

T D B D

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi • Sayı 82 Ağustos 2004



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DİŞHEKİMLERİ ODASI ÜYE BİLGİ FORMU
(ODA TARAFINDAN DOLDURULACAK)

Kişi Bilgileri Adı: _____ Soyadı: _____
Baba Adı: _____

Oda Bilgileri Ana Adı: _____
Bağlı Bulunduğu Oda: _____
Önceki Kayıtlı Olduğu Oda: _____
Çalıştığı Oda: _____

Üyelik Bilgileri Eğitim Durumu: _____
Disiplin Aldığı Ceza: Uygun Para Cezası Oda Bölgesi Meslekten Sıyrıkli Altıncı Yüksek Disiplin Cezası

Nüfus Bilgileri T.C. Kimlik No: _____
Soyadı: _____
Önceki Adı: _____
Baba Adı: _____
Ana Adı: _____
Doğum Yeri: _____
Doğum Tarihi: _____
Medeni Durumu: _____
Cinsiyeti: _____
İli: _____
İlçesi: _____
Muhalefe-Köy: _____
Cilt No: _____
Aile Sıra No: _____
Sıra No: _____
Veri Nüfus İdaresi: _____
Nüfus Nedeni: _____
Kan Grubu: _____

Adres Bilgileri İş Yeri Adresi: _____ İş Yeri Tel: _____
Posta Kodu: _____ Kamu/Diğer Tel: _____
Kamu/Diğer Adresi: _____ Beşeriyet Tel: _____
Posta Kodu: _____ Faks No: _____
E-Posta Adresi: _____ Web Adresi: _____

Maliye ve Sosyal Güvenlik Bilgileri Vergi Türü: _____
Vergi Dairesi: _____
Sosyal Güvenlik Kurumu: _____
Sosyal Güvenlik No: _____
Emekli İnce Kurumu: _____
Çalışma İzni Başlangıç Tarihi (Yabancı Uyruktakiler İçin): _____

SSK Bağ-Kur Emekli Sandığı

Tarih: _____

(1 Lütfen formun diğer kopyalarını büyük harflerle, okunaklı ve kâğıtla tasvirinizden)

e-TDB

projesi yaşama geçiyor

TDBD ÜYELİKLERİNİN MALİYET DİĞERLEMLERİ	
Üyelik Türü	Üyelik Bedeli
Yeni Üyelik	1000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik)	1500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 1000 TL)	1000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 1500 TL)	1500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 2000 TL)	2000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 2500 TL)	2500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 3000 TL)	3000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 3500 TL)	3500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 4000 TL)	4000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 4500 TL)	4500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 5000 TL)	5000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 5500 TL)	5500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 6000 TL)	6000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 6500 TL)	6500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 7000 TL)	7000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 7500 TL)	7500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 8000 TL)	8000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 8500 TL)	8500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 9000 TL)	9000 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 9500 TL)	9500 TL
Yeni Üyelik (Yabancı Üyelik - 10000 TL)	10000 TL

TDB veri tabanı yenileniyor

Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları Yönetim ve Üye Takip Programı SDE ve akıllı kart (manyetik kart) programlarının yazılımında sona yaklaşıyor. Sistemin verimli çalışabilmesi için meslektaşlarımızın dergimizle birlikte gelen üye bilgi formlarını sağlıklı olarak doldurmaları şart.

Diş Koruma Günleri beşinci yılında

Bu yıl 5.'incisi gerçekleştirilecek olan Diş Koruma Günleri 13 Eylül - 2 Ekim tarihleri arasında yapılacak. Diş Koruma Günleri'ne yaklaşık 3500 gönüllü dişhekimi katılacak. Ayrıca, 8 dişhekimliği fakültesinin pedodonti klinikleri de toplu müracaatlarda katkıda bulunacak.

Ulusal Ağız Diş Sağlığı Programı hazırlanıyor

Diş ve dişeti hastalıklarının koruyucu uygulamalarla başlamadan önlenmesi doğrultusunda ulusal bir program yürütülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, TDB ve konunun uzmanı akademisyenler 30-31 Temmuz tarihlerinde bir araya geldiler.

Büyük felaketten beş yıl sonra...

Beş yıl önce 17 Ağustos 1999 günü yaşanan depremde 20 bine yakın insanımızı kaybetmiştik. Büyük depremin yıldönümünde depremden zarar görmüş meslektaşlarımızı ziyaret ettik. O günleri ve sonrasını sorduk. Hepsinin üzerinde önemle durdukları kelime 'dayanışma' oldu.

'Sağlık hizmetleri politikadan soyutlanamaz'

Orhan Özkan, sadece dişhekimliği alanına değil Türkiye'de sağlık hizmetlerinin her noktasına imzasını atmış bir meslek büyüğümüz. Özkan, 'Talebe Birliği' başkanlığından dişhekimi odalarının ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin kuruluşuna kadar son derece zengin tecrübelerini bizlerle paylaştı.

İki yakasında binbir hikaye: ÇANAKKALE

Schlieman, Batı edebiyatına kaynaklık etmiş iki Homeros kitabından biri olan İliada'da okuduklarına inanıp Çanakkale'de Troya'yı buldu. Bu keşfin yankıları, İliada destanında anlatılan Troya Savaşı'nı bile geride bıraktı. Efsane gerçekleşmişti çünkü.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan
Celal Korkut Yıldırım
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter
Murat Ersoy
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu
Tatyos Bebek
- TDBD Yayın Kurulu
Recep Erdöndü
Neşe Dursun İnceoğlu
Sertaç Peker
- TDBD Bilimsel Danışma Kurulu TDB Eğitim Komisyonu'dur
- Yayın Türü: Ulusal
- 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 (Alfabetik)

AKADEMİK DENTAL.....	58-59
BASMACI DIŞ DEPOSU	77
BENLİOĞLU	19
BRAUN.....	05
CAN MEDİKAL	45
COLGATE.....	Ön kapak içi
DENTOSAN	13
EDAD	23
GÜNEY DIŞ	31-67
GÜNEY DIŞ TİCARET.....	06-57-79
GÜLÖĞÜZ DIŞ DEPOSU	81
IPANA	Arka kapak içi
KUARK ELEKTRONİK	03
LİDER DIŞ	46-47
MANNAS	16-17
MEDİFARM	25
ORAL B	04
ORAL CERRAHİ DERNEĞİ	82
ÖNCÜ DENTAL	65
PERFETTL.....	37
RF SYSTEM	51
ROCHE.....	15
SENSODYNE.....	41
SIGNAL	Arka kapak
TEKMİL	63
TOROS DENTAL	55
TÜRK UYKU ARAŞTIRMALARI DER.	79
UNİMED	07
VOCO	81
3M.....	73-75-77



Celal K. Yıldırım
TDB Genel Başkanı



‘Hızlandırılmış sağlık kazaları’ yaşamayalım

Ülkemiz her zaman olduğu gibi gündem sıkıntısı çekmiyor. Yaz aylarında durağanlaşması beklenen siyasi, sosyal ve ekonomik yaşam bu yıl da geçmiş yılları aratmayacak sıcaklıkta geçiyor.

ABD'nin Irak'taki işgalinin hem dünya, hem de ülkemiz için sıkıntılar yaratacağını söyleyenlerin haklılığı her geçen gün kendini daha belirgin bir şekilde gösteriyor.

Eğitim sistemimizin çökmekte olduğunu yıllardır söyleyenleri ÖSYM ve Anadolu liseleri sınavlarında sıfır puan alan binlerce öğrenci doğruladı.

Bilgi birikiminden yararlanmama; her şeyin kendisiyle başladığını düşünme ve deneyerek öğrenmenin sonuçları "hızlandırılmış tren" kazasıyla acı bir şekilde görüldü.

Hatırlama ve anlama farklı kavramlar. Hele de anlaşıldığı varsayılan bazı şeylerin içselleştirilmesi süreci var ki bu sürecin birkaç on yıl alabileceği kesin.

Yapılan doğru ve iyi şeyleri kendilerinin becerilerine, ama tren kazasını "Allah'ın takdirine" ve "kem gözlerin nazarına" bağlayan düşüncenin ülkemizi bugünlere getiren siyaset anlayışından hiçbir farkı yok. Olayları bu şekilde yorumlayıp işin içinden çıkmaya çalışmak daha büyük sıkıntılara yol açacaktır.

Olgular karşısında objektif olabilmek için öncelikle 'her ne olursa olsun iktidar olmak ve iktidarda kalmak' hırslından vazgeçmek zorundasınız. Ve yanlışlara düşmek için bilgi birikimine sahip kişi ve kurumlardan yararlanma, bilimi temel alan yöntemleri kullanma anlayışına sahip olmalısınız.

İyi bir yönetici ve siyaset adamı; geri dönüşü mümkün olmayan ya da geri dönüşü büyük tahribatlar yaratan yanlışlar yapmaz. Bunun için sorunu tüm boyutlarıyla ele alıp konunun muhataplarıyla birlikte politikalar oluş-

turmayı kendine ilke edinir. Ortak aklın kullanılmasının hem doğru kararlara ulaştıracağını hem de alınan kararların taraflarca sahiplenilmesini sağlayacağını bilir.

Sağlık Bakanlığı'nın bazı uygulamaları "hızlandırılmış tren" kazasını çağırıyor. Prensipten uygun gördüğümüz döner sermaye uygulamasında hizmetin kalitesi, işlemlerin şişirilmesi ihtimali, çalışanlar arasında etik sorunlar ve diğer eksikliklerle ilgili ilettiğimiz kaygılarımız konusunda gerekli önlemlerin alınmaması bu uygulamanın sonucunun tren kazasına benzeyeceğini gösteriyor.

Aynı şekilde özel hastanelerden ve polikliniklerden dişhekimliği hizmeti alıp muayenehaneleri kapsam dışı bırakma girişimleri ve dişhekimlerinin coğrafi dağılımını göz önüne almadan ihtiyaç ve talebin ne olacağını sorgulamadan uluslararası uygulamalardan yararlanmadan ve **içi doldurulmadan** ifade edilen "aile dişhekimliği" kavramı mesleğimiz açısından bir başka "hızlandırılmış tren" kazası olma tehlikesi arz ediyor.

Türk Dişhekimleri Birliği olarak Sağlık Bakanlığı'nın sorunu çözme yönündeki çabalarını takip ediyor ve sürece müdahil olmaya çalışıyoruz. Bu süreçte dişhekimliği mesleğinin kurumsal bileşenleri olan dişhekimliği fakülteleri ve dişhekimleri odalarının birlikteliği çok önemli.

Sabırlı, ne istediğini bilen, ham çalışmalar yerine iyice sorgulanmış önermelerde bulunmak ve en önemlisi Türk Dişhekimleri Birliği'nin bir üst kuruluş olduğunun bilinmesi önem kazanıyor. Bu yaklaşımın temelinde ast üst anlayışı değil; ortak bir dil oluşturma ve ortak önermelerde bulunma ve gücümüzü birleştirme anlayışı bulunmaktadır.

Meslektaşlarımızın ve onların örgütlerinin bu duyarlılığı göstermesi sorunlarımızın çözümünde belirleyici rol oynayacaktır.

Üye bilgi formları titizlikle doldurulmalı

Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odaları Yönetim ve Üye Takip Programı, SDE ve akıllı kart (manyetik kart) programlarının yazılımında sona yaklaşıyor.

Uzun süredir kullanılan, ancak çeşitli eksiklikler nedeniyle yeterli verim alamadığımız yönetim ve üye takip programının yerine yeni bir program yaptırılması kararı alınmıştı.

Merkezden ortak kullanılacak ve web uygulaması olarak çalışacak yeni program, TDB ve Odalarımızın üye bilgilerini değişik perspektiflerden incelenmesini, mesleğin ve meslektaşlarımızın durumuyla ilgili analizlerin yapılabilmesini ve rutin üye işlemlerinin takibini kolaylaştırmayı amaçlıyor.

Yine üye takip programı ile entegre olarak çalışacak SDE programı yazılımı da sürüyor. Bu programın tamamlanması ve akıllı (manyetik) kart uygulamasına geçilmesi ile de SDE Yüksek Kurulu tarafından kredilendirilen etkinlikler doğrudan programa aktarılacak, puanı

tamamlanan meslektaşlarımızın sertifikalarının düzenlenmesi, internet üzerinden puanlarını takip edebilmelerine de olanak sağlanacak.

Bütün bu sistemin, yani hem TDB ve Odalarımızın yönetim ve üye takip programlarının hem de SDE programlarının çalışabilmesi, için meslektaşlarımızın hazırlanan "Üye Bilgi Formlarını" eksiksiz doldurup en kısa sürede Odalarımız aracılığıyla TDB'ye ulaştırmaları gerekiyor.

Üzerinde uzun süre çalışılarak düzenlenen Üye Bilgi Formları meslektaşlarımızla ilgili nüfus bilgilerini, eğitim bilgilerini, çalışma bilgilerini, adres bilgilerini, maliye ve sosyal güvenlik bilgilerini en son ve en doğru haliyle programa aktarımını amaçlıyor.

Bu bilgiler eksiksiz ve tüm meslektaşlarımız tarafından doldurulması ve bilgisayar ortamında tutulması geçiş hazırlıklarında, AB müktesebatına uyum, hizmetlerin ve kişilerin serbest dolaşımında, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin



muayenehanelerden satın alınmasında, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasında, SDE puanlandırmalarında, ferdi kaza sigortası takibinde kullanılacaktır.

Tüm bu işlemlerde kullanılması için yeni üye bilgilerine göre Akıllı (manyetik) Kart olarak hazırlanacak kimlik kartları TDB'ce yaptırılarak meslektaşlarımızın kullanımına sunulacak.

Üye takip formları, elektronik ortamda taranarak hazırlanan üye takip programı ve SDE programına aktarılacaktır.

Özel sağlık kuruluşlarından sadece spastik engelliler hizmet alabilecek

2004 yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nda özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın alımının sadece ortodonti, protez ve cerrahi dallarındaki uzmanlarla sınırlanmasına ilişkin bir düzenleme yapılacağı duyumları üzerine TDB ve dişhekimleri odaları çeşitli girişimlerde bulunmuştu. 5 Temmuz 2004 günü yayımlanan bir genelgeyle konuya açıklık getirildi ve bu ayrıcalığın sadece spastik engellilerin tedavileriyle ilgili olduğu belirtildi.

2004 yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nda özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın alımının sadece Ortodonti, protez ve cerrahi dallarındaki uzmanlarla sınırlanmasına ilişkin bir düzenleme yapılacağı duyumları üzerine TDB ve dişhekimleri odaları çeşitli girişimlerde bulunmuştu. 5 Temmuz 2004 günü yayımlanan bir genelgeyle konuya açıklık getirildi ve bu ayrıcalığın sadece spastik engellilerin tedavileriyle ilgili olduğu belirtildi.

Konuyla ilgili olarak Maliye Bakanlığ'ndan yapılan açıklama şöyle:

11/2/2004 tarihli ve 25370 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan tedavi yardımına ilişkin (4) sıra nolu 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile getirilen düzenlemelerle ilgili olarak aşağıdaki açıklamaların yapılması gerekli görülmüştür.

1. Anılan Talimatın "5.2. Özel Sağlık Kurumu ve Kuruluşlarında Diş Tedavisi" başlıklı bölümüne aşağıdaki madde ilave edilmiştir.

"5.2.11. Spastik özrürlü kişilerin diş tedavileri, birinci basamak resmi sağlık kurumlarından alınacak sevk ile aneste-

ziyoloji ve reanimasyon uzmanının sorumluluğunda olan, genel ve lokal anestezi altında cerrahi müdahale uygulanabilen, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu genel anestezi ile müdahale birimi olan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılabilir.

Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak alınan raporun onaylı bir örneği düzenlenecek faturaya eklenecektir.

Bu tür tedaviler için Diş Tedavileri Fiyat Tarifesinde (Ek-7) yer alan fiyatlar geçerlidir."



TDB heyeti
Yüksek Öğretim Kurulu Başkanı
Prof.Dr. Erdoğan Teziç'i
ziyaret etti.

YÖK Başkanı Teziç de yeni dişhekimliği fakültelerine karşı

TDB Merkez Yönetim Kurulu 5 Ağustos 2004 günü açılma kararı verilen ve açılması muhtemel dişhekimliği fakültelerinin durumunu görüşmek üzere Yüksek Öğretim Kurulu Başkanı Prof.Dr. Erdoğan Teziç'i ziyaret etti.

TDB heyeti görüşmede, her iktidarın insan gücü planlaması yapmaksızın siyasi amaçlarla dişhekimliği fakültesi açtığını ve devletin bir dişhekimliği öğrencisinin eğitimi için harcadığı onbinlerce doları toplum ağız diş sağlığı hizmetlerinde daha gerçekçi ve verimli kullanması gerektiğini ifade etti.

YÖK Başkanı Teziç, konuşmasında yeni fakülteler sorununun her mesleği ilgilendirdiğini, tüm meslek örgütlerinin soruna sahip çıkması gerektiğini söyledi. İllerin kalkınması ve gelişmesi için üniversite ve fakülte kurulmasının eğitimin niteliğini düşüreceğini de belirten YÖK Başkanı, açılma kararı verilen fakültelerle ilgili diyalog içerisinde olmamızı, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmaması konusunda ellerinden geleni yapacaklarını ve kendilerine gelebilecek baskılar konusunda da TDB gibi sivil toplum örgütlerinin desteğine ihtiyacı olduğunu ekledi.

Oldukça samimi bir ortamda gerçekleşen toplantıda "Dişhekimliği Hizmetlerinde Mevcut Durum ve İnsan Gücü



Planlaması" dosyamız sunuldu. Dosya içeriğinde aşağıdaki konulara değinildi:

1. Türkiyedeki nüfus ve dişhekimleri oranları ve sağlık harcamaları

- Nüfus ve dişhekimleri artış oranları
- Sağlığa ayrılan pay
- GSMH ve ağız diş sağlığı harcamaları

2. Dişhekimleri dağılımı ve ağız diş sağlığı durumu

- Dişhekimleri başına düşen nüfus ve müdahale sayısı
- Avrupa ve Türkiye'deki yıllık mezun

dişhekimleri kıyaslaması

- Dişhekimliği fakültesi açılma sıklığı

3. Dişhekimleri yaş profili

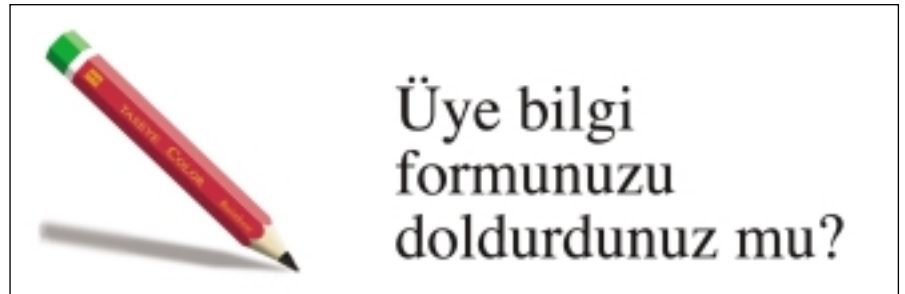
4. Dişhekimlerinin kamuda istihdam sorunları

5. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin kullanımı

- Dişhekimlerinin çalışma saatleri
- Dişhekimine başvuran hasta sayısı

6. 2005 ve 2010 yıllarında dişhekimleri insan gücü projeksiyonu

7. Dişhekimleri insan gücü planlamasına yönelik öneriler



Üye bilgi
formunuzu
doldurdunuz mu?

Diş Koruma Günleri

13 Eylül - 2 Ekim tarihlerinde

Bu yıl 13 Eylül - 2 Ekim tarihleri arasında 5.'incisi gerçekleştirilecek olan Diş Koruma Günleri'ne yaklaşık 3500 gönüllü dişhekimi katılacak. Ayrıca, 8 dişhekimliği fakültesinin pedodonti klinikleri de toplu müracaatlarda katkıda bulunacak.



Diş
KORUMA
GÜNLERİ
2004



TDB

Colgate

Bu yıl beşincisi gerçekleştirilecek olan Diş Koruma Günleri 13 Eylül - 2 Ekim tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün desteğinde ve Colgate'nin sponsorluğunda yapılacaktır. Diş Koruma Günleri'ne yaklaşık 3500 gönüllü dişhekimi katılacaktır. Ayrıca, 8 dişhekimliği fakültesinin pedodonti klinikleri de toplu müracaatlarda katkıda bulunacaktır.

Amacı, ağız-diş sağlığı konusunda toplumun bilinçlenmesini sağlamak ve ağız diş sağlığı eğitimi vermek olan Diş Koruma Günleri'nde, dişhekimlerine önceden randevu alarak müracaat edecek olan 6-12 yaş grubundaki çocuklara da fissür sealant uygulanacaktır. Okullarda eğitim çalışması yapmak için geçen yıl 4 olan pilot il sayısı bu yıl 7'ye çıkarıldı. TDB, Milli Eğitim Bakanlığı ile birlikte pilot il seçilen Adana, Ankara, Antalya, Samsun, Sivas, Çanakkale ve Denizli'deki ilk öğretim okullarında kampanyayla ilgili duyuru-

rular yapılacak, öğrencilerin toplu halde dişhekimlerine ve dişhekimliği fakültelerine yönlendirilmeleri sağlanacaktır.

Bu yıl, kampanya ile birlikte yürütülecek bir diğer etkinlik ise; "Haber Türk"de, haftada 1 gün yayınlanacak olan Ağız Diş Sağlığı programıdır. Bu program 2 Eylül'de başlayacak ve Şubat ayı sonuna kadar devam edecek. Programda, Türk Dişhekimleri Birliği tarafından belirlenen, konunun uzmanı dişhekimleri ağız diş sağlığı konusunda bilgiler verecek.

Ayrıca, TDB Merkezi'nde bir dişhekimliği kampanya süresince görevlendirilecek ve kampanyaya gönüllü katılan dişhekimlerinin sorularını yanıtlayacaktır. Kampanyadan yararlanmak isteyenler ise geçtiğimiz yıllarda olduğu gibi ücretsiz hatlara sorularını yöneltecekler.

TDB olarak kampanya destek veren tüm gönüllü dişhekimlerimize ve fakültelerimize teşekkür ediyoruz.

1219'da yapılan değişiklik hakkında diş teknisyenleri bilgilendirildi

Gaziantep Dişhekimleri Odası'nın düzenlediği toplantıya yaklaşık 40 diş teknisyeni katıldı.



10 Haziran 2004 tarihinde yürürlüğe giren "1219 sayılı yasada değişiklik yapan 5181 no'lu yasanın" daha iyi an-

laşılması ve uygulamada karşılaşılabilecek sorunların asgariye indirilmesi amacıyla Gaziantep Diş Teknisyenleri Derneği ve Üyelerine yönelik yapılan toplantıya Gaziantep Diş Teknisyenleri Derneği Başkanı Ahmet Kalkan ve yönetim kurulu üyelerinin yanı sıra Gaziantep'te faaliyet gösteren Diş Teknisyenlerinden 40 kişi katıldı. Toplantıda; yasa ve uygulamaları değerlendirildi.

Diş Teknisyenleri yaptıkları konuşmalarda sorunlarını anlatırken Gaziantep Dişhekimleri Odası yönetim kurulu ü-



yeleri, Oda Başkanı Zafer Çolakoğlu, TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi T.Tamer Taşkan ve İl Sağlık Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürü Dişhekim Feray Kiraz tarafından sorular yanıtlandı, sorunlara çözüm önerileri anlatıldı.

Yapılan konuşmalarda anılan yasanın Dişhekimliğine ve Diş Protez Teknisyenliğine yepyeni bir bakış açısı getirdiği ve özellikle diş teknisyenliğinin görev tanımını netleştirildiği vurgulanarak bir eksikliği doldurduğu belirtildi.

Türkiye'de HIV/AIDS önleme çalışmalarını

Türkiye'de AIDS'le ilgili çalışmalar 1996 yılından beri devlet ve sivil toplum kuruluşlarının aralarında bulunduğu 33 örgütün oluşturduğu Ulusal AIDS Komisyonu tarafından koordine ediliyor. Türk Dişhekimleri Birliği de Ulusal AIDS Komisyonu üyesi.

Türkiye'de AIDS 1985 yılında ortaya çıkan 2 vaka ile gündeme geldi ve Sağlık Bakanlığı genelgeler yoluyla bir dizi önlemi aynı yıldan başlayarak yürürlüğe koydu.

Bu çalışmalarını, 1987 yılında HIV doğrulama merkezlerinin açılması ve "AIDS Yüksek Danışma Kurulu"nun kurulması izledi. 1993 yılı genelgesi, tüm sağlık personelinin "Bulaşıcı Hastalıklar Evrensel Korunma İlkeleri" kapsamında; kendilerini her hasta HIV veya HBs pozitif olabilir yaklaşımla ile korumaları gerektiğini bildirir. Türkiye Aile Planlaması Derneği projesi kapsamında 1994 yılında başlayan Ulusal AIDS politikası oluşturulması çabaları 1996 yılı Haziran ayında Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile; Türkiye'de HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların kontrolü ve yayılımını önlemek için, ulusal politikaların belirlenmesi, bu doğrutuda ulusal eylem planının hazırlanmasına yönelik tavsiye kararları almak, sektörlerarası işbirliğini ve koordinasyonu sağlamak amacıyla kurulan "Ulusal AIDS Komisyonu" ile yeni bir boyut kazandı.

Komisyon üyeleri arasında; İçişleri, Sağlık, Millî Eğitim, Turizm gibi ilgili 10 bakanlık, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme, Türkiye

Radyo Televizyon Kurumu gibi 10 ilgili kurum ve Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği gibi meslek birlikleri ile gönüllü kuruluşlar olmak üzere 33 farklı örgüt bulunmakta.

Ulusal AIDS Komisyonu, 2000 hedef ve stratejiler belirlendi ve tüm komisyon üyesi kuruluşlarının katılımıyla eylem planları hazırlandı ve 2003 yıllarında bu planları güncellendi. Komisyon üyesi kuruluşlar yaklaşık 6 ay ara ile yapılan Ulusal AIDS Komisyonu toplantılarına kurumlarının eylem planında yer alan

çalışmalarına ilişkin bilgi verirler ve ulusal bazda HIV/AIDS'in önlenmesi için yapılması gerekenler gündemde yer almaktadır.

UAK'ın son eylem planında yer alan çalışmalar arasında UNAIDS'in Küresel Fon'una Sağlık Bakanlığı başkanlığında yapılan başvuru sonucu hazırlanan programa finansal destek alınması sayılabilir. Komisyona üye kuruluşlar çalışmalarını kendi kurumsal kaynaklarının yanı sıra yaptıkları projelere yukarıda sözü geçen kaynaklardan destek alarak gerçekleştirebilmektedirler.

Ulusal AIDS Komisyonu toplandı

Ulusal AIDS Komisyonunun 13. toplantısı 2 Haziran 2004 günü yapıldı. TDB'nin, meslektaşımız Zerrin Işık Tüfekçi tarafından temsil edildiği toplantının gündeminde,

- 2004 Ulusal Eylem Planının ilk altı ayında yer alan aktivitelerin kurum temsilcileri tarafından sözel olarak diğer komisyon üyelerine aktarılması.
- 2004 Ulusal Eylem Planının ilk altı

ayında yer alan aktivitelerin değerlendirilmesi

- Dünya Sağlık Örgütü'nün başlattığı 2005 yılına kadar HIV/AIDS tedavisine ulaşılabilirliğin artırılması ve düşük fiyatlı ilaç temini girişimine Türkiye'nin de dahil edilmesi hususunun görüşülmesi
- UAK içerisinde yer almak isteyen yeni kuruluşların görüşülmesi konuları yer aldı.



Macellan'ın rotasında tek başına

Meslektaşımız Hakan Öge geçtiğimiz Mayıs ayında bugüne kadar yalnızca iki kişinin başardığı bir yolculuğa çıktı. Teknesiyle tek başına dünyayı dolaşacak olan Öge çokça tercih edilen Panama rotası yerine Büyük Okyanus'a Macellan Boğazı'ndan geçecek. Atlas Dergisi fotoğrafçısı olan Öge, yolculuğu boyunca belli yerlerde mola verip fotoğraflarını çekecek. Yaklaşık iki yıl sürecek yolculuğunda Öge'ye başarılar diliyoruz.

Dişhekimisi ve Atlas fotoğrafçısı Hakan Öge, teknesiyle tek kişilik dünya seyahatine Mayıs'ın ilk haftasında başladı. Yolculuğa başlamadan iki ay öncesinden İstanbul Kalamış'ta demirli teknesinde yaşamaya başlayan Öge'nin tek direkli yelkenlisinin ismi Mardek. Martı ve ördeğin birleşiminden oluşan bu ilginç isim, kendisini ördek samı yüzen bir martıyı çağrıştırıyor.

Geçiş Macellan Boğazı'ndan

Bugüne kadar tek başına dünya turu gerçekleştiren sadece 53 denizci var. Bunların da önemli bir kısmı, Atlas Ok-



Hakan Öge güzergahının küçük bir kısmında motor kullanacak, geri kalan bölümünde rüzgar gücünden yararlanacak.

yanusu'ndan Büyük Okyanus'a geçişte daha az risk taşıyan Panama rotasını seçmiş. Öge'nin öncelikli hedefi, bu geçişi Güney Amerika'nın en güneyindeki Macellan Boğazı'ndan yapmak. Bu boğazı tek başına geçen sadece iki denizci var. Bunun tedirginliğini o da yaşıyor. Ancak korku, deniz seferini daha güvenli yapabilecek koşulları oluşturmanın ilk şartı: "Korkmasına korkuyorum, fakat bu duygu son dakikaya kadar tüm detayları defalarca kontrol etmemi sağ-

Hakan Öge Bodrum'da Dünya turu yapan ilk Türk olan Sadun Boro'yu ziyaret etti(solda). Çanakkale'de kırılan dişini kendi kendine onarıırken(sağda).

lıyor. Teknede teknik ekipman dahil her şeyin yedeği var. Yedeği olmayan bir tek benim."

Atlantik'e yaklaştı

Lodos fırtınası yüzünden Çanakkale Limanı'nda dört gün kaldıktan sonra Ege'ye çıktığı 9 Mayıs'tan itibaren rüzgar açısından daha şanslıydı; Bodrum'a kadar motora fazla ihtiyaç duymadı. 13 Mayıs'ta ulaştığı Bodrum Marina'daki tekneler Mardek'e, limana kadar eşlik ettiler.

Atlas Dergisi'nin Temmuz sayısında verilen bilgiye göre Öge, Tunus civarlarında ve yolculuğu büyük bir sorun olmaksızın devam ediyor. Öge'nin yolculuğuna ilişkin bilgileri sonraki sayılarımızda da ulaştırmaya çalışacağız.



Fotoğraflar ve yazıdaki bilgiler Atlas Dergisi'nden alınmıştır.



Ulusal Ağız Diş Sağlığı Programı hazırlanıyor

Ülkemizde diş çürükleri ve periodontal hastalıkların toplumda % 85'lere varan sıklıkta görülmesi, bu iki hastalığın halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmelelerini ve her iki hastalığın yaygınlık ve şiddetinin azaltılmasına yönelik toplumu hedef alan ulusal çapta çalışmaların yapılmasını gerektiriyor. Yapılan araştırmalar, önlenabilir hastalıklar grubuna giren diş ve dişeti hastalıklarının koruyucu uygulamalarla başlamadan önlenilebileceğini, ülke kaynakları düşünüldüğünde bunun topluma maliyetinin de daha az olacağını ortaya koyuyor. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürdürülen çalışmalar dişhekimi Yavuz Yenidünya'nın Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı görevinde bulunması sayesinde ivme kazandı. 15 yaş öncesi çocuklara ve gebelere yönelik ola-

rak düşünülen ulusal çaptaki programın geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türk Dişhekimleri Birliği ve konunun uzmanı akademisyenler 30-31 Temmuz tarihlerinde biraraya geldiler. Toplantıya Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Yavuz Yenidünya, TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım, TDB Genel Bekreteri Murat Ersoy, TDB Merkez Denetleme Kurulu Başkanı Tatyos Bebek, TDB MYK üyesi Tarık İşmen, Prof.Dr. İnci Oktay, Prof.Dr. Murat Akkaya, İDO Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu Başkanı Ümit Yurdakul, dişhekimi Ali Fuat Allı ve dişhekimi Ayten Yıldırım katıldılar. Programın hazırlanması ve uygulanmasında ortaya çıkabilecek detayların ele alındığı toplantı sonrası katılımcıların görüşlerini aldık.



Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dişhekimi Yavuz Yenidünya:

'Gereken rakamlar sanıldığı kadar büyük değil'

Ülkemizde ağız diş sağlığının üç ana boyutu var. Eğitici boyutu, koruyucu boyutu, tedavi edici boyutu. Bu boyutlardan bugüne kadar tedavi boyutunda ağır aksak bir hizmet üretilmiş ama eğitici ve koruyucu hizmetler noktasında hiçbir şey yapılmamış. Neticede bu hizmetlerin de koruyucu ve eğitici anlayışla çözülmesi noktasında ülke ekonomik kaynaklarının israf edilmemesi ve kıt kaynakların rantabl olarak harcanması

noktasında bilgi birikimini ve çözüm noktalarını oluşturuyoruz. Bu toplantılar o açıdan önemli ve güzel oluyor. Sağlık Bakanlığının tercihi tedavi edici hizmetler değildir. Eğitici ve koruyucu hizmetler konusunda bir tercih sunumu yapılmadığı için ciddi bir çalışma önlerine konmadığı için böyle algılanmıştır. Bugün bu konu konduğu takdirde bu yönde tercih olacağına, kimsenin bilimin karşısında duramayacağına ben inanıyorum. Bilimin öncelikleri eğitim ve koruyucu hizmetlerse benim içinde bulunduğum bakanlığın da buna olumlu bakacağına inanıyorum.

Bu proje için gereken rakamların çok büyük olduğuna ben inanmıyorum.

Türkiye'yi sarsmış sıtma, verem gibi salgın noktasındaki hastalıkların tedavisinde harcanan bütçenin yanında çok küçük bir bütçedir. Oysa ağız ve diş sağlığı diş dişeti hastalıkları noktasında Türkiye vahim bir durumda. Bunun medeni ülkeler düzeyine uygun hale getirilmesi için yapılacak harcamasının da büyük olduğuna inanmıyorum.

Benim gördüğüm kadarıyla toplantılarda tam mutabakat çizgisini dışlamadan gitmek istiyoruz. Hepimizde de bu fikir var. Bu önemli bir şey tabii. Bu alanda söyleyecek sözü olan herkesin sözünü söyleyerek bir bilgi birikimi oluşturmaya çalışıyoruz. Şu ana kadar ki ilerleme memnun edici tabii.



Prof. Dr. İnci Oktay:

‘Sağlık politikaları bilimsel esaslara uygun olmalı’

Ulusal ağız diş sağlığı politikasının planlanmasında dikkate alınması gereken pek çok etken bulunmaktadır. Sağlık sistemini oluşturan; ihtiyaç-arz-talep dengesi, insangücü dağılımı, sağlık harcamaları, öncelikli hizmet planlaması ve örgütlenme modeli ile ilgili bilgilerin yanı sıra ülkemizdeki ağız diş sağlığı sorunlarının şiddet ve dağılımı da önem taşımaktadır.

