



SAYI
94
Haziran
2006

TDBD

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ



teknolojiyle **b**uluşmaya
ilgileri güncellemeye
yenilenmeye



19-24/Haziran
EXPODENTAL 2006
IDEX '06



Türk Dişhekimleri Birliği **13.** Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

TDBD 94

içindekiler

BAŞYAZI • 11

TDB GÜNDEMİ

SAĞLIK BAKANLIĞI'NA ZİYARET Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ile 28 Oda Başkanı ve diğer Oda yöneticileri, 31 Mayıs 2006 günü Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ı makamında ziyaret etti. • 12

TANI TEDAVİ PROTOKOLLERİ Dişhekimliği hizmetlerinin uygunluğunun ve kalitesinin kontrolü açısından çok önemli olan Tanı ve Tedavi Protokolleri'nin hazırlanmasında sona yaklaşıldı. • 22

DİŞE ZARAR REKLAMLAR İki firmanın televizyon reklamlarında yer alan yanlış yönlendirici görüntüler nedeniyle TDB Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürlüğü'ne yazılı bir başvuru yaparak bu reklamların yayından kaldırılmasını istedi. • 24

ERO TOPLANTISI Ana teması Sürekli Dişhekimliği Eğitimi olan FDI-ERO toplantısı Portekiz'in Porto şehrinde 24-25 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirildi. Toplantıda Türkiye'yi Prof.Dr. Taner Yücel ve Prof.Dr. Nermin Yamalık temsil etti. • 46

İPEK YOLU ÖRÜLMEMEYE BAŞLANDI Temelleri Ağustos 2005'te Montreal'de yapılan FDI Kongresi'nde atılan, bölge dişhekimleri birliklerinin oluşturacağı organizasyon için yeni bir adım daha atıldı. • 49

ODALARDAN HABERLER

ESKİŞEHİR'DE SAĞLIK MÜDÜRÜ'NE TEPKİ Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dişhekimleri Odası tepki gösterdi. • 27

ÇORUM'DA BAHAR SEMPOZYUMU Sivas Dişhekimleri Odası geleneksel olarak düzenlediği Çorum Bahar Sempozyumu'nun altıncısını 6-7 Mayıs 2006 tarihlerinde Çorum-Sungurlu'da gerçekleştirdi. • 30

DİŞHEKİMLİĞİNİN GÜNDEMİ

'GSS'DE ÖNEMLİ OLAN UYGULAMA' TBMM'de kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na ilişkin TDB'nin tavrını ve gerekçelerini Genel Başkan Celal Yıldırım'a sorduk. • 38

KKTC'DE HEYECAN VERİCİ BİR ORTAK PROJE TDB'nin "Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi ilk uygulama alanını Kuzey Kıbrıs'ta buldu. KKTC Sağlık Bakanı Eşref Vaiz'den projeye ve KKTC'deki sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi aldık. • 52



12



49



52

• 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 **Tatyos Bebek** • TDBD 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 Cihannüma Mah. Salih Efendi Sok. Mistaş İşhanı 4/9 Beşiktaş İstanbul • **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**

TDBD Haziran-Temmuz 2006 94.sayı 18.000 adet basılmıştır. TDB üyelerine ücretsizdir. 2 ayda bir, yılda 6 sayı yayımlanır.

BÜTÜN YOLLAR SAMSUN'A ÇIKIYOR 19-24 Haziran 2006 tarihlerinde Samsun Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde Samsun'da yapılacak TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için artık tüm çalışmalar tamamlandı. • 56

DİŞHEKİMLİĞİ CAMİASINDAN

FAKÜLTELERDEN Ülkemizdeki dişhekimliği fakültelerinin tanıtımına devam ediyoruz. Bu sayıda Selçuk Ü.D.F. Dekanı Prof.Dr. Tamer Ataoğlu ve Süleyman Demirel Ü.D.F. Dekanı Prof.Dr. M. Üstün Güldağ ile görüştük. • 64

'İTHAL ÜRÜN ENFLASYONU YAŞANIYOR' Türkiye'de belli cihaz ve ürünlerde yoğunlaşsa da yaklaşık 40 yıllık geçmişi olan yerli üretimin geldiği aşamayı ve sorunlarını bu üretimin yaklaşık %80'ini gerçekleştiren Ferizan Peker (Güney Diş), Arto Babuçoğlu (Tekmil) ve Ethem Aslan (Dentsan) ile konuştuk. • 100

BİLİMSEL

FLORÜR TABLETİ KULLANILMALI MI? Prof.Dr. Seval Ömez • 72

HANGİ VAKADA HANGİ MATERYAL? Restoratif dişhekimliğinde materyal seçimi-Doç.Dr. L. Şebnem Türkün, Dr. Zeynep Ergücü • 74

DOSYA

DİŞHEKİMLİĞİNDE KULLANILAN IŞIK KAYNAKLARI Prof.Dr. Berna Tarım ve Prof.Dr. Taner Yücel'in hazırladıkları dosya dişhekimliğinde kullanılan ışık kaynaklarını ve uygulama tekniklerini her boyutuyla ele alıyor. • 85

ÇEŞİTLİ

HAKAN DÜNYANIN KÖŞESİNİ DÖNDÜ Son olarak Arjantin'in kuzey kıyılarında bıraktığımız meslektaşımız ve Atlas dergisi fotoğrafçısı Hakan Öge geçtiğimiz Ocak ayında Amerika kıtasının güney ucundaki Beagle Kanalı'nı aşarak Büyük Okyanus'a geçti. • 106

YÜREKTE KALAN KÖPÜK: MAVİ YOLCULUK 1957'den beri yapılan Mavi yolculuk, önceleri aydınların küçük gruplarla başlattıkları ve deniz coşkusunu yaşadıkları bir bilgi ve duygu alışverişiydi. Zamanla talebin ve teknelerin çoğalması, bu yolculuğu önemli bir turistik rotaya dönüştürdü. - Akgün Akova yazdı. • 112

ÖDÜLLÜ BULMACA Bulmaca meraklıları için bu sayımızdan itibaren çok da kolay olmayan bir bulmaca sayfamız yer alacak. Üstelik doğru çözen 10 meslektaşımız bizden çam sakızı çoban armağanı bir ödül kazanacak. • 128



56



64



85



112

REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

AC DENTAL	33	DENTLAZER	41	KAVO	105	SEVENLER DİŞ DEPOSU	55
AKADEMİK DENTAL	21-73	EMS	57	KENT DENTAL	59	SIGNAL	Arka kapak
AKTİF DİŞ TİCARET	83	ESTİ	123	LİDER DİŞ	66-67	SÖNMEZ MEDİKAL D.	03-19-28-29
BASMACI DİŞ DEPOSU	25	FARKO	35	MANNAS	61	TARMAK	47
BENLİOĞLU	84-93	FARMALİNK	10	MEDDENT	103	TEKMİL	48
BRAUN/ORAL B	04-05	FORTİS	17	MEDİFARM	79	TEKNOGEM	15
BUTLER GUM	81	GÜLOĞUZ DİŞ DEPOSU	98-99	MEFFERT İMPLANT ENS.	31	TOROS DENTAL	07
COLGATE	Ön kapak içi	GÜNEY DENTAL	45-111-125	METCO	36-37	TURAN UYSAL ve ORT	06
DENTANET	70-71	GÜNEY DİŞ	77	ÖNCÜ DENTAL	117	UNIMED	130
		IVOCLAR-VIVADENT	51-89	PAŞA DENTAL	115	VOCO	63
		IPANA	Arka kapak içi	RF SYSTEM	23	W&H	43



TDB Genel Başkanı **Celal K. Yıldırım**

Önyargı ve öngörüsüzlük çıkılmaz yoldur

Ülkemizi açmazlara sürükleyen zihniyetlerden biri, bireylerin ve kurumsal yapıların birbirlerine bakışının önyargılı olmasıdır.

Sanırım Cumhuriyet tarihimize önyargıların bu kadar güçlü olduğu bir dönem yaşanmadı. Sportif etkinliklerde yaşananlar, demokrasi ve özgürlük talebini türbanla sınırlandıranlar, AB sürecini olumlu bakanları vatan hainliğiyle suçlayan yaklaşımlar, bir halkın “nüfus artışı durdulsun” talepleri önyargılı yaklaşımların bazıları...

Demokrasiyi siyasal çoğulculuk olarak değil sayısal çoğunluk olarak algılayanlar ve başarısını başkalarının başarısızlığı üzerine kurgulayan önyargılı politikalar.

Nereye gidiyoruz soruları yine sık sık sorulmaya başlandı. “Bulanık suda balık avlayanlar” ya da “dumanlı havayı sevenler” çizmelerini giydiler, ortalıkta dolaşmaya başladılar.

Siyasi partilerimizin siyaset yapma biçimleri, yangına körükle gitme anlayışları süreci daha da olumsuzlaştırıyor.

Bu arada ekonomide sıkıntılar yaşanmaya başladı. IMF; sosyal güvenlikte ve özellikle sağlık hizmetlerinde harcamalarının arttığını söyleyerek kısıtlamalara gidilmesini istiyor.

Yetkililer çare olarak sağlık hizmetlerinde işlem başı ödeme yerine paket olarak tanımlanan ödeme sistemine geçileceğini söylüyor. Yaşanılan bu sonucun nedeni ise ülkemizi açmazlara sürükleyen öngörüsüz

politika anlayışdır.

Doğal olarak her yeni sistemin sıkıntıları olacaktır. Bu sıkıntıların ya da sorunların asgari olması için yeterince sorgulayarak işe başlamak gerekir. Ancak ülkemizde siyaset yapma anlayışında “göç yolda düzeler” yaklaşımı belirleyicidir. Göç yolda düzelmeyince yaz boz tahtası işlemeye başlıyor. Gündeme taşınması, konuşulması bile acı veren ve de yanlış olan sağlıkta tasarruf tartışmalarına başlanıyor.

Yıllardır “benim oğlum bina okur döner döner yine okur” deyişinde olduğu gibi olduğumuz yerde patinaj yapıp duruyoruz.

Kendi iç dinamiklerimizle adım atma becerisini gösteremiyoruz. Oysa ülkemizin geleceğine yönelik vizyonu olan kişi ve kurumların varlığı bilinen bir gerçek. Eksiklik; bu potansiyeli kullanma ve değerlendirme becerisine sahip siyasetçilerin olmaması.

Meslek kuruluşlarının kendi alanlarıyla ilgili önermeleri hükümetler tarafından dinlense ve tartışma sürecinden sonra uygulamaya geçilse birçok sorunun ortaya çıkmadan çözüleceği görülecektir. Müzakereci ve katılımcı demokrasi, iş yapılmasını engelleyen bir lüks değil, işin iyi ve sorunsuz yapılmasını sağlayacak bir zorunluluktur. Meslek kuruluşlarına önyargılı yaklaşımlar ve geleceğe yönelik öngörüsüzlük, biraz da bu demokrasi kültürü eksikliği nedeniyle ülkemizin önünü tıkamaya devam ediyor.

TDB ve Odalar Sağlık Bakanlığı'nı ziyaret etti

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ile 28 Oda Başkanı ve diğer Oda yöneticileri, 31 Mayıs 2006 günü Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ı makamında ziyaret etti. Dişhekimi milletvekillerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantıda; kamunun özelden hizmet alması ve sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmek istenmesi konularında değerlendirmelerde bulunuldu.



Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ile 28 Oda Başkanı ve Oda yöneticileri, 31 Mayıs 2006 Çarşamba günü Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ı makamında ziyaret etti. Dişhekimi milletvekilleri Remziye Öztoprak, Bayram Özçelik, Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt, Mehmet Kılıç, Orhan Seyfi Terzibaşoğlu ve Süleyman Gündüz'ün de katılımıyla gerçekleştirilen toplantıda; kamunun özelden hizmet alması ve sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmek istenmesi konularında değerlendirmelerde bulunuldu.

Toplantıda Sağlık Bakanı, bugüne kadar Türk Dişhekimleri Birliği ile hep yakın işbirliği içinde olduğunu, vatandaşın hizmete erişimi ve dişhekimlerinin problemlerinin çözümü için bu işbirliğinin zaten gerekli olduğunu belirterek, sahte dişhekimleri konusunda ilerleme kaydedildiğini, diş teknisyenlerinin çalışma koşullarının çerçevesinin belirlendiğini vurguladı ve kamuda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin artırılması konusunda mesafeler aldıklarını ifade etti.

TDB Başkanı Celal Yıldırım da,

toplantının başında; "Bugün 28 Oda başkanımız, Oda yöneticilerimiz ve TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleriyle mesleğimizin sorunlarını dile getirmek üzere sizinle bir araya geldik. Bizler mesleğini %85 oranında muayenehanelerde sunan bir meslek grubunun mensupları olarak sorunlarımıza çözüm aramaktayız. Değişik bölgelerden gelen meslektaşlarımız dertlerini bizzat size iletmek istiyorlar." diyerek görüşlerini iletmeleri için sözü Oda yöneticilerine bıraktı.

'Dişhekimleri gizli işsiz'

Bursa Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Emel Coşkun, "Ege ve Marmara Bölgesi'nin sıkıntılarını aktarmak istiyorum" diyerek

konuşmasına başladı ve öncelikle toplumun %80-90'ında ağız ve diş sağlığı sorunu olduğunu hatırlatarak, hizmete ulaşmada sorun yaşandığını, kamuda ise istihdamın kısıtlı olduğunu ve kamuda çalışan dişhekimlerinin toplumun ağız ve diş sağlığı hizmeti talebine cevap vermekte yetersiz kaldığını belirtti.

Emel Coşkun; "Ülkemizde bu kadar çok sayıda dişhekimi var ancak dişhekimine başvuru oldukça az. Bir dişhekimi yüksek maliyetler ödeyerek eğitimini tamamlamakta ve yine yüksek meblağlar ödeyerek muayenehane açmaktadır. Ancak ben kendi adıma bugün muayenehanemde mesleğimin en verimli çağında ancak %30-40 kapasite ile çalışmaktayım. Dolayısıyla dişhekimleri bir anlamda gizli işsiz konumunda gelmektedir." diyerek, muayenehanelerden hizmet satın alınması yo-



Bursa D.O. Genel Sekreteri

Emel Coşkun:

Kamuda istihdam kısıtlı. Kamudaki dişhekimi sayısı toplumun ağız ve diş sağlığı hizmeti talebine cevap vermekte yetersiz kalıyor.

luyla atıl durumda bulunan bu muayenehanelerin ekonomiye kazandırılmasının mümkün olacağını, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu hekimliğe gereken önemin verilmesiyle, tedavi edici hizmetlere ödenen yüksek bedellerin önüne geçilmesinin, bu sayede maliyetin uzun vadede düşürülmesinin mümkün olacağını ifade etti.

Erzurum Dişhekimleri Odası Başkanı Alper Eminoğlu ise aktarılan bu sıkıntılara ek olarak dişhekimlerinin bölgesel ve coğrafi dağılımında yaşanan sıkıntılara değinmek istediğini belirterek; "Benim başkanı olduğum odaya bağlı 6 ilde toplam 160 üye var, ancak yazık ki çoğu ilçede dişhekimini bulunmuyor. Bugün İstanbul'un Şişli ilçesinde 450 kişiye bir dişhekimini düşerken, Iğdır'da yalnızca 9 dişhekimini hizmet vermektedir. Erzurum'un Tekman ilçesinde kamuda da, özelde de dişhekimini maalesef yoktur." diyerek bu durumun sahte dişhekimlerine ortam yarattığını vurguladı. Alper Eminoğlu, hizmetlerin muayenehanelerden alınmasının hem ekonomik olarak kayıt altına alınmasına, hem de sahte dişhekimleri ile mücadelede yol kat edilmesine yaracağını söyleyerek konuşmasını bitirdi.

'Muayenehaneler atıl durumdan kurtarılmalı'

Kayseri Dişhekimleri Odası Başkanı Tülay Tacettinoğlu; İç Anadolu'yu temsil ettiğini belirterek başladığı konuşmasında, dişhekimini olmanın maliyetli bir iş olduğuna, kabaca bir hesapla, eğitim için harcanan paranın 100 bin dolar, eğitim sonrası muayenehane açmak için ise birkaç 10 bin dolar bir meblağ gerektirdiğine değinerek, gelişmiş ülkelerde günlük ortalama muayenehaneye giden hasta



Görüşmede bulunan dişhekimleri milletvekilleri de TDB'nin taleplerine destek verdi.

sayısı 15 iken, ülkemizde günde yalnızca 5 olduğunu hatırlattı ve muayenehanelerin atıl durumdan kurtulması için özelden hizmet alınması gerektiğini ifade etti.



Erzurum D.O. Başkanı Alper Eminoğlu:

Dişhekimlerinin coğrafi dağılımı adaletsiz. Dişhekimini olmayan bölgelerde kamunun da istihdam yaratmaması, sahte dişhekimlerine ortam sağlıyor

Daha sonra söz alan Adana Dişhekimleri Odası Başkanı Asım Savaş; Bütçe Uygulama Talimatı'nın yukarı çekilmesi, TDB'nin Asgari Ücret Tarifesi'nin de biraz aşağıya çekilmesiyle özelden hizmet satın alınması için bir çalışma yapmanın söz konusu olabileceğini belirterek, "kamuda verilen hizmetin kalitesinin yanıltıcı ve çok düşük olduğunu göz ardı

etmek mümkün değildir. Bugün biz pamuk üzerine dolgu yapıldığına dair vakaların olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla bir kontrol sisteminin oturtulması şarttır." dedi. Asım Savaş, konuşmasının devamında bölgenin çoğu yöresinde dişhekimini bulunmadığına, vatandaşın bu nedenle şehir merkezlerine gidip hizmet alamadığı için sahte dişhekimine gittiğine dikkat çekerek, birçok ilçede de hakim ve savcılarının bile bu sahte dişhekimlerine

gittikleri için, bunlara ceza verirken ciddi sıkıntıların ortaya çıktığına değindi ve kendisinin de sahte dişhekimleri ile yapılan mücadelede birkaç kez silahlı saldırıya uğradığını belirtti.

'Siyasi iradeye ihtiyaç var'

Oda Başkanlarının konuşmasından sonra söz alan TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım, Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a hitaben; "Sayın Bakanım sorunlarımız çok ve açıkçası biz bu mücadelede yorulduk. Yapılacak çok iş var ancak bunun için siyasi iradeye ihtiyaç var. Bu noktada siz, dişhekimlerine nasıl bakıyorsunuz öğrenmek istiyorum" diye sordu.

Bunun üzerine Sağlık Bakanı Recep Akdağ, öncelikle sağlıkta son 3.5 senede ciddi adımlar atıldığına ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile 1960'lı yıllardan bu yana ilk defa sağlık alanında gerçek bir reform yapıldığına değinerek, daha önce uzman hekimlerde %10 olan full time çalışma oranının bir sene içinde %56'ya çıktığını, Devlet İstatistik Enstitüsü'nün memnuniyet anketinde 2003 yılında %37'lerde olan oranların 2005 yılında %50'lere çıktığını ifade etti.

Dişhekimliğinde çok ciddi reformlar yapılmadığının doğru oldu-



Kayseri D.O. Başkanı Tülay Tacettinoğlu:

Dişhekimini eğitimi çok maliyetli bir eğitim. Bu eğitimden geçmiş insanların atıl kalmaması lazım.

ğunu belirten Sağlık Bakanı Recep Akdağ, bunun nedenlerine de bakmak gerektiğini söyleyerek; "Sıkıntıların aşılabilmesi için ortalama bir dişhekiminin aylık kazanç beklentisi ne kadardır bunun tespiti önemlidir. Biz bugün aile hekimliği uygulamasını getirdik, aile hekimliğinde kişi başı ücret uygulamasına geçtik ve pilot uygulamalarımız Düzce'de olumlu sonuçlar verdi. Dişhekimliği alanında da bunu yapabiliriz. Ama beklentileri gerçekçi bir düzeyde tutmak gerekmektedir.

Bu gün kamunun alım gücünün olmadığı bir gerçektir. Aile hekimisi Düzce'de ortalama 2.5-3 milyar gibi paralar kazanacaktır. Dişhekimleri de buna benzer net rakamlar üzerinden konuşurlarsa belli bir noktaya ulaşmak mümkün olabilir. Dişhekimlerinin de tıpkı aile hekimleri gibi kendilerine kayıtlı hastalarının var olduğu bir modeli ortaya koyabilmek için

kamunun alım gücü ile beklentileri örtüştürmek gerekir. Elbette hepimiz özelden hizmet alınmasını isteriz ancak dişhekimlerinin karşılanabilir rakamlara razı olması gerekir, yoksa bu istek yalnızca temenni noktasında kalır. Bunun için kamunun ödeyebileceği rakamlar üzerinden muayenehanelerden alınacak hizmetin sürdürülebilir bir modelini oluşturmak gerekir." dedi.

Akdağ: Çalışma grubu oluşturalım

Sağlık Bakanı Recep Akdağ konuşmasının devamında, Bunun için bir çalışma grubu oluşturulmasını ve bu çalışma grubunda TDB'den, dişhekimisi milletvekillerinden ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinden temsilciler bulunmasını önererek; "Bu çalışma gru-

bunda karşılıklı beklentileri, uygun modelleri tartışalım, istismarların önüne nasıl geçeriz buna bakalım. Ben açıkçası dişhekimliği ile aile hekimliği arasında bir bağlantı kurmayı mantıklı buluyorum. Aile Dişhekimliği kavramını hayata geçirebilmek için sabit ücret, artı bunun üzerine aile hekimliğinde olduğu gibi kayıtlı üye sayısı kadar ücret ödenmesi şeklinde bir model söz konusu olabilir." dedi.

Toplantıda meslektaşlarını desteklemek adına bulunan dişhekimisi milletvekillerimizden AKP Erzurum Milletvekili Prof.Dr.

Muzaffer Gülyurt, meslektaşlarımızın %85'inin serbest çalıştığına, kamuda çalışana iyi para vermenin iyi olduğuna, serbest çalışan bir dişhekiminin ise muayenehane açmak için ortalama 50 milyar para harcadığına, ancak böyle bir yatırımın atılacağına dikkat çekerek, Devletin bu insanlardan hem halkın sağlığı için hem de bu yatırımların boşa gitmemesi için yararlanması gerektiğini belirtti.

Gülyurt, bir yandan Kamuda hasta yığılmasının söz

konusu olduğuna, diğer yandan ise serbest çalışan dişhekimlerinin boşta durduğuna değindiği konuşmasında, özellikle toplumun ağız ve diş sağlığı için koruyucu dişhekimliğine ağırlık vermek gerektiğine vurgu yaptı. Çocuklarda süt dişlerinin korunması için fissür örtücü gibi tedavilerin düşük bir ücret karşılığı



**TDB Genel Başkanı
Celal Yıldırım:**

Bütün sorunlar çözülebilir, ancak bunun için siyasi iradeye ihtiyaç var

özel muayenehanelerden alınmasının sağlanabileceği örneğini veren Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt, "Koruyucu hekimliğe yatırım ilerde, tedavi edici hizmetlerin yol açacağı yüksek maliyetlerden ülke ekonomisi için gizli bir kazanım sağlayacaktır. Önce 6 yaş

dişleri için fissür örtücü gibi koruyucu hekimlik hizmetini özelden almaya başlayalım, sonra diğer hizmetleri özelden alma aşamasına gelebiliriz. Hangi tedaviler(özellikle koruyucu olanlar) özel muayenehanelerden alınır bunu tespit edelim, sonra işi Maliye Bakanlığı ile oturup görüşelim." dedi.

AKP Muğla Milletvekili Seyfi Terzibaşoğlu ise konuyla ilgili olarak; "Ben Meclis'te Plan ve Bütçe Komisyonu üyesiyim. Talepler haklı ancak Maliye'nin imkanları da kısıtlı. Bizim hizmet bedellerimiz sürdürülebilir olmalı; bir yıllık, iki yıllık değil, sürekli uygulanabilir olmalı" diyerek görüşlerini belirtti.

Sağlık Bakanı'nın çalışma grubu kurulması önerisiyle ilgili olarak TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım; "Biz yıllardır yapılan hizmetlerin kontrolü ve faturaların kontrol edilmesi için Odalarımıza yetki verilmesini istedik. Düzce'deki aile hekimliği pilot uygulamasında dişhekimliği alanında da uygulama fırsatı bularak, gelecekteki sıkıntıların neler olabileceği konusunda fikir edinmek istedik, ancak bu uygulama olmadı." dedi ve koruyucu uygulamaya yönelik sağlık eğitimi projesinin hayata geçirilmesi gerektiğini, tedavi



**Adana D.O. Başkanı
Asım Savaş:**

Pamuk üzerine dolgu yapıldığına dair vakaların olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla bir kontrol sisteminin oturtulması şarttır.



**Erzurum Milletvekili
Prof.Dr. Muzaffer Gülyurt:**

Dişhekiminin muayenehanesine yaptığı yatırımı da devletin dikkate alması gerekir

edici hizmetlerin maliyetini bu yolla düşürmenin mümkün olabileceğini ifade etti. Celal Yıldırım, konuşmasının devamında; “Çalışma grubu öneriniz bizim açımızdan olumlu, ancak daha önce de bu yönde olumlu bir öneriniz olmuştu. Ne yazık ki sayın müsteşara ulaşmak mümkün olmadığı için, bunu hayata geçiremedik.” diyerek endişelerini dile getirdi.

Bunun üzerine Sağlık Bakanı Recep Akdağ, toplantıda bulunan görevlilere talimat verdi ve Çalışma Grubu için TDB'nin seçtiği kişilerin 1 hafta içinde Müsteşar Yardımcısı İsmail Demirtaş ile temasa geçmesini istedi.

Bu arada TDB Genel Başkanı'nın, muayenehanelerinde dışarıda bırakılarak özel hastanelerden ve merkezlerden hizmet alınacağına dair bir söylenti bulunduğu, bunun doğru olup olmadığını sorması üzerine Sağlık Bakanı; “Benim de isteğim özelden hizmet satın alınması ancak, bunun için sürdürülebilir bir sistem kurmak



Ankara Milletvekili Remziye Öztoprak:

Sahte dişhekimlerine verilen cezayı indirirsek, bu mesleğin elde etmiş olduğu en büyük kazanımını kaybetmiş olacağız.

önemli.” diye yanıtladı.

Yine toplantıda bulunan AKP Sakarya Milletvekili Süleyman Gündüz ise; Sağlık hizmetlerinin satın alınması konusunda kamunun büyümesi değil, aksine özel sektörün güçlendirilmesinin önünü açmak gerektiğini ve özelden hizmet satın alınması ile ilgili düzenlemenin acilen yapılması gerektiğini kanaatini taşıdığını belirterek, çalışma grubu önerisinin önemli bir adım olduğunu ifade etti.

‘Sahte dişhekimini korunmasının’

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım, Sahte dişhekimleri ile ilgili şimdiki ceza uygulamasında düzenleme yapılacağını hatırlatarak, iki yıl önce çıkan yasada “aletlerin kimin olduğuna bakılmaksızın el konular” ifadesi varken, bu maddenin kaldırıldığını, 3 yıldan 5 yıla kadar olan hapis cezasının 2-5 yıla indirildiğini, bunun da hapis cezasının para cezasına çevrilmesi sonucunu doğur-



Sağlık Bakanı

Prof. Dr. Recep Akdağ:

Kamunun alım gücü ile dişhekiminin beklentilerini örtüştürmek gerekir.

duğunu belirterek, “İki yıl önce çıkan yasa bizi sevindirmişti, şimdi aynı hükümet bu yasadaki cezaları düşürmeye çalışıyor.” diyerek yaşanan çelişkiye dikkat çekti.

Bu konuşma üzerine AKP Muğla Milletvekili Seyfi Terzibaşoğlu, Yeni TCK yasasının çıktığından bahisle “Verilen ceza hukukta uygulanabilir olmalı. Bir suçta çok ağır ceza verdiğinizde, hakim bu suçta bu kadar yüksek ceza veremez deyip uygulamıyor bunu.” diyerek görüşünü dile getirdi.

Sahte dişhekimleriyle ilgili çıkan yasanın hazırlanmasında önemli katkısı olduğu bilinen AKP Ankara Milletvekili Remziye Öztoprak ise; “Sahte dişhekimlerine verilen cezayı biz indirirsek, bu mesleğin elde etmiş olduğu en büyük kazanımını kaybetmiş olacağız.” diyerek yasada yeni yapılacak değişikliğe tepkisini dile getirdi.

Toplantı, Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın; “Ekip çalışmasına başlıyoruz. Atıl kapasiteyi birlikte geliştirebiliriz. Ancak beklentiler ne kadar gerçekçi olur ve sürdürülebilir olursa o kadar başarılı oluruz. Kamunun karşısına siz iki misli masrafla çıkarsanız bu gerçekleşmez.” sözleriyle sona erdi.

Sağlık Bakanlığı, TDB ve dişhekimleri milletvekillerini biraraya getirecek çalışma grubu oluşturuldu

Olumlu bir başlangıç

Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu ile Oda başkan ve yöneticilerinin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'la yaptıkları toplantıda kararlaştırılan, Bakanlık, TDB temsilcileri ve dişhekimleri milletvekillerinin yer alacağı Çalışma Grubu için ilk adımlar atıldı.

Konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün TDB'ye gönderdiği yazıda; diş tedavileri-

nin doğrudan müracaat yoluyla muayenehanelerinden sağlanması konusunda, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılabilecek hususların belirlenmesi, izlenecek yol ve çalışma programının oluşturulması amacıyla 9 Haziran 2006 günü bir değerlendirme toplantısı yapılacağı bildirildi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dişhekimliği Ahmet Nuh Büyükkakpınar'ın başkanlığında yapılacak toplantıya

TDB'yi temsilen Merkez Yönetim Kurulu üyeleri Murat Akkaya, Tümay İmre ve Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı Komisyon Üyesi Muharrem Armutlu katılacak.

Söz konusu Çalışma Grubu, muayenehanelerden hizmet satın alınmasına ilişkin olarak; tedavi türleri, yaş grupları, hizmet bedelleri, kullanım süreleri vb. kriterleri belirleyen bir rapor hazırlayacak.

Düzeltilme: 93. sayımızda TDB'nin 20. yılıyla ilgili dosyada eski yöneticilerimizden Taner Önal'la yapılan söyleşide Önal'ın “sosyal ilişkilerimiz pek gelişkin değildi” ifadesi kayıt çözümünde yanlış anlaşıldığından “sosyal yönleri de pek gelişkin değildi” şeklinde yer almıştır. Düzeltir, bu hatadan dolayı meslektaşlarımızdan özür dileriz.

Sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesi engellendi



"170 Maddeden Oluşan Ceza Hükümlerini Türk Ceza Kanununa Uyarlayan Yasa Tasarısı"nda yer alan sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesi hakkındaki kanun maddesi, TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım ve MYK Üyesi Murat Akkaya'nın katılımıyla 7 Haziran günü gerçekleştirilen Adalet Komisyonu toplantısında, Adalet Bakanı Cemil Çiçek'in teklifiyle tasarıdan geri çekildi.

Komisyonunda bulunan tasarı metni; şu an yürürlükte olan sahte dişhekimlerine verilen 3 yıldan 5 yıla kadar hapis cezasını, 2 yıldan 5 yıla düşürmekte ve bu

sayede hapis cezasının ertelenmesine olanak sağlamaktaydı. Ayrıca söz konusu tasarı maddesi, bir milyar liradan üç milyar liraya kadar olan ağır para cezasının 1000 güne kadar adli para cezasına çevrilmesini öngörmekteydi. Bu olumsuz gelişmelerin önlenmesi amacıyla, TDB'nin görüşlerini Adalet Bakanı Sayın Cemil Çiçek'e iletmek üzere randevu talebinde bulunuldu. Talep üzerine 5 Haziran 2006 tarihinde TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım'ı telefonla arayan Adalet Bakanı Cemil Çiçek, 7 Haziran 2006 tarihinde toplanacak olan Komisyon top-

lantısına Komisyon Başkanı Köksal Toptan tarafından davet edileceğini ifade etti.

7 Haziran 2006 tarihindeki Komisyon toplantısına TDB MYK Üyesi Murat Akkaya ile katılan Celal Korkut Yıldırım'ın Komisyon üyelerinin konuşmalarını takiben TDB görüşlerini ifade etmesinden sonra, Adalet Bakanı Çiçek tarafından sahte dişhekimlerine verilecek cezaların düşürülmesine yönelik kanun tasarısında geçen maddelerin geri çekildiği açıklandı.

Yapılan oylama sonucu oy çokluğuyla, bu teklif Adalet Komisyon'unda kabul edildi. Geri çekilen kanun maddesiyle sahte dişhekimlerine karşı yürütülen mücadelede önemli bir yanıştan geri dönülmüştür.

10 Haziran 2004 tarih ve 5181 sayılı kanunla, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 41. maddesini değiştiren ve sahte dişhekimlerine 3 yıldan 5 yıla kadar hapis ve bir milyar liradan üç milyar liraya kadar ağır para cezası ile işyerlerinde bulunan dişhekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçlere kime ait olursa olsun el konulmasına ilişkin hükümler aynen geçerliliğini koruyacak.

Sahte dişhekiminin koruyucusu var

Sahte dişhekimlerine verilen cezaların düşürülmesine yönelik maddenin 7 Haziran 2006 günü Adalet Komisyonu toplantısında görüşülmesi sırasında, AKP Adıyaman Milletvekili Fehmi Hüsrev Kutlu, konuyla ilgili olarak son derece ilginç bir konuşma yaptı.

Kutlu, "Türkiye'nin bir çok yerinde dişhekimini bulunmadığını, bu boşluğu doğal olarak akademik eğitim almamış kişilerin doldurduğunu, dolayısıyla bu insanların ülkeye ve ülke in-



sanına büyük hizmet sunduklarını, hatta verdikleri hizmetle tanınan Kırıkhan'ın bu anlamda iyi bir hizmet örneği olduğunu, dolayısıyla hekimin olmadığı yerde hizmet veren bu insanlara verilecek cezanın idam hükmü niteliğinde olacağını" ifade etti. Bu ifadelerinin sahibinin halkın sağlığının korunmasında TDB'ye destek olan dişhekimleri milletvekillerimizle aynı çatı altında yer alması siyaset dünyamızın niteliği konusunda bizleri bir kez daha düşünmeye sevk etti.

Emek

Platformu'ndan uyarı eylemi

Türk Dişhekimleri Birliği'nin de bileşenleri arasında bulunduğu Emek Platformu, Sosyal Güvenlik Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na Karşı "Genel Uyarı Eylemi" yapılacağını belirten bir bildiri yayımladı.



19 Nisan 2006 tarihinde TBMM'de kabul edilen Sosyal Güvenlik Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından 15 maddesi bir kez daha görüşülmek üzere Meclise iade edilmişti. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından aynen kabul edilen Kanun tasarısının, 30 Mayıs 2006 Salı günü TBMM Genel Kurulu'nda görüşüleceği haberi üzerine EMEK Platformu; sağlığın ve sosyal güvenliğin devlet için bir yükümlülük, yurttaş için de bir hak olduğu gerçeğini göz ardı eden, sosyal devleti ortadan kaldıran, çalışanlar arasında eşitsizlik ve adaletsizlik yaratan, toplumun tüm kesimlerini kucaklamayan bu yasa tasarısına karşı çıktığını ve bu nedenle, emeklilik yaşının yükseltilmesine, prim gün sayısının arttırılmasına, emekli maaşlarının düşürülmesine, sağlık hakkının ortadan kaldırılmasına karşı, tepkilerini duyurmak amacıyla 30 - 31 Mayıs 2006 tarihleri arasında bazı eylemler yapma kararı aldı. 30 Mayıs 2006 Salı günü saat 11:30-12:00 arasında 30 dakikalık GENEL UYARI EYLEMİ gerçekleştirildi ve işyerlerinde sayfamızda da yer verdiğimiz bildiri okundu. TBMM'deki görüşmeler ikinci gün de devam edeceği için, yine alınan karar gereği, Emek Platformu bileşenlerinin Türkiye genelindeki bütün yöneticileri 31 Mayıs 2006 Çarşamba günü saat 14:30'da TBMM Dikmen Kapısı'nda toplandı.

Emek Platformu bildirisi:

Hükümeti uyarıyoruz!

E meklilik yaşının yükseltilmesine, prim gün sayısının arttırılmasına, emekli maaşlarının düşürülmesine, sağlık hakkının ortadan kaldırılmasına karşı

HÜKÜMETİ UYARIYORUZ!

Ekonominin yönetimini IMF'ye bırakan Hükümet, sermayeye verdiği vaatleri yerine getirme kararlılığını sürdürüyor. Referandumda yasaya "hayır" diyen 2.5 milyonu aşkın yurttaşın iradesi yerine, IMF'nin istekleri doğrultusunda yasayı Meclis'ten geçirdi...

Ama "sosyal devleti" SSGSS Yasası'yla mezara göndermek isteyenler amaçlarına ulaşamadı... Yasa, sosyal güvenlik harcamalarının gerektiğinde devletçe karşılanması zorunluluğu; sosyal devletin görevleri arasında yer alan insan onuruna yaraşır asgari yaşam düzeyinin sağlanmasının, herkese çalışma olanağı yaratılması, çalışanlara adaletli ve dengeli ücret verilmesi ve çalışmayacak durumda olanların sosyal güvenlik önlemleri ile korunması anlamını taşımadığı GEREKÇESİYLE VETO EDİLDİ... Sayın Cumhurbaşkanı'nın veto gerekçeleri, yasaya karşı çıkışımızın temel felsefesini iktidara anlatmış ve itirazlarımızın anayasal boyutta haklı olduğunu ortaya koymuştur! Şimdi yasa yine TBMM Genel Kurulu'na taşınıyor!

BİZ EMEK PLATFORMU OLARAK:

- Hükümetin, IMF politikalarını uygulamadaki kararlı ve ısrarcı tutumu ile yasaya ilişkin veto gerekçelerini ve taleplerimizi göz ardı etmesini; Anayasa'nın eşitlik, adalet ve hakkaniyet ölçülerine uymayan, sosyal devlet ilkesini göz ardı eden tavrını; toplumsal uzlaşmayı reddeden kaygı verici

bir tutum olarak, görüyoruz!

- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bir kez daha görüşülmek üzere TBMM'ne gönderilmesini toplumsal uzlaşma sağlanması konusunda yeni bir fırsat olarak görüyor; bu nedenle, TBMM'yi ve Hükümeti bu yasayı tümüyle geri çekerek TALEPLERİMİZ doğrultusunda yeni düzenlemeler yapmaya çağırıyoruz!
- Veto gerekçesinde ifadesini bulan, sağlığın ve sosyal güvenliğin devlet için bir yükümlülük, yurttaş için de bir hak olduğu gerçeğini ve yasanın yeniden görüşülmesi aşamasında göz ardı edilemeyecek Anayasal bir buyruk olduğunu bir kez daha hatırlatıyoruz!
- TBMM'de grubu bulunan tüm siyasi partileri sosyal devlet ilkesini korumak, veto gerekçelerine sahip çıkmak ve Emek Platformu'nun talep ve önerilerini dikkate almak üzere etkin ve kararlı olmaya çağırıyoruz!

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yapılan görüşmelerde yasanın ilgili maddeleri geri gönderildiği biçimde değiştirilmeden kabul edilerek bugün TBMM Genel Kurulu'na getirildi. Yasanın veto edilen maddelerinin görüşülmesine yarın da devam edilecek.

Bu nedenle bugün, ülke genelinde tüm işyerlerinde 30 dakikalık süre ile iş bırakıp GENEL UYARI EYLEMİ yapıyoruz.

Sosyal devleti ortadan kaldıran, çalışanlar arasında eşitsizlik ve adaletsizlik yaratan, halkı yoksulluğa mahkum eden bu yasanın uygulanmasına izin vermeyeceğiz!

Yarın, EMEK PLATFORMU BİLEŞENLERİNİN TÜM YÖNETİCİLERİYLE BİRLİKTE TBMM ÖNÜNDE olacağız!

TDB ve İpana'nın organize ettiği ve satılan ağız diş sağlığı bakım ürünlerinin belli bir yüzdesinin aktarılmasıyla oluşturulan 'Sağlıklı Gülüşler Odaları' projesi 2006 yılında da devam ediyor.



Sağlıklı Gülüşler Odaları projesi sürüyor

2005 yılında Türk Dişhekimleri Birliği ve İpana'nın Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu yuvalarında yaşayan çocukların ağız diş sağlığı eğitimlerini sağlamak amacıyla birlikte organize ettikleri Sağlıklı Gülüşler Odaları projesi bu yıl da devam ediyor. Yuvarda kalan çocukların isimleri Aralık ayında netleşebildiği ve ardından sömestr tatili araya girdiği için bu yıl Mart

ayında başlayabilen proje kapsamında bu yıl, birey başarı tespiti, fırçalama bilgilerinin test edildiği anket uygulaması, diş ipi eğitimi ve broşür dağıtımı, buna paralel olarak genel bilgilendirme, Fluor jel uygulama (bazı gruplar için devam ediyor), bakıcı annelerin eğitimi ve son olarak birey başarı tespiti yapılacak ve dönem çalışması tamamlanacak. TDB adına Projeyi koordine eden diş

hekimini Nimet Koçak özverili çalışmaları nedeniyle projede yer alan gönüllü dişhekimlerine teşekkür etti.

Tanı Tedavi Protokolleri hazırlanıyor

Dişhekimliği hizmetlerinin uygunluğunun ve kalitesinin kontrolü açısından çok önemli olan, kamunun ağız diş sağlığı hizmetini muayenahanelerden alması sürecinde de kullanılacak Tanı ve Tedavi Protokolleri'nin hazırlanmasında sona yaklaşıldı.

TDB MYK üyesi ve Tanı Tedavi Protokolleri ve Kodlama Sistemleri Komisyonu sorumlusu Prof.Dr. Murat Akkaya çalışmalarda gelinen son nokta hakkında bilgi verdi.

Komisyonun yaklaşık 1,5 yıl önce çalışmaya başladığını aktaran Akkaya, öncelikle uluslararası hastalık kodlama sistemi olarak ICD 10'un kabul edildiğini ve Türkçe tercümelemlerin revize edildiğini belirtti. Daha sonra dental işlemlerin (tedavilerin) sınıflandırması, kodlanması ve işlemlerin açıklaması CDT 4 (dişhekimliği işlem kodları) üzerinden yürütüldüğünü, hastalık ve işlem kodlamaları bittikten sonra bu iki sistemin kod çakıştırmalarının yapıldığını,

CDT4'te ortodontik işlemlerin detaylı tanımlaması ve kodlaması olmadığı için ortodontik işlemlerin ayrıca tanımlanıp kodlandığını söyleyen Akkaya, Komisyonun Haziran 2006 hedeflerine uygun olarak hastalık ve işlem kodlamalarını bitirip işlem açıklamalarını yazdığını, bundan sonraki hedeflerinin hazırlanan işlem kodları üzerinden tanı ve tedavi protokollerinin yazılması olduğunu, bunun için de bir çok branşın hazırlığının tamam olduğunu ifade etti. Akkaya, çalışmanın bundan sonraki aşamasını "Son olarak malzeme kodlarının hazırlanması ve bunların tanı ve tedavi kodları ile çakıştırılması, ayrıca tümünün Bütçe Uygulama Talimatı ile çakıştırılması gerekmektedir." diye özetledi.

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girdi

Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından onaylanan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 20 Mayıs 2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer, daha önce SKK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nı tek çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nu, yönetim kurulu üyelerinin atamasını ortak kararname kapsamından çıkararak bakan onayına bırakan 6. maddesini veto ederek Meclis'e iade etmişti. TBMM Genel Kurulu'nda 16 Mayıs 2006 tarihinde Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in iade gerekçesi doğrultusunda değiştirilerek yeniden Çankaya Köşkü'ne gönderilen kanunda yapılan değişikliklerle, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun dört üyesinin "ortak kararname" ile atanması benimsendi.

Sağlıkta tasarrufa hayır!

Türk Dişhekimleri Birliği, IMF'nin 4,5 milyar YTL tutarındaki önlem talebinin, kamusal hizmetlerde ve özellikle sağlık hizmetleri harcamalarında kısıtlama yapılarak karşılanmasına karşı bir basın açıklaması yaparak tepkisini dile getirdi.

Sağlık hizmetleri harcamalarında kısıtlama yapılacağı açıklamalarına karşı yapılan basın açıklamasında "Sağlıkta Tasarruf" kavramının insani bir kavram olmadığı belirtilerek, hiçbir koşulda, insan hayatına ilişkin hizmetlerde herhangi bir tasarrufa gidilmesinin ve kısıtlama yapılmasının söz konusu olmaması gerektiği vurgulandı. Ayrıca, sağlıklı olmayan bir toplumun üretken olmasının ve o toplumda sosyal ilişkilerin barışçıl olmasının mümkün olamayacağı belirtilen basın açıklamasında, "Tasarruf" adına yapılacak uygulamalardaki çeşitli zorlukların, hastaların hekime ve tedaviye erişiminde çıkarılacak engellerin, daha fazla hastalığın ortaya çıkmasına neden olacağına ve sağlık harcamalarını artıracığına dikkat çekilerek, IMF'nin talebiyle alınacak ve milyonlarca kişinin genel sağlığını etkileyecek kararlara hükümetin direnemesinin tek yolunun, toplumsal kesimlerin sesine kulak vermesi ve onların örgütleriyle diyalog kurmasından geçeceği belirtildi.

Dişe zarar reklamlar!

İki firmanın televizyon reklamlarında yer alan yanlış yönlendirici görüntüler nedeniyle TDB Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürlüğü'ne yazılı bir başvuru yaparak bu reklamların yayından kaldırılmasını istedi.



Son zamanlarda televizyonlarda yayınlanan bazı reklamlarda toplumun ağız ve diş sağlığına zarar veren ve yanlış yönlendirmelere yol açan görüntüler yer almaktadır.

Türk Dişhekimleri Birliği, konuyla ilgili olarak Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Müdürlüğü'ne yazılı bir başvuru yaparak bu reklamların yayından kaldırılmasını istedi.

Türk Dişhekimleri Birliği'nin kurulduğu günden bu yana büyük bir toplum-

sal sorun olan ağız ve diş sağlığı hastalıklarının yaygınlığının ve şiddetinin azaltılması için çalışmalar yaptığına, bu çalışmaların bir bölümünün de yanlış inanışları ve kötü alışkanlıkları değiştirmeye yönelik çabalar olduğuna dikkat çekilen yazıda, son zamanlarda Coca Cola reklamında diş ile metal şişe kapağının açılması ve Cafe Crown reklamında fındık kabuklarının diş ile kırılarak yenmesi, toplumun ağız ve diş sağlığına zarar veren reklamlar olarak değerlendirildi ve yayından kaldırılması istendi.



Gazi Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dekanlığına Prof. Dr. Gökhan Alpaslan atandı

Prof. Dr. Gökhan Alpaslan 1960 yılında Eskişehir'de doğdu. Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1983'te dönem ikincisi olarak mezun olan Alpaslan 1987'de Bilim Doktoru ünvanı aldı. 1989'da Doçent oldu. Nisan 1993'te Japon Hükümeti Araştırma Bursu ile Japonya'ya gitti. Japonya'da Tohoku ve Nigata üniversitelerinin dişhekimliği fakültelerinin maksillofasiyel cerrahi departmanlarında konuk araştırmacı ve klinisyen olarak iki yıl çalıştı. 1996'da Profesör oldu. Konuk öğretim üyesi olarak 2001 yılında 6 aylık süre ile Florida Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral ve Maksillofasiyel Cerrahi bölümünde klinik çalışmalarda bulundu. Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fa-

kültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak görev yapan Alpaslan, Avrupa Birliği eğitim programlarından Sokrates Erasmus kapsamındaki DentEd ve PHOENIX konulu ağlarının Gazi Üniversitesi koordinatörü olarak görev yapıyor. Ankara Dişhekimleri Odası Genel Sekreterliği ve Türk Oral ve Maksillofasiyel Cerrahi Derneği Genel Sekreterliği görevlerinde de bulunan Alpaslan'ın uluslararası ve ulusal bilimsel dergilerde yayımlanmış, kongrelerde sunulmuş 70 civarında çalışması bulunuyor. Meslektaş Prof. Dr. Cansu Alpaslan ile evli ve bir çocuk babası olan Alpaslan iyi derecede İngilizce ve orta düzeyde Japonca biliyor.

Çocuklar doğrudan serbest dişhekimine sevk edilebilecek

29 Nisan 2006'da Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Bütçe Uygulama Talimatı'na göre; hak sahiplerinin 5 – 15 yaş grubundaki çocuklarının yer tutucu, ortodontik tedavileri ve 1. ve 2. sürekli büyük azı dişlerinin tedavilerinde 90 gün süre kaydı aranmadan serbest dişhekimlerine veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilmelerine olanak sağlandı.

