve yoğun psödomembranöz kandidiyazis.



**Resim | 7** Radyoterapinin bitiminden 1 ay sonra varlığı devam eden fibrin kaplı ülserasyonlar.

yok olup ilk uygulamalardan sonra tümör kitlesi küçülebilmektedir<sup>20,25</sup>.

#### a. Radyoterapinin ağız mukozasına etkisi:

Keratinize mukozanın tüm ağızda daha az bölgede bulunması, kapiller kan dolaşımının çokluğu ve bazal tabakanın radyasyona duyarlı mitotik aktivitesi fazla hücrelerden oluşması nedeniyle ağız mukozası deriye göre radyasyona yaklaşık % 30 daha duyarlıdır. Bu nedenle radyasyonun oluşturduğu zararlar deriye göre çok daha kısa bir sürede ortaya çıkar. Ağız mukozasında en duyarlı bölgeler duyarlılık sırasıyla yumuşak damak, hipofarenks, ağız tabanı, yanak mukozası, gingiva ve dil sırtıdır<sup>17, 26</sup>. Radyasyon sonrası ağız mukozasında öncelikle solunumu engelleyen ve yutkunma güçlüklerine neden olabilen larenks ve ağız tabanı ödemleri oluşur. Radyoterapinin ikinci haftası sonun-

da mukozada kızarıklık ve mukozitis olarak tanımlanan enflamasyon, daha sonra ödem ve ülserasyon görülmeye başlar. Elektron mikroskopuyla yapılan incelemelerde radyasyon sonrası ilk değişikliklerin epitelde değil, endotel ve bağ dokuda olduğu gösterilmiştir. Fibroblastların apoptozisiyle endotelial hasar görülmesi fibroblast apoptozisini ve dolayısıyla mukozitis oluşumunu engelleyecek yeni ajanlar üretimini önemini göstermektedir. Ayrıca, siklooksijenaz enzimi aktivitesi (*COX-2*) mukozitis süresini artırmakta, kemoterapide artan hücresel mediatörler *TNF- $\alpha$* , *IL-1 $\beta$* , *IL-6* doku hasarından sorumlu tutulmaktadır<sup>20-23</sup>.

Radyoterapi devam ederken radyasyona maruz kalmış mukozada beyazdan sarıya değişen renkte pseudomembran oluşumuyla (deskuamasyon gösteren epitel tabakası) mukozada bozulma ve ağrıyla birlikte hastada yemek yeme güçlüğü başlar (Resim 5, 6).

Böyle bir durumda iyi bir ağız hijyeni enfeksiyonu azaltacaktır. Genel bir komplikasyon olan *Candida albicans* enfeksiyonu tedavi gerektirebilir. Radyoterapi sonrası iyileşme hemen başlar ve iki ayda tamamlanır. Sonraki dönemde mukozada atrofik, ince ve avasküler özellikler göstermeye devam eder. Atrofik alanlarda teleanjektazilerin bulunduğu kan dolaşım düzensizliği görülür. Karsinom radyoterapisinde mukozada oluşan üzeri fibrin kaplı ülserasyon şeklinde görülen radyasyon mukozitisi (Resim 7) iyileştikten sonra genellikle skatriks bırakır<sup>5, 17, 18, 20, 26</sup>.

#### b. Radyoterapinin tad cisimciklerine etkisi

Radyoterapi sonucu radyasyona hassas tad cisimciklerinin histolojik yapılarında dejenerasyon görülür. Hastalar radyoterapinin ikinci-üçüncü haftalarında tad alma kaybı olduğunu söylemeye başlar. Dilin arka 2/3'lük kısmı etkilendiğinde acı ve asitli, ön 1/3'lük kısmı etkilendiğinde ise tuzlu ve tatlı algılamasının bozulması daha belirgin olarak görülür. Tükürükteki değişikliklerin de bu bozulmada rolü vardır. Radyoterapi bitiminden 60-120 gün sonra tad alma fonksiyonu başlar<sup>26</sup>.

#### c. Radyoterapinin tükürük bezlerine etkisi:

Ağız sıvısının çok büyük bir kısmını Gl. Parotis, submandibularis, sublingualis ve aksesuar tükürük bezlerinin (Gl. buccales ve labiales) sekresyonları ile dişeti oluşu sıvısı, bakteriler, yiyecek artıkları, epitel hücreleri ve lökositler oluşturur. Tükürük bezleri hiç stimüle edilmeden miktarına göre salgısı ölçüldüğünde;

- ▶ 0,4-0,5 ml/dak ağız sıvısı normal,
- ▶ 0,2-0,4 ml/dak oligosialı,
- ▶ 0,2 ml/dak altında kserostomi olarak tanımlanır<sup>17</sup>.

Major tükürük bezleri oral kavite veya orofarenkste kanserlerin radyoterapisi sırasında kaçınılmaz olarak ışınlanır. Tükürük bezlerinin parankimal yapıları radyasyona karşı oldukça

hassastır. Parotis bezleri submandibular ve sublingual bezlere nazaran daha radyosensitifdir. Tedavi başlangıcından hemen sonra akut enflamasyon görülür. Takip eden aylarda enflamasyon kronikleşir ve bezlerde histopatolojik olarak; fibrozis, yağlanma, vaskülarizasyonun kaybı ve parankim dejenerasyonu izlenir<sup>17, 26</sup>.

Radyoterapinin başlamasından sonraki ilk birkaç hafta içinde tükürük sekresyonunda belirgin oranda bir azalma görülür. Tükürük akışının azalması doza bağlıdır ve 60-70 Gy'lik bir dozda bez tamamen skleroze olur ve hiç tükürük salgılanmaz. Ağız kuru ve oldukça hassas bir hale gelir, tükürük özelliklerini kaybettiğinden yutkunma güç ve ağrılıdır (kserostomi).

Radyoterapi görmüş hastalarda kserostomiyle birlikte şiddetli halitosis ve ayrıca deride hiper veya depigmentasyon, subkutan ödemler vardır. Oligosialı varlığında mukozada hafif kuru, kırmızı ve hassastır. Kserostomide ise ağız kuru, özellikle dilde düz ve matlaşmış mukozada, tüm ağız mukozasında atrofi, ülserasyonlu deskuamasyondan nekroza kadar varan harabiyet görülür. Bakteriyel, virütik, mikotik enfeksiyonlara yatkınlık söz konusudur. Bu viskoz tükürüğün pH'sı 5,5 dir (normal tükürük pH: 6,5). Hasta çiğneme, yutkunma, konuşma gibi fonksiyonlardaki güçlükler sonucu kendiliğinden yumuşak ve karbonhidratlı yiyeceklerle yönelir. Tükürük yıkayıcı özelliğini kaybetmiştir, yemek artıkları dişlerin çevresinde birikir, tükürüğün remineralizasyon mekanizması ortadan kalkar, pH düşer ve ağız florası asidojen bir sapma gösterir. Böyle bir durumda *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, *Candida*larda artış görülür. Tükürüğün tamponlama kapasitesi de % 44 oranında düşer. Kalın, viskoz ve asidik olan böyle bir tükürük oral mikrofloranın etkilenmesiyle sekonder olarak **radyasyon çürükleri** için zemin hazırlar<sup>26</sup>.

Radyoterapi sonrası görülen ağız kuruluğu bir yıla kadar devam edebilir. Hasta protez kullanıyorsa protezi rahat kullanamama ve ağızda yabancı cisim gibi hissetme olarak tanımlanabilecek protez intoleransı da başlayabilir.

#### d. Radyoterapinin dişlere etkisi:

Radyoterapi etkisiyle diş sert dokularındaki değişiklikler çabuk ilerleyen, porozite ile göze çarpan tebeşirimsi alanlarda başlayan radyasyon çürükleri oluşabilir. Koleda çıplak dentinde kahverengiden siyaha kadar değişen çürükler, tüberkül tepeleri ve kesici kenarlar gibi bölgelerde bile görülen bu atipik çürükler tükürükteki azalma, ağız hijyeninin kötüleşmesi ve minenin de çürüğe yatkınlık göstermesiyle hızlı ilerleyebilir (Resim 8). Odontoblastlar ameloblastlar göre radyasyona daha duyarlıdır. Düşük dozlardaki radyasyon ankilozaya neden olabilir<sup>8, 17, 26</sup>.

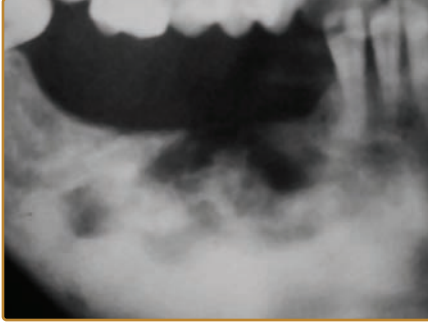
#### e. Radyasyonun çene kemiklerine etkisi:

##### **Osteoradyonekroz/Radyoosteomyelitis:**

Dişlerin bulunduğu çenelerde **osteorad-** >



**Resim | 8** Çıplak dentinde, kolelerde, kesici kenarlarda oluşmuş kahve-siyah renkte tipik radyasyon çürükleri.



**Resim | 9** Düzensiz radyolüsent alanlarla dikkati çeken bulutsu görüntüsüyle radyoosteomyelitis.



**Resim | 10-11** Farenks karsinomu nedeniyle radyoterapi görmüş hastada oluşan radyoosteomyelitisin ağız içi ve çene ucundaki süpürasyonlu fistül defekti.

**yonekroz** genellikle alveol kemiğinden başlar ve periodontal alanın harabiyetiyle kendini belli eder. Işınlama sonucu kemikte latent bir radyasyon zararı oluşur. Bu zarara uğramış bölgede ancak enfeksiyon veya travmayla karşılaşıldığında **radyoosteomyelitis** oluşur. Kalsiyum oranı yüksek dokularda mineralizasyon ve radyasyon abzorbsiyonu fazladır. Alt çenenin beslenmesi ağırlıklı olarak periost kaynaklı olduğundan alt çenede üst çeneye oranla daha sık görülür. Periost iyonize radyasyona çok duyarlıdır<sup>17,26</sup>.

Osteositler, osteoblastlar ve endotelial hücreler sayıca azalır. Kan damarlarında kalınlaşma, kemik iliği yerine bağ dokunun oluşması ve yeni kemik dokunun olmaması osteoradyonekroz için zemin hazırlar. Tümör tedavisi gören hastalarda gecikmiş toksik etkiler aylar ve hatta yıllar sonra bile görülebilir. Hastanın dental durumu (ağız hijyeni, enfekte odaklar, stomatitis varlığı vb. gibi nedenler) enfekte osteoradyonekroz için olası risk faktörleridir.

Kemik tümör dozunda radyasyonla karşılaştığında radyoosteomyelitis oluşturabilecek reaksiyon şu şekilde özetlenebilir<sup>17</sup>:

**Tolerans sınırının üstündeki ışınlamalarda; erken nekroz (aseptik kemik nekrozu)** oluşur. Bu tabloya çoğunlukla diş kaynaklı olan enfeksiyon ilavesiyle enfekte osteoradyonekroz (**rad-yoosteomyelitis**) görülür.

**Tolerans sınırının altındaki ışınlamalarda;** latent zararlar oluşur ve belirli bir süre sonra enfeksiyon, travma vb. gibi etkenlerle **geç nekroz** ortaya çıkabilir (**Enfekte osteoradyonekroz=radyoosteomyelitis**).

Osteoradyonekrozun subjektif semptomu şiddetli ağrıdır. En sık rastlanan röntgen bulgusu osteoporozite görüntüsüdür. Sekestr oluşumu sık olmadığı için röntgende görülmesi enderdir. Klinik görüntü malign tümörleri andırabilir (Resim 10, 11). Nekrotik kemikte kan dolaşımı olmadığından antibiyotik tedavisi faydasızdır. Sekestr çıkarılması veya çene kemiği rezeksiyonu bile gerekebilir. Hiperbarik oksijen tedavisinin de yararlı olduğu bildirilmiştir.

Işınlama sonrası kemiklerde değişim:

- Vaskülarizasyon azalmıştır.
- Kemik iliginde hipovasküler/hipoksik/hiposellüler/yağdan zengin fibröz bağ dokusu gelişimi vardır.
- Endosteum atrofiktir. Osteoblastik ve osteoklastik aktivite azalmıştır. Kompakt kemik lakünleri boşalmıştır (nekroz), yeni kemik oluşumu yoktur.
- Oluşan aseptik kemik nekrozuna (erken nekroz) enfeksiyon veya travma eklenirse enfekte osteoradyonekroz (=radyoosteomyelitis) oluşur.

**Kısaca özetlemek gerekirse;**

1. Işınlamayla yumuşak doku ve kemikte vaskülarizasyon azalır.
2. Enfeksiyon direnci bütün dokularda azalır.
3. İyileşmeyen oral mukozaya defektleri gelişir ve bu ülserle lezyonlar ağrılıdır.
4. Tükürük bezlerinin etkilenmesiyle tükürük içerik ve miktarında müsünöz değişim ve kserostomi görülür. Tükürük pH'sındaki asidojen sapma ağız florasını da etkiler.
5. Dişlerde çabuk ilerleyen, dişlerin tüber kül tepeleri, kesici kenarları gibi atipik yerlerinde ve kole bölgeleri bölgelerinde çıplak dentinde kahverengiden siyaha kadar değişen radyasyona bağlı atipik diş çürükleri görülür.
6. Periodontal ligamentlerin diziliminde bozulma, periodontal aralıkta genişleme

oluşur ve lamina dura kaybı ortaya çıkabilir.

7. Kemikte osteoradyonekroz olasılığı artar ve bu değişim mandibulada maksillaya göre daha fazla görülür.
8. Çiğneme kaslarının radyasyondan etkilenmesiyle fibrozis ve buna bağlı ağız açma-kapama fonksiyonlarında kısıtlanma, ağız açımında ağrı ve trismus görülebilir.

**Gelecek sayıda "Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Oral Değişiklikler ve Dışhekiminin Alması Gereken Önlemler" ikinci bölümüyle devam edecektir.**

#### KAYNAKLAR:

1. Ascioğlu S, de Pauw BE, Meis JF. Prophylaxis and treatment of fungal infections associated with haematological malignancies. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 15:159-68.
2. Bagan JV, Murrillo J, Jimenez Y, Poveda R, Millan MA, Sanchez JM, Silvestre FJ, Scully C. Avascular jaw necrosis in association with cancer chemotherapy: Series of 10 cases. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 120-3.
3. Çetin ES, Örsal A, Dolapçı İ, Tekeli A, Özcan M. Kemoterapi alan maligniteli hastalarda boğaz florasının değerlendirilmesi. *A.Ü. Tıp Fak Mecmuası* 2002; 1: 17-20.
4. Çubukçu ÇE. Pediatrik kanser hastalarında oral mukozit ve ağız sağlığı. *Güncel Pediatri* 2005; 67-69.
5. Dindar S, Keskin H, Evlioğlu G. Dış hekimliği onkolojisi (Klinik Onkoloji, Edit: Topuz E, Aydınar A, Karadeniz AN), İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü yay no: 6, 2000, sy: 350-361.
6. Eren M, Akyüz C, Yalçın B, Varan A, Kutluk T, Büyükpamukçu M. Çocukluk çağı kanserlerinde kemoterapi ile ilişkili mukozit tedavisinde granülosit makrofaj koloni stimulan faktörün ağız bakımındaki yeri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2007; 2:70-78.
7. Erseven G. X-ışınlarının odontogenezis üzerine etkileri. *İ.Ü. Dişhek Fak Derg* 1973; 1: 83-86.
8. Epstein JB, Schubert MM. Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. *Review of pathogenesis, diagnosis and management. Oncology* 2003; 17: 1667-1679.
9. Ficarra G, Beninati F, Rubino I, Vannucchi A, Longo G, Tonelli P, Pini Prato G. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *J Clin Periodontol* 2005; 32:1123-8.
10. Gibbs JB. Anticancer drug targets. *Growth factors and growth factor signaling. J Clin Invest* 2000; 105: 9-13.
11. Hewitt C, Farah CS. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a comprehensive review. *J Oral Pathol Med* 2007; 36:6, 319-328.
12. Huber MA, Terezhalmay GT. The medical oncology patient. *Quintessence Int.* 2005; 36: 383-402.
13. Kamberk S, Akal N. Kemoterapi alan çocuklarda dışhekimliği yaklaşımı. *C.Ü. Dişhek Derg* 2000; 3: 52-57.
14. Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: Options for prevention and treatment. *CA Cancer J Clin* 2001; 51: 290-315.
15. Merigo E, Manfredi M, Meleti M, Corradi D, Vescovi P. Jaw bone necrosis without previous dental extractions associated with the use of bisphosphonates (pamidronate and zoledronate): a four-case report. *J Oral Pathol Med* 2005; 34:613-7.
16. Migliorati CA, Castiglia J, Epstein J, Jacobsen PL, Siegel MA, Woo SB. Managing the care of patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis: An "American Academy of Oral Medicine" position paper. *J Am Dent Assoc* 2005; 136:1658-68.
17. Özbayrak S. Dışhekimliğinde röntgen ışınları etkileri ve radyasyondan korunma. *Cemay matbaacılık, İstanbul* 1987, sy: 60-83.
18. Özbayrak S. Ağız hastalıkları atlası. *Doğan offset, İstanbul*, 2003, sy:178-183.
19. Shapiro GI, Harper JW. Anticancer drug targets: Cell cycle and checkpoint control. *J Clin Invest* 1999; 104: 1645-1653.
20. Sezen Çamakçı E. Baş boyun bölgesi radyoterapisini gören hastalarda florüridli jel ve klorheksidini gargaralarının dişler, diş eti ve oral mikroflora üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*, 2004 (Danışman: Prof. Dr. T. Atalay).
21. Sonis ST. Mucositis as biological process: A new hypothesis for the development of chemotherapy-induced stomatotoxicity. *Oral Oncol* 1998; 34: 39-43.
22. Sonis ST, Fey EG. Oral complications of cancer therapy. *Oncology* 2002;16; 680-686.
23. Sonis ST. A biological approach to mucositis. *J Support Oncol* 2004; 2: 21-36.
24. Üstün Y, Erdoğan Ö. Çene kemiklerinin bifosfanatlara bağlı osteoradyonekrozunda teşhis ve tedavi yaklaşımları. *Ankara Dişhek Odası Klinik Bilimler Dergisi* 2007; 3: 37-42.
25. Vissink A, Jansma J, Spijkerker FKL, Burlage FR, Coppes RP. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 199-212.
26. White SC, Pharoah MJ. *Oral radiology: Principles and interpretation*, 4th ed, Mosby, St Louis, 2000; sy:30-33.



## Oral cerrahi uygulamalarında karşılaşılması olası komplikasyonlar; önlemler ve çözümler

### - Bölüm III -

# İmplant ile ilgili Komplikasyonlar

Oral implantoloji uygulamalarında komplikasyonlar; genellikle planlamanın hatalı yapılması, klinik ve radyolojik muayenelerin yetersiz olması, temel cerrahi prensiplere uyulmaması sonucunda ortaya çıkabilir. Olası komplikasyonları sınıflandırarak incelemek daha yerinde olacaktır. Planlama ile ilgili komplikasyonlar, Cerrahi uygulama esnasında ki komplikasyonlar, yakın dönem komplikasyonlar, doğru ölçü tekniğinin kullanılmaması, oklüzyon ve protetik komplikasyonlar, uzun dönem komplikasyonlar şeklinde sınıflandırabiliriz.

#### PLANLAMA İLE İLGİLİ KOMPLİKASYONLAR

Oral implantoloji uygulamalarında hastamızdan çok iyi bir anamnez almamız gerekir. Cerrahi uygulamaları sınırlayan sistemik rahatsızlıklar implant uygulaması içinde aynı şekilde geçerlidir. Özellikle son bir yıl içerisinde yüksek doz kortizon kullanımı, otoimmün rahatsızlığı olan hastalar, organ nakli geçirmiş olan hastalar gibi. Sigara, son yıllarda yapılan klinik takiplerde uzun dönemde hastaları olumsuz yönde etkilememekte ancak cerrahi sonrası erken dönemde günde 4-5 adet sigara hatta mümkünse cerrahi sonrası ilk 14 gün hiç sigara içilmemesi önerilmektedir.

Anamnezi takiben klinik muayene yapılmalı gerekirse hastamızdan ölçü alınmalıdır. Ön çalışma modelleri elde etmek, ileride ne tarz bir protez yapılabileceğini hayal etmemizde ve hastamıza açıklamamızda bize yardımcı olacaktır.

Radyolojik olarak hastalarımızı değerlendirirken öncelikle panoramik ve sefalometrik filmleri kullanmalıyız. Gerekli olursa volumetrik tomografi yöntemleri bizim için çok değerli bilgiler vermekle ileride oluşabilecek planlama ve cerrahi uygulama ile ilgili

komplikasyonları en az seviyeye getirecektir.

Oral implantoloji planlamasında:

- Çenelerin ön arka yön ilişkisi
- Dikey boyut
- Karşit çenenin diş yapısı
- Yumuşak dokuların durumu

yapılacak olan implantların sayısının belirlenmesinde önemli rol oynayan faktörlerdir. Bu başlıkları biraz tartışacak olursak; çenelerin ön arka yöndeki ilişkileri implantların hangi konumda nereye yerleştirmeleri gerektiğini, cerrahi faz sonrası yapılacak proteze biyomekanik olarak yeterince destek olup olamayacağının belirlenmesinde önemli rol oynar. Dikey boyut yine planlamada çok önemli rol oynamaktadır. Yapılacak olan implant üstü protezlerin tipi ve ona destek olacak implantların sayısının belirlenmesinde, gülme hattının değerlendirilmesinde ve dudak dinamiğinin hastaya uygun olabilmesi için çok önemlidir. Karşit çenedeki diş yapısı dişsiz çeneye uygulanacak implant ve implant üstü protezler için önem taşımaktadır. Uygulanacak olan protezin sabit veya hareketli olmasına göre alt ve/veya üst çeneye uygulanmasına göre implant sayıları ve protez tipleri değerlendirilmelidir. Yukarıda saydığımız bu üç temel noktaya göre büyük kemik greftlerinden des-

tek alınacağı gibi farklı planlamalarda yapılabilir ancak bunların yapılması ve başarılı sonuçlar alınabilmesinde klinik ve radyolojik değerlendirme yöntemler çok büyük önem taşımaktadır.

Planlamada en çok yapılan hatalar;

- İmplant sayısının yetersizliği veya fazlalığı (Resim1)
- İmplant açılarının dişlere ve/veya diğer implantlara uyumsuzluğu (Resim 2)
- Yapılacak protezler planlanmadan implantların rastgele yerleştirilmesi sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlardır.

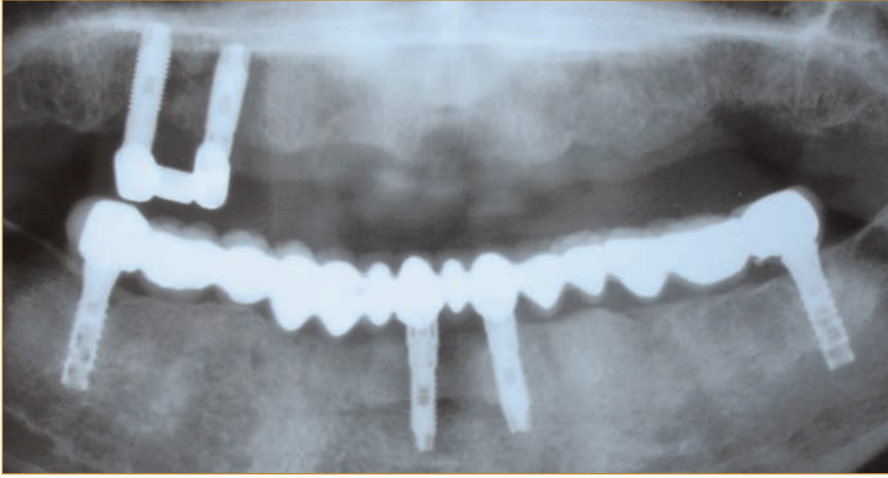
#### CERRAHİ UYGULAMA SÜRECİNDE KARŞILAŞILMASI OLASI KOMPLİKASYONLAR

Klinik ve radyolojik muayeneleri takiben planlama tamamlandıktan sonra uygulanacak cerrahi yöntem kararlaştırılır ve uygulanır. Bu uygulamalar sürecinde istenmeyen birçok durum ile karşılaşılabilir. Bunlar sıralanacak olursa;

- İmplantların istenmeyen anatomik oluşumlar içine girmesi
- Kemik kavitesi hazırlanması esnasında kemiğin yakılması
- İmplantın gereğinden fazla

\* Prof.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\* Dişhekimisi



Resim | 1 Yetersiz sayıda implant uygulaması

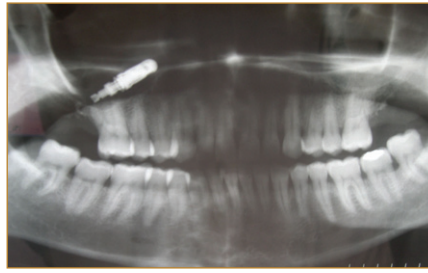


Resim | 2 Açılara uygun olmayan şekilde yerleştirilmiş implantlar

- sıkılması ve çene kemiklerinde kırılma
- Kanama

### İmplantların istenmeyen anatomik oluşumlar içine girmesi

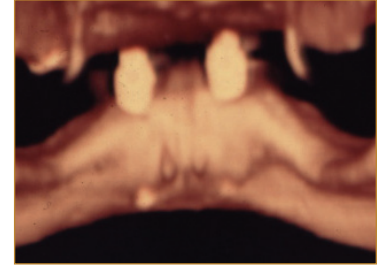
Radyografik değerlendirmeler yeterli yapılsa dahi dikkatsiz çalışma sonucunda, hatalı planlama sonucunda implantlar anatomik oluşumlar içerisine girebilirler. Anatomik oluşuma göre değişik komplikasyonlar oluşabilir. Üst çenede maksiller sinüsler içerisine implantların ucu girebilir 1-2 mm olan sinüs içerisine ilerlemeler tolere edilebilir ancak sinüs mukozası perfore olursa sinüzit gelişebilir. Dikkatsiz çalışıldığında implant tümü ile maksiller sinüs içerisine kaçırılabilir (Resim 3). Burun tabanı dikkat edilmesi gereken noktalardandır burun mukozası damardan çok zengin olduğu için yırtıldığında kontrolü zor kanamalar ile karşılaşılabilir. Üst çenede çalışırken yine vestibüler kemiği delmek, implantın kemik desteğini yeterince alması için çok önemlidir. Alt çene kemiğinin



Resim | 3 Maksiller sinüse kaçırılmış implant

de implant uygulamaları yapılırken alveolar kanal ve foramen mentale, corpus mandibula iç yüzünde bulunan besleyici kanallardan giren arterioller, submental, sublingual ve submandibular fovealar çok büyük önem taşır (Resim 4).

