



SAYI
96
Kasım 2006

TDBD

MLERİ BİRLİĞİ

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

Engelleri Birlikte Aşıyoruz





TDB Genel Başkanı **Celal K. Yıldırım**

Taş üstüne taş koymak

İnsanlık, tarihi boyunca bencillikleri ve bağınazlıklarıyla dinler ve milletler savaşlarını yaşayarak, düşe kalka, yanlışlar yaparak, deneyerek öğrenip, evrensel değerlere ulaşmaya çalışıyor.

Tarihi bugünkü siyasi manevraları için kullanmaya çalışanlar, ileriye doğru bir değişimi değil sadece önyargıları harekete geçirmiş oluyorlar. Değişimin peşine düşenler ise hayatın doğurgan ritmine uyarak geleceğin özgül, aydınlık ve barışçı günlerine koşuyor.

Yılın sonuna yaklaşıyoruz. 2007 yılı ülkemiz ve mesleğimiz açısından önemli olayların, değişimlerin yaşanacağı bir yıl olacak. Cumhurbaşkanlığı seçimi, genel seçim, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın uygulanmaya başlaması yeni tartışmalara gebe...

2007 yılı Cumhuriyet tarihimizin en zor ve sancılı yıllarından biri olabilir. Diğer taraftan 2007 yılı tarihimizde yeni bir atılımın başlangıcı da olabilir.

Tarihin özneleri olan bizler; birer yurttaş ve hekim olarak üzerimize düşen sorumlulukları ne oranda yerine sahleneceğiz. Elimizi taşın altına sokacak mıyız, yoksa 'Her koyun kendi bacağından asılır', 'Bana dokunmayan yılan bin yaşasın' bencilliği içerisinde yaşananlara gözlerimizi mi kapayacağız? Bu iki yoldan hangisini seçeceğiz?

Türk Dişhekimleri Birliği olarak bizim yolumuz belli. Son günlerde dişhekimliği hizmetlerinin devlet tarafından muayenehanelerden 'satın' alınmasıyla ilgili akıl almaz dedikodular üretiliyor. Ülkemizde yıllardır siyasi alanda egemen olan ve son zamanlarda meslek kuruluşlarının bazı yöneticilerine de sirayet eden dedikodu üzerinden politika yapma zihniyeti huzursuzluk ve moral bozukluğu yaratıyor.

Dişhekimliği hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası yasasında yer alması başarısını daha da perçinlemenin yolu dedikodu ve spekülasyonlara kulağımızı tıkamak ve Türk Dişhekimleri Birliği'nin açıklamalarına itibar etmektir. Hiç kuşkunuz olmasın Türk Dişhekimleri Birliği **geleneğini geleceğe** taşımaya devam edecektir.

Gerçekleşmesi olanaklı olmayan beklentiler ve hayaller içerisinde düşmeden olabileni aramak ve yapılabilir olanın sınırlarını genişletmek temel anlayışını sürdürmeye devam edeceğiz.

Bugüne kadar ilmik ilmik örülen; kendisi gibi düşünmeyi 'ötekileştirmeyen' ve onu anlamaya çalışan anlayışın yaşamın her alanında egemen olması için elimizi taşın altına sokmakla yetinmeyeceğiz, taş üstüne taş koymak için gereğini yapacağız.

Saygılarımla...

TDBD 96

içindekiler

BAŞYAZI • 13

TDB GÜNDEMİ

TDB YÖNETMELİK TASLAĞI 3224 Sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun yorumlanmasında yaşanan sorunlar ve farklı uygulamaların giderilmesi amacıyla hazırlanan 3224 Sayılı Kanuna Ait Yönetmelik Taslağı'nın son hali verildi. • 14

'FÜSUN ABLA'YI YİTİRDİK Türk Tabipleri Birliği eski Başkanı Dr. Füsün Sayek'i 16 Ekim 2006 günü kaybettik. • 15

OKULLAR 'SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE' BAŞLIYOR "Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi pilot olarak KKTC'de uygulanmaya başladı. Prof.Dr. İnci Oktay başkanlığındaki ekip geçtiğimiz Eylül ve Ekim aylarında Kuzey Kıbrıs'a giderek çeşitli eğitimler verdiler. • 16

TDB 11. OLAĞAN GENEL KURULU Türk Dişhekimleri Birliği'nin önümüzdeki iki yılına şekil verecek TDB 11. Olağan Genel Kurulu 3-5 Kasım 2005 tarihlerinde Ankara'da toplanacak. • 30

ODALARDAN HABERLER

ISPARTA'DA YANLIŞ KARARA TEPKİ Isparta'da yeni bir ağız diş sağlığı merkezi açılacağı haberi üzerine bir açıklama yapan Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayi Kartöz şehirde varolan özel ve kamu dişhekimlerinin ihtiyacı karşılamaya yettiğini belirtti. • 28

DİŞHEKİMLİĞİNİN GÜNDEMİ

MURAT BAŞESGİOĞLU SORULARIMIZI YANITLADI GSS sonrasında hizmeti satın alacak kurum Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olacağından gündemdeki soruların bir kısmını Bakan Murat Başesgioğlu'na sorduk. • 32

TDB BAŞKANLAR KONSEYİ DİYARBAKIR'DA TOPLANDI TDB Başkanlar Konseyi toplantısı 8-9 Eylül 2006 tarihlerinde Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğiyle Diyarbakır'da gerçekleştirildi. • 34

FDI ŞENZEN KONGRESİ 19-25 Eylül 2006 tarihleri arasında Çin'in Şenzen kentinde gerçekleştirilen Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) Kongresi mesleğin küresel sorunlarının tartışıldığı en önemli yıllık toplantısıydı. • 48

KONGRE HAZIRLIKLARI BAŞLADI 11-17 Haziran 2007'de İstanbul'da düzenlenecek TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için hazırlıklar başladı. DİŞSİYAD Başkanı Bekir Mannasoğlu ve Diş Teknisyenleri Odası Başkanı Yavuz Erpinar'ın görüşlerini aldık • 50



• Sahibi TDB Yönetim Kurulu Adına Genel Başkan **Celal Korkut Yıldırım** • Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Genel Sekreter **Murat Ersoy** • TDB Yayın Kurulu Sorumlusu **Tarik 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 **Kasım 2006** • Editoryal 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 Cad. No: 37/11 Yenişehir-ANKARA Tel: (312) 435 93 94 Fax: (312) 430 29 59 www.tdb.org.tr e-mail: tdb@tdb.org.tr • **ISSN: 1303-9784**

TDBD Ekim-Kasım 2006 96.sayı 18.500 adet basılmıştır. TDB üyelerine ücretsizdir. 2 ayda bir, yılda 6 sayı yayımlanır.

HEDEFTEKİ YAZAR SORULARIMIZI YANITLADI 'Baba ve Piç' adlı romanında iki karakteri arasında geçen tartışma nedeniyle yargılanan Elif Şafak'la hem ifade özgürlüğü hem de edebiyata bakışını konuştuk. • 42

DİŞHEKİMLİĞİ CAMİASINDAN

FAKÜLTELERDEN Ülkemizdeki dişhekimliği fakültelerinin tanıtımına devam ediyoruz. Bu sayıda Ondokuz Mayıs Ü.D.F. Dekanı Prof.Dr. Hülya Köprülü ve Ankara Ü.D.F. Dekanı Prof.Dr. Nejat Bora Sayan ile görüştük. • 54

DOSYA: GÖRÜNTÜLEME

Görüntüleme cihazları dişhekimliğinin önemli bir parçası. Prof.Dr. Tamer Erdem ve arkadaşlarının hazırladığı dosyamızda görüntüleme cihazlarını 'Dişhekimliğinde geleneksel radyografiler', 'Dişhekimliğinde dijital radyografiler ve ağız içi kameralar' ve 'Dişhekimliğinde kullanılan ileri görüntüleme yöntemleri' başlıklarında inceledik. • 63

BİLİMSEL

C HEPATİTİ Prof.Dr. Yılmaz Çakaloğlu'ndan dünya çapında 200 milyona yakın insanı etkileyen Hepatit C hakkında bilgi aldık. • 90

HEPATİT C VİRÜSÜNÜN DİŞHEKİMLİĞİ YÖNÜNDEN ÖNEMİ Prof.Dr. Güven Külekçi • 92

FİBERLE GÜÇLENDİRİLMİŞ KOMPOZİTLER Prof.Dr. Füsün Özer • 98

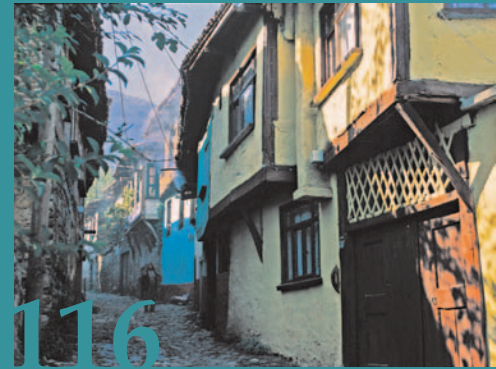
TAM SERAMİK RESTORASYONLAR Doç.Dr. A. Nilgün Öztürk • 104

MESLEKİ HAKLAR Prof.Dr. Nermin Yamalık'ın FDI-Dental Practice Komisyonu projesi olarak hazırladığı 'Dişhekimliği profesyonellerinin sorumlulukları ve hakları' başlıklı makale dizisinin üçüncü bölümünü yayımlıyoruz. • 106

ÇEŞİTLİ

SÖYLEŞİ: NURİ DEMİRCİ Beşinci şiir kitabı Kör Hattat geçtiğimiz yıl yayımlanan meslektaşımız Nuri Demirci'yle edebiyat ve şiir üzerine söyleşirken laf, bitmeyen münazara konusuna da geldi: Sanat sanat için midir, toplum için mi! • 110

ULUDAĞ'IN ETEKLERİNDE 700 YILLIK BİR KÖY: CUMALIKIZIK Sonbaharın alacalı renkleri iyiden iyiye her yanımızı sarmışken, sırtını ulu bir dağa dayamış Bursa'nın Cumalıkızık Köyü'ne gitmenin tam zamanı.- Yelda Baler yazdı. • 116



REKLAM İNDEKSİ (Alfabetik)

BRAUN/ORAL B	06-07	GÜNEY DENTAL	17-97-109	ONUR DIŞ DEPOSU	101
BUTLER GUM	123	GÜNEY DIŞ	08-29-62-119	ÖNCÜ DENTAL	95
CAN MEDİKAL	41	IVOCLAR-VIVADENT	61	RF SYSTEM	27
COLGATE	Ön kapak içi	IMICRYL	113	SIGNAL	Arka kapak
DENTANET	79-81	IPANA	Arka kapak içi	SÖNMEZ MEDİKAL D.	03-04-05
DENTLAZER	75	KAVO	87	TEKNOGEM	23
DENTOSAN	74-75	LİDER DIŞ	66-67	TOROS DENTAL	21
ESTİ	85	MANNAS	69	TURAN UYSAL ve ORT	31
FARMALINK	45	METEK TEKNİK	09-57	UNİMED	128
GÜLSA	12	MUTLU SAĞLIK	19	VOCO	47

Yönetmelik Taslağı son şeklini aldı

3224 Sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun yorumlanmasında yaşanan sorunlar ve farklı uygulamaların giderilmesi amacıyla hazırlanan ve iki yıldan uzun bir süredir üzerinde çalışılan 3224 Sayılı Kanuna Ait Yönetmelik Taslağı'na son hali verildi. 3-5 Kasım 2006 tarihlerinde yapılacak TDB 11. Olağan Genel Kurulu'nda kabul edilmesi halinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girecek.

3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun yorumlanmasında çeşitli sorunlar yaşanıyor ve farklı oda bölgelerinde farklı uygulamalar yapıyordu.

Bu farklılıkların giderilebilmesi, çeşitli konuların açıklığa kavuşturulması ve farklı uygulamaların ortadan kaldırılması amacıyla bir yönetmelik hazırlanması için TDB ile odalar arasında mutabakat sağlanmıştı.

Bu amaçla hazırlanan Yönetmelik Taslağı 2004 yılında Çanakkale'de yapılan Başkanlar Konseyi Toplantısı öncesinde odalara gönderilmişti. Toplantıda madde madde yapılan tartışmalardan sonra yönetmelik taslağı üzerindeki değişiklikler yetiştirilemediği için Kasım 2004'te yapılan TDB 10. Olağan Genel Kurulu'na sunulamamıştı.

3224 Sayılı Kanuna Ait Yönetmelik Taslağı, Çanakkale'de odalardan gelen görüşler, öneriler ve TDB hukuk danışmanlarının katkıları doğrultusunda yeniden düzenlenerek yeniden odalara gönderildi.

Dönem içinde 2005 Ekim ayında Saffranbolu'da yapılan Başkanlar Konseyi Toplantısı'nda 2006 Haziran'ında Samsun'da yapılan TDB 12. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin Meslek Sorunları Sempozyumu'nda ve geçtiğimiz Eylül ayında Diyarbakır'da yapılan Başkanlar Konseyi toplantılarında, hukuk danışmanlarıyla ve oda yöneticileriyle yeniden görüşüldü.

Madde madde yapılan değerlendirmelerden sonra gerekli değişiklikleri yapılan ve üzerinde mutabakat sağlanan metin TDB Merkez Yönetim Kurulu ve

hukuk danışmanlarınca bir kez daha görüşülerek Kasım 2006'da yapılacak TDB 11. Olağan Genel Kurulu'na sunulmak üzere odalara gönderildi.

3224 sayılı TDB Kanunu'nun 47. maddesi "Bu Kanunda çıkartılması öngörülen ve Kanunun uygulanması için gerekli görülecek yönetmelikler Bakanlığın da görüşü alınarak TDB tarafından çıkarılacaktır." deniyor. İlgili madde gereği yönetmelik taslağı görüş alınmak üzere Sağlık Bakanlığı'na da gönderildi.

11. Olağan Genel Kurulumuzda kabul edildiği takdirde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girecek olan Yönetmelik, uygulamadaki farklılıkları ortadan kaldıracak ve işleyişi kolaylaştıracak önemli bir düzenleme olarak dişhekimliği mevzuatındaki yerini alacak.

Röntgen cihazlarının lisanslanması tek yönetmeliğe indirildi

Daha önce iki ayrı yönetmeliğe bağlanan radyasyon yayıcı cihazlarla ilgili kontroller bundan böyle Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'ne göre yapılacak.

Dişhekimliğinde kullanılan röntgen cihazlarının lisanslama işlemleri 1993 yılında Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) yasasına ve Radyasyon Güvenliği Tüzüğüne bağlı olarak çıkartılan Dişhekimliğinde Kullanılan Röntgen Cihazları Lisanslama Yönetmeliği'ne göre yapıyordu.

Söz konusu yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlanan bir kararla yürürlükten kaldırıldı.

Bundan böyle dişhekimliğinde kullanılan röntgen cihazlarının lisanslama işlemleri Radyasyon Güvenliği Yönetme-



liği'ne göre yapılacak.

Lisanslama işlemlerinde ödenecek ücrette herhangi bir artışa gidilmedi. Beş yıllığına ödenecek bedel yine 150 YTL olacak.

Günlük kullanım dozlarının çok düşük olması nedeniyle dişhekimleri için dozimetre kullanma ve bunun için ayrı bir bedel ödeme zorunluluğu da yok.

Meslektaşlarımızın kullandıkları röntgen cihazlarının lisanslama işlemleri ilk olarak pilot il seçilen Sakarya'da başlatıldı.

Sakarya Dişhekimleri Odası ile TAEK'in işbirliği halinde gerçekleştirdikle-

ri lisanslama işlemleri için TAEK yetkilileri meslektaşlarımızın muayenehanelerine giderek ölçümlmeleri yaptılar. Ölçümleri yapılan meslektaşlarımız da lisans ücretlerini TAEK'in ilgili hesaplarına yatırdılar ve ruhsatlandırılmaları Ankara'dan yapıldı. Önümüzdeki günlerde diğer oda bölgelerimizde de lisanslama işlemlerine devam edilecek.

İki yönetmeliğin varlığının uygulamada ortaya çıkarılabileceği sorunlar göz önüne alındığında Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği'nin tüm radyasyon yayıcı cihazlarla ilgili genel bir düzenleme olarak kullanılması olumlu bir gelişme olarak görülüyor.



HOŞÇAKAL GÜZEL DÜNYAM

Hiç kimse buyur etmedi beni
Bu dünyada hiçbir yere
Ama açtım bütün kapıları tekmeleyerek
Bütün engelleri göğüsleyip yıkarak
Buyrun dediler o zaman incelikle
Buyur ettiler
Ve
Buyurdum
Elimden geldiğince görevimi yaptım
Gülümседim hiçkınklarımı boğarak
Sonunda kimsenin yorulmadığı denli yoruldum
Artık kapılar açık kalsın
Bundan sonra gireceklere
Şimdi dinlenmeye gidiyorum
Hoşçakal güzel dünyam.

AZİZ NESİN

Değerlerin insanı

■ Celal K. Yıldırım*

Yaşamın yoğunluğunda bazı olaylar ve kişiler ilk anda dikkatinizi çekmez, onları mütevazı kişilikleri ve bilgelikleriyle zaman içinde tanır ve anlarsınız. Füsun Ablayı (onu tanıdığımda hissettiğim bu tanımlamaydı ve her zaman da bu sözcükle seslendim) Sağlık Şurası toplantısında tanıdım. Her zaman gülümseyen sakın, kararlı tavırlarıyla etrafına güven veriyordu. Her olaya, olguya olumlu tarafından bakan, sorunun çözümü için öneriler sunan tavırlarıyla karar almada zorlandığımız konularda yol gösterici oluyordu.

O, bir mevkinin değil, değerlerin insanı, başkanı ve herkesin Füsun Ablasıydı.

* TDB Genel Başkanı

'Füsun Abla'yı yitirdik

Türk Tabipleri Birliği eski Başkanı Dr. Füsun Sayek'i 16 Ekim 2006 günü kaybettik. 1970'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Sayek, 1971-76 yılları arasında ABD'de Anesteziyoloji Uzmanlık Eğitimi aldı. 1987-1996 arası Sağlık Bakanlığı'nda Uzman ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı olarak görev yapan Sayek 1984-1986 yıllarında Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu'nda, 1990-1994'te Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nde yer aldı. 1996-2006 arasında on yıl Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanlığını yürüten Sayek evli ve iki çocuk annesiydi.

Başkanımız ve yoldaşımız Füsun Abla

■ Gençay Gürsoy*

İlk kez ne zaman karşılaştık tam anımsamıyorum. O bir toplantıyı yönetiyor, ben orta sıralardan birinde oturmuş uzaktan izliyordum. Yüzündeki o eşsiz anaç gülümsemeye yorgun ve ilgisiz izleyicileri biraz canlandırmak uğruna gösterdiği nafile çabaya hüznüleniyordum. O da bir şeylerin değişebileceğine hala inanan, hiç büyümemeye kararlı, inatçı çocuklardan biriydi. Toplantı bitiminde kırk yıllık dostlar gibi sarıldık birbirimize.

Uzun bir süre hekimlik pratiği ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nda danışmanlık ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı yapıyor. Derken 1984'te Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeliği ile başlayan ve Haziran 2006'ya kadar kesintisiz devam eden meslek örgütü çalışmaları... Doktor Füsun Sayek, bu sürenin son 10 yılında Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı olarak görev yaptı. TTB Başkanlığı görevini ondan devraldığım günlerde sevgili Füsun, hastalığının iyice ilerlemiş aşamasındayken bile bana iyimserlik aşılamaaya çalışıyordu...

Kabul edin ki, hekimlerin hastalanması bi-

raz tuhaf bir durumdur. Ne kadar klişeleşmiş olursa olsun, bizler için dışarıdakilerin bıkmadan tekrarladığı "hekim de hasta olur muymuş?" sorusunun karşısında bocalamamak, biraz yenilmişlik, biraz yetersizlik duygusuna kapılmamak olanaksız. Füsun'un hastalığı karşısında hepimiz bocaladık. Bir kez daha "terzi söküğünü dikemez" benzeri kahredici tekerlemeler haklı çıktı. Kendi yarattığımız görkemli ef-sanelere karşın, bu duyguyu bütün yaşamımızı adadığımız "hastalık" denilen o sevimsiz hal karşısındaki sınırlı gücümüzü en iyi Füsun'un kendisi anlatmıştı.

Füsun, birçok kadın hastada tanık olduğumuz gibi, zarafetle yoğrulmuş bir dirençle yaşadı bu trajik serüveni. Bunu bilerek söylüyorum; erkeklerden daha zarif bir dirençle...

Geçen Salı günü onu sonsuzluğa uğurladık. Bizler; sağlığı piyasaya teslim etmek isteyen bezirganlara, demokrasiden, özgürlükten, insan haklarından, aydınlıktan korkanlara karşı eksilmeyen bir enerjiyle direnen, bütün yaşamı boyunca sevgi, iyimserlik ve coşku üreten, şiir ve yaşam sevdalısı başkanımız ve yoldaşımız "Füsun Abla'yı hiç unutmayacağız.

* Türk Tabipleri Birliği Genel Başkanı

Okullar 'Sağlığı Geliştirmeye' başlıyor

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği "Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi TDB'nin girişimiyle pilot olarak KKTC'de uygulanmaya başladı. Prof.Dr. İnci Oktay başkanlığındaki ekip geçtiğimiz Eylül ve Ekim aylarında Kuzey Kıbrıs'a giderek çeşitli eğitimler verdiler.



Önümüzdeki yıllarda tüm dünyada bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların başlıca sağlık sorunları olacağı öngörüsü ve özellikle eğitim döneminde daha çocukken kazanılmış doğru sağlık davranışlarının bunları önlemekte ciddi bir önem kazandığından yola çıkılarak Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği "Sağlığı Geliştiren Okullar" projesi uygulanmaya başladı.

Türk Dişhekimleri Birliği'nin girişimiyle İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Toplum Ağız Diş Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Prof.Dr. İnci Oktay'ın danışmanlığında KKTC'de başlatılan proje ilk etapta birinci sınıf öğrencilerine uygulanıyor. İlk ve orta öğretimde kişilik olarak, sosyal olarak, davranış olarak



değişime uğrayan çocukların sağlık açısından da doğru davranış biçimini kazanabilecekleri düşünülüyor. Bu nedenle dişhekimlerinin dışarıdan desteğiyle gerekli bilgiler okul eğitim programına uygun olarak öğretmenlere veriliyor. Öğretmenler de bunu bir yıla yayarak öğrencilere aktarıyor.

Projeye destek için çeşitli eğitim materyalleri de hazırlandı.

Öğretmen ve dişhekimli eğitimleri başladı

Proje kapsamında 14 Eylül 2006 sabah KKTC Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve KKTC TDO'nun organizasyonu ile düzenlenen toplantıda Prof.Dr. İnci Oktay Sağlık Geliştiren Okullar Projesi'ni KKTC'li öğretmen ve dişhekimlerine anlattı. Etkinliği kanıtlanmış ve verimli sonuç alınmış bir uygulama olan projenin, eğitim materyallerinin Hayat Bilgisi eğitim planına uygun olarak az bilgiden çok bilgiye doğru planlandığı-

nı belirtti ve öğretmenlerden eğitimci gözüyle değerlendirmelerini istedi. Katılan öğretmenler çalışmanın yeterli olduğu yönünde görüş bildirdiler. Yaz dönemi nedeniyle öğretmen katılımının az olduğu gözlemlendi.

Aynı gün öğleden sonra KKTC Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı yetkilileri, proje uygulayıcılarından Kevser Üstün, proje sorumlusu Prof.Dr. İnci Oktay, TDB başkanı Celal Yıldırım'ın da katıldığı bir toplantı yapıldı. Toplantıda, yapılan öğretmen eğitimi ve çalışma programı değerlendirildi. Okullar açıldıktan sonra öğretmenlerin motivasyon eğitiminin ve örnekleme yöntemiyle seçilen 200 kadar kontrol gurubu öğrencilerinin ilk ağız durum tespitlerinin yapılması kararlaştırıldı.

15 Eylül 2006 günü sabah projeye katılacak dişhekimleri, projede uygulanacak aşamaları önce teorik olarak sonra da öğrenciler üzerinde durum tespit formlarını doldurarak eğitim aldılar.

Durum tespit formlarında DMF, gingival indeks ve plak indeksleri işaretlendi. Dişhekimlerinin yoğun ilgi ve heyecanı projenin başarısı için umut verdi.

16 Ekim 2006 günü Lefkoşe'de KKTC'li daha önce eğitim alan altı dişhekimleri tarafından kalibrasyon çalışması yapıldı. Bu arada eş zamanlı olarak Prof.Dr. İnci Oktay ve Dişhekimleri Kevser Üstün ve onlarla birlikte görev yapan KKTC'li dişhekimleri Hüseyin Bıçak, Fırat Gülseven, Ahmet Çobanoğlu, Pertev Günday, İbrahim Boral, Zihni Özergün sorumluluğunda iki ekip oluşturularak örnekleme yöntemiyle seçilmiş ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinin ilk kontrol muayeneleri yapıldı.

Aynı gün öğleden sonra öğretmenlerin eğitimi yapıldı. Tüm KKTC'den 84 birinci sınıf öğretmenin katıldığı eğitimde öğretmenler proje hakkında olumlu görüş belirttiler.

17 Ekim 2006 sabah diğer çevre illerdeki öğrencilerin de aynı ekip tarafından durum tespitleri yapıldı.



Birinci sınıf öğrencileri çalışma sırasında ağız diş sağlığını böyle gülümsemeyle resmettiler.

Sağlık Bakanlığı'yla hizmet maliyetleri üzerine görüşüldü

TDB yetkilileri 6 Ekim 2006 günü Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle biraraya gelerek ağız diş sağlığı hizmetlerinin maliyetleri üzerine bir çalışma yaptılar. TDB'nin maliyet analizi çalışmalarının da sunulduğu toplantı süreci devam edecek.

TDB yetkilileri 6 Ekim 2006 günü Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle bir toplantı yaparak ağız diş sağlığı hizmetlerinin muayenehanelerden de alınmasına yönelik TDB'nin çalışmalarını sundular.

Toplantıda TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım ve TDB Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu Çalışma Grubu üyesi Hüseyin Eminoğlu'nun yanı sıra Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Ahmet Büyükkapınar, Sağlık Bakanlığı'ndan Nuri Şaşmaz, Önder Ünkaracalar, Tuna İlbars, Gülben Ceran, Gül Cermal Oflaz, Şükran Bilgin, Cavidan Gü-

ner ve Bakanlığın hukuk danışmanı Mustafa Uluer yer aldı.

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım diş hekimliği hizmetlerinin nasıl verilmesi gerektiği konusunda yaptığı sunumda yaklaşık dört yıldır süren maliyet analiziyle ilgili çalışmalardan rakamlar sundu. Değişik yaş gruplarında hizmetlerin alınmasının mali boyutunun ne olacağı, bunlarda bazı kısıtlamalar yapıldığı zaman ne olacağına yönelik yaklaşık 45 dakika süren bir sunum yapıldı.

Sunum sonrası Sağlık Bakanlığı'nın da maliyet analizlerine yönelik bir çalışmaya başladığı öğrenildi. Sağlık Bakanlığının böyle bir çalışma yapması TDB

yetkilileri tarafından olumlu bulundu. Hizmetlerin dışarıdan satın alınmasındaki gerçek rakamların belirlenmesi açısından bunun olumlu olacağı belirtildi ve önümüzdeki günlerde her iki çalışmadaki temel kriterler üzerinde yeniden birlikte bir çalışma yapılması kararlaştırıldı. Tedavi kalemlerinin zamanlaması konusunda TDB'nin tespitleriyle Bakanlığın tespitleri karşılaştırılacak. Tedavi kalemlerinde kullanılan materyallerin miktarları konusunda çalışma yapılacaktır. Daha sonra 2 Kasım'da yeni bir toplantı yapılarak yapılan çalışmalar değerlendirilecek.

Bütçede sağlık harcamalarının ödeneği bitti

Bu yıl bütçenin en hızlı büyüyen harcama kalemi olan sağlık harcamalarına ayrılan ödenek, yeşil kart harcamalarının tahminlerin üzerine çıkması nedeniyle Eylül'de bitti.

Maliye Bakanlığının verilerine göre, bu yılın tümü için toplam 4 milyar 55 milyon YTL ödenek ayrılan sağlık harcamaları, Ocak-Eylül döneminde 4 milyar 85 milyon YTL'ye kadar yükseldi. Geçen yılın aynı dönemine göre % 60 oranında artan sağlık harcamaları Eylül sonunda yılın tümü için ayrılan ödeneğin 30 milyon YTL üzerine çıktı. Dolayısıyla yılın kalan üç ayındaki sağlık harcamaları ödenek üstü harcama olacak.

IMF, bu yıl sağlık harcamalarının bütçe ödeneğinin 1.4 milyar YTL üzerine çıkacağını öngörerek hükümetten mayıs ayında önlem almasını istemişti. Söz konusu önlemler stand-by anlaşmasının birlikte tamamlanan üçüncü ve dördüncü gözden geçirmelerinin onaylanması için ön koşul olarak da getirilmişti. Sağlık harcamalarının tahminleri aşmasında yeşil kartla ilgili harcamalar belir-



Hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan yurttaşların yararlandığı Yeşil Kart harcamaları bu yıl % 102 oranında arttı.

leyici oldu. Bütçeye yılın tümü için toplam 1.6 milyar YTL'lik yeşil kart ödeneği konulmuştu. Ancak yılın ilk dokuz aylık döneminde yeşil kartlılar için yapılan ödemeler % 102 oranında artarak 2 milyar 403 milyon YTL'ye yükseldi. İlk dokuz ayda ödeneğin 803 milyon YTL üzerinde yeşil kart ödemesi yapıldı.

Hükümetin IMF'nin isteğiyle sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik olarak aldığı tasarruf önlemlerinin ise özellikle ilaç harcamalarında önemli bir tasarruf sağladığı belirlendi. Bu yıl yapılan ilaç

ödemeleri geçen yılın aynı dönemine göre yüzde 7.37 oranında azalarak 565 milyon YTL'ye geriledi. Geçen yıl aynı dönemde bu tutar 609 milyon YTL olarak gerçekleşmişti.

Tedavi ve sağlık malzemesi alımlarıyla ilgili harcamalardaki yüksek artış ise devam etti. Ocak-Eylül döneminde % 48 oranında artan tedavi ve sağlık malzemesi giderleri 1 milyar 117 milyon YTL'ye ulaştı. Söz konusu harcama için ayrılan ödeneğin yüzde 88'i yılın geride kalan dokuz aylık döneminde kullanıldı.

Bu arada geçen yıl Ocak-Eylül döneminde yüzde 2.3 olan sağlık giderlerinin bütçe harcamaları içerisindeki payı bir puana yakın artarak bu yıl yüzde 3.2'ye yükseldi.

Bütçeden ayda ortalama 450 milyon YTL'lik sağlık harcaması gerçekleştiriliyor. Bu nedenle de Ekim-Aralık döneminde toplam 1.4 milyar YTL'lik bir sağlık harcaması daha yapılması ve dolayısıyla ödeneğin bu ölçüde aşılabileceği hesaplanıyor.

1 Temmuz Genelgesinin yürütmesi durduruldu

Maliye Bakanlığı'nın 1 Temmuz tarihinde yayımladığı tasarruf genelgesi sağlık örgütlerinden ve kamuoyundan tepki görmüştü. Danıştay, Maliye Bakanlığı'nın, "ayakta tedaviye vaka başına ücret ödeme" uygulaması getiren "Tedavi Yardımları Uygulama Tebliği"nin yürütmesini durdurdu.

Danıştay, Maliye Bakanlığı'nın, "ayakta tedaviye vaka başına ücret ödeme" uygulaması getiren "Tedavi Yardımları Uygulama Tebliği"nin yürütmesini durdurdu. Tebliğe göre, birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar için (diş ve 112 acil sağlık hizmetleri hariç) farklı tutarda, vaka başına ödemede bulunulması öngörülüyordu. Vaka başına ödeme,

resmi sağlık kuruluşlarında 11 YTL, özel sağlık kuruluşlarında ise 13.2 YTL olarak hesaplanmıştı. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi durumunda ise vaka başına ödeme 5 YTL olarak öngörülüyordu.

Maliye Bakanlığınca 1 Temmuz 2006 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Tedavi Yardımları Uygulama Tebliğinin iptali ve yürütmesinin durdurulması iste-

miyle açılan davanın ilk aşaması sonuçlandı.

Dava, iki dairenin de görev alanına girdiği için Danıştay 11 ve 5. Dairelerinin ortak heyeti, yürütmenin durdurulması istemini karara bağladı.

Ortak heyet, tebliğin yürütmesini durdurdu. Davalı Maliye Bakanlığı karara itiraz ederse, itirazı Danıştay İdari Dava Daireleri görüşecek.

Tıp merkezleri ve tıp poliklinikleri yeniden tanımlandı

Sağlık Bakanlığı'nın "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliği" Resmi Gazete'de yayımlandı.

Yönetmeliğe göre, tıp merkezleri "Asgari olarak bünyesinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren ve bünyelerindeki bu uzmanlardan iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından bir kadrolu hekim ile kadın hastalıkları ve doğum veya genel cerrahi tıp dallarında bir kadrolu hekim olmak üzere en az iki kadrolu uzman hekim çalıştıran, ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi ile sürekli ve düzenli olarak gelişmiş donanım ve personel desteği ile 24 saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır" diye tanımlandı.

Daha önce, "Tıp dallarında yalnızca birinde, o daldan en az iki uzman hekimin bulunduğu, gelişmiş donanım ve personel desteği ile düzenli olarak



Yeni yönetmeliğe göre tıp merkezleri en az dört uzmanlık dalında faaliyet göstermek zorunda. Merkezlerde ayrıca en az bir diş ünitesi ve dişhekimisi bulundurulması da zorunlu.

ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır" diye tanımlanan özel dal merkezleri "Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tabi tutulanlara veya bir organ veya grubu hastalara yönelik hizmet vermek üzere, biri kadrolu olmak kaydıyla ilgili uzmanlık dalında en az iki uzman hekimin görev yaptığı gelişmiş donanım ve personel desteği ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır" diye tanımlandı.

nım ve personel desteği ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır" biçiminde değiştirildi.

Tıp polikliniklerine iki hekim şartı

Polikliniklerin en az iki hekim tarafından hizmet vermesini öngören yönetmelikte acil ünitesinde acil girişim odası bulundurulması zorunluluğu kaldırıldı.

Merkezlerde ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi bulunması gerektiği ifade edilen yönetmeliğe göre, bundan böyle Bakanlık tarafından ruhsatlı bir tıbbi tahlil ve radyoloji laboratuvarı bulundurulması zorunluluğu ortadan kalkarken, tıbbi tahlil ve radyoloji hizmetlerinin Bakanlık tarafından ruhsatlı laboratuvarlardan hizmet sözleşmesi ile temin edilebileceği kaydedildi.

Bilinçli tüketici

BUNLARI BİLİYOR MUYDUNUZ?

- İthal sanayi mallarının Türkçe tanıtım ve kullanım kılavuzları ile satılmasının zorunlu olduğunu BİLİYOR MUYDUNUZ?

Mesleki Sorumluluk Sigortası

Genel Şartları belirlendi

“Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları-Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu” Resmi Gazete’nin 21 Eylül 2006 tarihli sayısında yayımlandı. 16 Mart 2006 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan “Sorumluluk Sigortası Genel Şartları”na bağlı olarak verilen bu kloz ile sigortacı, sözleşmedeki şartlara tabi olmak kaydı ile sigortalının poliçede konusu belirlenmiş mesleki faaliyeti ifa ederken neden olduğu zarar dolayısıyla ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminat tutarları ile kararlaştırılmış yargılama giderleri ve mahkeme masraflarını poliçede yazılı limitler dahilinde temin edebilecek. Sigortalının, teminat verdiği dönem içinde karşılaştığı tüm taleplerle ilgili sorumluluğu poliçede belirtilen tazminat limitini aşamayacak.

Hekimlerden herhangi bir mesleki kuşur nedeniyle talep edilecek manevi taz-

minatlar, “hekim mesleki sorumluluk sigortası”ndan karşılanabilecek. Buna göre, her tür manevi tazminat talepleri, poliçede belirlenen teminat limitlerinin içinde kalmak ve bu teminat limitinin en fazla yüzde 50’si ile sınırlı olmak kaydıyla teminat kapsamında olacak. Hekimler, ek sözleşme yaparlarsa idari ve adli para cezaları dahil her tür cezalar, deney ve araştırmalardan doğan tazminat taleplerini de teminat altına alabilecekler. Tebliğe göre, sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları ve etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri teminat dışında kalacak. Ruhsatlı bir sağlık kurumunda acil haller hariç, yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece, diş hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat talepleri de

kapsam dışında olacak.

Hekimler için çıkarılan mesleki sorumluluk sigortasına temel teşkil eden mesleki sorumluluk sigortasına göre ise idari-adli para cezaları aksine sözleşme yoksa teminat dışında kalacak.

Sözleşmede düzenlenmemişse her tür patent, telif hakkı ile ticaret unvanı, marka ve benzeri fikrî mülkiyet hak ihallerinden kaynaklanan tazminat talepleri, teminat kapsamı dışında sayılacak. Sigortalının mesleki faaliyeti ifası sırasında anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarına karşı sorumluluğundan doğan tazminat talepleri, her türlü çevre kirliliğinden doğrudan veya dolaylı olarak doğan sorumluluklar nedeniyle yapılan tazminat talepleri ile bir sözleşmenin ifasına veya özel bir anlaşmaya dayanıp, sigortalının yasal sorumluluk ölçüsünü aşan her tür talepleri de teminat dışında olacak.

MALATYA & G.ANTEP & K.MARAŞ & KAYSERİ & MERSİN DOKTOR HEKİMLER ODALARINCA

ORTAKLAŞA DÜZENLENEN **11-12 KASIM 2006** TARİHİNDE YAPILACAK

MALATYA 5. BİLİMSEL SEMPOZYUM PROGRAMI

11 KASIM 2006 CUMARTESİ

09:00 - 10:00	AÇILIŞ VE KAYIT
10:00 - 10:45	• Prof Dr Güven KÜLEKÇİ Dişhekimliğinde Enfeksiyon Kontrolü Nasıl Olmalı
10:45 - 11:00	Ara
11:00 - 11:45	• Doç. Dr. Yaşar ÖZKAN İmplant Cerrahisinde Endikasyonlar ve Uygulama Sonuçları
12:00 - 13:30	Öle Yeme i
13:30 - 14:15	• Prof. Dr. Yegane GÜVEN Dişhekimleri Hangi Laboratuvar Testini Nasıl Yorumlamalı
14:15 - 14:30	Ara
14:30 - 15:15	• Prof. Dr. Korkut DEMİREL Periodontolojide Başlangıç Tedavisi
15:15 - 15:30	Ara
15:30 - 16:15	• Prof. Dr. Korkut DEMİREL Periodontolojide Estetik Temeller
19:30	Akşam Yeme i

12 KASIM 2006 PAZAR

09:00 - 09:45	• Prof. Faruk HAZNEDAROĞLU Endodontide Tedavi Sırasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
09:45 - 10:00	Ara
10:00 - 10:45	• Prof. Faruk HAZNEDAROĞLU Endodontide Tedavi Sırasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
10:45 - 11:00	Ara
11:00 - 11:45	• Prof. Dr. Yegane GÜVEN Çocuklarda Beslenme ve Çürük İlişkisi
12:00 - 13:30	Öle Yeme i
13:30 - 14:15	• Prof Dr Güven KÜLEKÇİ Dişhekimliğinde Otoklav Seçimi
14:15 - 14:30	Ara
14:30 - 15:15	• Doç. Dr. Yaşar ÖZKAN İmplantolojide İleri Cerrahi Teknikler
15:15 - 15:30	Ara
15:30 - 16:15	• Doç. Dr. Muzaffer ATEŞ Dişhekimliğinde Hipnoz
16:20	KAPANIŞ

Avrupa Sosyal Şartı'na Türkiye'den çekince

Avrupa Konseyi'nin 30 yılda geliştirdiği 'Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı Sözleşmesi', sosyal refahla ilgili dört önemli ilkesine 'çekince' konularak TBMM Genel Kurulu'ndan geçti. Hükümet, 'asgari ücreti artırır' korkusu ile "çalışanların ailelerine iyi bir yaşam düzeyi" ile "örgütlenme ve toplu pazarlık hakkı" konularında taahhüt altına girmeyerek, bu maddelere çekince koydu. Sözleşmenin en temel unsurlarının Türkiye tarafından kabul edilmediğini belirten muhalefet sözcüleri, hükümeti AB sürecinde samimiyetsiz davranmakla suçladılar.

TBMM Genel Kurulu'nda çocuklarla ilgili hükmüne konulan çekince kaldırılan sözleşme ile ilgili görüşmelerde hükümet, 18 yaşın altındaki çocuklara yılda en az dört haftalık ücretli izin hakkını son dakikada kabul etti.

Çalışma Bakanı Murat Başesgioğlu, "Biz bu hakların hiçbirine karşı değiliz. Ama bugün ülkemizin durumu budur. Ancak bu şartlar dahilinde bu sözleşmeyi imzalayabiliyoruz. Ben de isterim asgari ücret en yüksek seviyeye çıksın. Ama asgari ücreti sadece kamu vermiyor. Bu neticede işsizliği körükleyebilir veya işletme kayıt dışına kaçır" dedi.

Konfederasyonlara göre, sözleşmedeki çekinceler olmasaydı, çalışanlar "ailelerine iyi bir yaşam düzeyi" ilkesinden hareketle asgari ücretin dört katına kadar artırılmasını talep edebilecekti.

Türkiye'nin kabul etmediği taahhütler:

- Tüm sektörlerdeki yetişkinlere en az dört hafta yıllık ücretli izin
- Çalışanların kendilerine ve ailelerine iyi bir yaşam düzeyi sağlayacak ücret hakkı
- Çalışan ve işverene ekonomik sosyal çıkarlarını korumak için örgütlere üye olma özgürlüğünün sağlanması
- Toplu pazarlık hakkının etkili bir biçimde kullanılması ve isteğe bağlı hakemlik sisteminin kurulması
- Grev hakkı dahil, toplu eylem hakkının tanınması

Kabul edilen bazı taahhütler:

- Fazla mesai karşılığında zamlı ücret hakkının uygulanması
- Haftalık çalışma süresinin aşamalı ola-

rak azaltılması

- Tehlikeli ve sağlığa zararlı işlerdeki risklerin kaldırılması, gece çalışan için önlem alınması

- Çocukların sağlık, ahlak ve eğitimleri için zararlı olmayacak hafif işlerde çalıştırılması

- Asgari çalışma yaşının 15 olması
- Emzirme döneminde annelere, yeterli bir süre işe ara verme hakkı sağlanması
- Engellilere de teknik ve mesleki eğitim olanağı.
- Cinsiyete dayalı ayırım yapılmaksızın fırsat eşitliği ve eşit muamele

Uluslararası sendikal haklar hukuku uzmanı Prof. Dr. Mesut Gülmez, sözleşmenin Avrupa Konseyi'nin en önemli insan hakları belgelerinden biri olduğuna işaret etti. Anayasa'nın 90. maddesine göre sözleşmenin ulusal hukuka üstün tutularak öncelikle ve doğrudan uygulanacağını belirten Gülmez, Türkiye'deki çekince oranının AB ortalamasının altında kaldığını, ancak Türkiye'de sendikal haklara çekince konduğunu vurguladı.



Gülmez, şu değerlendirmeyi yaptı:

"İlerleme raporlarında 1999'dan beri, 5. ve 6. maddelere konulan çekincelerin kaldırılmadığı yinelenerek, haklı eleştiriler yapıldı. Kanımca, bu maddelere çekince konulması son derece anlamsız. Çünkü Türkiye, sendikal hakları daha ayrıntılı güvenceye bağlayan ILO sözleşmeleri ile zaten yükümlülük üstlenmiştir. Çekinceler, yüksek düzeydeki onay oranının değerini azaltıyor. Çünkü sendikal haklar, tüm öteki sosyal haklardan eksiksiz yararlanmanın da en temel aracı. Tüm sendikal haklar tüm çalışanlara tam olarak tanınmıyorsa, sözleşmedeki sosyal hakları kullanmak da olanaksızlaşır. 25 AB üyesinden yalnızca Yunanistan bu maddelere çekince koymuştur. Bir de, AB üyesi olmayan, ama Avrupa Konseyi üyesi olan Andora, 6. maddeye çekince koymuştur. Çekinceler üyelik sürecinde ciddi sorun olur."

Avrupa Sosyal Şartı nedir?

Avrupa Sosyal Şartı, sivil ve siyasal haklara yer veren İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi'nin ekonomik ve sosyal alandaki uzantısı durumunda. 1961 yılında imzalanan ilk Avrupa Sosyal Şartı, 1965 yılında yürürlüğe girdi. Avrupa Sosyal Şartı, sendikalaşma, toplu pazarlık, grev ve çalışma hakkı dahil 19 sosyal hakkı güvence altına alıyor. 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'nın eksikliklerini gideren ve sosyal hakları kapsamlı bir biçimde güvence altına alan Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı ise 1996'da imzaya açıldı ve 1999'da yürürlüğe girdi. Halen her iki Sosyal Şart da yü-

rürlükte.

Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı, Çalışma Hakkı, Adil Çalışma Koşulları Hakkı, Adil Ücret Hakkı, Örgütlenme (sendikalaşma) Hakkı, Toplu pazarlık hakkı (grev dahil), Çocuklar ve Gençlerin Korunması Hakkı, Çalışan Kadınların Analığının Korunması Hakkı, Sağlığın Korunması Hakkı, Sosyal Güvenlik Hakkı, Çocukların ve Gençlerin Korunma Hakkı, Yaşlıların Sosyal Korunma Hakkı, İş Güvencesi Hakkı ve Konut hakkı gibi çok sayıda ekonomik, sosyal ve sendikal hakkı güvence altına alan bir uluslararası sözleşme.

AÇBİD kuruldu

Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği (AÇBİD) kuruldu. AÇBİD 1. Uluslararası Bilimsel Toplantı ve Sergisini 16-20 Mayıs 2007 tarihleri arasında Antalya Kundu'da IC Green Palace'da gerçekleştirecek.

Yurt çapında birçok akademisyen bir araya gelerek Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği'ni (AÇBİD) kurdular. AÇBİD'in kuruluş amaçları; Mesleki Eğitim standartlarını yükseltmek amacıyla Board Sistemini uygulamak, ağız ve çene-yüz bölgesi ile komşu alanlara ait hastalıklar ve cerrahileri konularında dişhekimlerinin daha iyi eğitilmelerini, yurtiçi ve dışındaki kurs ile benzeri bilimsel çalışmalara katılmalarını, araştırma yapmalarını sağlamak ve bu amaçla burs vermek

Yoğun bir ilgi gören AÇBİD bilimsel toplantılarının birincisi, 22-24 Eylül 2006 tarihlerinde, Ortognatik Cerrahi ve Distraksiyon Osteogenezisi ana konusu ile, Marmara Üniversitesi



Dişhekimliği Fakültesi'nin Nişantaşı kampüsünde gerçekleştirdi. Toplantıya, yurt çapındaki birçok akademisyen katılarak, canlı cerrahi uygulamalar ve panellerin yanında, Japonya'dan Profesör Dr. Tetsu Takahashi'nin

katılımıyla Hands-on kurs düzenlendi.

AÇBİD, 16-20 Mayıs 2007 tarihlerinde de Antalya'da ilk uluslararası kongresini gerçekleştirecek. Bu kongrenin katılımcıları arasında da çok sayıda yerli ve yabancı konuşması olacağı bildirildi. Uluslararası konuşmacılar arasında Uluslararası Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Başkanı, çeşitli SCI kapsamındaki dergilerin editörleri, dental implantlar, yüz deformiteleri ve estetiği konusunda dünyanın en önemli isimleri yer almaktadır.

Dernek hakkında ayrıntılı bilgi, üyelik başvuruları ve kongre kayıtları için gerekli bilgilere, www.acbid.org/ dan ulaşılabilir.

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı Yönetmeliğinde değişiklik yapıldı

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinde yapılan değişiklik 26 Eylül 2006 tarih ve 26301 sayılı Resmi Gazete'de yayımlandı.

Yeni düzenlenen yönetmeliğin üçüncü maddesine göre tedavi ve yol giderlerinden yararlanacak olanlar resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, tedavi amacıyla, özel sağlık kurumlarına sevk edilebilecek.

Hangi özel sağlık kurumlarına doğru-

dan sevk yapılabileceği, hangi tür tedaviler için hasta gönderileceği hususları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar, özel sağlık kurumlarında aranacak tıbbi donanım ve teknik özellikler, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığınca müştereken tespit edilecek.

Özel sağlık kurumlarında yapılacak paket tedavi uygulamaları ve bunlara ilişkin fiyatlandırma işlemleri ile ilgili olarak özel sağlık kurumları ile Maliye Bakanlığı arasında anlaşma yapılabilecek.

Kurumlarca, özel sağlık kurumlarına yapılacak ödemeler, resmi sağlık kurumları için tespit edilen birim fiyatlarını geçemeyecek.

Yurt İçinde Tedavinin Yapılacağı Resmi veya Özel Sağlık Kurumları ile Kuruluşları Yönetmeliğin 6. maddesinde şöyle tanımlanıyor:

Genel ve katma bütçeli dairelere, kamu iktisadî teşebbüslerine, özel idarelere ve belediyelere, Tıp Fakültelerine bağlı yataklı ve yataksız tedavi kurumlarına "resmî sağlık kurumu", hükümet, sağlık ocağı, belediye ve kurum tabipliklerine de "resmî sağlık kuruluşu" denir.

Gerçek veya tüzel kişiler tarafından kurulmuş yataklı veya yataksız tedavi kurumları ile tedavi amacıyla hasta kabul eden ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca işletme müsaadesi verilmiş bulunan içmece ve kaplıcalar "özel sağlık kurumu", serbest tabiplikler "özel sağlık kuruluşu" sayılır.

Bilinçli tüketici

BUNLARI BİLİYOR MUYDUNUZ?

- Tüketicinin, garanti süresi içinde sık sık arızalanan bir malın ücretsiz olarak yenisi ile değiştirilmesine hakkı olduğunu BİLİYOR MUYDUNUZ?

"Yapılacaksa merkeze yapılınsın"



Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayi Kartöz

Isparta'da yeni bir ağız diş sağlığı merkezi açılacağı haberi üzerine bir açıklama yapan Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayi Kartöz şehirde varolan özel ve kamu dişhekimlerinin ihtiyacı karşılamaya yettiğini belirtti. Kartöz, Isparta İl Sağlık Müdürü Dr. Levent Yılmaz'ın geçtiğimiz günlerde basında yer alan ve Isparta'ya Ağız ve

Isparta'da yeni bir ağız diş sağlığı merkezi açılacağı haberi üzerine bir açıklama yapan Isparta Dişhekimleri Odası Başkanı Hüdayi Kartöz şehirde varolan özel ve kamu dişhekimlerinin ihtiyacı karşılamaya yettiğini belirtti.

Diş Sağlığı Merkezi yapılacağına ilişkin açıklamaları üzerine 10 Ekim 2006 günü bir basın toplantısı düzenledi. Sağlık çalışanlarını ve dişhekimlerini ilgilendiren bir konuda İl Sağlık Müdürü Dr. Levent Yılmaz'ın açıklaması üzerine kendisinden randevu istediklerini ancak aradan geçen 10 günde taleplerine yanıt alamadıklarını aktaran Kartöz, Isparta'nın önemli bir sağlık şehri olduğunu ve ağız ve diş sağlığında da çok iyi bir konumda olduğunu ifade etti. Başkan Hüdayi Kartöz, Isparta'da şu anda 80 muayenehane bulunduğunu bunun yanı sıra Devlet Hastanesi, Güllent Devlet Hastanesi ve SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde de diş ünitelerinin bulunduğunu ve özellikle de Devlet Hastanesi diş ünitesinin 14 dişhekimiyile çok sayıda vatandaşa randevusuz hiz-

met verdiğini belirterek, bu ünitenin desteklenmesinin daha doğru olacağını belirtti. Ağız ve diş sağlığı merkezinin Isparta için acil bir ihtiyaç olmadığına dikkat çeken Başkan Hüdayi Kartöz, ille de bir ağız ve diş sağlığı merkezi yapılacaksa Vatan Mahallesi'ne değil Devlet Hastanesi, Doğumevi Hastanesi civarına yapılmasının vatandaşın ulaşım imkanı açısından daha doğru olacağını ifade etti. Çağdaş devlet anlayışında 'Biz yaptık oldu' tarzının doğru olmadığını ve bu tür adımlarda kamuoyunu bilgilendirmek ve ikna etmek gerektiğini söyleyen Kartöz, Vali, Milletvekilleri ve iktidar partisi il başkanına seslenerek, bir yatırım yapılacaksa en iyi şekilde değerlendirilip, doğru karar verilerek yapılması gerektiğini sözlerine ekledi.



