

# T D B D

1

TÜRK  
DİŞHEKİMLERİ  
BİRLİĞİ DERGİSİ

TÜRK DİŞHEKİMLERİ  
BİRLİĞİ'NİN YAYIN  
ORGANIDIR

CİLT: 1  
SAYI: 1  
EKİM 1986

|                                        |         |
|----------------------------------------|---------|
| TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ<br>KİTAPLIĞI |         |
| Giriş Tarihi                           | Ekim 86 |
| NO :                                   | 0001/82 |

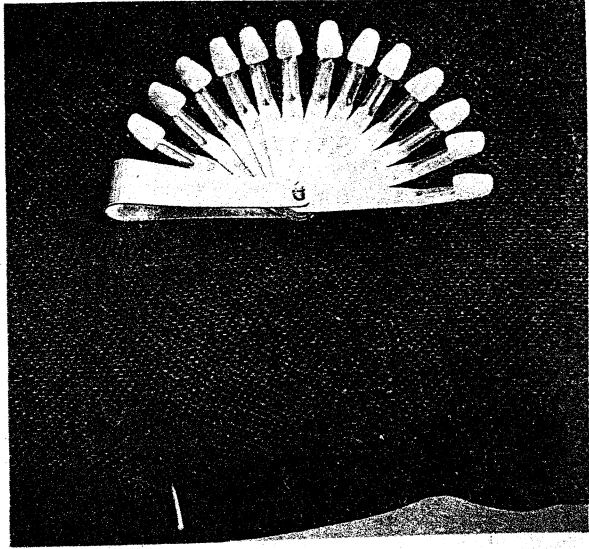
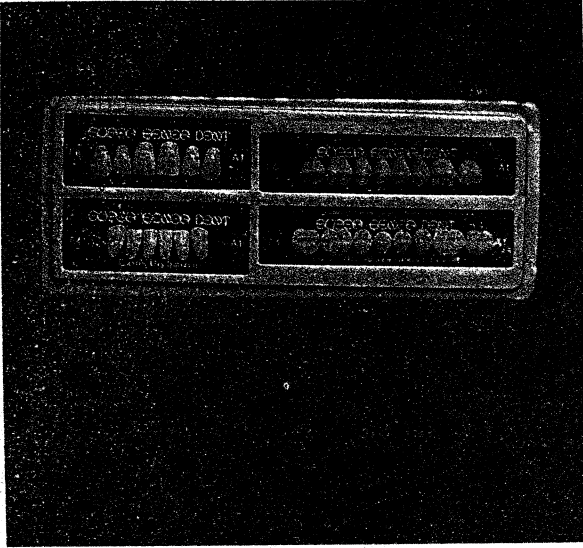


- ★ Diş Sağlığı Hizmetlerinde  
Yeni Umudumuz, Dr. Nusret Fişek
- ★ Ülkemizde dişhekimlerinin istihdamı,  
Dt. Hüsnü Çuhadar
- ★ Alüminyum ve Çürük, Tezer Berk, Neşe Akal.
- ★ Kompozit dolgular, M. Ateş İnanc
- ★ Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası  
Hekimler Birliği (IPPNW)
- ★ Genel Sağlık Sigortası. Evet-  
Ama Nasıl?, Dr. Ali Babaoğlu
- ★ Hızır Servis'te acil diş tedavisi
- ★ Muayenehanelere Belediye Ruhsatı gerekmiyor
- ★ Pakistan Dişhekimlerinden



*Herşeyin en iyisine sahip olmak isteyen hastalarınız için*

# SUPER ŞENER DENT



**BORA**

Teknik Araçlar Sanayi ve Dış Ticaret A.Ş.  
Technical Equipment Industry and Foreign Trade, INC.

FABRİKA  
P.K. 27  
KARŞIYAKA - ANKARA  
Tel: 15 49 94

İzmir Cad. Moda İşhanı  
A Blok No. 12/115-116  
Tel: 18 02 66 - 18 29 80  
Telex: 42396 Gişe Tr Bora

# T D B D

## TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'NİN YAYIN ORGANIDIR

**SAHİBİ:** Türk Dişhekimleri  
Birliği Adına, Birlik Başkanı

**Dt. Yılmaz Bilgin**

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:**

**Dt. Süha Alpaz**

**Yazışma Adresi:**  
**T.D.B. Atatürk Bulvarı**  
**No. 115/11**  
**Kızılay / Ankara**

**Ücretsiz olarak, tüm**  
**dişhekimlerine dağıtılır.**  
**3 ayda bir yayınlanır.**

### YAYIN KURULU:

**Dt. Hüsni Çuhadar,**  
**Dt. Nurettin Özsuca,**  
**Dt. Ateş Erinaç,**  
**Dt. Oğuz Sönmez,**  
**Dt. Bülent Süzer,**  
**Dt. Halil Uğurlu,**  
**Dt. Alpay Karaaslan,**  
**Dt. Demir Temuçin**

**Teknik Sorumlu:**  
**Erdal Taşkesen**

Dizgi: Yeşim A.Ş  
Karanfil Sok. 38/11  
Tel: 17 57 52

FİLM MONTAJ: Arsu Ofset  
Adres: Necatibey Cad. 72/2

### İÇİNDEKİLER

|                                                                                                                                  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| • Başlarken                                                                                                                      | 2     |
| • Dt. Yılmaz Bilgin                                                                                                              | 4     |
| • Diş Sağlığı Hizmetlerinde Yeni Umudumuz<br>Dr. Nusret Fişek                                                                    | 5     |
| • Çalışma Programı taslağı                                                                                                       | 6     |
| • Ülkemizde dişhekimlerinin istihdamı ve<br>bir sınavın düşündürdükleri<br>Dt. Hüsni Çuhadar                                     | 8     |
| • Demokratik meslek örgütlenmesi ve<br>bizlere düşen görevler<br>Dt. Hüsni Çuhadar                                               | 10    |
| • <b>DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ</b>                                                                                                 | 12-35 |
| • <i>Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi "Dişhekimliği<br/>Klinikleri"nde basılabilecek yazılar</i>                                | 13    |
| • <i>Alüminyum ve Çürük</i><br>Tezer Berk, Neşe Akal.                                                                            | 14    |
| • <i>Kompozit dolgular</i><br>M. Ateş Erinaç                                                                                     | 16    |
| • <i>Amelogenезis imperfecta ile birlikte görülen taurodontizm</i><br>Neşe Akal, Tezer Berk, Alev Alaçam.                        | 20    |
| • <i>Intraligamenter anestezi tekniğinin endodonti<br/>ve ağız cerrahisindeki yeri</i><br>Gürkan Gür, Orhan Güven, Adnan Öztürk. | 24    |
| • <i>Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri</i><br>Halil Uğurlu                                                              | 28    |
| • <i>Doğum ağırlığı ve doğum boyu ile diş sürmesi<br/>arasındaki ilişki</i><br>İlknur Tanboğa, Engin Usmen.                      | 31    |
| • <i>Özet/Abstract</i>                                                                                                           | 34    |
| • Genel Sağlık Sigortası. Evet —Ama nasıl?<br>Dr. Ali Babaoğlu                                                                   | 36    |
| • Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası<br>Hekimler Birliği (IPPNW)                                                                  | 43    |
| • HABERLER (Sanat, basından, dış haberler<br>duyurular, odalardan haberler)                                                      | 47-64 |

## Başlarken,

Ülkemiz dişhekimlerini, yaklaşık bir yıldan beri yakından ilgilendiren bir gelişme; Dişhekimleri Odalarının ve Birliği'nin kuruluş çalışmalarıdır.

Odalar ve Birlik, dişhekimlerinin ilk mesleki örgütlenmeleri değildir. Daha önce Tabip Odalarında yer alarak veya dernekler kurarak, dişhekimleri etkinliklerini göstermeye çalışmışlardır. Bu tür örgütlenmeler yetersiz kalmış olacak ki, yeni bir Oda ve Birlik olgusu, çok sayıda meslektaşımızın arasında, büyük umutlar doğurmuş, ileri beklentilere yol açmıştır. Oda kongrelerinde görülen yoğun ilgi ve yüksek katılım, meslek örgütüne sahip çıkılması anlamında olumlu bir başlangıçtır. Seçilen yönetimlerin tabandaki bu ilgiyi canlı tutmaları ve tabanın yönetime daha fazla katılımı için olanaklar geliştirmeleri gerekmektedir.

Meslektaşlarımız arasında sıcak ve süreklilik taşıyan bir iletişimin kurulması ilk görev olarak karşımızda durmaktadır. Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi'nin bu alanda önemli bir işlevi yerine getirebileceğine inanıyoruz. Dergi tek yönlü olarak -yönetimden tabana- iletişim sağlayan bir araç olmaktan öte, tabanın sesini duyurabileceği, tartışabileceği bir forum alanı olmak amacındadır.

Gelişmiş ülkelerde hekim ve dişhekimlerinin örgütleri oldukça etkindirler. Büyük yaptırım gücüne sahip oldukları gibi, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde de söz sahibidirler. Ne var ki, bu örgütlerin etkinliği ile demokrasinin gelişmişlik düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır. Genel olarak aydınların iyi örgütlenmiş oldukları bu ülkelerde, hekim ve dişhekimlerinin aydınların arasında büyük bir ağırlıkları vardır. Bunun en çarpıcı örneklerinden biri, geçtiğimiz yıl, Nobel Barış Ödülünün 146.000 üyesi bulunan, Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekimler Birliği'ne (IPPNW) verilmiş olmasıdır.

Demokrasinin gelişme sürecinin yaşandığı ülkelerde ise, aydın örgütleri, ekonomik çıkarlar üzerine kurulu olan işveren veya esnaf örgütleri kadar etkili olmamaktadırlar.

Kuşkusuz aydınların, örneğin dişhekimlerinin de ekonomik sorunları vardır. Kamu kuruluşlarında iş bulamama, muayenehane açmak için büyük bir sermayenin gerekmesi ve halk sağlığını tehdit eden sahte dişhekimleri ile uygunsuz koşullarda rekabet etme zorunluluğu, artık iyi bilinen sorunlarımızdan başlıcalarıdır. Ancak, dişhekimleri hiçbir zaman bu tür konuları basit bir ekonomik çıkar sorunu olarak görmemişlerdir. Aydın ve hekim olmanın verdiği sorumlulukla, halk sağlığı gözönüne alınarak, sorunlar geniş bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Yeni kurulan Birliğimizin, mesleğimizi ilgilendiren temel konularda, tabanın istek ve önerilerini alarak ve en geniş meslektaş kesimi içinde tartışarak, görüşler üretmesi, önüne yeni perspektifler koyması gerekmektedir.

Dergimizde dişhekimliğini yakından ilgilendiren konularda,



farklı görüşlere yer vermeyi ve tartışmalarla yeni görüşler üretmeyi amaçlıyoruz. Bu sayımızdan başlayarak, üzerinde çok konuşulan ama tam olarak niteliği ve ne getirip ne götüreceği bilinmeyen "Genel Sağlık Sigortası" konusunu ele alacağız. Bu konuyla ilgili olarak her sayıda bir yazıya yer vermeyi düşünüyoruz. Başka benzer konuları da aynı şekilde irdelene-ye çalışacağız.

Tıp ve dişhekimliğinde okul sonrası mesleki eğitimin tartışılmaz bir önemi vardır. Ülkemizde sahip çıkılmayan bu sorunun çözümüne katkıda bulunmak amacıyla, dergimizde elden geldiğince, klinik yenilikleri tanıtan yazılara ve özgün bilimsel araştırmaların sonuçlarına dayalı makalelere yer vereceğiz.

**B**u tip yazıları, dergimizin orta kısımlarında yer alan "Dişhekimliği Klinikleri" bölümünde topladık. Dergimizin son sayfaları ise "Haber", "Sanat", "Basından" gibi bölümler kapsıyor. Bir "Sahte Dişhekimleri Dosyası" açarak, her sayımızda, konuyu canlı tutmak istiyoruz. Bu konuda, tüm meslektaşlarımızın mektuplarını ve dökümanlarını göndermelerini istiyoruz. Odaların bu konudaki görüşlerini yazılı olarak bildirmeleri halinde, "Odalardan" alt başlığı halinde bu yazıları yayınlamayı düşünüyoruz.

Uluslararası Dişhekimleri Birliği (FDI) ve Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekim Birliği'ni tanıtan yazıların ilginizi çekeceğini umuyoruz.

Bu arada sizlerin de önerilerinizi, eleştirilerinizi ve sorularınızı bekliyoruz. Bunları, bir okuyucu mektupları köşesi düzenliyerek, duyuracağız. Sorularınıza, ilgili uzmanlara başvurarak yanıtlar bulmaya çalışacağız. Ülkemizin özellikle ulaşamadığımız yörelerindeki meslektaşlarımızdan karşılaştıkları sorunlarla ilgili mektuplar bekliyoruz.

Tüm çabamız, halkımızın, sağlıklı ve aydınlık bir geleceği için...

Umutla başlayan önümüzdeki yeni dönemde, yolumuz açık olsun.

**YAYIN KURULU**

**Değerli Meslekdaşlarım,**

Bir çocuk doğdu.

Ailenin yıllardan beri doğmasını hasretle beklediği bir çocuk, Türk Dişhekimleri Birliği...

Teşekkür borçlu olduğumuz doğuma yardımcı olanların, iyi niyetli ve özverili çabaları sonucunda, ufak tefek aksaklıklar olmasına karşın, doğum normal oldu sayılabilir.

Ana karnındaki beslenme yetersizliği sonucu, doğumdan sonra yavrunun sesi pek kuvvetli çıkmadı. Henüz etrafı rahatsız edecek kadar sesli ağlayamıyor.

Ama ailenin bebeğe olan büyük sevgisi ve özenli bakımı sonucu çok yakın bir zamanda bebek kesinlikle, güçlenecek, sesi de gürleşecek.

Uykularına düşkün olan ailenin kişileri ve belki de komşular rahatsız olup, istemeseler de, uyanacaklar. Elinizdeki dergi bu konuda ilk adımıdır. Bebeğin ailesine, vatanına yararlı olacak bir delikanlı olabilmesi için, hepimizin sorumlulukları ve görevleri var.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'nin üyelerine ve halkımıza en üst düzeyde hizmet vermesi, kuruluş ve çalışma bakımından güçlü olması, hepimize gurur ve mutluluk verecektir.

Odalarımızı, Dişhekim meslekdaşlarımızı kutlar, TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ'nin ve Türk Dişhekimleri Birliği Dergimizin uzun ömürlü, Yurduna, Ulusuna hayırlı olmasını dilerim.



**Dt. Yılmaz Bilgin**



# Çalışma programı taslağı

- 23 Nisan 1986 tarihinde kurulan Birliğimiz bir "Çalışma Programı Taslağı" hazırlayarak kendine bağılı odalara gönderdi. 30 Temmuz 1986 tarihinde yazılan program taslağında dişhekimlerinin ve ülkemizde ki diş sağlığı hizmetlerinin önünde duran önemli sorunlar, ayrı başlıklar halinde incelenerek, çözüm önerileri getirilmiştir.

**G**enel ilke olarak, insan sağlığının bir parçası olan ağız ve diş sağlığının doğuştan kazanılmış bir hak olduğu, sadece parası olana verilebilecek bir hak olmadığı düşüncesindeyiz.

Şu ana kadar Dişhekimlerinin ekonomik, demokratik ve özlük sorunlarına ilişkin mesleki haklarını, etkin bir meslek örgütü aracı ile alabilecekleri kanıtlanmış olmaktadır.

Mesleki örgütümüzün sağlam yasal temeller üzerine oturması, yetki ve yükümlülüklerinin belirlenmesi, dişhekimleri haklarının ve halkın ağız ve diş sağlığının korunması açısından zorunlu hale gelmiştir.

23 Nisan 1986'da Birliğimiz tüzel kişiliğini kazanmış bulunmaktadır. Yeni kurulan Birliğimiz, Önümüzdeki 2 yıl süresinde yapmayı düşündüğü işleri ve mesleğimizin sorunlarını, içeren bir program yapmış bulunmaktadır.

Bu programda genel ilke olarak insan sağlığının bir parçası olan ağız ve diş sağlığının doğuştan kazanılmış bir hak olduğu, sadece parası olana verilebilecek bir hizmet olmadığı düşüncesinden hareket etmekteyiz.

Herşeyden önce, mesleki varoluş nedenimiz olan, "Ağız ve diş sağlığı" hizmetlerinin yeterli ve yaygın bir biçimde halkımıza götürülmesi gerekmektedir. Bunun için:

1— *İstihdam:* Şu anda en son istatistiklere göre Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda 950 Dişhekimisi, Sosyal Sigortalar Kurumu'nda 350 dişhekimisi bulunmaktadır. Bunların Türkiye nüfusuna yeterli hizmet verebilmesi olanaksızdır.

Bu bakımdan daha çok dişhekimisi kadrolarının açılması, sağlık ocaklarına dişhekimisi atanması ve Diş Hastanelerinin kurulması gerektiği görüşündeyiz.

Serbest çalışan dişhekimlerinin de bir kamu görevlisi olduğu inancındayız. Bu nedenle serbest çalışan dişhekimlerinden halkımızın yararlanabilmesi için yeni yolların aranması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında dişhekimlerine sevk işlemlerinin serbest bırakılması yararlı olacaktır. Bunu sağlamak için bir baskı grubu oluşturmak ve gerekli Bakanlıklar nezdinde görüşmelerde bulunmak.

2— *Sahte Dişhekimleri:* Bu sorun bugüne kadar önemini koruyan bir konu olagelmıştır. Yürürlükte olan yasalar bu konuda etkisiz kalmaktadır. Bu konu bir ölçüde dişhekimlerinin dengesiz dağılımından ve ekonomik koşullardan kaynaklansa da kesinlikle, en etkin, olarak, üzerine gitmemiz gereken bir konudur. Bunun için gereken yasal şartlar bir an önce yaratılmalı ve oluşmakta olan, Birliğimiz bu konuda bütün yurttan uygulanmak üzere bir yaklaşım getirmelidir. Ayrıca bu sorunun çözümü için gerçek diş teknisyenlerinin yasal statüye kavuşturulması ve ağızda çalışmayı alışkanlık haline getiren sahte dişhekimlerinden ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu sorunun çözümü, yardımcı personelin okullarda eğitilmesi ile de ilişkilidir.

Gerek Diş Teknisyenliği, gerekse Dişhekimliği hemşeriliği, Dişhekimine yardımcı personel olarak ülkemizde en kısa zamanda kurumlaşmış meslekler haline getirilmelidir.

# Halkın ağız ve diş sağlığı konusunda bilincini ve bilgisini artıracak her türli çalışmayı yapmak ve odalara bu yönde yol göstermek gerekmektedir.

Diş teknisyeni, orta okuldan sonra gidilen ve meslek lisesi kapsamına giren bir eğitim kurumunda eğitilmelidir. Dünyadaki uygulama da bu yöndedir. Nitekim yurdumuzda da meslek liseleri her branşın teknik elemanını böyle yetiştirmektedir.

Dişhekimliği hemşireliği de meslek lisesi seviyesinde bir okulda öğretilmeli, genel hemşireliğin bir branşı olarak görülmelidir.

3- *Baskı Grubu Olabilmek için Yasama Organı, Bakanlıklar ve Basınla İlişkilerimizi Arttırmak ve Dialoga Girmek:* Bu konu, dialog sözcüğünün anlamından da anlaşılabilceği gibi, bizlerin iyi niyetli çabaları kadar yönetimlerin demokratik meslek örgütleri hakkında anlayışlarını da ilgilendiren bir konudur. Meslek örgütümüzün etki gücünün, yönetimlerin kuruluşumuza vereceği önemle orantılı olarak artacağı açıktır.

a- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda, Dişhekimliği Genel Müdürlüğü'nün kurulmasına sağlamak,

b- Dişhekimliğini ilgilendiren yasaların hazırlanışında, görüşümüzün alınmasını sağlamak,

c- Yeni yasa önerilerinin verilmesini sağlamak,

d- Yeni mezun Dişhekimlerinin istihdamında, Bakanlığa yardımcı olmak,

e- İthalat kotasının tesbitinde, görüşümüzün alınmasını sağlamak,

f- Kamu kuruluşlarınca kurulan diş kliniklerinde koşulların ve araç gereçlerin niteliğini ve standardizasyonunu sağlayıcı bilgi vermek,

g- Asgari ücretin, günün koşullarına göre, düzeltilmesini sağlamak,

h- Kurumlarla yapılan sözleşmelerde asgari ücretin altına inilmemesini sağlamak.

1- Yüksek Sağlık Şurasında söz sahibi olmak,

4- *Araç ve Malzeme:* Dişhekimliğinde kullanılan malzemelerin çoğu dışa bağımlıdır, dişhekimlerine birkaç el değiştirerek ve yüksek bir gümrük ödenerek gelmektedir. Sağlık malzemelerinde gümrükler sınırlıyken, diş hekimliği malzemelerinde bu oran normal ithalatmış gibi konulmaktadır. Bu konuda Gümrük ve Tekel Bakanlığı ile irtibat geçip dişhekimliği malzemelerinin gümrüğünün azaltılmasını sağlamak (Genellikle Dişhekimliği malzemelerinden % 70'e yakın gümrük alınmaktadır.)

Malzeme ve araç standardizasyonunu sağlayarak ülkemizin bir bozuk malzeme ve araç mezarlığı haline gelmesini önlemek. Kullanılan malzemelerde sürekli yedek parça ve servisin olmasını temin etmek.

5- *Mezuniyet Sonrası Eğitim İçin Gerekli Çalışmalar Yapılması:* Odaların örgütleyeceği, kongre, konferans ve seminerlerin koordinasyonunu sağlamak ve gerekirse bu tip düzenlemeleri olanakları kısıtlı illerde belli aralıklarla sürdürmük.

*Hukuk Bürosu:* 3224 sayılı yasanın Birliğ'e görev olarak verdiği yönetmeliklerin hazırlanması için ve diğer hukuki sorunların halli için bir hukuk bürosunun kurulması.

7- *Yayın Organı:* Meslektaşlarımızın çalışmalarının yayımlanabileceği konumuzla ilgili haberlerin yer alacağı düzenli aralıklarla Odalar arası iletişimi sağlayacak bir dergi çıkarılması.

8- *Federasyon Oluşturmak:* Sağlıkla ilgili kuruluşların (Birliklerin) bir bütün olduğu görüşünden çıkarak bunların birbirleri ile ahenkli bir iletişimli çalışmalarını sağlamak.

9- *Kontrol Dişhekimliği:* Bazı kuruluşlarda maalesef bazı meslektaşlarımızın hatalı davranışları sonucu yer almaya başlayan Kontrol Dişhekimliğinin Odalarca saptanacak bir düzenleme ile yapılması ve bu kuruluşlarda hastalara hekim seçme özgürlüğünü kısıtlayan ve haksız



rekabete yol açan anlaşmalı dişhekimi müessesesinin kaldırılması. Bunu sağlamak için müesseselerin Genel Müdürlükleri ve Odalarla işbirliği yapmak.

10— Dişhekimliğindeki ihtisas ve doktora kavranlarını sağlıklı bir düzenlemeye kavuşturmak (Genel Dişhekimliği uzmanı)

11— Koruyucu Dişhekimliği konusunda Bakanlıklarla, Milli Eğitim Uniteleri Üniversite ve Odalarla işbirliği yapmak. Toplumumuzun ağız ve diş sağlığı ile ilgili verileri toplamak ve Odaların da katılımı ile ulusal bir ağız ve diş sağlığı programı saptamak. Milli Eğitim Bakanlığı ile ilişki kurup okul dişhekimliği kurulması için gerekli girişimlerde bulunmak.

12— Meslektaşlarımıza yardımcı olacak ve ilişkileri geliştirecek bir sosyal dayanışma vakfı kurma girişimlerinde bulunmak.

Bankalarla görüşüp meslek kredisi konusunda yeni düzenlemeler getirmek. (Düşük faizli, fazla miktarda, uzun vadeli)

Tüm bu programın gerçekleşmesi için komisyonlar oluşturup, tüm Odalar ve Dişhekimlerinin katılımını sağlayarak bölgelerin bu sorunlardaki farklılıklarını ortaya koymak gerekmektedir. Bunun yanı sıra bir baskı grubu oluşturup etkin bir çalışma yapması sağlanmalıdır. Bundan başka halkın ağız ve diş sağlığı konusunda bilincini ve bilgisini artıracak her türlü çalışmaları yapmak ve Odalara bu yönde yol göstermek gerekmektedir.

Dt. Hüsnü Çuhadar  
Ankara Dişhekimleri Odası  
Genel Sekreteri

## Ülkemizde dişhekimlerinin istihdamı ve bir sınavın düşündürdükleri

**A**nayasa herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürülmesini sağlamak görevini devlete vermiştir. (Anayasa Madde: 56)

Devletin, yürütülmesinde ve olanaklarının yaratılmasında görevli olduğu insan sağlığı anayasal bir hak olduğu gibi, ülkemizin çağdaş uygarlık düzeyine ulaşabilmesinin önemli bir ölçütüdür. Günümüzde bir çok ülkenin gelişmişlik düzeyi fert başına yaptığı sağlık harcamaları ile ölçülmektedir.

Sağlıklı yaşama hakkının Anayasa ile güvence altına alınmasının yanında, bugün ülkemizde toplumun dörtte üçlük bölümü sağlığın korunması için devlete sağlık primi ödemektedir. Bunlar SSK'ya bağlı işçiler, emekli sandığına bağlı devlet memurları ve Bağ-Kur üyeleridir. Çalışan bu insanların bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocukları ile bu kurumlara bağlı emekli dul ve yetimlerinin sağlıklı yaşama hakkı devlete karşılığı ödenmiş bir hak olmaktadır.

Kaldı ki, Anayasa devlete herkesin sağlığının korunması görevini vermektedir.

Bugün ülkemizde genel bütçeden sağlık harcamaları için ayrılan payın ne denli düşük olduğu ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının ne kadar yetersiz olduğu ortadadır. Genel Sağlığın bir parçası olan ağız ve diş sağlığının korunmasındaki payını ise silemiyoruz.

Sağlığın korunması, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve örgütlenmesindeki personel kullanımı da bugünkü sağlık anlayışının getirdiği yanlışlarla doludur. Yararlı olduğu sanılan ama bir türlü hedeflendiği

**Sağlığın  
korunması, sağlık  
hizmetlerinin  
yürütülmesi ve  
örgütlenmesindeki  
personel kullanımı  
da bugünkü sağlık  
anlayışının getirdiği  
yanlışlarla doludur.**

**Bir halk sağığı sorunu olduğıunu kabul ettiğimiz ağız ve diş sağığı konusu yönetimler tarafından böylesine ihmal edilip çözümsüz bırakılınca, halkın sağığı daha da tehdit edici olmuştur.**

amaca ulaşamayan mecburi hizmet yasası; kampanyalar biçiminde sürdürülen aşı uygulamaları; çevre sağığıının ve koruyucu sağığı hizmetlerinin yerine, propaganda yönü ağırlıklı, daha pahalıya gelen tedavi edici sağığı hizmetlerinin öne çıkarılması; yetersiz bir yanlış personel istihdamı bu yanlışların en belirginleridir.

Geçtiğimiz aylarda S.S.Y.B'nın mevcut kadrolara sınavla dişhekimini alması bu yanlış sağığı anlayışının en son uygulaması ve düşündürücü örneğı olmuştur.

Bugünkü ülkemizde 8000 dolayında dişhekimini olduğı, bunun 3000 kadarının kamu kurum ve kuruluşlarında çalıştığı tahmin edilmektedir.

Kamu kurumlarında çalışan 3000 dolayındaki bu dişhekimlerinin büyük bir bölümü ise 3 büyük ilimizdeki Üniversite Hastanelerinde, diş tedavi ve protez merkezlerinde çalışmaktadır.

Devletin 50 milyonu aşan nüfusumuza vermekle yükümlü olduğı, konumuzu ilgilendiren sağığı hizmeti, ağız ve diş sağığıının korunması, bu 3000 dolayındaki meslekdaşımız tarafından yürütülmektedir. Bu hesaplara yaklaşık 17.000 kişiye bir dişhekimini düşmektedir.

Diş hekiminin yıllık izinleri ve resmi tatilleri çıkıldıktan sonra yılda 230 gün çalıştığı gözönüne alınır ve bir kişinin yılda iki kere hekime başvurduğu düşünülürse, kamuda çalışan meslekdaşlarımız günde yaklaşık 152 hastaya bakmak zorundadırlar. Oysa yapılan araştırmalar bir dişhekiminin günde en fazla 15 hastaya bakabileceğini göstermektedir.

Yukarıdaki yaklaşık rakamlarla belirtmeye çalıştığımız gibi, ülkemizde dişhekimini fazlalığı bulunmadığı anlaşılmaktadır. Tam tersine oldukça yetersiz bir dişhekimini istihdamı söz konusudur.

Günümüzdeki çağdaş sağığı anlayışı ve ülkemizde de kabul edilen uygulama sağığı hizmetlerinin devlet tarafından halkın yararlanabileceğı bir biçimde yakınına götürülmesidir ki, bu uygulamada ağız ve diş sağığı ciddiye alınmamış ve diğer sağığı hizmetlerine entegrasyonu düşünülmemiş veya yeteri ölçüde başarılı olmamıştır.

Kamu kurumlarında iş bulamayan dişhekimini zor şartlarda özel muayenehaneciliğe zorlanmış ve ekonomik nedenlerden dolayı özel muayenehanelerden yararlanabilen hasta sayısı azaldığından dolayı dişhekimlerinin emek gücü bu çalışma koşullarında yok edilmiştir. Buna bir de hiç iş bulamayan, işsiz dişhekimlerinin yok olan kapasitelelerini de eklemek gerekir.

Bir halk sağığı sorunu olduğıunu kabul ettiğimiz ağız ve diş sağığı konusu yönetimler tarafından böylesine ihmal edilip çözümsüz bırakılınca, halkın sağığı daha da tehdit edici olmuş, konu insafsız ve ehliyetsiz ellere bırakılmıştır. Bugün ülkemizde ağızda çalışan sahteکارların sayısının 50.000'i geçtiğı söylenmektedir.

Bahsettiğimiz tüm bu konulardan sonra S.S.Y.B. kadrolarına sınavla dişhekimini almak, sorunun nedenli uzağıında kalındığının açık bir göstergesi olmakta ve bizler açısından da oldukça endişe verici boyutlar kazanmaktadır.

Ayrıca olayın düşündürücü bir yanı da, hekimlik mesleğini yapmaya her türlü akademik sınavları başarı ile tamamlayıp hak etmiş ve bu başarısı Bakanlık onayından geçmiş meslekdaşlarımızın ikinci bir bilimsel nitelik taşıyan sınava alınmalarıdır.

Sonuç olarak, hem halk sağığı açısından, hem de dişhekimlerinin meslek onurunu yaralayan bu uygulamaya son verilmeli, S.S.Y.B. daki dişhekimini kadroları arttırılmalı ve başvuru yapan dişhekimlerinden yararlanma yolları aranmalıdır.

# Poly-F Plus<sup>DE TREY®</sup>

## Zinc Polycarboxylate Cement



### DE TREY

Poly F Plus modern polikarboksilat simanı, distile su ile karıştırılıp, kuron ve köprü simantasyonunda, bilumum restorasyon altı kavite nihayetlerinde, geçici ve çocuk dişlerinde kullanılır. Dentin ve mineye yapışan Poly F Plus simanı, suda düşük erime hassası mükemmel filim inceliği arz eder, pulpaya hiç bir etkisi yoktur.



**DeTrey**  
**Dentsply**

ASRİ DİŞ DEPOSU A.Ş.