Bilindiği gibi hak sahiplerinin diş tedavilerini özelde yaptırabilmeleri için, sevk edildikleri resmi sağlık kurumunda herhangi bir sebeple tedaviye 90 gün içinde başlanamayacağına ilgili dişhekimleri tarafından belirtilmesi ve aynı sağlık kurumu başhekimleri tarafından onaylanması gerekiyordu. Bunun için gönderildiği resmi sağlık kurumu dişhekimleri tarafından muayene edilip teşhis konulduktan sonra, yapılması gereken bütün tedaviler ve boşlukların ayrıntılı olarak belirlenmesi ve hangi dişin tedavi edileceğinin ağız şe-



ması üzerinde işaretlenmesi gerekiyor.

Ancak bu duruma bir istisna getirildi. 29 Nisan 2006 tarih ve 26153 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Bütçe Uygulama Talimatı'na göre; hak sahiplerinin 5 – 15 yaş grubundaki çocuklarının yer tutucu, ortodontik tedavileri ve 1. ve 2. sürekli büyük azı dişlerinin tedavilerinde **90 gün süre kaydı aranmadan** serbest dişhekimlerine veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilmelerine olanak sağlandı.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Teb-

liği'nin Resmi Gazete'de yayınlanan Sıra No:6, "Diş Tedavileri" başlıklı bölümün 5.2.3. maddesi şöyle:

"Yalnız, çocukluk ve okul çağı olarak kabul edilen 5-15 yaş grubundaki çocuklarda yer tutucu ve ortodontik tedaviler ile 6 ve 12 yaş (1. ve 2. daimi büyük azı) dişlerinin tedavilerinde (münhasıran kanal, dolgular) 90 günlük süre kaydı aranmaz ve birinci basamak resmi sağlık kuruluşunda görevli dişhekimlerince de yukarıda belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde serbest dişhekimliklerine veya özel sağlık kurum/kuruluşlarına sevkleri yapılabilir. Tedavi sağlandıktan sonra sevk kâğıdında belirtilen tedavinin yapıldığının, kurumun dişhekimleri veya sevk yapan resmi kurum veya kuruluştaki dişhekimlerince onaylanması zorunludur."

Kamunun muayenehanelerden hizmet satın alması çalışmaları

Genel Sağlık Sigortası yasasının TBMM'de kabul edilmesi üzerine TDB'nin daha önce kamunun muayenehanelerden hizmet satın almasına ilişkin çalışmalar yapmak üzere oluşturduğu çalışma grubu sürekli hale getirildi.

Mesleğimizin son yıllarda içinde bulunduğumuz açmazlardan biri de muayenehanelerin atıl kalmaya başlaması. TDB, bu noktadan yola çıkarak "Kamunun Muayenehanelerden Hizmet Satın Alması" başlığı altında çalışmalara başladı ve bu amaçla kurulmuş olan Komisyonuna ek olarak bir de çalışma grubu oluşturdu. Çalışma grubu ilk raporunu Haziran 2005'de İstanbul'da yapılan Başkanlar Konseyi Toplantısı'nda sundu, bu toplantıda yapılan tartışmalar sonucu bazı bölümlerinde değişiklik yapılması kararlaştırıldı. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar Kasım 2005'de Safranbolu'da yapılan Başkanlar Konseyi'nde tartışılarak kabul edildi.

Bilindiği gibi Sosyal Sigortalar ve Ge-

nel Sağlık Sigortası (SSGSS) yasası 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren uygulanmak üzere TBMM'de kabul edildi. GSS yasasının çıkmasıyla birlikte, yasa gereği çıkarılması gereken yönetmelikler ve yasanın uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek aksaklıkların giderilebilmesi amacıyla çalışma grubu sürekli hale getirildi. TDB Komisyonuna Ankara, Bursa ve Zonguldak Odalarını temsilen birer kişinin daha eklenmesiyle çalışmalar başladı. 19-21 Haziran 2006'da Samsun'da yapılan toplantıda değerlendirilmek üzere ilk toplantı yapıldı. Toplantıda daha önce hazırlanmış olan rapor GSS yasası da dikkate alınarak gözden geçirildi ve geliştirildi.

'Kayıt dışı sorunu çözülsün'

Türk Dişhekimleri Birliği, Maliye Bakanlığı yetkililerinin, bazı meslek gruplarının yeterli vergi ödemediği yönündeki açıklamalarıyla kamuoyunda "suçlu" ilan edilmesine karşı bir basın açıklaması yaptı.

Basın açıklamasında, kayıt dışı ekonominin % 60'larda olduğuna, bu durumu ortadan kaldırmak için atılan adımların engellendiğine vurgu yapılarak, buna karşın bazı meslek gruplarının "günahkar" ve "suçlu" olarak gösterilmesinin haksız bir yaklaşım olduğu belirtildi.

Türk Dişhekimleri Birliği'nin yıllardır talep ettiği, kamunun dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden alması ile birlikte sağlık hizmetlerinde kayıt dışının ortadan kalkacağına ifade edildiği basın açıklamasında, AKP iktidarının bu konuda hiçbir somut adım atmadan, adil bir vergi sistem kurmadan, kayıt dışı ekonomiyi kayıt altına almadan günü kurtarmaya çalıştığı belirtilerek, iktidarların suçlayıcı, karalayıcı açıklamalar yerine sorunu çözücü yollar bulması gerektiğine dikkat çekildi.



Hatay'da temsilciliklerde GSS toplantıları

Hatay Dışhekimleri Odası Mayıs ayında Antakya, İskenderun, Dört Yol-Erzin-Payas ve Samandağ'da yapılan toplantılarla temsilciliklerini Genel Sağlık Sigortası'yla ilgili olarak bilgilendirdi.

Hatay Dışhekimleri Odası tüm temsilciliklerini Genel Sağlık Sigortası'yla ilgili olarak bilgilendirdi. Mayıs ayında Antakya, İskenderun, Dört Yol-Erzin-Payas ve Samandağ'da yapılan toplantılarda Oda Başkanı Nebil Seyfettin, GSS konusunda yaşanan gelişmeleri ve bugün gelinen noktayı anlattı. Katılımların oldukça yoğun olduğu bu toplantılarda bundan sonrası için TDB'nin atacağı her adımın destekleneceği ve Hatay Dışhekimleri Odası olarak tam bir destek içerisinde olunacağı vurgulandı. Toplantı sonunda elde edilen her bilgi Merkez Yönetim Kuruluna iletmek için TDB'ye gönderildi.

Nebil Seyfettin dergimize gönderdiği açıklamada 'Meslektaşlarımızın heyecanlı bir şekilde yasallaşmasını bekledikleri bu ya-



sanın, arzu edilen düzenlemelerle (ki bu muayenelerden de hizmet alınması yönünde haklı bir taleptir) şekillendirilmesi konusunda amaç birliği içerisinde olacağız.

GSS önümüzdeki günlerde yasalaşacaktır. Bugüne kadar gelinen süreçte bizler Oda olarak TDB'yle birlikte elden



gelen her şeyi yaptık. Bundan sonrasında meslektaşlarımızın da desteğiyle gereken her türlü girişimi gerçekleştirme ve devam edeceğiz.

Özetle, her türlü ağız diş sağlığı hizmetini muayenelerimizden verebileceğimizi ve buna hazır olduğumuzu ifade ediyoruz.' ifadelerini kullandı.



Eskişehir'de Sağlık Müdürü'ne tepki

Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un bir ağız diş sağlığı merkezinin açılışıyla ilgili verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası tepki gösterdi. İl genelinde yapılan vergi denetimlerinde meslektaşlarımızın maruz kaldığı hukuksuz uygulamalar da protesto edildi.

Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un Türkiye'nin ilk diş tedavi hastanesi olacağı söylenen Odunpazarı Ağız Diş Sağlığı Merkezi'yle ilgili yerel basına bilgi verirken 'Günde 1200 hasta tedavi görüyor. Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası bir açıklama yaparak Çom'u protesto etti. Açıklamada 'Eskişehir'de görev yapan dişhekimleri, asla vatandaşları muayenelerine sokup zorla tedavi ederek paralarını alan ve insanların, ellerinden kaçıp kurtulduğu kimseler değildir' dendi.

Keyfi vergi denetimleri

Eskişehir Dışhekimleri Odası tarafından yapılan bir diğer açıklamada Eskişehir Vergi Dairesi Başkanlığı'na bağlı denetim elemanlarının keyfi uygulama-

Diş hekimlerinden sağlık müdürüne sitem
Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un bir ağız diş sağlığı merkezinin açılışıyla ilgili verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası tepki gösterdi.

Diş Hekimlerinden Sağlık Müdürü'ne sitemi

Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un bir ağız diş sağlığı merkezinin açılışıyla ilgili verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası tepki gösterdi. Açıklamada 'Eskişehir'de görev yapan dişhekimleri, asla vatandaşları muayenelerine sokup zorla tedavi ederek paralarını alan ve insanların, ellerinden kaçıp kurtulduğu kimseler değildir' dendi.

ları teşhir edildi. Açıklamada "Yaklaşık 2 ay kadar önce değişik meslek grupları mensuplarını denetlemeye başladılar. Dişhekimleri olarak bizler de bu uygulamaya muhatap olduk. Ancak bu denetimler sırasında bazı meslektaşlarımız muayenelerinde, bazıları vergi dairesine çağrılarak etik ve yasal olmadığını düşündüğümüz şekilde davranışlara maruz kaldılar. Bu konudaki yasal haklarımızı ve yasaları yeterli bilmediğimizden yararlanılarak, korkutularak hatta tehdit edilerek pazarlık usulü 2005 yılına ait vergi matrahı artırılması istendi ve birçoğumuz bu-

nak tutularak "usulsüzlük cezaları" kesildi. Yasal sınırlar çerçevesinde yapılan denetimlere -hangi konuda olursa olsun- karşı değiliz. Ancak, bir hukuk devletinde yapılan bu tür uygulamalar bizleri kuşku ve ülke geleceği hakkında endişeye sevk etmektedir. Meslektaşlarımızın, Odalarımızın ve Türk Dışhekimleri Birliği'nin bu konuda uyanık ve duyarlı olmaları gerektiğini düşünüyoruz.

Diş hekimlerinden Çom'a tepki

Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un bir ağız diş sağlığı merkezinin açılışıyla ilgili verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası tepki gösterdi.

Diş Hekimlerinden Çom'a tepki

Eskişehir İl Sağlık Müdürü Seracettin Çom'un bir ağız diş sağlığı merkezinin açılışıyla ilgili verdiği beyanatta 'Vatandaş özele gitmekten kurtuldu' ifadelerini kullanması üzerine Eskişehir Dışhekimleri Odası tepki gösterdi. Açıklamada 'Eskişehir'de görev yapan dişhekimleri, asla vatandaşları muayenelerine sokup zorla tedavi ederek paralarını alan ve insanların, ellerinden kaçıp kurtulduğu kimseler değildir' dendi.



Balıkesir'de GSS ele alındı

Balıkesir Dişhekimleri Odası TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım'ın konuşmacı olarak katıldığı bir toplantı düzenledi. Toplantıya katılan meslektaşlarımızın soruları GSS ve kamunun muayenehanelerden hizmet alması konularında yoğunlaştı.

Balıkesir Dişhekimleri Odası, 27 Mayıs 2006 tarihinde TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım'ın konuşmacı olarak katıldığı bir toplantı düzenledi. Toplantıda Avrupa Birliği ülkelerinde dişhekimliği hizmetlerinin durumu ile ilgili bir sunum yapan Yıldırım, daha sonra da toplantıya katılan Oda üyelerinin sorularını yanıtladı. Yıldırım'a GSS ve kamunun muayenehanelerden hizmet almasıyla ilgili çok sayıda soru soruldu. Kamuda çalışan dişhekimleri çalışmalarında yaşadıkları sorunları Genel Başkan'a iletme fırsatı buldular.

Balıkesir Dişhekimleri Odası Geleneksel Kahvaltısı

Balıkesir Dişhekimleri Odası'nın düzenlediği, her baharda yapılagelen sabah kahvaltısı bu yıl Kılıç Diş Deposu'nun katkılarıyla 28 Mayıs 2006 Pazar günü Değirmen Boğazı'nda gerçekleştirildi. Meslektaşlarımızın yoğun ilgi gösterdiği kahvaltı neşeli bir havada geçti.



Meslektaşlarımız birbiriyle görüşme ve sohbet etme fırsatı buldular.

Konferans

15-21 Mayıs 2006 tarihlerinde bu yıl beşincisi yapılan Kuvayı Milliye Haftası etkinlikleri kapsamında Balıkesir Dişhekimleri Odası, Kılıç Diş Deposu'nun katkılarıyla bir konferans düzenledi. 17 Mayıs 2006 tarihinde Salih Tozan Kül-



tür ve Sanat Merkezinde gerçekleştirilen "Atatürk ve Gençlik" konulu konferansa konuşmacı olarak Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Aydın Bıçakçı katıldı.



Çorum'da Bahar Sempozyumu

Sivas Dişhekimleri Odası geleneksel olarak düzenlediği Çorum Bahar Sempozyumu'nun altıncısını 6-7 Mayıs 2006 tarihlerinde Çorum-Sungurlu'da gerçekleştirdi.

Sivas Dişhekimleri Odası'nca geleneksel olarak düzenlenen Çorum Bahar Sempozyumu'nun altıncısı 6-7 Mayıs 2006 tarihlerinde Sungurlu'da yapıldı.

Sempozyum 6 Mayıs sabahı açılış konuşmasıyla başladı. 70 meslektaşımızın katıldığı sempozyuma ilginin her sene giderek arttığı gözleniyor.

6 Mayıs günü yapılan oturumlarda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı'ndan Doç.Dr. Tamer Türk, "Durdurucu Ortodontik Tedavi Yaklaşımları" konulu, aynı fakültenin Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'ndan Doç.Dr. Şinasi Saraç, "Laminet Venerler" ve yine aynı fakültenin Periontoloji Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr. Gökhan Açıköz,



"İmplantlarda Başarıyı Etkileyen Hususlar" konulu sunumları yaptılar. Aynı akşam verilen Gala Yemeği'nde meslektaşlarımız meslek stresinden uzaklaşp doyusya eğlendiler.

İkinci gün; Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Tedavi Anabilim Dalı'ndan Doç.Dr. Cemal Tınaz, "Kök-Kanal Tedavilerine Hazırlık ve Kapanış" aynı fakültenin Ağız-Diş Çene Hastalık-



ları ve Cerrahi Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr. İhsan Aral, "Odontojenik Enfeksiyonlar ve Tedavi Yaklaşımları" konulu sunumlarını yaptılar.

TDB SDE Yüksek Kurulu tarafından kredilendirilen etkinliğin ardından yapılması planlanan sosyal etkinlikler (Hattuşaş-Alacahöyük Müze ve Ören Gezisi) yoğun yağış nedeniyle iptal edildi.



CHP Grup Başkanvekili Haluk Koç Samsun Dişhekimleri Odası'nı ziyaret etti

CHP Grup Başkanvekili ve Samsun Milletvekili Prof.Dr. Haluk Koç Samsun Dişhekimleri Odası'nı ziyaret etti. Ziyarete Genel Sağlık Sigortası, kamunun muayenehanelerinden ağız diş sağlığı hizmeti alması gibi konuların yanında sahte dişhekimleriyle ilgili yasa da gündeme geldi.



Koç'tan sahte dişhekimleriyle ilgili destek sözü

CHP Grupbaşkanvekili Haluk Koç da 'Sağlık alanında yaşanan sıkıntıların vatandaşı çileden çıkarttığını' belirterek 'Mecliste yaptığım gerek sert gerekse uyarı tarzında konuşmaların artık birilerini uyandırması gerekir' dedi. Koç devamla, "bu tür konularda halk da tepkisini ortaya koymalı ve mücadele vermelidir. Ben işimden memnunum, diğer konulardan bana ne, deme şansı yoktur. Bizler siyasetçiler olarak sağlık konusunda hassas davranıyoruz. Vatandaş da artık elini taşın altına koymalıdır. Dişhekimleri Odalarının görevi yalnızca mesleki çalışmalar üretmek değildir, halkın sağlık haklarını da savunması gerekir. Çünkü sağlıkta kemer sıkma yalnızca doktorları değil, tüm vatandaşları ilgilendiriyor.' diyerek Meclisteki dişhekimleri milletvekillerinin sorunlara sahip çıkması gerektiğini belirtti. Ayrıca Adalet Komisyonu'nda görüşülmekte olan sahte dişhekimleri yasasıyla ilgili olarak komisyondaki vekilleri arayıp destek vereceğini belirtti. CHP İzmir Milletvekili Yılmaz Kaya da Oda Başkanı Abdullah İlker'i arayarak sahte dişhekimliği yasası ile ilgili destek vereceklerini ifade etti.

CHP Grup Başkanvekili ve Samsun Milletvekili Prof.Dr. Haluk Koç 27 Mayıs'ta Samsun Dişhekimleri Odası'nı ziyaret etti. Tüm Yönetim Kurulu üyelerinin de bulunduğu görüşmede meslekteki sorunlar dile getirildi. Samsun Dişhekimleri Odası Başkanı Abdullah İlker, görüşme sırasında Haziran 2004'te sahte dişhekimlerine verilen cezanın 3-5 yıla çıkarılması ve alet edevatın müsadere edilmesini öngören yasanın çıkmasıyla sahte dişhekimleri sayısında azalma olduğunu belirterek, TBMM Adalet Komisyonu'nda hazırlanmakta olan yeni yasayla cezanın alt sınırın iki seneye indirilmesinin ve do-

layısıyla paraya çevrilebilmesinin bunlara tekrar cesaret vereceğini ifade etti. Kamudaki 4 bin dişhekimleriyle 70 milyonu aşkın nüfusa hizmet verilmesinin mümkün olmadığını, diğer taraftan dişhekimlerinin muayenehanelerinde boş durduklarını, bu nedenle kamunun ağız diş sağlığı hizmetlerini muayenehanelerden de almasının yerinde olacağını Koç'a aktaran İlker, hükümetin IMF direktifleri doğrultusunda 4,5 milyar \$'lık önlem paketinin önemli bir bölümünü sağlık harcamalarındaki tasarrufun oluşturacağı açıklamasıyla ilgili olarak da sağlıktan tasarrufun insani bir kavram olmadığını dile getirdi.

Restoratif Dişhekimliği Derneği

A'dan Z'ye Uygulamalı Porselen Laminat Vener Kursu

Prof.Dr. Taner Yücel

1. Diş Preparasyon teknikleri - Fantom çenelerde ve hasta başında
2. Ölçü alınması ve geçici hazırlanması
3. Lastik dig uygulanması ve simantasyon
4. Porselen laminat vener sorunları ve çözümleri

1 Eylül 2006: 14.00 -18.30

2 Eylül 2006: 09.30 -17.00

Yer : İstanbul Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi, Çapa
Ücret : 200 Avro

Preklinik ve klinik uygulamalar,
kurs kitapçığı, öğlen ve akşam yemeği,
kahve ikramları

Müracaat:

Sekreter Dilek Uzun: 0.212.414 20 20 (30354) 0.537.701 77 55

- Kurs TDB – SDE Yüksek Kurulu tarafından kredilendirilecektir.
- Kurs katılımı 20 kişiyle sınırlı olup; başvuru önceliklidir.
- Kurs Ivoclar-Güney A.Ş. tarafından desteklenmektedir.



İDO demokrasiye yönelik saldırıyı kınadı

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın da içinde yer aldığı, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası ve İstanbul Eczacı Odası'ndan oluşan Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu (SMOK), Cumhuriyet Gazetesi'ne ve Danıştay'a yapılan saldırıları kınadı.

Devir teslim töreni

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın 29-30 Nisan 2006 tarihinde gerçekleştirdiği 11. Olağan Genel Kurul ve seçimler sonucunda seçilen Yönetim Kurulu 3 Mayıs 2005 tarihinde yaptığı toplantıda görev dağılımı yaptı.

Yeni görev alan Yönetim Kurulu 17 Mayıs 2006 günü bir devir teslim töreni düzenledi. İstanbul Dişhekimleri Odası'nda düzenlenen devir teslim töreninde geçtiğimiz dönem Oda organlarında görev alan meslektaşlarımıza dişhekimliği mesleğine ve Oda çalışmalarına yaptıkları katkıya teşekkür etmek için plaket verildi.

Cumhuriyete, laikliğe ve hukuka yapılan saldırılar kınandı

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın da içinde yer aldığı İstanbul Tabip Odası, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası ve İstanbul Eczacı Odası'ndan oluşan Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu (SMOK), Cumhuriyet Gazetesi'ne yapılan bombalı saldırıları kınadı. SMOK, 16 Mayıs 2006 tarihinde yaptığı basın açıklamasında kim tarafından, ne amaçla yapılmış olursa olsun, saldırının Cumhuriyet'in değerlerine karşı yapıldığını belirterek faillerin bir an önce yargı önüne çıkarılmasını istedi.

17 Mayıs 2006 tarihinde ise Cumhuriyet Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni İlhan Selçuk ziyaret edildi. İstanbul Tabip Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası temsilcilerinin katıldığı ziyarete İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Düğencioğlu, Başkanvekili Kadir Ögüt ve Genel Sekreter Ahmet Gürbüz katıldı.

Danıştay'a yapılan saldırıyı kınamak için 18 Mayıs 2006 tarihinde Makine



İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Başkanı Prof.Dr. Tahsin Yeşildere ve İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Ahmet Gürbüz, Cumhuriyet Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni İlhan Selçuk'a yapılan ziyarette...

Mühendisleri Odası'nda TMMOB İstanbul İl Koordinasyon Kurulu, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Serbest Muhasebeciler ve Mali Müşavirler Odası, İstanbul Veteriner Hekimler Odası basın toplantısı düzenledi. Toplantıda Danıştay 2. Dairesi'ne yapılan silahlı saldırı kınandı. İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Düğencioğlu'nun katıldığı basın toplantısında ortak kaleme alınan bildiri okundu ve Danıştay'a yapılan saldırı bağımsız yargıya ve demokrasiye indirilen bir darbe olarak değerlendirildi. Toplantıda bulunan meslek odaları saldırıların aydınlatılmasının toplumun geleceği için çok önemli olduğunu, siyasal iktidarın bu saldırıyı aydınlatmadığı durumda başta kendisi olmak üzere tüm toplumun ağır bir bedel ödeyeceğini belirtti.

Dişhekimi Sevinç Özgüner anıldı

Bundan 26 yıl önce, demokrasi düşmanlarınca evinde öldürülen Sevinç Özgüner 23 Mayıs 2006 tarihinde, ölüm

yıldönümünde Zincirlikuyu'daki mezarı başında anıldı. Kabri başında düzenlenen törene İstanbul Tabip Odası ve İstanbul Dişhekimleri Odası temsilcileri katıldı. Törende Sevinç Özgüner'in akrabası, eski Tabip Odası Başkanı Prof.Dr. Özdemir İlter ve İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu birer konuşma yaptı. Aynı günün akşamı İstanbul Tabip Odası'nda Sevinç Özgüner'i anma etkinliği düzenlendi. Etkinliğe İstanbul Dişhekimleri Odası adına Başkan Mustafa Düğencioğlu, Genel Sekreter Ahmet Gürbüz ve arkadaşları Arif Damar, Mihri Belli ve Sevim Belli katıldı. İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof.Dr. Özdemir Aktan ve İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu birer konuşma yaptıktan sonra arkadaşları ve sevenleri kendisiyle ilgili konuşmalar yaptılar. Törende Arif Damar bir şiir okudu.

Ayrıca her yıl Dişhekimi Sevinç Özgüner adına geleneksel olarak düzenlenen "İnsan Hakları ve Barış-Demokrasi" ödülü, bu yıl Milliyet Gazetesi yazarı Ece Temelkuran'a verildi.

Düzeltilme ve özür: Geçtiğimiz sayıda yer alan 'Kayseri'de bu hep oluyor' başlıklı haber yanlış anlaşılmalara neden olmuştur. Haberi gönderen meslektaşımızın koyduğu başlığın değiştirilmesi atlandığı için meydana gelen bu yanlışlıktan dolayı Kayseri'deki meslektaşlarımızdan özür dileriz.



Çanakkale Dışhekimleri Odası Danıştay'a yönelik saldırıyı kınadı

Çanakkale Dışhekimleri Odası Danıştay'a yapılan saldırıyı kınamak amacıyla diğer sivil toplum örgütleriyle ve sağlık meslek odalarıyla birlikte çeşitli etkinlikler yaptı.

Cumhuriyet'in temel kurumlarından Danıştay'a yapılan saldırıyı kınamak; çağdaş, laik, demokratik, cumhuriyetçi, Atatürk ilke ve devrimlerinin yanında ve uygulayıcısı olan tüm resmi kurum, kuruluş ve sivil toplum örgütleriyle dayanışma içinde olunacağını ifade etmek üzere Çanakkale Dışhekimleri Odası 18 Mayıs 2006 tarihinde Cumhuriyet Meydanı'nda sivil toplum kuruluşları ve duyarlı vatandaşlarla birlikte yapılan eyleme katıldı. Ortak basın açıklamasından sonra, adliyeye dek yürüyen topluluk Atatürk büstüne karanfiller bıraktıktan sonra dağıldı.

19 Mayıs günü Çanakkale Dışhekimleri Odası adına iki yerel gazeteye kınama ilanı verildi. Tabip Odası ve Eczacılar Odası ile birlikte 23 Mayıs 2006 günü tüm Adliye Sarayı çalışanları adına, Çanakkale Cumhuriyet Başsavcısı İmlettin

**Çanakkale'deki
sağlık meslek
örgütleri
desteklerini
iletmek amacıyla
Baro'yu da
ziyaret ettiler.**



Köklü ziyaret edildi. Ziyarete 'demokrasi şehidi' olanlara tanrıdan rahmet, yaralılara da acil şifalar dilendi.

Aynı gün Çanakkale Baro'su da ziyaret edildi. Baro yönetimi de böyle bir saldırının, meslektaşları tarafından yapılmasına çok üzüldüklerini belirtti.

Çanakkale Dışhekimleri Odası Başkanı Bilge Şimşek, bundan sonraki çalışmalarında da Tabip Odası ve Eczacılar

Odası ile gerektiğinde ortak hareket etme kararı alındığını aktardı.

Ziyaretlerde Çanakkale Dışhekimleri Odası adına Başkan Bilge Şimşek ve Yönetim Kurulu üyesi Emine Şengören, Çanakkale Tabip Odası adına Genel Sekreter Ersin Gin ve Muhasip Üye Makbule Gin, Çanakkale Eczacı Odası adına Başkan Selim Balcı ve Genel Sekreter Jale Karaata yer aldılar.



'GSS'de önemli olan uygulama'

TBMM'de kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası sağlık alanının bileşenleri tarafından uzun süredir tartışılıyor. Yasaya ilişkin TDB'nin tavrını ve gerekçelerini Genel Başkan Celal Yıldırım'a sorduk. Yıldırım, GSS'yi olumlu bulmakla birlikte TDB'nin maliyet analizi yöntemleriyle saptadığı hizmet bedellerinin altına inilmesi durumunda dişhekimlerinin emeğinin sömürülmüş olacağını belirterek ortak politikalara sahip çıkılması noktasında meslektaşlarımızı uyardı.

Tasarıyı genel olarak değerlendirebilir misiniz? Sağlık sistemine ne tür yenilikler geliyor?

Türkiye'de genel sağlık sigortası sistemi adı böyle konmasa da zaten ağırlıklı olarak uygulanan bir sistemdi. Nüfusun yaklaşık 50 milyonluk bir bölümünü kapsıyordu. SSK ve Bağ-Kur sağlık primi sistemidir. Ayrıca, primler haricinde vergilerden, merkezi bütçeden gelen bir kaynak vardı, ikisi birlikte kullanılıyordu. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı gibi kuruluşlar şimdi birleştiriliyor. Bunların dışında prim ödeyemeyen yurttaşlar için yeşil kart denen bir uygulama vardı, yeni sistemde bu grubun sağlık harcamaları yine devlet tarafından karşılanacak. Yani sistemde paranın toplanmasıyla ilgili bir altüst oluş söz konusu değil. Ancak toplanan

para değişik kurumlar eliyle kullanılıyordu, şimdi bu farklı kurumlar tek elde toplandı. Hizmet üretimindeki ve hizmetin finansmanındaki çok başlılık ortadan kalkıyor. Biz hem hizmet sunumunun hem hizmet finansmanının tek elden organize edilmesi, tek elden denetlenmesi, harcamaların tek elden yapılmasının Türkiye'nin koşulları açısından olumlu olduğunu düşünüyoruz.

Sistemin eskiye göre vergiden çok prime dayalı olması da eleştiriliyor...

Biraz önce primli sistemin kapsadığı nüfus kesimini belirttim. Siz değişik nedenlerle sağlık primlerini toplamadığınızda bütçeden pay ayırarak sağlık harcamalarını karşılamak zo-

rundasınız. Ayrıca ülkemizde vergi sisteminin adil olmadığı bütçenin % 70'inin dolaylı bir vergi olan KDV'den sağlandığı biliniyor. KDV'nin de halkın cebinden çıkan ödeme olduğu bilinen bir gerçek. Dolaysız verginin de % 70'i ücretlilerden yapılan kesintilerden oluşuyor. Vergi sisteminin adil olmadığı ortada. Buradan kalkarak sağlık hizmetlerinde primli sistem mi vergili sistem mi tartışmasını kısır bir tartışma olarak değerlendiriyorum. Önemli olan parayı nasıl topladığın değil paranın toplanmasında ve kullanımında adil olman, yoksulu korumandır. Bu da sistemin adı ile değil uygulamasıyla ortaya çıkar. Sağlık primi de tahsis edilmiş bir vergidir. Sağlık finansmanı değişik yöntemlerle sağlanabilir. Bunların her birisi bir çözüm arayışı-

dır. Vergili sistem olduğu zaman sosyal devlettir, sağlık primi olduğu zaman liberaldir yaklaşımı doğru değil. Geçmişte sistemini prime dayandırıp da bugün vergi sistemine dönmek isteyen ülkeler var. Ya da tersi, vergili sistemden sağlık primine dönmek isteyenler de var. Her ülke kendi özel koşulları içerisinde bir sistem yaratmaya çalışıyor. Burada asıl belirleyici olan paranın hangi yöntemlerle toplandığı değil devletin sağlık harcamalarını kısıtlamaması ve hizmete ulaşabilirliği sağlamasıdır.

Getirilen sistemde eksik veya yanlış gördüğünüz noktalar var mı?

Bu sistemin birkaç zayıf noktası var: Birincisi, bu sistemin başarılı olabilmesi için kayıt dışının kayıt altına alınması lazım. İkincisi, adil bir vergi sistemi oluşturulması gerekir. Bunlar yapılmadığı sürece bu sistemin başarısında sıkıntılar yaşanır. Bir de sistemin başarılı olabilmesi için uygulama konusunda kararlı ve cesaretli olmak lazım, zira uygulamadaki yanlışlardan dolayı da sistem başarısız olabilir. Ayrıca sistemde kurulan yapılarda seçilmişler yerine atanmışların fazla olması ve sistemin hizmet kullanıcılarının denetimine açık olmaması gibi eksiklikler var.

Kayıt dışıdan kastınız sigortasız çalışma durumu mu?

Sadece o değil. Mükelleflerin çoğu ne kendi gelirini ne de yanında çalışanın gelirini gerçek düzeyinde göstermez. Bu da kayıt dışının bir parçası. Salt maliyeye kayıtlı olmayanları kastetmiyorum. Türkiye kademe kademe bunları halletmek zorunda. O zaman önümüze bir hedef koymamız gerekir. Öncelikle insanların sigortalı çalıştırılmalarını sağlayacaksınız, sonra da insanların aldıklarını gerçek ücretlerden gösterilmesini sağlayacaksınız. Adil bir vergi sistemi kuracaksınız. Bunlar gerçekleştirilmeden sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması zor.

Bu sistem sağlık harcamalarının artmasına yol açar mı?

Geçtiğimiz günlerde gazetelerde sağlık harcamalarının öngörülmeyle bir şekilde arttığı yönünde bir haber vardı. Hizmete ulaşmaya kolaylıklar getirdi-



TDB'nin 31 Mayıs 2006 günü oda başkanlarıyla birlikte Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a yaptıkları ziyarette Genel Sağlık Sigortası içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerinin yeri de görüşüldü.

ğiniz zaman sağlık harcamaların artması kaçınılmazdır. Bunun sistemle değil hastalara sağladığınız kolaylıklarla alakası var. Geçmişte SSK hastanelerine gidip de muayene olan insanlar ilaçlarını ne yazık ki SSK'dan alamıyorlardı. Şimdi çok rahatlıkla o hizmeti alabiliyor. Kişinin tedavi edici hekimlik hizmetlerine ve ilaçla ilgili hizmetlere ulaşması kolay olduğu sürece sağlık harcamaları artacaktır. Sağlık harcamalarında kontrol sistemi kurmadığınız zaman ve özellikle ilaç harcamalarında gerekli düzenlemeyi yapmadığınızda harcamaların gereksiz artması kaçınılmazdır.

Özellikle ilaç harcamalarının dikkat çekici derecede arttığından bahsediliyor...

Bizim sağlık harcamalarının artmasından rahatsızlık duymamamız gerekir. Yıllarca 'sağlık harcaması az' diye bağırardık. Bizim karşı çıkmanız gereken sağlık harcamasının gereksiz ve verimsiz artışıdır. Önceden tedavi edici hekimlik hizmetleriyle ilgili kendi cebinden ödeme yapan insanlar, kendi cebinden ilaç alan insanlar bugün özel sağlık kuruluşlarından hizmeti alıyor ve orada yazılan reçetede ihtiyacı gidip eczanelerden alıyor. Dolayısıyla harcamalar ister istemez artacak. Burada ilaç tekellerinin ürünlerini en yüksek fiyattan satmak gibi hedefleri var; nihayetinde bunlar kâr amaçlı kuruluşlar. Ama siz de sosyal devlet olarak bu ilaç fiyatlarının yüksek olması için gerekli düzenekleri kurmak zorundasınız. Bunlardan biri de ilaç üretimidir, bir diğeri ilaç fiyatlarının

belirlenmesinde koyacağınız kriterlerdir. Her iki mekanizmanın da bence kurulması gerekiyor. SKK'nın ilaç üreten birimlerinin işlevsiz kalması kararı bize göre doğru değil. Bunları fonksiyonel kılmak lazım.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinde artış olacak mı?

Bugün kamuda çalışan dişhekimi sayısı 3600 civarında. Kamudaki meslektaşlarımızın sosyal güvenlik şemsiyesi altında olanların ağız diş sağlığı sorunlarını çözmesi mümkün değildir. Bu meslektaşlarımızın sayısı sistem içerisinde yer alan vatandaşların ağız ve diş sağlığı ihtiyacını, bırakın ihtiyacını, talebini karşılamaktan uzaktır. Bu talebin karşılanabilmesi için ya dişhekimleri kamuda istihdam edilecek veya hizmetler dışarıdan satın alınacak. Hizmetler dışarıdan satın alındığı zaman 12-13 bin tane daha dişhekimi gündeme geliyor. Bu da üretilen hizmetin üç dört katına çıkması anlamına geliyor. Bu durumda tabii ki harcamalar da artacak.

Verilecek hizmetlerin ya da hizmetin verileceği yaş gruplarının sınırlandırılması hakkında ne düşünüyorsunuz?

Sağlık hizmetlerinde kısıtlamaların değişik yöntemleri var. Bu yöntemlerden bir tanesi her hizmeti verir gibi yaparsınız ama fiili olarak buna ulaşmayı engellersiniz. Ya da belli kalemleri kapsam dışında tutarsınız. Başka yöntemler de var. Bu kısıtlama yöntemlerinden hangisini tercih etmek lazım? İdeal olarak tabii ki hiçbirisini tercih



etmemek lazım. Ama Türkiye'ye göre kaynakları çok daha güçlü olan ülkelerde de bazı kısıtlamalar var. Biz hep, sürdürülebilir bir proje olması lazım diyoruz. Sürdürülebilir olmazsa ne olur? Öncelikle, insanlar demoralize olabilir. Bir sürü hizmeti sistem içerisine koyuyorsunuz, altı ay sonra 'yapamadık, şunları şunları sistemin dışına çıkardım' diyorsunuz. Bu, devlete güvenirliliğin de zayıflaması demektir. İkincisi, böylesi bir sisteme girildiğinde Türkiye gibi ülkelerde öngörülemez bir takım harcamalar ortaya çıkabilir. Çünkü çok ciddi veri eksikliği var. Mesela Türkiye'de dişhekimine başvuru sıklığıyla ilgili 0.7 rakamı yıllar önce yapılmış olan bir çalışmada tespit edilmişti. Acaba şimdi Türkiye'de başvuru sıklığı ne? Buna yönelik bir çalışma yapılmadı. Hükümet GSS şu zaman yürürlüğe girecek dediğinde biz dedik ki 'madem ki başlanacak, o zaman buyrun belli il ve ilçelerde bir pilot çalışma yapalım, vatandaşın hizmeti kullanma sıklığını görelim. Ne kadar artıyor? İhtiyacın ne olduğunu biliyoruz ama talebin ne olduğunu bilmiyoruz, talepte patlama olabilir. Talepte bir patlama olduğu zaman dişhekimliği hizmetleriyle ilgili kapsam içinde nelerin olması gerektiği nelerin olmayabileceğini baştan tartışabiliriz'. Ama bu gerçekleşmedi.

Yasa tasarısı koruyucu hizmetlerle ilgili bir açılım getiriyor mu?

Koruyucu sağlık hizmetlerini bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayırmak lazım.

'Biz yasayla sisteme girdik.

Şimdi olası tehlikelere karşı gerekli duyarlılığı ve uyanıklılığı göstermemiz gerekiyor. Odaların ve dişhekimlerinin duyarlı olması ve TDB'nin oluşturduğu politikaya sadık kalarak ortak tavrı göstermesi lazım.'

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Türkiye'de şu anda merkezi yönetim ve yerel yönetimler tarafından görev bölümü yapılmış şekilde sürdürülüyor. Ne oranda verildiği tartışılır ama yetki ve sorumlulukta bir karmaşanın olduğu da bir gerçek. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülüyor. Yasa tasarısında bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sisteminde tanımlanıyor ama topluma yönelik yapılacak koruyucu sağlık hizmetleri, örneğin kanalizasyon hizmetleri, suların florlanması, topluma yönelik sağlık eğitimi gibi hizmetler sanıyorum yine yerel yönetimler ve merkezi hükümetin koordinasyonuna bırakılıyor. Aksini düşünmek çok öngörüsüz davranıldığı anlamına gelir. Sağlık alanlarında koruyucu hizmetleri dışlayan ya da öncelik tanımayan

yaklaşım bilimsel bir yaklaşım değil. Gelişmiş ülkelerde hangi sistem uygulanırsa uygulansın topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl verileceği, yerel yönetimlerin ve merkezi yönetimin yetki ve sorumluluklarının neler olduğu son derece iyi bir şekilde tanımlanmıştır.

Olası suistimallere karşı önerileriniz var mı?

Türkiye'de çok az bir nüfusun ağız ve diş sağlığıyla ilgili kayıtları mevcuttur. Yeni sistem kurulurken ağızda nelerin olduğu, nelerin yapılacağı ve yapılanların da kayıt içerisine girmesine yönelik elektronik ortamda bir sistem kurmak lazım. Bu sistemde dişhekimini merkezden provizyon alacak. Diyecek ki bu hastaya şu işlemleri yapacağım. Merkez de kendi kayıtlarına bakacak. Eğer o kayıtlarda yapılması öngörülen işler şu veya bu şekilde daha önceden yapılmışsa bu işler yapılamaz denecek. Bu otomatik olarak faturaların şişirilmesini önleyen bir uygulama olacak. Öte yandan hizmetin kalitesinin de kontrol edilmesi gerekiyor. Eğer bir dişhekiminin yaptığı kanal tedavisi sayısı o yöredeki dişhekimlerine göre çok ciddi olarak fazlaysa demek ki bu tedavilerle ilgili sorgulamaya gitmek lazım. Neden dişhekimini kanal tedavisine yöneliyor? Yaptığı kanal tedavileri gerçekten tıbbi olarak uygun mu? Veya bir dişhekiminin işlem sayısı aylık 100 ise başka bir dişhekiminin işlem sayısı bunun dört beş katıysa o zaman oturup o dişhekiminin işlemlerinin tıbbi uygunluğunu ve kalitesini kontrol etmek lazım. Bunun için de bir kontrol sistemi oluşturulması ve bu sistem içerisinde mutlaka meslek kuruluşlarına yer verilmesi gerekir ama tasarıda buna yer verilmiyor. Yasanın uygulanmasında sorunlardan biri de hizmet bedellerinin ne olacağıdır. Biz, bu bedellerin dişhekiminin emeğini sömürecek ya da hizmetin kalitesini düşürecek şekilde belirlenmesinin önüne geçmek için çabalyoruz.

TDB'nin hizmet bedelleriyle ilgili çalışması sonuçlandı mı?

TDB'nin 2000 yılında başlattığı maliyet analiziyle ilgili bir çalışma var. Gerçekten çok önemli bir projeydi bu. Bu



projeyi başlatan arkadaşlarımıza bir kez daha teşekkür ediyoruz. Bu proje tamamlandı. Her yıl revize ediyor. Bir amalgam dolgunun, bir çekim bedelinin vb. tüm işlemlerin kaç lira olması gerektiği netleşmiş durumda. Devletin hizmeti bu rakamların altında satın almak gibi bir dayatması olursa meslektaşlarımız buna karşı çıkmak zorundalar. Aksi taktirde yoğun bir emek sömürüsüyle karşı karşıya kalacaklar.

GSS'de dişhekimliği hizmetlerinin yer alma sürecinden biraz bahsedermisiniz?

Dünyadaki gidişata baktığınızda devletler sağlık ve eğitim hizmetlerindeki harcamaları kısımaya başladılar. Sağlık alanındaki kısıtlamalarda ilk hedef dişhekimliği hizmetleri. Bu yasa tasarısı 2003 yıllarında hazırlanmaya başlandığı zaman özellikle uluslararası kuruluşlar dişhekimliği hizmetlerini kapsam dışına bırakılması yönünde yönlendirmede bulundular. TDB'nin yoğun bir şekilde ilgilileri duyarlılaştırma ve ikna çabaları oldu. Ağız ve diş hastalıklarının genel sağlığa yansımaları, bunun sağlık harcamalarına etkileri ve işgücü kaybı konusunda bilgiler sunuldu. Bunun sonucunda yasa tasarısında ağız ve diş sağlığı hizmetleri yer aldı. Bu, dişhekimliği odalarının ve TDB'nin başarısıdır. Bu başarıda dişhekimliği milletvekillerimizin katkısı ve desteği kesinlikle tartışılmaz. Birinci adım aşılmış durumda. Yani biz yasayla sisteme girdik. Şimdi olası tehlikelere karşı gerekli duyarlılığı ve uyanıklılığı göster-

'Yasada hizmet sunucuları tanımlanmış. Bu tanımlama içerisinde muayenehaneler de var. Muayenehaneleri kapsam dışında bırakacak bir uygulama artık hukuken ve siyaseten mümkün değil.'

memiz gerekiyor. Bu tehlikelerden biri sistem dışında bırakılmak; eğer maliyetler çok artarsa böyle bir tehlike var. Onun için sistemin sürdürülebilir olması lazım. İkinci tehlike, dişhekimliği hizmetlerinin kapsamının daraltılması. Üçüncüsü, dişhekimliği hizmetlerinin tedavi bedellerinin düşürülmesi. Dördüncüsü, geri ödemelerin uzun zamana yayılması. Bunlara karşı odaların ve dişhekimlerinin duyarlı olması ve TDB'nin oluşturduğu politikaya sadık kalarak ortak tavrı göstermesi lazım.

Tedavi bedelleri nasıl belirlenecek, sağlık harcamaları kısıtlanabilir mi?

Yasadaki bazı maddelerin uygulanma biçimi yönetmeliklerde belirlenecek. Yönetmelik çıkarılırken aktüeryal dengelelere bakılacak, bu dengeler çerçevesi içinde katkı payı oranları hizmetin kapsamı ve hizmetin bedelleri belirlenecek. Siyasi iktidar sistemin öncelik-

lerini ve kapsamını farklı noktalarda tanımlayabilir. Bu noktada sistemin kapsamını, hizmetlerin bedelini toplumsal güçlerin muhalefeti belirleyecektir.

Sağlık harcamalarının artması üzerine geçtiğimiz günlerde hükümet bazı kalemlerde tasarrufa gidileceğini açıkladı. Bu örnekten yola çıkarsak, ağız diş sağlığı hizmetlerinin de bir süre sonra benzer bir akıbeta uğraması ihtimali var mı?

Sağlık harcamaları artıyor. Eğer bu harcamalar gerekli tıbbi hizmet sonucunda yapılıyorsa, kaçaklar, suistimaller yoksa bundan kimsenin üzüntü duymaması lazım. Sağlık harcamalarının artması demek vatandaşın sağlık hizmetinden daha fazla yararlanabilmesi demektir; eğer bu iş doğru bir şekilde yapılıyorsa.

Sağlık harcamalarının kısıtlaması tehlikesi her zaman var. Hangi sistem olursa olsun sonuç olarak bu elindeki parayla ve hükümetlerin öncelikleriyle bağlantılı bir sorundur. İngiltere'de sistem vergiye dayalıdır, son dönemde sağlık harcamaları kısıtlanıyor. Dişhekimliği hizmetlerini düşük bedellerle satın alan bir sistem kuruldu, İngiltere Dişhekimleri Birliği de bu düzenlemeye karşı çıktı. Ama buna rağmen İngiltere'deki dişhekimlerinin yaklaşık %50'si sisteme girdi.

Şuna gelmek istiyorum; birileri bunu kısıtlamaya çalışacaktır. Ama biz de sağlık ve eğitim gibi harcamaların zorunlu harcamalar olduğunu hatırlatarak harcamaların artması ve kaynakların öncelikle bu alanlara ayrılması için mücadele edeceğiz.

Emek Platformu bünyesinde beraber hareket ettiğiniz yapılarla zaman zaman GSS konusunda olduğunuz gibi farklı noktalarda duruyorsunuz. Bu nereden kaynaklanıyor?

GSS yasa tasarısıyla ilgili olarak farklı düşündüğümüz bazı noktalar olduğunu Emek Platformu bileşenlerine ifade ettik. Bununla birlikte GSS'nin bazı maddelerinde aynı düşünceleri paylaştık. Yapının demokratik ve katılımcı olması, özerk olması, meslek kuruluşlarına sorumluluklar verilmesi, sistemin başarılı olabilmesi için adil bir ver-

gi sisteminin olması, elektronik ortamda kayıt tutulması, bu yasalardan önce kayıt dışı ekonominin kayıt altına alınmasına yönelik düzenlemelerin yapılması noktasında biz Emek Platformu bileşenleriyle aynı şeyleri ifade ettik. Ayırdığımız temel nokta, sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından üretilip ve kamu tarafından bu hizmetlerin satın alınması konusuydu. Bu noktada biz kendi farklılığımızı korumak zorunda kaldık çünkü bu mesleğin yaklaşık %90'ı özel çalışıyor. Emek platformu bileşenlerinin bazıları sağlık hizmetlerinin sadece ve sadece kamu eliyle üretilmesi gerektiğini ifade ediyorlar. Kamunun özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın almasını doğru bulmuyorlar. Biz bu noktada onlardan farklı düşündüğümüz için ayırdık. Emeklilikle ilgili noktalarda ise Emek Platformu'nun bileşenlerinin endişelerinin aynısını biz de taşıyoruz. Bu konuda yapılan etkinliklerde Emek Platformu'nun çağrısını biz de destekliyoruz, biz de yer alıyoruz.

Sosyal güvenlik ve GSS'yi ayrı olarak mı değerlendiriyorsunuz?

Evet, kesinlikle öyle. Emeklilik yaşı, emeklilik gün sayısı vb. emeklilikle ilgili düzenlemelerin ülkemizin koşullarıyla örtüşmediğine inanıyoruz ve bu noktalarda düzenlemeyi uygun bulmuyoruz. GSS'de dişhekimliğiyle ilgili düzenlemelerdeki eksiklikleri başta da söyledim. GSS mesleğimiz açısından ve halkın diş sağlığı açısından kazanımdır. Ancak uygulamadaki yanlışların kazanımı tersine çevirme riski vardır.

Dişhekimliği hizmetlerinin kapsamı ne?

