



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

SAYI  
88  
HAZİRAN  
2005

**TDBD**

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ



İSTANBUL  
2005



**İstanbul yolcusu kalmasın...**



## İhtiyacımız; adil ve sürdürülebilir bir sistem

Genel Sağlık Sigortası sistemini iki yıldır çeşitli toplantılarda Oda yöneticileriyle birlikte görüşüp tartışan TDB, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM'de görüşülmeye başlayınca gerek kanunun geneli gerekse kanunda dişhekimliği hizmetlerinin nasıl yer alması gerektiği konusunda görüş ve önerilerini bildirdi.



## İstanbul yolcusu kalmasın

TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, İstanbul Dişhekimleri Odası'nın organizasyonu ile 20-25 Haziran 2005 tarihlerinde İstanbul Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde yapılıyor. Kongre alt komitelerinden hazırlıkların geldiği nokta hakkında bilgi aldık.



## Çocuk yuvalarında iyi şeyler oluyor

İstanbul Bahçelievler'deki Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Şeyh Zayed Çocuk Yuvası'nda açılan ilk Sağlıklı Gü-lüşler Odası'nda Kampanya Koordinatörü dişhekimisi Nimet Ko-çak'tan ve gönüllü dişhekimlerinden çalışmalar hakkında bilgi al-dık.



## 'Bu yasa hekimleri savunmacı tıba sevkeder'

Yeni Türk Ceza Kanunu geçtiğimiz günlerde yürürlüğe girdi. Yasa-nın, sağlık hizmeti sunan hekim ve dişhekimlerini zor durumda bı-rakabilecek birçok muğlak maddeyi de içerdiği sıkça dile getirildi. Yeni TCK üzerine bir çalışma yapan Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Üyesi Doç.Dr. Faik Çelik'in görüşlerine başvurduk.



## 'Sadece rüzgar bile yeterli'

Geçtiğimiz ay TBMM'den geçen 'Yenilenebilir Enerji Yasası'yla Türkiye'de bu konu ilk kez yasayla tanımlanmış oldu. Görüşlerine başvurduğumuz Dünya Rüzgar Enerjisi Birliği (WWEA) Başkan Yardımcısı Doç.Dr. Tanay Sıdkı Uyar fosil yakıtlara ve nükleere ke-sinlikle ihtiyacımız olmadığını belirtiyor.



## Dostluk denizinde dört damla ve bir inci

Türkiye Denizcilik İşletmeleri yaz aylarında beş Ege adasını kapsa-yan turlar düzenliyor. Hesaplı fiyatlarla Kos'ta Hipokrat'ın altında derslerini verdiği ağacı, Rodos'ta Osmanlı eserlerini, Mikonos'un yeldeğirmenlerini ve adaların en özel Santorini'de dünya tarihini de-ğiştiren patlamanın yarattığı güzelliği görebiliyorsunuz.

- Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan  
**Celal Korkut Yıldırım**
- Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter  
**Murat Ersoy**
- TDB Yayın Kurulu Sorumlusu  
**Tarık İşmen**
- Genel Yayın Yönetmeni  
**Tatıyos Bebek**
- TDB Bilimsel Danışma Kurulu TDB Eğitim Komisyonu'dur  
**Yayın Türü:** Yaygın süreli yayın
- Editör  
**Hakan Sürmen**
- Görsel Yönetmen  
**Şeref Kartal**
- Reklam için başvuru  
Tel: (212) 327 84 41 (pbx)  
Fax: (212) 327 84 43
- Ofset Hazırlık **Repronet**
- Basım yeri **Tor Ofset**  
İmam Çeşme Cad. 26/2 Ayazağa Şişli, İstanbul  
Basım tarihi **Haziran 2005**
- Editöryal üretim ve yapım  
**Nisan İletişim**  
nisaniletisim@superonline.com  
Tel: 0212. 327 84 41
- Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi  
Ziya Gökalp Caddesi No: 37/11  
Yenişehir-ANKARA  
Tel: (312) 435 93 94  
www.tdb.org.tr  
e-mail: tdb@tdb.org.tr  
**ISSN: 1303-9784**

## REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

AC DENTAL .....	29
AKADEMİK DENTAL .....	21
AKTİF DİŞ TİCARET .....	67
BASMACI DİŞ DEPOSU .....	91
BRAUN .....	07
CAN MEDİKAL .....	65
COLGATE .....	Ön kapak içi
DENTANET .....	95
DENTA-TEK .....	33
DENTORAL .....	15
DENTOSAN .....	49
DMS .....	09-69
ESTİ .....	79
GRUP DENTAL .....	75
GÜLSA .....	25
GÜLÖĞÜZ DİŞ DEPOSU .....	77
GÜNEY DİŞ .....	08-93
GÜNEY DENTAL .....	19-27-53-73-97
IPANA .....	Arka kapak içi
LİDER DİŞ .....	54-55
ORAL B .....	06
ORPROMER .....	45
OSSEOİNTEGRASYON DERNEĞİ .....	104
ÖNCÜ DENTAL .....	89
RF SYSTEM .....	83
SIGNAL .....	Arka kapak
SENSODYNE .....	87
SEVENLER DİŞ DEPOSU .....	101
SÖNMEZ MEDİKAL DENTAL .....	03-04-05
TEKMİL .....	57-60-61
TOROS DENTAL .....	17
UNİMED .....	39
VEM İLAÇ .....	35
VOCO .....	36



**Celal K. Yıldırım**  
TDB Genel Başkanı



# Politikalarımızı önyargılar üzerine kuramayız

*'Ne kadar anlattırsan anlat, anlatabildiğin karşındakinin anlayabildiği kadardır.'*

**I**letişim ve algılama; sadece yukarıdaki deyişin sahibi Mevlana'nın işaret ettiği gibi yüzyıllar öncesinin sorunu değil malesef. Günümüzde de aynı durumları yaşıyoruz.

Bu durum sadece algılayamama ve anlatamamadaki 'beceriden, becerisizlikten' kaynaklanmıyor. Çoğu zaman anlamak istememekten yani önyargıdan kaynaklanabiliyor. Önyargı; kendini karşıtlık üzerinden tanımlayanların oksijeni. O olmadan yaşamaları olanaklı değil.

Ülkemizde siyaset yapma biçimi bu anlayış üzerine kurulu. Ne yazık ki bu anlayış kendini meslek kuruluşlarında da gösteriyor. Kimileri kendilerini milat olarak görüyor. Her şeyin kendileri ile başladığını düşünüyor.

Geçmiş olmayanın geleceği de olmaz derler; geçmişe takılıp kalan da geleceği kuramaz. Türk Dişhekimleri Birliği'nin büyük bir onurla taşıdığı 20 yıllık geçmişi var; geçmişin birimleri üzerine her adımda, her solukta oda başkanlarıyla birlikte sorgulayarak oluşturduğu duruşu var.

Politika, sadece geçmiş ve gelecek üzerine kurgulandığı zaman 'şimdiyi' yaşayamazsınız. Yaşam da böyledir. Anı yaşamak, yani şimdiyi yaşamak ve geleceği kurgulamak gerekir.

TDB; kurulduğu günden beri dişhekimliği hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusunda tartışıyor. Ve tartışmaya da devam edecek.

Sürekli tartışacağız ve ilkel kararlarımız olmayacak mı? Esen rüzgara göre mi tavır alacağız?

Türk Dişhekimleri Birliği hiçbir zaman esen rüzgara göre politika oluşturmamıştır. Hayatın gerçekleri ile örtüşen; toplumun çıkarıyla dişhekiminin çıkarını ortaklaştıran bir politikadan yana olmuştur. Politik duruşunu tartışarak, sorgulayarak, kendi ilkeleri ve doğruları üzerine oluşturmuştur.

Hükümetin sosyal güvenlik sistemleriyle (her yeni taslakta adı değiştiği için genel bir adlandırma yaptım) ilgili taslakları konusunda TDB'nin görüşünün olmadığını söylemek iyi niyetli bir tavır değildir.

Bunları biz söylüyorduk, şimdi TDB söylemeye başladı demek tarihin kendisiyle başladığı vehmine kapılmaktır. Ve bu, tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktır.

TDB'nin ne söylediğini dosta ve düşmana anlatmak için bir kez daha ifade edelim:

Sağlık hizmetleri piyasa anlayışına terk edilemez. (Piyasa daha çok tükettirmeyi amaçlayan bir sistemdir. Bu nedenle sağlığın daha çok tüketilmesine yönelik sistem oluşturmak kabul edilemez.)

Devlet; 'piyasayı' kontrol etmek için sağlık hizmetlerinin sunumunda kesinlikle olmalıdır.

Sosyal güvenlik harcamalarında devlet bütçesinden daha çok katkı ayırmalıdır.

Kamu ve özel sektörde çalışan dişhekimleri bu ülkenin kaynaklarıdır. Kamu ve özelde çalışan dişhekimleri birbirlerini yok etmeden, birbirlerine tamamlayarak dişhekimliği hizmetlerini sunacak şekilde organize edilmelidir. Yani sosyal güvenlik kapsamında olan tüm bireyler, kuralları konulmuş bir şekilde dişhekimliği hizmetlerini özel muayenehanelerden de alabilmelidir.

Sağlık hizmetleri sunumunun sadece kamu eliyle verilmesi gerektiği görüşünü ilkel olarak doğru bulmuyoruz. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından da verilmesi gerektiği ve sosyal sigorta anlayışı çerçevesinde özel sağlık kuruluşlarından hizmetin satın alınmasının doğru ve gerekli olduğunu belirtiyoruz.

Bu anlamda hükümetin dişhekimliği hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarından da almayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısını olumlu buluyoruz. Bu yaklaşımımız yasa tasarısını tümüyle olumladığımız anlamına gelmemeli. Her platformda yasa tasarısına yönelik eleştiri ve önerilerimizi ifade ettik, etmeye de devam edeceğiz.

Yasa tasarısında dişhekimliği hizmetleriyle ilgili düzenlemeler iki tarafı keskin kılıç olarak önümüzde duruyor. Bu kılıç mesleğimize ve halk sağlığına yararlı da olabilir, zarar da verebilir. Türk Dişhekimleri Birliği'nin önerileri dikkate alınmaz ve meslektaşlarımız bu düzenlemeye sorgusuz evet derse kaybedecek olan sadece dişhekimleri olmayacaktır.

Sevgi ve saygılarımla.





## Ulusal Ağız Diş Sağlığı Programı Çalışmaları

Ülkemizde diş ve dişeti hastalıklarının görülme sıklığı ve yüksekliği bu hastalıkların şiddetinin ve yaygınlığının azaltulmasına yönelik tüm toplumu içine alan programların hazırlanmasını ve uygulanmasını gerekli kılıyor.

Bu amaçla tüm toplumu içine alan eğitici programların ülke çapında uygulanması için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türk Dişhekimleri Birliği ve akademisyenlerin ka-

tılımla çalışmalar sürüyor.

12 Mayıs 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı dişhekimisi Yavuz Yenidünya başkanlığında bir toplantı gerçekleştirildi. Aynı konuda 25 Mayıs 2005 tarihinde ikinci bir toplantı daha yapıldı.

Toplantılarda TDB'yi Genel Başkan Celal Yıldırım ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu Sorumlusu Tarık İşmen temsil ediyorlar.

## Sağlık hizmetlerinin sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve mevzuatında yapılacak değişiklikler konusunda TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile diğer sağlık meslek birliklerinin de katılımıyla iki toplantı yapıldı.

Komisyon Başkanı Cevdet Erdöl'ün çağrısı üzerine 21 Nisan 2005 tarihinde yapılan ilk toplantıya TTB, TEB ve TDB davet edildi. Sosyal Güvenlik ve GSS yasa tasarısı konusunda görüş alışverişinde bulunulan toplantıya TDB adına Genel Başkan

Celal Yıldırım katıldı.

Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nun çağrısı ile ikinci toplantı da 10 Mayıs 2005 tarihinde TBMM'de yapıldı. Bu toplantıya da TDB'yi temsilen yine Genel Başkan Celal Yıldırım ile TDB Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Komisyonu sorumlusu K. Tümay İmre katıldılar.

2 Haziran 2005 tarihinde yapılan toplantıya da Genel Başkan Celal Yıldırım ve MYK üyesi Tuncer Taşkın katıldılar.



## TDB'den Sağlık Bakanı'na ziyaret

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve MYK üyesi Tarık İşmen 12 Mayıs 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığını ziyaret ettiler.

Ziyarette Sağlık Bakanı Sayın Prof.Dr. Recep Akdağ TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin açılışına davet edildi ve tıpta uzmanlık tüzüğü, performans, şirketleşme, dişhekimliği fakülteleri, sahte dişhekimine verilen cezalar gibi acil konularda görüş alışverişinde bulunuldu.

## Tıbbi atık yönetmeliği değişiyor

20 Haziran 1993 tarihli Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği değiştiriliyor. Çevre ve Orman Bakanlığı, sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıkların toplum sağlığına ve çevreye zarar vermeden ayrı olarak toplanması, geçici depolanması, taşınması ve bertarafının sağlanmasına



yönelik bir taslak hazırladı.

AB uyum çalışmaları ve yönetmeliğin yayınlandığı günden bu yana meydana gelen bilimsel ve teknolojik gelişmeler kapsamında hazırlanan taslak incelenerek TDB'nin değerlendirmeleri Bakanlığa iletildi.

Sahte dişhekimleriyle ilgili

## Tehlike tümüyle geçmiş değil...

Sahte dişhekimlerine verilen cezaların hafifletilmesi girişimine karşı yürüttüğümüz mücadele, önerenin geri çekilmesiyle başarıya ulaşmıştı. Şimdi yine TBMM Adalet Komisyonu'nda ce-



zaların 2-5 yıla indirilmesi çalışmalarının yapıldığı yönünde haberler dolaşiyor. TDB, cezaların ertelenmesine yol açacak indirim konusunda odaları dikkatli olunması ve bölge milletvekilleri nezdinde girişimlerin sürdürülmesi ge-

rektiği yönünde uyardı.

Konu Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile yapılan görüşmede de gündeme getirildi. Akdağ, indirimle karşı olduğunu ancak Adalet Komisyonu'nu ikna etmekte zorlandığını ifade etti.



## Diş teknisyenleri belgelerini aldılar

Diş teknisyenliği eğitimini tamamlayarak Diş Teknisyenliği belgesi almaya hak kazananlar belgelerini 18 Mayıs 2005 günü İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nde düzenlenen törenle aldılar. Törene Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı dişhekimisi Yavuz Yenidünya, TDB Genel Başkanı Ceval Yıldırım, İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Rifat Yüzbaşıoğlu ve Diş Teknisyenleri Odası yöneticileri de katıldılar.

### Teknisyeninizi yönlendirin

Milli Eğitim Bakanlığı'ndan kalfalık belgesi sahibi olanlar Sağlık Bakanlığı'nın eğitim ve sınavlarına katılarak Diş Protez Teknisyenliği Meslek Belgesi alabilecekler. Meslektaşlarımız teknisyenlerini yönlendirerek diş teknisyenliği hizmetinin kalitesinin artmasına katkıda bulunabilirler.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü diş protez teknisyenliği eğitimi ve meslek belgeleriyle ilgili bir duyuru yaptı. Duyuru metni şöyle:

Diş protez teknisyenliği mesleğinde 3308 sayılı kanunla M.E.B. çıraklık okulları vasıtasıyla kalfalık belgesine sahip olanların, Sağlık Bakanlığı'nın yapacağı eğitim ve sınava katılarak Diş Protez Teknisyenliği Meslek Belgesi alabilmeleri için buldukları ilin sağlık müdürlüklerine

Ön kayıt için;  
27 Mayıs 2005 / 10 Haziran 2005  
Kesin kayıt için;  
21 Haziran 2005 / 01 Temmuz 2005

tarihleri arasında müracaat etmeleri gerekmektedir.

İl sağlık müdürlüklerine bilgi için gönderilen M.E.B. Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Eğitim Müdürlüğü'nden alınan kalfalarla ilgili listenin içinde bulunmayan ama elinde kalfalık belgesi olan kişilerde ikamet ettiği ildeki il sağlık müdürlüklerine başvuru yapılabilir.

Bir hak kaybı oluşmaması için ilgililere önemle duyurulur.



# FDI yetkilileri FDI Kongresi için İstanbul'a geliyor

FDI Seçilmiş Başkanı Michele Aerden ve iki FDI yöneticisi, TDB'nin Türkiye'de bir FDI Kongresi düzenleme talebiyle ilgili incelemelerde bulunmak üzere 12. Uluslararası Dışhkimliği Kongresi'nde İstanbul'da olacak.

**T**ürk Dışhkimleri Birliği'nin kurulduğundan bu yana ulaşmak istediği hedeflerden biri de Türkiye'nin dışhkimliği alanında bölgenin kongre ve fuar merkezi haline gelmesini sağlamaktır. Son yıllarda gelişen uluslararası ilişkilerimizle birlikte bu konuda önemli adımlar atıldı.

Bu doğrultuda Dünya Dışhkimliği Birliği(FDI) Kongresi'nin Türkiye'de yapılabileceği düşünülerek alt yapı çalışmalarına başlandı. Daha önce İstanbul'da ve Antalya'da yapılan TDB kongrelerini bizzat izleyen FDI başkanları, organizasyon ve dışhkimlerinin katılımı açısından bir sorun görmediklerini belirtmişlerdi. FDI yetkililerinin Türkiye'de bir Dünya Dışhkimliği kongresinin yapılmasının önünde bir engel olmadığı ve fiziki alt yapı koşullarının daha geliştirilmesi durumunda İstanbul'da bunun gerçekleştirilebileceğini ifade eden olumlu yaklaşımları üzerine TDB, daha sonra geniş bir dosya hazırlayarak FDI'ya başvuruda bulundu. Bu başvuruyu değerlendirmek ve gerekli incelemeleri yapmak üzere FDI seçilmiş başkanı (Eylül ayından sonra göreve gelecek başkan) bayan Michele Aerden, FDI Genel Sekreteri Johann (JT) Barnard ve FDI Et-



**FDI Seçilmiş Başkanı Michele Aerden 2003 Sidney Kongresinde TDB delegasyonuyla birlikte**

kinlikler Yöneticisi Paul Wilson TDB 12. Uluslararası Dışhkimliği Kongresinde İstanbul'da olacaklar. FDI yetkililerinin inceleme ziyaretleri sonucunda Eylül ayında Kanada'da yapılacak olan Dünya Dışhkimliği Birliği Konsey toplantısında İstanbul için karar verilmesi ihtimalinin yüksek olduğu belirtiliyor.



**FDI kongreleri dışhkimliğinde dünya çapındaki en önemli organizasyon.**

## Reçetelerde protokol numarasına yer verilecek

*Maliye Bakanlığı'nca çıkarılan 336 sıra nolu Vergi Usul Kanunu Genel Tebliğinin 2 nci maddesine göre; reçetelere protokol defterindeki protokol numarasına da yer verilmesi zorunlu hale getirildi.*

**M**aliye Bakanlığı'nca çıkarılan 336 sıra nolu Vergi Usul Kanunu Genel Tebliğinin 2 nci maddesine göre; reçetelere protokol defterindeki protokol numarasına da yer verilmesi zorunlu hale getirildi.

Tebliğde özel muayenehane, özel poliklinik, özel hastane sahibi veya buralarda çalışan hekimlerce (dışhkimisi dahil) özel muayene ve tedaviler için düzenlenecek reçetelerin kopyalı ve en az üç örnek olması zorunluluğu

getirilmiş olduğu hatırlatılarak düzenlenecek reçetelerde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 72 inci maddesine istinaden tutulan protokol defterindeki protokol numarasına da yer verilmesi zorunlu hale getiriliyor.

Buna göre reçete üzerinde protokol numarasının yer almaması halinde bu belge hiç düzenlenmemiş sayılacak ve Vergi Usul Kanununun 353/2 maddesine göre özel usulsüzlük cezası ke-

silecek.

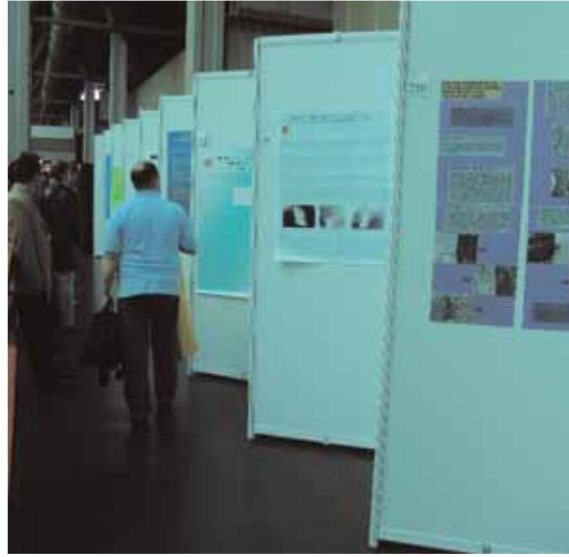
Öte yandan 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 29/2 maddesine göre indirimli orana tabi işlemler dolayısıyla eczacılar tarafından yapılacak iade taleplerinde, ilgili dönem beyannamelerine bu reçetelerin bir listesinin eklenmesi de isteniyor. Bu listede reçetenin tarih ve numarası, hastanın ve düzenleyen hekimin adı-soyadı ile protokol numarasına yer verilecek.

# Balkan Dışhekimleri Derneği Kongresi Belgrad'da yapıldı



*Balkan ülkelerindeki dışhekimleri arasında mesleki ve bilimsel ilişkilerin geliştirilmesi amacıyla on yıl önce kurulan Balkan Dışhekimleri Derneği (BaSS)'ın 10. Bilimsel Kongresi 11-14 Mayıs 2005 tarihlerinde Sırbistan-Karadağ'ın başkenti Belgrad'da gerçekleştirildi.*

Bilindiği gibi, Balkan Dışhekimleri Derneği (BaSS), Balkan ülkelerindeki dışhekimleri arasında dostluğun pekiştirilmesi, mesleki ve bilimsel ilişkilerin geliştirilmesi amacıyla on yıl önce kuruldu. Arnavutluk, Bulgaristan, Makedonya, Yunanistan, Romanya, Türkiye, Sırbistan-Karadağ, Bosna ve Hersek ve Kıbrıs (her iki kesim de) BaSS'ın üyeleridir. BaSS'ın 10. Bilimsel Kongresi, Konsey Toplantısı ve Genel Kurulu 11-14 Mayıs 2005 tarihlerinde Sırbistan ve Karadağ'ın başkenti Belgrad'da gerçekleştirildi. Belgrad'ın modern kongre merkezi Sava Centar'da yapılan kongrede toplam 541 tebliğ sunuldu. Konsey toplantısında ülkemizi Prof.Dr. Hamit Bostancı, Dışhekim Eser Cilasun ve Prof.Dr. Murat Akkaya temsil ettiler. Kongreye Türkiye'den 65 dışhekim katıldı. Meslektaşlarımız bilimsel toplantılara katılmanın yanı sıra Belgrad'ın doğal güzellikleri ile tarihi yerlerini görme fırsatını da buldular.



Konsey toplantısında, Kasım 2004 tarihinde Sofya'daki Konsey toplantısında görüşülen, Türk delegasyonunun önerdiği ve taslağını hazırladığı "BaSS Konsey Yönetmeliği" Genel Kurula sunulmak üzere diğer yönetmeliklerle birlikte kabul edildi. 2006 Kongresinin Sarajevo (Bosna-Hersek) de yapılmasına; ülkemizin de aday olduğu 2007 kongresinin yerinin sonbahar toplantısında görüşülmesine karar verildi.

BaSS Genel Kurulu'na sunulmak üzere üye ülkelerin Konsey Üyeleri ile Yürütme Kurulu adayları belirlendi. Buna göre yeni başkan Romanya'dan Prof. Dr. Adrian Iliescu olurken, boşalan başkan yardımcılığına önceki genel sekreter Petros Koidis, Türk delegasyonuna ise Prof.Dr. Murat Akkaya, Prof.Dr. Ender Kazazoğlu, Prof.Dr. Hamit Bostancı ve Prof.Dr. Nejat Arpak, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ni temsilen Dr. Filiz Kuntay ve Dr. Sami Solyalı seçildiler.

Toplantı süresince Türk delegasyonunun diğer balkan ülkelerindeki meslek örgütleri temsilcileri ile yaptığı sohbetlerde özellikle sağlık sigorta sistemleri ve dışhekimliği uygulamaları konuşuldu. Ülkemizde uygulanacak GSS'de sohbet konuları arasındaydı. Gala yemeğinde Bosna-Hersek temsilcisi Prof. Süleymanagiç kongre bayrağını devir aldı. 11-14 Mayıs 2006 tarihlerinde Sarajevo'da buluşmak üzere bir BaSS kongresi daha sonlandı.



## Ulusal Tütün Programı

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce tütün kullanımının sağlığa olan tehdidi ve sigara salgınının kontrol altına alınabilmesine yönelik ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi Sağlık Bakanı tarafından imzalanmış ve TBMM'de de kabul

edilmişti. Ülkemizde konuya ilişkin yapılacak çalışmaları planlamak üzere 2005 – 2010 yıllarını kapsayan Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlanıyor. Ulusal Tütün Kontrol Programı taslağı incelenmek üzere TDB'ye de gönderildi. TDB'nin taslak üzerine görüşleri Bakanlığa iletildi.

# Diyarbakır I. Bahar (Uluslararası) Bilimsel Sempozyumu

Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın organize ettiği I. Bahar (uluslararası) Bilimsel Sempozyumu 160'ı aşkın meslektaşımızın katılımıyla Diyarbakır Bağlar Belediyesi Konferans Salonu'nda gerçekleştirildi.

26-27 Mart 2005 tarihlerindeki I. Bahar (uluslararası) Bilimsel Sempozyumuna bölge dışından da meslektaşlarımız ilgi gösterdiler. Adıyaman, Şanlıurfa, Gaziantep, Kahramanmaraş, Bingöl ve Elazığ'dan yoğun bir katılım yaşandı.

Açılış konuşması Diyarbakır Dişhekimleri Odası Başkanı Muzaffer Saruhan tarafından yapılan sempozyumu Oda Genel Sekreteri ve Organizasyon Komitesi Başkanı M. Sıddık Patnos yönetti.

D.Ü. Dişhek. Fak. Öğr. Üyesi Yrd.Doç.Dr. Emrah Ayna tarafından "Modern Protetik Uygulamalar" konulu sunum yapıldı.

Yunanistan Selanik Üniversitesi Öğretim Üyelerinden Dr. Dinos Kouturas "Dişhekimliğinde Estetik Uygulamalar" konulu bir sunum yaptı.

Dr. Dinos Kouturas aynı gün öğleden sonra "Oral İmplantoloji" konulu sunumunu yaptı. Elk-Blg.Müh. Cihan Halil de "Dişhekimliğinde Dijital Cihazlar ve Yeni Işınlı Dolgu Cihazları" üzerine bir sunum yaptı.

Akşam gala yemeği ve eğlence düzenlendi.

Sempozyumun ikinci günü Dişhekim Huseyin Meşeci "Endodontik Tedavide Başarının Temel İlkeleri", D.Ü. Dişhek. Fak. Çene Cerrahisi AD Başkanı Prof.Dr. Behçet Erol "Dişhekimliğinde Sistemik Acil Sorunlar" konulu sunumlarını yaptılar. Ardından katılımcılara sempozyuma katkılarından dolayı Diyarbakır Dişhekimleri Odası tarafından birer plaket verildi. Organizasyon Komitesi Başkanı M. Sıddık Patnos'un kapanış konuşmasının ardından 2006'da buluşma dileğiyle sempozyum sona erdi.

Sempozyumda diş depolarının katkılarıyla katılımcılara 60'a yakın hediye çekilişi yapıldı. Ayrıca sempozyum boyunca firmalar stand açarak dişhekimlerine ürünleri hakkında bilgiler vererek tanıtım yaptılar.



Sempozyumu kalabalık bir dişhekimleri grubu izledi.



Prof.Dr. Behçet Erol'un "Dişhekimliğinde Sistemik Acil Sorunlar" konulu konferansından...



Selanik Üniversitesi'nden Dr. Dinos Kouturas "Oral İmplantoloji ve Estetik Uygulamalar" konulu bir sunum yaptı.

TÜRK PROTODONTİ VE İMPLANTOLOJİ DERNEĞİ  
GENEL BAŞKANLIĞI

## Ankara'ya Bekliyoruz ...

**TÜRK PROTODONTİ VE İMPLANTOLOJİ DERNEĞİ  
BİLİMSEL TOPLANTISI**

**15.** 22-23 EKİM 2005  
SHERATON HOTEL  
ANKARA  
Prof. Dr. George ZARB • Prof. Dr. Harold PROSKEL

YERİ: SHERATON HOTEL  
TARİHİ: 22-23 EKİM 2005  
SHERATON HOTEL  
ANKARA13:00  
14:00  
15:00

www.tpd.org.tr • www.tpd.org.tr/ankara2005TÜRK PROTODONTİ VE İMPLANTOLOJİ DERNEĞİ





# Akıllı kimlik kartları odalara gönderildi



Üye bilgi formlarını ve resimlerini gönderen meslektaşlarımızın akıllı kart özelliğini taşıyan kimlik kartlarının baskı işlemi sonuçlandı. Dağıtılmak üzere Odalara gönderilen kartlar kimlik kartı işlevinin dışında özellikle SDE'lerde form doldurma işlemine gerek bırakmaması ve anında kayda geçmesi sayesinde hayatımızı biraz daha kolaylaştıracak.

## ■ Mehmet Eskicioğlu TDB MYK üyesi

### Akıllı kart nedir?

Akıllı kartlar, üzerinde bir mikro işlemci bulunan, içerisinde farklı amaçlar için kullanılacak bilgileri saklayabilen, değişik hafıza kapasitelerine sahip teknolojik ürünlerdir. En yaygın olarak kredi kartları bilinmektedir.

Tek bir yazılım ortamına bağlı kalmaksızın, çok farklı uygulamalarla iletişim kurabilen değişik amaçlar için kullanılacak bu teknoloji ürünü, online veya offline olarak bilgi aktarımı yapabilmektedir.

Akıllı kartlar içerisindeki bilgilerin okunması ve kart içerisine bilgi yazabilmesi için bilgisayarınıza seri iletişim girişinden veya usb girişinden bağlanabilen bir kart okuyucu-yazıcı cihaza ihtiyaç duyulmaktadır. Bu cihazın sayesinde, akıllı kart ve bilgisayarınızda kurulu yazılım haberleşebilmektedir.

Teknolojik özellikleri bakımından geliştirilecek uygulamanın gereksinimlerine göre farklı kapasiteler ve güvenlik özelliklerine sahip olan akıllı kartların ön ve arka yüzlerinde, firma logosu, firma kurumsal kimlik bilgileri ve kurumsal renkleri ile kart sahibinin ismi veya fotoğrafı kullanılarak firmalara prestijini artırıcı tanıtım ile ek katma değerler sağlanabilmektedir.

### Akıllı kartlardaki bilginin güvenliği;

Seçilen kart tipine bağlı olarak güvenlik düzeyi değişmekle birlikte bankalar için bile kullanılacak kadar güvenli kart tipleri mevcuttur. Uygulamanın güvenlik ihtiyaçları ile birlikte kart maliyetleri artmaktadır.

Güvenlik büyük oranda akıllı kartı kontrol eden yazılım tarafından sağlanmaktadır. Kendi işletim sistemine sahip

akıllı kartlar birebir kopyalanmaya karşı bile koruma sağlayabilmektedir.

Kart içine yazılan her bilgi belirli bir anahtar ile doğrulama yapılarak yazılmakta bu anahtar kartı kontrol eden yazılım tarafında belirlenip kart içinde sadece yazılabilen okunamayan bir alanda sadece karşılaştırma bilgisi olarak kullanılmaktadır.

Böylelikle kart kötü niyet ile kullanılmaya çalışıldığında kart içine bilgi yazabilmek için kart içinden okunamayan bu anahtar alanı bilmek zorunluluğu vardır. Bu anahtar alanın üç kez yanlış girilmesiyle kart kendini yazmaya karşı tamamen bloke etmektedir.



**Geçtiğimiz yıl TDB kongresinde de kullanılan akıllı kartlar oturularda form doldurma zahmetini de ortadan kaldırıyor.**

### TDB akıllı kart – kimlik kartı uygulaması

Üye bilgi formlarıyla birlikte resimlerini gönderen dişhekimlerine akıllı kart özelliğini taşıyan kimlik kartlarının baskı işlemi sonuçlanmış ve dağıtılmak üzere Odalarımıza gönderilmiştir.

Meslektaşlarımızdan gelen 11 500 üye bilgi formu bilgisayarlarda taranarak TDB ve Dişhekimleri Odaları Yönetim ve Yazılım Programına "TOYY" geçirilmiştir. Formlar dişhekimlerinin kendi el yazıları ile doldurulduğundan taranmasında çeşitli zorluklar yaşanmış, bilgilerin doğru ve güvenilir olması bakımından bu formlar bilgisayar operatörlerince de bire bir kontrol edilmiştir. Bu işlem sonucunda Formlara eksik olduğu görülen bilgiler bazen dişhekimleri ile doğrudan, ama büyük oranda Odalarımızın desteği ile tamamlanmıştır.

Formu doldurup resim göndermeyen dişhekimlerinin sayısı yaklaşık 1 600 civarındadır. Resimlerde JPEG formatında taranarak internet yoluyla ilgili dişhekiminin üyesi olduğu Odanın dosyasına yapılandırılmıştır.

Uygulamadaki güçlüğü nedeniyle TDB logosunun değişim sürecinin de araya girmesiyle kimlik baskısında bir gecikme yaşanmıştır. Teknolojisi nedeniyle son derece pahalı olan akıllı kart kimliklerinin ikinci bir maliyet getirmemesi için meslektaşlarımızdan gelen eleştirilere rağmen elde olmayan gecikme için meslektaşlarımızın hoş görüşüne sığınıyoruz.

Uygulamadaki güçlüğü nedeniyle TDB logosunun değişim sürecinin de araya girmesiyle kimlik baskısında bir gecikme yaşanmıştır. Teknolojisi nedeniyle son derece pahalı olan akıllı kart kimliklerinin ikinci bir maliyet getirmemesi için meslektaşlarımızdan gelen eleştirilere rağmen elde olmayan gecikme için meslektaşlarımızın hoş görüşüne sığınıyoruz.

### SDE ve akıllı kart-kimlik kartı uygulaması

11. Uluslararası dişhekimliği kongresinde ilk uygulaması yapılan ve başarılı olunan akıllı kartlar, 12. Uluslararası dişhekimliği kongresinde kimlik kartı özelliği ile meslektaşlarımız tarafından kullanılacaktır. Bilimsel toplantılarda girişlerdeki Proxy kart okuyucularına okutulacak kimlik kartları nedeniyle meslektaşlarımızın SDE için elle form doldurmaları önlenmiştir. Kart okuyucularındaki bilgiler bilgisayar ortamına doğrudan geçirildiğinden SDE puanlarının hesaplanması ve sertifikaya dönüşmesi zaman ve emek açısından son derece kolaylaşmıştır.

Bilindiği gibi FDI tarafından mezuniyet sonrası dişhekimliği eğitiminin zorunlu hale getirilmesi çalışmaları TDB tarafından da desteklendiğinden gelecek dönem için gerçekleşecek bu realite için de TDB olarak gerekli hazırlıklar tamamlanmıştır.

## TDB'nin Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı Hakkında Görüş ve Önerileri

# İhtiyacımız; adil ve sürdürülebilir bir sistem

**B**ilindiği gibi TDB, Genel Sağlık Sigortası sistemini iki yıldır çeşitli toplantılarda Oda yöneticileri ile birlikte görüşüp tartışmıştı. Aynı şekilde bu süreçte Odalarımız da konuyla ilgili kendi aralarında tartışmış ve oluşturdukları görüşlerini TDB Başkanlar Konseyi toplantılarında ifade etmişlerdi. Kanun tasarısı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu adı ile TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşülmeye başlayınca Türk Dışhekimleri Birliği de komisyona kanun tasarısına ilişkin, gerek kanunun geneli gerekse kanunda dışhekimliği hizmetlerinin nasıl yer alması gerektiği konusunda görüş ve önerilerini bildirdi.

### TDB'nin kanunun geneline ilişkin önerileri

- 1) Yasa tasarısında idari ve mali özerklik ifade edilmesine karşın; komisyon ve kurulların oluşumunda buna dikkat edilmemiştir. Sağlık Meslek Birliklerinin, alanları ile ilgili oluşturulacak tüm yapılarda yer alması sağlanmalı.
- 2) Uygulamanın başarılı olabilmesinin temel şartlarından biri; devlet bütçesinden yapılacak ödemenin yasa içerisinde belirtilmesidir. Aksi bir durumda uygulamanın sürdürülebilirliği mümkün olmayacak ve hükümetler ister istemez kuruma müdahale etmek zorunda kalacak. Ayrıca, kurum yetkilileri geçmişte olduğu gibi rehabet içerisinde olacaktır. Sonuç olarak, Devlet bütçesinden yapılacak ödemeler miktarı (oranı) yasa içinde belirtilmeli ve sosyal hukuk devletine yaraşır oranda artırılmalıdır.
- 3) Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması süreci; var olan yapıların aynı statülere kavuşturulmasından sonra başlamalıdır.
- 4) Kayıt dışı ekonominin kayıt altına alınmasına yönelik gerekli yasal düzenlemenin ve uygulamasının bu yasa tasarısından önce yapılması, sosyal güvenlikte yapılmak istenen reformun başarısı için ön şarttır.
- 5) Kazananın daha çok vergi ödediği adil bir vergi sistemi oluşturulmalıdır.
- 6) Bu tasarıda topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bahsedilmemektedir. Bu hizmetler ya bu tasarıda ya da başka bir düzenlemeyle netleştirilmeli ve kamuoyuna açıklanmalıdır.
- 7) Sağlık Hizmetlerinde insan gücü kaynaklarının verimli kullanılması temel ilkedir. Bu nedenle insan gücü planlamasında sayısal ve coğrafik dağılıma yönelik bir düzenleme yapılmalıdır.

### TDB'nin, kanunun maddelerine ilişkin önerileri ve gerekçeleri

#### **Madde 33:**

#### **Malullük Aylığından Yararlanma Şartları**

Bu maddenin (b) bendi, malullük aylığından yararlanabilmek için 3600 gün prim ödenmesi zorunluluğunu getirmektedir.

öneri: Bireylerin, gönüllü olarak kendilerini malul bırakmayacakları düşünülerek(böyle niyetleri olanlara karşı gerekli önlemler almak koşuluyla) süre düzenlemesi yeniden değerlendirilmelidir.

#### **Madde 38:**

#### **Yaşlılık Aylığından Yararlanma Şartları**

Bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde yer alan gün sayısı ve emeklilik yaşı düzenlenmelidir.

