

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI

dergi

İKİ AKA BİR YAYINIMIZ
MAYIS - HAZİRAN 2013
SAYI: 160



**Ölçüden direkt bitime
radar scanner !!**



Pro SCAN 3G
conoscopic holography

DİDİMER

DİJİTAL DİŞ HEKİMLİĞİ MERKEZİ

Rumeli Caddesi No:71/1 Osmanbey -Şişli / İstanbul
T: 0850 321 46 46 | info@didimer.com | www.didimer.com

HESABINI BİLEN İSVİÇRELİ

YÜKSEK TEKNOLOJİSİ VE
FARK YARATAN
KALİTESİ İLE
IMPLANT**SWISS**
ARTIK TÜRKİYE'DE.



implant**swiss**

Tanıtıma özel fiyatlar ve size uygun çözümler
için en yakın bayimizle temasa geçiniz.
www.implantswiss.com

Başkan	07
Editör.....	09
Oda Haberleri	10
TDB 15. Dönem Çalışmalarına Başladı	18
Meslek Sorunları Sempozyumu	20
TDB 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi	26
Kongre'den Söyleşiler	32
Bilimsel: Oral İmplantolojide Sinüs Tabanı Elevasyon (Bölüm II)	38
Dosya: Genel Seçim Üzerine	50
Hukuk	56
Dünyadan: Romanya	60
Dosya: Nükleer Santraller	62
Geziyorum: Küba	68
Aidat Formu	73
Dental Kitap	74
Kitap/Müzik	75
Hoşgeldiniz	76
Duyurular	77
Akıl Oyunları	78
Aslında Hergün Fırçalıyorum	80
Karikatür	82
REKLAM	DİZİNİ
D -MAR	ön kapak içi
AGS	03
Teknodent	08
Solidental	36
Erkan Medikal	55
Millart	arka kapak içi
Dentsply	arka kapak

Meslek Sorunları Sempozyumu

20



Kongre'den Söyleşiler: Bir Günde İmplant Tedavisi

32



Dosya: Genel Seçim Üzerine...

50



www.ido.org.tr

Yönetim Yeri ve Adresi
İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI

Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul
T. 0212 225 03 65 - 296 21 05 • F. 0212 296 21 04
www.ido.org.tr • ido@ido.org.tr

İmtiyaz Sahibinin Adı ve Adresi
Murat Ersoy

Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul

Sorumlu Müdürün Adı ve Adresi
Fusun Şeker

Cumhuriyet Caddesi Safir Apt.
No. 203 D. 3 34367 Harbiye/İstanbul

Yayın Kurulu

Özlem Batur Havza
Süha Sertabipoğlu
Ferah Ulu
Şeyda Özçelik Yavuz
Sevgi Türkmen
Servet Zulfikar

Yazarlar

Fırat Budacı
Nilgün Onarıcı

Çizer

İlhan İşler

Redaksiyon

Süha Sertabipoğlu

Yayın Koordinatörü

Özgü Bircan
ozgu.bircan@ido.org.tr

Reklam Koordinatörü

Özlem Kevelcioğlu
ozlem.kevelcioğlu@ido.org.tr

Yayın Adı

dergi

Yayın Türü

Yerel süreli yayın (iki ayda bir yayımlanır.)

Editöryal ve Teknik Üretim

Basım Atölyesi
Karaman Çiftlik Yolu Sk. No:56 Ataşehir - İstanbul
T. 0216 418 84 91

Baskı

Tor Ofset

Hadımköy Yolu, Akçaburgaz Mah. 4. Bölge
9. Cadde 116. Sokak No. 2 Esenyurt - İstanbul
T. 0212 886 34 74

Basım Yeri ve Tarihi

İstanbul - Haziran 2015

160. sayı 7000 adet basılmıştır. Dergi'de yer alan yazıların hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir.

Büyük Buluşma: TDB 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi



26

Bilimsel: Oral İmplantolojide Sinüs Tabanı Elevasyonu (II)



38

Geziyorum: Küba



68



TEKNODENT®

ADINI TEKNOLOJİDEN ALDIK!

NEWTOM 5G TEKNOLOJİSİ İLE HİZMETİNİZDEYİZ!



- En Son Teknoloji • En Yeni Tomografi Teknikleri
- Renkli Tomografi • 20 Kat Daha Hızlı Çekim
- En Küçük Voksel Kalınlığı 0,075 mm
- 360 derecede 480 Projeksiyon
- Yüksek Çözünürlük • Düşük Radyasyon
- Işınlama süresi 2,4 saniye



TEKNODENT®

Dento-Maksillofasiyal Görüntüleme Merkezi



Bağdat // Göztepe 0216 360 7330 - 360 5301

Kadıköy 0216 330 89 43

rontgen@teknodent.com // newtom@teknodent.com

www.teknodent.com

TEKNODENT "MFR-GRUP" üyesidir.



“Türkiye adına daha umutlu, daha iyimserim...”

TDB 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’ni geride bıraktık. Kongrede 25-26-27 Mayıs 2015 tarihlerinde Meslek Sorunları Sempozyumu (MSS), 28-29-30 Mayıs 2015 tarihlerinde ise bilimsel bölüm gerçekleştirildi.

Meslektaşlarımızın yoğun ilgisi ile karşılanan kongremiz bilimsel bölümüyle olduğu kadar fuar ve sosyal programıyla da önceki TDB kongrelerinde olduğu gibi dişhekimliği tarihindeki müstesna yerini almıştır.

İstanbul Dişhekimleri Odası; Yönetim, Denetleme ve Disiplin kurulları ile Kongre Organizasyon Komitesi’nin yaklaşık bir yıl süren emek, çaba ve özverileri, ortaya çıkan başarıda en büyük paya sahiptir. Hepsine bir kez daha teşekkür ediyorum.

Elbette ki bu büyüklükte bir organizasyonda eksikler, hatalar, düzeltilmesi gerekenler vardır. Oda yöneticilerimizden, katılımcı meslektaşlarımızdan gelen görüş ve öneriler doğrultusunda onları da ortadan kaldırma ya da en aza indirme çabası içinde olacağımız tabiidir.

Yine Oda organları ve Organizasyon Komitesi ile yaptığımız ve yapacağımız değerlendirmeler de Oda yöneticilerimizin, katılan meslektaşlarımızın görüş ve önerileriyle birleşerek daha eksiksiz kongreler hazırlama yolunda bize ışık tutacaktır.

TDB 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi için bayrağı devrettiğimiz İzmir Dişhekimleri Odamıza da başarılar ve kolaylıklar diliyorum.

Kongreden hemen sonra 07 Haziran 2015’te ülke tarihinin en önemli genel seçimlerinden biri yaşandı. 13 yıldır tüm kurum ve kuruluşlara mutlak hakim

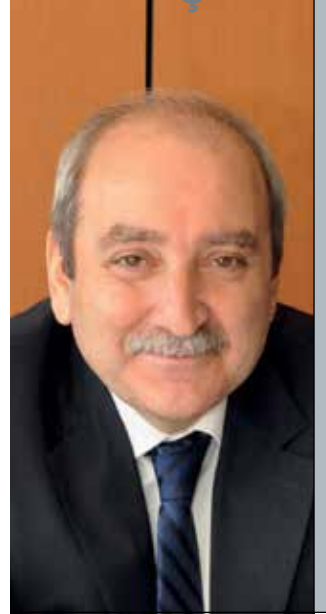
olan bir tek parti iktidarı ile yönetilen Türkiye bu seçimle; toplumu bölen, ötekileştiren, azarlayan ve otoriterleşen politikalara “devam” mı diyecekti, yanı sıra “Türk tipi Başkanlık” denilen ve bahsettiğimiz gidişi daha da hızlandıracak bir aşamaya mı geçilecekti? Giderek ortadan kalkan ve demokrasi-nin olmazsa olmazı olarak kabul edilen güçler ayrımı (yasama-yürütme-yargı) tamamen mi ortadan kalkacaktı?

Bütün bu politikalara karşı halkın yoğun olarak katıldığı, sandıklara ve seçim sonuçlarına sahip çıktığı, ortaya çıkan ve çıkarılmak istenen yönetim biçimine karşı “dur” dediği bir genel seçim yaşadık.

Bugün ülkenin geleceği adına daha umutlu, daha iyimserim. Demokrasinin tüm kurum ve kurallarıyla işleyeceği, giderek bölünen ve ayrışan toplumun yeniden kucaklaşacağı, “biz ve onlar” söyleminin ortadan kalkacağı, uzlaşma kültürünün yeniden yeşereceği bir Türkiye adına daha umutlu, daha iyimserim.

Yeni dönemde beklentimiz; sağlık alanında “ben yaptım oldu” diyerek sağlığı piyasalaştıran, sağlık alanını alt üst eden, sağlık çalışanlarını değersizleştiren 663 sayılı KHK’nın, 03 Şubat 2015 tarihinde yayınlanan yönetmeliğin ve diğer tüm düzenlemelerin uzlaşma ve diyalog süreçlerini hayata geçirilerek değiştirilmesi, sağlık çalışanlarının sağlık meslek örgütlerinin de katkı ve katılımlarının sağlanmasıdır.

Ağız-diş sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunun unutulmaması, mesleki politikalarımızın hayata geçirilmesi, mesleğimizi orta-uzun vadede yok edecek yönetmeliğin TDB ve dişhekimleri odalarıyla birlikte değiştirilmesi mesleğimiz adına beklentimizdir.



Murat Ersoy

İstanbul

Dişhekimleri Odası

Başkanı

ido.org.tr

Ramazan bağışlarınızla ÖNCE ÇOCUKLAR İYİLEŞSİN

Ramazan ayında yoksul bir aileyi doyurmak, hasta bir çocuğu iyileştirmek, gözü yaşlı bir anneyi güldürmek ibadetlerin en güzelidir.

Verdiğiniz fitre ve zekatlar ve yaptığınız bağışlarınızla hem Ramazan ayında, hem de 12 ay boyunca lösemili ve kanserli çocuklar ile ailelerine destek oluyoruz.

LÖSEV, kâr amaçsız ve kamu yararına çalışan bir vakıftır. Bağışlarınızın tamamı, lösemi ve kanser hastaları için kullanılmaktadır.



BANKA
bağış ekranlarından
LÖSEV



ALO LÖSEV

0 532 755 06 60
0 312 447 06 60



İNTERNET

online bağış
losev.org.tr



Füsün Şeker

İstanbul

Dişhekimleri Odası

Yönetim Kurulu

Üyesi

Umudumuz Renkli Kuşların Kanadında...

TDB Genel Kurulu, genel seçim, 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi derken geride bıraktığımız iki ayda “kadın cinayetleri” durmadı, “sağlıkta şiddet” can almaya devam etti, meclis aritmetiği değişti, Ortadoğu’da IŞİD katliamı artarak sürdü, kadınlara tecavüz edildi, satıldı, çocukların dahi kafaları kesildi. Dünyanın diğer yerlerindeki katliamlar hız kesmedi. Ülkemizde polis şiddeti aynı durumda. Çevreyi unutmayalım, o da katlediliyor. Yine de bizler Dergi çalışmasında barış, kardeşlik ümitlerimizi diri tutmaya çalışarak bu sayıyı hazırladık. Çünkü biliyoruz ki bizi ayakta tutan, mücadeleyi bırakmamıza engel olan tek şey umut. Karanlık kendini dayattıkça umudumuzu renkli kuşların kanadına takıp üzerine uçacağız. Biliyoruz, biz galip geleceğiz...

Dergi’de neler var?

Dergi’de oda haberleri bölümünde bizleri ilgilendiren çokça konu var. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikle ilgili tartışmalar devam ederken yayınlanan genelge yeni bir tartışma konusu olarak gündemimize düştü. Yönetmelik ve söz konusu genelge ile ilgili haberleri bulacaksınız bu bölümde.

Dergi’yle beraber size gönderdiğimiz “Hasta Hakları” broşürü bulundurulması gereken belgeler arasında... Sağlık kuruluşunuzda asılı olması gerektiğini hatırlatırız! Bu arada, acil seti ve otoklav konusunda da İstanbul Dişhekimleri Odası’nın çalışmalarının devam ettiğini söyleyelim.

Mayıs ayının başında yapılan TDB Genel Kurulu’nda Merkez Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu ve Yüksek Disiplin Kurulu üyeleri seçildi. Yeni görevlerinde

meslektaşlarımıza başarılar diliyoruz. 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 28-30 Mayıs’ta İstanbul Kongre Merkezi’nde yapıldı. Kongre’ye, Meslek Sorunları Sempozyumu’na (MSS) ve TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri’nin Oda Yöneticileriyle yaptığı toplantıya ilişkin haberlere geniş bir şekilde vermeye çalıştık.

Geçen sayıda çok beğeni alan bilimsel yazımızın ikinci bölümü bu sayıda devam ediyor. Ayrıca Kongremize konuşmacı olarak katılan Koreli Kwan Bum Park ve Prof. Dr. Tamer Lütfü Erdem’le söyleşilerimizi de kongre sayfalarımızda bulabilirsiniz.

İstanbul Sağlık Meslek Odaları başkanlarına 7 Haziran Genel Seçimi’ne ilişkin beklentilerini sorduk; İstanbul Tabipler Odası, Eczacılar Odası ve Dişhekimleri Odası başkanlarının konuya ilişkin değerlendirmeleri de dergimizde...

Nükleer! Enerji çözümü gibi sunulan nükleer santrallerin ne olduğu, Mersin Akkuyu’da yapılması planlanan nükleer santral ve dünyadaki nükleer kazaları Çevre Mühendisler Odası’nın raporundan derledik; ilgiyle okuyacağınızı umuyoruz.

Odamız Hukuk Danışmanı Av. Fikret İlkiz, “yeni bir Anayasa” tartışmalarında bizlere çarpıcı bir perspektif sunuyor.

Ve de bu yazıya taşıyamadığımız daha birçok bölüm yine, yeniden Dergi’de...

Barış dolu günlerin bir an önce gelmesi dileklerimizle...

ido.org.tr

📌 BÖLGESEL BİLİMSEL TOPLANTILAR

Her hafta farklı ilçelerden oluşan bölgelerde yapılan Bölgesel Bilimsel Toplantıların 2015 yılı ilk dönem programı Mayıs ayında tamamlandı.

EOT Dental'in katkılarıyla gerçekleştirilen; Kartal, Maltepe, Pendik, Tuzla, Ataşehir, Adalar, Kadıköy ilçelerindeki meslektaşlarımızın katıldığı ve Dr.Dişhekimi Noyan Başal'ın konuşmacı olduğu "İmplanta Başlarken: Koşmaya Başlamadan Yürümek" konulu toplantı 16 Nisan 2015 tarihinde, Bostancı Green Park Otel'de yapıldı.

Dentsply'in katkılarıyla gerçekleştirilen; Beykoz, Üsküdar, Ümraniye, Çekmeköy, Şile ilçelerindeki meslektaşlarımızın katıldığı ve Doç.Dr.Saip Denizoglu'nun konuşmacı olduğu "İmplant: İlk Tercih ya da Alternatif" konulu toplantı, 30 Nisan 2015 tarihinde Ağaoğlu My City Otel'de, Fatih, Arnavutköy, Gaziosmanpaşa, Sultangazi, Eyüp, Bakırköy, Bahçelievler, Güngören ilçelerindeki meslektaşlarımızın katıldığı, Dr.Dişhekimi Kılıçarslan Argın'ın konuşmacı olduğu "Periimplantitis: Kapıdaki Düşman" konulu toplantı, 14 Mayıs 2015 tarihinde, Barcelo Eresin Topkapı Otel'de yapıldı.



📌 KAHVALTILI BÖLGE TOPLANTISI

Mesleki ve güncel konuların tartışıldığı Kahvaltılı Bölge Toplantıları'nın 2015 yılı ilk dönem programı, Yalova ilindeki meslektaşlarımızın katılımıyla gerçekleştirilen toplantıyla sona erdi. İlçe Temsilcileri Komisyonumuzun organize ettiği ve 06 Mayıs 2015 tarihinde Donanma Kafe'de gerçekleştirilen toplantıda Genel Sekreter Aret Karabulut, dişhekimlerinin öncelikli gündemini oluşturan konularda bilgilendirme yaptı, gelen soruları yanıtladı.



📌 KAMU KURUM VE KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN DİŞHEKİMLERİ "YAZA MERHABA" DEDİ

İstanbul Dişhekimleri Odası Kamu ve Özlük Hakları Komisyonu'nun organizasyonu, Anadolu yakasında bulunan kamuya ait sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimleri 17 Mayıs 2015 Pazar günü "yaza merhaba" kahvaltısında buluştu. Ağır koşullar altında çalışan kamu hekimlerinin bir arada hem eğlenip hem de sorunlarını konuşma olanağı buldukları kahvaltı buluşması yaz sonunda Avrupa yakasında da yapılacaktır.



📌 SAĞLIK ÇALIŞANLARI DR.KAMİL FURTUN İÇİN YASTAYDI, İSYANDAYDI

Sağlık Bakanlığı'nın "sağlık emekçileri" ile "hastaların" karşı karşıya getirildiği, "günü kurtarma ve popülist uygulamaları" hâlâ gündeminde tutması; sağlıktaki şiddeti durdurak bilmeden artırıyor. Bu şiddetin son kurbanı, Sam-sun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi'nde görevli Göğüs Cerrahisi Uzmanı Op. Dr. Kamil Furtun oldu. Furtun, 29 Mayıs 2015 tarihinde uğradığı silahlı saldırı sonucu yaşamını yitirdi.

Dr. Kamil Furtun'un görev yaptığı hastanede uğradığı silahlı saldırıda hayatını kaybetmesi sonucu Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği ve SES'in çağrısıyla sağlık çalışanları 1 Haziran günü meslektaşlarının yasını tutmak, Sağlık Bakanlığı'na karşı tepkilerini göstermek için iş bıraktı. İstanbul'da görev yapan binlerce sağlık çalışanı öldürülen meslektaşları için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bahçesinde bir araya geldi. "Yastayız, Yetti Artık!" yazılı pankartın arkasında büyük bir kortej oluşturan sağlık çalışanları buradan İl Sağlık Müdürlüğü'ne yürüdü. Yürüyüş esnasında sık sık, "Hükümet Uyuyor, Sağlıkçılar Ölüyor!", "Sağlık Bakanı İstifa!", "Sağlıkta Şiddet Sona Ersin!", "Sağlıkta Dönüşüm Ölüme Dönüştü" sloganları atıldı.

İl Sağlık Müdürlüğü önünde konuşan İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu üyesi Burcu Bayar, "Sağlıkta dönüşüm ölüm getirmeye devam ediyor. Hayatın her alanında olduğu gibi şiddet sağlık emekçilerini de en acı şekilde etkilemeye devam ediyor. Israrla sürdürülen sağlık politikalarından vazgeçilmediği takdirde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve ölümler devam edecektir. Biz dişhekimleri olarak tüm sağlık emekçileri gibi şiddet ve performans bas-

kısı olmadan halkımıza nitelikli ve kaliteli hizmet vermek istiyoruz. Yaşanan şiddetin sorumlularının derhal hesap vermesini istiyoruz" dedi.

Yapılan konuşmaların ardından SES Şişli Şube Başkanı Fadime Kavak tarafından ortak basın açıklaması okundu ve Müdürlüğün önüne siyah çelenk bırakıldı.

Sağlıkta dönüşüm ölüm getiriyor!

Sağlık çalışanları aynı gün çalıştıkları kurumlarda da basın açıklamaları yaparak; sağlık çalışanlarını küçültten, aşağılayan, emeğini yok sayan, hastalarla hekimi karşı karşıya getiren zihniyete karşı mücadelelerini sürdüreceklerini belirterek sorumluların yargılanmasını istediler.





YÖNETMELİĞİN UYGULAMA GENELGESİ YAYINLANDI

Sağlık Bakanlığı, 20.04.2015 tarihli yazıyla Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin uygulanmasında yaşanan kimi sorunlara çözüm yolları önererek Yönetmeliğin yaptırımlarının 30.10.2015 tarihinden itibaren uygulanacağını belirtti.

Yönetmeliğin hazırlandığı dönemde TDB tarafından sunulan öneriler dikkate alınmamış, kimi çıkar çevrelerinin görüşlerine uygun düzenlemeler yapılmış olması sebebiyle uygulamacılar dahil olmak üzere hemen her kesimin eleştirdiği Yönetmeliğin iptali için TDB tarafından açılan davada önümüzdeki günlerde yürütmenin durdurulması istemine ilişkin olarak bir karar verilmesi beklenmektedir. Yönetmelikteki birtakım aksaklıkları gidermek için yayımlanan Genelge ile de yine hukuka aykırı birtakım kurallar tanımlanarak bunların uygulanması istenmiştir.

Oldukça özensiz olarak hazırlanmış olan Yönetmeliğin pek çok hükmünün nasıl uygulanacağı bilinemezken kimi hükümleri de her bir sağlık müdürlüğü bölgesinde farklı uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na uygulama ile ilgili sorulardan yola çıkılarak hazırlandığı belirtilen 20.4.2015 tarihli Genelge'de, 14 başlık altında, Yönetmeliğin kimi düzenlemeleri yeniden yorumlanıp uygulamaya yön verilmeye çalışılmış. Genelge kısaca aşağıdaki gibidir:

1. ADSM ve poliklinikte asansör zorunluluğu

ADSM'lerde katlar arasında asansör zorunluluğu, merdivenlere monte edilecek engelli merdiven asansörü ile de çözümlenebilecektir. Ne yazık ki Yönetmelikte yer bulamayan gayet mantıklı bir yorumla, ADSM ya da polikliniğin hasta dolanım birimleri bütünüyle giriş katta ise asansöre gerek bulunmamaktadır.

2. Muayenehane açılacak binada asansör zorunluluğu

ADSM ve poliklinikler için yapılan mantıklı yorum ne yazık ki muayenehaneler için yapılmamış; dört katlı binanın zemin katında muayenehane açılabilmesi için binada asansör bulunmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir. Bu Yönetmelik hükmü ve bu yorumla, 3 katlı binanın üçüncü katında muayene açılması halinde asansör zorunlu değilken dört katlı binanın zemin katında muayenehane açılabilmesi için binanın asansörlü olması gerekiyor!

3. Ara katta poliklinik açılma durumu

Yönetmelikte müstakil binada açılması ya da mutlaka ayrı bir poliklinik girişi olması istenen polikliniklerin girişinden itibaren bütün alanların poliklinik tarafından kullanılması ve Yönetmelikte aranan diğer koşulların yerine getirilmesi halinde ara katlarda da poliklinik açılmasına izin verilebileceği belirtilmiştir.

Bu yorumla, mutlaka *ayrı bir poliklinik girişi* koşulu oldukça esnek yorumlanarak dairenin girişinden itibaren kendi içinde bütünlük taşıması yeteri sayılmıştır.

4. Poliklinikte sterilizasyon ünitesinin zorunlu olup olmadığı

Yönetmelikte poliklinikler için sterilizasyon ünitesi zorunlu olmamakla birlikte Yönetmeliğin poliklinik açılmasında istenecek belgeleri gösteren Ek 1/b listesinde 17 numaralı maddede "Sterilizasyon ünitesi yok ise sterilizasyon hizmet alım sözleşmesi" istenmektedir. Yönetmeliğin bu çelişkili düzenlemesi şimdi Genelge ile düzeltilmeye çalışılmakta; otoklav ile sterilizasyon hizmetinin karşılanamaması durumunda sterilizasyon hizmet alım sözleşmesinin isteneceği belirtilmektedir. Ancak Yönetmelik, bu yoruma imkan veren herhangi bir düzenleme içermemektedir!

5. Müşterek muayenehaneler ile ilgili konular

Bir muayenehane içinde dişhekimi ve hekimin ayrı ayrı ruhsatlandırılarak çalışmalarının mümkün olduğu belirtildikten sonra iki dişhekiminin çalıştığı müşterek muayenehanede otoklav ve periapikal röntgen cihazının birlikte kullanılabilirliği ifade edilmiştir.

6. Dişhekimlerinin tam ve kısmi zamanlı çalışması ve çalışma saatleri

Genelge'de, poliklinik ve ADSM'lerde çalışanların birden çok özel sağlık kuruluşunda çalışabilmelerine ilişkin olarak Yönetmelikte düzenlenen hükümler belirtildikten sonra; poliklinik ve ADSM'lerde *tam zamanlı* olarak çalışan dişhekimlerinin aynı ilde olmak kaydıyla *sayı sınırlaması olmadan* başka özel sağlık kuruluşlarında da çalışabilecekleri ifade edilmiştir.

Ayrıca Genelge'de yapılan açıklamada, dişhekimlerinin birden çok yerde özel olarak mesleki faaliyette bulunabilmeleri için oda yönetim kurulunun onayının gerektiğinin düzenlendiği 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Yasası'nın 42. maddesinin 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 12. maddesine göre daha eski olması sebebiyle uygulanmayacağı; oda yönetim kurulu onayı aranmaksızın ve sayı sınırlaması da olmaksızın poliklinik ve ADSM'lerde *tam zamanlı* olarak çalışan dişhekimlerinin aynı ilde olmak kaydıyla *sayı sınırlaması olmadan* başka özel sağlık kuruluşlarında da çalışabilecekleri tekrar belirtilmektedir.

Genelge'nin bu maddesinde hukuka aykırı bir yorum yapılarak 3224 sayılı Yasa'nın 42. maddesinin uygulanmayacağı belirtilmektedir. Söz konusu yorum iki açıdan hatalıdır. Birincisi her iki yasa hükmü aynı konuyu düzenlememektedir.

İkincisi de aynı konuyu düzenleyen yasalar söz konusu olduğunda hangisinin uygulanacağı tespit edilirken hangisinin yeni olduğuna değil öncelikle hangisinin özel düzenleme içerdiğine bakılır; her ikisi de özel ise bu durumda hangisinin daha yeni tarihli olduğuna bakılır.

1219 sayılı Yasa'nın 12. maddesinde hekim ve dişhekimlerinin birden çok sağlık kuruluşunda çalışabilmelerinin olanakları belirtilmiş, 3224 sayılı Yasa'nın 42. maddesinde ise bu olanağa sahip olan dişhekimlerinin birden çok özel sağlık kuruluşunda çalışmalarını sağlık hizmetleri bağlamında değerlendirilmesi gereği düzenlenmiştir. Bu anlamda her iki düzenleme *aynı konuyu düzenlememektedir*.

Her iki yasa arasında "kanunlar ihtilafı" olduğu kabul edildiğinde de öncelikle uygulanması gereken düzenleme, bir dişhekiminin birden çok özel sağlık kuruluşunda çalışmasının değerlendirilmesini düzenlemesi bakımından özel düzenleme niteliğinde olan 3224 sayılı Yasa'nın 42. maddesidir.

Bu çerçevede, dişhekimleri odası yönetim kurulunun birden çok özel sağlık kuruluşunda çalışmaya ilişkin onayı olmadan dişhekimlerinin birden çok özel sağlık kuruluşunda mesleki faaliyette bulunmaları 3224 sayılı Yasa'nın 42. maddesinin ihlali niteliğindedir. Böyle bir ihlal, Disiplin Yönetmeliği gereği ilkinde para cezasını, sonrasında ise meslekten geçici men cezası verilebilecek disiplin suçunu oluşturur.

Türk Dişhekimleri Birliği, hukuka aykırı bir yorumla kanunu ihlal eden bir şekilde uygulama yapılmasına sebep olabilecek Genelge'nin iptali için dava açacaktır. Bu süreçte meslektaşlarımızın gerekli onayı almadan ikinci bir sağlık kuruluşunda çalışmamaları gerektiğini belirtmek isteriz.

7. Adi ortaklıkla açılan polikliniklerde dişhekimini çalıştırma

Genelge'de, dişhekiminin dişhekimini çalıştırmasının mümkün olup olmadığı ile ilgili kafa karışıklığının en net izi burada ortaya çıkıyor. Genelge'ye göre iki dişhekiminin ortaklığındaki şirket polikliniğin sahibiyle dişhekimini çalıştırılabilirken iki dişhekimini ticari şirket kurmaksızın ortaklıkla poliklinik açtıklarında dişhekimini çalıştırmaları yasak! Bu yaklaşım kendi içinde çelişkili olduğu gibi dayanak olarak gösterilen kuralın sağlık hizmetlerinin oldukça naif biçimde sunulduğu 1960'da çıkmış bir etik kuralın gösterilmesi de yanlış bir noktadan yorum yapıldığını göstermektedir.

8. Poliklinik ve ADSM'ler için yapı kullanma izin belgesi

Genelge'de, Yönetmelik hükmü tekrar edilerek poliklinik ve ADSM müstakil binada açılacaksa sağlık kuruluşu kaydını içeren yapı kullanma izin belgesi, binanın bir kısmında açılacaksa yapı kullanma izin belgesi istenmemekte ancak ilgili belediyeden poliklinik ve ADSM açılmasının uygun görüldüğünü belirten yazı talep edilmektedir.

9. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler

Sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirlerin alınmış olması Yönetmelikte standart olarak tanımlanmıştı. Genelgeyle bu standart kapsamında neye bakılacağı, yetkilendirilmiş OSGB ile hizmet sözleşmesinin olup olmadığına bakılması şeklinde düzenlenmiştir. Bu yaklaşım doğru ancak eksiktir. Çünkü sağlık kuruluşları OSGB ile anlaşma yapmak zorunda olmayıp işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı ile şahıs olarak da hizmet sözleşmesi yapabilirler. Bu sözleşmelerin de söz konusu önlemlerin alındığının kabulü anlamında yeterli sayılması gereklidir.

10. Sağlık kuruluşlarına mekân ilavesi

Genelgeyle, eski Yönetmeliğe göre açılmış olan sağlık kuruluşlarının aynı binadaki başka yerleri sağlık kuruluşuna katmaları halinde de yeni yönetmelikteki fiziki standartlardan muaf olmaya devam edecekleri belirtilmiştir.

11. B tipi ADSM ve polikliniklere ruhsat düzenlenmesi

Eski Yönetmeliğe göre açılmış olan ADSM ve polikliniklere herhangi bir sebep olmaksızın yeni ruhsatname düzenlenmeyeceği, bir sebeple uygunluk belgesinin değiştirilmesi gerektiğinde bunun ruhsat olarak düzenleneceği Genelge'de belirtilmiştir.

12. B tipi ADSM ve polikliniklerin denetimi

Yönetmeliğin denetim formunda eski Yönetmeliğe göre açılmış olan sağlık kuruluşlarının denetiminde hangi ölçütlere bakılmayacağı belirtilmediğinden bu hususta yaşanan duraksama Genelge'de bu sağlık kuruluşlarının bina şartları ve fiziki standartlar dışında kalan hususlarda denetleneceği şeklindeki ifade ile giderilmiştir.

13. Şirket sahipliğinde faaliyet gösteren muayenehaneler

Muayenehanelerin şirket sahipliğinde açılmayacağı, ancak dişhekimini tarafından şahsen açılabilceğinin Yönetmelikten önce de yazı ile duyurulduğu ifade edilerek halen şirket şeklinde çalışanların faaliyetlerinin durdurulması gerektiği Genelge'de belirtilmiştir. Ancak, şirket olarak uygunluk belgesi/ruhsat almış olarak faaliyetini sürdüren muayenehanelerin sadece bu sebeple faaliyetlerinin durdurulamayacağı; müeyyide formunda buna olanak veren bir düzenlemenin olmadığı düşünülmektedir.

14. Sağlık kuruluşlarının yeni yönetmeliğe uyum süreci

Yönetmelikle tanınmayan geçiş süresi Genelgeyle tanınmış ve eski yönetmeliğe göre açılmış olan sağlık kuruluşlarının yeni Yönetmelikle tabi tutuldukları standartlara 30.10.2015 tarihine kadar uymaları gerektiği belirtilmiştir. Dolayısıyla eski sağlık kuruluşlarının 30.10.2015 tarihine kadar eksiklerini gidermeleri mümkündür.



GENELGE'YE DAVA AÇILDI

Sağlık Bakanlığı, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin dişhekimliği hizmetinin yürütülmesinde yarattığı aksaklıkları düzeltmek için bir Genelge yayınladı.

Ancak, Bakanlık tarafından yayınlanan Genelge'de de hukuka aykırı bir takım kurallar bulunduğu gerekçesiyle TDB tarafından Genelge'nin yürütmesinin durdurulması ve iptali için yasal süreç başlatıldı.

Genelge'nin bir takım hükümlerinin iptali için açılan davanın dilekçesine www.ido.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Genelge'de iptali istenen maddeler:

- 4 ve daha fazla katlı binalarda muayenehane açılabilmesi için binada asansör bulunmasının zorunlu tutulması,
- Dişhekimlerinin birden çok yerde çalışabilmelerine hiçbir sınır getirilmemiş olması ve dişhekimleri odasının değerlendirilmesine de gerek bulunmadığının belirtilmiş olması,
- Şirket tarafından açılmayan polikliniklerde dişhekimisi istihdamına izin verilmemesi.



TDB MYK - ODA BAŞKANLARI VE YÖNETİCİLERİ TOPLANTISI YAPILDI



Dişhekimliği alanını yakından ilgilendiren konuların görüşüldüğü Oda Başkanları Toplantısı 26-27 Mayıs 2015 tarihlerinde ICC'de gerçekleştirildi. Oda başkanları ve yönetim kurulu üyelerinin katıldığı toplantıda ilk olarak, Meslek Sorunları Sempozyumu'nun sonuç bildirgesini hazırlayacak komisyon oluşturuldu. Daha sonra, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yardımcısı Fatih Tan, dişhekimliği mesleğinde kullanılan ilaç sarf malzemeleri, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleme, denetleme ve yönlendirme mevzuatı hakkında bilgilendirmede bulundu.

Tıp alanında son günlerde çokça tartışılan aile hekimliği uygulamasının bir benzerinin dişhekimliği alanında da uygulamaya sokulacağı söylentileri yayılırken konu Oda Başkanları Toplantısı'nın da gündemindeydi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu üyesi Doç. Dr. Arzu Uzun ve Dr. Hayriye Külbay aile diş-

hekimliği hakkında bilgi verdi, yaşanması muhtemel sıkıntıları üzerine konuşuldu.

Toplantıda daha sonra sırasıyla; dişhekimliğinde yaşanan değişim ve dönüşüm, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin yarattığı değişim ile aynı ilde birden fazla yerde çalışma konuları görüşüldü.