Ayrıca, tedavi hizmetleri açısından normatif ihtiyaç yerine talep edilen ihtiyacın esas alınmasına karşın, koruyucu ve sağlığı geliştirici programlarda bütüncül yaklaşımın tercih edilmesi ve plan-

lanacak sağlık politikasının kanıta dayalı hekimlik açısından etkinliğinin ispat edilmiş olması da gerekmektedir. Bilimsel esaslara uygun olmayan bir sağlık politikasından başarılı bir sonuç almak söz konusu değildir. Maliyet-yarar, maliyet-etkililik analizleri baştan yapılmamış bir programın etkili ve verimli olması mümkün değildir. Bilindiği gibi sağlık hizmetlerindeki verimsizlik, mikro-ekonomik düzeydeki gereksiz harcamalardan kaynaklanmaktadır. Ağız diş sağlığı alanındaki politikaların planlanmasında yönlendirici bir başka yaklaşım da ağız diş sağlığı sorunlarının genel sağlık üzerindeki olumsuz etkileridir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi programları ile ilgili olarak yapılan toplantılardaki bildirgelerin ve önerilerin de (Ottawa Bildirisi, Jakarta deklarasyonu vb gibi) planlamada yer alması önem taşımaktadır.

Daha önceki yayınlarımızda belirlenmiş; ulusal sağlık politikasının sağlık kazanımı ve tedavi hizmetleri hedefleri

(Ulusal Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası Prof. Dr. İnci Oktay), yukarıda bir kısmı verilen etkenler dikkate alınarak ve bilimsel ölçütlere uygun olarak planlanmıştır.

Gerekçeleri, daha önceki yazılarımızda detaylarıyla verilmiş olan ulusal politika; özet olarak okullarda sağlık kazanımı programlarıyla, toplumun tüm kesimlerini kapsayan, talep esaslı tedavi programlarını içermektedir.

Sağlık politikasının süreç, etki ve sonuç değerlendirilmesinde kullanılacak ölçütler, uluslararası standartlara ve sağlık hizmeti veren kurumlarda EFQM mükemmeliyet modeli vb gibi değerlendirmelere uygun olarak planlanmalıdır.

Ülkemizdeki, Genel Sağlık Sigortası çalışmalarını ağız diş sağlığı açısından bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve her yönüyle uluslararası ölçütlere uygun, ancak kendi toplumumuzun özelliklerinde başarılı olacak bir planlama yapılmalıdır.



Prof. Dr. Murat Akkaya:

‘Uzlaşma noktalarını yakaladık’

Öncelikle konu dağıtılmadan konunun gerçek yetkililerinin katıldığı bir toplantıyla bu sorunların tartışılması önemli. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve TDB gerçekten bu konunun en yetkin kurumları. Onların temsilcileriyle yapıldığı için toplantı son derece verimli geçti. Onun dışında toplantı öncesi hazırlıklar ger-

çekten iyiydi. Burada daha çok detayları tartışma imkanı oldu. Ama detaylar da zaten işin en zor kısmı. Yani kaba programı yapmak çok kolay. Ancak detaylar hiç daha önceden düşünmediğimiz bazı sorunları ortaya çıkardı. Sonuç olarak; onlar da mutlaka çözülecek. Programın bence can alıcı noktası, Türkiye’de ilk defa ülke çapında bir koruyucu ağız diş sağlığı programı olması. Daha önce uygulanmadı mı ülkede koruyucu programlar? Küçük gruplar halinde ya da il düzeyinde projeler uygulandı ama bunların hiçbirisi ulusal sağlık politikası çerçevesinde değildi. Sınırlı çalışmalardı. Burada ilk defa sürekli ve ulusal bir program planlanıyor. Diğerleri araştırma amaçlı, deneme a-

maçlı yapılan programlardı. Bunun, yapılmış olanlardan farkı; hem ulusal olması hem de sürekli olması ve gelecek nesillerin ağız diş sağlığı açısından çok daha sağlıklı olmalarını sağlaması.

Toplantı açısından hoşuma giden konu, tartışmalar çok derinlemesine oldu, koruyucu ağız diş sağlığıyla ilgili tartışma kısmında fazla zıt fikirler yoktu. Sonuçta uzlaşma noktalarını çok iyi yakaladık. O bize hareket kabiliyeti verdi. Bu konuda mevcut fikirleri geliştirme onlar üzerinde daha uzun tartışma imkanı verdi. Sonraki toplantıda belli detaylarda kitlensek de ilk toplantıda temel konularda katılımcıların hemen hemen tümü uzlaştığı için detayları rahatlıkla inceleyebildik.

Küresel düşün / yerel hareket et

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Global Sağlık Programı Yaklaşımı çerçevesinde ağız ve diş sağlığının 21. yüzyılda sürekli olarak geliştirilmesi için "Dünya Ağız Sağlığı Raporu"nu yayımladı. Raporla DSÖ "küresel düşün – yerel hareket et" felsefesini öne çıkarıyor. Bu raporun bir özetini ve rapordan çıkardığımız bazı spotları sunuyoruz.



Dünya çapında hızla değişen hastalıklar değişime uğrayan yaşam tarzıyla yakından ilişkilidir. Şeker bakımından zengin yiyecekler kullanımı, sigara ve alkol tüketiminin gittikçe artması değişen yaşam tarzının başında gelmektedir. Ağız ve diş sağlığı ve oral hastalıklar, sosyo-çevresel etkenlerin yanı sıra yukarıda ifade edilen etkenlere de bağlıdır.

Bu etkenler, ağız ve diş sağlığı açısından risk oluşturduğu gibi, floridlerin kullanımını ve iyi ağız hijyeni gibi koruyucu önlemler için de risk oluşturmaktadır. Oral hastalıklar dünyanın bütün bölgelerinde yüksek yaygınlığı ve tekrarlama oranları nedeniyle toplumun karşılaştığı başlıca sağlık problemlerini arasında sayılmaktadır ve en büyük yük düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahip top-

lumsal katmanlarca yüklenilmektedir. Ağrı ve acının yanı sıra oral hastalıklar diş kaybına neden olmakta ve yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Oral hastalıkların geleneksel yollarla tedavi edilmesi, gelişmiş ülkelerde yüksek maliyetli bir işlem olup, orta ve düşük gelirli ülkelerde ise uygulanması olanaklı değildir.

DSÖ'nün bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması için global stratejisi, yine DSÖ'nün ağız sağlığı programı, çeşitli teknik programlarla ilişkilendirilmiş ve aradaki bağlantılar güçlendirilmiştir.

Global seviyede mevcut ağız sağlığı durumu ve gelişme eğilimleri tanımlanmış ve D.S.Ö. tarafından 21. Yüzyıl içerisinde daha iyi bir ağız sağlığı elde edilmesi için belirlenen stratejiler ve yaklaşımlar ana hatları ile çıkarılmıştır.

Rapordan bazı satırbaşıları

- Herhangi bir sağlık eylemi: Başlıca hedefin ve amacın sağlığın geliştirilmesi olan destekleyici, önleyici, iyileştirici ya da rehabilite edici bütün faaliyetlerdir.

- Sağlığın karşılaştığı risklerin azaltılması sürdürülebilir kalkınmayı ve gelişmeyi teşvik edecektir ve topluluk içerisindeki eşitsizlikleri azaltacaktır.

- Alt - orta ve yüksek gelirli ülkelerde egemen olmaya devam eden bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar, birçok fakir ve gelişmekte olan üçün-

cü dünya ülkesinde gittikçe artan bir şekilde yaygın hale gelmektedir.

- Ağız sağlığı; kronik orofasiyal ağrı, ağız kanseri, oral doku lezyonları, yarık dudak ve damak benzeri doğum kusurları ve ağız, diş ve toplu olarak kraniyofasiyal kompleks olarak bilinen kraniyofasiyal dokuları etkileyen diğer hastalıklar ve rahatsızlıklara sahip olmama anlamına gelmektedir.

- Oral hastalıklar okulda, işte ve evde gerçekleştirilen faaliyetleri sınırlandırır ve dünya üzerinde her yıl

milyonlarca okul ve iş saatinin kaybolmasına neden olur.

- Diş çürükleri, çoğu sanayileşmiş ve gelişmiş ülkede halen başlıca bir ağız sağlığı problemi olmaya devam etmekte ve okul yaşındaki çocukların % 60 - % 90 oranını ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunu etkilemektedir.

- Halihazırda, hastalık seviyesi Amerika ülkelerinde yüksek durumda iken Afrika'da nispeten daha düşüktür. Ancak, değişmekte olan yaşam koşullarının ışığında diş ▶

çürüklerinden kaynaklanan vakaların, özellikle şekerin gittikçe artan seviyelerde kullanımı ve floridlerin uygun olmayan şekilde kullanılması nedeni ile Afrika'da bulunan çoğu gelişmekte olan ülkeler içerisinde artış göstereceği tahmin edilmektedir.

- Sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar, sigara kullanımının yetişkinlerde gözlemlenen periodontal hastalıklar için başlıca bir risk faktörü olduğunu sergilemiştir.

- Ağız hastalıklarının geleneksel yöntemler kullanılarak tedavi edilmesi oldukça maliyetli bir işlemdir. Çoğu sanayileşmiş ülkede tedavi edilecek olan hastalıklar arasında dördüncü en yüksek maliyete sahip hastalıktır. Çoğu düşük gelir seviyeli ülkede tedavinin mümkün olması durumunda sadece çocuklar için diş çürükleri işlemleri için belirlenen maliyetler çocuklar için toplam sağlık bakım bütçesini aşacak seviyededir.

- En belirgin dört NCD hastalığı kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve akciğer hastalıkları ile oral hastalıklar ortak risk faktörlerine sahiptir.

- DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrol Altına Alınması için Global Stratejisi, oral hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması hususunun yönetilmesi için yeni bir yaklaşımdır. Risk etmenlerinin seviyelerinin ve kalıplarının erken bir şekilde ve sürekli olarak gözlemlenmesi, topluluk içerisindeki önleme amaçlı faaliyetlerin ve ağız sağlığının desteklenmesinin planlanması ve değerlendirilmesi konusunda temel öneme sahiptir.



- 12 yaşındaki çocuklara ilişkin DMTF verilerine sahip olan ilk küresel harita 1969 yılında hazırlanmıştır ve bu harita kapsamında sanayileşmiş ülkelerde yüksek diş çürükleri yaygınlık oranı gösterirken gelişmekte olan ülkelerde genel olarak düşük değerler belirtilmiştir. Bu konuda birkaç yıl içerisinde diş çürükleri yaygınlık oranında bir değişim kalıbının başladığını yani örnek olarak gelişmekte olan ülkelerde diş çürüklerinin gittikçe artan seviyeleri ile çoğu



sanayileşmiş ülkede diş çürüklerinde gittikçe azalan seviyeler gözlemlenmektedir.

- Gelişmiş olan çoğu ülkede gözlemlenen diş çürüklerindeki azalma oranının nedeni, gerçekleştirilen bir dizi kamu sağlığı önleminin bir sonucudur.

- Çoğu ülkede, devletin üstlendiği rol hızlı bir şekilde değişmektedir ve özel sektör ve kamu kurumları önemli oyuncular olarak sahneye çıkmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artan sayıdaki kalkınma örgütleri, özel vakıflar ve hükümete bağlı olmayan örgütler



(NGO'lar) sağlık sektöründe aktif rol oynamaya başlamışlardır.

- DSÖ Ağız Sağlığı Programı "küresel düşün – yerel hareket et" felsefesini benimsemiş ve uygulamaktadır

- Araştırmalar, düşük seviyede bir florid içeriğinin ağız boşluğunda sürekli olarak muhafaza edilmesi durumunda florid maddesinin diş çürüklerinin engellenmesi hususunda en etkili yöntem olduğunu göstermiştir

- DSÖ tarafından "Floridler ve ağız sağlığı" başlığı altında yayınlanan 846 numaralı Teknik Rapor Serisi içerisinde, floridli diş macunlarının kullanılması için aşağıda belirtilen tavsiyede bulunulmuştur:

Floridli diş macununun dişlerde bulunan çürüklerin kontrol altına alınması için oldukça etkili bir yöntem olması nedeni ile, gelişmekte olan ülkelerde floridli diş macunlarının maddi olarak karşılanabilir seviyede kullanımının geliştirilmesi için her türlü çaba sarf edilmelidir. Floridli diş macunlarının kullanımı bir kamu sağlığı önleimidir ve bu ürünün kozmetik ürünlerine uygulanan gümrük vergilerinden ve vergilendirmeden muaf tutulması ülkelerin çıkarına olacaktır.

- DSÖ tarafından belirlenen politikardan bir tanesi, maddi olarak karşılanabilir nitelikteki floridli diş macunlarının gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanımının desteklenmesidir.



Büyük felaketten beş yıl sonra...

Beş yıl önce 17 Ağustos 1999 günü yaşadığımız büyük felaket 20 bine yakın insanımızı kaybetmemize neden olmuş, kurtarma çalışmaları sırasında devletin gösterdiği acz sivil toplum örgütlerini öne çıkarmıştı. Büyük depremin yıldönümünde depremden zarar görmüş meslektaşlarımızı ziyaret ettik. O günleri ve sonrasını sorduk. Hepsinin üzerinde önemle durdukları kelime 'dayanışma' oldu.



17 Ağustos depreminden önce Adapazarı'nda ortak muayenehanelerinde çalışan Canan ve Savaş Kılıncı çifti yaşananların çabuk unutulmasından şikayetçi.

17 Ağustos depremini nasıl yaşadınız, depremin hemen sonrasında biraz bahsedebilir misiniz?

Depremle birlikte burada bazı muayenehaneler bizimki gibi tamamen harap oldu. Bizim binamız tamamen yerle bir olduğu için her şeyimizi yenilemek zorunda kaldık. Diğer şeylerin yanı sıra büyük bir maddi yükün altına girdik birdenbire. Durum böyle olunca küçük ya da büyük, gelen yardımlar o zaman çok yararlı oldu. TDB'nin Afet Fonu'ndan nakit para yardımının dışında yurtdışından hibe olarak gelen cihazların bize ulaştırılması da o dönemde yararlarımızı sarmamıza çok yar-

dımcı oldu. Bu fondan açık ve net bir şekilde faydalandık yani. Elimizde bu aletler olmasaydı hepsini biz belirli ücret karşılığında yeniden almak zorunda kalacaktık. Bu yapılan çalışmaların epey faydasını gördük. İnkâr edemeyiz bunu.

Devlet olası bir depreme hazırlık konusunda gereken çalışmaları yapıyor mu Adapazarı'nda?

Pek bir şey yapıldı diyemeyeceğiz. Deprem açısından sakıncalı olan yüksek binalarda faaliyetler devam ediyor. İşyeri kiralamak istediğin zaman beş katlı binalardan seçmek zorundasın. Başka bir alter-

Sakarya D.O. üyeleri
Savaş ve Canan Kılıncı:

'Yaşamayan bilemez'

natifin yok. Belki çok ileriye dönük bazı şeyler yapmış olabilirler ama birçok konuda kaldığımız yerden devam ediyoruz.

Afet Fonu'yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

Afet geldiği zaman insan bunun kıymetini anlıyor. Böyle bir desteği arıyorsunuz, çünkü o afete ne şartlarda yakalanacağınızı kimse garanti edemiyor. O anki şartlarda durumumuzun hiç de uygun olmayabilir. Bu tür yardımlar, o anda geldiği zaman, en azından işlerinizi yürütebilmek, belli bir düzene sokabilmek için bir destek oluşturuyor. O günleri yaşadktan sonra ben afet fonu olmasın diyemeyeceğim. Bunu kimse başına gelmeden anlayamaz. Bütün maddi varlığımın sona erdiğini, bütün emeklerimin yerle bir olduğunu gördüğün anda, gösterilen dayanışmanın yarattığı hisler anlatılamaz. Biz Afet Fonu'nun devam etmesini hatta geliştirilmesini istiyoruz.

Sakarya Dişhekimleri Odası Başkanı
Yeşim Saraç:



‘Hayata ikinci kez başladık’

Devlet olası bir depreme hazırlık konusunda gereken çalışmaları yapıyor mu Adapazarı’nda?

Şu dönemde bu 5 yıllık süre içinde iki kattan fazla yapılanmaya izin verilmiyor. Ama yıkılmamış beş katlı binalar var. Onların içinde insanlar hala yaşıyor. Süslenip püslenip kiraya verilen yerler var. Biz depremi burada yaşamış ve o caddeleri, o evleri çok iyi bilen insanlar olarak yanından dahi geçmeye korkuyoruz ama içlerinde insanlar yaşıyor şu anda.

Şu ana kadar hükümetin yaptığı sadece deprem sonrasında iki katlı binadan fazlasına izin vermemek ama bunun da ne kadar süreceği konusunda tereddüdümüz var. Çünkü bu şehir 67 depremini de yaşamış. Yine sadece üç kata izin verilmiş ama 17 Ağustos’tan önce altı katlılar yapılmaya başlanmıştı. Bir dönem sonra aynısının olmayacağını hiçbirimiz garanti edemiyoruz.

Deprem sonrasında yapılan çalışmalarını özetleyebilir misiniz?

17 Ağustos 1999 depremi Kocaeli depremi diye geçti. Bütün ulusal basında öyle yer aldı. Dolayısıyla bizler Kocaeli’nden sonra yardım almaya başladık. Birkaç gün sonra buradaki felaket gözler önüne serilebildi. Sakarya çok fazla yıkıma maruz kalmasına rağmen, başlangıçta yardım ulaşmadı. Yardımlar hep diğer illere gitti. Ama o ilk günlerde hükümetten yardım göremezken TDB ilk günden itibaren bizim yanımızdaydı. Bütün Yönetim Kurulu ve İstanbul’dan, Ankara’dan gönüllü olarak katılan arkadaşlar buradaydılar. Tek tek dolaşip muayenelerinde hasar tespiti yaptık. İlk hafta hemen tespitler yapıldı ve ardından tespit yapılmasına rağmen hekimler tek tek arandı. Bir şeye ihtiyacınız var mı diye. Örneğin bana ulaştığımda benim evimde ve muayenehanemde fazla zarar olmadığı için daha çok ihtiyacı olan arkadaşlarıma yardım yapılmasını istedim. Ona rağmen TDB’den malzeme yardımı geldi bizlere. Bu, arkamızda çok büyük bir kuvvetti.

Bir de sadece maddi olarak yaraların sa-

rılması mümkün değil. Evet, ne yapacağımızı bilemez durumdaydık; hayata bir daha aynı şekilde devam edebilecek miydik bilmiyorduk. Çünkü gerçekten çok büyük bir felaketle karşı karşıyaydık. O dönemde en önemli ihtiyacımız manevi destekti aslında. Bir daha hiç muayenehanelerimizde çalışamayacağımızı zannetmişim ben. Yollar yoktu, hiçbir yere ulaşamıyorduk, şehir içindeki arkadaşlarımıza ulaşamıyorduk ama TDB bize ulaştı. O zaman gördüğümüz manevi destek bizi tekrar hayata bağladı. Aslında ikinci bir başlangıçtı o bizim için.

Afet Fonu’yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

Afet ve Dayanışma Fonu’nun kaldırılmaması için biz elimizden gelen her türlü desteği TDB’ye vereceğiz. Çünkü umarım bu çabada olanların hiçbiri hiçbir afet görmez, ama dayanışmanın gerekliliğini görmek için illa da bir afet yaşamak şart değil.

Ayrıca bu sadece afetlerle sınırlı bir fon değil, bir dayanışma fonu. Bir yıl kadar önce Oda başkanımız ve genel sekreterimizi Gaziantep Başkanlar Konseyi Toplantısı dönüşünde elim bir trafik kazasında kaybettik. Ardından kalan ailelerine yapılan ciddi yardımlar var. Bu bir dayanışma fonu sonuçta. Afet Fonu bence kesinlikle sürmeli.

17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 depremlerinde yitirdiklerimiz

Aziz Kubilay Demir
Sakarya Dişhekimleri Odası Başkanı
Ata Ümit Aksoy
Ankara Dişhekimleri Odası
Funda Aksoy
Ankara Dişhekimleri Odası
İsmail Ocak
Sakarya Dişhekimleri Odası
Yücel Çitak
Kocaeli Dişhekimleri Odası
Ahmet Cevdet Çetin
Kocaeli Dişhekimleri Odası
Haluk Doğru
Sakarya Dişhekimleri Odası
Mehmet Metin Balı
Ankara Dişhekimleri Odası
Halil İbrahim Taşmalı
İstanbul Dişhekimleri Odası
Özkan Şeref Tümbek
Sakarya Dişhekimleri Odası
İbrahim İnan
Kocaeli Dişhekimleri Odası
Mehmet E. Topçu
Sakarya Dişhekimleri Odası
Yalçın Demircioğlu
Sakarya Dişhekimleri Odası
Hamdi Gonca
Sakarya Dişhekimleri Odası



17 Ağustos yıkımının hemen ardından TDB gezici ekipleriyle birçok deprem bölgesinde acil dişhekimliği hizmetleri vermişti.

Sakarya D.O. ve TDB Afet ve Dayanışma Komisyonu üyesi Cenap Koşu:

‘Yeniden başlamak için bir kıvılcım çakıldı’



Deprem sonrası durumu özetleyebilir misiniz?

Sakarya’da dişhekimi camiası gerçekten büyük yara almıştı. Yedi meslektaşımızı maalesef kaybetmiştik. On yedi civarında muayenehane yıkılmıştı. Burada devletin dişhekimlerine herhangi bir katkısı olmadı. Hepimiz az çok zarar gördük ama muayenehanesi, evi yıkılan ya da ailesinden vefat eden dişhekimi arkadaşlarımıza sorduğumuzda tahmin ediyorum söyleyecekleri şey ‘TDB bu işten yüzünün akıyla çıktı’ olacaktır. Çünkü ilk andan itibaren yani 18 Ağustos sabahı itibarıyla bütün organlarıyla buradaydı. Daha sonra şehrin çeşitli yerlerinde dişhekimliği hizmetleri veriliyordu TDB’deki arkadaşlar tarafından. Orta vadede de depremden zarar gören arkadaşlara ekipman ya da nakdi yardım yapıldı. Tabii o zamanki imkanlarla karınca karınca ne varsa paylaşılacak şekilde bir dayanışma gösterildi. Çok net bir şekilde söyleyebilirim ki alınımızın akıyla çıktık hep beraber deprem sürecinden. Tabii büyük bir yıkım

yaşadık. Afet fonu insanları birden abad edecek bir şey değil. Yeniden başlamak için bir ilk güç verecek bir kıvılcım çakmak ve en önemlisi dayanışma göstermek gibi bir özelliği var. Bu çok önemli, paradan puldan her şeyden çok daha fazla önemli. Yanımızda insanlar var.

Afet Fonu’yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

Bu konuda iki şey söylemek lazım. Birincisi, Afet ve Dayanışma Fonu’na bu yaptıklarından sonra temelde karşı çıkmak mümkün değil. İkincisi, işin teknik kısmı yasalarla, kanun, tüzük vs. ile ilgili kısmı bir şekilde hallolur, yapılan iş doğru ise bunun prosedüre uygun şekilde yapılmasını sağlamak zor değil. Mutlaka bir şekilde bu iş çözülecektir. Çünkü afet ve dayanışma fonu gerekli bir şeydir ve herkes tarafından kabul edilmiş bir şeydir. İşin teknik, kanuni kısmı bir şekilde hallolur ama bu hallolduktan sonra bununla ilgili negatif düşünce sergileyen insanların biraz daha düşünmelerini öneriyorum.

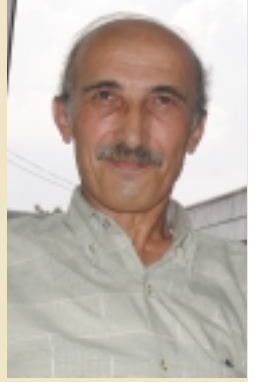


TDB’nin gezici ekipleri dönüşümlü olarak birçok çadırkentte haftalarca hizmet verdi.

Sakarya D.O. üyesi Turan Çetiner:

‘Meslektaş olmanın gereği’

17 Ağustos depreminde benim de muayenehanem yıkıldı. Diğer arkadaşların yardımlarına koştuk. Akabinde hem Ankara’dan hem İstanbul’dan Oda



arkadaşlarımız buraya geldiler. Onlarla beraber bütün muayenehaneleri aradık. Hasarları tespit etmeye çalıştık. O gün başka bir faaliyet daha oldu. Hemen hastane bahçesinde çadırlar kurularak diş muayenehanelerinin çalışmadığı günlerde depremden acı çeken halkın bir de diş acısı çekmemesi için çabaladılar. Diğer yandan TDB Afet Fonu’ndan yardım yapılabilmesi için bizim ihtiyacımız olup olmadığı sordular. Çeşitli firmaların ya da yurtdışından yapılan kampanyalarla toplanan cihazların bize ulaştırılmasını sağladılar. Cüzi de olsa nakdi yardımlar yapıldı. Daha güçlü bir fon oluşturulması gerekliliği konuşulmaya başlandı ve hayata geçirildi. Afet Fonu gibi bir dayanışma organizasyonuna ihtiyacımız var çünkü afetler her an hepimizin başına gelebilir. Arkadaşlarımızın ya da ailelerinin yanında olmak durumundayız. İnsanlığın gereğidir. Meslektaş olmanın gereğidir. Bu afet fonunun her şekilde korunmasından yanayım. Acı günleri yaşayanlar biliyorlar. Söyleyeceğim bu kadar. Bu afet fonunun kaldırılması olayı aklımın almayacağı bir şey. Daha başka bir şey söylemek istemiyorum. Lütfen arkadaşlar bu konuyu bir daha düşünsünler. Duyarlı olsunlar. Afet fonu toplansın ama kimse afetten mağdur olmasın.

Deprem sonrası TDB Afet Komisyonunda yer alan Prof.Dr. Gülümser Koçak:

'Gönüllülük yeterli değil'

Deprem sonrasındaki çalışmalarınızı özetleyebilir misiniz?

TDB'nin yönlendirmesiyle İstanbul Diş-hekimleri Odası bünyesinde bir komisyon kuruldu. Bu komisyona deprem bölgesindeki illerden de üyeler katıldı. İlk olarak ne yapılması gerektiği kararlaştırıldı. Hangi bölgelere gidilmesi gerektiği kararlaştırıldı. O bölgelere öncelikle acil ağız diş sağlığı hizmetleri bir firmanın sağladığı içinde bir ünit bulduran bir araçla bölgeye gidildi. Bir yandan da bir hasar tespit komisyonu oluşturuldu. Nerelerde hangi hasarlar var onlar tespit edildi. Tespit edildikten sonra hangi hekime ne şekilde aynı mi nakdi mi yardım yapılması gerektiği kararlaştırıldı. Birçok kritere bakıldı; sigortalı mı sigortasız mı, kendisinin mi değil mi, az hasarlı mı çok hasarlı mı

yoksa yıkık mı. Tüm bunlara göre belirli bir miktar koyuldu. O miktarlara göre parasal yardımlar yapıldı. Onun dışında hem içerden hem yurtdışından gelen malzemeler bölüştürülerek hekimlere gönderildi. Yurtiçinden ve yurtdışından yardım organizasyonu ile gelen malzemeler sınıflandırıldı. Sınıflandırıldıktan sonra paketlenildi ve o bölgedeki komisyon üyelerinin önerisiyle ihtiyacı olan hekimlere dağıtıldı. Daha sonra da o bölgedeki bütün hekimlere gönderildi.

İstanbul'da da depremden zarar gören meslektaşlarımız var mıydı?

İstanbul'da Avcılar ve Büyükçekmece bölgesine gidildi. Büyük boyutta bir hasar tespit edilemedi. Bir iki meslektaşımıza yardım yapıldı. Ama öyle yıkılma



falan yoktu Kocaeli ve Sakarya'daki boyutta değildi.

Afet Fonu hakkında bir değerlendirme yapar mısınız?

Afet fonu 98'de kurulmuştu. Ama ondan evvel afet fonu yokken Dinar'da ve Erzincan'da meydana gelen depremlerde çok cüzi yardımlar yapılabilirdi çünkü ne TDB'nin böyle bir fonu vardı ne de hekimler düşünülür kadar yardımda bulundular. Maalesef gönüllü yardımlar istenilen düzeye ulaşmadı hiçbir zaman. O bakımdan TDB'nin elinin altında ve hiçbir başka şekilde kullanılmaması, başka bir işe aktarılmaması gereken bir fonun oluşturulmasını gerekli olduğu düşüncesiyle oluşturuldu bu fon. Miktarı büyük olmasa da çok önemli bir dayanışma işlevi gördüğünü düşünüyorum.

Afet Fonunun kapsamı içinde birincisi deprem, sel ve yangın gibi afetler var. İkinci görev başında yaşamını kaybedenler ve üçüncüsü, hastalık veya benzer bir nedenle çalışamayacak durumda olanlara fon kapsamında yardım yapılabiliyor. Ama toplanan fon bence hala yeterli düzeyde değil. Yapılan yardım biraz sembolik bir düzeydedir ama hiç olmazsa hekim bilir ki benim bir meslek kuruluşum var.

Sakarya D.O. üyesi Mübeyyen Melek:

'0 an için yaramıza merhem oldu'

Deprem sonrası yaşadıklarınızı öğrenebilir miyiz?

Ben 98'de Selçuk Üniversitesi'nden mezun oldum. 6 ay sonra muayenehane açtım. Muayenehane açtıktan 6 ay sonra da deprem oldu. Muayenehanenin borcunu bitirdim, yıkıldı. Yerle bir oldu. Binamız tamamen enkaz halindedi. Malzemelerden çok az kurtarabildiklerimiz oldu ama tabii onlar da hasarlıydı. Daha sonra TDB'den karşılıksız bir yardım aldık. Küçük bir meblağ olsa da o an için yaramıza merhem oldu. Beklemiyorduk da doğrusu. Daha önce Afet Fonu diye bir şey olduğunu da bilmi-

yorduk. İlaç gibi geldi denebilir. Devletten geri ödemeli bir kredi aldık. Şu anda geri ödemeleri başladı. Başka hiçbir yardım almadık. Tekrar kendi imkanlarımızla prefabrik yaptırдық. Prefabrikte belli bir süre devam ettik. Daha sonra kendi kalıcı işyerlerimizi kurduk. Devam ediyoruz şu anda.

Afet Fonu'yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

Devam etmesi gerekir. Çünkü bizim için çok yüksek bir pay ödemiyoruz. Yılda bir kez veriyoruz ve biz onu yaşadığımız için, başkaların da ne hissettiği-



ni, o anda ne durumda olduğunu biliyoruz. Bize afet fonundan gelen para o anki bir ihtiyacımızı giderdi. Hoş bir dayanışma olarak. Yoksa tabii ki bize muayenehane açacak kadar para verilmeyecekti. Meslektaşlarımızın hatırlamaları, arayıp sormaları önemliydi o günlerde. Üstelik beni o kadar zor bulmuşlar ki babamın cep telefonuna ulaşmışlar, oradan bulmuşlar. Hekim olduğumu o zaman anladım. Kötü bir şey yaşadık ama sonrasında insanın böyle birileri tarafından aranması, bir meslektaş olarak görmesi güzel bir şey. Yoksa meblağının çok da önemi yok. Devletin bizi arayıp sormadığı günlerde TDB'nin bize sahip çıkmasıydı güzel olan şey.

Afet Fonu önemli. İnsanlar bu paranın nereye gittiği biliyorlar. Para bir yerde birikiyor kumbara gibi. Sonuçta bunlara birilerin ihtiyacı mutlaka oluyor. Afet konusunda çok zengin bir ülkeyiz. Bir kaza geçireceğiz deprem şart da değil. Bu durumlarda da ufak bir destek olabilir. Meslektaşlara sahip çıkmak önemli diye düşünüyorum.

Kocaeli Dişhekimleri Odası eski Başkanı Metin Pamukçu:

'Hafızamız çok güçlü değil galiba'

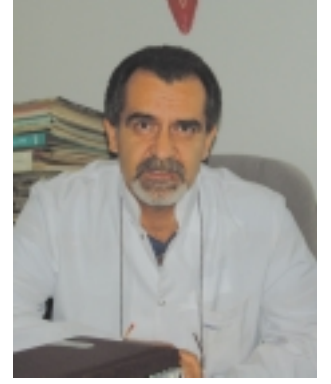
17 Ağustos Depremi sonrası Kocaeli'nde yaşananlar ve şimdiki durum hakkında kısaca bilgi verir misiniz?

Deprem sonrası tam bir kaos yaşandı. Yani devlet denilen mekanizma ortada yoktu. İnsanlar ancak kendi imkanlarıyla canlarını ve yakınlarını kurtarmaya çalıştılar. Biz üç arkadaşımızı kaybettik. Birçok arkadaşımızın muayenehaneleri gerçekten büyük hasar aldı. Ufak hasarları olanlar da o günkü koşullar içerisinde kolay bellerini doğrultabilecek durumda değillerdi. Meslektaşlarımız da doğal olarak meslek örgütümüzden bir şeyler beklidiler. Ama, sanıyorum diğer sivil toplum ve meslek örgütlerine göre biz, daha çabuk toparlandık ve TDB ile olan ilişkilerimizi çabuk oluşturduk. TDB'den gelen arkadaşlarla burada çok mağdur olan arkadaşlara gününbirlik ekonomik yardım yapıldı. Muayenehanelerini kaybetmiş 2-3 arkadaşımıza muayenehane kurmasıyla

ilgili gerekli maddi destek sağlandı. Muayenehanelerin gereksinimi olan araç-gereç zaten verildi. Gerçekten bu bize çok önemli bir katkıydı. Zaten anlatmak da o kadar kolay değil. Yaşarsanız çok daha iyi anlayabiliyorsunuz.

Afet Fonu'yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

TDB Afet Fonu 1998'de oluşturulmuştu. Dolayısı ile deprem döneminde yeniydi, henüz yeterli bir birikim de yoktu. Buna rağmen, çok küçük miktarlarda da olsa, o dönemde varolan karmaşanın içerisinde, insanların ne yapacağını şaşırıldığı bir dönemde, insanları bayağı mutlu etti. Biz, bu olayı bizzat yaşadığımız için, böyle bir fonun çok büyük önemi olduğunu, böyle zamanlarda en ufak yardımın bile çok büyük önem arz ettiğini düşünüyorum. Afet Fonu rehabilite olabilir, belki yardım sandığına dönüştürülebilir. Ama



ben, afet fonunun olmasının gerekli olduğuna inanıyorum. Yaşadığımız zaman çok daha iyi anlayabiliyorsunuz. Sadece deprem değil, Hatay'da sel felaketi oldu orada da bunun katkısı oldu. Türkiye'deki kültürel yapı bu işin gönüllük esasına bırakılmasını zorlaştırıyor. Şu anda yaşamadıkları için bunu anlayamayan insanlar, böyle bir durum yaşadıkları zaman, olayın farkına vardıklarında pişman olacaklardır. Maalesef Türk toplumunun hafızası çok güçlü değil. Çabuk unutup neler yaşadığını. Yaşadıklarımızdan ders alamıyorsak gelecekte bunları tekrar yaşamak zorunda kalırız. Dileğim, bunları tekrar yaşamayalım.

Deprem dönemi Kocaeli Dişhekimleri Odası Başkanı Muhittin Gül:

'Dayanışmanın önemi görüldü'

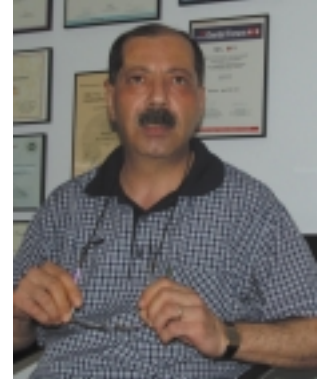
17 Ağustos 1999 Depremi sonrası yaşadıklarımızı kısaca aktarır mısınız?