**Gereke:** Çalışma gün sayısı ve emeklilik yaşı dünya standartlarının çok üzerinde bulunmaktadır. İşsizliğin çok yoğun olarak yaşandığı ülkemizde bu düzenleme ile emekli olma olanağına sahip kişi sayısı yok denecek kadar az olacaktır.

Bu da sosyal devlet anlayışı ile çelişmektedir.

#### **Madde 54:**

#### **Fili Hizmet Süresi Zammı**

Bu maddenin kapsamındaki sigortalılar başlığı altında yer alan 5 numaralı bölümdeki meslek grubu içerisine dışhekimleri de belirtilmelidir.

**Gereke:** Birçok düzenlemede tabip tanımlaması yer almaktadır. Bu tanımlama çoğu kez dışhekimini kapsam dışın-

da bırakabilmektedir. Bu anlamda ya tabip tanımlaması içerisinde dişhekimlerinin de girdiği belirtilmeli ya da dişhekimleri ayrıca belirtilmelidir. Dişhekimliği alanında oral diağnoz ve radyolojide çalışan dişhekimleri radyasyona maruz kalmaktadır.

## **Madde 82:** **Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu**

Kurul içerisinde Sağlık Meslek Kuruluşlarından temsilci bulunmamaktadır. Kurul içerisinde Meslek Birliklerinin de yer alması, kararların objektifliği bakımından yararlı olacaktır.

## **Madde 87:** **Sağlanan Sağlık Hizmetleri**

Bu madde içerisinde tanımlanan dişhekimliği hizmetlerinin kapsamının değiştirilmesi ve yanlış anlaşılmalara neden olmayacak şekilde düzeltilmesi gerekmektedir.

**Gerekeç:** 87. maddenin (d) bendinde 15 yaş grubu belirlenmiştir. AB ülkelerinin hemen hemen tamamında yaş grubu 18 ya da 20 olarak belirlenmiştir. Diş ve diş eti hastalıkları önlenabilir hastalıklardır. Ayrıca en sık tekrarlanan hastalık grubu içerisinde tanımlanmaktadır. Gelişme çağındaki çocuklarda diş ve diş eti rahatsızlığı nedeniyle gelişim bozuklukları ortaya çıkmaktadır. 15 - 18 yaş arası kişiliklerin oluştuğu ve pekiştiği bir dönemdir. Bu dönemde çocukların dişhekimleri tarafından takip edilmesi ve kontrole çağırılması ile oluşturulacak olan alışkanlıklar sonucunda sağlıklı bir nesil yakalamak olanağı bulunmaktadır. Ayrıca, bu dönemdeki yaş gruplarına yapılacak olan müdahaleler; bu yaş üstü gruba sağlanan haklarla hemen hemen aynı olduğu için bir maliyet artışı söz konusu olmayacaktır.

Protez ihtiyacının karşılanması 60 yaş üzeri kişilere tanınmaktadır. Ülkemizde hareketli protez ihtiyacı 45 yaş grubunda başlamaktadır. 60 yaşından sonra protez ihtiyacının karşılanması hem sağlık açısından hem de sosyal ilişkiler açısından uygun düşmemektedir.

Ayrıca yasa tasarısında 15 yaş grubu üstünün dişhekimliği hizmetlerinin kap-



**"18 yaş üstünde olan kişiler için; diş çekimi, dolgu, kanal tedavisi, diş eti hastalıklarının tedavisi, travma ve onkolojik tedaviye bağlı ağız ve diş hastalıklarının tedavisi ile travma ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları ve ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri ile kurumca belirlenecek diğer tanı ve tedavi hizmetleri, 50 yaş ve üzerindeki genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu 50 yaş ve üzeri kişilerin protezleri kapsam dahiline alınmalıdır."**

samı; (e- bendinden sonra gelen fıkraya) yanlış anlaşılmalara ve yorumlara yol açmaktadır.

**Öneri:** 87. maddede dişhekimliği ile ilgili aşağıdaki düzenleme yer almalı;  
"18 yaşına kadar; ağız ve diş muayenesi, dişhekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, tedaviye yönelik tıbbi danışmanlık, hasta takibi;

18 yaş üstünde olan kişiler için; diş çekimi, dolgu, kanal tedavisi, diş eti hastalıklarının tedavisi, travma ve onkolojik tedaviye bağlı ağız ve diş hastalıklarının tedavisi ile travma ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları ve ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri ile kurumca belirlenecek diğer tanı ve tedavi hizmetleri,

50 yaş ve üzerindeki genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu 50 yaş ve üzeri kişilerin protezleri"

\* 87. maddenin uygulanmasına ilişkin çıkarılacak olan yönetmelik hazırlık ça-

lışmalarında Sağlık Meslek Birliklerinin de yer alması sağlanmalıdır.

## **Madde 93:** **Katılım Payı Alınması**

Bu maddenin 5. fıkrasında katılım payı toplam tutarının net asgari ücreti geçmeyeceği belirtilmekte. Katılım payının kazanca göre basamaklandırılması daha adil olacaktır.

**Gerekeç:** Katılım payı uygulaması ilkel olarak doğrudur. Katılım payı, gereksiz kullanımı ve suiistimalleri engellerken aynı zamanda da hizmet kullanımına ihtiyacı olanları da engellemektedir. Bu nedenle; katılım payı ödeme

güçlüğü olanların sağlık hizmetlerini kullanmasını sağlamak için, katılım payında basamaklandırma yapılması adil olacaktır. Örneğin; aylık

ücreti/kazancı .... YTL olanların katılım payı net asgari ücretin 1/4'ünü, ... YTL olanların katılım payı net asgari ücretin 1/3'ünü geçemez.

## **Madde 94:** **Katılım Payı Alınmayacak Haller ve Sağlık Hizmetleri**

Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak hizmetlerin belirlenmesi çalışmalarında Sağlık Meslek Birliklerinin

**SSK**

**GSS**



yer alması uygun olacaktır.

**Öneri:** 94.maddenin son fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmeli;

"Bu madde gereğince, katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespiti Kurum yetkilidir. Bu çalışmalarda Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Tabipler Birliği'nin görüşleri alınır."

#### **Madde 95:**

##### **Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri**

Bu maddede, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimi tarafından sunulacağı belirtilmektedir. Ve sevk sistemine uyulmadan alınan sağlık hizmetlerinin bedeli ile ilgili nasıl bir ödeme yapılacağı yer almaktadır.

Dişhekimliği hizmetlerinde sevk zincirinin nasıl olacağı açık değildir. (Düzenlemede dişhekimine de sevk aile hekimi tarafından yapılacağı anlaşılmaktadır.)

Dişhekimliği hizmetlerinde aile hekimi tarafından sevk yapılması bürokrasiyi arttıran bir işlem olacaktır. Bu nedenle hizmet kullanıcısının direkt olarak dişhekimine gitmesi daha doğru olacaktır. Ancak, dişhekimisi hastasının sağlık dosyası hakkında aile hekiminden bilgi almalı ve genel sağlığı ile saptadığı sorunları aile hekimine bir rapor ile bildirmelidir. Bu maddeye ayrı bir fıkra eklenecek bu durum aydınlatılmalıdır.

**Öneri:** Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, dişhekimliği hizmetlerine başvurularında aile hekimine başvurmak zorunda değildir. Dişhekimleri kendisine başvuran hak sahibinin tedavisini yaptıktan sonra durumu; genel sağlığı ile ilgili bir sorun olup olmadığını bir rapor ile kişinin aile hekimine bildirir. Dişhekimliği hizmetlerinde uzman dişhekimine sevk genel dişhekimisi tarafından yapılır.

Ayrıca, bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esasların düzenlenmesinde Sağlık Meslek Birlikleri de bulunmalıdır.

#### **Madde 97:**

##### **Acil Haller**

Bu maddede acil haller ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak tespit edileceği belirtilmektedir. Sağlık Meslek Birliklerinin bu çalışmalar içerisinde yer alması uygun olacaktır.



**"Diş ve diş eti hastalıkları önenebilir hastalıklardır. Gelişme çağındaki çocuklarda diş ve diş eti rahatsızlığı nedeniyle gelişim bozuklukları ortaya çıkmaktadır. 15-18 yaş arası kişiliklerin oluştuğu ve pekiştiği bir dönemdir. Bu dönemde çocukların dişhekimleri tarafından takip edilmesi ve kontrole çağrılması ile oluşturulacak olan alışkanlıklar sonucunda sağlıklı bir nesil yakalamak olanağı bulunmaktadır."**

#### **Madde 98:**

##### **Sağlık Hizmetlerinin Ödenecek Tutarlarının Belirlenmesi**

Bu maddede Sağlık Hizmetlerini finanseleyecek olan bir komisyonun kurulacağı belirtilmektedir. Komisyon tamamen atanmışlardan oluşmakta ve Komisyonun aralarında Türk Dişhekimleri Birliği'nin bulunduğu bazı kuruluşlardan görüş alabileceği (görüş alabilir) belirtilmektedir.

Komisyonun yapılması; katılımcılıktan uzak ve tamamen atanmışlardan oluşmaktadır. Sistemin başarısında hizmet kullanıcılarının ve sunucularının olması ileride oluşabilecek sorunların başta çözümlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle komisyon içerisinde Türk Dişhekimleri Birliği ve diğer Sağlık Meslek Birlikleri yer almalıdır. Ayrıca bu yapı Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Türkiye Sığortacılar ve Reasürans Şirketleri Birliğinden görüş alacak ise aynı şekilde sendikalarından yani hizmet kullanıcılarının kuruluşlarından da görüş alınmalıdır.

#### **Madde 99:**

##### **Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi**

Bu maddenin 2. fıkrasında kurumun sağlık hizmeti sunucularının mahallinde provizyon merkezi açabileceği belirtilmektedir. Bu düzenleme kaldırılmalıdır.

gerekçe: Böyle bir düzenleme haksız rekabete yol açacaktır. Kurum; tüm sağlık hizmeti sunucularına provizyon merkezi kuramayacağı için, bu olanağa sahip

olan kurum ve kuruluşlar avantajlı bir konum elde edeceklerdir.

Özellikle dişhekimliği hizmetlerinin muayenehanecilik temelinde yapılmış olduğu düşünülürse, sisteme girecek 17.000 dişhekimine provizyon merkezi kurulamayacağı bir gerçektir. Bu nedenle, AB'nin Lizbon genelgesinde vurguladığı gibi, sağlık hizmetlerinin "Butik" hizmet anlayışına göre kurum-sallaşması gerektiği ve bunun hizmetin kalitesi açısından ön koşul olduğu değerlendirildiğinde, kurumun haksız rekabete yol açacak bir düzenleme yapmaması gerekir. Kurum, sağlık hizmetlerinde "kontrollü rekabeti" sağlayacak düzenlemelere önem ve öncelik vermemelidir.

Bu maddede hizmet sunucuları ile yapılacak olan sözleşmelerde; Sağlık Meslek Birliklerine üyelik ve Meslek Birliklerinden alınacak standartlara uygunluk belgeleri şartı aranacağı ifadesi yer almalıdır.

#### **Madde 121:**

##### **Gecikme zammı**

Bu madde, kurumun prim ve diğer alacaklarının ödenmemesi durumundaki cezai yaptırımları açıklamaktadır. Düzenleme, kurumun alacakları açısından doğru ve haklıdır. Aynı şekilde, kurumun hizmet sunucu ve kullanıcılarına yapacağı ödemelerde oluşacak gecikmelerin cezai yaptırımları da belirtilmelidir.

#### **Madde 132:**

##### **Avans**

Bu madde, gelir ve aylık alanlar ile sağlık hizmeti sunucularına tahakkuk etmiş alacakların 60 gün içerisinde ödeneceğini, işlemin gecikmesi halinde tahakkuk tutarının %75'ini geçmemek üzere avans verileceğini belirtmektedir. Dişhekimliği hizmetleri maliyetlerinde kullanılan sarf malzemeleri önemli bir oranı oluşturmaktadır. Bu nedenle 60 günlük süre dişhekimlerini zora sokan bir zaman dilimidir. Bu sürenin azami 30 gün ile sınırlandırılması gerekir.

#### **Madde 141:**

##### **Kurumca Verilecek İdari Para Cezaları**

Bu maddenin (1) bendinde yer alan para cezasının ilk ve sonraki fiillerde artırılması ve sözleşmenin fesih süresinin en az altı ay olarak düzenlenmesi caydırıcılığı sağlayabilir.



TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy  
MSS gündemini değerlendirdi:

## 'AB'nin mesleğimize olası etkilerini tartışacağız'

**T**DB kongrelerinde her yıl bilimsel program başlamadan önceki günlerde mesleğin sorunlarının tartışıldığı ve dişhekimliğine yön verecek politikaların oluşturulmaya çalışıldığı, konunun taraflarının biraraya geldiği (bakanlıklar, kamu kurumları, üniversiteler vb.) bir Meslek Sorunları Sempozyumu düzenleniyor. Türk Dişhekimleri Birliği ve Oda yöneticilerinin katılımıyla oluşan TDB Başkanlar Konseyi de bu kapsamda toplanacak. 20-22 Haziran 2005 tarihlerinde düzenlenecek olan Meslek Sorunları Sempozyumu'nda 'AB sürecinde dişhekimliği hizmetleri' başlığı altında iki ana konu gündeme alındı:

1. Dişhekimliği hizmetlerinin sunumu ve finansmanının bugünü ve geleceği
2. AB müktesebatına uyum çalışmalarının dişhekimliğine etkileri.

### GSS'de Dişhekimliği Hizmetleri

Bilindiği gibi hükümetin 'Sosyal Güvenlik Reformu' tasarıları içinde yer alan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminde dişhekimliği hizmetlerinin nasıl yer alacağı tanımlanıyor. 20-21 Haziran günlerinde Meslek Sorunları Sempozyumu'nda tasarıda ifade edilen kapsamın (öncelikli yaş grupları, tedavilerin cinsi, tedavilerin süresi vb.) meslektaşlarımıza ve topluma yansımalarının nasıl olacağı tartışılacak.

### AB Sürecinde

#### Dişhekimliği Hizmetleri

Türkiye'nin son yıllardaki en önemli gündem maddesi olan Avrupa Birliği'ne üyelik müzakereleri süreci başlarken dişhekimliği mesleğini nelerin beklediği ve ne yapılması gerektiği, konunun uzmanları tarafından enine boyuna ele alınacak. AB müktesebatına uyum çalış-

maları çerçevesinde 'Sağlıkta İnsan Gücü', 'Tıbbi Cihazların Standardizasyonu' ve 'Hasta Hakları ve Hekim Sorumluluğu' çalışma gruplarının raporları katılımcılar ve Oda yöneticilerimizin ortak toplantısında sonuçlandırılacaktır.

### Birinci çalışma grubunun konusu;

#### Sağlıkta İnsan Gücü

Dişhekimliği hizmeti sunan insan gücünün (Dişhekimisi, yardımcı personel, dişteknisyeni) varolan durumunun tespiti, eğitimi, görev tanımlarının AB müktesebatı ile karşılaştırılarak konunun eksikliklerinin tespiti ve giderilmesi için öneriler. Bu çalışma grubunda Sağlık Bakanlığı'nın tüm birimleri, TDB, fakülteler, meslek yüksek okulları, Diş Teknisyenleri Odası yer alıyor.

### İkinci çalışma grubunun konusu;

#### Hasta Hakları ve Hekim Sorumluluğu

Bu grupta Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri, TDB, fakültelerin deontoloji anabilim dalları, Hasta Hakları Derneği'nden katılımcılar var.

Sağlık AB Anayasası'nın en temel ve en önemli maddelerinden birisi. Dolayısıyla hasta hakları ve hekim sorumluluğu da aynı önemde ele alınmakta. Ülkemizde bu konunun tartışılması oldukça yeni. Bu nedenle bu grubun ortaya koyacağı çalışmalar konu hakkındaki eksikliklerimizi görmek ve çözümler için yol gösterici olacaktır.

### Üçüncü çalışmagrubunun konusu;

#### Tıbbi Cihazların Standardizasyonu

Bu konuda üretici, kullanıcı ve denetleyicileri temsil eden kurumlar biraraya geliyor.

- Uluslararası standartlara uygun cihaz ve malzeme üretiyor muyuz?
- Yurt dışından ithal edilen cihaz ve

malzemeler standarda uygun mu?

- Bunları AB normlarına uygunluğunu sağlamak için neler yapmalıyız?

-Hasta Hakları ve Hekim sorumluluğu konusunda olduğu gibi standardizasyon da ülkemizde yeni yeni gündeme geliyor.

Hükümetin 'Sağlık Dönüşüm Programı' çerçevesinde sağlık mevzuatında uygulanacak değişiklikler 2003 yılından bu yana odalarımız ve meslektaşlarımız arasında tartışılmaktaydı.

2003 yılında Antalya'da yapılan 10. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ndeki Meslek Sorunları Sempozyumunda başlayan tartışma süreci daha sonra Gaziantep, Kapadokya, İstanbul, Çanakkale ve Ankara'da yapılan Başkanlar Konseyi toplantılarında devam etti. Bir yandan da TDB'nin dişhekimliği hizmetlerinin maliyetlerini bilimsel olarak belirlenmesi, hizmetin özel muayenehanelerden de alınması ve bu konudaki öncelikler, fiyatlandırma vb. konularındaki çalışmalarını sürdürüyordu.

Son olarak TDB'nin Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu Komisyonu, oda temsilcilerinin de katılımıyla bir çalışma grubu oluşturmuştu. Komisyonun hazırladığı ve Odalarımıza gönderilen teknik rapor MSS'nin ilk iki günü oda yöneticilerinin katıldığı toplantıda ayrıntılı olarak tartışılacak.

Yine MSS kapsamında odalarımızın topluma yönelik verdiği bilgilerin güncel ve bilimsel olması ve ortak bir dilin kullanılması amacıyla Eğitim Dişhekimliği Eğitimi başlıklı ve tam gün süreli bir konferans gerçekleştirilecek.

Prof.Dr. İnci Oktay tarafından verilecek konferansa her oda bölgemizden iki meslektaşımız katılacak.



TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Organizasyon Komitesi Genel Sekreteri Ayhan Berk:

## 'Biz hazırız... Meslektaşlarımızı bekliyoruz...'

### Kongreye çok az bir süre kaldı. Hazırlıklar nasıl gidiyor?

TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin çalışmaları 2004'ün ağustos ayından itibaren başladı. Bu kongre İstanbul'da gerçekleşen altıncı kongre. Bu nedenle İstanbul Dişhekimleri Odası kongre organizasyonu konusunda deneyimli bir kadroya sahip. Kongre organizasyon komitesindeki meslektaşlarımız özveri ile çalışmalarını sürdürüyorlar. Bu sene, önceki kongrelerden farklı olarak bir şirketle birlikte çalışıyoruz. Haziran'ın 20'sinden 25'ine kadar yorucu ama keyifli bir kongre süreci yaşayacağımıza ve başarıyla sonuçlanacağına inanıyorum.

### Neden bu sene bir şirket ile birlikte çalışmayı düşündünüz?

En önemli sebeplerinden bir tanesi, Organizasyon Komitesindeki meslektaşlarımız, bu kongre sırasında ve kongre haftası içinde zamanlarının önemli bir bölümünü bu çalışmalara ayırıyorlardı. Diğer bir sebep de önümüzdeki yıllarda FDI'nın Türkiye'de yapmayı düşünüyordu. Dünya Dişhekimliği Kongresi. Hatta FDI'dan bazı yöneticiler incelemeler yapmak üzere Kongre sırasında İstanbul'da olacaklar. Söz konusu FDI

kongresi mutlaka bir şirketle yapılacak. Bu nedenle, kongre organizasyon komitesinin bir şirket ile birlikte çalışma deneyimi kazanması gerekir diye düşündük. Yine kongre sırasında operasyon sahasında, şirketin profesyonelliğinden faydalanarak, aksaklıkların asgariye indirilmesini istiyoruz. Bu da kongrenin başarılı geçmesine neden olacak ve Organizasyon Komitesi üyelerinin iş yükünü azalacaktır. Her şekilde daha verimli bir kongre olacağı inancındayız.

### Ancak, bilimsel bölümü yine sizler yapıyorsunuz galiba. Bilimsel programda neler var?

Evet. Organizasyon komitesi bilimsel programı bizzat kendisi yapıyor. Bilimsel program çok özel bir alan. Bu aşamada bir şirketin üstesinden gelebileceğini sanmıyoruz. Program, hem teorik açıdan hem de muayenehane pratiği açısından dişhekimlerini tatmin edecek tarzda hazırlandı. Bir ekşiği olduğunu sanmıyorum. Bu program içinde dişhekimlerine kurslar, teknisyenlere kurslar, dişhekimleri yardımcıların eğitimi gibi farklı uygulamalar da söz konusu.

### Önceki kongrelerden farklı olarak bu kongrede Sergi Komitesi'nde DIŞSIAD da yer alıyor. Birlikte çalışmaya nasıl karar verildi?

Ülkemizi Doğu Avrupa, Türkiye Cumhuriyetleri ve Orta Doğu'nun kongre ve fuar merkezi haline getirmeyi amaçlayan TDB, dişhekimliği ile ilgili alet, cihaz, sarf malzemesi vs. üreten sektörün temsilcileri ile bunları tüketen konumundaki dişhekimlerinin örgütünün birlikte

çalışmalarının, güçlerini birleştirmelerinin fuarların çitasını yükselteceğine inanıyor. Bu doğrultuda TDB ile DIŞSIAD'ın yaptığı protokol sonucu serginin hazırlıkları ortak bir sergi komitesi tarafından yapıldı. Sergi'nin adı da Exponential 2005 – IDEX'05 diye anılacak. TDB ile DIŞSIAD birlikteliğinin başarılı sonuçlar doğuracağına inanıyorum.

### Kongrelerin heyecanla beklenen bir bölümü de sosyal programlar. Bu sene de ilginç programlarınız var sanırım?

Bu senenin sosyal programı çok renkli. Dolmabahçe Sarayı'nda yapılacak olan gala yemeği ve Funda Arar konseri kongreye farklı bir boyut katacak. Ayrıca Prof.Dr. İlber Ortaylı da kongremizin sosyal bölümünde konuşmacı olarak yer alacak. Yani katılımcıların çok eğleneceği, unutulmaz ve hoş anılarla evlerine döneceği bir program olacak. Ben meslektaşlarıma bu kongreye mutlaka gelmelerini öneririm. Hem tatmin edici bir bilimsel program, hem son teknolojik yeniliklerin ve gelişmelerin yer aldığı fuar, hem de çok renkli bir sosyal programı kaçırmamış olacaklar. Ayrıca eski arkadaşlarını, dostlarını görecekler ve yeni arkadaşlıklar kuracaklar. Biz hazırız... Meslektaşlarımızı bekliyoruz...



**Funda Arar Gala Gecesi'nde Dolmabahçe Sarayı Hasbahçe'yi şarkılarıyla şenlendirirken, bilimsel konferanslardan bunalan meslektaşlarımız ünlü tarihçi Prof.Dr. İlber Ortaylı'nın sohbetine katılabilir.**







Basın ve Halkla İlişkiler Komitesi Sorumlusu Neşe İnceoğlu Dursun:

## ‘Meşakkatli ama zevkli bir iş’



### Komisyonunuza biraz tanıyabilir miyiz?

Komisyonumuza 2004’ün Ağustos ayında görev verildi. Komisyonu oluştururken ilk düşüncem bu konuda deneyimli arkadaşlar arasında seçim yapmaktı. Ama mutlaka genç meslektaşlarımızın da olmasını istiyordum. Daha önce odamızın dergisinde birlikte çalıştığım dört arkadaşım var. Songül, Zeynep, Ebru ve Serdar. Hatice arkadaşımız Eğitim Komisyonumuzun eski üyelerinden. İsmet arkadaşımız İzmir’den geldi, ama İzmir odasında oldukça faaldi.

### Şu anda hangi konularda çalışma yapıyorsunuz?

Biliyorsunuz tüm programları içeren bir kongre kitabımız var. Bütün konferanslar, kurslar, tebliğ ve posterler hakkında bilgi içeriyor. Ayrıca sergiye katılan firmaları tanıtıyoruz. Bu kitabı Komisyonumuz hazırlıyor.

O kadar çok kaynaktan bilgi akışı var ki. Bütün bunları hatasız olarak vermek istiyorsunuz. Gerçekten büyük bir emek ama çok zevkli bir süreç.

### Bu yıl da günlük Kongre Gazetesi yayımlanacak mı?

Evet, bu kongremizde de üç gün boyunca yapılan etkinlikleri, birlikte yaşa-

dıklarımızı gazete aracılığıyla unutulmaz kılacağız. Gazete, insanlara kendi yaşadıklarını farklı gözlerle anlatıyor. Gazetemizin o koşturmacada insanları yormadan zevkle okunacak yazı ve görsellerden oluşmasını çok istiyoruz. Tüm amacımız bu, ama sonuç olarak biz bu konuda amatörüz. Meslektaşlarımızın bize bu anlayışla yaklaşacaklarından eminim. Sürçü lisan edersek affola.

### Basın ve halkla ilişkiler konusunda konuştuk. Peki Organizasyon Komitesi’ndeki çalışmalar nasıl gidiyor?

Aramızda daha önceki kongrelerden deneyimli çok arkadaş var. Herkes son derece özverili çalışıyor. Ama bazen olanaklar bazı düşüncelerin gelecek yıllara ertelenmesine neden oluyor. Yine de şunu söyleyebilirim. Hiçbir çalışma geçmiş deneyimlerden yararlanmadan olmuyor. Yani Amerika’yı yeniden yeniden keşfetmek yerine, açıp eski dosyaları okuyorsunuz. Mesela ben Kazmir Pamir arkadaşın geçmiş raporlarından çok yararlandım. Yine İhsan Gürsoy arkadaşımız geçen sene basın komisyonunda çalışmış, onun tecrübelerinden

yararlanıyorum. Teknik komitenin çalışmaları bizim kongre esnasındaki başarımızı çok etkileyecek. Onlara güveniyoruz. Çalışmalar hakkında o kadar çok şey söylebilirim ki! Ama fazla sıkıcı olmayayım. Üç silahşörlerin o meşhur sözünü biraz değiştirmekle yetineyim: “Birimiz hepimiz için, hepimiz sizin için”. Çünkü siz iyi şeylere layıksınız.

### Halkla ilişkiler konusundaki çalışmalarınız hakkında bilgi verir misiniz?

Şu ana kadar meslektaşlarımıza yönelik üç duyuru gönderdik. Ayrıca posterler hazırlandı, dağıtıldı. Yurtdışı fuarlarına ve diğer ülkelerin dişhekimleri birliklerine gönderildi. Kongremiz başlamadan önce ve kongre günleri esnasında basın toplantıları yapılarak medya kuruluşları bilgilendirilecek. Basın dosyaları hazırlayarak gelen tüm basın mensuplarına dağıtacağız. Mümkün olduğunca tüm iletişim yolları kullanılmaya çalışılacak. Amacımız mesleğimize ait sorunları sadece meslektaşlarımıza duyurmak yerine genel sağlık politikaları hakkındaki düşüncelerimizi bu platformu da kullanarak tüm insanlara iletmek.

Kayıt Komitesi Sorumlusu Muharrem İhsan Gürsoy:

## ‘Anadolu’dan katılım arttı’



### Kayıt Komitesi olarak Kongreye olan ilgiyi değerlendirir misiniz?

Kayıt Komitesi çalışmalarına bir yıl önce başladı. Hatta yazılımların yüklenmesi ve web tasarım çalışmalarını da düşünürsek 11. Kongre bittiği gün başladık desem yanlış olmaz. Bu sene üç büyük ilden katılımın yanı sıra daha çok Anadolu ve Avrupa’dan meslektaşlarımız bizle birlikte olacak. Tabii ki burada bu sene meslektaşlarımıza sağladığımız online ödeme imkanının da payı



Teknik Komite Sorumlusu Yaşar Baytak:

## 'Hedefimiz sıfır problem'



### Teknik Komitenin görev kapsamı nedir ve kimlerden oluşuyor?

Komitemizde geçen yıldan devam etmekte olan Faik Yıldız var. Buna ilave olarak genç arkadaşlarımızdan Ali Osman Kaya ve Burçin Yıldız Acar'la birlikte 4 kişiyiz.

Teknik komitenin görev kapsamı içinde acil tıbbi yardım hizmetlerinden tutun da, çiçeklendirmesine, sandalye sayısından yönlendirme levhalarına kadar birçok iş yer alıyor. Bunun dışında bütün teknik malzemelerden sorumluyuz. Bilgisayarlar, fotokopi makineleri, faks ve

tarayıcı gibi cihazları temin etmek ve bütün teknik altyapısını oluşturmak da görevliyiz.

### Acil durumlar için bir önlem alındı mı?

Evet, her yıl olduğu gibi bu yıl da kongre boyunca tam donanımlı bir sağlık ekibi ve ambulans hazır bulunacak.

### Daha önceki yıllarda en çok hangi konularda aksaklık yaşıyordunuz?

Kulaklıklarla ilgili şikayetler yaşıyorduk. Arada çalışmayan veya bağlantısı iyi olmayan kulaklıklar çıkabiliyor. Ayrıca bekleme sırasında birikme yaşıyorduk. Bu kulaklıkların verildiği yerde daha çok eleman bulundurarak bu sorunu çözeceğiz. Ayrıca çalıştığımız organizasyon şirketi bir hafta öncesinden kulaklıkların hepsini teker teker kontrol edecek.

### Teknik anlamda bir yenilik var mı?

Konferansların verimliliğini artıracak küçük teknolojik yenilikler var tabii. Konuşmacılarımız bu yıl slaytlarını sunarken tek bir kumandayla gösterimi ayarlayabilecek. Bir internet kafe oluş-

turma çalışmalarımız devam ediyor. Burada 15 civarında bilgisayar bulundurmaya düşünüyoruz.

Bu yıl yeni olan bir şey de plazma ekranlar. Gerek Lütfi Kırdar'ın gerekse Rumeli salonlarının çeşitli yerlerine plazma ekranlar yerleştirilecek. Bu ekranlarda bilimsel program akışını, sosyal programdaki etkinlikleri ve o anda ihtiyaç duyulacak yeni uyarıları gösterme imkanımız var. Ayrıca firmaların reklamları da burada yer alabilecek.

### Meslektaşlarımıza yönelik bir uyarınız var mı?

Yaka kartlarını sürekli yanlarında bulundursunlar. Bu, organizasyon ve güvenlik açısından gerekli. Bazen otelde, evde unutuluyor ve meslektaşımız ücret ödeyerek yenisini çıkarttırmak zorunda kalabiliyor.

Konferanslar sırasında cep telefonlarının çalıyor olması hem konuşmacının hem de dinleyicilerin konsantrasyonunu bozuyordu. Toplantılara başlamadan önce yaptığımız uyarılara rağmen yine de zaman zaman bu tür sorunlarla karşılaştık. Meslektaşlarımızın bu konuda daha duyarlı olmasını bekliyoruz.

olduğunu düşünüyoruz. Bundan sonraki seneler için iyi bir örnek olacağı kanısındayız.

### Bu yıl önceki yıllardan farklı olarak bir organizasyon şirketiyle çalışılıyor. Bu, çalışmalarınızı nasıl etkiledi?

Genel olarak yüklenici firmayla çalışmak bizim daha rahatlamamızı sağladı. Zaman zaman yoğunluktan kaynaklanan beklemler olsa da genel olarak bu yeniliğin bize yararı olduğunu düşünüyorum.

### Bu yıl yenilik olarak neler yapıldı?

En büyük yeniliğimiz olarak online ödemeyi gösterebiliriz. Bu, hekimlere

oturdukları yerden sorunsuz bir şekilde kayıt olmalarını sağladı. Hatta şunu söyleyebilirim, şu ana kadar online kayıtlar bizim öngördüğümüzün üzerinde. Bu da bize dişhekimlerinin teknolojiye ne kadar yatkın olduğunu ve daha da önemlisi kurumsal kimliğimize olan güveni gösteriyor ve bunun bizi mutlu ettiğini söyleyebilirim. Bundan sonraki amacımız daha da ileri olmalı ve mümkün olduğu kadar bu işi online olarak yapmalıyız. Çünkü hekimlerimizin neredeyse tümü havalesini ya internetten yapmış ya da kredi kartı formunu bize fakslamış. Aslında kredi kartı formu fakslamak online olarak ödemekten farklı bir işlem değil.

### Karşılaştığınız güçlükler var mı?

Bizim toplum olarak genel bir huyumuz var. Bir şeyi yapmaya karar veririz fakat uygulamayı son dakikaya bırakırız. Bu yüzden de son katılım tarihinde ciddi yığılmalar oluyor. Bugünlerdeki yoğunluğun çözülmesi için meslektaşlarımızın bizlere yardımcı olması ve kayıtlarını son ana bırakmaması gerekiyor.

### Meslektaşlarımıza yönelik bir çağrınız var mı?

Meslektaşlarımıza şunu söylemek istiyorum: Bilgilerinizi yenileyeceğiniz, İstanbul'un güzelliklerini yaşayacağınız mükemmel bir Kongre sizleri bekliyor, bekliyoruz.



# Dolu dolu bir bilimsel program

## KONFERANSLAR

### Lazer Destekli Dişhekimliği

İtalya'dan Prof.Dr. Francesco Martelli, lazerin dişhekimliğinde kullanım alanlarını, doğru ve yerinde kullanıldığında dişhekimliğinde nasıl mükemmel sonuçlar yaratabileceğini, bu alanda oluşturulan son yeniliklerin ışığında sunacak.

### Bonding Ajanlarındaki Son Gelişmeler

Prof.Dr. Martin Tyas, bonding ajanlarının kullanımlarına ilişkin en temel ve pratik bilgileri sunarken, bu alandaki en son yenilikleri ayrıntılı olarak aktaracak. Konuşma sonunda sanırım aklımıza takılan bir çok soruyu çözmüş olacağız.

### Muayenehane Pratiğinde

#### Periodontoloji

Periodontoloji alanında dünyanın sayılı bilim adamlarından biri olan İsviçre'den Prof.Dr. Pierre Baehnie muayenehane pratiğine yönelik periodontal uygulamaların ne zaman, nasıl yapılmasını gerektiğini anlatacak

#### Stresle Nasıl Başederiz?

Dünyanın en stresli meslek grupları içerisinde ilk sırayı alan mesleğimizi daha az stresli gerçekleştirebilme yolları İngiltere'den Dr. Ralph Watson tarafından aktarılacak. Mesleğimizi verimli ve uzun yıllar sürdürebilmemizde stresle mücadeleyi öğrenmemiz büyük yararlar sağlayacaktır.

### Daha İyi Estetik ve Fonksiyon İçin İmplant Çevresi Yumuşak Doku

#### Tedavisi

İsrail'den Prof.Dr. Lior Shapira, daha iyi bir estetik ve fonksiyon için implant çevresi yumuşak doku tedavilerini ayrıntılı bir biçimde sunacak.

### Protetikte Yeni Malzemeler ve Tedaviler

Norveç'ten Prof.Dr. Asbjorn Jokstad sabit protetik uygulamalardaki, laminate veneer protezler ve full seramik kronların uygulanma pratikleri ile bu alanda gerçekleştirilmiş olan en son yenilikleri tanıtan bir sunum gerçekleştirecektir.



**Geçtiğimiz yıl 2500'ün üzerinde meslektaşımızın katıldığı Kongreye bu yıl bunun da üzerinde bir katılım bekleniyor.**

### Yeni Ürünler ve Teknikler Üzerine Bir Araştırma

ABD'den Prof.Dr. Sibel Antonson özellikle dişhekimliği alanında kullanıma giren yeni materyalleri tanıtan, bu materyalleri doğru zaman ve doğru yerde nasıl kullanabileceğimizi aktaran önemli bir sunum gerçekleştirecek.

### Beyazlatma Ürünleri ve Tekniklerindeki Son Gelişmeler

ABD'den Prof.Dr. Donald Antonson diş beyazlatma yöntemleri hakkında uygulamanın tarihçesinden başlayarak, beyazlatma yöntemleri hakkındaki genel görüşleri, endikasyonlarını, hangi durumlarda kontrendikasyon yaratacaklarını, kısıtlamalarını ve güvenilirliklerini ayrıntılı ile anlatan bir sunum gerçekleştirecek.

### Kök Kanal Tedavisinde Başarı:

#### Biomekanik Preparasyon

Sunumunda doğru genişletme tekniklerinin kök kanal tedavisinin başarısındaki önemine değinecek olan Prof.Dr. Tayfun Alaçam, Ni-Ti enstrümanların avantaj ve dezavantajları üzerine de değerlendirilmelerini aktaracak.

### Genç Sürekli Dişlerde Endodontik Tedavi / Süt Dişlerinde Endodontik Tedavi

Prof.Dr. Alev Alaçam ve Prof.Dr. Oya Aktören genç sürekli ve süt dişlerinde pulpa te-

davisinden amputasyona kadar bir değerlendirme sunarken özellikle süt azılarında kök kanal tedavisi mi ve diş çekimi mi yapmalı ikilemine yanıt arayacaklar.

### Çapraz Enfeksiyonu Nasıl Engelleriz?

Prof.Dr. Güven Külekçi muayenehanelerde enfeksiyon riskine karşı alınması gereken önlemleri anlatacak.

### Endodontik Tedavide Karşılaşılan Sorunlar

#### ve Çözümleri

Prof.Dr. Faruk Haznedaroğlu kök kanal tedavisinin pek çok aşamasında karşılaşılabilecek sorunlar ve çözümlerinin irdeleneceği bir sunum yapacak.

### Travma Olgularında Farklı Yaklaşımlar

Prof.Dr. Koray Gençay'ın yaptığı sunumda özellikle dişin yerinden tamamen ayrıldığı durumlarda tedavi seçenekleri ve uygulamada zamanlama anlatılacak.

### Kalsiyum Hidroksit'in, Vital ve Devital Endodontik Tedavilerde Klinik Başarıya Etkisi

Prof Dr. Kemal Çalışkan, kalsiyum hidroksit farklı prepatlarının etki mekanizmasını ve klinik başarıları üzerine sunum yapacak. →





### **Mesleki Sağlığımız ve Muayenehane Ergonomisi**

Prof.Dr. Nermin Yamalık çalışma ortamımızın sağlığını nasıl etkilediğini anlatacak.

### **Muayenehane İşletmeciliği**

Dr. Dişhekimi Onur Yarar ve Dişhekimi Tümay İmre muayenehane verimliliğinin nasıl artırılacağı konusunda bir sunum yapacaklar.

### **Protetik Tedavideki Başarı Sızkıklar**

Prof.Dr. Hüsnü Yavuzılmaz, protezlerdeki başarı sızlıkta hasta hekim ve teknisyenin paylarının neler olduğunu anlatacak.

### **Total Protezlerde Kullanılan Ölçü Yöntemleri**

Prof.Dr. Ender Kazazoğlu'nun sunumunda, tam protezlerde gelişen ölçü yöntemleri ve protezlerin tutuculuğunu anlatacak.

### **TME Hastalıklarının Tedavisinde Çağdaş Uygulamalar**

Prof.Dr. Selçuk Basa, örneklerle TME hastalıkları ve tedavilerini anlatacak.