Edirne'de aile hekimliğine karşı miting

Edirne'nin Aile Hekimliği uygulamasında pilot il olmasından dolayı kurulan, Edirne Dişhekimleri Odası (EDO)'nunda içinde bulunduğu Aile Hekimliği Uygulamasına Karşı Platform 16 Eylül 2006 tarihinde ilk mitingini gerçekleştirdi. Edirne Mimar Sinan Devlet Hastanesi bahçesinden başlayarak 1.5 kilometrelik yürüyüşün ardından Atatürk Heykelinde sona erdi. Yolda çok sayıda vatandaşımızın katılımıyla sayı 1000 kişiyi buldu. Atatürk Heykelinde SES Genel Başkan Yardımcısının konuşmasının ardından Platforma katılan odalar, sivil toplum kuruluşları ve partiler adına basın açıklamasını Edirne Tabip Odası Başkanı Dr. Mehmet Akbal yaptı.

anılarınızı bizimle paylaşır mısınız?

Türkiye'de bilimsel dişhekimliğinin 100. yılı nedeniyle TDB ve İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi tarafından geniş kapsamlı bir arşiv tarama çalışması yürütülmektedir.

Bu çalışmaya katkı sağlayabilecek her türlü belge, fotoğraf, resim, yazı ya da anıya ihtiyacımız var.

Arşivinizdeki bilgilerin genel hazinemizde de yer almasını isterseniz

lütfen TDB'yi (0.312.435 93 94)

ve İÜDF'ni (0.212.414 25 65) arayıp

arşiv çalışmasına katkıda bulunmak istediğinizi belirtin.

NOT: Belgelerinizin dijital kopyaları alındıktan sonra orijinali en kısa süre içerisinde size geri verilecektir.

Türk Dişhekimleri Birliği

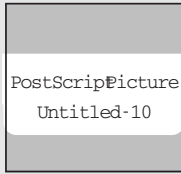
11.Olağan Genel Kurulu

Türk Dişhekimleri Birliği 11. Olağan Genel Kurulu 3-4-5 Kasım 2006 tarihlerinde Ankara Büyük Anadolu Oteli'nde toplanacak. Gündemini aşağıda sunduğumuz Genel Kurul'da TDB'ye bağlı 32 dişhekim odasından gelen delegeler TDB'nin önümüzdeki iki yılını şekillendirecek olan politikaları saptayacak ve yeni dönemde TDB organlarında görev alacak isimleri seçecek.

gündem

CUMA - CUMARTESİ

1. Açılış, saygı duruşu ve İstiklal Marşı,
2. Divan seçimi,
3. Merkez Yönetim Kurulu adına Genel Başkanın konuşması,
4. Konukların konuşmaları,
5. Komisyonların oluşturulması,
6. Çalışma, Mali ve Denetleme Kurulu raporlarının okunması ve görüşülmesi,
7. Raporların aklanması,
8. Yeni dönem tahmini bütçesinin okunması ve karara bağlanması,
9. Üye aidatlarının, kayıt ücretlerinin yıllık miktarı, ödenme şekli ve zamanının belirlenmesi,
10. Birlik organlarında görev alacaklara verilecek ödeneklerin tespiti,
11. Yönetmelikler ve değişiklik önerilerinin görüşülmesi ve karara bağlanması,
12. Birlik için gerekli taşınmazların satın alınması, mevcut taşınmazların satılması konusunda Merkez Yönetim Kurulu'na yetki verilmesi,
13. Bütçede fasıllar arası aktarma yapılabilmesi için Merkez Yönetim Kurulu'na yetki verilmesi,
14. Bağlı bulunduğu Odadan ayrılıp, başka bir Odaya bağlanmak isteyen ya da ayrı bir Oda kurmak isteyen illerin durumunun görüşülmesi,
15. Yeni döneme ilişkin dilek ve öneriler,
16. Adayların tespiti ve açıklanması,
 - a. Merkez Yönetim Kurulu
 - b. Yüksek Disiplin Kurulu
 - c. Merkez Denetleme Kurulu



3-4-5 Kasım 2006
Büyük Anadolu Oteli
Ankara

PAZAR:

Seçim
Saat: 09.00 - 17.00



Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu:

'Koruyucu hizmetler ilk kez sosyal güvenlik kapsamında'

Genel Sağlık Sigortası 1 Ocak 2007'de uygulanmaya başlanacak. Ancak hem genel sağlık alanında hem de dişhekimliği alanında hala kafalardaki bazı soru işaretleri yanıtlanmamış değil. GSS sonrasında hizmeti satın alacak kurum Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olacağından bu soruların bir kısmını Bakan Murat Başesgioğlu'na sorduk.

Sosyal Güvenlik Reformu'yla neyi hedefliyorsunuz?

Sosyal Güvenlik Reformu, emeklilikte ve sağlıkta kişilerin çalışma statülerine bağlı olmadan sosyal güvenlik konusunda norm ve standart birliği sağlamayı hedeflemektedir.

Hükümetimiz tarafından Acil Eylem Planı çerçevesinde gerçekleştirilen Sosyal Güvenlik Reformunun üç bileşeni yasalaşmıştır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'ni tek çatı altında birleştiren Kurum Kanunu yürürlüğe girmiştir. Emeklilik ve sağlıkta kişilerin çalışma statülerine bağlı olmaksızın norm birliği sağlamayı hedefleyen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM tarafından kabul edilmiş olup, 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girecektir. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından söz konusu yasaların uygulama çalışmaları hızla sürdürülmektedir.

Sağlık harcamalarının artmasını engellemenin bir yolu da koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık vermek. Bu hizmetlerin sistemdeki yeri yasa da çok net olarak tanımlanmamış gibi duruyor. Bu hizmetlerin sistemdeki yeri ne olmalı sizce?

Genel Sağlık Sigortası düzenlemesi ile Türkiye'de ilk defa koruyucu sağlık hizmetleri sosyal güvenliğin kapsamına alınmıştır. Hatta koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında prim borcu olmama, 30 günlük staj süresi, katılım pa-

Genel Sağlık Sigortası sisteminin getirdiği temel yeniliklerden berisi de kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ayrımın kaldırılarak, bunların eşit rekabet koşulları içerisinde çalıştığı bir finansman yapısının kurulmasını sağlamaktır.

yı gibi uygulamalardan da muaf tutulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaşama geçirilmesi için de Aile Hekimliği uygulaması önem ve öncelik kazanmaktadır. Yasada bu amaçla sağlık hizmetlerinden yararlanmak için Aile Hekimi ilk başvurulacak yer olarak tanımlanmıştır.

Hastalardan katılım payı alınması uygulamasının dar gelirlilerin hizmete ulaşmasını engelleyeceği ifade ediliyor. Buna yönelik bir çözüm sunuluyor mu?

Mevcut Yeşil Kart uygulamasında %20 oranında ilaç katılım payı alınmaktadır. Bu uygulama GSS'de devam edecek olmakla birlikte, bu kişilerin ödediği katılım payının mali durumlarını sıkıntıya sokması halinde herhangi bir sorgula-

maya tabi olmaksızın Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonundan geri alabilmesi imkanı getirilmiştir.

Dişhekimliği hizmetlerinde GSS'den önce hastalar, hizmete ulaşması zor da olsa bütün tedavi kalemlerinden yararlanabiliyordu. GSS'yle birlikte çeşitli kısıtlamalar getirildiği söyleniyor. Bu durum hastalar açısından bir hak kaybına yol açmaz mı?

GSS ile mevcut sağlık hakları korunduğu gibi, koruyucu sağlık hizmetleri ile kapsam daha da genişlemiştir. Kısıtlayıcı tek düzenleme diş protez uygulamalarında 18-45 yaş arası kişilerin kapsam dışında tutulmasıdır. Bunun dışında diş hizmetlerine ilişkin mevcut uygulamaya göre kapsam daraltan bir düzenleme söz konusu değildir. Diş protezleriyle ilgili değişik ülke örneklerimize baktığımızda

Belçika: 50 yaş ve üstünde veya bazı tıbbi durumlar dışında kapsam dışı

Danimarka: Hasta %50 katılım payı ödemeli

Yunanistan: Hasta %25 katılım payı ödemeli

İzlanda: 19-66 yaş arasında kapsam dışı

İtalya: Kapsam dışı

Letonya: Kapsam dışı

Slovakya: Hasta %26 katılım payı ödemeli

Finlandiya: Kapsam dışı

Yasada dişhekimliği hizmetlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınacağı belirtiliyor. Ancak kamuoyunda muayenehanelerden hizmet alınmayacağı yönünde bir söylenti var. Bu konuda durum nedir?

Gerek şahıs adına işletilen dişhekimliği muayenehaneleri gerekse birden fazla dişhekiminin bir araya gelerek şirket altında kurmuş olduğu sağlık işletmeleri kanun kapsamında sağlık hizmeti sunucusu sayılmaktadır. Ancak sevk zinciri bakımından bu yerlerin konumu 2007 yılı hazırlık çalışmaları kapsamında değerlendirilecektir.

Ülkemizde sigortasız çalışmanın ve kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu bir gerçek. Toplanan primlerin sistemin işlemlerini sağlamaya yetmemesi durumunda sağlık hizmetlerinin sürekliliği tehlikeye girer mi? Bu durumda devletin ek bir katkı sağlaması gündeme gelebilir mi?

Genel Sağlık Sigortası finansman bakımından çalışanların tümünü eşit prim oranları ile primli sisteme geçilerek vatandaşlar arasında finansman bakımından hak ve yükümlülüklerde eşitlik sağlanmıştır. Bu amaçla, devlet memurları bugüne kadar sağlık primi ödemezken, sağlık haklarından %12,5 oranında GSS primi ödemek suretiyle yararlanacaklardır. Bağ-Kurlular açısından ise %20 olan sağlık primi, %12,5'e indirilmektedir. SSKlılar açısından ise prim oranı aynı kalmıştır.

Yoksul kişilerin primlerinin ise devlet tarafından ödenmesi ilkesi benimsenmiş, yoksul kesime verilen sağlık hakları çalışanlar ile aynı kapsama getirilmiştir. Örneğin, halen Yeşil Kart kanununda yurtdışında tedavi hakkı yok iken Türkiye'de tedavi edilmeyen hastalıklarda Yeşil Kartlılara da yurtdışında tedavi hakkı verilmiştir.

İlk defa devlet sosyal güvenliğe çalışan ve işveren yanında prim ödemek suretiyle katkı sağlayacaktır. Bu amaçla GSS için %3 oranında devletin prim katkısı



söz konusudur. Bu oran söz konusu %12,5'lik sigorta priminin %25'ini temsil etmektedir.

Kamunun sağlık hizmeti sunmaya devam etmesi gerektiğine göre kamu ile özelin birbirini yok etmediği, birbirini geliştirdiği bir rekabet ortamı nasıl yaratılacak?

Genel Sağlık Sigortası sisteminin getirdiği temel yeniliklerden birisi de kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ayrımın kaldırılarak, bunların eşit rekabet koşulları içerisinde çalıştığı bir finansman yapısının kurulmasını sağlamaktır.

Buna yönelik getirilen düzenlemelerden birisi kişilerin sevk zincirine uymak kaydıyla özel ya da kamu sağlık kurumlarından istediğine gitme konusunda yasal güvencenin sağlanmış olmasıdır. Bir diğer düzenleme de sağlık kurumlarının devletin doğrudan ya da dolaylı olarak sübvansiyon alması durumunda, sübvansiyon alan kurumların fiyat tarifelerinin daha düşük belirlenmesi kuralıdır.

Genel Sağlık Sigortası sağlık harcamalarının artmasına yol açar mı? Özellikle ilaç harcamaları...

Sistemde hakları genişletme yönünde sağlanan iyileştirmeler nedeniyle oluşabilecek harcama artışının kontrolünde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin başarısı büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda başta aile hekimliği ol-

Gerek şahıs adına işletilen dişhekimliği muayenehaneleri gerekse birden fazla

dişhekiminin bir araya gelerek şirket altında kurmuş olduğu sağlık işletmeleri kanun kapsamında sağlık hizmeti sunucusu sayılmaktadır.

Ancak sevk zinciri bakımından bu yerlerin konumu 2007 yılı hazırlık çalışmaları kapsamında değerlendirilecektir.

mak üzere, koruyucu sağlık hizmetlerinin ilk defa sosyal güvenlik kapsamına alınması, başlanması, etkin bir kontrol ve provizyon sisteminin kurulması ile sağlık harcamalarından kontrol sağlanması hedeflenmektedir.

2005 yılı öncesinde SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı tarafından serbest eczanelerden ilaç almında % 2.5 oranında indirim ile ilaç alınabilmiştir. 2001 yılında ilaç kararnamesinde yapılan düzenleme ile ilaç fiyatlarında yaklaşık % 50 oranında sağlanan indirimle birlikte % 2,5 olan indirim oranı da %13'e çıkarılması. Yapılan bu düzenlemeler ile Yeşil Kartlı hastalarda ayaktan tedavi ve ilaç kapsama alınmış, ayrıca 35 milyon SKK'lı kişinin ilaca ulaşım konusundaki engellerin kaldırılması sağlanmıştır.



TDB Başkanlar Konseyi Diyarbakır'da toplandı

TDB Başkanlar Konseyi toplantısı 8-9 Eylül 2006 tarihlerinde Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğiyle Diyarbakır'da gerçekleştirildi. Toplantıda Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması sürecinde kamunun muayenehanelerden ağız diş sağlığı hizmeti alımına ilişkin gelişmeler ele alınarak Türk Dişhekimleri Birliği'nin sunacağı öneriler netleştirildi.

TDB Başkanlar Konseyi toplantısı 8-9 Eylül 2006 tarihlerinde Diyarbakır Dişhekimleri Odası'nın ev sahipliğiyle Diyarbakır'da gerçekleştirildi.

Toplantının açılış konuşmasını yapan Diyarbakır Dişhekimleri Odası Başkanı Muzaffer Saruhan TDB ve Oda başkanlarını Diyarbakır'da ağırlamaktan mutlu olduklarını belirtti. Diyarbakır'ın tarihini ve kültürel özelliklerini anlatan sinevizyon gösteriminin ardından TDB Genel Başkanı Celal Korkut Yıldırım kürsüye geldi. Diyarbakır'ın Türkiye'deki önemini, bu coğrafyanın tarihin beşiği olduğunun altını çizen Yıldırım, ülkenin bugünkü koşullarında çözümün, ülkenin iç dinamiklerinin birlikteliğinden geçtiğini belirtti. Toplantıda ele alınacak konuları da kısaca aktaran Yıldırım, TDB'nin de

önümüzdeki dönemde birliğini korumasının çok büyük bir önem arz ettiğini, bu noktada iki yıl önce yitirdiğimiz Diyarbakır Dişhekimleri Odası eski Başkanı Oğuz Üçok ve kendisinin mücadele yürütme tarzını hatırlamak gerektiğini ifade etti. Konuşmasının ardından Oğuz Üçok'un oğlu Suphi Üçok'u kürsüye davet eden Yıldırım, "babamın meslektaşlarına teşekkür

ediyorum" diyerek kürsüden inen Üçok'a bir hatıra plaketi verdi. Basın mensuplarının soruları yanıtlandıktan sonra toplantı başladı.

TDB Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu Çalışma Grubu adına Muharrem Armutlu dişhekimlerinin TDB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden ve Maliye Bakanlığının Bütçe Uy-





gulama Talimatı üzerinden hizmet alınması durumunda kaç saat çalışmaları halinde ne kadar gelir elde edebileceklerine ilişkin değişik olasılıkları inceleyen bir projeksiyon sundu. Daha sonra oda başkanları söz alarak hizmet almına ilişkin önerilerini sundular.

Tartışmalar öncesinde TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın Eylül ayı başlarında çeşitli illerde sağlık meslek odalarının temsilcilerinin katıldığı toplantılar yaptığını hatırlatarak, bu toplantılarda konuşulanlar hakkında bilgi verdi. Ayrıca bu toplantıların yapıldığı illerin oda başkanları da toplantıların kapsamı ve Akdağ'ın GSS sonrası dişhekimliği hizmetlerinin muayenehanelerden alınmasına ilişkin yaklaşımları hakkında bilgi verdiler. Başkan Yıldırım, TDB'nin bu süreçte Hükümetle tedavi bedellerinin ne olacağı konusunda yapılacak pazarlıklarda bir sendika gibi çalışacağını ve odaların TDB etrafında daha güçlü bir şekilde birleşmelerinin hayati önemde olduğunu da vurguladı.

Hizmet başı ödeme ya da kişi başı ödeme sistemlerinden hangisinin daha uygun olacağı, sistemlerin açık noktalarının nereleri olduğu oda başkanlarının katkılarıyla tartışıldı. Sistemle sözleşme yapmayan dişhekimlerinin acil diş-



İki yıl önce yitirdiğimiz TDB 1. Dönem MYK üyesi ve Diyarbakır Dişhekimleri Odası kurucusu Oğuz Üçok'un oğlu Suphi Üçok'a TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım tarafından bir hatıra plaketi verildi.

hekimliği hizmetleri vermelerinin mümkün olduğu sistemde acil dişhekimliği hizmetlerinin hangilerinin olması gerektiği de görüldü.

Muayenehanelerden hizmet satın alınmasıyla ilgili tartışmalar, konunun önemi ve tartışılacak detayların çokluğu nedeniyle ikinci güne sarktı. Burada provizyon sisteminin kurulumuyla ilgili yapılacaklar, sistemle sözleşme yapmayan dişhekimlerinin durumu, koruyucu hizmetlerinin nasıl tanımlanması

gerektiği gibi konular ele alındı. Daha sonra Türk Dişhekimleri Birliği Yönetmeliğinde yapılacak düzenlemeler madde madde ele alınarak Genel Kurul'a sunulacak hale getirildi.

Odaların faaliyetleri sırasında ortaya çıkan çeşitli sorunlar da geneli ilgilendirmesi açısından gündeme getirildi. Bu bağlamda özel hastane ya da ağız diş sağlığı merkezlerinden çalışan dişhekimlerinin ayrıca muayenehane de açmak istemeleri de tartışıldı.



Diyarbakır Dişhekimleri Odası Başkanı Muzaffer Saruhan:

'Başkanlar Konseyi'ni ağırlamaktan mutlu olduk'

TBD Başkanlar Konseyi Toplantısının şehrimizde yapılmasından mutluluk duyduğumu belirtmek isterim. Toplantının en önemli gündem maddesi 2007 yılı Ocak ayından itibaren yürürlüğe girecek olan Genel Sağlık Sigortası kapsamında muayenehanelerden hizmet alınma yönelik çalışmalarıdır. Toplantı gayet olumlu bir hava içinde geçti. Toplantının Diyarbakır'da yapılmasından

faydalanarak bölgemizi ve kendimizi gelen misafirlere anlatma ve tanıtmaya fırsatı bulduk. Toplantının ilk gün yorgunluğunu tarihi Kervansaray Oteli'nde mahalli müzikler eşliğinde halaylar çekerek üzerimizden atmaya çalıştık. İkinci gün ise Diyarbakır şehir turunu takiben tarihi Gazi Köşkü'ndeki akşam yemeğiyle noktalandık.

Pazar sabahı erkenden Diyarbakır'dan start alarak sular altında kalması an meselesi olan tarihi yerleşim yeri Hasankeyf ilçesinde mola verdik. Devamında gümüş-

çülükte telkari sanatı ile meşhur, camii ve kiliselerin yan yana olduğu Midyat ilçesinde kısa bir gezi yaptık. Öğleden sonra da medreseleri, manastırları ve taş evleri ile ünlü Mardin'e vardık. Suriye'ye tepeden bakan Mardin'de dolaştıktan sonra tarihin taşlara yazıldığı ve etrafı surlarla çevrili Diyarbakır'ımızda biten bölgesel bir gezi ile toplantıyı noktaladık. Bu vesileyle toplantıya katılım sağlayan TDB Merkez Yönetim Kuruluna, değerli oda başkanları ve yöneticileriyle misafirlerimize teşekkür ediyorum.



Samsun Dişhekimleri Odası Başkanı Abdullah İlker:

'Ödeme, alınan hizmet üzerinden yapılmalı'

Toplantının Diyarbakır'da yapılması hakikaten çok güzel oldu. Tarihi yerlerini gezdik, buraya özgü yemeklerini yedik ama bunun yanında iki gün boyunca da çok verimli çalışmalar yaptık. Gün boyunca dişhekimliği sorunlarını tüm oda başkanları ve TDB yönetimiyle tartıştık. Neticede karar verdiğimiz yerler oldu, Genel Kurul'a

bıraktığımız konular oldu ama çok verimli bir çalışma ortaya çıktı. GSS önümüzdeki sene yürürlüğe girecek. Burada Sağlık Bakanlığının ısrarla istediği, kişi başına ödeme sistemi var. Bu sistem bizi zor durumda bırakacak. Biz verilecek hizmet karşılığı ödeme yapılmasını doğru buluyoruz ve esasen bunun üzerinde duruyoruz. Sistemle sözleşme yapılması zorunlu değil. Yapılan hizmetin karşılığı verilirse TDB olarak bu sözleşmenin yapılması yönünde karar al-

nacak ama tahmin edici bir fiyat olmazsa muhtemelen sözleşme yapılmayacak. Bu durum dişhekimliği camiasında bölünmelere yol açabilir ama bizim bunu çok iyi izah etmemiz lazım. Sağlık Bakanlığı ile yapılacak görüşmede kişi başı değil de verilen hizmet karşılığı bir ücretlendirme olursa bu sefer bunu çok iyi izah etmemiz lazım. Sözleşme yapılacaksa topyekün olmalı, yapılmayacaksa topyekün yapılmamalı.



Kahramanmaraş Dişhekimleri Odası Başkanı Mahir Şişman:

'Devlet sadece koruyucu hizmetleri vermeli'

Bir Diyarbakır mezunu olarak Başkanlar Konseyi toplantısının Diyarbakır'da yapılması beni mutlu etti, hatıralarım canlandı. Dişhekimleri olarak GSS'de bir şekilde yer almamız lazım. Bu bir ölçüde sağlandı ama muayenehanelerden hizmet alınırken geleceğimizi hesaba katarak davranmamız lazım. Bugün bizim bölgemizde birçok meslektaşımız fiyat ne olursa olsun bir şekilde bu hizmeti verelim diye düşünüyor. Özellikle yeni mezunlar ya da muayenehanesi iyi iş yapmayan meslektaşlarımız bu eğilimde. Eski durumda da Asgari Ücret

Tarifesi'nin bölgemiz için biraz yüksek olduğu yönünde düşünceler vardı. Geçen hafta Sağlık Bakanı Maraş'a da geldi. Ben kendisiyle de görüştim. Kişi başı ödeme sisteminin dişhekimliği için uygun olmadığını izah ettim. Kendisi de sadece kişi başı olamayacağını, kişi başı artı işlem başı olması gerektiğini, bunun için de çalışmaların devam ettiğini söyledi. Fakat ben yine de yani bu konunun böyle çözümlenebileceğini çok fazla düşünmüyorum. Bana göre devlet sadece koruyucu hizmetleri vermeli. Çünkü dişhekimliği detaylı bir iş. Diğer hekim arkadaşlar gibi değil. Mesela bir hastanın tonsiliti varsa üç tane KBB'ciye de gitse yapacağı şey farklı

olmaz. Ama dişhekimliğinde hastanın ekonomik durumuna, sosyal durumuna göre çok farklı işlemler yapılabilir. Bundan dolayı hükümetin bunu detaylı şekilde denetleyebileceğini sanmıyorum. Bence devlet Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde koruyucu hizmetleri vermeli. Kontrol mekanizması da yine Ağız Diş Sağlığı Merkezleri olmalı. Sistem kuruluncaya, Türkiye'de yetmiş milyon kişinin tamamının ağızı kayıt altına alınuncaya kadar ADS-Mler bu işi dışarıya sevk usulüyle yapar. Dışarıya sevk eder ve kontrol eder. Belli bir dönem sonra zaten herkes kayıt altına alınmış olduğundan giderek sorunlar azalır.



Hatay Dışhekimleri Odası Başkanı Nebil Seyfettin:

'Endişelerimiz var, ama bu iş artık hayata geçmeli'

Başkanlar Konseyi Toplantısı'nın Diyarbakır'da yapılmasının benim açımdan ayrı bir anlamı var. Ben Dicle Üniversitesi Dışhekimliği Fakültesi'nin ilk mezunlarındanım. Bu vesileyle Diyarbakır Dışhekimleri Odası'nın kurucusu rahmetli ağabeyimiz Oğuz Üçok'u da saygıyla ve sevgiyle anıyorum.

Başkanlar Konseyi'nde özellikle GSS'nin muayenehanelerden hizmet alımı konusunda TDB ve odalar olarak sonuna kadar görevimizi yaptığımızı inanıyoruz. Bu toplantıyla beraber hazırlıklarımızı da tamamlamış olduk. Artık tüm dışhekim odalarının tek yürek, tek vücut halinde hareket etmesi gerektiğini de bu toplantıda kararlaştırdık. Biz Hatay Dışhekimleri Odası olarak kamunun kesinlikle muayenehanelerden hizmet almasının gerektiğini uzun

zamandır savunuyoruz. Bu uygulama elbette beraberinde birtakım eksiklikleri de gündeme getirecektir. Bunun hazırlığını da yapmak durumundayız. Provizyon sistemiyle ve diğer ek önlemlerle suistimallerin de önüne geçilebilir. Burada kişi başına ödeme ya da hizmet karşılığı ödeme konusunda da netleştik artık. Fakat örneğin eczacıların yaşadığı bir süreç var: Ödemelerde yaşanan sıkıntılar bir kısmını iflasa sürükledi. Hükümetin bir süre sonra bizi de benzer güçlüklerle karşı karşıya bırakmasından endişe duymuyor da değiliz. Ama bunun bir yerden başlaması gerekiyor. Burada Sağlık Bakanlığı'nın duruşu da artık netleşmiş olmalıydı. Çünkü Sağlık Bakanı son dönemlerde değişik bölgelerde değişik ifadeler kullanıyor, bu da bizi endişelendiriyor. Artık çıkıp 2007'nin başından itibaren nasıl bir politika uygulayacağını kamuoyuna açıklaması lazım. TDB bu konudaki politi-

kasını belirlemiş ve netleştirmiştir. Buradaki toplantıyla tüm odaların onayını da almıştır. Hangi konularda uzlaşacak 2007'nin başına kadar bunun mutlaka çözülmesi gerekiyor.

Bunun dışında önümüzdeki günlerde toplanacak Genel Kurul'da TDB'nin yeniden yapılanması, mevcut yönetimin güçlendirilmesi ve TDB'nin önümüzdeki dönemlerde uygulayacağı politikaların belirlenmesi açısından da çok yararlı bir toplantı olduğu inancındayım. Tüm arkadaşlarımız sorumlulukları dahilinde çalışmalarını tamamladılar.

Burada ayrıca Güneydoğu insanının misafirperverliğini de gördük. Bu sosyal etkinliklerde Diyarbakır'daki meslektaşlarımızın canı gönülden çalışması bizleri gerçekten çok mutlu etti. Bir sonraki Başkanlar Konseyi'nde de bu tür çalışmaları örnek almamız gerektiğine inanıyorum.



Tekirdağ Dışhekimleri Odası Başkanı Tolga Kutal:

'Odalara büyük iş düşüyor'

Başkanlar toplantısının çok verimli geçtiğini düşünüyorum. Bu toplantıları farklı illerde yapmak, farklı kültürleri tanımak, gelip burada arkadaşlarımızı görmek gerçekten çok güzel.

Son üç yıldır oldukça sıkıntılı bir dönemden geçiyoruz, bu nedenle de konuşacak çok konularımız var. Bizi üzen en önemli nokta Türkiye'deki sağlık sisteminin hekimlerin elinden çıkıp tamamen sermayenin eline geçmesi, sağlık hizmetinin ticari meta haline dönüşmesi ve gerek siyasi ve gerekse hukuki kararların bu ticari düzenin lehine çıkması. En çok bu konular üzerinde tartışmalarda bulunduk.

Genel Sağlık Sigortası ve muayenehanelerden hizmet alınması doğrultusunda

iki üç senedir hummalı çalışmalar sürdürüyoruz. Fakat bu çalışmalardan istediğimiz sonucu henüz alamadık. 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girecek olan GSS'nin de dışhekimliği hizmetleri konusunda gerekli altyapının hazır olması ve TDB ile Sağlık Bakanlığı arasında halen bir uzlaşmanın sağlanamaması dolayısıyla bu tarihte uygulamaya konabileceği kanaatinde değilim. Büyük ihtimalle bunun bir ya da iki sene ertelenmesi gibi bir durumun ortaya çıkacağını düşünüyorum. Şurada 1 Ocak 2007'ye yaklaşık olarak 3-4 ayımız var. Bu 3-4 ayda gerekli altyapının hazırlanması, elektronik ortama geçiş, programların hazırlanması ve bunların bütün hekimlere dağıtılıp uygulamaya geçilmesi bana pek mümkün görünmüyor. Sağlık Bakanlığı'yla alınacak hizmetle-

rin bedelleri konusunda bir uzlaşmaya maalesef varamıyoruz. TDB'nin yaptırmış olduğu bilimsel araştırmalarla hükümetin bize önerdiği fiyatlar arasında büyük uçurumlar var. Bir dışhekiminin yaşayabilmesi ve belli bir standardı sürdürebilmesi açısından bu ücretleri kabul etmek de olası değil.

Dışhekimliği hizmeti pahalı bir hizmet; gerek yatırım gerekse de malzeme açısından. Bu verilecek fiyatlarla ilk başta bunu cazip görüp kabul eden hekimler olacaktır ama ben en fazla altı ay dayanabileceklerini düşünüyorum. Belki GSS'yle anlaşma yapmadan hastalardan belirli bir ek ücret talep edilip hizmet verilmesi mümkün olabilir.

Bu süreçte TDB etrafında birliğimizi korumamız lazım. Bu noktada odalara da büyük iş düşüyor. Odaların üyeleri ni bu konuda bilgilendirmesi gerekiyor.



Sakarya Dışhekimleri Odası Başkanı Yeşim Saraç:

'Devletin tavrı ne olursa olsun birlikte hareket etmeliyiz'

Toplantının ana gündem maddesi yine Genel Sağlık Sigortası'ydı. Çıkan Kanun'da önceki Başkanlar Konseyi toplantılarında görüşüp çoğunluğun mutabık kaldığı maddelerin bulunması yapılan çalışmaların boşa gitmediğini gösteriyor. Ancak Kanun o kadar çok yönetmeliğe bağlanmış ve bu yönetmeliklerin içinin nasıl doldurulacağı o kadar belirsiz ki... Kimler hasta olarak

gelebilecek, hangi tedavilerini yaptırabilecekler, yaptırıldıkları işlemlerin sonunda hekim parasını alabilecek mi?, devlet neye göre ödeme yapacak; hiçbir şey belli değil. Belki de Sağlık Bakanı hizmeti Bütçe Uygulama Talimatı'nın da altında bedellerle sizden alacağım diyecek. Çünkü ödemeler konusunda her şey yönetmeliklere bırakılmış. Burada bizim duruşumuz çok önemli. Tüm meslektaşlarımızı bilgilendirerek hangi noktanın bizim için 'DUR' denecek nokta olduğu konusunda

Başkanlar Konseyi toplantılarında vardığımız sonuçları aktarmamız gerekiyor. Hükümet bir kanun çıkardı ama içinin nasıl doldurulacağı belli değil. İstiyoruz ki bunun içi hem tüm meslektaşlarımızın hem de halkımızın menfaatine doldurulsun. Ama hem halkımıza hem de meslektaşlarımıza zararı olacağına kanaat getirirsek de toplu olarak devletle sözleşme yapmama kararı alıp sonuna kadar da TDB'nin çatısı altında bu kararlılığımızı sürdürmeliyiz.



Sivas Dışhekimleri Odası Başkanı Remzi Özkan:

'Bireysel hareket etmekten kaçınmamız lazım'

Diyarbakır'da gerçekleştirmenin mutluluğunu yaşıyorum. Okul dönemi beş yılının geçtiği bu şehre 22 yıl aradan sonra gelerek anıları tazelemek benim için başlı başına mutluluk kaynağı oldu. Toplantılarda mesleğimizi ve meslektaşlarımızı ilgilendiren kamunun özelden hizmet satın alması konusu ağırlığını koydu. Burada Çalışma Grubunun sunduğu çalış-

manın ve bunun üzerinde sürdürdüğümüz tartışmanın konunun değişik detaylarına vakıf olma anlamında çok önemli olduğunu düşünüyorum. Şunu gördük ki Sağlık Bakanlığı ve hükümet bu hizmeti muayenehanelerden alırken dışhekiminin emeğinin karşılığını ödeme niyetinde değil. Çok düşük rakamlar telaffuz ediliyor ve yöntem olarak da bizim çok arzu etmediğimiz kişi başına ödeme yöntemi üzerinde yoğunlaşmış görünüyorlar. Bu aşamada yapacağımız en doğru şey, Genel Başkanımızın belirttiği gibi artık

bir sendika gibi hareket edecek olan TDB'nin etrafında birliğimizi sağlamlaştırmak ve bireysel hareket etmemek olacaktır diye düşünüyorum. Toplantıların yorgunluğunu kısa ama zengin bir sosyal programla tamamladık. Dilerim ki buram buram tarih kokan bu yöreleri terör korkusu olmadan sadece memleketin insanı değil tüm dünya insanı görsün. Önümüzdeki ay Genel Kurulumuz var. Birlik, beraberliğin ön planda olduğu, sağduyu ve centilmenliğin unutulmadığı demokratik başarılı bir genel kurul temenni ediyorum.



Zonguldak Dışhekimleri Odası Saymanı Elif Sarı Öztürk:

'Sağlıkta 'ucuzluk' mantığıyla fazla ilerlenemez'

Başkanlar Konseyi toplantısına gözlemci olarak katıldım ve hem mesleki tartışmalar açısından hem de sosyal açıdan çok beğendim. Problemlerimiz olduğunu biliyoruz ama tartışmaların içine girince konunun çok daha önemli detayları olduğunu farkına varıyoruz. Burada insanlar meslekleri için bir şey yapmaya çalışıyor. Buraya gelmeden önce daha karamsardım. Bazı meslektaşlarımızdan zaman zaman duyduğumuz

'Oda bizim için ne yapıyor, TDB bizim için ne yapıyor?' gibi klasik sorular var ya, buradaki çalışmalarını görmelerini isterdim. Burada meseleye her açıdan bakılıyor; devlet açısından da, bizim açımızdan da, hasta açısından da... Böyle bir sürecin sonunda çıkacak karar mutlaka bizim için en iyisi olacaktır diye düşünüyorum. O yüzden daha umutla baktım toplantıdan sonra. Kafamda havada kalmış bir sürü şey vardı, burada onlar biraz daha yerine oturdu. Biz Odamızda da bu konularda yoğun tartışmalar yapıyoruz, dört saatten

önce falan çıkamıyoruz Oda toplantılarından. Toplantı öncesi Oda başkanımız sorular gönderiyor, cevaplıyoruz. Toplantılara da boş gelmiyoruz yani. GSS'nin geleceği konusunda çok ümitli değilim. Muayenehanelerden hizmetin çok düşük rakamlarla alınması istenmesinin sistemin dışhekimliği ayağını çökerteceğini düşünüyorum. Sağlıkta 'ucuzluk' mantığıyla fazla ilerlenemeyecek ve bir yerde tıkanacaktır. İnsanlar kalite arayacaklar, o zaman da kaliteli hizmet sunan yerlere gidecekler diye düşünüyorum.



Geçtiğimiz yıllarda gündemin önemli maddelerinden biri de yazar Elif Şafak'ın 'Baba ve Piç' adlı romanında iki karakteri arasında geçen tartışma nedeniyle yargılanmasıydı. 21 Eylül günü yapılan ve yeni doğum yapması nedeniyle Şafak'ın katılmadığı duruşmada beraat kararı çıktı ama bu dava vesilesiyle ifade özgürlüğünün önündeki tek engelin yasalar olmadığı da görüldü. Gündemdeki yazar Elif Şafak'a hem davasını hem de edebiyata bakışını sorduk. Bebeğiyle meşgul olduğu en yoğun günlerinde bizi kırmayıp sorularımızı yanıtladığı için kendisine teşekkür ediyoruz.

■ Söyleşi: **Hakan Sürmen**

Geçtiğimiz günlerde "Baba ve Piç" romanınız nedeniyle siz de yargılandınız. Türkiyeli bir yazar olmanın son ritüeli de tamamlanmış oldu. Yargılanma sürecinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Benim için birçok açıdan yıpratıcı bir süreç oldu. Bilhassa bu memlekette insanın ne kolay damgalandığını, kategorileştirildiğini, bir de başkalarının size karşı ne kadar rahat dolduruşa getirildiğini görmek hazindi. Mahkeme önünde resmime tükürenleri, resmimi ateşe verenleri televizyondan izledim doğum yaptığım hastane odasından. Çok garip bir bölünmeydi o. Bir yandan bir bebeğim olmuş, umut ve sevinç demek. Bir yandan bunca nefret, husumet ve hakarete hedef oluyorsunuz, içiniz eziliyor. Bunları unutmam mümkün değil. Ama

öte yandan kendimi hiçbir zaman yalnız hissetmedim ve çok destek aldım bu toplumun farklı farklı kesimlerinden. Bu da benim için çok kıymetliydi...

Bu konuda davanız sürecinde görüşlerinizi birçok yerde ifade ettiniz ama toparlarsak; ifade ve örgütlenme özgürlüğü gibi demokratik hakların gelişimi açısından ümitli misiniz? Sadece yasa maddelerinin değişmesinin genel yaklaşımda ciddi bir değişikliğe yol açmadığı gözlenebiliyor. İyimser bakarsak, bundan sonrası için nasıl bir süreç öngörüyorsunuz?

Elbette, yasanın değişmesi başlı başına yeterli değil. Aslolan zihniyetlerin değişmesi, o değişmedikten sonra daha benzer vakalarla çok karşılaşırız. Çok temel bir düzlem var aslında, hazmetmemiz gereken. İfade özgürlüğüne inanıyor muyuz? Eger inanıyorsak ve bu konuda samimiysek bizim gibi düşünmeyen insanların da kendilerini ifade edebilme hakkına inanıyoruz demektir.

Bu temel düzlemde uzlaşmanın çok önemli olduğuna, Türkiye'nin önünü açacağına inanıyorum. Bence bizde son derece dinamik ve çok sesli bir sivil toplum da mevcut, bu boyutu da unutmamak lazım.

Dava sürecinde karşılaştığınız olaylar sizi nasıl etkiledi? Bu tür etkilerin yazarken ya da konuşurken bir otosansür eğilimi otaya çıkardığını sezinliyor musunuz?

Etkilenmediğimi zannediyordum ama meğer öyle değilmiş, derim incelmış bir parça, etkilenmişim farkında dahi olmadım. Davadan on-on beş gün sonraydı, bir makale yazıyordum, bir yerde eleştirel bir cümle sarf ettim, hemen ardından baktım elim "sil" tuşuna bastı bilgisayarda, bir an için o cümlemin başımı belaya sokmasından korktum. Sildim. Sonra birkaç dakika kıpırdamadan bekledim, içimdeki korkuyla yüzleştim. Sonra oturup o cümleyi yeniden yazdım, madem ki inanıyorum doğruluğuna, o cümleyi yazabilmeliyim. Yazdım

da, ama o korkumu tereddütümü unutamam.

Kendinizde bir fikre, bir partiye, bir akıma bağlanma isteği ya da eğilimi hissettiniz mi hiç? Bir angaje yazar (olumsuz anlamda kullanmıyorum, yerine 'idealist' kelimesi de kullanılabilirdi belki) olma fikri, bu anlamda modernist yazınımız nasıl geliyor size?

Kendimi bir akıma, gruba ya da partiye bağlı hissetmedim hiçbir zaman. Fikirlere gelince, fikirler ucu açık düşünce huzmeleri, değişirler, yenilenirler gözden geçirilirler. Hiçbir yerde dondurmamak istemem kendimi. İsterim ki sürekli gelişsin yazım, bakış açım. İsterim ki hareket halinde olsun. Göçebe olabiliyim, sadece bedenen değil fikren de.

Zaman zaman karakterleriniz birer Kemal Tahir karakteri gibi siyasi tahlillere giriyor. Kahramanlarınızı bu şekilde konuştururken (Tahir'in yaptığı gibi) kendi düşüncelerinize torpil yapmak geçmiyor mu içinizden? Fazlasıyla tarafsız bir hakem gibisiniz...

Aslında bütün karakterlerle aramda köprüler var benim. Romanlarımda hep böyle oldu. Benim kitaplarımda kahramanlar yoktur. İyilerin de zaafı, kötülerin de erdemleri vardır. İnsan denilen mahluku daha katmanlı, daha karmaşık bir varlık olarak algılıyorum. İyinin ve kötünün ötesinde... Ben kendimi de hep birden fazla karaktere sahip gibi hissettim. Bence biz 8 ayrı kişiyiz aynı bedende. Mecburen bir gövdeye hapsedilmişiz, geçinip gidiyoruz. Kahramanlara inanmam. Arızalı, yarası beresi olan insanlar var. Her biriyle bir ruhdışlığım vardır muhakkak. Romanlarım çok kişilikli çünkü bendeki bölünmeleri yansıtıyorlar. O yüzden kimseye torpil yapmam gerekmiyor çünkü hep sinde benden izler var. Her karakter bu kadar subjektif olunca, farklı fikirleri daha iyi, daha nesnel yansıtılabiliyor.

Romanlarınızda mistik öğeleri, Osmanlıca kelimeleri, doğuya ait imgeleri sıkça kullanıyorsunuz. Oryantalizm eleştirilerinden çekinmiyor



Bu memlekette insanın ne kolay damgalandığını, kategorileştirildiğini, bir de başkalarının size karşı ne kadar rahat dolduruşa getirildiğini görmek hazindi. Mahkeme önünde resmime tükürenleri, resmimi ateşe verenleri televizyondan izledim doğum yaptığım hastane odasından.

musunuz? Bu son yılların en gözde eleştiri noktalarından biri zira...

Oryantalizm eleştirisi ne yazık ki her yerde kolaylıkla ve habire kullanılan bir laf oldu ve bu haliyle içi boşaltıldı. Doğunun D'sini etseniz "vay Oryantalist" diyorlar. Oysa bu kadar basit değildi bu kelimenin çıkış biçimi. Bence insan bu hayatta ne öğrenecekse "yabancı"dan öğrenecektir, yani kendine benzemeyenden, kendisi gibi düşünmeyenden, farklı olandan. Tıpatıp bize benzeyen ve bizim gibi düşünenlerden öğrenecek pek fazla bir şeyimiz yok, entellektüel ve ruhsal gelişme farklılıklarla çoğulluklarla mümkündür ancak. Ben şimdiye değin hep göçebe bir hayat yaşadım, pek çok ülkede bulundum çocukluğumdan beri. Her seferinde tutkuyla hasretle İstanbul'a geri döndüm. İstanbul ile ilişki mi de daha derin kıldı zaman za-

man ondan uzaklaşabilmek. Beni dile karşı daha hassas yaptı, ironik ama zaman zaman Türkçenin dışına çıkmak Türkçeye ve Osmanlıcaya daha çok kıymet vermemi sağladı. Göçebeliliğin tüm zorluklarına rağmen bu gidiş gelişlerden çok beslendi edebiyatım da edebiyatçılığım da.

Dil benim için ta başından beri bir sevdadır. Bir Kabalacı mistik ya da Hurufi kadar düşkünüm harfe. Kaybolan Osmanlıca kelimelerin bıraktığı boşluğu görüyorum. Dilde ve kültürde süreklilik olmalı bir toplumda, yoksa bilgi ve kültür birikimi bir kuşaktan bir kuşağa akamaz. Bizde de öyle oldu. Ben eski kelimeleri kullandığım için çok eleştirdim ama kelimenin eskisi olur mu?

Öte yandan İngilizce yazdığım için de çok eleştiri aldım. Çoğullukları korumak benim için daimi bir mücadele. Hem Türkçe hem İngilizce yazabilişiniz, illa ki "biz" ve "onlar" tanımları içine sıkışmak zorunda değiliz. Sanatın işi bu tanımlar arasında tercih yapmak yerine bu tanımları bulandırmak, bozmaktır.

Din konusunda genel entelektüel çevreye göre daha ılımlı bir tutum içinde olduğunuz gözleniyor. Bu tespitimiz doğruysa bunu biraz gerekçelendirir misiniz? Daha çok tasavvuf yanıyla mı ilgilisiniz dinin, yoksa bir özgürlükler sorunu olarak mı değerlendiriyorsunuz?

Bu tespitiniz doğru. Dinler tarihine ve din felsefesine derin ilgim var diyebilirim. Daha temelde esas tasavvufa büyük ilgim var, hem kalben hem fikren. Ama şunu da söylemeliyim hemen, benim için tasavvuf herşeyden önce bir içsel arayış demek. İnsanın kendini, ait olduğu çemberi, Hakkı araması. Sufiler bunu şöyle ifade ederler, "eğer o arayış seni camiye götürürse camidir yerin, havraya götürürse havradır, ateizme götürürse ateizmdir yerin, aslolan içsel yolculuğunun seni samimiyetle nereye taşıdığıdır, yeter ki yüreğine sınır koyma, ket vurma." Mesela İbn Arabi aşk kervanını takip ettiğini söyler, aşk kervanının develeri nereye götürürse o yol kabulümdür diyerek. Bunu söyleyebilen insan bağınaz olmaz, olamaz. Bir dini cemaati bir başka dini cemaatten, kendini diğer insanlardan daha üstün



göremez. Herkes, hepimiz aynı çemberin parçalarıyız. Aslanan bağlantılardır, gören göz için. Bu kadim bir gelenek ve ben bu kültürü seviyorum, ondan besleniyorum.

Söyleşilerinizde Türkiye için kullanılan 'mozaik' metaforuna itiraz ediyorsunuz. Sizin ileri sürdüğünüz 'Ebru' iç içeliğine yaklaşabildik mi sizce?

Toplumun farklı kesimlerini kucaklayabilecek bir birlikte yaşam formülü geliştirmenin son derece önemli ve acil bir ihtiyaç olduğuna inanıyorum. Biz Türkiye'de uzun zaman kendi içimizdeki farklılıkları törpüledik. Bireysel farklılaşmalara ve azınlıklara şüpheyle yaklaştık. Bu yaklaşımdan çok da zarar gördük. Bundan sonra amaç farklılıkları azaltıp toplumca aynılaştırmak değil, bireysel yaratıcılığı teşvik eden bir demokrasi kültürü geliştirmek olmalı. Ben kozmopolitliği çok önemsiyorum. Kozmopolit kültür ve ahlak anlayışı yazılarımın mayasını oluşturuyor. Hem yazılarımda, hem romanlarımda hem de kendi yaşamımın...

Geçmişe, tarihe ilgi duyuyorsunuz ve "Benim geçmişle kurduğum ilişki bir enkaz çalışması" diyorsunuz. Türkiye gerçeğinden yola çıkarak bunu biraz açar mısınız?

Bence bizim en büyük arızalarımızdan

biri hafızasız olmamız. Bundan çok çekiyoruz. Kolektif amnezi toplumu Türkiye'ye. Hafızasızlık beraberinde meraksızlığı getiriyor. Merak etmiyoruz. Her gün önünden geçtiğimiz bir kitabede ne yazıyor, her zaman gördüğümüz bir yıkık binada kimler yaşamış, şu sokakta elli sene evvel ne acılar çekilmiş... hiçbirini merak etmiyoruz. Meraksızlık ve hafızasızlık bir kültür için tehlikeli özellikler.

ABD'de yaşadınız ve üniversitelerinde ders verdiniz. 11 Eylül sonrası politikasıyla ABD'de kendi içinde bile ciddi bir muhalefet ortaya çıktığını gözlemliyoruz. ABD'nin Ortadoğu'daki girişimlerini nasıl değerlendiriyor sunuz? Buna bağlı olarak ideolojik anlamda ABD'yi nasıl görüyor sunuz?

Günümüzde ulus-devletin sınırları ciddi ölçüde tartışılmakta ve yeniden çizilmekte. Tüm dünyada bir fikirler çatışması yaşanıyor bu süreçle beraber. Bir yandan ulus-devlet modeline sadık kalmak, kendi içine kapanmak isteyen, daha milliyetçi, daha muhafazakar sesler. Öbür yanda ulus-devlet sınırları içinde kalmak istemeyen, kendini belki de birden fazla kültürel kimliğe bağlı görebilen, ulusal sınırları açmaktan yana, zihinle sınırları açmaktan yana olan çoğulcu çok kültürcü kesim... Bu ikisi arasındaki çatışma 11 Eylül sonrası hızlan-

Bence insan bu hayatta ne öğrenecekse "yabancı"dan öğrenecektir, yani kendine benzemeyenden, kendisi gibi düşünmeyenden, farklı olandan.

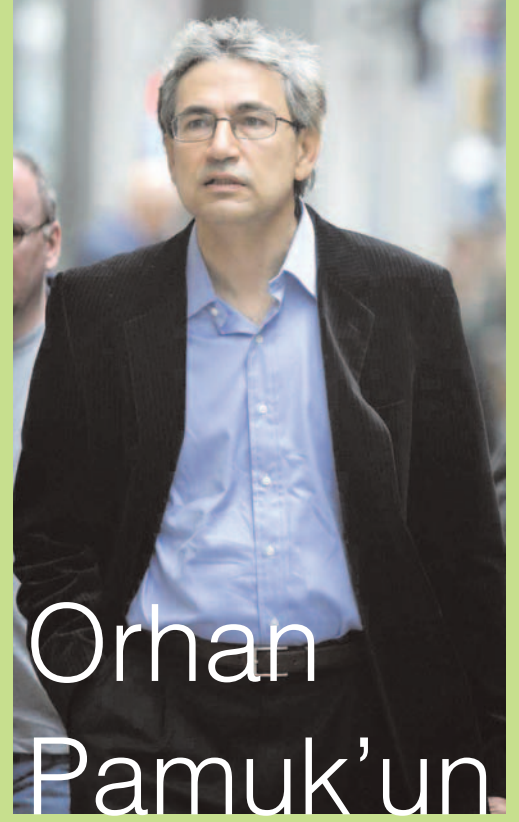
Tıpatıp bize benzeyen ve bizim gibi düşünenlerden öğrenecek pek fazla bir şeyimiz yok, entellektüel ve ruhsal gelişme farklılıklarla çoğulluklarla mümkündür ancak.

dı. Bugün kimi ülkelerde bu fikrîsel çatışma iyice görünür hale kazandı. Mesela ABD, Hollanda, Almanya ve Türkiye... ABD'de ne yazık ki içe kapanma eğilimi çok güçlü. Bilmediğinden korkan, korktukça hata yapan bir politika izleniyor. Orada da çok temel fikirler çatışması var.

Baba ve Piç'teki ABD dekoru, sunuluş biçimiyle ideale yakın bir çokkültürlü ülke izlenimi uyandırıyordu. (Yetmişiki milletin yerel dükkanları, koloniler halinde yaşasalar da buldukları ülkeyle pek bir problemleri olmayan azınlıklar vb.) ABD bu anlamda olumlu bir model olabilir mi sizce?

Bence Türkiye'nin ihtiyacı olan model gene kendi içinden gelecektir, biz bir sentezler toplumuuz. Bu kötü bir şey değil. Hatta büyük bir zenginlik. Yeter ki hem kendi içimizdeki çoğulluklarla hem tarihimize hem sentezlerimizle barışık olabilelim. Bence değişim aşağıdan, sivil toplumdan gelmeli. O zaman hakiki bir demokrasi kültürü yeşerebilir. Yoksa dışarıdan ithal edilen ya da yukarıdan dayatılan modeller çökmeye mahkumdur er ya da geç, ve sadece karıştırmayı körükler. Ben inanıyorum ki Türkiye'de sivil toplum çok önemli demokratik dönüşümlere gebe ve bu dinamizmi yitirmezsek çocuklarımıza daha yaşanılabilir bir Türkiye bırakabiliriz.

Geçtiğimiz 12 Ekim günü Türkiye'nin yıllardır beklediği olay gerçekleşti ve Nobel Akademisi Nobel Edebiyat Ödülü'nü Orhan Pamuk'un kazandığını açıkladı. Ödülün ardından ülke içinde çeşitli tartışmalar yapıldı. İlk kez Türkçe yazan bir yazarın bu düzeyde bir ödül kazanmasını ikinci planda bırakan tartışmalardan bıkanlar için Orhan Pamuk'un roman ve edebiyata bakışına ilişkin önemli ipuçları içeren iki yazısından alıntılar yapmayı yeğledik.



Orhan Pamuk'un

Nobel Edebiyat Ödülü

Sırları keşfetmek

(Orhan Pamuk'un 23 Ekim 2005 tarihinde Alman Kitapçılar Birliği'nin Barış Ödülü töreninde yaptığı konuşmadan bir bölüm)

Sanıldığı gibi, romancının siyaseti, romancının kendini siyasi davalara adanmasıyla, cemaatlara, partilere, gruplara, katılmasıyla ilgili bir şey değildir hiç. Romancının siyaseti, romancının hayal gücünden kaynaklanır, roman yazarının kendini bir başkasının yerine koyma gücüdür. Bu güç onu yalnızca hiç seslendirilmemiş insani gerçekleri keşfeden kişi değil, sesi çıkmayanların, öfkesi duyulmayanların, bastırılmış sözün, dile getirilmemiş olanın sözcüsü durumuna da getirir. Romancının, benim gençliğimde hissettiğim gibi, siyasetle ilgilenmeye fazla niyeti de olmaya bilir, ya da bambaşkadır niyetleri... Gelmiş geçmiş en büyük siyasal roman olan Cinler'i, bugün Dostoyevski'nin istediği gibi, Rus Batılılaşmacıları ve nihilistlerine karşı yazılmış bir polemik romanı olarak değil, Slav ruhu, Rus gerçeği hakkında bize büyük bir sır ifşa eden bir kitap olarak okuyoruz. Ancak roman yazarak keşfedilebilecek bir sırdır bu. Bu tür bilgiyi gazete dergi okuyarak, televizyona bakarak da elde edemeyiz. İnsanların ve milletlerin tarihleri ve özel hayatları hakkındaki bizi huzursuz eden, sarsan, derinliğiyle korkutan, basitliğiyle de şaşırtan bu çok özel ve benzersiz bilgiyi dikkatle, sabırla okuduğumuz büyük romanlardan ediniriz. Dostoyevski'nin Cinler'inin, okurun kulağına fısıldadığı eziklik ve gurur, utanç ve öfke arasına sıkışmış bir sırta, tarihle derinden bağlı konu açılmışken söyleyeyim. Bu yakınlığın arkasında, kendini tam Batılı görmeyen, ama Batı medeniyetinin ışıltısıyla da gözleri kamaşmış bir yazarın iki dünya arasında hissettiği aşk ve nefret ilişkisi ve ruhsal gerginlikler var elbette.