Kocaeli bölgesinde üç meslektaşımızı kaybettik. Bunların dışında eşlerini, anne, babalarını kaybeden meslektaşlarımız oldu. Konutu hasarlı, muayenehanesi yıkık ve hasarlı, muayenehane demirbaşları zarar gören meslektaşlarımız oldu. O dönemde ilk yaptığımız açıkçası cebimizde olan parayı paylaşma gayretimiz oldu. TDB'nin Afet fonundan, TDB Afet Komisyonu'nun belirlediği miktarlar nakit olarak hak sahiplerine dağıtıldı. Ayrıca, TDB'nin muayenehane araç gereçleri, sarf malzemeleri şeklinde aynı yardımları da ihtiyaç sahiplerine dağıtıldı. Yine, üzerinde TDB Afet Komisyonu'nun İstanbul'da oluşturduğu merkezin telefonları ve benim cep telefonumun olduğu kağıtları, Kocaeli genelinde yıkık olmayan, girilebilecek olan tüm muayenehanelere yapıştırdık. Bu şekilde bize ulaşanlar oldu. Daha sonra Oda olarak, depremden sonra benzeri afetlerde kullanılmak üzere

Kocaeli'ndeki belediyesi olan her yerin isim, sokaklı büyük pafta haritalarını temin ettik. Onları Odamızda bulunduruyoruz, TDB'ye de bir kopyası gönderildi.

Afet Fonu'yla ilgili görüşlerinizi alabilir miyiz?

TDBD'nin 51. sayısındaki yazımın bitiminde şöyle demişim; "Depremi ilk gününden beri çabalayan Türk Dişhekimleri Birliği'ne, Odalarımızın ve Odamızın yönetim kurulu üyelerine, duyarlı, gönüllü meslektaşlarımıza teşekkür etmek istiyorum." Meslektaşlarımıza hitaben; "Eğer sizler de bir şeyler yapmak isterse, depremin kitabının yazılmasına koyacağınız katkıları, Türk Dişhekimleri Birliği'nin Afet Fonunu destekleyerek başlatabileceğinizi, haddim olmayarak hatırlatmak istiyorum. Dayanışmanın ve paylaşımın gereğini ve hazzını hissedersek her türlü sorunun üstesinden geleceğimize inancımı belirtiyorum." Bugünkü düşüncelerim de beş yıl öncekinden hiç



farklı değil. TDB o günlerde her dişhekiminin yıllık ödediği 500 bin liralık afet fonu katkısıyla, küçük de olsa o günün sıcak şartlarında anlam ifade eden, en azından dayanışmanın altını çizen; "biz buradayız"ı hissettiren bir dayanışma gösterdi. Ayrıca TDB Genel Kurulu'nu gerçekten kutlamak gerekir. Çünkü afet fonu uygulamasıyla ilgili önerge, Marmara depreminden önce yapılmış, bu yaşama geçmiştir. Bugün ise, olası daha büyük bir bölgesel afet için, sözünü ettiğimiz türden bir dayanışmanın şart olduğunu artık geçmiş deneyimimizde gördük. Afet Fonu o zor şartlarda gerçekten büyük anlam ifade ediyor. Afet Fonunun sürdürülmesinin zorunluluk olduğuna inanıyorum.

'Fayı değil

hazırlıklarımızı tartışmamız lazım'

TMMOB 2. Başkanı ve Jeofizik Mühendisleri Odası İstanbul Şubesi Başkanı Yrd.Doç.Dr. Oğuz Gündoğdu bugün aslolanın deprem üzerine akademik bir tartışma yapmak değil hazırlıklarımızı hızlandırmak olduğunu belirtiyor. Aydınların devleti zorlamak anlamında yeterli çaba göstermediğini ifade eden Gündoğdu, meslek odalarının da bu konuda özeleştiri yapması gerektiğinin altını çiziyor.



Gerçi beş yılda epey sismoloji bilgisi aldık ama hala Marmara'da beklenen deprem hakkında net bir bilgiye sahip değiliz. Nasıl bir deprem bekleniyor Marmara'da?

Bu konuda çok önemli bir belirsizlik yok aslında. İki iki buçuk sene önce - Aykut(Barka) da ölmemişti henüz-Kandilli Rasathanesi'nde oturduk Işıkkara başkanlığında bir toplantı yaptık. Bu konuları medyada konuşanların hemen hemen büyük çoğunluğu oradaydı. Medyanın tanımadığı bu konuda hakikaten bilgisi olan başka insanlar da vardı. Hepimiz eteğimizdeki bilgileri döktük ve Marmara'da 30 yıl içinde her an olabilecek şekilde 7'yi aşabilecek büyüklükte yıkıcı bir deprem olma olasılığının %60'ın üzerinde olduğunda birleştik. Bunu da halka, medyaya birlikte açıklama kararını aldık. Ben ona hep uyuyorum. Şu anda sorduğunuz için yine aynı şeyi söylüyorum. Durumda değişen hiçbir şey yok. Bu bahsettiğim dışındakiler akademik tartışmalar. Halkın bunların detayını öğrenmesinin

hiçbir faydası yok. Depremin sadece büyüklüğünde değil ki olay, deprem dalgalarının ivmesi, bulunduğu yer, zeminin özellikleri, binanın yapısı vs. bir sürü faktör var. Ama büyük bir enerjiyle karşılaşacağımız çok açık. Onun dışında fayın ucu yok İmralı'dan geçermiş yok bilmem nerden. Nereden geçerse geçsin. 50 yıl içinde birkaç tane deprem olma olasılığı çok yüksek Marmara'da.

Sadece Marmara'da mı büyük deprem bekliyoruz?

Doğu Anadolu çok ciddi bir tehlikeyle karşı karşıya bana göre. Biz zaten bunları daha önce söylemeye çalışıyorduk. 'Doğu Anadolu'ya dikkat edin, orada hoş olmayan gelişmeler oluyor, gördüğümüz şeyler oluyor, dikkat edin' dedik. Bingöl'deki deprem esas beklediğimiz deprem değil.

Ne yapmak gerekiyor ve bugüne kadar neler yapıldı?

Kentleri elden geldiği kadar güvenli ha-

le getirmek gerekiyor. Önce okul ve hastanelerden başlayarak binaları kontrol etmek. Afet yönetimi açısından örgütlenmek gerekir. Devletin ve sivil toplum örgütlerinin el ele vermesi gerekir. Zaten çözüm belli. Ama olmadı hiçbirisi. Daha yapı denetimi konusunda belirli bir noktaya gelemedik. Binalarımızın güçlendirilmesi konusunda olmazsa olmaz kuralları içeren bir açıklama beş yılda oluşmadı. Burada akademisyenlerden tutun da odalardan ve devleti yönetenlere kadar ortak bir sorumluluk var. Sadece afet örgütlenmesiyle ilgili konularda gerçekten önemli adımlar attık. 20 bin kişinin kaybedildiği büyük afet kaygılar oluşturdu toplumda. Bu baskılarla valilik, ilçe belediyeleri, büyükşehir belediyesi ciddi bir şekilde örgütlenme çabaları içine girdiler. Her ilçenin bir afet merkezi kurması geçen hükümet döneminde bir genelgeyle gönderildi. Ancak bunda da iyi bir noktada değiliz. Valilik iyi, Büyükşehir biraz iyi. Bakırköy, Kadıköy de bir parça iyi. Geri kalan ilçelerde ortada bir şey yok. Birbirlerinden bile haberdar değiller.

Büyükşehir işi daha büyük tuttu, AKOM diye bir şey kurdu. Aynı zamanda teknik üst seviyede çalışmalar da yapıyorlar. Kameralarla yolları kontrol ediyor ya bunu afet planlaması içine alma çalışmaları var. Bunlar iyi şeyler. Bir de sivil savunma çok hızlı gelişti depremden sonra.

Eksik kalan neydi?

Bu gelişmelerin meslek odaları ve diğer sivil örgütlenmelerle paylaşılması gerekiyor. Çünkü afet yönetiminin temel bir hedefi var: Hayatı normale çevirecek tedbirleri almak. Bu tek başına devletin güçlerine bırakılamaz. Bıraksak da yetiştiremez zaten. 17 Ağustos depreminde olanı gördük. Demek ki çok iyi örgütlen-

mek gerekir. Burada mesafe alınmadı. Bunu yapmak için de kendi içimizde önce sorunları çözmemiz lazım. Acil eylem planları düşünmemiz lazım. Meslek odaları, sağlıkçılardan, mali müşavirlerden TMMOB'ye varana kadar ortak bir planlama yapılması gerekir. Böyle yerde nasıl yardımcı olabileceğiz? Hangi teknik bilgileri götüreceğiz? Nasıl katkı koyacağız? gibi ana hatlar içeren ayrıntı içermeyen planlamalar, ortaklaşmalar. Bu da yok.

Devletin merkezi olarak afetle ilgili bir senaryosu var mı?

Devletin bu konuda çalışması var. Afet İşleri Genel Müdürlüğü Deprem Araştırma Daire Başkanlığı her kentin senaryosunu yapmakla görevlidir aynı zamanda. Devletin öyle bir görevi var. Bunlar depremden önce İstanbul, Bursa, Kocaeli'de vardı ama uygulanamadı. Şimdi diğer illerin de yapıldığını duyuyorum. Sorun bu senaryonun olup olmaması değil, toplumdaki diğer aktörlerin bu senaryoya katılması. Artık şehirleşme konseptini daha farklı görmek gerekiyor. Planlama anlayışının bir kentleşme anayasası olarak kabul edilerek sulandırılmadan uygulanması gerekiyor. Burada planlama deyince toplumda bütün meslekler var işin içinde. Sağlıkçısından, mühendisinden, mimarından, şehir plancısına kadar giden bir olay. Ama demin bahsettiğimize benzer koordinasyonsuzluk meslek odalarında da var.

Beş yılda kentlerin dönüşümü büyük oranda sağlanabilirdi. Neden yapılamadı?

Esas önder olması gereken kurumlar, kişiler bir entelektüele, bir aydına yakışır bir tutum sürdüremediler. Kurumsal ya da bireysel öne çıkma kaygılarından ortaklaşmayı düşünemediler, güçlerini birleştiremediler. Bunlar bir kültür meselesidir. Bu kültür yok demek ki. Yetiştirdiğimiz insanlara verememiştir. Burada önemli bir eksikliğimizi göz ardı ederek bunun cevabını veremeyiz. Devlet ağırlığını koymadı, kaygısız bakıyor, şunu yapamıyor gibi şeyleri öne sürdük. Ama temel neden o değil. Eğer aydınlar bu konuda konuşanlar çıkıp da güçlü bir birliktelik oluşturup baskı oluşturmuş olsalardı zaten bunlar olmazdı ki. Deprem konseyinin raporu 2-3 yılda çıktı, böyle bir şey olur mu? Sen büyük bir deprem yaşamışsın. Deprem konseyini o amaçla kurmuşsun. Ay-

kut'un vefatından sonra o tetikleyici bir unsur oldu da raporu yayınladılar. Rapor iyi bir rapor. Ama raflar iyi raporlarla dolu. Deprem Master Planı çıkarıldı. Deprem Master Planını ele aldığımda iyi bir kentleşme planı ama acil eylem planı değil. 1300 sayfalık plan uygulanabilir mi?

Daha basit bir uygulama projesi mi öneriyorsunuz?

Evet, bunun uygulanabilir niteliği yok. Acil eylem planına dönüştürülmeleri gerekir. Bir kenti depreme karşı savunma haline getirmek kolay bir şey değil. Bunun planlamasını yapıp hemen yola çıkmak lazım. Bir sürü kötü bina stoku var elimizde, Beyoğlu, Fatih, Avcılar... Birçok riskli bölge ortaya çıkmış bilimsel verilerle. Bunları yıkıp yenilerini yapacağız. Başka çözümü yok. Ya da yıkmayı depreme bırakacağız. Önceden belirleyebilirsek depremi, insanlara çıkın diyeceğiz, deprem onun alayını yıkacak bize de yapmak kalacak. Bunu mu bekliyoruz?

Bazı hukuki sorunlar da var...

Hepsi gelip aynı yere dayanıyor. Hukuki altyapının bu kadar zamanda düzenlenememesi de bir sorundur. Baroların müdahil olup çözüm üretilmesini zorlaması gerekirdi. Yoksa beş sene mahkemeyi bekleyip bir binayı yıkamayız. Kocaeli bunun örneği. Yürüyüş yaptık biz orada. Bir bina var Kocaeli'nde, yan yatmış hafif, kırık dökük. İçindeki halk 'ben burada oturacağım bu orta hasarlıdır' diyip mahkemeye verdi. Yıkım kararı daha yeni çıkmış diye duydum. Beş yıl sonra yani. Bu beklenmez ki; verisen bilirkişi raporunu yıkarsın gidersin. Bu mevzuatı oluşturmak gerekiyordu.



TMMOB olarak depreme hazırlıklı olarak hazırladığınız bir rapor ya da öneri var mı?

Birlik olarak yok ama TMMOB'ye bağlı İnşaat Mühendisleri Odası, Mimarlar Odası gibi odalarımızın çeşitli çalışmalar yaptıklarını biliyoruz. Bir kent kurulurken mimar, şehir plancısı, mühendis yetmez. Sağlık sorunundan hayvancılığın kadar bütün aktörlerin rol aldığı bir çalışma yapılması gerekiyor. Tek başına TMMOB'nin bunu yapması çok dar kalır. TMMOB bu konuda önderlik yapabiliirdi, olayın önemli ağırlığını taşıdığı için misyon olarak. Orada bir eksikliğimiz olmuş demek.

Bugünden sonra hızla şunların, uzun vadede bunların yapılması gerekir anlamındaki önerileriz neler?

Bir kere bütün sivil toplum örgütleri topluma önderlik etme yeteneklerinin farkına varması gerekir. Birikimlerini önder olarak halka götürmelerini gerektiğini ama örgütlü biçimde götürmeleri gerektiğini, plan çerçevesi içinde götürmeleri gerektiğini algılamaları gerekir. Bu olmadan hiçbirisi olmaz. İkincisi, siyasi erkin kesinlikle bunu iyi algılaması gerekiyor. TBMM Komisyonunda söylediğim birşey vardı, kaygısız görmüştüm, 'anladım ki Ankara yeteri kadar sallanmamış' demiştim. Yeteri kadar sallansalar o zaman anlayacak ki bu işin ucu bize kadar dokunuyor; 'Arkadaş, oturun şurada bana uygulanabilir bir plan yapın' diyecek. ısrarını göstermesi gerekiyor. Çok kısa sürede, birkaç yılda inanılmaz gelişmeler olur. Yoksa yine daha önce olduğu gibi, en son hızlandırılmış tren kazasında olduğu gibi 'Allah verdi, Allah aldı' denir.

'Birçok riskli bölge ortaya çıkmış, bilimsel verilerle. Bunları yıkıp yenilerini yapacağız. Başka çözümü yok. Ya da yıkmayı depreme bırakacağız. Önceden belirleyebilirsek depremi, insanlara çıkın diyeceğiz, deprem tamamını yıkacak bize de yapmak kalacak. Bunu mu bekliyoruz?'

Döner sermayede neler değişti?

Kamuda çalışan sağlık personelinin döner sermayeden ek ödeme almalarıyla ilgili düzenlemelerde dişhekimleri önemli haksızlıklarla karşı karşıya kalmıştı. TDB'nin olaya müdahil olması ve Bakanlıkla diyaloga girmesinden sonra gelişen süreçte yönergede bazı olumlu değişiklikler gerçekleşti.



■ Uğur Yapar*

Kamuda çalışan sağlık personelinin daha verimli çalışması ve performanslarının değerlendirilmesi doğru bir yaklaşım olsa da, performans değerlendirmesi yapılırken sadece niceliğin dikkate alınıp, sağlık hizmetlerinin kalitesinin göz ardı edilmesi yanlış bir yaklaşımdır. Oysa sağlık hizmetlerinin olmazsa olmazlarından biri hizmetin kalitesidir.

TDB, bu görüşleri savunmakla birlikte ek ödeme yönergeleriyle ilgili bazı değişiklikler söz konusu olduğunda, çıkarılan yönergelerdeki çok bariz haksızlık-

ların düzeltilmesi için çaba harcadı. Örneğin; aynı sağlık kuruluşunda çalışan pratisyen hekim ile dişhekimisi arasında fark olmaması, farklı sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimleri arasında ayırım olmaması, katsayı hesaplanmasındaki tutarsızlıklar gibi konularda düşüncelerini belirtti. TDB'nin olaya müdahil olması ve Bakanlıkla diyaloga girmesinden sonra gelişen süreçte yönergede bazı olumlu değişiklikler gerçekleşti.

1 Haziran 2004'ten geçerli olmak üzere yürürlüğe giren Ek Ödeme Yönergesinde yapılan değişiklikleri şöyle sıralayabiliriz;

1- Puana tabi olan girişimsel işlemlerin sayıları ve girişimsel işlem puanları artırıldı.

Örneğin;

- Bir, iki ve üç yüzlü amalgam dolgu puanları sırasıyla 26, 29 ve 31 puandan 50, 55 ve 60 puana,
- Yüz ve göz protezleri 61 puandan, 500 ve 350 puana,
- Çene defektleri ile ilgili protezler 61 ve 93 puandan, 250 ve 350 puana yükseltildi.
- Ortodontide ise nerdeyse bütün kalemler 2-3 kat arttırıldı.

2- Birinci basamaktaki Döner Sermaye Komisyonları'nda, bundan sonra dişhekimlerinin de temsilci bulundurmaları kabul edildi.

3- Hastanelerde yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız dü-

zenlenmesini sağlamak amacıyla, ikinci basamak kurumlarında inceleme heyetleri kurulmasına karar verildi. Heyetler, girişimsel işlemlerin yapılmasından itibaren, tahakkuk ve faturalanmasına kadar geçen süreçte tıp etiği ve kayıtlarına uygunluğunu denetleyecek. Bu heyetin vereceği kararlar başhekim tarafından uygulanacak. Heyetin raporuna istinaden hakkında disiplin soruşturması açılıp ceza alanlara, aldığı cezaya göre iki ile altı ay arasında ek ödeme yapılmayacak.

5- Görevli tüm personelin hesaplanan net performans puanlarına, o dönem süresince geçerli olmak üzere, birinci basamakta çalışanlar için il performans puan ortalamasının, ikinci basamakta çalışanlar için ise hastane hizmet puan ortalamasının %5'i ile %25'i arasında belirlenecek taban puan ilave edilecek.

6- İkinci basamakta, aynı zamanda muayenehanesi de olan dişhekimlerinin katsayıları 0.7'den 0.5'e düşürüldü.

Son olarak söz konusu yönergede varolan bir karmaşayı da vurgulamadan geçemeyeceğiz. Bu da kurumların farklı uygulamalarından dolayı ek ödeme katsayısının belirlenmesindeki sıkıntılardır. Dişhekimleri ve diğer personel, ne kadar çalışırlarsa çalışsınlar, eğer ek ödeme katsayıları çeşitli nedenlerle yanlış hesaplanıyorsa, emeklerinin karşılıklarını tam olarak alamayacaklardır. Bu duruma kurumların özen göstermesi gerekmektedir.

* TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

‘Sağlığın olmazsa olmazı “kalite” düştü’

Sağlık Bakanlığının, bu uygulamadan önce, genellemek mümkün olmasada sağlık çalışanından istenilen verimi alamadığını bilmekle beraber, bu uygulamayı eleştirmek istiyorum.

Öncelikle döner sermayeden çalışanlara prim dağıtılmasına tamamen karşıyım. Bu şekilde dağıtılan para çalışanların özlük haklarına (emekli ikramiyesi ve maaşı gibi) yansımadağı gibi sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi için vereceği mücadelenin önünde de en büyük engeldir. Bu puanlama sisteminin ortaya atıldığı 2003’ün Aralık ayından beri, sağlık çalışanlarının tek gündemi “puan” oldu. Bir zamanlar toplumda birinci sırada olan hekimlik titri, bu uygulamayla, saygınlığını yitirmeye başladı. Hasta, “geçmiş olsun, tedaviniz bitti” diyen hekimine, doktor bey, benden kaç puan kazandınız diye sorabilmekte. Hekimle hekim arasında, hekimle yardımcı sağlık personeli arasında döner sermayeden pay alma çatışması başladı.

Bakılan hasta sayısı arttı, fakat sağlığın olmazsa olmazı “kalite” genelde olmasada, düştü. Tedavilerdeki uygulamalar ile ilgili, tıp mizahı olarak herhalde bir-



‘Hekimle hekim arasında, ekimle yardımcı sağlık personeli arasında döner sermayeden pay alma çatışması başladı.’

kaç ciltlik kitap yazılabilir. (Ağız diş sağlığı merkezlerinde: kanal vidası alım ve tüketim sayısını, komplikasyonlu diş çekiminde ne kadar artış olduğunu, subgingival küretajın bilimsel olarak kaç dakikada yapılabileceğini ve puan uygulamasından sonra günde kaç hastaya subgingival küretaj yapıldığını v.b. bir çok şeyi merak ediyorum.)

Yönetmeliğin içeriğinden fazla bahsetmemekle beraber, bir konuya TDB ve O-

daların müdahalede bulunmasını istiyorum.

Muayenehanesi olan hekim döner sermayeden 3 kat, olmayan hekim 5 kat pay alırken, muayenehanesi olanlara 2. bir ceza daha verilerek, katsayı çarpanı 0,7’den 0,5’e düşürüldü. Bunun kademel olarak 0,1’e kadar düşeceği de söylenmekte. Gün içerisinde aynı işi yapan hekimler arasında, muayenehanesi olanların aleyhine dağıtılan pay da uçurumlar oluşturulmakta. Part time’a göre 1 saat erken çıkan hekimlerin maaşlarında yapılan kesinti haricinde, bir ceza da döner sermayeden verilmesinin hukuka da aykırı olduğunu düşünüyorum. Bu yüzden birçok arkadaşım muayenehanesini kapattı.

Bu yönetmeliği eleştirirken, bundan önce hasta bakmamak için bahaneler uyduran, mümkün olduğunca az hasta bakarak puanlamada baş sıralara geldiğini görünce acaba eleştirilerimde haklı mıyım diye kendi kendimle çeliştirdim de belirtmek isterim.

Ne dersiniz? Hakimlere ve trafik polislerine verdikleri cezaya göre prim verseler nasıl olur?

‘Bütçe Uygulama Talimatında katsayılar yükseltilmeli’

Performansa dayalı döner sermaye yönetmeliğinde yer alan puanlar, 2004 yılı BUT (Bütçe Uygulama Talimatı) kod ve kat sayıları bire bir esas alınarak yapıldı. Dişhekimliğinin puanları, bundan önce bu katsayılara göre değil, hayali olarak verilmişti. Buradaki amaç; kazandırdığım para oranında pay almaktır. Dişhekimliğinde yapılan girişimsel işlemler, diğer tıp branşlarıyla karşılaştırıldığında, BUT’a göre düşük ücretli olmakta. Örneğin bir diş çekiminin 14.700.000TL. karşılığı vardır ve 21 puana tekabül eder. Bir genel cerrahın yapmış olduğu tırnak çekimi 52.500.000 TL. puanı ise 75’dir. Tırnak çekimi poliklinik şartlarında lokal anestezi altında yapılan basit girişimsel işlemdir. Diş çekimi de aynı şekilde lokal anestezi altında yapılan çene kemiğini ilgilendiren cerrahi işlemdir.



‘Son düzenleme ile alınmış haklar bir nebze de olsa geri verildi. Yeni düzenlemede görülen aksaklıkların zamanla iyileştirme yönünde değiştiğini ümit ediyorum.’

Bu nedenlerle puanlarımız BUT’daki

kat sayıların yükseltilmesi ile değişecek ve gerçek değerini bulacaktır. Biz dişhekimlerinin, yaptığımız işlemlerde hakkımız olanı alabilmemiz için BUT’a itiraz edip bu yönde bir hak arayışına girmemiz gerektiği düşüncesindeyim. Son düzenleme ile yapılan puan artışlarının, alınmış hakların bir nebze de olsa geri verilmesi anlamına geldiğini düşünüyorum. Bu düzenleme muayenehanesi olan meslektaşlarımıza anlamlı bir katkı sağlayamadı. Şöyleki; muayenehanesi olmayan meslektaşımızla aynı mesaide aynı işi yapmakla birlikte, 0,5 katsayı çarpımı ile onların puanları yarıya inmekte. Muayenehanesi olmayan meslektaşlarımıza bu puan artışlarının katkısının çok faydalı olduğuna inanıyorum. Yeni düzenlemede görülen aksaklıkların zamanla iyileştirme yönünde değiştirileceğini ümit ediyorum.

'Mağduriyet giderildi'

Döner sermaye konusunda geçmişe yönelik bilgi vermenin pek anlamı olduğunu zannetmiyorum. Çünkü bu konu ile ilgili olarak meslektaşlarımız içinde buldukları bir durum olması nedeniyle fazlasıyla bilgi sahibi oldular. Şimdi burada merak edilen, yeni uygulamanın neler getireceği? Dişhekimleri, Bakanlığın uygulamaları ile en mağdur durumdaki meslek grubuydular.

Ancak Bakanlığın 01 Haziran 2004 tarihinden itibaren uygulamaya koyduğu yeni puantajlar bu mağduriyetin giderilmesinde oldukça önem kazanmıştır.

Örnek vermek gerekirse, Tablodan da görüleceği gibi puanlarda yaklaşık 2 kat bir artış söz konusu. Bunun yanında bütçe uygulama talimatında yer alan her kalemin puantaja tabi olması önemli bir kazanımdır.



'Bakanlığın 01 Haziran 2004 tarihinden itibaren uygulamaya koyduğu yeni puantajlar mağduriyetin giderilmesinde oldukça önem kazandı.'

Dişhekimi puanları için önerme yapılırken alınan hedef aynı görev yerinde

	Eski uygulamada	Yeni uygulamada
Muayene	5 puan	10 puan
Dişçekimi	15 puan	21 puan
Ag. dolgu	25 puan	50 puan
Komp. dolgu	25 puan	60 puan
Detartraj	40 puan	76 puan
(Tam çene)		

çalışmakta olan pratisyen hekim kadar kazanç sağlayabilmesi idi. Uygulanacak bu puanlarla bunun mümkün olabileceğini tahmin etmekteyim. Sonuç olarak geline noktanın dişhekimleri açısından bir kazanım olduğunu düşünmekteyim. Bu noktaya gelinmesini sağlamak için büyük çaba sarf eden TDB yönetimini de kutluyorum.

Dişhekimi Bülent Özdemir (Mersin Devlet Hastanesi)

'Etik olmayan davranışlar görülebiliyor'

Performansa dayalı döner sermaye uygulaması olumlu yönlerinin yanında bazı olumsuzluklar da getirdi.

Olumlu yönleri;

- Dişhekimlerinin çalışma dinamizmini arttırdı, şimdi daha arzulu çalışıyor. Daha çok puan toplamak esasına göre daha çok hastaya bakılmak isteniyor. Randevulu hastalar dışında eğer üniteler boşsa randevusuz hastalar da tedaviye alınıyor.
- Hastanenin döner sermaye gelirleri arttı. Sevk kağıdı olmayan hastalardan mutlaka sevk kağıdı isteniyor. Ayrıca yapılan her işlem yazılıyor.
- Çalışan dişhekimlerine döner sermaye dağıtımı ek gelir sağladı.

Uygulamanın olumsuz yanları ise;

- Yapılan işlerin karşılığı olan puanlar biraz iyileştirme yapılmasına rağmen oldukça düşüktür. Dişhekimi 24 saat çalışsa bile toplayabileceği puanlar hastanenin ortalama puanına ulaşmıyor.

Dolayısıyla ortalama puan üzerinden döner sermaye alan hemşirelerin aldıkları ücretlerden daha düşük olabiliyor. Bu durum, dişhekimlerinin morallerini bozuyor, kendilerini kötü hissetmelerine neden oluyor.

- Muayenehanesi olanlarla olmayanlar arasındaki uygulamada büyük haksızlıklar oluyor. Tam gün çalışanların puanları "1" ile çarpılırken, muayenehanesi olanların puanları "0.5" ile çarpılıyor. Binbir emekle biriktirilen puanlar bir çırpıda yarıya iniyor. Aynı yerde aynı işi yapan, aynı eğitimi almış, döner sermayeye aynı getiriye getiren hekimler arasında yarı yarıya ücret farkı oluyor. Bu durum hiçbir hak ve hukuka sığmamaktadır.

• Yapılan işlerin karşılığı olan puanların düşük olması, yapılan işlerin kağıt üzerinde abartılmasına neden olabiliyor. Etik olmayan bu davranışlar hak olarak görülebiliyor.

- Her dişhekimine bir ünite düşmüyor. Bir ünite birden çok dişhekimi çalışıyor. Bu durum da performansı olumsuz

etkiliyor.

- Bakılan hasta sayısının artması sarf malzemelerinin tüketimini arttırdı. Ayrıca demirbaşların daha çabuk yıpranmasına neden oluyor. Buna karşılık kurumlardan (SSK, Bağ-Kur vb.) alınması gereken ödemeler zamanında gelmiyor veya eksik gelebiliyor. Hastane açısından masraf artıyor, gelir masrafa göre düşüyor. Bu durum, dağıtılması gereken döner sermayeyi miktar ve zaman olarak etkiliyor.

• Dişhekimlerinin maaşları yaşam şartları gözönüne alınırsa düşüktür. Performansa dayalı döner sermaye uygulaması ise çalıştığın müddetçe geçerli. İzin almıyorsan, hastalanmıyorsan ve sürekli çalışırsan faydalanabiliyorsun. Bu çalışmaların emekliliğe hiçbir katkısı olmuyor. Özlük haklarımız açısından kaybımız oluyor.

Sonuçta çalışanın ödüllendirilmesini olumlu karşılamakla beraber, yukarıda belirttiğim aksaklıkların giderilmesinin uygulamanın daha verimli olmasını sağlayacağı kanaatindeyim.



Dr. Dişhekimi Mehmet Ali Kılıçarslan (Ankara 75. Yıl Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi):

‘Özlük haklarına yansımayan, geçici bir sus payı’

Bazı durumlar vardır ki; uzun süredir işleyiştir ve sizler bu durumu genellikle sorgulamadan kabullenmişsinizdir. Döner sermaye olayında olduğu gibi. Peki gerçek nedir. Tabii ki tartışmaya açık, ancak bana göre;

1. Döner sermaye olayı aslında çok doğru ve adaletli bir yaklaşım değil. Tamamen sağlık personeli için düzenlenmiş bir avantaja / aldatmacadır. Avantajdır; çünkü aslında 657 sayılı devlet memurları kanununa tâbi herkesin eşit hâklardan yaralanması gerekmektedir. Aldatmacadır; çünkü döner sermaye primi aslında özlük haklarına yansımayan, geçici bir sus payıdır. Bu nedenle döner sermaye vermek yerine özlük haklarında ve maaşlarda anayasamızın 55. maddesinde de ‘ücret emeğin karşılığıdır, devlet, çalışanların yaptıkları işe uygun adaletli bir ücret elde etmeleri ve diğer sosyal yardımlardan yararlanmaları için gerekli tedbirleri alır’ ilkesine paralel olarak iyileştirme yapmak daha doğru olacaktır.

2. Döner sermaye ile çalışmayan persone-

lin de çalıştırılacağı, herkesin çalışması oranında katkı payı alabileceği düşüncesi de yanlıştır. Çünkü diğer devlet memurları bu payları olmadığı için çalışmama hakkına sahip midirler? Çalışmayan personeli iyi bir idari denetimle de cezalandırır ve çalışmasını sağlayabilirsiniz. Ayrıca iş disiplini idari amirin denetiminde olmakla birlikte çalışanın kişilik özelliğidir. Çalışmayan bir kişiyi prim karşılığı işe teşvik etmek her zaman onun işini hakkıyla yapacağı anlamına gelmez. İş kalitesi, iş sayısından çok daha önemli bir kavramdır.

3. Döner sermaye katkı payı, izin ve rapor durumlarında kesildiği için; özlük ve maaş hakları bu kadar kötü durumda olan sağlık personeline bir katkı değildir. Çünkü özlük hakkınıza yansıyan bir artı değer olsa anayasal hakkımız olarak (T.C. Anayasası madde50: kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz, dinlenme çalışanların hakkıdır.) kesilmesi mümkün olmayacaktır.

4. Döner sermaye dağıtımında tıp doktorları ile dişhekimleri arasında ciddi anlamda farklılıklar uygulanmıştır. Aynı hastanede veya sağlık ocağında çalışan tıp doktoru ile dişhekimi arasında meslek onuru nu zedeleyecek farklılıklar söz konusu-

dur.

5. Dişhekimliği uygulamalarının puanlandırılmasında anlaşılabilir bilimsel dayanağa oturtulamayacak bir adaletsizlik söz konusudur. Çünkü işler arasında adaletli bir kıyaslama yapılabilmesi için bakılması gereken bazı kriterler söz konusudur. Bunlar; yapılan işlerin saat ve seans bazında karşılaştırılması, işin kuruma kattığı mâli kazanç, o işin yapılabilmesi için ek ekipman, yardımcı personel, ek eğitim veya ek beceri gerektirip gerektirmeyeceği, işin hekimin yıpranmasında artı payının olup olmaması gibi sıralanabilir. Sadece süre ve para bile göz önüne alındığında bu puanlamanın adaletsiz ve iş barışını bozacak yönde oluşturulduğu anlaşılmaktadır. 6. Yine bu uygulamaların hemen hemen aynı çalışma süresi zorunluluğu olan (günlük bir saat fark) ve aynı iş kotasını doldurması beklenen hekimler arasında sırf muayenehâne işletiyor veya işletmiyor diye iki katına varan oran farklılıklarının olması da adaletli değildir. Farklılık bu kadar yüksek tutuluyorsa mesai süreleri arasındaki farkın da biraz daha belirginleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü diğer hekimlere bir muayenehâne açma yasağı söz konusu değildir.



Dr.Dişhekimi M. Tamer Kutsal (Gaziantep-Şahinbey Devlet Hastanesi):

‘Hekimler hastalara puan gözüyle bakmaya başladı’

Sağlık personeli için performans puanı uygulaması kamuda çalışan personeli teşvik etmek ve reel olarak zam yapılamayan maaşları bir şekilde çalışanlar lehine iyileştirirken, aynı zamanda vatandaşların daha seri ve iyi tedavi hizmetleri almasını amaçlıyor. Dişhekimleri ile ilgili daha önce yapılan

yanlış, yetersiz ve işlem farklılığı gözetmeden toplu puanlama uygulaması genel tepki ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin çalışmalarını yeni bir genelge ile değiştirildi. Yapılan yeni puan uygulamasında her tedavi için ayrı bir puan belirtildi ve puanlama da daha hakkaniyetle yapıldı. Bu konuda emeği geçenlere müteşekkirimiz.

Yapılan uygulamanın olumlu tarafları;

• Klinik çalışma temposuna az katılan hekimler artık daha aşkla ve şevkle fazla puan yapmak için (!) çok sayıda hasta al-

maktadırlar.

- Mesai saatlerine daha fazla uyum sağlanmaktadır
- Hekimler yaptıkları işlemlerin kayıtlarını muntazam olarak takip etmekte ve dolayısı ile işlemler kayıtlara geçtiğinden hastanelerin gelirleri artmaktadır.
- Nöbetler boş geçmemekte, hatta muayenehanesinde az hastası olan hekimler daha çok hasta tedavi etmek için hastanelerde fazla mesai yapmaktadırlar.
- Hekimlerin bu şekildeki aylık gelirleri maaşları ile birleştirildiğinde öncekine göre daha yüksek rakamlara gelmektedir.