Meşrutiyet Cad., 47/1 Beyoğlu - İstanbul  
Tel : 144 15 99 - 149 13 36



# A-DEC

30 FONKSİYONLU SİSTEM

# EKSELANSLARI

1

2

3

4

5

7

#### MERKEZ:

Büyükdere Cad. Oya Sok.  
No: 2/1-A K.6 Devran apt.  
80300 Gayrettepe-İstanbul  
Tel: 172 88 80 / 5 Hat - 172 34 58

#### MAĞAZA:

Büyükdere Cad. 107  
80300 Gayrettepe-İstanbul  
Tel: 172 88 80 / 5 Hat - 172 51 05

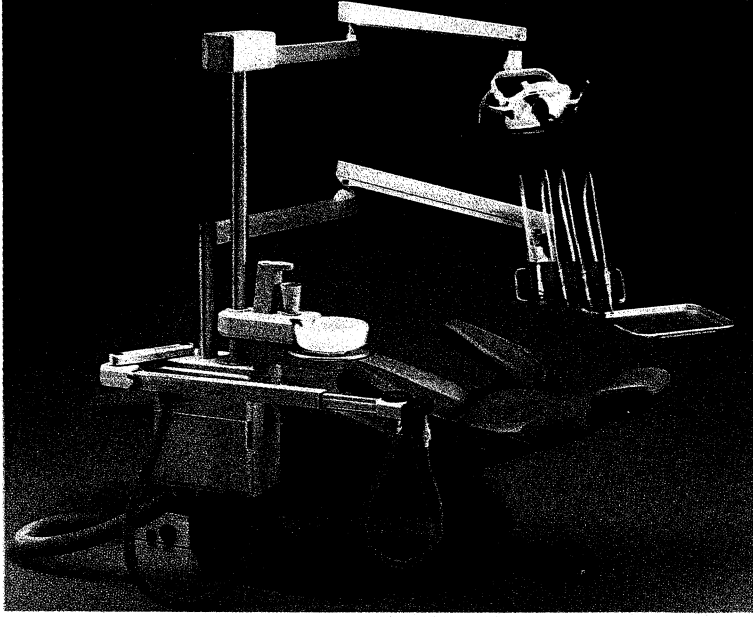
#### ANKARA ŞUBESİ

Mithatpaşa Cad. 13/17  
06420 Yenışehir-Ankara  
Tel: 33 92 18 - 31 80 85

#### EGE BÖLGESİ ANA BAYİİ

SEVİNDİK DIŞ DEPOSU  
(Tunç Sevinçik)  
1. Beyler 846 Sok. 49/1  
Konak - İzmir  
Tel: 12 17 64 - 14 67 16

# A-DEC EXCELLENCE



- 1- Işığ 13 kademedeki ayarlanabilen sistem
- 2- Zaman ayarlı bardak doldurucusu ve krasuar yıkayıcısı
- 3- Krasuar, sağa ve sola hareketli opal cam
- 4- Cerrahi aspiratör ve tükürük emici ayar düğmeleri
- 5- Şebeke bağlantı ve ana kontrol merkezi
- 6- Dinamik el aletleri için ayak kumanda pedalı
- 7- Emniyet paneli
- 8- Hava, su şırıngası, emiş kapasitesi ayarlanabilir tükürük emici ve cerrahi aspiratör
- 9- Temizlik ve değişim için çıtçıtlarından çıkartılabilen döşeme sistemi
- 10- Her pozisyona ayarlanabilen tetiyer
- 11- Spiral hortumlu bir 3 fonksiyonlu şırınga modülü, iki borden bağlantılı dinamik el aletleri (havalı mikromotor ve aeratör için) bir dentsply/cavitron modülleri
- 12- Tam hareketli paslanmaz çelik alet tepsisi
- 13- Soğuk, gölgesiz, gün ışığı veren reflektör

**RADENİZ BÖLGESİ ANA BAYİİ**  
**DİKAL GALERİ**  
(Ahir Uzdil)  
Dokuzmayıs Bulvarı  
Şişli İş Hanı 2/C Samsun  
16783 - 19805

  
**SOMADENTA**  
SAĞLIK CİHAZLARI PAZARLAMA A.Ş.

# MAJOR



## Major Dent

Geleneksel Major kalitesinin incisi, Bütün dünyanın ve Türkiye'nin bir numaralı akrilik dişleri.

Diğer Major ürünleri

**Algınmax, Major Base, Major Repair, Major Exactone, Luxhard Dentine**



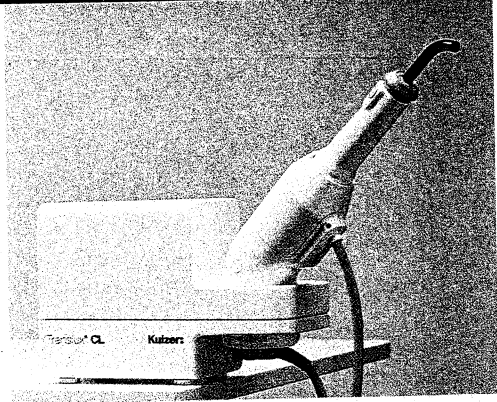
# Kulzer

## Translux CL/Durafill

Durafill çok iyi cilalanabilen (Translux CL ışıklı cihazı ile polimerize olan) bir restoratif materyal olarak diş hekimlerinin eski sorunlarını çözebilecek yeni bir seçenektir.

Diğer Kulzer ürünleri

**Estiluxposterior, Palapress Vario, Dentalon**



# Septodont



## Septadont

**Diş hekimliğindeki tedavi maddeleri uzmanı.**

Septadont diş tedavilerinde Türk diş hekimlerinin yanında.

**Alvogyl :** Çekim sonrası pansuman

**Endomethasone :** Kanal dolgu maddesi

**Caustinerffort :** Arseniksiz sinir öldürücü

**Detartine :** Diş parlatma pastası

**Prothyl :** Protez vurmalarında, anestezi, adhesiv, vitaminli tedavi edici müstahzar.



## Markim

**Markim Kimya Sanayi A.Ş.**

**Toptan Satış Merkezi**

Dudu Odaları Sok. Bedir Han Kat 4  
Galatasaray-İstanbul Tel: 151 35 75

**İdare Merkezi**

Akasyalı Sok. No. 22 4. Levent-İstanbul

Tel: 164 51 35 - 168 32 78 - 169 54 10 Tlx: 26 975 ajb tr

**Ürünlerimiz tüm diş depolarında Türk diş hekimlerinin hizmetine sunulmuştur.**

# Diş sağığı hizmetlerinde yeni umudumuz

Prof. Dr. Nusret H. Fişek

**H**ekimler için 1827 yılı ne ise Diş hekimleri için de 1909 yılı odur 1827 yılında ülkemizde orta çağ hekimliğinden çağdaş hekimliğe geçiş kapısı açılmıştı. Ülkemizde diş hekimliği tarihinde 1909 yılı kadar 1953 ve 1986 yılları da hatırlanacaktır.

Ülkemizde hekimlerin ve diş hekimlerinin karşılaştıkları en önemli sorun, sunma gücünde oldukları hizmetin halkımız tarafından gerektiği düzeyde kullanılmasıdır.



Bu sorunu belirtmek için hekimlik hizmetlerinden bir örnek verilebilir. Gelişmiş ülkelerde bir kişinin yılda ortalama 4 -5 kez hekime başvurduğu hesaplanmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetinin topluma en kullanılabilir biçimde sunulduğu Etimesgut ve Çubuk Sağlık Bölgelerinde bu sayı bire yakındır. Bunun nedeni halkımızın daha sağlıklı oluşu değil, sağlık hizmetini gerektiği gibi kullanmağa alışık olmamasıdır. Diş sağığı konusunda da aynı şey - daha geniş ölçüde - söz konusudur. Bu nedenle diş hekimlerinin büyük sorunu sunabilecekleri hizmete talebin artmasını sağlamaktır. Bu dişhekimlerinin tek başlarına başaracakları iş değildir. Hükümetin diş hekimliği hizmetlerini kentlerde ve kırsal bölgede herkesin kolayca erişebileceği biçimde yayması ve finansman sorunu gibi hizmetin kullanılmasını sınırlayan engelleri kaldırması gerekir.

Türk Tabipleri Birliği bu konuda ve diğer konularda hükümeti etkilemeyi başaramamıştı. Türk Diş Hekimleri Birliği tek amaçlı bir örgüt olduğu için hükümeti etkilemeyi başarabilir. Bu tüm diş hekimlerinin Birliklerini desteklediklerini her fırsatta göstermeleri ile mümkün olur. Serbest seçim ile bir hükümetin kurulmasıyla nasıl demokratik düzen kurulmuş olmuyor ise Türk Diş Hekimleri Birliğinin kurulması ile de diş hekimlerinin ve halkın diş sağığı sorunları çözümlenemez.

Batı ülkelerinde dernekler - özellikle hekim birlikleri - hükümetler karşısında çok güçlüdür. Bunun nedeni hekimlerin seçtikleri yöneticiler ile güç birliği yaptıklarını her fırsatta göstermeleri ve halk ile bütünleşmelerinde de engel olmamasıdır. Birliklerin üyelerinin unutmaması gereken bir yöntem taktiğini de hatırlamak gerekir: "Böl ve yönet". Birlik ve oda yöneticilerinin seçiminde, hizmeti daha iyi yürüteceğini düşünenlerin birbirleri ile mücadeleleri doğaldır. Hastalık bu uğraşı seçimlerden sonra mezhepler savaşı gibi sürdürmek, güç birliği yapmamaktır.

**B**atı ülkelerinde  
dernekler  
-özellikle hekim  
birlikleri- hükümetler  
karşısında çok  
güçlüdür. Bunun  
nedeni hekimlerin  
seçtikleri yöneticiler  
ile güçbirliği  
yaptıklarını her  
firsatta göstermeleri  
ve halk ile  
bütünleşmelerinde  
engel olmamasıdır



# **Demokratik meslek örgütlenmesi ve bizlere düşen görevler**

**Dt. Hüsnü Çuhadar**  
Ankara Dişhekimleri Odası  
Genel Sekreteri

**Günümüzde  
dişhekimlerinin ve  
genel olarak hekimlik  
mesleğinin  
hastalarına karşı  
sorumluluklarının  
yanında, toplum  
içinde taşıdıkları  
sorumluluklar  
oldukça artmıştır.**

**Meslek kuruluşlarının,  
görevleri arasında  
olsa bile bazı  
konulardaki  
çalışmaları ve  
açıklamaları siyaset  
olarak  
yorumlanmakta ve  
mesleki kuruluşları  
baskı altına alınmak  
istenmektedir.**

**M**eslek örgütlerimizi ve onun üst kuruluşu olan Birliğimizi oluşturmayı başardığımız şu günlerde mesleğimiz en sancılı ve sıkıntılı dönemini yaşamaktadır.

Mesleki sorunlarımızın ve halkın sağlık sorunlarının çözümünde etkili olabilmemiz güçlü bir meslek örgütü yapısına kavuşmamıza bağlıdır. Böylesine bir meslek örgütünü oluşturabilmede tüm meslek daşlarımıza önemli görevler düşmektedir.

Günümüzde, dişhekimlerinin ve genel olarak hekimlik mesleğinin hastalarına karşı sorumluluklarının yanında, toplum içinde taşıdıkları sorumluluklar oldukça artmıştır. Bu sorumlulukları yerine getirmede önemli bir yeri olan meslek örgütümüz nasıl olmalıdır?

Genel olarak meslek örgütleri, temsil ettikleri meslek grubunun ekonomik, özlük, mesleki, bilimsel, sosyal ve kültürel alanlardaki sorunlarına örgütlü yapısı içinde çözümler getirmeye çalışan yasal baskı gruplarıdır. Temsil ettikleri meslek grubu tarafından demokratik usuller dahilinde seçimle organları oluşturulan meslek kuruluşları, mesleki sorunlarının yanında konularını ilgilendiren halkın sağlık sorunlarına da çözüm aramayı görev kabul etmelidirler.

Günümüzde meslek kuruluşlarının, görevleri arasında olsa bile bazı konularındaki çalışmaları ve açıklamaları siyaset olarak yorumlanmakta ve meslek kuruluşları baskı altına alınmak istenmektedir. Buna örnek olarak, T.T.B. Merkez Konseyi hakkında, idam cezalarına karşı çıktığı için açılan davadır. Oysa sağlık meslek kuruluşları halkın sağlıklı yaşamasını ve kutsal olan yaşama hakkını savunabilmeli, mesleki konularını ilgilendiren her konuda görüş belirtebilmelidirler. Mevcut yönetimleri veya iktidarların hoşuna gidecek biçimde çalışan ve sorumluluklarının uzağında kalan bir meslek kuruluşu için bir yazısında Prof. Dr. Muammer Aksoy şöyle demektedir. "Demokrasilerde iktidarların dalkavukluğu durumuna düşen meslek kuruluşlarının yöneticileri, hem mesleksel ve kişisel haysiyetlerini ayaklar altına alırlar; hem de demokrasilerin soysuzlaşmasına, hatta kokuşmasına neden olurlar." Yine aynı yazısında Aksoy "Çoğulcu demokrasilerin en önemli öğelerinden biri olan ve 'yasal baskı grupları' olarak nitelendirilen meslek kuruluşları aynı zamanda, 'sosyal güçler dengesinin gerçekleşmesini de vazgeçilmez bir öğe olarak, toplumsal uzlaşmaya ulaşılmasında da büyük katkıda bulunurlar. Zaten somut yaşamda ulusal irade büyük ölçüde çeşitli çıkar ve meslek grupları arasındaki karşılıklı ödün vermeler sonucu ulaşılan uzlaşmalar biçiminde kendini gösterir." demektedir. Kısaca meslek örgütlerini, devlet ile birey arasında hak aramayı üstlenmiş yasal baskı gruplarıdır diyebiliriz.

Birinci olarak; meslek örgütümüz istenilen sesi çıkaran bir örgüt değil; mesleğinin somut sorunlarına ve halkın sağlık sorunlarına çözüm arayan etkili bir güç olmalıdır.

İkinci olarak; böylesine güçlü bir örgüt olmada bizlere düşen görevler nelerdir?

Şunu hemen belirtmek gerekir, güçlü bir meslek örgütünün var-

**Kuruluşları yıllar  
öncesine dayanan  
demokratik meslek  
örgütleri ve ülkemizde  
kurulduğundan bu  
yana toplumun  
sağlıklı yaşama  
hakkını eylem içinde  
savunmuş çağdaş  
hekim hareketinin  
yanındaki onurlu  
yerimizi alabilmemiz,  
üzerimize düşen  
toplumsal ve mesleki  
görevlerimizi yerine  
getirmemize bağlıdır.**

**Örgütümüz, istenilen  
sesi çıkaran bir örgüt  
değil; mesleğinin  
somut sorunlarına ve  
halkın sağlık  
sorunlarına çözüm  
arayan etkili bir güç  
olmalıdır.**

lığı temsil ettiği tabanın ve meslek grubundaki herkesin örgüt yapısına aktif katılımı ile başarılabilir. Bütün sorunların çözümünü seçilmiş organlardaki kişilerden beklemek sorunların gerisinde kalmak demektir. Meslekdaşlarımızın sorunlarımızın çözümünde aktif katılımı, çözüm önerileri, meslek örgütümüzü güçlü ve etkili kılacaktır.

Meslek örgütümüz, kongrelerde seçilen grup veya kişilerin çıkar ve görüşlerini yansıtan bir kuruluş değil, düşünsel ve siyasi görüşleri ne olursa olsun, tüm dişhekimlerinin örgütüdür ve öyle olmalıdır.

Ayrıca Oda ve Birlik organlarına seçilen yöneticilerin, Oda çalışmalarında aktif görev almak isteyen meslekdaşlarımızın, Oda çalışmalarına katılımın sağlayacak düzenlemeleri yapmaları ve yaratıcı çabaları meslek örgütümüzün güçlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Böylesi düzenlemeler, hem yönetim dışındaki meslekdaşları aktive edecek, onları oda çalışmalarına katılmayı özendirilecek, hem de meslek örgütümüzde kolektif çalışmayı, sorunların üzerine birlikte gitmeyi ve çözümü birlikte aramayı sağlayacaktır. Bu türden çabalar meslekdaşlarımızın meslek örgütüne sahip çıkmalarının yanında, hekim dayanışmasını, toplum içinde üstlendikleri sorumlulukları yerine getirmelerinde ve güçlü bir örgüt olmanın da önemli bir faktörünü oluşturacaktır.

Hekimle hastası arasındaki sıcak ilişki, hekimin topluma karşı, sorumluluklarını yerine getirmesi hekimler arası dayanışma ve karşılıklı saygı, meslek çıkarlarını her türlü kişisel çıkarın önünde tutma, iyi bir hekim olduğu kadar, iyi bir insan olma çabaları da meslekdaşlara karşı saygınlığı artıracığı gibi meslek örgütümüzün güçlenmesini de sağlayacaktır. Salt mesleki çıkarlarımız doğrultusunda hareket eden, toplumun konumuzu ilgilendiren sorunlarının uzağında kalan bir meslek örgütlenmesi de tek ayağı üzerinde yürüyen bir yapıyı oluşturacaktır.

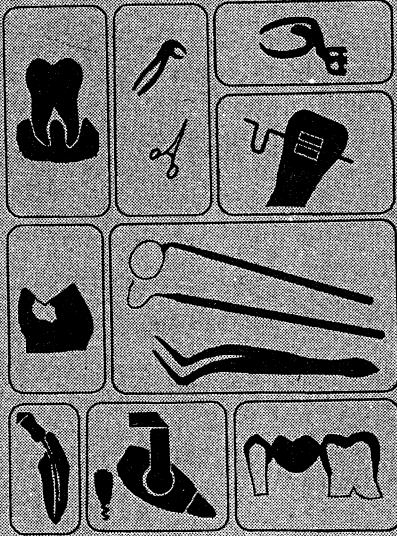
Çağdaş anlamda sağlık hizmetleri bir bütün ve bir ekip işidir. Bu açıdan benzer sağlık meslek kuruluşları ile ilişkiler ve birlikte yapılabilecek çalışmalar mesleki sorunlarımızın çözümünde olduğu kadar, halkın sağlık sorunlarının çözümünde de etkili olacaktır.

Bugün güçlü ve demokratik bir meslek örgütü kurma çabasını ve heyecanını yaşarken, ülkemizdeki çağdaş ve toplumsal gelişmenin yanında yer alabilmeli ve bunu başarmalıyız.

Kuruluşları yıllar öncesine dayanan demokratik meslek örgütleri ve ülkemizde kurulduğundan bu yana toplumun sağlıklı yaşama hakkını eylem içinde savunmuş çağdaş hekim hareketinin yanındaki onurlu yerimizi alabilmemiz, üzerimize düşen toplumsal ve mesleki görevlerimizi yerine getirmemize bağlıdır.

# T D B D

## DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİ



- ☐ Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi 'Dişhekimliği Klinikleri'nde basılabilecek yazılar
- ☐ Alüminyum ve Çürük Tezer Berk, Neşe Akal.
- ☐ Kompozit dolgular M.Ateş Erinanç
- ☐ Amelogenезis imperfecta ile birlikte görülen taurodontism, Neşe Akal, Tezer Berk, Alev Alaçam.
- ☐ Intraligamenter anestezi tekniğinin endodonti ve ağız cerrahisindeki yeri
- ☐ Gürkan Gür, Orhan Güven, Adnan Öztürk.
- ☐ Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri Halil Uğurlu
- ☐ Doğum ağırlığı ve doğum boyu ile diş sürmesi arasındaki ilişki
- ☐ İlknur Tanboğa, Engin Usmen.
- ☐ Özet/Abstract



# *Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi*

## *“Dişhekimleri Klinikleri”nde*

### *basılabilecek yazılar*

1- ÖZGÜN ARAŞTIRMA MAKALELERİ: Temel veya uygulamalı bilim dallarında özgün bir araştırmayı bulgularına dayanarak sunan yazılardır. Bu yazılar kısmen de olsa başka bir dergide yayınlanmamış olmalıdır. Ancak araştırma sonuçları herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise bu makalenin dip notunda belirtilmelidir.

2- ÖN BİLDİRİLER: Yeni bir araştırmanın ön bulgularını özetle bildiren (500-800 kelimelik) yazılar.

3- EDITÖRE MEKTUPLAR: Yazarın özgün bir gözlem veya bulgusunu bildiren, veya dergide yayınlanan makaleler konusunda okuyucuların kendi görüş deneyim ve soruları ile ilgili 100-200 kelimelik yazılar.

4- TARAMA MAKALELERİ: Uygulama veya bilimsel yönden önde gelen konularda, son araştırmaları bildiren, yeterli sayıda bilimsel makaleyi tarayarak, konuyu bugünkü bilgi düzeyinde değerlendiren makaleler. Yazarın konu üzerinde deneyimli olması zorunludur.

5- KISA DERLEMELER: Dişhekimliğinde önemli gelişmeleri son çıkan önemli makalelerden yararlanarak özetle aktaran ve yazarın bu alanda ki deneyimine ve görüşlerine göre değerlendiren yazılardır.

6- BİLİMSEL ÖZETLER: Son iki yılda uluslararası literatürde basılmış önde gelen bilimsel çalışmaların 200-250 kelimelik özetleri.

7- BİLİMSEL YAYINLAR: Yeni kitap ve bilimsel çalışmalar hakkında özetle bilgi veren makaleler.

#### **YAZILARIN SEÇİMİ:**

1- Dergi, dişhekimlerinin sürekli eğitimini amaçlar. Bunun için daha çok klinik uygulamalara yönelik yenilik ve değişiklikleri kapsayan derlemelere ve bu kapsamdaki çeviri yayınlarına yer verebilir.

2- Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulunca seçilen "Danışmanlar Kurulu" na, ilgili danışmanlara verilir. Danışman, yazının içeriği, dili ve biçimi ile ilgili görüşlerini, birlikte gönderilen forma belirterek yayın kuruluna gönderir. Yazı işleri müdürü, danışmanın eleştirileri doğrultusunda yazardan değişiklik isteme hakkına sahiptir. Buna uyup uymamak yazarın doğal hakkıdır. Ancak yazar görüşünde ısrar ederse yazı işleri müdürünün yazıyı basmama hakkı saklıdır.

3- Dergiye gönderilen yazılar yayınlansın veya yayınlansın iade edilmez.

4- Dergiye gelen yazılar derginin yayın hacmine göre sonraki sayılarda yayımlanabilir.

5- Dergide yayımlanan her makalenin yazarına 5 adet ücretsiz baskı verilir.

#### **TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ "DİŞHEKİMLİĞİ KLİNİKLERİNDE" BASILABİLECEK MAKALELERİN YAZILMASINDA DİKKATE ALINACAK ESASLAR:**

1- Türk Dişhekimleri Birliği Dergisinde basılacak yazılar, temel veya uygulamalı bilim dallarında deneysel, klinik veya teorik araştırmalardan elde edilen bulguların yazıldığı makalelerdir. Bunlar, 29x20 cm. ebadında dosya kağıdının bir yüzüne daktilo ile ve iki aralıklı olarak yazılmalı, şema, fotoğraf, tablo ve şekiller dahil 3 örnek olarak gönderilmelidir.

2- Başlık, metindeki bilginin özelliklerini tanıttıcı nitelikte ve kısa olmalıdır.

3- Çalışmayı yapanların isim ve soyadları başlığın altında dâhil edilmelidir. İlgili yazışmalar genellikle birinci yazarla yapılır.

4- Yazar isimlerinin altına çalışmanın yapıldığı kuruluş adı belirtilmelidir.

5- Makale, Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki dilden yazılır. 150-200 kelimeden oluşan özet, çalışmanın amacını, kullanılan materyali, metodları ve en önemli bulguları ana hatları ile belirtir.

6- Giriş bölümünde çalışmanın amacı, böyle bir çalışmaya neden ihtiyaç olduğu literatür bilgisine ve özgün deneyimlere dayanılarak anlatılır.

7- Matériel ve Metod: Çalışmanın özgün bulguları ön planda olmak üzere ve istatistik önemleri belirterek yazılır.

8- Tartışma: Bulgular başka araştırmacıların bulguları ile karşılaştırılmalı, mümkünse sebepleri ile belirtilmeli ve tümü uygulama ve teori yönünden tartışılmalıdır.

9- Kaynaklar: Yararlanılan eserler makalenin sonunda olmalıdır. Yazarın adı, adının başharfleri, makalenin başlığı, yayımlandığı derginin adı (Uluslararası kısaltmalara uygun olarak), sonra cilt sayısı ve yazarın başladığı ve bittiği sayfa numaraları ve yayımlandığı yıl ve yazının başladığı ve bittiği sayfa numaraları ve yayımlandığı yıl belirtilmeli.

10- Şekil ve grafikler: Çini mürekkebi veya letraset ile aydınlatıcı veya kuşe kağıdına çizilmeli ve parlak fotoğraf kağıdına siyah-beyaz baskıları gönderilmelidir.

Yukarıda belirtilen koşullar dişhekimlerinin okul sonrası mesleki eğitimlerini hedefleyen özgün bilimsel yazılar için bağlayıcıdır. Bu tip yazılar dergimizin orta kısmında yer alacaktır. Dergimizin baş kısmında yer alacak olan Dişhekimleri Birliği yönetimi ve örgütlenmesi ile ilgili yazılar ve son kısımlarda yer alacak olan haber yazıları için daha esnek ölçütler söz konusudur. Ayrıca her türlü okuyucu mektupları yayım kurulu tarafından ele alınacaktır.

**DERGİ YAYIN KURULU**



# Alüminyum ve çürük

Tezer Berk\*

Neşe Akal\*\*

Bu makale, Al ve diş çürüğü arasındaki ilişkiyi detaylı olarak inceleyen araştırmaların ve çalışmaların önemli bulgularını toplama amacındadır.

Yerkabuğundaki metaller arasında baş sınırları alan Al, bütün bitkilerde ve hayvanlarda bulunmakta, yaşayan organizmaların eser elementi olarak düşünülmektedir.<sup>(4)</sup> Oral kavitenin doku ve sıvılarında Al'un varlığı, dişlerde ve çevre dokularda Al konsantrasyonu ve diş çürüğü ile ilişkisi, epidemiyolojik ve klinik araştırmalar Al'un karyostatik bir ajan olabileceğini düşünmeye zorunlu kılar<sup>(4)</sup>.

Curzon ve Crocker<sup>(3)</sup> minenin eser element kapsamı ile diş çürüğü arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaptıkları araştırmada, yalnızca beş elementin mine konsantrasyonları ki Alüminyum, Flor, demir, selenyum ve stronsiyumun düşük çürük skorları ile belirgin bir ilişkisi vardı. Ek olarak alüminyum, flor ve stronsiyumla pozitif bir etki oluşturmuyordu.

1969 da Little ve arkadaşları<sup>(6)</sup>, düşük molibdenli bölgede yaşayanların mine alüminyum miktarının, molibden oranı yüksek bölgede oturanlarındiknden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

1969 da yayınlanan ilk çalışmalarında, Regolati ve ark.<sup>(11)</sup>, 0.05 M  $AlCl_3$  ile beş günlük tedavi ve onu takip eden 10-20 günlük karyojenik diyetten sonra, rat molarlarının asit erirlik oranını belirgin bir şekilde azalttığını belirtmektedirler. Araştırmacılar göre Al, 10 günlük karyojenik diyetten sonra % 40'ın üzerinde fissur çürüklerinin sayısını inhibe ediyordu ve 0.025 M NaF solusyonu ile elde edilen sonuçlar, bu  $AlCl_3$ 'e eşdeğerdeydi.

Başka bir çalışmada, düşük konsantrasyonda  $AlCl_3$  ve alüminyum laktat, rat molarlarını asit erirliğine karşı korumasına rağmen, yalnızca  $AlCl_3$ 'ün fissur çürüklerini azalttığı belirtilmektedir<sup>(4)</sup>.

Sonuçta, rat kullanılarak yapılan çalışmalar, Al'un topikal uygulandığında, yalnızca minenin asit erirliğini azaltmayıp, Flor'la eşdeğerde diş çürüğünü de azalttığını göstermiştir.

Çeşitli Al tuzlarının sulu çözeltileri ile muamele edilen insan dişi minelerinin erirlik testleri yapılmıştır. Stabil Al komplekslerinden başka bütün Al terkipleri, asetat tamponlu pH: 4 de büyük miktarda minenin erirliğini azaltmıştır. Florid bileşikleriyle karşılaştırıldığında Al,  $SnF_2$ 'ye eşdeğer ve NaF ile  $Na_2PO_2F$  dan daha etkili bulunmuştur. <sup>(10)</sup>. Ayrıca etki NaF,  $Na_2PO_3F$  ve  $SnF_2$  den daha uzun süreliydi.

Klaber'in<sup>(4)</sup> söylediği gibi, Adler ve Csoban 1948' de yaptıkları bir çalışmada, %1 lik  $Al_2(SO_4)_3$  ile tedavi edilmiş minenin fosforda erirlik oranında %70

azalma ortaya çıkarmışlardır. Bu, %1 lik NaF ile elde edildenden iki kere daha fazlaydı. Takibeden yıllarda % 1 lik Al solusyonu kullanarak Manly ve Bibby<sup>(7)</sup> minenin erirliğindeki azalmanın florla elde edilenle yaklaşık eşdeğerde olduğunu açıklamışlardır.

Besic ve arkadaşları (1975), <sup>(1)</sup>, dişlerin suni beyaz nokta lezyonlarına hasaasiyetini "artificial white spot lesions" araştırmışlardır. 1800 dişten 4 tane asite en dirençli ve 4 tane asite en hassas mine örneklerini ayırmışlar ve bu dişlerin element bileşimlerini saptamışlardır. 4 asite dirençli diş minesi yüzeyi, asite hassas olandan 5 kat daha fazla Al içeriyordu ve 100-300 mikrometre kalınlığındaydı.

Yine Kleber ve Puttu'un <sup>(4)</sup> belirttiğine göre, 1982'de yayınlanan bir raporda, Derand ve Petersson, daimi dişlerin kök yüzeylerine Al-Fe solusyonlarının uygulamasının asit rezistansını arttırdığını buldular. Oysa, farklı flor tedavilerinin bu konuda görülebilir etkinliklerinin olmadığı bilinmektedir.

Putt ve Kleber (1985),<sup>(10)</sup>, in son mine erirlik çalışmaları, Al solusyonları ile tedavinin mine asit erirliğini büyük miktarda azalttığını göstermiştir.

Clarkson<sup>(2)</sup>, pH2.3; 0.1 ve 1.0 M  $Al(NO_3)_3$  solusyonu ile 2 dakika tedaviden sonra, sağlıklı mine yüzeyinde ortalama 396 ve 789ppm Al konsantrasyonu bulunmuştur. Bu bilgilerin analizi, topikal Al uygulamasının mine Al kapsamını belirgin olarak arttırabileceğini göstermektedir. Ancak penetrasyonun derinliği, takibeden retansiyonun derecesi ve sağlıklı mine ile asitle dağlanmış minede etkileri bilinmemektedir.

Minenin flor alım araştırmalarındaki gözlemlere paralel olarak diğer bulgu, sağlam minenin aleyhine olarak, asit uygulanmış minenin daha yüksek Al konsantrasyonu verdiğidir.

Al'la yapılan tedaviyi takiben 1 hafta su ile yıkanmasından sonra bile, minede fazla miktarda Al olduğu görülmüştür. Bunun tersine olarak, hem suda hem tükürükte eriyen florun topikal uygulanmasıyla, mineye daha çok flor kazandırılmıştır.<sup>(5)</sup> Hernekadar başlangıçta, mine yüzeyinin flor içeriğinde büyük bir artış elde edilmişse de, birkaç araştırmacı florun hem invivo hem de invitro olarak hızla azaldığını göstermişlerdir. Örneğin, Mellberg ve arkadaşları<sup>(8)</sup>, invitro olarak florla topikal tedaviye takiben minede depolanan florun, 1 hafta suda bırakılınca tamamen kaybolduğunu göstermişlerdir. Bu Al'un flordan daha stabil mine reaksiyonu yapabileceğini göstermiştir.

Mine ile Al'un kimyasal reaksiyon mekanizması fazla detaylı incelenmemiştir. Al ile tedavi edilmiş minenin asitte dirençliliği, Al'un fosfat kompleksleri şekline ve  $2Al^3$  atomunun, hidroksiapatitin 3  $Ca^3$  atomunun yerine geçmesine maledilmiştir.<sup>(4)</sup>. Başka bir çalışmada, alüminyumdan zengin kalsiyumfosfatapatit hazırlamışlar ve Al'un apatit yapısındaki Ca ve fosforun herikisinin yerine geçebileceğini

\* Gazi Üni. Diş Hek. Fak. Peodonti Anabilim Dalı Başkanı, Doç.Dr.

\*\*Gazi Üni. Diş Hek. Fak. Peodonti Anabilim Dalı Arş. Gör.

göstermişlerdir<sup>(10)</sup>.

Skjörland ve arkadaşları<sup>(12)</sup>, 1978 de 0.02M  $AlCl_3$ 'ün ağız çalkalayıcısı olarak günde iki kez kullanılması ile gençlerde plak büyümesinin azaldığını belirtmişlerdir. Al solusyonları ile muamele edilen plağın, normal plakla karşılaştırıldığında mineye kabaca adsorbe olduğu görülmüştür. Al, plak oluşumunu, adorbisyon olayında asıl olan plak formasyonundaki bazı enzim aktivitelerini sınırlayarak ve negatif yüklenmiş plak komponentleri ile ilişkide bulunarak önleyebilir.