Peki bu kitap bana ne öğretti?

(Tristram Shandy'nin Türkçe'deki ilk baskısına yazdığı önsözden)

Madame Bovary'nin sonundaki harika zehirlenme sahnesi (kitapla değil, eczayla alınan ölümcül zehir) Türk edebiyatını da yüzyıl zehirleyecek bir yalınkat gerçekçiliği bütün dünyaya yaydı. Öyle ki, gerçekçiliği abarta abarta gerçeklikten bizi kurtaran o büyük ve okunması zor kitabı, Ulysses'i, James Joyce altmış yıl sonra yayımladığı zaman, dünyanın Avrupa dışındaki yerlerinde yaşayıp Avrupa'ya hayranlık duyup bütün doğruların kaynağı olarak gören biz kenardakiler, gerçeklikten başka hiçbir yazış yolu olamayacağına öylesine inanmıştık ki, kendi geleneklerinizi, yazış ve yazıyla duyuş usullerimizi hızla ve hırsıyla unutmaya karar vermiştik. Batı medeniyetine kolaydan varma hayalleriyle desteklenen bu hafıza kaybı sonunda tuhaf boyutlara vardı ve Flaubert'ten öğrenilmiş gerçekçi romanın Batı'dan ithal edilmiş sınırlı bir anlatım yolu olduğu unutuldu da bu tuhaf dünya yerli sanılmaya başlandı. Böylece yalınkat gerçekçilik dışındaki anlatım biçimlerini "yerli değil" diye eleştiren dar görüşlü, milliyetçi ve mizahtan yoksun bir eleştirmenler kuşağı yetişti. Rabelais'in Gargantua ve Pantagruel'i, Sterne'in Tristram Shandy'si gibi kitaplar daha önceden

çevrilip sınırlı edebiyat dünyamızda biraz olsun etkilerini gösterebilmiş olsaydılar, cılız Türk romanı (bu işe bütün hayatını vermiş Orhan size doğruları söyleyince ona kızmamayı öğrenin artık) dar görüşlü, halkçı, milliyetçi yalınkat gerçekçiliğin sınırlı dünyasında daha az solar, hayatımızın ve düşlerimizin romanlara girmesi gereken karmaşası daha az bastırılırdı. Dünyayı yalınkat gerçekçilikten kurtaran en büyük roman olan Ulysses de, köy-kasaba gerçekçiliğini bizde bitirip aynı özgürlük ve büyük şehir duygusunu duyuran Tutunamayanlar da Tristram Shandy'den etkilerle yazılmıştır. (Gerçekçiliğin kafesinden çıkan cılız Türk romanı, kendi geleneğinin ve hayalinin kanatlarını tak ve uç artık, uç!) Tutunamayanlar'da kahramanın kendi kendine konuşup tartıştığı iç sesinin -Olrick'in- Tristram Shandy'nin Yorrick'ine ne kadar benzediğini ek bilgi olarak veriyorum.

(...)

SONUÇ

Hayatın anlamı değil, bir yapısı vardır yalnızca.

Bunu zaten biliyorduk, bu yüzden altı yüz sayfa kitap yazılır mı hiç! Diyorsanız cevabım:

Bütün büyük romanlar zaten bildiğiniz, ama o konuda büyük bir roman yazılmadığı için kabul edemediğiniz gerçekleri göstermek için yazılır.



FDI Şenzen Kongresi ve çıkarılması gereken dersler

19-25 Eylül 2006 tarihleri arasında Çin'in Şenzen kentinde gerçekleştirilen Dünya Dışhekimliği Birliği (FDI) Kongresi mesleğin küresel sorunlarının tartışıldığı en önemli yıllık toplantıydı. TDB'yi Genel Başkan Vekili Prof.Dr. Taner Yücel, Prof.Dr. Nermin Yamalık, Prof.Dr. Mine Nayır, Dr. Sarkis Sözkkes ve Prof.Dr. Gamze Aren'in temsil ettiği Kongrede dışhekimliği alanına büyük sermaye gruplarının girişi de tartışıldı.

■ Sarkis Sözkkes*

Dünya Dışhekimliği Birliği FDI (Federation Dentaire Internationale) 1901 yılında Avrupalı dişhekimlerinin biraraya gelerek kurdukları ve bugün 170'ten fazla ulusal dişhekimleri birliğinin temsil edildiği bir örgüt. TDB de FDI çalışmalarına aktif olarak katkıda bulunuyor. FDI'nın merkezi Fransa'nın Ferney-Voltaire şehrinde. Yine bu şehirde yerleşik olan WHO- Dünya Sağlık Örgütü ve WHAA-Dünya Sağlık Profesyonelleri Birlikleri Asamblesi ile de ortak çalışmalar yürütülüyor.

FDI kongreleri dışhekimliği sektöründeki en önemli organizasyonlardan biri. Kongrenin yıllık ortalama 10 bin ki-

şilik kayıtlı bilimsel program katılımcısının yanında uluslararası özellikle fuar alanını da 25-30 bin dışhekim ziyaret ediyor.

Bu kongre vesilesiyle tüm dünyadan dişhekimliği birliklerinin temsilcileri biraraya gelerek FDI Genel Kurulu'nu oluşturuyorlar ve bu toplantılarda dışhekimliğinin küresel boyuttaki güncel sorunlarına çözümler üretilmeye çalışılırken aynı zamanda gelecek perspektifleri üzerinde de tavsiye kararları alınarak ulusal birliklere ve ülkelerin sağlık birimlerine iletiliyor.

FDI Kongresi bu yıl Çin'in Şenzen kentinde 18-25 Eylül 2006 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kongre süresince mesleki sorunların görüşüldüğü ve kararların alındığı genel kurul çalışmalarının yanı sıra çeşitli bilimsel etkinlikler yapıldı ve çok geniş bir alanda hizmet veren büyük bir fuar düzenlendi.

Türkiye'yi temsilen TDB Genel Başkan Vekili Prof.Dr. Taner Yücel, Prof.Dr.

Nermin Yamalık, Prof.Dr. Mine Nayır, Dr.Dışhekimliği Sarkis Sözkkes (TDB Dış İlişkiler Komisyonu) ve Prof.Dr. Gamze Aren (TDB 2007 Uluslararası Kongre Bilimsel Komitesi Başkanı) kongreye katıldılar.

Çin hükümetinden Kongreye büyük destek

Kongrenin ilk üç günü, Türk Dışhekimleri Birliği'nin kongrelerinde de uygulandığı gibi mesleki sorunların ve dışhekimliğinin geleceğinin tartışıldığı Genel Kurul ve çalışma toplantılarıyla başladı. Kongrenin Açılış seremonisi Çin Halk Cumhuriyeti Başkan Yardımcısı ve FDI Başkanı'nun ortak açılışı ile başladı. Çin devlet televizyonunda canlı olarak yayımlanan açılış seremonisinin masraflarını hükümetin üstlendiğini de öğrendik. Seremoni, değişen ve gelişen Çin Halk Cumhuriyeti'ni temsil eden profesyonellikte ve kalitedeydi. Son yıllarda yapılan en başarılı organizasyon olduğu

* Dışhekimliği Dr., TDB - FDI İrtibat Sorumlusu

konusunda birçok FDI Kongresine katılan biz TDB delegeleri de diğer ülkelerden gelen delege meslektaşlarımızla hemfikir olduk. Çin hükümetinin FDI Kongresi çalışmaları sırasında büyük destek sağladığı ve bunun da tüm dünyadan gelen dişhekimleri üzerinde oluşturduğu olumlu etki rahatlıkla görülüyordu. Tam bir şölen havasında geçen bu açılış seremonisi Çin Dişhekimleri Birliği ve FDI Merkez Yönetiminin bu konuda yaptığı yoğun çalışmaların bir eseri idi.

Kongre resmi açılışını takiben, bilimsel program ve fuar yoğun bir içerikle başladı. FDI- Dünya Dişhekimleri Birliği Kongrelerinin önemli bölümlerinden biri olan bilimsel programın hazırlıklarına üç yıl öncesinde başlanıyor ve uluslararası üne sahip birçok konuşmacı güncel tedavi ve yaklaşımlar konusunda en son yenilikleri katılımcılara aktarıyor. Bu yıl Kongre bilimsel programında çeşitli konularda forumlar da yapıldı. Bu özel forumlar halinde FDI Komite üyelerinin de katılımıyla birlikte gelecek FDI politikalarına da yön verecek şekilde bilimsel güncel konular tartışıldı.

Bilimsel programda dünyaca tanınmış konuşmacılar güncel yaklaşımları anlattıkları şu başlıklar altında bilimsel programa katıldılar: Restoratif ve protektik tekniklerde kullanılan yeni malzemeler, Kök çürüklerinin tedavi yöntemleri, Minimal invazif tedavi yaklaşımları, Dişhekimliğinde lazer, Adli dişhekimliğinden örnekler, Anterior dişlerde estetik restoratif uygulamalar, Oral Kanserler ve Pratisyen dişhekimleri için ortodonti gibi konu başlıkları.

Dişhekimliği muayenehaneleri ve sermaye

FDI Kongrelerinin en önemli yönlerinden biri 140'tan fazla ülke delegesinin, bir anlamda dişhekimliği birliklerinin bir araya gelerek oluşturdukları genel kuruldur. Bu yıl genel kurul gündeminde dişhekimliği meslek uygulamasında son yıllarda ortaya çıkan şirketleşme ve bu şirketlerin dişhekimliği yerine çeşitli sermaye grupları ve yatırımcılar tarafından oluşturulması vardı. Kendi çalışma şartlarını ve tedavi kriterlerini belirleyerek çalışan bir meslek grubu olan dişhekimlerinin, zaman içerisinde ticari kaygıları olan şirket yönetimleri ve sermaye tarafından uygun olmayan yönde yönlendirilebileceği kaygısı dile getirildi. Bu konuda bazı ülkelerde yasal mevzuat ağız ve diş



FDI'nın Şenzen Kongresi'nde TDB'yi Genel Başkan Vekili Prof.Dr. Taner Yücel(sağda), Prof.Dr. Nermin Yamalık(ortada), Prof.Dr. Mine Nayır, Dr. Sarkis Sözkas(solda) ve Prof.Dr. Gamze Aren'in temsil etti.

sağlığı hizmetleri sunan kuruluşların dişhekimleri tarafından yönetilmesi doğrultusunda. Bazı ülkelerde ise Türkiye'de olduğu gibi sahiplerinin dişhekimliği veya dişhekimliği olması gerekiyor. Tedavi sorumluluğunun bu tedaviyi sunan dişhekimine ait olduğu ve eğer tedavi standartları uygun değilse, hekim işyerinde çalışan durumundaysa bu hizmeti layıkıyla sunma konusunda yeterince söz sahibi olamayacağı konusunda tüm ülkelere fikir birliğine varıldığı söylenebilir.

Global ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Bu yıl genel kurul gündeminde dişhekimliği meslek uygulamasında son yıllarda ortaya çıkan şirketleşme ve bu şirketlerin dişhekimliği yerine çeşitli sermaye grupları ve yatırımcılar tarafından oluşturulması vardı.

nin sunumuyla ilgili olarak standartların belirlenmesi amacıyla yıllardır çalışmalar yürüten FDI, bu konuda Dünya Tabipler Birliği, Eczacılar Birliği ve Hemşireler Birlikleri ile oluşturduğu Sağlık Profesyonelleri Birlikteliği çerçevesinde sorunlara çok yönlü çözümler üretmek için çalışıyor.

FDI Dostları

FDI, "FDI Friends-FDI Dostları" başlığı altında kendi ulusal dişhekimliği birlikleri

ne üye olan ayrıca da FDI hakkında güncel bilgilere ulaşmak isteyen hekimler için yeni bir uygulama başlattı. Bu uygulama çerçevesinde isterlerse TDB üyesi meslektaşlarımız da şu linkten FDI web sitesine bağlanarak kayıt yaptırabilir:

<http://www.fdiworldental.org/friends/index.html>

2007 İstanbul Kongresi tanıtıldı

Türk Dişhekimleri Birliği, iki TDB Dış İlişkiler Komisyonu Üyesinin aynı zamanda FDI Komitelerinde görev almasının gururunu ve sorumluluğunu da yaşıyor. Prof.Dr. Taner Yücel FDI Bilim Komitesi ve Prof.Dr. Nermin Yamalık FDI Dental Praktis Komitesi üyelikleriyle FDI çalışmalarına da katkıda bulunuyor. FDI 2006 Kongresinin TDB için bir önemi de 2007 yılında İstanbul Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilecek TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi tanıtım faaliyetleri için elverişli bir ortam olmasıydı. TDB 2007 Kongresi Bilimsel Komite Başkanı Prof.Dr. Gamze Aren ve Kongre Dış İlişkiler Komitesi Başkanı Dr. Sarkis Sözkas bu yönde girişimlerde bulundular.

FDI Kongreleri, mesleki ve sosyal yönleri çok zengin olan uluslararası niteliği ve dünya çapında gerçekleştirilen en büyük fuar alanına sahip kongrelerden biri olmaları nedeniyle her yıl çok geniş dişhekimliği kitlelerinin ilgisini çekiyor. 95. FDI Kongresi gelecek yıl 22-27 Ekim 2007 tarihlerinde Dubai'de yapılacak. Bu Kongreye Türkiye'den meslektaşlarımızın katılımı için Dubai Kongre Merkezi'ne bağlantı kurulmuş durumda. Katılmayı planlayan meslektaşlarımız Birliğimize başvurarak bilgi edinebilirler.



'Önceki fuarlardan çok daha kapsamlı bir fuar'

Önümüzdeki yıl EXPODENTAL ve IDEX fuarları üçüncü kez birlikte yapılacak. Ayrıca ilk kez Kongrenin dış teknisyenlerini de kapsayacak olması nedeniyle laboratuvarlara yönelik standlar da fuarın içerisinde yer alacak. DİŞSİAD Genel Başkanı Bekir Mannasoğlu'ndan fuara ilişkin gelişmeleri ve DİŞSİAD'ın önümüzdeki döneme ilişkin projelerini öğrendik.

İstanbul'da yapılacak 2007 TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongre ve fuarının organizasyonuna bu yıl dış teknisyenleri de dahil oldu. Bu nasıl gerçekleşti ve ne gibi faydaları olacak?

Evet, TDB'yle yaptığımız görüşmelerde dış teknisyenleriyle birlikte ortak bir kongre ve sergi düzenlenmesi konusunda bir fikir birliğine varıldı. İstanbul Dış Teknisyenleri Odası Başkanı Yavuz Erpınar ile bir görüşme yapıldı ve bu görüşmenin neticesinin olumlu çıkmasıyla bu yıl ilk defa olarak sektörün üç ayağı bir araya gelmiş oluyor. Dişhekimleri, dış teknisyenleri ve sektöre malzeme sağlayan firmaların katılımıyla EXPODENTAL2007 -IDEX'07'nin gerçekleştirilmesi kararı alındı. Bu tabii bizim açımızdan da önemli bir olay. Dış teknisyenleri bir şekilde kendilerini ihmal edilmiş gibi görüyorlardı. Onlarla bir çalışma yapılmadığını düşünüyorlardı. Onların da bu çalışmaların içinde yer almaları tabii ki sektörümüz için çok güzel bir olay. EXPODENTAL ve IDEX birlikte organize edilirken dışteknisyenlerinin de camianın bir ayrılmaz bir parçası

olduğunun vurgulanması gerektiği kanaatindeyim.

O halde Kongre bünyesinde dış teknisyenlerine yönelik kurs ve seminerler yapıldığı gibi sergi alanında da bazı değişiklikler olacak sanırım... Elbette. Gerçi laboratuvarlara hizmet eden firmaların da %70'e yakını yine bizim üyelerimiz. Hem dişhekimliğine hem de laboratuvarlara hitap eden ürünler ithal edip, üretip, satan arkadaşlarımız. Yaptığımız toplantılarda laboratuvarlara yönelik standların ayrı konumlandırılması gerektiği fikri ağır bastı ama bu bahsettiğim nedenden dolayı ayrı konumlandırmanın her iki alanda faaliyet gösteren firmalar açısından bir organizasyon problemi yaratabileceğini düşünüyorum. bu konuyu henüz netleştirmiş değiliz.

2005'te Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde yapılan EXPODENTAL2005 - IDEX'05 3 bin m²'nin üzerinde bir alanda yapılmıştı. Bu yıl bir değişiklik var mı?

Bu yıl 4 bin m²'nin üzerinde bir alana

yayılacağımızı tahmin ediyorum. Eğer Kongre Merkezi'nin yanındaki Askeri Müze'den yararlanabilirsek bunu sağlayabiliriz. Bu konudaki girişimlerimiz sürüyor.

Daha önceki sergilerde istediği büyüklükte alan bulamayan firmaların sıkıntıları da giderilmiş olacak herhalde...

Biz öyle olacağını düşünüyoruz. Tabii herkes kendine göre en iyi olan yerleri almak istiyor. Burada bu sıkıntıyı en aza indirecek, herkesi memnun edecek çözümler üretmeye çalışacağız.

Serginin yurtdışı tanıtımıyla ilgili herhangi bir çalışmanız oldu mu?

Geçtiğimiz Ekim ayı başındaki Milano fuarında bir girişimimiz oldu. Ancak Milano fuarı da bu yıl çok sönük geçtiği için çok etkili olduğunu söyleyemem. Bunun dışında bizim doğrudan temas ettiğimiz firmalara zaten bildiriyoruz. Dolayısıyla çalıştığımız firmaların zaten haberleri var ama sergi alanı büyüklükleri daha net olarak belli olunca tekrardan görüşülecek.

Fuar yine Kongreye paralel olarak üç gün mü sürecek?

Şu anda üç gün gözüküyor ama bu konuda TDB yetkilileriyle görüştüğümüzde dördüncü günün kendileri açısından bir sakıncası olmayacağını ifade ettiler. Biz de bu konuda arkadaşlarımızla görüşüyoruz, henüz netleşmiş değil.

Sergi için başvuru alınmaya başlandı mı firmalardan?

Hayır. Başvuruları TDB ile birlikte alacağız. Başvuru tarihleri net olarak belirtilecek. Bu konuda geçmiş yıllardaki uygulanan prosedürü aynen uygulayacağız.

Diğer konularla ilgili de biraz bilgi alalım. Tüketici Hakları Protokolü'nde son durum nedir?

Bu Ramazan ayı içerisinde üyelerimize bir iftar yemeği verdik. Bu yemekli toplantıda gelen üyelerimize Tüketici Hakları Protokolü'nü dağıttık ve onların görüşlerine başvurduk. Şu anda üyelerimiz bu protokolü inceliyor, uygun görüp kabul eden arkadaşlarımız bunu imzalayıp bize iletcekler. Uygun görmeyecek arkadaşlarımız olursa onlardan da neden uygun görmedikleri konusunda bilgi alacağız. Ama genel olarak bu protokolün kabul göreceğini düşünüyorum.

İmzalayan firmalar nasıl bir yükümlülük altına girmiş olacak?

Öncelikle satmış oldukları malın arkasında kesinlikle durduklarının ifadesi olacak bu protokol. Gerek sarf malzemesi olsun gerek demirbaş malzemeleri olsun bunların satış sonrası hizmetlerinde, sarf malzemelerinde ürünün son kullanma tarihi konusunda, beğenilmemesi durumunda geri iadesi konusunda, özellikle zamanında yapılan iadelerin itirazsız geri alınması konusunda dişhekimleri Tüketiciyi Koruma Kanunu'nun vermiş olduğu hakları kullanabilecek.

Bu haklar zaten yasal haklar olduğuna göre bu protokolün dişhekimlerine sağlayacağı fayda ne olacak?

Biz bir uzlaşma kurulumuz, hakem heyetiyiz bir yerde. Protokolde açık ve net olarak yazıyor, beş kişilik bir heyetimiz

olacak. Bu beş kişilik heyetin içinde TDB'nin belirleyeceği iki, DİŞSİAD'ın belirleyeceği iki kişi ve ortakça belirlenecek bir kişi yer alacak. Bu heyet başvuruda bulunan dişhekimlerinin şikayetlerini inceleyecek ve uzlaştırmak adına bir karar verecekler. Şikayetçi olan uygun görürse olay çözülecek, uygun görmezse yasal hakları zaten saklı kalacak.

Protokol tamamlandıktan sonra TDB de bu konuda yayın organlarında, internet sitelerinde imzalayan üyelerimizin isimlerini yayımlayacak. Bu firmalardan alışveriş edilmesinin daha güvenli olacağı vurgulanacak. Bu üyelerimizin yanında çalışan elemanlara yaka kartı vereceğiz. Bu yaka kartıyla gezecekler ve o firmayı temsil edecekler. Böylelikle dişhekimini daha güvenli bir alışveriş yapmış olacak. Zaten hekimler her kapıyı çalan kişiden alışveriş edilmeyeceğini biliyor. Gazetelerde okuyoruz, dişhekimini muayenehanelerine saldırılar oluyor, ya da hırsızlıklar oluyor. Bu

uygulamamızla şüpheli kişilere de kapı açılmamış olacak.

DİŞSİAD ile ilgili olarak, etkinliklerinizle ilgili olarak başka aktarmak isteyeceğiniz bir şey var mı?

Geçtiğimiz Mayıs ayında bizim açımızdan önemli bir gelişme oldu. DİŞSİAD'ın üye olduğu ADDE (The European Associations of Dental Dealers) ve FIDE (The Federation of the European Dental Industry) adlı iki uluslararası kuruluş var. Mayıs 2006'daki Bratislava'daki genel kurul toplantısına Dış İlişkiler Komisyonu üyemiz Seyfeddin Öztürk katıldı. Bu toplantıda 2009 yılının genel kurul toplantısının da Türkiye'de yapılma kararı çıktı. İnşallah 2009 yılında ADDE'nin genel kurul toplantısını Türkiye'de organize edeceğiz. Avrupa Dış Depoları Birliği şeklinde ifade edebileceğimiz bu örgütün bine yakın üyesi var, ülke olarak değil de firma olarak. Avrupa Birliği'ne girme yolunda bir adım da biz atmış olduk DİŞSİAD olarak.



DİŞSİAD, üyeleriyle biraraya geldi

Diş Sanayicileri ve İş Adamları Derneği DİŞSİAD 13 Ekim 2006 tarihinde İstanbul Eresin Otel'de iftar yemekli bir toplantıda üyeleriyle buluştu. Toplantıda mesleğe uzun yıllar emeği geçmiş üyelere birer hatıra plaketi verildi. Bugüne kadar yapılan en geniş katılımlı toplantı olduğu belirtti-

len toplantının meslektaşlar arasındaki kaynaşmayı sağlamak açısından da yararlı olduğu katılımcılar tarafından ifade edildi. EXPODENTAL2007 - IDEX'07 fuarıyla ilgili olarak da katılımcıların görüşlerinin alındığı toplantıya diğer illerdeki DİŞSİAD üyeleri de katıldılar.



İstanbul Umum Diş Protez Teknisyenleri ve Zanaatkarları Odası Başkanı Yavuz Erpinar:

'Bu, diş teknisyenleri için büyük bir atılım'

Haziran 2007'de yapılacak TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nde TDB'yle bir işbirliğine gittiniz? Bu çalışmadan biraz bahseder misiniz?

TDB Genel Başkanı Celal Yıldırım'ın önerisiyle bir araya geldik ve kendileri bize bu konuda destek olup olamayacağımızı sorduğunda tereddütsüz böyle bir çalışmaya seve seve katılacağımızı ve elimizden gelen her türlü imkanlarla bu çalışmalara sahip çıkacağımızı ifade ettik. Çalışmalara da başlamış bulunuyoruz. Bu bizim için büyük bir atılım. Kongre sürecinde açılacak olan kurslar ve seminerlerde meslektaşlarımızın mesleki bilgileri günün şartlarına uygun bir şekilde daha gelişecek, teorik bilgileri artacak. Bu da bizim için büyük bir fırsat. Bu fırsatı da iyi değerlendirmeye çalışacağız.

Teknisyenlerin bu tarz etkinliklere ilgisi nasıl?

Geçtiğimiz yıl Türk Diş Teknisyenliği Kongresi tamamen diş teknisyenleri ve bir özel firma tarafından gerçekleştirilmişti. Başarılı olduğunu düşünüyoruz. Dişhekimleriyle birlikte yapılacak bu kongrenin daha da başarılı olacağını düşünüyorum. Daha önceki kongrelere biz çeşitli düzeylerde katıldık ama böyle organizasyon içerisinde hiç yer almamıştık. Herhalde bundan epeyce bir tecrübe sahibi olacağız.

Diş teknisyeni odalarının örgütlenmesiyle ilgili sorunlardan da biraz

bahseder misiniz?

Türkiye genelinde İstanbul, Ankara, İzmir, Samsun, Bursa ve son olarak da Adapazarı odaları açılmıştı. Ancak yasal değişiklikler sonucu birçok oda kapanma durumuyla yüzyüze geldi, birkaç tanesi kapandı. Ankara ile İzmir odaları da kapanmak üzere olduğundan İstanbul dışında hiçbir oda kalmıyacak bir süre sonra. Biz iki yıldan beri ülkemiz-

de diş teknisyenliğiyle ilgili bir birliğin oluşturulması ve mümkün olan her ilde bir oda oluşturulması için dişhekimlerini örnek alarak bir çalışma içerisine girdik. Onun için bu çalışmalarımızı TDB ile birlikte sürdürmeye başladık. Bizim için büyük bir gelişmeydi. Bizim birlik yasamızın bir an evvel meclise sunulması ve yürürlüğe girmesini arzu ediyoruz.

Kongre organizasyon çalışmaları

11-17 Haziran 2007 tarihleri arasında İstanbul Dişhekimleri Odası'nın organizasyonuna katılacak olan TDB 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için çalışmalar başladı. 13 Haziran'da yapılan toplantıda TDB, DİŞSİAD ve İstanbul Diş Teknisyenleri Odası temsilcileri bir araya geldi.



Soldan sağa: Yavuz Erpinar, Kazım Kement, G. Neslihan Yamalioğlu, Zeki Akbaş ve Kemal Esti

TDB, DİŞSİAD ve Diş Teknisyenleri Odası 13 Ekim Cuma 2007'de ilk toplantısını yaptı. toplantıya DİŞSİAD

adına Kemal Esti, Zeki Akbaş, Diş Teknisyenleri Odası adına Yavuz Erpinar, Kazım Kement, TDB Sergi Organizasyon

Türkiye'deki teknisyen sayısı nedir?

Bu konuda tam bir rakam vermem mümkün değil ama 8-10 bin civarında olduğunu söyleyebilirim.

Diş teknisyenliği eğitimiyle ilgili ilişkiler çözümlendi mi?

İki bakanlığın yıllarca sürtüşmesinin ardından çıkan 3575 sayılı yasa da yeterli olmadı. Şu anda mesleğimizde yardımcı eleman sorunu çekiliyor. En büyük sıkıntımız da diş teknisyenliği mesleğiyle ilgili okulların açılmamasından kaynaklanıyor. Sadece üniversite düzeyindeki Çapa Yüksek Diş Tekniker Okulu ve Marmara Üniversitesi Diş Teknikerliği okulu var. Bunlar iki yıllık okullar ama yeterli değil.

Milli Eğitim Bakanlığı'nun bünyesinde açılacak olan meslek okullarıyla bu ihtiyacın giderileceği kanısındayım. Bu okullara giden öğrencilerin teorik eğitimlerinin okulda ve pratiklerinin de yine meslek kuruluşlarına kayıtlı olarak faaliyetini sürdüren laboratuvarlarda

verilmesi gerektiğini düşünüyorum. 3308 Sayılı yasa çerçevesindeki uygulamanın kaldırılmasının ardından şu anda boşluktayız. Türkiye'deki bütün diş teknisyenleri vasıfsız eleman almak mecburiyetinde kaldılar.

Daha önce Milli Eğitim Bakanlığı'nun vermiş olduğu ustalık ve kalfalık belgelerinin Sağlık Bakanlığı'na tanınması için bir süre tanınmıştı. Buldukları ilin sağlık il müdürlüklerine müracaat yaparak açılacak olan sekiz aylık kurslara devam etmeleri öngörülmüştü. Fakat ihmalkar bir toplum olduğumuz için çeşitli nedenlerle bir sürü insan zamanı içerisinde belgelerini yenileyemedi. Bu

sorun da bir ayla giderilebilir diye düşünüyoruz.

Dişhekimi camiasına yönelik bir mesajınız var mı?

Benim en büyük arzum TDB ve dişhekimi odalarının bütün illerde teknisyenlerle uyum içinde çalışmalarını. Bize sahip çıkacak olan kuruluş sadece TDB ve dişhekimi odalarıdır. Onların desteğiyle de her konuda daha ileri bir hizmet sunabiliriz. Hekimin yüzü güldüğü sürece bizim yüzümüz güler çünkü ayrılmaz bir bütünüz. Onun için kesinlikle birbirimize destek vererek, omuz vererek çalışmaktan yanayım.

ari başladı

yonuyla İstanbul'da düzenlenen 3 Ekim 2006 günü düzenlenen bir araya geldiler.

yonu Komitesi adına G. Neslihan Yamaloğlu ve Hikmet Bilge katıldı.

Bu ilk toplantıda esas olarak sergi yerleşim planlarının nasıl olması gerektiği ele alındı. Bu yıl ilki gerçekleştirilecek olan Diş Teknisyenleri Kongresi için hazırlanacak sergi alanları da hem dişhekimlerine hem teknisyenlere görsel ve bilimsel anlamda hitap edecek nitelikte olması için yapılması gerekenler görüşüldü.

Kongrenin uluslararası niteliğini pekiştirecek yurtdışından katılımcı firmaların sergide daha fazla yer alması için de çaba harcanıyor. Köln Messe de artan katılımcı sayısı ile bu yıl da EXPODENTAL2007-IDEX'07'de yerini alıyor.

TDB
TDB Dişhekimleri Birliği

TDB
İstanbul
2007

14. ULUSLARARASI DIŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
14th INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS
11-17 Haziran June 2007, İstanbul, Turkey
Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı Convention Center
Askeri Müze ve Kültür Sitesi Military Museum and Culture Center

EXPODENTAL 2007 **IDEX 2007**

*"Buluşma noktası İstanbul.
Meeting point İstanbul."*

Başvuru Adresi: İstanbul Kültür Sitesi, Atatürk Kültür Merkezi, 34100 İstanbul, Türkiye
T: +90 212 240 24 00
F: +90 212 240 24 00
E: mail: info@tddbkonres.com info@tddbkonres.com
Web: www.tddbkonres.com



Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Hülya Köprülü, dişhekimliği eğitiminin öğrenci, hasta ve toplum merkezli yapılması gerektiğini belirtiyor ve iyi bir eğitim vermenin ilk şartının iyi yetişmiş öğretim elemanları olduğunu savunuyor:

'Altyapısı oluşturulmadan fakülte açılması niteliği düşürüyor'

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Karadeniz Bölgesi'nin ilk dişhekimliği fakültesi olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 1992 yılında kuruldu, eğitime de 1993-1994 akademik yılında Kurucu Dekan Prof.Dr. Arslan Akgünlü önderliğinde başladı. Kurulduğunda 1 doçent, 3 yardımcı doçent, 14 araştırma görevlisi olmak üzere 19 öğretim elemanı, 32 öğrencisi ve 15 adet diş ünitesinden oluşan tek bir kliniği vardı.

Fakültemiz Sağlık Bilimleri Kompleksi olarak inşa edildi ve geçmiş yıllarda Rektörlük hizmet binası olarak da kullanılmış olan bloğun Batı ve Kuzey Batı Bölümünde 5630 m² lik bir alanda faaliyete geçti.

Karadeniz'in tipik doğal yeşiline ve deniz manzarasına sahip ülkemizin en güzel yerleşkelerinden birinde eğitim-öğretim etkinlikleri yanında bölge halkına ağız diş sağlığı hizmeti de sunan fakültemiz, son beş yılda kazandırılan 3120 m²'lik alanla toplam 9950 m²'lik bir fiziksel kapasiteye sahip oldu.

13 yıllık Fakültemize son beş yılda; konferans salonu, toplantı odası, protez ve tedavi klinik öncesi laboratuvarları, fantom laboratuvarı, araştırma ve bilgisayar laboratuvarı, multidisipliner klinik, protez anabilim dalına ait klinikler, laboratuvarlar ve doktor odalarından oluşan bir kat ile oral diağnoz ve radyoloji anabilim dalı kliniğinden oluşan yeni çağdaş çalışma ve hizmet ortamları kazandırıldı.

Son beş yılda gerek akademik kadro açısından, gerekse altyapı açısından çok önemli gelişmeler gösteren Fakültemiz yılda ortalama 37 bin hastaya 106 ünitelerden oluşan 8 ayrı klinikte (multidisipliner klinikle birlikte); 36 öğretim üyesi, 13 araştırma görevlisinden oluşan 49 öğretim elemanı, 35 doktora öğrencisi ve 46 idari personelle ağız diş sağlığı hizmeti sunuyor.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz? Hasta profilini kimler oluşturuyor?

Öğrencilerimizin çalışacağı hastalar konusunda sorun yaşamıyoruz. Öğrenci

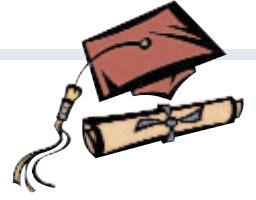
hastaları için randevular ilgili anabilim dalı sekreterlikleri tarafından veriliyor. Yerleşkemiz şehir merkezine 16km uzaklıkta olmasına karşın Fakültemize olan talep yoğunluğu nedeniyle randevularda zorlandığımız dönemler dahi oluyor.

Hasta profilimizin %25'ini SSK, %14'ünü Emekli Sandığı, %9'unu Bağ-Kur, %39'unu kurumlar, %9.19'unu Ondokuz Mayıs Üniversitesi, %2.7'sini öğrenci, %1.15'ini Yeşil Kartlılar oluşturuyor.

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

9 yılda 301 mezun veren Fakültemizin mezunları ile iletişimi henüz istenilen düzeyde değil maalesef. Bu nedenle bu konudaki alt yapı çalışmalarımız sürdürülüyor.

Ancak mezunlarımızın özellikle son yıllarda iş bulma konusunda sıkıntı çekemediklerini, çoğunluğunun muayenehane açtıklarını, bir kısmının da lisansüstü eğitime kalarak doktora yaptıkları



rını gözlemliyoruz.

Dişhekimliği fakültelerinin sayısı hemen her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

Fiziksel ve bilimsel altyapıları oluşturulmadan açılan Fakültelerden oluşan Üniversite sayısının artırılması karşımıza ne yazık ki "niteliksizlik" sorununu çıkarıyor.

Ülkemizde lisans eğitimi veren 16 dişhekimliği fakültesinde yaklaşık 400 profesör var. Bu profesörlerin %87 (350)'si üç büyük kentteki 7 fakültede toplanıyor. Kalan 9 fakültede de 50 profesör bulunuyor. Bu sorunun çözümüne katkıda bulunabilmek, örnek oluşturmak amacıyla 5 yıl önce Hacettepe Üniversitesi'ndeki görevimi kesintiye uğratarak profesörlüğümün 7. yılında Anadolu'ya gelen bir profesör olarak, mevcut du-



Prof.Dr. Köprülü, kütüphanesi, laboratuvarları uluslararası düzeyde olmayan, çalışanın ödüllendirilmediği üniversitelerde gerçek bilim yapılamayacağını ifade ederek OMÜ Dişhekimliği fakültesi'nin bu açılardan büyük ilerleme gösterdiğini aktardı.

rumdaki çarpık dağılım giderilmeden, dişhekimliğine özgü fiziksel altyapı hazırlanmadan açılacak yeni fakültelerin dişhekimliği bilimine, ulusal yenilik süreçlerine katkı sağlayamayacağı ve "niteliksizlik" sorununun artmasına yol açacağını düşünüyorum.

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

Fakültemiz son üç yılda eğitim ve fiziki altyapı konularında yapılan sürekli değerlendirmeler, iyileştirmeler ve cesur atılımlarla nitelikten ödün vermeden sürekli bir gelişme sürecine girdi.

Ortaöğrenimden "bilim eğitimi" gereği olan katılımcı, sorgulayan, aktif öğrenci gelişinin, bir başka deyişle arzula-dığımız öğrenci akışının olmadığı yükseköğretimde, yetiştirmek istediğimiz gençlerin eğitimi ve öğretimini yap-tırca-cak olan "eğitmcilerin eğitimi en önemli eğitimdir".

Bu nedenle biz genç ve dinamik öğretim üyelerimizle nitelikli bir eğitim-öğretim için ilk yapılması gerekenin öğretim üyelerine eğitici-lik işlevinin ve "Yetişkin Eğitimi İlkeleri"nin öğretilmesi olduğu bilimsel gerçeğinden hareketle çalıştık. Bu konudaki çalışmalarımızın sonucunda Fakültemiz, ülkemizdeki dişhekimliği fakülteleri arasında %67 oranıyla en fazla "Eğitim Becerileri

Kursu" alan öğretim üyesine sahip oldu. Daha da önemlisi "Eğitim Becerileri Kursu"nu kendi öğretim üyelerinden oluşan bir ekiple ilk olarak Haziran 2006'da veren ve bundan böyle diğer dişhekimliği fakültelerine de verebilecek donanıma sahip ilk dişhekimliği fakültesi konumuna geldi.

"Eğitici eğitimi"ni çok önemsiyoruz çünkü; gerçek anlamda "öğretim" yapan öğretim üyelerinin çoğunlukta olduğu üst düzeyde eğitim yapılan bir fa-

külte olmak istiyoruz.

Çünkü inanıyoruz ki öğrencilerimize mesleki bilgi ve beceri kazandırmanın ötesinde bilimsel düşünme, kuşkucu, sorgulayıcı tavır ve akılcı davranış kazanmaları yönünde yardım edebilirsek ancak onlarda sorun farkındalığı, duyarlılığı yaratabilir ve "aydın" sorumluluğu kazandırabiliriz.

Öğrencisine bu şekilde dünyaya bakmayı öğreten, kendisini gerçekleştirme-sine yardım eden öğretim üyesi ancak nitelik artışını sağlayabilir; ulusal yenilik süreçlerine ve yerel bilginin gelişme-sine katkıda bulunabilir.

2006-2007 akademik yılında 16 dişhekimliği fakültesi arasında en yüksek puanla öğrenci alan fakülte sıralamasında Fakültemiz 5. sıraya yükseldi. Özellikle son üç yıl içerisinde eğitim konusunda uluslararası denkliği sağlayacak pek çok düzenleme yapıldı.

2003-2004 eğitim-öğretim yılından itibaren yabancı dil hazırlık sınıfı uygulaması başlatılmış olup bu uygulama birinci ve ikinci sınıflarda da mesleki İngilizce olarak devam ediyor.

Avrupa Dişhekimliği Eğitimi Birliği'nin önerileri doğrultusunda "Müfredat Komisyonu"nun yaptığı çalışmalar sonucunda 5 yıllık eğitim süresinin %60'ının pratik olması sağlandı. Geçtiğimiz yıl uygulamaya geçtiğimiz multi-disipliner klinik stajıyla ilgili öğrencilerimiz ve hastalarımızdan alınan geri bil-

Sayılarla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi



Öğrenci sayısı (2006-2007)

Tüm sınıflarda toplam öğrenci sayısı: 263

- 125 kız, 126 erkek T.C uyruklu
- 5 kız, 7 erkek yabancı uyruklu

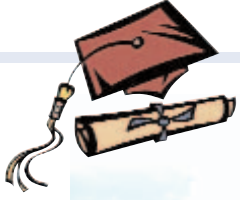
2005-2006'da mezun olan öğrenci sayısı: 21

2006-2007 Kontenjanı: 43

Doktora Programında olan öğrenci sayısı: 57

Akademik kadro

Profesör	3
Doçent	9
Yard. Doçent	24
Araş. Gör.	13 (2547/33)
Araş. Gör.	26 (2547/50)
Kadrosuz Doktora Öğr.	19



Karadeniz'e bakan Türkiye'nin en güzel yerleşkelerinden birine sahip OMÜ Dişhekimliği Fakültesi bölgenin ilk dişhekimliği fakültesiydi.

dirimler son derece memnuniyet verici. Derslerin amaçlarının güncellendiği ve öğrenim hedeflerinin belirtildiği eğitim-öğretim rehberimiz bu akademik yılda da güncellendi ve yetişkin eğitimi İlkelere de yer verildi.

Fakültemiz Avrupa Dişhekimliği Eğitimi ve Avrupa Tıp ve Sağlık Meslekleri Eğitimi Birliklerinin her ikisine birden üye olan ve üç yıldır her iki uluslararası eğitim toplantılarına da bildiriyle aktif olarak katılan ilk ve tek dişhekimliği fakültesi durumunda. Kuşkusuz bu katılımların geri dönüşümü, eğitimimizin niteliğinin artırılması, uluslararası denkliliğinin sağlanması çalışmalarına katkı sağlaması açısından son derece yararlı oluyor.

Müfredat komisyonumuz tüm bu etkinliklerin sonucunda yaptığı önerilerle pek çok fakültenin hedef olarak koyduğu ancak uygulamaya geçiremediği "multidisipliner klinik staj", "modül ders" uygulamalarının Fakültemizde gerçekleşmesinde önemli bir rol oynadı.

Ayrıca, Erasmus Programı çerçevesinde Fakültemizden bu yıl dört öğrenci ve dört öğretim üyemizin Litvanya ve Polonya ile karşılıklı değişimleri başlatıldı. Fakültemiz bu girişimiyle de ülkemiz dişhekimliği fakülteleri arasında ilk sıralardaki yerini aldı.

Avrupa Birliği sürecinde eğitimde akreditasyonla ilgili çalışmalarınız hakkında bilgi alabilir miyiz?

Özellikle yükseköğretim kurumlarında mutlaka olması gerektiğini savunduğumuz eğitimin ve hizmetin değerlendirilmesi, kurumsal kalite için Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde uygulama yönünde ilk adım atan Fakülteyiz. Kasım 2005'de resmi ulusal değerlendirme kurumu olan Türk Standartları Enstitüsü'nden gerekli eğitim alınarak hemen ardından kalite birimimiz oluşturuldu. 2007 yılı sonunda kalite belgesi alma yolundaki çalışmalarımız da sürdürülüyor.

Eğitimde uluslararası kalite değerlendirmesine başvurma öncesinde ise "ölçme ve değerlendirme" ve "geri bildirim" konularındaki eksikliklerimizi giderme aşamasındayız.

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

Üniversite, temelde, özellikle de kuruluş aşamasında değerli öğretim üyelerinden oluşmalıdır. Değerli öğretim üyesi gerçek anlamda bilim yapan öğretim üyesidir. Ancak kütüphanesi, laboratuvarları uluslararası düzeyde olmayan, çalışanın ödüllendirilmediği üniversitelerde gerçek bilim yapılamaz.

Bilimsel insan gücünün birincil kaynağı üniversitelerin lisans programlarıdır.

Bu nedenle yetkim olsa;

• Dişhekimliği eğitimi ezber ve sadece teknik beceri kazandırmaya yönelik olmaktan çıkartırdım.

• Temel dişhekimliği bilimleri derslerinin içeriğini dişhekimliği eğitimine özgü düzenler ve klinik bilimlerle bütünleşmesini sağlardım. Klinik öncesi sınıflarda alınan derslerde "canlı" (yaşama buluşan), gerçek yaşamdan alınmış örnek olaylarla yürütülen, yaşam kesitlerini yansıtan rol canlandırmalarla sürdürülen ve yaşantıdan alıntı senaryolarla zenginleştirilen eğitim modellerine ağırlık verirdim.

• Bölge halkının ağız diş sağlığını iyileştirecek geliştirecek projeleri desteklerdim.

• Eğitimi tamamen öğrenci, hasta ve toplum merkezli yapardım.

• Araştırmacı ve eğitici öğretim üyelerini ayırırdım.

• Araştırmacı olanlara uluslararası düzeylerde laboratuvarlar sunardım.

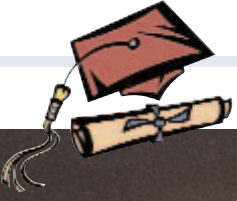
• Eğitici, araştırmacı ve hizmet işlevlerini yaparken objektif, dürüst, açık sözlü ve mesleki yönden üstün ahlaklı olan, sorgulayan ve üreten nitelikli öğretim elemanlarını ödüllendirirdim.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirilebilir misiniz?

Türk Dişhekimleri Birliği, mesleğimizin; sesinin duyurulması, saygınlığının artması, sağlık meslek grupları arasında hak ettiği yere gelmesi, meslektaşların sürekli gelişmeleri, dayanışmaları, ulusal ve uluslararası temsili açısından çok önemli bir sorumluluk taşıyor.

Bu sorumlulukların paylaşılmasında her dişhekiminin gönüllü, duyarlı olması ve üzerine düşeni yapması halinde dişhekimliğinin ülkemizde arzu edilen yere gelmesi hiç de zor olmayacak diye düşünüyorum.

Bu bakış açısıyla yöneticilik görevimden önce bireysel olarak meslek örgütüme hep yakın oldum ve bilimsel desteğimi esirgemedim. Samsun'da görev yaptığım beş yıl içerisinde de Fakültemizin kurumsallaşması çalışmalarını içinde meslek örgütümüzle olan ilişkilere de öncelik verdim ve bu konuda da akademik geleneğin oluşmasını sağlamaya, genç öğretim elemanlarına örnek olmaya çalıştım. Bunun en son örneği, 13. Dişhekimliği Kongresi'nin Samsun'da gerçekleştirilmesine verilen destek ve işbirliğidir.



Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Nejat Bora Sayan, yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması, insan gücü planlamasının yapılmaması gibi konularda eleştirilerini belirttikten sonra 'Madem bunlara engel olamıyoruz elimizde olan konuları düzeltme yönünde çaba gösterelim' diyor.

Prof.Dr. Sayan Avrupa Birliği eğitime uyum yönündeki çalışmaları tamamladıklarını aktarırken bunu AB üyeliğinden çok çağdaş bir fakülte yaratma düşüncesiyle kotardıklarını ifade ediyor:

'AB'ye girmekten çok, iyi hekim yetiştirmeyi hedef alıyoruz'

Fakültenizin kuruluşundan bugüne kadarki tarihsel gelişimini özetleyebilir misiniz?

Fakültemizin kuruluş çalışmaları 1959 yılında, o zamanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof.Dr. Zaffer Paykoç hocanın çalışmalarıyla başlıyor fakat 27 Mayıs 1960 ihtilali çalışmaların bir süre duraklamasına neden oluyor. Daha sonra 1964 yılının Ocak ayında rahmetli hocamız Prof.Dr. Cihat Borçbakan'ın Yüksekokul Müdürlüğüne atanmasının ardından 21 öğrencisiyle eğitime başlıyor.

O dönemde fakültemizde, Ağız-Çene Cerrahisi, Protez, Tedavi ve Ortodonti kürsüleri bulunuyordu. 1967 yılında 10 yataklı bir servise sahip olan Yüksekokulumuz, 1968 yılında ilk mezunlarını verdi ve 25 Haziran 1973 tarihinde Dişhekimliği Fakültesine dönüştürüldü. Açıldığı yıllarda Tıp Fakültesi içerisinde eğitim veren fakültemiz 1974'de Sıhhye Sağlık Sokak'ta eğitimini sürdürdü ve Şubat 1977'de halen eğitim yaptığımız Beşevler'deki binamıza taşındı.

Biraz da bugün gelinen noktadan, eğitim kadronuzdan bahsedebilir misiniz?

Sayısal olarak bileşimini aktardığım kadromuz çok genç olup, öğretim üyelerimizin % 80'i yurtdışı deneyimleri olan, alanlarında uluslararası platformlarda saygın yerlere sahip akademisyenlerden oluşuyor, bu da bize kuşkusuz eğitimde başarıyı getiriyor.

Fakültemize gelen öğrenciler Üniversite sınavlarında binde üçlük dilimde başarılı olan öğrenciler; çoğu Anadolu Lisesi ve Fen Lisesi çıkışlı. Yabancı uyruklu öğrencilerimizse, İngiltere, Kosova, Arnavutluk, Azerbaycan, İran, Bulgaristan, Yunanistan gibi ülke vatandaşlarından oluşuyor. Fakültemiz kurulduğu yıllardan bugüne değin ülkemizde çağdaş dişhekimliği eğitimi vermeyi kendine ilke edinmiş, araştırma ve sağlık hizmetlerinde de bu ilke-den hiçbir zaman ödün vermeden, dünyanın herhangi bir ülkesinde hizmet sunabilecek nitelikte dişhekimleri yetiştirmeye özen göstermiştir. Eğitimimizdeki bu başarı, yapılan bir bilimsel araştırma-yla da kanıtlandı ve fakültemiz diş-

hekimliği dalında en iyi devlet üniversiteleri sıralamasında birinci sırada gösterildi.

Öğrencilerinizin çalışacağı hasta bulma konusunda problem yaşıyor musunuz?

Fakültemize yılda 25 binin üzerinde hasta başvurusu oluyor. Bunların çok azı (yaklaşık 3 bini) özel hasta statüsünde kurumumuza başvuruyor. Ankara'da bizden başka iki devlet, bir de vakıf dişhekimliği fakültesi, ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı birçok ağız diş sağlığı merkezi olmasına rağmen hasta başvurularındaki bu yoğunluğu sağlık hizmetlerini kaliteli olarak yürütmeye çalıştığımızın bir göstergesi olarak kabul edebiliriz. Tabi bununla şunu da söylemek istiyorum ki; fakültemizde öğrencilerimiz hasta bulma gibi bir sorunları yok.

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

Mezun öğrencilerimizle iletişim kurma

bağlamında, bir internet sitemiz var. Mezunlarımız bu siteye girerek hem fakültemizdeki gelişmeleri yakından takip edebiliyor, hem de sisteme doğrudan girerek bilgilerini güncelleme şansına sahip oluyorlar. Ayrıca "Ankara Üniversitesi Mezunlar Derneği" kanalıyla da iletişim kurabiliyoruz. Kuruluşumuzun 43. yılında, yani bu yıl 24-26 Kasım tarihleri arasında ise **Boston Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi** ile birlikte düzenleyeceğimiz **implantoloji** konulu "Bilimsel Toplantı"nın ikinci gününde tüm mezunlarımızı bir araya getirmeyi planladık ve duyuruları yaptık. Bu bizim için bir ilk. Bu nedenle oldukça heyecanlı bir şekilde bu hazırlıklarımızı sürdürüyoruz. Umarız tüm mezunlarımızı 43 yıl sonra bir arada bulma şansını ve mutluluğunu yakalarız.

Mezunlarımızın iş bulma sıkıntısı var mı? Benim inancım eğitimi tam almış, mesleğini icra etmekten zevk alan bir dişhekimini hiçbir zaman iş bulma sıkıntısı yaşamaz. İş sıkıntısı yaşayan bir mezunumuza rastlamadım.

Dişhekimliği fakültelerinin sayısı her yıl artıyor. Buna bağlı olarak mezun olan dişhekimisi sayısı da artıyor. İnsan gücü planlaması açısından değerlendirdiğinizde



Sayılarla Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

Öğrenci sayısı (2005-2006)

Tüm sınıflarda toplam
öğrenci sayısı: 591

2005-2006'da mezun olan
öğrenci sayısı: 87

Kontenjan: 100 + 10 yabancı
uyruklu öğrenci

Akademik kadro

Profesör	79
Doçent	17
Yard. Doçent	1
Öğretim Gör.	1
Uzman	1
Araş. Gör.	26



Türkiye'de ilk olarak 50 fantom modelle öğrenci eğitimine başladıklarını ardından diğer fakültelerin de bu eğitime geçtiğini belirten Prof.Dr. Sayan, ilk ve tek yataklı servise sahip dişhekimliği fakültesi olduklarını da ekliyor.

bu olguyu doğru buluyor musunuz? Bu durum eğitimin kalitesini de etkiliyor mu?

Yeni fakülte açılımı, buna bağlı olarak artan dişhekimisi sayısı, dişhekimine gitme alışkanlığı olmayan bir toplum, hizmet vermek için hep büyük şehirleri seçen mezun dişhekimleri, insan gücü planlaması olmayan politikacıların varlığı devam ettikçe biz bu sorunu çok tartışırız. Yaklaşık 12 yıllık idarecilik yaşamımda bu konu hemen hemen her toplantıda hararetle tartışılır, ama sonuca ulaştırılmaz. Sayımız fazla, yeni fakülte açılmasın deriz, açılır. Sayımız niye fazladır, neye göre fazladır, hasta hekime niye gitmez?