### **Gömük Dişlere Uygulanacak Klinik ve Radyografik Yaklaşımlar**

Prof.Dr. Özen Doğan'ın sunumunda gömülü dişlerin hastaya zarar vermeden çekim yöntemleri anlatılacak.

### **Konvansiyonel Alt Total Protezlerin Başarı Şansı**

Prof.Dr. Senih Çalılıkocaoğlu, dişsiz ağız-larda alt protezin tutuculuğunun nasıl artırılacağı konusunda sunum yapacak.

### **Porselen Restorasyonlar ve Klinik Uygulamalar**

Prof.Dr. Hasan Alkumru'nun sunumunda porselen restorasyonlarda; preparasyon, ölçü, geçici kron ve simantasyon anlatılacak.

### **Total Dişsizlerde İmplant Neden-Nasıl-Sonuç**

Doç.Dr. Hakan Özyuvacı'nın sunumunda total dişsizlik vakalarında uygulanan implant yöntemleri anlatılacak.

### **Titanik'in Önlenemeyen Batışı (Son Perde)**

Prof.Dr. Sedat Küçükay, kanal tedavisinde doğrular kadar yanlışların da bilinmesinin önemli olduğunu vurgularken, ne yapma-

malı, nasıl yapmamalı ve ne ile yapmamalı-yı anlatacak.

### **PANELLER**

#### **Dişhekimliği Protetik Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlara Pratik Çözümler**

Prof.Dr. Gülümser Koçak, Prof.Dr. Emine Nayır, Prof.Dr. Deniz Gemalmaz ve Prof.Dr. Nur Hersek protez uygulamalarında karşılaşılan sorunlarla ilgili tüm ayrıntıları, ölçü maddeleri ve simantasyon materyallerinin karşılaştırılmalı-farklı özelliklerini anlatacaklar.

#### **Oral Kanserler**

Prof.Dr. Meral Ünür, Prof.Dr. Asriye Moccan, Prof.Dr. Sevtap Günbay, Prof.Dr. Behçet Erol ve Prof.Dr. Gülsüm AK'in katıldığı panelde oral kanserler ve erken tanısında dişhekimlerinin rolü tartışılacak.

#### **Ortodontik Vakalara Genel Bakış**

Prof.Dr. Haluk İşeri, Prof.Dr. Tülin Arun, Prof.Dr. Ali I. Karaman ve Prof.Dr. İlken Kocadereli'nin katıldığı panelde ortodontik vakalara genel bir bakış kapsamında horlama ve uyku apnesi olgularının tedavisinde ağız içi aygıtlarının kullanılması ve bu konuda dişhekimlerinin rolü üzerinde durulacak.

#### **Cerrahi Olgularda Teşhis ve Tedavide Ayırıcı Kriterler**

Prof.Dr. Ümit Akal, Doç.Dr. Mehmet Yaltırık, Doç.Dr. Buket Aybar'ın katıldığı panelde, cerrahi uygulamalar sırasında hastaya ait genel medikal sorunlar ve acil durumlarda alınabilecek önlemler tartışılacak.

#### **Enfeksiyon Kontrolü ve Antibiyotik Kullanımı**

Prof.Dr. Ferda Taşar, Prof.Dr. Serdar Çintan, Prof.Dr. Filiz Bal ve Prof.Dr. Raif Erişen'in katıldığı panelde antibiyotiklerin yanlış kullanımları ile sistemik antibiyotik kullanımını gerektiren durumlar tartışılacak.

#### **Dişhekimliğinde İmplant Uygulamaları**

Prof.Dr. Ersan Ersoy, Prof.Dr. Serdar Yalçın, Prof.Dr. Onur İçten ve Yrd.Doç Dr. Yaşar Özkan'ın katıldıkları panelde implantlar nasıl yüklenir ve implanta destek özellikleri neler olmalı sorularına yanıt-

lar tartışılacak.

#### **Özel Bakım Gerektiren Hastalarda Dişhekimliği Yaklaşımları**

Prof.Dr. Işın Ulukapı, Prof.Dr. Zeynep Aytepe ve Prof.Dr. İlknur Tanbođa'nın katıldıkları panelde özel bakım gerektiren hastalarla iletişim ve dişhekimliği yaklaşımı nasıl olmalıdır gibi konular tartışılacak.

#### **Sistemik Hastalıklarda**

##### **Periodontal Sağlığın Düzenlenmesi**

Prof.Dr. Erhan Fıratlı, Prof.Dr. Gülnur Emingil, Prof.Dr. Funda Yalçın ve Prof.Dr. Haviye Çelenkil'in katıldığı panelde sistemik hastalığı olanlarda periodontal dokuların sağlıklı hale getirilmesi için yapılacaklar anlatılacak.

#### **Dişhekimliğinde**

##### **A'dan Z'ye Lokal Anestezi**

Prof.Dr. Çetin Kasapođlu, Prof.Dr. Hülya K. Berberođlu, Prof.Dr. Kerim Güler ve Doç.Dr. Banu Gürkan'ın katıldığı panelde anestezi uygulaması esnasında ve sonrasında oluşacak komplikasyonlar ve tedavileri tartışılacak.

#### **KURSLAR**

##### **Protetik Restorasyonlarda Yüz Arkı Kullanımı ve Oklüzyon**

Doç.Dr. Ayşen Azak

##### **Acil Tıbbi Yardım**

Dr. Emine Özyuvacı

##### **Hero-Shaper,**

##### **Nikel Titanyum Döner Alet Uygulaması**

Prof.Dr. Faruk Haznedaroğlu

##### **Seramik İnceleyler, Onleyler ve Endokuronerlar, Klinik Uygulamalar**

Prof.Dr. Çetin Sevük

##### **Mini Dental İmplant-Sendax**

Prof.Dr. Peker Sandallı

##### **Porselen Laminate**

Prof.Dr. Hasan Alkumru

##### **Kötü Alışkanlık Düzeltilmesi Amacıyla Yapılan Ortodontik Aygıtlar, Çapraz Kapamışın Düzeltilmesi ve Yer Tutucular**

Prof.Dr. Tülin Arun

Prof.Dr. Gamze Aren



# Çocuk yuvalarında iyi şeyler oluyor

*Türk Dişhekimleri Birliği ve İpana'nın birlikte organize ettikleri 'Sağlıklı Gülüşler Odaları' kampanyası geçtiğimiz Aralık ayında bir basın toplantısıyla kamuoyuna duyurulmuştu. İstanbul Bahçelievler'deki Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Şeyh Zayed Çocuk Yuvası'nda açılan ilk Sağlıklı Gülüşler Odası'nda Kampanya Koordinatörü dişhekimi Nimet Koçak'tan çalışmalar hakkında bilgi aldık.*

## Sağlıklı Gülüşler Odası projesi nedir, nasıl doğdu?

Çocuk esirgeme kurumlarında yaşayan çocukların hem koruyucu hekimlik hem de sosyal konulardaki gelişimleri, bireysel özellikleri ve yeteneklerinin ortaya çıkarılması, sosyal hayata hazırlanması anlamında TDB ve İpana'nın birlikte yürüttüğü bir proje bu. Asgari bir yıl sürecek ama aslında üç yıl hedefleniyor. Bütün Türkiye'deki çocuk esirgeme kurumlarına yayılması düşünülen bir proje bu. Şeyh Zayed Çocuk Yuvası ilk uygulama yapılan alan; pilot çalışma gibi de düşünülebilir. Bir 'Sağlıklı Gülüşler Odası' kuruldu. Gönüllü dişhekimlerimiz burada çalışmaya başladılar. Buradan diğer yuvalara da geçiş olacak.

## İkinci yuva kuruldu mu?

Planlanmış durumda. İstanbul Anadolu yakasındaki bir yuvada kurulması planlanıyor. İpana, diş fırçalarının satışının önemli bir oranını bu projeye aktararak yeni odalar kurmayı düşünüyor. Ama fırça satışları ne olursa olsun bu yuva ve karşıda yapılacak yuva mutlaka açılacak. Ama bunun Türkiye'ye yaygınlaşması satışlara bağlı.

## Projenin hedefleri neler?

Bu proje sadece sosyal bir proje değil; bilimsel bazlı ve hedefi olan bir proje. Dolayısıyla neler yapılması gerektiği konusunda dişhekimliği fakültesi toplum ağız diş sağlığı anabilim dalı öğretim üleriyle yoğun çalışmalar yaptık. Proje



şöyle geliyor; ilk aşamada çocukların konuyla ilgili davranış modellerini tespit etmek, bilgi seviyelerini ölçmek amacıyla birer anket uygulaması yapılıyor. Ardından ağızdaki klinik muayene yapılıyor. Bu klinik muayeneye göre dişlerin genel durumu tespit ediliyor. Çürük oranları, gingival durumlar, plak oluşumu hızı ölçülüyor. Bunların sonunda buradaki elde edilen veriler doğrultusunda çocuklara ağız diş sağlığı eğitimi veriliyor. O eğitimden sonra da tekrar çalışmalara devam ediliyor. Çocuklar bunları ne kadar öğrendiler, ne kadar başarılı oluyorlar, eksik bilgileri neler, tespit ediliyor ve o eksik bilgiler tamamlanıyor. Ağızdaki performansları sürekli ölçülüyor.

## Çalışmayı kaç dişhekimiyle sürdürüyorsunuz? Sayınız yeterli mi?

Bu yuvada toplam 211 çocuk var. Böyle bir program doğrultusunda önce, kaç dişhekimiyle randımanlı çalışabiliriz diye hesabını yaptık. Şeyh Zayed yuvası



**'Burada gönüllü dişhekimlerimiz son derece özverili ve çok iyi niyetli bir çalışma yürütüyorlar. Yüreklarını vererek bu işi yapıyorlar, olabilecek en iyi şekilde ve projeye inanarak yapıyorlar. Herkes çok gönüllü ve bu da çok keyif verici bir şey bence.'**

İstanbul'da olduğu için de İstanbul Dişhekimleri Odası bu çalışmayı üstlendi. Bu bölgeye yakın oturan, muayenehanesi olan dişhekimlerini haberdar ettik. Böyle bir çalışmamız var, gönüllü olarak çalışmak ister misiniz diye. Oradan gelen başvurular doğrultusunda şu an toplam 27 tane gönüllü hekimimiz var. Çocukların okul durumlarından dolayı sabah ve öğleden sonra ayrı ayrı gruplar olmak üzere haftanın dört günü bu çalışma sürüyor. Çalışma Mayıs'ın ilk haftasında başladı. Böyle bir çalışmada sadece gönüllülük yeterli olmadığı için toplum ağız diş sağlığı anabilim dalı tarafından üç günlük bir eğitmen dişhekimini eğitimi verildi. Ayrıca bir sosyal hizmet uzmanından bu çocuklara nasıl yaklaşmamız gerekir, doğru yanlış yaklaşımlar neler olabilir, nelere dikkat etmeliyiz şeklinde küçük bir eğitim aldılar. Bu donanımdan sonra burada çalışmaya başlandı.

### Yuvada yaşayan çocuklarla çalışmak zor mu?

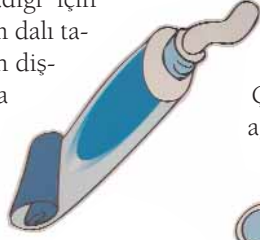
Daha farklı bir sorumluluk oluşturuyor diye düşünüyorum. Sonuçta ailesiyle birlikte yaşayan çocuklarla diyalog kurmak biraz daha kolay. Doğruyu öğret-

lim derken yanlış bir tavırla çocuklara daha olumsuz etkiler yaratabiliriz diye korktuk ve bu nedenden dolayı da bir eğitim aldık. Ama şunu gördük ne kadar nötr davranırsak o kadar sağlıklı olacağı konusunda bir bilgimiz oldu. Dolayısıyla ne çok fazla bireysel ilişkiye giriyoruz ne çok uzaklarında kalıyoruz.

### Eğitimin çocuklarda bir bilinç değişikliğine ulaştığını nasıl tespit edeceksiniz?

Yine fakülte kanalıyla sürekli bu konuda çalışıyoruz; öğrettiklerimiz nasıl davranış haline gelecek diye. Çocukları sürekli izliyoruz, ağız diş sağlığında bireysel başarılarını ölçmek için bir indeksimiz var. Onu mutlaka uyguluyoruz.

En azından ayda bir bir çocuğun ağızını görüp bu konuda ne kadar kendini geliştirmiş olduğunu öğreniyoruz. Bunun yanı sıra çocukların gelişimleriyle ilgili başka faaliyetler de yapılıyor. Ritim dersleri, basketbol, dans dersleri, tiyatro gibi. Müzik ya da dans dersinde ağız diş sağlığıyla ilgili öğretilerin tekrarlanması onun yaşama geçirilmesi açısından son derece önemli.



### Kampanyanın genel değerlendirmesini yapar mısınız?

Bu, güzel bir fırsat diye düşünüyorum. Bu tür yuvalarda kalan ciddi sayıda çocuk var. Bunların ağız diş sağlığı konusundaki eğitimleri son derece önemli çünkü ağız diş sağlığı eğitimi altı yaşlarından itibaren daha da önem kazanıyor. Bu eğer sadece Şeyh Zayed'de kalırsa bu bölgenin çocukları için bir hizmet olarak kalır, yani cılız bir ses olur diye düşünüyorum. Ama Türkiye'ye yayıldığı düşünüldüğünde ağız diş sağlığı konusunda çok ciddi olarak bilinçlenmiş yetişkin bireylere sahip olacağımızı düşünüyorum. Mümkün olduğunca bunun yaygınlaşması gerek.

Burada gönüllü dişhekimlerimiz son derece özverili ve çok iyi niyetli bir çalışma yürütüyorlar. Yüreklarını vererek bu işi yapıyorlar, olabilecek en iyi şekilde ve projeye inanarak yapıyorlar. Haftada yarım günlerini ayırıyorlar. Her hafta mutlaka devam

ediyor ve disiplinli bir şekilde belli saatlerde çalışıyorlar. Herkes çok gönüllü ve bu da çok keyif verici bir şey bence.



## Gönüllü dişhekimleri çalışmayı değerlendirdi

### Necmiye Çapçı



Projeden Odadan gelen yazı sayesinde haberdar oldum ve gönüllü olarak katılmak istedim.

Projeyi olumlu buluyorum. Çocukların bir kısmı çok eğitimsiz. Hazırlanan soruları sorduğumuzda çocukların dişten de dişetinden de bihaber olduklarını gördüm. Bir tanesi, yuva ya geleli bir hafta kadar olmuş; sorduğum sorulara evet veya hayır şeklinde çarpı işareti konması gerekiyor ama çocuk çizgi çizmeyi dahi bilmiyordu. İlk önce kalem elime aldım, çizgi çizmeyi öğrettim. Baktım ki dört beş seferden sonra çocuk ilgilenmeye başladı. Çarpıyı koymaya başladı. Bu beni çok mutlu etti. Çocukların durumunu gördükten sonra onlara yardım edebilme imkanı verdiği için projeyi düşünenlere teşekkür ediyorum.

### Ayşe Derya Azezi



Bana da Odadan bilgi geldi, o şekilde habereyim oldu. Daha önce de çocuk yuvasında çalıştım. Müdürü tanıdıkta bana hep çocuk gönderirdi. Ondan dolayı gönüllü olmak istedim. Ama daha önce 14 yaş grubu gelirdi bana. Önce İnci Oktay hocadan eğitim aldık ve çalışmaya başladık. Diş eğitimi derken diş fırçalamayı nasıl öğreteceğimizi, çocuklarla nasıl iletişim kuracağımızı öğrendik. Daha sonra pedagojik eğitim aldık.

Benim çocuklarla iletişimim zaten çok kolaydır ama bizim çalıştığımız grupta küçük yok. Çocukların diş eğitimiyle ilgili pek bilgileri yoktu. Ama çürükleri falan vardı ve bu eğitimin onlar için çok gerekli olduğunu düşünüyorum. Genel olarak olumlu bulduğum için de geldim çalışıyorum.

### Özgür Ünsal



Ben daha önce İDO'nun Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu'nun İstanbul Gazi Mahallesi'nde bir okulda yürüttüğü benzer bir çalışmada yer almıştım. Tecrübelerim vardı. Arkadaşlara yardımcı oldum bu çalışmada.

Burada bir fark var tabii. Buradaki çocuklar düzenli bir aile yaşantısına sahip değiller. Daha kalabalık ortamlarda yaşıyorlar ve duygusal açıdan biraz daha farklılar. Onun için buradakiler daha özel çocuklar aslında. Çalışmanın sonucunda bir ilerleme mutlaka oluyor. Nasıl fırçalayacaklarını öğreniyorlar, çürükten nasıl korunacaklarını öğreniyorlar. Daha bilinçli hale geliyorlar. Ama tabii verdiğimiz bilgileri alışkanlığa dönüştürmek lazım. Umarım bunu da başarırız.





Kayseri Dişhekimleri Odası Başkanı  
Tülay Tacettinoğlu:

## ‘Mücadeleyle bu sorunu bitireceğiz’

*Geçtiğimiz ay sahte dişhekimleriyle mücadele açısından yoğun geçti. TBMM’de sahte dişhekimlerine ceza indirimini engellemeye çalıştığımız günlerde bu mücadelede yer alan bazı meslektaşlarımız saldırı ve tacizlere maruz kaldılar. Kayseri Dişhekimleri Odası Niğde İl Temsilcisi Sevgi Özbek’in otomobilinin yakılması da bunlardan biriydi. Kayseri Dişhekimleri Odası Başkanı Tülay Tacettinoğlu bölgelerinde sahte dişhekimi olgusunun boyutu ve yürütülen mücadele hakkında dergimize bilgi verdi.*

### Kayseri’de sahte dişhekimleriyle ilgili durum nedir?

Kayseri’de şu an savcılığa intikal etmiş 55 tespit edilmiş isim var. Bunların iki tanesinin hapis cezası kesinleşti. Bunlar tespit edilenler ve savcılığa intikal etmiş olanlar. Bilinenlerin yanı sıra çevrede tespit edilmeden çalışabilenler de var. Bunları da tespit etmeye çalışıyoruz. Net bir şekilde yakalayabilmek için bazı veriler gerekiyor. Onları tam anlamıyla şu anda tespit edebilmiş değiliz. Dişhekimiyle birlikte çalışan sahte dişhekimi sayısı da tahminen 20 civarındadır. Bu, Kayseri merkezdeki durum. Bunun dışında duyularımıza göre varoşlarda eli çantalı diye tabir edilenler var. Onları birebir yakalama şansımız olmuyor. Şikayetler üzerine, bize başvurular olursa onları değerlendiriyoruz. Bildiğiniz gibi en son Niğde gündemeydi. Bir temsilcimizin arabası yakılmaya çalışıldı. Bu durum üzerine Kayseri Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu olarak Niğde’ye gittik. Niğde’de İl Sağlık Müdürü’yle, Emniyet Müdürü’yle görüştük. İl Sağlık Müdürü sahte dişhekimleriyle ilgili daha da yoğun çalışacakları konusunda bize söz verdi. Niğde’deki dişhekimi arkadaşların kendilerine destek olmasını istedi. Meslektaşlarımız da gerekli desteği her zaman verebileceklerini belirttiler. Niğde Emniyet Müdürü de birebir bu konuyla ilgilendiğini söyledi. Niğde’de meslektaşlarımızla da bir toplantı yaptık. Artık çekinmenin, korkmanın bir anlamı olmadığını, ileride daha vahim durumların olmaması için hep beraber, birbirimizle haberleşerek konunun üzerine gidilmesi gerek-

tiği konusunda anlaştık.

### Sahte dişhekimlerin tespitini ve baskınları İl Sağlık Müdürlüğü mü yapıyor?

Asıl sorumlu tabii ki İl Sağlık Müdürlüğü. Biz tespit ettiklerimizi, duyularımızı İl Sağlık Müdürlüğü’ne bildiriyoruz. İl Sağlık Müdürlüğü kendisi araştırıp bulmuyor. Denetim ekibinde Oda temsilcisi arkadaşlarımız da yer alabiliyor. Bölgemizdeki illerde de temsilcilerimiz kanalıyla, Kayseri merkezde ise biz birebir ilgileniyoruz.

### Odanıza bağlı diğer illerde durum nasıl?

Kırşehir bu işi çözdü. Kırşehir il temsilcimiz Kadir Tiryakioğlu İl Sağlık Müdürlüğü’yle de diyalog içinde sahte dişhekimleri sorununu çözdüler. Bu konuda gerçekten çok olumlu çalışmaları oldu. Nevşehir’de de son olarak geçtiğimiz haftalarda yine Niğde’dekilerin uzantısı olduğu tespit edilen iki yere baskın yapıldı ve savcılığa intikal ettirildi.

### Sahte dişhekimlerine yönelik cezaların geçtiğimiz yıl artırılmasıyla birlikte bu vakalarda bir gerileme oldu mu?

Elbette. Bu işi yapan insanların bir bölümü babadan oğula ya da usta çırak ilişkisi sonucu devam eden insanlardı. Cezanın caydırıcı hale gelmesiyle en-



**Sevgi Özbek’e yönelik saldırı sonrası suçluların yakalanması için Niğde Emniyet Müdürlüğü nezdinde girişimlerde bulunuldu.**

azından bu insanlar, bunu geleceklelerini bağlayacakları bir meslek olarak göremeyeceklerini farkettiler. Tek başına çalışanlar kendilerine çekidüzen verme yoluna girdiler. Önceleri daha pervasızca tek başına çalışanlar kamuflaj için yanlarına bir dişhekimi almaya başladılar. Bunları da engelleyeceğiz ama gelen nokta bizim için daha ileri bir noktadır tabii.

### Geçtiğimiz ay biliyorsunuz sahte dişhekimlerine ceza indirim gündeme geldi. Bunu nasıl yorumluyorsunuz?

Bu doğrultudaki çabalara karşıyız. Bu nedenle biz de Ankara’ya gittik ve TBMM’deki girişimlere katıldık. Orada il milletvekilleriyle görüştük. Döndükten sonra yine Kayseri ve Niğde milletvekilleriyle görüştük. Bu konuda kararlıyız ve takipçisiyiz. Geri adım atılmasını istemiyoruz. Bu duruma geldikten sonra hangi mantığa hizmet edilerek bu ceza hafifletiliyor yorum yapmak mümkün değil. Ceza indiriminin gerçekleşmemesi nedeniyle çabalarımızın sonucunu aldığımızı düşünüyorum.



## ‘Muayenehanelerden hizmet alımına hazırlıklı olmaya çalışıyoruz’

*TDB komisyonlarının çalışmalarına yeri geldikçe dergimizde yer vermeye çalışıyoruz. Bu sayıda da Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu Komisyonu ve Sağlık Turizmi ve Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerine Yansımaları Komisyonu’ndan sorumlu TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Tümay İmre’den komisyon çalışmalarıyla ilgili bilgi aldık.*

**Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu Komisyonu olarak yaptığınız çalışmaları anlatır mısınız?**

Komisyonumuz, adından da anlaşılacağı gibi dişhekimliği hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ile ilgili olabilecek hemen her konuda çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. Çalışmalarımızı şöyle sıralayabiliriz;

Ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetlerinin finansman ve sunum açısından günümüzdeki durumunu, güçlü ve zayıf tarafların halkımızın bu hizmetlere ulaşmada karşılaştığı sorunları ve çözüm yollarını araştırmak;

Kamunun özel sektörden hizmet alması (halen daha çok genel tıpta devam ediyor) ve gelecekte bu durumun alabileceği şekli;

Halen yoğun bir şekilde tartışılan GSS bünyesinde veya başka bir yöntemle kamu, yakın ya da uzak gelecekte yaygın bir şekilde özel sektörden hizmet alımına başladığında bu duruma hazırlıklı olmak. Bu amaçla:

Birim tedavi maliyetlerini çıkarmak ve böylece bir dişhekiminin yaşam standartlarını da dikkate alarak asgari tedavi ücretlerini hesaplamak (bu çalışma hemen tamamlandı). Gene kamunun özel sektörden hizmet satın alması gündeme geldiğinde, kamu yararı açısından maliyet-yararlılık kriterlerini göz önüne alarak öncelikli tedavileri ve grupları saptamak.

En etkin hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla, çalışma biçimimizi yani bireysel muayenehanecilikle toplu



**Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Çalışma Grubu Üyeleri; Uğur Yapar, Emel Coşkun, Turgan Ülker, Muharrem Armutlu, Tümay İmre, Memduh Mazmancı, Ali Gürlek, Hüseyin Eminoğlu, Necati Hilmi Küçüküyıldız, Saba Eryılmaz.**

çalışma birimlerini incelemek ve meslektaşlarımıza öneriler sunmak; Son olarak tüm bu tartışmaları yaparken başta AB olmak üzere dünyadaki gelişmeleri ve süreci yakından takip etmek.

**Türkiye’de turizmin gelişmesiyle birlikte son yıllarda sağlık turizmi de gündemde yer almaya başladı. Siz TDB’nin Sağlık Turizmi ve Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerine Yansımaları Komisyonu sorumlusunuz aynı zamanda... Sizce bu durumdan Türkiye nasıl yararlanabilir?**

Hem dünyada insan hareketlerinin (turizm, ticaret vb.) hem de gelişmiş bazı ülkelerdeki sağlık harcamalarının artmasıyla birlikte karşımıza bir olgu olarak çıkan sağlık turizminin ülkemize ve mesleğimize etkilerini tartışmak ama-

ciyla kurulmuş bir komisyondur.

Bu konuda bilgi birikimimizin henüz yeterliği olduğunu söyleyemeyiz. Ancak karşımızda duran bu olguyu ülkemiz ve mesleğimiz açısından bir fırsat olarak görmek de mümkün. Özellikle Batı Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının artmasıyla insanlar farklı arayışlara girdiler. Gelişmiş ülkelere kıyasla daha ucuza hizmet verebiliyor olmamız tercih edilen ülkeler arasına girmemizi sağlıyor.

Bu fırsatı değerlendirme çalışmaları sırasında etik, meslektaşlar arası eşitlik, hasta hakları vb. kriterleri saptamak komisyon çalışmalarının önemli bir kısmını oluşturacak diye düşünüyoruz.

Bir başka önemli nokta ise, varolan mevzuatı bu açıdan değerlendirip gerekirse mevzuat değişikliği önerilerini yapmaktır.

# Guinness'e girecek köprü

Almanya doğumlu Türkiyeli dişhekimi Dr. Rengin Attin'in dedesi; dişhekimliği literatürüne giren 'ağızda en uzun süre kalan köprü'nün sahibi! Dede, 1907 yılında Türkiye'de doğmuş ve şu anda İstanbul'da yaşıyor. 1926 yılında yapılan altın köprü, halen fonksiyon gören bir durumda ağızda bulunması nedeniyle Guinness Rekorlar kitabında yer almaya aday. Bu ilginç olgu, Dr. Rengin Attin'in dişhekimi olarak, dedesinin ağızda 79 seneden beri başarıyla hizmet veren köprüyü araştırmasıyla ortaya çıkartıldı. Dr. Rengin Attin ve arkadaşları Zahnarztliche Mitteilungen(zm) dergisinde yayımlanan aşağıdaki çalışmalarında bu ilginç olguyu anlatıyorlar. Tek bir olgu da olsa Türkiye'de verilen dişhekimliği hizmet kalitesini gösteren başarılı çalışması nedeniyle Dr. Rengin Attin ve arkadaşlarına teşekkür ediyoruz.

Söz konusu hastanın 12 numaralı dişine altın kuran yapılmış, 13 numaralı dişine de aynı malden kanat uzatılmış. Bu kanatlı köprünün fonksiyon süresi, literatürdeki bütün istatistikleri alt-üst edecek durumdur. Hasta 1907 yılında Türkiye'de doğmuş, yıllardır da İstanbul yakınlarında yaşamaktadır. Sözü edilen köprü, 1926 yılında yapılmıştır. Hasta, köprünün takıldığı zamanı hala daha net bir şekilde hatırlıyor. Bu da, köprünün tam 78 yıldır ağızda fonksiyonda olduğu anlamına geliyor.

Resim 2'de hastanın 15 yaşındaki hali, köprünün takılmasından birkaç yıl önce. Bu fotoğraf, 1922 yılında, Atatürk'ün Türkiye Cumhuriyeti'ni kurmasından (1923) kısa bir süre önce, Osmanlı İmparatorluğu zamanında çekilmiştir.

Hasta ilk yıllarda, düzenli olarak (sabahları ve akşamları) dişlerini fırçalamış.

Resim 3, Hastanın ağızına çok iyi baktığını düşündürüyor. Yaklaşık bir yıl önce hastada bir tümör bulunmuş, o günden sonra da hasta diş temizliğini ikinci plana atmış.

Resim 4 Hasta 97 yaşında (şu anda)

Hem üst hem de alt çenede eksik dişleri var. Sözü geçen köprü dışında, ağızda bir biodent köprü ve de alt çenede bir hareketli protez var. Hasta dişheki-



**Resim 1:**  
Köprü, 13 numaralı  
dişe kanat atılarak 12  
numaralı dişe  
yapılmış.

mine sadece şikayetleri olduğunda gitmiş, rutin kontroller çok seyrek yapılmış. Hasta 13 numaralı dişin nasıl çekildiği hatırlamıyor.

Ne yazık ki, köprüyü yapan hekime

ulaşmak artık mümkün değil, çünkü yıllar önce ölmüş. Dişhekimimizin neden kanatlı köprü yaptığı hasta tarafından da cevaplanamıyor.

Ashında burada tartışılması gereken, ka-



**Resim 2:** Hasta, 15 yaşında. Henüz Cumhuriyet ilan edilmemiş.

**Resim 3:** Hastanın yaklaşık 35 yaşındaki hali, Resim 1'deki köprü, o zamanlar 16 yıldır ağızda işlev görüyor.







**Resim 4:**  
**Hasta bugün, 97 yaşında,**  
**torunu ve torununun çocuğuyla**

natlı köprülerde destek dişe gelen fazla yükün tehlikesidir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar, kanatlı köprüler ile konvansiyonel köprüler arasında dayanıklılık açısından fark olmadığını göstermektedir (Leempoel et al., 1995) Kanatlı köprülerde, preparasyon kurallarına dikkat edildiği sürece, sorun görülmemektedir. Burada düşünülmesi gereken, kanatlı köprülerde destek dişe binen yükün, dişin kendisi tarafından

sınırlandırılır olmasıdır. Destek dişe fazla yük geldiğinde, dişin yapılandırılmış olduğu siman çözülür, dişe fazla bir zarar gelmez. Aynı şekilde, kanatlı köprülerdeki destek dişlerin periodental sağlıkları, konvansiyonel köprülerdeki destek dişlere göre daha fazla zarar görmez. Bu arada, kanada binen oklüzal yük, devrilme momentini en aza indirmek için minimumda tutulmaktadır. Burada geçerli olan eski kuraldır, gele-

neksel köprüler en az iki destek diş sağlanarak yapılmalıdır.

Sözü geçen vak'a, dişhekimliğinde çok az görülebilecek bir durumu ortaya koymaktadır. Fakat buradan yola çıkarak, tek bir olayla, dişhekimliğindeki rekonstrüksiyonların dayanıklılıkları hakkında genelleme yapmak yanlış olur. Yukarıda sözü edilen hasta, uygun şartlarda yapılmış bir dişhekimliği uygulamasını uzun yıllar (tarihsel bir devir) ağızda fonksiyon gördüğünü açıklamaktadır. Ayrıca, dişhekimliği uygulamalarında, bu denli geniş bir zaman diliminde dönüp geriye bakmak da çok az hastaya kısmet olur.

İnsanların yaşamdan beklentileri son yıllarda oldukça artmış durumda. Bu anlamda yazarlar hastaya ve de büyük büyük babasına daha uzun, daha sağlıklı yaşam yılları diliyorlar ki, böylece kanatlı köprü daha 79. 80. doğum gününü kutlayabilsin...

TTB Yüksek Onur Kurulu Üyesi Doç.Dr. Faik Çelik:

# 'Bu yasa hekimleri savunmacı tıbba sevkeder'

5237 sayılı yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) 26 Eylül 2004'te TBMM'de kabul edilmişti. Yürürlük tarihi önce 1 Nisan 2005 olarak belirlense de daha sonra çeşitli nedenlerle 1 Haziran'a ertelenen TCK geçtiğimiz günlerde yürürlüğe girdi. Yasanın, varolan haliyle sağlık hizmeti sunan hekim ve dişhekimlerini zor durumda bırakabilecek birçok muğlak maddeyi de içerdiği sıkça dile getirildi. Yeni TCK'daki netameli maddeler hakkında konu üzerine bir çalışma yapan Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Üyesi Doç.Dr. Faik Çelik'in görüşlerine başvurduk.

**Yeni Türk Ceza Kanunu tasarısında sizin sakıncalı bulduğunuz noktalar hangileri?**

Öncelikle çağın gerisinde kalan Türk Ceza Kanununun değiştirilmesi çabasını olumlu bulduğumuzu belirteyim. Ancak incelediğimizde çeşitli kesimlerin görüşleri alınmadan ve alelacele hazırlanmış bir yasa görüntüsü veriyor. Yoruma son derece açık hükümleri var ve bu, hekimlik mesleğini de çok zorlaştırabilecek sonuçlar yaratabilir. Örneğin 'bilinçli taksir' ve 'olası kasıt' gibi iki yeni ifade kullanılıyor. Bunların trafik suçları ya da örneğin yaptıkları binanın çökmesiyle insanların ölümüne yol açanlar için kullanılmış olduğunu tahmin ediyorum. Biliyorsunuz basının da bazı konuları çok fazla işlemesiyle toplum bazı suçlarda daha duyarlı hale gel-

**'... esas önemli olan taksirli veya olası kasıtle, her ne sebeple olursa olsun hekimlik mesleğinin yasaklanması kabul edilemez. Bu, hekimleri bugün ABD'de olduğu gibi savunmacı tıbbı ve risk almamaya götürür.**

di. Trafik canavarı diye sunulan alkollü araç kullanırken ölüme yol açan insanlara ya da özellikle deprem sonrası dönemde çöken binaların müteahhithlerine karşı büyük bir öfke oluştu. Bunların 'hafif' cezalarla sınırlanması açısından

bazı maddelerin yaptırımları artırılmış. Ama aynı maddelerin kapsamına hekimler de kolaylıkla alınabilir. Örneğin 'bilinçli taksir', 22. maddede 'kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır' diye açıklanmış. Bu, son derece yoruma açık ve bizleri de içine alabilecek bir kavramdır.

**'Olası kasıt'tan ne kastediliyor?**

O da 21. maddede 'Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kasıt vardır' diye belirtilmiş. Düşünebiliyor musunuz bir hekim hastasına zarar vereceğini bile bile bir işlem yapacak. Uç bir örnek; kayınvalidemin çok konuşmasından şikayetçiyim, onun guatr ameliyatını yapar-

ken ses tellerini de kesiveriyorum! Herhalde böyle bir durumu öngörüyorlar. Böyle bir şey olabilir mi? Hekim hastasına bilerek zarar verebilir mi?

### **Bu yoruma açık hükümler hekimlerin mesleklerini yürütme tarzlarını etkiler mi?**

53. maddede 'Belli bir meslek veya sanatın ya da trafik düzeninin gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla işlenen taksirli suçtan mahkumiyet halinde, üç aydan az ve üç yıldan fazla olmamak üzere bu meslek veya sanatın icrasının yasaklanmasına ya da sürücü belgesinin geri alınmasına karar verilebilir' derken hekimlik diploması sürücü ehliyetiyle bir tutuluyor, aynı maddenin ilk fıkrasında da 'serbest meslek erbabı' genel başlığıyla değerlendiriliyor. Ama burada esas önemli olan taksirli veya olası kasıtlı, her ne sebeple olursa olsun hekimlik mesleğinin yasaklanması kabul edilemez. Bu, hekimleri bugün ABD'de olduğu gibi savunmacı tıbbı ve risk almamaya götürür. Orada yüksek tazminat davaları sonucunda sigorta primlerini ödeyemeyecek olan birçok hekim mümkün olduğunca risk almamaya çalışıyor. Sonuçta halk sağlığı olumsuz etkilenecek.

Yine 83. madde de çok tehlikeli bir madde. Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesini düzenleyen bu maddeyle, bir tıbbi girişimde dikkatsizlik sonucu bir kimseye zarar veren hekim, mağdurun ölümü halinde taksirle ölüm neden olmaktan sorumlu tutulacakken; bu hastayı kurtulması mümkün olabilecek ileri bir merkeze sevk etmeyi düşünen ama ihmal sonucu sevk etmeyen hekim, hastanın ölümü halinde olası kast içinde değerlendirileceğinden kasten öldürmeden sorumlu tutulabilecek.

### **Hekimlerin kaderi hakimlerin yorumlarına bırakılıyor bir yerde...**

Evet. Örneğin 'taksirle başkasının vücuduna acı verme'den bahsediliyor 89. maddede. Şimdi, acı nedir? Nasıl tanımlayacaksınız acıyı. Aşk acısı da bir acıdır. Şuna, zarar verme desenize. Bunun gibi yetersiz tanımlamalarla dolu bir metin ve Türkçe açısından da ciddi



**'İşinizi gücünüzü bırakacaksınız, hastanızın dışını çekerken veya dolgusunu yaparken acaba bu bir suçta karışmış mı, bir belirti var mı onu takip edeceksiniz. Bu bizim görevimiz değil ki. Biz adli kolluk kuvveti değiliz ki, biz hekimiz! Ayrıca sır saklama yükümlülüğümüzü ortadan kaldırılıyorsunuz. Sır saklama ta 5 bin yıldır tıp tarihinde Hipokrat yeminine geçmiş bir şey.**

yanlıları var.

90. maddede 'insanlar üzerinde bilimsel deney yapan kişi...' diye bahsediliyor. Bir şeyi hem 'bilimsel' olarak tanımlayacaksınız hem de yasaklayacaksınız; bu bilimi inkar demektir. Böyle bir ifade olmaz. Evet, insanlar kobay değildir ve insan üzerinde deney yapılamaz. O nedenle 'deneysel çalışma' olarak ifade edilmelidir.

### **Kürtajı güçleştirici yaptırımlar getirdiği ifade ediliyor...**

Burada siyasi bir yaklaşım var. Kürtajı ideolojik olarak karşısınız, ama yasal olarak engel koyamıyorsunuz. İnsanları korkutarak engel olmaya çalışıyorsunuz. On haftadan fazla olan gebeliklerde çocuğunun düşürülmesine rıza gösteren kadına da hapis cezası öngörü-

yor. Bu kabul edilemeyecek bir cezadır. Zaten canını tehlikeye atan, yavrusunu feda etmek zorunda kalan bir kimseye tekrar ceza vermek hekimlik mesleğinde kabul edilemez. Kürtaj konusunda başka ülkelerde de muhafazakar yaklaşımlar var. Bugün İtalya'da nüfusun %70'i Katolik. Papa 'kürtaj soykırım' diyor. Ama kendi ülkesinde yasaklamıyor kürtajı. Biz de yasaklayamayız. Ne yapacağız? Kadını korkutalım. Bu yanlış bir yaklaşımdır.

