

İki ayda bir yayınlanır
TEMMUZ/AĞUSTOS 2009
sayı: 127

dergi

UZMANLIK! ama ihtiyaç kadar...

**Dişhekimliğinde altı
dalda uzmanlık kararı
alındı.**

Dişhekimleri emeklerinin karşılığını istedi

TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu'nda kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın özlük hakları sorunları masaya yatırıldı.



22

İstanbul'a yakışan bir kongre

Bu yıl 16.sı düzenlenen TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin ana teması "Dişhekimliğinde yenilikler ve başarısızlıklar"dı. Türkiye'nin ve dünyanın çeşitli yerlerinden 2000 meslektaşımızın katıldığı kongrede bu yıl ilk kez dijital ortamda oylama yoluyla konferansa aktif katılım sağlandı.



38

Oda Haberleri	08	Sanat Gündemi: İstanbul'da yaz ve festivaller	116
Kapak Konusu: Dünden Bugüne Uzmanlık	56	Sağlık Dünyası	118
Bilimsel: Diş laboratuvarında enfeksiyon kontrolü	68	Kısa Yolculuk: Poyrazköy	120
İstanbul 2010'da 'Avrupa Kültür Başkenti'	100	Duyuru	122
Kitap: TÜBİTAK'tan çocuklara çizgi kitaplar	112	Kalem Kamil	124
Sivil Toplum: Kadıköy Belediyesi Aile Danışma Merkezi ...	114		

reklam dizini

GSK	Ön kapak içi - 4 - Arka kapak içi
D-MAR	1
Nobel ilaç	6-Arka kapak
Bahar Dental	17

ADT	36-37
Teknodent	55
İGS	67
Ağaoğlu İnşaat	121



74

Haklarımızın olmadığı 'Tam Gün'ü istemiyoruz!

TDB ve Dişhekimleri Odaları ilkesel olarak doğru bulunduğu 'Tam Gün' uygulamasına karşı değil. Ancak performansa dayalı 'Tam Gün' yaklaşımı yerine tüm dişhekimlerinin özlük haklarının kalıcı olarak korunduğu bir sistem istiyorlar.

Psikiyatristten dişhekimliği notları

Dişhekimlerinin sıkıntılarıyla ilgili dış kaynaklı bir araştırmada, en büyük problem olarak korku ve gerilim dolu hastalar dile getirilmiş.



84

Kök kanal dolgu maddeleri ve teknikleri

Kök kanal tedavisinde başarıdan söz edebilmek için doğru teşhisin yanı sıra, kanalların biyomekanik işlemlerinin doğru yapılması ve hazırlanan kök boşluğunun, dentin sement

88
hududundan başlayarak
kronal giriş kavitesine üç
boyutlu olarak inert bir
maddeyle doldurulması
gerekir.



108 Sektördeki lup tipleri neler?

Gözlerimiz lup kullanmaya başlamadan önce bozulmadıysa kullanımla hiç bozulmaz. Ancak bunun için mesafe ölçümlerinin iyi yapılarak tam ölçü alınmış ürünleri kullanmaya dikkat etmemiz gerekiyor. Genel dişhekimlerine 2.5 x'le lup kullanımına başlamaları tavsiye ediliyor.



dergi

Yönetim Yeri ve Adresi

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI

Cumhuriyet Caddesi Safir Ap. No:203 D:3 34367

Harbiye / İSTANBUL

Tel: 0212 225 03 65 - 0212 296 21 05

Faks: 0212 296 21 04

www.ido.org.tr

ido@ido.org.tr

dergi@ido.org.tr

İmtiyaz Sahibinin Adı ve Adresi

Mustafa Düğencioğlu

Cumhuriyet Caddesi Safir Ap.

No: 203 D:3 34367

Harbiye / İSTANBUL

Sorumlu Müdürün Adı ve Adresi

Mehmet Tarık Tuncay

Cumhuriyet Caddesi Safir Ap.

No: 203 D:3 34367

Harbiye / İSTANBUL

Dergi Adı

dergi

Yayın Türü

Yerel süreli yayın

(iki ayda bir yılda altı sayı yayımlanır)

Baskı

UNIPRINT Basım San. ve Tic. A.Ş.

İstanbul Asfaltı Ömerli Köyü

Hadımköy 34555/İstanbul

Tel: 0 212 798 28 40

Faks: 0 212 798 20 63

Basım Yeri ve Tarihi

İstanbul - TEMMUZ 2009

Yayın Kurulu

Gülsüm Ak

L. Yakut Alkaner

Sevil Tuğlu Arslan

Pınar Ezerler İzar

Nesrin Koçer Ülker

Süha Sertabiboğlu

Fusun Şeker Karagören

Şeyda Yavuz

Yazarlar

İlhan İşler

Nilgün Onancı

IDO Adına Reklam Koordinatörü

Şebnem Akçıl

sebnem@tetrailetisim.com

Tetra İletişim

Tel: 0212 219 96 76

Fotoğraf

Teoman Gürzihin

Sinan Kesgin

Redaksiyon

Süha Sertabiboğlu

Yayın Sekreteri

Çağla Ofas

Tetra

Editorial ve Teknik Üretim

TETRA İletişim Hizmetleri

Yayın Koordinatörü: Önder Kızılkaya

Editör: Türkşan Karatekin

Görsel Yönetmen: Didem İnceşahin

Grafik Uygulama: Orçun Peköz

Halaskargazi Cd. Sait Kuran İş Mrkz.

No: 145/5 34381 Şişli - İstanbul

Tel: 0212 219 96 76

tetra@tetrailetisim.com

www.tetrailetisim.com

127. sayı 6750 adet basılmıştır.

Dergi'de yer alan yazıların hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir.

Çözümü hazırız ama çok geç olmadan!

Değerli Meslektaşlarım,

Yoğun bir emeğin ürünü olan TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni başarıyla tamamladık. Küresel krizin etkilerine rağmen hiçbir şeyden ödün vermeden tamamladığımız kongrede emeği geçen herkese ve gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Ülkemizin gündemi her gün değişmesine rağmen uzmanlık konusu mesleğimizin gündeminde ilk sıralarda yer almaya devam ediyor. Bilindiği gibi 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan dişhekimliğinde beş dalda uzmanlık içeren tüzüğün pek çok maddesi TDB'nin girişimi sonucunda Danıştay 8. Dairesi tarafından iptal edildi. Tüzüğün iptal edilmesinin ardından çalışmalar devam ederken hükümet yeni bir yasayla uzmanlık tüzüğü yerine yönetmelik çıkararak düzenleme yapacağını duyurdu. Geline nokta ise ülke ihtiyaçları göz önüne alınmadan altı dalda uzmanlığa ilişkin Bakanlar Kurulu kararı Cumhurbaşkanında onay bekliyor.

Bugün toplumumuzun %85'i birinci basamakta tedavi edilebilen diş ve dişeti rahatsızlıklarına sahipken altı dalda uzmanlık talebinin hiçbir haklı gerekçesi olamaz. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri genelinde iki dalda uzmanlık kabul edilmişken, ülkemizde altı dalda uzmanlık ihtiyacının gerekliliği tartışılmadan yapılan bir düzenleme, kaynakların israfına neden olacaktır. Ülkemizdeki yetkin dişhekimleri toplumun ağız ve diş sağlığı tedavi ihtiyaçlarını karşılayacak durumdadır.

TDB ve Dişhekimleri Odaları olarak dişhekimliğinde uzmanlıkla ilgili düşüncelerimizi kamuoyu ve ilgili platformlarla defalarca paylaştık. Mayıs ayında TBMM'ye yaptığımız ziyarette hem Sağlık Bakanı'na hem de milletvekillerine altı dalda uzmanlıkla ilgili

görüşlerimizi ilettik. Dişhekimliğinde 'Ortodonti' ve 'Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi' dalları ana dal uzmanlığı olarak tanımlanmalı ve bu yanıltan geri dönülmelidir. Doktorası olan meslektaşlarımızın da özlük hakları bir an önce iyileştirilmelidir. Onlar da emeklerinin karşılığını almalı ve sosyal güvenceye sahip olmalıdırlar. Ayrıca dişhekimliğinde insan gücü planlaması, niteliği, niceliği, dağılım ve özlük hakları ülkenin gereksinimlerine göre belirlenmelidir.

Tatil aylarının başladığı bu günlerde mesleğimizde gelişmeler bilindiği gibi; "Batı cephesinde değişiklik yok". Hükümet "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı adım adım uyguluyor. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde resmi sağlık kurum ve kuruluşlarından özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevkler durduruldu. Bu konuda olumlu bir gelişme olmadı. "Tam Gün" Yasası dayatmacı bir şekilde çıkarılmaya çalışılıyor. Kamuda çalışan meslektaşlarımızın özlük haklarında iyileşme sağlanmadığından çalışma koşulları her geçen gün kötüleşiyor. Muayenehaneler kıskaç altında; sürdürülebilir, erişilebilir ağız ve diş sağlığı hizmeti sunabilmek için bekliyor. Dişhekimliği emeğinin değersizleştirilmesi gittikçe artıyor. Dişhekimleri emeklerinin karşılığını istiyor.

İstanbul Dişhekimleri Odası olarak her zaman olduğu gibi meslektaşlarımızın hak ve çıkarlarını korumaya çalışıyor, toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarına çözüm arıyoruz. Yaz durgunluğunu üstümüzden atmali, sorunlar artmadan üstesinden gelmeye çalışmalıyız. Dişhekimlerini zor günler bekliyor. Çözümü hazırız ama çok geç olmadan, sabrımızın sınırları zorlanmamalı.

Kalın sağlıkla.■



Mustafa
Dügencioğlu
IDO Başkanı



Bir tatil sürprizi!

Değerli Meslektaşlarım,

Son birkaç ay içinde gene yoğun bir dönem yaşadık. Başkanlar Konseyi, Meclis ziyareti, TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi; hepsi arka arkaya geldi. Meslek örgütü olma sorumluluğumuz gereği, gelecek on yılımızı ilgilendiren 'Uzmanlık' konusunu bu sayımızın kapak konusu olarak belirledik.

Son dakikada dişhekimliğinde altı dalda uzmanlığın Sağlık Bakanlığı'nın talebi ve Bakanlar Kurulu'nun onayıyla Cumhurbaşkanlığı makamına gönderildiği haberi geldi. Sayın Bakan'dan bir ay önce yapılan ziyarette oluşturulacak bir heyetin üç ay içinde vereceği rapora istinaden karar vereceği sözünü almıştık. Ancak gelinen noktada kongre gibi birçok organizasyonlardan sonra pek çoğu izne çıkan camiamız için olsa olsa "tatil sürprizi" oldu herhalde...

Bu sayımızda diğer bir inceleme konumuz da "Tam Gün" Yasa Tasarısı. Mesleğimizin farklı kesimlerine tasarının getirdikleri ve götürdükleriyle ilgili mikrofon uzattık.

Bu yıl Meslek Sorunları Sempozyumu'nda "Ağız Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük

Hakları" ile "Kamuda Dişhekimliği Hizmeti Sunumu, Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları" konularında iki çalışma grubu oluşturuldu. Katılımcıların anlatımıyla konuyu da takip etme şansını bulacağınıza inanıyorum.

Bu kadar ağır konunun arasında gezi yazımızla sizleri rahatlatmaya çalıştık. "2010'da İstanbul Avrupa Kültür Başkenti" konulu yazıyla sosyal bir etkinliği sorguluyoruz. Bilimsel bölümde de yaklaşık bir yıldır, aralıklarla "kavite açılmasıyla" ile başlayıp "irrigasyonla" sürdürdüğümüz "Endodonti" konusunda bu sayı Prof. Dr. Nimet Genççoğlu'nun yardımıyla kök kanallarını dolduruyoruz. Ayrıca Prof. Dr. Güven Külekçi'nin "Diş Laboratuvarında Enfeksiyon Kontrolü" konulu bilimsel yazısına dergimizde yer verdik. Uzman Dr. Kaan Arslanoğlu'nun "Psikiyatristten Dişhekimliği Notları" konulu yazısının da ilginizi çekeceğini umuyorum.

Yaz sonunda başta siz değerli meslektaşlarım olmak üzere tüm halkımız için krizsiz, etik, huzurlu günlerde buluşmak dileğiyle hoşça kalın.■



Tarık Tuncay
İDO Yönetim Kurulu Üyesi



Başkanlar Konseyi toplantısı yapıldı

Olağanüstü gündemle toplanılan Başkanlar Konseyi toplantısında bir araya gelen TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri, Dişhekimleri Odaları Başkan ve Yöneticileri, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık kararına itiraz etti.



Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu ve Dişhekimleri Odaları Başkan ve Yöneticileri olağanüstü gündemle, 11 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da toplandı. İDO adına Başkan Mustafa Düğencioğlu ve Yönetim Kurulu Üyesi Tarık Tuncay'ın katıldığı toplantıda Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık kararı ve 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 34. maddesi ele alındı.

Toplantının birinci gündem maddesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının tüm itirazlarına rağmen dişhekimliğinin altı dalda uzmanlık kararı vermesi görüşüldü. Toplantıda Ortodonti ve Ağız Diş ve Çene Cerrahisi dallarının dişhekimliğinde ana dal uzmanlığı olarak tanımlanması gerektiği vurgulandı. TDB'nin bugüne kadar Sağlık

Bakanlığı ve ilgili kurumlara görüşlerini birçok kez bildirdiği belirtildi. Meslek örgütlerinin görüşlerinin dikkate alınmamasının demokratik hukuk devleti anlayışı, bilimsel gerçekler ve hakkaniyetle örtüşmediği ifade edilerek, dişhekimliğinde altı dalda uzmanlığın kabul edilemez olduğunun bir kez daha altı çizildi.

34. madde geri çekilsin

Toplantıda Erzurum Milletvekili Prof. Dr. Muzaffer Gülyurt'un TBMM'ye sunduğu 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'nin TBMM'de görüşülmesi sırasında, 34. maddenin kaldırılması için Meclis nezdinde girişimlerde bulunulmasına karar verildi.

1219 Sayılı kanunla ilgili değişiklik taslağı TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşülerek kabul edilmiş



ve TBMM Genel Kurulu'na gönderilmişti. Türk Dişhekimleri Birliği, komisyona gönderdiği yazıyla 34. maddenin tabiplere verdiği dişhekimliği alanına müdahale yetkisinin kaldırılmasını istemiş, ancak bu talep kabul edilmemişti.

Sağlık Bakanı ziyaret edildi

Toplantı sonrasında TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri ve Oda Başkanları TBMM'de bulunan dişhekimleri milletvekilleri, bölge milletvekilleri ve Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'la görüştü. Görüşmelerde uzmanlık ve 1219 sayılı kanunun 34. maddesi hakkın-

da Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının görüşleri aktarıldı.

Görüşmede Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nin TDB'nin görüşü doğrultusunda, 'Ortodonti' ve 'Ağız Diş Çene Cerrahisi' olmak üzere iki dalda uzmanlık olacağını söyledi. Bakan, konunun tarafları olan Sağlık Bakanlığı, Türk Dişhekimleri Birliği ve Bilimsel Dernek yetkililerinden oluşan bir kurulun, ülkenin gerçek uzman ihtiyacını tespit etmek üzere diğer dalların durumu için çalışmalarla başlamasını isteyeceğini belirtti. Kurulun üç ay içinde çalışmasını tamamladıktan sonra vereceği rapor doğrultusunda, yönetmeliğin ilgili hükmünün yeniden düzenlenebileceğini söyledi.

İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu ve Yönetim Kurulu Üyesi Tark Tuncay ise CHP Grup Başkan Vekili Kemal Kılıçdaroğlu, CHP İstanbul Milletvekili Sacit Yıldız, İstanbul Bağımsız Milletvekili Ufuk Uras, AKP Milletvekili Mehmet Domaç ve Kilis Milletvekili Dişhekim Huseyin Develioğlu'yla görüştü. ■

İSTANBUL DIŞHEKİMLERİ ODASI 22. GELENEKSEL DIŞHEKİMLERİ TENİS TURNUVASI

Tarih : 10 - 25 Ekim 2009
Yer : Caddebostan Raket Kulüp
Başvuru : Dişhekim Ulvi Uçar (0212) 322 47 00
(0541) 322 47 00
Son Başvuru : 2 Ekim 2009 Cuma akşamına kadar

Kategoriler : Tek Bayanlar
Tek Erkekler (45 -)
Tek Erkekler (45 - 55)
Tek Erkekler (55 +)
Çift Erkekler
Karışık Çiftler (Eşler kurayla belirlenecek)



İDO Genel Sekreteri
Aret Karabulut

Eğitmen dişhekimleri Zonguldak'taydı

Ağız Diş Sağlığı eğitimleri kapsamında Zonguldak'ta 11 ilköğretim okulunda 84'ü ana sınıfı, 2355'i ilköğretim öğrencisi olmak üzere toplam 2439 öğrenci ve 158 öğretmene ağız diş sağlığı eğitimi verildi.



İstanbul Dişhekimleri Odası Toplum Ağız Diş Sağlığı Komisyonu tarafından düzenlenen "Ağız Diş Sağlığı Eğitim" gezilerinin altıncısı 7-10 Mayıs 2009 tarihlerinde yapıldı.

İstanbul Dişhekimleri Odası ve Zonguldak Dişhekimleri Odası işbirliğiyle gerçekleşen eğitim gezisinde, 11'i İstanbul'dan, 4'ü Zonguldak'tan toplam 15 dişhekimisi görev aldı. Dört ayrı bölgedeki 11 ilköğretim okulunda 84'ü ana sınıfı, 2355'i ilköğretim öğrencisi olmak üzere toplam 2439 öğrenci ve 158 öğretmene ağız diş sağlığı eğitimi verildi. Bazı okullarda bilgi teknolojileri sınıfları, bazılarında çok amaçlı salonlar, bazılarında da salon haline getirilmiş koridorlar eğitim salonları olarak kullanıldı.

Tek diş kaybı bile önemli

Eğitimlerde örnek çene modelleri kullanarak erişkin ve çocuklara farklı yöntemlerle diş fırçalamanın ve diş ipi kullanımının nasıl yapılacağı gösterildi. Gönüllü çocuklardan kendilerini dişlerin yerine koymaları istendi. Çocuklar bu özdeşleştirmelerle tek diş kay-

binda neler olduğunu, diş fırçalama işleminin önemini ve diş ipi kullanımının neden gerekli olduğunu bir kez daha gördüler.

Eğitimlerde bakteri plağı boyama tableti uygulanarak katılımcıların plak tabakasını görmeleri de sağlandı. Bunun için kamerayla çekilmiş boyanmış diş görüntüleri ekrana yansıtıldı. Öğrenciler plak tabakasını böylece çok daha net görmüş oldu. Doğru fırçalama ve diş ipi kullanımının bakteri plağını nasıl yok edeceği gösterildi.

Diş fırçalama takvimi dağıtıldı

Fırçalamanın alışkanlık haline gelmesi için kullanılan diş fırçalama takvimleri öğrencilere dağıtılmak üzere öğretmenlere teslim edildi. Öğretmenler eğitimi takip eden altıncı haftanın sonunda öğrenciler tarafından doldurulacak bu takvimleri toplayıp değerlendirecekler. Uygulamayla çocukların bu eğitimle ilgili sorumluluk almaları ve bunu yerine getirmeleri amaçlandı.

Eğitimlerin sonunda öğrencilere yaş grupları dikkate alınarak daha önceki eğitimlerde de kullanılan bilgilendirici broşürler, diş bul-



macası, sevimli karakterlerin diş fırçasıyla birlikte yer aldığı boyama kâğıtları, diş fırçası ve diş macunu dağıtıldı.

Kara elmas diyarı Zonguldak

Eğitimlerin ardından Zonguldak Dişhekimleri Odası'nın organizasyonuyla Türkiye Taşkömürü Kurumu'na (TTK) ait eğitim ocağı gezisi gerçekleştirildi. Meslektaşlarımız taş kömürü ocaklarının jeolojik yapısı, çalışma koşulları, iş güvenliği ve işçi sağlığı konusunda bilgi alarak yaklaşık bir kilometre uzunluğundaki meyilli eğitim ocağında kömür damarlarını inceledi.

21 kişilik eğitimci grubunun tarih ve kültür turunda Amasra ve Safranbolu da vardı. Zirveden Amasra'yı seyreden meslektaşlarımız ardından da hiçbir evin başka bir evin güneşini kapatmadığı müze kent Safranbolu'yu gezdi. Günümüze kadar muhafaza edilen eski evler ve Hıdırlık Tepesi'nden şehrin panoramik görüntüsü muhteşimdi.

İzlenimler paylaşıldı

İstanbul ile İstanbul dışındaki Eğitimci Diş-



hekimlerinin "Toplum Ağız Diş Sağlığı Eğitimi" alanındaki deneyimlerini birbirleriyle paylaşmaları, bölgede geniş katılımlı bir eğitimle ilköğretim okullarındaki öğrenci ve öğretmenlerde ağız diş sağlığı konusunda farkındalık oluşturmaları sağlandı. Eğitim gezisi bir sonraki yılın planlamasıyla tamamlandı. Katılımlarıyla verdikleri destekten dolayı bizi güçlendiren tüm arkadaşlarımıza, "Kara elmas şehri"ndeki beyaz dişli, kömür gözlü, meraklı, yaramaz, sessiz, ilgili, sorgulayan tüm çocuklar adına İstanbul Dişhekimleri Odası olarak teşekkür ederiz. ■

Sevinç Özgüner Ödülü sahiplerini buldu

Bu yıl Sevinç Özgüner İnsan Hakları Barış ve Demokrasi Ödülü'nü, Desa işçisi Emine Aslan ve işkence sonucu yaşamını yitiren Engin Ceber aldı.

Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi üyesi 23 Mayıs 1980 tarihinde barış ve demokrasi düşmanları tarafından evinde katledilen meslektaşımız Sevinç Özgüner ölümünün 29. yılında düzenlenen etkinliklerle anıldı. Meslektaşımız Sevinç Özgüner'in meslektaşları ve sevenleri sabah Zincirlikuyu'daki mezarlığı başında, akşam İstanbul Tabip Odası'nda düzenlenen anma töreninde bir araya geldi.

Her yıl düzenlenen Sevinç Özgüner İnsan Hakları Barış ve Demokrasi Ödülü bu yıl DESA deri fabrikasında çalışırken sendika üyesi olduğu için işten çıkarılan ve tüm baskılara rağmen iş yerinin önünde direnişe devam eden Emine Aslan ile 28 Eylül 2008



tarihinde İstanbul'un Sarıyer İlçesi'nde yasal bir dergiyi satarken gözaltına alınan, gözaltında ve tutuklu bulunduğu sürece işkence sonucu yaşamını yitiren Engin Çeber'e verildi.

Sevinç Özgüner'in ailesi ve sevenlerinin hazır bulunduğu etkinliklere; İDO Başkanı Mustafa Dügencioğlu, İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, İDO Yönetim Kurulu üyeleri, Songül Yargıcı, Fatma Balpetek, İTO Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan ve Yönetim Kurulu üyeleri, Dr. Şükrü Güner, arkadaşları, Sevim Belli, Şair Arif Damar katıldı.■

97 dişhekiminin katıldığı bölge toplantısında kamudan muayenehanelerin hizmet satın alımıyla ilgili son gelişmeler hakkında bilgi verildi.

Bölge toplantısı yapıldı



İDO İlçe Temsilcileri Komisyonu'nun organize ettiği kahvaltılı bölge toplantılarının 2008-2009 dönemi sonuncusu 13 Mayıs 2009 tarihinde gerçekleşti. Büyükçekmece, Küçükçekmece, Silivri, Çatalca, Avcılar, Başakşehir, Esenyurt, Beylikdüzü ilçelerindeki meslektaşlarımız için düzenlenen Kahvaltılı Bölge Toplantısı, Büyükçekmece'de yer alan Albatros Restoran'ta gerçekleştirildi. Toplantıya İDO Genel Sekreteri Aret Ka-

rabulut, İDO Yönetim Kurulu Üyesi ve bölge sorumlusu Sevil Al ve İlçe Temsilcileri Komisyonu katıldı. 97 meslektaşımızın katıldığı toplantıda bölge sorumlusu Evin Şay açılış konuşması yaptı. Ardından İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut kamudan muayenehanelerin hizmet satın alımıyla ilgili son gelişmeler hakkında bilgi verdi. Soru-cevap bölümünün ardından meslektaşlarımız beklenti anketini doldurdular.■

Eğitim engel tanımıyor!

İstanbul Dişhekimleri Odası'nın başlattığı Birinci Seviye Türk İşaret Dili Kursu Eğitim Programı'yla, eğitmen dişhekimlerinin işitme engelli gruplarla iletişim becerilerini artırması hedefleniyor.

İDO ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Özürlüler Müdürlüğü işbirliğiyle eğitmen dişhekimleri için düzenlenen Birinci Seviye Türk İşaret Dili Kursu Eğitim Programı sona erdi. Eğitmen Samet Demirtaş tarafından verilen kursa 15 meslektaşımız katıldı. 16 Şubat 2009 tarihinde başlayan ve haftada bir gün olmak üzere üç ay süren kurs programı 25 Mayıs 2009 tarihinde tamamlandı. İstanbul Dişhekimleri Odası, Türk İşaret Dili Eğitim Programı'yla eğitmen dişhekimlerinin işitme engelli gruplarla iletişim becerilerini arttırmayı hedefliyor.

Ortak bir çaba

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Özürlüler Müdürlüğü ve İşitme Engelliler Federasyonu'nun ortak çalışmaları sonucunda, toplumda işitme engelli vatandaşlarla ilgili farkındalık yaratılması amaçlanıyor. Bu noktadan hareketle kendi içinde son de-



rece faal bir grup olmakla birlikte, toplumla yaşanan iletişim problemleri nedeniyle sağlık, sosyal ve kültürel alanda yaşanan sıkıntıları alt seviyelere çekmek için çeşitli meslek örgütlerine yönelik "Türk İşaret Dili Eğitim ve Yaygınlaştırma Çalışmaları" düzenlenmekte. İDO düzenlediği eğitim programıyla işitme engelli gruplara ulaşma çabası yanında, kurumsal anlamda da bu çalışmaya destek vermiş oldu.■

Merhaba Yaz!

Dişhekimleri "yaza merhaba" pikniğinde Belgrad Ormanı'nda bir araya geldi ve keyifli bir pazar geçirdiler.

İDO üyeleri, İDO Sosyal İşler Komisyonu organizasyonuyla Belgrad Ormanı içinde bulunan Neşet Suyu'ndaki piknik alanında bir araya geldiler. Baharın son günü gerçekleşen piknik, sabah kahvaltısıyla başladı. Kahvaltının ardından bazı meslektaşlarımız orman içinde yürüyüşe çıktı. Piknik alanında kalanların kimi top oynadı, kimi tavla partisi yaptı, kimi de ağaçların altında hoş sohbetlere daldı. Günün en çok keyfini çıkaran çocuklar çeşitli oyunlarla pikniğin tadını çıkardılar. Hamak sefası yapıp, boş buldukları her topun arkasından koştular. Öğleden sonra mangallar yakıldı. Her piknikte

olduğu gibi bu piknikte de yemek miktarı biraz abartılmıştı. Karnımızı doyurup, biraz dinlendikten sonra pikniğe katılan meslektaşlarımızla tekrar bir araya gelmek dileğiyle vedalaştık.■



Flor uygulamalarında güncel yaklaşımlar

Prof. Dr. Ferda Doğan'ın sunduğu 'Flor uygulamalarında güncel yaklaşımlar' konulu konferansta, florun dişlerin yanı sıra metabolizmaya etkilerinin de dişhekimlerince bilinmesi gerektiği söylendi.



İDO Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Komisyonu, 15 Haziran 2009 tarihinde eğitmen dişhekimlerine yönelik, "Flor Uygulamaları Konusunda Güncel Yaklaşımlar" konulu bir konferans düzenledi. İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi (İÜDF) Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ferda Doğan'ın konuşmacı olarak katıldığı toplantıya 30 meslektaşımız katıldı.

Sistemik flor kullanımında dikkat edilmesi gereken hususları anlatan Prof. Dr. Doğan, florun dişlerin yanı sıra metabolizmaya etkilerinin de bilinmesi gerektiğini söyledi.

Flor yönünden en zengin, çay

Prof. Dr. Ferda Doğan, beslenmeyle flor

alımının en fazla %60–80 oranlarında su ve diğer içeceklerde olduğunu, tahıl, et, balık, kümes hayvanlarında flor bulunduğunu, flor açısından en zengin maddenin ise çay olduğunu belirtti. Dünyada yapılan çalışmaları da değerlendiren Prof. Dr. Doğan, florun en yüksek oranda Çin'deki sebzelerde ve çayda bulunduğunu, nedeninin ise Çin'deki hava kirliliği olduğunu söyledi.

Flor karşıtlığı

"Ben yıllardır florla çalışıyorum ama diğer taraftan da flor karşıtım" diyen Prof. Dr. Doğan dünyada flor karşıtı sitelerin ve grupların sayısının arttığına dikkat çekti. Prof. Dr. Ferda Doğan, florürün absorsiyonunu, bio-yararlılığını ve toksikasyonunu

etkileyen faktörleri şöyle sıraladı: Flor preparatlarının suda eriyebilme özelliği ve kimyasal yapısı, yiyeceklerin birlikte alınması, aç karnına alınması, mide asitinin yüksek olması, böbrek fonksiyonlarının bozuk olması.

Çocuklarda flor kullanımına dikkat

Özellikle çocuklarda flor kullanımına dikkat çeken Prof. Dr. Doğan, 10 kg ağırlığında çocuk için 50 mg florun toksikasyona neden olabileceğini, bu nedenle diş macunlarının, flor tabletlerinin çocukların ulaşamayacağı yerlerde olması gerektiğinin altını çizdi

Prof. Dr. Ferda Doğan topluma yönelik flor uygulamalarında dikkat edilmesi gereken bir başka hususun da florozis olduğunu söyledi. Florozisin diş ve kemik dokularında kendini gösterdiğini belirten Prof. Dr. Doğan, içme suyundaki flor arttıkça florozisin de arttığını, florozisin şiddetinin, alınan dozun (florür) miktarına, ne zaman alındığına, alınma süresine ve kişisel özelliklere göre değiştiğini belirtti. Sistemik ve lokal



florür kullanma yöntemlerini açıkladı. Toplum ve okul esaslı koruyucu programlar içinde flor içeren diş macunlarının öneme dikkat çeken Prof. Dr. Doğan, Dünya Sağlık Örgütü'nün florürlü diş macunlarının üç yıl süreyle kullanımı sırasında DMF-S'de %24 oranında azalma, flor içeren gargara-larda ise DMF-S'de %26 oranında azalma görüldüğünü söylediğini açıkladı.

21. yüzyılda flor uygulamaları

Son zamanlarda gündeme gelen, tükürük içindeki proteinlerin yapısında olup, onlar gibi davranarak demireralizasyonu azaltan, remireralizasyonu destekleyen CPP-ACP (kazein fosfopeptit- amorf kalsiyum fosfat) içerikli maddelerden de bahseden Prof. Dr. Doğan konuşmasına, risk gruplarının seçiminde kullanılan yüksek risk göstergelerinin neler olduğunu anlatarak sürdürdü. Konuşmasının son bölümünde "21. Yüzyılda Flor Uygulamaları" konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşımlarına yer veren Prof. Dr. Doğan DSÖ'nün flor eksikliğinin diş çürüklerine nedeni olmadığı, sürme sonrası şeker tüketiminin diş çürüklerinin en önemli etyolojik faktörlerinden biri olduğu ve şeker tüketiminin kontrol altına alınmasının en başta gelen hedef olması gerektiği konularındaki vurgulamalarına dikkat çekti.■



Yeni bir başlangıca doğru



Öğrenim döneminin bittiği, mesleki hayatın başlangıcı olan mezuniyet törenlerinde İstanbul Dişhekimleri Odası genç meslektaşlarını yalnız bırakmadı.

İstanbul, Marmara, Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi 2008- 2009 yılı öğretim döneminin sonuna yaklaşıırken, bu yıl mezun olanlar da diplomalarını törenlerle aldılar. 3 Temmuz 2009 tarihinde Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi (MÜDF) mezunları için, 7 Temmuz 2009 tarihinde Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi (YÜDF) mezunları için, 13 Temmuz 2009 tarihinde İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi (İÜDF) mezunları için düzenlenen törenlerde birbirinden coşkulu anlar yaşandı. Fakülte dekanlarının, öğretim üyelerinin ve velilerin katıldığı törene Odamız adına Başkan Mustafa Düğencioğlu ve Denetleme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Turhan Atalay katıldı. Mezuniyet törenlerinde genç meslektaşlarına hitap eden Mustafa Düğencioğlu, öğrencilerden iyi birer dişhekimi olmalarının yanı sıra, çağdaş değerlere sahip çıkmalarını, çevreye duyarlı, demokrasiden ve emekten yana olmalarını istedi. Etik kuralların önemine vurgu yapan Düğencioğlu, “Vicdanınızla çalışın, bilgilerinizi hastalarınıza dürüst bir şekilde sunun” dedi ve genç meslektaşlarına Odaya üye olmaları için çağrı

yaptı. Mustafa Düğencioğlu konuşmalarında dişhekimliği mesleğinin gündeminde ilk sıralarda yer alan sorunlarına da yer verdi. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık kararını eleştiren Düğencioğlu, “Ülkemizde ağız ve diş sağlığı göstergeleri yetkin dişhekimine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu göstergeler ışığında ülkemizde altı dalda uzmanlığa ihtiyaç yoktur” dedi. “Tam Gün” Yasa Tasarısıyla ilgili de görüşlerini belirten Düğencioğlu, ilkesel olarak tam süreli çalışmayı doğru bulmakla beraber uygulamanın sağlıklı olabilmesi için dişhekimlerinin özlük hakları sorunlarının giderilmesi gerektiğinin altını çizdi. Törenlerde ayrıca Mustafa Düğencioğlu derece alan mezunlara birer saat hediye etti.

İÜDF mezunlarından Necla Aslı Koçak birinci, Şerife Kıran ikinci, Nida Yaman üçüncü, MÜDF mezunlarından Yasemin Bahar Çiftçi birinci, Fatih Kuyumcu ikinci, Pelin Karasu üçüncü, YÜDF’inden ise Sabiha Ece Yücel birinci, Aslı Kartal ikinci, Ela Kalaycıoğlu üçüncü oldu. Bu yıl İÜDF’den 152, MÜDF’den 110, YÜDF’den 42 olmak üzere toplam 304 öğrenci mezun oldu. ■

Gelecekte meslektaşınız olacak genç dişhekimi adaylarına destek sağlayarak onlara el uzatmak ister misiniz?

Maddi olarak destek sağlayabilirsiniz ya da sağlık kuruluşunuzda sizi asiste ederek tecrübe kazanmasını sağlayabilirsiniz. Ancak kendisini dişhekimi olarak tanıtmaması ve hiçbir koşulda hastaya kendi başına teşhis ve tedavi uygulamaması şartıyla.

CEVABINIZ “EVET” İSE LÜTFEN BİZİ ARAYIN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ Bilgi için: 0212 414 25 65

Prof. Dr. Türkan Saylan'ı uğurladık

Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği (ÇYDD) Genel Başkanı Prof. Dr. Türkan Saylan, binlerce insanın katıldığı törenle son yolculuğuna uğurlandı.



Prof. Dr. Türkan Saylan'ın vefatı üzerine Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği'ni (ÇYDD) ziyaret ederek taziyelerini bildirdi. 18 Mayıs 2009 tarihinde yapılan ziyarette İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan, İstanbul Eczacılar Odası Başkanı Semih Güngör, İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Başkanı Prof. Dr. Tahsin Yeşildere ve İstanbul Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri Aret Karabulut katıldı.

Binlerce kişi uğurladı

Prof. Dr. Türkan Saylan, son yolculuğuna binlerce kişinin katılımıyla uğurlandı. 19 Mayıs 2009 tarihinde Lütfi Kırdar Kongre Merkezi'nde düzenlene törene Oda'mız adına Başkan Mustafa Düğencioğlu, Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan, Genel Sekreteri Aret Karabulut ile geçmiş dönem İDO ve TDB Yönetim Kurullarında görev almış meslektaşlarımız katıldı. Törende çok sayıda kişi salona giremediği için dışarıda kaldı. Prof. Dr. Türkan Saylan'ın hayatını anlatan video ve sinevizyon gösterimlerinin yapıldı.

ğı törende CHP Genel Başkan Yardımcısı Onur Öymen, Yargıtay Onursal Cumhuriyet Başsavcısı Sabih Kanadoğlu, ÇYDD Yönetim Kurulu üyesi Gülsüm Kaya, ÇYDD Genel Başkan Yardımcısı Aysel Çelikel, Anayasa Hukukçusu, ÇYDD Onur Kurulu Başkanı İbrahim Kaboğlu, ÇYDD bursuyla öğrenimini yapan Boğaziçi Üniversitesi öğrencisi Pelin Bardakçı, Eskişehir Anadolu Üniversitesi öğrencisi Volkan Düzenli, deprem bölgesinden Erkan Kaya ve ÇYDD bursuyla lisede okuyan Merve Aras birer konuşma yaptılar.

Konuşmaların ardından Prof. Dr. Türkan Saylan'ın naaşı binlerce kişinin eşliğinde Teşvikiye Camisi'ne götürüldü. Yürüyüşte Saylan'ın vasiyeti üzerine pankart açılmadı, slogan atılmadı. Naaş, kılınan ikinci namazının ardından kalabalık eşliğinde Zincirlikuyu Mezarlığı'na defnedildi.

Her şeyden önce hekimdi

Prof. Dr. Türkan Saylan'ın yaşamının son yıllarında gündemde yer alan "darbe ve darbe karşıtlığı" tartışmaları hekimlik yönü-

nü gölgede bıraktı. Her şeyden önce bir hekim olan Saylan, akademik çalışmalarıyla yurt içinde ve dışında tanınmış, meslektaşları tarafından sevgi ve takdir görmüş, ülkenin cüzamla mücadelesinin en önemli ismiydi.

Cüzamla mücadelesi

Türkan Saylan 1935 yılında İstanbul'da doğdu. Kandilli Kız Lisesi'nden mezun olduktan sonra İstanbul Tıp Fakültesi'ni kazandı. Mezun olduktan sonra deri ve zührevi hastalıklar konusunda ihtisas yaptı. Saylan, 1964-1968 yıllarında Sosyal Sigortalar Nişantaşı Hastanesi'nden Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlığı aldı. 1968'de İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda başasistanlığa başladı. 1971 yılında Britanya'da eğitim gördü. 1972'de doçent, 1977'de profesör oldu. Cüzam alanında ihtisas yapan Türkiye'nin 7. kadınıydı. 1976'da Cüzamla Savaş Derneği ve Vakfı'nı kurdu. İstanbul Lepra, Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi'nin kuruluşunda öncü oldu. Hastanenin 12 yıl gönüllü başhekimliğini yaptı. Sonra da doktorlar, öğrenciler ve hemşirelerle birlikte yıllarca Türkiye'yi karış karış gezerek cüzam hastalığını yok etmeye çalıştı. Hastaları tedavi etti, bilgilendirdi.

Türkan Saylan 1982-1987'de İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı, 1981-2001'de İstanbul Tıp Fakültesi Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü yaptı. Ulusal Lepra Kontrol Programı Koordinatörlüğü görevini üstlenen Saylan, Dermatopatoloji Laboratuvarı'nın, Behçet Hastalığı ve Cinsel İlişkiyle Bulaşan Hastalıklar Poliklinikleri'nin kurulmasında da öncü oldu.

Türkan Saylan'ın cüzamla mücadele ettiği yıllarda Türkiye'de 10 bine yakın cüzam hastası vardı. Çoğu iş bulamadığı için dilenmek zorunda kalıyordu. "İnsan içine çıkarılmasınlar, hatta bir adaya kapatılsınlar" fikirlerinin ortada dolaştığı günlerde Saylan, Türkiye'yi karış karış gezdi. "Biz büyük bir aileyiz" sloganıyla hastalarını tedavi etti,

onlar için projeler üretti. Bu mücadelesi ona 1986 yılında Uluslararası Gandhi Ödülü'nü getirdi.

Mirası çok büyük

Türkan Saylan ayrıca 2006 yılına kadar Dünya Sağlık Örgütü'nün lepra konusunda danışmanlığını yaptı. Uluslararası Lepra Birliği'nin (ILU) kurucu üyesi ve başkan yardımcısı olan Saylan 21 yıl başhekimlik yaptı.

Saylan, 6 Kasım 2005 tarihli Radikal Gazetesinde yayınlanan röportajında cüzamla mücadele öyküsünü şöyle anlatıyor: "Akademik kariyeri hiç sevmiyorum. Hâlâ bir cübbem yoktur. Oradaki o küçük çatışmalar hoşuma gitmiyor. Ben bilim yapmak istiyorum. Başvurayım dedim. Hocamız da 'Sen buranın hemşiresisin, başasistanısın, öğretmenisin, buranın kadınısın, her şey senden sorulacak' dedi. Senelerce çok çalıştım. Hastanenin tozundan kirine, hastanın yatağından yarasına kadar hepsini kontrol ettim. Yara sarmayı çok severim, hastalarımın iğnelerini kendim yaparım. O sırada cüzama takmıştım kafayı. Yurtdışı bursu buldum ve İngiltere'ye gittim.

Dönünce 1976'da artık cüzam işini üstlenmek istedim. Bakanlığa gittim. Gönüllü olarak bu konuda çalışmak istediğimi söyledim. İstanbul Lepra Hastanesi'ni kurduk. Hastaneyi yaparken işçi gibi çalıştık. Sonra da öğrenciler, hemşireler, doktorlar bütün Türkiye'yi taramaya başladık. O zaman Türkiye'de kayıtlı 10 bin cüzamlı kişi vardı. Şu anda 2.500 hastamız var. Hepsi tedavilerini görmüş durumda. Onların çocuklarını okutuyoruz, çeşitli projeler yapıyoruz, çoğu artık dilenmiyor. 21 yıl başhekimlik yaptım. 2002'de emekli oldum. Bir ölümlüye nasip olan en güzel şey büyüttüğü bir çocuğun kendi ayakları üzerinde durduğunu görmektir."

Hastalarıyla yakından ilgilenen, onlara şefkatle yaklaşan bir hekim olarak Saylan'ın geriye bıraktığı en büyük miras karış karış dolaştığı Anadolu'da cüzamı yenmesi ve bu mücadele sonucunda yeniden kurulan yaşamlardır.■



Prof. Dr. Türkan Saylan'ın naaşı, binlerce insanın katıldığı kortej eşliğinde Teşvikiye Camii'nden Zincirlikuyu Mezarlığı'na kadar taşındı.

Sağlık çalışanları “Tam Gün”ü protesto etti



‘Tam Gün’ Yasa Tasarısı’nın, tüm itirazlara rağmen Meclis Alt Komisyonu’nda görüşülmeye başlanması üzerine İzmir, İstanbul ve Adana’da protesto yürüyüşleri yapıldı.

Sağlık meslek örgütlerinin ve sendikaların tüm itirazlarına rağmen “Tam Gün” Yasa Tasarısı’nın meclis alt komisyonunda görüşülmeye başlanmasına tepkiler çığ gibi büyüyor. Sağlık Meslek Odaları Koordinasyonu 3 Haziran 2009 tarihinde İstanbul Dişhekimleri Odası’nda bir toplantı yaparak yasa tasarısını değerlendirdi. Toplantıda tasarının yanı sıra dişhekimliğinde uzmanlıkla ilgili son gelişmeler ve ‘Kent Konseyleri’ de ele alındı. ‘Kent Konseyleri’nde sağlık meslek odaları temsilcilerinin de yer alması için yapılması gereken çalışmalar üzerine konuşuldu. Toplantıya; İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu, İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut, İTO Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan, İTO Yönetim Kurulu Üyesi Nazmi Algan, ile İVHO Başkanı Prof. Dr. Tahsin Yeşildere, İVHO Genel Sekreteri Azmi Yüksel katıldı.

Üç kentte protestolar

“Tam Gün” Yasa Tasarısı’nın meclis alt komisyonunda görüşülmeye başlanması üzerine İzmir, İstanbul ve Adana’da protesto yürüyüşleri düzenlendi.

İstanbul’da, Oda’mızın da içinde yer aldığı Herkese Sağlık Güvenli Gelecek Platformu, 24 Haziran 2009 tarihinde düzenledikleri basın toplantısıyla meclis alt komisyonunda

bekleyen “Tam Gün” Yasa Tasarısı’na karşı çıktıklarını açıkladı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi bahçesinde toplanan bine yakın sağlık çalışanı yasa tasarısının, sağlık çalışanlarının güvencesiz ve esnek çalışmasına yol açacağını belirtti.

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi Nazmi Algan’ın sağlık çalışanlarına seslendiği konuşmasında “Tam Gün” Yasa Tasarısı’nın hem sağlık çalışanlarına hem de vatandaşlara yıkım getireceğini, tasarının adının “Tam Gün” olmasının tümüyle bir aldatmaca olduğunu, gerçekte uygulanmaya çalışılan güvencesiz ve esnek çalışma düzeni olduğunu vurguladı. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Üyesi Ali Çerkezoğlu da tasarının yasalaşması halinde halkın eşit sağlık hizmeti alacağı, nitelikli bir tıp hizmetinin sürdürülebileceği söyleminin demogojiden ibaret olduğunu söyledi. Konuşmaların ardından Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne doğru yürüyüşe geçildi. Yol boyunca “Hekimler Köle Değildir”, “Tam Gün Kölelik Düzenine Hayır”, “Sağlık Haktır Satılamaz”, “Sağlıkta Ticaret Ölüm Demektir” sloganları atıldı. Basın açıklamasına İDO adına Genel Sekreteri Aret Karabulut, Yönetim Kurulu üyeleri Fatma Balpetek, Sevil Al ve Denetleme Kurulu üyesi Güler Gültekin katıldı. ■

BİR HATIRLATMA

Herhangi bir nedenle aidat ödemelerini yapamayan meslektaşlarımız 0.212 296 21 06 no.lu telefonumuzdan aidat borçlarını öğrenip, aynı gün içinde aşağıda belirtilen banka hesap numaralarını yatırabilir ya da aşağıdaki kredi kartı formunu doldurup 0.212 296 21 04 no.lu faksımıza göndererek ödeyebilirler.

İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI YÖNETİM KURULU

Ödemeler: Banka Havalesiyle yapılacak ödemelerde
Yapı ve Kredi Bankası Harbiye Şubesi
Şube Kodu : 931 Hesap No: 81802288

Aidatlarını bankamatikten yatıran meslektaşlarımızın Oda'mızı arayıp bildirmelerini rica ederiz.

Aidatınızı ve birikmiş aidat borçlarınızı 0212 296 21 05/06 no.lu telefondan öğrenip aşağıdaki şekilde ödeyebilirsiniz.

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (KREDİ KARTIYLA YAPILACAK ÖDEMELERDE)

VISA ☐

MASTER ☐

EUROCARD ☐

KART SAHİBİNİN

ADI SOYADI :

CEP TEL :

ADRESİ:

ŞEHİR :

İL / İLÇE :

POSTA KODU :

KART NUMARASI:

SON KULLANMA TARİHİ :

Yukarıda belirttiğim tutarın VISA, MASTERCARD, EUROCARD hesabına borç kaydedilerek Yapı Kredi Bankası Harbiye Şubesi nezdindeki ilgili hesabınıza Yapı Kredi Bankası'yla İSTANBUL DİŞHEKİMLERİ ODASI arasında yapılan anlaşma koşulları çerçevesinde alacak kaydedilmesini kabul ediyorum.

LÜTFEN HESABIMDANTL tahsil ediniz.