Al iyonlarının topikal uygulanması sonucu, streptokokların diş yüzeyine yapışma kabiliyetlerinin anlamlı miktarda azalması son derece önemli bir bulgudur<sup>(8)</sup>.

Al'un antiplak etkisinin tartışılmasından sonra, insanlarda yapılan bir çalışmada, ekspoze dentinin topikal tedavisinde sodyumfosfatı takiben %1 lik  $AlK(SO_4)_2$  uygulanmış ve dentin hipersensitivitesi ortadan kaldırılmıştır.<sup>(4)</sup> Bu da klinik diş hekimliğine Al'un katkısı yönünden son derece sevindirici bir konudur.

Tüm bu çalışmaların sonuçları, Al'un sonraki araştırmalarda kullanılabilecek topikal, karyostatik bir ajan olduğunu ileri sürer.

## ÖZET

Bu makale, Al ve diş çürüğü arasındaki ilişkiyi detaylı olarak inceleyen araştırmaların ve çalışmaların önemli bulgularını toplamıştır.

Son yıllarda, diş dokusundaki eser elementler ve çürümeye karşı etkileri bir çok araştırmaya konu olmuştur. Al'la yapılan çalışmalarda, Al ile muamele edilen insan ve rat dişlerinin minesinin asitte erirililik oranı, karyostatik bir ajan olan flora göre etki süresinin uzunluğu ve üstün olup olmadığı incelenmiştir.

Rat kullanılarak yapılan araştırmalar, Al'la topikal tedavi yapılan dişlerde, Al'un yalnızca minenin asitte eririliliğini azaltmayı, flora eşdeğerde diş çürüğünü de azalttığını göstermiştir. Asite dirençli dişlerde Al içeriği, dirençsiz dişlerden daha fazla bulunmuştur.

0.02MM  $AlCl_3$  ağız çalkalayıcısı olarak günde 2 kez kullanılmış ve gençlerde plak büyümesinin azaldığı gözlenmiştir.

Ayrıca, açığa çıkan dentinin aşırı duyarlılığını ortadan kaldırmak için sodyumfosfatı takiben %1 lik  $AlK(SO_4)_2$  uygulanmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Bütün bu araştırmaların sonuçları, Al'un diş hekimliği açısından önemli bir eser element olduğunu ortaya koymaktadır.

## SUMMARY

This article includes the most important findings of the researches studying in detail the relationship between aluminum and dental caries.

Recently, the trace elements in dental tissue and their effects have been the subject of many researches.

Acid dissolution rate of studies of human and rat enamel treated with aluminum solutions, duration

of the effectiveness and its superiority compared to flor which is a cariostatic agent.

Several studies using a rat model have demonstrated that aluminum, when applied was a topical solution; not only reduced the acid solubility of enamel but also significantly reduced dental caries on a level equivalent to that of flor. In the teeth resistant to acid, Al content has been found more, compared to the teeth not resistant to the acid.

0.02 M  $AlCl_3$  has been used for mouthrinsing twice a day and the decrease of dental plaque, growth has been observed. Also, to eliminate hypersensitivity of the expose dentin, 1% of  $AlK(SO_4)_2$  following to sodiumphosphate application has given positive results.

The results of all these researches have, from the point of view of dentistry, shown the importance of Al as a trace element.

## KAYNAKLAR

- 1- Besic, F.C.; Bayard, M., Wiemann, M. R.Jr.; Burrell, K.H.; *Composition and Structure of Dental Enamel: Elemental Composition and Crystalline Structure of Dental Enamel as they Relate to Its Solubility*. JADA, 91: 594-601, 1975.
- 2- Clarkson, B.H.; *The Effect of Metal Ion Pretreatment of Enamel on Fluoride Uptake From Acidulated Phosphate Fluoride*, J Int Assoc Dent Child, 12: 9-16, 1976.
- 3- Curzon, M.E.J.; Crocker D.C., *Relationship of Trace Elements in Human Tooth Enamel to Dental Caries*, Arc Oral Biol, 23: 647-653, 1978.
- 4- Kleber, C.J.; Putt, M.S., *Aluminum and Dental Caries*, Clin Prevent Dent., 6: 14-25, 1984.
- 5- Kleber, C.J.; Putt, M.S., *Uptake and Retention of Aluminum by Dental Enamel*, J Dent Res, 64(12): 1374-1376, 1985.
- 6- Little, M.F., Curzon, M.E.J., Bibby, B.G.: *Molybdenum and Other Trace Elements in Human Elements in Human Enamel by Laser Spectroscopy*. J Dent Res, 48(abstr. 161):81, 1969.
- 7- Danly, R.S.; Bibby, B.G., *Substances Capable of Decreasing the Acid Solubility of Tooth Enamel*, J Dent Res, 28: 160, 171, 1949.
- 8- Mellberg, J.R., Laakso, P.V.; Nicholson, C.R., *The Acquisition and Loss of Fluoride by Topically Fluoridated Human Tooth Enamel*, Arch Oral Biol, II: 1213-1220, 1966.
- 9- Olsson, J.; Odham, G., *Effect of Inorganic Ions and Surface Active Organic Compounds on The Adherence of Oral Streptococci*. Scand J. Dent Res, 86: 108-17, 1978.
- 10- Putt, M.S.; Kleber, C.J., *Dissolution Studies of Human Enamel Treated with Aluminum Solutions*, J Dent Res, 64: 437-440, 1985.
- 11- Regolati, B; Schait, A., Schmid, R. Marthaler, T.M.; Mühlemann H.R., *Effects of Aluminum and Fluoride on Caries, Fluoride Content and Dissolution of Rat Molars*. Helv Odont Acta, 13: 59-64, 1969.
- 12- Skjörland, K., Gjermo, P., Rölla, G.: *Effect of Some Polyvalent Cations on Plaque Formation In vivo*. Schand J Dent Res 86: 103-107, 1978.

# Kompozit dolgular

M. Ateş Erinanç \*

Dişhekimliğinde, ön dişlerin yapılarında meydana gelen madde kayıpları zamanımızda kompozit dolgularla yerine konulmaktadır. Kullanılan kompozit dolgular uygulama yöntemlerine göre; iki pastalı kimyasal yolla sertleşenler ve tek pastalı ışıkla sertleşenler olmak üzere iki grupta altında toplanabilir. Işıklı sertleşen kompozit dolgular da, ultraviyole ışıkla ve görünür ışıkla sertleşenler olarak aralarında iki gruba ayrılırlar.

Kompozit dolgu maddeleri ağız şartlarında zamanla fiziksel ve kimyasal değişimlere uğrayarak aşınma gösterirler. Arka diş bölgelerinde yapılan kompozit dolgular adhezyon ve zayıflama türü aşınmalar gösterir, daha sonraları dolgu yapısında kimyasal parçalanmalar başlar. Ön bölge restorasyonlarında abrazyon ve kimyasal parçalanmaya bağlı olarak dolgu yüzeyinde yapı değişimi ve abrazyon meydana gelir.

Dişhekimlerinin günlük pratikte yaygın olarak kullanmakta oldukları bu maddelerin yapısal özellikleri, uygulanan dolgunun klinik ve dayanma özellikleri üzerine etki eder. Kompozit dolgu maddelerini oluşturan kısımlar ve bu dolguların sertleştirilme yöntemlerine bağlı olarak dolgularda bazı değişimlerin meydana geldiği ortaya konulmuştur.

Bu yazıda, kompozitlerin sınıflaması ve özelliklerini anlatmaya çalışacağız.

## KOMPOZİT DOLGULARIN KISIMLARI VE SINIFLAMAYA ETKİLERİ

Kompozit dolgu maddeleri genel olarak üç kısma iştirirler.

- 1— Organik Kısım.
- 2— Arayüz Kısım.
- 3— Katkı Maddeleri.

### 1— ORGANİK KISIM

Bütün kompozitlerde kullanılan temel organik kısım, BIS- GMA, modifiye BIS- GMA, TEG-DMA, Üretan dimetil akrilat sistemleri ile etilen glikol dimetil akrilatları veya metilmetakrilatları gibi dilüe ediciler bulundurulur.

Işıklı sertleşen kompozit dolguların kompozisyonları, kimyasal yolla sertleşenlerden yalnızca aktivatör ve kimyasal olayı başlatan başlatıcı maddeler yönünden farklılık gösterirler.

Ultraviyole ışıkla aktive olan kompozit dolgular, başlatıcı olarak benzoin alkil eterleri bulundurulur. Görünür ışıkla aktive olan kompozitler genellikle

kamforokinon gibi başlatıcılar ile ışıkla polimerizasyonun başlamasından sonra iyon radikallerinin oluşmasında rol alan tersiyer aminleri bulundurulur. Kamforokinon başlatıcısı 400-500 nm'luk (görünür ışığın mavi bölgesindeki) ışık dalgaları ile aktive edilir.

İki pastalı kimyasal olarak sertleşen kompozitlerle karşılaştırıldığında, kimyasal yolla sertleşenlerde başlatıcının (Örn: benzoil peroksit) ve aktivatörün (Örn: dihidroksietil -p-toluidin) karıştırılması ile polimerizasyon başlar.

Her dolgu sisteminin polimerizasyon derecesinin klinik dayanıklılık üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Çifte bağlantı yapma yüzdesi ve sonuçta polimerizasyon derecesini iki ana faktör belirler.

- 1- Kullanılan sertleştirme yöntemi.
- 2- Kullanılan organik kısmın tipi.

Polimerizasyon derecesinin artmasına sırasıyla: Kimyasal Sertleşme → Işıklı Sertleşme → Isıyla sertleşme ile ulaşılmaktadır.

Organik katkı bileşenlerinin kimyasal yolla donan maddelerde polimerizasyon üzerinde oluşturdıkları farklılıklar in vivo ve in vitro olarak MOD dolgularının oklüzal temas yüzeylerinden ve yeni ve eski kompozit modellerinden elde edilen verilerle ortaya konulur. Ancak dolgulardaki bu zayıflamalar arası farklılıklar, teması olmayan oklüzal bölgelerde, ön bölge restorasyonlarında görülmemektedir. Buna bağlı olarak ön kompozit sistemlerinin organik yapıları gözönüne alınarak sınıflama yapılması sağlıklı bir yaklaşım olarak görülmez.

### 2— ARAYÜZ KISMI

İnorganik katkı materyali ile organik yapının bir birleri ile bağlanmasında, temelde organosilaneslerden meydana gelen bipolar moleküller bağlayıcı ajanlar olarak kullanılırlar. Önpolimerizasyonu yapılmış kısmen organik katkı partikülleri ile bağlantı polimerik özelliktedir.

Bu ajanların her ikisi ve ara yüz bağlantılarının tüm çeşitleri kimyasal parçalanmaya eşit derecede hassastırlar. Netice olarak bağlayıcı ajanların kompozit sınıflandırmasında temel alınacak bir yöntem olarak görülmemektedir.

### 3— KATKI KISMI

Kompozit dolgularda organik kısmın dayanıklılığı içerisine konulan katkı maddeleri ile sağlanır. Bu maddeler üretim özelliklerine göre üç bölüm altında incelenirler.

- 1— MAKRO KATKI MADDELERİ
- 2— MİKRO KATKI MADDELERİ
- 3— MİKRO KATKI ESASLI KARIŞIMLAR

Zaman içerisinde ağız şartlarında katkı maddeleri

X Oral Diagnoz -Radyoloji Uzmanı, Milli Piyango İdaresi Gn. M.d. Dişhekimisi

ve organik yapı karşılaştırıldığında, Organik kısmın zamanla zayıfladığı görülür. Bunun sonucunda katkı maddeleri açığa çıkarlar. Açığa çıkan katkı maddeleri özellikleri yönünden farklılıklar gösterirler, bundan dolayı katkı maddeleri kompozitlerin sınıflandırılmasında temel olarak alınabilirler. Yukarıda da sıralandığı gibi kompozit dolgular; makro katkı, mikro katkı, ve mikro katkı esaslı kompozit dolgu maddeleri olarak sınıflanabilirler.

## KATKI MADDELERİNİN ÖZELLİKLERİ

### 1— MAKRO KATKI MADDELERİ

Bunlar daha büyük partiküllerden öğütme veya kırma yolu ile hazırlanırlar. Saf inorganik parçacıklardır. Genelde düzgün olmayan, kıyılmış parçalar halindedirler. Q quartz, lityum aliminyum silikat, baryum camı, kolloidal silika, veya bu maddelerin bir karışımı olabilir. Parçacıkların büyüklük oranları 0,1 ile 100 mikromilim arasındadır. Parçacıkların büyüklüğü kullanılan üretim yöntemine bağlıdır. Günümüzde 0,1 mikromilim den daha küçük parçacık oluşturabilecek öğütücü bulunmamaktadır. 100 mikromilim den daha büyük inorganik katkı maddesi kullanılması gözle görülebileceklerinden kompozit dolgularda olumsuz etki yaratacaktır.

### 2— MİKRO KATKI MADDELERİ

Mikro katkı maddeleri kimyasal olarak hidroliz ve presipitasyonla elde edilirler. Çok ince radyolüsent cam kürecikler şeklindedirler. Başlangıçta parçacıklar 0,04 mikromilim büyüklüğünde üretiliyordu, fakat yakın zamanda yaklaşık olarak 0,05 ile 0,1 mikromilimlik daha büyük parçacıkların kullanılmasına başlanılmıştır.

### 3— MİKRO KATKI ESASLI KARIŞIMLAR

Bu karışımlar inorganik yüklemeyi elde etmek amacıyla geliştirilmişlerdir. Bunların üç ayrı tipi bulunmaktadır.

- Önpolimerizasyonlu mikro katkıli karışımlar.
  - Küresel polimer-esaslı mikro katkıli karışımlar.
  - Küme haline getirilmiş mikro katkıli karışımlar.
- a- Önpolimerizasyonlu Mikro katkıli karışımlar

Bunlar organik yapı içerisinde pyrojenik silika'nın katılarak daha sonra ısıtılması ile elde edilirler. Daha sonra öğütülerek küçültülürler. Bu parçacıklar bazı durumlarda yanlış olarak organik katkı maddeleri olarak tanımlanırlar. Parçacık yapısının organik olduğu doğrudur, fakat dolgu maddesi içerisindeki dağılımları inorganik silikadır. Sonuçta bunların önpolimerizasyonu yapılmış parçacıklar olarak adlandırılmaları doğrudur.

- b- Küresel Polimer-esaslı mikro katkıli karışımlar

Ortalama çapları 20-30 mikrobilim olan kısmen

sertleştirilmiş polimer kürelerin pirojenik silika içerisine katılmasıyla elde edilirler. Bunlar genel olarak küresel önpolimerizasyonu yapılmış parçacıklar olarak adlandırılırlar.

- c- Küme haline getirilmiş mikro katkıli karışımlar.

1 ile 25 mikromilim sınırları arasında yapay olarak kümeleştirilmiş duruma getirilmiş mikro katkı maddelerinden meydana gelirler. Yukarıda bahsedilen karışımların tersine bunlar tamamen inorganik yapıdadırlar.

Polimer ve katkılama teknolojisinin günümüzdeki durumu gözönüne alındığında, kompozit maddelerinin bulundurdıkları katkı maddelerinin büyüklük ve dağılımları, bu maddelerin dayanıklılıklarının belirlenmesinde en iyi bilgi kaynağı olduğu görülmektedir. Bulundurdıkları katkı maddelerine göre aşağıdaki sınıflandırma yapılmıştır.

- Genel kompozitler
- Karma kompozitler
- Homojen mikro katkıli kompozitler
- Heterojen mikro katkıli kompozitler

## KLİNİK DAYANMA

Kompozit dolguların içlerinde bulunan katkı maddelerine göre klinikte gösterdikleri özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

— Kompozitlerin tümünün yapısal özellikleri (Şekil 1-6) arasında şematik olarak görülmektedir.

GENEL KOMPOZİTLER: Bu tiplerin katkı maddelerinin ortalama büyüklükleri 0,1 -100 mikromilim arasındadır. Bunlardaki organik yapı ve inorganik katkı maddeleri arasındaki sertlik farkı ve nisbeten büyük olan katkı maddelerinin görünebilirliği (bunlar genelde görünür ışığın dalga boyundan daha büyüktürler) dolgunun düz bir yzey halinde bitrilmesini zorlaştırır. Parlatılması yapılmış olan restorasyonların yüzeyi sonuçta pürüzlüdür. Ara yüz bağlantılarının hidrolizi ve organik kısmın hızlı aşınması nedeniyle makro katkı maddelerinin yerinden kopmalarına veya düşmelerine neden olur, bu da renklenme ve plak oluşumuna olanak hazırlar. İlaveten yük binen ve kontakt olmayan yüzeylerdeki dolgularda aşınmanın ortaya çıkması sürpriz değildir.

## KARMA KOMPOZİTLER

Organik yapı ve inorganik makro katkı maddeleri arasındaki farklılığı azaltmak amacıyla organik yapının mikro katkı maddeleriyle takviye edilmesi günümüzde kullanılmaktadır. Mikro katkılar viskozitenin kontrol altına alınmasını sağlamakta ve aşınma direncini kuvvetlendirmektedir. Bu teknikle kompozit üretilmesine 1970'lerde başlanılmıştır. Sonuçta sadece genel kompozitler sınıfına giren tipler artık azalmaya başlamıştır, karma kompozitler bunların yerini almışlardır. Bunlarda dolgularda iyi bir yüzey düzgünlüğü sağlanabilirse de dolgu içerisinde makro katkı maddelerinin bulunmasına bağlı olarak yüzey düz-



günlüğü uzun ömürlü olmamaktadır.

## HOMOJEN MAKRO KATKILI KOMPOZİTLER

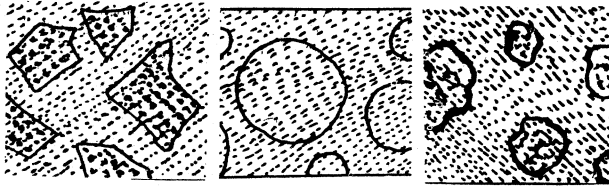
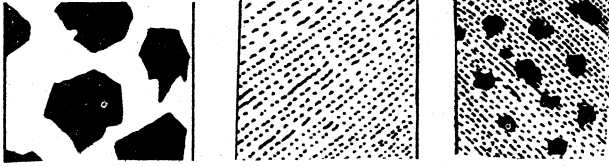
Bunlar organik yapı içerisise doğrudan mikro katkı maddelerinin eklenmesi ile elde edilirler. Bu türün en az iki özelliği göz önüne alınmalıdır; inorganik katkı maddeleri görünür ışığın dalga boyundan daha küçük olduklarından daha homojen görülür, sonuçta çok iyi bir yüzey parlaklığı elde edilir; mikro katkı maddeleri kimyasal veya mekanik yollarla yerinden oynasalarda dolgu yüzeyi mine benzeri parlaklığını korur.

Bu tür dolgu maddesi piyasada bulunmamaktadır.

## HETEROJEN MİRO ESASLI KARIŞIMLAR

Bunlar mikro katkı maddeleri ile kuvvetlendirilmiş organik yapıya kıyılmış, küresel ve kümelenirilmiş parçacıkların ilavesi ile elde edilirler.

Bu dolgu tiplerinde bitirme tekniği yetersiz uygulanırsa yapısal bozukluk meydana gelme olasılığı artar. Özellikle yeşil ve beyaz taşlar kuru olarak kullanıldıklarında, önpolimerizasyonu yapılmış olan parçacıkların kırılmalarına ve ara yüz kısmında boylu boyunca çatlaklar meydana gelmesine neden olur. Bunların bitirme tekniklerinden ayrı olarak klinik yönden de farklılık gösterirler. Büyük bir polimerizasyon kırılmasına sahip olduklarından, kavite hazırlanmasında geniş omuzlu preparasyon yapılması ve bonding gereklidir.



- 1- Genel Kompozitlerin şematik görünümü: Organik kısım ve makrofilleri gösteriyor.
- 2- Homojen mikrokatkılı kompozitlerin şematik görünümü: Organik kısım ve mikrofiller görülüyor.
- 3- Karma kompozitlerin şematik görünümü: Organik kısım, mikrofil ve makrofil katkı maddeleri görülür.
- 4- Heterojen mikrofil katkıli prepolimerize parçalı kompozitlerin şematik yapısı: Organik kısım, mikrokatkı maddeleri ve Ön polimerizasyonlu kısımlar görülüyor.
- 5- Heterojen mikro katkıli yuvarlak Ön polimerizasyonlu parçacıklar görülüyor.
- 6- Heterojen mikrokatkılı, kümelenirilmiş parçacıklar bulunduran kompozitlerin şematik görünümü.

Günümüzde kıyılmış önpolimerizasyonlu parçacıklar bulunduran heterojen mikro katkıli kompozitler en yaygın olarak kullanılan tiptir.

Katkı maddesinin partikül büyüklüğü küçüldükçe partalıtla, yüzey düzgünlüğünün dayanıklılığı ve estetik özellikler artar. Karma ve mikro katkıli kompozitler, makro katkılılara oranla daha iyi özelliklere sahiptirler. Belirlenen kavite hazırlama ve dolgu uygulama teknikleri kullanıldığında elde edilecek sonuçlar daha iyidir.

## IŞIKLA SERTLEŞEN KOMPOZİTLER

Yukarıda belirtildiği gibi ışıkla sertleşen kompozitler, kimyasal yolla sertleşenlerden yalnızca aktivatör ve başlatıcılar yönünden farklılık gösterirler.

Bu dolguların özelliklerini özetlemek istersek;

Bunlar tek pasta halindedirler, karıştırma işlemleri yoktur, bu özelliklerinden dolayı dolgu içerisinde karıştırmaya bağlı olarak hava kabarcıklarının oluşma olasılığı yoktur. Işık uygulanıncaya kadar sertleşme göstermediklerinden çalışma zamanları çok uzundur. Buna bağlı olarak kaviteye tam adapta edilmeleri daha kolaydır ve sertleştirme işleminden sonra hiç veya daha az fazlalık meydana gelir. Bu dolgular hazırlanmış kaviteye kısım kısım uygulanabilirler, bu da kontrollü bir dolgunun yapılmasını sağlar.

## IŞIKLA SERTLEŞTİRME ÖZELLİKLERİ

Bu dolgularda tam bir polimerizasyonun elde edilebilmesi için, yeterli derecede ışıklandırılmaları gereklidir. Bazı restorasyonlarda ışık yapısı ışığın bütün bölgelere ulaşmasını engeller. Benzer olarak ortodontik braketler gibi metalik kısımların yapıştırılmasında, maddenin diş yapıları yolu ile dolaylı olarak ışıklandırılması gerekir. Bu gibi durumlarda ışıkla sertleştirme işlemi eğer yetersiz olursa dolgu maddesinin özellikle dip kısımlarında polimerizasyonun yetersiz kalmasına bağlı olarak tam bir sertleşme olmayacaktır.

Dolguların sertleştirilmesinde diş yapılarının kalınlığı ışığa engel oluşturacağından dikkat edilmesi gereken bir yöndür. Bunun yanında uygulanan dolgu maddesinin kalınlığında dolguların üst ve dip kısımlarında meydana gelen sertlik derecelerinin farklı olmasına neden olmakta ve dolgu pastasının renk koyuluğu da koyu renklere doğru gidildikçe olumsuz yönde etki yapmaktadır.

Yapılan çeşitli araştırmalarda 0,5 ile 1 mm'lik mine kalınlıklarının, minenin yarısaydam olmasından dolayı, bu dolguların sertleşmesinde kalınlığa bağlı olarak bir etki yapmadığı ortaya konulmuştur. Dentin mineden daha opaktır ve ışığı daha fazla absorbe etmesinden dolayı sertleştirmede daha fazla sınırlayıcı etkisinin olacağı beklenir.

Bu tür dolgularda diş, dolgu maddesinin kalınlığı ve ışıklandırma zamanı meydana gelen sertlik üzerine etki eden faktörlerdir. Bunlara bağlı olarak dolgunun yüzey sertliği ile dip sertliği arasında fark meydana gelebilir.

Işığın 2 mm kalınlığındaki dentinden geçirilerek, 20 Sn süre ile sertleştirme yapıldığında elde edilen sertlik dereceleri çok yetersiz bulunmuştur, aynı kalınlıkta 40 Sn süre ile yapılan sertleştirmelerde üst ve dip kısımlarındaki sertleşmenin arttığı gözlenmiştir.

Görünür ışıkla aktive edilen kompozitlerin ışıklandırma sonu polimerizasyon süreleri başlangıçtaki fotoaktivasyonun bir sonucu olarak farklılık gösterebilir. Bunlarda ışıklandırmanın kesilmesinden sonra polimerizasyonda artmalar görülür. Yapılan çalışmalarda ışıklandırmanın kesilmesinden 20 dakika sonra ve daha uzun sürelerde sertlikte artışın devam ettiği gözlenmiştir. Sertleşmeden sonraki 1. gün ve daha sonraları sertlikte daha az olmakla birlikte artışların olduğu kayıt edilmiştir. Çok yetersiz olarak ışıklandırılmış örneklerde alt yüzeylerde 7 günü geçen sürelerde polimerizasyon olmadığı gözlenmiştir.

Bu dolgularda uygulamada daha emin sonuçlara varılması bakımından kısımlar halinde sertleştirerek dolgunun tamamlanması ve ışıklandırma süresinin her defasında 40 Sn uygulanması genellikle yapılmış araştırmalarda varılmış olan bir sonuçtur.

### IŞIK ÜNİTELERİ

Işık üniteleri içerisinde halojen bir ışık kaynağı, dalga boyunu istenilen sınırlarda kontrol eden bir filtre ve ışığı istenilen sahaya uygulamayı sağlayan bir ışık iletici bulunur. Bu ışık ileticilerinin iki tipi bulunmaktadır. Tabanca tipinde olanlarda ışık kaynağı ve filtre kullanıcının elinde tuttuğu kısımdadır ön bölümde sert bir ışık ileticisi vardır. Diğer tiplerde ışık kaynağı ve filtre ayrı bir kutudadırlar, ışığı ileten kısım uzun ve esnektir, bunlarda ışık ileticisi fiberoptik kablolardır. Ünitelerin çoğunda istenilen zaman sonunda ışığı otomatik kapatan elektronik zamanlayıcılar bulunur.

Görünür ışık veren üniteler genellikle 400-500 nm dalga boyu sınırında ışık yayarlar (görünür ışığın mavi bölgesi). Bazı ünitelerde bu sınırın biraz üstü veya altındaki dalga boylarında da ışık yayılımı olabilir.

Işık gücü fazla olan ünitelerin dolguları daha fazla sertleştirdiği görülmüştür.

### ÖZET

Kompozit dolgu maddelerinin günümüzde kullanımı yaygın olarak yapılmaktadır. Kimsayal ve ışıkla sertleşen iki türü olan bu maddeler, sertleştirme yolları dışında temel yapıları olarak birbirinin benzeri-

dirler. Bu dolgular temel olarak üç kısım içerirler, sınıflandırılmalarında bu kısımlardan biri olan katkı maddeleri temel alınır.

Işıkla sertleşenlerde diş, dolgu maddesi kalınlığı ve sertleştirme için verilen ışıklandırma zamanı dolgunun üst ve alt yüzey sertliğine etki eder.

### SUMMARY

Composite filling materials are widely used in these days. These materials can be hardened by chemical and visible light curing methods. Other than the means of hardening, their main composition is the same. They basically include three parts that are taken as a reference in their classification.

In the visible light hardening types, the tooth, thickness of the filling material and the exposure time effect the top and bottom surface hardness.

### REFERANSLAR

- 1- Kai Chiu Chan., Daniel, B.B.: Curing light-activated composite resins through dentin. *J. Prosthet Dent* 54:643, 1985.
- 2-Lutz, F., Phillips, R.W.: A classification and evaluation of composite resin systems. *J. Prosthet Dent* 50: 480, 1983.
- 3-Wilder, A.D., May, K.N., Leinfelder, K.F.: Three year clinical study of UV-cured composite resins in posterior teeth. *J. Prosthet Dent* (50(1): 26, 1983.
- 4-Newman, S.M., Murray, G.A., Yates, J.L.: Visible lights and visible light activated composite resins. *J. Prosthet Dent* 50(1): 26, 1983.
- 5-Rella, P.C., Gordon, J.C.: In vivo comparison of a microfilled and composite resin: A three-year report. *J. Prosthet Dent* 48(6): 657, 1982.
- 6-Loyes, K., Lambrechts, P., Vanherle, G., Davidson, C.L.: Material development and clinical performance of composite resins. *J. Prosthet Dent* 48(6): 664, 1982.
- 7-John, H.H., Trawis, J.T.: Marginal leakage of visible light-cured composite resin restorations. *J. Prosthet Dent* 52(6): 790, 1984.
- 8-Joshua, F., Hassan, R.: Comparison study of visible curing lights and hardness of light-cured restorative materials. *J. Prosthet Dent* 52(4): 504, 1984.
- 9-Ralph, L.L., Scott, R.A., Fan, P.L.: Postirradiation comparison of photoactivated composite resins. *J. Prosthet Dent* 54(5): 645, 1985.
- 10- Council on Dental Materials, Instruments, and Equipment: Visible light cured composites and activating units. *J.A.D.A.*, January, 1985.

# Amelogenезis imperfecta ile birlikte görülen taurodontizm

Neşe Akal\* Tezer Berk\*\* Alev Alaçam\*\*\*

## GİRİŞ

Torodontizmin ilk defa 1913 yılında Keith tarafından bildirildiği ileri sürülmektedir (11). Çok köklü dişlerde daha çok rastlanan bu anomalide, pulpa odasının apikal yönde genişlediği ve dişlerin prizma şeklini aldığı görülür. Bu anomali aynı zamanda dişin gövde kısmının kökler yönüne doğru genişlemeye gösterdiği eğilim olarak da tanımlanmaktadır(2). Çok köklü dişlerde diş gövdesinin genişlediği, kök strüktürünün azaldığı, sement-mine bağlantısının normal molarlarınkinden farklı bir yapı gösterdiği de ayrıca belirtilmektedir (3,7,15,19,21).

Torodontizm pulpa odasının uzunluğuna göre, dolayısı ile de kökün dallara ayrıldığı yere göre iki yada üç biçimde görülebilir. Pulpa odası normalden biraz daha fazla genişlemişse "hypotaurodont", kökün ortasına kadar uzanmışsa ve kökler arada dallanıyorsa "mesotaurodont", hemen hemen kök ucuna kadar uzanmış ve yine kökler bu kısımda ayrılıyorsa "Hypertaurodont" deyimleri kullanılmaktadır(2,3,11)

Torodontizm bazı sendrom ve anomalilerle birlikte bulunabilmektedir. Down Sendromu, Ektodermal bozunumlar, Klinefelter Sendromu, Mohr Sendromu, Osteoporozis, Tricho-dento osseous Sendrom, Amelogenезis İmperfekta bu gruba girmektedir.

Dişhekimliği Literatürünün son yirmi yılını kapsayan bölümlerinde, tek başına ve amelogenезis imperfekta hariç diğer anomalilerle birlikte ancak belirli sayıda torodontizm vakası yayınlandığı görülmektedir (8,10,12,13,14,16,17,20,22). Amelogenезis İmperfekta ile birlikte görülen torodontizm vakalarının ise son derece sınırlı sayıda oldukları gözlenmektedir (4,5,19). Crawford (5), on yaşındaki bir erkek çocukta, Amelogenезis İmperfekta ile birlikte tanımladığı torodontizmin modern Avrupalı'da tek bir vaka olduğunu ileri sürmektedir.

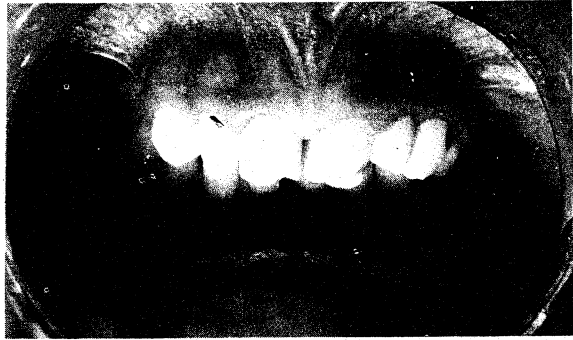
## VAKA RAPORU

### VAKA I:

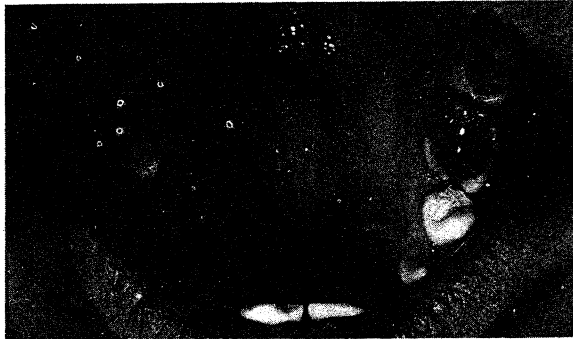
F.A isimli 17 yaşında ve S.A isimli 16 yaşında biri kız diğeri erkek iki kardeş 23.1.1984 tarihinde

G.Ü.D.H.F. Pedodonti Polikliniğine başvurdular.