Bilmem yukarıdaki çizdiğim kısır döngü anlaşılabilir mi? Fakülte açılımına bugünün koşullarında engel olmadığımız ortada. O zaman, bana göre mücadelemizi başka yöne kaydırmalıyız. Bunlardan ilki, eğitimin kalitesinden ödün vermemek olmalı. Yani altyapısı ve öğretim üyeleriyle tam oluşmuş fakültele dur diyebilmeliyiz. İkinci önemli nokta ise, yeni fakülteler açıldığında, kontenjan fazlalığı olan fakültelerimizden yeni açılan fakültelerimizin kabul ettiği oranda öğrenci eksiltmesini sağlayarak kendimize göre doğru düşündüğümüz sayısal artışa engel olmak olmalıdır. Ama ilk davranışımız çok önemli. Eğitim için altyapı ve öğretim üyesi yeterliliğinden hiç taviz verilmemeli. Ama bu kısır döngü içinde, kendimizi ve sağlık politikası üretme-

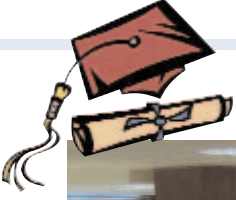
yenleri de sorgulamamız gerektiğini de unutmamalıyız.

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

Üniversitemiz ve fakültemiz 2000 yılından bu yana Avrupa Birliği'ne giriş çalışmalarını yürüten ülkemiz politikasına paralel olarak kendini yenilemeyi, çağdaş eğitim koşullarını üniversitemize taşımayı ilke edindi. Ancak biz, AB'ye girmekten çok, nasıl iyi hekim yetiştirebiliriz, mezunlarımızı dünyanın her yerinde hizmet üretebilir hale nasıl getirebiliriz üzerinde çalıştık. Sanıyorum ki bunda en başarılı fakültelerden biri olduk.

Bence biz Ankara Üniversitesi olarak hem başkentimizin ismini taşımanın hem de bürokrasiyle çok iç içe olmanın etkisiyle reklamdan hep kaçındık. Hiçbir zaman vitrinde olmak için çaba sarf etmedik. Bunu şunun için söylüyorum, Ankara Üniversitesi Dişhekimliği fakültesi olarak eğitim ve fiziki altyapı açısından Avrupa'nın hiçbir dişhekimliği fakültesinden eksiklerimiz yok. Hatta pratikte, uygulamalarda fazlalığımız vardır.

Gelin fakültemizi birlikte değerlendirelim; Bir kere Türkiye'de ilk olarak **50 fantom modelle** öğrenci eğitimine biz başladık, ardından diğer fakültelerimiz de olanakları ölçüsünde bu eğitime geçti. Türkiye'de **ilk ve tek yataklı servise sahip** dişhekimliği fakültesiyiz ki birçok Avrupa ülkesinde bu olanak



Modern cihazlarla donatılan konferans salonu yeni kurulan audio vizyon sistemi sayesinde sürekli dişhekimliği eğitimi-ne de katkı sağlayacak

yok. Başvuran hasta sayımıza hizmet verebilmek için ikinci ameliyathane-yi de açmak zorunda kaldık.

Fakülte kütüphanemiz yenilendi, aylık toplam **47 süreli yayına** aboneliğimiz var. **1500 yabancı 1500 Türkçe** olmak üzere toplam **3000** kitaba sahibiz. Önümüzdeki yıl online süreli yayın aboneliğine geçerek, abonelik sayımızı **96'ya** çıkaracağız. Kütüphanemizde internet bağlantılı 16 bilgisayarımız var. Bu verilerde birçok ülkenin üzerinde yer alıyoruz. 2000'li yılların başından beri **Merkezi Sterilizasyon Ünitesi** ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin çalışmalarıyla sağlık hizmetimizi güvenli kıldık. Öğrencilerimiz artık fakültemizin onlara sağladığı aletlerle hastalarına hizmet veriyor. Geçen yıl kurulan **Moleküler Biyoloji Araştırma** laboratuvarıyla çok önemli bir atılım yaptığımızı inanıyorum. Sahip olduğumuz bu araştırma laboratuvarı olanaklarıyla sadece ülkemizin değil, bir çok komşu ülke bilim insanları için tek merkez olma özelliğini taşıyor. İnanıyorum ki, gelecek yıllarda bu laboratuvar da alanımızda ses getirecek bilimsel çalışmalar çıkaracak.

Yine bu yıl, konferans salonumuz yenilenerek modern cihazlarla donatıldı, ameliyathane ve ünit başlarından konferans salonumuza **audio vizyon sistemi** kuruldu. Bu sayede lisans eğitimi sonrası gereken sürekli eğitim veya



güncel deyimle **YAŞAM BOYU EĞİTİM** hizmetleriyle meslektaşlarımızın gelişimine katkı sağlamayı amaçlıyoruz. Çağdaş eğitim için gerekli tüm olanaklar, internet bağlantısından akıllı tahtasına kadar öğrenci anfilerimize yerleştirildi. Gördüğümüz gibi daha da arttırabileceğim bu olanaklarla fakültemizin altyapısı Avrupa ülkelerinden hiç de geride değildir.

Avrupa Birliği sürecinde eğitimde akreditasyonla ilgili çalışmalarınız hakkında bilgi alabilir miyiz? Mezunlarınızdan Avrupa'da çalışmak isteyenler ne gibi sorunlarla karşılaşılıyor?

Yukarıda sıraladığımız işleri, Avrupa Birliği'ne akredite olmak amacından çok, eğitimde, hizmette ve araştırmalarda ülkemizde dünya standartlarını yakalamak uğruna gerçekleştirdik. Bu çalışmalar üniversitemize 2004 yılında ERASMUS belgesini kazandırdı. Dolayısıyla şu an akredite edilmiş bir durumdayız. Eğitimimizde ECTS kredi sistemi uygulamasına geçildi. Bu kredi sistemi içinde mezun olacak öğrencileri-

mizin herhangi bir sorunla karşılaşacağını sanmıyorum. Eski mezunlarımızın karşılaştığı sorunlarla da yakından ilgilenerek çözmelerine yardımcı olmaya çalışıyoruz.

Bugüne kadar yaşadığınız en önemli sorunlar nelerdir? Elinizde imkan olsa fakülteniz için ne yapmayı düşünüyorsunuz?

Fakülte olarak bugün için yaşadığımız iki önemli sorun olduğunu düşünüyorum. Bunlardan birisi fakültemizin konumu. Dünyanın hiçbir ülkesinde tıp ve dişhekimliği fakülteleri birbirinden bu kadar uzakta konumlanmamıştır. Dişhekimliği fakültesi mutlaka tıp fakültesi ile iç içe aynı kampüste olmalıdır. Bu, hem eğitimde, hem sağlık hizmetinde hem de bilimsel araştırmalarda başarıyı etkileyen en önemli faktördür.

İkinci sorunumuz ise tüm altyapının yenilenmesine rağmen içinde bulunduğumuz bina bize fiziki olarak yetersiz geliyor. Fakültemizin daha geniş alanda vereceği hizmetlerin daha kaliteli olacağından hiç kuşku yok.

Hayalim, fakültemin yeterli fiziki mekana kavuşması ve Tıp Fakültesi ile aynı kampüste hizmet vermesidir. Umarım yakın gelecekte bu hayalim de gerçek olur.

TDB ile ilişkilerinizi değerlendirilebilir misiniz?

TDB ile fakültelerin işbirliği kanımca çok iyi bir yolda ve geçmişteki kopukluk tamamen ortadan kalktı. Ancak meslekte iyi şeyler üretebilme adına fakülteler ve TDB'nin arasına saç ayağının diğer ucu olan Sağlık Bakanlığı'nun da mutlaka entegre edilmesi gerekiyor. Aksi takdirde sağlıklı karar verip hizmet üretmede TDB ve fakülteler yetersiz kalıyor. Mesleki sorunlara çözüm bulmakta zorlanılıyor.

İlerleyen yıllarda meslek adına sağlıklı ve doğru kararlar verebilmek için bu üçlü birlikteliğin kurulmasını diliyorum.

dosya:



dişhekimliğinde
görüntüleme
sistemleri



geleneksel radyografiler
dijital radyografiler ve ağız içi kameralar
ileri görüntüleme yöntemleri

Dişhekimliğinde geleneksel radyografiler

Radyoloji veya radyodiagnostik, hastalıkların tanısı için yıllardır hizmet veren bir tıp ve dişhekimliği alanıdır. Yirmi yıl öncesine kadar sadece röntgen cihazlarıyla verilebilen bu hizmet bilgisayar teknolojisindeki hızlı gelişmeler sayesinde artık çok çeşitli ve gelişmiş aletler kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Çağdaş radyoloji teknikleri – dijital intra ve ekstra oral radyografi, bilgisayarlı tomografi, dental volumetrik tomografi vb. – sayesinde dişhekimliği pek çok avantaj sağlamıştır. Günümüzde bu teknikler sayesinde artık üç boyutlu analizler yapabilmekte; maruz kalınan ışın miktarı ve harcanan süreyi kısaltmakta ve daha etkin teşhis ve tedaviler yapabilmekteyiz. Buna rağmen, birçok durumda konvansiyonel radyografiler ilk başvurduğumuz standart teknikler olarak hala geçerliliğini korumaktadırlar.

■ Tamer Erdem* Oya Barut**

Radyasyon enerjinin boşluk ve madde boyunca yayılımıdır. Partikuler ve elektromanyetik olarak iki şekilde oluşabilir. Partikuler radyasyon yüksek hızda hareket eden atomik çekirdek ve subatomik partikülleri kapsar. Elektromanyetik radyasyon ise enerjinin elektrik ve manyetik alanların birleşiminden meydana gelen boşluk boyunca hareketidir. Gamma ışınları, X ışınları, ultraviyole ışınlar, görülebilir ışık, kızılötesi ışınlar, mikrodalga ve radyo dalgalarının tümü elektromanyetik radyasyona örnek olarak verilebilir. Diş dizilerini geçen x ışını fotonları, absorpsiyon veya x ışını fotonlarının bir kısmının merkezi ışıdan ayrılmaları sayesinde yoğunlukça azaltılmış (atenüasyon) olurlar. Cismi geçen, cismin yapısı ve oluşumu ile ilgili bilgiyi taşıyan ışın bir görüntü alıcısına kaydedilmelidir. Dental radyografide sıklıkla kullanı-

lan görüntü algılayıcı x ışını filmidir. Dişhekimliğinde x ışını ve x ışını filmi kullanılarak elde edilen radyografiler standart geleneksel (konvansiyonel) radyografilerdir.

Konvansiyonel dental radyografi üç boyutlu anatomik yapıların çoğunlukla mesiodistal yönde iki boyutlu görüntüsünü veren geleneksel standart radyografilerdir. Konvansiyonel dental radyografiler görüntüleme teknikleri, kullanılan x ışını film çeşitleri ve görüntülenmek istenen bölgeleri açısından iki temel başlıkta toplanabilirler ki bunlar intraoral ve ekstraoral radyografilerdir.

Intraoral Radyografiler

Genel dişhekimliği pratiğinde görüntüleme yöntemlerinin belkemiği konvansiyonel intraoral radyografilerdir. İntraoral radyografiler; periapikal, ısırma, okluzal grafiler olarak üç temel kategoriye ayrılabilir. Periapikal radyografiler, kuron ve köküyle birlikte dişin tümünü ve etrafını saran kemik dokuyu da göstermelidir. Isırma radyografileri dişlerin yalnızca kuron kısımlarını ve ona bitişik alveol kretini gösterirler. Okluzal radyografiler dişlerin ve kemiğin periapikal radyografilerdeki görüntülerinden daha geniş bir alanını gösterirler. Periapikal ve ısırma radyografileri tüm ağız gö-

rüntüleyecek şekilde bir seri oluşturabilirler. Bu görüntüler klinik muayeneyi tamamlayan teşhise yönelik önemli bilgiler sunarlar.

Her bir radyografi ortalama bir teşhis kalitesine sahip olabilmek için şu özellikleri taşımaları gerekir;

Radyografiler görüntü üzerinde ilgilenildiğimiz tüm alanı kaydetmiş olmalıdırlar. İntraoral periapikal radyografilerde kökün tamamı ve en az 2 mm'lik periapikal alan ve bu bölgedeki kemik görülme zorundadır. Eğer patolojik bir durumun varlığı söz konusuysa etkilediği çevre kemik dokunun da görülebilmesi gerekir. Bazen bunu periapikal radyografilerle başaramayabiliriz. Bu durumda okluzal radyografi veya bir ekstraoral teknik gerekebilmektedir.

Radyografiler mümkün olan en az distorsiyona sahip olmalıdırlar. Distorsiyonlar, genellikle radyografisi alınan bölgenin eğimli yapısı veya filmin konumundan çok x ışınının açlandırılması ile ilgili hatalardan kaynaklanmaktadır. Filmin ve x ışınının konumlandırılmasına gösterilecek özen, yüksek teşhis kalitesindeki radyografileri de beraberinde getirecektir.

Radyografiler yorumu kolaylaştıracak uygun yoğunluk ve kontrasta sahip olmalıdırlar. Işınlama süresi, mA, kVp gi-

* Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

** Dişhekimisi, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.



bi faktörler yoğunluk ve kontrastı ayarlama da önemli faktörler olmasına rağmen filmin işleme sürecinde yapılacak bir hata da radyografinin kalitesini düşürebilir.

İntraoral radyograflar aşağıdaki başlıklar altında incelenebilirler.

Periapikal radyografi

Periapikal radyograflar alınırken, paralel teknik ve açıortay tekniği olarak iki çeşit intraoral görüntüleme tekniği kullanılabilir. Her teknik, görüntülerde distorsiyonu azaltma çabalarının sonucunda doğmuş olmasına rağmen; çoğu klinisyen distorsiyon oranı daha az olan paralel tekniği tercih etmektedir. Ancak paralel teknik yöntemiyle radyografi alınırken, sert damak ve ağız tabanı gibi anatomik zorluklarla karşılaşıldığında bir takım küçük modifikasyonlar yapılabilir. Anatomik kısıtlamalar fazlaysa filmin ve x ışını tüpünün doğru konumlandırılmasında açıortay tekniğinin bazı prensipleri kullanılabilir.

Periapikal radyograflar aynı hastada bir kaç bölgeden, bazen ağızdaki bütün dişlerden alınabilir. Herhangi bir radyografi tekniği ağzın tüm bölgelerinde uygulanıyorsa, bu durumda serigrafisi veya seriradyografi terimleri kullanılır. Periapikal serigrafiler için ağızdaki her bölge ve diş grubuna göre 10 veya 14 adet radyografi önerilmektedir. Bu sayı çocuklar için ise 6, 8 veya 10 adet radyografi olarak belirlenmiştir.

Isırma radyografisi

Isırma radyografisi (interproksimal radyografi) maksiller ve mandibular dişlerin kuronları ve alveol kemiğini aynı film üzerinde gösterir. Isırma radyografları klinik muayenede tespit edilemeyen erken devredeki ara yüz çürüklerinin tespitinde büyük önem taşırlar. Bu radyograflar aynı zamanda periapikal radyograflarda gözden kaçabilen restorasyonların altındaki sekonder çürükleri de açığa çıkarabilirler. Bunu, x ışın demetinin horizontal açısı yoluyla sağlarlar. Isırma radyografları periodontal durumun değerlendirilmesinde de yararlıdır. Alveolar kemiğin iyi bir görüntüsünü sunmakla birlikte kemik yüksekliği ve diş ilişkisini de hatasız bir biçimde ortaya koyarlar. Bütün bunlara ek olarak; ısırma radyografları özellikle



interproksimal boşluklardaki dıştaşı birikiminin tespitinde de etkilidirler.

Okluzal radyografi

Bir okluzal radyografi diş dizisinin nispeten geniş bir bölümünü görüntüler. Damak, ağız tabanı ve bitişik yapıların görüntülerini sunar. Okluzal radyograflar, hastanın periapikal radyografi çekimi için yeterli miktarda ağızını açmadığı ya da başka nedenlerle periapikal film alınamadığı durumlarda büyük yarar sağlarlar. Nesnelere lokalizasyonunu üç boyutta saptayabilmek için geleneksel periapikal radyograflarla birlikte kullanılabilirler. Okluzal radyograflar köklerin ve süpernümerer, sürmemiş, gömük dişlerin – özellikle de gömük kanin ve üçüncü molar dişlerin – tam yerinin tayininde kullanılırlar. Çenelerdeki yabancı cisimlerin, submandibular ve sublingual bezlerin kanallarındaki taşların yerlerinin belirlenmesinde yine okluzal radyograflara başvurulur. Maksiller sinüsün ön, orta, arka hatlarının bütünlüğünün görülmesi ve değerlendirilmesinde; mandibula ve maksilla fraktürlerinin lokalizasyonu, miktarı, tipi ve fraktür hattı boyunca kemiğin yer değişimi hakkında bilgi edinilmesinde; kist, osteomyelit ve malinitelerde lezyonun medial ve lateral boyutlarının tespitinde; damak ve ağız tabanındaki hastalıkların saptanmasında okluzal radyograflar büyük yararlar sağlamaktadırlar.

Ekstraoral Radyograflar

Ekstraoral radyograflarda hem ışın kaynağı hem film ağız dışında yer alırlar. Işın kaynağı ve filmin ağız dışında sabit olarak durduğu bu çeşit ekstraoral radyografların en sık kullanılanları; sağıtal veya median düzlemin lateral sefalometrik grafisi, transversal veya horizontal düzlemin submentoverteks grafisi, koronal veya frontal düzlemin Waters, postanterior sefalometrik ve reverse-Towne grafileri, mandibulanın ve ramusun oblik lateral grafileridir. Bu direkt grafilerin dışında panoramik radyograflar da ağız dışı radyograflara dahil olup görüntüleme tekniği olarak bunlardan biraz daha farklı olduğundan ayrı bir başlık altında incelenir.

Ekstraoral radyograflar konvansiyonel dental x ışını cihazları, panoramik cihazlarının bazı modelleri veya yüksek kapasiteli tıbbi x ışını cihazları ile elde edilirler. Sefalometrik ve kafatası gö-





rüntüleri için en az 20x25 cm'lik bir film gerekirken mandibulanın oblik lateral grafileri 13x18 cm'lik filmlerle elde edilebilir. Ekstraoral radyografiler alınırken filmin sağ ve sol kenarlarının işaretlenmesi son derece önemlidir.

Uygun doz ve ışınlama süresi hastanın vücut yapısına, anatomisine, başın konumlanma biçimine; filmin hızına, x ışın kaynağı ile film arasındaki mesafeye; film ve cisim arasında grid (Dağılan x ışın miktarını azaltarak görüntünün sislenmesini önlemek ve bu sayede daha kaliteli görüntü elde etmek için film ve cisim arasına konur. Sırayla dizilmiş radyopak - genellikle kurşun - materyal ve radyolüsent - genellikle plastik - materyalden oluşur.) kullanılıp kullanılmamasına bağlıdır. Örneğin; ortodontik çalışmalarda kullanılan yüksek hızdaki filmler, sefalometrik analiz için gerekli anatomik oluşumların belirlenmesinden ödün vermeden hasta dozunu azaltırlar. Radyografik gridler dağılan x ışınını azaltmasına, kontrast ve çözünürlüğü artırmasına rağmen yüksek hasta dozuna neden olurlar. Sefalometri grid kullanımını gerektirmezken varlıkları, trabeküler yapı gibi hassas oluşumların radyografik görüntüsünü geliştirebilir ve hastalığın taşhisine yardımcı olabilirler.³

Radyografi alınırken x ışın kaynağı, hasta ve filmin konumlandırılması sabır, detaylara dikkat ve deneyim gerektirir. Ekstraoral radyografi alınırken hastanın konumlandırılmasında temel olan, dış kulak kanalının merkez noktasını gözün dış kantusuna birleştiren çizgidir. Bu çizgi Frankfort düzlemiyle 10 derecelik bir açı oluşturur.

Lateral Sefalometrik Grafi (Lateral Kafa Grafisi)

Film hastanın orta sajjital düzlemine paralel konumlandırılır. Distorsiyonu

azaltmak için grafisi alınacak ilgili alan filme doğru yönlendirilir. Merkezi ışın dış kulak yolunun üzerinde hastanın orta sajjital düzlemine ve film düzlemine dik olacak şekilde konumlandırılır. Bu durumda orta sajjital düzleme yakın olan bilateral yapılar uzak olanlardan daha az distorsiyona uğrarlar.

Submentoverteks Grafisi (Kafa Tabanı Grafisi)

Film hastanın transversal düzlemine paralel orta sajjital ve koronal düzlemlerine dikey olarak konumlandırılır. Bu konumlandırmayı başarabilmek için hastanın başı mümkün olduğunca geriye, arkaya doğru uzatılır. Burada istenen dış kulak yolunu gözün dış kantusuna birleştiren çizginin filmle 10 derecelik bir açı yapmasıdır.

Merkezi ışın mandibulanın altından kafatası tepesine (verteks) doğru filme dik olarak, sağ ve sol kondilleri birleştiren çizginin 2 cm önünde konumlandırılır. Orta sajjital düzlem kafatası görüntüsünü iki simetrik bölüme ayırmalıdır. Mandibulanın bukkal ve lingual kortikal çıkıntıları birbirleriyle aynı iki oblik çizgi şeklinde görülmelidir. Normal dozlarla alınan radyografilerde zigomatik arklara ışın fazla gelir, değerlendirilmesi sağlıklı yapılamaz. Bu nedenle zigomatik arkların daha iyi değerlendirilebilmesi için dozun azaltılması gereklidir.

Waters Grafisi

Film hastanın önünde orta sajjital düzleme dik olarak yerleştirilir. Hastanın başı, dış kulak yolunu gözün dış kantusuna bireştiren çizgiyle film düzlemi arasında 37 derecelik açı oluşacak şekilde yukarı doğru kaldırılır. Eğer hastanın ağız açık olursa sfenoid sinüsün görüntüsü damak (palatum) üzerine düşer. Merkezi ışın maksiller sinüsler bölgesinde filme dik olacak şekilde konumlandırılır

Posteroanterior Sefalometrik Grafi (Posteroanterior Kafa Grafisi)

Film hastanın önünde orta sajjital düzleme dik ve koronal düzleme paralel olacak şekilde konumlandırılır. Dış kulak yolu ve gözün dış kantusunu bireştiren hayali hat horizontal düzlemle 10 derecelik açı yapacak, Frankfurt düzlemi de filme dik olacak şekilde konumlandırılır

malıdır.

Merkezi ışın filme dik; arkadan öne doğru; hastanın orta sajjital düzlemine dik olacak şekilde burun kanadı seviyesinde verilmelidir.

Reverse-Towne Projection (Açık Ağız Tekniği)

Film hastanın önünde orta sajjital düzleme dik, koronal düzleme paralel olarak konumlandırılır. Hastanın başı, gözün dış kantusu ile dış kulak yolunu birleştiren hayali çizgi filmle 25-30 derecelik açı yapacak şekilde aşağı eğdirilir. Kondil görüntülerinin daha iyi olabilmesi, kondil başlarının eminentia artikularis'in önünde konumlanmasına bağlıdır. Bu nedenle hastanın ağızı açtırılır. Mercezi ışın filme dik, hastanın orta sajjital düzlemine paralel olacak şekilde kondillerin seviyesinde konumlandırılır.

Mandibular Oblik Lateral Grafiler

Film hastanın ilgili alandaki yanağına karşı, molar veya premolar bölgesinde konumlandırılır. Kasetin alt sınırı mandibulanın alt kenarından en az 2 cm aşağıda ve ona paralel olmalıdır. Baş ilgili bölgeye doğru eğdirilir ve mandibula dışa doğru yönlendirilir. Bu radyografi ile dişlerin, alveolar kretin ve korpus mandibulanın net bir görüntüsü elde edilebilir.

Ramus mandibulanın alınan lateral grafisinde ise üçüncü molar - retromolar bölgenin, mandibula köşesinin, ramus ve kondil başlarının görüntüleri elde edilmelidir.

Panoramik Radyografi

Pantomografi de denilen panoramik görüntüleme tekniği; maksiller ve mandibular diş dizileriyle birlikte onların destek dokularını da içeren yüze ait yapıların tek bir tomografik görüntüsüdür. Bu bir çeşit geleneksel tomografi olup; x ışın kaynağı ve filmin merkezi bir nokta veya düzlem etrafında karşılıklı olarak hareket etmeleri prensibine dayanır. Bu merkezi nokta veya düzlemin önünde ya da arkasında kalan cisimler; x ışın kaynağı ve filmin rotasyon merkezine göre hareketlerinden dolayı tam olarak tespit edilemezler. Panoramik görüntülerin avantajlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Yüz kemiklerini ve dişleri genel



olarak bir arada gösterir.

- Düşük hasta dozu gerektirir.
- Hasta için konforlu bir tekniktir
- Ağızını açamayan hastalarda uygulanabilir bir tekniktir.
- Kısa sürede sonuç alınır. Genellikle hastanın pozisyona getirilmesi dahil 3-4 dk arasında sonuç verir.
- Hasta eğitimi ve vaka sunumunda hastaların da anlayabi leceği bir radyografidir.

Panoramik görüntüler, teşhiste zorlanılan durumlarda çenelerin bir arada genel görünümünü vererek kolaylık sağlarlar. En sık olarak; travmaların değerlendirilmesinde, üçüncü molarların lokalizasyonlarının saptanmasında, şişlik tablolarında, bilinen veya şüphelenilen geniş lezyonlarda, diş gelişim dönemlerinin izlenmesinde (özellikle karışık dişlenme döneminde), gömük dişler veya gömük kök parçalarının varlığında, gelişimsel anamoli durumlarında kullanılır. Bu gibi durumlarda alınacak görüntülerden intraoral radyografilerden beklenen yüksek çözünürlük ve keskin detaylar beklenmez. Panoramik radyografiler genellikle son değerlendirme görüntüsü olarak başvuru radyografileridir.

Panoramik grafilerde en büyük dezavantaj; intraoral radyografilerdeki hassaslıkta görüntüler elde edilememesidir. Bu yüzden panoramik radyografi küçük bir çürük lezyonunu, marjinal periodonsiyumu veya periapikal hastalıkları saptamada faydalı olamaz, premolarların arayüzleri birbiri üzerine bindiğinden bu bölgeler de filmde net anlaşılabilir. Panoramik radyografi ile ilgili diğer problemlerden biri de eşit olmayan bir magnifikasyonun ve distorsyonların olmasıdır. Görüntüleri birbiri üzerine düşen yapıların varlığı – boyun omurları gibi – odontojenik lezyonları saklayabilir. Özellikle kesiciler bölgesinde bu sorun yaşanır. Bunun dışında klinikte önemli olan ve görmek istediğimiz yapılar odak dışında kalıp distorsiyona uğrayabilir ya da hiç görünmeyebilirler.

Panoramik grafilerin elde edilmesindeki temel prensip, ışın kaynağı ve filmin bir rotasyon merkezi etrafında dönerek üç boyutlu bir yapının iki boyutlu görüntüsünün alınmasıdır. Günümüzdeki

çoğu panoramik cihazında sabit pek çok rotasyon merkezinin varlığından çok; sürekli hareket eden bir rotasyon merkezi kullanılır. 'Focal through' veya 'image layer' diye tanımlanan yer; üç boyutlu eğik alandır ki sonuç görüntüde bu alanın içinde kalan yapılar net bir biçimde görülebilirler. Bir panoramik radyografide birincil olarak görülen yapılar bu 'focal through' ya da 'image layer' içinde kalan yapılar; dışında kalan yapılar ise magnifikasyona uğrar ya da boyut olarak küçük görülürler. Bazen de tahmin edilemeyecek boyutlarda distorsiyona uğrarlar.

Günümüzde kullanılan panoramik cihazlarına örnek olarak, Orthopantomograph 100 (Instrumentarium), Orthophos Plus (Sirona) , Orthoralix S (Gendex, Division, Dentsply, International) ve ProMax (PLANMECA) verilebilir. Tümü çok yönlü iş yapabilir ve çeşitli görüntüler alınmasında kullanılabilirler. Standart panoramik görüntülerin yanında, TME'nin lateral frontal görüntülerini de verirler. Bu makineler ayrıca,

sinüslerin tomografik görüntüleriyle maksilla ve mandibulanın kesitsel görüntülerini de üretirler.

Panoramik radyografi alınırken 'focal through' ayarlamasının çok iyi yapılması gerekmektedir. Baş boyun bölgesindeki tüm metal cisimlerin – küpe, toka, kolye gibi – ve dental protezlerin çıkarılması istenir. Hastaya makinenin başının etrafında döneceği, bu esnada pozisyonunu bozmaması gerektiği anlatılmalıdır. Hastanın alını ve çenesi sabitlenmeli, bedeni kayakçı pozisyonu denilen şekilde konumlandırılmalıdır. Kulak tragusundan gözün dış kantusuna çizilen çizgi yere paralel olacak şekilde çene; okluzal düzlem de horizontal düzlemle 20 – 30 derece açı yapacak şekilde ayarlanır.

Panoramik filmi yorumlamak, orta yüz bölgesinin kompleks anatomik yapısı ve çeşitli anatomik yapıların görüntülerinin üst üste binmesi gibi nedenlerle güçleşmektedir. Bir panoramik röntgende görülen önemli anatomik yapılar mandibula için şöyledir:



- Kondiler çıkıntı ve temporomandibular eklem
- Koronoid çıkıntı
- Ramus
- Mandibula korpusu
- Anterior sekstant
- Dişler ve destek yapıları

Mandibular alana görüntüsü düşmüş başka yapılar da olabilir ki bunlar çoğu zaman teşhiste yanıltıcı olmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilirler:

- Farengeal hava yolunun gölgesi –özellikle hasta nefesini verememiş, çıkaramamışsa ve ışınlanma boyunca dilini damağında tutmuşsa karşılaşılr .
- Nazofarenksin arka duvarı
- Boyun omurları – özellikle anterior lordozu olan hastalar ve tipik olarak da osteoporozu olan hastalarda görülür.
- Kulak memesi ve küpeler
- Yumuşak damak ve uvula
- Dil sırtı
- Mandibulannın karşı tarafının hayalet gölgesi

Radyografiler, çalışılan alanın küçük ve görüş alanının sınırlı olması düşünüldüğünde dişhekimliğinde doğru teşhis ve tedaviler için birçok durumda olmazsa olmaz ilk adımdır. Doğru tekniklerle çekilmiş ve doğru işlenmiş radyografiler doğru bir teşhisi de beraberinde getirecektir.

Kaliteli bir görüntünün elde edilebilmesi doğru teknik kullanımı, hastanın, filmin ve x ışınının doğru konumlandırılmasının yanında, görüntünün alınmasındaki son adım olan filmin banyosu-



nun ve sonrasında saklanması da kurallar dahilinde yapılmış olmasına bağlıdır.

Röntgen banyosu, ışın etkisinde kalmış filmdeki gözle görülemeyen görüntünün gözle görünür hale gelmesi için yapılan kimyevi bir işlemdir. Röntgen filmleri için iki çeşit banyo kullanılır. Bunlara 'birinci banyo' (developing); 'ikinci banyo' (fixer) adları verilir.

Banyolar hazırlandıktan sonra 24 saat içinde kullanılmaz. Banyo sıvılarının ısı 20 santigrat derece olmalıdır. Bu sıcaklıkta banyo yapıldığı zaman filmler en iyi kalitede görüntü verirler. Daha düşük sıcaklıklarda, istenen hızda kimyevi reaksiyon olmaz ve banyo iyi yapılamaz. Daha yüksek sıcaklıklarda 'emülsiyon' biraz yumuşar ve film bulanık görünür, net görüntü elde edilemez. Ayrıca banyo sıvıları onbeş günde bir yenilenmelidirler.

Film banyo odası da bazı koşulları sahip olmalıdır. Karanlık oda denilen bu oda rahat hareket edilecek genişlikte; en az 1,2 x 1,5 m'lik bir alan olmalıdır. Karanlık odada en önemli ekipmanlardan biri ışık kaynağıdır. Bu ışık kaynağı, hızlı ve direkt olarak filme

etki etmeyecek ancak çalışmak için yeterli olabilecek uzun dalga boylu kırmızı ışıktır. Bu kaynak tercihen çalışma alanının üzerinde, banyo tanklarının arkasında, ikinci banyo tankının biraz sağında olmalıdır. Işık kaynağı, filmlerde oluşacak sislenmeyi en aşağı seviyede tutmak için 15 watt'lık olmalıdır ve filmlerin açıldığı alanın en az 1,2 m üzerinde olmalıdır.

Dişhekimliğinde radyografilerde görülen ve görüntü kalitesini düşüren hataların en başında şunlar görülmektedir:

Görüntünün açık çıktığı radyografiler;

- Filmin birinci banyoda solüsyonunda uzun süre tutulması (ya da banyo ısısının çok düşük olması, termometrenin yanlış olması)
- Birinci banyo solüsyonunun azalması
- Birinci banyo solüsyonunun seyreltik ya da kirlenmiş olması
- Filmin ikinci banyoda uzun süre tutulması
- Milliamper ayarının düşük tutulması
- Kilovolt ayarının düşük tutulması
- Zaman ayarının az tutulması
- Film ve x ışın kaynağı arasındaki mesafenin fazla olması
- Filmin ağız içinde ters dönmesi gibi nedenlerle oluşabilir.

Görüntünün koyu çıktığı radyografiler;

- Filmin birinci banyo solüsyonunda uzun süre tutulması (ya da banyo solüsyonunun ısısının çok yüksek olması)
- Banyo solüsyonu konsantrasyonunun çok yüksek olması
- Filmin ikinci banyoda az tutulması
- Filmin yanlışlıkla ışık alması
- Uygunsuz kırmızı ışık
- Milliamper ayarının yüksek tutulması
- Kilovolt ayarının yüksek tutulması
- Zaman ayarının yüksek tutulması
- Film ile x ışın kaynağı arasındaki mesafenin çok kısa olması gibi nedenlerle oluşabilir.

Filmin kontrastının yetersiz olması;

- Filmin birinci banyosunun yetersiz yapılması
- Filmin yetersiz ışınlanması
- Kilovolt ayarının yüksek tutulması
- Filmin aşırı sislenmesi gibi nedenlere bağlıdır.





Filmin bulanık olması (sislenmesi);

- Uygunsuz kırmızı ışık (uygunsuz filtre; aşırı ampul vatı; çalışma alanı ile kırmızı ışık arasında yetersiz mesafe; kırmızı ışığa uzun süre maruz kalma)
 - Işık sızıntısı (bozulmuş kırmızı ışık filtresi; kapıdan, deliklerden yada diğer kaynaklardan gelen ışıklar)
 - Filmin birinci banyoda fazla indirgenmesi
 - Kirlenmiş banyo solüsyonu
 - Bozulmuş film (yüksek ısıda saklanması; aşırı rutubetli yerlerde saklamak; radyasyona maruz kalması; son kulanma tarihinin geçmesi)
- gibi nedenlerle olabilir.

Film üzerinde koyu noktaların ya da çizgilerin oluşması;

- Parmak izi ile kirlenmesi
- Siyah ambalaj kağıdının film üzerine yapışması
- İkinci banyo esnasında filmin banyo tankına ya da diğer filmlere temas etmesi

- İşlemden önce filmin banyo solüsyonu ile kontaminasyonu
- Filmin ağıza yerleştirilirken aşırı eğilip bükülmesi
- İşlemden önce filmde statik elektrik deşarjının meydana gelmesi
- Otomatik banyo sırasında makaranın filme aşırı basınç uygulaması
- Otomatik banyo makinelerindeki makaraların kirli olması gibi nedenlere bağlanabilir.

Film üzerinde açık noktaların oluşması;

- İşlemden önce filmin ikinci banyo ile kontaminasyonu
- Banyo sırasında filmin hazneye yada diğer filmlere teması
- Filmin aşırı eğilip bükülmesi gibi nedenlere bağlanabilir.

Sarı yada kahverengi lekelerin oluşması;

- Azalmış birinci banyo solüsyonu
- Azalmış ikinci banyo solüsyonu
- Yetersiz yıkama
- Kontamine solüsyonlar gibi nedenlere bağlanabilir.

Bulanık görüntü oluşması (görüntünün netlik taşınamaması)

- Hastanın hareket etmesi
- X ışın tüpünün hareket etmesi
- Filmin iki kez ışınlanması nedenlerine bağlanabilir.

Parçalı görüntülerin oluşması;

- Filmin tepesinin banyoya batırılmaması
- X ışını tüpünün bütünlüğünün bozulması yoluyla oluşabilir.

Emülsiyon tabakasının soyulması;

- İşlem sırasında filmin aşınması
- Filmin suda aşırı yıkanması nedenlerine bağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. White S.C. , Pharoah M.J. : Oral Radiology – Principles and Interpretation . 2004, Mosby.
2. Bushberg JT: The essential physics of medical imaging, ed 2. Baltimore, 2001, Lippincott Williams & Wilkins.
3. Ludlow JB, Platin E, Mol A: Characteristics of Kodak InSight, an F-speed intraoral film, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod 91:120-9, 2001

Satın alma kriterleri

Periapikal Röntgen Cihazı

- Manevra alanı (Röntgen tüpünün hasta başı çevresinde hareket ederken çizdiği daire)
- Lokalizasyon [Duvara monte - Ayaklı (Ayaklı ise yerden yüksekliği)]
- Dijital radyografilere uyumlu doz ayarı (var - yok)
- Işınlama parametreleri uluslar arası standartlarda mı?
 - Gerilim 60-90 kV
 - Akım şiddeti 6-12 mA
 - Total Filtrasyon 1,5 - 2,5 mmAl eşdeğeri
- Anod soğutma sistemi var mı?
- Teknik destek özellikleri
- Arızaya müdahale süresi
- Her türlü yedek parça temin süresi

Panoramik röntgen cihazı

- Yerleşim alanı
- Konvansiyonel cihazlarda dijital radyografilere dönüşüm olanağı
- Dijital cihazlarda upgrade olanağı
- Otomatik doz seçim olanağı (AEC)
- Magnifikasyon miktarı
- Çocuk - yetişkin dozu ayrımı
- Segmental çekim olanağı (sağ yarım çene vs.)
- Sinüs panoramik çekim olanağı
- TME grafisi (Dörtlü projeksiyon) çekim olanağı
- Işınlama parametreleri uluslar arası standartlarda mı?
 - Gerilim >90 kV
 - Akım şiddeti >15 mA
 - Total Filtrasyon 1,5 - 2,5 mmAl eşdeğeri
- Anod soğutma sistemi var mı?
- Teknik destek özellikleri
- Arızaya müdahale süresi
- Her türlü yedek parça temin süresi

Sefalometrik kombinasyonu

- Projeksiyon yönü (Anteroposterior - Posteroanterior - Lateral sefalometrik çekim)
- Kaset lokalizasyonu (Yatay - Dikey)
- Yetişkinlerde çekim yapılıyor mu?
- Magnifikasyon miktarı
- Magnifikasyon kompensasyonu var mı?

Tomografi kombinasyonu

- Tomografik hareket (Spiral - Lineer)
- Gerçek mesafe ölçümü değerleri elde edilebiliyor mu?
- Kesit yönleri (Sagittal - Cross ectional)
- TME tomografisi alınabiliyor mu?
- Tomografi süresi

Dişhekimliğinde dijital radyografiler ve ağız içi kameralar

Dişhekimliği radyografisinde 1980'lerden itibaren önemli gelişmeler meydana gelmiştir.

İlk olarak intraoral teknikler için geliştirilen dijital radyografiler giderek ekstraoral teknikler için de kullanılmaya başlanmıştır. Direkt ve indirekt olarak ayrılan intraoral dijital radyografiler hastaya verilen ışın dozunun daha az olması, banyo işlemlerinin ortadan kalkması ve görüntüde kontrast ayarı, gri tonları değiştirme, büyütme gibi işlemlerin yapılabilmesine olanak sağlamasından dolayı gitgide daha fazla tercih edilmektedir. Ağız içi kameralar, teknoloji ve görselliği bir araya getirerek muayenehanede hasta bilgilendirme ve tedavi planlaması gibi işlemleri yapmaya olanak sağlayan sistemlerdir. Bu yazının amacı dişhekimliğinde dijital radyografiler ve ağız içi kameralar hakkındaki bilgileri gözden geçirmek ve kullanım avantajlarını ortaya koymaktır.

■ **Tamer Erdem***
Neslihan Şenel**

Dijital Radyografiler

Dişhekimliğinde radyografi tanıya yardımcı olan en önemli unsurlardandır. Son yıllarda radyografi tekniklerinde çok önemli gelişmeler gerçekleştirilmiştir. Konvansiyonel radyografiler gitgide yerlerini görüntü performansını arttıran ve tanıda daha fazla kolaylık sağlayan dijital radyografilere bırakmaktadır. 2002 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre Batı Avrupa'da çalışan serbest dişhekimlerinin %10 - %20' si kadarı dijital radyografi sistemlerini kullanmaktadır^{4,6}.

Dijital görüntülemedeki dijital terimi

görüntünün sayısal formatta olduğunu ifade etmektedir. Dijital radyografide görüntünün elemanlarından her birine pixel (piksel) adı verilmektedir. Dijital görüntü bir matris içinde yatay ve dikey sıralar halinde düzenlenmiş çok sayıda pikselden oluşmaktadır. Dijital radyografide ışın verilen yüzeye sensör adı verilir. Sensöre gelen her x-ışını fotonu o noktada bir elektriksel yük oluşturur. Her noktadaki elektriksel yük veri gönderme ünitesi tarafından ölçülür ve bilgisayara iletilir. Hekim bu kayıtlı görüntüyü görmek istediğinde bilgisayar pikselleri özgün konumlarında düzenler ve her birine farklı bir gri tonu verir, böylece ekranda minimum ve maksimum arasında değişen voltaja karşılık gelen çeşitli bölgeleri grinin en açık ve en koyu tonları arasında değişen bir görüntü oluşur. Bu gri tonlarının sayısı 250'nin üzerindedir, oysa insan gözünün ayırt edebildiği gri tonu sayısı 50-100 arasında değişmektedir. Bilgisayarda kayıtlı görüntüler disket, CD gibi dış bellekle-

re kaydedilebilir, özel kağıtlara basılabilir, internet ya da intranet aracılığıyla diğer bilgisayarlara aktarılabilir^{13,15,25}.

Bir görüntünün piksel sayısı ne kadar fazla ise görüntü kalitesi ve dolayısıyla tanıda yeterliliği o kadar fazladır. Dijital radyografilerin piksel sayısı konvansiyonel radyografilerden daha fazla olduğundan görüntü performansları daha fazladır¹³.

Dijital radyografi yöntemleri ile konvansiyonel radyografileri çürüğün gözle tespit edilebilmesi ya da hastanın aldığı ışın dozu yönünden karşılaştıran pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda dijital yöntemlerle çürüğün tespit edilme oranının daha fazla ve hastanın aldığı ışın dozunun da %60-90 daha az olduğu bildirilmiştir^{6,11,14,20,21,31}.

Dijital radyografilerde konvansiyonel radyografiler gibi intraoral ve ekstraoral yöntemler uygulanmaktadır. Dişhekimliğinde kullanılan dijital intraoral yöntemler periapikal ve bite-wing radyografiler, ekstraoral yöntemler ise dijital

* Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

** Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.



panoramik radyografiler, dijital sefalometrik radyografiler ve dijital temporo-mandibuler eklem radyografileridir^{6,11,29}. İntraoral dijital radyografide görüntüyü elde etmek için kullanılan başlıca iki yol vardır:

- 1) Direkt dijital radyografi
- 2) İndirekt dijital radyografi .

Direkt Dijital Radyografiler

Direkt dijital radyografi cihazları bir x-ışını sensörü, bir ara yüz kartı, bir bilgisayar, monitör ve özel bir software (yazılım) den oluşmaktadır. İlk olarak 1984 yılında RadioVisioGraphy (RVG) adıyla Dr. Fransec Mouyens tarafından geliştirilmiş ve Trophy firması (Fransa) piyasaya sürmüştür¹⁰



Resim 1. Kodak RVG 6000 direkt dijital radyografi cihazının sensörü

Direkt dijital radyografilerde kullanılan sensörler iki tiptir. Bunlar charge-coupled device (CCD) adı verilen sistem ve metaloxide semiconductor active pixel sensor (CMOS-APS) dir^{25,27}.

Direkt dijital radyografilerde görüntü sensörün ucundan fiber optik kablo yardımıyla doğrudan bilgisayar ekranına aktarılır. Bu sayede banyo ve diğer işlemlerden kaynaklanan bekleme süresi ortadan kaldırılmış olur. Enfeksiyon kontrolünü sağlamak için sensör her hasta için ayrı, tek kullanımlık plastik şeffaf kılıflara yerleştirilerek kullanılmaktadır¹⁰.

CCD sistemlerin dezavantajlarından birisi sensörlerin konvansiyonel filmlerden daha kalın ve rijit olmasıdır. Hasta ağzına yerleştirilmesi daha zordur. Bir diğer dezavantaj ise sensör yüzeyinin

tamamının aktif olmaması ve görüntünün ancak %60-70 kadar bir alanla sınırlandırılmasıdır. Dijital CCD sensörlerin alanı 3x4 konvansiyonel filminden daha azdır, bu da tüm alanın incelenmesi için ilave görüntü almayı gerektirmektedir. CCD sensörlere karşılık CMOS-APS sensörlerde aktif piksel teknolojisi kullanılır, bu sistemle arka arkaya görüntü alınabilmektedir. Çip üzerinde ka-mera ve dijital arayüz bulunur, çipe dijital sinyallerle akım ve gerilim gelir ve sadece dijital veri iletimi olur. CCD sensörlerden daha uzun ömürlü ve daha düşük fiyatlı sistemlerdir^{10,18,23,30}.

İndirekt Dijital Radyografiler

İndirekt dijital radyografiler Photostimulable Phosphor System (PSP) olarak anılırlar. İlk olarak 1981 yılında Fuji firması tarafından geliştirilmiş ve 1990' ların başında piyasaya sürülmüştür. Konvansiyonel filmlere yakın boyut ve kalınlıkta, üzerinde geçici olarak latent x-ışını görüntüsüne ait radyasyon enerjisinin depolandığı, ışığa duyarlı bir fosfor plaktan oluşur^{3,10,13,25}.

Kablosuz olan bu sensörlerde bir üstünlük olarak tüm yüzey aktiftir. Ayrıca boyut ve kalınlık yönünden konvansiyonel filmlere yakın olduğundan hasta ağzında kullanımı daha kolaydır. Enfeksiyon kontrolü açısından bu sensörler de tek kullanımlık özel kılıflara sarılarak hasta ağzında kullanılmalıdır. X-ışını emülsiyon tabakasında hapsedilir ve latent görüntü fosfor plak üzerinde oluşturulur. Plak hasta ağzından alınır, plastik kılıf atılır ve plak özel lazer tarayıcısına yerleştirilir. Lazer ışını plakayı taramaya başlar, hapsedilmiş elektronlar görünen ışık şeklinde salınır. Yazıcıya yerleştirilen plakaların büyüklüğüne ve sayısına bağlı olarak 20-30 saniyeden başlayan sürelerde görüntü indirekt olarak bilgisayar ekranına yansır. Görüntü ekranda oluşurken lazer fosfor silicileri plağın yüzeyini yeniden kullanım için deşarj eder^{10,25}.

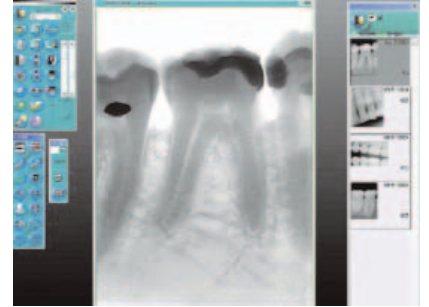
Fosfor plaklar hasta ağzından çıkarıldıktan sonra mümkün olduğunca zaman kaybetmeden tarayıcıya yerleştirilmelidir. 10 dakikadan daha uzun bekleme sürelerinde taranan plaklarda görüntü kalitesinde kayıplar olduğu bildirilmiştir. 1

gün bekletilen plaklar depoladığı enerjinin yaklaşık yarısını kaybeder¹⁰.



Resim 2. Digora Optime indirekt dijital radyografi cihazı: tarayıcı

Dişhekimliğinde kullanılan intraoral radyografi çeşitlerinden biri de bite-wing radyografilerdir. Küçük ve büyük azıdaki ara yüz çürüklerini tespit etmek amacıyla kullanılan bite-wing radyografiler hem direkt hem de indirekt dijital radyografilerle elde edilebilmektedir. Direkt dijital radyografilerde kullanılan CCD sensörler kalın ve rijit olduklarından hasta ağzında fosfor plaklarından daha fazla rahatsızlığa sebep olmaktadır²⁹.



Resim 3. Dijital radyografilerin bilgisayar ekranında görüntülenmesi

Dijital Radyografilerin Avantajları

Dijital radyografilerde hastanın aldığı ışın dozu konvansiyonel radyografilerden daha azdır, bu da özellikle serigrafisi gibi çok sayıda film alınmasını gerektiren işlemlerde hastanın daha az zarar görmesini sağlar³.

Dijital radyografilerin konvansiyonel radyografilerden biri bilgisayar programı sayesinde kontrast ayarı ve gri tonları üzerinde değişiklik yapılabilmesi ve bu sayede daha net görüntü elde edilebilmesidir. Gerektiğinde görüntü üzerinde büyütme, pozitif görüntüyü negatife çevirme

ya da renklendirme gibi işlemler de yapılabilir^{25,30}.

Bazı konvansiyonel radyografi uygulamalarında ışınlanmanın süresi ya da dozu gereğinden az ya da fazla olabilmektedir, bu da görüntü kalitesini etkilemektedir. Bazen de banyo işlemi sırasında filmin I. Banyoda gereğinden az ya da fazla tutulması filmin normalden çok açık ya da koyu çıkmasına sebep olmaktadır. Dijital radyografilerde ise bu tür bir hata yapılsa bile kontrast ayarı ile görüntü netliği sağlanabilmektedir, böylece çekim ya da banyo hatalarından kaynaklanan film tekrarlarının dolayısıyla hastanın gereksiz yere ışın almasının ve zaman kaybının önüne geçilmektedir^{15,25}.

Dijital Radyografilerin

Dezavantajları

Dijital radyografi sistemleri bilgisayar, yazıcı, özel donanım ve yazılım gibi bir hayli masraflı olan teknolojik yatırım



Resim 4. Ağız içi kamera ve el ünitesi

gerektirirler. Sürekli olarak daha gelişmiş modeller ve yazılımlar üretildiği için bir süre sonra kullanışsız hale gelebilirler.

Gerek CCD sensörler gerekse fosfor plaklar çok hassastır. CCD sensörlerin kablosu özellikle çocuk hastalar tarafından ısırılma ve kopma riski taşır. Böyle



bir durumda sensörün tamamen yenilenmesi gerekir, bu da masrafı arttırır. Fosfor plak üzerinde ise bir çizik meydana geldiğinde o plakla çekilen bütün filmlerde o çizik görülecektir¹⁰.

Ekstraoral Dijital Radyografiler

Ekstraoral dijital radyografilerde en çok kullanılan yöntem panoramik dijital radyografilerdir. Direkt yöntemle uygulanabildiği gibi kasetler sayesinde indirekt yöntemle de uygulanabilmektedir. Dijital panoramik radyografiler gerek serigrafilere göre ışın dozunun daha az olması gerekse dişin filmdeki boyutuyla gerçek boyutu arasındaki magnifikasyon oranının sabit olması nedeni ile özellikle implant uygulamalarında tercih edilen bir yöntem olmuştur^{6,11,15}.

Ekstraoral dijital radyografilerde kullanılan diğer yöntemler dijital sefalometrik radyografiler, dijital tomografiler ve dijital temporomandibuler eklem görüntüleme sistemleridir¹⁷.

Dijital Substraction (Fark) Radyografisi

Dijital subtraction görüntüleme tekniğini ilk defa 1935 yılında Ziedses des Plantes fotografik bir teknik kullanılarak uygulanmıştır. Dişhekimliğinde uygulanması ise, konvansiyonel radyografilerin dijital ortama aktarılabilmelerini sağlayan mikrobilgisayarların gelişimi ile kolaylaşmış ve ilk kez 1982 yılında Webber ve ark. tarafından kullanılmış-

tir. Dijital subtraction tekniği; aynı objeye ait iki görüntünün kayıt edilip eşdeğer piksellerin görüntü yoğunluğunun birbirinden çıkartılması ve sadece objede meydana gelen değişiklikleri içeren görüntünün elde edilmesi temeline dayanmaktadır^{5,8}.

Bilgisayara subtraction radyografi tekniği ile kaydedilen görüntüler üzerinde diğer dijital radyografilerde olduğu gibi gri ton değişiklikleri, büyütme, renklendirme ve çeşitli mesafe ölçümleri yapılabilmektedir^{8,28}.

Çürük lezyonlarında madde kaybının belirlenmesinde dijital subtraction radyografiler densite değişimlerinin gözlemlenmesini sağladığı için konvansiyonel filmlere göre daha iyi sonuç verirler^{8,9}.

Dijital subtraction radyografiler kemikteki çeşitli patolojik değişimlerin saptanmasında da avantaj sağlarlar. Demineralizasyonun konvansiyonel radyografilerde gözlenebilir hale gelmesi için %30-60 mineral kaybı olması gerektiği, ancak subtraction radyografi tekniği ile az miktardaki kayıpların tespit edilebileceği bildirilmiştir^{8,12,22,27}.