➤ KÜÇÜKÇEKMECE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI'NIN YÖNETMELİK TOPLANTISINA KATILDIK

Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanlığı, yeni çıkan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ve Genelge'yi değerlendirmek amacıyla ilçede çalışan dişhekimlerine yönelik bir toplantı düzenledi. 24 Haziran 2015 tarihinde gerçekleştirilen toplantıda, yönetmeliğin uygulama alanları, denetlemeler vb. konularda Küçükçekmece Sağlık Grup Başkanı Ali Osman Çolak bilgi verdi. Toplantıya İstanbul Dişhekimleri Odası'nı temsilen; Oda Genel Sekreteri Aret Karabulut, Oda Saymanı Seçkin Özeralp, Denetleme Kurulu Üyesi Bilgehan Nesiri ve Oda Hukuk Danışmanı Avukat Fikret İlkiz katıldı. Aret Karabulut toplantı sonrası Dergi'ye konu hakkında bilgi verdi.

“Toplantıda Oda olarak yönetmelikle ve son yayınlanan genelgede itiraz ettiğimiz yönleri dile getirdik. Sağlık Grup Başkanlığı yetkilileri de bunları bir üst kuruma ileteceklerini söylediler. Özellikle halihazırda faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının nasıl denetleneceği, hangi formun üzerinden nelerin aranacağı konusunda genel bir uzlaşa sağlandı. Uzlaşılan konulardan biri; var olan hiç bir sağlık kuruluşunda yeni yönetmeliğe göre fiziki koşulların aranmaması, araç gereçlerde ise yeni yönetmelik çerçevesinde neler gerekiyorsa onlara bakılması, herhangi bir eksiklik varsa tamamlanması için süre tanınması oldu.

Küçükçekmece'yi pilot bölge olarak görürsek, burada yaşanan sorunlar bütün İstanbul'da yaşanabilir. Toplantıda yönetmelikle yaşanabilecek sıkıntılarımızı, yönetmeliğin iptali yönünde hukuksal sürecin devam ettiğini, dişhekimlerine karşı yaklaşımın daha hoşgörülü olması gerektiğini hatırlattık. Dava sonuçlandıktan sonra hukuk ne karar veriyorsa hepimiz ona uymak zorundayız.

Türkiye'deki yapı stoğu göz önüne alınmadan yangın merdiveni, asansör gibi fiziksel koşulların yerine getirilmesinin çok zor olacağını söylediğimizde bize bu konuda hak verildiğini gördük. Ancak, Sağlık Grup Başkanlıkları'nın yönetmeliği hazırlayan değil uygulamakla yükümlü taraf olmalarından ötürü zaman içerisinde sorunlar yaşanacağı da belirtildi. Bizim için toplantının en önemli yanı bu bölgede dialog sağlanmış olması.

Bizler halkın ağız-diş sağlığı verilerini iyileştirecek, muayenehaneciliği ve dişhekimliği mesleğini geliştirecek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak hiçbir yönetmeliğe, uygulamaya karşı olmadık. Ancak bu yönetmelik fiziki koşulların ağırlaştırılması, hekim dışı sermayenin dişhekimliğinin içine girmesinden başka hiçbir şey getirmedeği gibi meslek örgütünün yetkilerini de yok ediyor. Yönetme-



likte kabul edilemez bulduğumuz koşullar konusunda itirazlarımızı mahkeme yoluyla yaptık, bunu toplantıda da dile getirdik.

Meslektaşlarımız herhangi bir sıkıntı yaşamaları durumunda Oda'ya telefon veya mail yoluyla ulaşsınlar. Gereken kurumlara itirazlarımızı yapalım, sorunları çözmeye çalışalım. Yaşanan sıkıntıları bilirsek çözüm yolları arayabiliriz. Yönetmelikte geçen hasta haklarıyla ilgili hazırladığımız broşürlerimizi Dergi'yle yollayacağız. Denetimlerde bu broşürü sağlık kuruluşunda asılı görmeleri gerekiyor görevlilerin. Sağlık kuruluşlarında aynı zamanda bundan sorumlu yetkili kişinin kim olduğuna dair bir yazının da olması gerekiyor.

Yine bu yönetmelik incelemesi esnasında, yapılacak sağlık işlemiyle ilgili onam alınıp alınmadığı kontrol edilecek. Onamlarla ilgili çalışmamız tamamlandığında web sayfamızda yayınlayacağız. Tekrarlamak istiyorum, bütün hekim arkadaşlarımız uygulamada ve yönetmelikte karşılaşacakları tüm sorunlara ilişkin Oda'ya telefon ve mail aracılığıyla ulaşarak bilgi ve yardım alabilirler.”





TDB 15.OLAĞAN GENEL KURULU YAPILDI

Türk Dişhekimleri Birliği 15.Olağan Genel Kurulu, 8-9-10 Mayıs 2015 tarihlerinde Ankara The Green Park Otel'de gerçekleştirildi. Genel Kurula; CHP Genel Başkan Yardımcısı Yakup Akkaya, Türk Tabipler Birliği Genel Sekreteri Prof. Dr. Özden Şener, Türk Eczacılar Birliği Başkanı Ecz.Erdoğan Çolak, Yüzüncü Yıl Dişhekimliği Fakültesi Prof.Dr. Gürcan Eski Taşçıoğlu, DIŞSIAD Başkanı Namık Kemal Sönmez, Meffert İmplant Enstitüsü Derneği Başkanı Dr. Ali Arif Zeybek, TDB Eski

Bildirgesi kabul edildi.

Genel Kurul'un ardından, 10 Mayıs 2015 Pazar günü TDB 15.Dönem Merkez Yönetim Kurulu, Denetleme Kurulu ve Yüksek Disiplin Kurulu üyelerinin belirlendiği seçim gerçekleştirildi.

Merkez Yönetim Kurulu'na seçilen üyeler, 14 Mayıs 2015 tarihinde yaptıkları ilk toplantıda görev dağılımını belirlediler. Görev dağılımı şöyle:



Genel Başkanları Eser Cilasun, Prof. Dr. Onur Şengül ve Prof. Dr. Murat Akkaya katıldılar.

TDB Genel Sekreteri Tarık İşmen'in açılış konuşmasının ve saygı duruşunun ardından engellilerin ağız diş sağlığına yönelik yapmış olduğu bireysel özverili çalışmaları nedeniyle Prof. Dr. Ertuğrul Sabah'a Hizmet Ödülü Beratı verildi. Hemen ardından bu dönemde görev almamış, önceki dönem Oda Başkanlarına, Merkez Yönetim Kurulu üyeleri tarafından birer plaket takdim edildi.

Plaketlerin ardından Divan'ın belirlenmesine geçildi; Divan Kurulu'na, Metin Bozkurt, Ahmet Aydın Demirer, Orhan Günel ile Sibel Kepez Ülkü seçildi.

TDB 15.Olağan Genel Kurulu'na katılan konukların konuşmalarının ardından Prof. Dr. Taner Yücel, TDB MYK adına bir konuşma yaptı.

Verilen aradan sonra 2012-2015 dönemi Merkez Yönetim Kurulu Faaliyet Raporu TDB Genel Sekreteri Tarık İşmen tarafından okundu. Ardından; aynı döneme ilişkin Mali Rapor Genel Sayman Ufuk Aralp, Denetleme Kurulu Raporu ise Merkez Denetleme Kurulu Raportörü Mustafa Yıldız tarafından sunuldu. Görüşmelerin bitiminde oylanan raporlar, oy birliği ile kabul edilerek aklandı. Organlarda yer alacak adayların belirlenmesi işlemi ile dilek ve temennilerin ardından Genel Kurul Sonuç

Prof.Dr. Taner YÜCEL-Genel Başkan,
Dr. Dişhekimi Serdar AK-Genel Başkanvekili,
Ali GÜRLEK-Genel Sekreter,
Yeşim SARAÇ-Genel Sayman,
Mehmet AĞAOĞLU-Üye,
Mustafa DÜĞENCİOĞLU-Üye,
Lutfi GÜNDOĞDU-Üye,
İrfan KARABABA-Üye,
Gökmen Kenan ÖZDAL-Üye,
Zehra Nilgün ÖZYUVA-Üye,
Tuncay SEVEN-Üye



TDB 15. Dönem Çalışmalarına Başladı

“ TDB bugüne kadar bilimsel bilgiler ışığında, konunun ilgilisi tüm paydaşlarla tartışarak bir rapor ortaya koymak ve bu raporun gereğini yapmak üzere çalıştı. TDB olarak; bugüne kadar olduğu gibi, bugünden sonra da doğru bildiğimiz görüşlerimizi, iktidarda hangi partinin olduğuna bakmaksızın anlatmaya devam edeceğiz. ”



Ali Gürlek
TDB 15. Dönem Genel Sekreteri

TDB, 15. Olağan Genel Kurulu'nu tamamlayıp, yeni dönem Merkez Yönetim, Denetleme ve Yüksek Disiplin kurullarını seçti. Öncelikle sizi tebrik ederiz Genel Sekreterlik görevinizden ötürü. Bilindiği gibi Anayasa Mahkemesi 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun Genel Kurul delegelerinin sayısının belirlenmesine ilişkin maddesini “temsilde adalet” ilkesine aykırı bularak iptal etmişti. Bu durum Genel Kurul'a nasıl yansdı?

Kutlamanız için teşekkür ederim. Umarım yüzümüzün aklıyla dönemimizi bitirir, bizleri seçen, delege olarak Ankara'ya yollayan İstanbul Dişhekimleri Odası üyesi meslektaşlarımıza ve bizleri seçen Genel Kurul'un değerli delegelerine mahcup olmayız. Delege sayılarında 3224 sayılı TDB kanunundan kaynaklanan bir temsil sorunu vardı. Üye sayısı 100 olan bir Oda'nın 5 delegesi varken; örneğin 7.500

üyesi olan İstanbul Dişhekimleri Odası 10 delege ile temsil edilmekteydi. Yani bir Oda bölgesinde 20 dişhekimi 1 delege ile temsil ediliyorken İstanbul'da 750 dişhekimi bir delege ile temsil ediliyordu. Bu durumun hakkaniyetli olmadığını düşünen İstanbul Dişhekimleri Odası 2009 yılında dava açtı ve Anayasa Mahkemesi, İstanbul Dişhekimleri Odası'nı haklı buldu. (*1994 yılında da bu konuda dava açılmış, o dönem eczacılar için bu yönde karar vermesine rağmen, aynı Anayasa Mahkemesi tarafından bu istek kabul edilmemişti.) Sonra da; TDB ve Odalar olarak üzerinde anlaşılan yasa tasarısı Meclis'te aynen kabul edildi. Tabii bu arada TDB'nin seçilmişlerinin doğal delegeliği kaldırıldı; seçilme hakları devam ederken seçme hakları ortadan kalktı. Şimdi, İstanbul Dişhekimleri Odası 22 delege ile temsil ediliyor. Oda üyelerinin temsiline TDB Genel Kurulu'na yansması daha uygun hale gelmiş oldu.

Genel Kurul süreci nasıl geçti? Neler konuşulup tartışıldı?

Kanun değişikliği hükümet tarafından Meclis'e verilen süreden çok sonra yapıldığı için 2014 yılında olması gereken TDB Genel Kurulu, Şubat ayında Odalarda yapılan olağanüstü delege seçimleri sonrasında Mayıs ayında gerçekleştirilebildi. Bir yıl içinde iki seçim yapmak (Oda genel kurulları ve delege seçimleri) Odalara ekstra yük getirdi; hem zaman kaybına hem de Odaların maddi kayıplarına neden oldu maalesef. TDB Genel Kurulu'nda 2 liste yarıştı. Tartışmalar, Çalışma Raporu üzerinden değil de genel olarak; MYK'nın yanında ya da karşısında olmak şeklinde yapıldı. Böyle olunca da; asıl mesleki konulara geçmek çok mümkün olmuyor açıkçası. O zaman da gerçekten neler yapılmış, neler iyi yapılamamış, neler yapılmalıydı, dişhekimliğinin geleceğinde neler olacak, neler yapmalıyız konularına çok zaman kalmıyor.

Genel Kurul'da hangi kararlar alındı; alınan kararları nasıl değerlendiriyorsunuz?

Genel Kurul'da mesleğimizle ilgili yapılması gerektiği düşünülen konularda MYK'ya görevler verildi. Genel Kurulumuz MYK'ya; uzmanlık, yönetmelik, dişhekimlerinin birden fazla sağlık kuruluşunda faaliyet göstermesi, kamuda çalışan dişhekimleri konularında çalışma yapılması, genel sağlık-ağız diş sağlığı işbirliğinin geliştirilmesi, daimi Kadın Komisyonu kurulması, Kat Mülkiyeti Kanunu'nda değişiklik yapılması, TDB Kongre ve Fuar Yönetmeliği'nin günün koşullarına göre revize edilmesi, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kuruluşların açılmasında nüfusun dikkate alındığı bir düzenleme yapılması, Sağlık Net 2 ve E-Nabız uygulamalarına karşı işlem yapılması, TDB Akademisi Yönergesi, TOYY Programı, Ulusal Dişhekimliği Çekirdek Eğitim Programı ve yeni açılacak dişhekimliği fakülteleri ile ilgili çalışma yapması görevlerini verdi.

Genel Kurul, TDB ve Odalarının en üst karar alma merciidir ve alınan bu kararlarla dönemin en can alıcı konularıyla ilgili MYK'ya görev verilmiştir. Dönem sonunda da bu görevlerin yerine getirilip getirilmediğiyle ilgili MYK'dan hesap soracaktır.

sizce mesleği neler bekliyor? Mesleki politikalar üretme noktasında TDB neler yapacak?

Ne yazık ki son 13 yıldır meslek örgütlerini, sivil toplum örgütlerini dinlemeyen ve giderek daha da otoriterleşen bir siyasi yapıyla yönetiliyordu ülke. Bu nedenle de Odalar ve TDB'nin tüm uyarılarına, itirazlarına rağmen yanlışlar yapıldı; dişhekimliği hizmetinin sunumu ve finansmanındaki yanlışlıklar sürdü. Toplumun ağız-diş sağlığı göstergeleri, kamu sağlık harcamalarının son yıllarda geçmişe göre çok artmasına rağmen iyileşmedi. Bugüne kadar iktidar hasta memnuniyeti üzerinden sağlık sistemi kurguladı; bir Oda Başkanımızın dediği gibi, hukuk sisteminin iyi ya da kötü olduğunu mahkûmlara sorarak karar vermek nasıl ki anlamlı değilse sadece hasta memnuniyeti üzerinden sağlık sisteminin iyiliği konusunda karar verilmesi bilimsel de değildir doğru da... Toplumun ağız-diş sağlığı göstergeleri iyiye gitmiyorsa, insanlar hizmete ulaşamıyorsa ve sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri içinde hala çekim sayısı çok fazlaysa; protez



Dişhekimliği mesleğini düzenleyen yönetmelikte yapılan değişiklikler mesleği olumsuz etkileyecek birçok uygulamayı da beraberinde getiriyor; dişhekimliği mesleğinin orta - uzun vadede geri dönüşü olanaksız tahribatlar yaşayacağı yorumları yapıyor. Aynı yönetmelik meslek örgütlerinin varlığı açısından da ciddi bir tehdit oluşturuyor. Böyle bir süreçte TDB Genel Sekreterliği görevini devraldınız. Bu gelişmeler bağlamında,

ihtiyacınız da bitmez, sağlık harcamalarınız da azalmaz.

TDB bugüne kadar bilimsel bilgiler ışığında, konunun ilgilisi tüm paydaşlarla tartışarak bir rapor ortaya koymak ve bu raporun gereğini yapmak üzere çalıştı. TDB olarak; bugüne kadar olduğu gibi, bugünden sonra da doğru bildiğimiz görüşlerimizi, iktidarda hangi partinin olduğuna bakmaksızın anlatmaya devam edeceğiz.

Meslek Sorunları Sempozyumu'nda "Dişhekimliğinin Geleceği" Masaya Yatırıldı



Dişhekimliğinde İlaç, Kozmetik ve Tıbbi Cihaz, Malzeme Kullanımı ve Güvenliği Çalışma Grubu

TDB 21.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, bilimsel ve sosyal programının renkliliği kadar, çalışma gruplarında mesleğe dair sorunların tartışılıp çözüm önerilerinin değerlendirildiği Meslek Sorunları Sempozyumu'yla (MSS) da dikkat çekiciydi.

25-27 Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Kongre Merkezi'nde gerçekleştirilen MSS'nin ana konusu "Dişhekimliğinin Geleceği" olarak belirlendi. Bu başlık altında oluşturulan 4 çalış-

ma grubu; "Çekirdek Eğitim Programı ve Lisans Eğitimi", "Mesleğin Dünyadaki Çalışma Modelleri ve Serbest Meslek Prensipleri", "Dişhekimliği Mesleğine Vizyoner Bakış" ve "Dişhekimliğinde İlaç, Kozmetik ve Tıbbi Cihaz, Malzeme Kullanımı ve Güvenliği" konularını tüm boyutlarıyla ele aldı. Grupların çalışmalarının sonunda hazırlanan raporlar Oda Başkan ve Yöneticileri Toplantısı'nda görüşüldü.

TDB 21.ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ MESLEK SORUNLARI SEMPOZYUMU "DİŞHEKİMLİĞİNİN GELECEĞİ" SONUÇ BİLDİRGESİ

Sağlıkta dönüşüm politikasının, ağız ve diş sağlığı alanındaki olumsuz etkilerini son dönemde hızla artarak yaşamaktayız.

"Daha iyi ve daha güçlü bir hizmetin arkasından koşmak" olarak nitelendirilen aile dişhekimliği projesinin de bu adımlardan biri olduğu görülmektedir. Projenin ağız diş sağlığı politikalarının neresinde olduğu, koruyucu hizmetleri ne kadar olumlu etkileyeceği şüphe götürür bir durumken dişhekimlerini yeni bir açmazla sürükleyeceği, aile hekimlerinin içinde bulunduğu mevcut örnekleriyle açıkça ortadadır.

Hangi gerekçeyle açıldığı anlaşılamayan, alt yapısı ve öğretim üyesi yetersiz fakültelerin sayısı giderek artmakta, mevcut fakültelerin kontenjanlarının da artmasıyla dişhekimliği eğitiminin niteliği azalmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinin tamamında 200 dişhekimliği fakültesi varken, ülkemizde 64 dişhekimliği fakültesi bulunmaktadır.

Fakülte sayısındaki artışın durdurulması, hatta azaltılması gerekliliğinin yanı sıra eğitimin niteliği artırılmalı ve ülke genelinde standardizasyon sağlanmalıdır.

Bu amaçla oluşturulan Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı, mesleğimizin tüm paydaşlarının ortak görüşlerinden beslenmelidir. Türk Dişhekimleri Birliği, toplumun daha nitelikli sağlık hizmeti alabilmesi ve mesleğimizin kan kaybının engellenmesi için bu eğitim programlarının da takipçisi olacaktır.

Sağlıkta dönüşümün yansımalarından bir diğeri olan Sağlık Net 2'nin Anayasa Mahkemesi ve Danıştay tarafından iptal edildiği bilinmesine karşın, herhangi bir yasal temeli olmaksızın, Sağlık Bakanlığı'nın 5.2.2015 tarihli Genelgesi ile "e-Nabız Projesi" uygulamaya konulmak istenilmektedir. Hastaların kişisel bilgilerinin korunmasını amaçlayan mücadelemiz her boyutuyla devam edecektir, Sağlık Bakanlığı tarafından 20.4.2015 tarihinde de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikle ilgili 14 maddelik bir Genelge yayımlanmıştır. Söz konusu Yönetmeliğin uygulamada sorunlar yarattığının, belirsiz hükümler içerdiğinin göstergesi olan bu Genelge uygulamaya yön vermek için amaçlanmış olsa da TDB Yasasının 42. maddesinin uygulanmayacağı gibi hukuka aykırı ifadeler içermektedir. Kanunu ihlal edecek bir şekilde uygulama yapılmasına neden olabilecek Genelge'nin iptali için hukuki süreç de başlatılacaktır.

Koruyucu ve önleyici tedavileri içeren ulusal ağız diş sağlığı politikalarımızın, tüm bileşenlerin ortak katılımı ile belirlenmesi gerekir. Mesleki çalışma alanlarımızın düzenlenmesini netleştirecek olan bu politikalar toplum ağız diş sağlığını da olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık alanında daha yoğun yaşadığımız olumsuzlukları, hayatın diğer alanlarında da hissetmekteyiz. Nüfusun % 1'lik kesiminin, toplam servetimizin %54'ünden fazla gelire sahip olduğu ülkemizde; sosyal adaletin artık bir an önce sağlanması gerektiğini, metal işçilerinin haklı mücadelesinde de görüyoruz.

Demokratik kitle örgütü olarak temennimiz, tüm vatandaşlarımızın 7 Haziran 2015'te sandığa giderek, ülke geleceğini oylarıyla yönlendirmesidir.

Türk Dişhekimleri Birliği olarak; nitelikli ağız diş sağlığı hizmeti ürettiğimiz, eğitim seviyesinin yükseldiği, sağlık hakkına erişime engellerin kaldırıldığı, dişhekimlerinin çalışma koşullarının daha insani çerçeveye kavuşturulduğu, meslek örgütümüzün etkinliğinin arttığı, hukukun üstün olduğu, eşitlik, güven ve özgürlüğün en önemli değerler ve insan haklarının temel esas olduğu bir ülkede barış içinde yaşamak için umutlarımızı besleyip mücadeleye devam ediyoruz.



Dişhekimliği Mesleğine Vizyoner Bakış Çalışma Grubu

Dünyada Dişhekimliğinde Çalışma Modelleri ve Serbest Meslek Prensipleri Çalışma Grubu

Dünyadaki çalışma modelleri ve Türkiye'deki örnekler üzerine çalıştı grubunuz. Dünyada çalışma modelleri nasıl? Bizdeki gibi kamu, özel ayrımı var mı? Devletin ağız-diş sağlığı hizmetlerindeki rolü ne?

Dünya ölçeğinde baktığımızda, dişhekimliğinin sosyal güvenlik şemsiyesi altına girişinin genel sağlık kadar eski olmadığını görüyoruz. Dişhekimliği, mortalitesi yüksek hastalıklar grubunda olmadığından hem sistemler tarafından hem de insanlar tarafından daha

geç fark edilen bir alan oldu. Genele baktığımızda, finansman ve hizmetin sunumu açısından uygulanan modeller bizde yürütülen modele pek uymuyor aslında. Bütün sağlık hizmetlerinin, ağız-diş sağlığı da dahil olmak üzere, kamu tarafından karşılanması eski sosyalist sistemlerde vardı. Bugün bir tek buna örnek olarak Küba, Kuzey Kore verilebilir. Bunların dışında bütün ağız-diş sağlığı hizmetlerinin her yaş grubu için kamu tarafından sunulduğu bir sistem hemen hemen



Dışhekimi Kadir Tümay İmre
Dünyada Dışhekimliğinde Çalışma Modelleri ve
Serbest Meslek Prensipleri Çalışma Grubu Başkanı

dünyada yok denecek kadar az. Merkezi Avrupa'ya baktığımızda; 0-18 yaş grubu arasında koruyucu ve tedavi edici hizmetler sistem tarafından karşılanıyor. Bu dönemde çok iyi bir koruma bilinci oluşturuluyor. 18 yaşından sonra kişi çok istisnai durumlar dışında genellikle sağlık hizmet bedelini kendisi karşılıyor. Örneğin Almanya'da Bismark sistemi vardır. Bu sistemin 1980'lerden sonra kapsamı daraltılmış ancak protetik tedavilerde katkı payı çok artırılmış durumda. Fakat 0-18 yaş arası gene devlet tarafından karşılanmakta. İsveç'e baktığımızda sosyal devlet anlayışının çok gelişmiş olmasına rağmen 18 yaş sonrası tedaviler için devletin küçük bir katkısı var, bu da % 10 civarında. İngiltere'de biraz daha geniş bir kapsam vardı. Özellikle 1980'lerden Thatcher döneminden sonra kapsam daraltıldı. Almanya kamu sigorta sisteminin temsilcisiydi. Hazineden finansman modelinin temsilciliğini İngiltere yapardı. Bu iki sistemin hangisi daha doğru diye tartışıldı. Ama gördük ki 80'li yıllardan, yani liberalizasyonun yükseldiği yıllardan sonra, her iki sistemin avantaj ve dezavantajları olmasına rağmen her iki sistemde de haklar kesintiye uğradı ve cepten ödemeler ciddi miktarda artırıldı.

Amerika'ya gelirsek, burada her şey cepten ödemeli. 0-18 yaş arası kısıtlı miktarda koruyucu uygulamalar var. Yaşlı nüfusa (65 yaş üstü) yönelik bazı haklar var ama ağız-dış sağlığı hizmetini kapsamıyor.

Türkiye'ye baktığımızda nasıl bir tablo var?

Türkiye'de hem finansmana hem sunuma hem de sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamı içindeki genişliğine baktığımızda dünya ölçeklerine oranla daha kapsamlı olduğunu söylemek mümkün. Hiç bir yaş sınırlaması olmadan, her türlü ağız-dış hizmetinin

herkese verildiği günümüzde implant bile ADSM'lerde yapılmaya başlandı, ihtiyaç olup olmadığı tartışılmadan. Bu ayrı bir tartışma konusu ama bu Avrupa'dan farkımız. Finansman kamu sağlık sigortası tarafından yapılmakta ama son yıllardaki hasta katkı payları, prim ve hizmeti karşılama oranları dikkate alındığında şunu görüyoruz: Sosyal Güvenlik Kurumu Türkiye'deki sağlık harcamalarının yaklaşık %60'ını yapıyor. Geri kalanı vatandaşın cepten ödemeleridir. Bu %60 da kamu sigortacılığıdır ki o da bizim kendi ödediğimiz primlerdir. Geçmiş yıllardaki örneği Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur'dur. Kişinin ya kendisi ya da çalıştığı firma tarafından pirim yatırılır, oradan sağlanan gelirle de sağlık hizmeti ve emeklilik karşılanır. Ancak son yıllardaki liberalizasyon etkisiyle, AKP'nin bu kurumu kurarken söylediğinin aksine görüyoruz ki SGK'nın payı gittikçe düşüyor ve cepten ödeme artıyor.

Bu durum tüm sağlık harcamalarında mı yoksa sadece ağız-dış sağlığı harcamalarında mı?

Genel olarak bütün sağlık harcamalarında durum böyle ancak ağız-dış sağlığı harcamalarında durumun daha vahim olduğunu düşünüyoruz. Genel sağlıktaki kamu örgütlenmesiyle ağız-dış sağlığındaki kamu örgütlenmesine baktığımızda ağız-dış sağlığındakinin daha düşük olduğu görülüyor. Genel sağlıkta özel sağlık kuruluşlarından tüm tedavi kapsamları için hizmet alınıyor. Ağız-dış sağlığı hizmetlerinde özel sağlık kuruluşlarından hizmet alınmadığı için kamudan sağlık hizmeti almayı düşünmeyen biri tamamen kendisi karşılıyor giderleri. Bu da ağız-dış sağlığı hizmetlerindeki cepten ödeme payının çok daha yüksek olduğunu gösteriyor. Bu konuda SGK'ya soruyorsunuz; "Sizin xxx yılı için ağız-dış sağlığı harcamaları payınız nedir?" diye. Kesin bir cevap veremiyorlar. Çünkü böyle bir istatistik tutmadıklarını söylüyorlar. Ama tahmin edilen şudur; Türkiye'nin gayri safi milli hâsılasının yaklaşık %5'i sağlığa ayrılmaktadır. Bu oranın da yaklaşık %4-5'i -yıllara göre değişiklik göstermekle beraber- ağız dış sağlığı hizmetlerine gitmektedir. Yani kabaca %5'in %5'i, bu da binde 2,5'a tekabül ediyor. Bu oldukça düşük bir rakam.

Peki, buradan nereye doğru evirilecek sağlık hizmetleri, özellikle de ağız-dış sağlığı hizmetleri diye baktığımızda neler söyleyebilirsiniz?

Son yıllarda yaşadığımız gelişmelere, özellikle genel sağlık hizmetlerindeki gelişmelere baktığımızda SGK'nın politikaları bize ağız-dış sağlığı hizmetlerinin geleceğini gösteriyor. SGK bunu kamu önünde tartışmasa da AKP'nin ağız-dış sağlığı hizmetlerinin bu kapsamıyla sürdürülemeyeceği konusunda düşünceleri var. Örnek olarak protez hizmetlerini kapsamdan

çıkabilir veya kanal tedavilerini. Çünkü bunların çok maliyetli ve sürdürülemez olduğunu düşünüyorlar.

Bu bahsettiğiniz kamunun SGK kapsamında verdiği hizmet sanırım. Özelden durum nereye gidecek peki?

Biliyorsunuz çok yakın bir zamanda bizim ağız diş sağlığı hizmetleri sunumumuzu düzenleyen yönetmeliğimiz değişti. Bu değişiklikle beraber muayenehanelere birçok standartlar getirildi, yeni muayenehane açılması zorlaştırıldı. Hatırlarsınız genel sağlıkta da ilk izlenen yöntem buna benzerdi; Tam Gün Yasası ile hekimler “tercih etme” durumunda bırakıldı. Ancak bu yasanın pek çok maddesi idari yargı tarafından iptal edildi. Bunun üzerine muayenehanelere öyle şartlar getirildi ki “muayenehane açma” demektir bu şartlar. Bizde de buna benzer bir süreç işletilmeye başlandı. Ne amaçlanıyor peki? Hem eski hem yeni Sağlık Bakanı’nın çok açık söylemleri var bu konuda: Muayenehane devri kapanmıştır, muayenehanecilik çağ dışı bir yöntemdir. Bütün hekimler ve dişhekimlerinin büyük merkezlerde işini yapması amaç.

Bir de hekim dışı sermayenin %49 oraklığı meselesi var...

Bu yeni bir şey değil aslında; hastanelerde eskiden beri sermayenin %100’üne sahip olma hakkı var hekim dışı sermayenin. Genel tıpta hastane boyutundaki işletmecilik verimli bir yatırım sermaye için ancak ağız-diş sağlığı hizmetlerinde hastane yatırımlarını karşılayacak boyutta bir verimlilik yok. Bu nedenle ağız-diş hastanesi sermayenin ilgisini çekmiyor. Daha ilgi çekebileceği düşüncesiyle merkez durumdaki bir işletmeye sermayenin girme hakkını verdiler. İlk başta çok fazla tepki çekmemek için de %49 oranında tuttular. Bu oranın asla böyle kalacağını düşünmüyorum. Düşündükleri senaryoyu devam ettirirlerse bu oran muhakkak %100’e çıkacaktır. Aslında el altından göstermelik ortaklıklarla sermaye bu işe çoktan girmişti. Sağlık Bakanlığı’nın ve SGK’nın bakışı daha doğrusu bu ittifakın bakışı liberalizasyona açık bir bakış olduğu için sermayenin girmesinden hiç bir rahatsızlık duymuyorlar.

Hiç de iç açıcı olmayan bir tabloyla karşı karşıyayız. Yeni mezun dişhekimleri için durum çok daha sıkıntılı..

Şu anda yaklaşık 40 tane dişhekimliği fakültesi var, 25 tane daha açılma kararı çıkmış. Tüm Avrupa Birliği’nde toplam 200 tane dişhekimliği fakültesi var. Toplamın dördte biri bizde. Nüfusları da düşünürsek bu korkunç bir olay. Türkiye’de kurgulanmış sistem şu: Dişhekimini sayısını arttıracaksın, uzman sayısını arttıracaksın, diş-

hekimlerini vasıfsız hale getireceksin, sermayenin yatırım yapmasını yasal hale getireceksin ve ucuz işgücü yaratıp sermayenin ihtiyacı olan ucuza çalışan hekimleri hazırlayacaksın. Böyle bir ortamda yeni mezunların serbest dişhekimliği yapma konusunda çekinceleri var elbette. Uzmanlık sınavına hazırlanıyorlar; olmazsa doktora, o da olmazsa ADSM, hiç biri olmazsa özel bir sağlık kuruluşunda maaşlı çalışmayı tercih ediyorlar. Çünkü yarınlarnı göremiyorlar. Muayenehane için yatırım zor, yatırım yapsanız “para kazanabilecek miyim” kaygısı var. Bırakın genç meslektaşlarımızı 10-15 yıllık muayenehanesi olan birçok arkadaşımız muayenehanesini kapatıp ya ADSM’lere geçti ya da özel sağlık kuruluşunda maaşlı çalışmaya başladı. Dünyada iki üç kişinin çalıştığı poliklinikler Türkiye’de 100-150 kişinin çalıştığı merkezler olarak kendini gösteriyor. Burada da soru işaretleri var. Hastane birlikleri oluşturuldu, bütün hastaneler, ADSM’ler oralara bağlandı. Bunlar özel işletme mantığıyla yürütülüyor. CEO’lar atandı ama CEO olmak için hekim olma şartı yok!



Dünyada Dişhekimliğinde Çalışma Modelleri ve Serbest Meslek Prensipleri Çalışma Grubu

Son olarak...

Bizim yapacağımız tek şey kendi örgütlü gücümüz üzerinden, meslek örgütümüz üzerinden meslektaşlarımızı direnmeye çağırmak ve kamuoyunu bu konuda bilinçlendirmeye çalışmak. Özellikle son yönetmelik değişikliğine ilişkin hem TDB hem odaların idari yargıda açtığı davalar var. Ben şahsen oradan bir şeyler çıkacağını umuyorum ama bizi tatmin edecek düzeyde çıkar mı çok bilemiyorum. Özellikle sermaye konusunda bir sonuç alabilir miyiz kuşklarımız var. Dilerim bizim açımızdan olumlu sonuçlanır. Haddimi ve amacımı aşarak bir cümleyle bitireyim: Aslında genel çözüm, sağlıktaki hizmet sunumuna dönük bu kafanın değişmesiyle olacak gibi görünüyor. 2002’den beri o kadar çok şeyle boğuşmak zorunda kaldık ki. Aslında daha öncesinde de var, sadece bu hükümeti eleştirmeyelim ama bu hükümet sağlıktaki liberal politikalar açısından herkesi gölgede bıraktı.

Çekirdek Eğitim Programı ve Lisans Eğitimi Çalışma Grubu



Prof. Dr. Murat Akkaya
Çekirdek Eğitim Programı ve Lisans Eğitimi
Çalışma Grubu Başkanı

Türkiye’de dişhekimliği eğitimi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bugün Türkiye’de dişhekimliği eğitiminde ciddi sıkıntılar yaşanmakta. Yeni kurulan fakülteler bir yana köklü fakültelerimiz dahi bu sıkıntılardan önemli şekilde etkileniyor maalesef. Bu durum; “Ne olursa olsun hekim diplomasına sahip çok kişi olsun” şeklinde özetlenebilecek sağlık politikasının bir sonucudur ve öğrenciler, öğretim üyeleri, meslek örgütleri mevcut durumdan son derece rahatsızdır.