Cerrahi uygulama sürecinde elden geldiğince görerek çalışmakta yarar vardır. Ensizyon operasyon bölgesini en net biçimde görebileceğimiz şekilde yapılmalıdır. Temel prensipler doğrultusunda çalışıldığında oluşabilecek tüm komplikasyonlar en aza indir-



Resim | 4 submental locaya uçları girmiş implantlar

genmiş olur. Örneğin submental locada bulunabilecek küçük arterioller kontrollü bir şekilde disseke edilirse kanama riski ortadan kaldırılabılır, kemik duvarlardaki delinmeler engellenirse implant için kemik desteği kaybedilmemiş olur, hastanın postoperatif dönemdeki ağrısı daha az olur. Post operatif dönemde ağrının daha az olmasında az travmatik cerrahi önem taşır. Özellikle flap kaldırılırken periostun bütünlüğünün korunması hem iyileşmenin daha güzel olmasını hem de ağrının daha az olmasını sağlar.

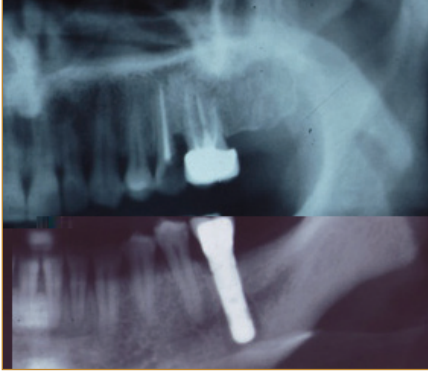
### Kemik kavitesi hazırlanması esnasında kemiğin yakılması

İmplant kavitesi hazırlanırken veya çeneleri ilgilendiren her türlü kemik cerrahisinde kemiğin yakılmaması çok büyük önem taşır. Kemik dokusu 43-47 santigrad derecede yanar. Post operatif dönemdeki şiddetli ağrı kemik nekrozunun belirtisi olabilir. Kemik içerisinde implant yuvası hazırlanırken bol serum fizyolojik ile soğutma sağlanmalıdır. Serum fizyolojik buzdolabında soğutulmalı ve soğuk şekilde kullanılmalıdır. Kemik yanığından korunmanın diğer bir yoluda keskin frezlerle uygun devirde çalışmaktır. İmplant firmaları servis adı altında setler getirmekte ve implant uygulaması için destek vermektedirler ancak bir frezin kaç kere kullanıldığı hangi tip kemikte kullanıldığı bilinmemekte ve maalesef frezler körelmektedirler. Kör frez kemiği kesmeyecek hekim kesmesi için baskı yapacak ve maalesef kemik yüzeyde yüksek sıcaklığa bağlı yanık oluşacaktır (Resim 5). İmplantoloji uygulamaları için kemik yuvası hazırlanırken yeni başlayanlarda 700-900 devir dakika, ileri seviyede, tecrübeli olan hekimler için ise 1000-1500 devir dakika arasında kullanım uygundur.

### İmplantın gereğinden fazla sıkılması ve çene kemiklerinde kırılma

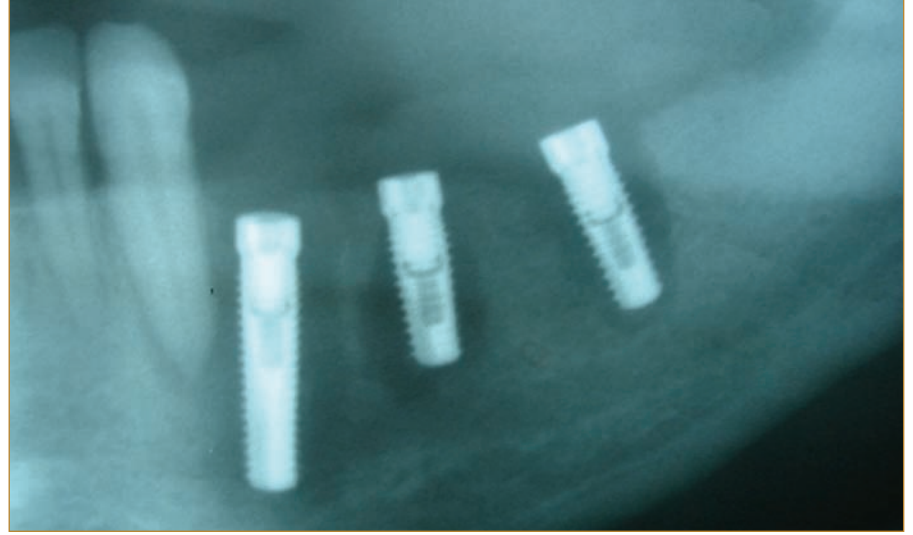
Oral implantoloji uygulamaları genellikle ileri yaşta olan hastalarda yapılmaktadır. Hepimizin bildiği gibi yaş ilerledikçe vücuttaki kollajen yapı azalır, buna paralel olarak her doku gibi kemik doku da elastikiyetini >





**Resim | 5** Kemik yuva hazırlanırken kemik yanması sonucunda apekte fibröz doku oluşumu

kaybeder. Yaşlanma ile birlikte özellikle bayanlarda ve özellikle menapoz sonrası dönemde kemik dokuda kalsiyum seviyesinde bir düşüş meydana gelir ve yine kemik direnci azalır kemikler kolayca kırılır. Bu tip hastalarda çok dikkatli çalışılmalı implantın primer stabilizasyonu için, bitim frezi çapı dar kendi çapı geniş implantlardan (hemen yükleme amaçlı implant sistemlerinden) uzak durulmalıdır. İmplantların fazla sıkılmaları sonucunda basal çene kemiği kırıkları gelişebileceği gibi mikro çatlaklarda oluşabilmektedir. Mikro çatlaklar genellikle implantın gereğinden fazla sıkılması sonucunda oluşur. Operasyon esnasında meydana gelen bu komplikasyonda implantın primer stabilizasyonunun kaybı, ileri dönemde implant kaybı açısından çok önemlidir. İmplant yuvası etrafında implantı çevreleyen kemiğin mikro çatlaklar sebebi ile nekrozu ve ölen bu kemiğin yerini fibröz dokuların alarak implantın kaybı ile karşılaşılabilir (Resim 6). Bu durumda implantı yapan hekim neden implant kaybettiği konusunda fikir sahibi değildir ve hastasına “sizin vücudunuz implantı kabul etmedi” diye bir ifade bulunur.



**Resim | 6** Fazla baskı ile yerleştirilip mikrokıvrıklar oluşarak nekroze olan ve fibröz doku nedeniyle kaybedilmiş implantlar

**Kanamama**  
Kanamama cerrahinin kaçınılmaz bir komplikasyonu. Ne kadar dikkatli çalışırsak çalışalım ummadığımız anda kanama ile karşılaşabiliriz, implant cerrahisi esnasında meydana gelebilecek kanama komplikasyonları genellikle kontrol altına alınabilir komplikasyonlardır. Hastamızın sistemik olarak bir kanama diatezi yoksa kanamalar genellikle kontrol altına alınabilir. Kanamadan korunmanın temel yolu bölgesel anatomiyi iyi bilerek görerek çalışmak, klinik ve radyolojik tetkikleri iyi yapmakla sağlanır.

(Devam edecek...)



**Gazi Üniversitesi Rektörlüğü**  
**Mimar Kemaleddin Salonu**  
**18-19 Nisan 2008**

#### ORGANİZASYON

Valör Kongre Organizasyonları  
Turan Güneş Bulvarı 15. Cadde 70. Sokak  
No.28 06550 Oran / ANKARA  
Tel: 0312.491 88 88 Faks: 0312.491 99 89  
E-mail: valor@valor.com.tr

#### AĞIZ KANSERLERİ ULUSAL SEMPOZYUMU

#### KATILIMCI FORMU

Katılımcının

Soyadı : .....  
Adı : .....  
Ünvanı : .....  
Adres : .....  
Posta Kodu : .....  
Şehir : .....  
Telefon-Faks : .....  
E-posta : ..... @ .....

	1 Şubat 2008 öncesi	1 Şubat 2008 sonrası
Kayıt Ücreti	<input type="checkbox"/> 130.- YTL	<input type="checkbox"/> 160.-YTL

Sempozyum kayıt ücretine, bilimsel aktivitelere katılım, çanta, yaka kartı, katılım sertifikası, kahve molaları, öğle yemekleri ve kokteyl dahildir.

\* Serbest Dişhekimleri için katılım ücreti  75.-YTL'dir. (Bu ücrete KDV dahil değildir.)

Kurum : .....  
Mua. Adresi : .....

#### SEMPOZYUM KONAKLAMA BİLGİLERİ

Konaklama talebiniz için Sempozyum Organizasyon Sekreteryası ile irtibata geçmenizi rica ederiz.

#### BANKA HESAP NUMARALARI

Garanti Bankası - Çankaya Şubesi (181)  
YTL Hesabı: 668 90 63  
USD Hesabı: 909 43 82

# Kök kanal tedavisinde irigasyon

Endodontik hastalıkların başlıca nedeni diş pulpasının mikrobiyal enfeksiyonu ve nekrozudur. Kök kanal tedavisinin başarısı ise genişletmede kullanılan yöntem, aletlerin kalitesine, irigasyona, dezenfeksiyona ve kök kanallarının sızdırmaz bir şekilde doldurulmasına bağlıdır. Genişletme ve irigasyon işlemlerinin amacı debristen ve mikroorganizmalardan mümkün olduğunca arınmış, doldurma işlemi için temiz kanallar hazırlamaktır. Kök kanalı içerisindeki doku artıklarını ve genişletme sırasında meydana gelen debris uzaklaştırmada mevcut en iyi yöntemin irigasyon olduğuna inanılmaktadır. İrigasyonun en basit etkisinin, gevşek, nekrotik, kontamine maddelerin yanlışlıkla kanal içerisinde derinlere ve periapikal dokulara itilmesine engel olup, yıkayarak uzaklaştırması olduğu söylenebilir. Ayrıca irigasyon solüsyonları kanal içinde temizlik, kayganlık, dezenfeksiyon ve dokuların çözünmesini sağlar. Ancak, mevcut teknikler özellikle düzensiz yapı gösteren veya eğri kanallara sahip kök kanallarını bütünüyle temizleyememektedir. Yüzeysel debris ek olarak, dentinin kesildiği alanlardaki dentin duvarının üzerinde "smear tabakası" adı verilen çamurumsu yapıda bir tabakanın oluştuğu taramalı elektron mikroskop ile gösterilmiştir<sup>14,48,50</sup>. 1975 yılından itibaren ideal irigasyon solüsyonunun özelliklerine kanal duvarlarındaki dentinin orijinal yapısını kötü yönde etkilemeden, smear tabakasını uzaklaştırabilmesi de eklenmiştir.

Kök kanal tedavilerinde başarılı bir sonuç alınması, kök kanallarının biyomekanik genişletmesini, irigasyonunu ve kanalın mümkün olduğunca dezenfeksiyonunu takiben sızdırmaz bir biçimde doldurulmasını kapsayan tedavi işlemlerinin eksiksiz olarak yerine getirilmesine bağlıdır. Kemomekanik genişletme sırasında mümkün olan en iyi irigasyon solüsyonunu kullanmak gerçekten önemlidir. Bu nedenle günümüzde birçok irigasyon solüsyonu dişhekimlerinin

kullanımına sunulmuştur.

Kök kanallarının temizlenip şekillendirilmesi sırasında genişletme amacıyla kanal eğelerinin kullanımı süresince ortaya çıkan dentin talaşlarının, kanallardaki artık dokuların ve meydana gelen debrisin uzaklaştırılmasında irigasyon solüsyonunun kullanımının endodontik tedavinin seyri ve başarısı açısından önemli olduğu bilinmektedir. İrigasyon solüsyonları ve diğer ajanlar dentin duvarlarını etkileyerek genişletmeyi kolaylaştırmaktadır<sup>8,28,56,68,73,72</sup>.

Tek başına mekanik genişletme işleminin kök kanal mikrobiyal popülasyonunu azaltmada ve dentin yüzeyini smear tabakasından arındırmada yetersiz kaldığı farklı araştırmalar ile kanıtlanmıştır<sup>32,50,60</sup>. İyi şekillendirilmiş kanallarda bile özellikle aletlerin ulaşamadığı alanlarda pulpa dokusu artıkları ile inorganik debrisin kaldığı gösterilmiştir<sup>71</sup>. Peters ve arkadaşları<sup>60</sup>, genişletme tekniği dikkate alınmaksızın kanal aletlerinin kök kanal yüzeyinin %35 veya daha fazla kısmına asla değmediğini saptamışlardır. Goldman ve arkadaşları<sup>32</sup> yıkama solüsyonu kullanılmayan kanallarda, kullanılanlara kıyasla daha fazla artık dokunun kaldığını bildirmişlerdir.

İrigasyon solüsyonu kullanmanın faydalarını kısaca sıralamak gerekirse:

I. Enfekte yumuşak ve sert doku artıkları fiziksel ve kimyasal olarak uzaklaştırılır. İrigasyon amacıyla kullanılan solüsyonlar organik debris uzaklaştırarak mikroorganizmaların beslenmelerine engel olmakta ve böylece sayı ve tiplerini azaltmaktadır.

II. İrigasyon solüsyonları kanal duvarlarını ıslatmakta ve kanal duvarlarını kaygan hale getirdikleri için kanal eğelerinin çalışması kolaylaştırılmaktadır. Böylece kanal tedavisi daha çabuk ve daha az riskle gerçekleştirilmekte ve yıkama etkisiyle debris ortamdan uzaklaştırmaktadır<sup>21</sup>.

III. Mekanik genişletme yöntemleri ile ulaşılamayan kök kanal düzensizlikleri ya da yan kanallar temizlenebilmektedir.

IV. İrigasyon amacı ile kullanılan solüsyonlardan bir kısmı smear tabakasını uzaklaştırmakta, böylece dezenfektanların ve kanal dolgu patlarının dentin kanalcıkları içersine daha fazla penetre olmasını sağlamaktadır. Böylece kullanılan dezenfektanların etkinlikleri artırılmaktadır.

Endodontik tedavi sırasında kullanılan irigasyon solüsyonlarının etkinliği solüsyonun kimyasal özelliğine, kullanma miktarına, ısısına, yoğunluğuna, kök kanalı ile olan temas süresine, tazelğine ve yüzey gerilimine bağlıdır.

Günümüze kadar birçok ajan kök kanallarının irigasyonu amacıyla kullanılmış materyallerdir.

## Alkalin Solüsyonlar (NaOCl)

Hipoklorit dezenfektan olarak 19. yy. sonlarına doğru Koch ve Pasteur'un kontrollü laboratuvar deneyleri doğrultusunda yaygın kabul görmüştür. Kimyager Henry Drysdale Dakin ve cerrah Alexis Carrel, Dakin'in enfekte nekrotik dokularda farklı solüsyonların etkinliğini araştırdığı titiz çalışmalarına dayanarak 1. Dünya Savaşı sırasında, %0,5'lik NaOCl solüsyonunu enfekte yaraların dezenfeksiyonunda kullanmaya başlamışlardır<sup>83</sup>.

1919 yılında sodyum hipoklorit solüsyonunu endodonti pratiğinde ilk kullanan Coolidge'dir<sup>27</sup>. Nekrotik doku çözücü, antimikrobiyal ve kayganlaştırıcı özellikleri sebebiyle popülaritesini günümüzde de sürdürmektedir<sup>68</sup>. Kök kanal irigasyon solüsyonu olarak önerilen konsantrasyonları %0,5- %5,25 arasında değişmektedir<sup>40</sup>. Hipokloritler geniş spektrumlu olmalarının yanı sıra, tüm mikroplar üzerinde spesifik olmayan öldürme etkinliğine de sahiptirler. Ayrıca sporisid ve virusidaldirler<sup>51</sup>. Tüm bunlara ek olarak, nekrotik dokuları vital dokulara kıyasla daha fazla çözmektedirler<sup>83</sup>. Bu özellikleri nedeniyle 1920'lerde, sulu NaOCl bileşiklerinin endodontide temel irigasyon solüsyonu olarak kullanımı başla-



miştir<sup>63</sup>. Ayrıca, sodyum hipoklorit ucuz, kolay bulunan ve raf ömrü uzun bir solüsyondur<sup>29</sup>.

Endodontide kullanılan NaOCl solüsyonlarının konsantrasyonları hakkında anlaşmazlıklar yaşanmıştır. Sulu hipoklorit bileşiklerinin doku çözebilme yetenekleri gibi toksisiteyi de konsantrasyonları ile doğru orantılı olarak artırır<sup>63</sup>. Kanal içi dezenfeksiyon açısından %5'lik NaOCl solüsyonu, %0,5'lik ile kıyaslandığında etkinliğinin çok da artmadığı saptanmıştır<sup>15,25</sup>. *In vitro* çalışmalar sırasında %1'lik NaOCl solüsyonunun pulpa dokusunun tamamını çözmede yeterli olduğu görülmüştür<sup>69</sup>. İrigasyon sırasında kök kanalına sürekli taze hipoklorit solüsyonu uygulanması ve kanalın devamlı NaOCl ile dolu olması durumunda solüsyonun konsantrasyonunun etkinliği üzerinde kesin bir rol oynamayabileceği de belirtilmiştir<sup>32</sup>. Ancak endodontik yıkama solüsyonu olarak %1-2,5 konsantrasyonlarda NaOCl kullanılması olası yan etkileri ve toksisiteyi minimuma indirir ve dezenfektan etkinlik elde edilmiş olur.

Endodontik uygulamalarda kullanılan saf hipoklorit solüsyonlarının pH'sı 12'dir<sup>29</sup> ve hipoklorit iyon (OCI-) formunda bulunmaktadır. Bununla beraber, aktif klorun benzer seviyelerinde hipokloröz asit, hipokloritten daha bakterisidaldir<sup>83</sup>. Hipoklorit solüsyonlarının etkinliğini arttırmak için pH düşürülebilir. Böylece solüsyonun canlı dokular üzerinde, tamponlanmamış haline göre daha az toksik olabileceği düşünülmüştür<sup>23</sup>. Ancak bu pH 9'un altına düşmemelidir. Böyle olursa solüsyondaki klor iyonu konsantrasyonu azalır, hipokloröz asit konsantrasyonu artar. Dolayısıyla toksisite daha da artmış olur.

Hipoklorit solüsyonlarının etkinliğini kök kanal sistemi içerisinde geliştirecek bir diğer yöntem ise düşük konsantrasyonlu NaOCl solüsyonlarının sıcaklığı arttırmaktır. Böylece hızlı doku çözme kapasitesi artar<sup>24</sup>. Ayrıca, ısıtılmış hipoklorit solüsyonları dentin talaşları arasındaki organik debris, ısıtılmamış hallerine kıyasla daha etkili olarak uzaklaştırmaktadırlar<sup>42</sup>. 45°C'de %1'lik NaOCl solüsyonunun pulpayı çözebilme kapasitesinin, 20°C'de %5,25'lik ile denk olduğu saptanmıştır<sup>69</sup>. Diğer taraftan, kök kanal sistemi gibi dar alanlarda sıcaklık oldukça çabuk eşitlendiği için, kısa dönemde benzer etkinliğe sahip solüsyonlardan ısıtılmış NaOCl solüsyonlarının, ısıtılmamış yüksek konsantrasyonlu hallerine kıyasla, sistemik toksisitelerinin daha düşük olabileceği düşünülmüştür<sup>24</sup>. Ancak, ısıtılmış NaOCl'yi bu

noktada destekleyebilecek bir klinik çalışma bulunmamaktadır.

NaOCl'nin ultrasonik aktivasyonu da "kimyasal reaksiyonların hızlanması, kaviteye etkisi ve daha üstün temizlik meydana getireceği" düşünülerek yapılmıştır<sup>83</sup>. Ancak, enfekte kök kanallarının temizlenme ve şekillendirme işlemlerinin ardından, kök kanal temizliği ve kalan bakterileri ortamdaki uzaklaştırma açısından<sup>9</sup> ultrasonik ve geleneksel yöntem ile yapılan NaOCl irigasyonları karşılaştırıldığında, elde edilen bulgular çelişkilidir. Pasif irigasyon etkisi için ultrasonik anguldruvasına yerleştirilen ISO #15 endosonik eğenin çalışma boyundan 1 mm geride kullanılması gerektiği bildirilmiştir<sup>49</sup>. Kanal temizliğinde ultrasoniğin direkt etkisi olduğunu söyleyen çalışmalar da vardır<sup>75</sup>. İrigasyon solüsyonu içerisinde serbest salınım yapan bir alet, kanal duvarlarına tutunan bir alete kıyasla daha fazla ultrasonik etki yaratacağı için ve amaç hipoklorit solüsyonunun ultrasonik etkinliğinden faydalanmak ise, kanal preparasyonu tamamlandıktan sonra ultrasonik aletin kullanılması gerektiği ifade edilmiştir<sup>62</sup>. Özellikle şekillendirme işlemi sırasında kesici ultrasonik eğelerin kullanımı kanal duvarlarında kontrolsüz kesik ve oyuklara neden olabilir<sup>17</sup>. Bu nedenle, kanal genişletme işlemi tamamlandıktan sonra kesici olmayan, ince bir aletin kontrollü kullanımı çok daha uygun olacaktır<sup>75</sup>. Günümüzde ultrasonik başlığa uyumlu yumuşak teller dişhekimliği piyasasında yer almaktadır.

Endodontik araştırmalarda zaman faktörü üzerinde çok az durulduğunun da belirtilmesinde fayda vardır. Sodyum hipoklorit gibi canlı dokular üzerinde hızlı etki gösteren kimyasal ajanlar, maksimum etki için yeterli çalışma süresine ihtiyaç duymaktadırlar<sup>51</sup>. Döner kök kanal genişletme sistemlerinin, şekillendirme işleminin süresini kısalttığı göz önünde bulundurulduğunda, bu durum gerçekten önem kazanmaktadır<sup>59</sup>.

Çamaşır sularının endodontik amaçlarla kullanılabilmesi için aşağıdaki özelliklere sahip olmaları gerekmektedir:

1. Aktif klor oranı şartnamelerde öngörülen miktarın altında olmamalıdır.
2. Stabil olmalıdır.
3. Stabilité açısından pH'sının 9'dan büyük olması gerekir. Ayrıca bu pH'da zaten sitotoksik olan solüsyonun hipoklorit asit konsantrasyonunun artmasına bağlı olarak sitotoksite daha artacağı için pH'nın 11 – 12 olması tavsiye edilir.
4. Bazı üreticiler çamaşır suyu üretiminde sodyum hipokloriti civa katot elektrolü

zi ile elde ettiklerinden solüsyonda civa bulunabilmektedir. Bu arzu edilmeyen bir durumdur.

Piştin ve Türkün<sup>61</sup> ülkemizde üretilen Do-mex ve Hypo çamaşır sularını yukarıda belirtilen özellikler yönünden ABD'de üretilen Clorox'la karşılaştırmış ve üç marka arasında farklılık bulamamıştır. Yaptıkları çalışmada üretim tarihinden hemen sonra yapılan ölçümlerde bu solüsyonların aktif klor miktarlarının %4,98 ile %5,02 arasında değiştiğini saptamışlardır.

Sodyum hipoklorit solüsyonunun yarı ömrü 500 gün olarak belirtilmekle birlikte kimyasal stabilitesi ısı, ışık, yoğunluk, pH, metal iyonları, organik materyal ve karbondioksitten etkilenmesi sebebiyle aktif olarak kullanılabilmesi için ideal saklama koşullarına uyulması gerektiği belirtilmiştir<sup>40,58,61,72</sup>. Görünür ışığın dalga boyunun 359 – 700 nm olduğu bilinmektedir. 500 nm'nin altında dalga boyuna sahip ışığın sodyum hipokloritin aktif klor içeriğinde kayba neden olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle solüsyonlar opak cam, beyaz plastik, yüksek yoğunluklu polietilen, fiber cam içinde saklanmaktadır. Solüsyonun stabilitesi açısından sulandırılmada da distile su kullanılmalıdır<sup>61</sup>. Buzdolabında +4°C'de saklanan %5'lik NaOCl solüsyonunun 200 günlük sürede klor içeriğini tamamen koruduğu, buna karşın oda sıcaklığında %31 ile %34'lük kayba uğradığı bildirilmiştir<sup>61</sup>.