F.A'nın ağız içi muayenesinde sağ alt birinci molar dişin erken çekildiği, özellikle mandibular kesici ve molar dişlerde luksasyon olduğu görüldü. Hastanın anamnezinden çekim nedeninin periodontal kaynaklı olduğu öğrenildi. Tüm dişlerde amelogenезis imperfektanın klinik belirtileri görülüyordu. Mine düzensiz, ince yapıda, yer yer kırılmış, kronları sarımtırak renkte idi. Birinci molar dişlerin okluzal yüzeyleri oldukça aşınmıştı (Resim 1,2,3)

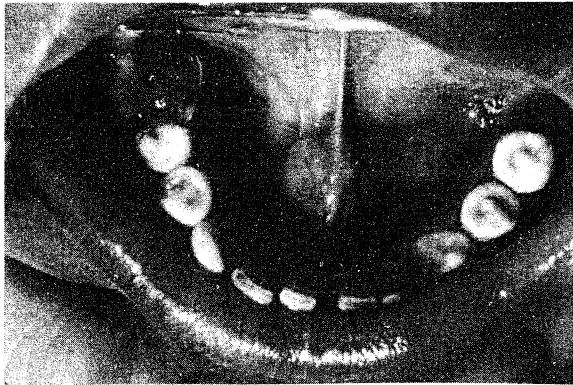


Resim-1



Resim-2

Resim-3



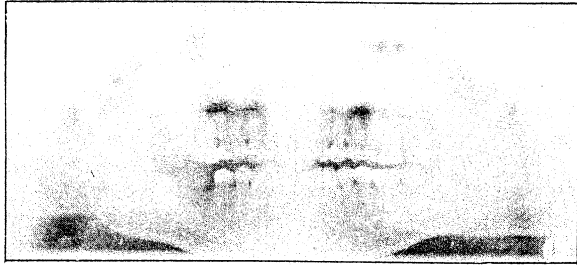
(\*) Gazi Üni. Diş Hek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı Arş. Gör.

(\*\*) Gazi Univ. Diş Hek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı, Doç. Dr.

(\*\*\*) Gazi Üni. Diş Hek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı, Arş. Gör., Dr. Dt.

Hastanın radyolojik tetkikinde 3. molar dişlerin konjenital olarak oluşmadığı, amelogenesiz imperfektanın özellikleri olarak, minenin iyi kalsifiye olmadığı, yer yer kırıldığı, kırılmamış olan kısımlarda ise ince olarak şekillendiği, dentinin ise normal kalınlığı ve dansitesini muhafaza ettiği görüldü. (Resim 4,5). Alınan radyografilerde sol, alt 1. ve 2. moların, sol üst 1. ve 2. moların hipertorodont, sağ üst 1. ve 2. moların mesiotorodont ve köklerin konik şekilde olduğu saptandı. Diğer dişlerde anormallik yoktu. Hastanın saçları ve tırnakları normaldi, başka bir hastalığı yoktu.

F.A'nın önce periodontal sonra da çürük dişlerinin tedavisi yapıldı.



Resim-4



Resim-5

#### Vaka II:

S.A. radyolojik tetkikinde, üst yirmi yaş dişlerinin konjenital olarak oluşmadığı, sol alt 1. ve 2. molar, sağ alt 1. molar, sol üst 1. premolarların çekildiği saptandı. Yine alt ön grupta ve sağ alt 5 ve 7 no'lu dişlerde periodontal sorundan dolayı kemik rezorpsiyonu görüldü. Sağ üst 1. ve 2. molar, sol üst 1. ve 2. molar, sağ alt 2. molar dişler hipertorodont ve kökler konik tarzda idi. Minenin ince oluşmuş olduğu, iyi kalsifiye olmadığı, özellikle santral ve lateral olmak üzere kesici dişlerde görülmüyordu (Resim 6,7).

Mine yer yer kaybolmuş, kronların renkleri kahverengimsi sarı idi (Resim 8,9,10).

S.A.'nın ağız yumuşak dokusu bulguları normal, saçlarında ve tırnaklarında bir anormali ve başka bir rahatsızlığı yoktu. S.A.'nın da periodontal ve çürük dişlerinin tedavileri yapıldı. Diğer iki kardeşin ve annenin klinik ve radyografik muayenelerinde süt ve daimi dişlerinde herhangi bir mine anomalisine ve

torodontizme rastlanmadı.



Resim-6



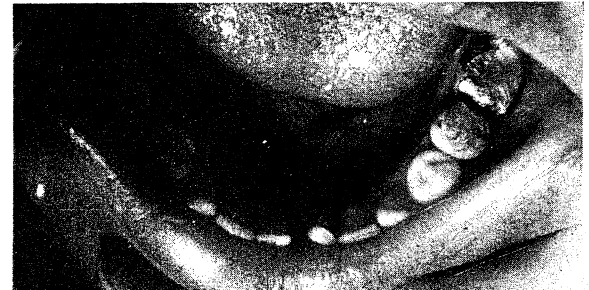
Resim-7



Resim-8



Resim-9



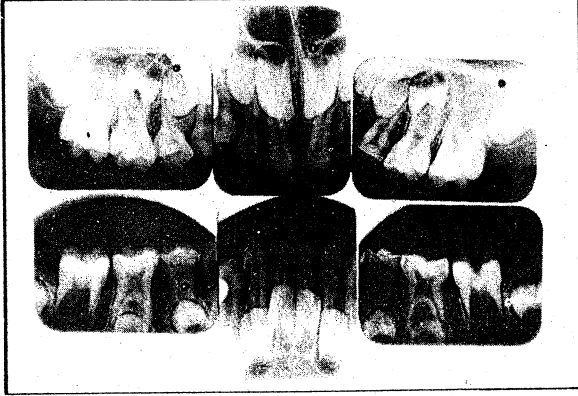
Resim-10



### Vaka III:

N.B isimli 9 yaşında bir erkek çocuğu 21.6.1986 tarihinde sol alt 11. süt azısında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastamız karışık dişlenme döneminde idi. Alınan panoromik ve periapikal radyografide bütün süt I. ve II. molarlar hipertorodont, 1. büyük azı dişleride kök uçları henüz kapanmakla birlikte hipertorodont görüntüsü veriyordu (Resim 11,12).

Diğer dişleri normal olup, herhangi bir mine anomalisine rastlanmadı. Saç, tırnak ve ağız yumuşak dokusu bulguları normal, başka bir hastalığı yoktu.



Resim-11



Resim-12

## TARTIŞMA

Amelogenesis Imperfekta ve Torodontizm birlikte çok sık görülmeyen diş yapı anomalileridir. Her ikisi de birbirinden bağımsız olarak çeşitli toplumlarda ortaya çıkmıştır. Congleton, Burkes ve Hill (4) Amelogenesis Imperfekta ile birlikte görülen torodontizmde saç ve tırnak anomalilerini bildirirken; Crawford Parker ve arkadaşları (5,19), Wideman ve Serene (23)'nin iki gibi raporların çoğunda, vakalarımızda olduğu gibi, torodontizm ile birlikte görülen Amelogenesis Imperfekta da saç ve kemik anomalileri görülmemiştir.

Cichon'a (2) göre, torodontizm gerek süt, gerekse daimi dişleri, premolar ve molarları, tek bir diş veya birden fazla dişi de etkileyebilmektedir. Unilateral veya bilateral olabilir. S.A. ve F.A'da torodontizm bilateral olarak molarları etkilemiştir. N.B'de ise olay hem süt hem de daimi dentisyonda bilateral olarak görülmektedir. Amelogenesis imperfekta ile birlikte olmayan torodontizmde kronlar N.B'nin ki gibi normal form, striktür ve renktedir. Crawford(5) 1970' de yayınladığı makalede Amerikan Kafkasyalılarında

Amelogenesis Imperfekta ve torodontizmin birlikte görüldüğü ikinci vaka olarak bahsetmektedir. Süt dentisyonda rastlanılan bir kayıt yoktur. Irka özgü bir geçiş olduğu da bildirilmemiştir. Hamner (7) çok köklü dişlerde mine organının iç ve dış mine epitel tabakalarının diyafram şeklinde eğimlendiğini ve bu epitel diyaframın uygun seviyede invagine olmaması sonucu torodont dişler meydana geldiğini söylemektedir. Rao ve Witkop (19) ise hipoplastik hipomaturasyon ile torodontizmi otozomal dominant olarak sınıflandırmıştır. Mangion'a (16) göre ise torodontizmin mümkün olan sebepleri arasında; köklerin dentinogenezi esnasındaki odontoblastik aktiviteden sonuçlanan bir mutasyonun varlığı söz konusu olabilir. Ya da Mendel'e ait bir karakter olabilir. Bizim vakamızda iki kardeşten birden görülmesi resesif bir geçişi düşündürülebilir. Fakat diğer vakamızda tek bir çocukta görülmüştür. Bunu da Mangion'un (16) belirttiği gibi dentinogenesis evresindeki bir mutasyona bağlayabiliriz.

Lysell (7) dört yaşında bir erkek çocuğunda, dört süt molarında da torodontizme rastlamıştır. Yine Lysell bir kaç yıl sonra aynı hastanın daimi 1. molarında hipertorodontizmin olduğunu göstermiştir. Ondan sonra her iki dentisyonda da torodontizme rastlanan ancak bir kaç vaka raporu vardır (4,7,8).

Crawford'un (5) Amelogenesis Imperfekta ve torodontizm vakalarında iki etkilenmiş erkek, bir normal kız; bizim vakalarımızda bir etkilenmiş erkek, bir etkilenmiş kız ve iki normal kız çocuk vardı. Bizim vakalarımızdaki bulgular Crawford tipi ile uyum sağlıyordu. Klinik ve radyolojik bulgular periodontal sorunlarla birlikte amelogenesis imperfekta ile torodontizmi birlikte gösteriyordu. Birçok yazar bu anomalinin bugünün insanında oldukça nadir görüldüğünü bildirmektedir (3,5,8,18). Bu durumda son iki yıl içinde 4 vakaya rastlamamız ilginç olmaktadır.

## ÖZET

Amelogenesis imperfekta ve torodontizm birlikte çok sık görülmeyen diş yapı anomalileridir. Kliniğimize rutin tedavileri için başvuran 16 ve 17 yaşlarındaki biri kız diğeri erkek iki kardeşten yapılan klinik ve radyografik incelemelerde her iki anomali birlikte gözlenmiştir. Konjenital diş yokluğu, periodontal problemler ve bu nedenle erken çekilmiş dişlere rastlanmaktaydı. Literatürde, süt dişlenme dönemindeki torodontizm vakaları oldukça sınırlı sayıdadır. Yine kliniğimize başvuran 9 yaşındaki N.M'de süt ve daimi dişlerinde torodontizme rastanmıştır. Bu hastamızda başka bir diş, saç, tırnak anomalisi yoktu.

Hastalarımızın bulguları şimdiye kadar yazılmış raporları destekler niteliktedir.

## SUMMARY

Amelogenesis imperfekta with taurodontism is an unusual combination of dental anomalies. After the clinic and radiographic examinations of 16 year old girl and her 17 year old brother who referred to our

clinic for their routine dental treatment, both of these anomalies are diagnosed together. There were congenitally missing teeth, periodontal problems and early extractions due to these periodontal problems. The second case is a 9 year old girl who had taurodontism in her primary and permanent teeth. The patient has no any other anomalies of teeth, hair and nail. The findings of our patients are in the same manner with the reports which are writeten now on.

## KAYNAKLAR

1. BAYIRLI, G.; SABUNCU, A.: Taurodontizm, Marmara Üniversitesi, Diş Hek. Fak. Dergisi, Cilt 1, Sayı 2:55-58, 1984.
2. CICHON, J.C.: Taurodontism: review of literature and report of case. J.A. D.A. III: 453-455, 1985.
3. COHEN, M.D.; TAINTOR, J.F.: Bilateral Taurodontism. Oral Surg., 9:9-15, 1980.
4. CONGLETON J.; BURKES, E.J.; HILL, C.: Amelogenesis Imperfecta with taurodontism. Oral Surg., 48: 540-554, 1979.
5. CRAWFORD, J.L.: Concomitant taurodontism and amelogenesis imperfecta in the American caucasian. ASDC J. Dent. Child., 37: 83-87, 1970.
6. LAW, D.B.; LEWIS, T.M.; DAVIS, J.M.: An Atlas of Pedodontics. Sec. Ed., W. B. Saunders Co., Philadelphia London, Toronto, 1981.
7. DAYAN, D.; GAT, H.; ODONT, L.; BEGLEITER, A.; MOSKOVA, D.: Taurodontism in primary and secondary dentitions. Clinic. Prev. Dent., 6(3): 28-30, 1984.
8. FUNK, A.B., and others: Multiple taurodontism associated with osteoporosis. J. Pedodon. 7(1): 68-74, 1982.
9. FUKS, A.; CHOSACK, A.: Taurodontism: clinical management and report of case., J.Dent. Child., 50:296-299, 1983.
10. GOLDSTEIN, E.; GOTTLIEB, M.A.: Taurodontism: Familial Tendencies Demonstrated in Eleven of Fourteen Case Reports. Oral Surg. 36:131-144, 1983.
11. GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M.: Thomas Oral Pathology Vol. I, Sixth Ed., C.V. Mosby Co., St. Louis, pp: 707, 1970.
12. HOLT, R.D.; BROOK, A.H.: Taurodontism: a criterion for diagnosis and its prevalence in mandibular first permanent molars in a sample of 115 British schoolchildren. J.Int. Assoc. Dent. Child., 10:41-47, 1979.
13. JASPERS, M.T.: Taurodontism in the Down Syndrome. Oral Surg., 51(6): 632-636, 1981.
14. KEELER, C.: Taurodont Molars and Shovel incisors in Klinefelter's Syndrome. J. Hered., 64:234-236, 1973.
15. KUÇÜKÜÇERLER, B.: Pedodonti., A.Ü. Basım-evi, Ankara, 1978.
16. MANGION, J.J.: Two cases of taurodontism in modern human jaws. Br. Dent. J., 113(9): 309-312, 1962.
17. MEDNICK, G.A.: Two case reports: taurodontism and taurodontism in Klinefelter's Syndrome. in CICHON, J.C.; PACK, R.S., JADA, 111: 453-455, 1985.
18. METRO, P.S.: Taurodontism: A dental rarity in modern man. Oral Surg., 20: 236-237, 1965.
19. PARKER, J.L.; REGATTIERI, L.R.; THOMAS, J.P.: Hypoplastic-hypomaturaiton amelogenesis imperfecta with taurodontism report of case. J. Dent. Child., 42: 379 -383, 1975.
20. REICHART, P.; QUAST, U.: Mandibular infection as a possible aetiological factor in taurodontism. J. Dent., 3(5): 198-202, 1975.
21. SHAFFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M.: A textbook of Oral Pathology 3rd Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 39-40, 1974.
22. STENVİK, A.; ZACHRISSON, B.U.; SVATUN, B.: Taurodontism and concomitant hypodontia in siblings. Oral Surg., 33(5): 841-845, 1972.
23. WIDERMANN, F.H.; SERENE, T.P.: Endodontic Therapy involuing a Taurodont tooth. Oral Surg., 32: 618-620, 1971.

# Intraligamenter anestezi tekniğinin endodonti ve ağız cerrahisindeki yeri

## (Klinik araştırma)

Dt. Gürkan Gür \*

Doç. Dr. Orhan Güven \*\*

Dt. Adnan Öztürk \*\*\*

### ABSTRACT

In this study the effect of PDL anaesthesia during the endodontic and operative treatments a simple extraction were investigated on 115 patients were all the patients were selected from the ones admitted the our clinic.

It was conculuded that PDL anesthesia was effective on simple extraction but was not effective on operative and endodontic treatments.

### GİRİŞ

Periodontal ligament anestezi ya da intraligamenter anestezi anestezi solüsyonun direkt olarak dişin periodontal aralığına verilmesidir.

İlk defa 1924 de Cassamoni (2) tarafından tanıtılmış olan intraligamenter anestezi 1976 yılında geniş bir ilgi alanı bulmuştur (3).

1981 de Walton ve Abbott (8) intraligamenter anestezi tekniği ile klinik araştırmalarda başarılı sonuçlar almışlardır. 1982 de Walton ve Garnick (9) PDL enjeksiyonunun periodontal dokularda hiçbir zarar oluşturmadığını göstermişlerdir. 1983 de Hanry Wall (7) PDL anestesinin bir modifikasyonu olan intrafoliküler anestezi tekniğini tarif etmiş ve enklüz 20 yaş dişlerinin çıkartılmasında başarı ile kullanmışlardır.

PDL anestesinin endikasyonlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

Çeşitli dental işlemlerin ağrısız yapılabilmesi için reyonel sinir blokajları uygulanmakta ve bu anestezi-ler geniş alanı tutmaktadır. Bu durum her ne kadar avantaj teşkil etse de bazı durumlarda kontrendike olabilir (4) N. Alveolaris inferiorun blokajında pterygomendibuler lojda kanamalar olabilir. Ayrıca hemofili hastalarda ve kanama düzensizliği olan kişilerde enjeksiyondan sonraki kanamalar tehlikeli boyutlara ulaşabilir. Mental ve fiziksel bozulukları olan kişilerde bölgesel anestezi kontrendikedir (3). İşte bu ve benzeri durumlarda yani reyonel anestesinin başa-

sız ya da kontrendike olduğu durumlarda periodontal ligament anestezi kullanılabilir (2,3)

1981 de Walton ve Abbott (8) klasik anestezi tekniklerinden memnun kalmayan hastalar üzerinde interligamenter anestezi tekniğini denemişlerdir. Bu araştırmada iğne periodontal aralığın en derin yerine yerleştirilerek solüsyon ligament sahasına bir iki damla olacak şekilde ve 5 saniye süre ile uygulanır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre interligamente anestezi tekniği bilinen diğer anestezi tekniklerinin başarısız olduğu durumlarda etkili olabilir. Bu çalışmamızın amacı PDL anestesinin endodontik tedavi ve diş çekimlerindeki etkinliğini saptamaktır.

### MATERYAL VE METOT

Kliniğimizde yaptığımız araştırmada Oral Tronics (U.S.A.) firmasının ürettiği perio-sistem PDL anestezi şırıngası kullanılmıştır.

Toplam 115 hastada yapılan araştırmaların sonuçları tablo-11 de sunulmuştur. Araştırmamızda tek köklü dişlerin mezialine çok köklü dişlerin ise her köküne 0.2 ml. olacak şekilde PDL anestezi verilmiştir. Bu işlem için apereyin 8 mm. boyunda 30 kalibrelik iğnesi periodontal sulkusa köke teğet olacak şekilde iletildi. İğne ucunun alveol kenarı ağıza temas ettiği hissedilince apereyin tetiği yavaş yavaş çekilerek solüsyon periodontal aralığa gönderildi. Anestezi solüsyonun periodontal sulkustan dışarı akması durumunda işlem tekrarlandı. Standardizasyonu sağlamak amacı ile tüm işlemlerde ultracain'in 1/200.000 epinefrinli tipi kullanıldı.

Araştırmamızda birinci enjeksiyonu takiben yapılan işlemlerde hastanın ağrı duyması üzerine ikinci enjeksiyonlarda yapılmıştır. Duyduğu ağrı nedeniyle tedaviye devam edilemeyen hastalarda az ağrılı, hiçbir rahatsızlık belirtisi vermeyen hastalarda ise ağrısız olarak kayıt tutulmuştur.

### BULGULAR

PDL anestezi tekniği ile kavite preparasyonu yapılan toplam 25 hasta tablo-1 de gösterilmiştir. Bu hastalara yapılan 1. enjeksiyon sonucu % 76 sında işlem ağrılı, % 16 sında işlem az ağrılı, % 8 inde işlem ağrısız olarak saptanmıştır. 2. enjeksiyon sonucunda ise % 36 sında işlem ağrılı, % 48 inde işlem az ağrılı % 8 inde işlem ağrısız olduğu tesbit edilmiştir. (tablo II)

\* : A. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

\*\* : A. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Çene ve Diş hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

\*\*\*: A. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Çene ve Diş hastalıkları Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

|        | VAKA | %   |
|--------|------|-----|
| Erkek  | 13   | 52  |
| Kadın  | 12   | 48  |
| Toplam | 25   | 100 |

Tablo 1: Kavite Preparasyonu öncesi PDL anestezisi uyguladığımız hastalar.

|     |          | I. ENJEKSİYON |        |         | II. ENJEKSİYON |        |         |
|-----|----------|---------------|--------|---------|----------------|--------|---------|
|     |          | Az            |        |         | Az             |        |         |
| Yaş | Cinsiyet | Ağrılı        | Ağrılı | Ağrısız | Ağrılı         | Ağrılı | Ağrısız |
| 36  | E        | -             | +      | -       | -              | -      | +       |
| 36  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 44  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 35  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 28  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 28  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 35  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 35  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 21  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 45  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 31  | E        | -             | +      | -       | -              | +      | -       |
| 38  | E        | -             | -      | +       | -              | -      | -       |
| 22  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 24  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 32  | E        | -             | +      | -       | -              | -      | +       |
| 31  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 42  | E        | -             | +      | -       | -              | +      | -       |
| 44  | E        | -             | +      | -       | -              | +      | -       |
| 27  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 23  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 23  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 31  | K        | -             | -      | +       | -              | -      | -       |
| 28  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 21  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 37  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |

Tablo 2: Kavite preparasyonu öncesi uygulanan PDL anestezisinin I.ci ve II. ci enjeksiyonları sonucu ortaya çıkan bulgular.

PDL anestezisi tekniği ile kuafaj tedavisi yapılan toplam 20 hasta tablo 3 te gösterilmiştir. Bu hastalarda yapılan 1. enjeksiyon sonucu % 80 inde işlem ağrılı % 15 inde işlem az ağrılı, % 5 inde ise işlem ağrısız olarak saptanmıştır. 2. enjeksiyon sonucunda ise % 60 ında işlem ağrılı, % 30 unda işlem az ağrılı, % 5 inde ise işlem ağrısız olarak tesbit edildi (Tablo -IV)

|        | VAKA | %   |
|--------|------|-----|
| Erkek  | 10   | 50  |
| Kadın  | 10   | 50  |
| Toplam | 20   | 100 |

Tablo 3: Kuafaj tedavisi öncesi PDL anestezisi uyguladığımız hastalar

|     |          | I. ENJEKSİYON |        |         | II. ENJEKSİYON |        |         |
|-----|----------|---------------|--------|---------|----------------|--------|---------|
|     |          | Az            |        |         | Az             |        |         |
| Yaş | Cinsiyet | Ağrılı        | Ağrılı | Ağrısız | Ağrılı         | Ağrılı | Ağrısız |
| 37  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 35  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 34  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 28  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 30  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 30  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 32  | E        | -             | +      | -       | -              | -      | +       |
| 25  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 29  | E        | -             | +      | -       | -              | +      | -       |
| 54  | E        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 25  | E        | -             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 36  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 26  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 23  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 41  | K        | +             | -      | -       | -              | +      | -       |
| 32  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 23  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 21  | K        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |
| 30  | E        | +             | -      | -       | +              | -      | -       |

Tablo 4: Kuafaj tedavisi öncesi uygulanan PDL anestezisinin I. ci ve II. ci enjeksiyonları ortaya çıkan bulgular.

|        | VAKA | %   |
|--------|------|-----|
| Erkek  | 8    | 53  |
| Kadın  | 7    | 47  |
| Toplam | 15   | 100 |

Tablo 5: Amputasyon tedavisi öncesi PDL anestezisi uyguladığımız hastalar

PDL anestezisi tekniği ile vital amputasyon tedavisi yapılan toplam 15 hasta tablo-5 de gösterilmiştir. Bu hastaların 1. enjeksiyon sonucu % 86 sında işlem ağrılı, % 13 ünde işlem az ağrılı, bulgulanırken hiçbir hastada ağrısız işlem gözlenemedi. 2. enjeksiyon sonunda ise % 66 sında işlem ağrılı, % 26 sında işlem az ağrılı, % 6 sında ise işlem ağrısız olarak tesbit edildi. (Tablo-VI)

PDL anestezisi tekniği ile vital kanal tedavisi yapılan toplam 15 hasta tablo-7 de gösterilmiştir. Bu hastalarda yapılan 1. enjeksiyon sonucu % 86 sında işlem ağrılı, % 13 ünde işlem az ağrılı bulgulanırken hiçbir hastada ağrısız işlem saptanamadı. 2. enjeksiyon sonucunda ise % 73 ünde işlem ağrılı, % 20 sinde işlem az ağrılı, % 6 sında ise işlem ağrısız olarak tesbit edildi. (Tablo-VIII)



|     |          | I. ENJEKSİYON |        |         | II. ENJEKSİYON |        |         |
|-----|----------|---------------|--------|---------|----------------|--------|---------|
|     |          | Az            |        |         | Az             |        |         |
| Yaş | Cinsiyet | Ağrılı        | Ağrılı | Ağrısız | Ağrılı         | Ağrılı | Ağrısız |
| 22  | E        | —             | +      | —       | —              | +      | —       |
| 27  | E        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 35  | E        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 35  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 28  | E        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 21  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 31  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 22  | K        | +             | —      | —       | —              | +      | —       |
| 24  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 32  | E        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 42  | E        | +             | —      | —       | —              | +      | —       |
| 38  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 18  | K        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 44  | E        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 51  | E        | +             | —      | —       | —              | +      | —       |

Tablo 6: Amputasyon tedavisi öncesi uygulanan PDL anestezisinin I. ci ve II. ci enjeksiyonları sonucu ortaya çıkan bulgular.

|        | VAKA | %   |
|--------|------|-----|
| Erkek  | 9    | 60  |
| Kadın  | 6    | 40  |
| Toplam | 15   | 100 |

Tablo 7: Kanal tedavisi öncesi PDL anestezisi uyguladığımız hastalar

|        | VAKA | %   |
|--------|------|-----|
| Erkek  | 17   | 43  |
| Kadın  | 23   | 57  |
| Toplam | 40   | 100 |

Tablo 9: Diş çekimi öncesi PDL anestezisi uyguladığımız hastalar

PDL anestezisi tekniği ile diş çekimi yapılan toplam 40 hasta tablo 9 da gösterilmiştir. Bu hastalara yapılan 1. enjeksiyon sonucu % 10 unda işlem ağrılı, % 20 sinde işlem az ağrılı, % 67 sinde işlem ağrısız olarak saptanmıştır. 2. enjeksiyon sonucunda ise % 7 sinde işlem ağrılı, % 15 inde işlem az ağrılı, % 76 sinde işlem ağrısız olarak saptanmıştır. (Tablo-X)

## TARTIŞMA

Çeşitli araştırmacılar PDL anestezisi tekniğinin periodontiuma zarar verebileceğini ve ekstraksiyon işlemlerinde kullanılabileceğini savunmalarına karşın, Galili ve arkadaşları (1) ile Walton ve Garnick (9)'in yaptığı çalışmalar bunun aksini ispatlamıştır.

Phillips ve Morse'a göre (8) PDL anestezisi enjeksi-

|     |          | I. ENJEKSİYON |        |         | II. ENJEKSİYON |        |         |
|-----|----------|---------------|--------|---------|----------------|--------|---------|
|     |          | Az            |        |         | Az             |        |         |
| Yaş | Cinsiyet | Ağrılı        | Ağrılı | Ağrısız | Ağrılı         | Ağrılı | Ağrısız |
| 57  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 10  | E        | +             | —      | —       | —              | —      | +       |
| 9   | K        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 42  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 42  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 11  | E        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 20  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 40  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 13  | K        | +             | —      | —       | —              | +      | —       |
| 28  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 32  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 11  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 28  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 24  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 23  | K        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 14  | K        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 11  | K        | +             | —      | —       | —              | —      | +       |
| 33  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 23  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 18  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 22  | K        | —             | —      | +       | +              | —      | —       |
| 17  | K        | +             | —      | —       | —              | +      | —       |
| 36  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 11  | E        | +             | —      | —       | +              | —      | —       |
| 16  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 69  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 30  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 22  | K        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 12  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | +       |
| 35  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 20  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 43  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 19  | E        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 22  | K        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 43  | E        | —             | +      | —       | —              | —      | +       |
| 20  | K        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |
| 35  | E        | —             | —      | +       | —              | —      | —       |

Tablo 10: Diş çekimi öncesi uygulanan PDL anestezisinin I. ci ve II. ci enjeksiyonları sonucu ortaya çıkan bulgular.

yonu sırasında yapılan basınç sonucu dokularda yırtıklar ve diğer hasarların oluşabilmesi, iğnenin yaptığı ataşman kaybı ile solüsyonun baskısının oluşturduğu periodonsium zararları nedeniyle bu teknik rutine indirilmemeli ancak diğer tekniklerin elverişsiz olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

Ancak Walton ve Garnick (9) yaptıkları bir çalışmada PDL anestezisinden sonra periodontal aralığa yapılan enjeksiyon sonucu bu bölgede az miktarda hasarlar oluşturduğu ve bu hasarların süratle iyileştiğini göstermişlerdir. Bu araştırmacılar enjeksiyon bölgesinde oluşan enflamasyonun 25 günde geçtiğini bildirmişlerdir.

Galili ve arkadaşları (1) yayınladıkları bir çalışmada PDL anestezisi sonucu oluşan hasarların küçük

çapta ve reversble olduklarını göstermişlerdir. Ayrıca anestezi uygulanan dişlerde mobilizasyon gözlemedikleri gibi periodontal apse ve cep formasyonuna rastlamamışlardır. Radyografilerde alveoler kemik rezorbsiyonlarına rastlamamışlardır. Yine bu araştırıcılar enjeksiyondan 24 saat sonra o bölgede hiyalinizasyon ve enflamasyon belirtilerine rastlamışlar ve belirtilerin genellikle 3-8 günde bazı vakalarda ise 15 günde yerinde az miktarda granülasyon dokusu bırakarak iyileştiklerini bildirmişlerdir.

Yaptığımız bu çalışmada endodontik ve konservatif tedavi öncesi PDL anestezi uyguladığımız dişlerde mobilizasyon gözlemedik. 15 gün sonra aldığımız periapikal grafilerde ise bu dişlerin çevrelerinde alveoler kemik rezorbsiyonlarına rastlamadık.

PDL anestezi tekniği ile çalışmalar yapan bütün bu araştırmacılar bilinen tek karpüllü klasik enjektörleri kullanmışlardır. (4,6) 1982 de Malemed (3) yaptığı bir çalışmada klasik şırınga,peri-pres ve ligamajeti karşılaştırmalı olarak kullanmış çeşitli dental işlemlerde PDL anesteziyi uygulamıştır. Bu çalışmanın sonucunda peri-pres ligamajet'in klasik tek karpüllü enjektörlere karşı avantajlı yönlerini göstermiştir. Ancak bu aletler arasında etki açısından bir fark olmadığını da belirtmiştir. Bunun yanı sıra klasik olarak kullanılan 30 kalibrelik iğneler yerine 25-27 kalibrelik iğneler kullanılması gerektiğini savunmasına rağmen Walton ve Abbot (8) ise 25-30 kalibrelik iğneler kullanılmasının sonuçta etkin olmadığını saptamışlardır.

Bizde bu çalışmamızda 30 kalibrelik iğneler kullandık. Ancak anestezinin tutması açısından 30 kalibrelik iğneler ile 25 kalibrelik iğnelerin arasında fazla bir fark olmadığı inancındayız.

Walton ve Abbott'un (8) yaptıkları çalışmaya göre bu teknik hem endodontik tedavi hem de diş çekimlerinde etkili bir yöntemdir. Bu teknik uygulanırken ilk denemedeki başarı şansı % 63,2'nci denemedeki başarı şansı % 71,3'ncü denemedeki başarı şansı % 92 oranında olduğunu rapor etmişlerdir.

1985'te Sandallı'nın (5) yaptığı bir çalışmada diş çekimlerinde anestezinin başarı şansı ilk uygulamada % 62 2'nci uygulamada % 78, 3'ncü uygulamada % 64 oranında etkili olduğunu, ancak endodontide ve konservatif tedavide bu oranların çok düşük olduğunu yayınlamıştır.