### **Hekimlerin sır saklama yükümlülüğü suç bildirmeye ilgili maddeyle zedelemiyor mu?**

O da çok vahim bir madde. Diyor ki 280. madde; görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönde bir belirtiyle karşılaşan sağlık mensubu -dişhekimini de dahil buna- eğer yetkili makamlara bildirmezse bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Yani siz işinizi gücünüzü bırakacaksınız, hastanızın dışını çekerken veya dolgusunu yaparken acaba bu bir suçta karışmış mı, bir belirti var mı onu takip edeceksiniz. Bu bizim görevimiz değil ki. Biz adli kolluk kuvveti değiliz ki, biz hekimiz! Mesleğimizi yapmak istiyoruz. Eskiden gelen kişi hakkında kovuşturma yapılacaksa bile bizim asla öyle bir bildirme zorunluluğumuz yoktu. Biz onu hasta olarak görürüz, suçlu olarak görmeyiz. Ama şimdi hem onu ihbar zorunluluğu getiriyorlar hem de belirti gibi boşlukta bir kelimeye sığınmışlar. Belirti nedir? Mesela sizin şu anda elinizi çenenize dayamanız bana göre bir belirti, bir şey saklıyorsunuz benden! O kadar yoruma açık ve yanlış şeyler ki. Sonuçta ne olacak, bir şekilde suçta bulaşmış bir insan bu belirti göstermemek için tedavi olmaya gitmeyecek, belki evde ölecek. İnsanların en kutsal hakkı olan yaşam hakkını ve bunun içinde olan tedavi hakkını engelliyorsunuz. Ayrıca bizi de kendi meslektaşlarımızı ihbar etme, hastanın sırrını etrafa, jandarmaya, zabıtaya bildirmeye zorlayarak sır saklama yükümlülüğümüzü ortadan kaldırılıyorsunuz. Sır saklama ta 5 bin yıldır tıp tarihinde Hipokrat yeminine geçmiş bir şey. Bunun gibi gerçekten kabul edilemeyecek maddeler var. ➔





**'Bitkisel hayat gibi dönüşü olmayan bir durumla düşük, aynı derecede şiddeti artırıcı görülüyor. Cezalandırmayı artırmak için ikisi aynı kefeye konuyor. Düşükle bitkisel hayat bir mi allahaşkına? Bunlar siyasi dünya görüşünün yansımasıdır.'**

**Bu bağlamda özellikle cezaevlerindeki ölüm oruçları nedeniyle çok tartışılan zorla besleme olayı da tasarı kapsamına alınmış...**

298. maddede 'Hükümlü ve tutukluların beslenmesini engelleyenler hakkında iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir' diyor. Bu madde kanunun kendisiyle de çelişiyor. 26.. maddede 'hakkın kullanılması ve ilgilinin rızası' başlığı altında ikinci fıkrasında 'kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilemez' deniyor. Beslenmeyi kendi rızasıyla kabul etmeyen bir insana zorla besleme ancak tıbbi girişimle olur, bu girişimi de hekimler yapar (parenteral beslenme gibi). Hekim, evrensel tıp etiği kurallarına uyduğu için cezalandırılmaz. Bu madde tümüyle kalkmalıdır. Hekim devletin infaz memuru olamaz.

**Malpraktis olgularına nasıl yaklaşıyor?**

Malpraktis tanımı yok gerçekten. Mesele malpraktis maddesi var. 85, 86, 87, 88 ve 89. Komplikasyon denen kabul edilebilir bir risk vardır. Tasarı onu ortadan kaldırmış. Hekim bir hata yapıyorsa o kabul edilebilir riskin içinde değildir, mutlaka ceza görmelidir diye bir yaklaşım var burada. Bu da yine hekimleri savunmacı tıba yöneltecek bir yaklaşım. Kaldı ki maddenin bir tanesinde de bitkisel hayat gibi dönüşü olmayan

bir durumla düşüğü aynı derecede şiddeti artırıcı görüyor. Cezalandırmayı artırmak için ikisi aynı kefeye konuyor. Düşükle bitkisel hayat bir mi allahaşkına? Bu da yine siyasi dünya görüşünün yansımasıdır.

Böyle çok sıkıntılı şeyler var ve tabii cezaların hepsi artırıldı. Temelde hapis cezalarının hepsi artırıldı. Vergi kaçakçılığı, banka hortumlama, çek-senet gibi şeylerin cezaları azaltılırken bizim cezalar artırıldı. Neyle birlikte artırıldı? Trafik kazaları, inşaat sektöründeki hırsız müteahhitlerle birlikte bizimkiler de artırıldı. İki, eski yasada para cezası olan fiiller şimdi hapis cezasına yönlendirildi. Bir de hakime, savcıya yoruma açık çok fazla yetki verildi.

**Meslekten men cezası da bu tasarıya göre hakimler tarafından verilebilecek...**

Meslekten men cezası konusundaki yaklaşım bizim kesinlikle kabul edemeyeceğimiz bir şey. Meslekten men ya da geçici men cezasını 6023 sayılı kanuna göre bizim meslek örgütümüz Türk Tabipleri Birliği veriyordu. Şimdi bunu hakim-savcı yapabilecek. Yani bizi mesleğimizden hem geçici hem de süresiz alıkoyma yetkisini mahkemelere veriyor. Bu da artık bize asla meslekte tutunacak dal bırakmama anlamına geliyor. Bir savcı rahatlıkla benim diplomamı alabiliyor. Ehliyeti alabiliyor ya, bunu da alıyor. Şoför ehliyetiyle bir tutuyor diplomayı. Hekimlik hakikaten çok

farklı bir meslek, bunun farklılığını kabul etmek lazım. Hakimlik de farklı. Hakimliği koruma altına almışlar ama bizi almıyorlar. Bizi tamamen kurtlar vadisine saldılar. Böyle hekimlik yapılmaz. Ne yapacağız? Hekimlik artık son derece zor bir meslek olacak. Ya hekimliğe itibar azaldığından dolayı insanlar tıp fakültelerine girmeyecek, girenler de savunmacı tıpla işi götürecekler. Sonuçta toplum, kamu kaybedecek bu işte.

**Yeni TCK'nın yürürlüğe girmesinin ertelenmesinden sonra bu konularda bir düzeltme yapıldı mı?**

Düzelir diye bekliyoruz ama 1 Haziran'da yürürlüğe giriyor. Bugün ve yarın mecliste görüşülecek. Umuyoruz ki bazı maddeler, en azından söylediğim üç dört madde değişir. Ama değişmezse işimiz çok zor. Bekleyeceğiz ki Yargıtay'da sağduyulu hakimler karar versin. Onlar içtihat haline gelecek. Hakimler ona göre yorumlayacak. Bunun netleşmesi için 4-5 sene lazım. Türkiye'de mahkemelerin sürecini biliyorsunuz. Nerden baksanız ortalama yedi sene sürüyor davalar. En iyimser durumda 4 sene. İlk meyvesini ondan sonra alabiliriz bu sağduyulu kararların. Bu arada bir sürü insanın canı yanacak. Bu da hekimliği gerçekten çok sıkıntılı hale sokacak ama esasen kamu sağlığını olumsuz etkileyecek.

**Geçtiğimiz ay biliyorsunuz sahte dişhekimlerine verilecek cezaların hafifletilmesi gündeme geldi. Ironik bir durum; sahte hekimler kurtarıyor, hastasını iyileştirme saikiyle hareket eden gerçek hekimlerin cezaları artırılıyor...**

Doğru, ama o konuda Türk Dişhekimleri Birliği gerçekten iyi bir tutum sergiledi. Erken davrandılar ve cezaları azaltan maddeyi son anda geri çektiler. Şimdi eskisi gibi oldu ki doğru oldu. TDB itiraz etmese o haliyle çıkacaktı. Böyle bir şey olur mu? Sahte dişhekimlerinin cezasını azaltıyorsun ama hekimlik yapmak isteyenlerin cezasını artırıyorsun. Neyse ki o düzeldi. Bunların da düzelmesini bekliyoruz. Ama ne zaman düzelecek ondan da çok emin değilim.

Küresel ısınmanın yarattığı etkiler gün geçtikçe daha büyük bir tehdit oluştururken ne ülkemizde ne de dünyada buna neden olan sera gazları meselesi yeterince ciddiye alınmıyor. Oysa dünyanın bir an önce alternatif ve temiz enerji kaynaklarını gündeme alması gerekiyor. Geçtiğimiz ay TBMM'den geçen 'Yenilenebilir Enerji Yasası'yla Türkiye'de bu konu ilk kez yasayla tanımlanmış oldu. Bu konuda görüşlerine başvurduğumuz Dünya Rüzgar Enerjisi Birliği (WWEA) Başkan Yardımcısı ve Marmara Üniversitesi Enerji Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr. Tanay Sıdkı Uyar fosil yakıtlara ve nükleere kesinlikle ihtiyacımız olmadığını belirtiyor:

## 'Sadece rüzgar bile yeterli'



az fark var, güneş alma anlamında.

### Hangi enerji türleri bu kapsama giriyor?

Güneşin yeryüzünün farklı parçalarını farklı hızlarda ısıtıp soğutmasından doğan hava hareketleri var. Bu kinetik enerjiye biz rüzgar enerjisi diyoruz. Ekvatordan ısınıp yükselen havanın yerini kutuplardan gelen soğuk hava alıyor. Küresel olarak böyle bir dönüşüm var. Bir de denizle kıyı arasında böyle bir hareket var. Hareket halindeki havanın enerjisine, bu her gün gerçekleştiği için yenilenebilir enerji diyoruz.

Diğer bir yenilenebilir enerji kaynağı biokütle dediğimiz bitkiler. Bitkiler büyürken atmosferden karbondioksit alıyorlar. Karbonu bünyelerinde tutuyorlar, oksijeni dışarı veriyorlar. Bu nedenle ormanlar akciğerlerimizdir diyoruz. Bitkilerin büyürken fotosentezle bünyelerinde topladığı kütleyle biokütle deniyor. Ağacın gövdesi, bitkinin yaprakları gibi. Bunlar da her mevsim, her gün yenilendiği için biokütleyle de yenilenebilir enerji diyoruz. Kesiyoruz dalını, oradan tekrar çıkıyor. Tekrar emre amade hale geliyor.

### Enerjinin yenilenebilir olması 'temiz' olduğu anlamına da gelir mi?

Yenilenebilir enerji kaynaklarının çevreyle ilişkisi önemli. Aslında temiz ve yenilenebilir enerji diyoruz. Biyokütleyle bakalım. sera gazına neden olan karbondioksiti büyürken alıyor, yaktığımızda tekrar atmosfere veriyor. Bir yakıt olarak kullanmamızdan dolayı atmosfere ek karbondioksit çıkmıyor. Ama kömür, doğalgaz ya da petrolde milyonlarca yılda yeraltında depolanmış karbonu alıyoruz, yakıp atmosfere karbondioksit veriyoruz ek olarak. Bunlara sera gazları diyoruz. Sera gazları bünyelerinde ısı tuttuğu için, güneşin

### Yenilenebilir enerji kavramını biraz açar mısınız?

Yenilenebilir enerji; bir gün önce bıraktığımız yerde yeniden bulduğunuz enerjidir. Yani kendini sürekli yenileyen ve asıl kaynağı da güneş olan. Güneş her gün doğuyor ve batana kadar atmosferin içine ısıyı veriyor. Böylece atmosferin dışında eksi 60°C olan sıcaklık atmosferin içinde ortalama artı 16°C'ye geliyor. Asıl kaynak atmosferin içine güneşin verdiği enerji. Ayrıntı kısmını kömür, doğalgaz ve petrolden karşılıyoruz. Yani Erzurum'da eksi 20°C'den artı 20°C'ye getiren veya İstanbul'da 5°C'den 20°C'ye getiren, yani insanların ihtiyaç duyduğu sıcaklığa getiren. Asıl kaynak güneş, her sabah doğuyor. Herkese eşit ve adil olarak ısıyı ulaştırıyor. Kimsenin birbiriyle kavga etmesine gerek yok ve ücretsiz. Her gün emre amade ve her yere eşit olarak ulaştırıyor. Petrol krizinden sonra dünya yenilenebilir enerji dediğimiz kaynaklara döndü. Bu sayede bunların teknolojisi de gelişti. Bu kaynaklardan elektrik, ısı

**'Yenilenebilir enerji; bir gün önce bıraktığınız yerde yeniden bulduğunuz enerjidir. Yani kendini sürekli yenileyen ve asıl kaynağı da güneş olan. Güneş her gün doğuyor ve herkese eşit ve adil olarak ısıyı ulaştırıyor. Kimsenin birbiriyle kavga etmesine gerek yok ve ücretsiz. Her gün emre amade ve her yere eşit olarak ulaştırıyor.'**

üretecek teknoloji var. Bizim ülkemizde ise özellikle bol miktarda bulunuyor güneş. Yirmi milyon kişi her sene güneşi görmek için bizim ülkemize geliyor. Ülkenin kuzeyiyle güneyi arasında da

verdiği ısının atmosferin dışına yansımaları gereken kısmının bir miktarını tutuyorlar. Bu nedenle son yüzyılda atmosferde ortalama sıcaklık 0.5 ila 0.8 derece artmış. Bu da deniz seviyelerini 25 cm yükseltmiş, çünkü ısı arttığı zaman atmosferin içinde kutuplardaki buzlar erimeye başlıyor. Biokütle buna neden olmuyor. Çünkü büyürken aldığı karbondioksiti yarıyor. Onun için de yenilenebilir diyoruz.



### **Ağaçların yakılması o kadar kötü bir şey değil o zaman?**

Hayır, ağaçları yakmanın zaman karbondioksit emen bir şeyi öldürmüş oluyor. Ama çalı çırpı, marangoz atölyesindeki talaş artıkları, tarım alanlarındaki artıklar vs. yakılabilir. Hızlı büyüyen bitkiler enerji ormanı olarak yetiştirilebilir, bunları hasat edip kullanırsın, o da mümkün. Ama yüz yılda oluşmuş bir ağacı kesip biokütle yapıyorum diye ağaç yakınca olmuyor.

Jeotermal enerjiye bakarsak yerkürenin içinde biliyorsunuz magma var. Eğer dünyayı bir metre çapında bir top olarak düşünürsek üzerinde yaşadığımız yer bir milim kalınlığında. Yüz metre indiginizde jeotermal kaynak olarak 130 derece sıcaklıkta buhar elde edebileceğiniz yerler var yeraltında. Yeraltındaki ısının ısı ve elektriğe çevrilmesi her zaman mümkündür. Aşağıda kaynak sürekli kendini yeniliyor, çünkü ısısını magmadan alıyor. Aşağıda içi belli bir sıcaklıkta su ve buharla dolu bir jeotermal rezervuar var. Rezervuara iki tane delik açılıyor. Bir bağlantıdan çekilen su santralde ısı alınıldıktan sonra diğer delikten aynı rezervuara bırakılıyor. Böylece hem kaynağın sürekliliği sağlanmış oluyor hem de jeotermal suyun yeryüzünde nehre falan verilerek çevreye zarar vermesi engelleniyor.

Bunların dışında hidrolikler var. Bu da yağmur sularının potansiyel enerjisi. Baraj arkasında toplanmış suyun ya da nehirden akan suyun bir türbini çevirmesiyle elektrik elde ediyoruz. Kaynağı yağmur olduğu için sular buharlaştığı sürece, bulutlar kritik bir kütleyle eriştiği sürece yağmur yağıyor. Bunların hepsi insan olmadan doğal çevrede olan

**‘Şu anda Türkiye’nin tüm elektrik ihtiyacının en az iki mislini rüzgardan sağlayabiliriz. Petrol krizinden sonra dörtte bir ila onda bir oranında daha az enerji kullanarak her işi yapan buzdolapları, bilgisayarlar vs. geliştirildi. Bu gelişmeyle tükettiğimiz toplam enerji azaldığı için yenilenebilir enerjiyle karşılamanız gereken kısım da azalıyor zaten.’**

şeyler ve bu doğal çevrede var olan bu kaynaklara biz yenilenebilir kaynak diyoruz.

**Hidroelektrik santraller de çevre örgütleri tarafından yarattığı iklim değişiklikleri gibi nedenlerle sakıncalı bulunuyor...**

Sadece hidroelektrikler için değil, bütün kaynaklar için bir toplumsal maliyet kavramımız var. Her insan etkinliğinin doğal çevreye, insan yaşamına ve ekolojik dengeye yaptığı tahribatı bir değer biçip fiyatlandırıyoruz. Orman alanı yok olmuşa o ormanların bir değeri var, onu hesaplıyoruz. Bir tarım alanında ürün yok olmuşa o ürünün bir değeri var, onu hesaplıyoruz. Ya da nükleer gibi tehlikeli bir yakıtla uğraşıyorsan onun atıklarını bir yerden bir yere taşıman gerekiyor. Taşırken muha-

fız koyma gerekiyor, depolama yerine gittiği zaman başında bin yıl adam durması gerekiyor. Bütün bunlar o topluma maliyet. Bu toplumsal maliyetlerin hesaplanmasıyla bütün insan etkinlikleri için bir terazi oluşuyor teknolojileri karşılaştırmak için. Yenilenebilir enerjiler de bu terazide tartılmak zorunda. Hidrolik santrallerin büyük barajlarının bir takım problemleri var. Mesela baraj gölü doluyor. Kelebek 25-30 yılda dolacak. Yine o bölgede yaşayan

insanlar var; siz oraya baraj yaptığınızda köyleri, yerli insanları oradan çıkartıyorsunuz. Bu açıdan baraj yapımı insan hakları açısından olduğu kadar kültürel miras açısından da sorunlu. Tarihi yerler o nehir yataklarında kurulmuş. Baraj yaptığınız zaman hepsi sular altında kalıyor. Bütün bunların hesapladığımız toplumsal maliyetleri var. Ayrıca bir de orada yaşayan yurttaşlar için onun değerini soruyoruz. Çevre ekonomistleri yapıyor bunu; yurttaşlara bir anketle bunun böyle kalması için ne verirdin diye soruluyor. O alanın o bölgede yaşayan insanlar açısından değerini de bulup ekliyoruz. Böyle bir hesaplama yapıldığı zaman fizibil olmayabiliyor. Bizim önerdiğimiz ve yenilenebilir bulduğumuz barajsız, nehir tipi hidrolik santraller.

**Yenilenebilir enerjilerle varolan ihtiyacımızın tamamını karşılamak mümkün mü?**

Mümkün. Şu anda Türkiye’nin tüm elektrik ihtiyacının en az iki mislini rüzgardan sağlayabiliriz. Yüzlerce misli fazlasını sağlamak mümkün. Petrol krizinden sonra dörtte bir ila onda bir oranında enerji kullanarak aynı işi yapan buzdolapları, bilgisayarlar vs geliştirildi. Bu gelişmeyle tükettiğimiz toplam enerji azaldığı için yenilenebilir enerjiyle karşılamanız gereken kısım da azalıyor zaten. Ama o azalma olmasa da yenilenebilir enerji kaynakları dünya tüketiminin en az 2 mislini sağlayabilecek durumda.

Burada şu dinamikten de söz etmek lazım. Petrol krizi sonrası endüstrilemiş ülkeler yenilenebilir enerjiler üretmek için teknoloji geliştirmeye başladılar, ➡

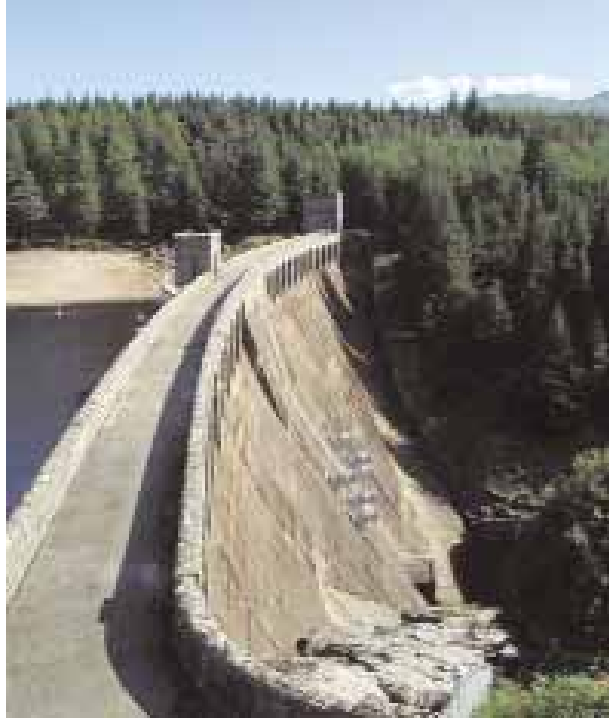


80'li yıllarda. Bunda başarılı oldukça yani daha az elektrik tüketen bir ekmek kızartma makinesi ürettiklerinde bir önceki teknolojiyi bunun farkında olmayan ülkelere yollamaya başladılar. Şu anda Almanya 16 bin tane rüzgar türbini kurdu. ABD bir milyon çatısını güneş piliyle kaplamaktan söz ediyor. Ama bize 'siz kömür, nükleer, doğalgaz kullanın, petrolde doğuyla batı arasında bir köprü olun' diyorlar. Böyle bir dinamik de var, onu bilmek lazım. Almanya her sene nükleer santrallerinin bir tanesini kapatıyor. Fransa daha önce kurmuş, şimdi rüzgar kurmak için uğraşılıyor. Nükleer santrallerin yenileri kurulmuyor artık. Bir Finlandiya, bir de Türkiye önerildi şimdi. Finlandiya'ninkini Avrupa Komisyonu'na şikayet ettik; çünkü yasadışı sübvansiyon veriliyor. Nükleer santraller zaten sübvansiyon vermeden kendi kaynaklarıyla yapılamıyor. İşadamları nükleer santralden elektrik üretip satmayı ekonomik bulmuyorlar. Ancak bir ülkenin üstüne yıkılırsa, bütün yurttaşlar öderse nükleer santral kuruyorlar. Yoksa hiç bulaşmıyorlar. Çok pahalı olduğu için terk ediliyor dünyada. 1- tesisi 2- güvenlik altyapısı 3- lisanslaması 4- işletilmesi 5- sökümü ve bertaraf edilmesi. Ben nükleer mühendisliyim aynı zamanda.

#### **Ama gelişmiş ülkeler bunu hala kullanıyor...**

ABD'de 1978'den beri bir tane kurulmadı ve 11 tanesi de kapatıldı lisanslama nedeniyle. 78'den önce verilmiş siparişlerin 100 tanesi de iptal edildi. Şu anda öncelikle enerjinin etkin kullanımına gidiyor Amerika. Nükleeri otuz yıl önce kullandılar. Şu anda kapatıyorlar ve kurtulmaya çalışıyorlar. Gelişmiş ülkeler büyük santraller kurmuyorlar artık. Dağınık mikrotürbinler kuruyorlar. Güneş pilleri, rüzgar türbinleri, yakıt hücreleri kuruyorlar. Dünyanın genel gidişi 2050 yılına kadar yenilenebilir enerji ve enerjinin etkin kullanımını yaygınlaştırmak yönünde. Nükleer 2011'de bitiyor dünyada. Doğalgaz kullananlardan gaz çıkmıyor.

99 yılında Bülent Ecevit beni çağırdı ve Bakanlar Kurulu'nda nükleerin neden yapılmaması gerektiğini anlattım. Neden pahalı olduğunu, dünyanın neden terk ettiğini anlattım. O zaman vazgeçil-



**'Hidrolik santrallerin büyük barajlılarının bir takım problemleri var. Mesela baraj gölü doluyor. Yine, baraj yaptığınızda köyleri, yerli insanları oradan çıkartıyorsunuz. Bu açıdan baraj yapımı insan hakları açısından olduğu kadar kültürel miras açısından da sorunlu. Tarihi yerler o nehir yataklarında kurulmuş. Baraj yaptığınız zaman hepsi sular altında kalıyor. Bizim önerdiğimiz ve yenilenebilir bulduğumuz barajsız, nehir tipi hidrolik santraller.'**

di. Şu anda zaten dünya terk etmiş durumda; 2010'da hiç yapılmaz o santral.

#### **Türkiye'nin yenilenebilir enerji kaynakları arasında sizin birinci sırada gördüğünüz rüzgar enerjisi mi?**

Şu anda dünyada teknolojisi en gelişmiş olan yenilenebilir enerji türü rüzgar. Ayrıca Türkiye Avrupa'nın tamamından daha rüzgarlı bir yerdir. Türkiye'nin özellikle rüzgarlı bölgelerinde en ucuz

enerji rüzgardır. Son yasayla ortalama fiyattan alma garantisi verdiler. Almanya'da yedi buçuk cent verilirken Türkiye'de beş cent verdiler. İnsanlar da yapacak bunu. Ama en rüzgarlı yerlerde yapabilirsin. Biraz daha az rüzgarlı yerde kurtarmıyor. Doğalgaz anlaşmalarında taahhüt edilen enerji miktarı kullanılsın, oraya açıktan verilen para gözükmemesin diye hidrolik santralleri durdurdular. Kömür santrallerini durdurdular. Rüzgara ve jeotermale izin vermiyorlar şu anda. Sırf 'al ya da öde' tarzında yapılmış doğalgaz anlaşmalarıyla alınmış doğalgaza verilen para boş gitmiş olmasın diye. Yirmi yıllık 240 milyar dolarlık doğalgaz alacağımız diye imzalamışlar. Bu da yenilenebilir enerjinin etkin kullanımının önünde engel oluyor.

#### **Geçtiğimiz ay yenilenebilir enerjiyle ilgili yasa TBMM'den geçti. Basından izlediğimiz kadarıyla çıkan yasayı çok olumsuz değerlendirmiyorsunuz...**

Bir bebek doğdu ama o bebek ayakları üzerinde yükselip yürüyebilecek mi, onu göreceğiz. Güneş bebeği yürümez. Güneş enerjisinde destek yeterli değil. Jeotermal, biyokütle, ufak hidrolik santraller için, bu bebekler için bu yasa yeterli değil. Rüzgarda da sadece çok rüzgarlı olan yerlerde olan türbinler için yeterli olabilir. Oraya doğmuş bebekleri elinden tutup hayata katabilir. Ama diğer bebekler ölü doğdu.

#### **Sizin öneriniz neydi?**

Oturup hesaplayıp hangi yakıt türü için kaç paraya satın almak kurtarır, bunu tespit etmek gerekirdi. Ufak sistemlerde kurtarması için bir cent fazla vermek lazım, 1 megawattlık santral için. 5 megawattlık santral için yarım sent daha az vermek, daha büyük oldukça daha az vermek lazım. Bu da Almanya'da 7.5 ile 8.3 arasında değişiyor. Biz de rüzgara 5 veriliyor orda beş buçuk yapılabilir. Biyokütle için de 6,5 – 6.7 – 6.8. Daha cazip hale getirilebilir. Yatırım maliyetlerine bakıp o işe yatırım yapmak isteyene 'şunu yaparsanız şu kadar veririz' demek lazım. Mesela güneş pili göreceli olarak pahalı olduğu için Alman yasası 55 cent veriyor. Normal elektrik 5-6 cent biliyorsunuz. Yeter ki güneş pili kursunlar ve ileride dünya piyasalarını

Alman işadamları ele geçirsün diyor. Aynı güneş pilini oraya koyduğunuz zaman 55 cent kurtarıyorsa burada 20 – 25 cente kurtarıyor. 20-25 cent vererek kendi ülkemizdeki pazarı değerlendirebiliriz. Almanlar 55 cent vererek yapay bir pazar oluşturuyorlar.

Yenilenebilir enerji santralleri Türkiye’de imal edilebilir ve önemli bir istihdam da yaratabilir. Ama en önemlisi doğalgaza, petrole olan bağımlılığı azaltıyor. Dış ticaret açığını ortadan kaldırıyor. İçeride üretip ih-

raç ediyorsunuz. Tek bir adım bütün bunları sağlıyor. Ama doğalgazı, kömürü, petrolü, nükleeri bu ülkeye satmak yani başka ülkelerde artık kullanılmayan çöpleri buraya atmak için yüz tane adım atmak zorunda kalıyorlar. Denizli’de 1984’te 20 megawattlık jeotermal kuruldu. Aa çalışıyormuş dendi. Hemen program kapatıldı. Rüzgar, üç tane kuruldu Bozcaada’da. Bütün Bozcaada’yı besliyor. Bir senedir yasa mecliste bekliyordu. Sonunda ikna ettik, yasa çıktı. Çıktığı haliyle yetersiz ama bir ilk adım. Yenilenebilir enerji kullanımı Türkiye’de suç olmaktan çıktı.

**Bir enerji kaynağı olarak hidrojenden son yıllarda çok bahsediliyor. Bu bağlamda Karadeniz’in hidrojen açısından zengin olduğu, yine Türkiye’nin sahip olduğu bor madenlerinin Hidrojenin depolanmasında kullanılabilirliğinden bahsediliyor...**

Hidrojen; rüzgar, güneş, kömür ya da petrol gibi bir kaynak değil. Hidrojen, elektroliz yoluyla yani elektrik kullanılarak elde ediliyor. Eğer kullandığımız elektrik kömür, doğalgaz, petrol ve nükleerden elde edilmişse biz onu temiz enerji olarak kabul etmiyoruz. Daha önce güneş pilleri ya da rüzgar türbinleri elektrik şebekesine bağlı çalışmazken bu tür şeyler düşünülebilirdi. Ama şimdi hele güneş pilleri her çatıya konabiliyor ve elektrik şebekesiyle etkileşimli çalışıyor. Üreten kişi fazlasını şebekeye veriyor, şebekeden de ihtiyaç duyduğunda alıyor. Aradaki farkı ödüyorsunuz. Rüzgar türbinleri arazide



**‘Hidrojenin yakıt hücreli otomobillerde kullanılması düşünülmüyor ama biz kent içinde otomobil kullanımını doğru bulmuyoruz. Çünkü her otomobil kentin yüzeyini 12 metrekaresini işgal ediyor. Bir milyon otomobil koyduğunuz zaman 12 milyon metrekaresini işgal etmiş oluyorsunuz. Bu, atmosferin içinde yaşamın sürmesini isteyen insanların yapacağı akıllıca bir davranış değil. Onun için kentlerin içine özel otoların girmemesi lazım.’**

elektrik şebekesine veriyor ve o anda kullanılıyor. Daha önce bu böyle değilken çeşitli kaynaklardan üreteceğimiz elektrikle hidrojen üretsek ve o hidrojeni depolasak, sonra da ihtiyacımız olduğu zaman onu yakıp kullansak mı diye düşünceler vardı. Şimdi o düşünce kalmadı. Çünkü zaten diğerleri şebekeye bağlı olarak çalışıyor. Rüzgar esmediği zaman biokütleyi deposundan alıp kullanıyor veya ufak barajda biriktirdiği suyu kullanıyor. Rüzgar başlayınca gene durduruyor onu. Böylece de elektrik şirketleri talebi karşılayabilecek hale geliyor bu sistemlerle.

**Hidrojenden elektrik enerjisi elde ediliyor muyuz?**

Hidrojen ekonomik değil. Şu anda taşınmıyor. Taşınması için mesela bor maddesi hammadde olarak kullanılabilir ama şu anda ekonomik değil. Yakıt hücreli otomobillerde kullanılması düşünülmüyor ama biz kent içinde otomobil kullanımını doğru bulmuyoruz. Çünkü her otomobil kentin yüzeyini 12 metrekaresini işgal ediyor. Kent düzeyi de sınırlı. Bir milyon otomobil koyduğunuz zaman 12 milyon metre-

karesini işgal etmiş oluyorsunuz. Bu, atmosferin içinde yaşamın sürmesini isteyen insanların anlamlı bulacağı ve yapacağı akıllıca bir davranış değil. Onun için kentlerin içine özel otoların girmemesi lazım. Hızlı ulaşım sistemleri olması lazım. Ancak öyle bir atmosferin içinde varlığımızı sürdürebiliriz.

**Nükleer santral biliyorsunuz hükümet tarafından yeniden gündeme getirildi. Gerçekten mecbur muyuz nükleer enerjiye?**

Türkiye’nin nükleere hiç ihtiyacı yok. Kömüre, doğalgaza, petrole de yok. Başta da dediğim gibi sadece rüzgardan ihtiyacı olan tüm elektriğin iki mislini sağlayabilir. Jeotermalden beş milyon konutunu ısıtabilir. Ayrıca nükleer santraller pahalı olduğu için terk ediliyor bütün dünyada. Pahalılığının nedeni de, ilk yatırım maliyeti, artı güvenlik altyapısı, artı lisanslama bedeli, artı işletme, artı sökölüp kaldırılması. Lisanslanması santral kadar pahalı olduğu için ABD’de 11 tanesi Kanada’da 7 tanesi ilk lisanslama döneminin sonunda kapatılmasına karar verildi. ABD’de kapatılması kararlaştırılan santrallerden bir tanesi olan Maine Yankee reaktörünün ilk yatırım maliyeti 281 milyon dolardı. ABD Enerji Bakanlığı’nın resmi senaryosunda 281 milyon dolara tesis edilmiş santralin bertaraf edilme maliyeti 2 milyar dolar olarak hesaplanıyor. Yakıtları kaldırıp sürekli depolamaya koyduğunuz zaman binlerce yıl korumanız lazım. Onun için nükleer enerji hiç bulaşmamız gereken bir yol.

# Hekim-hasta ilişkisi ve tedavinin kalitesi

## ■ Nermin Yamalık\*

### Özet:

Kalite, dişhekimliği için doğal bir ilgi alanı olmakla beraber, günümüzde kalite konusu üzerinde daha çok önemle durulmaktadır. Dişhekim-hasta etkileşiminin, tedavinin birçok aşamasında yer alması ve bu etkileşimin diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında dişhekimliği için çok daha önemli olmasından dolayı hekim-hasta ilişkisi, kaliteli bir tedavinin vazgeçilmez bir ana unsurudur. Bu makele dizisi, bu etkileşimin çeşitli önemli boyutlarını incelemektedir. Birinci ve ikinci bölüm, güven ve iletişimin değerini incelemekte, üçüncü bölüm; aydınlatılmış onam üzerinde odaklanmakta ve dördüncü bölüm; hastalarda davranışsal değişiklik oluşturulmasında dişhekimlerinin nispeten artan rolünü değerlendirmektedir.

Bilgi-iletişim teknolojisindeki ilerlemeler, yeni piyasa (arz-talep) güçleri, yeni sosyal, ekonomik ve yaşam tarzı trendleri, artan rekabet, hizmet sektöründeki atılımlar ve değişen tüketici davranışları dünyanın her yerinde toplumları etkilemekte ve bireylerin hayatlarını önemli ölçüde değiştirmektedirler.<sup>1</sup> Diğer birçok meslekte olduğu gibi, bu yeni dinamik güçler, dişhekimliğini çevreleyen sosyal ve mesleki ortamı da şekillendirmektedir.<sup>1-4</sup> Bu itici güçlerin hastalar üzerindeki etkisinin dikkatle incelenmesi gerekir, çünkü bunlar hastaların

değerlerini, taleplerini, beklentilerini ve dişhekimliğiyle ilgili algılamalarını direk ya da dolaylı olarak değiştirebilecek (geliştirebilecek) ve nispeten 'yeni' diye tanımlanabilecek bir hasta popülasyonunun oluşmasına yol açabilecektir. Genel olarak daha bilinçli olmaları, sağlık konularına ilişkin daha fazla bilgiye sahip olmaları ve kendi sağlıkları ile ilgili karar sürecine katılmaya daha istekli olmaları ve gerek tedavinin kalitesine gerekse de kendi haklarına daha fazla ilgi göstermeleri günümüz hastalarının en belirgin özellikleri olarak ön plana çıkmaktadır.<sup>1-3</sup>

Dişhekimliği için, tedavinin kalitesi doğal olarak her zaman bir ilgi alanı olmuştur, çünkü hasta memnuniyeti her tedavinin ana hedefi ve ön koşuludur.<sup>2,5,8</sup> Aynı zamanda, hasta memnuniyeti; sağlık durumunu, tedavi sonuçlarını, hastanın uyumunu, anksiyete düzeyini ve hizmet kullanımını etkileyebildiğinden ötürü, hastayı memnun etmeyen bir tedavinin kaliteli bir tedavi olarak nitelendirilmesi mümkün değildir.<sup>4,7</sup> Bu nedenle, hasta memnuniyetinin doğasını anlamak gereklidir. Hasta memnuniyeti oldukça karmaşıktır.<sup>4,7</sup> Ancak, birçok dişhekimisi bunun daha çok iyi bir hasta-hekim ilişkisine bağlı olduğunu kabul etmektedir ve aslında dişhekimleri günlük çalışmalarında bu ilişkileri düzenlemekte ve yönlendirmektedirler.<sup>4,8</sup> Tarafların birbirleriyle çok yönlü olan etkileşimleri ve bu etkileşimin günlük pratik üzerine etkisi geçmiştekinden daha çok anlaşılmakta ve kabul edilmektedir.<sup>7</sup>

Dişhekimisi-hasta etkileşimi tedavinin neredeyse tüm yönlerini kapsamakta ve iyi bir hekim-hasta ilişkisi, tedavinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Tersine, iyi bir hekim-hasta

ilişkisi olmaksızın taraflar arasında tedavide verimli bir işbirliği kurmak ve dişhekimliğinin birçok önemli mesleki hedefine ulaşmak mümkün değildir.<sup>4,5,6,7,8</sup> Öte yandan, dişhekimliği bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle olduğu kadar hasta talep ve beklentileriyle de yönlendirilen bir meslektir.<sup>1</sup> Hasta-hekim etkileşimi, klinik uygulamaların hiç şüphesiz tam merkezinde yer aldığından hekimlerle hastaların ilişkilerinde olası değişikliklere yol açabilecek iç ve dış faktörlerin iyi tanımlanması gereklidir.<sup>4,5,7,8</sup> Bunlar arasında, bilgi-iletişim teknolojisindeki gelişmeler, hizmet sektöründeki atılımlar ve yeni tüketici eğilimleri özel bir önem taşımaktadır.