NaOCl organik maddeleri çözebilmesi, etkin bir antiseptik oluşu, düşük yüzey gerilimi ile dentine difüze olabilmesi, piyasada kolay bulunması ve ucuzluğu nedeniyle irigasyonda en çok tercih edilen solüsyon olmuştur<sup>39,73</sup>. NaOCl'nin tüm olumlu özelliklerine rağmen canlı dokulara iritan olma, yüksek toksisite ve alerji oluşturma potansiyeli gibi bazı dezavantajları yapılmış çalışmalarla belirlenmiştir<sup>63</sup>.

### Şelasyon Ajanları

Kanal içinde mekanik genişletmeyi engelleyen kalsifikasyonlara sık rastlanmaktadır. Dolayısıyla, kemomekanik genişletme sırasında etilen diamin tetraasetik asit (EDTA)<sup>38</sup> ve sitrik asit<sup>36</sup> gibi demineralizasyon ajanlarının yardımcı olarak kullanımı araştırmacılar tarafından önerilmiştir.

Şelasyon ajanları sıvı ya da pat şeklinde uygulanabilmektedirler<sup>38</sup>. Pat tipi olanların geçmişi 1961'de üretilen peroksit ve gliserol kombinasyonunu tasarlayan Stewart adlı araştırmacıya dek uzanmaktadır<sup>38</sup>. Ardından, EDTA'nın endodonti pratiğine başarılı girişi ve yapılan öncü çalışmaları ışığında ED- >

TA ve üre peroksit suda çözünen karbovaks taşıyıcı içinde kombine edilerek kullanılmıştır<sup>38</sup>. Ayrıca EDTA ve peroksit içeren benzer pat-tipi şelatörler de geliştirilmiştir. 1951'de etilen diamin tetraasetik asidin (EDTA) dental sert dokular üzerindeki demineralize edici etkisine dair bir makale yayımlanmıştır<sup>81</sup>. Şelatörler endodontiye ilk kez Nygaard-Ostby<sup>38</sup> tarafından 1957 yılında tanıtılmıştır.

Başlangıçta şelatörler mekanik genişletme sırasında yıkama amaçlı sıvılar olarak kullanılmışlardır. 1969 yılında Steward ve arkadaşları RC-Prep'i (Premier Dental; Philadelphia, PA, ABD) dişhekimlerine tanıtmıştır<sup>38</sup>. Pasta ve sıvı tipteki EDTA preparatlarının kök dentinini yumuşatma etkinlikleri bir tartışma konusu olsa da, şelatör preparatları özellikle dar ve kalsifiye kök kanallarında<sup>47,70</sup> ve smear tabakasının uzaklaştırılmasında<sup>3,16,32,50</sup> sıklıkla kullanılmaktadır.

### Şelatör Preparatları

#### Sıvı Şelatörler

- Kalsinaz (Lege artis, Dettenhausen, Almanya)
- REDTA (Roth International, Chicago, IL, ABD)
- EDTAC ve DTPAC (Sigma Chemical Company, St. Louis, MO, ABD)
- EDTA-T (Formula & Acao Farmaçia, Sao Paulo, Brezilya)
- EGTA (Sigma Chemical Company, St. Louis, MO, ABD)
- CDTA (Sigma Chemical Company, St. Louis, MO, ABD)
- Largal Ultra (Septodont, Paris, Fransa)
- Salvizol (Ravens, Konstanz, Almanya)
- Decal (Veikko, Auer, Helsinki, Finlandiya)
- Tubulicid Plus (Dental Therapeutics, Nacka, İsveç)

#### Pasta Tipi Şelatörler

Araştırmacılar çoğunlukla kök kanalının yıkanması için kullanılan sıvı şelatör solüsyonların etki mekanizmalarını açıklamalarına rağmen, döner aletlerle yapılan kanal preparasyonu sırasında pasta veya jel formundaki şelatörlerin kullanımı önerilmektedir. Günümüzde, kanal aletlerinin kırılma riskini azalttığı varsayılarak döner aletlerle yapılan kök kanal tedavisi sırasında pasta tipindeki şelatörlerin lubrikant olarak kullanımı yaklaşık bütün üreticiler tarafından önerildiği için, bu maddeler tekrar popüler olmuşlardır<sup>38</sup>. Bilinen pasta tipi şelatörler;

- Calsinase slide (Lege artis, Dettenhausen, Almanya)
- RC-Prep (Premier Dental, Philadelphia,

PA, ABD)

- Glyde (DeTrey/Dentsply, Konstanz, Almanya)
- File-Eze (Ultradent Product Inc, South Jordan, ABD)
- FileCare® (VDW, Münih, Almanya)
- MM-EDTA Cream (MicroMega, Besancon, Fransa)

EDTA gibi şelatörler kalsiyum ile kararlı kompleksler oluştururlar. Mevcut iyonların tümü bağlandığında, bir denge oluşur ve daha fazla çözünme meydana gelmez. Dentinin demineralizasyonu pH 4–5 arasında meydana gelir, ama mine etkilenmez. Çözünübilirlikte gözlenen bu farklılık; apatit kristal boyutlarının farklılığı, dentin içerisinde kanalcıkların bulunması ve yüksek kalsiyum miktarı ile açıklanabilir. Dentin demineralizasyonunun pH'ya bağımlı olmadığı<sup>66</sup> ifade edilmesine rağmen, nötral veya alkali EDTA solüsyonlarının en iyi etkiyi sağladığı belirtilmiştir<sup>81</sup>.

Araştırmacılar arzu edilen şelasyon etkinliğinin ancak yüzey alanı için gerekli aktif şelat preparatının yeter miktar ve uygulama süresi ile elde edilebileceğini belirtmişler ve şelatör etkinliğinin kök kanalının genişliğine bağlı olduğunu ve dar kanallara yetersiz miktarda solüsyonun ulaşabildiğini öne sürmüşlerdir<sup>38</sup>.

Uzaklaştırılan smear tabakasının miktarının hem solüsyonun pH'sına, hem de şelasyon ajanının uygulanma süresine bağlı olduğu belirtilmiştir<sup>53</sup>.

Bir ve beş dakikalık çalışma zamanından sonra sıvı ya da pasta-tipi EDTA preparatlarından iyi bir temizleme etkinliğinin elde edilebileceğini bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur<sup>16,17,20,63,81</sup>. Çalt ve Serper<sup>17</sup>, 10 ml EDTA'nın 1 dakika süresince uygulanmasının smear tabakasının uzaklaştırılmasında yeterli olduğunu, 10 dakika yapılan EDTA uygulamasının ise peritübüler ve intratübüler dentinde yoğun erozyona yol açtığını bildirmişlerdir. Bu tür bir erozyona tek başına EDTA irigasyonundan çok EDTA ve NaOCl solüsyonlarının kombine kullanımının neden olduğu öne sürülmüştür<sup>55</sup>. Tüm bu bulgulara rağmen klinik koşullar altında pasta ve sıvı şelat preparatları için optimum miktar ve çalışma zamanına yönelik kesin bir veri belirlenmemiştir.

### Smear Tabakası

Smear tabakası ilk kez Boyde ve arkadaşlarının<sup>14</sup> 1963 yılında, inleylerin kavite adaptasyonunun, kavitenin yüzey düzgünlüğüne ne kadar bağlı olduğu konusundaki araştırmalarında ortaya çıkmış ve bu araştırmacılar tara-

findan şekli bozulmuş yüzey tabakası olarak adlandırılmıştır. 1972 yılında Jones ve arkadaşları<sup>41</sup> sement dokusu üzerinde periodontal aletler ile çalışılması sonucunda bu tabakanın ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir. McComb ve Smith<sup>50</sup> benzer bir tabakanın varlığını 1975 yılında genişletilmiş kök kanallarında yapmış oldukları taramalı elektron mikroskop çalışması ile göstermişler ve "smear" ifadesini kullanarak, bu tabakanın günümüze dek geçerliliğini koruyan şu tanımını yapmışlardır. Smear tabakası dentin taşları ile birlikte, odontoblast uzantıları, pulpa dokusu, bakteri içeren nekrotik ve yaşaması mümkün doku artıklarından oluşmaktadır. Kök kanal genişletme aletlerinin, kanal duvarlarına temas etmediği bölgelerde böyle bir tabakanın görülmediği birçok araştırmacı tarafından belirtilmiştir<sup>32,43,48,50</sup>. Dolayısıyla bu tabakanın eğeleme ve kesme işlemleri ile ilgili üniversal bir olay olduğu ortaya çıkmıştır.

Döner kök kanal genişletme yöntemleriyle yapılan preparasyonun, el aletleri kullanılarak yapılan mekanik genişletmeye kıyasla daha fazla miktarda smear oluşturabildiği bildirilmiştir<sup>65</sup>.

Cameron<sup>18</sup> ve Mader ve arkadaşları<sup>48</sup>, smear tabakasının farklı iki tabakadan meydana geldiğini belirtmişlerdir. Birinci tabakayı alttaki dentine gevşek şekilde tutunmuş olan yüzeyel tabaka, ikincisini ise dentin kanal ağzlarını tıkayıp kanalcık sonlanmalarını örten, bir tıkaç olarak görev yapan smear olarak tanımlamışlardır. Smear tabakasının dentin tübüllerini içersine doğru göç etmesine frezlerin ve kanal eğelerinin hareketinin neden olduğu öne sürülmüştür<sup>48</sup>.

Aktener ve arkadaşları<sup>4</sup> 1989'da yaptıkları çalışmada smear tabakasının dentin kanalcıklarına penetrasyonunu kapiller aktivite ve sıvı dinamiği ile açıklanabileceğini iddia etmiştir.

Smear tabakası içinde bulunan bakteri ve ürünleri kök kanal dentininde rezervuar oluşturabilirler<sup>67,81</sup>. Smear tabakasının dentin kanalcıklarını tıkayıp, dentin geçirgenliğini azalttığı ve bu nedenle dezenfektan ve kanal patlarının dentin kanallarına penetrasyonunu engelleyebileceği öne sürülmüştür<sup>48</sup> ve birçok araştırmacı bu varsayımları desteklemiştir<sup>12,18,22,31,32,43,48,50</sup>. Bu yüzden, smear tabakasının kaldırılması gerektiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir<sup>79,80</sup>. Smear tabakasının kaldırıldığı kanallarda kök kanal dolgusunun sızdırmazlığının daha iyi olduğu ve kanal patının dentin kanallarına penetrasyonunun arttığı bildirilmiştir<sup>20,30,57</sup>.



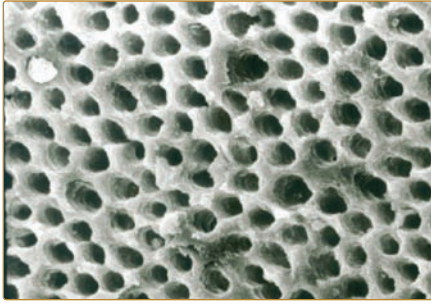
**Smear Tabakasının Uzaklaştırılması**

İrigasyon solüsyonu kullanılmadan mekanik genişletme işlemi gerçekleştirilen bir kanalda bol irigasyon solüsyonu kullanılarak genişletilmiş başka bir kanala kıyasla oluşacak dentin debris miktarı oldukça kalın olacaktır<sup>26</sup>.

Smear tabakası gibi dentin dokusu da 2 farklı tabakadan meydana gelmektedir. Yüzeysel dentin mineye yakın alanda bulunurken, derin dentin pulpa yakınında bulunmaktadır. Derin dentinde gözlenen smear tabakasının daha fazla organik yapı içerdiği ve bu durumun tübüller boyunca bulunan çok sayıda proteoglikanlar ya da pulpa dokusu yakınında bulunan yoğun odontoblastik yapıların varlığı ile açıklanabileceği belirtilmiştir<sup>26</sup>.

Smear tabakasını tümüyle kaldırmayı birçok araştırmacı amaç edinmiştir<sup>1,3,11,13,16,18,20,30,34,48,57,76,77,79,80</sup>. Smear tabakası, kök kanallarını sonik veya ultrasonik cihazlarla genişletilerek<sup>1,11,18,34,76,77</sup> ya da farklı irigasyon solüsyonları kullanılarak<sup>2,3,13,16,50</sup> uzaklaştırılmaya çalışılmıştır.

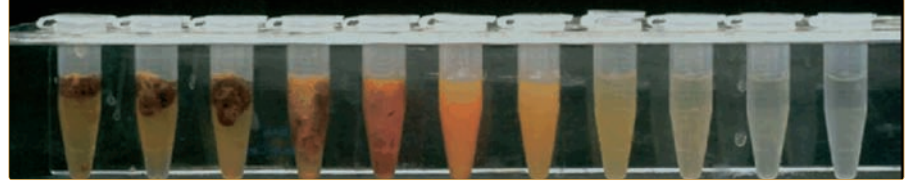
Sodyum hipokloritin smear tabakası üzerinde tek başına etkili olmadığı ancak organik dokuları çok iyi çözdüğü bildirilmiştir<sup>12,19,32,43,44,50,80,81</sup>.



**Şekil | 1** Açık kök kanal dentin kanalcık ağzuları: smear tabakası EDTA+NaOCl ile uzaklaştırılmıştır<sup>2</sup>.

EDTA'nın farklı konsantrasyonları ile yapılmış birçok çalışma, materyalin tek başına smear tabakasını kaldırmada etkili olmadığını göstermiştir. Fakat EDTA'nın NaOCl ile beraber kullanımının smear tabakasını kaldırmada etkili olduğu düşüncesi günümüzde kabul görmüştür<sup>2,5,6,12,19,22,31,44,48,50,81</sup>. Yapılan çok sayıda araştırmada EDTA ve NaOCl'nin farklı konsantrasyon, miktar, pH ve uygulama süreleri tatbik edilmiş yine de benzer başarılı sonuçlar elde edilmiştir<sup>2,3,33,81</sup>.

İrigasyon amacı ile EDTA (%1 – 17) ve ardından NaOCl (%1 – 5) kullanımının organik ve inorganik debris ve smear tabakasını kaldırmada etkili olduğu çeşitli çalışmalar ile ortaya konmuştur (Şekil 1)<sup>2,33,81</sup>.



**Şekil | 2** NaOCl-klorheksidin karışımlarının görüntüsü<sup>10</sup>

**Klorheksidin Glukonat**

Klorheksidin 5,5-7 pH'a sahip katyonik bir bileşiktir. Klorheksidin, oral kavitede kimyasal plak kontrolünde oldukça sık kullanılan bir antiseptiktir<sup>9</sup>. Bu amaçla, %0,1-0,2'lik sulu çözeltileri önerilmektedir.

Gram (+) ve Gram (-), fakültatif anaerob ve aerob bakteriler, sporlar, virüsler ve mantarlar üzerinde etkili oldukça geniş spektruma sahip antibakteriyel bir ajandır<sup>9</sup>. Antibakteriyel olarak Gram (+) bakteriler üzerinde Gram (-)'lere kıyasla daha etkili olduğunu bildirmiştir<sup>9</sup>. Katyonik bir ajan olduğu için bakteri yüzeyine elektrostatik olarak bağlanmaktadır. Böylece bakteri dış yüzeyine zarar vermekte ve geçirgen hale getirmektedir. Hücre iç yüzeyine ulaşması ile sitoplazmayı çökmekte, hücre membranının iyileşmesini olanaksız kılmakta ve bakteri hücresinde yıkıma yol açmaktadır. Düşük konsantrasyonlarda sadece bakteriyostatik iken, yüksek konsantrasyonlarda sitoplazma çökmesine neden olarak bakterisidal etki göstermektedir<sup>9</sup>.

Endodontik literatürlerde kök kanallarının irigasyonunda %0,2 ve %2'lik konsantrasyona sahip solüsyonlar kullanılmaktadır<sup>82</sup>. %2'lik klorheksidin solüsyonunun *E. faecalis* üzerinde etkili olduğu yapılmış in vitro çalışmalarda bildirilmiştir<sup>46</sup>. Ayrıca %0,5'lik klorheksidin asetatın kalsiyum hidrokside kıyasla *C. albicans* üzerinde etkili olduğu da farklı bir çalışmada gösterilmiştir<sup>78</sup>. Bu mikroorganizmaların inatçı endodontik patojenler olarak bilinmeleri nedeniyle klorheksidin glukonat endodontik tedavi açısından oldukça faydalı olabilir.

*In vitro*<sup>56,39,58,57,74</sup> ve *in vivo*<sup>45,61,70,82,28</sup> birçok çalışmada klorheksidin kök kanal irigasyonu olarak kullanılmıştır. Çoğunlukla sıvı formda kullanılmış olmasına rağmen gel formu da kullanılmıştır<sup>33</sup>. *In vitro* çalışmaların çoğunda klorheksidin irigasyonu solüsyonu olarak antibakteriyel etkinlik göstermiştir. Çalışmalarda %2 solüsyonunun %0,12'den daha etkili olduğu gösterilmiştir<sup>74,68</sup>. Kök kanal sisteminde 72 saat boyunca antimikrobiyal etkinliğinin devam ettiği gösterilmiştir<sup>79</sup>.

Klorheksidin son irigasyon solüsyonu olarak kullanımının yararlarına rağmen,

standart endodontik olgularda ideal irigasyon solüsyonu olarak kullanımının savunulmamasının nedenleri nekrotik doku artkılarını çözememesi<sup>54</sup> ve smear tabakasını kaldıramamasıdır<sup>64</sup>.

Kuruilla ve Kamath<sup>45</sup> kök kanal sisteminin sodyum hipoklorid ve klorheksidin diglukonat solüsyonları ile ayrı ayrı ya da beraber yıkanmasının mikrobiyal etkinliğini incelemişlerdir. Beraber kullanımda antibakteriyel etkinliğin arttığını gözlemlemişlerdir. Araştırmacılar bu durumu klorheksidin iyonlarına ayrışma kapasitesini arttıran klorheksidin kloridin oluşumuna bağlamışlardır. Ancak, Cathro<sup>18</sup> bu solüsyonların birlikte kullanımları sonucu yoğun kahverengi bir çökeltinin (Şekil 2) meydana geldiğini ve bu yapının kök kanalından oldukça zor uzaklaştırılabildiğini dolayısıyla dental yapılarda kararına meydana getirdiğini belirtmiştir. Sodyum hipoklorit içinde bulunan demir molekülleri suda çözünebilir, kolayca oksitlenebilir, demir hidroksitleri oluşturabilen ve çökelti oluşumuna neden olarak kahverengi bir solüsyon meydana getiren demir tuzlarının oluşumuna yol açar<sup>48</sup>. Bu çökelti sodyum hipoklorid-klorheksidin karışımında meydana gelmektedir<sup>48</sup>.

Marchesan ve arkadaşları<sup>48</sup> meydana gelen çökelti oluşumunu engellemek amacıyla düşük polariteye sahip olan saf asetik asit kullanımını önermişlerdir. Sirke düşük toksisiteye sahip, biyoyoumlu bir asetik asittir ve 0,1 mol/L olarak kullanılmıştır. Çökeltiyi çözmüş ancak solüsyonun kahverengi rengi aynı kalmıştır. Bu solüsyonun kanalcıklara penetre olabileceği ortamdan uzaklaştırılamayabileceği ve modern dişhekimliğinde başlıca amacın estetik olduğu düşünülecek olursa klinik olarak kullanımı kontraendike kabul edilebilir.

Sıvı ya da jel formları kanal içi medikament olarak *in vitro*<sup>34,45</sup> ve *in vivo*<sup>47,8</sup> çalışmalarda kullanılmıştır.

Siqueira ve arkadaşları<sup>68</sup> %0,12 klorheksidin jeli ile üç farklı kalsiyum hidroksit patının etkinliğini *in vitro* agar difüzyon testleri ile incelemişler ve klorheksidin hemen aynı ya da daha başarılı olduğu sonucunu elde etmişlerdir.

Katyonik özellikleri sayesinde klorhek- ➤

sidin proteinlere bağlanabilmektedir<sup>37</sup>. Oral mukoza dış yüzeyinde bulunan pelikül (ince zara) gibi anyonik tabakalara tutunabildiği birçok çalışmada gösterilmiştir<sup>9</sup>. Aynı zamanda dış minesine de tutunabilmektedir<sup>9</sup>. Yüze tutunan klorheksidin rezervuar görevi görmekte ve yavaş bir salınım gerçekleştirmektedir<sup>9</sup>. Tutunma klorheksidin konsantrasyonu ile doğru orantılıdır<sup>9</sup>. Düşük konsantrasyonlarda kararlı bir tabaka görülmekte ve bu da dış yüzeyinin fiziksel ve kimyasal özelliklerini değiştirerek bakteri kolonizasyonunu engellemekte ya da azaltmaktadır. Yüksek konsantrasyonlarda birden fazla klorheksidin tabakası oluşmakta ve salım daha hızlı gerçekleşmektedir<sup>9</sup>. Klorheksidin bu tersinir kavrama ve salınım reaksiyonları devamlı bir antibakteriyel aktiviteye yol açar ve buna “devamlılık” adı verilmektedir<sup>58</sup>.

Klorheksidin sıklıkla %0,12 ila %2 konsantrasyonlarda kullanılmaktadır. Bu nedenle sistemik ve lokal olarak oldukça düşük dozu toksisitesi göstermektedir<sup>9</sup>. Klorheksidin %2’lik konsantrasyonu ağız içi yıkama solüsyonu olarak kullanılmakta ve gingival dokularda toksisiteye neden olmamaktadır<sup>9</sup>. Periodontal yaraların tedavilerinde kullanıldığında ise iyileşme meydana geldiği görülmüştür<sup>9</sup>. Bu nedenle, %2 klorheksidine perapikal dokuların gingival dokular kadar tolerans göstermesi beklenmektedir<sup>9</sup>. Genel olarak klorheksidine karşı alerjik reaksiyon oldukça nadir görülmekte ve sadece birkaç çalışmada anafilaktik reaksiyon meydana geldiği bildirilmiştir<sup>29</sup>.

Özet olarak güçlü antimikrobiyal etkisi nedeniyle %2 klorheksidin glukonatın alternatif bir yıkama solüsyonu olduğu düşünülebilir<sup>35</sup>, ancak NaOCl’in yerini alamaz. Bununla beraber, özellikle kanal tedavisinin yenilediği olgularda son irigasyon solüsyonu olarak faydalıdır<sup>83</sup>.

### Sonuç

Sonuç olarak kanal tedavisi sırasında ideal bir kemomekanik temizleme işleminin gerçekleştirilebilmesi amacıyla aşağıdaki uygulamayı önermekteyiz.