Dişhekimi Sedat Celil Bullaloğlu (İzmir Dikili Merkez Sağlık Ocağı):

'Dişhekimliği hizmetlerine gereken değer verilmedi'

Bir çok konuda eksik ve hatalı olan, Ek Yönergede, dişhekimliği hizmetlerine genelde gereken değerin verilmediği, sözü geçen işlemlere hakları olan puanlamanın ancak %25 kadarının uygun görüldüğü gözlenmektedir. Örneğin; Dişhekimi muayenesi normal hekim muayenesinden daha değersiz bir işlem değildir. Aksine tüm dişhekimi muayeneleri daha fazla alet ve ekipman kullanarak daha fazla performans gösterilmesini gerektiren, en az normal hekim muayenesi kadar risk taşıyan, her türlü kontaminasyona çok yakın ve ayrıca bütçe uygulama talimatı göz önüne alınırsa döner sermayeye daha fazla gelir getiren bir işlemdir. Dişhekiminin yaptığı abse drenajı en az gluteal bölgedeki yada farklı yerdeki abse drenajı kadar zahmetli, önemli ve risklidir. Ancak örnek olarak verilen Sağlık Ocağı Muayene Ve Girişimsel İşlemler Formlarında iki hekimin yaptığı aynı adı taşıyan bu işleme (Örn: Abse açmak) bir türlü anlam verilemeyecek şekilde farklı puanlar verilmiştir. Ayrıca bir takım işlemlere ise hiç yer verilmemiş bazılarına

ise komik denecek değerler verilmiştir. Örneğin "özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar" ibaresine uygun olan radyolojik işlemler, dişhekimi çalışma ortamında radyasyona maruz kaldığı halde değil ekstra işlem görmek aksine komik denecek şekilde puanlandırılmıştır.

Döner sermaye komisyonlarında dişhekimi de temsil edilebilecektir. Ayrıca puan listesinin B.U.T.'a uyarlanması da olumlu bir yaklaşımdır. Ancak puanlama sisteminin de en azından B.U.T.'a uyarlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak döner sermaye bir ticari işletme sayılabilir. Ek ödeme de bu işletmenin kendisine kazanç sağlayanlara ödediği prim olarak nitelendirilebilir. Durum böyle olunca bu işletmenin kendisine kazanç sağlayan tüm çalışanları arasında dağıttığı prim miktarları arasında bir tutarlılık ve uygunluk olmalıdır.

Gerçek ve hakça değerleri yakalamak için tüm muayene, tedavi ve girişimler bir kat sayı sistemine uyarlanmalıdır. Bu sistem uygulandığında hem bütçe uygulama talimatındaki hesaplama hem de bu doğrultuda performans puan hesaplaması oldukça büyük kolaylık kazanacaktır.

Bunun dışında Koruyucu Dişhekimliğinin gerek özendirilmesi gerekse toplu-

mun bundan yararlandırılması açısından ağız diş sağlığı taraması yada ağız diş sağlığı eğitimi veren dişhekiminin okullarda öğrencilere veya koruyucu eğitim verilmesi gereken gruplara verdiği her bir saatlik eğitime karşılık yeterli girişimsel puan ile değerlendirilmesi uygun olacaktır. Böylece minimal sorunlarla usulüne daha uygun, daha kaliteli, daha verimli, daha güler yüzlü bir hizmet sunulacak bu da döner sermaye gelirlerinin ve otomatik olarak kurum payına düşen miktarların da artmasına neden olacaktır.

Bir karmaşa içindeki Türkiye Sağlık Sisteminin düzenlenmesi aşamasındaki çalışmalara sistemin hizmeti üretip sunan birer parçası olarak sağlık mensubu olan herkesin ve sistemden faydalanan herkesin katılımı gereklidir. Bu bağlamda başta Sağlık Birlikleri Grubunun kurucu üyeleri olan Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Veterinerleri Birliği olmak üzere tüm sağlık meslek kuruluş ve derneklerinin, tüm sivil toplum örgütlerinin, tüm sağlık mensuplarının ve sağlık hizmetinden faydalanacak tüm yurttaşların konuya gereken duyarlılığı göstermesi, ortak çalışmalar yapmaları, bu konuda yapılacak çalışmalara katılmaları ve seslerini duyurmaları gerekmektedir.

Performans uygulamasının olumsuz tarafları;

- Hekimler hastalara puan gözüyle bakmaya başlamışlar, daha çok puan daha çok döner sermaye parası olarak görülür hale gelmiştir.
- Hekimlerin küçük de olsa bir kısmı yapımadıkları tedaviyi yapmış olarak ya da yaptıkları tedaviyi daha yüksek puanlı daha komplike bir tedavi yapmış gibi göstermeye başlamıştır.
- Performans puanlamasını kontrol eden kişilerin seçilme kriterleri belli değildir.
- Hekimler birbirlerinin puanlarını ve aldıkları paraları kontrol eder hale gelmiştir.
- En önemli olumsuzluklardan birisi devlet hastanelerinde zaten az sayıda olan doktorali (ağız-diş-çene hastalıkları ve cerrahisi ve ortodontistler gibi) dişhekimlerinin yapmış oldukları tedavilerle ilgili değerlendirmenin dişhekimleri ile bir farklılık arz etmemesidir. Oysa bu farklı-

lık pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında bariz olarak mevcuttur.

Benzer bir uygulamanın dişhekimlerinde de olması gerekir. Bugünkü uygulama doktorali dişhekimlerinin belki de devlet hastanelerinde yapabilecekleri komplike tedavileri dişhekimliği fakültelerine sevk etmelerine ve devlete fazla masrafa, hastaya da daha fazla sıkıntıya neden olmaktadır.

- Mevcut uygulamada uzman hekimlerin performans puanları hesaplanırken iki defa yüksek katsayı ile çarpım yapılmaktadır (edinilen net puan önce 1.8 ile çarpılmakta daha sonra çıkan puan ayrıca ikinci bir kat sayı (5-7 arası) ile (muayenehanesini olup olmamasına göre) çarpılmaktadır. Hem ilk katsayı hem de ikinci katsayı pratisyen hekimler ve dişhekimleri için uygulanandan daha yüksek olduğundan alınan döner sermaye paylarının arasında uçurum oluşmasına neden olmaktadır.

Sonuç olarak;

Performans puanı uygulaması genel olarak maddi anlamda hekimlerin ve sağlık çalışanlarının lehinedir. Hastalar artık devlet hastanelerinde daha az hekim aramakta ve muhatap olacakları en az bir kişiyi bulabilmektedirler. Dişhekimleri olarak yapılan tedavi puanlarının daha objektif olarak belirlenmesi ve eğer alınan eğitimde bir farklılık olduğu kabul ediliyorsa (burada bahsedilen uzmanlık eğitimi şartlarında verilen doktora eğitimi almış dişhekimleridir) doktorali dişhekimlerinin katsayılarının da farklı olması sağlanmalıdır.

Mevcut uygulama, sağlık personelinin aylık olarak eline geçen paranın günün şartlarına yaklaştırılmasına, devlet hastanelerini daha verimli ve vatandaşlarımıza daha seri hizmet verir hale getirilmesine yöneliktir. Yeni başlayan bütün uygulamalar gibi daha iyi bir yöntem belirlenene kadar rehabilite edilmesi gereken yönleri olduğu açıktır.



Toplu çalışma birimleri nasıl başarılı olur?

Toplu çalışma birimlerinin gelecekte yaygınlaşacağı öngörüsünden hareketle Türk Dişhekimleri Birliği tarafından konunun çeşitli boyutlarını ele alan bir rapor hazırlandı. Raporu hazırlayan TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Salih Gül'den çalışmanın detayları hakkında bilgi aldık.

Neden böyle bir çalışma yapma gereği gördünüz?

Türk Dişhekimleri Birliği'nin 18-19 Haziran 2002'de İzmir'de gerçekleştirdiği Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Sunumunda Sorunlar ve Çözüm Önerileri Kurultayı'ndaki iki çalışma grubundan biri Kamu Kuruluşlarında diğeri de Özel Sağlık Kuruluşlarında Ağız-Diş Sağlığı Hizmet Sunumu Çalışma Grubu idi. Bu çalışma grubu toplu çalışma birimleri hakkında inceleme yapmış, toplu çalışma birimlerinin mevcut durumunu incelemiş, bu tür çalışma birimlerinin gelecekte yaygınlaşma eğilimi göstereceği öngörüsünde bulunmuş ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin etik ve deontolojik açıdan konuyu dikkate alması gerektiğini raporunun çözüm önerileri bölümüne koymuştu.

Aynı yıl Kasım ayında yapılan Türk Dişhekimleri Birliği'nin 8. Olağan Genel Kurulu'nda toplu çalışma birimlerinin olumlu ve olumsuz yönlerinin incelenmesi ve bu konuda çalışma yapılması için karar alınmış ve yeni seçilecek Merkez Yönetim Kurulu'na görev verilmişti.

2002 yılında seçilen Merkez Yönetim Kurulu da Genel Kurulun kendisine verdiği bu görevi yerine getirmek için bu çalışmayı yaparak meslektaşlarımızın yararlanacağı bir rapor haline getirdi.

Bu çalışma temel olarak neleri kapsıyor. Ana başlıklarla aktarabilir misiniz?

Bu çalışmayı toplam 10 ana başlık altında topladık. Tabii ki bu ana başlıkların içerisinde alt başlıklar da mevcut.

- 1- Dişhekimlerinin sosyal yaşamı
- 2- Maliyet ve verimlilik

3- Mesleki uygulamalar

4- İdari işlemler

5- Toplu çalışma birimlerinin türleri ve şartları

6- Toplu çalışma birimleri açmaya ve işletmeye yetkili kişiler

7- Toplu çalışma birimleri açarken, maliyeye, sosyal güvenlik kuruluşlarına karşı yükümlülükler

8- Uyulması gereken diğer kurallar

9- Toplu çalışma birimleri açarken, alt yapıda, teknik düzenlemede ve donanımda dikkat edilmesi gereken hususlar

10- Toplu çalışma birimlerinde gelir-gider paylaşım yöntemleri.

Başlıklardan da anlaşılacağı gibi oldukça kapsamlı bir çalışma oldu ve bu alanda oluşacak sorulara ve sorunlara cevap vereceğini umut ediyoruz.

Çalışmanızı kısaca özetler misiniz?

Bu çalışmanın ön hazırlıklarını toplu çalışma birimi çalıştıran kişilerden ve buralarda çalışan, bu konularda bilgi ve birikimi olan meslektaşlarımızın görüşlerinden yararlanarak yaptık. Daha sonraki süreçte e-posta aracılığıyla TDB Merkez Yönetim Kurulu üyelerinin görüşlerine sunuldu. Yapılan eleştiri ve katkılar doğrultusunda çalışma yeniden düzenlendi. Bu yıl Nevşehir'de yapılan Başkanlar Konseyi toplantısında, odaların görüşüne sunuldu. Genel olarak metin beğenildi. Orada gündeme gelen bazı önermeler de dikkate alınarak, metne ilaveler yapıldı ve çalışma sonlandırıldı.

Toplu çalışma birimleri hangi ihtiyaçları yanıt verecek?

Her yıl birkaç dişhekimliği fakültesinin açıldığı, her yıl yaklaşık bine yakın dişhekiminin meslek hayatına başladığı,

asgari ücretlerin çok az veya artmadığı ve kazancın çok düştüğü günümüzde, dişhekimlerinin tek başlarına bireysel becerileri ve birikimleri ne kadar fazla olsa da oluşan sorunları çözmede büyük güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ama dişhekimleri hiçbir zaman umutsuz değiller. Toplu Çalışma Birimleri bizim sunduğumuz seçeneklerden birisidir. Toplu Çalışma Birimlerinin başarılı olması için çalışan kişilerin kalitesi, oluşan ekip'in kalitesi ve en önemlisi yönetim kalitesi önceliklidir. Çalışanların eski değer sistemini ve zihin haritalarını değiştirmesi ve yeniden yapılandırması gerekmektedir. Yani bütün çalışanların doğruluğunu tartışmayacakları ve kesinlikle uyacakları ortak değer sistemi olmalıdır. Birlikte çalışanların birbiriyle iyi geçinmesi ve birbirlerinin gözlerinin içine bakması gerekir. Çalışma sürecine katılan hekimler arasında karşılıklı bağımlılık duygusunun geliştirilmesi gerekir.

Türk toplumunun yapısında birlikte çalışmayı engelleyecek özellikler yanında, birlikte çalışmayı kolaylaştıran, çocukluktan itibaren oluşmuş karşılıklı bağımlılık duygusu ve imece geleneği özelliği bulunmaktadır.

Birlikte çalışma ve ekip olma, artık bilimsel olarak eğitimlerle ve özel seminerlerle profesyonellerce öğretilmektedir. Yeteneklerini geliştirmek isteyenler için onlarca kurs, seminer ve kitap mevcuttur. Bunlarla ilgili birkaç yayın, web sitesi ve e-posta adresi aşağıdaki satırlarda bilgilerinize sunulmaktadır.

- Mümin Sekman
www.kigem.com.tr
- Ekip Çalışması ve Liderlik
Prof.Dr. Acar Baltas
Remzi Kitapevi
- Mahmut Paksoy
mpaksoy@istanbul.edu.tr

Süt dişlerinde asitle pürüzlendirme

■ **Esin Şıracı***,
■ **Melek D. Turgut****

Rezin esaslı restoratif materyaller estetik özellikleri ve civa içermemeleri sebebiyle süt ve daimi dişlerin restorasyonunda tercih edilen materyallerdir. Ancak, bu materyallerin asitle pürüzlendirme ve bağlayıcı ajan uygulanması sonrasında kullanılmaları, asitle pürüzlendirme işleminin süt ve daimi dişler üzerine olan etkisinin gündeme gelmesine neden olmuştur. Asitle pürüzlendirmenin daimi diş mine ve dentininde yarattığı değişiklikler ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen, süt dişlerini kapsayan çalışmalar daha azdır. Bu durum, diş hekimlerinin süt dişlerine asit uygulama konusunda tereddüt yaşamalarına neden olmaktadır. Yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalarda süt ve daimi diş mine ve dentininin asitle pürüzlendirmeye farklı cevaplar verdiği saptanmıştır. Bu farklılıkları anlayabilmek için öncelikle süt ve daimi diş mine ve dentini arasındaki farklılıkların bilinmesi gerekmektedir.

Süt Dişi Mine ve Dentini

Süt dişi minesinin yaklaşık olarak %92-93'ünü, daimi diş minesinin ise %98'ini inorganik yapı oluşturmaktadır.^(1,2) Süt dişindeki mine prizmaları okluzale doğru konumlanırken, daimi dişlerdeki mine prizmaları yatay veya apikal yöne doğru uzanır.⁽²⁾ Ayrıca, süt dişi minesini prizmatik yapılanma içermeyen prizmasız bir tabaka ile örtülüdür.⁽³⁾ Süt

dişlerinde var olan aprizmatik tabaka daimi dişlerde fonksiyonel aşınmanın az olduğu, servikal ve proksimal bölgelerde bulunabilmektedir.⁽⁴⁾ Bu tabaka sıklıkla 15-___m kalınlığında olup, hidroksiapatit kristallerinin dizilimi mine yüzeyine diktir ve prizmatik minede olduğu gibi üç boyutlu bir dağılım göstermez.^(3,5) Hidroksiapatit kristallerinin asit uygulanması sonrasında eriyebilmeleri kristal yapının dağılımı ile de ilgilidir.⁽⁶⁾ Aprizmatik tabakada kristallerin tek yönlü dizilimi ve daha yoğun olmaları yüzünden asit uygulaması sonrasında daha limitli bir pörözite oluşur. Bu sebeple, aprizmatik tabakaya rezin penetrasyonu daha sınırlı olmaktadır.⁽⁷⁾ Özellikle mine yüzeyinde herhangi bir preparasyonun yapılmadığı klasik pit ve fissür örtücü uygulamalarında bu değişken yapıya bağlanmanın daimi dişlere göre daha zayıf olabileceği bildirilmiştir.⁽⁴⁾

Süt dişi dentininin mineralizasyon derecesi daimi diş dentininden farklıdır.⁽⁸⁾ Dentinin mineral içeriğini ölçmek amacıyla kullanılan Nötron aktivasyon testleri sonucunda, süt dişlerinin daimi dişlere oranla daha düşük oranda kalsiyum ve fosfor içeriğine sahip olduğu rapor edilmiştir.⁽⁹⁾ Yapılan mikro-sertlik çalışmalarında; süt dişi dentininin sertlik ve elastik modulus değeri sırasıyla, 0.52±0.24 GPa ile 0.91±0.15 GPa; 11,59±3,95 ile 17,06±3,09 GPa arasında değişirken bu değerler daimi diş dentini sertlik ve elastik modulus değerlerinden belirgin olarak daha düşüktür. Daimi diş dentini için bu değerler sırasıyla, 0.57±1.13 ve 17.6±2.29 GPa olarak saptanmıştır.⁽⁸⁾ Bu bulgular, daimi diş dentininin süt dişi dentininden daha fazla mineralize olduğunu desteklemektedir.⁽⁹⁾ Daimi dişlerde olduğu gibi süt dişi dentinin mikromekanik özellikleri diş içerisindeki pozisyonuna da bağlıdır. Pulpal alana doğru süt ve daimi dişlerin mekaniksel özelliklerinde kötüleşme görülmektedir.⁽⁸⁾ Daimi ve süt dişi dentinlerinin tübül yoğunluğu ve çapları karşılaştırıldığında, süt azıların dentin tübüllerinin yoğunluk ve çap

açısından daimi dişlere oranla daha az olduğu saptanmıştır.^(9,10,11) Bu nedenle süt dişinin dentin geçirgenliği daimi dişlere oranla daha düşüktür. Hirayama ve ark⁽¹²⁾, süt dişlerinin dentin tübül çaplarının daha küçük olmasının, süt dişi dentin tübülünün peritübüler dentin kalınlığının daha fazla olmasına bağlı olduğunu bildirmişlerdir.

Asitle Pürüzlendirme İşlemi:

Süt ve daimi diş minesini genellikle dental plak veya pelikül ile kaplıdır. Herhangi bir preparasyon yapılmadan veya minenin yüzey yapısı değiştirilmeden rezin esaslı materyallerin mine yüzeyine bağlanması mümkün olmamaktadır.⁽¹³⁾ Bu nedenle, mine yüzeyine asit uygulayarak yüzeydeki smear tabakası temizlenir, prizmatik ve interprizmatik mineral kristalleri ortadan kaldırarak mikroskopik pürüzlülük ve mine serbest yüzey enerjisi artırılır. Asitle pürüzlendirme ile düz olan mine yüzeyinden 10_m'lik mine uzaklaştırılırken, derinliği 5-___m arasında değişen irregular girinti ve çıkıntılar oluşturulur.⁽¹⁴⁾ Pürüzlendirilen mine yüzeyine uygulanan düşük vizkozitedeki rezin, kılcallık etkisiyle bu pörözitelerin içerisine doğru çekilir. Uygulanan bağlayıcı ajanın polimerizasyonu sonucu oluşan rezin tagları mikro mekanik bağlantıyı sağlar.⁽³⁾

Yapılan çalışmalar, smear tabakası ve tıkaçlarının varlığında rezin ile dentin dokusu arasında istenilen ölçüde kuvvetli bir bağlanmanın sağlanmadığını göstermiştir. Bu nedenden dolayı dentin dokusu da asitle pürüzlendirilir.⁽¹⁵⁾ Dentine uygulanan asit, smear tabakasını kaldırır, dentin tübüllerinin ağzını açar ve intertübüler, peritübüler dentini dekalsifiye eder. Hidroksiapatit kristalleri çözünür ve kollajen ağ açığa çıkar.⁽¹⁶⁾ Günümüz diş hekimliğinde kullanılan tüm asitlerin hipertonic olması, asidin uygulandığı yüzeyden mevcut sıvının dışarı doğru çekilmesine ve bu sıvıyla dilüe olan asidin dentine daha az penetre olmasına sebep olmaktadır.⁽¹⁷⁾ Hem mine, hem dentin dokusuna ço-

gunlukla %10-37 oranlarında fosforik asit uygulanır. Fosforik aside alternatif olabilecek materyalleri %10'luk maleik asit, %10'luk sitrik asit, %2,5'lik oksalik asit ve %2,5'lik nitrik asittir.^(18, 19) Ancak bu asitlerle yapılan in vitro çalışmalarda elde edilen değişken sonuçlar bu asitlerin rutin klinik kullanıma girmesini engellemiştir.^(20, 21, 22)

Uzun yıllar pürüzlendirme amacıyla, likit formda hazırlanmış asitler kullanılmışsa da günümüzde, uygulamayı kolaylaştırmak ve diş hekiminin asidin yüzeye yayılmasını daha rahat kontrol edebilmesini sağlamayabilmek amacıyla içerisine silika yada polimer yapılı bazı kalınlaştırıcılar ilave edilmiş renklendirilmiş jel formundaki asitler kullanılmaktadır.⁽¹⁷⁾

Kullanılan asidin tipine, uygulama süresine, konsantrasyonuna, pH derecesine göre dentin dokusunda oluşan demineralizasyonun derinliği 7.5 mikron'a kadar çıkabilmektedir. Ayrıca, asit içerisinde silika gibi kalınlaştırıcı partikül olup olmaması, asidin osmalitesi ve viskozitesi de asit uygulamasının neden olduğu demineralizasyon derinliğinde rol oynamaktadır.⁽¹⁷⁾

Süt Dişi Mine ve Dentinin Asitle Pürüzlendirilmesi:

1960'lı yıllarda üretici firmalar ve klinisyenler daimi diş minesinin pürüzlendirilmesinde %35'lik fosforik asidin 60 sn. uygulanmasında fikir birliğine varmışlardır.⁽²³⁾ 1970'lerin başında ise süt dişi minesinin prizmasız tabakasının varlığı ve organik içeriğinin fazla olması nedeniyle daimi diş minesinden 2 kat daha fazla pürüzlendirme zamanına ihtiyacı olduğu görüşüne inanılmıştır. Bu görüş o yıllarda standart klinik prosedür olarak uygulanmıştır.⁽²⁴⁾

Ancak, süt azılarda minenin 120 sn. ve 60 sn. pürüzlendirilmesi sonrasında yapılan fissür örtücülerin retansiyonunun karşılaştırıldığı ilk klinik çalışmada iki pürüzlendirme zamanı arasında fark olmadığı gösterilmiştir.⁽²⁵⁾ Daha sonra yapılan çalışmalarda süt azıların pürüzlendirme süresinde azalma oldukça, tükürükle kontaminasyon olasılığının da azaldığı ve küçük çocuklarda kısalan çalışma zamanına bağlı olarak hasta uyumunun arttığı saptanmıştır.⁽²⁶⁾

Süt dişlerinde tavsiye edilen kısa pürüzlendirme süresine paralel olarak daimi diş minesini için başlarda önerilen 60 sn. den daha kısa pürüzlendirme zamanı yapılan çalışmalar neticesinde uygulamaya girmiştir. Bu çalışmalarda, 20

sn. pürüzlendirme zamanı uygulayarak yapılan fissür örtücülerin retansiyon oranlarının, 60 sn. uygulanarak yapılanlarla karşılaştırılabilir olduğu bulunmuştur.⁽²⁷⁾ Daimi diş minesini için gerekli olan pürüzlendirme süresi önceleri 30-60 sn. arasında değişirken, günümüzde dentine fazla süre asit uygulanmasından kaçınmak için önce mineye asit uygulanması ve mineye en az 15 sn. dentin dokusuna en fazla 15 sn. asit uygulanması tavsiye edilmektedir.^(17, 28)

Tüm bu gelişmeler neticesinde süt dişi minesini için pürüzlendirme zamanının daha da kısaltılabileceğine dair çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bir klinik çalışmada süt ve daimi azılarda 15-30-45-60 sn.lik farklı pürüzlendirme zamanları ile uygulanan fissür örtücülerin retansiyonları incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, süt ve daimi azılarda uygulanan farklı pürüzlendirme zamanlarının fissür örtücülerin retansiyonunu etkilemediği saptanmıştır.⁽²⁹⁾

Hosoya⁽³⁰⁾, çalışmasında farklı pürüzlendirme zamanlarının süt dişi minesini üzerinde oluşturacağı etkileri incelemiştir. % 40 oranındaki fosforik asit jel ile 0, 10, 20, 30, 60 sn. pürüzlendirilen süt dişi mine örneklerinin tarama elektron mikroskobu ile incelenmesi sonucunda 60 sn. pürüzlendirilen tüm örneklerde, aşırı pürüzlendirme görüldüğünü ve 60 sn. pürüzlendirme süresinin sağlam süt dişi minesini için gerekli olan süreden uzun olduğunu saptamış ve süt dişi minesinin 30 sn. pürüzlendirilmesinin güvenli ve etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Akal⁽³¹⁾, aşındırılmış ve aşındırılmamış süt dişi mine yüzeylerine 15, 30, 60 sn. uygulanan %37'lik fosforik asit jelin etkilerini araştırmıştır. Aşındırılmamış ve 15 sn. asit uygulanmış örneklerde, prizmasız tabakanın varlığından dolayı asidin tam anlamıyla etkili olmadığını, süt dişi minesinde tam bir pürüzlendirme olmadığını, 30 ve 60 sn. asit uygulanan örneklerde ise pürüzlendirme görüldüğünü saptamıştır. Aşındırılmış ve 15 sn. fosforik asit uygulanmış örneklerde ise karakteristik bir yüzey yapısı oluştuğunu, prizma korlarının eridiği yüzey tipinin daha yaygın olarak izlendiğini, 30 ve 60 sn. asit uygulanan gruplarda ise pürüzlendirmenin artmasından dolayı pörözitenin daha az olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle aşındırma yapılmamış süt dişi mine yüzeyinde 30 saniyelik asit uygulamasının, aşındırılmış örneklerde ise 15 sn. asit uygulamasının yeterli olacağı sonucuna varmıştır. Yapı-

lan diğer in vitro çalışmalarda da aşındırılmış süt dişi minesine 15-20 sn. sürelerde asit uygulamanın yeterli olacağı bildirilmiştir.^(32, 33, 34, 35, 36)

Süt dişi minesine asit uygulanması özellikle pit ve fissür örtücü yapımında klinisyenlerin güvenle uyguladığı bir yöntemdir. Ancak, süt dişi dentininin daimi diş dentinine göre daha ince ve daha az mineralize olduğunun bilinmesi, süt dişi dentinine asit uygulanmasında daha kararsız kalınmasına neden olmaktadır. Süt dişi dentinine asit uygulanması sonrasında oluşan yüzey değişiklikleri prensip olarak daimi dişlerle aynı olsa da dentin yüzeyindeki demineralizasyon derinliği ve bağlayıcı ajan uygulanması sonrasında oluşan hibrid tabaka kalınlığı açısından daimi dişlerden farklılık göstermektedirler. Nör ve ark.⁽¹⁰⁾, süt dişlerinde oluşan hibrid tabakanın daimi dişlerde oluşan hibrid tabakaya göre daha kalın olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacılar, asitlerin süt dişlerinin intertübüler dentininde daha derin dekalsifikasyona sebep olan şiddetli bir etkiye sahip olduklarını saptamışlardır. Buna neden olarak süt dişi dentininin daimi diş oranla daha az dentin tübülü içermesine bağlı olarak asidin daimi dişlerdeki gibi kolayca dilüe edilememesi ve böylece süt dentinini daha fazla etkilemesi gösterilmiştir.⁽³⁷⁾

Hem süt hem de daimi dişlerde asitle pürüzlendirme sonrasında bağlayıcı ajan uygulanmasıyla oluşan hibrid tabaka, asitleme ile ortaya çıkan kollajen liflerle bağlayıcı ajanların sağlam ve yeterli bir kilit yapı oluşturmasına izin verecek kalınlıkta olmalıdır. Dentine uygulanan asitle demineralize olan tabaka aşırı derin olursa, bağlayıcı ajanların içindeki primer ve rezin açığa çıkan kollajen fibriller boyunca akamaz ve kollajen fibrillerin desteksiz kalmasına sebep olur. Sonuçta, hibrid tabakanın en alt kısmının zayıf kalmasıyla mikrosızıntıya neden olabilen yollar oluşur.⁽³⁸⁾ Aşırı demineralizasyon sonucunda oluşabilen bu zayıf alanları engellemek amacıyla süt dişlerinde kısa süreli asit uygulamaları tavsiye edilmektedir.⁽⁹⁾

Asit uygulamaları sonrası dentin yüzeyinde yapılan tarama elektron mikroskobu çalışmalarında, smear tabakasının dentinden uzaklaşmasının süt dişlerinde daimi dişlerden belirgin olarak daha hızlı olduğu gösterilmiştir.⁽⁹⁾ Bu smear tabakasını oluşturan süt dişi dentininin daha düşük mineral oranı ile ilişkilidir. Bu nedenle süt dişlerinin preparasyonu

sonucu oluşan smear tabakası asitlere daha fazla cevap verir.⁽⁹⁾ Smear tabakasının kaldırılmasında görülen bu farklılığa sebep olabilecek başka bir faktör de, var olan dentin tübüllerinin sayısıdır. Süt dişlerinde tübül yoğunluğunun ve çapının daha küçük olması süt dişi dentinin geçirgenliğinde azalmaya sebep olur.^(9, 37) Bu nedenle süt dişi dentin yüzeyleri daha az neme sahiptirler ve bu da smear tabakasının uzaklaştırılması amacıyla kullanılan asitlerin etkisini artırır.⁽⁹⁾

Mine ve dentinin aynı zamanlarda asitle pürüzlendirilmesi anlamına gelen total etch tekniği daimi dişlerde olduğu gibi süt dişlerinde de uygulanabilmektedir. Süt dişlerinde daimi dişlerdeki benzer kalınlıkta hibrid tabaka elde edebilmek ve süt dişi minesinde yeterli oranda dekalsifikasyon sağlayabilmek için süt dişlerinde de asidin toplam 20-30 sn uygulanması tavsiye edilmiştir.⁽³⁹⁾

Süt ve daimi dişlerde asitle pürüzlendirme işlemini kısaltmaya yönelik çalışmaların yanında, üretici firmalar tarafından asit uygulamasının yapılmadığı ürünlerin geliştirilmesi, sonraki çalışmaların kapsamının bu ürünlerin asitlere alternatif olup olamayacağına dair olmuştur. Üretici firmalar poliasitle modifiye rezin kompozitlerin (kompozit) süt dişlerinde yoğun stres altında olmayan bölgelerde asit uygulaması olmaksızın kullanılabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu ürünlerle beraber kullanılan mine ve dentin bağlayıcı ajanlar smear tabakasını kaldırmadan modifiye ederek bağlanma prensibine dayanmaktadır. Üretici firmalar tarafından bağlayıcı ajanların içerisinde yer alan asidik moleküllerin (PENTA gibi) süt mine ve dentinini pürüzlendirmede yeterli olacağı ve smear tabakasında gerekli olan modifikasyonu yapabileceği savunulmaktadır. Literatürde bu şekilde kullanımın süt dişlerinde başarılı olabileceğine dair mikrosızıntı ve bağlanma çalışmaları mevcuttur.^(40, 41) Ayrıca poliasitle modifiye rezin kompozitlerin üretici firmanın tavsiyesine göre uygulandığında yüksek klinik başarı gösterdiği bildirilmiştir.^(42, 43, 44, 45) Ancak, bu materyallerin asitli ve asitsiz olarak klinik takiplerinin yapıldığı çalışmalar henüz mevcut değildir.

Asit uygulaması işleminin kaldırıldığı diğer grup bağlayıcı ajan sistemleri self-etch primerler ve self-etch adezivlerdir. Bu ürünlerde asidik monomer primere ilave edilebilir (self-etching primer) ve

ya asidik monomer ilave edilmiş primer ve adeziv birlikte olup aynı anda uygulanabilirler (self-etching adeziv). Yapılan in vitro çalışmalarda değişik sonuçlar bildirilse de, bu ürünler zayıf etkiye sahip olup pH değerleri fosforik aside göre daha büyüktür.⁽¹³⁾ Asitle pürüzlendirme işlemine daimi diş dentinine göre daha duyarlı olan süt dişi dentininde bu durum tolere edilebilse de, aprizmatik tabakanın daha kalın bir yapı arz ettiği süt dişi minesinde yeterli pürüzlendirme sağlayabildikleri halen tartışmalıdır.^{46,47,48,49} Akça⁽¹³⁾, yaptığı tarama elektron mikroskobu çalışmasında self-etch primer ve adezivlerin aşındırılmamış süt dişi minesinde fosforik aside alternatif oluşturacak bir pürüzlendirme yapamadıklarını saptamıştır. Günümüz diş hekimliğinde kullanılan restoratif materyallerin sayısı gün geçtikçe daha da artmaktadır. Piyasaya sürülen her yeni ürünün bir öncekine göre daha gelişmiş mekanik ve fiziksel özelliklerin yanı sıra uygulama kolaylığı sağlaması beklenmektedir. Özellikle işlem basamaklarının veya uygulama sürelerinin azaltıldığı restoratif materyaller hekim için uygulama kolaylığının yanında çocuk hastalarda artan hasta uyumuna bağlı olarak tükürük kontaminasyonunun önlenmesini ve işlemin daha kolay kabul edilmesini sağlamaktadır. Ancak, bu materyallerin rutin klinik uygulamaya geçmeden önce gerek deneysel gerekse klinik olarak başarısının test edilmesi gerekmektedir.