Walton ve Abbott (8)'un aksine bizim yaptığımız bu araştıma Sandallı'nın (5) yaptığı çalışmayı desteklemektedir. Bu çalışmamızda endodontik ve konservatif tedavi öncesi uyguladığımız PDL anestezişinin 1. ve 2. enjeksiyonlarındaki başarı şansı % 7 olmasına karşın diş çekiminde 1. enjeksiyon sonucu başarı sonucu % 67,2, enjeksiyon sonucu başarı şansı % 76 olarak saptanmıştır.

## SONUÇ

PDL tip şırınga üreten firmaların tanıtımları ve prospektüslerinde olumlu kayıtlara ve yapılan araştırmalara rağmen konservatif tedavi ve endodontide ağrısız işlem oranımız düşüktür. Sandallı'nın (5) yaptığı çalışmada sonucumuzu desteklemektedir. Diş çekiminde ise bu oran daha yüksek olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre PDL anestezisinin gerek hasta tarafından kolay kabul edilebilen bir teknik olması, özel bir ekip gerektirmemesi, apereyin ucunun değiştirilmesi ile sterilizasyon sağlanması gibi son derece pratik bir işlem olmasına rağmen diş çekiminde ve periodontal cerrahide kullanılabileceği ancak tedavi ve endodontide başarılı sonuçlar alınamayacağı gösterilmiştir.

Bu çalışmamızda kliniğimize müracat eden toplan 115 hasta üzerinde PDL anestezisinin endodontik tedavi, konservatif tedavisi ve diş çekimlerindeki etkisini araştırdık.

Araştırmamızın sonucunda PDL anestezisinin diş çekiminde etkili olmasına rağmen konservatif tedavi ve endodontide etkisi olmadığını saptadık.

## KAYNAKLAR

- 1-) Galili, D., Kaufman, E., Garfunkel, A.A., Y.: Intraligamentary anesthesia: a histological study. *Int J Oral Surg* 13: 511-516, 1984
- 2-) Kaufman, E., LeResche, Sommers, E., Dworkin, S.F. and Truelove, E.L.: Intraligamentary anesthesia: A double-blind comparative study. *Jada* 108: 175-178, 1984
- 3-) Malamed, S.F.: The periodontal ligament injection: An alternative to inferior alveolar nerve block. *Oral Surg* 53: 117-121, 1982
- 4-) Roberts, D.H. and Sowray, J. H.: Local analgesia in dentistry. Bristol, John Wright and Sons Ltd., 1979
- 5-) Sandallı, P.: Periodontal ligament enjeksiyonu ile ilgili klinik değerlendirmeler. *Oral* 1: 8-11, 1985
- 6-) Smith, G.N. and Walton, R. E.: Periodontal ligament injection: Distribution of injected solutions. *Oral Surg* 53: 323-238, 1983
- 7-) Wall, W.H.: Intrafollicular anesthesia for the removal of impacted teeth. *JADA* 106: 647-649, 1983
- 8-) Walton, R.E. and Abbott, B.J.: Periodontal ligament injection: a clinical evaluation. *JADA* 103: 571-575, 1981
- 9-) Walton, R.E. and Garnick, J.J.: The periodontal ligament injection: Histologic effects on the periodontium in monkeys. *J. End.* 8: 22-26, 1982

# Hareketli bölümlü protez planlama ilkeleri 1

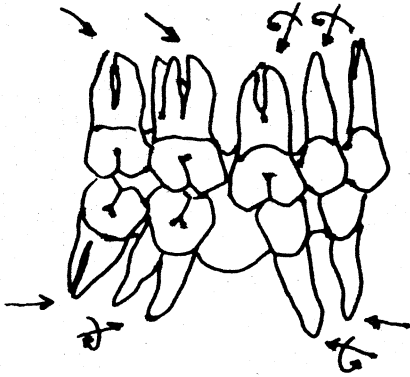
Dt. Halil Uğurlu

Yutma, çiğneme ve konuşma işlevlerini kapsayan stomotognatik sistem, öyle bir denge üzerine kurulmuştur ki kendisini oluşturan TME, gingiva, diş ataşman birimi (sement, alveolar kemik, periodontal ligaman) ve diğer sert ve yumuşak dokular ile bunların beslenme ve drenajını sağlayan lenfatik ve vasküler sistemlerin herhangi birinde oluşacak bir patolojik durum bu dengeyi etkileyecek potansiyele sahip olacaktır.

Ağız boşluğunu çevreleyen sert ve yumuşak yapıların biçimlendirdiği çene kavislerinde yer alan ve işlevsel bakımdan büyük öneme sahip diş dizileri de aynı ortamın dengeleyen - dengelenen bir unsurdur.

Dişlerde herhangi bir nedenle oluşabilecek çökme, yer değiştirmeler, pozisyon anomalileri, çürük, periodontal lezyonlar ve benzeri anormal durumlar, bu uyumun bozulması için yeterli ön koşulu sağlayabilir.

Hareketli bölümlü protez gerektiren durumlardan birisi ve belki de en önemlisi, sabit restorasyon yapılamıyacak denli geniş dişsiz bölgelerin olması ve hastaların arkası sonsuz biten bir dişsizlik durumu göstermeleridir.



Bu şekilde dişsizlik gösteren olgularda uzun süre protez yapılmadığı takdirde, yanak dişsiz bölgeye doğru çöker, dil genişler dişler boşluğa doğru eğilir, antagonist dişler uzar, oklüzyon bozulur, patolojik temaslar ortaya çıkar, çiğneme kaslarının tonusu bozulur, TME de ağrı ile seyreden sendromlar ortaya çıkabilir.

Koruyucu diş hekimliği iki grupta ele alınır:

1. Birincil (primer) koruyuculuk: Bir takım

etkenler ve teknikler kullanılarak tedaviye gerek duyulmadan önce hastalık oluşmasını önleme

2. İkincil (sekonder) koruyuculuk: Hastalığın ilerlemesini ve tekrarını önleyici tedavi yöntemlerinin kullanılmasıdır.

Hareketli bölümlü protez uygulanımı ikincil koruyuculuk grubuna girer.

CANve arkadaşları iki yıl süre ile akrilik ve metal kaideli hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda, destek diş kaybı, çürük insidansı, ağız bakım alışkanlıkları, dişetlerinin durumu ve protez kullanma alışkanlığı yönünden ortaya çıkan etkileri araştırmışlar ve ağız bakımı iyi olan olgularda destek doku ve genel dişeti hastalıklarının olmadığı, çürük aktivitesinin de artmadığını gözlemişlerdir. Araştırmanın sonunda, bölümlü protezlerin bilinçli bir şekilde planlanması, yeterli ağız - protez bakımı ve belirli aralıklarla klinik kontrollerin sürdürülmesi gerçekleştirildiğinde, dişeti ve periodontal dokularda harabiyet meydana getirmeden uzun süre hizmet göreceği belirtilmiştir.

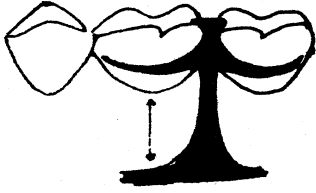
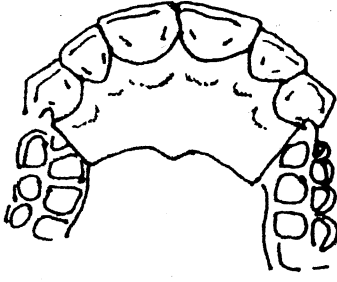
Günümüz koruyucu dişhekimliğinde "enaz diş yüzeyini örtme" ve "enaz dişetini örtme" ilkeleri, "stres kontrolü"ne eşit önemde uyulması gerekli koruyuculuk kurallarıdır. Ancak bu ilkeler doğrultusunda yapılan protezlerde plak birikimi daha az, destek dokuların sağlığı daha iyi korunmuş olacaktır.

Gingival korunma teorisi, margin korunması, gingival stimülasyon ve kendikendine temizlenebilme gibi üç doğal önkoşulu içinde barındırır.

Gerçekten de marginal gingival, lokal baskı ve travma ile yiyeceklerin neden olabileceği irritasyondan en fazla etkilenen duyarlı bir bölgedir. Bu nedenle gerek destek dişlerin ve gerekse diğer dişlerin marginal gingivaları, protezlerin mekanik ve protezin neden olabileceği yiyecek artıklarının kimyasal ve bakteriyolojik irritasyonundan özenle korunması gerekir.

BİSSADA ve arkadaşları bir grup hastaya, gingival margine tam oturan, temas etmeden örtin (relieflü) ve gingival marginden 6 - 7 mm uzakta seyreden üç tip protez yaparak bunların canlı dokular üzerindeki etkilerini incelemişler ve genel olarak gingival sağlığın hareketli bölümlü protez tarafından kötü yönde etkilendiğini ve en fazla patolojik değişikliğin dişetine oturan protezlerde, enaz değişikliğin ise mar-

ginal gingivadan uzakta seyreden protezlerde olduğunu belirtmişlerdir.



Hareketli bölümlü protezlerin meydana getireceği kuvvetler ve bunların destek dokulara yapacağı zararlı etkilerin önlenmesi uzun zamandan beri araştırmacıları bu konuda çalışmalar yapmaya zorlamıştır. Bunun doğal sonucu olarak da çeşitli düşünceler öne sürülmüş ve değişik planlama biçimleri ortaya çıkmıştır.

Gelişigüzel bölümlü protez yapımını önlemek isteyen T e r k l a düzenli bir planlama yapılabilmesi için aşağıdaki prensipleri formüle etmiştir.

1. Mümkünse her dişsiz boşluk için iki destek diş alınmalıdır. Bu sayede iki misli bir destek kazanılabilir. Kenedy I ve Kennedy II olgularında destek uçlardaki iki tane diş kroşelenmelidir, lateral dişlerin destek diş olarak alınması sakıncalıdır. Kanin dişler ve I, II. molar dişler büyük taşıma kapasitesine sahiptir.

2. Ağızda bir diş kalmış ve işe yaramayacaksa bu diş çekilmelidir. Çünkü bu tip dişlerin ağızda kalması iskelet protezin yapımı için komplikasyon teşkil eder.

3. Yararı olmayan malpozisyonlu dişler, giriş yolunda uygunsuz bir durum yaratacaklarından çekilmelidir.

4. Gereğinden fazla kroşe kullanılmamalıdır. Kuvvet dağılımı dişlere zarar vermeyecek şekilde olmalıdır.

5. Giriş yolu tesbitini paralelometre yapmalıdır.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

Çünkü dişlerdeki ve dokulardaki andırkatları çok rahat tesbit etmemizi sağlar.

7. Dar yada bağlayıcıların hiçbirisi serbest gingiva kenarına dayanmamalıdır.

8. Oklüzal kuvvetler dengeli olarak dağıtılmalı ve kuvvetlerin bir diş binmesi önlenmelidir.

NEİLL ve arkadaşları, hareketli bölümlü protez planlamasını, aşağıda belirtilen dört esas adımda yapılmasını önermişlerdir:

1. Kret alanlarının taslağının çıkarılması ve destek planlamasının yapılması
2. Giriş yolunun tesbiti ve modelin incelenmesi
3. Protezin dokudan uzaklaşmasını önlemek için tutucuların seçilmesi
4. Horizontal düzlemdeki hareketleri önlemek için tutucuların seçilmesi

Hareketli bölümlü protez yapılacak ağızlardan alınan ilk ölçüler, üzerinde planlamanın yapılacağı tanı modellerinin elde edilmesi amacıyla yöneliktir. Bir tanı modeli ele alınıp incelendiğinde şu faktörler gözönünde tutulmalıdır.

1. Hangi arkın restore edileceği, eğer ikiside olacaksa birinin diğeri ile olan ilişkisi.
2. Varolan koşullara göre endike olan major bağlantı tipi
3. Protezin tamamen diş destekli mi yoksa bir veya iki taraflı distal uzantılı mı olacağı. İkinci durumda şunlar önem kazanır:
  - a) İndirek tutuculuğa gereksinim
  - b) Fonksiyon sırasında destek dişlere gelen kuvveti en iyi şekilde azaltacak kroşe tipi
  - c) İlerde besleme gerekeceği için buna uygun kaide plağı
  - d) Çift ölçü yöntemi
4. Hem iskelet hem de kaide plağı için kullanılan materyal
5. Kullanılacak dişin tipi. Bu karşıt dentisyon tarafından etkilenebilir.
6. Destek dişlere restorasyon gereği.
7. Hastanın varsa bölümlü protez öyküsü, yakınmaları ile birlikte dinlenilir ve yapılacak protezde bunlara dikkat edilir.
8. Varolan dişlerin periodontal koşulları, desteklik miktarları, splinte gereksinimi olup olmadığı. Bu, sabit restorasyonlarla ve protezin planlanması ile gerçekleştirilir.
9. Ön tarafta bulunan tek diş eksikliklerinde ne yapılacağı

## DESTEK ALANLARININ PLANLANMASI

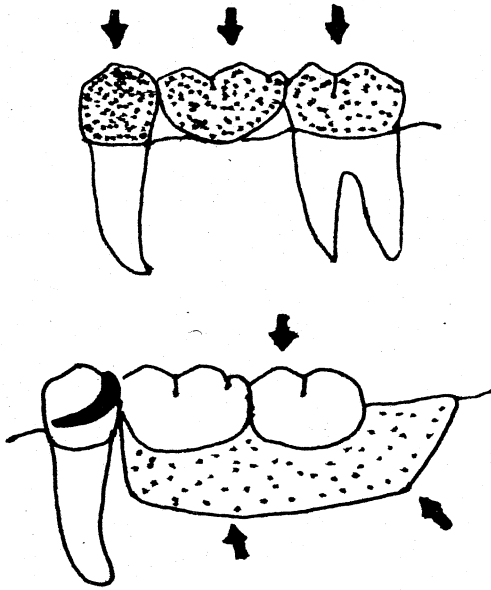
Birbirinden tamamen farklı iki tip bölümlü protez vardır.

1. Sınıf I ve II
2. Sınıf III

Sınıf I ve sınıf II nin sonsuz yanları, esas olarak mukoza ve onun altındaki kemik tarafından, çok azda destek dişler tarafından destek alır. Protezin üzerine oturduğu mukoza bazı olgularda sıkı ve basınçlı yer değiştirmez, bazılarında ise gevşek ve hareketli bir yapıda olabilir. Bu durum protezin stabilitesine etkili bir faktördür. Ayrıca destek dişe vereceği devrilme ve tork hareketlerinin miktarına da etkili olur.

Maxwell, canlı dokuların kuvvetleri tolere etme yeteneklerinin, kuvvetin büyüklüğü ve yoğunluğuna bağlı olduğunu söylemiştir. Hareketli bölümlü protezlerin yerleştiği dokularda canlı dokular olduğuna göre kuvvetin yoğunluğu, süresi yönü ile beraber büyüklüğü de gözönünde tutularak işe başlanmalıdır.

Kuvvetlerin mukoperiost aracılığıyla karşılanması gerektiğinde protez plağının kapladığı alan maksimum olmalıdır. Böylece protezin ortaya çıkaracağı kuvvetler azaltılmış olacaktır. Kuvvet destek dişlerle karşılanacaksa bu durumda mukoperiosttan aşırı destek almaya ve büyük miktarda doku örtülmesine gerek yoktur.. Yalnız her iki durumda da destek dişlere binecek yükler eşit olarak tüm destek dişlere dağıtılmaya çalışılmalıdır.



Diş destekli protezler, oklüzal basıncı, mukoperiost destekli protezlerden daha iyi karşılar. Çünkü dişlerin kapladığı alan (periodontal membran) mukoperiostal dokunun kapladığı alandan çok daha geniştir. Bir destek diş kendi yükünü ve eksik 1. 1/2 (birbuçuk) dişin yükünü taşıyabilecek güçtedir. Birinci ve ikinci molar dişlerle kanin dişlerin üstün destek

potansiyeline karşılık, alt kesiciler zayıf bir güce sahiptir. Planlamada bunlar gözönünde bulundurulmalıdır.

Proteze destek olacak dişlerin periodontal dokuları sağlıklı ve kemik düzeylerinin yeterli olması gerekir. Eğer periodontal bakımdan zayıf yada periodontal tedavi görmüş iseler birbirleriyle splintlenmelidirler. Destek dişlerde yeterli andırkat bulunmadığında veya klinik kron yüksekliğinin az olduğu durumlarda destek dişlere kron yapılmalıdır.

Mukozadan destek alınan yerlerde aşırı kemik çıkıntıları torus veya eksostosların varlığında bu kısımlara bağlayıcılar uzatılmamalı veya uzadığından geçmelidir. Ana bağlayıcılar palatinalde mümkün olduğu kadar yumuşak damaktan öteye yerleştirilmelidir. Ayrıca, yumuşak dokularla destek alanların ilişkisi incelenerek uygunsuz durumlardan kaçınılmalıdır. (Vestibülünde aşırı doku andırkatı olan dişlerde kroşenin dokuyu rahatsız etmesi gibi)

#### KAYNAKLAR

1. Applegate, O.C.: The interdependence of periodontics and removable partial denture prosthesis. *J. Prosthet. Dent.* 8:2, 269, 1958
2. Aydınlik, E.: Kroşe tutuculu protezler. Dr. İbrahim Çağlayan mezuniyet sonrası Eğitimi ve Bilimsel Teknik Araştırma Vakfı Yayınları No: 1, Ankara, 1979.
3. Bissada, N.F., İbrahim, S.I., Barsoum, W.M.: Gingival response to various types of removable partial dentures., *J. Periodontol.*, 45: 9, 651, 1974
4. Can, G., Hasanreisoglu, U: Akrilik ve metal kaideli hareketli bölümlü protez kullanan hastalarda ağız sağlığının araştırılması. *A.Ü. Diş Hek. Fak. Der.* 7:3, 1980.
5. Çalikkocaoğlu, S.: Bölümlü protezlerle periodontal dokular, *İ.Ü.D.H.F.D.*, 8:3, 1974
6. Farrell, J.: *Partial Denture Designing*. Second ed Henri Kimpton Publishers, London., 1971.
7. Fenn, H. R., Liddelow, K.P., Gimson, A.P.: *Clinical Dental Prosthetics*. Second ed., Staples Press, Londra 1961
8. Grieder, A., Cnotti, W.B.: *Periodontal Presthesis I*, Vol., The C. W. Mosby Comp., Saint Louis, 1968
9. Henderson, D., Steffel, V.L.: *Mc Cracken's Removable Partial Prosthodontics*. 5. ed. The C.V. Mosby Comp. Saint Louis, 1977.
10. Hudis, M.M.: Occlusion in removable partial dentures. *Dent. Clin. North. Am.* 25:3, 1981
11. Miller, E.L.: *Removable Partial Prosthodontics First ed.*, The Williams and Wilkins Comp.



# Doğum ağırlığı ve doğum boyu ile diş sürmesi arasındaki ilişki

Dr. İlknur Tanboğa \*

Dr. Engin Usmen \*\*

Dişlenme karmaşık bir fizyolojik olay olup prenatal ve postnatal dönemdeki pek çok etken bu olaya yön vermektedir. Prenatal dönemde genel fetal büyümeyi etkileyen faktörler doğum ölçülerini etkilediği gibi dişlenmeyi de etkileyecektir.

Doğum ölçüleri ile dişlenme arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmacılar Trupkin<sup>1</sup>, Delgado ve arkadaşları<sup>2</sup>, Wedgewood ve arkadaşları<sup>3</sup>, Lysell ve arkadaşları<sup>4</sup>, yaptıkları araştırmalar sonunda doğum ağırlığı düşük olan çocuklarda dişlenmenin etkilendiğini gerek yaşa göre sürmüş diş sayısı gerekse sürme zamanı açısından bu çocukların daha geride olduklarını ileri sürmüşlerdir. Billewicz ve arkadaşları<sup>5</sup> ise doğum ağırlığının yanı sıra, benzeri bir ilişkinin doğum boyu ile diş sürmesi arasında da söz konusu olduğunu belirtmişlerdir. Tsuborne<sup>6</sup> ise japon çocuklarında yaptığı araştırmada böyle bir ilişkinin olmadığını ileri sürmüştür.

Kaynaklarda konu ile ilgili yayınlar kısıtlı sayıda-  
dır. Konuya katkıda bulunmak amacıyla, toplumumuz çocuklarında doğum ağırlığı ve doğum boyu ile süt dişlenmesi arasındaki ilişki incelenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve Hacettepe Hastanesi Sağlam Çocuk Biriminde yapılmıştır. Araştırmada normal gebelik süresi (38-40 hafta) sonunda doğan, akut veya kronik hastalık hikayesi olmayan, 4-13 aylar arasında 534 çocuk incelenmiştir.

Çocukların doğum ölçüleri ile ilgili bilgiler hastane kayıtları ve ebeveynlerden alınan bilgilerle elde edilmiştir. Süt dişlerinin sürmesi ile çocuğun doğum ölçüleri arasındaki ilişki ilk süren süt dişlerinin (alt orta kesici dişler<sup>7</sup>) ortanca sürme yaşı<sup>8</sup> kriter alınarak incelen-

miştir. Bir diş kronunun herhangi bir parçası dişetin-  
de görüldüğünde o diş sürmüş olarak tanımlanmıştır<sup>7,8</sup>.

TABLO 1 : ALT ORTA KESİCİ DİŞLERİN  
SÜRMESİNİN YAŞ ve DOĞUM AĞIRLIĞINA GÖRE  
DAĞILIMI

| YAŞ(ay) | n  | 3000 gr'ın altı<br>Dişi Sürmüş Çocuk.<br>Sayı | %     | 300 gr ve üstü<br>n | Dişi Sür. Ç.<br>Sayı | %     |
|---------|----|-----------------------------------------------|-------|---------------------|----------------------|-------|
| 4       | 10 | 0                                             | 0.0   | 42                  | 0                    | 0.0   |
| 5       | 14 | 0                                             | 0.0   | 48                  | 6                    | 12.5  |
| 6       | 12 | 1                                             | 8.3   | 45                  | 6                    | 13.3  |
| 7       | 6  | 2                                             | 33.3  | 44                  | 17                   | 38.6  |
| 8       | 13 | 6                                             | 46.2  | 38                  | 16                   | 42.1  |
| 9       | 10 | 6                                             | 60.0  | 46                  | 38                   | 82.1  |
| 10      | 18 | 13                                            | 72.2  | 36                  | 27                   | 75.0  |
| 11      | 19 | 13                                            | 68.4  | 31                  | 26                   | 83.9  |
| 12      | 11 | 9                                             | 81.8  | 41                  | 40                   | 97.6  |
| 13      | 10 | 10                                            | 100.0 | 40                  | 40                   | 100.0 |

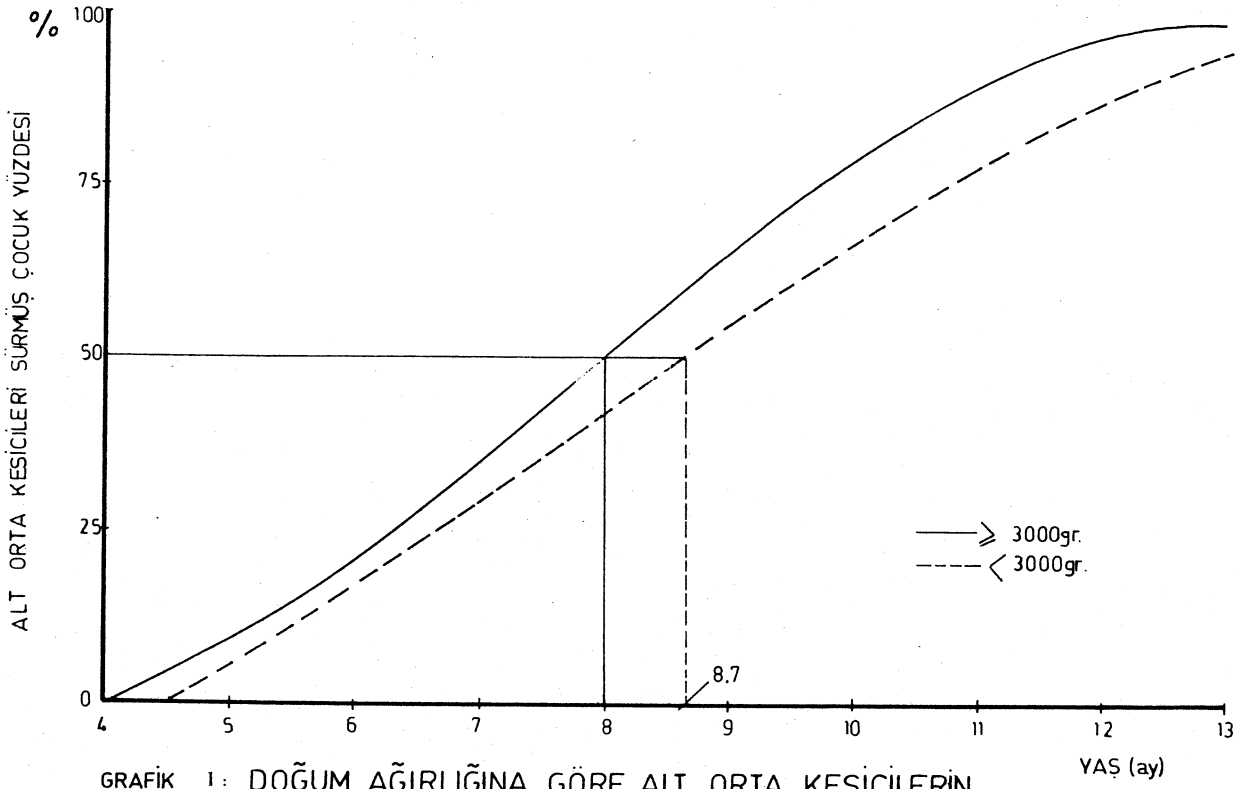
TABLO 2 : ALT ORTA KESİCİ DİŞLERİN  
SÜRMESİNİN YAŞ ve DOĞUM BOYUNA GÖRE  
DAĞILIMI

| YAŞ (ay) | n  | 50 cm'nin altı<br>Dişi Sürmüş Çocuk.<br>Sayı | %     | 50 cm ve üstü<br>n | Dişi Sür. Ç.<br>Sayı | %     |
|----------|----|----------------------------------------------|-------|--------------------|----------------------|-------|
| 4        | 16 | 0                                            | 0.0   | 36                 | 0                    | 0.0   |
| 5        | 18 | 1                                            | 5.6   | 44                 | 5                    | 11.4  |
| 6        | 17 | 1                                            | 5.9   | 40                 | 6                    | 15.0  |
| 7        | 12 | 2                                            | 28.6  | 43                 | 14                   | 32.6  |
| 8        | 13 | 3                                            | 42.9  | 44                 | 21                   | 47.7  |
| 9        | 9  | 5                                            | 55.6  | 47                 | 39                   | 83.0  |
| 10       | 16 | 12                                           | 75.0  | 38                 | 28                   | 73.7  |
| 11       | 11 | 8                                            | 72.7  | 39                 | 31                   | 79.5  |
| 12       | 10 | 8                                            | 80.0  | 42                 | 41                   | 97.6  |
| 13       | 12 | 12                                           | 100.0 | 38                 | 38                   | 100.0 |

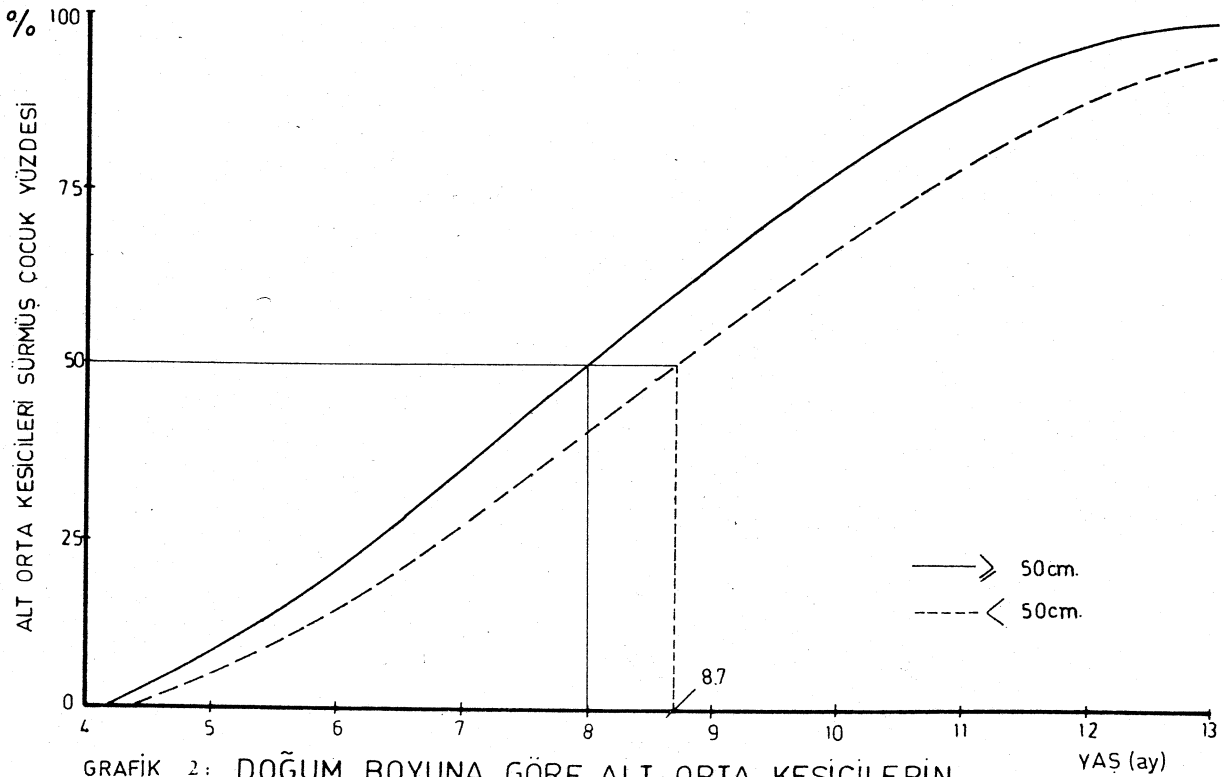
\* Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi  
Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

\*\* Hacettepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi  
Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Ana-  
bilim Dalı Başkanı.

Çalışmamızda, çocukların ortalama doğum ağırlığı 3000gr<sup>9</sup>, ortalama doğum boyu ise 50cm<sup>9</sup> kabul edilmiş ve doğum ölçülerine göre gruplamalar şu şekilde yapılmıştır



GRAFİK 1: DOĞUM AĞIRLIĞINA GÖRE ALT ORTA KESİCİLERİN  
SÜRME ORANLARI VE ORTANCA SÜRME YAŞLARI



GRAFİK 2: DOĞUM BOYUNA GÖRE ALT ORTA KESİCİLERİN  
SÜRME ORANLARI VE ORTANCA SÜRME YAŞLARI

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Doğum Ağırlığı      | Doğum Boyu;      |
| i. 3000 gr'ın altı  | i. 50cm'nin altı |
| ii. 3000 gr ve üstü | ii. 50cm ve üstü |

## BULGULAR

4-13 aylar arasında 534 çocukta yapılan incelemeler sonucunda; alt orta kesici dişlerin doğum ağırlığı ve yaşa göre görülme yüzdeleri Tablo-1'de, doğum boyu ve yaşa göre görülme yüzdeleri ise Tablo-2'de gösterilmiştir. Bu tablolardan elde edilen bulgularla; doğum ağırlığına göre alt orta kesici dişlerin sürme eğrisi g grafik-1'de, doğum boyuna göre sürme eğrisi ise Grafik-2'de görülmektedir.

