

T D B D

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi • Sayı: 74 Mayıs 2003



Turizmin başkentinde

TDB Kongresi





Savaşa ve işgale karşı alanlardaydık

14
Irak'ı işgal hareketi işgalcilerin zaferiyle sonuçlandı. Türk Dişhekimleri Birliği'nin de aralarında bulunduğu sivil toplum örgütleri hem savaşı hem de işgali protesto etmek üzere gösteriler ve basın açıklamaları düzenlediler.



Dentalya hazırlıklarında son durum

20
19-21 Haziran'da Antalya'da yapılacak olan TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Dentalya 2003 organizasyonunda görev alan komitelerin sorumlularından bilimsel, sosyal programlar ve Expodental 2003 fuarı hakkında bilgi aldık



'Tüketici haklarında TDB de müdahil olacak'

24
Tüketici Hakları Yasası'nda yapılan son değişiklikler sırasında TDB Tüketici Hakları Komisyonu'nun müdahalesi ve milletvekili meslektaşlarımızın TBMM'deki çabaları sonucu artık TDB de Tüketici Konseyi'nde yer alacak.



'Adli dişhekimliği hala bakir bir alan'

28
Geçtiğimiz günlerde ABD'deki bir davada yaptığı bilirkişilik nedeniyle basında geniş yer alan meslektaşımız Dr. Hüseyin Afşin'e hem söz konusu olayı hem de Türkiye'de adli dişhekimliğinin bugünkü durumunu sorduk.



'Amacımız tarihi yargılamak değil'

50
'Kurtuluş' ve 'Cumhuriyet' gibi filmleriyle yakın tarihimizin önemli dönemlerini başarıyla sinemaya aktaran Ziya Öztan bu kez kamerasını 31 Mart dönemine, 2. Abdülhamit'in son günlerine çeviriyor. Öztan, filmlerinin düne değil, bugüne ve yarına ait oldukları iddiasında.



'Geleceğin sistemlerini kuruyoruz'

58
Güney Diş Deposu Yönetim Kurulu Başkanı Ferizan Peker, 2003 yılıyla birlikte yaptıkları yeniliklerden bahsederken bundan sonraki yönelimlerinin ithalattan çok, üretim ve ihracat yönünde olacağını dile getiriyor.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan
Celal Korkut Yıldırım
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter
Murat Ersoy
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu
Tatvos Bebek
- TDBD Yayın Kurulu
Doç.Dr. Begüm Akkayan
Recep Erdöndü
Akgül Güerük
Neşe Dursun İnceoğlu
Sertaç Peker
- TDBD Bilimsel Danışma Kurulu TDB Eğitim Komisyonu'dur
- Editör
Hakan Sürmen
- Görsel Yönetmen
Şeref Kartal
- Reklam için başvuru
Tel: (212) 327 84 41 (pbx)
Fax: (212) 327 84 43
- Ofset Hazırlık **Studio**
Baskı-Cilt **Stil Matbaası**
- Editöryal üretim ve yapım
Nisan İletişim
Cihannüma Mah. Salihefendi Sok.
No:4/9 K:6 Mistaş İşhanı
Beşiktaş/İstanbul
nisaniletisim@superonline.com
Tel: 0212. 327 84 41
Fax: 0212. 327 84 43
- Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi
Ziya Gökalp Caddesi No: 37/11
Yenişehir-ANKARA
Tel: (312) 435 93 94
Fax: (312) 430 29 59
www.tdb.org.tr
e mail: tdb@tdb.org.tr
- ISSN: 1303-9784

REKLAM İNDEKSİ

COLGATE.....	Ön kapak içi
İPANA.....	Arka kapak içi
SIGNAL.....	Arka kapak
SÖNMEZ MED.....	03
ORAL B.....	04
BRAUN.....	05
GÜNEY DİŞ.....	11
DENTSPLY.....	12
MEDIFARM.....	19
CAN MEDİKAL.....	22-23
UNİMED.....	25
LİDER DİŞ.....	27
RF SYSTEM.....	33
DENTANET.....	34-35
MED-DENT.....	40
TEKMİL.....	44-45
BASMACI DİŞ DEPOSU.....	49
3M.....	52
İVOCLAR-VIVADENT.....	55



Celal K. Yıldırım
TDB Genel Başkanı



Çalışmadan, yorulmadan, öğrenmeden...

Bazılarımız insanlık adına utanarak, bazılarımız hem utanarak hem de bir şeyler yapamamanın çaresizliği ile lanetler okuyarak üçüncü binyılın barbarlarının Irak'taki işgalini ekranlardan izledik. Şimdi de paylaşım pazarlıklarını izliyoruz. Bu barbarlara karşı 83 yıl önce verdiğimiz ulusal bağımsızlık savaşımızı hatırlamadan bu kirlî savaştan, paylaşımlardan payımızı 'almada' yanlışlar yaptığımızı söyleyen bazı siyasetçileri, iş adamlarını ve medyası televizyonlarda acı bir tebessümle izliyoruz.

Irak'ta insanlık dışı gelişmeler yaşanırken ülkemizde pamuk ipliğine bağlı mali ve reel sektörlerde gelgitler yaşandı, yaşanıyor. Bu gelgitler uzun süredir sıkıntı içerisinde olan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin alıcılarını, yani hastaları ve hizmet sunucuları olan dişhekimlerini bir kez daha sarsıyor.

Son 10 yıldır ekonomide yaşanan bu gelgitlere karşı tüm meslek kuruluşlarında olduğu gibi bizler de odalarımızla birlikte çıkış yolları arıyoruz.

Bir yandan insanlarımıza tasarruf gerekçesi ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden vazgeçmelerinin yaratacağı sağlık sorunlarını tüm olanaklarımızı kullanarak anlatmaya çalışırken; diğer yandan asgari ücret tarifelerini enflasyonun altında düzenleyerek ve dişhekimlerini; emeklerini toplu çalışma birimlerinde kullanmalarının yaratacağı avantajlar konusunda bilgilendirilerek bu olumsuz süreci aşmaya çalışıyoruz. Toplumun dişhekimliği hizmetlerini kullanma alışkanlıklarını kaybetmemesi için tüm çabamızı gösteriyoruz. Çabalarımızın sonuçlarını değerlendirmek ve yeni çıkış yollarını tartışmak üzere Antalya'da TDB 10. Uluslar arası Dişhekimliği Kongresi'nde konunun uzmanları ile birlikte olacağız.

Türk Dişhekimleri Birliği kurulduğu günden itibaren devlet ve endüstri ile birlikte toplumu ağız diş sağlığının önemi konusunda bilgilendirirken alışkanlıklarını da değiştirmek için yoğun çabalar gösterdi. Meslek politikalarını sorgulayarak, yeni şeyler öğrenerek odaları ile birlikte ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde izlenmesi gereken politikalar konusunda öneriler sundu. Bilimsel ve teknolojik yenilikleri meslektaşlarımıza ulaştırmak için 1992 yılından beri her yıl uluslararası kongreler düzenlendi.

Şimdi Antalya'da tüm zorlukları aşarak herkesin beğenisini kazanacak bilimsel ve sosyal programın yanı sıra günün en büyük kongre ve fuarını hazırlıyoruz.

Türk Dişhekimleri Birliği insani ve mesleki sorunlarda ki duruşunu her zaman toplumsal yarar, dayanışma, paylaşma ve kurumsal bağımsızlık ilkeleri üzerinde kurdu ve sürdürdü. Türk Dişhekimleri Birliği bugün dişhekimliği camiasında ve diğer sosyal kesimler arasında saygın bir kuruluş olarak anılıyorsa bunun nedeni çok çalışması, kendini sorgulaması ve öğrendiklerini paylaşmasıdır.

'Çalışmadan, yorulmadan, öğrenmeden rahat yaşama yollarını alışkanlık haline getirmiş milletler evvela hayşiyetlerini ve daha sonra istikallerini kaybetmeye mahkumdurlar'. Yıllar önce Atatürk'ün söylediği bu cümleyi başta siyasetçilerimiz olmak üzere tüm kurumsal yapılara ve bireylere hatırlatmayı günümüz Türkiye'sinde çok anlamlı buluyoruz. Türk Dişhekimleri Birliği kongreleri bizim emeğimizin ve özverimizin ürünüdür. Her zaman olduğu gibi emek verenleri yalnız bırakmamanız dileğiyle.

Arayı açmadan yeniden birlikteyiz

Bir önceki sayımızda sözümüzü 'barış gündeminde buluşmak üzere' bitirmiştik. Dilediğimiz şekilde olmasa da görelî bir barış ortamı sağlanmış bulunuyor. Binlerce masum insanın hayatına malolan savaş kısa sürede işgalcilerin zaferiyle sonuçlandı. TDB'nin de aralarında bulunduğu sivil toplum örgütleri savaşa ve sonrasında işgale karşı tepkilerini her platformda kararlılıkla dile getirdi. Bu eylemlerle ilgili haberlere ve işgal hareketinden unutulmaması gereken görüntülere sayfalarımızda yer verdik.

Bu kez arayı açmadık. 73. sayımızın basımından yaklaşık 35 gün sonra yeni sayımızı çıkarmış bulunuyoruz. Haziran sayımızı da Haziran ayı başında baskıya vereceğiz ve böylelikle bir süredir normal akışından uzaklaşan yayın periyodumuz yeniden düzene girmiş olacak.

Geçen sayımızda yaptığımız değişiklikler okurlarımızdan olumlu tepkiler aldı. Bunun verdiği enerjiyle meslektaşlarımızın daha fazla yararlanabilecekleri bir dergi yaratmak için yeri geldikçe başka yenilikler de sunacağız. Bunlardan ilki Hukuk Köşesi. Önümüzdeki sayıdan itibaren sizden gelecek hukuki problemlerin uzmanımız tarafından yanıtlanacağı bir sayfamız olacak. Faks, mektup ve e-mail'lerinizi bekliyoruz.

Yayın Kurulu'muz yeni katılımlarla zenginleşti. Aramıza yeni katılan arkadaşlarımız hoşgeldin diyoruz. Bu katılımlarla içeriğimiz de zenginleşecek.

Bu sayıda yeni bir sayfamız daha var. İnternette dişhekimliğiyle ilgili siteleri inceleyip tanıtacağımız sayfamız internette aradıklarınıza daha derli toplu ulaşmanıza yardımcı olacak.

Bu sayıdan itibaren dergimizin dağıtımını Aras Kargo ile yapacağız. Bu konuda kimi zaman yaşanan sıkıntıların da ortadan kalkacağına inanıyoruz.

Eleştiri ve katkılarınızı esirgememeniz dileğiyle bir sonraki sayıda görüşene kadar sağlıklı kalın.

TDB gündemi

Bütçe Uygulama Talimatı'nın iptali

Kamu kurumlarında çalışanların ve emeklilerinin serbest dişhekimlerince sevk edildiklerinde uygulanacak ücretler yeni Bütçe Uygulama Talimatı'nda da yine TDB Asgari Ücret Tarifesi'nin altında belirlendi. Bilindiği gibi geçtiğimiz yıllarda da aynı durum söz konusuydu. Zor durumda kalan hastalar anayasal haklarını kullanarak dava açmışlar ve kazanmışlardı. Bunun üzerine TDB 2002 Bütçe Uygulama Talimatı için Danıştay'da dava açarak iptal ettirmişti. Bu yıl yeni yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatı'nda da bu konuda bir ilerleme sağlanamadığından TDB yine iptal için gerekli hukuki süreci başlatmıştır.

Uzmanlıkla ilgili girişimler

Dişhekimliğinde Uzmanlık Tüzüğü'nde gelişen son durumla ilgili görüş alışverişinde bulunmak üzere TDB Genel Başkanı Celal K. Yıldırım ve Genel Sekreteri Murat Ersoy Sağlık Bakanlığı Müsteşar Vekili Sabahattin Aydın'ı makamında ziyaret ettiler. Yapılan ziyarette TDB'nin görüşleri bir kez daha dile getirilerek ülke yararına ortak bir çözüm için TDB'nin üzerine düşeni yapmaya hazır olduğu belirtildi.

Konuyla ilgili olarak İstanbul'da bulunan Dişhekimliği Fakültesi Dekanlarıyla bir toplantı yapıldı. Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinin ev sahipliği yaptığı toplantıya TDB Merkez Yönetim Kurulu'nun İstanbul'da bulunan üyeleri, İDO Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu, dişhekimî milletvekilleri Remziye Öztoprak ve O. Seyfi Terzibaşıoğlu, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Betül Tunçelli, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Funda Yanıkoğlu, Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Türker Sandallı ve Prof.Dr. Selçuk Yılmaz katıldılar. Toplantıda katılımcılara görüşlerimiz bir kez daha aktarıldı ve gelişen bu durumda birlikte yapılabilecekler hakkında görüş alışverişinde bulunuldu.

75 yıl sonra 1219 değişiyor

1219 sayılı yasa tasarısına son şekli veriliyor. TDB tarafından hazırlanan tasarıya konuyla ilgili bilgi sahibi kimselerden de görüşleri alınarak düzeltmeler ve ilaveler yapılıyor. Tasarı tam bir metin haline ge-

tirildiğinde yasallaşması için gerekli redaksiyonlar yapılarak ilgili mercilere verilecektir. Bu arada 1219 sayılı yasa tasarısı web sitemize yerleştirilmiştir. Bu konuda görüşleri olan meslektaşlarımızın önerilerini en geç 30 Mayıs akşamına kadar TDB adresine posta, faks veya e-mail yoluyla iletmemeleri tasarımın zenginleşmesine katkıda bulunacaktır.



Sağlık Platformu oluşturuldu

Geçtiğimiz dönemlerde sağlık meslek birlikleri çeşitli sorunlarda birlikte hareket etmek üzere bir araya geliyorlardı. Bir süredir gerçekleştirilmeyen bu birliktelik tekrar oluşturuldu.



Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) – Türk Eczacıları Birliği (TEB) – Türk Tabipleri Birliği (TTB) – Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), sağlık meslek örgütlerinin belirli konularda ortak tavır alabilmesini sağlamak üzere bir araya geldi. Nisan ayı içinde Ankara'da yapılan ilk toplantıda aşağıdaki başlıklar belirlendi:

- 1) Bundan sonraki toplantıların nasıl bir organizasyonla sürdürülebileceğinin belirlenmesi,
 - 2) Bu dört örgütün düzenleyeceği, ortak bir savaş karşıtı eylemin olanaklarının tartışılarak bir sonraki toplantıda görüşülmesi,
 - 3) Bu yapıyı oluşturan her bir örgütün gündemlerinin paylaşılmasının, ortak tutum almaya katkısı olacağı öngörüsüyle bu yönde bir hazırlığın toplantıya getirilmesi,
 - 4) 58-59. Hükümetin başta sağlık olmak üzere politikalarının değerlendirilmesi.
- Bu görüşmeler neticesinde 16 Nisan'da dört büyük ilde Irak'ın işgaline karşı ortak eylemler gerçekleştirildi. Sağlık Platformu'nda TDB'yi Genel Sayman M. Kemal Taş temsil edecek.

Toplum ağız diş sağlığı projeleri

Toplum ağız diş sağlığına yönelik ulusal bazda ortak projeler üretmek için firmalarla yapılan görüşmeler devam ediyor. Önceki yıllarda uygulanan ve başarılı sonuçlar veren projelere yenilerini katmak

için bir süredir ağız-diş sağlığı bakım ürünleri üreten firmalarla çalışmalar yapıyordu. Bilindiği gibi TDB tüm firmalarla birlikte büyük bir proje gerçekleştirmek istiyor ve bu yönde çalışmalar yapıyor. Bu çalışmalar realize edilinceye kadar firmalarla tek tek projeler hayata geçirecek. Hatta bazılarında hazırlıklar son aşamasına gelmiş bulunuyor. Üzerinde tam anlamıyla mutabık kalınanlarla ilgili olarak meslektaşlarımıza duyurulur yapılacak.

Dentalya hazırlıkları hızlandı

Antalya'da yapılacak TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi çalışmalarını tüm hızıyla sürüyor. Kongrenin bilimsel programından önce yapılacak 2 günlük Meslek Sorunları Sempozyumu'nda tartışılacak konu belirlendi. Tüm sıcaklığıyla gündemde olan uzmanlık, MSS konusu olarak saptandı. Dişhekimliğinde Uzmanlık Tüzüğü, sorunun taraflarının bir arada olduğu work-shoplarda tartışılacak.

Ayrıca MSS programı içerisinde Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinde Finansman Çalışma Grubu da konunun uzmanlarının katılımıyla toplanarak konuyu bütün boyutlarıyla ele alacak ve TDB'nin önünü açacak sonuçlar çıkarmaya çalışacak.

MSS gündemindeki uzmanlık ve finansmanla ilgili çalışmalardan çıkan sonuçların tüm meslektaşlarımızı yakından ilgilendireceğini sanıyoruz.

Yeni Tüketici Protokolü hazırlanıyor

Tüketici Haklarının Korunması ilkesinden yola çıkarak dişhekimleri ve firmalar arasında çıkan sorunların yasal prosedüre başvurmadan hakem yöntemiyle çözülmesi için daha önceki yıllarda hazırlanan Tüketici Protokolü yenileniyor. Yeni çıkan Tüketici Hakları Koruma Yasası ve günümüz koşulları da dikkate alınarak revize edilen protokole son şekli verilmek üzere. TDB tarafından hazırlanan protokol DİŞSİAD'ın da görüşleri alınarak hayata geçirilecek.

Türk Dişhekimleri Vakfı Genel Kurulu yapıldı

Türk Dişhekimleri Vakfı 19 Nisan 2003 tarihinde Olağanüstü Genel Kurul toplantısını yaptı. Genel Kurul sonrası yeni oluşan yönetim 19 Nisan 2003 tarihinde ilk toplantısını yaptı ve Vakıf Başkanlığına Salih Gül, Başkanvekilliğine Mahmut Cömert getirildi. Genel Sekreterliğe Akın Arkün ve Saymanlığa Salih Gündoğdu'nun getirildiği Yönetim Kurulu'nda Gülümser Koçak, Ha-



san Yaman, Hüseyin Elmacı, Mehmet Gözcü, Tarık Tunçel üye olarak görev yapacaklar.

Dergimizin dağıtımıyla ilgili

Yoğun bir emek harcanarak hazırlanan dergimizin (TDBD) dağıtımında sürekli sorunlar yaşıyordu. TDB'nin üyeleriyle tek iletişim aracı olan ve 17.000 adet basılarak gönderilen dergimizle ilgili her defasında ulaştı, ulaşmadı tartışmasını yaşıyorduk. Bu durum dikkate alınarak ulusal bazda dağıtım yapan ciddi firmalardan teklif alınarak değerlendirildi. Bundan sonra dergimizin dağıtımı Aras Kargo ile yapılacak. Buna rağmen dergileri adreslerine ulaşmayan üyelerimizin odalarına başvurmalarını rica ediyoruz.

Para cezalarının tahsilatını kolaylaştıracak bir değişiklik

Hükümetin yeni bir tasarrufuyla çeşitli konularda verilen para cezaları idari para cezalarına çevrildi. Böylelikle odaların bu cezaların tahsilinde yaşadığı sorunlar da azalacak. 24 Nisan 2003 tarihinde TBMM'nin 71. birleşimde; 1219 Sayılı yasanın 26, 27, 44, 54, 55, 56, 61, 62, ve 67. maddelerindeki para cezaları 87 milyon TL'ye, 42 ve 70. maddelerindeki 174 milyon TL'ye, 3224 Sayılı yasanın 46. maddesindeki ceza 694 milyon TL'ye çıkartılıp idari para cezalarına çevrildi. Yasanın yeni şekline göre ceza en büyük mülki amir tarafından verilecek. Para cezasının tahsilatı da Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun'a göre yapılacak.

T.D.B. 10. ULUSLARARASI DIŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
T.D.A. 10th INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS
EXPODENTAL 2003

17-21 HAZİRAN 2003
JUNE 17-21

Cam Piramit
Kongre Merkezi ve
Antalya Kültür Merkezi Kompleksi

DENTALYA 2003

Signal Colgate Paro VIVIDENT Garanti

Diş Koruma Günleri dördüncü yılında

Türk Dişhekimleri Birliği ve Colgate tarafından, Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile düzenlenen "Diş Koruma Günleri" bu yıl 6- 25 Ekim tarihleri arasında dördüncü kez gerçekleştirilecek. Geçen yıl 7- 26 Ekim 2002 tarihleri arasında düzenlenen ve yaklaşık 3 bin gönüllü dişhekiminin katıldığı üçüncü Diş Koruma Günleri'nde, 140 bin kişi ücretsiz muayene olanağından yararlandı. 6-12 yaş arasındaki yaklaşık 40 bin çocuğa çürük önleyici "fissür örtücü" ücretsiz olarak uygulandı.

Kampanya, toplumun ağız ve diş sağlığı konusunda bilinçlendirilmesini ve kontrol amacıyla düzenli olarak dişhekimine gitme alışkanlığının kazandırılmasını amaçlıyor. Diş Koruma Günleri'nde ayrıca, koruyucu dişhekimliği anlayışının toplumda yerleştirilmesi hedefleniyor.

Diş Koruma Günleri'ne gönüllü olarak katılan dişhekimleri, üç hafta süresince günde belirli saatlerini, kendilerini arayarak randevu alan hastalara ayıracaklar. Kampanyada yer alan dişhekimlerinin telefon numaraları ve adresleri gazete ilanları aracılığıyla halka duyurulacak. Diş Koruma Günleri'nde kampanyaya katılan gönüllü dişhekimlerine, fissür örtücü kiti, ağız bakım broşürü, Colgate diş macunu numuneleri, kampanya tanıtım malzemeleri(stand, poster) ve durum tespit formları gönderilecek.



Kampanyada gönüllü olarak yer almayı arzu eden dişhekimlerinin TDBD ile birlikte gelecek katılım formunu 6 Haziran 2003 tarihine kadar posta yoluyla P.K. 337 Şişli-İstanbul adresine ya da (0212) 296 72 58 numaralı faksa iletmeleri gerekiyor. Diş Koruma Günleri katılım formunu 23 Mayıs 2003 akşamına kadar ulaştıran dişhekimleri arasından çekilecek kurayla seçilen 10 dişhekimini Antalya'daki TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ne ücretsiz katılacak.

Diş Koruma Günleri'ne ilgi artarak devam ediyor

Diş Koruma Günleri'nde geçen üç yıl içinde 8 bin 467 dişhekimini katkıda bulundu. Toplam 360 bin kişinin ücretsiz muayene edildiği kampanyada 109 bin çocuğa çürük önleyici uygulandı. 2000 yılında kampanya katılımcılarını bilgilendirmek amacıyla hizmet veren danışma hattını arayanların sayısı 5 bin 207 iken 2002 yılında bu sayı 9 bini aştı.

Danışma hattını arayanların yüzde 41'i kampanya sonrası tedavi amacıyla dişhekimini ziyaret ettiklerini belirtti. Kampanya sonrasında tedavi amacıyla dişhekimine gitmeme nedeni olarak yüzde 59 oranında korku, ihmalkarlık ve ekonomik sorunlar gösteriliyor. Bilgi hattını arayanların yüzde 77'sini kadınlar, yüzde 75'ini 20-39 yaş grubu oluşturuyor.

Samsun'da Mobil Santrale Hayır

Samsun Dişhekimleri Odası Samsun Tekkeköy'de kurulan ve faaliyete geçen mobil santral için tepkilerini dile getirdi. Samsun'da tüm sivil toplum kuruluşları ve halk 13 Nisan 2003 Pazar günü Mobil Santrale Hayır Mitingi tertiple-di. Samsun Dişhekimleri Odası da yazılı ve görsel basında tepkisini dile getirdi.

İnternet sitesi açıldı

Samsun Dişhekimleri Odası da sanal alemde yerini aldı. Büyük titizlikle hazırlanan web sayfası faaliyete geçti. Meslektaşlarımız bundan böyle Samsun Dişhekimleri Odası'na ait tüm bilgileri ve faaliyeti www.samsundho.org adresinden takip edilebilecek.



Hepatit-B aşı kampanyası

Samsun Dişhekimleri Odası Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden temin edilen Hepatit-B aşısıyla tüm dişhekimleri ve dişhekimleri yardımcıları aşılamak için bir kampanya başlattı. Aşılar 12-13-14 Mayıs 2003 tarihli arasında uygulanacak. Samsun Dişhekimleri Odası'na üye dişhekimlerinin Oda sekreterliğine müracaat etmeleri gerekiyor.

Tel: 0.362.435 44 78 - 435 95 47

Hepatit-B

aşısı

oldunuz

mu?

'Kader' yakamızı bırakmıyor!

Dergimiz baskıya girerken Bingöl Depremi'ni haber aldık. 1 Mayıs sabahı 03:27'de meydana gelen 6.4 şiddetindeki deprem ilk gelen bilgilere göre 100'ün üzerinde yurttaşımızın ölümüne neden olmuştur.

Çeltiksuyu Yatılı İlköğretim Bölge Okulu'nda enkaz altında 140'dan fazla öğrencinin bulunduğu haberi endişeli bir bekleyişe sürüklemişti insanlarımızı. TDB zaman kaybetmeden bölgeden haber almaya çalıştı. Bölgedeki meslektaşlarımızdan herhangi bir can kaybının olmadığına dair gelen haberler yüreğimize su



serpti. Bununla birlikte meslektaşlarımızın muayenehane ve evlerinde maddi hasarlar meydana geldiği de aldığımız haberler arasında.

TDB Afet Komisyonu önümüzdeki günlerde bölgede yapılacak incelemeler ve hasar tespit çalışmaları sonucunda zarar gören meslektaşlarımıza TDB Afet Fonu'ndan yardım edilmesi doğrultusunda gerekeni yapacak.

Ayrıca meslektaşlarımızın dayanışma amacıyla yapacağı bağışların ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında da TDB Afet Komisyonu yardımcı olacaktır.

Meslektaşlarımızı felaket anında yalnız bırakmamak için Afet Fonu



Bilindiği gibi TDB'nin 1998'de yapılan 7. Olağan Genel Kurulu'nda gerekli hallerde kullanılmak üzere bir Afet Fonu'nun oluşturulmasına ve dişhekimlerinin her yıl aidatlarına ek olarak Genel Kurul'da belirlenecek miktarda bir afet fonu ödentisi yapmaları kararlaştırılmıştı. Ancak uygulama sırasında malesef meslektaşlarımızdan zaman zaman Afet Fonu konusunda itirazlar geliyordu.

1999'un Ağustos ve Kasım aylarında yaşadığımız büyük depremler sonrasında, yine 2001 yılının Mayıs ayında Hatay'da yaşanan sel felaketinin ardından meslektaşlarımızın yaralarının sarılmasında Afet Fonu'nun büyük yararının görülmesi meslektaşlarımızın fonun önemini daha iyi hissetmelerini sağladı. Bu konudaki eleştiriler de azaldı.

Danıştay Afet Fonu kesintilerini onayladı

Ancak bu süreçte bazı meslektaşlarımızın hukuki boşluk konusundaki endişeleri, bazıların da Afet Fonu'nun hukuki olmadığı konusundaki değerlendirmelerine Danıştay son noktayı koydu. Danıştay kararında şöyle deniyordu:

"Türk Dişhekimleri Birliği'nin 7. Olağan Kongresi'nde alınan, afet fonu kurulması ile ilgili 9 sıra numaralı, toplumsal projelerin desteklenmesi ile ilgili 15 sıra numaralı ve disiplin cezası alan mensupların cezaları yürürlükte kaldığı süreçte Birlik tarafından düzenlenen kongrelere ve odalardaki tüm bilimsel faaliyetlere katılmalarına ilişkin 19 sıra numaralı kararların iptali istemiyle açılan dava sonucun-



da; Danıştay Sekizinci Dairesince verilen ve davanın 9. ve 15 sıra nolu kararlara yönelik kısmın reddine, 19 sıra nolu kararın ise iptaline ilişkin bulunan 29.1.2001 günlü, E:1999/477. K:2001/251 sayılı kararın, redde ilişkin kısmını davacı Oda temyiz etmekte ve bu aşamada yürütmenin durdurulmasını istemektedir.

Temyiz dilekçesinde öne sürülen hususlar, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 52 nci ve değişik 27 nci maddelerine göre yürütmenin durdurulmasına karar verilmesini gerektirecek nitelikte bulunmadığından davacının yürütmenin durdurulması isteminin reddine. 6.4.2001 günü 9 sıra nolu karar yönünden oyçokluğu. 15 sıra nolu karar yönünden oybirliği ile karar verildi."

Yargı kararıyla da onaylanan Afet Fonu'nun ne kadar gerekli olduğu daha önce yaşadığımız felaketlerde zarar görenlere yapılan yardımlarla ortaya çıkmıştı. Afet Fonu'nun daha güçlü olabilmesi ve o lası bir felaket anında dayanışmamızı gösterebilmek için **artık** tüm meslektaşlarımızdan Afet Fonu konusunda duyarlı davranmalarını bekliyoruz.

Savaşa ve işgale karşı alanlardaydık

Savaşa Karşı İstanbul Buluşması

Irak'ta Savaşa Hayır Koordinasyonu'nun düzenlediği 'Savaşa Karşı İstanbul Buluşması' adlı miting 6 Nisan Pazar günü yaklaşık 50 bin kişinin katılımıyla İstanbul Çağlayan Meydanı'nda gerçekleştirildi.