Gençlerimiz; toplumun sağlık düzeyi, ekonomik durumu, sosyal yapısı göz önüne alınmadan, sayı yetersizliği öne sürülerek açılan, aslında bu iddianın gerçekleri yansıtmadığı yetkililer tarafından da bilinirken altyapısı, öğretim kadrosu yetersiz fakültelerde eğitim almaktalar. Türkiye, dişhekimliği fakültesi sayısı son on yılda en hızlı artan ülke. Avrupa Birliği ülkelerinde toplamda 200 dişhekimliği fakültesi varken ülkemizde 64 dişhekimliği fakültesi var, 40’ında eğitim verilmekte ve her yıl bunlara yenileri ekleniyor. 2014-2015 eğitim ve öğretim yılında dişhekimliği fakültelerine ayrılan öğrenci kontenjanı 3.194’e yükseltilmiştir. Şuan yaklaşık 13.000 gencimiz fakültelerde eğitim almaktadır.

Açılan fakültelerdeki altyapı sorununu biraz açar

mısınız?

Nitelikli bir dişhekimliği eğitim programının amaçlandığı gibi uygulanabilmesi için eğitim ortamının hem öğretim elemanları hem de öğrenciler için yeterli olacak biçimde planlanması, öğrenme ortamlarının; derslikler, küçük grup çalışmalarının yapılabileceği laboratuvarlar, kütüphane, bilgi teknolojisi birimleri ve dinlenme-sosyal etkinliklerle ilgili ortamları kapsamı gerekmektedir. Oysa art arda açılan dişhekimliği fakültelerinde en temel gereksinimlerin yeterliliği bile dikkate alınmamıştır. Ayrıca kontenjan artışları da köklü fakültelerde eğitimin niteliğini olumsuz etkilemeye başlamıştır. Bir hocanın 40-50 kişilik sınıfa ders anlatması ile 200-250 kişilik sınıfa ders anlatması arasında eğitim kalitesi açısından fark vardır.

Üniversite hastanelerinde uygulanan performans sistemi eğitimin niteliğini nasıl etkiliyor?

Üniversite hastanelerinde uygulanmakta olan performans sistemi, eğitim ve araştırmaya verilen ağırlığın, hasta bakımına yönelmesine ve eğitimde nitelik kaybına neden oluyor. Bu sistemde, akademik ve bilimsel ilgi, mesleki uygulamanın niteliği geri planda kalmakta, artan finansal baskılar nedeniyle öğretim üyeleri, klinik olarak üretken olmak konusunda ağır bir baskı altına girmekte ve giderek akedemisyen özellikleri yerine klinisyen özellikleri baskın çıkmaktadır. Halbuki öğretim üyelerinin ekonomik endişeleri olmaksızın eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmeleri esas olmalıdır. Performans sistemi aynı zamanda özlük haklarında kayba yol açmaktadır.

Buraya kadar mevcut sorunlardan bahsettik. Çalışma grubunuzun da konusu olan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı bu sorunları nasıl çözmeyi hedefliyor?

Ülkemizde dişhekimliği mezuniyet öncesi eğitimin ulusal standartlarının belirlenmesi ve sonrasında fakültelerin akreditasyonu ile yeni bir aşamaya geçilecek. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) ile dişhekimliği fakültelerinin eğitim programlarının kalitesinin yükseltilmesi ve ülke genelindeki fakültelerdeki eğitim programlarının birbirleriyle uyumlama çalışmalarına katkıda bulunması, yetkin dişhekimi mezun edilmesi ve dişhekimlerinin



Çekirdek Eğitim Programı ve Lisans Eğitimi Çalışma Grubu

sunduğu ağız-diş sağlığı hizmet kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Bu açıdan bakıldığında UÇEP ve akreditasyon olumlu bir gelişmedir. UÇEP ve akreditasyon belki de yıllarca plansız ve kontrolsüz bir şekilde açılan yeni fakülteler ve arttırılan kontenjanları dizginleyecek sistem olacaktır.

Avrupa Birliği Sokrates projelerinden Dent-ED ve ADEE (Association for Dental Education in Europe) gibi kuruluşlar, eğitimin kalite ve standardizasyonu yönünde birçok rapor sunmuşlar, Avrupa Birliği ülkeleri Bologna süreci çerçevesinde eğitim kurallarını belirlemişler. Ülkemizin de 2001 yılında bu sürece dahil olmasıyla bu konuyla ilgili çalışmalar başlamış olup bugün için Yüksek Öğrenim Kurumu'na sunulan mezuniyet öncesi Ulusal Dişhekimliği Çekirdek Eğitim Programı (Ulusal ÇEP) ile somutlaşmıştır.

Siz Ulusal ÇEP'i nasıl değerlendiriyorsunuz?

*Ulusal ÇEP dişhekimlerinin mesleki uygulama alanlarını kısıtlayıcı olmamalıdır.

*Temel tıp, klinik tıp, etik ve koruyucu dişhekimliği eğitime yönelik yeterlilikler daha detaylı tanımlanmalıdır.

*Bu program hazırlanırken dişhekimliği eğitimi ve hizmet sunumuyla ilişkili tüm paydaşların görüş ve önerileri yansıtılmalıdır.

*Yetkinlik alanlarının ADEE önerilerine paralel olarak 183 yeterlilik alanını ve güncel gereksinimleri kapsayacak şekilde yapılandırılması gerekmektedir.

*Mesleki uygulamalar listesinde bulunan işlemlerin yetkinlik düzeyleri üzerinden eğitim programının hazırlanması teknik olarak sıkıntı yaratacağı kanısındayım.

*Derslerin içeriği kadar, öğretim üyelerinin yetiş-

kin eğitimci niteliklerinin geliştirilmesi gerektiğine inanıyorum.

*Tıp fakültelerinde tıp eğitimi anabilim dallarında olan yapılanmanın bir benzerinin dişhekimliği lisans eğitiminde de oluşturulması eğitime profesyonel bir bakış açısı sağlayacaktır.

Son olarak...

Son olarak fakültelerimizde eğitim için gerekli asgari standart ve koşullar sağlanmalı, akademik kadrolar, öğrenci sayısı, eğitim sistemi dikkate alınarak

ve eğitim-hizmet dengesi gözetilerek oluşturulmalıdır. Üniversitelerin mali sorunlarının çözümü için gerekli düzenlemeler yapılmalı, ihtiyaç olmadan yeni fakültelerin açılması önlenmelidir. Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması yerine mevcutların geliştirilip güçlendirilmesi ve kurumsallaşmalarının tamamlanmasına gayret edilmeli ve kontenjanlar artırılmamalıdır. Dişhekimliği eğitiminde nicelik yanında kalite ölçütlerinden de taviz verilmemelidir. Gerek insan gücü, gerekse eğitim altyapısı standartlarına haiz olmayan kurumlarda eğitim kesinlikle yapılmamalıdır. Mezuniyet öncesi dişhekimliği eğitimi, ADEE (Association for Dental Education in Europe) önerilerine paralel olarak 183 yeterlilik alanını ve güncel gereksinimleri kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmalıdır. Üniversitelerde yapılan bilimsel araştırmalara verilen devlet desteği artırılmalıdır.

“ Fakültelerimizde eğitim için gerekli asgari standart ve koşulları sağlanmalı, akademik kadrolar, öğrenci sayısı, eğitim sistemi dikkate alınarak ve eğitim-hizmet dengesi gözetilerek oluşturulmalıdır. Üniversitelerin mali sorunlarının çözümü için gerekli düzenlemeler yapılmalı, yeni fakültelerin açılması önlenmelidir. Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması yerine mevcutların geliştirilip güçlendirilmesi ve kurumsallaşmalarının tamamlanmasına gayret edilmeli, kontenjanlar artırılmalıdır. Dişhekimliği eğitiminde nicelik yanında kalite ölçütlerinden de taviz verilmemelidir. ”

Diğer 2 çalışma grubu ile ilgili haberlerimiz gelecek sayımızda yer alacak.

Büyük Buluşma Gerçekleşti

TDB 21.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi



Dışhekimliğinin tüm bileşenlerini bir araya getiren ve camianın en büyük buluşmalarından sayılan TDB kongrelerinin 21.si İstanbul'da yapıldı. 28-30 Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Kongre Merkezi'nde (ICC) gerçekleştirilen TDB 21.Uluslararası Dışhekimliği Kongresi güncel dışhekimliği uygulamalarına yönelik, yurt içi ve yurt dışından onlarca bilim insanının konuşmacı olduğu zengin bilimsel programı, tüm sektörü kapsayan renkli fuarı ve eşsiz sosyal programıyla TDB kongrelerinin "unutulmazları" arasına girdi.



Türkiye'nin dört bir yanından gelen dışhekimlere ve dışhekimliği bileşenlerine 28 Mayıs 2015 tarihinde yapılan açılış töreniyle "merhaba" denildi. Prof. Dr. Sedat Küçükay ve Yrd. Doç. Dr. Elif Çiftoğlu'nun sunuculuğunu yaptığı törende açılış konuşmasını TDB 21. Uluslararası Dışhekimliği



Kongresi'ne ev sahipliği yapan İstanbul Dışhekimleri Odası ve Kongre Organizasyon Komitesi Başkanı Murat Ersoy yaptı. Bilimsel ve sosyal programıyla, fuarıyla eksiksiz ve unutulmayacak bir kongre sunmak için hem İstanbul Dışhekimleri Odası Yönetim Kurulu hem de Organizasyon Komitesi olarak gece gündüz çalıştıklarını belirten Ersoy, "Eğer ortada bir başarı varsa – olacaksa en büyük pay hiç şüphesiz ki siz değerli meslek-



taşlarımızın gösterdiği ilgidir... Emek, çaba, özveri ile mutfakta hazırladıklarımızı artık servis etmeye başlıyoruz. Umuyor ve diliyoruz ki üç gün sonunda bilimsel programla bilgilerimizi tazelemiş ve yenilemiş, fuarla teknolojiye son gelişmeleri izlemiş, sosyal programla da soluklanmış olarak şehirlerinize ve çalışma birimlerimize dönersiniz. Umuyor ve diliyoruz ki bu üç gün sonunda iyi ki oradaydım dersiniz... Sevinç ve mutlulukla sizi ağırlıyoruz. TDB 21. Uluslararası Dışhekimliği Kongre'sine hoşgeldiniz" dedi.



Murat Ersoy'un ardından, TDB Genel Sekreteri ve TDB 21. Uluslararası Dışhekimliği Kongresi Genel Sekreteri Ali Gürlek, kongre programını ve kongre hakkındaki teknik bilgileri paylaştı.

Daha sonra sırasıyla; Van Yüzüncü Yıl ÜDF Dekanı Prof. Dr. Gürcan Eskitaşçıoğlu ve FDI Seçili Başkanı Dr. Patrick Hescot birer konuşma yaptı. Eskitaşçıoğlu konuşmasında sayısı gün geçtikçe artan



dışhekimliği fakültelerine değinirken Hescot, TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel'e ve Kongre Organizasyon Komitesi'ne teşekkürlerini sundu. Kongre açılış filminin gösterilmesinin ardından sahneye gelen TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel dışhekimliğinin mevcut sıkıntılarına değineyerek başladığı konuşmasında başta fakülteler ol-



mak üzere tüm kurum ve bireylerin mevcut şartlarını revize etmesi ve yenilemesinin kaçınılmaz bir ihtiyaç olduğunu vurguladı. Yücel konuşmasında, “Meslektaşlarımızın yetiştirilmesinde tüm akademik kadrolarıyla emek veren fakültelerimizde mevcut müfredatların gözden geçirilerek revizyonu gereklidir. 5 yıllık lisans eğitimi sonunda mezun olan dişhekimlerinin ‘ağız doktoru’ kimliğini daha değerli kılmak için yoğun bir çalışma içerisinde olmalıyız” dedi.

Prof.Dr.Taner Yücel konuşmasını, “Değerli katılımcılar, her zamanki gibi bu önemli bilimsel şölenle burada bizlerle olduğunuz ve mesleğinize katkı sağlamak adına değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkürlerimi sunuyorum, hepiniz için katma değer yaratacak bir kongre olmasını diliyorum” diyerek tamamladı.

Açılış töreni, konuşmaların ardından, Türkiye’nin sevilen keman sanatçısı Canan Anderson’un keman performansı eşliğinde sunulan dans gösterisiyle renklendi.

Kongre açılış törenine; birçok dişhekimliği fakültesinin dekanı, TDB yeni ve eski dönem yöneticileri, oda başkanları ve yöneticileri, dünyanın çeşitli ülkelerinden dişhekimleri birliği başkanları, FDI Seçili Başkanı Dr. Patrick Hescot, FDI Geçmiş Dönem Başkanı Dr. Michele Arden, FDI Sözcüsü Dr.Gerhard Konrad Seeberger, FDI Konsey Üyesi Dr. Ihsane Ben Yahya ve CHP İstanbul Milletvekili Dişhekimisi Kadir Gökmen Öğüt başta olmak üzere çok sayıda konuk katıldı.

Açılış töreninin ardından Expodental 2015 fuar açılışına geçildi.

Expodental 2015

Expodental 2015’in açılışını, TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel, FDI Seçili Başkanı Dr. Patrick Hescot, TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri, İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı A.Murat Ersoy ve Komşu Ülke İşbirliği Platformu Üyeleri birlikte yaptılar. 4800 m2’yi aşan fuar alanında 145 yerli, 22 yabancı olmak üzere toplam 167 firma, sektördeki yeni ürünleri ve teknolojik gelişmeleri sergileme olanağı buldular.



Bilimsel Program

Kongre bilimsel programı kapsamında 122 yerli- 35 yabancı konuşmacı, mesleğin güncel bilimsel ve teknolojik gelişmelerini meslektaşlarımızla paylaştılar. Aynı anda 5 salonda olmak üzere toplam 126 oturum ve 19 kurs düzenlendi.



Gala Yemeği ve Konser

Gala Yemeği, kongrenin ilk günü İstanbul Kongre Merkezi'nde (ICC) gerçekleştirildi. Yemeğin ardından açık havada yapılması planlanan Candan Erçetin konseri havanın serin olması sebebi ile İstanbul Kongre Merkezi'nin Harbiye Oditoryumu'nda yapıldı. Yoğun bir programın ardından, ünlü sanatçı Candan Erçetin'in şarkıları ile doyumsuz ve unutulmaz bir gece yaşandı.



Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Bilimsel Araştırmaları Teşvik Ödülleri

Türk Dişhekimleri Birliği ve İpana&Oral B arasında yapılan protokol çerçevesinde organize edilen, "Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Bilimsel Araştırmaları Teşvik Ödülleri" Gala Yemeğinde sahiplerini buldu.

Prof. Dr. Esra Yıldız, Prof. Dr. Murat Akkaya, Prof. Dr. Selçuk Yılmaz ve Prof. Dr. Taner Yücel'den oluşan jürinin değerlendirmesi sonucunda; üçüncülüğü, Arş. Gör. Dr. Serpil Çokakoğlu tarafından başvurusu gerçekleştirilen "Effect of bracket type on halitosis, periodontal status, and microbial colonization" (Halitosis, periodontal sağlık ve mikrobiyal kolonizasyon üzerine braket tipinin etkisi) konulu çalışma, ikinciliği, Prof. Dr. Kaan Orhan tarafından başvurusu gerçekleştirilen "Prevalance of oral abnormalities in a Turkish newborn population" (Türkiye'deki yeni doğan popülasyonlarında oral anomalilerin prevalansı) konulu çalışma aldı. Jürinin değerlendirmesi sonucu, birincilik için Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Bilimsel Araştırmaları Teşvik Ödülleri kriterlerine uygun çalışma bulunamadı.

İkinci olan çalışmaya verilen 7500TL., üçüncü olan çalışmaya verilen 5000 TL. yanı sıra, dereceye giren meslektaşlarımıza "Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Bilimsel Araştırmaları Teşvik Ödülleri Belgesi" de verildi.



Söyleşi: Ahmet Ümit

Yazar Ahmet Ümit, Celal Korkut Yıldırım'ın moderatörlüğünde keyifli sohbetiyle kongreyi zenginleştirdi. 29 Mayıs 2015 tarihinde gerçekleştirilen söyleşiye katılan meslektaşlarımız; hem yazarla tanışma fırsatı buldular, hem de kitaplarını imzalattılar.



Boğaz Turu

Kongre katılımcıları, 29 Mayıs 2015 tarihinde Kabataş İskelesi'nden kalkan tekneler ile İstanbul'un eşsiz güzelliğini yaşama fırsatı buldular. Meslektaşlarımız, Kongre'nin yoğun bilimsel programına yemek ve müzik eşliğinde gerçekleşen geziyle keyifli bir ara verdiler.



Dişhekimliği Fakülteleri Dekanları İle Toplantı



TDB'nin daveti üzerine 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin birinci gününde Dişhekimliği Fakülteleri Dekanları ve TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri bir araya geldi.

Toplantıda; dişhekimliğinin sorunlarının çözülmesinde birlikte hareket etmenin mesleğimizin geleceğine önemli katkılar sağlayacağı konusunda fikir birliğine varıldı.

Somut adım olarak da Dekanlar Konseyi Yürütme Kurulu ile TDB'nin en kısa zamanda bir araya gelerek hızla artan dişhekimliği fakülteleri konusunun ele alınması kararlaştırıldı. Oluşturulacak raporların resmi kurumlara iletilmesinde beraber hareket edilmesi konusunda ortak görüşe varıldı.

Komşu Ülkeler Dişhekimleri Birliği Toplantısı

TDB 21. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi kapsamında, 19 ülke birlik başkanı ve temsilcisinin katıldığı Komşu Ülkeler Dişhekimleri Birlikleri İşbirliği Platformu Toplantısı, 29 Mayıs 2015 tarihinde gerçekleştirildi.

Açılış konuşmasını yapan Prof.Dr. Taner Yücel, bugüne kadar yapılmış olan Komşu Ülkeler İşbirliği Platformu Toplantılarının kısa bir değerlendirmesini yaparak platform üyesi Birlikler arasındaki işbirliğini güçlendirmek üzere, Komşu Ülkeler Dişhekimleri Birlikleri İşbirliği Platformu'nun amaç ve çalışma esaslarını içeren bir protokolü tüm üyelerin onayına sundu. Onaylanan protokol 20 ülkenin imzasıyla kabul edildi.



Kongre'de "Bir Nefeslik Mola"

Dişhekimleri ve Yoga Eğitmeni Dilek İmre eşliğinde 30 Mayıs 2015 tarihinde teorik ve pratik uygulamalı yoga çalışması yapıldı. Bu farklı deneyimle orijinal yoga sistemi ile tanışan meslektaşlarımız keyifli ve huzurlu anlar yaşadılar.



Kongre Bayrağı İzmir'de...

TDB 21.Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 30 Mayıs 2015 Cumartesi günü İstanbul Kongre Merkezi'nde (ICC) yapılan kapanış töreni ile sona erdi. Kongrenin hikâyesinin anlatıldığı kapanış filminin ardından ilk olarak İstanbul Dişhekimleri Odası ve Organizasyon Komitesi Başkanı Murat Ersoy, ardından TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel birer konuşma yaptılar.

Konuşmaların ardından Türk Dişhekimleri Birliği ile İstanbul Üniversitesi işbirliğinde ve Colgate'in sponsorluğunda yapılan "Ağız ve Diş Sağlığı - Genel Sağlık İlişkisi" konulu afiş yarışması ödülleri sahiplerini buldu. Yarışmada birinciliğe Alper Tombul'un "Dişinizin Sesine Kulak Verin", ikinciliğe Serhat Varan'ın "Kalbe Giden Yol Dişlerden Geçer", üçüncülüğe ise Ertuğrul Ören'in "Ağızına Sağlık Türkiye" konulu afişi layık görüldü.

Ödül töreni sonrası, Murat Ersoy ve Prof.Dr.Taner Yücel gelecek sene İzmir'de yapılacak kongreyi düzenleyecek olan İzmir Dişhekimleri Odası Başkanı Prof.Dr.Ali Rıza Alpöz'e kongre bayrağını teslim etti. Son olarak, sponsor firmalar Güney Diş, Kavo Kerr, 3M Espe ve GC'nin verdiği hediyeler çekilişle sahiplerini buldu.





Dişhekimliği - Radyasyon İlişkisi Üzerine

Moderatörlük yaptığı Dr. Bjorn Bamse Mork-Knutsen'in konferansından sonra sorularımızı yanıtlayan Prof. Dr. Tamer Lütfi Erdem, Kongre Bilimsel Komitesi'nde ve MSS'de "Çekirdek Eğitimi Programı ve Lisans Eğitimi" çalışma grubunda yer aldı. Okan Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı Başkanı olan Erdem aynı zamanda Türk Oral Diagnoz ve Maxillofasiyel Radyoloji Derneği Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Öncelikle Bamse'den başlayalım.

İlk gün konuşmacımız Bamse Norveçli, TME radyolojisi konusunda bir otorite. Özellikle Norveç ve Baltık ülkelerinin aradığı bir konuşmacı. Bu konuşmasında da muayenehane ve klinik şartlarında TME şikâyetlerine göre hangi radyografik tetkikin değerlendirilmesi gerektiğini konu alan bir konuşma yaptı. Meslektaşlarımız için oldukça faydalı olduğunu düşünüyorum. Bamse'in konuşması spesifik bir konuşmaydı. Özellikle TME cerrahisi ile ilgili olarak onunla da ilişkilendirdiği yöntemlerden bahsetti. Panoramik radyografinin TME hastalıkları tanısında çok sınırlı bir değeri var. Ama TME cerrahisinden sonra daha fazla değer kazanıyor. Arkadaşımız da bunu bir kez daha teyit etti. TME şikâyetleri için bilgisayarlı tomografiler, ki alanımızda her zaman konik ışınlı dental bilgisayarlı tomografileri öneriyoruz, zaten bu bölge için tasarlanmış cihazlar. Bunun yanında yumuşak dokuları ve diski ilgilendiren konularda da elektromanyetik rezonans görüntüleme gerçekten son derece değerli bilgiler veriyor ve tanıya katkıda bulunuyorlar. Az da olsa ultrasonun da bu konuda katkısı var.

Kişilik olarak da Bamse soğuk kuzey ülkesinin çok sıcak bir insanı. Başka bir özelliği de iyi bir rock gitarcısı olması. Bir rock grubu var ve sık sık konser veriyorlar.

Teknoloji geliştikçe radyasyondan korunma gerekliliği de daha fazla önem kazanıyor. Bu konuda bize neler söyleyebilirsiniz?

Biz radyasyonla onun da en kötüsü iyonlaştırıcı tiپیyle uğraşıyoruz. Bu nedenle bizim asli görevlerimizden bir tanesi de meslektaşlarımızı, halkımızı ve çevreyi radyasyondan korumak. İki açıdan önemli: Birincisi bizler radyasyon görevlisi olarak kabul edilmiyoruz. Dolayısıyla hastamız için ne güvenliyse bizim için de o güvenlidir. İkincisi de bizler radyasyondan korunmadığımız zaman zararın bize olacağını zannediyoruz ama bunun nesilden nesile geçme özelliği var. Belki potansiyel bir genetik hasarı bir sonraki neslimize geçirme riskimiz her zaman mevcut.

Bu çok mu yaygın?

Bizim mesleğimizde çok da yaygın değil ama radyasyon hasarı bir kere oluyor ve dönüşü olmuyor. Dola-

yısıyla bir kere bile olmaması için uğraşıyoruz. Şimdi aslında bizler doğadan sürekli radyasyon alıyoruz. Doğadaki radyasyondan kaçış imkânımız da yok ama şu da bir gerçek, doğadan aldığımız radyasyonla bir radyasyon zararı görme vakası veya radyasyon hasarı oluşma vakası bugüne kadar bildirilmemiş. Dünyadaki bütün medikal ışınlamalar doğal radyasyonun %15'i kadar. Radyasyon hasarı söz konusu olduğunda bu %15'lik kısımdan oluyor. Dolayısıyla bizim de asıl korunduğumuz, insanları dikkatli olmaya çağırdığımız konu bu %15'lik medikal radyasyon. Dişhekimleri de bunun önemli bir parçası. Her ne kadar dişhekimliğinde kullanılan konvansiyonel cihazlar, panoramikler ve ağız içi radyografi cihazları çok fazla büyük dozlarda ışın üretmese bile uzun vadeli maruziyet bir müddet sonra aşağı yukarı Hiroşima'daki atom bombasının etkisine ulaşabiliyor. Orada hemen ölenler değil ama hasar görüp sağ

la mümkün olduğunca karşılaşılması gerektiğini" söylüyorlar. Tabi bu bizim mesleğimiz açısından mümkün değil. Aslında şöyle mümkün değil, hasta açısından mümkün değil. Hekim açısından mümkün. Zaten bütün korunma kuralları hastalar için ayarlanmıştır, ona göre planlanmıştır. Dünyadaki hiç bir radyasyonla ilgili kurum bir hekimin çalışan bir röntgen cihazının yanında bulunduğunu varsaymaz. Onların orada olmadığını, dolayısıyla onların kendini koruduğunu düşünür. Buna çok ciddi bir şekilde riayet etmeli.

Bunun için ne yapmak gerekiyor?

Bunun da en güzel yolu röntgen cihazlarımızı lisanslamak. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu bu işi yapıyor. TAEK lisanslama yapmadıkça hiç bir X ışını cihazının emniyetli olduğu söylenemez. Meslektaşlarımızın buna dikkat etmesi gerekli. Maddi külfet, bürokratik işlemler gerektirebilir ama güvenlik açısından çok

“ Biz radyasyonla onun da en kötüsü iyonlaştırıcı tipiyle uğraşıyoruz. Bu nedenle bizim asli görevlerimizden bir tanesi de meslektaşlarımızı, halkımızı ve çevreyi radyasyondan korumak. İki açıdan önemli: Birincisi bizler radyasyon görevlisi olarak kabul edilmiyoruz. Dolayısıyla hastamız için ne güvenliyse bizim için de o güvenlidir. İkincisi de bizler radyasyondan korunmadığımız zaman zararın bize olacağını zannediyoruz ama bunun nesilden nesile geçme özelliği var. Belki potansiyel bir genetik hasarı bir sonraki neslimize geçirme riskimiz her zaman mevcut. ”



kalanlar gibi, uzun yıllar kronik radyasyona maruz kalan insanlarda bu olay yıllarca sürüp, aynı sonuca ulaşıyor. Belki 15-20 sene önce limitlerin üzerinde alınan radyasyonun bozduğu bir gen 20 sene sonra lösemi olarak karşımıza çıkabiliyor, bunun nedeni de kimse tarafından anlaşılamıyor. Aslında şu da bir gerçek sigaradan başka kanserle doğrudan ilişkilendirilmiş bir madde yok.

Ama radyasyonun kanserde rol oynadığı muhakkak...

Belki oluşturuyor. İlginçtir henüz kesin bir ilişki saptanmamış. Ama doğrudan kanser oluşturmaya bile, olan bir potansiyeli de mutlaka provoke ediyor ve daha dramatik sonuçlara yol açabiliyor. Bu açıdan gerek Dünya Sağlık Örgütü gerek uluslararası radyasyondan korunma kurumları hep “radyasyonda güvenlik sınırları diye bir şey olmadığını, radyasyon-

önemli. Sadece kendimizi, hastamızı değil aynı zamanda yanımızdaki yardımcımızı da korumalıyız. Bu konuda eğitim konusunda yeterli değiliz. Fakültelerde ne zaman ki radyasyondan korunmanın temeli olan radyasyon fiziği konuları anlatılmaya başlanırsa öğrencilerde şöyle bir düşünce oluyor: “Bu ileride benim ne işime yarayacak?” Onun için periapikal radyografi nasıl çekilir çok önemli ama bundan nasıl korunulur o kadar önemli değil. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte olmaması gereken ürünler de gelişiyor; doğal radyasyon artıyor. Dolayısıyla bu konuda bilinçli olmak en azından bu bilince sahip olmadığımızı kabul ederek fakültelerle irtibatta olmak şart diye düşünüyorum.

Radyoloji odası yapılırken neler önemli?

Özelde veya kamuda dişhekimliği ile ilgili hastane, merkez oluşturmak maddi olarak külfetli. Burada

bence ilk planlanması gereken yer radyolojinin yeri. Her odada röntgen cihazı olacak mı? Yoksa bir merkezi oda mı olacak? Baştan saptanmalı. Daha sonra korunma ve dekorasyon buna göre düzenlenmeli. Bir koltuğun yerini değiştirebilirsiniz hatta başka bir şehre götürebilirsiniz ama bir röntgen cihazını yan odaya götürmek lisansın tekrarlanması gerektirir. Normal şartlar altında pek çok duvar bizim kullandığımız cihazların ürettiği X ışınına geçiriyor. Fakat kapılar, cam bölmeler, alçıpan gibi daha ince, X ışınına engelleyemeyecek materyaller kullanılmışsa bu-

raların mutlaka kurşun kaplanması gerekir. Bizim röntgen cihazlarımız için 3 metre açıldığınız zaman X ışını ulaşmaz diye anlatılır. Ancak özellikle dijital cihazlar çıktığından beri doz düşürüldü ama radyasyon hızı arttı. Hız artışıyla beraber menzile de arttı. TAEK’le de devamlı iletişim halindeyiz, eskiye nazaran özellikle ölçüm yaptıkları bir takım zırlamaların arkasına dahi bir periapikal radyografinin çok rahatlıkla X ışını geçirebildiğini ortaya koydu. O nedenle TAEK’in ölçümleri çok önemli. Eskisi gibi biz uzakta olalım demeyelim. Mutlaka bir paravan arkasına veya helezonik kablunun uzatılmasıyla dışarı çıkıp bir duvarın arkasına saklanmak zorundayız. Önemli bir konu daha var. Radyasyonun güvenlik sınırı yoktur demiştik. Uluslararası Radyasyondan Korunma Komisyonu, tanıya faydası olmayan hiç bir ışınlanmanın yapılmaması gerektiğini söyler. Hastanızın ve kendinizin başka radyolojik tetkikler de yaptırabileceğini ve doz

aşımına neden olabileceğinizi unutmamak gerekir. Hiç radyografi almayalım demiyorum ama mümkün olduğunca sınırlamalıyız.

Biraz da derneğinizi ve çalışmalarınızdan bahsedermisiniz?

Türkiye’deki ağız-diş ve çene radyolojisi uzmanlarının bir arada toplandığı ve faaliyet gösterdiği Oral Diagnoz ve Maxillofasial Radyoloji isimli bir derneğimiz var. Oral diagnoz ve radyoloji birbirini çok tamamlayan iki alan ve dişhekimliğinde birbirlerinden ayrılması olanaksız. Daha önceki adımız da Oral Diagnoz ve Radyoloji Ana Bilim Dalıydı. Tıp mantığıyla yaklaşıldı ve diş hekimliğindeki oral diagnoz da bir tanı olarak sınıflandı. Tanının da uzmanlığı olamayacağı mantığıyla adımız Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi

olarak çevrildi, ancak oral diagnoz bu müfredatın içinde bırakıldı. Bu değişiklik eğitime kötü etkisine başladı. Oral diagnoz biraz sahipsiz kalma eğilimine girdi ve biz de bununla mücadele etmek zorunda kalıyoruz. Aslında Amerika Birleşik Devletleri’nde Oral Diagnoz ve Radyoloji departmanlarının adı tanınan bilim departmanı olarak değişiyor. Tanınan bilimlerin içine de tanı ve tedavi planlaması, oral diagnoz, oral patoloji, ağız hastalıkları ve radyoloji dahil ediliyor. Hatta bunların arasına bazıları adli dişhekimliğini de katıyor.

Tanısız bilim dediğiniz zaman bir hasta oturduğunda ağızdaki bütün belirtileriyle tanınıyor, tedavi planı çıkarılıyor, hatta ağız hastalıklarının cerrahi olmayan tedavileri yapılıyor. Dolayısıyla KBB’nin, plastik cerrahinin, enfeksiyonun ve dişhekimliğinin ortak alanı olmasına rağmen herkesin ihmal ettiği alan olarak tanımlanan ağız hastalıkları hiç olmazsa burada değerini buluyor. Ülkemizde ağız hastalıkları ve oral patoloji hiç bir zaman oral diagnozun içinde olmadı ama hiç olmazsa teşhis, tedavi planlaması ve oral diagnozun özellikle tıp bilimleri ile bir köprü oluşturması mesleğimizde çok önemli. Dolayısıyla bizim derneğimiz aynı zamanda oral diagnozun ihmal edilmesinin engellenmesi amacıyla çalışmalar yapmakta. Öte yandan adı radyoloji olmasına rağmen dişhekimliği radyolojisi her zaman kliniğin tamamlayıcısıdır. Yani aslolan klinik, radyoloji buna katkıda bulunur. Oral diagnoz olmadan sadece radyoloji yapmak olmaz. Klinikte bir radyolog gidip hastanın ağzına bakmaz. O sadece radyografideki bulgulara göre hareket eder. Hastanın ağzına bakan, onunla irtibatla olduğu için hastanın klinik bulgularını, psiko-sosyo-kültürel statüsünü, ekonomik durumunu bilen kişi hekimdir. Dolayısıyla biz sadece bunları gördüğümüzü bildiririz, uygulamayı gene hekim yapar. Böylesi bir planlama bilgisi eksikliğinde veya sistemik bir takım bulguları ağız içinde tanıyamayan, tanıdığı halde gerekli bağlantıyı kuramayan bir eğitim söz konusu olduğunda maalesef bir takım zorluklar yaşayacağımız ortada. Bu zaman meselesidir. Eninde sonunda bu iş olması gereken mecraya gelecektir. Ama bu süreçte insanların yeterli sağlık hizmetini alamamasının önemli bir husus olduğunu düşünüyorum. Bir başka önemli husus da şu; tanının uzmanlığı olmayabilir ama tanının bir tedavinin %80’i olduğu unutulmamalıdır. Hipokrat’ın ilk kuralı halâ geçerlidir. Önce hastaya zarar verme! Kim iyi sorular sorarsa, doğru bir tanı koyar! Kim doğru tanı koyarsa, doğru bir tedavi yapar. Bu kadar önemli bir konunun eğitimde çok daha fazla yeri olması gerektiğini düşünüyoruz.