* Dişhekimliği, Hacettepe Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti A.D.
Araştırma Görevlisi
** Dr., Hacettepe Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi Pedodonti A.D.
Öğretim Görevlisi

KAYNAKLAR

1. White SN, Luo W, Paine ML, Fong H, Sankaya M, Snead ML. Biological organization of hydroxyapatite crystallites into a fibrous continuum toughens and controls anisotropy in human enamel. *J Dent Res* 2001; 80: 321-326
2. Gülhan A. Süt dişlerinin özellikleri. In: Pedodonti, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Basım ve Film Merkezi: İstanbul. 1994: 65-72
3. Hosoya Y. Resin adhesion to the ground young permanent enamel: influence of etching times and thermal cycling test. *J Clin Pediatr Dent* 1994; 18: 115-122
4. Pashley DH, Tay FR. Aggressiveness of contemporary self-etching adhesives: Part 2: etching effects on unground enamel. *Dent Mater* 2001; 17: 430-444
5. Kodaka T, Nakajima F, Higashi S. Structure of the so-called "Prismless" enamel in human deciduous teeth. *Caries Res* 1989; 23: 290-296
6. Sharpe AN. Influence of the crystal orientation in human enamel on its reactivity to acid as shown by high resolution microradiography. *Archs Oral Biol* 1967; 12: 583-587
7. Gwinnett AJ. Human prismless enamel and its influence on sealant penetration. *Archs Oral Biol* 1973; 18: 441-444
8. Angker L, Swain VM, Kilpatrick N. Micro-mechanical characterization of the properties of primary tooth dentin. *J Dent* 2003; 31: 261-267
9. Nör JE, Feigal RJ, Dennison JB, Edwards C. Dentin bonding: SEM comparison of the dentin surface in primary and permanent teeth. *Pediatr Dent* 1997; 19: 246-252
10. Nör JE, Feigal RJ, Dennison JB, Edwards C. Dentin bonding: SEM comparison of the dentin surface in primary and permanent teeth. *J Dent Res* 1996; 75: 1396-1403
11. Ruschel CH, Chevetarescu O. A comparative study of dentin

- thickness of primary human molars. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26: 297-304
12. Hirayama A. Experimental analytical electron microscopic studies on the quantitative analysis of elemental concentrations in biological thin specimens and its application to dental science. *Shikwa Gahuko* 1990; 90:1019-1036
13. Akça T. Aşındırılmış ve aşındırılmamış süt dişi minesine bağlanma kuvvetlerinin in vitro olarak değerlendirilmesi. Doktora Tezi, 2002: Ankara.
14. Gwinnett AJ. Histologic changes in human enamel following treatment with acidic adhesive conditioning agents. *Arch Oral Biol* 1971; 16: 731-738
15. Meerbeek VB, Lambrechts P, Inokoshi S, Braem M, Vanherle G. Factors affecting adhesion to mineralized tissues. *Oper Dent* 1992; (suppl 5): 111-124
16. Prati C, Pashley DH, Montanari G. Hydrostatic pressure and bond strength of bonding systems. *Dent Mater* 1991; 7: 54-58
17. Gökalp S, Ayvaz EY. Dental Adezivler. *TDBD Özel sayı*. 2002; 71: 10-14
18. Meerbeek VB, Perdigão J, Gladys S et al. Enamel and dentin adhesion. *Fundamentals of adhesive dentistry*. Quintessence Int. Chicago. 1996: 141-146
19. Holtan JR, Nystrom GP, Phelps RA, Anderson TB, Becker WS. Influence of different etchant and etching times on shear bond strength. *Oper Dent* 1995; 20: 94-99
20. Gwinnett AJ, Kanca J. Micromorphology of the bonded dentin interface and its relationship to bond strength. *Am J Dent* 1992; 5: 73-77
21. Aasen SM, Ario PD. Bonding systems: A comparison of maleic and phosphoric acids. *J Dent Res* 1993; 72:137-142
22. Swift EJ, Cloe BC. Shear bond strengths of new enamel etchants. *Am J Dent* 1993; 6: 162-164
23. Gwinnett AJ, Buonocore MG. Adhesives and caries prevention; a preliminary report. *Br Dent J* 1965; 119: 77-80
24. Simonsen RJ. Pit and fissure sealant: review of the literature. *Pediatr Dent* 2002; 24: 393-413
25. Simonsen RJ. Fissure sealants: deciduous molar retention of colored sealant with variable etch time. *Quint Int* 1978; 9: 71-77
26. Simonsen RJ. Fissure sealants in primary molars: retention of colored sealants with variable etch times at 12 months. *J Dent Child* 1979; 46: 382-384
27. Eidelman E, Shapira J, Houpt M. The retention of fissure sealants using twenty-second etching time: three-year follow-up. *J Dent Child* 1998; 55: 119-120
28. Dayangaç B. Kompozit Rezin Restorasyonlar. Öncü Basımevi :Ankara. 2002: 25-26
29. Duggal MS, Tahmassebi JF, Toumba KJ, Mavromati C. The effect of different etching times on the retention of fissure sealants in second primary and first permanent molars. *Int J Pediatr Dent* 1997; 7: 81-86
30. Hosoya Y. The effect of etching times on ground primary enamel. *J Clin Pediatr Dent* 1991; 15: 188-194
31. Akal N. Asit uygulama süresinin aşındırılmış ve aşındırılmamış süt dişi mine yüzeyine etkilerinin tarama elektron mikroskop ile değerlendirilmesi.
32. Barkmeier WW, Gwinnett AJ, Shaffer SE. Effects of enamel etching time on bond strength and morphology. *J Clin Orthod* 1985; 19: 36-38
33. Brannstrom M, Nordenvall KJ. The effects of acid etching on enamel, dentin and the inner surface of the resin restoration: A scanning electronmicroscopic investigation. *J Dent Res* 1977; 56: 917-922
34. Myers DR, Butts MB. Surface topography of the cavosurface bevel following acid etching in primary teeth. *J Pedod* 1985; 10: 63-67
35. Nordenvall KJ, Brannstrom M, Malungren O. Etching of deciduous teeth and young and old permanent teeth: A comparison between 15 and 60 seconds of etching. *Am J Orthod* 1980; 78: 99-108
36. Tandon S, Kumari R, Uduga S. The effect of etch-time on the bond strength of a sealant and on the etch-pattern in primary and permanent enamel: an evaluation. *J Dent Child* 1989; 56: 186-190
37. Koutsis V, Noonan RG, Homer JA, Simpson MD, Matthews WG, Pashley DH. The effect of dentin depth on the permeability and ultra structure of primary molars. *Pediatr Dent* 1994; 16: 29-35
38. Tam LE, Pilliar RM. Effects of dentin surface treatments on the fracture toughness and tensile bond strength of a resin-composite adhesive interface. *J Dent Res* 1994; 73: 1530-1538
39. Garcia-Godoy F. Resin-based composites and compomers in primary molars. *Dent Clin North Amer* 2000; 44: 541-570
40. Turgut MU, Tekçiçek MU, Atar N, Sargon MF. Microleakage of two polyacid-modified resin composites under different conditioning methods in primary teeth. *J Dent Child* 2001; 68: 311-315
41. Megid FYA, Salama FS. Shear bond strength of dyract compomer to dentin of primary molars. *J Clin Pediatr Dent* 1997; 21: 305-310
42. Gross LC, Griffen AL, Casamassimo PS. Compomers as class II restorations in primary molars. *Pediatr Dent* 2001; 23: 24-27
43. Papagiannoulis L, Kakaboura A, Pantaleon F, Kawadia K. Clinical evaluation of a polyacid-modified resin composite (compomer) in class II restorations of primary teeth: a two year follow-up study. *Pediatr Dent* 1999; 21: 232-235
44. Marks LA, Weerheijm KL, van Amerongen WE, Groen HJ. Dytract versus Tytin class II restorations in primary molars: 36 months evaluation. *Caries Res* 1999; 33: 387-392.
45. Mass E, Gordon M, Fuchs AB. Assessment of compomer proximal restorations in primary molars: a retrospective study in children. *J Dent Child* 1999; 66: 93-97.
46. Silva Telles DP, Maria Aparecida MS, Machado MA, Nör JE. SEM study of a self-etching primer adhesive system used for dentin bonding in primary and permanent teeth. *Pediatr Dent* 1998; 20: 315-320
47. Fagan T, Crall J, Jensen M, Chalkley Y, Clarkson B. A comparison of two bonding agents in primary and permanent teeth. *Pediatr Dent* 1986; 8: 144-146
48. Hosoya Y, Tomiäga A, Kakazu K, et al. A comparison of three dentin adhesives to permanent dentin in regard to those of primary dentin. *Pediatr Dent* 1996; 6: 22-3
49. Agostini FG, Kaaden C, Powers JM. Bond strength of self-etching primers to enamel and dentin of primary teeth. *Pediatr Dent* 2001; 23: 481-486

Hamile hastalarda periodontal tedavi

■ Burak Demiralp*
Mehmet Muhtarogulları**

Hamilelik ve periodontal enfeksiyon arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. 1778'de Vermeeren hamilelikle diş ağrısını ortaya koymuş, 1818'de Pitcarin hamileliğe bağlı hiperplaziyi tarif etmiştir. Hamileliğin periodontal dokuları etkilediği uzun yıllardır bilinmesine rağmen bu ikili arasındaki ters ilişkide son yıllarda gündeme gelmiştir. Son yapılan araştırmalar periodontal hastalığın hastanın sistemik durumunu etkilediği gibi fetusunda sağlığını etkileyebileceğini ve düşük, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırdığını ortaya koymuştur.

Periodontal hastalıklar

Hamilelik gingivitis ilk kez 1877 yılında Pinard tarafından rapor edilmiştir. Hamilelik gingiviti oldukça yaygın bir durum olup hamile kadınların %30 ile %100 oranında görülmektedir. Eritem, ödem, hiperplazi ve artan kanama ile karakterizedir. Gingivitislerle histolojik olarak benzer olmalarına rağmen etyolojik faktörler farklıdır. Mevcut durum hafif olabileceği gibi şiddetli gingival hiperplaziye, ağrı ve kanamaya neden olup, ilerleyebilir. Hamilelik öncesindeki periodontal durum hastalığın şiddetini ve ilerlemesini etkileyebilir. Anterior bölgeler ve interproximal alanlar daha sıklıkla etkilenir. Artan ödem, cep derinliğinin artmasına ve mobilitede artmaya neden olabilir. Anterior bölgede görülen enflamasyon özellikle 3. trimesterdeki hamileliğe bağlı rinit nedeniyle artan ağız solunumuna bağlı olarak daha da artabilir. Gingiva en çok etkilenen bölge olup (%70) bunu dil ve dudaklar, bukkal mukoza ve damak takip eder. Pyojenik granülomalar, hamilelik tümörleri hamileliklerin %0.2 ile %9.6'nda görülür. Klinik ve histolojik olarak erkekler

ve hamile olmayan kadınlarda görülen pyojenik granülomalar ile ayırt edilemezler. Sıklıkla 2. ve 3. trimesterde görülür. Klinik olarak çok kolay kanarlar, büyürler ve nodüler bir hal alırlar. Saplı veya sapsız, ülser yapıda olabilirler, renkleri pembemsi kırmızıdan koyu kırmızı rengine değişiklik gösterebilir. Genellikle gingivitis olan bölgede olur ve kötü ağız hijyeni veya diştaşına bağlı olarak gelişir. Hamileliğe bağlı pyojenik granülomada genellikle kemik kaybı izlenmez.

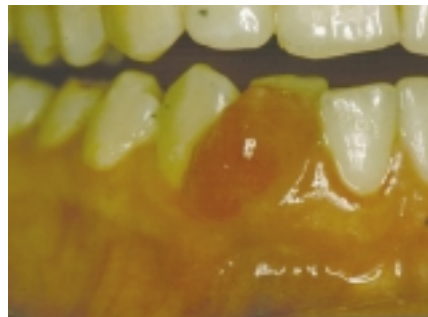
Subgingival plak kompozisyonu

Epidemiyolojik çalışmalar oral hijyenin derecesi ile gingival enflamasyon arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Hamilelik esnasında sulingival plak kompozisyonunda değişiklikler meydana gelir. 2. trimesterde plak miktarında artış olmaksızın gingivitis ve dişeti kanamasında artış meydana geldiği gösterilmiştir. Anaerobik mikroorganizmaların aerobik mikroorganizmalara oranı artar. Bununla birlikte *B. melaninogenicus* ve *P.intermedia* oranlarında artış olur. Hamileliğin 21. ve 27. haftaları arasında da *P.gingivalis* oranında artış olur.

Periodontal hastalık ile erken doğum-düşük doğum ağırlıklı doğum arasındaki ilişki

Tedavi edilmemiş periodontal hastalığı olan hamile kadınlarda erken doğum (<37 hafta) ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskinin (<2500g) sözkonusu olabileceği ileri sürülmüştür. Düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerin annelerinin kontrol gruplarına göre daha fazla periodontal aıtçıman kaybına sahip oldukları gösterilmiştir.

Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile periodontal hastalık arasındaki ilişki



Resim 1: Hamilelik döneminde görülen bir pyojenik granüloma (hamilelik tümörü)

enfeksiyona bağlı bir ilişkidir. İndirekt olarak bakteriel ürünlerin (endotoksinler-LPS) ve anneye ait iltihabi mediatörlerin iletilmesi ile ortaya çıkmaktadır. Normal doğum sonrasında doğal olarak artan TNF α ve PGE $_2$ gibi bioaktif moleküller iltihabi gelişim ile birlikte yapay olarak yüksek seviyelere ulaşmakta ve bu da erken doğuma neden olabilmektedir. Son yapılan çalışmalar DOS'daki PGE $_2$ seviyesinin intraamniyotik PGE $_2$ seviyesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu göstermiştir. Bu durum, Gram (-) periodontal enfeksiyonun PGE $_2$, IL-1 β gibi sekonder iltihabi mediatörleri stimüle ederek ve/veya LPS yoluyla erken doğuma yol açabileceği ileri sürülmektedir. Sürmekte olan çalışmalar periodontal hastalık ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Anneye ait immün sistemin hamilelik sırasında baskılandığı düşünülmektedir. İmmün cevaptaki bu azalma hamilelerde gingival enflamasyonun daha kolay ortaya çıkmasının da bir diğer nedenidir. PGE $_1$, PGE $_2$ olmak üzere prostoglandin üretimini stimüle etmektedir.

Hamilelik sırasında hormon seviyeleri dramatik olarak artmaktadır. Progesteron 100 ng/ml seviyelerine yükselir ki bu menstrüasyondaki en yüksek değer 10 katıdır. Plasmadaki estradiol normal sıklusdaki değerinden 30 kat daha fazladır. Dişeti dokusunda seks hormonlarına ait reseptörler olduğu gösterilmiştir. Bu da dişetin seks hormonları için hedef dokulardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. Salyada seks hormonlarının artan *P.intermedia* miktarı ile birlikte 1. aydan başlayarak arttığı ve 9.ayda en yüksek değerine ulaştığı gösterilmiştir. Cep derinliğindeki artış, dişetlerinde kanama ve hiperemi doğumdan sonraki bir aya kadar devam etmektedir.

Şiddetli ösefajial reflü mevcutsa veya tekrarlayan kusmalar söz konusu ise artan asite bağlı dişlerde erozyon izlenebilir. Ağız kuruluğu hamilelerde sıklıkla görülen bir durum olup hamilelerin %44'nde izlenir. Hamile bireyler immünolojik açıdan hassas hale geldiklerinden hekim hamile hastasının genel sağlığı açısından temkinli olmalıdır. Hamilelik sırasında hamilelik diabeti, lösemi ve diğer medikal sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Klinik yaklaşım

Detaylı bir medikal anamnez periodontal muayenenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Hamilelik sırasında meydana gelen immünolojik değişimlere bağlı olarak kan basıncı artar (mitral kapak prolapsına ve kalpte murmur sesinin artmasına neden olur) ve fetus ile olan etkileşimler nedeniyle hekim hastayı detaylı olarak muayene etmelidir. Medikal anamnezde özellikle;

- Hamileliğe bağlı komplikasyonlar
 - Önceki düşüklükler
 - Şu an mevcut olan kramp, kusma,
 - Damla veya leke tarzında vajinal kanama gibi konuların üzerinde durulmalıdır
- Daha sonra mutlaka hastanın kadın doğum uzmanı ile kontakta geçip hastanın durumu hakkında bilgi alınmalı ve hastanın periodontal ve dental tedavi ihtiyaçları belirtilmelidir.

Hamile hastalardaki ana hedef sağlıklı oral dokuların varlığını sağlamak ve yeterli



Resim 2: Anterior interproximal bölgelerin etkilendiği tipik bir hamilelik gingivitis'i

bir oral hijyen elde etmektir. Koruyucu periodontal tedavi diyet konsültasyonu, titiz bir şekilde hastanın plak kontrol yöntemlerini geliştirmektir.

Plak kontrolü

Hamile hastalarda gingival enflamasyona olan yatkınlıktaki artış hastalara detaylı olarak anlatılmalı, ideal oral hijyen teknikleri hastaya öğretilmeli, teşvik edilmeli ve hamilelik boyunca kontrol altında tutulmalıdır. Scaling, polisaj ve kök düzeltmesi hamilelik sırasında gerekli olduğunda yapılabilir. Ağız gargarası kullanılacağında alkol içermeyen ağız gargaraları tercih edilmelidir.

Prenatal flor uygulaması

Prenatal flor kullanımının faydalı olup olmadığınına dair çelişkili çalışmalar mevcuttur. ADA (American Dental Association) prenatal flor kullanımının yararı henüz ispat edilemediğinden tavsiye etmemektedir. Bunu AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry) de desteklemektedir. American Academy of Pediatrics ise bu konuda bir hüküm belirtmemiştir.



Resim 3: Hamilelik gingivitis'i

TEDAVİ

Elektif Diş Tedavisi

İyi bir oral hijyen dışında 1. ve 3. trimesterin yarısından sonra elektif tedaviden kaçınılmalıdır. İlk trimester organogenez aşaması olup fetus çevresel etkilere çok duyarlıdır. 3. trimesterin son yarısında ise uterus dış uyaranlara karşı son derece hassas olduğundan erken doğum riski söz konusudur. Hasta uzun süre kol-tuktta oturtulmamalıdır. Supine hipotansif sendromu ortaya çıkabilir. Yarı geri yatırılmış veya supine pozisyonda özellikle vena cava inferior uterusun ağırlığı ile baskılanır. Venöz dolaşımı etkileyerek anede hipotansiyona kardiyak çıkışta azalmaya ve anlık şuur kaybına neden olur. Supine hipotansif sendromu hastayı sol tarafına döndürerek genellikle üstesinden gelinebilir bir durumdur. Bu durumda vena cava inferior daki basınç ortadan kalkar, kanın pelvik alanda ve alt ekstremitelerden geri dönüşü sağlanmış olur. 15 cm kalınlığındaki yumuşak bir örtü (rulo haline getirilmiş bir havlu olabilir) hasta tedavi için geriye yaslandığında sağ tarafına yerleştirilmelidir.

2. trimester rutin dental tedavi için en güvenilir periyottur. Bu periyottaki amaç, mevcut olabilecek aktif bir hastalığı kontrol altına almak ve hamileliğin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilecek potansiyel problemleri elemine etmektir. Major oral veya periodontal cerrahiler doğum sonrasına ertelenmelidir. Ağrılı, çiğnemeye engel olan mekanik tedavi sonrası kanamayla, süpürasyona neden olan hamilelik tümörlerinin eksize edilmesi ve doğum öncesinde biopsisi gerekebilir.

Dental radyograflar

Yüksek hızdaki filmler, filtrasyonlar, kolimasyon ve kurşun apronların kullanımı ile dental radyografların güvenilirliği artmıştır. Ancak, en ideali özellikle ilk trimester olmak üzere hamilelik sırasında herhangi bir radyasyon almamaktır. Radyograf mutlak gerektiğinde hasta için en önemli olay koruyucu kurşun yelek giymesidir. Çalışmalar kurşun yelek giyildiği zaman gonodial ve fetal radyasyonun ölçülemeyecek kadar az olduğunu göstermektedir. Dental radyografların tüm güvenilirliklerine rağmen, dental radyograflar ancak teşhis için çok gerekli oldukları zaman kullanılmalıdır.

İlaçlar

Hamile hastalarda ilaç tedavisi; plasenta yoluyla fetusu etkileyebileceğinde kontrendikedir. İlaçlar ancak hamile hastanın sağlığı açısından mutlak şart ise ve muhtemel yan etkileri değerlendirildikten sonra kullanılabilir. İdeal olarak, özellikle 1. trimester de olmak üzere hamilelik sırasında ilaç kullanılmamalıdır. Ancak bazen bu kurala uymak mümkün olmayabilir. Bu gibi durumlarda ancak hamilelik sırasında kullanılması diğerlerine göre daha güvenli olan ilaçlar kullanılabilir. Kullanılacak ilaçların fetus üzerindeki et-

Lokal Anesteziler

Lidocaine	Kullanılabilir
Prilocaine	Kullanılabilir
Etidocaine	Kullanılabilir
Mepivacaine	Riskli- Konsültasyon gerekir
Bupivacaine	Riskli- Konsültasyon gerekir
Procaine	Riskli- Konsültasyon gerekir

Ağrı Kesiciler

Acetaminophen	Kullanılabilir
Aspirin	Riskli-3.trimesterde kullanılmamalı
Ibuprofen	Riskli-3.trimesterde kullanılmamalı
Codeine	Riskli- Konsültasyon gerekir
Hydrocodone	Riskli- Konsültasyon gerekir
Oxycodone	Riskli- Konsültasyon gerekir
Propoxyphene	Riskli- Konsültasyon gerekir

Antibiyotikler

Penicilin	Kullanılabilir
Erythromycin	Kullanılabilir-estolate formu kullanılmamalı
Clindamycin	Kullanılabilir ancak riskli olabilir
Cephalosporin	Kullanılabilir
Tetracycline	Kullanılmamalı-Riskli
Ciprofloxacin	Kullanılmamalı-Riskli
Metronidazole	Kullanılmamalı-Riskli
Gentamicin	Riskli- Konsültasyon gerekir
Vancomycin	Riskli- Konsültasyon gerekir
Clarithromycin	Kullanılmamalı-Riskli

Tablo 1: Hamilelikte lokal anestezi, antibiyotik ve ağrı kesici kullanımı

Lokal Anesteziler

Lidocaine	Kullanılabilir
Prilocaine	Kullanılabilir
Etidocaine	Kullanılabilir
Mepivacaine	Kullanılabilir
Bupivacaine	Kullanılabilir
Procaine	Kullanılabilir

Ağrı Kesiciler

Acetaminophen	Kullanılabilir
Aspirin	Kullanılmamalı
Ibuprofen	Kullanılabilir
Codeine	Kullanılabilir
Hydrocodone	Bilgi Yok
Oxycodone	Kullanılabilir
Propoxyphene	Kullanılabilir

Antibiyotikler

Penicilin	Kullanılabilir
Erythromycin	Kullanılabilir
Clindamycin	Kullanılabilir ancak riskli olabilir
Cephalosporin	Kullanılabilir
Tetracycline	Kullanılmamalı-Riskli
Ciprofloxacın	Kullanılmamalı-Riskli
Metronidazole	Kullanılmamalı-Riskli
Gentamicin	Kullanılmamalı-Riskli
Vanocomycin	Kullanılmamalı-Riskli
Clarithromycin	Kullanılmamalı-Riskli

Tablo 2: Emzirme döneminde lokal anestezi, antibiyotik ve ağrı kesici kullanımı

kisi kullanılan antimikrobal ajanın tipine, dozuna, kullanıldığı trimastere, tedavinin süresine bağlıdır. Hamilelik döneminde kullanılabilecek ilaçlar tablo-1 de detaylı olarak gösterilmiştir.

Emzirme dönemi

Kullanılan ilaçlar emzirme sırasında anne sütünden geçerek fetusu etkileyebilir ve yan etkiler ortaya çıkabilir. Maalesef bu konuda çok detaylı çalışma ve bilgi mevcut değildir. Anne sütüne geçen ilaç miktarı annedekinin %1- %2'sinden daha fazla değildir. Bu nedenle, bebeğe ciddi bir yan etkisinin olması beklenmemektedir. Anne ilaçları emzirmeden hemen sonra almalı ve sütteki ilaç konsantrasyonunun azalması için en az 4 saat bebeği emzirmemelidir. Emzirme döneminde kullanılabilecek ilaçlar tablo-2 de detaylı olarak gösterilmiştir.

* Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ankara
** Yrd.Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ankara

KAYNAKLAR

1. Raber-Durlacher JE, Leene W, Palmer-Bouva CCR. Experimental gingivitis during pregnancy and postpartum: Immunohistochemical aspects. J Periodontol. 1993;64:211.
2. Kornman KS, Loesche WJ. The subgingival flora during pregnancy. J Periodontol.1980; 15:111.
3. O'Neil TCA. Maternal T-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy. J Periodontol. 1979; 50:178.
4. Offenbacher S, Katz V, Fertik G. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birthweight. J Periodontol;1996: 67:1103.
5. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. Ann Periodontol. 1998;3(1):233.
6. Zoeller J. The top 200 drugs. American Druggist 1999:41.
7. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. 1.Prevalence and severity. Acta Odontol Scan. 1984; 21:533.
8. Little JW, Falace DA. Dental Management of the medically compromised patient, ed 4. St Louis, Mosby,1993.



Sürgü kilit sistemi



Pratik uç değişimi



360 derece dönme özelliği



Darbe sertlik ayarı

FARKO
Patent.No:01458

Havali Sistem
Tamotomatik
Kron Sökücü
Made in Turkey



220.000.000.-TL

- Aletör başlık yerine takılan • 2.2 ila 4 Atü hava basıncıyla çalışan
- Kullanımı kolay ergonomik • Kullanımda asistan gerektirmeyen
- Uç takma kısmı kilit sürgü sistemi sayesinde çalışma esnasında gevşeme yapmayan uçlar • Uç kısmının 360 derece dönme özelliği
- Mandala her basışta tek bir vuruş yapması çıkartılacak krona kontrollü vuruş imkanı sağlar
- Ağızdan çıkartmadan otomatik kurulma özelliği
- Kısa zaman diliminde çok sayıda vuruş yapma olanağı
- Düşük sertlikte çok sayıda vuruş dişe ve krona hasar vermeden simanın bırakması sağlanır
- Porselen köprülerin hasarsız çıkartılabilmesi için ara gövde aparat seti
- Sertlik ayar vidası istenen konuma getirildiğinde değiştirene kadar aynı sertlikte vuruş yapılır
- Bu özellikler sayesinde hasta ağızından en kısa sürede kronun çıkarılması sağlanır.



85.000.000.-TL

FARKO Manuel Kron Sökücü

- Uç değişimi sürgü kilit sistemli, porselen köprüler için manuel sisteme uygun ara gövde aparat seti • Kolay ve seri kurma imkanı
- Darbe ayarının hassas vuruş için ayarlanabilmesi
- Uçların 360 derece dönme özelliği • Tek olarak uçların temin imkanı

Ara gövde aparat seti uygulaması



Gelişmiş ülkelerde kullanılan pnomatik (havali) kron sökücülerin ülkemizdeki eksikliği gidermek üzere tasarlanmış olan **FARKO HAVALI SİSTEM TAMOTOMATİK KRON SÖKÜCÜ** patent tescilli olup ülkemiz ve dünya diş hekimlerinin hizmetine sunulmuştur. Ülkemiz ekonomik şartlarına uygun olarak piyasaya çıkarılmıştır. 1 yıl garantilidir.

Distribütörler verilecektir

FARKO DENTAL
Diş Hekimliği & Laboratuvarı Cihazları
İmalatı Toptan Tic.

Merkez: Sinan Mah. 1281 Sk.
A. Demirkaya Apt. 1/7

İrtibat Tel.:0.242 311 40 54
ANTALYA

HIV/AIDS

■ Aygen Tümer*

HIV/AIDS hastalığı ilk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Haiti'den gelen göçmenlerde tanımlanmıştır. Araştırmacılar bu hastalığın daha önce literatürde rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek bu yeni hastalığa "AIDS" (Akkız İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immun e Deficiency Syndrome) adını vermişlerdir. 1983 yılında AIDS'e neden olan virüs "HIV" (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) izole edilmiş olup, bu virüs vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir.

HIV enfeksiyonu sadece erişkinleri değil, bebek, çocuk, genç, yaşlı demeden herkesi tehdit edebilen, henüz tam kür sağlayabilecek tedavisinin ve aşısının bulunmadığı bir hastalıktır. Kullanım şemaları karışık, yan etkileri fazla ve ekonomik olarak büyük yük getiren tedavilere rağmen, hastalıktan ölüm hemen hemen tamamen ortadan kalkmış, HIV enfeksiyonu ölümcül hastalık olmaktan çıkıp, yaşam boyu ilaç kullanımını gerektiren bir tür kronik hastalığa dönüşmüştür.

HIV/AIDS hastalığı az sayıda ve homoseksüel erkeklerde görülmesi nedeni ile ilk başlarda fazla ilgi çekmemiştir. Ne zaman ki biseksüel erkekler aracılığı ile kadınlara ve enfekte hamile kadınlardan da bebeklere geçmesi ile tüm dünyanın odak noktası haline gelmiştir. HIV/AIDS hastalığı bir bölge ya da bazı ülkeler için sorun oluşturan bir hastalık değil, tüm

dünyayı etkileyen bir hastalıktır. Kan ve kan ürünlerinin 1987 yılından beri düzenli olarak ELISA yöntemi ile HIV yönünden taranması, virüse karşı ilaçların geliştirilmesi, fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinin yapılabilmesi, yaygın ve etkili eğitim programlarının uygulanmaya başlanması ile HIV/AIDS hastalığının epidemisinde son yıllarda önemli değişiklikler olmuştur.

Dünyada HIV/AIDS

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Aralık 2003 verilerine göre dünyada 46 milyon HIV/AIDS'li kişi yaşamakta olup, epideminin başından beri 30.6 milyon kişi hayatını bu hastalık nedeni ile kaybetmiştir. Sadece 2003 yılı içinde 5 milyon yeni vaka bildirilmiş olup, bu sayılara günde 14 000, dakikada 10 yeni vaka ilave olmaktadır.

Son yıllarda epidemide gözlenen önemli değişikliklerden biri, 20 yaş olan hastalığın ilk görülme yaşının 15 yaşa inmesidir. Gençlerin HIV'e daha yatkın olma nedenlerinin başında, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgilerinin kısıtlı olması, bilgileri olsa bile nasıl korunulacağını bilmiyor olmaları gelmektedir. Epidemide yaşanan bir diğer önemli değişiklik ise hastalığın ilk tanımlandığı 1980'li yılların başında kadınlarla erkeklerin %8 olan oranının, %18-20'lere, son yıllarda ise %45-50'lere yükselmiş olmasıdır. Araştırmacılar kadın erkek oranındaki bu eşitleme trendinin geriye döneceğini tahmin etmektedirler.

Tüm dünyada HIV/AIDS din, dil, ırk, cins, ülke ayrımı yapmadan hızla yayılmaya devam etmektedir. Tüm HIV enfekte vakaların %95'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde, %89'u da Sahra-altı Afrika, Güney ve Güney-doğu Asya'da görülmektedir. Günümüzde HIV/AIDS hastalığı Sahra-altı Afrika'da birinci, dünyada ise 4. ölüm nedeni olarak bildirilmektedir.

Türkiye'de HIV/AIDS

Tüm dünyada HIV enfekte vakaların hızla arttığı gözlenirken Türkiye'nin bu salgının dışında kalması beklenmemek-

tedir. Ülkemizde ilk defa 1985 yılında HIV enfekte vaka bildirilmiş, daha sonra her yıl hasta sayılarında giderek artma gözlenmiştir. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Aralık 2003 verilerine göre 1712 HIV/AIDS vakası vardır. Bunların 504'ü AIDS basamağına ulaşmış, 1208 kişi ise HIV enfectedir. Ancak özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda kişilerin sağlık kurumlarına yeterli başvurularının olmamaları, kayıt sistemlerinin yeterli çalışmaması, bu sayının gerçekleri yansıtmadığını düşündürmektedir.

Türkiye'de vakaların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %68.6 erkek, %31.4 kadın olduğu gözlenmektedir. Bulaşma yollarına vakalar incelendiğinde; %50.6 heteroseksüel cinsel temas, %7.9 homoseksüel cinsel temas, %6.1 damar içi madde bağımlıları, %2.4 transfüzyon alanlar, %1.5 anneden bebeğe geçiş, %0.5 hemofili hastaları ve %30.6 ise bilinmeyenlerden oluştuğu görülmektedir. %30.6 gibi büyük bir oran eksik bildirim göstermektedir ki bu da epideminin boyutunu öğrenmedeki güçlüğü gözler önüne sermektedir.

Klinik Seyri

HIV enfeksiyonunun doğal seyri yedi evreye ayrılarak incelenmektedir.

1. Virüsün bulaşması
2. Primer HIV Enfeksiyonu (Akut HIV Enfeksiyonu)
3. Serokonversiyon
4. Asemptomatik Dönem
5. Erken Semptomatik Dönem
6. Geç Semptomatik Dönem (AIDS)
7. İleri Evre (Advanced HIV Enfektion)

1. Virüsün Bulaşması:

HIV/AIDS üç önemli yolla bulaşmaktadır.

Cinsel yolla bulaşma

HIV enfeksiyonunun en önemli bulaşma yolu korunmasız yapılan cinsel temasdır. HIV/AIDS her türlü (vajinal, oral, anal) cinsel temasla bulaşabilmektedir. Bu tür bulaşmaya bağışık kimse yoktur. Ancak kanla veya kadın/erkeğin cinsel salgıları ile temasa neden olabile-

cek her türlü cinsel aktivitede bulaşma riski bulunmaktadır. Bulaşma için HIV pozitif kişi ile yapılan tek bir cinsel temas bile yeterli olup, cinsel temas sayısı arttıkça bulaşma olasılığı artmaktadır. Araştırmalar, yaptıkları doku hasarı nedeniyle cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonların varlığının HIV enfeksiyonunun bir kişiden diğerine geçişini kolaylaştırdığını göstermektedir.

En sık (%60-70) bulaşma yolu cinsel temasla olduğu için bu yolla korunma büyük önem taşımaktadır. Cinsel aktiviteden tamamen kaçınarak veya enfekte olmayan partnerle monogamik ilişki sürdürülerek kesin olarak HIV enfeksiyonunun bulaşması önlenmektedir. Cinsel temas sırasında prezervatif (kondom, kılıf, kaput) kullanılmasının koruyuculuğu, kondomun lateks olması, doğru ve devamlı kullanılması, yırtık veya delik olmaması kaydıyla ispatlanmıştır. Kadınlar için özel olarak hazırlanmış kondomlar da doğru ve devamlı kullanımla etkili olmaktadır.

Kan ve kan ürünleri ile bulaşma

Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile, virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir. 1985 yılında testlerin bulunması ile dünyanın her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastaya verilmeden önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu bir hale getirilmiştir. Türkiye'de 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünlerine ELISA yöntemi ile test yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir. Bu nedenle 1987 yılından beri kan ve kan ürünleri ile olan bulaşma azalmıştır. Ancak hastalığın 10-12 hafta süren pencere döneminin olması ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılabilmesi az da olsa bu yolla geçiş olabileceğini göstermektedir. Bu oran 1/36 000-1/225 000 olarak bildirilmektedir.

Anneden bebeğe bulaşma

HIV enfeksiyonu gebelik süresince, doğum sırasında ve emzirme ile bebeğe geçebilmektedir. Bu oran % 20-30'dur. Anneden bebeğe geçişi önlemede önemli olan HIV enfeksiyonu görülme olasılığı yüksek olan bölgelerde doğurganlık yaşındaki ve HIV enfeksiyon riski belirlenmiş olan kadınlara tüm bulaşma yollarını öğretebilmektir. Eğer kadın HIV pozitif ise doğum kontrol yöntemleri öğretilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen gebe kalan HIV pozitif kadınlara erken dönemde kürtaj yapılması pek

çok ülke tarafından kabul edilmektedir. Eğer anne adayı bebeği doğurmakta ısrarlı ise ve hiç tedavi almazsa bebeğin HIV enfekte olma olasılığı %20-30'dur. Anne adayı AZT ile tedavi edilirse bu oran %8-11, ikili kombine tedavi alırsa %2-6, HAART ile tedavi edilirse %1-2'lere kadar düşürülebilmektedir. 38. haftada elektif sezaryen uygulaması tercih edilmektedir. Anne sütü ile virüsün geçişi gösterildiğinden annenin bebeği emzirmemesi önerilmektedir.

Sağlık personeline bulaşma

Sağlık personeline HIV enfeksiyonunun geçişi kullanılmış iğne, enjektör batması ile, kesici aletlerle yaralanma ile, enfekte sıvıların mukozalara sıçraması ile ve bütünlüğü bozulmuş deri ile mümkün olabilmektedir. İğne batması ile bulaşma riski, iğnenin çapının genişliği, yaranın derinliği ve boyutu, kontaminasyon miktarı ve iğne üzerinde kanın varlığı ile bağlantılıdır. Ayrıca, HIV pozitif hastanın hastalığın hangi evresinde olduğunda geçiş riskini etkilemektedir. Ortalama risk HIV için % 0.2-0.5'tir. Mukozal temasta bulaşma riski % 0.1 olarak bildirilmektedir. Temas eden enfekte vücut sıvısının miktarı ve temas süresi bulaşmada önem taşımaktadır. Sağlık personelleri hastanın hikayesi ve fizik muayene ile enfekte hastaları ayırt etme olanağına sahip olmadıklarından tüm hastaların kan ve diğer vücut sıvılarını enfekte kabul ederek çalışmalıdır. Hastalara uygulanan işlemler sırasında eldiven mutlaka kullanılmalı, işlem bittikten sonra eldiven değiştirilmeli ve eldivenler çıkartıldıktan sonra eller hemen yıkanmalıdır. Eğer eller veya diğer cilt yüzeyleri hastanın kanı ya da diğer vücut sıvıları ile kontamine olursa derhal su ve sabunla yıkanmalıdır. İğne batmasını engellemek için iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfları tekrar takılmamalı, iğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir. Yapılan bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusu ise ağız, burun ve gözleri korumak amacıyla maske ve gözlük takılmalı, diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmelidir. Sağlık personeli eğer HIV enfekte kan veya vücut sıvıları ile temas ederse, öncelikle deri ise su ve sabunla, göz ise steril tuzlu su ile, ağız ve burun ise suyla iyice yıkanmalıdır. Bulaşmada bazal olarak HIV antikor testi yapılmalı, 6. hafta, 3. ay ve 6. ay sonrası test tekrarlanmalıdır. Tedaviye temas sonrası mümkün o-

lan en kısa sürede, ideali 1 saat içinde başlanmalıdır. Tedavi için önerilen ikili kombinasyon tedavisi olup, eğer temasın yoğun olduğu düşünülüyorsa kombinasyona üçüncü bir ilaç ilavesi önerilmektedir. Tedavi 28 gün süre ile uygulanmalıdır.