Yasa metnindeki yer alan sözcüklerle ifade edeyim. Kurumca finansmanı sağlanacak hizmetler, Madde 63, d bendi: 'Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin 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, diş çekimi, konservatif diş te-



'Siyasi iktidar sistemin önceliklerini ve kapsamını farklı noktalarda tanımlayabilir. Bu noktada sistemin kapsamını, hizmetlerin bedelini toplumsal güçlerin muhalefeti belirleyecektir.'

davisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si.'

Bu ifade yeterince açık mı sizce?

Bana göre sözcükler daha net ve anlaşılır olmalıydı. Ama girişimlerimize rağmen ifade böyle yer aldı.

Dişhekimlerinin muayenehanelerini kapsam dışında bırakacak yönünde endişeler var...

Doğru, meslektaşlarımızın sorularından biri bu. Bazı siyasetçilerde ve bürokratlarda muayenehaneleri kapsam dışında bırakma düşüncesi var. Şu anda BUT çerçevesinde tıp hizmetlerinde bu uygulama yapılıyor. Yani özel hastanelerden KBB, göz vb hastalıkların hizmetini alıyorsun ama muayenehanelerden alamıyorsun. Bizim açımızdan

da böyle bir düşünce ifade edildi ve hatta BUT uygulaması içerisinde kısa bir dönem bu uygulama yapıldı. TDB'nin hizmetin muayenehanelere de açılması istemi ve zorlaması karşısında bundan da vazgeçildi. Ama tıp alanında uygulama devam ediyor. Yasada hizmet sunucuları tanımlanmış. Bu tanımlama içerisinde muayenehaneler de var. Muayenehaneleri kapsam dışında bırakacak bir uygulama artık hukuken ve siyaseten mümkün değil. Ama 'Olmaması gerekir, olmaz' diye yorumlamamız yan gelip yatmamıza yol açmamalı. Bu ülkede 'olmaz, olmaması gerekir' dediğimiz o kadar çok şey oldu ki... Bunun için uyanık olmak zorundayız.

Kapsam içerisinde olmayan hizmetler de olacak. Bunların bedellerini kim belirleyecek?

Doğru, bazı tedaviler örneğin sabit protezler, belki hassas bağlantılı sistemler, onley dolgular vb. kapsam içerisinde yer almayacak. Bu tedavilerin bedellerini şu andaki mevzuata göre TDB belirleyecek. Yani iki ayrı ücret tarifesi olacak. Biri GSS sisteminin belirlediği tarife, diğeri de TDB tarafından belirlenen, sistem içerisinde yer almayan tedavi kalemlerinin ücret tarifesi.

Tedavi bedelleri, kullanım süreleri ve tedavi cinsleri ne olacak?

Bu düzenleme yönetmeliğe bırakıldı. Az önce de özellikle vurgulamaya çalıştığım gibi, uygulamanın nasıl olacağı sistemin can alıcı noktası. Bu noktada TDB'nin maliyet analizi çalışması bizim rehberimiz. Dişhekiminin yaptığı iş bedeli hangi rakamla, hangi zaman dilimi içerisinde ödenecek. Bunlar dişhekimlerinin emeğinin korunması ve sistemin sürdürülebilirliği açısından önemli.

Dişhekimini emeğini ucuza "satma" gibi bir tehlikeyle karşı karşıya kalabilir.

Herkes sistem içerisine girmek zorunda mı?

Hayır, zorunluluk yok ama sistem dışında kalanlara yönelik değişik yaptırımlar var. Örneğin, sistem içerisinde değilsen sistem ödemenin %50'sini yapmıyor.

ERO toplantısı Porto'da yapıldı

Ana teması Sürekli Dişhekimliği Eğitimi olan FDI-ERO toplantısı Portekiz'in Porto şehrinde 24-25 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirildi. Toplantıda Türkiye'yi Prof.Dr. Taner Yücel ve Prof.Dr. Nermin Yamalık temsil etti.



Türkiye'yi toplantıda TDB Genel Başkanvekili ve FDI Bilim Komitesi üyesi Prof.Dr. Taner Yücel ve FDI Dental Practice Komisyonu Başkan Yardımcısı Prof.Dr. Nermin Yamalık temsil etti.

24-25 Mayıs tarihlerinde Portekiz'in Porto şehrinde yapılan FDI-ERO toplantısı ERO Başkanı Dr.Font-Buxo tarafından açıldı.

Daha sonra ev sahibi olarak Portekiz Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr.Monteiro da Silva söz aldı ve bu toplantıyı düzenlemekten dolayı duydukları mutluluğu vurguladı ve katılımcılara teşekkür etti. Toplantıya katılan onur konuklarından FDI Başkanı Dr. Aerden de söz alarak katılımcıları selamladı ve FDI ile ilgili bilgiler verdi. Genel olarak FDI'da sürecin pozitif bir gelişme gösterdiğini belirterek öncelikli konuları olan medikal dişhekimliği ve etiğe dikkat çekti. Mesleki açıdan görünürlük kazanmak için medyanın önemini vurguladı. Bu açıdan dişsizliğin insan yaşamını etkileyen fonksiyonel ve estetik bir yetersizlik-özürlülük olduğunun ve bugün sadece Çin'de 250 milyon total dişsiz birey bulunduğunun altını çizdi. FDI'da dişhekimliğini medikal bir meslek olarak pozisyonlandırma çalışmalarının da son derece üretken biçimde devam ettiğini ve Nairobi'de başlayan sürecin gelecek günlerde Latin Amerika'da da devam edeceğini belirtti. FDI'nın Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile ilişkilerinin güçlendiğini de sözlerine ekledi.

Portekiz'de dişhekimliği hizmetleri

Aerden'in konuşmasını Portekiz Dişhekimleri Birliği Başkanı'nın Portekiz'deki dişhekimliği sistemi ve oral sağlık du-

rumuyla ilgili sunumu izledi. Bu sunum sırasında, 10 milyon nüfuslu bu ülkede 5100 dişhekimi bulunduğu, Portekizli dişhekimlerinin yanı sıra diğer ülkelerden de (en fazla Brezilya) dişhekimlerinin yer aldığı, dişhekimliği yapabilmek için Portekiz Dişhekimleri Birliği'ne üye olmasının şart olduğu, dişhekimi sayısının her geçen gün arttığı, dişhekimliği eğitimi verilen 7 okul (3 özel, 3 kamu ve birisi karma) bulunduğu ve dişhekimliği öğrenci sayısı üzerinde her hangi bir kontrol mekanizması oluşturulmadığı, artan dişhekimi sayısına rağmen dişhekimine ulaşabilmenin kolay olmadığı (nüfusun % 40'ı hizmete ulaşamıyor), hizmetin herkese etkin bir şekilde sunulmadığı, dişhekimleri arasında işsizlik veya düşük ücret gibi sorunlar bulunduğu, Portekiz'de 12 yaş için DMTF indeksinin Avrupa Birliği'ndeki en kötü değerlerinden birini sergilediği ve kamu hastanelerinin çoğunda dişhekimliği hizmeti sunulmadığı, sunulanların çoğunda da acil dişhekimleri hizmetlerinin verilemediği özellikle vurgulandı.

Gündem ve Montreal toplantı tutanakları onaylandı. Başta Başkan Dr. Font-Buxo olmak üzere Yönetim Kurulu üyeleri sorumluluk alanlarına ilişkin raporlarını sundular. Başkan verimli bir çalışma dönemi geçirdiklerini ve üye birliklerden kendilerine ulaşan talepleri yerine getirmeye çalıştıklarını söyledi. ERO Seçilmiş Başkanı Dr.Hescot ERO'nun FDI içinde-

ki etkin konumuna dikkat çekti ve FDI ile yakın ilişkiler içinde bulunmanın önemini altını çizdi. Ayrıca ERO'nun büyük bir çeşitlilik içerdiğini ve bu çeşitlilik içinde görüşlerin özgürce dile getirilebildiğini vurguladı. Özellikle ERO bünyesindeki 8 çalışma grubunun aktif üretimlerine yönelik memnuniyetini dile getirdi. Koruyucu dişhekimliği açısından ERO'daki çalışmaların gelecekteki çalışmalar için bir örnek teşkil ettiğini ve bu çalışmaların süreceğini belirtti.

Ayrılan ülkelerin ERO'ya dönüşü bekleniyor

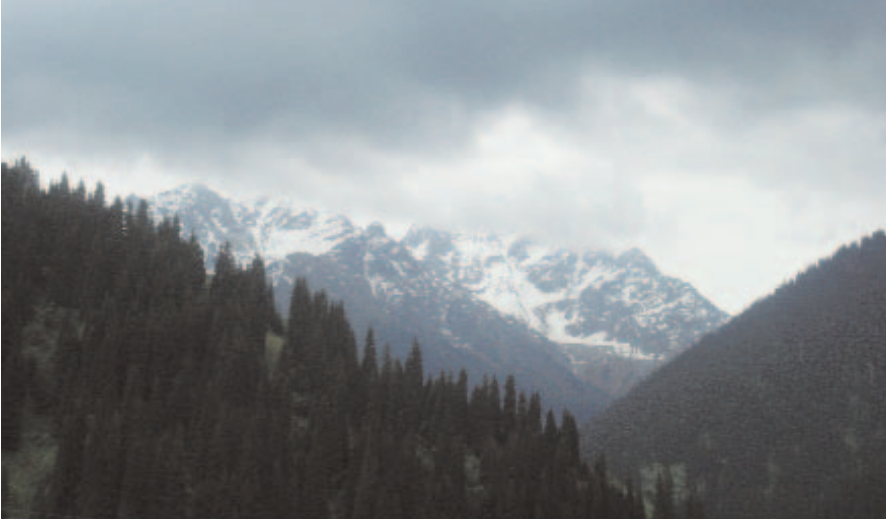
Genel Sekreter Dr. Rusca ise sekretaryaya ilişkin bilgiler verdi. Ayrıca bilgi alışverişinin tümüyle elektronik temelde gerçekleştirilmeye başlandığını belirtti. ERO'dan ayrılan üyelerle de temas halinde olduklarını ve onların kısa bir süre sonra yeniden ERO'ya döneceklerini umduklarını belirtti.

Dr. Dianiskova ve Dr. Yavru-Sakuk yaptıkları konuşmalarda ERO'nun Avrupa bölgesindeki diğer mesleki kuruluşlarla ilişkilerini güçlendirmesi gerekliliğine atıfta bulundular. Daha sonra Dr. Yavru-Sakuk ülkelerin göndermiş oldukları ulusal raporların kısa bir özeti yaptı.

Bu raporları takiben çalışma gruplarının faaliyetlerine geçildi. Avrupada Serbest Dişhekimliği, ERO Uyum ve Dayanışma, ERO Genişleme, Koruyucu Dişhekimliği, Kalite Yönetimi, Temel-Sürekli Dişhekimliği Eğitimi, Dişhekimliğinde Kadın ve Dişhekimliği Ekibi ana başlıklarında oluşturulan çalışma gruplarının başkanları kısa birer sunum yaptılar.

Bu toplantıyı takiben ise Avrupa Birliği üye ülkelerinin mesleki temsilcilerinin katılımıyla Dental Liason Committee (DLC) toplantısı gerçekleştirildi.

Porto küçük, ancak Portekizliler için özel bir kent. Nehir kıyısına dizilen taş evleri, dar sokakları, güzel yemek ve şaraplarıysa söz edilmeye değer nitelikte. Toplantının tek olumsuz yanı ERO Başkanı'nın kalp krizi geçirmesiydi. Neyse ki kendisinden toplantı bitimine yakın iyi haberler ulaştı.



Temelleri Ağustos 2005'te Montreal'de yapılan FDI Kongresi'nde atılan, bölge dişhekimi birliklerinin oluşturacağı organizasyon için yeni bir adım daha atıldı. Kazakistan Dişhekimleri Birliği'nin kongresi vesilesiyle biraraya gelen Birlik temsilcileri oluşturulacak organizasyonun çerçevesini çizmeye başladılar.

İpek Yolu örülmeye başlandı

■ **Prof.Dr. Murat Akkaya,**
TDB MYK üyesi

Kanada'da yapılan FDI toplantısında Azerbaycan ve Kazakistan Dişhekimleri Birliklerinin başkanlarıyla Türkiye delegasyonunun yaptığı görüşme sonrasında Türkçe konuşan ülkeler arasında mesleki bir işbirliği kurma düşüncesi oluşmuştu. Bu ön görüşmenin ardından Kasım 2005'te Özbekistan Dişhekimleri Birliği'nin ulusal kongresi sırasında Türkiye, Azerbaycan, Kazakistan, Özbekistan, Türkmenistan ve Tacikistan temsilcileri bir araya gelerek birlikte çalışma düşüncesini desteklemiş ve bu amaçla bir bölgesel organizasyon kurma yolunda ilk adımları atmışlardı. Alınan diğer karar

ise Mayıs 2006'da Almatı'da tekrar buluşup görüşmelerin sürdürülmesiydi.

Almatı Toplantısı'na ülkemizi temsil eden AK Parti Muğla Milletvekili Dişhekimi O. Seyfi Terzibaşoğlu ve TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Prof.Dr. Murat Akkaya katıldı. 25 Mayıs 2006 günü Almatı'ya inen delegasyonumuzu Prof. Kobeisim karşıladı. Ertesi gün Kongre'nin açılış konuşmalarında Türkiye adına Seyfi Terzibaşoğlu bir konuşma yaptı. Terzibaşoğlu konuşmasında, Türkiye'nin dişhekimliğinin tüm alanlarında; bilimde, eğitimde, teknoloji, laboratuvar hizmetlerinde oldukça ileri durumda olduğunu, yurtdışından dişhekimliği ve laboratuvar hizmetleri için talep olduğunu ifade etti. Türkiye'nin elindeki imkanları kardeşleriyle paylaşmaktan mutlu olacağını, tarihi ve kültürel bağlarımızın olduğu bu ülkelere her türlü desteğe hazır olduğumuzu

bildirdi.

Meslek örgütlerinin temsilcileri ertesi gün, nasıl bir organizasyon kurulacağı, kimlerin üye olacağı, organizasyonun amacının ne olacağı, TDB'nin ne tür katkısı olacağı, organizasyonun merkezinin neresi olacağı, yıllık aidatın ne kadar olacağı gibi konuları netleştirmek üzere toplandılar.

Toplantıya Türkiye ekibi dışında Kazakistan'dan Dişhekimleri Birliği Başkanı Prof.Saurbek Ruziddinov, Maya Ahmetiva, Prof. Klara Zulkarr, Özbekistan Dişhekimleri Birliği Başkanı Rahmatullah Nigmatov ile Kırgızistan'dan Talent Abduldaev ve İlşat Yuldoshev katıldılar. Tacikistan toplantıya katılmamasına rağmen gündem hakkındaki görüşlerini mektupla bildirdi. Azerbaycan toplantıya katılmadı. Toplantı sonunda ortaklaşılan noktalar; organizasyonun yukarıda saydığımız altı ülke ile başlanması, daha sonra katılmak isteyen komşu ülkeler olursa onların da dahil olabileceği, mesleğimizle ilgili tüm alanlarda yakın bir işbirliği ve yardımlaşma ağının oluşturulması, internet sitesi hazırlanması ve organizasyona bir isim konulması konularıydı. Ülkeler gündemle ilgili detaylı görüşlerini bir ay içerisinde bildirecek ve sonraki toplantının tarihi ve yeri belirlenecek. Bu toplantıyla örgütler arasındaki ilişkileri geliştirmek adına bir adım daha atılmış oldu.

Almatı'da organizasyonla ilgili toplantılar dışında Türkiye'nin Almatı Büyükelçiliği de ziyaret edilerek Büyükelçi Taner Seben ile de bir görüşme yapıldı.



Türkiye'yi toplantıda AK Parti Muğla Milletvekili Dişhekimi O. Seyfi Terzibaşoğlu ve TDB Merkez Yönetim Kurulu üyesi Prof.Dr. Murat Akkaya (yanda) temsil etti.



Muğla Milletvekili Dışhikimi O. Seyfi Terzibaşoğlu konuşmasında, Türkiye'nin elindeki imkanları kardeşleriyle paylaşmaktan mutlu olacağını, tarihi ve kültürel bağlarımızın olduğu bu ülkelere her türlü desteğe hazır olduğumuzu bildirdi.

Dışhikimliği Fakültesi'ne yapılan ziyarette ise Türkiye'deki fakültelerin gerek fiziki şartlar, gerekse bilimsel düzey olarak eski Sovyet Cumhuriyetleri'nden oldukça ileri olduğunu bir kez daha gördü.

KAZAKİSTAN VE ALMATI

Orta Asya cumhuriyetlerinden olan Kazakistan yüzölçümü açısından bölgedeki en büyük ülke. Topraklarının büyüklüğü ülkemizin yaklaşık dört katı. Nüfusu ise 17 milyon civarı. Nüfusun çoğunluğunu Kazaklar oluştururken Ruslar da ikinci sırada geliyorlar, özellikle güneyde yoğunlaşmışlar. Eski başkenti Almatı, yenisi ise Astana. Her ikisi de çok yoğun bir inşaat faaliyeti içersinde.

Astana yoktan var edilirken Almatı ise modern ve büyük binalarla yeni bir çehreye kavuşmakta. Almatı geniş ve tertemiz yolları, çok sayıdaki büyük parkları, yemyeşil görüntüsüyle insanı hemen kendisine hayran bırakıyor. Dümdüz bir step üzerine kurulu olan şehir merkezinden Tanrı Dağları'nın (Tien Şan) eteklerine birkaç dakikada ulaşılabilir. Cimbulak isimli bölgeye araba ile ulaşma imkanı var, ancak bir çok insan bisikletle ya da yürüyerek buraya gitmeyi tercih ediyor. Sporun çok sevildiği bir ülke. Cimbulak'ta büyük bir buz pateni sahası, villalar, kayakçıların konaklayacağı tesisler ve kayak tesisleri var. Yaklaşık 800 metre rakımlı şehirden çok kısa bir süre içersinde 3400

hatta 4000 metre yüksekliğe ulaşmanız mümkün. Delegasyonun çıktığı 3400 metre yükseklikte hala kar vardı. Her kış Putin ve Nazarbayev'in burada birlikte kayak yaptıkları söyleniyor. Dağın yeniden düzenlenip kış olimpiyatlarına ev sahipliği yapması bile gündemde.

Kazakistan, petrol, doğalgaz ve altın madenlerinden elde ettiği gelir nedeniyle diğer bölge ülkelerinden hemen ayırt ediliyor. Zenginliğin bedelini ise benliklerinden uzaklaşarak ödeyen Kazaklar her yerde yabancı müzik dinliyor, batılı gibi eğleniyor, büyük lüks arabalara biniyor. Okur yazar oranı yüksek olmasına rağmen insanlar aynı oranda bilgili değil. Komşu ülkelerde izlenen yoğun sanatsal faaliyetleri aynı oranda burada bulmak pek mümkün olmuyor. National Museum ziyaret edilebilecek kültür mekanlarından bir tanesi.

Restoranlar da bu bölgede sık rastlanan kültürel yapıyla benzerlik gösteriyor. Birkaç katlı çeşitli oda ve salonları olan gösterişli mekanlar. Yöresel yemek olarak beş parmak yendi ve kırmızı içildi. Bu yemeğe elle yendiği için beş parmak adı verilmiş. Bir hamur tabakası üzerine et suyu dökülüyor, baharatla pişirilmiş çeşitli etler ve soğan da hamurun üzerinde servis yapılıyor. Ekmek Türkiye'deki lokmanın şekerli su ile ıslatılmamış hali, yani yağda pişmiş hamur. Ekmekle aynı kap içersinde cevizden biraz küçük beyaz yuvarlak toprak geliyor, bunlar da sert tulum peyniri.

Türkiye'den daha ucuza alınabilen iki şey var; et ve araba.



94

fdi
SHENZEN 2006

Dünya Dışhikimleri Birliği Kongresi

1

**İSTANBUL
HONGKONG
ŞENZEN
HONGKONG
İSTANBUL**

18-24 EYLÜL 2006

İki kişilik oda konaklama

1.195 Avro

Tek kişilik odada konaklama

1.375 Avro

2

**HONGKONG
ŞENZEN
PEKİN
XIAN
ŞANGAY**

18-29 EYLÜL 2006

İki kişilik oda konaklama

1.950 Avro

Tek kişilik odada konaklama

2.345 Avro

FDI Annual World Dental Congress
22 - 25 September 2006
Shenzhen, China



EMOTOUR
Tel: (212) 254 84 63-64
fax: (212) 254 84 69
info@emotour.com

TDB Organizasyonuyla FDI Etkinlikleri

TDB Genel Merkezi Tel: 0312 435 93 94 ve www.tdb.org.tr adresinden daha fazla bilgi alabilirsiniz.



TDB'nin uzun zamandır Türkiye çapında uygulamak amacıyla üzerinde çalıştığı "Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi KKTC Sağlık Bakanı Eşref Vaiz'in projeye ilgi göstermesi üzerine ilk uygulama alanını Kuzey Kıbrıs'ta buldu. TDB'nin oluşturduğu bir heyet Projenin nasıl işleyeceğini aktarmak üzere 2-3 Mayıs tarihlerinde KKTC'ye bir ziyarette bulundu.

KKTC'de heyecan verici bir ortak proje

Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi TDB'nin uzun zamandır Türkiye çapında uygulamak amacıyla üzerinde çalıştığı önemli bir proje. Kıbrıslı meslektaşlarımızla bir projede birlikte yer alarak küçük ölçekli bir alanda daha sonra yapılacak uygulamalara da yol gösterici bir çalışma yapılması fikrinin ortaya çıkması ve KKTC Sağlık Bakanı Eşref Vaiz'in de projenin ülkesinde uygulanmasına sıcak bakması TDB ekibini Kıbrıs'a sürükledi.

2-3 Mayıs tarihlerinde başta TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım, Proje Koordinatörü Prof.Dr. İnci Oktay, Dr. Kadriye Bahtışen, Dr. Nilüfer Bora ve Dişhekim Zerrin Küpçü projeyi anlatmak üzere Kıbrıs'taydı.

Ziyaretin ilk durağı KKTC Sağlık Bakanlığı idi. Kıbrıs basınının yoğun katılımıyla yapılan basın toplantısında Bakan kısaca projeyi, bunu kendi ağız ve diş sağlığı eğitim programına nasıl uyarlayacaklarını anlattı. KKTC Dişhekimleri Odası Başkanı Filiz Kuntay, TDB ile birlikte bu projeyi uygulamaktan duydukları memnuniyeti belirtip Kıbrıslı dişhekimlerinin buna ellerinden gelen her türlü desteği vermeye hazır olduğunu belirtti..

Celal Yıldırım ve Prof.Dr İnci Oktay'ın da açıklamalarının ardından Kıbrıs Tabipler Birliği bünyesinde yer alan Kıbrıs Dişhekimleri Odası ziyaret edildi. Odanın Tabipler Birliği ile ortak kullandığı

çok güzel, çok kullanışlı, simültane çeviri olanağının sağlandığı, her türlü teknik donanımı olan konferans salonu da dahil olmak üzere güzel bir binaya sahip olduğu dikkat çekti.

Daha sonra Konferansın yapılacağı hastanenin toplantı salonuna gidildi. Açılışın yapılmasından sonra Kıbrıs Dişhekimleri Odası eski Başkanı Hüseyin Bıçakçı ve şu anda toplum ağız diş sağlığından sorumlu İzgü Beyar şimdiki kadar yapmış oldukları koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları hakkında bilgi verdiler. Daha sonra Prof.Dr. İnci Oktay katılımcı dişhekimlerine projeyi iki gün boyunca 3 oturum halinde anlattı. Son oturum ise Dr. Kadriye Bahtışen ve Dr. Nilüfer Bora'nın projede kullanılacak materyallerle ilgili sunumuydu.

Ağırlıklı olarak kamuda çalışan 32 dişhekiminin katıldığı toplantıda projenin önemli bir ayağı okullar olduğu için KKTC Milli Eğitim Bakanlığı yetkilileri de izleyiciler arasındaydı. Katılımcılara sunumun ana hatlarını içeren dosyalar dağıtıldı.

Proje nasıl işleyecek?

Projede öncelikle görevli dişhekimlerine; öğretmenlere neler anlatmaları gerektiği, konunun önemli noktalarının neler olduğu ve yapılacak uygulamaların (diş fırçalama, flor uygulama vs.) nasıl olacağı anlatılacak. Sonra bu görevli

dişhekimleri gruplara ayrılmış ilköğretim birinci sınıf öğretmenlerine bu bilgileri aktaracak. Öğretmen, dağıtılacak öğrenci ve öğretmen kitapçıklarının rehberliğinde tüm yıla yayılan ve her ders içinde işlenebilen bir ağız ve diş sağlığı eğitimi gerçekleştirecek. Çocukların diş fırçalamalarını denetleyecek ve okulda toplu halde flor gargara ve jel uygulaması gerçekleştirilecek. Her yıl bir üst sınıf projeye ilave edilerek beşinci yılın sonunda tüm sınıflarda eğitim veriliyor olacak.

İlk yıl ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıf çocuklarına eğitici broşür verilecek. Proje kapsamında çocuklara, öğretmenlere yönelik kitapçıklar hazırlanacak. Afişleme çalışmaları yapılacaktır.

İkinci günün sabahı KKTC Meclis Başkanı Fatma İsmail tarafından kabul edilen TDB heyetine geleneksel olarak portakal kabuğu ve taze cevizen yapılan turunç macunu sunuldu.

Zamanın kısıtlı olması nedeniyle az sayıda tarihi yeri görebilen TDB heyeti, karşılama, ağırlanma ve uğurlanmada kendilerine gösterilen misafir perverlikten çok etkilendi.

Kıbrıs'a İstanbul'un neredeyse kış yaşadığı bir mayıs sabahında güneşler içinde varan heyet, ayrılırken bolca yağmur yağıyordu. Heyette yer alanlar 'bereketlidir' dediler ve hep beraber bereketli işler yapılacağına yordular...

‘Hizmet alanların mutluluğunu istiyorsak, hizmet verenlerin de mutluluğunu sağlamak zorundayız’

Göreve geldiğiniz döneme kadar Kuzey Kıbrıs’ta sağlık sistemi nasıl işliyordu? Sorunlar nelerdi?

Göreve geldiğimiz zaman sağlıkta bir sistem karmaşası yaşıyordu ve sağlıkta bir sağlık sorunu vardı; hala da vardır. Sağlık sektöründeki sorunlar Kıbrıs sorunuyla eşit, onun kadar eski ve Kıbrıs sorunu kadar karmaşık sorunlardır. 1960’ta Kıbrıslı Rumların ve Türklerin ortak kurduğu Kıbrıs Cumhuriyeti 1963 yılında Rumların, Türkleri Kıbrıs Cumhuriyeti’nden dışlamasıyla (toplumsal çatışmalar) Kıbrıs Cumhuriyeti Rumlar tarafında gasp edilmişti. 1963 yılından bu yana Kıbrıs Cumhuriyeti’nin devlet olanakları tamamen Rumlarda kalmıştır. Aynı şekilde sağlık ve alt yapı olanakları da Rumlarda kalmıştır. 1963-74 arası Kıbrıslı Türkler sağlıkta çok zor koşullar altında yaşadılar. Baraka ve sahra hastahanelerinde sağlık hizmetlerini sürdürmek zorunda kaldılar. 1974 yılından sonra Kuzeyde savaş sonrası sorunlara rağmen, Rumların terk ettiği olanaklarla birlikte sağlık hizmetleri de bir takım alt yapı olanaklarına kavuştu. 1977 yılında KKTC’nin en büyük hastahanesi Burhan Nalbantoğlu hastahanesi inşa edildi. Şu anda bu hastahane birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunuluyor, ayrıca bu hastahanemiz iki yıllık yarı ihtisas hastahanesi görevini de asistan yetiştirerek devam ettiriyor. Üst ihtisas ve uzmanlık branşlarının birçoğu merkez Lefkoşa hastahanesinde görev yapıyor. KKTC çapında 4 ilçede (Lefkoşa, Magosa, Girne, Güzelyurt) yataklı tedavi kurumlarına bağlı hastahaneler



‘Aile hekimliği yasasını, sağlıkta finans sorununu çözmek için genel sağlık sigortası yasasını, sağlık hizmetleri yasasını, özel hastahaneler yasasını ve hasta hakları yasasını yasalaraştırmak için 2006 yılını yasal düzenlemeler yılı ilan ettik.’

yine aynı ilçelerde sağlık merkezleri, birinci basamak sağlık hizmetleri veren poliklinikler aracılığıyla hizmetler verilmeye çalışılıyor. 1974’ten beri part-time çalışma sistemiyle hizmet veriliyor. Tam gün uygulaması Türkiye’de olduğu gibi burada da ya hekimler tarafından deliniyor ya da uygulanmıyor.

Hizmeti alanların ve hizmeti verenlerin mutsuzluğu ve hoşnutsuzluğu tam anlamıyla yaşanıyor. Bundan kaynaklanan özellikle devlette verilen sağlık hizmetlerine, hizmet alanlar

tafından korkunç bir güvensizlikle bakılıyor. KKTC anayasasına göre sağlık hizmeti, vatandaşlara ve özellikle devlet memurlarına sözümona bedava veriliyor fakat bu bedava sağlık hizmetlerinden kimse yararlanmak istemiyor. (Ekonomik zorunluluk yaşayanlar hariç) Özel sektörün veremediği bir takım hizmetler alınmak istenirse mecburen devlete başvuruluyor. Kısacası hizmeti verenler de alanlarda geline aşamada mutsuzdur.

Hükümete geldikten sonra önceki hükümetlerden farklı bir çizgi izlemeye başladınız. Bu farklılık sağlık politikalarına nasıl yansdı?

Öncelikle Sağlık Bakanlığı’nın, Bakanın, Bakanın altındaki tüm çalışanların, hekimlerin, hastahane donanımlarının Sağlık Bakanlığı altındaki tüm organizasyonların bir araç olduğunun bilinciyile işe başladık. Herşey ama herşey hasta insana veya hasta olmadan korumaya çalıştığımız insana hizmettir... Amaç budur. İnsanları sağlıklı kılma amacına hizmet ederken, elbetteki canlı ve cansız araçların durumunu da gözardı edemeyiz. Canlı araçlar hekimler ve diğer sağlık personeli ve sağlık çalışanlarıdır. Onları mutlu etmeden, onların özlük haklarını gözetmeden amaca dönük verimliliği ortaya koymak imkansızdır. Bu yüzden hizmet alanların mutluluğunu istiyorsak, hizmet verenlerin mutluluğunu da sağlamak zorundayız. Önce sağlığa duyulan güvensizliği ortadan kaldırmak için misyon olarak yakın hedeflerimizden işe başladık ve bu yakın hedefler içerisinde hizmet alanların ve hizmet verenlerin çalışma koşullarını çok süratli bir şekilde iyileştirmeye çalıştık. Bu konuda adeta bir seferberlik ilan ettik. Atıl

durumda bırakılmış devlet hastahanelerinin alt yapılarını iyileştirmek, alet ve donanımlarını yenilemek için 1 yıldır olağanüstü bir gayret sarf ediyoruz. Magosa bölgesine yeni bir devlet hastahanesinin inşaatını başlatmış durumdayız ve 31 yıllık bir sorunu çözmeye yolunda hızla ilerliyoruz. Lefkoşa Hastanesi'nin yetmeyen kapasitesini takviye etmek için Lefkoşa hastahanesi kampüsü içinde yeni bir hastahane inşaatının temelini atmak üzereyiz. Hizmet alanların, hizmet alma koşullarını, yataklı tedavi kurumlarında ve polikliniklerde süratle iyileştirerek bizi güney Kıbrıs'la, veyahut Türkiye'nin özel hastahaneleriyle kıyaslayan hastaların süratle takdirini kazanmaya çalışıyoruz. Misyonumuzun yakın hedefleri gerçekleştirmek olduğunu söylemiştik. Vizyonumuz ise elbette ki yeni ve çağdaş bir sistem kurmaktır. Bu konuda 20 yıldan beri tartışma konusu olan aile hekimliğini, kendi ülkemizin koşullarına uygun bir model olarak daha önce yapılan sağlık master çalışmalarının sonuçlarını da dikkate alarak hayata geçirmek için aile hekimliği yasasını, sağlıkta finans sorununu çözmek için genel sağlık sigortası yasasını, sağlık çalışanlarını ilgilendiren, çalışma koşullarını ve özlük haklarını düzenleyen, sağlık hizmetleri yasasını, özel hastahaneler yasasını ve hasta hakları yasasını, yasallaştırmak için 2006 yılını yasal düzenlemeler yılı ilan etmiştik. Misyonumuzla uğraşırken, vizyonumuzun temelini de 2006 yılı sonunda atmayı düşünüyoruz.

Sağlık politikasını oluştururken belli bir sistemi ya da belli bir ülkeyi model olarak aldınız mı?

Her ülkenin kendine özgün koşulları vardır. Bugün dünyada sağlık standartları açısından ve koruyucu hekimlik açısından sağlık bilimleri uzmanlarının örnek gösterdiği ülke çok enteresandır ki yoksul Küba'dır. Sağlık bilimleri uzmanları koruyucu hekimlik açısından olsun, hızlı, kolay ulaşılır ve nitelikli hizmet açısından olsun Küba'daki sağlık sisteminin örnek veriyorlar. Elbette ki hastalıklar sebebiyle ölüm oranları ve ortalama yaşam süresi de burada en önemli kriterlerdir. Biz de kendi ülkemize uygun aile hekimliği veya toplum hekimliği modelini, yani koruyucu hekimliği ve



'Bugün dünyada sağlık standartları açısından ve koruyucu hekimlik açısından sağlık bilimleri uzmanlarının örnek gösterdiği ülke çok enteresandır ki yoksul Küba'dır.'

birinci basamak sağlık hizmetlerini kolaylaştıran, randevu ve sevk sistemine dayanan, ülkedeki toplam sağlık potansiyelinden maksimum düzeyde yararlanan (Devlet sektörü ve özel sektörün olanaklarından) bir sistem öngörüyoruz. Uzun yıllar sağlığın özel ayağı devletçi anlayış geleneklerinden dolayı gözardı edildi, yok sayıldı. Özel sektörde yapılan yatırımlar, sadece özel hizmet alan, ekonomik seviyesi yüksek insanların hizmet alımına bırakıldı. Bizim ve benzer bir şekilde Türkiye'nin çok ciddi bir sağlık potansiyeli olan özel sektördeki yatırımlar, toplam halka sunulan sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik düşünülmedi. Yani genel sağlık sigortası ve diğer sağlık finans organizasyonları içerisinde, elbette ki bu finans organizasyonlarının bütçeleri de korunarak, gözetilerek en genelde sağlık sistem sunumunda değerlendirilmedi. Şimdilerde biz tek ayaklı sağlık sistemi kurmayı doğru bulmuyoruz. Bir ülkenin sağlık potansiyelinin bir ayağı devlet sektörü, diğer ayağı özel sektördür. Sağlıkta iki ayağını kullanmayan sistemler ve ülkeler, elbette ki tökezleyerek yürüyebilirler. Bizim kuracağımız sistemde ana mantık budur.

İnsan gücü kaynağı ve planlaması açısından sorunlarınız var mı?

Bu konuda sorunlarımız yok demeyiz. Kişi başına düşen hekim, hemşire, dişhekimisi sayısı, Türkiye'ye göre çok çok daha fazla olmasına rağmen, sistem kurma çalışmaları yaptığımız bugünlerde, insan kaynakları açısından istenilen noktada olmadığımızın farkındayız.

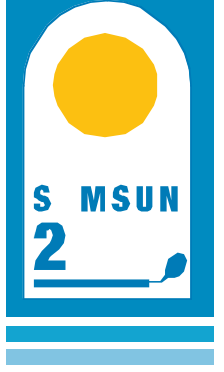
Politikalarınızı oluştururken meslek örgütleri ve ilgili kurumlar sürece nasıl katılıyorlar?

Sağlık politikalarını oluştururken bizim ülkemizde Tabipler Birliği, Doktorlar Sendikası, Hemşireler Sendikası ve diğer sağlık çalışanları sendikaları, kurulacak olan sistemin ve bu sistemin yasal altyapısını oluşturacak olan yasaların oluşumunda ve hazırlanmasında mutlaka katkı koyuyorlar ve koyacaklar. Hatta ilgili yasaların içerisinde disiplin, tayin, terfi organlarında ilgili sendikaların birer temsilcisinin de bulunması öngörülmüyor. Genel sağlık sigortası fon yönetimi içerisinde ve elbette döner sermaye hastane komitelerinde bu çalışanların sendikalarının temsilcileri de yer alacaktır, ayrıca hastahane yönetim komitelerinde sendikaların temsilcileri bulunuyor.

KKTC'de halkın ağız diş sağlığı bilinci ne düzeyde? TDB ile birlikte organize etmeyi planladığınız KKTC Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi'yle ilgili düşüncelerinizi öğrenebilir miyiz?

KKTC okuma yazma oranı %90'ların üzerinde olan bir ülkedir. İletişime açık, mesafelerin kolay ulaşılabilir olmasından dolayı da halkın bilinçlenme düzeyi yüksektir. Ağız ve diş sağlığı konusunda yıllardır yaptığımız kampanyalara bu yıl, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, tedavi ve halk sağlığı bölümünden hocalarımızın ve Türk Dişhekimleri Birliği Başkanı Sayın Celal Korkut Yıldırım'ın organizasyon ve katkılarıyla ilkokul çağındaki çocuklarımıza florlama kampanyası konusunda bir projeyi de programımıza almış durumdayız. Bu konuda önümüzdeki yıllarda bu projenin sonuçları 270 bin nüfuslu KKTC'de ciddi bir halk sağlığı kazanımı ve aynı zamanda bilimsel bir araştırma olarak literatüre geçecektir.

Bu yıl dişhekimliği güneşi 19 Haziran'da Samsun'da doğacak



19-24 Haziran 2006 tarihlerinde Samsun Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğinde Samsun'da yapılacak TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için artık tüm çalışmalar tamamlandı. Kongre Organizasyon Komitesi hazırlıklarını gözden geçirirken biz de heyecanla misafir edecekleri meslektaşlarını bekleyen komite sorumlularının görüşlerini aldık.



Organizasyon Komitesi Genel Sekreteri Tuncay Seven:

'Samsun Kongresi hep hatırlanacak'

hazırlamaya başladık. Bilimsel konuları internet ortamında yaptığımız anketlerle belirledik ve buna dayanarak 33 konuşmacı davet ettik. Umuyoruz ki kongreye gelenlere güncel ve muayenehane pratiğine yönelik son yenilikleri izleme olanağı sunmuş olacağız. Öte yandan meslektaşlarımızın keyifli vakit geçirmeleri için de bazı girişimlerde bulunduk. Anadolu gezgini, yol öykücüsü Tayfun Talipoğlu Kongrenin ikinci günü olan Cuma günü öğle saatlerinde konferanslarda yorulan meslektaşlarımızla keyifli bir söyleşi gerçekleştirecek. Aynı günün akşamı gerçekleştirilecek gala gecesi için de pop müziğin kendine özgü sesi Göksel'i davet ettik. Sosyal programımızda yer alan gezilerimiz gibi Yelken Kulüp'te yapılacak gala gecemizin de Göksel konseriyle çok keyifli geçeceğine inanıyoruz.

Kongre programı üç ayrı salonda sunulacak. İki salon AKM'de, bir salon da Büyük Samsun Otelinde yer alıyor. Ayrıca tebliğler ve kurslar da Büyük Samsun Otel salonlarında yapılacak. Odalarımızın ve TDB'nin kuruluşunun 20. yılında bir saygı gösterisinde bulunmak üzere büyük salona TDB'nin ilk Genel Başkanı Yılmaz Bilgin'in adını verdik. Küçük salona da Samsun Dişhekimleri Odası'nın ilk başkanı Mehmet Egeli'nin adını verdik.

Yaklaşık 1300 meslektaşımızın katılacağı Kongremiz kapsamında gerçekleştirilecek EXPODENTAL2006-IDEX'06 fuarımızda 1100 m² alanda 65 firma stand açacak. Fuar alanını 1500-2000 katılımcının ziyaretini bekliyoruz.

Bu organizasyon için bir yıldır hazırlıyoruz. Yorulduğumuz zamanlarda ulu önderimiz Mustafa Kemal Atatürk'ün sözü aklımıza gelir; 'Dinlenmek üzere yürümeye karar verenler, asla ve asla yorulmazlar'. Bizler de dinlenmemek üzere bu işe soyunduk. Samsun'da meslektaşlarımızı en iyi şekilde ağırlamak ve güzel hatıralarla yollamak amacımız olacak.

TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni Samsun'da yapmakla büyük mutluluk duyuyoruz. Kongrenin başlamasına sayılı günler kaldı. Bizler de bunun heyecanı içindeyiz.

2005 yılının Mayıs ayında Kongrenin Samsun'da yapılmasına karar verilmesiyle birlikte yoğun bir çalışma içine girdik. Öncelikle komitelerde çalışacak arkadaşları belirledik ve komitelerle yoğun toplantılar yaptık. Bu toplantılarda yapılması gerekenleri belirleyerek stratejimizi oluşturduk. Bütün bu süreçte arkadaşlarımız büyük bir özveriyle çalıştılar.

Öncelikle otellerle ilgili konuları hallettikten sonra bilimsel ve sosyal programı



Yol öykücüsü Tayfun Talipoğlu Kongre'de bizlerle olacak.



Popun kendine özgü sesi Göksel, Kongre'nin ikinci akşamı bizlerle olacak.



Meslek Sorunları Sempozyumu Sorumlusu Suat Semiz:

Mesleğin sorunlarına birlikte çözüm arayacağız

Meslek Sorunları Sempozyumu (MSS) biliyorsunuz TDB Kongrelerinin en önemli parçalarından biri. Genel katılıma açık olmasa da burada yapılan çalışmalarda alınan kararlar mesleğin geleceğinin şekillenmesinde belirleyici olabiliyor.

Bu yıl da bilimsel program öncesindeki üç gün boyunca gerçekleştireceğimiz Meslek Sorunları Sempozyumu'nda kamunun dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden satın alması ve 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Yasası'na ait yönetmelik gibi iki önemli konu ele alınacak.

MSS Komitesi Başkanı olarak TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım, TDB Kongre Sorumlusu Tatyos Bebek, Samsun Dişhekimleri Odası Başkanı Abdullah İlker ve Kongre Genel Sekreteri Tunçay Seven ile birlikte MSS'nin yapılacağı 19 Mayıs Üniversitesi kampüsündeki Tepe Otel'e giderek toplantı salonunun yerini tespit ettik. Teknik olarak herhangi bir aksaklık çıkmaması için her türlü olasılığı düşünerek hareket ediyoruz.

Bugünlerde mesleğimizin en önemli gündem maddelerinden biri olan kamunun muayenehanelerden hizmet alması konusuyula ilgili olarak atılan adımların ve bundan sonra atılması gerekenlerin ele alınacağı toplantıda ayrıca Türk Dişhekimleri Birliği Yasası'nın günün koşullarına uygun olarak değiştirilmesi gereken maddeleri de tartışılacak.

Son yıllarda ülkemizde turizmin gelişmesine paralel olarak gelişmeye başlayan 'Sağlık Turizmi' olgusu da incelenecek. Bunun için bir çalışma grubu oluşturularak konunun adil ve etik bir şekilde sürdürülmesini sağlayacak bir çerçeve çizilmeye çalışılacak.



Kayıt Komitesi Başkanı Aliye Muslu:

'Artık buluşma gününü bekliyoruz'

Kongrenin Samsun'da yapılacağı belirlendikten sonra hemen Odamızda çalışmalara başladık. Öncelikle geçtiğimiz yıl İstanbul'da yapılan TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi boyunca oradaki Kayıt Komitesi'ni gözlemleyerek çıkması muhtemel sorunların neler olabileceği tespit edildi. Samsun'a döndükten sonra komite başkanları ve alt komite üyeleri belirlendi. Kayıt Komitesi'nde benim dışımda çalışma arkadaşlarım; Ayça Sümer, Hilal Uyanık, Sibel Özdemir ve Teoman Güçlü görev aldı. İlk toplantımızda çalışma programını belirlediğimiz bir takvim oluşturduk. Kayıt Komitesi olarak bir yandan kendi çalışmalarımızı yürütürken zaman zaman diğer komitelerle birlikte yapılan toplantılara da katıldık. Tüm Kongre çalışmaları sürekli TDB ile koordine bir şekilde devam etti. En az ayda bir Samsun'a gelen TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve TDB kongre Sorumlusu Tatyos Bebek ile sürekli görüş alışverişinde bulunduk.

Komitemizden çalışma alanındaki işlerden Kongre katılım ücretleri belirlendi, katılım bilgileri bildirildi, banka hesapları oluşturul-

du. Web sayfamız hazırlandı ve kayıt programı işler hale getirildi. Yaka kartları ve sertifikaların biçimleri belirlendi. Kongre boyunca gerekli olacak malzemeler Teknik Komite'ye bildirildi. Bu arada organizasyon şirketiyle beraber çalışmaya başladık ve kayıtları iki taraflı yürüttük. Kayıtları web sayfası üzerinden organizasyon şirketi alırken bizler de odaya elden ve banka havalesiyle yapılan kayıtları aldık. Kayıtlarla birlikte mali komiteyle olan çalışmalarımız da başladı.

Ciddi bir görev almıştık. Hem heyecanlı hem de mutluyuz. Hiçbir zaman gözümüz korkmadı. Çünkü başından beri başarılı olacağımıza gönülden inandık. Bu kongrenin ilk defa Karadeniz'de gerçekleşecek olması sebebiyle hem şehrimiz hem de dişhekimleri arkadaşlarımız için güzel ve verimli olacağına inanıyoruz.

Kongrenin başarılı geçmesi bizim alacağımız en güzel ödül olacak.

Meslektaşlarımızın kongreye katkı ve katılımlarını bekleyen Samsun'da Kongre'den yüz akıyla çıkacağımıza inanıyoruz. Artık meslektaşlarımızla buluşacağımız Kongre günlerini tatlı bir telaş ve heyecanla bekliyoruz.





Basın-Yayın ve Halkla İlişkiler
Komitesi Başkanı Reyhan Abacı:

‘Yaşamaya değer bir şeyi ertelemeyin’

Daha önceki yıllarda TDB kongrelerinde perdeye düşenleri izler, o anı yaşar, bilgilendirir, eğlenir, gülerdik. Bu yıl senaryoyu yazarlar arasındayız. Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Komitesi’nde arkadaşlarımız Aybars Turan, Demet Alyurt, Naciye Özel’le birlikte zevkli olduğu kadar yoğun ve stresli bir hazırlık dönemi geçiriyoruz. Finale geri sayım başladı. Heyecanımız bayrağı devir aldığımız ilk andan itibaren artan bir ivmeyle yükselmeye devam ediyor. Korku, endişe adeta bir gölge gibi başarıma arzumuzun takipçisi. Kongre organizasyonunda -Komitemdekiler adına söylüyorum- amatör olmak böyle bir çok duyguyu beraberinde getirir de TDB’nin profesyonelliği ve deneyimleriyle her an yanı başımızda olması bizi rahatlatıyor. Kongre çalışmalarını Samsun-İstanbul-Ankara hattında tüm hızıyla devam ediyor. Komite olarak bugüne kadar olan zaman dilimi içinde kongrenin ülkede ve uluslararası düzeyde duyurulması çalışmalarını yürüttük. Bu anlamda birinci ve ikinci duyurular hazırlanarak önceki aylarda tüm meslektaşlarımıza, dişhekimliğiyle ilgili uluslararası kuruluşlara ve basına gönde-

rilmişti. Üçüncü duyuru da bu ay içerisinde TDBD’yle birlikte meslektaşlarımıza ulaştı. Web sayfası tasarlandı. www.samsun-2006.org.tr adresine girerek kongreye ilgili her türlü bilgiye ulaşmak ve kayıt işlemini online gerçekleştirmek mümkün. Kongrenin tüm basılı evrakının dökümü çıkarıldı, tasarımları gerçekleştirildi, matbaa anlaşmaları yapılarak dönem dönem basımları sağlanıyor. Şu an kongre kitabının hazırlık aşamasındayız. Başlı başına çok ciddi bir çalışma gerektiriyor. Zamanında elimize ulaşmayan bilgiler işimizi biraz zorlaştırırsa da ‘muhakkak başarı’ ilkimizden şaşmadan ilerliyoruz.

İşin mutfağında olmak böyle bir şey. Menüü orada burada, duyurular, dergilerde görebilirsiniz ama tatmadan tadına varamazsınız. Meslektaşlarımızı yeşille mavinin buluşma noktasına, Ata’nın şehrine, TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’ne, TDB’nin 20. kuruluş yıldönümü şenliğine, bilgiye, teknolojiye, eğlenceye, birlik ve beraberliğe çağırıyoruz. Ve onlara ‘Yaşamaya değer hiçbir şeyi ertelemeyin. Birakın bu kez hastalar sizi beklesin’ diyoruz.