Dijital subtraction radyografi tekniği kanal tedavisi uygulanmış periapikal lezyonlu dişlerin iyileşme süreçlerinin değerlendirildiği çalışmalarda da kullanılmış, kortikal ve spongiöz kemikteki değişikliklerin bu yöntemle daha hassas ve doğru bir şekilde saptanabildiği belirtilmiştir^{8,14}.



Dişhekimliğinde ağız içi kamera kullanımı

Tedavinin çeşitli aşamalarında kamera kullanımı tıpta geniş kullanım alanı olan bir uygulamadır. Dişhekimliğinde ağız içi kamera kullanımının en önemli avantajlarından biri hastanın kendi ağız içi görüntüsünü bilgisayar ekranında görebilmesidir. Bu yöntem tedavi planının hastaya sunumunda, hastayı bilgilendirmede ve hasta eğitiminde büyük faydalar sağlamaktadır.

Ağız içi kameralar genellikle CCD reseptörü ile çalışan bir el ünitesi ve bilgisayar bağlantısından oluşur. El ünitesi kablolu (fiber optik) ya da kablosuz (USB) olabilir, görüntüyü elde etmek için özelleşmiş bir lens sistemi vardır. Aletin uç kısmında internal aydınlatma sağlayan çoğunlukla 6-8 adet LED beyaz ışık bulunur, bu ışıkların renk ısısı 3200-6500 °K arasında değişir. Enfeksiyon kontrolünü sağlamak için aletin ucuna her hasta için ayrı tek kullanımlık kılıf geçirilir. Ağız içi kameralar genellikle görüntüyü 10-60 kata kadar büyütebilirler, bu da çeşitli patolojilerin görülmesini kolaylaştırır. Ağız içi kameralardaki "image capture" özelliği kaydedilmiş görüntülerden tek bir tanesinin ayırt edilip gerektiğinde internet aracılığıyla gönderilmesini, "resim dondurma" özelliği ekranda aynı anda 4 resime kadar izlenebilmesini sağlamaktadır.

Ağız içi kameralarda çözünürlük genellikle 350-480 TV lines ile 640x480 piksel ve 1600x1200 piksel arasında değişmektedir. Çeşitli ticari firmalar yüksek çözünürlüklü sistemlerin görüntü kalitesinin ve dolayısıyla tanıdaki etkinliğinin daha iyi olduğunu öne sürerler. Ancak Prapayasatok ve ark. 2006 yılında yayınladıkları bir çalışmada üç ayrı çözünürlükteki (640x480, 1280x960 ve 1600x1200) ağız içi kameralarla konvansiyonel filmleri ara yüz çürüklerini tespit edebilme açısından karşılaştırmışlar ve 640x480 ile 1600x1200 piksel çözünürlükteki kameraların ara yüz çürüklerinin tespiti yönünden konvansiyonel filmlerden daha üstün olmadığını bildirmişlerdir. Sadece 1280x960 çözünürlükteki ağız içi kameralar ara yüz çürüklerinin tespitinde konvansiyonel filmlerle eşdeğer sonuç vermiştir^{1,2,7,26}.

KAYNAKLAR

- 1-Air Techniques intraoral digital camera, model: Acclaim. <http://www.airtechniques.com/Products/FAQ/camera.aspx>
- 2-Audiview intraoral camera, model: IOCAM1001 <http://www.audiview.com/IO-CAM1001.htm>.
- 3-Berkhout E.; Sanderink G.; van der Stelt P. : Digital intraoral radiography in dentistry. Diagnostic efficacy and dose considerations. Oral Radiol., 2003; 19 : 1-13.
- 4-Berkhout WE.; Sanderink GC.; Van der Stelt PF. : A comparison of digital and film radiography in Dutch dental practices assessed by questionnaire. Dentomaxillofac Radiol , 2002; 31: 93-9.
- 5-Clark JR: Digital Photography. J Esthet Restor Dent 2004; 16: 147-148.
- 6-Çelik İ.; Mihçioğlu T.; Güngör K.; Alasya D. : Dijital panoramik radyografide miliampere (mA) azaltılmasının subjektif görüntü kalitesi üzerine etkileri. Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 2004; 21(1): 7-11.
- 7-Dentcom International Inc. <http://www.ddxr.com/camera..htm>
- 8-Dündar N.; Kal Bİ.; İlgelil T. : Dişhekimliğinde fark radyografisi kullanımı, Dişhekimliği Dergisi, 2006 Ocak-Şubat; 67: 30-33.
- 9-Eberhard J.; Hartman B.; Lenhard M.; Mayer T.; Kocher T.; Eickholz P. : Digital subtraction radiography for monitoring dental demineralization. Caries Res 2000; 34:219-224.
- 10-Erçalik Yalçinkaya Ş. : İntraoral Dijital Radyografik sistemlerin tanıtımı. Dişhekimliği Dergisi, 2006 Ocak-Şubat; 67: 24 -28.
- 11-Farman AG.; Scarfe WC.; Shick DB.; Rumack PM. : Computed dental radiography. Evaluation of a new charge-coupled-device-based intraoral radiographic system. Quintessen-çe Int, 1995; 26: 399-404.
- 12-Gröndahl HG, Gröndahl K.; Webber RL. : A digital subtraction technique for dental radiography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1983; 55: 96-102.
- 13-Hildebolt CF.; Couture RA.; Whiting BR. : Dental photostimulable phosphor radiography. Dent Clin North Am, 2000; 44: 273-97.
- 14-Kullendorf B.; Gröndahl K.; Rohlin M.; Henrikson CO. : Subtraction radiography for the diagnosis of periapical bone lesions. Endod Dent Traumatol, 1988; 4: 253-9.
- 15-Ludlow JB.; Mol A. : Digital Imaging. Oral Radiology Ed. White SC.; Pharoah MC.5th Edition, Mosby Inc., St.Louis, Missouri, 2004.
- 16-Nelvig P.; Wing K.; We-lander U. : Sensaray a new system for direct digital radiography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod , 1992;74: 818-823.
- 17-Noikura T.; Shigeaki S.; Tsuyoshi S.; Kawano K.; Fujimura M.; Morita Y.; Iwashita Y. : Digital images with Fuji Computed Radiography(FCR) in dento-maxillofacial radiology. Oral Radiol, 1985 Dec; 1(2).
- 18-Parks ET.; Williamson GF. : Digital radiography: an overview. Contemp Dent Prac, 2002; 3(4): 2-13.
- 19-Prapayasatok S.; Jan-hom A.; Verochana K.; Pramo-janee S. : Digital camera resolution and proximal caries detection. Dentomaxillofacial Radiol, 2006; 35: 253-257.
- 20-Price C.; Ergül N. : A comparison of a film based and a direct digital dental radiographic system using a proximal caries model. Dentomaxillofac Radiol, 1997; 26: 45-52.
- 21-Ramesh A.; Tyndall DA.; Ludlow JB. : Evaluation of a new digital panoramic system: A comparison with film. Dento-maxillofac Radiol, 2001; 30: 98-100.
- 22-Reddy MS.; Jeffcoat MK. : Methods of assessig perio-dontal regeneration. Periodontol 2000, 1999; 19: 87-103.
- 23-Schmitt W.; Lehmann TM. : Digitales Röntgen. Die Qu-intessenz, 2003; 54: 5.
- 24-Svenson B.; Shi XQ.; Stamatakis H.; Welander U.; Söderfeldt B.; Tronje G.; Yoshiura K.; Kristoffersen J.; Strömberg C. : Exposure parameters in Sen-se-a-ray direct digital radiography and their effects on diagnostic accuracy of carious lesions. Oral Radiol, 1997; 13(2):83-91.
- 25-Şirin Ş. : Çağdaş Rad-yografiler. Dişhekimliği Dergisi, 2006 Ocak-Şubat; 67: 20-23.
- 26-The digital dentist, den-tal articles: intraoral cameras. http://www.thedigitaldentist.com/index/use_lang/EN/page/152/cnt_id/126.html
- 27-Versteeg KH.; van der Stelt PF. : Effect of logarithmic contrast enhancement on subs-traction images. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 1995; 80: 479-86.
- 28-Webber RL.; Ruttiman UE.; Gröndahl HG. : X-ray image subtraction as a basis for assessment of periodontal changes. J Periodont Res, 1982; 17: 509-11.
- 29-Wenzel A.; Frandsen E.; Hintze H. : Patient discomfort and cross-infection control in bitewing examination with a storage phosphor plate and a CCD-based sensor. J Dent, 1999 March; 27(3): 243-46.
- 30-Wenzel A. : Computer-aided image manipulation of intraoral radiographs to enhance diagnosis in dental practice: a re-view. Int Dent J, 1993; 43: 99-108.
- 31-White S.; Yoon D. : Comparative performance of di-gital and conventional images for detecting proximal surface caries. Dentomaxillofac Radiol, 1997; 26: 32-38.

Satın alma kriterleri

Dijital görüntüleme

- Direkt Dijital Görüntüleme (DDG) Sensor boyutları (Çocuk-yetişkin)
- İndirekt Dijital Görüntüleme Fosfor plağı boyutları (Çocuk - y yetişkin) ve sayısı
- Sensor tipi (Kablolu - kablosuz)
- Görüntü elde etme tipi (CCD - CMOS)
- Görüntü elde etme süresi
- Çözünürlük
- Görüntü matriksi (piksel)
- Kontrast ayarlama özelliği var mı?
- Yoğunluk ayarlama özelliği var mı?
- Paralel teknik uygulanabiliyor mu? Isırma ve oklüzal görüntüleme yapılabilir mi?
- Mesafe ölçümü yapılabilir mi?
- Radyolojik yoğunluk ölçümü yapılabilir mi?
- Program kullanımı kolay mı?
- Teknik destek özellikleri
- Arızaya müdahale süresi
- Her türlü yedek parça temin süresi

Ağız içi kamera

- Görüntü sensörü
- Çözünürlük
- Lens
- Görüş açısı
- Görüş alanı
- Ayna efekti
- Fokus ayarı
- Detay
- Büyütebilme
- Lamba sıcaklığı
- Kamera çapı
- Kablosuz ağırlık
- Video bağlantısı
- Ayak pedalından kumanda
- Program kullanımı kolay mı?
- Teknik destek özellikleri
- Arızaya müdahale süresi
- Her türlü yedek parça temin süresi

Dişhekimliğinde kullanılan ileri görüntüleme yöntemleri

Bilgisayar sistemlerinin gelişimine paralel olarak diagnostik inceleme yöntemleri de gelişmiş ve çoğalmıştır. Dişhekimliği pratiğinde bu yöntemlerin rutin kullanıma geçmesi, bireylerin artan kozmetik ve fonksiyonel ihtiyaçlarını sağlamak amacıyla dental implantların daha sık uygulanır olması, toplumda TME şikayeti sıklığında artış görülmesi ve travma değerlendirmelerinde daha geçerli bulgular sağlaması nedeniyle ileri görüntüleme yöntemlerine başvurma sıklığı arttırmıştır. Bu makalede ayrıntıları ve kullanım alanları ile dişhekimliğinde kullanılmakta olan ileri radyodiyagnostik yöntemler ele alınmaktadır.

■ **Tamer Erdem***
Kader Cesur Aydın**

Bilgisayarlı tomografi (BT)

Esas olarak tomografi, vücudun izlenmek istenen katmanının ardışık, belli kalınlıkta dilimler halinde ışınlanarak elde edilen görüntünün birleştirilmesi esasına dayanır. Bu sayede anatomik yapılar üstteki dokular ve süperpozisyonlardan ekarte edilmiş olarak incelenebilir.

a) Konvansiyonel tomografi

Film üzerine çekilen X ışınli konvansiyonel tomografilerde, dokulardan süzülen ışınlar film üzerine düşer ve matematiksel olarak işlenen yan yana düşmüş olan görüntülerin 2 boyutlu baskısı alınır. Konvansiyonel X ışınli tomografi tarayıcılarında, 360° hareket edebilen tek bir ışın tüpü bulunur ve tüpün her bir 0,5° ila 1° hareketinde elde edilen görüntü aynı anda ters yöne hareket eden filme kaydedilir. Kullanılan X ışını demeti noktasal kaynaklıdır ve 2 boyutlu V şeklinde ışınlama yapar (lineer ışınlama) (Şekil 1). Kollimatörle ışının kalınlığı belirlenerek istenen kalınlıkta vücut diliminin ışınlanması sağlanır. Takip eden ışınlamalarda hasta tablası ışın kalınlığı kadar ileriye itilerek görüntülemeye devam edilir. Her bir kesitin alınması 1-2 saniye sürdüğünden görüntüleme tamamlanana kadar hastanın immobilize edilmesi şarttır. Lineer ışınlamalarda

fokal plan dışında kalan dokuların görüntüsü süperpozisyonlara yol açmakta ve ışın-obje- film mesafesi sabit kalamadığından boyutlarda tutarsızlık meydana gelebilmektedir¹⁴.

b) Spiral bilgisayarlı tomografi

Bilgisayarlı tomografilerin gelişimiyle birlikte paralel ve lineer çekim yapan cihazlar yerini spiral olarak hareket eden ışın kaynaklarına bırakmıştır. Işın - detektör ve hasta tablası devamlı ve senkronize hareket ederek spiral bir yol çizmektedir (Şekil 2). Spiral olarak hareket eden ışın-detektör arasında düzlemsel olarak duran dokuların görüntülenmesi amacıyla pek çok algoritma kullanılarak, elde edilen görüntünün düzlemsel olmaması sağlanmaktadır. Spiral tomografide kesit kalınlığı 1 voksele eşit sayıldığından, bu yöntem genellikle 3 boyutlu görüntüleme ve analiz yöntemlerinin gelişimine taban oluşturmuş ve 3D görüntülemeler için kullanılır olmuştur^{11,14}.

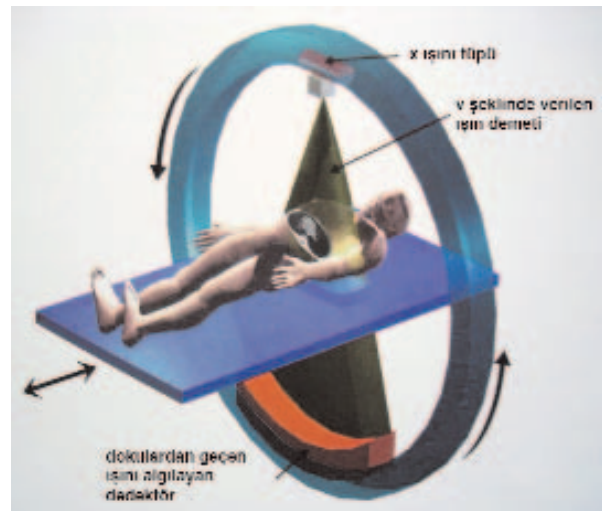
c) Multidetektörlü bilgisayarlı tomografi

Görüntüleme süresini kısaltabilmek amacı güdülen spiral tomografi mekanizması ile çalışan cihazın birden fazla paralel ışın

veren odağı ve aynı sayıda detektörü bulunmaktadır (Şekil 3). Yan yana bulunan bu detektörler, daha geniş bir alana verilen ışınları aynı anda algılayarak ve hasta tablasının da daha hızlı hareket etmesini sağlayarak daha geniş bir alanın daha kısa sürede görüntülenmesini sağlar¹⁴ (Şekil 4).

d) Elektron emisyon bilgisayarlı tomografi (Cine BT/ Ultrafast BT)

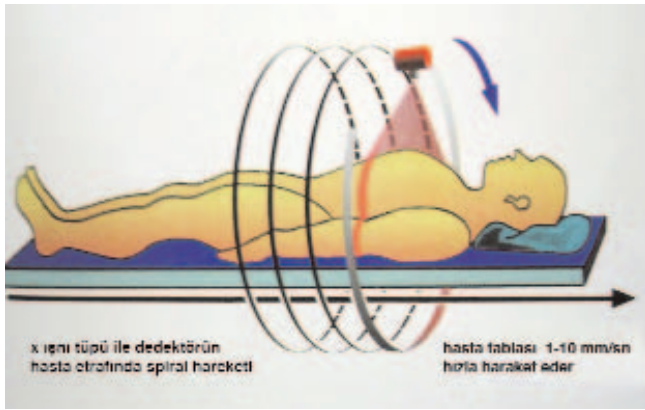
Yaygın olarak kardiyak görüntüleme ve fonksiyonel değerlendirme için kullanılan bu yöntem dişhekimliği alanında damar içerisinden geçen kan akışını değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. Bu teknoloji de birkaç tane tungsten hedefi bulunan 180° kıvrımlı bir anot bulunup odaklanan



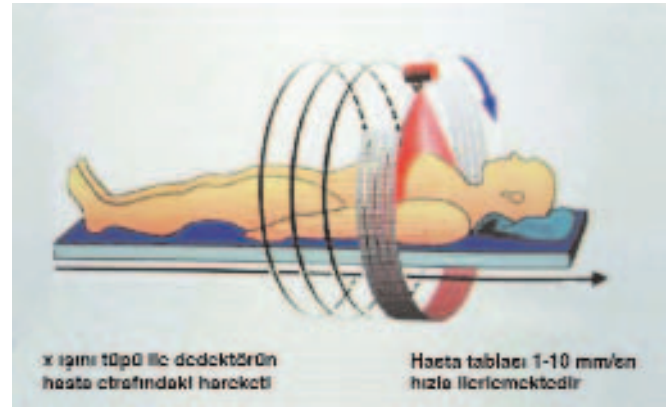
Şekil 1. Konvansiyonel tomografi tekniğinde düzeneğin işleyişi şematize edilmektedir.

* Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.

** Dr., İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji A.D.



Şekil 2. Spiral tomografi tekniğinde x ışını tüpü ve detektörün hasta etrafında meydana getirdiği hareket.



Şekil 3. Multidetektörlü tomografi tekniği şematize edilmektedir.

elektron demeti hedeflerin her birinden hızla yansıtılarak çok açılı bir görüntü ortaya koyar. X ışını demeti bu yöntemde sabit yerden verildiği için her bir 50/100 milisaniyede görüntü alınarak dinamik bir görüntü elde edilir. Hareketli fizyolojik durumların değerlendirilmesi için oldukça etkili bir görüntüleme tekniğidir¹⁴.

Damar içerisinde bulunan ateroskleroz plaklarının ve aterosklerozun tetkikini yapabilmek için yöntem baş-boyun bölgesi damarlanmasının değerlendirmesinde, özellikle kistler, hemanjiomlar ve yumuşak doku ile sert dokuyu içeren tümörlerin preop ve postop değerlendirmesinde rol alabilmektedir.

3 boyutlu BT rekonstrüksiyonları, alınan kesit kalınlığı ve sayısı da göz önüne alınacak olursa, bilgisayarda geniş bir data alanı kaplamaktadır. Dokuların farklı kontrast maddeleri absorbe etme yeteneklerinden faydalanılarak, normalde iyi kontrast vermeyen doku ve organlar da BT ile kolaylıkla incelenebilmektedir¹². Yüksek kontrast çözünürlük özelliği sayesinde ve

yumuşak dokulardaki ufak farklılıkları tespit edebilmesi nedeniyle oral implantların 3D değerlendirmesi başta olmak üzere maksillofasial bölgenin yumuşak dokuları ve kemik yapısı ve patolojisinin değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntem olmuştur^{8,12,15,17}.

e) Dental volumetrik tomografi (DVT) / Konik ışınli bilgisayarlı tomografi (CBCT)

Genel olarak görüntü kaynağı ve detektör yapısı diğer tomografi sistemlerinden farklı olan bu yöntem konik ışınli volumetrik tomografi (CBVT) olarak da adlandırılmaktadır. Yoğun derecede bulunan kemik yapıların süperpozisyonunu minimuma indirerek 2 ve 3 boyutlu mükemmel görüntüleme olanağına sahip olan bu sistem sadece baş- boyun bölgesinin görüntülenmesi için kullanıldığından 'Dental Volumetrik Tomografi (DVT)' tanımı bu cihazlar için daha uygun olmaktadır. DVT cihazının kullanımı sırasında, supin pozisyonda hasta tablasında hareketsiz yatmakta/ oturmakta olan bireyin başı gantrinin içinde konumlandırılır. Gantri içerisinde bulunan ve konik şekilde ışın demeti vermekte olan x- ışını üreticinin verilen ışınlar 2 boyutlu sensör tarafından algılanır. Cihaz 360°'lik turun her bir derecesinde ışınlama yaparak daha sonra bilgisayarda rekonstrüksiyon için kullanılacak olan işlenmemiş dijital verileri oluşturur. Daha sonra istenen planlar dahilinde veriler 2 yada 3 boyutlu olarak izlenebilir, görüntü istenen açıdan izlenebilir, döndürülebilir, koronal, sagittal, frontal ya da aksial kesilerle doku adım adım incelenebilir.

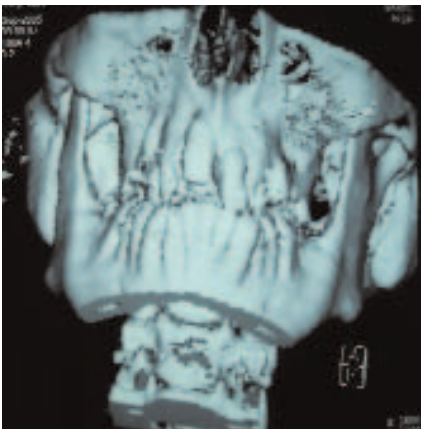
Görüntü çözünürlüğü yaklaşık 2 lp/mm olan DVT sistemleri BT görüntülerine oranla 4 kat netlik sağlar. Bu sistemlerin en önemli avantajı ise panoramik radyog-

rafilerde kullanıldığı şekilde düşük enejili sabit anot tüpü ile yapılan ışınlama sayesinde BT uygulamalarına oranla oldukça düşük dozlarda radyasyon verilmesidir. ALARA (As Low As Reasonably Achievable) prensibiyle hareket edildiğinde, daha kaliteli görüntüyü çok daha düşük dozlarda sağlayan bu yöntem hem dişhekimleri, hem de baş-boyun bölgesi patolojileriyle ilgilenen diğer hekimlere düşük hasta dozuyla çalışma olanağını sunmaktadır. Cihazın maliyetinin klasik BT cihazlarına oranla uygun olması da diğer cazip özelliklerinden birisidir (Tablo 1).

	Görüntü Düzlemleri	Çekim Süresi
Konvansiyonel BT	İki boyutlu (2D)	5 dakika
Spiral BT	3 Boyutlu (3D)	12 saniye
DVT	3 Boyutlu (3D)	5.4 saniye

Tablo 1. Genel özellikleri açısından DVT ve tomografilerin karşılaştırılması

Dişler ve kemiklerin normal anatomik yerleşimleri, patolojileri, travmalar, gömük dişler, paranasal sinüs komşulukları, kistler, tümörler görüntünün istenen aks üzerinde döndürülebilmesi sayesinde farklı yönlerden izlenebilir. Özellikle implant uygulamaları için önemli olan kemik yoğunluk ölçümünün yanı sıra, kemiğin kalınlığının ölçülmesi de bu yöntemle kolaylıkla uygulanır. Görüntü üzerinde aynı zamanda bilgisayar programı kullanılarak rekonstrüktif planlamalar da yapılabilmektedir. Dental olarak, implant yerleşim simülasyonu yapmak ve implant giriş yolu protezleri hazırlamanın yanı sıra preop ortognatik cerrahi modelleri üzerinde de rekonstrüksiyonlar ve sefalometrik analiz yapılabilir. Detaylı anatomik incelemelerde bulunulurken, yumuşak doku katmanları mevcutken ya da sadece kemik yapı-

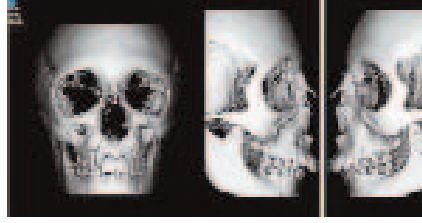


Şekil 4. Multidetektörlü tomografi cihazıyla elde edilen 3D görüntü.

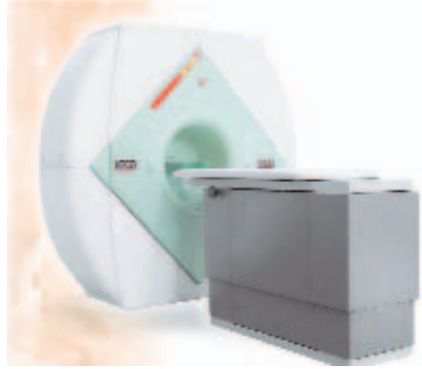
nın izlenebileceği şekilde değerlendirme yapmak mümkündür¹⁷ (Şekil 5) .

Ülkemizde DVT görüntüleme, cihazların sunduğu özellikler yardımıyla maksillofasial bölge ile ilgilenen hekimlere pek çok seçenek sunmaktadır. Bunlardan ilki QR-NIM SRL firmasına ait Newtom 3G cihazıdır. Cihaz düşük dozda ışınlama yapar ve her iki çeneyi kapsayan alan için 36.3 µSv ışınlamayla kaliteli görüntü elde edilebilmektedir. Dijital panoramik bir cihazda verilen doz ortalama 4.7 to 14.9 µSv iken dijital olmayan sistemlerde 26 µSv değere ulaşmaktadır. Hem görüntü kalitesi hem de doz düşüklüğü, bu sistemin tercih sebebinin oluşturulmasıyla birlikte; hastaya verilecek doz ayarlarının sadece kV ve mA değerlerini değiştirerek değil, cihazın kontrol panelinden de değiştirilebiliyor olması sisteme kullanım kolaylığı getirmektedir. Cihazın sadece çeneleri değil, tüm baş-boyun bölgesini görüntüleyebilir olması, kullanım alanının yaygınlaşmasına yardımcı olmaktadır. Bu sistem kendi kategorisi içerisinde en büyük alanı tarayabilme, en düşük dozla görüntü elde edebilme, çekim süresinin kısalığı gibi pek çok yönden DVT sistemlerinin liderliğine oturmuş görünmektedir¹⁰. Sefalometrik analiz yapmak, preop ve postop implant değerlendirmeleri, travmalar, kist ve tümör değerlendirmeleri, TME anatomisi, artritik değişimler ve anatomik varyasyonlar, bu cihazla süratli ve kesin şekilde incelenebilmektedir. Hastaya süpin pozisyon vererek alınan bu yöntem, hastanın oturduğu yada ayakta olduğu diğer DVT sistemlerine oranla daha iyi immobilizasyon sağladığından, görüntü kalitesi de üstün özellik taşır (Şekil 6,7).

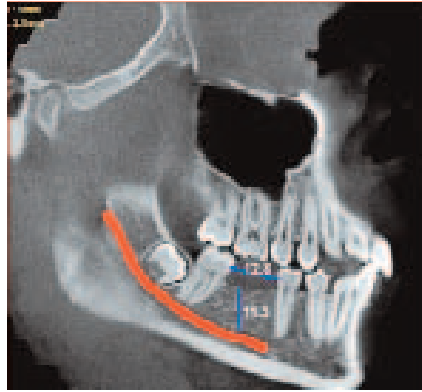
Diğer bir cihaz olan Morita firmasına ait 3D Accuimoto (3DX), 4x 3 cm genişliğinde bir alanı 9/17 saniye sürede görüntüleyebilmektedir. Bu yöntemin görüntüsü BT'ye oranla 8 kat daha net olmaktadır. Detaylı dental görüntüler elde edebilen bu sistem özellikle, periapikal lezyonların, kök-kanal incelemelerinin, preop ve postop implant değerlendirmelerinin, TME dejenerasyonu ve artrozların değerlendirilmesinde kullanılmakta, ancak yumuşak doku görüntülemekte etkisiz kalmaktadır. Hasta dozu düşüklüğüyle ön plana çıkan bu cihaz, her bir çekim için yaklaşık 2-4 periapikal radyografi dozu vermektedir. Henüz ülkemizde kullanılmayan bu sistemin dezavantajı sadece çeneleri içine alan küçük bir alanı görüntüleyebilmesidir¹⁹.



Şekil 5. Newtom 3G cihazıyla alınmış 3 boyutlu DVT görüntü.



Şekil 6. Newtom 3G cihazı



Şekil 7. Newtom 3G cihazıyla alınmış mandibulada mandibular sinir trasesinin ve implant öncesi ölçümlerin işaretlenmesi.

Hitachi firmasına ait CB Mercuray cihazı 12 inç görüntüleme alanında hastaya 477 µSv ışın verirken, i-CAT isimli cihaz 135 µSv, Newtom 3G cihazı ise 45 µSv dozda görüntüleme sağlamaktadır¹⁰. Bu cihazların herbiri tüm baş- boyun bölgesini kapsayan görüntüler sunabilmektedir.

f) Optik Koherens tomografisi (OCT)

1990'lı yılların başlarında geliştirilen OCT tekniğinde görüntüleme amacıyla x ışını yerine kızıl ötesi ışınlarla yakın dalga boyunda ışık kaynağı kullanılmaktadır. Işığın verildiği dokulardan geçen, yansıyan ya da dağılan ışınlar tespit edilerek hem yumuşak, hem de sert dokulara ait görün-

tüler elde edilebilmektedir. Küçük ve kolay kullanımı olan bu apacey, aynı zamanda 20 µm kalınlığındaki dokudaki çözünürlüğü tespit edebilmesi sayesinde; dişlerdeki demineralizasyonlar ve çürükler, gingival ataşmanın konumu, epitel tabakasında meydana gelen keratinizasyon miktarı, kan damarları ve tükürük bezleri ve dental restorasyonların yapısal bütünlüğü izlenebilir. Epitel tabakasının yüksek çözünürlükte izlenebilmesi sayesinde, oral biopsiler alınırken, tümürlü ve sağlıklı dokunun sınırlarının daha net belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Yumuşak dokuların değerlendirilmesi amacıyla US ve MRG yöntemlerine oranla çok daha hızlı ve ucuz bir yöntem olmasının yanı sıra; halen kullanılmakta olan cihazlarda uygun dalga boyunun tam olarak geliştirilemesi nedeniyle, ışınlar dokuların derinliğine penetre olamamakta ve yüzeyel görüntüleme sağlanabilmektedir¹⁶.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

İncelenen dokuların x ışını gönderilmesi yoluyla incelendiği BT değerlendirmelerinin aksine, MRG elektromanyetik spektrumdaki iyonize özellik taşımayan radyofrekans (RF) dalgaları kullanılarak inceleme olanağı sağlamaktadır. MR tekniğinde görüntülemenin oluşturulabilmesi için hasta çok güçlü bir magnetin içine yerleştirilir. Uygulanan manyetik alan 0.1 ile 4 T (Tesla) arasındadır (1 T= 10,000 x Dünyanın manyetik alanı). Bu alan içerisinde kalan dokulardaki mevcut atomların, özellikle de hidrojen atomunun nükleusları, uygulanan manyetik alana doğru yönelirler. RF uygulandıktan sonra vücuttan salınan enerji tespit edilerek bilgisayarda MR görüntüsü oluşturulmaktadır. Farklı doku yoğunluklarını ileri derecede kontrast hassasiyetiyle görüntüleyebilmesi ve iyonize radyasyon verilmemesi, özellikle yumuşak doku incelemelerinde BT yerine MR uygulamasının yaygınlaşmasını hızlandırmıştır.

Uygulanan RF atımlarının süre ve aralıkları değiştirilerek dokulardan farklı görüntüler elde etmek mümkündür. T1 ağırlıklı görüntüde hem puls süresi, hem de yanıt alma süresi kısa olup; T2 ağırlıklı görüntülerde ise puls ve yanıt alma süreleri uzundur. T1 görüntülerde yağ dokusu, T2 görüntülerde ise su dokuları daha net izlenmektedir. TME gibi anatomik yapıların değerlendirilmesinde T1, enflamasyon ya da başka patolojik bulgular inceleniyorsa



T2 ağırlıklı görüntüleme tercih edilmelidir.

Dokulara iyonize ışın verilmemesi bu yöntemin en önemli avantajıdır. X ışını kullanılarak elde edilen dokuların kontrastı ancak % 1 oranında iken, MRG ile % 40 oranında kontrast farkı saptanabilmesi bu tekniğin yumuşak dokularda çözünürlüğü ve kontrastı iyi olan görüntüler oluşturmasını sağlamaktadır. Ayrıca, izlenmekte olan dokular dijital olarak takip edildiğinden multiplanar görüntüleme sağlamak da çok kolaydır. Ancak vücuda implante edilmiş metal protezler görüntüde ciddi süperpozisyonlara neden olabilmektedir. Yine medikal amaçla yerleştirilmiş olan ve ferromanyetik metaller içeren bazı pacer-maker ve serebrovasküler şantlar, elektromanyetik alandan etkilenecek disfonksiyona yol açarak hastanın sağlığı tehlikeye gireceğinden, bu bireylerde MRG yönteminin uygulanması kontraendikedir.¹⁸

TME yapısı ve diski, tükürük bezi parankimi, lenf bezleri, kas ve yağ dokuları gibi anatomik yapıların yanı sıra, orofasiyal yumuşak doku lezyonları, tümörler ve kistlerin değerlendirilmesinde tercih edilen en başarılı görüntüleme yöntemidir. Görüntüleme süresinin uzun olmasına rağmen, elde edilen görüntünün kalitesi, tekniğin kullanımına dezavantaj oluşturmamaktadır.^{5,6,7}

Daha detaylı maksillofasiyal görüntüleme sağlayabilmek için geliştirilmiş olan dental MRG sistemleri de mevcuttur. Bu yöntemde pulpanın net olarak görüntülenmesi, pulpitis olgularında periapikal bölgede ödem saptanması, be kistler ya da tümörler gibi tüm patolojik oluşumların klasik MR yöntemlerine oranla daha net görüntülenmesi sağlanmıştır.^{4,13}

Ultrasonografi (US)

Ultrason, kulağın tespit edebildiği üst sınır olan 20 kHz üzerinde olan seslerin genel adıdır. Diyagnostik ultrasonografi ya da diğer adıyla sonografi elde edebilmek amacıyla, 1 ile 20 MHz dalga boyundaki seslerin klinik olarak uygulanır. Bu amaçla, elektrikli bir cihazda bulunan dönüştürücü yardımıyla bipolar özellik taşıyan pizeoelektrik özellikteki madde yoluyla iletilen vibrasyonlar, dokulara ulaşır. Dokuların farklı sonik geçirgenliklerine bağlı olarak; emilen, yansıyan, geri dönen ya da difüzyona uğrayan sonik dalgalar tekrar pizeoelektrik kristale ulaşarak, bilgisayarda işlenip görüntü meydana getirmektedir. Yöntemin en ilginç noktası, hem ileti-

ci hem de algılayıcı birimin bu pizeoelektrik kristal olmasıdır. Hızla şlenden geçirilen ekolar sayesinde dokular hareketli olarak incelenebilmekte ve yöntem Eş Zamanlı Görüntüleme olarak adlandırılmaktadır. X ışınli görüntüleme imaj dokudan geçen ışınlar tarafından oluşturulurken, ultrasosnografik görüntüleme imajı meydana getiren, yansıyan ses dalgası ışınlarıdır. Her bir dokunun akustik geçirgenliğine bağlı olarak özel bir görüntüsü olduğu gibi, dokulardaki patolojik değişimler de aynı şekilde izlenebilmektedir.¹⁷ Maksillofasiyal bölgede US özellikler, tükürük bezlerinin, yüzeysel tümör, kist ve enflamatuar değişimlerin saptanması ve boyutlarının belirlenebilmesi amacıyla kullanılmaktadır.^{3,9} Ayrıca TME incelemesinde yumuşak dokulara ait özelliklerin; eklem diskinin lokalizasyonu, ve enflamatuar effüzyon gibi değişimlerin saptanmasında da kullanım alanı bulmaktadır.

Nükleer görüntüleme

Dokuların x ışını, manyetik alan, ses dalgaları ya da kızılötesi ışıklarla incelendiği tüm yöntemlerde, herhangi bir patoloji saptanabilmesi için dokuda kontrast farkı gösteren bir değişim anatomik ya da yapısal olarak meydana gelmelidir. Ancak, biyokimyasal olarak saptanıp herhangi bir fiziki değişim yaratmayan ya da geç dönemde ortaya çıkaran hastalıklarda bu yöntemlerle görüntüleme sağlamak mümkün olmamaktadır. Radyonüklit (Fonksiyonel) görüntüleme, biyokimyasal değişikliğe bağlı olarak meydana gelen fizyolojik değişimi saptayabilen tek yöntemdir. Gama ışınlarını emen izotoplardan iyot (¹³¹I), galyum (⁶⁷Ga) ve selenyum (⁷⁴Se) bu incelemelerde kullanılmakla beraber, en sık kullanılan izotop, kimyasal olarak farklı yapılarda kullanıldığında tüm dokuların incelenebilmesini sağlayan teknesyumdur (^{99m}Tc). Kullanılan izotopların miktarı lethal dozların çok altında olsa da, hastanın kan dolaşımı yoluyla tüm organlarına hatır sayılır derecede radyasyon aldığı göz ardı edilmemelidir. Hastaya yapılan iv. enjeksiyon sonrası yansıyan gama ışınlarını ve floresensi tespit eden sintillaston kristalleri içeren kameralar, ışınları sinyalleri saptayıp büyüten foton güçlendirici tüpe iletir ve bilgisayarda görüntü elde edilir. Kullanılan sintillaston kristalleri nedeni ile teknik sintigrafi olarak adlandırılmaktadır.¹⁷ Görüntüyü kaydeden kameraların hastanın etrafında 360° dönerek multiplanar görüntüleme sağlanan

SPECT (single photon emission computed tomography) yönteminin yanı sıra; sintigrafiye oranla 100 kat daha net görüntüleme sağlayan PET (proton emission tomography) yöntemi de özellikle kemik tutulumu olan maksillofasiyal tümörlerin tespitinde sıkça yer almaya başlamıştır.¹² PET yönteminde kullanılan izotoplar, normalde organik moleküllerde bulunan elementlerin izotoplarıdır (¹¹C, ¹³N, ¹⁵O, ¹⁸F).

KAYNAKLAR

1. Beer A, Gahlleitner A, Holm A, Tschabitscher M, Homolka P. Correlation of insertion torques with bone mineral density from dental quantitative CT in the mandible. Clin. Oral Impl. Res. 2003; 14, 616-620.
2. Chidiac JJ, Shofer FS, Al-Kutoubi A, Laster LL, Ghafari J. Comparison of CT scanograms and cephalometric radiographs in craniofacial imaging. Orthodontics & Craniofacial Research 2002; 5 (2): 104-113.
3. Encina S, Ernst P, Villanueva J, Pizarro E. Ultrasonography: a complement to sialography in recurrent chronic childhood parotitis. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1996 Oct;97(5):258-63.
4. Erickson M, Caruso JM, Leggett L. Newton QR-DVT 9000 imaging used to confirm a clinical diagnosis of iatrogenic mandibular nerve paresthesia. J Calif Dent Assoc. 2003 Nov;31(11):843-5.
5. Gahlleitner A, Nasel C, Schick S, Bernhart T, Mailath G, Dorffner S, Watzek G, Imhof H, Trattng S. Dental magnetic resonance tomography (dental MRI) as a method for imaging maxillo-mandibular tooth retention structures. Rof. 1998 Oct;169(4):424-8.
6. Griffiths PD, Wilkinson ID, Patel MC, Romanowski CAJ, Mitchell P, Graham A, Powell T, Hodgson TJ, Paley MNJ. Acute Neurological And Neurosurgical Admissions. Acta Radiologica 2000; 41 (5): 401-409.
7. Imaizumi A, Yoshino N, Yamada I, Nagumo K, Amagasa T, Omura K, Okada N, Kurabayashi T. A potential pitfall of MR imaging for assessing mandibular invasion of squamous cell carcinoma in the oral cavity. AJNR Am J Neuroradiol. 2006 Jan;27(1):114-22.
8. Jacobs R. Preoperative radiologic planning of implant surgery in compromised patients. Periodontology 2000 ;33(1): 12-25.
9. Kozakiewicz J, Wloczyk ES, Wolanska-Karut J. A rare case of schwannoma in the parotid gland. Otolaryngol Pol. 2005; 59(3):449-51.
10. Ludlow JB, Davies-Ludlow LE, Brooks SL, Howerton WB. Dosimetry of 3 CBCT devices for oral and maxillofacial radiology: CB Mercuray, NewTom 3G and i-CAT. Dentomaxillofac Radiol. 2006 Jul;35(4):219-26.
11. Marik PE, Rakusin A, Sandhu SS. The impact of the accessibility of cranial CT scans on patient evaluation and management decisions. J Intern Med 1997;241: 237-43.
12. Nakasone Y, Inoue T, Oriuchi N, Takeuchi K, Negishi A, Endo K, Mogi K. The role of whole-body FDG-PET in preoperative assessment of tumor staging in oral cancers. Ann Nucl Med. 2001 Dec;15(6):505-12.
13. Olt S, Jakob PM. Contrast-enhanced dental MRI for visualization of the teeth and jaw. Magnetic Resonance in Medicine 2004; 52 (1):174-176.
14. Robb RA. Biomedical Imaging, Visualization And Analysis. Wiley-Liss, 2000.
15. Smith RJ, Jackson IT, Xiao H, Sharma R. 3-D CT scan measured bony deficiency of the facial skeleton in progressive hemifacial atrophy. Eur J Plast Surg 1994; 17(6):292-297.
16. Soğur E, Akdeniz G. Dişhekimliğinde Yeni Bir Görüntüleme Teknolojisi: Optik Koherens Tomografisi (OCT). GÜ Diş Hek Fak Derg 2005; 22(3): 195-200.
17. Şirin Ş. Çağdaş Radyoloji. Dişhekimliği Dergisi 2006; 67: 20-23.
18. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology Principles And Interpretation. Fifth edition. Mosby, 2004.
19. www.jmorita-mlg.com

Dijital cihazların seçiminde nelere dikkat etmeliyiz?

■ Cihan Halil*

Dijital kelimesi özellikle son 10 yıldır hayatımızın her alanında sıkça kullandığımız bir terimdir. Karşıt kelimesi ise 'analog'dur. Örneğin, klasik fotoğraf (film kullanan analog makineler) yerlerini yüksek çözünürlükteki dijital makinelere çoktan bıraktılar bile. Burada fotoğraf filmi analog bilgiyi, dijital fotoğraf makinesinin hafızasına kayıtlı resim dijital bilgiyi ifade eder. Ancak her ikisinden de fotoğraf kağıdına yapılacak baskı yine analog bilgi olacaktır. Buna benzer değişimler hızla devam etmektedir. Teknoloji her alanda olduğu gibi dişhekimliğinde de hızla ilerlemekte ve analog ürünler yerlerini dijitalle bırakmaktadır.

Dijital x-Ray sensörlerin seçiminde nelere dikkat etmeliyiz?

Garanti Süresi ve ilave garantiler

Garanti süresi önemli bir unsurdur. Ülkemizde 2005 yılından itibaren ürünlerin iki yıl garantiyle satılması yasa gereğidir. Özellikle Amerika ve Uzakdoğu ülkelerinde ürünler standart bir yıl garantili olup daha fazla garanti için ekstra ücret ödemek gerekir. Fakat ülkemizde yoğun fiyat rekabeti yaşandığı için bazı ürünler sadece fiyatları dikkat çekici olabilsin diye bir yıl garanti ile sunulmaktadır. Bir yıl ekstra garanti maliyeti yaklaşık olarak ürün fiyatının % 10 - 15'i civarındadır. Kısaca bir yıl garantili 2000 Avro tutarındaki aynı ürün iki

yıl garantili olur ise yaklaşık 2200-2400 Avro civarına yükselmektedir. Ürün satın alınırken bu konuya özellikle dikkat edilmelidir. Satıcı tarafından ilave olarak verilebilecek garanti harici elektronik cihaz sigortası ürünün tüm risklerinin teminat altına alındığının göstergesidir.

Garanti süresinin uzaması aynı zamanda üretici firmaların ürünlerine olan güvenin göstergesidir.

Bunun dışında satıcı firmalardan sadece sensör ve sadece elektronik devrenin herhangi bir hasar durumunda ne kadar sürede ve ne kadar bir ücret ile temin edileceğinin öğrenilmesi ileride sürpriz yaşama ihtimalinizi ortadan kaldırır.

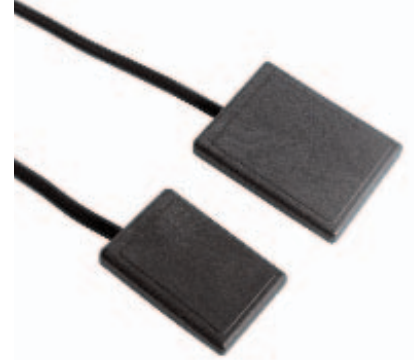
Ürün sürekliliği ve ürün için firma tarafından yapılan yatırımlar

Dijital X-ray çözümleri sensör, elektronik devre ve bilgisayar yazılımından ibarettir. Bu ürünle ilgili nasıl bir servis yapılarının olduğu ürün alınmadan incelemeleri çok önemlidir.

Bu sistem aynı zamanda bir bilgisayar yazılımına gereksimim duyar ancak genellikle üreticiler ürünleri ile birlikte sınırlı bir bilgisayar yazılımı vererek sadece hasta adının kaydedilip o hastaya ait dijital X-ray görüntülerin kaydedilmesini ve bu görüntü üzerlerinde gerekli işlemlerin yapılmasına yardımcı olacak şekilde verirler. Bu da sizin dijital X-ray görüntülerini ayrı bir programda tutmanızı gerektirir. Fakat bu programlar Windows işletim sistemi değiştiği zaman çalışmayabilir bu durumda satıcının nasıl bir politikası olduğunu baştan öğrenmeniz ve bu işlem için herhangi bir ücret isteyip istemeyeceğini öğrenmeniz, hatta yazılı olarak istemeniz gelecekte sizi risklerden ya da eski bir işletim sistemine mahkum olmaksızın kurtaracaktır.

Ürün özelliklerinin net olarak öğrenilmesi

Dijital X-ray sensörlerle ilgili yanıltıcı birçok ilan ve broşüre raslamak mümkündür. 2 milyon pixel çözünürlük belirtildiği halde bunun hangi boyut sensör için olduğu belirtilmez. Dünya genelinde % 95 oranında tercih edilen sensör boyutu yaklaşık olarak 30X20 mm civarında olan Size1'dir. Size2 ise 36*27 mm boyutlarındadır. Nadir olarak kullanılan Size0 ise en küçük boyut olup sadece pedodontide kullanılmak için üretilir.



Size1

30X20mm=600mm²=1.250.000 pixel

Size2

27x36mm=972 mm²=2.025.000 pixel

Aslında bu iki sensör de aynı çözünürlüktedir. Sadece Size2, Size1'den %62 oranında alan olarak büyüktür. Bu da basit olarak Size1'in çözünürlüğü olan 1.250.000 pixel sayısını 1,62 ile çarparsak = 2.025.000 pixel sayısı ortaya çıkar ki bu iki sensörde eşit çözünürlüktedir demektir. Yani büyük sayı daha büyük bir çözünürlük demek değildir.

Sensör teknolojileri yaklaşık olarak

* RF System Bilgisayar Donanım ve Danışmanlık Hizmetleri Ltd. Genel Müdürü

10 lp/mm , 14lp/mm , 20lp/mm yani 1 mm'deki satır çifti diye adlandırılan yöntemle belirlenir. Rakam yükseldikçe ürünün fiyatı ve teknolojisi de yükselir. Yani hassasiyet yükselir.

Gerçek zamanlı dijital X-ray teknolojilerinde genellikle CCD ve CMOS diye adlandırılan sensörler kullanılır. CCD üretilmesi CMOS'a göre oldukça pahalıdır ancak görüntü kalitesi ve kararlılığı yüksek olduğundan büyük çoğunlukla CCD kullanılmaktadır.

Ürün entegre olarak çalışabilir mi ?

Son yıllarda özellikle dijital X-ray sensörlerin hızla artmaya başlaması ABD'de Dental Klinik yazılımı + Ağız içi kamera + Dijital X-ray sensörlerin tek bir program üzerinde tek bir çözüm altında toplanması yönelimine yol açmıştır. Buna en iyi örnek için www.dentrix.com'a bakılabilir.

Çünkü dişhekimisi için zaman en önemli kavramdır. En kolay, en entegre ürün, gerçek ihtiyaçtır. Çünkü sonradan hiçbir ürün entegre edilemez. Eğer ediliyorsa bu size epey bir maliyet demektir.

Satın almış olduğunuz ürün zaman içerisinde fiziksel bir değişime uğrayamaz. Ama o ürünün birlikte çalıştığı yazılım sürekli gelişecektir. Bu gelişimden yararlanabilirseniz sizin çözümünüz de yenilenmiş olacaktır. Her zaman en yeni ürünü kullanıyormuş olmak sizi motive edecek ve teknolojiniz sizi mutlu edecektir. Tersisi olur ise demode bir ürün kullanıyor olacaksınız.

Sensörler için tek kullanımlık Steril kılıflar

Enfeksiyonların hastadan hastaya taşınmasını engelleyen tek kullanımlık sensörlere özel steril kılıfların sağlanıp sağlanmadığı ve sağlanıyorsa maliyetlerinin öğrenilmesi.. Standartlar gereği satıcı firmaların sürekli olarak bu tek kullanımlık steril kılıfları sağlaması zorunludur.

Yerinizde kurulum ve eğitim hizmetinin olup olmadığı

Ürünün satıcı firma tarafından muayenehanenizde kurulması ve eğitimin verilmesi medikal standartlar tarafında mecbur tutulmaktadır. Kurulumu yapacak personelin ürün kurulumu konusunda eğitim almış olması zorunludur.

Peki Dijital X-ray sensörleri size ne gibi avantajlar sunar:

- 1- Zaman kazandırır,
- 2- Banyo gerektirmez.
- 3- X-ray ışınının % 80-85 azalmasını sağlar,
- 4- Gerekirse arka arkaya görüntüler almanızı sağlar,
- 5- Alınan görüntünün defalarca büyütülmesine imkan verir,
- 6- Bir tuşa basarak görüntüyü negatif olarak gösterir,
- 7- Gri tonları ve ışık seviyelerini kolayca değiştirebilirsiniz,
- 8- Ölçüm yapabilirsiniz,
- 9- Bu bilgileri ekran üzerinde hasta ile paylaşabilirsiniz,
- 10- Görüntülerin hasta kartına tarih ve saati ile kaydedebilirsiniz,
- 11- Yeni bir görüntü almanın maliyeti yoktur,
- 12- Saklanmış görüntüler hiç bozulmaz,
- 13- Saklanmış görüntülere çok hızlı ulaşılır,
- 14- Görüntüler e-maile istenilen yere gönderilir,
- 15- Daha önceden alınan görüntüler ile yeni görüntü karşılaştırılabilir,
- 16- 4096 gri seviye sayesinde daha detaylı görünüm sağlar,
- 17- Kimyasallara gereksinim duymadığından çevrecidir,
- 18- Hastanız tarafından hemen fark edilmesini sağlar.
- 19- Hastalarınızın tedavileri kabullenmesini kolaylaştırır.

Intraoral (ağız içi) kamera seçimde dikkat edilecekler Servis ve garanti

Servis ve garanti süresi en önemli unsurlardan biri olup en az iki yıl garantili olmasıdır. İlave olarak verilecek sigorta gibi tamamlayıcı garantiler risklerinizi ortadan kaldıracaktır.

Tamir süresinin kısıllığı sizi rahatlatacak bir unsurdur. Ancak firma yasal olarak 30 gün içerisinde tamir yapmak zorundadır.

Servis, donanım ve yazılım olarak ikiye ayrılır. Her iki konuda yetmişmiş personellerinin olup olmadığına bakılmalıdır.

Yazılım destek ve sürüm yükseltme

Ürün aldıktan sonra ihtiyacınız olan yazılım desteğinin verilmesi ve sürüm yükseltmenin olup olmadığı, var ise üç-

retli olup olmadığı ve ne kadar süre ile yapılacağı konusunun net olarak öğrenilmesi çok önemlidir.



Ağız içi kameraların avantajları

- 1- Hasta-hekim iletişimini kolaylaştırır,
- 2- Hastaya ait tüm diş görüntüleri kamera yardımıyla bilgisayara aktarıldığından hastanın hekime olan güvenini artırır.
- 3- Hastanın önerilen tedavileri anlamasını ve kabullenmesini kolaylaştırır.
- 4- Hastanın kendi durumunu net olarak görmesini sağlar,
- 5- Hastanın kendi ağız gelişimini eski görüntüleriyle kıyaslayarak net olarak görmesine yardımcı olur.
- 6- Alınan görüntülerin hastayı gönderen kuruma gönderilmesine olanak sağlar. (Özel sigortalar, vakıflar, bankalar)
- 7- Ağız içindeki problemleri defalarca büyüttüğü için gözle çok net görülemez olan durumdaki vakaların net olarak görülmesini sağlar.
- 8- Yapılan işlerin önceki ve sonraki durumlar kayıtları tasnif edilerek hastalara vaka tipleri konusunda anlatımda kullanılmasını sağlar.