Toplumların 'endüstrinin yönlendirdiği toplumsal yapılardan' 'bilginin yönlendirdiği toplumsal yapılara' doğru değişimi, hastaları değişimin primer katalizörü haline dönüştürmektedir.<sup>1,3</sup> Günümüzde hastalar sağlık bilgilerine erişim imkanına daha fazla sahiptirler ve tedavi sürecine daha fazla katılmaktadırlar. Hastaların tedaviye ilişkin görüşleri, şikayetleri, kişisel algılamaları ve gerçekçi değişimlere yönelik talepleri her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır.<sup>6</sup> Diğer taraftan, yeni pazar güçleri, tüketiciye yönelik yeni trendler ve hizmet sektöründeki atılımlar, tüketici memnuniyetini başarının önemli bir itici gücü ve kalitenin temel bir ölçüsü haline getirmektedir.<sup>4,5</sup> Rekabetin yoğun olduğu pazarlarda hizmetin sunum modeli rekabette olası bir avantaj sağladığından, kalite yönetim sistemleri (ürünün veya bir hizmetin tabiatı ve kalitesi yanında) kişisel beklentilerin ve memnuniyetin öneminin de sıklıkla altını çizmektedirler.<sup>3,5,8</sup>

Sağlık mesleklerinin karşılaştığı çeşitli

\* Prof.Dr. Bu makale dizisi FDI-Dental Practice Komitesi projesi olarak Prof.Dr.Nermin Yamalık tarafından hazırlanmıştır. International Dental Journal'da basımına başlanmış olan ve 5 bölümden oluşan bu makale dizisi derginin editöründen alınan izin doğrultusunda tercüme edilerek dergimizde de aynı sıra ile yayımlanmaktadır. (Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality of care. 1. Introduction. Int Dent J 2005;55:110-112)



- Daha paylaşımcı ve güvenilir ortaklık
- Yüksek tedavi kalitesi
- Artan hasta uyumu ve hasta memnuniyeti
- Azalan dişhekimi korkusu ve anksiyete
- Daha iyi tedavi sonuçları ve tedavi sonuçlarının uzun dönem sürdürülmesi
- Etkili hasta eğitimi, motivasyonu ve davranışsal değişiklik
- Hastalar ve hekimler arasında çelişkilerin-sorunların azalması
- Mesleki strese ve savunmaya yönelik davranışlarda azalma
- Artan dişhekimi ziyareti sıklığı
- Daha fazla mesleki mükafat (iyi itibar, hasta devamlılığı, memnuniyet, saygı)

**Tablo-1 : İyi bir hekim-hasta ilişkisinin olumlu etkileri**

durumlar hizmet sektöründeki genel durum ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca, sağlanan hizmetin kalitesine yönelik kişisel algılamaların, hastaların beklentilerini ve tedavisiyle ilgili memnuniyetlerini etkileme potansiyeli eskieye nazaran bugün daha iyi anlaşılmaktadır. Bu nedenle, hizmetin kalitesi her geçen gün tedavide daha önemli hale gelmektedir ve sağlık endüstrisi gittikçe tüketiciye doğru yön değiştirmekte ve tüketiciye odaklanmaktadır. Mesleki başarı için hizmetin sunumuna ve hasta memnuniyetine özel bir önem verilmektedir. Aynı zamanda hastaların sağlık ve kalite konularına daha fazla ilgi duymalarından dolayı sağlık hizmetleri, hastaları sağlık sorunlarına ilişkin tartışmalara daha fazla dahil etmeleri konusunda teşvik edilmektedirler.<sup>1,2,6,7</sup>

Hastalar, dişhekimlerinin yetkinliğine (teknik becerilerine) son derece değer vermektedirler. Ancak, sağlık hizmetlerinin birçoğu oldukça komplekstir ve tedavi sonuçları her zaman kesin biçimde ön görülememektedir. Bu nedenle, hastalar uygulanan tedavinin teknik kalitesini yeterince değerlendiremeyebilirler ve kalite değerlendirmelerini çevredeki görülebilir unsurlara yönlendirebilirler (örneğin, bir bütün olarak hizmetin sunumu).<sup>2,4,5,8</sup> Algılanan hizmet kalitesi, tedaviden memnuniyetin başlıca ölçütü haline geldiğinden, yetersiz hizmet, hastanın hekimini değiştirmesindeki başlıca sebeplerinden biri haline gelmektedir.<sup>5</sup> Hastalar kalite değerlendirmelerine sıradan tüketicilere kıyasla daha kişisel biçimde katıldıklarından ötürü, onların kişilikleri, beklentileri, geçmiş deneyimleri ve yaşam tarzları da son derece önem taşımaktadır.<sup>5,8</sup>

Dişhekimi, insan ve hizmet ile ilgilidir. Buna bağlı olarak, kaliteye yönelik

artan ilgi, sağlık endüstrisinin tedavi sunumunda tüketici-odaklı genel değişimi ve tüketici memnuniyetinin mesleki başarıya artan etkisi mesleki açıdan önemli konulardır. Bunlar, büyük olasılıkla dişhekimliğinden beklenenleri değiştirecek ve hastalık-odaklı yaklaşımlar yerine, gittikçe standartlar ile kalite alanında artan rekabetle birlikte daha çok hasta-odaklı dişhekimliğine doğru bir değişimi yaratacaktır.<sup>2,7</sup> Hizmet sağlayıcıları olarak kalite alanında bireysel dişhekimlerinden de yüksek derecede bir profesyonellik beklenmektedir.<sup>2,7</sup>

Kaliteli tedavi, tüm klinik ve psikolojik yönleriyle (teknik parametrelere ek olarak) hastaların memnuniyetinin altını çizdiğinden ötürü, kalite dişhekimliği hizmeti ve kalite güvencesine yönelik her çaba hasta memnuniyetini ve hasta algılamalarını önemli ölçütler olarak göz önüne almayı gerektirmektedir.<sup>1,2,4,7</sup> Ayrıca, hastaların ağız ve diş sağlığı tutumları ve davranışları zaman içinde gelişme ve değişme göstermekte olduğundan, hasta memnuniyetinin artırılması ve yüksek kalitede bir tedavi sağlanabilmesi için, bu değişimlerin saptanması gerekmektedir.<sup>1,7</sup> Dişhekimleri, bireylerin genel karar alma süreçlerini daha iyi anlamalı, hastaların beklentileri ile hizmete ilişkin algılamaları arasındaki farkı azaltmalı ve tedavinin ve hizmet sunumunun kalitesini artırmalıdır.<sup>1,4,7,8</sup> Bu da dişhekimlerinin daha önceleri mesleki olarak gerekli görülmemiş alanlarda daha bilgili olmaları ihtiyacını ortaya koymaktadır.<sup>3-5</sup>

Ancak, sağlığın kendine özgü özellikleri vardır.<sup>9</sup> Hastaların refahının önceliği ve hastaya hizmet etmek ve eşitliği teşvik etmek esas prensiplerdir ki, bunları hiç bir pazar gücünün veya toplumsal

değişimin tehlikeye atmaması gerekmektedir. Ayrıca, oral sağlık tedavisi, soyut ve somut algılamaların kompleks bir karışımıdır ve memnuniyet hastaların tedavisiyle ilgili beklentileriyle kişisel olarak algıladıkları hizmet arasındaki basit bir farklılık olarak değerlendirilemez.<sup>4,8</sup> Mesleki taahhütler, etik değerler ve temel prensipler ve hekim-hasta etkileşimin benzersiz özellikleri hastanın tedaviye ilişkin memnuniyetini bir tüketiciden farklı kılmaktadır.<sup>8</sup> Dişhekimleri değişen ortamlarla birlikte hareket ederken, doğru bir kalite kavramına sahip olmak ve üretim hedefleriyle dişhekimliği değerleri arasında bir denge kurarken etik bir bilinç geliştirmek zorundadırlar. Toplumun dişhekimliğine karşı güvenin, mesleğin kredibilitésinin ve iyi bir hekim hasta ilişkisinin sürdürülebilmesine de özel önem vermeleri gerekmektedir.<sup>9</sup>

Dişhekimleri bazen hastalara bir 'birey' olarak yaklaşmanın önemini hafife alabilmektedirler. Ancak, iyi bir hekim-hasta ilişkisi hem hastanın ihtiyaçlarına hem de mesleki hedeflere yanıt verebilen bir hizmet sunumu için belirgin avantajlar sağlayacaktır.<sup>4,8</sup> (Tablo 1). Diğer birçok meslekle karşılaştırıldığında dişhekimliğinde iyi bir hasta hekim ilişkisinin daha fazla gerekli olduğu açıktır ve tedavinin kalitesi söz konusu olduğunda bu çok daha önem kazanmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Douglass CW, Sheets CG. Patients' expectations for oral health care in the 21st century. *J Am Dent Assoc* 2000 131: 3-7.
2. Goedhart H, Eijkman MAJ, ter Horst G. Quality of dental care. The view of regular attenders. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 24: 28-31.
3. Miles L. The art and science of marketing. *Compend Contin Educ Dent*. 2001 22 (Special issue): 54-57.
4. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction. 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J* 1999 186: 166-170.
5. Harr R. Quality in dental practice. Managing systems in dentistry. *Schw Monat Zahnmed* 2001 111: 53-59.
6. Newton T. Involving the consumer in the evaluation of dental care: a philosophy in search of data. *Br Dent J* 2001 191: 650-653.
7. Reifel NM, Rana H, Marcus M. Consumer satisfaction. *Adv Dent Res* 1997 11: 281-290.
8. Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction. 1. Concepts of satisfaction. *Br Dent J* 1996 186: 161-165.
9. Wiebe RJ. The new business ethics. *J Can Dent Assoc* 2000 66: 248-249.
10. Medical professionalism in the new millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002 136:243-346.

# Aşırı madde kaybı olan dişlerde uygulanacak restorasyonlar

## ■ Burçin Akoğlu\* Rıfat Gözneli \*\*

Aşırı madde kaybı olan dişlerde uygulanacak olan restorasyon tipini seçerken zarar gören diş dokusu miktarı kadar, lokasyon ve etkilenen yüzey miktarı da önemlidir. Madde kaybının yeri dişin aksiyal duvarlarını içine aldığı zaman **periferal**, okluzalde olduğu zaman **santral** veya iki yüzeyi de ilgilendiriyorsa **kombine** olarak adlandırılır. Geleneksel tedavi yöntemlerine bakıldığında prepare edilecek dişte orta derecede madde kaybı mevcutsa standart bir onley preparasyonu veya olukları olan bir kuron uygulanabilir. Eğer bir tüberkül zarar görmüşse olukla desteklenmiş geniş bir kutu preparasyonu uygulanır. Dişin yarısını içine alan bir madde kaybı söz konusu ise supran-gingival madde miktarı yeterli yüksekliğe sahipse oluklar gerekli retansiyonu sağlar. Restorasyona pin yuvaları açılabilir.

### Pinler:

Konvansiyonel yöntemler değerlendirildiğinde pinler etkin bir şekilde retansiyonu artırırlar. Yerleştirilebilmeleri için vertikal supragingival diş dokusu gerekmemektedir ve yetersiz aksiyal duvar uzunluğu olan durumlarda kullanılabilirler.

Pinler genelde iki şekilde uygulanabilirler:

- 1- Preparasyonun giriş yoluna paralel olan pin yuvaları açılır ve pinler, döküm restorasyonun içinde bulunur.
- 2- Dişe paralel olmayan pinler yerleştirilerek, restorasyon için preparasyon yapılabilecek amalgam ya da kompozit kor için retansiyon sağlanır. Pin yuvaları açılırken bazı noktalara dikkat edilmesi gerekir.

1. Sağlam dentine yerleştirilmelidir.
2. Desteksiz mine dokusu bırakılmamalıdır.
3. Periodontal membranda perforasyon oluşturmamaya dikkat edilmelidir.
4. Pulpaya zarar verilmemelidir.

Pin yuvaları vertikal basamaklara ya da dişin dış yüzeyi ile pulpa arasındaki mesafenin yarısına yerleştirilmelidir. En az 0.5 mm dentin dokusu ile çevrili olmalıdır. Pin yuvaları için en uygun yerler dişlerin dönüm noktaları, köşeleridir. En istenmeyen bölge ise köşeler arasındaki mesafenin ortası, özellikle furkasyon bölgeleridir. Problem oluşmasını engellemek için frezin yeri ve yönüne dikkat edilmelidir. Radiograflar incelendikten sonra frez ya da sond diyeti cebine sokarak diş yüzeyin yönü incelenir. Pin yuvası açılırken kanama olursa, yanlış yönlendirilmiş olan frezin pulpaya mı, periodontal membrana mı geldiği kontrol edilmelidir. Pulpaya gelmiş ise endodontik tedavi gerekir. Periodontal membrana geldi ise pin boyutu dikkatli ölçülerek uygulanırsa iyileşme gerçekleşebilir. Perforasyon alveol kretin üst seviyesinde ise flep kaldırılarak pin ve kök yüzeyi düzleştirilir. Pinlerin sayısı, derinliği ve çapları arttığında retansiyon da artar. Ancak 4-5 pin yerleş-

tirildiğinde durum farklılaşır. Yapılan çalışmalarda kayıp olan her bir tüberkül, dönüş açısı ya da aksiyal duvar için bir pin uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Yivleri olan pinler simante edilenlere oranla yaklaşık olarak 5 kat daha fazla retantiftirler ve sadece 2 mm derinliğe yerleştirilmeleri yeterlidir. Restorasyona bağlı bulunan simante edilen pinlerin ise 4 mm diş dokusuna yerleşmeye ihtiyacı vardır.

### Endodontik tedavi görmüş dişlerde uygulanan restorasyonlar:

Geleneksel tedavi yaklaşımlarında endodontik tedavi görmüş ve madde kaybı fazla olan dişlerde post uygulanarak

1. Restorasyona direnç sağlamak
2. Kalan diş dokusunu korumak amaçlanırlar.

Bütün diğer şartlar eşit kalmak şartıyla canlı olan bir diş endodontik tedavi görmüş olan dişe oranla daha fazla mekanik direnç gösterir. Endodontik tedavi görmüş dişlerin vital pulpa tarafından sağlanan sıvıların prematür kaybı nedeniyle daha kırılğan olduğuna dair yaygın bir kanı vardır.

Uygulanacak restorasyonlarda dentinin mümkün olduğu kadar korunması gerekir. Korono-radiküler stabilizasyonla ilgili hekimler arasında görüş farklılıkları vardır. 1- Bazı hekimler her kanal tedavisinden sonra dişi kuvvetlendiriceğini düşündükleri için post yerleştirirler. 2- Bazı hekimler dişi zayıflattığını düşündükleri için post uygulamadan kaçınırlar. 3- Postların okluzal kuvvetlere karşı direnci arttırmadığını, kor restorasyona retansiyon sağlamak için gerekmediği durumlarda post uygulanmaması gerektiğini düşünürler.

\* Dişhekimisi, Araştırma görevlisi, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

\*\* Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı

Travma, geniş çürük, ve endodontik tedavi sonrasında, genelde, klasik bir kuron yada köprü restorasyonuna direnç sağlayacak miktarda diş dokusu kalmaz. Bu durumda gelen okluzal kuvvetlere karşı koymak için kök kanalına post yerleştirilir. Postun retansiyonunu etkileyen ana faktörler postun dizaynı, çapı ve yerleştirildiği derinliktir. Retansiyonun yanı sıra post restorasyonu, yapısal bütünlüğü bozulmuş olan diş dokusunu korumayı amaçlar. Post uygulandığı zaman gelen kuvvetler post boyunca dağıtılacağı, böylece marjin bölgesinde oluşan stresin azalacağı düşünülür.

Genel görüşe rağmen post restorasyonları dişleri güçlendirmemektedir. Postun primer fonksiyonu kor için retansiyon sağlamaktır.

#### Genel prensipler:

Bir postun retansiyonunu etkileyen 5 faktör vardır.

1. Postun uzunluğu
2. Postun daralma açısı
3. Postun çapı
4. Yüzey şekli
5. Simantasyon materyalinin etkisi

#### Post uzunluğu:

Post uzunluğu ile ilgili pekçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına bakacak olursak :

1. Post, kuronun incisoservikal veya okluzoservikal boyutuna eşit olmalıdır.
2. Post, kurondan uzun olmalıdır.
3. Post, kuron uzunluğunun 1/3 uzunluğunda olmalıdır.
4. Post, kök uzunluğunun 1/2 , 2/3 ya da 4/5'i gibi tam bir oranında olmalıdır.



Resim 1. Aşırı kısa hazırlanmış prefabrike post

5. Post, kret tepesi ile kök ucu arasında ki mesafenin yarısı olmalıdır.

6. Post, apikal sızdırmazlığı bozmadan mümkün olduğunca uzun olmalıdır.

Bu çalışmaların ışığında günümüzde yaygın olarak kabul gören görüş post uzunluğunun, kök boyunun üçte ikisi kadar ya da minimum bitmiş restorasyonun boyu kadar olmasıdır. Post-core ile restore edilmiş dişlerde en sık görülen başarısızlıklar postun tutuculuğunu yitirmesi ve kök kırıklardır. Her iki risk de post uzunluğu arttıkça azalır. Yapılan çalışmalar post uzunluğunun retansiyon üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermiştir. Özellikle kısa postlarda başarısızlık oranı daha yüksektir (Resim1).

#### Post çapı:

Yapılan in vitro çalışmalar kalan diş dokusu kalınlığının kırılmaya karşı olan direnç açısından önemli olduğunu göstermiştir. Postun çapını arttırmak postun retansiyonunda belirgin bir artışa neden olmazken, postun sertliğini, kırılma direncini artırır. Bu nedenle post çapı radiküler dentini koruyacak, perforasyon riskini azaltacak, dişin kırılmaya olan direncini etkilemeyecek şekilde hazırlanmalıdır. Perforasyon riskini tamamen ortadan kaldıracak bir teknik olmamasına rağmen bazı noktalara dikkat edilerek bu risk azaltılabilir:

- Radyografları tam olarak incelemek
- Postun çapını kök çapının 1/3'ü ile sınırlandırmak
- Postun uç çapını 1 mm veya daha az olacak şekilde hazırlamak
- Üst ve alt molarlarda kanal girişinden itibaren post uzunluğunu 7 mm ile sınırlandırmak
- Mümkünse alt molarların mesial, üst molarların bukal köklerini kullanmamak.

Günümüzde genel olarak kabul gören post çapının kök genişliğinin üçte biri olması ve post etrafında her yerde 1 mm'lik dentin kalacak şekilde hazırlanmasıdır.

#### Kök kanalının hazırlanması:

Post yuvasının hazırlanması ve bunun apikal sızdırmazlığa olan etkisi üzerine birkaç metot üzerine araştırma yapılmıştır. Frezler, ısıtılmış aletler, ve çözücüler üzerine yapılan araştırmalar sonucunda hiçbir metot belirgin olarak ü-

tün bulunmamıştır. Apikal sızıntının önlenmesi için apikalde en az 4-5 mm'lik gutaperkanın bırakılması ideal olmaktadır. Post simante edimeden önce gütaperka röntgen ile kontrol edilmelidir. Gütaperka çıkarıldıktan sonra kanal eğeler ile şekillendirilir. Prefabrike post sistemleri ile birlikte paketlenmiş olan frezler ile basınç uygulamadan, stopper kullanarak kanal şekillendirilir.

#### Ferrule etkisi:

Kalan diş dokusunun 360° lik metal ile sarılması ferrule etkisi olarak tanımlanmış ve döküm restorasyonun, korla kalan diş dokusunun birleşim yerinden en az 2 mm daha apikale uzanması gerektiğini bildirmiştir. Yapılan çalışmaların ışığında. 1.5- 2.0 mm vertikal aksiyal diş dokusunun 360° kuron ile çevrelenmiş olması dişi kırılmaya karşı koruyacak 'ferrule etkisi'nin oluşmasını sağlar.

Post-core'lar iki grupta incelenir:

- 1-) Tek parça döküm post-core'lar
- 2-) Prefabrike postlarla tek seansta hazırlanan post-core'lar

#### Döküm postların avantaj ve dezavantajları:

1. Sabit ve hareketli protezlerde destek olarak kullanılacak dişlerde döküm postlar tercih edilir.
2. Kök kanalı çok genişse döküm postlar tercih edilir.
3. Kronu destekleyen diş dokusu az ise döküm postlar kullanılır. Bu tip vakalarda postun rotasyonel kuvvetlere direnç göstermesi gereklidir. Prefabrike postların kesiti yuvarlaktır ve rotasyonel kuvvetlere direnç göstermezler. Döküm postlar ise hazırlanan kök kanalına uyar ve torsiyonel kuvvetlere direnç gösterirler. Mandibuler kesiciler gibi çapı küçük olan dişlerde prefabrike postların kullanımı güçtür. Post çevresinde üst yapı materyali için minimal doku kaldığından döküm postların kullanımı daha uygundur.
4. Kor ile post arasında açılabilirlik durumu döküm postlar kullanılır.
5. Kök formu oval olan dişlerde prefabrike postların kullanılması güçtür. Böyle durumlarda her yönde eşit kalınlıkta bir kanal hazırlanıp döküm post yapılır.
6. Döküm post işlemleri zaman alıcı ve pahalıdır.
7. Metal post yapılarının korozyonu nedeniyle dental ve periodontal dokularda renkleşme meydana gelebilir.





**Resim 2. Sol üst kanin dişinde döküm post için hazırlanmış kök kanalı**



**Resim 3. Otopolimerize akrilik rezin ile ağız içinde hazırlanan post modelajı**



**Resim 4. Döküme hazır post**



**Resim 5. Sol üst molar dişinde otopolimerize akrilik rezinin ağız içinde şekillendirilmesi**



**Resim 6. Hazırlanan post modelajı**



**Resim 7. Döküm sonrası metal post**

### **Prefabrike postların avantaj ve dezavantajları:**

1. Prefabrike postlar ile core materyali direk olarak birleşir ve post core işlemleri bir seansta tamamlanır.
2. Prefabrike postlar soğuk olarak işlendiklerinden, aynı metalden dökülmüş postlara oranla daha sağlamdır ve daha homojen bir yapıya sahiptir.
3. Prefabrike materyali olarak titanyum ve kobalt-krom-molibden (Co-Cr-Mo) kullanılır ve bunlar kolay dökülemez.
4. Aynı dişte birbirine paralel olmayan kanallarda kombine olarak kullanılabilirler.
5. Kanalın iç morfolojisine uyumları döküm postlar kadar iyi değildir. Bu düzensiz adaptasyon stres dağılımının her bölgede homojen olmamasına yol açar.

Döküm ve prefabrike postların kırılma dirençlerini karşılaştıran 1995 yılından sonra yayınlanmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda iki tekniğin birbirine göre bir üstünlüğü olmadığı görülmüştür. İki teknikte de derin horizontal ve hatta vertikal fraktürler görülmüştür ki, klinikte bu dişleri çekmemiz gerekir. Karbon fiber postlarda koronal dokuyu içeren kırıklar bildirilmiştir ki bunların tamiri mümkündür

ancak bununla beraber vertikal kırıklar da bildirilmiştir.

### **DÖKÜM POST-CORE'LAR**

Döküm post-core'lar, post için hazırlanmış olan kanal boşluğunun negatifinin, klinik ve laboratuvar işlemleri ile hazırlanması sonucu elde edilir. Bu negatif yapı iki şekilde hazırlanabilir:

- Kök kanalından silikon esaslı ölçü materyali ile ölçü alınır. Laboratuvar da alçı model elde edilir. Model üzerinde mum modelaj yapılır ve döküm işlemi tamamlanır.
- Post-core klinikte otopolimerizan akrilik rezin ile şekillendirilir. Laboratuvara gönderilerek dökümü yapılır. Bu yöntemde, akrilikle alınan ölçü doğrudan döküme gönderildiğinden, transfer işlemlerinin olmaması nedeniyle, gelen restorasyonun adaptasyonu daha iyidir (Resim 2-7).

### **PREFABRİKE POST-CORE'LAR**

#### **Post dizaynları:**

Yüzyılı aşkın bir süredir post dizaynlarında birçok farklı dizayn kullanılmıştır ve günümüzde de yeni dizaynlar geliştirilmektedir. Postun aksiyal formu daralan şekilde veya paralel yüzeyli olabilir. Dentine bakan post yüzeyleri 'smooth', 'serrated', 'vented' ya da 'threaded using

taps' or 'self threading' dizaynda olabilir. Klinik incelemeler sonucunda kullanımsız olan birçok dizayn elimine edilmiştir.

Kullanılan postlar 4 gruba ayrılabilir.

1. Daralan, düz yüzeyli, uygun boyutta kanal eğelerinin kullanımı ile hazırlanan kanala simante edilen postlar. Uygulanımlarındaki kolaylık nedeniyle popülerdirler.
2. Paralel yüzeyli, uygun hazırlanmış silindirik şekilde kanallara simante edilen postlar. Yerleşimi sırasında hidrolik back pressure oluşur. Siman tabakasının kalın ve zayıf olduğu durumlarda retansiyon kaybı görülür.
3. Daralan, vida şeklinde, yivleri kanal içindeki dentine giren postlar.
4. Paralel yüzeyli, vidalı, önceden daralan şekilde hazırlanmış olan kanala yerleştirilen postlar.

Ayrıca bu dizaynların kombinasyonu şeklinde birçok hibrit dizayn geliştirilmiştir. Örneğin spiral ve düz dişlileri olan simante postlar, 2 paralel yüzeyli basamaklı olan postlar, ayrıca vidalı dizaynların kendiliğinden yuvasını açan ve farklı keskinlikte olanları çıkmıştır. Genelde yuvarlak bir post yuvasının hazırlanabileceği dişlerde prefabrike postlar, geniş, oval kanallara sahip olan dişlerde ise dentin kalınlığı kritik se- ➔



**Resim 8. Üst sol santral ve lateral dişte hazırlanan post yuvası**



**.Resim 9. Dişlere simante edilen zirkonyum esaslı postlar**



**Resim 10. Fiber post simantasyonu için retrakte edilip kanalı hazırlanan üst sağ santral diş**



**Resim 11. Simante edilmiş fiber post**



**Resim 12. Fiber post üzerine şekillendirilen kompozit kor**

viyede değilse döküm postlar uygulanır.

Uygulanan intraradiküler retatif elemanlar aktif ve/veya pasif, paralel ve/veya daralan tarzda olabilir. Genelde aktif postlar daha retatif olmalarına rağmen birçok sistem lateral veya apikal stres oluşmasına neden olur. Kalan kök kanal kalınlığı yetersiz ise bu stresler diş zararlı olabilir. Ucuna doğru daralma gösteren postlar şekil itibarıyla kök kanalına benzer olmalarından dolayı uygun görünselerde özellikle konvansiyonel simanlarla uygulanmalarında kama etkisine neden olurlar ve paralel postlara göre daha az retansiyon gösterirler. Kök kanalının geniş olduğu durumlarda döküm postlar kanalın şekline uyum sağlamaları sayesinde daha retatif özellik gösterirler. Bu uygulama sırasında 1-2 mm kalan dentin dokusu gerekmektedir. En büyük dezavantajları retansiyon azlığı, kök kırığı riski ve dentinin ince olduğu durumlarda metalin yansımalarıdır.

Seramik teknolojisinin gelişmesiyle birlikte tüm seramik kuronlar popüler hale gelmiştir. Tüm seramik bir kuronun altında metal bir post kullanımı translucent olan kuronun optik özelliklerini etkileyecek ve estetiği bozacaktır. Bu nedenle tüm seramik postlar geliştirilmiştir.

#### **Zirkonyum esaslı postlar:**

1993'te Lüthy ve ark yüksek flexural strengthi olan (1400 MPa) tetragonal zirconia polikristallerinden (ZrO<sub>2</sub>-TZP) oluşan post materyallerini geliştirmiştir. Bu sistemde kor yapıları posta simante edilmekteydi. Bu çalışmaya dayanarak Meyenberg ve ark nonvital destek dişlerde zirconia seramik postları kullanarak yeni bir klinik konsept geliştirmişlerdir. Aynı zamanda zirconium postlar ve kompozit korlar piyasaya çıkmıştır. 1997'de Ivoclar firması zirconia post üzerine direkt olarak ısı ile preslenebilen seramik kor materyalini geliştirmiştir. Bu yeni seramiğin thermolinear ekspansiyon katsayısı zirconia'nınki ile uyumludur.

İnce grenli, yoğun tetragonal zirconium polikristallerinden oluşan bu post yüksek kırılma direncine sahiptir. Radyopak ve biyouyumludur.

Piyasada zirkonyum esaslı farklı post sistemleri bulunmaktadır. Genel olarak 2 farklı şekilde uygulanabilirler.

Direkt metot:

- Kanal dolgusu apekten 4 mm yukarıda olacak şekilde boşaltılır.
- Setten çıkan standart aletlerle kanal şekillendirilir.
- Kanal yıkayıp, paper pointle kurutulur.
- Uygun bir aletle (örn: paper point) kanal duvarlarına dentin primer ve adezivi uygulanır.
- Kanal paper pointle kurutulur.
- Rezin siman karıştırılır. Kanala ve posta uygulanır.
- Fazla siman bir fırça veya el aleti ile uzaklaştırılır.
- Hafif basınç uygularken her yüzeyden 40'ar saniye ışıkla polimerize edilir.
- Uygun bir restoratif kompozitle kor şekillendirilir.

İndirekt metot:

Hekim uygun boyutta postu seçtikten sonra ölçüyü alarak laboratuara gönderir ve laboratuarda zirkonyum post üzerine kor yapısı hazırlanır (Resim 8-9).

#### **Fiberle desteklenmiş epoksi rezin postlar:**

1990 yılında geliştirilen fiber esaslı post sistemleri epoksi rezin matrisi içinde sıkıştırılmış paralel karbon fiberlerden oluşmaktadır. Fiberler 8µm çapında olup postun uzun aksı boyunca yerleşmişlerdir ve sistemin fillerını oluştururlar. BisGMA yapıda olan epoksi matrisin postun ağırlığının %36'sını oluşturur. Rezin matris enjekte edilmeden önce karbon fiberler sıkıştırılarak fiziksel özellikler artırılmaya çalışılmıştır. Materyal radyolusenttir ve biyouyumludur. Bu postlar çeşitli şekillerde satışa sunulmuştur. Postların siyah renkte olmasına neden olan karbon fiberler yerine kuartz fiberler konularak estetik postlar geliştirilmiştir.

Uygulanımı:

- Uygun boyda post seçilir
- Gates-Glidden frez kullanılarak gütaperka uzaklaştırılır. Post yuvası uygun boyuttaki frez ile şekillendirilir.
- Post kanal içinde denener ve boyu elmas frez ile ayarlanır.
- Post kanalı asitlenir ve kurutulur. Dentine primer ve adeziv uygulanır ve fazla miktar hava ile uzaklaştırılır.
- Dual-cured bir siman karıştırılarak kanala ve posta uygulanır ve post belirlenen derinlikte kanala yerleştirilir.
- Rezin ışınlanır.
- Kor şekillendirilir (Resim 10-12).



**Resim 13. Aşırı madde kaybı olan alt molar diş**

Günümüzde uzun dönem etkisinin bilinmemesine rağmen bu postların sertliği dentine yakın olarak bildirilmiştir. Fiziksel özellikleri uygulanan kuvvetin açısına göre değişiklik gösterir. Elastik modülleri dentine yakın olsa da bu özellik benzer klinik davranışın oluşacağını göstermez. İçi boş bir tüp şeklinde olan kök içinde ince bir post ara bir kompozit rezin tabakası ile sarıdır. Bu sistem içinde postun fleksibilitesi kök ile uymayacaktır.

Fiber esashlı postların avantajları:

- Estetik
- Metal kullanılmamakta
- Doğal translusenslik
- Işık geçirgenliği
- Kabul edilebilir kullanım süresi, adeziv tekniğe bağlı olarak yüksek retansiyon değerleri
- Mükemmel kırılma dayanıklılığı
- Dentine yakın elastik davranışlar köke zarar vermeme
- Döner aletlerle çıkarılabilme, endodontik tedavinin yenilenebilmesi
- Uyumlu kor ve yapıştırma materyalleri

#### **Woven Fiber Kompozit Materyaller:**

Cold-glass plasma treated polyethylene woven fiber üreten bir şirket (Ribbond Inc.) bu materyali rezin kompozitle pulpasız dişlerin koronoradiküller stabilizasyonu için önermektedir. Bu fiberler çok yönlüdür. Woven fiber kompozit postların; metal postlara göre belirgin olarak daha düşük kırılma direnci olduğu bildirilmiştir. Ancak bu woven fiber kompozit daha küçük çapta bir metal prefabrike postla desteklendiğinde sistemin direnci belirgin olarak artmıştır.

#### **Kök kanalı çok geniş dişlerde uygulanacak tedavi yaklaşımları:**

Çürük, apeksifikasyonu tamamlanma-



**Resim 14. Porselen onlayın simantasyonu**

mış dişe gelen travma, konjenital defektler, internal rezorbsiyon gibi nedenlerle çok fazla genişlemiş kök kanalları ile karşılaşabiliriz. Fazla madde kaybı olan kanallar ilk olarak kompozit matrisi kullanılarak daha güçlü bir hale ve istenilen şekle getirilebilir. Daha sonra retansiyon sağlamak amacıyla uygun boyuttaki vida tipi metal post simante edilir.

#### **Simantasyon**

Postların simantasyonunda konvansiyonel simanların uygulanımı kolaydır ve uzun süreli başarı geçmişleri vardır. Ancak rijiditesi az olan sistemlerle uygulandıkları zaman konvansiyonel dental simanlar gelecek tensile kuvvetler sonucunda başarısızlığa uğrayacaktır. Adeziv rezin simanların kullanılmasının en önemli nedenlerinden biri kullanılan materyale göre, çinko fosfat simana nazaran ilave retansiyon sağlamasıdır. Ek olarak kompozit resin simanla uygulanan pasif bir post, aktif bir post kadar etkili olabilir. Önemli olan diğer bir faktör de rezin simanları ancak uygun bonding ajanları ile kullanımı çinko fosfat, cam iyonomer ve polikarboksilat simanlara göre daha iyi retansiyon değerleri göstermiştir.

Birçok kök kanalını doldurmak için kullanılan kanal patlarının içinde, kompozitlerin polimerizasyonunu olumsuz etkileyen öjenol bulunmaktadır. Öjenol içeren bir pat kullanıldığı durumlarda çinko fosfat simanın adeziv materyallere göre daha iyi sonuçlar verdiğini bildiren çalışmalar vardır.

Rezin simanların en önemli dezavantajları uygulanım zorluğudur. Konvansiyonel simanlarla simanın sadece kanala uygulanması gerektiği ve postu simanla kaplamanın retansiyonu belirgin oranda arttırmadığı bilinmektedir. Adeziv simanlar için de aynı sonuçlar beklene-



**Resim 15. Porselen onlayın okluzal görünüşü**

bilir. Ancak kanal içersine simanı koymak postun yerleşmesini postun tam oturmaması ile sonuçlanabilir.

#### **Postların yerinden çıkarılması:**

Postlardaki başarısızlığın en sık görülen nedenleri postun retansiyonunu kaybetmesi, çürük ve apikal lezyonlardır. Ayrıca kök veya post kırığı, post perforasyonu, kırılmış veya düşmüş kronlar, ve periodontal yıkımla da karşılaşılabilir.

Endodontik postları yerinden çıkarmak için pekçok metot önerilmiştir. Örneğin:

- İnce uçlu bir forceps, hemostat, iğne tutucu gibi el aleti ile çıkarmak
- Piyasada mevcut olan çeşitli post çekicilerinin kullanılması
- Postu tutan simanı kırmak için ultrasonik aletlerin kullanılması
- Posta yapışan cyanoacrylate gibi adezivleri olan sistemler
- Yivleri olan ekstraktörlerin kullanılması
- Post ekstraktörlerinin kullanılması önerilen yöntemlerdir.
- Postların frezlerle uzaklaştırılması (perforasyon riski var)
- Kanal eğelerinin kullanılması
- Simanı çözmek için solventlerin kullanılması da uygulanabilir.

Genelde kanal eğeleri ile friksiyon postu çıkarmayı sağlar. Sodyum hipoklorit ve hidrojen peroksitle irigasyon kalan parçaların yukarı çıkmasını sağlar. Günümüzde ise en çok uygulanan teknik ultrasonik veya sonik cihazların kullanılmasıdır. Ultrasonik aletler K tipi eğeler gibi normal aletleri kullanırken, sonik aletler özel tip aletleri kullanırlar. Ultrasonik aletler longitudinal yönde ossilasyon oluştururlar ve dentin kalınlığını fazla olduğu durumlarda postun facial ve lingual yüzeylerinde oluklar oluşturarak postun gevşemesini sağ- ➔



lamak amacıyla kullanılmalıdır. Sonik cihazlar eliptik bir ossilasyon oluştururlar. Hareketlerinin vertikal ve lateral komponenti vardır. Ancak kanalda lateral hareket elimine olur ve vertikal veya longitudinal hareket kalır.

### Adeziv yaklaşım

Mine ve dentine bağlanan restorasyonlar söz konusu olduğunda, yaklaşım açısı, preparasyon yüksekliği gibi faktörlere bağlı olan konvansiyonel retansiyona ihtiyaç azalır (Resim 13-15). Adeziv teknikler ile minimal preparasyon hazırlayarak dişte daha az madde

kaybına neden olup, pulpanın vitalitesi korunabilir.

Geniş madde kaybı olan dişlere uygulanan adeziv restorasyonlarla ilgili fazla çalışma bulunmamaktadır. Van Dijken ve ark. 2001'de yayınlanan çalışmalarda 110 hasta üzerinde 182 IPS Empress posterior parsiyel ve full kaplama restorasyonunun klinik başarısını değerlendirmişler, siman, bonding ajan ve preparasyonun etkisini incelemişlerdir. Ortalama 4.9 yıllık (4.3-7,5 yıl) kullanım süresi sonucunda 13 restorasyonu (%7.1) başarısız bulmuşlar, başarısızlık nedenlerini 5 adet restorasyonda kırık,

4 adet restorasyonda adezyon kaybı, 3 adet restorasyonda sekonder çürük, 1 adet dişte endodontik tedavi ihtiyacı olarak bildirmişlerdir. İki rezin siman ve 3 bonding ajan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlememişlerdir. Non vital dişlerin %9.7'sinde (3/31), vital dişlerin %6.6'sında (10/151) başarısızlık bildirmişlerdir. Sonuç olarak dentin ve mineye bağlanan restorasyonların klinik başarıları arttıkça, uzun dönem takipleri başarılı sonuçlar verdikçe aşırı madde kaybı gösteren dişlerde geleneksel tedavi yaklaşımlarının uygulanımı azalacaktır.