Mali
Komite
Başkanı
S.Özlem
Sezer:

‘Belirlediğimiz bütçeye sadık kaldık’

19-24 Haziran 2006 tarihleri arasında yapılacak TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi organizasyonunun Samsun Dişhekimleri Odası’na verildiğinin açıklanmasından sonra bizleri tatlı bir telaş aldı ve çalışmalara hızla başladık. Önce Başkan Özlem Sezer ve üye Neşe Onat olmak üzere Mali Komite’imizi oluşturduk.

Komite olarak gelir-gider makbuzları bastırıldı, bankalarla görüşmeler yapıldı. Bu görüşmeler sonucunda sponsorluk anlaşmasını da içerecek şekilde Fortis’le çalışmaya başladık. Hesaplarımızı günü gününe inceleniyor ve komitelerin ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan mali bütçeye göre harcamalar yapılıyor. Bütçe üzerindeki düzenlemeler her 15 günde bir Organizasyon Komitesine bildiriliyor.

Göreve geldiğimiz ilk dönemde hazırladığımız mali çalışma takvimine paralel bir şekilde çalışmalarımız devam ediyor.

Kentimizde yapılacak olan Kongre’imizde misafir edeceğimiz meslektaşlarımıza hem kültürel hem bilimsel anlamda tatmin edici bir kongre sunacağımıza inanıyoruz.



Teknik Komite Başkanı Rıza İnan:

‘Başarmamıza az kaldı’

Kongrelerin kusursuz yürüyebilmesi biraz da teknik açıdan problem çıkmamasına bağlı olduğundan Teknik Komite olarak tüm olanaklarımızı kullanıyoruz. Samsun’da büyük kentlere göre biraz kısıtlı olan imkanlar bizleri muhakkak ki zorluyor. Bir İstanbul, Ankara, İzmir gibi geniş bir kongre alanımız olmamasına rağmen, çeşitli imkansızlıklar dahilinde bile başarıya ulaşmamıza az kaldı.

Teknik Komite’miz benim başkanlığında Sabri Erkmen, M.Kamil Aksoy, Barış Sallı ve Süleyman Düzovalı’dan oluşuyor.

Atatürk Kültür Merkezi’ndeki çalışmalarımızı hızla tamamlıyoruz. Burada esas zorluk Kültür

Merkezi’ndeki kısıtlı imkanlar. Bu zorluklar tüm teknik komisyon ve diğer komisyon üyeleri ile yenilecektir.

Kongre boyunca hiçbir aksaklık çıkmaması için gerekli tüm ekipman temin edildi. Bu ekipmanların kullanımı için gerekli personel de hazır bulunacak. Diğer komitelerde yer alan tüm arkadaşlarımız gibi biz de elimizden geleni yaparak sorunsuz bir Kongre yaşanmasına katkıda bulunacağız.

Kongrenin problemsiz ve başarılı geçeceğine inanıyorum. Ufak eksikliklerimiz, gözümüzden kaçan noktalar olursa şimdiden meslektaşlarımızın anlayışına sığınıyorum.



TDB Genel Sekreteri Murat Ersoy Meslek Sorunları Sempozyumu gündemi ve yine Kongre sırasında yapılacak TDB-Dişhekimliği fakültesi dekanları toplantısı hakkında bilgi verdi.

‘Muayenehanelerden hizmetin nasıl alınacağı görüşülecek’

Bilindiği gibi her yıl Kongrenin bilimsel programından önce Meslek Sorunları Sempozyumu gerçekleştiriliyor. Bu bölümde TDB ve Oda yöneticilerin katıldığı meslek sorunlarının tartışıldığı toplantılar sağlanan bir konu çerçevesinde konunun taraflarının ve uzmanlarının, bir araya geldiği çalışma grubu toplantıları ve dişhekimliği fakültesi dekanlarıyla TDB yöneticilerinin ortak toplantıları gerçekleştiriliyor. Böylece hem güncel sorunlara yönelik çözümler hem de mesleğimize yön verecek politikalar ortak akılla üretilmeye çalışılıyor.

TDB 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi kapsamında 19-20-21 Haziran’da yapılacak Meslek Sorunları Sempozyumu’nun iki ana gündem maddesi var:

- 1- Kamunun dişhekimliği hizmetlerini muayenehanelerden satın alması ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda dişhekimliği hizmetleri,
- 2- 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği yasasına ait yönetmeliğin görüşülmesi, olarak belirlenmiştir.

Meslek Sorunları Sempozyumu’nda ayrıncı Sağlık Turizmi ve Dişhekimliği Hizmetlerine Etkileri başlıklı bir çalışma grubu da toplanacaktır.


TDB Kongrelerinin gelenekselleşen bir toplantısı da Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu – Dişhekimliği Fakültesi Dekanlarının ortak toplantısıdır. Bu toplantılar dişhekimliği fakülteleriyle ilişkimizi geliştiriyor ve mesleğimiz açısından çok önemli açılımlar sağlıyoruz. 21 Haziran 2006 tarihinde yapılacak olan toplantının gündeminde

- Ülkemizde Bilimsel Dişhekimliğinin 100. Yılı etkinlikleri,
- Aydınlatılmış hasta onam formu,
- Yabancı uyruklu dişhekimlerinin denklik durumu, (Lisansüstü eğitimde ve muayenehane açılmasındaki durumun ayrı ayrı değerlendirilmesi),
- Bilimsel kongrelerin yapılmasındaki düzenlemeler. (Birliğin ve meslek odalarının, fakültelerin ve branş derneklerinin yaptıkları çok sayıdaki bilimsel toplantı ve kongrelere bir dü-

zen ve standart getirilmesi,

- Eğitim programları (Lisans eğitimi, uzmanlık, “DUS”, “Master”, doktora ve Sürekli Dişhekimliği Eğitimi (SDE)’de son durumun değerlendirilmesi,
- Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması,
- Ülkemiz dişhekimliği eğitim programının AB’deki dişhekimliği eğitim programlarına uyumu için yapılması gerekenler, gibi konular yer alıyor.





SDE puanınızı alabilmek için yeni TDB kimlik kartınızı (Akıllı Kart) Kongre’de yanınızda bulundurun



Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Tamer Ataoğlu, fakültesinin geldiği aşamayı özellikle saygın yayınlarda yayımlanan makale sayısını da göstererek övünçle aktarıyor. Ataoğlu, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılıyor olmasını çok yönlü kriterler açısından değerlendiriyor ve vardığı sonucu şöyle özetliyor:

‘Reel anlamda gereksiz, insan gücü planlaması açısından yanlış’

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 18 Haziran 1987 tarihli Bakanlar Kurulu kararının 27 Haziran 1987 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmasıyla kuruldu. Eğitim-öğretim sürecine 1988-89 ders yılında, kurucu dekanımız Prof.Dr. İ.Timur Esener önderliğinde başladı. Fakültemiz, kurulduğu ilk yıllarda altı anabilim dalında birer yardımcı doçent öğretim üyesi ve birkaç araştırma görevlisiyle Üniversitemizin Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına ait Mediko-Sosyal binasında faaliyete geçmişti. Kısa sayılabilecek bir zamanda her alanda çok önemli gelişmeler gösteren fakültemiz gerek akademik kadro açısından, gerekse altyapı açısından yeterli olanaklara ulaştı. Bugün Oral Diagnoz ve Radyoloji ve Endodonti bilim dallarının anabilim dalı olmasıyla birlikte 8 anabilim dalında eğitim-öğretim devam ediyor.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz?

Hastalarımızın büyük çoğunluğu Emekli Sandığı’na bağlı çalışanlar ve emeklilerden, geri kalanı da sevk edilen SSK hastaları ve ücretli hastalardan oluşuyor. Öğrencilerimizin çalışacağı hasta bulması konusunda problem henüz yaşamadık, hatta

şehir merkezine uzak olmamıza rağmen, çoğu zaman talep yoğunluğu nedeniyle zorlandığımız dönemler bile oluyor.

Mezun olan öğrencilerinizle iletişiminiz devam ediyor mu? Mezunlarınız iş bulma açısından sıkıntı çekiyor mu?

Bugüne kadar 600’ün üzerinde mezun veren Fakültemizin, mezunları ile iletişimde çok başarılı olamadığını itiraf etmeliyim. Konya’da çalışmakta olan mezunlarımız hakkında fikir sahibiyiz, ancak ülkenin dört bir yanına dağılmış olanlarla iletişiminiz ne yazık ki sağlıklı değil. Mezunlarla iletişimi geliştirmenin en iyi yolunun bir mezunlar derneği kurmak olduğuna inanıyor ve bu konuda çalışmalar yapıyoruz. Şu ana kadar mezunlarımızın iş bulma sürecinde sıkıntı çektiklerine ilişkin bir geri dönüş almadık, umarım bundan sonra da almayız.

Dişhekimliği fakültelerinin sayısı her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından değerlendirdiğinizde bu olguyu doğru buluyor musunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

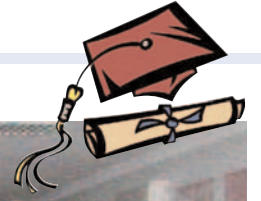
Ülkemizde yeni dişhekimliği fakültesi açılmasına tek gerekçe olarak sayısal anlamda dişhekimisi sayısının nüfusa oranla yetersiz olması gösteriliyor. Ayrıca dağılımının da düzensiz olduğu zaman zaman

vurgulanıyor. Oysa ağız-diş sağlığına bütçesinden pay ayıramayacak düzeyde ekonomik gelire sahip insan sayısının nüfusun önemli bir bölümünü oluşturuyor olması, diğer bir ifadeyle gelir dağılımının son derece bozuk olması gözardı ediliyor. Aslında dişhekimisi dağılımı da ülkede coğrafi olarak gelir dağılımını takip ediyor. Bu durum göz önünde tutulduğunda, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması reel anlamda gereksizdir ve insan gücü planlaması açısından da yanlıştır. Ayrıca yeni fakültelerin açılışında izlenen yol da sıkıntılara neden oluyor. Akademik ve idari kadrosu oluşturulmadan, binası ve diğer fiziki altyapısı kurulmadan öğrenci alınması eğitimi ve kalitesini şüphesiz olumsuz etkiliyor.

Avrupa Birliği sürecinde fakültenizi eğitim ve fiziki altyapı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Fakültemiz, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve fiziki altyapı açısından son derece iyi bir konumda. Akademik kadrosu yeterli ve bugün kendi öğretim elemanlarını yetiştiriyor. Hatta yetişen elemanları yeni açılan fakültelerde görev yapıyor. Kendi mezunumuz olup, yaklaşık iki yıl sonra profesör kadrosuna atanacak seviyede öğretim üyelerimiz var. Oldukça gelişmiş ve modern cihazlarla donatılmış bir araştırma merkezimiz bulunuyor ve bu merkezde gerçekleştirilen çalışmalar ulus-





lararası saygın dergilerde yayımlanıyor. Hatta bu merkezimiz zaman zaman diğer fakültelerden gelen talepleri de karşılıyor. Üç ayrı bloktan oluşan binalarımızın tümünde kablosuz internet erişimi olanağı var. Klinik ve preklinik eğitimde sorunu- muz yok; öğrencilerimizin herbirine staj- ları süresince çalışabilecekleri ünite vere- biliyoruz ve preklinik eğitimimiz ağırlıklı olarak geçen yıl hizmete giren fantom la- boratuvarımızda gerçekleştiriliyor. Fakültemizdeki eğitim-öğretim ve bilimsel araştırma düzeyi için belki de en sağlıklı ölçeklerden birisi Science Citation In- dex'te yer alan dergilerde 2004 yılında ya- yımlanan makale sayısı olabilir. YÖK'ün web sitesindeki verilere göre söz konusu yıl içinde Fakültemizden yayın sayısı 61, öğretim üyesi sayısı 41'dir. Öğretim üyesi başına düşen makale sayısı yaklaşık 1.5 gibi oldukça yüksek bir oranda.

Avrupa Birliği sürecinde akreditas- yonla ilgili herhangi bir çalışmanız var mı? Mezunlarınızdan Avrupa'da çalış- mak isteyenler ne gibi sorunlarla kar- şılıyor?

Fakültemiz Association of Dental Educati- on in Europe (ADEE) üyesidir. 2001 yılın- da bir özdeğerlendirme raporu hazırlayıp ADEE'e bağlı birim DentEd komisyonun- ca ziyaret edildik ve denetimden geçtik. Komisyonun hazırladığı



Science Citation Index'te yer alan dergilerde Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi kay- naklı makale sayısı 2004 yılında 61 olarak gerçekleşti.

rapor son derece olumlu ve rapor doğ- rultusunda o günlerde eksikliklerimiz olan Fantom laboratuvarı ve multidisipli- ner eğitim gibi eksikliklerimizi giderdik. Ayrıca Selçuk Üniversitesi'nin akreditas- yon çalışmalarına paralel olarak Fakülte- mizin çalışmaları da devam ediyor. Ders- lerin kredileri için ECTS düzenlemesi ya- pıldı ve bu yıldan itibaren İngilizce diplo- ma eki verilmesi hazırlıkları tamamlandı. Bu sayede Avrupa'da çalışmak isteyen mezunlarımızın bizlerden talep ettikleri İngilizce transkript de peşinen karşılanmış olacak.

Bugün için yaşadığımız en önemli sorunlar nelerdir? Elinizde yeterli imkan olsa fakülteniz için ne yapmayı düşünürsünüz?

Bugün Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi problemlerini büyük ölçüde çö- müş bir eğitim kurumu. Ancak fakültenin kuruluşundan günümüze süreklilik arze- den başlıca sorunu araştırma görevlisi ve yardımcı personel kadrolarındaki yeter- sizliktir. Yeterli düzeyde araştırma görev- lisi, hemşire ve sağlık teknisyeni kadro- muz yok. Yardımcı personel açığı geçici personel ile belirli oranda kapatılmaya ça- lışılıyor, ancak doktora öğrencilerimizin yaklaşık yarısının kadrosuz olmasına çö- züm bulunamıyor.

Diğer önemli bir sorunumuz Üniversite- mizin Tıp Fakültesi'nden uzak oluşu. Bu durum gerek temel tıp bilimleri eğitimi açısından, gerekse klinik işleyişte zaman zaman sıkıntılara yol açıyor. Ancak Üni- versitemizde ikinci tıp fakültesinin kam-

püste yakın gelecekte açılmasıyla bu so- runların aşılabileceğini bekliyoruz. Döner ser- mayemizin güçlü olması, maddi açıdan problemimizin olmaması bugün için bü- yük avantajımız; ancak mevzuatla ilgili her fakültenin yaşadığı problemler fakül- temiz için de geçerli.

Teknik altyapıyı geliştirmeye yönelik ça- lışmalarımız devam ediyor. Yakın gele- cekte fakülte kliniklerinde işleyişi tama- men elektronik ortamda gerçekleştirmeyi planlıyoruz. Bunun için tamamen dijital radyografiye geçiş (ağız-dışı filmler dahil) ve hasta dosyalarını tamamen ortadan kaldırma hazırlıklarını sürdürüyoruz. Ay- rıca bir merkezi sterilizasyon ünitesi kur- duk; enfeksiyon kontrol komisyonumu- zun önerileri doğrultusunda kliniklerimiz- de enfeksiyon kontrolünü güçlendirmek amacıyla çalışmalar sürdürülüyor.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirebilir misiniz?

Konya Dişhekimleri Odası'nda geçmişte farklı zamanlarda 3 dönem görev aldım. Dolayısıyla serbest dişhekimliği sorunları hakkında yakından bilgi sahibi oldum. Bugün KDO Yönetim Kurulu'nda iki öğ- retim üyesi arkadaşımız yer alıyor. Diğer anlamda Oda ile organik bağımız devam ediyor. TDB ile de ilişkilerimizin iyi dü- zeyde olduğunu söyleyebilirim. Mesleki sorunlarımızın çözümünde fakültelerle birlikte hareket edildiği sürece daha etkin olunacağına inanıyorum. Son zamanlarda TDB yönetimi ve dişhekimliği fakülteleri- nin dekanlarının beraber yaptığı toplantı- lar da bu görüşümü doğrular izlenimler edindim.

Sayılarla Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi



Öğrenci sayısı (2005-2006)

Tüm sınıflarda toplam
öğrenci sayısı: 322

(145 kız, 155 erkek TC uyruklu öğrenci ve
2 kız, 20 erkek yabancı uyruklu öğrenci)

2004-2005'te mezun olan
öğrenci sayısı: 48

Bu yılki kontenjan: 52 + 3 yabancı
uyruklu öğrenci

[Ayrıca 47 doktora öğrencisi (kadrosuz)
bulunuyor.]

Akademik kadro

Profesör	11
Doçent	17
Yard. Doçent	14
Araş. Gör.	41



‘Öğretim üyesi dağılımı daha iyi organize edilmeli’

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 24 Şubat 1995 tarihinde kuruldu. 1995-1996 eğitim-öğretim yılında 31 öğrenci ile tıp fakültesi binasında öğretime başladı. 1996-1997 eğitim-öğretim yılında Sümerbank’tan devralınan binada Mayıs 2002’ye kadar çalışmalarını sürdüren Fakültemiz bu tarihte Üniversitemizin Doğu kampüsündeki Tıp Fakültesinin yeni yapılmış olan Morfoloji binasının iki katına taşındı. Halen de aynı binada faaliyetlerine devam ediyor.

Bina yetersizliği gibi sorunlara rağmen doğal güzellikleriyle ünlü Göller Bölgesi ve Batı Akdeniz bölgesinin ağız ve diş sağlığı hizmeti veren tek dişhekimliği fakültesiyiz.

Bugün 182 öğrencinin eğitim-öğretim gördüğü fakültemizde 4 derslik ,1 seminer salonu, 1 preklinik laboratuvarı ve 22 Fantomluk bir fantom laboratuvarı bulunuyor. Klinik hizmetleri 8 klinikte toplam 77 dental ünitle yürütülüyor.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz?

Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi sadece Isparta ili değil, Antalya, Denizli, Afyon, Burdur, hatta Muğ-

la, Aydın illeri gibi geniş bir bölgeye sağlık hizmeti veren bir Fakülte olma özelliğini taşıyor. Bu nedenle öğrencilerimiz hasta bulma konusunda herhangi bir sıkıntı yaşamıyor. Hatta bazı anabilim dalları kliniğinde hasta yoğunluğu yaşanıyor.

Mezun olan öğrencilerinizle iletişiminiz devam ediyor mu? Mezunlarınız iş bulma açısından sıkıntı çekiyor mu?

Mezun olan öğrencilerimizle iletişimimiz sürekli devam etmekle birlikte bugüne kadar organize değildi. Ancak Süleyman Demirel Üniversitesi’nin yürüttüğü bir program çerçevesinde bütün mezunlarımıza ulaşarak özellikle internet olanaklarından da yararlanarak iyi bir iletişim ağı oluşturmayı planlıyoruz. Elimizde henüz yeterli veriler olmamakla birlikte mezunlarımızın iş bulma konusunda fazla bir sorun yaşadıklarını sanmıyorum.

Dişhekimliği fakültelerinin sayısı hemen her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından değerlendirdiğinizde bu olguyu doğru buluyor musunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

Ülkemizde çalışacak dişhekimlerinin sayısı da, aynen tıp doktorluğunda olması gerektiği gibi (ve zaten birçok gelişmiş ülke-

Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 1995’te kuruldu. Yeni kurulan birçok fakülte gibi çeşitli zorluklarla eğitim ve araştırma faaliyetine devam eden Fakültenin dekanı Prof.Dr. M. Üstün Güldağ’dan fakültesi hakkında bilgi aldık. Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması gündeme geldiğinde ulusal ve bölgesel gereksinimler göz önünde bulundurulması gerektiğini belirten Güldağ, dişhekimliği fakültelerinin önemli bir sorununun da büyük şehirlerdeki fakültelerde aşırı bir öğretim üyesi yığılması olduğu kanaatinde:

de olduğu gibi) ulusal ve bölgesel gereksinimler göz önünde bulundurulacak belirlenmelidir.

Bu aslında teknik bir konu, ve öyle de kalmalı. Yani gereksinim olduğunda yeni fakülteler açılabilir, ya da mevcut imkanlar doğrultusunda öğrenci sayısı artırılabilir. Bunu belirleyecek



Sayılarla

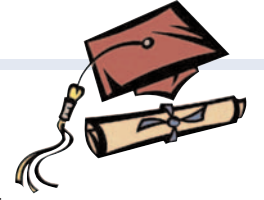
Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Öğrenci sayısı (2005-2006)

Tüm sınıflarda toplam öğrenci sayısı: 182
2004-2005’te mezun olan öğrenci sayısı: 41
Bu yılki kontenjan: 31

Akademik kadro

Profesör	4
Doçent	7
Yard. Doçent	14
Araştırma görevlisi	35
Doktora Öğrencisi	9



olan siyasi olarak uzun dönemli ulusal sağlık politikalarının varlığı ve meslek odalarının bu sağlık politikalarının oluşturulması sırasında aktif katılımıdır. İşler böyle yürüdükçe herhangi bir sorunla karşılaşılacağını düşünmüyorum. Ancak şu ana kadar yapılan uygulamalara baktığımız zaman bu şekilde bir planlama sürecinin işlemediği görülüyor. Fakültelerin açılması ihtiyacı çok siyasi taleplerin etkisiyle oluyor.

Tabii burada konunun bir başka yönünü vurgulamakta yarar var. Yeni açılan fakültelerin en önemli sorunu olarak öğretim üyesi ihtiyacı ortaya çıkıyor. Ancak şu durumu da belirtmek gerekir: Avrupa Birliği sürecinde devamlı vurgulanan önemli konulardan biri kaynakların en ekonomik şekilde kullanılmasıdır. Ama dişhekimliği fakültelerine baktığımızda durumun böyle olmadığı görülüyor. Özellikle büyük şehirlerde kurulu üniversitelerimizde aşırı bir öğretim üyesi yığılması var. Örneğin bir dişhekimliği fakültesinde sadece bir anabilim dalında 23 profesör bulunuyor. Benzer örnekler çoğaltılabilir. Bu nedenle, öğretim üyesi dağılımı daha iyi organize edildiği takdirde sorun yaşanmayacağını düşünüyorum. Yükseköğretim yasasının ilk kabul edildiği dönemde yasada bu konuda sorunu çözümleyici hükümler bulunuyordu. Ancak daha sonra bu maddelerin içeriği boşaltılarak işlemez duruma geldi.

Avrupa Birliği sürecinde fakültenizi eğitim ve fiziki altyapı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Süleyman Demirel Üniversitesi Avrupa Birliği sürecinde hızlı bir şekilde organize olan bir üniversite. Bu amaçla Üniversite'nin alt birimleriyle birlikte stratejik planlar oluşturuldu. Erasmus programı kapsamında çok sayıda öğrenci çeşitli Avrupa ülkelerine eğitime gönderildi. Fakültemiz de Finlandiya Oulu Üniversitesi ile ikili anlaşma yaptı. Şu anda beşinci sınıftan bir öğrencimiz bu üniversitede öğrenim görüyor. Ancak diğer dişhekimliği fakültelerinde olduğu gibi fakültemizde de sınıf geçme sistemi uygulandığı için öğrencilerimiz bu programa katılımda bazı sorunlar yaşıyor. Bu nedenle şu anda Erasmus programına katılım Üniversitemizin diğer fakültelerine göre daha az sayıda oluyor.



Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi genç ve dinamik bir akademik kadroyla hizmet veriyor.

Avrupa Birliği sürecinde akreditasyonla ilgili herhangi bir çalışmanız var mı? Mezunlarınızdan Avrupa'da çalışmak isteyenler ne gibi sorunlarla karşılaşılıyor?

Fakültemizde şu anda öncelikle ISO kalite yönetim sistemine yönelik çalışmalar yapıyoruz. Bu amaçla bir danışmanlık firmasıyla görüşüyoruz.

Akreditasyon konusunda öncelikle şunu belirtmek isterim: Dişhekimliği ya da diğer fakültelerin akredite olmasını sadece AB ile ilişkilendirmeyi doğru bulmuyorum. Akreditasyon çalışmaları, öncelikle iyi bir üniversite, iyi bir fakülte olmak adına yapılmalıdır.

Şimdiye kadar mezunlarımızdan Avrupa'da çalışmak isteyenlere ilişkin bize ulaşan bilgi olmadı. Bu nedenle öğrencilerimizin yaşayabileceği sorunlar hakkında görüş belirtmem mümkün değil. Ancak genel olarak yaşanan sorunların başında diploma denkliği geliyor. Bu konuda üniversitemizde yapılan çalışmalar sonuçlandı, önümüzdeki dönemde mezun olan öğrencilerimize diploma ile birlikte diploma eki de verilecek. Böylece oluşabilecek sorunların büyük ölçüde aşılabileceğini düşünüyorum.

Bugün için yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir? Elinizde yeterli imkan olsa fakülteniz için ne yapmayı düşünüyorsunuz?

Fakültemizin en önemli sorunu kendi binasının olmaması. Tabii bu sorunun çözümü mali kaynak sorununun çözümüne bağlı. Bina dışında fakültemiz teknik donanım açısından yeterli düzeyde. Bunun yanında Fakültemizde sterilizasyon mer-

kezi sistemle yaşıyor. Enfeksiyon kontrol komitemizin önerileri doğrultusunda gelecek eğitim-öğretim yılından itibaren öğrencilerimizin klinikte kullandığı bütün dental aletlerin sterilize edilmiş şekilde Fakültemiz tarafından karşılanacağı bir sistem oluşturuyoruz. Şu anda da öğrencilerimizin kullandığı klinik malzemeler merkezi sterilizasyonda sterilize edilmekle birlikte uygulamayı planladığımız yeni sistemle daha da etkili bir enfeksiyon kontrolü sağlamayı amaçlıyoruz.

Fakültemizin yeni binasının yapımı için finansman sağlandığı takdirde sağlık hizmeti verilen bölümlerinin en yeni ekipmanlarla donatılmış Ağız-Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Hastanesi şeklinde organize edilmesini planlıyoruz.

Fakültemizin farklı üniversitelerden gelen genç ve dinamik bir akademik kadrosu var. Bu kadromuzla hem akademik olarak, hem de klinik hizmetleri olarak Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'ni ülkemizin seçkin dişhekimliği fakültelerinden biri ve bulunduğu bölgede lider bir eğitim-öğretim kurumu haline getirmek amacındayız.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirilebilir misiniz?

TDB ile dişhekimliği fakülteleri arasında kurumsal olarak olumlu ilişkiler olmakla birlikte bu ilişkilerin yeterli düzeyde olmadığını düşünüyorum. Mesleğimizin önemli ayaklarını oluşturan dişhekimliği fakülteleriyle TDB arasında daha sıcak ilişkilerin kurulması mesleğimizin geleceğine önemli katkı yapacaktır.

TDB'nin ulusal dişhekimliği politikalarının oluşturulmasında TDB ile fakültelerimiz arasında sadece yöneticiler düzeyinde değil öğretim üye ve yardımcıları düzeyinde de ilişki kurulması gerektiğini düşünüyorum. Fakültelerde görevli meslektaşlarımızda, 'TDB neden sadece muayenehane hekimlerinin birliğiymiş gibi davranıyor?' düşüncesinin hakim olduğu görülüyor. Bu nedenle TDB'nin sadece serbest çalışan dişhekimlerinin değil öğretim üye ve yardımcıları olan meslektaşlarımızın meslekî özlük hakları ve diğer sorunlarıyla da ilgilenmesi, ilişkilerin daha sağlıklı gelişmesine yardımcı olacaktır.

Florür Tableti kullanılmalı mı?

■ Seval Ölmez*

Florür tabletlerinin kullanımı konusunda hekimler arasında fikir ayrılığı yaşanıyor. Bazı hekimler tabletleri çok rahatlıkla önerirken bazıları bu konuda oldukça çekingen davranıyor. Acaba flor tableti vermek gerekli mi, yararı nedir? Öncelikle bu sorunun yanıtlanması gerekir. Ülkemizde içme sularının ya da tuzların florürlenmesi gibi sistemik uygulamalar yapılmadığına göre sistemik olarak tek yöntem florür tabletlerinin kullanımınıdır. Sistemik florür uygulamalarıyla topikal uygulamaların etkinliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalar topikal kullanımının daha etkili olduğunu göstermektedir. Minenin kalsifikasyonu sırasında sistemik olarak alınan flor dişler sürdükten sonra topikal uygulamalarla desteklenmedikçe yüzeyden uzaklaşır. Bu bilimsel sonuç topikal uygulamaların etkinliğinin kesin kanıtıdır. Ancak tüm bu sonuçların hem sistemik hem de topikal uygulamaları yaygın olarak kullanıp “acaba hangisinin etkinliği daha fazla” diye değerlendirme yapılan ülkelerde gerçekleştiğini unutmamak gerekir. Bu nedenle bizim gibi ülkelerde ilk hedef florürlü diş macunu kullanımını yaygınlaştırmak olsa da bunun yapılamadığı yüksek çürük riski taşıyan bireylerde florür tabletlerinin sistemik ve çığnendiğinde elde edilen topikal etkisinden yararlanmak gerekir.

Florür tabletlerinin kullanımı ko-

nusundaki ikinci soru işareti florozis ile ilgilidir. Öncelikle dental florozisin daha çok gelişmiş ülkelerin problemi olduğunu belirtmek gerekir. Bunun nedeni bu ülkelerde içme sularının florür içermesine ilaveten başta florürlü diş macunu olmak üzere pek çok koruyucu uygulamanın beraber kullanılmasıdır. Ayrıca bu ülkelerde bebek maması ve meyve suları gibi pek çok gıda maddesine flor ilave edilmektedir. Bizim ülkemizde dişhekimliği uygulamaları ya da gıdalarla alınan flor nedeniyle yaygın florozis oluşumu söz konusu değildir. Şöyle bir karşılaştırma yapacak olursak ülkemizde içme suları florürlenmediği gibi, kişi başına yıllık tüketilen diş macunu miktarı 60-70 gr’dır. Bu miktar Amerika’da 650 gr, İngiltere’de 350 gr, İtalya’da 270 gr, İspanyada 250gr’dır. Bunun yanısıra koruyucu dişhekimliği uygulamalarının yaygın kullanılmaması, gıda maddelerinden ilave flor alınmaması toplumsal anlamda florozis riskini ortadan kaldırmaktadır. Nitekim “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili” 2004 yılı raporuna göre dental florozis 5 yaşta % 0,7, 12 yaşta % 2,7 oranındadır.

Florür tableti kimlere verilir?

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre tabletler sadece diş çürüğü riski taşıyan çocuklarda içme suyundaki flor miktarı, çocuğun yaşı ve kilosu göz önünde tutularak reçetelendirilmelidir. Bu konuda bireysel faktörlerin önemini unutmamak gerekir. Yani dişlerin ilk çıktığı andan itibaren ağız hijyenine ve beslenmesine dikkat edilen çocuklarda tablet kullanımına gerek yoktur. Ne yazık ki bu çocuklar ülke genelinde çok küçük bir yüzdeyi oluşturmaktadır. 2004 yılında yayımlanan “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili”nde

süt dişlerinde çürük prevalansı % 68,8 olup, 12 yaşta SIC indeksi 4,33’tür. Bu değer DSÖ’nün 2015 hedefi olan 3 sayısının çok üstündedir. Özetle ülkemizde çocuklarda diş çürüğü bir risk oluşturup florozis nadir görülmektedir.

Flor tabletlerini reçetelendirebilmek için yanıtlanması gereken bir diğer soru sulardaki flor miktarıdır. T.C Sağlık Bakanlığı 2003 yılında Türkiye’nin su flor haritasını çıkarmıştır. Buna göre yurdumuz genelinde sulardaki flor oranı optimal düzey olarak belirlenen 0,7-1,2 ppm düzeyinin altındadır.

Flor tableti nasıl reçetelendirilir?

Tablet kullanımında 1995 yılında Amerikan Dişhekimleri Akademisi (ADA) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından yaşlara ve sulardaki flor konsantrasyonuna göre belirlenen şu doz şeması kullanılmaktadır;

SU KAYNAKLARINDAKİ FLOR SEVİYELERİ			
YAŞ	<0.3 ppm	0.3-0.6 ppm	>0.6 ppm
0-6 ay	0	0	0
6 ay-3 yaş	0.25 mg	0	0
3-6 yaş	0.50 mg	0.25 mg	0
16 yaş	1 mg	0.50 mg	0

Günümüzde hamilelik döneminde florür desteğine gerek olmadığı düşünülmektedir. Bunun nedeni presenta bariyeri nedeniyle anne adayına verilen florürün bebeğin dişlerinde yeterince geçmemesidir. Altıncı aya kadar anne sütü ya da mamalardan alınan flor oranının yeterli olduğu düşünülmektedir. Uzun süreli kullanım kooperasyon güçlüğü oluşturur. Ancak kısa süreli kullanımda da yarar sağlanmaktadır.

* Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı

Restoratif dişhekimliğinde materyal seçimi:

Hangi vakada hangi materyal?

■ **L. Şebnem Türkün***
Zeynep Ergücü**

Dişhekimlerinin çoğu, hangi vakalarda hangi materyallerin daha başarılı olacağı konusunda tereddütte kalmaktadır. Hangi vakalarda hangi materyallerin hem kendileri hem de hastaları için avantajlı olacağını tam olarak bilmemektedirler. Restoratif materyal seçimi ile ilgili birçok kitap mevcut olmakla birlikte, genelde yabancı dilde yazılmışlardır ve ulaşılması da zordur.

Bu derlemeyi yazmamızın amacı, dişhekimlerine günümüzde sıkça kullanılan ve tavsiye edilen dental materyaller hakkında pratik bilgi vermek ve avantajlarını, dezavantajlarını, endikasyonlarını ve kontrendikasyonlarını sunmaktır.

Günümüzde hala direkt restorasyonlar yaptığımızda, hangi materyalle daha başarılı olacağımız konusu çözüme kavuşmamıştır. Materyallerin sürekli değiştirilmesi ve çoğu zaman da kontrollü klinik çalışmalar yapılmadan piyasaya sürülmesi dişhekimlerinin aklının daha da karışmasına sebep olmaktadır.

Estetiğin çok önemli olduğu bir çağda olmamız sebebiyle ve biraz da hastaların yönlendirmesi sonucunda, diş rengindeki direkt estetik restoratif materyallerin kullanımı giderek artmaktadır. Ancak bu materyallerle elde edilen sonuçlar optimal olmaktan

uzaktır. Bu durum genellikle aşağıdaki nedenlerden birine veya birkaçına bağlıdır^{1,7}:

- Firmaların önerilerine uymamak
- Yanlış materyal seçmek
- Yanlış klinik kullanım (örn. kompozitlerin “beyaz” amalgam gibi kullanılması)
- Materyali, sertleşme derinliği, polimerizasyon süresi, bağlayıcıların uygulanması, nem kontrolü gibi prosedürlere dikkat etmeden kullanmak
- Zarar veren bitirme ve parlatma işlemleri uygulamak

Günümüzde en sık kullanılan dental materyaller şunlardır:

1. Amalgam
2. Kompozit rezinler
3. Kompomerler
4. Rezin modifiye ve geleneksel cam iyonomer simanlar
5. Ormoserler
6. Giomerler

Hatırımızda tutmamız gereken en önemli nokta, hiçbir restorasyon materyalinin ideal veya universal olmadığıdır.

Amalgam

Yüzaltmış yılı aşkın süredir klinik olarak kanıtlanmış bir ömre sahip olan en eski materyaldir. Yapılmış olan çalışmalar göstermiştir ki amalgam, diğer materyallere göre hem daha ucuz hem de daha uzun ömürlüdür. Ancak bu sonuçlar artık kullanılmayan kompozit rezinlerle elde edilmiştir. Günümüzde kompozit rezinlerin klinik uygulamalarının kolaylaşması ve dentin bağlayıcı sistemlerin geliştirilmesi sonucunda, uygulama süreleri çok kısalmıştır ve başlangıçtaki bu çalışmaların sonuçları anlamını ve önemini yitirmiştir. Diğer yandan, aynı boyutta-

ki amalgam restorasyonlarla karşılaştırılınca, kompozit rezin restorasyonlarda artmış bir kullanım süresi görülmektedir⁸. Buna karşın, amalgamın ucuz bir restoratif materyal olduğu ve geniş premolar kavitelere ve daimi molarlarda, oklüzal kuvvet altında başarı sağladığı da bir gerçektir^{9,10}. Ayrıca, hekimlerin çoğu, meslek yaşamlarının başlangıcından itibaren, amalgamı doğru ve hızlı bir şekilde kullanmaya alışkındır. Ancak, beklentileri hep en üst düzeyde olan hastalarımız, rutin olarak amalgam kullanımına devam edilmesinden son derece rahatsızdır.

Avantajları

- Kolay yerleştirilir
- Tekniğe hassas değil
- Düşük aşınma oranı ile beraber uzun kullanım süreleri vardır
- Fiyatları ucuzdur
- Kanıtlanmış uzun ömürleri vardır^{8,10}.

Dezavantajları

- Diş renginde değildir
- Restorasyonun ağızda durabilmesi için tutuculuk sağlanmalıdır (amalgam bağlayıcılarla diş bağlanabilirler de hala gereklidir). Bağlanan amalgamların kanıtlanmış ömrü 2 yıldır ve fiyatları da daha pahalıdır. Ancak komplike daimi molar restorasyonlarında, dentin pinleri yerleştirmek yerine, bunların kullanımı daha uygundur.
- Tutucu kavite hazırlanması ve desteksiz mine dokularının kaldırılması zorunluluğu, amalgam restorasyonlar için preparasyonları diş dokuları için daha yıkıcı yapmaktadır. Bu sebeple, başlangıç aşamasındaki çürüklerin tedavisinde ve minimal girişim yapılacağı zaman kullanıla-

* Doç.Dr., Öğretim Üyesi, Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Diş Hast. ve Tedavisi AD

** Dr., Araştırma Görevlisi, Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Diş Hast. ve Tedavisi AD

mazlar.

- Konservatif preparasyonlarda etkin şekilde manipüle edilmeleri zordur.
- Komşu mukoza ile yakın friksiyon ilişkisi olduğunda, likenoid reaksiyonlar oluşturma olasılıkları vardır: alt daimi molarlardaki kole restorasyonları gibi^{11,13}.

Endikasyonları

- Daimi molar dişlerdeki geniş veya kompleks preparasyonlarda. Daha fazla retansiyon gerektiğinde, pinler yerine, amalgamın bağlanması veya girintilerin, slotların veya çevresel olukların kullanılması tercih edilmelidir (pinler restorasyonları zayıflatmaktadır). Çok geniş kuron harabiyetinde, amalgam yerine adeziv bir kor materyalinin kullanılması ve tüm örtülemenin altın kuron ile yapılması en uygun olan seçenektir¹⁴.
- Adeziv materyalle tamirin mümkün olmadığı durumlarda kırık amalgamların tamirinde kullanılabilirler.
- Özellikle devital dişlerde kor materyali olarak kullanılırlar. Ancak bu durumlarda diş rengindeki materyallerin de aynı derecede başarılı olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur^{15,17}.

Kontrendikasyonları

- Minimal operatif girişimlerin endike olduğu birincil lezyonların tedavisinde
- Daimi premolar ve molar dişlerin küçük veya orta büyüklükteki kavitelelerinde ve adeziv materyallerin daha uygun olacağı oklüzal ve arayüz bölgelerinde
- Premolar dişlerdeki geniş oklüzal ve arayüz preparasyonlarında
- Tüm servikal restorasyonlarda
- Kanal tedavisinde retrograd dolgu materyali olarak
- Hamilelerde^{7,8,18}.

Günümüzde amalgam dolguların geniş posterior diş restorasyonlarında ve tüberkül örtülenmesini gerektiren durumlar dışında kullanımlarının savunulması artık zordur.

Kompozit Rezinler

Bir rezin matris içine yerleştirilmiş cam doldurucu partiküllerin birleşiminden oluşurlar. Kompozit rezin sistemleri sınıflandırmak için birçok

yöntem vardır ama doldurucu cam partiküllerinin boyutlarına göre yapılan sınıflandırma en yaygın kullanılandır^{19,20}. Üretici firmalar, üniversal kompozit kavramının havada kaldığını, önde ve arkada kullanılacak kompozitlerin farklı özellikte olmaları gerektiğini kabul etmiş durumdadırlar^{21,22}. Bu sebeple, üniversal kompozit rezin kavramından uzaklaşmaya doğru bir eğilim vardır.

Arka bölge restorasyonları için yüksek oranda doldurucu-rezin miktarına sahip materyaller kullanılırken, fazla oranda rezin matrise sahip materyaller ön bölge restorasyonları için tercih edilmektedir^{1,3}. Bunun sebebi, yüksek doldurucu-rezin oranına sahip materyallerin daha güçlü, daha aşınmaya dirençli ve polimerize olunca daha az büzülen cinsten olmalarıdır. Ancak, doldurucu partiküllerin yoğun olarak bulunması, materyali daha opak, cansız ve zor parlatılır hale getirmektedir. Daha düşük doldurucu-rezin partikül oranı içeren materyaller ise daha kolay parlatılıp daha translüsenttirler. Ancak polimerize olunca daha fazla büzülme eğilimindedirler^{23,24}.

Ön ve arka bölgeye uygun materyalleri seçerken, hekimler hacimce % doldurucu oranlarına bakmalıdır. Hacimce %60 doldurucu oranı ve daha üstüne sahip materyaller arka bölge dişlerinin restorasyonları için daha

uygunken, daha düşük oranlı kompozitler ön bölgede endikedir. Firmalar sıkça, ağırlıkça % doldurucu oranını belirtmektedir ancak bu kavram karmaşası yaratmaktadır, çünkü genelde doldurucu partiküller rezin komponentten daha ağırdır. Örneğin ağırlıkça %72-75 doldurucu içeren bir materyalin hacimce % doldurucu oranı ancak %60 olabilmektedir. Polimerizasyon büzülmesinin yaygınlığı materyaldeki hacimce rezin yüzdesi ile doğrudan ilişkilidir. Ancak büzülmede diğer faktörler de önemlidir; özellikle eklenen monomerler, özellikli yapıları ve sertleşmenin yaygınlığı gibi²⁴.

Kompozit rezinlerin sertleştirme stratejileri

Polimerize olduklarında çok az büzülen yeni rezin sistemlerle ilgili çok fazla çalışma yapılmaktadır^{25,27}. Ancak bugüne kadar bu araştırmaların sonucunda çok düşük polimerizasyon büzülmesi olan bir materyal henüz geliştirilememiştir. Bu sebeple, tüm rezin sistemlerin sertleştirme sırasında bir miktar büzüldüğü ve bunu önlemek için klinikte bu materyallerin tabakalar halinde uygulanması gerektiği kabul edilmelidir^{28,29}.

Günümüzde dişhekimlerinin çoğu, ışıkla sertleşen kompozit rezinleri polimerize etmek için halojen lambalardan yararlanmaktadır. Ancak bu lambaların bakımı zordur ve devamlı

Amalgam	<ul style="list-style-type: none">• Molar dişlerdeki geniş ve kompleks preparasyonlar• Amalgam restorasyonların tamirinde
Kompozit Rezin	<ul style="list-style-type: none">• Geniş molar diş restorasyonları hariç, oklüzal ve aproksimalarka diş restorasyonları• Ön bölge arayüz restorasyonları• Servikal restorasyonlar• İnsizal köşe restorasyonları• Kanin boyu uzatma işlemleri• Fissür örtücü olarak
Kompomer	<ul style="list-style-type: none">• Çürüksüz servikal lezyonlar
Rezin modifiye Cam iyonomer siman	<ul style="list-style-type: none">• Kaide• Taban örtücü (liner)• Geçici diagnostik restorasyonlar• ART• Yapıştırma simanı
Geleneksel cam iyonomer siman	<ul style="list-style-type: none">• Kök çürüğü tedavisinde

Tablo 1: Farklı dental materyallerin endikasyonları

olarak 400mw/cm²'nin üstünde ışık gücü vermeleri gerekmektedir ki kompozit rezinler uygun şekilde polimerize olsunlar³⁰. Lambanın ışık ucunun debrislerle kirlenmesi ışık gücünü azaltabildiği gibi, halojen lambanın eski olması, zarar görmesi de ışık filtrelerini sınırlamaktadır. Yapılan kontroller sonucunda, ışık cihazlarının %25'inin, kompozit rezinleri uygun derinlikte polimerize edecek güçte olmadığı görülmüştür⁸. Zaman zaman ışık gücünün radyometrelerle kontrol edilmesi alışkanlık haline getirilmelidir. Cihazın ışık ucunun temizlik açısından kontrol edilmesi, temizlenip her hastadan sonra otoklavlanması ya da atılan plastik kılıfların kullanılması yarar sağlayacaktır.

Son zamanlarda, geleneksel ışıkla sertleştirme sistemlerinde değişiklikler yapılmıştır. "Rampant" veya "yumuşak-başlangıç" polimerizasyonu olarak bilinen kavramların daha iyi bir kenar uyumu sağladığı ve dolayısıyla daha az sızıntı oluşturduğu saptanmıştır^{30,32}. Ayrıca, bu sistemlerle polimerize olan kompozit rezinlerde daha az polimerizasyon büzülmesinin de olduğu gösterilmiştir³³. Bu sistemlerde değişken ışık şiddetleri kullanılmaktadır. Yani 40 sn içinde ışık şiddeti, 100 mw/cm²'den 400-800 mw/cm²'ye çıkabilmektedir. Başlangıçtaki düşük ışık şiddeti, materyali bir jel aşamasına geçirir ve moleküler düzeyde ilk büzülme kuvvetlerini karşılayacak şekilde, materyalin kendini organize etmesine yardım eder³⁰.

Daha çabuk sertleşme oluşturma stratejileri (ör. plazma lambaları) büzülmeyi azaltma ve polimerizasyon derinliğini artırmaya yönelik olmuştur. Ancak geleneksel cihazlara göre çok da fazla bir üstünlükleri olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu sistemlerle yapılan polimerizasyonlarda, ısı oluşumu ile ilgili ciddi kaygılar da mevcuttur. Şu anda, bu ışık sistemlerinin geleneksel halojen esaslı sistemlere göre daha iyi olduklarını gösteren kanıtlar mevcut değildir ve kullanımları şu anda tavsiye edilmemektedir^{34,35}.

Işık yayan diodlara (LED) dayanan yeni ışık teknolojileri de günümüzde hekimlerin kullanımına sunulmuştur. Bu sistemlerin avantajları şunlardır:

- Isı oluşturmada daha etkin ve güçlü enerji çıkışları vardır
- Soğutma için fana ihtiyaçları olmadığından sessizdirler
- Kordonsuz, küçük ve hafiftirler
- Polimerizasyon derinlikleri halojen lambalardan daha fazladır.

Hekimlerin bu LED ışık cihazlarının klinik kullanımı ile ilgili yayınları takip etmeleri ve halojen sistemlere göre avantajlı oldukarı ortaya çıktığında ise cihazlarını değiştirmeleri önerilmektedir.

Avantajları

- Dentin bağlayıcı sistemlerle kullanıldıklarında, minimal diş preparasyonları ile uygulanabilirler. Bu sebeple, bir lezyon tedavi edileceği zaman, daha konservatif kavite preparasyonları yapılmasına olanak sağlarlar
- Işıkla hemen sertleştiklerinden, anında bitirme ve parlatma işlemleri yapılabilir
- Eğer uygun ve seçilmiş dişlere uygulanırlarsa, diş-dolgu arayüzü çok iyi örtülenmekte ve arayüz sızıntısı az olmaktadır
- Önceden sertleşmiş tabakalara yeni materyallerin eklenmesi mümkündür. Böylece kırılmış dolguların tamiri mümkün olmaktadır
- Diş rengindedirler.
- Tek pasta sistemlerin kullanımı kolaydır ve poroziteleri azdır^{3,4,8,36}.

Dezavantajları

- Kimyasal yapıları sebebiyle (materyal ışıkla veya kimyasal sertleştiğinde tüm monomerlerin polimere dönüşmesi olayı) materyal %1-3 arasında polimerizasyon büzülmesine uğramaktadır. Bu durum materyalin kenar uyumunu bozmakta, zayıf tüberküleri kırmakta, post-operatif hassasiyetlere ve erken dönemde klinik başarısızlıklara sebep olmaktadır
- Kavitenin kenarlarında dentine bağlanma hala problemlidir (özellikle kavite tabanı mine-sement sınırının altında olduğunda)
- Arka dişlerdeki geniş defektlerin veya kayıp tüberküllerin yeniden oluşturulması direkt kompozitlerle mümkün değildir ancak bu yönde

yapılmış olan bir klinik çalışma da mevcut değildir

- Birkaç yıllık klinik kullanım sonucunda, su emilimine bağlı olarak yüzeyde ve dolgu kenarlarında renk lenmeler oluşmaktadır³⁷
- Hekimlerin ve hastaların bağlayıcı sistemlerdeki komponentlere, özellikle de HEMA'ya karşı, allerjik olabilmeleri^{8,38,39}.