- Kök kanal giriş kavitesinin açılmasının ardından pulpa odası NaOCl ile yıkanmalı ve kanallar hep NaOCl ile dolu olmalıdır. Böylece solüsyonun çalışma süresi artar. Ayrıca, kaydırıcı etki sayesinde kök kanal eğelerinin kesme etkinliği artar.
- İrigasyon iğnesinin yandan delikli olması (Şekil 3) ve apikal 3 mm.lik bölüme kadar sıkışmadan ulaşması gerekmektedir.
- Her aletten sonra 2-3 ml NaOCl ile her



Şekil | 3 Yandan delikli kanül

kanal yıkanmalıdır. Böylece mekanik genişletme sırasında oluşan debris ortamdan uzaklaştırılabilir.

d) Genişletme bittikten sonra, son irigasyonda, her kanal 2-3 ml EDTA ile 1 dakika boyunca yıkanmalıdır ki kanal içerisindeki smear tabakası uzaklaştırılsın.

e) Daha sonra kanal başına 2 ml NaOCl ile kanallar yıkanır. Böylece EDTA’nın asidik etkisi nötralize edilir.

f) Takiben distile su veya alkol ile yıkanan her kanal son olarak 2 ml klorheksidin glukonat ile yıkanır. 3-5 dakika bekledikten sonra kanallar kağıt konilerle kurulanır. Daha sonra, dezenfektan pat yerleştirme veya kanal doldurma işlemlerine geçilir. <

### KAYNAKLAR:

- Addy M, Moran JM (1997). Clinical indications for the use of chemical adjuncts to plaque control: chlorhexidine formulations, *Periodontol* 2000, 15:52-4.
- Akçay I (2007). Değişik irigasyon solüsyonlarının kök kanal dentini üzerindeki etkilerinin SEM ve mikrosertlik yöntemleri ile incelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktor Tezi*.
- Aktener BO, Bilkay U (1993). Smear layer removal with different concentrations of EDTA-ethylendiamine mixtures, *J Endod*, 19:228-31.
- Aktener BO, Cengiz T, Piskin B (1989). The penetration of smear material into dentinal tubules during instrumentation with surface-active reagents: a scanning electron microscopic study, *J Endod*, 15:588-90.
- Aktener O (1988). EDTA ve etilendiaminin smear tabakası üzerindeki etkilerinin scanning elektron mikroskobu ile araştırılması, *E Ü Dışhek Fak Derg*, 9:87-100.
- Aktener O (1989). Farklı konsantrasyonlardaki etilendiamin tetra asetik asit-etilendiamin karışımlarının smear tabakası üzerindeki etkilerinin scanning elektron mikroskobu ile araştırılması, *E Ü Dışhek Fak Derg*, 10:125-141.
- Aktener O, Pişkin B (1989). Sonik ve konvansiyonel yöntemlerle genişletilen dişlerin kanal yüzeylerinin scanning elektron mikroskobu ile incelenmesi, *Dışhekimliğinde Klinik*, 3:97-101.
- Barbosa CA, Goncalves RB, Siqueira JF Jr, De Uzeda M (1997). Evaluation of the antibacterial activities of calcium hydroxide, chlorhexidine, and camphorated paramonochlorophenol as intracanal medicament. A clinical and laboratory study, *J Endod*, 23:297-300.
- Barnett F, Trope M, Khoja M, Tronstad L (1985). Bacteriologic status of the root canal after sonic, ultrasonic and hand instrumentation, *Endod Dent Traumatol*, 1:228-31.
- Basrani BR, Manek S, Sodhi RN, Fillery E, Manzur A (2007). Interaction between sodium hypochlorite and chlorhexidine gluconate, *J Endod*, 33:966-9.
- Baumgartner JC, Cuenin PR (1992). Efficacy of several concentrations of sodium hypochlorite for root canal irrigation, *J Endod*, 18:605-12.
- Berg MS, Jacobsen EL, BeGole EA, Remeikis NA (1986). A comparison of five irrigating solutions: a scanning electron microscopic study, *J Endod*, 12: 192-7.
- Berry EA 3rd, von der Lehr WN, Herrin HK (1987). Dentin surface treatments for the removal of the smear layer: an SEM study, *J Am Dent Assoc*, 115:65-7.
- Boyde A, Knight PJ (1970). Scanning electron microscope studies of the preparation of the embrasure walls of class II cavities, *Br Dent J*, 129:557-64.
- Bystrom A, Sundqvist G (1985). The antibacterial action of sodium hypochlorite and EDTA in 60 cases of endodontic therapy, *Int Endod J*, 18:35-40.
- Calit S, Serper A (2000). Smear layer removal by EGTA, *J Endod*, 26:459-61.
- Calit S, Serper A (2002). Time-dependent effects of EDTA on dentin structures, *J Endod*, 28:17-9.
- Cameron JA (1983). The use of ultrasonics in the removal of the smear layer: a scanning electron microscope study, *J Endod*, 9:289-92.
- Cengiz T, Aktener BO, Piskin B (1990). Effect of dentinal tubule orientation on the removal of smear layer by root canal irrigants. A scanning electron microscopic study, *Int Endod J*, 23:163-71.
- Cergneux M, Ciucchi B, Dietschi JM, Holz J (1987). The influence of the smear layer on the sealing ability of canal obturation, *Int Endod J*, 20:228-32.
- Chow TW (1983). Mechanical effectiveness of root canal irrigation, *J Endod*, 9:475-9.
- Cooke HG 3rd, Grower MF, del Rio C (1976). Effects of instrumentation with a chelating agent on the periapical seal of obturated root canals, *J Endod*, 2:312-4.
- Cotter JL, Fader RC, Lilley C, Herndon DN (1985). Chemical parameters, antimicrobial activities, and tissue toxicity of 0.1 and 0.5% sodium hypochlorite solutions, *Antimicrob Agents Chemother*, 28:118-22.
- Cunningham WT, Balekjian AY (1980). Effect of temperature on collagen-dissolving ability of sodium hypochlorite endodontic irrigant, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 49:175-7.
- Cvek M, Nord CE, Hollender L (1976). Antimicrobial effect of root canal debridement in teeth with immature root. A clinical and microbiologic study, *Odontol Revy*, 27:1-10. (Abstract).
- Czonsnikowsky M, Wilson EG, Holstein FA (1990). The smear layer in endodontics, *Dent Clin North Am*, 34:13-25.
- Çalışkan MK (2006). Endodontik Materyallerin Biyouyumluluğu ve Kök Kanallarının İrigasyonu, *Endodontide Tanı ve Tedaviler*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:315-341.
- D’Arcangelo C, Varvara G, De Fazio P (1999). An evaluation of the action of different root canal irrigants on facultative aerobic-anaerobic, obligate anaerobic, and microaerophilic bacteria, *J Endod*, 25:351-3.
- Frais S, Ng YL, Gulabivala K (2001). Some factors affecting the concentration of available chlorine in commercial sources of sodium hypochlorite, *Int Endod J*, 34:206-15.
- Gettleman BH, Messer HH, ElDeeb ME (1991). Adhesion of sealer cements to dentin with and without the smear layer *J Endod*, 17:15-20.
- Goldberg F, Abramovich A (1977). Analysis of the effect of EDTAC on the dentinal walls of the root canal, *J Endod*, 3:101-5.
- Goldman LB, Goldman M, Kronman JH, Lin PS (1981). The efficacy of several irrigating solutions for endodontics: a scanning electron microscopic study, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 52:197-204.

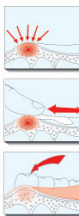


33. Goldman M, Goldman LB, Cavaleri R, Bogis J, Lin PS (1982). The efficacy of several endodontic irrigating solutions: a scanning electron microscopic study: Part 2, *J Endod*, 8:487-92.
34. Guerisoli DM, Marchesan MA, Walmsley AD, Lumley PJ, Pecora JD (2002). Evaluation of smear layer removal by EDTAC and sodium hypochlorite with ultrasonic agitation, *Int Endod J*, 35:418-21.
35. Haapasalo M, Endal U, Zandi H, Coil J (2005). Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions, *Endodontic Topics*, 10:77-102.
36. Haznedaroglu F (2003). Efficacy of various concentrations of citric acid at different pH values for smear layer removal, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 96:340-4.
37. Hulsmann M, Hahn W (2000). Complications during root canal irrigation-literature review and case reports, *Int Endod J*, 33:186-93.
38. Hulsmann M, Heckendorff M, Lennon A (2003). Chelating agents in root canal treatment: mode of action and indications for their use, *Int Endod J*, 36:810-30.
39. Jeansonne MJ, White RR (1994). A comparison of 2.0% chlorhexidine gluconate and 5.25% sodium hypochlorite as antimicrobial endodontic irrigants, *J Endod*, 20:276-8.
40. Johnson BR, Remeikis NA (1993). Effective shelf-life of prepared sodium hypochlorite solution, *J Endod*, 19:40-3.
41. Jones SJ, Lozdan J, Boyde A (1972). Tooth surfaces treated in situ with peridontal instruments. Scanning electron microscopic studies, *Br Dent J*, 132:57-64.
42. Kamburis JJ, Barker TH, Barfield RD, Eleazer PD (2003). Removal of organic debris from bovine dentin shavings, *J Endod*, 29:559-61.
43. Kennedy WA, Walker WA 3rd, Gough RW (1986). Smear layer removal effects on apical leakage, *J Endod*, 12:21-7.
44. Kuramer T, Tanboğa İ (1987). Kök kanallarının çeşitli biyomekanik ve kimyasal preparasyonlarının tarama elektron mikroskopta (SEM) incelenmesi, *Hacettepe Dışhekim Fak Derg*, 11:172-178.
45. Kuruvilla JR, Kamath MP (1998). Antimicrobial activity of 2.5% sodium hypochlorite and 0.2% chlorhexidine gluconate separately and combined, as endodontic irrigants, *J Endod*, 24:472-6.
46. Leonardo MR, Tamomaru Filho M, Silva LA, Nelson Filho P, Bonifácio KC, Ito IY (1999). In vivo antimicrobial activity of 2% chlorhexidine used as a root canal irrigating solution, *J Endod*, 25:167-71.
47. Lindemann RA, Hume WR, Wolcott RB (1985). Dentin permeability and pulpal response to EDTA, *J Prosthet Dent*, 53:341-3;
48. Mader CL, Baumgartner JC, Peters DD (1984). Scanning electron microscopic investigation of the smeared layer on root canal walls, *J Endod*, 10:477-83.
49. Martin H, Cunningham W (1985). Endosonics--the ultrasonic synergistic system of endodontics, *Endod Dent Traumatol*, 1:201-6.
50. McComb D, Smith DC (1975). A preliminary scanning electron microscopic study of root canals after endodontic procedures, *J Endod*, 1:238-42.
51. McDonnell G, Russell AD (1999). Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistance, *Clin Microbiol Rev*, 12:147-79.
52. Moorer WR, Wessellink PR (1982). Factors promoting the tissue dissolving capability of sodium hypochlorite, *Int Endod J*, 15:187-96.
53. Morgan LA, Baumgartner JC (1997). Demineralization of resected root-ends with methylene blue dye, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 84:74-8.
54. Naenni N, Thoma K, Zehnder M (2004). Soft tissue dissolution capacity of currently used and potential endodontic irrigants, *J Endod*, 30:785-7
55. Niu W, Yoshioka T, Kobayashi C, Suda H (2002). A scanning electron microscopic study of dentinal erosion by final irrigation with EDTA and NaOCl solutions, *Int Endod J*, 35:934-9.
56. Ohara P, Torabinejad M, Kettering JD (1993). Antibacterial effects of various endodontic medicaments on selected anaerobic bacteria, *J Endod*, 19:498-500.
57. Oksan T, Aktener BO, Sen BH, Tezel H (1993). The penetration of root canal sealers into dentinal tubules. A scanning electron microscopic study, *Int Endod J*, 26:301-5.
58. Pappalardo G, Tanner F, Roussianos D, Pannatier A (1986). Efficacy and stability of two chlorine-containing antiseptics, *Drugs Exp Clin Res*, 12:905-9.
59. Peters OA (2004). Current challenges and concepts in the preparation of root canal systems: a review, *J Endod*, 30:559-67.
60. Peters OA, Schonenberger K, Laib A (2001). Effects of four Ni-Ti preparation techniques on root canal geometry assessed by micro computed tomography, *Int Endod J*, 34:221-30.
61. Piskin B, Turkun M (1995). Stability of various sodium hypochlorite solutions, *J Endod*, 21:253-5.
62. Roy RA, Ahmad M, Crum LA (1994). Physical mechanisms governing the hydrodynamic response of an oscillating ultrasonic file, *Int Endod J*, 27:197-207.
63. Scelza MF, Teixeira AM, Scelza P (2003). Decalcifying effect of EDTA-T, 10% citric acid, and 17% EDTA on root canal dentin, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 95:234-6.
64. Schafer E (2007). Irrigation of the root canal, *J ENDO-Endodontic Practice Today*, 1:11-27.
65. Schafer E, Lohmann D (2002). Efficiency of rotary nickel-titanium FlexMaster instruments compared with stainless steel hand K-Filexofile. Part 2. Cleaning effectiveness and instrumentation results in severely curved root canals of extracted teeth, *Int Endod J*, 35:514-21.
66. Seidberg BH, Schilder H (1974). An evaluation of EDTA in endodontics, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 37:609-20 (Abstract).
67. Şen BH, Wessellink PR, Türkün M (1995). The smear layer: a phenomenon in root canal therapy, *Int Endod J*, 28:141-8
68. Siqueira JF Jr, Machado AG, Silveira RM, Lopes HP, de Uzeda M (1997). Evaluation of the effectiveness of sodium hypochlorite used with three irrigation methods in the elimination of *Enterococcus faecalis* from the root canal, *in vitro*, *Int Endod J*, 30:279-82.
69. Sirtes G, Waltimo T, Schätzle M, Zehnder M (2005). The effects of temperature on sodium hypochlorite short-term stability, pulp dissolution capacity, and antimicrobial efficacy, *J Endod*, 31:669-71.
70. Stock CJ, Nehammer CF (1985). Negotiation of obstructed canals; bleaching of teeth, *Br Dent J*, 158:457-62.
71. Torabinejad M, Handysides R, Khademi AA, Bakland LK (2002). Clinical implications of the smear layer in endodontics: a review, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 94:658-66.
72. Türkün M (1994). Kalsiyum hidroksit ve sodyum hipokloritin irigasyon materyali olarak incelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*.
73. Türkün M, Cengiz T (1997). The effects of sodium hypochlorite and calcium hydroxide on tissue dissolution and root canal cleanliness, *Int Endod J*, 30:335-42
74. Vahdaty A, Pitt Ford TR, Wilson RF (1993). Efficacy of chlorhexidine in disinfecting dentinal tubules *in vitro*, *Endod Dent Traumatol*, 9:243-8.
75. Van der Sluis LW, Wu MK, Wessellink PR (2005). A comparison between a smooth wire and a K-file in removing artificially placed dentine debris from root canals in resin blocks during ultrasonic irrigation, *Int Endod J*, 38:593-6.
76. Walker TL, del Rio CE (1989). Histological evaluation of ultrasonic and sonic instrumentation of curved root canals, *J Endod*, 15:49-59.
77. Walker TL, del Rio CE (1991). Histological evaluation of ultrasonic debridement comparing sodium hypochlorite and water, *J Endod*, 17:66-71.
78. Waltimo TM, Orstavik D, Ström EK, Haapasalo MP (1999). In vitro susceptibility of *Candida albicans* to four disinfectants and their combinations, *Int Endod J*, 32:421-9.
79. White RR, Goldman M, Lin PS (1984). The influence of the smeared layer upon dentinal tubule penetration by plastic filling materials, *J Endod*, 10:558-62.
80. White RR, Goldman M, Lin PS (1987). The influence of the smeared layer upon dentinal tubule penetration by endodontic filling materials. Part II, *J Endod*, 13:369-74.
81. Yamada RS, Armas A, Goldman M, Lin PS (1983). A scanning electron microscopic comparison of a high volume final flush with several irrigating solutions: Part 3, *J Endod*, 9:137-42.
82. Zamany A, Safavi K, Spangberg LS (2003). The effect of chlorhexidine as an endodontic disinfectant, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 96:578-81.
83. Zehnder M (2006). Root canal irrigants, *J Endod*, 32:389-98.

## AĞZINIZDA YARA MI VAR?

AGIZ HASTALIKLARI DERNEĞİ  
  
 TURKISH SOCIETY OF ORAL MEDICINE

Aftlarda, Ağız mukoza hastalıklarında, protezlerin ve ortodontik aapareylerin neden olduğu ağırlı mekanik travmalarda ve protez stomatitlerinde bitkisel yağ bileşimleri yöntemi TGO ile uyuşturmada iyileştirme.



1. Günde yaklaşık 3 - 4 defa bezelye büyüklüğünde bir parça protifix yara ve koruma jeli kullanınız.
2. Bir kulak temizleme çubuğu veya temiz parmak ucuyla yaraya sürülür ve yavaşça masajla yedirilir.
3. Lütfen burada oluşan koruyucu tabakanın eşit şekilde dağılmasına ve böylece etkisini sürdürmesine itina gösteriniz.

**Wund im Mund?**  
 Ein einzigartiges Wirkprinzip hilft und schützt bei Entzündungen, Druckstellen und Aphthen  
 Alkoholfrei, Lidokain und Kortisonfrei

**Protifix** sanfte Hilfe - starker Schutz  
 Yara ve Koruma Jeli  
 bei Druckstellen, Entzündungen und Aphthen  
 Inhalt: 10 ml

Marmara Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz Radyoloji Anabilim dalı ve İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Tümü Patoloji Bilim dalı tarafından yapılan çalışmada, Rekürrent Aftöz Ülsasyonlar (RAÜ) tekrar eden Ülsasyonlarda Protifix Yara Jeli kullanımının etkileri araştırılmış ve Protifixin "Triester Gliseril Oksit" içeren yara jelinin, ağız yaralarının iyileşmesinde ve tekrarlama aralığının uzatılmasında, ağrının azalmasında olumlu etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

**Queisser**  
 PHARMA

**Protifix**  
 Ağız İçeri Yara ve Koruma Jeli

**AKTİF**  
 Dış Ticaret Ltd. Şti

Protifix® Müşteri Temsilciliği: Tel: 0216. 474 46 48 e-mail: info@aktifdisticaret.com

**Ağrıyı uyuşturmada iyileştirin!**

# Hrant Dink'in anısına

Bu kitabı okurken onun yüzü hep karşımdaydı. Ondan bir kez daha aldığım dersle kişileri değil onları suçlu haline getiren sistemin yanlışlıklarını düşündüm. Ayrıca bir kez daha çok renkliliği yansıtan Anadolu topraklarında doğmuş olmanın tadını duydum, bu güzelliği kirleten her türlü davranışın acısını yüreğimde hissettim. Babası sahte dişhekim olan bir insanın anılarına yer vermeme yadırgayanlar olabilir. Edebiyatın en önemli işlevi yaşamı yorumlamasıdır; ve yaşanılanlar maalesef her zaman olması gerekenler değil.



## Tespilhaneleri'nden

### Tespilhaneleri

Mıgırdiç Margosyan

Anı-Roman

Aras Yayıncılık – 1. Basım Kasım 2006

Erşelus Baco'nun "katsal"ından Hamravat suyunu doldurup evimizin yolunu tutarken, Şeyh Matar Camii'nin minaresinden akşam ezanı okunduğuna, Surp Giragos Kilisesi'nin çanı da çuuunk çırıink çaldığına göre, demek ki babam Dişçi Sarkis, nam-ı diğer Dişçi Ali kim bilir kimlerin dişlerini krom "davye"siyle çekerek, ya da sağ ayağıyla yeknesak hareketle pedal basıp çalıştırdığı "tur" makinesinin ucundaki minik çarkla çürük dişleri "ğürğür" yapıp tedavi ederek, ya da gelinlik çağındaki bir Kürt kızının ön dişlerini altınla, "zer"le kaplayıp süsleyerek ekmek parasını kazanmış ve kesinlikle kocaman bir karpuzu ya da kalın kabuklu iki sarı kavunu sırtlayarak yorgun argın, Direkçi Sokağı'ndaki, "küçe çıghmaz"daki evimize gelmiş ya da gelmek üzeredir.

Müdü: Arşaluys Sarkisyan...

Dişçi: Sarkis...<sup>1</sup>

(...)

Aziz Beg...

Belediye Meydanı'ndaki muayenehanenin duvarında rüzgarda sallanıp duran tabelasındaki adıyla Diş Tabibi Aziz Giray... Akşama kadar onun bunun ağız kokusunu çekmekte, diş teknisyeni olan babama diplomasını kiralayıp karın yarısına ortak olan Diyarbakır eşrafından Aziz Beg... Paşa Hamamı'nın sahibi ve işletmecisi Aziz Beg...<sup>2</sup>

(...)

Eh, Diyarbakır'da hem "Filla", hem dişçi kaç kişi vardı ki!

"Ula gavurun eli ele ghefif ki, ayılmisan ne zaman dişin çeki. Diyisen yanağın sivrisinek ısırmış, bi de bağhisan ki diş elindedir!"

Babamın ünü, Diyarbakır'ın "üskek" bedenlerini çoktan aşarak civar köylere, kasa-

balara ulaşmışken, benim karakol karakol gezdirilerek köşe bucak anamın, babamın aranmasına ne gerek vardı ki! İşte Gavur Mahallesi, işte Dişçi Ali'nin evi!<sup>3</sup>

(...)

Ben iyice tanımak için altınlara bakarken, o da tezgahın altındaki minik körüğü sağ ayağıyla habire pompalıyor, benzin dolu hazneden geçip lastik bir hortumla "şalimo"ya gelen benzinli havayı çakmağıyla yakıyor ve "şalimo"nun düğmesini arada bir kısıp açarak zaman zaman mor, zaman zaman sarı alevle altınları ısıtıp tavlıyor, tavlanan altınlar elle tutulacak kadar soğuyunca da önce kalın, giderek daha ince ayarlarla silindirden birkaç kere enine, birkaç kere de boylamasına çekiyor, silindir merdaneleri arasında ezilip can çekişen bu altının çatlamaması için tavlama işlemlerini arada bir tekrarlıyor, yaprak halini alan altının yeteri kadar inceliyor incelmediğini önce eliyle kontrol ediyor, kulağına yaklaştırıp hafifçe eğip bükerek çıkardığı sesi dinliyor, ardanda da "Bağh, bu mikrometrodur" dediği bir aletin dişleri arasına sıkıştırıp titizlikle ölçüp kontrol ettikten sonra son bir kez daha ısıtıp cam bir kavanoz içindeki kirli sarı bir sıvıya sivri uçlu çiftiyle dikkatlice "Bağh bu duzrühidir" deyip cazzz diye sokuyor, burun deliklerimizi, genzimizi yakan beyaz bir buharın yükselişle beraber deminden beri ısıldığı için rengi kararan, silindir altında ezile ezile uzayıp genişleyen, eski yuvarlak halinden eser kalmayan incecik altın plakası yine eski sarı, parlak rengine anında kavuşurken ben bu "duzrühi"nin marifeti karşısında şaşırıyordum.

Şişesinden baloncukların yükseldiği renk-

siz "gazoz", mor "fişne suyu" ya da sarı "leymunata"yı keyifle yudumlayıp babamın bu maharetlerini zevkle seyrederken, o demin tuzruhundan çıkardığı yassı altını bu kez su dolu kovaya daldırıp yıkıyor, avucunun içinde birkaç kez okşayıp kuruttuktan sonra, minik makasla kurt kurt kurt yuvarlak plakalar halinde kesiyor, bozuk para büyüklüğündeki bu incecik plakaları "şarp" dediği, kalından inceye bir sıra zimbacı olan bir başka makinede art arda kalıplayıp çukurlaştırıyor, sonra da bunları çelik diş kalıplarına takıp minik çekiciyle çat çat çat, tık tık tık döve döve şekillendirerek santral, lateral ya da kanin adını verdiği dişlere dönüştürüyordu...

Babamın, "Eziz, Hemit, Reşat altını" diyerek bana bu parlak, yuvarlak altınları tanıtırken, tarih dersi verdiğini o yaşta nereden bilebilirdim ki! Benim için ilginç olan, isimlerin ziyade, hepsinin de babamın usta ellerinde altın dişlere dönüşmesiydi. Bu yüzden babama karşı hayranlık duyuyor, büyüyünce ben de onun gibi dişçi olmayı düşünüyordum.

\*

Henüz çok küçükken, sallanan sütdişle-  
rimden birini baş ve işaret parmaklarıyla tuttuğu gibi çekip, ağlayıp<sup>4</sup>

(...)

"Oğlum, bi an önce liseyi, devrısında de işallah üniversiteyi bitir, diş tabibi ol ki barabar çalışağh!"

Kendi kazancını başkalarıyla bölüşmek istemediği halde, kiraladığı diplomalar yüzünden buna mecbur kalıp çaresizlik içinde çırpındığı için mi böyle düşünüyordu? Yoksa deri kaplamalı dişçi koltuğuna, "fötöy"e oturan hastaların dişlerini çekerken elinin "ghefif"liğine, bu konudaki yetenek ve tercümesine rağmen günün birinde yaşlı "gheste"lerden biri belki yüksek tansiyon, belki de kalbiyle ilgili herhangi bir sorunu yüzünden "meezallah" koltukta yığılıp kalırsa, bu işin ceremesini nasıl ödeyecekti? Diplomasını kiraladığı diş tabiileri böyle bir durumda karşısında belki işin içinden şöyle veya böyle sıyrılabiliyorlardı, ya kendisi?<sup>5</sup>

(...)

Bu can sıkıcı haber sanki yetmezmiş gibi,



üstüne üstlük bir de o gün babanızın işi ters gitmişse, kim bilir kimin dişini çekerken “köki” kırılıp içerde kaldığından, “elevatör” yardımıyla o “merat” kökü çıkarmaya uğraşmaktan imanı gevremişse; ya da yakın köylerden, belki de Alipuhar’dan sabah karanlığında atına binip kendini ağrıyan dişiyile, çenesine sardığı kirli mendiliyle bir an önce şehre atıp, “Dişçi Ali pir baş hoste e. Filla e. Dukane w ili meydane Belediye e” methi uyarınca, ‘dükkanı Belediye Meydanı’nda, çok iyi bir usta’ olan ‘Ermeni’ Dişçi Ali’ye uğrayıp, bu vesileyle şehre gelmişken, İspayi Pazarı’ndan da atına yeni bir yular, bitişigindeki Bezazlar Çarşısı’ndan ilk karısı için kırmızı güllü basma fistan ile ikinci karısına da mor çiçekli pazen ve “du mitro beze Amerikan” aldıktan sonra, Demirciler Çarşısı’ndan yine atının ve eşeğinin ayağına bağlamak için iki tane “keyd”, Yemeniciler Çarşısı’ndan gelinine kırmızı, oğluna da siyah birer yemeni ve şekerciden ufak çocukların hepsine, tüm “zarok”lara da “kilo ki şekire aqide” olarak gerisingeri bir an önce evine dönmek isteyen adamın dişine “ğırğır çarğhi” kırılınca siniri tepesine vurmuşsa; o da yetmezmiş gibi bir de ortağı Aziz Beg’in daha aybaşına sekiz gün varken Gavur Mahallesi’ndeki kendi mülkü olan Paşa Hamamı’nın külhanında çıkan yangın yüzünden tamirat yapmak bahanesiyle ilerideki “hisap”lara mahsuben yüklü bir parayı avans istemesiyle aralarında durup dururken münakaşa çıkmaz mı?<sup>6</sup>

“Ali, bu iş bele gitmez, ne zaman aybaşı, hisap günü gelmeden para istesem yoğh diyisen, yokışa sürisen. Son zamanlarda da işler eyi degil diyisen; hama ben bağıhiyam obir dişçilerde vaziyet ele degil, peki bu nasıl oli?”