TARİH :

İMZA :

Dişhekimî Fûsun
Şeker Karagören

fusunseker@ttmail.com

Dişhekimleri emeklerinin karşılığını istedi

TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu'nda kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın özlük hakları sorunları masaya yatırıldı. Sempozyumda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarında uygulanan performans sistemi ve çalışma koşulları eleştirilirken, özel sağlık kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın da uzun ve yoğun çalışma saatleri, düşük ücretler, güvencesiz çalışma ve bir tür performans sistemiyle mağdur edildiği tespit edildi.



TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu, 23 -24 Haziran 2009 tarihinde Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda gerçekleşti. Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ve Dişhekimleri Oda Başkan ve Yönetim Kurulu üyelerinin katılımıyla gerçekleşen Meslek Sorunları Sempozyumu, 23 Haziran 2009 tarihinde basın toplantısıyla başladı. Basın toplantısında kongreye 9. kez ev sahipliği yapan İstanbul Dişhekimleri Odası adına konuşan Başkan Mustafa Düğencioğlu TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'yle ilgili bilgi verdi.

Tedavi kalitesi değil, sayısı kriter

Türk Dişhekimleri Birliği Genel Başkanı Prof. Dr. Murat Akkaya da Meslek Sorunları Sempozyumu'nda kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimlerinin özlük haklarıyla ilgili konuların ele alınacağını açıkladı. Çalışanların özlük haklarının yaşam hakkı kadar önemli olduğuna vurgu yapan Prof. Dr. Akkaya, son yıllarda sosyal güvenlik alanında yapılan değişiklikler sonucunda kamudaki sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı'na ait kurum ve kuruluşlarda verildiğini söyledi. Sağlık Bakanlığı'nın verimliliği artırmak gerekçesiyle uygulamaya koyduğu performans sistemini de eleştiren Prof. Dr. Akkaya, tedavi kalitesinin değil, sayısının kriter alındığı sistemde hekimlerin daha fazla tedavi işlemi yapmaya zorlandığına dikkat çekti. Prof. Dr. Akkaya, kamuda çalışan meslektaşlarımızın ağır iş yükü altında ezildiğini, fiziksel ve ruhsal olarak yıprandığını, bu durumun iş barışını bozan bir ortam yarattığını ifade etti.

Tekelleşmeye karşı muayenehane

Prof. Dr. Akkaya, serbest çalışan meslektaşlarımızın birçoğunun zor hayat koşulları ve yanlış sağlık politikaları nedeniyle muayenehanelerini kapatmak zorunda kaldıklarını ifade ederek, "Meslektaşlarımızın bir kısmı büyük sermaye grupları tarafından



*TDB Genel Başkanı
Prof. Dr. Murat Akkaya*

açılan özel ağız ve diş sağlığı kuruluşlarında ücretli çalışan hekim pozisyonuna geldiler" dedi.

Muayenehanelerin, korunması gereken sağlık birimleri olduğunun altını çizen Prof. Dr. Akkaya, AB Dişhekimliği Konseyi (CED) raporlarında muayenehanelerin tekelleşmeye karşı korunması gereken yapılar olarak tanımlandığına dikkat çekti.

Prof. Dr. Murat Akkaya, konuşmasının son bölümünde meslek örgütlerinin demokrasi-lerdeki önemine ilişkin görüşlerini dile getirerek, mesleğin sorunlarına en hâkim olan örgütün görüşlerinin dikkate alınmadığı bir demokrasinin eksik kalacağını belirtti.

Başkanlar Konseyi

Meslek Sorunları Sempozyumu bünyesinde gerçekleşen Başkanlar Konseyi Toplantısı'nda "Kamunun başta muayenehaneler olmak üzere özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımıyla ilgili gelişmeler", "Dişhekimliğinde uzmanlık", "Üye sayısı az olan odaların finansal ve işletme sorunları", "POS cihazlarının kullanım zorunluluğu" gibi, mesleğimizin gündeminde en çok yer tutan başlıklar konuşuldu.

Toplantıda TDB Genel Sekreteri Süha Alpay muayenehanelerin kamudan hizmet alımıyla ilgili mücadele sürecini aktaran bir sunum yaptı. TDB ve Dişhekimleri Odaları-



*İDO Genel Sekreteri
Arat Karabulut ve İDO
Başkanı Mustafa
Dügencioğlu*

nin konuyu altı yıldır gündemde tuttuklarına dikkat çeken Alpay, 11 Mart 2007 yılında gerçekleştirilen “Sağlık Hakkı” mitinginde Ankara’da toplanan binlerce dişhekiminin bu talebini dile getirdiğini söyledi. “Muayenehanelerden hizmet alımı 2008 yılında düzenlenen 100. yıl etkinliklerinin de en önemli argümanlarından biriydi” diyen Alpay, konuyla ilgili 100 bin imza toplandığının da altını çizdi. Süha Alpay konuşmasında, yapılan çalışmalar neticesinde Hükümet’in kolay kolay geri adım atılamayacak sözler verdiğini ifade ederek 11 Ekim 2008 tarihinde Başbakan’la yapılan görüşmede alınan sözü tekrar hatırlattı.

Dişhekimleri emeğine sahip çıktı

Türk Dişhekimleri Birliği adına, konuyla ilgili oluşturulan ortak komisyonda çalışmaları yürüten TDB Merkez Yönetim Kurulu Cengiz Tamtunalı da SGK (Sosyal Güvenlik Kurulu) ile TDB arasında düzenlenecek protokol ve dişhekimleriyle SGK arasında düzenlenecek sözleşme koşulları hakkında bilgi verdi. Cengiz Tamtunalı, dişhekimleriyle SGK arasında yapılan sözleşmelerin dişhekimleri odaları üzerinden olması için çalışmaların sürdürüldüğünü söyledi. Konuyla ilgili söz alan dişhekimleri Oda başkanları da kamudan muayenehanelerin hizmet alımında dişhekimlerinin emeklerinin karşılığını alabilecekleri rakamların kabul edilmesi gerektiğine vurgu yaptılar.

Uzmanlıkta geline nokta

Türk Dişhekimleri Birliği mevzuat ve yönetmeliklerindeki yeni düzenlemelerle ilgili bilgi verilen toplantıda, Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık verilmesi kararı da ele alındı. Konuyla ilgili açıklama yapan TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Murat Akkaya, Sağlık Bakanlığı tarafından iki dalda uzmanlık verileceği ifade edilmesine rağmen Mayıs ayında Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık kararı aldığını söyledi. TDB’nin, dişhekimleri odaları başkanlarından alınan imzalarla birlikte Sağlık Bakanlığı





ğı nezdinde girişimlerde bulunduğunu, son olarak da Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'la görüşme yaptığını belirtti.

Uzmanlık konusuyla ilgili geline nokta değerlendirilen Prof. Dr. Akkaya, Sağlık Bakanlığı'nın iki dalda uzmanlık şeklinde yönetmelik yayınlanacağını, üç ay süreli bir inceleme sonucunda konunun yeniden değerlendirileceğini söylediğini aktardı.

POS cihazı kullanım zorunluluğu

Toplantıda, serbest çalışan dişhekimlerine, hekimlere ve veteriner hekimlere 1 Eylül 2008 tarihinden itibaren POS cihazlarının kullanımının zorunlu hale getirilmesiyle ilgili yaşanan sıkıntılar da dile getirildi. Konuyla ilgili yapılan açıklamada TDB tarafından bu uygulamanın iptali talebiyle Danıştay 4. Dairesi'nde açılan davanın reddedildiği, davanın esastan görüşmelerinin sürdüğü bildirildi.

Üye sayısı az olan odalar

Başkanlar Konseyi Toplantısının "Üye sayısı az olan odaların finansal ve işletme sorunları" başlıklı oturumunda TDB Genel Saymanı Tarık İşmen üye sayısı az olan odaların durumunu inceledi. Üye sayısı 150-200 arasında olan odaların idari sıkıntılar yaşadıklarını belirten İşmen, üye sayısı 250'den fazla olan odaların yaşamlarını daha rahat idame ettirdiklerini söyledi.

Özelde çalışanların hakları

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu'nda, son yıllarda kent merkezlerinde sayıları hızla artan özel ağız diş sağlığı poliklinikleri, merkezleri ve hastanelerde çalışan meslektaşlarımızın sorunları tespit edildi. İki gün süren çalışma sonucunda çalışma grubu, çözüm önerilerinden oluşan Çalışma Grubu Raporu'nu Başkanlar Konseyi'ne sundu. Raporda, toplu çalışma birimlerinde çalışan meslektaşlarımızın uzun ve yoğun çalışma saatleri, düşük ücretler, güvencesiz çalışma ve bir çeşit performans sistemiyle mağdur edildiği tespitleri yapıldı.

TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Bilge Şimşek'in başkanlığındaki çalışma grubun-



Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu



Meslek Sorunları Sempozyumu'nda katılımcılar dişhekimliğinde kronikleşen ve son dönemde öne çıkan pek çok başlığı değerlendirdiler.

da TDB 11. Dönem Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Tuncer Taşkın raportör olarak görev aldı. Çalışma Grubunda Sedef Yalçın Canbaz, Tefik Emre İmamoğlu, Harun Koca ve Ertuğrul Oğuz da üye olarak yer aldı.

Kamuda çalışanın özlük hakları

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda dişhekimi istihdamı artmasıyla birlikte kamuda çalışan meslektaşlarımızın sorunları daha fazla gündeme gelmeye başladı. Kamuda çalışan meslektaşlarımız 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. Maddesinin "A" ve "B" fıkrasına tabi olarak istihdam ediliyorlar. Bu kanuna göre; "4/B" statüsünde sözleşmeli istihdam edilen

meslektaşlarımız tam zamanlı çalışıyor ve muayenehane açamıyor. 4/A statüsüne göre istihdam edilen meslektaşlarımız ise, ya tam gün süre ya da yarım zamanlı çalışıyor. Yarım zamanlılar mesaiden sonra özel hizmet alanlarında çalışabiliyor.

Kamuda Dişhekimliği Hizmeti Sunumu, Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu'nda bir araya gelen konunun tarafları, iki gün boyunca kamuda çeşitli statülerde çalışan meslektaşlarımızın özlük hakları sorunlarını ele aldılar. Toplantıda güvencesiz çalışma, maaş yetersizliği, döner sermaye paylarındaki performans uygulamaları ve çalışma koşullarındaki sorunlar tespit edilerek, çözüm önerileri geliştirildi. Toplantının sonunda ise ilgili makamlara iletmek üzere bir rapor hazırlandı.

Çalışma grubunun başkanlığını İstanbul Dişhekimleri Odası Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan, Rapörtörlüğünü de Sağlık Bakanlığı Polatlı Ağız Diş Sağlığı Merkezi'nden Dişhekimi Murat Mustafa Çağlar yaptı. Grupta Dr. Dişhekimi Başak Boduroğlu, Zozan Gölbaş, Dr. Dişhekimi Serdar Sütçü, Dr. Dişhekimi Elif Bahar Tunalı ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız Diş Sağlığı Daire Başkanlığı'ndan Dr. Dişhekimi Bahadır Kasar yer aldı. ■



Kamuda Dişhekimliği Hizmeti Sunumu, Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu

Dişhekimî Bilge Şimşek:

Sözleşme örnekleri Odalarda olmalı

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Başkanı ve TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Dişhekimî Bilge Şimşek, özeldeki en temel sorunun adaletsiz ücret politikası olduğunu söylüyor.



Toplu çalışma birimlerinde hizmet sunumunun son yıllarda, kamuda ağız ve diş sağlığı merkezleri, özelde diş hastanesi, klinikler, ağız diş sağlığı merkezleri ve poliklinikler şeklinde giderek artmasıyla birlikte buralarda çalışan dişhekimlerinin özlük haklarında yaşanan sıkıntılar gündemimize oturdu. TDB Merkez Yönetim Kurulu'nda Meslek Sorunları Sempozyumu'nun konularını belirlerken, Odalarımızdan gelen taleplerde de özlük hakları konusunda çalışma yapmamız isteniyordu. TDB olarak, "Kamu ile Özel Toplu Çalışma Birimlerinde Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları" başlıkları altında iki ayrı çalışma grubu oluşturmaya karar verdik. Özlük Hakları Komisyonu'nun benim sorumluluğumda olması nedeniyle MSS öncesi bu çalışmalara katkı sağlamak için Özlük Hakları Komisyonu'yla da ön çalışma yaptık. MSS Çalışma Grubu üyeleriyle toplantı öncesinde taslak oluşturmaya başladık. Özel ağız diş sağlığı hizmeti sunan toplu çalışma birimlerini, yeni açılan özel sağlık kuruluşlarının sorunlarını ve burada çalışan hekimlerin durumlarını değerlendirmeye yönelik bir çalışma düzenledik.

Tespit ettiğiniz sıkıntılar neler?

Buralarda yaşanan en büyük sorunlardan biri meslektaşlarımızın yetersiz ücret alması olarak dile getirildi. Oturmuş bir-iki özel sağlık kuruluşu dışında, yeni kurulan, özellikle SGK ile anlaşma yapmayı planlayan yerler ucuz iş gücü çalıştırıyorlar. Hekimlerimize sigorta yapmaktan kaçınıyor ve onları zorlaya-

cak akitler düzenliyorlar. Ayrıca meslektaşlarımızın yardımcı personel ve malzeme alımında da yaşadığı ciddi sıkıntılar var.

Yasal sürelerin çok üzerinde çalıştırılmalar, iş güvencesinin olmaması, mesleki gelişime olanak tanınmaması, izin kullanırken ücretlerin kesintiye uğraması, nöbetlerde öğrencilerin, sigortasız doktora öğrencilerinin ve yabancı uyrukluların ucuz iş gücü olarak çalıştırılmaları, idari konularda söz sahibi olmamalarına karşın meslektaşlarımızın mevzuat dışı uygulamalardan sorumlu tutulması gündemimizde yer alan konular arasındaydı.

Ne tür çözüm önerileri geliştirdiniz?

İşveren ve dişhekimî arasında bir sözleşme olması gerektiği, Oda'ya kayıt yapılırken bu sözleşmelerin bir örneğinin de verilmesinin meslektaşlarımızın mağduriyetlerini azaltacağı konusunda hemfikir olduk. İki günlük oturumun sonunda konuşarak hazırladığımız raporu Başkanlar Konseyine sunduk. Raporumuzda TDB'nin önerdiği sözleşmeli dişhekimî ücret tarifesinin hükümet yetkilileriyle görüşülerek asgari ücret tarifesi olarak belirlenmesini, nöbet sorunlarının denetimlerle çözülebileceğini, tüm kuruluşlar için enfeksiyon kontrol protokollerinin yapılması gerektiğini belirttik. Raporumuzda sözü edilen sorunların olmadığı bazı örnek kuruluşların da var olduğunu özellikle vurguladık.

TDB çatısı altında ilk kez yapılan bu çalışmada tespit edilen sorunların çözümünün bazı düzenlemeler ve denetimlerle ülkemiz dişhekimliğinin kazancı olacağını düşünüyoruz.■

Çalışma grubunda uzun çalışma saatleri, iş güvencesinin olmaması, mesleki gelişime olanak tanınmaması ele aldığımız konulardan bazılarıydı.



Dişhekimi Tuncer Taşkın:

Haklarımızı bilirsek, talep edebiliriz

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Raportörü, TDB 11. Dönem Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Dişhekimi Tuncer Taşkın, ortaya koydukları çalışmanın dişhekimlerine hak arama yolunda kılavuzluk edeceğini söylüyor.

Dişhekimi Tuncer Taşkın, raportör olarak yer aldığı çalışma grubunun hazırladığı raporu özellikle, ücret karşılığında çalışmayı düşünen yeni mezunlar ve muayenehanesini kapatmayı düşünen dişhekimlerinin okuması gerektiğini ifade ederek, “Meslektaşlarımız en azından özlük haklarının neler olduğu konusunda tamamen cevaplarını bulamasalar da ana başlıklardan yola çıkarak hak arama yollarını öğrenmeliler” diyor.

Bugün için muayenehaneden toplu çalışma yerlerine dönüşüm sürecinde sorun nedir?

Ülkemizde eğitim ve sağlığın öneminde her kesim mutabık. Peki niye bugün bu iki alan hepimizin eleştirdiği noktaya geldi? Herhalde, dünden bugüne çok kısa zamanda gelmedi. Sağlık politikalarını oluştururken insan temelli bir politikada ideolojik farklılıklar üzerine uygulamalar olmamalıdır. Siyasetçiler bu farklılıkları ön planda tutarak halkımızı değiştirdi. Bugün sağlık çalışanları üzerinden yapılan yanlış söylemlere halkımız prim vermeye başladı. Geline nokta düzgün bir siyasetçi, insan yaşamı ve sağlığıyla ilgili doğru bir açılım yaptığı zaman kamuoyu bunu dikkate almıyor.

Muayenehaneden toplu çalışma birimlerine veya işçileşmeye geçiş sürecinin nedenleri ve yarattığı sonuçlar çok geniş bir konu. Kamunun dişhekimi istihdamını yanlış

planlayarak il merkezlerine yapması ve ekonomik kriz, muayenehaneleri sıkıştıran bir durum. Bu, yukarıda bahsettiğim yanlış politikaya iyi bir örnektir.

Toplu çalışma birimleriyle işçileşme süreci birbirine karıştırılmamalıdır. Birincisi dişhekiminin sahibi olduğu ve her yönüyle sorumluluğunu taşıdığı birimlerdir. İkincisi ise, belirlenmiş bir bedelle hizmet veren ve bugün için çoğunlukla özlük haklarını alamayan, emeği giderek ucuzlayan bir çalışan-patron ilişkisidir. Dişhekimliği için asıl tehlikeli süreç budur.

Raportörü olarak grubun çalışmalarını değerlendirir misiniz?

Böyle bir çalışma grubunun oluşturulması çok önemli. Sağlık Bakanlığı politikaları sonucunda dişhekimlerinin çalışma alanları giderek değişiyor. Özellikle muayenehanelerden kamuya bir kayma var. Dişhekimleri 10, 20 yıllık muayenehane birikimlerini bir anda bırakıp, bu statünün dışında başka bir çalışma alanı bulmaya çalışıyorlar. Bunlardan bir kısmı Sağlık Bakanlığı’nın açtığı ağız diş sağlığı merkezlerinde ve hastanelerinde çalışıyor. Kamuya giremeyen diğer bir kısmı da özel ağız ve diş sağlığı merkezleri, poliklinik veya hastane gibi değişik statüdeki yerlerde çalışıyorlar. Yani dişhekimleri muayenehanede kazandığını karşılayabilecek veya daha üst seviyede geliri olan bir sağlık kuruluşunda çalışmak üzere

muayenehanesinden vazgeçip, böyle bir yapının içine girebiliyor. Tabii bunun getirdiği olumlu, olumsuz taraflar var. Çalışma Grubu'nda bunları her yönüyle tartışıp değerlendirmeye çalıştık.

Uzun yıllardır muayenehanecilik temelinde sürdürülen dişhekimliği mesleği niçin toplu çalışma birimlerine doğru değişim gösteriyor?

Bu çok önemli ve belki dişhekimliği hizmetleri ve mesleğinin gittiği noktayı göstermesi açısından bir kırılma noktası. Muayenehaneler zora düşürülüyor. Muayenehaneler zora düştüğü ölçüde yeni mezunlar muayenehane açmaktan kaçınarak kendilerini daha az sorumlu hissettikleri yerlerde çalışmaya başlıyorlar. Ama bir süre sonra görüyorlar ki, özlük haklarında ciddi kayıplar meydana gelmiş. Çünkü buralarda alınan ücretler, emekliliği etkileyecek olan sigorta primine çok az yansıyor. Yıllık izin diye bir hak yok. Dişhekimisi işyeri sahibinin belirlediği çalışma saatlerinde çalışmak zorunda. İş Kanunu'na göre haftalık çalışma süresi 45 saattir. Ancak Çalışma Grubu'nda yaptığımız görüşmelerde ortaya çıktı ki, bugün haftada en az 50-60 saat çalışan dişhekimleri var. Bunun getirdiği meslek hastalıkları var.

Özel ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan bu kuruluşların açılma mantığı çok önemli. Eğer bu kuruluşlar para kazanmak ve sadece hizmet satın alımı odaklı kuruluyorsa, dişhekimlerinin maaş ve özlük hakları gerçekten çok kötü durumda oluyor. Ancak bu çerçevede genelleme yapmak çok doğru değil. Toplu çalışma birimlerinin getirdiği avantajları düşünerek açılan ve gerçekten dişhekimliği hizmetlerinde yüz akı olan özel ağız diş sağlığı polikliniklerimiz ve merkezlerimiz de var. Bunları ayırmak lazım. Buralarda kaliteli ağız diş sağlığı hizmeti vermek, dişhekimlerinin mesleklerini birlikte yapmasından kaynaklanan mesleki doyuma ulaşmak gibi olumlu nedenlerle bir araya geliniyor. Bu nedenle hekim emeğine de değer veriliyor ve dişhekimlerinin özlük haklarında bir kayıp söz konusu olmuyor. Aslında bu tip özel

sağlık kuruluşları örnek alınmalı. Zor koşullarda çalışan dişhekimlerinin bu iyi örnekleri ön plana çıkararak bulundukları kurumları zorlamaları gerekiyor.

Bu durumdaki hekimin kişisel çabası sorunları çözmesini sağlayabilir mi?

Tabii bu kişisel zorlamayla olacak bir konu değil. Çalışma Grubu'nun hazırladığı rapor özellikle bir başkasının yanında ücret karşılığında çalışmayı düşünen yeni mezunlara, muayenehanesini kapatmayı düşünen dişhekimlerine mutlaka ulaştırılmalı. Meslektaşlarımız bu raporda haklarının neler olduğu konusunda tamamen cevaplarını bulamamaları da ana başlıklardan yola çıkarak hak arama yollarını öğrenmeleri çok önemli. Maalesef meslektaşlarımız talep etmiyor. "Ne veriyorsunuz? 1000 TL maaş veriyoruz. Olur, çalışırım" gibi. Üç, beş sene sonra baktıklarında bu tarz çalışmanın hiçbir getirisi olmadığını, tamamen günü kurtarmak amacıyla bir gelir elde ettiklerini görüyorlar. O noktada belki bir nebze haklı olabilirler. Bu konuda TDB ve Odaların da yükümlülükleri var. Aslında TDB ve Odalar bilgilendirme çalışmaları yaparak bu sorumluluklarını yerine getiriyorlar. Bu nedenle TDB ve Odalarımızın bu raporu her kesimdeki dişhekimlerine ulaştıracağını düşünüyorum.

Peki, öneriniz nedir?

Çalışma grubumuz çok da kısa vadede gerçekleşmeyecek önerilerimizi cesaretle söylemiştir. Bunlardan birini sizinle paylaşayım: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı her yıl çalışan işçiler için asgari ücret belirliyor. Bunu belirlerken de genelleme yapıyor. Dişhekimliğini ele alırsak, her dişhekimliği öğrencisine devletin kaynaklarından on binlerce dolarlık ciddi bir yatırım yapıyor. Bu yaratılan değer vasıfsız bir işçi gibi asgari ücretten çalıştırılması çok doğru bir mantık değil. Nasıl ki, siz vasıfsız bir işçiye eğitim gerektirmeyen bir iş için asgari ücret belirliyorsanız, o zaman kişinin yetkinliğine, mesleki alanının önemine göre bir

Devlet her dişhekimliği öğrencisine on binlerce dolar yatırım yapıyor, sonra da onları vasıfsız işçi gibi asgari ücretle çalıştırmak istiyor.

Dişhekimî emeğinin ucuzlatılmasıyla, hem hizmet kalitesinde düşüş hem de özlük haklarında sorunlar yaşanmaktadır.

asgari ücret belirleyebilirsiniz. Bunun devlete iki türlü katkısı olur. Birincisi prim yükselecektir. Yani siz bir taban belirlediğinizde, bu tabandan alınacak primler yükselecektir. Yani geri dönüşü olacaktır. İkincisi, hekim çalıştıran kurum, hekimin maaşını ödemek için bir gelir kaydetmek zorunluluğuna gireceğinden, oradan bir gelir vergisi de söz konusudur.

Devletin ücret politikalarına bakıldığında yanlış bir metodun olduğunun altını çizmek istiyorum. Türkiye’de her sorunu ekonomik değerler üzerinden açıklamak ve çözmek üzerine bir anlayış var. Öneride, bu yanlışın üzerinden gittiğinizde bile böyle bir doğruyla kesişme şansınız olduğunu düşünüyorum. TDB’nin bugün tavsiye niteliğinde olan ve hiç dikkate alınmayan özel sağlık kuruluşlarında çalışan sözleşmeli dişhekimî ücretleri hükümet tarafından değerlendirilip tavsiye niteliğinde olmaktan çıkartılıp, standardize edilmelidir. Bu, dişhekimleri için değil, mühendis ve avukatlar vb. için de geçerlidir. “Yetişkin mesleki asgari ücreti” gibi bir politikayla iş gücü ücretleri çok daha adaletli olduğu bir noktaya gider.

Dişhekimleri özel sağlık kuruluşlarında çalışmaya başladıklarında diğer çalışan kesimlerle ortak sorunlar yaşamaya başlıyorlar. Bu ortak noktadan hareketle bütüncül bir bakış açısı geliştirmek gerekmez mi?

Az önce ifade ettiğim sözleşmeli çalışan dişhekimlerinin bir standart belirlemesi konusu aslında bu düşünceyle örtüşüyor. Yani özel hastanede çalışanla, bir poliklinikte çalışan hekimin alacağı asgari ücret belli olsun istiyoruz. Örneğin 2000 TL’nin altında bir sözleşme yapılmasın, bunun da primini “bu ücretten yatıracaksın” diye bir standartta buluşulsun istiyoruz. Buradaki asıl sıkıntı şu: “İki kişi anlaşmış, alan razı, veren razı. İşveren 500 TL demiş. O da 500’ü kabul etmiş çalışıyor, niye karşıyorsunuz?” şeklinde genel bir yaklaşım var. Böyle olduğunda sermaye sahipleri ağız diş sağlığı hizmeti sunan yerler açmaya devam ediyorlar. Ucuz hekimlik hizmetleriyle birlikte ucuz hizmet verilmesi

sonucunda hem kalite hem de hekimin emeğinin karşılığı düşüyor.

Son yıllarda büyük sermaye kuruluşlarının ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilgisi arttı. Bu durumdan mesleğimiz nasıl etkileniyor?

Şu anda Türkiye’de sermayenin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine gözünü diktiğini söyleyebiliriz. Hatta bu tehlikeyi tetikleyecek en önemli maddelerden biri de SGK’nın (Sosyal Güvenlik Kurumu) özelden hizmet satın alırken denetim mekanizmasını doğru kurmamasıdır. Böyle kalitesiz hekimlik hizmetleri verenler, hizmetin kalitesini kontrol eden mekanizmaların yokluğunda, bu alandan “sürümden kazanmak mantığıyla” diğer alanlardan çok daha hızlı kâr edinme yollarına gidebilirler. İşte burada dişliler zinciri gibi, birbirini tetikleyen bir sürü faktör var.

Tüm bu sorunların çözümünde ve yeni sorunların önlenmesinde en büyük görev hükümete aittir. Bunları anlatmak görevi de sadece meslek örgütümüzün değil, her birimizindir. Hükümetin yanlış politikalarının ardından ekonomik anlamda rantabl olmayan yatırımlara sürüklenmek üzücü sonuçlar yaratabilir. Hele hele buna bir de kamudan alınacak pay mantığı katılırsa, bu sonucun zamanı öne çekilebilir. Buna en iyi örnek, tıp polikliniklerinin bugünkü durumudur. Hizmet alımı uygulamasıyla çok hızlı açılan tıp polikliniklerinin birçoğu bugün kapanmıştır.

Yeri gelmişken son söz olarak kamunun hizmet alımına değinmek istiyorum. TDB’nin kamudan hizmet talebinin temelinde hem toplumsal hem de mesleki kazanımlar vardır. Ancak son gelişmeler göstermiştir ki, kamu bu olaya sadece ekonomik anlamda yaklaşıyor ve bu da süreci sıkıntıya sokuyor. Oluşturulacak bir sistemle kamudan kaynak almayı düşünerek yatırım yapanların eczacılık ve tıp hizmetlerindeki süreci iyi takip etmeleri gerektiğini belirtmek istiyorum. Çünkü dişhekimliği yatırımları diğer sağlık alanlarından çok daha fazla kaynak gerektirmekte ve olumsuzluk durumunda zararı da büyük olmaktadır.■

Dişhekimi Emre İmamoğlu:

Hakları olmayan işçi olmayalım

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Üyesi Dişhekimi Emre İmamoğlu, “Ben işçi olmaktan hiçbir beis duymuyorum. Burada önemli olan, ucuz işçi olmamak” diyor.



Çalışma grubunda, özel sağlık kuruluşlarında toplu çalışma birimlerinde çalışan meslektaşların şikayetlerini ortaya koyup çözüm yolları aradıklarından söz eden Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Üyesi Dişhekimi Emre İmamoğlu, şu dönemde sayıları azalsa da muayenehanelerin her zaman var olacağını düşünüyor.

Grup çalışması beklentilerinizi karşıladı mı?

Böyle bir çalışma grubuna davet edildiğimde, çalıştığım yerde yaşadığımız sorunları dile getirmek için güzel bir ortam olduğunu düşünmüştüm. Ancak Çalışma Grubu'na katılıp da çalışma ortaya çıktığında gerçekten kurum standartlarının benzer birçok kurumdan çok daha yüksek ve dişhekimliği hizmetleri, yardımcı personel, dişhekimlerinin çalışma ortamı açısından bir referans olduğunu da gördüm. Meslektaşlar ve diğer kurumlar bu anlamda bizi bir referans olarak kabul ediyorlar. Bunu önemsiyorum. Mutlaka aksayan, iyileştirilmesi gereken durumlar da var ama sonuçta yapılan iyi işler diğerlerine de örnek olacak. Tüm bu iyilerin toplamında dişhekimliği hizmeti sunanlara, bu işe yatırım yapanlara ve her şeyden önemlisi, dişhekimlerine ve hastalara faydalı olacak.

Toplu çalışma birimlerinin yaygın olmasını yararlı buluyor musunuz?

Ben hiçbir zaman tüm sistemin toplu çalışma birimlerine dönüşeceğini düşünmüyorum. Muayenehaneler her zaman var olacaktır. Şu dönemde sayıları azalıyor olmasına rağmen, uzun vadede muayenehane hekimliğinin veya muayenehane hastası olmanın tercih edileceğini düşünüyorum. Çalıştığım diş hastanesi toplu çalışma birimlerinin belki ilk örneğidir. Zaman içinde gerek hekime sağlanan çalışma ortamı avantajları açısından, gerek mesleki tatmin ve birlikte bir şey yapmanın keyfi açısından bir referans değer. Toplu çalışma birimleri, önümüzdeki günlerde daha çok artacak. Bence, dişhekiminin tek başına bir muayenehanede kalması yerine, üç beş dişhekiminin belli disiplinlerde bir araya gelmesi artacak. Bunun hem finansal katkıları ve hizmetin sunumu, hem de hekimin kendisini geliştirmesi açısından yararı var.

Dişhekimlerinin işçileşmesi yönünde bir endişe var. Bu konuyu, özel sağlık kuruluşunda çalışan bir dişhekimi olarak özlük haklarınız açısından değerlendirir misiniz?

Ben işçi olmaktan hiçbir beis duymuyorum. Patron olmaktan da bir yakınmam yoktu. Burada önemli olan, ucuz işçi olmamak. Hakları olmayan işçi olmamak; aksine işçi olmaktan, işimi iyi şartlarda yapabiliyor olmaktan son derece memnunum. Zaten dişhekimi, eliyle çalışan, nitelikli bir işçi-zanaatkar-sanatçı-hekim değil midir? ■



Dişhekimisi Sedef Yalçın Canbaz:

İletişime önem vermeliyiz

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Kuruluşlarda Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Üyesi, “Özlük haklarımızı belirlememiz ertelenemez bir konu. Bunun için bir araya gelip tartışmalıyız” diyor.

Normalde, özelde çalışan dişhekimlerinin özlük hakları sorunlarını tespit etmek ve çözüm önerileri sunmak için iki gün yetmez. Bu nedenle, Çalışma Grubumuzdaki üyeler olarak internet üzerinden bir ay boyunca yazıştık. Genel hatlarıyla en temel sorunları irdledik. Özel ağız diş sağlığı polikliniğinde çalışan bir dişhekimisi olarak Çalışma Grubu’na katıldım. Grupta “Meslektaşlarımız neden muayenahanelerini kapatıp özel sağlık kuruluşlarında ücretli olarak çalışmayı tercih ediyorlar, bu meslektaşlarımızın aldığı ücretler, sosyal güvenlik hakları, izin hakları, iş bulma imkânları” gibi birçok konuyu ele alıp tartıştık. Raporumuzu tüm işverenlerin dişhekimlerinin okuyup tartışarak öneriler geliştirmesini diliyorum. Bu meslektaşlarla iletişim kurup sorunlarımıza hep birlikte sahip çıkmayı isterim.

Yeni mezun olan ve Oda’yla ilişkisi olma-

yan meslektaşlarımızla iletişim kurulmalı. Dişhekimleri hastalarından, yardımcılardan, meslektaşlarından, teknisyeninden saygı görmek istiyorlarsa hekim duruşlarından taviz vermemeliler. Önce kendileri meslektaşlarına, hastalarına ve emeklerine değer vermelidirler.

Etik kurallara uyan, meslektaşlarına ve hastalarına saygılı, bilimsel gelişmeleri takip eden idealist meslektaşlarımız işveren tarafından kuşatılmaya, yönlendirilmeye, ezilmeye izin vermesinler. Birbirleriyle iletişim kursunlar, Odalarından fikir alsınlar, haklarını arasınlar, standartlarını nasıl yükseltebileceklerini tartışsınlar. Gelecekte dişhekimlerinin daha da işçileşmeye mecbur kalacağı gibi kötü bir tabloyla karşı karşıyayız. Şimdiden önlemlerimizi almalıyız. Özlük haklarımızı belirlememiz ertelenemez bir konudur. Bunun için çalışmalıyız. ■



Dişhekimi Murat Mustafa Çağlar:

Beyaz önlüklerimiz gibi, beyaz kalplere sahibiz

Kamuda Dişhekimliği Hizmeti Sunumu, Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu Raportörü Dişhekimi Murat Mustafa Çağlar, “Sağlık Bakanlığı sadece kamuda çalışan meslektaşlarımızın değil serbest çalışanların da haklarını koruyacak biçimde politikalar üretirse daha mutlu bir çalışma ortamına kavuşacağız” diyor.



Kamuda Dişhekimliği Hizmeti Sunumu, Çalışan Dişhekimlerinin Özlük Hakları Çalışma Grubu'nda dişhekimliğiyle ilgili, kamuda sunulan hizmet ve istihdam farklılıkları, performans, hasta hakları, özlük hakları, neden kamuda çalışıyoruz, mesleki gelişim, sendikalaşma ve çıkarılması düşünülen 'Tam Gün' Yasa Tasarısı gibi konular görüşüldü. Grubun raporluluğunu üstlenen Dişhekimi Murat Mustafa Çağlar, yaptıkları çalışmalarla ilgili sorularımızı yanıtladı.

Komisyonunda dile getirilen sorunlarla ilgili tespitleriniz nelerdir?

Öncelikle, bu güzel organizasyonda emeği geçen herkese ve bana açıklama fırsatı veren sizlere teşekkür ediyorum. Komisyonumuz kurulduğunda hem komisyon içi hem de çeşitli illerde ve birimlerde çalışan meslektaşlarımızla yoğun bir iletişim trafiğine girip düşüncelerimizi paylaştık. Amacımız bu paylaşımlarımızı tartışmak ve sonuçta hepimizi mutlu edecek (hastalarımız dahil) üretken bir çalışma yapmaktır. Kurum ya da kişileri incitmek adına bir faaliyet içinde değildik. Komisyonunda, dişhekimliğiyle ilgili, kamuda sunulan hizmet ve istihdam farklılıkları, performans, hasta hakları, özlük hakları, neden kamuda çalışıyoruz, mesleki gelişim, sendikalaşma ve çıkarılması düşünülen 'Tam Gün' Yasa Tasarısı gibi konular görü-

şüldü. Bu konular üzerinde bir durum tespiti yapıp çözüm önerileri sunuldu. Örneğin son yıllarda kamuda giderek artan diş hizmetleri ve hasta yoğunluğu, beraberinde bazı sorunları da getirmiştir. Biz komisyon olarak bu koşuşturmanın meslektaşlarımız üzerinde bir yılgınlık ve mutsuzluk hali yarattığını tespit ettik.

Hasta haklarının bu kadar ön plana çıkarılması sonucunda hekimlerin de bu kadar zorlanmasını, yoğun tempoyu göz önüne aldığınızda hekim hakları adına ne yapılması gerekir?

Öncelikle birbirimizi sevmeyi öğrenmeliyiz. Şairin de dediği gibi, 'Dünyayı güzellik kurtaracak, bir insanı sevmekle başlayacak her şey'. Bana göre aslolan bu bilince sahip olabilmeyi başarmak. Sanırım son yıllarda toplumun büyük bir kısmında bu noktada bir erozyon yaşanıyor. Önce birbirimizi sevmeli, birbirimize saygı göstermeliyiz. Yaşadığımız en büyük olumsuzluklardan biri de kişilerin bize karşı davranış biçimleridir. Sanki sabrımız sınanmaktadır. Farklı illerde ve farklı kurumlarda yaşanan, herkesin bildiği bazı olumsuz örneklemeleri yineleyip burada tekrar canımızın sıkılmasını istemiyoruz. Zaten bunları bilen biliyor. Bu konuda en büyük görev yine bizlere düşmektedir. Sadece tedavi eden değil aynı zamanda hem çalışma koşullarımız hem de sağlık bilinci



**Beklentimiz,
657 Sayılı
Devlet Memuru
Kanunu'na göre
4/B statüsünde
sözleşmeli
çalışan
meslektaşları-
mızın da
4/A statüsünde
çalışmasıdır.**

konusunda hastalarımızla paylaşımlarımızı arttırmak bu olumsuzlukların önüne geçilecektir düşüncesindeyiz. Hastalarımızla kurduğumuz iletişim kadar, birbirimizle de fazlasıyla iletişim kurmaya çaba göstermeliyiz. Çalışma koşullarımızın bizi giderek fiziksel ve ruhsal olarak daha da yıpratıldığı süreçte çıkış yolumuzun bu olduğu kanısındayız.

Son dönemde basına yansıyan, hekimlerle ilgili açıklamalar var. Bunlar da hasta yaklaşımlarını etkileyebilir mi?

Sadece basından kamuoyuna yansıyan açıklamalar değil, idari kadroların da davranışları hekime olumsuz yansıyor. Bize göre bu konuda yetkililerin daha duyarlı davranması gerekir. Aksi takdirde hasta, hekime önyargıyla yaklaşıyor. Bu durum uzun bir süreçte hekimin de hastaya önyargılı yaklaşımına neden oluyor. Bu ne hekimin ne de hastanın isteyeceği bir durumdur. Bütün bunları karşılıklı olarak ortadan kaldırmak gerekir. Bu karşılıklı sevgi, saygı, anlayış ve güvene dayalıdır. Bizlerin dişhekimi olarak görevi sadece tedavi etmek değildir. Yeri geldiğinde olaya psikolog gibi yaklaşmak gerekebilir. Yetkililerin her şikayeti ciddiye alıp hekim motivasyonunu olumsuz etkilemesi kimsenin arzu etmediği bir durumdur.

Yazılı ve görsel basının da bu konuda daha duyarlı olması, hasta-hekim ilişkisini kimi zaman magazin malzemesi olarak kullanmaması beklentilerimiz arasında bulunmaktadır.

Şu an kamudaki meslektaşlarımız 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. maddesinin A ve B fıkrasına tabi olarak istihdam ediliyor. Bu durum çalışma yaşamını nasıl etkiliyor?

Bizim beklentimiz, 657 Sayılı Devlet Memuru Kanunu'na göre 4/B statüsünde sözleşmeli çalışan meslektaşlarımızın da 4/A statüsünde çalışmasıdır. Tabii ki, başta dişhekimleri olmak üzere sağlık personelinin 4/A statüsünde olmasını istiyoruz. Enteresandır; yıllardır sağlık alanında personel istihdamında sıkıntı vardır. Bu kadar kritik, her zaman gündemde olan sağlık personeli neden kadrolu olarak atanmaz? Madem böyle bir ihtiyaç var, neden 4/B statüsünde atanır? Bunu da rapora ekledik. "Hem SSK'lı hem 657'li doktor olmaz" deniyordu. Şimdi aynı çatıda hem 4/B'li, hem 4/A statüsünde hekim çalıştırılıyor. Bu da aynı çatı altında aynı işi yapan farklı statüde hekim grupları oluşmasına ve de bizim eşit işe eşit ücret, eşit özlük hakları anlayışımıza ters düşen bir durum yaratıyor.

"Tam Gün" Yasası gündeme geldiğinde döner sermaye işletmesi olmayan yerlerdeki meslektaşlarımızın mağduriyetlerinin giderilmesi için öneriniz nedir?

Bunlar Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlara aktarılmalı. Örneğin X kurumda 1200-1300 TL maaşla çalıştırdığınız bir dişhekiminin muayenehanesini de kapattırırsanız, kurumun döner sermayesi yoksa, dişhekimi mağdur olacaktır. Bu durumda sağlık birimi 5283 Sayılı Kanunla Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, dişhekimi performans sisteminde havuza devredilen ek ödemelerden faydalanabilir. Ya da dişhekimi kendi isteğiyle döner sermaye sisteminden faydalanan bir birime geçiş yapabilir. 'Tam Gün' Yasası Tasarısı başlı başına ve uzun uzun değer-

lendirilmesi gereken apayrı bir konudur. Tasarı hakkındaki bazı çekincelerimizi raporumuzda belirttik.

Kamunun ağız ve diş sağlığı konusunda yatırıma devam etmesi muhakkak arzu edilen bir şey fakat sadece kamu kaynakları ve kamunun yatırım yapma hızıyla toplumun ağız diş sağlığı sorunlarını aşabilmek mümkün mü?

Hep olumsuz pencereden bakmayıp şunu da dürüstçe ifade etmeliyiz: Dişhekimliği hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı fiziki şartlar ve hizmet konusunda gayet başarılı çalışmalar yapıp hastalarımıza verdiği hizmetin artmasını sağlamıştır. Keşke bir de şu koşuşturmaya çare bulabilsek. Toplam olarak baktığımızda Türkiye’de 22 bin civarında dişhekimisi var. Bunun yaklaşık 8 bini kamudaki çeşitli kurumlarda hizmet veriyor. 8 bin civarında dişhekimisiyle 70 milyon nüfusa ne kadar hizmet verebilirsiniz? Bu durum özellikle Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda aşırı bir yığılmaya neden oluyor. Bundan hem hekimler hem de hastalar olumsuz etkileniyor. Yapılan işlem sayısındaki artışla beraber tükenmişlik sendromuna doğru giden hekim sayısının da arttığı kanısındayız. Örneğin, yıllardan beri görmediğim birkaç arkadaşımın karşılaştım. Pek çoğu bel fıtığı ve boyun fıtığı rahatsızlıklarından bahsetti. Sağlık Bakanlığı sadece kamuda çalışan meslektaşlarımızın değil serbest olarak çalışan meslektaşlarımızın da haklarını koruyacak biçimde politikalar üretirse daha mutlu bir çalışma ortamına kavuşacağımız (hastalar açısından da) kanısındayız. Çocukların hastane ortamında tedavi edilmeleri o yoğunlukta çok zor. Yani onları motive edecek apayrı ortamlarda tedavi ve eğitimleri yürütülmeli. Çocuk dişhekimliği okul dişhekimliği boyutunda apayrı bir şey olmalı. Bunu da sonraki dönemde görüşülsün diye raporumuza ekledik.

Kamuda çalışan meslektaşlarımızın meslek örgütüyle ilişkisini de değerlendirebilir misiniz?

TDB ve Dişhekimleri Odaları yıllardır çok güzel organizasyonlar düzenliyor. Emeği geçen herkesin ellerine, yüreğine sağlık. Özellikle kamuda çalışan arkadaşlardan istediğimiz, Odalara üye olmaları. TDB’nin ve Odaların da bu konuda özendirici çalışmalar yapması gerekir. Oda’ya sadece muayenehanesi olup da kamuda çalışan arkadaşlar üye oluyorlar. Sadece kamuda çalışan arkadaşların üye olmaması beni incitiyor. Günlerdir çalışıyor, aylardır hazırlanıyoruz ama çok daha fazla katılım, çok daha fazla bilgi akışı olması gerekir. Buradan üyelik konusuna tekrar dönersek, Türk Dişhekimleri Birliği, Odalar ve Dişhekimliği Fakülteleri önemli üç sacayağıdır. Bunlar aralarında samimiyetle kenetlendiğinde o üretilen sinerjiyle eminim ki dişhekimleri hem istediği saygınlığa ulaşacak, hem de huzurlu bir çalışma ortamına kavuşacak. Meslek bilinci ve onuru eğitimden başlayarak özümsetilirse eminim ki meslek örgütlerine katılım ilerleyen yıllarda daha da artacaktır. Çalışma Grubu olarak olmasının bu olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç olarak, çalışma grubunuz amacına ulaşabildi mi?

Buradaki amacımız durum tespiti yapmak ve çözüm önerilerimizi sunmaktı. Farklı kurumlarda çalışan meslektaşlar olarak bir araya geldik. Öncesinde Türkiye’nin çeşitli yerlerindeki meslektaşlarımıza elektronik postayla ulaşarak sorunlardan ve çözüm önerilerinden oluşan bir rapor sunmaya çalıştık. Buradan sizin vasitanızla bizlere bu görevi veren TDB’ye çok teşekkür ediyoruz. Bu komisyonda çalışmak ve onları tanımaktan onur duydum. Rapor hazırlıkları aşamasında bizden bilgi ve birikimlerini esirgemeyen tüm meslektaşlarımıza da teşekkür ederim. Umarım siz değerli meslektaşlarımıza ve mesleğimize yönelik faydalı bir şeyler yapabilmişizdir. Önyargılarımızdan kurtularak daha sağlıklı daha güzel yarınlara el ele kavuşacağız.

Unutmayın ki biz o beyaz önlüklerimiz gibi beyaz kalplere sahibiz. ■

Meslek bilinci ve onuru eğitimden başlayarak özümsetilirse eminim ki meslek örgütlerine katılım ilerleyen yıllarda daha da artacaktır.

Dişhekim
Şeyda Yavuz

seyda_ozcelik@hotmail.com

Kıtaların ve kültürlerin birleştiği

İstanbul'a yakışan bir kongre

Bu yıl 16.sı düzenlenen TDB Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin ana teması "Dişhekimliğinde yenilikler ve başarısızlıklar"dı. Türkiye'nin ve dünyanın çeşitli yerlerinden 2000 meslektaşımızın katıldığı kongrede bu yıl ilk kez dijital ortamda oylama yoluyla konferansa aktif katılım sağlandı.



Dişhekimlerinin ve sektörün en büyük buluşması olarak kabul edilen TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 25-27 Haziran 2009 tarihinde İstanbul'da Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda gerçekleşti. Türkiye'nin ve dünyanın çeşitli yerlerinden yaklaşık 2000 dişhekimini

ni bir araya getiren kongrenin ana teması "Dişhekimliğinde yenilikler ve başarısızlıklar"dı.

Kongrede üç gün boyunca, teknolojik gelişmelerle birlikte sürekli yenilenen, dişhekimliğindeki güncel yaklaşımlar ele alındı. Türkiye'den 40, yurtdışından 14 konuşma-

cının katıldığı kongrede, dişhekimliği alanındaki en güncel sunumları içeren konferans ve paneller, muayenehane pratiğine yönelik uygulamalar ve 31 adet poster sunumuyla yardımcı personel eğitimi gerçekleştirildi.

Bu yıl kongrede ilklere imza atıldı. Kongrede ilk kez meslektaşlarımızın dijital ortamda oylama yoluyla konferansa aktif katılımı sağlandı ve Prof. Dr. Faruk Haznedaroğlu'nun "Endodontik Tedavide Yenilikler" konulu konferansı internette canlı olarak yayımlandı.