Partiler, sendikalar, odalar ve diğer sivil toplum örgütlerinin katıldığı mitingde Türk Dışhekimleri Birliği de pankartıyla yer aldı. Bush'un dünyaya acı veren çürük bir diş olarak tasvir edildiği TDB pankartında Türkçe ve İngilizce olarak 'Savaşa Hayır, Bush'a Hayır, Çürüksüz Dünya!' sloganları kullanıldı.

Meslektaşlarımız, Türk Tabipleri Birliği ve Türk Eczacılar Birliği gibi sağlık meslek örgütleriyle birlikte yürüdü.

Sık sık 'ABD askeri olmaya çağız' ve 'Katil ABD, Ortadoğu'dan defol' sloganlarının atıldığı miting çeşitli sanatçı-

ların söylediği şarkılar ve ortak bir bildirinin okunmasının ardından olaysız sona erdi.

Sağlık Platformu 4 ilde işgali protesto etti: 'Katledenler tedavi edemez'

Türk Dışhekimleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nın oluşturduğu Sağlık Platformu ABD temsilciliklerinin bulunduğu İstanbul, Ankara, İzmir ve Adana'da ortak eylemler yapma kararı aldı. 16 Nisan günü 12:30'da dört ilde aynı anda beyaz önlükleriyle toplanan sağlık çalışanları Bush ve Blair'e yönelik açık mektubu basına okuduktan sonra temsilciler aracılığıyla konsolosluklara iletiler. Mektupta Irak'taki katliam ve yağma olayları protesto edildi ve 'Bizler yaşamı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık çalışanları olarak,



6 Nisan 2003 / Savaşa Karşı İstanbul Buluşması

'İşgale son' çağrısı



16 Nisan 2003 / Adana

barıştan yana dünya kamuoyu ile birlikte, sizin değerlerinize göre ucuza malettiğiniz bu zaferin sarhoşluğuna kapılıp, dünyamızı yeni kanlı serüvenlere sürükleyeceğinizi endişesini taşıyoruz. Hangi siyasal sistemle yönetilirse yönetilsin, çocuklarını katlettiğiniz, kentlerini yakıp yıktığınız, kültürel ve tarihi değerlerinin yağmalanmasına göz yumduğunuz ülkelere demokrasi götüreceğinize artık kimseyi inandıramazsınız. Bu yüzden, ya dürüst davranıp yaptığımız işin adını koyun, ya da Ortadoğu'dan çekilip evinize dönün.' dendi.

Adana'dan 'İşgale Son' çağrısı

Adana Sağlık Platformu, ABD ve İngiltere'nin işgaline tepki göstererek, "Irak'ta insanlığın geçmişine bomba atıldı. Dünya buna seyirci kalamaz" dedi.

Adana Tabip Odası'nda (ATO) düzenlenen basın toplantısına ATO Başkanı Dr. Rıza Mete, Adana Eczacılar Odası Başkanı Erdoğan Çolak, Adana Dışhekimleri Odası Başkanı Asım Savaş ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası adına Ali Dinigüzel ve yönetim kurulu üyeleri katıldı.

"Tüm Dünyaya Açık Mektup" başlıklı basın açıklamasında, akıl ve vicdan sahibi herkesin, ABD ve İngiltere'nin tüm dünyanın gözü önünde gerçekleştirdikleri Irak hareketinin hiçbir meşruiyeti bulunmadığını belirten dönem sözcüsü ve Adana Dışhekimleri Odası Başkanı Asım Savaş; başta çocuklar olmak üzere çok sayıda insanın öldürülmesi, yaralanması, ruhsal açıdan örselenmesine yol açan bu saldırının artık açık bir işgal haline geldiğini söyledi.



16 Nisan 2003 / Ankara



16 Nisan 2003 / İstanbul



21. yüzyılın barbarlarından geride kalan



Prof.Dr. Nusret H. Fişek Halk Sağlığı Ödülü'nü İstanbul Dişhekimleri Odası kazandı



İstanbul Tabip Odası'nın her yıl temel sağlık hizmetleri alanında önemli katkıları olan projelere verdiği Prof.Dr. Nusret H. Fişek Halk Sağlığı Hizmet/Teşvik Ödülü bu yıl 'Dişlerimi Seviyorum' başlıklı projeye İstanbul Dişhekimleri Odası'na verildi. İDO Yönetim Kurulu Üyesi ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu Sorumlusu Ümit Yurdakul projeye ilgili sorularımızı yanıtladı.

TDBD: Proje fikri nasıl doğdu?

Ümit Yurdakul: İstanbul Dişhekimleri Odası, özellikle okullarda, bu tür sağlık eğitimi çalışmaları veriyordu zaten. Ancak, verdiği eğitimi değerlendirme ve ölçme kısmında eksik kalıyordu. Geçmişte yapılan çalışmaları daha derli toplu, sınırları belli olan bir çalışma haline getirmek için bir proje tasarladık. İsmi de eğitmen dişhekimliği projesi içerisinde yer alan dişhekimleriyle yaptığımız anket sonucunda ortaya çıktı. Bir çok isim vardı, içlerinden "Dişlerimi Seviyorum" ismi ön plana çıktı. Dolayısıyla bu projenin sahibi de oraya katılan kursiyerler oldu aslında.

TDBD: Projede fakülteyle birlikte mi çalışıyorsunuz?

İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden destek alıyoruz. Projemizi anlattığımızda onlar da bu projeye inandılar. Projenin eksik taraflarını da onlar tamamladılar. Projeyi gerçekleştirecek eğitmen dişhekimlerinin eğitim-

mesi ve eğitim işinin de bilimsel bir yaklaşımla yapılması gerektiğinden fakülteden destek istendi. Prof.Dr. İnci Oktay ile Prof.Dr.Gülçin Saydam bu konuda geçmişte yaptıkları çalışmalarını da masaya yatırarak bizim projeye bazı ilavelerde bulundular ve bizim 150'ye yakın eğitmen dişhekimimizi kurslarla eğitmeye karar verdiler. Bilimsel bazı çalışmalarını fakülteyle birlikte yapmamız için de bize yol gösterdiler. Örneğin pilot okulların oluşturulması, kanıta dayalı risk esaslı çalışmaların yapılması, Milli Eğitim'e bağlı sağlıkta öncelikli okullara bu projenin sokulması fikri onlardan geldi.

TDBD: Bu eğitilen dişhekimleri nelerle gidecek?

Önceki çalışmalarda biz gelen talepleri değerlendiriyorduk. Şimdi biz talep yaratmayı düşündük. Hedefe en kolay kilitlenebileceğimiz yerler okullar tabii ki. Önümüzdeki günlerde İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri ile oturup konuşacağız

Diyarbakır Dişhekimleri Odası sahte dişhekimlerinin peşinde

Diyarbakır Dişhekimleri Odası geniş bir bölgede denetim ve hizmet sunma çabasını sürdürüyor.

Sahte dişhekimleri sorununu kökten sonuçlandırmak için; illerde başta sağlık müdürlükleri, valilik ve adli kurumlarla işbirliği yaparak, takibe yönelik çalışmalarda kuralların işlerliği somutlaştırılıyor.

Diyarbakır Dişhekimleri Odası Başkanı Kahraman Gündüz Güzel bu denetimlerle ilgili olarak 'Yapılan denetimlerde meslektaşlarımızın bir çoğu bize yardımcı olmaktan geri durmadılar. Üzülerek belirtmek gerekir ki, il ve ilçelerdeki bazı meslektaşlarımızın kuraldışı çalışmaları, bizleri oldukça üzmüştür. Yaptığımız görev gereği, haklarında soruşturma yapıp disipline sevk edilmişlerdir. Halen etik ve deontolojik kurallar içeri-

sinde çalışmayan meslektaşlarımızın var olması bizleri üzüyor.' dedi.

Çeşitli tarihlerde Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın yönetim kurulu üyelerinin yaptığı denetimlerde mevzuata uymayan toplam 30 dişhekimini hakkında disiplin soruşturması açıldı. 36 sahte dişhekimini hakkında da Cumhuriyet Savcılıklarına suç duyurusunda bulunuldu.

Meslek içi eğitim kapsamında Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın organize ettiği konferanslar SDE Yüksek Kurulu tarafın-

dan 8 kredi ile kredilendirildi. Konferans konuları ve konuşmacıları şöyle sıralandı:

12 Aralık 2002 Prof.Dr. Çetin Sevük "Tam Seramik Uygulamalar"

24 Ocak 2003 Prof.Dr. Orhan Hamamcı

"Muayenehane Koşullarında Ortodonti"

21 Şubat 2003 Prof.Dr. Behçet Erol "Ağız ve Çene Kanseri"

18 Nisan 2003 Yrd.Doç.Dr. Ç. Türksel Dülgergil "Kompozitler"

09 Mayıs 2003 Doç. Dr. Nedim Özer "Acil Tıbbi Sorunlar"



ve İDO'nun bu tip bir çalışma yaptığını, ağız-dış sağlığı eğitimini okullara ücretsiz olarak verebileceğimizi ve bunun bilimsel bir alt yapısı olduğunu aktaracağız. Bunun dışında toplu bulunma ya da toplu çalışma yerlerinde talep geldiği takdirde bizim projemizin o tür taleplere de uygulanabilir özelliği var. İki ya da üç eğitmen dişhekimi görevlendiriyoruz. Onlara odamızın elindeki materyallerden temin ediyoruz. Anket formlarını veriyoruz, hatta önümüzdeki günlerde içinde aynası, modeli, fırçası, macunu, boyama tableti olan bir eğitim seti hazırlayacağız. Dolayısıyla elinde çantayla eğitmen dişhekimi okula gidecek, bir ön anket yapacak, sonra eğitimi verecek, iki hafta, altı hafta ya da iki ay sonra gidip verdiği eğitimin bir davranış değişikliğine yol açıp açmadığını kontrol edecek ve gerekirse orada ikinci bir pekiştirme eğitimi verecek.

TDBD: Eğitimler başladı mı?

Eğitimler başladı ama 2003-2004 dönemiyle birlikte asıl hızımıza ulaşacağız. Eylül ayına kadar ikisi Avrupa yakasında ikisi Anadolu yakasında ve yoksul kesimlerde bulunan dört okulda projemizi birebir uygulamak istiyoruz. Eylülde de bu projenin ilk sonuçlarını alarak değerlendirmesini yapaca-



İDO Toplum Ağız Dış Sağlığı Komisyonu 'Dişleri mi Seviyorum' projesiyle 2003 Nusret Fişek Halk Sağlığı Teşvik Ödülü'nün sahibi oldu.

ğız ve eksiklerimizi göreceğiz, gerekli düzenlemeleri yapacağız.

TDBD: Biraz da ödülün söz edelim...

Nusret Fişek Halk Sağlığı Ödülü bizi fişekledi diyebilirim! Genel sağlık camiası içinde dişhekimleri genellikle görmezden gelinir. Bu ödülü tıp camiasından almamız önemli. Biz sürekli ağız-dış sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunu, öyle değerlendirilmesi gerektiğini savunduk. Bu ödül, bu düşüncemizi de pekiştirmiş oldu. Diğer yandan ödülün bir an önce çalışmalarımıza başlama konusunda bize bir ivme kazandırdığını da söyleyebilirim. Bizimle birlikte 7 proje Nusret Fişek

Halk Sağlığı Ödülüne aday gösterildi. Bunlardan İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin özürhüklerin rehabilitasyonu ile ilgili projesi ve İl Sosyal Hizmetleri'nin Sokak Çocuklarını Koruma projesi önemli projelerdi. Çalışma Bakanlığı'nın SSK ile ilgili hazırladığı "Mavi Melekler" projesi ise hastanelerde gönüllü insanların verdiği hizmetlerle ilgili bir projeydi. Bir diğeri, Toplum Sağlığı Vakfı'nın gecekondu bölgelerinde yaptığı halk sağlığı ile ilgili bir sağlık taraması projesiydi. Bayrampaşa Belediyesi'nin Sağlık İşlerini'nin yaptığı bir proje vardı. Bu güçlü projeler içerisinde bizim projemiz 11 jüri üyesinin 11'inin de oyunu alarak Nusret Fişek Halk Sağlığı Ödülüne layık görüldü.

TDBD: Bu kadar güçlü proje arasından ödülü sizin projenizin kazanmasının nedeni neydi sizce?

Önemli olanlardan bir tanesi ağız-dış sağlığı onlar için yeni bir konuydu ya da daha az bilinen bir konuydu. İkincisi; proje sevimli geldi insanlara, ismi ile, uygulama şekli ile sevimli geldi. Üçüncüsü; İstanbul Dişhekimleri Odası'nın geçmişte yaptığı çalışmalarının üzerine oturan bir çalışma olduğu için önemsendi. Daha gerçekçi bulunduğunu tahmin ediyorum.

Manisa Dişhekimleri Odası engellilerin yanında

Manisa Dişhekimleri Odası Dünya Özürlüler Yılı nedeniyle 12 ve 13 Mart tarihlerinde Manisa'nın Soma ilçesinde Ağız ve Dış Sağlığı ile ilgili bir etkinlik düzenledi. Bu çerçevede Soma'ya yapılan gezide; spastik ve zihinsel özür-

lü yetişkinlerin barındığı T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 135, spastik ve zihinsel özürhük çocukların barındığı Soma Spastik Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi'nde 65 çocuğun ağız ve dış sağlığı tedavisi yapıldı.

Manisa Dişhekimleri Odası bu etkinliğin gerçekleştirilmesinde Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ile ortaklaşa çalıştı ve bu hizmetin sunulması aşamasında İl Sağlık Müdürlüğü'nün iki Mobil hizmet aracından yararlandı.

Manisa Dişhekimleri Odası üyelerinden bu etkinliğe gönüllü olarak katılan altı meslektaşımıza ek olarak Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden iki dişhekimi de çalışmalara katıldı.

İki gün boyunca yapılan çalışma sonucunda hastaların diş çekimleri ve tedavileri yanında diş taşı temizlikleri de gerçekleştirildi.

Ayrıca Dişhekimleri Odası bünyesinde gönüllü olarak bu etkinlikte yer alan meslektaşlarımız protez gereksinimi olan bazı hastalara muayenehanelerinde bu hizmeti herhangi bir bedel istemeksizin karşıladılar.



Dışekimi Ahmet Ataç'ın Belediye Başkanlığı yaptığı

Eskişehir Tepebaşı Belediyesi

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nda

Dünyada küreselleşme olgusu ile birlikte giderek artan sorunlar karşısında, **Dünya Sağlık Örgütü**, 2000'li yıllar için hedeflerini genişleterek, **sağlıklı şehirleşme, yenileşme ve sürdürülebilir gelişmenin** yaygınlaştırılarak gerçekleştirilmesine öncelik verdi.

Bu bağlamda, 1986' da **Herkese Sağlık** sloganıyla tüm dünyada ortak bir hareketin oluşmasında etkin bir yöntem olarak benimsediği **Sağlıklı Şehirler Projesi**, Avrupa Bölgesinde 11 Belediye bazında başlatıldı. 2002 sonunda 3. dönemi tamamlanan Proje'de bugün, uygulandığı sayısız belde ve şehir arasında **52 şehir** üyelik hakkına kavuşmuş durumda.

Türkiye'den sadece 5 belediye üye

Ağustos 2002'de DSÖ Avrupa Bilgi Ofisine başvurarak Proje kapsamında çalışmalara başlayan Eskişehir Tepebaşı Belediyesi; Mart 2001'de başvurusu resmen kabul edildikten sonra üyelik çalışmalarını başlattı. İki aşamalı denetimler sonucunda, Proje ilke ve uygulamaları açısından uygun ve üstün standartta bulunan Tepebaşı Belediyesi, 15 Ekim 2002 itibarıyla, Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nda 50. üye olarak yerini almış durumda. Ülkemizde şu an itibarıyla sadece beş şehir üye: Bursa, Yalova, Eskişehir/Tepebaşı, Ankara/Çankaya, Bartın.

Bölgesinde farklı gelir grupları ve sosyo-kültürel özellikleri olan bireyleri barındıran Tepebaşı Belediyesi, gerek Sağlık, Çevre ve Sosyo-Ekonomik göstergelerde tespit edilen farklılıkları giderme konusunda, gerek hizmetlerde hakkaniyet/ayırımızsızlık konularında kararlılıkla çalışmalarını sürdürüyor. Özellikle sosyal dezavantajlı gruplar-çocuklar, kadınlar, emekliler gibi kesimlerin üretken, aktif bir yaşam sürdürmelerinin alt yapısını hazırlama konusunda, gönüllülük ve işbirliği anlayışı içerisinde, sivil toplum örgütleri, üniversitelerle diğer kurumları da harekete geçirmek, öncü olmak ve koordinasyon görevini yerine getirmeye çaba gösteriyor.

Proje çalışmalarını, belde ve şehrin önemli kurum, kuruluş, üniversite ve si-

vil toplum örgütlerinden oluşan Sağlıklı Şehir Yürütme Kurulu ile yürüten Tepebaşı Belediyesi, kendi bünyesinde konumlandığı Proje Ofisi ve Proje Koordinatörü ile de koordinasyon ve iletişim görevlerini de üstleniyor. Üyelik sürecinde hazırlanması zorunlu dokümanlar olan **Sağlıklı Şehir Profili** ve 5 yıllık **Sağlıklı Şehir Geliştirme Planı** çalışmaları, 2000-2001'de iki kez toplanan Sağlıklı Şehir Konseyinde oluşturulan Çalışma Grupları ve Yürütme Kurulu tarafından gerçekleştirildi. DSÖ göstergelerinde toplanan şehir verileri ile belirlenen Sağlıklı Şehir Profiline göre öncelikler tespit edildi. Buna göre de, 5 yıllık dönem için, Sağlık, Çevre, Eğitim, Gelir, İşsizlik, Barınma gibi konularda hedefler ve stratejiler belli bir takvime oturtularak Eylem Planı hazırlandı. Tepebaşı Belediyesi'nce, gerek bu hedef ve öncelikler doğrultusunda gönüllü kurumlar, üniversiteler ve bireylerle yürüttüğü projeler geliştirilip sürdürülüyor; gerek değişik kuruluş ve sivil toplum örgütlerinin çeşitli projelerine destek verilerek, farklı kesimlerin ihtiyaçlarına yönelik farklı projelerin oluşturulması özendiriliyor.

Sağlıklı Şehir Projesi vizyonu

Sağlıklı Şehir Projesi vizyonu: **Belde ve Şehirde yaşayan bireylerin her anlamda yaşam kalitesini geliştirmek** olarak benimsenmiş. Bu bağlamda **bilinçlendirme**, gerek Sağlıklı Şehir Projesi ve ilkeleri gerek her anlamda "yaşam kalitesini" iyileştirmeye yönelik konuların toplumda yaygın olarak tanıtımına yönelik çalışmaların sıkça gerçekleştirilmesini hedefliyor.

Eskişehir, 2 üniversitesi (Anadolu ve



Eskişehir Tepebaşı Belediye Başkanı Dışekimi Ahmet Ataç hijyenik şartları gerçekleştiren işyerlerini Mavi Bayrak ile ödüllendiriyor

Osmangazi Üniversitesi), sanayisi, okuryazar oranının %90'ın üstünde olduğu, etnik mozaiklerinin barış içinde yaşadığı çağdaş bir Anadolu kenti. Şehrin böyle önemli özellikleri olmasına karşın, proje başlangıcında, Avrupa kentleri arasında üye olabilme kriterlerinde Tepebaşı Belediyesi'nin bazı endişelerini Avrupa Ofis Başkanı Dr. Agis Tsouros'un "Sağlıklı şehir, belirli bir sağlık seviyesine ulaşmış bir şehir değil; sağlık bilincine ulaşmış ve sağlığı geliştirmeye çalışan bir şehirdir" şeklindeki görüşü rahatlatmış. Belediye Başkanı dışekimi Ahmet Ataç gelişmeleri özetlerken diğer belediyelere de bu konuda destek vermeye açık olduklarını belirtiyor:

"DSÖ'nün Sağlıklı Şehirler Projesi (SSP)'ne üye olabilme kararımızı Ağustos 2000 tarihinde bildirdik. Bu projeye girebilmenin kolay ve kısa süreçte olmayacağını biliyorduk. Ama bizim ekibimizin 'belediyeçilik anlayışına' ufuk getirecek ve kente çatı olabilecek bir proje idi. Çünkü bizim planladığımız ve yapmak istediklerimizle Sağlıklı Şehirler Projesi'nin ilkeleri örtüşmekte idi. Başladığımız tüm projeler bu çatı projenin altına besleyebilecek nitelikteydiler. Ayrıca Sağlıklı Şehirler Projesi'nin salt belediyenin değil, şehirde yaşayan insanların, sivil örgütlerin, özel-resmi kurum ve kuruluşların benimseyebileceği bir proje olması idealdi. Katılımcılık ve dayanışma, SSP'nin önemli ilkeleri olması nedeniyle, kentin geniş katılımıyla projenin uygulamaya geçmesi, belediyede gelecek dönemlerde projenin bir kenara itilmesini önleyeceği kanısındayız.

Sağlıklı Şehirler Projesi'nin sağlayacağı yararları, tüm ülke geneline yaymak, diğer illerdeki belediyelerin de, bu projeyi uygulama noktasında iyi niyetini gösterir çalışmalarına yönelmesiyle mümkün olacaktır. Biz, Eskişehir Tepebaşı Belediyesi olarak, projeyi uygulayacak belediyelere üyelik aşamasında destek vermeye hazırız."

TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

19-21 Haziran 2003 tarihlerinde Antalya'da yapılıyor



Güncel konular öne çıkarıldı



Prof. Dr. Reha Ş. Kişnişçi
Bilimsel Komite Başkanı

Türk Dişhekimleri Birliğinin 2003 yılında yapılacak olan 10. Bilimsel Kongresinin bilimsel program hazırlıklarını bu süreç içerisinde yaşanan ve bilinen olumsuz etkilere karşın tamamlamış bulunmaktayız. Bu vesile ile öncelikle mesleğimizin günümüze gelmesinde emeği geçen her bir meslek büyüğünün katkılarının, çabalarının ve yeniliklere açık vizyonlarının üst üste eklenmesinin unutulmaması gerektiğini vurgulamak isteriz. Geçmişte mesleki sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için üstün çabalar harcayan, bilgi birikimi sağlayan, oluşturan, üreten ve kendinden sonraki kuşaklara aktarılabilmesi için çalışan tüm bilinen veya bilinmeyen meslek önderlerimizi saygı ile anıyoruz.

Bu yılki kongrenin bilimsel programı oluşturulurken her zamanki titizlik sarfedilerek güncel, gelişen ve gelecekte önem kazanmaya aday bazı konular ile birlikte günlük klinik uygulamalarla da ilgili konuların birlikte yer almasına gayret edilmiştir. Doğal olarak mesleğimizi ilgilendiren veya klinik uygulamalarla ilgili tüm konuların aynı anda dişhekimliği ve ürünlerindeki gelişmele-

rinde sergilendiği fuar kısmı ile birlikte değerlendirildiğinde 2,5 günlük bir süre içerisinde ele alınabilmesi mümkün olamamaktadır. Ancak tüm çabamız bazı konuların öne çıkarıldığı bu kongrede mümkün olabildiğince meslektaşlarımızın hem gelişmekte olan hem de günlük klinik uygulamalarda değerlendirebilecekleri konuların saptanması olmuştur.

Günümüzde gitgide azalmasına karşın halen dişhekimliğinin tamamen ayrı, izole ve sadece kendi sınırları içerisinde bir uygulama alanı olduğu düşüncesi bulunabilmektedir. Bu durum dişhekimlerinin günlük çalışma hayatları sırasında kimi zaman dolaylı kimi zaman doğrudan yaşayabildikleri ve hukuksal, tarihsel süreç, eğitim ve kişisel sorumluluklar gibi birçok nedenle süregelen bir sorun olma özelliğini devam ettirmektedir. Bu düşünceden hareketle mesleğimizin yalnızca teknik bir uygulama alanı olarak algılanmaması ve hatta daha da önemli olarak genel sağlık veya hastalık ile ilişkisinden dolayı en az teknik, teknolojik ve materyal kullanımları kadar biyolojik ve davranış bilimlerinin de vurgulanması ve bunlarla ilgili gelişmelerin de tartışılması, aktarılması ve kongre programlardaki yerini geliştirerek yer alması gerekmektedir.

Güncel klinik uygulamalarla ilgili gelişen yeni görüşler ve uygulamaların aktarılabilmesi, tartışılması ve paylaşılması bilimsel programın ana hedeflerindedir. Ayrıca bilimsel programda hem uluslararası hemde ulusal konuşmacıların yer aldığı konferanslarda iki önemli konunun ön plana çıkarılması düşünülmüştür.

Bunlar genel sağlık veya hastalık ile dişhekimliği uygulama alanları arasındaki ilişkilerin vurgulanmasını içeren bazı konular ile yine sadece basit ve teknik bir konu olmayıp birçok etkisi olan mesleğimizin çeşitli alanlardaki estetik ve ilişkili konularındır.

Bu ana konulardan diş, ağız ve çene-yüz bölgesi ile genel sağlık durumu arasındaki ilişkinin seçilmesindeki neden kimi açıdan uzun zamanlardan beri bilinmesine karşın son yıllarda çok da bilinmeyen yeni bazı etkilerin de ortaya konulması nedeniyle güncel bilgilerin paylaşılması ve tartışılması gereğidir. Bunlardan örneğin sorunlu gebelik ve doğum riski artışı, osteoporoz gelişimi veya ön habercisi olabilmesi, genetik ve doğumsal etkiler yanında felç ve özellikle kardiyovasküler hastalıklar ile olan ilişkisi üzerinde yoğunlaşmış çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca ileri yetişkin ve yaşlılık ile ağız sağlığı kalitesi ve oluşabilecek bazı sorunlar açısından etkilerinin tartışılmasında hedeflenmiştir.

Diğer ana konu olan estetik de basit ve teknik bir konu olmayıp morfolojik, psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik eksenleride olabilmesi açısından üzerinde yoğunlaşılacak diğer bir konu olarak seçilmiştir. Bu amaçla dişhekimliğinin çeşitli alanlarındaki uygulamaları ve deneyimlerin paylaşılması düşünülmüştür.

Bütün ümidimiz geçmişteki başarılı kongre süreçlerinin bir devamı olarak bu kongrede de bilimsel program yoluyla mesleğimizin gelişimi için bir ortam yaratabilmek yoluyla kısmen de olsa olumlu katkılarımızın olabilmesi dileğidir.

Sosyal Program



Berrin Özer
Sosyal Komite Başkanı

Antalya'nın tarihi, turistik, doğal zenginlikleri ... Unutulmazlıklar sizleri bekliyor.

DENTALYA 2003, 19 Haziran 2003 saat 10:00'da Açılış Töreni ile sizlere merhaba diyecek. Muhteşemlikler deryasına neşe içerisinde adım atacaksınız.

19 Haziran 2003 akşamı, Açılış Kokteyli'nde damağınızda iz bırakacağı umduğumuz yemek ile birlikte Grup Pandora'nın müzikleri kulaklarınızın pasını silecek.

20 Haziran 2003'te, tüm güzellikleriyle bir Akdeniz akşamını zengin bir menü ve Aşkın Nur Yengi'nin muhteşem sesi ve performansı ile çılgınca yaşayacağız.

21 Haziran 2003 saat 18:00'de Kapanış Töreni ile birlikte tüm bu güzel-

'Unutulmaz anılar yaşanmayı bekliyor'

likleri anılarımız arasına koyarak, bir yıl sonraki İstanbul buluşmasının hayaliyle hüznü yaşayacağız. DENTALYA 2003

içerisinde öğle ve akşam

yemekleri, kongre merkezi içerisinde doğanın tüm güzellikleriyle içiçe Kral Yolu'nda 5 yıldızlı kalite ile sunulacak.

Kongre merkezi çevresindeki hemen bütün oteller denize karşı ve hepsinde de kalite üst seviyelerde.

Doğanın tüm güzelliklerini esirgmeden verdiği Antalya ve çevresine 6 ayrı günlük tur düzenledik.

Pırl pırl bir deniz, zengin bir tarihi miras, muhteşem bir doğa ... Hangi birini anlatsam ki?.. En iyisi gelin hepsini siz kendiniz yaşayın.



Expodental 2003

'Katılan firma sayısı 80'i aştı'

Murat Özbyık
Sergi Komitesi Başkanı



TDB 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi bünyesinde

Cam Piramit Kongre Merkezi Toros Salonu'nda 3050 m² kapalı alanda gerçekleştireceğimiz fuara ilgi çok yüksek. Şu an itibarıyla toplam 1.500 m² olan stand alanımızın tamamı dolmuş durumda olmasına rağmen yaşadığımız talep patlaması dolayısıyla firmaların yeni stand taleplerini karşılamakta zorlanıyoruz. Geçmiş yıllarda yaşanan anlamsız olumsuzlukların kaybolduğunu, sektör içerisinde herkesin elbirliği ile bu organizasyonu sahiplenmesini görmek gerçekten sevindirici.

Expodental 2003, dişhekimliğindeki son teknolojik gelişmelerin sergileneceği muhteşem bir fuar olacak. Fuar alanı içerisinde 180 m²'lik bir alanda 13 Alman firmasının oluşturduğu bir bölüm de var. Expodental 2003'e katılan firma sayısı şu anda 80'i aşmış durumda. Gelen talepleri değerlendirebilmek için Toros Salonu haricinde ilave stand alanı için çalışmalarımız sürüyor.

Expodental 2003, 19-21 Haziran 2003 tarihlerinde 08:00-20:00 saatleri arasında gezilebilecek.