“Bağh Aziz Beg, aybaşı gelmeden para istisen; hama bu adamın parası var mi yoğh mi sormisan! Üsteliğ bu ay kaç tene diş çekilmiş, kaç tene diş tedavi edilmiş, tağhım diş ya da ‘briç’ köprü yapılmış mi, yapılmamış mi, kuyumcılardan kaç ğram altın alınmış, kaç ğrami kullanılmış, kaç ğrami yegele, zımparala ziyan olmuş, geriye kalanın hesabını yapmadan, Onniğ ile Taşkın ğhelfelerin, çırağ Zeki’nin heftalığlarından maada ğhestelere, gelen giden ehbaplara ikram edilen çay, kahve, ğazozların hesabı çaycı Zülküf’le görülmenden, yekün mesarifi düşmeden ‘Ali para ver!’ demağla iş bitmez ki!”

(...)

Eski ortağım İsmail Beg’le de bele çalışdığh. O birağhti, Zonguldağ’a, kendi memleketine getti, sora senlen anlaştığh. O günden bu yani da bu işi barabar yürüttüğh. Ben çalıştım, sen de divarda boşı boşına duran diplomani degerlendirdin. Benim her ne kadar diş tabibi diplomam yoğhsa da, ustam Mahmut Beg’in yanında nasıl piştüğimi, meslegi ne kadar eyi öğrendiğimi bahan degil, Mahmut



Dişhekim, Johann Liss, 1616-17

Beg’e, ya da Sivereg’de yanında çalıştığım diş tabibi Hesen Oral’a sormağ lazım... Hesen Ağa o zaman daha mebus olmamıştı. Bi gün ‘artiklatür’ elimde diş düzidim, bahan ‘Ula eferim sahan Ali, allahvekil benim kimi kırğh tene dişçi yan yana gelse senin kimi güzel tağhım diş edebilemez düzsün, inci kimi diş düzisen’ demişti ki, daha böğün kimi ğhatırmadadır.<sup>8</sup>

(...)

Benim Reşat Beg kimi dişçiliğ diplomam yoğhti. Köy köy gezidim, sora Gavur Meydanı’da mahle arasında evde gizli gizli çalışdım. Daha sora da ortağlı çalışmağa başladım. Ortağlığ ne zordır, ben biliyem. Gün olur ki kardan yollar kapalıdır, köylerden gelen giden olmaz, iş yoğhtır, ele zamanlarda sanki para kazanmışam kimi cebımden değhile para koyaram. Buni böğüne kadar söylememişemse, birez de dadımız duzumız kaçmasın diyedir. Şimdi sen hemamın külğhani mahanasila eger bi maruzat çığharmag istisense, çaketimi aldığım kimi bu işe son verirem. Ben bahan yeni bi ortağ buldım, bulmadımsa, giderem köy köy gezerem, evelallah çocuklarımlın rızkını gene temin ederem. Namusila çalıştığhtan sora kim acından ölmüş ki?

Bağh, Aziz Beg, eger bilmediğim başka bi mesele varsa açığh açığh konışağh; ben zatanı sığhntidan patliyam. Oğlanın yüzünden kafam boziğhtır. Ben beni sığhiyam ki oğlım oğhısın, ilerde Reşat Beg kimi bi diş tabibi ol-sın, barabar çalışağh, başkasının diplomasına ehtiyaç duymiyağh, sen get hisap ğhocasi Ğhelil Beg’in yağhasına yapış, niye kırığ not vermişsen diye hisap sor. Bi öğretmene hisap sormağın nasıl bi terbiyeesizliğ oldiğini gösterim, burnından fitil fitil getireyim ki akli başına gelsin, bi daha da bele bi poğh yemesin!<sup>9</sup>

(...)

“Agrakordz!”

Kendinden emin tavrımla, başka mesleklerin Ermenice adından hareketle, diş ve iş sözlüklerinin Ermenice karşılıkları olan agra ve kordz kelimelerinden türetilip biraz da yüksek sesle verdiğim bu cevap karşısında tüm öğrencilerin alaylı bakışlarının yüzlerinde donup mahcup olacaklarını beklerken sınıfta kopan kahkaha tufanıyla yerin dibine giren ben oluyordum! Meğer öğretmenin de gülümseyerek tahtanın başına geçip gösterdiğü üzere, dişçiye adamnapuy deniyormuş. Bu kelimenin, dişin Eski Ermenice karşılığı adamn ile tedavi anlamına gelen puyjdan türetildiğini öğrendiğimde, sinirimden ağzımdaki tüm adamnlarımı adamakıllı sıkarken anadilimdeki ilk icadımın boşa gitmesine nasıl kahrolmazdım!<sup>10</sup>

(...)

Bütün bir ders sürecekmış gibi gelen soru yağmuru altında giderek terlemeye başlıyordum.

“Babam get Ermence öğren dedi, onun için geldim...”

“Hum! Baban ne iş yapar?”

“Dişçiliğ...”

“Diş tabibi mi?”

“Yoğh, diploması yoğhtır...”

“Peki nasıl çalışıyor?”

“Aziz Beg’le...”

“Aziz Bey kimdir?”

“Babamın ortağıdır...”

“Onun diploması var mı?”

“Vardır, divarda asılıdır...”

“Onun yanında teknisyen olarak çalışıyor, öyle mi?”

“Hem teknisyen, hem dişçi! İgne yapar, ağrıyan diş çeker, dolğı yapar, tağhım diş düzer...”

“Diploması olmadan nasıl diş çekiyor, evladım?”

“Aziz Beg’in diplomasıyla...”

“Eh, doğrusu kelpetenle diş çekildiğini biliyordum; ama diploma dediğin bir kağıt parçasıyla dişlerin söküldüğünü ilk kez senden duydum!”

Biraz alay da edercesine söylediği cümlesine bu kez kendince açıklama getiriyordu:

“Anlaşıldı, baban gizlice, muvazaalı çalışıyor...”

Yüzüme bir tokat inmiş gibi hissediyor, soruların bitmesi için içimden dua ediyordum.<sup>11</sup>

## DİPNOTLAR:

1. Sayfa 18.
2. Sayfa 46.
3. Sayfa 91.
4. Sayfa 132-133.
5. Sayfa 170-171.
6. Sayfa 288-289.
7. Sayfa 290.
8. Sayfa 291.
9. Sayfa 336.
10. Sayfa 340.
11. Sayfa 341-342.

# Bir sahada iki dişhekimini futbol oynamaz!

Futbol ve dişhekimliği arada bir bağlantı kurmak için epey çaba sarfetmeniz gereken iki ayrı dünya. Fatim Hazinedar, futbol sahalarında boy göstermiş dişhekimleri üzerinden bu bağlantıyı esprili bir şekilde kuruyor.

## 1966

ABD’de komada olan Cumhurbaşkanı Cemal Gürsel’in Türkiye’ye getirilmesinden sonra Başbakanlığın isteği üzerine GATA’da toplanan sağlık kurulu Gürsel’in sağlığının görevi yerine getirmesine engel olduğuna karar verdi. Sonrasında kontenjan Senatörü Cevdet Sunay yeni Cumhurbaşkanı olarak seçildi. Muş Varto’da meydana gelen 6,9 şiddetindeki depremde 2394 kişi hayatını kaybetti. İstanbul boğazı açıklarında çarpışan iki Rus gemisinden yayılan mazot yangına neden oldu ve Karaköy yüzer iskelesi ile Kadıköy Vapuru yandı. Kocaelispor, Antalyaspor ve Karamanspor kulüpleri kuruldu.

1966 yılında Türkiye’de bu önemli olaylar olurken dünyada ise; Hindistan’da ilk kez bir kadın iktidara geliyordu: İndira Gandhi, Endonezya’da General Suharto yarım milyondan fazla insanı katlederek uzun sürecek bir diktatörlüğe başlıyordu... Mao Çin’de kültür devrimini başlatıyor, Gine ve Arjantin’de iktidarlar askeri darbeye uzaklaştırılıyor. Amerika ise yeni bir hava akımı ile Hanoi’yi bombalıyordu. Ama yine de tüm dünyanın gözü İngiltere’de yapılan Dünya Kupası’nda idi.

1966 Dünya Kupasına katılanlar Avrupa’dan on ülke, Latin Amerika’dan beş ülke ve Asya’dan yalnızca Kuzey Kore’ydi. Şampiyonanın favorileri arasında olan İtalya’da herkes şampiyonluk düşü kuruyordu. Ama gel gör ki favoriler arasında yer alan İtalya, Kuzey Kore ile oynadığı maçta Kuzey Kore’li futbolcu Pak Doo Ik’ın attığı gol ile Kuzey Kore’ye 1-0 yenildi. Maçtan önce kendilerine çok güvenen İtalyanlar, Pak’ın attığı gol sonrası şaşkınlıklarından ağızları bir karışık kaldı. Açık kaldı, çünkü küçümsedikleri takım onlara gol atmıştı, açık kaldı; golü atan Pak Doo, aslında günlük olağan işini yapıyordu, yani hasta koltuğuna oturan hastalarına “ağzınızı açar mısınız?” diyerek nasıl ağzını açmalarını söylüyorsa o an da düşleri kırılan İtalyanlara da ağızlarını açmalarını söylemişti. Maçın Kahramanı, Pak Doo boş vakitlerinde futbol oynayan Pyongyang’lı bir dişhekimiydi. Evet; Pak Doo olağan günlük işini

yapmıştı. Ama o gün stadyum da ve ilk defa uydu aracılığıyla naklen yayını izleyen İtalyanların hepsi doksan dakika sonrasında düşlerinden yoksun uyanmışlardı.

## 1967

1967 yılında ilk Türk otomobili “Anadol” piyasaya çıktı, Sakarya ve Tunceli’nin Pülümür ilçesinde aynı zamanlarda meydana gelen 7,2 ve 6,2 şiddetindeki depremlerde toplam 186 kişi öldü, 503 kişi yaralandı. 6.Filo’ya bağlı denizciler yapılan karşı mitinglerle Dolmabahçe’ye çıkarılmadılar. Kayserispor - Sivasspor futbol maçında meydana gelen olaylarda 40 kişi öldü. Futbol arenasına Karadeniz’den yeni takımlar katılıyordu: Rizespor, Trabzonspor, Giresunspor, Orduspor ve Samsunspor’du. Dünyada ise Çin ilk Hidrojen bombasını patlatırken, İsveç’te trafik akışı soldan sağa geçiyor, Güney Yemen, İngiltere’den bağımsızlığını ilan ediyordu. Dr.Bernard Cape Town’da ilk yapay insan kalbini naklederken, Bolivya’da ise kurşunlar başka bir doktorun kalbini durmasına neden oluyordu, Dr. Ernesto Che Guevara’nın.

1967 yılında bu iki doktor’un dışında bu sefer futbol sahalarında iki doktora rastlıyoruz. Birincisinin adı Jim Craig, diğerinin adı Peter Kunter’dir. Jim Craig İskoçya’nın Celtic Kulübünde sağ bek olarak tanımlanan defansın sağ tarafında oynuyordu. Bir maç sonrasında bir İskoç gazeteleri onun için “hücum eden rakip oyuncuların ayağından topları sanki ağızdan ki çürük bir diş gibi alı-

yordu; o bir dişhekimini” diye yazıyordu; Craig’in mesleğine atıfta bulunarak... Evet o bir dişhekimiydi. Futbolculuğunun yanı sıra dişhekimliği mesleğini de yapıyordu.

Yine aynı yıl Almanya’nın köklü kulüplerinden Eintracht Frankfurt kalesini Peter Kunter adında genç bir kaleci koruyordu. O da aynı zamanda dişhekimiydi. O yıllarda profesyonel olarak futbol oynayan iki dişhekimini, Craig ve Kunter 1967 yılında Avrupa’nın iki ayrı büyük kupasını kaldırdılar.

O yıl Craig’in takımı Celtic, Craig’le birlikte Avrupa Şampiyon Kulüpler Kupası’nı kazanırken, Eintracht Frankfurt da kalesinde Kunter’in yaptığı kurtarışlarla Avrupa İnter-Toto Kupasını kazanıyordu. Bu iki futbolcu

hiçbir zaman birbirlerine rakip olmadılar. Takımları Celtic ve Frankfurt 1970 yılında Amerika’da dostluk maçında karşı karşıya geldiler ama bu iki futbolcu da o maçta takımlarında yer almadılar. Bu da bir sahada iki dişhekimini oynamaz mı? sorusunu akl-lara getirdi.



Uluslararası Futbol Tarihi ve İstatistikleri Federasyonu (IFFHS)’nin 2007 yılının en iyi hakemi olarak seçtiği Markus Merk Yüzüncü Yıl Kongresi’nde bizlerle olacak.



## 1996

1996 yılında Türkiye’de gazeteci Metin Göktepe öldürüldü. Sabancı Holding Yönetim Kurulu üyesi Özdemir Sabancı öldürüldü. Osmaniye 80. il oldu. Habitat 2 zirvesi İstanbul’da yapıldı. Vehbi Koç, Tanju Okan ve Zeki Müren öldüler. Susurluk’ta kamyonu çarpan bir mercedes otomobilde bir emniyet nüdürü, bir milletvekili ve bir çete reisinin bulunduğu anlaşılmaması derin devlet tartışmasını gündeme getirdi.

Dünyada ise Kofi Annan Birleşmiş Genel Sekreteri seçildi. Taliban Afganistan’da yönetimi ele geçirerek yeni bir yönetim oluşturdu. İlk DVD oyuncular piyasaya sürüldü. Hindistan’daki bir patlamada 300 kişi öldü. Macar matematikçi Paul Erdős Amerikalı gökbilimci Carl Sagan hayata gözlerini yumdular. İngiltere’de Avrupa Futbol Şampiyonası düzenlendi.

İşte bu şampiyonada oynanan A grubundaki İngiltere-İskoçya maçında, İngiltere’nin sansasyonel futbolcusu Paul Gascoigne’un İngiltere adına attığı ikinci golden sonra arkadaşlarıyla beraber yaptığı sevinç hareketleri şampiyonaya damgasını vurmuştu. Günümüzde bile konuşulan bu sevinç gösterisinin adı ‘Dişi koltuğu’ idi. Gascoigne golden son-



Pak Doo Ik’in 1966 Dünya Kupası’nda İtalya’yı saf dışı bırakan golü.

ra yere yatmış ve arkadaşlarıyla beraber dişhekimini koltuğunda bir hastanın tedavisini canlandırmışlardı. Bu sevinç gösterisiyle Gascoigne ve arkadaşlarının ne mesajı vermek istedikleri ise pek anlaşılmadı.

Aynı Şampiyonada Romanya Milli Takımında hepimizin tanıdığı bir futbolcu da mücadele ediyordu: Gheorghe Hagi. Hayır, düşündüğünüz gibi değil; yani Hagi bir dişhekimisi değil. Fakat, o şampiyonada Gascoigne’un sevinç gösterisinden mi etkilendi bilinmez, kendisi Romanya’da büyük bir diş kliniği kurdu. Hagi, bir dişhekimisi değil ama 1990-1992 yılları arasında formasını giydiği Real Madrid’deki takım arkadaşı Meksikalı Hugo Sanchez bir dişhekimiydi. 1996 yılın-

da Sanchez, Amerika’nın Dallas Burn takımında futbol kariyerinin son yılını daydı. İnsanın aklına bu sefer de Hagi’nin aklına Hugo Sanchez mi girdi diye gelmiyor değil hani!

## Dişhakemi

Şu soruyu sormak elbette hakkınız, dişhekimisi futbolcuları yazdın ama be kardeşim, hiç mi dişhekimisi futbol hakemisi yok? Olmaz mı! Halen hakemlik kariyerini sürdüren bu kişi defalarca Milli Takımımızın ve kulüplerimizin maçını yöneten Alman hakem Markus Merk’ten

başkası değil. Şunu biliyoruz ki Markus Merk hiç futbolcu bir dişhekiminin maçını yönetmedi. Merk yaptığı açıklamada çok yakında hakemliği bırakıp sadece dişhekimliği yapacağını söyledi.

Markus Merk; Gheorghe Hagi’nin gerek futbolcu gerekse teknik direktör olduğu dönemlerinde birçok maçını yönetti. Bu ikilinin zaman zaman maç içinde fısırt fısırt konuştuklarını gördük. Aklıma ilk gelen Markus Merk’in Gheorghe Hagi’ye klinikte işlerin nasıl gittiğini sorduğu ya da acaba emeklilikten sonra kendisinin de klinikte çalışıp çalışmayacağını mı soruyor olmasıydı. Olamaz mı yani?

## Kurslar

### İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ RESTORATİF DİŞHEKİMLİĞİ DERNEĞİ 100.YIL BİLİMSEL ETKİNLİKLERİ

Bilimsel Dişhekimliğinde



Kurs 1:	Kurs 2:	Kurs 3:	Kurs 4:	Kurs 5:
<b>Ön Bölge Dişlerin Estetik Direkt Restorasyonları</b>	<b>Muayehane Pratiğinde Profilaksi Stratejileri</b>	<b>A’dan Z’ye Porselen Laminat Venerler</b>	<b>Beyazlatma</b>	<b>Posterior Bölge İndirekt Estetik Restorasyonlar</b>
Ön dişlerde çürük, aşınma, köşe kırığı, diastema gibi vakaların kavite preparasyonun ve bizotajın önemi ve uygulama teknikleri, renk seçimi, materyal gibi konular fantom laboratuvarında ve kliniklerde uygulamalı olarak yapılacaktır.	Çürük, abrazyon, erozyon, dentin hassasiyetinden korunma, çürük riski belirleme ve değerlendirme çeşitli profilaktik uygulamada, floridler, ozon tedavisi gibi konular Çürük Önleme ve Araştırma Merkezinde uygulamalı olarak yapılacaktır.	Preparasyon teknikleri, renk seçimi, ölçü teknikleri, adesif simantasyon gibi konular fantom laboratuvarında ve klinikte uygulamalı olarak yapılacaktır.	Ev ve muayehamede kanal tedavili dişlerde beyazlatma teknikleri, beyazlatma materyalleri, endikasyonlar, hassasiyet gibi karşılaşılan sorunlar ve çözümleri fantom laboratuvarında ve klinikte uygulamalı olarak yapılacaktır.	Kompozit ve seramikler, inley-onley preparasyon teknikleri, fiber post-kron yapımı, ölçü, adesif simantasyonu gibi konular fantom laboratuvar ve klinikte uygulamalı olarak yapılacaktır.
Kurs Yöneticisi: <b>Prof.Dr.Fatma Koray</b> Tarih: <b>04-05 Nisan 2008</b> Kurs Ücreti: 300 YTL.	Kurs Yöneticisi: <b>Prof.Dr.Esra Yıldız</b> Tarih: <b>11-12 Nisan 2008</b> Kurs Ücreti: 200 YTL.	Kurs Yöneticisi: <b>Prof.Dr.Taner Yücel</b> Tarih: <b>25-26 Nisan 2008</b> Kurs Ücreti: 320 YTL	Kurs Yöneticisi: <b>Prof.Dr.Haşmet Ulukapı</b> Tarih: <b>02-03 Mayıs 2008</b> Kurs Ücreti: 250 YTL	Kurs Yöneticisi: <b>Prof.Dr.Taner Yücel</b> Tarih: <b>23-24 Mayıs 2008</b> Kurs Ücreti: 320 YTL.

Not: Bütün kurslar İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesinde yapılacaktır. Kurslar 20 kişi ile sınırlı olup; kayıt sırası önceliklidir. Geniş bilgiyi [www.restoratif.org](http://www.restoratif.org) adresinde bulabilirsiniz. Müracaat: Sekreter Dilek UZUN: 0212 414 20 20 / 30354

# Muayenehaneler yararlı mı, zararlı mı?

Hükümetin sağlık hizmeti sunumunda muayenehanelere olan yaklaşımı tartışılmaya muhtaç. Doç.Dr. Paşa Göktaş [www.tiplab.org](http://www.tiplab.org)'dan aktardığımız yazısında muayenehanelerin sağlık sistemindeki vazgeçilmezliğinin gerekçelerini açıklıyor.

**M**uayenehanelerin ülkemizdeki sağlık sistemine bir zararı olduğunu düşünmüyoruz. Aksine, sağlık sistemine önemli katkıları bulunmaktadır. Bunları şöylece sıralayabiliriz:

1. Hekimlerin çalışma saatini uzatmakta, halka daha uzun süreli hizmet etmelerini sağlamaktadır.
2. Hastanelerdeki yığılma ve kuyrukları azaltmaktadır.
3. Ülkenin toplam sağlık hizmeti üretimi artmaktadır.
4. Hastalara daha fazla zaman ayrılarak, daha kaliteli koşullarda bakılmaktadır.
5. Önemli sayıda kişiye istihdam sağlamakta, işsizliğin azaltılmasına katkı sağlamaktadır.
6. Yeni vergi kaynağı sağlamaktadır.
7. Hekimlerin mesleki tatminini sağlamaktadır.

## Hekimler neden yalnızca serbest çalışmayı seçmiyor? Çoğunluk hem Kamuda, hem de muayenehanede çalışıyor?

Çünkü sistem adaletsiz. Mevcut sistem, yalnızca kamu sektörünü koruyor. Kamu hastanelerinde çalışanların ücretleri, kiralara, çeşitli giderler ödeniyor, vergiden muaf tutuluyor. Ayrıca, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, yeşil kartlı gibi hastaların sevki yalnızca kamu hastanelerine yapılıyor, muayenehanelere sevk yapılmıyor.

Yani sistem, henüz muayenehaneleri desteklemiyor, tanımıyor. Hastaların muayenehanelere başvurusu durumunda, geri ödeme kuruluşlarınınca muayene ücreti ödenmiyor. Sonuç olarak, bir hekim yalnızca muayenehane açarsa, bu nedenle hasta bulma problemi olacaktır.

Eğer kamu ve özel sektör eşit koşullara getirilir, vatandaşa istediği hekime başvurma hakkı verilir, muayenehanelerde üretilen sağlık hizmetinin de karşılığı kamu hastanelerine sağlanan subvansiyon oranı da eklenerek ödenirse, daha çok sayıda hekim muayenehanelerde çalışmayı rahatça tercih edecek ve kamu hastanelerinde çalışmaya gerek duymayacaktır.

Bugünkü koşullardaki gibi hastalar istediği hekimi seçmekte özgür bırakılmadığı takdirde, hekimler de mecburen kamu hastanelerinde görev almak durumundadırlar. Koşullar onları tatmin etmediği ve eğitimlerine, sosyal statülerine uygun bir yaşam standardı sağlamadığı için, hastaneden sonra zor da olsa, emeklerini bir kez daha ortaya koyarak, muayenehane açarak çalışmak zorunda kalmaktadır.

Neden bilmiyoruz, Bakanlığın ve bazı bürokratların muayenehanelere bakışı yanlıştır. Mu-

ayenehanelere önyargılı yaklaşılmaktadır.

## Sağlık Bakanlığı'nın muayenehanelere bakışı ve yaklaşımı yanlıştır

Muayenehanesi olan hekimlerin, hastaları muayenehanelerine gitmeye zorladığı, hastalara kamuda iyi davranmadığı, mesai saatlerine uymadığı, vergi kaybına yol açtığı gibi hem asılsız ve mantıksız, hem de küçültücü önyargılar gerekçe gösterilmektedir.

Hastanelerin iyi işletilmesi ve üretilen hizmetin denetlenmesi, hastane yönetimlerinin ve Bakanlığın görevidir. Kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin verimliliği, üretimi, mesaiye uyumu, hastalara davranışı kolaylıkla denetlenebilir ve ölçülebilir. Yönetim, ölçüm ve denetleme sistemindeki acizliğin faturasını muayenehanesi olan hekimlere çıkarmak hem haksızlık, hem de hekim emeğine saygısızlıktır.

Aksine, birileri saat 16:00-17:00'den sonra dinlenmeye giderken, muayenehanelere giderek çalışmasını sürdüren, ülkenin ve halkın sağlık üretimine katkıda bulunan insanlara teşekkür edilmesi ve ödüllendirmeleri gereklidir.

## Doğru yaklaşım nasıl olmalıdır ?

Sağlık hizmetinin nerede ürettiği önemli değildir. İster özel sektörde, ister kamu sektöründe olsun, üretilen hizmet Türk halkı içindir. Önemli olan, ne kadar üretim yapıldığıdır. Eğer muayenehaneler sağlık hizmeti üretimini artırıyor ve katkıda bulunuyorlarsa, desteklenmesi ve teşvik edilmesi gereken organizasyonlardır.

Bu nedenle, muayenehaneleri kapatmak için değil, daha uzun süreli kullanmak ve aktif tutabilmek için düzenlemeler yapılmalıdır. Bunun yolu da, hastaların, istediği kuruluşa ve istediği hekime başvurusunu serbest bırakmaktan geçmektedir. Hastalar, nasıl serbestçe kamu kuruluşlarına başvuruyorlarsa ve bunun bedeli geri ödeme kuruluşlarınınca ödeniyorsa, muayenehanelere de başvurabilme hakkına kavuşmalıdırlar ve bunun bedeli de geri ödeme kuruluşlarınınca ödenmelidir.