Grafik -1'de görüldüğü gibi doğum ağırlığı 3000gr ve üstünde olan çocuklarda, alt süt orta kesici dişlerin ortalama sürme yaşı 80 ay, 3000gr'nin altında olanlarda ise 87 ay olarak saptanmıştır. Grafik-2'ye göre ise doğum boyu 50 cm ve üstünde olan çocuklarda alt orta kesicilerin sürme yaşı 8.0 ay, doğum boyu 50cm'nin altında olanlarda ise 8.7 ay olarak saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Postnatal dönemde antropometrik ölçümler ile diş sürmesi arasındaki ilişki konusunda çelişkili bilgiler olmasına rağmen pek çok araştırmacı bu ilişkinin önemli olduğunu savunmaktadır<sup>5,10-12</sup>

Doğum ölçüleri ile dişlenme arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmacılar Billewicz ve arkadaşları<sup>5</sup> Hong Kong'lu çocuklarda yaptıkları araştırmada erken çocukluk döneminde (20 aya kadar) doğum ölçülerinin postnatal ölçülerden daha önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmacılar göre ileri yaşlarda sürmüş diş sayısı ile vücut ölçüleri arasındaki ilişki zayıflamaktadır. Bu da 20 aya kadar antropometrik ölçülerden çok doğum ölçülerinin etkili faktör olduğunu göstermektedir. Bulgular doğum ölçülerinin önemli olduğunu gösteriyorsa da süt dişlenmesinde intrauterin dönemde çocuğun gelişimi mi yoksa hamilelik sürmesi mi daha önemlidir bu soruya yeterli açıklık kazandırılmamıştır. Billewicz ve arkadaşları<sup>5</sup> çeşitli hamilelik süresi sonunda doğan çocukları araştırmalarına almışlardır. Bu nedenle doğum ölçüleri küçük olan bebeklerde süt dişlenmesindeki gecikme prematüre doğuma da bağlanabilir.

Delgado ve arkadaşları<sup>2</sup> ise normal hamilelik süresi sonunda doğan Guatemala'lı çocuklarda yaptıkları araştırmada, doğum ağırlığı düşük (3000gr'nin altında) olan çocuklarda ilk dişin sürmesindeki gecikmenin yanı sıra, bu çocukların sürmüş diş sayısı yönünden de yüksek doğum ağırlıklı bebeklere göre daha geride olduklarını rapor etmişlerdir.

Lysell ve arkadaşları<sup>4</sup> İsveç'li çocuklarda yaptıkları araştırmada düşük doğum ağırlıklı çocuklarda dişlenmenin etkilendiğini bu etkinin özellikle ilk dişlerin sürmesi sırasında görüldüğünü bildirmişlerdir. Aynı etkiyi Trupkin<sup>1</sup> 2500 ve daha düşük doğum ağırlıklı bir grup Amerikalı çocukta yaptığı araştırmada saptamıştır.

Doğum ölçülerinin süt dişlerinin sürme kronolojisiindeki bu etkisi gözönüne alındığında sürmüş süt diş sayısının yaş göstergesi olarak kullanılmasına sınırlamalar gelmektedir.<sup>10,13</sup> Örneğin, Bailey'in<sup>13</sup> kronolojik yaşı saptanması için örendiği formül (Yaş = Sürmüş diş sayısı + 6) 3000g'ın üzerindeki çocuklarda kullanıldığında gerçeğe yakın bir sonuç vermektedir. Ancak 3000gr'ın altında olan çocukların ortalama yaşları bu formül kullanılarak; 9-21 aylar arasında 1 ay, 24 aylıklarda ise 2 ay daha düşük olarak hesaplanmaktadır.

Tsuborne<sup>6</sup> prematür Japon çocuklarında yaptığı araştırmada süt dişlerinin sürme zamanlarını normal doğum ağırlıklı çocuklardaki değerlere yakın bulmuştur. Falkner<sup>14</sup> ise bir grup Londra'lı çocukta yaptığı araştırmada iskeletsel gelişim ile süt dişlenmesi arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüştür. Araştırmamızda da, doğum ağırlığı 3000gr'ın altında olan ayrıca doğum boyu 50cm'nin altında olan çocuklarda, ilk süt dişlerinin doğum ölçüleri ortalama ve üstü değerde olanlara göre yaklaşık 3 hafta geç bulunması, pek çok araştırmacının bulgularını destekler niteliktedir.

Bu bulgular nedeniyle, ilk dişlerin sürme zamanlarındaki gecikmenin değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken etkenlerden biri de çocukların doğum ölçüleri olmalıdır.

## ÖZET

Bu araştırmada, çocukların doğum ölçüleri ile süt dişlenmesi arasındaki ilişki, ilk süren süt dişleri olan alt orta kesici dişlerin sürme zamanı kriter alınarak incelenmiş ve doğum ölçüleri düşük olan çocuklarda süt dişlenmesinin daha geç başladığı saptanmıştır.

## SUMMARY

In this research, the relationship between birth dimensions and deciduous dentition of children was discussed by means of eruption time of mandibular central incisors, which are the first erupting deciduous teeth. As a result, in the children who have low birth weight and height, eruption time of deciduous teeth was found late.

## KAYNAKLAR

1. Trupkin, D.P.: Eruption Patterns of the Primary Tooth in Infants Who Were Underweight at Birth. *J. Dent. Child.*, 41: 279-282, 1974.
2. Delgado, H., Habicht, J.P., Yarbrough, C., Lech, A., Martorell, R., Malina, R.M. and, Klein, R.E.: Nutritional Status and the Timing of Deciduous Tooth Eruption. *Am. J. Clin. Nutr.*, 28: 216-224, 1975.
3. Wedgewood, M. and Holt, K.S.: A Longitudinal Study of the Dental and Physical Development of 2-3-Year-Old Children who Were Underweight

at Birth. Biol Neonate, 12:214-232,1968.

4. Lysell, L., Magnusson, B. and Thilander, B.: Time and Order of Eruption of the Primary Teeth. Odont Revy., 13, 217-234, 1962.
5. Billewicz, W.Z., Thomson, A.M., Baber, F.M. and Field, C.E.: The Development of Primary Teeth in Chinese (Hong Kong) Children. Hum. Biol., 45: 229-242, 1973.
6. Tsuborne, T.: Statistical Research on the Dental Hygiene of Premature Infants. 1. The Eruption of the Deciduous Teeth and the Body Weight. Jap. J. Oral Hyg. 12:82-91, 1962.
7. Tanboğa, İ.: Sürme Kronolojisinin Klinik ve İstatistiksel Olarak İncelenmesi. Türkiye Kl. Tıp Bil. Arş. Der. Cilt. 3, Sayı. 4, 335-344, 1985.
8. Tanboğa, İ.: Sürme Kronolojisinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Tanımlayıcı Ölçüleri. H.Ü. Diş Hek. Fak. Der. 7: 290-294, 1983.
9. Tuncer, A.: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği ile Çocuk Sağlığı Ensti-

tüsü: Sosyal Pediatri Ders Notları, Dönem III., Ankara, s. 22, 80, 1977-1978.

10. Mc Gregor, I.A., Thomson, A.M., and Billewicz, W.Z.: The Development of Primary Teeth in Children From A Group of Gambian Villages and Critical Examination of Its Use for Estimating Age. Brit. J. Nutr., 22: 307-314, 1968.
11. Enwonwu, C.O.: Influence of Socio-Economic Conditions on Dental Development in Nigerian Children. Arch. Oral Biol., 18: 95-107, 1973.
12. El Lozy, M., Reed, R.B., Kerr, G.R., Bouturline, E., Tesi, G., Ghamry, M.T., and Stare, F.J.: Nutritional Correlates of Child Development in Southern Tunisia. IV. The Relation of Deciduous Tooth Emergence to Height, Weight and Head Circumference in Children. Arch. Oral Biol., 18: 1411-1417, 1973.
13. Bailey, K.V.: Dental Development in New Guinean Infants. J. Pediat., 64: 97-100, 1964.
14. Falkner, F.: Deciduous Tooth Eruption. Arch. Dis Child., 32: 386-391, 1957.

## Protein-enerji yetersizliği olan yeni doğmuş ratlarda oral kafein uygulamasının beyindeki hücresel cevap üzerine etkileri\*

Griffith E. Quinby-Jr., Yıldız Batırbaygil,  
Arthur D. Hartman, Tetsuo Nakamoto,

### ÖZET/ABSTRACT

Griffith E. Quinby, Jr., Yıldız Batırbaygil,  
Arthur D. Hartman Tetsuo Nakamoto

Bu çalışmanın amacı, gelişmekte olan ratlar üzerindeki kafein etkisini saptamak ve Protein-Enerji malnütrisyonunun bu potansiyel etkiyi ne şekilde değiştirebileceğini göstermektir.

Kafein (1,3,7 trimethyl xanthine), yalnızca günlük hayatta sıklıkla kullanılan nöro-aktif bir stimulan olmayıp, prematür yeni doğan apnesinin tedavisinde de yaygın olarak kullanılan bir maddedir.

Birinci grup annelere (% 20) (N:6) doyuncaya kadar % 20'lik protein diyeti başlandı. İkinci gruba ise (% 6) (N:4) % 6'lık protein diyeti verildi. Üçüncü grup annelere de (% 20 + K) (N:4) birinci grupta olduğu gibi % 20'lik protein diyeti verildi, ancak bu gruptaki yavrulara 3. günden başlayarak günde bir intragastrik iğneyle vücut ağırlığının kilogram başına 10 mg. Kafein verildi. Dördüncü grup annelerinde (% 6 + K) (N:5), ikinci grupta olduğu gibi % 6'lık protein diyeti verildi. Yine bu grubun yavrularında üçüncü grupta olduğu gibi 3. günden itibaren günde bir 10 mg./kg. kafein intragastrik iğneyle verildi. Her ne kadar % 6'lık protein grublarında % 20'lik gruba göre beklenildiği gibi vücut ve beyin gelişimlerinde azalma oluyorsa da gerek % 20'lik, gerekse % 6'lık diyet gruplarında kafeine bağlanabilecek bir büyüme değişikliği saptanmadı. % 6'lık gruptaki bu büyüme geriliği, total beyin DNA, RNA, protein ve kolesterol miktarlarındaki azalma ile birlikte görülmesine karşın bu durumun kafein verilmesi veya verilmemesi ile bir ilişkisi yoktur. Her iki diyet grubunda da aynı olan kafein etkileri, beyin RNA miktarı ve konsantrasyonunda ve RNA/DNA oranında artışı içermekteydi. Ancak diyet gruplarına bağlı olarak kafeinin bazı farklı etkileri de görüldü. Beyin DNA miktarı ve konsantrasyonunda yükselme yalnızca % 6'lık protein grubunda ortaya çıktı. Ayrıca protein/DNA oranı (ortalama hücre büyüklüğü indeksi), % 20 + K grubunda artarken, % 6 + K grubunda azaldı. Bu araştırmamızda elde ettiğimiz veriler ve daha önce theophylline ile yaptığımız bir çalışmadan elde ettiğimiz veriler, diyetle bağlı olarak methylxanthine uygulamasının değişik etkiler ortaya çıkarttığını göstermektedir.

## Effects of orally administered caffeine on cellular response in protein-energy malnourished neonatal rat brain

**ABSTRACT.** The purpose of this study was to determine the effect of caffeine on growing rats and how protein energy malnutrition can modify these potential effects. Caffeine (1,3,7-trimethylxanthine) is not only the most commonly consumed, neurally active stimulant in our daily lives but it is widely used in the management of apnea in the premature neonate. One group of dams (20%) (n=6) was begun on a 20% protein diet ad libitum. The second group (20% + C) (n = 4) was pair-fed to group 1 (20%) with the 20% protein diet, but beginning on day 3 the pups received 10 mg/kg body weight of caffeine via intragastric feeding needle every other day. The fourth group (6% + C) (n=5) was pair-fed with group 2 (6%) with the 6% protein diet and the pups received 10mg/kg of caffeine in the same manner as the 20% + C group from day 3. Although the 6% protein diet was associated with the expected reduced body and brain growth, there were no additional growth alterations associated with caffeine administration in either the 20% or 6% diet groups. This growth failure was accompanied by the expected reductions in total whole brain DNA, RNA, protein, and cholesterol content regardless of whether caffeine was received or not. Effects of caffeine which were similar in both diet groups included an increase in brain RNA content and concentration and an increase in the RNA/DNA ratio. However, there were differential effects of caffeine seen depending on diet group assignment. These included an increase in brain DNA content and concentration in the 6% protein group only. Furthermore the protein/DNA ratio, an index of mean cell size, was increased in the 20% plus caffeine group and decreased in the 6% plus caffeine group. The present data and our previous work with theophylline on brain development (22) indicate that methylxanthine administration produces differential effects depending on dietary intake. (Pediatr Res 19: 71-74, 1985)

\* Bu araştırma Louisiana State Üniversitesi Tıp Merkezi Fizyoloji Departmanlığı'nda yapılmıştır (New Orleans, USA), Pediatric Research Vol. 19, No. 1, 71-75, 1985.

\*\* L.S.U. Medical Center Department of Physiology

\*\*\* Hacettepe Üniversitesi Dişhek. Fak. Peodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

\* Departments of Pediatrics (G.E.Q.) and Physiology (G.E.Q., Y.B., A.D.H., T.N.), Louisiana State University Medical Center, New Orleans, Louisiana 70119.

# Protein-Enerji yetersizliği olan yeni doğmuş ratlarda, Oral Kafein uygulamasının, Diş Germlerinin büyümeleri üzerindeki etkileri\*

Yıldız Batırbaygil, \*\*  
Tetsuo Nakamoto

Griffith E. Quinby, Jr., \*\*

Sekizer adet yavrusu olan süt veren anne ratlar doğumdan 15. güne kadar % 6'lık veya % 20'lik protein diyeti ile beslendiler. Yavrular Kafein alan ve almayan gruplara bölündüler. 3 ile 13. GÜNLER arasında gūnaşırı bir gruba 0.1 ml. serum fizyolojik içinde eritilmiş (1mg./100 g. vücut ağırlığı) kafein intragastrik iğnelerle verildi. Kontrol grubuna ise 0.1 ml. serum fizyolojik verildi 15. günde kesici ve molar dişlerin ağırlığı, hidroksiprolin kapsamı, kollagen sentezi ve kalsiyum içeriği ölçüldü. Tüm parametreler üzerinde beslenme faktörlerinin etkili olduğu, ancak Kafein verilimine bağlanabilecek etkilerin çok az olduğu görüldü. Kafeinli % 20'lik protein grubunda molar ağırlıkları daha az çıkarken, Kafeinli ve Kafeinsiz % 6'lık ve Kafeinsiz % 20'lik protein gruplarında kesici ve molar germelerinde kollagen sentezi farklı bulundu. Bu parametreler, beslenme ve Kafein arasında önemli etkilerin olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, belirli beslenme koşullarında yeni doğana düşük miktarda kafeinin direkt uygulanması sonucunda diş germelerinin gelişimi üzerinde az bir etki meydana geldiği gözlenmiştir.

- (\*) Bu araştırma, Louisiana State Üniversitesi Tıp Merkezi Fizyoloji Departmanlığında yapılmıştır (New Orleans USA) Archs oral Biol. Vol. 30 No. 7, PP. 583-585, 1985.  
(\*\*) Hacettepe Üniv. Dişhek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi  
(\*\*\*) Louisiana State Univ. Medical Center Department of Physiology

## Protein-Enerji yetersizliği olan yeni doğmuş ratlarda, oral kafein entübasyonunun kemik üzerindeki etkileri

Yıldız Batırbaygil, \*\*  
T. Nakamoto

Griffith E. Quinby, Jr., \*\*

Sekizer adet yavrusu olan süt veren anne ratlar doğumdan 15. güne kadar % 6 veya % 20'lik protein diyeti ile beslendiler. Yavrular Kafein alan ve almayan gruplara bölündüler. 3 ve 13. günler arasında deney grubunun yavrularına gūnaşırı 0.1 ml. serum fizyolojikte eritilmiş Kafein (1 mg/100 g), yine aynı şekilde kontrol grubuna da 0.1 ml. serum fizyolojik intragastrik iğneyle verildi. 15. günde yavruların mandibula ve uzun kemik ağırlıkları, DNA, protein ve kalsiyum içerikleri ve bu kemiklerdeki kollagen senteziyle 45 Ca alınımları incelendi.

İncelenen bütün parametrelerde beslenme faktörünün tutarlı etkileri bulundu fakat kafein verilimine bağlanabilecek bir değişiklik görülmedi. Yalnız Kafeinli % 6 protein diyeti alan grupta, aynı diyet grubunun kafein almayan yavrularına kıyasla, uzun kemiklerde kollagen sentezinin arttığı görüldü. Sonuçta, yeni doğanlara nispeten küçük miktarlarda direkt Kafein verilmesinin belirli beslenme şartlarında kemik gelişimi üzerine çok az etkisi olduğu saptandı.

- (\*) Bu araştırma, Louisiana State Üniversitesi Tıp Merkezi Fizyoloji Departmanlığında Yapılmıştır New Orleans USA) (Biology of the Neonate 48: 29-35: 1985)  
(\*\*) Hacettepe Üniv. Dişhek. Fak. Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi  
(\*\*\*) Louisiana State Univ. Medical Center Department of Physiology.

## Effects of oral caffeine intubation on bones in protein-energy malnourished newborn rats

Yıldız Batırbaygil,  
Tetsuo Nakamoto,

Griffith E. Quinby-Jr., \*\*

**Key Words.** Caffeine Protein-energy malnutrition Bones Rats, newborn  
**Abstract.** Lactating dams with 8 suckling pups were fed either a 6 % or a 20 % protein diet from the birth of the pups to day 15. The pups were divided into caffeine and noncaffeine groups. Every other day between days 3 and 13, pups were either intubated with caffeine (1 mg/100 g) dissolved in 0.1 ml physiological saline solution, or 0.1 ml saline solution as a control. On day 15, mandible and long bone weights, DNA: protein and calcium contents, collagen synthesis and <sup>45</sup>Ca uptake in these bones of the pups were studied. Nutritional factors exercised consistent effects on all the studied parameters, but there was no difference in effects attributable to caffeine intubation, except the increased collagen synthesis in the long bones of the group with 6 % protein diet with caffeine as compared to noncaffeine members of the same dietary group. We concluded that the direct administration of relatively small amount of caffeine to newborns causes minor effects on bone development under certain nutritional conditions.

\*Departments of Physiology and

\*\*Pediatrics. Louisiana State University Medical Center, New Orleans, La., USA

\*Department of Physiology, Louisiana State University Medical Center, New Orleans, LA 70119, USA

## Short Communication Effects of orally administered caffeine on the growth of tooth germs in protein-energy malnourished newborn rats

Y. Batırbaygil,

G. E. Quinby and T. Nakamoto

**Summary**— Lactating dams with 8 suckling pups were fed either a 6 or 20 per cent protein diet from the birth of the pups to day 15. Pups were divided into caffeine and non-caffeine groups and, every other day between days 3 and 13, were either intubated with caffeine (1 mg/100 g body wt) dissolved in 0.1 ml physiological saline solution, or 0.1 ml saline solution as control. At day 15, the weight of incisors and molar germs, hydroxyproline content, collagen synthesis and calcium contents were determined. Nutritional factors exercised consistent effects on all the parameters, but effects attributable to caffeine intubation were minor. There was lower molar weight in the 20 per cent protein group with caffeine, and collagen synthesis of incisor and molar germs in the caffeine and non-caffeine animals in the 6 and 20 per cent group were different. These parameters showed a significant interaction between nutrition and caffeine. Thus the direct administration of a small amount of caffeine to newborns causes only slight effects on tooth-germ development under some nutritional conditions.

\*Department of Physiology, Louisiana State University Medical Center, New Orleans, LA 70119, USA



# Genel sağlık sigortası. Evet-Ama nasıl?

**Dr. Ali Babaoğlu**

Ankara Tabib Odası  
Y. K. Üyesi

**Y**urdumuzda genel bir sağlık sigortasının geliştirilmesi en güncel sorunlardan biri haline gelmiştir. Bu konuda bir yandan yasal hazırlıkların yürütüldüğü, bir "Reform paketi" hazırlandığı haberleri yayılmakta, öte yandan da sağlık hizmetlerinin aksaklık ve kusurları yoğun bir kampanya halinde halk oyuna sunulmaktadır. Bu arada SSYB ve ÇSGB yetkililerinin de daha çok sağlık hizmetlerinin bu güncü durumu üzerinde ağır eleştirilere katılmakla yetindikleri, zaman zaman da bir biriyle çelişebilen öneriler ileri sürüldüğü görülmektedir. Bir çok hekim, diş hekimi ve eczacı da Türkiye'de bir genel sağlık sigortasını kendi durumları için de bir çıkış yolu olarak savunmaktadırlar.

Bu tür reformlara girişildiğinde genellikle yurt dışındaki çeşitli uygulamalardan faydalanılmaya çalışılıyor. Oysa uygun olan Türkiye'nin kendi sosyo-ekonomik yapısının dikkatle irdelenerek, gereksinimlere en uygun bir modelin geliştirilmeye çalışılması olur. En önemlisi de hedeflerin dikkatle saptanmasıdır. Dışarıdan her hangi bir modelin seçilerek paket halinde uygulanması ise her şeyden önce o uygulamanın kendi içindeki sakınca ve aksaklıkların da aynen alınmasına yol açar. O aksaklık ve sakıncaların burada giderilmesi ise çok uzun ve karmaşık başka reformları, çabaları ve dolayısıyla da sıkıntı ve huzursuzlukları gerektirir.

Şu sırada, AET ile olan ilişkilerimiz ve yurt dışındaki işçilerimiz yoluyla özellikle Almanyadaki genel sağlık sigortası sisteminin bizi ilgilendirip etkilediği düşünülebilir. Aşağı yukarı aynı sistemi Türkiye için önermeden önce o sistemin kendi içindeki kimi özellik ve sorunları dikkatle incelemek faydalı olur. Bu özellik ve sorunların büyük bir bölümü Almanya'nın kendi sosyo-ekonomik yapısından kaynaklanmıştır ve 75 yıllık bir uygulama sırasında çıkan sorunlara çözümler buluna buluna bu güncü biçime ulaşmıştır. Bugün de bir çok sorunlarla karşı karşıyadır ve bu sistemin orada tıkanmış olduğu, çözümün çok köklü bir reformu gerektirdiği ileri sürülmektedir. Bu bakımdan burada, konu üzerinde bir tartışma ortamını hazırlamak amacıyla Federal Almanya'daki genel sağlık sigortasının ana hatları ve gene ona benzeyen İsviçre ve Avusturya'nın sistemleri gözden geçirilecektir. Buna hiç benzemeyen İngiltere ve İtalya'daki sistemlere de karşılaştırma amacıyla kısaca bir göz atılacaktır.

\*\*\*

**A**lmanyanın sağlık güvenliği sistemi bundan 75 yıl önce yani 1911'de kabul edilmiş olan Reichsversicherungsordnung (RVO) Devlet Sigorta Tüzüğü ile kurulmuş bulunmaktadır. Bu sistemde her şeyden önce tedavi edici hekimlik esas alınmış, bundan da öncelikle yataklı kurumlarda değil ayaktan yürütülmesine önem verilmiştir. Klinik ancak zaman içinde ve yoğun bakım ve operatif tedavinin ve karmaşık tanı sistemlerinin önem kazanmasıyla dolaylı olarak bir önem kazanmıştır.

Bu sistem içinde kilit rol serbest çalışan "Kasa hekimi"ndedir. Çeşitli hastalık kasaları ile o kasaya bağlı hastaları tamamen parasız olarak muayene ve tedavi etmek üzere sözleşme yapan bu hekime bu hastaların ücreti kasa tarafından ödenir. Bu ücret, çeşitli kasalar tarafın-

**Şu sırada, AET ile olan ilişkilerimiz ve yurt dışındaki işçilerimiz yoluyla özellikle**

**Almanyadaki genel sağlık sigortası sisteminin bizi ilgilendirip etkilediği düşünülebilir.**

dan ayrı ayrı tarifelerle ve Kasa hekimleri birliği ile yapılan sözleşmelerle saptanmıştır. Ücretin serbestçe yapılan böyle bir pazarlıkla tesbiti, masrafların gittikçe yükselmesiyle gittikçe devletin müdahalesini gerektirmiş ve 1.1.1983'den beri yasal olarak bütün tarifeler birbirine temelde eşitlenmiştir. RVO'ya bağlı olan kasalar için Bundesmanteltarif Aerzte (BMA), Ek kasa sistemi için Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO), ve özel kasalar için de Gebührenordnung Aerzte (GOA) geçerlidir.

Bu tarifelerde, bir muayenehanede yapılabilecek bütün işlemler tek tek gösterilmiş ve BMA'de bir puan sistemiyle, GOA ve E-GO'da ise bir para değeriyle karşılanmıştır. Her hasta hekime sigortasından bir hasta kağıdı (Krankenschein) getirir ve hekim bu kağıdın arkasına o hasta için uyguladığı bütün işlemleri tarifedeki numarası ile not eder. Eğer hekim hastayı bir başka hekime havale edecekse eline bir havale kağıdı verir ve o hekim de kendi çabasını bu havale kağıdının arkasına aynı şekilde ilgili kod numarası ve tarihi ile not eder. Aynı gün içinde iki ayrı işlem, ancak çok gerekli olduğu zaman not edilebilir. Örneğin hasta ilk muayene neye gelir. Bu ilk muayene olarak gösterilir ve hekimin ilk görüşünde hastayı incelemek için bir çok muayeneleri birden yapması gerekeceği için bunların hepsi birden "İlk muayene" kod numarası altında hesaplanmıştır. Yani Soy geçmişi, özgeçmişi, hastalık öyküsünü içeren bir anamnez, hastaya yapılacak tavsiyeler, verilecek reçete ve muayene bu bir seferle kapanmışsa sonunda yazılacak epikriz bu ücrete dahildir.

Eğer daha ayrıntılı bir muayene ön görülmüşse ya da kontrol muayenesi gerekliyse, örneğin hastadan kan alınacak, ya da röntgeni çekilecekse bu muayene başka bir gün yapılır. İlk muayene, örneğin EKG ya da ilk laboratuvar incelemesi, yapılan bir tavsiye, örneğin bir reçete verilerek ilaçların nasıl alınacağını tarif edildiği ve bir de diyet tarif edildiği gene de ayrı ayrı yazılır. Kontrol muayenelerinde de yapılan işlemler, eğer tarifede gösterilmiş olan asgari kapsamı aşıyorsa tek tek yazılır. Bir muayenenin bir dönem içinde belirli bir sıklıktan daha fazla yazılmasına izin verilmez. Örneğin bir yılda iki akciğer röntgeninden daha fazlası, ancak yeni bir durum nedeniyle mutlaka gerekliyse yapılabilir.

Hastalar için yapılmış olan bütün işlemler, hastalardan alınan bu muayene ya da havale kağıtları arkasında hesaplana hesaplana toplan-dıktan sonra her quartal sonunda, yani yılın üçer aylık bölümünün, Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarının sonunda kasaya verilerek tutarı tahsil edilir. Bütün bu hesap belgelerinde gösterilen işlemlerin gerçekten yapıp, yapılmadığını kontrol etmek kasa için mümkün değildir. Sistemin yara aldığı ilk nokta budur. Yani hekimin hesaplarının bir örneği hastaya verilmez. Böylelikle hasta kendisine bu muayene ya da tedavinin gerçekten uygulanıp uygulanmadığını denetleyerek kendi kasasını uyaramaz. Belgeler zaten önce doğrudan doğruya kasaya değil, Kasa Hekimleri Birliğine (KVA) tevdi edilir. KVA bu belgelerin formel denetimiyle görevlidir. Yani bir muayenenin gerektiğinden sık yapılması, ya da aynı gün yapılması olanaksız olan işlemlerin üst üste aynı gün yapılmış olmaması gibi bir denetim uygulanır. Bundan sonra KVA'nın ikinci görevi, hekimlerin istedikleri ücretlerin toplamının gayri iktisadi olmasını önlemektir. Bu durum, bir kasa bölgesindeki bütün kasa hekimlerinin talebettikleri ücretin, bir uzmanlık dalı için aşağı yukarı aynı olmasına dikkat etmekle sağlanır. Genel ortalamanın bir seferde % 20 - 30 kadar aşılması önce sakıncalı sayılmaz. Ancak bir hekimin sürekli olarak ortalamanın üzerinde talepte bulunması önlenir. Bu ortalama bir hasta başına ortalama değildir. Böylelikle hekimin öbür meslekdaşlarından daha yüksek kazanması ancak daha fazla hastası olmasıyla mümkündür. Bir hekimin hasta başına ortalama talebinin yüksek olması durumunda iş itiraz komisyonuna gider. Hekime Kasaların ve bölge Kasa hekimleri birliğinin ortak bir toplantısıyla ihtarda bulunularak eğer bir savunması varsa dinlenir. Hekimin savunması kabul edilmezse talep ettiği ücrette kısıtlamalar yapılır. İş karşılıklı itirazlar sonucunda

**Her hasta hekime sigortasından bir hasta kağıdı getirir ve hekim bu kağıdın arkasına o hasta için uyguladığı bütün işlemleri tarif ederek numarası ile not eder.**

bir çeşit hukuk mahkemesi olan Sosyal Mahkeme önünde karara bağlanabilir.

Hastaların hekimlerini serbestçe seçmeleri özgürlüğü kısıtlanamaz. Ancak bir hekime baş vuran hasta o Quartal için o hekimin tedavisinde kalmak zorundadır. Ancak özel bir şikayeti ortaya çıkarsa, kendi bağı olduğu kasanın onayını almak koşuluyla hekimini değiştirebilir. Ancak bu durum, hastanın hekiminden açıkça şikayette bulunması halinde kabul edilebileceğinden, KVA mutlaka işe müdahale eder ve şikayet konusunun daha ince kovuşturulmasını ister. Çoğu zaman hasta böyle bir şikayete cesaret edemez. Bu yüzden de kendisini çok rahatsız eden bir protezi 1 - 2 ay daha taşımak zorunda kalır. Cezayı gerektirecek durumlarda bile hasta bir çok şeylere katlanmayı tercih edebilir. Örneğin kendisine kötü tekliflerde bulunan ya da kendisini aşağılayan jinekoloğa ya devam etmek zorunda kalır, ya da tedavisine 2 - 3 ay ara verir.

Hekimin kasalarla yapacağı sözleşme de teorik olarak özgürse de gerçekte kasalarla, kasa hekimleri birliğinin ince pazarlıkları sonucudur. Genellikle bütün RVO kasaları ve Ersatzkasse'ler aynı hekimlerle sözleşme yaparlar. RVO bütün hastaların hekime ve hastaneye gidiş ve gelişlerini de üstlendiğinden her hastanın kolaylıkla, yol masrafı talep etmeden ulaşacağı uzaklıkta her zaman bir hekim bulunmasında ısrar ederler. Ve bunu bütün uzmanlık dalları için isterler. Yoksa bir hastanın 100 Km. ilerdeki bir muayene için refakatçısıyla birlikte götürülüp geri getirilmesi kasanın iflasına yol açacak kadar büyük bir yük oluşturabilir. O halde bütün tıbbi olanaklar bütün Almanya yüzeyinde olabildiği kadar eşit olarak dağılmış olmalıdır. Ersatzkasseler ve özel sigortalar kendi müşterilerine en kolay ve en iyi tıbbi bakımı garantiledikleri için müşterileri adına en iyi tıbbi olanakların her yerde el altında bulunmasında ısrar ederler. RVO kasalarının ise yönetim düzenleri, zorunlu sigortalı olan vatandaşlar emeğiyle çalışanlar olduğu ve bunların hastalığında hem iş gücü düştüğü, hem de kasaya giren primler azaldığı için, sigortalıların sağlığının en çabuk ve en iyi şekilde yeniden sağlanmasına yöneliktir. Bu yüzden de Kasa Hekimleri Birliği ile yapılan pazarlıklarda bütün uzmanlık dallarının Almanyanın en ücra ve kötü yerlerinde dahi eşit şekilde dağılması sağlanır. Örneğin Almanya'da 35 bin kişiye bir göz hekimi düşüyorsa bütün Almanya 25 - 50 bin nüfuslu bölgelere bölünür ve her biri için bir göz hekimi ile sözleşme yapılır. Bu sırada bölgedeki hastanelerin ve üniversitelerin hekimleri de hesabatılır. Çünkü hazır bulunan kadrolarla sözleşme yapmak, öbür bölgeler için hekim tasarrufu sağlar. En bol olan genel pratisyenlik ve dahiliyeciliktir. Çünkü bu iki grup aile hekimi (Hausarzt) olarak sözleşme yapabilirler ve Almanya'da her 400 - 600 sigortalı için bir genel tıp hekimi öngörülmüştür.