Kongre kapsamında düzenlenen Expodental 2009 bu yıl da Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Merkezi'nin Rumeli salonlarında yapıldı. 7000 m²'lik alanın, 3500 m²'sinde kurulan Expodental 2009'da meslektaşlarımız dişhekimliği sektöründeki en son gelişmeleri izleyebildiler. Bu yıl fuara bir kısmı Almanya'dan Köln-Messe bünyesinde yer alan 53 yurtdışı, 127 yerli olmak üzere toplam 180 firma katıldı.

Geniş katılımlı kongre

TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi 25 Haziran 2009 tarihinde Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda yapılan açılış töreniyle başladı. Törene yurtdışından FDI (Dünya Dişhekimleri Birliği) Eski Başkanı Michele Aerden, Asya Pasifik Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Munir Amro, KKTC Diş-



hekimleri Birliği Başkanı Hüseyin Bıçak, Azerbaycan Dişhekimleri Birliği Başkanı Renia Aliyeva, Suriye Dişhekimleri Birliği Genel Sekreteri Ayeh Alganım, Kerkük Dişhekimleri Birliği Başkanı Halil İbrahim Sait katıldı. Türk Eczacılar Birliği Başkanı Erdoğan Çolak, CHP Adıyaman Milletvekili Dişhekimisi Şevket Köse, DİŞSİAD Başkanı Firuzan Peker ve Dişhekimliği Fakültesi Dekanları da açılış törenine katılan konuklar arasında yer aldı.

Geçmişten günümüze

Kongre açılış töreni, bilimsel anlamda 1908'de başlayan dişhekimliğinin geçmişten günümüze değişen yönleriyle aktarıldığı sinevizyon gösterisiyle başladı. Kongrede açılış konuşmasını yapan İstanbul Diş-

İDO Başkanı Mustafa Düğencioğlu:
"Toplumsal ağız ve diş sağlığı sorunları çözüm bekliyor. Biz çözümün bir parçası olarak çalışmalarımıza devam edeceğiz."



Bu yıl fuara bir kısmı Almanya'dan Köln-Messe bünyesinde yer alan 53 yurtdışı, 127 yerli olmak üzere toplam 180 firma katıldı.



Dişhekimi Kıvanç Dülger
“Kongreden memnun kaldım”



Şu anda doktora yapıyorum. Kongre çok hoşuma gitti. Her konuda bilgi edinmek mümkün oldu. Çok memnun kaldım.



Dişhekimi Elen Şener Yılmaz
“Sosyal konular renk katıyor”



Kamuda çalışıyorum. Genel olarak kongreden memnun kaldım. İlgiyi çeken konular ve konuşmacılar oldu. “Lazer” konusu çok verimliydi. İmplant toplantısı da çok güzel geçti. Kongrenin sosyal konuğu Sahrap Soysal’ın

Türk ve Osmanlı mutfağı üzerine konuşmasını beğendim. Bence sosyal konuklar kongreye renk katıyorlar.



Dişhekimi Ali Bektaş – Şişli
“Muayenehane pratiği konuları artmış”



Bu sene kongre biraz sakin geçti. Geçen yıllarla göre yabancı konuşmacılar azdı. Ancak bu yılki bilimsel konular daha çok muayenehane pratiğine yönelik seçilmiş. Her sene konuşmacılar gelip, kendi şovlarını yapıp gidiyorlardı. Bu sefer daha çok muayenehane pratiğine yönelik çalışmışlar, iyi olmuş.



Dişhekimi Tansel Tolan – Beşiktaş
“Bilimsel program doyurucu”



Açıkçası kongrenin kriz sebebiyle daha durgun olacağını düşünüyordum ama umduğumdan daha fazla katılım var. Geçen yılla oranla bilimsel programı daha doyurucu buldum. Muayenehane pratiğine yönelik konular ağırlıktaydı bence. Kongre geçen seneden daha iyi diyebilirim.

Cahit Berkay ve Emrah Karaca şarkılarıyla açılışa renk kattılar.



hekimleri Odası ve Kongre Organizasyon Komitesi Başkanı Mustafa Düğencioğlu, 1992 yılında düzenlenmeye başlayan TDB Kongrelerinin, gelişen dünyaya uyum sağlamak ve toplumun ağız ve diş sağlığı açısından önemine vurgu yaptı. Kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan dişhekimlerinin de sorunlarına değinen Düğencioğlu, sağlık hizmeti alanların ve verenlerin hak kayıplarının bir an önce giderilmesini istedi. TDB ve Odaların her zaman mesleğin ve toplumun çıkarlarını gözettiğini savunan Düğencioğlu, “Toplumsal ağız ve diş sağlığı sorunları çözüm bekliyor. Biz çözümün bir parçası olarak çalışmalarımıza devam edeceğiz” dedi. Kongre Organizasyon Komitesi Genel Sekreteri Dr. Dişhekimi Sarkis Sözk de ekonomik krize ve zorluklara rağmen kongrenin hazırlık çalışmalarını tamamladıklarını ifade etti.

“Dişhekimlerinin onurunu koruyunuz”

Moğollar Grubu’nun efsanevi ismi Cahit Berkay ve genç kuşağın yetenekli isimlerinden Emrah Karaca birbirinden güzel şarkılarıyla açılış törenine renk verdiler.

Açılış töreninde bir konuşma yapan CHP Adıyaman Milletvekili Dişhekimi Şevket Köse de kamunun muayenehanelerden





hizmet alımıyla ilgili 22 bin dişhekimisi adına hizmet alımının gerçekleşeceğine dikkat çekerek, "Dişhekimlerinin onurunu koruyunuz" dedi. Kamuda çalışan dişhekimlerinin özlük haklarının düzeltilmesini ve döner sermaye katkı paylarının çalışanların emekliliğine yansıtılmasını isteyen Köse, bu konuda üzerine düşen görevi yerine getireceğini söyledi. Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Şebnem Eskimez, dekanlar adına yaptığı konuşmada dişhekimliğinde uzmanlık dallarının artmasını savundu.

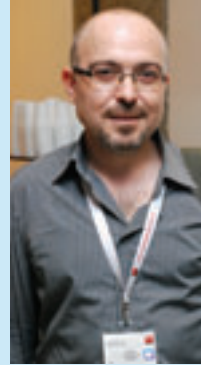
Kazanımlarımız birliğimizin meyvesidir

TDB'nin 1985 yılında çıkarılan 3224 Sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'yla kendi başına yürümeye başladığını dile getiren Prof. Dr. Murat Akkaya, Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren halkın ağız ve diş sağlığı ve mesleğin sorunlarının dağ gibi yığıldığını söyledi. Dört-beş yıl öncesine kadar en önemli sorun olarak ifade edilen sahte dişhekimliği konusundaki mücadele sonucunda sorunun önemli ölçüde çözüldüğünü belirten Prof. Dr. Murat Akkaya, "Onun yerine başka sorunlar geçti. Kamunun sayılarını büyük bir hızla arttırıp, performans dayılı prim sistemiyle işlettiği Ağız ve Diş Sağlığı Merkez-



Dişhekimisi Tolga Karagöz Esenyurt

"Endodonti konularını beğendim"



Kongreye katılım bayağı az. Krizin etkisi mi, başka bir şey mi bilemiyorum. Bilimsel programda doyurucu konular var. Spesifik anlamda endodontiye yönelik bir eğilim var. Daha çok endodontiyle ilgili konuları beğendim. Muayenehane pratiğine yönelik uygulamalar yeterli. Ancak kapsam biraz daha geniş tutulabilirdi. Kongreye hemen

her yıl katılıyorum. Bu yıl salon sayısı ve diğer aktiviteler daha az. Önceki yıllarda hem konular hem de uluslararası konuşmacılar daha fazlaydı. Biraz içe kapanmaya başlanmış gibi. Bunun dışında yeterli seviyede bir kongre geçiriyoruz.



Dişhekimisi Özge Eyüpoğlu Trabzon

"Tercih yapmakta zorlandım"



Programda "pedodonti" konusuna daha fazla yer verilseydi daha çok sevinirdim. Aynı konular, aynı saatlerde olunca insan bir tercih yapmak zorunda kalıyor. O biraz zor oldu. Onun dışında her şey güzeldi.



Dişhekimisi Özgür Yıldırımoglu Muğla

"Bilimsel program iyiydi"



Kongre geçen yıla göre çok daha iyiydi. Bilimsel toplantıları beğendim. Özellikle implant konusunda yeni şeyler öğrendim. Ayrıca "Aşırı çürük olan dişlerde restorasyon teknikleri" konulu bir konferans vardı. Orada da çok güzel bilgiler verildi. Kendi açımdan kongrenin faydalı olduğunu rahatlıkla söyleyebilirim.



Dişhekimi Dünder Özbaylar
Kadıköy
“Daha ne olsun!”



Kongre güzel geçiyor. Özellikle yabancı konuşmacılar çok verimli konuşmalar yaptılar. Lazerde kafamıza takılan hususlarda aydınlandık. Özellikle lazer satan firmalar lazeri çok büyük bir devrimmiş gibi gösteriyorlar. Burada öğrendik ki, henüz parası kadar katkısı olacak seviyeye gelmemiş. İmplant konularında güzel sunumlar vardı. İmplantın püf noktalarına değindiler. Özellikle, “protezi hareketli mi yapalım, sabit mi yapalım?” sorusu ilginçti. Bu konuyla ilgili sorulara cevaplar bulduk. Ayrıca “Periodontitistli hastalara nasıl yaklaşmalıyız” konusunu Yunanistan’dan gelen konuşmacımız değerlendirdi. Yemekler güzel, servis güzel, bütün arkadaşlarımızı gördük; daha ne olsun.



Dişhekimi Mürüvvet Cansever
Konya
“İmplant ilgimi çekti”



Kongreye ilk defa katılıyorum. Yeni mezunum. Genellikle derslerden hatırladığımız konular. Ama yine de bilmediğim ve yeni gördüğüm konular var. En azından tekrarlamak açısından yararlı diye düşünüyorum. İmplant konusu ilgimi çekti. Ben daha çok kompozitle ilgili konuları öğrenmek istemişim ama aradığımı bulamadım.



Dişhekimi Demet Çağrı Ayvalıoğlu
“Sunumlar uygulamalı olabilir”



Yeni mezun oldum. Öğrenciyken de katılmışım. Kongreye dördüncü katılımım. Her yıl olduğu gibi bu yıl da çok verimli geçti. Bu yıl program implant ağırlıklıydı. Özellikle sunumlar güzeldi. Uygulamalı sunumların daha verimli olacağını ve ilgi çekeceğini düşünüyorum.



leri hem kamuda hem de serbest çalışan meslektaşlarımız için kâbus oldu” dedi. Prof. Dr. Murat Akkaya, kamunun muayenelerden hizmet alımıyla ilgili de “Çalışmalarımız Sosyal Güvenlik Kurumu’yla imzalanacak sözleşme taslağının tamamlanması aşamasına geldi. Şimdi sıra hizmet alımının gerçekleştirilmesindedir” sözleriyle, konuyla ilgili geline aşamayı kaydetti.

TDB-Dekanlar ortak toplantısı

TDB Merkez Yönetim Kurulu üyeleri ve 18 dişhekimliği fakültesi dekanının bir araya geldiği ortak toplantı 25 Haziran 2009 tarihinde yapıldı. Toplantıda 1219 sayılı kanun değişikliği taslağı, dişhekimliğinde uzmanlık, öğrenci kontenjanları ve yeni dişhekimliği fakültelerinin açılması ile “Tam Gün” Yasa Tasarısı değerlendirildi. TDB Merkez Yönetim Kurulu ve fakülte dekanları 1219 sayılı yasanın 34. maddesinin iptali için ortak tavır alınması gerektiğini belirttiler. 1920’li yılların koşullarında dişhekimisi sayısının azlığı nedeniyle tıp hekimlerine dişhekimliği mesleği yetkisi verildiği, günümüz koşullarında 34. maddenin hükmünü kaybettiğine vurgu yaptılar. Dişhekimliğinde uzmanlık konusunda ortak bir görüşün oluşmadığı toplantı-



TDB-Dekanlar ortak toplantısı



da, bazı fakülte dekanları uzmanlık sayısının artması yönünde görüş bildirdiler. TDB, ortodonti ve ağız diş çene hastalıkları cerrahisi olmak üzere dişhekimliğinde iki dalda uzmanlık verilmesi gerektiğinin altını çizdi. Diğer dallarda uzmanlık olup olmaması konusunda akademisyenler, TDB ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak çalışmasıyla karar verilmesi gerektiğine dikkat çekildi. Yeni dişhekimliği fakültelerinin açılmasının da değerlendirildiği toplantıda, altyapı sorunu çözülmeden yeni fakülte açılmaması, var olan fakültelerin koşullarının iyileştirilmesi gerektiği belirtildi. Ayrıca fakültelere kontenjan artırımı yapılmadan, fakültelerin belirlediği kontenjanlara göre öğrenci alımı yapılması gerektiği söylendi.

"Tam Gün" Yasa Tasarısı'na ilişkin de TDB ve dişhekimliği fakültesi dekanlarının prensipte karşı olmadıklarını ancak, yasanın bu haliyle çıkmasıyla fakültede görev yapan öğretim üyeleri açısından kaos yaşanacağı belirtildi. Bu konunun bir tarafı olan dişhekimliği fakülteleri, TDB ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak hareket ederek, uygun şartların yerine getirilmesinden sonra yasanın yürürlüğe girmesi konusunda görüş birliğine varıldı.

TDB-Dentsply Stajyer Öğrenci Programı

TDB-Dentsply Stajyer Öğrenci Programı'nın dördüncüsü 25 Haziran 2009 tarihinde gerçekleştirildi. 1959'dan beri 35 ül-



Kongre katılımcıları, Kırac'ın birbirinden güzel şarkılarıyla coştular.





Kongre katılımcıları arasında yapılan hediye çekilişinde şanslı meslektaşlarımız AHCT marka Aljinat karıştırıcı, Majesty Esthetic 8'li Kompozit Seti, FGM Whiteness HP Beyazlatma seti, Wood Pocker VD-S-M Ultrasonik Piezon, Solder+Kablosuz LED ve Cavitron Select Sps kazandılar.

kede gerçekleştirilen program çerçevesinde düzenlenen ödül töreninde bu yılki yarışmanın birincisi İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Hatice Akıncı 2009 yılında ADA'nın Hawai -Honolulu'da yapılan Kongresi'ne katılım ve seyahat, ikincisi Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden Ayça Yarıcı 300 Avro, üçüncüsü Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'den Kübra Tarhan da 200 Avro ödül kazandı. Ayrıca, birinci gelen öğrencinin danışmanına 250 Avro ve okuluna da cavitron cihazı hediye edildi.

Veda ederken

Kapanış Töreni, Meslek Sorunları Sempozyumu ve kongre görüntülerinden oluşan sinvizyon gösterisiyle başladı. Veda konuşması için kürsüye gelen İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı Mustafa Düğencioğlu, "Kongrenin sonuna geldik. Kongre hazırlıkları için bir buçuk yıl öncesinden çalışmaya başladık. Emeği geçen herkese teşekkür

Asya Pasifik Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Münir Amro, kongre kapanışında gelecek yıl Bursa'da buluşmak üzere tüm dişhekimlerine veda etti.



ederim" dedi. Düğencioğlu, 2010 yılında gerçekleşecek TDB 17. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin Bursa Dişhekimleri Odası ev sahipliğinde, Bursa'da yapılacağını açıkladı.

Poster yarışması

Kapanış töreninde ayrıca poster yarışmasında derece alan meslektaşlarımıza plaketi verildi. Poster yarışmasında Dr. Eylül F. Ergüven (Avustralya Üniversitesi Hans Zoellner Oral Patoloji Bölümü) "SA-OS-2 Osteosarkom Hücreleri ile endotelium arasındaki bağlantı" adlı çalışmasıyla birinci, Dr. Hakan Demir (Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı) "Metakrilat Monomerlerin Akrilik ve Astar Maddesi Arasındaki Bağlantı Dayanımına Etkileri" başlıklı çalışmasıyla ikinci, Dr. Sausan Al Kawas (Mcgill University) "Birleşik Arap Emirliklerinde Sharjah Üniversitesi'ndeki dişhekimliği ve tıp öğrencilerinin ağız hijyeni karşılaştırması" başlıklı çalışmasıyla üçüncü oldu.

Kapanış töreninde hoş sürprizler

Törende kapanış konuşmasını yapan Prof. Dr. Murat Akkaya da mesleğin ve meslektaşlarının sorunlarına öncelik veren TDB'nin bilim ve adalet yolunu izlediğini, uzmanlık konusunda da TDB'nin bilimsel kriterler ve adalet ışığında hareket ettiğini söyledi. Asya Pasifik Dişhekimleri Birliği Başkanı Dr. Münir Amro, Azerbaycan Dişhekimleri Birliği Başkanı Renia Aliyeva'nın da iyi dileklerini ilettiği törende kongreye sponsor olan firmalara plaket verildi. Ardından kongrede emeği geçenler, Kongre Organizasyon Komitesi Üyeleri, TDB Merkez Yönetim, Denetleme Disiplin Kurulu üyeleri, İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim, Disiplin, Denetleme Kurulu üyeleriyle, 33 Odanın başkanları sahneye davet edildi. Daha sonra Bursa Dişhekimleri Odası Başkanı Emel Coşkun, 2010 yılında TDB 17. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'ni düzenlemek üzere bayrağı İDO Başkanı Mus-



Bursa Dışhekimleri Odası Başkanı Emel Coşkun, kongre bayrağını Mustafa Düğencioğlu'nun elinden aldı.

tafa Düğencioğlu'nun elinden aldı. Meslektaşlarımızın kongreden güzel anılarla ayrılması için düzenlenen çekiliş yine birbirinden renkli görüntülere sahne oldu. Kongreye katılan meslektaşlarımız çekilişle Gülsu Tıbbi Cihazlar'dan AHCT marka Aljinat

karıştırıcı, Kuraray Marka Majesty Esthetic 8'li Kompozit Seti, Dimsan'dan FGM Whiteness HP Beyazlatma seti, Güney Diş Deposu'ndan Wood Pocker VD-S-M Ultrasonik Piezon, Solder+Kablosuz LED ve Cavitron Select Sps kazandılar. ■

Hizmet alımında merak ettiklerimiz

Kongre kapsamında düzenlenen “TDB - Meslek Sorunlarının Değerlendirilmesi” konulu konferansta SGK ile yapılacak sözleşmelerin dişhekimleri odalarının aracılığıyla yapılması gerektiğinin altı çizildi.

TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi kapsamında 26 Haziran 2009 tarihinde “TDB-Meslek Sorunlarının Değerlendirilmesi” konulu bir konferans düzenledi. Oturum Başkanlığını Prof. Dr. Murat Akkaya'nın yaptığı konferansta, TDB Başkan Vekili Tümay İmre kamunun muayenehanelerden hizmet alımıyla ilgili meslektaşlarımızın merak ettikleri sorulardan oluşan bir sunum gerçekleştirdi. TDB'nin hizmet alımıyla ilgili çalışmalarını özetleyen İmre, Türk Dişhekimleri Birliği ve Sosyal Güvenlik Kurumu arasında yapılacak protokolde önceliklere vurgu yaptı. SGK ile “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik” kapsamında tanımlanan, isteyen her dişhekimisiyle sözleş-

me yapılabileceğini, özellikle yeni açılan muayenehanelerde SGK ile sözleşme yapmak isteyen muayenehanelerin coğrafi dağılıma göre yönlendirme yapılması gerektiğini belirtti.

Dişhekimisi emeğine saygı

Tümay İmre, SGK ile yapılacak sözleşmelerin dişhekimleri odalarının aracılığıyla yapılması gerektiğinin altını çizerek, dişhekimisi emeğinin saygınlığının korunması, hekimin muayene bilgilerinin başlangıçta temel alınması gibi temel noktalara değindi. Daha sonra da Provizyon-Medula-3 Sistemi, “Sözleşme Süreleri, kota ve sözleşmenin feshi gibi sözleşme koşullarıyla ilgili bilgi verdi. ■





Sadettin - Mualla - Ünzile Kaymak / Gülsa Şirketler Grubu
“Fuarçılık bir şovdur”

Fuara katılım çok yüksek değil ama zaten beklentimiz bu yöndeydi. Biz Gülsa olarak TDB'nin fuarında olmalıyız düşüncesiyle,



grup şirketlerimiz Kuraray ve Hamle'yle birlikte katıldık. Üç şirketimiz toplam 180 m²'lik bir alanda hekimlerle buluştu. TDB'nin hekimler ve firmalar için ellerinden geleni yaptığını ve bu işi güzel kotardıklarını düşünmekle birlikte, burasının fuar olarak doğru bir alan olmadığını düşünüyoruz. Uluslararası fuarlara da katıldığımız için kıyaslama yapabiliyoruz. Fuarçılık bir şovdur, geniş mekanlar ister, ikramlar ve özel uygulamalar yapılır. Lütfi Kırdar'da bunları yapmak mümkün değil. Dişhekimliğinin en önemli simgesi olarak kabul edilen elma ikramımız bile burada olay oldu. Stand içinde yer alan kolonu giydirmemize belli bir yere kadar izin verildi.



Ertuğrul Çetinkaya / Quintessence Türkiye
“Amatör ruh, profesyonel iş”

TDB bu fuarda da başarı çizgisini devam ettiriyor. Hep daha iyiye gidiyor. Kongre organizasyonu sorunsuz. Bulunduğum yerden de memnunum. Birçok hekim bilimsel programı beğendiğini ifade ediyor. Quintessence olarak yurtdışında da kongreler yapıyoruz. TDB'ninki fiyat-kalite açısından yurtdışındakilere göre çok daha avantajlı. Bence bu, amatör ruhla yapılan profesyonel bir iş. Bu avantajlarına rağmen katılım çok yüksek değil. Bunu da Türkiye'de bilimsel kaynaklara olan ilgisizliğine bağlıyorum. Türkiye'de 22 bin kayıtlı dişhekimimi var, bazı kaynaklara göre bu rakam 35 bine çıkıyor. Yeni çıkan kitabımız dişhekimlerinin en az yüzde onu tarafından alınsa 3500 adet eder ki biz kitaplarımızı çoğunlukla 1000-1500 adet basıyoruz ve onları da ancak 2 yılda eritebiliyoruz. Macaristan'da da bir organizasyonumuz var. İstatistikler orada 4 bin dişhekimimi olduğunu ortaya koyuyor



ve bizim abone sayımız 2 bin, yani yarısı. Türkiye'deki oran ise yüzde 8. Bu, maddi sorunlardan mı kaynaklanıyor, genel orak bilgiye olan ilgiden mi kaynaklanıyor araştırılması ve sorgulanması gereken bir konu.



İbrahim Belenlioğlu / DMS

“Profesyoneller canımızı sıkıyor”

TDB dişhekimlerinin örgütüdür ve sadece meslek sorunlarını değil, ülke ve yaşam sorunlarını da bir biçimde dert edinen bir örgüttür. Bu yüzden onların kapı açtığı her alanda, bir biçimde yanlarında olacağız. Ayrıca, sunduğumuz hizmet ve ürünleri yeni tanıştığımız dişhekimlerine tanıtmak da istiyoruz. Fuarlar sayesinde 30 yıl önce cihaz verdiğimiz bir hekimle karşı karşıya geldiğimizde gözlerinde yakaladığımız ışıltı en büyük mutluluğumuz. Hekimlerimizin eleştirilerine de ihtiyacımız var. Bu bir araya geliş her açıdan önemli. TDB organizasyonundaki yönetici arkadaşlar gönüllülük esasıyla hareket ediyorlar. Mücadelelerinden dolayı onları kutluyorum. Ancak profesyoneller biraz canımızı sıkıyor değil. Fiziki koşullarda birtakım gereksinimlerimiz oluyor ve bu hizmetler için yüklüce paralar ödüyoruz. Karşılığında can sıkıcı eksikler oluyor. Tepkilerimizi sınırlıyorsak TDB yöneticilerinin özveri-



li ve gönüllü çabalarından ötürüdür. Bir de hekimlerle bilimsel toplantılar arasında hızlı şekilde bir araya gelebiliyoruz. Aralar biraz daha uzatılabilir, böylece hekimlerle buluşmalarımıza yeterli zaman da kalır. Umarım gelecek yıllarda bu sorun ortadan kalkar.



Holges Lehmann / Alman Dental Sanayi Tescilli Derneği

“Türk pazarı önemli”

Çok memnunuz, her seferinde geldiğimize daha da memnun kalıyoruz. Türkiye’de dişhekimliği alanındaki en önemli fuar olduğu için katılıyoruz. Türk pazarı bu anlamda Al-



man endüstrisi için önemli bir pazar. Çok yakın alışveriş ilişkilerimiz olduğu için doğal olarak Türkiye’deki bu büyük buluşma bizi yakından ilgilendiriyor. Ekonomik krizi de göz önünde tutarsak elbette önceki yıllara göre bir farklılık göze çarpıyor ama dişhekimliği sektörü diğer sektörler kadar krizden etkilenmedi. Geçen seneler kadar iş olmasını beklemiyoruz ama genel anlamda memnunuz. Burası IDS Fuarı’ndan farklı, çünkü IDS, hem katılım hem de şirketler açısından uluslararası nitelikte. Burası ise yerelde Türk dişhekimlerine doğrudan ulaşabileceğimiz bir alan. Ayrıca böyle fuarlar olmasa IDS de olmazdı diye düşünüyorum.



16. ULUSLARARASI DİŞHEKİMLİĞİ KONGRESİ
16th INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS



Ferizan Peker / Güney Diş Deposu

“Gelecek fuarda sürpriz var”

Bu yılki fuar beklentilerin aksine geçen senekilere göre daha sönük değil. Fuar alanı, düzeni ve organizasyonu açısından hiçbir sıkıntı yok. Kongre katılımcılarının dışında da ziyaretçi gelmesi gibi bir beklenti vardı. Çünkü geçen yıllarda fuara girişte sembolik de olsa bir ücret alınıyordu. Bu yıl TDB ile yapılan görüşmelerden sonra dişhekimliğiyle ilgili alanlarda okuyan, çalışan herkes fuara girebildi. Sanıyorum bunun duyurusu yeterince yapılmadı, yoksa daha fazla katılım olabilirdi. Biz de duyuru anlamında davetiyeler bastırmıştık ve isteyenlere verdik. Burası mesleki bir sergi, kongreye katılmasalar bile yeni cihazları ve teknolojileri görmeleri için ilgilenenlerin gelmeleri iyi olurdu. Bundan sonraki fuarı



daha hareketli hale getirebilmek için bazı ilginç düşüncelerimiz var.



Nur Sunguroğlu-Diler Dilek / AKAD A.Ş.

“Fuar yeni kapılar açıyor”

Fuarın son günü oldukça hareketliydi. Biz satış yapılan alt katı tercih ettik. Fuarlar sayesinde sektördeki diğer oyuncuları da tanıma şansı buluyoruz. Fuarda ürünlerimizi görüp kendi müşteri portföylerine satmak isteyen, Anadolu’da bayimiz olmak için başvuran firmalarla tanıştık. Bu da bize yeni bir kapı açıyor. Neticede luplar ve diğer cerrahi optik ürünler konusunda iddialı bir firmayız. Zaten bu kongrede de ürünlerimiz fazlasıyla ilgi gördü ve satış oldu.





Ersin Eser- ESA Dental

“IDS’ye benzemeye başladık”

TDB Fuarı her geçen yıl daha farklılaşıyor. Dördüncü katılımım. Bu sene firmaların stand alanlarının daha geniş olduğunu gördüm ki böylesi daha ferah olmuş. Fuarlar bizim için önemli çünkü firmaların her yere ulaşma şansı yok. Ürünlerimizi tanıtmak ve yeni hekimlerle tanışmak için önemli bir fırsat. Neticede spesifik ürünler satıyoruz ve fuarlarda doğru hedef kitleyle yüz yüze buluşuyoruz. IDS’deki fuara benzemeye başladık. Stanttlarda tanıtım ön plana çıkmaya başladı. Eskiden çok daha ticari düşünülüyordu. Firmalar artık barkovizyonlardan kendi ürünlerini tanıtmaya başladı. Tek ilginç konu biz fuar katılımcılarının bilimsel kongrelere katılamaması. Oysa geçen yıl katılabiliyorduk. Ben de dişhekimi-



yim ve kendimi geliştirmek adına bu toplantılara katılmam gerektiğini düşünüyordum ama bu yıl katılamadım.



Seyfettin Öztürk / Balkan Dental-Meddent A.Ş.

“Amaç ürün tanımı”



Beklentilerimizin altında bir katılım olsa da güzel düzenlenmiş bir fuar. Ancak geçen yıllarda verilen bazı hizmetleri bu yıl alamadık. Mesela daha önce çay ve yemek fişleri verilirdi. Bu yıl dışarıdan su bile getirmemize izin verilmedi. Bizim bu fuara katılmaktaki asıl amacımız ürünlerimizin tanıtılmasıdır. Satış ikinci planda kalıyor. Avrupa’da katıldığımız fuarlarda da satış yok ancak sipariş alınabiliyor. Biz TDB’nin fuarının da Avrupa standartlarında bir fuar olmasını istiyoruz. Burada çok ucuz fiyatlarla satış yapılıyor ve fuar sonrasında da aynı fiyatlara ulaşılamıyor.



Türkşan Karatekin

turksan@tetrailetisim.com

“Türk mutfağı zengin ama pratik değil”



TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’nin sosyal konuşmacısı Sahrap Soysal, “Türk - Osmanlı Mutfağı” temalı sunumunda Tekke, Alevi ve Bektaşî mutfaklarının Türk mutfağına etkilerini ve gastronomi dünyasındaki eğilimleri anlattı.

Sahrap Soysal, gastronomi dünyasının yakından tanıdığı bir isim. On yıldır yemek yazarlığı yapıyor, bu alanla ilgili televizyon programları hazırlıyor. Gastronomi alanında dünya çapında ödüller alıyor, Türk-Osmanlı mutfağına ilişkin literatüre giren çalışmalara imza atıyor. Dünya gurmeleriyle ünlü restoranların tatlandırma davetlerine katılıyor. Sahrap Soysal, TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’nin sosyal konuşmacıydı. Türk-Osmanlı mutfağını anlatan Soysal, aynı zamanda yemek dünyasında öne çıkan akımları, farklı dünya mutfaklarına dair izlenimlerini ve anılarını katılımcılarla paylaştı.

Mutfak kültürün parçası

Sahrap Soysal, Türk yemek kültürünün temellerini 12-13. yüzyıllara kadar götürüyor. “Büyük Selçuklu İmparatorluğu döneminde mutfağımızda bir yükseliş gözleniyor. Tekke, Bektaşî ve Mevlevî mutfaklarının etkileri yoğun hissediliyor. “Bugünkü çorba, pilav ve aşurelerin birer tekke yemeği mirası olduğunu, Mevlana’nın müthiş bir yemek dostu olduğunu araştırmalarımız sonucunda anladık” diyor Soysal. Hemen bir hatırlatma yapalım; 2007 yılının UNESCO tarafından Mevlana yılı ilan edilmesinin ardından Sahrap Soysal ‘Derviş Mutfakları’ adlı bir kitap hazırlamış ve burada Mevlevî,

Bektaş, Alevi mutfaklarını anlatarak Mevlana'nın yemekle ilgili deyişlerine yer vermiş.

Yemek yazarları lezzet avcıları

Sahrap Soysal, ODTÜ Kimya Bölümü mezunu. Babası Türkiye'nin ilk inşaat mühendislerinden. Babasının işi sebebiyle Sahrap Soysal da ailesiyle birlikte Anadolu'yu küçük yaşta dolaşmaya başlıyor. Yemek kültürüne ilgi duymasının kökleri bu yıllara dayanıyor. Ancak hobi olarak ilgilendiği yemek kültürü artık işi olmuş durumda. "Serde kimyacıktan gelen bir simyacılık da var" diyerek kendini yarı gurme de ilan ediyor. Bugüne dek ağaç kabuğundan deniz yosununa kadar pek çok farklı lezzeti (!) tattığını bir tek akrebi yemediğini söyleyen Soysal "Biz lezzet avcılığı yapıyoruz" diyor.

Mutfakta pratikseniz popülersiniz

Sahrap Soysal, katıldığı uluslararası buluşmalarda Osmanlı-Türk mutfağının çok popüler olmadığını ama çok merak edildiğini ifade ederek "Türk mutfağı ağır bir mutfak. Bir mantıyı, dolmayı, etli pilavı pratik olmadığı sürece yabancı bir mutfakta sunamazsınız. Dünyanın en popüler mutfağı İtalyan mutfağıdır, çünkü çok pratiktir" diyor. Soysal, yemeğin insanlar arasında ortak bir payda yaratma adına önemli bir bileşen olduğunu söylüyor. Ona göre mutfak kültürü sayesinde müthiş bir kültür altyapısına sahip olabiliriz. Çünkü bir mutfağı tanımaya giderken o yörenin insanlarını, tarihini, kül-



türünü, coğrafyasını ve iklimini de keşfetmeye başlıyoruz. Bu yüzden 'mutfak' sunduğu lezzetiyle midelerin, ortaya koyduğu bilgiyle zihinlerin ve yarattığı keyifli atmosferle de ruhların doyduğu mucizevi bir alan.

İsviçre gastronominin mabedi

Sahrap Soysal, toplum olarak yemeği basit bir işlem, hatta karın doyurma eylemi olarak algıladığımızı söylüyor. Oysa dünyada gastronominin ne kadar büyük bir ekonomi yaratabileceğini keşfeden ülkeler var. Bu alanda İtalya ve İspanya öncüler. Şimdilerde İsviçre de gastronominin mabedi olma yolunda hızla ilerliyor. Sahrap Soysal, İsviçre hükümetinin başlattığı bir politikadan söz etti: "İsviçreli yemeği keşfetmiş. Karı koca yemekten anlayan ya da diploması olan insanlara müthiş krediler veriyor. Gastronomik turlar düzenleniyor." ■

"Zengin ama ağır bir mutfağımız var, İtalyan mutfağı kadar da pratik değiliz."



Sahrap Soysal'ın 'Türk-Osmanlı Mutfağı' konulu konuşmasında konuklar arasında kadınlar ağırlıklıydı.

KONGREDEN SEÇMELER

TDB 16. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nde dişhekimliğinde “yenilikler ve başarısızlıklar” konseptinde 48 konferans ve panel, 8 kurs, 31 poster sunumu gerçekleştirildi. Teknolojik gelişmeyle hızla yenilenen dişhekimliğindeki güncel yaklaşımlardan oluşan bilimsel sunumlardan bazılarını sizler için özetledik.

Prof. Dr. Serdar Yalçın

Estetik ve fonksiyonel bakış açısından implant tedavi planlaması



Bu yıl konferanslarda ilk kez interaktif oylama uygulaması yapıldı. Prof. Dr. Serdar Yalçın'ın konferansı da bunlardan biriydi. Konferansda 20 Yıl ve daha fazla dişhekimliği yapmış meslektaşlarımızın çoğunluğunun daha önce implant uygulaması yapmamış olduğu oylamayla belirlendi. İkinci büyük çoğunluğun ise implant uygulamasını bu konuda eğitim almış meslektaşlarıyla beraber yapmış olduğu görüldü.

Prof. Dr. Serdar Yalçın, konuşmasında implantın avantajlarını sıralarken, diş çekiminden birkaç ay sonra alveol kemiğinin 1/3'ünün kaybolduğuna, bu rezorpsiyon oranının bir yıl sonra %50'ye ulaştığına dikkat çekti. Ayrıca tek diş eksikliğinde uygulanan implantlar ve tiplerinden, implant uygulama tekniklerinden de bahsetti. Çeşitli vaka takdimleriyle, hangi durumlarda hangi implantın endike olduğunu anlattı.

Prof. Dr. Yasemin Kulak Özkan

İmplant destekli hareketli protezler



Teşhis ve tedavi planlamasında, ekstraoral ve intraoral parametrelere bakarak ne zaman hareketli veya sabit protez yapmamız gerektiğini anlatan Prof. Dr. Yasemin Kulak Özkan, implant destekli hareketli protez yaparken dikkat etmemiz gereken konulardan söz etti. Ataşman çeşitlerini, bunların özelliklerini, avantaj ve dezavantajlarını sı-

ralayan Prof. Dr. Yasemin Kulak Özkan, protezi desteklemek için yapılacak implantın alt çenede en az 2, üst çenede en az 4 ve bar ataşmanlı implant olacak şekilde yapılması gerektiğini belirtti. Çeşitli komplikasyonlardan da örnekler vererek mutlaka her vakada implant yapmak zorunda olmadığımızı, doğru vaka seçiminin önemli olduğunu söyledi.

Prof. Dr. Ender Kazazoğlu**Zirkonya ve yaşanan sorunlar**

Prof. Dr. Ender Kazazoğlu konuşmasında, diş hekimliğine sağlamlığı ve estetik olmasıyla kurtarıcı bir malzeme gibi giren zirkonyada hâlâ yaşanan ve yaşanacak olan sorunlardan söz etti. İnteraktif oylama uygulamasıyla çeşitli vakalarda katılımcıların görüşlerini aldı ve onlara sorular yöneltti. Zirkonyanın prova edilirken asla aşındırılmaması ve gerekiyorsa ince grenli frez kullanılıp sonra o bölgenin kumlanması gerektiğini söyledi. Ayrıca zirkonyanın su emme

özelliğinden dolayı glazürsüz ve porcelensiz asla ağızda bırakılmamasını vurguladı. Prof. Dr. Kazazoğlu, "Laboratuvarlar firmanın önerdiği porseleni kullanmalıdır" dedi ve rezin bazlı olmadığı için de asitlerin yeterli pürüzlülük yaratmadığını, bu yüzden rezin simanlara yapışmayacağını söyledi. Zirkonyanın sorunlarının bir-iki seneye kadar kolay kolay çözölemeyeceğini belirten Prof. Dr. Kazazoğlu, daha çok çalışmalar yapılması gerektiğini belirterek konuyla ilgili araştırma ve vakaların takip edilmesini önerdi.


Doç. Dr. Abdel Salam El Asgari
Flepsiz implant cerrahisi
avantaj ve riskleri

Doç. Dr. Abdel Salam El Asgari, konferansında flepsiz implant cerrahisinin çeşitlerinden ve avantajlarından bahsetti. Çekim soketinin durumunun önemli ve flepsiz cerrahinin altın anahtarının labialdeki sağlam kemik tabakası olduğunu vurguladı. Doç. Dr. El Asgari, "Çekim yaparken bu kemiğin bütünlüğünü bozmamaya özen gösterilmelidir" dedi. Çekim boşluğunun çok iyi temizlenmesi ve kürete edilmesi, periodontal ligament dokusunun içeride kalmaması gerektiğini söyleyen El Asgari, akut periodontitis, apikal apse, süpüratif enfeksiyon gibi durumlarda hastalara flepsiz operasyon yapılmasının kontrendike olduğunu da altını çizdi.


Doç. Dr. Vakur Olgaç
Kök hücre
çalışmalarında
yenilikler


Doç. Dr. Vakur Olgaç konuşmasını embriyonik germ hücreleri ve yetişkin kök hücreleri başlığı altında anlattı. Kordon kanı, kemik iliği, diş gibi yetişkin kök hücrelerinin özelliklerinden ve kullanım yerlerinden söz eden Doç. Dr. Olgaç, dişteki kök hücre çalışmalarının henüz kliniğe geçirilmediğini, hâlâ deneysel ortamda yürütüldüğünü belirtti. Doç. Dr. Olgaç, dünyada birtakım yasal ve etik engellerin bulunduğu, bizim ise bu konuda bir politikamız olmadığını ifade etti.

Prof. Dr. Bilge Hakan Şen**NiTi aletler kırmadan döndüremez miyiz?**

Prof. Dr. Bilge Hakan Şen'in yoğun ilgi gören konferansında çok kullanılmaya başlanan döner sistemlerin en sık yaşanan sorunlarından biri olan NiTi eğelerinin kırılma nedenleri ve çözümleri üzerinde duruldu. NiTi eğelerin torsiyon direncinin yüksek ama eğilme direncinin düşük olduğunu söyleyen Prof. Dr. Şen, aldığımız döner sistemle ilgili eğitim almamızı, çekilmiş dişlerde kullanarak alıştırma yapmamız gerektiğini vurguladı. Önce apeksi bulmamızı ve

kıvrık kanallarda manuel eğelerle kombine kullanmamızın daha güvenli olacağını söyledi.

Dönme hızı ve torku sabit tutmamızı, ani hız ve kuvvet değişiklikleri oluşturmadan kanalda çalışmamız gerektiğini belirten Prof. Dr. Şen, kanal eğelerini de sürekli kontrol etmemizi, deformasyonlar görürsek aynı aletle tekrar çalışmamamızı söyledi. Prof. Dr. Şen, bol irigasyonun da önemini vurguladı ve genel tavsiyeler vererek konuşmasını bitirdi.

Prof. Dr. Faruk Haznedaroğlu**Endodontik Tedavide Yenilikler**

Prof. Dr. Faruk Haznedaroğlu konuşmasında kanal tedavisinde yardımcı olacak yeniliklerden bahsederek konuyla ilgili yöntemleri ve yeni aletleri anlattı. İnternetten canlı olarak izlenebilen konferansta Prof. Dr. Haznedaroğlu, yeni kablosuz Rvg'lerden, anestezi cihazlarından, iğnesiz anestezi tekniklerinden, giriş kavitesi frezle-

rinden bahsetti. Prof. Dr. Haznedaroğlu konuşmasında son zamanlarda öne çıkan dental luplara, apex locator ve yeni rubberdamlara, döner sistemlerde kullanılan yeni eğe çeşitlerine, ultrasonik aletlere, irigasyon solusyonlarına, yeni rezin bazlı kanal dolgu maddelerine de yer verdi. Periapikal lezyonlu dişlerin tedavisinde yeni ortaya atılan bir yöntem ve bu amaçla kullanılan bir aletten bahsederek Prof. Dr. Haznedaroğlu, 'Apexum' adı verilen bu sistemde tedavi prensibine ters olsa da diş içinden girilip apikali geçerek kanal dışına çıktığını ve lezyonlu bölgede seri işlem yapılarak dolgu konulduğunu söyledi. Konuşmasında değiştiği tüm yeniliklerin çalışmalarının sürdüğünü belirten Prof. Dr. Haznedaroğlu, başarılı oldukları takdirde ileride hayatımıza girebileceklerini söyledi.

**Dr. Roberto Carlo Spreafico****Spreafico Estetikte mükemmelli yakalamak**

Dr. Roberto Carlo Spreafico sunumunda kompozit restorasyonlarda estetiği yakalamak için uyulması gereken prensipleri anlattı. Tabakalama tekniği uygularken tabakaların 2 mm'den fazla olmaması gerektiğini söyleyen Spreafico, mükemmel oklusal anatominin sırlarını da vakalarından örnekler göstererek açıkladı.

Dışhekim
Tark Tuncay

tuncay_t70@msn.com
İDO Yönetim Kurulu Üyesi

Dünden bugüne uzmanlık

Tıpta Uzmanlık Kurulu, Türk Dışhekimleri Birliği (TDB) ve Dışhekimleri Odalarının tüm itirazlarına rağmen dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık kararını aldı. Dergimizin basım aşamasında konuyla ilgili yönetmelik Resmi Gazete’de yayınlandı. Oysa TDB ve Dışhekimleri Odaları, ‘Ortodonti’ ile ‘Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi’ dallarının dişhekimliğinde ana dal uzmanlığı olarak tanımlanmasını istiyor. İDO Dergi, dişhekimlerinin uzun yıllar gündeminde önemli yer tutan uzmanlık konusunu farklı perspektiflerden büyüteç altına aldı.

Ülkemizde tıp dallarında ‘uzmanlık’ konusu uzun yıllar kendi içerisinde farklı özellikleri ve çelişkileri barındıran bir konu oldu. Ancak bu çelişki ve tartışmalar çok uzun bir süre dişhekimliğine sirayet etmedi.

Tıp dallarında hekimlik-uzmanlık ilişkileri, 1960’lı yılların başlarında Prof. Dr. Nusret Fişek’in sağlık alanında yaptığı çalışmalara dayalı olarak, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun temelinde yatmaktadır. Devletin tüm kademelerinde kabul ve takdir gören bir doktrin çerçevesinde şekillenen bu yasal düzenlemelerin gerekçesinde, Türkiye’nin yakın ve uzak dönem ihtiyaçlarına göre şekillendirilecek sağlık sistemi vardı.

Üç basamaklı sistem

Sistemin temelinde sağlık hizmetleri üç basamaklı öngörülüyordu. Birinci basamağı sağlık ocakları oluşturmaktaydı. Buralarda istihdam edilen ebe, hemşire, hekim, sağlık teknikeri vb. sağlık çalışanlarıyla koruyucu ve önleyici hizmetleri verilmesi amaçlanmıştı. Bu hizmetler kapsamında, aşılama faaliyetleri, O günlerde sanayileşmenin düşük olmasına rağmen çevre sağlığı, bölgesel rahatsızlıklarda acil müdahale birimleri, basit yaralanmalarda pansuman gibi küçük müdahaleler, doğum kontrolü, anne çocuk sağlığının takibi yapılmıyordu. Ayrıca tedavi hizmetleri kapsamında muayene ve gerekirse ilaç vb. yerel hizmet veriliyordu.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde devlet hastaneleriyle her birimden konsültanlık tetkik ve tedavi gerektiren hizmetler planlanmıştı. Üçüncü basamakta ise ileri derece tetkiklerle, tıbbi araştırma ve geliştirme işlemleri yapılırken aynı zamanda eğitim öğretim veren hastane, enstitü vb. kurumlar tasarlanmıştı. Bu kapsama Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleriyle tıp fakülteleri girmektedir.

Sağlık ocaklarının yeterince yaygınlaştırılmaması sonucu hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yöneldiler. Neticede siyaseten günü kurtarmak adına

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında poliklinik hizmetlerine ağırlık verilmeye başlandı ve sistem çöktü. Eğitimde de bu siyasi yanlışlıklar sürdürülerek mevcut tıp fakültelerinde kontenjanlar aşırı arttırıldı. Takiben sağlık politikalarında değişikliğe gidilerek sistem içerisinde yetkin hekimler arttırılacağına, ‘kaliteli hizmet’ adı altında daha çok uzman hekim istihdam edildi. Tüm bunların sonucunda da tıpta ana dal-yan dal uzmanlığı süreci başladı.

Dişhekimliğinde uzmanlaşma sorunu

Dişhekimliğinde ise uzmanlık 1973 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla yayınlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde iki dalda ve üçer yıllık eğitim süreleri tanımlanarak düzenlendi.

Geçmişten günümüze dişhekimliği alanında halen hastaların ağız ve diş tedavilerinin %80-90 gibi tamamına yakını muayenehane temelinde, yani birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılmaktadır. Burada “muayenehane” diyoruz; çünkü 2005 yılına kadar sadece kamuda istihdam edilen dişhekimleri toplam dişhekimi sayısının %10’undan daha azdı. Dişhekimliği hizmetlerinin %90’dan fazlası özel muayenehanelerde çalışan dişhekimleri tarafından karşılanmaktaydı. Tıbbın diğer alanlarında hekimlerin %80’i kamuda istihdam edilirken durum tam tersidir. Ayrıca tıp hekimlerinin muayenehanelerde verdiği hizmetlerin bir kısmı merkez ve hastanelerde sürdürülmek zorundadır. Örneğin: Kadın-doğum, genel cerrahi, KBB, göz gibi branşlarda operasyonların donanımlı sağlık kuruluşlarında yapılması gerekmektedir.