Ödeme miktarında bir farklılık olacaktır. Çünkü, devlet, kamu kuruluşlarına maaş, kira, vergi ve diğer çeşitli giderlerde bir harcama ve katkı yapmaktadır. Bu kuruluşların devlete ciddi bir maliyeti vardır. Bu maliyet ve subvansiyon oranı belirlenmelidir. Bu oran, çoğu kamu kuruluşunda %53 - %70 arasında değişmektedir. Yani devlet, kamu hastanelerinin giderlerinin %53 - %70 arasında bir oranını karşılamaktadır. Kamu kuruluşlarının, yapmış olduğu ve kazandığını sandığı ciro, giderlerinin yalnızca %30-%50'sini karşılamakta, geri kalanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Muayenehaneler

ise, devlete hiçbir gideri olmayan, aksine vergi ve istihdam katkısı olan kuruluşlardır. Muayenehanelere ödenecek bedel belirlenirken, kamu hastanelerindeki devletin subvansiyon oranı kadar fazla ödeme yapılmalıdır. Bu oran da, en az kamu hastanelerinde yapılan ödemenin 2-2.5 katı civarında olmalıdır. Ya da tüm kurumlar eşit koşullara getirilmeli, devlet kamu hastanelerine uyguladığı subvansiyonu durdurmalı, her kuruluş kendi ayakları üzerinde durabilecek şekilde kendi gelir-gider dengelerini kurmalıdır.

Bu şekilde eşit koşullar sağlandığı takdirde, daha fazla hekim yalnızca muayenehanede çalışmayı seçecek, hem kamu, hem de muayenehanede çalışma biçimindeki ikili yapı azalacaktır.

Muayenehanelerin daha yüksek kapasite ile sağlık sistemine dahil edilmesi, hem ülkede sağlık hizmeti üretimini artıracak, hem hastanelerdeki insanlık dışı kuyrukları azaltacak, hem de sunulan sağlık hizmeti kalitesini artıracaktır.

Bundan da, hem ülkemiz, hem de halkımız yarar görecektir. Acaba bundan neden korkuluyor? Gerçekten anlamakta güçlük çekiyoruz.

## Muayenehanelerin geleceği ne olacaktır ?

Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, er veya geç gelecektir. Bu sistemin temel ilkesi de her vatanşın istediği hekimi seçebilme özgürlüğünü sağlamasıdır. Bu demektir ki, muayenehanelerin daha yaygın, daha yüksek kapasiteyle ve verimlilikte hizmet sunabilmesinin önündeki en önemli engeller ortadan kalkacaktır.

Yukarıda, muayenehanelerin neden sistem için yararlı ve ayrıcalıklı kuruluşlar oldukları anlatılmıştır. Bu derecede yararlı ve mantıklı organizasyonların ortadan kaldırılması ve sistem dışına çıkarılması mümkün değildir. Akıntıya karşı kürek çekmektir.

Yapay zorlamalarla, devlet olanaklarının yanlış kullanımlarıyla, diktatoryal yöntemlerle ve yasakçı uygulamalarla muayenehanelerin kapatılmaya çalışılması sonuç vermeyecektir.

Şu soruyu kendinize sorun: "Herhangi bir sağlık sorununuzda eğer elinizde imkanınız olsa hastanelere mi gidersiniz, yoksa direkt olarak bir muayenehaneye mi gidersiniz?"

Bu sorunun samimi yanıtı, muayenehanelerin gelecekteki yerinin ne olacağını göstermektedir.

Önümüzdeki dönemde muayenehaneler, daha yaygın, daha yüksek kapasiteli, daha verimli kullanılan sağlık birimleri olarak hizmet vermek durumundadırlar ve öyle olacaklardır. <





Mustafa Güler\*

# Sağlık hakkı...

Danıştay, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan dış tedavisi bedellerinin ödenmesini düzenleyen 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili maddesini iptal etti. Danıştay'ın verdiği kararda, dava konusu düzenleyici işlem ve ödemelere ilişkin cetvel düzenlenirken hangi bilgi ve belgelere dayanıldığı, ne gibi teknik veri ve yöntemlerin baz alındığı yönünde davalı Maliye Bakanlığı'na sorulan sorulara cevaben, teknik bir değerlendirmeye dayalı herhangi bir veri sunulmadığının anlaşıldığı kaydedildi. Karar, 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili maddesinin iptaline yönelik olmasına karşın, gerekçeleri açısından büyük bir önem taşıyor.

**Y**aşam hakkı, Anayasa'nın 17. maddesinde herkes için tanınmış temel haklar arasındadır. Anayasa'nın söz konusu düzenlemesinde herkesin yaşama hakkından başka, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkının bulunduğu da vurgulanmıştır. Kişinin maddi ve manevi varlığını geliştirme bir anlamda sağlığın geliştirilmesidir.

Öte yandan Anayasa kuralları arasında, 56. maddede, Devlet'in herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla düzenleme yapacağından söz edildiği görülmektedir.

Devleti sosyal devlet yapan yükümlülüklerden kurtulmak isteyenlerin sıklıkla başvurdukları Anayasa kuralı ise 65. maddedir. Buna göre "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, **bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek** mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir." Ne zaman sosyal bir Anayasal ödevin Devlet tarafından yerine getirilmesi gündeme gelse, bu maddeden ilham alan savunucular derhal Devletin mali kaynaklarının yetersizliğini öne sürerek Devletin sosyal vasfını törpüleyen – ya da tümüyle ortadan kaldıran- savlarını ileri sürerler.

Sağlık alanında sıklıkla karşılaşırız bu kişilerle. Örneğin, vatandaşın gereksinim duyduğu dış tedavisi kamu sağlık tesislerinde 87 gün sonra yapılabilecekse vatandaşın üç ay boyunca tedavi görmeksizin beklemesinde sakınca görmezler; Devletin mali kaynakları yetmemektedir...

Devlet memuru, işçisi ya da emeklisi resmi sağlık kurumlarından 90 gün için-



de alamadıkları dış tedavisini özel sağlık kuruluşlarından aldıklarında Devlet sadece kendi resmi sağlık kurumları için belirlediği tedavi giderini verir bir lütuf olarak. Resmi tedavi gideri ile özel sağlık kuruluşunun gerçek tedavi gideri arasındaki farkı vatandaş ödemelidir; zira Devletin mali kaynakları yetmemektedir'...

Öte yandan Devletimiz,

- Her şahsın tıbbi bakıma hakkı olduğunu belirten "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi"ni imzalamıştır,

- Taraf Devletlerin, herkesin, ulaşabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ettikleri; hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması amacıyla gerekli tedbirleri alacaklarını hükme bağlayan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'yi,

- Korunan kimselere sağlık durumları gerektirdiği zaman...koruyucu mahiyette veya tedavi şeklinde sağlık yardımlarının yapılmasının teminat altına alınması ge-

rektiğini hükmü bağlayan "Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme"yi, imzalamış ve bir yandan da Anayasa'da değişiklik yaparak "temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası anlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası anlaşma hükümleri esas alınır." düzenlemesini kabul ederek temel hak ve özgürlüklere ilişkin uluslararası anlaşmaların iç hukukumuzda doğrudan uygulanmasının önünü açmıştır.

Ancak bizde görülebilecek bir çelişkiyle, Anayasa değişikliği ile eş zamanlı olarak çalışanların sağlık haklarının kısıtlanmasını sağlayacak düzenlemeler de yapılmıştır:

- Devlet Memurları Yasasının 209. maddesindeki memurun tedavi giderinin karşılanacağına ilişkin düzenleme "Tedavi kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilere (dış tedavileri dahil) ilişkin ücretlerle sağlık kurumlarınca verilen raporlar üzerine kullanılması gerekli görü-

len ortez, protez ve diğer iyileştirme araç bedellerinin kurumlarınca ödenecek kısmı ve buna ilişkin esas ve usuller Sağlık Bakanlığının görüşü alınmak suretiyle Maliye Bakanlığınca tespit edilir.” şeklinde değiştirilmiştir,

• Maliye Bakanlığı Teşkilat Yasasında yapılan değişiklikle de “Devlet memurları ve diğer kamu görevlileri ile bunların emekli, dul ve yetimlerinin (bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri dahil) ve ... yeşil kart sahiplerinin tedavi kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine (dış tedavileri dahil) ilişkin ücretlerle sağlık kurumlarınca verilen raporlar üzerine kullanılması gerekli görülen ortez, protez ve diğer iyileştirme araç bedellerinin kurumlarınca ödenecek kısmını ve bu konuya ilişkin esas ve usulleri Sağlık Bakanlığının görüşünü almak suretiyle tespit etmek” Maliye Bakanlığının görevleri arasına eklenmiştir.

Böylece toplumun sağlık hakkının kapsamını belirleme yetkisi, sağlıkla hiç ilgisi olmayan Maliye Bakanlığı'na verilmiştir.

Maliye Bakanlığı da, Sosyal Güvenlik Kurumu ile birlikte bireylerin özellikle dış tedavilerine erişimlerini neredeyse tümüyle engelleyecek alt düzenlemeleri çıkarmakta gecikmemişlerdir. Bu düzenlemelerin ortak özelliği, bireylerin özel sağlık kuruluşundan dış tedavisi hizmeti almalarının ancak tedavilerine 90 gün içinde resmi sağlık kurumunda başlanmaması şartıyla mümkün olmasıdır. Ayrıca, özel sağlık kuruluşuna ödenecek gerçek maliyetli tedavi gideri ile resmi sağlık kurumu dış tedavisi gideri arasındaki farkı da vatandaş cebinden ödeyecektir...

Bu yöndeki düzenlemeler ne sağlık hakkına uygundur ne de ülkemizin altına imza koyduğu uluslararası andlaşmalara.

İnsanların sağlık haklarına yönelik olarak yapılması gerekenler yıllardır ilgili resmi kurumlara iletilmesine ve yargısal kararlara konu olmasına karşın dikkate alınmamış; sağlık hakkını güçlendirecek düzenlemeler yerine kısıtlayıcı düzenlemelere yönelinmiş; Devlet Memurları Yasasında ve Maliye Bakanlığı Yasasında değişiklikler yapılarak kişilerin sağlık hakkına yargı kararları ile erişimleri de engellenmeye çalışılmıştır.

Umut kırıcı yasal düzenlemelere kar-

## Örnek Bir Danıştay Kararı

**A**nkarada bir öğretmen, sevkli gittiği özel sağlık kurumunda yapılan dış tedavisine ilişkin ücretin eksik ödenmesine dair işlemin dayanağı olan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili maddesinin iptali ve kendisine eksik ödenen 4 bin 474 YTL dış tedavi giderinin yasal faiziyle ödenmesi istemiyle Danıştay'da dava açtı.

Danıştay 2. Dairesi, 2005-4 sayılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın söz konusu maddesini iptal ederek, davacıya eksik ödenen 4 bin 474 YTL'lik dış tedavi tutarının davamın açıldığı 8 Mart 2005 tarihinden itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte davalı Milli Eğitim ve Maliye bakanlıklarınca davacıya ödenmesine karar verdi. Dairenin kararında, davacı öğretmenin, dış tedavisinde Bütçe Uygulama Talimatı'nın ilgili hükümlerinin uygulandığı, "Dış Hekimlerinin Yapacakları Muayene ve Tedavilere Uygulanacak Ücretlerin Asgari Hadleri Hakkında Tebliği" ekinde yer alan asgari tedavi ücretleri baz alınarak, hesaplanan toplam 4 bin 799 YTL fatura bedelinin davacı öğretmen tarafından ödendiği belirtildi.

şın, Devletin uluslar arası andlaşmalar-daki yükümleri ve Anayasa hükümlerinin sosyal devlet ilkesine uygun yorumuyla bireylerin sağlık hakkının korunması sağlanmaya çalışılmıştır. Danıştay 2. Dairesinin son zamanlarda verdiği kimi kararlarla, bir yandan resmi sağlık kurumlarında dış tedavisi yapılamayan kişilerin özel sağlık kuruluşlarında yaptır-dıkları dış tedavilerinin bedelleri ile ilgili olarak Türk Dışhekimleri Birliği tedavi ücret tarifesinin Devlet kurumlarını da bağlayıcı olduğuna hükmedilmekte öte yandan da resmi dış tedavisi ücret tarifesinin davaya konu birimlerinin saptanmasında “...hangi bilgi ve belgelere dayanıldığı, ne gibi teknik veri ve yöntemlerin baz alındığı yönünde davalı Maliye Bakanlığının sorulara cevaben, sadece bu konuda Sağlık Bakanlığının görüşünü almak kaydıyla düzenleme yapma yönünde Maliye Bakanlığının yetki veren mevzuat hükümlerinden bahsedildiği, teknik bir değerlendirmeye dayalı herhangi bir veri sunulmadığı...” belirtilerek; “...90 gün gibi oldukça uzun bir süre içinde ilgililerine tedavi imkanının sağlanamaması durumunda, artık hastalarca keyfi bir tercih sonucu değil zorunluluk nedeniyle özel sağlık kuruluş veya kurumlarında tedavi yolunun seçildiği açık olup, serbest faaliyet gösteren tüm dış hekimlerince

uyulması zorunlu olan ve Türk Dışhekimleri Birliği'nce Resmi Gazete'de yayımlanan tarife uyarınca belirlenen asgari tedavi ücretinin ilgisine ödenmesi gerekir iken, resmi kurumlarda yapılan dış tedavisi ile ilgili olarak bu kurumlara ödenecek ücretlere ilişkin Ek-7 sayılı listenin baz alınması suretiyle ödeme yapılması sonucu kişilerin ağır bir yük altında bırakıldığı, sosyal devlet ilkesinin zedelendiği, ayrıca tedavisini resmi sağlık kurumlarında yaptırmak imkânını bulan ve bu şekilde hiçbir ücret ödemeyen kişilerle, bu imkânı kendi kusuru olmaksızın bulamayan aynı hukuki mevzuata tabi kişiler arasında eşitlik ilkesinin birincilerle kıyaslanmayacak ölçüde ikinci grupta yer alan kişiler aleyhine bozulduğu, kişilere ödettirilen bu bedelin yukarıda yer verilen mevzuat hükümlerinde de yer aldığı gibi dengeli ve adil de olmadığı...” değerlendirilmeleri yapılmıştır.<sup>2</sup>

Sonuç olarak, mevcut hukuk kuralları ve bu kuralların yargısal yorumu sonucunda bireylere sağlık hakkını sağlayamayan Devlet'in, bu hakkın sağlanabilmesi için gerekirse özel sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmet bedelini Türk Dışhekimleri Birliği tarafından belirlenen miktara uygun olarak ödemesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

<

1. Devletin malî kaynaklarının kullanımında gözettiği öncelikler de ayrı ve çok önemli bir tartışma konusudur.

2. Danıştay 2. Daire 14.11.2007 tarih ve 2005/621 E. 2007/4361 K.sayılı kararı ile 14.10.2007 tarih ve 2007/1200 E. sayılı yürütmenin durdurulması kararları.



# Poliklinik ve Merkezler nerede açılabilir?

Son günlerde poliklinik, merkez, dispanser gibi toplu çalışma birimlerinin yaygın olarak faaliyete başladıkları gözlemlenmekte. Bu gibi yerlerin faaliyete başladıktan sonra kat mülkiyeti kanununa göre sorunlar yaşadığı duyumları almaktayız. Benzeri sorunların yaşanmaması için konunun hukuksal boyutunu sizlerle paylaşmak istedik.

**K**at Mülkiyeti Kanunu'nun 24. maddesi "**Yasak İşler**" başlığını taşımakta olup "**Ana gayrimenkulün, kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde hastane, dispanser, klinik, poliklinik, ecza laboratuvarı gibi müesseseler kurulamaz; kat maliklerinin buna aykırı sözleşmeleri hükümsüzdür; dispanser, klinik, poliklinik niteliğinde olmayan muayenehaneler bu hükmün dışındadır.**" hükmünü içermektedir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında da "**Ana gayrimenkulün, kütükte mesken olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde sinema, tiyatro, kahvehane, gazino, pavyon, bar, kulüp, dans salonu ve emsali gibi eğlence ve toplantı yerleri ve fırın, lokanta, pastahane, süthane gibi gıda ve beslenme yerleri ve imalâthane, boyahane, basımevi, dükkân, galeri ve çarşı gibi yerler, ancak kat malikleri kurulunun oybirliği ile vereceği kararlarla açılabilir.**" denilmektedir.

Ülkemizde özel sağlık kuruluşları, 634 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girdiği 1965 yılından bu yana büyük farklılıklara uğramıştır. 1965 yılında özel hastaneler ve muayenehaneler biçiminde hizmet sunulmakta, özel hastaneler de hasta yatırırlararak tedavi edilen yerler olarak kullanılmakta idi. Ancak zaman içinde ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel poliklinik, tıp merkezi gibi ortak çalışma mekanları olduğu gibi özel hastaneler de bu tür birimler açarak çalışma sistemlerini Devlet hastaneleri ile aynı niteliğe dönüştürmüşlerdir.

Özel hastaneler bağımsız binalarda hizmet vermeleri sebebiyle Kat Mülkiyeti Kanunu'nun 24. maddesindeki yasaklayıcı hükümden etkilenmemekte ise de özel sağlık kuruluşları anılan hükmün etkisini can yakıcı biçimde hissetmektedirler. Zira anılan hükme göre "**...kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde**

**hastane, dispanser, klinik, poliklinik, ecza laboratuvarı gibi müesseseler kurulamaz...**" Emredici nitelikteki bu hükmün aksine anlaşmalar da geçersiz olmakta, kat maliklerinin oybirliğiyle verdikleri muvafakat dahi işe yaramamaktadır. Sağlık Bakanlığı da, bunun işe yaramadığını gördüğünden olsa gerek, yayınladığı yönetmelik değişikliği ile özel sağlık kuruluşunun ruhsatlandırılmasında aranan belgeler arasından kat maliklerinin muvafakatinin aranmasından vazgeçmiştir.<sup>(1)</sup> Çevremizde, hemen her yerde binaların bir kısmında faaliyet gösterdiğini gördüğümüz özel poliklinik ve özel tıp merkezleri kat maliklerinin 'insafına sığınarak' çalışmakta; sıklıkla da kat malikleri ile ortaya çıkan başka anlaşmazlıklar sonucunda Kat Mülkiyeti Kanununun 24. maddesi uyarınca taşınmazı tahliye etmek zorunda kalmaktadırlar.

Yasa düzenlemesinde muayenehaneler bakımından serbesti tanınmış iken birkaç muayenehanenin bir araya gelmesi ile oluşan poliklinikler bakımından kesin yasaklama getirilmiş olmasının açıklaması kolay değildir. Zira, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik uyarınca muayenehane ile poliklinik arasındaki tek fark muayenehanede bir diş üniti var iken poliklinikte en az iki diş üniti bulunmasıdır; diğer teknik koşullar aynıdır. Binaların bir kısmında –ki özellikle alt kattaki dükkanlar bir araya getirilerek yürütülen dişhekimliği faaliyetinin sağlık riski yarattığına ilişkin düşünülebilecek bir iddia da hem haklı ve anlamlı olmakta hem de muayenehaneye izin verilmiş olması karşısında çelişki yaratmaktadır.

Bütün bunlardan başka, söz konusu 24. maddenin ikinci fıkrası ile "...pavyon, bar, kulüp, dans salonu ve emsali gibi eğlence ve toplantı yerleri ve fırın, lokanta, pastahane, süthane gibi gıda ve

beslenme yerleri ve imalâthane, boyahane, basımevi..." açılabilmesi için kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri kararın yeterli sayılması sağlık hizmeti sunumuna bakış açısını ortaya koyan önemli bir veridir. Binaların mesken olarak kayıtlı bağımsız bölümünde kat maliklerinin oybirliği ile verecekleri karar ile boya imalathanesi açılabilir iken iki dişhekiminin bir arada hizmet verdikleri polikliniğin açılmayacak olmasının anlaşılabilir ve algılanabilir bir açıklaması bulunmamaktadır.

Bu çelişkilerin giderilebilmesi ile halen yaygın olarak yürütülen faaliyetlerin hukuksal düzene kavuşmaları bakımından Kat Mülkiyeti Kanununun 24. maddesinde değişiklik yapılması gereklidir. Türk Dişhekimleri Birliği tarafından TBMM nezdinde bu yönde girişimlerde bulunmuş ise de şimdilik yeterli karşılık bulunduğu söylenemez.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte yapılacak değişikliklere ilişkin taslakta getirilen kurallara bakıldığında da tıp merkezlerinin imarda sağlık alanı olarak ayrılmış yerde; polikliniklerin de Kat Mülkiyeti Yasasının 24. maddesine göre izin verilen yerlerde açılabilmesi şartı görülmektedir. Söz konusu Yasanın 24. maddesine göre poliklinik açılacak yerler, münhasıran sağlık tesisi olarak inşa edilmiş, yönetim planında bu husus belirtilmiş olan binalardır. Bu binalar, Kat Mülkiyeti Yasasının sınırlamaları karşısında, sağlık alanı olarak ayrılmış yerlerde yapılmış müstakil binalar olarak da tanımlanabilir.

Özel hastane açılışının kolaylaştırılması için azami çaba gösterilirken özel sağlık kuruluşlarına yönelik bu derece kısıtlayıcı kurallara yönelmesinin anlamlı bir sebebi olsa gerektir!

1. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 10. maddesinin (p) bendindeki "Sağlık kuruluşu müstakil binada değil ise, kat maliklerinden alınacak muvafakat belgesi" hükmü 20.09.2006 tarih ve 26295 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılmıştır.



# Zamanın yamacındaki Göynük

Bolu'da dağların arkasında göller, göllerin ötesinde ise üzerlerine sacat kulelerinin gölgeleri düşen kasabalar var. Bu kasabalardan biri olan, Göynük, çevresindeki güzelliklerle birlikte sizi bekliyor.







Kışın Sünnet Gölü donmaya başladığında, Bolu sert bir kışın içinde demektir (üstte). Göynük ve Mudurnu'daki çeyiz sandıklarında hâlâ "el emeği göz nuru" işler saklıdır (altta).

**G**öynük Saat Kulesi'nin dar ahşap merdivenlerini tırmanırken, üzerime güvercin tüyleri savruluyor. Belki biraz abartıyorum ama, dörtgen planlı bu Saat Kulesi bana fırfır beyaz etekli bir kızı anımsatıyor. 1923-24 yıllarında Cumhuriyet'e bir armağan olarak yaptırılan bu zarif yapıtın balkonuna çıktığımda, Osmanlılardan bugüne ulaşmış bir fısıltı gibi duran kasabanın güneşe kendini verdiğini görüyorum. Vadi eski beyaz boyalı evleri, ağaçları, camileri kucaklamış, aşağıda oturuyor. Yamaçlara vuran ışık, konakların balkonlarındaki çamaşırları kurutuyor. Suyun kıyısında bir horoz da ötmese, Kule'nin altında zamanın kımıldamadan durduğunu düşünecek insan. Saat Kulesi'ne yapılan haksızlığa ve gösterilen ilgisizliğe duyduğum öfkeyi, Göynük'ün bu sakinliği biraz yatıştırıyor.

### İpekböceğinin hayatı...

Pazartesi günleri kurulan pazarıyla, ak sakallı dedelerin çalıştırdıkları bakkal dükkanlarıyla, evlerde dikiş diken terzileriyle; Fatih Sultan Mehmed'in lalası Akşemsettin'in Diyarı diye de adlandırılan, sararmış siyah beyaz fotoğrafların renkli fotoğraflardan daha değerli olduğu Göynük... İnsanların bahçeli evlerinin kıyısında meyva ağaçları, çiçekler, insancıl duygular yetiştirdikleri; geceleri hâlâ sobaların üzerinde mısırların patladığı, anneannelerin torunlarına masallar anlattıkları kasaba... İri taneli fasulyelerin kurutulmak için kaldırımlara serildiği, camilerden çıkan insanların kanaryalı berberlerde oturup sohbet ettiği, sincapların topladıkları cevizleri telefon tellerinin üzerinde cambazlık yaparak yolun karşısındaki yuvalarına taşıdığı Göynük... Geçmişte bir ipekböceği gibi hayatı örerken, bugün bir kıyıda unutulmuşluğun hüznüyle, arnavut kaldırımlarını sessiz, ama huzurlu insanların adımladığı kasaba...

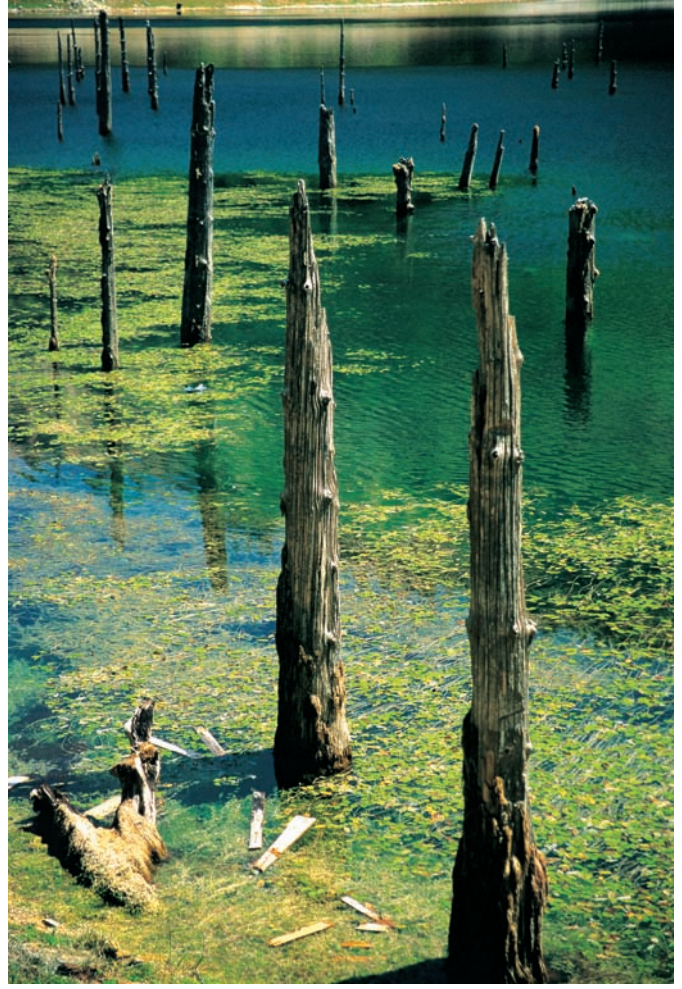
### Beyaz bomba!