Bir kasa hekimi kendisine öngörülen bölgeyi kabul ederek sözleşmesini yaptıktan sonra serbestçe muayenehanesini açar. Bu muayenehaneyi en iyi şekilde döşeyip teçhiz etmek kendi çıkarınadır çünkü hasta kendisi için en uygun gördüğü hekimi ve bu görünen ölçütlerle bakarak saptayacaktır. Muayenehanenin yalnız şık görünümü değil, rasyonel çalışabilmesi de önem taşır. Hekim çoğu zaman her anını değerlendirmek zorunda kalacaktır. Bir hastanın soyunmasını beklerken, öbür hastanın röntgeni çekilecek, üçüncü bir hastaya bir microwave uygulanacak, bir başkasının kanı sayılacak, birine reçete tekrarlanacak, birinin de epikrizi yazılacaktır. Ancak küçük parçaların birikmesiyle hekimin kazancı ortaya çıkacaktır. Yapılan tıbbi işlemlere nasıl bir ödeme yapıldığını belirtmek için İç hastalıkları dalında yaklaşık bir ücret tablosu aşağıya çıkarılmıştır: (1982'nin II. quartal'i için) - Berlin -

|                              |          |                 |
|------------------------------|----------|-----------------|
| Danışma                      | 7,30 DM  | Toplam 2509 kez |
| Bedeni muayene               | 10,80 DM | 804 kez         |
| Ev ziyareti                  | 25,50 DM | 112 kez         |
| Ayrıntılı psikolojik muayene | 25,50 DM | 8 kez           |

**Hastaların  
hekimlerini  
serbestçe seçmeleri  
özgürlüğü  
kısıtlanamaz. Ancak  
bir hekime baş  
vuran hasta, o  
hekimin tedavisinde  
kalmak zorundadır.**

|                               |          |         |
|-------------------------------|----------|---------|
| 20 dakika psikiyatrik muayene | 25,50 DM | 8 kez   |
| Kan alma                      | 4,00 DM  | 158 kez |
| Microwave                     | 3,80 DM  | 174 kez |
| EKG                           | 25,50 DM | 139 kez |
| Kan şekeri tayini             | 7,20 DM  | 284 kez |
| IM enjeksiyon                 | 4,10 DM  | 357 kez |
| IV enjeksiyon                 | 6,90 DM  | 173 kez |

yandaki sayılar Berlindeki dahiliyecilerin üç ay içinde kaç kez bu işlemi yaptıklarını göstermektedir. Bu rakamlar nasıl küçük rakamların bir araya getirilmesi gerektiğini gösterir. O halde hekimin mümkün olabildiğince çok sayıda işi becerebilmesi zorunludur. Bu da muayenehanenin rasyonel çalışmasını zorunlu kılar. Bunun için odaların en iyi biçimde planlanması ve iyi yetişmiş yardımcılarının bulunması gereklidir. Muayenehane planlama ve döşenmesiyle uğraşan uzmanlaşmış bürolar buna yardım ederler. Her hekimin yanında en az 3 -4 yardımcı (Arzthelferin) bulunmalıdır. Hekim bütün bu yatırımın mali rizikosunu tek başına taşır. Standart bir genel pratisyen muayenehanesinin kuruluş ve ilk yıl rutin gideri yaklaşık 600 - 900 bin mark tutar. Buna karşılık her muayenehanenin ücret ortalaması 1979 hesabıyla ortalama 250.000 DM. tutuyordu. 1981'de yasal kasaların bütün serbest hekimlere ödedikleri vizite ücretleri toplamı 10,8 milyar DM olmuştur.

Hastane tedavisinde de aynı temel sözkonusudur. Yani bir hastaya sunulacak optimal tedavi koşulları gerek kasaların talepleriyle, gerekse Hastaneler Kanunu aracılığıyla kamu tarafından saptanır. Bir odada kaç hastanın yatabileceği (Hiç bir hastanede bir odada üçden fazla hasta yatamaz) hasta başına kaç personel düşeceği hesaplanır ve buna göre bir hasta için günlük bakım ücreti saptanır. Yapılan ameliyat ve tedaviler buna eklenir. Bir çocuk psikiyatrisi hastanesindeki günlük bakım 1983 yılı sonunda, 1/6 personel bölümü ile (Yani 1 hastaya 6 personel) 384 Dm idi. Ayrıca yasal kasaların bu masrafı karşılamak için tek kaynağı gelen primlerdir ve bu primlerin toplanabilmesi ve ödemelerin yapılabilmesi için örgütün kurulması, binaların yapılması, memurların çalışması, pahalı bilgisayar sistemlerinin kullanılması gerekir.

Görüldüğü gibi sistem kendi içinde masraf yaratan ama buna karşılık sigortalıların gelir düzeyine sıkı sıkı bağımlı kalan bir sistemdir. Ancak ücret yükseldikçe prim de yükselebilir. Ve gerek hastalık, gerekse işsizlik durumunda prim kesilir. O halde ekonomik kriz bütün sistemin tıkanmasıyla sonuçlanır. Sistemin tıkanmaması için ancak genel bütçeden desteklemeler yapılabilir ki bu da ekonomik krizden çıkabilmek için gerekli olan kamu yatırımlarının feda edilmesi demektir. Kamu sık sık masrafların düşürülmesi için yasalar ve idari denetim yoluyla sisteme müdahale etmek zorunda kalır.

Her şeyden önce büyük kapital ve işverende uzun yıllar denenmiş bir DO UT DES (Veriyorum ki ver - Her nimetin bir külfeti vardır anlamına gelen bir prensip) ilkesini tam olarak benimsemesi gerekir. Örneğin, bir işsizlik sigortası ve hastalıkta yapılacak mali yardımın, halkın alım gücünü yüksek tutarak iç pazarı güvencelemek için zorunlu olduğunun bilincine varması gerekir.

Avusturya'da yaklaşık olarak Almanyadaki sistemin aynısını sürdürmektedir. Ancak orada Ambulatorium adı verilen ve genellikle belirli bir alanda muayene ve tedaviyi ayaktan sürdürmeye yönelik kurumlarda gelişmiştir. 18. Yüzyıldan kalma bir kurum olan ve etkinliğini hastalık kasaları içinde sürdüren bu sistem, genellikle bir büyükçe hastane bünyesindeki poliklinik sistemiyle, bunun çevresinde bir kaç ihtisaslaşmış dispanseri içerir. Örneğin göğüs hastalıkları dispanseri, diş dispanseri, çocuk dispanseri, röntgen dispanseri gibi. Bunların en önemli özelliği kasaların kendi kuruluşları olmalarıdır. Yani bizdeki SSK Dispanserle-

**Bir hastaya  
sunulacak optimal  
tedavi koşulları  
gerek kasaların  
talepleriyle, gerekse  
Hastaneler Kanunu  
aracılığıyla kamu  
tarafından saptanır.**

rini andırmaktadırlar. Ancak böyle bir çalışmanın çok gerekli olduğu durumlar dışında bir hekim muayenehanesinin yerini alamıyacağı Avusturya Danıştayının içtihat kararıyla kesinleşmiş ve böylelikle sistemin ana fonksiyonunu üstlenmeleri önlenmiştir. Anayasal olarak Avusturya Devleti yasal kasaların her vatandaşa tek hekimde muayene ve tedavi olanağını sunmasını sağlamak zorundadır. Ancak sistem burada da aynı tıkanıklık noktasına ulaşmış bulunmaktadır. Yalnız Avusturyada işsizliğin daha düşük, ama ücretlerin de daha düşük olması hekimlerin daha mütevazî olmakla birlikte daha güvenceli bir gelire sahip olmalarını şimdilik sağlayabilmektedir.

İsviçre'de de Anayasaya 1890'da konulan bir madde ile Knfederasyonun bir genel hastalık kasası kurma zorunluluğu getirilince, Almanya ile aynı zamanda 1911'de bu günkü yasa yürürlüğe girdi. Bu yasa temelinde yalnızca bir subvansiyon yasası olarak görünmektedir. Yalnız gelir kaynaklarını saptamak ve bir kasanın bütün konfederasyonda tanınması için gerekli asgari koşulları ve minimal görevleri işaret etmekle yetinmektedir. Bu sigorta sistemi Avrupada sosyal içeriği en az olan sistem olarak görülebilir. Kasaların geliri % 75 sigortalıların kendileri tarafından prim ya da masrafa katılma şeklinde karşılanmakta, % 25 de Konfederasyon ve Kantonlarca yüklenmektedir. Prim gelire göre değil, kişi başına alınmaktadır ve yalnızca temel sigortayı karşılamaktadır. Bu prim yaklaşık olarak 50 Frank kadardır, yani 4 nüfuslu bir aile için 200 frankı bulmaktadır. Bu arada sosyal sigorta sistemleri içinde biricik örnek olarak, İsviçrede kadınlar % 10 daha fazla prim ödemek zorundadırlar. Zorunlu sigorta, aşağı gelir düzeyindekiler için dahi yoktur. Ayrıca bu prim yaşla artmaktadır ve sigorta olmadan önceki 5 yıl içinde hiç bir hastalık olmadığının isbatı gereklidir. Ambulant tedavinin % 10'unu sigortalı kendi öder ve ayrıca her quartalda ayrıca bir 30 Frank öder. Ayrıca iki yıl hastane tedavisinden sonra sigorta kalkar. 1974 ve 1978'deki iki reform girişimi, sağ kanat partilerince önlenmiş ve ağırlık tam tersine sigortalılara kamu desteğinin kısılması yoluna verilmiştir. Daha kısıtlayıcı tasarruf projeleri ancak karşı referandumlarla önlenebilmiştir. Sosyal bakımdan daha ilerici kimi girişimler bu bakımdan İsviçre hekimleri arasında, Almanya ve Avusturyadaki meslekdaşlarına oranla, daha fazla yandan bulunmaktadır.

1948 de başlamış olan National Health Service, bir süreden beri, İngilterenin içinde bulunduğu ekonomik kriz nedeniyle büyük bir sarsıntı içindedir. 1948'den bu yana bu sistem büyük başarılar göstermiştir. Örneğin 1949'dan 1974'e kadar hasta yatağı sayısı % 14 gerilemiş, hastanelerdeki personel sayısı paralel olarak hem taburculuk hem de ölüm oranı artmıştır. Yatak/Yıl/Hasta oranı hemen hemen iki katına ulaşmıştır. Hastanede kalış süresi 1949'da 49 günden 1974'de 23 güne düşmüştür. 1948'de reform hemen tamamen 19. yüzyıldan beri mücadelesi sürdürülen bir alanda, yani enfeksiyon hastalıklarından kırılan bir halk için hekimlerin talepleri doğrultusunda yapılmıştır. O zamandan bu yana ihtiyaç, hastane tedavisinden, toplum içindeki uzun süreli bakım ve koruyucu hekimliğe yönelmiştir. Buna karşılık sistem bu gereksinimi karşılayacak yapıda değildir. Hastane tıbbi temel olarak ambulans primer bakıma egemendir ve zaman zaman engellenmektedir. İngilterede National Health Service harcamalarının gayrisafi milli hasıla içindeki payı 1964'de % 3, 93'den 1974'de % 5, 16'ya kadar yükselmiş ve o zamandanberi de yerinde sayar olmuştur. Genel sağlık istatistikleri incelendiğinde sistemin çarpıklığı hemen görülebilmektedir. En fazla genel tıbbi bakım ve korumaya muhtaç olan bölgeler en az tıbbi bakım ve korumaya kavuşabilmektedirler. Sağlığın genel durumunu gösteren en önemli gösterge olan bebek ölümlerinin en yüksek olduğu bölgelerde gerek hastane hekimlerinin, gerekse kişi başına sağlık harcamalarının gerekse, hasta başına prim alan uzmanların düştüğü görülmektedir. Londra'da hastane hekimleri ve pay alan uzmanların sayısı en yüksek



**1948'de başlamış  
olan National Health  
Service, bir süreden  
beri, İngiltere'nin  
içinde bulunduğu  
ekonomik kriz  
nedeniyle büyük bir  
sarsıntı içindedir.**

düzeye ulaşmakta buna karşılık Sheffield, Leeds ve Newcastle'da görülen ölçüde düşmektedir. Ama bebek ölümleri Londra ve Oxford'da 20 - 21/1000 civarındayken Leeds'de 27/1000'e, Newcastle'da 25/1000'e yükselmektedir. Gene de hekimlerin dağılımı İngilterede oldukça adil görünmektedir. (Fransada: Paris bölgesinde yüzbin nüfusa 211, Côte d'Azur'da 175 hekim düşerken, Franche - Comte'de yalnız 89, Picardie'de yalnız 90 hekim düşmektedir.) İngilterede sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu gerçi büyük patırtı çıkmış ve büyük heyecan uyanmıştır. Ve nitekim 1949-1974 arasında yaş ortalaması erkekler için 66,3'den 69, 1'e, kadınlar için 71'den 75,3'e yükselmiş, bebek ölümü yarı yarıya düşmüştür. Ancak ekonomik krizin şiddetlenmesi ve liberalist görüşlerin hükümete egemen olmasıyla bir yandan genel sağlık harcamaları hızla kısılmakta, öte yandan da kapitalin, ilaç tüketimi biçiminde özel muayenahaneler kanalıyla karşı taarruza geçtiği görülmektedir. Dahası British Medical Association, muhafazakar parti ve ilaç endüstrisinin desteğinde, hastanelerdeki geceleme ve bakım masraflarının hastalara yüklenmesi için uğraşmaktadır. Bu da kuşkusuz İngilteredeki sistemde sonun başlangıcı olacaktır.

23.12.1978'de İtalya'da bir Servizio sanitario nazionale, bir ulusal sağlık servisi kurulması için yasa kabul edildi. Bu yasa gereği yaş, cins, meslek ve gelirine bakmaksızın bütün vatandaşlar için ambulans ve klinik bütün tedavi ve bakım parasız olarak sağlanacaktır. Bu yasa 1947 tarihli ilericî İtalyan Anayasasındaki 23. Maddeden "Sağlığın korunması vatandaşın temel hakkı ve toplumun temel hakkı ve topluluğun temel çıkarıdır" almaktadır. Ayrıca bu yasa sağlığı, yalnız hastalığın tedavisinde değil, sağlığın gelişmesini sağlamak şeklinde el ealarak WHO tanımına uymaktadır. Bu yasa uyarınca:

- Her yaşam ve çalışma alanında gerekli bütün sağlık koruyucu önlemler alınacak,
- Sağlık örgütleri desentralize edilerek yerel yönetime geçirilecek
- Bu sistemden faydalanan bütün toplumun aktif katkısı sağlanacak,
- Bütün hizmetler gerek koruyucu, iyileştirici ve rehabilitatif çalışmaların, gerekse sağlık ve sosyal hizmetlerin birleştirilmesiyle basitleştirilecek,
- Sigorta sistemlerinin şimdiye kadar yol açtığı bütün eşitsizlik ortadan kaldırılacak, bütün hizmetler eşit olarak sunulacaktır. Yasanın 2. Maddesi bütün sağlık personelinin ileri eğitiminin ve ayrıca riziko gruplarının sağlığının özellikle korunacağını amaç olarak kabul etmektedir.

Yasanın kabul ettiği "principio della globalita", Bütünlük ilkesi, sağlık ve hastalığın kişisel bir kader değil somut yaşam ve çalışma koşullarının sonucu olduğunu kabul etmektedir. Sağlık riskleri, iş, aile ve çevre şeklinde farklı algılanamayacak ve böyle farklı kategorilerde ele alınamayacaktır. Bütün İtalyada yerel sağlık birimleri kurulması öngörülmüştür (Unità Sanitarie Locali USL). Bunlar ulaştırma ve coğrafya durumuna göre 50.000 - 200.000 nüfus kapsayacaktır. Bütün İtalya için 665 USL hesaplanmıştır. Her USL bir kaç temel sağlık bölgesine (Distretto sanitario di base) bölünmüştür. Burada yalnızca iradi bölünmeye uygunluk gözetilmiş ve ulaştırma olanaklarıyla nüfus eşitliği sağlanmaya çalışılmıştır. Bu genel pratisyen, jinekolog, pediatrist, yardımcı personel ve sosyal hizmet uzmanını içeren bir birimdir. Yaklaşık 5.000 - 50.000 nüfusa hizmet götürmektedir. Her birim için bir "centro socio - sanitario" medikososyal merkez kurulmuştur. Başında hükümet tabibi bulunmaktadır. Merkeze bağlı bir gündüz kliniği ile bir de korunmuş pansiyon bulunmaktadır. Bu ambulans tedaviyi güvence altına almak için ön görülmüştür. Hastaları ve o bölgedeki toplumun kesin bir denetim yetkisi vardır. Ayrıca 1981'de Hasta Hakları Mahkemeleri kurulmuştur. Bunlar hastaların şikayetlerini karara bağlayan uzman komisyonlarıdır. USL'a bağlı olan gezici uzmanlar küçük birimleri belirli bir programla

dolaşarak oralarda düzenli viziteler yaparlar. Bütün muayene sonuçları medikososyal merkezde birleşir. Hastalar ilaç parasında belirli bir katılım zorundadırlar. Bu 200 ila 1200 Liret arasında değişmektedir. (Bu miktar sonradan daha yükseltilmiştir.) Bu olağanüstü toplumcu ve birleştirici yasa şu anda Avrupadaki en üstün sağlık sistemini sunmaktadır. Ancak çeşitli kurumların kurabilmesi için bir geçiş dönemi öngörülmektedir ve bu dönemde çıkartılması gereken çeşitli tüzük ve yönetmeliklerin ancak yarısı yürürlüğe konebilmiştir. Yasanın bir çok noktada dirençle karşılaştığı görülmektedir. Sonucu ancak bütün kurumlar gelişikten sonraki uygulama belirleyecektir.

Türkiye'nin genel toplumsal ve ekonomik yapısına en uygun olan modelin geliştirilebilmesi için hem Türkiye'nin kendi yapısının olabildiğince incelenmesi, hem diğer modellerin kendi içlerindeki zorlukların tam olarak görülebilmesi ve bütün meslekdaşlar arasında geniş bir tartışma ortamının gelişmesi zorunludur.

## KAYNAKLAR

- Die geundheitsreform in Italien,*  
*Jakrbuck für kritische Medizin, 1981 Berlin*  
*Heninz - Hara (d Abholç, Hans Rüdiger Dreykluft:*  
*Aerztliches Abrechnungssystem und qualitaet der Versorgung*  
*Abmulatne Gesundheitsarbeit, 1983 Berlin*
- D. Fraser:*  
*The Origins of the Britsh Welfare State, 1975 London*  
*Jürgen Pelikan, Hans - Ulrich Deppe:*  
*Ambulativien in Österreich*  
*Jakrbuck für kritische Medizin, 1977 Berlin*

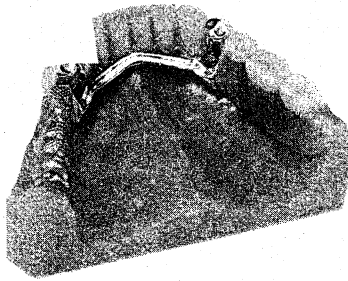
## İDEÂL MODERN PROTEZ DİŞ LABORATUARI

Sayın Dişhekimlerimiz  
Laboratuvarımızda, en son teknoloji yeniliklerinden elektrikli döküm makinasıyla modern protez ve kron köprülerinizi dökmekteyiz.

Buna ilaveten ceka anker, sürgüler en son sistemle laboratuvarımızda yapılmaktadır.

Laboratuvarımız her türlü işlerinizde sizlere en iyisini yapmayı amaç edinmiştir.

Birlikte çalışmamız dilekleriyle



## ÖNEMLİ DUYURU

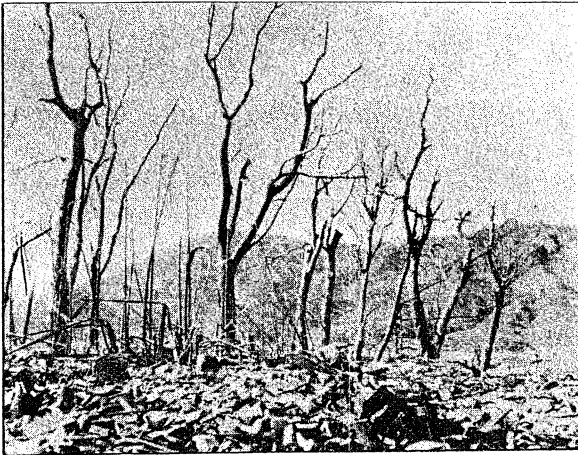
Eylül ayı içerisinde, "Dişçiler Evi Arsa ve Yapı Kooperatifi" adında bir kooperatif, bazı dişhekimlerine bir broşür yolladı. Broşürde kooperatif yönetim kurulunun onur üyesi olarak gösterilen Birliğimiz Merkez Yönetim Kurulu Üyesi Dt. Nazif YURDAKUL'un, adı geçen kooperatif ile hiçbir ilişkisi yoktur.

# Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekimler Birliği (IPPNW)

Geçtiğimiz yıl (1985) Nobel Barış Ödülü'nü alan Nükleer Savaşa karşı Uluslararası Hekimler Birliği (IPPNW), güvenilir bilgiler yayarak ve atom savaşının korkunç sonuçlarının farkına varılmasını sağlayarak insanlığa büyük bir hizmet verdiği gerekçesiyle bu ödüle uygun görülmüştür.

Örgüt 41 ayrı ülkeden 146.000 hekimin üye olduğu bir meslek kuruluşudur. Bir Amerikalı ve bir Sovyet doktorun başkanlığı altındadır.

Nükleer savaşa karşı Uluslararası Hekimler Birliği'nin ortaya çıkışı yirmi yıl öncesine kadar uzanmaktadır. İlk olarak 1962 yılında ABD'de kısa adı PSR olan "Hekimlerin Toplumsal Sorumluluğu" adı altında bir grup hekim bir araya gelmiş, nükleer silahların üretimini durdurulması için çalışmalar başlatmışlardır. 1979'da PSR, nükleer enerji santrallerinin ve tüm atom küllerinin toplum sağlığına getirdiği büyük zararlar hakkında önemli açıklamalar yaptı. ABD'den Dr. Bernard Lown, Sovyetler Birliği'nden meslektaşı Dr. Jevgeni Thchasov gönderdiği bir mektupta "Silahlanma harcamalarının giderek artmasından (günde 650 milyar TL'sini bulmasından ki bu rakam bu gün için günde 1,5 trilyon TL'na ulaşmıştır.) duyduğu kaygıyı ve hekimlerin bu konudaki daha etkin olmalarına ilişkin önerilerini dile getiriyor ve işbirliğine çağırıyor.



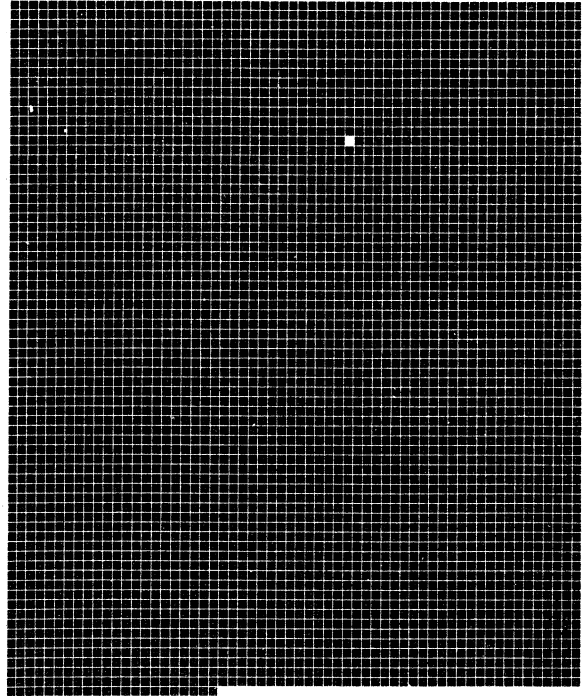
Nagasaki, Ekim 1945

1980 yılında ABD'li ve Sovyet kardiyologların öncülük ettikleri girişimlerle Cenevre'de yapılan bir toplantıda, "Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekimler Birliği"nin kurulması kararlaştırıldı. Birliğin ilk toplantısına Boston'da 700'den fazla sağlık emekçisi katıldı. Bu toplantıda nükleer savaşın sakıncaları,

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

ölümcül etkileri ayrıntıları ile tartışıldı. Toplantı sonuçları, "İnsanlığın karşılaştacağı Son Pandemi" başlığı altında tüm dünya kamuoyuna açıklandı ve o zamanın ABD başkanı J. Carter ile SBKP Genel Sekreteri L. Brejnev'e mektuplar gönderildi.

*İkinci Dünya Savaşı'nda kullanılan silahların patlayıcı gücü ile bugünkü nükleer silahların gücünün karşılaştırması.*



*İkinci Dünya Savaşı'nda kullanılan konvansiyonel silahlar dahil tüm patlayıcı güç 3 milyon ton dinamite eşitti (küçük beyaz kare). Oysa şu anda yalnızca nükleer silahların yıkıcı gücü 16 milyar ton dinamite eşdeğer olup, ilkinden 5.000 kat daha güçlüdür.*

1980 yılı Aralık ayında İsviçre'nin Genf kentinde yapılan toplantıda Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekimler Birliği'nin temeli dünya ölçeğinde genişletilerek kuruluşun başkanlıklarına ABD'den Dr. Bernard Lown ve Sovyetler Birliği'nden Dr. Jevgeni Thchasov getirildi. Bu toplantı sonunda dünyadaki üç milyondan fazla hekime yapılan çağrıda, gezegenimizi bir nükleer savaştan korumak için yapılan çalışmaların salt bir insanlık sorunu değil, mesleki bir görev ve zorunluluk olduğu hatırlatıldı.

Nükleer Savaşa Karşı Uluslararası Hekimler Birliği 1981 yılında ABD'de, Kanada'da, Japonya'da,

İngiltere'de ve Federal Almanya'da önemli toplantılar düzenledi. Federal Almanya'da 1981 sonbaharında düzenlenen toplantıya 4000 den fazla sağlık emekçisi katıldı. Kuruluş, Sovyetler Birliği'nde 20.000 hekim ve bilim adamının katılımı ile bir başka toplantının düzenlenmesine katkıda bulundu. Tüm bu gelişmeler sonunda Dünya Sağlık Örgütü konuyu gündemine alarak ayrıntılı bir çalışma yapılmasını kararlaştırdı.

Nükleer Savaş Karşı Uluslararası Hekimler Birliği'nin 2. Kongresi 1982 Nisanında İngiltere'de Cambridge'de yapıldı. Olası bir nükleer savaşın sonuçları üzerinde bilgi yayma çalışmaları bu kongre ile devam etti. 3. Kongre Haziran 1983'de Amsterdam'da toplandı. Toplantıda özellikle Avrupa ülkelerine yerleştirilmek istenen ABD Pershing füzelerinin getireceği sorunlar tartışıldı. Dördüncü Kongre 54 ülkeden gelen hekimlerin katılımı ile Helsinki'de yapıldı. Bu kongrede "Nükleer Savaşın Önlenmesine" ilişkin bilgilerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, konuyla ilgili etkinliklerin artırılması kararı alındı. Bu sözcüklerin arkasında, hekimlerin nükleer savaş konusunda kamu oyunu bilgilendirmek ve kendiliğinden gelişen ya da bilinçli olarak empoze edilen çok sayıda illüzyonun maskesini düşürmek amacının bulunduğu belirlendi.

5. Kongre 600 ün üzerinde delegenin katılımı ile 1985 Haziranında Macaristan'da yapıldı. Kongre'nin teması "Çatışma değil, işbirliği" belgesiyle saptandı. 5. Kongreye uluslararası tıp dergileri yayıncıları, veteriner hekimler ve öğretmenlerin temsilcileri gibi tıp dışı yeni katılımlar oldu.

6. Kongre bu yılın 29 Mayıs -1 Haziran tarihleri arasında Federal Almanya'nın Köln kentinde 52 ülkeden 3000 delegenin katılımı ile toplandı. Bu kongrede delegeler "insan ve hekim olarak sorumluluklarının gereğini" 1 Haziran 1985 de yayınlanan "Tıbbi Reçete"de vurguladılar. Reçete şöyle bitiyordu: "Tıbbın nükleer savaşın dehşeti karşısında yapabileceği anlamlı birşey yoktur. Ama doktorların bugünden yapabilecekleri bir ve tek şey vardır: Bu nihai salgın, nükleer savaş tehlikesinin önlenmesi".

IPPNW'nin iki başkanından biri olan ABD'li kardiyolog Dr. Bernard Lown 6. Kongrenin kapanış gününde Türkiye'de meslektaşlarına bir mesaj gönderdi. Türkiye'deki hekimler için bir çağrı niteliği taşıyan mesaj şöyleydi:

"Günümüzün en önde gelen kamu sağlığı sorunu, nükleer savaş tehdididir. Bu teşhis iki önlemleri gerektiriyor:

1 - Büyüyen nükleer savaş tehdidi karşısında insanları birleştirmek ve harekete geçirmek.

2 - Silahlanma yarışının engellenmesi için harekete geçmek. Çünkü nükleer silahlanmanın tırmanışı, aynı zamanda konvansiyonel silahların ve diğerlerinin de artışı getiriyor. Düşünün ki dünyada silahlanma-

ya saniyede 30 bin dolar harcanıyor. Bir de karşı karşıya olduğunuz sağlık sorunlarını, örneğin Türkiye'deki sağlık sorunlarını düşünün. Bu sorunların çözümü için gereken para miktarını bu miktar ile kıyaslayın.

Meslektaşlarıma mesajım, hepimizin karşı karşıya olduğumuz bu en büyük sağlık sorununun çözümüne katkıda bulunmalarıdır."

## Hastalara mesaj

IPPNW, 1985 yılında Nobel Barış Ödülünü aldıktan sonra "Hastalara mesaj"ı yayınlamıştır.

Bir Hekim olarak, hastalarımı kendi sağlık ve yaşamlarını acil olarak tehdit eden herşeyden haberdar etme görevim vardır.

Büyük bir şehir üzerinde patlayacak olan tek bir nükleer bomba bile, yüzbinlerce kişiyi ortadan kaldıracaktır. Çok az kişi tıbbi bakım görebilecektir.

Topyekün bir nükleer savaş, dünyadaki uygarlığı yokedecek ve insan varlığının kendisi tehlikeye girecektir. Nükleer bir savaşa karşı uygun bir tıbbi mäsilleme olmayacaktır. Tek tedavi onu önlemektir.

Nükleer silah yarışının tehlikeleri konusunda yurttaşlarımızı eğitmek için hastalarımın bana katılmasını istiyorum. Bir araya gelerek, dünyadaki politik liderleri, yok olmaya doğru giden bu yürüyüşü durdurup geri çevirmek için ikna etmeliyiz.

## Norveç Nobel

## Komitesinin resmi

## bildirisi:

## (11 Eylül 1985)

## 1985 NOBEL BARİŞ ÖDÜLÜ

Norveç Nobel Komitesi 1985 Nobel Barış Ödülünü "Nükleer Savaşın Önlemek için Uluslararası Hekimler Kuruluşu"na vermeyi kararlaştırmıştır.

Komitenin görüşüne göre bu kuruluş güvenilir bilgi yayarak ve atom savaşının korkunç sonuçlarının farkına varılmasını sağlayarak insanlığa büyük bir hizmet yapmıştır. Komite, bunun, atom silahlarının çoğaltılmasına karşı olan kitlelerin baskısının artmasına ve var olan silahların sınırlandırılmasına yardımcı olacağına inanmaktadır. Böylelikle sağlığa ve

EKİM 1986-SAYI: 1

diğer insanca konulara daha fazla önem verilecektir. Şimdi Doğuda, Batıda, Güneyde, Kuzeyde belirgin olan bu tür bir kamuoyunun (bilincin) uyanması günümüzdeki silah sınırlandırma görüşmelerine yeni bir boyut ve ciddiyet kazandırabilir. Bu bağlamda, komite bu kuruluşun Sovyet ve Amerikan hekimlerinin kişisel girişimleri sonucu kurulduğu ve şimdi tüm dünyada 40'dan fazla ülke tarafından desteklendiği gerçeğinin özel önemine katılmaktadır. Komitenin isteği (niyeti) kuruluşun iki kurucusu olan ve şimdi Başkan ünvanını paylaşan ABD.'lerinden Prof. Bernard Lown'u ve Sovyetler Birliğinden Jevgeni Thchasov kuruluşları adına Barış Ödülünü almak üzere çağırılmaktadır.

TTB Haber Bülteni yazı kurulu, geçtiğimiz aylarda IPPNW yöneticileri ile bir yazılı söyleşi yaptılar. Daha önce TDB Haber Bülteninde de yayınlanmış olan bu söyleyişiyi sorular ve yanıtlar şeklinde sunuyoruz.

**Soru:** 1985 Nobel Barış Ödülünü kazanarak tüm dünyanın dikkatlerini üzerinizde topladınız. Bu anlamlı ödülü dünya hekimleri ve barış açısından değerlendirir misiniz?