Uzmanlık yerine doktora

Bu güne kadar dişhekimliği fakültelerinden mezun dişhekimlerinin ileri dereceli eğitiminde “uzmanlık programı” kadroları açmak yerine akademik “doktora programı” kadroları açıldı. Bu “küçük fark”la üç yıllık eğitimle “uzman dişhekimi” yetiştirmek yerine ortalama 5,5 yıllık “doktoralı dişhekimi” istih-

Dişhekimliğinde hastaların ağız ve diş tedavi ihtiyaçlarının %80-90’ı muayenehane temelinde ‘Birinci’ basamak sağlık hizmetleri kapsamında veriliyor.



dam edildi. Doktora öğrencileri en az dört, bazen de altı-yedi yıl boyunca fakültede ücretsiz çalıştırılarak bedava insan gücü ihtiyacını sağladılar.

Nerede uzmanlık eğitimi veriliyor?

Dişhekimliğinde uzman yetiştirme yetkisi YÖK (Yüksek Öğretim Kurulu) tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanelerine verilmediğinden "Uzman dişhekim" yetiştirme yetkisi üniversitelerin tekelinde devam etti. Oysa halen Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri tarafından da tıp uzmanı yetiştirilmektedir. Hal böyleyken Türkiye'de tüm dünyadan farklı olarak, "doktora programı"nda dişhekimine bu eğitimin yanı sıra uzmanlık eğitimi de verilmektedir. Sonuçta akademik "Doktora" unvanı verilirken beraberinde tıpkı bir uzman gibi eğitim almış bireyler mezun edilmektedir. Bu çetrefilli durumun şüphesiz pek çok özlük hakkı kaybına yol açtığı malumdur. Örneğin: Sağlık Bakanlığı vb. kurumlarda istihdamda kadro açılırken, uzman bulunmadığı için yasal olarak "uzman kadrosu" üzerinden alım yapılamazken gayri kanuni bir şekilde çeşitli branşlarda "doktora" talep edilmektedir. Ancak sürecin yasal boyutuna gelindiğinde kadro vb. iş akitlerinde dişhekimlerinin hepsine aynı statü uygulanmaktadır. Bu durum maaş/hak edişler başta olmak üzere pek çok özlük hakkı kaybına yol açmaktadır. Memuriyete alınmış kişiler amirlerine sözlü iti-

razlarını belirttiklerinde de kendilerine "Evet haklısınız ama sizler bu eğitimlerinizden ötürü ayrıcalıklı bir şekilde kadro şansı buldunuz" denilmektedir. Ancak matematiksel bir tespit yapacak olursak dişhekiminin performansının karşılığı hak edişleri 1,0 katsayısıyla hesaplanırken, diploması ve kadrosu "Uzman Dişhekim" olan dişhekimlerinin katsayısı 1,8'dir. Bu, iş yapan hekimler arasında aylık bazda %80 oranında daha fazla hak ediş demektir. Bu oran entegre sistemle çalışılan bağımsız ADSP/ADSM'lerde önemli olmazken Genel Tababet ile beraber çalışılan hastane vb. kurumlarda ciddi hak kayıplarına yol açmaktadır.

Tedavi ihtiyacı esas alınmalı

Konuya insan gücü ve toplumsal yönetim (tedavi ihtiyacı vb.) gözüyle baktığımızda toplumun ağız diş tedavi ihtiyaçları göz önüne alınarak uzman sayısı hesaplanabilir. Uzman ihtiyacının toplam dişhekimlerine oranının %15'lerden daha fazla olması gerekliliği (Avrupa genelinde maksimum:%13'tür) ortaya konulabilir. Bununla beraber çeşitli bilim dallarında akademisyen (doktor, doçent, profesör) ihtiyacımızın hesaplanmasında farklı bir metot kullanılmalıdır. Çünkü akademik kadro/unvan ihtiyacı, fakülteden mezun olan dişhekimlerinin "yetkin" olması için gerekli ihtiyaçlarla doğru orantılıdır.

Ancak akademik unvan almış kişilerin bun-

Dişhekiminin performansı karşılığı hak edişleri 1,0 katsayısıyla hesaplanırken diploması ve kadrosu "Uzman Dişhekim" olan dişhekimlerinin katsayısı 1,8'dir.

ları farklı şekilde kullanılmak istemesi halinde, bu ünvanların kazanıldığı yasal ortamın unutulmaması gerekir. Danıştay 8. Dairesi örnek bir karar metninde "...davacı tarafından; anabilim dalı programında yapmış olduğu doktora eğitimi sonrası kazandığı bilim doktoru ünvanının kullanılması gerektiği iddia edilmekte ise de; Tıpta Uzmanlık Tüzüğü hükümlerine göre alınmış bir unvan bulunmadığından, anılan Tüzüğün 4. Maddesi ile Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 9. Maddesi uyarınca, davacının ... bilim doktoru ünvanını kullanması mümkün görülmektedir" şeklindeki gerekçeyle bu durumu bize hatırlatmaktadır.

Avrupa iki dalda uzmanlık diyor

Resmi olarak 29 Avrupa ülkesinde dişhekimliğinde iki dalda uzmanlık tanımlı olup, bunlar ortodonti ve oral cerrahi/oral maksillo-fasiyal cerrahidir. Birtakım Avrupa ülkelerinde cerrahinin oral-maksillo-fasiyal alanı konusunda, dişhekimliği ve tıp fakülteleri arasında aidiyet tartışması da bulunmaktadır. Diğer branşlarda, akademik anlamda uzmanlık değil yalnızca bilimsel dal/yan dal özellikleri mevcuttur. Bunlar da tamamen bilimsel/eğitimsel amaçlıdır. Ancak geline nokta Türkiye'deki bilimsel derneklerin pek çoğunun bulunduğu dalın "uzmanlık" olarak tanımlanmasını istedikleri de bir gerçektir. TDB, 2002 yılında çıkarılan ve dişhekimliğinde beş ayrı dal tanımlayan Uzmanlık Tüzüğü'ne karşı çıkmış, müdahil olarak Danıştay tarafından iptal edilmesini sağlamıştır. Danıştay gerekçeli iptal kararında "Dişhekimliğinde beş dalda uzmanlığın Türkiye ihtiyaçlarına göre bilimsel dayanağının olmadığı" belirtmiştir. Antalya'da düzenlenen 1. Uzmanlık Kurultayı'nda konuyu çeşitli boyutlarıyla tartışan ve tüm kesimlere tartıştıran TDB, cerrahi ve ortodonti dallarında uzmanlık olması gerekliliğini bir raporla ortaya koymuştur.

Dişhekimleri ne iş yapacak?

Şu an hiç göz önüne alınmayan ve farklı dallarda uzmanlığın getirdiği bir sorun da

uzmanlık dalları arasındaki müdahale sınırlarıdır. Örneğin şu anda güncel olan implant uygulamaları kendini yetiştirmiş dişhekimlerince uygulandığı gibi, aynı zamanda cerrahi, peridodontoloji doktoralı kişilerce de uygulanmaktadır. Üstüne üstlük Türkiye'de sadece bir adet olmasına rağmen bağımsız bir implantoloji kürsüsü de halen faaliyette olup, doktoralı dişhekimini yetiştirmeye devam etmektedir. Bu durumda bu dallardan hangisi tam ve yetkin olarak bu alanda uygulama hakkına sahip olacaktır? Bir başka örnekte ise, kanal tedavileri dişhekimlerince yıllardır başarıyla uygulanmaktayken, endodonti bir uzmanlık dalı olarak kabul edilirse, işlemlerin uygulama sınırı ne olacaktır? Dişhekimleri sadece tek köklü kanalları mı doldurmalıdır? Ya da gelişen teknolojiye paralel kullanılan endodontik mikroskoplar sayesinde her çeşit zorlukta çok başarılı rezeksiyonlar yapılabilirken buradaki uygulama sorumluluğu ve yetkisi endodontistlere mi, cerrahlara mı yoksa dişhekimlerine mi ait olacaktır?

Kaynakları israf etmeyelim

Türkiye'nin uzman ihtiyacı hesaplanmadan, DUS (Dişte Uzmanlık Sınavı) kurularak adil ve herkesin saygı duyacağı şeffaf bir ileri düzey eğitim için ön sınav sistemi oluşturulmadan, uzmanlık dalları arasında yetki sınırları çizilmeden kâğıt üstünden çıkartılacak uzmanlık ülkemize ve bu mesleğe katkıdan çok zarar getirecektir. Ve bu da Türkiye'de insan kaynağının yersiz israfına, halkın ağız diş hizmetlerini çok daha pahalı maliyetlerle almasına yol açacaktır...

Tüm bunlar olurken mesleğimiz açısından gözden kaçan en can alıcı konu ise işin meslek içi eğitim boyutudur. Gerek uzmanlık gerekse dişhekimliğinde meslek içi eğitim ya da mezuniyet sonrası sürekli dişhekimliği eğitimi mekanizmaları kurulmadan sistemin devamlılığı nasıl ve ne şekilde sağlanacaktır? Yoksa alınan "dişhekimimi" ya da "uzman dişhekimimi" diplomasını duvara asmak yeterli midir? ■



**Resmi olarak
29 Avrupa
ülkesinde
dişhekimliğinde
iki dalda
uzmanlık
tanımlı olup,
bunlar ortodonti
ve oral
cerrahi /oral
maksillo-fasiyal
cerrahi'dir.**

Türk Dişhekimleri Birliği Başkan Vekili Tümay İmre:

“Yetkin hekimler yetiştirilmeli”

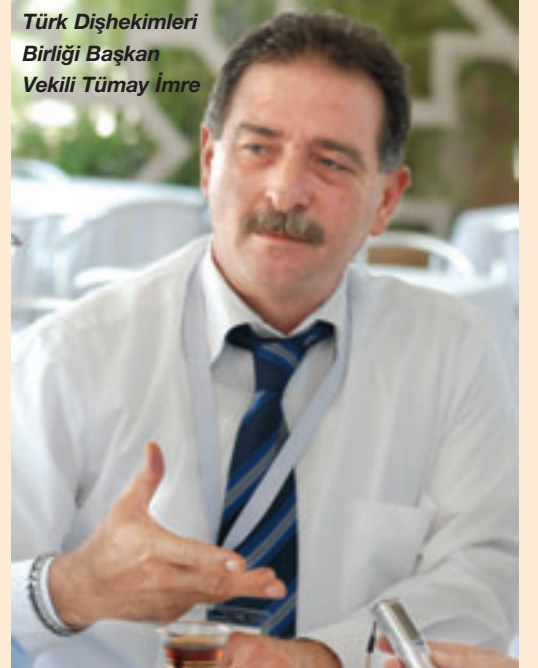
FDI (Dünya Dişhekimliği Birliği) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’nün, yetkin hekim ve yetkin dişhekimi yetiştirilmesine vurgu yaptığını ifade eden Tümay İmre, her iki örgütün de uzmanlaşmanın mümkün olduğunca sınırlı düzeyde tutulmasından yana olduklarını söylüyor.

Türk Dişhekimleri Birliği Başkan Vekili Tümay İmre daha önce dişhekimliğinde iki dalda uzmanlık verilmesinde mutabık kalınmasına rağmen TDB’nin bir üyeye temsil edildiği Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun son dakikada altı dalda uzmanlık kararı almasını Dergi okurları için değerlendirdi.

Altı dalda uzmanlık kararına geline süreci kısaca özetler misiniz?

Uzun süredir Sağlık Bakanlığı ve akademik camiada, dişhekimliğinde altı ve daha çok dalda uzmanlık verilmesi gerektiğini söyleyenler vardı. TDB’nin 2003 yılında Antalya’da düzenlediği Uzmanlık Kurultayı kararları neticesinde dişhekimliğinde iki dalda uzmanlık öngörülmüştü. Bu konudaki bilimsel ve siyasi gerekçelerimizle birlikte dişhekimliği hizmetlerinin ihtiyaçlarını da göz önüne alarak haklılığımızı birçok defa, her çeşit zeminde ifade ettik. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin ağırlıkta olduğu Tıpta Uzmanlık Kurulu ‘Ortodonti’ ve ‘Cerrahi’ dalında uzmanlık verilmesi kararı aldı. Bu bizim için iyi bir gelişmeydi. Ancak Sağlık Bakanlığı ve akademik camianın kulis çalışmaları sonucunda raporun hazırlandığı son toplantıdan, bir önceki toplantıda Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ın da onayıyla altı dalda uzmanlık verilmesi konusunda bir karar çıktı.

Türk Dişhekimleri Birliği Başkan Vekili Tümay İmre



Bu kararı nasıl karşıladınız?

Tabii biz buna muhalefet şerhimizi de yazdık, tepkimizi de belirttik. Nedenlerini bir ke-re daha anlattık. Ama pek dinlemek istemediklerini gördük. Bunun üzerine 2002 yılında yayınlanan dişhekimliğinde beş dalda uzmanlığı öngören tüzüğün yaşadığı yargı sürecini hatırlatarak, bu sürecin tekrar yaşanmak zorunda kalmasından dolayı duyacağımız üzüntüyü dile getirdik. Ayrıca Oda başkanlarımızla beraber milletvekilleri ve Sağlık Bakanlığı bürokratlarına yönelik bilgilendirme çalışmalarımızı hızlandırdık. TDB’nin bu

konudaki mücadelesine devam edeceğini belirttik. Bu konuda özellikle Sağlık Bakanlığı müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun ve Eğitim Dairesi Genel Müdürü Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu'na bilgi verdik. Son olarak Sağlık Bakanı Recep Akdağ'la görüştük. Sayın Bakanımızla, üzerinde uzlaşılan ortodonti ve cerrahi dallarının hemen yayınlanmasını, diğer dallarla ilgili üç ay sürecek bir ortak komisyon çalışması sonrasında karar verilmesi konusunda uzlaşma sağlandı. Ancak Bakanlığın buna rağmen dişhekimliğinde altı dalda uzmanlık içeren yönetmeliği Bakanlar Kurulu'na gönderdiğini öğrendik. Oradan da Cumhurbaşkanı'nın onayına sunulmuş. Sağlık Bakanlığı'nın uzlaşmaya rağmen bunun gereklerini yerine getirmemiş olması bizi hem üzdü, hem de şaşırttı. Bundan sonraki görüşmelerin anlamı konusunda ben de kuşkuluyum. Herhalde bizi hukuki süreç bekliyor.

***Daha önce yaşanmış hukuki süreç olması-
na rağmen, bunun iptal olacağını bile bile,
siyaseten böyle bir kararın alınmasını nasıl
değerlendiriyorsunuz?***

Dişhekimliğinde beş dalda uzmanlığı öngören tüzük 2003 yılında Danıştay 8. Dairesi tarafından iptal edildi. Danıştay'ın bu kararının üzerinden altı yıllık bir süre geçti. Bu altı yıllık süreçte Danıştay dairelerindeki üyelerin yapısı da değişti. Zannediyorum, Hükümet belki bu sefer farklı bir karar verilir diye umuyor. Tabii bu bir yorum. Çünkü yaptığım görüşmelerde edindiğim izlenim böyle. Burada başka bir şeye daha bakmak gerekiyor: Akademik camianın bu konudaki ısrarı. Bakanlık bir miktar sıkıştırılınca, belki de bu kararın sonucu pek düşünülmeden, akademik camianın talebine yanıt vermek ihtiyacı duyuldu.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun yapısı da süreci etkileyen bir faktör mü?

En önemli sıkıntı şu: Tıpta Uzmanlık Kurulu genel tıp hekimlerinin çok ağırlığı hissedilen bir yapı. Kurulda çoğunluğu Sağlık Bakanlığı'nın atadığı kişiler oluşturuyor. Yani Tıpta



Uzmanlık Kurulu, genel tıp hekimlerinin mesleğimizde uzmanlıkla ilgili oy vererek karar aldığı bir yapı. Aslında bu, yapı itibarıyla sakıncalıdır. Zaten kurulun çoğunu Sağlık Bakanı atamaktadır. Tabii Sağlık Bakanı'nın atadığı kişinin, Sağlık Bakanı'na rağmen karar alması biraz zor görünüyor. Diğer bir sakıncalı nokta da kurulda dişhekimleriyle ilgili konularda Türk Tabipler Birliği temsilcisi, genel tıpla ilgili konularda da Türk Dişhekimleri Birliği temsilcisi oylamaya katılamaz. Toplantıya katılabilir, dinleyebilir ancak söz ve oy hakkı yok. Mesela, Sağlık Bakanlığı'nın atadığı veya üniversiteden gelen dişhekimleri genel tıpla ilgili konularda oy hakkına sahiptir. Dişhekimleriyle ilgili konularda da Sağlık Bakanlığı'nın atadığı genel tıp hekimleri oy hakkına sahiptir. Bu kararlar sadece meslek örgütlerinin katılımı engellenmeye çalışılıyor. Türk Tabipler Birliği ve Türk Dişhekimleri Birliği temsilcilerine böyle bir kısıtlamanın getirilmiş olması da başka bir handicap olarak çıkıyor karşımıza. TDB'nin bununla ilgili de hukuki girişimi olacak.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nda görev almak için belirli kriterler var. Kurula atanan tem-

Tıpta Uzmanlık Kurulu genel tıp hekimlerinin çok ağırlığı hissedilen bir yapı. Kurulun çoğunluğunu Sağlık Bakanlığı'nın atadığı kişiler oluşturuyor. Bu, yapı itibarıyla sakıncalı.



**Genel tıp
hekimlerinin
sahip oldukları
bir haktan
vazgeçmemek
gibi bir
mücadeleleri
var.**

silcilerden birinin kariyer şartını karşılamadığı bilindiğine göre kriterleri taşımayan bir kişinin görevlendirilmesi daha sonra bu karara itiraz edilmesi açısından sakinli değil mi?

Biz şu ana kadar bunu bilmekle birlikte çok da gündeme getirmedik. Ama herhangi bir gün, herhangi bir sıkıntı olursa belki bu da gündeme gelir.

Bir yandan dişhekimliği uzmanlık dallarının sayısı tartışılırken aynı anda dişhekimliğinin mesleki sınırlarıyla ilgili ciddi sıkıntılarımız var. Bunun bir ayağı olan 1219 sayılı Yasada Sayın Prof. Dr. Muzaffer Gülyurt'un da yardımı ve hükümetin desteğiyle 32. ve 33. maddeler değiştirilirken, 34. madde yani tabiplere halen dişhekimliği yapma yetkisini zimnen veren madde kaldırılmadı. Acaba mesleğimizin farklı kesimleri konunun bu yönleriyle beraber genel resmi görülebiliyor mu?

Evet, 1920'li yılların şartlarında tabiplere dişhekiminin olmadığı yerlerde, ihtiyaç duyulan hallerde bu mesleği de icra etme yetkisi verilmiştir. Ama bugünün şartlarında böyle bir şey söz konusu olamaz. Olmama- lıdır zaten. Çünkü esas alınması gereken şudur: Bir insan bir işi yapıyorsa o işin eğitimini almış olmak zorundadır. Eğer tıp hekimleri bilimsel anlamda bir eğitim alıp, bu

kriterlere sahip olarak mezun oluyorsa bir sıkıntı yok. O zaman dişhekimliği fakültelerine gerek yok, dişhekimliği fakültelerini kapatmak lazım. Tabipler bu işi de halletsinler. Özellikle plastik cerrahlar halledebilir o zaman bu işleri, her şeyi yapabilirler. Ne yazık ki, yine genel tıp hekimlerinin sahip oldukları bir haktan vazgeçmemek gibi bir mücadeleleri var.

TDB Merkez Yönetim Kurulu ve Oda başkanlarıyla birlikte 11 Haziran 2009 tarihinde Meclis'e düzenlediğimiz ziyarette milletvekilleri hem uzmanlık, hem de 1219 Sayılı Kanun'daki değişikliğe ilişkin görüşlerimizi kabul ettiler. "Tamam, bu aslında anlamsız, bunu TBMM Genel Kurulu'na girdiğimizde değiştirebiliriz" dediler. Oysa 34. maddenin değiştirilmesi veya tamamen iptal edilmesi yönündeki önerimizi komisyon görüşmelerinde iletmiş olmamıza rağmen kabul görmemişti. Çünkü orada da gene genel tıp hekimlerinin ağırlığı var. Ama TBMM Genel Kurulu'nda bunun değiştirileceğini umuyoruz ve buna ilişkin çalışmalarımız da devam ediyor.

Dişhekimliğinin sınırları dahi henüz tam belirlenmemişken, bilimsel derneklerin uzmanlık konusundaki yaklaşımlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Akademisyenlerin, özellikle bilimsel dernek-

lerin olaya bakışlarında bizce hatalı bir nokta var: Türkiye’de uzmanlık konusuna bakıştaki yanlışlığın temelinde, genel tıpta yıllar içinde gelişmiş olan uzmanlık felsefesi yatıyor. Aslında genel tıpta her ana bilim dalında, her bilim dalında uzmanlaşma yoluyla daha iyi hizmet verileceğine dair inanış, genel tıpta bütünün gözden kaçmasına neden oldu. Çünkü artık hekimler o denli mikro uzmanlıklara doğru gidiyorlar ki, bütünü gözden geçirir hale geliyorlar. Hekim sadece kendi ilgilendiği küçük bir alana bakıyor: Orada bir şey yoksa “bir şey yok” diyor, geçiyor. İşte bu, sıkıntı yaratıyor. Dişhekimliğinde de uzmanlığı aynı felsefe üzerinden inşa etmeye kalkarsak bizim de on ila otuz yıl sonra geleceğimiz nokta bundan farklı olmayacak.

Bugün FDI (Dünya Dişhekimliği Birliği) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) aynı şeyi söylüyor, yetkin hekim ve yetkin dişhekimi yetiştirilmesine vurgu yapıyorlar. Her iki örgüt de uzmanlaşmanın mümkün olduğunca sınırlı düzeyde tutulması, uzmanlaşma alanlarının da çok iyi saptanarak, yetkin dişhekimi ve hekim yetiştirmenin temel hedef olması gerektiğini söylüyorlar.

Biz asla akademik camianın mesleki bilimsel gelişimi adına hangi dallarda anabilim, hangi dallarda bilim dalı oluşturulacağına,

hangi dallarda ne kadar doktora çalışması yapılacağına karar veremeyiz. Bilim dünyası ihtiyaç duyduğu alanda son derece sınırsız bir çalışma yapabilir. Ama bu alanların hepsinin uzmanlık olması gerektiği fikri; işte yanlışlık buradan kaynaklanıyor.

Akademisyenler mesleğin gelişiminin her alanda uzmanlaşmaktan geçtiğine inanıyorlar. Demek ki, biz bunu anlatmakta başarısız olmuşuz. Bizim uzmanlık konusuna yaklaşımımızdaki temel noktamız ise halkın dişhekimliği hizmetlerine duyduğu ihtiyaçtır. Bizim konuya bakışımız vatandaşın karşılanamayan tedavi ihtiyaçlarının ne olduğu, bunların hangi uzman gücü yetiştirilerek karşılanması ve hangi vasıflarda olması gerektiğiyle ilgidir.

Lisans eğitimi tamamlamış bir dişhekiminin halkın tüm ağız-diş sağlığı ihtiyaçlarını karşılayabildiği bilimsel olarak ortaya konabiliyorsa uzmanlığa ihtiyaç olduğu söylenebilir mi? TDB olarak yaptığımız çalışmalar, ortodonti ve cerrahi dallarındaki bazı tedavilerin lisans eğitimi sırasında verilemeyeceği gerçeğini önümüze çıkardığı için bu iki dalda uzmanlaşmanın gerekli olduğunu söylüyoruz.

Bazı kesimler TDB’nin uzmanlığa karşı olduğunu söylüyor. Bu konuda söyleyecekleriniz var mı?

TDB’nin konuya yaklaşımını bu şekilde değerlendirmek bazı kesimlerin işine geliyor olabilir. Belki de uzmanlık hakkındaki görüşlerimizi tam olarak anlatamadığımız için bu şekilde değerlendiriyor olabilirler. Ancak hiçbir zaman, belli kesimlerin çıkarları veya benzer sebepler adına toptan ret veya kabul politikası içinde olmadık. Öyle olsaydı iki dalda uzmanlık talebimiz olduğunu belirtmezdik. Yukarıda da belirttiğim gibi, bizim için esas olan halkın tedavi ihtiyacıdır. Doğal olarak bunun yanında uzmanlığı veya doktora olsun ya da olmasın meslektaşlarımızın emeklerinin karşılığını alabilecekleri ve özlük hakları kaybı yaşamayacakları bir sistemin oluşturulması TDB’nin konuya yaklaşımının temelini oluşturmaktadır.■

Türkiye’de uzmanlık konusuna bakıştaki yanlışlığın temelinde, genel tıpta yıllar içinde gelişmiş olan uzmanlık felsefesi yatıyor.



Prof. Dr. Gülsüm Ak:

“Fikir birliği yok!”

Uzmanlık konusunda meslektaşlar arasında bir türlü geniş bir uzlaşmanın kurulamamasının konuyu daha da çıkmaza soktuğunu ifade eden Prof. Dr. Gülsüm Ak, dişhekimliğinde uzmanlık dallarının oluşturulmasında bilimsel gerçeklerin sağlam kurulması gerektiğini söylüyor.

*Prof. Dr. Gülsüm Ak
İÜDF Ağız Diş Çene
Hastalıkları Cerrahisi AD ,
Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi
e-mail: akgulsum@yahoo.com*



Ülkemizde dişhekimliği eğitimi modern anlamda İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nde (İÜDF) başlamış ve tıp fakültesi kurulduktan hemen sonra 22 Kasım 1908'de “Darülfünunu Osmanî Tıp Fakültesi Eczacı ve Dişçi ve Kabili Hasta Bakıcı Mektepleri” ismiyle 1928'de çıkan “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair kanunun 30. Maddesi dişhekimliği uygulama yetkisini yalnızca dişhekimliği okullarına vermiştir. 1933 üniversite reformunda sonra İstanbul Üniversitesi kurulmuş ve Dişhekimliği Yüksek Okulu ismini almıştır. 1933 yılında Diş Hastalıkları Seririyatı, Protez, Fizikoterapi ve Röntgen, Çene-Yüz Cerrahisi olmak üzere dört kürsü oluşturulmuştur. 1934'de yeni bir düzenleme yapılarak bu kürsüler Diş Hastalıkları ve Ameliyeleri, Sirürji Danter, Ortodonti ve Stomatoloji olarak değiştirilmiştir. 1937'de ise başka bir düzenleme yapılarak Ağız Hastalıkları ve Cerrahisi, Diş Hastalıkları ve Ameliyeleri, Protez ve Ortodonti kürsüleri kurulmuştur. 1948 yılında Alfred Kantorowicz'in önerisiyle ilk dişhekimliği diploması (Dr. Med. Dent.) verilmesi kararlaştırılmış ve bu tarihten 1981 yılına kadar 156 dişhekimine bu diploma verilmiştir.

Tıp fakültelerine bağlı olan Dişhekimliği Yüksek Okulu 11 Temmuz 1964'de idari ve mali özerkliğe kavuşarak tıp fakültelerinden ayrılmış ve İÜDF'ye dönüştürülmüş, eğitimin dört yıldan beş yıla çıkarılmasına karar verilmiştir.

Dişhekimliğinde uzmanlık konusu yıllardır çözüme kavuşturulamamıştır. Bunun birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin en önemlisi ise 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'dur. 1928 yılında yürürlüğe giren kanun dişhekimliği mesleğini ‘Dişçilik sanatı; dişlerin ve diş etleri ile esnanın tedavisi ve dişlerin ikmal ve ıslahına ait ameliyelerin icrasına munhasırdır’ olarak

tanımlamaktadır. Yıllardır değiştirilemeyen kanunun eski, yetersiz ve günümüz şartlarına uygun olmadığı görülmektedir. Bu kanunda tanımlanan dişhekimliği kavramıyla Avrupa Birliği normları arasında farklılıklar mevcut olup karmaşaya sebep olmaktadır. Buna karşın Yüksek Öğretim Kurumu Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Dişhekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitimi Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmeliğe (2 Şubat 2008, Sayı: 26775) göre dişhekimlerinin alması gereken eğitim Avrupa standartlarındadır. Temel dişhekimliği eğitimi sonunda mezun olan dişhekimleri;

a) Dişhekimliğinin dayandığı bilimler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, biyolojik fonksiyonların ölçülmesi, bilimsel olarak kanıtlanmış verilerin değerlendirilmesi ve data analizi prensipleri dahil olmak üzere bilimsel yöntemleri yeterli düzeyde anlayabilmeleri,

b) Sağlıklı ve hasta bireyin yapısı, fizyolojik fonksiyonları ve davranışı ile doğal ve sosyal çevrenin sağlıklı birey üzerindeki etkisi hakkında, dişhekimliğini ilgilendirdiği ölçüde, yeterli bilgiye sahip olmaları,

c) Sağlıklı ve hastalıklı diş, ağız, çene ve komşu dokuların yapı ve fonksiyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları ve bunların hastanın genel sağlık durumu ve fiziksel ve sosyal refahı ile ilişkisini yeterli düzeyde anlayabilmeleri,

ç) Diş, ağız, çene ve komşu dokulara ait lezyon, hastalık ve anomalilerin teşhis, tedavi ve koruyucu dişhekimliği uygulamalarıyla ilgili bilimsel yöntem ve uygulamalı disiplinler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları,

d) Yetkililer gözetiminde diş, ağız, çene ve çevre dokularla ilgili hastalık ve anomalilerin teşhis, tedavi ve koruyuculuğunu içeren tüm aktivitelerin yürütebileceği düzeyde gerekli becerilerin verileceği uygun klinik eğitimi ile deneyim sahibi olmaları gerekmektedir. Bu

yönetmelik maddeleri Avrupa Birliği 78/687 direktifiyle de birebir benzerlik arz etmektedir. Burada görüldüğü üzere 4 maddesi kabul edilebilir dişhekimliği tanımını ifade eder. Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Karar Sayısı: 2005/8720, Resmi Gazete Tarihi: 05.05.2005, Resmi Gazete Sayısı: 25806) Ekli “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”in yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığı’nın 04.03.2005 tarihli ve 4247 sayılı yazısı üzerine, Bakanlar Kurulu’nca 1 Nisan 2005 tarihinde kararlaştırılmıştır.

Bu yönetmeliğe göre;

“Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri:

Dişhekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayaktan veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra ileri tetkik ve tedavilerin de uygulandığı, en az 10 ünit kapasiteli, idari ve mali bakımdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumlarıdır.”

Burada görüldüğü gibi dişhekimisi tanımı ve çalışma alanı konusunda kanun ve yönetmelikler arasında tutarsızlık mevcuttur. Tıpta Uzmanlık Kurulu çalışmalarından sonra Erzurum Milletvekili Prof. Dr. Muzaffer Gülyurt’un önderliğinde diğer dişhekimisi milletvekilleriyle 1219 nolu kanunun 29. maddesindeki değişiklik teklifini Avrupa Birliği Uyum, esas olarak da Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonları’na sunmuş ve komisyonda kabul edilerek TBMM’de kanunlaşmayı beklemektedir. Kanun değişikliği gerçekleştiği zaman bizlerin çalışması ve uzmanlık uygulamaları daha rahat gerçekleşecektir. Bu geç kalmış kanun revizyonu mesleğimizin gelişmesine destek olacaktır.

AB’de iki uzmanlık dalı

Dişhekimliğinde uzmanlığın önündeki engellerden bir tanesi de meslektaşlarımız arasında (özellikle fakülteler, bilim dernekleri, TDB ve dişhekimleri) bir fikir birliğinin oluş-



mamasıdır. Ayrıca dişhekimlerinin uzmanlık ve uzmanlığın yetki ve sorumlulukları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları da karmaşıklığı artırmaktadır. Kamuda çalışan doktoralı dişhekimlerinin özlük hakları da bu işin başka bir boyutudur ve çözülmesi gereken bir problemidir.

Dişhekimliğinde uzmanlık dallarının oluşturulmasında bilimsel gerçeklerin sağlam kurulması, ülke ihtiyaçları, uzmanların istihdamı, özlük haklarının elde edilmesi dikkate alınmalıdır. Dişhekimliğinde uzmanlık ilk defa 1973 tıpta uzmanlık tüzüğünde yer almıştır. Bu tüzükte ‘Ortodonti’ ve ‘Diş Protezi’ uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Fakat bu tüzükteki dişhekimliği uzmanlık dalları fiilen uygulanamamıştır. Bunun sebebi Sağlık Bakanlığı’nın fakültelere kadro sağlamamasıdır. Bu nedenle lisans üstü eğitimi sadece doktora programı ile gerçekleştirilmiştir. Avrupa Birliği ülkelerine bakıldığında iki ana dalda uzmanlık mevcuttur. Bunlar Ortodonti ve Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisidir. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise dokuz uzmanlık dalı mevcuttur. Bunlar Dental Halk Sağlığı, Endodonti, Oral ve Maksillofasial Radyoloji, Oral ve Maksillofasial Cerrahi, Ortodonti ve Dentofasial Ortopedi, Periodontoloji, Pedodonti, Prostodonti’dir. Avrupa Birliği’ne tam üyelik için başlanan ve tüm kurumları Avrupa Birliği ülkeleri uygulamaları çerçevesinde uyumlandırma gayreti içinde olan ülkemizin bu konuda oldukça geç kaldığı ve bu düzenlemeleri hızla gerçekleştirmek zorunda olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Sonuç olarak dişhekimliğinde uzmanlık tıpta olduğu gibi hayata geçirmelidir.■

Dişhekimlerinin uzmanlık ve uzmanlığın yetki ve sorumlulukları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları karmaşıklığı artırmaktadır.

Aklınızda! ? bulunsun!

✱ POS cihazı bulundurmak

Mesleğini serbest olarak yapan, Gelir Vergisi mükellefi tüm dişhekimleri POS cihazı bulundurmak zorundadır. Müşterek muayenehanelerde her bir dişhekimini için ayrı ayrı POS cihazı bulundurulmalıdır. Cihazlarda "Hekim Versiyonu" yazılım yüklenip onaylı rulo kullanılmalıdır. POS belgesiyle aynı anda serbest meslek makbuzu kesildiğinde serbest meslek kazanç defterine serbest meslek makbuzunun tarih numarasıyla yazılmalıdır. Ayrıca protokol numarası POS belgesine el yazısıyla eklenmelidir.

Muhasebe kayıtlarına tek belge olarak işlenen bu iki belgedeki rakamlar aynı olmalıdır. POS cihazları kullanılan her günün sonunda rapor alınıp, bunlar beş yıl süreyle saklanmalıdır.

✱ Röntgen cihazı bulundurmak ve kullanmak

Lisanssız röntgen cihazı satmak ve kullanmanın kanunlarda suç olduğunu biliyor musunuz? Kullandığımız tüm röntgen cihazları için TAEK'den röntgen cihazı bulundurma ve kullanım lisansı alınması gerekiyor. Röntgen cihazlarını yenilenmesi, bina içindeki yerinin değiştirilmesi, radyasyon koruma sorumlusu ile tesis sorumlusunun değişmesi halinde lisansın yenilenmesi gerekiyor...

✱ Protokol defteri

Dişhekimleri protokol defteri kullanmalıdır. Hastalarının isim ve kimliklerini kaydedilen bu defterler kullanılmadan önce Sağlık Müdürlüklerine onaylatılmalıdır. Defterdeki protokol numaraları reçete ve serbest meslek makbuzlarına da yazılmalıdır.

Protokol defterindeki kayıtlar; hasta hekim anlaşmazlıklarında doğabilecek davalarda hekim lehine delil sayılabilir.

✱ Aracı kurum

Kendisine hasta sağlamak için aracı kullanmak veya başkalarına bu nedenle çıkar sağlamak mevzuatımız gereği yasal değildir.

✱ Dişhekimini birden fazla yerde çalışamaz

Aynı veya farklı illerde birden fazla özel sağlık kuruluşu açmak, birden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmak, bir başka özel sağlık kuruluşunda çalışan dişhekimini çalıştırmak suçtur.

✱ Reklam tanıtım bilgilendirme

Reçete, el ilanı, promosyon malzemesi vb. ile reklam yapmak, internet ortamı da dahil tüm iletişim kanallarında reklama yönelik veya haksız rekabete yol açan yazılar yazmak, yazdırmak veya yapılmasına göz yummak, mevzuatımız gereği yasal değildir.

✱ Web

Web sayfası yapan/yaptıran dişhekimleri elektronik yayınlarda 'Web Sitesi Etik kuralları'na dikkat etmelidir.

✱ Hasta hekim uyumsuzluğu

Hasta hekim uyumsuzluklarında;
1-Yapılacak tedavinin niteliğini,
2-Ücretini
3-Ödeme koşullarını belirten bir sözleşmeye dayandırılmış onamı yapılması doğacak sorunların çözümünde yardımcı olacaktır.

Diş laboratuvarında enfeksiyon kontrolü

Dişhekimliğinde diş laboratuvarıyla ilgili çapraz enfeksiyon riski ve bulaşma yolları önemli bir konudur. Olası enfeksiyon kaynakları insan, obje ve çevredir. Bir alçı modele bulaşan bakterilerin ortalama bir hafta boyunca yaşadıkları dikkate alınır, protez tamamlanıncaya kadar geçen sürede bakterilerin her temas eden kişiye ve de ortama yayılması kaçınılmazdır.

Klinikten diş laboratuvarına mikroorganizmalar, ölçüler ya da modellerle, protez, aparey ve ısırma mumlarıyla taşınabilir. Klinikten laboratuvara dezenfekte edilmeden gelen ya da laboratuvarda dezenfekte edilmeden hastanın tükürük ve kanıyla bulaşmış ölçüler ve bunlardan elde edilen alçı modellerle çalışıldığında hastanın mikroorganizmaları laboratuvara taşınmış olur. Laboratuvar çalışanı için bulaşma doğrudan temas yoluyla, ellerdeki kesik ve sıyrıklardan ve laboratuvarda yaratılan aerosol/toz/duman içindeki potansiyel patojenlerin solunması ya da yutulmasıyla gerçekleşir. Laboratuvarda yüzeye temas, başlıklar, frezler, pomza, aerosol, toz, buğu, yıkanmamış ellerle iş arası kontaminasyon da olabilir. Olası enfeksiyon kaynakları insan, obje ve çevredir. Bir alçı modele bulaşan bakterilerin ortalama bir hafta boyunca yaşadıkları dikkate alınır, protez tamamlanıncaya kadar geçen sürede bakterilerin her temas eden kişiye ve de ortama yayılması kaçınılmazdır. Protetik uygulamaların prova aşamalarında da klinikteki hastayla laboratuvar arasında bir çapraz bulaşma söz konusu olabilmektedir.

Laboratuvardan dezenfekte edilmeden ge-

len protez ve apareylerle bu kez diş laboratuvarından kliniğe mikroorganizma taşınması söz konusudur. Mikroorganizmaların oda sıcaklığında canlı kalma süreleri birbirinden çok farklıdır (*Tablo 1*).

Dişhekimliğinde çapraz enfeksiyon riskinin hem hastalar hem çalışanların ailelerine de bulaşma riski açısından toplumu ilgilendiren boyutta olduğu unutulmamalıdır.

Kontaminasyon ve enfeksiyon farkı

Her bulaşma enfeksiyonla sonuçlanmaz. Mikroorganizmaların bulaştığı ancak yerleşip çoğalmadığı durum kontaminasyondur (kirlenme). Örneğin: Ellerimizin kontaminasyonu; temiz protez ya da apareyin ağıza sokup çıkartıldığında kontamine olması. Enfeksiyon, patojen (hastalık yapıcı gücü olan) mikroorganizmanın belli bir sayıda uygun yoldan vücuda girmesi ve canlı dokuda çoğalarak zarar vermesiyle oluşur. Enfeksiyon sonucu oluşan hastalığa enfeksiyon hastalığı denir.

Dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyon farkı

Dekontaminasyon, tıbbi araç-gereç, alet ya da çevre yüzeylerinin güvenli ellenmesini

Mikroorganizma	Süre
Cytomegalovirus (CMV)	Saniye-dakika
İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV)	Saniye-dakika
Herpes simplex virus (HSV) tip	1, 2 Dakikalar
Kabakulak virüsü	Saatler
Streptococcus pyogenes	Saat-gün
Staphylococcus aureus	Günler
Mycobacterium tuberculosis	Gün-hafta
Hepatit B virusu (HBV)	Haftalar
Hepatit C virusu (HCV)	Haftalar

Tablo 1. Mikroorganizmaların oda sıcaklığında canlı kalma süresi

sağlamak için gerçekleştirilen temizlik işlemidir. Yüzeyin tükürük, kan, artıktan arındırılma işlemidir. Dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde mutlaka yapılmalıdır. Dezenfeksiyon bakteri sporları dışında patojen mikroorganizmaların ortadan kaldırılması işlemidir. Sterilizasyondan daha az öldürücü bir işlemdir. Aletler, protez, aparat, ölçü, çevre yüzeyleri gibi cansız objelere uygulanır. Canlı yüzeylere aynı amaçla uygulanan işlem antisepsidir; ancak aynı kimyasallar kullanıldığından, günümüzde doğru olmasa da antisepsi yerine dezenfeksiyon; antiseptik yerine dezenfektan terimi kullanılmaktadır. Sterilizasyon, objedeki her türlü mikroorganizma sayısının milyon kere azaltılmasıyla sağlanır. Sterilizasyon genellikle kuru sıcak hava sterilizatörü ve otoklavda yapılır.

Diş laboratuvarında infeksiyon kontrolünün amacı

Dişhekimliği çapraz infeksiyon yollarından birisi olarak klinik ve laboratuvar arasında potansiyel patojen mikroorganizma taşınmasının önlenmesi, infeksiyon kontrolü işlemleriyle sağlanabilir. Tüm infeksiyon kontrol işlemleri tek bir sonuç için, infeksiyon zincirini kırmak için yapılır. Bu işlemlere standart önlemler denir. Her laboratuvarın yazılı infeksiyon kontrol protokolü olmalı, çalışanlarını infeksiyon riskleri konusunda bilgilendirmeli, uygulamalar konusunda kayıt tutulmalı ve program belli aralarla gözden geçirilmelidir.



Fotoğraf: Dr. Uğur Ergin

Tüm infeksiyon kontrol işlemleri tek bir sonuç için, infeksiyon zincirini kırmak için yapılır. Bu işlemlere 'Standart Önlemler' denir.

ABD'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, İngilizce kısaltmasıyla CDC'nin 2003 yılı dişhekimliği infeksiyon kontrol yönergesinde diş laboratuvarı infeksiyon kontrol önlemleri şöyle sıralanmıştır:

1- Laboratuvara gelen işler, dekontamine edilmeye dek ellenirken uygun koruyucu giysiler giyilmeli (**IA, IC**)*.

2- Laboratuvarda ellemeden önce tüm diş protezleri ve protez malzemeleri (ölçüler, ısırma kayıtları, okluzal kenarlar ve çekilmiş dişler) temizlenmeli, dezenfekte edilmeli ve çalkalanmalı. Dezenfeksiyonda en azından orta düzeyli bir dezenfektan (tüberkülosidal

etkili) Çevre Koruma Ajansı'na (EPA) kayıtlı hastane dezenfektanı kullanılmalı (IB).

3- Özel materyallerin (ölçü materyalleri gibi) dezenfeksiyon işlemleriyle ilgili stabilitesi hakkında yapımcısına danışılmalı (III).

4- Laboratuvar işleri dışarı gönderileceği zaman kullanılan dezenfeksiyon tekniği hakkında (kullanılan solüsyon ve süre) bilgi verilmeli (III).

5- Ağızda kullanılan, ısıya dayanıklı malzemeler (metal ölçü kaşıkları ve face-bow forks) temizlenmeli ve ısıyla steril edilmeli (IB).

6- Hastayla normalde temas etmeyen (frezler, cila malzemeleri, rag wheels, artikülörler, case pans ve lathes) ama kontamine olabilen araç gereç temizlenmeli, steril etmek ya da dezenfekte etmek için yapımcının önerileri izlenmeli. Yapımcı önerisi yoksa kontaminasyon derecesine göre temizlenmeli ve ısıya dayanıklıysa ısıyla steril edilmeli ya da temizlenmeli ve EPA onaylı hastane dezenfektanı olarak HIV, HBV etkinliği olan düşük düzeyli ya da tüberküloz etkili orta düzeyli dezenfektanla dezenfekte edilmeli (III).

Standart infeksiyon kontrol önlemleri

Aşılanma: Hepatit B, tüberküloz, tetanoz, difteri, boğmaca, kızamık, kızamıkçık, kaba-kulak, çocuk felci, suçiçeği. Hepatit B aşısı 0, 1, 6 ay olmak üzere üç doz yapılır ve ömür boyu bağışıklık sağlar. Rapeler ya da antikor düzeyine baktırmaya gerek yoktur.

Engel (Bariyer): Çapraz kontaminasyonu önlemenin en etkili ve pratik yöntemi mikroorganizmaların girişine engel oluşturmaktır. Engel, ellerin yıkanması ve eldiven, maske, koruyucu gözlük, siperlik, önlük giyilmesiyle sağlanabilir.

Tek doz malzeme kullanımı: Malzemeler tek doz yani bir kerelik hazırlanmalıdır. Belirli bir işlem için yeterli miktarda bir kerelik materyal kullanılmalı ve işlem tamamlandıktan sonra artanı atılmalıdır. Amaç çapraz kontaminasyonu en aza indirmektir. Örneğin pomza tozu aerosol ya da direkt



Fotoğraf: Dr. Uğur Ergin

temasla potansiyel kontaminasyon riski taşıdığından, bir kerelik hazırlanmalıdır.

Yazılı iletişim

Klinikle laboratuvar arasında koordinasyon olmalıdır. Klinikten gelen kontamine parçalar laboratuvar çalışanı tarafından ellenmeden önce uygun yöntem ve materyalle temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Dezenfeksiyon işlemi laboratuvara gelmeden, klinikte yapılmalıdır. Ölçüler ya da protezler ve apereyler üzeri etiketli kapalı bir kutu ya da torba içerisinde laboratuvara gönderilmelidir. Diş laboratuvarı kliniğe salt biyolojik olarak temizlenmiş işleri kabul ettiğini bildirmelidir. Bunun nedeni ölçü, protez, ortodontik aparey, ısırma kaydı, geçici protez ve kuronların temizlenme ve dezenfekte edilmesi için en iyi zamanın, hastanın ağzından çıkarıldıktan hemen sonra ve üzerinde kan, tükürük ve diğer biyolojik yük kurumadan önce olmasıdır. Laboratuvarıdan kliniğe geri gönderilecek parçalar da temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

Klinikle koordinasyon yoksa ne yapılmalı?

Gelen iş- özel alanda karşılanmalı ve dezenfekte edilmelidir. Kan, tükürük ve artıkları

Klinikle laboratuvar arasında koordinasyon olmalıdır. Dezenfeksiyon işlemi laboratuvara gelmeden, klinikte yapılmalıdır.

Ölçü Maddesi	Özellik
Aljinat Jelrate	Kurumasına izin verme, çıkar, çalkala ve hemen dök.
Polisulfid Permlastic Rubber Base	Boyut stabilitesi için 30 dak. içinde dök. Saatler
Vinil polisiloksan ExpresD, Mirror III, Reprosil	Uygun olduğunda dök.
Polieter Impregum, Permadyne, Ramitec, Polygel	30 dak. kurut, uygun olduğunda dök.

Tablo 2. Ölçü maddelerine göre ölçü dökülmesinin özellikleri

uzaklaştırmak için akan suyun altında yıkanmalı, fazlalık kısımları düzeltilmeli (bu işlem mikroorganizma ve organik madde sayısını azaltır); uygun şekilde dezenfekte edilmeli, artık dezenfektanı uzaklaştırmak için akan suyun altında tekrar yıkanmalıdır. Yıkama biyolojik yükü azaltmak için çok önemlidir. Böylece dezenfektana karşı mikroorganizma direnci azaltılır. Yıkamada protein materyallerin ısı ya da dezenfektanlarla koagüle olmaması için soğuk su kullanılmalıdır.