Bu sakinliğin arasında, Göynük'te "bomba" var dersem şaşırmayın; çünkü Göynüklüler basbayağı "bomba" üretiyorlar! "Bomba" dediğim, silah değil elbette, bir tür fasulye! Eğer sonbaharda yolunuz Göynük-Mudurnu taraflarına düşerse, bahçelere serilmiş

brandaların üzerinde kurutulan iri, beyaz fasulyeleri göreceksiniz. Büyüklükleri nedeniyle halk arasında "bomba fasulye" olarak adlandırılan bu ürün temmuzda çiçek açıyor, ekimde toplanıyor. Kışların sert geçtiği dönemlerde, evlerin içlerinde kurutuluyor. Kentlerin binbir telaşla dolu dünyasından kendilerini dışarıya atanlar Göynük'te alıyorlar soluğu. Yolda yürürken karşılaştıkları, tanımadıkları insanların kendilerini sıcak bir gülümseyişle selamlayışlarına şaşırırlar. Her ne kadar Göynüklüler, bahçelere kilmilerin serildiği, samanyolunun altında çaydanlıkların fokurdadığı, mahallelinin cümbür cemaat geceyi karşıladığı eski günleri unutamıyorlarsa da; kentlilere, karşılık beklenmeksizin verilen bir selam bile yetiyor. İskitlerle Trakların yaşadığı ve 1330 yılında Osmanlı idaresine giren Göynük, geleneklerine bağlı ve büyük kentlere göç eden yeni nesline karşın bu özelliğini koruyor. >







Yaklaşan bahar günlerinde Göynük'teki çınarlı kahvelerden birinde oturup Saat Kulesi'yle bakışarak çayınızı yudumlayın. Sevgililer Günü geçmeseydi, sevdiğinizle Kule'nin altında randevulasın diyecektim! Ama sevgililer için her gün aşka açılan bir zaman penceresi değil mi? Öyleyse Saat Kulesi bahane olsun size! Alın sevgilinizi, eşinizi, dostlarınızı Göynük'e gidin. Orada Terzi Fikret Hanım, bir yandan teğel yaparken, diğer yandan kasabada çekilen "Akrebin Yolculuğu" filminde oynadığı rolü anlatacak. Göynük evlerinden birine konuk olup kahve içerken, söz dönüp dolaşp köşede duran üzeri el işiyle süslenmiş sandığa geldiğinde, ev sahibiniz sizin kendine yakın bulursa onu açacak ve "el emeği, göz nurları" nı gözünüzün önüne serecek. Bilin ki, o bindallılarda, oyalarda, dantel işlerinde Göynüklü gelinlerin dile getirilemeyen öyküleri yazılıdır.

### Sünnet Gölü...

Göynük çevresi, son yıllarda İstanbullu ve Ankaralıların trekking cenneti haline gelen göllerle dolu. Sülüklü Göl, Çubuk Gölü ve Sünnet Gölü Göynük'te konaklanarak gezilebilecek üç su kardeşi! Sünnet Gölü'ne ulaş-

Kar yağdığına Gerede'den Mudurnu'ya, Göynük'ten Taşkesti'ye kadar şiirsel görüntüler oluşur (üstte solda). Sülüklügöl, içinden çıkan çürümeye devam eden ağaç gövdeleriyle şaşırtıcı bir doğa harikasıdır (üstte sağda). Mudurnu'da kışın Sünnet Gölü'nün ördekleri buzların üzerinde gezinir (altta).



mak için Göynük-Bolu yolunun 22. km'sinden sonra sağa dönüp 5 km daha gidin. Gölün Mudurnu'ya uzaklığı ise 29 km. Erenler ve Kurudağ tepeleri arasındaki büyük toprak kaymaları vadinin ağzını kapatınca Sünnet Gölü oluşmuş. Kıyısına kurulan Mudurnu Tavukçuluk Doğal Yaşam Tesisleri her türlü konaklama ve yemek olanağını sağlıyor. Tesisin gölün ortasında yaptığı yapay adanın kıyısında yüzen ördekleri besleyebilir, çocuklarınız tavşanların peşinden koşarken siz de göl çevresinde bir yürüyüş yapabilirsiniz. Kar yağdığına buz tutan ve şiirsel kış manzaraları yaratan Sünnet Gölü, 820 m yükseklikte. Bahar aylarında gölün çevresi kızılcık, dağ nanesi, kekik, kalabak yaprağı ve dağ böğürtlenleriyle doluyor. Mudurnu Tavukçuluk tarafından doğal besinlerle yetiştirilen Yayla Tavukları da Doğal Yaşam Tesisleri'nde görülebilir. Gölden Mudurnu yönüne doğru, 35. km.de 40 C'lık suyu ile Babas Kaplıcaları, Taşkesti yönüne doğru 30 km.de de 60 C'lık acı sular ise özellikle romatizmadan şikayet edenlerin ziyaret ettikleri sıcak su kaynakları.

Çubuk Gölü'ne ulaşmak içinse, Göynük-Bolu yolunda 5 km ilerlemeniz, ardından >





Baharda  
Abant yaylalarını  
paraşütçüler doldurur.

gölün adı yazılı sarı tabeladan sonra 6 km daha yol gitmeniz gerekiyor. Yol toprak ve yağmurların ardından biraz bozuluyor. Göl, çevre göllere göre küçüktür ama, doğa örtüsünün göle yansması nedeniyle rengarenk görüntüler verir. En derin yeri 13 metreyi bulan Çubuk Gölü de, bu yılki yağmursuz mevsimlerden nasibini aldı ve su kaybetti. Gölün kıyısındaki Örencik, tipik bir Bolu köyü.

### Sülüklügöl...

Sülüklügöl, adı nedeniyle başlangıçta ürkütücü duyular uyandıran, ama gidip görüldüğünde alışkanlık yapan bir turkuaz su. Kuzuluk kaplıcalarını geçtikten sonra, önce Samanpazarı'na, ardından Tavşansuyu'na ulaşıyorsunuz. Erzak, su ve diğer gereksinimlerinizi burada gidermeniz de yarar var, çünkü biraz sonra tırmanmaya başlayacağınız Dokurcun Yaylası'nda yerleşim yok. Kocaman yapraklı bitkilerin ve karaçamların arasından karşınıza çıkacak Sülüklügöl. Yürüyüş meraklılarının yanı sıra, offroad tutkunları da jipleriyle sık sık soluğu burada alıyorlar. Güneşin baharı müjdelediği günlerden başlayarak, özellikle hafta sonları piknikçilerin hücumuna uğru-

yor göl. Göl kenarında kamp kurmak için Milli Parklar Genel Müdürlüğü'nden izin almak gerekiyorsa da, günü birlik çadır kuranlar için sorun çıkmıyor. 1200 m rakımlı gölde bir zamanlar yaşayan sülükler, göle atılan balıkların yemi olunca ortadan kalkmışlar. Fotoğrafçılar, gölün ışıklar içindeki halini görüntülemek istiyorlarsa, oraya öğleye kadar varmalı. Bunu yaptıklarında, gölün içinde birer direk gibi duran ağaç gövdelerinin şaşırtıcı manzaralar yarattığını görecekler. Hatta şansları varsa, onların üzerinde güneşlenen su kaplumbağalarına rastlamaları mümkün.

Göynük çevresindeki göllere yapılan turlarda genellikle üç yol izleniyor. Birincisi, Akyazı – Kuzuluk – Dokurcun – Sülüklügöl – Sünnet Gölü – Göynük – Taraklı – Geyve hattı üzerinden Adapazarı'ndan E-6 otoyoluna ulaşmak. İkincisi, İstanbul – Ankara otoyolunun Adapazarı ayrımından Bilecik yoluna dönmek ve Geyve üzerinden Taraklı'ya varmak. Üçüncü yolsa daha farklı. Bolu Dağı'nı indikten sonra Abant Gölü yoluna girmek, oradan da Mudurnu – Göynük – Taraklı hattını izlemek. Yalnız Abant-Mudurnu yolunun başlarındaki heyelanlar nedeniyle sürücülerin dikkatli olması gerek. Karlı günlerde, Abant çıkışındaki rampa zincir takmayı gerektiriyor.

### Mudurnu...

Aslında Göynük'le birlikte Mudurnu'yu da anlatmak gerek. Birbirine çok benzeyen bu iki kasaba, iki kardeş saat kulesinin de sahipleri. Mudurnu Saat Kulesi de, kalenin batı yamacından güngörmüş kendi kasabasına bakıyor. 1890-1891 yıllarında inşa edilen bu Kule'nin bahtı da kardeşinden açık değil. Yangınlar güzelliğinden çok şey göttürmüş. Yine de, saat kuleleri Bolu'nun bu iki küçük kasabasının zamana karşı duruşlarının anıtları gibi duruyorlar. Mudurnu'da Yıldırım Beyazıt ve tavan süslemeleri göz kamaştıran Kanuni Camii'ni de onlara eklemek gerek. Göynük'e gelip Taraklı'dan geçerken, bu yeşil kasabayı da şöyle bir gezin. Yaşları 100'le 250 arasında değişen evlerin arasında dolaşın. Cumbalarından geçen gözleri düşünün. Ağaç işlemeleri satan dükkanlarından beğendiğiniz eşyaları alın. Dönüşte Kazkran Geçidi'nde mola verin ve dünyaya bakın! İki güne sığmış bir gezinin bile, varoluş sevincinizi canlandırdığını göreceksiniz. Eh, bu da yeni bir yolculuk için geçerli bir neden değil mi? <

## KİMLİK KARTI

### Konumu:

Göynük, Bolu'ya bağlı bir ilçe. Doğusunda Mudurnu, batısında Taraklı, kuzeyinde Akyazı, güneyinde Nallıhan, Sancakaya ve Yenipazar var. Rakımı 720 ve bağlı olan köy sayısı 67. Bozcacarmut, Soğukçam, Gürpınar ve Aşağı Kırk köyleri görmeye değer.

### ULAŞIM

Göynük, her yönden ulaşımına uygun. Abant-Mudurnu hattından da, Geyve-Taraklı hattından da gidilebilir. Ankara'dan Ayaş - Beypazarı - Nallıhan yönü de açık. Bu hat 230 km. İstanbul-Geyve-Taraklı yolu 221 km. Bolu-Mudurnu üzerinden gidecekler, Bolu'dan 98 km sonra Göynük'e varabilirler. Göynük - Sünnet Gölü 29 km. Göynük Kooperatif Otobüsleri her gün karşılıklı olarak saat 10.00'da sefer yapıyor. Yolculuk yaklaşık beş saat sürüyor. Göynük Koop. Tel: Göynük: (0374) 451 60 41. İstanbul: (0216) 333 40 59. Ankara: (0312) 341 27 92.

### KONAKLAMA

Göynük çevresindeki en iyi konaklama tesisi, Sünnet Gölü'nün kıyısındaki Mudurnu Tavukçuluk Doğal Yaşam Tesisleri. Klasik bir dağ oteli olan tesislerde odalar göl ve dağ manzaralı. Kaldırım, TV, uydu yayını, sauna ve 24 saat sıcak su var. Göl çevresinde ve oyun alanlarında yürüyüşten ve her türlü sporu yapmak mümkün. Tatil dönemleri ve hafta sonu için rezervasyonda yarar var. Tel: (0374) 464 12 00 (3 Hat) Kasabada kalmayı tercih edenler için Otel Göynük uygun. Tel: (0374) 451 62 78 Göynük merkezli bir gezi düşünmeyenler Abant'ta da kalabilirler. Taksim International Abant: (0374) 224 50 11. Taksim International Abant Köşkü: (0374) 224 50 12. Petro Club Abantbey Yaylası: (0374) 225 32 80.



Soruların yanıtlarını en geç 10 Nisan 2008 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0.312.430 29 59'a faksla ya da tdb@tdb.org.tr adresine e-mail ile gönderen meslektaşlarımızdan en az 7 soruyu doğru cevaplayanlar 6 SDE kredisi almaya hak kazanacaklardır.

**1-) Aşağıdaki durumlardan hangisinde oral antibiyotik kullanımını yeterlidir?**

- a) Gamboil
- b) Fluktuasyon veren abse formasyonu
- c) Sellülit
- d) Akut alveoler abse
- e) Kronik alveoler abse

**2-) Parmak emme alışkanlığı aşağıdakilerden hangi bozukluğu oluşturmaz?**

- a) Üst damağın derinleşmesi
- b) Overjet'in artması
- c) Anterior çapraz kapanışın oluşması
- d) Alt keserlerin lingoversiyona uğraması
- e) Hiçbirisi

**3-) Röntgen filminin içindeki ince kurşun yaprağın görevi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Filmi tükürükten korumak
- b) Filmin kontamine olmasını engellemek
- c) Filmi gün ışığından korumak
- d) Sekonder ışınların filmi etkilemesini önlemek
- e) Filmi primer ışınlardan korumak

**4-) Çinko oksit öjenol esaslı kök kanal dolgu patlarına duyarlılık gösterdiği bilinen bir astada aşağıdaki kök kanal dolgu patlarından hangisi kullanılabilir?**

- a) Grossman patı
- b) Tubliseal
- c) Endomethasone
- d) N2
- e) Diaket

**5-) Aşağıdakilerden hangisi kondil- disk ilişkisinin bozulmasıyla meydana gelen TME hastalığıdır?**

- a) TME ankilozu
- b) Koruyucu kas kontraksiyonu
- c) Redüksiyonlu veya redüksiyonsuz disk deplasmanı
- d) Sinovitis
- e) Retrodiskit

**6-) Anne sütünde en az biriken ilaç aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Eritromisin
- b) Klindamisin
- c) Penisilin

- d) Antihistaminikler
- e) Amfetamin

**7-) Karışık dişlenme döneminde 1.büyükazı dişleri bölgesindeki kapanış aşağıdakilerden hangisi gibidir?**

- a) Üst ve alt 1.büyükazı dişlerinin ön yüzeyleri aynı dik düzlem üzerindedir.
- b) Üst 1.büyükazı dişi alt 1.büyükazı dişinin leeway boyutu kadar distalindedir.
- c) Üst 1.büyük azı dişi alt 1.büyükazı dişinin leeway boyutu kadar mesailindedir.
- d) Üst 1.büyükazı dişi alt 1.büyükazı dişinin 2mm mesailindedir.
- e) Üst 1.büyükazı dişi alt 1.büyükazı dişinin 2mm distalindedir.

**8-) Residuel kistler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Alt çenede kistin büyüklüğüne bağlı olarak mandibular kanal yer değiştirmiş olabilir.
- b) Keratokist, primordial kist ve odontojen olmayan çene kemigi kistlerinden radyolojik ayırım kolaylıkla yapılabilir.
- c) Özellikle küçük oluşumlarda reziduel otitis ile residuel kist görüntüsünü ayırt etme olanaksızdır.
- d) Etyolojik ve histolojik olarak özel bir grup olmayıp daha önce radiküler, dentijeröz veya periodontal kist olarak çenelerde bulunup ait olduğu diş çekildikten sonra o bölgede bırakılan kistlerin tümü için kullanılan kavramdır.
- e) Histolojik olarak residuel kistler keratinize olmayan çok katlı yassı epitel ile çevrilidir. Kisti geçireceği bir enfeksiyon sonucu olarak bu epitel kısmen veya tamamen parçalanıp kaybolabilir.

**9-) Aşağıdaki irigasyon solüsyon kullanımlarından hangisi smear tabakasını etkin bir şekilde uzaklaştırır?**

- a) EDTA + Sodyum hipoklorit
- b) Sodyum hipoklorit + EDTA
- c) EDTA
- d) EDTA + Klorheksidin
- e) Klorheksidin + EDTA

**10-) Diş çekiminden birkaç gün sonra yara enfeksiyonu nedeniyle ortaya çıkan kanamaya ne ad verilir?**

- a) Santral dev hücreli granüloma
- b) Perifer osteoma
- c) Ameloblastoma
- d) Periferik dev hücreli granüloma
- e) Fibröz displazi

**SDE Cevap Formu**

(Doğru cevabı lütfen daire içine alınız)

1-	a	b	c	d	e	6-	a	b	c	d	e
2-	a	b	c	d	e	7-	a	b	c	d	e
3-	a	b	c	d	e	8-	a	b	c	d	e
4-	a	b	c	d	e	9-	a	b	c	d	e
5-	a	b	c	d	e	10-	a	b	c	d	e

Adı Soyadı : .....

Adresi : .....

İmzası : .....





## kredilendirilen etkinlikler

SDE Yüksek Kurulu'nun 4 Ocak ve 1 Şubat 2007 tarihli toplantılarında değerlendirilen etkinlikler:

- |   |  |
|---|--|
| <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Bilimsel Seminerler Şubat 2008-2<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 27 Şubat 2008                                    | <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Bilimsel Seminerler Mart 2008-1<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 6 Mart 2008  |
| <b>Samsun Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0362.435 44 78<br><b>Etkinlik adı:</b> SDO Eğitim Seminerleri Şubat 2008-1<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 28 Şubat 2008                                   | <b>Klinik Ortodonti Derneği</b> Tel: 0216.456 02 56<br><b>Etkinlik adı:</b> Orta Seviye Ortodonti 3.Kursu<br>(Karşık Dişlenme Erken Müdahale)<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 6 Mart 2008         |
| <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Klinik Uygulamalar Şubat 2008 -2<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 28 Şubat 2008                                    | <b>Ankara Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0312.435 90 16<br><b>Etkinlik adı:</b> Meslek İçi Eğitim Semineri Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 6 Mart 2008                                     |
| <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Klinik Uygulamalar Şubat 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 29 Şubat 2008                                       | <b>Samsun Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0362.435 44 78<br><b>Etkinlik adı:</b> SDO Eğitim Seminerleri Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 6 Mart 2008   |
| <b>S.B. 75.Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi</b> Tel: 0312 595 98 00<br><b>Etkinlik adı:</b> Eğitim Semineri Şubat 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 29 Şubat 2008                       | <b>Türk Ortodonti Derneği</b> Tel: 0312 441 14 26<br><b>Etkinlik adı:</b> STb Lingual Sistem Uygulamalı Kursu<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 7-8 Mart 2008                                       |
| <b>TDB 100.Yıl Organizasyonu Manisa Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.219 66 45<br><b>Etkinlik adı:</b> 100.Yıl Bilimsel Toplantı - Manisa<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1 Mart 2008            | <b>Vestiye Fuarçılık</b> Tel: 0212.274 96 60<br><b>Etkinlik adı:</b> Dişhekimliği Dergisi İmplant Çalışma Kulübü<br>1.Kur İmplant Eğitim Semineri<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 12-16 Mart 2008 |
| <b>TDB 100.Yıl Organizasyonu Muğla Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.219 66 45<br><b>Etkinlik adı:</b> 100.Yıl Bilimsel Toplantı - Muğla<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1 Mart 2008              | <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Klinik Uygulamalar Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 13 Mart 2008  |
| <b>TDB 100.Yıl Organizasyonu Tekirdağ Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.219 66 45<br><b>Etkinlik adı:</b> 100.Yıl Bilimsel Toplantı - Tekirdağ<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1 Mart 2008        | <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Klinik Uygulamalar Mart 2008-1<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 20 Mart 2008  |
| <b>Tekirdağ Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0282.263 54 55<br><b>Etkinlik adı:</b> İmplantoloji Kursu<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1-2 Mart 2008  | <b>Ankara Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0312.435 90 16<br><b>Etkinlik adı:</b> Meslek İçi Eğitim Semineri Mart 2008-1<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 20 Mart 2008                                  |
| <b>EDAD</b> Tel: 0212.230 69 67<br><b>Etkinlik adı:</b> EDAD-Anadolu Seminerleri Mart 2008 - Bursa<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1 Mart 2008   | <b>S.B. Keçiören Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi</b> Tel: 0312.325 36 36<br><b>Etkinlik adı:</b> Eğitim Semineri Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 21 Mart 2008                       |
| <b>EDAD</b> Tel: 0212.230 69 67<br><b>Etkinlik adı:</b> EDAD-Anadolu Seminerleri Mart 2008 - Ank.<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 1-2 Mart 2008  | <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Merkezi Bilimsel Toplantılar Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 23 Mart 2008                                |
| <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Bilimsel Seminerler Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 3 Mart 2008   | <b>İstanbul Dişhekimleri Odası</b> Tel: 0212.296 21 06<br><b>Etkinlik adı:</b> Bilimsel Seminerler Mart 2008-2<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 27 Mart 2008                                       |
| <b>Klinik Ortodonti Derneği</b> Tel: 0216.456 02 56<br><b>Etkinlik adı:</b> Başlangıç Seviye Ortodonti 3.Kursu<br>(Erken Dönem Fonksiyonel Müdahale)<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 5 Mart 2008 | <b>S.B. 75.Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi</b> Tel: 0312.595 98 00<br><b>Etkinlik adı:</b> Eğitim Semineri Mart 2008<br><b>Etkinlik tarihi:</b> 28 Mart 2008                          |

# Dürr VistaScan Perio

## Görüntü plakası tarayıcı

**D**ürr VistaScan Perio, konvansiyonel intraoral röntgen cihaz donanımları ile hazırlanan görüntüleri dijital hale getirir. Tarayıcı, fosfor plakalara çekilen görüntüyü lazerle okuma ve bilgisayara aktarma işlemi otomatik ve hızlı bir şekilde yapmaktadır. Fosfor plakalar, hasta ağzında özel tek kullanımlık kılıflarıyla kullanılır. Bu kılıflar aynı zamanda plakalar, günışığına maruz bırakmazlar ve hijyen amaçlıdır. İntraoral görüntü, plaka üzerine alındıktan sonra plaka özel kaseti içine yerleştirilir ve cihazın üst kısmındaki boşluklardan aşağıya doğru bırakılır. Cihaz PCS (Foton Toplama Sistemi) Teknolojisi ile üretilmiştir. Bu sistemde tarayıcı tamburun sabitlenmiş plakalarla döndüğü geleneksel teknolojilerin aksine, PCS ile tarayıcı lazer ışını döner. 40 Line per/ mm Max. Çözünürlük, 12,5 ile 50 µm arasında seçilebilir pixel boyutu



ve 16 bit gri düzey bölgesine sahiptir. Bir Fosfor plakasının taranma süresi (silme işlemi dahil) çözünürlüğe bağlı olarak min. 8 saniye ile max. 16 saniye arasındadır. 4 adet plaka aynı anda 10 LP/mm çözünürlükte 16 saniyede, 20 LP/mm çözünürlükte ise 32 saniyede okunur ve silinir. Sistemin bünyesinde, görüntü plakalarının uygun ve hassas bir şekilde silmesini sağlayan silme özelliği mevcuttur. Cihaz 2x3 (çocuk), 2x4 (Bite wing), 3x4 (Standart), 2.7x5.4 (Bite wing), 5.7x7.6 (Occlusal) cm ebatlarındaki fosfor plakaların tarama özelliğine sahiptir. Fosfor plakalar ince, esnek ve kablosuzdur. Kullanım talimatlarına uyulduğunda taktirde 1000-1200 defa kullanılabilir. Cihaz, günışığı ortamında çalışma olanağı sağlar. Son derece sessizdir. Cihazın masa üzeri ve duvar tipi seçenekleri mevcuttur.



Lisanslı Dürr Dental DBSWIN programı ile görüntü işleme, hasta kayıt ve arşivleme imkanı sağlar. Sistemin bağlantı şekli USB 1.1 yada USB 2.0 bağlantı portu ile yapılmaktadır.

**DMS Tel: 0.212.210 13 34**

## GNATUS LED PLUS

### LED Reflektör



GNATUS Firması Luxeon Led of Philips Lumileds teknolojisi ile yeni ürettiği reflektörü dental setlerine uyarlamıştır. Uzun ömürlü aydınlatmadaki LED PLUS teknolojisine sahip bu reflektör Doğal ışığa çok yakın beyaz ışık yayarak dişlerin ve damağın gerçek renkleri ile görmesini sağlar. 25.000 Lux ışık yoğunluğundadır. Standart modellere göre %95 oranında daha az elektrik tüketimi sağlar. Hiçbir şekilde ısı yaymadan, ışığı operasyon alanına %100 odaklar. Led ışığı kompozit dolgulara en az derecede etki ederek dolguda restorasyon süresini azaltır.