TDB Tüketici Hakları Komisyonu Sorumlusu Tarık İşmen Tüketici Hakları Yasası'nda yapılan yeni değişiklikleri değerlendirdi:

'Müdahil olmaya çalışıyoruz'

TDBD: Tüketici Yasası'ndaki son değişiklikler yapılırken TDB'nin girişimleri neler oldu?

Tarık İşmen: TDB'nin bu dönemki yapılanmasının içinde TBMM'ni İzleme Komisyonumuz var. MYK üyemiz Tamer Taşkan bu komisyonun başkanı. Biz rutin aralıklarla TBMM'nin gündemini izliyoruz ve görüşülecek yasa tekliflerini alıyoruz. Bunların içinde bizi ilgilendiren birşey varsa müdahil olmaya çalışıyoruz. 4077 sayılı yasa çok hızlı bir şekilde gündeme geldi ve gece geç saatlere kadar görüşülüp meclisten geçti. Bu konudan haberdar olduğumuzda Ankara dışındaydık ve ancak telefonla müdahale edebildik. Ben muayenehanelerden TBMM gündemini izlemeye başlamıştım. AKP Muğla Milletvekili, dişhekimisi meslektaşımız Seyfi Terzibaşıoğlu'nu aradım. Kendisine böyle bir şeyin görüşüldüğünü, bizim de bu konularda mutlaka müdahil olmamız gerek-

tiğini söyledim. Benden bir müsaade istedi. Kendisi çalışma odasında, Genel Kurul'a indi, 5 dakika sonra aradı. "Ne yapabiliriz? Neler yapmalıyız?" diye sordu. Ben de o arada bir şeyler hazırlamıştım, kendisine çok hızlı bir şekilde okudum. Kendisi hızla Genel Kurul'a indi. Televizyonda bile izledik bunu. Erzurum Milletvekili meslektaşımız Muzaffer Gülyurt'a yazılı metni götürdü ve AKP Grup Başkanvekili Salih Kapusuz'un imzasını aldı. Bazı milletvekilleri sağolsunlar önergeyi imzaladılar, ilgili maddeler geldiği zaman önergemiz oylandı ve geçti. Burada Seyfi Bey'e ve bizle ilgili önerenin altında imzası olan herkese ayrı ayrı teşekkür etmek istiyorum.

TDBD: Gerçekleştirilen değişiklikler nelerdi?

T.İ.: Tüketici Hakları Yasası bugüne kadar çok işlerlik kazanmamıştı çünkü yürütmesinde bir sıkıntılar vardı. 4077 sayılı kanunda yeni yapılan değişiklikler bu yasanın yürürlüğünü Bakanlar Kurulu'na ve ona bağlı olarak Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'na verdi ve Tüketici Yasası artık bir itiraz mahkemesi gibi çalışmaya başlayacak. Türk Dişhekimliği Birliği bugüne kadar Tüketicinin Korunması Kanunu'nun tanımladığı Reklam Kurulu ve Tüketici Konseyi'nin içinde yer almıyordu. Bilindiği gibi 1. Ağzı Sağlık Bakanlığı Ürünleri Kurulunda ve 8. Olağan Genel Kurulumuzda alınan kararlar gereği bir Ulusal Ağzı Sağlık Konseyi kurulması hedefleniyordu. TDB bu konuda çalışma yapıp sunmasına rağmen zamanın Sağlık Bakanlığı bunu reddetmişti. İşte yeni yapılan değişikliklerle TDB'nin öngördükleri de gerçekleşmiş bulunuyor ve biz de kurullarda yer alıyoruz.

TDBD: Tüketici Konseyi'nin bileşimi nasıl?

T.İ.: Çeşitli bakanlıkların görevlileri var; Adalet Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı gibi. TSE'nin temsilcisi, Belediyeleri temsilen bir kişi ve çeşitli meslek kuruluşları var. Bugüne kadar Konsey'de Türk Tabipler Birliği vardı. O'nun dışındaki sağlık meslek birlikleri yoktu. Bizim müdahalemiz sonucunda diğer sağlık meslek birlikleri de bu kuruluşun içine girdiler. Reklam Denetleme Kurulu'nun içinde de daha önce Eczacılar Birliği ve Tabipler Birliği vardı, biz yoktuk. Şimdi bu kurumda da yer

alıyoruz.

TDBD: Yasa meslektaşlarımızın satın aldıkları ürünlerle ilgili sıkıntılarında ne gibi kolaylıklar sağlıyor?

T.İ.: Burada sıkıntı yasayı bilip bilmeyle ve insanların haklarını yasal yollardan arayıp aramamaları ile ilgili. Birçok meslektaşımızın kullandığı enstrümandan, servisten şikayetleri var ancak bunları çok dile getirmekten kaçınıyorlar veya kendi başlarına ahbab çavuş ilişkileriyle halletmeye çalışıyorlar, kurumsal yapıları devreye pek sokmuyorlar. Bizim iki dönemdir üzerinde çalıştığımız bir Tüketici Hakları Protokolü var. Bundan 6 yıl önce bir taslak halinde hazırlanmıştı ancak yürürlüğe girmemişti çünkü birtakım sıkıntılar vardı. Ama artık TDB'nin karşısında satın aldığı mallarla, hizmetlerle ilgili olarak DİŞSIAD diye bir kurum var. Biz DİŞSIAD'la da oturduk konuştuk bunu. Protokol taslak halinde şu anda. En son şekliyle bir daha görüşeceğiz ve ümit ediyorum Antalya Kongresi'nden önce yürürlüğe sokacağız. Bu protokolda amaç TDB üyeleri ile DİŞSIAD'ın üyeleri olan ithalatçı, imalatçı, perakendeci firmaların karşılıklı bir protokol imzalaması ve 4077 sayılı kanunun maddeleri baz alınarak olayları mahkemelere intikal ettirmeden, olayları karşılıklı iyi niyet çerçevesinde çözebilmek. Protokolü satış yapan firmalara sunacağız ve protokolü imzalayan firmaları yayın organlarımızda ve bulunduğumuz her ortamda duyuracağız. 'Bu firma Tüketici Hakları Protokolü'nü imzalamıştır yani 4077 sayılı kanunu dişhekimleri nezdinde de tanıdığını belirtmiştir' gibi. Sanıyorum meslektaşlarımız bu firmaları daha öncelikli olarak tercih edeceklerdir.

TDBD: Tüketici Komisyonu olarak meslektaşlarımıza bir çağrınız var mı?

T.İ.: Dişhekimisi hastasına hizmet sunarken üretici konumundadır. Aldığı ekipmanla da kendisi tüketicidir. Önümüzde Antalya Kongresi var. Antalya Kongresi'nde dişhekimlerine yönelik broşür, afiş ve slayt çalışması düşünüyoruz. Meslektaşlarımızın bizimle irtibat halinde olmasını istiyoruz. Bizi bilgilendirmelerini istiyoruz, karşılaştıkları her sorunda bize ulaşmalarını istiyoruz. 4077 sayılı yasa artık biraz daha hızlı işleyecek ve sorunları daha kısa zamanda çözebileceğiz sanırım.

Aklımıza takılanlar

■ Derleyen **Behzat Özbozdağ***

Bonding ajanların uygulama teknikleriyle ilgili çok sayıda yöntem var. Üretici firmaların kullanım yöntemleri birbirinden farklılıklar göstermektedir. Dentin bonding sistemlerde temel kavramlar nelerdir?

Dentin bonding ajanlarının aralarında kullanımları açısından yeterli ölçüde birliktelik vardır. Özelliklerine ve ayrıntılarına girmeden önce, bonding işleminin ne olduğu konusunda temel kavramlardan söz etmek gerekir.

Önce, konsantrasyonları % 37'lik asit ajanlar (genellikle fosforik asit) kaviteye uygulanarak mine ve dentin yüzeyini adezyon tutunma için hazır hale getirirler. Böylece dentin yüzeyinde sadece kollagen fibrillerden ibaret bir yapı ortaya çıkar. Sonuç olarak hidrofilik özellikte primer ve bonding maddelerinin içine akabileceği kollagen fibrillerden oluşan 3-5 mikron kalınlığında hibrid tabakası elde edilmiş olur.

Dişhekimliğinde en son elde edilen sonuçlara göre, asitlenen ve yıkanan yüzeyler iki-üç saniyeden fazla kurutulmamalıdır. Böylelikle içerde kalan bir miktar nem kollagen yapının çökmesini sağlayacaktır.

Bonding materyalinin tüm bu alana yayılmasını sağlamak çok önemlidir. Boşlukların kalması bakterilerin invazyonuna ve dentin yapısında bozulmalara neden olacaktır. Total-etch bonding sistemlerde güvenli bir bonding işlemi için aşağıdaki sıralama genellenebilir:

- Asit etching işlemi 15 saniyeden fazla yapılmamalıdır.
- Asitli yüzeyler fazla basınçlı olmayan

suyla 5-10 saniye süreyle yıkanmalıdır.

- Yıkamadan sonra yüzeyler hava ile 2 yada 3 saniyeden fazla olmayacak şekilde hafifçe kurutulur. Kavite içinin kurutulmasında kuru pamuk kullanılmaz.
- Tek kullanımlık sünger pelet yardımı ile primer ve bonding materyaller restorasyon alanının tümüne firma önerileri doğrultusunda uygulanır. Bondingin yayıldığı yüzeyler parlak ve ışığı yansıtan görünümde olmalıdır. Bu görüntü sağlanıncaya kadar yöntem tekrarlanır.
- Işık verilerek dentin bondinglerin polimerizasyonu tamamlanarak kompozit uygulamasına geçilir.

İster okluzal amalgam dolgu, isterse kron-köprü protezleri olsun, yapacağınız restorasyonların sağlıklı olması için dikkat edilmesi gereken okluzyon kurallarını özetler misiniz?

- Protruziv, latero-protruziv hareketlerde posterior bölgede okluzal temaslar olmamalıdır.
- Çenenin yana doğru hareketinde, non-fonksiyonel tarafta temas olmamalıdır,
- Çenenin yana doğru hareketinde, fonksiyonel tarafta kanin rehberliğinde veya tüm yan dişlerle grup fonksiyonu halinde bir hareket sağlamaya özen gösterilmelidir,
- Çenelerin normal kapanış halinde posterior bölgede okluzyonun stabil olmasına dikkat edilmeli ve istenmeyen bir temas noktası nedeniyle çenede kayma olmamalıdır. (Sınıf III ortodontik anomali halinde bu kurallar geçerli değildir.)

Çenenin yana doğru hareketinde non-fonksiyonel tarafta, yapmış olduğumuz bir restorasyonda temas varsa nelerle karşılaşabiliriz?

- Eğer bir dolgu yaptıysanız, dolguda veya dişte zaman içinde kırılmalar olacaktır,
- Estetik özellikte kron veya köprü restorasyonları yaptıysanız, faset yüzeylerde kopmalar olacaktır.

Bazı hastalar yüksekliği olan dolgulardan şikayetçi olmamakta, tolere etmektedirler, neden?

Bu durumlarda santral sinir sisteminin buna yönelik reaksiyonu önem kazanmaktadır. Tolerans eşiği insandan insana, aynı insanda değişik zamanlarda farklılıklar göstermektedir. Önceki pozisyona adapte olmuş kabullenmiş bir hasta, herhangi bir stresin yaratacağı etki ile birdenbire küçük yüksekliklerin farkında olmaya başlayabilir. Yine aynı özellikte bir hastaya yeni bir restorasyon yapılması, önceki yüksekliklerden şikayetçi olmasına neden olabilir.

Spee Eğrisi'nin derin olmasının nasıl bir etkisi vardır?

- Derin bir Spee Eğrisi'ne sahip hastanın posterior bölgede alt ve üst dişlerinin arasında, lateral ve protruziv hareketler sırasında, dar bir hareket alanı kalmaktadır. Spee Eğrisi sığ olan hastalarda bu alan geniştir. Derinlik arttıkça posterior bölgede tüberküllerin hareket alanı daralmaktadır. Özellikle total protezlerde Spee eğrisi derin tutulursa tüberkül çatışmaları kaçınılmazdır.

* Dişhekimisi



'Adli dişhekimliği hâlâ bakir bir alan'

Geçtiğimiz ay gazetelerde yer alan bir haber -biraz abartarak da olsa- dikkatleri özgün bir bilim dalına çekti. Türkiye'den bir adli dişhekim ABD'deki bir tecavüz vakasının çözümlenmesine yardımcı olmak üzere çağırılmış ve suçlunun bulunmasını sağlamıştı. Adı geçen dişhekim Dr. Hüseyin Afşin'e olayın aşlını ve adli dişhekimliğinde Türkiye'de ulaşılan noktayı sorduk:



Hüseyin Afşin

1955'te Malatya'da doğdu. Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1979'da mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü'nde adli dişhekimliği konusunda doktora yaptı. 1995'te İngiltere'de Adli Dişhekimliği konusunda kurs aldı. 1997'de SSK İstanbul Hastanesi'nde başhekim yardımcısı olarak görev aldı. 2000 yılında Adli Tıp Kurumu'nda adli dişhekimliği bölümü kurulunca oraya çağırıldı. Halen bu kurumda görev yapıyor.

TDBD: Amerika'da gerçekleşen bir adli vakadaki tespitleriniz medyada büyük yankı yaptı. Bu olay hakkında etraflıca bilgi alabilir miyiz?

Hüseyin Afşin: Şimdi bu olay bu şekilde anlatılmadığı halde basına oldukça farklı yansıdı. Olay şöyle: 16 Mart 2001'de Amerika'da bir eyalette evde tek başına yaşayan 35-40 yaşlarındaki bir kadına gece 11-11.30 sularında 3 kişi tecavüz edip sonra bayıltıncaya kadar dövüyor. Bu olaydan sonra bölge şerifi yanına ABFO'ya (American Board of Forensic Odontology. Amerika'da adli dişhekimlerinin en üst kuruluşu) üye bir dişhekimini alarak olay yerine gidiyorlar ve tecavüze uğrayan kadını inceleyen kolunda ve sırtında yaralanmalar görüyorlar. Şimdi olay açılımı. Dişhekimini bu yaralanmaların ısırık izi olabileceğini söylüyor. Fotoğraflar çekiliyor fakat bu yaralanma dışında DNA vb. gibi diğer başka hiçbir kanıt bulunmuyor. Sonuçta o gün o saatlerde üç tane şüpheli kişinin o ev civarında dolandığını tespit ediyorlar. Bu kişilerin ağız ölçülerinin alınması savcılıktan isteniyor. Bu, çok kolay olmuyor çünkü kişinin nzası olmadan ağız ölçüsü alınması ancak savcılık kararıyla olabiliyor. Altı ay sonra 27 Ocak 2002'de bu karar alınıyor. Daha sonra bu soruşturma devam ederken bir workshop düzenleyip bunu diğer adli dişhekimlerine de gönderip bu olayı hep birlikte çözelim diye düşünüyorlar. Kendi ülkelerinde ısırık olgusu çözülmüş, malpraktis davalarında olgulara bakıp raporlar hazırlanmış, kimliklendirme konusunda yine mahkemelere düşen davaları sonuçlandırmış ve bunları belli bir sayıda yapmış kişileri seçmişler. Dünyada onsekiz tane bu konuda uzman adli dişhekim seçilmiş. Türkiye'den de bana katılabilir misiniz dediler, ben de katıldım. Sonra kanıtları gönderdiler. Üç tane şüp-

helinin ağız modelinin ölçüsü, bir de mağdurdurda görülen ısırık izlerini gönderdiler. Bunları hazırlayıp 16 Şubat 2003'te jüri önünde anlatmamızı istediler. Bundaki amaç, ısırık izinde dünyadaki gelişmeleri ve çözümlenmedeki yöntemleri bir arada görmek, tartışmak ve bu konuda uluslararası genel bir yöntem geliştirmektir.

TDBD: Sizin soruşturmaya yaptığınız katkı ne oldu?

H.A.: Sonuçta ben beş ayrı yöntemle hazırlandım. Katılan insanlar uluslararası düzeyde isim yapmış bu konuda çok iyi olan insanlar, mümkün olduğu kadar az bir ha-

tayla işin altından kalkalım diye dünyada uygulanan beş yöntemle bu karşılaştırmayı yaptım. Ve bunu prezentasyon olarak anlattım orada. Bu arada Türkiye'de uyguladığımız yöntemlerin oraya bir farkının olmadığını hatta bizim daha değişik yöntemlerle anlattığımızı farkettik.

Bir tek farkım şuydu; üç yaradan bir tane sinin ısırık izi yararı olmadığını söyleyen tek kişiydim. Diğerleri üçüncü yaranın ısırık izi olabileceğini, tanımlayamadıklarını söylediler. Fark buradan kaynaklanıyor. Kesinlikle onun ısırık izi olmadığını söyledim. Sonuçta savcılık da iki gün sonra parmakla bastırma sonucu oluşmuş bir yaralanma olduğunu söyledi.

TDBD: Bu çalışma kariyerinizi nasıl etkiledi?

H.A.: Benim için en önemli faydası ABFO'ya girmek için bir takım şartlar var, onları yerine getiriyorsunuz sonra sizi sınava alıyorlar. Oradaki savunmayı, anlatımı çok iyi gördüklerinden beş tane jüri üyesi beni bu derneğe kabul ettiler. Jüri üyeleri dernekten ve bu konuda en üst düzeyde çalışma yapmış insanlar. İkiz Kulelerdeki kimliklendirme olgusuna da bu insanlar müdahale ederek kimliklendirme yapmışlar ki oradaki dental kimliklendirme 400'den fazla. Yani DNA'dan çok dental yollarla kimliklendirme yapmışlar.

TDBD: Türkiye'de adli dişhekimliğinde gelinen nokta ne? Türkiye'de oldukça yeni sayılabilecek bir dal olmasına rağmen örneğin Amerika'dan sizi çağırabiliyorlar...

H.A.: Türkiye'de adli dişhekimliği çok çok yeni. 93-96 yılları arasında adli tıpta ek görev olarak çalıştım. Raportör olarak çalıştım. O dönemde adli dişhekimliğine olan ilgim gelişti. Bu konuyu araştırırken

baktım ki Amerika'da Avrupa'da birçok ülkede artık dişhekimliğine bağlı bir yandal haline gelmiş. Tıp fakültelerinde, özellikle Adli Tıp Kürsüleri'nde Adli Dişhekimliği diye bölümler kurulmuş. Nelerle uğraşıyorlar, ne iş yapabiliriz diye araştırırken en çarpıcısı ısırık izi olguları geldi, yani ısırık izinden kimliklendirme. Bunun dışında iskelet kalıntıları, kimliği bilinmeyen cesetlerin kimliklendirilmesi, dişten yaş tahlili, cinsiyet belirlemesi gibi birçok çalışma alanı var. Bulunan bir kafatasında bir çok şey gidiyor ama dişler dış şartlara çok dayanıklı olduğu için dişlerini görebiliyorsunuz. O dişlerden cinsiyetini, yaşını belirleyebiliyorsun, kimliğini belirleyebiliyorsun dişlerde yapılan restorasyonlara bakarak. Türkiye'de de çok bakir bir konuydu o dönemlerde. Bu konuyu araştırdım dedim. Adli tıpa gelen olgularla ilgili çeşitli yurtiçi ve yurtdışı toplantılarda, kongrelerde olgu sunumları, adli dişhekimliği nedir ne yapar ne eder bu tür çalışmaya girdik. Bunun sonucunda konunun günümüzde çok önemli olduğunu gördük.

TDBD: Siz Diyarbakır'daki uçak kazası sonrasında da cesetlerin kimliklendirilmesi çalışmalarında bulunmuşunuz. Orada saptadığımız eksiklikler nelerdi?

H.A.: Diyarbakır'daki uçak kazasında 87 kişi ölmüştü. Öncelikle ülkemizde bu tür kitle ölümleri için kimliklendirme organizasyonu ekibi kurulması lazım. Bu olay böyle bir organizasyon eksikliğinin en çarpıcı örneğini verdi. İnsanlar böyle bir olayla ilk defa karşılaştıkları için birçok cesette karıştırma oldu çünkü insanlar sırf gözle boyu benziyor, kilosu benziyor, yok diyor ağız şuralarda bir köprüsü vardı şeklinde teşhis etmeye çalıştılar. Yanıkta bütün cesetler hemen hemen birbirine benzer, tanınamaz hale gelir. Burada en doğru kimlik belirleme yöntemi dişlerdir, çünkü en son yanan organlardır. Orada o pek yapılmadı. Bir çok ceset işte bu şekilde tam tanımlanmadan verildi.

TDBD: Bu olaydan kalkarak Türkiye'de ve yurtdışında özellikle gelişmiş ülkelerdeki diş kayıtları tutulması noktasında bir karşılaştırma yapar mısınız?

Cesetler arasında 7-8 tane yabancı uyruklu vardı. Avrupa ve Amerika'dan. Bunların ölüm öncesi dental kayıtlarını istedik 15 sene öncesinden günümüze kadar olan kayıtları ve röntgenlerinin hepsi geldi. Bizim yurttaşlarımızdan bir tanesinin kaydı gelmedi. Dişhekimleri belli olduğu halde. Dişhekimleri arkadaşların kayıt tutma alışkanlığı yok. Böyle olunca da bu tür olaylarda hiç fayda alınmadı. 3-4 tane dişhekimimi arkadaşla görüştük. 'Ben şu tarafına şöyle köprü yaptım, bu tarafına böyle köprü yaptım' şeklindeki sözlü bilgiler verdiler. O sözlü bilgiler de kanıt olarak pek



Basın olayı biraz sansasyonel şekilde verse de Afsin'in önemli bir iş başardığı gerçek.



'Yanıkta bütün cesetler hemen hemen birbirine benzer, tanınamaz hale gelir. Burada en doğru kimlik belirleme yöntemi dişlerdir, çünkü en son yanan organlardır.'



Adli dişhekimliğinde ısırık izleri fotoğraflanırken en önemli detaylardan biri de alınan fotoğrafın ölçeklenmesi.



Mersin Kızkalesi'nde bulunan iskeletlerin incelenmesi sonucu, dişlerde açılan oyukların kıymetli metal yerleştirilmek üzere açıldığı ve şimdiye dek sadece Maya uygarlığında görülen bir süsleme biçimi olduğu ortaya çıktı. Daha kesin bilgi için karbon testlerinin sonuçları bekleniyor.

kullanılmaz. Bu anlamda bütün dişhekimleri arkadaşların kayıt tutması lazım en azından hangi hastanın ağzında neler var, hangi dişlerde dolgu var, ne köprü yapılmış, hangi protezleri kullanıyor, bunun tanımlanması lazım ki hastası böyle bir olayla karşılaştığında yakını size müracaat ettiğinde elinizde verebilecek bir belgeniz olsun.

TDBD: Malpraktis vakaları açısından da önemli herhalde...

Hastayla ilişki hep karşılıklı konuşmalar düzeyinde kalıyor. Yaptığımız protezin bitiminden sonra bir şekilde senden memnun kalmazsa gidip mahkemeye müracaat edebiliyor. Ettiği zaman hasta zaten kanıtlarını alarak yani 'ben dişhekimine şunları şunları yaptırmak için gittim' yazılı olarak getiriyor. 'Şu röntgenleri de çekirttim' diye onlarla mahkemeye başvuruyor. Dava dosyası elimize geldiğinde hekim arkadaşların herhangi bir kaydı olmuyor. Hekim arkadaşların hasta geldiğinde ne iş yapıyorsa bunları tek tek, tarih tarih yazması lazım. Hastanın kabul edip etmediğini, hangi konularda anlaştığını bunları belgelemesi lazım ki dava açıldığında kendini savunabilir duruma gelsin. Bu tür olgular yani hasta şikayetleri son iki sene çok arttı. Bu anlamda hekim arkadaşlarımızın özellikle buna dikkat etmesi lazım ki haksızca duruma düşmesinler mahkeme önünde.

TDBD: Adli Dişhekimliği dalı gelişmeye açık bir dal olarak gözüküyor bunu biraz açar mısınız, yani dişhekimleri neden bu dala ilgi gösterebilir?

Ülkemizde dişhekimlerinin geçinme sorunu giderek artıyor. Yeni jenerasyonda daha fazla artıyor. İstiyorum ki adli dişhekimliği konusuyla hekim arkadaşlarımız ilgilensin. Birinci faydası, ülkemiz bilimsel olarak diğer ülkeler düzeyine çok kısa zamanda gelecek. İkincisi ekonomik yönü. Artık üniversitelerin adli tıp kürsülerine adli dişhekimleri alınıyor. Yine Adli Tıp Kurumu'na ihtiyaç duyuldukça alınıyor. Ayrıca özel muayenehanesi olan hekim arkadaşlar da konuya merak sararlarsa çok iyi olur. Buldukları yerlerde o konuda sertifikaya sahibiyse, eğitim durumunu mahkemeye belgelere mahkeme bu tür kimliklendirme olgusu, ısırık izi olgusu, oral travma olgularında bilir kişi olarak seçebilir. Para kazanma şansı da var yani, bu da ancak dişhekimimi arkadaşların bu konuda çalışması ve gelişmesiyle olabilir.

Adli dişhekimliği alanındaki boşluğu dişhekimleri dolduramazsa diğer hekimler doldurur ya da başkaları doldurur. Ama esas doldurması gereken dişhekimleridir. Dişhekimleri kendi bilim dallarındaki konularından biri olan adli dişhekimliğine sahip çıkmalılar, ilgi duymalılar.

Akışkan ve kondanse edilebilir

kompozit rezinler

- Melek D. Turgut*
- Nuray Attar**
- Seval Ölmez***

Kompozit rezinler, estetik özellikleri ve civa içermemeleri nedeniyle amalgam restorasyonlara alternatif olarak tercih edilen restorasyon materyalleridir.⁽¹⁻³⁾

Kompozit rezin restorasyonlar mine ve dentin bağlayıcı ajanların kullanımı ile amalgam restorasyonlara oranla daha koruyucu kavite preparasyonu gerektirirler. Ayrıca, restorasyonda daha sonra oluşabilecek kırık veya çürük varlığında tüm restorasyonu kaldırmadan ek yapılabilmesi kompozit rezinlerin klinikte kullanımlarını artıran faktörlerdir.^(2,4)

Kimyasal sertleşen kompozit rezinlere göre çalışma süresi uzun ve aşınma direnci ile renk stabilitesi daha üstün olan ışıkla sertleşen kompozit rezinlerin 1970'lerde geliştirilmesiyle bu materyaller daha popüler hale gelmiştir. İlk geliştirilen kompozit rezinlerde partikül boyutu 5-8 µm iken, daha sonra geliştirilen mikrodolduruculu (mikrofill) kompozit rezinlerde partikül boyutu 0.04 µm'ye kadar küçültülmüştür. Küçük partikül boyutu mikrodolduruculu kompozit rezinlerin polisaj yapılabilme özelliklerini artırırken, bükülme ve gerilme kuvvetlerine dayanıklılığını azaltır. Bu nedenle, partikül boyutları 0.04 µm- 3mm arasında değişen ve ön-arka dişlerin restorasyonunda kullanımları öngörülen, universal kullanım adı altın-

da piyasaya sürülen hibrid ürünler piyasaya sürülmüştür. Daha sonraları hibrid rezinlere göre doldurucu partikülleri daha uniform olan ve boyutları 0.6-0.7 µm arasında değişen mikrohibrid ürünler gündeme gelmiştir.^(4,6) Mikrohibrid kompozit rezinlerin klinik kullanımlarında karşılaşılan en büyük güçlük materyalin kullanılan el aletine yapışmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanısıra, materyalin amalgam gibi kondanse edilememesi sınıf II restorasyonlarda anatomik forma uygun bir kontak yapılmasını engellemektedir.^(3,4,7,8) Kompozit rezinlerin estetik, aşınma ve dayanıklılık gibi mekanik özellikleri sürekli olarak yenilenmekte ve klinik kullanım için daha nitelikli ürünlerin piyasaya sürülmesi amaçlanmaktadır.⁽²⁾ Bu yüzden, doldurucu oranını artırıp ortalama partikül boyutunu küçültürken sınıf II restorasyonlarda kullanılabilir kadar çiğneme kuvvetlerine dayanıklı ürünlerin geliştirilmesi hedeflenmektedir.⁽⁹⁾

Bu amaçla kondanse edilebilir kompozit rezinler (condensable resins, packable resins) amalgama alternatif materyaller olarak piyasaya sürülmüşler-

dir. Hibrid kompozit rezinlere göre daha fazla oranda doldurucu içerirler. Kullanılan el aletine yapışmaması, amalgam gibi kondanse edilebilmeleri ve bu esnada amalgamda olduğu gibi metal matriks ve kama kullanılabilmesi özellikle sınıf II restorasyonlarda istenilen şekilde ve anatomik forma uygun kontak ve kontur yapılabilmesini sağlamaktadır.^(4,7,9,10) Bu yüksek viskoziteli kompozit rezinlerin kullanım alanları çiğneme yükünün fazla olduğu daimi arka dişlerin restorasyonlarıdır.⁽⁹⁾ Günümüzde kullanılan çeşitli kondanse edilebilir kompozit rezinler ve üretici firmaları Tablo I 'de belirtilmiştir.