“ Normal şartlar altında pek çok duvar bizim kullandığımız cihazların ürettiği X ışınına geçiriyor. Fakat kapılar, cam bölmeler, alçıpan gibi daha ince, X ışınına engelleyemeyecek materyaller kullanılmışsa buraların mutlaka kurşun kaplanması gerekir. Bizim röntgen cihazlarımız için 3 metre açıldığınız zaman X ışını ulaşmaz diye anlatılır. Ancak özellikle dijital cihazlar çıktığından beri doz düşürüldü ama radyasyon hızı arttı. Hız artışıyla beraber menzile de arttı. ”



Bir Günde İmplant Tedavisi

“Bir Günde İmplant Terapisi İçin Öngörülebilir, Pratik, Cerrahi ve Restoratif Protokol” konulu konferansın konuşmacısı Prof. Dr.Kwang Bum Park, Kyungpook Ulusal Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 1985'te mezun olmuş. 1988'de periodontoloji yüksek lisans çalışmalarını tamamlayan Park, üniversite öğretim üyeliği görevinin ardından 1993'te klinisyenlikle mesleğine devam etmiş bir isim. Bugün, Kore'de meslektaşlarıyla birlikte kurduğu “MIR Dental Network” adlı dişhekimliği hastaneler zincirinin sahibi.

İmplant tasarımının detaylı etkileri, dijital dişhekimliğindeki gelişmeleri, One Day Implant terapisinin başarısını ölçme ekipmanlarının kullanımı ile ilgili verileri ve klinik vakaları değerlendirdiği konferansının ardından Prof.Dr.Kwang Bum Park ile küçük bir sohbet gerçekleştirdik.

Prof.Dr.Atilla Sertgöz: Bu Türkiye'ye ilk gelişiniz değil sanırım.

Evet, bu üçüncü gelişim.

Kongremiz hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

Çok güzel buldum. Fuarın büyüklüğü ve konuşmacı sayısı açısından büyük bir kongre. Kore Dişhekimleri Birliği Kongresi'ne benzer özellikler gösteriyor.

Kongremizi bilimsel içeriği bakımından nasıl buldunuz?

Konuşma başlıklarına baktığımda bilimsel içeriğinin dolu olduğunu gözlemledim. Ayrıca dinleyicilerin ilgisi harikaydı.

Sizin konuşma başlığınıza gelelim. Konunuz “Bir Günde İmplant Terapisi” idi. Gelecekte bu trendin çok önemli olduğunu belirttiniz. Sizin bu konuya getirdiğiniz yeniliklerden bahsedebilir misiniz?

1990'da implant tedavisine başladığımda bu tedavi oldukça maliyetliydi. Zaman içerisinde yaygınlaştı ve günümüzde herkesin ulaşabileceği bir tedavi seçeneği haline geldi. Artık amacımız hasta konforu açısından ziyaret sayısını olabildiği kadar azaltmak. “Bir Günde İmplant” fikri elbette yeni değil.

Bizim amacımız bu protokolü en yüksek doğrulukta gerçekleştirmek. Bunu günümüzün tablet bilgisayarlarına benzetebiliriz. Temelde bilgisayar



“ 1990’da implant tedavisine başladığımda bu tedavi oldukça maliyetliydi. Zaman içerisinde yaygınlaştı ve günümüzde herkesin ulaşabileceği bir tedavi seçeneği haline geldi. Artık amacımız hasta konforu açısından ziyaret sayısını olabildiği kadar azaltmak. “Bir Günde İmplant” fikri elbette yeni değil. Bizim amacımız bu protokolü en yüksek doğrulukta gerçekleştirmek. ”

yar bileşenlerinden oluşmasına rağmen Steve Jobs bu teknolojiyi çok fonksiyonelleştirdi. Biz de dişhekimliğinde kullanılan dijital teknolojileri benzer şekilde daha fonksiyonel bir bütün haline getirdik.

Yönteminizi implantolojiye yeni adım atacak hekimlere önerir misiniz?

Ben, öncelikle konvansiyonel yöntemlerle başlamalarını öneririm. Yumuşak ve sert doku yönetimi

hakkında temel tecrübelerle sahip olmalılar. Bundan sonra bu teknolojiyi çok daha güvenle kullanabilirler.

Bu teknolojinin sizin ülkenizdeki kullanımı hangi oranda?

Günümüzde dijital implantoloji kullanım oranı %5 gibi, ancak giderek popülerleşiyor ve hızlı bir yükselişte. Hekimler bir kez bu teknolojiye alıştıklarında sadece bunu kullanmaya başlıyorlar. Hem hasta hem de hekimler genel olarak neşter kullanmaktan, dokuyu açmaktan yana değiller. Bu teknolojiyi tercih edilebilir hale getiren, implantasyonun cerrahi stent ile flepsiz olarak yapılabilmesi ve aynı seansta protetik yapıların da yerleştirilebilmesi.

Oldukça ilginç...

İlk seferinde biraz karmaşık gelebilir. Ancak birkaç vakadan sonra kolaylaşıyor.

Teknolojiniz Avrupa’da da kullanılıyor mu?

Özellikle İtalya ve Hollanda’da oldukça popülerleşen bir sistem. Bu nedenle geçen yıl Romanya’ya bir R2 Merkezi kurduk.

Türkiye’de de benzer bir merkez kurmayı planlıyor musunuz?

Elbette. Protokoller nerdeyse hazır diyebilirim.

Türkiye’yi önemsiyorsunuz...

Evet. Romanya merkezimiz Avrupa’ya hizmet veriyor ancak Türkiye için süre hâlihazırda uzun. Bu nedenle Türkiye’ye hizmet verecek yeni bir merkez kurulacak.

Sistemin hekim için maliyeti ne olacak? Örneğin 1 implant için maliyet verebilir misiniz?

Pahalı olmadığını söyleyebilirim. Tasarruf edilecek zaman ve sunulan konfor göz önüne alındığında büyük maliyetler eklemeyecek.

Benzer sistemlerin çok maliyetli olduğunu biliyoruz.

Doğru söylüyorsunuz. Kesin bir rakam veremem ancak benzer sistemlere göre daha ekonomik olduğunu söyleyebilirim. Tabi en önemli R2 sisteminin hekimlere sağladığı hassasiyet ve doğruluk.

Kongreye katılımınız ve bize vakit ayırdığınız için çok teşekkür ederiz.

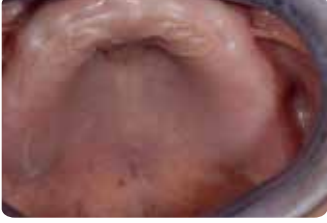
Ben de burada bulunmaktan çok mutluyum. Teşekkür ederim.



BİR-GÜNDE

implant & Protez

* Bu vakanın cerrahisi Prof. Dr. Yaşar ÖZKAN tarafından, protezi Yrd. Doç. Dr. Umut ASLAN tarafından yapılmıştır ve izinleriyle yayınlanmıştır.



Tam dişsiz üst çene



Tam dişsiz alt çene



Mukoza üstü cerrahi stent



Üniversal R2Gate cerrahi seti ile flepsiz cerrahi



İmplantların bilgisayarda planlandığı şekilde pozisyonlandırılması



İmplantların MEGA-ISQ ile stabilite değerlendirmesi



İmmediyat yükleme için ISQ değeri 70 ve üstünde olması gerekir.



Kişiyeye özel zirkon abutmentların yerleştirilmesi



Akrilik bazlı sabit geçici protezlerin simantasyonu



Kişiyeye özel zirkon abutmentların yerleştirilmesi



Akrilik bazlı sabit geçici protezlerin simantasyonu



BİR GÜNDE İMPLANT & PROTEZ

Değişime

Hazır mısınız ?



MEGA GEN

www.megagen.com.tr Tel: 0 (212) 211 39 32

Oral İmplantolojide Sinüs Tabanı Elevasyonu BÖLÜM II: CERRAHİ TEKNİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI



Doç. Dr. Volkan Arısan
İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi Oral İmplantoloji ABD



Prof. Dr. Cüneyt Karabuda
İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi Oral İmplantoloji ABD



Diş Hekimi Öğr. Kerimcan Aktaş
İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği
Fakültesi

GİRİŞ:

Sinüs tabanı anatomisinin detaylıca tanınması ile posteriomaksillada diş eksikliği görülen olgularda sinüs tabanının elevasyonu işlemleri başarı ile yapılabilir. Bir önceki bölümde işlenen anatomik nüanslar uygulamaların teknik sınırlarının belirlenmesinde ve operasyon içi komplikasyonların önlenmesinde temel oluşturur.

Sinüs lifting için kullanılan iki temel teknik Tatum tarafından tanımlanmış olan lateral pencere tekniği ve Summers tarafından sunulmuş olan, krestal yaklaşımı benimseyen ve osteotomlar kullanılarak gerçekleştirilen tekniktir. Summers'ın sunduğu teknik sinüs tabanı elevasyonunda daha konservatif bir yöntem olarak nitelendirilir (1). 1996 yılında yapılan bir konferansta rezidüel kemik seviyesine göre endikasyon konulması konusunda karar alınmıştır. Rezidüel kemik seviyesinin 10 mm'den fazla olduğu durumlarda klasik implant prosedürü, 7-9 mm arasında olduğu durumlarda osteotomi ve aynı seansta implant yerleştirilmesi, 4-6 mm arasında olduğu durumlarda lateral pencere tekniği ile aynı seansta implant yerleştirilmesi, 1-3 mm arasında olduğunda da lateral pencere tekniği ile sonraki seansta implant yerleştirilmesi uygulanmalıdır (2). Son yıllarda lateral pencere tekniğinde görülen postoperatif ağrı, şişlik ve uzun iyileşme periyodu gibi komplikasyonları azaltmak amacıyla Summers tekniği dışında Antralmembran balon elevasyonu, Piezoelektrik kemik pencere osteotomisi, Piezoelektrik internal sinüs elevasyonu, Hidrodinamik piezoelektrik internal sinüs elevasyonu, Hidrolik sinüs kondensing, iRaise tekniği, Transkrestal Rehberli Sinüs Lifting, Transkrestal hidrokinamik ultrasonik kavitasyonel sinüs lift gibi teknikler geliştirilmiştir (4).

Lateral Pencere Tekniği

Lateral pencere tekniğinde ilk olarak maksillada dişsiz bölgede kret tepesinden hamular çentikten başlayarak kanin bölgesine kadar bir insizyon yapılır. Ön ve arka yönde sinüsün dikey duvarlarının 1 cm arkasından yapılan rahatlayıcı insizyonları takiben mukoperiostalflep üstte yapılacak horizontal kesinin 5 mm kadar üstüne kaldırılır. 3/0 ipek dikişlerle flep yanağa dikilir. Girişin sağlanacağı bölgenin tespitinde anatomik konturlara dikkat edilmesi gerekir. Oluşturulacak pencerenin sınırları sinüsün hatlarıyla uyumlu olmalıdır. Bunun için BT taramasından, panoramik röntgenden veya palatinaltransilluminasyondan yararlanılır (2).

Altta uygulanacak horizontal osteotomi Schneiderian mebranın kolayca görülebilmesi açısından alveol kretinin minimum 2 mm üstünde olmalıdır. Serum irrigasyonu altında, yüksek devirde, sinüs mukozasını perfore etmeyecek yapıdaki küçük rondrezlerle yaklaşık 25 mm uzunluğundaki paralel horizontal kesiler köşeleri yuvarlak olacak şekilde birleştirilir ve böylece kemik penceresi oluşturulmuş olunur. Daha sonra eğri kenarlı künt cerrahi küretlerle kemik penceresi içeri doğru itilerek eleve edilir. Schnederian membranın az miktarda lifi olduğundan kemikten kolayca ayrılır. Membran perforasyonunu önlemek için özel tasarlanmış olan elevatörlerle mukoza ve kemik arasına nazikçe girilerek mukoza eleve edilir. Marx ve Garg 1 ampül 2% lidokain 1:100,000 epinefrin emdirilmiş gaz tamponun yaratılan boşlukta 5 dakika kadar bekletilmesini önermiştir. Böylece kanlanma azalacak ve daha ileri bir inceleme için görüş artacaktır. (2) Genellikle membranın elevasyonu 15 mm'yi geçmemelidir. Açılan kemik penceredeki kapakçık sinüs içerisinde superior

pozisyona getirilir. Eğer pencere açıldığında kemik septumu ile karşılaşılırsa bu yapı korunmalıdır ve sinüsün iki kompartımanı da greft materyali ile doldurulmalıdır. Bu septuminferiorborder olarak kullanılır (4).

Lateral pencereye tekniği implant yerleştirilmesine göre tek ya da iki aşamalı olarak sınıflandırılabilir. Bu kararın verilmesinde implantların primer stabilizasyonunun sağlanması önemlidir. Misch (5), rezidüel kemikte primer implant stabilizasyonunun sağlanması durumunda eş zamanlı implant yerleştirmenin mümkün olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, eş zamanlı implant yerleştirilmesi için rezidüel kemik yüksekliğinin en az 5 mm olması gerektiğini savunmuştur. İmplantları eş zamanlı yerleştirmenin avantajı, ek bir cerrahi işlemin yapılmasına gerek kalmaması ve iyileşme döneminin kısa sürmesidir. Ancak klinik başarı açısından sinüs tabanı greftlemesinde geç dönem implant yerleştirilmesi, eş zamanlı yerleştirmeye kıyasla daha üstündür (6, 7, 8). Jensen (9) eş zamanlı implant yerleştirme ile %81 başarı oranı, geç dönem yerleştirme ile %93 başarı oranı rapor etmiştir. İki aşamalı teknikte sinüs elevasyonu ve ogmentasyonu gerçekleştirilir ve 6-9 ay sonra implantlar yerleştirilir. Tek aşamalı teknikte ise sinüs elevasyonu ve ogmentasyonunun yapıldığı operasyonda implantlar da yerleştirilir. Sinüs tabanındaki kemik kalınlığının 4 mm veya daha az olması durumunda iki aşamalı teknik uygulanır. Ters durumda ise tek aşamalı teknik endikedir (10).

Post-operatif dönemde hastaya yedi gün boyunca kullanması için antibiyotik (500 mg Amoksisilin günde 3 defa, 500 mg Levaquin günde 1 defa veya 300 mg Klindamisin günde 4 defa) ve %0,12'lik Klorheksidin (günde 2 defa) verilir (4,5).

Lateral pencere tekniğinin klinik uygulaması (Garg 1997):



Lateral pencere tekniği için insizyon dizaynı



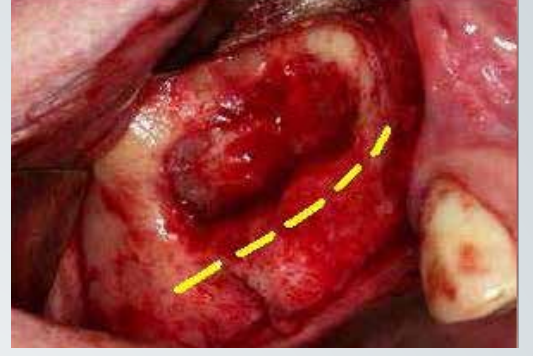
Maksiller sinüsün hatlarını görebilmek için transilluminasyon tekniğinin uygulanması



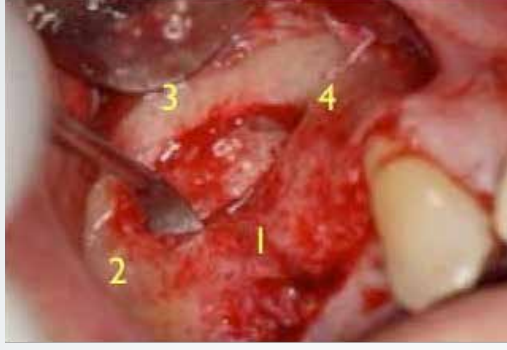
Pencere oluşturulması



Pencere oluşturulması



Maksiller sinüsün sınırını izleyen lateral pencere dizaynı



1: Sinüs tabanı 2: Posterior Duvar
3: Superior Duvar 4: Anterior Duvar



Sinüs membranının elevasyonu



Lidokain emdirilmiş gaz tamponun uygulanması



Elevasyon sonra kemik greftin yerleştirilmesi



Kollajen membran lateral pencerenin üzerine yerleştirilmesi



Septum varlığında uygulanan "Çift Pencere" tekniği



Tek aşamalı lateral pencere tekniği

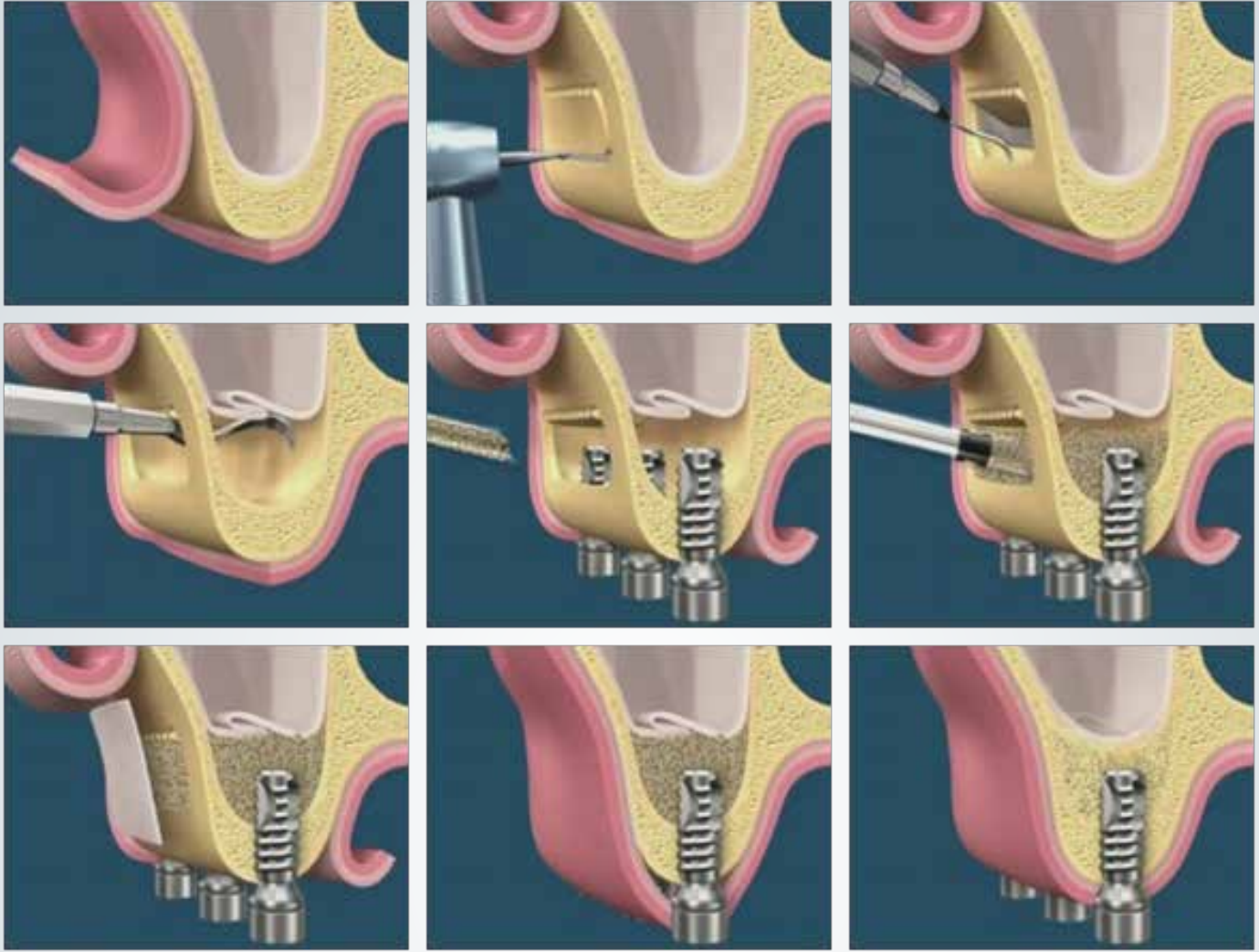


Çift aşamalı lateral pencere tekniği



Teknik uygulanırken meydana gelen sinüs membranının perforasyonu

Lateral pencere tekniğinde şematik sıralama (Garg 1997):



Summers Tekniği (Osteotom tekniği)

“Sinus tabanı elevasyonu osteotomisi” (OSFE) olarak da adlandırılır. Summers tarafından 1994 yılında tanıtılmıştır (11). Özellikle Tip IV kemik yapısına sahip hastalar için elverişlidir. Summers bu tekniğin normalde tip 4 kemiğin bulunduğu posterior maksillada kemik yoğunluğunu artırdığını belirtmiştir (12). Osteotom yönteminin amacı, mevcut kemiği korumak ve selektif olarak vertikal yönde kemiğin yerini değiştirmektir. Bu yer değiştirme neticesinde sinüs tabanı yukarı kaldırılmış olur. Bu selektif yer değiştirmede ilk defa Summers tarafından tanıtılan ve kullanılan osteotom seti ile cerrahi çekiç kullanılır (13); (Şekil 2).

Günümüzde hemen hemen tüm implant sistemlerine ait bir osteotom seti mevcuttur. Dikkat edilmesi gereken konu kullanılan implantın ölçülerine uygun özellikteki osteotomların kullanılmasıdır. OSFE tekniğinde kullanılan osteotomların ucu gövdelerinden daha ince ve konkavdır. Bu özellikleri sayesinde duvardan kemiği traşla-

arak ilerlerler. Sokete penetre olan osteotomun önünde toplanan kemik en derin noktada bir kütle oluşturur. Oluşan bu kemik kütlesi yukarıya doğru itilir veya hafif vuruşlarla yukarıya taşınır ve böylelikle sinüs tabanı ve membranı eleve edilmiş olur. Kapalı teknik olarak da ifade edilen OSFE, açık tekniğe yani lateral pencere tekniğine göre daha az risk ve daha az travma içerir. OSFE Tip IV kemikte sadece osteotomlarla, Tip III kemikte ise frezleme ile kombine olarak uygulan-



Şekil 2: Ardışık çaplarda osteotomlar (Summers 2007).

bilir. Tekniğin uygulanmasında dikkat edilmesi gereken bir diğer husus osteotomlarla Schneiderian membranı arasında direkt temas olmamasıdır. Ayrıca enstrümanların orjinal sinüs sınırının ötesine intrüzyonları olmamalıdır. Sıkıştırılmış kemik kütlesi, osteotomlar ve membran arasında devamlılığını koruyan bir tabaka olarak bulunmalıdır. Eğer operasyonda frezleme de yapılıyorsa, frezleme ile elde edilen kemik parçaları da sinüs tabanı kaldırmaya başlamadan önce mutlaka ilave edilmelidir. OSFE ile sinüs tabanının 5 mm'ye kadar elevasyonu gerçekleştirilebilir (13, 14).

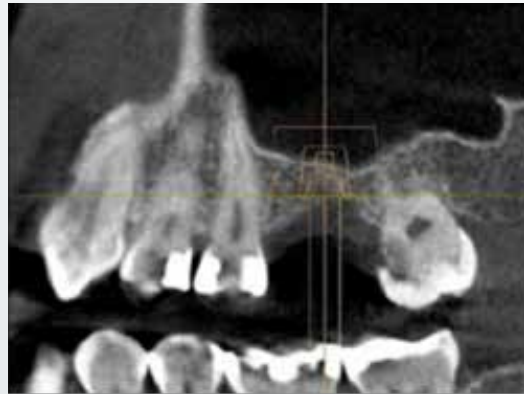
Summers tekniği daha sonraki yıllarda modifiye edilmiş ve kesici konkav özellikteki osteotomlar yuvarlak ve konveks osteotomlarla değiştirilmiştir. Modifiye osteotomi tekniğinde sinüs tabanında kırık oluşturulmamaktadır. Pilot delik hazırlandıktan sonra yuvarlanmış osteotomlarla güvenli bir şekilde delik genişletilir, greft ekstrüze edilir ve implant yerleştirilir (13).

Kullanılan diğer teknik Kemik İlave Edilmiş Sinüs Tabanı Elevasyonu (BAOSFE) yöntemidir (14). Bu teknikte OSFE tekniğine ilave olarak otojen kemik veya biomateriyal kullanılır. İlave edilmiş kemik kitlesi sinüs tabanı ve Schneiderian membranının elevasyonunu kolaylaştırır. Bu tarz bir yak-

laşımında Schneiderian membranında perforasyon oluşumu çok nadiren gözlenir. Summers tekniği rezidüel kemik yüksekliğinin 5-6 mm'den fazla olduğu durumlarda endikedir. Rezidüel kemik yüksekliğinin 4 mm ve daha az olduğu durumlarda başarı oranının düştüğü belirtilmiştir (13).

Summers tekniğinin avantajları konservatif bir yöntem olması, daha az komplikasyon riski taşıması, daha az otojengreft materyali gerektirmesi ve primer stabiliteyi sağlayacak olan maksiller-kemik yoğunluğunu arttırmasıdır. Tekniğin diğer bir avantajı da Kret Genişleme Osteotomisi'nin (REO) oluşmasıdır. Bu da dar kretlerde, kretin genişlemesini sağlamaktadır. Bunların yanı sıra teknik daha az greft materyali gerektirir ve uygulama sırasında esasen ısı artışı olmadığından osseoentegrasyonu olumsuz etkilemez. Dezavantajları ise 6 mm'den az kemik bulunan durumlarda implant stabilitesinin elde edilememesi (6) ve görüş alanının yetersizliği nedeniyle perforasyon görülebilesidir. Ayrıca sinüs tabanında kırık yaratmak için osteotomlara cerrahi çekiçlerle vurulurken aşırı kuvvetler uygulanması iç kulağa zarar verebilir ve Benin Pozisyonel Paroksizmal Vertigo (BPPV) oluşumuna neden olabilir. Bu durum çok nadir gerçekleşse de 2000 yılında bildirilen bir tane vaka olmuştur (15).

Summers tekniğinin klinik uygulaması (Pal 2012):



Preoperatif grafi



İnsizyonun gerçekleştirilmesi



Pilot frez



ikinci pilot frez



Osteotomların uygulanması



Osteotomlar sırayla kullanılarak genişleme ve derinleşme sağlanır



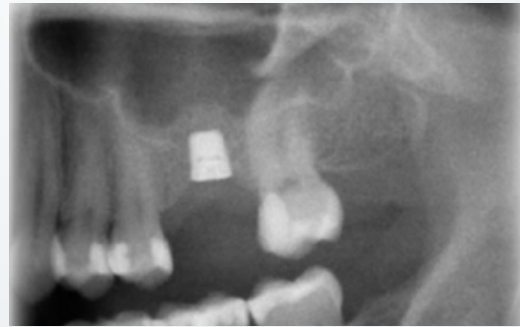
İmplantın uygulanması



İmplantın yerleştirilmiş hali



Sutur



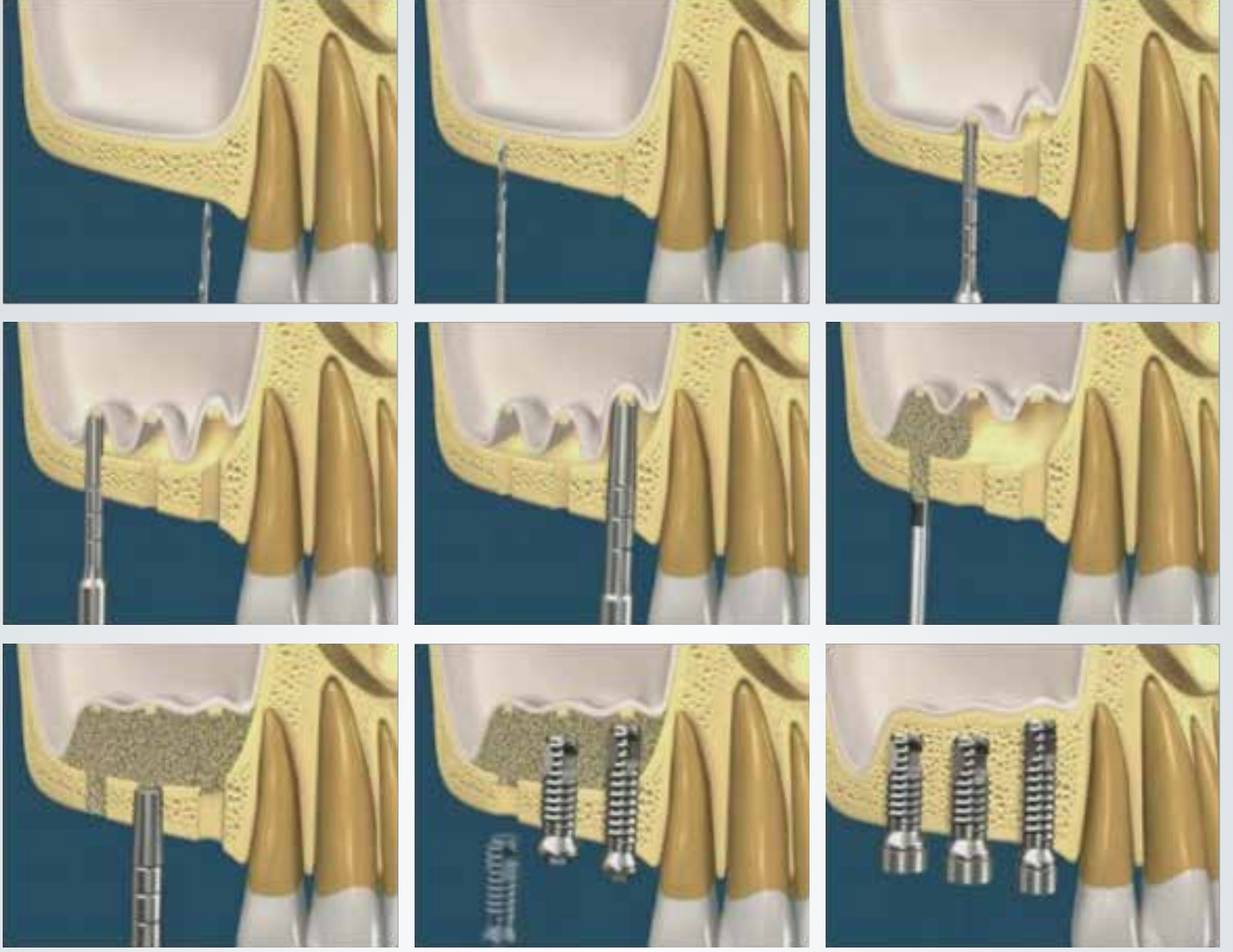
Postoperatif grafi

Summers tekniğinin şematik sıralaması (Pal 2012):

2014 yılında Pal ve ark. (16) direk teknik yani lateral pencere tekniği ile indirekt tekniği yani osteotomi tekniğini operasyon sonrası ağrı, şişlik, gingival durum, elde edilen kemik seviyesi ve implant stabilitesi bakımından karşılaştırmışlardır. Çalışmada yaşları 20 – 55 arasında değişen toplamda 20 hasta A ve B gruplarına eşit olarak bölünmüştür. A grubunda bulunan hastalara lateral pencere tekniği uygulanmışken B grubundakilere ise osteotomi tekniği uygulanmıştır. Her iki grupta da aynı xenogreft kullanılmıştır. Operasyonların

gerçekleştirilmesinden sonra hastalar 1. hafta, 3. hafta, 6. hafta ve 12. haftada kontrol edilmişlerdir.

Operasyon sonrasında A grubundaki tüm hastalar yani 10 hasta da 1. günde hafif ağrı bildirmiştir. 1. haftada ise 6 hastanın hafif ağrı şikayeti olmuştur. 3., 6. ve 12. haftada hiçbir hastada ağrı olmamıştır. B grubunda ise 1. günde 8 hasta, 1. haftada 5 hasta hafif ağrı bildirmiş ve 3., 6., 12. haftada hiçbir hastanın ağrı şikayeti olmamıştır. Ağrı bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bir sonuç Kent ve Block'un (17) 1989 yılında yaptığı çalışmada gözlenmiş ve ağrı bakımında



iki teknik arasında kayda değer bir fark bulunmamıştır.

A grubundan 1. günde 8 hastada şişlik oluşmuş, 1. haftada ise bu sayı 5'e düşmüştür. B grubunda 1. günde 6 hastada, 1. haftada 3 hastada şişlik oluşmuştur. 1. haftanın sonunda iki grupta da şişliği bulunan hasta kalmamıştır. Bu durumda şişlik bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bir netice Rodoni ve ark. (18) tarafından rapor edilmiştir.

Gingival inflamasyon A grubunda ilk günde 10 hastadan 9'unda gözlemlenmişken bu sayı 1. haftada 7'ye inmiştir. B grubunda ise ilk günde 10 hastadan 7'sinde gingival inflamasyon gözlenmiş, 1. haftada bu sayı 3' inmiştir. 1. haftadan sonra her iki grupta da gingival inflamasyona rastlanmamıştır. İki teknik arasında gingival durum açısından da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sinüs tabanı elevasyonu ve implant yerleştirilmesi sonrasında iki tekniği gingival durum açısından 3 hafta süreyle karşılaştıran Zitzmann (19) da aynı

sonuca ulaşmıştır. Ancak Jurisic ve ark. (20) yaptıkları araştırmada her ne kadar kanama ve plak indeksi bakımından iki teknik arasında fark bulunmamış olsa da sondalama derinliği bakımından osteotom tekniğinin daha olumlu sonuçlar verdiğini rapor etmiştir.

Elde edilen kemik yüksekliği A grubunda ortalama olarak 8.5 mm iken, B grubunda bu değer ortalama olarak 4.4 mm olarak ölçülmüştür. Her iki grupta da 1., 3., 6., ve 12. haftada kazanılan kemik yüksekliğinde bir değişiklik olmamıştır ancak iki grupta da greftlenen bölgenin zamanla daha radyopak olduğu gözlenmiştir. Kazanılan kemik yüksekliği değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve Zitzmann'ın (19) çalışmasında da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Yani her ne kadar cerrahi olarak daha büyük bir girişime ihtiyaç duyulsa da lateral pencere tekniğinin, daha az invaziv olan osteotomi tekniğine göre daha fazla miktarda kemik yüksekliği kazandırdığı söylenebilir (15).

Sinüs lifting operasyonu sonrası yerleştirilen implantların stabilitesi her iki grupta da eşit çıkmıştır ve 12. haftanın sonunda iki grupta da herhangi bir stabilite kaybı görülmemiştir. Atamni ve Topalo (21) da yaptıkları çalışmada benzer bir sonuca ulaşmışlardır.