Endikasyonları

- Arka bölge dişlerindeki küçük, orta ve geniş oklüzal restorasyonlar
- Premolar dişlerdeki küçük, orta ve geniş arayüz restorasyonları ile daimi molarlardaki küçük ve orta boyutlu arayüz restorasyonları. Arayüz marjinleri mine-sement sınırının altında olduğunda, bir bağlanan kaide yaklaşımı (sandwich tekniği) uygulanmalıdır
- Tüm dişlerdeki servikal lezyonlar
- İnsizal kenar restorasyonları
- Diş aşınması vakalarında teşhis ve daimi restorasyon uygulamaları
- Kanin dişlerin boylarının uzatılması
- Fissür örtülenmesi^{8,40,42}.

Kontrendikasyonları

- Daimi molar dişlerdeki geniş arayüz preparasyonları ve tüberkül örtülenmelerinde
- Operasyon sahasının etkin şekilde izolasyonunun mümkün olmadığı durumlar (3.molar dişin DO preparasyonunda)
- Kök çürüklerinin restorasyonunda
- Hastanın rezin esaslı sistemleri oluşturan komponentlerden birine veya birkaçına kanıtlanmış alerjisi varlığında^{7,38,39}.

Akışkan kompozit rezinler

Bu tip kompozit rezinler yeni piyasaya sunulmuştur. Bu materyallerin özellikleri, düşük bir doldurucu rezin oranına sahip olmalarıdır. Bu sebeple polimerize olduklarında çok fazla büzülmeye uğrarlar ancak kaviteye de çok kolay adapte olurlar. Şu durumlarda endikedirler:

- Restorasyonlardaki marjinal defektlerin tamirinde
- Underkatları doldurmak için ve kaide materyali olarak
- Aproksimal kavite preparasyonları mine-sement sınırının altında oldu-

ğunda, servikal tabanın ilk tabakası olarak

- Rezin modifiye cam iyonmer simanlar preparasyonun mine-sement sınırının altında olduğunda tavsiye edilmektedirler^{43,45}.

Kompozit rezinlerin kullanımı ile ilgili yararlı ipuçları

Kompozit rezinler tekniğe çok hassastır. Ancak vakalar doğru seçildiğinde, elde edilen sonuçlar genelde başarılıdır. Başarı şunlara dikkat edildiğinde kendiliğinden oluşmaktadır^{3,4,8}:

- Kompozit rezinleri sıkıştırmaya veya kondanse etmeye çalışmamalıyız. Bu materyaller 'beyaz' amalgam değildir ve farklı şekilde manipüle edilmelidir. Kompozit rezinler preparasyona adapte edilip konturlanmalıdır. Rezin esaslı ürünlerin, özellikle de iyi adapte edilmemiş matris bantlarına karşı sıkıştırılmaya çalışılması, sonucunda çıkarılması çok zor olan taşkınlıklara neden olmaktadır.
- Arayüz preparasyonlarını restore ederken, marjinal sırtı öncelikle oluşturmak önemlidir. Daha sonraki aşamalar bir oklüzal kaviteyi restore edermiş gibi basit işlemler haline gelecektir.
- Bir tabaka yerleştirildiğinde, mümkün olduğunca karşılıklı olan iki tüberkül birleştirilmemelidir. Bu durumda, polimerizasyon sırasında karşıt duvarlara yük ve kuvvet binecek, belki de tüberküller kırılacaktır. Bu durumlarda oblik tabakalama tekniği önerilmektedir.
- Şeffaf matris bantları çok kalın olduklarından yerleştirilmeleri zordur ve kontakt noktasının bazen aşağıda oluşmasına neden olabilirler. Ayrıca, ek bir yarar sağlamadıklarından, kullanımları tavsiye edilmemektedir. Arayüz kompozit rezinlerin yerleştirilmesinde metal bantların aynı derecede başarılı oldukları gösterilmiş ancak bant çıkarıldıktan sonra her embrazürden ayrıca ek bir 20 saniye sertleştirme yapılmalıdır. Metal bantların kullanımı daha iyi bir kontakt oluştururken, tahta kamaların da kullanılmasına olanak vermektedir. Bölümlü matris sistemleri ile uygulanan metal bantlar

kompozit rezinlerde arayüz teması oluşturmada en etkili olan yöntemlerdir.

- Kompozit rezinler için ayrı aletler kullanılmalıdır. Bazı firmalar kompozit rezin esaslı restoratif materyaller için özel yapışmayan aletler üretmiştir.
- Kompozit rezinlerin polimerizasyonu oksijen tarafından inhibe olmaktadır. Bu inhibisyon tabakası, tabakalama tekniğinde bize yardımcı olmaktadır, çünkü her katmanında yüzeyinde polimerize olmamış bir alan kalmaktadır. Bu son tabakada istenmeyen bir durum olduğundan, restorasyonun biraz geniş yapılıp bitirme ve polisaj aşamalarında konturlanması önemlidir. Bu yönetime bir alternatif, son tabakayı anatomik olarak konturlamak ve oksijeni sertleştirme öncesinde uzaklaştıracak olan 'airblok'ların kullanılmasıdır.
- Arayüz kaviteyi restore edileceği zaman, kamaların kullanılması önemlidir. Kamalar interdental papil için potansiyel bir aralık oluştururlar ve özellikle de kompozit rezinlerle sıkı bir kontakt noktası yapılmasına izin verirler. Aynı anda hem mezilyalden hem de distalden diş kamalanmamalıdır. Bu işlem dişi ekstrüze edecektir ve diş, oklüzyon kontrol edildiğinde, aşırı konturlu olacaktır. MOD preparasyonlar restore edildiğinde, önce M veya D kamalanmalı, restoratif materyal yerleştirilmeli sonra kama diğer tarafa konulup restorasyon tamamlanmalıdır.

Dentin bağlayıcı ajanlar

Son yıllarda dentin bağlayıcı sistemlerin (DBS) kimyasal yapılarında hızlı bir gelişme kaydedildi. Bununla beraber, dentin bağlayıcı sistemlerin nasıl etki ettiği ve maksimum fayda için nasıl uygulanmaları gerektiği ile ilgili bilgilerimiz de arttı^{46,51}. Günümüzde, dentinin koheziv hibridizasyonu ile dentine bağlanma güvenilir hale gelmiştir. Temelde DBS'ler üç komponent içermektedir:

1. Bir asit veya zayıf asit (%37'lik orto fosforik asit veya zayıf organik asit)
2. HEMA gibi bir primer ve dilüent monomer olarak da TEGMA

3. Bis-GMA esaslı bir bağlayıcı rezin

Bu komponentlerin ayrı aşamalar olmaları veya birleşmeleri sonucunda farklı kuşak dentin bağlayıcı sistemler oluşmaktadır. Yıllar boyu bağlayıcı sistemler kuşaklar halinde (generation) sınıflandırılmıştır. Ancak bu yöntemin aşamaları anlatmadığı ve uygulamalar hakkında yeterince bilgi vermediği görülerek daha modern bir sınıflandırmaya gidilmiştir. Van Meerbeek ve ark.'nın⁴⁶ yapmış oldukları sınıflandırmada iki temel grup mevcuttur. Birinci grup mutlaka bir asitle kullanılması gereken 'asitle ve yıka' grubudur (total-etch). Üç veya iki aşamalı olabilmektedir. Dikkatli uygulanmadığı takdirde postoperatif hassasiyete sebep olabilmektedirler. İkinci ana grup yıkama gerektirmeyen, 'self-etching' bağlayıcı sistem grubu olup iki veya tek aşamalıdır. Tek aşamalı sistemler (all-in-one) günümüzde hekimler arasında uygulama açısından çok popüler olmakla birlikte, yeterince dentin örtülenmesi sağlayamadıklarından akademik çevreler tarafından tercih edilmemektedir⁵².

Üç aşamalı total-etch sistemler, yeni sistemlerin karşılaştırılacağı altın standartları oluşturmakta ve en iyi sonuçların üç aşamalı sistemlerle elde edildiği kabul edilmektedir⁵³. İki aşamalı total-etch sistemler oldukça fazla denenmiştir ve kullanım talimatlarına uyulduğu takdirde, iyi sonuçlar vermektedir. Self-etch sistemlerin mine-deki başarıları daha sınırlı olmakla birlikte, dentine bağlanmaları gayet iyidir. Ayrıca antibakteriyal özellik kazandırılmış olanların piyasaya sürülmesi ile bu grup materyaller daha da popülerite kazanmıştır^{53,56}. Bu sistemler gelecekte gelişecektir ancak bu materyallerle yapılmış olan klinik çalışmalar mutlaka takip edilmelidir.

Nemli bağlanma (wet bonding)

Bir rezin sistemle dentinin koheziv olarak hibridize edilmesi için, asitlenmiş dentinin nemli bırakılması gerekmektedir. Dentinin aşırı kurutulması, kollagen ağında çökmelere sebep olup rezin uygulandığında düşük bağlantı gücü oluşturmaktadır (57). Hekimleri bu konu tedirgin etmekte ve

ne kadar nemin bırakılacağı ile ilgili çeşitli yorumlar mevcuttur. Self-etching sistemlerin bir avantajı, bu problemleri ortadan kaldırmalarıdır çünkü dişin yıkanması ve dentinin tekrar kurutulması gerekmemektedir.

Bağlayıcı sistemlerin kullanımı ile ilgili ipuçları

- Firmaların kullanım talimatlarına mutlaka uyulmalıdır
- Aynı kimyasal yapıda olduklarından, tercihen aynı firmanın bağlayıcısı ve kompoziti kullanılmalıdır
- Dentinin aşırı derecede asitlenmesi, 15 sn'yi aşan işlemler, nanosızıntıya bağlı olarak postoperatif hassasiyet yaratmaktadır. Nanosızıntı, asitlenen derinliğe kadar primerlerin ulaşamayıp boşlukların kalması durumudur
- Arayüzlere matris bandından önce dentin bağlayıcı sistemler uygulanmalıdır ki servikal marjinler ilk tabaka kompozit rezin konulmadan önce iyice işlem görebilsin
- Dentin bağlayıcı sistemlerdeki solventin uçurulması önemli olsa da, bu işlem oldukça kritiktir. Hava-su spreyinin aşırı kullanımı, rezin tabakayı inceltip istenmeyen bölgelerde kalın bir bağlayıcı havuzu oluşturup yeterince dentin örtülenmesini önleyecektir. Bu sebeple, bağlayıcının fırça ile inceltip sonradan sertleştirilmesi önerilmektedir^{46,53}.

Kompomerler

Kompomerler bir çeşit rezin materyal olup Avrupa'da 1993'de piyasaya sürülmüştür. Materyal çoğunlukla kompozit rezinden (%80) oluşurken, poliasit modifiye moleküller, cam iyonomerdeki gibi materyale eklenmiştir. Kompomerler ilk aşamada ışıkla sertleşirler ancak daha sonra su emerek asit-baz reaksiyonu gösterip içindeki poliasit modifiye molekülleri de sertleştirirler. Buna bağlı olarak, materyal öncelikle polimerizasyon büzülmesine bağlı olarak büzülmede, daha sonra ise su emerek genişlemektedir^{58,59}. Ancak bir sonraki genişlemesi asla ilk büzülmesi kadar değildir. Materyale poliasit modifiye moleküllerin eklenmesi onu hidrofilik yapmaktadır. Bu sebeple manipülasyonu çok kolaydır,

preparasyona kolay adapte olur ve bu sebeple de hekimler tarafından çok sevilir. Kompozit rezin oranının çok bulunması, rezin esaslı olduklarını ve dentin bağlayıcıya ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedir. Fiziksel olarak bu materyallerin özellikleri kompozit rezinlere benzemektedir. Ancak aşınma direnci ve fraktüre direnci kompozit rezinlerden daha düşüktür^{60,61}.

Avantajları

Kompomer ve kompozit rezinlerin avantajları aynıdır. Ek bir avantaj olarak, kolay manipüle edilmeleri ve flüorid salmaları sayılabilir⁵⁹. Üretici firmalar zaman zaman bu materyallerin dentin bağlayıcısız da kullanılabilirliğini söylese de, bu materyalin kimyasıyla bağdaşmamaktadır. Bu sebeple kompomerler mutlaka dentin bağlayıcılar ile beraber diş uygulanmalıdır.

Dezavantajları

Kompozit rezinlerle aynıdır.

Endikasyonları

Kesin belirlenmiş bir endikasyonları yoktur. Aslında, kompomerin kompozit rezine avantaj sağlayabileceği bir endikasyon belirlemek zordur. Bu sebeple, gereksiz çok fazla grup materyalin piyasada var olduğu tartışılmaktadır. Kullanılabilecekleri tek avantajlı durum, çürüksüz ve çürüklü servikal lezyonların restorasyonudur^{58,59,62}. Bu vakalarda nem kontrolü problemleri olduğundan, hidrofilik rezin sistemler daha rahat uygulanmaktadır. Ancak, materyalin hidrofilik olması, tükürüğü tolere ettiği anlamına gelmez ve tüm rezin esaslı materyallerde olduğu gibi, lastik örtü (rubber dam) kullanılması şiddetle tavsiye edilmektedir. Kompomerlerin elastiklik modülleri kompozit rezinlerden daha düşüktür ve sonuç olarak materyal daha az rijittir. Bu durum, çürüksüz servikal lezyonları oluşturan diş eğilmeleri vakalarında (abfraksiyon) bazı avantajlar sağlayacaktır⁶². Bu vakalarda kompozit rezinlerin retansiyonlarının az olmasının bir sebebi de bu durum olabilmektedir. Daha ileri çalışmalarla, bu vakalarda kompomer kullanımının klinik şartlarda retansiyon

yonu arttırıp arttırmadığı incelenmelidir.

Kontrendikasyonları

Kompozit rezinlerle aynıdır.

Rezin modifiye ve geleneksel cam iyonomer simanlar

Cam iyonomerler ilk önce İngiltere'de geliştirilip 20 yıldır yoğun bir şekilde kullanılmaktadır^{59,63}. Rezin modifiye cam iyonomer simanlar ise, geleneksel cam iyonomer simanlara göre %20 oranında rezin katkılıdır. Bu materyaller, rezin esaslı olmaktan ziyade, su bazlıdır ve diş bağlanmak için dentin bağlayıcı ajanlara gerek duymazlar. Ancak, zayıf organik asit şeklinde bir 'conditioner' uygulandığında elde edilen sonuçlar daha başarılı olmaktadır^{8,59}. Materyallerin kutularında genellikle bu diş 'conditioner'leri vardır ancak hekimler pek bunları kullanmak istemezler.

Avantajları

- Diş dokusu ile biyoreaksiyona girecek kendi kendine adezyon oluştururlar. Bu etki bir yüzey 'conditioneri' kullanıldığında ve yüzey nemli bırakıldığında daha da yüksektir.
- Rezin esaslı sistemler istenilince sertleştirilebilirlerse de, materyalin %80'i geleneksel cam iyonomer olduğundan, asit-baz reaksiyonu yine de esas sertleşme reaksiyonudur. Bu reaksiyon su emilimine bağlı olup süreç tamamlanana kadar günlerce devam etmektedir. Daha doğrusu, rezin modifiye cam iyonomerler, ışıkla sertleşmeden ziyade, ışıkla stabilize edilmektedirler^{8,63}.
- Bu materyaller diş rengindedir.
- Flüorid salarlar.

Dezavantajları

Rezin kompozitlere göre zayıf olan fiziksel özelliklerinden dolayı dezavantajlara sahiptirler^{8,63}.

- Aşınmaya ve kırılmaya dirençleri azdır
- Tüm seramik restorasyonları yapıtıramazlar çünkü su emerler ve %4 oranında genişirler
- Geleneksel cam iyonomer simanlar gibi, özellikle de oklüzal dolgularda, kenar kopmalarına uğrarlar

- Geleneksel cam iyonomerler rezin modifiyelere göre daha opak ve daha az estetikdir
- Geleneksel cam iyonomerlerde eksojen renklenmelerin oluşması sıklıktır

Endikasyonları

- Direkt ve indirekt restorasyonlar için taban materyali ve kaide olarak
- Resin modifiye cam iyonomer simanlar yapıştırılan kaideler için endikedir
- Endodontide seanslar arasında geçici restoratif materyal olarak
- Birçok kaviteye sahip olan ve yüksek çürük riski taşıyan hastaların ağız içi durumlarının hızlı stabilizasyonu için geçici restoratif materyal olarak
- Atravmatik restoratif tekniklerde (ART)
- Döküm indirekt restorasyonların simantasyonunda
- Geleneksel cam iyonomer simanlar yaşlı hastalardaki kök çürüklerinin tedavisinde uygundur

Kontrendikasyonları

- Daimi dentisyonda, kök çürükleri dışındaki daimi restorasyonlarda
- Resin modifiye yapıştırma simanları, su emip genleştikleri için tüm seramik restorasyonlar için uygun değildir

Ormoserler

Bunlar organik olarak modifiye edilmiş seramiklerdir. Kimyalarının temelinde, poli vinil siloksan bir omurga vardır⁸. Bu grupta iki materyal vardır ancak kullanımlarını destekleyecek çok az kanıt vardır çünkü amalgam ve rezin kompozitlere göre belirgin avantajları yoktur^{64,65}.

Giomerler

Son yıllarda İngiltere’de ortaya çıkmış yeni bir grup materyaldir. Kompozit rezinlerin ve cam iyonomerlerin kimyasını birleştirmekte ve her iki materyalin de avantajlarından yararlanmaktadır. Bu materyalde, ön reaksiyona girmiş olan cam iyonomer partiküller bir rezin matris içinde yer almaktadır^{66,67}. Belirgin olan iki gruba ayrılırlar. Birinde cam iyonomer parti-

küllerin yüzeyleri reaksiyona girmişken, diğerinde tamamı ön reaksiyona uğramıştır. Yüzeyi reaksiyona girmiş cam iyonomer giomerler (S-PRG) rezin kompozit endikasyonları için uygundur; tamamen ön reaksiyona uğramış cam iyonomer giomerler (F-PRG) bir dentin bağlayıcıda, fissür örtücüde veya oklüzal kuvvetlerin gelmediği bölgelerdeki restorasyonlarda kullanılırlar^{66,68}. Bu grup materyaller 5. kuşak dentin bağlayıcılarla (iki aşamalı total-etch sistemlerle) kullanılırlar. S-PRG ile yapılmış olan çok merkezli 3 yıllık bir çalışmanın sonuçlarına göre, arka bölgede oklüzal ve apoksimal restorasyonlar için uygun bulunmuşlardır⁶⁶. Bu grup materyallerin kanıtlanmış mükemmel özelliklerinden biri de flüorid salmaları ve tekrar şarj olmalarıdır. Ağız içi flüorid seviyesi düştüğünde, bu materyallerin flüorid saldığı ve tekrar seviye arttığına ise reşarj olduğu bilinmektedir^{69,70}.

Bu flüorid alışverişinin yararı klinik olarak kanıtlanmamış olsa da, bu grup materyallerin yeni bir özelliğidir. Giomerlerin F-PRG grubu, sertleştikten sonra çok miktarda su emmektedir. Bu durumun klinik etkileri olabileceği düşüncesiyle, bu grup materyaller piyasaya sürülmeden klinik çalışmaları yapılmaktadır^{71,72}. Günümüzde F-PRG giomerleri ancak dentin bağlayıcılarda kullanılmaktadır.

Genel notlar

Flüorid salınımı:

Restoratif materyallerden flüorid salınımı ile ilgili literatürde ciddi tartışmalar mevcuttur. Sistematik bir derlemede, günümüze kadar yapılmış olan çalışmaların, dental materyallerden salınan flüoridin herhangi bir terapötik faydasını göstermeye yetmediği yönündedir. Flüoridin salınımının faydalı olması için, bunun devamlı olup diş macunları, jelleri veya ağız gargaraları ile tekrar şarj edilmesi gerekmektedir^{73,74}. Ancak firmalar, devamlı olan salınım yerine, kümülatif flüorid salınımını vermektedir. Şimdiye kadar flüorid salınımının yararlı olduğunu söyleyenlere hekimler çok fazla inanmamalıdır.

Antimikrobiyal salınım:

Gelecekte araştırılması gereken bir konudur. Klorheksidinin çürük riskini azalttığı, hastalarda koruyucu önlem olarak kullanılabileceği gösterilmiştir⁷⁵. Triklosan içeren diş macunları da aynı şekilde etki etmektedir. Hatta triklosanlı bir rezin materyalle ilgili çalışmalar da yapılmıştır⁷⁶. Triklosan, ileride oluşabilecek kök çürüklerini önlemede kullanılmaktadır⁷⁵. Bu alanda daha fazla araştırma ve klinik çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sonuçlar

Önümüzdeki birkaç yıl içinde, daimi dişlerin direkt restorasyonlarında, kompozit rezinlerin amalgam dolguların yerini alacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde, birincil çürük kavitetlerinin restorasyonunda amalgam kullanımının artık savunulacak bir tarafı kalmamıştır.

Resin modifiye olsun veya olmasın, cam iyonomerler sadece kaide materyali olarak veya kök çürüklerini restore etmede kullanılmalıdır.

Literatür dikkatlice takip edilip ormoser ve giomerlerin kompozit rezinlere göre üstün olup olmadıkları kontrol edilmelidir (kanıtlanmış avantaj gösterip göstermediği).

Başarılı bir manipülasyon ve dental materyal kullanımı biraz da dişhekimine bağlıdır. Bu sebeple hekimler sıkça birkaç materyali kullanmalı ve ancak yeni materyallerin kanıtlanmış avantajlarını gördüklerinde tercihlerini yeni materyallerden yana kullanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sarrett DC. Clinical challenges and the relevance of materials testing for posterior composite restorations. Dent Mater 2005; 21(1): 9-20.
2. Brunthaler A, König B, Lucas T, Sperr W, Schedle A. Longevity of direct resin composite restorations in posterior teeth. Clin Oral Investig 2003; 7(2): 63-70.
3. Manhart J, Garcia-Godoy F, Hickel R. Direct posterior restorations: clinical results and new developments. Dent Clin North Am 2002; 46(2): 303-339.
4. Hickel R, Manhart J, Garcia-Godoy F. Clinical results and new developments of direct posterior restorations. Am J Dent 2000 Nov; 13(Spec No): 41D-54D.
5. Opdam NJ, Bronkhorst EM, Roeters JM, Loomans BA. A retrospective clinical study on longevity of posterior composite and amalgam restorations. Dent Mater 2006; Jan 14 (Epub ahead of print)
6. Deligeorgi V, Mjör IA, Wilson NH. An overview of reasons for the placement and replacement of restorations. Prim Dent Care 2001; 8(1): 5-11.
7. Roulet JF. Benefits and disadvantages of tooth-coloured alternatives to amalgam. J Dent 1997; 25(6): 459-473.
8. Wilson NHF, Roulet JF, Fuzzi M. Advances in operative den-

- istry. Challenges of the future. Vol.2. Quintessence Publishing Co, Inc. Illinois, 2001 (Böüm 16,14, 10,8,5,12,15).
9. Smales RJ. Longevity of cusp-covered amalgams: Survivals after 15 years. *Oper Dent* 1991; 16: 17-20.
 10. Smales RJ, Hawthorne WS. Long-time survival of extensive amalgams and posterior crowns. *H Dent* 1997; 25(3-4): 225-227.
 11. Pigatto PD, Guzzi D. Oral lichenoid lesions: more than mercury. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Nov;98(5):553-65.
 12. Issa Y, Duxbury AJ, Macfarlane TV, Brunton PA. Oral lichenoid lesions related to dental restorative materials. *Br Dent J* 2005; 198(6): 361-366.
 13. Issa Y, Brunton PA, Glenny AM, Duxbury AJ. Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004 Nov;98(5):553-565.
 14. Smales RJ, Hawthorne WS. Long-term survival of repaired amalgams, recemented crowns and gold castings. *Oper Dent.* 2004 May-Jun;29(3):249-253.
 15. Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin North Am.* 2004 Apr;48(2): 397-416.
 16. Qualtrough AJ, Mannocci F. Tooth-colored post systems: a review. *Oper Dent.* 2003; 28(1):86-91.
 17. Peroz I, Blankenstein F, Lange KP, Naumann M. Restoring endodontically treated teeth with posts and cores-a review. *Quintessence Int.* 2005 ;36(9):737-46.
 18. Balfry GK. Amalgam use in pregnant women. *Br Dent J* 1998; 184(11): 525.
 19. Willems G, Lanbrechts P, Braem M, Vanherle G. Composite resins in the 21st century. *Quintessence Int* 1993; 24: 641-658.
 20. Jaarda MJ, Lang BR, Wang RF, Edwards CA. Measurement of composite resin filler particles by using scanning electron microscopy and digital imaging. *J Prosthet Dent* 1993; 69: 416-424.
 21. Ritter AV. Direct resin-based composites: current recommendations for optimal clinical results. *Compend Contin Educ Dent* 2005; 26(7): 481-2, 484-90; quiz 492, 527.
 22. Denehy GE. A direct approach to restore anterior teeth. *Am J Dent* 2000; 13 (special issue):55-59.
 23. Vaidyanathan J, Vaidyanathan TK. Flexural creep deformation and recovery in dental composites. *J Dent* 2001; 29: 545-551.
 24. Braga RR, Ballester RY, Ferracane JL. Factors involved in the development of polymerization shrinkage stress in resin-composites: A systematic review. *Dent Mater* 2005; 21: 962-970.
 25. Yap AU, Soh MS. Post-gel polymerization contraction of "low shrinkage" composite restoratives. *Oper Dent* 2004; 29(2): 182-187.
 26. Palin WM, Fleming GJ. Low-shrink monomers for dental restorations. *Dent Update* 2003; 30(3): 118-122.
 27. Kim Y, Kim CK, Cho BH, Son HH, Um CM, Kim OY. A new resin matrix for dental composite having low volumetric shrinkage. *J Biomed Mater Res Part B: Appl Biomater* 2004 70B:82-90.
 28. Roulet JF, Vanherle G. Adhesive technology for restorative dentistry. Quintessence Publishing Co, Ltd, London 2005, (Böüm 2).
 29. Jackson RD, Morgan M. The new posterior resins and a simplified placement technique. *JADA* 2000; 131(3): 375-383.
 30. Davidson CL, de Gee AJ. Light-curing units, polymerization, and clinical implications. *J Adhes Dent* 2000; 2(3): 167-173.
 31. CaughmanWF, Rueggeberg FA, Curtis JW Jr. Clinical guidelines for photocuring restorative resins. *JADA* 1995; 126(9): 1280-1282.
 32. Althoff A, Hartung M. Advances in light curing. *Am J Dent* 2000; 13 (Spec No): 77D-81D.
 33. Danesh G, Davids H, Reinhardt KJ, Ott K, Schafer E. Polymerisation characteristics of resin composites polymerised with different curing units. *J Dent* 2004; 32(6): 479-488.
 34. Nomoto R, McCabe JF, Hirano S. Comparison of halogen, plasma and LED curing units. *Oper Dent* 2004; 29(3): 287-294.
 35. Price RB, Ehmford L, Andreou P, Felix CA. Comparison of quartz-tungsten-halogen, light-emitting diode, and plasma arc curing lights. *J Adhes Dent* 2003; 5(3): 193-207.
 36. Lopes GC, Vieira LC, Araujo E. Direct composite resin restorations: a review of some clinical procedures to achieve predictable results in posterior teeth. *J Esthet Restor Dent* 2004; 16(1): 19-31.
 37. Toledano M, Osorio R, Osorio E, Fuentes V, Prati C, Garica-Godoy F. Sorption and solubility of resin-based restorative dental materials. *J Dent Res* 2003; 31(1): 43-50.
 38. Henriks-Eckerman ML, Suuronen K, Jolanki R, Alanko K. Methacrylates in dental restorative materials. *Contact Dermatitis* 2004; 50(4): 233-237.
 39. Geurtsen W. Biocompatibility of resin-modified filling materials. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11(3): 333-355.
 40. Manhart J, Garcia-Godoy F, Hickel R. Direct posterior restorations: clinical results and new developments. *Dent Clin North Am* 2002; 46(2): 303-339.
 41. Summitt JB. Conservative cavity preparations. *Dent Clin North Am* 2002; 46(2): 171-184.
 42. Hickel R, Manhart J, Garcia-Godoy F. Clinical results and new developments of direct posterior restorations. *Am J Dent* 2000; 13 (Spec No): 41D-54D.
 43. Ünlü N, Karakaya S, Özer F, Say EC. Reducing microleakage in composite resin restorations: an in vitro study. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2003; 11(4): 171-175.
 44. Gallo JR, Burgess JO, Ripps AH, Walker RS, Bell MJ, Turpin-Mair JS, Mercante DE, Davidson JM. Clinical evaluation of 2 flowable composites. *Quintessence Int* 2006; 37(3): 225-231.
 45. Chuang SF, Jin YT, Lin TS, Chang CH, Garcia-Godoy F. Effects of lining materials on microleakage and internal voids of Class II resin-based composite restorations. *Am J Dent* 2003; 16(2): 84-90.
 46. Van Meerbeek B, De Munck J, Yoshida Y, Inoue S, Vargas M, Vijay P, Van Landuyt K, Lambrechts P, Vanherle G. Buonocore memorial lecture. Adhesion to enamel and dentin: current status and future challenges. *Oper Dent* 2003; 28(3): 215-235.
 47. Perdigão J, Lopes M. Dentin bonding: questions for the new millennium. *J Adhes Dent* 1999; 1(3): 191-209.
 48. Haller B. Recent developments in dentin bonding. *Am J Dent* 2000; 13(1): 44-50.
 49. Perdigão J. Dentin bonding as a function of dentin structure. *Dent Clin North Am* 2002; 46(2): 277-301.
 50. Tay F, Pashley DH. Have dentin adhesives become too hydrophilic? *J Can Dent Assoc* 2003; 69(11): 726-731.
 51. Van Meerbeek B, Van Landuyt K, De Munck J, Hashimoto M, Peumans M, Lambrechts P, Yoshida Y, Inoue S, Suzuki K. Technique-sensitivity of contemporary adhesives. *Dent Mater J* 2005; 24(1): 1-13.
 52. Tay FR, Frankenberger R, Krejci I, Bouillaguet S, Pashley DH, Carvalho RM, Lai CN. Single-bottle adhesives behave as permeable membranes after polymerization. I. In vivo evidence. *J Dent* 2004; 32(8): 611-621.
 53. de Munck J, van Landuyt K, Peumans M, Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, van Meerbeek B. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: Methods and results. *J Dent Res* 2005; 84(2): 118-132.
 54. Imazato S. Antibacterial properties of resin composites and dentin bonding systems. *Dent Mater* 2003; 19(6): 449-457.
 55. Imazato S, Kaneko T, Takahashi Y, Noiri Y, Ebisu S. In vivo antibacterial effects of dentin primer incorporating MDPB. *Oper Dent* 2004; 29(4): 369-375.
 56. Türkün LŞ. The clinical performance of one-and two-step self-etching adhesive systems at one year. *JADA* 2005; 136(5): 656-64.
 57. Van Meerbeek B, Yoshida Y, Lambrechts P et al. A TEM study of two water-based adhesive systems bonded to dry and wet dentin. *J Dent Res* 1998; 77: 50-59.
 58. Moodley D, Grobler SR. Compomers: adhesion and setting reactions. *SADJ* 2003; 58(1): 24-28.
 59. Burke FM, Ray JN, McConnell RJ. Fluoride-containing restorative materials. *Int Dent J* 2006; 56(1): 33-43.
 60. Yap AU, Yap SH, Teo CK, Ng JJ. Surface finish of new aesthetic restorative materials. *Oper Dent* 2004; 29(1): 100-104.
 61. Yap AU, Tan CH, Chung SM. Wear behavior of new composite restoratives. *Oper Dent* 2004; 29(3): 269-274.
 62. Burgess JO, Gallo JR. Treating root-surface caries. *Dent Clin North Am* 2002; 46(2): 385-404.
 63. McCabe JF. Resin-modified glass-ionomers. *Biomaterials* 1998; 19(6): 521-527.
 64. Tağtekin DA, Yanikoğlu FC, Bozkurt FO, Koloğlu B, Sur H. Selected characteristics of an Ormocer and a conventional hybrid resin composite. *Dent Mater* 2004; 20(5): 487-497.
 65. Trushkowsky R. Achieving natural posterior anatomy with Ormocer technology. *Dent Today* 2003; 22(10): 90-93.
 66. Sunico MC, Shinkai K, Katoh Y. Two-year clinical performance of occlusal and cervical glomer restorations. *Oper Dent* 2005; 30(3): 282-289.
 67. Itota T, Al-Naimi OT, Carrick TE, Yoshiyama M, McCabe JF. Fluoride release and neutralizing effect by resin-based materials. *Oper Dent* 2005; 30(4): 522-527.
 68. Tay FR, Sano H, Tagami J, Hashimoto M, Moulding KM, Yiu C, Pashley DH. Ultrastructural study of a glass ionomer-based, all-in-one adhesive. *J Dent* 2001; 29(7): 489-498.
 69. Han L, Cv E, Li M, Niwano K, Ab N, Okamoto A, Honda N, Iwaku M. Effect of fluoride mouth rinse on fluoride releasing and recharging from aesthetic dental materials. *Dent Mater J* 2002; 21(4): 285-295.
 70. Itota T, Carrick TE, Yoshiyama M, McCabe JF. Fluoride release and recharge in glomer, compomer and resin composite. *Dent Mater* 2004; 20(9): 789-795.
 71. Hickel R, Dasch W, Janda R, Tyas M, Anusavice K. New direct restorative materials. *Int Dent J* 1998; 48: 3-16.
 72. Burton PA. Decision-making in operative dentistry. *Quintessentials of Dental Practice-3, Operative Dentistry-1, Quintessence Publishing Co.Ltd. London, 2002.*
 73. Delbem AC, Pedrini D, Franca JG, Machado TM. Fluoride release/recharge from restorative materials-effect of fluoride gels and time. *Oper Dent.* 2005; 30(6):690-5.
 74. Hara T, Queiroz CS, Freitas PM, Giannini M, Serra MC, Cury JA. Fluoride release and secondary caries inhibition by adhesive systems on root dentine. *Eur J Oral Sci.* 2005 Jun;113(3):245-50.
 75. Twetman S. Antimicrobials in future caries control? A review with special reference to chlorhexidine treatment. *Caries Res* 2004; 38(3): 223-229.
 76. Imazato S, Torii M, Tsuchitani Y. Antibacterial effect of composite incorporating Triclosan against *Streptococcus mutans*. *J Osaka Univ Dent Sch* 1995; 35: 5-11.



Dışhekimliğinde kullanılan
ışık kaynakları ve
uygulama teknikleri



Dişhekimliğinde kullanılan ışık kaynakları ve uygulama teknikleri

■ Prof.Dr. Berna Tarım*
Prof.Dr. Taner Yücel*

Işık kaynağı, ışığa hassas restoratif materyallerin polimerizasyonunu sağlamak için özel olarak üretilen 400-550 nm dalga boyu arasında yüksek yoğunlukta mavi ışığı oluşturan ve geçiren kapasitede bir aygıt olarak tanımlanabilir.

Her ışık kaynağı, ışıkla aktive olan tüm materyaller üzerinde polimerizasyon etkiye sahiptir. Fakat ışık kaynaklarının sağladıkları polimerizasyon derinlikleri, polimerizasyon alanları ve ısı üretim miktarları arasında fark vardır.

Işık kaynağı 3 ana yapıdan oluşur.

1. Enerji Kaynağı (Halojen Lamba)
2. Optik Filtre
3. Optik Uç (Işık iletici ortam)

1. Enerji Kaynağı (Halojen Lamba)

Çoğu ışık kaynağında enerji kaynağı olarak tungsten halojen lamba kullanılmaktadır. Fakat tungsten halojen lambaların performanslarında zaman içinde bir düşüş olmaktadır. Bunun nedeni lambanın yüzeyinin kararmasına, opaklaşmasına veya lamba etrafındaki reflektör filmin bozulmasına bağlı olabilmektedir. Reflektörün silinerek temizlenebilmesine karşın üretici firmalar lambaların 3 ile 6 ay gibi zaman aralıklarında değiştirilmesini önermektedirler.



2. Optik Filtre

Optik filtre polimerizasyon için gerekli olmayan dalga boyundaki enerjiyi eli-

mine etmektedir. Bu filtreler zamanla değişik şekillerde deforme olabilmekte ve yaklaşık 400 restorasyon sonunda toz tabakasının birikmesi sonucu tam bir verimle çalışmamaktadırlar.

3. Optik Uç

Fiber optik uçlar, ışık kaynağında üretilen ve polimerizasyon için gerekli dalga boyundaki ışığı operasyon sahasına iletirler. Optik uçlar yüzlerce fiber optik kablodan oluşurlar ve bu kablolar mekanik etkilerle çok kolay zarar görebilmekte veya kırılabilir. Bu mekanik darbelerin etkisiyle ışık kaynağının gücünde düşmeye neden olurken optik ucun tümünden bozulmasıyla ışığın tamamen kesilmesi de olabilmektedir. Optik uçları test etmenin en kolay yollarından biri optik uçun bir ucunun bir yazı üzerine tutulmasıdır. Böylece diğer ucunda yazının nasıl görüldüğüne bakılır. Yazılarda puslanma çizikler veya kayıp alanlar varsa bu optik ucun bozuk olduğunu gösterir. Diğer bir yöntem ise optik ucun bir ucunun gün ışığına tutulmasıyla diğer ucunda karanlık alanlar olup olmadığının gözlenmesidir. Eğer bu karanlık alanlar % 10 civarındaysa, yada bir başka deyişle fiber optik kabloların

* İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı



% 10'u kırılmış ise optik ucun değiştirilmesi gerekmektedir.

Optik ucun uzak ucundaki kompozit kontaminasyonları veya çizikler özel bakım kitlerindeki cila diskleriyle giderilebilmektedir. Bunun ötesinde optik ucun kontaminasyonunun önlenmesi için optik ucunu streç filmle kaplanması önerilebilir. Fakat dikkat edilmesi gereken bir nokta şudur ki; streç filmin yada bu bariyerin opak olmaması gerektirir. Fakat bu bariyer çapraz kontaminasyonu önlemede kullanılamamaktadır. Çünkü bu tip film tabakaları her zaman üzerlerinde mikro delikler barındırırlar ve bu da optik ucun kontaminasyonuna neden olur.

Optik uçların formlarında, uzunluklarında ve çaplarında farklılık olabilmektedir:

a. Geniş çaplı optik uçlar

Polimerize edilecek alan optik ucun çapından daha büyükse hekimin ışık kaynağını 1'er mm aralıklarla uygulaması gerekecektir. Optik ucun küçük çaplı olduğu durumlarda polimerizasyonun

yetersiz olması halinde restorasyonun fiziksel özellikleri bozulacağından başarısızlık kaçınılmaz olacaktır.

Bazı geniş çaplı uçlar ise ışık kaynağından çıkan ışığın yoğunluğunu düşürmektedirler. Bu da yapılan restorasyonun derin tabakalarını olumsuz etkilemektedir.

b. Özel optik uçlar

Bazı üretici firmalar birçok optik uç çeşidi sunmaktadır. Restorasyonun yerine, büyüklüğüne göre değişik uçlar önermektedir. Bunların dışında ışığın yoğunluğunu artıran optik uç tipleri de vardır. Bunlara "turbo tip optik uç" denir. Bunlar normalde 13 mm'lik bir optik uçtan çıkması gereken ışığı 8 mm veya 4 mm'lik optik uçtan çıkartarak yoğunluğun artmasını sağlarlar. Bu tip uçlar derin kaviterlerde yada indirekt olarak polimerize olması gereken dual simanlarda tercih edilmektedir. Üreticiler bu tip sistemlerde dahi ışık çıkış gücünün 400 mW/cm² de tutulmasının ışık kaynağının ömrü açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalar polimerizasyon derinlikleri arasında büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Işık kaynaklarında aşırı ısı artışını önlemek ve soğutmaya sağlamak amacıyla fanlar yerleştirilmiştir. Fan soğutmaya yardımcı olurken aynı zamanda da vakum etkisinden dolayı tozlanmaya neden olmaktadır. Eğer fan sesli çalışmaya başlamış ise bozuk demektir. Bu durumlarda fanın periyodik aralıklarla temizlenmesi gerekmektedir.

Genel olarak ışık kaynaklarının iki tipi vardır:

1. Masa üstü ışık kaynakları

Bu tip sistemler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlar; tüm elemanların bir kutu içerisinde bulunduğu, lambanın bir fiber optik veya sıvı ile doldurulmuş kablo aracılığıyla operasyon sahasına aktarıldığı sistemlerdir. Bazılarında aygıtın düğmesi bu fiber optik kablonun sonundadır, böylece hekime kolaylık sağlamaktadır.

Bunların en önemli avantajları tüm parçaların bir tezgah üzerinde bulunması,

hastadan uzak durması ve diğer sistemlere göre daha ucuz olmalarıdır.

Dezavantajları ise fiber optik kablolarının çok sık bakım istemesi ve bazen de değişmesidir. Bu kablolarda zamanla kırılmalar görülebilmektedir.

2. Tabanca tipi ışık kaynakları

Bir başka görülebilir ışık kaynağı ise tabanca formunda olan sistemlerdir ki bunlarda fiber optik kablolar esnek olmadığı için sık kırılmalar görülmez. Genelde optik uç geniş çaplıdır. Işık yoğunlukları ise yeterince güçlüdür. En büyük avantajları küçük olmaları ve taşınabilmeleridir.

En büyük dezavantajları ise bu tip ünitelerde aygıtın soğutulması için gerekli olan fanın el parçasında olması ve dolayısıyla sesli çalışmasıdır. Bu tip ışık kaynaklarının el parçaları daha ağırdır ve genelde diğer sistemlere göre daha pahalı aygıtlardır.

Işık kaynağının özellikleri

- 1- Kompozit materyalinin polimerizasyonu sağlayacak 400-550 nm dalga boyunda ışık yoğunluğu üretmeli
- 2- Optik ucu kolay temizlenebilmeli ve sterilize edilebilmeli
- 3- Farklı çapta, uzunlukta ve formlarda değiştirilebilir optik uçlara sahip olmalı
- 4- Kullanım sırasında düşük ısı vermeli
- 5- Kırılmaya dayanıklı olmalı
- 6- Uygulama zaman aralığı belli olmalı
- 7- Fazla ağır olmamalı ve kullanımı kolay olmalı

Işık kaynağı sistemlerinde

ısı oluşumu

Tüm sistemler görülebilir, parlak mavi ışık üretirken ısı açığa çıkartırlar. Işık verme sırasında dentin, kaide maddesi veya dolgu maddelerindeki ısı artışı ile ilgili pek çok araştırma vardır. Servikal bölgede ve aproksimal bölgede yapılan çalışmalarda müköz membranlar ışınlarla maruz kalabilir. Komşu yumuşak dokularda yüksek ısıya bağlı hasar oluşabilir. Mine yüzeyindeki nem, ışınlama sırasında oluşabilecek ısı artışını etkileyebilmektedir. Zach ve Cohen'e göre pulpada oluşabilecek 5.5°C'lik bir ısı artışı pulpa hasarına neden olur. Işığın



gücü, uygulama süresi ve ışık verilen dişteki ısı artışı birbirleri ile ilişkili faktörlerdir. Klinisyenler yalnız pulpanın değil komşu yumuşak dokuların da hasara uğrayabileceğinin bilincinde olmalıdırlar.

Voltajın ışık kaynağının gücüne etkisi

Işık kaynağının gücü çoğu zaman ışık kaynağının bağlı olduğu hattın voltajına bağlıdır. Bu voltaj prizinde ölçülen voltajdır. Voltajda oluşan %10'luk bir düşüş, ışık kaynağının gücüne %40'luk bir düşüş olarak yansımaktadır. Böyle bir düşüşte restorasyonun derin bölgelerinde polimerizasyonda yetersizlik olmaktadır. Bunun önlenmesi amacıyla üreticiler aygıtlarına voltajın sabit tutulması amacı ile regülatörler yerleştirmişlerdir.

Işık kaynağının seçilmesi

Işık kaynağı seçimi tamamen pratiğe dayalıdır. Eğer hekim genelde 3. ve 5. sınıf kaviteelerde ve ara sıra 4. sınıf kaviteelerde restorasyon yapıyorsa ışık kaynağının optik ucunun çapının pek önemi yoktur. Buna karşın venter yada estetik amaçla yapılan kompozitlerde harcanan sürenin kısaltılması açısından optik uçların çapı önem kazanmaktadır. Eğer indirekt çalışmalar yapıyorsa, hekim hem geniş hem dar çaplı optik uçlara sahip ışık kaynağı kullanmalıdır. Özetle bir ışık kaynağının seçiminde şu faktörler düşünülmelidir:

- 1- Restorasyonun çapı ve derinliği
- 2- Oluşacak ısı
- 3- Optik uçların sterilizasyona dayanıklılığı
- 4- Işık kaynağının güvenilirliği
- 5- Optik ucun çapı
- 6- Zamanlayıcı ve sayacının olması
- 7- Voltaj regülatörü olması
- 8- 468 nm ışık sağlayabilmesi
- 9- Fiyat/performans oranı

Işık kaynaklarının bakımı, sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu

Yapılan çalışmalarda ışık kaynaklarındaki kirlenme nedeninin %35 ila %68 oranında kompozit kaynaklı olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmalarda optik ucun %38'inde kırıklar, sıyrıklar ve baş-

ka defektler olduğu saptanmıştır.

Optik uçların bir çok hastanın ağzında kullanıldığı düşünülürse sterilizasyonlarının gerekliliği anlaşılmaktadır. Enfeksiyon kontrolü için otoklav ile sterilizasyon, gluteraldehit solüsyonlarında bekletmek, opak olmayan bariyerler kullanmak ve tek kullanımlık optik uçları tercih etmek de güvenilir işlemlerdir.

Otoklav kullanımı sterilizasyon sağlanmasında geniş bir kullanıma sahiptir. Işık kaynağının optik uçlarının otoklavda steril edilmesi de günlük kullanımda pratiktir. Önemli olan optik ucun otoklava girmeye uygun olmasıdır. Fakat dikkat edilmesi gereken noktalardan biri distile su kullanılmasıdır. Kullanmadığı takdirde optik ucun yüzeyinde çizikler ve aygıtın performansında düşüş ortaya çıkmaktadır.

Sterilizasyonun bir başka yolu ise, ısıdan etkilenen aletler için, gluteraldehit solüsyonlarıdır. Araştırmalara göre, gluteraldehit solüsyonlarında sterilizasyon 1000 saati aşmadığı sürece optik uç herhangi bir zarar görmemektedir.

Opak olmayan organik ve geçirgen olmayan bir bariyer kullanımının pratik olmasından başka restoratif materyalin optik uça yapışmasını engelleyerek çarpaz enfeksiyona yol açma ve optik ucun kirlenmesini engelleme gibi avantajları da vardır. Buradaki tek önemli nokta ise bariyerin ışık kaynağının gücünü etkilememesidir.

Tek kullanımlık optik uçların kullanıl-

ması hem güvenli olmaları hem de bakım, cila ve parlatma gibi işlemlere gerek olmaması açısından büyük bir avantajdır.

Işık kaynağının gücünün değerlendirilmesi

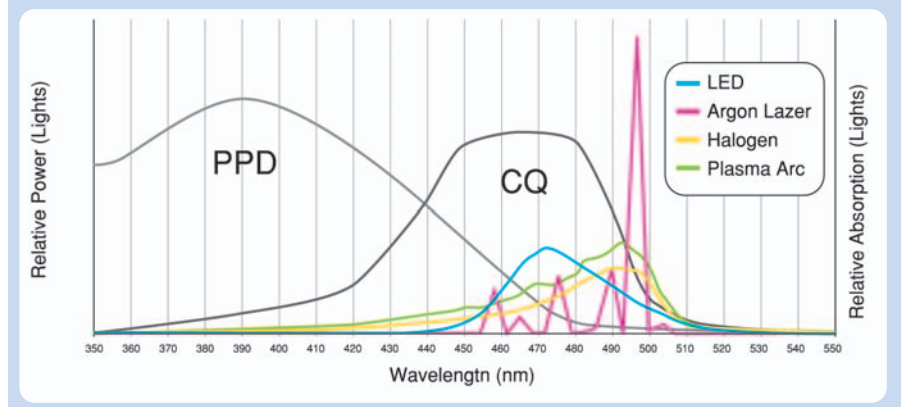
Işık kaynaklarının performanslarını gözle test etmek olanaksızdır. Çünkü aygıt parlak mavi ışık yaysa bile ampuldeki filtredeki yaşlanmaya bağlı olarak gücünde düşme gözlenecektir. Bu nedenle haftada en az bir kez düzenli olarak ışık kaynaklarının test edilmesi gerekmektedir.