Ölçülerin dezenfeksiyonu

Ölçüler orta düzeyli bir dezenfektanla (1:10 sulandırılmış çamaşır suyu [NaOCl] ya da dört değerli amonyum bileşiği+alkol) de-

zenfekte edilmelidir. Dezenfeksiyon poşet içinde spreylemeyle ya da batırmayla (10 dakika) yapılmalıdır. Dezenfeksiyon sonrası soğuk suyla çalkalama işlemi atlanmalıdır. Ölçülerin dökülmesi ölçü maddesine göre değişir (**Tablo 2**).

Alçı modellerin dezenfeksiyonu

Dezenfekte edilecek modeller tamamen sertleşmiş olması gerektiğinden 24 saat bekletilmelidir. Tamamen ıslanana kadar poşet içinde 1:10 sodyum hipoklorit ya da iyodoform ile spreylenecek, sonra çalkalanmalıdır; ya da %0.5 çamaşır suyu ve doymuş kalsiyum dihidrat solüsyonuna sokulmalıdır.

Yıkama biyolojik yükü azaltmak için çok önemlidir. Yıkamada protein materyallerin ısı ya da dezenfektanlarla koagüle olmaması için soğuk su kullanılmalıdır.



İşlem	Amaç	Ürün
Spreyle	Yüzeye deterjan uygulanması	Kir sökücü deterjan
Sil	Yüzeyin fiziksel olarak temizlenmesi	Kir sökücü deterjan
Spreyle	Yüzeye dezenfektan uygulanması	Düşük ya da orta düzeyli dezenfektan
Bekle	Antimikrop etki için gerekli süre	

Tablo 3. Çevre yüzeylerin dezenfeksiyon tekniği : Spreyle-sil-spreyle

Not: İşlem başından beri düşük ya da orta düzeyli dezenfektan uygulamasıyla da yapılabilir.

Diş laboratuvarında infeksiyon riskinden korunma, her uygulamada standart önlemlere uymakla sağlanabilir.

Kontamine protezler ve apareylerin temizliği, dezenfeksiyonu

Temizlik elde ya da ultrasonik temizleyicide yapılabilir. Bu işlem protez ve apareyler laboratuvara gönderilmeden önce klinikte yapılmalıdır. Elde temizlikte yumuşak fırça ve antimikrobik sabun kullanılabilir; kullanılan fırça sonra dezenfekte ya da steril edilmelidir. Ultrasonik cihazda temizlikte protez ultrasonik temizleme solüsyonuyla doldurulmuş tek kullanımlık ağız kilitli plastik torbaya ya da kaba konulmalı, ultrasonik temizleyicide önerilen sürede bekletilmeli, olası sıçramaları azaltmak için cihazın kapağını kapalı tutulmalı, akan suyun altında yıkanmalı ve kurulanmalıdır. Protez yüzey altı dezenfeksiyon için 1:10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu ya da orta/yüksek düzeyli dezenfektan (gluteraldehit ya da fenoller dışında) içeren kilitli torbaya yerleştirilmeli, ultrasonik temizleyicide 10 dakika bekletilmelidir. Protez ve aparey metal parçalarının korozyonunu en aza indirmek için üretici firma tarafından önerilen temas süresi aşılmamalıdır. Krom-kobalt alaşımlarına 10 dakika gibi kısa temas süresi olumsuz etki göstermez. Porselen restorasyonlar porselen cilası zaten fırınlanarak yapıldığı için ayrıca dezenfeksiyon ya da sterilizasyona gerek yoktur. Diğer işlemler ve bulunduğu yerde kontamine olmamasından emin olunmalıdır. Protez dezenfeksiyonundan sonra toksisite ve irritasyona yol aç-

maması için dezenfeksiyondan sonra protez kesinlikle ağıza hemen takılmamalıdır. Kullanıma kadar dezenfektanın içerisinde bekletilmemelidir; sulandırılmış ağız gargarası, örneğin %0.2 klorheksidin glukonat içerisinde bekletilebilir.

Ultrasonik temizleyicinin kontrolü

Ultrasonik temizleyicinin etkinliği ayda bir folyo testiyle kontrol edilmelidir. Folyo testi için cihaz yeni hazırlanan solüsyonla doldurulmalı; bir alüminyum folyo kağıdı, cihazın kenarları ve dibine değmeyecek büyüklükte kesilmeli; cihazın üst yan kenarları üzerine yerleştirilen bir çubuğa sarılarak solüsyon içine sarkıtılmalı, cihaz ısıtıcısı çalıştırılmadan 20-60 saniye çalıştırılmalıdır. Test sonucunda alüminyum folyo üzerinde oluşan delikler eğer düzenli dağılım gösteriyorsa cihazın her noktasında eşit temizleyici güçte çalıştığı kanıtlanmış olur.

Tesviye-Polisaj motoru

Sıçrayan parçalar, damlalar ve aerosolden zarar görmemek için, çalışırken koruyucu gözlük kullanılmalı, motorun koruyucu kalkanı olmalı ve vakumu çalıştırılmalıdır. Motor günün sonunda temizlenip dezenfekte edilmelidir. Aynı şekilde fırça, lastik ve frezleri günlük olarak temizleyip dezenfekte edilmeli ya da ısıyla sterilizasyon (kuru sıcak hava sterilizatöründe ya da otoklavda) yeğlenmelidir.

Diş laboratuvarında sterilizasyon

Ağız dokularıyla temas etmiş, kontamine olmuş apareyler ya da potansiyel olarak kontamine olmuş apareyler tüm metal ve ısıya dayanıklı araç gereç her kullanımdan sonra ısıyla sterilize edilmelidir. Örneğin: Ölçü kaşıkları, bol kaşıkları, frezler, cila gereçleri, bez fırçalar, spatül, laboratuvar bıçakları.

Ölçü kaşıkları

Tekrar kullanılacak ölçü kaşıkları temizlenmeli ve steril edilmeli ya da tek kullanımlık olanları atılmalıdır. Ön yıkama, biyolojik yükü ve yapışan ölçü maddesini uzaklaştırır. Ultrasonik temizlik, artık alçının uzaklaştırılmasına yardım eder. Krom kaplama ya da alüminyum kaşıklar temizlenip, paketlenip ısıyla sterilize edilmelidir. Tek kullanımlık kaşıklar kullanımdan sonra atılmalıdır. Özel akrilik kaşıklar, ikinci bir kez kullanılacak ise, dezenfekte (sprey ya da batırma) edilmeli ve çalkalanmalıdır.

Isırma mumları

Batırmayla bozulabileceğinden, ölçü dezenfeksiyonu gibi sprey dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

Kaplar, artikülatörler

Görülebilir kirlenme her işten sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

Çevre Yüzeyleri

Günlük olarak ya da görünen kontaminasyondan sonra temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir (Tablo 3). Görünür kontaminasyon varsa orta düzeyli dezenfektanla, yoksa düşük düzeyli dezenfektanla dezenfekte edilmelidir. Dezenfektan kullanımını en aza indirmek için yüzey örtüleri kullanılabilir.

Tıbbi Atık

Tek kullanımlık materyal, araç-gereç:

Ölçü kaşığı, ölçü maddeleri, pomza tozu.

Kesici, delici malzemelerin atılması : Frezler, ortodontik teller taşırken yaralanmaya

neden olamayacak şekilde sert kaplara atılmalıdır.

Kişisel Sağlık

Laboratuvarda kaçınılması gerekenler: Yemek/içmek, sigara içmek, kontakt lens takmak ya da çıkarmaktır.

Hemen bildirilmesi gerekenler: Eldiven, malzeme alerjisi yaralanmalardır.

Yaralanma durumunda yapılması gerekenler: Yara zedelemekten kanatılmalı; su altında iyice yıkanmalı ve su geçirmez bandla kapatılmalıdır.

Sonuç

Diş laboratuvarında infeksiyon riskinden korunma, her uygulamada standart önlemlere uymakla sağlanabilir. Diş laboratuvarı çalışanları Hepatit B aşısı olmalı, klinikten gelen işlerin kabul, işlem ve sevk alanları ayrılmalı, kişisel koruyucu eşyalar ve tek dozluk malzeme kullanılmalı, el yıkamanın ve kişisel sağlığın önemi anlaşılmalı, her malzeme için dezenfektan uyum bilgisi öğrenilmeli, uygun sterilizasyon ve dezenfeksiyon yöntemleri kullanılmalıdır. Klinik-laboratuvar iletişimi ve koordinasyonunu sağlanmalıdır. ■

**Parantez içindeki ifadeler, önlemlerin bilimsel kanıt, kuramsal önem ve uygulanabilirlikleriyle ilgilidir.*

IA : Çok iyi planlanmış deneysel, klinik ya da epidemiyolojik çalışmalarla kuvvetle desteklenmiş ve kuvvetle uygulanması önerilen;

IB: Bazı deneysel, klinik ya da epidemiyolojik çalışmalarla ve kuvvetli bir kuramsal gerekçeyle desteklenmiş ve kuvvetle uygulanması önerilen;

IC: Yasa ya da standartlar gereği zorunlu olan uygulama;

II: Anlamlı klinik ya da epidemiyolojik ya da kuramsal bir gerekçeyle desteklenen ve uygulanması önerilen önlemlerdir.

Kaynaklar

1. British Dental Association Advice Sheet: Infection control in dentistry A12 February 2003
2. CDC. Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003. MMWR 2003; 52(No. RR-17):1-66.
3. Huizing KL, Palenik CJ, Setcos JC, Sheldrake MA, Miller CH. Method of evaluating the antimicrobial abilities of disinfectant-containing gypsum products. QDT Yearbook 1994; 17:172-6.
4. Külekçi G. Dişhekimliği Enfeksiyon Kontrol Rehberi CD'si, IDO Dergi, 2007, 113(Mart/Nisan): 55-7.
5. Külekçi G. Dişhekimliğinde Sterilizasyon Öncesi Alet Temizliği, Dentiss, 2008; 2(6): 32-4.
6. USAF Guidelines for Infection Control in Dentistry, USAF Dental Evaluation & Consultation Service, April 2008.

Dişhekimî Sevil
Arslan

stuglu.arslan33@gmail.com



Haklarımızın olmadığı ‘Tam Gün’ü istemiyoruz!

Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) ve Dişhekimleri Odaları ilkel olarak ‘Tam Gün’ uygulamasına karşı değil. Ancak performansla dayalı ‘Tam Gün’ yaklaşımı yerine tüm dişhekimlerinin özlük haklarının kalıcı olarak korunduğu bir sistem istiyorlar. ‘Tam Gün’ Yasa Tasarısı’yla ilgili gelişmeleri İstanbul Dişhekimleri Odası (İDO) Genel Sekreteri Aret Karabulut, TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Murat Akkaya, İDO Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan ve Dişhekimî Afşin Düğencioğlu değerlendirdi.

İDO Genel Sekreteri Aret Karabulut:

Başka bir sağlık sistemi mümkün

“Tam Gün” Yasası, sağlık alanında çalışanların istihdam ve çalışma modeline kısıtlayıcı müdahalede bulunarak Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla uyumlu biçimde hekimleri sermaye karşısında savunmasız bırakacak bir uygulamadır.



Tam süreli çalışma ilkesel olarak doğrudur. Hekimlerin tek bir kurumda belirli bir zaman diliminde ilgisini başka alanlara kaydırmadan çalışması olumludur. Böylece hekimler sosyal yaşamlarına ve kendilerini geliştirmeleri için gerekli zamanı ayırabilmesi sağlanacak dolayısıyla da üretilen hizmetin niteliğine olumlu katkı sağlanacaktır.

İlkesel olarak doğru bulduğumuz tam süreli çalışma, şu an uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve “Tam Gün” Yasası’yla örtüşmekte midir?

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın özü devletin sosyal devlet anlayışından uzaklaşıp sağlıktan elini çekmesi ve sağlığın serbest piyasa koşullarına bırakılmasıdır. Bu çerçevede yapılan düzenlemeler, tüm kamu hastanelerini, hekimlerin ne kadar çok çalışırsa o kadar çok para getiren işletmeler haline dönüştürecektir. Kuşkusuz böylesi bir sistemde hekimler tıpkı diğer sağlık çalışanları gibi işletmenin en önemli harcama kalemidir ve hekim emeğinin ucuzlatılması gerekmektedir. “Tam Gün” Yasası, sağlık alanında çalışanların istihdam ve çalışma modeline kısıtlayıcı müdahalede bulunarak Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla uyumlu biçimde hekimleri sermaye karşısında savunmasız bırakacak bir uygulamadır.

Tam gün süreli çalışmayı ancak;

- İş ve ücret güvencesi için gerekli yasal değişiklikler yapılması,
- Çalışanların ücretleri insan onuruna yakışır düzeyde olması,
- Yapılan her türlü hizmet sonucunda alınan tüm ücretlerin emekliliğe ve özlük haklarına yansıtılması,
- Aynı girişimsel işlemleri yapmalarına rağmen farklı kurumlarda çalışan hekimlerin ücretleri arasındaki farklılığın giderilmesi,
- Tayin, görevlendirme ve yükselme işlemlerinin demokratik ve katılımcı bir anlayışa göre yapılması,
- İş ve ücret güvencesi sağlayacak örgütlenme olanakları geliştirilmesi, grevli toplu sözleşmeli sendikal hakkın verilmesi,
- Sağlıkta para hırsı karşısında insani hiçbir değeri tanımayan politikalarından vazgeçilmesi halinde kabul etmek mümkündür.

Ancak hükümetin yine dayatmacı tavrı, tarafların önerilerini dikkate almayan anlayışı sonucunda oluşan Yasa Tasarısındaki şekliyle tam süreli çalışma modeli savunulamaz. Dayatılmış çalışma şekilleriyle oluşturulan sağlıksız çalışma koşulları yerine, hayalini kurduğumuz bir sağlık sisteminde özgürce hizmet sunarak yaşamak mümkün.■

Dayatılmış çalışma şekilleriyle oluşturulan sağlıksız çalışma koşulları yerine, hayalini kurduğumuz bir sağlık sisteminde özgürce hizmet sunarak yaşamak mümkün.

TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Murat Akkaya:

Çelişkilerle dolu bir sistem

TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Murat Akkaya, tam süreyle çalışmaya geçildiğinde yaşanılacak en büyük sıkıntının kamuda çalışan meslektaşlarımızın gelirin maaş üzerinden değil de performans sistemi üzerinden arttırılması olacağını söylüyor.

Tam Gün Yasa Tasarısı'ndaki en büyük sıkıntı dişhekimlerinin gelirin maaşla değil de performans sistemi üzerinden arttırılması. Maaşlarda bir artış yapılmadığı takdirde performansla ilgili bölüm sadece vaat olarak kalıyor. Yani deniliyor ki "Daha çok çalışırsanız şu kadar maaş alabilirsiniz." Bu vaadin teknik olarak gerçekleşmesi mümkün mü? Biraz zor görünüyor. Öncelikle hedeflere ulaşmak lazım. Ancak hedeflere ulaşmak için ne kadar çalışılacak? Eğer kurallara uygun çalışılacaksa süreler buna yetecek mi? Bu bir sıkıntı. Diğer taraftan diyelim ki bu hedeflere ulaştınız. Bunun karşılığında kurumunuzun geli-

ri de çok büyük miktarda artacak. Mesela verilen hedeflere ulaşmak için döner sermayeden aldığım katkı payının üç, dört kat fazlasını almam lazım. Benim bunu alabilmem için çalıştığım kurumun da gelirin artması gerekir. Kurumda yapılan işlem sayısı fazla olsa da Sosyal Güvenlik Kurumları bu ödemeyi yapacak mı? Hepimiz biliyoruz ki, mevcut sistem içinde kamu kurumlarına yapılan ödemeler çok sınırlı. Hak edişlerde üç, dört katına çıktığında, devlet nasıl ödeme yapacak? Ayrıca devlet bu parayı verebilecekse neden maaşlar üzerinden vermiyor da, performans sistemi üzerinden veriyor?



*TDB Genel
Başkanı
Prof. Dr.
Murat
Akkaya*

Döner sermaye yoksa ne olacak?

Bunun dışında, döner sermaye geliri olmayan kurum ve kuruluşlarda çalışan meslektaşlarımızın durumu var. Her ne kadar vaat olarak kalsa da, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve üniversitelerde çalışan meslektaşlarımıza performansla dayalı bir ek ödeme yapılacaktır. Ancak, döner sermaye işletmesi olmayan kurumlarda böyle bir ödeme yok. Bu arkadaşlarımız tam süreli çalışmaya geçtiklerinde maaşları dışında bir gelirleri olmayacak. Bakın yine aynı noktaya geliyoruz. Ücretlerin maaşlar üzerinden ödenmemesinin sıkıntılarını yaşıyoruz. Eğer devlet tam süreli çalışma sonucunda ilave ücretleri maaşlar üzerinden verirse bu arkadaşlarımızın sıkıntısı kalmayacaktır. Sadece prim sisteminin



Sağlık çalışanları 24 Haziran'da 'Tam Gün' Yasa Tasarısı'nı protesto etmek amacıyla Çapa'dan Haseki'ye kadar yürüdüler.

uygulandığı bir sistemde ise, meslektaşlarımız çalıştığı kurumlarda döner sermaye uygulaması olmadığından mağdur olacaklar.

Çelişkili uygulamalar var

Konuyla ilgili Meclis'te de görüşümüzü bildirdik. Örneğin; askeri hekimlerde de döner sermaye uygulaması yok. Onun yerine tazminat sistemi getirmişler, farkı öyle kapatmaya çalışmışlar. Performans yerine bu sistem tüm hekim ve dişhekimlerine, en azından döner sermaye geliri olamayanlara da uygulanabilir. Tabi bunlar yine de kendi

içinde çelişki yaratıyor. Bir kurumda dişhekimine tazminat adı altında maaş üzerinden ödeme yapılırken, diğer kurumda yapılmaması çelişkiye neden oluyor. Bunlar nasıl çözülecek bilemiyorum. Umarım sağlıklı bir şekilde sonuçlanır.

Yeni mağdurlar yaratılmamalı

Daha önceki taslak, tam güne ait çeşitli konuların incelendiği ve maddelerin yazıldığı bir tasarıydı. Mevcut tasarı, ağırlıklı olarak üniversite yasasındaki değişikliği içeren bir manzume şeklinde hazırlanmış; yeni bir düzenleme gibi değil. Tam süreli çalışmayla ilgili baştan aşağı yapılacaklara ilişkin bir düzenleme değil. 1219 Sayılı Yasa'yla ilgili düzenleme, askeri hekimlerin yasasındaki düzenleme olan "Torba" Yasa gibi. Aynı şekilde, hatalı hekimlik uygulaması ve zorunlu sigortayla ilgili ayrı bir yasa tasarısı da vardı. O tasarıdan bir iki paragraf alınmış ve "Tam Gün" Yasa Tasarısı'nın içerisine yerleştirilmiş. Bu tarz değişikliklerle bir sepet oluşturmuşlar. Yasa tasarısının hazırlanmasındaki usul ve içerik açısından bu teknik yanlışlıkları hukukçular ifade ettiği gibi, biz de tespit ettik. Onun dışında tasarıda biraz önce bahsettiğim çelişkili hükümler ve adaletsizlikler yasanın iptalini kolaylaştıracak maddeler. Umarım mağduriyet oluşmadan düzeltme yapılır ya da tasarı iptal edilir.■

Askeri hekimlerde de döner sermaye uygulaması yok. Onun yerine tazminat sistemi getirmişler, farkı öyle kapatmaya çalışmışlar.



İDO Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan:

“Tam Gün” popülist yaklaşımın ürünü

İDO Başkan Vekili Prof. Dr. Serdar Çintan, ‘Tam Gün’ Yasa Tasarısı’nın popülist bir yaklaşımla sunulduğunu ve daha önceki uygulamaların başarısızlık nedenleri üzerinde düşünülmeden hazırlandığını söylüyor. Üniversiteler, meslek örgütleri ve sivil toplum örgütlerinin görüşlerinin alınmaması ya da alınsa bile bunların değerlendirmeye hiç katılmaması da işin cabası...

Bir öğretim üyesi olarak bu konudaki genel görüşüm bir üniversite hocasının üniversiteye tüm zamanını ayırması ve bu süre içinde “araştırma, eğitim ve hizmet” veya “eğitim, araştırma ve hizmet” sıralamaları çerçevesinde verimli bir üretkenlikle çalışmasından yanadır. Bu çalışmalarının karşılığında insanca yaşayabilecek, ailesinin geçimini, çocuklarının eğitimi kabul edilir standartlarda sağlayabilecek bir ücret alan her öğretim üyesinin üniversitedeki tüm zamanını araştırmalarına, asistanlarına, öğrencilerine ve hastalarına seve seve ayıracağını düşünüyorum.

Ülke gerçekleri zorluyor

Ancak ülkemizin ekonomik gerçekleri bu hayalin gerçekleşmesine engel olmuş ve birçok öğretim üyesi kendilerine tanınmış yarı zamanlı çalışma statüsüyle deneyimlerini üniversite dışında kullanıp hasta bakarak yaşamlarını sürdürme ve yaşam standartlarını yükseltme yolunu seçmişlerdir. Üniversitede kalan öğretim üyeleri ise döner sermaye katkı paylarını yükseltmek için kendilerine tanınan haklarla mesai saatleri dışında özel hasta bakarak yaşam kalitelerini yüksek tutma gayreti içine girmişlerdir. Bu süreç içinde gözlediğimiz bir başka gerçek ise yarı zamanlı çalışan bir grup öğretim üyesinin aslında üniversitede de eği-

tim amaçlı oldukça yüksek sayıda hasta bakarak üniversite döner sermayesine, kendileri bundan pay almamalarına karşın katkı sağladıklarıdır.

Kanun tasarısının 7. maddesinde 1219 Sayılı Yasa’da yapılmak istenen değişiklik de önemli. Çalışma şartları açısından merkez veya hastahane şartlarına ihtiyacı olan, özellikle invaziv işlem yapacak hekimler, ya muayenehane sahibi olamayacak ya da toplumun çok büyük bir bölümünü kapsayan SGK hastalarına bakamayacak. SGK ile anlaşmalı bir sağlık kurum ya da kuruluşunda çalışma zorunluluğu olanlara muayenehanelerinde değil, sadece bu tür yerlerde çalışma zorunluluğu getiriliyor. Bu değişiklik de muayenehaneciliği ilgili hekimler açısından ortadan kaldıran bir düzenlemedir.

Eğitim ve araştırma geri planda

Dikkat ederseniz yukarıdaki satırlarda hasta bakım hizmeti kendiliğinden ön plana çıkmış, eğitim ve araştırma geride kalmıştır. Bunda, son yıllarda kurumlarda farklı uygulamalar olsa da performansla göre pay alınmasında tedavi edilen hasta sayısının ve döner sermayeye yapılan katkının değerlendirilmesinin ön planda olması rol oynamaktadır. Bir öğretim üyesinin yaptığı araştırmalar, yayınlar, eğitime verdiği önem hiçbir şe-

**İDO Başkan Vekili
Prof. Dr. Serdar Çintan**



kilde yaşam kalitesinin yükselmesine destek olmamaktadır. Buradan çıkacak sonuç bizleri, üniversite yaşamının anlamını yitirmesi çizgisine götürecek kadar vahimdir.

Günde 125 yeni hasta

İçinde bulunduğumuz durum böyleyken AKP iktidarı tarafından toplum önünde tartışmaya açılan 'Tam Gün' Yasası sözünü ettiğimiz sıkıntıları çözecek nitelikte midir? Yeni sosyal güvenlik uygulamalarının oldukça popülist bir yaklaşımla yaklaşık iki yıl önce hayata geçirilmesi, dişhekimliği fakültelerinde nasıl sonuç vermiştir? Günde 125 yeni hasta kabul eden ve yaklaşık 600 randevulu hastaya tedavi hizmeti sunan, altyapısını da bin bir zorlukla elden geçirmiş bir fakülteye bir gün içinde bu rakamların üç misli hasta başvurmuştur. Bu durum da oldukça iyi yürüyen, üniversite döner sermayesine aksamadan para aktaran bir fakültenin tüm programını yeni uygulamaya göre yeniden yapılandırmak zorunda kalmasına ve tüm iyi niyete karşın hastalara verilen randevu tarihlerini oldukça ileri tarihlere atmaya başlamasına neden olmuştur.

Üniversiteden kopuşlar olacaktır

AKP iktidarı daha önce birçok konuda yaptığı gibi bu 'Tam Gün' Yasası'nı da toplum önünde tartışmaya açmış ve gelecek tepkiler doğrultusunda da uygulamaya geçirmek yolundadır. Bu birkaç basamaklı bir hamleyle gerçekleşmek üzeredir. Ancak ilginç olan, bu tasarının üniversiteler, meslek örgütleri ve sivil toplum örgütlerinin görüşleri alınmadan veya değerlendirilmeden hazırlanması dolayısıyla da oldukça popülist bir yaklaşımla sunulurken, daha önceki uygulamaların başarısızlık nedenleri üzerinde de durulmamasıdır. Bu tasarıyla hekimlerin yarı zamanlı çalışma hakkı ellerinden alınmaktadır. Üniversite öğretim üyelerinin muayenehane veya özel hastanelerde hasta tedavi etme hakkı ellerinden alınmaktadır. Buna göre tercihlerini bir yönde kullanmak durumunda kalacak öğretim üyeleri-

nin önemli bir bölümü muayenehane veya kliniklerinde yaptıkları yatırımları silmeyi göze alamayıp üniversitedeki işlerini bırakmak zorunda kalacaklardır. Bu özlük haklarıyla ilgili farklı boyutlarda kayıplara da neden olabilecektir. Üniversiteyi seven, yarı zamanlı da olsa eğitim, araştırma ve hasta bakma hizmetine ciddi katkısı bulunan birçok öğretim üyesi üniversiteden kopmak zorunda kalacaktır.

Performans karşılığı ödeme

'Tüm Gün' üniversitede kalmayı tercih eden veya bu statüsünü sürdürme kararında olan hekimler için de yasanın getireceği katkı yok gibidir. Özel hasta kavramı kaldırılmaktadır. Ancak öğretim üyelerine performans karşılığı ödeme dayatılmaktadır. Bu da bir atölyede iş üretircesine neredeyse, yaptıkları işin yıllarca kazanılan bilgi ve deneyim sonucu gerçekleştiği tümüyle göz ardı edilen hekimlerin hasta başına ek ücret almak durumunda kalmaları demektir. Bununla birlikte özlük haklarına yansımayan ve gelecek garantisi olmayan bu sistemlerle araştırma ve eğitime verilen desteğin yasada hiçbir yeri görülmemektedir.

İnsan ilişkileri zarar görecek

Üniversite klinikleri son yıllarda ağırlıklı olarak döner sermayelerinin katkısıyla yürümektedir. Çoğunda yer ve zaman sorunları nedeniyle öğretim üyeleri ve asistanları rotasyonla hasta tedavi edebilmektedirler. Tasarıyla hekimler sürekli daha fazla hasta tedavi etmek zorunda kalacaklar ve bu hekim-hekim, hekim-hasta, hekim-yardımcı personel ilişkilerinde sosyal açıdan önemli sıkıntılar yaratacaktır. Üniversite öğretim üyelerinin tek görevinin hasta tedavi etmek olmadığı, asıl işlerinin araştırma ve eğitim olduğu, sağlık hizmetinin bunlardan sonra geldiği göz ardı edilmemelidir. Üniversite öğretim üyelerinin çalışma koşullarında, tüm zamanlarını üniversiteye verimli bir şekilde ayırmaları bekleniyorsa, kapsamlı düzeltmeler yapılmalı ve performans kriterleri farklı yollarla belirlenmelidir.■



Tasarıyla üniversiteyi seven, yarı zamanlı da olsa eğitim, araştırma ve hasta bakma hizmetine ciddi katkısı bulunan birçok öğretim üyesi üniversiteden kopmak zorunda kalacak.

Dişhekimi Afşin Düğencioğlu:

Hasta hakkı **gasp** ediliyor!

Silivri Devlet Hastanesi'nde çalışan ve özel muayenehanesi olan Dişhekimi Afşin Düğencioğlu, birçok hastanın devlet hastanesindeki sistemin içine girerek muayene ve tedavi olmak istemediğini, tasarı bu şekilde hayata geçerse hastaların mağdur olacağını söylüyor.

Bir kamu kuruluşu olan Silivri Devlet Hastanesi'nde çalışan ve aynı zamanda Silivri'de muayenehanesinde ağız, diş sağlığı hizmeti veren Dişhekimi Afşin Düğencioğlu, "Tam Gün" Yasa Tasarı ile getirilecek yeni düzenlemenin özel muayenehaneciliği öldürmemesi ve töhmet altında bırakmaması gerektiğini söylüyor.

Şu andaki çalışma sisteminiz nasıl? "Tam Gün" Yasası çıktığında çalışma koşullarınızda neler değişecek?

Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nden 2000 yılında mezun olduktan sonra Mecidiyeköy'de muayenehane açtım. Daha sonra kamuda çalışmak istedim. İsteğim üzerine Silivri Devlet Hastanesi'ne atandım. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'na dâhil olarak 2002 yılında çalışmaya başladım. Şu an çalışma düzenim yarı zamanlı, ama ben buna "yarı part time" diyorum. 'Part time'da esas olan yarı zamanlı çalışmak. Ancak tam gün mesaisi saat 17.00'de biterken, biz sadece bir saat önce çıkıyoruz. Şu an geldiğimiz aşamada Sağlık Bakanlığı kamuda yeni bir düzenin oluşturulması gerektiğine karar verdi. Yeni düzen getirilecek olabilir. Ancak yeni düzende "Biz özel sektöre kötü bakıyoruz. Biz hizmetleri sadece kamuda veriyoruz. Özel sektör bu hizmetleri veremez" yaklaşımı özelde çalışan birçok hekimi de töhmet altında bırakır. Çünkü bu "Kötü çalışıyorsunuz. Ben sizi devlete alacağım daha düzgün çalıştıracağım" mantığına geliyor. Bu yanlış. Hastalarım beni sa-



dece devlet hastanesinde değil, özelde de görmek istiyor. Tasarıda hastalarımın bu hakkı gasp ediliyor. Çünkü birçok hasta devlet hastanesindeki sistemin içine girerek muayene ve tedavi olmak istemiyor. Tasarıda böyle bir sıkıntı var. İlk başlarda muayenehanecilikle ilgili sıkıntı yoktu. Ne oldu da "Biz devlette her şeyi yapacağız, bütün hizmetleri karşılayacağız" noktasına gelindi?

Daha önce size tanınan bir hakkın alınmasıyla birlikte nasıl bir mağduriyet doğacak?

Ben devlet görevini kabul ederken, özelde çalışma avantajını da gözeterek tercih yaptım. İlk başladığımızda işler gayet düzgün gidiyordu. Kamudaki çalışmalarımıza muayenehanemizle koordine bir şekilde devam edebiliyorduk. Amacımız sadece ödeme gücüne sahip hastalara özelde hizmet ver-

mek değil, hizmete ulaşamayanlara da kamu hizmeti üretebilmek. Sonuçta bu bir kamu hizmeti ve özel de bir sektör. Bu hizmetlerin tamamının üretilmesi gerekiyor. Biz buna da talip olduk ve buna talip olurken bize bir hak verildi. Şimdi bu hak tamamen ortadan kaldırılmak ve şartlar değiştirilmek isteniyor. “1200 profesör için bu kadar gürültü çıkartılıyor” deniyor. Mesele sadece 1200 profesör meselesi değil. Onunla birlikte kamuda çalışan, muayenehanesi olan hekimler, muayenehanelerde çalışan sekreterler, dişhekimi yardımcılar, bununla birlikte çalışan laboratuvarlar da sektörü oluşturuyor. Şimdi bu sektör de tamamen darbe yiyecek.

Ekonomik açıdan nasıl etkileyecek yeni yasa sizi?

İşin hizmet boyutunu bırakalım, ücret meselesine gelelim. Silivri Devlet Hastanesi’nden geçici görevle cezaevinde görevlendirildim. Şu anda orada çalışıyorum. En son 1.250 TL maaş aldım. Döner sermayeden yararlanarak ancak 15 gün çalışabildim. Döner sermayeden 15 gün için aldığım rakam muayenehanem olduğu için 180 TL yani toplamla yaklaşık 1.500 TL gibi bir maaş alıyorum. “Tam Gün”le muayenehanemi kapatmak zorunda kaldığımda pek bir değişim olmuyor. Bir aylık çalışmada 15 günlük çalışmanın iki katını düşünelim. 180 TL/15 günü, 360 TL/ay düşünelim. Bu %30’unu karşılıyor demektir. %30’u 360 TL ise muayenehanemi kapattığımda döner sermaye ödemesi olarak maaşıma ilave 1.200 TL daha alacağım. Yani toplamda yaklaşık 2.500 TL gibi bir gelirim olacak. 2.500 TL bir insan, bir hekim için çok kabul edilecek bir rakam değil. Bununla birlikte hasta yükümüz de artıyor. Performans uygulamasını değerlendirdiğimizde diğer branşlardaki uzman hekimlere nazaran daha fazla çalışıyor, hasta bakıyoruz. Kazandırdığımız performans çok daha yüksek olmasına rağmen puanlarımız daha düşük kalıyor.

Ücretler açısından da aramızda bir uçurum var. Bugün kamuda ve özelde çalışan, ortalama 1.500-1.750 TL civarında ücret alan bir



tıp hekimi “Tam Gün” Yasası’yla, tamamen kamuda çalışmasıyla birlikte döner sermayeden 5.000 TL ile 6.000 TL arasında değişen katkı payları alıyor. Bu bir standart oluşturabilir belki ama biz dişhekimlerinin aldığı ücretler çok yetersiz kalıyor. Hem maaşlarımız, hem de döner sermayeden aldığımız katkı payları yetersiz. Burada da büyük bir sıkıntı yaşayacağız. Sonuçta biz asıl geçimimizi muayenehaneden sağlıyoruz. Bu hakkı elimizden aldıklarında karşılığında bir şey göstermeleri lazım. Gelineen noktada “Bu kadar verebiliriz” diyorlar. Bu kadarla benim hayatımı idame ettirmem zorlaşacaktır. Senelerce kamu yararına emek vermiş bir hekim olmamıza rağmen böyle bir sıkıntıya gireceğiz.

Özlük haklarınız ve sosyal güvenlik açısından değerlendirdiğinizde çalışma koşullarınızda nasıl bir değişiklik olacak?

“Tam Gün” yasasıyla birlikte kamuda şöyle bir anlayış hâkim olacak: “Siz benim memur hekimsiniz. Ben sizi istediğim yerde, istediğim şekilde çalıştırırım” Rotasyonlar da olacak ve istedikleri şekilde kullanabilecekler. Şu an bunu devlet hastanesinde yaşıyoruz. Kendi yaşadığım bir örneği anlatayım. Ben askere gittiğim dönemde yaklaşık 20 ay gibi uzun zaman çalışmadım. Sonrasında yerel seçimlerde aday oldum. Yerel seçimlerden sonra görevime başladım. Ne yazık ki hastanede 15 gün çalıştım. En son geçici görev verildi. Bunlar, bize danışmadan,

Mesele sadece 1200 profesör meselesi değil. Onunla birlikte kamuda çalışan, muayenehanesi olan hekimlerin yanında çalışan sekreterler, dişhekimi yardımcılar, laboratuvarlar da sektörü oluşturuyor. Şimdi bu sektör tamamen darbe yiyecek.



Döner sermaye konusunda tasarıda bir netlik yok. Nasıl, ne zaman ve ne kadar ödeneceği belirsiz.

herhangi bir olumlu yanıt alınmadan yapılıyor. “Siz müsait misiniz, bedeni sağlık ve ruhsal durumunuz bunu kaldırabilecek mi? Gidebilir misiniz?” diye hiç sormuyorlar. Sonuçta bir cezaevinde görev aldım. Bana da nişilmeden, benim iradem dışımda gerçekleşen bir hadise oldu. Cezaevinde görev yapıyor, orada hasta bakıyorum. “Tam Gün” Yasası’yla da “Devletin hekimisiniz. Benim memurumsunuz. İstedğim yerde çalıştırırım” anlayışı devam edecek.

Silivri Devlet Hastanesi Başhekimisi kamuda çalışıp da muayenehanesi olan hekimlerle ilgili bir açıklama yaptı: “Hastanemize yapılan başvurulardaki hasta şikâyetlerinin büyük çoğunluğu özel muayenehanesi olan hekimlerden kaynaklanıyor. Eskiden bu oran daha yüksekti. Biz bunlara müdahale ettik, düzelttik. ‘Tam Gün’ Yasası’yla birlikte hastanede çalışanlar artık hastaya daha düzgün davranıyorlar.” Muayenehanesi olup da kamuda çalışan hekime böyle çok yanlış bir bakış açısı gelişti. Bütün hekim arkadaşlarım muayenehanelerini kapatmış bile olsalar buna tepki gösterdiler. Çünkü bu abesle iştigaldi. Bu açıklamayla hastanede insanlar hedef gösterildi. Şu anda hastanede çalışıp da muayenehanesi olan iki dişhekimisi, dört uzman hekim arkadaşımız var. Bu arkadaşlarımız “bunlar yüzünden kaynaklanıyor” diye hedef gösterildi.

Cezaevinde çalıştığınız zaman döner sermayeden yararlanabiliyor musunuz?

Kanunda şöyle bir madde var: Eğer döner sermayesiz bir kuruma giderseniz ortalama üzerinden hesaplanarak size belli bir miktar döner sermaye ödemesi yapılır. Bu, olayın ilk aşaması ama ikinci aşamasının ne olacağını bilmiyoruz. Döner sermaye konusunda tasarıda bir netlik yok. Nasıl, ne zaman ve ne kadar ödeneceğine belirsizlik. Diyelim ki bir süre sonra “döner sermayeleri kaldırdık” dediler. Süreçte döner sermaye katkı payları kalktığında ya da düşürüldüğünde ne yapacak bu insanlar? Sadece bir maaşla devam edeceğiz. Maaşlarda bir iyileştirmeye gidecekler mi? Bir açıklama yok. Sadece deniliyor ki, “Sizin özelde kazandığınız bu ücretlerin karşısındayız. Sizi bu şekilde kabul etmiyoruz.” Olayı buraya getiriyorlar.

Hastalar nasıl etkilenecek bu yasadan?

Yasa tasarısı hekimden çok hastaları ilgilendiriyor aslında. Tasarıda hastaya koşul getiriliyor; “Kamu ya da özel bunlardan birini seç” diye. Hasta bu konuda bir sıkıntı yaşamamalı. İkisini de seçebilmeli, ikisinden de aynı anda hizmet alabilmeli.

Muayenehanenizi kapatırsanız hastalarınız nasıl bir sıkıntı yaşayacak?

Ben muayenehanemi kapatıp “Tam Gün”

kamuda çalışmaya devam ettiğim andan itibaren iki taraf da sıkıntı yaşayacak, tedavisini sürdüren hastalarımı irtibatım kesilecek. Hasta sadece kamuda verdiğimiz hizmetlerle sınırlı olacak. Mevcut şartlar da çok yeterli değil. Örneğin; protetik tedavi ihtiyacı olanlara protez yapamıyoruz.

Bir de tabii muayenehanelere yatırım söz konusu. Bunlar kapandığında ne olacak?

Dişhekimlerinin muayenehanelere yaptığı çok ciddi yatırımlar mevcut, haliyle yasayla birlikte silinmiş olacak. Devlete girerken özelde de çalışma hakkım olduğu için girdim. Birçoğumuz böyle bir görevi bunun için tercih etti. 4/B statüsünde sözleşmeli çalışan hekimlere özelde çalışma hakkı vermediler. Ama bu çalışmalarının karşılığında onlara da çok ücret verdiklerini düşünmüyorum.

Muayenehanenizde günde kaç hasta bakıyorsunuz?

10-15 civarında değişiyor. Hastanede de 61 olunca “bakmam” demiyorum, devam ediyorum. Yalnız çalıştığımız günlerde hasta sayısı 90 ila 100'lere ulaşıyor. “Ben özelde çalışıyorum” diye bu hastaları reddediyorum muyum? Hayır. Performans açısından de-



ğerlendiriliyorsak, özelde çalışanla kamuda çalışanlar arasında karşılaştırma yapılarak bir değerlendirme yapılsın. Burada bir sıkıntı var mı? Buradaki asıl niyet özeli ayırmak. Yoksa hiçbir hekimin, hiçbir profesörümüzün şu andaki durumdan bir sıkıntısı yok. Bunların değerlendirilmesi ve artık bu noktadan sonra da net olunması gerekiyor. Kamunun önümüzdeki dönemlere ait yatırımlarına bakıldığında, pek çok yerde ağız ve diş sağlığı merkezlerinin açıldığını görüyoruz. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinden alınan hizmetlerde çok sıkıntılar yaşanmaya başladı. Sanıyorum bir de Sağlık Bakanlığı muayenehanelerden hizmet alımına dair anlaşma yapacak. Bunların birbirleriyle nasıl örtüşeceğine ilişkin netlik de yok. Bir diğer sorun da dişhekimleri yardımcı personel statüsünde; sanki sağlık personeli olarak görülüyorlar. Doktor olarak da tam kabul görmüyorlar. Bunların her birinin sistemde nasıl yer alacağının ciddi ciddi oturulup, düşünü- lüp, tartışılıp, konuşulması gerekiyor. Yoksa “ben yaptım oldu” demekle işler yürümüyor. Maalesef bu dönemde böyle bir anlayış hâkim oldu. Ben tam gün süreyle çalışmaya geçerek çok büyük başarıların elde edileceğini zannetmiyorum. Bir kısım başarı elde edilmiş olsa da hasta hakları açısından başarılı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmüyorum.

Başka eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Bu “Tam Gün” Yasası ülkemizde de iki kez denenmiş. Başarıya ulaşmamış. Bu konuda directmeye gerek yok. Hükümet ve Bakanlık sorunları çözmek için hareket etmeli. Bunun için taraflar karşılıklı oturup konuşup, görüş alışverişinde bulunmalı. Şunu merak ediyorum: Muayenehanem varken performansım nasıl? Yalnızca kamuda çalışan arkadaşımın performansı nasıl? Devlet hastanesinde günde 60 hasta bakıyorum. Aramızdaki performansta bir farklılık var mı? Ben hem kamuda hem muayenehanede çalışırken, bu durumu kullanarak yönlendirme mi yapıyorum? Yoksa dürüst ve düzenli şekilde çalışıyor muyum? ■

“Ben yaptım oldu” demekle işler yürümüyor. Maalesef bu dönemde böyle bir anlayış hâkim oldu.

Uzman Dr.
Kaan Arslanoğlu

Psikiyatrist
kaanarslanoglu@gmail.com

Psikiyatristten dişhekimliği notları

Dişhekimlerinin sıkıntılarıyla ilgili dış kaynaklı bir araştırmada, en büyük problem olarak korku ve gerilim dolu hastalar dile getirilmiş.



Yeni bir ortaçağa giriyoruz. İnsan bozuktur, daha da bozuluyor. Sözde bir özgürlük tutkunluğu, sorumsuzluğun artışı, küstahlık hakkının demokrasi gibi sunulması; öte yandan giderek artan saygısızlık ve saldırganlık. Yabancılaşmış, anksiyete ve depresyon içinde, psikopat bireylerin toplumlar içindeki sıklığı yükseliyor. Korku, kuşku, güvensizlik gösteren ya da düşmanca duygularla hekimlere gelen, çağdaş görünümü, fakat iletişimi bozuk hastalar öyle çoğalıyor ki. Bu kesimden dişhekimleri de nasibini alıyor.

Bilgiyle donanmak şart

Alan aynı zamanda tam bir ticaret alanı haline geldi; tüm hekimlik alanı gibi. Bu işten bol da para kazanılması gerek. Hekime ödenen daha fazla para, artan beklentiler ve artan güvensizlikler... Dişhekimliği psikolojisi hakkında makaleler, kitaplar şimdiden bir

kütüphane dolduracak kadar yığıldı. Hep olumsuz konuşmayalım. Mesleğin güzelliklerini yaşamak ve zorluklarını en aza indirmek için bilgiyle donanmak şart. Söz konusu kaynaklardan yararlanılabilir.

Korku ve gerilim iki düşman

Dişhekimlerinin sıkıntılarıyla ilgili dış kaynaklı araştırmalardan biri, en büyük problemin korku ve gerilim içindeki hastalardan kaynaklandığını gösteriyor. Hekimlerin 2/3'ü başat problemlerinin bu olduğunu söylemiş. %16'sı davranış bozukluğu gösteren çocuklardan yakınmış. Başka bazı araştırmalar da benzer sonuçlar vermiş. Hastaların ödemeleriyle ilgili sorunlardan yakınanlar da var. Oraya geleceğiz.

Doktora bak, hastayı anla

Hemen dişhekimini korkusuyla ilgili birkaç ipucu verebiliriz. Burada karşılıklı bir korku -

gerilimden bahsediliyor. Dişhekimini ne kadar sakın ve kendine güvenliyse hastanın korkusu o kadar azalıyor. Ters durumda, başka deyişle gerilimli doktoru gören hastada var olan gerilim iyice artıyor. Hekimin hali tavrı, çalışma ortamı ve çalışma düzeniyle hastaya baştan güven vermesi gerek. İletişimi iyi olan hekimin hastaları çok daha az korkuyor. Yeterince ve sağlam bilgi vermek şart. Pek sakın ve huzurlu görünmeyen, üstüne üstlük hastasıyla pek konuşmayan hekimin hastası korkmakta haklı. Hastaya, işlemler sırasında her an durulup dinlenebileceği, ağrısını muhakkak bildirilmesi gerektiği bilgilerinin verilmesi, ayrıca, gelişmiş teknik ve medikal olanaklarla ağrının büyük ölçüde önlenilebileceğinin hatırlatılması çok işe yarıyor. Hastanın bir süre dinlenmesini sağlamak, rahatlatıcı bir konuşma yapmak, küçük bir ikramda bulunmak... Bazen ilaçla önceden sakinleştirmek seçenektir.

Kişilik göstergelerine dikkat

Bilindiği gibi, pek çok psikiyatrik bozukluk türü var. Tablonun ağırlığına göre, psikiyatrik bakımdan hasta kişilerin tavırları da çok değişir. Buna bir de kişilik ve kültür farklılıklarını eklediğimizde ortaya geniş bir davranış ve görünüm çeşitliliği çıkar. Bu çeşitliliğe uygun olarak, psikiyatrik hastaların ağız ve diş sağlıklarına karşı tutumları farklılıklar gösterir. Ağır psikiyatrik sorunlu kişiler zor da kalmadıkça dişhekimine gitmezler. Ancak acil durumlarda gelirler veya getirilirler. Kişinin dişhekimine kendi başına mı geldiği, yoksa birilerince mi getirildiği, durumu hakkında fikir edinmek için dikkate alınacak ilk göstergelerden biridir. Kişi birilerince getirilmişse onlar hastanın rahatsızlığı hakkında az çok açıklama yapabilir. Açıklama yapılmamışsa ve kişinin görünümü, davranışları tuhafsa, hekim bu bilgileri yakınlarından almalıdır.

Güven ve ikna kilit kelimeler

Geri zekalılarla kronik psikozlu kişiler bazen birbirine karıştırılır. İki grupta da garip

davranışlar, garip mimik ve jestler, tuhaf konuşma ve öz bakım azalması görülür. Geri zekalılık doğuştandır veya yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkar. Psikoz ise genellikle ergenlik döneminde veya izleyen yaşlarda başlar. Geri zekalılara çocuklara yaklaşıldığı gibi yaklaşmak gerekir, yani açıklayıcı, ikna edici tarzda. Kronik psikozlular ise eğer psikozun alevli bir dönemi değilse dişleriyle ilgili problemin genellikle farkındadırlar. Ancak uyum sorunu çıkarabilirler. Onlara da güven verici ve yine ikna edici tarzda yaklaşmak gerekir. Muayene ve tedavi sırasında yakınlarından yardım istenebilir, yine evde devam edecek tedavi ve uygulanması gereken işlemler konusunda onlardan güvence istenir.