Sonuç olarak yazarlar yaptıkları çalışmanın sonucunda lateral pencere tekniği ve osteotomi tekniği arasında ağrı, şişlik, gingival durum ve implant stabilitesi açısından anlamlı bir fark olmadığını, kazanılan kemik seviyesinin ise lateral pencere tekniğinde osteotomi tekniğinden anlamlı olarak daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

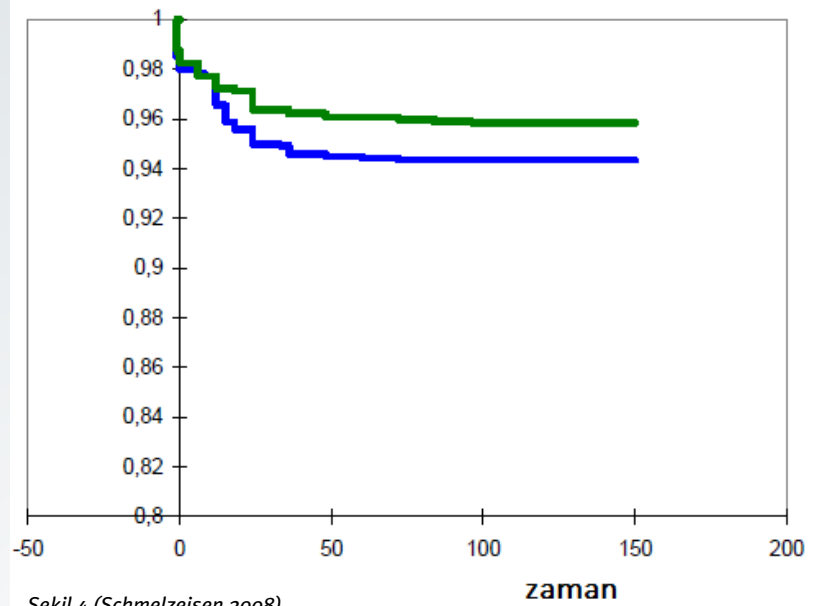
Ancak Bernardello ve ark. (22) 2011 yılında yayınladıkları makalede lateral pencere tekniğinin post operatif morbiditeye ve membran perforasyonuna osteotomi tekniğine göre daha fazla neden olduğu belirtilmiştir.

2008 yılında da Schmelzeisen (23) lateral pencere tekniği ve osteotomi tekniği sonrasında uygulanan implantların başarı ve sağkalım oranlarını karşılaştıran bir meta-analiz çalışmasında bulunmuştur. Lateral pencere grubunda (Şekil 3, mavi çizgi) 8776 implant değerlendirilmiş ve bu implantların sağ kalım oranı 6, 12, 24 ve 36 aylık süreç sonunda sırasıyla %97.72, %96.34, %94.69, %94.27 olarak hesaplanmıştır. Osteotomi grubunda (Şekil 3, yeşil çizgi) 2245 implant değerlendirilmiş ve bu implantların sağkalım oranı 6, 12, 24 ve 36 aylık süreç sonunda sırasıyla %97.73, %97.24, %96.39, %96.21 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç olarak osteotomi tekniğinde implantların sağkalım oranı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. ($p=0.005$) Ancak, yine 2008 yılında yayımlanan başka bir raporda çalışmada iki teknik arasında implant sağkalım oranı açısından anlamlı bir fark bulunmadığını rapor etmişlerdir.

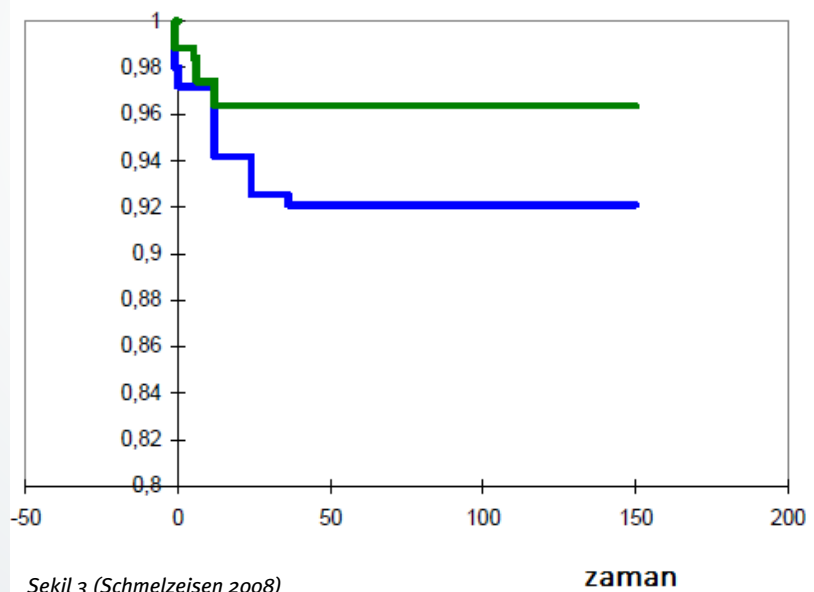
Lateral pencere grubunda 1825 implant, osteotomi grubunda ise 2008 implant başarı oranı için değerlendirilmeye alınmıştır. Lateral pencere grubunda 36 aylık süreç sonunda implant başarı oranı %92.21 (Şekil 4, mavi çizgi), osteotomi grubunda ise 12 aylık süreç sonunda %97.1 (Şekil 4, yeşil çizgi) olarak hesaplanmıştır. Sonuçta osteotomi tekniğinin implant başarı oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.0001$)

İmplantların sağkalım yüzdesi



Şekil 4 (Schmelzeisen 2008)

İmplant başarı oranı



Şekil 3 (Schmelzeisen 2008)

Antral Membran Balon Elevasyonu (AMBE)

Maksillanın dişsiz posterior alanı implant cerrahisinde bazı güçlükler çıkarır. Dişlerin kaybindan sonra kemik genişliğinde ve yüksekliğinde azalma meydana gelir. Bu dişsiz bölgedeki atrofi sürdükçe kemik yoğunluğunda kayıp, antral pnömatizasyonda ise artış devam eder. (24) Maksilla ince kortikal kemik etrafında yoğun trabeküler veta süngerimsi kemik yapısındadır. Ek olarak, posteriormaksilla ağız ortamında yoğunluğu en az olan kemik tipindedir. Kişi bir miktar kemiğe sahip olsa bile meydana gelen endoosseöz kemik içine yerleştirilmiş kısa implantlar, yetersiz ankraja, yetersiz osseo-

entegrasyona ve elverişsiz kuron-kök orantısına yol açabilir. İmplantın başarılı şekilde stabilize edilmesi ve entegrasyonunun sağlanması için en az 10 mm'lik bir kemik yüksekliği gerektiği belirtilmektedir.

Antral membran balon elevasyonu (AMBE) tekniği sinüs membranını minimal travmayla yükseltir ve ulaşılması zor olan alanlarda özellikle faydalıdır. AMBE tekniği sınırlı bir insizyon, minimal mukoperiostal flep refleksiyonu ve küçük bir pencere ile gerçekleştirilir. Membran, bitişik dişlerin kökleri etrafında keskin diseksiyonlardan kaçınarak sinüs boşluğunun orta duvarına yükseltilir. Bundan dolayı, geleneksel prosedürlerle karşılaştırıldığında morbidite, kan kaybı, ameliyat süresi ve ameliyat sonrası ağrı ve komplikasyonlar azalır (25).

Sinüs tabanı elevasyonu önceden kestirilebilir ve genellikle teknik açıdan zahmetli olmayan bir ameliyattır. Ancak, dişler dişsiz alana bitişik olduğunda daha zor bir cerrahi teknik halini alır. Posterior maksilla dişsiz olduğunda çok daha az sorun çıkarır (15). AMBE, uzunluğu 16 mm'ye kadar çıkabilen implantların yerleştirilmesine olanak sağlamak için yeterli kemik yüksekliği sağlayan cerrahi tekniklerin bir modifikasyonu ve birleşimidir (24). Kemik yüksekliğinin 3.5 mm veya daha yüksek olduğu durumlarda kullanılabilir ve 6 ay sonunda 11-18 mm arasında kemik yüksekliğinde artış elde etmek mümkündür (25).

İnfiltratif lokal anestezi uygulandıktan sonra bir krestalinsizyon yapılarak dişsiz alanın uzunluğu arttırılır. Eğer yapışık keratinize dişeti darsa insizyon damak tarafına doğru yapılır. Krestalinsizyonun ön sınırında dikey, geniş tabanlı, rahatlatıcı bir insizyon kullanılır. Yapılan insizyon öne doğru açı yapmalı ve vestibüle doğru uzatılmalıdır. Meydana gelen mukoperiostal flep mevcut dişlerin etrafında yükseltilir ve böylece bukkal kemik açığa çıkarılır. Sinüsün pozisyonu panoramik röntgende saptanır. Çoğu zaman sinüsün ana hattı ince bukkal kemikten görünebilir. Ama bukkal duvar bu görüntüye izin vermeyecek kadar kalınsa sinüsün damak tarafından transillüminasyonu sinüsün ana hattının tanımlanmasına yardımcı olur (24).

Bukkal kemiğin osteotomisi bol irrigasyon eşliğinde gerçekleştirilir. Bu işlem için 5 mm trefin veya #8 elmas rondrez kullanılabilir. Sinüs mebranı-

nın korunmasına bu aşamada dikkat etmek gerekir. Meydana gelen kemik penceresi alttaki sinüs membranı ile birlikte içeri doğru nazikçe bastırılır. Membranı sinüs tabanından kaldırmak için farklı genişlikte özel açılı küretler kullanılır. Bu disseksiyon sinüsün orta duvarına kadar ilerlemelidir (25).

Daha sonraki aşamada lateks malzemeden yapılmış bir balon kullanılır. Yerleştirmeden önce balonun sağlamlığını kontrol etmek üzere, 3-4 ml steril tuzlu su ile şişirilmesi gerekir. Daha sonra balon boşaltılır ve lateral ve medial duvarlar arasında sinüs tabanının ortasına yerleştirilir. Balon 2-4 ml steril tuzlu suyla nazikçe şişirilir ve genişletikçe membran yükseltilmiş olur. Bu teknik kolayca tahrip olabilen epitelyumun minimal travmaya maruz kalacağı konusunda optimal garanti sunar. Prosedürün sonunda antral boşluk elde edilir ve balon söndürüldükten sonra çıkarılır (24).

Rezorbe olabilen bir kollajen membran PRP ile ıslatılır ve kaldırılmış sinüs membranının altına yerleştirilir. Şişen balonun meydana getirdiği boşluk, PRP ile karıştırılmış uygun bir xenogreft veya allogreft karışımıyla greftlenir. Membrana zarar gelmemesi açısından greft aşırı basınçla değil gevşek olarak sıkıştırılmalıdır. Sinüsün lateral duvarı yeniden yapılanana kadar gevşek sıkırtmaya devam edilir. Daha sonra ikinci bir yönlendirilmiş kemik rejenerasyonu sağlayan membran PRP veya dilüe antibiyotikle nemlendirilip kemik greftinin üzerine yerleştirilir. Mukoperiostal flep yerine oturtulur ve sütür materyali ile dikilir (25).

AMBE tekniğinin kullanılması bir takım avantajlar sunar. Öncelikle cerrahın sinüs membranını konservatif bir şekilde ve minimum yırtılma riskiyle eleve etmesine olanak sağlar. Bu da postoperatif dönemde görülebilecek ağrıyı, kanamayı, olası enfeksiyonu ve sinüs lifting prosedürüyle bağlantılı diğer komplikasyonları azaltır. Teknik çoğu zaman otuz dakika içerisinde tamamlanır. Sinüs boşluğuna ulaşımın zor olduğu durumlarda ve komşu dişlerin dişsiz alanın hemen bitişiğinde olduğu durumlarda özellikle avantaj sağlar. Dezavantajları ise diğer tekniklere göre daha büyük bir insizyon gerektirmesi ve günümüzde daha sık kullanılan krestal yaklaşımlı tekniklerden farklı olarak bukkal fenestrasyon gerektirmesidir. Ayrıca prosedür sırasında balon çok hızlı şişirilirse veya 4 ml'den fazla sıvı kullanılırsa balon patlayabilir ve bu da membrana zarar verebilir. (24,25)

Antral Membran Balon Elevasyonu tekniğinin klinik uygulaması (Sotirakis 2005):



Preoperatifgrafi



Krestal ve rahatlatıcı insizyonlar



Bukkal duvar osteotomisi



Balonun test edilmesi



Balonun yerleştirilmesi



Balonun şişirilmesi



Meydana gelen boşluk



Greft yerleştirilmeye başlanması



Greft yerleştirmenin tamamlanması



Mukoperiostal flebin dikilmesi



Postoperatifgrafi

Piezo Cerrahi ile Kemik Penceresi Osteotomisi ve Sinüs Membranı Elevasyonu

Lateral pencere tekniği ve Summers tekniğinde görülen en büyük komplikasyon sinüs membranının perforasyonu olmasıdır. Bu komplikasyonu önlemek amacıyla Torella ve ark. 1998 yılında gerçekleştirdikleri osteotomi tekniğinde konvansiyonel bir periodontal ultrasonik cihazın aktif ucunu serum fizyolojik irrigasyonu yaparak kullanmışlardır. Bu şekilde komplikasyon riskinin azaldığını ancak uygulamaları prosedürün güvenilirliğinin ve diğer tekniklere üstünlüğünün uzun dönem çalışmaları ile belirlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (26) 2001 yılında ise Varcelotti ve ark. sinüs membranı yükseltilmesinde piezo-elektrik kemik pencere osteotomisiyle ilgili bir teknik yayınlamışlardır. Bu tekniği uyguladıkları 21 hastanın sadece birinde sinüs membranı perforasyonu görüldüğünü ve %95'lik bir başarı oranı yakaladıklarını rapor etmişlerdir (27).

Sinüs penceresini açmak için 1 numaralı bistüri ile kesi yapılır. Öncelikle rezidüel kemiğin 3 mm apikalinde olacak şekilde yaklaşık 14 mm uzunluğunda horizontal bir kesi yapılır. 6-7 mm'lik 2 tane dikey insizyon horizontal insizyonla birleşecek şekilde yapılır ve 2. premolar – 1. molar civarında pencere oluşturulmuş olunur. Bu pencere, Schnederian membranına açılacak olan kemik pencere olacaktır. Osteotomi kemik penceresinin kenarlarının yuvarlanmasıyla tamamlanır. Daha sonra tersine konik şeklindeki kompresör takılır ve osteotomi ile açılan çerçevenin kenarına yerleştirilir. Kolay bir şekilde sınırları 2 mm kadar ayırır. Anatomik duruma bağlı

olarak yuvarlak açılı periosteal evatörü veya düz periosteal evatörü sırasıyla kullanılabilir. Membran yükseltilmesinin ilk aşaması apikal pozisyondan başlar. Apikal yönde membran ayırma ikinci ameliyatta yerleştirilecek olan implantların uzunluğuna bağlıdır. Uç, mezial yüzeye yönlendirilerek membran separasyonu sinüsün ön duvarına ulaşıncaya kadar yapılır. Daha sonra uç, yerleştirilecek olan implant için gerekli greft hacmini elde etmek için distal duvara yönlendirilir. Son olarak uç krestal pozisyona yönlendirilir ve böylece yapılan bu son manevrayla membran zemini herhangi bir gerginlik olmadan ayrılır. Bir sonraki adımda da membran, piezo elevatörlerinin mekanik hareketleri ve elevatörün kendisinden çıkan yüksek basınçlı fizyolojik solüsyon kombinasyonu ile yükseltilmiş olur (27).

Bu tekniğin avantajı büyük bir basitlik ve hassasiyetle kemik pencere kesimini gerçekleştirmesi ve ultrasonik modüler titreşimlerle çalışan kemik parçası sayesinde membranın perforasyon riskini oldukça azaltmasıdır. Bu, uçların nonmineralize dokuyla temas ettiğinde etkisi çok sınırlıdır. Bu teknikle kompleks anatomik durumlarda bile perforasyon riski artmadan membran yükseltilmesi sağlanabilir. Endosteumun düz kemikten ayrılması piezo elektrik elevatörlerin sinüs duvarlarının iç kısmında ultrasonik vibrasyon ile çalışması ve piezo elektrik kaviteasyon sırasında fizyolojik solüsyonun hidropnömatik basıncı ile oluşur. Buna karşın piezo cerrahi uçlar konvansiyonel döner aletlere göre oldukça yavaş çalışmakta bu da cerrahi süresini uzatmaktadır (26).

Piezo cerrahi ile kemik pencere osteotomisi ve sinüs membranı elevasyonunun klinik uygulaması (Wainwright 2007).



Uygun piezo cerrahi ucuyla işleme başlanması



Sınırları oluşturulan pencere



Sinüs membranına zarar verilmeden sinüs elevasyonu



Apikal pozisyondan membran elevasyonuna başlanması



Membranın kaldırılması

Sonuç:

Sinüs tabanı elevasyonu için temel taşı olarak kabul edilen yaklaşım lateral pencere tekniğidir. Bu teknikle cerrahi sahada tam bir görüş sağlanmakta ve eleve edilen membran altına doğru miktarda ve pozisyonda greft uygulaması imkanı olmaktadır. Buna karşın lateral pencere tekniği cerrahi tecrübe ve hassasiyet gerektirmekte ve post-operatif dönemde hastalar için komforsuz olabilmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Girolamo MD, Napolitano B, Arullani CA, et al. Paroxysmal position alvertigo as a complication of osteotome sinus floor elevation. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005; 262: 631-633.
2. Graney OD, RICE D.H. Anatomy. In Cummings (ed.). *Otolaryngology- Head and Neck Surgery.* (2nd ed.). Vol. 1. Baltimore, Mosby Year Book. 1993; 901-906.
3. Malo P, de Araujo Nobre M, Lopes A. The use of computer guided flapless implant surgery and four implants placed in immediate function to support a fixed denture: preliminary result after a mean follow-up period of thirteen months. *J Prosthet Dent* 2007; 97: 26-34.
4. Garg AK, Quinones CR. Augmentation of the maxillary sinus: A surgical technique. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1997; 9(2): 211-219.
5. Güven O, Kaymak TE. Importance of maxillary sinus in implantology and sinus lifting procedures. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci-Special Topics.* 2010; 2: 31-39
6. Pozzi A, Moy PK. Minimally Invasive Transcrestal Guided Sinus Lift (TGSL): A Clinical Prospective Proof-of-Concept Cohort Study up to 52 Months. *Clinical Implant-Dentistry and Related Research.* 2014; 16: 582-593.
7. Proussaefs P, Lozada J, Kim J, Rohrer MD. Repair of the perforated sinus membrane with a resorbable collagen membrane: a human study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19: 413-420.
8. Renouard F, Nisand D. Short implants in the severely resorbed maxilla: a 2-year retrospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005; 7: 104-110.
9. Jensen OT, Leonard BS, Block MS. Report of the sinus-consensus conference of 1996. *Int J Oral Maxillofac Implant.* 1998; 13: 11-30.
10. Jung JH, Choi BH, Jeong SM, Li J, Lee SH, Lee HJ. A retrospective study of the effects on sinus complications of exposing dental implants to the maxillary sinus cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103: 623-25.
11. Fortin T, Bosson JL, Coudert JL, Isidori M. Reliability of preoperative planning of an image-guided system for oral implant placement based on three-dimensional images: an in vivo study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 886-893.
12. Kitamura A. Removal of a migrated dental implant from a maxillary sinus by transnasal endoscopy. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 45: 410-411.
13. Summers RB. A new concept in maxillary implant surgery: the osteotome technique. *Compend Contin Educ-*

Alternatif olarak krestal yaklaşımla yapılan cerrahiler de kör bir yaklaşım söz konusu olmakta buna karşın daha sınırlı bir flep alanı kaldırdığı için daha rahat bir post-operatif dönem geçirilebilir. Tekniklerin tercihinde öncelikle temel yaklaşımın esasları değerlendirilmeli ardından dikkatli bir hasta seçimi ile ilgili teknik uygulanmalıdır. Bir sonraki bölümde diğer cerrahi teknikler değerlendirilecektir.

Dent 1994; 15: 152-162.

14. Summers RB, Mawr B, Einstein A. The osteotome technique: Part 3- Less invasive methods of elevating the sinus floor. *Compendium* 1994; 15: 698-708.
15. Kruger GO. *Oral Surgery.* 4th ed. The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1974.
16. Pal US, Sharma NK, Singh RK, Mahammad S, Mehrotra D, Singh N, et al. Direct vs. indirect sinus lift procedure: A comparison. *Natl J Maxillofac Surg* 2012; 3: 31-37.
17. Block V, Rosenlicht JL. Sinus Lift as a means of improving restorative options in the edentulous maxilla: Case Report. *J. N. J. Dent. Assoc.* 1993; 64: 23-27.
18. Block V, Rosenlicht JL. Sinus Lift as a means of improving restorative options in the edentulous maxilla: Case Report. *J. N. J. Dent. Assoc.* 1993; 64: 23-27.
19. Zitzmann NU, Scharer P. Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla: Comparison of the crestal and lateral approaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 8-17.
20. Jurisic M, Markovic A, Radulovic M, Brkovic B M B, Sander G K B. Maxillary sinus floor augmentation: comparing osteotome with lateral window immediate and delayed implant placements. An interim report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106: 820-827.
21. Topalo V, Atamni F. Short dental implants in the maxillary sinus floor transcrestal elevation. *Rom J Oral Rehabilitation* 2011; 3: 50-57.
22. Bernardello F, Righi D, Cosci F, Bozzoli P, Carlo MS, Spinato S. Crestal sinus lift with sequential drills and simultaneous implant placement in sites with ≤ 5 mm of native bone: a multicenter retrospective study. *Implant Dent* 2011; 20: 439-444.
23. Schmelzeisen R. A Systematic Research and Meta-Analysis of Survival and Success Rates of Endosseous Implants Placed in Grafted Maxillary Sinus. 2008; 8-10.
24. Soltan M, Smiler D. Antral Membrane Balloon Elevation, *Journal of Oral Implantology* 2005; 85-90.
25. Sotirakis EG, Gonshor A. Elevation Of The Maxillary Sinus Floor With Hydraulic Pressure. *J Oral Implantol* 2005; 31: 197-204.
26. Wainwright, M., Troedhan, A., et al. The Intra Lift: A new minimal invasive ultrasonic technique for sinus grafting procedures. *Implants* 2007; 3: 30-34.
27. Vercellotti T, De Paoli S, Nevins M. The piezo electric bony window osteotomy and sinus membrane elevation: introduction of new technique for simplification of the sinus augmentation procedure. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2001; 21: 561-567.

Türkiye 7 Haziran Genel Seçimi'ne hazırlanırken İstanbul Sağlık Meslek Odaları başkanlarına seçimleri ve beklentilerini sorduk.

“Beklentimiz yönetmeliğin diyalog ve uzlaşısı içinde değiştirilmesidir”

Herkesin

giderek sustuğu,

düşüncelerini ifade

etmekten kaçındığı

bu ortamda meslek

örgütleri doğru

bildiklerini güçleri

yettiğince dile

getiriyor, getirmeye

de devam edecek.



Murat Ersoy - İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı

Uzun yıllar koalisyonlarla yönetilen ülkemiz 2002 yılından bu yana kesintisiz tek parti iktidarı tarafından yönetilmektedir. Bunca yılın sonunda toplumun kılcal damarlarına kadar hakim olmuş mutlak bir iktidar var ve bu iktidarın toplumu değiştirme, dönüştürme isteği yavaş yavaş hayata geçiyor. Bugüne kadar sağlık, eğitim, çevre, yaşam bu dönüştürme, değiştirme isteğinden payına düşeni aldı. Herkesin giderek sustuğu, düşüncelerini ifade etmekten kaçındığı bu ortamda meslek örgütleri doğru bildiklerini güçleri yettiğince dile getiriyor, getirmeye de devam edecek... İktidarın meslek örgütlerine karşı geliştirdiği refleks ise yetkisizleştirme, etkisizleştirme, meslektaşlarıyla karşı karşıya getirme olarak ortaya çıkıyor.

Dişhekimliği penceresinden baktığımızda; TDB ve dişhekimleri odaları, yıllardır ürettikleri mesleki politikalarını hayata geçirme çabası içinde olmuştur. Hangi siyasi iktidar olursa olsun mesleki politikalarını anlatmak, kabul ettirmek ve uygulamak temel hedefidir.

Uzun süren tek parti iktidarı döneminde gerek genel sağlık gerekse ağız ve diş sağlığı hizmetlerine bakıldığında;

- *sağlığın giderek piyasalaştırıldığı,
- *sermaye birikimine olanak sağlandığı,
- *kamu-özel tekelleşmenin önünün açıldığı,
- *sağlık meslek mensuplarının ucuz iş gücü olarak emeklerinin değersizleştirildiği,
- *tıp ve dişhekimliği fakültelerinin yalnız hasta bakılan yerler olarak algılandığı, eğitim ve araştırmanın geri plana atıldığı,
- *sağlıkta şiddetin sıradanlaştığı,
- *sağlık çalışanlarının değersizleştirildiği,
- *sadece sayısal değerlere bakılan, hizmetin kalitesine, tıbbi kurallara uygunluğuna bakılmayan, özlük haklarına yansımayan yanlış performans sisteminin uygulandığı,
- *ucuz iş gücü yaratmaya yarayan tıp ve dişhekimliği fakültelerinin hızla açıldığı,
- *insan gücü planlamasının ve coğrafi dağılımın düzeltilmesine yönelik planlamanın yapılmadığı,
- *meslek örgütlerinin yetkisizleştirildiği ve gi-

derek yok edilmeye yönelik uygulamaların ardına yürürlüğe konduğu görülmektedir.

13 yıllık bir iktidar dönemi, diğer uygulamaları kadar bu yönüyle de çok tartışıldı, tartışılmaya da devam edecektir.

Mesleğimiz, satır başlarıyla ifade etmeye çalıştığım sorunlardan doğrudan etkilenirken ayrıca ağız ve diş sağlığı politikalarının kamu ve serbest çalışanların birbirini yok etmesi üzerine inşa edildiği bir dönemi de yaşıyor.

Serbest çalışan dişhekimleri azalan hasta sayıları, bu nedenle kapanan muayenahaneler ve tekelleşme nedeniyle; kamuda çalışan dişhekimleri iş güvencesi yokluğu, yanlış performans uygulaması, günlük kapasitelerinin çok üstünde çalışma dayatması nedeniyle zor durumlar...

Bütün bunların üzerine, 11 Ekim 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı yeniden kurulup, sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılarak sağlık personelinin iş güvencelerini ortadan kaldıran, neredeyse tamamı bürokrasiden gelen atamalarla yeni kurullar oluşturan düzenlemeler getirildi. Ayrıca KHK ile meslek örgütlerinin mesleki yaptırım, etik ilkeleri belirleme, uygulama ve denetleme yetkilerini ellerinden alacak, meslek örgütlerini işlevsizleştirecek adımlar atıldı.

Mesleğimize vurulan en son darbe de 03 Şubat 2015 tarihinde yayınlanan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte yapılan değişiklikler oldu. Hazırlık sürecinden itibaren TDB ve dişhekimleri odalarının yok sayıldığı, devre dışı bırakıldığı yönetmeliğin yayınlanması giderek artan, “ben yaparım, olur” diyen, otoriterleşen yönetim anlayışının ürünüdür.

TDB ve dişhekimleri odalarının yok sayıldığı, tıptan sonra dişhekimliğinin de büyük sermayeye teslim edildiği, dişhekimliğinin muayenahane ve polikliniklerde yapılmasının zorlaştırıldığı, özelleştirme ve tekelleşmenin önünün açıldığı, mesleğin asıl sahiplerinin devre dışı bırakıldığı yönetmelikle, dişhekimliğinin kendi kendini yönetme özelliği ortadan kaldırılırken dişhekimleri büyük sermayenin tekelinde, öz-

lük haklarından yoksun, ücretli çalışanlar durumuna gelecektir.

Bu satırların yazıldığı sırada genel seçim sonuçları belli olmamıştı. Yeni hükümetten beklentimiz, uzlaşma ve diyalog süreçlerini hayata geçirerek, meslek örgütlerinin de katkı ve katılımı ile düzenlemelere ve düzeltmelere gidilmesi, toplumun sağlık hakkına, sağlık çalışanlarına, emeklerine ve özlük haklarına sahip çıkılmasıdır.

Mesleğimiz adına en büyük beklentimiz; kendi kendimizi yönetmemizi, kendi adımıza çalışmamızı, serbest teşhis ve tedavi uygulamamızı kısıtlayan, giderek yok olmamıza neden olacak yönetmeliğin meslek örgütümüz TDB ve odalarla diyalog içinde değiştirilmesidir.

“ Yeni hükümetten beklentimiz, uzlaşma ve diyalog süreçlerini hayata geçirerek, meslek örgütlerinin de katkı ve katılımı ile düzenlemelere ve düzeltmelere gidilmesi, toplumun sağlık hakkına, sağlık çalışanlarına, emeklerine ve özlük haklarına sahip çıkılmasıdır. Mesleğimiz adına en büyük beklentimiz ise kendi kendimizi yönetmemizi, kendi adımıza çalışmamızı, serbest teşhis ve tedavi uygulamamızı kısıtlayan, giderek yok olmamıza neden olacak yönetmeliğin meslek örgütümüz TDB ve odalarla diyalog içinde değiştirilmesidir. ”

Yine serbest çalışan dişhekimlerinin de bu ülkenin nitelikli insan gücü, yatırımlarının ülke kaynağı olduğunun unutulmaması da beklentimizdir.

Toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarının çözülmesi, ağız ve diş sağlığı göstergelerinin iyileştirilmesi, ağız-diş sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunun kabulü ve bu bağlamda TDB ve dişhekimleri odalarıyla birlikte mesleki politikaların üretilmesi ve hayata geçirilmesini bekliyoruz.

“Demokratik birikimimiz küçümsenmemeli”

**Yani pes
etmeyen,
baskılara
karşı koyan
azımsanmayacak
bir kitle var!**



Prof.Dr. Selçuk Erez - İstanbul Tabip Odası Başkanı

Dehşetli bir baskı rejimi yürürlüktedir: Demokratik kuralların çoğuna uyulmuyor, iktidarı eleştiren işinden gücünden olmakla kalmıyor, hedef gösteriliyor, savcılar peşine düşüyor; mahkeme sonucunu yıllar boyu hapiste bekleyenler az değil. Tefik Fikret'in "Sis"inin ak karanlığı, ülkeye tüm ağırlığı ile sinmiştir.

Bütün bunlar yürürlüktedir ama bunların yanında tehdidin en galizine, "Tehdidi boş verin de bu sorulara cevap verin!" diyen bir başyazar çıkıyor, bir meslektaşları öldürüldüğünde on bin hekim yürüyor, hekim cinayetlerinin sorumlusunun yönetim olduğunu ilan ediyor, Gezi davasında konuşan Taksim Platformu üyeleri duruşmada kendilerini savunmuyorlar, demokratik haklarının ayaklar altına alınmış olmasını kınıyorlar. Sonra karikatürler... Mesela Berkin Elvan'ı kaybettiğimizde bir karikatür: Önde Berkin'in o canım yüzü, ardındaki duvardaki "hırsız" yazısı çizilmiş, "katil" sözcüğü eklenmiş.

Yani pes etmeyen, baskılara karşı koyan azımsanmayacak bir kitle var!

Neden ?

1950'de O zamanlar Ankara'ya yakın bir köy olan Balgat'ta sosyolog Daniel Lerner'in yapmış olduğu araştırma ile başlayalım anlatmaya: Lerner, köyde yaşayanlara, "Türkiye'nin en önemli sorunu nedir? Başbakan olsaydınız nasıl çözümlerdiniz?" diye sormuştu. Sadece muhtar ve bakkal cevap vermiş, diğerleri "Biz haddimizi biliriz; başbakan yerine nasıl cevap veririz?", "Bunu büyüklerimiz bilir" gibi cevaplar vermişler.

O zamanlara kadar Ankara'da bir avuç insan ülkeyi yönetir, nüfusun gerisi peşlerinden giderdi. Zamanla bu değişti, giderek değişti. Bugün çok farklı bir yerdeyiz.

1946'da bir Aydınli, bir Bursalı, bir Sivaslı bir de İstanbullu Demokrat Parti'yi kurmuşlardı; çocuklarını okutabilmiş, demokratik erginliğe erişmiş üç beş Anadolu kentinden gelenler, iktidara, "Biz de söz sahibi olmak istiyoruz!" demişlerdi. Zamanla Anadolu halkı, Köylü Partisi, Millet Partisi gibi partileri kurdular; ardından daha geç gelişen illerimizden gelenler ve doğal olarak daha muhafazakâr

olarak belirenler de “Biz de varız!” dediler ve art arda bir kaç parti kurup mahkeme kararıyla kapandıktan sonra Refah’ı, ardından da AKP’yi oluşturdular.

En geç gelişen bölgemizde Kürt vatandaşlarımız da eninde sonunda demokratik olgunluğa erecek ve yine örfi idarelerce, mahkemelerce kapatılan bir sürü partiden sonra HDP’yi kuracaklardı.

Bir ülkenin tüm bölgelerinin, halkının “Bizim de söyleyecek sözümüz var” ve “Biz de artık güdülen değil, yöneten olacağız” demesi, demokrasiye giden yolun sonu değil ama henüz dünyada bir çok ülkede varılmamış bir evresidir. Bu evreye varılmış olması, artık o ülkenin her yerinde insanları koyunlar gibi güdemeyeceğiniz, onların hakkını, hukukunu çiğnemeye kalktığınızda size diklenecek, karşı çıkacak, sloganlar atarak üzerinize yürüyecek, gazetelere, duvarlara yaptığınız rezaletleri çekinmeden yazacak, twitleriyle sizi kepaze edecek çok sayıda vatandaş var demektir. ”

“ Bu evreye varılmış olması, artık o ülkenin her yerinde insanları koyunlar gibi güdemeyeceğiniz, onların hakkını, hukukunu çiğnemeye kalktığınızda size diklenecek, karşı çıkacak, sloganlar atarak üzerinize yürüyecek, gazetelere, duvarlara yaptığınız rezaletleri çekinmeden yazacak, twitleriyle sizi kepaze edecek çok sayıda vatandaş var demektir. ”

edecek çok sayıda vatandaş var demektir.

Bunu fark edmeden faşizminizi sürdürmeye kalkarsanız sonunuz hem vahim, hem de yakın demektir!

“Sağlık hizmetinin parasız sunulduğu bir Türkiye’ de hizmet vermek istiyoruz”



Semih Güngör - İstanbul Eczacı Odası Başkanı

Sağlıkta bugün artık yürümeyen politikalara alternatif çözümler üretebilmek için sağlık giderlerinin katbekat arttırılması gerekmektedir.