### KAYNAKLAR:

1. Schillenburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. Fundamentals of Fixed Prosthodontics. 3rd edition. Quintessence Publishing Co.Inc. 1997
2. Pruden WH. Full coverage, partial coverage and the role of pin. J Prosthet Dent 1971;26:302-306
3. Gilboe DB, Teteruck WR. Fundamentals of extracoronary tooth preparation. Part I. Retention and resistance form. J Prosthet Dent 1974;32:651-656
4. Gourley JV. Favourable locations for pins in molars. Oper Dent 1980;5:2-6
5. Caputo AA, Standlee JP. Pins and posts-Why, when and how. Dent Clin North Am 1976;20:299-311
6. Caputo AA, Standlee JP. Biomechanics in Clinical Dentistry. Quintessence Publishing Co.Inc.1987. Pages:185-203
7. Fusayama T, Maeda T. Effect of pulpectomy on dentin hardness. J Dent Res

1969;48:452

8. Sorensen JA, Martinoff JT. Clinically significant factors in dowel design. J Prosthet Dent 1984;52:28
9. Stockton LW. Factors affecting retention of post systems: A literature review. J Prosthet Dent 1999; 81:380-5
10. Goodacre CJ, Spolnik KJ. The prosthodontic management of endodontically treated teeth: a literature review. J Prosthodont 1995;4:122-8
11. Morgano SM, Brackett SE. Foundation restorations in fixed prosthodontics: Current knowledge and future needs. J Prosthet Dent 1999;82:643-57
12. Sorensen JA, Engleman MJ. Ferrule design and fracture resistance of endodontically treated teeth. J Prosthet Dent 1990;63:529-36
13. Heydecke G, Peters M. The restoration of endodontically treated, single rooted teeth with cast or direct cores: a systematic review. J Prosthet Dent 2002;87:380-6
14. Martinez-Insua A, da Silva L, Rilo B, Santana U. Comparison of the fracture resistances of pulpless teeth restored with a cast post and core or carbon-fiber post with a composite core. J Prosthet Dent 1998;80:527-32.
15. Isidor F, Odman P, Brondum K. Intermittent loading of teeth restored using prefabricated carbon fiber posts. Int J Prosthodont 1996;9:131-6.
16. Zuckerman GR. Practical considerations and technical procedures for post retained restorations. J Prosthet Dent 1996;75:135-9
17. Zalkind M, Hochman N. Esthetic considerations in restoring endodontically treated teeth with posts and cores. J Prosthet Dent 1998;79:702
18. Lüthy H, Scharer P, Gauckler L. New materials in dentistry: zirconia posts. Abstract IV-2. Monte Verita Conference on Biocompatible Materials Systems, Ascona, Switzerland 11-14 October 1993
19. Meyenberg K, Lüthy H, Scharer P. Zirconia Posts: a new all ceramic concept for nonvital abutment teeth. J Esthet Dent 1995;7:73-80
20. Hochman N, Zalkind M. New all ceramic indirect post- and-core system. J Prosthet Dent 1999;81:625
21. Heydecke G, Butz F, Strub JR. Fracture strength and survival rate of endodontically treated maxillary incisors with approximal cavities after restoration with different post and core systems: an in vitro study. J of Dent 2001;29:427-433.
22. Dean JP, Jeanson BG, Sarkar N. In vitro evaluation of a carbon fiber post. J Endod 1998, 24(12):807-10
23. Raygot CG, Chai J, Jameson L. Fracture resistance and primary failure mode of endodontically treated teeth restored with a carbon fiber-reinforced resin post system in vitro. Int J Prosthodont 2001;14:141-145
24. Ribbond Inc. Constructing a Ribbond composite laminate endo post and core. Seattle Ribbond Inc; 1992-1997. p 21-6
25. Standlee JP, Caputo AA. Endodontic dowel retention with resinous cements. J Prosthet Dent 1992;68:13-17
26. Mendoza DB, Eakle WS. Retention of posts cemented with various dentinal bonding cements. J Prosthet Dent 1994;72:591-594
27. Duncan JP, Pameijer CH. Retention of parallel-sided titanium posts cemented with six luting agents: An in vitro study. J Prosthet Dent 1998;80: 423-8
28. Kostka E, Roulet JF. Retention of posts luted with different materials after root canal filling with eugenol containing sealer( abstract 2084). J Dent Res 1996;77:292
29. Helling I, Gorfic C, Slutzky H, Kopolovic K, Zalkind M, Slutzky-Goldberg I. Endodontic failure caused by inadequate restorative procedures: Review and treatment recommendations. J Prosthet Dent 2002;87:674-8.
30. Buoncristiani J, Seto BG, Caputo AA. Evaluation of ultrasonic and sonic instruments for intraradicular post removal. J Endod. 1994;20:486-489
31. van Dijken JWV, Hasselrot LH, Örmn A, Olofsson AL. Restorations with extensive dentin/enamel bonded ceramic coverage. A 5 year follow-up. Eur J Oral Sci 2001; 109:222-229

# Protefix<sup>®</sup>

Ağız içi Yara ve Koruma Jeli



**Ağrıyı uyuşturmadan iyileştirin!**

**Ağrılı protez vurmalarında, aftlarda  
ağız mukoza iltihaplarında**



**Alkol ve Lidokain içermez**

Kimyasal tahrişler, diş telleri ve protezlerin mekanik baskısından oluşan yaralarda kullanılır. Acıyı azaltır. Yaraların iyileşmesini hızlandırır. Ağız mukozasında yanma ve uyuşma olmaz.

Sadece Eczanelerde



Protefix<sup>®</sup> Müşteri Temsilciliği:

Kuşbağrı Cad 31/1 Altunizade - İstanbul Tel: 0216.4744648 Fax:0216.4744819  
www.aktifdisticaret.com e-mail: info@aktifdisticaret.com

# Dental enfeksiyonlar

■ Yaşar Özkan\*  
Altan Varol\*\*

**O** dontojenik ve diğer baş boyun enfeksiyonlarına sahip hastaların sistemik durumu altta yatan ve gelişen bir hastalığın semptomları şeklinde kendini göstermektedir. Tipik olarak hastalar ağrı, fonksiyon kaybı, şişme ve sistemik durumun bozulması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Klinisyen enfeksiyonun ciddiyetini, hastanın genel durumunu belirlemesi ve acil tedaviyi ortaya koyma açısından sorumludur. Enfeksiyonun lokalizasyonu, problemin süresi ve etiyolojik sebepler belirlenmelidir. Hastanın geçmiş medikal hikayesini alarak enfeksiyonun oluşmasında predispozan faktör olabilecek sistemik hastalıklar belirlenmelidir.

Baş ve boynun fiziksel muayenesinde, etkilenen anatomik bölgeler, enfeksiyonun odağını ve metastatik enfeksiyonların ortaya çıkarılması gerekir. Nörolojik durum ortaya konmalıdır; hastanın bilinç durumu, göz belirtileri, solunum durumu ve generalize motor cevaplar değerlendirilmelidir. Görme bozuklukları ve ekstraoküler kaslardaki etkileşim kayda geçirilmelidir. Ciddi baş boyun enfeksiyonlarına sahip bireylerde nörolojik, oftalmolojik, kardiyovasküler ve respiratuar sistemler değerlendirilmelidir. Enfeksiyonun temel belirtileri olan rubor, tumor, color ve dolor genelde hastalarda görülmektedir. Doku sıvıların ve cerahatın birikmesi sonucu bölgede husule gelen vazodilatasyon o sahanın eritemli görünmesine neden olur. Bölgeye vazodilatasyon ve kan akımının artması sonucuda ısı farkı meydana gelir. Do-

ku gerginliği sinire baskı yaptığından ağrı meydana gelmektedir. Ciddi enfeksiyonlarda ateş ve taşikardi en çok görülen sistemik belirtilerdir. Intraoral muayenede ağız açıklığı hemen saptanarak kaslardaki trismusun derecesi değerlendirilebilir. Lateral farengeal loca enfeksiyonu mesela trismus, disfaji, ödem, uvulanın yer değiştirmesine ve mandibular açıda şişliğe neden olur. Bu sahadaki ciddi apseler ağız kısıtlılığı ile kendini gösterirler.

Dişler perküsyon, soğuk-sıcak testleri ile değerlendirilmelidir. Büyük çürüklere sahip ve kötü restore edilmiş dişler odontojenik enfeksiyon kaynağı olabilirler. Periodontal cepler sondalanarak abses oluşumu açısından incelenmelidir. Oral ve sirkumoral yabancı cisimlerin varlığı araştırılmalı ve saf dışı edilmelidir. Tükürük bezleri palpe edilmeli ve kanallardan akan tükürüğün kalite ve kantitesini görmek için masaj yapılarak tükürük akışı sağlanmalıdır.

## Laboratuvar ve Radyografik Değerlendirme

Rutin laboratuvar testleri; CBC, WBC sayımı ve SDR (sedimentasyon) testleri ciddi enfeksiyonlarda gereklidir, hatta bu bölgedeki enfeksiyonun ortaya çıkarılmasında tek delil olabilir. Dental enfeksiyonlar, otitis media veya sinüzitler orijini belli olmayan semptomlar şeklinde veya sadece ateşle belirti gösterebilirler. Olgunlaşmamış WBC ile birlikte yükselmiş beyaz kan hücreleri sayımı ciddi enfeksiyon durumunda oluşabilir. Panoramik ve periapikal dental radyografiler odontojenik enfeksiyonların değerlendirilmesinde yeterlidir. CT ve MRI ise lat.paraferangeal loca, orbita, beyin, boyun ve mediastinuma yayıldığında kullanılmalıdır.

## Odontojenik Enfeksiyonlar

Odontojenik enfeksiyonlar 1- pulpal, 2-periodontal ve 3-perikoronar kaynaklıdır. Dentoalveolar apselerin çoğunlukla kaynağı nekrotik pulpadır.

**1-Pulpal Enfeksiyonlar:** Pulpa odasının termal ve kimyasal iritanlara mağruz kalması sonucu pulpa devital hale geçer ve nekrotik pulpal ürünler lokalize veya generalize pulpal enfeksiyonlara yol açar. Pulpal nekrozlu dişlerdeki subjektif ve objektif bulgular spontane drenajın gelişip gelişmemesine bağlıdır. Enfekte diş spontane olarak sinüs yolundan veya dişin kanalından drene oluyorsa hasta asemptomatik olabilir. Drenaj tıkanığında tüm pulpanın hızlıca etkilenmesi sonucu pulpal nekroza neden olur. Enflamatuvar ürünler periapikal sahayı irrite etmeden önce drenaj yolu korondalden sağlanır ise kök ucunda granülom oluşumu meydana gelebilir. Bu proses asemptomatik olup drenaj geliştiği sürece devam eder.

Akut dentoalveolar enfeksiyonlar enfekte pulpanın çıkarılması, takibinde kanal tedavisi veya dişin çekimi ve periapikal enfeksiyonu drene ederek tedavi edilirler. Dentoalveolar apse geliştiğinde karışımıza 3 tane tedavi seçeneği çıkar:

- 1-insizyon ve drenaj (I&D);
- 2-primer tedavi olarak çekim;
- 3-yoğun medikal tedavi

Tedavide acil girişim olarak drenaj yapmak suretiyle enfeksiyonun ilerlemesini durdurmak, ağrıyı azaltmak ve oluşumu çözmek amaçlanır. Lokalize olarak cerahatın toplandığı durumlarda, apse kavitesi içine insizyon yaparak drenaj sağlamak temel yaklaşımdır. Drenajın sürekli olabilmesi için de o sahaya dren uygulamak gerekir. Drenajın sağlanması sonucu hastadaki semptomlar hafifler ve dişin çekimi yapılabilir. Akut enfeksiyon durumunda birçok durumda flüktasyon olmadığında drenaj sağlamak için dişin çekimi bazen önem arz eder. Ayrıca ilgili diş travmatik olarak çekilebilecek ise çekim primer tedavi olarak görülmelidir. Dişin çekimi ve o bölgede meydana gelen dentoalveolar apsenin bize sağladığı avantajlar şunlardır:

- enfeksiyon tedavisinde enfeksiyon odağının ortadan kaldırılması en önemli adımdır

\* Yrd.Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrahisi A.D

\*\* Dişhekimisi, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cerrahisi A.D.

- enfeksiyonun çözülmesi için gerekli olan zaman azaltılmış olur
- tedavi ücretlerin azaltılması ve multipl prosedürlerin uygulanması önlenir
- hasta kısa süre içinde aktivitelere döner.

Dişin çekimi, insizyon ve drenaj ve anti-biyotik tedavisi bir dentoalveolar absedde uygulanması gereken tedavi prosedürüdür. İşlemin geciktirilmesi hastanın sistemik durumunun kötü olması ile yapılır. Sistemik durumu çekim için uygun seviyeye gelen hastaların tedavisine hemen başlanmalıdır.

**2-Periodontal Enfeksiyon:** Periodontal hastalıklar dişin destek dokularını yıkan kronik ve progresif destrüktif bakteriyel prosestir. İleri derece gelişen periodontal enfeksiyonlar diş eti altında süpürasyona neden olurlar. Burada biriken cerahat normalde dişeti cebinden dışarıya drene

olur, fakat drenajın engellendiği durumlarda periodontal apseler gelişir. Periodontal apsenin diagnozu dişlerde çürük olmadığında, sondalamayla periodontal defektler saptandığında ve radyolojik olarak yıkım görüldüğünde konabilir. Birçok vakada akut periodontal enfeksiyonlar lokal dentoalveolar dokularla sınırlı kalırlar ve daha derin dokulara ilerlemezler. Hasta faktörleri ve drenajın olmadığı durumlarda hekim her zaman bu tarz enfeksiyonların daha derin kısımlara yayılabileceğini gözden çıkarmamalıdır. Periodontal enfeksiyonların tedavisi gingival sulkusun debridmanı, küretaj, cerahatın drenajı ve etkilenen dişin çekimidir. Antibiyotik tedavisine drenajın yapılamadığı, derin dokuların etkilendiği ve hastanın sistemik semptomlar gösterdiği durumlarda başlanmalıdır.

**3-Perikoronar Enfeksiyonlar:** Parsiyel olarak gömük kalmış dişlerin üzerindeki operkülümün altına bakterilerin ve debrisin girdiği durumlarda perikoronitis enfeksiyonları gelişmektedir. Operkülüm genelde karşıt dişle travmatize edilerek enfeksiyonun devamı ve yayılmasında sürekli bir sebep teşkil eder. Genelde perikoronar enfeksiyon lokalize olarak kalmakta, operkülümün altına irrigasyon ve karşıt dişin çekimi ile enfeksiyon ortamı ortadan kaldırılmaktadır. Antibiyotikler hastada lenfadenopati veya sistemik olarak etkilenme söz konusu ise verilebilir. Drenaj etkilendiğinde veya sistemik faktörler bakterilerin virülansını şiddetlendirdiği durumlarda enfeksiyonun derin sahalara doğru yayılımı söz konusu olabilir. Radyografik olarak alttaki kemik etkilenmemiş olabilir. Perikoronitise sahip gömük yirmi yaş dişlerin çekimi genelde perikoronitis

#### VAKA 1:



Submandibuler apse formasyonu



Apsenin ağız içinde oluşturduğu şişlik



İnsizyonun yapılması



Cerrahatın disseksiyon ile drenajı



Locanın boşaltılması



Drenin tatbiki



## VAKA 2:



Enfekte sağ alt  
2.büyük azı dişi

Kronik fistül ile  
cerahatin spontan  
drenajı



bulguları hafiflediğinde yapılmalıdır.

### Odontojenik Enfeksiyonlarda Cerrahi Yaklaşım

Enfeksiyon kaynağı uzaklaştırıldıktan sonra lokalize ve yayılan odontojenik enfeksiyonların yaklaşımında uygulanan cerrahi teknikler basittir. Enfeksiyonun fasiyal localara yayılımı belirlenmeli ve drenaj için gerekli cerrahi insizyonlar yapılmalıdır. Baş ve boyundaki locaların drenaj insizyonları önemli anatomik yapıların hasar görmemesi, istenmeyen kozmetik sekellerin oluşmaması ve bölgeye ileride gerekecek cerrahi manüplasyon için dikkatli şekilde yapılmalıdır. Extraoral insizyonlar her zaman sağlıklı deri üstüne yapılmalıdır çünkü flüktasyon gösteren bölgeye uygulanan drenler iyileşirken aşırı skar dokusu meydana getirirler. Hekim sekonder bir skar oluşturmamak için spontan olarak drene olan noktadan insizyon ve drenajını uygulayabilir. Fakat buradaki dokunun zayıf karakterde olması iyileşirken aşırı skar dokusu oluşumuna predispozan faktördür.

I&D tekniği genelde açılacak sahaya bağlı olarak farklılık gösterir. İnsizyon 1-2 cm uzunluğunda deri üzerinde ve subkutan olarak yapılır. Daha sonra bir hemostat alınarak etkilenen locaya ulaşılan kadar künt disseksiyon ile doku katmanları ayrılır. I&D'dan önce cerrahi işlemlere hazırlanan sahaya 18 gauge iğne ile cerahat aspire edilmelidir. Aspirasyon ürünü aerobik, anaerobik, gram boyama ve diğer endike kültürlerin yapılması için laboratuvara gönderilmelidir. Cerahatın aspire edilemediği durumlarda, enfekte loca steril serum enjekte edilip, sonradan aspire edilerek mikrobiyolojik inceleme için laboratuvara yollanmalıdır. Sirkumoral veya derin loca apselerinde drenlerin sayısı ve yerleştirilmesi hemostatın giriş yoluna bağlı olarak yerleştirilir. Böylece dren ile cerahat insizyon bölgesine kadar bir engele karşılaşmadan akabilecek ve locayı boşaltabilecektir.

Lat. farengeal, submandibular, mastikatory, sublingual, temporal localar submental sahadan tek bir insizyon ile boşaltılabilir. Bu sahadan kafatası tabanına kadar ulaşma imkanı vardır. Fakat bu pratikte hiç önerilmeyen ve kullanım yeri görmeyen bir yaklaşımdır. Etkilenen locada insizyonu yapmak; içerideki cerahatın akması için bu açıklığı korumak önemlidir. Drenaj için doku içine çok uzun mesafeler oluşturulması önerilmez. Lat.farengeal bölge submandibular veya submental bölge yerine intraoral olarak daha etkin şekilde boşaltılabilir. I&D'de her zaman anatomik yapıları ve kozmetiği korumak koşuluyla cerahat içeriğine en kısa ve en etkin şekilde ulaşacak yol tercih edilir. Drenler enfekte dokunun derinliklerine kadar uygulanmalıdır ve periyodik olarak hasta çağrılarak etkili olup olmadıkları değerlendirilmelidir. Lastik drenler çok etkili olup aynı zamanda maliyetsizdirler. Iodoform ve gaz stripler lastik drenlerin yerine ve enfekte bölgeye açık yaradan uygulanarak drenleme sağlanır. Drenler yaradan cerahat akışı kesilinceye kadar uygulanmalıdır. Oral sekresyonlar ayırt edilmelidir, böylece fazla ve gereksiz drenlenme önlenmiş olur. Ekstraoral olarak yerleştirilen drenlerden tükürük bezi fistülleri gelişebilir. Sublingual apse yaklaşımı esnasında sublingual aciniler zarar görerek bu bölgeden sürekli bir seröz akıntısı olabilir. Drenaj bölgesinden dren çekilmediği sürece bu sahadan tükürük akışı sürekli olacaktır. Tükürük ve cerahat akışı karıştırılabilir dolayısıyla hasta uzun süre gereksiz antibiyotik tedavisine ve drenlenmeye maruz kalabilir. Hekim drenajın sulu ve seröz olduğu durumda, hasta iyileşme belirtileri gösterdiğinde ve WBC sayımları pozitifse tükürük akışından şüphelenmelidir.

Genelde odontojenik enfeksiyonlar komşu dokulardaki doku katmanları arasına yayılırlar. Maxiller dişlerden kaynaklanan enfeksiyonlar üst yüzün yarısının şişmesine; mandibuler dişlerden kay-

naklanan enfeksiyonlar ise alt yüzün yarısının şişmesine ender olurlar. Ayrıca kontralateral bölgelerde enfeksiyonun yayılması meydana gelebilir.

### Maksiller Odontojenik Enfeksiyonlar

Maxiller dişlerden kaynaklanan enfeksiyonlar daha çok bukkal ve kanin bölgelerinde etkili olmaktadır. Daha az infratemporal ve temporal sahalarda etkilenir. Ayrıca lateral ve retrofarengeal localara da enfeksiyonun yayılımı söz konusu olabilir.

#### Kanın Bölgesindeki Enfeksiyonlar:

Anterior maxiller dişler m.buccinatorius'un anteriorunda yerleşmişlerdir. Selülitis üst duduga ve fossa caninaya yayılır. Superfisyal olarak periorbital bölge etkilenir. Klinik görüntü olarak hastada periorbital ödem ve hastanın direncinin düşmesidir. Kanal tedavisi, cerrahi drenaj, çekim ve antibiyotik verilmesi şeklinde tedavi prosedürleri vardır.

#### Infratemporal Loca Enfeksiyonları:

Infratemporal bölgedeki enfeksiyonun diagnozu sadece klinik parametreleri baz alarak zor olabilir. Trismus, sürekli ağrı, antibiyotik tedavisiyle birlikte yapılan cerrahi ekspozisyon düzelme meydana gelmiyor ise infratemporal loca apsesinden şüphelenmelidir.

Fossanın orbita ile olan ilişkisi enfeksiyonun inferior orbital fissura ile göz içine iletilmesi önem arz eder. Infratemporal bölgedeki enfeksiyonlara genelde bukkal ve temporal enfeksiyonlar eşlik eder. Infratemporal bölgedeki izole enfeksiyonlar nadir olmakta ve genelde posterior maxiller dişlerdeki enflamasyon sonucu gelişmektedir. Maksiller 3.molar dişler bu sahada enfeksiyon kaynağıdır. Yapılan cerrahi çekimler sonucu gelişen trismus ve sürekli ağrılarda veya bu dişin periapikal patolojiye sahip olduğu durumda bölgenin incelenmesinde CT ve MRI kullanılmalıdır. Infratemporal loca enfeksiyonunun ileri belirtileri şunlardır: preaurikular bölgede ve zigomatik arkin altında eksternal şişlik ve kırmızılık; gözkapaklarına ve yanağa (bukkal saha) kadar yayılan ödem şeklindedir; ayrıca farenks ve mandibula gibi uzak ve derin kısımlara yayılım söz konusu olabilir. Farenksin etkilendiği durumlarda ise disfaji karşılaşılan bulgudur.

**Temporal Loca Enfeksiyonları:** Superfisyal temporal loca temporalis fasya ve temporal kas ile sınırlıdır. Derin temporal loca ise kafatasından orijini ➔

### VAKA 3:



**Submandibular apse**



**Etken dişin OPTG görüntüsü**



**Drenin yerleştirilmesi**



**Drenin alınmasından sonra gelişen skar**

alan temporal kasın altındadır. İnfratemporal ve masseterik locaların enfeksiyonu sekonder olarak temporal bölgeye yayılabilir. Hastalar ağrı, trismus ve baş ağrısından şikayet ederler. Sürekli bunaltıcı ağrı, titremeler ve ateş intrakraniyal yayılımın erken belirtileri olabilir. Menenjitis veya ensefalitisin diğer hiçbir bulgusu meydana gelmez. Periorbital dokuda ödem husule gelebilir. Diğer localardaki klinik görüntü olmayabilir; ödem daha azdır, flüktasyon olmayabilir ve kendiliğinden spontan eksternal drenaj gelişmeyebilir. Drenaj için insizyon intraoral olarak zigomatik kemiğin altından yani vestibulum orisin derin kısmından veya ekstraoral olarak temporal sahadan yapılır. Drenajın devam ettiği ve temporal sahadaki dokularda balon benzeri şişlik var ise temporal fasya nekroz olmuş demektir. Dolayısıyla sürekli drenaj olan bu sahadan nekrotik temporal fasyanın alınması drenajın ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Cerrah temporal fasyayı insizyon sahasında yaptığı lavajlar ve hemostat ile uzaklaştırabilir. Ekstraoral olarak insizyon yapıldığı durumda temporal fasyanın daha rahat alınabilmesi için insizyonun 2-3 cm daha uzatılmasında yarar vardır. Orijinal drenaj insizyonundan yeterli bir drenaj sağlanamadığı durumlarda ek insizyonlar yapılmalıdır. Nekrotik temporal fasyanın uzaklaştırılmasında uygulanan drenajlar, temporal sahanın pansumanı ve irri-

gasyon işlemleri genelde bu fasyanın çıkarılmasında kabul edilen işlemler değildir.

İnterinsizal açıklığın ve çene hareketlerin sağlanmasında etkili olan fizyoterapi aynı zamanda skar oluşumunu ve sürekli trismus durumunu ortadan kaldırır. Hastaya tedavi başlangıcında çene fonksiyonlarını gerçekleştirmede bir takım zorluklar olabileceği söylenmeli böylece ileride herhangi bir kooperasyon güçlüğü de önlenmiş olur.

**Bukkal Loca Enfeksiyonları:** Superfisyal ve derin temporal sahaların önünde yer alan bukkal loca, m.buccinatorius ve superfisyal fasyasının arasında lokalizedir. Bu sahaya yayılan enfeksiyonlar genelde çok ciddi değildir; yanakta aşırı ödem, trismus çoğu zaman görülmez ve hastanın sadece birkaç şikayeti vardır. Tedavi edilmeyen enfeksiyonlar ise diğer localara yayılabilir ve hayatı tehdit edici durum alabilirler. Bukkal şişliğin karakterini ve diğer odontojenik enfeksiyonların potansiyel yayılım alanlarına olan ilişkisinin saptanması güçtür. Bukkal loca hem maksiller hem de mandibular dişlerle enfekte edilebilir. Bu locaya cerrahi giriş genelde arka maxiller bölgede vestibulum oristen yapılan insizyon ile gerçekleştirilmektedir.

#### **Mandibular Odontojenik Enfeksiyonlar**

Mandibular kesiciler ve kaninlerden kaynaklanan enfeksiyonlar lingual ve labial tarafta yayılabilirler. Eğer dişlerin kökleri mental kasın üstünde ve enfeksiyon bukkal korteksi tahrip etmiş ise bu durumda intraoral olarak sınırlı kalır. Mandibular enfeksiyon linguale doğru yayıldığında köklerin mylohyoid kasla olan ilişkisine göre sublingual veya submandibular loca apseleri oluştururlar. İkinci ve üçüncü mandibular dişlerin apeksleri genelde mylohyoid kasın altındadır dolayısıyla direkt olarak submandi-

bular bölgede yayılım söz konusudur.

**Sublingual Loca Enfeksiyonu:** Üstte mukoza, altta mylohyoid kas, arkada hyoid kemiği, yanda mandibulanın iç korteksi ve mylohyoid kas, medialde ise genioglossus ve geniohyoid kaslar bulunmaktadır. Bu bölge etkilendiğinde ağrı, yutkunmada güçlük, trismus, ağız tabanında şişlik ve dil hareketlerinde kısıtlama meydana gelir. Ağız tabanı enfeksiyonları yeteri kadar tedavi edilmediği durumlarda submandibular bölgeye yayılma söz konusu olmaktadır. Submandibular bölge de etkilendiği durumlarda çok fazla cerahat akışı meydana gelir. İki locaya da cerahatın yayıldığı durumda genelde insizyon ekstraoral olarak uygulanmalıdır. İzole sublingual loca apselerinde drenaj intraoral olarak yapılmalıdır. Ağız tabanı enfeksiyonlarında sublingual bezin kapsülünde insizyon esnasında hasar meydana gelebilir.

Sublingual bölgedeki bir enfeksiyon Wharton kanalını, sublingual bezi ve komşu yapıları etkileyebilir. Ayrıca bu bölgedeki kasları birbirinden ayıran gevşek bağ dokusuna da yayılabilir. Sublingual bölgedeki kaslar arasındaki bağ dokusu bir taraftan diğer taraftaki locaya kadar uzanır. Mylohyoid ve geniohyoid, ayrıca genioglossus ve geniohyoid kaslar arasındaki bağ dokusu orta hatta kesilmez, devamlıdır. Sağ ve sol kaslar çok ince gevşek bağ dokusu ile birbirinden ayrılmışlardır. Dolayısıyla tedavi edilmeyen bir taraftaki sublingual selülit is bağ dokusunu her iki kompartmanını etkileyebilir. Üstteki kompartman geniohyoid kasın üstünde, diğeri ise bu kasın altındadır. Orta hatta ise sağ-sol geniohyoid kaslar ve sağ-sol genioglossus kasları arasındaki gevşek bağ dokusunun arasına yayılarak ağız tabanının orta hattında dil kökünün ve dil corpusunda şişliğe neden olur.

**Sublingual Selülitisin Uzantısı: ➔**

#### VAKA 4:



**Pediatric hastada submandibular selülitis**

Hyoid kemiğin lateralinde (sublingual locanın posterior kısmı) enfeksiyon distale uzanarak mylohyoid kasın arka kenarını aşabilir. Bu meydana gelirse, sublingual selülit submandibular niche (tractus angularis) ve parafarengeal loca arasından boyunun derin kısımlarına yayılabilir. Böylece bir sublingual selülitis descending cervical selülitis yani Ludwig anjini oluşturur.

İnsizyonu yaparken sadece mukoza kesilmelidir ve lingual kortikal kemikten 1 cm içeride olacak şekilde dişlere paralel insizyon yapılır. Bölgeye cerahatın akması için masaj yapılır ve dren tatbik edilir. İnsizyon esnasında Wharton kanalına zarar vermemeye dikkat etmek gerekir.

**Submandibular Loca Enfeksiyonları:** Submandibular loca enfeksiyonları angulus civarında şişlik, ağrı, trismus, palpasyonda hassasiyet, massaterik bölgeye kıyasla çok belirgin bir trismus durumu söz konusudur.

Submandibular bölge aslında birkaç kompartmandan meydana gelmiştir. Dolayısıyla bu kompartmanlar arasında bağlantı olup, çok ufak bir basınç ile cerahat bu bölgelere iletilebilir. Submandibular loca bütün olarak yukarıda dilin mukoz membranı ve derin servikal fasyanın superfisyal laminası, aşağıda ise bu fasyanın hyoid kemiğe yapıştığı yerdir. Submandibular locanın kompartmanları mylohyoid kas ile birbirinden ayrılırlar. Bu kasın üstü sublingual loca, altında ise submental loca vardır. Mylohyoid kasın posteriorunda bulunan submandibular bez, sublingual ve submandibular localar arasındaki fiziki birleşmeyi meydana getirir. Bilindiği üzere submandibular bölgenin arka kısmından parafarengeal locaya cerahat geçmektedir. Mylohyoid kasın altında ise diğastrik kasın anterior karnı bu locayı submental ve submaksiller olmak üzere ikiye ayırır. Submental loca diğastrik kasın

anterior karnının önünde lokalizedir, submaksiller bölge ise anterior ve posterior diğastrik kasların arasında olup medialde hyoglossus kası mevcuttur.

Submandibular bölgedeki şişlikler genelde çoğunun odontojenik orijinli olduğu düşünülerek tanıda hata yapılabilir. Enflamatuar durumlar, neoplazmlar ve submandibular bezin tıkanmasına neden olan durumlar mandibulanın altında şişliğe neden olabilirler. Submandibular üçgende metastatik ve primer neoplastik hastalıklar submandibular lenf nodun adenopatisine neden olabilir dolayısıyla diağnozun doğru konulması önem arz eder.

Submandibular ve submental locadaki cerahatlenmeler için I&D ağız dışından yapılır. Sağlıklı dokuda mandibular kemiğin inferior kenarından 2 parmak veya 2 cm altından yapılan insizyonlar کافی gelmektedir. Difüz ağız tabanı ve submandibular bölge iltihapları için yapılacak cerrahi girişimde havayolunun sağlanması önemlidir; gerekirse hasta entübe edilmelidir. Havayolu, en iyisi agresif cerrahiyle birlikte verilen yoğun antibiyotik tedavisi ile korunmalıdır. Semptomlar progresif bir hipoventilyasyona doğru seyrediyor ise tecrübeli kimselerce endotrakeal entübasyon yapılmalıdır. Trakeostomi işlemi ise konservatif metodların işe yaramadığı durumlarda düşünülmelidir. Aşırı trismus ve ödem geliştiğinde fiberoptik entübasyon yapılabilir.

Submandibular ve sublingual bölge bilateral olarak etkilendiği durumlarda ciddi disfaji ve respiratör obstrüksiyon gelişebilir. Ağız tabanının bilateral derin bölge enfeksiyonları, submandibular üçgen ve boyunda binlerce yıldan beri bilinmektedir. **Ludwig anjini;** submental bölgenin tahta sertliğindeki ödemi, sublingual olarak oluşan şişlik, iyi sınırlanmış boyun ödemi ve rejyonel lenf nodlarında lenfadenopatinin yokluğu klasik tanımı olarak bilinir. 2 tane şekli tanımlanmış-

tır:

1-septik non-süpüratif enflamatuar ödem

2-septik süpüratif tip

İkinci tipte yeterli drenaj elde edilmekte aynı zamanda prognoz olarak daha iyidir. Ludwig anjini ağız tabanının ve boyunun akut, septik, endüre ve düffüz selülitidir. Distorsiyona uğrayan oral dokular, dilin damağa doğru baskı yapmasına neden olur ve hipofarinks düşerek solunum güçlüğü yaratırlar. Farinks ve larynx aynı zamanda etkilenmiş olabilir. Dolayısıyla konuşma ve nefes almada ciddi sıkıntılar meydana gelir. Ludwig anjininden meydana gelen ölümlerden çoğu rapor edildiği üzere sepsisten değil, solunumun sekteye uğramasından dolayı meydana gelir. Erken trakeostomi asfiksiyi ve pulmoner komplikasyonların önlenmesinde etkin olmaktadır.

Enfeksiyon genelde mikstir ve kültür çalışmalarında bir çok organizmaya rastlanmıştır. Bunlar hemolitik ve non-hemolitik streptokoklar, stafilkoklar, pnömokoklar e.coli ve Vincent organizmalarıdır. Tedavisinde yeterli hava yolu açıklığının sağlanması ve çok yoğun antibiyotik tedavisi yapmak yeterlidir. Flegmonun cerrahi olarak dekompresyonu, süpürasyon olmadığı için anlamsızdır ve gereksizdir.

**Lateral ve Retrofarengeal Loca Enfeksiyonları:** Maksiller ve mandibular dişlerdeki enfeksiyonlar lateral ve retrofarengeal localara yayılım imkanına sahiptirler. Lateral farengeal locanın sınırları medial pterygoid kas ile lateral farengeal duvar arasında uzanmaktadır. Loca med. pterygoid kasın arkasından styloid prosesse ve ona yapışan kaslara ve derin parotis bölgesine kadar ulaşır. Dolayısıyla medial pterygoid kasın anterior ve posterior sınırları sayesinde pterygomandibular loca ile bağlantı söz konusudur. Lateral farengeal boşluk medial duvarda karotis fasyası ile devam eder. Lateral farengeal loca enfeksiyonları yumuşak damağın lateral duvarındaki deplasman ile kendini belli eder. Trismus ve yutkunmada güçlük bu bölgedeki enfeksiyonların başlıca bulgularıdır. Trismustan dolayı farinksin posterior ve lateral kısımların incelemesi pek mümkün olamayabilir ve herhangi bir enfeksiyon durumu klinik olarak gözlenemez. Paraferangeal bölgedeki enfeksiyon trake ve özafagus boyunca aşağıya doğru ilerleyebilir. Bu bölge bol kanlanmaya sahiptir; karotis arteri ve n.vagus buradan geçer, dolayısıyla buraya nörovasküler veya vasküler loca denir. →



## VAKA 5:



Üst 1. molar da kronik apikal granülom



Cerrahatin ekstraoral fistülize olması



Ekstraoral insizyonun yapılması



Fistülün eksizyonu



Intraoral insizyonla apikal küretaj



Ekstraoral apse kaynağı enfekte diş

Parafarengeal loca kafatası tabanından başlar. Mastikatör boşluklar olan pterygomandibular loca, zygomatikotemporal loca ve bukkal bölge ile ilişkilidir. Styloglossus kasın antero-superior istikamette submandibular loca ile komşuluk yapar.

Bazı yazarların bahsettiği gibi retrofarengeal loca, prevertebral fasyaya bağlı olan farengal fasya ile parafarengeal locadan ayrılmaz. Farinks arka duvarı geniştir ve columna vertebralis ile kasları arasındaki geniş bağlantı nedeniyle retrofarengeal loca apseleri klinik olarak gözlenebilir. Bu sahadaki enfeksiyon çok kolay biçimde aşağıya doğru yayılabilir. Bazen farinks seviyesinde ender de olsa horizontal yayılma meydana gelmektedir. Ayrıca stylofarengeal ve styloglossus kasların farinksin posterolateral tarafından geçerken, parafarengeal ve retrofarengeal loca arasında tam olmayan bir ayrılmaya neden olurlar. Boyunda parafarengeal loca, paravisceral(vasküler) loca ile devam eder. Retroözofajyal ve paravisceral boşluklar birbiriyle geniş bağlantı yaparlar. Parafarengeal Riolan kas demetiyle anterior ve posterior kompartmanlara ayrılmıştır. Riolan kas demeti oluşturan kaslar; m.styloglossus, m.stylohyoideus ve m.stylopharyngeus'tur.

Enfeksiyonun anterior ve posterior kompartmanlarda olup olmamasına göre parafarengeal enfeksiyonlar semptomları gelişir. Anterior kompartman etkilendi-

ğinde 4 tane kardinal bulgu mevcuttur: trismus, indurasyon, ateş, farengal bölgede şişlik ve çene açısında şişliktir. Anterior kompartman angulus mandibula civarında sonlanır. Bu sahadaki şişlik enfeksiyonun son safhalarında meydana gelir.

Posterior kompartmanındaki enfeksiyon septisemi ile birlikte ağrı ve trismus bulunmaktadır. Bu bölgenin retrofarengeal loca ile olan bağlantısı nedeniyle akut mediastinitis meydana gelebilir. Şişlik genelde palatofarengeal arkin arkasında geliştiğinden, derin ve internaldir. Posterior kompartman etkilendiğinde çok ciddi komplikasyonlar rapor edilmiştir; larinksin ödemeine bağlı olarak solunumun obstrüksiyonu, jugular venin trombozu ile internal karotid arterin erozyonu meydana gelebilir. Servikal sempatik zincirin ve kranial IX ve XII. sinirlerin nörolojik etkilenmesiyle bilaterale Horner sendromu gelişebilir.

Retrofarengeal loca genelde lateral farengal locanın medial uzantısı sonucu rahatlenir. Yabancı cisimler veya nasotrakeal entübasyon esnasında bu bölgeye yapılan irrtiasyonlar enflamasyonu başlatabilirler. Parafarengeal enfeksiyonlar sadece odontojen orijinli olmayabilir; bunun yanında tonsiller, adenoidler, parotis bezi, beynin drenajını alan lenf nodları, farinks olabilir.

Enfekte loca entübasyon esnasında açılabilir ve endotrakeal tüp boyunca cerahat

akciğerlere iletilebilir. Dolayısıyla iyi planlanmış ve kontrollü bir entübasyon yapılması gerekir.

Parafarengeal loca cerahatlenmeleri intraoral ve ekstraoral olarak drene edilebilir. Intraoral olan daha çok tercih edilmektedir. Ağızın en geri kısmında üst ve alt arkların posterior bölgelerinde pterygomandibular rafeye lateral ve paralel vertikal insizyon yapılır. Mukoz membran ve buccinator kaslar dissekte edildikten sonra bukkal locanın posterior kısmı açılmış olur ve temporal kasın tendonları ortaya çıkar. İnsizyon boyunca kıvrık hemostat her yönde sokulmalıdır. Anterior ve lateral yönde bukkal locaya girer, posteriorda ise temporal tendonun medialinden pterygomandibular locaya girer. Eğer hemostat temporal kas boyunca yukarıya doğru yönlendirilir ise infratemporal locaya giriş yapılır. Parafarengeal loca ise anterior tendonu ortaya çıkan medial pterygoid kas boyunca hemostatın ilerletilmesi sonucu drene olur. Ekstraoral olarak ise angulus mandibulanın altından yapılan insizyon ile drenaj yapılır.