Sonuç olarak

Hem dijital X-ray sensör hem de ağız içi kameralar için söylenmesi gereken bunların birer çözüm oldukları yani sadece birer ürün olmadıklarıdır. Bilgisayar, işletim sistemi, yazılım gibi diğer ürün dışı kaynaklar ile çalışabildiğini dikkate aldığınızda bunların uzun süre kullanılabilirlikleri sadece aldığımız ürünlerin çalışır durumda olmalarının yeterli olmayacağıdır. Her bir bileşenin değişimiyle destek ihtiyacınızın kaçınılmaz olduğudur.

Fiyatları belirleyen unsurların sadece ürün olmadığı, hizmet ve desteğin en az ürün kadar kıymetli ve önemli olduğunu tartışılmazdır.

En önemli ürün entegrasyon ve ihtiyaçlara göre adaptasyondur.

'Hepatit C tehlikeli ama korunmak kolay'

Dünya üzerinde 200 milyona yakın insanı etkileyen Hepatit C, dişhekimlerini de tehdit eden önemli bir hastalık. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Yılmaz Çakaloğlu'ndan giderek yaygınlaşan bu hastalık hakkında bilgi aldık.

Hepatit C nasıl bir hastalıktır?

Hepatit C virusu (HCV) ilk kez 1989 yılında keşfedildi. Ancak daha önceki 2-3 dekad boyunca "Non-A, Non-B" virüsü ve yaptığı hastalık tablosu da "Non-A, Non-B" hepatiti olarak bilindi. Özellikle cerrahi girişim veya başka nedenlerle transfüzyon yapılan hastalarda aylar içinde akut hepatit tablosu ortaya çıkıyor, A ve B hepatiti testleri negatif kaldığı için bu isimle anılıyordu.

Sorunun gerçek boyutları Hepatit C tanısı için geliştirilen anti-HCV testi ile 1990'lı yıllarda yapılan taramalardan sonra anlaşıldı. Bugün için dünyada 200 milyona yakın kişi HCV ile infektidir ve önemli bir kısmında (yaklaşık %20-30) ilerleyici kronik hepatit ve siroz

ve daha azında da hepatoselüler karsinoma gelişmesi riski söz konusudur. ABD ve Batı Avrupa ülkeleri ile Japonya'da siroz, karaciğer kanseri gibi ciddi hastalıkların ve bu hastalıklar için yapılan karaciğer nakillerinin %50'den fazlasından HCV enfeksiyonu sorumludur. Ülkemizde HCV enfeksiyonu sıklığı (prevalansı) %1 civarındadır ve sirozlu hastaların üçte birinden HCV sorumludur. Hepatit B virüsü ile birlikte karaciğer sirozu ve karaciğer kanserinin en sık sebebidir.

Diğer taraftan 1990'lı yılların başından itibaren kan ve kan ürünlerinin anti-HCV testi ile taranması sonucu bu yolla bulaşma büyük ölçüde engellenmiştir. Artık kontrol edilmiş kan ve kan ürünleri ile bulaşma istisnai bir durumdur. Buna karşılık ameliyatlara, tıbbi ekipmanla ve diğer yollarla (damar içi uyuşturucu ve/veya ilaç ba-

ğımlılığı, alkolizm, erkek-erkek arası seks, dövme, "piercing" vb.) bulaşma devam etmektedir. Damar içi enjeksiyon şeklinde uyuşturucu kullanan grupların üyeleri en yüksek risk altındakilerdir. Mısır bugün dünyada HCV enfeksiyonunun en sık görüldüğü ülkedir ve bazı bölgelerinde anti-HCV prevalansı

sadece basit el temizliği, işlemde eldiven giyme ve ekipmanı steril etme kurallarına uyulursa bulaşma riski hemen hemen sıfır olduğu halde, bazı hekimler üzücü tavır ve davranışlarda bulunmakta, hastayı muayene etmekten ve tedavi edici girişimlerden kaçınılmaktadırlar.



%25'i bulmaktadır. Bunun nedeni Mısır'da çok yaygın olan Şistozomiyaz hastalığının tedavisinde tekrar tekrar kullanılan ("disposable" olmayan) injektörler veya diğer tıbbi malzemelerdir.

Önümüzdeki 2-3 dekat daha HCV'ye bağlı siroz ve kanser ciddi ve sık görülen sağlık sorunu olarak önemini koruyacaktır. Çünkü HCV taraması öncesi dönemde infekte olanlar 20-30 yıl sonra ciddi karaciğer hastası olarak karşımıza geliyorlar.

Hepatit C infeksiyonunun belirtileri nelerdir?

HCV infeksiyonu akut dönemde %75 anikterik (sarılıksız) seyrederek ve tanısı güçtür. Tanı konmayan ve tedavi edilmeyen bu hastaların %50-90'ında (ortalama %70) kronik C hepatiti gelişir. İkteterli (sarılık olan) akut C hepatiti hastaları ile ilerlemiş (klinik olarak siroz gelişmiş; karaciğer ve/veya dalak büyümesi, karaciğer hastalığına ait periferik bulgular, karın şişliği, sindirim sistemi kanaması vb) karaciğer hastalığı olanlar dışında kalan büyük çoğunluk (>%80) asemptomatiktir. Hastalığa özgü bir belirti veya bulgu yoktur. Tanı ancak anti-HCV testi taraması ve/veya başka nedenlerle bakılan biyokimyasal karaciğer testlerinin (özellikle ALT ve AST) yüksek bulunması sonucu bakılan anti-HCV testi ile konur. Bu nedenle rutin sağlık kontrolü ("check-up") programlarında anti-HCV testi yer almalıdır.

Zaman zaman kronik C hepatiti hastalarında karaciğer dışı hastalık belirti ve bulguları olabilir. Tanıya giden ilk adım deri döküntüleri, eklem ağrıları ve ellerde bacaklarda uyuşma, karıncalanma (periferik nöropati) ile karakterli bir vaskülit (mikst kriyoglobulinemi), böbrek patolojisi (glomerulonefrit), diğer deri belirtileri (liken planus, eritema nodosum vb) olabilir. Bu durumlarda karaciğer testlerinin bozukluğu aklı HCV infeksiyonunu getirmelidir.

Hepatit C tanısı nasıl konur?

Anti-HCV antikoru testi pozitifliği (bugünkü yöntemlerle) hemen daima HCV infeksiyonunu gösterir. Antikor pozitif diye geçirilmiş bir HCV infeksiyonu olarak değerlendirilmesi ciddi bir hatadır.

Bazı özel durumlarda ve anti-HCV testinin titresinin düşük olduğu hallerde yalancı pozitiflik söz konusu olabilir. Nadirdir. Hem anti-HCV testinin HCV infeksiyonu varlığı açısından teyid edilmesi, hem de genotip ve viral yük bakılarak tedavi öncesi gerekli değerlendirmelerin yapılması için kantitatif HCV RNA testi (böylece viral yük-serumdaki HCV RNA miktarı da bakılmış olur) ve HCV genotipi testi yapılır. Doğal olarak HCV RNA negatif olanlarda genotip ve viral yük bakılamaz. Kronik C hepatitli hastaların %30'unda ALT devamlı normal veya "near-normal" olabilir. Karaciğer hastalığına ekarte ettirmez.

Genotip özellikle tedaviye kalıcı cevap alınması açısından önemlidir. Ülkemizde hastaların >%90'ı genotip 1 (genotip

Dışhekimliği ve tıp hekimliği HCV için riskli meslekler grubundadır. HCV infeksiyonlu hekimler mutlaka konunun uzmanı (gastroenteroloji uzmanı) tarafından değerlendirilmeli ve gerekli görülürse tedavi edilmelidir.

1b, 1a'dan çok daha sık) HCV infeksiyonuna sahiptir. Daha uzun süreli ve nisbeten yüksek doz ilaç tedavisi gerektirir. Tedaviye cevap (kür) ihtimali hastaya göre değişmekle beraber ortalama %50 civarındadır. Bu oran genç (<40 yaş), viral yükü düşük, karaciğer hastalığı hafif ve alkol almayan bir bayan hastada %80 iken, 50 yaşın üzerinde, kronik alkol alan, karaciğer hastalığı ciddi, viral yükü fazla bir erkek hastada ise %20'nin altındadır.

Hepatit C tanısında dışhekimleri açısından ayırt edici bir özellik var mıdır?

Hayır yoktur. İşin dışhekimliği ile ilgili tarafı gerekli sterilizasyon ve temizlik koşullarına uyulmazsa hastadan dışhekimine ve ekipmana, dışhekimine veya

ekipmandan hastalara HCV bulaşması olabilir. Biz hepatit C'li hastalarımıza herhangi bir tıbbi girişim (dışhekimliği ve genel tababet ile ilgili) yapılacağı zaman hekimlere ve diğer tıbbi personele hepatit C'li veya hepatit B'li olduklarını söylemelerini istiyoruz. Eğer sadece basit el temizliği, işlemde eldiven giyme ve ekipmanı steril etme kurallarına uyulursa bulaşma riski hemen hemen sıfır olduğu halde, bazı hekimler üzücü tavır ve davranışlarda bulunmakta, hastayı muayene etmekten ve tedavi edici girişimlerden kaçınmaktadırlar. Bu viral hepatitler konusunda daha fazla bilgilendirme ile aşılabilecek bir sorundur.

Dışhekimliği ve tıp hekimliği HCV için riskli meslekler grubundadır. HCV infeksiyonlu hekimler mutlaka konunun uzmanı (gastroenteroloji uzmanı) tarafından değerlendirilmeli ve gerekli görülürse tedavi edilmelidir.

Hepatit C tedavisi ve korunma yolları nelerdir?

Anti-HCV, HCV RNA kantitatif pozitif ve genotipi bakılmış her hepatit C hastası iyi belirlenmiş standart algoritmalar ile gösterilen tedaviyi almalıdır. Bugün için Pegile İnterferon alfa (2a veya 2b)/haftada bir derialtı injeksiyon ile birlikte oral Ribavirin kombine tedavisi en etkili tedavi şeklidir. Kontrendikasyon olmayan hastalarda genotip 1'de 6-12 ay, genotip 2 veya 3 olan hastalarda 4-6 ay uygulanır. Yan etkileri için hasta bilgilendirilmelidir. Yeni oral antiviral ilaç çalışmaları devam etmektedir.

HCV'ye karşı etkili bir aşı geliştirilmiş değildir. Farklı genotiplerinin olması ve nötralizan antikorun iyi bilinmemesi aşı çalışmalarındaki en önemli engeldir. İnsan immunglobulini yeterince koruyucu değildir. Bugün için gereksiz ve test edilmemiş kan ve kan ürünleri kullanımından kaçınmak, her türlü tıbbi girişimde (parmak ucundan şeker testi için kan almaktan, en ağır ameliyata kadar) basit temizlik, gerekli korunma-koruma ve sterilizasyon şartlarını yerine getirmek, riskli yaşam tarzı olanları (uyuşturucu müptelaları, alkolikler, homoseksüeller, hayat kadınları vb) bu konuda eğitmek, dövme, "piercing" veya benzeri uygulamalardan kaçınmak başlıca korunma yollarıdır.

Hepatit C virüsünün dışhekimliği yönünden önemi

HCV, kronik karaciğer infeksiyonunun en yaygın etkenidir. Parenteral yolla bulaşır. HCV'nin aşısı ve temas öncesi ve sonrası profilaksi uygulaması yoktur. Dışhekimliğinde HCV infeksiyon riski, HBV infeksiyon riskine göre çok düşüktür. Dışhekimliğinde her türlü patojene karşı güvenli bir çalışma, standart infeksiyon kontrol uygulamaları ile sağlanabileceğinden HCV pozitif bir hasta için özel bir önlem alınmasına gerek yoktur.



■ Güven Külekcî*

rekçeleri şöyle sıralanabilir:

1. Tüm dünyada ve ülkemizde yaygındır;
2. Kronik infeksiyona yol açarak kronik hepatit, karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinoma (primer karaciğer kanseri) gibi çok ciddi hastalıklara yol açabilirler;
3. Çoğunlukla infeksiyonları subklinik seyrettiğinden kişiler hasta olduklarını ya da taşıyıcı kaldıklarını bilemezler;
4. Hepatit virusları arasında aşısı olanlar salt HAV ve HBV'dir. HBV aşısı ile HDV, ancak HBV ile birlikte infeksiyon yaptığından HDV'ye karşı da bağışıklık sağlanır;
5. Pahalı ve zahmetli tedavi seçenekleri olanlar vardır.

Disease Control and Prevention) tarafından 1993'de bildirilen 'dışhekimliğine özel infeksiyon kontrol yönergesi'nin on yıl aradan sonra gözden geçirilerek 2003'de yenilenmesinin başlıca nedeni dünya ölçeğinde yeni patojenlerin ya da yeniden önem kazanan patojenlerin varlığı olarak açıklanmıştır². Bunlar arasında HCV ve HGV da bulunmaktadır.

Hepatit C Virus-Hepatit C infeksiyonu

Hepatit C virusu ilk kez 1989 yılında tanımlanmış tek iplikli bir RNA virusudur³. Transfüzyon sonrası oluşan 'ne hepatit A ne hepatit B hepatiti' şeklinde 'non-A non-B' (NANB) olarak tanımlanan hepatitlerin en önemli etkeni olduğu saptanmıştır. Doku kültüründe üretilmeden ya da elektron mikroskopunda görülmeden moleküler klonlama teknikleriyle tanımlanmış bir virustur. En azından 6 genotipi bulunmaktadır. Genotiplerin dağılımı coğrafik farklılık gösterdiği gibi toplumda dağılımı, risk grupları ve yaşa göre de farklılık göstermekte ve tedaviye yanıt yönünden önem taşımaktadır. Bazı hastalar birden daha çok genotiple infektedir. HCV infeksiyonunda virusun ilk yapılan antikorlar tarafından tanınamayacağı değişiklikler göstermesi nedeniyle etkisiz bir immun yanıt söz konusudur. Bu nedenle infeksiyon uzun sürer, aynı ya da yeni genotiplerle yeniden infeksiyon

Hepatit virusları

Viral hepatitlere neden olan hepatit virusları A, B, C, D, E ve G olarak altı farklı virustur. Hepatit virusları bulaşma yollarına göre iki gruba ayrılabilir:

- 1 Dışkı ağız yolu (enterik yol) ile bulaşanlar Hepatit A ve E virusları (HAV ve HEV).
- 2 Kan yoluyla (parenteral yol) bulaşanlar Hepatit B, C, D ve G virusları (HBV, HCV, HDV, HGV)'dir.

Hepatit viruslarından özellikle kan yolu ile bulaşanlar tıp ve dışhekimliği uygulamaları ile bulaşabilir. Önemli olma ge-

Ülkemizde 1990 yılından beri 'Viral Hepatitle Savaşım Derneği'(VHSD), 'viral hepatitlerin toplumdaki yaygınlık ve önemini belirleyecek olan tanı, savaşım ve korunma yöntemleri ile bu alandaki çeşitli inceleme ve araştırmaları yapmak, desteklemek, teşvik etmek ve elde edilen bilgilerden ilgili sağlık kuruluşlarını yararlandırmak ve gerektiğinde onlarla işbirliği yapmak amacıyla' çalışmaktadır¹. Çok yakın geçmişte 1 Ekim 2006 tarihinde HCV ile ilgili halka yönelik tanıtım kampanyası düzenlenmiştir.

Dünyaca ünlü bir hastalık izleme ve kontrol merkezi olan CDC (Centers for

* Prof.Dr., İ.Ü. Dışhekimliği Fakültesi Mikrobiyoloji Bilim Dalı, 34093, Çapa, İstanbul

olabilir ve immunglobulin gibi profilaksi uygulamaları yoktur.

Hepatit C enfeksiyonu % 80 belirtisiz olarak geçirilir⁴. Hepatit C, çok uzun yıllar belirtisiz seyretmesi ya da ayırt edici belirtilerle seyretmemesi nedeniyle sinsi bir enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır. Olguların % 55-85'inde kronik karaciğer hastalığı gelişir. Siroz, ekstrahepatik hastalık tabloları ve hepatosellüler karsinomaya neden olur. Kronik karaciğer hastalarında ölüm oranı % 1-2'dir. Hepatit C, bir çok ülkede erişkinlerde karaciğer transplantasyonunun birincil nedenini oluşturur. HCV'ya karşı henüz aşı geliştirilememiştir. Günümüzde kronik HCV enfeksiyonu tedavisinde interferon ve ribavirin gibi iki lisanslı ilaçla tek tek ya da kombine tedavi seçenekleri vardır. Tedavi başarısında virus genotipinin önemi vardır⁴.

HCV, infekte kanla doğrudan ya da dolaylı temasla örneğin damar içi ilaç ya da uyuşturucu kullanma, hemodiyaliz hastaları, steril olmayan tıp ve dişhekimliği aletleri, kan sıçraması, üzeri kapatılmamış kesikler, yaralar, iğne batması, dövme yaptırma, 'piercing' (vücut deldirme) ile olduğu kadar paylaşılan tıraş bıçağı, diş fırçası ve az miktarda kan karışmış vücut salgıları ile bulaşabilir. HCV doğumda infekte anneden bebeğine (vertikal yol) bulaşır. HCV'nin cinsel yolla bulaşması nadir de olsa söz konusu olabilir. Aile içinde de bulaşması nadirdir. HCV öpüşme, sarılma, ak-sırma, öksürme, yiyecek-içecek ve kap kaçakların paylaşılması, ortak banyo ve tuvaletlerden ya da kısaca günlük yaşamda bulaşmaz. HCV pozitifler iş, okul, çocuk bakımı ya da diğer kurumlardan dışlanmamalıdır⁴.

CDC'nin bildirimine göre Hepatit C olan kişiler için enfeksiyonun kaynakları sırasıyla % 60 damar içi ilaç injeksiyonu, %15 cinsel yol, %10 transfüzyon (tarama öncesinde), %4 mesleki, %1 hastaneden, iatrojenik ya da perinatal ve %10 nedeni bilinmeyen şeklindedir⁵. Ülkemiz için hepatit C taşıyıcılık sıklığı yaklaşık %1'dir (yaklaşık 700 bin kişi)¹. Kan ve kan ürünlerinin HCV yönünden kontrolü, Anti-HCV testi ile 1993'de yapılmaya başlamıştır. Bu tarihten önce transfüzyonla HCV enfeksiyon riski % 8-10 iken günümüzde bu yolla bulaşma

gözardı edilebilecek düzeylere inmiştir^{4,5}.

Dişhekimliğinde HCV'nin bulaşabilirliği

Dişhekimliği çalışanları kan ve kanla karışık tükürükle sürekli temas halinde dirler. Bu nedenle kaygı yaratan patojenler kan yolundan bulaşan viruslar olarak HBV, HCV ve HIV'dir. Bu patojenler dişhekimliği işlemleri sırasında hastadan dişhekimliği çalışanına, dişhekimliği çalışanından hastaya ve hastadan hastaya bulaşabilir².

Kanla bulaşan bir virusla enfeksiyon riskini belirleyen faktörler :

- 1 Toplumda görülme sıklıkları (prevalansı)
- 2 Virusun kanda bulunma miktarı,
- 3 Kanla temas şekli ve sıklığıdır.

Kanla bulaşan virusların vücuda girmesinde özellikle keskin aletlerle yaralanma ve iğne batması gibi inokülasyon yolu önemlidir.

Bir enfeksiyon hastalığının endemik olduğu bir ülkede herkes risk altında olduğundan özellikle sağlık çalışanlarının yüksek risk altında olduğundan söz edilemez. Çalışmalar da sağlık çalışanlarındaki taşıyıcılık oranlarının toplumdakinden farklı olmadığını göstermektedir⁶. Ülkemizde yaygınlığa göre HBV (%5.1) taşıyıcısı hasta ile karşılaşma olasılığı, HCV (%1) ve HIV taşıyıcısı hastalarla karşılaşma olasılığına göre çok daha yüksektir.

HBV, HCV ve HIV taşıyıcısı hastalarda çalışırken tek bir iğne batmasıyla (perkütan temas) enfeksiyona yakalanma riski virus tipine göre değişir^{2,7}.

Bir HBeAg (+) hastada 3 iğne batmasının birisi enfeksiyon ile sonuçlanırken bir HIV (+) hastada 300 iğne batmasının

Hepatit C enfeksiyonu %80 belirtisiz olarak geçirilir.

Hepatit C, çok uzun yıllar belirtisiz seyretmesi ya da ayırt edici belirtilerle seyretmemesi nedeniyle sinsi bir enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır.

dan salt birisi enfeksiyonla sonuçlanır². Kazara yaralanma sırasında bulaşma için yeterli kan miktarı HIV için 0.1 ml iken HBV için 0.1 µl'dir. 22 numara bir iğnenin batması ile yaklaşık 1 µl kan ile temas söz konusudur. Dişhekimliğinde kullanılan iğneler anestezi yapmak için kullanılan boyu uzun ve ince (16-22 gauge, iç çapı 1.19-0.43 mm) iğnelerdir. Dişhekimliğinde yaralanmalar genellikle ağız dışında gerçekleşmektedir. Bu durumda dişhekiminin elleri hastanın ağzının dışındadır. Yaralanmaların çoğu, kan miktarı fazla olmayan ufak çaplı yaralanmalardır. Eldiven ile yaralanma da enfeksiyona yakalanma riskini % 50 azaltır; çünkü iğne ya da alet geçerken temizlenmektedir².

Ülkemizde Anti-HCV pozitifliği donör kanlarında % 0.7-1.2 oranında bildirilirken, hemodiyaliz hasta grubunda % 10-20, tıp doktorlarında % 0.7-2.8; diş hekimlerinde ise % 1.7-6.2 dolaylarında bulunmuştur⁸. Aydın bölgesinde kan donörlerinde 1993-2003 döneminde HBV ve HCV enfeksiyon prevalanslarının %1.5 ve %0.19 olduğu bildirilmiştir⁹. HBV oranının dönemin ilk yarısına göre anlamlı bir düşüş gösterdiği HCV prevalansının aynı şekilde sürdüğü de belirtilmiştir. Özellikle hemodiyaliz

Etken	İnfekte (taşıyıcı) hastanın kanının ml'sindeki virus miktarı	İnfeksiyona yakalanma %'si
HBV	1000-100.000.000	6- 30
	HBeAg (+) ise(yüksek infektivite göstergesi)	1-62
	HBsAg (+) fakat HBeAg(-) ise	1-37
HCV	10-1.000.000	2.7-10 Ortalama 1.8
HIV	10-1.000	0.3

hastaları yüksek HCV taşıyıcısı olduğundan bu hastalara hizmet veren tıp ve dişhekimliği çalışanlarının daha yüksek risk altında olduğu söylenebilir.

Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nde 2002-2004 döneminde anamneze dayalı olarak hepatit öyküsü veren %7.9 olduğu ve bu hastadan %2.3'ünün hepatit B ve %0.1'inin hepatit C öykülü hastalar oldukları bildirilmiştir¹⁰.

Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalarda yapılan serolojik bir çalışmada HCV taşıyıcılığının % 1 olduğu ve dişhekimine gitmenin risk grupları içinde yer **almadığı** saptanmıştır¹¹.

HCV'nin sağlık çalışanlarına etkin bir şekilde bulaştığı söylenemez. Bulaşma için keskin aletlerle yaralanma ile değil de genellikle geniş boşluklu bir iğne batması gerekmektedir. Literatürde mukoza membranlarına ya da bütünlüğü bozulmuş deriye temasla bulaşabilirliği kesin olmamakla birlikte konjunktiva ya da bir kan sıçramasıyla HCV bulaştığına ilişkin en azından iki olgu bulunmaktadır⁷. 2003'de bir bakım yurdu hastasından bir sağlık çalışanına bütünlüğü bozulmuş deriye temasla HIV ve HCV'nin aynı zamanda bulaştığı bildirilmiştir².

Diğer ülkelere göre HCV enfeksiyonunun çok yüksek olduğu (%19.2) Mısır'dan bildirilen bir çalışmada ml'sinde 1 milyon HCV olan kan içinde bekletilen politetrafluoroetilen (PTFE) (teflon) kaplı ortodontik arkteli, su altında ovularak yıkandığı zaman HCV adhezyonunun ortadan kalktığı; bu şekilde yıkansa da bu madde ile kaplı olmayan endodonti eğeleri üzerinde ise kaldığı saptanmıştır¹². PTFE kaplı ortodontik arkteli ovalanmadan sudan geçirildiği zaman ise HCV'nin yüzeyde kaldığı saptanmıştır. HCV'nin dişhekimliğinde bulaşmasına ilişkin pek az bilgi vardır. Genel topluma göre dişhekimleri, cerrahlar ve hastane çalışanlarında HCV prevalansının yaklaşık %1-2 olduğu ve bunun genel toplumdakine benzer olduğu görülmektedir. Bu bizim ülkemiz için de böyledir. İnfekte bir dişhekimliği çalışanından hastaya ya da hastadan hastaya bulaşma bildirisi yoktur. Bu bilgiye dayanarak HCV bulaşma riskinin dişhekimliğinde çok düşük olduğu ileri sürülmektedir¹³.

HCV tükürükle bulaşır mı?

Tükürük ve HCV arasında ilişki aranmasının başlıca nedeni parenteral olmayan bulaşma yolunu açıklığa kavuşturmaktır. Kan yoluyla bulaşan virusların kan dışında tükürükle de bulaşabilirliği enfeksiyon riskini artırır. Örneğin HBV, tükürük aracılığı ile de bulaşabilir; çünkü HBV, serumdakinden 1.000-10.000 kez daha düşük olsa da serumdaki yüksekliğinden ötürü tükürükte orta düzeyde bulunur. Bazı çalışmalar, HCV'nin tükürükte bulunduğunu ve tükürüğün de bulaşmaya katkısı olduğunu ileri sürmektedir¹⁴⁻¹⁶. HCV içeren tükürük inokülasyonu ile primatlarda deneysel enfeksiyon oluşturulmuştur¹⁷. Tükürükteki HCV RNA varlığının ve miktarının serumdakiyle uyumlu olduğunu gösteren çalışmalar vardır¹⁸. Bu çalışmaların laboratuvar tanı aracı olarak

Dişhekimleri ya da genel olarak sağlık çalışanları yapacakları uygulamalarda güvenlik gerekçesiyle hastalarının taşıyıcı olup olmadığını belirlemek için test isteyemezler.

Bu durumda hastalar da dişhekimlerinin taşıyıcı olup olmadıklarını bilmek isteyeceklerdir.

tükürüğün kan yerine geçmesine de katkısı olmaktadır. HCV RNA'nın tükürükte kan dışındaki potansiyel kaynağının dişeti oluk sıvısı olduğu ileri sürülmektedir^{19,20}. Kronik hepatit C hastalarından tükürüklerinde HCV RNA saptanamayanların çoğunda dişeti oluk sıvısında HCV RNA saptanmıştır. Dişeti oluk sıvısındaki virus miktarının da tükürüktekenden daha yüksek sayıda olduğu bildirilmiştir.

HCV ile ağız dış hastalıkları arasındaki ilişki var mı?

HCV bir hepatotropik virus olmasına karşın lenfotropizm gösterdiği ve kan mononükleer hücreleri infekte ettiği saptanmıştır^{20,21}. Ağız sağlığına bağlı ola-

rak farklı miktarlarda iltihap hücreleri tükürük içine dişeti oluk sıvısı aracılığı ile salınabileceğinden diş ve ağız sağlığının, HCV pozitif kişilerde tükürükte HCV RNA varlığına ya da sayısına etkisi açıklığa kavuşturulmaya çalışılmaktadır. Periodontal hastalık ve tükürükteki HCV arasında bir ilişki bulunmadığı gibi dişli-dişsiz olma ya da mukozal lezyonların varlığı ile de ilişki bulunamamıştır^{19,20}.

HCV'nin tükürük bezlerinde de bulunduğu ve replike olduğu saptanmıştır²². Günümüzde hiposalivasyon nedenleri arasında HCV enfeksiyonuna da yer verilmektedir. Bazı çalışmalar HCV enfeksiyonu ile Sjögren sendromu ya da sialadenitis arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir^{23,24}. HCV'nin tükürük bezlerinde ve tükürükteki durumu gibi ağız mukozal dokularda liken planus ile de ilişkisi tartışmalıdır²⁵.

Anti-HCV testi ve dişhekimliğinde enfeksiyon kontrolü

Anti-HCV testi, salt HCV enfeksiyonu için risk taşıyanlara yapılmalıdır⁴. Anti-HCV pozitifliğinin kesinleştirilmesi ve viral yükü hesaplamak için HCV-RNA testi kullanılmaktadır. HCV enfeksiyonu için risk taşıyan kişilerde HBV ve HIV ile birlikte enfeksiyon riski de söz konusu olabilir.

Dişhekimleri ya da genel olarak sağlık çalışanları yapacakları uygulamalarda güvenlik gerekçesiyle hastalarının taşıyıcı olup olmadığını belirlemek için test isteyemezler. Bu durumda hastalar da dişhekimlerinin taşıyıcı olup olmadıklarını bilmek isteyeceklerdir.

Dişhekimliği hizmeti, herhangi bir enfeksiyon hastalığı taşıyıcısı olsun ya da olmasın herkes için aynı standart enfeksiyon kontrol önlemleriyle verilmelidir. CDC 2003 yönergesine göre her kliniğin enfeksiyon kontrol protokolü olmalıdır². Bu protokolde özellikle temas sonrası tıbbi değerlendirme için başvurulacak uzman tıp doktoru (enfeksiyon hastalıkları uzmanı ya da gastroenterohepatolog) belirlenmelidir. Uygulanacak tedavi rejimi ve nasıl izleneceğine ilişkin bilgiler hazır olmalıdır. Her yaralanma hangi hastada, yapılan iş ve kullanılan alet de dahil ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Test için hastanın yazılı onayı olmadan kan alınmayacağı unu-

tulmamalıdır. Bu konuda diğer uyulması gereken kurallar, test yapıldığı bilgisi ve sonucunun üçüncü şahıslarla paylaşılmasıdır.

Sağlık çalışanları için salt yaralanma durumunda (kesinleşmiş temas sonrası) test yapılması uygundur⁴. Hastanın test sonucuna göre HCV pozitif kaynakla temas kesinleştiğinde bir uzman tarafından izlenilmelidir.

HCV ile mesleki temas sonrası HBV ve HIV'in aksine yapılması gereken enfeksiyonu önleyecek herhangi bir tedavi **yoktur**²⁶. HCV için temas sonrası profilaksi amacıyla antiviral ilaçlar örneğin interferon ya da immünglobulin kullanılmamalıdır⁴.

Amerika'da 1991 yılından beri sağlık çalışanlarının HBV ve HIV durumlarının saptanması ve izlenmesi zorunluluğu vardır²⁷. Buna karşın enfekte bir sağlık çalışanından bir hastaya bulaşma riskinin çok düşük olmasına bağlanarak HCV ile enfekte sağlık çalışanının çalışmasına bir kısıtlama getirmeye gerek yoktur⁴. Ancak hem Amerika'da hem Avrupa'da bu konuda farklı uygulamalar vardır. Hem meslekte hem dişhekimliği ve ağız diş sağlığı programları öğrencilerine girişten başlayarak düzenli olarak yapılan HBV, HCV ve HIV testlerine göre 'exposure prone procedures' olarak adlandırılan 'bulaşmayı kolaylaştırıcı girişimler' yapılmasına izin verilmemektedir²⁸. HCV aşısı olmadığından ve gerek immünglobulin gerek antiviral olarak HCV enfeksiyonu koruyucu tedavisi olmadığından perkütan yaralanmaları önleyecek bir çalışma içinde olmak gerekir. Bu nedenle önlük, eldiven, gözlük, siperlik kullanılması; iğnelerin ve diğer kesici alet ve cihazların güvenli el-

lenmesi çok önemlidir.

Özellikle HCV pozitif hastalardan sonra çevrenin yoğun olarak HCV ile kontamine olduğu gösterilmiştir^{14,29}. Çalışmalar HCV'nun vücut dışında canlı kalabileceğini ve 16 saat boyunca enfeksiyonu bulaştırabileceğini; ancak 4 günden daha uzun süre canlı kalamayacağını göstermiştir³⁰. Bu durum standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin tam olarak yerine getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Uyandırdıkları kaygıyla ters orantılı olarak HBV, HCV ve HIV, mikroorganizmaların dezenfektanlarla öldürülmeye karşı direnç sıralamasında en alt sırada yer almaktadırlar ve düşük düzeyli bir dezenfektanla inaktif hale getirilebilirler².

Sonuç olarak dişhekimliği mesleğinin güvenli bir şekilde yapılabilmesi için standart enfeksiyon kontrol uygulamalarının iyi bilinmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Viral Hepatitle Savaşım Derneği : <http://www.vhsd.org>
2. CDC.Guidelines for infection control in dental-care setting-2003, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003;52(no.RR-17):1-66.
3. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. Science 1989; 244: 359-62.
4. CDC. Hepatitis C fact sheet. September 15, 2006 <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c/fact.htm>
5. CDC. Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease. Morbid. Mortal. Weekly Rep. 1998;47(N0.RR19).
6. Külekçi G, Balkanlı O, İnanç D, Güvener Z: Dişhekimliğinde hepatit B seroprevalansı. Türk Mikrobiyol Cem Derg 1991; 21: 109-17.
7. Molinari JA.Hepatitis C virus infection. Dent Clin North Am 1996;40:309-25.
8. Çakaloğlu Y: Kliniklerde viral hepatit sorununun genel bakış-1. Sağlık personeli-hasta ilişkileri açısından değerlendirme. Türk HPB Cerr Derg 2005; 1:48-51.
9. Sakarya S, Öncü S, Öztürk B, Öncü S. Effect of preventive applications on prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections in West Turkey, Saudi Med J 2004; 25: 1070-2.
10. İlgüç D, İlgüç M, Dinger S, Bayrılı G. Prevalence of the patients with history of hepatitis in a dental faculty, Med Oral Pathol Oral Cir Bucal 2006; 11:E29-32.
11. Yalçın D, Yeler H, Tufan N, Gedik R. Sivas C.Ü.Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda hepatit B, hepatit C sıklığının saptanması, C Ü Dişhekimliği Fak Der 2001; 4:97-101.
12. Ramadan AA. Removing hepatitis C virus from polytetrafluoroethylene-coated orthodontic archwires and other dental instruments. La Revue de Sante de la Mediterranee orientale, 2003; 9: 274-8.
13. Cleveland JL, Gooch BF, Shearer BG, Lyster RL. Risk and prevention of hepatitis C virus infection. Implications for dentistry. JADA 1999; 130:641-7.
14. Chen M, Yun ZB, Sallberg M, Schvarcz R, Bergquist I, Berglund HB, Sonnerborg A. Detection of hepatitis C virus RNA in the cell fraction of saliva before and after oral surgery.J Med Virol. 1995;45:223-6.
15. Coates EA, Brennan D, Logan RM, Goss AN, Scopacasa B, Spencer AJ, Gorkic E. Hepatitis C infection and associated oral health problems. Aust Dent J. 2000;45:108-14.
16. De Cock L, Verhaegen E, Quoilin S, Vandenbergh H, Vranckx R. Detection of HCV antibodies in oral fluid. J Virol Methods 2004; 122:179-83.
17. Abe K, Inchauspe G. Transmission of hepatitis C by saliva.Lancet. 1991;337:248.
18. Wang CC, Morishima C, Chung M, Engelberg R, Krantz E, Krows M, Sullivan DG, Gretch DR, Corey L. High serum hepatitis C virus (HCV) RNA load predicts the presence of HCV RNA in saliva from individuals with chronic and acute HCV infection. J Infect Dis. 2006;193:672-6. Epub 2006 Jan 27.
19. Maticic M, Poljak M, Kramar B, Seme K, Brinovec V, Meglic-Volkar J, Zakotnik B, Skaleric U. Detection of hepatitis C virus RNA from gingival crevicular fluid and its relation to virus presence in saliva.J Periodontol. 2001;72:11-6.
20. Suzuki T, Omata K, Satoh T, Miyasaka T, Arai C, Maeda M, Matsuno T, Miyamura T. Quantitative detection of hepatitis C virus (HCV) RNA in saliva and gingival crevicular fluid of HCV-infected patients.J Clin Microbiol. 2005;43:4413-7.
21. Lins L, Almeida H, Vitvick L, Carmo T, parana R, Reis MG. Detection of Hepatitis C Virus RNA in saliva is not related to oral health status or viral load, J Med Virol 2005; 77:216-20.
22. Ramos-Casals M, Garcia-Carrasco M, Cervera R, Font J. Is hepatitis C virus a sialotropic virus? Am J Pathol. 2001;159:1593-4.
23. Haddad J, Deny P, Munz-Gothel C, Ambrosini JC, Trinchet JC, Pateron D, Mal F, Callard P, Beaugrand M. Lymphocytic sialadenitis of Sjogren's syndrome associated with chronic hepatitis C virus liver disease. Lancet. 1992;339:321-3.
24. Toussiroit E, Le Huédé G, Mouglin C, Balblanc JC, Bettinger D, Wendling D. Presence of hepatitis C virus RNA in the salivary glands of patients with Sjogren's syndrome and hepatitis C virus infection. J Rheumatol. 2002 ;29:2382-5.
25. Lodi G. Hepatitis C virus and lichen planus. Evid Based Dent. 2006;7(1):18
26. CDC. Exposure to blood. What healthcare personel need to know, July 2003.
27. 27- CDC.Recommendations for preventing transmission of HIV and HBV to patients during exposure-prone invasive procedures. Morbid. Mortal. Weekly Rep. 1991; 40(RR-8):1-9.
28. Griffith University School of Dentistry and Oral Health, Infection Control Procedure Manual 2005/2006.
29. Piazza M, Borgia G, Picciotto L, Nappa S, Ciccirello S. Detection of hepatitis C virus-RNA by polymerase chain reaction in dental surgeries. J Med Virol 1995 ; 45: 40-2.
30. CDC. Most Frequently Asked Questions About Viral Hepatitis, September 15, 2006 http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/common_faqs.htm#5

Posterior bölgede kullanılan yeni rezin materyaller ve fiberle güçlendirilmiş kompozitler

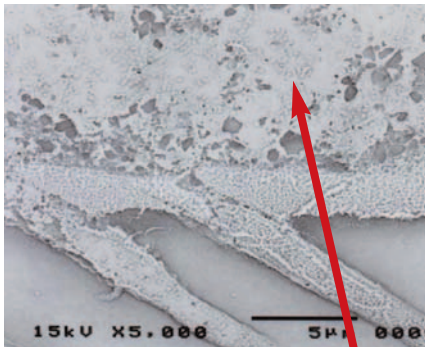
■ Fusun Özer*

Materyallerin diş dokuları ile olan zayıf bağlantıları, restoratif dişhekimliğinin en büyük problemlerinden birisidir.

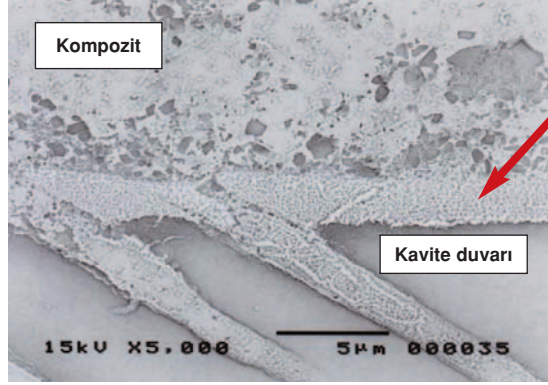
Ancak son yıllarda geliştirilen polimer yapıdaki adhesiv dolgu materyallerinin diş dokularına fiziksel ve kimyasal bağlantıları ile dolgu maddesi - kavite bütünlüğü büyük ölçüde gerçekleşmeye başlamıştır. Dolgu maddesi-kavite bütünlüğü ise klinikte bazı yararlı sonuçlara neden olur, bunlar kısaca şöyle sıralanabilir;



Kenar uyumu bozulmuş amalgam restorasyon



Tarama elektron mikroskopta kavite dolgu maddesi aralık oluşumu



Tarama Elektron Mikroskop adhesiv rezin materyal

- Dolgu maddesi ile kavite arasında oluşabilecek aralığı ortadan kaldırır
- Kavite kenarlarından olabilecek mikro sızıntıyı engeller
- Sızıntı nedeniyle dolgu maddesi etrafında oluşabilecek renklemeleri önler
- Pulpal hasar oluşmaz.

Kavite bütünlüğü

Sentetik Polimerlerle birlikte önemli gelişim gösteren dişhekimliği dolgu materyalleri bu gelişim sürecinde iki önemli itici güçten destek almıştır. Bunlar;

1. Silikat materyallerin erozyon, kırılabilirlik, zararlı asidik yapı ve neme hassasiyet gibi özelliklerini elimine edecek yeni bir estetik materyalin aranması.

2. Polimer teknolojisinin gelişimi ile birlikte doldurucu ve pigmentler ile edilen resin materyallerin doğal diş dokusunu kolayca taklit edebilmesidir.

Bu gün polimer teknolojisi sanayide bir çok alanda kullanılmaktadır, dişhekimliğindeki gelişimide sanayideki kulla-

nımlarından esinlenerek gerçekleştirilmiştir. Polimer teknolojisi kullanılarak elde edilen resin esaslı dolgu maddelerinin gelişim süreci içerisinde ilk sırayı alan akrilik resin materyallerin bu gün artık yerini, organik ve inorganik yapıların heterojen bileşimlerinden oluşan kompozit resin materyaller almıştır.

Dişhekimliğinde kompozit terimi genel olarak, polimerizasyon gerektirecek bir sistem içerisinde en az % 60 lık kısmını inorganik partiküllerin işgal ettiği bir organik matriks anlamında kullanılır. Organik matriksi inorganik yapıya bağlayan bağlayıcı ise silan diye adlandırılır.

Organik Matriks: Bu matriksin yapısı hemen hemen bütün firmaların materyallerinde benzerlik gösterir, metakrilat veya akrilat ihtiva eder. Monomer olarak en çok Bis-GMA (Bisfenol A Glisidil Metakrilat) ,Urethane dimethacrylate (UDMA) ve Triethylene glycol dimetakrilat (TEG-DMA) Kullanılmaktadır. Son yıllarda yeni organik matriks olarak **Oxirane** epoksi resinler üzerinde çalışmalar yapılmış ve bu resinlerin yüksek polimerizasyon derinliği, düşük

* Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi, Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı Başkanı

polimerizasyon büzülmesi, yüksek dayanıklılık ve sertlik gösterdikleri bulunmuştur. Ancak hücre kültürü çalışmalarını halen devam etmekte ve canlı dokulara olası toksik etkileri incelenmektedir.

Inorganik Doldurucular: Doldurucu inorganik partiküllerin tipi, konsantrasyonu ve büyüklüğü materyalin yapısal özelliklerinde önemli rol oynar. En çok kullanılan doldurucu tipleri quartz, silika, alümino silikat veya boro silikat cam, bazende zirkonyum dioksit camdır. Kompozit materyaller günümüzde kullanım yerlerine ve gelişim süreçlerine bağlı olarak 6 grupta toplanırlar;

1. Geleneksel kompozit rezinler
2. Çok amaçlı hibrit kompozit rezinler
3. Mikro dolduruculu rezinler
4. Kondanse edilebilen kompozit rezinler
5. Akıcı kompozit rezinler
6. Laboratuvar tipi kompozit rezinler

Geleneksel kompozit rezinler

Kompozit rezin materyallerin ilk jenerasyonunu oluştururlar. Doldurucu oranını materyal içerisinde ağırlık olarak %60-80 arasında değiştirir. Partikül ebatları 1-50µm arasında değişir. Partikül tipi olarak genelde quartz veya cam kullanılır. Günümüzde klinikte pek tercih edilmeyen fakat geçmişte ADAPTİK adıyla pek çok dişhekimisi tarafından kullanılmış olan bir materyaldir.

Hibrit kompozit rezinler

Geleneksel cam veya quartz makro partiküller ile submikron silika partiküllerin organik matriks içinde karışımından oluşmuşlardır. Geleneksel partiküller materyalin ağırlıkça %75'ini oluştururken, submikron partiküller %8'ini meydana getirirler. Toplam olarak inorganik doldurucu oranı %83'e çıkar. Hem posterior hemde anterior bölgede rahatlıkla kullanılabilen materyallerdir. Clearfil APX (Kuraray), Herculite XRV (Kerr), Filtek Z 250 (3M), Tetric Ceram (Ivoclar) örnek olarak verilebilirler.

Mikrodolduruculu kompozit rezinler

Ortalama 0.01-0.1µm (ortalama 0.04µm) arasında değişen ebatlarda doldurucu bulunduran ve doldurucu

oranı %30-60 arasında değişen materyallerdir. Doldurucu tipi submikron silika partiküllerdir. Polijay kolaylıkları, gerilme kuvvetlerine karşı dayanımlarının azlığı ve elastik modüllerinin düşükliğünden dolayı genelde ön bölge restorasyonlarda ve sınıf V kaviteelerde tercih edilmeleri uygundur. Aşınma, su emilimleri, renk değişiklikleri ve polimerizasyon büzülmeleri hibrit kompozitlere göre daha fazladır. Durafill (Kulzer), Silux Plus (3M), Clearfil ST (Kuraray), Micronew (Bisco) verilebilecek örnek materyallerdir.

Kondanse edilebilen kompozitler

Hacimsel olarak en az %70-80 oranlarında inorganik doldurucu bulundurlar. Amalgama alternatif materyal arayışları sonucunda geliştirilmişlerdir. Polimerizasyon büzülmeleri diğer kompozitlere göre daha azdır, düşük aşınma gösterirler, katı kıvamlarından dolayı kaviteye uygulamaları amalgam gibi daha kolaydır. Özellikle posterior bölgede sınıf I, II ve MOD kaviteelerde tercih edilirler. Ancak sert kıvamlarından dolayı kaviteye yerleştirilirken kavitenin en kenar ve köşelerine çok iyi adapte olamadıklarından, tek başlarına bonding materyallerle uygulamaları mikrosızıntı problemleri doğurmuştur. Bu nedenle materyalin altında mutlaka akıcı bir kompozit materyal kaide gerekir. Opak görüntülerinden dolayı ön bölge dişlerde estetik olarak iyi görüntü vermezler. Pyramid (Bisco), Definite (Degussa), Surefil (Dentsply) verilebilecek örneklerdir.

Akıcı kompozit rezinler

Hacimsel olarak doldurucu partikül oranı % 40 ila 60 arasında değişir. Düşük viskoziteye ve elastik modüle sahiptirler, aşınmaları ve polimerizasyon büzülmeleri yüksektir. Düşük basınç maruz kalan bölgelerde, süt dişlerinde, köle kavitelerinde ve özellikle de kondanse edilebilen posterior kompozitlerin altında kaide olarak kullanımları uygun olur. Flow It (Jenerik-Pentron), Tetric Flow (Ivoclar), Protect Liner F (Kuraray) piyasada bulunabilen örnek materyallerdir. Fiber

Laboratuvar tipi kompozit rezinler

Genelde laboratuvar da kuron, inley,

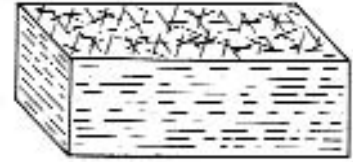
metal destekli veya desteksiz köprü uygulamalarında kullanılan materyallerdir. İndirek kullanıma uygun rezin yapılarıdır.

Dayanımını artırmak, kırılma dayanımını azaltmak için çeşitli fiber materyaller ile (örn: Metal, seramik, cam, polietilen, aramid ve karbon) güçlendirilmiş olarak kullanılırlar. Posterior bölgede amalgam alternatifi materyal aramaları kompozit materyallerin basınçlara dayanım ve aşınma açısından daha güçlü hale dönüştürülebilmesi için içerisine bazı materyallerin ilavesini gerektirmiştir. Olay aynen inşaat sektöründe betonun çelik ile güçlendirilmesine benzer.

Güçlendirilmiş kompozitler genel olarak iki şekilde elde edilirler;

- Doldurucu ile güçlendirilmiş kompozitler
- Fiber materyallerle güçlendirilmiş kompozitler

Estenia (Kuraray), Artglass (Kulzer), Fibre Cor (Jenerik / Pentron), Targis-Vectris (Ivoclar), C-Post (Bisco) piyasadan verilebilecek ürün örnekleridirler.



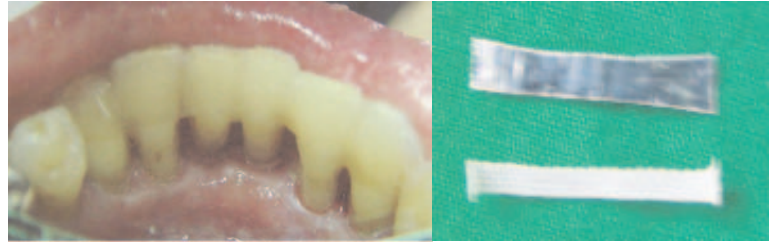
Güçlendirilmiş matrix yapı

Kompozit materyallerde özellikle posterior bölgede kullanılan güçlendirilmiş restoratif rezin materyallerden beklenen en önemli özelliklerin başında materyallerin yüksek aşınma dayanımları ve düşük polimerizasyon büzülmesi başta gelir. Bazı restoratif materyallerle invitro olarak laboratuvarımızda gerçekleştirdiğimiz bir çalışmamızda materyallerde ortaya çıkan polimerizasyon büzülme % değerleri aşağıdaki tabloda olduğu gibidir.

Clearfil Photo Post.	1.67 ± 0.91
Estenia	2.29 ± 0.75
Artglass	2.45 ± 0.46
AElite	2.54 ± 0.83
Admira	2.76 ± 0.96
Surefil	2.99 ± 0.89
P60	3.42 ± 0.72

Artglass ile Estenia arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Ön ve arka bölgede kullanılacak materyal seçiminde her iki bölge için hibrit doldurucu bir materyal seçimi yerine arka bölge için posterior bir kompozit materyal, ön bölge için ise mikrodoldurucu materyal seçimi yerinde olur.

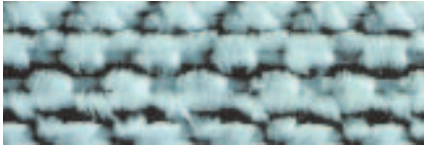
Posterior bölgede kullanılan ve fiberle güçlendirilmiş kompozitler arasında RİBBOND fiber örgü materyal ile güçlendirilmiş rezin materyaller önemli yer tutarlar. Ribbond esas olarak; gözenekli bir şerit yapı içine örgü şeklinde diffüze olmuş, yüksek molekül ağırlığına sahip bir polietilen fiberdir. Çeşitli firmalarda değişik isimlerle de anılmaktadırlar. Örn, Connect gibi. Ancak yapıları ve uygulamaları benzerdir.



Periodontal splintleme



Gövdeye ribbond fiber uygulanmış



Materyalin örgü yapısı



Ribbond Seti



Bitirilmiş restorasyon

Kliniğimizde tek diş eksikliğinde uygulanmış fiberle güçlendirilmiş bir restorasyon örneği

Genelde stres absorpsiyonu ve restorasyonda kırık oluşumunun engellenmesi için kullanılan ve Ribbond adı verilmiş olan bu fiber materyalin klinik açıdan bazı önemli avantajları bulunmaktadır.

Bunlar şöyle sıralanabilir;

- Yüksek gerilim direnci
- Kolay kullanım
- Resin materyallerle güçlü bağlantı
- Renksizlik, şeffaflık, kompozit materyal içerisinde görülmemesi
- Biyouyumluluk

Ribbond fiberlerle güçlendirilmiş restorasyonların başarısı aşağıdaki kriterlerle yakından ilgilidir;

- Fiberin kendi yapısal özellikleri

- Fiberle resin arasındaki güçlü kimyasal bağlantı
- Fiber dokumanın kırığı engelleme yeteneği

Ribbond adı verilen fiber materyaller klinikte çeşitli alanlarda kullanılabilirler;

- Periodontal splintleme
- Direkt bağlantılı endodontik post ve korlar
- Güçlendirilmiş kompozit rezin restorasyonlar
- Adeziv köprüler
- Ortodontik yer tutucu ve sabitleştiriciler
- Protez tamir ve güçlendirilmeleri

KAYNAKLAR

1. Freilich MA., Karmaker AC., Burstone CJ., Goldberg AJ. Development and clinical applications of a light-polymerized fiber-reinforced composites. J. Prosthet. Dent, 80: 311-318, 1998.
2. Rudo DN., Karbhari VM. Physical behaviours of fiber reinforcement as applied to tooth stabilization. Dental Clinics of North America, 43; 7-35, 1999.
3. Fortin D., Vargas MA. The spectrum of composites: new techniques and materials. JADA, 131;26-30, 2000
4. Craig RG., Powers JM. Restorative Dental Materials, 11th. Edition-2002, Sayfa: 232-241, Mosby
5. Belli S., Inokoshi S., Özer F., Pereira P., Ogata M., Tagami J. The effect of additional enamel etching and flowable composite on the interfacial integrity of classII adhesive composite resins. J. Oper. Dent, 26: 70-75, 2001
6. Albers HF. Tooth colored restoratives: principles and techniques, 9th Edition-2002, Sayfa: 203-230, BC Decker.
7. McCabe Jf., Walls AWG. Applied Dental Materials, 8th. Edition-2006, Sayfa: 169-181, Blackwell Publishing

Bosna-Hersek'te ilk temporomandibular eklem protezi ameliyatı

*Bosna Hersek'te ilk temporomandibular eklem protezi ameliyatı
Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Prof.Dr. Orhan
Güven tarafından gerçekleştirildi.*

Temporomandibular eklem (TME) ileri düzeydeki bozuklukları hakkında konferanslar vermek ve pratik uygulamalar yapmak üzere Saraybosna Üniversitesi tarafından, 27-31 Ağustos 2006 tarihleri arasında davet edilen meslektaşımız, 30 Ağustos 2006'da kendilerinin geliştirdikleri ve başarılı sonuçlar aldıkları TME protezi ile ülkemiz dışında, Balkanlarda ilk sayılabilecek TME rekonstrüksiyon ameliyatını gerçekleştirdi. Yaklaşık 3 saat süren ve Saraybosna Üniversitesi Tıp Fakültesi Maksillofasiyal Cerrahi Bölüm Başkanı Prof.Dr. R. Dizdarevic ve arkadaşları, Y.Doç.Dr. A.Smalagic ve Dr. F. Foco' nun asiste ettikleri ameliyat planlandığı gibi ve başarıyla sonuçlandı. Gerek Bosna-Hersek, gerekse diğer Balkan ülkelerinin basın mensupları tarafından ilgiyle izlenen ameliyat, takip eden günlerde, görsel ve yazılı basında geniş olarak yer aldı.