AKP Hükümeti tarafından on yılı aşkın süredir uygulanmakta olan, Sağlıkta Dönüşüm Politikası ile sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanarak, başlangıçta hastaların devlet, üniversite

ve özel hastanelere kolaylıkla ulaşabilmelerinin sağlanması, aile sağlığı merkezleri ile her hastanın bir hekime sahip olduğu algısının yaratılması ve hastaların ilaçlarını her eczaneden alabilme

“Sağlık çalışanlarının, ilaç sektörü gibi farklı hizmet sunucularının ve en önemlisi vatandaşın sırtından yürütülmeye çalışılan bir hizmeti, sağlık için önemli bir pay ayırmadan gerçekleştirmek mümkün görülmemektedir. Seçimlere katılan siyasi partilerin sağlık politikalarına bakıldığında da, bu konuda geleceğe umutla bakabileceğimizi gösterebilecek bir çalışma ne yazık ki yoktur. Bu nedenle ülke ekonomisini yeniden düzlüğe çıkaracak politik adımlar atılmadan yeni bir sağlık politikasından söz edebilmek mümkün görülmemektedir. Aksi bir durumun oluşması halinde hekim, dişhekim, eczacı, veteriner ve tüm sağlık çalışanları üzerlerine düşen her türlü sorumluluğu geçmişte olduğu gibi almaya hazırdırlar.”

olanağına kavuşmasıyla, vatandaşta sisteme karşı büyük bir memnuniyet oluşturuldu.

Bir yanda mutlu bir vatandaş kitlesi AKP Hükümeti'ni ardı ardına tek başına iktidara taşıırken, diğer yanda ise sağlıkta dönüşümün faturasını yüklenmek zorunda kalan hekim, dişhekim, eczacı, veteriner ve sağlık çalışanları geçen süre içerisinde ağır bir bedel ödemek durumunda kaldılar.

Ancak bugün geline süreçte sağlık alanının emekçilerinin yanı sıra, diğer hizmet sunucularından tasarruf adı altında alınabilecek, sistemi finanse edecek hiçbir kaynak kalmayınca, tasarrufun ibresi giderek vatandaşa dönmeye başladı.

Hastanede kuyruk beklemek zorunda kalan, randevu sistemlerinden sağlık birimlerine ulaşamayan, tedavide ve ilaç hizmetinde ciddi katkı payları ödemeye başlayan hastalar Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gerçek yüzü ile tanıştılar. İşte böyle

bir ortamda ülkemiz için çok önemli bir genel seçim geçireceğiz.

Bugüne kadar sağlıkta yapılan dönüşümün rüzgârını arkalarına alıp tek başına iktidar olanlar önümüzdeki seçimde acaba aynı başarıyı gösterebilecekler mi?

Geriye dönüp ülkemizin son yıllardaki ekonomik gelişmesine bakıldığında, hükümetin “dünyanın on büyük ekonomisinden biri olacağız” demesine rağmen önümüzde ciddi bir ekonomik krizin bizi beklediğini görmekteyiz.

Bugün tüm sektörlerde ciddi bir durgunluk yaşanmaktadır. Başta son yılların hızla gelişen inşaat sektörü olmak üzere otomotiv, sanayi ve benzeri alanlarda yatırımlar geriye dönmekte, giderek azalan sıcak para girişiyle ekonominin çarkları döndürülmeye çalışılmaktadır. Ekonomideki bu olumsuz tablonun seçim sonrasında kısa sürede sonuç ne olursa olsun düzelmesi mümkün görülmemektedir.

Sağlıkta bugün artık yürümeyen politikalara alternatif çözümler üretebilmek için sağlık giderlerinin katbekat artırılması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının, ilaç sektörü gibi farklı hizmet sunucularının ve en önemlisi vatandaşın sırtından yürütülmeye çalışılan bir hizmeti, sağlık için önemli bir pay ayırmadan gerçekleştirmek mümkün görülmemektedir. Seçimlere katılan siyasi partilerin sağlık politikalarına bakıldığında da, bu konuda geleceğe umutla bakabileceğimizi gösterebilecek bir çalışma ne yazık ki yoktur.

Bu nedenle ülke ekonomisini yeniden düzlüğe çıkaracak politik adımlar atılmadan yeni bir sağlık politikasından söz edebilmek mümkün görülmemektedir. Aksi bir durumun oluşması halinde hekim, dişhekim, eczacı, veteriner ve tüm sağlık çalışanları üzerlerine düşen her türlü sorumluluğu geçmişte olduğu gibi almaya hazırdırlar.

Bizler özelleştirmelerle yürüyen paralı bir sağlık hizmetinin yerine; sağlıklı yaşamın Anayasal bir hak olduğu anlayışından yola çıkılarak devletin sorumluluğunda yürütülen ve sağlık hizmetinin parasız sunulduğu bir Türkiye'de hizmet vermek istiyoruz.

ankaferd BLOOD



Ampulu OPC işaretli yerinden kırınız



Enjektöre çekiniz. Lütfen dental enjektör kullanınız



Kanamalı Bölge



Kanamalı Bölgeye damlatarak veya püskürterek uygulayınız. Kesinlikle enjekte edilmez.



Etkisini gösterip kanamayı durdurana kadar uygulamayı sürdürünüz.



24 x 2 ml Kanama Durdurucu Ampul



0212 217 77 64 • 0544 624 44 44 • 0532 646 10 10

erkanmedikal@gmail.com - info@erkangrup.com

www.erkangrup.com

Erkan Medikal İç ve Dış Paz. Tur. Ulaş. İnş. Gıda Teks. İth. İhr. San. Tic. Ltd. Şti.
Kuştepe Mah. Tomurcuk Sk. Abide Sitesi No: 9/M Şişli / İSTANBUL

Yeniden Nasıl Bir Anayasa?



Av. Fikret İlkiz
İstanbul Dışhukimleri
Odası Hukuk Danışmanı
fikret.ilkiz@gmail.com

Sürekli “Anayasa” tartışan bir ülke olarak Anayasa’nın bu denli tartışılmasının nasıl bir yararı vardı? Yeni bir Anayasa yapmak için olabilir kuşkusuz. Ama yıllardır Anayasa nasıl yapılmalı, kim yapmalı gibi sorulara yanıt arayan bir ülkeyiz.

Geçtiğimiz seçimlerin en önemli konularından birisi yine Anayasa’ydı... Partilerin seçim bildirgelerinde yer alan en önemli konulardan birisiydi.

Süreci yedi yıl öncesinden başlatalım. Sadece 2007 ve ardından 2009 yılında yapılan tartışmalar bile günümüz “Anayasa” tartışmalarının yol haritası gibi geçmişten geleceğe aktarılmayı hâlâ bekliyor.

YENİ ANAYASA YAPILMASI İÇİN YÖNTEM NE OLMALIDIR?

2007 yılında çok konuşuluyordu ve medyada Anayasa tartışmaları sürekli haberd.

“Üniversite Öğretim Üyeleri Derneği ve 78’liler Türkiye Girişimi” tarafından gerçekleştirilen Anayasa ile ilgili toplantıda kabul edilen iki temel ilke şuydu:¹

İlki, bir Anayasa’nın öncelikle felsefesinin ve ilkelere tartışılması zorunludur. İkincisi ise; öncelikle Anayasa’nın yeniden yapılmasındaki “yöntem” çok önemlidir.

Yöntem olarak, toplumsal katılıma ve tartışmalara açık olması ve bu sürecin saydamlığının benimsenmesi zorunludur.

Bu süreçte diğer ülkelerdeki Anayasa yapılması süreçleri dikkate alınmalı, acele edilmemelidir.

Hükümete bu yönde yapılacak acil çağrı ile toplumda nasıl bir Anayasa istenildiği konusundaki tartışmalar sonuçlanmadan bir Anayasa taslağının TBMM’ye getirilerek yeni bir Anayasa yapılması düşüncesinden hemen vazgeçilmesinin önerilmesi ve en azından iki veya üç yıl geçmeden ve tartışmalar sonuçlanmadan yeni bir tasarının Meclis’e getirilmemesinin istenmesi benimsenmiştir.

ANAYASA NASIL BİR METİN OLMADIR?

2007 yılının tartışmalarını günümüze taşıyalım...

Anayasa’nın her yerde, herkes için ve her zaman geçerli bir metin olarak, modernleşme temelinde geleceğe dönük hazırlanması kabul edilmelidir.

Temel paradigması devlet değil, insan ve insan onuru olmalıdır. Devlet insan onurunu korumalıdır.

Anayasa, çoğulcu ve çok kültürlü bir yapıya sahip Türkiye’de kişilerin farklılıklarını koruyarak, birlikte yaşamalarını sağlayan bir anlayış etrafında şekillendirilmelidir.

Ülkemizin kamusal zenginliklerini belli bir zümre adına kullanan, emek ve emekçinin haklarına geçit vermeyen neoliberal bir ideolojiyi benimseyen bir Anayasa değil, aksine, temel haklar, ekonomik ve sosyal haklar konusunda eşitlikçi ve özgürlükçü bir Anayasa gereklidir.

Temel haklar ve özgürlüklerin korunmasında, İnsan Haklarını ve Temel Özgürlükleri Koruma Sözleşmesi’nin ve protokollerinin (AİHS) ve diğer ulu-

salüstü sözleşmelerin temel alınması kuşkusuz doğru bir yaklaşımdır. Böylece, uluslararası sözleşme ve bildirgeler taranıp özellikleri saptanmalı, temel hak ve özgürlüklere sınırlama getiren maddelerin uluslararası sözleşmelerle çelişmesi önlenmelidir.

HANGİ HAK VE ÖZGÜRLÜKLER NASIL KORUNMALIDIR?

Yaşama hakkı konusunda devlete sadece öldürme yükümlülüğü değil, aynı zamanda, yaşam hakkını koruma yükümlülüğü de getiren maddelerin düzenlenmesinde ve kişinin dokunulmazlığı ile maddi ve manevi varlığıyla ilgili haklarının sınırlandırılmasında uluslararası sözleşme ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarındaki ölçütler dikkate alınmalıdır.

Aynı yaklaşımla temel hak ve özgürlüklerin başında yer alan ifade özgürlüğü, inanç özgürlüğü ve özel yaşamın korunması hakkı olmak üzere tüm hak ve özgürlükler de titizlikle korunmalıdır.

Kadınlarla erkekleri eşit kabul eden ve devlete bu eşitliği sağlama görevini veren maddelerin hazırlanmış Anayasa taslaklarından çıkarılması yönündeki zihniyet ve yaklaşımların terk edilmesi sağlanmalıdır.

Ayrıca, kadınlarla erkeklerin eşitliğinden asla vazgeçilmemesini ve gerçek eşitliğin sağlanması amacıyla, pozitif ayrımcılık ilkesi benimsenerek, hükümetin kuruluşundan, TBMM üyeliği, sendikal üyelik veya meslek örgütlerinin yönetimi gibi, kadınların yaşamının her alanında yer almasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

YÜRÜRLÜKTEKİ ANAYASA'DA VAROLAN NELER TERK EDİLMELİDİR?

Öncelikle temel hak ve özgürlüklerin sınırlandırılmasında yer alan **“genel ahlâk”** kriterinden derhal vazgeçilmelidir. Kadınların hayatını kılık-kıyafetinden çalışma özgürlüğüne kadar etkileyen, her zaman ve her yerde baskı unsuru olarak kullanılan **“genel ahlâk”** kriterinin kadınlar üzerinde baskı unsuru olarak kullanılmasına son verilmelidir.

Milli güvenlik gibi temel hak ve özgürlüklerin sınırlandırma ölçütlerinden vazgeçilmelidir. MGK gibi kurumlar Anayasa dışına çıkarılmalıdır. Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu'ndan (HSYK) vazgeçilmelidir.

Anayasa'da; çevre hakkı, konut hakkı, seyahat hakkı gibi sosyal ve ekonomik haklara önem verilmeli ve titizlikle üzerinde durulmalıdır.

Hasta hakları ve hayvan haklarının korunması esas alınmalıdır. Bu hakların Anayasa'da mutlaka yer alması sağlanmalıdır. Devletin, kişinin kendisini geliştirme hakkını sağlaması zorunluluk olarak kabul edilmelidir. Ayrıca engellilerin durumlarıyla ilgili olarak, sosyal hu-

kuk devleti tanımına uygun bir yaklaşımla koruma ve çözüm üretilmeli, engellilerin çalışma hayatında çok sık karşılaştıkları ayrımcılık önlenmelidir.

Yargı bağımsızlığından ve yargının yasama ve yürütmeye bağlı olmadığı kabul edilerek, kuvvetler ayrılığı içindeki yerinden asla taviz verilmemelidir. Yargının yürütme veya yasamaya bağlanması ve işleyişine müdahale eden düzenlemeler reddedilmelidir. Savunma hakkının Anayasa'da yer alması sağlanmalı, yürütme ve yasamaya bağlı bir yargı yerine bağımsız ve tarafsız bir yargı gücünü yaratacak kurumlar oluşturulmalıdır. Üzerinden sekiz yıl geçti ama 2007 yılının hedefleri bunlardı...

2009 YILI TARTIŞMALARI: NEDEN YENİ BİR ANAYASA?

İki yıl sonra bu kez 1 Haziran 2009 tarihinde, **“Neden yeni bir Anayasa”** sorusuna yanıt vermek ve bazı ilkeleri tespit etmek amacıyla bir çalışma daha ortaya çıktı.

12 Eylül 2007 tarihinde başlatılan bu çalışmanın amacı şöyle açıklandı:

“Anayasa'yı yenileme arayışına katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilen **‘Özgürlükçü, Eşitlikçi, Demokratik ve Sosyal Bir Anayasa İçin Temel İlkeler’** çalışması, ülkemizin Osmanlı'dan bu yana oluşturduğu birikimin ürünü olan kendi anayasal kazanımları ile çağdaş anayasal gelişmeler arasında ‘sentez’ çabasını yansıtmaktadır. Bu şekilde, Türkiye toplumunun günümüzde karşı karşıya bulunduğu ve gelecekte karşılaşması muhtemel sorunları karşılayacak anayasal çözüm önerilerini de içermektedir. Bu bağlamda, ‘insan haklarını hukuk devleti güvencesine kavuşturma’ ereği, anayasal temel ilkeleri belirleyen bir yaklaşım olmuştur.”²

“22 Temmuz 2007 milletvekili seçimlerinden sonra kurulan AKP Hükümeti, seçimlerde aldığı güçle hızla Anayasa değişikliği hazırlıklarına başlamış, ancak evrensel hukuk kurallarına göre, kimseye kendisi için Anayasa yapma hakkı verilmemiştir. Anayasalar toplumsal mutabakat metnidir; dolayısıyla, yeni bir Anayasa hazırlığında olan hükümet bu mutabakatı gözetmek ve katılımcı bir süreç izlemek zorundadır.

“ Anayasa'yı yenileme arayışına katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilen ‘Özgürlükçü, Eşitlikçi, Demokratik ve Sosyal Bir Anayasa İçin Temel İlkeler’ çalışması, ülkemizin Osmanlı'dan bu yana oluşturduğu birikimin ürünü olan kendi anayasal kazanımları ile çağdaş anayasal gelişmeler arasında ‘sentez’ çabasını yansıtmaktadır. Bu şekilde, Türkiye toplumunun günümüzde karşı karşıya bulunduğu ve gelecekte karşılaşması muhtemel sorunları karşılayacak anayasal çözüm önerilerini de içermektedir. ”

Bu nedenle, **‘Yeni Anayasa’** bütün toplum kesimlerini kapsayan, katılımcı, çoğulcu ve şeffaf bir süreçte hazırlanmalıdır.”

Bu bağlamda, 22 Temmuz 2007 milletvekili seçimlerinden sonra kurulan AKP Hükümeti’nin başlattığı Anayasa değişikliği tartışmaları sürerken diğer yanda DİSK’in çağrısı ile kurulan Uzmanlar Kurulu çalışmaya başlamıştır.³

Uzmanlar Kurulu tarafından, sadece DİSK için değil, Türkiye’nin ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan **“Özgürlükçü – Eşitlikçi, Demokratik ve Sosyal Bir Anayasa İçin Temel İlkeler Raporu”**, 1982 Anayasası’nın değiştirilmesi çalışmalarında bir tartışma zemini yaratması ve gelecek kuşakları kucaklayacak **“Özgürlükçü – Eşitlikçi, Demokratik ve Sosyal Bir Anayasa”**nın oluşmasına katkı yapması dileğiyle Türkiye Büyük Millet Meclisi ve Türkiye kamuoyunun dikkatine sunulmuştur.

“ÖZGÜRLÜKÇÜ-EŞİTLİKÇİ DEMOKRATİK ve SOSYAL YENİ BİR ANAYASA İÇİN TEMEL İLKELER”

Anayasa, öncelikle bir haklar ve özgürlükler belgesidir. Bu anlamda Anayasa, aynı zamanda bütün yurttaşların hak ve özgürlüklerini güvence altına alarak barış

ortamında birlikte yaşamalarını sağlayan bir siyasal örgütlenme çerçevesidir. Bu nedenle Anayasa, bir toplumun otobiyografisi (özgeçmişi) olarak da tanımlanır. “Neden Yeni Bir Anayasa” sorusuna bu tanıma bağlı olarak yanıt arayan ve aslında “temel ilkelerin ne olacağını” saptamaya çalışan ve 1 Haziran 2009 tarihinde kamuoyuna açıklanan rapor kendi kendine sorduğu üç soruya yanıt aramaktadır. Bu bakış açısı içinde, raporun “Sunuş” bölümünde Anayasa nedir sorusuna verilen tanıma bağlı kalınarak, **“Özgürlükçü,**

Eşitlikçi, Demokratik ve Sosyal Bir Anayasa İçin Temel İlkeler” üzerine yapılan çalışmalar (Anayasa Raporu), şu üç soruya yanıt arayışında somutlaşmaktadır:

1. 1982 Anayasası neden yenilenmelidir?
2. Yeni Anayasa için belirleyici temel ilkeler neler olmalıdır?
3. Hazırlık sürecinde hangi yöntem izlenmelidir?

BİRİNCİ SORU: NEDEN YENİ BİR ANAYASA?

- Yaklaşık 20 yılı aşan süreden beri yeni bir Anayasa

arayışı içerisinde olan Türkiye, aynı zamanda önemli bir tarihsel dönemeçte bulunuyor. Çünkü Anayasasını olağan dönemde yenilemek istiyor. Bununla, sahip olduğu anayasal birikimi yeni bir eşiğe taşımayı amaçlıyor.

- Türkiye’nin yeni bir Anayasa’ya artan gereksiniminin yanı sıra, Ekim 2008’de dünya ölçeğinde patlak veren “mali kriz”in yıkıcı etkilerinin küresel boyutlara ulaşması, neoliberal politikaların yanlışlığını (milyonların yaşamı pahasına da olsa), bir kez daha çok acı bir biçimde kanıtlamış bulunuyor.

- Bu bakımdan, Uzmanlar Kurulu’nun Ekim 2007- Nisan 2008 tarihleri arasında - sosyal ve eşitlikçi bir yaklaşımla- hazırlamış olduğu Anayasa raporu neoliberal politikaları reddederek, buna seçenek oluşturma özelliğinin ne denli isabetli olduğunu ortaya çıkarmış bulunuyor.

- 1982 Anayasası, demokratik olmayan ortam ve koşullarda ve yine demokratik olmayan bir yöntemle hazırlandı; içeriğini ise çağdaş bir Anayasa’nın temel gereklerine yabancı hükümler damgalamaktadır. Böyle bir düzenlemenin neden olduğu olumsuzlukların bedelini toplumumuz, özellikle de çalışan ve emekçi kesimler hâlâ ödemeye devam etmektedir.

- Anayasa’yı hazırlama sürecine hâkim olan otoriter zihniyet ve uygulama, Türkiye’nin uluslararası toplum önündeki saygınlığına sürekli gölge düşürmektedir. Bu nedenler Anayasa raporunda, Türkiye ve dünyadaki anayasal gelişmeler ışığında ayrıntılı bir biçimde tartışıldı.

İKİNCİ SORU: ANAYASA NELERİ İÇERMELİDİR?

1982 Anayasası 1987’den itibaren günümüze kadar sürekli denebilecek bir tarzda değişikliklere tabi tutuldu. Giderek karşımıza birçok maddesi değiştirilmiş bir Anayasa çıktı, öyle ki 1982 Anayasası bile değil artık... Buna rağmen, yenileme gereksinimi devam ettiğine göre, “yeni” olmanın anlamını sistematik ve gerekçeli bir biçimde irdelemek gerekir.

Bu çerçevede, içerik sorunu üç açıdan ele alındı. Şöyle ki, yürürlükteki Anayasa’dan farklı olarak,

- Yeni Anayasa’nın öngöreceği yeni kurallar neler olmalıdır?
- Yeni Anayasa hangi yeni kurumlara yer vermelidir?
- Yeni Anayasa’nın mimarisi hangi fren ve denge mekanizmalarına dayanmalıdır?

ÜÇÜNCÜ SORU: ANAYASA NASIL HAZIRLANMALIDIR?

Raporun yanıtı şudur:

“1982 Anayasası’nı yenileme gereği yanında, bu işlemin elden geldiğince hukuk ve demokrasi kurallarına

“ 1982 Anayasası, demokratik olmayan ortam ve koşullarda ve yine demokratik olmayan bir yöntemle hazırlandı; içeriğini ise çağdaş bir Anayasa’nın temel gereklerine yabancı hükümler damgalamaktadır. Böyle bir düzenlemenin neden olduğu olumsuzlukların bedelini toplumumuz, özellikle de çalışan ve emekçi kesimler hâlâ ödemeye devam etmektedir. ”

özen gösterilerek yapılması zorunluluğu da gözden uzak tutulmamalıdır.

Bu konudaki ikilem şudur:

1982 Anayasası demokratik olmayan bir yöntemle yapıldı; ne var ki, onun aşılması da yine bu Anayasa’da belirlenmiş olan çerçeve içerisinde kotalıcağından, yenileme yolunun elden geldiğince güçlü siyasal ve demokratik öğelerle takviye edilmesi gerekmektedir. Zira yenilemenin hukuki kırılma yaratmadan gerçekleşmesini ancak demokratik takviye sağlayabilir. Bunun için ise, parlamentodaki çoğunluk ve muhalefetin müzakereci usuller izlemesi veya ortak çabaya girmesi yeterli olmayıp, toplumsal muhalefetin katkısı gerekli olmaktadır.

İşte bu noktada toplumun zinde güçleri olarak nitelebilecek, çalışan ve emekçi örgütlü kesimlerin katılımı ve katkısı yaşamsal bir öneme sahiptir.

Kurul, yöntemin belirlenmesinde yol gösterici olarak **şu ortak tanımı** kullanmıştır:

Anayasa, toplumun örgütlü ve örgütsüz bütün kesimlerinin sürecin her aşamasında etkin katılımına olanak veren demokratik bir yöntemle hazırlanması gereken, ortak beklenti ve özlemleri en geniş biçimde karşılayan, gelecekteki siyasal ve sosyal barışı sağlam temeller üzerine oturtmayı amaçlayan, olabilen en geniş uzlaşmanın ürünü niteliği taşıyan, ilerleme ve gelişmelere açık bir belgedir.

Anayasa’nın toplumun ortak kimliğini yansıtacağı inancından hareketle, demokratik kitle örgütlerinin, toplumun en dinamik güçleri olarak bu sürece katkıda bulunmak istemeleri doğaldır.

(...) Bu bakımdan, Kurul’un çalışma yöntemi ile yeni bir Anayasa hazırlama yöntemi arasında paralellik kurulabilir: Rapor hiçbir üyenin görüşünü tam olarak yansıtmamaktadır; ama her üyenin ortak paydası anlamına gelmektedir. Anayasa’nın da toplum için benzer bir anlamı vardır.

Geniş bir katılımıla hazırlanacak olan Anayasa ancak, onu yapanların iradesini aşması ölçüsünde bütün toplum için ortak kimlik ve uzlaşma belgesi oluşturabilir.⁴

SONUÇ OLARAK,

Geçmiş yıllarda, satırbaşları ile önem taşıyan 2007 ve 2009 Anayasa tartışmalarından geriye kalan sonuçları günümüze taşımamak için bir engel bulunmamaktadır. Yaklaşık on yıllık bir birikime sahip olan “Anayasa” tartışmalarının 7 Haziran 2015 seçimlerinden sonra yeniden başlayacağı anlaşılmaktadır.

Ancak, geçmiş yıllarda vurgulandığı gibi, Anayasa’nın olağan dönemde yenilenmesi olağanüstü dönemlere göre daha zor ve mazeret kabul etmeyen süreçtir. Bu nedenle, bu süreci aceleye getirmemek, hiçbir politik

ve siyasal tartışmanın gereksiz polemiğine konu yapmamak ve hatta “gündem oluşturmak” için Anayasa değişikliklerinden söz etmeyi bir kenara bırakmak gerekir. Demokrasinin ve çoğulculuğun gereği budur. Çünkü Anayasa yapımı her ülke için çok ciddi sorundur.

Tercihiniz ne olmalıdır ve felsefeniz nedir? Bu soruları yanıtlamadan Anayasa yapılamaz. Herkesin hemfikir olduğu sonuca göre, Anayasa demokratik yöntemler gözetilerek yeniden yazılmalıdır.

Türkiye, Anayasa sorununu sürekli gündemde tutarak “boşa zaman kaybetmek” yerine, hazırlık sürecine asgari bir “zaman harcama” yoluyla, yeni Anayasa hedefine ulaşabilmelidir.

Anayasa bütün sorunlarımızı çözecek sihirli bir metin değildir ama Anayasa’nın uygulamaya aktarılmasının birçok etkene bağlı olduğunu asla unutmamak gerekir.

Ne var ki, eğer yenileme yönteminde mutabakat sağlanırsa, Anayasa’yı yapım süreci Türkiye’nin sorunlarını tartışarak çözme kültürüne de katkıda bulunabilir. Hatta anayasal yenileme süreci, rejimin temel ilkeleri üzerinde consensus (**oydaşma**) oluşturma fırsatını da yaratabilir. Böylelikle, üzerinde uzlaşılacak ilkeler ekseninde ortaya çıkacak yeni Anayasa metnini bütün toplumun sahiplenme olasılığı artacaktır, artabilir de... Böylece Anayasa, hatta Anayasa yapım çalışmaları bile hem yüzyıllık Cumhuriyet’in yol haritasını oluşturabilir, hem de Türkiye’nin uluslararası topluma dönük aynası olma işlevini görebilir.⁵

¹ Bilgi Üniversitesi’nde 6.10.2007’de, Üniversite Öğretim Üyeleri Derneği ve 78’liler Türkiye Girişimi’nin “Nasıl Bir Anayasa İstiyoruz?” başlıklı toplantısının sonucunda Anayasa konusunda tartışma zemini oluşturacak sonuçlar çıkmıştı.

² Yeni Bir Anayasa İçin Temel İlkeler. Anayasa Raporu. DİSK Haziran 2009. Sayfa 101

³ KURULAN UZMANLAR KURULU: Prof. Dr. İbrahim Ö. KABOĞLU (Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi), Prof. Dr. Yılmaz ALİFENDİOĞLU (Anayasa Mahkemesi E. Üyesi, Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi E. Öğretim Üyesi), Prof. Dr. A. Ülkü AZRAK (Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi), Prof. Dr. İoanna KUÇURADİ (Felsefe Kurumu Başkanı, Maltepe Üniversitesi), Prof. Dr. Mesut GÜLMEZ, Prof. Dr. Sibel İNCEOĞLU (İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi), Doç. Dr. Sevtap YOKUŞ (Kocaeli Üniversitesi Hukuk Fakültesi), Doç. Dr. Kadriye BAKIRCI (İTÜ İşletme Fakültesi), Yrd. Doç. Dr. Abdullah SEZER (Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi), Dr. Tuncer ÖZYAVUZ (Avukat), Fikret İLKİZ (Avukat), Necdet OKCAN (Avukat)

⁴ Yeni Bir Anayasa İçin Temel İlkeler. Anayasa Raporu. DİSK Haziran 2009. Sayfa 19. İbrahim Ö. Kaboğlu. Uzmanlar Kurulu adına 9 Mayıs 2009 tarihli “Sunuş” yazısından

⁵ Yeni Bir Anayasa İçin Temel İlkeler. Anayasa Raporu. DİSK Haziran 2009. Sayfa 101



Bu sayımızda Romanya'dan genç bir meslektaşımızla söyleşi yaptık: Bianca Iuga Hansal

ROMANYA

Bianca, bize kendini tanıtır mısın?

Adım Bianca Iuga Hansal, Romanya'da Cluj Napoca (Romanya'nın Cluj bölgesinde Kaloşvar şehri) şehrinde Iuliu Hatieganu Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 2013 yılında mezun oldum. Ağabeyimle birlikte, aynı şehirde (Kaloşvar) kendi kliniğimiz olan Dent Complet'te çalışmaktayım.

Romanya hakkında biraz bilgi verir misin?

Romanya çok güzel ve sevimli bir ülkedir. Sevimli diyorum çünkü halâ teknolojinin girmediği, bozmadığı birçok yer bulabilirsiniz. Halâ geleneksel kıyafetleriyle dolaşan insanları görebilirsiniz. Organik, doğal tarım ve besicilik ya-

parlar; kendi ürünlerini -süt, peynir, et ürünleri vs.-satarlar. Çok arkadaş canlısı ve misafirperverdirler ki artık bu özellikte insanlar az bulunur oldu.

Bükreş başşehirden beklenenleri fazlasıyla verip gönül telinizi titretecektir. Sighişora, Sibiu ve Braşov şehirleri size Ortaçağ'ı yeniden yaşatacak tarihi yerleri barındırmaktadır. Transilvanya ve Drakula hikâyeleri, renkli manastırlar, Karpat Dağları'nın muhteşem manzarası, Danube Deltası, Karadeniz kıyıları çok güzel bir seyahat geçirmenize yeterli



**Dişhekimisi
Sevgi Türkmen**

dr.sevgiturkmen@hotmail.com

olacaktır. Maramure'da Ortaçağ'dan kalma köyler, tahta kiliseler, at arabaları sizi karşılayacaktır.

Dişhekimliği eğitimi nasıldır ülkenizde?

Dişhekimliği olabilmek için giriş sınavı yapılmakta. Ülkede 9 adet tıp fakültesi ve tabii ki dişhekimliği fakültesi var; hepsi devlet üniversitesi. Tıp dalında Romanya'da özel üniversite yok. Eğitim 6 yıl sürüyor. Giriş sınavı da 6 yılın sonunda yapılan bitirme sınavları da hayli zor! Kaliteli bir eğitim yapıldığını biliyorum.

Niçin dişhekimliğini seçtin?

Küçüklüğümde beri doktor olmayı istiyordum. Lise sona geldiğimde ağabeyim, dişhekimliği son sınıftaydı ve birlikte çalışmayı planladık. Bu nedenle dişhekimliğini seçtim ve artık birlikteyiz.

Sence dişhekimisi kimdir?

Dişhekimisi; gülüş tasarımcısıdır, doktordur, mühendistir ve sanatçısıdır.

Romanya'da dişhekimliğinin ne gibi problemleri var?

Benim ülkemde en büyük sorun dişle ilgili sosyal güvenlik sisteminin olmaması. Herkes diş tedavilerini kendi ödüyor. Avrupa'nın birçok ülkesine göre diş tedavi ücretleri çok düşük olmasına rağmen insanların alım gücü de daha az olduğu için tedavilerini ertelemek zorunda kalıyorlar.

Yeni mezun bir hekim ne yapabilir?

Bazı dallarda uzmanlık yapabilir ki bunlar ortodonti, cerrahi vs. ve 3-6 yıl sürüyor. Genellikle özel çalışılıyor.

Diş tedavi fiyatlarına örnek verebilir misin?

Çekim 20 euro, cerrahi çekim 70-80 euro, porselen kron 100 euro, zirkon 200 euro, dolgu 30-50 euro olarak ücretlendiriliyor genellikle.

Dişhekimleri reklam yapabiliyor mu?

Basın ve tv'de sınırlandırma var. Genellikle internet reklamları yapıyoruz. Işıklı pano kullanıyoruz.

Sosyal güvenlik sistemi...

Aslında yok denebilir. Devlet bize ayda 200-300 euro'luk bir geri ödeme yapabiliyor. Bunu da ancak çocuk ve emeklilere uygulayabiliyoruz ama o kadar çok bürokrasisi var ki değmez deyip hemen hemen kimse uygulamıyor.

Dişhekimleri, genellikle çok yönlü kişiler. Senin başka uğraşların var mı?

Ben çok güzel kekler ve kurabiyeler yaparım.

Ülkedeki hasta profili nasıl?

İnsanların maddi gücü yetersiz olduğu için genellikle acil vakalar geliyor. Oysa biz daha doyurucu çalışmalar yapmak istiyoruz. Ancak bunun için de hastaların güzel gülüşler, fonksiyonel bir ağız istemeleri, bu isteği karşılayacak paraya ve zaman harcamaya istekli ve elverişli olmaları gerekiyor.

Gelecek hakkında düşünceleriniz?

Umarım gelecekte insanların daha çok imkânları olur biz de isteklerimizi gerçekleştirebiliriz.

Ülkemizi hiç ziyaret ettin mi?

2014 Şubat ayında İstanbul'a geldim ve ülkenize bayıldım. Umarım tekrar gelme fırsatı bulurum.



Dişhekimisi
Bianca Iuga Hansal





Nükleer Enerjiye Karşı Yaşama Hakkı!

*Ben nerden bilecektim ki;
ölümün ince belli bir bardak çayla
dudak arasında olduğunu...*

Kazım Koyuncu

Türkiye’de nükleer santral-enerji kavramı, 1986 yılında Çernobil’de meydana gelen kazayla bilinir oldu. O günlere ait en akılda kalan sahne televizyona çıkıp gönül rahatlığıyla çay içen bakandı hiç kuşkusuz. Kazanın ardından uzun yıllar tartışılan “radyasyonun yarattığı tehlikeler” kadar zihinlere kazındı bu görüntü. Bugün Türkiye’nin gündeminde yine nükleer santraller var. Mersin Akkuyu’da yapılması planlanan nükleer santral için televizyonda, billboardlarda, otobüslerde, kısacası kamuya açık her alanda nükleer enerjinin; enerji kaynaklarına alternatif oluşturduğu, yakıt maliyetlerinin düşük olduğu, dışa bağımlılığı azalttığı

ve çevre kirliliği açısından en temiz enerji elde etme yöntemi olduğuna ilişkin reklamlar yapıyor!

Türkiye nükleerle ne zaman tanıştı?