2. Primer HIV Enfeksiyonu: (Akut HIV Enfeksiyonu)

HIV vücuda alındıktan 1-6 hafta içerisinde virüsün ilk çoğalma döneminde akut enfeksiyona neden olmaktadır. Bu dönemde klinik bulgular nonspesifik ve değişkendir. Vakaların %70-90'ında hiçbir klinik belirti ve bulgu gözlenmemekte, geri kalan %10-30 vakada ise nonspesifik bulgulara rastlanmaktadır. Ateş, lenfadenopati, farenjit, deri döküntüleri, kas ağrıları, diyare, baş ağrısı, bulantı, kusma ve pamukçuk gözlenebilmektedir. Bütün bu bulgular 2-4 hafta içerisinde tedavi gerektirmeden geçebilmektedir. Primer enfeksiyon döneminden itibaren kişi bulaştırıcıdır.

3. Serokonversiyon:

Virüsün vücuda girişini takiben %95 vakada 10-12 hafta içerisinde HIV'e karşı antikorlar gelişmektedir. Bu antikorların hastalığın ilerlemesini engelleyici etkileri yoktur, ancak hastalığın teşhisi açısından önem taşımaktadır. Bu döneme "serokonversiyon dönemi" denmektedir. Antikorlar gelişene kadar geçen sürede de, kanda virus mevcuttur ve hasta bulaştırıcıdır.

4. Asemptomatik Dönem:

Serokonversiyon döneminden sonra enfekte kişiler "Asemptomatik Dönem"e girmektedirler. Bu dönemde kişide hiçbir belirti ve bulgu yoktur. Kişi virüsü taşıdığından genellikle farkında değildir ve sağlıklı bir insandan ayırt etmek mümkün değildir. Ancak kişi virüsü aldığı andan itibaren bulaştırıcıdır. Bu asemptomatik dönem eğer virüs korunmasız yapılan cinsel temasla alındı ise 8-10 yıl, kan ve kan ürünleri yolu ile alındı ise 5 ay-2 yıl arası sürmektedir. Ancak vakaların %20-30'unun ortalama 1.5-5 yıl içerisinde bir sonraki döneme geçtiği gösterilmektedir. Bu süreyi etkileyen faktörler virüsün alınma yolu, hastanın yaşı ve etkenin virülansı olarak bilinmektedir.

5. Erken Semptomatik Dönem:

Hastalarda ilk kez doktora başvurularına, böylece tanı konabilmesine olanak sağlayan belirtiler başlamaktadır. Hal-



sizlik, baş ağrısı, vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı, nedeni bulunamayan ateş, bir aydan daha uzun süren ve tedavi edilemeyen diyare, lenfadenopatiler, seboreik dermatit, folikülit, yaygın ve sık herpes virüs enfeksiyonları, ağızda mantar enfeksiyonları en sık karşılaşılan belirti ve bulgulardır. Sinüzit, bronşit ve pnömoni sık gelişebilen enfeksiyonlardır.

6. Geç Semptomatik Dönem: (AIDS)

Bu dönemde bağışıklık sistemi yetmezliği iyice belirgin bir hale gelmekte ve sık görülen fırsatçı enfeksiyon veya kanser türlerinden biri ortaya çıkabilmektedir. Yaygın kullanımında HIV ile ilgili tüm hastalıklar genel olarak AIDS adı ile anılmakta ise de aslında virus vücuda alındıktan sonra kişi "HIV pozitif" (HIV enfekte) dir ve son basamağa "AIDS dönemi" denmektedir. AIDS'i belirleyen hastalıklar, bağışıklık sistemi sağlam kişilerde hastalık yapmayan ya da bazı özel durumlarda çok seyrek hastalık yapabilen, parazit, virüs ve mantarların neden olduğu bazı enfeksiyon hastalıkları ile, Kaposi sarkomu, beyin lenfoması gibi bazı özel tür kanser hastalıklarıdır. Sağlıklı kişilerde hastalık yapamayan bazı enfeksiyon etkenleri bu zayıf ortamda hastalık meydana getirerek hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır.

7. İleri Evre: (Advanced HIV Enfektion)

Bu dönemde bağışıklık sistem yetmezliği ileri düzeye ulaşmaktadır. Wasting (=erime) sendromu gelişmekte ve belirgin nörolojik tutulum bu dönemde karşımıza çıkmaktadır. Antiretroviral tedaviye rağmen ileri evreye gelmiş hastalarda ortalama 2 yıl içerisinde yeni bir AIDS göstergesi hastalığın ortaya çıkışı engellenememektedir

Klinik Bulgular

HIV enfeksiyonu, kişinin bağışıklık sistemini etkilediği için her organ üzerinde

etki yapabilmektedir. Klinik bulgularda siz diş hekimleri için daha ön planda olabilecek bulgulardan bahsedeceğim.

Oral Kavite Bulguları:

HIV enfeksiyonunun seyri sırasında oral kavitede pekçok lezyon ortaya çıkabilmektedir. "**Orofarengeal kandidiazis**" bunların arasında sıklıkla rastlanandır. En sık izole edilen mikroorganizma Candida albicans olup, son zamanlarda Candida Krusei ve Candida glabrata da dikkat çekmektedir. Olguların çoğu semptomatik olup, eritematöz zeminde beyaz plaklar ve psödomembranöz görünüm sıklıkla izlenmektedir. Daha seyrek olarak, plaksız eritem, angular çelitis, fissure, ülserasyon ve ağız kenarında eritem ile seyredebilmektedir. Orofarengeal kandidiazis HIV pozitif vakalarda %7-48 oranında görülürken, AIDS basamağına gelmiş vakalarda bu oran %43-98'lere çıkmaktadır. Orofarengeal kandida enfeksiyonlarının yaklaşık %50'si ilerleyerek özefajite yol açmaktadır. Özefajit, odinofaji, disfaji, erozyon ve ülserlerle karakterize olmakla birlikte, %40 olguda hiçbir semptom bulunmamaktadır.

Orofarengeal kandidiaziste topikal ve sistemik tedavi uygulanmaktadır. Özellikle başlangıç evresinde topikal tedavi tercih edilmektedir. Topikal tedaviye cevap alınamayan olgularda, ağır enfeksiyonlarda, rekürren olgularda sistemik antifungallere geçilmektedir. Tedavi semptomlar düzelinceye kadar 10-14 gün sürdürülmekte ve gerektiğinde idame tedavi planlanabilmektedir. Oral hairy lökoplaki ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Oral hairy lökoplaki, kandida enfeksiyonundan karakteristik özellikleri ile ayırt edilebilmektedir. Dilin dış sınırında yerleşmekte ve kazanamamaktadır. Ağrısız olup etkeni Epstein-Barr virüsüdür. Asiklovir tedavisi ile remisyon nadiren girmektedir.

HIV enfekte kişilerde ayrıca, **diş apsesi, gingivitler**, herpetik veya bakteriyel o-

ral ülserasyonlar karşımıza çıkabilmektedir. Oral ülserlerin tedavisi zordur ve özellikle uzmanı tarafından tedavi edilmelidir. Metronidazol, asiklovir, %0.2 klorheksidin ağız çalkalamaları ve analjezik spreyler tedavide etkili olabilmektedir. İlerlemiş vakalarda talidomid kullanılmaktadır.

Esas olarak iyi ağız bakımı ve diş bakımı önem taşımaktadır. HIV enfekte hastalarda **oral Kaposi sarkomu** sıklıkla yaygın gastrointestinal lezyonlarla beraber görülmektedir.

Özefagus Hastalıkları:

HIV/AIDS hastalarının 1/3'ünde **özefajial kandidiazis** görülmektedir. Kişide disfaji gelişirse özefajial kandidiazis düşünülmelidir. Daha ileri tetkik yapmaya gerek görmeden sistemik antifungal ajanlar tedavide başlanmaktadır. Eğer semptomlar geçmezse veya tedaviye rağmen rekürrens gelişirse endoskopi yapılmalıdır ki, herpes simplex, sitomegalovirüs veya malign özefajial ülserasyon mu anlaşılın.

Tanı

Viral antijenlere karşı gelişen spesifik antikorların saptanmasıyla HIV enfeksiyonunun tanısı konmaktadır. Son yıllarda DNA ya da RNA genomunu saptamaya yönelik moleküler yöntemlerin de kullanıma girmesine rağmen ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) antiHIV antikorlarını saptayan etkin ve pratik bir yöntem olarak önemini korumaktadır.

ELISA testi: ELISA HIV antikorlarını saptayan %95 sensitivite ve %95-99 spesifiteye sahip, pratik, kolay uygulanabilen ve tarama testi olarak kullanılan bir testtir. Devlet Hastanelerinde, Üniversitelerde ve özel laboratuvarlarda, özel polikliniklerde yapılmaktadır. Eğer ELISA yöntemi ile yapılan test sonucu pozitif çıkarsa, test ikinci kez tekrar edilir, ikinci testte pozitif ise doğrulama testi olarak "Western Blot" testi uygulanır.

Western blot testi: HIV'e özgül ▶

antikorların saptanması ve doğrulanması için kullanılan, zaman alan, uygulaması zor, pahalı, fakat güvenilirliği yüksek bir testtir. ELISA testinin doğrulanması amacı ile kullanılmaktadır. Türkiye'de sekiz doğrulama merkezi bulunmaktadır.

Tedavi

Günümüzde uygulanan tedavi, erken başladığı zaman daha etkili olmakta ancak ekonomik olarak büyük yük getirmektedir. Hastaların tedavi giderleri Sağlık Kurulu raporu ile belgelenmesi halinde, 657 sayılı yasaya bağlı memurların, SSK kapsamındaki işçilerin, yeşil kart sahiplerinin ve Bağ-Kur'luların karşılanmakta ise de, bu tip tedavi olanağı olmayan hastalar tedaviden yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketleri ise ödeme yapmamaktadır.

HIV/AIDS tedavisi iki bölümde incelenir.

1. Primer hastalığın tedavisi: (Antiretroviral tedavi, ART)

Antiretroviral tedavinin amaçları yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini artırmak, HIV enfeksiyonunun etkilerini azaltmaktır. İlaçlara karşı gelişen direnç problemini azaltmak amacı ile ilaçların kombine kullanımı gündeme gelmiş ve kombinasyon tedavisi ile sinerjistik, aditif etki elde etmek ve direnç gelişimini geciktirmek mümkün olmuştur. Ancak antiretroviral tedavinin uygulama şekli zor, yan etkileri fazla ve maliyetleri çok yüksektir (yıllık 15 000 Amerikan Doları).

Fırsatçı enfeksiyonların ve kanser hastalıklarının tedavisi:

HIV/AIDS hastalarında fırsatçı enfeksiyonların tedavisi ve profilaksisi antiretroviral tedavi kadar önemlidir. Hastalıkların

rın çoğunun tedavisi mümkün olmakla birlikte, ilaçlar pahalı, yan etkileri fazla ve uzun süreli tedavi gerekmektedir. Ayrıca tedavi sonrasında hastalıkların tekrar ortaya çıkmasını engellemek için ilaçlar düşük dozda uzun süreli verilmekte ve hasta sürekli doktor kontrolünde olmaktadır. Fırsatçı enfeksiyonların tedavisi kadar profilaksisinde büyük önem taşımaktadır.

Koruyucu aşısı henüz bulunmamış, tam kür elde edilebilecek ilaçların henüz bulunmadığı HIV/AIDS'e karşı elimizde bulunan en etkili yöntem korunma olarak kabul edilmektedir. Korunmada en etkili yol EĞİTİM'dir. Henüz ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre bildirilen vaka sayıları ikibin civarı iken, vaka sayıları milyonları bulan ülkelerden örnek olarak korunmayı öğrenmek, öğretmek ve davranış değişikliğinde bulunulmasını sağlamakla, HIV/AIDS'li hastaları toplumdan dışlamadan hep beraber elele vererek yaşamakla bu hastalığa karşı mücadele edebiliriz. Ülkemizde HIV/AIDS hastalığı için çalışan başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Bakanlıklar, Üniversiteler, Devlet Hastaneleri, Sivil Toplum Kuruluşları, Dernekler ve Vakıflar bulunmaktadır. Bu Merkezlerden biri de HATAM "Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi" olup eğitim, laboratuvar, klinik izlem, tedavi ve danışmanlık hizmeti verilmektedir.

* Dr., Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi

HATAM (Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi):

Tel: 0.312.310 80 47

Faks: 0.312.310 41 79

e-mail: hiv@tr.net

www.hatam.hacettepe.edu.tr

TDBD 81. Sayı

SDE Soruları CEVAP ANAHTARI

- 1. D** Anestezi testi alt veya üst çenedeki dişlerden herhangi birine uygulanarak ayırt edici test olarak kullanılabilir. Yine üst aynı segmentte bulunan dişlerde kullanılabilir. Ama alt çenede mandibular blok anestezisi tüm çeyrek segmenti anestezize ettiğinden kullanılamaz.
- 2. D** Sınıf II divizyon I monobloğunda alt çene öne getirilerek kapanış alınmakta ve monoblok bu kapanışa göre yapılmaktadır. Bu durumda m.pterygoideus lateralis dışındaki bütün çiğneme kaslarının boyu uzatılmaktadır. Tekrar geri dönmek isteyen çiğneme kasları alt çeneyi geriye doğru çekmektedirler. Bu durumda alt çene ile birlikte geriye doğru hareket etmek isteyen monoblok üst çene kavsine posterior yönde kuvvet uygulamaktadır. Ayrıca kondil bölgesinde meydana gelen adaptif kemik appozisyonu ile alt çene büyümesi teşvik edilmektedir.
- 3. D** Üst çenede kretin posterior bölgesinde bulunan ve oldukça geniş, sağlam bir kemik ve kalın mukozadan oluşan Tüber maksilla bölgesi üst tam proteze anatomik açıdan önemli bir tutuculuk sağlamaktadır.
- 4. D** Süt dişi amputasyonunda kullanılan ideal bir materyal fizyolojik kök rezorbsiyonu ile uyumlu olmalıdır.
- 5. D** Periodontal ligamentin genişliği 0.25mm'dir
- 6. D** Formaldehit hiçbir şekilde ağartma işleminde kullanılan bir materyal değildir. Diğerleri çeşitli tekniklerde kullanılırlar
- 7. A** Aygıt alt kesici dişlere uygulanmakta ve hasta tarafından çıkarılamamaktadır. Aygıtın etkisi, çiğneme sırasında kasların çiğneme kuvvetlerini dişler üzerine yansıtması ile meydana gelmektedir. Ön eğik düzlem, alt ve üst çenede bukkal dişler arasındaki teması ortadan kaldırarak çiğneme basıncını alt ve üst kesici dişler grubuna yönlendirmektedir. Böylece üst kesici dişler labiale, alt kesici dişler ise linguale hareket ederek fonksiyonel veya dişsel ön çapraz kapanış kısa sürede tedavi edilebilmektedir.
- 8. C** Bu okluzyon tipinin tam protezlerde kullanılmasının en önemli nedeni tutuculuğun ve stabilitenin üst düzeyde sağlanmasıdır. Çünkü açma -kapanma ve lateral hareketlerde maksimum denge sağlanmaktadır.
- 9. D** Daimi diş amputasyonunda sert doku oluşumunu stimüle edici ve bakteriyostatik özelliği gibi pek çok olumlu özelliğinden dolayı Ca(OH) kullanılmalıdır.
- 10. E** Hepsi dişeti çekilmesine neden olmaktadır.

Üye bilgi formunuzu
doldurdunuz mu?



Orhan Özkan, sadece dişhekimliği alanına değil Türkiye’de sağlık hizmetlerinin her noktasına imzasını atmış bir meslek büyüğümüz. Özkan, ‘Talebe Birliği’ başkanlığından siyasi faaliyetlere, dişhekimleri cemiyeti çalışmalarından dişhekimleri odalarının ve Türk Dişhekimleri Birliği’nin kuruluşuna, Sağlık Bakanlığı’ndaki görevinden Dünya Sağlık Örgütü’nün danışmanlığına kadar son derece zengin tecrübelerini anlattı. Biz de keyifle dinledik ve saatler süren bu söyleşiyi sizler için özetledik:

‘Sağlık hizmetleri toplumsal politikalardan soyutlanamayacak bir alandır’

Dişhekimliği olmaya nasıl karar verdiniz?

Dişhekimliği olmaya şöyle karar verdim. Politikaya fazlasıyla bir ilgi duydum. Onun için de siyasal bilimler sınavına girdim. Kazandım. Fakat babamla kardeş çocukları olan Prof.Dr. Feyzullah Doğruer dedi ki, ‘siyasal bilimleri bitirince zannetme ki seni Paris, Londra, New York’a gönderecekler. Belki Hariciye’ye katip diye girersin. İki gün sonra bir laf edersin sen, kapının önüne koyuverirler’. ‘Gel’ dedi ‘dişhekimliği senin mesleğin olsun, kolunda bilezik olsun. Köy köy dolaşsan ekmek paranı çıkarırsın’. İstanbul Erkek Lisesi’nden pekiyiyle mezun oldum. İstedğim fakülteye girme şansım var. Ancak rahmetli Feyzullah amcanın fikrine aklım yattı. Rahmetli babam ‘aman ne yapıyorsun Feyzullah’ dedi. ‘Bu, ortaokul lisedeyken bütün harita, resim ödevlerini ben yapardım. Dişhekimliğini nasıl yapacak’ dedi. Rahmetli amcam ikna etti onu ve dişhekimliğine girdim.

Fakültede de rahat durmamışsınız galiba...

Evet, genellikle dişhekimleri cemiyet başkanlığı falan hep son sınıf öğrencilerin tekelindedir. Fakat biz büyük bir

mücadeleyle birinci sınıfı bitirirken kongreyi kazandık ve ben cemiyet başkanı oldum.

Cemiyetin önemli işlerinden biri, bugün basit gibi gelecek ya, gazeteler bize boyuna dişçi diyorlardı. Öyle ki tıp fakültesiyle voleybol maçı yaptığımız zaman bizim moralimizi bozmak için tıp öğrencileri dişçi dişçi diye tempo tutardı. Neden dişhekimliği denilmesi lazım geldiği konusunda yoğun bir çalışma yürüttük. Bakıt mücadele dişhekimliği camiasında devam ederken cephe genişletmek lazım. O zamana kadar hukuk, iktisat, tıp gibi büyük fakültelerin tekelinde olan İstanbul Üniversitesi Talebe Birliği başkanlığını küçücük ekibimizle kulis yaparak, mücadele ederek kazandık ve benim şahsımda ilk kez bir dişhekimliği İ.Ü. Talebe Birliği Başkanı oldu.

Bu arada politik faaliyetler de var mıydı fakültede?

Talebe Cemiyetinde siyaset olmaz olur mu. Talebe Birliği başkanı olduğum zaman Cumhuriyet Halk Partisi Gençlik Kolları Başkanı’yım. Siyasetin ilginç tarafı; 14 Mayıs 1950 seçiminden önce dayım Halk Partisi milletvekili olduğu halde ben, bir iktidar değişikliği için De-

mokrat Parti’nin kazanması mücadelesini veriyordum dayıma karşı. Fakat 14 Mayıs’tan sonraki gördüğüm hava, ilk çıkan kanunun Arapça ezanla ilgili olması, Kırşehir’de ilk defa Atatürk’ün heykelinin kırılması bizi irkiltti. Ne oluyor dedik. Ben Halk Partisi’ne girmeye karar verdim. Herkes gidiyor Mersine sen gidiyorsun tersine dediler. Cumhuriyet Halk Partisi il merkezinde üç yıl basın bürosu şefliği yaptım. Orhan Birgit benimle çalıştı.

Bu arada Ali Fuat Başgil’in başını çektiği bir Türkçülük hareketi vardı. Türkçülük hareketi içinde bir ırkçı görüşleri, kafatasçılığı savunan üç hilalciler vardı, bir de daha Atatürk milliyetçiliği denen görüşe yakın olanlar vardı. Biz ikincisine yakındık.

Mezun olunca ne yaptınız?

Ben bitirince asistan olmaya yöneldim ilk önce. O günlerde Mardin’de çalışan dişhekimliği bir arkadaşımız geldi. Muayenehanesi falan her şeyi var. Almanya’ya gidecek. Bana yeni mezunlardan bir çocuk lazım falan dedi. 165 lira asistan aylığı o zaman. Ben de bir taraftan Eyüp’te SSK Hastanesi vardır, orada çalışıyorum. Yılmaz Manisalı, Selçuk, ben, Senih Çalık-

kocaoğlu, Erhan Akın falan biz orada a-
sistanların arasında beşten on ikiye ka-
dar çalışıyoruz.

Bu teklifi duyunca bir iki gün sonra gel
bana dedim. Dedim 'başkasını aramaya
gerek yok, ben gideceğim'. 400 lira aylık
veriyor. İyi para. 'Sen gidersen' dedi '500
lira veririm sana'. İki üç tane kalfası var.
Mesul müdür gibi gidiyorsun.

Gittiniz mi peki?

Evet, kalktık Mardin'e gittik. İki Süryani
var, bir de ben. Gittiğim yerde zaten kal-
falar Süryani kalfalar. Protez dişhekimli-
ğini orada kalfalardan öğrendim. Bir se-
fer ölçü alıyorsun akşama protezi takı-
yorsun. Ne vurma var ne bir şey. Bir de
altın diş merakı var. 210 Kuruş altının
gramı. Bir gram altın 210 kuruş. 10 lira-
ya bir altın diş takıyoruz. Lateral moda-
sı var, lateral takıyoruz. Bir de Mardin'de
kızlar evleneceği zaman önce eczaneye
gidiyor, tartılıyor. Kilosuna fiyat biçili-
yor. Ondan sonra anlaşma gereğince diş-
hekimine geliyor. Kaç diş yapılacak, altın
diş yapılacak o anlaşılmış. En fakir olanı
lateral yaptırıyor.

Ben oradayken İstanbul'daki o Türkçü-
lük faaliyetlerinde bizi tutuklayıp içeriye
atan emniyet müdürü de meğer orada
valiymiş. Yerleştikten bir hafta sonra po-
lis geldi, 'Vali Bey sizi istiyor' dedi. De-
dim 'tamam, burada da buldu yine beni'.
Gittim, içeriye girdim. 'Geometri, fizik,
kimya, hukuk bilgisi, defter tutma ders-
lerini vereceksiniz' dedi. Döndüm arka-
ma baktım, kime söylüyor diye. 'Size
söylüyorum' dedi. 'Ben' dedim, 'dişheki-
mi Orhan Özkan'. 'Biliyorum' dedi. 'Sen
bizim İstanbul Erkek Lisesi'nde okudun'.
Ardından bana bir Nasrettin Hoca hika-
yesi anlattı. Hoca kapısında aranıyor-
muş, komşusu ne aranıyorsun diye so-
runca altın düşürdüm demiş. Beraber ar-
maya başlamışlar. Gelen geçen herkes
aramaya başlamış. Öyle ki bakılmadık
yer kalmamış. Hocam bakmadığımız yer
kalmadı burada düşürdüğünden emin
misin demişler. Yok demiş samanlıkta

düşürdüm. Samanlıktaki şey burada ara-
nır mı? E, orası karanlık demiş. 'Beyazıt
meydanında Kızılay meydanında Türk-
çülük yapmak kolay' dedi. 'Bu söyledi-
ğim derslerin öğretmenleri yok, onun i-
çin bu öğretmenliği yapacaksınız' dedi. O-
rada kaldığım iki yıl boyunca hem dişhe-
kimliği yaptım hem derslere girdim. Ha-
la Mardin'den birçok dostum var. Asker-
lik zamanı gelince Mardin defteri de ka-
pandı.

Politikaya girişiniz nasıl oldu?

Benim askerden sonra politikaya dönme-
ye hiç niyetim yoktu. Osman Sabri Alan
parti müfettişiymiş. Çanakkale'ye geldi,
59 yılı. Dedi ki bir müteşebbis heyeti o-
luşturulacak, paşam gözlerinizden öpü-
yor. Bir yandan askerden terhis bekliyo-
rum. Bu arada yeni evlenmişim. Kızım
58 Çanakkale doğumlu mesela.

İl Yönetim Kurulu oluşturuldu ve ilk
kongrede derhal il başkanlığa geldim.
Murat'ın (TDB Genel Sekreteri Murat Er-
soy) babası, o oluşturduğumuz kadrolar-
dan Tahir Ersoy. Onun kardeşi Bahir Er-
soy sonra Çalışma ve Sosyal Güvenlik
Bakanı oldu.

27 Mayıs'ta ne yaptınız?

Bir süre parti kapatıldı tabii. Dişhekimle-
rine çok şey getireceğine inandığım için
politikada kaldım. 65'te milletvekili ada-
yı oldum Çanakkale'den. Beşinci sıra-
daydım. Kazanamadık. 65'e kadar il baş-
kanıydım. Serbest dişhekimliği yapıyo-
rum bir taraftan. İl başkanları müdahaleci,
otorite durumda oldukları için ön
yoklamalarda şanslı değillerdir. 69 se-
çimlerinde bunu öğrenmişim. 68'de yö-
netim kurulu üyesi olarak girdim. Liste i-
kincisi oldum. Orhan Bey nasıl olsa ka-
zanır diyorlardı. İlk önce kazandığımız il-
lan edildi. Fakat bir itiraz oldu. Yeniden
sayımlar oldu. O sayımlar neticesinde AP
adayının bazı oyları düşünce o günkü se-
çim sistemine göre 234 artık oyla ben se-
çimi kaybettim. Yine de milli bakiyeden
artık oylarla benim seçilmem lazım. Fa-

kat Halk partisinin o zamanki yönetici-
lerinin bir oyunu oldu. İstanbul'da seçi-
mi kaybeden Cihat Baban'ı getirdiler be-
nim yerime koydular. Ondan sonra be-
nim canım sıkıldı. Haydi yallah dedik.
Hanımı alıp İzmir'e gittik.

Cemiyet çalışmalarına tekrar İzmir'de mi başladınız?

İzmir Çocuk Hastanesi'nde göreve başla-
dım. Muayenehane devam ediyor bir ta-
raftan. Arkasından 71-72'de Dişhekimle-
ri Cemiyeti başkanı oldum. Orada bir
buçuk iki sene 160 bin öğrencinin diş
taramasını yaptık. Bütün ilk ve ortaokul-
lar. Birinci senenin sonunda birden bire
çürük oranı azaldı. Dişhekimine gidiyor-
lar çünkü. Diş fırçalamayı öğrettik. Fir-
malardan diş macunu, diş fırçası aldık ki
başarılı öğrencilere diş macunu, diş fır-
çası hediye ediyoruz; 73-74'te. O zaman
Dünya Sağlık Teşkilatı beni advisor ola-
rak görevlendirdi, danışman yani. Bu ar-
ada benim hanım Çanakkale'deyken
sağlık kolejini açtık. Okula müdür
bulamadık. Doktor olan ilk hanımımlı ok-
ul müdürü yaptık. Ben parti işleri için
Ankara'ya gittiğimde mesleki öğretimle
ilgili meseleleri Sağlık Bakanlığı'na gidip
hallediyordum. O zaman tespit ettiğim ö-
nemli bir olay var. Türkiye'de iki sınıf e-
be var. Bir ilkokulu bitirdikten sonra 2-3
yıl sonra çıkan köy ebesi. Bir de ortaokul-
dan sonra 4 yıl okuyan şehir ebesi.
En çok ölümler kırsal alanlarda. Çocuk
ölümleri, anne ölümleri. Gelişmekte olan
ülkelerde taramaları geliştirmekte olan ül-
kelerde hekim dışı sağlık personeli eği-
tim ve sorumlulukları ne olmalıdır diye
bir proje yaptım ve gönderdim. Benim
proje Dünya Sağlık Teşkilatı'nda benim-
sendi. Gelişmekte olan ülkelerde hekim
dışı sağlık personeli şöyle eğitilmeli böy-
le eğitilmeli. Dünya Sağlık Teşkilatı beni
advisor yapınca Sağlık Bakanlığı'ndan
dediler ki gel bu projeyi tatbik et. Fakat
siyasi olarak o günkü kadroyla birlikte u-
yumlu çalışmamız mümkün değildi.



**'Kazanılan her hakkın kişilere yüklediği görevler vardır. Bu görevlerden biri sü-
rürden ayrılanı kurt kapar misali meslek kuruluşları içinde örgütlenmektir. Meslek odalarının çalışmalarını yeterli bulursunuz, bulmazsınız. Yeterli görmediğiniz yerine örgüte girip mücadelenizi yaparsınız.'**



Adalet Partisi mi iktidardaydı?

Evet. Ama seçimler olup 6 Ocak 1978'de Ecevit hükümeti kurulunca 17 Ocak'ta Tonguç müsteşar oldu. 9 Şubat'ta da benim kararnamem çıktı. Emrivakiyle. Mesleki Eğitim Genel Müdürlüğüne. Ben Ankara'ya gidiyorum. Eşim sakın kabul etme görevi diyor. Kızım Özlem de ODTÜ'de sol fraksiyon faaliyetleri içinde. O da Ankara'ya gelme diyor. Çünkü Ankara'ya gitmem bir taraftan onun kontrolü olacak. İstedikleri gibi hareket ediyorlar. Yurtta kalıyorlar. Durmadan eylemler yapıyorlar. Bu arada ne olacak. Orhan Özkan ODTÜ Okul Aile Birliği Başkanı oldu. Onlarla o mücadeleye girdik.

Aranızdaki politik farklılıklar zaman içinde eridi mi?

Evet, politik bakımından biz de ileriye gittik. O da biraz daha normale yaklaştı. Bir noktada buluştuk. Benim hayatımda zaten konsensüs çok önemli rol oynadı. Birçok şeyle de bunu hep bağdaştırmaya çalışmışımdır. Müfritliğin bir işe yaramadığını yaşadığım tecrübeler bana gösterdi.

22 Kasım Dişhekimliği Günü ile ilgili çalışmalarınız vardı...

O iş askeri döneme denk geldi. Kaya Kılıçtırgay bakan oldu. Bakan olur olmaz genelgeyi gönderdik, imzalaması için. 22 Kasım'ın Ağız Diş Sağlığı Günü olması onayını çıkarttırdık. Ama ondan evvel benim daha önemli bulduğum bir başka olay var. Ben 78'te Mesleki Öğretim Genel Müdürü olduktan sonra eski bir basın mensubu olduğum için TRT Danışma Kurulu üyeliğine getirildim. Sağlık haberleri gelişigüzel şekilde yapılıyordu. On yıllık tarama yaptırıldı. Hangi ayda en çok hangi hastalıklar görülüyor, bunlardan sağlık eğitimi yapılabilecekleri hangileridir? O takvimi yaptım ve ona göre sağlık haberlerini düzenledik.

'Her şeye rağmen o zamanki dişhekimleri sayısal olarak az olmalarının da etkisiyle bugünkülerden daha fazla kazanıyorlardı. Dişhekimliği fakülteleri gereğinden fazla açıldı. Artırılan kontenjanlara uygun fiziksel ve teknolojik yapının olmaması niteliği düşürüyor.'

3224 sayılı yasanın çalışmalarında da katkınız olduğunu biliyoruz...

3224'e İzmir'deyken başladım. Daha sonra Ankara'dayken cemiyetin genel kurulu yapıldı. Oda kurulma kararı genel kuruldan çıktı. Kongre kararından sonra gerekli çalışmalar yapmak için benim de içinde bulunduğum üç kişilik bir komisyon çalışmaya başladık. O arada İstanbul'da fakültede geniş bir toplantı oldu. Orada da bütün illerden gelen temsilcilerle bu tartışıldı. Nihayetinde odalar kurulmaya başlandı.

Siz, Ankara Dişhekimleri Odası'nın Kurucu Başkanı'sınız, değil mi?

Evet, ilk başkanı benim odanın. 85'te başladık. 86 kongresi görevim devam ediyor. Ben başkan olmayacağım, sadece yönetimde olacağım dedim. Fakat üzüldüğüm taraflardan biri yönetim kurulu kendi içinde uyumlu çalışmadı. 10 ayda biz üç defa başkan değiştirdik.

3224 sayılı yasa bugün artık değişmesi gerekse de iyi hazırlanmış ve demokratik bir yasadır. Onun öncesinde 1982'de fılan Tabipler Birliği yasası hazırlanırken askeri dönem olmasına rağmen eskisine göre daha demokratik bir yapı çizilmişti. Önce odalar kuruluyor, sonra odalar birliği oluşturuyordu.

Arkasından bizim ayrı Oda kurma kararımız çıkarıldıktan sonra hemen bir kanun teklifi çalışmasına giriştik. Biz tasarımı hazırladık, fakat bir baktık o sırada mecliste ANAP grup başkanvekili Ercüment Konukman kanun teklifi vermiş. Fakat kim hazırlamış, nasıl hazırlamış? Dişhekiminin boynuna ip geçirilmesi anlamına gelecek maddeler var. 'Aman' dedik 'Sayın Konukman, böyle böyle'. Aaa dedi. Hemen farketti ve orada çok önemli bir yardımı oldu. Yazılarda hata olmuştu, gerçek şekli budur dedi başkanlığa. Yoksa yine aylarca komisyonlardan geçecekti. 3224 öyle geldi, öyle çıktı.

Odada da uzun süre başkanlık yapmıştınız...

En uzun süreli başkanım, aşağı yukarı. 95'te yaş haddinden emekli oldum, onun üzerine Kongre'de onursal başkanlık verdiler. 95'ten itibaren yılın 6-7 ayı Bodrum'da yaşıyorum.

Sizin ilk yıllarınızdaki dişhekimliğiyle bugünü kıyaslar mısınız?

O zamanlarda dişhekimisi sayısı az. Karşınızdaki rakip sahtecilerdi. Muayenehane açma, alet edevat bakımından sıkıntılar vardı. Her şeye rağmen o zamanki dişhekimleri sayısal olarak az olmalarının da etkisiyle bugünkülerden daha fazla kazanıyorlardı. Dişhekimliği fakülteleri gereğinden fazla açıldı. Artırılan kontenjanlara uygun fiziksel ve teknolojik yapının olmaması niteliği düşürüyor.

Dişhekimliği hizmetlerinde kamunun ve özelin yerleri ne olmalı sizce?

Aile dişhekimliğini sağlıklı bir şekilde oturtturarak özel muayenehanelerden de hizmetin satın alınmasına gidilmesi lazım. Kamuda çalışanlar da full time çalışacak. Kamu hizmeti de olmalı, hastaya seçme özgürlüğü tanınmalı. İsteyen serbest hekime gitsin isteyen devlet hastanesine gitsin. Kamuda her şeye rağmen hizmet verilecektir. Bu en gelişmiş İskandinav ülkelerinde de böyledir.

Meslektaşlarımıza bir mesajınız olacak mı?

Kazanılan her hakkın kişilere yüklediği görevler vardır. Bu görevlerden biri sürüden ayrılanı kurt kapar misali meslek kuruluşları içinde örgütlenmektir. Meslek odalarının çalışmalarını yeterli bulursunuz bulmazsınız. Yeterli görmediğiniz yerde örgüte girip mücadelenizi yaparsınız. Benim ayrılmadan evvelki son çalışma raporumun başlığı 'Dişhekimleri Odası Bize Ne Verdi Değil; Ben Dişhekimleri Odasına Ne Verdim' şeklindeydi.

Her dişhekimisi yasal mecburiyeti olmasa da meslek kuruluşuna üye olması lazım. Kendi meslek odalarının çalışmalarına ilgi göstermeleri lazım. Yalnız bilimsel çalışmalarda değil ama. Çünkü sağlık hizmetleri toplumsal politikalardan soyutlanamayacak bir meslektir.

Örgütlerine girecekler ve yalnız meslek egoizmi içinde değil, meslekleriyle ilgili sorunların toplumsal sorunlardan soyut olmadığını göyerek katkıları ve katılımlarını yapacaklar.

Teşekkür ediyoruz.

Bana geçmiş günleri hatırlatma fırsatını verdiniz, ben teşekkür ederim.