Her adımda şeffaf anlatım

Bizde hekimliğin tüm dallarında olduğu gibi dişhekimleri arasında da hastaya ve hasta yakınlarına bilgi vermek, yapılacaklar ve sonuçları hakkında açıklamalarda bulunmak yeterince önemsenmeyen bir yaklaşım alışkanlığıdır. Psikiyatrik sorunlu kişilere ve ailelerine bilgi vermek, açıklamalarda bulunmak ise mutlak bir gerekliliktir. Yapı-

Hekimin hali tavrı, çalışma ortamı ve çalışma düzeniyle hastaya baştan güven vermesi gerek. İletişimi iyi olan hekimin hastaları çok daha az korkuyor.



Edward Munch, Çığlık (Skrik) 1893

lacak işler, bunların yakın ve uzak sonuçları, doğabilecek komplikasyonlar, hastanın yapması ve yapmaması gerekenler bazen yazılı notlarla da desteklenerek bir bir anlatılmalıdır.

Kayıt tut, riski azalt

Psikiyatrik sorunu olan kişilerde tıbbi sorun, uyum sorunu, hukuki sorun çıkma olasılığı normal popülasyona göre daha yüksektir. Aynı şekilde, hekimle hasta ve hasta yakınları arasında problem çıkma olasılığı da biraz daha yüksektir. O yüzden bu tip hastaların kayıtları titizlikle tutulmalı, yasal yönden açık verici herhangi bir hata yapılmamalıdır. Yukarıdaki uyarı psikiyatrik hastalara karşı bir korku uyandırmamalıdır. Psikiyatrik hastalarda (örneğin akıl hastalığında) suç işleme oranları normal popülasyona göre daha yüksek değildir. Ayrıca bu tip hastalar genellikle ancak kendi yakınlarına karşı saldırıganlık gösterirler.

Farklı kişilik bozuklukları

Obsesif kompulsif hastalar veya takıntılı kişilikler temizliğe, titizliğe çok önem verirler. Bu yüzden onların muayeneleri ve tedavileri sırasında temizlik yönünden daha dikkatli davranılmalıdır. Bu tip kişiler fazla soru sorabilirler, verilen yanıtlardan kolay tatmin olmazlar, aynı soruyu veya benzerlerini sık sık yineleyebilirler. Bu, hastalıklarının ya da kişiliklerinin bir yansımasıdır. Soru tekrarlarında kısa ve kesin yanıtlar verilmelidir. İkircikli veya farklı yorumlanabilecek kesinliksiz yanıtlar her ne kadar gerçeğe daha uygun düşse de bu tip kişilerde takılmaya yol açar. Soru yinelemelerinde, yanıtı daha önce verilen aynı soruların tekrarlandığı kendilerine hatırlatılmalıdır. Bu tür kişiler hastalıkları gereği, yapılan işten memnun kalsalar da bir süre sonra yine memnunsuz ve kuşkulu bir duygulanıma girebilirler. Hekim kendini onların havasına kaptırmamalı, sorunların ve kuşkuların esiri olmamalıdır.

Hastalık hastası kişiler genelde tüm sağlık problemleriyle ilgili olarak endişe yaşadıklarından, dişhekiminin müdahaleleriyle ilgili

olarak da endişe gösterebilirler. Onlara da sakin bir duygulanımla kısa ve kesin yanıtlar vermekte, açıklamalarda bulunmakta yarar vardır. Genel kural olarak bir hekimin hastasına hastalığı ve yapılan işle ilgili düşük olasılıkları da açıklaması gerektiği halde, bu hastalara karşı o yönden dikkatli olmak ve yanlış yorumlayabileceği noktaları açıklarken olabildiğince kesin konuşmak daha doğrudur.

Psikozlu kişilerde, depresyonlu kişilerde, bunama durumlarında veya alkoliklerde öz bakım azalır, sağlığa gösterilen ilgi azalır, dolayısıyla ağız ve diş bakımı ihmal edilir. Oysa diş sağlığına dikkat etmek, bedensel sağlık için önemli olduğu kadar ruh sağlığı için de önemlidir ve özellikle depresyonda, uyum sorunlarında ve öbür psikiyatrik durumlarda ağız ve diş sağlığı için adımlar atmak ruhsal açıdan da iyileşmeye doğru adımlar atmak anlamına gelebilir. Bu durum dişhekimince hastaya ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır.

Alevli psikotik durumlarda, şizofrenlerde veya paranoid durumlarda kişi başkalarıyla problemler çıkarabileceği gibi dişhekimiyile de problem çıkarabilir. Hastanın garip yorumları, çıkarsamaları, suçlamaları veya iddiaları dikkate alınıp bu çerçevede değerlendirilmelidir.

Manik hecme de geçici bir psikotik haldir. Kişi çok konuşur, kendine güveni aşırı artmıştır, çok neşeli veya öfkeli, az uyur, çok dolaşır, cinsel isteği artmıştır vs... Çok para harcayan ve kafalarındaki eski projeleri veya hemen oluşmuş projeleri hemen hayata geçirmeye eğilim gösteren bu hastaların yolu dişhekimine de düşebilir. Bu kişiler ağızlarında çok radikal değişiklikler isteyebilirler, yüksek paralar teklif edebilir veya verebilirler. Olabildiğince müdahale etmemekte fayda vardır.

Estetik ameliyat yaptırmayı kafaya takmış bazı kişilik sorunlu şahıslar (bunlar bazen de akıl hastasıdır) diş ve çene estetiğiyle ilgili olarak da radikal değişiklik istekleriyle hekime başvurabilirler. Tüm estetik ameliyatlardan önce yapılması gerektiği gibi, her türlü ra-



dikal ağız işlemi öncesinde de psikiyatrik konsültasyon istenmelidir.

Psikopatlarla dikkat!

Dişhekiminin en çok dikkat etmesi gereken gruplardan biri de psikopatlardır. Sorumluluk ve vicdan duyguları gelişmemiştir. Suça eğilimlidirler. Sık sık iş ve çevre değiştirirler. Çeşitli psikoaktif maddelere ve çılgın eğlencelere düşkündürler. Genellikle renkli ve çekici bir kişilik gösterdiklerinden, başta karşı cinsten kişiler olmak üzere, yeni girdikleri çevrelerde ilgi odağı olabilirler, sempatik bulunabilirler. Ancak ilişkiye girdikleri her düzeyde insana karşı sorumsuzca davranırlar, kolayca haksızlık yapabilirler. Bu tip kişilerde, alacağı tedavi hizmetinin karşılığını ödeme, hekim hasta ilişkisini başka boyutlara taşıma eğilimi ve cinsel taciz girişimleri rahatlıkla görülebilir. Hekimler böyle kişiler hasta olarak önlerine geldiklerinde onunla baş edebilecek güçte olmalı ve öyle görünmeli (psikopatlar güçsüz gördüklerinin daha çok üstüne giderler), eğer kendilerini bu güçte hissetmiyorlarsa onunla baş edebilecek başka bir dişhekimine hastayı yönlendirmelidirler.

Karakter yozlaşması

Sanırım tıbbi pratik içinde hekimleri en çok

uğraştıran ve üzen kişiler psikiyatrik hastalar değil, kişilik (karakter) yozlaşması gösteren kişilerdir ve bu tip kişiler kültürel olarak yozlaşma gösteren bizimki gibi toplumlarda çok yaygındır. Hekime karşı saygısız tutum, yapılan hizmetin değerini takdir edememe, yapılan işin karşılığını ödememe, teşekkür bile etmeme karakter yozlaşmasının en sık görülen örnekleridir. Bu gibi kişilere karşı özellikle düzgün davranmalı, tıbbi süreci kuralına uygun yürütmeli, mesafeli olunmalıdır. Yapılan saygısızlıklara belli bir ölçü içinde tepki verilmeli, dişhekiminin kişilik olgunlaşması ve tecrübesiyle yükseldiği bir noktadan bazen öğretici, bazen uyarıcı, bazen hakkını kolay teslim etmeyici bir tavır gösterilmelidir. Anımsatmakta yarar var, işyerlerine hırsızlık veya dolandırıcılık amacıyla gelen şahıslara karşı da uyanık olunmalıdır. Her meslek grubunda görüldüğü gibi dişhekimleri de işleriyle ilgili insan ilişkilerinde sorunlar yaşayabilirler. Kişilik olgunlaşması, tecrübe ve bilgi artırımı, insani ve mesleki dayanışmayla bunların çoğu kolayca halledilebilir. Soğukkanlı ve akılcı davranmakla pek çok sorun doğmadan önlenir, doğan sorunlar kolayca çözülür. Beylik bir laf gibi algılanabilir bu söz, ama her zaman akılda tutulması önemlidir. Çözülemediğinde bir psikiyatri uzmanına danışılmalıdır.■

Tıbbi pratikte hekimleri en çok uğraştıran ve üzen kişiler psikiyatrik hastalar değil, kişilik (karakter) yozlaşması gösteren kişilerdir.

Olmaz olmaz demeyin!

Vergi denetim memurları da ayrı bir gerilim kaynağı yaratabilirler! Kurallara uymakta ve denetim sırasında bundan kaynaklanan güvenle görevlileri karşılamakta yarar vardır. Bir dişhekimi arkadaşımın başından geçen vergi denetim öyküsünü aktarmak isterim burada. Bu dostumuz işyerinde hasta randevuları dışında kendi entelektüel çalışmalarına da zaman ayırmak ister, o yüzden randevular arasında bir iki saatlik boşluklar bırakırdı. Ama bazen sekreterine söz geçiremediğinden ısrarcı hastaların o boşlukları doldurması sorun oluyordu. Ona karşı da kendince bir yöntem geliştirmişti. Randevu defterine boş geçirmek istediği saatler için hayali hasta isimleri yazıyordu. Ama bir gün işyerinde bulunmadığı bir zaman vergi memurları geldiler, bütün hastaların makbuzlarını görmek istediler. Hayali hastaların makbuzları kesilmemişti elbette. Arkadaşımıza yüklü bir ceza kesildi.



Prof. Dr. Nimet Genççoğlu

ngencoglu@hotmail.com

MÜDF Diş Hastalıkları
ve Tedavisi AD

Kök kanal dolgu maddeleri ve teknikleri



Kök kanal tedavisinde başarıdan söz edebilmek için doğru teşhisin yanı sıra, kanalların biyomekanik işlemlerinin doğru yapılması ve hazırlanan kök boşluğunun, dentin sement hududundan başlayarak kuronal giriş kavitesine üç boyutlu olarak inert bir maddeyle doldurulması gerekir.

Kök kanal tedavisinde başarıdan söz edebilmek için doğru teşhisin yanı sıra, kanalların biyomekanik işlemlerinin doğru yapılması ve hazırlanan kök boşluğunun, dentin sement hududundan başlayarak kuronal giriş kavitesine üç boyutlu olarak inert bir maddeyle doldurulması gerekmektedir. İyi yapılmış kanal dolgusu periapikal bölgedeki eksudanın kök ka-

nal boşluğuna geçişini önlediği gibi, kök kanalında veya dentin kanallarında olabilecek mikroorganizma veya ürünlerinin periapikal dokuya geçişine de engel olur ve periapikal doku iyileşmesi için uygun bir ortam temin edilir (1-5).

Kök kanal dolgusunun yapılma zamanı tartışmalıdır. Tek seansta kök kanal tedavisinin bitirilmesine günümüzde sıcak bakılır-

ken, çoğu zaman pratikte mümkün olmayabilir. Eğer birden fazla seansta kök kanal tedavisi devam ediyorsa kanal dolgusu yapılmadan önce, geçici dolgunun yerinde olup, çıkarıldığında dişte koku ve eksuda olmamasına, aynı zamanda yatay ve dikey perküsyonda hassasiyet olmamasına dikkat edilmelidir.

Kök kanalını doldurmak için birçok dolgu maddeleri kullanılmıştır. Modern anlamda ilk kanal dolgusu 1840 yılında yapılmıştır. O tarihten günümüze kadar kullanılan dolgu maddelerinden bazıları ise altın foil, ojenolu trikalsiyum fosfat, portakal ağacından çıkarılmış tahta konlar, iodoform ve fenol patları, kalay foil, fenola batırılmış kurşun varak, 1/200'lük civaya batırılmış yün konlar, çinko oksit iyodoform ve kroosat karışımı patlar, asit feniğe batırılmış pamuk pelletler, timol iyodid ve hafif ısıtılmış parafin karışımı, balsam ve fenil salisilatın karışımı olan konlar, bakır amalgamı ve çinko ojenol simanı, köpek dişinden elde edilen dentin ve insan dentini ve güta-perkadır. Bunların içinde en popüler kanal dolgu maddesi de güta-perkadır (1-5).

Günümüzde uygulanan ve en çok kabul edilen dolgu tekniği ise güta-perkayla kanal patınının beraber kullanılmasıdır. Güta-perka ana kanalı doldururken, lateral kanallar veya güta-perkanın ulaşmadığı bölgeler ise kanal patıyla doldurulur. Aynı zamanda güta-perkanın kök kanalına yapışma özelliği olmadığı için kanal patı güta ile kanal duvarı arasındaki mikroboşlukları doldururken adezyon görevi de görecektir (6, 7, 8).

Grossman'a göre ideal bir kanal dolgu maddesi, kanala kolay uygulanmalı, kök kanalını lateral ve apikal yönde doldurabilmeli, uygulandıktan sonra büzülmemeli, nemden etkilenmemeli, bakterisid veya bakteriostatik olmalı, radyopak olmalı, dişi boyamamalı, periapikal dokuları irrite etmemelidir (1).

Bugüne kadar pek çok kanal dolgu maddesi kullanılmasına rağmen, bütün bu özelliklerin hepsini içeren bir dolgu maddesi

bulunamamış olup, araştırmalar devam etmektedir. Günümüzde kullanılan dolgu maddeleri ise, bu özelliklerin bir kısmını kapsamaktadır.

Endodontik Tedavide Kullanılan Dolgu Maddeleri

- 1.Katı (gümüş kon ve implantlar) veya yarı katı dolgu maddeleri (güta-perka, resilon)
- 2.Kanal patları
- 3.Retrograd dolgu maddeleri (Amalgam, MTA, Super EBA-Reinforced ZOE patı, vs).

Güta-Perka Dolgu Maddesi ve Kullanılan Teknikler

Grossman'ın ideal dolgu maddesi özelliklerinin hepsini içermemekle beraber bu özelliklerden birçoğunu kapsamaktadır. İlk olarak dişhekimliğinde 1867 yılında Bowman tarafından kullanılmış, ancak dişhekimliği literatürüne geçmesi ise 1918 yılında Price & Miller adlı araştırmacıların yaptıkları ve güta-perkanın özelliklerini içeren araştırmalar sonrasına rastlar. Doğal güta-perka beyaza yakın renkte sert bir madde olup, polimerize hidrokarbon (izopren polimer)dir. Fiziksel ve kimyasal olarak kauçuga benzer ancak, kauçuktan daha sert, kırılkan ve daha az elastiktir. Isı ve kimyasal çözücülerde yumuşayarak şekil değiştirir. Güta-perka üç formda bulunur (8-9).

α ve β amorf formda bulunur. α ve β fazlı güta-perka arasındaki fark, erime dereceleri, hacimsel değişimler ve yumuşadıktan sonraki akıcı özellikleridir. Doğal olarak elde edilen güta-perka α formunda bulunur. Piyasada bulunan güta-perka konlar ise β formundadır ve 42-49 C° arasında ısıtıldığı zaman α formuna dönüşür. Isıtma işlemi devam ettirilirse 53-59 C° arasında amorf şekle dönüşür. Isı değişimleri sırasında güta-perka hacimsel olarak değişir ve soğuma sırasında büzülme gösterir, özellikle faz değiştiren güta-perkada büzülme daha fazladır. Bu yüzden basınç uygulanmasıyla büzülme kompanse edilir (1-8, 9).

Klinikte kullandığımız güta-perka içerisinde, %59-76 oranında çinko oksit (dolduru-

cu), %17-22 oranında gütta-perka, %1-4 oranında plastik özelliğini vermek için mum ve %1-18 oranında radyoopak madde bulunmaktadır. Piyasadaki gütta-perkalar arasındaki bu oran değişmekte olup, çinko oksit içerme miktarına göre konlar daha sert veya yumuşak olabilmektedir. Kauçuğa benzeyen gütta-perka kök kanalının irregüler kısımlarına sıkıştırılmak suretiyle kolaylıkla uygulanabilir ve dentin duvarına iyi bir şekilde adapte olması sağlanır. Gütta-perka ısıyla veya kimyasal çözücüler (kloroform, xylol, ökalypol) yumuşatılabilir ve şekil verilebilir. Böylece kanalın irregüler kısımlarına adaptasyonu daha kolay sağlanır. Allerjik olmadığı için periapikal dokular tarafından tolere edilebilir. Boyutsal değişim göstermez, ısı ve kimyasal çözücülerle karşılaşmadığı sürece kanal dolgusu yapıldıktan sonra yıllar sonra da aynı şeklini korur. Dişte renk değişikliği yapmaz. Gütta-perka konların içerisine konan radyoopak madde sayesinde röntgende görüntüsü iyidir. Isı ve kimyasal çözücülerden yararlanarak kanaldan kolay sökülür. Ancak, gütta-perka sert bir madde olmadığı için dar ve ince kanallarda kıvrılmakta ve şekli bozulmaktadır. Bunun için kanalın en az 30 numaraya kadar genişletilmesi gerekmektedir. Tek başına kanala yapışmadığı için kanal patıyla beraber kullanılması gerekmektedir. Yapılan invitro çalışmalar kanal patı kullanılmasının apikal sızıntıyı anlamlı derecede azalttığını ortaya koymuştur. Basınç altında foramen apikaleden taşırılması oldukça kolaydır. Bunu önlemek için kanal genişletme sırasında dentin-sement hududunda apikal stop oluşturulması gerekmektedir (1-9).

Gütta-Perka Dolgu Teknikleri

1. Tek Kon Tekniği
2. Lateral Kondensasyon Tekniği
3. Sıcak Lateral Kondensasyon Tekniği (Microseal)
4. Vertikal Kondensasyon Tekniği (System B)
5. Termoplastik Gütta-Perka Teknikleri (en-

jeksiyonlu termoplastik teknikler, Kor içeren termoplastik gütta-perka teknikleri

6. Kloroperka Tekniği

7. Thermomekanik Kondensasyon Tekniği

Tek Kon Tekniği

Kök kanalının biomekanik işlemleri sırasında kanal boşluğuna tepesi apeksteki dentin-sement hududunda, tabanı da kuronal kısımda olmak üzere konik bir şekil vermeye çalışılır. Ancak, alt büyük azıların böbrek veya fasulye şeklinde distal kanalları, üst büyük azıların oval distal kanalları, üst küçük azıların değişik şekilli kanalları, alt kesicilerin oval, elipsoid şekilli kanalları, tek başlayan, daha sonra kanalın ortasında veya apikalde ikiye ayrılan bifurke kanalların varlığı kanalın ideal konik şekilde hazırlanmasını güçleştirir. Dolayısıyla, karmaşık yapıdaki kanal formunu sadece bir tek gütta-perka konla ideal olarak doldurmak zordur. Ancak, erken yaşta canlılığını yitirmiş dişlerde piyasada mevcut gütta-perka konların yetersiz kalığı durumlarda veya dentin duvarının birbirine paralel olduğu durumlarda, birden fazla gütta-perka kon ısıyla hafif yumuşatılarak bir siman camının üzerinde parmakların yardımıyla döndürülerek kalın bir gütta-perka kon haline getirilir. Hazırlanan kon kloroforma batırılarak yumuşatılır ve daha sonra kanala uygulanması gerekir. Kloroformda yumuşamış olan gütta-perka kon kanala yerleştirilince kanalın şeklini alacaktır. Radyografik olarak kontrol edildikten sonra, kök kanalına pat uygulanır ve hazırlanmış gütta-perka tekrar yerleştirilir ve fazla gütta-perka kesilir (1, 2, 6).

Lateral Kondensasyon Tekniği

Bu teknik tek kon tekniğine nazaran daha tercih edilen bir tekniktir. Çünkü birçok kök kanalının kesitlerinin geniş, oval şekilde olması nedeniyle bu kanalların bir tek gütta konuyla doldurulması oldukça zordur. Dolayısıyla, gütta-perkanın lateral ve vertikal yönde sıkıştırılabilme (kondensasyon) özelliğinden dolayı bu teknik önem kazanmaktadır. Lateral kondensasyon tekniğinde

ana kon (master kon) yerleştirildikten sonra arada kalan boşluk yardımcı konlarla doldurulur. Ana kondan sonra uygulanacak diğer konların yerleştirilebilmesi için elle kullanılan veya parmakta kullanılan kanal sonduna (hand spreader, finger spreader) ihtiyaç vardır. Kanal sondları konik şekilde olup uçları sivridir. Değişik kalınlıkta olup ana kon yerleştirildikten sonra kanala uygulanarak sağ yönde hafifçe döndürülür (çeyrek tur kadar) ve kanaldan çıkarılır, böylece yan konun gireceği bir boşluk hazırlanır. Lateral kondensasyon tekniğinin iyi bir şekilde uygulanabilmesi için kök kanal boşluğu, dentin-sement hududunda apikal stop (en dar nokta) oluşturacak şekilde konik bir şekilde hazırlanmalıdır. Apikal stop oluşturulmasıyla lateral ve vertikal yönde sıkıştırılan gütaperkanın apikal foramen- den taşması önlenecektir (1-6).

İyi bir kök kanal dolgusunun yapılabilmesi için kanal boşluğunun biyomekanik işlemlerinin ideal olarak yapılması gerekmektedir. Zincirin bu iki halkası birbiriyle ilişkili olup endodontik tedavinin başarısında bu iki halka önem taşır.

Lateral Kondensasyon Tekniğinin Uygulanması

1. Ana (master) kon yerleştirilir. En son kullanılan kanal eğesinin boyutunda veya bir boy daha küçük numara seçilen gütaperka kanala yerleştirilir. Kanal çalışma boyu gütaperka üzerinde bir presel veya sondu yardımıyla işaretlenir. Genelde azılarda tüberkülün tepesine gelen nokta, kesici dişlerde ise kesici kenara değen nokta rehber noktası olarak kabul edilir ve radyografik olarak kontrol edilir. Radyografide gütaperkanın radyolojik apekten 0.5-1 mm uzaklıkta ve apikal 3-4 milimetrelilik kısmı tıkaçlayacak şekilde yerleşmesi gerekmektedir.

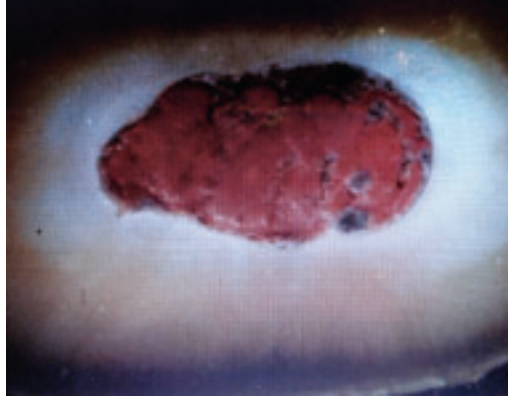
2. Ana konun uygun olduğu görüldükten sonra kanal patı uygulanması için çıkarılır. Kanal patı için toz ve likit karıştırılır ve K-tipi kanal eğesi veya lentülo yardımıyla kanala yerleştirilir. Lentülo mikromotorun



Resim 1a. Lateral konsasyon ile doldurulmuş bir dişin dikey kesitinden SEM görüntüsü.

ucuna yerleştirilir, saatin dönme yönünde döner vaziyette üzerinde pat yerleştirilmiş vaziyette kanala uygulanır. Elle uygulanacaksa en son uygulanan kanal eğesinden bir boy küçük boydaki K-tipi kanal eğesi ile döndürülerek kanala uygulanır. Burada kanalın patla tıka basa doldurulması değil de, sadece kanal duvarının kanal patıyla bulanması amaçlanır. Hazırlanmış ana konun ucu hafif kanal patına bulandıktan sonra tekrar kanala yerleştirilir. Çok geniş kanallarda ana kondan daha küçük boyutta bir veya iki adet yan konlar yerleştirilebilir.

3. Çok geniş olmayan kanallarda, elle uygulanan kanal sondu (hand spreader) veya parmakla uygulanan kanal sondu (finger spreader) kullanılarak kanalda boşluk açılır. Kanal sondu uygun boyutta seçilmelidir. Finger Spreader sondları piyasada A, B, C (kalın, orta, ince) olmak üzere üç boyutta olabildikleri gibi 40-15 kanal eğesi boyutlarında da bulunabilmektedir. Ana kondan bir veya iki numara daha küçük boydaki parmakla uygulanan kanal sondu seçilerek (finger spreader) ana konun yanından 1-2mm daha kısa derinliğe girecek şekilde yerleştirilmelidir. Yerleştirildikten sonra önce sağ yöne hafifçe döndürülür, sonra da sol yöne döndürülerek gütaperka kon sıkıştırılır, boşluğa adapte olması sağlanır ve yeni bir kon için boşluk sağlanır. Uygun bir kon seçilerek bu açılan boşluğa yerleştirilir. Tekrar kanal sonduyla sıkıştırılır ve yeni bir kon için yer açılır. Gittikçe yer daralacağı için küçülen numaralarda gütaperka kon



Resim 1b. Lateral kondensasyon ile doldurulmuş bir dişin yatay kısmından alınmış kesit.



Resim 2. Microseal tekniği

ve kanal sondu seçilmeli ve bu işleme, yer kalmayınca kadar devam edilmelidir. Radyografiyle yapılan dolgu kontrol edilmeli, dolgunun içinin tamamen dolduğu tespit edilmelidir. Dolgu içindeki yer yer radyolusent alanların bulunması dolgu içinde boşluk bulunduğunu ve kondensasyonun iyi yapılmadığını göstermektedir. Bu takdirde kondensasyon yenilenmelidir. Radyografik kontrolden sonra ısıtılmış bir ağız spatülü yardımıyla fazla güta-perka konların uçları kesilir ve ısıyla yumuşamış güta ucu küt kanal sondu (kanal fulvarı) ile vertikal yönde kondense edilerek daha yoğun dolgu elde edilir (**Resim 1a.b**) (1-8).

Isıtılmış Güta-Perka Teknikleri

1. Isıtılmış lateral kondensasyon tekniği (Microseal tekniği)
2. Isıtılmış vertikal kondensasyon tekniği (System B)
3. Enjeksiyonlu güta-perka teknikleri (Ultrafil, Obtura)
4. Kor içeren termoplastik güta-perka teknikleri (Thermafil, JS Quick-Fill, Soft Core)

Isıyla Uygulanan Lateral Kondensasyon Tekniği: Microseal

Son yıllarda piyasaya sürülen bu teknik iki kısımdan ibarettir.

1. Micro Flow master kon. Isı ve basınçla akıcılık gösteren güta-perka konlardır. Kla-

sik güta-perka konlar ise spreder ve lateral kondensasyon yapıldığında sıkışır ancak baskının ortadan kalkmasıyla eski halini alır. Ayrıca konların uçlarındaki taper açısı farklıdır. .02 taper açısı olanlar 25-60 numaralarda bulunmakta, .04 taper açısı olanlar ise 25 numarada bulunmaktadır. Güta-perka konlar serttir. Dolayısıyla kanalda daha çok ilerleyebilir ve eğri kanalın şeklini alabilirler.

2. MicroFlow kartuş. Kartuşların içinde güta-perka bulunmaktadır. Isıtılan kartuşlardaki güta-perka akıcı olup kanala yerleştirildiğinde güta-perka konlara yapışabilecek özelliğindedir. Ayrıca kartuşu yerleştirmek için bir şırınga ve bir ısıtıcısı bulunmaktadır. Bu teknikte ana konla yumuşatılmış kartuş içindeki güta-perka birbirine yapışarak homojen bir dolgu elde edilmektedir. Ayrıca otoklava konulabilen kartuşun yerleştirildiği bir de enjektör ve ısıtıcı aleti bulunmaktadır (**Resim 2**). Kondensasyonun yapılabilmesi için mikromotorla dönen ve güta-perkayı kanala gönderen ve kondense eden Microseal kondenseri mevcuttur. NiTi yapımı elle uygulanabilen veya mikromotora takılı spreader mevcuttur. Mikromotor 5000-7000 rpm hızda çalışmalıdır (10, 11, 12).

Tekniğin Uygulanması

1. Isıtıcının düğmesi açılarak 30 sn içerisinde kullanıma hazır hale getirilir. İkaz ışıkları

ısıtıcının hazır olduğunu gösterir.

2. Biyomekanik işlemleri bitirilmiş, yıkanmış, kurulanmış, doldurulmaya hazır hale gelmiş kanal MicroFlow gütta-perka kon master kon olacak şekilde seçilir ve kanala yerleştirilir. Yerleştirilen gütta-perka “tug-back” yani apikal kısma tam olarak uyacak şekilde seçilmelidir. Radyografik olarak master konun uyumu kontrol edildikten sonra kon çıkarılır.

3. Kanal patı dentin duvarlarını kaplayacak şekilde uygulanır. Seçilmiş master kon yerleştirilir ve spreaderle kondense edilir.

4. Enjektöre takılmış MicroFlow kartuş ısıtıcıya yerleştirilir ve 15 sn içerisinde kullanıma hazırdır. Mikromotorun ucuna yerleştirilmiş kondenser yardımıyla kartuşun içerisine yerleştirilir ve yumuşamış gütta-perka alınır. Kondenser kanaldan çıkarılırken şırınganın pistonuyla basınç verilir, böylece kondenserin üzerinde daha düzgün yayılmış gütta-perka gönderilmiş olur.

5. Gütta-perka kaplı kondenser kanal yerleştirilir ve mikromotorla çalışma süresi 30 sn.dir. Kanala yerleştirildikten sonra gütta-perkanın ısısı vücut ısısına düşer.

6. Kondenser kanala yerleştirilirken rotasyon yapılmadan boşluğa yerleştirilmelidir. Apikale baskı yapmadan alet 5000-7000rpm de çalıştırılmalı ve bir duvara dayandırılarak kuronale doğru hareket ettirilmelidir. Alet kanaldan çıkarılıncaya kadar çalışır vaziyette olmalıdır ve kondensasyon süresi 6 sn. den fazla olmamalıdır.

7. Spreader kanal sondu tekrar kanala yerleştirilir ve kanalda boşluk olup olmadığı, daha fazla gütta-perkaya ihtiyaç duyulup duyulmadığı kontrol edilir. Gerekirse tekrar kondenser vasıtasıyla, ısıtılmış gütta-perka kanala yerleştirilir ve boşluk doldurulur ve radyografiyle kontrol edilir.

8. Çok köklü dişlerde keskin ekskavatörle gütanın fazlası alınır ve diğer kanallara geçilir.

9. .02 master kon kullanıldığında en iyi .04 kondenser çalışmaktadır.

10. .04 master kon kullanıldığında ise, en iyi .02 kondenser çalışmaktadır.

Isıyla Kullanılan Vertikal Kondensasyon Tekniği

Bu teknik Schilder'in 1967 yılında ortaya koyduğu ve kanalın apikal, orta ve kuronal kısmın sırayla gütanın ısıtılmış alet yardımıyla vertikal olarak kondense edilerek doldurulması düşüncesinden doğmuştur⁽⁶⁾. Apikal kısma tam olarak sıkışmış (tugback) gütta-perkayla ve kondensasyon seviyesi arasında oluşan hidrolik basınç yardımıyla gütta-perka yumuşamaktadır ve patla beraber basıncın yardımıyla sıkışan gütta-perkanın lateral kanalları, yan kanalları ve foraminalları doldurması mümkündür. Bu teknik sonraları geliştirilerek, ısıtılmış gütta-perka tekniklerinin doğmasına ve geliştirilmesine yardımcı olmuştur. Bu teknikte minimum miktarda kanal patı kullanılarak master kon veya ana kon yerleştirilir. Daha sonra, ısıtılmış gütta-perka kuronal apikal ve orta kısımda kullanılmak üzere, ayrı genişlikteki kanal fulvarları yardımıyla kondense edilerek kanal boşluğunun üç boyutlu ve ideal olarak doldurulması amaçlanır. Kanal içinde kullanılan fulvarlar veya tepiciler asla kanal duvarıyla temas ettirilmemelidir. Kanal duvarında sıkışan gütta-perka gütta-perkayı apikale doğru kondense edemez. Kanalın genişliğine uygun fulvar veya tepici kullanılması şarttır.

Isıyı ileten aletler ortalama 4-6 mm. uzunluğa kadar gütta-perka konu yumuşatarak vertikal yönde kondense edilmesine yardımcı olur. Isıtılmış gütta-perka soğuduğu zaman büzülme göstermektedir. Bu büzülme miktarını azaltmak soğuma esnasında gütta-perkanın tepiciler veya fulvarlarla kondense edilmesi gerekmektedir. Bu aletlerin üzerinde bulunan çentikler aletin kanal içerisindeki boyu hakkında bilgi vermektedir. Isı olarak bunsen veya gaz beki kullanılabilir. Alkolle çalışan ısıtıcılar yeterli derecede ısı temin edemez. Klinikte kullanılan butan ısıtıcıları aşırı ısı meydana getirir ve kullanılmaları sakıncalı olabilir bu yüzden muayenehanelerde kullanmak üzere pille veya elektrikle çalışan aletler üretilmiştir. Bunların içerisinde Sistem B tekniği en popüler olan tekniktir ⁽¹¹⁻¹⁵⁾.



Resim 3. Sistem B vertikal kondensasyon tekniği

Sistem B Tekniği

Shilder'in ortaya koyduğu vertikal kondensasyon tekniğinde dışarıdan uygulanan ısı- nın kontrolü mümkün olmadığından elektrik ile şarj edilip kullanılabilen bir tekniktir (Resim 3). Kanalin genişliğine uyan değişik kalınlıklarda ve esnek uçları olan eğri kanallarda da kolaylıkla uygulanabilen kanal sondları ve ısı ve basınç miktarları üzerindeki düğmelerle ayarlanan bir aletten ibarettir. Apikal kısmı doldurmak için ve kural kısmı doldurmak için iki kere kondensasyon yapılması yeterlidir (11, 12, 13).

Sistem B Tekniğinin Uygulanması

1. Standart olmayan uygun bir ana kon (M, MF, ML) güta-perka kanala yerleştirilir.
2. Apekten 5-7 mm kısa olacak şekilde ana kona uygun kanal sondları seçilir ve lastik rondelin yardımıyla referans noktası belirlenir.
3. Kanal kurulanıp kanal patı yerleştirilir.
4. Sistem B aletinin ısı 200 C°'ye, güç 10'a ayarlanır ve ana kon yerleştirilir ve ısıtılmış plugger refereans noktasından 3-4 mm ilerisine kadar yerleştirilir, apikale doğru hafif bastırılarak alet 1-2 sn aktive edilir ve bırakılır.
5. Alet soğumaya başlayınca kurala doğru hareket ettirilerek soğuması için 10 sn. beklenir ve tekrar 1 sn beklenerek kanaldan çıkarılır. Apikal kısım doldurulmuştur.

6. Kural kısmı doldurmak için master konla aynı boyuttaki güta-perka yerleştirilir ve 100 C°'ye ayarlanmış alet 1/4 sn aktive edilir ve hafifçe apikale doğru bastırılarak alet 3-4 sn dişte soğuması için bırakılır ve hafifçe döndürülerek çıkarılır ve 2. pata bulunan master kon yerleştirilir ve 200 C° ısıtılmış plugger tekrar aktive edilir ve son olarak elle uygulanan plugger ile kondense edilir (11-15).

Enjeksiyonlu Termoplastik Güta-Perka Teknikleri

Yarı katı bir madde olan güta-perka 60-180 C° ısıyla yumuşatılmakta ve kanalın irregüler kısımlarının şeklini alabilmekte ve kanal içinde katılaşmaktadır. Enjeksiyonlu termoplastik güta-perka tekniği ilk olarak 1977 yılında Yee ve ark. (16) tarafından tanımlanmıştır. 110 C°'de gliserin içerisinde yumuşattıkları dört güta perkeyi 160 C°'ye kadar ısıtarak, basınçlı şırıngayla 18-22 nolu enjeksiyon iğneleriyle çekilmiş dişlerin kanalına enjekte etmişlerdir. Daha sonra kök kanal fulvarlarıyla vertikal olarak kondense etmişlerdir. Radyografik incelemede ise, elde edilen kanal dolgusunun kanalın irregüler kısımlarına nüfuz ederek, lateral kanalların dahil güta-perkayla dolduğunu görmüşlerdir. 1981 yılında Marlin ve ark. (17), 125 hastada enjeksiyonlu termoplastik güta-perka tekniklerini klinik olarak incelemişler ve başarılı bulmuşlardır. Günümüzde uygulanan enjeksiyonlu güta-perka teknikleri;

1. Obtura tekniği

2. Ultrafil tekniğidir.

Obtura tekniğinde 160 C° kadar ısıtılan güta-perka kanala enjekte edilir ve daha sonra kondanse edilir. Enjeksiyonlu güta-perka uygun ısı derecesine getirilerek enjeksiyon sırasında veya kanal içinde soğuması ve boşluklar oluşması önlenmektedir. Bu teknikte eleştirilen bir husus 160 C° ısıtılmış güta-perkanın ısıtıcı içinde ve dışın içindeki sıcaklık derecesidir. Donley ve ark. (18) yaptıkları araştırmada, Obtura siste-



Resim4. Obtura tekniği

minde ısıtıcının içindeki güta-perkanın 178 C°'ye kadar ısındığını, enjektörden çıkan güta-perkanın ısısının ise 137 C° olduğunu görmüşler ve bu teknikle doldurulan dişlerde, kanalda ısı miktarının ortalama 47 C° olduğunu belirtmişlerdir.

Termoplastik güta-perka tekniklerinde ısı miktarı arttıkça, soğuduktan sonra büzülme miktarı da artar. Büzülmeyi minimuma indirmek için ise güta-perka kondanse edilmelidir. Enjeksiyonlu güta-perka teknikleri uygulanacak dişlerde kanal genişletme işlemleri sırasında dikkatli olmalı, dentin-sement hududunda apikal stop oluşturulmadığı vakalarda ve rezorbsiyon gösteren vakalarda kullanılması halinde dolgunun taşırılması kaçınılmazdır. İnternal rezorbsiyon gösteren dişlerde diğer tekniklerle kombine olarak kullanılırsa iyi sonuçlar verir (12).

Obtura II

Bu teknik biraz daha geliştirilmiştir. Bu teknikte yine 160 C°'ye kadar ısıtılmakta, plastik tabancayla kanala enjeksiyon yapılırken, gümüştan yapılmış ve bükülebilir iğne uçları kullanılmaktadır (Resim 4).

Obtura II Tekniğinin Uygulanması

Şırıngaya doldurulmuş güta-perka kanalın içine 3-5 mm uzaklığında olacak şekilde verilir ve uygun kanal fulvarıyla güta-perka apektense doğru kondanse edilir. Yumuşatılmış güta-perka 60 saniye içinde sertleşir ve bu süre içinde bu işlem yapılmalıdır. Radyografi alınarak apikal kısmın tıkaçla-



Resim5 Ultrafil tekniği

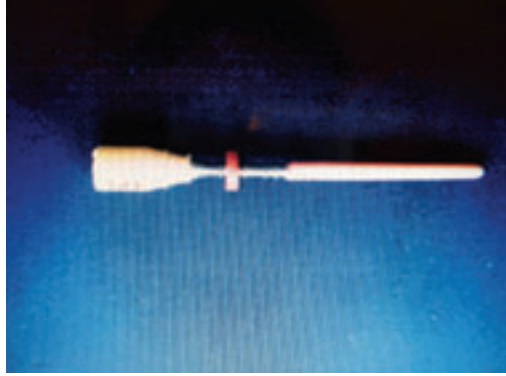
ması kontrol edilir. Daha sonra enjektör kondense edilmiş kısma kadar yerleştirilerek hafifçe güta-perka gönderilir ve birkaç saniye beklenerek daha önce gönderilen güta-perkayla birleşmesine izin verilir ve daha sonra tekrar güta-perka şırınga edilerek kanalın boş kısmı doldurulur, kanal doldukça şırınga geri çekilecektir.

Obtura II tekniğinde ısı dereceleriyle ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan Weller&Koch(19) yaptıkları invitro çalışmada Obtura II tekniğini 160, 185 ve 200 C°'lerde uygulayarak ısı değişimlerini incelemişler ve kanal içinde ısısının 40-57 C° arasında, dış yüzünde ise 37-41.9 C° arasında olduğunu görmüşler ve kök yüzeyinde 10 C°'lik ısı yükselmesinin periodontal dokuda yıkım yapmayacağını vurgulamışlardır.

Enjeksiyon güta-perka tekniklerinin kısa sürede kanalı doldurmaları ve homojen bir dolgu temin ederek kanalın irregüler kısımlarına kolaylıkla girmeleri ve boşluk bırakmadan doldurmaları nedeniyle tercih edilen tekniklerdir(20-25). Buna rağmen yapılan araştırmalarda termoplastik güta-perka teknikleriyle beraber pat kullanılmasının mikrosızıntıyı anlamlı derecede azalttığı görülmüştür(26).

Ultrafil Tekniği

Michanowicz &Czonstkowsky(26) ilk olarak Ultrafil tekniğini kullanmışlar ve bu tekniği lateral kondensasyon tekniğiyle kıyaslamışlar ve bu tekniği lateral kondensasyondan daha başarılı bulmuşlardır. Bu teknik, 70 C° sıcaklığa ayarlanmış bir ısıtıcı, güta-

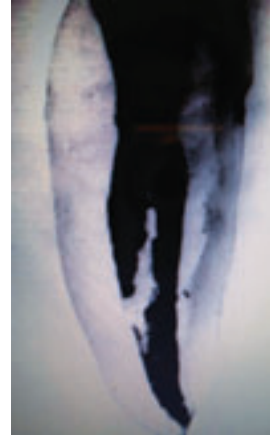


Resim 6a. Thermafil dolgusu

perka içeren kanüller ve bir tabancadan ibarettir (Resim 5). Kanüllerin uçlarındaki iğnenin kalınlığına bağlı olarak beyaz (en ince), mavi (orta) ve yeşil (kalın) olmak üzere üç ayrı kalınlıkta bulunmaktadır. Bu iğnenin uçları arka dişlerde kullanılacağı zaman eğim verilebilmektedir. Kullanılmadan evvel gütta-perka içeren kanüller ısıtıcıdaki yerlerine yerleştirilerek ısıtılmakta ve daha sonra tabancasının ucuna yerleştirilerek kanala enjekte edilebilmektedir. Bu teknikte kondensasyona gerek yoktur. Ancak apikal bölgede tıkaçlanmanın sağlanması taşkın dolgu oluşmasını engelleyecektir. Kanal genişletmede ise, kanalın kesintisiz konik şekilde hazırlanması ve kuronal kısmın Gates-Glidden aletlerle genişletilmesi gerekmektedir. Apikalde dentin matriksinin sağlanamadığı, apeksi açık dişlerde master kon uygulandıktan sonra bu tekniğin uygulanması önerilir. Ayrıca bu tekniğin uygulanabilmesi için enjektörün ucunun 6 mm'lik kısmının kanala girmesi gerekmektedir.

Kor Teknikleri (Thermafil, Soft Core, Quick-Fill)

Thermafil Tekniği: Plastik, nikel titanyum veya çelik kanal eğesi şeklindeki kor materyalinin gütta-perkayla sarılmış şekli olup özel ısıtıcısıyla ısıtılarak kanala tatbik edilir (Resim 6a). Kanal patı uygulandıktan sonra her boyutta bulunan Thermafil aletinden kanal genişliğinde olan seçilir. Isıtıcıda ısıtılarak kanala yerleştirilir. Kontrol röntgeni alındıktan sonra aeretör yardımıyla kuron



Resim 6b. Thermafil ile doldurulmuş alt kesici diş



Resim 6c. Thermafil ile doldurulmuş lateral kanal görülmektedir.

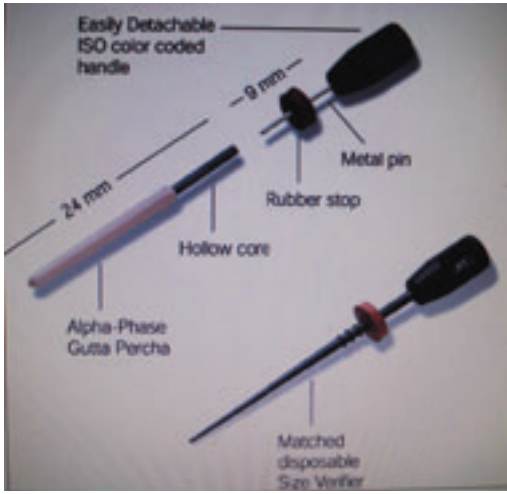
kök seviyesinde kesilir. Kor materyaliyle gütta beraber kanalda bırakılır (20-25, 27). Isıtılmış gütta-perka teknikleri özellikle kanalın irregüler kısımlarında daha kolay şekil alabilmekte olup, ateral kondensasyonda ideal olarak doldurulamayan bifurke kanallarda, isthmuslarda, lateral kanalların doldurulmasında oldukça başarılı olduğu görülmüştür (Resim 6b, c) (20-25, 28, 29). Kor içeren dolgu maddelerinin sökülmesi lateral kondensasyon tekniğine nazaran daha zor olup, daha fazla zaman gerektirir. Korun etrafındaki gütta-perka yumuşatılarak kor materyali çıkarılır (30).

Soft Core tekniğinde ise nikel titanyum kora sarılı gütta-perkanın yanı sıra aletin kuronal parçasında bir pin bulunmaktadır. Böylece kanalda bırakılan alet aeretör olmadan el yardımıyla kırılabilir (Resim 7) (31).

Quick-Fill tekniği ise bir termomekanik kondensasyon tekniğidir. Nikel titanyum ve boyterlok tipinde ve gütta perkaya sarılı alet mikromotora takılarak çalıştırılır. Dönme hızıyla gütta perka ısınarak kanal duvarlarına adapte olur (Resim 8) (32).

Kloroperka Metodu

Kloroform gütta-perkayı yumuşatmak için kullanılmaktadır. Kloroforma batırılmış gütta-perka ise yumuşayarak kolaylıkla kanalın şeklini alabilir. Ancak kloroform buharlaştıktan sonra gütta-perka büzüşür ve bu



Resim 7 Soft Core tekniği

da boşluk oluşmasına neden olur. Kloroperka pat olarak kullanılırsa ve bunun yanı sıra ana kon kullanılıp doldurulursa, kloroperka yan kanalları ve kanal boşluğunu daha iyi doldurur. Bu tekniğin perforasyon vakalarında, aşırı eğri kanallarda kullanılması uygundur (1-8).

Modifiye Kloroperka Metodu

İki değişik kloroperka metodu mevcuttur.

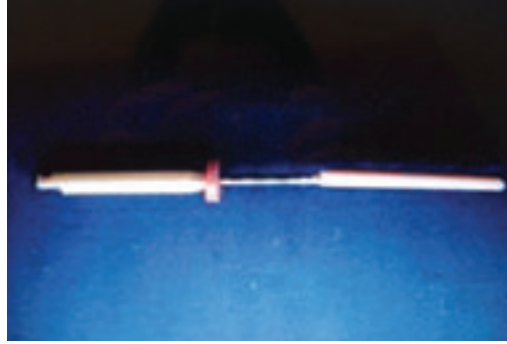
1.Johnson-Callahan metodu

2.Nygaard-Østby metodu

Johnson-Callahan tekniğinde kanal %95'lik alkolle yıkanıp kağıt konlarla kurutulur. Kanal Callahan'ın resin kloroform solusyonuyla doldurulur ve kanalda 2-3 dakika bırakılır, daha sonra uygun olarak seçilen ana kon kanala yerleştirilir ve apikal ve lateral yönde sıkıştırılarak fulvar yardımıyla karıştırılır ve kloroform içinde gütaperkanın yumuşaması sağlanır. Gerekirse daha fazla gütaperka kon konularak tekrar kloroformda yumuşatılır ve lateral olarak kondense edilerek kanalın irregüler kısımlarına adapte olması sağlanır. Dolgunun taşkın olmamasına dikkat edilmelidir, çünkü kloroform özellikle buharlaşmadan evvel toksik ve karsinogen bir maddedir. İyi kondense edilemezse kloroperkanın buharlaşmasıyla boşluk oluşabilir (1-6, 33).