## KAYNAKLAR

- 1- Kwon, Clician's Manual of Oral and Maxillofacial Surgery, 2003
- 2- Moore, Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, 2001
- 3- Peterson, Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, 200

# Sanal dolandırıcılıkta son nokta: Phishing

*Bilişim teknolojisi akıl almaz bir hızla gelişirken kötü amaçlı kullanım da sıradan kullanıcıları çok zor durumda bırakacak şekilde arttı. Her gün yeni bir kredi kartı ya da internet hırsızlığı haberi okur olduk. İnternet üzerinden bankacılık hizmetlerini kullanıyorsanız aşağıdaki yazıya bir göz atmanızda fayda var.*

## ■ Mustafa Sansar\*

İnsanoğlunun her daim hızlı bir değişim içinde bulunduğu, çağlar boyunca görülmüş ve kendi doğası içinde hep yeni şeyler arayışını doğurmuştur. İnsanoğlunun eski alışkanlıklarını bıraktığı ve hızla çağa ayak uydurduğu şu günlerde, bunu en güzel yansıtan şey ise şüphesiz ki İNTERNET.

Eskiden bir banka işlemi için saatlerce kuyrukta beklenirken artık bu gibi işlemler saniyelerle ifade edilebilen bir hıza ulaşmış durumda veya saatlerce dolaşılıp alınan bir hediye web sayfalarından anında alınabiliyor. Bu ve benzeri güzelliklerini gördüğümüz internetin ne yazık ki kullanıcı tabanlı olarak kötü yanları da bulunmakta.

Günümüzde internet kullanıcılarının %80 gibi bir kısmının artık olmazlarından olan e-posta, internet bankacılığı, e-alışveriş gibi birçok kullanım alanları kötü niyetli internet kullanıcıları tarafından istismar edilmekte.

İşte özellikle ülkemizde şu günlerde bu şekil istismarların başında gelen olay ise: PHISHING yani kısaca bankanızın, e-postanızın veya bunun gibi bilgi girmenizi gerektiren bir kuruluşun web sayfasının bir kopyasını yapıp kullanıcının hesap bilgilerinin çalmayı amaçlayan bir İnternet dolandırıcılığı.İngilizce "Balık tutma" anlamına gelen "Fishing" sözcüğünün 'f' harfinin yerine 'ph' harflerinin konulmasıyla gelen terim, oltayı attığınız zaman en azından bir balık yakalayabileceğiniz düşüncesinden esinlenerek oluşturulmuş ve uygulanıyor.

Örneğin kullandığınız elektronik posta servisinin giriş ekranının bir kopyası elek-

tronik posta olarak geliyor ve bir şekilde kullanıcı adınızı ve şifrenizi girmenizi istiyor. Dikkatsiz bir şekilde bilgileri verdiğinizde, sayfanın içine gizlenmiş bir kod parçası kullanıcı adınızı ve şifrenizi dolandırıcılara gönderiyor.

### Neler çalınıyor?

Phishing yöntemi kullanarak bilgisayar kullanıcılarını tuzaklarına düşüren dolandırıcılar özellikle aşağıda belirtilen işlemleri yapıyorlar

1. Kredi, Debit/ATM Kart Numaraları/CVV2
2. Şifreler ve Parolalar
3. Hesap Numaraları
4. İnternet Bankacılığına Girişte Kullanılan Kullanıcı Kodu ve Şifreleri

### Phishing nasıl işliyor?

Phishing ile dolandırıcılar internet kullanıcılarını Fake (sahte) e-posta yöntemi ile ağlarına düşürmeyi deniyorlar ve yukarıda da bahsettiğimiz kullanıcıları bilgilerini alıyorlar.

### E-posta yöntemi nedir?

E-posta yöntemini kullanan dolandırıcılar burada da kullanıcıları üç şekilde aldatma yoluna gidiyorlar. Şöyle ki:

a) E-postanıza devamlı temas halinde olduğunuz kuruluşlardan gönderiliyormuş izlenimi verilen sahte bir posta gönderiliyor. Bu e-postalarda kullanıcıya kurumun web sitesine giderek şifresinin süresinin dolduğu söyleniyor ve altta o sayfaya yönlendirileceği bir link(bağlantı yolu) veriyor. Korsan daha önceden hazırladığı ve kuruluşun sitenin aynı olan bu siteye kurbanına getirdikten sonra, ondan şifre-

yi girmesini istiyor, sonra da kullanıcı kendi şifresini yeni şifresiyle değiştiriyor (normalde tabii ki değiştirmiyor. Esasen eski şifre hala geçerli olduğu için korsan bu şifre ile internet aracılığı ile para transferi, e-ticaret vb. işler yapabiliyor)

b) Bazı e-postalarda ise; bir yarışma düzenlendiği ve bu yarışmaya katılması teklif edilen kullanıcılara ödül olarak BMW marka bir araç kazandıkları ancak gerekli kişisel bilgileri vermeleri gerektiği söyleniyor. Bu gibi durumlarda bilgilerini veren kullanıcının tüm bilgileri dolandırıcının yani korsanın eline geçiyor.

c) Bir başka kullanılan teknikte ise; gelen e-posta da müşteriye kişisel bilgilerini güncellemesi gerektiği tüm bilgileri tekrar girmesi bunun kendileri açısından daha iyi hizmet verebilmeleri için gerekli olduğu söyleniyor.

d) Son zamanlarda bazı bankaların başlatmış oldukları ve cep telefonları ile para

### Örnek:

Sayın Abidayı Bank Musterisi  
Hesabınıza 24/subat/2005 tarihinde Huseyin ABİDAYI tarafından 270 YTL. havale edilmistir. Yapılan havale ile ilgili ayrıntılar asagidadir.

Gonderen: Huseyin ABİDAYI  
Miktar: 270,00 YTL. (ikiyuzyetmis yeniturkirası)  
Sube: Mardin / Merkez  
Acıklama: -  
Havale onay ve/veya red islemi icin asagidaki linkden internet bankaciligini kullanabilirsiniz ve/veya hesabınızda gerekli incelemeleri yapabilirsiniz. Size havale gonderen kisinin bilgileri icinde asagidaki linki kullanabilirsiniz...

[www.abidayibank.com.tr](http://www.abidayibank.com.tr)

Eger yukaridaki link calismiyorsa lutfen asagidaki linki kullaniniz.

<http://172.84.130.29/abidayibank/form/>

transferine imkân veren sistem kullanılarak banka müşterilerine sanki kendi hesaplarına para gönderilmiş veya alınmış gibi gösterilip sahte banka sitesi linki (bağlantı yolu) verilerek bu paranın tahsil edilebilmesi için bilgi güncelleştirmesi istendiği belirtilmektedir.

### Phishing saldırılarından nasıl korunmalıyız?

Unutulmaması gereken nokta her türlü online dolandırıcılık, sahtekarlık ve virüslere karşı en büyük korunma aracı, bu konuda bilinçli ve bilgili olmaktır. Bunu aklımızın bir kenarında devamlı bulundurmalıyız. Tabii ki internette güvenli alışveriş yapmayı istiyorsak.

1. E-postanıza gelen mesajların doğruluğunu ispatlayın. Tanımadığınız kimselerden gelen mesajları silin, asla cevap vermeyin. "Aşağıdaki bağlantıya tıklayın" gibi e-posta isteklerine **asla yanıt vermeyin**

2. İşlemlerinizi online yaparken, işlem yaptığınız web sayfasının güvenli olup olmadığını **mutlaka** kontrol edin !

İnternet tarayıcımızın üst kısmında bulunan adres bölümünde bulunan adresin "https://" olup olmadığını kontrol edin. "https://"ın sonunda bulunan "s" harfi bu sayfanın güvenli ve çeşitli şifreleme metodları ile işlem yaptırıldığını belirtir.

Ek olarak, internet tarayıcımızın sağ alt kısmında yer alan kapalı kilit işareti, yine güvenli ve şifrelenmiş bir sayfada işlem yaptığınızı gösterir.



Bu işaret sayfanın SSL ile şifrelendiğini ve sitenin gerçekten çalıştığımız kuruluşa ait olup olmadığını göstermektedir, üzerine iki kez tıkladığında ise; aşağıdaki örnekte görüldüğü gibi bir mesaj çıkacaktır.

-ÖRNEKTİR-

"Issued to: www.abidayibank.com.tr ve  
"Issued by: www.verisign.com/CPS Incorp.by Ref.LIABILITY LTD.(c)97 Veri-Sign" bilgileri kontrol edilmelidir.

Unutulmaması gereken noktaların başında ise yukarıda anlatılan bu iki güvenlik önlemi de dolandırıcılar tarafından tekrar oluşturulabiliyor. Bu sebeple; eğer internet bankacılığını veya e-alışveriş yapmak istiyor iseniz yapmanız gereken şey, işlem yapmak istediğiniz sayfayı kendinizin girmesi en güvenilir yoldur.

3. İnternet adresi olarak sayısal rakamlar içeren adresler ile karşılaşırsanız kullanmadan önce **mutlaka** kontrol edin !

Ziyaret ettiğiniz web sitelerinde; adresler çoğunlukla adres kısmı, ardından firmanın ve şirketin ismine ek olarak, com, org, net gibi uzantılar ile biter.

Örneğin; <https://www.abidayibank.com.tr>

Sahte sitelerde, çoğu zaman sayısal adresler kullanılmaktadır. Eğer bu tür bir durum ile karşılaşırsanız, direkt olarak çalıştığımız **kuruluş ile irtibata geçin**.

- ÖRNEKTİR - ( Sahte siteler aşağıdaki gibi sayısal bir link verirler)



4. Size ulaşan e-posta'nın kimden geldiğinden ve doğruluğundan mutlaka **emin olmalısınız!**

Öncelikle gelen e-postanın kimden geldiğine muhakkak emin olmalısınız eğer ki e-posta'nın kimden geldiğinden emin olmuyor veya gönderilen içerik ile ilgili bazı şüpheleriniz oluyor ise mutlaka direkt olarak sizden bilgi talep ettiğini öne süren gerçek kuruluş ile irtibata geçiniz. **Çünkü çalıştığımız kurum size asla kişisel bilgileriniz veya şifrenizi soran e-posta göndermez. Bunu sakın unutmayın!!!**

5. Güvenmediğiniz Network(Ağlarda) kesinlikle elektronik işlem yapmayınız. Kullandığımız bilgisayar güvenilir olsa bile eğer networke(Ağa) güvenmiyorsanız **elektronik işlem yapmayınız!**

6. Bankanızdan gelen kart ekstrelerini, hesabınızı düzenli olarak kontrol etmeyi unutmayın. Olası aksiliklerde bankanızla ile irtibata **kesinlikle geçin**.

7. Sisteminizi düzenli olarak kontrol edin. İşletim sisteminizin güvenlik yamalarını yükleyin, antivirüs yazılımınızı devamlı olarak güncelleyin. **İnternet tarafından güncel kalmasını sağlayın.**

8. Çeşitli kurumlardaki hesaplarınızı veya eğer ki birden fazla e-posta adresiniz var ise kesinlikle kendinizi her biri için **farklı şifreler belirleyin**.

9. Belirlediğiniz şifreleri belli aralıklar ile muhakkak değiştirin. Bunu kendinize **alışkanlık haline getirin**.

10. **Phishing saldırılarına aracı olmayın!**

Dolandırıcılığı gerçekleştirecek kişi veya kişiler phishing yöntemi ile ele geçirdikleri kurumsal veya finansal bilgileri kullanarak hesaplar üzerinden paraları ele geçirme imkânına sahip olurlar. Paranın hepten çekilmesi aşamasında kendilerinin tespitini zorlaştırmak yada hiçbir şekilde tespit edilmemelerini sağlamak için ise şüphelenilmeyecek kişilere İnternet üzerinde iş ilanları sunmaktalar. Bu ilanlarda

çaba harcamadan kolay para kazanılacağı bunun çok kolay bir iş olduğu şeklinde bilgi verilmektedir.

İnternette verilen bu ilan ile bulunan kişilerin banka hesapları kullanılarak phishing yöntemi ile çalınan hesaplardan para transferi yapılmaktadır. Yine ilan ile bulunan kişiler hesaplarından bu paraları çekmek ve belirli bir komisyon karşılığı dolandırıcılığı gerçekleştiren kişilere parayı uluslararası para transferi yapan şirketler aracılığı ile transfer etmek için kullanılmaktadırlar. Böylece dolandırıcılığı gerçekleştiren kişi yada kişiler kimliklerini gizlemiş olup, ilan aracılığı ile bu işe başvuran kişilere suçu atmış olmaktadır.

Bu tip belirli bir parayı alıp, komisyon karşılığında başka bir yere transfer etmek şeklindeki iş ilanları konusunda **çok dikkatli** olunması gerekmektedir. Bu şekilde yapılan işlem kara para aklama işlemi olup, sonucu kanuni takibata varacak şekilde bitmektedir.

11. Eğer böyle bir eyleme maruz kalırsanız size gelen e-postayı kesinlikle silmeyin ve yönlendirdiği web sitesiyle ilgili bilgileri toplamayı deneyin. Örneğin ripe.net'ten whois sorgulaması yapıp ilk bilgileri toplamaya çalışın. Derhal üstlerinize ve bilgi işlem departmanına haber verin. Eğer bireysel kullanıcıysanız bir dilekçe ile hemen savcılığa başvurup ilgili polis birimlerine elden havale alın ve yazıyı polise götürün. Bu tür suçlarda zamanın çok önemli olduğunu hiçbir zaman **aklımızdan çıkartmayın**.

**Genel olarak sahte site ile gerçeğini ayırtmak için aşağıdaki şekli inceleyebiliriz.**



### KEYLOGGER

Dolandırıcılar phishing yöntemiyle kullanıcının gizli bilgilerini elde etmenin yanı sıra bu bilgilere birde başka bir yöntem olan keylogger adı verilen klavye ve ekran



görüntülerini kopyalayabilen programlar vasıtası ulaşabilmekteler. İsterseniz bundan da biraz söz edelim :

### KEYLOGGER YÖNTEMİ

İnternet kullanan banka müşterilerinin veya internet üzerinden ticaret yapan kullanıcıların online işlem şifrelerinin çalınmasının bir diğer yöntemi ise keylogger yani klavye tuş girdilerini kayıt eden yazılımlar vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Kullanıcıların bilgisayarlarına yerleştirilen keylogger adlı yazılım, bilgisayarda yapılan her türlü işlemlerin bir kaydını tutar ve bu kayıtlar klavyeden girilen bilgilerin yanı sıra ekran görüntüleri de olabilir. Bu kayıtlar ya sistemde bir txt (metin) dosyası olarak tutulur ya da klavye girdileri e-posta ile saldırgan(HACKER) gönderilir.

### Keylogger türü yazılımlar sisteme nasıl giriyor?

1) Kötü niyetli kişiler tarafından yazılan ve işletim sistemlerinin açıklarından yararlanılarak hedef bilgisayarın kısmen veya tamamen yönetici haklarını saldırgan teslim eden truva atı (trojan) adlı yazılımlar aracılığıyla keylogger yazılımları sisteme yüklenirler.

2) Keylogger yazılımı bilgisayara kullanıcı tarafından yüklenebilir:

Örneğin; güvenilmeyen bir bilgisayarda bilgisayar sahibi tarafından sisteme başkaları tarafından giriş yapılması halinde (login olunması) ne gibi işlemler yapıldığı bilgisayar sahibi tarafından bilinmek istenebilir. Bu durumda sisteme yüklenecek bir keylogger yazılımı ile bilgisayarda başka kullanıcıların yaptıkları bütün işlemler kaydedilmiş olur. Eğer bilgisayar pek çok kişiye açık bir ağda ise bilgisayarda yapılan bütün işlemler keyloggeri yükleyen kişi tarafından öğrenilebilir.

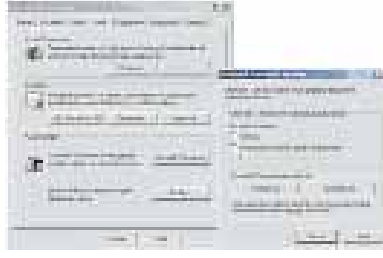
Ayrıca işletim sistemlerinde tespit edilen açıklarla sisteme rahatlıkla uzaktan müdahale edilebilmekte ve bu müdahalelerin başında sisteme dosya aktarma, aktarılan dosyayı çalıştırma gibi işlemlerle sonrasında kullanıcılar takip edilebilmektedir. Bu tür açıklar, yamalarla kapanmış olmakla birlikte sistemlerini güncellemeyen kullanıcılar halen büyük bir tehlike altındadır.

Keylogger ve benzeri programlardan etkilenmemek için:

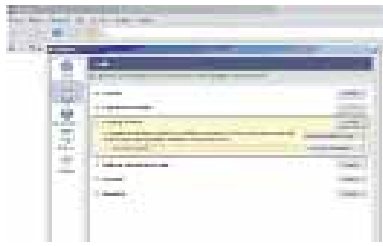
- Mutlaka işletim sisteminizin güncelleştirmelerini yapın
- Bir güncel ve aktif antivirüs programı bilgisayarınızda bulundurun,
- Bankacılık ve önemli işlemlerinizi güvenli olmayan bilgisayarlardan yapmayın,
- Kullandığınız bilgisayarın web browserı (internet tarayıcısı)'nın otomatik tanımlama özelliğindeki "Formlarda kullanıcı ad-

ları ve parolalar" ile ilgili kısmın işaretli olmasına dikkat edin.

Yukarıda bahsettiğimiz "Formlarda kullanıcı adları ve parolalar" bölümüne şu şekilde giriş yapılmalıdır



### Internet Explorer 6.0 için ( Araçlar->İnternet Seçenekleri->İçerik->Otomatik Tamamla)



### Firefox 1.0 PR için ( Araçlar -> Seçenekler -> Gizlilik)

### Kanunlarda bu suç hangi maddelerde belirtiliyor?

İsterseniz kanunumuzda bu suçlar hangi maddelerde ve nasıl işleniyor sorularının cevaplarına aşağıdaki soru-cevapları okuyarak ulaşalım

### 1- Bu suçun tam tanımı nedir ? (Yeni ve Eski TCK'ya göre)

Bu suçun tam tanımı maalesef hem eski yasamızda hem de yeni yasamızda tam tanımlanmamış. Bu sebeple ancak yorum yoluyla bir sonuca varılabiliyor. Ama ceza hukukunda yorum ancak çok dar bir şekilde yapılabilirdiği için bu suçun bilişim suçu olarak değerlendirilmesi zordur. Ama bu suça Yeni TCK'da Madde:158/f uygulanabilir.

### 2- Bu gibi suçlar da korunan hukuki menfaat nedir?

Fake(Sahte) mailler ile işlenen bu gibi suçlarda korunan hukuki menfaat kişilerin malvarlığı haklarıdır.

### 3- Bu olayda Mağdur kimdir (Banka mı yoksa Müşteri mi?)

Olayda mağdur müşteridir. Çünkü malvarlığında azalma meydana gelen kişi, hile ve desiseye maruz kalan kişi müşteridir.

### 4- Bu olayın faili kimdir?

Olayın faili herkes olabilir. Fail olabilmek için yasa herhangi bir özel şart aramamıştır.

### 5- Suçla mücadelede hukuki olarak na-

### sıl bir yöntem izlenmelidir?

Suçla mücadele için öncelikli olarak yapılması gereken bir adli bilişim biriminin kurulmasıdır. Bu adli tıp içinde de kurulabilir. İkinci olarak hakim ve savcılarımıza yeterli eğitim verilmelidir. Üçüncü husus ise servis sağlayıcılara yasal yükümlülükler getirilerek bugün delillendirme de yaşanan problemlerin önüne geçilmelidir.

### 6- Delillendirme nasıl yapılmalıdır?

Delillendirme de en hayati nokta gelen sahte elektronik postanın kağıt çıktısının mahkemeye sunulması değil, elektronik versiyonunun savcıya ya da mahkemeye sunulmasıdır. Ayrıca sahte postanın yönlendirdiği web sitesine ilişkin bilgilerin ve yine sahte elektronik postanın gönderildiği servis sağlayıcısından alınacak bilgilerin dosyaya konulması gerekir.

### 7- Başvuru yolları nelerdir?

Böyle bir eyleme maruz kalan kişi derhal bankasını bilgilendirmeli ve ardından TCK'nun dolandırıcılık hükümlerine göre savcılığa dilekçe ile başvurmalıdır. Burada hem mağdura hem savcıya hem de güvenlik güçlerine düşen görev hayati önemdeki birkaç delilin en kısa zamanda toplanmasını sağlamaktır.

### 8- Uluslararası hukukta bu olay ne boyuttadır uluslararası hukuk bunu ne olarak görüyor?

Dünya bu eyleme hazırlıksız yakalandı ve bu sebeple bunu açıkça suç olarak düzenleyen bir yasa maddesi yok. Ancak ABD'li hukukçuların "The Anti - Phishing Act" olarak adlandırdıkları ve Senatör Patrick Leahy tarafından sunulan yasa tasarısı ile ABD'de büyük finansal kayıplara yol açan sahte elektronik posta eylemleri ve bilişim suçları önlenmek isteniyor. Diğer ülkelerin genel eğilimi ceza yasalarındaki bilişim suçlarını düzenleyen hükümlerden faydalanmak yönünde.

İnternetin uçsuz bucaksız deryasında yolunuzu şaşırmadan (veya şaşırılmadan) güvenle seyahat etmeniz dileği ile...

\* Polis Memuru, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Bilişim Suçları Büro Amirliği

### KAYNAKLAR:

- 1- [turk.internet.com](http://turk.internet.com)
- 2- <http://www.hsbc.com.tr/OnlineServisler/Guvenlik/Phishing.asp>
- 3- [http://www.hukuki.net/topic.asp?TOPIC\\_ID=613](http://www.hukuki.net/topic.asp?TOPIC_ID=613)
- 4- <http://www.pclabs.gen.tr/haberler/news.asp?doc=1181>
- 5- <http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/junk-mail.htm>
- 6- <http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/ytile-posta2.htm>

# Dostluk denizinde dört damla ve bir inci

*Türkiye Denizcilik İşletmeleri yaz aylarında beş Ege adasını kapsayan turlar düzenliyor. Cruise turlarına göre çok daha düşük bedeller ödeyerek Kos'ta Hipokrat'n altında derslerini verdiği ağacı, Rodos'ta Osmanlı eserlerini, Girit'in plajlarını, Mikonos'un yeldeğirmenlerini ve adaların en özeli Santorini'de dünya tarihini değiştiren patlamanın yarattığı güzelliği görebiliyorsunuz.*

**A**rtık 'emektar' denebilecek Karadeniz gemisi Alsancak Limanı'ndan demir aldığı anda yapmanız gereken ilk iş gündelik hayatınızı hızla unutmak. Sabah Bodrum açıklarındaki Kos (İstanköy) adasında olmak üzere akşam saatlerinde yolculuğunuz başlıyor. Altı gece beş gün süren bu yolculuğun dolu dolu geçmesini istiyorsanız aranızda bıraktığınız köpükleri seyretme keyfini fazla uzatmayın ve adalarla ilgili broşürleri (yola çıkmadan mutlaka kitapçıları bir dolaşım) kağıt kalem eşliğinde gözden geçirip ertesi günlerinizi planlayın derim.

## **Hipokrat'ın ağacının gölgesinde**

Kaptan'ın Kos limanına yanaşıldığı belirten anonsuyla uyanıp güverteye koştuğunuzda sizi pek de muhteşem bir

manzaranın karşıladığı söylenemez. Gezi kapsamında görülecek adaların en küçüğü olan Kos tıpkı karşıdaki Bodrum gibi yeşilliklerden fazla nasibini almamış mütevazı bir ada. Toplam yedi sekiz saat mola verilen Kos'ta acele etmenize gerek yok; şehir turu için limandan kalkan küçük vagonlardan oluşan trenimsi motorlu taşıta atlayıp makul bir fiyata bu küçük kent hakkında bir fikir sahibi olabilirsiniz.

Hipokrat'ın doğduğu ve yaşadığı yer olan Kos'a gelip de Hipokrat'ın gölgesinde derslerini verdiği ağacı görmeden dönmek olmaz. Gerçi ağaç 560 yaşında, Hipokrat ise nereden baksanız 2400 yıl önce yaşamış ama olsun önemli olan niyet. Burada Kos'lu olan Türklerin dışında gayet temiz bir Türkçeyle bize incik boncuk satmaya çalışan bir Romen'e

rastlayınca biraz hoşbeş edip arada işlerin nasıl gittiğini, kazancından memnun olup olmadığını soruyoruz. Romen tezgahların yanıtı bizi güldürüyor: Allaha şükür!

Kos'un da akranı Bodrum gibi gece hayatının iyi olduğu söyleniyor ama gece Rodos'a varmak üzere yola çıkılacağından test etme şansınız yok. Mayonuz yanınızdaysa belki bir iki saatliğine limanın yanındaki gayet temiz plajda serinleyebilirsiniz.

## **Rodos: Şövalyelerden arta kalan**

Kos'tan yaklaşık dört saat süren bir yolculuktan sonra Rodos'a ulaştığımızda da fazla uzaklaşmış olmuyorsunuz. Datça kıyılarını izleyerek vardığınız Rodos Marmaris'ten deniz otobüsüyle bir saat bile sürmüyor. Rodos kenti, oldukça iyi





**Rodos'ta ünlü Sokrates Caddesi'ndeki Ali'nin Kahvesi Türkiye'den gelenlerin uğrak yeri (solda). Hipokrat'ın derslerini Kos'taki bu ağacın gölgesinde verdiğine inanılıyor (üstte). Girit'in bir Türk pazarını andıran 1866 Sokağı'nda et ürünleri açıkta satılıyor (altta).**

korunmuş kalesi, camileri, sarayları ve kiliseleriyle altın günlerini yaşadığı ortaçağın havasını koruyor. Kudüs'ten kovulan Tapınak Şövalyeleri yüzyıllarca Rodos'ta egemenlik sürdüler. Kanuni Sultan Süleyman döneminde Osmanlı İmparatorluğu'na katılan adada onun adını taşıyan caminin restorasyonu hala sürüyor. Bunun dışında da özellikle eski kentte birçok cami varlığını sürdürüyor ancak cemaatsizlikten olacak çoğunun kapısı kilitli.

Antik çağın yedi harikasından biri olan Rodos Heykeli'nin limanın bulunduğu girintide olduğu ve gemilerin bu devasa heykelin ayakları arasından geçtiği rivayet ediliyor. Efsane bize pek inandırıcı görünmese de turizme katkısı büyük. Kentin birbirinden güzel kapılarında birinden girip Şövalyeler Sokağı'na yöneldiğinizde gotik yapılarıyla etkileyici bir görüntü veren hanları görüyorsunuz. Rodos'un en işlek caddesiye kuyumcuları, butikleri ve cafeleriyle Sokrates Caddesi. Cadde üzerinde Rodoslu bir Türk olan Ali'nin Kahvesi özellikle Türkiye'den gelenlerin uğrak yeri. Bir dinlenme kahvesi içip yolunuza devam ettiğinizde Büyük Üstatlar Sarayı'na varıyorsunuz. Bu görkemli yapıyı gezmeden Rodos turunu bitirmemek lazım. Adanın tek gezilecek yeri Rodos kenti değil tabii. Özellikle Rodos'a 52 km mesafedeki Lindos kasabası ünlü akropolü, geleneksel sivil mimarinin güzel örneklerini veren evleriyle gününbirlik turpların en cazibi. Plajı da temiz ve güzel. Üstelik ulaşım için otomobil kiralamak zorunda da değilsiniz. Rodos'tan sıkça kalkan belediye otobüsleriyle hesaplı bir şekilde ulaşabilirsiniz. Aslında adaların tamamında toplu ulaşım son derece düzgün çalışıyor.

### **Ağırbaşlı ağabey: Girit**

Adaların en büyüğü Girit tarih boyunca önemli bir merkez olmuş. Belki biraz da bu yüzden, diğer adaların naifliğini özellikle adanın başkenti Iraklion'da hissetmiyorsunuz. Bildiğiniz büyük şehir havası var burada. Limandan kentin kalbi sayılacak Venizelos Meydanı'na çıkana kadar sağlı sollu gördüğünüz tarihi kiliseler, manastırlar da bu fikrinizi değiştirmeye yetmiyor. Meydanın kuzeyinde hala eski bir Türk pazarı havasını koruyan ve Pazar Sokağı olarak bilinen 1866 Sokağı sempatik havasıyla daha sıcak bir mekan. Sokakta açıkta satılan et ürünlerini görünce AB'nin bizim korekçileri boşuna endişelendirdiğini düşünmeden edemiyoruz. Osmanlı, Rodos'a göre daha sonra ele geçirip daha erken terketmesinden dolayı belki, Girit'te pek iz bırakmamış. Yenisini yapmak yerine kiliseleri camiye çevirmeyi tercih etmişler. Bir de bazı noktalarda rastladığımız çeşmeler var.

19. yüzyıldan kalma Aya Minas Katedrali iyi korunmuş freskleriyle etkileyici bir mekan. Tarihe ve arkeolojiye meraklı olanlar günün devamını Iraklion'a 5 km mesafede bulunan Knossos antik kentinde geçirebilirler. İlk kez milattan 2000 yıl önce inşa edilen ve 300 yıl kadar yaşadktan sonra büyük bir deprem sonucu yerle bir olan Knossos'un bugünkü kalıntıları daha sonra kurulmuş şehirden kalmaz.

Doğal güzellikleri daha fazla merak edenler Adanın doğusuna doğru yaklaşık bir saatlik bir yolculukla ulaşabilecekleri Aya Nikola'yı tercih edebilir. Orta büyüklükte bir kent olan Aya Nikola'yı çekici kılan, kent merkezindeki Voulismeni Gölü. Bir tarafı sarp kayalarla diğer tarafı kafe ve lokantalarla

kaplı olan göl yapay bir kanalla denize bağlanmış. Etrafında yapılan bir gezinti ve ardından bir kafede göl manzarasına karşı içilen sıcak birşeyler keyfinizi yerine getirebilir.

Coğrafyayı daha bir alıcı gözle incelediğinizde hemen tüm Ege'ye (Türkiye kıyılarına da) hakim olan çıplaklık burada da -özellikle de burada Girit'te- kendini gösteriyor. Zeytin ağaçları dışında fazla bir yeşillik yok ama mimarisi korunmuş kasabalar, tarih ve tabii iklim buraları özellikle Avrupalıların gözünde çekici kalıyor.

### **Tarihin akışının değiştiği yer**

Haritaya baktığımızda Ege Adaları, eritilmiş toprağın suya dökülünce donup oluşturduğu birer damlacık gibi durur. Bu damlalar arasında Santorini -Yunan-







**Aya Minas Katedrali göz alıcı freskleriyle Girit'in başkenti İraklion'un en önemli yapılarından (üstte). Santorini'nin kuzeyindeki la kasabası her akşam güneşin batışını seyretmeye gelen turistlerle dolup taşıyor (solda).**

lılar daha çok Thera ismini kullanıyor- bir inci tanesi gibi parıldar. Bütün adaları dolaşanların fikir birliği ettikleri belki de tek konu en etkileyicilerinin Santorini olduğudur.

Sizi etkilemeye limandan başlıyor Santorini. Biraz da bu etkiyi yaratmak için olsa gerek turistik gemiler adanın daha uygun olan doğu kıyılarına değil de kraterin bulunduğu 300 metrelik bir uçurumdan yukarı tırmanmak zorunda kalacağınız batı kıyısına yanaşılıyor. Aslında yanaşılıyor da denemez, bağlanacak bir iskele olmadığından açıkta demirliyorlar ve kıydan gelen kayıklarla adaya ulaşıyorsunuz. Yolun en keyifli kısmı burada başlıyor. Tepedeki Fira

kentine ulaşmak için iki seçeneğiniz var: Teleferik ve eşek. Üçüncü bir seçenek olarak yürüyerek çıkmak da mümkün ama kendinize fazla güvenmiyorsanız hele de sıcakta denemeyin.

Teleferikle çıkmak bile yeterince ürkütücü ve heyecan verici ama özellikle çıkışta eşeğe binmeyi deneyin, çok eğlenceli bir yolculuk. Dostunuz, sırtına bindiğiniz anda fırlıyor ve kimsenin bir şey demesine gerek bırakmadan on dakikada tepeyi buluveriyor. Sadece diğerleriyle yarışma inadına girdiği zaman biraz heyecanlanabilirsiniz ama tehlikeli bir yolculuk değil.

Santorini, yaklaşık 3500 yıl önce Minos uygarlığına ev sahipliği yaparken tari-

hin akışını değiştiren bir volkanik patlamayla bugünkü halini almış. Şimdi gemilerin yaşadığı uçurumun olduğu kısım aslında kraterin ağzına denk geliyor. Minos uygarlığını yok eden bu patlama sonrası (bazı arkeologlar efsanevi Atlantis kayıp şehrinin burası olabileceğini düşünüyor) gökyüzünü kaplayan kara dumanlar aylarca güneşin görünmemesine neden olmuş. Bugün de kraterin ortasında kalan Palea Kameni ve Nea Kameni adalarına tekneyle ulaşım mağmadan gelen buharı görmek ve sıcak suyun kaynadığı kayalıklarda yüzmek şansınız var.

Santorini'ye gidenlerin ritüel haline getirdikleri şeylerden biri de adanın kuzey





**Mikonos'un sembolü olmuş yeldeğirmenleri bugün sadece turistik bir öge (üstte). Girit, Aya Nikola'daki Voulismeni Gölü yapay bir kanalla denize bağlanmış(üstte sağda). Santorini'de limandan kente çıkmak için en keyifli seyahat aracı; eşek (sağda ortada). Mikonos için "Yunanistan'ın Venedik'i" denmesine neden olan manzara(sağda).**



ucundaki Ia (Oya okunuyor) kasabasında güneşin batışını seyretmek. Rivayete göre dünyanın en güzel günbatımı burada izlenirmiş. Bunun nesnel bir ölçütü yok tabii. Günbatımını fotoğraflamak yerine fotoğraf çekmek için çılgınca terasları dolduran yüzlerce insanı fotoğraflamak daha cazip gelebilir.

### Özgürlükler adası

Mikonos pek çok açıdan Santorini kadar etkileyici değil. Bir kere düzayak bir limanda inip normal otobüsle şehre varıyorsunuz. Öyle ahım şahım bir güzelliği de yok. Peki nasıl oluyor da en tanınan ve en çok ilgi çeken adalardan biri? Üstelik de en pahalısı? İşte burada Mikonos'u ayırdeden özellikleri öğrenmeye başlıyorsunuz.

Burası bir eğlence adası. Bir kere tüm Ege'deki en hareketli gece hayatı burada. Diğer taraftan her türlü cinsel tercihe toleranslı yaklaşılabilir bir yer olduğundan dünyanın her yanından eğlenmek için yüzbinlerce insan buraya akın ediyor. Tabii plajlarından da bahsetmek lazım. Sayıları onbeşi bulan plajla-

rın bir kısmı çıplaklar kampı. Bu da başka bir turist grubu için Mikonos'u cazip kılıyor.

Mikonos'un merkezi olan Hora kasabasına Venedik yakıştırması yapılsa da bunun abartılı bir yaklaşım olduğunu belirtmek lazım. Yalı tarzı birkaç güzel bina burayı Venedik'e çevirmeye yetmiyor tabii. Ama burundaki yeldeğirmenlerinin resimsi bir hava verdiği kasaba, araç girmeyen taş sokaklarıyla (taşların arasındaki derzler mütemadiyen beyaz boyayla boyanıyor), beyaz duvarları ve çivit mavisi pervazlarıyla kendine özgü bir güzelliğe sahip.

Turist yoğunluğuna rağmen özellikle kafe ve lokantalarda garsonlar sıcak ve saygılı. Sadece 'Törkiş kafi' dediğinizde gülümseyerek 'Grek kafi' diye düzeltiyorlar. Israr etmeyip 'peki senin dediğin olsun' dediğinizde gerçekten Türk kahvesine benzeyen ama belli ki makinede yapılmış ve aynı lezzeti tutturamayan bir kahve getiriyorlar. Zaten lokantalara sokağa çıkardıkları menü tahtalarına baktığınızda isimlerin çoğu tanıdık gelecektir: Musaka(musakka), caciki(ca-

cık) gibi.

Mikonos'ta Hora'nın dışında görülebilecek yerlerin başında Yunan mitolojisindeki tanrı Apollon ile tanrıça Artemis'in doğum yeri olan Delos adası gelir. Hora'dan Türkçe'de olduğu gibi 'kayık' denen teknelerle gidilen Delos'ta antik tiyatro, Apollon Tapınağı ve Aslanlı Yol başta olmak üzere tarihe meraklıların ilgisini çekecek çok sayıda eser bulunuyor. Yalnız uykuyu sevenleri uyuralım, öğleden sonra adaya tekne bulamıyorsunuz.

Mikonos diğer adalardan biraz daha pahalı, bu yüzden ayağı yorgana göre uzatmakta fayda var. Yine de bir krep yemekten zarar gelmez; çok güzel yapıyorlar.

Yolculuk boyunca bir daire çizip tekrar İzmir hizasına yaklaştığınız için dönüş yolculuğu fazla uzun sürmüyor. Ege'nin iki yakasında da, ortasında da insanlığın ortak mirası duruyor. Umalım ki zamanla anlamsız düşmanlıklar azalır, sınırlar kalkar da bu ortak mirasa pasaport-vize istenmez.



## NiTi Control

Angldruva

EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Basmacı Diş Deposu standında

Son yıllardaki endodontik araştırmalar yüksek esnekliğe sahip olan Nikel ve Titanyum (NiTi) eğelerin kullanımını tavsiye ediyor. Diş kanallarının doğal bükülmelerine mükemmel uyum sağlayan bu eğeler, basit ve hızlı bir teknolojiye sahiptir. Günümüze kadar kullanılan ege sistemleri sürekli düşük hızla dönerlerdi (150 rpm-2 000 rpm). NITI CONTROL angldruva sahip olduğunuz tüm mikromotorlarla kullanılabilir. Yeni bir mikromotora ihtiyaç duymazsınız. Torku ayarlanabilen başlık sistemi sayesinde kolay kullanılır. Piyasadaki tüm NiTi kanal eğeleriyle kullanılabilir. Sürgülü ve push buton, (spreyli yada spreysiz seçenekleriyle) mikro kafaya sahiptir.