Vaka Raporu:

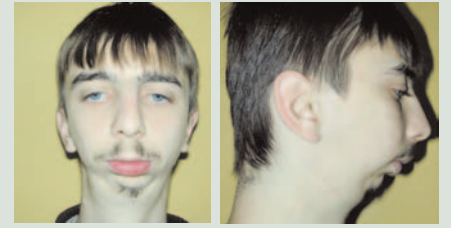
22 yaşında ve doğum sürecinde Coxsackie virüsüyle ateşli bir hastalık geçiren hastanın (S.A.) ileri yaşlarda ağızını

açamadığı ve yüzünde gelişim bozukluğuna bağlı deformite olduğu fark edilmiştir (Resim 1,2). Sol çene eklemde ankiloz oluşumu ve mandibula sağ korpus ve ramus'unda osteomyelit sonrası siklerotik bir yapı sergileyen hastanın (Resim 3), aynı bölümde 5 sene önce aynı amaçla ameliyat edildiği belirtilmiştir. Problemin tekrar etmesi üzerine bu kez kesin bir sonuç için temporomandibular eklem proteziyle uygulamasına karar verildi.

2006 yaz aylarında, iki bölüm tarafından planlamaları ve hazırlıkları yapılan ameliyat 30 Ağustos 2006'da gerçekleştirildi. Genel anestezi uygulaması sırasında entübasyon için trakeotomi uygulandı ve mandibulanın kafa tabanına kaynamış olan kısmı çıkarılarak, nüx ü önlemek üzere hemijoint titanyum eklem protezi yerleştirildi (Resim 4). 24 saat sonra yoğun bakımdan çıkarılan hastanın ağız açıklığı erken dönem post-operatif kontrollerinde tatminkar bir görünüm sergiledi (Resimler 5). Hastanın post-operatif fizyoterapisi ilgili Üniversite bölümleri tarafından halen sürdürülmektedir.



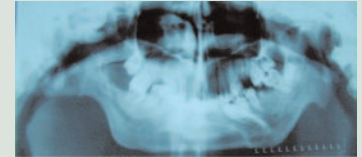
Bölge basınında ameliyatla ilgili haberler.



Resim 1. Maksillofasiyal bölgede zaman içerisinde oluşan gelişim anomalisi.



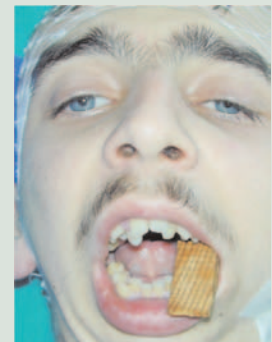
Resim 2. Dentoalveolar anomalisi.



Resim 3. Sol eklemde ankiloz, sağ korpus ve ramus da osteomyelit sonrası oluşmuş deformite.



Resim 4. Kalıcı bir ağız açıklığı sağlamak üzere sol eklemde yerleştirilen titanyum, hemijoint eklem protezi.



Resim 5. Ameliyattan hemen sonra kazanılan ağız açıklığı.

Tam seramik restorasyonlar

■ A. Nilgün Öztürk*

Günümüzde estetiğe verilen önemin gittikçe artması nedeniyle hasta ve hekimlerin beklentilerine yanıt verebilmek için, restoratif dişhekimliğinde yoğun bilimsel çalışmalar devam etmektedir. Son yıllarda hastaların arka grup dişlerde dahi estetik görünüm isteği alternatif materyal arayışlarına neden olmuştur. Ancak ideal restoratif materyal arayışları halen sürmektedir.

Dental seramikler doğal diş görünümüne en yakın estetiğin sağlandığı materyallerdir. Bu özelliklerinin yanı sıra, yapısal dayanıklılıkları, termal ekspansiyon katsayılarının mineye yakın olması, plak akümüasyonlarının az olması ve biyoyumlulukları diğer materyallerden ayırıcı özelliklerindedir.

Seramik sistemlerini başlıca metal alt-yapılı seramikler ve tam seramikler olarak iki grupta inceleyebiliriz. Metal alt-yapılı seramiklerle kıyaslandığında, tam seramikler daha estetiklerdir. Doğal dişler ve tam seramik restorasyonlar yaygın ışık geçirgenliğine izin verirken, metal alt-yapılı seramik restorasyonlar

metal ve opağın etkisiyle sadece düzenli yansımaya izin vermektedir. Bu nedenle metal alt-yapılı seramik restorasyonlarda doğal diş görünümü tam olarak sağlanamamaktadır.

Günümüzde mevcut olan seramik tipleri ve fabrikasyon tekniklerinden, hangi sistemin daha uygun olduğu konusunda araştırmalar devam etmektedir. Farklı seramik sistemlerinin fiziksel özelliklerinin ve estetik üstünlüklerinin bilinmesi dişhekimine materyal seçiminde yardımcı olacaktır.

Tam seramikler kompozisyon ve yapımlar şekillerine göre şöyle gruplandırılabilir:

1-Geleneksel feldspatik seramikler:

Dental restorasyonlarda kullanılan tüm kaplama porselenleri geleneksel feldspatik yapısındadır.

2-Dökülebilir dental seramikler

Döküm seramiklerin tarihçesi eskiye dayanmaktadır. 1923 yılında Wain döküm cam için, döküm altının mum atım tekniğine benzer bir teknik bulmuştur. 1968 yılında MacCulloch inley ve kronlar için cam seramiklerin kullanımını önermiştir. Klasik seramiklerden daha dayanıklı olan ve doğal diş minesine gibi ışığı geçiren dökülebilir cam seramik materyali ise, ilk kez 1984 yılında dişhekimliğine girmiştir. Dicor dökülebilir cam seramik sistemi, 1986 yılında kullanıma sunulmuştur. Bu seramik türünün anterior ve posterior tek kron, inley, onley, faset, ve okluzal yüzey restorasyonlarında uygulama alanı vardır. Dicor sistemi hacim olarak % 45 cam ve % 55

kristal tetrasilisik mika olan camdan oluşmuştur. Hem kristal hem de cam materyalin özelliklerini taşımaktadır. Yarı kristal yapı materyale pozitif özellikler kazandırmıştır. Bunlar; sıkışma ve gerilmeye karşı yüksek direnç, yüksek elastisite modülü, aşınmaya karşı direnç ve mineye benzer şeffaflıktır. Seramik ve mine şeffaflığının birbirine yakın olması doğal bir görünüm sağlar. Bu nedenle, diğer seramik sistemlerine göre daha estetikdir. Dicor seramik materyalinde plak birikimi, diğer restoratif materyaller ve doğal mineye göre daha az olmaktadır.

3- Kor yapısı güçlendirilmiş dental seramikler

- Alumina ile güçlendirilmiş kor materyali:

1985 yılında Dr. Michael Sadoun tarafından geliştirilen bu sistemde, yüksek alüminyum oksit tozu içerikli bir kor üzerine konvansiyonel dental seramik uygulanır. Önce revetman die üzerine, slip denilen ince grenli bir materyal sürülüp, fırınlanır. Bu işleme 'Slipcasting' adı verilir. Daha sonra, bu yapı üzerine alümine kor uygulanır ve fırınlanır. Elde edilen bu ilk yapı porözdür. İkinci aşamada ise, cam seramik uygulanır ve cam partikülleri kapiller geçiş ile poröz yapı içine girerek birleşir. Camın infiltrasyonu bu porözlü yapıyı elimine etmiş olur. Bu sistemde alumina konsantrasyonu %72 olup, %50 oranındaki alüminöz porselenlere göre daha dirençlidir. Işığı geçirme açısından In-ceram, metal alt-yapılı seramiklere göre daha

* Doc.Dr., Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

estetik olmasına karşın, alttaki opak alüminyum oksit yapı translusensiteyi azaltmaktadır. Ayrıca bu seramik sistemi asitle pürüzlendirilemez.

- Zirkonyum ile güçlendirilmiş kor materyali:

Dental materyal teknolojisindeki gelişmeler zirconia bazlı seramiklerin yapımını sağlamıştır. Kompozisyonundan dolayı kırılma dayanımı çok yüksek olup, sinterize zirconia'nın kırılma dayanımı 1000 MPa'ı aşmaktadır Zirconia seramikler dişhekimliğinde tam seramik kron, implant abutment, endodontik post ve ortodontik braket olarak kullanılmaktadır. Cercon (Dentsply), Procera AllZirkon (NobelBiocare), In-ceram Zirconia örnek olarak verilebilir.

4-Basınç altında ve enjeksiyonla şekillendirilmiş dental seramikler:

En sık uygulanan seramik sistemlerinden, ısı ve basınç altında enjekte edilebilen "IPS Empress" seramikleri (Vivadent, Ivoclar) temelde yüksek lüsit içerikli feldspatik dental seramiktir. Dental seramiğin mineral yapısı tamamen kaynaşmış cam halinde olmayıp, değişik miktarda camsız fazın yanısıra sınırlı oranda kristal lüsit faz içerir. Lüsit kristalleri, yüksek ısıda seramiğin dayanıklılığını doğrudan etkilerler. Bu sistem ile, doğal diş yapısına benzer mükemmel estetik elde edilebilir. In-ceram ile karşılaştırıldığında daha estetikdir. Bu sistemde inley, onley, ve kronların yapımı mümkünken, 1998 yılında cam matrisine eklenen lityum disilikat kristalleri ile materyal aralığı geliştirilmiştir. IPS Empress I ile kıyaslandığında yüksek mekanik dayanıklılık ve kırılma direnci sayesinde anterior ve molar kronların yapımı sağlandığı gibi, 3 üyeli anterior ve premolar köprü yapımına da olanak vermektedir. IPS Empress 2'de lityum disilikat cam seramiğin kontrolü kristalizasyonu ile translüsensiteyi etkilemeden %60 oranına çıkarılmıştır. Böylece materyalin hem direnci hem de estetiği artırılmıştır.

Son zamanlarda geliştirilen ve kullanılmakta olan IPS e-max sistemi ise, basınçlı enjeksiyon sistemi ile CAD/CAM teknolojisinin avantajlarının birleştirilmiş şekli olup, materyale maksimum estetik ve yüksek derece dayanıklılık özel-

liklerini kazandırmıştır. Anterior ve posterior kron ve köprülerin yapımında tavsiye edilmektedir. Tek tabaka seramik sistemi olan IPS e-max, adeziv ve konvansiyonel simantasyona da izin vermektedir.

5-Bilgisayar yardımıyla yapılan dental seramikler:

İlk kez 1985 yılında, Mörmann ve Brandestini tarafından seramik restorasyonların tek seansta hazırlanabildiği Cerec sistemi geliştirilmiştir. Cerec sistem, üç boyutlu olarak diş preparasyonundan lazer görüntüleme kamerası ile ölçü alınıp, restorasyonun yapımını sağlar. Bu teknikte seramik inley, onley ve kronlar yapılabilir. Hekim prepare edilen diş üzerine ışığı yansıtan bir toz (titanium dioksit) uygular. El ile yönlendirilen ağız içi kamera aracılığı ile kavite boyutları bilgisayara aktarılır ve daha sonra bu bilgiler cihazın kesme makinesine gönderilir. Restorasyon kısa sürede hazırlanır. Materyalin uyumu nedeniyle, karşıt dişin mine dokusu minimum aşınma gösterir. Restorasyonun tek seansta hazırlanması en önemli avantajıdır. Ancak pahalı ekipman gerektirir.

Seramik restorasyonların başarısında, kullanılan seramik tipi ve yapım tekniği kadar simantasyon işlemi de önemlidir. Seramik restorasyonların simantasyonunda, hem seramiğe hem de dişin sert dokularına kimyasal ve mekanik olarak bağlanabilen kompozit rezin esaslı yapıştırma simanları kullanılmaktadır. Simantasyonda rastlanılan en büyük problem, restorasyon ve diş arasında polimerizasyon büzülmesi ile ortaya çıkan mikroaralıktır. Bu mikroaralık, restorasyon ile diş arasındaki bağlantıyı kötü yönde etkileyecektir. Son zamanlarda rezin simanların dentin bonding ajanları ile birlikte kullanımı dikkat çekicidir. Zemin simanlar, optimum renk karakteristiklerine ve yüksek dayanıklılığa sahiptirler. Termal genişleme katsayılarının uyumsuzluğundan kaynaklanan kenar sızıntısı, polimerizasyon büzülmesi ve postoperatif hassasiyet ise önemli dezavantajlarıdır. Yapılan çalışmalarda, seramik inleylerin yapıştırılmasında dentin bonding ajanlarının rezin siman ile birlikte kullanımının, polimerizasyonu esnasında oluşan aralığı ve hassasiyeti azalttığı görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Alaçam T, Nalbant L, Alaçam A. Rezin ve seramik esaslı inley-onley sistemleri ' İleri restorasyon teknikleri'. Ankara 1998; 309-340.
2. Blatz MB, Sadan A, Kern M. Resin-ceramic bonding: A review of the literature. J Prosthet Dent. 2003; 89: 268-274.
3. Burke FJT, Qualtrough AJE, Hale RW. Dentin bonded all ceramic crowns: Current Status, JADA.1998; 129: 455-460.
4. Crispin BJ, Jo YH, Hobo S. Esthetic ceramic restorative materials and techniques In 'Contemporary esthetic dentistry: Practice fundamentals', Quintessence Pub Co Inc Tokyo.1994; 155-297.
5. Fradeani M, Redemagni M. An 11-year clinical evaluation of leucite-reinforced glass ceramic crowns: a retrospective study, Quintessence Int. 2002; 33: 503-510.
6. Garber DA, Goldstein RE. Cast ceramic systems and other alternatives In 'Porcelain & Composite inlays & Onlays esthetic posterior restorations', Quintessence Pub Co Inc Hong Kong.1994; 104-115.
7. Haselton Dr, Arnold AMD, Hillis SL. Clinical assessment of high-strength all-ceramic crowns. J Prosthet Dent. 2000; 83: 396-401.
8. Kedici S. Tam Seramikler.Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi. 2002; 71:78-80.
9. Mc Lean JW, Odont D. Evolution of dental ceramics in the twentieth century, J Prosthet Dent. 2001; 85: 61-67.
10. Mörmann W, Krejci I. Computer designed inlays after 5 years in situ: Clinical performance and scanning electron microscopic evaluation, Quintessence Int. 1992; 23: 109-115.
11. Roulet JF, Herder S. Bonded ceramic inlays, Quintessence Pub Co Inc Chicago. 1991; 9-31.
12. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. All ceramic restorations In 'Fundamentals of fixed prosthodontics' Ed. by LA Lateman. Quintessence Pub Co Inc Chicago. 1997; 433-454.
13. Sorensen JA, Munksgaard EC. Relative gap formation of resin cemented ceramic inlays and dentin bonding agents, J Prosthet Dent. 1996; 76: 374-378.
14. Sorensen JA, Munksgaard EC. Relative gap formation adjacent to ceramic inlays with combinations of resin cements and dentin bonding agents, J Prosthet Dent.1996; 76: 472-476.
15. Trushkowsky RD. Accurate provisional cementation: Prelude to an esthetic ceramic restoration, Contemporary esthet. 1999; 21: 80-84.
16. Yücel T. Farklı tip seramik kronların marjinal uyumlarının in vitro olarak değerlendirilmesi. Doktora Tezi Selçuk Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005; 7-15.
17. Zaimoğlu A, Can G. Sabit Protezler, Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Yayınları, Ankara, 2004.

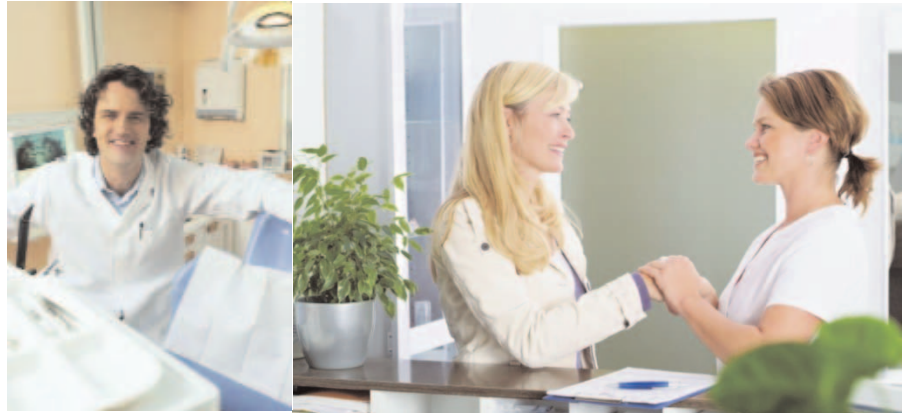
Mesleki haklar

Mesleki statü, mesleki otonomi, kliniksel özgürlük, kendi-kendini denetleme (oto kontrol, öz denetim) ve hastalara ve topluma hizmet etme hakları, dışhekimlerinin başlıca hakları olarak görünmektedir. Bu haklar, basitçe bir dışhekim olmakla ilgili ayrıcalıklar olarak görünse de dışhekimlerinin rollerinden ve sorumluluklarından bağımsız olarak düşünülemez. Bunlar, aslında meslekle toplum arasındaki "sosyal sözleşme" den doğan geniş sorumluluklarını yerine getirmede dışhekimlerine yardımcı olan, hizmet eden değerli araçlardır.

■ Nermin Yamalık*

Hastaların doğal olarak daha fazla korumaya ihtiyaçları olduğundan, hasta haklarına ve sağlık tedavisi sağlayanların sorumluluklarına onların mesleki haklarından çok daha fazla önem verilmektedir^{1,2}. Ancak, sağlık profesyonellerinin kurumsal ve bireysel özerkliği ve mesleki hakları (örneğin; bilginin tekel kullanımı, klinik özgürlük, öz denetleme) onlar için bireysel hastalarına ve topluma kaliteli tedavi sağlamak, sağlık ve huzuru teşvik etmek açısından çok önemlidir^{3,4}. Bundan dolayı, hastaların özerkliğinin yanı sıra, sağlık tedavisi sağlayıcılarının özerkliğinin de özenli bir şekilde korunması gerekmektedir. Hasta ve sağlık tedavisi sağlayıcısı, tedavinin iki ortağı olarak, tedaviye ilişkin her türlü konutartışmanın ana unsurlarıdır^{3,5}.

"Hastanın hakları ve menfaatleri korunduğunda dışhekimlerinin de korunduğu açıktır, çünkü ilgili kanunlar, dışhekimlerinin her zaman öncelikli olarak hastaların menfaatini gözetme etik yükümlülüğünü yerine getirmekte olduklarını sağlamaktadır"⁶. Ancak, dışhekimlerinin haklarının sadece dışhekim olmakla ilgili ayrıcalıklar olmadığını kabul de edilmesi gerekir. Bu haklar, dışhekimleri için çok önemlidir, çünkü bunlar dışhekimlerinin hastalarını korumalarını, hasta haklarını teşvik etmelerini, kaliteli oral sağlık tedavisi sağla-



malarını, oral sağlığı teşvik etmelerini, hastaların ve toplumun genel sağlık ve refahına katkıda bulunmalarını mümkün kılar. Aynı zamanda dışhekimlerinin hastalarına, topluma ve mesleğe karşı olan geniş sorumluluklarını yerine getirme açısından dışhekimlerine gerekli desteği de sağlamaktadırlar (Tablo 1). Ayrıca, her hak karşılık olarak bir sorumluluk getirmekte olduğundan dolayı, dışhekimlerinin hakları ve sorumlulukları birbirinden ayrılmaz görünmektedir. Dışhekimlerinin hakları her zaman sorumlulukları ile birlikte dikkate alınmalıdır. Öte yandan, birbirleriyle o kadar yakından ilişkilidirler ki, bir öge aynı zamanda hem mesleki bir görev hem de mesleki bir hak olabilir. Bu yüzden dışhekimlerinin mesleki hakları ve sorumlulukları arasındaki güçlü bağların farkında olunması gerekmektedir^{2,5,7}.

Mesleki statü, mesleki özerklik, klinik özgürlük, öz denetim (öz düzenleme), kamu güveni, başkalarının yararına ha-

reket etme hakkı ve bireysel hastalara hizmet etmek hakkı, dışhekim olmakla ilgili başlıca haklar ve ayrıcalıklar olarak görünmektedir^{5,6,8}. Dışhekimlerinin kendi özerkliklerini ve uzmanlıklarını tüm hastaların hayatını, sağlığını ve esenliğini korumak, eğer mümkünse, geliştirmek, hastanın menfaatlerine en uygun tedaviyi sağlamak ve tedavi ile hizmetlerin kalitesini artırmak için kullanabilmeleri açısından eksiksiz (tam) bir klinik özgürlükleri vardır⁵.

Bir görev olmasının yanı sıra sağlık eğitimi ve sağlık teşviki bir haktır. Dışhekimleri, ya bireysel olarak ya da kolektif olarak, hasta ve toplum düzeyinde koruyucu faaliyetleri desteklemeye artan bir biçimde teşvik edilmektedirler (cesaretlendirilmektedirler)^{5,7}. İlgili yönetmeliklere uygun olarak, dışhekimleri koruyucu oral sağlık ve sağlık davranışlarını teşvik edebilirler, oral ve genel sağlık hakkında kamuyu eğitebilirler, oral sağlık kazançlarını tüm insanlara yayabilirler ve kamunun sağlık ve esen-

* Prof.Dr., Bu makale dizisi FDI-Dental Practice Komitesi projesi olarak Prof.Dr.Nermin Yamalık tarafından hazırlanmıştır. International Dental Journal'da basımına başlanmış olan ve 3 bölümden oluşan bu makale dizisi derginin editöründen alınan izin doğrultusunda tercüme edilerek dergimizde de aynı sıra ile yayınlanmaktadır (Yamalik N. Dışhekimliği profesyonellerinin sorumlulukları ve hakları. 3. Mesleki haklar. Int Dent J 2006;56 Number:4 :224-226).

liğini teşvik edici faaliyetlere katılabilirler^{5,7,9}. Ancak, mesleki arzular ve yükümlülükler arasında farklılıklar olabilir⁴. Sağlık tedavi sağlayıcıları, kamusal rollerinin ve onlardan beklenenlerin daha net ve doğruluğu ispat edilebilir bir tanımlamasına ihtiyaç duyabilirler. Aynı zamanda kendi uzmanlıkları, ilgileri ve durumlarıyla uyumlu faaliyetleri seçebilmelidirler⁴. Doğal olarak sağlık tedavisi sağlayıcıları, toplum sağlığıyla ilgili olan bu geniş sorumluluklarını bireylerle, profesyonellerle, hükümetlerle paylaşmayı ve kamuya karşı taahhütlerini yerine getirmek için gerekli desteği (örneğin; uygun-destek olucu ortamlar-çevreler, sağlıklı kamu politikaları) almayı da beklerler⁴.

Sağlık tedavisi hizmetlerinin verimliliği için hastalar (tedavideki ortaklar olarak) tedavinin farklı unsurlarını ve sağlık tedavisi sağlayıcılarının diğer hastalara karşı sorumluluklarını ve hastaların da sağlık tedavisi sağlayıcılarına karşı olan sorumluluklarını kabul etmek zorundadırlar. Diğer hastaların haklarını, adaleti tedavinin sağlanması için sağlık profesyonellerinin sorumluluklarını ve sınırlı kaynakların eşit dağılımını ve tedavinin sınırlarını ve sağlık tedavi sağlayıcılarının insani hatalarının farkında olmak zorundadırlar. Aynı zamanda sağlık tedavi ortamlarının kurallarını ve düzenlemelerini algılamak-kabullenmek ve sağlık profesyonellerine karşı saygılı olmak zorundadırlar^{5,10,11}. Dişhekimleri, oral hastalıkların tedavis alanındaki uzmanlar olarak tanımlanma hakkına sahiptirler. Dişhekimlerinin - profesyonel standartları ile tutarlı olacak şekilde - uzmanlıkları, hizmet alanları, klinik ilgileri, hizmet sunumu, kliniksel düşünceler ve tedavi felsefeleri arasındaki farklılıklar hastalar tarafından kabul edilmelidir⁵. Dental hastalar, güvenli ve verimli tedavi için aynı zamanda nitelikli ve yetkili oral sağlık tedavi sağlayıcıları seçmekte sorumluluk taşımaktadırlar.

Sağlıklı karar verme sürecinde dişhekimleri ile hastalar arasında hiçbir ihmal olmamalıdır⁶. Bilgilendirilmiş onam süreci, karşılıklı anlaşmanın bir işareti, taraflar arasında sorumlulukları paylaşmak ve doğru bilginin değiş tokuşu olarak yorumlanmalıdır^{6,12}. Hastaya bilgi ve profesyonel fikir vermek ve danışman sıfatında hareket etmek hem görev hem de bir haktır⁵. Ancak, tam açıklama, hastaların esenliği (refahı) için zararlı

olabildiğinde dişhekimleri, hasta bilgisini saklayabilir. Bilgi toplama önemli olduğundan, dişhekimleri hastalarından kendilerine doğru ve tam bilgi veremelerini (örneğin; tıbbi ve oral hikaye, geçmiş tedaviler, daha önceki ilaç tedavisinin/tedavilerinin komplikasyonları, semptomların doğru ve net tanımlaması), kararlara katılmalarını ve kendi düşüncelerini paylaşmalarını beklemektedirler^{5,6,10,11}. Hastalar, tedavinin sürekliliği, dişhekimlerinin makul önerilerine, direktiflerine ve yönlendirmelerine uyuma ve tavsiye edilen tedaviye bağlılıklarını doğru rapor etmek gibi unsurları kapsayan kendi sağlıkları için kendi sorumluluklarını da almak zorundadırlar⁹.

Tavsiye edilen sağlık standartları, güvenlik ve enfeksiyon kontrolleriyle uyum sağlayan doğru şekilde kadrolandırılmış bir ortamda güvenli, yüksek kaliteli ve kanıt bazlı tedavi sağlamak bir haktır. Dişhekimleri, hastalarını uz-

manlara veya diğer sağlık tedavi sağlayıcılarına yönlendirebilirler ve gerekli olduğunda ikinci bir görüş alabilirler⁶. Makul bir iş yoğunluğu sürdürebilirler ve tedavi edecekleri hastaları belirlerken (hastaları kabul ederken) makul bir seçim uygulayabilirler. Şahsi çelişki veya zaman kısıtlaması (acil durumlar hariç) nedeniyle bir hastanın tedavisini kabul etmeyebilirler veya hasta için gerekli düzenlemeleri yaptıktan sonra bir hastanın tedavisine devam etmeyebilirler^{5,7}. Dişhekimleri, verdikleri mesleki hizmetleri için makul ücret talep etme hakkına sahiptirler². Dişhekimleri hastalarından doğal olarak maddi güçleri konusunda doğru bilgi vermelerini, randevularına özen göstermelerini ve ilişkilerinin uzun dönem aksamasının sorumluluğunu almalarını beklemektedirler^{2,5}. Dişhekimlerinin iyi nitelikli bir dental ekip kurma ve tedavide ekip üyelerinden yapıcı ve saygılı bir ortaklık bekleme hakkı da vardır⁵.

Oral hastalıkların önlenmesinde ve tedavisindeki uzmanlar (profesyoneller) olarak kabul görmek (tanınmak), hastaların ve kamunun oral sağlığı ve esenliği için taraf olarak hareket etmek

Kendisini seçen her hastaya hizmet etmek ve bilgi, sağlık eğitimi, profesyonel fikir ve güvenli, etik ve kaliteli tedavi sağlamak

Temiz, güvenli, erişilebilir, çağdaş (güncel) ve uygun kadrolandırılmış bir ortamda dişhekimliği uygulaması yapmak ve hastaları her türlü zarardan korumak

Klinik özgürlük ve mesleki özerklik sahibi olmak ve hastanın en iyi menfaatinin korunmasına müdahale eden herhangi bir baskıdan uzak olmak

Hastaları diğer meslektaşlarla ve sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde tedavi etmek, dürüst ikinci fikir almak/vermek ve hastaları yönlendirmek/ yönlendirilen hastaları kabul etmek

Hastalardan saygı, güvenilir bir ortaklık, doğru bilgi verme ve uyum ve tedavinin sürekliliği ve kendi sağlıkları için kendi sorumluluklarını kabul etmelerini beklemek

Yapıcı önerilerde bulunmaya istekli, yararlı ve saygılı bir dental ekip kurmak

Kişiliği, tercihleri ve uzmanlığı yansıtan kabul edilmiş mesleki standartlarla uyumlu olan şahsi bir çalışma ortamı sahibi olmak ve makul bir iş yoğunluğunu sürdürmek

Mesleki saygı, destek ve meslektaşlık işbirliği beklemek

Geleceğe bakmak ve yeni teşhis ve tedavi şekilleri araştırmak

Yetkinliği ve etkinliği (verimliliği) geliştirmek ve mesleki yetkinliğin geliştirilmesi için uygun mekanizmalarla donanmış olmak

Eğitim, uzmanlık, mesleki gelişim, araştırma, serbest çalışmak (kendinden istihdam), sorumluluk statüsü ve iş güvenliği için eşit fırsatlar beklemek

Mesleki hizmetler için adil bir ücret almak

Mesleki örgütleri desteklemek ve onlardan mesleki destek almak

Tablo 1 Dişhekimlerinin başlıca hakları



Bursa
Dişhekimleri Odası

16 • Uludağ Sempozyumu

15-17 Aralık 2006

Kartanesi Otel'de 2 gün 2 gece herşey dahil

Konaklama (Açık Büfe)
Hoşgeldiniz kokteyli
Şarap-sucuk partisi
Cafe-break, havuz, öğle ve akşam yemeklerinde
alkollü alkolsüz içecekler, gün boyu barlarda yerli
alkollü ve alkolsüz içecekler, Fitness center, sauna,
açık jakuzi, squash, mini club, sinema.
Dişhekimleri katılımcılara çanta ve katılım belgesi

**Bursa Dişhekimleri Odası'nın
geleneksel konukseverliği eşliğinde**

KAYIT BEDELLERİ	15-16-17 ARALIK 2006 C-CTS-PZ*	14-15-16-17 ARALIK 2006 PR-C-CT-PZ**
Tek Kişilik Odada Bir Kişi	320.-	480.-
İki Kişilik Odada Bir Kişi	238.-	357.-
Üç Kişilik Odada Bir Kişi	224.-	336.-
Dört Kişilik Odada Bir Kişi	200.-	300.-
7-12 Yaş	120.-	180.-
0-6 Yaş	Ücretsiz	Ücretsiz

Oda bedelleri YTL cinsindedir.

* Giriş Cuma öğle yemeği ile yapılacaktır.

** Giriş Perşembe öğle yemeği ile yapılacaktır.

Son Başvuru: 20 Kasım 2006

SDE Puanı için başvuru yapılacaktır

Başvuru ve ayrıntılı bilgi için:

Bursa Dişhekimleri Odası

Aktarhüssam M. Değirmen S.

9/B 16050 BURSA

Tel : 0224 222 69 69-221 30 39

Fax : 0224 223 53 39

Web : www.bursadishekimleriodasi.org

e-mail : bdo@ttnet.net.tr

info@bursadishekimleriodasi.org

uludag@bursadishekimleriodasi.org

Profesyonellik meslektaşların bireyselliğe ve eşitliğine saygı gerektirir. Meslektaşlar arasında bir anlaşmazlık olduğunda, kilit (en önemli) kavram, profesyonellik ve doğruluktur-adalettir⁵. Mesleki destek mesleki gelişim için önemli olduğundan, dişhekimleri doğal olarak meslektaşlarından kendisi için adil değerlendirmeye yapmalarını, ve mesleki rehberlik, yardım ve cesaretlendirme (teşvik) sağlamalarını beklemektedirler². Meslektaşların itibarını ve mesleği ve ilgili yönetmelikleri dikkate alan bir biçimde dişhekimleri, kamuya açıklama yapma, uzman tanıklığı sağlama hakkına sahiptirler ve mesleki unvanlarını ve derecelerini kullanabilir ve tanıtım yapabilirler⁵. Dişhekimleri, mesleki örgütleri destekleyebilirler ve onlardan mesleki destek bekleyebilirler⁵.

Toplum, sağlık mesleklerinin kendi yetkinliklerinden kendilerinin emin olduklarını- bu yetkinlikleri sağladıklarını varsaymaktadır¹³. Yöntemlerin-işlemlerin verimliliğinin sürekli değerlendirilmesi ve standartların geliştirilmesi, dişhekimliği mesleğinin gerçek arzularıdır. Sağlık meslekleri geliştikçe ve tedavinin standartları zamanla değiştikçe bilimsel ve uygulama bilgi tabanının ve bilişsel ve kliniksel becerilerin sürekli gelişimi daha fazla beklenen bir standart haline gelir¹³. Sürekli mesleki gelişim dişhekimleri için hem bir yükümlülük hem de bir hak^{5,7,13}. Kaliteli bilim ve bilimsel bütünlük, tedavinin verimliliğini artırır ve mesleki gelişime katkıda bulunur. Dişhekimleri, kaliteli ve etik oral bilimin gelişimine katılabilir ve geçerli araştırma bulgularını hasta için önemli bir sağlık kazancı sağlamak için tedaviye entegre edebilirler. Dişhekimleri doğal olarak mesleki yetkinliklerini geliştirebilmek için uygun mekanizmalar ve eğitim, uzmanlık, araştırma ve istihdam, sorumluluk statüsü ve istihdam güvenliği için eşit fırsatlar beklemektedirler.

Dişhekimlerinin mesleki haklarının bu kısa özeti, bu hakların dişhekimlerinin standartlarını ve değerlerini karşılayan verimli bir klinik uygulama için ve meslekle toplum arasındaki sosyal sözleşmeye uyum sağlamak için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dr. Marjorie Jeffcoat¹ tarafından yakınlarda incelenen tarihi bir doküman, " Her mesleki hakkın karşılığında mesleki bir sorumluluk getirmesi bize dişhekimliği olmanın evrensel insan hakkından çok, birkaç nitelikli bireye tevdi edilen bir ayrıcalık olduğu gerçeğini yansıtmaktadır" diye belirtmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jeffcoat MK. A dentists' bill of rights. What are fundamental principles? J Am Dent Assoc 2002 133: 540-541.
2. Doyal L, Cannell H. Whistle blowing: the ethics of revealing professional incompetence within dentistry. Br Dent J 1993 194: 95-101.
3. Cannavina CD, Cannavina G, Walsh TF. Effects of evidence-based treatment and consent on professional autonomy. Br Dent J 2000 188: 302-306.
4. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizen-public roles and Professional obligations. JAMA 2004 291: 94-98.
5. Ethical and professional conduct – American Dental Association, Canadian Dental Association and Swiss Dental Association.
6. Zinman E. Dental and legal considerations in periodontal therapy. Periodontology 2000 2001 25: 114-130.
7. International principles of ethics for the dental profession. FDI Policy Statement. General Assembly, Seoul, Korea. 1997. <http://www.fdiworlddental.org>
8. Cohen LK. Promoting oral health: guidelines for dental associations. Int Dent J 1990 40: 79-102.
9. Priorities in prevention. Oral health - common and preventable ailments. Partnership and prevention. May 2001. <http://www.prevent.org> 4 International Dental Journal (2006) Vol. 56/No.4
10. Draper H, Sorrell T. Patient responsibilities in medical ethics. Bioethics 2002 16: 335-352.
11. The rights and responsibilities of patients. American Academy of Periodontology. January 2003. <http://www.perio.org>
12. King J. Consent: the patients' view- a summary of findings from a study of patients' perception of their consent to dental care. Br Dent J 2001 191: 36-40.
13. Low DS, Kalwarf KL. Assessing continued competency: an approach for dentistry. J Am Dent Assoc 1996 127: 383-388.

Dişhekimliği, edebiyat, politika, kitap sarmalının kıyısında

*Beşinci şiir kitabı Kör Hattat geçtiğimiz yıl yayımlanan meslektaşımız Nuri Demirci'yle edebiyat ve şiir üzerine söyleşirken laf, bitmeyen münazara konusuna da geldi:
Sanat sanat için midir, toplum için mi!*

■ Söyleşi: **Emel Coşkun**

Söyleşiyeye, dişhekimliğiyle ve mesleğimizin sorunlarıyla mı yoksa edebiyatla mı başlamalıyım sorusunu sordum kendime ve edebiyatı öne çıkarmaya karar verdim. İsterseniz özgeçmişinizle başlayalım...

17 Ağustos 1950, doğum tarihim. Sarıkamış'ta doğmuşum. Çamları soğukla ürpermiş, trenlerin isiyile mi, yoksa kara-kısa inat olsun diye mi bilmiyorum, bana kararmış hissini veren bu kasabaya 1973 yılında bir kez daha gittim. Ne yazık ki ve doğaldır ki, 6 yaşında oradan ayrılmış bir çocuğın anımsayabildiği şeylerden hiçbirisiyle karşılaşmadım. Ben son gördüğüm haliyle değil, bozmaya kıyamadığım ilk haliyle orayı anımsamaya devam ediyorum. Sonrası Erzurum'dur; bir yanıla kıştır, buzdur, kızaktır, kızarmış burundur, çatlamış eldir, bir yanıla da ilkokuldur, son yerli malı haftalarıdır, son siyah önlüklerdir, son beyaz yakalardır. Arkasından Pendik gelir: Ortaokul ve lise... Sonra İstanbul Üniversitesi. Sonra ilk görev yerim Ardahan.

Bursa dönemi 1977 yılında başladı. Neredeyse otuz yıl oluyor. Oysa birkaç yıl için gelinmişti; hayatın ve zamanın bana oynadığı bir oyun bu. Doğrusu, bu oyuna katılmak bana da uygun geldi. Yıllar içinde burada mucize sayılabacak bir edebiyat ortamı gelişti ve ben hep bu

ortamın içinde bulundum. Burada edebiyat dergileri çıkardık, Bursa Edebiyat Günleri'ni düzenledik. Bu yıllarda oluşan edebiyat ortamı Türk edebiyatına önemli bir parça olarak eklemeli ve taşradaki Bursa'yı edebiyatın merkezine taşıdı.

Böylece edebiyata girmiş olduk. Her zaman merak ettiğim bir konudur; nedir yazı? Niçin yazılır?

Yazmanın nedenleri ve niçinleri konusunda hangi nedenleri sıralarsak sıralayalım en az birini atlamış oluruz. Ama kestirmeden bir cevap vereyim: Şiir ya da yazı, doğal bir hak, doğuştan verili bir hak olduğu için yazılır. Bu sözü mistik yanı olmayan bir sözle açmak isterim: Hani kutsal kitaplarda, emir midir, tavsiye midir bilmiyorum, "oku" diye bir sözcük yer alır ya. Bu emir, tavsiye ya da öneri, kimilerine "oku ve yaz" olarak bildirilmiş herhalde. Ben de bunlar arasında olmalıyım ki, söyleneni yaptım ve okumayı söker sökmez öteki doğal hakkımı, verili olan hakkımı da kullanı-

Biz şairler, okurdan önce, sanırım önce kendimiz için, sonra da öteki şairler için yazıyoruz. Çünkü, ancak onlar tarafından anlaşılabilmediğimizi, var olmamızın onların kabulü ile mümkün olabileceğini görmüş, okumayan bir topluma ulaşmanın yolunun yazmaktan geçmeyeceğini fark etmişiz.

rak yazmaya başladım.

Başka bir şey daha var: Verili hak, doğal hak diyorsak, her insanın potansiyel şair ya da yazar olduğunu da kabul etmemiz gerekir. Kişiden kişiye değişim gösterse de benzer duygularda, benzer düşüncelerde ortaklaşmış insanlar, iletişim dediğimiz birbirlerine kulak verme eylemini gerçekleştirirken sözcükleri hammadde olarak kullanırlar. Yani, duygular, düşünceler gibi sözcükler de kendimizi ifade ettiğimiz ortak hammaddelerdir ve bunlar elbette sadece yazarlara ve şairlere ait değillerdir. Buna konuşma dili ya da yazışma dili diyoruz. Bu dilin dışında bir de üst dil var. Kim ki diyeceğini söylerken birbirinden bıkmış, yan yana gelmekten yorgun düşmüş sözcükleri kullanmak yerine kendi söz iskeletini kurar, bu iskelete modelini çizdiği giysiler giydirir, dolayısıyla bunu yaparak yeni bir söz dünyası kurar, yani ortak ipliklerden kendi kumaşını dokur, yazar ve şair odur. İşin içine niceliği ve niteliği de katarak şöyle örneklemek isterim: Ahmed Arif, şiir hayatı boyunca bir karış uzunluğunda ipek bir kumaş dokumuştur. 'Hasretinden Prangalar Eskittim' demiş ve tezgâhını toplayıp köşesine çekilivermiştir. Ümit Yaşar Oğuzcan ise, bir kilometre uzunluğunda, gevşek, arkasını gösteren, eşit delikli ve bir model kanaviçe kumaş dokumuştur. Elbette bir de, onlar artık başlarında duramasalar da, dokuma tezgâhları sürekli çalışanlar var. Üretmiş oldukları kumaş hâlâ açıkta kalan yerlerimizi örtmeye devam ediyor; bizi sarıyor, sarmalıyor, koruyor ve içimizi ısıtıyor.

Siz niçin yazdınız? Nasıl başladınız?
Benim karşılaştığım ilk gerçek şair Atti-

lâ İlhan, ilk şiir kitabı da Bela Çiçeği oldu. On dört yaşındaydım. Yazmak, o yaşlarda da önemsedığım bir "iş", bir "alışkanlık", bir kendini ifade biçimiydi. Bu sözün arkasını getirmeden, sizi gülümsetecek bir şey söyleyeyim: O yıllarda mektuplar ve mektup arkadaşlıkları çok önemliydi. Ben birçok arkadaşım adına yüzlerce kıza aşk mektupları yazdım. "Anonim yazıcılık" gibi bir görev edindim yani. Bu durumu, yıllar sonra yazdığım bir şiirde "kuyumdan aşk mektupları yazıyorum el kızlarına / boş bir kovayla oyalıyorum çıkışı / kimlerin sevincini yaşıyorum kim bilir" diyerek ifşa ettim. Şimdi sözümü tamamlıyorum: O kitaptan sonra yazdıklarım hep Attılâ İlhan koktu. Bunu sezmiş olmalıyım ki, orda burda sıkça görünmek yerine kendi dilimi, kendi şiirimi bulmanın peşine düştüm. Bulduğuma inanarak yayımladığım ilk şiir Biçem dergisindedir. Şimdi de o dile ve o şiire çalışıyorum ve bu çalışmanın bir sona ulaşılacağına, çünkü sonunun olmadığını biliyorum. Bu dil işçiliğinin amacı yeni alanlar açmaktır, bu alanları yepyeni öğelerle donatmaktır, orada olmayan öğelerin de bir biçimde var olduğunu hissettirmektir. Yani, hayal göstermek değil ama, hayal edebilme yetisini geliştirmektir. Bu, elbette yeni bir dünya kurmakla ya da var olanı farklı algılamakla eşanlamlıdır. İçinde büyü var mıdır, yoksa bu dilin kimyasına bağlı bir simyacılık mıdır, bilmiyorum.

Bir şair toplumu sanatıyla etkileyebilir mi ?

Yapılanların farkındaysa, toplum elbette bu üretimden etkilenir. Okuyan, bir ucuyla yaptıklarınıza ulanan bir kesim var ve onlar sözümüze söz katma konusunda bizleri cesaretlendiriyorlar. Bu kesimin büyük tabloda işgal ettikleri yer, ne yazık ki umut verici değil. Hacımleri bir nokta, değilse, ufak bir tire kadar. Diğerleri niye böyledir, diye bir soru sormaya hakkımız var mı, bilmiyorum. Çünkü, sanat insanlar içinse, bu büyük tabloyu oluşturanların ne kadarı insanca yaşama hakkından yararlanıyor, ne kadarı yarınlarına güvenle bakıyor, ne kadarı evlerine ekmeğe götürme kaygısını taşıyor, sorusunu da bu soruyla beraber sormak gerekiyor. Ekmeğin yanında kitabın da girdiği ev-

ler olmasın, böyle bir ortam oluşmasını diye içeriden ve dışarıdan yürütülen bir kültürsüzleştirme kampanyasının ege-men olduğu toplumlarda sanatın işlevi elbette sorgulanacaktır. Lise yıllarında münazaralar düzenledik. Anımsıyorum, bunlardan birisi sanat sanat içindir/sanat toplum içindir çekişmesini konu almıştı. Bu münazarada sanatın toplum için olduğunu savunanlardan dandım. Bugün de bu cephede yer almak isterdim. İsterdim, diyorum, çünkü, "önce insan", "insansız sanat olmaz" gibi cümleleri arka arkaya sıralasam da bir gerçeği görmezden gelemiyorum.

Biz şairler, okurdan önce, sanırım önce kendimiz için, sonra da öteki şairler için yazıyoruz. Çünkü, ancak onlar tarafından anlaşılabilirimizi, onlar tarafından takdir edileceğimizi, var olmamızın onların kabulü ile mümkün olabileceğini görmüş, okumayan bir topluma ulaşmanın yolunun yazmaktan geçmeyeceğini fark etmişiz. Böyle olmalıydı, demiyorum, böyle oldu, diyorum. Sanata yönelmiş ve onu benimsemiş, sanatı yaşamın bir parçası olarak kabul etmiş bir toplumda böyle bir sorunun olamayacağı ve böyle bir sorunun sorulamayacağı gerçeğini bilerek, sanatı sanat adına yapmayı amaçladığımı itiraf etmeliyim.

Türkiye panoramasında sanatın, bu bağlamda şiirin işgal ettiği yer belli ve bu kadar, şairlerin toplumdan çok kendi çizgilerini kendi sanat anlayışları doğrultusunda çizdikleri, çizmek zorunda kaldıkları inkâr edilemez bir gerçek. Doğrusu çok da haksız değiller. İster istemez, "hangi topluma ve niçin" sorularını soruyorlar kendilerine ve bir var

oluş biçimi olarak bireyselliği seçiyorlar. Bunu sorumluluktan kaçmak olarak kabul edebilirsiniz. Ama, boşuna olacağını hissettiği bir çabayı göstermeyen ya da sürdürmeyen şairi de haksız bulamazsınız. Bu koşullarda yürütülen çalışmaların toplum için olmasa da, Türk Edebiyatı'na katkıları olacağına, olduğuna inanıyorum.

Daha önce yayımlanmış kitaplarınızla, en son yayımladığınız *Kör Hattat*'dan söz eder misiniz biraz?

İlk kitabım Cem Savran'ın Promete Yayınları tarafından 1994 yılında Anka-



*HAYAT MANZARALI BİR ODA**

*Ellerimiz tutkal, ellerimizse onlar
Bastığımız yerden geçirdik birbirimizi, neresiyse oraya
Yapışkan bir sahiplik sıvandı çiçekleri patlamış yüzümüze
Geçmiş olduk böylece
Aynılığa kesmiş yabancı topraklardan*

*Her mayının üstünden atlanmıyor:
Bak, sönmüş yangın, kül kabına dönmüş ev
Ve dönmüş kabına kül
Açalım şimdi bütün gecikmiş vanaları
Ölü güller yüzdürelim ten rengi odalarda
Bak, ne güzel bir küvet, haydi mutlu olalım
Kobranın kireçli başından akan sıtım su yıkasın kırımizi.
Zaman
Kırmızı binicilerle insan duvarlardaki paslı yoldan
İki ıslak kese gibi asılalım aynı çengele
Fayansların ter bezlerine karışsın hummalı kanımız
Beni sevdiğini söyle suyun altında
Eskisi gibi, eskisi kadar, eski...
Beton kanatlanla*

*Geceye saplanmış otelin kapısında
İki ıslak yarasa:
ÇİĞ çoğaltıyor dudaklarının çizdiği dağ*

* Demirci'nin *Kör Hattat* adlı son kitabından

ra'da yayımlandı. *Hüznün Yarıçapı*'ydi adı. Bir bakıma, o güne kadar yazılmış şiirlerin bir toplamı ya da seçkisi idi bu kitap. Şiir kitaplarında görmeyi istediğim konu birlikteliğini, konu bütünlüğünü ya da aynı izleği irdeleme özelliğini o kitapta tam olarak sağlayamadım. Ne de olsa bir ilk kitaptı ve ilk kitap coşkusuyla biçimlenmişti. İkinci kitabımı Mustafa Durak yayımladı. O sıralar Uludağ Üniversitesi'ndeydi ve üniversitenin bir projesi olarak kitap yayımlama işini üstlenmişti. Şiir serisinin ilk kitabı olarak *İçerden Kilitli Odadakilere*'i seçti ve 1996 yılında yayımladı. Kitapta yayınlanan şiirler aslında tek bir şiirdir ve bu kitap, tam da düşündüğüm bütünlüğü sağlayan bir kitap oldu. Ne yazık ki dağıtımında aksamalar yaşandı ve pek az kişiye ulaşabildi. Hâlâ benden istenen ve çocuklarıma sakladığım iki tane nin dışında bende de olmayan bir kitaptır. Üçüncü kitabım *Fiske Seansları*'nı Nahit Kayabaşı, Düşlem Yayınları'ndan çıkardı. Bu kitabın yayın tarihi 1998'dir. *Soldan Dördüncü Aralık*, 2003 yılında Yapı Kredi Yayınları tarafından basıldı. Bu kitap da tek şiir olarak okunabilir, öyle okunmalıdır. Şiirlerin kendi içindeki bütünlüğünü, kitabın tamamını oluşturan şiire taşınmasını amaçlayan, bu kurguyla yazılmış bir kitaptı *Soldan Dördüncü Aralık*. *Kör Hattat*'a gelince: Kül Yayıncılık'ın Bağ Şiir serisinden, 2005 yılının Eylül ayında Ankara'da yayımlandı *Kör Hattat*. Üç bölüme ayırdığım kitabın ilk bölümü dil - şiir sorununu arka planında taşıyan bir hayatın irdelenmesidir. İkinci bölümde bu hayat, savaşı ve aşkı fon olarak alır. Son bölümse hayata karşı başlatılan ve sonuçsuz kalacağı belli olan bir isyanı anlatır. Ben böyle diyorum ama, aldırmanın siz, belki de bu kitap bir aşk romanının özetidir. Ya da bir savaş romanının. Belki ikisi de değildir, ikisi birdenken...

Şiirin yanı sıra yazmayı düşündüğünüz öykü, deneme, roman gibi yazınla ilgili çalışmalarınız olacak mı? Olacaksa, şimdiden bazı ipuçları alabilir miyiz sizden?

Epeydir çiçekleri, otları başka bir dille konuşturmaya çalışıyorum. Sanırım bunlar benim altıncı şiir kitabımı oluşturacaklar. Adı konmuş bir kitap bu: *Şi-*



Bülten'e yazarken edebiyatta olduğu gibi düşlerden, imgelerden yararlanmak, dünyayı bunlarla kurmak söz konusu değildi. Ortada kaskatı gerçekler vardı ve bu gerçeklerin bir de görünmeyen yüzleri vardı.

fasız Otlar Kitabı. İlhan Berk'in *Şifalı Otlar Kitabı*'na selam veren bir kitap olacak, olursa. İlhan Berk'e tasarladığım kitaptan bahsettiğimde, şifasız sözcüğüne bayıldığımı söyledi bana.

Öykü yazmak benim için zamanı ve zemini olmayan bir iş. Şiirle olan ilişkimin belirlediği bir süreç bu. Denemeler ve kitaplar üzerine yazdığım yazılar da öyle. Her sabah yaptığım ilk şey, karşımdaki monitörün sayfasını açmak oluyor. Sonrasını klavye belirliyor. Kalemle ihanet eden parmaklarım tuşların emrine giriyor ve öyle bakışıp duruyorum ekranla, yaptığım işe ve sonuçlarına şaşarak.

Artık mesleğimize dönelim mi? Edebiyatla bağlantılı olarak Bursa Dışhekimleri Odası'nın yayımladığı Bülten ve orada yazdıklarınız hakkında neler söylemek istersiniz?

Dergiciliğe de bulaşmış biri olarak Bülten için, önce, bunca yıldır aksatmadan böyle bir yayını sürdürmenin çok önemli olduğunu ve bunu başaran oda yönetimini kutladığımı söyleyeceğim. Fizik olarak mütevizilik sınırları içinde kalan dergimizin, içerik olarak meslektaşlarımıza, bir meslek dergisinin vere-

bileceği her şeyi verdiğine inanıyorum. Bir başka önemli konu da şu: Yaklaşık altı yıldır yazdığım Bülten'de, bir tek yazıma bile müdahale edilmedi. Edebiyat dergilerinin çoğunda adı konulmamış bir sansür vardır. Bu sansür kimi zaman yazılana, kimi zaman da yazana karşı uygulanır. Oysa bizim Bülten'imizde yazmak isteyenlere de yazılanlara da asla engel olunmamıştır. Bu demokratik anlayış için, başkanımız Metin Bozkurt'a ve altı yıldır bıkmadan usanmadan uğraşıp didindiğin için sana, bütün meslektaşlarımız adına teşekkür ediyorum.