25-28 Ağustos 2004 tarihlerinde İstanbul'da yapılacak olan IADR/CED (Uluslararası Dişhekimliği Araştırmacıları Birliği/Kıta Avrupası Bölümü) Kongresi öncesinde Kongrenin ve IADR/CED'in başkanlığını yürüten Prof.Dr. Fatma Koray'dan Kongre hakkında son bilgileri aldık.

'Kongrenin Türkiye'de yapılması büyük bir olay'



İstanbul Ataköy'deki Crown Plaza'da yapılacak olan Kongrenin toplu yemeği Beylerbeyi Sarayı'nda yapılacak.

Kongre organizasyonunda geline son durumu özetleyebilir misiniz?

Kongreye katılımın sekiz yüz civarında olacağı beklentisindeyim. Kongreye, özellikle orijinal bildiri sunmak üzere gösterilen ilgi sayısızca yüksek. Bu arada beni özellikle çok sevindiren bir durum var; Türkiye'den yapılan müracaatların da büyük bir çoğunluğunun kabul görmüş olması ve bilimsel komitedeki değerlendirmelerde birçok yabancı üye tarafından, çalışmaların çok beğenildiğinin söylenmiş olması.

Katılımcıların ne kadarı yerli, ne kadarı yabancı?

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu yurtdışından gelenler oluşturuyor. Genelde Avrupa ve İskandinav ülkeleri bir

de İsrail'den katılıyorlar. Tebliğ başvurularından 540'ı kabul edildi. Bunun 200'ü aşkın kısmı Türkiye'den. İlk kez, Türkiye'den bu kadar fazla tebliğ bu kongrede yer almış oluyor. Aslında bu bir Avrupa kongresidir ve ilk kez Türkiye'de yapılıyor. Bunun keyfini ve gururunu yaşıyoruz. İlk kez bu kadar çok dişhekimi bilim adamı Türkiye'de bir araya gelerek bir kongrede bulunuyor. Bu tarz kongre Türkiye'de hiç yapılmadı. Dişhekimliğinin dışında başka alanlarda yapıldı mı bilmiyorum. Çünkü bu, sadece dişhekimliğinde araştırma yapan bilim insanlarının kongresidir.

Bilimsel program hakkında bilgi alabilir miyiz?

Kongrede, değişik disiplinlere dağılmış ▶

Serbest çalışan dişhekimlerine konferans

IADR/CED Kongresi kapsamında 28 Ağustos Cumartesi günü saat:14.00'de Florida Üniversitesi'nden Prof.Dr. İvar Mjör serbest çalışan dişhekimlerine 'Araştırmaya Dayalı Klinik Dişhekimliği' konulu bir konferans verecek. Meslektaşlarımız önceden kayıt yaptırabilecekleri gibi kongre sırasında da kayıt yaptırabilirler.

Tel: 0.216.467 06 47 e-mail: congress@topkon.com

Katılım ücreti: 30.000.000 TL

şekilde, yaklaşık 240 tane orijinal bildiri sunulacak. Bunlar, dişhekimliğinin hemen hemen bütün alanlarını kapsıyor. Bu alanlar içinde belki de en az düşünülebileceklerden bir tanesi ise davranış bilimleridir. Konuların arasında, davranış bilimleriyle ilgili, dişhekimlerini ilgilendiren birçok çalışma var. Protez var, maddeler bilgisi çok geniş bir şekilde yer alıyor. Cerrahi, implantoloji, periodontoloji vb. gibi, davranış bilimleri gibi, dişhekimliğinin her alanını doğrudan ve dolaylı yoldan ilgilendiren her alan Kongrede yer alıyor. Bunun dışında alanlarında dünyada en önde gelen bilim adamlarının katıldığı sempozyumlar var. Bunları şöyle özetleyebilirim; birincisi, daha çok indirekt restorasyonlar, diş restorasyonları açısından ilgi çeken ve bu konudaki sorunların tartışıldığı, irdelendiği bir sempozyum var. İkinci olarak, daha çok implantologları ilgilendiren bilgilerin tartışıldığı ve en yeni bilgilerin sunulduğu bir sempozyum var. Üçüncüsü; daha çok periodontologların ilgi alanına hitap edecek konuşmaların yapılacağı bir sempozyum. Dördüncüsü; daha çok konservatif tedavi üzerine çalışan kişileri ilgilendiren bir sempozyum. Bunların yanı sıra, özellikle genç biliminsanlarını, bir yayının nasıl hazırlanacağı konusunda aydınlatacak türde, ilginç bir sempozyumumuz daha var. Bu sempozyum, üniversitede kariyerine devam etmek isteyen gençler için, bence bulunmaz bir fırsat olacak. Çünkü, en önemli bilimsel yayın organlarının editörleri, bu dergilerde bir yazının yayına kabul edilmesi için hangi nitelikleri içermesi gerektiği hakkında bilgi verecekler. Bu sempozyum, özellikle genç akademisyenler için kaçınılmaması gereken bir fırsattır. Bir de rezin bazlı restoratiflerde güncel yönelimleri içeren bir sempozyum var. Bu sempozyum Voco firması tarafından organize ediliyor. Daha önce belirttiğim sempozyumların sponsorları da, 3M ESPE, Strauman, GABA ve Kuraray gibi önemli firmalardır.

Ayrıca, kongremizin bilimsel programı içinde iki tane konferans var. Bunlardan bir tanesi Doktor T.C. Hart tarafın-

‘Genç biliminsanlarını bir yayının nasıl hazırlanacağı konusunda aydınlatacak bir sempozyumumuz var.

Bu sempozyum, üniversitede kariyerine devam etmek isteyen gençler için, bence bulunmaz bir fırsat olacak. Çünkü, en önemli bilimsel yayın organlarının editörleri, bu dergilerde bir yazının yayına kabul edilmesi için hangi nitelikleri içermesi gerektiği hakkında bilgi verecekler.’

dan, diğeri ise A.Smith tarafından verilecek. Açılış töreni içinde yer alan bir başka konferans ise; Profesör Bayan I.Thesleff tarafından verilecek olan genetikle ilgili bir konferans.

Serbest çalışan dişhekimlerine yönelik bir toplantı var mı?

Kongremizde, serbest çalışan dişhekimlerine yönelik olarak, 28 Ağustos Cumartesi günü saat:14.00’de Florida Üniversitesi’nden Prof.Dr. İvar Mjör, "Araştırmaya Dayalı Klinik Dişhekimliği" konusunda konferans verecektir. Bence çok önemli olan bu konferansta, serbest çalışan dişhekimlerine bilimdeki yenilikler, daha çok klinik çalışmalarında ihtiyaç duyacakları, yararlanabilecekleri yenilikler aktarılacaktır.



‘İlk kez Türkiye’de bu kadar dişhekim biliminsanı bir araya gelip bir kongrede bulunuyor. Bu tarz bir kongre Türkiye’de hiç yapılmadı. Çünkü bu, dişhekimlerinin değil yalnızca dişhekimliği araştırmacılarının kongresi.’

Bunlardan başka, kongremizde üç ayrı Lunch & Learning toplantısı yapılacaktır. Bu toplantıları sırasıyla M.Goldberg, J.Meurman ve T. Brosh’un yönetecektir.

Sosyal programda neler var?

Kongrenin sosyal bölümünde ise üç toplantı var. Bunlardan bir tanesi açılış töreninden sonra verilecek olan "Hoşgeldiniz Daveti"dir. İkincisi ise geleneksel olarak bütün IADR/CED kongrelerinde vazgeçilmeyen sosyal bir aktivite olan bütün üyelerin katıldığı ve Beylerbeyi Sarayı’nda yapılacak olan akşam yemeğidir. Beylerbeyi Sarayı, TBMM Başkanlığı Genel Sekreterliği Milli Saraylar Daire Başkanlığı’yla yaptığımız görüşme sonucunda, bize ücretsiz olarak tahsis edilmiştir. Bu tabii bizi çok sevindirdi. Beylerbeyi Sarayı’na da aracılığımızla tekrar teşekkür etmek istiyorum. Üçüncü sosyal aktivitemiz ise, kongrenin son günü akşam yapılacak olan ve isteyenlerin özel bir ücret ödeyerek katılabilecekleri gala yemeğidir.

IADR/CED Kongresinin Türkiye’de yapılıyor olması nasıl bir anlam taşıyor?

Bu kongrenin, Avrupa bilim camiasının Türkiye’deki araştırmacı potansiyelini tanımaları için büyük bir fırsat olacağını düşünüyorum. Türkiye’deki araştırmacı potansiyelinin kayda değer bir potansiyel olduğu bu toplantıdan sonra sanıyorum Avrupalılar tarafından çok net bir şekilde anlaşılacaktır. Benim en büyük beklentim bu.

Bilgi Edinme Hakkı'ndan nasıl yararlanacağız?

Avrupa Birliği'ne entegrasyon çalışmaları kapsamında geçtiğimiz yıl Meclisten geçen ve 24 Nisan 2004'te yürürlüğe giren Bilgi Edinme Hakkı Kanunu kamu kurumları ve kamusal işlev gören kuruluşların başvuruda bulunan yurttaşlara yanıt vermesini zorunlu kılıyor. Şeffaf devlet yolunda önemli bir adım olan yasada tanımlanan haklardan nasıl yararlanacağımızı TDB Hukuk danışmanı Av. Mustafa Güler kaleme aldı.

■ Mustafa Güler*

Amerika Birleşik Devletleri ve birçok Avrupa devletinde uzun zamandır yürürlükte olan bireylerin yönetimin tasarruflarını öğrenmelerine ilişkin düzenlemenin benzeri, Avrupa Birliği kuralları ile iç hukuk normlarının uyumlaştırılması sürecinde ülkemizde de Bilgi Edinme Hakkı Kanunu ile yürürlüğe konulmuştur. 24.10.2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan ve 24.04.2004 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanun ile –kimi istisnalar dışında- bireyler İdare'nin elinde bulunan bilgi ve belgelere erişme hakkına sahip olmuştur. Kanunun uygulamasını gösteren Bilgi Edinme Hakkı Kanununun Uygulanmasına İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik de 27.04.2004 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Anılan Kanun'a göre bilgi edinme hakkının muhatabı kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları da dahil olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Belirtilen Kurum ve kuruluşların faaliyetleri içinde bulunan bilgiler ile sahip oldukları belgeler bilgi edinme hakkının konusunu oluşturmaktadır.

Herhangi bir resmi birimdeki bilgiye/belgeye erişmek isteyenler ad-soyad, imza ve adresleri içeren bir dilekçe ile il-

gili birime başvuru yaparlar. Dilekçe kurum veya kuruluşa bizzat verilebileceği gibi posta ile de gönderilebilir. Ayrıca kurum ve kuruluşlara elektronik posta ile başvuru yapılması da mümkündür. Elektronik posta yoluyla yapılacak başvurular, başvuru sahibinin adı ve soyadı, oturma yeri veya iş adresine ilave olarak kimlik doğrulama amacıyla kullanılacak T.C. kimlik numarası belirtilmek suretiyle, istenen bilgi veya belgenin bulunduğu kurum ve kuruluşun bilgi edinme biriminin elektronik posta adresine Yönetmelik ekindeki form doldurulmak suretiyle yapılır. Gerçeğe aykırı ad ve soyadla yapılan başvurular işleme konulmaz.

Başvurularda istenen bilgi ve belgenin açıkça belirtilmiş olması gerekir. İstenebilecek bilgi veya belgeler, isteğin yapıldığı kurum veya kuruluşun elinde bulunan veya bulunması gereken nitelikte olmalıdır. Başvurudan sonra 15 iş günü

Kurum ve kuruluşlar, erişimine olanak sağladıkları bilgi veya belgeler için başvuru sahibinden inceleme, araştırma, kopyalama, postalama ve diğer maliyet unsurları ile orantılı ölçüde ücret tahsil edebilir. Ancak erişimine olanak sağlanan bilgi veya belgelerin ilk on sayfalarının kopyaları için, postalama maliyeti dahil herhangi bir ücret alınmaz.

çinde istenen bilgi veya belgeye erişim sağlanır. Erişimin sağlanması öncelikle bilgi veya belgenin bir örneğinin ilgiliye verilmesi suretiyle yapılır. Ancak örneğinin çıkartılması bilgi veya belgenin aslına zarar verecek ise bilgi veya belgenin niteliğine göre ilgilinin not alması, izlemesi veya dinlemesi sağlanarak haktan yararlandırılır.

Kurum ve kuruluşlar, erişimine olanak sağladıkları bilgi veya belgeler için başvuru sahibinden, bilgi veya belgelere erişimin gerektirdiği inceleme, araştırma, kopyalama, postalama ve diğer maliyet unsurları ile orantılı ölçüde ücret tahsil edebilir. Ancak erişimine olanak sağlanan bilgi veya belgelerin ilk on sayfalarının kopyaları için, postalama maliyeti dahil herhangi bir ücret alınmaz.

Yapılan başvurunun reddedilmesi durumunda, ret kararının ilgiliye tebliğinden itibaren, 15 gün içinde bu Kanun ile kurulmuş olan Bilgi Edinme Değerlendirme Kurulu'na başvurulur. Yargıçlar, avukatlar ve hukukçu öğretim üyelerinden oluşan Kurul, başvuruyu 30 işgünü içinde sonuçlandırır. Kurul kararından sonra gidilebilecek tek yol idare mahkemesinde dava açmaktır. Bu noktada, idari davaların işlemin ilgiliye tebliği tarihinden itibaren 60 gün içinde açılması gerektiğini ve Kurul'a başvurudan sonra Kurul kararının tebliğine kadar geçen sürenin 60 günlük sürenin hesabında dikkate alınmayacağını hatırlatalım.

Yasal düzenlemede bilgi edinme hakkının sınırları da belirtilmiştir. Buna göre, Devlet sırrına, ülkenin ekonomik çıkarlarına ve istihbarata ilişkin bilgi ve bel-

geler bu Kanunun kapsamı dışında tutulmuştur. İdari ve adli soruşturmaya ilişkin bilgi ve belgeler ise soruşturmanın sağlıklı yürütülebilmesi, güvenlik ve özel yaşamın korunması benzeri sebeplerle kimi sınırlamalar çerçevesinde Kanunun kapsamında tutulmuştur. Ayrıca açıklanması durumunda özel hayatın gizliliğine zarar verebilecek bilgi ve belgeler de ancak ilgisinin rızası ile bilgi edinme hakkının konusu olabilecektir. Kişilerin sağlık bilgileri de bu kapsamda değerlendirilmekte ve rıza olmaksızın açıklanamayacak bilgi ve belgeler arasında sayılmaktadır.

Bilgi edinme hakkı kurum ve kuruluşların elindeki mevcut bilgi ve belgeler bakımından tanınmıştır. Ayrı veya özel bir çalışma, araştırma, inceleme ya da analiz neticesinde oluşturulabilecek türden bir bilgi veya belge için yapılacak başvurulara olumsuz cevap verilebilir. Kanunun en zayıf ve idare tarafından başvuruların reddinde bahane olarak kullanılacak hükmü de bu hükümdür. Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra geçen kısa süre içinde ret ile sonuçlanan başvurularda genellikle bu gerekçenin kullanılmış olması, ileriye dönük olarak Kanunu işlevsiz bırakacak hükmün de bu olduğunu göstermektedir.

Bilgi edinme hakkının kullanılmasının kolaylaştırılması ve hızlandırılması bakımından Kurum ve kuruluşlar, ellerinde mevcut olan ve bilgi edinme başvurusuna konu olabilecek bütün bilgi veya belgeleri, bilgi edinme hakkının kullanımını kolaylaştıracak şekilde sınıflandırmak, belge kayıt, dosyalama ve arşiv düzeniyle ilgili gerekli idari ve teknik tedbirleri almakla yükümlüdürler. Kanun ile getirilmiş olan bu hakkın kullanılmasını engelleyen, zorlaştıran veya açıklanmaması gereken bilgi ve belgeleri açıklayan görevliler hakkında –genel hükümlere göre ceza kovuşturması hususu sakla kalmak üzere- tâbi oldukları hukuksal düzenlemeler gereğince disiplin cezası yaptırımını uygulanır.

Kanun ile getirilen düzenlemeler bir yandan dişhekimleri için de hak niteliğinde iken öte yandan resmi kurum veya kuruluşlarda çalışan dişhekimlerine yükümlülük getirmektedir. Zira, mesleğin yürütülmesinde öğrenilen hasta bilgileri, vb. meslek sırları bu Kanunla getirilen bilgi edinme hakkının konusunu oluşturabilecek niteliktedir. Üzerinde önemle durulması ve titizlikle uyulması gereken husus, meslek sırlarının –bildirim yükümlülüğü olan hastalıklar gibi istisnalar dışında- hastanın izni olmaksızın kesinlikle açıklanamayacağıdır. Aksi tutum Türk Ceza Yasasının 198. maddesi gereğince para ve hapis cezası ile cezalandırılacağı gibi 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu ve Disiplin Yönetmeliği uyarınca disiplin cezasıyla cezalandırılır.

Şeffaflıkla 'devlet sırrı' arasında...

Devletin şeffaflığını sağlamayı amaçlayan yasayla kendi hayatımızı ilgilendiren kararlar konusunda bilgi edinme hakkına kavuşurken, ödediğimiz vergilerin nereye harcandığını sorabiliyoruz, başbakan ve bakanların mal varlığına kadar pek çok konuyu sorgulayabiliyoruz. Ancak bu konuların devlet sırrı, özel hayatın gizliliği ve ülkenin ekonomik çıkarlarını olumsuz yönde etkileyecek konular olmaması gerekiyor. 'Devlet sırrı' kapsamının genişliğiye eleştirilere neden oluyor.

Hangi konularda bilgi edinme hakkımız var?

Bilgi Edinme Hakkı yasası bazı istisnalar dışında her tür konuyu kapsıyor. İstisnala dahilinde güvenlik ve savunma, özel hayatın ve haberleşmenin gizliliği, önceden açıklanması ekonomik hayatı olumsuz yönde etkileyecek konular, istihbarata ilişkin bilgi ve belgeler yer alıyor. Bunların yanı sıra kurumlarda çalışanların disiplin, sicil gibi kişisel bilgileri de istisnalar dahilinde. Vatandaşlar bunların dışındaki her tür bilgiyi kamu kurum ve kuruluşlarından isteyebiliyor.

Devlet sırrının kapsamı nedir?

Devlet Sırları ve Ticari Sırlar Yasa Tasarısı Şubat 2004 tarihinde açıklanmasına rağmen henüz yasalaşmadı. Tasarıya göre devlet sırrı 'yetkili bulunmayan kişilerce hakkında bilgi sahibi olunması halinde devletin güvenliği, milli varlığı, bütünlüğü, anayasal düzeni ve dış ilişkilerini tehlikeye düşürebilecek her tür bilgi ve belgeler' denilerek çok geniş bir kapsamda tanımlanıyor. Tasarının Bilgi Edinme Hakkı Yasası'yla birlikte çıkarılmaması da bu bakımdan eleştirilere neden oluyor. Yasa Tasarılarıyla ilgili bilgilere www.adalet.gov.tr ve www.basbakanlik.gov.tr adreslerinden ulaşılabilir.

Hangi kurumlardan, hangi yolla bilgi alacağız?

Yasa sadece kamu kurum ve kuruluşlarını kapsıyor. Belediyeler, bakanlık ve valilik gibi kurumların bilgi verme zorunluluğu var, ancak şirketlerin yok. Vatandaşlara öncelikle istedikleri bilgi ve belgelere öncelikle kamu kurum ve kuruluşlarının var olan veya olacak olan web adreslerinden ulaşma imkanı sağlanacak. Burada yer almayan bilgilerse yine aynı kurumlardan istenebilecek. Bilgi isteği, e-mail, faks, posta veya kişisel başvuru yoluyla yapılabilir.

İsteddiğimiz bilgiye ne kadar zaman içinde ulaşacağız?

Yasal cevap verme süresi 15 gün. Net ve kısa, çok fazla doküman ve araştırma gerektirmeyen bilgiler için ücret öngörülüyor. Ancak Bütçe Kanunu'nda miktarı belirtilmek şartıyla posta ve oluşabilecek diğer masraflar için ücret istenebiliyor. 10 sayfaya kadar olan belgeler için ücret alınmıyor. Masraflarla ilgili konular henüz netleşmiş değil.

Verilen bilgiyle yetinmezsek itiraz etme hakkımız var mı, cevap gelmezse ne yapacağız?

Bilginin doğruluğuyla ilgili tereddüt yaşıyorsanız vatandaş bunun kaynağını ve gerekçesini isteyebiliyor. Başvurunun sonucuna kurul karar veriyor. Kurulun Bakanlar Kurulunca seçilecek dokuz üyeden oluşması ve çoğunluğunun hukukçu olması şartı var. Yasanın uygulanıp uygulanmasıyla ilgili şüpheleri ortadan kaldırmanın tek yolu ise bu hakkın bir an önce kullanılmaya başlanmasından geçiyor.



İki Yakasında Bin Bir Hikaye

ÇANAKKALE



■ Yazı ve fotoğraflar: **Nezahat Turkan**
Akgün Akova

Schlieman, Batı edebiyatına kaynaklık etmiş iki Homeros kitabından biri olan İliada'da okuduklarına inanıp Çanakkale'de Troya'yı buldu. Bu keşfin yankıları, İliada destanında anlatılan Troya Savaşı'nı bile geride bıraktı. Efsane gerçekleşmişti çünkü. Troya savaşıdan binlerce yıl sonra aynı kent bir başka savaşla anılır oldu: Çanakkale Savaşı. Bu savaş kahramanlık destanı olarak geçti tarihe; ama yarım milyon insanın ölümüyle de daima hüznle hatırlandı. Bu yüzden adı savaşlarla anılan Çanakkale'nin geçmişi efsaneleri bile gölgede bırakıyor.

Çanakkale'yi gezmek, bahçenizde gömülü gizli bir defineyi bulmanıza benzer. İstanbul'dan yola çıkanlar km.lerce alana ekili 'günebakan çiçekleri'ni seyrederler yol boyu. Olgunlaşmış iri taneler yüzünden başları eğiktir çiçeklerin, ama çiçek sarısı yıldız tozu olup kahr

zihinlerde uzunca bir süre; çiçek tarlaları karayolundan denize kadar uzanır. İstanbul'a birkaç saat uzaklıktaki bu kentin çevresi, körfezlerle, burunlarla ve anıtlarla doludur. Saros Körfezi'nin su altı güzellikleri, Gelibolu Yarımadası'ndaki şehitliklerle karşıırken; Tuzla



köyündeki gölün sularına vuran ışık, Odunluk iskelesinden denize dökülür. Yöreyi gezmek için tutturulacak en doğru yol, Keşan'dan güneye inmektir; çünkü Saros Körfezi sizi orada bekler. Yol boyunca pek çok belde edebiyat yapıtlarını hatırlatır size; sohbet çiçeklerden, denizden, edebiyata kayar. Keşan'dan geçerken Haldun Taner'in 'Keşanlı Ali Destanı', Ezine'den geçerken İhsan Oktay Anar'ın 'Ezine Canavarı'dır anlattığınız. Keşan çıkışındaki Mecidiye sapağından sağa döndüğünüzde, denize varmak için 31 km'lik yolunuz var demektir. B.Doğanca, Dişbudak ve Çeltik köylerinden sonra, Mecidiye'ye, oradan da İbrice'ye ulaşırsınız. Küçük bir liman ve balıkçı barınağı karşılar sizi. Mendireğin yanındaki lokantada balık ve salata ziyafeti çekebilir, buradaki SDWC Dalış Merkezi ile görüşüp bilgi alabilirsiniz. Saros Körfezi, dalma meraklılarının kutsal mekanlarından biri ve bir zamanlar ölüm saçan gemilerin batıkları, bugün binlerce balığın yuvası.

İbrice'den kıyıyı takip ederek Gökçetepe ve Sazlıdere köylerine gitmek mümkün. Ama, yolun durumunu İbrice'de sorun. Yağmurlar ve mevsimsel değişiklikler yolu bozmuş olabilir. Bu durumda yapılacak tek şey, Keşan'a geri dönüp Bolayır yoluna koyulmak. Gökçetepe ve Sazlıdere'ye Adilhan köyü yoluyla da gidebilirsiniz. Adilhan köyü ana yoldan 2 km. içeride. 11 km. sonra Sazlıdere, 17 km. sonra Gökçetepe var. Orman ve deniz, bu köylerde mutlu bir birliktekte içinde.

Osmanlıları Trakya'ya taşıyan Süleyman Paşa'nın mezarı Bolayır'da. Paşa'nın yattığı türbede iki de "komşusu" var. Birincisi, hemen yanbaşındaki "Lala"sı, diğeri ise, "Atı". Evet, yanlış okumadınız, Süleyman Paşa'nın av esnasında üzerinden düşerek öldüğü atına aittir yanı başındaki diğeri mezar. Türbenin bahçesinde ise, "Ne mümkün cevri ile bidad ile imha-yı hürriyet/ Çalış idraki kaldır mukteditersen ademiyyetten"

gibi ünlü dizelere imza atmış, "Vatan şairi" Namık Kemal'in mezarı var. Beyaz mermerden yapılmış mezarın planını şair Tefik Fikret çizmiş. Süleyman Paşa'yı çok seven Namık Kemal vasiyeti üzerine buraya gömülmüştür. Mezarın bugünkü haline bakınca, geçmişimizi taçlandıran şairin anısına sahip çıkmadığımızı görüyor ve üzülyorsunuz.

Gelibolu Yarımadası...

Bolayır'dan sonra, 33.000 hektarlık bir Milli Park olan Gelibolu Yarımadası'ndasınız. İlk durağınız, Gelibolu. Adını "güzel şehir" anlamına gelen Gallipolis'ten alan bu sevimli ilçeden Çanak-kale'ye feribot seferleri yapıyor. İskele çevresindeki kahvelerde çayınızı yudumlarken bir heykel göreceksiniz. Yaptığı haritalarla dünya tarihini ve



coğrafya bilgilerimizi sar-
san ünlü denizci Piri Re-
is'in heykeli bu, çünkü o
da Gelibolu'da yatıyor.
Çevrede bulunan Bigalı ve
Nara kaleleri, Ulu Cami ve
Bedesten'i gezebilirsiniz.

Gelibolu – Eceabat arası
44 km. Boğaz'ın kıyısın-
dan giden bu yol özellikle
sabahları ışıltıyor. Ilgarde-
re'den sonra gözünüzü
dört açın. Ağ atan ya da
toplayan balıkçılara rastla-
yabilirsiniz. Eceabat'a var-
madan önce, sağda bir dizi

tabela göreceksiniz. Bunlardan birinde,
Bigalı'nın 2 km, Küçük Anafartalar kö-
yünün 14 km, Büyük Anafartalar köyü-
nün 19 km ötede olduğu yazıyor. Biga-
lı'da, nerdeyse kendi haline bırakılmış
duygusu uyandıran Atatürk Evi var.
Mustafa Kemal'in birçok stratejik kararı
verdiği bu karargah evini ziyaret ettik-
ten sonra, Küçük Anafartalar köyüne
gidin. Yolların sık sık çatallaşması ve ta-
bela azlığı yolunuzu yitirmenize neden
olabilir. Köylülere sık sık yol sorun.
Karşılaşacağınız ender tabelalardan bi-
rinde, "K.Anafartalar 4.5 km, B.Kemik-
li 6.5 km" yazıyorsa doğru yoldasınız
demektir! Küçük Anafartalar köyünün
hemen girişindeki toprak yol sizi, Bü-
yük ve Küçük Kemikli Burunları'na gö-
türecektir. Burunlara varmadan önce, so-
lunuzda önceleri tuzla ve balık çiftliği
olarak kullanılmış, şimdilerde ise terke-
dilmiş bir görüntü veren lagün gölüyle
karşılaşacaksınız. Dikkatli bir göz, göl-



deki pembe beyaz lekelerin Nisan ayın-
dan başlayarak yaz sonuna kadar bura-
da konaklayan, bir bölümü sonra Tuz
Gölü'ne göçen flamingo kolonisinin bi-
reyleri olduğunu fark edecektir. Gölde,
flamingolardan başka, balıkçılar, ya-
ban ördekleri ve kazlar görebilirsiniz,
ha bir de kuğular. Flamingoları fotoğ-
raflamak isteyenler, en az 600 mm.nin
üzerinde zoom lenslere sahip olmak zo-
rundalar. Bir yağmur sonrası gitmişler-
se, lastik çizmeleri ayaklarında olmalı.
İdeal film 400 ASA'lık. Bütün bunlara
sahip olmak, flamingoları fotoğraflama-
yı başaracağınız anlamına gelmez! Çün-
kü "kuşlararası dayanışma" diye bir şey
var! Siz, görünmemek için sürüne sürü-
ne gitseniz de, koloniye gözcülük ya-
pan iki martı keşif uçuşu yapıp sizi gö-
rüyor ve yaygarayı basıyor. Uyarını alan
flamingolar da, gölün içlerine doğru
yürüyerek uzaklaşıyorlar! Toprak yolun
sonu, Büyük Kemikli Burnu'na varıyor.

Büyük Kemikli Burnu, Ça-
nakkale'nin en ilginç yerle-
rinden biri. Bu ağaçsız, çıp-
lak kıyıları dalgalar aşındı-
rınca ortaya türlü şekillere,
en çok da azı dişlerine ben-
zeyen oluşumlar çıkmış.
Karadan 200 metre açıktaki
gemi batığı bir İngiliz savaş
gemisine ait, çevrede İngiliz
gemilerine ait çok sayıda
batık var. Burnun ucuna
kadar gidin ve hatta kayala-
rın üzerine tırmanıp geniş
açılı objektifinizle bu doğa
harikasını fotoğraflayın.

Kuş meraklıları, Gelibolu yarımadasın-
da keklik, tarlakuşu, ibibik, arıkuşu,
baykuş, leylek gibi türleri gözlemleye-
bilirler.

Gelibolu, balık konserveçiliğinin vata-
nı. İlçe merkezinde ve iskele çevresinde
birçok konserve imalatçısı var. Dönü-
şünüzde sizden armağan bekleyenler
midelerine düşkünse, onlara balık kon-
serve kutuları götürün!

Destan yazan kıyıları

Birinci Dünya Savaşı'nda bir savunma
destanı olarak tarihe geçen Çanakkale
Savaşı'nın yapıldığı ve yüz binlerce as-
kerin üzerinde yaşamını yitirdiği bu ya-
rımada, kahramanlıkları sonsuzlaştı-
ran anıtlar ve şehitlikler var. Mustafa
Kemal'in saatinin parçalandığı Conkba-
yırı'ndaki Atatürk Anıtı, Kanlı Sırt'taki
anıt ve şehitlik, Seyit Onbaşı Anıtı,
Mehmetçik Anıtı bunların yalnızca bir-





kaçı. Gelibolu'da Türk şehitliklerinin yanı sıra, Anzak, İngiliz ve Fransız şehitlikleri de var. Tümü son derece bakımlı olan bu şehitlikleri gezerken duygulanmamak mümkün değil. Conkbayırı'ndan bakınca, Anzak Koyu da görülüyor. Her yıl, 25 Nisan'da Avustralya ve Yeni Zelanda'dan gelen binlerce insan, babalarının ve dedelerinin öldüğü bu topraklarda onları hüzünlü bir sabahta anıyorlar. Gelibolu yarımadasındaki anıtların en görkemlisi, yarımadanın ucundaki Hisarlık Burnu'ndan denize bakan 40 metre yüksekliğindeki Zafer Anıtı. Anıtın beton ayaklarının yüzeyine, bilgisayar sistemi kullanılarak, Türk askerinin kahramanlığını simgeleyen kabartmalar yapılmış. Anıtın geceleri ışıklandırıldığını da sözlerimize ekleyelim. Anıtın batısındaki İlyas Burnu'ndaki deniz feneri, yarımadanın sıfır noktasında. Buradaki bankta sarıdan turuncuya, turuncudan pembeye, pembeden kıvıla dönen günbatımını izlerken bunca güzelliğe karşın yeryüzünde hala savaşların oluşuna akıl erdiremiyorsunuz. Anıtlara ya da şehitliklere kazılmış sözler uçuyor zihninizde. Atatürk'ün, Çanakkale'de ölen oğulları için gözyaşı döken yabancı annelere tarifi zor bir incelikle seslenişi, 'Sefiller' gibi bir başyapıt yaratan, savaşın hiçliğini ortaya koyan Victor Hugo'nun sözleri... Bu arada İngiliz tepesindeki Çanakkale Müzesi ve Alçıtepe köyündeki Bakkal Salim Müzesi, Çanakkale Savaşı'ndan arta kalan objeler, belgeler ve fotoğraflardan oluşturulmuş. İkisini de mutlaka gezin. Gezin ve savaşsalar da insanlığını yitirmeyen askerlerin de bulunduğunu tanıklarıyla görün.

Denize girmek için en uygun sahil merkeze 12 km uzaklıktaki Güzelyalı'da.

Belde sürekli esen rüzgarıyla sörfçülerin de merkezi haline geldi. Çanakkale'de denize girmek isteyenlere ısrarla kentin iki adasını tavsiye ediyoruz. Gökçeada ve Bozcaada'yı. Dibi görünen, çok temiz, masmavi sulara hemen her kıyından bırakabilirsiniz kendinizi. Gökçeada, Türkiye'nin en büyük adası. Bozcaada ise Türkiye'nin şarap üretiminin % 12'sini karşılıyor. Adanın berrak koylarından yararlanmak isteyenler poyraz ya da lodosun estiği yönlerin tersindeki koyları tercih etsinler, Bozcaada'da yaz kış hüküm süren rüzgarlar adanın da yaşamını belirliyor. Gökçeada'yı biraz daha tanıyalım:

Gökçeada

Adanın geçmişi MÖ. 3000 yıllarına iniyor. Atina, Ceneviz, Venedik, Bizans dönemlerini yaşayan ada önce Yunanlılar, I. Dünya Savaşı'nda da İngilizlerce işgal edildi. Lozan antlaşmasıyla yeniden Türkiye topraklarına katılınca adanın Rum halkı 1950'li yıllardan başlayarak hızla adadan ayrıldı. Kaleköy, Eskibademliköy, Zeytinliköy, Tepeköy, Dereköy gibi zeytinlikler içindeki terk edilmiş Rum köyleri hala adanın en sık gezilen yerleri. Gezi sırasında Zeydali otel gibi adanın dokusuyla son derece uyumlu şık bir otele rastlayacaksınız. Temiz koyların sıralandığı 13 km'lik kıyı şeridinde istediğiniz her yerden denize girebilirsiniz. Plaj arıyorsanız Kaleköy, Aydıncık, İspilya, Pürgos plajlarını öneririz. Akşam oldu mu restoranlarının sıralandığı, şarkıların yükseldiği sokakta çok ayrı uluslardan insanların kadeh kaldırdığını göreceksiniz. Aralarında adanın müdavimi olmuş, yaz geldi mi Gökçeada'nın yolunu tutan Avustralyalı ya da Kuzey Avrupalı konuklar da vardır. Bir zamanlar üzüm bağlarıyla ve

şaraplarıyla ünlüydü ada, şimdi bu üretim çok azalsa da devam ediyor. Adanın geçirdiği büyük yangınların izleri hemen her tepede fark ediliyor. Ada olur da balıktan söz etmemek olur mu. Balıkçılık önemli bir geçim kaynağı, mevsimine göre bolca çıkan balıkların yanında Gökçeada Kılıçbalığı avıyla da meşhur.

Truva atının nal izleriyle...