Bugüne kadar kondanse edilebilir kompozit rezinlerle yapılan gerek in vivo gerekse in vitro çalışmalarda değişik sonuçlar bildirilmiştir. Kondanse edilebilir bir kompozit rezin olan Surefil ile yapılan restorasyonların iki yıllık klinik takibi sonucunda bu materyalin arka dişlerin restorasyonlarında amalgama alternatif olarak kullanılabilirliği bildirilmiştir.⁽¹¹⁾ Bunun yanısıra, bir başka kondanse edilebilir kompozit rezin olan Solitaire ile arka dişlere yapılan 500 adet restorasyonun klinik ola-

Ürünün adı	Üretici firma
Alert	Jeneric / Pentron Inc.
Filtek P-60	3M Dental Products
Glacier	Southern Dental Industries
Heliomolar HB	Ivoclar /Vivadent
Prodigy Condensable	SDS Kerr
Pyramid	Bisco Dental
Solitaire	Heraeus Kulzer GmbH.
Surefil	Dentsply
Synergy Compact	Coltene / Whaledent
Tetric Ceram HB	Ivoclar /Vivadent
Virtuoso	Den-Mat Corp.

Tablo I: Günümüzde kullanılan çeşitli kondanse edilebilir kompozit rezinler

rak incelenmesi sonucunda bu restorasyonlardaki kırık oranının yüksek olduğu saptanmıştır.⁽¹²⁾ Kondanse edilebilir kompozit rezinler olan Solitaire, Alert, Surefil, P60 ve bir hibrid kompozit rezin olan TPH ile yapılan Sınıf I ve II restorasyonların bir yıl klinik takibi sonrasında Solitaire ve TPH ile yapılan restorasyonların bazılarında kenar kırıkları; Solitaire, Alert ve TPH ile yapılan restorasyonlarda renk ve yüzey yapısı ile ilgili bozulmalar saptanmıştır. Bununla birlikte, Surefil ile yapılan restorasyonlarda mükemmel klinik başarı olduğu rapor edilmiştir.⁽¹³⁾ Ancak yapılan bazı in vitro çalışmalarda kondanse edilebilir kompozit rezinlerin mekanik özellikler açısından hibrid kompozit rezinlerden üstün olmadığı bildirilmiştir.^(2,14) Bir arka dişe yapılan kompozit restorasyonun başarısı dişle olan bağlantısına ve kenar uyumuna bağlıdır. Adeziv materyaller ve kompozit rezinlerde sürekli olarak meydana gelen ilerlemelere rağmen polimerizasyon büzülmesi ve buna bağlı olarak gelişen problemler hala gündemdedir. Polimerizasyon büzülmesi sonucu dişle restorasyon arasında meydana gelen boşluklar daha sonra mikrosızıntıya ve bunun sonucunda da dişte hassasiyet, renklemeler ve çürüklere neden olmaktadır.^(15,16) Kompozit rezinlerin hem polimerizasyon büzülmesini azaltmak hem de kompozit tabakalarının tam olarak polimerize olmasını sağlamak için, preparasyon derinliği 2 mm den fazla olan kavitelere kompozitin birden fazla tabakada yerleştirilmesi (incremental technique) tavsiye edilmektedir.⁽¹⁷⁾

Üretici firmalar kondanse edilebilen kompozitlerdeki yüksek doldurucu oranı yüzünden bu ürünlerin hibrid kompozit rezinlere göre daha az polimerizasyon büzülmesine uğrayacaklarını iddia etmektedirler. Buna bağlı olarak da kompozit rezinlerin tek tabaka olarak yerleştirilmesi (bulk technique) gündeme gelmiştir.^(18,21) Tek tabakada yerleştirmenin şüphesiz ki en büyük avantajı klinisyene kazandıracağı zamandır. Ancak yapılan in vitro çalışmalarda kondanse edilebilen kompozit rezinlerin tek tabaka halinde yerleştirildiğinde yeterli sertleşme derinliğine ulaşmadığı bildirilmiştir.^(2,9) Bir restorasyonun özellikle birbirine bakan duvarlarında tek tabakada yerleştirilen kompozit rezin

polimerizasyon büzülmesinin yanısıra başka problemlere de sebep olabilmektedir. Yüksek elastisite modülü olan ve hacimce ortalama %3 lük büzülme gösteren bir kompozit rezinin polimerizasyon büzülmesine bağlı olarak tüberkül deformasyonu (cuspal deformation) ve buna bağlı olarak da ısırma da aşırı derecede hassasiyet meydana gelebilmektedir.^(22,24)

Polimerizasyon büzülmesinin yarattığı stresin bir kısmını karşılamak için önerülen bir yöntem yüksek dansiteli kompozit rezinlerin altına düşük elastisite modülü olan akışkan kompozit rezinlerin esnek bir ara tabaka olarak yerleştirilmesidir.⁽²⁴⁻²⁸⁾ Günümüzde kullanılan çeşitli akışkan kompozit rezinler ve üretici firmaları Tablo II 'de belirtilmiştir.

Akışkan kompozit rezinlerin elastisite modülü 4 Gpa olup bu oran dentin veya hibrid kompozit rezinlerin 1/3 ü kadardır. Dentinle elastisite modülü aynı olan ve ortalama %3 lük polimerizasyon büzülmesi gösteren bir kompozit rezin, dentine bağlanma adeziv sistemlerle daha da arttığı zaman deformasyona (cuspal deformation) neden olacaktır. Oysa elastisite modülü düşük olan bir kompozit rezin dişin elastisite modülüne uyum sağlayabilmek için gerilebilecek ve böylece deformasyonu veya

diş-restorasyon arayüzünde boşluk oluşumunu (gap) engelleyebilecektir.⁽²⁴⁾ Ayrıca daha katı kıvamda olan kondanse edilebilen kompozit rezinlerin kavite duvarlarına tam olarak adapte olmadığı savunulmaktadır. Bu yüzden akıcılığı daha fazla olan ve buna bağlı olarak da diş duvarlarına daha kolay penetre olan akışkan kompozit rezinlerin kondanse edilebilen kompozit rezinlerin altında taban maddesi olarak kullanılması tavsiye edilmektedir. Özellikle sınıf II restorasyonlarda gingival basamaktaki mikrosızıntıyı azaltmak için ilk tabakanın akışkan kompozit rezinle yapılıp üstüne kondanse edilebilen kompozit rezinlerin yerleştirilmesi tavsiye edilmektedir.^(8,25,29-31) Bununla birlikte, akışkan kompozit rezinler daha düşük doldurucu oranı içerdikleri için polimerizasyon büzülmesinin daha fazla olacağı ileri sürülmektedir.^(25,32) Yapılan bazı in vitro çalışmaların sonucunda akışkan kompozitlerin gingival basamaktaki sızıntıyı azaltmada yeterli olmadığı bildirilmiştir.^(33,34)

Akışkan kompozitlerin partikül yoğunluğu fissur örtücü ve mikrodoldurucu kompozitlerden fazladır. Hibrid kompozitlerden partikül yoğunluğu azdır ancak aynı partikül boyutuna sahiptirler. Yüksek stres altındaki, yerlerde ve aşınma riski olan alanlarda kullanımları uygun değildir. Akışkan kom-

Ürünün adı	Üretici firma
Aeliteflo	Bisco Inc.
Aeliteflo LV	Bisco Inc.
Crystal Essence	Confi-Dental Products Co.
Compoglass Flow *	Ivoclar /Vivadent
Durafill Flow	Heraeus Kulzer GmbH.
Dyract Flow *	Dentsply
Filtek Flow	3M Dental Products
FloRestore	Den-Mat Corp.
Flow-It	Jeneric / Pentron Inc.
Flow-It LF	Jeneric / Pentron Inc.
Flow-line	Heraeus Kulzer GmbH.
Glaze	Bisco Inc.
Heliomolar Flow	Ivoclar /Vivadent
PermaFlo	Ultradent
Revolution	Kerr Corp.
StarFlow	Danville Materials.
True-Look	Denpac / Five Star
Ultraseal XT Plus	Ultradent
Versaflo	Centrix Inc.
Wave	SDI

Tablo II: Günümüzde kullanılan çeşitli akışkan kompozit rezinler ve akışkan kompozitler*

pozit rezinler akışkan özellikleri ve enjekte edilebilir olmaları nedeniyle el aletleriyle ulaşılamayan bölgelerde kolaylıkla kullanılmaktadırlar. Amalgam, kompozit restorasyonların ve kron marjınlarının tamirinde, mine defektlerinin restorasyonunda, sınıf III ve V kavitelemlerin ve air abrazyon ile tünel preparasyonların restorasyonlarında, sınıf II restorasyonların özellikle proksimal kısmının kontak altı bölgesinin restorasyonunda, özellikle kondanse edilebilen kompozitlerin altında liner olarak ve fissur sealant olarak kullanılmaktadırlar.^(25,26,29,35) Ağrılıkça %50-70 oranındaki 0.7µm kadar küçük olabilen doldurucu partikülleri sayesinde polisaj yapılabilme özellikleri fazladır.⁽³⁵⁾

Akışkan kompozit rezinlerin radyoopasite özellikleri ise özellikle liner olarak kullanıldıkları zaman önem taşımaktadır. Bir restorasyon materyalinin radyopak olması o restorasyonda daha sonra gelişebilecek ikincil çürüğün tespitinde, restorasyonun dişle olan kenar uyumunun, kontur ve kontakların değerlendirilmesinde yardımcı olur. Piyasada bulunan çoğu akışkan kompozit rezinin radyoopasite değerlerinin ISO 4049 standardı ile uyumlu olacak şekilde dentinden fazladır. Yapılan bir in vitro çalışmada akışkan kompozit rezinler olan Flow-It ve Tetric Flow'un radyoopasite değerlerinin mineden fazla olduğu, Florestore, Aelitoflo ve Revolution'un radyoopasite değerlerinin ise mineden az ancak dentinden fazla olduğu bildirilmiştir.⁽³⁶⁾

Sonuç olarak, bugüne kadar arka dişlerin restorasyonu için amalgama alternatif estetik restorasyon materyallerinin arayışı sürmekte olup sürekli olarak yeni restoratif materyaller gündeme gelmektedir. Bu materyallerin başarısına kısa süreli in vitro çalışmalarla olduğu kadar uzun süreli klinik takibe dayalı olan çalışmalarla karar verilmelidir.

* Dr.Dişhekimi, Öğretim Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

** Dr.Dişhekimi, Öğretim Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları Tedavisi Anabilim Dalı

*** Doç.Dr., Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

KAYNAKLAR

1. Duke SE. Packable composites for posterior clinical applications. *Compendium* 2000; 21: 604-605.
2. Cobb DS, MacGregor KM, Vargas MA, Denehy GE. The physical properties of packable and conventional posterior resin-based composites: a comparison. *JADA* 2000; 131: 1610-1615.
3. Leinfelder KF. Using composite resin as posterior restorative material. *JADA* 1991; 122: 65-70.
4. Jackson RD, Morgan M. The new posterior resins and a simplified placement technique. *JADA* 2000; 131: 375-383.
5. Leinfelder KF, Sluder TB; Sockwell CL, Strickland WD, Wall JT. Clinical evaluation of composite resins as anterior and posterior restorative materials *J Prost Dent* 1975; 33: 407-416.
6. Powers JM, Fan PL, Raptis CN. Color stability of new composite restorative materials under accelerated aging *J Dent Res* 1980; 59: 2071-2074.
7. Leinfelder KF, Radz GM, Nash RW. A report on a new condensable composite resin. *Compendium* 1998; 19: 230-237.
8. Leevailoj C, Cochran MA, Matis BA, Moore BK, Platt JA. Microleakage of posterior packable resin composites with and without flowable liners. *Oper Dent* 2001; 26: 302-307.
9. Manhart J, Chen HY, Hickel R. The suitability of packable resin-based composites for posterior restorations. *JADA* 2001; 132: 639-645.
10. Nash RW, Lowe RA, Leinfelder K. Using packable composites for direct posterior placement. *JADA* 2001; 132: 1099-1104.
11. Perry R, Kugel G, Aboushala A. Two-year clinical evaluation of a high-density posterior restorative. *J Dent Res* 2000; 79: 163. Abstract 158.
12. Klinge S, Schmidt G, Frankenberger R, Pelka M. Clinical behavior of Solitaire: 1-year results. *J Dent Res* 2000; 79:185. Abstract 332.
13. Loguercio AD, Reis A, Rodrigues Filho LE, Busato AL. One-year clinical evaluation of posterior packable resin composite restorations. *Oper Dent* 2001; 26: 427-434.
14. Chen HY, Manhart J, Hickel R, Kunzelmann KH. Polymerization contraction stress in light-cured packable composite resins. *Dent Mater* 2001; 17: 253-259.
15. Feilizer AJ, de Gee AJ, Davidson CL. Setting stress in composite resin in relation to configuration of the restoration. *J Dent Res* 1987; 66: 1636-1639.
16. Eick JD, Welch FH. Polymerization shrinkage of posterior composite resins and its possible influence on postoperative sensitivity. *Quint Int* 1986; 17: 103-111.
17. Scheibenbagen-Fuchsbrunner A, Manhart J, Kremers L, Kunzelmann KH, Hickel R. Two-year clinical evaluation of direct and indirect composite restorations in posterior teeth. *J Prosthet Dent* 1999; 82: 391-397.
18. Surefil technical manual. *Dentsply/LD Caulk* 1998: 1-23.
19. Filtek P-60 technical manual. *3M Dental Products* 1999: 1-33.
20. Affleck MS, Denehy GE, Vargas MA, Setien VJ. Microleakage with incremental vs bulk placement utilizing condensable composites. *J Dent Res* 1999; 78:155. Abstract 393.
21. Aw TC, Nicholls JI. Polymerization shrinkage of condensable composite resins. *J Dent Res* 1999; 78:370. Abstract 2118.
22. Tjan AH, Berg BH, Linder C. Effect of various incremental techniques on the marginal adaptation of Class II composite resin restorations. *J Prosthet Dent* 1992; 67: 62-66.
23. Segura A, Donly KJ. In vitro posterior composite polymerization recovery following hygroscopic expansion. *J Oral Rehabil* 1992; 20: 495-499.
24. Prager MC. Using flowable composites in direct posterior restorations. *Dent Today* 1997; 16: 62-69.
25. Bayne SC, Thompson JY, Swift EJ, Stamatides P, Wilkerson M. A characterization of first-generation flowable composites. *JADA* 1998.; 129: 567-577.
26. Unterbrink GL, Liebenberg WH. Flowable resin composites as "filled adhesives": Literature review and clinical recommendations. *Quint Int* 1999;30: 249-257.
27. Kemp-Scholte CM, Davidson CL. Complete marginal seal of Class V resin composite restorations effected by increased flexibility. *J Dent Res* 1990; 69: 1240-1243.
28. Rooklidge E, Boyer D, Bouschlicher M. Cusp deformation by shrinkage of condensable composites. *J Dent Res* 1999; 78: 399. Abstract 2349.
29. Small BW. A method for maximum clinical control of contacts, aesthetics, and longevity. *Dent Today* 1997;16: 60-65.
30. Peutzfeldt A, Asmussen E. Composite restorations: influence of flowable and self-curing resin composite linings on microleakage in vitro. *Oper Dent* 2002; 27: 569-575.
31. Payne JH. The marginal seal of class II restorations: flowable composite resin compared to injectable glass ionomer. *J Clin Pediatr Dent* 1999; 23: 123-130.
32. Labella R, Lambrechts P, Van Meerbeek B, Vanherle G. Polymerization shrinkage and elasticity of flowable composites and filled adhesives. *Dent Mater* 1999; 15: 128-137.
33. Malmstrom HS, Schlueter M, Roach T, Moss ME. Effect of thickness of flowable resins on marginal leakage in class II composite restorations. *Oper Dent* 2002; 27: 373-380.
34. Neme AM, Maxson BB, Pink FE, Aksu MN. Microleakage of Class II packable resin composites lined with flowables: an in vitro study. *Oper Dent* 2002; 27: 600-605.
35. Estafan D, Dussetschleger FI, Miuo LE, Kondamani J. Class V lesions restored with flowable composite and added surface sealing resin. *Gen Dent* 2000; 48: 78-80.
36. Bouschlicher MR, Cobb DS, Boyer DB. Radiopacity of compomers, flowable and conventional resin composites for posterior restorations. *Oper Dent* 1999; 24: 20-25.

Kimyasal ve biyolojik silahlar

■ Zuhal Küçükyavuz*

NewYork ve Washington'a 11.Eylül 2001 tarihinde düzenlenen terörist saldırı dünyanın dikkatini bu tip saldırıların olası sonuçlarına yönlendirmiştir. Sivil savunma kuruluşları kimyasal ve biyolojik silahların (KBS) teröristler tarafından kullanılması durumunda izleyecekleri politikaları belirleme veya yeniden ele alma ihtiyacı hissetmişlerdir. Bu durumda benzer saldırılarda tıbbi yaklaşımın da yeniden değerlendirilmesinde fayda vardır. Kitle imha silahlarının tahrip edici olması için çok karmaşık olması şartı yoktur ki bunun örneği New York'taki saldırının sırasında görülmüştür. Kimyasal ürünler veya nükleer güç istasyonlarının terörist saldırıya uğraması hiç şüphesiz çok sayıda can kaybına neden olacaktır. Üstelik terörist organizasyonların özel kitle imha silahları üretmek için çeşitli girişimlerde bulunduğunu gösteren deliller de söz konusudur.

Kimyasal ve biyolojik silahların düşman organizasyonlar tarafından kullanılması, 1972 yılındaki Biyolojik Silah Anlaşması, 1993'teki Kimyasal Silah Anlaşması ya da Birleşmiş Milletler Özel Komisyonu'nun (UNSCOM) araştırmalarına rağmen tehdit oluşturmaya devam etmektedir. Yaklaşık 27.000 İran vatandaşı İran-İrak Savaşı sırasında (1984-1988) Irak tarafından uygulanan hardal gazı ve tabun sinir ajanı nedeniyle hayatını kaybetti. Birleşmiş Milletler tarafından Körfez Savaşı sonrasında Irak'ta yapılan incelemelerde Basillus antracis, rotavirüs, aflatoksin, botulinum toksini ve mikotoksin konusunda araştırma ve üretim yapabilecekleri gerçeği ortaya çıktı. 1995 yılında Tokyo metro istasyonuna yapılan sarin gazı saldırısından sonraki polis araştırmaları saldırıyı düzenleyen grubun sarin ve VX gazlarını üretti-

ğini ve biyolojik silah olarak kullanılacak bazı mikropları üretmek amacıyla üç laboratuvar kurduğunu ortaya koymuştur. Bu örnek küçük grupların hatta bireylerin bile kimyasal ve biyolojik silah üretebileceğini kanıtlamaktadır. Üstelik ABD'deki son olaylar küçük grupların düzenlediği saldırıların devletin güvenlik kuvvetleri tarafından tespit edilmesinin güç olduğunu da göstermektedir.

Kimyasal ve biyolojik silah saldırısının tahrip gücü, kullanılan dağıtım yöntemine bağlıdır. Su veya yiyecekler ile uygulanan KBS' lar havayolu ile uygulananlara göre daha az sayıda ölüme neden olurlar. Ancak havayolu ile yapılan bir saldırı sonrasında su ve yiyecek kaynakları da kontamine olabilir ve bu durum ölü sayısının artması ile sonuçlanır. KBS'ların füze başlıklarına yerleştirilerek kullanılması da mümkündür. Ancak füzelerle ortaya çıkan patlama nedeniyle kimyasal ajanlar ve mikroorganizmalar etkinliklerini yitirebilirler. Ancak son yıllarda kombine (hem biyolojik hem de kimyasal silah içeren nükleer başlıkların) füze sistemlerinin geliştirilmiş olması da imkan dahilindedir. Havayolu ile zararlı ajanların salınımı için en sık kullanılan yöntemler aerosol veya toz şeklinde hazırlanan preparatların kullanımınıdır. Havayolu ile dağıtım kolay tespit edilebilen bir metod değildir ve hızlı büyük alanları etki altına alabilir.

KBS yaralanmalarında medikal personelin rolü

Halk sağlığı çalışanları kadar hastanede çalışan personelin de KBS saldırısı sırasında sık ajanlar ile ortaya çıkan semptomlar, patofizyoloji ve tedavi konusunda eğitilmesi tıbbi cevabın etkinliğini hiç kuşkusuz artıracaktır.

Öncelikler: KBS saldırısında ilk yapılacak uygulamalar saldırının yapıldığı bölgede gerçekleştirilir. İkinci aşamada ise hastaneye ulaştıktan sonra hastanın ileri tedavisi, tahribatın boyutu ve zaman içinde ortaya çıkabilecek tablo hakkında gerçekçi değerlendirmeler yapmak mümkün olur. Hastalar tedavi açısından dört gruba ayrılırlar. Birinci gruptaki kişiler için ölüm kaçınılmazdır. İkinci grupta acilen yaşam kurtarıcı müdahalelerin yapılması gereken hastalar yer alır. Üçüncü gruptaki hasta-

larda tablonun hızla kötüleşme olasılığı düşüktür, tedavi geciktirilebilir. Dördüncü gruptaki hastalarda ise tahribat en az düzeydedir, bunlar genellikle yürüyen hastalardır. Ancak kimyasal ve biyolojik silahlarla olan yaralanmalar ilerleyici olabildiği için hastalar bu gruplar arasında zaman içinde yer değiştirebilirler.

Dekontaminasyon: Dekontaminasyon, KBS'a maruz kalan kişide ortaya çıkacak etkileri sınırlandırmak için yapılan nötralizasyon ve temizlik işlemidir. Bu uygulama kişiyi daha fazla tahribattan korurken, halk sağlığı çalışanlarını da yaralanmadan korur. Büyük alanların dekontaminasyonu pratik değildir. Ancak personelin veya küçük ölçekli alanların dekontaminasyonu mümkündür. Bunun için KBS'ı dilüe etmek (örneğin duş alma) veya kimyasal ajanlar ile etkisizleştirmek (örneğin sabun veya hipoklorid ile yıkama) uygun yöntemlerdir. En ideali ambulansların bulunduğu bölgede dekontaminasyon işleminin yapılmasıdır. Çünkü bu şekilde hastane personeli de bu ajanlardan korunmuş olur. Saldırı bölgesinde görevli sağlık personeli bu tip saldırılarda görevli personeli koruyucu ekipmanın (bu ekipman içinde tam veya yarım yüz maskeleri, havayı temizleyici solunum cihazları, kimyasal ajanlara karşı koruyucu elbise, bot ve eldivenler bulunur) kullanımı konusunda eğitim almış olmalıdır. KBS düzeyini tayin etmek dedektörle mümkündür. Öncelik dekontaminasyondan önce temel yaşam desteğindedir. Hastaların kendi kendilerini dekontamine etmeleri tercih edilir. Bu mümkün değilse elbise ve mücevherler çıkartılmalı ve hasta baştan ayağa sabun ve suyla yıkanmalıdır. Bu işlem sırasında ciltte travma yaratmamak için azami dikkat gösterilmelidir. Yara ve gözlerin yıkanmasında kullanılan sargı bezleri ve yıkama sonucu açığa çıkan materyal ve sıvıların imha edilmesinde de dekontaminasyon kurallarına uyulmalıdır.

Personelin korunması: Olayın ilk aşamasında yer alan personelden farklı olarak hastane çalışanlarının KBS'a karşı giysi ve gaz maskeleri ile korunmaları pratik uygulamada pek mümkün görünmemektedir. Bu nedenle efektif dekontaminasyon tedbirlerinin hasta hastaneye alınmadan

önce alınması önemlidir. Bu özellikle kimyasal silah yaralanmalarında geçerlidir. Hastane çalışanları özellikle biyolojik silah saldırılarında mikroorganizmalarla karşı karşıyadırlar. Bulaşma hızını azaltıcı stratejiler arasında hastanın izolasyonu (giysi, kan, vücut sıvısı ve sekresyonlar için), genel koruyucu önlemler (maske, eldiven, yüz koruyucu kalkanlar, klinik atıkların uygun şekilde toplanıp yok edilmesi), temel hijyen, aşılama ve mikroorganizmaya maruz kaldıktan sonra ise profilaksi yöntemleri sayılabilir.

Kimyasal ve biyolojik silah olarak kullanılabilir ajanlar

Kimyasal ajanlar

Saldırı amacıyla kullanılan kimyasal ajanlar gaz, sıvı veya katı kıvamda kimyasal maddelerdir. Bu maddeler insan, hayvan ve bitkiler üzerindeki direkt toksik etkileri nedeniyle kullanılmaktadır. Ağır metaller, halojenli hidrokarbonlar ve petrol bileşikleri bu amaçla kullanılabilirdiği gibi yalnızca bu amaçla üretilen kimyasal maddeler de mevcuttur. Çünkü kimyasal maddelerin üretimi ve silah haline dönüştürülmeleri kolaydır, ucuzdur ve büyük miktarda tahribata (gerek can kaybı gerekse kapasiteyi oluşturmaları nedeniyle) neden olabilirler, dekontamine edilmeleri güçtür (çünkü pahalı işlemlerdir), hızla dağılırlar ve kombine kullanılmaları in-

vazyonu kolaylaştırır. Sıvı formundaki (volatil) kimyasal silahlar ısı yükseldiğinde buharlaşır ve ciltten emilemek veya solunum yoluyla inhale edilerek vücuda alınır. Zayıf volatil kimyasal silahlar ise uzun süre ortamda kalabilirler ve cilt ya da gastrointestinal sistemden emilmek suretiyle etki gösterirler.

Sinir ajanları (sarin, tabun, soman, VX) son derecede toksik, kokusuz, renksiz ve tatsız maddelerdir. Yapısal olarak tarım ilaçları olan organofosforlu insektisidlerle benzerlikleri vardır. Kolinesteraz enzimini irreversibl olarak inhibe ederler. Uygulanmaları halinde kolinerjik krize yol açarak solunum yetmezliği ve polinöropatiye sebep olurlar.

Vezikül oluşturan ajanlar (vezikanlar) (hardal gazı, levisit) kimyasal yanıklara ve epitelyal dokularda veziküllere neden olan sıvı maddelerdir. İnhalasyon veya sindirim sistemi yoluyla alındıktan sonra solunum yetmezliği, körlük, kusma, pansitopeni ve geç dönemde malignitelere yol açarlar.

Boğucu ajanlar (klorin, fosgen, kloropikrin) hızla buharlaşabilen sıvı maddelerdir. Gaz formunun inhalasyonundan sonra önce solunum sıkıntısı başlar. Süresi değişken bir latent dönemi takiben toksik pulmoner ödem gelişir. Akut dönem ölümlü sonuçlanmazsa akciğerde kalıcı hasar gelişebilir.

"Kan ajanları" (hidrojen siyanid, siyanojen klorid) başlıca sitokrom oksidaz olmak üzere enzimleri inhibe ederek hücre içi solunumu durdururlar. Buna bağlı gelişen metabolik asidoz ve doku hipoksisi konvüzyonlar ve kardiyorespiratuvar arrest ile sonuçlanır.

Toksinler (saksitoksin, rizin, botulinum toksini) canlı organizmaların ürünü olmalarına rağmen toksik etkilerinden dolayı bazı otoriteler tarafından kimyasal silah grubunda değerlendirilmektedirler. Beşyüzden fazla çeşidi olmakla birlikte 17 tanesi savaş silahı olarak kullanılmaya uygun bulunmuştur. Çünkü birçoğunun üretilmesi problemidir ve aerosol şeklinde hazırlanmaları zaman zaman kimyasal olarak stabil değildirler.

Göz yaşartıcı ve tahriş edici ajanlar (CS gazı, kapsaisin spreyi) geçici olarak hedef organları felç eden duyu irritanlarıdır. Benzer şekilde psikokimyasal ajanlar da (liserjik asit dietil amid-LSD) felç oluşturmak için kullanılabilir. Bu tip ajanlara bağlı ölümler genellikle kurban kör veya hallüsinasyon görürken oluşan bir kazadan kaynaklanır.

Kimyasal silah olarak kullanılabilen maddelerin özellikleri ve antidotları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Biyolojik ajanlar

Birçok mikroorganizma insanlarda ve

Tablo 1. Kimyasal silah olabilecek ajanların özellikleri, dekontaminasyon yöntemleri, antidotları ve spesifik tedavileri.

SİNİR GAZLARI

- **Sarin:** 25 dakika-4 saat arasında etkinliğini korur. Kolinerjik kriz, paralizi, uzun süreli nörolojik sekillere neden olur. Dekontaminasyon için elbiseler çıkartılır. Sabun ve su ya da %0.5 sodyum hipoklorid ile yıkanır. Personelin korunmasında kimyasal silah saldırılarında görevli ekiplerin aldığı önlemler alınmalıdır (koruyucu elbise, havayı filtre eden respiratörler, ve genel önlemler). Atropin 2 mg iv her 5-10 dakikada bir uygulanır. Spesifik antidotu pralidoksimdir, 15-30 mg/kg iv veya im her 1-4 saatte bir verilmektedir.
- **Soman:** 2-5 gün ortamda kalabilir. Koruyucu önlemler, spesifik tedavi sarin ile aynıdır.
- **Tabun:** 1-4 gün kalıcı olabilir. Diğer özellikler sarin ile ortaktır.
- **VX gazı:** 3-21 gün ortamda kalabilir. Diğer özellikler sarinle aynıdır.

VEZİKÜL OLUŞTURAN AJANLAR

Hardal gazı: 2-7 gün ortamda kalabilir. Yanıklara, akciğer hasarına, pansitopeniye neden olur. Dekontaminasyon sinir ajanları gibidir. Cilt ve saçlı deri için %0.5 lik klorin (sudaki çözeltisi) kullanılır. Personelin ko-

runması sinir ajanları gibidir. Antidodu yoktur. Tedavide solunum desteği, ağrının giderilmesi ve yaralatrın debridmanı uygundur.