Işık kaynağının gücünün test edilmesi için kullanılan radyometreler 400-550nm arasındaki dalga boyuna sahip ışıkları ölçerler. Yapılan çalışmalarda test edilen ışık kaynaklarının çoğunun 300 mW/cm² den daha düşük güçte ışık ürettikleri gösterilmiştir.



Maksimum polimerizasyon tekniği

- 1- Halojen lambanın temiz olup olmadığının veya sağlam olup olmadığının kontrol edilmesi.
- 2- Aygıtın ışık gücünün kullanımdan önce ve kullanım sırasında radyometre ile ölçülerek kontrol edilmesi
- 3- Kompozit materyalinin kalınlığının 2 mm. den fazla olmaması
- 4- Üretici firmaların prospektüslerde önerdiği sürelerin minimum süreler olduğunun bilinmesi
- 5- Koyu renkli kompozitlerde açık renk kompozitlere göre ışık verme süresinin daha fazla olduğunun bilinmesi
- 6- Mikrofil kompozitlerde ışık verme süresinin makrofil kompozitlere oranla daha fazla olması
- 7- Optik ucun elden geldiğince kompozit materyaline yakın tutulması. Bu mesafe 2 mm'den fazla olmamalıdır. Kompozit ile ışık kaynağı arasındaki ideal mesafe 0.5 - 1 mm olmalıdır. Optik ucun materyale olan uzaklığı arttıkça ışık verme süresi artmalıdır. 6 mm'den fazla uzaklık olduğu zaman ışık gücünün % 50'si kaybedilmektedir.
- 8 - Kompozit materyalinin kullanımdan 30 dak önce oda sıcaklığında bulundurulması.
- 9- Derin kaviterlerde tabakalama tekniği uygulamalarında kompozit materyalinin daha iyi polimerize olmasını sağlamak için alt tabakalarda açık renk materyal seçilmesi



Tabloda görünen Plazma ark cihazları yarattıkları aşırı ısının pulpa üzerindeki termal etkilerinden dolayı artık tercih edilmemektedirler. Argon Lazerlerin satış fiyatlarının yüksekliği pazar paylarının küçük kalmasına neden olmuştur.

Yetersiz polimerizasyonun neden olduğu sorunlar

- 1- Mine ve dentin dokularına bağlanmanın zayıf olması ve bunun sonucunda mikrosızıntının oluşması
- 2- Polimerize olmayan toksik monomerlerin pulpa üzerindeki olumsuz etkileri
- 3- Materyalin renk değişikliği
- 4- Materyalin fiziksel özelliklerinin olumsuz etkilenmesiyle aşınmaya neden olması.

Işık kaynağı çeşitleri

Quartz Tungsten Halojen ışık kaynakları

Quartz tungsten halojen (QTH) ışıklar, UV ışınları-

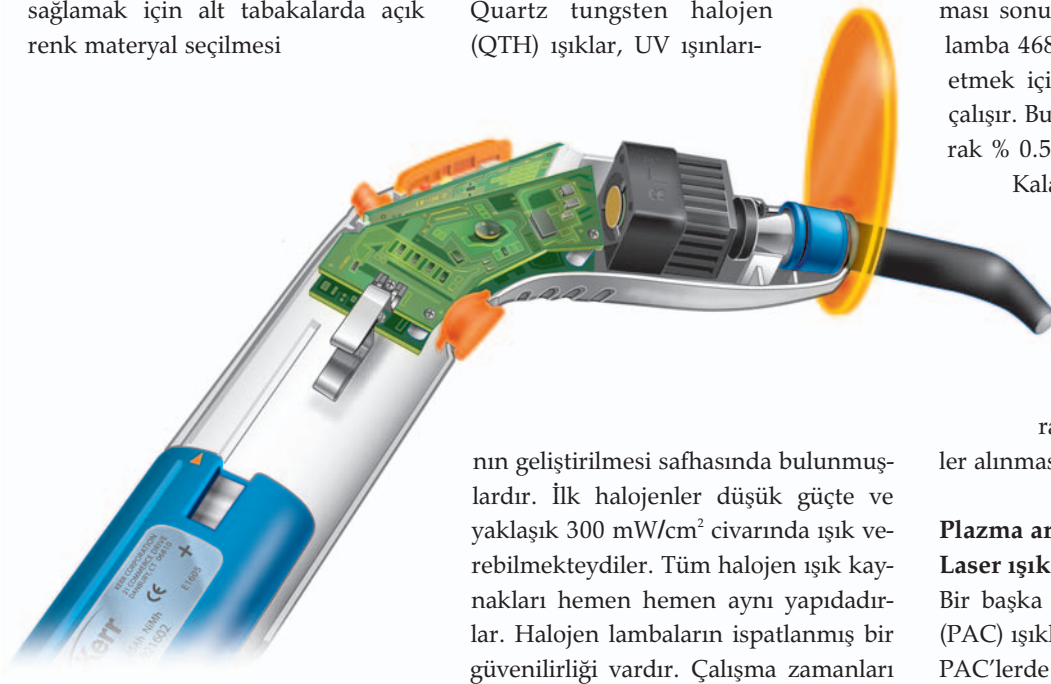
ise kabul edilebilir düzeydedir. Bu özellikleri ile günümüzde en çok kullanılan ışık kaynağı olmuşlardır. Standart Halojenler kolay kullanımları ve zararsız olmaları nedeniyle dişhekimisi yardımcı ve hasta açısından en güvenilir ışık kaynağıdır. Hem kendileri hem de yedek parçalarının ucuz olması tercih edilmelerinin bir başka nedenidir.

Standart halojen lamba kullanan ışık kaynakları turbo tip optik uç kullanarak daha hızlı polimerizasyon yapılabilmektedir. Turbo tip bir uç kullanmak zaman açısından %50'ye varan bir kazanç sağlamaktadır. Bunun sonucu olarak ısı artışı olmaktadır. Bu artış ise ışık kaynağının kontrollü ve uzun süre kullanılması sonucu aşılabilir. Bir çok halojen lamba 468 nm'lik ve 500 mW ışık elde etmek için 50-100 Watt'lık lamba ile çalışır. Bu yaklaşım ampulün etkin olarak % 0.5'inin çalıştığı anlamına gelir.

Kalan % 99.5'lik enerji ısı enerjisine dönüşür. Isı, ışığın aksine dokulara zarar verebilir ve kontrol edilmelidir. Bu nedenle, daha güçlü ışık kaynaklarının ucunda oluşacak yüksek ısının zararlarını engelleyecek önlemler alınması gerekmektedir.

Plazma ark (PAC) ve Laser ışık kaynakları

Bir başka ışık kaynağı ise plazma ark (PAC) ışıklardır. QTH'lerde olduğu gibi PAC'lerde de akım elektrodlerden ge-



nin geliştirilmesi safhasında bulunmuşlardır. İlk halojenler düşük güçte ve yaklaşık 300 mW/cm² civarında ışık verebilmekteydiler. Tüm halojen ışık kaynakları hemen hemen aynı yapıdadırlar. Halojen lambaların ispatlanmış bir güvenilirliği vardır. Çalışma zamanları



çerken ısı üretirler. PAC ışıkların geniş bir banda (380 nm-500 nm) sahip oldukları ve 2300 mW/cm² gibi yüksek bir enerji üretebildikleri belirtilmiştir. Fakat bazı yeni modeller bu spektrumu önemi ölçüde daraltmıştır. QTH ışık kaynaklarında olduğu gibi PAC'lar da zamanla ışık çıkışlarında düşüşler olmaktadır. Ürettikleri bu güçlü ışık gücünün lamba üzerinde çökmesine ve verimin azalmasına neden olmaktadır. PAC tipi ışıklar özellikle turbo tip kılavuzlar kullanıldığı zaman QTH'lere nazaran daha fazla ısı üretmektedirler. Kompozit restorasyonlarda polimerizasyonun 3 ila 5 saniye içinde hızlı bir şekilde olduğu belirtilmiştir. Fiyatı standart halojen lambaların iki ila dört katıdır. Lamba ömürleri ise daha kısadır. Ama burada esas önemli olan bu kadar güçlü ışık yayan bir aygıtın oluşturacağı ısı miktarıdır. Yapılan araştırmalarda bu tip ışık kaynaklarının doğru kullanılmaları halinde dişe ve dokulara zarar vermediği bulunmuştur. Çok hızlı polimerizasyon sağlaması sonucu zarara yol açacağı görüşleri klinik deneyler sonucunda terkedilmiştir. PAC kullanıcıları başka bir polimerizan kullanmakla PAC arasında uzun süre tereddüt etmişlerdir. Fakat hiçbir ışık kaynağı PAC kadar hızlı polimerizasyon sağlamaz. Halojen lambaların kullanım süreleri 50 saat iken plazma ark lambaları 500'den 5000 saate kadar kullanılabilir.

Plazma ark ve lazer ışık kaynakları aynı biçimde yüksek güçte ışık verirler ve bu nedenle sürekli ışık vererek sertleştirme işlemleri için uygundur. Bu durum, klinik kullanımlarını kısıtlar. Halojen lambalar, düşük ve yüksek güç vermeleri ve sürelerinin ayarlanabilmesiyle daha avantajlı seçeneklerdir.

Plazma ark ve lazer lambaların büyük bir kısıtlaması da dar bir nokta büyüklüğünde ışık vermeleridir. Bu lambalarla polimerizasyonun gerçekleştirileceği yer, ışık kaynağının optik ucundan bükülüp birkaç kez uygulama yapılması gerekir. Bu durumda hızlı sertleştirerek zamandan kazanma avantajı kaybolmaktadır. Bu şekilde, sertleştirme süresi iki katına çıkmaktadır. Işık kaynağının optik ucunun çapı dişten uzakta tutularak büyütülebilir. Ancak bu, ışığın

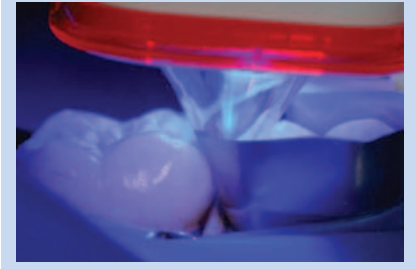
gücünü büyük oranda azaltır ve daha uzun bir süre uygulamayı gerektirir. Bu durumda yine kısa zaman avantajı kaybolmaktadır. Bu nedenle, daha geniş bir ucu olan daha düşük güçte bir halojen lamba, geniş bir restorasyonu plazma veya lazer kaynaklardan daha hızlı sertleştirmektedir. Bu ışık kaynaklarının avantajlı olduğu durumlar, posterior bölgelerdeki küçük restorasyonlardır.

LED ışık kaynakları

Kelime anlamı ile "Light Emitting Diode" kelimelerinin baş harfleridir. Işık yayan diyotlar anlamına gelmektedir. LED'ler kolay temin edilebilen ve düşük fiyatta lambalara sahiptir. LED'ler dalga boyu ve gücün programlanabildiği durumlarda önerilebilir. Yüksek güçte ışık veren LED'ler kablosuz, pille çalışan ışık kaynaklarının gelişmesine olanak sağlamış ve fan soğutmasının ortadan kalkmasına neden olmuştur.

LED'ler 455-486 nm dalga boyunda dar bir ışık spektrumuna sahiptirler. Bunlar bir filtreye gereksinim duymayan tek ışık kaynaklarıdır. LED'lerin bir diğer avantajı da küçük olmaları, taşınabilir olmaları, bir çoğunun pille çalışması ve fan içermemelerinden dolayı çok sessiz çalışmalarınıdır.

LED ışık kaynaklarının dişhekimliği teknolojisine girmeleri çok uzun süre olmamasına karşın piyasaya ilk çıkan 1.jenerasyon LED'ler son bir kaç yıldır yerlerini 2. jenerasyon LED'lere bırakmışlardır. 1. jenerasyon LED'ler 400 mW/cm² den az, düşük ışık gücüne sahiptirler. 1. jenerasyon LED'lerin ana ışık kaynağı olarak kullanılmamalarının iki nedeni vardır. Birincisi, bu jenerasyon LED'lerin hepsinin dalga boyu profilinin dar olması, fotoinitiyator olarak sadece kamforakinon kullanılan ürünleri polimerize edebilmeleridir. Bu durum, yüksek filtre edilmiş olan, ilk zamanlarda piyasaya sürülen plazma ark ışık kaynaklarına benzemektedir. Bazı kompozitler ve dentin bonding ajanları bu kadar dar bir dalga boyu aralığında polimerize olamayacaklardır. İkincisi ise; koyu renkteki mikrofil kompozitlerin polimerizasyonundaki yetersizliklerdir. Buna bağlı olarak 40 sn. veya daha uzun polimerizasyon sü-



LED cihazları kısaca HALOJEN lambalı cihazlarla karşılaştırırsak:

1-LED cihazlar (400-500 nm) ışık spektrumu aralığında etkin olan şu anki halojen lambalı cihazlardan daha etkindirler:

- Halojen unitler 100 wattlık (100.000 mW) elektrik enerjisi kullanarak 400-500 nm. Işık spektrumunda en çok 1200 mW/cm² ışık yoğunluğu verirler.

- LED ler 15 watt ile (15.000 mW) 450-490 nm. Işık spektrumunda 1500 mW/cm² ye rahatça ulaşır-lar.

2- LED lerin düşük enerji kullanımı sayesinde pilli modellerin üretilmesi mümkün olmuştur.

3- İstenen ışık spektrumunu elde etmek için filtre sistemine ihtiyaç göstermezler.

4- Uzun ömürlü ve değişmez ışık gücüne sahiptirler. Halojen lambanın ömrü ortalama 40 saat iken LED'de bu süre 10.000 saate çıkar

5- Fiziksel boyutları küçüldüğü için daha hafif ve ergonomik tasarımlar yapılabilmektedir.

6- Işık kaynağı ile restorasyon arasındaki mesafe ile uzadıkça ışık yoğunluğu halojenlerde daha yüksek oranda düşmektedir. LED'lerde ise ışık yoğunluğu kaybı daha az olmaktadır. Kompozit ile ışık kaynağı arasındaki ideal mesafe 0.5 - 1 mm olmalıdır.



resi gerektirir. Mikrofil kompozitlerde ve çok koyu veya opak renklere düşük penetrasyon kabiliyeti vardır. Dar dalga boyu spektrumundan dolayı ve tüm kompozit materyallerinin polimerizasyonunda etkili olamamıştır. Yayımları ısı düşüktür. 2. Jenerasyon LED ışık kaynakları güçlü ve 390-490 nm arası geniş dalga boyu spektrumuna sahiptirler. 600-1000 mW/cm² den yüksek ışık gücü ile polimerizasyon 20san den kısa sürer. Tüm kompozitlerin polimerizasyonunu sağlamada etkilidir. Daha fazla ısı üretmesi ile halojen ışık kaynaklarına benzerlik göstermektedirler. Isıyı dağıtmak için soğutma fanı kullanılması ile aygıtın kullanım süresi uzamaktadır. Fakat fanların ilave edilmesiyle birlikte boyut, ses düzeyi, ağırlık ve enerji tüketimi de artacaktır. 1. jenerasyon LED'lerde ışık kaynağı veya fiber uç restorasyondan uzaklaştıkça ilk jenerasyon halojenlerde olduğu gibi ışık yoğunluğunda ciddi bir düşüş oluyordu. Ancak 2. jenerasyon LED ışık kaynakları halojenler gibi performans göstermektedir. 2. jenerasyon LED lerin polimerizasyon gücü halojenlerle karşılaştırılacak güçtedir. Böylelikle LED ışık kaynakları yavaş yavaş geleneksel halojen ışık kaynakları ile yerlerini değiştirmeye başlamışlardır. Halojenlerin geçirdiği evrelere bakıldığında LED lerin halen gelişmekte oldukları söylenebilir. Günümüz klinik dışhekimliği verilerine göre hekimlerin sadece % 15 inin LED ışık kaynağı almış olduğu düşünüldürse bu sayının önümüzdeki yıllarda ne kadar artacağı ortadadır.

IŞIK UYGULAMA TEKNİKLERİ

Genellikle polimerleri sertleştirmede sürekli ışık uygulama tekniği ve sürekli olmayan ışık uygulama tekniği kullanılmaktadır.

Sürekli ışık uygulama tekniği

Dört tip sürekli ışık uygulama tekniği vardır: Üniform sürekli ışık uygulama tekniği, kademeli güç artışı gösteren ışık uygulama tekniği, düzenli artan güçte ışık uygulama tekniği ve yüksek düzeyde ışık gücü uygulama tekniği. Sürekli ışık uygulama teknikleri, halojen, plazma ark ve lazer lambalarıyla

uygulanır.

Sürekli olmayan ışık uygulama tekniği

Bu aynı zamanda soft-cure olarak da isimlendirilir. Yaygın kullanılan teknik, ara verilmiş kademeli ışık uygulama tekniğidir. Bu teknik bazı halojen ışık kaynaklarında mevcuttur.

Sürekli Işık Uygulama Tekniği Üniform Sürekli

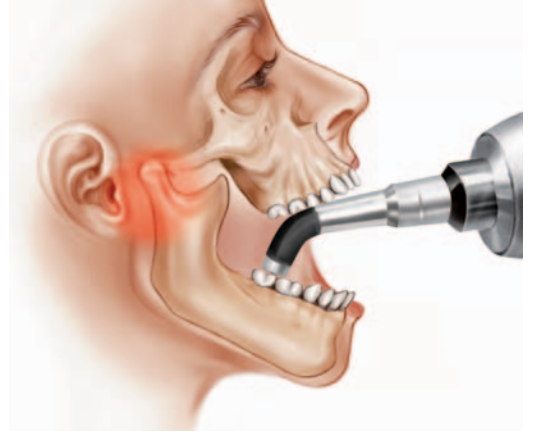
Sabit güçteki bir ışık, spesifik bir periyod süresince kompozite uygulanarak materyal edilir. Günümüzde kullanılan en yaygın ve en uzun süredir kullanılan olan tekniktir.

Kademeli Güç Artışı Gösteren Işık Uygulama Tekniği

Bu teknikte, kompozite başlangıçta düşük güçte ışık uygulanarak ilk polimerizasyon sağlanır. Hemen ardından daha yüksek düzeyde enerji verilir. İlk uygulamanın amacı polimerizasyon streslerini azaltmaktır. Aynı zamanda polimerizasyon büzülmesinde de azalma olmaktadır.

Düzenli Artan Güçte Işık Uygulama Tekniği

Işığın enerjisi başlangıçta düşüktür, daha sonra süreyle bağlantılı olarak enerji artışıyla en yüksek güce ulaşır. Bu teknikle kompozitin yavaşça sertleşmesi sağlanır ve böylece polimerizasyon stresleri azalır. Bu teknik, optimum kompozit polimerizasyonu için tüm farklı güçlerde ışık uygulamasıyla materyalin polimerizasyonuna yönelik bir girişimdir. Bazı çalışmalarda, bu uygulamayla daha uzun bağlarla daha iyi polimerizasyon olduğu ve kompozit materyalinde daha stabil bir yapı oluştuğu bildirilmiştir. Kısa sürede yüksek enerji uygulaması, daha kısa polimer bağlarının oluşmasına ve daha kırılabilir bir yapıyla birlikte daha fazla polimerizasyon büzülmesi ve daha fazla kenar aralığı oluşumuna neden olmaktadır. Başlangıçta düşük güçte ışık uygulandı-ğı için bu teknik sadece halojen lamba-



lar için geçerlidir. Plazma ark ve lazer sistemlerinde kullanılamamaktadır.

Yüksek Düzeyde Işık Gücü Uygulama Tekniği

Bu teknik cm² başına çok kısa süreli yüksek güçte ışık uygulama tekniğidir, bu da ışık kaynağı gücünün üç ile altı kat fazlasıdır. Bu gücün hızlı uygulanması, daha kısa bağlarla polimerizasyon oluşmasına ve daha başarısız kompozit restorasyonlara neden olur. Gücün hızlı uygulanması gerilme direncini azaltabilir ve daha yüksek güçte ışık uygulaması daha kırılabilir reçine yapısı oluşturur.

Sürekli Olmayan Işık Uygulama Tekniği

Düşük güçte (soft) ışık, polimerizasyonun yavaş gelişmesini sağlamak için kullanılır. Bu uygulama kompozitin serbest yüzeyden diş yüzeyine doğru akmasına olanak tanır. Bunun sonucunda restorasyon kenarlarında polimerizasyon streslerinin ve bu streslerin oluşturduğu beyaz çizgi ya da kenar aralığı oluşumunun azalması sağlanır. Polimerizasyonu tamamlamak için hemen ardından daha yüksek güçte ve daha uzun süreli uygulama yapılır.

Ara Verilmiş Kademeli Işık Uygulama Tekniği

Düşük güçte ve ışık kompozite kısa bir süre uygulanır. Bunu kısa bir duraklama izler ve sonra daha yüksek güçte ve daha uzun süre ışık verilir. Bu uygulama en iyi şekilde, kesintiye uğramış ka-



Kompozitlerin içeriğindeki ışığa duyarlı KAMFORKİNON (CQ) aktivator maddesinin, görünür ışığı 400-500 nm spektrum aralığında ve 468 nm tepe noktasında absorbe ederek polimerizasyonu başlatıyor olması tüm polimerizasyon reaksiyonunun püf noktasıdır. Uzun yıllar ihtiyaca cevap veren bu çözüm estetik uygulamaların artması ile daha açık diş ve restorasyon renklerini talep eden kullanıcıların ihtiyaçlarını karşılayamadı. Çünkü CQ kendinden sarımtırak bir renge sahipti.

Bu zorluğu üreticiler farklı bir ışığa duyarlı madde olan FENİLPROPANDİON (PPD) u kullanarak bir çözüm ürettiler. Bu madde tamamen beyaz olduğu için özellikle ağartma uygulanmış dişlerde uygun renkli restorasyonlar yapmaya olanak tanıdı. Ancak bu madde CQ maddesi 470 nm mavi ışığa değil 430 nm olan mavi -mor ışığa karşı duyarlı idi.

Halojen ışık kaynakları geniş bir spektrumda mavi ışığı ürettikleri için her iki maddeyi de uyarmakla birlikte LED ışık kaynakları daha dar bir spektrumda mavi ışığı ürettikleri için sadece CQ veya sadece PPD maddelerini uyarmaktadırlar. Ancak restorasyon maddelerinin % 95'i CQ kullanırken % 5 - 10 civarı özellikle çok açık ağartılmış renklerdeki maddelerde PPD kullanılmaktadır.

demeli artış olarak nitelendirilebilir. Polimerizasyon büzülmesi birinci uygulama boyunca meydana gelir. Materyal sert hale geldiğinde kavite kenarlarında daha az sorunla karşılaşmaktadır. Duraklamadan sonra uygulanan daha yüksek ve uzun süreli uygulama, kompoziti polimerizasyonun son aşamasına getirir. Bu teknik genellikle halojen lamba içeren ışık kaynaklarında kullanılır.

Işık uygulama tekniklerinin polimerizasyona etkisi

Kompozitler fotoinitiatörler tarafından absorbe edilen enerjiyle polimerize edilir. Enerji, uygulanan bölgedeki ışığın gücü ve ışık uygulama süresini içeren bir birimdir. Örneğin geleneksel kompozitlerde, cm^2 başına 40 sn. lik 400-500 nm dalga boyunda ve 400 mW/cm^2 ışık gücünde ışık uygulamasıyla optimum polimerizasyon gerçekleşir, bu da 16 joule/luk bir enerjiye eşdeğerdir. Bu uygulanan ışığın gücüyle, uygulama süresinin çarpılması sonucu kolayca hesaplanabilir: $400 \text{ mW/cm}^2 \times 40 \text{ sn.} = 16 \text{ joule}$.

Çeşitli ışık kaynakları arasındaki ana farklılıklardan birisi ışık kaynağının gücüdür. Bu güç 350 mW/cm^2 kadar düşük olabileceği gibi, 650'den 800 mW/cm^2 ye kadar çıkabilir. İsteğe bağlı olarak başlatılan sertleşme avantajına rağmen ışık kaynaklarının bir dezavantajı restoratif materyalin engellenemeyen büzülmesiyle birlikte ani sertleşmesidir. Bu sertleşme ve beraberindeki büzülme, restore edilmiş dişte stres oluşturur. Bu ani stresleri azaltmanın bir yolu, başlangıçta yalnız düşük ışınlama enerjisi kullanılarak, başlangıç sertleşme oranını azaltmaktır. Başlangıç sertleşme reaksiyonundaki bu düşüş, deneysel olarak polimerizasyon büzülme streslerinin kontrolüyle ispatlanmıştır. Tamamlanamayan polimerizasyon riskini azaltmak ve bunun sonucunda restorasyonun klinik performansını arttırmak için, yüksek güçte uzatılmış ışınlama süresiyle ışık uygulanmaktadır. Bu ışık uygulama tekniğini daha basitleştirmek için firmalar iki aşamalı ışık kaynaklarını geliştirmişlerdir.

Deneysel olarak, yüksek güç uygulamasıyla başlatılan hızlı polimerizasyona

kısmen hızlı bir büzülme eşlik eder. Bu da adeziv restorasyonun kenar uyumu üzerinde olumsuz bir etki yaratır. Bu yüzden orta derecede bir enerji düzeyinde başlatılan iki aşamalı polimerizasyon, restorasyonun kenar uyumu üzerinde olumlu bir etki oluşturur. Diğer firmalar, klinisyenleri ara verilmiş kademelili ışık uygulama tekniğine yönlendirmek için ışık kaynaklarını geliştirmişlerdir. Bu aletleri optimal düzeyde kullanmak için uygulayıcı, spesifik kompozit reçine için spesifik olan ışınlama sürelerini, kompozitin yapısını, rengini ve uygulanan tabakanın kalınlığı gibi ayrıntıları bilmek zorundadır.

KAYNAKLAR

- 1- Albers HF. Tooth-Colored Restoratives. Visible Light Curing Units, 8th ed, Alto Books, USA, 1996.
- 2- Albers HF. Resin Polymerization Adapt Report, 1999; 6: 1-6.
- 3- Asmussen E, Peutzfeldt A. Light-emitting Diode Curing: Influence on Selected Properties of Resin Composites. Quintessence Int 2002; 34: 71-75.
- 4- Baratieri LN/ et al. Esthetic Direct Adhesive Restoration on Fractured Anterior Teeth. Light Curing Units, 2nd ed., Quintessence Publishing Co. Inc., Brasil, 1998.
- 5- Burgess JO, Walker RS, Porche CJ, Rappold AJ. Light Curing- An Update. Compendium, 2002; 23: 889-906.
- 6- Caughman WF, Rueggeberg FA. Shedding New Light on Composite Polymerization. Operative Dentistry, 2002; 27: 636-638.
- 7- Christensen GJ. The light-curing mania. JADA, 2004; 135: 461-463.
- 8- Davitson CL, de Gee AJ. Light Curing Units, Polymerization, and Clinical Implications. Journal of Adhesive Dentistry, 2000; 2: 167-173.
- 9- Hammesfahr PD, O'Connor MT, Wang X. Light-Curing Technology: Past, Present, and Future. Compendium, 2002; 23: 18-24.
- 10- Mills RW, Uhl A, Jandt KD. Optical Power Outputs, Spectra and Dental Composite Depths of Cure, Obtained with Blue Light Emitting diode (LED) and Halogen Light Curing Units (LCUs). British Dental Journal 2002; 192: 459-463.
- 11- Nomoto R, McCabe JF, Hirano S. Comparison Of Halogen, Plasma and LED Curing Units. Operative Dentistry, 2004; 29: 287-294.
- 12- Strydom C. Dental curing Lights- maintenance of visible light curing units. SADJ 2002; 57: 227-233.
- 13- Van Noort R. Introduction to Dental Materials- Resin Composites and Polyacid-modified Resin Composites, 2nd ed., Mosby, London; 2002.

Türkiye’de ürettikleri ışıklı dolgu cihazlarını dünyanın 50 ülkesine ihraç eden Benlioğlu Dental A.Ş. Yönetim Kurulu Başkanı Müşfik Benlioğlu ışıklı dolgu cihazlarıyla ilgili sorularımızı yanıtladı:



‘Her kullanıcının cihaz talebi farklıdır’

Ülkemizde ışıklı dolgu cihazı üreten ve dünyaya ihraç eden bir firmanız var. Bu noktaya gelirken geçirdiğiniz süreçler neler oldu ve dünya pazarlarına nasıl açıldınız?

1988’den bu yana ışıklı dolgu cihazı üretimi yapıyoruz. Zaman içinde gelişen bir üretim teknolojimiz ve pazar payımız var. Tabii ki ihracata çok erken -1990 yılında- başlamamız, dünyada globalleşme rüzgarları esmeden belli pazarlara yerleşmemizi sağladı. Fuarlara katılarak ve uygun medyalara reklam vererek, her pazarda bir veya birkaç ithalatçı firma bulmaya çalışarak ilişkimizi geliştiriyoruz. ABD’de bağımsız araştırma yapan CRA, REALITY ve DENTAL ADVISOR gibi kuruluşların testlerinde cihazlarımızın dev firmaların cihazları üstünde ilk üç içinde sıralanması ve bunun ilan edilmesi tüm gelişmiş pazarlarda cihazlarımızın kabul görmesini sağladı.

Halen ABD, Japonya, Avrupa ve 50 civarında ülkeye ihracat yapmaktayız. 15 yıldan bu yana 130 bin adetten fazla cihazı tüm dünyaya ihraç ettik. Kaba bir hesaba dünyada % 15- 17 gibi bir pazar payımız oluştu. Tabii ki bizim için çok gurur verici bir olay .

Bunun yanı sıra Türkiye’de dişhekimlerine 5 binin üzerinde modern ışıklı

dolgu cihazını sağlayarak sektörümüze ve tabii ki hastalarına yapabileceğimiz en büyük hizmeti yaptığımızı düşünüyorum.

İşıklı dolgu cihazları ile ilgili teknik gelişmelerden biraz bahsedermisiniz?

70’li yıllardan bu yana ışıklı dolgu cihazları halojen ışık kaynağı teknolojisine bağlı olarak gelişti ve bu arada Argon lazeri, plazma ark lambaları ve diğer tip gaz deşarjlı lambaları kullanan değişik teknolojiler denendi, ancak hiçbirisi halojen lambaya rakip olmadı. Bu arayış Japon Nichia firmasının Mavi renk çıkaran LED ışık kaynaklarını 1998 yılında bulmasıyla yeni bir boyut kazandı. Mavi LED’lerin bulunmasıyla birinci nesil dediğimiz LED ışıklı dolgu cihazları üretildi. Ancak bunların toplam gücü 1 W civarında idi ve yeterli ışık yoğunluğunu üretmiyordu.

Daha sonra 3, 5 ve şimdi de 8 W gücüne ulaşan LED ışık kaynakları sayesinde ışıklı dolgu teknolojisi ve endüstrisi LED ışık kaynaklarına döndü ve gelecekte tüm ışıklı dolgu cihazlarının LED olacağını düşünüyorum. Fakat bütün endüstrinin bir gecede halojenden LED’e dönmesi mümkün olmadığı gibi tüketim eğilimi de bu kadar hızlı değiş-

miyor ve özellikle yeni teknolojiler için tüketicilerde bir alışma süreci geçtiği görülüyor.

Halojen ve LED ışıklı dolgu cihazlarının birbirine göre belirgin avantaj ve dezavantajları neler?

Halojen teknolojisi çok olgun bir noktada olduğu için alıcı açısından hem fiyat avantajı vardır, hem de cihazlar kendi teknolojilerinin en üst noktasındadır. Ayrıca her türlü ışıklı aktivator kullanan maddelerin hepsini polimerize edebilme kabiliyetleri vardır.

LED ışık kaynaklı cihazlar ise, son bir iki yıldır olgun bir teknolojiye ulaşmıştır. Önceki cihazların iyi netice vermesi alıcılarda bir tereddüd yaratsa da yeni cihazların üstün performansları bu tereddütleri gidermiştir. Halen tek bir dezavantaj var; LED cihazları sadece 470 nm dalga boyundaki mavi ışığı üretiyor ve CQ fotoaktivator içeren maddeleri etkin bir şekilde polimerize ediyor fakat özellikle ağırtılmış dişler için üretilmiş dolgu maddeleri PPD fotoaktivator maddesini kullanıyorlar ve bu maddeleri 430 nm dalga boyundaki mavi ışık aktive ediyor. Bu bir problem gibi görülse de her iki dalga boyunda ışık üreten LED ışık kaynakları ve PPD kullanımının giderek azalması ile aşılacak

üzerindedir.

Avantajlar tarafında ise LED'lerde çok düşük bir enerji kullanımı cihazların pilli olmasını ve taşınabilir olmasını ve cihazların çok daha küçük boyutlarda yapılabilmesini sağlamıştır. Ancak cihaz boyutlarının çok minyatür boyuta indirmek bir çok fonksiyonun azalmasına veya cihazın kısa süreli kullanılmasına sebep olmaktadır.

Işıklı dolgu kullanımında dikkat edilmesi gereken pratik noktalar neler?

Dişhekimlerinin en çok kullandığı cihazlardan biri olan ışıklı dolgu cihazlarının daha verimli kullanımı için öncelikle şunlara dikkat etmek gerekir:

- Temelde ışık yolu ile bir enerji iletimi yaptığımızı düşünmek gerekiyor. Bunun formülü ise **Toplam enerji = ışık yoğunluğu x zaman** olduğu için eğer yüksek ışık yoğunluğuna sahip bir cihaz kullanıyorsak süreyi kısaltabileceğimizi veya düşük yoğunluğa sahip bir cihazla çalışıyorsak sürenin uzatılması gerektiğini daima hatırlamalıyız. Ayrıca ışık iletiminin ne kadar olduğunu sürekli olarak düşünüp gereken yere gerektiği kadar ışık iletmeye çalışmalı bunun için uygun ışık iletici uç, uygun pozisyonlandırma, polimerizasyon tipi ve mutlaka ışık yoğunluğunu kafamızda hesaplayıp yeterli enerjinin iletebileceği bir uygulama şekli seçmeliyiz.
- Kullanılan dolgu maddelerini 2 mm den daha kalın yerleştirmemekte büyük bir fayda vardır. Kavite tabakalar halinde doldurulmalıdır.
- Işık ileticileri olabildiğince dolgu maddelerine yakın tutmalıyız. Bu mesafe 0.5 ila 1 mm kadar olmalıdır. Çünkü bu mesafe 10 mm olduğunda ışık yoğunluğu % 50 kadar azalmaktadır.
- Aynı şekilde pulpaya yakın bölgelerde özellikle kolay polimerize olabilecek şeffaf bonding malzemelerini polimerize etmek için gereğinden fazla ışık vermemek gerekir. Yüksek ışık yoğunluğunda bir ışığı uzun süreyle vermek yarardan çok zarar verebilir ve intrapulpal sıcaklığı pulpaya zarar verebilecek şekilde arttırabilir.
- Işık ileticinin dıştan dışa çapı daima etkin ışık iletilen çaptan daha büyüktür. Dolayısıyla yapılan restorasyonu ışık



"Halen ABD, Japonya, Avrupa ve 50 civarında ülkeye ihracat yapmaktayız. 15 yıldan bu yana 130 bin adetten fazla cihazı tüm dünyaya ihraç ettik. Kaba bir hesapla dünyada % 15- 17 gibi bir pazar payımız oluştu. Tabii ki bizim için çok gurur verici bir olay."

- düşümü tam olarak kaplamıyorsa bir kaç kez ışık yönlendirilerek kullanılmalıdır.
- Aynı şekilde diş dokularının arkasından bir dolgu maddesine ulaşmak durumunda kalınca dolgu maddesine iletebilen enerji büyük oranda azalmaktadır. Süre uzatılarak bu sorun giderilebilir.
- Arayüz basamaklarında polimerizasyon yapılacaksa sadece yukarıdan değil, şeffaf band ve varsa şeffaf kamalar kullanılarak basamak tabanına olabildiğince çok ışık yollamak gerekir.
- Yeni cihazlarda ışık yoğunluğu yüksek olduğu için gözleri kamaştırma etkisi de artmıştır. Bu durumda mutlaka göz koruyucular ile gözler korunmalıdır. Kesinlikle direkt olarak ışığa bakılmamalıdır.

Peki cihazların özellikleri ve kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalar neler?

Dişhekimlerinin her cihazla ilgili genel tercihleri olsa da, hemen hemen her kullanıcının kendine özel bir cihaz tarifi mutlaka olmuştur. Dişhekimliği endüstrisinin bu kadar çok çeşit cihaz üretmesinin bir sebebi de dişhekimlerinin özel tercihlerini alımları esnasında ön plana çıkarmasıdır. Işıklı dolgu cihazlarında bu sebeple yaklaşık olarak 150'den fazla değişik tipte üretilmiş ve halen de üretilmektedir.

- Dişhekimleri ışıklı dolgu cihazını seçerken aşağıdaki ana tercihleri yapmalıdır.
- LED ışık kaynaklı mı yoksa Halojen

ışık kaynaklı mı ?

- Işık yoğunluğu en üst performansta mı yoksa standart bir düzeyde mi?
- Sürekli kullanıma göre mi, yoksa sadece kısa süreli kullanımlar için mi kullanılacak?
- Kablosuz mu, kablolu mu?
- Göz koruyucu filtreleri olsun mu?
- Tezgah üstü bir cihaz mı yoksa ünite monte edilen bir cihaz mı?
- Tabanca formunda mı yoksa kalem formunda mı ?
- Polimerizasyon tipi seçimleri olsun mu, olmasın mı?
- Ağartma işleminde kullanılabilir mi?
- Timer seçenekleri birkaç kademeli veya ekranlı olsun mu?
- Önceliğiniz fiyatının uygun olması mı?
- Garanti süresi uzun mu, yedek parçası bulunabiliyor mu, servisi kolayca yapılabilir mi?

Bu sorulara size uygun cevaplar verebilen cihazları bulduktan sonra cihazın performansını denemenizi öneririm. En az 12-15 dakika sürekli kullanın ve oluşan sıcaklığın etkin şekilde soğutulup cihazın kullanıma izin verip vermediğini kontrol edin. Birçok cihaz yüksek bir performans üretebilir ama çok kısa bir sürede (4-5 dakika içinde) yüksek sıcaklık oluşarak cihazı korumak için otomatik olarak kapanmaktadır. Modern tedavinin temel unsuru olan çapraz kontaminasyonu engellemek için mutlaka sökülerek otoklavda steril edilebilen ışık ileticileri olan cihazları tercih ediniz.



Dışhekimliği cihazlarında ve sarf malzemelerinde sektörün büyük oranda ithalata dayandığı biliniyor. Ancak diğer taraftan Türkiye’de belli cihaz ve ürünlerde yoğunlaşsa da yaklaşık 40 yıllık geçmişi olan bir yerli üretim olgusu da var. Özellikle dış ünitinde yoğunlaşan bu üretimin yaklaşık %80’ini gerçekleştiren ve bu üretimin önemli bir kısmını ihraç eden Ferizan Peker (Güney Diş), Arto Babuçoğlu (Tekmil) ve Ethem Aslan (Dentsan) ile yerli üretimin geldiği aşamayı ve sorunlarını konuştu.

‘İthal ürün enflasyonu yaşanıyor’

Türkiye’de dışhekimliği alanında, özellikle araç ve gereçlerde yıllardan beri üretim yapıldığını biliyoruz. Yerli üretimin bugün geldiği aşama nedir, yaşanan sorunlar nelerdir?

Arto Babuçoğlu: Türkiye’de dışhekimliği cihazlarında ilk üretim 1965-1967 senelerinde fotöyle başlamıştır. 1970 senelerinden itibaren fotöyle beraber ünit imalatına da başlanmıştır. Bugüne geldiğimizde şunu firmam ve burada beraber bulunduğumuz firmalar adına rahatlıkla söyleyebilirim: Şu andaki Türkiye’de üretilen cihazlar bütün Avrupa standart belgelerine hazirdir ve Avrupa olsun, eski Sovyetler Birliği ülkeleri olsun bütün bu bölgede tamamiyle Türkiye’de üretilen cihazlar satılmaktadır. Bu bizim için bir gu-

rur kaynağıdır. Bugün kalitemizle, kullandığımız malzememle, dizaynımızla belli bir noktaya geldiğimize inanıyoruz. Bunu tabii bizim söylememiz yersizdir ama yurtdışından aldığımız talepler ve yurtiçindeki dışhekimlerimizin bizlere bugüne kadar yaptığı tenkit ve takdirlerle bu konuma gelmiş bulunuyoruz. Tabii ki ileride daha da iyiye gidecek.

Ferizan Peker: Dışhekimliği sektöründeki yerli üretimi şöyle bir sıralarsak, cihaz olarak en önemli kalem diş ünitesi ve koltuğu. Bir miktar röntgen cihazlarının statığı Türkiye’de imal ediliyor. Bunun yanı sıra sterilizatör üretiliyor. Otoklav konusunda bir tek Dentsan ve bir de Nüve firmasının imalatı var. Dışhekimliği mobilyaları

ve laboratuvar masaları da Türkiye’de imal ediliyor. Işıklı dolguları sertleştirilen polimerizasyon aleti Türkiye’de Benlioğlu tarafından mükemmel bir kalitede imal ediliyor ve bütün dünyaya satılıyor. Gerçekten övünç kaynağı bizim için.

Sektörde ithalat-ihracat dengesi nasıl?

Ferizan Peker: Elimizde Devlet İstatistik Enstitüsü’nün ithalat ve ihracat rakamları var. Türkiye’nin dış ticaretine paralel bir durumdayız. İhracatımız daha az, ithalatımız çok daha fazla. Örneğin sarf malzemesinin neredeyse tamamı ithal ediliyor. Üretimimizde ünitenin büyük ağırlığı var. Yerli üretim komple diş ünitenin adeti bir yılda 2500 ila 3000 adet arasında deği-

şiyor. Bunun yaklaşık %80'ini buradaki üç firma gerçekleştiriyor. Bu üretimimizin de yarısından fazlasını ihraç ediyoruz .

Son yıllarda YTL'nin değerinin yüksek olması ihracatı nasıl etkiledi?

Ferizan Peker: Her sektördeki imalatçı gibi bizi de çok olumsuz etkiledi. Eğer üretiminizin büyük bir kısmı ithal girdiden oluşuyorsa o zaman döviz kurunun düşüklüğü sizi çok olumsuz etkilemez. Ama bizim sektörümüzde %60 emek payı tutuyor. Bir ünite harcanan ithal malzeme bütün maliyetin %10'una tekabül ediyor. Bu bütün dünyada böyle, fabrikasyon diye bir şey yok. Emek yoğun olduğu için döviz bazında maliyetler artmış oluyor. Uzakdoğu ülkelerine göre Türkiye'de insan emeği de ucuz değil.

Türkiye'de üretime teşvik yoktur, enerjimiz pahalıdır. Siz pahalıya mal ediyorsunuz ve dövizle satarken fiyatınızı artıramıyorsunuz. Bu açıdan YTL'nin değerinin yüksek oluşu elbette olumsuz etkiliyor.

Son yıllarda ihracatta gerileme oldu mu?

Ethem Aslan: Dünyada bizim kadar rahat girilen, çok rahat hareket edilen ülke yok. İki sene önce İsrail'de bir üniversite ihalesi aldık. Üniteleri kabul etmiyorlar. Merak ettim, kalktım gittim. Baktım adam pedalı suya sokuyor çıkarıyor, bu ünite geçmez diyor. Gittik deniz altında kullanılan sviçlerden bulduk onlardan kullandık ve üniteleri ancak öyle geçirebildik. Bizim gümrüğümüzde bakıyorum herşey paldır küldür geçiyor. Kimse bir şey sormuyor. Mal nedir, menşei nedir, nereden gelir, nereye gider?

Biz şu anda yaptığımız üretimin aşağı yukarı %30'unu Avrupa ülkelerine ihraç ediyoruz. Almanya, İspanya, Avusturya, Hollanda gibi ülkelere... Bunlar Avrupa'nın ciddi ülkeleri. Peki bu adamlar deli mi? Niye Uzakdoğu'ya gitmiyorlar, bizden alıyorlar? Kalite önemli değilse niye biz bir yığın belge almak için uğraşyoruz, standartımızı yükseltiyoruz. Kalite yatırımları için ciddi paralar harcanyor. Bizim

ülkemize önüne gelen giriyor. Ben ithalata karşı değilim. Ben nasıl diğer ülkelere gidip mal satıyorsam birileri de gelsin bu ülkede satsın ama bu işin bir standardı olsun.

Peki Avrupa'da daha ucuz ürünler de varken sizin ürünleriniz nasıl müşteri bulabiliyor?

Ferizan Peker: Güzel bir noktaya değindiniz. Biliyorsunuz Türk Malı'nın imajı tekstil sektörü haricinde çok iyi değildir dünyada. Kendimizi küçümseydiğimizden söyleyemiyorum, yaygın kanı budur.

Bu dezavantajla bir kere baştan 1-0 yenik başlıyoruz. Buna rağmen Ethem Bey'in dediği gibi bugün Avrupa ülkelerine mal ihraç edebiliyorsak bu, ürünlerimizin onların kabul ettiği standartlarda, kalitede olması ve buna rağmen fiyatlarının da kabul edilebilir seviyede olmasındandır. Bugün Avrupa'da da Uzakdoğu, Çin, ya da Brezilya malları da var. Oralarda da bizim yarı fiyatlarımıza satılıyor. Buna rağmen biz satabiliyorsak burada kalitenin belirleyici olduğunu söylemek lazım.

Türkiye'de açıkçası bizim sıkıntımız şu: Biz üretici olarak bu kadar emek harcamamıza, yatırım yapmamıza, istihdam yaratmamıza ve çeşitli riskleri almamıza rağmen üretimlerimizde çok cüzi oranlarda kar ediyoruz. Ama çeşitli ülkelere getirilen ürünler bizim bu fiyatlarımız baz alınarak çok aşırı kârlarla satılıyor. Bizi yaralayan bu. Yoksa mal satma açısından bir sıkıntımız yok.

Rakamlar sır değil, fuarlarda görebilirsiniz, bu ürünlerin fiyatları 950 dolar'dan başlıyor en kabadayısını da 1500-2000 dolara alabiliyorsunuz. Buradaki satış rakamlarını da biliyorsunuz. Diyebilirsiniz ki 'beyim, sen ne uğraşıyorsun? Sen de getir sat!' Böyle bakarsak, ben zaten ciromun önemli bir kısmını ithalattan sağlıyorum; bu bizim için zor bir iş değil. Ama olayın başka boyutları da var. Biz buradaki üç üretici firma kendi şirketlerimizde çalışanlar ve yan sanayide çalışanlar olarak 1000 kişiye iş yaratıyoruz. Aileleriyle birlikte düşünürsek bu üretimden üç-dört bin kişi eklemek için.



Arto Babuçoğlu:

Bütün dünyadan bütün markalar gelecek

Türkiye'ye.

Rekabet bizleri ilerletir.

Ama rekabetin

bir kuralının olması lazım.'

İthalat sırasında ne tür kalite belgeleri isteniyor?

Ferizan Peker: Burada enteresan bir nokta var: Türkiye'de herhangi bir dış malzemesi ithalatı yapılırken CE belgesine sahip olması şart koşuluyor. Eğer bir ürünün CE'si yoksa mutlaka o zaman TSE'ye gider, orada test edilir ve ondan sonra ülkeye girebilir. Bu en ufak bir dolgu maddesinde bile böyledir. Ama enteresan bir şekilde dış ünitinde bu zorunluluk yoktur. Üretirken de ithal ederken de böyle bir zorunluluk yok. Ama biz aldık, çünkü birincisi, ihracat yaptığımız her ülke istiyor bunu. İkincisi, Türkiye'de ihalelere girerken Sağlık Bakanlığı ve diğer devlet kurumları ihaleye katılan firmaların ürünlerinin CE sertifikası olmasını şart koşuyor. Bu da son bir iki senenin meselesidir, bizim çabalarımızla oluştu, daha önce yoktu. Ama ithal edilirken hâlâ gümrükte CE aranmıyor. Yine ilginç bir nokta; ünitin herhangi bir parçasını ithal ederken CE aranıyor, ama ünitin tamamı için CE istenmiyor.

Gümrük Birliği nedeniyle Avrupa Birliği dışından yapılan ithalatın maliyeti daha yüksek olmuyor mu?