Mersin Akkuyu’da yapılması planlanan nükleer santralin 1960’lı yıllara uzanan bir hikâyesi var. Türkiye’de elektrik üretimi amacıyla kurulması tasarlanan nükleer santrallerle ilgili ilk çalışmalar 1967-1970 yılları arasında yapıldı. 1970 yılında Türkiye Elektrik Kurumu (TEK), 1972 yılında da TEK’e bağlı Nükleer Enerji Dairesi kuruldu. 1970’li yılların başlarında, nükleer santral sahası için fizibilite ve yer araştırmaları gerçekleştirildi ve nükleer santralin maliyet/fayda açısından kurulabileceği en uygun yerler olarak; Mersin-Akkuyu, Sinop-İnceburun ve Kırklareli-İğneada sahaları belirlendi. 1976 yılında Akkuyu sahası için “yer lisansı”

alınmasına rağmen 1986'da meydana gelen Çernobil nükleer santral kazasının Türkiye'de yarattığı olumsuz etki nedeni ile nükleer santrallerle ilgili çalışmalar askıya alındı. 1988 yılında da TEK Nükleer Santraller Dairesi Başkanlığı kapatıldı.

Daha sonra çeşitli tarihlerde, farklı hükümetler tarafından Akkuyu Nükleer Santrali için ihaleye çıkıldı ancak bu ihaleler sonuçsuz kaldı. 18 Mart 2008 tarihinde nükleer güç santrallerinin kurulmasına yönelik Enerji Bakanlığı tarafından hazırlanan yönetmelik Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi.

Mayıs 2010'da Rusya Federasyonu ile dört adet ve her biri 1.200 MWe Kurulu gücünde AES-2006 ünitelerini içerecek şekilde toplam 4.800 MWe kapasiteli olacak Akkuyu NGS'nin inşası ve işletmesi amacıyla Türkiye'de kayıtlı bir proje şirketi kurularak Hükümetler Arası Anlaşma imzalandı.

Dünyada Nükleer Kazalar

Nükleerle ilgili yürütülen tartışmanın bir tarafı alternatif ve temiz enerji elde etme yöntemi olduğunu söylerken bir tarafı da tehlikelerine dikkat çekiyor. Güvenli nükleer santral görüşüne karşın dünyada birçok nükleer kaza ve felaket yaşanmış olması yeni felaketler beklentisini de sürekli gündemde tutuyor:

*1948 yılında Rusya'nın Kyshtym şehrinde bulunan Mayak Nükleer Santrali'nde atık saklama ünitesi olmaması nedeni ile radyoaktif atıkları yakınlardaki nehre dökülmekteydi. Bölgede yaşayanların içme suyu kaynağı olan nehirde 124,000 kişi orta ve yüksek seviyeli radyasyona maruz kaldı.

*1957 yılında Mayak Nükleer Santrali'nde 70 tonluk atık

havuzu soğutma sistemleri arızalandı ve sıcaklık hızla artmaya başladı. Yaşanan patlama sonucunda açığa çıkan radyasyondan en az 272,000 kişi etkilendi. Radyasyon yüzlerce kilometre yayılırken etkilenen bölgeden 10,000 kişi tahliye edildi.

*1957 yılından İngiltere'de bulunan Windscale Nükleer Santrali'nde reaktördeki sıcaklığın düşmesi gerekirken yükseldi. Sistemlerde bir arıza olduğu şüphesiyle iki işçi reaktöre gittiğinde reaktörün alevler içinde olduğunu gördü. Yetkililer önce, ısının çok yüksek olması sebebiyle suyun işe yaramayacağını ve suyun içerisindeki hidrojenin patlamalara sebep olacağını düşündü. Ancak diğer yöntemler işe ya-



Çevre Mühendisleri Odası İstanbul Şubesi Akkuyu Nükleer Güç Santrali Teknik Değerlendirme Raporu'nda, nükleer santrallerin bugüne dek yarattığı ve gelecekte yaratabileceği felaketler değerlendirilirken Akkuyu için çarpıcı sorular sorup tespitlerde bulunmakta:

• Dışa bağımlılığı azaltmak için yapılan Akkuyu Nükleer Santrali ile doğalgazın çok büyük bölümünün Rusya'dan alınmasının yanı sıra, yüksek maliyetli nükleer enerjide de aynı ülkeye bağımlı olunması Rusya'ya olan enerji bağımlılığını yüzde 70'lere çıkaracaktır. Projenin yapımında Rus menşeli mallar tercih edilecek ve bütün malzeme, ekipman tedariki, yakıt tedariki Rus şirketler tarafından yapılacaktır nasıl olur da Rusya'ya bağımlılığın azaltılması planlanmaktadır?

• Yapım maliyeti dışında, işletme bakım maliyeti, yakıt maliyeti, söküm maliyeti, nükleer atıkların depolama ve taşınma maliyetleri, modernize maliyetleri olan santralden, üstelik gelirlerin çoğu Rus tarafına giderken nasıl bir beklenti, fayda beklenmektedir?

• İnşaat aşamasında deniz ortamında yapılan çalışmalarda deniz tabanının yapısının değişmesi söz konusu olacaktır. Bu durumda deniz ekosistemindeki canlılar yok edilecektir. Bu da geri dönüşü olmayacak bir yıkım demektir.

• Soğutma suyu deşarjının neden olduğu, artan sıcaklığın sucul organizmalar üzerinde etkisi ölümcül olacaktır. Genç balıklar ve bazı türler tamamen yok olacak, çözülmüş oksijen azalacak ve ekosistem yıkımı gerçekleşecektir.

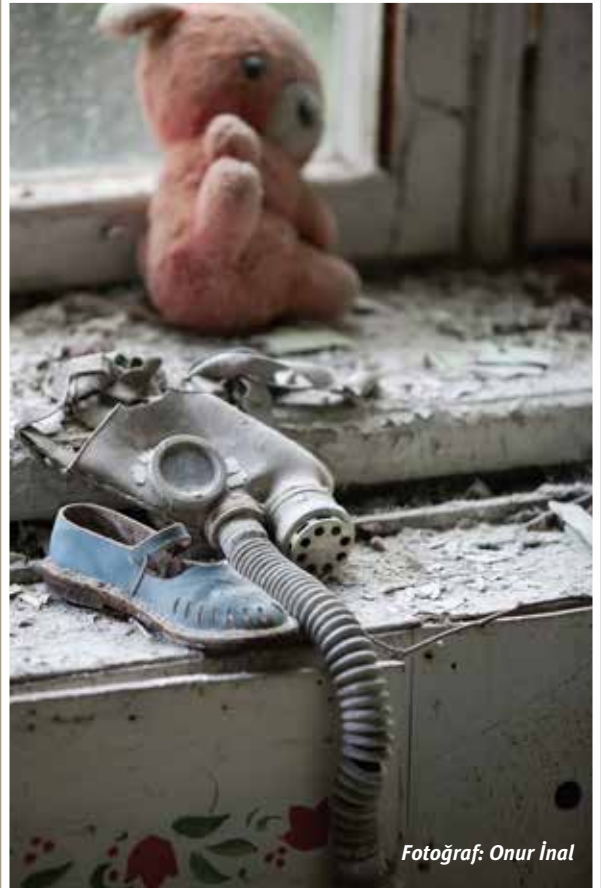
• İnşaat aşamasında yapılan patlamalardan kaynaklı, gürültü ve tozdan kuşların stres yüküneceği belirtilmesine karşın çözüm "kolayca uzaklaşarak civarda bulunan uygun habitatlara yerleşecektir" öngörülmektedir. Bu masalımsı yaklaşımlar ile projelerin uygulamaya sokulması doğru bir yaklaşım değildir.

• Dünyada 600 adet kalan Akdeniz Foku'nun ülkemizdeki sayısının 100 civarında olduğu dikkate alınırsa bu popülasyonun önemi daha da artmaktadır. Projede Akdeniz Foku tahribatı bilinmesine karşın bir tedbir öngörülememektedir. Tedbir olarak, "Akdeniz Foku'na rastlanması durumunda herhangi bir yakalama

ramayınca reaktör yine suyla söndürülmeye çalışıldı. Kaza sonucunda 200 kişinin, yarısının ölümcül olmak üzere kansere yakalandığı hesaplanmakla birlikte kazanın gerçek etkileri hiçbir zaman öğrenilemedi.

*1979 yılından ABD'nin Pensilvanya eyaletindeki Three Mile Island Nükleer Santrali'nde kısmi çekirdek erimesi yaşandı. Alınan yanlış kararlarla yakıt çubukları 2371 santigrat dereceye ulaştı. Reaktör kalbine soğutma suyunun iletilmesi ile büyük bir felaket önlenirse de çevreye radyoaktif gazlar salındı. Bölgeden çocuklar ve hamileler tahliye edildi.

*1986 yılında Ukrayna'da bulunan Çernobil Nükleer Santrali'nin 4 no'lu reaktörü patladı. Sovyetler Birliği 800,000 kişi ile felaketin yaşandığı alanda engelleme ve temizlik çalışmaları yaptı. Bugün, bu insanların %90'ından fazlası engelli. Reaktördeki patlamadan 20 yıl sonra, 17,000 Ukraynalı aile, babaları 'tahliye görevlisi' olarak çalıştığı ve hayatını kaybettiği için devlet yardımı almaktadır. 1990 ile 2000 yılları arasında Belarus'da kanser oranı %40 arttı. Belarus'un Çernobil yakınındaki Gomel bölgesinde yaşayan 50,000'in üzerinde çocuk



Fotoğraf: Onur İnal

“ Nükleer enerji; ABD’de 1951’de, İngiltere’de 1953’te, Rusya’da 1954’te, Fransa’da 1956’da ve Almanya’da 1961’de elektrik üretiminde kullanılmaya başlandı. 1970’lerin başındaki petrol krizi nükleer güç santrallerine talebi artırırken, sonraki on yılda fosil yakıt fiyatlarındaki düşüş, nükleer enerji talebindeki büyümeyi azalttı. Bunun dışında ABD’deki Three Mile Island (1979) ve Rusya’daki Çernobil (1986) kazalarının etkisi ile nükleer tesislerin güvenliğinden endişeler oluştu. Bütün bu faktörler 1990’larda nükleer enerjinin gelişmesinde azalmalara neden olmuştur. ”

tiroit kanserine yakalandı. Kürtajlar, erken doğumlar ve ölü doğan bebek oranları çarpıcı şekilde arttı. Reaktörün yakınında yaşayan 350,000 insan evlerini terk etti. Türkiye’de de Çernobil’den yayılan radyasyon nedeniyle kanser hastalığında artış oldu. Karadeniz Bölgesi’nde bulunan Hopa’da ölümlerin %47,9’unun kansere bağlı olduğunu bilinmektedir.

*1999 yılında Japonya’da bulunan Tokaimura Nükleer Santrali’nde, üç yıldır kullanılmayan bir reaktör için yüksek seviyede zenginleştirilmiş uranyum hazırlandı. Ancak bu seviyede zenginleştirilmiş uranyum ile çalışma konusunda deneyimsiz olan çalışanlar uygun olmayan bir çökeltme tankına izin verilenin çok üzerinde uranyum koydu. Tankın boşaltılması ile kritik zincirleme reaksiyon durduruldu; ancak bu süre zarfında maruz kaldıkları radyasyon sebebiyle iki işçi hayatını kaybetti.

*2011 yılından Japonya’da Fukuşima Nükleer Santrali kazası Thoku depremi ve tsunamisi



yapılamayacak, öldürülmeyecek ve rahatsızlık verilmeyecektir” denmektedir ancak bu tedbir kabul edilebilir bir yaklaşım değildir.

• **Kullanılmış nükleer yakıt yüksek radyoaktiviteye sahiptir ve reaktörden çıkarıldıktan sonra da radyoaktif bozunma süreci uzun süre devam eder. Bu nedenle kullanılmış yakıt 10 sene boyunca kullanılmış yakıt havuzunda bekletilerek sürekli olarak suyla soğutulur. Atıkların depolanması ve etkisinin sıfıra inmesi yüzyıllarca sürecektir. Yüzyıllar süren bekçilik görevi, canlılar için kabul edilebilir bir yaşam tarzı değildir.**

• **Radyoaktif maddeler havayı ve yeraltı su kaynaklarını binlerce yıl kirletecek potansiyele sahiptir. Atık havuzlarında ve toprakta oluşabilecek değişimler ise felaketle sonuçlanabilir.**

• **ÇED raporunda “Radyoaktif atık, gelecek nesillere uygunsuz bir yük bırakmaktan kaçınılacak şekilde yönetilmelidir” şeklinde tanımlama en doğru yaklaşımdır. Ancak bu tedbirler ve riskler yerine nükleer enerjiden vazgeçmek, yerine yenilenebilir alternatif enerji kaynaklarına başvurmak, canlı yaşamı ve geleceğimiz için en uygun yöntemdir.**



26 Nisan 1986 günü Çernobil faciasında yangına ilk müdahale eden ve faciayı takip eden aylarda can çekişerek ölen asker ve itfaiyecilerin anısına dikilmiş olan “Kahramanlar Anıtı”.

sonrasında yaşandı. Santralde bulunan üç reaktörde yaşanan çekirdek erimesi sonucunda atmosfere ve okyanusa radyoaktif maddeler salındı. Kaza, Çernobil felaketinden sonra dünyanın en büyük ikinci nükleer kazasıdır ve 7 seviyesindedir. Kilometrelerce alan radyoaktif kirlenmeye maruz kaldı. Tahliye çalışmaları yüz binlerce insanı evlerinden etti.

Nükleer Santrallerin Ekolojik Etkisi

Nükleer enerjinin ekolojik etkileri, hammadde elde edilmesi ve nükleer santral işletmesi olarak iki grup olarak değerlendirilmelidir.

Hammadde elde edilmesi işlemlerinde canlı yaşamı ve ekolojik etkileri:

Nükleer enerjinin hammaddesi olan uranyumun ve toryumdur. Uranyum cevherini ayırmak için yüksek miktarda su kullanımı gerekmektedir. Uranyum madeni, içerisinde %0.1 ile %1 arası uranyum barındırır. Bir ton doğal uranyum üretmek için 100 ile 10,000 ton arası cevhere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu miktarlar çıkar-

YAŞAMA HAKKI YAŞAMA HAKKI YAŞAMA HAKKI

Akkuyu Nükleer Santrali

Temel Atma Töreni Hakkında Basın Açıklaması

1 Nisan 2015 itibarıyla askeri, deneysel, araştırma, gemi tipi vb. özel santraller haricinde dünya üzerinde halen 437 çalışmakta olan, 65 adet yapımı süren ve Akkuyu'daki 4 reaktörün de içinde olduğu 164 adet yapımı planlanan atom santrali bulunmaktadır. Eğer hâlâ kamuoyundan saklanan kazalar yok ise, 1954 yılından itibaren dünyadaki santral yerleşkeleri içinde halen çalışan 437 santral ünitesinde (reaktör) sekiz adet çevreye zarar verecek büyüklükte (referans) kaza olmuştur. [İngiltere-Windscale (1957'de oldu 1982'de açıklandı), ABD-Three Miles Island (1979), Sovyetler Birliği (Ukrayna)-Çernobil-4 (26 Nisan 1986'da oldu, dört gün sonra duyuruldu), Japonya-Tokaimura (1999) ve Japonya-Fukushima -1., 2., 3., 4. üniteleri (2011)]. Fukushima kazası bir değil, dört santralin kazasıdır ve tehlike seviyesi olarak Çernobil kazasından daha büyüktür.

Bu nedenle Çernobil kazasından sonra üç kaza üzerinden Dünya Sağlık Örgütü'nce “bin ile on bin santral çalışma yılında bir” şeklinde yapılan büyük (referans) kaza sıklığı riski hesapları, Çernobil'den sonra oluşan 5 yeni kaza nedeniyle 2.7 kat (% 266), ve “374 ile 3759 santral çalışma yılında bir”e yükselmiştir. Bunun daha anlaşılır ifadesi, var olan çalışan santrallardan herhangi birisinde 312 gün ile 8,6 yılda bir ortalama 4.7 yılda bir büyük kaza olabilir demektir.

Türkiye her işletmeye soktuğu santral ünitesi ile 3,1 yılda kendisine çıkacak bu felaket piyangosundan bilet alacaktır. Akkuyu ve Sinop'taki toplam sekiz reaktörü bitince de bu piyangoğunun Türkiye'ye (ve dünyaya) çıkma şansı sekiz kat daha artacaktır.

Bu riski alanlar Türkiye sağlıkçılarının görüşünü almamışlar, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu'nun tavsiyelerini de

tılmak, işlenmek durumundadır ve sonucunda ortaya çıkan kirli çamur yüzlerce, binlerce yıl güvenli şekilde saklanmak zorundadır.

Çıkarılan 1 ton uranyumun 998 kilogramı atık çamur olarak çukurlarda ve yapay göllerde toplanır; bu atık çamurlar %85 oranında radyoaktivite ve toksik madde içermektedir. Radyoaktif maddeler havayı ve yeraltı su kaynaklarını binlerce yıl kirletecek potansiyele sahiptir. Atık havuzlarında ve toprakta oluşabilecek bir kısmı oturmalarında ise felaketle sonuçlanabilir.

Nükleer santral işletmesi işlemlerinde canlı yaşamı ve ekolojik etkileri:

Nükleer santrallere yakın yaşam bölgelerinde, kansere yakalanma riski yüksektir. Santralin beş kilometrelik çevresinde kansere yakalanma oranı ülke ortalamasının %60 üzerindedir. Lösemi (kan kanseri) oranı iki kat daha fazladır; lösemi, özellikle radyoaktif ışıma ile çok kolay gelişmektedir.

Nükleer santralin; trityum, karbon, stronsiyum,

iyot, sezyum, plütonyum, kripton, argon ve zenon gibi radyoaktif maddeleri, bacalar ile atmosfere, su deşarjı ile su alıcı ortamına iletilmektedir. Canlı organizmalar tarafından bu maddeler bünyeye alınır, kansere ve mutasyona neden olur.

Havaya ve suya karışan büyük miktarlarda hidrojen (trityum) canlılar tarafından solunum ve besin zinciri ile bünyelerine alırlar. Bu madde hastalıklara ve genetik bozukluklara sebep olmaktadır.

Nükleer santraller, alıcı ortam sularının sıcaklığını önemli miktarda arttırır ve Bu artışı sudaki canlı yaşamını olumsuz etkiler. Özellikler çözünmüş oksijende azalma meydana gelir ve su bitkilerinin yok olmasına neden olur. Radyoaktif plütonyumun canlı yaşamına olumsuz etkisinin yok olması için 240.000 yıl gerekmektedir. Bu süre boyunca güvenli nükleer atık saklanması mümkün değildir.

Çevre Mühendisleri Odası İstanbul Şubesi Akkuyu Nükleer Güç Santrali Teknik Değerlendirme Raporu'ndan derlenmiştir.

YAŞAMA HAKKI YAŞAMA HAKKI YAŞAMA HAKKI

kamuoyundan saklamışlardır. Türkiye'ye nükleer santral yapımı kararı, Türk Tabipleri Birliği, halk sağlığı uzmanları, nükleer tehlikeye karşı sağlıkçılar ve kamuoyuna rağmen alınmış; siyasi bir karar olmakla birlikte, yürürlükteki seçim yasalarına göre oy kullanma yaşında olmayan ve/veya nükleer santrale karşı olan 2011 Türkiye nüfusunun % 63,9'u hiçe sayılmıştır. Nüfusun %36'sının oylarıyla iktidar olmuş bir parti, ülkenin büyük çoğunluğunun istemediği bir risk almıştır. Bunu vebali karara evet oyu için parmak kaldıranlarıdır.

Halen ÇED raporunun yürütmeyi durdurma ve iptal kararı sonucu kesinleşmemişken, 14 Nisan'da yapılan Akkuyu Nükleer Santrali projesi temel atma töreninin hukuki temeli yoktur. Dünyada uygulaması olmadığı için tasarımı hâlâ bilinmeyen ayıplı bir nükleer santralin ayıplı yatırım kararının ayıplı bir uygulamasıdır.

Türk Tabipleri Birliği ve Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve



Çevre için Sağlıkçılar Derneği olarak halkımızın sağlığından kaygılı olduğumuzu bir kez daha kamuoyu ile paylaşıyor, ilgilileri kararlarından vazgeçmeye çağırıyoruz.

- Türk Tabipleri Birliği (TTB)

- Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre için Sağlıkçılar Derneği (NÜSED)

**Bir Ülke
Bir Masal
Bir Devrim**

Küba

İlk gençlik hayallerimizde "Küba'ya gitmek" Küba kadar uzaktır. Hem gerçekten yol uzaktır hem de uzaktır, saksıda bir narin çiçek gibiydi; bakarsak, dokunursak solar mıydı? Avrupa'da hayallerimizin çiçekleri solmuştu 90'lı yıllarda. Çok sulanmış, az güneş görmüş, sevilmemiş, yerini beğenmemiş gibi bahaneler olsa da kurumuştu işte... Bir süre hayal kırıklığı yaşadık aynı sonuç Küba'da da yaşanır sandık, ama o da ne? Sene 2015 ve Küba ABD'ye rağmen ayakta. O zaman gitmek farz oldu. Klasik deyimle "Castro ölmeden, Küba bozulmadan" görmek lazımdı.

68 kuşağı, 78 kuşağı, 88 kuşağı (!) ve giderek 98 kuşağı için Küba, Fidel Castro, Che Guavera “devrim hayallerinin” ve “hayallerin devriminin” olmazsa olmazları... Evet Lenin vardı, Mao vardı, Ho Chi Minh vardı ancak onlar sanki devrimin resmi, teorisyen, gülmeyen yüzü gibiydiler. Hâlbuki Castro, Che öyle miydi? Genç, delişişek, saç sakal birbirine karışmış, daima gülen hatta ta gözlerinin içi gülen, tam da hayallerimizin devrimcisiydiler. İlk gençlik hayallerimizde “Küba’ya gitmek” Küba kadar uzaktı. Hem gerçekten yol uzaktı hem de uzakta, saksıda bir narin çiçek gibiydi; bakarsak, dokunursak solar mıydı? Avrupa’da hayallerimizin çiçekleri solmuştu 90’lı yıllarda. Çok sulanmış, az güneş görmüş, sevilmemiş, yerini beğenmemiş gibi bahaneler olsa da kurumuştur işte... Bir süre hayal kırıklığı yaşadık aynı sonuç Küba’da da yaşanır sandık, ama o da ne? Sene 2015 ve Küba ABD’ye rağmen ayakta. O zaman gitmek farz oldu. Klasik deyimle “Castro ölmeden, Küba bozulmadan” görmek lazımdı.

Karışık duygularla gezdim Küba’yı...

Bir kere gerçekten 57’lerde takılmış kalmış bir Küba var. Hani Avrupa’da gidersiniz ya, “tipik Ortaçağ kasabası- Ayy o günkü gibi duruyor” dediğiniz yer gerçekten büyüleyicidir ama 10 milyon kez restore edilmiştir, 20 milyon kez bakımı yapılmıştır ve halen bakılmaktadır. İşte Küba öyle değil. Gerçek anlamında 57’de takılı. Özellikle kolonyal dönem İspanyol mimarisi çok güzel! Bazı binaların önünde durup elinize mala, sıva, boya, fırça alıp hemen orada binayı pırıl pırıl yapma duygusu yaşıyorsunuz. Ben buna her çürük dişi görünce yapma ihtiyacı duymaktan kaynaklı “mesleki deformasyon” diyorum ama birçok da yıkılmakta olan bina var ki üzülmemek elde değil..

Önemli birkaç bina dışında restorasyon çalışması yok. Havana’da Amerikalılar tarafından yapılmış birkaç bina dışında şehirlerin silüetini bozan yüksek binalar yok. İyi ki kısa sürmüş varlıkları diyorunuz. Özellikle Trinidad bu konuda inanılmaz; en fazla üç katlı, görece daha bakımlı, çok tatlı bir şehir...

Arabalar bildiğimiz Küba arabaları; film setinde gibisiniz. Birazdan direksiyona Humphrey Bogart oturacak, yanında Grace Kelly saçları uçuşarak yeşillikler arasından hızla kayıp gidecekler gibi... Yaptıkları en iyi işlerden biri arabaları bu şekilde korumuş olmaları kesinlikle. Satışları da şöyle yapıyorlar: “57 model Chavrolet, 99 model Toyota motor”

Müzik her yerde, kıpır kıpır... Diyorlar ya, “bu yok-



Arabalar bildiğimiz Küba arabaları; film setinde gibisiniz. Birazdan direksiyona Humphrey Bogart oturacak, yanında Grace Kelly saçları uçuşarak yeşillikler arasından hızla kayıp gidecekler gibi... Yaptıkları en iyi işlerden biri arabaları bu şekliyle korumuş olmaları kesinlikle. Satışları da şöyle yapıyorlar: “57 model Chavrolet, 99 model Toyota motor”



**Dışheki
Ayten Yıldırım**
ayildirim1956@hotmail.com





Müzik her yerde, kıpır kıpır... Diyorlar ya, “bu yoklukta yine de mutlular” diye bunda müziğin ve dansın ruhlarında iyileştirici bir etkisi var diye düşünüyorum..

lukta yine de mutlular” diye bunda müziğin ve dansın ruhlarında iyileştirici bir etkisi var diye düşünüyorum..

Puro hakkında uzun uzun yazmayacağım, Küba biraz da puro demek zaten ama öyle “güzel kızların bacakları üzerinde yuvarlanan puro” muhabbeti şehir efsanesi beyler, inanmayın. Yok öyle bir gerçeklik; seyahat etme sebebiniz bu olmasın!

Rehberimiz anlattı; nerede olursa olsun, nüfus ne kadar olursa olsun orada mutlaka bir okul ve yeterince öğretmen, bir klinik ve doktor var. Eğitim ve sağlık konusunda çok hassaslar. Eğitim tamamen ücretsiz; okuma yazma bilmeyen yok. Birinci basamak sağlık hizmetleri çok başarılı. Bebek ölüm hızları yok denecek seviyede; bulaşıcı hastalıkların kökü kazanmış. Beslenme özellikle çocuklar için özel önemde; düzenli olarak ücretsiz süt ve yumurta veriliyor.

Rehberimiz Kübalı bir rehberle evli Türk vatandaşı. Bize eşine ait bir karne getirdi; içinde aylık temel ihtiyaç maddeleri sıralanmış. Yerel halkın kullandığı KUK’la satış yapan mağazalardan bunları alabiliyorlar, hepsinin nerdeyse sembolik fiyatları var.

Rakamları tamamen atarak şöyle tanımlayabilirim: Size aylık 2 kilo pirinç alma hakkı veriyor. Bunu kilosu 50 kuruşa alıyorsunuz ancak o ay diyelim 2 kilo pirinç daha alacaksınız bu sefer kilosu 5 liradan alabiliyorsunuz. Kıstas fazla tüketim değil ihtiyaç kadar tüketim. Bu sebeple KUK’la satış yapan mağazaların önünde kuyruklar var. Bir kısıtlama yok, turistler de alışveriş yapabiliyorlar ama gezirken ne kadar ete, pirince, tuza ihtiyaç var bilemiyorum!!

Sokaklarda yürürken evlerin içine bakıyorsunuz; hepsinde kolonyal dönemden kalma, her biri bir servet değerinde koltuk, kanepeler, masa, sandalye, büfe var. Sanki İstanbul Horhor’dasınız, antika mağazalarını geziyorsunuz. Eskiler ve çok güzel... Çok az eşya var; Avrupa’da olsa minimalist döşeme tarzı diyerek sanatsal bir veçhe verilebilir ancak burada yoksulluk olarak yorumlama eğiliminde gezginler. Onları atıp “55 metrekarede IKEA tarzı” olsa “modern” olacaklar aslında!!

Sonu belki felsefi bir tartışmaya bağlanır ama yoksulluk nedir, yokluk nedir? Açlıktan ölenlerin olmadığı, sağlıklı beslendiğin, sağlığının koruma altında olduğu, eğitimini sürdürdüğü, hayata müzik, dans ve neşeyle bakabildiğin, sokaklarında dilenci olmayan, evsizi olmayan bir memleketin kusuru; çeşit çeşit elbise, ayakkabı alamadığın, evinin içini kullanmadığın eşyalarla, elektroniklerle tıka basa doldurmadığın, her yeni model çıktığında cep telefonunu değiştiremediğin durumlar mıdır? Bunların olmaması gerçekten yokluk mudur?

Rehberimiz, “Kübalı gençlere kızıyorum, gündemleri tüketim toplumuna ait durumlar. Halbuki yeni model bir NIKE almak yerine daha fazla demokrasi, serbest seçimler, seyahat özgürlüğü, internet erişimi gibi kendilerini ve ülkelerini daha fazla geliştirecek ve kazanımlarını birkaç adım öteye taşıya-



cak şeyler için mücadele etmeliler” diyor ki, buna katılıyorum.

Sosyalist sistemin yıkılmasından sonra konuştuğumuz insanlar önce bir antikomünist söylemleri sıralarlar sohbet uzadıkça “ama” diyerek eski düzende eğitim, sağlık, barınma, beslenme sorunları olmadığını, şimdi her şeyin paraya endeksli olduğunu ve yaşam koşullarının daha zor olduğunu anlatmaya başlarlar. Dedim ya bu derin felsefi ve siyasi soruları barındırıyor ki bu yazının konusu değil.

Son olarak devrim; tüm dinlediklerim ve okuduklarımla bende gerçekten “romantik bir devrim” olduğu izlenimini uyandırdı. Bir kere tüm devrim Havana, Santa Clara arasında vuku bulmuş sanki. Adanın büyük bir bölümünün durumdan haberi yok gibi. Öyle topyekûn bir ayaklanma, “alayına isyan” durumu yok ama Castro, Raul, Che ve arkadaşlarının, yani bir avuç inançlı devrimcinin gözü kara cesaretleri, birkaç kere kıyımla karşılaşmalarına karşın yılmamaları sayesinde bu küçük ada koca ABD’yi dize getirmiş. Bunun olabileceğine



Nazım anlatmış:
hikâye insanoğlu üstüne
insanoğlunun gençliği
umutları üstüne
hikâyeyi benden güzel anlattılar
benden güzel anlatacaklar



Sokaklarda yürürken evlerin içine bakıyorsunuz; hepsinde kolonyal dönemden kalma, her biri bir servet değerinde koltuk, kanepeler, masalar, sandalyeler, büfe var. Sanki İstanbul Horhor’dasınız, antika mağazalarını geziyorsunuz. Eskişer ve çok güzeller... Çok az eşya var; Avrupa’da olsa minimalist döşeme tarzı diyerek sanatsal bir veche verilebilir ancak burada yoksulluk olarak yorumlama eğiliminde gezginler.

ABD de inanmamış ki biraz boşluğuna gelmiş, hatırla “yapsın çocuklar, ben nasıl olsa Fidel’le de anlaşır gemimi yürütürüm; Batista babamın oğlu mu ki” demiş, arkasında fazlaca da durmamış ama yememiş işte. Kısacası Küba, Amerika’nın pis işlerinin arka bahçesi olmamış. Mafya babaları, uyuşturucu baronları, fuhuş çeteleri, vergi kaçakçıları kendilerine bir “ada” yaratmak istemişler ama olmamış. Bize de “hâlâ genç olan bu çocukların” karşısında selam durmak kalmış... Ve durumu yine en güzel

hikâyeyi dost düşman iştirmeyen kalmadı

batista kulluğundaydı şahmeran’ın
şekerkamışı milyonerlerinin
yankisinin de yerlisinin de
ve tütün ve kahve milyonerlerinin
yankisinin de yerlisinin de
ve tanklı uçaklı elli binlik bir ordunun
ve de yiğitleri hadım ettikten
ve de gözlerini oyduktan sonra döve döve öldüren



Rehberimiz anlatır; nerede olursa olsun, nüfus ne kadar olursa olsun orada mutlaka bir okul ve yeterince öğretmen, bir klinik ve doktor var. Eğitim ve sağlık konusunda çok hassaslar. Eğitim tamamen ücretsiz; okuma yazma bilmeyen yok. Birinci basamak sağlık hizmetleri çok başarılı. Bebek ölümleri hızları yok denemek seviyede; bulaşıcı hastalıkların kökü kazınmış. Beslenme özellikle çocuklar için özel önemde; düzenli olarak ücretsiz süt ve yumurta veriliyor.

kışların
ve önlerinde sırtüstü cesetler çürüyen karakol kapılarının
ve her gece karakol duvarlarını yırtıp dışarı fırlatarak sıcak karanlıklarda kanlı kuşlar gibi çırpınan çığlıkların
ve frankist papazların
ve kumarhanelerin
ve de eroin toptancılarının
ve gangsterlerin
yankisinin de yerlisinin de
ve orospuların yalnız bir havana'da on beş bin
ve karaya vurmuş bir köpek balığı gibi çürüyenin
ve baygın ağır çiçek kokularıyla karışık leş kokusunun generali batista
tümü altı milyon nüfusunun dört milyonu aç ve
ve yüz bini verem
ve yankilere son on yılda bir milyar dolardan çok kâr getiren küba'da
birleşik amerika devletleri elçisinin
birleşik amerika devletleri kara hava ve deniz kuvvetlerinin
birleşik amerika devletleri dolarının yıllardır kullandığıydı
956'nın kasımında
fidel de içlerinde
82 kişi granma gemisinden denize indi
956'nın kasımında küba kıyılarına sokulan granma gemisinden denize inip yarı bellerine kadar suya gömülü
ve silâhlarını başlarının üstüne tutarak
ve ansızın
ve bir anda açılan top ve mitralyöz ateşi altında karaya çıkıp

ve karanlıkları polis köpekleri gibi koklayan araştıran ısıldaklardan sakınarak
ve sarıldınız teslim olun seslerini
ve iri kurbağaları çiğneyip bataklıklara
ve şeker kamışı tarlalarına dalarak
ve palmyelerle hindistancevizi ağaçlarının ardı sıra tepeleri tırmananlar
sierra dağında buluştu
fidel de içlerinde 82'nin 12'si sağ kalmıştı
fidel de içlerinde 12 kişiydiler 56'nın kasımında
fidel de içlerinde 150 kişiydiler aralığında 56'nın
fidel de içlerinde 500 kişiydiler şubatında 57'nin
fidel de içlerinde 1000 oldular 5000 oldular
fidel de içlerinde
fidel de içlerinde bir milyon yüz milyon bütün insanlık oldular
yıkıldılar batista'yı 959'un ocağında
ve 50 binlik orduyu
ve şeker kamışı milyonerlerini
yerlisini de yankisini de
ve tütün ve kahve milyonerlerinin yerlisini de yankisini de
ve kışları
ve önlerinde cesetler çürüyen karakolları
ve eroin toptancılarını
ve kumarhaneleri
ve birleşik amerika devletleri hava deniz ve kara kuvvetlerini
ve birleşik amerika devletleri dolarını

ve küba'nın havasında ağır çiçek kokularına karışık leş kokusu dağıldı
yani birleşik amerika devletleri korkusu

AİDAT ÖDEMELERİYLE İLGİLİ BİLİNMESİ GEREKENLER

Banka havalesiyle yapılacak ödemelerde:

DENİZBANK Harbiye Şubesi Şube Kodu: 2060 Hesap No:6394112 IBAN: TR 43 0013 4000 0063 9411 2000 01

GARANTİ BANKASI Cihangir Şubesi Şube Kodu: 575 Hesap No:6299545 IBAN: TR 81 0006 2000 5750 0006 2995 45

TÜRKİYE İŞ BANKASI Pangaltı Şubesi Şube Kodu: 1041 Hesap No: 630289 IBAN: TR 87 0006 4000 0011 0410 6302 89

YAPI KREDİ BANKASI Elmadağ Şubesi Şube Kodu: 124 Hesap No: 81802288 IBAN: TR 24 0006 7010 0000 0081 8022 88

(Denizbank şubelerinden havale yaptırdığınız takdirde havale ücreti alınmayacaktır)

Notlar:

- Aidatınızı ve birikmiş aidat borçlarınızı yatırmadan önce Odamız 0.212 296 21 06 no.lu telefondan aidat miktarınızı öğrenmenizi önemle rica ederiz.
- Aidatlarını bankamatikten yatıran meslektaşlarımızın Odamızı arayıp bildirmelerini rica ederiz.