BOĞUCU AJANLAR

Klorin: Birkaç dakika ortamda kalabilir. Bronkospazm, pulmoner ödem, nekroz ve hemorajilere neden olur. Elbiseler çıkartılır, su ile yıkanır. Personelin korunmasında genel önlemlere uyulmalıdır. Antidodu yoktur. Tedavide bronkodilatatörler, dikkatli sıvı tedavisi ve solunum desteği gereklidir.

Fosgen: Birkaç dakika etkilidir. Diğer özellikleri klorin ile aynıdır.

KAN AJANLARI

HCN (Hidrojen siyanid): Birkaç dakika etkinliğini korur. Aerobik solunumu durdurur, metabolik asidoz ve multipl organ yetmezliğine yol açar. Özellikle göz ve cildin suyla yıkanması gereklidir. Koruyucu elbiseler, hava temizleyici filtreler ve solunum cihazları ve genel önlemler korunmada önem taşır. Spesifik antidodu sodyum tiyosülfattır, 1250 mg iv 10 dakikadan uzun zamanda uygulanır. Sodyum nitrit de 300 mg iv 10 dakikadan uzun zamanda uygulanabilir. Organ destekleyici tedaviler gereklidir. Kon-

vüzyonlar varsa benzodiazepinler verilmelidir.

TOKSİNLER

Botulinum toksini: Paralizi ve otonom sinir sistemi bozukluklarına neden olur. Dekontaminasyon için elbiseler çıkartılır, %0.5 sodyum hipoklorid ile yıkanır. Korunmak için genel önlemlere dikkat edilmelidir. Spesifik antidodu olarak trivalan, heptavalan ve pentavalan antiserumları mevcuttur. Tedavide organ destekleyici tedavi uygulanır.

Risin: Konvüzyon, kas paralizileri ve uzun süreli nörolojik defisitlere neden olur. Dekontaminasyon ve koruyucu önlemler botulinum toksini gibidir. Hayvanlarda kullanılmak üzere bir antitoksin geliştirilmiştir. Tedavi destek tedavisi şeklindedir.

GÖZ YAŞARTICI VE TAHİRİŞ EDİCİ AJANLAR

CS gazı: Birkaç dakika etkilidir. Bronkospazm ve göz yaş salgısının artmasına neden olur. Su ve sabun ile yıkanır. Koruyucu bariyerler önlem olarak yararlıdır. Spesifik antidodu yoktur. Yıkama dışında tedavi gerektirmez.

hayvanlarda hastalığa yol açabilir. Ancak saldırılarda silah olarak kullanılacak ajanlar yaşayan organizmalar veya bunlardan elde edilmiş enfektif materyallerdir. Etkileri insan, hayvan ve bitkilerde çoğalma yeteneklerine bağlıdır. Biyolojik silah olarak kullanılan mikroorganizmaların ortak özelliği doğal bağışıklığın zayıf olduğu popülasyona uygulanmaları ve yüksek oranda ölüm ve felçlere neden olacak şekilde hızla üretilmeleridir. Bir başka ortak özellikleri büyük miktarlarda üretilmelerinin kolay olması ve tedavisi güç hastalıklara yol açmalarıdır.

Biyolojik savaşta kullanılan virüsler (viral hemorajik ateş, viral ensefalit, variola virüsleri) hızla yayılan ve ölüm oranı yüksek virüslerdir. Tedavi destek tedavisinden ibarettir ve izolasyon genellikle mümkün değildir.

Riketsialar (Q ateşi) virüslerden daha az bulaşıcı olmasına rağmen endotelial hücre hasarına neden olarak kardiyovasküler kollapsa sonuçlanabilir.

Bakterilerin kültürünü oluşturmak virüs ve riketsialara göre daha kolaydır. Bacillus anthracis (şarbon), Yersinia pestis (veba) ve Francisella tularensis (tularemisi) gibi bazı bakteriler yüksek oranda bulaşıcı ve öldürücü olabilir. B. Anthracisin rezervuarı topraktır ve bütün dünyada yaygın olarak bulunur. Sporları çok uzun yıllar canlı kalabilir. 1941 yılında Gruinard adasında ortaya çıkan salgından geriye kalan sporlar 1986 yılında dekontaminasyon yapıldıktan sonra canlı kalabilmişlerdir. 50 kg. aerolize B.anthraxis mikrobu profilaksi yapılmayan 500.000 insanın yaşadığı bir merkezde 2 mil uzağa yayılabilir ve tahmini 95.000 kişinin ölümüne neden olabilir. Son olaylarda ise antraks sporları pudra şeklinde posta sistemi yoluyla gönderilmiştir. Bu yöntem ile kutanöz ve inhalasyon antraksı oluşturulabilir. Enfektif doz 8000-15000 spordan oluşur. Veba etkeni olan Y.pestis anaerobik, Gr- bir kokobasilidir. Vebanın biyolojik silah olarak kullanımına ilişkin ilk belgeler 14. yy.da Tatarların veba ile infekte olmuş cesetleri Kaffa şehrinde kullanmasına dayanır. Enfektif doz 100-500 mikroorganizmadır. Enfeksiyonun bubonik, septisemik ve pnömonik formları tanımlanmıştır. Pnömonik formlar epidemiler yapabilir. Bubonik veba tedavi edilmezse %40 mortal sonuçlanır. Septisemik veba ise tedavi edilmezse %100 ölüm görülür. Pnömonik vebada ilk 24 saat içinde tedavi başlanmazsa değişken oranlarda ölüme neden olur. 1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından eradike edildiği ilan edilen çiçek (variola virüs enfeksiyonu) hastalığına karşı aşılama faaliyetleri o zamandan itibaren durdurulmuştur. Variola, aerosol şeklinde kullanılırsa yüksek enfeksiyon oluşturma potan-

siyeline sahip ve silah olarak kullanıldığında stabil, mortalitesi yüksek (aşılı kişilerde %3, aşısızlarda %30, ölüm nedeni bronkopnömonidir) bir DNA virüsüdür. Mantar, protozoa ve parazitler de hastalık yapabilir ancak biyolojik silah olarak önemleri azdır. Çünkü kültürlerini oluşturmak güçtür ve karmaşık bir yaşam siklusları vardır.

Biyolojik silah olarak kullanabilen mikroorganizmalar ve yaklaşımlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Sonuç olarak, kimyasal ve biyolojik silah saldırılarında doktorların, yardımcı personelin ve hastaların emniyetini sağlamak için her türlü gayret gösterilmelidir. Perso-

nelin yetersiz şekilde korunması tıbbi yardımın etkinliğini ve yeterliliğini azaltacaktır. Hastaneye getirilmeden önce dekontaminasyonun yapılması medikal çalışanların infekte olmasını engelleyecektir. Yaşam kurtarıcı tedaviler bu tip yaralılarda dekontaminasyondan önce gerekli olabilir. Resüsitasyon, hangi tip KBS kullanıldığı bilinmediğinde veya uzman personelin, ya da uygun antidotun bulunmadığı durumlarda güç olabilir. Bu tip saldırılarda uzun süreli yoğun bakım desteği gerekebilir.

* Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

Tablo 2

Biyolojik silah olarak kullanılacak başlıca mikroorganizmaların özellikleri.

Bacillus anthracis:

8000-15000 spor hastalık oluşturmak için yeterlidir. İnkubasyon periyodu 1-5 gündür. İnhalasyonu sonrasında mediastinit, menenjit ve multipl organ yetmezliğine neden olur. Personelin korunması için izolasyon, aşılama ve genel koruyucu önlemler gereklidir. Hastalığın tedavisi siprofloksazin 1200 mg/gün iv veya doksisisiklin 200 mg yükleme dozunu takiben 300 mg/gün iv (bölünmüş dozlar halinde) ile yapılır. Profilaktik olarak da siprofloksazin veya doksisisiklin oral yolla 4 hafta süreyle kullanılabilir. Aşısı mevcuttur. Pnömotik formu tedavi edilmezse %100 mortaldir.

Yersinia pestis:

100-500 mikroorganizma hastalık oluşturabilir. Kuluçka dönemi 2-3 gündür. Pnömoni, septisemi ve multipl organ yetmezliği oluşturur. Personelin korunmasında izolasyon ve genel önlemler önemlidir. Tedavide streptomisin 30 mg/kg im, günde 4 kez, 10 gün süreyle ya da doksisisiklin 200 mg yükleme dozundan sonra 3x100 mg iv, 14 gün süreyle uygulanmalıdır. Profilaksisinde Doksisisiklin veya tetrasiklin oral yolla 7 gün süreyle kullanıldığında etkilidir. Aşısı vardır. Pnömotik formu tedavi edilmezse %100 öldürücüdür.

Francisella tularensis:

10-50 mikroorganizma hastalık oluşturabilir. Kuluçka süresi 2-10 gündür. İnhalasyonu pnömoni ve plöral effüzyonlara neden olur. Genel koruyucu önlemler dışında koruyucu faktör yoktur. Tedavide streptomisin 30 mg/kg im günde 4 kez, 10-14 gün süreyle veya gentamisin 3-5 mg/kg iv uygulanır. Kemoprofilaksiste doksisisiklin oral yolla 14 gün süreyle kullanılmalıdır. Güçlendirilmiş canlı aşısı mevcuttur. Tedavi edilmezse %35 mortaldir.

Variola:

10-100 organizma hastalık yapabilir. İnkubasyon süresi 7-10 gündür. Döküntü ve sekonder enfeksiyon olarak pnömoniye neden olur. Personelin korunmasında izolasyon ve genel önlemler uygulanmalıdır. Tedavi için cidofovir 5 mg/kg iv her 2 haftada bir uygulanır. Kemoprofilaksi için immunoglobulin mevcuttur. Aşısı vardır. Mortalite aşısız kişilerde %30, aşılı kişilerde %3'tür.

Viral ensefalitler:

10-100 mikroorganizma hastalık oluşturur. Kuluçka süresi etkene göre değişir. Ensefalit, konvüzyon, koma, SSS hasarı oluştururlar. Genel koruyucu önlemler alınmalıdır. Tedavi destek tedavisi ve antikonvülzan ilaçlarla yapılır. Kemoprofilaksi için uygun ajan yoktur. Aşısı mevcuttur. Mortalite bazı tiplerde %75 civarındadır.

Viral hemorajik ateş:

1-10 mikroorganizma hastalık oluşturabilir. Kuluçka süresi 4-21 gün arasında değişir. Koagülopati, ödem, multipl organ yetmezliği gelişir. İzolasyon ve genel koruyucu önlemler personelin korunmasında önemlidir. Tedavide ribavirin 30 mg/kg iv yükleme dozunu takiben 15 mg/kg iv günde 4 kez, 4 gün süreyle, daha sonraki 6 gün ise 7.5 mg/kg iv günde 3 kez verilir. Kemoprofilaksiste etkili bir ilaç yoktur. Aşısı mevcut değildir. Mortalite Ebola virüs enfeksiyonunda %90'dır.

Coxiella burnetii:

1-10 mikroorganizma hastalık yapar. Kuluçka süresi 10-40 gün arasındadır. Halsizlik, yorgunluk, ateş klinik bulgulardır. Koruyucu önlemlere dikkat edilmelidir. Tedavide doksisisiklin 100 mg oral yolla günde iki kez, 5-7 gün süreyle kullanılır. Kemoprofilaksiste doksisisiklin oral yolla yararlıdır. Q aşısı vardır. Mortalitesi %1'den azdır.

Cıva toksisitesi

■ Sami Büyükgökçesu*

sinde çok kullanılır. Tüm bunların yanı sıra cıvadan dişhekimliği pratiğinde de çok yararlanır.

1820'lerden bu yana cıva, diş amalgamlarının önemli bir bileşiği olmuştur. Amalgam alaşımı ise dişhekimliğinin en çok kullanılan maddesi olma özelliğini günümüzde bile korumaktadır.

Kabul etmek gerekir ki bu denli çok kullanım alanı bulunan ve cıva içeren bu alaşımın hasta, hekim ve dişhekimliği personeli açısından potansiyel bir sağlık tehlikesi oluşturup oluşturmayacağı tartışmasının sık sık gündeme gelmesi son derece doğaldır. Son yıllarda kompozit reçinelerde sağlanan odontoteknik gelişmeler de dental amalgamlardaki güvenilirlik tartışmasının yoğunlaşmasına neden olmuştur.

Kimyasal olarak; organik, inorganik (cıva tuzları), ve element halinde (cıva buharı) bulunan cıvanın oluşturabileceği toksik etkileri dişhekimliği personeli ve hasta açısından ele almak gerekir;

Dişhekimliği personeli

Cıvanın hekim ve dişhekimliği personeli için potansiyel bir sağlık tehlikesi oluşturduğu uzun yıllardan bu yana kabul edilen bir gerçektir. Bu olay üç yoldan gerçekleşebilir.

- Cıva ile doğrudan deri teması
- Cıvalı bileşiklere dokunulması
- Cıva buharının solunması

Cıva buharının solunması en tehlikesidir. Solunan cıvanın yaklaşık % 80'i akciğerlerden absorbe edilir. A.B.D.'deki

"MESLEK GÜVENİRLİĞİ VE SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ" tarafından EŞİK LİMİT DEĞERİ (TLV) 50 µg/m³ olarak belirlenmiştir. Bu rakam 8 saatlik bir işgününde, tüm çalışanların herhangi bir yan etki görülmeden tekrarlanarak maruz kalabilecekleri konsantrasyonu gösterir.

Dişhekimliği kliniğinde cıva kirlenmesinin kaynakları

- Cıvanın dökülmesi
- Amalgamdan çıkan artık cıva
- Amalgamatörlerden olan sızıntı
- Fazla amalgamın uygun olmayan koşullarda saklanması
- Karıştırma sırasında amalgam kapsüllerinden olan sızıntı
- Sterilizatöre yerleştirilmiş cıva bulaşmış aletler
- Amalgam dolguların çıkarılması sırasında çıkan cıva
- Amalgamın ultrasonik aletlerle sıkıştırılması (kondensasyonu)

Cıva dökülmesiyle halıda veya yer kaplamasındaki çatlaklar arasında cıvanın birikmesi cıva kirlenmesinin ana kaynağıdır. Yapılan araştırmalarda halı kaplı, ya da sert yer kaplamalı kliniklerdeki havada bulunan cıva buharı konsantrasyonları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Disposabl ve yeniden kullanılabilen amalgam kapsüllerinde çok dikkat edilmelidir. Her iki tip kapsülde de karıştırma sırasında cıva buharı kaynağı olması açısından bir fark yoktur. Ancak genelde, kaza sonucu cıva dökülmesi riskini büyük ölçüde azaltan disposabl kapsül kullanılması önerilir.

Ağır madenler sınıfından olan cıvadan günümüzde 60'dan fazla endüstri dalında yararlanılmaktadır. Örneğin insektisid'lerin (böcek ilaçlarının) hazırlanmasında, mücevheratçılıkta, klorin, kostik soda, boya ve kağıt sanayiinde, ilaç endüstrisinde. Tek başına dokular için son derece toksit bir metal olan **Cıva** organik bir madde ile birleştirildiğinde antibakteriyel etkisi artar ve dokular için daha az toksik hale geçer. Bu nedenle cıvanın organik bileşikler deri ve mukoza anti-septiği olarak kullanıldıkları gibi, bazı biyolojik maddelere katılarak sterilitenin korunmasını sağlarlar. Diüretik (idrar söktürücü) ilaçlar ve mantar hastalıklarına kullanılan merhemler de belli oranda cıva içerir. Amonyaklı cıva merhemleri yüzeysel enfeksiyonların tedavi-

Klinikte, potansiyel cıva zararlarını önlemek uygun bir cıva hijyeniyle olasıdır. Dökülmüş cıvayı temizlemek amacıyla, el pompaları, aspiratörler ve plastik şırıngalar kullanıma sunulmuştur. Yapışkan bant, alüminyum foli veya yeni karıştırılmış amalgam, dökülmüş cıvayı toplamak için çok kullanışlıdır.

Amalgam artıklarının kapalı kaplarda röntgen sabitleme solüsyonu gibi sülfür içeren bileşiklerde saklamak veya etkili bir cıva supresörü kullanmak gerekir.

Cıva bulaşmış aletler iyice temizlendikten sonra sterilizatöre yerleştirilmelidir.

Cıva bulaşmış disposabl parçalar özel kapalı kaplarda saklanmalıdır.

Amalgam dolguların çıkarılması sırasında su spreyi ve kuvvetli aspiratörler kullanılması, oluşabilecek cıva buharı düzeyini önemli ölçüde azaltır.

İyi bir havalandırma ve temiz hava akımı dişhekimliği personelinin yüksek konsantrasyonunda cıva buharı solumasını önlemekte çok yararlı olur.

Araştırmacılar, klinik personelin cıvadan ne kadar etkilendiğini belirlemek için periyodik idrar analizleri önerirler.

Dişhekimliği hastası

Amalgam dolgu taşıyan bireylerin solunum havasında, amalgam dolgu taşıyanlara göre yüksek oranda cıva bulunduğunu belirten çalışmalar vardır. Sakız çiğnenmesinden ve diş fırçalanmasından sonra dolgu kişilerin nefeslerindeki cıva miktarı amalgamlı yüzey sayısına bağlı olarak artar, ancak süreklilik göstermez.

Bir amalgam dolgu, klinik yaşantısı boyunca anodik korozyona ilişkin olarak cıva açığa çıkarır. Fakat yüzeyde oluşan film tabakası, korozyonu inhibe eder ve iyon salınımını azaltır. Bu yolla açığa çıkan buhar veya iyon şeklindeki cıva, ağız boşluğundaki havada ya da tükürükte erir.

Özellikle geleneksel amalgam alaşımla-

rıyla yapılan restorasyonlarda, dolgu maddesiyle kavite tabanı arasındayalıtkan bir kaide maddesi konulmadığında, açığa çıkan cıvanın dentin kanalcıkları yoluyla pulpaya ulaşabileceği saptanmıştır.

Subgingival amalgam restorasyonlarına komşu diş etlerinde belli oranda cıva belirlenmiştir.

Amalgam dolgulardan serbestlenen cıvanın toksisitesi

Bugüne dek edindiğimiz bilgiler ışığında amalgam dolgu maddesiyle ilgili olarak ortaya çıkan cıva serbestlenmesinin kendi başına sistematik bir "CIVA ZEHİRLENMESİ" oluşturma tehlikesi kesinlikle yoktur. Diyetle, amalgamdan açığa çıkan cıva ve diğer yollardan alınabilecek cıvanın absorbe edilmesi, toksik etkilerin ortaya çıkıp çıkmayacağını belirler.

Pratikte, amalgam dolgusu bulunan kişilerin absorbe ettikleri total cıva miktarını ölçmek için kan ve idrardaki cıva konsantrasyonu ölçülür. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirlenen limit cıva buharı konsantrasyonu 25 µg/m³tür. Bu miktar sürekli olarak alındığında, üst limit konsantrasyonu olarak idrarda 20 µg/l. 'ye kanda ise 30 ng/ml ye eşdeğerdir. Öte yandan amalgam dolgulu kişilerde idrardaki ortalama cıva konsantrasyonu 1,66 µg/l. kanda ki ise ortalama 0.6-1.9 ng/ml. dir. Bu rakamların; idrardaki üst limit sınırının 1/12'si ve kandaki üst sınırının 1/23'ü olduğu göz önüne alınırsa, normal limitlerin çok altında olduğunu belirlemek çok kolay olur. Bu sınırların aşılması ancak olağanüstü durumlarda olasıdır. Gerçekten de yapılan bir çalışmada amalgam dolgulu hastaların idrarlarındaki cıva miktarlarıyla, dolgusuz kontrol grubundaki bireylerde bulunan cıva miktarı arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Kontrol grubundaki bireylerde bulunan cıva büyük olasılıkla alınan diyetten kaynaklanır.

Ağızda 20 adet amalgam dolgu yüzeyi bulunan kişilerde, bir günde yaklaşık 18 µg cıva çözüldüğü belirtilmiştir. Oysa, Dünya Sağlık Örgütü'nün sap-

tandığı tolerans sınırı günde 48 µg dir.

Sonuçta, amalgam dolgulardan alınan küçük dolgulardaki cıvanın vücutta bulunan cıva miktarını çok artırabileceği, bunun besin maddeleriyle alınan cıvanın yapabileceği artıştan çok daha az olduğu ve cıva zehirlenmesinin septomlarını ortaya çıkaracak düzeylerin çok altında bulunduğu belirtilebilir.

Cıva zehirlenmesi septomları

Cıvanın letal dozu 1-4 g'dır. Öldürücü doz alındıktan sonra birkaç saat içinde ölüm meydana gelebileceği gibi, zehirlenme belirtileri 7-8 gün devam ettikten sonra ölüm görülebilir.

Cıva buharını kronik olarak solunması nörolojik belirtilerle kendini gösterir. Cıvadan etkilenmenin erken non-spesifik belirtisine "astenik vejetatif sendrom" veya "mikrometüryalizm" adı verilir. Gastrointestinal düzensizlikler, kilo kaybı, güçsüzlük, yorgunluk gibi belirtiler gösterir. Alınan cıva miktarı arttığında titremeler, psikolojik bozukluklar, artan eksitabilite, hafıza kaybı, uykusuzluk, depresyon, aşırı utangaçlık, konuşma bozuklukları, yavaşlamış sinir iletimi, davranış bozuklukları gözlenir.

Cıva zehirlenmesinin ağız içi semptomları; gingivitis, aşırı tükürük salgısı, metalik tad ve dişlerde mobilite artışıdır.

Artmış eksitabilite, titremeler ve gingivitis triad; cıva buharı solunması ile oluşan cıva zehirlenmesinin ana belirtisi olarak kabul edilir.

Cıva zehirlenmesinden kuşku edilen tüm olgularda tedavi cıvanın kesilmesiyle başlar. Kan ve idrarda cıva konsantrasyonları en kısa zamanda ölçülmelidir. Cıvanın, thiollere affinitesi nedeniyle tedavide şelat ajanları kullanılır. Dimerkaprol, penisilamin en çok kullanılan ilaçlardır.

*** Prof.Dr., İ. Ü. Dişhekimliği Fakültesi Konservatif Diş Tedavisi Bilim Dalı Öğretim üyesi**

Mesleğe bağlı muskulo-skeletal hastalıklarda (MSH) ergonomik yaklaşımlar

■ Sevgi Sevi Subaşı*

Dişhekimliğinde karşılaşılan en önemli problemlerden olan kas-iskelet hastalıkları ve postür bozukluklarının tedavisinde, egzersizin olduğu kadar ergonomi ve davranış modifikasyonu kavramlarının da önemli yeri vardır. Kelime olarak Ergo: İş, Nomos: Kural, Ergonomi ise; insanın iş çevresiyle olan ilişkisini inceleyen bilimdir. Ergonominin asıl amacı kişinin daha efektif bir şekilde çalışırken, özellikle işe bağlı hastalıklardan korunması ve güvenli iş ortamının sağlanmasıdır. Kas, tendon, ligament, sinir gibi yapılar fiziksel ve psikolojik etmenler nedeniyle zarar görebilir. Bu nedenler; uzun süreli kötü postür, kümülatif travma, tekrarlı hareketler, zorlayıcı eforlar, vibrasyon, zaman baskısı, hasta anksiyetesinin yansımaları, işte hata yapmama baskısı olabilir. Bureau of Labor Statistics' in 1999 tarihli raporunda; 1.8 milyon çalışanın iş nedeniyle muskuloskeletal şikayeti olduğu ve 582,300 muskuloskeletal problemlili bireyin de sağlık nedenli iş günü kaybı yaşadığı belirtilmiştir. Dişhekimlerini olumsuz yönde etkileyen bu problemlere karşı geliştirilen koruyucu önlemler ve tedavi edici yaklaşımların düzenli olarak uygulanması halinde, muskulo-skeletal hastalıklardan korunmak mümkün olacak, bununla beraber meslek grubunun yaşam kalitesi de hızla artacaktır.

Amerikan Dişhekimleri Birliği'nin de onayladığı koruyucu ergonomik yaklaşımlar;

- Risk faktörlerinin belirlenmesi,
- Davranış modifikasyonu,
- Postür eğitimi,
- İş yeri dizaynı değişiklikleri,
- Uygun alet seçimi,
- Yeni postür ve hareketlerin denenmesi,
- İşyeri aletlerinin düzenli yerleşiminin

kontrolü,

- Semptom varsa hemen anlaşılması ve önlem alınması,
- Hasta ile hekimin güvenliği ve rahatlığıdır.

Girişimler;

- Lisans döneminde başlayan ergonomik eğitim,
- Optimal vücut postürü için çalışma koşullarını modifiye etmek,
- Ergonomik olarak dizayn edilmiş hasta koltukları, operatör tabureleri, el-ayak kontrolleri, el aletleri ve eldiven kullanmak,
- Kişiye özel iş ortamı sağlamak,
- Hatalı eklem pozisyonlarını azaltmak,
- El bileklerini nötral pozisyonda tutmak,
- Eklemeleri, hareket açıklıklarının orta noktalarında tutulmak,
- Aşırı yüklenmelerden ve tekrarlayıcı hareketlerden kaçınmak olarak sayılabilir.

Optimal vücut postürü;

- Tüm kasların dengeli olması,
- Hareket kolaylığı,
- Ağrı olmayan pozisyonları seçme,
- Aynı pozisyonu uzun süre devam ettirmeme,
- Vücut orta noktasından herhangi bir yana doğru eğilmekten ve dönme (tork) hareketinden kaçınma ile sağlanabilir.

MSH ve postür bozukluklarından korunma stratejileri:

- Kendi pozisyonunuzu ve hastanın pozisyonunu modifiye edin. Bunu yaparken en az kas kuvveti ile gerekli pozisyonu sağlamaya çalışmak temel hedeflerdir.
- Kavrama ve taşıma noktasını ayarlayın.
- Gün boyunca farklı hareketleri kullanın.
- Tedavi sırasında sık sık pozisyon de-



giştirin. Devamlı postürde, çalışan kas gruplarına giden optimum yüksek oksijenli kan akımı 3-4 saniye içinde kesintiye uğrar, dokular beslenemez ve atık maddeler dokulardan uzaklaştırılmaz. Statik yüklenme nedeniyle oluşan bu durumda kasların kasılma-gevşeme döngüsü bozulmuş, yorgunluk ve aşırı yüklenme oluşmuştur. Böyle bir durumda dinamik yapılar kendini yenileyemez ve düzenli çalışamaz.

- Baş-boyun, sırt ve belinizi düz bir eksende tutmaya çalışın. Özellikle boyun başın ağırlığını taşıırken nötral pozisyonda olmalıdır.
- Dirsekler vücudun yanında çalışırken omuzlar nötral pozisyonda olmalıdır.
- Nötral pozisyonda el-el bilekleri el sıkma pozisyonuna yakın olacak şekilde gevşektir.
- Burundan yere doğru bir eksen çizildiğinde, burun ayak baş parmaklarından önde olmamalı, sırt düz tutulmalıdır.



Tedavi sırasında dikkat edilmesi gereken postür kuralları:

- Hastanızı oturarak tedavi ediniz!
- Seçtiğiniz oturağın ergonomik ve arkalıklı olmasına dikkat ediniz.
- Otururken vücut ağırlığını oturağın ortasına yerleştiriniz.
- The European Society of Dental Ergonomics(ESDE)'e göre başın 20-25° den fazla öne eğimi sağlıksız postürdür. Başınızı mümkün olduğunca dik tutunuz.
- Üst gövde, kalça ekleminden 20° den fazla önde olacak şekilde eğilmeyiniz.
- Sırt ve belinizi düzleştiriniz, pelvisini hafifçe öne doğru tilt yapabilir.
- Omuzlarınızı gevşetiniz.
- Oturağınızı doğru yüksekliğe getiriniz, arkalığı ve pozisyonunuzu ayarlayınız.
- Kalçalarınızı oturağın arkalığına mümkün olduğunca yaslayınız.
- Dizlerinizi kalçalarınızdan hafifçe aşağıda tutunuz.
- Gövde ve alt ekstremitte arasında 105-110° lik bir açı olmalıdır. Ancak bu şekilde omurga sağlığı korunabilir.
- Bacaklarınızı hasta koltuğunun alt seviyesinde ve birbirinden ayrık (abduksiyon pozisyonunda) tutunuz.



Boyun ve omuz germe



Gövde rotasyonu



Üst trapez kası için germe

- Ayak tabanlarınızı yere tam ve sağlam basınız, simetrik tutunuz.
- Dirseklerinizi oklüzal plana paralel tutunuz.
- Aynayı tutan elinizi, kassal gerilimi azaltmak amacıyla sık sık dinlendiriniz. Aksi taktirde zorlanma yaralanmalarına maruz kalınabilir.
- Hasta ve hekimin gözü arasındaki ideal uzaklık 40.64 cm'dir. Bu ölçüye yakın bir mesafeyi koruyunuz.
- Kullanılan malzemeleri ve ışığı kolay ulaşabileceğiniz şekilde yerleştiriniz.
- Görüş çizginiz ile tedavi ünitesinin ışığı aynı ekseninde olmalıdır.
- En fazla 30-60 dakikada bir tedaviye ara veriniz! Bu sürede dinlenip, germe egzersizleri yapıp, öne doğru eğilip, yürüebilirsiniz.