Ferizan Peker: Dış ünitlerinde AB'den veya AB dışında herhangi bir ülkeden yapılan ithalat arasında hiçbir fark yoktur. Yani gümrükten muafır.

CE nedir ?

CE işareti, Avrupa Birliği'nin, teknik mevzuat uyumu çerçevesinde 1985 yılında benimsediği Yeni Yaklaşım Politikası kapsamında hazırlanan bazı Yeni Yaklaşım Direktifleri kapsamına giren ürünlerin bu direktiflere uygun olduğunu gerekli bütün uygunluk değerlendirme faaliyetlerinden geçtiğini gösteren bir Birlik işaretidir. CE işareti, ürünlerin, amacına uygun kullanılması halinde insan can ve mal güvenliği, bitki ve hayvan varlığı ile çevreye zarar vermeyeceğini, diğer bir ifadeyle ürünün güvenli bir ürün olduğunu gösteren bir işarettir.

"CE işareti", Avrupa Birliği'nin uyulması mecburi olan birtakım Yeni Yaklaşım Direktifleri kapsamında yer alan ürünlere iliştilen bir işaret olduğu için, söz konusu mevzuat kapsamına giren ve AB üyesi ülkelerde piyasaya arz edilecek olan ürünlerin bu işareti taşıması zorunludur. Diğer bir ifadeyle, bu işaret, ürünlerin, AB üyesi ülkelerde serbest dolaşıma çıkabilmesi için bir çeşit pasaport işlevi görmektedir. Türkiye'nin de Avrupa Birliği mevzuatını uyumlaştırarak uygulayacak olması nedeniyle, ilgili mevzuatın yürürlüğe girmesiyle birlikte, ülkemizde piyasaya arz edilecek ürünlerin de bu işareti taşıması zorunlu hale gelmektedir.

Dış ticaretimiz açısından, bu işareti taşıması gerektiği halde taşımayan ürünün AB üyesi ülkelere ihracatı mümkün değildir. İç pazarımız açısından ise, mevzuat uyumu tamamlanmış ve zorunlu uygulamaya girmiş ürün yönetmelikleri kapsamına giren ürünlerden CE işareti taşıması gerektiği halde taşımayan ürünlerin ülkemiz piyasasına edilmesi de mümkün bulunmamaktadır.

KDV dışında hiçbir isim altında fon veya benzeri bir şey ödenmemektedir. Sarf malzemesinde böyle bir ayırım var. Sarf malzemesinde AB'den getirdiğimiz mallar, CE'si varsa gümrükten hemen çıkıyor. AB dışındansa, örneğin İsviçre'den gelen mallarda bile -İsviçre AB üyesi değil biliyorsunuz- bir sürü prosedür uygulanıyor. Dış ünitinde öyle bir şey yok. Dış ünitini ister Amerika'dan getirin, ister Almanya'dan, ister Çin'den; hiçbir engel yok.

Arto Babuçoğlu: Türkiye'deki şu anda ithal ürün enflasyonu yaşanmaktadır. Bu çok doğal, bütün dünyadan bütün markalar gelecek Türkiye'ye. Rekabet bizleri ilerletir. Ama rekabetin bir kuralının olması lazım. İşin boyutunun haksız rekabete, dişhekimini gerçek olmayan bilgilerle aldatıcı reklamlarla yanlış yönlendirmeye ulaşması bizleri rahatsız ediyor. Bu hem bizim hem de burada tüketici konumunda olan dişhekimleri için zararlı bir yönelim. Yoksa biz nasıl bütün dünyaya gidiyorsak ülkemize de Uzakdoğu'dan da, Alaska'dan da ürün gelecek, bu gayet normal.

Yanıtıcı bilgi veriliyor mesela... Falanca belgelerimiz diyor; belgelerine bakıyorsunuz, ISO belgesi, TSE belgesi filan ama bakıyorsunuz yanındaki İtalyan kompresörün belgeleri onlar. Bu firmaların belgeleri yok. Açın internet sitelerini firmaları tek tek yazın. Bu malın menşei kimdir, üreticisi kimdir? Bunları söylemek dental sektör olarak bizim görevimiz. Dental sektörün ileriye gitmesi için bunların gerçekçi olarak verilmesi lazım. Ben bugün bir şey üretiyorum, burasını yerli yapıyorum, şurasını ithal ediyorum. Ama bunu piyasaya sunduğum vakit bu A marka, üreticisi şu, menşeyi şu demem lazım. Tüketiciyi aldatmamak lazım. İnsanın karşısındakine, ekme yediği yere bir saygısının olması lazım.

Ferizan Peker: Bir de başkalarına ait markaların kullanılması problemi var. Mesela RVG bir ürün kategorisi değildir, bir markadır. Nasıl Simens bir markaysa o da bir marka. Adam kalkıyor 'RVG bizden sorulur' diye reklam yapıyor. Telefon açıyorsun 'özür dile-



Ferizan Peker:

YTL'nin değerinin yüksek oluşu her sektördeki imalatçı gibi bizi de çok olumsuz etkiledi. Bizim sektörümüzde emek payı %60 civarında.

rim abi ben bilmiyordum' diyor. Bir kere bu işi yapan bir kişinin bunları bilmesi lazım. Bilmiyorsa bu işi yapmasın. İşine saygı duyması lazım. İthalat işini de çok basite alıyorlar. Şimdi bu sözkonusu ünitelerin fiyatı 1000-1200 dolar civarında ya, adam 20 bin dolarla bir konteyner ünit getiriyor ve iki üç misli fiyat koyarak 20 bin dolarını bir anda 60 bin dolar yapıyor. Ne güzel iş. Tatlı para. Ama bu tatlı paradan dolayı da bu işi yapanların sayısı pıtırak gibi çoğalıyor. Herkes bakıyor 'x firması bu işten ne güzel para kazanıyor' diye düşünüyor. Şimdi belki on tane daha firma çıkacak. Bu sefer de bu tatlı kar bitecek, ürün satamayınca fiyat kıracak, böylece bir süre sonra kendiliğinden bu iş bitecek. Bitecek ama geride de bir ünit mezarlığı kalacak.

Peki ithalatta servis ve yedek parçayla ilgili şartlar aranıyor mu?

Arto Babuçoğlu: Şu anda bırakın yedek parçayı kendine ait servis bulunan ve servis elemanı yetiştiren firma dental sektörde çok az. Bunun haricinde herhangi bir malı bırakın üretmeyi ithal ediyorsanız ve ithal ettiğiniz malzemenin yatırımdan fazla yedek parça yatırımı yapmanız lazım. Çünkü dişhekimliğinde kullanılan cihazların aksaklık göstermesi için çok

etken vardır, ürün mükemmel olsa bile... Bunları karşılamak için yetişkin servis elemanı lazım. Yedek parça bulundurulması lazım, o anda yoksa bunu anında getirebilecek bir firma lazım. Pazarlamacı firma ve üretici firmanın ürünün arkasında durması gerekir. Tabii tüketici olarak dişhekimliğimizin de alışveriş yaparken bazı noktalara dikkat etmesi gerekir. O zaman bunlar ayıklanır ve kimse üzülmez. Dental sektör de tüketicisiyle, ithalatçısıyla, üreticisiyle belli bir seviyeye çıkar.

Garantiyle ilgili sorumluluklar yerine getiriliyor mu?

Ferizan Peker: Maalesef bizim sektör daha yeni yeni isimlendiriliyor. Yani bu sektör fiilen var ama resmen yok. TDB'ye çok teşekkür etmek lazım ki yıllar evvelinden o zamanki dişhekimleri büyük emek harcıyıp TDB'yi kurdular. Sektörün kuruluşu oradan başladı. O sayede sektör olarak duyulduk. Ondan sonrasında ise maalesef

ISO nedir?

Bir ürün ya da hizmetin türüne bağlı olmaksızın müşteriye sunulma aşamasına gelinceye kadar geçirdiği tüm süreçlerin kalite yönetim sistemi çerçevesinde yönetilerek sürekliliğinin sağlanmasının garanti edilmesi olarak tanımlanan ISO 9000 kalite yönetim sisteminin belgelendirilmesi çalışmaları belgelendirme bölümünün ana faaliyetlerinden birisidir.

Gelişen ve bütünleşen dünyada ISO'nun önemi daha belirgin hale gelmektedir. Bu bağlamda firmaların kaliteli yönetim sistemlerini kullanarak, verimlilikle, kaliteli ürün-hizmetler üretmesi ve müşteri memnuniyeti ISO ile doğrudan bağlantılıdır. ISO (International Standards Organization)

Kaliteye önem veren ve bu önemi sisteme döken firmaların, yerine getirmesi önemli olan bir görevleri de; sistemlerini belgelendirmektir.

Sağlık Bakanlığı destek vermedi. Sağlık Bakanlığı'nda dişhekimliği hala ayrı bir genel müdürlük değil.

Şimdi biz sözgelimi KDV'nin %8'e indirilmesi konusunda çok çaba sarf ettik. Herkes elinden geleni yaptı ve oldu. Mesela dişhekimliği cihazlarıyla ilgili bir tanımlama yok. Garanti belgesi meselesinde de bunu görüyoruz. Biliyorsunuz garanti belgesini kafanıza göre bastıramazsınız. Sanayi Bakanlığı'ndan izin almanız gerekiyor ve onun için de Türkiye'nin en az üç yerinde TSE'si olan teknik servis hizmeti kurmanız lazım. Ancak bunlara sahipseniz ithalat yapabiliyorsunuz. Ama diş üniti üreticisi için bunlar da gerekmiyor. Biz şimdi bunun çabasını veriyoruz. İthal edilen ürünün içinden bir garanti belgesi çıkıyor. Bunun Türkiye'de hiçbir hükmü yok. Dolayısıyla burada yeniden oluşturulması lazım. Sarf malzemelerinde yapıldı bu. Burada TDB'nin de çok emeği var. Bir kompozit ithal ederken Türkçe kullanma talimatı yoksa onun ithal edemezsiniz. Şu anda o duruma geldik ama halen cihaz tarafında bu oluşmadı. İşte biz bunu oluşturmaya çalışıyoruz ve en azından bir garanti belgesi almak için başvurduk. Bu işin çeşitli aşamaları var. Türkçe kullanma talimatı, şu, bu, hazırladık götürdük. Dişhekimliğinde kullanılan aletlerin garanti belgesi bastırmak üzere bir prosedür tanımlayamıyorsunuz. Rica ettik, aylardan beri uğraşyoruz. 'Böyle bir şey var. Türkiye'de bu aletler kullanılıyor'diyoruz. Yazıldı, çizildi, sonunda oluşturuluyor şimdi. Bunların hepsi gayretle oluşturulacak. Biz de zaten salt kar amacını düşünmediğimiz için bir aradayız, bu toplantıyı yapıyoruz. Biz diyoruz ki dişhekimleri aydınlatılmalı, dişhekimlerine yanıltıcı reklamlar, yanıltıcı bilgilendirmeler olmasın. Bu tabii salt yabancı menşeli ürünler için değil yerli malları için de geçerli. Yerli malları için de diyoruz; dişhekimleri aldıkları cihazların mutlaka CE belgesini sorsun.

Arto Babuçoğlu: Türkiye'de bu konuda yanlış bir bilgi var. Tüketici sadece ISO'yu biliyor. Oysa dental sektörde ISO bence en son aranacak bel-



Ethem Aslan:

Biz şu anda yaptığımız üretimin %30'unu Avrupa ülkelerine ihraç ediyoruz. Almanya, İspanya, Avusturya, Hollanda gibi ülkelere... Bunlar Avrupa'nın ciddi ülkeleri. Peki bu adamlar deli mi?

gedir. ISO o firmanın işleyişiyle ilgili bir kalite belgesidir ve önemi şudur: ISO olmayan bir firmanın CE'si olmaz. Ama ISO malın kalitesiyle ilgili değildir. Bütün bu kalite belgeleri bir firmaya yıllık 10 ile 15 bin Avroluk bir masraftır. Bunların üzerinde çok dikkatli durulması gerekiyor. Maddiyat hiç önemli değil ama o kadar emek veriliyorsa bunun gerçeklerinin bilinmesi lazım.

Ethem Aslan: Gelişmiş ülkelerde standardı öyle bir hazırlıyor ki adam, ister istemez peşinden gidiyorsunuz ve bunlar ciddi paralara maloluyor. Ben bunları yaparken birileri de diyor ki 'ISOyu aldık, CE de yolda'. CE yolda ne demek? Geç bakalım o yoldan bir görelim! Hekim burada yanıltılıyor. Gelelim garanti konusuna, garanti için ciddi masraflar yapılıyor. Şimdi siz getirmişsiniz bir malı garanti benim diyorsunuz. Bunu söyleyen çantacı. Eğer dişhekimine buna rağmen bu malı alıyorsa onları bu konularda aydınlatmamız lazım. ISO ne demektir, CE ne demektir, garanti belgesi, servis ağı nasıl olmalı bu konuları belki dergilerimizde işleyerek dişhekimini bilgilendirmemiz gerekir.



Bir diş nelere kadir?

2-3 Eylül 2006

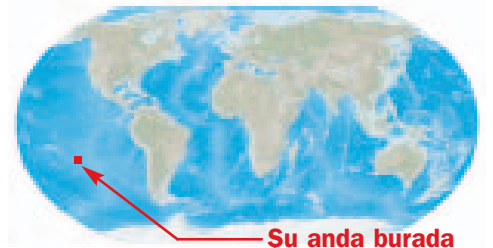
İstanbul



Tierra Del Fuego(Ateş Toprakları)'nın kuzey ve batı sınırını çizen Macellan Boğazı'nın demir yerlerinden biri Bahia Borja; buraya uğrayan tekneler mutlaka isimlerini bir tahtaya kazıyıp ağaca çakıyor. Hakan Öge de geleneğe uydu ve Mardek, Bahia Borja'ya izini bırakan ilk Türk teknesi oldu.

Hakan dünyanın köşesini döndü

Son olarak Arjantin'in kuzey kıyılarında bıraktığımız meslektaşımız ve Atlas dergisi fotoğrafçısı Hakan Öge geçtiğimiz Ocak ayında Amerika kıtasının güney ucundaki Beagle Kanalı'nı aşarak Büyük Okyanus'a geçti. Yeni yılı çocukluğunda hayranlık duyduğu Jules Verne'in 'Dünyanın Ucundaki Fener' romanında anlatılan Estados Adası'nda karşılayan Hakan, daha sonra Sophie'yle birlikte Şili kıyılarındaki Patagonya Kanalı'na yöneldi.



Şu anda burada



Seno Pia'da buzları tekneden uzaklaştırmak için botuyla suya inen Mardek'in kaptanı 'Dağcılık dürntüsünden olsa gerek, dayanamayıp irice bir buz kütesinin üzerine çıktım' diyor.

Arjantin'in kuzey kıyılarındaki Mar Del Plata'da uzun bir bekleyişten sonra Güney Yarımküre'de havalanın ısınmasıyla birlikte tekrar yola koyulan Mardek mürettebatının küçük bir problemi vardı: Mardek sıcak ortamlarda seyir yapmaya göre planlandığından herhangi bir ısıtma sisteminin konabileceği bir yer düşünülmemişti. Aklına gelen çözümlerden tehlikeleri nedeniyle vazgeçen Hakan ideal çözümü Arjantin'de bir nalbur'da buldu, eski bir gaz sobası. Güney'de mevsim yaza dönse de Antarktika'ya yaklaşacağı bölgelerde epeyce soğuyacak olan havaya karşı bu önlemi aldıktan sonra rota güneye çevrildi.

Bu bölgeden yelkenli bir tekneyle ilk geçen 1520 yılında Macellan'dı. Denizciler son derece güçlü esen rüzgarlar ve ardı ardına patlayan fırtınalar yüzünden 40. paralel ile 50. paralel arasında "Kükreyen Kırklar" (Roaring Fifties), 50. paralelden güneye ise "Çığlık Atan Elliler" (Screaming Fifties) adını verdiler. Mardek'in rotası 55. paralele kadar indiği için bu sinir bozucu adların sebe-

Artık denizlerde olsa da Hakan hala bir dişhekimi. Gittiği ülkelerde insanlara diş sağlığı konusunda yardım etmek için yolculuğa çıkarken yanına malzemelerini de almıştı. Estados Adası'nda yanlarındaki tekneden Mirelle'in dişindeki kaplama oynayınca sorunu Hakan çözdü.



bini yerinde görme 'şansı' vardı. 10 Aralık 2005 günü yolculuk yeniden başlamıştı.

Yaklaşık 1200 mil güneydeki Beagle Kanalı'na kadarki yolculuklarında birçok tekneyle karşılaştılar, bazılarıyla arkadaşlık yaptılar. Fakat yolda karşılaştıkları teknelerin en küçüğü bile Mardek'in iki katıydı. Hakan ve Sophie kuzeyden esen rüzgarı yakalayıp 30 Aralık akşamı Hakan'ın çocukluğunda hayranlık duyduğu Jules Verne'in 'Dünyanın Ucundaki Fener' romanında anlatılan Estados Adası'na vardılar. Yeni yılı hiç insan yaşamayan bu adada karşıladıktan sonra 10 metreyi bulan dalgaları aşırıp Beagle Kanalı'na girdiler.

Dünyanın en güneyindeki kent olan Ushuaia'da yaklaşık 1200 mil sürecek ve bir yerleşim bulunmayan yeni etapları için ihtiyaçlarını tedarik ettiler. Tekrar demir aldıktan bir süre sonra yeni bir tehlike belirdi. Bu soğuk kanallarda serbestçe salınan büyük buz parçaları Mardek'e çarpıp kolayca hasar görmesine yol açabilirdi. Üstelik daha küçüklerinin de teknenin pervanesine takılıp bozma tehlikesi vardı. Kısacası bu sularda yolculuk büyük dikkat istiyordu ve fotoğraflarda gördüğünüz gibi Hakan haftalar boyunca buzlarla cebelleşmekten yorgun düştü. Mart sonunda Castro Adası'nı geçip Büyük Okyanus'a çıktılar. Oğlak Dönencesi'ne paralel bir rota izleyip uzun bir yolculuktan sonra Okyanus'un ortasındaki Fransız Polinezyası'na vardılar. Mayıs 2004'te başlayan yolculuğun üçüncü yılını burada karşıladılar.


Oda genel kurulları yapıldı

Dişhekimleri odaları Olağan Genel Kurul ve seçimlerini yaparak yeni bir çalışma dönemine başladılar. Yoğun emek ve özveri ile görev yapan Oda yöneticilerimizin bir bölümü yerlerini yeni meslektaşlarımıza devrederken, bir bölümü de görevlerine devam ediyor. Geçtiğimiz sayıda yer veremediğimiz Oda genel kurul sonuçlarına aşağıda yer veriyoruz. TDB olarak görevini tamamlayan meslektaşlarımıza katkılarından dolayı teşekkür eder, yeni çalışma döneminde görev alan yöneticilerimize başarılar dileriz.

 ANKARA Dişhekimleri Odası	Yönetim kurulu Merih Baykara İ. Sami Balçık Zeki Erdoğan Koray Güner Dolunay Hamamizade Fazıl İnceoğlu M. Memduh Mazmancı Faik Serhat Özsoy Serdar Sütçü	Denetleme Kurulu Mesut Emiroğlu İ. Yavuz Güngör Süheyl Jubara	Disiplin Kurulu Ergün Altınışik Akın Arkün Abdurrahman Bayraktar Sinan Türe Z. Füsün Yaşar	TDB Delegeleri Ömer Engin Bulut Mahmut Demirkan Hişam Demirköprülü Erden Enç Emre Kanad Er Erdal Ergünol Yasemin Gelişen Bahadır Kasar Gülseren Kızılkaya Nihat Köksal
--	---	---	---	---

 AYDIN Dişhekimleri Odası	Yönetim kurulu Hayri Saltan Erkan Egemen Günhan Eskicioğlu Oktay İşbilir Mutlu Sezel	Denetleme Kurulu Batuhan Değirmenci Remzi Gören Cansel Kölgeli	Disiplin Kurulu Disiplin Kurulu Orhan Açıkgöz Şefaattin Gönel İsmail Kurtuluş Mehmet Akif Özer Tan Sezel	TDB Delegeleri Muhterem Göğüşoğlu Mehmet Halil Gümüş Mesut Güngör Ünal Kırtosun Yeşim Odabaşı Sevim Şahin Mehmet Emin Yaşar
---	--	--	---	---

 DIYARBAKIR Dişhekimleri Odası	Yönetim kurulu Muzaffer Saruhan Burhan Aktan Murat Alar Ahmet Balsak Brüsk Gök M. Sıddık Patnos Mahmut Sarı İbrahim Halil Tacir Edip Yakut	Denetleme Kurulu Gülen İletmiş Nazım Özkarataş Fazlı Yılmaz	Disiplin Kurulu Süleyman Ağuloğlu Emrah Ayna Köksal Beydemir Suat Eskimez M. Bilal Gül	TDB Delegeleri Burhan Aktan Murat Alar Haşim Aygün Köksal Beydemir Gülen İletmiş M. Sıddık Patnos Edip Yakut
--	--	---	--	--

 ESKİŞEHİR Dişhekimleri Odası	Yönetim kurulu Metin Aktan K. Günhan Alanoğlu Yasin Demircan Ünsal Güler Koray Şener	Denetleme Kurulu Bedri Bamaç M. Hayati Erdemgil S. Sami Erdemir	Disiplin Kurulu Gün Afşar Öner Gürdil Nadir Mumcu Erkan Töre İnan Vardar	TDB Delegeleri K. Günhan Alanoğlu Cahit Atışkan Semih Ayday Yavuz Çiçek İ. Tarık Tunçel Haşmet Uygun
---	--	---	--	---

 HATAY Dişhekimleri Odası	Yönetim kurulu Nebil Seyfettin Seyfettin Babat Mehmet Güzelyurt H. Kemal Kaya İbrahim Kaya	Denetleme Kurulu Gülseren Budak Meltem Özgün Feridun Yüceer	Disiplin Kurulu Mehmet Çolak Alaettin Hayzaran Ahmet Kanatlı M. Kılıç Özal Serdar Yuğurcu	TDB Delegeleri Mithat Baklacı Nazif Günay Necdet Kar Ahmet Karbeyaz Fuat Katipoğlu Mustafa Paşabeyoğlu Nahiddin Tumani
---	--	---	---	--



İSTANBUL

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

Mustafa Düğencioglu
Tuncay Turgay Akgün
Gamze Aren
Ali Yüksel Çalışkan
Ahmet Gürbüz
Aret Karabulut
Kadir Gökmen Öğüt
Hediye Sözer
Mehmet Tarık Tuncay

Denetim Kurulu

Turhan Atalay
Muharrem İhsan Gürsoy
Abuzer Gaffari Öner

Disiplin Kurulu

Ünal İnan Albayrak
Berna Aytaç
Bülent Çelik
Hatice Kumbasar
Bülent Öztürk

TDB Delegeleri

Tatyos Bebek
Kevser Cüre
Ali Gürlek
Hasan Gürses
Neşe Dursun İnceoğlu
Zerrin Küpçü
Hüseyin Meşeci
Mustafa Tatar
Ümit Yurdakul
H. Rifat Yüzbaşıoğlu



İZMİR

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

Turgan Ülker
Sibel Emek Demirel
N. Nurkan Güntel
İlkay Karademirci
Özlem Kekeç
T. Övül Kümbüloğlu
Arif Pınar
Zekeriya Tan
Murat Türkün

Denetim Kurulu

Ferhat Aksu
Hülya Doyurum Dalı
Gülşay Vural

Disiplin Kurulu

Osman Aşkar
Erdoğan Çetingül
Necdet Erdilek
Ülkü Belkis Ayaz Karlı
Atilla Tuynun

TDB Delegeleri

Gülhis D. Bursalı
Engin Deniz Ertaş
Tayfun Günbay
Ahmet Güvenç
Bülent Koyuncu
Esra Özatay
Erol Zafer Saygı
Ahmet Üstel
Yılmaz Vardar
Yaman Yamangil



KAHRAMAN- MARAŞ

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

A. Mahir Şişman
H. Ali Gedikbaşı
Yılmaz İspiroğlu
Berna Öksüz
Fatih Yıldırım

Denetim Kurulu

Tansu Özkan
Dilay Şahan
Cennet Timurkaan

Disiplin Kurulu

Ahmet Beyazıt
Süleyman Eyüpoğlu
Şeref Güneyisi
Temel Yağcı
Şule Zulkadiroğlu

TDB Delegeleri

Ergun Aras
Devlet Diş
Hüseyin Kesici
Adnan Nacar
Bilal Saylak



KAYSERİ

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

Tülay Tacettinoğlu
Erdal Deniz
Aladdin Keykubat
Umut Kural
Suna Okandan

Denetim Kurulu

Kamil Erülgen
Mükrem Özevci
Mustafa Özküçük

Disiplin Kurulu

Orhan Aslantaş
Nuh Ayrıkçıl
Sadullah Çetin
Halit Erkiletlioğlu
Mustafa Oğuztimur

TDB Delegeleri

A. Rafet Erdem
Yusuf Çelik
Habib Gülerik
Emrullah Maraş
Ahsen Mutlu
Ayfer Solak
Ahmet Yücel



KOCAELİ

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

Nuran Kaya
Ayşe Çalık
İbrahim Çevikel
Neşe Çınar
Edip Karaoğlu
Meltem Olgun
Murat Özyıldırım
Hülya Soykal
Günay Şengün

Denetim Kurulu

Ayşegül Demirtay
Caner Ersoy
Aylin Balkı Kasnak

Disiplin Kurulu

Şefika Benlidayı
Ayşe Bozkurt
Meral Ersöz
Erkol Saral
Şendoğan Tezyüksel

TDB Delegeleri

Muhittin Gül
Edip Karaoğlu
Murat Özyıldırım
Metin Pamukçu
Günay Şengün
Hülya Soykal
Eftal Ünal



MALATYA

Dişhekimeri Odası

Yönetim Kurulu

Agah Altunsuyu
Samet Ata
Münir Karaca
Nilgün Tortum
Şeniz Badıllı Vanlıoğlu

Denetim Kurulu




Ercan Hakverdi
Bekir Kerem Kurttaş
Volkan Önen

Disiplin Kurulu

Yücel Aşık Altunsuyu
Adil Aytekin
Hasan Hacıevliyagil
Bilkay Özcan
Behçet Şener

TDB Delegeleri

Vedat Çavdar
Cimşit Demir
Münir Karaca
Akif Karlıdağ
Burhaneddin Kömüroğlu
Volkan Önen
Ömer Özaslan

 <p>MERSİN Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Ekrem Duran Ahter Atakan Taner Akca Ali Can Akın Abdurrahman Doğulu Z. Ödül Erdem Bülent Özdemir Kemal Tüygüz Bülent Yorulmaz</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Semih Atar Z. Aysun Aydın Kutlay Özcan</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>Aysun Baba Semir Beştekin Nevin Demirel Şifa Göknur Mehmet Can Yılmaz</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>Zekai Biçer Mahmut Cömert Gonca Dönmez Tanju Korkmaz Oytun Manav Onur Yalçın Saral Ü. Oğuz Yılmaz</p>
 <p>MUĞLA Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Yusuf Kılıç Erdal Acar Nihat Konuk Mahmut Rızacan Olgaç Erdal Özsoy</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Esen Aras Ali Rıza Ertürk Erkan Uysal</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>Onur Alp Ali Baykal Sedat Ertürk Fahri Maral Nail Uzun</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>Onur Alp Yasemin Doğuş Ali Erkim Eroğlu Ali Rıza Ertürk Nihat Konuk Hakkı Erkan Sutekin Nail Uzun</p>
 <p>SAMSUN Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Abdullah İlker Reyhan Abacı Güneş Çankaya Alper Dilek Sabri Erkmen Rıza İnan Osman Öney Suat Semiz S. Özlem Sezer</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Ahmet Baykal M. Sabri Ceylan Aziz Özçelebi</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>İsmail Hakkı Çil Ufuk Fidan Aliye Muslu Kadri Ovalı Sadi Pehlivan</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>M. Kamil Aksoy İsmail Altınörs Muammer Ertan Mete Karataş Sadi Pehlivan Köksal Piyaade Tuncay Seven</p>
 <p>SİVAS Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Remzi Özkan Sinan Ay Musa Bahadır Bektaş Salih Gül M. Murat Öztürk</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Saadet Kışlal Fatih Uçar Murat Yüksel</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>Kerem Engin Akpınar Zikrullah Apaydın Murat Gürelık H. Hüseyin Köşger Nihat Kuşakçı</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>Hikmet Bekçioğlu M. Beşir Büyükbay Cüneyt Durukan Salih Gül Bülent İyicioğlu M. Murat Öztürk Fatih Terlemez</p>
 <p>TEKİRDAĞ Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Tolga Kutal Fetih Düzgen Nurcan Ergin Sinan Şahan Ertuğrul Üstek</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Barış Başlar Mete Çıtır Gürsu Ülger</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>İlknur Bayraklı Hacer Erdoğan Kemal Kavut İrfan Köseoğlu Sadık Yaşa</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>Nilgün Arifoğlu Celal Erdoğan Kemal Kavut Nurfer Özkan Sadık Yaşa</p>
 <p>ZONGULDAK Dişhekimleri Odası</p>	<p>Yönetim kurulu</p> <p>Metin Öğüt Murat Altunok Pınar Baycı Elif Sarı Öztürk Özcan Uzun</p>	<p>Denetleme Kurulu</p> <p>Ali Bakkaloğlu Sibel Kırdar Demir Esra Ketenci</p>	<p>Disiplin Kurulu</p> <p>Yüksel Cankuş İzzet Çığ Emre Erbaycu Zeki Günalp Cumhur Özgür</p>	<p>TDB Delegeleri</p> <p>Murat Altunok İzzet Çığ Saba Eryılmaz Tülin Öğüt Elif Sarı</p>

Yürekte kalan köpük

Mavi Yolculuk

■ Yazı ve fotoğraflar:

Akgün Akova

*m*avinin bin bir rengini paylaşan tekne yolcuları, hep birlikte güverteye sırtüstü uzanmış, gecenin karanlığında ateşböcekleri gibi duran yıldızlara bakıyoruz. Ay, sulardaki yakamozun ışıklı saçlarını okşuyor. Bir haftadır aynı ortak duygu içinde Akdeniz'in güzelliklerini yaşadık, şimdi son gecemizde samanyolunun altında fısıltıyla konuşuyoruz. Dalgalar kucağında ki teknemizi bebeğini uyutur gibi sallıyor. Deniz kirliliği nedir bilmeyen koylardan birinde, ışık kirliliğiyle tanışmayan mücevher çantasına benzeyen gökyüzüne bakıyoruz. Birden bir göktaşı ışıltılı kuyruğuyla görünüp kayboluyor. Derken bir diğeri. Dilek tutalım diyoruz bir sonrakinde, gerçekleşir ümidiyle. Gözükmekte gecikmiyor. Sessizliği bir genç kız bozuyor: "Ne dilek tuttunuz?" Önce itiraz sesleri yükseliyor bir sırası açığa vurmamak için, ama sonra herkesin dili çözülüyor. Şaşkınlıkla anlıyoruz ki, çoğumuz aynı şeyi dilemişiz: "Seneye yine mavi yolculardan biri olayım!" Gü-lüşüyoruz. Güvertenin serinliğinde birbirimize iyi geceler dileyip uykuya dalmadan önce, ay tanrıçası Selen birer birer üstümüze eğilip yüreğimize ayışığından yorganını örtüyor.

Ağaçların denize kavuştuğu koyların kucağında geceyi geçiren tekneler az sonra sabah seyrine çıkacaklar.



Gerçekten de yürekte başlayan bir öyküsü var bu yolculuğun. 1957'den beri yapılan Mavi yolculuk, önceleri aydınların küçük gruplarla başlattıkları ve deniz coşkusunu yaşadıkları bir bilgi ve duygu alışverişi idi. Zamanla talebin ve teknelerin çoğalması, bu yolculuğu önemli bir turistik rotaya dönüştürdü. Bugün Bodrum'dan Gökova ve Güllük'e; Marmaris'ten Bodrum, Datça ve Fethiye'ye; Antalya'dan da Kaş'a Mavi yolculuklar yapılıyor. Mayıs ayında suları yarmaya başlayan tekneler ekim ayına kadar turlara devam ediyor. Bütün gereksinimler teknede karşılanıyor. Kamaralarda banyo ve tuvalet var. Bazı tekneler klimalı. Yemek saatinde çalışan zille doğanın içindeki kurt gibi acıkmış olarak sofraya oturuyorsunuz. Tur acentalarına göre, teknede kaptandan sonra en önemli kişi ahçı! O yüzden yemekler güzel, içki servisi de. Bakışınız zaman on metrelerce derinliğindeki dibinde yüzen balıkları görebileceğiniz koylarda yüzmek de keyif; iç sıkıntılarını atmış bir ruh ve dinginleşmiş bir bedenle doğayı izlemek de... Mavi yolculukta arınıyorsunuz, duygularınız doğayla bütünleşiyor ve neşeli sesler yükseliyor yüreğinizden. Bu yolculukta hüznün, hep sevincin arkasında kalıyor.

Rotalardan biri olan Marmaris-Fethiye-Marmaris hattında güneş hep peşinizde olacak. Ağustosböceklerinin çınlattığı koylarda bedeninizi mavi sulara bıraktığınızda çıkasınız gelmeyecek. "Yaşasın yeryüzü, yaşasın yaşam" diye

gülümseyeceksiniz güvertede güneşlenirken.

Şıklı eldiven gibi gök...

Kahvaltımızı erkenden edip Marmaris'ten demir alıyoruz. İçimizdeki bütün denizler Akdeniz'e dönüşüyor birden. Dalgalarla selamlaşan teknemiz kıyıya paralel bir su türküsü tutturarak yola koyuluyor. Karaağaç koyunda deniz molası. Denizi özleyenler için ilk fırsat.. Çoktan mayolar giyilmiş, herkes kendini mavi sulara atıyor. Yanımızdan geçen teknelerin yolcularıyla birbirimize el sallayarak iki saat sonra Köyceğiz limanının kuzeybatısındaki Ekincik koyuna varıyoruz. Koy, ormanlar ve yüksek dağlarla çevrili. Bu arada öğlen yemeğinden sonra Dalyan'a ve Kaunos'a gitmek isteyenlerin listesi çıkarılıyor. Biraz sonra, küçük bir tekneyle Köyceğiz gölünü Akdeniz'e bağlayan sazlıklar arasından geçerek Kaunos'a ulaşıyoruz. Antik kent bir tepenin yamaçlarına kurulmuş. Bazilika ve tiyatroyu görmek için çok yürümeniz gerekmiyor ama, Kaunos'un zirvesine çıkarsanız kırkbeş dakikalık bir yürüyüşü göze almalısınız. Tepeden göreceğiniz manzara, yüreğinizi şenlendirecek. Akdeniz'i, caretta caretta kumsalını, Dalyan kasabasını ve kaya mezarlarını başınızı hafifçe çevirerek bir arada görebilirsiniz.

Batık Hamam'da yıkanmak...

Üçüncü gün... Demir alırken, denizden çıkmak istemeyen yolcuları bir bir topluyoruz! Akdeniz'in mavi çağrısına karşı koymak kolay değil...Yeni durağımız olan Batık Hamama doğru ilerleyen tekemiz yelken açmak için uygun rüzgarı kolluyor. Ekincik'le Batık Hamam arası, yaklaşık dört saat. Akdeniz'in bu rotadaki suları teknelerle dolu. Yolumuzun üzerinde "Oniki adalar" diye de adlandırılan Akdeniz'in küçük "çocukları"nın bazıları var. Kızılada, Delikli Adalar, Yassıcaadalar, Tersane adası ve batısındaki Domuz adası bunlardan birkaçı. Kaptanımız, adaların yakınında demirleyip denize girmek için yöneltile talepleri geri çevirmiyor. Adalar, ha-



Bir antik kentin içerisinde yüzmek kaç kişinin kismetindedir.

ziran, temmuz, ağustos aylarında tam bir akına uğruyor. Hele Hamam Köyü'nde, bir zamanlar bir Bizans manastırı olduğu da, Kleopatra'nın yıkandığı batık hamam olduğu da söylenen su içindeki antik kalıntılar yüzen insanlar ve günü birlik teknelerle doluyor. Bu çevrede zaman bulursanız, Yavansu'da yürüyerek tepedeki antik kent Lydae'yi dolaşın. Elbette, denizden çıkabilirseniz...

Yemek sonrasında Batık Hamam'a son kez bakıp Göcek adasına doğru hareket ediyoruz. Adaya varmak bir saati buluyor. Yeni Zelanda bayrağından Amerikan bayrağına kadar değişik ülkelerle ait tekneler ve yatlar Akdeniz kıyıların tadını çıkarıyorlar. Güneşlenmek için güvertede sere serpe uzanıyorlar, esen rüzgarın kandırmacısıyla ne kadar yandıklarını anlamıyorlar ve geceleri perişan oluyorlar!

Göcek Adası'nda demirledikten sonra, isteyenler küçük botlarla kasabaya gidiyorlar. On beş dakikada alınan bu yolun sonunda, sahildeki lokantalardan birinde bir kaçamak yapabilirsiniz! Teknede akşamın keyfi başka. Gün boyu ayrı düşülen zamanların bitiminde akşam yemeği var. Yemekten sonra şakalaşmalar başlıyor, muhabbetler koyulaşıyor. Gitarların, fıkraların ve kahkahaların doldurduğu sessizlik, geceyarısından sonra dalgaların sesiyle başbaşa



İster büyük bir teknede ister küçüğünde olun, Göcek Koyları'nın eşsiz güzelliği içerisinde duygularınız doğayla bütünleşir ve neşeli sesler yükselir yüreğinizden.

kalıyor. Tekne, dalgalarla hafif hafif sallanırken kocaman bir beşik gibi içinde uyuyanlara güzel düşler gördürüyor. Zaten Akdeniz kıyıları dünyanın en güzel düşlerinden biri değil mi?

Şehit Fethi Bey'in adıyla...

Dördüncü gün Göcek Adası'ndan yola çıkan teknemiz bir buçuk saat sonra Fethiye limanına varıyor. Sürü sürü tekneler arasında kendine yer bulduktan sonra merdiveni indirdiğinde, yolcular Fethiye sokaklarına dağılıyor. Serbest bir günün içine neler sığdırılmaz ki... Fethiye çarşısında altın takılardan ipek halılara sayısız eşya alıcılarına "gel, gel"

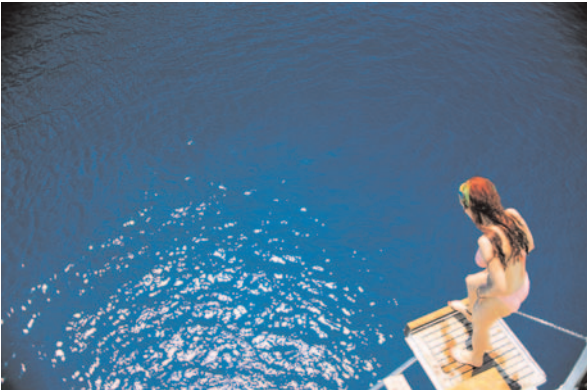
ediyor. Çarşıda tüketim toplumunun bireyleri olarak dolaşan insanların çoğu kentin antik çağlardaki adının Telmessos olduğunu bilmiyorlar. 1424 yılında Osmanlılar'a katılan kente, "Meğri" denmişti, yani "Uzak Kent"... 1934'te ise, şehit pilot Fethi Bey'in anısına kent bugünkü adını aldı. Burada kente yukarıdan bakan Likya kralı Amyntas'ın mezarına gidebilirsiniz. Bir başka seçenek de buz gibi suların içinden aktığı Saklıkent kanyonu... Onbinlerce yıldır akan kar sularının kayaları kemire kemire açtığı kanyondan içeriye girdiğinizde sıfır dereceye yaklaşan buz gibi bir su ayaklarınızı yalayacak. Sıcaktan bunalanlar için

bir tür ilaç olan Saklıkent, Fethiye'ye 50 km uzaklıkta.

Ölüdeniz ve Gemiler Adası...

Beşinci günün sabahında herkes yine denize açılma isteğinde. Mavi yolculuk bulaşıcı bir alışkanlık olsa gerek. Denizde, hep denizde olma tutkusu bir anlamda. Turkuaz renginin yüreğinde bir yolculuk. Bu rengin en göz alıcı biçimde var olduğu yerlerden birine gidiyoruz şimdi. Fethiye - Ölü Deniz arasında iki saatte alıyoruz. Ölü Deniz'in kirlenmesi yüzünden burada yatların demirlemesine artık izin verilmiyor. Açıkta demirleyip botlarla kıyıya gidiyoruz. Dalgaların yuvarlaklaştığı taşlarla dolu kıyıda, kırmızı şemsiyelerin altı güneşlenenlerle dolu. Bedenlerini güneşe bırakan bu insanların kulaklarına Ölü Deniz'in ünlü Belcekız söylencesini anlatmalı.

Öğleden sonra kaptanımız bizi gece konaklayacağımız Gemiler Adası'na götürüyor. Ada, batıda Karacaören Adası ile doğuda Yoğan Burnu arasındaki geniş koyun kuzeyinde. Eski bir korsan yatağı. Korsanlar gizlenecekleri ya da fırtınalardan korunacakları yerleri iyi seçerler, biliyorsunuz. Cenevizlilere de bir dönem yataklık eden adaya Aya Nikola, Gemile ya da Gemle adası da deniyor. Adadaki kalıntılar herkesin ilgi odağı. Bu kalıntılar arasında erken Hristiyanlık ve Bizans döneminden kalma kiliseleri ve deniz kıyısındaki sarnıcı göreceksiniz. Tepedeki saray kalıntılarında, soluk kesen bir manzarayla karşılaşıyorsunuz. Akdeniz'e serpiştirilmiş adaları, kıyıya çekilmiş tekneleri, su kayağı yapanları gördüğünüz gibi, göz alan mavinin birçok tonunu da görüyorsunuz.





Bir zamanlar korsanların sığındığı Gemiler Adası bugün turistlerin ilgi odağı. Adayı boydan boya dolaşın ve en tepedeki saray kalıntıları arasında güneşi batırmanın tadına çıkarın.

Geceleyin adaya yakın koylardan birinde demir atıyoruz. Teknedeki yolcular günlerdir Akdeniz havasını birlikte soludukları, beyaz köpüklü dalgaların sesini beraber dinledikleri için iyice kaynaştılar. Mavi Yolculuk, yalnızca denizin değil, dostluğun da dilini yaratıyor.

Sarsala Koyu...

Altıncı gün Göcek körfezi içindeki birbirinden güzel koylarda yüzme molaları veriliyor. Hiç kimsenin teni yolculuğun başındaki gibi değil artık. Güneş, deniz ve tuz Mavi yolcuları güzelleştiriyor ve sağlıklı kılıyor. Sarsala Koyu, güneş rüzgarlarına açık. Koyun yosunlu zeminini pek iyi demir tutmuyor, bu yüzden batısında demirliyoruz. Demirlediğimiz yerlerdeki adalara çıkmaya kalkarsanız, şortsuz ve ayakkabısız bu işi yapmaya yeltenmeyin. Yoksa bıçak kadar keskin kayalıklardan yaralanmadan kurtulmanız mümkün değil. Yolculuğun sonuna yaklaşmış olmanın hüznü yavaş yavaş beliriyor. Geceleyin hep birlikte şarkılar söyleniyor. Cırcırböcekleri de bu koroya katılıyorlar.

Diğer Mavi Yolculuk rotalarından Bodrum-Gökova-Bodrum rotasını tercih ederseniz, Akvaryum koyunda balık olabilirsiniz! Yediadalar'da orman yürüyüşleri yapabilir, İngiliz Limanı'nda bir denizkızıyla karşılaşabilirsiniz! Denizkızı heykelinin altında usta bir denizci olan Sadun Boro'nun sözleri yazılıdır: "Bu denizkızı, düşlerini süsleyen cennete erişebilmek için nice engin denizler, ufuklar aştı. Kıtalar, adalar, koylar dolaştı. Ta ki, Gökova'ya ulaşana kadar."

Okluk Koyu'nda, maviyle yeşil rengin seviştiği sulara suyun içinde sırtüstü yüzerken, denizkızının buralara boşuna gelmediğini anlayacaksınız. Sedir Adası'nda, çamlar arasındaki Kedra-i antik kentini gezebilirsiniz. Bir de, Okyanus adalarından birine geldiğiniz duygusu yaratan Kleopatra plajı suları bekliyor orda sizi. Söylenceye göre, Mısır Kraliçesi Kleopatra sevgilisi Romalı komutan Antonius'la burada buluşmuş. Plajdaki billur renkli kumlar da Mısır'dan gemilerle buraya getirilmiş. Anlatılanların gerçek mi, gerçek dışı mı olduğu tartışılardursun, kesin olan bir şey var: Akdeniz'de olmak insanda aşk duygusu yaratıyor. Geceleyin sevgilinizin gözlerinin içinde yansıyan yıldızlara bakarak yemek yemek isterseniz, kaptana çitlatın ye-

ter. O ne yapıp edip masanıza bir mum ve çiçek koyacaktır.

Yine kaptanınıza söyleyin ki, Sedir Adası'nda biraz fazla konaklasın. Mavi yolculuğun en özgür yanlarından biri de bu. Tekneler, yolcuların mutlu oldukları yerlerde daha fazla kalabiliyor. Çünkü ne bir yere yetişme derdi var, ne de zorunlu bir kalkış saati... Çökertme koyunda ise sürpriz sürpriz üstüne: zeybek oynayan efeler, süslenmiş develer ve korsan bayrağı çekmiş restoranlar! Orak Adası ve Karaada'da ne yazık ki yapılaşma başlamış. Mavi yolculuğun ruhuna aykırı bir durum bu...

Antalya-Kaş-Antalya rotasını izleyenler Kekova'da suların içinden yükselen Likya mezarını, balıkçıların getirdikleri ahtapotları, Myra kaya mezarlarını ve Noel Baba Kilisesi'ni, büyüleyici Simena'yı görebilirler. Antalya limanı ve Kaleiçi, tatil köyü cenneti Kemer, portakalıyla ünlü Finike ve dahş cenneti Kaş da bu rota üzerinde. Denize doymuş ve rengi turkuaza dönmüş mayolarınızı kurusun diye güvertedeki iplere mandallarken, orada asılmış ipekten bir şal sizi şaşırtabilir. Şaşırmayın, çünkü o şalın sahibi bereket ve ay tanrıçası Artemis'dir. Gökten inip ayışığı altındaki Akdeniz'e güzelleşmek için girerken, son giysisini de teknemize bırakmıştır.

Ben de Artemis'le buluşmaya gitmeden önce, Ahmet Erhan'ın dizelerini okuyorum:

*"Akdeniz'i göğün denizle birleştiği o ufuk çizgisinde,
Yağmur sonraları toprağın tüten buğusunda arayın.
Sevgiliye söylenen ilk sözde, sabahın seherinde uyku haliyle,
Uzanıp kalmanın esrikliğinde sıcaklığına kumların.
Akdeniz'i yurduna dönen bir sürgünün gülüşünde,
Geceyarıları susmayan o cırcırböceğinin sesinde arayın."*





Soruların yanıtlarını en geç 8 Eylül 2006 tarihine kadar SDE Yüksek Kurulu Ziya Gökalp Caddesi No:37/11 Kızılay/Ankara adresine mektupla, 0 312 430 29 59'a faksla ya da tdb@tdb.org.tr adresine e-mail ile gönderen meslektaşlarımızdan en az 7 soruyu doğru cevaplayanlar 6 SDE kredisi almaya hak kazanacaklardır.

Web sitemizdeki SDE bölümüne girmek için kullanacağınız şifre: kredi

Sürekli Dişhekimliği Eğitimi kredilendirilmiş soruları

1. Dişhekimliğinde standart anti-mikrobiyal ajan olarak kabul edilen amoksisilinle ilgili olarak hangisi doğrudur?

- Spektrumu gram(+), gram(-) kokları ve stafilokokları içerir.
- Oral yoldan emilimi ampisilinden fazladır.
- GIS semptomları ampisiline benzer.
- Günlük pozolojisi 4x1 dir.
- Çocuk dozu 1gr/kg dir.