NYGAARD- ØSTBY Metodu

Bu metotta kloroperka metodunun içine in-



Resim 8. Quick Fill tekniği

ce toz haline getirilmiş gütaperka ilave edilmiştir. Kanada Balsamı, kolofonyum, kloroform ile karıştırılmış çinko oksit tozu kullanılmaktadır. Kanala kloroform uygulanır, ana kon hazırlanan pata bulanır ve kanala yerleştirilir ve yardımcı konlar da pata bulanarak kanala uygulanır, ancak ilk seansta kanal sondu uygulanmasından, taşkın olma ihtimali göz önünde bulundurularak kaçınılmalıdır. Ancak 2. seansta kloroform kullanılarak mevcut gütaperka koronal kısımdan çıkarılır ve kondense edilerek lateral kondensasyon yapılır (1-6).

Thermomekanik Kondansasyon Tekniği

1978 yılında Mc Spadden tarafından ortaya atılmıştır. Bu teknik hızı ayarlanabilen paslanmaz çelikten oluşan McSpadden kompaktöründen ibarettir. Mekanik kondensör Hedstroma benzeyen, ancak yivleri Hedstrom'un tersi yönde olan mekanik kondensördür. Çalışma prensibi ise 10.000 rpm'de dönen McSpadden kompaktörü dönerken mekanik sürtünmeyle bir ısı yaratmakta ve bu ısı gütaperkayı yumuşatarak kanalı doldurmaktadır. Aletin ucu apikal ve lateral yönde 1.5 mm. öteye kadar ısıttığı için aletin boyunun kontrolüyle taşkın dolgu yapılmasına engel olunur. Apeksi açık dişlerde bile aletin boyu ayarlanarak taşkın dolgu yapılmasına engel olunabilir. Bu yöntem birkaç saniye uygulama süresiyle hekime kolaylık sağlar (34-36).

Isıtılmış gütaperka teknikleri lateral kondensasyon tekniğine alternatif tekniklerdir. Avrupa ve Amerikadaki dişhekimliği fakül-



telerinde ve kliniklerde en çok uygulanan teknik lateral kondensasyon tekniğidir. Ucuz, kolay uygulanan, ek bir alet istemeyen bir teknik olup yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak araştırmalar incelendiğinde lateral kondensasyon tekniğinin dentin duvarına adaptasyonunun özellikle apikal bölgede iyi olmadığı (37), gütaperka konlar arasında yer yer boşluklar içerdiği (38) bildirilmiştir. Ayrıca bu tekniğin içerdiği gütaperka ve kanal patı oranı incelendiğinde yüksek oranda kanal patı içerdiği bildirilmiştir (11, 14, 38). Bu amaçla, ısıtılmış gütaperka teknikleri çıkarılmış ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu tekniklerin çoğu ekstra alet içeren, lateral kondensasyona göre daha pahalı tekniklerdir. Ancak gelişmiş ülkelerin kliniklerde, lateral kondensasyonun yanı sıra yaygın olarak kullanılan tekniklerdir. Literatürler incelendiğinde in vitro çalışmaların büyük bir çoğunluğunda, SEM çalışmalarında, mikrosızıntı çalışmalarında lateral kondensasyona nazaran daha başarılı bulunmuşlardır. Ancak bu konuda yapılmış klinik çalışmalar azdır. Özellikle lateral kondensasyonla kıyaslanmış uzun dönemli çalışmalar yetersizdir. Günümüzde araştırmalar in vitro deneylerden çok in vivo ve klinik çalışmalara yönelmiştir. Bu konuda da daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Güta-Perkaya Alternatif-Resilon

Son yıllarda güta-perka kor dolgu maddesine alternatif olarak Resilon dolgu materyali piyasaya sürülmüştür. Resilon, ter-

moplastik sentetik polimer polyester yapıda bir kor materyal olup, metakrilat esaslı kanal patı (Epiphany) ile beraber kullanılması önerilmektedir. Böylece self-etch primerle beraber kullanılarak kök kanalı içerisinde kor ve kanal patının beraber monoblok bir yapı oluşturmada olduğu ileri sürülmektedir. Bu monoblok sayesinde pat ve kor materyali arasında sızıntı olamayacağı, bunun da endodontik tedavinin başarısını olumlu yönde etkileyeceği bildirilmiştir.

Resilon Sistemi

- 1. Resilon primer:** (self-etch primer)
sulfonik asid monomer
HEMA
(Hidroksietilmetakrilat)
su polimerizasyon başlatıcı
- 2. Resilon patı:** Dual-curing, resin esaslı siman BisGMA
Ethoxylated BisGMA
UDMA Hidrofilik
Methakrilatlar
- 3. Resilon kor materyali:**
polycaprolactone %50
methacrylate
copolymers %10
glass fillers %40

Kor Materyalinin Özellikleri

Biyouyumlu, güta-perkadan biraz daha katıdır, termoplastik tekniklerle ısıtılabilir, ısıtılarak kullanıldığında %0,5 büzülür, ağırlığının %65'i doldurucudur, radyoopaktır, kolaylıkla sökülebilir, post boşluğu gelenek-

sel yöntemlerle hazırlanabilir, kökü güçlendirir, kanal girişinden apekse kadar sızdırmaz bir dolum sağlar, resilon materyali 4 formda kullanılabilir. 1. Konlar, 2. Peletler, 3. Kartuş, Taper açılı konlar.

Uygulama: Normal İrrigasyon prosedürü (NaOCl, EDTA, Klorheksidin) uygulanır. Dikkat edilmesi gereken husus, son yıkamanın asla NaOCl ile yapılmaması ve alkol kullanılmamasıdır. Self etch primer uygulanmasından sonra pat yerleştirilir. Resilon kanal dolumundan sonra kanalın kural kısmındaki kanal patı 40 sn ışık uygulanarak sertleştirilir.

Teixeira ve ark. (39) Resilon kullanılarak endodontik tedavisi yapılan dişlerde kırılmaya direncin belirgin olarak arttığı bildirilmiştir. Shipper ve ark. (40) köpek dişlerinde resilon sistemiyle gutaperka-AH26 patını karşılaştırmışlar ve resilon monoblok sisteminde daha az periapikal enflamasyon görüldüğünü bunun da daha az sızdırmazlıkla ilgili olduğunu ortaya koymuşlardır. Aptekar ve ark. (41) guta perka ve resilon kullanılarak doldurulan dişlerde mikrosızıntıyı karşılaştırmışlar, resilon grubunda daha az mikrosızıntı gözlemlenmiştir. Maltezos ve Glickman (42) Resilon-MTA-SuperEBA materyallerini retrograd dolgu maddesi olarak kullanmışlar ve bakteriyel mikrosızıntılarını araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda, resilonun iyi bir cerrahi izolasyonla retrograd dolgu materyali olarak kullanılabilirliğini vurgulamışlardır. Andrea ve Tay (43) resilon ve guta-perkanın dentine bağlanma kuvvetini push-out testi ile ölçmüşler ve guta-perkayı resilon grubundan daha başarılı bulmuşlardır. Bu sonuca göre, Resilonun kök güçlendirme özelliği olan yeni bir endodontik materyal olduğu görüşünün çelişkili olduğu görülmektedir. De Oliveira DP ve ark. (44) yaptıkları çalışmada Resilon/Epiphany ve Guta-perka/AH26 ile doldurdukları dişlerde resilonla doldurulan grubun guta-perkaya oranla daha hızlı söküldüğünü görmüşlerdir. Guta-perkaya alternatif olarak piyasaya sürülen Resilon üzerinde yapılan çalışmalar

oldukça azdır. Bu konuda yapılacak klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.■

KAYNAKLAR

1. Nygren NT. Obturation of the root canal system. In: Cohens S, Burns RC, editors. Pathways of the pulp. 3rd ed., St.Louis: CV Mosby Co;1984. p. 205-99.
2. Gutmann JL, Witherspoon DE. Obturation of the cleaned and shaped root canal system. In: Cohen S, Burns RC, editors. Pathways of the Pulp 8th. Edition. St. Louis: C. V. Mosby Co; 2002. p. 293-365.
3. Seltzer S. Endodontology. Biologic Considerations in Endodontic Procedures. 2nd edn. Lea&Febiger, Philadelphia, 1988; p. 365-366.
4. Weine FS. Endodontic therapy. 5th ed.St.Louis,Mosby,1996,456-7.
5. Ingle JL, Beveridge EE. Endodontics, ed 2, Philadelphia 1976, Lea&Febiger
6. Schilder H. Filling of the root canal in three dimentions.Dent Clin North Am 1967;11:723-44.
7. Wessellink PR. Conventional root canal therapy. III: root filling. In Hartly FJ.ed Endodontics in Clinical Practice. 3rd edn London, UK: Wright, 1990; 186-223.
8. Miserendino LJ. Instruments, materials and devices.In: Cohens S, Burns R.C.eds.Pathways of the Pulp.5 th edn.St.Louis MO. Mosby-Year Book Inc.1991;388-432.
9. Brayton SM, Davis SR, Goldman M. Gutta-percha root canal fillings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1973; 35: 226-31.
10. Korzen BH. Endodontic obturation using the Microseal technique. Oral Health 1997;10: 67-73.
11. Gençoğlu N. Comparison different gutta-percha techniques (PartII); Thermafil,JS Quick-Fill, Soft Core, Microseal, System B and lateral condensation techniques. Oral Surg Oral Pathol Oral Med. Oral Radiol&Endodontics2003;96:91-5.
12. Gençoğlu N, Yıldırım T, Garip Y, Karagöç B, Yılmaz H. Effectiveness of different gutta-percha techniques when filling experimental internal resorptive cavities. Int Endod J. 2008; 41:836-42.
13. Buchanan LS. The continuous wave obturation technique:centered condensation of warm gutta-percha in 12 seconds, Dent Today 15:60, 1996
14. Gençoğlu N, Garip Y, Baş M, Samani S. Comparison of different gutta-percha root filling techniques: Thermafil, Quick-Fill, System B and lateral condensation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93:333-6.
15. Yıldırım T, Gençoğlu N. Soft Core Microseal, System B ve lateral kondensasyon tekniklerinde kural ve apikal sızıntı miktarlarının incelenmesi. Selçuk Ü. Diş Hek.Fak. Dergisi 2002;12:155-159.
16. Yee FS, Marlin J, Krakow AA, Gron P. Three-dimensional obturation of the root canal using injection-molded, thermoplasticized dental gutta-percha. J Endod. 1977;3:168-74.
17. Marlin J, Krakow AA, Desilets RP Jr, Gron P. Clinical use of injection-molded thermoplasticized gutta-percha for obturation of the root canal system: a preliminary report. J Endod. 1981 ;7:277-81
18. Donley DL, Weller RN, Kulid JC, Jurcak JJ. In vitro intracanal temperatures produced by low- and high-temperature thermoplasticized injectable Gutta-percha. J Endod. 1991 ;17:307-9.
19. Weller RN, Koch KA. In vitro radicular temperatures produced by injectable thermoplasticized gutta-percha. Int Endod J. 1995 ;28:86-90.
20. Gençoğlu N, Samani S, Günday M. Dentine wall adaptation of thermoplasticized gutta-percha in the absence or presence of smear layer. J Endod 1993; 19: 558-62.
21. Gençoğlu N, Samani S, Günday M. Evaluation of sealing properties of Thermafil and Ultra-fil techniques in the absence or presence of smear layer. J Endod 1993; 19: 599-603.
22. Gençoğlu N, Şimşek Ş, Çevikbaş U, Günday M. Calali radiculari reimpil con Thermafil, Ultra-fil e con la tecnica della condensazione canalare Attualita Dentale 1993;39:6-12.
23. Gençoğlu N, Günday M, Baş M, Başaran B. A comparative study of the aerea of the canal space obturated by thermoplasticized gutta-percha techniques. J. M. University Dental Faculty 1994; 2: 441-446.
24. Gençoğlu N, Garip Y, Haznedaroğlu F, Günday M. Comparison of sealing ability of different gutta-percha techniques J. Marmara University Dental Faculty 2000; 4: 140-144.
25. Gençoğlu N, Oruçoğlu H, Helvacioğlu D. Sealing ability of different gutta-percha techniques;Thermafil, Quick-fill, Soft Core, Microseal, System B and lateral condensation technique. Int Endod J. 2005;38:914-948. R: 28.
26. Michanowicz AE, Michanowicz JP, Michanowicz AM, Czonstowski M, Zullo TP. Clinical evaluation of low-temperature thermoplasticized injectable gutta-percha: a preliminary report. J Endod. 1989;15: 602-7.
27. Johnson WB. A new gutta-percha technique. J Endod 1978;4:184-188.
28. Gençoğlu N. Incidence of bifurcated canals in mandibular incisors and efficacy of Thermafil obturator. Saudi Dental Journal 2000;12:72-76.
29. Gençoğlu N. Treatment of root-fractured maxillary incisor with Thermafil obturator. Endodontics & Dental Traumatology 1993; 9: 157-159.
30. Gençoğlu N, Yıldırım T. Evaluation of various gutta-percha removal devices. J. Marmara University Dental Faculty 2000;4:7-11.
31. Soft core® Manual. Soft Core® Dental Production, Copenhagen K, Denmark.
32. JS Quick-Fill Instructions. JS Dental Manufacturing Inc. Ridgefield, CT, USA.
33. Callahan J. Rosin, solution fort he sealing of the dental tubuli and as an adjuvant in the filling of root canals, Allied Dent J 9 (53):110,1914
34. Bayırlı G. Endodontik Tedavi, Taş Matbaası, İstanbul,1985.
35. Kersten HW, Fransman R, Thoden van Velzen SK. Thermomechanical compaction of gutta-percha. I. A comparison of several compaction procedures. Int Endod J. 1986;19:125-33.
36. Kersten HW, Fransman R, Thoden van Velzen SK. Thermomechanical compaction of gutta-percha. II. A comparison with lateral condensation in curved root canals.Int Endod J. 1986; 9:134-40.
37. Brayton SM, Davis SR, Goldman M. Gutta-percha root canal fillings. An in vitro analysis. I.Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1973
38. Eguchi DS, Peters DD, Hollinger JO, Lorton L. A comparison of the area of the canal space occupied by gutta-percha following four gutta-percha obturation techniques using Proco-sol sealer. J Endod. 1985 ;11:166-75.
39. Teixeira FB., Teixeira ECN, Thompson JY, Trope M. JADA 2004; 135:646-652.
40. Shipper G, Teixeira FB., Arnold R., Trope M. J. Endod. 2005; 31:91-96.
41. Aptekar A, Ginnan K. J. Canadian Dental Association 2006; 72: 245-9.
42. Maltezos C, Glickman GN. (J. Endod. 2006 ;32:324-7.
43. Andrea G, Tay F. R. J.Endod 2005, 31:809-813.
44. de Oliveira DP, Barbizam JV, Trope M, Teixeira FB. J. Endod. 2006, 32:362-4.

2000-Reykjavik,
İzlanda

Türkşan Karatekin

turksan@tetrailetisim.com

İstanbul 2010'da 'Avrupa Kültür Başkenti'

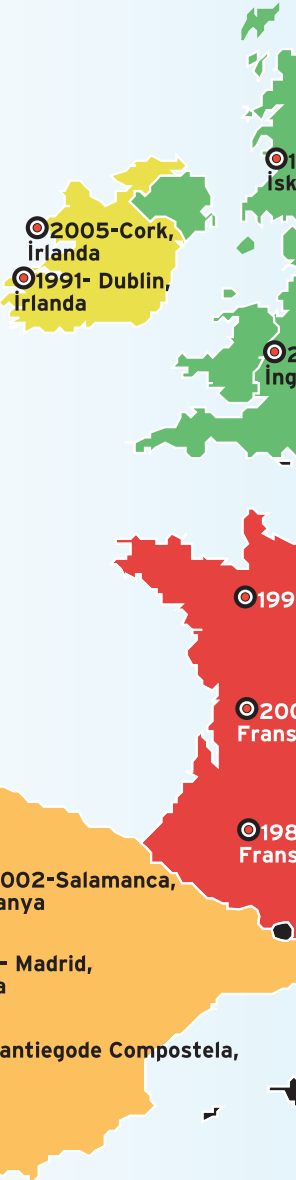
Sahne senin(miş) İstanbul!

Avrupa Birliği tarafından ilk kez 1985 yılında uygulanmaya başlayan Avrupa Kültür Başkenti projesi kapsamında 2010 yılında İstanbul, Macaristan'ın Peç, Almanya'nın Essen kentleriyle birlikte bu unvanı taşıyan üç kentten biri olacak. Çalışmaları organize yürütebilmek adına İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti (AKB) adında özel bir ajans kuruldu.

Ajansta geçtiğimiz aylarda yönetsel bir deprem oldu ve projeye yıllardır emek veren Yürütme Kurulu Başkanı Nuri Çolakoğlu ile üyeler İskender Pala, Metin Sözen, Gürhan Ertür istifa etti.

2010'a girmemize aylar kala böyle şok edici bir durum ister istemez kafalarda soru işareti yaratıyor. Üstelik madalyonun pek çok yüzü varmış gibi duruyor.

Dergi okurları için hem İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti kavramını, hem İstanbul'un bu unvana sahip olma sürecini, hem de proje kapsamında bugüne dek yaşananları büyüteç altına alalım istedik.





İstanbul 2010 kapsamında sürdürülen projeler 'kentsel uygulamalar', 'kültür-sanat ve turizm', 'tanıtım' olmak üzere üç ekseninde yürütülüyor.

İstanbul, adı şu ya da bu olsun, asırlar boyu hep bu coğrafyanın en alımlı buluşma noktalarından biri olmuş. Denizleri birleştiren bir coğrafyaya ev sahipliği yapıyor olmasının yanında binlerce yıllık kültürel mirasıyla Avrupa'nın ayrıcalıklı kentlerinden biri İstanbul. Ancak maalesef son 50 yılda iç göç, plansız büyüme, çarpık kentleşme ve yanlış siyasi politikalar sonucunda büyük bir metropole ama bunun gerektirdiği standartlarından uzak, kaotik bir kente dönüştü. Biz İstanbul'un metropol olarak kalite standartlarını sorgularken karşımıza daha Avrupalı bir değer konuldu; 'Avrupa Kültür Başkenti'. İstanbul 2010'da Avrupa'nın üç önemli kültür başkentinden biri olacak. Gerçi bu kavramın da içeriği ve tarihsel birikimi ayrıca sorgulanmaya muhtaç gözüküyor. Kent kültürü kavramından yola çıkarak küresel kültürün oluşumuna katkıda bulunmayı ve normal turistlerin üç katı harcama yapan 'eğitilmiş' ve 'kültürlü' turistlerin girdisini oluşturduğu kültür turizmine canlılık katmayı hedefliyor 'kültür başkenti' olgusu.

Nereden çıkmış, nasıl büyümüş, İstanbul nasıl olmuş da 'kültür başkenti' olmuş, bunlara bakalım istiyoruz. Biraz da ilginç bulduğumuz başlıklara tabii..

Yunanistan öneriyor, AB kabul ediyor

Avrupa kültürüne 'değer' katan kentlere 'Avrupa Kültür Başkenti' unvanının verilmesi fikri ilk kez 1985 yılında, dönemin Yunanistan Kültür Bakanı Melina Mercouri tarafından dile getiriliyor ve Avrupa Birliği de öneriyi hemen uygulamaya koyuyor. İlk unvan da öneri sahibi ülkenin başkentine, Atina'ya veriliyor. 1985-1989 yılları arasında AB üyesi ülkelerin kentleri sırasıyla bu sıfatla buluşturuluyor. 2000 ilginç bir yıl, zira AB Komisyonu tam dokuz ülkenin kentini 'kültür başkenti' ilan ederek ilk çoklu uygulamayı başlatıyor. 2000 yılındaki yenilikler bununla sınırlı kalmıyor ve AB Komisyonu artık sadece AB'ye aday olan ülkelerin kentlerini değil, AB üyelik sürecindeki ülkelerin kentlerini de kapsam içine alarak kültür turizminin sınırlarını daha bir genişletiyor. Bu madde İstanbul'a 'Avrupa Kültür Başkenti' olma kapılarını açıyor açmasına ama Türkiye'nin o kapıdan içeri girmesi bir hayli uzun sürüyor!

İstanbul için büyük uzlaşma

2000 yılındaki kararın ardından kamu, özel sektör ve sivil toplum kurumlarının temsilcilerinden oluşan kalabalık bir kadro bu işe





gönüllü oluyor ve İstanbul'un uzun soluklu 'kültür başkenti olma' mücadelesini başlatıyorlar. 'Girişim Grubu' adını alan oluşum, projenin İstanbullular ve onların oluşturduğu sivil inisiyatifler eliyle yürütülmesi halinde daha da yaygınlaşacağını, kamu kurum ve kuruluşların proje ortakları olarak katkıda bulunacaklarını kamuoyuna duyurarak bu alanda geniş bir uzlaşma yakalamayı hedefliyor. Aslında bu çabayı önemsemek mümkün değil! Zira o güne kadar Avrupa Kültür Başkenti projesine katılan kentlerin arkasında ya yerel ya da ulusal yönetimler olurken ilk kez İstanbul örneğinde bu sürecin sivil bir oluşum tarafından da başlatılabileceği gösteriliyor. Zaten İstanbul'a unvanı kazandıran da esasında bu bakış açısı oluyor.

2000'de başvuru, 2006'da sonuç

'Avrupa Kültür Başkenti İstanbul' projesinin ilk koordinatörü İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı Basın ve Halkla İlişkiler Yönetmeni Esra Nilgün Mirze. 2001-2005 arası görev yapan Mirze'den sonra koordinatörlüğü Nuri Çolakoğlu üstleniyor. Avrupa Birliği ile ilk temasları Mirze başlatıyor, sonuç getirecek vuruşları ise Çolakoğlu yapıyor. Bu arada ülkenin 2001 gibi önemli bir ekonomik krizi de atlattığını hatırlatalım.



Nuri Çolakoğlu, Ekim 2005'te Macaristan'ın Peç kentinde, Avrupa Kültür Başkenti olacak Peç ve Alman şehri Essen'in temsilcilerinin katıldığı toplantıda İstanbul'un adaylığını "Dört Elementin Kenti" ana temasıyla anlatıp bu konudaki ilk çıkışı yapıyor. Kent problemlerini kültürel ve sanatsal prodüksiyonlarla çözme hedeflerinden söz ediyor. Aralık ayında İstanbul için başvuru dosyası Avrupa Komisyonu Eğitim ve Kültür Genel Müdürü Nicolaus van der Pas'a teslim ediliyor ve 2006'da Avrupa'nın kültür ve sanat alanında tanınmış yedi uzmanının önünde, Girişim Grubu tarafından, 'İstanbul neden Avrupa Kültür Başkenti olmalı?' sorusunun yanıtları veriliyor. Kurulun olumlu karar vermesinin ardından İstanbul, Peç (Macaristan) ve Essen (Almanya) kentleriyle birlikte 2010'da Avrupa Kültür Başkenti unvanını taşıyacak kentlerinden biri olarak açıklanıyor.

Asıl iş şimdi başlıyor

İstanbul'un 2010 Avrupa Kültür Başkenti olma hayali gerçeğe dönüşünce o günden bu yana neler yapılmış bir de ona bakmak gerekiyor. AB'nin ikna edilmesi kadar, kamuoyunun bilgilendirilmesi ve herkesin desteğinin talep edilmesi bundan sonraki sürecin en önemli aşamalarından biri ola-





2010 Projesi kapsamında 10 milyon turistin gelmesi, bunların daha uzun süre Türkiye’de kalması ve kişi başına ortalama 10 bin dolar harcama yapması bekleniyor.

rak dikkat çekiyor. Nitekim o güne dek Girişim Grubu adıyla süreci yönetenler başlangıçtakinden çok daha önemli bir misyonu yüklendiklerini düşünerek 2007’de İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti Derneği’ni, 2008’de de İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti (AKB) Ajansı’nı kuruyorlar. Ajans Koordinasyon Kurulu Başkanı, aynı zamanda Devlet Bakanı ve Başbakan Yardımcısı Hayati Yazıcı. Yönetim Kurulu Başkanlığını İKSV Yönetim Kurulu Üyesi ve NTV Televizyonu Danışmanı Nuri Çolakoğlu, Genel Sekreterliği Başbakanlık Teftiş Kurulu Üyesi Eyüp Özgüç yürütmeye başlıyor. Nuri Çolakoğlu ajansın bir proje üretim merkezi olma hedefiyle yola çıktığını söylüyor, ancak ilerleyen zamanlarda başta Mimarlar Odası olmak üzere pek çok sivil inisiyatif, sanatçı ve aydın, geliştirilen projelerin hem İstanbul’un kentsel dokusuna ve kültür mirasına uyumsuzluğunu hem de tabana inemeyen tekil yapısını eleştirecekler.

Kamuoyundan destek toplantıları

Projenin kamuoyuna sunulması profesyonel reklam ve halkla ilişkiler ajanslarından sağlanan destekle gerçekleştiriliyor. Görsel ve iletişim dilindeki standartların belirlenmesinin ardından kamuoyunun bilgilendirilmesi amacıyla belediyeler, üniversite rektörleri, sivil toplum örgütleri, yerli ve yabancı kültür merkezleri ile kamu ve özel müzelerin yetkilileriyle görüşmeler yapılıyor. Seminer ve toplantılarda her kesimden ve kumandan projeye destek talep ediliyor.

Ayrıca daha önce bu unvana sahip olan şehirlerdeki çalışmaları yürüten koordinatörler ve akademik isimlerle temaslarda bulunuluyor. İstanbul’la birlikte 2010’da Avrupa Kültür Başkenti sıfatını taşıyacak Macaristan’ın Peç ve Almanya’nın Essen kentlerindeki çalışmalar takip ediliyor. 2008, İstanbul 2010 için düşünülen projelerin hayata geçirilmeye başlandığı yıl. Bu dönemde Taksim’le özdeşleşmiş Atatürk Kültür Merkezi’nin başka bir yere taşınması gibi tuhaf birtakım projelerin de gündeme geldiğini, kamuoyunun, sanat ve kültür çevrelerinin yoğun itirazlarıyla vazgeçildiğini anımsatırım.

Şu ana dek ulaşabildiğimiz bir kamuoyu yoklaması olmadığı için AKB Ajansı’nın, İstanbul 2010 için başlatılan tanıtım kampanyasının ne kadar etkili olduğunu söylemek güç. Ancak İstanbul’un henüz bu duruma çok vakıf olmadığı yönünde bir izlenim edinmedik. Belki de şimdiye kadar yapılanların sadece akademik, entelektüel ve iş dünyası ile sınırlı kalması ve tabana çok inememesi bunda etken olabilir.

İstifalar kafa karıştırdı

Buraya kadar İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti projesinde başlangıçtan bugüne (2000-2009) sürecin nasıl ilerlediğini genel hatlarıyla ortaya koyduk. Üç-dört ay önce yaşanan gelişmeleri de özetlemekte fayda var. 2005’te proje koordinatörü olan, geçen yıldan bu yana da AKB Ajansı’nın yönetim kurulu başkanlığını sürdüren Nuri Çolakoğlu ve Yürütme Kurulu üyeleri Prof.

Dr. İskender Pala, Prof. Dr. Metin Sözen, Gökhan Ertür Mart ayında istifa ederek projeden ayrıldılar. Kapalı kapılar ardında, istifaların nedeni olarak AKB Genel Sekreteri Eyüp Özgüç'le yaşanan anlaşmazlık gösteriliyor. İstifa edenlerin ortak basın açıklaması satır arası mesajlar vermiyor değil. Diyorlar ki; "İstanbul ve Türkiye için büyük bir fırsat olarak gördüğümüz bu projede güzel şeyler yapmak istedik; bazılarını yaptık, bazılarını yürürlüğe koyduk, bazılarını tasarladık, bazılarının ilişkilerini kurduk. Vardığımız noktayı da sizlere Kasım 2008'de basılı olarak sunduk. Lakin karşılaştığımız olumsuzlukları giderme konusunda gayret göstermemize rağmen birtakım engellere de takıldık. İstanbul'un, 2010 yılında hak ettiği başarıyla kültür başkenti olabilmesi ve bu projenin her bakımdan mükemmel yürümesi yolunda biz de ayrı bir engel olmak istemediğimiz için şimdi kenara çekiliyoruz...."*

Projenin bütçesi

İstanbul'un Avrupa kültür başkenti olma sürecinde dikkat çekici bir başka nokta da işin bütçesi. Beral Madra 2007 tarihli Radikal Gazetesi'ndeki yazısında "Sanatçılar, sanat örgütleri, İstanbul 2010 bütçesinin ayrıcalıklı kişi ve kurumların tekelinde olmasına ya da har vurup harman savrulması olasılığına karşı gerekli tepkiyi göstermeli"* uyarısında bulunmuş.

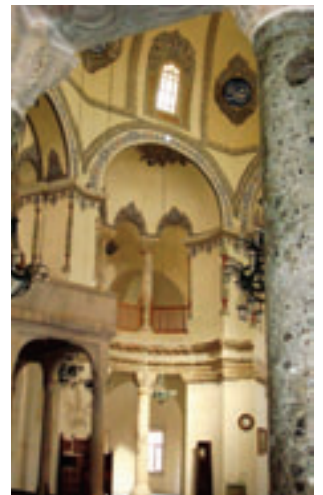
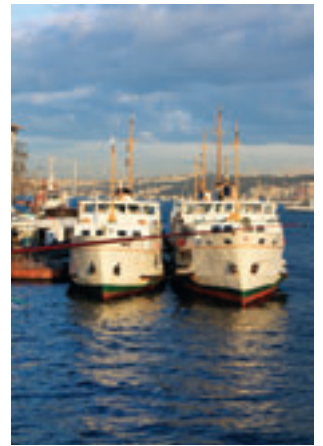
Avrupa Birliği, kültür başkentlerine proje kapsamlarına göre değişmekle birlikte 500 bin Euro'ya kadar katkı sağlayabiliyor. AB Genişlemeden Sorumlu Komisyon Üyesi Olli Rehn de İstanbul'un adaylık sürecinde 1,5 milyon Euro'luk bir katkıdan söz etmiş. AKB Ajansı da birtakım ayrıcalıklarla hayata geçirilmiş bir oluşum. Örneğin ajansa yapılan her türlü bağış ve yardımlar ile sponsorluk harcamalarının tamamı vergiden muaf sayılıyor. Bir de ajans tarafından harcamalara kaynak yaratmak amacıyla özel bir fon oluşturulduğu, fona destek için benzin ve motorine yapılan zamların bir miktarının buraya aktarıldığı kulislerde ko-



nuşuluyor.² Bir diğer kaynak geliştirme projesi de Türkiye'nin 200 zengin ailesine 'kurumsal ortaklık' teklifinin götürülmesiyle ilgili. Buna göre, her aile üç eşit taksitte 400 bin TL verecekti. O günkü manşetlere bakılırsa 17 aile bu öneriye sıcak bakmış, hatta ödemeleri yapanlar bile olmuş.³ AKB Ajansı'ndan gönderilen belgeler içinde 2008 resmi bütçesi 805 milyon TL. olarak gözüküyor. Doğal olarak bizim sanal alemde bulduğumuz diğer bütçe kaynaklarıyla ilgili başka hiçbir bilgi yok. Ancak AKB Ajansı Danışma Kurulu Üyesi, Türkiye Mimarlar Odası İstanbul Şube Başkanı Eyüp Muhçu'nun aktarmasına göre, bütçenin yeni eklemelerle 2 milyar TL'yi bulduğu iddia ediliyor.⁴

"Şeffaflık ve aleniyet yok!"

Her ne kadar AB kanadından gelecek miktarın denetimden yoksun kalmayacağını tahmin etsek de Türkiye'den akıtılacak kaynağın detaylandırılmasında ister istemez şüpheler beliriyor. Zira bu konuda sabıkamız çok. Hele de yakın zamanda Deniz Feneri gibi bir örneği anımsarsak... Eyüp Muhçu bu konudaki şüpheleri doğrulayacak açıklamalar yapmış: "Yürütme Kurulu kapalı devre çalışıyor. Kararlar da kapalı kapılar ardında alınıyor. Şeffaflık, aleniyet yok... Bütçe denetimsiz, ihalesiz, plansız, programsız... Hükümet, tarihi yarımadadaki belediyeler ve Beyoğlu belediyesi AKB Ajansı'nı kasası gibi görüyor. Yasalara aykırı işler bu kanaldan yürütülüyor..."⁴





AKB Ajansı bu gücü, 2007 yılında çıkartılan ve varlığını meşrulaştıran 5706 no'lu yasa-dan alıyor.

İstanbullu haberdar mı?

Duruma bir de hedeflenenler açısından bakalım. 2010'un sonuna kadar proje kapsamında 700'den fazla projenin hayata geçirilmesi hedefleniyor. Atatürk Kültür Merkezi'nin restorasyonu da buna dahil. Merak edenler için, AKB Ajansı'nın kurumsal sitesinde bugüne değin yapılan çalışmalar, etkinlikler, projelerle ilgili haberler var. İstenildiğinde detaylı proje bilgileri de ajans tarafından gönderiliyor. Projeler 2008'le ağırlık kazanmış, ancak epey de geç kalınmışa

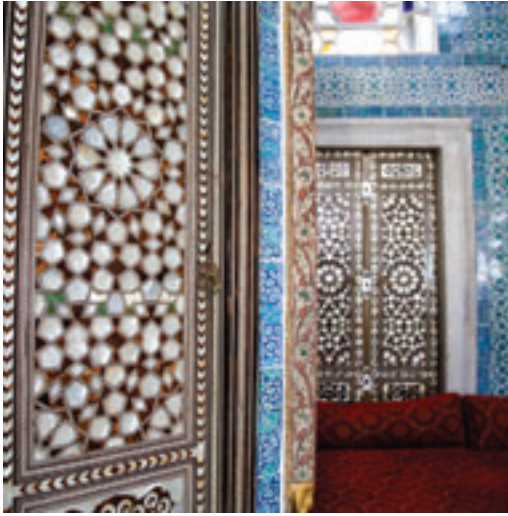


benziyor. Organizasyonel işler epey zaman kaybettirmişe benziyor. 2010 Yürütme Kurulu Başkan Yardımcısı Esra Nilgün Mirze, bu akışın normal seyrinde olduğunu ifade ederek "2007 koordinasyon, 2008 projelere yönelme, 2009 son hazırlıkları yapma, 2010 da dünyayla iletişime geçme yılı olarak planlandı" demiş. Ancak fikir ayrılıkları yüzünden yönetim süreçlerinde deprem yaşayan bir oluşumun ajandasındaki işleri tamamlayabileceğine dair ciddi kuşkular da var. AKB Ajansı kalan zamanı iyi değerlendirmeli.

Tarihi ve kültürel yapıdaki değişim

İstanbul 2010 kapsamında sürdürülen projeler 'kentsel uygulamalar', 'kültür-sanat ve turizm', 'tanıtım' olmak üzere üç eksende sürdürülüyor. Kentsel uygulamalar kapsamında kimi yapıların kültür sanat merkezine dönüştürülmesi, var olanların yeniden düzenlenmesi ve restorasyonu gibi başlıklar yer alıyor. Gündemi epeyce meşgul eden Atatürk Kültür Merkezi'nin restorasyonu da bu bağlamda sürdürülen projeler arasında. Ancak tarihi Sulukule evlerinin yıkılması İstanbul 2010'un değil, başka bir AB projesinin, yani kentsel dönüşüm çalışmalarının bir sonucu.

İstanbul 2010, kentsel uygulamalar kapsamında Tarihi Yarımada, Kadıköy ve Beyoğlu çevresinde toplanan kültür sanat yoğunlaşmasını İstanbul'un geneline yayma gibi bir amacı sahiplenmiş. Yenikapı Sanat Üretim Merkezi bu amaçla hayata geçirilmiş bir buluşma noktası. Burada yabancı sanatçıların katılımıyla atölye çalışmaları yapılıyor ve ortaya çıkan eserlerin de Mayıs ayındaki sergiyle İstanbullu sanatseverlerle buluşması hedefleniyor. Anadolu Yakası'nda doğalgaz kullanımının artmasına paralel işlevselliğini yitiren Hasanpaşa Gazhanesi'nin Kadıköy dışında bir kültür merkezi oluşumuna ev sahipliği yapması planlanmış. Ayrıca Tepebaşı'nda bulunan TRT binasının, Suna Kiraç Opera ve Kültür Merkezi adıyla 1400 kişilik opera ve 700 kişilik



tiyatro salonlarına sahip bir komplekse dönüştürülmesi projeler arasında.

Yeni yapılacak bu ve benzeri mekanların sanat ve kültür merkezi olma tanımlarında sürekliliğinin sağlanması da önemli. Umarız akıbetleri, milyarlarca lira harcayıp açtığımız ama bir kez bile kullanamadığımız havaaanlarına ve hastanelere benzemez.

10 milyon turist

İstanbul'un 2007 turizm geliri 4,5 milyar dolar. 6,5 milyon turistin Türkiye ortalaması kişi başına 679 dolar. 2010 Projesi kapsamında 10 milyon turistin gelmesi, bunların daha uzun süre Türkiye'de kalması ve kişi başına ortalama 10 bin dolar harcama yapması bekleniyor. Böylece turizm gelirlerinin de 10 milyar dolara çıkması hedefleniyor. AKB Ajansı dokümanlarında üç eksenli bakış açısındaki hedefler ayrı ayrı dile getirilmiş; İstanbul'un kültürel mirasını öne çıkaran projelerin hayata geçirilmesi, turizm olanaklarının geliştirilmesi, gerekli kentsel altyapının iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi gibi ifadeler var. Kültür mirasının batının görmeye alışık olduğu oryantalist bakış açısıyla vurgulanması da cabası hani.

2010'nun ajandasından seçmeler

2010'da gerçekleştirilecek ilginç projeler de var. Aya İrini'de ve Topkapı Sarayı'nda gerçekleştirilecek üç opera bunlardan biri. Daha geniş ve zengin bir program içerecek



olan İstanbul Uluslararası Tiyatro Festivali çerçevesinde '3 Kadın-3 İstanbul' konu başlıklı üç farklı dans projesi sergilenecek. '3 Ülke, 3 Besteci, 3 Konser' temalı bir başka organizasyon da bu başlıkta göze çarpıyor. Başta Yıldız Teknik Üniversitesi olmak üzere İstanbul'daki yaklaşık 20 üniversite ile sanatçıyı izleyicisiyle buluşturup birlikte bir iş üretmek gibi kamu projeleri gerçekleştirilecek.

SONUÇ

2010'a beş ay kala, bütün motivasyonunu vaat edilen projeleri hayata geçirmek yönünde kullanması gereken AKB Ajansı'nın, yaşadığı yönetim krizinin ardından ortaya koyduğu performans pek parlak değil. Medyaya düşen son bilgiler ajansın 2009 bütçesini tükettiği için yıl sonuna kadar hiç bir proje gerçekleştiremeyeceğini ortaya koyuyor. Biz yine de umudumuzu yitirmeyelim. ■



**Mart ayında yaşanan istifaların ardından Nisan ortasında AKB Ajansı'nın başkanlığına Şekip Avdağ'ı atandı.*

Kaynaklar

- 1- www.radikal.com.tr
- 2- www.pollteknik.org.tr
- 3- www.arkitera.com
- 4- www.cumhuriyet.com.tr
- 5- www.istanbul2010.org
- 6- AKB Ajansı tarafından gönderilen bilgiler

Dışhekim
Önder Çalışkan
ondercaliskan@hotmail.com



Sektördeki lup tipleri neler?

Gözlerimiz lup kullanmaya başlamadan önce bozulmıyorsa kullanımla hiç bozulmaz. Ancak bunun için mesafe ölçümlerinin iyi yapılarak tam ölçü alınmış ürünleri kullanmaya dikkat etmemiz gerekiyor. Genel dişhekimlerine 2.5 x'le lup kullanımına başlamaları tavsiye ediliyor.

Lupları çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkün. Ancak luplardaki en yaygın iki sınıflandırma, bağlantı ve üretim şekillerine göre yapılır.

1- Genel bir sınıflama şekli lupların bağlantı şekillerine göre ayırmaktır. Bu şekilde iki model lup vardır;

a- Bir başlık veya gözlüğe üstten takılarak kullanılanlar: Bu tiplere İngilizce "Flip-up Loupe" = yukarıdan takılan mercekler denir.

b- Kullanılan gözlüğün camı delinerek içerisinden geçerek yerleştirilenler: Bu tiplere İngilizce "through the lens loupe" kısaca "TTL Loupe" = Camda kullanılan luplar TTL luplar, kişisel olarak üretildikleri için 'Custom TTL' adıyla da adlandırılır.

2- Üretim şekillerine göre Lupların sınıflandırılması;

a- Fabrikasyon olarak hazır üretilen luplar,

b- Kullanıcıya özel üretilen kişisel luplar,

Kişisel ölçüler (kullanıcıya özel) nelerdir?

Göz problemleri nedeniyle gözlük kullananlar için geçerli çeşitli ölçüm ve bakılan değerler lup kullanıcıları için de geçerlidir. Bu ölçüler temel olarak doğumdan gelen kişisel göz ve yüz ölçülerinin yanı sıra kişinin yaptığı iş ve görme ihtiyaçlarına göre (görüş alanı, görüş mesafesi vb.) değişiklik gösterir. Aslında göz doktorlarıyla deneyimli gözlükçülerin de meslekleri kapsamında kullanıp bildikleri bu ölçüleri bilmemiz, bizim de doğru ürünü almamız ve alacağımız bu araçların doğru kullanımı açısından oldukça faydalıdır.

1- Inter-pupillary distance: Göz bebekleri arası mesafe. Uzak ve yakın mesafedeki cisimlere bakarken bu mesafe ayrı ayrı ölçülür. Bu ölçümün önemi yaptığınız işte genel olarak kullanılan mesafedeki cisimlere ba-



karken, yakın mesafeye ve uzak mesafedeki cisimlere bakarken ayrı ayrı ölçülerek değerlendirilir. Örneğin: Bir ev hanımının dikiş dikerken kullandığı mesafe 35 cm iken bir marangoz yaklaşık 70-100 cm yakınlıkta çalışır. Bunun gibi, dişhekimleri arasında da hastayı koltukta oturttukları şekilde kendi pozisyonlarından kaynaklanan genel çalışma mesafeleri de çok değişiklik gösterir. İşte göz bebekleri arası mesafe tespit edilirken asıl dikkat edilmesi gereken bu şartlardır.

2- Segmental height: Seçilen gözlük çerçevesi alt kenarıyla alt göz kapağının arasındaki mesafe.

3- Vertex: Normal çerçevelerde gözlük sapı ve çerçevenin birleştiği nokta (veya spor çerçevelerde gözlük camlarının en dışbükey olduğu nokta) ile gözbebeğinin en dışbükey olduğu nokta arasındaki mesafe

4- Myoptic variance: Seçilen büyütme oranındaki mercek bir elle bir göz kapalıyken, diğer göze yaklaştırılarak bir cisme bakıldığında, bakılan cismin en net görüldüğü yerle lupla bakılan göz arasındaki mesafe.

5- Working distance: Çalışma mesafesi. Kullanıcının çalışırken hastanın ağızıyla kendi gözü arasında bulunmasını istediği yaklaşık çalışma mesafesi.

Flip Up ile TTL Lup karşılaştırması

1- Flip-up luplar istendiği zaman gözlüğü çıkarmaya gerek kalmaksızın, yukarı doğru kaldırılarak normal görüş sağlanır. TTL luplarda ise baş hafifçe öne doğru eğilerek, gözlük çerçevesi üst sınırıyla lup arasında kalan alandan bakılarak normal görüş sağ-

lanır. Luplar sadece ayarlanan çalışma mesafesine yakın uzaklıktaki alanlarda net görüntü verir. Kullanıcının oturma pozisyonuna göre ayarlanan çalışma bölgesi çok net görülürken ünitenin tableti bulanık görülebilir. Bu gibi durumlarda ya başın ya da lupun pozisyonu değiştirilerek görüntü sağlanır.

2- Flip-up luplar, TTL luplara nazaran %30-40 civarında daha ağırdır.

3- Flip-up luplar seçilen çerçevenin dışından başlar. TTL luplar ise çerçeveye gözlerin arasından başlar, yani luplar göze daha yakındır. Bu sayede TTL luplarda görüntü alanı çok daha geniştir.

4- Flip-up luplar, mekanizmaları üzerinde bulunan menteşe ve vidalar sayesinde çeşitli yönlerde hareket ettirilerek farklı kullanıcılara göre o anda kişiselleştirilir. Yani birçok kullanıcı tarafından rahatlıkla kullanılabilir. TTL lupların hareket ettirilebilme şansı yoktur, kişiye özeldir. Ancak gözbebeklerinin yerleşimi ve çalışma uzaklığı birbirine yakın olan birden fazla kişi tarafından kullanılabilir.

5- TTL luplar (yaklaşık %25 civarında) daha pahalıdır

Gözlerim numaralı, ne yapmalıyım?

Bunun için de farklı seçenekler mümkün. Öncelikle lens kullanıyorsanız sorun yok. Dilediğiniz ürünü alıp kullanabilirsiniz.

Lens kullanmıyorsanız göz doktorunuzun kullanımınızı dikkate alarak sizin için düzenlediği reçeteyi lup satıcılarına gönderdiğinizde gerekli gözlük camları sizin için üretilip, ister üstten takılan (flip-up), ister kişisel olsun, seçilen gözlük çerçevesine ihtiyacınız olan camlar takılarak üzerine gelecek luplar istediğiniz modele uygun olarak yerleştirilir ve size o şekilde teslim edilir. Gözlük-cam bedelinden kaynaklanan 100-125 USD civarında ilave bir maliyetiniz olabilir. Şayet daha ekonomik bir çözüm arıyorsanız veya lupu üreten firma göz numarası/hazırlanacak gözlükle ilgili hata yapar diye korkuyorsanız;

a) Flip-up lup alacaksanız, gözlükçünüze, size lupun takıldığı hazır gelen standart çer-

En yüksek büyütme lup en iyi anlamına gelmiyor. Neye ihtiyacımız olduğunu tespit etmek en az, ödeyeceğimiz faturanın tutarı kadar önemli.



çerçevenin sadece numaralı camlarını yaptırıp, bu çerçeveye taktırırsınız.

b) TTL lup alırsanız, lupların içine yerleştirilmiş oldukları camın rahatlıkla takılıp çıkarılabildiği bir çerçeve seçersiniz. Lupunuzu bu şekilde teslim alıp yine gözlükçünüze numaralı camlarınızı hazırlatarak, çerçevenin buruna oturan köprüsünün hemen altından her iki yana doğru uzanan tutuculara camlarınızı taktırabilirsiniz

Gözlerim asimetrik, ne yapmalıyım?

Eğer astigmat cam kullanıyorsanız standart lup kullanmamalısınız. Kişisel flip-up veya TTL lupları kullanmalısınız.

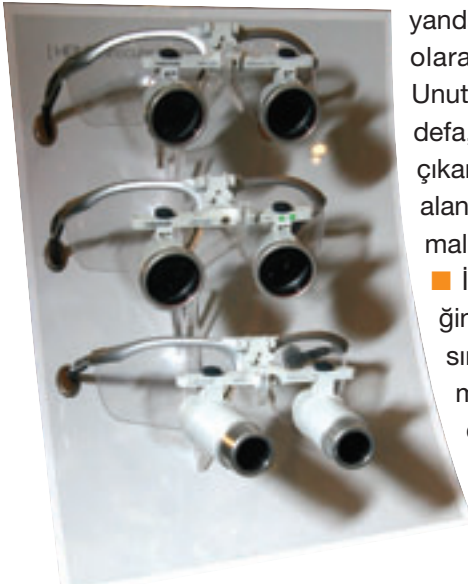
Lupta ölçüler alınırken neye dikkat etmeliyim?