Hastanın

pozisyonlanması:

- Hastanızı, tedavi sırasında boynunuzu eğmeye gerek kalmayacak şekilde pozisyonlayınız.



Mandibular bölgede çalışırken;

- Hasta koltuğunu yarı yatık pozisyona alınız,
- Daha alçak bir oturak seçiniz,
- Oturağı dirsekleriniz mandibular oklüzal plana paralel olacak şekilde ayarlayınız,
- Hastanın ağzını tedavi tarafına doğru çevirtiniz,
- Tedavi ünitesinin ışığını çalışılacak bölgenin üstüne gelecek şekilde ayarlayınız.

Maksillar bölgede çalışırken;

- Hasta koltuğunu tama yakın yatırabilirsiniz,
- Omurganızı maksillar oklüzal plana paralel olacak şekilde yerleştiriniz,
- Oturağı dirsekler maksillar oklüzal plana paralel olacak şekilde ayarlayınız,
- Hastanın ağzını tedavi tarafına doğru çevirtiniz,
- Tedavi ünitesinin ışığını çalışılacak bölgenin üstüne gelecek şekilde ayarlayınız.

Sağlıklı ve bol egzersizli günler diliyorum...

*Araştırma Görevlisi, Fzt., D.E.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu



Büyük Ayrılık

Kemal Anadol

Doğan Kitapçılık / Tarihi Anlatı Dizisi

"Büyük Ayrılık, Osmanlı İmparatorluğu'nun XX. yüzyıl başındaki çözülme sürecine Ege'den tanıklıklar getiren belgesel bir roman. Kemal Anadol, Kurtuluş Savaşı öncesinde, Foça-Ayvalık-Midilli ekseninde yaşanan olayları abartısız biçimde yansıtıyor. 1900'lü yılların Foça'sını, Türkler ile Rumların iç içe yaşadığı verimli Ege kasabasını tarihsel, kültürel, ekonomik boyutlarıyla ele alırken, yörede adım adım sürüklenen savaşın ilk yansılarını, çözülen yakın ilişkilerin ne duruma geldiğini anlatıyor Anadol. Bir yanı sıra Stelyos Haralambos ailesinin serüveniyle o büyük çözümlenin getireceği ayrılığın arka planında olup bitenleri izliyor, diğer yanı sıra da Ege'de, Osmanlı'nın ilk 'tehcir'inin öy-

küsünü buruk bir biçimde okuyoruz. Birinci Dünya Savaşı'na sürüklenen Osmanlı İmparatorluğu'nun bu zor dönemecinde İttihat ve Terakki'nin başlattığı iktidar kavgası, iç içe dostça yaşayan Türkler ile Rumların savaş çağının kurbanı edilmelerinin trajik bir öyküsü. Tarihsel kaynaklara dayanarak oluşturulan bu 'belgesel roman'ın en belirgin özelliği Kemal Anadol'un bir tür yerel tarih çalışması yaparak, romanın gerçekliğini pekiştirici kişi-belgelerden hareket etmiş olmasıdır. Büyük Ayrılık, tarih uluslaşma savaşımının hangi zorluklarla kotarıldığını belgeleyen bir roman. Bizleri çözümlenin, kopuşun ve tarihin belleğine götüren Büyük Ayrılık'ın belleklerde derin izler bırakacağına inanıyoruz."

Feridun Andaç



Helsinki'den Kopenhag'a Kıbrıs

Erdal Güven

Om Yayınevi

Şimdi Dizisi

"Yarım yüzyıldır tüm Türkiye'nin yaşamını etkileyen, kendi geçmişine rehine kalmaktan kurtulamamış Kıbrıs'ın geleceğine perdeyi ayırıyor, söylemi değiştiriyor, Erdal Güven. Kitap, 21. yüzyılın ilk yıllarını yaşayanlar için bir gelecek pusulası Bugünlerden yıllarca sonra, bugünleri öğrenmek isteyenler için ise, bir tarih belgeseli değerinde olacak. Helsinki'den Kopenhag'a Kıbrıs, Kıbrıs sorunu ekseninde, aslında 21. yüzyıl başlarındaki Türkiye'yi ve tüm uluslararası yaşamı anlatıyor."

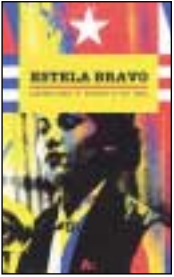
Cengiz Çandar

"Erdal Güven, Türk medyasında örneğini pek fazla görmediğimiz dürüst kalemlerden biri. Kıbrıs gibi uzun yıllar tabu olarak kabul edilmiş dikenli bir konuda, birkaç insanla birlikte bir buzkıran gemisi gibi donmuş olanları kırma görevini üstlendi. Bu kitabı okuduğunuzda, uzun yıllar bilinçli bir şekilde karanlıkta bırakılmış ve yalanlarla saptırılmış bir konu sizin için aydınlık bir resim haline gelecek. Çözümlerin ne olduğunu anlayacaksınız. Çözumsuzlüğün kimlere yaradığını fark edeceksiniz. Kıbrıs'la ilgili kendi kararınızı vermenize yardımcı olacak bütün gerçekleri sadece bir kitabı okuyarak bulabildiğinizi görmek ise sizi çok şaşırtacak. İster istemez kendinize soracaksınız:

"Neden bunları biz daha önce görmedik?"

Neşe Düzal

Tanıtım Yazısı'ndan Alıntı



Çağının Tanığı

Estela Bravo

Ana Yayıncılık

Amerikalı doğup Kübalı olmayı seçen Estela Bravo, zamanımızın önde gelen belgesel yönetmenlerinden biri. Yirmi yılı aşkın bir süredir gerçekleştirdiği belgesellerle çağına tanıklık ediyor. Orta ve Güney Amerika'nın yoksullukla, askeri darbelerle, Amerikan müdahaleleriyle biçimlenen yakın tarihinden

kesitleri vicdanının sesini dinleyerek kitlelere aktarıyor.

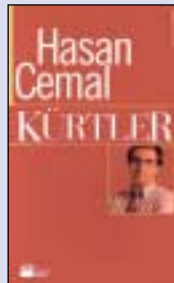
Estela Bravo Küba'dan Miami'ye giden göçmenlerin öyküsünden Şili ve Arjantin'deki diktaların şiddet uygulamalarına, Güney Afrika'daki savaştan Fidel Castro'nun biyografisine uzanan filmlerinde çocukların, gençlerin, işkence kurbanlarının sesi oluyor.

○

Bu sayfa

www.ideefixe.com

katkılarıyla hazırlanmıştır



Kürtler

Hasan Cemal

Doğan Kitapçılık Araştırma Dizisi

Kürtleri, Kürt sorununu, PKK ile şiddet ve terör yıllarını perde arkasında olup bitenlerle öğrenmek ister misiniz? Güneydoğu'yu, Kuzey Irak'ı kan ve ateş coğrafyasını bir gazetecinin gözlüğüyle gezmeye ilgi duyar mısınız? Ya da Ortadoğu'da terör ve şiddetin beşiği Bekaa Vadisi'ne uzanıp Ap'yla bir geceyanısı buluşmasına ne dersiniz? Cudi Dağı'nın tepesinde askerle sabah-

lamak, Diyarbakır'da, Şırnak'ta PKK'lılarla, Kürt aydınlarıyla buluşmak, Cizre'de, Dicle Nehri'nin kıyısında veya Kızıltepe ile Viranşehir'de Kürtlerle kebab yemek, Ankara'da devlet büyükleriyle, Genelkurmay başkanlarıyla, istihbarat yetkilileriyle konuşmak, Beyrut ve Şam'da havayı koklamak, Washington'da istihbarat camiasıyla temasa geçip Türkiye'yi 1984 yılından başlayarak kanatan bir sorunu anlamaya çalışmak ister misiniz? Bu kitapta yalnız Kürtler yok, Türkler de var. Yalnız siyaset yok, özellikle insanlar ile onların yaşadıkları dramlar da var. Bu kitabın hazırlığı on sekiz yıl öncesine gidiyor. Yazılmasına gelince, "Yaşamak için ille de acı çekmek mi lazım?" diye diye iki yıl sürdü.



yacağını sezdim. İçimde sinema yapma özlemi de ağır bastı. Roman, kurmaca karakterlerle birlikte siyasi boyutu ne olursa olsun, aşk, ihtiras, tutku, kin, iktidar savaşı... insani duyguları anlatıyor. Bütün bunlar herkesi heyecanlandıran, dünya döndükçe varolacak duygular. Bunlarla oynamak bir sinemacı için daha heyecan verici, tarihin serinkanlı yapısıyla oynamaktan. Bu filmi hem üçlemeyi tamamlamak hem de sinema yapmak için çektim.

TDBD: Tartışmalı bir dönemi anlatıyorsunuz. Daha film vizyona girmeden tartışmalar başladı ve anlaşılacak arkası da gelecek. Siz filmde bu döneme hangi perspektiften bakıyorsunuz?

'Amacımız tarihi yargılamak değil'

Vizyona girmeden tartışma yaratan 'Abdülhamit Düşerken' vizyona girdi. Yönetmen Ziya Öztan filmi tarihin girdaplarında yok olup giden güçlü veya güçsüz insanları ve insana ait duyguları anlatan bir film olarak değerlendirip özellikle 31 Mart İsyanı'nın çok kompleks bir vaka olduğunu, döneme objektif baktığını söylüyor.

Ziya Öztan, tarihi canlandıran bir yönetmen. TRT'nin Türk sinemasına kazandırdığı yönetmenler arasında. 'İttihat ve Terakki', 'Bugünün Saraylısı', 'Ateşten Günler', 'Ateşten Damla', 'Cahide' onun TRT yapımçılığında çektiği yakın tarihimizle ilgili filmleri. Ama o daha çok Anadolu topraklarında verilen Kurtuluş mücadelesini anlattığı 'Kurtuluş'la geniş kitleler tarafından tanındı. 'Kurtuluş', Öztan'ın yakın tarihimizle ilgili üçlemesinin ilk halkasıydı. Onu 'Cumhuriyet' takip etti. Eğitim amaçlı yapılan bu filmlerde Öztan tarihimi canlandırıyordu. Zengin oyuncu kadrosu ve büyük bütçesiyle dikkat çeken 'Abdülhamit Düşerken' üçlemenin son filmi.

TDBD: Biz üçlemeyi 'Demokrasi'yle bitireceğinizi düşünüyorduk. Ama siz başa döndünüz ve Osmanlı'nın son dönemini anlattınız.

Ziya Öztan: Nahid Sırrı'nın romanı, okuyan hiçbir sinemacının ilgisiz kalamayacağı bir eser. 'Kurtuluş' ve 'Cumhuriyet' eğitim amaçlı filmlerdi. Sinemayı düşünenecek olursanız 'Cumhuriyet' diye bir film çekmezsiniz. Sinemacı gözüyle bakarsanız Latife, Fikriye ve Mustafa Kemal'in ilişkisini çekersiniz. Çok da ilginç olur. Ama tarihimizin hiç görsel karşılığı yok diye düşünürseniz eğitim amaçlı bir film çekersiniz. Bu bir görevdi ve ben yerine getirdim. Kurtuluş Savaşı'na, Cumhuriyet'in kurulmasına nasıl gelindi, bunu anlamadan üçlemenin tamamlanma-

Z.Ö.: Romanın ana eksenine bağlı kalarak anlatılan hikayeye bazı yorumlar getirdim. Biz birincil kaynakları temel aldık. Birçok şeyin görsel karşılığını bulmaya çalıştım. Karakterlerde benim dünyaya bakışımı ilgili değişiklikler yaptım. Ama olaya politik boyutuyla bakarsak şunu sağlamaya çalıştım: Bu dönemde olan olayların üzerinden serinkanlılıkla bakılacak bir süre geçti. Amacımız tarihi yargılamak değil. İnsanın tarihin içindeki yerini belirlemek. Tarih akıp gidiyor. Tarihin girdaplarına kapılan, sularında boğulan insanlar var. Onların öyküsü bana daha ilginç geldi. Ama tarihle birlikte bu insanların tutkuları, ihtirasları, aşkları... Ben bu boyutuyla bakmak istedim. Bu boyutuyla bakınca öncelik insanda oldu. Mesela Tevfik Paşa'nın sadrazam olduğu vakit serayda kalması ama hizmetkarına da kanyak getirtmesi. Dışarıda silahlar çekilirken o kanyak peşinde.

TDBD: Tarihe nasıl baktınız?

Z.Ö.: O dönemi iyi araştırdığımı sanıyorum. Yazılmış hemen hemen bütün birincil kaynakları okudum. Prof. Sina Akşin bizim tarih danışmanımızdı. Onun için bu konuda bir hata yapmadığımızı sanıyorum. O döneme birincil kaynaklardan da baktığım zaman hiç bir şeyin ak ve kara olmadığını görüyorum. Olaylar çok kompleks. İrtica var, iktidar kavgası var, İttihat Terakki'nin içinde parçalanmalar var... Yani olaya objektif bakıp, insanlara sıcaklıkla yanaşmak bana daha cazip geldi.

TDBD: Bu üçlemenin tarihsel bir yanı olduğu kadar politik bir yanı da var. Buna katılıyor musunuz?

Z.Ö.: Her şey biraz politiktir. Politika dışında kalmak gibi bir kavrama hiç katılmıyorum. Kamerayı koyduğunuz yer politiktir. Bir siyasi bakış verir. Politika dışına kaçmanız mümkün değil. Bunu sadece yüreğiniz, vicdanınız ve bilginizle doğru kullanmanız önemlidir. Zorunlu olarak kameranın konduğu yer ve yüksekliği bile taraf tutar. Tarafsızlık diye bir şeyin olduğuna ben inanmıyorum.

TDBD: Üçleme filmlerinde özellikle meclis kürsüsünden yapılan konuşmaları mutlaka görüyoruz. Bu sizin demokrasiye olan inancınızın sinemasal bir göstergesi mi?

Z.Ö.: Mehmetçiğin savaşına saygım sonsuz, çıplak ayağıyla. Ama ilk meclisin ve Kurtuluş Savaşı'nın önemi, savaşın meclis açıkken ve bütün diri muhalefetiyle birlikte kazanılmasıdır. Bu ülke öyle dönemlerden geçti ki Türkiye öksürdüğünde önce demokrasiye ara verildi. Oysa Türkiye ateşin içindeyken demokrasiyle birlikte Kurtuluş Savaşı verildi. Bu tarihimizin en onurlu sayfalarından biridir. 'Kurtuluş'ta film boyunca asıl bunun altını çizmek istedim. Çünkü bu demokrasi savaşı kazandırdı. Bu sahneleri savaş meydanlarından daha fazla önemsedim. Kimilerine sıkıcı gelebilir meclisteki tartışmalar ama özellikle koydum.

TDBD: Üçleme içerisinde ilk defa iç konuşmayı kullanıyorsunuz. Neden?

Z.Ö.: Hoca şapkamla cevap vereyim. Öğrencilerime önermezdim ilk zamanlar. Çünkü iç konuşma sinemasal bir zaf sayılır. Yönetmen olarak göstermek zorundayız. Burada ise iç sesler, hem insanların hem politik dünyanın iki yüzünü görsellik kadar renkli bir şekilde aktarıyor. O nedenle kullandım.

TDBD: TRT, filmlerinizin yapımçılığını üstleniyor. Sizi bağımsız bıraktı mı?

Z.Ö.: Kamu kuruluşunun kuralları ve sınırları olabilir. Bunu bütünüyle bilemem. Ben bir şeyi bilirim, yürekte inandığım hiçbir şeyi çekmem. Kurtuluş Savaşı'na yürekte inanıyorum. Bugün dünyanın hakimleri kimse o insanlar vardı karşımızda. Ayakları çıplak bir orduyla, Anadolu'nun ortasında fakir bir halk örgütlendi ve onları yendi. Cumhuriyetin ilk yıllarını da öyle görüyorum. Cumhuriyet, koca bir halkı imparatorluktan çağdaş dünyaya yönlendirdi. Onu



'Ben filmlerimi düne ait olarak görmüyorum. Onlar bugüne ve yarına ait. Örneğin 'Ateşten Günler'in üç kahramanı vardır. Onlar 12 Mart'ta hayatlarını kaybetmiş arkadaşlarımdı. Onları Kurtuluş Savaşı'na götürdüm orada yaşadılar. 'Abdülhamid Düşerken'i de düne ait bir film olarak görmüyorum. Dönekler, savaşanlar, aldananlar bugüne aittir. O kadar bugün ki, sadece fesleri çıkartın yeter.'



da çok sevdiğim için çektim. Burada bir sınırlandırma olsa hiç bir güç bu filmleri çektiremez. Ben sınırlandığım yerde film çekmem. Öyle bir şey olsa bırakırdım. Filmlerin yapımçılığını TRT üstlendiği için şöyle çekilmiştir demek hem bana hem TRT'ye haksızlık olur.

TDBD: 'Kurtuluş' ve 'Cumhuriyet' için tarihsel karakterler sinemasal bir karaktere dönüşmedi yönünde eleştiriler geldi. Bu filmde kurmaca karakterler var. Bu sizi ne kadar rahatlattı?

Z.Ö.: Herkesin kafasında bir Mustafa Kemal var. Bunu bütünüyle bire bir yansıtmak mümkün değil. O zaman ortak bileşkeleri alıyorsunuz. Böylece bu tür eleştirileri başından kabul ediyorsunuz. Kahramanlarınız üzerinde istediğiniz gibi oynayamıyorsunuz. Birincil kaynaklara ve tarihin temel gerçeklerine bağlı kalmak ya da onun bilinmedik küçücük bir yönünü açmak zorundasınız. Ama bunu yaparken yine birincil kaynaklardan referans almak durumundasınız. O insanlar yaşamışlar ve bu yaşamı hakıyla tamamlayıp gitmişler. Onlara karşı sorumluluklarımız var. Şimdi ise tarihin içinde kurmaca karakterler var. Bu bir yönetmen için müthiş bir hareket alanı demek. Onlar sizin kahramanlarınız çünkü.

TDBD: Sevişme sahnesi basın toplantısında da en çok konuşulan bölüm oldu. Bu sahnenin filmin önüne geçmesi

tehlikesini düşündünüz mü?

Z.Ö.: Orada sevişme olsun diye sevişmiyorlar. Adam ölüme gidiyor. Belki de son sevişmeleri. Şefik "Hemen mi gitmemi istersiniz?" diyor, Nimet "Belki iki saat sonra" diye cevap veriyor. Ondan sonra o sevişme sahnesi başlıyor. Ölüm nasıl insana aitse, sevişme de insana aittir. Gışesal bir sevişme değil o bölüm. O, ölüm bedeli bir sevişmedir. Oyuncular da bunun farkındaydı. Onun için cesaretle oynadılar. Onu hangi sinemacı olsa oraya koyardı. Cesur bir sahneydi.

TDBD: Şefik karakteri romana göre daha fazla ete kemiğe bürünmüş.

Z.Ö.: Ben İttihat Terakki'yi de çektim. Şahsen tanımıyorum ama onlardan yapılarını biliyorum. O nedenle Şefik konusunda Nahid Sırrı'ya katılmadım. Daha da güçlendirdim.

TDBD: Dönem filmleri çekiyorsunuz. Ama bu filmlerin geçmişe ait olmadığını söylüyorsunuz?

Z.Ö.: Ben filmlerimi düne ait olarak görmüyorum. Onlar bugüne ve yarına ait. Örneğin 'Ateşten Günler'in üç kahramanı vardır. Onlar 12 Mart'ta hayatlarını kaybetmiş arkadaşlarımdı. Onları Kurtuluş Savaşı'na götürdüm orada yaşadılar. 'Abdülhamid Düşerken'i de düne ait bir film olarak görmüyorum. Dönekler, savaşanlar, aldananlar bugüne aittir. O kadar bugün ki, sadece fesleri çıkartın yeter.

Muayenehanelerin altyapılarında dikkat edilecek temel noktalar

■ İbrahim Belenlioğlu*

lıdır.

Dental hava tesisatı

Diş tedavi ünitesinin temel gereksinimlerinden olan basınçlı havanın, kompresörden ünit ya da ünitlere transferi için Minimum hava akım dirençli, basınca dayanıklı ve hijyen akışkanlığı sağlayan malzemedir olması esastır.

Dental kompresörden ünit ya da ünitlere taşınacak havanın akışı, diş tedavi enstrümanlarının (türbin, mikromotor, detertraj, hava spreyi) verimli çalışmasına engel olacak şekilde dirençle karşılaşmaması gerekmektedir. Bu nedenle tesisat kesiti ve bağlantı elemanları hava akış miktarını olumsuz etkilemeyecek ölçülerde olmalıdır. Bu gereksinim için kısa mesafeli tesisatlarda boru iç çapı mi-

sunun malzemesine ve bağlantı elemanlarının seçimine dikkat edilmelidir.

Ülkemiz koşulları doğrultusunda bu malzemeler polipropilen veya bakır boru olarak tercih edilebilir. Ayrıca, tesisatın ısı transferinden etkilenip havanın yoğunlaşmasını ve üniteye su taşınmasını aşgariye indirmek için tesisat borusuna da ısı izolasyonu tatbik edilmelidir.

Dental su tesisatı

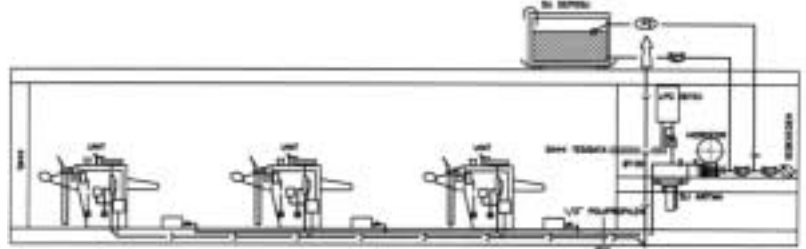
Diş tedavi ünitesinin temel gereksinimlerinden olan dental suyun muayenehaneye girişindeki şebeke suyunun depolanması, basınçlandırılması ve artırılarak ünit ya da ünitlere transferi bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Şebekeden gelen su, su kesintilerine ön-

Teknik altyapı tesisatı

Dişhekimliği muayenehanelerinde temel ünitelerin (ünit, kompresör, aspiratör, ...) verimli, uzun ömürlü ve kesintisiz çalışmalarının temel koşulu; projelendirilmiş, standartlara uygun, ve kontrolleri yapılmış altyapı teknik tesisatlarının gerçekleştirilmesidir.

Dişhekimliği muayenehanelerinde özellikle tedavi ünitesinin gereksinimi olan elektrik enerjisi, basınçlı hava, su, atık su, vakum, havalandırma tesisatlarının ülkemiz koşulları da gözetilerek aşağıda belirtilen esaslara uyması sağlanma-



nimum 10 mm. olarak seçilebilir. Zorunluluk gereği daha küçük çaplarda çekilen tesisatlarda kompresör çıkış basıncı ve akış ayarı yüksek tutulmalıdır.

Dental kompresör tank basıncı genellikle max. 8 atü'ye ayarlanmış olup hava hattının da bu basınca dayanıklı olması ve test basıncının ise en az 10 atü olması zorunluluktur.

Bu nedenle hava tesisat borusunun, bağlantı elemanlarının ve bağlantı yöntemlerinin (kaynak, lehim, dişli, kelepçe...) test basıncına dayanıklı ve dayanıklılığının uzun süreli olması gerekmektedir.

Dental kompresörde üretilen hava ne kadar hijyenik olursa olsun, ünit ya da ünitlere taşınması anında da hijyenikliği korunmalıdır. Bu anlamda, tesisat boru-

lem olarak depolanabilir. Depodan alınan su, ünit ya da diğer cihazlarda etkin kullanılması için uygun basınca getirilmelidir(2 atü). Bu basınçlama yöntemi hidrofor takviyesi ile olabilir. Şebeke suyunun insan ve cihaz gereksinimlerine yönelik artırılması ile dental su olarak kullanıma uygun hale gelir.

Eğer su kesintisi ve basıncı muayenehanede dışında garantiye alınarak artırılmış ise bu takviyelere gerek yoktur.

Elde edilen dental su, bulunduğu noktadan kullanılacak noktalara transfer edilirken, akışkanlığından ve hijyenikliğinden bir şey kaybetmemelidir.

Uygun akışkanlık için uygun çap ve bağlantı elemanları seçilmelidir. Bu çap yakın mesafeler için minimum 10 mm. (iç

çap) olmalıdır. Sızdırmazlığın da sağlanması gereken bu tesisatta test basıncı minimum 5 atü olmalıdır.

Su tesisatında hijyen çok önemli bir konudur. Tesisatta kullanılacak malzeme olarak ülkemiz koşullarına göre bir kaç seçenek vardır. Plastik esaslı basınca dayanıklı boru, polipropilen ve bakır boru. Plastik esaslı basınca dayanıklı boru çok kısa mesafeler ve tesisat işçiliğinin zor gerçekleşeceği yerler için kullanılmakta olup tercih edilen kesitleri ve kolay bükülebilmeleri sonucu su akış miktarını olumsuz etkileyebilir. Isıya dayanıksızdır.

Dünya dental standartlarında kullanılan bakır borunun, birleştirme yöntemi için yüksek düzeyde kaliteli işçilik ve bağlantı teknolojileri gerekmektedir. Uygun alaşımli bakır borunun montajında yumuşak lehimin kullanılması önemli bir ayrıntıdır.

Ülkemizde son yıllarda kolay bulunabilirliği, dayanıklılığı ve montaj kolaylığı nedeniyle tercih edilen polipropilen malzemelerde dikkat edilmesi gereken bir konu vardır. Sıfır derece ve altındaki ısılarda bu malzeme genellikle kırılabilir, ayrıca bazı boruların üretiminde kullanılan katkı maddeleri nedeniyle risk oluşabilir. Bu nedenle, boruların seçimine özen gösterilmeli, standart markalı ve özellikle yüksek kaliteli borular tercih edilmelidir.

Dental vakum tesisatı

Hekim sağlığını doğrudan ilgilendiren ağız içi vakumun temel ünitesi olan vakum cihazının en uygun tesis noktası için tedavi odasının dışı tercih edilmelidir.

Etkin bir vakumun elde edilmesi için uygun bir vakum cihazının yanı sıra uygun bir tesisat gerekmektedir ki bu ölçümde kanülde mimum 300 lt/dak. değere ulaşılmalıdır.

Bu vakumu engellemeyecek tesisat boru çapı için ise; ünit sayısı, cihaz kapasitesi, üniteler arası mesafe ve tesisat dirsek sayıları ölçek parametrelerini oluşturmaktadır.

Tek ünitelik minimum mesafede 32 mm.'lik polipropilen boru kullanılabilir olup ünit sayısı ve mesafeler uzadıkça çapı 40 mm'den başlayan PVC esaslı borular kullanılabilir.

Vakum tesisatındaki üniteler ve cihaz arasındaki eğim %1 olmalı ve sızdırmazlık sağlanmalıdır.

Vakum cihazının tesisatında önemle

dikkat edilmesi gereken bir konu da cihazdaki egsozun hijyen koşullarına duyarlı birimlerin dışına ve karşı basınç oluşturulmayacak şekilde tesis edilmesi dır.

Atık su tesisatı

Muayenehanelerde, tedavi ünitelerinin atık su hatları genelde büyük sorunlar yaratmaktadır.

Atık su tesisat borusu minimum 50 mm. çapında PVC esaslı ince etli boru olmalı, montajında sızdırmazlık sağlanmalı, atık su kolonuna mümkün olan en kısa mesafeden ulaşmalı ve kolona doğru minimum %1 eğim sağlanmalıdır.

Elektrik enerji tesisatı

Muayenehanelerde kullanılan tüm elektrikli cihazların kapasitesine uygun ölçülerde ve nitelikte tesisata sahip olmaları bir zorunluluktur.

Can ve mal güvenliğini doğrudan ilgilendiren elektrik tesisatı için malzemenin yanı sıra kaliteli iş gücü ve uzman kontrolü gerekmektedir.

Muayenehanelerdeki elektrik tesisatlarında dikkat edilmesi gereken diğer önemli noktalar;

Mevcut topraklama hattı uzmanlarca ölçülmeli, gerekirse yeniden tesis edilmeli. Kaçak akım elemanı sisteme monte edilmeli.

Voltaj değişikliklerinin yoğun olduğu bölgelerde, elektrikli cihazların korunması için regülatör kullanılmalı.

Elektrik enerjisinin kesintiye uğraması durumunda kullanılmak üzere, kesintisiz enerji hattı ayrıca planlanmalıdır.

Muayenehanelerde klima tesisatı ve havalandırma esasları

Muayenehanelerde klinik tedavinin uygulandığı ortamda hijyenik şartların sağlanması çok önemlidir.

Bu nedenle klima tesisatının planlanması, uygulanması, işletilmesi ve bakımı özen gerektirir.

Muayenehanelerde klima tesisatının ana görevi, odalardaki ısı şartlarının sağlanmasının yanı sıra özellikle tedavi odasında mikroorganizma, toz ve istenmeyen kokuların azaltılmasıdır.

Hijyen koşullarının üst düzeyde tesis edilmesi öngörülen birimlerde muhakkak hepa filtreli, kanallı split klima ter-



cih edilmelidir.

Hava kanalları pürüzsüz yüzeylerden yapılmalı, mümkün olduğu kadar kısa tutulmalıdır.

Kanallar, dirsekler ve bağlantı elemanları partikül birikimlerine engel olacak şekilde aerodinamik yapıda olmalı ve sızdırmazlıkları sağlanmalıdır.