Bülten'de yazdıklarım gelince: Önceki meslek sorunları, ekonomik ve yönetsel sorunlara değinen, bunları irdelleyen yazılar yazmayı planlamıştım. Görünen oydu ki, bizim meslek sorunu, ekonomik sorun, yönetsel sorun dediğimiz şeyler, aslında, tek bir ağacın yaprak dökümünü, kırılan dallarını, köküne gitmeyen suyu anlatmak demek olacaktı. Oysa bu ağacın ait olduğu orman, Türkiye ormanı da büyük boyutta aynı sorunlarla boğuşmakta, aynı ekonomik ve yönetsel problemlerin rüzgârıyla savrulmaktaydı. Üstelik, meslek grubu olarak bizler bir çıkış yolu bulabirdik belki, ama Türkiye'nin bütün yolları ABD, AB gibi batılı emperyalist haramiler tarafından kesilmişti ve bu kuşatma her geçen gün daralıyordu. Çıkış yolunu aramakla yükümlü olan yöneticilerin, tam tersine, ülkeye mesken olarak bataklık aramakta oldukları ve ülkeyi buraya doğru sürükledikleri gerçeği de ortadaydı. O halde bu yazılmalıydı ve bu konularda yazılan her şey mesleğimizi de kapsayacaktı. Ben de öyle yaptım, arada bir özele değinsem de hep geneli yazdım.

Bülten'e yazarken, yazmanın masa başı işi olmadığını, okumak ve araştırmak gerektiren bir iş olduğunu gördüm. Bu yazılarda edebiyata çalışırken yaptığımız gibi düşlerden, imgelerden yararlanmak, dünyayı bunlarla kurmak söz konusu değildi. Ortada kaskatı gerçekler vardı ve bu gerçeklerin bir de görünmeyen yüzleri vardı.

Bülten'de yazdıklarım belki bin kişiye bile ulaşmıyor, ama olsun. Üç kişiye ne oluyor sorusunu sordurabilir ve onları bu konularda düşündürebilsem, amacıma ulaşmış olacağım.

Meclis'te yasalaşmak için bekleyen Tasarıya göre kamuda çalışan hekimler günde 100 hastaya bakmak zorunda olduklarından bu hastalara gerektiği gibi bakmaları mümkün değil.

Tasarının getirdiği çözüm: Malpraktis tazminatı ödememek için zorunlu sigorta.



Yabancı hekim ve zorunlu sigorta yasa tasarısı Meclis'te

'Size hata yaptıracağız ama korkmayın, sigortanız var'

■ Mustafa Güler*

Zorunlu Sigorta geliyor...

Meclis'te yasalaşmak için bekleyen Tasarıya göre:

"Tıbbî hizmetlerden kaynaklanan her türlü tazminat taleplerinin karşılanması teminen;

a) Serbest olarak mesleğini icra eden tabipler kendileri için,

b) Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele ödeme yapılan kamuya ait döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları çalıştırdıkları tabipler için, zorunlu malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır."

Böyle bir düzenleme yapılmasının ge-

rekçesi olarak yazılan husus tam ibretlik:

"...tabiplerin haftalık çalışma süresi 45 saattir ve sıklıkla nöbetlerde hiç dinlenmeden 36 saat çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Bu çalışma temposu, tabiplerin hata yapma ihtimalini artırmaktadır. Keza genel olarak bir tabip için kabul edilen günlük hasta sayısı 20'dir. Ancak ülkemizde hasta yoğunluğu ve tabip yetersizliği sebebiyle bir çok tabip günde 100 ve daha üzeri hastaya bakma mecburiyetindedir. Bu kadar hastaya tıbbî ve etik kuralları dikkate alarak kâmil bakmak mümkün değildir. Bu durum da malpraktis ihtimalini artırmaktadır."

Tasarının gerekçesinde sağlık hizmetinin mevcut koşullarda "kâmil" sunulmasının mümkün bulunmadığı kabul edilmekte ve hekimi hataya iten sebeplerin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenleme beklenir iken

"...uygulamada, hükmolunan tazminatların ödenmesinde güçlükler ortaya çıkmaktadır ... tazminat ödenmesinde yaşanan zorlukları ortadan kaldırarak ilgililerin haklarına daha çabuk ve tam olarak kavuşmalarını sağlamak; ortaya çıkabile-

cek problemlerin asgariye indirilmesi ve çözümlerinin hızlandırılması ile ilgililerin haklarının teminat altına alınmasını sağlamak..."

amacıyla hekimlerin sigorta yaptırmasını zorunlu kılan düzenleme teklif edilmektedir.

Tasarıda dişhekiminden bahsedilmemekte ise de kısa zamanda bu düzenlemenin dişhekimlerini de kapsayacağına kuşku yok. Zira, **düzenlemenin mantığı** sağlık hizmet sunumunun riskli bir iş olduğu ve ülkemizdeki –özellikle kamudaki- hizmet sunumunda hata yapılması olasılığının çok yüksek olduğu, bu riskin sigorta ile temin edilmesi gerektiğidir. Bu mantıkla dişhekimlerinin bu zorunluluğun kapsamı dışında tutulması anlamlı değildir.

Umut ederiz ki bu Tasarı TBMM'de bu haliyle yasalaşmaz. Zira bu düzenleme sorunu çözmek yerine mevcut sonuçlardan mağdur olanlara para ödenebilmesi için yükümlülükler tarif etmektedir. Oysa istenen ve beklenen tedavi için gelen hastaya –sonuçta- para değil sağlık sunabilecek düzenleme ve uygulamalara gidilmesidir.

* Avukat, TDB Hukuk Danışmanı

T.C. kimlik numarası vergi numarası yerine kullanılacak

Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası 1 Kasım 2006 tarihinden itibaren vergi kimlik numarası olarak kullanılacak. Gerçek kişiler 11 haneli T.C. kimlik numaralarını kullanırken tüzel kişiler eski vergi numaralarını kullanmaya devam edecek.

■ Baset Demirbuğa*

Vergi kimlik numarası yerine T.C. kimlik numarasının kullanılması

Kamu idare ve müesseseleri ile diğer gerçek ve tüzel kişiler, Maliye Bakanlığı'nca belirlenecek işlemlerin yapılması sırasında, bu işlemlere muhatap veya taraf olan gerçek ve tüzel kişilerin vergi kimlik numarasını tespit etmek ve bu işlemlere ilişkin belge, hesap ve kayıtlarında vergi kimlik numaralarını kullanılması ile ilgili zorunluluk yerini, Maliye Bakanlığı'nın 29 Ağustos 2006, Salı günü yayınlanan **3 sıra numaralı Vergi Kimlik numarası genel tebliği ile 1 Kasım 2006 tarihinden itibaren** Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarasına bırakacak.

1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren vergi dairelerince fiilen başlatılan uygulamayla Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası 1 Kasım 2006 tarihinden itibaren vergi kimlik numarası olarak kullanılacak.

Bu tebliğe göre ;

1. Türkiye Cumhuriyeti tabiyetinde bulunan gerçek kişiler; Vergi kimlik numarası olarak Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarasının kullanılmaya başlandığı tarihten itibaren bütün işlemlerinde vergi kimlik numarası satırına on bir haneli Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarasını yazacaklar.

2. Yabancı uyruklu gerçek kişiler; Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası verilmediğinden, bunlar vergi dairelerince kendilerine verilen on haneli rakamdan oluşan vergi kimlik numaralarını kullanmaya devam edecekler.

3. Tüzel kişiler; Daha önceden olduğu gibi mevcut ya da vergi dairelerinden yeni alacakları on haneli vergi kimlik numaralarını kullanacaklar.

Öteden beri faaliyetine devam eden Türkiye Cumhuriyeti tabiyetinde bulunan gerçek kişi mükelleflerden ödeme kaydedici cihaz kullanan mükellefler, ödeme kaydedici cihazlarını 1 Kasım 2006 tarihinden itibaren yeni vergi kimlik numarasını yazacak şekilde programlayacaklar.

4. Uygulamaya başlangıç; Türkiye Cumhuriyeti tabiyetindeki gerçek kişilerin anılan tebliğlerde belirtilen işlemleri için vergi kimlik numarası olarak, Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarasını tespit etme ve kullanmaya 1 Kasım 2006 tarihinden itibaren başlayacaklar. Geçiş sürecinde olası problemlerin önlenmesi amacıyla, 1 Kasım 2006 ile 1 Ocak 2007 tarihleri arasında anılan işlemler vergi kimlik numarası veya Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarasından herhangi birisiyle yapılabilecektir. 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren ise bahse konu olan tüm işlemlerde Türkiye Cumhuriyeti tabiyetindeki gerçek kişiler için vergi kimlik numarası olarak yalnızca Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası kullanılacaktır.

Kurumlar Vergisinde Yapılan Değişiklikler

2006 yılından itibaren uygulamaya gire-

cek olan 5520 sayılı yeni Kurumlar Vergisi Kanunu üzerinde de köklü değişiklikler yapıldı.

Gelir Vergisi Kanunu içerisinde gerçekleştirilen vergi kesintisi uygulamaları Kurumlar Vergisi kanunu içerisine alındı.

Kurumlar Vergisi oranı % 20' ye indirildi. Ancak Kurumlar Vergisi Kar dağıtımında hesaplanan % 10'luk tevkifat oran % 15'e çıkarıldı.

Geçici Vergi oranı da % 20'ye indirildi..

SSK ve Bağ-Kur ile İlgili Değişiklikler.

Herhangi bir Sosyal Güvenlik Kanununa tabi iken başka bir Kanuna göre prim ödeyenler için 22 Şubat 2006 tarih ve 5458 sayılı Kanunun 16 ıncı maddesi ile yeni bir düzenleme yapılmıştı.

Bu madde hükmüne göre; 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile 506, 1479, 2925 ve 2926 sayılı Kanunlardan birine tabi sigortalı iken, aynı sürede bir diğer sosyal güvenlik kurumuna, adına prim ödenmiş ise yersiz tahsil edilen prim asılları, sigortalı veya hak sahibinin talebi, T.C. Emekli Sandığı bakımından ayrıca Kurumların da talebi halinde işsizlik sigortası primi hariç olmak üzere diğer Kuruma devredilecektir.

Sigortalıların çakışan hizmet süreleri için ilgili Kurumlara müracaatları yeterli olacaktır.

Diğer Kanunlarla İlgili Değişiklikler

2006 yılı üçüncü geçici vergi döneminde uygulanacak yeniden değerlendirme oranı 4 Seri Nolu Kurumlar Vergisi Sirküleri ile; % 5,55 (yüzde beş virgül elli beş) olarak tespit edilmiştir.

* TDB Mali Müşaviri



■ Yazı ve fotoğraflar:
Yelda Baler

Uludağ'ın eteklerinde 700 yıllık bir köy

Cumalıkızık

Sonbaharın alacalı renkleri iyiden iyiye her yanımızı sarmışken, sırtını ulu bir dağa dayamış Bursa'nın Cumalıkızık Köyü'ne gitmenin tam zamanı.



Kızarmış yapraklar üzerinde dolaşmak için olduğu kadar tadına doyum olmaz doğal lezzetleri heybenize koyup dönmek için de sonbahar iyi bir dönem.

havanın kararmaya yüz tuttuğu bir saatte vardığımız Bursa'dan Eskişehir yolu'na dönüyoruz. 8 km. sonra Cumalıkızık tabelasından köy yoluna sapıyoruz. Uzunca bir yol gideceğimizi sanırken bir kaç dakika sonra parke taşlı bir meydanda buluyoruz kendimizi. Soluk sokak lambalarının aydınlattığı daracık dik yokuşlar bağlanıyor meydana. Aşınmanın etkisiyle iyice yuvarlaştıran taşlar, evlerin arasından süzülen dolunayın ışığı ile gümüş rengini almışlar. Taşların arasından süzülen su-

lar parlamayı daha da artırıyor. Gözü müze kestirdiğimiz bir yokuşu tırmanmaya başlayınca o büyümlü parlaklık bizi de sarmaya başlıyor.

Evlerin arasından sağa sola kıvrılırken köşeden, öteden, beriden çıkan köy halkı hızla yanımızdan geçip giderken akşam selamlarını da eksik etmiyorlar. Sokak aralarına yayılan elektronik saz sesleri telaşın sebebini de anlatıyor bize; Cumalıkızık'ta düğün var belli. Yaklaşık on dakika sonra kalacağımız pansiyona geliyoruz. Daha birkaç hafta

öncesine kadar yapılan bahçe sefalari, sonbaharla birlikte yerini içerilerde se dir üzerinde ya da soba başındaki soh betlere bırakmış çoktan. Eşyalarımızı bi le bırakmadan pansiyon sahiplerinin misafirleriyle yaptıkları soh bete katılı yoruz. Tarih konuşuluyor uzun uzun...

Osmanlı'yla yaşıt bir köy

Tokat yakınlarında yaşayan Oğuz boyla rından Kızıklılar bir gün Karakeçeli Aşı retinin hükümündeki bölgeye yerleşmek için Yurtluk isterler. Ertuğrul Gazi çıka bilecek düşmanlıkları önlemek için Kı zıklılara Uludağ'ın eteklerinde yer gös terir. Sonra da Kızıklı Beyi'nin yedi oğ lunu Karakeçeli Aşiretinin yedi kızıyla evlendirir. Yedi oğul, yedi köy kurarlar ve yerleşirler. İşte yedi Kızık köyü oğul ların kendi adıyla anılır. Cumali Beyin köyü Cumalıkızık, Fethiye Beyin köyü Fethiyekızık (şimdiki adıyla Fidyekızık), Hamlı Beyin köyü Hamlıkızık (şimdiki adıyla Hamamlıkızık), Dallıkızık, Ba yındırkızık, Derekızık, Değirmenlikızık ... Kızık köyleri içinde en korunmuşu olan Cumalıkızık, bir Osmanlı Vakıf köyü. Osmanlı İmparatorluğu'nun kurul ması sırasında Bursa'daki ilk yerleşme bölgesi olan Cumalıkızık, Kurtuluş Sa vaşı sırasında Yunan ordusunun diğer Kızık köylerini yaktıktan sonra köye ya kın bir yerde Türk Ordusu tarafından durdurulmasıyla yok olmaktan kurtul muş. Böylelikle köy doğal dokusu koru narak günümüze kadar ulaşabilmiştir. Osmanlı dönemi kırsal mimarisinin önemli özelliklerinden biri olan Cumalı kızık bir kültür mirasıdır.

Sohbeti tamamlayıp restore edilmiş bu eski evin üst katına çıktığımızda baş oda denilen odaların açıldığı büyükçe bir odaya geliyoruz. Yer minderleri, ki limler, bakırlar, kaplar ve bol miktarda mavi boncuklarla donanmış baş odadan, bize ayrılan odaya geçiyoruz. Be yaz dantel işlemelerle bezeli yatak ta kımları, divan örtüleri, ahşap işleri ara sında dinlenmeye çekiliyoruz.

Sabah gün doğarken uyandıığımızda, kahvaltıyı sonraya bırakıp sokaklarda güneşli bir sonbahar havasını solumaya karar veriyoruz. Sabahın serinliği, güne şin ışığı, taşların arasından sızan suların parlaması puslandırıyor ortalığı. Gece nin karanlığında siluet gibi duran evler, sararmış sonbahar güneşi ile renklen mişler. Taşların arasından akan suyun hikmetini de sabah öğreniyoruz. Eski-



Kapılar açıldı mı sokağa ilk çıkanlar evde zaptedilemeyen küçük çocuklar oluyor. Kimi bir köpeğin peşinden gidiyor, kimi oyuncuğı peşinden gelsin diye bekliyor.



Köylülerin ocaklarında kaynayan reçeller, avlularında kuruyan tarhanalar, mutfaklarında kurulan turşuların satıldığı şenlikli bir Pazar yerine dönüşecek burası birazdan.

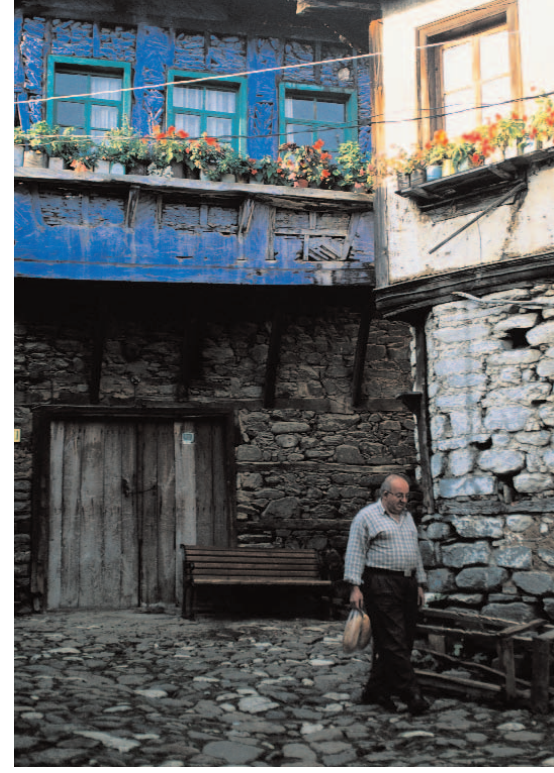
den beri süregelen bu gelenekle kaynak suları Cumalıkızık sokaklarından akıtılıyor ve bu sayede aşağılardaki bahçeler de rahatlıkla sulanabiliyor. Ayrıca akan suların, bir mekanizma yardımıyla farklı sokaklardan geçmesi sağlanıyor.

Avludaki 'hayat'

Gezdikçe anlıyoruz ki 700 yıllık tarihi olan bu eski Osmanlı köyünde bütün evler şanslı değil. 250'ye yakın ev bulunan köyde evlerin bir kısmı restore edilerek yeniden yaşama kazandırılırken bir kısmı hala sihirli değneğin kendilerine dokunmasını bekliyor. Çoğunlukla iki ya da üç katlı olan evlerin dış kapısından başınızı uzatıp baktığımızda kent hayatına çok uzak başka hayatlarla tanışıyoruz. Evlerin en çok kullanıldığı ve "Hayat" adı verilen avluda ürünler depolanıyor, ayrılıyor, odun kömürü saklanıyor, tarhanalar kurutuluyor, salçalar yapılıyor. Evde yapılan düğünler

bile burada kuruluyor. Hayat bölümünden geçilen iç avludaki fırında ekmeğin pişiriliyor, şaraphane denilen ahşap teknelerde üzümler sıkılıyor, pekmez kaynatılıyor. Çamaşırlar burada yıkanıyor. Tavuk kümesleri bile burada bulunuyor.

İki katlı Cumalıkızık evlerinde bir kat kışlık olarak ayrılmıştır. Mutfak, ocak, fırın, tuvalet, ahır ve kümes zeminde, yatak odaları, oturma odaları ve banyo ikinci katta bulunur. Üç katlı olan Cumalıkızık evlerinde ise ikinci kat yazlık olarak kullanılmakta. Üst katta ise baş oda denilen minderli yastıklı seki ve sevdiklerin bulunduğu odalar yer alıyor. Sabah güneşi yükseldikçe sokaklar da hareketlenmeye başlıyor. Pencerelerdeki ahşap kafes panjurlar açılıyor. Kiminden torunlarını büyük şehre salmış bir nine uzatıyor başını, kiminden serçelere kırıntı veren bir dede... Kapılar açıldı mı sokağa ilk çıkanlar evde zaptedile-



meyen küçük çocuklar oluyor. Kimi bir köpeğin peşinden gidiyor, kimi oyuncağı peşinden gelsin diye bekliyor.

Doğal yaşam peşinde koşanlar için

Döne dolana meydana geldiğimizde yiyeceklerin satıldığı tezgahlarla karşılaşırız. Köylülerin ocaklarında kaynayan reçeller, avlularında kuruyan tarhanalar, mutfaklarında kurulan turşuların satıldığı şenlikli bir Pazar yerine dönüşecek burası birazdan. Ahududu, çilek, kestane ve kirazı ile ünlü köyde reçellerin tadına gerçekten doyum olmuyor. Yiyecekleri görünce acıktığımızı hatırlayıp kahvaltı etmek üzere yukarı doğru yol alıyoruz yine. Meyve bahçelerinin hemen önündeki pansiyonun bahçesine geldiğimizde bahçeye kurulmuş masalardaki kahvaltı telaşına bizde katılıyoruz. Sonrası kahvelerimizi köy kahvesinde içiyoruz ve tarihten izlerle gezimizi sürdürüyoruz. Cumalıkızık Camisi ahşap revakı, ahşap direkleri, kemerleri ve kalem işli bezemeleri son derece etkileyici. Osmanlı mimarisi ile yapılmış tek kubbeli hamam da köyün tarihi dokusunun parçaları. 1981 yılından bu yana doğal bir sit alanı ilan edilen köyün UNESCO tarafından "Dünya Mirası" listesine alınması çalışmaları ise halen sürdürülmekte.

Türkiye'nin en güzel 10 kasabasından biri seçilen Cumalıkızık'ın yukarısında yürüyüş parkuru olduğunu ve hemen ilerisindeki vadiden Uludağ eteklerine kadar trekking yapılabildiğini de son söz olarak söyleyelim.



Mustafa Oğlu Mustafa

Mustafa Ülgen

Vatan Kitap

Ortodonti profesörü Mustafa Ülgen, yaşamından kesitlerle Türkiye'yi anlattığı kitabını hakkında şu ifadeleri kullanıyor:

“Daha önceki yıllara kıyasla 1950 ile 2000 yılları arasında Türkiye’de oldukça hızlı değişiklikler yaşandı.

Örneğin 1950’li yıllarda Türkiye’de birçok insan okuma yazma bilmiyordu, birçok evde su ve elektrik yoktu. Elektriği olanların çoğunda radyo yoktu. Radyosu olanlara radyo dinlemeye gidilirdi. Yaşamım bu hızlı değişim yılları içinde geçti. Bu zaman içinde 1416 sayılı yasa uyarınca, Milli Eğitim Bakanlığı bursuyla, 1970-1975 yılları arasında İsviçre Zürih Üniversitesi’nde doktora yaptım, buna karşın 10 yıl mec-



huri hizmet yüklen-dim. Yurda döndükten sonra sırasıyla Bursa Uludağ, Ankara, Diyarbakır, Dicle, İstanbul ve Yeditepe, üniversitelerinde çalıştım. Ayrıca Alman Alexander von Humboldt Vakfı bursuyla 1985-86 yıllarında Bonn Üniversite-

si’nde iki farklı araştırma yaparak, bunları orada yayınladım. Bu kitapta yurtiçi ve yurtdışında yaşadıklarımı anlatarak, yukarıda bahsettiğim değişimi kendi açımdan belgelemek istedim. Bu kitabın edebi bir değeri olacağını sanmıyorum. Kitabın ticari bir amacı da yoktur. Bu kitap Türkiye kütüphanelerine girerek, ileride Türkiye’nin bu yıllarını bilmek isteyenlere kaynak olabilirse bence amacına ulaşmış demektir.”

Öteki Renkler

Seçme Yazılar ve Bir Hikaye

Orhan Pamuk

İletişim Yayınevi / Çağdaş Türkçe Edebiyat Dizisi

2006 Nobel Edebiyat Ödülü’nün sahibi Orhan Pamuk ve onun edebiyata -tabii özellikle romana- bakışı hakkında fikir sahibi olmak için ideal kitap.

Öteki Renkler yazarın çocukluk anılarından mutluluk saatlerine, romanlarını nasıl yazdığından gezi notlarına, sevdiği yazarlar ve kitaplar hakkında eleştirilerinden kişisel itiraflarına, şikayetlerine, siyasi öfkelerine, kültürel ve gündelik hayat konusundaki heyecanlarına uzanıyor ve Orhan Pamuk’un yalnız romanda değil, düzyazıda da ne kadar usta olduğunu kanıtıyor. Yirmibeş yıldır yazdığı düzyazılardan, tuttuğu defterlerden, yaptığı röportajlardan yapılan bu titiz seçmede Pamuk, zaman zaman eğlenceli, kıskırtıcı, çözümleyici



Gizli Ajan

Joseph Conrad

İmge Kitabevi Yayınları/ Edebiyat Dizisi

11 Eylül saldırılarından sonra Amerikan medyasının atıf yaptığı kitapların başında gelen Gizli Ajan, terörizm konusunda yazılan ilk romanlardan biri ve bir başyapıt olarak anılmakta. Joseph Conrad’ın Greenwich Gözlemevi’ndeki gerçek bir bombalama eyleminden esinlenerek yazdığı bu roman, politik şiddetin anlamsız doğasını sergilemekte.

Gizli Ajan, bir casusluk ve politik şiddet romanı olarak tanımlansa da, aynı zamanda insan psikolojisine dair derinlikli, sarsıcı gözlemleri ve çözümlemeleleriyle, ortaya koyduğu unutulmaz karakterlerle, Conrad’ın yirminci yüzyılın ilk büyük yazarı olarak tanınmasını sağlamıştır. Bundan yaklaşık yüz yıl önce ilk yayımlandığında karanlık doğası nedeniyle sansasyon yaratan bu kitap, bugün hala tüm dünyada ilgiyle okunmaktadır. Gizli Ajan’da masum insanların ölümüyle sonuçlanan böylesine “anlaşılmaz” eylemlerde bulunanların zihinlerinde neler olup bittiğini açığa çıkaran Conrad, terörizmin günümüzdeki “açıklanamaz” yıkıcılığına ilişkin öngörülerini nedeniyle edebiyatın Nostradamus’u olarak adlandırılmaktadır. Gizli Ajan, meslektaşımız Süha Sertabiboğlu’nun özenli çevirisiyle Türkçe’de.



olan bir dille kızı Rüya ile arkadaşlığını, bayram ziyaretlerini, sigarayı bırakışını, gençlik bunalımlarını, yazarın günlük hayatını, sinema zevkini, Boğaz’daki eski yangınları, bildiği İstanbul’u, yalnızlık ve mutluluk üzerine takıntılarını, toplumun ve kendisinin korkularını ve paranoyalarını anlatıyor; Dostoyevski’den Tanpınar’a, Kemal Tahir’den Oğuz Atay’a pek çok yazar ve kitabı tartışıyor; roman kuramı ve tarihi roman, Doğu ve Batı, milliyetçilik ve Avrupa konusundaki düşüncelerini açıyor. Bir çocuğun gözünden anlatılmış ve Nişantaşı’nda geçen Pencereden Bakmak adlı uzun hikaye ile birlikte bu kitap Orhan Pamuk’un renkli dünyasını daha da derinleştirip genişletiyor.



Kredilendirilen etkinlikler

TDB – SDE Yüksek Kurulu'nun 11 Ekim 2006 tarihli toplantısında değerlendirilen etkinlikler:

Kuraray Dental Turkey Tel: 0232.421 15 94

Etkinliğin adı : Kuraray Adeziv ve Estetik Sempozyumu - İstanbul

Etkinliğin tarihi : 03 Kasım 2006

Estetik Dişhekimliği Tel: 0212.230 16 99

Akademisi Derneği (EDAD)

Etkinliğin adı : EDAD Kasım Etkinliği 2006

Etkinliğin tarihi : 03-04 Kasım 2006

Tekirdağ Dişhekimleri Odası Tel: 0282.263 54 55

Etkinliğin adı : Dişhekimliğinde Ağrılı Hastaya Yaklaşımlar ve Endodontik Tedavi

Etkinliğin tarihi : 04 Kasım 2006

Kuraray Dental Turkey Tel: 0232.421 15 94

Etkinliğin adı : Kuraray Adeziv ve Estetik Sempozyumu - İzmir

Etkinliğin tarihi : 04 Kasım 2006

Osseointegrasyon Derneği Tel: 0212.234 54 82

Etkinliğin adı : Beşinci Uluslar arası Osseointegrasyon Kongresi

Etkinliğin tarihi : 09-10-11 Kasım 2006

Dentadent Ağız ve Diş Sağlığı Tel: 0212.291 15 15

Etkinliğin adı : Dent Akademia Mezuniyet Sonrası Eğitim Programları

Etkinliğin tarihi : 10 Kasım 2006

Ankara Dişhekimleri Odası Tel: 0312 435 90 16

Etkinliğin adı : 18.Expo-Dental Ağız Diş Sağlığı Sergi ve Sempozyumu

Etkinliğin tarihi : 10-11-12 Kasım 2006

Malatya Dişhekimleri Odası Tel: 0422 323 81 90

Etkinliğin adı : Malatya 5.Bilimsel Sempozyumu

Etkinliğin tarihi : 11-12 Kasım 2006

Dişhekimliği Dergisi Tel: 0212 274 96 60

Etkinliğin adı : Dişhekimliği Dergisi 5.Uluslararası Bilimsel Kongresi

Etkinliğin tarihi : 11-12 Kasım 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Acil Tıbbi Yardım Kursu Kasım 2006

Etkinliğin tarihi : 16 Kasım 2006

S.B.75.Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Tel: 0312.595 98 00

Etkinliğin adı : Eğitim Semineri Kasım 2006

Etkinliğin tarihi : 17 Kasım 2006

Türk Oral İmplantoloji Derneği Tel: 0212.532 32 18

Etkinliğin adı : Türk Oral İmplantoloji Derneği III.Ulusal Sempozyumu

Etkinliğin tarihi : 17-18 Kasım 2006

Hatay Dişhekimleri Odası Tel: 0326.214 68 16

Etkinliğin adı : Bilimsel Toplantı 2006

Etkinliğin tarihi : 18 Kasım 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Merkezi Bilimsel Toplantılar

Etkinliğin tarihi : 18 Kasım 2006

Ankara Üniversitesi Dişhe. Fak. Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Oral İmplantoloji Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı

Etkinliğin tarihi : 20-21-22-23 Kasım 2006

Ankara Üniversitesi Dişhe. Fak. Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Oral İmplantoloji Mezuniyet Sonrası Eğitim Programı

Etkinliğin tarihi : 20-21-22-23 Kasım 2006

Adana Dişhekimleri Odası Tel: 0322.457 24 67

Etkinliğin adı : SDE Etkinliği Kasım 2006

Etkinliğin tarihi : 24 Kasım 2006

Ankara Üniversitesi Dişhe. Fak. Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Ankara Üniversitesi / Boston Üniversitesi Dişhekimliği Fakülteleri

Bilimsel Toplantısı

Etkinliğin tarihi : 24-25-26 Kasım 2006

Firmo Tıbbi Ürünler LTD.ŞTİ. Tel: 0312.427 39 30

Etkinliğin adı : İmplant Planlamasında Hatadan Kaçınma Yolları

Etkinliğin tarihi : 24 Kasım 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Bölgesel Bilimsel Toplantılar Aralık 2006

Etkinliğin tarihi : 01 Aralık 2006

İzmir Dişhekimleri Odası Tel: 0232.461 21 52

Etkinliğin adı : 6.Ege Bölgesi Dişhekimleri Odaları Uluslar arası Bilimsel Kongre ve Sergisi

Etkinliğin tarihi : 01-02-03 Aralık 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Klinik Uygulamalar Aralık 2006

Etkinliğin tarihi : 08 Aralık 2006

Estetik Dişhekimliği Tel: 0212.230 16 99

Akademisi Derneği (EDAD)

Etkinliğin adı : EDAD Aralık Etkinliği 2006

Etkinliğin tarihi : 03-04 Kasım 2006

Aydın Dişhekimleri Odası Tel: 0232.461 21 52

Etkinliğin adı : Bilimsel Etkinlik Aralık 2006

Etkinliğin tarihi : 08-09 Aralık 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Acil Tıbbi Yardım Kursu Aralık 2006

Etkinliğin tarihi : 14 Aralık 2006

S.B.75.Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Tel: 0312.595 98 00

Etkinliğin adı : Eğitim Semineri Aralık 2006

Etkinliğin tarihi : 15 Kasım 2006

İstanbul Dişhekimleri Odası Tel: 0212 296 21 06

Etkinliğin adı : Klinik Uygulamalar Aralık 2006-1

Etkinliğin tarihi : 22 Aralık 2006

760 M - GUM® Tongue Cleaner

Dil Temizleyici

Uzmanlar ideal bir ağız hijyeni için dil temizliğinin de çok önemli olduğunu vurgularlar.

Dilin yapısı ağız kokusuna, dişeti problemlerine ve diş çürümelerine neden olan bakteriler ve dental plak birikimi için ideal ortam oluşturur. Dil yüzeyindeki dental plak birikimini temizleyebilmek için fırça ve kazıyıcı kombinasyonu en ideal yöntemdir. GUM Tongue Cleaner, bir tarafı yumuşak dayanıklı kıllar, diğer tarafı iki sıralı kazıyıcı bölüm ile maksimum miktarda bakteri plağı temizleyecek şekilde tasarlanmıştır.

İdeal fırça başı büyüklüğü öğürme refleksini en aza indirir. Ergonomik sap tasarımı konforlu tutuş ve kolay kontrol sağlar.



GUM® Proxabrush®

Arayüz Seyahat Fırçası

Diş araları, sabit köprüler, ortodontik apereyler ve implantlar gibi ulaşılması güç bölgelerin temizliğinde idealdir. Metal hassasiyetine yol açmaz. Anti-bakteriyel kıllar bakteri üremesini engeller, böylece kullanım boyunca fırçanız temiz kalır. Naylon kıllar ve naylon kaplı tel, konforlu kullanım sağlar, implantlara zarar vermez, metal hassasiyetine yol açmaz. Fırça başı 180 derece hareket edebilir kolaylıkla tüm diş aralarına ulaşır. Küçük boyutları ve kullanışlı fırça tasarımı ile ev dışı kullanım için de idealdir. Ayrıca fırça sapı gerektirmez. Hava alabilen kapağı fırçayı korur, sap olarak kullanılabilir posterior dişlere de kolay ulaşmayı sağlar. Düz ve eğimli iki farklı fırça şekli ve ultra fine, fine olarak iki farklı fırça çapı ile her diş arasına uygun bir formu vardır.



Scala Tel: 0.312.387 51 75



Owandy I-Max Plus

Dijital panoramik röntgen cihazı

Dual sistem dijital panoramik cihazı olan I Max Plus "sezümiyot"(CSI) üst tabakalı CCD teknolojisi kullanmaktadır.

CSI, diğer standart dijitallerden % 20 -30 daha az doz ile daha iyi görüntü alır. Hastanelerde bulunan DICOM/PACS sistemleriyle uyumludur. Türkçe yazılımı sayesinde kontrast, büyütme, renklendirme, görüntü iyileştirme ve ölçüm yapılabilir. owandy 1 max plus ile alabileceğiniz görüntüler

Standart panoramik
Çocuk panoramik
Düşük doz panoramik
Yarım çene panoramik
Frontal dentisyon

Ortogonal dentisyon

Tme (açık/kapalı ağız)

Tme biaxial

Maxiller sinus (ön görünüm)

Maxiller sinus (yan görünüm)

Multi-motor teknolojisi hareketli kolun, kontrolü hareket algoritmalarını kesin olarak hesaplayan yazılımla sağlanan, üç bağımsız eksen üzerinde hareket eden, gelişen ihtiyaçlar doğrultusunda kolayca genişletilebilen ve yükseltilebilen fonksiyonel mekanizmaya sahiptir. Motor hareketli teleskopik kolun çift hızı sahip olması nedeniyle kolay ve etkin hasta pozisyonlandırılmasını sağlar. kolun üzerinde aletlerin yerleştirilebileceği şeffaf dört adet steril edilebilir tepsiye sahip dolap sayesinde çalışma esnasında ihtiyaç duyulan aletler yerleştirilebilir.

Triadent 0.212.523 25 10

Doctor Smile

Laser beyazlatma sistemi

Günümüzde lazerle yapılan profesyonel diş beyazlatma işlemiyle çok daha kısa sürede istenilen diş rengine ulaşmak mümkün. Lazer teknolojisinin ürünü olarak Lambda Scientifica tarafından Doctor Smile LWS geliştirilmiştir. Beyazlatma Kitleri sayesinde lazerle profesyonel diş beyazlatmasına sadece 15-20 dakikada ulaşılır. Arzu edildiği takdirde seans süresi uzatılabileceği gibi seanstan bir hafta sonra da işlem tekrarlanabilir.

Doctor Smile LWS, evde kullanılması mümkün olmayan sadece dişhekimleri tarafından lazer cihazı ile birlikte kullanılması gereken bir sistemdir. 2W, 5W, 10W, 15W gücünde 800 nm'lik Diode ve 1064 nm'lik Nd-Yag lazer sistemlerinde kullanılmaktadır.

Doctor Smile LWS paket içeriğinde dört adet 2.5 ml'lik mix beyazlatma jeli, dört adet ultraviyole ışınıyla sertleşen izolasyon enjektörü, sekiz adet fırça, dört adet de karıştırma kanülü bulunmaktadır.



Endikasyonları

Devital dişlerin beyazlatılmasında, medikal ilaçların kullanılması sonucunda "tetracylin", fluorosis, yiyecek ve içecek, sigara alışkanlıkları sonucunda oluşan nikotin lekelerinin beyazlatılmasında kullanılmaktadır.

DentLazer 0.212.343 05 15
www.dentlazer.com

SEKTÖRDEN HABERLER

Dentsan ve Linak'ın işbirliği



Diş üniteleri konusunda uzmanlaşan Dentsan Diş Hekimliği Cihazları Ltd. Şti. Linak-Türkiye ile anlaşarak Linak aktuatorlerini kullanmaya başladı. 1976 yılından beri diş üniti-fotöy ve ekipmanları, dental kompresör ve otoklav cihazları üreten Dentsan firması üretiminin önemli bir kısmını da ihraç ediyor. Gerek ihracat potansiyelini, gerekse de hizmet kalitesini arttırmayı hedeflediklerini belirten Dentsan'ın sahibi Ethem Arslan şöyle devam etti; "Dentsan'ın diş üniti için ürettiğimiz motorların yüksek maliyeti ve iş yükü faz-

lalığı sebebiyle uygun özelliklere sahip Linak Aktuatorler kullanmayı tercih ettik." Linak-Türkiye Bölge Müdürü Veli Özen ise "Linak-Türkiye olarak 2006 yılında faaliyete başlamamıza rağmen çok kısa zamanda başarılı projeler oluşturduk. Bunlardan biri DENTSAN ile olan işbirliğimiz" dedi. Elektrikli Linee Aktuator Sistemleri üreten LINAK Danimarka'da 38.000 m² alan üzerine kurulu tesislerde 1400 çalışanıyla üretim ve AR-GE faaliyetleri yürütüyor.



SCHICK CDR

Digital Radyvizyografi Sensörü

- Anında görüntü alır.
- Normal filmlere göre %90 daha az radyasyon gerektirir.
- Arşivleme ve saklama kolaylığı sağlar.
- Hastanın daha önceki görüntüleri ile mevcut durumu kolayca mukayese edebilir.
- Görüntü istenen oranda büyütülebilir, ölçüm, yoğunluk tahlili, belli alanların boyanması gibi birçok işlem yapılabilir.
- Yüksek veri gücüne sahip gerçek USB ile çalışır.
- Ayrıca elektrik enerjisi ve ilave kart gerektirmez.
- Herhangi bir bilgisayara USB portundan kolayca bağlanabilir.
- CMOS APS (Aktif Pixel Sensör) teknolojisi ile tüm pixellerin aktif olarak çalışmasını sağlar.

Dentanet Tel: 0.212.292 65 96

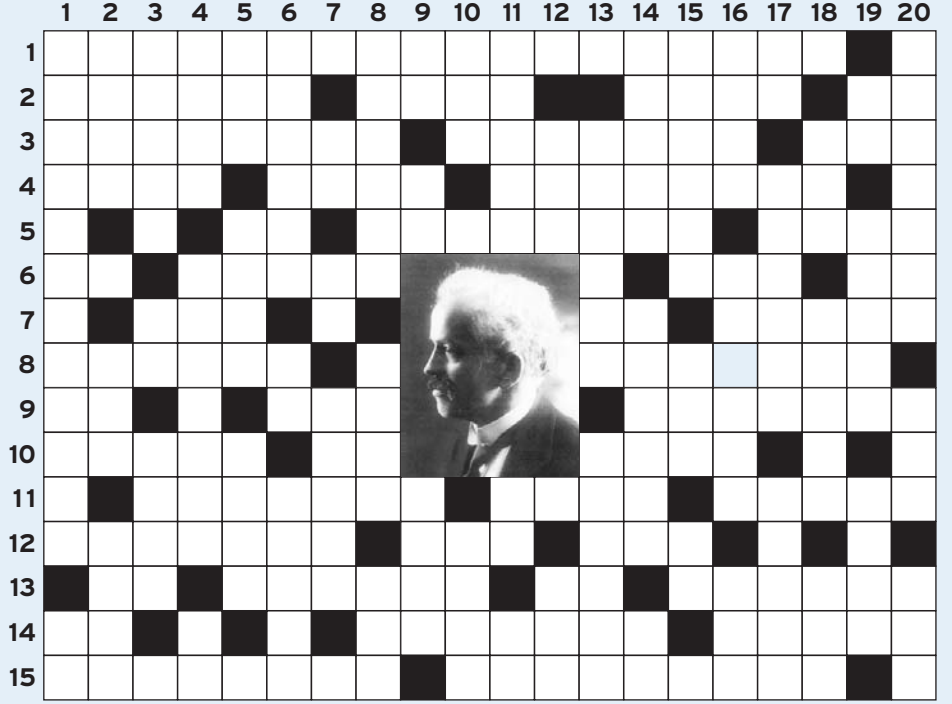
Ödüllü Bulmaca

Bu sayının armağanı:



Doğru yanıtı **8 Aralık 2006** akşamına kadar **0.212.327 84 43** nolu faksa gönderen okuyucularımız arasında yapacağımız çekilişle 10 okuyucumuz Güney Diş Deposu'ndan 1 Litre Unisepta Plus dezenfektan kazanacak.

Hediyeleriniz kargoyla adresinize teslim edilecek.



Ad-soyad:

Telefon:

Adres:

İl:

SOLDAN SAĞA

1. Resimde görülen, 1869-1921 arasında yaşamış, 22 Kasım 1908'de ilk dişhekimliği okulunun kuruluşuna katkıları nedeniyle Türkiye'de bilimsel dişhekimliğinin kurucusu kabul edilen dişhekimini 2. Soyululuk • Martin ..., Jack London'un ünlü kahramanı • Çeşitli inançlarda belli bir süre için yeme, içme, cinsel ilişki ve benzeri dünya zevklerinden kendini alıkoyma • Tantal'ın simgesi 3. Atatürk'ün yatı • Bir siyasal ya da felsefi öğretiyi geliştiren kimse • Gelecekte olabilecekleri öğrenmek amacıyla çeşitli maddelere bakarak anlam çıkarmaya çalışma 4. Meydan, saha • ... Berger, • Fiziksel çevrenin insana uyum-

laştırılması süreci, işbilim 5. Nebat • Konya'nın bir ilçesi • Ayartma 6. Helyum'un simgesi • Açık artırma yoluyla yapılan satış • Bodrum yakınlarında bir Yunan adası • Aktinyum'un simgesi 7. Levha durumunda demir çelik ürünü • İlave • Ucu batıcı olan 8. ... Bir Gün, Şekip Ayhan Özlük'ün unutulmaz bestesi • Cilveli, nazlı 9. Asker • Maden Tetkik ve Arama Genel Müdürlüğü • İnme ya da sakatlık yüzünden yataktan kalkamayan kimse 10. Hristiyanlıkta bayram • Vietnam'ın plaka işareti • ... Levinson, Yağmur Adam, Sleepers gibi filmleriyle tanınan ABD'li yönetmen 11. ... Caldwell, Tütün Yolu, Kuyudaki Zenci gibi yapıtlarıyla tanınan ABD'li yazar • Yunan mitolojisinde savaş tanrısı • İncil'de Tanrı'nın özellikle Hz. İsa aracılığıyla insanoğluna duyduğu sevgi ve karşılığında insanın Tanrı'ya duyduğu sevgi için kullanılan sözcük 12. Friedrich Leopold ... (1772-1801) Alman Romantik şair ve kuramcı • Limited'in kısaltması • İtalyan Radyo Televizyon Kurumu 13. Uzaklık ifade

eden bir belirteç • Isırganotunun Latince adı • Boru sesi • Elif Şafak'ın 1997'de yayımlanan ilk romanı 14. Sodyum'un simgesi • Kuyruğu liri andıran Avustralya'ya özgü bir kuş türü • William Martin ... (1777-1860), İngiliz topoğrafya ve antik çağ uzmanı 15. Nisan 2004'te yitirdiğimiz, Diyarbakır Dişhekimleri Odası Kurucu Başkanı ve TDB'nin ilk Merkez Yönetim Kurulu Üyesi meslektaşımız • İlısu Barajı'nın suları altında kalacak olan tarihi yerleşim.

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. ... Korkmazgil, coşkulu ve destansı bir anlatımla emek, barış ve özgürlük temalarını işleyen şair • Geleneksel Japon tiyatrosu 2. Temel niteliğinde olan, başlıca • FDI Avrupa Bölgesel Organizasyonu • Büyük ve süslü, gösterişli çadır 3. Pide biçiminde pideden de ince ekmek • Kalay'ın simgesi • Uygun, yaraşır, yakışır 4. Duyuru • Küba'nın güneydoğu kesiminde sıradağ • Güzel, iyi 5. Derinin gözeneklerinden sızan tuzlu sıvı • Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü • Yaramaz olmayan 6. Gonçarov'un Oblomov romanında Batılı davranışını yansıtan karakter • İlaç, deva • Kalsiyum hidroksit 7. Soru sözü • İskambilde birli • 60'lı yıllarda yaygınlık kazanan hızlı bir dans 8. Osmanlı'da belirli bir görev ve hizmet karşılığında kişilere veri-

1	K	A	N	T	O	R	O	W	I	C	Z	P	R	A	E	T	O	R	
2	E	L	I	A	S	Z	U	L	A	I	R	A	K	S	A	K	N		
3	M	A	L	T	M	O	H	O	D	B	İ	N	P	R	A	F	A		
4	A	M	P	R	A	N	G	A	N	A	M	A	Z	A	L	A			
5	L	E	S	B	O	S	O	K	Y	A	N	U	S	A	N	İ	M		
6	T	T	K	V	A	A	T				S	E	T	T	P	A	O		
7	A	O	A	S	İ	S					L	E	S	O	T	H	O		
8	H	A	L	İ	K	K	A				A	Ç	M	A	Ü	R			
9	İ	M	A	M	İ	Y	E				K	U	R	E	S	R	E		
10	R	O	S	E	A	R	K				A	K	İ	D	E	A			
11	R	T	S	N	O	R	E	G	O	N	N	A	G	O	Y	A			
12	A	F	İ	L	A	S	A	L	A	K	İ	N	Y	M	N				
13	R	K	O	N	A	K	H	E	L	A	L	Z	A	D	E	O	D		
14	G	O	G	O	L	U	M	M	A	N	A	L	İ	C	A	N			
15	O	R	T	O	D	O	N	T	İ	T	A	N	A	K	O	N	D	A	

95. SAYI

Armağan kazananlar

Reyhan Akman
ADANA
Serpil Aksoy
TOKAT
Emir Altınır
İZMİR
Ergün Altınışık
ANKARA
Emre Çulha
MERSİN
Mehmet Karaaslan
İSTANBUL
Okan Kıvrak
İZMİR
Nuray Özmen
İZMİR
Burcu Sarıyar
İZMİR
F. Beste Uğurgelen
İSTANBUL

len devlet toprağı • Thomas ..., Buddenbrook Ailesi'nin yazarı, Alman romancı • Birinci olarak 9. Freudcu terminolojide ilkel benlik • İşaret • Pamuk üreticisine ırgat sağlayan kimse, ırgatların başı 10. Karadeniz Ekonomik İşbirliği • Bahçelerde çiçek dikmeye ayrılmış yer 11. Lider • İsim • Eski Mısır dininde insan ruhunun başlıca özelliklerinden biri 12. Enerji birimi • Tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık eğitimi almak için kazanmak zorunda oldukları sınav 13. Etiyopya'nın doğusunda kıraç bölge • Sali ..., Arnavutluk Başbakanı 14. Genellikle yapılardan atılan taş kırıkları vb. döküntüler • Halk dilinde yara kabuğu • Toz durumuna getirilmiş tahıl 15. İroni özelliği taşıyan • Tavlada kullanılan küp şeklinde oyun aracı • Sicim 16. Viktor ..., Sefiller'in yazarı • Rusya'da Kafkaslar'ın kuzeyinde cumhuriyet • Bir bağlaç 17. Tok olmayan • Olta ipi • Yılmaz ..., Umut ve Duvar gibi filmleriyle tanınan Türkiyeli yönetmen 18. Hayvan yemi olarak yetiştirilen otsu bir bitki • Bahçe içinde, gösterişli, müstakil ev • Futbolda orta alan oyuncularının her biri 19. Tantal'ın simgesi • *Bir vapur geçer ... önünden/Nâzım usulcacık okşar vapuru* • Üzerine ses kaydedilen dairesele biçimli nesne 20 Orianna ..., geçtiğimiz günlerde ölen İtalyan yazar • Güreşte bir hareket • Üfleme bir çalgı.

Kurs, Kongre, Sempozyum

Beşinci Uluslararası Osseointegrasyon Kongresi

09-10-11 Kasım 2006
Swissotel-İstanbul
Tel: 0212 234 54 82
Fax:0212 230 53 06
www.osseder.org

Türk Dişhekimliği Birliği 14. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

11-17 Haziran 2007
Lütfi Kırdar Kongre Merkezi
İstanbul
Tel: 0.212.219 66 45
Faks: 0.212.232 05 60
www.tdbkongresi.com
E-mail: bilgi@tdbkongresi.com

IDS – Uluslararası Dişhekimliği Fuarı

20-24 Mart 2007
Köln-Almanya
www.ids-cologne.de

Dünya Dişhekimliği Birliği (FDI) 95. Kongresi

24-27 Ekim 2007
Dubai Dünya Ticaret Merkezi
Dubai-Birleşik Arap Emirlikleri
www.fdiworldental.org

Fransa Dişhekimleri Birliği 2006 Uluslararası Dişhekimliği Kongresi

22-25 Kasım 2006
Paris-Fransa
www.adf.asso.fr

DEVREN SATILIK MUAYENEHANE

1,5 senelik muayenehanemi
devretmek veya tüm cihazlarımı
satmak istiyorum.

Nur Yasemin Çapakçıoğlu
Adres: Camikebir Mah. Kılıçlı Paşa Sok.
No:23 Germencik / Aydın
Tel: 0.532.435 67 16

VEFAT

Meslektaşlarımız Muhittin Gül ve
Gonca Dönmez'in annesi,
meslektaşımız Hikmet Dönmez'in
kayınvalidesi
Berrin Gül
2 Eylül 2006 tarihinde vefat etmiştir.
Meslektaşlarımızın acısını paylaşıyor,
başsağlığı dileriz.

TDBD 94. Sayı SDE Cevap Anahtarı

- 1. B** Amoksisilin ampicilinle benzer spektruma sahip olmasına karşın emiliminin daha iyi olması avantaj sağlamaktadır.
- 2. D** Nervus Lingualisin geçici blokajı Mandibuler anestezinin kaçınılmaz bir komplikasyonudur. O nedenle D şıkkı doğrudur.
- 3. A** Makrofajlar antijeni tanıyıp T lenfositlerine sunarlar.
- 4. E** Tüm maddelerde yer alan sebepler kronal mikrosızıntıların sebebi olduğundan e şıkkı doğrudur.
- 5. E** İdeal oklüzyon, mandibulanın, sentrik ilişki pozisyonundan fonksiyona gelene kadar oluşacak yükleri karşılayabileceği en uygun horizontal harekette ve bu hareketler sırasında tüberkül temaslarının elimine edilmesi ve vertikal streslerin oklüzyonda düzenlenmesi ile sağlanır.
- 6. E** Asitle pürüzlendirme mikromekanik tutuculuğun sağlanması, aprimatik tabakanın uzaklaştırılması, yüzeysel bakteriyel ve plağın uzaklaştırılması için gereklidir.
- 7. E** Tedavi edilmemiş Konjestif kalp

hastalığı ile Kronik obstrüktif akciğer hastalığında doku oksijenasyonu ve beslenmesi düşer. Bu durum yara iyileşmesini geciktirir. Kontrol altına alınmamış Diabet de transendotelial migrasyonu azaltacak derecede endoteldeki kalınlaşma ile polimorf nükleer lokositlerin kemotaksisindeki bozulma yara iyileşmesini olumsuz yönde etkiler. Malign tümörlerin tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanların sitotoksik etkileri vardır. Cinsiyetin yara iyileşmesi üzerine etkisi istatistiksel olarak önemli bir fark göstermez.

8. D Bakteri ve fagositik hücre arasında köprü kurulması olayına opsonizasyon denir

9. E Bütün şıklar geçerlidir. Dolayısıyla E şıkkı doğrudur.

10. A Maksimum tüberküllerarası ilişkide, posterior dişlerin anterior dişleri, lateral hareketler sırasında, kaninlerin kesicileri ve posterior dişleri koruduğu oklüzyon türü karşılıklı koruyuculu oklüzyondur.