■ Her şeyden önce, göz bebekleriniz arası mesafe ölçülürken uzak ve yakın mesafe ölçümlerinizi birkaç defa tekrar ettirin. Ölçüm esnasında bakılan yakın mesafe uzaklığının, genel olarak kullanacağınız çalışma mesafesine uygun olmasına dikkat edin. Çok basit bir işlem olmasına rağmen, ölçü alan yanlış alabilir, ölçü veren de yanlış bakabilir.

■ Seçtiğiniz çerçevenin, ölçüm yapılma-

dan önce kafanızda takılıyken, hem yatay olarak yere paralel hem de yüzünüze yandan bakıldığında alnınıza paralel olarak durduğundan emin olun. Unutmayın ki o çerçeveler yüzlerce defa, ölçü verenler tarafından takılıp çıkarılıyor. Eğer bir sorun varsa, ölçü alan kişi tarafından gerekli ayarlamaları yapıldıktan sonra ölçü verin.

■ İlk üretildiğinde lupunuzu istediğiniz mesafeye ayarlayabilme şansınız varken bunu tahmine bırakmayın. Mutlaka bir hastanızda çalışırken, asistanınıza çalışma mesafenizi ve bundan sonra çalışmak istediğiniz mesafeyi ölçtürün.



Kaç "X büyütme" lupla başlamalıyım?

İnsanoğlu olarak egomuzla düşkünüz. Her zaman en iyisi olsun istiyoruz. Peki en iyinin kriteri nedir? En iyi kavramı, içinde bulunulan şartlara göre değişir. Örneğin: İstanbul trafiğinde bir Hummer mı daha işlevsel, yoksa 100 cc'lik bir scooter mı?

Bu örneğe dayanarak, en yüksek büyütmeli lup en iyi anlamına gelmiyor. Neye ihtiyacımız olduğunu tespit etmek en az, ödeyeceğimiz faturanın tutarı kadar önemli. Piyasada genel olarak bulunabilen 2,5 - 3,0 - 3,5 büyütme oranlı lupların yanı sıra inanılmaz büyütmelere sahip 4.0 x, 5.0 x, 6.0 x gibi prizmatik luplar da mevcut.

a) 2.5 x büyütmede hekim, çalışma mesafesinde, hastanın boğazına doğru bakarken ağız dışını ve alt-üst her iki çeneyi birden, aynı anda tam olarak görür.

b) 3.0 x büyütmede hekim, çalışma mesafesinde, ancak tek çeneyi ve aynı anda ağız da %80-90 gibi bir kısmını tam ve net olarak görebilir.

c) 3.5 x büyütmede hekim, çalışma mesafesinde, ağız %50-60 gibi kısmını görür. Yani büyütme oranı büyüdükçe olay tıpkı sinemada en arka koltuktan en öne doğru atlamak gibi bir etki yapıyor. Bir seferde görebildiğiniz reel alan gittikçe küçülüyor ama görebildiğiniz alanı çok daha büyük görüyorsunuz.

Genel dişhekimleri için en iyi başlangıç 2.5 x'le kullanıma başlamak. Hele yüksek çözünürlüğe (rezolüsyona) sahip bir lupla başlamak, alışmak için çok rahatlatıcı. Çünkü genel dişhekimliğinin birçok uygulamasında dudakları görmek, birbirine oldukça uzak dişlerin paralellliğini ve kapanışı değerlendirmek vb. oldukça büyük önem taşıyor. 2.5 x yüksek rezolüsyonlu lup çıkarıp, 3.0 x takıldığında odaklanmak inanılmaz zorlaşıyor. O yüzden 3.0 x büyütme tecrübeli kullanıcılar veya çok küçük olmaktan sınırlı alanlarda çalışan, örneğin cerrahlar gibi kişilerin kullanımına uygun.

3.5 x ise, sadece endodonti veya apikal mikro cerrahi yapıp, küçük alanlarda çok

büyük büyötmeye ihtiyaç duyan hekimlerin haricinde, yeni başlayanlara kesinlikle önerilmez.

Merak edilen cevaplar

- Lup gözlerimi bozar diye korkuyorum?
- Bu yaşta lup kullanmaya başlarsam ilerde ne yaparım?
- Bir kere lup kullanmaya başladın mı artık lupsuz bir şey göremiyormuşsun?

Yukarıdaki sorular lup kullanmaya başlayacak hekimlerin en çok sorduğu veya endişe ettiği konular. Gözlerimiz lup kullanmaya başlamadan önce bozulmadıysa kullanımla hiç bozulmaz. Ancak bunun için mesafe ölçümünün iyi yapılarak tam ölçü alınmış ürünleri kullanmaya dikkat etmemiz gerekiyor. Her şey bir yana, artık görebilmek için kendinizi kasmıyor ve rahatça bakarak görüyorsunuz. Kaşınızı, gözünüzü oynatarak, göz kapaklarınızı kısarak odaklanmanıza gerek yok.

Bunun sonucunda;

- distal kaviterler bile inanılmaz oranda daha fazla görülür hale geliyor.
- hastanın ağzının içine girer gibi çalışmanız gerekmiyor.
- özellikle uzun çalışma mesafeli bir lup sipariş ettiyseniz (hastadan uzak ve dik oturmak zorunda kaldığınız için) bel- boyun ağrılarınızdan kurtuluyorsunuz. Hastanın ağzından sıçrayanlardan, aeratör türbülansı ile oluşan aerosolden fiziksel olarak kurtuluyorsunuz.
- basamaklı diş kesimi yaparken inanılmaz rahatlatma hissediyorsunuz.

Q-OPTICS Markalı ürünlerin avantajları

- Metal gözlük çerçeveleri saf titanyumdan yapıldığı için, uzun süreli lup kullananların gözlüğü çıkarırken hep sapından tutup yana doğru çekmeleri yüzünden oluşan eklem yerlerindeki gevşemeler ve/veya sap ve çerçevelerin eğilmesinden olan kullanıcı sorunları, saf titanyum çerçeveyeyle çözülmüş.
- Yüksek rezolüsyonlu lup seçeneği sadece, q-optics'in 2.5 x büyötmeli luplarında bulunuyor.



■ Flip-up luplardaki lupları yukarı kaldırmanız gerekiyorsa, gözbebeklerinizin pozisyonuyla seçtiğiniz çerçevenin alt kenarı arasındaki mesafe fazlaysa diğer markalardaki gibi menteşe hareketi yaptırarak kaldırmak yerine q-optics'te tam dikey hareket ettiren sürgü sayesinde lupları gözünüzden hiç uzaklaştırmadan direkt kaldırabilirsiniz. Menteşe hareketiyle yukarı kaldırmak lupu gözünüzden uzaklaştırır ve görüş alanını daraltır.

■ Diyelim TTL lup kullanıyorsunuz, gözlüğü nüzü düşürdünüz. Çerçeveniz kırılarak luplar çerçeveden ayrıldı. Böyle bir durum için q-optics lupları ömür boyu garantilidir. Çerçeve bedeli karşılığı luplarınızı gönderip, yepyeni bir çerçeveye monte edilmiş olarak geri alabiliyorsunuz. Diğer markalarda ise ücretin tamamını yeniden ödersiniz

■ Q-optics üretimini fason olarak yaptırmayıp tamamını kendi fabrikasında yapıyor.

■ Benzerlerine göre tüm büyötmeye çeşitlerinin aynı olduğu (yaklaşık 1000 dolar+KDV) fiyatlar da avantajlı. TTL lup için makul bir fiyat sahip.

■ Arzu edilirse çerçeve farkına bağlı fiyat değişimi olmaksızın spor çerçeve de kullanılabiliyor.

■ Dünyada ilk olan yüksek rezolüsyonlu luplar daha geniş görüntü alanına sahip. Ancak 2.5 x' ten daha fazla büyötmeli luplarda yüksek rezolüsyon şimdilik yok.

■ Resimlerde de görüldüğü gibi, istenirse Led ışık takılabiliyor.

■ Daha detaylı bilgi için
www.pratiklinik.com
info@pratiklinik.com ■

Büyötmeye oranı büyödükçe olay tıpkı sinemada en arka koltuktan en öne doğru atlamak gibi bir etki yapıyor. Bir seferde görebildiğiniz reel alan gittikçe küçölüyor ama görebildiğiniz alanı çok daha büyük görüyorsunuz.

Dışhekim
Zerrin Doyranlıoğlu

zerrind2@gmail.com
TADS Komisyonu Üyesi

TÜBİTAK'tan çocuklara çizgi kitaplar



Her konuda olduğu gibi dişhekimliği konusunda da eğitimin öncelikle çocukluk döneminde başlaması gerekir. TÜBİTAK'ın hazırladığı Popüler Bilim Kitapları serisiyle 3-6 yaş grubunu hedefleyen dört kitaplık seri “Doktorda”, “Diş Hekiminde”, “Hastanede” ve “Yavru Köpek” başlangıç eğitimi için ideal kitaplar.

Bilimsel dişhekimliği öncesinde kullanılan tur motorları, silikat dolgular, tedavi alternatifleri olmadığı için çekimle sonuçlanan olgular. Bütün bunların geçmişin eldeki imkanlarıyla, yetersiz anestezi koşullarda gerçekleştirildiğini düşünürsek, kulaktan kulağa anlatılan, nesilden nesile korkuların aktarıldığı, neredeyse şehir efsanesine döndüğü bir mesleğimiz var. Daha önce hiç dişhekimliği koltuğuna oturmuş hastaların telaffuz ettiği ilk kelime “kor-

kuyorum!” Bu korkuda şehir efsanelerinin rolü büyük. Gelişen teknolojiyle birlikte gelişen mesleğimizi, bilimsel dişhekimliğini o an korkularıyla mücadele eden ve oturduğu koltuktan bir an önce kurtulmanın hesabını yapan hastaya etkili bir şekilde anlatmak ne yazık ki mümkün değil...

Ağaç yaşken eğilir

Her konuda olduğu gibi dişhekimliği konusunda da eğitimin öncelikle çocukluk döne-



minde başlaması gerekir. Aile içinde ve okullarda verilen eğitim bu açıdan son derece önemlidir. Çocuğun, tedavi stresinin ve hekim korkusunun yaşanmadığı, rahat bir ortamda, kendi yaş grubu içinde ve yine kendi yaş grubuna yönelik eğitim materyallerinden öncelikle bilgi edinip, hekimi ziyaret etmesi ve hekimin de bu konuda son derece duyarlı davranması önemlidir.

TÜBİTAK, hazırladığı Popüler Bilim Kitapları serisiyle 3-6 yaş grubunu hedefleyen, eksik olan eğitici materyal ihtiyacına yönelik önemli bir katkıda bulunmuş. Masal kitabı formunda hazırlanmış olan dört kitaplık seri "Doktorda", "Diş Hekiminde", "Hastanede" ve "Yavru Köpek" başlıklarını taşıyor.

Masalsı, kolay okunan, çizgi kitaplar

Mesleğimizi ilgilendiren "Diş Hekiminde" isimli kitapta, masalsı çizgilerle karakterize edilmiş Kaya ailesinin, randevu alınmasından itibaren bir dişhekimine giderken yaşadığı tüm detaylar, fazla ayrıntıya girilmeden anlatılmış. Anlatım çok sayıda renkli resim ve büyük puntolarla yazılan, az sayıda cümleyle desteklenmiş. Anne Civardi tarafından yazılan, Stephen Cartwright'in resimlediği ve çevirisini Ezgi Perktas'ın yaptığı bu kitap 21x21 cm boyutlarında ve 16 sayfadan oluşuyor.

3-6 yaş grubu için kitaplar, annenin, babanın veya yuvadaki öğretmenin, kitabın içeriğini okuyarak çocuğa anlatırken çocukların da resimlerle oyalanabileceği şekilde hazır-



lanmış. Kitabı okuyan ebeveynin ve öğretmenin de bu sayede basit bir şekilde bilgilendirilmesi mümkün. Aynı kitap, okumayı yeni öğrenen 7-8 yaş grubuna yönelik olarak bir kez daha işlev görececek nitelikte hazırlanmış. Cümleler büyük puntolarla yazıldığından, kitabın zorlanmadan okunması sağlanmış. Bu yaş grubu bizzat kendisi okuduğu için, kitabı tekrar tecrübe etmesi istenmiş. Çocuğun okurken dikkatinin devamlılığını sağlamaya yönelik olarak da küçük bir ayrıntı düşünülmüş. Sayfa içindeki karakterler arasına sarı ördekler yerleştirilerek, çocukların bu ördekleri bulmaları istenmiş.

Çocuk hastalar için ideal

Kitaplara, bulunduğunuz bölgedeki büyük kitapçılardan ulaşabilirsiniz. Ancak büyük kitapçılarda bile sayıları bir-iki taneyle sınırlı. Tedavi için gelen hastalarınızın çocukları bekleme sürecinde bir kenarda oyalansın ve giderken de kitabı hediye olarak alsın isteyebilirsiniz. Çok sayıda kitap siparişinizi kitapçı sizin adınıza TÜBİTAK'a iletebiliyor ve bir-iki gün içinde siparişinize ulaşabiliyorsunuz. Kitapçıya gerek yok, kendi siparişimi kendim veririm dersanız kitap@tubitak.gov.tr adresine bu isteğinizi iletebilirsiniz. "Bildiğim yol en iyi yoldur; tüm bunlarla uğraşmaya ne gerek var?" dersanız aşkolsun!!! Nerede sizin yeni mezun, amatör ruhunuz? Bu arada en önemli kısmı unutmadan söyleyelim... Kitabın tanesi 2,50 TL'den satılıyor.■

**Çocukların
resimlerle
oyalanabileceği
şekilde
hazırlanan ve
tanesi 2.5 TL'den
satılan kitaplar
kitap@tubitak.gov.tr
adresinden de
istenebilir.**

Dışhekimî Pınar
Delen Satioğlu

pinarsatioglu@yahoo.com

Kadıköy Belediyesi Aile Danışma Merkezi

Kadıköy'ün sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan yetersiz bölgelerinde yaşayan, eğitim, sağlık ve sosyal yardıma ihtiyaç duyan kişilere hizmet veren Kadıköy Belediyesi Aile Danışma Merkezleri'ni tanıtıyoruz bu kez sizlere.

Kadıköy Belediyesi Aile Danışma Merkezi, 1994 yılında onursal başkan Selami Öztürk, kurucu başkan Marmara Üniversitesi Rektörü Necla Pur ve dönemin belediye başkan yardımcısı İnci Beşpınar tarafından, Kadıköy Kadın Platformu işbirliğiyle kuruldu. Merkezin amacı, ilçede yaşayan, sosyo-ekonomik durumu yetersiz olan bireylere Atatürk ilke ve devrimleri konusunda aydınlatıcı, Cumhuriyet'in temel değerlerini koruyucu, demokratik, laik ve sosyal hukuk devletinin temel görevi olan sağlık, eğitim ve sosyal dayanışma hizmeti sağlamak ve bu bilinci geliştirip kent yaşamına uyuma yönelik eğitim hizmeti sağlamak olarak belirlenmiştir. Merkezlerin sayısı 2008 yılında 10'a ulaşmıştır. Belediye tarafından istihdam edilen merkez sorumlusu ve yardımcısı dışında merkezlerdeki tüm hizmetler gönüllüler tarafından verilir. Geçen yıl bu sayı 2210'a çıkmıştır.

Amaç çözüm üretmek

Yerel yönetimler, belediye yasalarında yer aldığı gibi eğitim, sağlık ve sosyal dayanışma hizmetlerini ihtiyaç sahiplerine ulaştırmakla yükümlüdür. Aile danışma merkezleri



sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, meslek odalarıyla işbirliği yaparak çalışmalarını sürdürür. Merkezlerin hedefi Kadıköy ilçesinde ikamet eden, sosyo-ekonomik düzeyi yetersiz olan bireylere, ihtiyaç sahibi kişilere ulaşmak ve yerinde ilgili çözümü getirmektir. Şaşkınbakkal birimi projenin kentli kesimine tanıtılması için kurulmuştur.

5465 Kişi merkeze üye

Aile Danışma Merkezlerinde verilen okuma yazma ve temel yurttaşlık eğitimi programlarına katılmak için üye olmak gereklidir. 2008 itibarıyla üye aile sayısı 5465'dir. Merkezlerin bulunduğu bölgelerde verilen hizmetler bölgedeki gelir ve insani yoksulluklar dikkate alınarak tespit edilmiştir Bunlar:

- Okur-yazarlık düzeyinin yükseltilmesi,
- Vatandaşlık bilinci geliştirme,
- Kentlilik bilinci geliştirme,
- Yetişkinlere istihdama yönelik mesleki eğitim,
- Yetişkinlerin ve çocukların eğitimlerinin desteklenmesi,
- Kadın ve çocukların koruyucu sağlık hizmetleri ve –Sosyal Güvenlik Sistemi dışında kalanların- ayakta tedavi hizmetlerinin karşılanması,
- Kültür hizmetlerine katılımın desteklenmesi,
- Sosyal ve ekonomik açıdan güçsüz grupların her türden danışmanlık hizmeti ihtiyacının karşılanması,
- Kadına ve çocuğa yönelik şiddetin önlenmesi çalışmalarının kurumları harekete geçirerek yapılması,
- İstihdamın desteklenmesi - sosyal kooperatifler-çalışan kadınlara ücretsiz kreş hizmeti.

Yetişkin ve çocuklara eğitim

Özellikle istihdam konusunda, kadın emek atölyelerinde kadınlara yönelik yemek, oya, kuaför, cam ve sinema atölyeleri bulunur. Bu atölyelerden mezun olup sertifika alanların ekonomik hayata katılmaları sağlanır. Sosyal yardım ve destek hizmetlerinde, aşevlerinden yiyecek, giysi, yakacak ve öğrencilere burs ve dersane desteği verilir.



Nüfus kâğıdı çıkarılması, yeşil kart alınması ve yaşlılık aylığı bağlanması gibi yardımlar da yine sosyal yardım hizmetlerindendir. Eğitim hizmetleri hem yetişkinlere hem de çocuklara verilir.

Destek ve yardım bekliyorlar

Eğitim hizmetlerinde okur yazarlık, mesleki eğitim (bilgisayar, büro yönetimi, İngilizce, dikiş vb) , vatandaşlık eğitim yanı sıra engellilere yönelik eğitimi programları da verilmektedir. İlköğretim ve üniversite öğrencilerine burs desteği KASDAV (Kadıköy Sosyal Dayanışma Vakfı) ve Aile Danışma Merkezi gönüllülerinin desteğiyle verilir. Bugüne kadar 51.323 kişiye verilen sağlık hizmeti dört ayrı bölgedeki sağlık biriminde sağlık güvencesi olmayan üyelere tamamen ücretsiz olarak sunulur.

Sürekli olarak hizmet içi eğitim alan, yıllar geçse de amatör ruhlarından hiçbir şey kaybetmeden çalışan merkez gönüllüleri daha çok hizmet vermek için daha çok gönüllü desteğini arzuluyor. Her türlü erzak, giysi, kurban bağıışı ile kitap yardımı yapabileceğiniz aile danışma merkezlerinde titizlikle kayıt altına alınan yardımlarla yıllardır sessiz ama kararlı bir şekilde binlerce muhtaç insana yardım devam ediyor.■

Hayatı daha anlamlı kılabilmek dileğiyle sevgiyle kalın...

İletişim: www.kadikoy.bel.tr

Dışhekim
Nilgün Onarici

nonarici@hotmail.com

İstanbul'da yaz ve festivaller

İstanbul, yazın gelişiyle birlikte festivaller, konserler ve değişik sanatsal buluşmaların yoğunlaştığı rengarenk bir hal alıyor. Bu ortamın keyfini de tatile çıkamayan sadık İstanbullular çıkarıyor.

Bu yıl da yaz geldi, okullar kapandı, yazlıkçılar gitti, tatile gidenler gitti ve İstanbul'da kalanlar yazın sıcaklığıyla ve yılın yorgunluğuyla yaşamaya devam ettiler... Müzikle yorgunluk atandı, dansınız ve festivaller için ayırabilecek bütçeniz varsa İstanbul sizler için bir cennet olur yaz aylarında...



■ İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı'nın düzenlediği **37. Uluslararası İstanbul Müzik Festivali** 5-30 Haziran tarihlerinde gerçekleşti.

Festivalin açılış konseri 5 Haziran'da Aya İrini Müzesi'nde gerçekleştirildi. Borusan İstanbul Filarmoni Orkestrası'nın seslendirdiği Stravinsky'nin Ateş Kuşu Süiti ile başlayan festivalde dünyaca ünlü pek çok sanatçı yer aldı. Festival mekânları olarak Aya İrini Müzesi, Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, İstanbul Arkeoloji Müzesi, Süreyya Operası'nın kullanıldığı festivalde İstanbullular müziğe doydular. Festival, Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı'nda 30 Haziran'da gerçekleşen konserle son buldu. Bu konserde İtalya'nın en ünlü orkestrası olan La Scala Filarmoni'ye şef ve solist olarak Daniel Barenboim eşlik etti, Beethoven ve Berlioz'un eserlerini seslendirdi. Şef Daniel Barenboim, sanatçı kimliğinin yanı sıra barış için gerçekleştirdikleriyle de tanınıyor. Filistinli ve İsrailli sanatçıları bir araya getirerek

Doğu-Batı Dîvanı Orkestrası'nı kurdu, Onursal Filistin Vatandaşlığı'nı kabul ederek hem Filistin, hem de İsrail pasaportu taşıyan dünyadaki tek insan oldu.



■ İstanbul'da gerçekleşen bir başka etkinlik Cihangir **Pazart Günü**. Cihangir Roma Bahçesi'nde 7 ve 21 Haziran ile 5 Temmuz tarihlerinde saat 15:00-20:00 arası gerçekleşti. Cihangir Güzelleştirme Derneği, Ka-

talist Tasarım'ın gönüllü çalışmalarıyla düzenlenen Pazart, sanat ve tasarım pazarı olarak özgün tasarım sanat ürünlerinin satışa sunulduğu bir etkinlikti. Elli beş standın yer aldığı etkinlikte ayrıca müzik, ev yapımı yemekler, bitki çayları ve harika bir gün batımı katılımcılara eşlik etti.

■ Dalyan Kulüp, Adile Sultan Sarayı ve 1001 Direk Sarnıcı... Mekân isimleri bir satura sığsa da yapılar Bizans ve Osmanlı'dan kalma. İşte bu büyüleyici mekânlarda 1-5 Temmuz tarihlerinde **6. Uluslararası İstanbul Tango Festivali** gerçekleşti. Kısa zamanda Avrupa'nın en önemli tango festivalleri arasına giren İstanbul Tango Festivali'ne 41 farklı ülkeden 400 dansçı katıldı. Tango severler 15 Avro'dan başlayan fiyatlarla tango gecelerine katıldı ve dünyaca ünlü ustalardan seviyelerine uygun dans dersleri aldılar.





■ İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı tarafından düzenlenen **16. Uluslararası İstanbul Caz Festivali** 2-15 Temmuz tarihlerinde gerçekleştirildi. Cemil Topuzlu Açık Hava Sahnesi, The Marmara, Esmâ Sultan, Aya İrini, İstinye Park, Cemal Reşit Rey Konser Salonu, İstanbul Modern, Nardis Jazz Club gibi mekânlarda 30'un üzerinde konser yapıldı. Marcus Miller, Stanley Clarke, Victor Wooten üçlüsünün bas gitar yorumlarından cazın efsane ismi George Benson'a pek çok sanatçının yer aldığı festivalde müzik mekânlardan sokağa taşı, denize aktı. Ücretsiz "Sokak Konserleri" İstanbullulara hoş



sürprizler yaşattı. Ayrıca, İstanbul Boğazı'nda müzikle dolaşan "Caz Vapuru", caz severlerle buluştu.

İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı ve Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği'nin birlikte hayata geçirdiği 'Bitambiöğrenci' uygulaması bu yıl da sürdü. İsteyenler bilet alırken 'Bitambiöğrenci' diyerek 15 TL ya da 50 TL bağış yaparak 3 ya da 10 çocuğun da İstanbul Caz Festivali'ne katılımını sağladılar.

■ İstanbulPark'ta düzenlenen **Rock'n Coke Festivali** 17-19 Temmuz tarihlerinde rock severlerle buluştu. Rock'n Coke, bir müzik festivali olmanın ötesinde üç gün boyunca 55 bin kişinin bir arada yaşadığı dev bir çadır kasabası. Festival alanı, kamp alanı, çarşı gibi bölümlerden oluşan bu müzik kasabasında on binlerce insan çadırlarda yatarak üç gün boyunca müziği yaşadılar adeta. Bu yıl festivale Aylin Asım, Bora Uzer, Emre Aydın, Duman, Hayko Cepkin, Saltuk Erginer & Karga Sürüsü, Çilekeş, Badem gibi Türk sanatçı ve gruplarının yanı sıra Howling Bells, Nine Inch Nails, The Twelves, Cold War Kids, Linkin Park gibi yabancı gruplar da katıldı.

■ **Kuruçeşme Arena'da;** 26 Haziran Sezen Aksu, 27 Haziran Duman, 28 Haziran Volkan Konak, 30 Haziran Kardeş Türküler, 1 Temmuz Sertab Erener, 4 Temmuz Nilüfer, 7 Temmuz Hadise, 10 Temmuz Zuhâl Olcay, 17 Temmuz MFÖ sahne aldı. Ajda Pekkan 8 Ağustos'ta sahneye çıkacak. Enka Açık Hava Tiyatrosu'nda 11 Temmuz'da Erol Evgin, 17 Temmuz'da Şevval Sam, 24 Temmuz'da Mustafa Sağyaşar sevenleriyle buluştu.

Cemil Topuzlu Açık Hava Sahnesi'nde ise 16 Temmuz'da Candan Erçetin, 19 Temmuz'da Yeni Türkü, 21-22 Temmuz'da Sezen Aksu sahneya çıktı.

O konserden bu konsere giderken, festivalden festivale gezerken yaz bitecek, okullar açılacak, yazlıkçılar dönecek ve hayat devam edip gidecek. Herkesin yazı güzel ve sağlıklı geçsin.■

Müzik ve Caz Festivallerinde 'Bitambiöğrenci' uygulamasıyla bu yıl da 15 TL ya da 50 TL bağış yapanlar 3 ya da 10 çocuğun konserleri izlemesini sağladı.

Dışhekim

Pınar Ezerler İz

pinarezerler@yahoo.com

Dumansız hava sahası uygulaması başladı



Lokanta, kahvehane, kafeterya ve birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi yasağı 19 Temmuz'da 2009 tarihinde başladı. 4207 sayılı Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine İlişkin Yasa'da yapılan değişiklikle sigara içilmesi yasak yerler; kamu hizmet binalarının kapalı alanları, koridorları dahil her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel ve spor amaçlı özel hukuk kişilerine ait binalar, taksi hizmeti verenler dahil kara, demir, deniz ve havayolu toplu taşıma araçları, okul öncesi eğitim kurumları, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil ilk ve orta öğrenim kurumları, kültür ve sosyal hizmet binalarındaki tütün yasağı 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmişti. Bu yerlerde de tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi tamamen yasaklandı. Ayrıca yalnız sigara içenlere hizmet verecek

bar, restoran, kafe gibi yerler açılmayacak, bu yerlerde sigara içmek isteyenler için özel bölümler oluşturulamayacak.

İçene 69 TL ceza

19 Temmuz'dan itibaren yasanın kapsamına giren bu yerlerde tütün ve tütün mamulleri kullananlara Kabahatler Kanunu'nun 39. maddesi gereği en yakın kolluk birimi yetkililerince 69 TL para cezası kesilecek. Yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınmasıyla ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumluları da işletme izni veren kurum tarafından yazılı olarak uyarılacak. Uyariya rağmen verilen sürede yükümlülüklerini yerine getirmeyenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından 560 TL'den 5 bin 600 TL'ye kadar idari para cezası alacak.■

Zayıflar şişmanlardan daha az yaşıyor

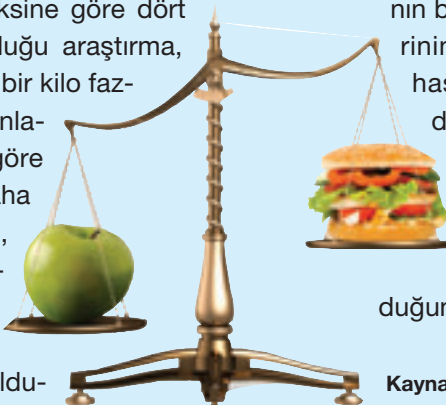
Tohoku Üniversitesi'nden profesör Ichiro Tsuji yönetiminde bir ekip, Japonya'nın kuzeyindeki Miyagi bölgesinden 40-79 yaş arasındaki 50 bin kişiyi 12 yıl boyunca inceledi.

Vücut kütle endeksine göre dört grubun oluşturulduğu araştırma, 40 yaşında makul bir kilo fazlalığı bulunan insanların, çok zayıflara göre altı ila yedi yıl daha fazla yaşadığını, çok zayıfların yaşam süresinin de obezlere göre beş yıl daha az oldu-

ğunu ortaya koydu. Vücut kütle endeksi 25-30 olan kişiler hafif kilolu, 30'un üzeri şişman ve aşırı şişman olarak kabul ediliyor. Profesör Kuriyama, zayıf insanların yaşam süresinin daha az olması-

nın başlıca nedenlerinin, zatürre gibi hastalıklara karşı daha dayanıksız olmalarına ve damarlarının dayanıksızlığına bağlı olduğunu kaydetti. ■

Kaynak: NTV



Doç. Dr. Ali İhsan Dokucu Sağlık Müdürü

İstanbul Sağlık Müdürlüğü görevinden ayrılan Uzm. Dr. Mehmet Bakar'ın yerine Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik görevini yürütmekte olan Doç. Dr. Ali İhsan Dokucu atandı.■

Kaynak: Sağlığın Sesi



Danıştay hastayı korudu

Özel hastanelerin %30'un üzerinde ücret talep ettiği itiraz başvurusu Danıştay tarafından reddedildi.

Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, özel hastanelerin sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %30'una kadar ek ücret alabilmesini öngören Bakanlar Kurulu kararının yürütmesinin durdurulması istemini reddetti. Böylece Danıştay hastayı korumuş oldu.

Özel hastaneler daha fazla ücret talebi için yürütmenin durdurulması istemiyle dava açmıştı. Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %30'una kadar ilave ücret alınabileceği yönündeki Bakanlar

Kurulu kararının iptali ve yürütmesinin durdurulmasını talep etti. Davayla ilgili ilk incelemesini yapan Danıştay 10. Dairesi yürütmenin durdurulması istemini reddetti. Davacı dernek, dairenin bu kararına itiraz ederek yürütmenin durdurulmasını istedi. Talebi görüşen Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, yürütmenin durdurulması istemini reddetti. Böylece Danıştay, hastayı korumuş oldu. Buna göre, özel hastaneler sağlık hizmetleri bedelleri üzerinden %30'dan fazla ücret alamayacak. ■

Kaynak: İnternet haber



Gençlik iksiri hayal değil

Nakillerden sonra doku reddi ihtimalini azaltmada kullanılan rapamisin (sirolimus) maddesi, yaşlı farelerin ömrünü uzattı.

Araştırmacılar David Harrison ve Randy Strong, yiyeceğin yanında rapamisin verilen 20 aylık (insanda 60 yaşına eşdeğer) farelerin yaşam süresiyle normal beslenen aynı yaşta-ki farelerinkini karşılaştırdı. Diğer farelere göre, ilaç verilen erkek farelerin yaşam süresi ortalama %9, dişilerinki %13 arttı. İlaç, farelerin, ulaşabileceği maksimum yaşı da geride bırakmasını sağladı.

Ölümü geciktirse de yapılan otopsiler, ilacın, her iki gruptaki farelerin ölüm nedenini değiştirmedeğini gösterdi, yani kansere yakalanan fare, uzun yaşasa da yine kanserden öldü. Bununla beraber araştırmacılara göre ilaç, kansere yakalanmayı geciktirebilir veya yaşlanmayı yavaşlatabilir ya da her ikisini aynı an-

da yapabilir. Nature dergisinde yayımlanan araştırma sonuçları, yaşla ilgili hastalıkların tedavisi için yan etkileri olmayan rapamisine benzer ilaçların üretebileceği umudunu yeşertti. Rapamisinin, omurgasızlarda, yaşlanma süreciyle ilgili TOR proteininin işlevini yavaşlattığı biliniyor. Bu proteinin durdurulması, maya mantarı, iplik kurdu ve sirke sineğinin ömrünü uzatmıştı. Bu araştırma ise ilk kez rapamisinle memelilerin ömrünün uzatabildiğini gösterdi. Ancak bilim insanları, yan etkilere değinerek sağlıklı kişilerin veya doktorun bu ilacı önermediği kişilerin, rapamisini genç kalmak için kullanmaması gerektiğini vurguladı. ■

Kaynak: Hürriyet



Dişhekim
Nesrin Koçer Ülker
nesrinkocer@hotmail.com

Hafta sonu kaçışları için ideal: Poyrazköy

Fotoğraf: Ali Ülker



Temiz suyu, uzun kumluk sahili, kıyı boyu salınan, her biri başka güzellikte balıkçı tekneleriyle Poyrazköy'de bir yandan İstanbul'un eski yazlık hayatını tatmak, diğer yandan da gerçek bir köy havası almak mümkün.

Anadolu Yakası'nın son ilçesi Beykoz'dan 18 kilometre uzaklaşınca Poyrazköy'e varırsınız. Aynı tarihlerde inşa edilmiş, karşılıklı duran iki kale; Poyraz ve Garipçe Kalesi karşılar sizi. Cenevizliler tarafından altı yüz yıl önce kurulan köy, kurucularının ardından önce Bizanslıları daha sonra Karadenizli Türkleri ağırlamış. Geçmişten bugüne geçimini hep balıkçılıktan sağlamış köy halkı. Bugün de köy nüfusunun neredeyse %70'i balıkçılık yapıyor. Bir toprak, bir de su temiz tutarmış en çok insanı, Poyrazköylüler de öyle.

Denizi temiz

Adının aksine rüzgar almayan, mutena koyundaki kumluk plajına, yerli turistlerin çokça rağbet ettiği balık lokantalarına karşın, turistik bir belde olma savaşına girmemiş Poyrazköy halkı. Zaten İstanbulluları buraya çeken de civardaki en temiz deniz suyuna sahip, teknelerin de demirlemesine müsait olmasının yanı sıra bu yerel özelliklerini koruması olsa gerek. Kara yolunu tercih edenlerin yanı sıra Poyrazköy'e denizden gelmek

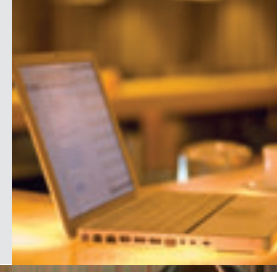
de mümkün. Kimileri boğaz turu yapan teknelere binip soluğu burada alırken, kimileri de tekne tutup gelmeyi tercih ediyorlar. Doğrusu her ikisinin de keyfi başka türlü. Köye ulaşmak için Beykoz'u geçtikten yaklaşık 4 km sonra solda Poyrazköy-Anadolu Feneri tabelasını takip etmek gerekiyor. Karadeniz'e, Anadolu Feneri'ne doğru giderken solda Poyrazköy yön levhasını izleyerek Boğaz kıyısına, Poyrazköy'e iniliyor.

Gerçek bir köy havası

Plaj, üç tarafı denizlerle çevrili İstanbul'un son yirmi senede, önce hızla unutup sonra ansızın tekrardan hatırlayıverdiği bir doğa olayı! İstanbul civarında birer birer yeniden açılan plajların arasında Poyrazköy'ün plajı belki de en dikkat çekici olanı. Temiz suyu, uzun kumluk sahili, soyunma kabinleri, yaz dönemi her daim açıklara demirlemiş yatlar ve kıyı boyu salınan, her biri başka güzellikte balıkçı tekneleriyle burada bir yandan İstanbul'un eski yazlık hayatını tatmak, anımsamak, bir yandan da gerçek bir köy havası almak mümkün. ■

Size en yakın otel...

Fonksiyonel ve konforlu odalar, toplantı ve organizasyonlarınızı kusursuzca gerçekleştirmenizi sağlayan olanaklar, dünya mutfaklarından en seçkin lezzetler, estetik ve sıcak bir atmosfer...



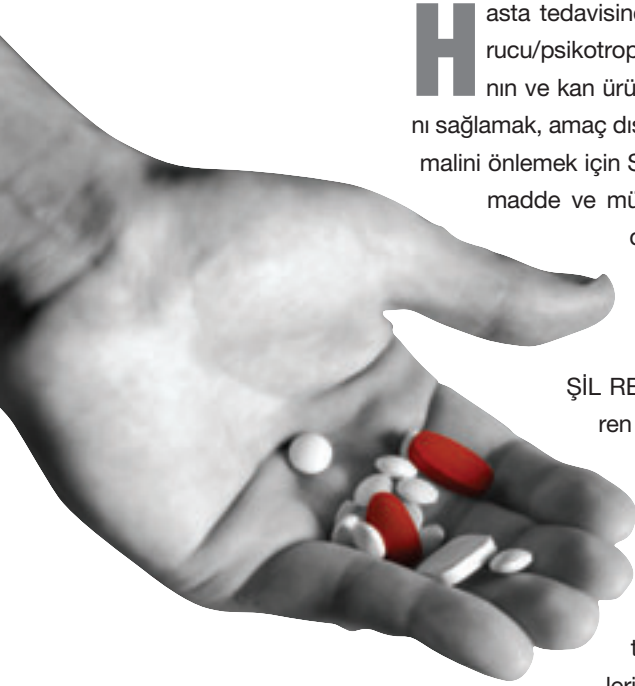
Anadolu yakasının Business Otel'i
My City Hotel İstanbul'u,
her açıdan "kendinize yakın" bulacaksınız.

Agaoglu
MY CITY HOTEL
İSTANBUL

Çakmak Mah. Tavukçuyolu Cad.
No: 22 34770 Ümraniye/İstanbul
T 0216 420 34 34 F 0216 420 33 33
info@mycityhotel.com.tr
info@agaogluhotels.com

Kaybolan çalıntı reçeteler:

Kırmızı, yeşil, mor, turuncu



Hasta tedavisinde ihtiyaç duyulan uyuşturucu/psikotrop madde ve müstahzarlarının ve kan ürünlerinin kontrollü kullanımını sağlamak, amaç dışı kullanılmasını veya suistimalini önlemek için Sağlık Bakanlığı uyuşturucu madde ve müstahzarları için 1985 yılından itibaren KIRMIZI REÇETE, psikotrop madde ve müstahzarları için 1986 yılından itibaren YEŞİL REÇETE, 2001 yılından itibaren de hemofili hastaları için kullanılan faktörlerin yazıldığı reçetelerle hastanın kimlik bilgilerini içeren HEMOFİLİ TAKİP KARNESİ (turuncu reçete) ve ayrıca diğer kan ürünleri (Human Albumin ve İmmünglobulinler vb.) için MOR REÇETE uygulamaları sağlık hizmetine sunulmuştur.

Söz konusu reçetelerin basımı Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmekte olup, İl Sağlık Müdürlüklerinin talebi doğrultusunda dağıtımı yapılmaktadır. Türkiye genelinde tüm illerde kullanılmakta olan kırmızı, yeşil ve mor reçetelerin il bazında dağıtımıyla, 3 Nisan 2009 tarihinden itibaren hasta adına

Hemofili Takip Karnesi (turuncu reçete) düzenlenmesi ve kontrolü İl Sağlık Müdürlüklerince gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda çalınan, kaybolan veya sahte olduğu tespit edilen kırmızı, yeşil, mor ve turuncu reçetelerle ilgili duyurular, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından kendi illeri içindeki tüm eczane, sağlık kurum ve kuruluşlarıyla diğer İl Sağlık Müdürlüklerine yapılmakta ve ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne de bu konuda bilgi verilmektedir. Ancak söz konusu duyurular zaman almakta ve sıklıkla, istenilen hedefe de ulaşılamamaktadır. Bunun en önemli nedeni duyuruların zamanında ve aynı anda yapılamamasıdır. Yukarıda belirtilen sorunun çözümü için İl Sağlık Müdürlüklerinin çalınan, kaybolan veya sahte olduğu tespit edilen kırmızı, yeşil, mor ve turuncu reçetelerle ilgili olarak kendi illeri içindeki tüm eczane, sağlık kurum ve kuruluşlarıyla diğer İl Sağlık Müdürlüklerine yapmaları gereken duyurulara bundan böyle son verilmiş olup, bu tür duyuruların yalnızca Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bildirilmeleri yeterlidir. İl Sağlık Müdürlüklerinin konuyla ilgili olarak ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne yapacağı bildirimler bundan sonra www.ieg.gov.tr adresinde yayınlanacak olup, gerekli durumlarda bu duyurular İl Sağlık Müdürlükleri tarafından İl Emniyet Müdürlüğü'ne ayrıca intikal ettirilecektir. ■

Kırmızı reçeteye dikkat

Sağlık Bakanlığı çeşitli tarihlerde çıkarılan genelgelerle kırmızı reçete kapsamına alınan uyuşturucu ilaçların reçetelenmesi sırasında yazılabilecek maksimal dozlarıyla bu reçeteleri yazabilecek uzmanlık dallarını belirlemiştir. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği 31.12.2008 tarih ve 27097 (7. mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Tebliğ'in "12.8 Güvenlik ve Endikasyon Forumu ile Uyuşturucu ve Psikotrop İlaçları" başlıklı fıkrası. ".....uyuşturucu ve psikotrop ilaçların reçeteye yazılacak maksimum dozları ve varsa rapor süreleri konusunda Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen kurullara uyulacaktır"

hükümünde olup, kırmızı reçeteye tabi ilaçların ister eczanelerden parayla temin edilmesi, isterse kurumlar tarafından geri ödenmesi durumunda Sağlık Bakanlığı ilgili genelgelerinin ve rapor sürelerinin geçerli olduğu, aksi davranışta bulunan eczane ve doktorlar hakkında işlem yapılması gerekeceği bildirilmektedir. Bu nedenle, yukarıda belirlenen hususlarla ilgili olarak 2007 yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile Sağlık Bakanlığı Genelgelerinin uygulamasında karşılaşılan sıkıntıların kaldırılması, kamu yararı ve kamu sağlığı bakımından meydana gelebilecek mağduriyetleri önlemek üzere İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilen 06.08.2007 tarih ve 042854 sayılı yazının geçerliliği kalmamıştır. ■



DUYURU

Vefat

- Meslektaşımız Necdet Bal 21 Haziran 2009 tarihinde vefat etmiştir. Yakınlarının acılarını paylaşıyor, başsağlığı dileriz.
- Meslektaşımız Harun Koca'nın babası Arif Koca 12 Temmuz 2009 tarihinde vefat etmiştir. Acısını paylaşıyor, başsağlığı dileriz.

Satılık veya kiralık

- Ataşehir'de 300 m²'lik tam donanımlı muayenehane devren satılık veya kiralıktır. Ortak da olunabilir. GSM: 0.532 402 90 36
- Bakırköy'de mülkiyle beraber ya da sadece aletleri satılık muayenehane GSM: 0.542 416 00 13
- Gebze'de devren kiralık muayenehane GSM: 0.505 469 13 10
- Osmanbey'de devren kiralık muayenehane GSM: 0.532 605 77 56
- Göztepe, Sosyal Sigortalar Hastanesi karşısında kiralık muayenehane Tel: 0.216 567 29 10
- Altintepe'de devren kiralık muayenehane GSM: 0.542 833 96 14 cananakkaya@ttmail.com
- Valikonağı Caddesi, Nişantaşı'nda tam teşekküllü muayenehane kiralıktır GSM: 0.532 350 87 82 0.532 504 50 41

- Abide-i Hürriyet Caddesi, Şişli adresinde 140 m²'lik komple muayenehane devren kiralıktır. Tel: 0.212 241 50 02 GSM: 0.532 272 86 26

Satılık muayenehane aletleri

- Satılık muayenehane aletleri GSM: 0.532 236 17 34
- Satılık Panoramic Röntgen Ve Banyo Makinesi 1996 Model Villa Marka (İtalyan Malı) Analog, panoramic ve sefalometric röntgen cihazı, Velopex Extra-Xe otomatik röntgen film banyo cihazı (Çok az kullanılmış) Tel: 0.212 322 47 00 GSM: 0.541 322 47 00
- Progress ünit- fotöy, Kerr ışın cihazı, Sterilizatör, Kavitrone, Röntgen cihazı (ayaklı), dolaplar (5 adet), çok temiz durumda el aletleri (100 adet)+çekim seti GSM: 0.543 787 02 33

Mutluluklar dileriz

- Meslektaşlarımız Mehmet Bayram Köken ve Sibel Bölek 13 Haziran 2009 tarihinde;
- Meslektaşımız Göze Kara, Dr. Hasan Garip'le 4 Temmuz 2009 tarihinde evlendiler. Kendilerini tebrik eder, mutluluklar dileriz.

Hoş geldin bebek

- Meslektaşımız Adnan Altan ve eşi Dr. Özden Altan'ın 8 Temmuz 2009 tarihinde 'Ayşe Sezen' adını koydukları bir kızları,
- Meslektaşlarımız Ece ve Erdal Türkkan'ın 13 Mayıs 2009 tarihinde 'Defne' adını koydukları bir kızları dünyaya geldi. Kendilerini kutlar Defne ve Ayşe Sezen'e uzun ve sağlıklı bir ömür dileriz.

Aramıza Hoş Geldiniz

İstanbul Dişhekimleri Odası'na Mayıs-Haziran aylarında üye olan meslektaşlarımıza "aramıza hoş geldiniz" diyoruz.

Nihal Akgün
Begüm Arabacı
Zeynep Gülşah Babacan
Emre Bayramoğlu
Ata Devrim Çağlayan
Ayça Şebnem Çakır
Derya Çarkacı
Zehra Çekirdek
Duran Çelik
Gözde Çelik
Fatma İlknur Çeliksarı
Atilla Çeri
Rasime Demir
Hanife Mübeccel Demren
Beytullah Eroğlu
Cemre Geze
Ali Güneş
Mehtap Güneş

Aytuğ Gürsoy
Evrin Kahraman
Uğur Karakaş
Cemile Feyza Karataşlı
Pinar Kayaalp
Burak Kıtık
Melih Özgen
Selim Öztürk
Mohammad Ali
Paşaoğlu
Ayça Saygın
Cennet Soysal
Arzu Uluköylü
Erhan Ulutürk
Nazlı Ulutürk
Pinar Ece Üzel
Renginar Salı Yakub
İlkay Yalçın

1992-2009 Hey gidi günler hey

1992 İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi mezunu arkadaş; 17. yılımızda Ekim ayında İstanbul'da anılarla dolup taşacak birlikteliğimizde sen de aramızda olmaya var mısın?

Organizasyon Komitesi:

Volkan Arıkoğlu Tel: 0212 570 07 49/0532 665 32 36
Filiz Balaban Tel: 0212 613 24 21/0533 544 76 78
Serhan Dönmez Tel: 0212 632 96 65/0532 427 08 78
Filiz Kır Tel: 0212 587 77 98/0532 200 31 10
Özgül Ünsal Tel: 0212 575 52 91/0535 776 55 05
Yusuf Sert Haseki Hastanesi Topçular Semt Pol.:
Tel: 0212 616 98 12/0532 631 09 50

NOT: Okul yıllıımıza ait, elimizde var olan fotoğraf, video kaydı, o günlere ait anılarımızı paylaşarak çıkarmaya gayret ettiğimiz yıllığımız için katkıda bulunursanız seviniriz.

KALEM KÂMİL

iisler1@yahoo.com İLHAN İSLER