**Esti Tel: 0.312.435 00 50**

## Multilink Automix®

### İndirekt restorasyonlar için universal, kendinden asitli rezin yapıştırma simanı

Ivoclar Vivadent'in yapıştırma simanı Multilink yeni 'Automix' şırınga da kullanıma sunulmuştur. Şırınganın ucuna hızlı yerleştirilebilen uç-

lar sayesinde Multilink Automix®'in iki komponenti temiz ve eşit miktarda karışır. Automix uçlar sayesinde manual olarak kağıt üzerinde karıştırmaya gerek kalmadan direkt restorasyonun içine uygulama kolaylığı sağlar. Multilink Automix®'in double şırıngada komponentlerin eşit sıklıması ve karıştırılmasıyla uygulama kolaylığı sunar. Estetik gereksinimlerinize göre seçeceğiniz sarı, opak ve transparan olmak üzere üç farklı rengi vardır. Sistemin adezivi Multilink-Primer A/B kompozit simanın uygulanmasından önce 1:1 oranında karıştırılarak dentin/mine üzerine uygulanarak diş dokularının hazırlanmasında kullanılır. Primer self-etch olduğundan asitlemeye gerek yoktur. Multilink Automix® self-cure (kimyasal sertleşen) özelliğinin yanı sıra light-cure opsiyonu var-



dır. Bu özellik ışıkla sertleşirmenin zor veya imkansız olduğu durumlar için geliştirilmiştir (Metal, metal-seramik, vb). Metal ve Zirkonyum restorasyonların yapıştırılmasında kullanılmak üzere Metal / Zirkonya primeri, Seramik restorasyonlar için Monobond-S porselen silanı vardır.

- Kompozit ve fiberle güçlendirilmiş kompozit indirekt restorasyonlar (post, inlay, onlay, vb)
- Özellikle ışık geçirgenliğinin olmadığı veya düşük olduğu durumlarda (metal, metal destekli porselen, geliştirilmiş tam seramik ve post uygulamaları gibi)
- Düşük kron boyuna bağlı olarak yüksek retansiyon ve bağlanma kuvvetlerinin arzulandığı durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

**Ivoclar Vivadent / Güney Diş  
Tel: 0.212.346 04 04**



## Nüve Steam Art

### B Sınıfı Otoklav

**N**üve SteamArt B Sınıfı Otoklavlar, TS EN 13060 standartına sahip. Ürün, her çeşit malzemenin sterilizasyonunu standardın gerektirdiği maksimum güvencilikte yerine getiriyor. Dişhekimliği'ne ait uygulamalarda kullanılan el aletleri, cerrahi alanda kullanılan iğne ve aletleri, endoskopide içi boş (standartta A yükü olarak belirtilen) uzun dar ve içi boş parçalı biyopsi aletleri gibi çok geniş alandaki malzemelerin sterilizasyonunda B sınıfı otoklavlar kullanılması gerekiyor.

Ürününün en belirgin özelliği indiği vakum seviyesinin 70 mbar'ın altında olması. Tekrarlı ön vakum aşamasında inilen vakum seviyesinin düşük seviyede olması, doymuş buharla numunenin her noktasına ulaşarak sterilizasyon işleminin maksimum seviyede gerçekleşmesi sağlanıyor; sonrasında da numunelerin hızla kurutulması gerçekleşiyor.

Üründe Genel, Hızlı, Hassas, Prion olmak üzere 4 adet paket programı bulunuyor. Bunun yanında kullanıcı, Vakum, Bowie-Dick/Helix testleriyle sterilizasyon güvenliğinin kontrolünü yapabiliyor.



Türkçe, İngilizce ve Fransızca olmak üzere üç dilde kullanıma uygun olarak tasarlanan mikroişlemcili kontrol ünitesi ürünün kullanımının her aşamasında müşteriye kullanım kolaylığı sunuyor. LC göstergesinde, sterilizasyon ve test programları, en son çalışılan 52 çalışmayı barındıran hafızası, temizlik ve bakım yönlendirici, yazıcı ve bilgisayar bağlantısı (RS 232) ile sterilizasyon verilerini kaydetme ve servis emniyetinden oluşan menu ekranı, kullanıcıya güvenli sterilizasyona ulaşmayı garantiliyor. Üründe PC bağlantısı (RS 232) standart olarak kullanıcıya sunulurken printer, opsiyonel olarak veriliyor. Ürün, TS EN 13060 standardı, ISO 13485 (Intertek-Amtac /İngiltere) ve TÜV 97/23 EC belgelerine sahip. Ayrıca CE 0473 (Intertek-Amtac/İngiltere) işaretli ve TÜBİTAK'tan Ar-ge desteği almaya hak kazanmış durumda.

[www.nuve.com.tr](http://www.nuve.com.tr)

## Carbotech Stainbuster

**Zirkonyum ile zenginleştirilmiş, cam fiber ile kuvvetlendirilmiş kompozit esaslı frez**

**Z**irkonyum ile zenginleştirilmiş, cam fiber ile kuvvetlendirilmiş kompozit esaslı frezdir. Diş yüzeyindeki mineyi ya da seramik tabakasını aşındırmaz. Ken-

di kendini bilen, dolayısıyla uzun süre kullanımdan sonra orijinal şekli bozulsa da aşındırıcı etkisi devam eder. Mikromotorla, ters açıda (turda), yavaş hızla 10.000 rpm dolaylarında, az basınç uygulayarak, su spreyiyle birlikte kullanılır. Otoklavda 135°C'de sterilize edilir. Stainbuster dişhekimliği pratik uygulamalarında diş aralarındaki kompozitleri düzeltmek için kullanılır. Ortodontide



## Adper™ Easy One

Self-Etch adeziv



**A**dper™ Single Bond 2 ve Adper™ Scotchbond™ Adezivlerin teknolojisi geliştirilerek, tek şişe sisteminde hızlı, kolay ve güçlü adeziv performansın yanı sıra, ürün self-etch adeziv olmasının sonucu olarak düşük post-operatif hassasiyet riskine sahip. Yeni self-etch adeziv Adper™ Easy One, ışıkla polimerize olan kompozit ve kompomer kavitelelerinde, hassasiyet tedavisinde, kompozit ve kompomer tamirinde kullanılabilir. Ürün kullanımı sadece 20 saniye boyunca kaviteye uygulanması, 5 saniye boyunca havayla inceltmesi ve 10 saniye boyunca ışıkla polimerize edilmesinden ibarettir. Bağışsız ürün performans çalışmaları, Adper™ Easy One'in total-etch sistemler ve diğer iki aşamalı sistemlere eşdeğer adeziv performans gösterdiğini ortaya koymaktadır.

3M ESPE [www.3m.com.tr](http://www.3m.com.tr)

braketlerin sökülmesinden sonra geri kalan adezivlerin eliminasyonunda etkilidir. Aynı zamanda implantoloji-de seramik, kron ve protezlerin simantasyonundan sonra siman kalıntılarının, geçici protezlerin üzerindeki siman kalıntılarının temizlenmesi için kullanılır. Ürün bir diğer kullanım alanı ise periodontoloji'dir; yapılan tedavi ve temizlik işlemlerinde yumuşak dokuya zarar vermez, gingival mukozayı kesmeden zedelemeyen hareket edebilir.

Gülsera Tıbbi Cihazlar Tel:0.232.469 00 33

## INSIDE

### Dental Endoskop



**I**nside, dişhekimliğinde kullanım için geliştirilmiş endoskoptur. En önemli özelliği, mükemmel şekilde görüntü yönetimi yapabiliyor olmasıdır. Inside ile ağız içerisinde çalışırken operasyon alanını 13 kat büyütülmüş olarak ekrandan izleyebilirsiniz. Inside'in en dikkat çeken özelliği, ağız içi görüntüsünü birebir şekilde ekranda konumlandırmasıdır. Yani elinizdeki enstrümanınızı ağız içerisinde sağa doğru hareket ettirdiğinizde, ekrandaki görüntüde de enstrümanın sağa doğru hareket ettiğini görürsünüz. Aynı şekilde elinizdeki enstrümanı sola – yukarı veya aşağı hareket ettirdiğinizde de ekrandaki görüntü, ağız içerisine direkt olarak baktığınızda gördüğünüzün aynısı olacaktır. Bu sayede enstrümanlarınızı ağız içereinde tamamen doğal şekilde hareket ettirebilir ve kullanabilirsiniz. Ekrandaki görüntünün kesinlikle sabit kalmasını sağlamak amacıyla Inside, mafsallı bir kol üzerine konumlandırılmıştır. Kolun kendi etrafında dönebilen yapısı sayesinde doğru konumlandırma rahatlıkla yapılabilir. Inside'in çeşitli fonksiyon ayarları, kol üzerinde konumlandırılmış olan butonlar aracılığıyla kontrol edilebilir. (Açma-kapama, hafıza temizleme, görüntü dondurma, ayna, görüntüyü sağa-sola çevirme vb.) Bu sayede çalışma alanından ayrılmadan istediğiniz görüntüyü ekrana yansıtabilir ve Inside'i kontrol edebilirsiniz. Ağız içerisinde yaptığımız her çalışmada Inside'i rahatlıkla kullanabilirsiniz. (Diş taşı temizliği, çürük tedavisi, endodonti, parodontal tedaviler, implant ve diğer tedaviler). Inside, bütün bu özelliklerinin yanı sıra hekime çalışma konforu ve güvenliği de sağlar. Doğru pozisyonda oturulmasını sağlayarak sırt ve bel ağrılarını azaltırken, hasta ile hekim arasında geniş bir mesafe bırakılmasını sağlayarak çapraz kontaminasyon riskini de minimuma indirir.

Selis Dental Tel: 0.212.523 34 64



## Ultra-Blend® Plus

### Kalsiyum hidroksit esaslı kavite liner

**U**ltradent'in ürettiği Ultra-Blend® Plus adlı kalsiyum hidroksit esaslı kavite liner'i dişhekimlerinin kendine güvenerek çalışmalarını sağlayan özel ve pratik bir üründür. Ultra-Blend® Plus 'ın ışıkla sertleşebilme özelliği çalışma zamanını geniş tutup daha rahat çalışma imkanı sağlar. Tüm amalgam ve kompozit restorasyonlarının altında ve kucafaj için güvenle kullanılabilecek bir üründür. Kuru dentine 3-5 Mpa gibi güçlü bir kuvvet ile bağlanabilme ve suda çözünürlüğünün olmamasının avantajıyla standart kavite liner'larına göre dayanıklılığını uzun yıllar boyunca korur. Kalsiyum hidroksit esaslı Ultra-Blend® Plus tamamen doku uyumlu ve doku yapımını hızlandıran bir üründür. Dentin ve opak beyaz olmak üzere iki ayrı rengi olan Ultra-Blend® Plus ufak, non-hiperemik (pembe renkli) pulpa açılmalarında kullanılır. Eğer daha büyük bir pulpa açılması ve/veya hiperemik bir pulpa varsa endodontik bir tedaviye başlanmalıdır. Ultra-Blend® Plus kontrollü uygulama olanağı sağlayan şırıngaları ve uygulama uçları ile tüm dişhekimlerinin kullanımına sunulmuştur.

Güney Dental Tel: 0.216.420 90 09

## Clearfil Protect Bond

### Self-etch anti-bakteriyel adeziv sistemi

**P**rimier yüksek ve geniş anti-bakteriyel spectrum gösteren %5 anti-bakteriyel monomer (MDP) içerir. Işıklı sertleşen, Self-etch tekniğine uygun, kesilmiş mine ve dentine çok iyi bağlanan bir adeziv sistemidir. Ürünün marjinal örtülmesi çok iyidir. Post-operatif hassasiyeti önleme özelliğindedir.



Kuraray Dental  
Tel: 0.232.421 15 94

## Sektörden



## Dimsan İstanbul'da

**1996** yılında Ankara'da kurulan Dimsan Diş Malzemeleri Medikal Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. geçtiğimiz günlerde İstanbul Fındıkzade'de yeni 'showroom'unu açtı. Şirket Genel Müdürü Murat Demirci şirket bünyesinde barındırdığı dünya markası olmuş bir çok ürün (Kerr, VDW, Dient, FGM, Spofa gibi) İstanbullu dişhekimlerinin kullanımına sunmanın gururunu yaşadıklarını, her zaman kaliteli ürün kaliteli hizmet anlayışı ile dişhekimliği sektöründe yer alacaklarını belirtti.



Bu sayının armağanı:

10 kişiye

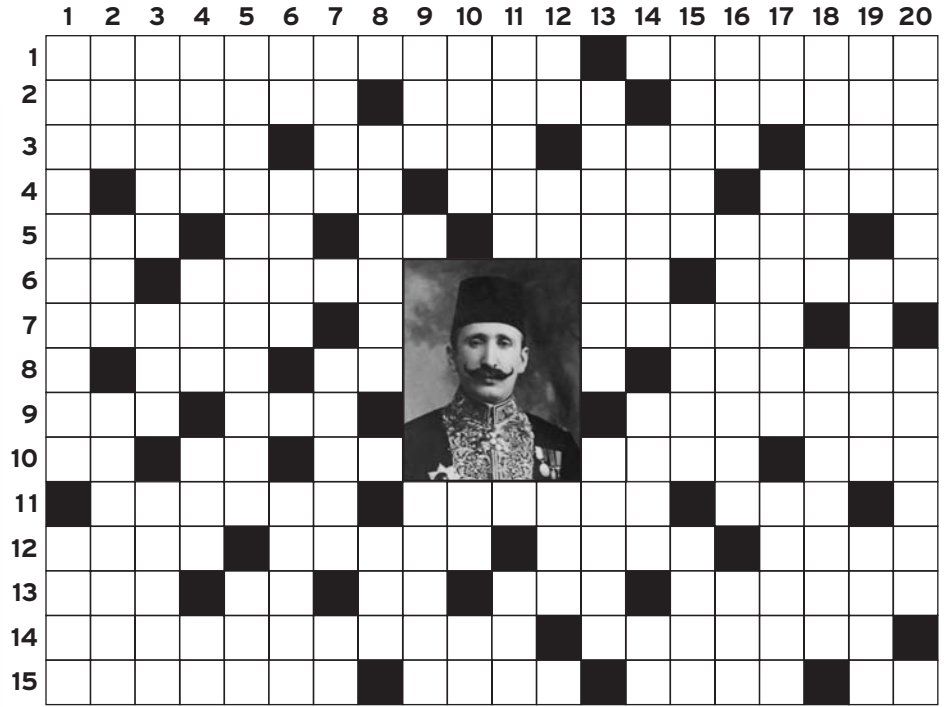
## Opalescence

## Beyazlatıcı Diş Macunu

Doğru yanıtı 10 Nisan 2008 akşamına kadar 0.212.327 84 43 nolu faksa gönderen okuyucularımız arasından yapacağımız çekilişe 10 okuyucumuz Güney Dental'ten Opalescence Beyazlatıcı Diş Macunu büyük boy (133gr). kazanacak. Hediyeğiniz kargoyla adresinize teslim edilecek.



Beyazlatma tedavisinden sonra kalıcılığı ve diş minesinin güçlenmesini sağlayan Opalescence Beyazlatıcı Diş Macunu



Ad-soyad:..... Telefon:.....  
Adres:.....  
.....  
İl:..... e posta:.....@.....

## SOLDAN SAĞA

1. Resimde görülen 'Sarayın ve Cumhuriyetin Dişçibaşısı' ■ 1965'te 500 bin kişinin öldürüldüğü katliamdan sorumlu tutulan ve geçtiğimiz günlerde ölen Endonezya diktatörü 2. Aynı cins atomlardan meydana gelen saf madde ■ ... Behramoğlu, Bir Gün Mutlak'ın şairi ■ Uzaydan dünya yüzeyine düşen maddelerin genel adı 3. Uçak, gemi gibi bir taşıtla taşınan yük, eşya ■ Kolay anlaşılır, belirgin ■ Mezopotamya'da kurulmuş bir uygarlık ■ Türkiye Kömür İşletmeleri 4. Elektromanyetik dalgalarla görüntü ve ses ileten aygıtın genel adı ■ ... *hallanmı aynı böyle yaz/ Rivayet sanılır belki (Ahmed Arif)* ■

Microsoft'un Identity Integration Server'inin kısa adı 5. Bruce ..., Uzakdoğu dövüş sanatı ustası, ABD'li aktör ■ İngiltere'nin plaka işareti ■ Bir bağlaç ■ Elinde bulunan olanakları yalnız kendi partisi için kullanan 6. Steven Spielberg'in 1982 tarihli filmi ■ Resim vb. sanat yapıtlarının teşhir edildiği yer ■ Jüpiter'in uydularından biri ■ İnsan ve yük taşımaya yarayan tekerlekli, motorlu ya da motorsuz her türlü kara taşıtı. 7. Güzel, hoş koku ■ Rusya'da, Avrupa'nın ikinci büyük tatlı su gölü 8. İki gözü de görmeyen ■ Bir nota 9. Mem u ..., Emedê Xan'ın 17. yüzyılda yazdığı ünlü manzum eseri. ■ Metaloidler grubundan bir element ■ Büyük kötülük

10. Beyni ve omurluğu tutan otoimmün bir hastalık ■ Tantal'ın simgesi ■ Belirti ■ Harlen yayımlanmakta olan san kapağıyla ünlü müzik dergisi ■ LCD'den önce kullanılan tüplü monitörlerin kısa adı 11. Kemirgen bir hayvan ■ Dini inançları kuvvetli olan ■ Bir mesleğin üyelerinin toplandığı örgüt 12. Genellikle tahıl ölçmede kullanılan yaklaşık 25 kg oylumunda bir ölçek ■ Çift demirinin toprakta açtığı iz ■ Mescid-i ..., Kudüs'te müslümanlar için önemli bir mabet ■ İsrail havayolu şirketi 13. Kraliçe ■ Anadolu Ajansı ■ Kasapta satılan kesilmiş hayvan parçası ■ ... Güller, 'foto muhabiri' ■ Ara 14. Geçtiğimiz 20 Aralık'ta kaybettiğimiz tiyatro sanatçısı ■ Merkezde bulunan 15. Vücudunun gelişimi tamamlanmış olan ■ Güney Kıbrıs'ta Cumhurbaşkanlığına kazanan Emekçi Halkın İlerici Partisi'nin kısa adı ■ James ..., Baba, Dogville gibi filmlerde rol almış ABD'li sinema oyuncusu ■ Molibden'in simgesi.

## 103. Sayının Çözümü

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	E	R	D	A	L	İ	N	Ö	N	Ü	A	Y	D	I	N	G	Ü	N		
2	R	E	İ	K	İ	O	N	A	R	I	M	İ	S	P	A	N	Y	A		
3	D	N	A	M	İ	R	İ	K	T	İ	B	A	S	C	C	S				
4	U	S	P	A	M	E	M	E	N	A	S	I	L	I	M	G				
5	R	U	P	İ	M	A	A	K	K	O	R	Z	U	A	B	A				
6	A	G	O	R	A	N	D	İ	N	T	Y	L	E	R						
7	N	A	R	A	Y	A	M	S	E	R	H	A	T	İ						
8	N	A	M	S	A	M	F	E	D	E	R	A	L							
9	İ	D	İ	S	T	İ	M	E	R	R	A	Ş	İ	T						
10	T	A	U	T	A	L	A	R	İ	S	A	B	A							
11	F	S	S	İ	E	R	R	A	İ	S	F	A	H	A	N					
12	A	İ	C	A	R	R	İ	K	İ	T	E	L	L	İ	İ	S	O			
13	İ	S	K	E	L	E	İ	L	K	A	R	M	A	Ğ	A	N	Ğ			
14	Y	A	L	O	R	O	K	O	K	O	İ	M	B	İ	E	L				
15	E	R	H	A	N	B	E	N	E	R	L	A	K	A	Y	T	L			

## 103. Sayı Armağan Kazananlar

- Onur Atilla ANKARA
- Serap Büyükatilla MANISA
- Salim Çakır MANISA
- Ayça Hor ANTALYA
- Duygu Karaoğlan ANKARA
- Yetiş Kayık İSTANBUL
- Derya Kuru AYDIN
- Yener Teoman MUĞLA
- Ferda Yıldırım BURSA
- S. Ayşen Yurttaş İSTANBUL

## YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. Bireysel katılımı önemli gören, dinin devletten ayrı ve özerk olmasını savunan öğretisi, laiklik ■ Ağzı düğümlenebilen küçük torba 2. Kanşık renk ■ İspanya'nın Bask bölgesinde faaliyet gösteren yasadışı örgüt ■ Kiralama 3. Bir kadın ismi ■ İkinci derecede olan ■ İslamın Anadolu'ya özgü bir yorumuna bağlı kişi 4. Duyu organlarının dıştan algıladığı bir nesnenin

bilince yansıyan görüntüsü ■ Gümüş ■ İspanyol devlet televizyonu ■ Yemek 5. Geçtiğimiz 26 Ocak'ta ölen Filistin Halk Kurtuluş Cephesi Kurucusu ■ Sevi 6. Şan ■ Temize çıkarma ■ Eskiden kullanılan oldukça mat, kalınca bir tür kağıt 7. Televizyon yayıncılığında kullanılan bir renk kodlama sistemi ■ Sırbistan ile Bosna-Hersek arasında bir ırmak ■ Ayı evi 8. Ruhsal gelişimi de hedefleyen Japon dövüş sanatı ■ Avrupa'da bir ırmak 9. Kuzeydoğu Anadolu'da oynanan bir halk oyunu ■ Muğla'nın bir ilçesi 10. Ahlakbilimsel ■ İndiyum'un simgesi ■ İlave 11. Hıristiyan din adamı ■ Yüksek sıcaklıkta mayalanmış İngiliz birası 12. Tahta üzerinde oynanan iki kişilik bir strateji oyunu ■ Eski Mısır'da tanrı ■ Bol olmayan 13. Yunanistan'da, Atina yakınlarında sanayi kenti ■ Sayılan göstermeye yarayan şekiller 14. Ernest Thompson ... (1860-1946), ABD'li doğa bilimci ve yazar ■ Telgrafta kullanılan alfabe ■ Ekvador'un plaka işareti 15. Genel ■ Öncesizlik ■ ... tafa 16. ... kuşun eti yenmez ■ Mário Jorge Lobo ..., Brezilyalı teknik direktör ve eski futbolcu ■ ... Gündüz (1886-1958) Türk yazar ve gazeteci 17. Binek hayvanı ■ Birinin toprağında ürün karşılığı çalışın kimse ■ Bir yüzeye çizilen, nesnelere belli çizgilerle gösteren resim 18. Işığa ve renge duyarlı hücrelerin bulunduğu göz tabakası ■ Turşusu yapılan bir tür yaban soğanı 19. Toplu Konut İdaresi ■ Daha kötü ■ Bilgin 20. Hindistan'ın doğu kesiminde eyalet ■ 406-453 yılları arasında yaşamış Avrupa Hun Devleti hükümdarı.

### DEVREN KİRALIK

İstanbul Kadıköy Bağdat Caddesi'nde faaliyet halinde devren kiralık muayenehane. Yerinde görüşmek üzere telefonda randevu alınması rica olunur.

Tel: 0.216.363 17 13  
Cep: 0.532.241 39 11

### ANTALYA'DA KİRALIK VEYA SATILIK POLİKLİNİK

Özel dizayna sahip, 190 m2, 5 oda, banyo ve wc, mutfak, 3 Karvo koltuğu (intra oral kameralı), ameliyat odası, özel kurşun geçirmez röntgen odası; dijital Kodak ve Gender röntgenleri; full komputer sistemi; kameralı operasyon lambası, full malzeme, ilaç donanımlı, komple tedavi; cerrahi; protez ekipmanları, sterilizatör Hemen çalışabilecek durumda muayenehane  
0532 725 95 70

## Kurs Kongre Sempozyum

Ankara Dişhekimleri Odası  
8. Bahar Sempozyumu  
27-30 Mart 2008  
Queen Elizabeth Hotel/Antalya  
t: 0.312.435 90 16  
www.baharsempozyumu.com

Meffert İmplant Enstitüsü  
İmplant Eğitim Programı  
20-25 Mayıs 2008  
Bodrum Baia Hotel  
t: 0.312.427 62 25

### VEFAT

Çanakkale Dişhekimleri Odası üyesi meslektaşımız

#### Ümit Tuna

vefat etmiştir. Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşıyor, başsağlığı dileriz.

### VEFAT

İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri meslektaşımız Ahmet Gürbüz'ün kardeşi **Mehmet Gürbüz** 17 Ocak 2008 tarihinde vefat etmiştir. Meslektaşımızın acısını paylaşıyor, başsağlığı dileriz.

## 1. DUYURU DİŞHEKİMLİĞİNİN 100.yılında 4. GELENEKSEL KARADENİZ BAHAR SEMPOZYUMU



Samsun Dişhekimleri Odası



### PROGRAM

#### 4 Nisan 2008

III. Temsilciler Konseyi Toplantısı  
Yer: North Point Otel (SAMSUN)

#### 5-6 Nisan 2008

Bilimsel Sempozyum  
Yer: Atatürk Kültür Merkezi (SAMSUN)

#### Katılım Ücreti

31 Mart 2008'e kadar	60 YTL
31 Mart-5 Nisan 2008 arası	100 YTL
Günlük katılım ücreti	20 YTL

#### Katılımlara Dahil olan hizmetler

Çanta, Bilimsel Programa katılım, iki öğle yemeği, balo yemeği, expodental, çay kahve ikramı, sertifika



Samsun Dişhekimleri Odası  
Ulugazi Mah. 19 Mayıs Bulvarı  
No:16 Kat:1 SAMSUN  
Tel: 0.362 435 44 78 - 435 95 47  
www.samsun-dho.org  
oda@samsun-dho.org