Basmacı Diş Deposu / 0212.529 65 55

EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Güney Dental standında

## R-endo

Re-treatment:

Kanal tedavisi yenileme sistemi

Kanal dolgusunun yenilenme işlemi diş hekimliğinde oldukça sık karşılaşılan durumlardandır. Özellikle eksik ve yetersiz kanal dolguları tedavinin başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ve diş hekimi kanal tedavisinin yenilenmesi kararını verdiğinde karşısına çıkacak bir takım güçlükler vardır. Kanal tedavisinin yenilenmesine yönelik üretilmiş olan R-endo isimli cihaz kanal dolgu materyallerini ve kanal dolgu patını kanaldan uzaklaştırmamızda bize yardımcı olmaktadır. Özellikle taper açısı yüksek orifice shaper solvent yardımıyla eritilen gutanın kanal ağzından uzaklaştırılmasında ve koronal üçlüde flaring formunun verilmesi sonrasında yapılacak irrigasyonun etkinliğinde bize yardımcı olmaktadır. Sistemin dönen endodontik aletler sınıfından olması ayrıca kullanıcı açısından etkin bir kullanım sağlamaktadır. An-

cak sisteme ait ege seti yalnızca sistemin angldruvası ile kullanımı bir dezavantaj gibi görünse de angldruvanın özel dizaynı ve küçük kafa yapısı ağız içerisinde rahatlıkla kullanım sağlamaktadır. Aletlerin her kullanım sonrasında temizlenmesi açısından sünger temizleme kutusuna da set içerisinde yer verilmiştir. Ayrıca sistemin kullanım sırasını düzenleyebileceğiniz bir endo box da bulunmaktadır. Bu sistem sayesinde klasik kanal tedavisi yenilenmesi işlemi süre açısından oldukça kısalmaktadır.

Güney Dental / 0.216.466 83 83



EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Farko Dental standında

## Farko Havalı Sistem Tam Otomatik Kron Sökücü

Aerator 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

Ağızdan çıkartmadan otomatik kurulma özelliği.

Dakikada 70-80 arasında vuruş yapabileme imkanı.

Sertlik ayar vidası istenen konuma getirildiğinde değiştirene kadar aynı sertlikte vuruş yapılır. Vuruşlar seri şekilde değil, mandala her basışta tek darbe şeklinde uygulanır. Klasik yöntemle köprüye uygulanan darbelerin kuronlara koleden ve tek noktadan uygulanması köprünün darbeyi tam alamaması sonucu bazı dezavantajlar yaşanmaktadır. Özellikle porselen

köprülerin klasik yöntemle hasarsız çıkartılması oldukça zordur.

Ara gövde halatıyla yapılan uygulama halatın ara gövdeyi tam kavraması uygulanan darbeyi köprünün tam alması simanın bırakılmasında ve porselen köprülerin hasarsız çıkartılmasında önemli bir faktördür.

Darbe sertliği ayar vidası sayesinde hassas vuruş ve gerektiğinde sert darbe ayarı yapılabilmektedir.

Uygulanan hassas ve sert darbeler kron sökücünde bulunan mandal sayesinde kontrol her zaman hekimdedir. Hekimin inisiyatifi dışında kontrolsüz darbe uygulama riski yoktur.

Farko Dental / 0.242.311 40 54





## Micerium

### Kompozit Modelaj – Mock-Up – Spatülleri

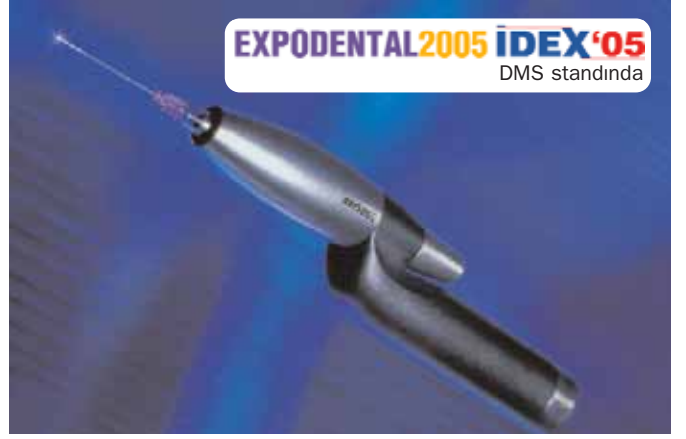
Bilhassa sert kıvamlı kompozitlerle yapacağınız bütün çalışmalarda kullanabileceğiniz bu spatüllerin en büyük özelliği kompozite yapışmıyor olmaları...

5'li set olarak sunulan ve 5 ayrı uç şeklinde sahip olan bu spatüller servikal, oklüzal ve yüzeysel bölgelerde yapacağınız bütün modelaj ve şekillendirme çalışmalarınızda ve hatta bunun yanında opak sürülmesi ve boya taşıma işlemlerinizde de kullanabilirsiniz.

Micerium – Mock-Up – Spatülleri ahşap ve krom saplı iki ayrı çeşit olarak sunuluyor.

Ahşap saplı spatüller düz ve sabit uçlu olarak üretilmişler ve ayrıca acrylic uyumlu dezenfektan veya alkollü mendil ile silinerek dezenfekte edilebiliyorlar. Krom saplı spatüller ise 45/90 derecelik uç açıları ve 5 ayrı şekildeki değişken refilleri sayesinde, çalışmalarınızı büyük ölçüde kolaylaştırıyor. Dilerseniz bu seti refilleri ile birlikte otoklavda 121 derecede sterilize edebilirsiniz.

Denta-Tek / Tel: 0216. 416 26 42



## RinsEndo

### Kimyasal Kök Kanalı İrigasyon Cihazı

RinsEndo, artık etkin kimyasal kök kanal hazırlığına imkan veriyor. RinsEndo, kök kanallarındaki pek çok bakteriyi, hidrodinamik aktivasyonla temizliyor ve başarılı bir endodontik tedavisinin temelini oluşturuyor.

- Etkin ve aşırı derecede basit kök kanal irigasyonu söz konusudur.
- İrigasyon solüsyonu, kök dentinin derin katmanlarına kadar etkin bir şekilde işlediği için, yüksek derecede klinik emniyet sağlar.
- Hidrodinamik irigasyon kök kanalını diş köküne kadar dezenfekte eder
- Bilinen bütün irigasyon solüsyonlarıyla kullanılabilir
- Başlıca türbin kaplınglerine uyum sağlar.
- Sadece bir adet el takımından oluşmaktadır, ilave ekipman veya ayrı bir ayak pedalına gerek duyulmaz

Günümüze kadar endodonti tedavilerinde esasında yapılan sürekli manuel irigasyonlar, enerji ve zaman kaybına yol açmaktaydı. RinsEndo bu prosedüre bir son verebilir ve dişhekimlerine tam otomatik modda yardımcı olabilir.

Kanülün kendisi büyük oranda bükülebilmektedir ve kök kanalına erişim sağlamaktadır. Başka bir tedavi yardımcısı, Dürr Protector'dur. Dürr Protector, kanal uzunluğuna sabitlenmektedir ve cerrahi kanül ile aspirasyona destek olmaktadır. Ayrıca hastayı ve diş hekimini, irigasyon solüsyonunun sıçramasından korumaktadır.

DMS / 0.212.210 13 34 / www.dmsteknik.com



## HealOzone Endo

### Kök Kanalı Dezenfeksiyon Cihazı

hekimliğinde yeni bir sayfa açan KaVo Healozone, endikasyon alanlarını genişleterek dişhekimleri için farklı bir alanda kullanılmaya başlandı.

Metodun etkinliği, özellikle burada belirtilen alanda, bir çok klinik çalışma ile bilimsel olarak gösterilmiştir.

Berlin Üniversitesinde yapılan çalışmalarda Healozone ile yan kanallar dahil kök kanallarının etkin bir şekilde de-

zenfeksiyonu sağlandığı bildirilmiştir. Likid dezenfektanların yerini alabileceği bilimsel olarak kanıtlanmış Ozon gazı ile tedavinin avantajları:

- Kuvvetli anti-bakteriyel etki
- Tek seansta tedaviyi bitirme imkanı
- Hasta rahatlığı ve hekim için uygulama kolaylığı.

Güney Diş Deposu / 0.212.346 04 04



### Ozon gazı ile caries tedavisi

Spesifik Ozon uygulamalarının kanıtlanmış medikal başarıları Ozon tedavisinin diş hekimliğindeki uygulama sahalarına temel teşkil etmiştir.

Etkin ve ağrısız çürük tedavisi ile diş

## Endure

### Internal Hex Implant Sistemi



**EXPODENTAL2005 IDEX'05**  
Dentosan standında

İmplantın yerleştirilmesi ve üzerine protezin yapılması çok basitleştirilmiştir. Endure implant sistemlerinin basit oluşu dişhekimini ve hastaya klinik avantajlar sunar. Dişhekimini, Endure implantını tek veya iki safhali olarak yerleştirme seçeneğine sahiptir. Kendine Özel Üçlü Mikro Yivleri vardır. Mikro yivler, kemiğe gelen stresi, aksiyal sertliği azaltmak suretiyle alveol kretindeki kortikal kemiği korur. 1 mm'lik kole bölgesindeki cilalı kısmı dişhekimine, implantı yerleştirirken kole kısmının kemiğe göre pozisyonunu tayin etmede tercih olanağını verir.

#### Geliştirilmiş yüzey özelliği

Endure'ün özel geliştirilmiş Sand-Blasted, Large-Grit, Acid Etched (SLA) yüzeyi sayesinde osseointegrasyon daha iyi olur.

#### Basitleştirilmiş cerrahi ve protez protokolleri

Simante edilebilen veya vidalanabilen protez restorasyonlarının seçilmesi ve uygulanması kolay ve basittir. Değişen

çaplardaki tiplerinde farklı protetik parçaların kullanılması ortadan kaldırılmış ve aynı platformda uygulamayla iş basitleştirilmiştir. Kendine özel implant ile abutment arasındaki önlük şeklinde olan kapanma iyi bir uyum sağlar. Standart olan hex anahtarı bütün vida ve protetik abutmentlara uyur.

#### Değişik pozisyonlarda implant yerleştirme

Birçok avantajı arasında en önemli olanı, değişik pozisyonlarda kuralapikal yönde yerleştirilebilmesidir.

#### Anatomik dizayn

İmplant dizaynı doğal anatomik kök formu olarak planlanmıştır. Her bir operasyon frezi, kemikte implant yuvasını hazırlamak üzere yapılacak osteotomiye uygun olarak dizayn edilmiştir. Bu planlama sayesinde implantın kemiğe yerleştirilmesi sırasında implantın kendi kendine vidalanması sağlanmakta ve kemiğe gelen baskı minimuma inmektedir.

**Dentosan Ltd. Tel: 0.212. 296 75 55**

## GC G-BOND

### 7. Jenerasyon Bonding



**EXPODENTAL2005 IDEX'05**  
Güney Dental standında

GC yeni geliştirmiş olduğu 7. jenerasyon bonding sistemi GC G-Bond ile asitlemeye ihtiyaç duymaksızın diş hekimlerine zaman tasarrufu ve uygulama kolaylığı sağlıyor. Tek bir şişede asit, hassasiyet giderici, prime ve bond gibi özellikleri bir arada bulundurmasının yanı sıra sadece tek bir tabaka olarak uygulanması yeterli. Toplam prosedürün sadece 30 saniye sürdüğü bonding sistemi ile kompozit ile mine ve dentin arasında güçlü ve uzun ömürlü bir bağlantı sağlamanın yanı sıra içerdiği doldurucuların dentin tübüllerini tıkaması sayesinde de post-operatif hassasiyet oluşumunun önüne geçilmiş olunur. GC G-Bond'un uygulanması ile ilgili herhangi bir teknik hassasiyeti

yoktur bu nedenle diş yüzeyinin kuru mu yaş mı kaldığı gibi bir sorunla karşılaşmaz. Uygulanması oldukça kolay olan GC G-Bond fırça yardımı ile dişin bağlantı yüzeylerine uygulanır, yüksek basınçlı bir hava şırıngası ile inceltirilir ve 10 sn. ışık uygulanır. Böylelikle 30 saniyeden kısa bir sürede bütün işlem tamamlanmış olur. GC G-Bond'un içeriğinde HEMA bulunmadığı için su emilimi, renk değişimi, kollegenlerin bozunması, retansiyon kaybı ve alerjik reaksiyonlar gibi HEMA'nın hidrofilik yapıda olmasından kaynaklı problemlerin hiçbiri ile karşılaşmaz.

**Güney Dental / 0.216.466 83 83**



## Maksimat Plus

### Posterior Dişlerde Kullanılan matris germe sistemi

**EXPODENTAL2005 IDEX'05**  
Öncü Dental standında

Maximat Plus, posterior dişlerde kullanılmak üzere geliştirilen yeni matris germe sistemidir.

#### Özellikleri;

- Tüm standart posterior matris bantları ile uygulanabilir.
- Ağız içerisinde matris gerici alet kalmadığından daha iyi görüş açısına ulaşılır.
- Hem metal hem de şeffaf matris bantları ile kullanılabilir.
- Kama kullanımına engel olmaz.
- Kama kullanımı ile optimum kontak noktasına ulaşmasını sağlar.
- Aynı anda birden fazla dolgu yapılabilmesine olanak sağlar.
- Maksimat Makaralarının ışık geçirgen yapısı sayesinde kompozit dolgularında ışık kaynağına engel olmaz.
- 134°C'de otoklavda steril edilebilir.
- Kolay kullanılır ve zamandan tasarruf sağlar.

**Öncü Dental A.Ş./ 0.212.621 51 40**  
[www.uncudental.com](http://www.uncudental.com)

EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Unimed standında



## Waterlase MD

Yumuşak ve  
Sert Doku Lazeri

Biolase'in, yapımında uzay teknolojisinde kullanılan malzemelere yer verdiği, tasarımını NASA ve Mercedes (AMG)'nin tasarımcılarının yaptığı Waterlase MD ergonominin sınırlarını dişhekimleri ile paylaşarak lazer ile çalışmayı çok daha zevkli hale getiriyor. Waterlase MD, Waterlase Millenium gibi sadece diş hekimleri için üretilen ve tek amacı dental kullanım olan Er,Cr: YSGG Lazer teknolojisini kullanmaktadır.

Yumuşak ve Sert Doku uygulamaları için iki ayrı puls genişliği seçeneğine sahip olan Waterlase MD, 8 Watt'a kadar çıkabilen lazer gücü, 10-50 Hz. arasında ayarlanabilen puls frekansı, çalışma sahanızı rahat görebilmenizi sağlayan ışıklı el aplikatörü, dokunmatik renkli LCD ekranı ve 16 adet kullanıcı program hafızasına sahiptir.

Unimed / 0.212.621 90 90

## Grandio® Grandio® Flow

Işıklı sertleşen  
nano-hibrid  
dolgu materyali



EXPODENTAL2005 IDEX'05  
VOCO standında

Nano doldurucular, inceltmiş partikül boyutuna sahip seramik doldurucularla birleştirilmiştir. Doldurucu oranı (% 87 w/w) maksimumu çıkartılmış ve resin içeriği minimize edilmiş olmasına rağmen kullanım kolaylığı sağlayan bir yoğunluğa sahiptir.

% 1,57'lik düşük polimerizasyon büzülmesi, azaltılmış abrazyon, yüksek bükülme direnci ve yüzey sertliği önemli özelliklerindedir.

Grandio® 14 farklı estetik renktedir, kullanım kolaylığı sağlayan kıvamı ve kısa polimerizasyon süresi sayesinde zamandan kazandırır.

Grandio® Flow nano teknolojinin avantajları sayesinde geleneksel kompozitlerin fiziksel özelliklerine benzer özelliklere sahip üretilen akışkan kompozittir. Grandio Flow minimal invaziv sınıf III ve V kavite ve fisür örtücü olarak rahatlıkla uygulanır.

VOCO GmbH

## Mollosil - Detax

Yumuşak Astarlama Materyali

Total protezlerde kretler düz ise ve tutuculuğu sağlamakta problem yaşıyorsanız, özellikle tutuculuğu arttırmak amacıyla kullanılan ve hasta başında kullanım için uygun, uzun süreli yumuşak astarlama materyalidir. A-silikon bazlıdır ve soğuk polimerize olur. Daimi olarak yumuşaktır. Bütün protez akrilik tiplerine iyi bağlanır. Özellikle immediate protezler için uygundur. Biyolojik olarak uyumludur, tatsız ve kokusuzdur. Az bakteri birikimi oluşan yumuşak astarlama materyalidir. Ömrü, hastanın ağız hijyenine bağlı olarak 3 ay ile 2 yıl arasında değişir.



Hamle Dental / 0.232.463 85 78 / www.hamleltd.com

EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Hamle Dental standında

EXPODENTAL2005 IDEX'05  
Güney Dental standında



## Premise

Trimodal Nano Dolduruculu Kompozit

Premise bir nano teknoloji kompozittir. Trimodal teknolojisi ile geliştirilen ürün içeriğinde 3 tip partikül içerir; polimerizasyonu azaltmak için prepolimerize partiküller, 0.4 mikron partiküller ve cilalanabilirliğini en üst seviyede tutmak için 0.2 mikron partiküller... Premise ön ve arka bölgelerde güvenle uygulanabilen üniversal bir kompozittir. Ürün trimodal yapısı sayesinde %84 dolduruculuk içerir bu da % 1.4'e kadar düşürülmüş polimerizasyon büzülmesi olarak hekimi önemli bir sorundan uzaklaştırır. Kıvamı saye-

sinde hekime uygulama kolaylığı sağlar. Tabakalama tekniği uygulamadan da çalışılabilir ancak bugün özellikle tabakalama tekniği ile çalışılmasının önerildiği göz önüne alındığında sistem tabakalama tekniği ile de çalışmaya uyumludur.

Bonding sistemi 5. jenerasyon bir nano dolduruculu bondingdir, etanol bazlı yapısı sayesinde kuru, ıslak ve nemli ortamlarda tek kat uygulama ile kullanılabilir.

Güney Dental  
0.216.313 57 91 (Dahili 139)





Soruların yanıtlarını en geç 3 Haziran 2005 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- Travma nedeniyle sol üst santral dişini kaybeden bir çocuğa en erken sabit protez uygulama yaşı ne olmalıdır?

- a) 8 yaş
- b) 10 yaş
- c) 12 yaş
- d) 14 yaş
- e) 16 yaş

2- Thermafil kanal dolgu tekniğine ait bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Korlu sistemlerdir.
- b) Isı ile uygulanırlar
- c) Enjeksiyonlu sistemlerdir
- d) Uygulaması tek kon sistemine dayalıdır
- e) Açık apeksli dişlerde kullanıma uygundur

3- Hareketli bölümlü protezlerde fonksiyonel ölçü alınmasını gerektiren vaka aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tek taraflı serbest sonlu vaka
- b) Çift taraflı serbest sonlu vaka
- c) Geniş dişsiz boşluğa ve az sayıda destek dişle sahip Cl IV vakası
- d) Modifikasyonlu serbest sonlu vakalar
- e) Hepsisi

4- Kızamıkçık için yüksek risk grubu hangisidir?

- a) 2 yaş üstü çocuklar
- b) Hamileler
- c) Erkekler
- d) Guatr hastaları
- e) Hiç biri

5- Aşağıdaki periodontal cepte bulunan bakterilerden hangisinin doku invazyon yeteneği yoktur?

- a) A. actinomycetemcomitans
- b) P. gingivalis
- c) P. micros
- d) F. nucleatum
- e) T. denticola

6- Koruyucu resin restorasyon uygulamalarında fissürlerde gözlenen çürüğün boyutu hangi mesafenin üzerinde olmamalıdır?

- a) İki tüberkül tepesi arası mesafenin 1/3' ü
- b) İki tüberkül tepesi arası mesafenin 1/4' ü
- c) İki tüberkül tepesi arası mesafenin 1/5' i
- d) İki tüberkül tepesi arası mesafenin 1/6' sı
- e) İki tüberkül tepesi arası mesafenin 1/7' si

7-Aşağıdakilerden hangisi self-etch adesiv sistemlere ait bir özellik değildir?

- a) İki basamakta uygulanması
- b) Birinci basamakta self-etching primer uygulanması
- c) İkinci basamakta bonding rezin uygulanması
- d) Tek basamakta uygulanması
- e) Uygulama süresinin diğer sistemlere göre kısa olması

8- Periodontal açıdan zayıf destek dişler söz konusu olduğunda okluzal tırnak yerleşimi için hangisi doğrudur?

- a) Okluzal tırnak komşu dişe yerleştirilir veya iki komşu destek dişte ortak bir yerleşim sağlanarak, yük dağıtılır.
- b) Okluzal tırnağın konumu, zayıf destek dişe yerleştirilen kroşenin lokalizasyonuna göre ayarlanır.
- c) Okluzal tırnak zayıf destek dişin dişsiz boşluğunun karşıt tarafına yerleştirilir.
- d) Okluzal tırnak zayıf destek dişin dişsiz boşluğa komşu tarafına yerleştirilir.
- e) Hiçbiri.

9- İnfeksiyöz Mononükleazisin palyatif tedavisinde aşağıdakilerden hangisi önerilmez?

- a) Antipiretik ajan vermek
- b) Sekonder bakteriyel enfeksiyonu engellemek için aminopenisilin grubu antibiyotik başlamak
- c) Oral antiseptik gargara ile kolonizasyonunu azaltmak
- d) Ağır hareket ve egzersizlerden kaçınmak

10- Aşağıdakilerden fonksiyonlardan hangisi nötrofillerin bakteriyel enfeksiyonları kontrol etmesinde gerekli değildir?

- a) Transendotelyal migrasyon
- b) Opsonizasyon
- c) Kemotaksis
- d) Transepitelyal migrasyon
- e) Nötrofil apoptozisi

## TDBD 87. Sayı CEVAPNAHTARI

- 1. E** Sodyum hipokloritin hemostazis etkisi yoktur.
- 2. B** Dental florozis estetik bir problemdir. Bu nedenle daimi ön dişlerin kalsifiye olduğu 0-3 yaşlarda fazla flor alımı bir risk oluşturmaktadır.
- 3. E** Bu hastalar non-diabetiklerle karşılaştırıldığında eşit değil, daha yüksek periodontitis frekansına sahiptirler.
- 4. D** Sabit protezlerde tutucu olarak kullanılacak restorasyonların kenar sonlanmaları, estetiğin en iyi şekilde sağlanabildiği, dişeti cebi içerisinde irritasyon oluşturmayacak şekilde ve kolay temizlenebilir bölgede olmalıdır.
- 5. B** Bir enfeksiyon hastalığının inkübasyon evresi, kuluçka süresidir; hastalığın ilk semptomlarının ortaya çıkışına dek sürer. Bu süre, etken mikroorganizmanın vücuda giren miktarına, hedef organa ulaşması, çoğalması, dokulara zarar vermesi ve vücudun mikroorganizmaya direncine göre birkaç saatten yıllara dek değişebilir. Prodromal evre, hastalığın ilk semptomlarının görüldüğü evredir. İlk semptomlar genellikle kendini iyi hissetmeme olarak tanımlanabilen hafif ateş, baş ağrısı ve mide bulantısı gibi kırıklık şeklindedir. Akut evre kişinin açıkça hasta olduğu ve semptomların şiddetlendiği evredir. Konvalesan evre, hastalığın iyileşme süresidir.
- 6. C** Patların hepsinin çözünme özelliği vardır. Ama içlerinde kalsiyum hidrosit bu özelliği en çok gösteren pattır.
- 7. D** Self-etch bonding sistemlerin dentine bağlanma kuvvetleri total pürüzlendirmeli sistemler kadar yüksek olmakla birlikte minedeki bağlanma kuvvetleri henüz total pürüzlendirmeli sistemler kadar yüksek değildir.
- 8. C** İlk dört şıkta verilen standartlar ideal oklüzyonu oluşturur. Dolayısıyla hepsi doğrudur.
- 9. C** Ttrasiklinler bakteri ribozomlarına bağlanarak protein sentezini inhibe eden bakteriyostatik etkili antibiyotikler olmasına karşın; Antikollajenolitik aktivite de gösterirler. Konak kaynaklı kollajenaz ve diğer kollajenolitik enzimlerin aktivitelerini direkt olarak inhibe ederler. Kullanımları esnasında kollajen yıkımı azalır, kollajen ve kemik yapımı artar. Bakterinin öldürülmesi veya üremesi ile alakalı olmayan bu ikincil etkiden özellikle rejeneratif cerrahi tekniklerde faydanılabileceği düşünülmektedir.



## Kredilendirilen etkinlikler

*TDB – SDE Yüksek Kurulunun 16.05.2005 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:*

### EDAD

**Tel: 0212.224 08 50**

Etkinliğin Adı : 1.Estetik Dişhekimliği Sempozyumu  
Bursa  
Etkinliğin Tarihleri : 13-14.06.2005

### Bursa Dişhekimleri Odası

**Tel: 0224.222 69 69**

Etkinliğin Adı : Haziran 2005 Eğitim Semineri  
Etkinliğin Tarihleri : 16.06.2005

### İstanbul Dişhekimleri Odası

**Tel: 0212.296 21 05**

Etkinliğin Adı : Türk Dişhekimleri Birliği  
12.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi  
Etkinliğin Tarihleri : 20-25.06.2005

### DÜZELTME

Dergimizin 87. sayında yer alan 9. sorunun yanıt seçenekleri yanlış yazılmıştır. Doğrusu aşağıdadır. Bu soru SDE değerlendirmesinde dikkate alınmayacaktır.

9- Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi antikollajenolitik aktivite gösterir?

- a) Ornidazol
- b) Klaritromisin
- c) Tetrasiklin
- d) Sefuroksim aksetil
- e) İmpenem-cilastatin

## SDE CEVAP FORMU (Doğru cevabı daire içine alınız)

1. a b c d e
2. a b c d e
3. a b c d e
4. a b c d e
5. a b c d e

6. a b c d e
7. a b c d e
8. a b c d e
9. a b c d e
10. a b c d e

Adı Soyadı :

Adresi :

İmzası :

# Muayenehanelerin iş müfettişlerince denetlenmesi

*Herhangi bir biçimde şirket biçiminde örgütlenmiş olsun veya bireysel hizmet sunumu niteliğinde muayenehane çalıştırsın ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan bütün kurum ve kuruluşlar tek bir işçi dahi çalıştırsalar, İş Yasası kapsamında olmaları sebebiyle işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığı bakımından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, dolayısıyla iş müfettişleri tarafından denetlenmesinde hukuka aykırılık bulunmadığı yolundaki TDB Hukuk Müşaviri görüşü aşağıya çıkarılmıştır.*



## ■ Mustafa Güler\*

**B**ilindiği üzere muayenehaneler, dişhekimlerinin bireysel olarak mesleki hizmet sundukları yerlerdir. Bu tür muayenehanelerde işçi çalıştırılmaması durumunda herhangi bir şekilde İş Yasası ya da SSK Yasasının uygulanmasının söz konusu olmayacağı açıktır.

İş Yasasının Amaç ve Kapsam başlıklı 1. maddesinin ikinci fıkrasına göre “Bu Kanun, 4 üncü maddedeki istisnalar dışında kalan bütün işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine ve işçilerine faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.” Kanununun 4. maddesinde “Aşağıda belirtilen işlerde ve iş ilişkilerinde bu Kanun hükümleri uygulanmaz;” hükmü bulunmakta ve (i) bendinde de “507 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar Kanununun 2 nci maddesinin tarifine uygun üç kişinin çalıştığı işyerleri” İş Yasasının uygulanmayaacağı yerler olarak sayılmaktadır.

Dişhekimliği muayenehanelerinin 507 sayılı Kanununun ikinci maddesinin tarifine uygun olup olmadığını belirleyebilmek için anılan Kanun hükmüne bakıldığında;

“İster gezici olsun, ister bir dükkânda veya bir sokağın belli yerinde sabit bulunsunlar, ticareti sermayesi ile birlikte vücut çalışmalarına dayanan ve geliri o yer gelenek ve teamülüne nazaran tacir niteliğini ka-

zanmasını icabettirmeyecek miktarda sınırlı olan ve bu bakımdan ticaret sicili ve dolayısıyla ticaret ve sanayi odasına kayıtları gerekmeyen, aynı niteliğe (Sermaye unsuru olsun, olmasın) sahibolmakla beraber, ayrıca çalıştığı sanat, meslek ve hizmet kolunda bilgi, görgü ve ihtisasını değerlendiren hizmet, meslek ve küçük sanat sahipleriyle bunların yanlarında çalışanlar ve geçimini sınırlı olarak kamyonculuk, otomobilcilik ve şoförlükle temin eden kimselerin birinci maddede belirtilen amaçlarla kuracakları dernekler bu kanun hükümlerine tabidir.”

Doktrin ve yargı kararlarına bakıldığında doktor, dişhekimliği, avukat, mali müşavir, mimar gibi nitelikli mesleklerin yürütüldüğü işyerlerinde çalışan sayısına bakılmaksızın İş Kanunu kapsamında olduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak, herhangi bir biçimde şirket biçiminde örgütlenmiş olsun veya bireysel hizmet sunumu niteliğinde muayenehane çalıştırsın ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan bütün kurum ve kuruluşlar tek bir işçi dahi çalıştırsalar, İş Yasası kapsamında olmaları sebebiyle işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığı bakımından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, dolayısıyla iş müfettişleri tarafından denetlenmesinde hukuka aykırılık bulunmamaktadır.

\* Avukat, TDB Hukuk Danışmanı



# Vergi mevzuatlarındaki son değişiklikler

Hükümet vergi gelirlerini artırmak için çeşitli tasarımlar oluşturuyor. Ancak, vergi adaletsizliğinin en belirgin göstergesi olan dolaylı vergilerle dolaysız vergiler arasındaki açığın 2004 yılında olduğu gibi 2005 yılında da devam edeceği tahmin ediliyor.

## ■ Baset Demirbuğa\*

### Gelir vergisinde yapılan değişiklikler

1- Gelir vergisi tarifesinin başlangıç oranı % 20 olarak aynen kalırken, en yüksek gelire uygulanan oran % 40 'a indirildi.

2- İşyeri kira gelirlerinin yıllık safi tutarı 2005 yılında 15.000.-YTL. Olarak belirlendi.

3- Kira gelirlerinin beyan sınırı 2.000.-YTL olarak belirlendi.

4-2005 yılında elde edilen Faiz ve Repo gelirleri tutarı ne olursa olsun 2004 ' de olduğu gibi beyanname ile vergilendirilmeyecek, %18 ile %22 olan stopajla yetinilecek. 5281 sayılı kanunla repo ve faiz gelirlerinin beyan dışı bırakılması ile ilgili süre uzatıldı. Bu gelirler 01.01.2006 tarihinden itibaren 10 yıl süre ile 31.12.2015 tarihine kadar gelir vergisi beyanname ile beyan edilmeyecek, % 15 indirilen stopajla yetinilecek.

5-Hisse Senetleri Gelirlerinin Vergilendirilmesi

5281 sayılı yasa ile yapılan düzenleme de 01.01.2006 tarihinden itibaren, çeşitli finansal araçlardan elde edilen getirilerin aynı düzeyde kaynakta vergilenmesi, ticari faaliyetlere dahil olmayan gelirler için kaynakta yapılan bu vergilemenin nihai vergileme olması öngörülmektedir.

Hisse senetlerinin 01.01.2006 tarihinden itibaren borsada kayıtlı olsun ya da olmasın elden çıkarılmasından doğan getirileri gelir vergisine tabi olacaktır. Aracı kurumlarında, aracılık ettikleri hisse senetlerinden alış-satış arasındaki farka 01.01.2006 tarihinden itibaren stopaj uygulanacak.

6- Hazine Bonosu ve Devlet Tahvili faiz geliri üzerinden uygulanmakta olan enflasyon indirimine 2005 yılında da devam edilecek. 01.01.2006 tarihinden itibaren enflasyon indirimi uygulamasına son verilecek. 5281 sayılı yas gereğince 01.01.2006 tarihinden itibaren bunların alım-satım ve faiz gelirlerine % 15 stopaj uygulanacak .

### Kurumlar vergisinde yapılan değişiklikler

Şu ana kadar geçici maddelerle düzenlenmekte olan Kurumların en az iki tam yıl aktiflerinde yer alan gayrimenkulleri ile iştirak hisseleri satışından doğan ve sermayelerine ilavesine karar verilen kazançları kurumlar vergisinden müstesna tutulacaktır. Aynı zamanda KDV' den de müstesna tutulacak, satış kazancı stopaja tabi olmayacak, sadece alım satım harcı ödenecek.

Siyasi partiler, oda ve borsalar ile kamu yararına çalışan dernek ve vakıflar elde etmiş oldukları repo ve faiz gelirlerinden bu güne kadar muaf tutulmuşlardı. 01.01.2006 yılından itibaren % 15'lik gelir vergisine tabi tutulacaklar.

### Katma Değer Vergisi'yle ilgili değişiklikler

5281 sayılı yasa ile 2010 yılına kadar öğrencilerin bilgisayar eğitimi olarak yetiştirmelerine katkıda bulunulmasını sağlamak amacıyla Milli Eğitim Bakanlığına bedelsiz yapılacak bilgisayar ve donanım teslimleri ile bunlara ilişkin yazılım teslimi ve hizmet ifasında bulunacak olanlara KDV istisnası getirildi.

Kurumların en az iki yıl aktifinde bulunan gayri menkullerin satışından elde edilecek gelire 5281 sayılı kanunla, KDV kanununun 17/4 maddesinde yapılan bir düzenleme ile 01.01.2005 tarihinden itibaren istisna getirildi.

### SSK'yla ilgili değişiklikler

Aylık Prim ve Hizmet Belgesinin inter-

net ortamında alınması ile ilgili uygulama genişletildi.

Üç (dahil) ve daha fazla sigortalı çalıştıran işverenler Aylık Prim ve Hizmet Belgesini ve takip eden aylara ilişkin Aylık Prim ve Hizmet Belgesini internet ortamında zorunlu olarak verecekler.

### Emlak Vergisi Kanunu'nda yapılan değişiklikler

Çevre Temizlik vergileri ; Büyükşehir belediyelerinde % 50, diğer belediyelerde %20 artırıldı.

Emlak Vergisi ile ilgili hiçbir geliri olmayan mükelleflerin, 2004 yılına ait indirimli (sıfır) bina vergisi oranından faydalanmak için verilmesi gereken taahhüt belgesinin süresi 31.05.2005 tarihi mesai bitimine kadar,

2005 yılı indirimli vergi oranından faydalanma şartlarını taşıyanlar içinde taahhüt belgesini ilgili belediyeye verme süresi 31.12.2005 tarihi mesai bitimine kadar.

### Diğer kanunlarla ilgili değişiklikler

Gecikme Zammı oranı % 4 den % 3'e indirildi

Tecil Faiz oranında %3'ten % 2,5 'e indirildi

Damga vergisinde pul yapıştırma yönteminin kaldırılması ile kapıcı ücretleri ile ilgili ödenmesi gereken damga vergisi uygulamasına peşin altı aylık beyanlar usulü getirilmişti. Bu yöntemin maliyeye getireceği yük göz önüne alınarak tamamen kaldırılması üzerinde bir kanun tasarısı hazırlanmakta olup önümüzdeki günlerde açıklanacak.

5281 sayılı kanunla mükellefin kendisi, eşi ve küçük çocuklarına ilişkin olarak yapılan eğitim ve sağlık harcamaları nedeniyle gelir vergisi beyannamesinde beyan edilen gelirlerden indirim olarak dikkate alınabilecek azami tutar "beyan edilen gelirin % 5'inden" "beyan edilen gelirin % 10'una" çıkarıldı.

\* TDB Mali Müşaviri

# Kurs Kongre, Sempozyum

## Türk Dişhekimleri Birliği 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

23-25 Haziran 2005  
İstanbul  
Tel: 0212 219 66 45  
Fax: 0212 232 05 60

## 93 FDI World Dental Congress

24-27 Ağustos 2005  
Montreal - Kanada  
www.fdiworldental.org

## 3. Kore Uluslararası Fuar ve Konferansı

2-4 Eylül 2005  
Seul - Güney Kore  
www.kdx.xo.kr

## Dental Expo

12-15 Eylül 2005  
Moskova - Rusya  
www.dental-expo.ru

## EDAD 9. Uluslararası Estetik Dişhekimliği Kongresi

16-18 Eylül 2005  
İstanbul  
Tel: 0.212.224 08 50

## ADA 146. Yıllık Toplantısı

06-09 Ekim 2005  
Philadelphia - ABD  
www.ada.org

## Pragodent

13-15 Ekim 2005  
Prag - Çek Cumhuriyeti  
www.incheba.cz/pragodent

## Expodental

19-23 Ekim 2005  
Milano - İtalya  
www.expodental.it

## International Dental Showcase

20 Ekim 2005  
Birmingham - Britanya  
www.bda-events.org

## Dentech China

26 Ekim 2005  
Şangay - Çin  
www.dentech.com.cn

## Swedental

27-29 Ekim 2005  
Göteborg - İsveç  
www.swedental.org

## Dental World

10-12 Kasım 2005  
Budapeşte - Macaristan  
www.dentalworld.dental.hu

## Fransa Dişhekimleri Birliği Kongresi

23-26 Kasım 2005  
Paris - Fransa  
www.adf.asso.fr

## New York Dental Toplantısı

27-30 Kasım 2005  
New York - ABD  
www.gnydm.com

## 3. ICOI Meffert Implant Institute Symposium

16-17-18 Aralık 2005 Hilton /İstanbul  
www.dr.aliarif.com  
Tel : 0.312.427 62 25  
Fax : 0.312.427 36 31



## 93. FDI Dünya Dişhekimliği Birliği Kongresi



www.fdiworldental.org

24-27 Ağustos 2005 Montreal - Kanada



## VEFAT

Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi  
Öğretim Üyesi **Prof.Dr. Cihat Çekiç**  
11 Mayıs 2005 tarihinde vefat etmiştir.  
Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

## VEFAT

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği  
yasanının çıkmasındaki çalışmalarıyla  
Birlik ve Odaların kurulmasına büyük katkısı olan  
dişhekimisi Şevket Gedik vefat etmiştir.  
Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.

## Güney Diş Deposu'ndan düzeltme

TDBD'nin 86. sayısıyla birlikte dağıtılan  
Güney Diş Kataloğu'nda bazı ürün fiyatları yanlış yazılmıştır.  
Doğrusu aşağıdaki gibidir. Düzeltir, özür dileriz.

Sayfa No	Fiyatı Hatalı Yazılan Ürün	Doğrusu
19	Euronda E7	3490.0 EUR
42	TC 95 kartuş	110.0 EUR
42	TA 96 L kartuş	150.0 EUR
55	Schwert cerrahi makas Düz	29.0 EUR
55	Schwert cerrahi makas (Super Cut)	43.5 EUR
55	Schwert cerrahi makas la grange f	54.0 EUR
55	Schwert cerrahi makas f La grange super cut	66.0 EUR
61	zeffiro ZFR 003 presel	15.0 EUR
61	zeffiro ZFR 004 presel	15.0 EUR
113	IPS classic V opaker pasta kodları 053166-... olarak düzeltilir.	

BUBİR İLANDIR