Klima tesisatı planlaması ve uygulaması uzmanlık gerektiren bir iştir. Muhakkak uzman desteği alınmalıdır.

Altyapıya bağlı tüm bu tesisatlarla ilgili standartlara ulaşmak için; muayenehanenin mimari yapısının ve cihazların yerleşiminin uygunluğu, kullanılacak cihaz teknolojileri, kapasiteleri ve sayıları en büyük parametrelerdir.

Tesisatların malzeme cinsleri, ölçüleri ve



konumları bu parametrelere göre değişir ve tesis edilir.

Tesisatların, muayenehane hijyeni açısından görünen yüzeylerde döşenmemesi gerekmektedir.

Zeminde oluşturulan bir kanalın yanı sıra bazı tesisatlar asma tavandan yada duvar içinden geçirilebilir.

En uygun tesisat uygulaması olarak hatlar, görünen yüzeyde olmamalı, kolayca bakım ve servis yapılabilmesi, ek tesisat çekilebilen bir konumda olmalı, çevre ısı ve darbelere karşı korumalı olmalıdır.

Bu özelliklere ulaşabilme adına yükseltilmiş zemin uygulaması oldukça güvenli ve verimlidir.

Yukarıda belirttiğimiz konular kapsamında muayenehanelerde tesis edilmesi planlanan güvenli bir tesisat için; doğru bir planlama ve projelendirme, kaliteli malzeme, uygulamada iyi bir işçilik, uzman denetimi ve kontrolü gerekmektedir.

* Makine Mühendisi



Soruların yanıtlarını en geç 30 Mayıs 2003 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.

Web sitemizdeki SDE bölümüne girmek için kullanacağınız şifre: **kredi**

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kredilendirilmiş soruları

1- Bir dişin hareketli bölümlü protez desteği olarak değerlendirilmesinde aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Alveoler kemik desteğinin kalitesi ve miktarı önemlidir.
- Periodontal dokuları açısından herhangi bir lezyon veya enfeksiyona sahip olmaması gerekir.
- Kron-kök oranı 2:1 olduğunda destek ve stabilite özelliği uygundur.
- Destek dişin ark üzerindeki konumu ve karşıt oklüzyon tipi önemlidir.
- Silindir şeklindeki ve ince-sivri köklere sahip dişler tork tipi streslere karşı oldukça yüksek dirence sahiptir.

2- Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi penisilin alerjisi olan bir hasta için çapraz alerjik reaksiyon oluşturma riski içerir?

- Sefalosporinler
- Linkozamidler
- İmidazoller
- Makrolidler
- Tetrasiklinler

3- Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi olgunlaşmış plakta kolonize olmaz?

- Prevotella intermedia
- Prevotella loescheii
- Actinomyces viscosus
- Fusobacterium nucleatum
- Porphyromonas gingivalis

4- Altı yaşında alt süt ikinci azı dişine amputasyon tedavisi uygulayacağınız bir çocuğa hangi anestezi uygularsınız?

- Topikal Anestezi
- Bukkal İnfiltrasyon Anestezisi

- Lingual İnfiltrasyon Anestezisi
- Bukkal ve Lingual İnfiltrasyon Anestezisi
- İnferior Alveol Blok

5- Dişlere ve destek dokulara iletilen streslerin şiddetini etkileyen faktörler açısından aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Rezidüel kretin uzunluğu arttıkça, protez kaidesinin uzunluğu ve destek dişlere iletilen kuvvet miktarı artar.
- Kretlerin anatomik şeklini kaydeden bir ölçü ile yapılan protezde çigneme kuvveti eşit şekilde dağıtılmadığından, destek dişler ve protez kaidesinin distal bölgesi travmatik kuvvetlere maruz kalır.
- Kretler üzerindeki mukoperiostun tipi destek dişlere iletilen streslerin miktarını etkiler.
- Kroşenin tutucu kolunun esnekliği arttıkça, destek diş ilettiği stres miktarı artar.
- Antagonist dişler arasındaki düzensiz okluzal temaslar horizontal streslerle destek dişler ve rezidüel kretlerde yıkıcı kuvvetler oluşturur.

6- Bebeklerde görülen infantil yutkunma (0-2 yaş), çocukluk döneminde de devam ediyorsa aşağıdaki malokluzyonlardan hangisi görülebilir?

- Derin kapanış.
- Açık kapanış.
- Örtülü kapanış.
- Çapraşıklık.
- Hiçbirisi görülmeyebilir.

7- Odontojenik infeksiyonlardaki mikrobiyolojik özellikler açısından aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Sadece Anaerobik özellik gösterir.
- Sadece Aerobik özellik gösterir.
- İnfeksiyonun ileri evrelerine geçildikçe Anaerobik flora da önemli artış gözlenir.

SDE CEVAP FORMU (Doğru cevabı daire içine alınız)

1.	a	b	c	d	e	6.	a	b	c	d	e	Adı Soyadı :
2.	a	b	c	d	e	7.	a	b	c	d	e	Adresi :
3.	a	b	c	d	e	8.	a	b	c	d	e	İmzası :
4.	a	b	c	d	e	9.	a	b	c	d	e	
5.	a	b	c	d	e	10.	a	b	c	d	e	

- d) Çoğunlukla infeksiyonun ilk evresinde esas başlatıcı faktör Anaeroblar olup, Aerobik flora bulunmaz.
- e) Hepsi Yanlış

8- Radyolojik görüntüsü normal ve tedavi sırasında çürük nedeniyle 1 mm'yi geçen expoza olan bir süt dişine hangi tedavi uygulanmalıdır?

- a) Siman kaide ve amalgam restorasyon
- b) Direkt kuafaj
- c) Amputasyon
- d) Kanal Tedavisi
- e) Çekim

9- Dudak damak yarıklı olarak doğan çocuklarda;

- a) Bebeğe herhangi bir müdahale yapılmamalıdır.
- b) Bebek hemen ameliyat edilmelidir.
- c) Bebeğe hemen bir beslenme plağı yapılmalıdır.
- d) Hepsi yanlıştır.
- e) Hepsi doğrudur.

10- Hareketli bölümlü protezlerde splintleme konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Splintleme, peridontal hastalık veya tedavisi sonucu, periodontal ataçman kaybına sahip olan zayıf destek dişlere iletilen stresleri kontrol eder.
- b) İki veya daha fazla dişin splintlenmesi, periodontal ligament alanını artırarak, stresin daha geniş bir destek alanına dağılmasını sağlar.
- c) Aşırı zayıf desteğe sahip bir diş, periodontal açıdan daha iyi durumda olan diğer bir dişle splintlendiğinde, zayıf olan dişin desteği artar.
- d) Kronlarla splintleme destek dişlerin meziodistal ve anteroposterior yönde stabilize edilmesi etkisine de sahiptir.
- e) Kronla splintlenen destek dişlerin biri kanin dişi olduğunda veya arkın kurvatürü etrafında ön bölgeye uzandığında, destek dişler bukkolingual yönde de stabilize edilmiş olacaktır.

Kredilendirilen etkinlikler

TDB – SDE Yüksek Kurulunun 30 Nisan 2003 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:



	Semineri Etkinliğin Tarihi : 23.05.2003
İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212.296 21 05-06 Etkinliğin Adı : SDE Mayıs Seminerleri-1 Etkinliğin Tarihi : 09.05.2003	ITI Eğitim ve Öğretim Komisyonu: Tel: 0312.435 69 44 Etkinliğin Adı : Temel İmplantoloji Kursu ve Sistem Tanıtımı Etkinliğin Tarihi : 24-25.05.2003
Mersin Dişhekimleri Odası Tel: 0324.328 93 08 Etkinliğin Adı : Acil Yardım Konferans ve Kursu Etkinliğin Tarihi : 10.05.2003	İzmir Dişhekimleri Odası Tel: 0232.483 68 88 Etkinliğin Adı : Bilimsel Pazarlar-1 Etkinliğin Tarihi : 25.05.2003
Malatya Dişhekimleri Odası Tel: 0422.323 81 90 Etkinliğin Adı : Dişhekimliğinde Güncel Sorunlar Etkinliğin Tarihi : 1.05.2003	Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Tel: 0312.212 62 20 Etkinliğin Adı : Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi VI.Mezunlar Günü Etkinlikleri Etkinliğin Tarihi : 31.05.2003
ITI Eğitim ve Öğretim Komisyonu: Tel: 0312.435 69 44 Etkinliğin Adı : Temel İmplantoloji Kursu ve Sistem Tanıtımı Etkinliğin Tarihi : 10-11.05.2003	Dişhekimliği Dergisi Tel: 0212.274 96 60 Etkinliğin Adı : Dişhekimliği Dergisi II. Bilimsel Toplantısı Etkinliğin Tarihi : 12-15.06.2003
Isparta Dişhekimleri Odası Tel: 0246.218 19 93 Etkinliğin Adı : Bucak Toplantıları-1 Etkinliğin Tarihi : 15.05.2003	EDAD Tel: 0212.224 08 50 Etkinliğin Adı : Muayenehanelerde Dişhekimleri Asistanlar ve Sekreterler için Yeni Dijital Vizyonlar Etkinliğin Tarihi : 26.05.2003
İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212.296 21 05-06 Etkinliğin Adı : SDE Mayıs Seminerleri-2 Etkinliğin Tarihi : 16.05.2003	Akademik Dental Dişhekimliği Dergisi Tel: 0212.217 44 99
Denizli Dişhekimleri Odası Tel: 0258.264 41 03 Etkinliğin Adı : Termodental 2003 Sempozyumu Etkinliğin Tarihi : 17-18.05.2003	
Bursa Dişhekimleri Odası Tel: 0224.222 69 69 Etkinliğin Adı : Mayıs 2003 Eğitim	



**Güney Dış Deposu
Yönetim Kurulu Başkanı
Ferizan Peker:**

'Geleceğin sistemlerini kuruyoruz'

1950'den bu yana dişhekimliği sektörüne hizmet veren Güney Dış Deposu Yönetim Kurulu Başkanı Ferizan Peker 2003 yılına bir dizi yeni projeye girdiklerini belirtiyor. İthalattan ziyade üretim ve ihracata ağırlık vereceklerini ifade eden Peker, sektörde özellikle güvenceli satış kanalları açısından yine birçok ilki gerçekleştireceklerini de ekliyor.



TDBD: Türkiye'de dişhekimliği sektörünün en köklü firmalarından birisiniz. Kısaca kuruluşundan bugüne Güney Dış Deposu'nun gelişimini anlatabilir misiniz?

Ferizan Peker: Türkiye'de dişhekimliği sektöründe faaliyetini sürdüren en eski firmayız diyebiliriz. Güney Dış Deposu 1950 yılında Gaziantep'te babam Şebip Peker tarafından kuruldu. 1959 yılında firmamızı İstanbul'a taşıdık. Ben o sırada 8 yaşındaydım. 1959 yılından itibaren yıkılıncaya kadar İstanbul'daki ilk işyerimiz olan Beyaz Saray çarşısında, (eski dişhekimliği fakültesi olan Taş Mektebin karşısındaki binada) faaliyetimizi sürdürdük. Babamın 1966 yılında vefat etmesinden sonra iş genç yaşta ağabeyim Feridun Peker ve bana kaldı. 34 yıldan beri fiilen işin yönetimindeyim. Bu 34 yılda çok şeyler yapıldı. 1969-70 yıllarında Güney Dış Deposu sıradan bir diş deposuydu. Fakat babamın iş anlayışı -ki biz de yıllardır devam ettiriyoruz- şuydu: Bizim İstanbul'daki ilk müşterilerimiz öğrencilerdi, Öğrenciler bu dönemlerinde kendilerine yapılan iyilikleri unutmazlar. Babamın mesleği diş teknisyenliği idi. O yıllarda sapan diye bir el aleti vardı, sapanla dökm yapılırdı, öğrenciler bu konuda başarılı olamazdı, babam da onlara yardımcı olurdu. Bunu menfaat karşılığı değil sadece bir hizmet olarak yapardı. O yılların öğrencileri daha sonradan dişhekimisi oldu. Öğretim üyesi oldu, dekan oldu, başhekim oldu. Ve biz öyle bir miras aldık. Belki hiç sermayemiz yoktu ama bu ismin oluşması paradan daha önemli bir sermayeydi bence. Biz

de o ismi açıkçası yere düşürmedik.

TDBD: İmalata geçişiniz nasıl oldu?
F.P.: 70'li yıllarda ciddi bir yokluk vardı, ithalat yapılamıyordu. Biz o dönemlerde, diş üniti imalatına başladık. 60'lı yıllarda Japonya'dan ünit getirilirdi. Ve biz 1970'e kadar olan dönemde inanılmaz sayıda Japon malı ünit sattık. Türkiye'de hemen hemen hiçbir diş hekiminin komple modern üniti yoktu. Bu nedenle her dişhekimisi yeni cihaz edinmek durumundaydı. Diyelim ki o yıllarda 3000 dişhekimisi varsa 3000 de cihaz satıldı diyebiliriz. Bunun da büyük bir kısmını biz sattık. Biz orada gerçekten iyi bir taban elde ettik. İyi bir sermaye birikimi oluşturduk. 70'li yıllarda ithalat yapılamazken, ki 70 sente muhtaç olduğumuz yıllardı, insanlar imkansızlıklarla boğuşurken bu durum bizi de zorladı. Ve bu zorlamanın etkisiyle Rapident firmasıyla birlikte Efes marka diş üniti üreterek ilk tanıtımını Efes otelinde yaptık. Halen Efes üniti kullanan dişhekimileri vardır.

TDBD: Halen Türkiye'de satılan ünitelerin çoğunluğunu ithal ürünler mi oluşturuyor?

F.P.: Hayır. Şu anda Türkiye'de satılan diş ünitiinin %70'i yerli malıdır, hatta %80. %20'si ancak ithaldir. İthal edilen malların bir kısmı Brezilya'da üretilmektedir. Bizim ünitlerimiz onlardan çok daha kaliteli ve fonksiyonel olup daha ekonomik fiyatlarla satılmaktadır. Biz şu anda yılda 500 - 600 adet civarında ünit ve koltuk üretiyoruz. Bu miktarı da çok rahat pazarlayabiliyoruz. Bunun bir

kısmı da ihracat ediliyor. İhracat yaptığımız ülke sayısını arttırmak için de geçtiğimiz ayın sonunda katıldığımız Köln'deki IDS fuarı gibi uluslararası fuarlara standımızla katılıyoruz. Daha önceki IDS'lere de katılmıştık. Bu bizim üçüncü sergimiz oldu. 1999 yılındaki IDS sergisinde dış üniteli üreticisi Türk firması olarak ilk standı biz açtık. Daha sonrasında diğer firmalar bizi takip etti. Bunlar çok güzel. Bizim diğer firmaların bu tür fuarlara katılmasından hiçbir rahatsızlığımız yok. Yeter ki kalite yükselsin, Türk malının negatif imajı silinsin.

TDBD: İç piyasada karşılaştığımız güçlükler nelerdir?

F.P.: Türkiye'de maalesef kayıt dışı ekonomi bilhassa dişhekimliği sektöründe çok yoğun. Bizdeyse bir tek frez dahi olsa faturayla satılma zorunluluğu var, sistemimiz öyle. Faturalı satış yapmamız bizim için bir dezavantaj oluşturuyor. Bu yüzden biz haksız bir rekabetle karşı karşıyayız.

TDBD: Bu problemi nasıl aşıyorsunuz?

F.P.: Madem ki biz bu sektördeki en eski firmayız, o zaman bunu bir şekilde çözmeliyiz dedik. Kanunsuzluğu düzen kabul edemeyiz. Cihaz konusunda problemi çözdük. Nasıl? Türkiye'de uygulanan leasing sisteminde KDV %1'dir. Fakat dişhekimliği sektöründe pek kullanılmayan bir yöntemdi. Çünkü bizde rakamlar ufak. Bugün en pahalı üniteli 20 bin dolar. Leasing firmaları ufak rakamlara leasing yapmazlar. Biz leasing firmalarıyla görüşmeler yaparak işi kümülatif miktarda sunduk. Bunun üzerine ilgi gösterdiler. 4-5 milyon dolar tutarındaki kampanyalar, kapasite olarak sunulunca cazip geldi. Şartımız şu oldu; 5000 doları alt limit olarak kabul edeceksiniz, 5000 dolardan itibaren bize leasing yapacaksınız dedik ve kabul ettirdik. Kendi şirketimizi müşterilerimize teminat olarak verdik ve dişhekimlerine güvendiğimiz için sadece bir form doldurarak ve sadece oda kayıtları, vergi levhalarının fotokopileriyle müracaatlarıyla biz herşeylerine yardımcı oluyoruz, hiçbir şekilde dişhekimlerini leasing firmasıyla muhatap etmiyoruz.

TDBD: İhracata bakışınız nasıl? Yaptığınız ihracatın boyutları nedir?

F.P.: Türkiye'de dişhekimliği sektöründe ihracatta en önemli kalem dış ünitelidir. Diğerlerinin ihracatının çok fazla ol-

duğunu sanmıyorum. Bizlerin ISO belgeleri var, CE sertifikalarımız var. Dolarıyla Batı Avrupa ülkelerine de ihracat yapacak durumdayız. Şu anda sadece Belçika'ya ihracat yapıyoruz. Sayı çok mu, hayır az. Ama olsun, az da olsa ihracat ediyoruz. Bunun yanı sıra Rusya, Romanya, İsrail, Bulgaristan ve Hindistan'a ihracat yapmaktayız. Şu anda yapılan ihracat içerisindeki payımız nedir? Biz, tahmin ediyorum ki %25-30'u teşkil ediyoruz. Bu da çok fazla birşey değil. İhracat edilen dış ünitenin yaklaşık fiyatının 2.000-3.000 dolar arasında olduğunu düşünürseniz 300 tane cihaz ihracat etmeniz 750 bin dolar yapar. Türkiye toplam 1000 üniteli ihracat etse 2-3 milyon dolar yapar. Bugün 3 milyon dolar Türkiye'nin ihracatında önemli bir rakam değildir. Ama sektörün yurtdışına açılması anlamında önemlidir.

Bence ihracat konusunda iyi bir yoldayız. Şirket politikası olarak cihaz konusunda bundan sonraki yoğunlaştığımız husus ithalattan ziyade imalat olacaktır. Hedefimiz imalatımızın çeşitliliğini artırmak, kalitesini daha da yükseltmek ve Türkiye'de her dişhekiminin aletini yenilemesini sağlayacak uygun koşullar sağlamaktır.

TDBD: Bu arada alternatif satış kanalları da geliştiriyorsunuz bildiğimiz



'Türkiye'nin geleceğine inancımız olmasa

kalkıp şöyle bir ekonomik çöküntü döneminde

böyle yatırımlara girmeyiz. Ama ben inanıyorum.

Bu ülkede doğmuş, bu ülkede yaşamış ve

yaşayacak olan bir vatandaş olarak

ülkemde kazandığım herşeyi bu sektöre

aynen yatırıyorum.'

kadarıyla...

F.P.: Eski satış sistemlerinin demode olduğunu, istediğimiz yere varmamıza yeterli olmadığını gördük ve şimdi bir reorganizasyona, yeniden yapılanmaya girdik. Bir tek yerde stok, bir tek yerde odaklanmak, bir tek fiyatla satmak düşüncesindeyiz. Maslak'daki binamızda bütün faaliyetlerimizi bir araya getirdik. Geleceğin satış metodu olarak **e-dişdeposu.com**'u kurmuş olan bir grup bizim bünyemize katıldı. Bugün Türkiye'de dişhekimlerinin henüz beşte biri internet ortamında ve bunların tamamı aktif değil. Dolayısıyla bu sistem geleceğin işi. Ama herşeyin bir başlangıcı var. Türkiye'de ilk kez profesyonel anlamda dişhekimliği alanında e-dişdeposu.com'u hayata geçiriyoruz.

Bu konseptin diğer bir ayağı ise çağrı merkezi. Telefonla veya faksla ulaşan siparişler Türkiye'nin neresinde olursa olsun 24 saat sonra alıcının elinde oluyor. Fakat Türkiye'deki dişhekimlerinin bir alışkanlığı var; çoğu, malzemesini çantacı tabir ettiğimiz kişilerden sağlıyor. Bu nedenle soğuk satış sistemlerinin yanı sıra bir de sıcak satış ekipleri kurduk. Teknik alt yapıyla donanmış olarak dişhekimlerini ziyaret ederek araçta bulunan malzemeyi anında teslim edecekler. Modern çantacılık, ama güvenceli, faturalı.

Bütün bunları yaparken de yine Türkiye'de ilk kez; gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bir ürün kataloğu hazırlıyoruz. Bu ürün kataloğu bizim ithal ettiğimiz tüm ürünleri kapsıyor ve tüm Türkiye'deki fiiks satış fiyatlarını gösteriyor. Şimdiki fiyatlara göre de daha düşük olacak. Dişhekimleri bundan böyle bizim ürünlerimizin üzerinde ve katalogda fiyatını görecek, bizim ürünümüzü bir tek fiyattan alacak, ne yüksek, ne düşük. Bizim ürünlerimizi gerçek değerleriyle satın alacaklar..

Ben inanıyorum ki diğer ithalatçı firmalar da bizi takip edecektir. Bu sistemlerle ve TDB'nin, odaların da katkılarıyla inanıyorum ki bu dönemleri atlatacağız. Türkiye çok yakın bir zamanda koşacak, o zaman bu pasta da büyüyecek ve inanıyorum ki bizler de daha iyi, daha parlak günlere kavuşacağız. Zaten bu inancımız olmasa kalkıp şöyle bir ekonomik çöküntü döneminde böyle yatırımlara girmeyiz. Ama ben inanıyorum. Bu ülkede doğmuş, bu ülkede yaşamış ve yaşayacak olan bir vatandaş olarak ülkemde kazandığım herşeyi bu sektöre aynen yatırıyorum.

Sosyal güvenlik, vergi mevzuatındaki son değişiklikler ve fatura düzenlenmesi

■ Baset Demirbuğa*

Yasama organı tarafından çıkarılan yasaları takip etmek çok zor olmaya başladı. Meclis'te o kadar çok yasa teklifi var ki... Bunlardan ana başlıklar halinde vergi mükelleflerini ve çalışanları doğrudan ilgilendiren, güncelliğini yitirmemiş konulardan bazılarını yer vermeye çalıştık.

Bağ-Kur ve SSK'da yapılan değişiklikler

31 Mart 2003 tarihinde yayımlanan Bütçe Kanunuyla ilgili Resmi Gazete'nin mükerrer sayısının 25.sayfasında Bağ-Kur'la ilgili yeni bir düzenleme yer aldı.

Bu düzenlemeye göre Bağ-Kur'la ilgili 1479 sayılı kanun ve tarımda kendi adına çalışanlarla ilgili 2926 sayılı kanuna tabi sigortalılardan Kuruma tescili yapıldığı halde 5 yıl ve daha fazla süreyle prim ödemiş olan sigortalıların Kurumca yapılacak borç bildirimlerine rağmen ödemedi bulunmamaları halinde sigortalılıkları; prim ödemesi bulunan sigortalının daha önce ödediği primlerin tam olarak karşıladığı ayın sonu itibarıyla , prim ödemesi bulunmayan sigortalının ise tescil tarihi itibarıyla 2003 yılı sonuna kadar kurumca sigortalılıkları resen sona erdirilecektir. SSK ile ilgili ise yeni bir düzenleme yapılmazsa Nisan 2003 tarihinden itibaren SSK primine esas kazançlar ve dolayısıyla buna bağlı olarak da SSK primleri yaklaşık % 40 artacak.

Buna göre prime esas kazancın alt sınırı taban 458.460.000.- TL olacak.

Prime esas kazancın üst sınırı ise (5 kat) tavan 2.292.300.000.- TL olacaktır.

Bağ-Kur Primleri de aynı esaslara dayanarak yaklaşık % 40 oranında artırılabilecek.

Gelir Vergisinde yapılan değişiklikler

• Mükelleflerin beyannameye dayalı kazançları üzerinden daha önceden tevkifat yoluyla kesilen vergilerin mahsup-tan sonra artan kısımların iadesi ile ilgili sınır 29 Mart 2003 tarihinde yayımlanan 248 sayılı tebliğ ile 15.000.000.000.-TL.ye çıkartılmıştır.

Buna göre bu sınırın altında kalan vergilerin tamamı inceleme yapılmaksızın iade edilecektir.

• Mükelleflerin Geçici Vergi ile ilgili 1.dönemde (Ocak- Mart) uygulayacakları yeniden değerlendirme oranı % 8.6 olarak belirlenmiştir.

Ek motorlu taşıtlar vergisi

11 Nisan 2003 tarihinde yayımlanan 4837 Numaralı kanuna göre ekonomik istikrarı sağlamak amacıyla Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu'nun 5 ve 6 ncı maddelerinde yer alan (I), (II), (III) ve (IV) sayılı tarifelere göre vergiye tâbi olan ve bu Kanunun yayımlandığı tarihte ilgili sicilde kayıtlı bulunan taşıtlar, bir defaya mahsus olmak üzere 2003 yılı için tahakkuk ettirilen motorlu taşıtlar vergisi tutarı kadar, ek motorlu taşıtlar vergisi ödeyecek.

Kanunun yayımı tarihinde vergi tahakkuk edilmiş sayılacak. Adına motorlu taşıtlar vergisi tahakkuk etmiş olan gerçek ve tüzel kişiler bu taşıtlar dolayısıyla 2003 yılı için tahakkuk eden motorlu taşıtlar vergisi kadar ek motorlu taşıtlar vergisi ödeyecek. Verginin ;

1. taksidi, bu Kanunun yayımını izleyen ayın sonuna kadar,
2. taksidi ise 2003 yılının Ekim ayı sonuna kadar eşit taksitler halinde taşıtın kayıtlı olduğu yerin vergi dairesine ödenecek .

Ek emlak vergisi

11 Nisan 2003 tarihinde yayımlanan 4837 numaralı kanuna göre yine ekonomik istikrarı sağlamak amacıyla bina, arsa ve arazilerin 2003 yılı vergi matrahları üzerinden bir defaya mahsus olmak üzere ek emlak vergisi ödenecek. Daha önceden belirlenmiş olan bina ve arazi vergisi ile ilgili muaflik ve istisna-

lar, bu vergi bakımından da geçerli. Vergi, 2003 yılı bina ve arazi vergisi matrahı üzerinden belediyelerce hesaplanacak ve başka bir işleme gerek olmaksızın tahakkuk etmiş sayılacak. Bu Kanunun yayımı tarihine kadar emlak vergisi beyannamesi veya bildirimini vermemiş olanların bina ve arazi vergisi belirlenen nispetlere göre matrahı üzerinden tarh ve tahakkuk ettirilecek. Tahakkuk ettirilen vergide mükelleflerle 2003 yılı emlak vergisi taksit süreleri içinde belediyelere iki eşit taksitte ödeyecek.

Çeklerle ve kredi kartıyla ilgili son değişiklikler

Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası'nın 09 Nisan 2003 tarihinde yayımladığı Çekle Ödemelerin Düzenlenmesi ve Çek Hamillerinin Korunması Hakkında Kanuna İlişkin 2003/1 Sıra Numaralı Tebliğin 6. maddesine göre bankaların sorumlu olduğu miktar her çek yapıları için 300.000.000.- TL'ye çıkarılmıştır.

Bankada hesap sahibi olup da hesap sahiplerinin halen elinde bulunan çekler ile 09.04.2003 tarihinden itibaren 3. ayın sonuna kadar, bankaların müşterilerine verecekleri çek defterlerinden dolayı bankanın sorumluluğu her çek yapıları için 60.000.000.-TL . dir.

Kredi kartı borçlarının taksitlendirilmesiyle ilgili yasaya göre temerrüde dü-

şenler ve ihtilafı olanlar, bu borçlarını yıllık % 50 faizle 12 taksitte 14 Nisan'a kadar müracaat etmek suretiyle ödeyebileceklerdi. Fakat bazı bankalar yasa ile ilgili yapılmış olan düzenlemeyi kendilerine göre değiştirerek süreyi 14 Mayıs 2003 tarihine kadar uzattı.

Fatura kesme mecburiyeti ve süresi

Vergi Usul Kanunu 229. maddesinde "Fatura, satılan emtia veya yapılan iş karşılığında müşterinin borçlandığı meblağı göstermek üzere emtiayı satan tarafından yada işi yapan tüccar tarafından müşteriye verilen ticari bir vesika" olarak tanımlanmıştır.

Faturanın düzenlenmesiyle ilgili Vergi Usul Kanunu 231. maddesinin 5. bendinde ise "Fatura, malın teslimi veya hizmetin yapıldığı tarihten itibaren azami 10 gün içinde düzenlenir. Bu süre içinde düzenlenmeyen fatura hiç düzenlenmemiş sayılır." denmektedir.

Fatura ya da fatura yerine geçen bir belgenin düzenlenmesi ya da düzenleme süresiyle ilgili burada dikkat edilmesi gereken nokta, hizmetin teslimiyle ilgili kısmıdır. Malın teslimi ya da hizmetin yapılmasından itibaren 10 gündür demekle müeyyide yönünden konuya açıklık getirilmiştir. Fatura 11. gün düzenlenirse dahi hiç düzenlenmemiş sayılır. Buna karşılık 53.000.000.TL'den az olmamak üzere faturanın % 10'u kadar Özel Usulsüzlük cezası kesilir.