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (KREDİ KARTIYLA YAPILACAK ÖDEMELERDE)

	Peşin	Taksitli	
GARANTİ BANKASI	☐	☐	(3 TAKSİT)
YAPI KREDİ BANKASI	☐	☐	(3 TAKSİT)
FİNANSBANK	☐	☐	(3 TAKSİT)
TÜRKİYE İŞ BANKASI	☐	☐	(3 TAKSİT)
DENİZBANK	☐	☐	(3 - 6 TAKSİT)

KART SAHİBİNİN

ADI SOYADI: CEP TEL:

ADRESİ:

ŞEHİR: İLÇE: POSTA KODU:

KART NUMARASI:

SON KULLANMA TARİHİ:

GÜVENLİK KODU (CCV):

Yukarıda belirttiğim tutarın, VISA, MASTER CARD kredi kartı hesabıma borç kaydedilerek, GARANTİ BANKASI Cihangir Şb., YAPI KREDİ BANKASI Elmadağ Şb., FİNANSBANK Osmanbey Şb., DENİZBANK Harbiye Şb., İŞBANKASI Pangaltı Şb. nezdindeki ilgili hesabınıza yukarıda belirtilen bankalar ile İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI arasında yapılan anlaşma koşulları çerçevesinde alacak kaydedilmesini kabul ediyorum.

Lütfen hesabımdanTL tahsil ediniz.

TARİH:

AD SOYAD:

İMZA:

Sabit Protezlerde Estetik Tedavi CİLT 1

Estetik Analizler - Protetik Tedaviye Sistemik Yaklaşım

Yazar: MAURO FRADEANI

Türkçe Çeviri Editörleri: Dr. Behiye Bahar Dabakoğlu, Prof. Dr. Selim Pamuk

Sert kapak, renkli resimli, 352 Sayfa QUINTESSENCE YAYINCILIK

Restoratif dişhekimliğinde ileri teknoloji ve biyomateryaller, estetik başarının en üst sınıra taşınmasında önemli argümanlardır. Sıklıkla bu tedavi yaklaşımı dental bölgede yoğunlaşmakla beraber yüzün tümünü değerlendirmekte önemlidir. Bu kitap klinisyenin estetik tedavinin planlanması sürecinde sistemik olarak yüzün gelişimine de yaklaşımını ele almaktadır. Farklı bölümlerde yüzün estetik parametrelerini anlamak konusunda rehberlik etmektedir. Her bir bölüm hastanın kişisel tedavi planında uygulama ve anlayışı sunmaktadır. Ayrıca estetik başlıklardan oluşan listenin gözden geçirilip tamamlanması (checklist) klinisyende bu konuda pratik yapmasını sağlar. Çok sayıda resim içeren bu kitap tüm dişhekimleri için estetik ve restoratife dişhekimliği pratiği konusunda iyi bir rehber olacaktır. İçindekiler:

Bölüm 1: HASTALARLA İLETİŞİMİN KURULMASI

Bölüm 2: YÜZ ANALİZLERİ

Bölüm 3: DENTOLABİAL ANALİZLER

Bölüm 4: FONETİK ANALİZLER

Bölüm 5: DİŞ ANALİZLERİ

Bölüm 6: DİŞETİ ANALİZLERİ

Sabit Protezlerde Estetik Tedavi CİLT 2

Protetik Tedavi- Estetik, Biyolojik ve Fonksiyonel Entegrasyona Sistemik Bir Yaklaşım

Yazar: G.BARDUCCI - M.FRADEANI

Türkçe Çeviri Editörü: Prof. Dr. Aslıhan Üşümez

Sert kapak, renkli resimli, 600 Sayfa QUINTESSENCE YAYINCILIK

Bu beklenen kitap sabit protez ihtiyacı olan hastalarda en iyi estetik sonuçların elde edilebilmesi için gerekli prosedür ve fazların ele alındığı bir eserdir. Dişhekimliği ve teknisyen arasındaki iletişim, protez uygulamasının estetik, biyolojik ve fonksiyonel kullanımına yönelik başarıdaki en önemli bölümlerinden birini oluşturur.

Klinisyen ve laboratuvar arasındaki bu adım adım ilerleyiş ve prosedürleri önemlidir. Bölümlerde face bow'un doğru saptaması için görsel metodlarla, anlatımı doğru materyal seçimi ve teknikleri, restorasyonların yapım kısmı, en uygun birleştirme ve estetik yapının kazandırılması konuları işlenmektedir. Bütün bu ayrıntılar hastaya uzun dönemde en uygun rahat etkiyi çözümü sağlamak içindir. Tedavi aşamaları ve açıklamaları ile beraber kitapta yüzlerce renkli klinik fotoğrafları yer almaktadır. Bu harika kitap cilt 1'de olduğu gibi aynı titizlik ve hassas çalışma sonucu hazırlanmıştır.

İçindekiler:

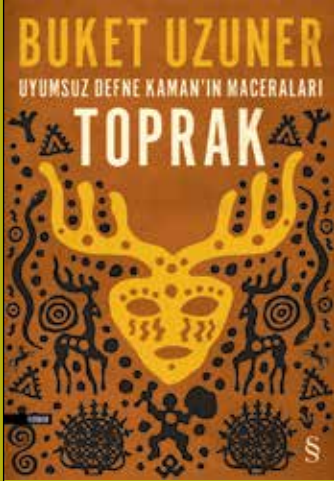
Bölüm 1: LABORATUARLA İLETİŞİM – TANI AMAÇLI WAXUP

Bölüm 2: GEÇİCİ RESTORASYON YAPIMI VE ENTEGRASYONU

Bölüm 3: GEÇİCİ RESTORASYON VE DAİMİ HAZIRLIKLARIN BİYOLOJİK BÜTÜNLÜĞÜ

Bölüm 4: GEÇİCİ RESTORASYONDAN DAİMİ PROTEZE: ÖLÇÜLER VE VERİ TRANSFERİ

Bölüm 5: PROTETİK REHABİLİTASYONUN ÜRETİLMESİ VE BİTİRLMESİ KLİNİK VAKA GALERİSİ



TOPRAK / BUKET UZUNER

Buket Uzuner'in, ilhamını evreni oluşturan dört elementten alan ikinci kitabı "Toprak" Everest Yayınları'ndan çıktı. 2012 tarihli "Su", Tabiat Dörtlemesi'nin ilk romanıydı. Sonra "Toprak" geldi; ardından "Hava" ve son olarak da "Ateş" ... Toprak'ta; Su romanında tanıştığımız gazeteci uyumsuz Defne Kaman'ın maceraları peşinde okuru bu kez Çorum'a götürüyor. Rotayı Anadolu'ya çeviren kitapta gazeteci ve aktivist Defne Kaman, büyük bir tarihi eser kaçakçılığının peşine düşüyor.

Toprak, Buket Uzuner'in diğer eserleri gibi çok-katmanlı, felsefi bir roman. Okurları, bir gerilim ve serüven romanının heyecanı ile sürükleyerek, Türk Şamanizmi'nin evrensel değerlerini ve bu geleneğin kilit taşı olan, toprak etiği ve hakkına saygı duyma anlayışını ele alıyor. Kadın ve erkek, insan ve kültür arasındaki ilişkileri, "tabiat" ve "kadim öğretiler" ekseninde irdeliyor. Bu yolla da, Anadolu çiftçi-kadınlara saygı sunarak başlıyor yolculuğuna. Yusuf Has Hâcib'in "mutluluk veren bilgi" anlamına gelen ve mutluluk üzerine yazılmış ilk kişisel gelişim kitabı sayılabilecek "Kutadgu Bilig"i de romanın hatırlattığı hazinelerden.

"Ben bu romanda, toprağın bir mülk gibi alıp satılan, fethedilen, kaybedilen, betonla boğulan, maden ve petrol için dövülüp, bağı deşilen bir 'mal' olmadığını hatırlatmak istedim. Toprak etiği, ahlaki ve saygısı benim bilebildiğim hemen tüm kadim inançlarda var, ama artık zıvanadan çıkan insanlık, toprağı üzerinde, içinde ve altında yaşayan binlerce canlıya yuva olduğunu unuttu! Annesinin kalbini söken adamın hikâyesinde sefil evlat gibiyiz ve bu ihanetin sonu felaket! Kişisel görüşüm şöyle: eğer tarım, tohum ve gıda kadar, artan seller, kuraklık ve kıtlık sorununa edebiyatta yer vermezsek, hayat derdine düşmüş insanları bu konularda nasıl sarsacağız? Sarsmayı, hatırlatmak, unutturmamak anlamında kullanıyorum, çünkü biz insanlar, bir hikâyenin içindeki 'kıssadan hisse'yi, diğer bütün anlatılardan, derslerden daha iyi kavırıyoruz. Ben de şöyle dedim: "Toprak ki; Rahimdir, Su'yun da yatağı, yuvası, anası. Toprak ki; yaşamdır, candır." Bu nedenlerle Toprak romanını, tabiata zararlı projelerin önüne göğsünü siper ederek dikilen, asırlık yerel tohumları çeyiz sandığında en değerli mücevher olarak saklamayı akıl etmiş olan, Anadolu çiftçi-köylü kadınlara anamın ak sütü gibi adadım." BUKET UZUNER



Dışhekim Şeyda Yavuz
seyda_ozcelik@hotmail.com



AŞK VE TANGO / DİDEM-SİNEM BALIK OPERATWINS – LOVE AND TANGO

Dünyada Opera Twins adıyla bilinen ikiz kardeşler, "Aşk en büyük direniştir!" diyerek, Kolombiyalı orkestra şefi Andres Garcia Velez'in yönettiği 35 kişilik senfoni orkestrasının çaldığı albümde, Türk ve Arjantin tangolarının sevilen örneklerini bir araya getirdi. İkili, "Bizim için aşk hep başrolde. Bu albümde hayatın içinde aradığımız saf aşk var" diyor.

Dokuz Eylül Üniversitesi Devlet Konservatuarı'ndan mezun olduktan sonra eğitimlerini Viyana'da sürdüren Balık kardeşler, Avrupa'da 'Opera Twins' (Opera İkizleri) olarak anılıyor. Bugüne dek Avrupa'nın ve Türkiye'nin pek çok yerinde konser verdiler. 'Aşk ve Tango' konserlerinin en beğenilen şarkılarını bir araya getirdikleri aynı adlı albümleri geçtiğimiz günlerde dinleyicilerle buluştu. Aşkı doludizgin yaşayanlara, aşkını kalbinde taşıyanlara armağan ettiklerini söyledikleri albümde; 'Kadın Kokusu' filminde Al Pacino'nun tango yaptığı 'Por Una Cabeza'dan 'Mazi'ye, 'Komparsita'dan 'Bir Çapkına Yangınım'a kadar pek çok sevilen şarkı var.

Albüm İçeriği

1. Bir Çapkına Yangınım (Sarhoş)
2. Mazi
3. Benim Şarkım
4. Dediler ki
5. Kirpiklerini

6. La Cumparsita / Komparsita

7. Sevgilim Sendin
8. Rojotango
9. Por Una Cabeza
10. Kiss of Fire / El Choclo
11. Hernando's Hideaway

Değerli Meslektaşlarımız

Aramıza Hoşgeldiniz

İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu

Dişhekimisi RAGİBE İRMAK SAYHAN

Dişhekimisi ZEHRA GÜLCİN IŞIK

Dişhekimisi PINAR ŞEŞEN

Dişhekimisi KADRİYE SATI

Prof.Dr. GÜRHAN ÇAĞLAYAN

Dişhekimisi MEHMET GÜMÜŞTEKİN

Dişhekimisi İSMAİL ORALKAN

Dr.Dişhekimisi PINAR KULAN

Dişhekimisi MUSTAFA ERDEM YAZICI

Dişhekimisi MEHMET ENDER GÖZAYDIN

Dişhekimisi ASLI ILGIN ÖZDEMİR

Dişhekimisi ONUR DEMİR

Dişhekimisi AKİF YILMAZ

Dişhekimisi DAMLA GÜL DERİN

Dişhekimisi GAZANFER ALİOĞLU

Dişhekimisi HÜSEYİN EFE SAVAŞ

Dişhekimisi SALİH ŞEFLEK

Dişhekimisi AYSUN BALCI

Dişhekimisi AYŞE YILMAZ

Uzman Dişhekimisi İBRAHİM CEM ÖZKURT

Dişhekimisi MEHMET AKÇAY

Dişhekimisi MAHMUT ÖMER

Dr.Dişhekimisi MELİH YILDIZ

Dişhekimisi COŞKUN KARALÖK

Dişhekimisi EMİNE KARALÖK

Dişhekimisi İRFAN KILIÇ

Dr.Dişhekimisi ÖMER POLAT

Dişhekimisi NECATİ EVKAYA

Dişhekimisi EUNKYUNG DEMİRAĞ

Dişhekimisi EZGİ ALTUN

Dişhekimisi UTKU PUL

Dişhekimisi SARA ABBASZADEH

Dişhekimisi OSMAN ŞAHİN

Dişhekimisi AHMET ZİNNUR CANDAŞ

Dişhekimisi GÜNÇE SAYGI

Dr.Dişhekimisi MACİT KUBİLAY ÖZKAN

Dişhekimisi FEYYAZ GÜNGÖR

Uzman Dişhekimisi UMUR TURFANER

Tüm Zamanların En Çok Turnuva Kazanan Oyuncusu Aklın Doğru ve Mantıklı İşleyişi ; Karpov

1951 yılında Ural bölgesinde, Zlatoust'da dünyaya gelen Karpov, henüz 4 yaşındayken satranç öğrendi. 12 yaşında Botvinnik'in satranç okuluna katılan Karpov, 15 yaşında da Sovyetler Birliği Ustası olarak Spassky'nin rekorunu kırmıştır. 1969 yılında Stockholm'de Dünya Gençler Şampiyonası'nı kazandı. Venezuela'da düzenlenen uluslararası turnuvada dördüncülüğü paylaşarak büyük usta oldu.

Karpov, oyun anlayışını şu şekilde ifade eder: **"Varsayalım ki oyun iki şekilde devam ettirelebiliyor: birincisi, varyantların kesin olarak hesaplanmadığı güzel bir taktik vuruşlu bir devam yolu; diğeri ise pozisyonel baskının mikroskobik kazançlar vaat ettiği bir oyun-sonu.... Ben ikincisini hiç düşünmeden tercih ederim. Eğer rakip keskin bir pozisyon yaratırsa itiraz etmem ama, her ne kadar o oyunu çok iyi bir strateji ve mantık sonucunda kazanmış olsam da aynı zevki almam."**

1975'te, Fischer'in, Dünya Şampiyonluğu maçı- na çıkmaması Karpov'un maç yapmadan dünya şampiyonu olmasını sağladı. Her ne kadar bu şekilde şampiyon olsa da yukarıda da belirttiğimiz gibi 160'tan fazla uluslararası turnuva kazanarak tüm zamanların en çok turnuva kazanan oyuncusu olması, maç yapmadan dünya şampiyonu olmasını pek de önemli kılmamaktadır. Karpov, 1996'da ünvanını Gata Kamsky'e karşı, sonra Vishwanathan Anand'ı 4-2 yenerek korudu. Fakat 1999'da Las Vegas'taki turnuvada şampiyonun doğrudan finalde oynama hakkının kaldırılması ve ilk turdan mücadele etmesinin gerekliliği dolayısıyla Karpov ünvanını 1999'da bıraktı.



Karpov'un oyunlarında, satrançta zamanlama, sabır dediğimiz şey devreye giriyor. Aklın doğru ve mantıklı işleyişi tam da satrançta Karpov'un belirttiği gereksiz riskten kaçınıp 'doğru' satranç oynuyor olması ile ilgili...

Anatoli Karpov - Garri Kasparov World Championship Match 1984

1984'te Anatoli Karpov ile Garri Kasparov arasında oynanan Dünya Şampiyonluğu maçı, ortaya çıkan sonuç itibarıyla satranç tarihindeki en tartışmalı maçlardan biri oldu. 32. oyuna kadar beraberliklerle geçen maçlarda Kasparov'dan 11 yaş büyük olan Karpov 5-3 öndeyken, fiziksel olarak neredeyse tükenmiş, maç boyunca toplam 10 kg vermişti. Maç sırasında birkaç kere hastaneye kaldırılan Karpov'un durumu iyi değildi. Karpov her ne kadar iyi olduğunu ve maça devam etmek istediğini söylese de maç iptal edildi ve yeni maçın birkaç ay sonra yapılacağı açıklandı. Böylece ilk defa bir Dünya Şampiyonluğu maçı sonuç elde edilmeden bitirilmiş oldu. Karpov'un Sicilya açılışı ile başlayıp 1-0 öne geçtiği maç:

1. e4 c5 2. Nf3 e6 3. d4 cd4 4. Nd4 Nc6 5. Nb5 d6 6. c4 Nf6 7. N1c3 a6 8. Na3 Be7 9. Be2 O-O



10. O-O b6 11. Be3 Bb7 12. Qb3 Na5 13. Qb6 Ne4 14. Ne4 Be4 15. Qd8 Bd8 16. Rad1 d5 17. f3 Bf5 18. cd5 ed5 19. Rd5 Be6 20. Rd6 Ba2 21. Ra6 Rb8 22. Bc5 Re8 23. Bb5 Re6 24. b4 Nb7 25. Bf2 Be7 26. Nc2 Bd5 27. Rd1 Bb3 28. Rd7 Rd8 29. Re6 Rd7 30. Re1 Rc7 31. Bb6

Bugünün bricinde, birinci sınıf briççi olmak kolay değildir!

Coup en Passant, geçerken çıkmak veya koz sağlamak

Bu hemen hemen tesadüfen gerçekleştirilen ve hasmı çok sinirlendiren bir manevradır. Elinde metr bir kozu bulunan hasmı adeta kapana kıştırarak ya ortağının metr bir kağıdına çıkmak ya da deklanerin metr olmayan bir kozuna kupla el yaptırmak zorunda bırakır. İşte size yaşanmış bir örnek:

♠ A 7 4 2					
♥ A 7 6 3					
♦ A 8 5 4					
♣ A					
♠ D V 8 3	K B D G	♠ 10 9 5			
♥ D 10		♥ V 9 4			
♦ R 10 9 6		♦ D V			
♣ D V 10		♣ R 9 7 6 2			
♠ R 6					
♥ R 8 5 2					
♦ 7 3 2					
♣ 8 5 4 3					

	Batı	Kuzey	Doğu	Güney
	Pas	1 ♦	Pas	1 ♥
	Pas	3 ♥	Pas	4 ♥

Atak: ♣D

Güneyin 4 kör demesi biraz fazla iyimserdir ama dörtlü takım maçlarında muhtemel manşları deklare etmek gerekir.

Batı trefl damını çıkar. Deklaran kayıplarını sayar; en azından bir kör, iki karo ve üç trefl. İki trefle yerden çıkılabilir, ama kalan dört perdana çare yok gibi görünmektedir.

Karşı elde de iki pik, bir kör ve iki karo perdanı vardır.

Sihirbazlıkla ilgilenir misiniz? O halde güneyi seyredin:

Trefl ası, pik ası, yerden ve elden küçük karo: Batı alır ve karo oynar. Karo ası, pik ası ve ruası, trefl kupu, pik kupu, kör ası ve ruası, trefl kupu ve yerden pik:

	♠ 2		
	♥ -		
	♦ 8 5		
	♣ -		
♠ D		K	♠ -
♥ -		B	♥ V
♦ R 10		D	♦ -
♣ -		G	♣ R 9
	♠ -		
	♥ 8		
	♦ 7		
	♣ 8		

Deklaran şimdiye kadar sadece bir el vermiştir. Yerden pik oynadığında Doğu ne yapabilir? Kör valesiyle çakarsa, güney trefl veya karo kaçar ve kozu el yapar; Doğu çakmazsa, Güney küçük kozuyla çakar ve onuncu eli bulmuş olur.

Aynı kontrat oynandığı turnuvarın başka bir masasında da çıkmıştı. Şaşkınlığını gizleyemeyen izleyicilere, kontratı çıkaran oyuncunun yorumu şu oldu:

"En passant manevrası" dedi. "Adam tam on saniyede on löve yaptı!"

Bugünün bricinde, birinci sınıf briççi olmak kolay değildir!

Hazırlayan:
Çetin Hakan Şeker

Mal Mülk Bilinci Olmayan Çocuklar



Dişhekimi Fırat Budacı
budaci@gmail.com

Bahtsız çocuk Rüzgâr, çocuk parkının kum havuzunda yaşlıtlarının ortalığa yaydığı hangi oyuncağa el atsa, babası tarafından uyarılıyor: “Rüzgâr hayır! O bizim değil!” Oysa zavallı Rüzgâr’ın her şeyi kendine ait sanması çok normal. Sonuçta, her an her şeye sahip olma ihtimalimiz varmış hissi yaratan kapitalist bir düzende yaşıyoruz. Rüzgâr, Çinli falan olsa, dudaklarını yuvarlatarak, “Hım devletin olmalı,” der ikna olurdu. Ya da küçücük değil de, ergenliğini ele almış, boru sesli bir genç olsa, “E o zaman ne bizim allah allah ya!” diye çıkışabilirdi. Ama Rüzgâr henüz 5 yaşında ve her 5 yaşındaki insan evladı gibi, kendini modern hayatın kuralları konusunda uyarıcı ebeveynlerinin aklıyla idare ediyor. Bu normal. Çünkü Rüzgâr kendi aklıyla yaşasa içinden çıkamayacağı fantezilerin esiri olurdu. Mesela, kendisine kum havuzunda bir noktayı gösterip, “Bak Rüzgâr, buradan kazmaya başlar ve sürekli kazarsan, dünyanın öbür tarafında senin yaşlarında, ama başka bir dilde konuşan yaşlıtlarına ulaşırsın, haydi başla!” desek, kazmaya başlar. Üç kürek sonra “Daha çok mu?” diye sorar, ama “Yok Rüzgârcım az kaldı,” cevabını alınca da devam eder. Böyledir çocuklar; umutlu, dirençli, neşeli ama az akıllı.

Rüzgâr, kenar yönetiminden aldığı uyarılara rağmen başka çocukların oyuncaklarını almaya devam ediyor. Çocuklar, eşyalarını Rüzgâr’la paylaşmamak konusunda dirençli. Biri hariç. Oyuncaklarının yağmalanmasına ses çıkarmayan, malından bihaber bu çocuk benim oğlum. Adı Umut. Aslında anlatacaklarım tam burada başlıyor. Bu hikâye, parktaki çocukların olduğu kadar, bu çocukları üstten bir bakışla gözlerken, işin içine kendi evladı girince bir anda sığlaşan bir babanın da hikâyesidir.

Bu çocuk neden böyle oldu bilmiyorum. Oğlumun büyük küreği alan Rüzgâr’a ses çıkarmayıp küçük kürekle işine devam etmesi, gani gönüllüğünden değil nezaketinden kaynaklanıyor. Can sıkıcı olan, bu nezaketin bazen eziklik sınırları-

na dayanması. Oğlum paylaşmasın demiyorum, paylaşsın, ama hiç olmazsa küçük küreği versin Rüzgâr’a. Bir baba ne kadar hümanist olursa olsun, şu acımasız dünyada oğlunun taşeron ruhlu olmasını istemez. Rüzgâr’ın patron (*Umut’a ‘sen şurayı kaz’ gibi direktifler veriyor*), evladımın taşeron olduğu bu hafriyatı bir süre daha izledikten sonra, dayanamayıp oğlumun kulağına eğilerek, “Biraz da sen büyük kürekle kaz,” diyorum. (Bu uyarımı küçük insanın sinsiliği olarak algılamayın, burada “büyük kürek” bir simge. Amacım, rekabetçi dünyada tarafların eşit şartlarda mücadele etmesini sağlamak.) Umut, önce Rüzgâr’a, sonra bana bakarak, “Üzülebilir, onu kırmak istemiyorum,” diyor. Al işte! Bestseller aşk romanı kalitesinde konuşan bir evladım var benim. Küçük kürekle minik çukurlar kazarak sevgi tohumları eken, fedakarlığıyla kırılğan ilişkiler büyüten bir çocuk! Umut Coelho.

Kamuya açık alanlarda el değiştiren oyuncakların peşine düşmek ebeveynlere düşer. Ülkenin oyun parklarında kanayan bir yaradır bu. O kürekler, tırmıklar, kovalar, yabancı çocuklardan nasıl geri alınacak? Geri alınırken modern tavırlardan fire vermeden, yabancı çocuğu ağlatmadan ve ailesini irite etmeden nasıl bir yöntem izlenecek? Görüldüğü kadar kolay işler değil bunlar. Üstelik benimki gibi bütün küreklerini dağıtıp gerekirse elleriyle kazmaya devam edecek bir çocuğa sahipseniz işler daha da zor. Rüzgâr, Umut’un küreğini alıp parkın üçra bir köşesinde kazıya gidince sıkıntım artıyor. Evladımın çok küreği takip etmeye başlıyorum. Amacım, parktan ayrılmadan önce Rüzgâr’la ya da babasıyla diyaloga girmeden küreği ele geçirmek. Bunun tek yolu, Rüzgâr’ın bir anlık gafletle küreği bıraktığı anı kollamak. Arkadaşlarım arasında bonkör, ufak hesaplar yapmayan biri olarak bilinirken nasıl bu hale geldiğimi ben de bilmiyorum. Aslında olaya Rüzgâr’ın babasının müdahale etmesi lazım, ama adam iPhone’unu eline aldığından beri oğlunu

uyarmayı bıraktı. “Ne ilgisiz anne babalar var, böyle çocuk mu yetiştirilir!” diye söylenmeye çok yakınım. (Bu cümleyi sarf edenler, yakalarına bayraklı rozet takılarak direkt apartman yöneticisi yapıyor ve kendilerine emekliler diyarı Dikili’de bir yazlık tahsis edilerek, bir yıl bedava Sözcü gazetesi aboneliği hediye ediliyor). Cümle tam ağızdan çıkacakken, Rüzgâr’ın babası (nihayet), “Rüzgâr lütfen o küreği bırakır mısın, o bizim değil” diye sesleniyor. O an, sanki biraz önce plastik bir küreğin peşinde duygudan duyguya koşmamışım gibi,

“Oynasın oynasın, önemli değil,” diyorum. Şu hale bakın, bu kadar yaklaşmışken modern bir refleks yüzünden küreği ellerimden kaçırıyorum.

Kürekten başka bir şey düşünemez oldum. Rüzgâr bir türlü küreği elinden bırakmıyor. Umut’un umurunda değil, ama sonuçta kürek bizim, bırakıp gidecek değiliz. Küreği bir uçak gibi uçurmaya başlayan Rüzgâr’a, bana doğru manevra yaptığı bir an, “Hadi ver artık küreği, biraz da Umut oynasın,” diye mırıldanıyorum. Uçarak uzaklaşıyor. Bir radar gibi peşindeyim bu uçağın. Bir ara, küreği bırakıp kaydırağa koşunca he-

men hareketleniyorum, ama nafile. Kavuşmama bir metre kadar kala kürek yeniden havalanıyor. (Ne zaman geri geldi?) Parkın içinde dolaşmış gibi yapıp banka geri dönüyorum. Umut’a bakıyorum. Ah benim saf oğlum, millet göklerde dolaşırken, Umut’um küçük kürekle kazmaya devam ediyor.

Gitme vaktimiz yaklaştığında hafriyat alanına giderek, “Umut, küreğini al istersen, birazdan gidiyoruz,” diyorum. Bu saatten sonra çocuğu çocuğa kırdırmaktan başka çarem yok. Kafasını kaldırıp etrafa bakan Umut’a, “Bak orda,” diyerek düşmanı gösteriyorum. Bir süre Rüzgâr’ı sey-

rettikten sonra, büyük bir olgunlukla önündeki işe dönerek, “Uçak yapmış, bırak uçursun,” diyor. Evladımın üzerinde hiçbir etkim yok. Yetişkin dünyasına ait kadim bir uyarıyla hâkimiyeti ele geçirmeye çalışıyorum: “Oğlum hava çok soğuk, hasta olucuz.” Cevaplamıyor. İyice sığlaşan aklımla bir deneme daha yapıyorum: “Oğlum, gidicez ya birazdan, almak lazım küreği.” Yine cevap gelmeyince dramatik bir çıkışla tehdit etmek zorunda kalıyorum: “Sen bilirsin, sonra küreğim nerde diye ağlama ama evde!” “Merak etme,” di-

yor Umut, “Tam giderken alırız.”

Şu hale bak! Belki de Umut’un bankta oturduğu, benim küçük kürekle idare ettiğim yeni bir hayata başlamalıyız.

Gitme vakti. Artık ne olacaksa olsun, diye düşünerek, “Git şimdi kendin al bakalım küreğini,” diyorum Umut’a. “Tamam,”

deyip Rüzgâr’ın yanına gidiyor. Bir süre konuşuyorlar. (Ne konuşuyorlar?) Rüzgâr kafasını sallayıp veriyor küreği. Bu ne mağrurluk! Umut elinde kürekle geri dönerken, “Ne dedin sen ona? O ne dedi sana? Niye hemen verdi küreği?” sorularını zor engelliyorum. Onların yerine Rüzgâr’ın babasının da duyabileceği bir ses tonuyla “Bay bay de arkadaşına,” diye sesimi yükseltiyorum. Elini kaldırıp “Görüşürüz,” diyor Umut.

Rüzgâr’ın cevabı daha da şiddetli, adeta bir kürek gibi iniyor kafama:

“Kendine iyi bak.”

Parkın içindeki ağaçlı yoldan yürürken ikide bir küreği düşürünce, “Ver ben taşıyım,” diyorum. Verip ellerini cebine sokuyor. O önde, ben arkada yürümeye devam ediyoruz. Yürürken bir an kafasını kaldırıp bir ağaca bakıyor. “Bak baba,” diyor, “ceviz ağacı.” Kafamı kaldırıp bakıyorum. Ağacı tanımıyorum ama, “Evet oğlum, ceviz ağacı,” diyorum. Kafamı indirdiğimde, Umut’u elleri ceplerinde tekrar yürümeye başlamış buluyorum. 105 santimlik boyuyla ne kadar da kendinden emin. Gidip götüne ufak bir tekme atmak istiyorum.





Dışhekimî İlhan İşler
iisler1@yahoo.com



— HEP SÖYLERİM YA... "BU ÜLKEDE MİZAHÇILAR KONU SIKINTISI SEKMEZ"... DİYE

Hoscakalın
25.06.2013
İlhan İşler.

“ ideal proteze giden doğru yol ”

Bilmemiz gerekir ki;

İmplant tedavileri, bittiğinde;
kolayca geriye dönülebilir,
tekrarlanabilir veya eksikliği
giderilebilir uygulamalar değildir.

Millart;

Bu vizyonda,
implant uygulamalarında
sizlere;
en ileri dijital robotik teknolojileri
kullanarak,
en yüksek standartlarda üretimi
ve hizmet vermeyi
hedefler.

CAD CAM MILLING
CUSTOM ABUTMENT
CUSTOM BAR
CUSTOM ATTACHMENT
SURGICAL GUIDE



Mill ART
ROBOTIC IMPLANTOLOGY

Rumeli Cad. No:71/1 Osmanbey / Şişli - İstanbul

Tel: 0212 241 00 86 Fax: 0212 241 00 58

E-Mail: info@millart.eu Web: www.millart.eu



DENTSPLY Implants Turkey olarak ,

Eylül 2014 - Haziran 2015 döneminde toplam 64 eğitim ve etkinlikte konuşmacımız olarak yanımızda yer alan hekimlerimize ve uzmanlarımıza sonsuz teşekkürlerimizi sunuyoruz.

*Prof. Dr. Aslan Gökbuget
Prof. Dr. Ateş Parlar
Prof. Dr. Baybora Kayahan
Prof. Dr. Celal Bahadır Giray
Prof. Dr. Celal Tümer
Prof. Dr. Ebru Çal
Prof. Dr. Erkan Erkmen
Prof. Dr. Hakan Terzioğlu
Prof. Dr. Hakan Uysal
Prof. Dr. M.Kemal Ünsal
Prof. Dr. Nur Mollaoğlu
Prof. Dr. Selim Pamuk
Prof. Dr. Sevtap Günbay
Prof. Dr. Tayfun Günbay*

*Doç. Dr. Ali Gürkan
Doç. Dr. Altuğ Çilingir
Doç. Dr. Bülent Gökçe
Doç. Dr. Gediz Serin
Doç. Dr. Mustafa Ramazanoğlu
Doç. Dr. Saip Denizoglu
Doç. Dr. Tolga Akova
Doç. Dr. Yakup Üstün
Dr. AnnaKarin Lundgren
Dr. Jan Kielhorn
Dr. Kılıçarslan Argın
Dr. Marco Degidi
Dr. Noyan Başal
Dr. Uğur Meriç
Björn Roland , MDT
Thomas Lange*

**İsim listesi akademik ünvan ve alfabetik sıra baz alınarak hazırlanmıştır.*



Eğitim ve etkinliklerimizden haberdar olmak için bizi takip edebilirsiniz.
www.facebook.com/DENTSPLYImplants.com.tr