2. Aşağıdakilerden Hangisi Mandibuler anestezinin kaçınılmaz bir komplikasyonu olabilir?

- Trismus
- Enfeksiyon
- Alt dudakta kalıcı paralizi
- Nervus Lingualisin geçici blokajı
- Spatium Mandibularede hematom

3. Aşağıdaki hücrelerden hangisi antijeni tanıyıp, T lenfositine sunar?

- Makrofaj
- NK hücresi
- Nötrofil
- Mast hücresi
- Yukarıdakilerin hiçbirisi

4. Kanal tedavisinde kronal mikrosızıntıların sebebi hangileri olabilir?

- Restorasyonlarda oluşan segonder çürükler
- Daimi dolgunun yapımının gecikmesi
- Dişin veya geçici dolgunun kırılması
- Sementin olmadığı servikal kök

bölgesinde dentin kanalcıkları vasıtasıyla

- I, II, IV
- II, III, IV
- II, III,
- I, III, IV
- II, III, IV

5. İdeal oklüzyonun standartlarından olan;

- Mandibulanın, sentrik ilişki pozisyonundan fonksiyona gelene kadar oluşacak yükleri karşılayabileceği en uygun horizontal hareketi sağlanmalı,
- Vertikal stresler oklüzyonda düzenlenmeli,
- Kondiller sentrik ilişkide iken dişlerin maksimum tüberküllerası ilişkileri sağlanmalı
- Eksentrik pozisyonlarda tüm tüberkül temasları elimine edilmelidir
- Yukarıdakilerin tümü doğrudur.

6. Fissür örtücü uygulama öncesinde mine yüzeyini asitle pürüzlendirmenin etkisi ile ilgili olarak hangi yanlıştır?

- Fissür örtücünün mineye mikromekanik bağlantısını sağlar.
- Aprizmatik tabaka uzaklaştırılmış olur.
- Yüzeydeki bakteriler canlılığı kaybeder.
- Yüzeydeki plak uzaklaştırılmış olur.
- Hepsi

7. Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesini etkilemez?

- Tedavi edilmemiş Konjestif kalp hastalığı
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Kontrol altına alınmamış Diabet
- Malign tümörlerin tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanlar
- Cinsiyet

8. Bakteri ve fagositik hücre arasında köprü kurulması olayı,

- Fagositoz
- Kemotaksis
- Adhezyon
- Opsonizasyon
- Hiçbirisi dr.

9. Diş kanallarında görülen lateral ve furkal kanallara

- Sıklıkla rastlanabilir
- Mekanik olarak temizlenemezler
- Rutin olarak doldurulamazlar
- Endodontik Başarısızlık nedeni olabilirler
- Hepsi

10. Maksimum tüberküllerası ilişkide, posterior dişlerin anterior dişleri, lateral hareketler sırasında, kaninlerin kesicileri ve posterior dişleri koruduğu ve doğal dişler için ideal oklüzyon türü olan;

- Karşılıklı koruyuculu oklüzyon,
- Grup fonksiyonu oklüzyon,
- Bilateral balanslı oklüzyon
- Unilateral balanslı oklüzyon
- Hiçbirisidir.

SDE CEVAP FORMU

(Doğru cevabı daire içine alınız)

- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e

- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e
- a b c d e
- Adı Soyadı :
- Adresi :

İmzası :



Kredilendirilen etkinlikler

*TDB – SDE Yüksek Kurulu'nun
24 Mayıs 2006 tarihli toplantısında
değerlendirilen etkinlikler:*

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi **Tel: 0212.414 35 03**

Etkinliğin Adı : 3.Cerrahpaşa Plastik Cerrahi Günleri

Etkinliğin Tarihleri : 02-03.06.2006

Kocaeli Dişhekimleri Odası **Tel: 0262.321 02 77**

Etkinliğin Adı : SDE Bilimsel Etkinliği Haziran 2006

Etkinliğin Tarihleri : 03.06.2006

Ankara Dişhekimleri Odası **Tel: 0312.435 90 16**

Etkinliğin Adı : Meslek İçi Eğitim Semineri Haziran 2006

Etkinliğin Tarihleri : 05.06.2006

Isparta Dişhekimleri Odası **Tel: 0246.218 19 93**

Etkinliğin Adı : Bilimsel Toplantı Haziran - 2006

Etkinliğin Tarihleri : 08.06.2006

Bursa Dişhekimleri Odası **Tel: 0224.222 69 69**

Etkinliğin Adı : Haziran 2006 Eğitim Semineri

Etkinliğin Tarihleri : 09.06.2006

Antalya Dişhekimleri Odası **Tel: 0242.237 55 89**

Etkinliğin Adı : Bilimsel Komisyon Toplantısı

Haziran 2006

Etkinliğin Tarihleri : 10.06.2006

Trabzon Dişhekimleri Odası **Tel: 0462.321 47 70**

Etkinliğin Adı : Dişhekimliğinde Seri Konferanslar 11

Etkinliğin Tarihleri : 10.06.2006

Türk Dişhekimleri Birliği **Tel: 0362.435 44 78**

Etkinliğin Adı : 13.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

Etkinliğin Tarihleri : 19-24.06.2006

TDBD 93. Sayı CEVAP ANAHTARI

1.E Oniki yaşında dişlerin kalsifikasyonları ve büyüme gelişmenin tamamlanmaması her üç riski de beraberinde getirecektir.

2.D Hava yolu obstrüksiyonu olan vakalardabaş postüründe ekstansiyon tarzında değişiklik meydana gelmekte ve bu vakalarda maksiller darlık ve posterior çapraz kapanış ve posterior mandibuler rotasyona bağlı olarak uzun yüz modeli ve ön açık kapanış görülebilmektedir.

3.D Cilanın polimerize olmuş bir yapıya parlatma ve düzeltme dışında bir etkisi yoktur.

4.D Diflunisal Salisinik asit türevi bir nonsteroidal antiinflatuar bir ilaçtır. Bu gruptaki ilaçların akut astım krizi riski vardır. O yüzden kulla-

nım pozoloji ve dozlarına dikkat edilmesinde yarar vardır.

5.B Metal porselen birleşimi kısmi porselen kaplama tasarımlarında kronun okluzal yüzeyi gibi farklı bölgelelerinde olabilir. Bu nedenle (b) şıkkı yanlış diğerleri doğru olduğundan doğru cevap (b) şıkkıdır.

6.B Daimi anterior dişler en erken 3 yaşında kalsifiye olur.Bu nedenle üç yaşından önce fazla flor alınması florozise neden olacaktır.

7.A Aşırı horlama ve uyku apnesi vakalarında diş hekiminin rolü son yıllarda önemli oranda artmıştır. Diş hekimliği uygulamaları ile bu bozukluk tedavi edilebilmektedir. Hastaya yapılan akrilik orijinli ağız içi aygıtların uyku sırasında kullanılması ile man-

dibula önde konumlandırılmakta ve bu şekilde hava yolu açık tutularak aşırı horlama ve apne önlenmektedir.

8.E Hepsi olumsuz etkilediği için doğru cevap (e) şıkkıdır.

9.D Meperidin, Metadon ve kodein agonist etkili bir opioiddir ve analjezik etkisi bulunur. Propifenazon pirazolon türevi nonsteroidal antiinflatuar bir ilaçtır ve analjezik etkisi vardır. Diazepam benzodiyazepin türevi bir sedatiftir. Antikonvülsif, myorelaksan ve hipnotik etkileri vardır. Ancak analjezik bir etki göstermez.

10.A Porselen inley ve onleyley rezin simanlarla ve dentin adeziv sistemlerle yapıştırılır. Polikarboksilat bu sistemler içerisinde yer almaz.



Endo Master

Kendinden mikromotorlu & angldrualı apeks ölçer

EMS firmasının Endodonti ile ilgili, özel Endodonti uçlarından ibaretti IDS 2005' e kadar. Köln' deki fuarda, kendinden mikromotorlu

& angldrualı apeks ölçer olan Endo Master' ı tanıttı. Beşinci jenerasyon olan bu cihaz ölçüm yaparken bir önceki jenerasyondan farklı olarak 3 frekansla ölçüm yapmaktadır ki; bu da ölçümün kalitesini ve güvenilirliğini arttırmaktadır. Ayrıca kanlı ve ıslak kanallarda da ölçüm gerçekleştirilebilmektedir. Cihazın ekranından tüm yapılan ayarları ve değerleri her an gözlemlemek mümkündür. Devri 100 rpm ile 500 rpm arasında, torku 1 Ncm - 4 Ncm arasında ve çalışma boyu da apekse göre istenilen uzaklığa kadar ayarlanabilmektedir. Önceden ölçüm gerekmezsiniz, kanalda çalışmaya başlar başlamaz kanalın neresinde bulunduğu görülmektedir. Çalışma boyunca ulaşıldığında da sesli ve görüntülü uyarı vererek, otomatik olarak 1.5 saniye kadar durduktan sonra en düşük devirle dönerek geri çıkmaktadır. Seçilen tork değeri aşıldığında da aynı işlemi otomatik olarak yapmaktadır, eğerin kırılma

riskine karşın. Ayrıca en düşük devirle geri çıkması da eğe kırılma riskini minimize etmektedir. Şarjlı sistemdir. Şarja takılıyken çalıştırılmaz. Gece şarjda bırakılması ve ilk hasta geldiğinde şarjdan çıkarılarak kullanılması uygundur. Tam şarjlıyken mikromotor 3 saat kesintisiz çalışabilmektedir. Ayrıca şarj durumunu ekran üzerinde LED ışık ile göstermektedir. Aynı bir kablo takılarak sadece apeks ölçer olarak da kullanılabilme imkanı vardır fakat angldrualanın cihazdan ayrılabilmesi mümkün değildir. Endodontik angldrualı 100 gr ağırlığında, oldukça küçük bir kafası olan, tüm Ni-Ti eğelerle kullanılabilen bir angldrualdır. Cihazın estetiği, ekranının kullanma pratikliği ve elbette ki teknolojisi, hekimin çalışmasını güvenle kolaylaştıracak niteliktedir.

Güney Diş Deposu
Tel: 0.216.466 83 83



CHILO-SITE

Periodontal cepler & implant çevresi enfeksiyonlarına karşı

Kronik periodontal ve implant çevresi enfeksiyonlarının tedavisi dişhekimliğinde karşılaşılan ciddi bir problemidir.

Mevcut ürünlerin çoğu topikal antibiyotiktir ve her yıl antibiyotiğe dirençli bakterilerin oluşumu nedeniyle etkinliklerinde azalma görülür. Ayrıca bu problemin yanı sıra özellikle penisilin & sefalosporin (beta-laktamik antibiyotikleri) ile bağlantılı intolerans ve alerji sorunları da mevcuttur. Diğer yandan klorheksidin en önemli uluslararası organizasyonlarca kabul edilen periodontal hastalıklar ve implant çevresi enfeksiyonlarına karşı en etkili yöntemdir.

Alerji sorunları, antibiyotiklere dirençli bakteriler ve verimlilikle ilgili problemleri çözmek üzere

periodontal cepler & implant çevresi enfeksiyonlarında etkili CHILO-SITE üretilmiştir.

Ghimas tarafından araştırılıp üretilmiş xanthan jel içinde klorheksidin jelden oluşur.

Dişeti oluşunun içinde etkin yüksek konsantrasyonlarda klorheksidin salgılayarak aktif ve pasif dezenfeksiyonun optimal konumunu en az iki hafta boyunca sağlayabilen %1,5 klorheksidin içerikli tek jeldir.

Xanthan'ın dokulara yapışma özelliği sayesinde, defektin mukozal dokularına yapışır ve uygulandığı bölgede stabilize olur.

Uygulamadan 15-30 gün sonra indirgenir ve iyi tolere edilir.

Basmacı Diş Deposu
Tel: 0.212.529 65 11



White Emotion

Gingi Mask Optimix

ofis tipi beyazlatma sistemi

Dişhekimliğinde profesyonel kullanıma yönelik (ofis tipi) olan bir beyazlatma sistemidir. Hassasiyet riski son derece düşüktür. Optimix şırıngalarda olduğu için kullanımı son derece kolay ve pratiktir. Beyazlatma sırasında kasiğe gerek yoktur. White Emotion nin uygulanmasında Işınlı Cihaza gerek duyulmaz. Gingi Mask Optimix ile dişi 3 renk tonu ağartmak mümkündür. (Dişin orjinal rengine ve hastanın beslenmesine bağlı olarak). Beyazlatma işlemi yapılmadan önce dişeti maskeleymesi yapmak gerekir. Gingi Mask optimix şırıngalarda olduğundan diş etinin maskelenmesi son derece pratiktir.

White Emotion ekonomiktir. 10 gram'lık tüplerle yaklaşık 4 - 5 hasta tedavi edilebilir.

White Emotion; İçeriği %20 Caramidperoxid'dir. 2-8 °C ısıda saklanmalıdır.

Toros Dental
Tel: 0.242.247 76 16

O - Bite

Silikon esaslı
kapanış tespit materyali



O-Bite, A silikon esaslı, otomatik karıştırma sistemli kapanış tespit materyelidir. DMG tarafından geliştirilen, vinil silikon matrisi, istikrarlı bağ yapısı sayesinde yüksek sertlik (Shore - A93) ve kırılmaya karşı yüksek rezistans sunarak olağanüstü bir kombinasyon sağlar. Kısa donma süresi hızlı bir kapanış tespitine izin verir.

O-Bite mükemmel uyumlu restorasyonları garanti eder ve kolaylıkla biçim verilebilir. Bir skalpel yada silikon kesici ile kullanılabilir.

Avantajları;

- Yüksek final sertliği Shore A > 93
- Kırılmaya karşı yüksek dayanıklılık
- Uzun çalışma süresi (30 sn.)
- Kısa donma süresi (karıştırmaya başladıktan 90 sn. sonra)

- Skalpel ile kesilebilme
- Boyutsal dayanıklılık (sıcak günlerde bile)
- Dezenfekte edilebilir
- Thixotropik yoğunluk
- Çok ince doldurucu maddeli (kumyok)
- Portakal rengi
- Taze portakal tadı
- 50 ml Automix-safety kartuşları (1:1)
- Homojen materyal kalitesi
- Baloncüksüz
- Direkt uygulama
- Automix-Dispenser Tipi 50 1:1; Silagum ve Honigum 50 ml de olduğu gibi
- Mükemmel oran

Turan Uysal ve Ort. Koll. Şti.
Tel: 0.212.586 52 79

Morita Veraview IC5

Dijital Panoramik
Röntgen Cihazı



Cihaz 1958 yılında dünyada ilk panoramik röntgen cihazını üreten ve piyasaya süren Japonya'nın dental sektördeki dev firması Morita'nın son modelidir. Bu model Morita'nın 50 yıla yakın Panoramik üretim tecrübesinin ve dünya genelinde 75.000 adet Panoramik kullanıcısının referans ve birikiminin bir ürünüdür. Veraview IC5 Morita'nın "İnsan Odaklı Tasarımlar" konsepti çerçevesinde olabilecek en düşük doz (0.38

micro Gy/saniye) ve 5.5 saniye gibi çok kısa çekim süresi ile ön plana çıkmaktadır. Cihaz direk dijital bir modeldir, bünyesinde panoramik çekimlerde kullanılan CCD temelli 3 adet dijital algılayıcı mevcuttur. Bu algılayıcının piksel boyutları 5.5 saniyelik çekim süresi için 192 (yüzdoksaniki) mikrometre'dir. Algılayıcının görüntü rezolüsyon değeri 5.5 saniye çekim süresi için 2.6 Lp/mm'dir. Dinamik aralık 8 bit ve 0 - 256 gri tonu skalasıdır.

Cihazda bulunan dijital otomatik doz kontrolü sistemi; hastaya uygulanan ışıma ve elde edilen görüntüyü optimum düzeye taşır. Sistem CCD sensörüyle çekim süresi boyunca hastanın dişlerinin kemik yoğunluğunu ölçer ve çekilen diş bölgesine göre gerekli miktarda ışın hesap ederek; tüp akımının, voltajının ve tarama süresinin otomatik olarak kontrol edilmesini sağlar.

Tüpün maksimum güç değeri 70 kV, maksimum tüp akımı 7,5 mA'dir. Alan ihtiyacı minimumdur. Sadece 0. 81 metrekare alana sığabilen çok kompakt bir tasarıma sahiptir.

Cihaz ile birlikte network üzerinden sınırsız kullanıcıya görüntüleri paylaşarak dental teşhis ve analiz için son derece gelişmiş bir yazılım sunulur. Bu yazılım çekilen görüntülerde kontrast, keskinleştirme, gamma düzeltme ve piksel temizleme gibi işlemleri otomatik olarak yapar ve görüntüyü optimize ederek ekrana getirir.

METCO

Tel: 0.216.345 74 24

ÆLITE LS Packable

BISCO Posterior bölgelerde
kullanılan tepilebilir kompozit



- o Kıvamının sert olması sebebiyle amalgam gibi kondanse edilebilir.
 - o Sert kıvamı sayesinde oklüzal yüzeylerin şekillendirilmesinde ve kontakt noktalarının oluşturulmasında büyük kolaylık sağlar.
 - o Kompozitlerde yaşanan en önemli problemlerden biri olan büzüşme Aelite LS Packable da oldukça küçük bir rakama çekilmiştir. (Polimerizasyon büzüşmesi % 1.4 tür)
 - o Dentin ve mine tabakaları mevcuttur.
 - o Bu özelliği sayesinde arka dişlerde hem sağlam hem de estetik bir görünüm sağlar
 - o Yüksek derece de doldurucu partiküllerden meydana gelir, ağırlıkça doldurucu oranı DENTIN 88.5%, MİNE 86.5% tir.
- Paşa Dental Tel: 0.212.531 29 71*

BlanX Classic

Güvenli Beyazlatan Diş Macunu

BlanX Classic, güvenli ve etkili beyazlatma sağlayan 'arktik liken' özleri içeren ilk diş macunudur. BlanX Classic, mineye yapışan bakterileri inhibe ederek antiplak etki gösterir. İçeriğindeki florid tuzları, ile diş minesini korur, güçlendirir ve ayrıca yüksek kalitedeki aşındırmayan silika diş minesini hasara uğratmadan derinlemesine temizlik sağlar. BlanX Classic, özgün formülü ile dişleri doğal beyazlığına kavuştururken, diş minelerini korur, nefesi ferahlatır, günlük kullanım için uygundur.

BlanX Sensitive

Hassas Dişler için Diş Macunu

BlanX Sensitive, hassas dişler için geliştirilmiştir. BlanX Sensitive içeriğindeki etken maddeler sayesinde (arktik liken, hidroksiapetit, sodyum florid, ve potasyum klorid), bakteri plağını kontrol altına alır ve diş minesini koruyup güçlendirmesini sağlar. BlanX Sensitive düzenli kullanıldıkça, hassas dişlerdeki sızlamayı azaltır.



BlanX Intense Stain Removal

Yoğun Leke Çıkarıcı Diş Macunu

BlanX Intense Stain Removal özgün formülündeki arktik likenleri ve bambu mikrotöz özleri sayesinde;çay, kahve ve sigara,gibi nedenler ile oluşan lekeleri diş minesine zarar vermeden temizler. Ağızda ferahlık veren doğal bir aroması vardır.

FARMALINK Tel: 0.216.574 02 62



Flor-Opal

Hassasiyet önleyici flor jeli

%1.1 nötr sodyum florür içeriğiyle %0.5 flor iyonu salan viskoz jel kıvamındadır. Hassasiyeti azaltma etkisi potasyum nitratlara kıyasla daha uzun sürede gerçekleşir. Daha önce şırınga modeli olan ürünlerin bu yeni kaşıklı modellerinde her çeneye uyumlu kaşıklar içerisinde hassasiyet önleyici jeller kaşığın içinde hazır bulunmaktadır. 10 adet üst çene için kaşık ve 10 adet alt çene için kaşık içeren 2 set halindedirler. Tek kullanımlık bu kaşıklar pratik oluşuyla muayenahanenizde hassasiyetlere anında müdahale etmenize yardımcı olacaktır.

Ultra EZ

Akut hassasiyet giderici potasyum nitrat jeli

İçeriğindeki %3 potasyum nitrat içeriği diş beyazlatma, aşırı termal ve kimyasal değişiklikler, diş fırçalama, kök yüzeyinin açığa çıkması gibi durumlarda oluşan hassasiyeti kısa sürede elimine eder. Uygulamaya ve hassasiyetin şiddetine bağlı olarak 15 dakika ile 1 saat arasında etkinlik gösterir.

Güney Dental Tel: 0.216.466 83 83

Artemis

Radyoopak ve ince partiküllü hibrit kompozit



Artemis, doğal estetiği arayanlar için çözüm olarak geliştirilmiş radyoopak ve ince partiküllü hibrit bir kompozit olup içerdiği doldurucular sayesinde mükemmel parlatabilme özelliğine sahiptir. Estetik gereksinimler hedeflediği için Artemis, öncelikle anterior bölge restorasyonları için üretilmiş olmakla beraber posterior bölge restorasyonlarında da kullanılabilen universal bir kompozittir. Sınıf I-V arası tüm kavitelem Artemis'in endikasyon alanı içerisinde dir. Toplamda 30 farklı mine, dentin ve efekt renk seçenekleri ve farklı ışık geçirgenlik değerleri ile tüm estetik gereksinimleri karşılamak üzere ta-

sarlanmıştır.

Artemis herhangi bir sınırlama olmadan bilinen tüm kompozit uygulama yöntemleriyle başarıyla uygulanabilir. Yüksek yüzey parlaklığına ve ışığı doğal yansıtma özelliğine sahiptir. Artemis'in ortam ışığına duyarlılığının az olmasından dolayı çalışma süresi uzundur. Renk skalası renklerin zaman içinde değişmemesi ve her zaman aynı kalması için seramikten yapılmıştır. Artemis Excite veya AdheSE gibi bonding ajanlarıyla kullanılabilir. Şırınga ve kavifil olmak üzere iki farklı sunum şekli mevcuttur.

Güney Diş Deposu
Tel: 0.216.466 83 83



Dişhekimliği Tarihinden

Permili dişçiler olayı

■ Ahmet Efeoğlu*

11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”un 32. maddesi şöyledir: “Hali hazırda diplomasız icrayı sanat eden dişçiler bu kanunun neşri tarihinden itibaren 3 ay zarfında müracaat ettikleri takdirde Tıp Fakültesi Dişçi Mektebi’nce imtihanları icra edilerek ihrazı muvaffakiyet edenlere Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından bir ruhsatname verilir ve sanatlarını yapmalarına müsaade edilir.”

“Şu kadar ki, Dişçi Mektebinin küşadından evvel bilimtihan ehliyeti tebeyüz ederek icrayı sanat müsaadesi olduğunu tevsik edenler bu imtihandan müstesnadır.”

Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı talimatnamede de yalnızca “10 sene müstakilen ve müstemirren dişçilik yaptıklarını bilvesaik ispat edenlerin” imtihana gönderilecekleri bildirilmiştir.

Bu şekilde ruhsatname alanların dişhekimliği bulunmayan bölgelerde çalıştırılmaları ve yalnızca “Dişçi” ünvanı kul-

lanmaları öngörülmüştür.

Kanun, haklı olarak, dişhekimlerimden çok şiddetli bir tepki görmüştür. Türk Diş Tabipleri Cemiyeti (TDTC)’nin yoğun karşı çıkmalarına rağmen Bakanlık kanunu uygulamaya başlamıştır¹.

İlk olarak 36 kişilik bir grup permi vermek üzere sınava gönderilmiştir. Sınav komisyonuna, tıp hekimi hocalarından Server Kamil, Mahir Bey, Mazhar Hüsnü ve Tefvik Recep, dişhekimliği hocalarından da Hüseyin Talat, Rüştü Önel, Hamit Salahor, Mustafa Mehmet ve Halil Salih seçilmiştir. Dişhekimleri hocalar, klinikte hasta üzerinde yapılacak olan sınavın çok ciddi tutulmasına karar vermişlerdir. Sınav, Hüseyin Talat’ın dişlerin morfolojisiyle ilgili sorularıyla başlamıştır. Adaylar yeterli yanıtlar veremeyince, tıp hocaları soruların çok zor olduğunu ileri sürmüş ve uzun tartışmalara neden olmuşlardır. Tartışmaların uzaması sonucu, Hüseyin Talat sınav salonundan ayrılmıştır. Ertesi gün tekrar başlayan sınava diğer hocaların ısrarı üzerine katılan Hüseyin Talat, soru sormamayı tercih etmiştir. Ancak, bu kez diğer dişhekimliği hocalarıyla, tıp hocaları arasında tartışmalar çıkınca, Halil Salih dışındaki, dişhekimleri hocalar sınav komisyonundan istifa etmek zorunda kalmışlardır. Sonuçta, sınav komisyonunda dişhekimliği olarak yalnızca

Halil Salih kalmış ve tüm adaylar sınavda başarılı kabul edilmiştir.

Bundan sonra ikinci grup olarak 78 kişi sınava gönderilmiş ve tümü başarılı olmuştur. Bunlardan sonra 72 kişilik bir başka grup sınav için bakanlığa başvurmuştur. TDTC’nin yoğun çabaları sonucunda, bakanlık üçüncü grubun gönderilmesini önceleri durdurmuşsa da bir süre sonra bu grubun da sınava alınmasını istemiştir².

Bu dönemde yaklaşık 140 permili dişçi vardı ve bunların 64’ü İstanbul’da çalışmaktaydı. Permili Dişçi sorununun bu şekilde sona erdiği düşünülürken, 1951’de diş teknisyenleri, kurdukları bir dernek yoluyla, teknisyenlere yeniden “Dişçi” diploması verilmesi yolunda çaba göstermiştir. Bunun sonucu, TBMM’de bu yolda bir kanun teklifi hazırlanmaya başlanmıştır. Ancak Türk Diş Tabipleri Cemiyeti’nin Ankara’ya gönderdiği temsilciler Cumhurbaşkanı, Başbakan, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, TBMM Başkanı ve birçok milletvekilleriyle görüşerek, yoğun girişimlerde bulunmuş ve önemli bir hatanın yapılmasını engellemişlerdir.

KAKNAKLAR

1. Efeoğlu A. Dişhekimliği Tarihi. Yüce reklam/yayın/dağıtım a.ş. İstanbul, 1992.
2. Muğan N. Türk Diş Hekimliği Tarihi. Edebiyat Fakültesi Basımevi, İstanbul, 1994.

* Prof.Dr., İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı



Türkiye'de yetişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içiyor ve her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitiriyor. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi 31 Mayıs-Sigarasız Bir Dünya Günü vesilesiyle yayımladığı basın bildirisinde çarpıcı bilgiler veriyor.

'Sigarasız Bir Dünya' Günü

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi ülkemizin 34 kamu ve sivil toplum kuruluşunun oluşturduğu sigara mücadelesi yapan bir örgütlenmedir. Tütün karşıtı mücadelenin toplumun her kesimi tarafından desteklendiğinde başarılı olacağına inanan komite 10 yıldır mücadelesine kesintisiz devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne üye diğer ülkeler ile birlikte ülkemizde her yıl 31 Mayıs "Sigarasız Bir Dünya Günü" etkinlikleri yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye devletler 1987 yılında bu günü, sigara salgını ile oluşan önlenemez hastalık ve ölümlere dikkat çekebilmek için etkinlik günü olarak belirlemişlerdir. Bu yıl 31 Mayıs'ta yapılacak etkinliklerin ana teması ise tütün ürünlerinin her biçiminin ve kullanım tarzının ölümcül olduğunu vurgulanmasıdır.

Kitlelerin sağlığını tehdit eden sigara tüketimi, mücadele edilmesi gereken en önemli sorunlardan biridir. Bugüne kadar sigara ile mücadelede önemli adımlar atılmış olmakla birlikte dünya genelinde sigara içen insan sayısı halen artmaktadır. Son verilere göre dünyada 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Dünyada bir yılda sigara tüketimi nedeniyle ölen insan sayısı ise 4.9 milyon olarak saptanmıştır. Sigara içicilerinin sadece zengin ülkelerde, % 85'i ise gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bundan dolayı da, gelişmekte olan ülkeler tütün salgını tehlikesi ile karşı karşıyadır. Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranlarının düşmesine karşın,

gelişmekte olan ülkelere bu oranlar artmaktadır. Eğer böyle giderse gelecekte gelişmekte olan ülkelerin en büyük sorunu, tütün olacaktır. Dünya Bankası, gelişmekte olan ülkeler ekonomisinin önündeki en büyük engellerden birini tütün olarak saptamış ve bu ülkelere etkin bir tütün kontrol programına sahip olmaları gerekliliğini vurgulamıştır.

Türkiye'de yetişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. Ülkemizde sigara içen 17 milyon kişi günde 40 milyon doları, yılda ise 15 milyar doları sigaraya harcamaktadır. Bu 17 milyon kişinin 4 milyonu yaşamından 7 yıl, 4 milyonu ise 22 yıl kaybederek ölecektir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100.000 kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sigaranın yol açtığı hastalıklar nedeniyle ülkemize verdiği yıllık ekonomik zarar ise 2.72 milyar dolardır. Bu rakama işgücü kaybı, hastalıklar nedeniyle bireylerin ve ailelerinin çektiği acılar dahil değildir. Bu ekonomik kayıplar yıllık geliri bizim 10 katımız olan gelişmiş ülkeleri bile kaygılandırmakta iken, bizim gibi borç yükü olan bir ülkeyi çok daha ciddi önlemler almaya yöneltmeli ve ulusal tütün kontrolü bir devlet politikası olarak benimsemelidir.

Sigara ile mücadelede kalıcı çözüm, ancak geniş kapsamlı tütün kontrol stratejilerinin geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması ile mümkün olabilir. Öte yandan, birçok sektörün ve uzmanlık alanının işbirliği olmadıkça tütün kontrol

programları etkili olamayacaktır. Hükümetler düzeyinde tütün kontrol programları genellikle Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmektedir. 2004 yılı sonunda geniş bir kurumsal ve akademik katılımı, yoğun bir uzman emeğiyle hazırlanmış olan Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın, Sağlık Bakanlığı tarafından bir an önce açıklanarak kontrol aktivitelerinin başlatılması, ülkemizdeki tütün karşıtı mücadeleyi güçlendirecektir. Aynı zamanda Milli Eğitim Bakanlığı'nun tütün kontrolü mücadelesi içinde yer alması da mücadeledeki başarımızın artmasını kolaylaştıracak en önemli unsurdur. Ancak bu çok yönlü mücadelede Maliye Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Gümrük Bakanlığı da tütün kontrol programlarının bir parçası olmak durumundadır. Dünyadaki diğer örneklerinde görüldüğü gibi tütün endüstrisinde devlet tekelinin kaldırılması ve TEKEL'in özelleştirilmesi, bu konudaki tüm önleyici ve koruyucu etkinliklerin gücünü azaltacak ve denetimini zorlaştıracaktır.

Hükümet dışı organizasyonlar ve uzmanlık dernekleri başta olmak üzere, sivil toplum örgütlerinin de tütün kontrolünde yaşamsal rolü bulunmaktadır. Bunlar arasında çeşitli sağlık uzmanlık kuruluşları, tütün kontrol programlarının hazırlanması ve uygulanabilirliğinin sağlanması için büyük çaba göstermektedir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde gö-

rüşülmekte olan 4207 Sayılı Tütün ve Tütün Mamulleri ile Mücadele Yasası'nda yapılmakta olan değişiklikler Komitemiz (SSUK) tarafından dikkatle izlenmekte ve ülkemizin tütün mücadelesinde önemli bir aşama olarak görülmektedir. Yasa'da yapılacak değişikliklerle tümüyle sigarasız kamusal alanlar oluşturulması konusunda desteğimiz tamdır. Bu uygulama ile, doğmuş ve daha doğmamış çocuklarımızı da kapsamak üzere, tüm insanlarımızın pasif içici konumunda tütün dumanı ile zehirlenmeleri engellenecek ve tüm insanların hakkı olan dumansız hava soluma hakkı korunmuş olacaktır. Kahvehane ve lokantalar başta olmak üzere tüm kamusal alanlarda kısmi sigara içilebilir alanlar oluşturulması toplum sağlığının korunmasında gerçekçi yöntemler değildir. Tütün dumanının bölümler arasında geçişi çok kolaydır ve gaz halinde bütün insanları zehirler. Tümüyle sigarasız kamusal alanların acil olarak yasama geçirilmesi, masum birçok insanımızın bir an önce korunması için yaşamsal önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 temasında bütün tütün ürünlerinin ve kullanım biçimlerinin ölümcül olduğu vurgulanmaktadır. Tütün endüstrisi insanlar sigaranın zararları ve bunlardan kendilerini koruma konusunda bilinçlendikçe ticari, hukuk ve etik anlamda zor duruma düşmektedirler. İnsanların yaşamlarına malolan ticari çalışmalarını sürdürülebilmek için değişik yollar izlemektedirler. Çeşitli aromalarda, tatlarda, light-ultra-light-organik-doğal-zararı azaltılmış adları altında, her biçimde zararlı oldukları kanıtlanmış zehirlerini cazip biçimlerde pazarlamaya çalışmaktadırlar. Pipo, puro, enfiye, nargile, çiğneme tütün ve daha nice tütün formlarının, aynı ölçüde zehirli oldukları ve bağımlılık yaptıkları bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Ülkemizde de her geçen gün sayıları ve içicileri artmakta olan nargile kafeler ülkemizde bu durumun ortaya çıkış biçimidir. Nargile ve bütün diğer bütün tütün ürünlerinin aynı ölçüde zararlı olduğu ve bağımlılık yaptıkları toplumumuzca bilinmeli ve bunların kullanımına ve yaygınlaşmalarına karşı gereken önlemlerin alınması için herkes kararlı ve dikkatli olmalıdır.

İlgili herkesin sigara salgınına durdurmak ve ulusal tütün kontrolünü sağlamak amacı ile üzerine düşeni yapacağı inancındayız. Medyamızın da sesimizi duyurarak ve mücadelede yanımızda yer alarak toplumumuzun sigara mücadelesinde yer alacağına güvenimiz tamdır.

*Dünya Sağlık Çalışanları
FIFA'ya Dünya Kupası
2006'yı sigarasız yapmak
için ısrar ediyor*

Sigarasız Dünya Kupası



CENEVRE, 29 Mayıs 2006 – Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı (WHPA) dünya çapında 170'ten fazla örgüte ve ittifaka, Uluslararası Kanser Denetim (Karşıtı) Örgütü'nün (UICC) Evrensel Sigarasız Ortaklığı'nın başlatmış olduğu Almanya'da Sigarasız bir 2006 Dünya Kupası için geri sayım kampanyasına destek vermek üzere katılmıştır

Dünyadaki tüm hekimler, hemşireler, dişhekimleri ve eczacılar adına Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı, Dünya Futbol Federasyonu FIFA'dan DSÖ ve FIFA'nın 20002 Dünya Kupasından önce imzalamış olduğu işbirliği memorandumunu yenilemesini açık bir mektup yazarak talep etti. Memorandumda, DSÖ ve FIFA "tütünün ve sporun hiçbir şekilde birbirine bağdaşmadığı ve FIFA'ya bağlı tüm futbol maçlarından kaldırılması gerektiği" üzerinde anlaşmışlardır.

2006 Dünya Kupası, tüm ırklardan, tüm yaşlardan uluslararası olarak milyarlarca insana televizyon kanalıyla yayınlanacaktır. FIFA tarafından teşvik edilen imaj çok önemlidir. Bu nedenle FIFA, sağlıklı rekabetçi bir ruhu içine alan (kuşatan) bir federasyon olmalı, sağlıksız, yaşamı tehdit eden sigara içme alışkanlığıyla kendi imajını gölgeleyen bir federasyon olmamalıdır.

Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı (WHPA), tütünün yıkıcı sağlık ve ekonomik etkisini azaltmak amacıyla planlanan bir grup tedbirden oluşan dünyanın ilk toplum sağlık anlaşması olan DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşmasını desteklemektedir.

Evrensel Sigarasız Ortaklık hakkında daha fazla bilgi edinmek için: <http://www.globalsmokefreepartnership.org>

Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı hakkında daha fazla bilgi edinmek için

(<http://www.whpa.org>)

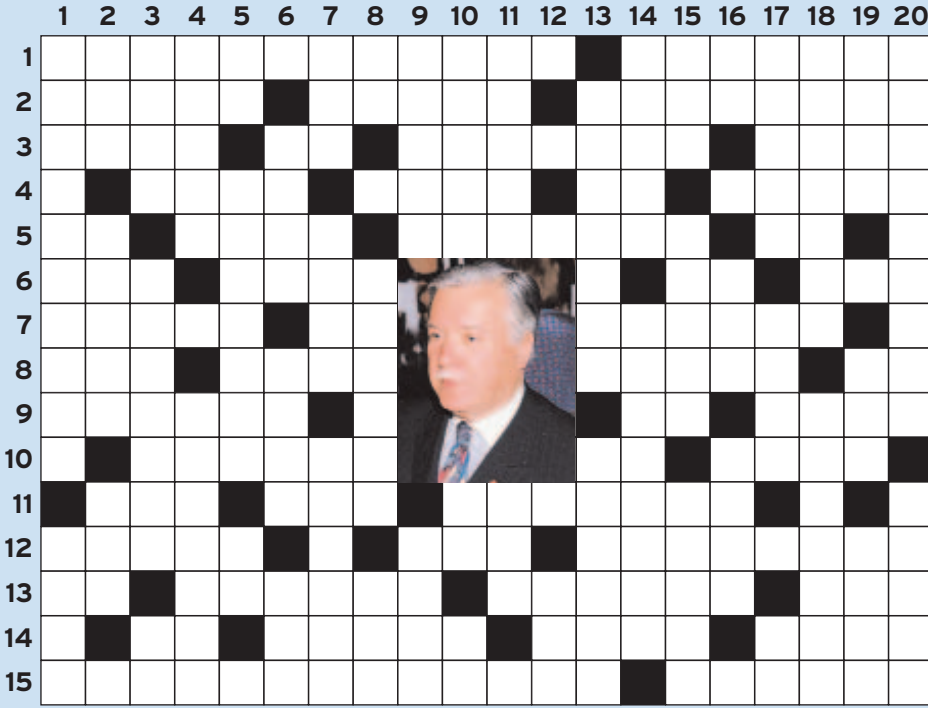
Dünya Sağlık Meslekleri İttifakı (WHPA), dişhekimliği, tıp, hemşirelik ve eczacılık mesleklerinden uluslararası temsilci örgütleri aracılığıyla Uluslararası Hemşireler Konseyinden (ICN), Uluslararası Eczacılar Federasyonundan (FIP), Dünya Dişhekimleri Federasyonundan ve Dünya Tabipler Birliğinden (WMA) ve dünya çapında 20 milyondan fazla sağlık çalışanlarını temsil etmektedir.

Uluslar arası Hemşireler Konseyi (ICN): 129 ulusal hemşireler birliklerinin bir federasyonudur. Dünya çapında milyonlarca hemşireyi temsil etmektedir. 1899 yılından bu yana hemşireler tarafından hemşireler için çalışan hemşirelerin uluslar arası sesidir ve herkes için kaliteli tedaviyi ve evrensel olarak uygun sağlık politikalarını sağlamayı amaçlamıştır.

Uluslararası Eczacılar Federasyonu (FIP): Eczacıların ve farmasötik bilim adamlarının ulusal örgütlerin evrensel federasyonudur. Eczacılar, kendilerini uygun ilaç kullanımına erişimini ve uygun ilaç kullanımının önemini geliştirmeye adanmış sağlık çalışanlarıdır.

Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI): Dünya çapında 134 ülkeden 150 üye ülke birliği ile dişhekimlerinin bütün dünyadaki sesinin yetkilisidir ve uluslararası olarak 900,000 den fazla dişhekimini temsil etmektedir.

Dünya Tabipler Birliği (WMA): Ulusal Tabipler Birliklerinin evrensel temsilcisidir. Dünya çapında milyonlarca hekimini temsil etmektedir. Hastalar ve hekimler adına hareket ederek, DTB, tüm insanlar için tıp ilminin, etiğin ve sağlık tedavisinin mümkün olan en yüksek standartlara ulaşması için çalışmaktadırlar.



Ad-soyad:

Telefon:

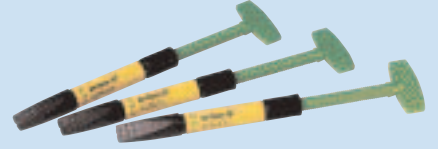
Adres:

İl:

Ödüllü Bulmaca

Bu sayının armağanı:

10 kişiye
Inten-S A3.5 tek tüp



Doğru yanıtı **31 Temmuz 2006** akşamına kadar **0.212.327 84 43** nolu faksa gönderen okuyucularımız arasında yapacağımız çekilişle 10 okuyucumuz Güney Diş Deposu'ndan bir adet **Inten-S A3.5 tek tüp** kazanacak.

Hediyeleriniz kargoyla adresinize teslim edilecek.

SOLDAN SAĞA

1. Resimde görülen, 2002 yılında yitirdiğimiz TDB'nin ilk Genel Başkanı • Ünlü Alman mimari ekolu 2. Güçlü bir uyuşturucu madde türü • Güneydoğu Asya Uluslar Birliği • Orhan Pamuk'un bir romanı 3. Vaaz veren • Dahili • Bir şey yapılırken gerekli işlemlerin tümü • Büyük sıkıntı 4. Yemen'in başkenti • Dert, sıkıntı • Bir nota • Hastalık 5. Telli bir çalgı • Viktor ..., Sefiller'in yazarı • Budizmde her türlü isteklerden, duygulanımlardan, tutkularardan arınıp en yüksek ruh durumuna erişme • Matematikte sabit bir sayı 6. Eğimli yer, bayır • Turpgillerden, salatalarda kullanılan bir bitki • Eski Mısır dininde bir tanrının ya da insan ruhunun başlıca özelliklerinden biri • Hasır örülen bir ot 7. Çanak kale'nin peyniriyle ünlü bir ilçesi • Tümör • Ordu'nun bir ilçesi 8. Bütün çizgileriyle açık seçik bir biçimde belirgin olan • Özen ..., günümüz Türk öykücüsü • Refik Halit ... (1888-1965), romancı, öykü yazarı ve gazeteci • Radon'un simgesi 9. Yanardağ ağzı • Eski Mısır'da bir tanrı • Ömer Lütfi ..., Gelin, Düğün, Diyet üçlemesiyle hatırlanan Türk sinemasının usta yönetmeni 10. Eski dilde görülenin ötesi • Bir ünlem • Mustafa ..., Oğuz Atay'ın 'Bir Bilim Adamının Romanı'nda anlattığı bilim insanımız 11. Bir uzunluk ölçüsü • Yarış ya da özel geziler için kullanılan, yelkenli ya da motorlu gemi • Cemal Nadir'in ünlü karikatür tiplemesi 12. Pedro ..., 1502-1578

arasında yaşamış, deniz bimplimlerinin gelişimine önemli katkılarda bulunan Portekizli coğrafyacı • Yün dövülerek yapılan kaba, kalın bir tür kumaş • Us yarılmasına uğramış kimse 13. Yemek • Demir ve benzeri şeylerde direnci artıran diş, çıkıntı • Aldatma • Düşünce 14. Aktinyumun simgesi • İsviçre'nin kuzeyindeki Aargau kantonunun merkezi • İnci ..., Ölü Erkek Kuşları'nın yazarı, günümüz romancısı • Ehemmiyet 15. TDB'nin ilk Merkez Yönetim Kurulu'nda yer alan, Kasım 2004'te yitirdiğimiz meslektaşımız • Mikropla oluşan, mikroplu.

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. Yevgeni ..., Gençlere Yalan Söylemek Yanlıştır'ın yazarı, Rus şairi • Tüketiciyi korumak amacıyla temel tüketim maddelerinde devletçe konan fiyat 2. İrlanda Cumhuriyet Ordusu • ... Özlü (1943-1986), Çocukluğun Soğuk Geceleri'nin yazarı • Doğu Anadolu'da il 3. Jorge ... Borges (1899-1986), Arjantinli şair, öykü ve deneme yazarı • Organizmaya besinlerle ya da ilaç olarak dışardan sağlanan biyokatalizör madde • İskambilde birli 4. Gülmece • Fransa'nın güneybatı kesiminde Gironde ilinde kent 5. ... gelir, paldır küldür yıkılır bulutlar (Attila İlhan) • Rudolf ... (1938-1993), Rus dansçı • Tavlada bir sayı 6. Othello'nun kötü karakteri • Harold Clayton ..., döteryumu bularak 1934 Nobel Kimya Ödülü'nü kazanan ABD'li

bilim insanı • İtalyan radyo televizyon kurumu 7. Osmanlı İmparatorluğu'nda gümürük vergisi • Ekol • Atın biniciyi sarsmayan koşu biçimi 8. Duman lekesi • Yaser ..., iki yıl önce ölen Filistin halkının efsanevi lideri • Azotlu besinlerin vücutta yanmasıyla oluşan, erimiş bir durumda sidikle dışarı atılan azotlu madde 9. Fena Halde ..., Attila İlhan'ın ünlü eseri • Orta Asya'da göl 10. Antonio ... (1852-1926), Barcelona'da yapımı halen süren Sagrada Família Kilisesi'nin İspanyol mimarı • Su • Ters, batık kıta 11. Yadsıma • Sıvı 12. Tek tanrılı dinlerde kutsal kabul edilen yerlerin yılın belli dönemlerinde ziyaret edilmesi 13. Yüksek ısıda pişirilen topraktan yapılmaz malzeme • Çok yaramaz, ele avuca sığmayan (çocuk) 14. Bezek, süs • Yivli namlulu kısa ve hafif bir tüfek 15. Baston • ... Kurosawa, Japon sinemasının en ünlü yönetmeni • Başlangıcı olmayan, öncesiz, eski 16. Akıl • Üye • Deniz suyunda bileşik durumunda rastlanan mavimtrak esmer renkte katı bir element. 17. Utanç, utanma • Matbaacılıkta trikromi baskıyı oluşturan dört renkten biri • 18. Azerbaycan'da konuşulan dil • Geçtiğimiz yıl ABD'nin güney eyaletlerinde çok sayıda can kaybına ve zarara neden olan kasırga 19. Avrupa Futbol Federasyonları Birliği'nin kısa adı • Nazım Hikmet'in soyadı • Martin ..., Jack London'ın romanı 20. Güney Afrika'da ülke • Kansızlık

Kurs Kongre, Sempozyum

Türk Dişhekimleri Birliği 13. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

19-24 Haziran 2006
Samsun
Tel: 0.362.435 44 78
Fax: 0.362.435 95 21

Avrupa Ortodonti Derneği 82. Kongresi

5-8 Temmuz 2006
Viyana-Avusturya
www.eoscongress2006.at

IADR 3. Avrupa Toplantısı

13-16 Eylül 2006
Dublin -İrlanda
www.pef2006.com

Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) 94. Kongresi

22-25 Eylül 2006
Şenzen-Çin
Tel: +33 4 50 40 50 50
Faks: +33 4 50 40 55 55
www.fdiworldental.org congress

ADA Yıllık Toplantısı

16-20 Ekim 2006
Las Vegas- ABD
www.ada.org

Devren Satılık Muayenehane

Yer değişikliği nedeniyle Alanya merkezde çalışır durumda satılık muayenehane
İrtibat: Şevket Tokuş Cad.
Erbil Apt. 30/9 Alanya
Tel: 0.242.512 56 46

Satılık

Panoramik röntgen cihazı
Dişhekimi Dr. Mehmet Karabulak
Tel: 0.532.232 11 37



Ankara Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
mezunları



Bu site sizin için

Pek çoğumuzun yaşantısında okul günlerimiz özel bir yer tutar. Unutulmaz anılarla yaşadığımız meslek ocağımızdan mezun olup birer ikişer yurdun dört bir yanında yaşam kavgasına gireriz. Bazen bir düşünün mutluluğu, bazen bir acı törenin gözyaşı bizi bir araya getirir. Zaman akıp gittikçe adresler de kaybolur. Dostluklarımızı sadece anılarda yaşatmayalım birbirimizden haberdar olalım istedik... Bu amaçla Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanlığı olarak Üniversitemizin sağladığı alt yapıyla mezunlar web sitemizi hazırladık.

Dekan Prof.Dr. Nejat Bora Sayan

<http://mezunlar.dentistry.ankara.edu.tr> adresine hepimizi bekliyoruz.

Sayın Dişhekimleri,

Temsilcisi olduğumuz Micro Mega firmasına ait malzemelerimiz 24 Mayıs 2006 tarihinde Atatürk Havalimanı kargo bölümünde çıkan yangında kullanılmayacak kadar hasar görmüştür. Bu nedenle belli bir süre sizin ürün taleplerinize cevap vermekte zorluk çekebiliriz.

Elimizde olmadan gerçekleşen bu durumdan dolayı özür diler, konuyu bilgilerinize sunarız.



Saygılarımızla,
Güney Dental Tic. Ve San. A.Ş.

VEFAT

Edirne Dişhekimleri Odası kurucularından ve uzun yıllar yönetiminde görev almış meslektaşımız

Akşit Takan

1 Haziran 2006 tarihinde vefat etmiştir.

Ailesi ve yakınlarının acısını paylaşır, başsağlığı dileriz.