Boğaz'ın karşı yakasındaki Çanakkale'ye, Eceabat'tan, Kilitbahir Kalesi'nin hemen yanından araç taşıyan motorlar kalkıyor. Çanakkale'den 12 km. sonra Güzelyalı, 18 km sonra da Truva sapağı var. Sapaktan 4 km içerde efsanevi Truva kentinin kalıntıları sizi bekliyor. Troya'yı çökerten Akhalar'ın hilesini temsil eden girişteki tahta atı görenler sevinç içinde boy boy fotoğraf çekiyor. Truva kalıntlarına yönelince çoğu hayal kırıklığı yaşıyor, hakkında bunca şey duydukları, belki okudukları kent bir harabe mi! Anlaşılan kalıntılara bakıp, kenti düşünmek hayal gücünü bağağı zorluyor. Halbuki 4000 yıllık, Anadolu'daki pek çok kentten daha eski bir ören yerindedir. Üstelik depremler ve istilalar geçirmiş, bu istilalara dair destanlar yazılmış bir kentten kalanlar bunlar. Güneşe alerjisi olduğu her halden belli bir Japon bayan turist dirseklerine kadar çektiği bembeyaz eldivenleri ve güneş şemsiyesiyle taşların arasından usul usul ilerliyor, onu en iyi yürüdüğü yollar anlıyor. Boğaza hakim Hisarlık tepesinden ovaya bakıp son derece verimli toprakları izliyor bir süre, sonra gözü kıyılarına takılıyor, aklından neler geçiyor kim bilir? "Akhalar binlerce kadırgayla bu kıyıları yaklaşıyor, Piramos'un sarayında..." diye başlıyordu belki de...

Oda bölgesinde meslekten sürekli alıkonma cezası idari mahkemece de onaylandı

Aynı suçu iki kez işleyen ve önce 1 ay Meslekten Geçici Alıkonma Cezası, tekrarında da Meslekten Sürekli Alıkonma cezası alan bir dişhekiminin cezanın iptali için Ankara 10. İdare Mahkemesi'nde açtığı davada mahkeme TDB Yüksek Disiplin Kurulu'nun kararını doğru buldu.



Antalya Dişhekimleri Odası bölgesinde iki kere aynı suçu işleyerek, önce Meslekten 1 ay, sonra da Meslekten 6 ay Geçici Alıkonma cezası alan bir dişhekiminin cezası, Oda bölgesinde Meslekten Sürekli Alıkonma cezasına çevrilerek onandığın-

dan bir daha Antalya Dişhekimleri Odası bölgesinde mesleğini icra edemeyecek.

Antalya Dişhekimleri Odası bölgesinde bir dişhekimini hakkında Türk Dişhekimleri Birliği Asgari Muayene ve Tedavi Ücreti altında ücret aldığı gerekçesi ile açılan soruşturma sonucunda, Oda Disiplin Kurulu para cezası vermiş, ilgili dişhekimini Oda Disiplin Kurulu'nun bu kararına TDB Yüksek Disiplin Kurulu nezdinde itiraz etmiş, TDB Yüksek Disiplin Kurulu da TDB ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği'nin 12/A maddesi uyarınca, ceza-yı 1 ay Meslekten Geçici Alıkonma Cezası olarak düzelterek onamıştır.

İlgili dişhekiminin almış olduğu cezaya rağmen, aynı fiili bir daha tekrarlaması üzerine açılan soruşturma sonucunda Oda Disiplin Kurulu bu sefer 6 ay Meslekten Geçici Alıkonma Cezası vermiş, ilgili dişhekimini bu karara TDB Yüksek

Disiplin Kurulu nezdinde yine itiraz etmiş, TDB Yüksek Disiplin Kurulu ise, ceza-yı Oda bölgesinde Meslekten Sürekli Alıkonma cezasına çevirerek onamıştır.

Bu durum üzerine ilgili dişhekimini sözkonusu cezanın iptali için Ankara 10. İdare Mahkemesi'ne dava açmış, ancak mahkeme; "... mevzuatla öngörüldüğü şekilde, Oda bölgesinde iki defa serbest meslek uygulamasından geçici alıkonma cezası alanların sürekli alıkonma cezası ile cezalandırılabilmeleri için üç kez aynı yönde bir fiil ya da hareketin gerçekleşmesine gerek kalmadan, aynı fiilin iki kez gerçekleşmesi halinde meslekten geçici alıkonma ile birlikte oda bölgesinde serbest meslek uygulamasından sürekli alıkonma cezası ile cezalandırılacağı açık olup, Türk Dişhekimleri Birliği Disiplin Kurulu kararında isabetsizlik bulunmamaktadır." diyerek davayı reddetmiştir.

Dişhekimini bölge değiştirirse de meslekten men cezası uygulanabiliyor

Bir Oda bölgesinde hakkında açılan soruşturma sürerken başka bir oda bölgesine yerleşip üye olan dişhekimini hakkında ilk odasının açtığı soruşturmanın 1 ay Meslekten Geçici Alıkonma cezasıyla sonuçlanması üzerine gittiği bölgedeki muayenehanesi karara uygun olarak kapatıldı.

Manisa Dişhekimleri Odası üyesi bir dişhekimini hakkında açılan soruşturma sürerken Uşak Dişhekimleri Odası bölgesine gitmiş ve Uşak Dişhekimleri Odası'na üye olmuştu. Daha sonra Manisa Dişhekimleri Odası bölgesinde süren soruşturma sonuçlanmış ve dişhekimine 1 ay Meslekten Geçici Alıkonma cezası verilmiş ve Uşak Dişhekimleri Odası'na bildirilmişti.

Uşak Dişhekimleri Odası, Türk Dişhekimleri Birliği'nden durum hakkında görüş istedi ve Türk Dişhekimleri Birliği de; "Kişinin, soruşturma sırasında Oda bölgesinden ayrılıp başka bir Oda'ya nakil olması, hakkındaki soruşturmanın ortadan kalkmasını sağlamayacağı gibi, verilmiş disiplin cezasının uygulanmasını da engellemez. Yapılması gereken iş, Disiplin Yönetmeliği'ndeki yönetime uygun olarak mes-

lektaşımızın Afyon'daki muayenehanesinin 1 ay süreyle kapatılması ve bu süre içerisinde serbest çalışmasının engellenmesi için ilgili Sağlık Müdürlüklerine başvuruda bulunulmasıdır." diyerek görüşünü belirtti.

Bu durum üzerine Uşak Dişhekimleri Odası, kararı ilgili dişhekimine tebliğ etti ve usulüne uygun olarak sözkonusu dişhekiminin muayenehanesi 1 ay süre ile kapatıldı.

Mali mevzuatlardaki son değişiklikler

■ Baset Demirbuğa*

Katma Değer Vergisi ile ilgili değişiklikler

Öğrencilere bedelsiz olarak eğitim ve öğretim hizmeti veren özel okullardaki KDV sorunu ortadan kalkıyor. Yeni düzenleme ile öğrenci kapasitesinin % 10'unu geçmemek üzere bedelsiz olarak verilen eğitim ve öğretim hizmetleri KDV'den muaf tutulacak.

Vergi Usul Kanunu'yla ilgili düzenlemeler

Enflasyon düzeltilmesi uygulaması 31.12.2004 tarihi sonuna kadar ertelendi.

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 3/7/2004 tarihinde Haziran 2004 ayına ilişkin enflasyon katsayıları TEFE 10.53, TÜFE'de 8,93 olarak açıklanmıştır.

Bu değer 1/7/2001 tarihine göre % 100'ün, 1/7/2003 tarihine göre de % 10'un üzerinde bir artışı gösterdiğinden, 2004 yılının ikinci geçici vergi döneminde enflasyon düzeltme şartlarının gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Bu nedenle 2004 yılının ikinci geçici vergi döneminin sonu itibarıyla Vergi Usul Kanununun mükerrer 298 inci maddesine göre enflasyon düzeltilmesi yapılacaktır.

Ancak 16.07.2004 tarihinde TBMM' de kabul edilen 5228 sayılı "Bazı Kanunlarda ve 178 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede yapılan değişikliklerle yeniden düzenlenmiştir.

Yapılan değişiklik sonucuna göre 2003 yılı itibarıyla;

Aktif toplamları 7,5 trilyon TL., Ciroları 15 trilyon TL. den her hangi birini aşan mükellefler 2004 yılı geçici vergi dönemlerinde enflasyon düzeltilmesi yapacaklar. Belirlenen tutarların altında kalan mükelleflere ise uygulama ihtiyari hale getirilmiş olup, hem

31.12.2003 tarihli bilançolarının hem de 2004 yılı mali tablolarının enflasyon düzeltilmelerini 2004 yılının sonunda yapacaklar.

SSK ile ilgili değişiklikler

Asgari Ücret 22.Haziran 2004 Tarih 2004/1 sayılı Asgari Ücret Tespit Komisyonunun kararıyla; 16 yaşını doldurmuş işçiler için, 01/07/2004-31/12/2004 tarihleri arasında uygulanmak üzere aylık 444.150.000.- TL 16 yaşını doldurmamış işçiler içinde aylık 378.000.000.-TL. olarak belirlemiştir.

5198 sayılı kanun ile 01,07,2004 tarihinden itibaren SSK'da günlük kazanç alt sınırı da asgari ücrete eşitlendi. Artık SSK Primi hesabı farklı iki hesaptan değil, 01.07. 2004 tarihinden itibaren asgari ücret üzerinden yapılacaktır.

Aylık Prim ve Hizmet Belgesinin İnternet Ortamında Alınması Ağustos sonuna kadar ertelendi. Bununla ilgili düzenleme SSK'nın 24/06/2004 tarih 12-134. Ek genelgesinde yapıldı.

Genelgeye göre; SSK'nın 17/06/2004 tarih, IX/1160 sayılı kararıyla sekiz (dahil) veya daha fazla işçi çalıştıran işverenlerin Aylık Prim ve Hizmet Belgesini internet ortamında gönderme uygulamasına ilişkin zorunluluk esaslı 2004 yılı Ağustos ayına ertelenmiştir. Sekiz (dahil) ve daha fazla sigortalı çalıştıran işverenler 2004 yılı Ağustos ayına' ait (kamu sektörü için 15/08-14/09/2004) Aylık Prim ve Hizmet Belgesini ve takip eden aylara ilişkin Aylık Prim ve Hizmet Belgelerini internet ortamında zorunlu olarak verecekler. Yasal süresinde kağıt ortamında belge verenlere ise, 2004 yılı Ağustos ayına kadar idari para cezası uygulanmayacak.

Emlak Vergisi kanununda yapılan değişiklikler

Emlak vergisinde 2004 yılına ait indirimli (sıfır) bina vergisi oranı uygulamasından yararlanmak için gelirleri olmadığına dair belgelerini belediyelere verme süresi 31.12.2004 tarihi mesai saati bitimine kadar uzatılmıştır.

Hiçbir geliri olmayan mükelleflerin, 2004 yılına ait indirimli (sıfır) bina vergisi oranından faydalanmak için ilgili belgeleri vermeleri gereken süre, 38 ve 39 Seri No'lu Emlak Vergisi Kanunu Genel Tebliği ile 2004 yılı Mayıs ayı sonuna kadar uzatılmıştı. Ancak mükelleflerin gelirleri olmadığına dair belgeleri temin etmekte ortaya çıkan sorunlar dolayısıyla bakanlık 29.07.2004 tarih 40 seri nolu tebliğle başvuru tarihini 31.12.2004 tarihi mesai saati bitimine kadar uzatmıştır.

Diğer kanunlarla ilgili değişiklikler

Kültürel yatırımla ve girişimlere teşvik getirildi.

Her türlü kültürel ve sanatsal faaliyetlerin yapıldığı, bunların bilimsel çalışmalarının öğretildiği, yapıldığı ve sağlık, spor, eğitim, alışveriş... gibi bölümleri olan kültür yapılarının yapımına ve girişimde bulunmasına 21,07,2004 tarihinde yayınlanan 5225 Sayılı Kanun ile yeni teşvikler getirildi.

Kaynak Kullanımını Destekleme Fonu kesinti oranı % 0 olarak belirlendi.

29/07/2004 tarihli ve 25537 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2004/7633 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile "Bankalar ve Finansman şirketlerince kullandırılan diğer kredilerde kaynak kullanımını destekleme fonu kesintisi oranı % 0" olarak belirlenmiş olup, bu kararın yayımlandığı 29/07/2004 tarihinden itibaren kullanılacak bu tür kredilerden kaynak kullanımını destekleme fonu kesintisi yapılmaması hükme bağlanmıştır.

Diğer taraftan anılan Tebliğin 2 nci maddesine göre, bankalar ve finansman şirketlerince kullandırılan tüketici kredilerinde % 10; bankalar ve finansman şirketleri dışında Türkiye'de yerleşik kişilerce yurt dışından sağlanan kredilerde % 3; kabul kredili, vadeli akreditif ve mal mukabili ödeme şekillerine göre yapılan ithalatta % 3 oranında fon kesintisi uygulamasına devam edilecektir.

* TDB Mali Müşaviri



Soruların yanıtlarını en geç 1 Ekim 2004 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0 312 430 29 59'a faksyla 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- Tam protezlerde tutuculuk açısından hangisi doğrudur?

- a) Üst protezin arka sınırı sert damağın gerisinde hareketli dokulara kadar uzatılmalıdır.
- b) Alt protezin arka sınırı retromolar kabartıyı kaplamalıdır.
- c) Alt protezin arka lingual sınırı olabildiğince ağız tabanına yakın olmalıdır.
- d) Alt protezin arka bukkal sınırı eksternal oblik kenara kadar uzatılmalıdır.
- e) Hepsi doğrudur.

2- Parsiyel amputasyon hangi durumlarda endike olabilir?

- a) Akut pulpitisli dişler
- b) Pulpa nekrozlu dişler
- c) Akut travma geçirmiş vital pulpalı dişler
- d) Akut apikal periodontitisli dişler
- e) Kronik apikal periodontitisli dişler.

3- Apeksogenezis tekniği temel olarak aşağıdakilerden hangisinin canlılığını devam ettirebilmeyi hedefler?

- a) Sementoblastlar.
- b) Malassez epitel artıkları
- c) Apikal bölgedeki odontoblastlar
- d) Apikal bölgedeki osteoblastlar
- e) Hertwig epitel kını

4- Erken ortodontik tedavi (erken karışık dişlenme dönemi) gerektiren durumlar hangileridir?

- a) İskeletsel ve dişsel Sınıf 3 anomaliler
- b) İskeletsel ve dişsel açık kapanış bozuklukları
- c) Erken süt dişi kayıpları nedeniyle oluşabilecek çapraşıklık-lar.
- d) Primer süt dişi kontakları nedeniyle oluşan kapanış bozuklukları
- e) Hepsi

5- Ağız ve boğaz bölgesinde şiddetli ülseratif ağırlı lezyonlar oluşturabilen; ateş, lenfadenopati, ileri safhalarda splenomegali ve hepatomegali ile karakterize infeksiyöz mononükleazis'in etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Epstein-Barr
- b) A grubu Hemolitik Streptokoklar

- c) Actinobacillus actinomycetemcomitans
- d) Porphyromonas gingivalis
- e) Haemophilus influenzae

6- Dikey boyut normalden yüksek tespit edilirse aşağıdakilerden hangisi ortaya çıkar?

- a) Çene ucu buruna kadar yaklaşır ve ileri doğru çıkar
- b) Kasların tonusu azalır
- c) Ağız boşluğu daralır
- d) Kasların tonusu artar
- e) Yüzde çökmüş ve gevşek bir görünüm

7- Apeksifikasyon tedavisinde hangi grup kanal patları tercih edilmelidir?

- a) Çinkooksit öjenol
- b) Kalsiyumhidroksit
- c) iyodoform
- d) Poraformaldehit
- e) Cam - iyonomer

8- Fenil kenotürlü bir çocukta hangi tatlandırıcıyı içeren gıdalardan kaçınılmalıdır?

- a) Ksilitol
- b) Mannitol
- c) Aspartam
- d) Sakkarin
- e) Sorbitol

9- İskeletsel ve / veya dişsel açık kapanış oluşmasında aşağıdakilerden hangisi rol oynamaz?

- a) Kalıtım
- b) Aşırı büyük adenoid ve tonsiller
- c) Parmak veya dil emme alışkanlığı
- d) Yer darlığı

10 Aşağıdaki diş fırçalama yöntemlerinden hangisi dişeti çekilmeleri olan bireylerde tavsiye edilir?

- a) Modifiye Stillman Yöntemi
- b) Bass Yöntemi
- c) Charters Tekniği
- d) Fones Tekniği
- e) Leonard Tekniği

SDE CEVAP FORMU (Doğru cevabı daire içine alınız)

- | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e | 6. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e | 7. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e | 8. | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e | 9. | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e | 10. | a | b | c | d | e |

Adı Soyadı :

Adresi :

İmzası :



Mütevazı kahraman:

Vespa Piaggio

İnsanla ne kadar sevimli olursa olsun makina arasında duygusal bir bağ oluşabilir mi? Meslektaşımız Emre İmamoğlu, ekonomik ve sevimli İtalyan motoru Vespa Piaggio ile olan serüveninden bahsettiği yazısında böyle bir tek taraflı sevgi hikayesi anlatıyor.

■ Emre İmamoğlu

Onu ilk kez eski bir Türk filminde görmüştüm. Zaten başka da film görmemiştim daha, yani o kadardım. Filmin jönü sözde İtalya'da, bir motosikletli İtalyan çetesiyle sokak dövüşü yapıyordu, hemen yanında da kız arkadaşı vardı, kendi deyimiyle "makarnacıları" iyi bir benzetti ve de motosikletine bindi ve uzaklaştı ve tabii kız arkadaşını da arkasına alarak. Şimdi burada motosiklete yakın plan yapıyoruz ve de, küçük tekerlekli, hafif bombeli arka çamurluğu olan, önde yalnız bir tek far, afili bir ön çamurluk ve özgür bir ön teker görüyoruz. Bu bir Vespa Piaggio; bir İtalyan motorsikleti ama aynı zamanda başka bir şey. Ne dersene, hem bir araç hem de görünümünden anlaşıldığı üzere son derece duygusal bir makina. Yanınızdan geçip de kendine baktırmaması diye bir şey yok. Konuya en ilgisiz biri bile, bu resimli roman tadında ki, duygu yüklü makinanın gözlerinin alamaz. O kendine özgü sesiyle sokağın başında görüldüğünde, herkes onu daha keyifli seyretmek için minderini düzeltir, olmadı yağın altına alır. Benim Vespa merakım işte böyle başladı. Filmden çıktıktan sonra babamdan bir Vespa istedim ama hemen sonra daha iki yıldır istediğim

bisikletin alınmadığını hatırladım. Bu durumda uzun vadeli bir plan yapmam gerekiyordu ve öyle de yaptım, tam 33 yaşında bir Vespa Piaggio 200 PX sahibi oldum, hem de ikinci el. Yine bir yaz günü (Y.N: Sanırım yaz günlerinde daha çok iyi şeyler oluyor.) Ege denizinde bir yelkenliyle seyir ederken sohbet ettiğim birisinden satın aldım onu. Üstelik başlangıçta birçok sorunla başladım, mesela motoru aldığım arkadaşım bana viteste bir sorun olduğunu söylemedi, bende bir yaz gecesi, uzun ve keyifli bir partinin hemen sonrası gece saat iki sularında Cihangir'den hareket ettim. Erenköy'e vardığımda saat dört buçuktu ve yorgunluktan kaskımla yatak odasına dek yürüdüğümü ertesi sabah görmüştüm. Teknik arızaları giderdikten sonra hızlı bir Vespa'cı oldum. Hızlı derken kilometre saati bakımından değil; mesela her yere motorla gitmeye başladım, iklim ve mesafeleri çok önemsemeden motorumun tadını çıkarmaya, onunla daha iyi anlaşmaya başladım. Bir çok güzel tarafı vardı bu işin, bir kere masrafı çok azdı, park yeri sorunu yoktu, insanlardan olumlu bir elektrik geliyordu ve hanımlar (aslında kızlar) motoru çok beğeniyorlardı. Evet motoru dedim. Ve de dedim ki neden





Mütevazı kahraman:

Vespa Piaggio

İnsanla ne kadar sevimli olursa olsun makina arasında duygusal bir bağ oluşabilir mi? Meslektaşımız Emre İmamoğlu, ekonomik ve sevimli İtalyan motoru Vespa Piaggio ile olan serüveninden bahsettiği yazısında böyle bir tek taraflı sevgi hikayesi anlatıyor.

■ Emre İmamoğlu

Onu ilk kez eski bir Türk filminde görmüştüm. Zaten başka da film görmemiştim daha, yani o kadardım. Filmin jönü sözde İtalya'da, bir motosikletli İtalyan çetesiyle sokak dövüşü yapıyordu, hemen yanında da kız arkadaşı vardı, kendi deyimiyle "makarnacıları" iyi bir benzetti ve de motosikletine bindi ve uzaklaştı ve tabii kız arkadaşını da arkasına alarak. Şimdi burada motosiklete yakın plan yapıyoruz ve de, küçük tekerlekli, hafif bombeli arka çamurluğu olan, önde yalnız bir tek far, afili bir ön çamurluk ve özgür bir ön teker görüyoruz. Bu bir Vespa Piaggio; bir İtalyan motorsikleti ama aynı zamanda başka bir şey. Ne dersene, hem bir araç hem de görünümünden anlaşıldığı üzere son derece duygusal bir makina. Yanınızdan geçip de kendine baktırmaması diye bir şey yok. Konuya en ilgisiz biri bile, bu resimli roman tadında ki, duygu yüklü makinanın gözlerinin alamaz. O kendine özgü sesiyle sokağın başında görüldüğünde, herkes onu daha keyifli seyretmek için minderini düzeltir, olmadı yağın altına alır. Benim Vespa merakım işte böyle başladı. Filmden çıktıktan sonra babamdan bir Vespa istedim ama hemen sonra daha iki yıldır istediğim

bisikletin alınmadığını hatırladım. Bu durumda uzun vadeli bir plan yapmam gerekiyordu ve öyle de yaptım, tam 33 yaşında bir Vespa Piaggio 200 PX sahibi oldum, hem de ikinci el. Yine bir yaz günü (Y.N: Sanırım yaz günlerinde daha çok iyi şeyler oluyor.) Ege denizinde bir yelkenliyle seyir ederken sohbet ettiğim birisinden satın aldım onu. Üstelik başlangıçta birçok sorunla başladım, mesela motoru aldığım arkadaşım bana vitesinde bir sorun olduğunu söylemedi, bende bir yaz gecesi, uzun ve keyifli bir partinin hemen sonrası gece saat iki sularında Cihangir'den hareket ettim. Erenköy'e vardığımda saat dört buçuktu ve yorgunluktan kaskımla yatak odasına dek yürüdüğümü ertesi sabah görmüştüm. Teknik arızaları giderdikten sonra hızlı bir Vespa'cı oldum. Hızlı derken kilometre saati bakımından değil; mesela her yere motorla gitmeye başladım, iklim ve mesafeleri çok önemsemeden motorumun tadını çıkarmaya, onunla daha iyi anlaşmaya başladım. Bir çok güzel tarafı vardı bu işin, bir kere masrafı çok azdı, park yeri sorunu yoktu, insanlardan olumlu bir elektrik geliyordu ve hanımlar (aslında kızlar) motoru çok beğeniyorlardı. Evet motoru dedim. Ve de dedim ki neden





Impregum™ Soft

Polieter Ölçü Materyali

3M ESPE tarafından üretilen Impregum Soft, elle karıştırılan yoğun, orta ve akışkan kıvamlarda sunulan polieter ölçü materyalidir. Baz ve katalizör patların birbiriyle karışma oranı hacimce 7:1'dir.

Impregum Soft çeşitlerini orta, yüksek ve akışkan viskozitede bulabilirsiniz. Tek aşamalı monofaze ve çift fazlı teknik için geliştirilmiş bu malzemelerle Kuron-köprü, İmplant, İnley-onley, Total-parsiyel, ölçüleri alabilirsiniz.

Impregum Soft Handmix'in özellikleri:

Karışma başlangıcından itibaren hidrosifilite (ıslatılabilirlik):

Diğer malzemelerden farklı olarak poli-

eterin başlangıç anından itibaren etkin ıslatabilme özelliği henüz donmaya başlamamış malzemenin nemli preparasyon yüzeyleriyle karşılaşmaya başladığı ilk temas anından itibaren yüksek penetrasyon sağlar.

Yapısal vizkozite / tixotropi:

Bu özellik sayesinde Impregum kaşıktaki ve ağızda viskozitesini koruyup stabil kalırken bastırıldığında akışkan hale geçer.

Keskin faz geçişi:

Impregum çalışılabilen plastic fazdan artık donmanın başladığı elastic faza kısa sürede keskin bir geçiş yapar. Bu sayede silikonlardaki belirsiz çalışma zamanı içerisinde görülen premature deformasyonlar polieterde oluşmaz.

3M ESPE
0.212.350 77 77

"ECO" Fast Alginate

Ekolojik aljinat

At kestaneli "ECO" FAST ALGINATE, hassasiyet ile at kestanesinin faydalı "doğal" özelliklerini birleştiren, yeni bir thixotropic aljinatür. Ürünü daha ince hale getirmenin yanı sıra, bu doğal aktif içerik (0/00 2.5), hastada kanamayı durdurucu ve kılcal damarları koruyucu bir etkiyi garanti eder. At kestaneli "ECO" FAST ALGINATE'ın süratle sertleşmesi, derhal etkinin yeniden oluşmasına izin verir ve bu nedenle de çalışma süresini kısaltır. At kestaneli "ECO" FAST ALGINATE tozsuz, mavi renklidir ve aynı zamanda, çocukların da hoşuna giden, hoş bir nane tadı vardır. At kestaneli "ECO" FAST ALGINATE, kesinlikle güvenli toksit olmayan maddelerden üretilmiştir ve günümüzde piyasada bulunan bütün daha iyi çekirdek malzemelerle uyumludur.

Basmacı Diş Deposu
Tel: 0.212.529 65 55

NSK "Varios 350"

Çok amaçlı kavitrone cihazı



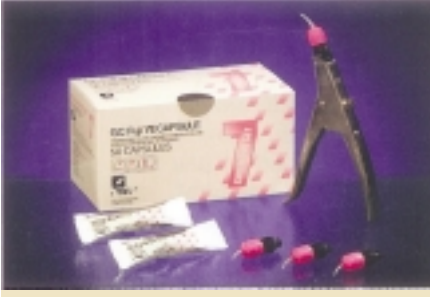
Kompakt ve çok amaçlı ultrasonik kavitrone cihazı

- Küçük boyutu ile dental ünite üzerine kolayca yerleştirebilme
- Düşük ısınma, yüksek verim
- Geniş güç seçeneği ve geniş kapsamlı uçlar
- Işıklı veya ışısız hafif ve küçük el aleti
- Piezoelektrik TİTANYUM transdüsör uçlar
- 3 ayrı mod seçeneği (G: Genel-detertraj, E: Endo, P: Perio)
- Set içeriği: Kontrol ünite, Başlık, Başlık kablosu, Ayak pedali, 3 adet kavitrone ucu, Uç anahtarı, Su tüpü, Su filtresi

Teknik Özellikler

Frekans : 28 ~ 32 kHz
Maks. çıkış : 8 W
Ölçüler : 80 x 140 x 32 mm.
Ünite ağırlığı : 306 gr.

Lider Diş
Tel: 0.312.231 64 85



GC Fuji VII Kapsül

Radyopak Cam İyonomer Yüzey Örtücü
& Dentin oruyucu

Tükürük kontrolünün mümkün olmadığı yeni sürmekte olan molar dişlerin tedavisinde rahatlıkla uygulanabilme özelliği ile diğer pit ve fissür örtücülerden ayrılan GC Fuji VII ayrıca kök yüzeyi koruyucu, hassasiyet önleyici ve geçici kanal dolgu materyali olarak da kullanılabilir. Resin içermeyen ve geleneksel cam iyonomerlere oranla 6 kat daha fazla flor iyonu salınımı yapan bir cam iyonomer olan GC Fuji VII kimyasal sertleşme (2.45 dak) özelliğinin ya-

nı sıra, isteğe bağlı olarak ışık uygulandığında daha kısa sürede sertleşebilmektedir (20 sn).

Gözle görülmeyi kolaylaştıran pembe rengi sayesinde geri dönüşüm kolaylıkla takip edilebilmektedir. Asit ve bonding uygulamadan diş kimyasal bağlanma, düşük viskozite ve kolay kullanım avantajları olan GC Fuji VII kapsül formu ile satışa sunulmaktadır.

Güney Diş Ticaret:
0.216.466 83 83



NSK "Endomate-TC"

Şarjlı endodontik ni-ti başlık

Endodontik tedavilerde, Nikel-Titanyum uçlarla kullanılmak üzere tasarlanmış el aletidir.

- Başlık üzerinde On/Off sviçi
- Dakikada 125~10.000 lik devir ayarı ile parmakla kolay hız kontrolü
- Opsiyonel kök kanal metre halkası ile Apex Locater'ın takılabilmesi
- 1.5 saatlik şarj ile 1 saat kadar çalışma imkanı
- Başlıktaki bir sviç ile anında yön değiştirebilme
- Kolay kafa değiştirme mekanizması
- 5 adet tork ve 9 adet hız ayarı ile hassas endodontik işlemlerin yapımı
- NM-HA mini başlığı ile endodontik, lenturo ve parlatma işleri yapabile

Lider Diş
Tel: 0.312.231 64 85

Enigma takım dişler

Enigma sistemi, doğal dişte bulunan renk varyasyonlarını akrilik dişlere aktarıyor.

Toplum içinde diş sağlığı geliştikçe protez kullanan hastalar kendini mahcup hissetmeye başlayıp, bu durumu bir sır olarak saklamayı tercih ediyorlar. Doğal olarak diş hekimliği profesyonelleri olan üreticiler de protez kullanan hastaların dikkatini bu konuya çekerek ağızda doğallarından ayırt edilemeyen protezler geliştirme çabası içine girdiler.

Bu tür sektörel gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan yeni bir ürün ve protez sistemi var: Enigma.

Enigma sistemi, doğal dişte bulunan renk varyasyonlarını akrilik dişlere aktarabilmek için yüksek üretim teknolojisi kullanır. Ayrıca çoklu renk katmanlarının hassas bilgisayar kontrolü ile yaratılması söz konusudur.

Yukarıdaki fotoğraf, enigma dişlerin nasıl bu kadar canlı ve gerçek göründüğünü anlatan özelliklere işaret etmektedir.

• Hafif mamelon efekti

Hem üst hem de alt santral dişlerde krona derinlik görünümü etkisi kazandırır.

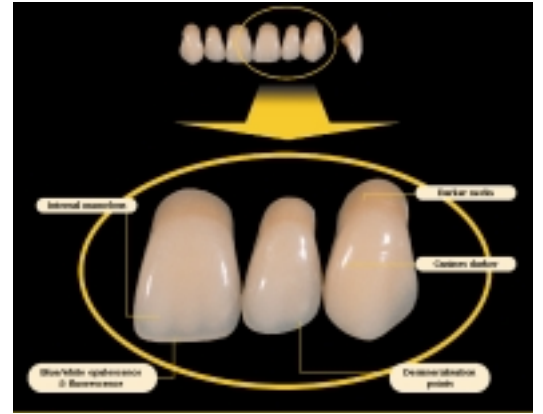
• Yarı saydam insizal köşeler

Bu efekt hem santral hem de lateral dişlerde mevcuttur.

• Naturel dişlerde daha yüksek opalesans görünüm

Üç boyutlu bir ağız görünümü etkisi sağlamak amacıyla dişlere opalesans efekt özelliği katılmış ve canlılık artırılmıştır.

• Demineralizasyon noktaları



Her sette bazı dişlerin içine tek düze görünümü ortadan kaldırmak için eklenmişlerdir.

• Daha koyu kole renkleri

Doğal dişlerin kök kısmı kron kısmından daha koyu renktedir. Bu etkiyi yaratmak için enigma dişlerde gövde ile kole arasında kontrast vardır.

Metco Dental
Tel: 0.216.345 74 24
www.metcodental.com

Kurs Kongre, Sempozyum

III. Dişhekimliği Dergisi Uluslararası Bilimsel Kongresi

Grand Cevahir Otel ve Kongre Merkezi
27-29 Ağustos 2004
İstanbul
www.dentalkongre.com

FDI 2004 Yeni Delhi Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi

Pragati Maidan Konferans Merkezi,
Yeni Delhi
10-13 Eylül 2004
congress@fdiworldental.org

FDI & Ermenistan Dişhekimleri Birliği Ortak Sürekli Dişhekimliği Eğitimi

Programı
Eylül 2004
Erivan, Ermenistan

Prag Dişhekimliği Günleri 2004
13-16 Ekim 2004
Prag, Çek Cumhuriyeti
tel.: +420 224 918 613
fax: +420 224 917 372
stepankova@dent.cz
www.dent.cz

**Norveç Dişhekimleri Birliği Yıllık
Kongresi - Nordental**
14-16 Ekim 2004
Lillestrøm, Norveç
Norwegian and some English
Tel: +46 22 54 74 00
Fax: + 46 22 55 11 09
www.tannlegeforeningen.no

**İsveç Dişhekimliği Derneği Yıllık
Kongresi - Swedental**
28 - 30 Ekim 2004
Stockholm, İsveç
Tel: + 47 8 666 15 00
Fax: + 47 8 662 58 42
www.tandlakarforbundet.se

**Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi
Derneği 12. Bilimsel Kongresi**
10-13 Kasım 2004, Askeri Müze
İstanbul
Tel: 0216 416 92 74
Fax: 0216 416 91 72
www.taoms.org
excellent@emitour.com

**Türk Uyku Araştırmaları Derneği
6. Ulusal Uyku ve Bozuklukları
Kongresi**
7-9 Kasım 2004
Tel: 0.232.425 80 80
Fax: 0.232.425 50 80

**FDI & Hong Kong Dişhekimleri Birliği
Ortak Sürekli Dişhekimliği Eğitimi
Programı**
Kasım 2004
Hong Kong
e-mail: hkda@hkda.org

**Ukrayna Dişhekimleri Birliği
9. Kongresi**
1-3 Aralık 2004
Kiev, Ukrayna
www.uda.com.ua

**Türk Dişhekimleri Birliği
12. Uluslararası Dişhekimliği
Kongresi**
Haziran 2005
İstanbul
Tel: 0212 219 66 45
Fax: 0212 232 05 60

İDEX '04 2-5 Eylül 2004



İSTANBUL ULUSLARARASI AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI CİHAZ VE EKİPMANLARI FUARI

Avrupa Protez Derneğinin 28'inci Yıllık Konferansı TPİD Türk Prostodonti ve İmplantoloji Derneği'nin 14. Bilimsel Kongresi

16-18 Eylül 2004
Pine Bay Resort Otel - Kuşadası

Bilgi İçin: www.epa.2004.com
e-mail: User@Dent.ege.edu.tr
Tel: 0232. 422 15 38, 388 03 27
Fax: 0232. 422 14 81
Kayıt için: stsCongress Service
Tel: 0256. 612 90, 612 74 04
Fax: 0256. 612 67 82
e-mail: Sts@ststours.com

Vefat

Türk Ortodonti Derneği
Başkanı, Ankara Dişhekimleri
Odası üyesi
Doç.Dr.Enis Güray ve
eşi Dişhekimliği Nil Güray'ın
sevgili oğulları
Yeditepe Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
öğrencisi
Efe Güray
elim bir trafik kazası sonucu
hayatını kaybetmiştir.
Meslektaşlarımızın
acısını paylaşır,
başsağlığı dileriz.

Vefat

Edirne Dişhekimleri Odası üyesi
Sevdim Kale
Temmuz ayında vefat etmiştir.
Meslektaşlarımızın acısını paylaşır,
başsağlığı dileriz.

Devren Satılık

Denizli Pamukkale'de devren satılık
dişhekimliği muayenehanesi
Tel: 0.542.522 69 11

Satılık ünit

İlk sahibinden, çok temiz durumda
75 model Çek-Avusturya malı Chirastom
ünit ve diğer çeşitli aletler ve malzemeler
Müracaat: Dişhekimliği Saim Ardalı
Tel: 0533.727 42 81
0212.560 25 71