Mal ve hizmetin fiyatı ve tutarı açısından da Vergi Usul Kanununun 230. maddesinin 4. bendi açıklık getirmektedir. Maddeye göre mal ve hizmetin fiyatı ve tutarı belli değilse, tutarı ve fiyatı belli olmayan mal ve hizmet için fatura düzenlenmez. Bu konuyla ilgili değerli hocam Şükrü Kızılot da Vergi Usul Kanunu ve Uygulaması adlı eserinde açıklık getirmiştir.

Hizmetle ilgili teslimlerin bir sözleşmeye dayalı olarak yapılması durumunda, eğer sözleşmede ayrı bir hüküm yok ise, fatura sözleşmenin bitim tarihi itibarıyla kesilmesi gerekir. Danıştayın bu konuyla ilgili görüşü "hizmetin sözleşmeye dayalı olarak her türlü iş ve işlemlerin yürütülmesini kapsadığını ve hizmetin bu sürenin sonunda tamamlandığı, serbest meslek faaliyeti çerçevesinde alınan bu hizmetler karşılığında fatura ya da fatura yerine geçen belgenin hizmet süresinin sonunda yani sözleşmenin bittiği tarihte düzenlenmesi gerektiği" doğrultusundadır. Fakat Vergi İdaresi Katma Değer Vergisi açısından olaya yaklaşmakta ve her yapılan ödeme karşılığında fatura kesilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu konuda Vergi İdaresinin görüşü ile Danıştay'ın görüşlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Dileğimiz Vergi idaresi bu görüşünden vazgeçer.

* TDB Mali Müşaviri



DENİZLİ DİŞHEKİMLERİ ODASI TERMODENTAL 2003 SEMPOZYUMU

17-18 MAYIS
COLOSSAE THERMAL OTEL
Karahayıt/Pamukkale

Bilimsel Program:

17 Mayıs 2003- 1.Gün

İmplant Üst Yapısı Olarak Overdenture Protezler

Prof.Dr.Murat Aydın

Aşırı Rezorbe Kretlerde Overdenture Protezler

İçin İmplant Uygulamaları

Prof.Dr.Hakkı Tanyeri

Dışhekimliğinde Ağız İçi Lezyonlar, Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Prof.Dr.Hakkı Tanyeri

Seramik Restorasyonlarda Estetiğin Unsurları ve Uygulamaları

Prof.Dr.Murat Aydın

Endodontik Tedavide Yeni Teknikler

Prof.Dr.Raif Erişen

18 Mayıs 2003- 2.Gün

Kompozitlerde Naturel Tabakalama Konsepti

Doç.Dr.Haşmet Ulukapı

Periodontal Hastalıklarda İlaç Kullanımı

Prof.Dr.Serdar Çintan

Kurslar

- Kompozitlerde Naturel Tabakalama Konsepti
- Rubber Dam Uygulamaları
- Apex Locatorla Kanal Boyunun Hesaplanması
- Döner Aletlerle Kanal Genişletme Teknikleri
- Gütaperka ile Kanal Doldurma Sistemleri

Başvuru:

Denizli Dışhekimleri Odası

Uçancıbaşı Mah. 581. Sokak No:4/4 DENİZLİ

Tel:0.258.264 41 03

Faks:0.258.242 63 64

E-Mail: denizlidho@yahoo.com

Web: http://www.denizli-dho.org.tr

Windows mu, Linux mu?

■ Alper Tülek

70. sayımızda yeni başlayanlar için bilişim alanına yumuşak bir giriş yapmış ve yeni bir bilgisayar oluştururken nelere dikkat edeceğimizi, optimum bir sistemi kaç kurabileceğimizi anlatmıştık. Bilgisayarımızı oluşturduktan sonra ikinci adım işletim sistemine karar vermek olacak. Bu sayımızda da Windows'u ve yavaş yavaş ona rakip haline gelmeye başlayan Linux'u karşılaştırdık.



Windows'a adını veren pencereler. 80'li yıllarda ortalama bir yazılım şirketi olan Microsoft, bugün tekel oluşturma çabaları nedeniyle ABD federal mahkemelerinin önlemler almak zorunda kaldığı bir dev.

Merhabalar! 70. sayıda bilgisayarımızı optimum bir konfigürasyon yaparak topladık. Donanım kısmını hallettikten sonra şimdi en büyük sorunumuz uygun yazılımı seçmek. Tabii ki ilk işimiz işletim sistemimizi seçmek.

İşletim sistemi diye bilgisayardaki birçok farklı işlemi denetleyen ve programların yürütümünü yönlendirip bunların arasında eşgüdüm sağlayan yazılıma deniyor.

Günümüzde birçok işletim sistemi bulunmasına karşın, bizim işimizi görebilecek iki işletim sistemini inceleyeceğiz: Linux ve Windows. Apple firmasının kullandığı bir başka işletim sistemi olan MacOS ise çoğunlukla masaüstü yayıncılıkta kullanılıyor. Biz daha çok kişisel kullanıma yönelik çalışacağımız için yukarıda belirttiğimiz PC temelli sistemleri inceleyeceğiz.

Şu an Windows işletim sistemini sanırım bilmeyenimiz, görmeyenimiz hatta kullanmayanımız yok gibidir. Linux ise Türkiye'de daha yeni yeni adından söz ettirmeye başladı. Adını ilk kez bu satırlarda duyanlar olduğuna da eminim. Donanım incelememizde olduğu gibi biz yine amacımıza yönelik bir değerlendirme yapacağız. Öncelikle aşına olduğumuz Microsoft Windows işletim sistemlerini ele alalım.

Windows: Bir de ücretli olmasa

Şu an yaygın olarak Windows 95, Windows 98, Windows NT, Windows ME, Windows 2000 ve son çıkan Windows XP sürümleri bulunuyor. Microsoft'un bu işletim sistemleri arasında bazı farklar var tabii ki. Öyle ki sabit diskinize attığınız biçimlendirme (format) bile değişir. Network tabanlı olan işletim sistemlerinde (Windows NT, Windows 2000 gibi) NTFS biçimlendirme yapmak doğru olurken, Windows 95 de FAT

16, Windows 98 ve ME de FAT32 biçimlendirme yapmak gerekir. Bu da performansı, güvenilirliği ve hız gibi temel faktörleri doğrudan etkiler. Ayrıca kullanıcının da kafası karışmaktadır. Windows'un en kötü özelliği sık sık çökmesidir. Aslında Windows işletim sisteminin çökmesinin en büyük nedeni biz kullanıcılarızdır. Öyle ya da böyle bu, amatör kullanıcılara zor anlar yaşattığı gibi bazen pahalıya da mâl olur. Önemli bilgilerimizi yedekliyor ve sık sık bu yedekleme işlemini tekrarlıyorsak problem yok; ama aksi durumda bu bilgilerimizi kurtarmak biraz zor olmakta, ayrıca bilgisayarımız tekrar kurmak gibi bir süre harcamamıza neden olmaktadır. Tüm bunların yanında Windows işletim sistemi belirli bir ücret karşılığında satılmaktadır. Bunun bize yaklaşık maliyeti ise 100 \$'ı bulmaktadır.

Bunlar kısaca Windows'un kötü ya da bizce kötü olarak nitelendirilen özellikleri. Bunların yanında Windows'un ilk çıktığı günden beri birçok alanda yaptığı yeniliklerle insanoğluna çağ atlattığını da itiraf etmek gerekir. Hemen hemen her türlü sorunda bir çözüm yoluyla kullanıcıya yardımcı olur. Bütün programlar-tabii Microsoft ürünü olanlar- arasında veri aktarımı gerçekleştirebiliriz. Örneğin MS Paint'te yaptığımız bir çizimi ya da bir MS Excel tablonuzu; MS Word'e kolayca aktarabilirsiniz. Bir ethernet kartı ile başka bilgisayarlarla bağlanıp kolayca kendinize özel bir ağ kurabilir ve bu kurduğunuz ağ yardımı ile tek bir internet bağlantı noktasından Internet Explorer aracılığıyla internete kolayca açılıp ağdaki bütün bilgisayarlarınızla internete ulaşabilirsiniz. Windows'un en büyük avantajlarından biri de şu: Diğer birçok yazılım firması yazdıkları programları Windows ortamında çalışacak şekilde yazıyorlar. Yine bir-

çok oyun programı da yalnızca Windows ortamında çalışabiliyor.

Okul tezinden milyonlarca kullanıcıya: Linux

Biraz da Linux cephesine bakalım. Linux 1991 yılında Linus Torvalds adlı Finlandiyalı bir öğrenci tarafından, master tezinden hareketle ortaya atılmış küçük bir projeyken 2000 yılında dünya üzerinde 20 milyondan fazla kullanıcısı olan dev bir işletim sistemi durumuna geldi. Linux'un ilk ayırıcı özelliği ücretsiz olması, yani serbest bir işletim sistemi olması. Linus Torvalds, Linux'u GNU GPL lisansı ile dağıtılan kaynak kodunu da yanında vermiş ve isteyenin koda ekleme yapmasına olanak tanımış. Bu sayede Linux, internetle büyüyen, birbirinden habersiz, ancak aynı amaç uğruna çalışanların bir projesi olmuş.

Linux'un da Red Hat, SuSe, Caldera, Slackware, Mandrake ve Gelecek Linux gibi birçok çeşidi ve bunların da çeşitli sürümleri var. Örneğin Red Hat 7.0, Red Hat 8.0 gibi. Yalnız burada birçok çeşidin olması kafanızı karıştırmayın. Linux'ta asıl olan çekirdektir. Tüm bu Linux sürümlerinde bu çekirdek aynıdır. Bununla beraber dosya ve dizin yapısında, içerdiği paketlerde kimi değişiklikler vardır. Ücretsiz edinebilmek Linux'un ilk hatırlanacak özelliğidir. Aslında Linux çekirdeği yani beyni tamamen ücretsiz olup internetten kolaylıkla indirilebilir. Çekirdeğin yanı sıra örneğin Red Hat'i de internetten ücretsiz olarak indirerek dört başı mamur bir işletim sistemine sahip olabilirsiniz. Bunların yanında bazı Linux işletim sistemleri belirli bir ücret karşılığında satılmaktadır.

Tek avantajı ücretsiz olması değil

Linux çekirdeğinin kaynak kodunun tamamen açık olduğunu belirtmiştik. Bu kod üzerinde değişiklik yapabilirsiniz, hatta yeni bir çekirdek sürümü çıktığında bunu internetten indirerek kullandığımız Linux sürümünü tekrar kaldırıp



kurmadan bu çekirdeği tekrar derleyerek, işletim sisteminizin yeni sürümüne kavuşmuş olursunuz. Bütün bunların yanında kendi Linux işletim sisteminizi kendinize özel olarak da derleyebilir ve bunu kullanabilirsiniz. İlgilenenler için internette kendi Linux sürümünüzün nasıl yapacağınızla dair bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca Türkiye'de ve Türkçe olarak sunulan Gelecek Linux sürümü de bulunmaktadır. Diğer Linux sürümlerini de Türkçe olarak kullanabilirsiniz. Yalnız itiraf etmek gerekirse Türkçe fontlara ulaşmanız sizi biraz uğraştırabilir. Gelecek Linux geçtiğimiz günlerde 2.0 versiyonunu çıkarttı. Bu yeni versiyonlarında birçok yeni özellik eklenmişler. İçinde MS Office benzeri ama tamamen ücretsiz olan Open Office ile birlikte geliyor. Gelecek Linux hakkında daha detaylı bilgiyi ve nasıl temin edebileceğinize dair bilgiler <http://www.gelecek.com.tr>'den elde edebilirsiniz. Linux'un diğer bir avantajı da hemen hemen bütün donanımlarını kendisi algılar ve sizin sürücü tanıtımı yapmanıza gerek kalmaz. Yalnız bazı software modemlerde, ses kartlarında sorunlar çıkabilir, bunların sürücülerini de kolaylıkla internetten bulabilirsiniz (tabii sürücüsü olmayan donanımlar da bulunmaktadır).

Virüs saldırılarına karşı

Güvenlik açısından bakarsak Linux'a virüs bulaşması ihtimali şu an için daha düşük; zira birçok virüs yazarı genellikle Windows'a yönelik virüs yazmakta, böylelikle Linux'ta bu virüsler aktif hale gelememektedir. Gelecekte bunun nasıl devam edeceğini şu an için bilemiyoruz tabii. Yine aynı düşünceden yola çıkacak olursak Linux ile internetteki güvenlik de şu an için daha fazladır.

Ama Linux da amatör kullanıcı için sıkıntı verici bazı tehlikeler barındırıyor. Linux'ta bir sorunla karşılaştığınız zaman sizin tek dostunuz internettir. Ve sorununuzu çözmek bazen çok uzun zaman alabilir. Temelde aynı sorunla karşılaşan insanların ço-



zümleleriyle ya da kendinizin uğraş vererek bulduğunuz çözümlerle bunları aşabilirsiniz. Kolaylıkla telefon açarak bir arkadaşınıza ya da bilgisayarınızı aldığımız kimselere sorarak sorunlarınızı aşamazsınız. Çünkü Linux'u şu an için en azından Türkiye'de bilen sayısı sınırlıdır. Türkçe Linux haber gruplarına baktığımızda bile aynı haberleri, aynı çözüm yollarını göreceksiniz. Bununla birlikte Linux her geçen gün gelişmekte ve Windows'a karşı güç kazanmaktadır.

Yazılım konusunda da ufak tefek problemler var. Diğer DOS ya da Windows programlarını emülatörler yardımı ile Linux'ta çalıştırabilirsiniz. Ama bunların performanslarının da Windows altında çalışırkenki performanslarından düşük olduğu görülmektedir.

Daha ileri giderek bilgisayarınıza hem Linux hem de Windows'u kurabilirsiniz. Bunun için yapmanız gereken tek şey sabit diskinizi bölümlere ayırmak ve bu ayırdığımız bölümlere göre önce Windows'u daha sonra Linux'u kurmak. Bilgisayarınızı açtığınızda karşınıza bir ekran çıkacak ve size Linux'la mı, Windows'la mı açacağımı soracak. İstedığınız işletim sistemini seçerek bilgisayarınızı o işletim sistemiyle tam performansla çalıştırabileceksiniz.

Sonuç olarak

Sonuç olarak her iki işletim sisteminin de birbirine üstünlük sağladığı noktalar var. Eğer bilgisayarınızı yalnızca internet için, yazı yazmak ya da çeşitli tablolar hazırlamak için kullanacaksanız Linux'u tercih edebilirsiniz. Ama yalnızca Windows altında çalışan özel programlar kullanacaksanız ya da sorunlarınıza daha kolay çözümler bulmak istiyorsanız yaklaşık 100 \$ vererek Windows işletim sistemini alabilirsiniz.



İnternette dişhekimliği siteleri çeşitleniyor

TDBD'den yeni bir sayfa

İnternet ve web sitelerinin ışık hızıyla çoğaldığı günümüzde herkes kendi için bir site hazırlıyor. Araştırdığımızda dişhekimliğiyle ilgili site sayısı da artık azımsanmayacak boyuta ulaştığını göreceksiniz. İster bilgi ister eğlence ister alışveriş için olsun dişhekimliğiyle ilgili tüm siteler 24 saat hizmetinizde. Bundan böyle dişhekimliği dünyasıyla ilgili olan sitelerin tanıtımını yapacağız, adreslerini ve içeriklerini verip onlara daha rahat ulaşmanızı sağlayacağız. Bu arada özellikle interneti yeni kullanmaya başlayan meslektaşlarımızın merak ettiklerini de cevaplamaya çalışacağız.

Dişhekimliğiyle ilgili ana portal: www.tdb.org.tr

Başlangıç olarak kendimize biraz torpil geçtik ve Türk Dişhekimliği Birliği'nin resmi sitesi olan www.tdb.org.tr'yi tanıtalım dedik. Bu sitede dişhekimliği ile ilgili konular ve faaliyetler hakkında detaylı bilgi yer alıyor. Ayrıca sitede TDB'nin tanıtımını, odalardan-yurttandünyadan güncel haberleri, kendinizi deneme fırsatı bulacağımız ayın sorusu kısmını, eski dostlarla buluşmak isteyenler için bize ait chat odasını ve her türlü görüşlerinizi özgürce belirtip tartışabileceğiniz Dişhekimliği Forumu'nu bulabilirsiniz. Siteyi açtığımızda ilk gözüne çarpan şey ise sol taraftaki başlıklar. Bunları kullanarak dişhekimliği odalarının ve fakültelerin kuruluşundan etkinliklere, dişhekimliği ile ilgili yasa ve yönetmeliklerden sürekli dişhekimliği eğitimi bilgilerine kadar birçok konuya ulaşmanız mümkün.

Odalara ve sadece Türkiye'den değil dünyanın çeşitli ülkelerinden yayın yapan onlarca web sitesine Linkler başlığı altından ulaşabiliyorsunuz. Bu bölümün bir güzel tarafı da arayanın işini çok kolaylaştıran sınıflandırmalar. 'İmplantoloji konusunda yayın yapan siteler' gibi alt başlıklar onlarca site arasında boğulmanızı önüyor.

TDB web sitesi ilk açıldığında öncelikle dergimizin o sayısında yayımlanan yazı ve haberlerle karşılaşıyorsunuz. Ama eğer güncel bir duyuru ya da eylem varsa üstten bu duyurular da spot olarak veriliyor.

www.tdb.org.tr sıkça güncellenen bir site. Bugünlerde SARS hastalığı hakkında bilinmesi gerekenleri, alınabilecek ön-



FDI'ya ulaşmak için ilk aklınıza gelen www.fdi.org'u tuşladığımızda bir nakliyat sitesiyle karşılaşıyorsunuz. Doğru adres www.fdiworlddental.org şeklinde. Siteden dünyanın dört bir yanındaki dişhekimliği etkinliklerini öğrenebilirsiniz.

lemleri siteden öğrenebiliyorsunuz mesela. Sadece PC formatında değil Mac'te de hızla görüntülenebilmesi de sitenin hanesine yazılacak bir başka artı puan.

Siteler arasında kaybolmayın, arama motorlarını deneyin

İnternet üzerinde bilgi araştırması yapabileceğiniz "arama motoru" da denen birçok site bulunuyor. Bu tür sitelerin sayıları da her geçen gün artıyor. Merak ettiğiniz herhangi bir konu varsa tek yapmanız gereken bu siteleri ziyaret edip "arama yapın" kısmına incelenecek konunun (ürün, sektör, isim vs.) anahtar kelimesini yazıp tıklamak. Arama yaparken aralarına + işareti koyarak birkaç başlıkta birden de arama yapabilirsiniz. Ya da bulduğunuz sonuçlar arasında yeniden başka bir kriterle arama yaptırarak hedefi iyice daraltabilirsiniz. Ulaştığınız bilgilerin çeşitliliğini görünce şaşıracaksınız...

İşte size birkaç arama motoru sitesi:

www.google.com
www.arama.com
www.arabul.net
www.netbul.com



En çok kullanılan arama motorlarından Google'in ana sayfası



21. yüzyılda bilgiye ulaşabilmenin en hızlı ve kolay yolu; internet. Aynı zamanda tüm dünyayı ayağınıza getiren zevkle kullanacağınız iletişim aracı. Yeni ürünleri araştırmak ya da iki hasta arasında bir arkadaşınızla muhabbet edebilmek için tek yapmanız gereken koltuğunuza oturup tuşlara basmak. Dişhekimliği dünyasıyla ilgili olarak sanal ağda erişebildiğimiz siteleri ve yenilikleri bu sayfada sizler için derleyeceğiz.

Tek aşamalı self-etching adeziv

Xeno® III

DENTSPLY yeni tek aşamalı self-etching adezivi Xeno® III'ü tanıttı. Xeno® III, kontrol edilebilen tek bir aşamayla yüksek performans ve hız sunuyor, ayrıca asit uygulamaya ve yıkamaya gerek bırakmıyor. Olağanüstü yüksek yapışma gücü sağlayan Xeno® III ile bondingleme işlemi toplam olarak 40 saniyeden daha kısa sürüyor. Xeno® III, tüm kavite sınıflarında, ışıkla veya kendiliğinden polimerize olan kompozit ve kompomerlerle birlikte kullanılabilir. Xeno® III, DENTSPLY tarafından icat edilmiş ve patenti alın-

mış 2 adet adezyon destekleyicisi içeriyor: PEM-F ve Pyro-EMA. Bunlar sayesinde Xeno® III:

- Düşük pH değeri ile yüksek etching etkinliği
- Yüksek kohezyon gücü sağlıyor.

Xeno® III, fosforik asit uygulaması ile birlikte kullanılan geleneksel adeziv sistemlerinden büyük farklılık göstermeden yüksek yapışma gücü ve marjinal bütünlük sağlayan ilk self-etching bonding.

Xeno® III, performanstan ödün vermeden bondingleme işlemi kolaylaştırıyor. Total-etch tekniğinde oluşabilecek dentine gereğinden fazla asit uygulanması veya aşırı kurutulması gibi konuları ortadan kaldırarak hassasiyeti minimuma indirir.

Dentsply

Tel: 0.216.445 76 48



Everstick®

Kompozit rezinle güçlendirilmiş fibergalss stickolan Everstick® hekim ve hasta için direkt ve indirekt uygulamalarda zaman kazandırıcı ve doku koruyucu çözümler sunuyor. Şeffaf renkli, termoplastik polimer ve ışıkla sertleşen rezin matrisi esaslı bu sistem, tüm adeziv ve akrilat materyallerle birlikte kullanılabilir. Yönleri aynı doğrultuda olan fiber demetleri Everstick®'in gücünü ve dayanıklılığını artırıyor. Hastanın kendi dentisyonunu koruması, hasta-başı uygulama tekniği ile zaman kazandırıcı bir sistem olması Everstick®'in avantajlarından bazıları.

Sabit yer tutuculara alternatif olarak kullanılabilir gibi Periodontal labial ve lingual splint yapımı, adeziv direkt inleyler, geçici köprü, Maryland köprü yapımında, ortodontik retansiyon amaçlı kullanılabilen bu sistem dişhekimleri için alternatif estetik ve konservatif tedavi yöntemleri sunuyor.

Everstick®'le ilgili detaylı bilgi için firmanın www.sticktech.com internet adresi ziyaret edilebilir.



Röntgen filmleri üzerine yapıştırılabilen mm-tramları



Hager & Werken firması, piyasaya, çekimden önce filmlerin üzerine yapıştırılabilen mm-tramları çıkardı. Böylece, film çekince, üzerinde oluşan ince yatay ve dikey çizgiler vasıtasıyla 1 mm mesafeden, mine, dentin, cole ve kemiğin uzunluğu ve kalınlığı tam olarak saptanıyor. Ölçü şablonlarında olduğu gibi, kayıp bozularak yanlış sonuçlara sebep olmaz kesinlikle. X-RAY-MESH ler dijital röntgen aperejinin sensörünün üzerine de yapıştırılabilir, o zaman çok daha fazla kullanım için uygun olur. Mm-tramlar, kök kanallarının uzunluğunu belirlemek için endodontide; kök kanallarının durumunu, kemik defektlerindeki rejenerasyon gelişimini izlemek için cerrahide; kollajen veya diğer kemiği telafi edici materyallerin korumasından sonraki kemik rejenerasyonunun takibi için periodontolojide; kemiğin durumunu teşhis için implantolojide; protetik olarak da mine-dentin kalınlığının denemesi için (aproximale konacak anker sisteminden önce) vs. kullanılır.

Hager & Werken GmbH & Co.
www.hagerwerken.de

Kurs Kongre, Sempozyum

14. Uluslararası Dentomaxillofasial Radyoloji Derneği

19-23 Mayıs 2003
Floianopolis - Santa Catariua
Brezilya
Tel: +55 48 3319630
Fax: + 55 48 3319542
e-mail: 14icdmfr@web.ufsc.br

79. Avrupa Ortodonti Derneği Kongresi

10-14 Haziran 2003
Prag Kongre Merkezi
Çek Cumhuriyeti
+42 2 242 10650
+42 2 260 130
eoslondon@compuserve.com

Türk Dişhekimleri Birliği

10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

17-21 Haziran 2003
Antalya
Tel: 0242 237 52 52
Fax: 0242 237 55 88
www.dentalya.org/2003

Avrupa Dental Ergonomi Derneği (ESDE) 17. Yıllık Toplantısı

4-5 Temmuz 2003
Koblenz, Almanya
+32 11 27 44 90
secretary.esde@skynet.be
www.esde.org

5. Uluslararası

Ağız Dış Sağlığında Dişhekimliği Yasaları ve Hasta Hakları

31 Temmuz – 3 Ağustos 2003
Creighton Üniversitesi
Omaha (Nebraska) A.B.D.
WWW.IDEALS.AC

22. ICOI Dünya

İmplantoloji Kongresi

14-17 Ağustos 2003
Conrad Hilton Oteli-Istanbul
Tel: 0212 532 32 18
Faks: 0212 5323254
www.toid.org
e-mail: toid@toid.org

FDI Sydney 2003

Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi

18-21 Eylül 2003
Sydney - Avustralya
Tel: + 33 4 50 40 50 50
Fax: + 33 4 50 40 55 55
e-mail: congress@fdiworlddental.org

Oral Cerrahi Derneği VI Bilimsel Kongresi

21 – 26 Eylül 2003
Renaissance Antalya Resort
Oral Cerrahi Derneği
İ.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi
Çapa 34390 İstanbul
Tel : 0 212 631 22 50
Fax : 0 212 631 22 49

Prag Dişhekimliği Günleri Çek Dişhekimleri Birliği

Yıllık Uluslararası Kongresi
22-25 Ekim 2003
Prag - Çek Cumhuriyeti
Tel: +420 224 918 613
Fax: +420 224 917 372

Uluslararası Ortodontide Yüksek Lisans Programı

Ekim 2003
Tel-Aviv Üniversitesi,
Ramat Aviv-İsrail
Son başvuru tarihi: 30 Nisan 2003
Tel: 00972-3-640 74 56
Fax: 00972 3 640 9250
e-mail: rachel@post.tan.ac.il

Türk Dişhekimleri Birliği

11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

Haziran 2004
İstanbul
Tel: 0212 225 03 65
Fax: 0212 296 21 04
www.ido.org.tr

Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi VI. Mezunlar Günü Etkinlikleri

31 Mayıs - 1 Haziran 2003

Bilimsel Program

"Vital ve Devital Dişlerde Uygulanan Ağartma Yöntemleri"

Doç. Dr. Hülya Erten

"İmmediat İmplant Uygulaması"

Prof. Dr. Ateş Parlar

"Flep Mukogingival Cerrahi"

Prof. Dr. Mehmet Yalın

Masa Demonstrasyonu

"Flep Masa Demonstrasyonu"

"Vital Ağartma Demonstrasyonu"

"Devital Ağartma Demonstrasyonu"

"Hassas Tutuculu Protezler"

Doç. Dr. Hişam Demirköprülü

"İmplant Protezleri"

Doç. Dr. Cemal Aydın

"Overdenture Protezler"

Doç. Dr. Engin Kocabalkan

"Büyüme ve Gelişim Döneminde Ortodontik Tedavilerin Sınırları"

Doç. Dr. Lale Taner

Yer: G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Konferans Salonu
Konferanslar, demonstrasyonlar ve panel SDE
kapsamına alınmış olup, kredilendirilmiştir.
Tel: 0.312.213 82 44 Faks: 0.312.223 92 26

18. ANKEM Kongresi ve Tıp Bilimleri Kongresi

18. ANKEM Kongresi ve Tıp Bilimleri Kongresi 25-29 Mayıs 2003 tarihleri arasında Atlantis Hotel, Belek, Antalya'da yapılacak. Geçen yıl olduğu gibi bu yıl da Kongre programında Dişhekimliği Grubu'nun programı da var. Konuşmacılar Güven Külekçi, Serdar Çintan, Aslan Gökbuğut, Binnaz Leblebicioğlu, Oktay Dülger ve Mehmet Külekçi (KBB Baş&Boyun Cer). İnteraktif oturumlar şeklinde dişhekimliğinde antibiyotikler, ağız kokusu ve tedavisinde kullanılacak antimikrobiallar, onkoloji ve dişhekimliği iş birliği konuları 26, 27, 28 Mayıs 2003 tarihlerinde 13:30-15:30 saatleri arasında tartışılacak.

ANKEM Kongresi'nde salt Dişhekimliği Grubu'nun programına katılım ücretsizdir.



Vefat

Edirne Dişhekimleri Odası eski başkanlarından meslektaşımız **Ersan Kale** 6 Şubat 2003 tarihinde vefat etmiştir. 1992-94 döneminde TDB Denetleme Kurulu üyeliği de yapmış olan Kale'nin ailesi ve yakınlarının acısını paylaşıp, başsağlığı dileriz.

Dişhekimisi aranyor

Başvuru: Ortodontist Dr. Emel Seren
Karum İş Merkezi Iran Cad. 21/363
Kavaklıdere / Ankara
Tel: 0312. 467 13 52 Fax: 0312. 467 13 52

Satılık

Edirne Dişhekimleri Odası kurucu üyesi ve eski yönetim kurulu başkanlarından Ersan Kale'nin vefatı nedeniyle, muayenehane aletleri satışa çıkarılmıştır.

1 adet Unit + Fotey

Castelline marka 1980 model

1 adet Unit (arızalı)

Yoşhiba marka 1970 model

1 adet Röntgen

Villa Royen marka 1970 model

1 adet Sterilizasyon Cihazı

Mermert marka 1970 model

1 adet Fotöy

Atlantik marka

Başvuru Tel: 0.284.212 60 02

(Binay Kale)