**Yanıt:** 1985 Nobel Barış Ödülü IPPNW içindeki 146.000 hekimin çalışmalarının içten onaylanmasıdır. Bu hekimler sorumluluklarını, hastalarının sağlıklarını ve yaşamlarını, hastane ve kliniklerin ötesinde korumak üzere, dünya çapında genişletmişlerdir. Norveç Nobel Komitesi resmi bildirisinde IPPNW'nun atom savaşının sonuçları hakkında güvenilir tıbbi bilgiyi yaymakla "insanlığa önemli bir hizmette bulunduğunu" açıklamıştır. IPPNW'nun görüşüne göre nükleer savaş tehlikesi, halkın sağlığına karşı, insanlığın karşılaştığı bir numaralı tehlikedir. Hipokrat andı, hekimleri, nükleer tehlikeyle, tıpkı hastalarının sağlığına refahına yönelen herhangi bir tehlike karşısında yapacakları gibi çarpışmaya zorlar.

Nobel Komitesinin belirttiği gibi, IPPNW bilgi yayarak dünyada kamuoyunu uyandırmıştır. Bu da sonuçta, hükümetleri zaten kısıtlı olan kaynakları askeri harcamalar yerine toplumsal ve insanca gereksinimler için yöneltmeye zorlayacaktır.

**Soru:** 1986 Barış Yılında, hekimlerin dünya barışının gerçekleştirilmesi yolundaki sorumluluğu ne olmalıdır?

**Yanıt:** Hekimler dünya barışının gerçekleşmesinde önemli bir role, işleve sahiptirler. Birinci soruya verilen yanıtta da değinildiği gibi Hipokrat yemini, hekimleri hastalarının sağlıklarına yönelen bütün tehlikelerle savaş vermeye zorlar.

Nükleer savaş tehlikesinden başka, insanoğluna yönelen daha büyük bir tehlike yoktur. Toplumlarının

saygın üyeleri olarak hekimler hastalarını ve hükümetlerini bu konuda etkileyebilirler.

**Soru:** Silahlanma yarışı ve savaş psikozunun kitleler üzerindeki etkileri nelerdir?

**Yanıt:** Silahlanma yarışı tüm insanları etkiler. Kaynakların önemli bir kısmı silahlanma yarışını sürdürmeye yöneltildiği için, bir çok toplumsal ve tıbbi gereksinimler karşılanamamaktadır.

Örneğin dünya genelinde, askersel harcamalar için her saat başına 100 milyon dolar (65.000.000.-000 TL) harcanmaktadır. Oysa 1970'lerde su çiçeği hastalığının yerküre üzerinden silinmesi için ortalama 300 milyon dolar harcanmıştır ki, bu değer 3 saatte yapılan askersel harcamalara eşittir.

Silah yarışı ayrıca halklar arasında şüpheyi ve güvensizliği doğurmaktadır. Bu şüphe ve güvensizlik ise silahlanma yarışının yakıtı olmaktadır. Böylece kısır bir döngü yaratılmıştır. Bizim, halkları kutuplara ayıran (kalıplaşmış) yargıları yıkmamız önemlidir. IPPNW 41 ülkede bulunan hekimleri biraraya getirmektedir. Bu hekimler değişik politik sistemlerden geldikleri ve pek çok konuda değişik görüşlere sahip oldukları halde ortak bir düşman olan nükleer silahlara karşı savaşım vermek için birleşmek zorunda kalmışlardır.

Biz farklılıklarımızın üstesinden gelerek nükleer savaşı önlemek için çalışabiliriz, çalışmak zorundayız.

**Soru:** 1986 Dünya Barış Yılında IPPNW'nun çalışma programı ve hedefleri nelerdir? Kuruluş temeli, Atatürk tarafından "Yurtta Barış, Dünya'da Barış" olarak atılan bir ülkenin hekimlerine ileteceğiniz mesaj nedir?

**Yanıt:** IPPNW'nun 1986 için büyük planları vardır. 6. IPPNW Uluslararası Kongresi 28. Mayıs - 1. Haziran tarihleri arasında F. Almanya'da Köln'de yapılacaktır. 60 ülkeden 1000 hekimin bu kongreye katılması bekleniyor. Kuzeyden güneye, doğudan batıya hekim gruplarının, IPPNW'un mesajını yaymak için her ülkeyi ziyaret edeceği bir kampanya başlatılmıştır.

## Türk hekimlerine mesaj

Nükleer savaş önlemek isteyen uluslararası hekimler hareketi IPPNW'nun kuruluşundan bu yana geçen 5 yıl içinde hızla büyümüştür. Bunun nedeni her yerdeki hekimlerin, hiçbir sağlık sorununun nükleer savaş tehlikesinden daha önemli olmadığına bilinci ne varıyor olmalarıdır. Nükleer savaş son salgın olacaktır. Tek sağtım yolu önlemektir. Hastalarımıza karşı sorumluluğunuz nükleer savaşı önlemek için çalışmayı gerektirmektedir. Çünkü onların sağlıklarına ve refahlarına yönelen daha büyük bir tehlike yoktur. Umarım ki, bu bilgiler 1986 Nisan raporunuza hazırlamanızda size yardımcı olur.



# Yanışehir

## DİŞ DEPOSU

Türk Dişhekimleri Birliğinin  
Kuruluşunu Candan Kutlar  
Saygılarımızı sunarız  
Şener Aykulteli

TÜM MUAYENEHANE  
GEREKSİNİMLERİNİZ İÇİN  
ilaç, malzeme, ekipman, cihaz  
ve Laboratuvar malzemeleri,  
Teknik Servis, Periyodik Bakım,  
Montaj ve Dekorasyonda  
firmamız emrinizdedir.

Not: Bulunduğunuz adresleri bildirdiğiniz takdirde, günlük  
gelişen dişhekimliği haberlerini sirkülerle bildiririz.

İzmir Caddesi 13/1 Kızılay/ANKARA Tel: (9-41) 30 20 48 - 30 27 28 • Telex: 44 133 PKTr-tr



**Biodent K + P  
Plus veya izosit  
-Srt-PE gibi akril  
ve kompozit  
türevleri  
porselen olarak  
tanıtılamaz**

Eskiden beri bilinen ve jaket kron, veneer kron faseti veya köprü faseti yapımında kullanılan, normal sıcak akrillerin daha geliştirilmiş bir şekli olan, Biodent K+B Plus veya İzosit - Srt -PE gibi benzeri plastik maddelerin, bazı dişhekimleri tarafından hastalarına porselen gibi tanıtıldığına ilişkin yakınmalar Birliğimize yansımıştır.

Bu tip maddeler normal sıcak akrillere göre daha sert olup, dayanıklılıkları da daha fazladır. Ayrıca renk seçiminde daha geniş olanaklar yaratmaktadır. Bu nitelikleri ile porselen ile normal sıcak akriller arasında yer alan bu maddelerin, hastalara tanıtımı konusunda zaman zaman hekimler arasında çelişkili durumlar ortaya çıkabilmiştir. Bazı laboratuvarlar hekimlere bu tip maddeleri tanıtırken yanıltıcı açıklamalar yapmışlardır. Ayrıca bu maddelerden birinin Türkiye'deki tanıtımında içeriğinde porselen tozları bulunduğu ileri sürülmüştür. Hiçbir akril türevi, porselen tozları ile karıştırıldığında iyi sonuç vermemiştir. Söz konusu sert plastiklerin de porselen tozu içermeleri söz konusu olamaz.

Bu grupta yer alan maddelere, Kuvars, Silisyumdioksit, Feldispat gibi, inorganik partiküller katılmış olsa bile, bunların varlığı maddenin, belli oranda porselen içerdiği şeklindeki bir açıklamayı haklı çıkarmaz. Ayrıca bu tip maddelerde, genellikle polisajlanma yeteneğini bozduğu için bu tür partiküllere yer verilmez. Örneğin: İzosit- Srt-PE pyrolytic silisik asit içerir, esas yapısı Boven çapraz bağlantılı resindir.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

## **Türkiye'de sahte dişhekimleri halkın sağlığını tehlikeye sokmaktadır**

● Çoğu teknisyen adı altında çalışan sahte dişhekimleri, halkımızın ağız ve diş sağlığını ve buna bağlı olarak tüm sağlığını sorumsuzca tehdit etmektedir.

Yasa gereğince, dişhekimleri evvelce bağlı bulundukları Türk Tabipleri Birliğinden ayrılarak kendi kuruluşları olan Türk Dişhekimleri Birliğini 24 Nisan 1986 günü kurdular.

Birliğimizin üstlendiği asal görev, halkımızın sağlık sorunlarına ağız ve diş sağlığı açısından çözümler aramak ve bu çözümlerin sürekliliğini sağlamaktır.

Çok uzun zamandan beri yetkisiz ve bilgisiz kişiler halkımızın ağız ve diş sağlığına müdahale etmektedir. Çoğu teknisyen adı altında çalışan bu sahte dişhekimleri halkımızın ağız ve diş sağlığını ve buna bağlı olarak tüm sağlığını sorumsuzca tehdit etmektedir. Bunun nedeni ülkemizde çok sayıdaki sahte dişçi topluluğunun günümüzde etkinliğini sürdürüyor olmasıdır.

Bu konuya mutlaka bir çözüm bulmak zorunda olduğumuz inanılmıyız.

Meslek için ikinci acil sorunlardan biride eğitilmiş diş teknisyeni yetiştirme sorunudur. Bu arada bu güne kadar çalışan ve mesleğe dürüst olarak hizmet eden ancak hiç bir çalışma yetki ve belgesi olmayan diş teknisyenlerinin durumuna da bir çözüm getirilmelidir. Halen üç fakültede lisans düzeyinde eğitim yapan diş teknisyen okullarının eğitimlerini sürdürdüğünü biliyoruz. Ancak bu okulların kuruluş ve eğitim şeklinin ileride büyük sorunlar çıkaracağına inanıyoruz. Birlik olarak bu eğitimin orta eğitim seviyesinde verilebileceğini ve verilmesi gerektiğine inanıyoruz.

**Dt. Yılmaz Bilgin**

Türk Dişhekimleri Birliği  
Genel Başkanı

Bu durum ülkemizde dişhekimliği malzemelerinin ve tanıtımlarının denetimsizliğinden kaynaklanmaktadır. Hiçbir tıbbi ilacın prospektüsünde uydurma özellikler yazılamaz. Çünkü bu konuda kesin bir denetim söz konusudur. Dişhekimliği malzemeleri içinde denetim mekanizmalarının geliştirilmesi öncelikli bir sorun olarak önümüzde durmaktadır.

Tüm bunlara karşın dişhekim-

lerinin kullandıkları malzemelerin özelliklerini iyi bilmeleri gerekmektedir. Kulaktan dolma bilgilerle ya da satıcının açıklamaları ile yeni çıkan maddelerin kullanılması doğru olmaz. Bu yazının konusu olan sert plastiklerin hastalara tanıtımı ise üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur. Porselen gibi popüler bir maddenin yerine sert plastiklerin kullanılması dişhekimlerini güç durumlara düşürebilir.

## TDB Sahte Dişhekimleri Toplantısı Yapıldı.

21 Eylül 1986 tarihinde Ankara'da Türk Eczacıları Birliği binasının toplantı salonunda, Türk Dişhekimleri Birliği tarafından, "Sahte Dişhekimleri" toplantısı yapıldı. Toplantının konusu ile ilgili olarak, Dişhekimleri Odalarına, daha önceden haber verilmiş idi. Her Odadan iki kişinin katıldığı toplantının, açılış konuşmalarından sonra alfabetik sıraya göre Oda temsilcilerine konuşma hakkı verildi.

Toplantının öğleden sonra yapılan ikinci oturumunda, serbest konuşmalar yapıldı.



"SOSYO EKONOMİK VE KÜLTÜREL AÇIDAN ÇAĞIN BU KADAR GERİSİNDE KALMIŞ BİR ÜLKEDE DIŞHEKİMİ OL-MANIN SAVAŞINI VERMEK ZORUNDAYIZ."

Birlik adına konuşan ve Hatay Dişhekimleri Odası Üyesi Cemil ALTAY "Ekonomik açıdan baktığımızda dişhekimliği ile hastanın arası gittikçe açılmaktadır. Bir yandan Türk Lirası'nın değerinin devamlı düşmesi, diğer yandan sabit ve dar gelirli vatandaşların fakirleşme sürecine girmesi, yaşam kavgası vermesi, yetersiz bütçesinde Ağız ve Diş sağlığına para ayıramamaktadır. Dişhekimliği de işsiz kalmaktadır. Çünkü dar gelirli, daha iyi ve mükemmeli değil, daha ucuzu aramakta, ehliyetsiz kişilere başvurmaktadır. Hükümetler, sağlık politikasını ciddiye almadığı takdirde bu uçurum gittikçe büyüyecektir." dedi.

### Tek tip fatura

Adana ili Odası adına konuşan Dt. Asım SAVAŞ, Kurumlar tarafından karşılığı ödenilecek olan, dişhekimliği faturalarının, Adana'da Oda tarafından onaylanmasının sağlandığını bildirmiştir. Daha önce Oda'ya kayıtlı olmaları söz konusu olmayan, sahte dişhekimlerinin resmi kurumlardan sevk edilen hastalara fatura kestiklerinin, ancak bunun şimdiki uygulama ile engellenmiş olduğunu söyledi. Ayrıca, kendileri, tüm ülkede tek tip dişhekimliği faturalarının kullanımının sağlanmasının, yararlarına inandıklarını belirtmişlerdir.

### Kredi ve istihdam

Ankara Odası adına Dt. Hüsnü ÇUHADAR ve Dt. Muhlis

POLAT sırayla hazırlanan metni sundular. Genç dişhekimlerinin, sahte dişhekimleri ile çalışmak zorunda kalmamaları için, muayenehane açabilecekleri uygun koşullara sahip kredi sağlanmasına ve kamu kuruluşlarında istihdam olanaklarının genişletilmesi gerektiğini belirttiler.

### Sahte dişhekimlerinin diş taraması

İçel Odası adına konuşan, Dt. Mahmut CÖMERT polisin ve sağlık müdürlüğünün, konu hakkında ilgisizliğinden yakındı. Urfa bölgesinde, sağlık müdürlüğü tarafından, diş taramalarına diş taraması yaptırıldığını bildirerek, konunun boyutlarına dikkati çekti.

### Sahte dişhekimlerinin suç üstü yakalanması

Balıkesir Odası'ndan Dt. Ali KALAYCIOĞLU, sahte dişhekimlerinin suçüstü yakalanmasına yönelik çalışmalarını, toplantıda aktardılar. Oda'nın etkin bir şekilde bu kişileri takip etmesi ve ilgili kuruluşlarla yapılan işbirliği sonucu, 26.8.1986 tarihinde Asayiş Şube Ekipleri ile önceden saptanan adreslere baskınlar düzenleyip, zabıtlar tutulmuştur.



### Devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır.

İstanbul Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu Üyesi Dt. Hüseyin MEŞECİ, Oda olarak hazırladıkları raporu, özet olarak sundu. Raporda şu görüşlere yer veriliyor: "Devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan pay bugüne kadar %3 civarında gerçekleşmiştir. Yetersiz sayılabilecek bu bütçeden ağız ve diş sağlığına ayrılan pay nedir, bunu bilmiyoruz. Fakat, bunun çok yetersiz olduğunu söyleyebiliriz. Eğer Devlet kamuda veya sosyal güvenlik kuruluşlarındaki dişhekimleri kadrolarını yeterli ve gerekli bir şekilde istihdam edebilse, dişhekimlerine uygun meslek kredisi verebilseydi ülkemizdeki sahte dişhekimlerinin yarattığı tablo, bu kadar karanlık olmayabilirdi."

Sahte dişhekimlerine karşı polisiye önlemlerle müdahale, sivrisinekleri öldürüp, bataklığı kurutmamaya benzetilmiştir. Çözüm için uzun ve kısa vadeli yapılabilecek işler anlatılmıştır.

# BARIŞ ve SAĞLIK

ANKARA TABİP ODASI  
ANKARA ECZACI ODASI  
ANKARA DIŞ HEKİMLERİ ODASI

FOTOĞRAF  
KARİKATÜR  
ŞİİR

YARIŞMASI

EYLÜL 1986 — ŞUBAT 1987

KONU:

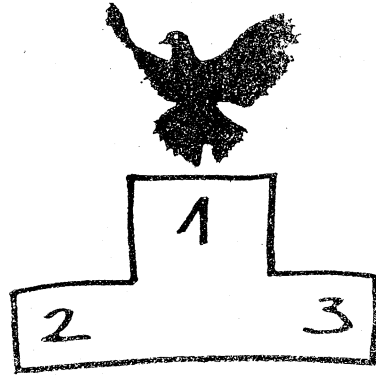
**B**ugün, insanoğlunun en büyük sorunu, nükleer savaş tehlikesidir. En "iyi" olasılıkla, 2.5 milyar insanın öleceği hesaplanan bir nükleer savaşta, hiçbir sağlık yardımının olmayacağı ve yaşayanların ölümlere gıpta edeceği de belirtilmektedir. Ayrıca, dünyada zaten yetersiz olan kaynakların, nükleer ve diğer silahlara ayrılması, her alanda olduğundan daha fazla, sağlık alanında sorunların yoğunlaşmasına yol açmaktadır.

Temel görevi insan sağlığına yönelik tehlikelerle savaşmak olan sağlık personelinin önündeki başlıca sorun, nükleer savaşın önlenmesine katkıda bulunmaktır. Bir sağlık tehlikesine karşı savaşım vermenin en iyi yolunun, onu önlemek olduğu bilinci ile, sağlık personeli bu "son epidemi"yle yaşamın her alanında savaşacaktır ve savaşmalıdır.

İnsanlığın ortak özlemi olan barışı gerçekleştirmek, yaşama sahip çıkmak nükleer savaş tehlikesi savuşturulmadan olanaklı değildir. Bizler, bu amaca hizmet etmek, barışa bir nebze de olsun katkıda bulunmak için "Barış ve Sağlık" konulu yarışmayı düzenlemeye karar verdik. Sorunların en güzel aktarılabilirdiği alan sanatın, bu sorunu aşmada büyük katkısı olabileceği umuduyla...

## KATILIM KOŞULLARI

1. Yarışma, her dalda seçici kurullar dışında, herkese açıktır.
2. Daha önce yayınlanmış yapıtlarla yarışmaya katılınabilir.
3. a) Fotoğraf ve karikatür dalında, her yarışmacı en çok 5 yapıtla yarışmaya katılabilir.  
b) Şiir dalında, her yarışmacı 1 yapıtla



yarışmaya katılabilir.

4. Her üç yarışmanın da konusu, BARIŞ'tır.
5. a) Fotoğraf dalında, baskıların siyah-beyaz olması, kısa kenarların 18 cm., uzun kenarların 30 cm.'den büyük olmaması gerekmektedir.  
b) Karikatür dalında, gönderilecek karikatürlerin boyutlarının 25 x 35 cm.'den büyük olmaması gerekmektedir.  
c) Şiir dalında, uzunluk kısıtlaması yoktur. Daktilo edilmiş 5 nüsha olarak gönderilmesi gerekmektedir.
6. Fotoğrafların arkasına yarışmacının adı, soyadı, adresi ve yapıtın adı yazılmalıdır.
7. Yapıtlar, iade edilmeyecektir. Sergilenen yapıtlar, bir katalog haline getirilip, katılanların adreslerine postalanacaktır.
8. Yapıtlar, en geç 1 Şubat 1987 tarihine kadar, "Ankara Tabip Odası Hanımeli Sokak No: 16/2 Yenışehir-ANKARA" adresine taahhütlü olarak gönderilecek veya elden teslim edilecektir.

## SEÇİCİ KURULLAR: (Alfabetik sırayla)

a)Fotoğraf:  
Vahit ARAS  
Rıza ARAT  
Alp AYDIN  
Ateş ERİNANÇ  
Çerkes KARADAĞ

b)Karikatür:  
Nezih DANYAL  
Ferruh DOĞAN  
Hayat DUMLUPINAR  
Kamil MASARACI  
Ümit ÖGMEL

c)Şiir:

## DİŞHEKİMLİĞİ HABERLERİ

Behçet AYŞAN  
Muzaffer İlhan ERDOST  
Seyyit NEZİR  
Ali PÜSKÜLLÜOĞLU  
Tahsin SARAÇ

### TAKVİM:

Son Katılım Tarih: 1 Şubat 1987  
Sonuç Bildirimi : 15 Şubat 1987  
Sergileme : 9 - 15 Mart 1987  
(Sağlık Haftası)

### ÖDÜLLER:

Her dalda 1.'lere 100.000 TL. ve oda plaketleri  
2. ve 3.'lere oda plaketleri  
TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ  
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
TÜRK MÜHENDİS VE MİMAR ODALARI BİRLİĞİ  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
ANKARA FOTOĞRAF SANATÇILARI DERNEĞİ  
ÇAĞDAŞ GAZETECİLER DERNEĞİ  
KARİKATÜRCÜLER DERNEĞİ  
İSTANBUL FOTOĞRAF VE SİNEMA AMATÖRLERİ DERNEĞİ  
ABECE DERGİSİ  
BİLİM VE SANAT DERGİSİ  
BİLİM VE SANAT YAYINLARI  
BROY DERGİSİ  
DOST YAYINLARI  
DÜŞÜN DERGİSİ  
FELSEFE DERGİSİ  
YARIN DERGİSİ

### Yeni Mezunlarımız diplomalarını aldı

Hacettepe Üniversitesi  
Dişhekimliği Fakültesi ve Ankara  
Üniversitesi Dişhekimliği  
Fakültesi 1985-1986 dönemi  
mezunlarına törenle diplomaları  
verildi. 6.10.1986 Pazartesi günü  
Fakültelerde yapılan mezuniyet  
törenlerinde genç mezunların bu  
mutlu günlerini öğretim üyeleri ve  
aileler paylaştılar.

Türk Dişhekimleri Birliği adına  
Birlik Başkanı Dt. Yılmaz Bilgin ve  
Ankara Dişhekimleri Odası adına  
Dt. Ümit Ülker ve Dt. Reşit  
Kumbasar derece alan genç  
mezunlara plâketlerini ve başarı  
ödülleri vererek başarılarının  
devamını dilediler.

## Hızır Servis'te acil diş tedavisi

"Bakın, dişinizi çekerken kırılırsa veya cerrahi bir çekim sonrası di-kiş gerekirse alet ve malzeme eksikliğimiz nedeniyle hiçbir şey yapamayacağım. Bu koşullar altında müdahale etmemi isterseniz buyurun."

Yukarıdaki sözler, SSYB'nin Ankara'daki tek diş acil servisinde nöbet tutan dişhekiminin sözleridir.

Hızır Servis bünyesinde yer alan ve gecede 20-30 civarında hastanın bakıldığı diş acil biriminde sabaha kadar nöbet tutan ve malzeme eksikliği nedeniyle hastalara gerekli acil hizmeti veremeyen doktorun çaresizliği nereden kaynaklanıyor.

Bilindiği gibi Ankara'da biri GATA ya bağlı diğeri ise SSYB'nin toplam iki diş acil servisi vardır. Önceleri Ankara Hastanesi bünyesinde Diş Tedavi Protez Merkezi dişhekimlerince yürütülen bakanlığın diş acili, daha sonra Hızır Servis kapsamına alınarak Numune Hastanesinin olduğu yere taşınmıştır. Böylece nöbet tutacak dişhekimleri her akşam Ankara Hastanesi Diş Tedavi Protez Merkezinden gelerek Hızır Serviste diş acil nöbeti tutmaya başlamışlardır.

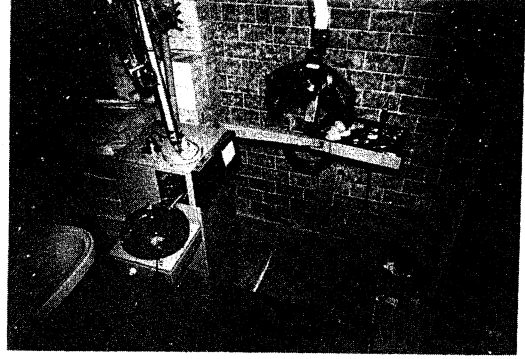
Durumun garipliği, yeni nöbet yeri ile nöbet tutacak hekimin ayrı kurumlarda oluşu, diyalog kopukluğuna ve dolayısıyla acile ilişkin sorunların büyümesine neden olmuştur.

Hızır Serviste tuvalet-banyodan bozma bir odaya kurulan diş acil birimi, temizliği bile yapılmayan bu yerde, bozuk, göstermelik bir ünit-fotöy ve eksik malzemelerle tamamen kendi kaderine terk edilmiştir.

Bu durum, nöbet tutan dişhekimleri meslektaşlarımızca defalarca kınandıktan sonra aynı bozuk ve eksik malzemeler bir kat yukarıya, yoğun bakımda bir hemşire odasına taşınarak sorunun çözül-  
düğü sanılmıştır.

Oysa en gerekli aletlerin yokluğundan tutun, eksilen malzemenin yerine konulmaması, odanın temizliğinin yapılmaması ve hatta el silinecek havlunun nöbetçi dişhekimleri tarafından evden getirilmesi vs. gibi sorunlar süregitmştir.

Dileğimiz, ilgililerin duyarlılık göstererek olaya en kısa zamanda el atmaları, hekim ve hasta açısından en uygun koşulların yaratılarak hizmetin daha kaliteli olmasının sağlanmasıdır.



*Hızır Serviste ilk diş acil odası, tuvaletten bozma bir odada sürdürülüyordu. Resimde görüldüğü gibi, tuvaletin üzeri tahtalar ile kapatılıp üstüne diş üniti yerleştirilmiştir. Sonradan diş acil üst katta, bir hemşire odasına taşındı. Fakat röntgen ve aeratör hala eksiktir.*

## MUAYENEHANELERE BELEDİYE RUHSATI GEREKMIYOR



*Dışhekimlerini de yakından ilgilendiren aşağıdaki yazı, Ankara Tabibler Odası Bülteni'nin 1. sayısından alınmıştır. Bu yazıyı, ATO Hukuk Bürosu hazırlamıştır.*

Bir kısım üyelerimiz; telefon ile odamız avukatı Metin BAY-YAR'a ve odamıza başvurarak, belediye görevlilerinin, muayenehanelerinin RUHSATI olmadığı gerekçesiyle para cezası kestiklerini duyurmuşlardır. Odamız avukatı ve hukuk bürosunun bu konuya ilişkin açıklamasını sunuyoruz.

Çekişme konusu; tabip, muayenahanesi için belediyeden İŞYERİ AÇMA RUHSATI almak zorunda mıdır?

Olayımıza açıklık getirmek için ilkin 2464 sayılı Belediye Gelirleri Yasası'nın 81'inci maddesini, sonra 1580 sayılı Belediye Yasası'nı ve tabiblerin bağlı bulunduğu yasaları sırasıyla bir bütünlük içerisinde incelememiz gerekmektedir.

Yasaları açıkladıktan sonra da, belediyenin oluşturduğu haksız işlemlere karşı başvurulacak yargı yollarını belirteceğiz.

1-2464 sayılı Belediye Gelirleri Yasası'nın 81'inci maddesinin başlığı İŞYERİ AÇMA İZİNİ HARCİ şeklindedir. Yasanın içeriği de, "Belediye sınırları veya mücavir alanlar içinde bir işyerinin açılması işyeri açma izni harcına tabidir", demektir. Yasa burada işyeri açma harcı değil, işyeri açma izni harcı demektir. Kastedilen belediyenin görevine giren işyerinin açılması için İZİN vermesi, daha sonra da buna göre HARÇ alınmasıdır. Örneğin bir kahvehanenin açılması için, önce belediyeden izin alınacak, daha sonra da bunun harcı yatırılacaktır. Bi-

razdan da 1580 sayılı yasayı açıklayacağımız da görüleceği ve eğlence yerleri için izin (ruhsat) vermeye ve yetkili olduğu bu yerlerde de anılan harcı almaya yetkili olacağız.

2-1580 sayılı Belediye Yasasının 5'inci maddesi belediyelerin hak ve görevlerini, 15'inci maddesinin 3'üncü bendi de, belediyenin RUHSAT vereceği yerleri tek-tek saymıştır. Anılan maddede, "....lokanta, biraahane, gazino, kahvehane, kiraathane, meyhane, han otel, hamam, sinema, tiyatro, bar, dansing ve emsali yerler...", olarak belirtilmiştir. Bu işyerleri arasında avukat yazıhanesi, doktor muayenahanesi, eczane, kuyumcu dükkanı belirtilmemiştir. Bu işyerleri, Türkiye Barolar Birliği'nden, Ticaret Odasından, S.S.Y.B. ndan izin

(ruhsat) almak zorundadırlar.

Belediye, odamız üyesi tabiblerin muayenehanesini ruhsatsız diye denetleyemez, ceza kesemez, kapatamaz. Çünkü, yukarıda belirttiğimiz üzere belediye kendi yasası olan 1580 sayılı yasanın 15'inci maddesinin 3'üncü bendinde işyerlerini denetlemek ve ruhsat vermekle yükümlüdür. Aksi durum, yasa dışına çıkmak, yetkisiz olarak işlem tesis etmek olur ki, bu da hukuka aykırıdır. Bu yasa dışı işleme örnek olarak eczacı odasına üye eczacılara ilişkin bir yargı kararı kopyasını yanda sunuyoruz.

3- Tabiblerin bağlı olduğu yasalarda da:

a- 6023 sayılı T.T.B. Yasasının 1'inci maddesi, 5'inci maddesinin son bendi ve 7'inci maddesi tabibin muayenehane açmak hak ve yetkisinin bu yasaya tabi olduğu,

b- Yine, 1219 sayılı Tababeti ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına İlişkin yasanın 5'inci, 6'ıncı ve 76'ıncı maddeleri tabibin S.S.Y.B. lığı ve bakanlığın yetkili kıldığı sağlık birimlerinin gözetimi ve denetimi altında mesleğini icra ede-

Dental Instruments

**Bien Air**  
Switzerland

**Kemal Esti**

*Airatör-Mikromotor  
Piyasement ve  
Anguldruva'da  
Harika teknoloji*

Türkiye Acentası ve Servisi  
Ziya Gökalp Cad. No. 24/54  
Kızılay-ANKARA  
Tel: 33 13 61

ceği,

c- 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasasının 1'inci ve 2'inci maddeleri ile 3'üncü maddesinin 5 ve 11'inci fıkralarında işyeri açılmasına, yani tabibin muayenehanesinin açılmasına izin ve denetimin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca yapılacağı,

d- Yine, 3153 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi, Müesseseleri Hakkındaki Yasanın 1'inci, 2'inci, 5'inci ve 7'inci maddelerinde de Tabiblerin muayenehane açmasının izninin S.S.Y. Bakanlığınca verileceği, belirtilmiştir.

4- Yukarıda belirtildiğimiz üzere, belediyelerin yasaya aykırı işlem tesis etmeleri karşısında nasıl davranılacağına gelince;

a- Ruhsat harcı tahakkuk ettirip ilgili tabibe tebliğ edildiğinde, tabibin bu bildirimden kendisine ulaştığı tarihten itibaren 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Yasasının 7'inci maddesi uyarınca 30 gün içinde yetkili ve görevli vergi Mahkemesine tahakkuk ettirip

harcın iptali davasını açması, gerekmektedir.

b- Umuru Belediye Müeallik Ahkâmı Cezaiye Hakkında ki 486 sayılı yasanın bazı maddelerini değiştiren 1608 sayılı yasanın 4'üncü maddesi gereğince, Belediye tabibin muayenehanesini ruhsatsız olarak işlettiğine ilişkin Suçlu Zabıt Varakası tutup, tebliğ etmesinden itibaren 2 gün içinde ilgili tabibin belediye encümenine dilekçe ile itiraz etmesi gerekir. Encümen itirazı yerinde görülür ise sorun yok. Eğer ceza vermesi gerekiyor ise, 5 gün içinde ceza kararını vermesi gerekir. Tüm bu itirazların, içeriği yukarıda saydığımız yasa maddeleri çerçevesinde yapılması gerekir. Yargı yoluna gitmede avukatın yardımını istenebilir.

c- Şayet, belediyenin tesbit ettiği zabıt varakası ile Encümen tabibe 1608 sayılı yasa çerçevesinde para cezası vermiş ise, ilgili tabibin bu kararın tebliğinden itibaren 5 gün içinde nöbetçi Sulh Ceza Mahkemesi nezdinde İTİRAZ davası açması gerekir.

d- Yok, eğer belediye encümeni işyerini faaliyetten men gibi idari karar alırsa buna karşı da 2577 sayılı idari yargılama usulü yasasının 7'inci maddesi gereğince 60 gün içinde nöbetçi idare mahkemesinde YÜRÜTMEYİ DURDURMA istemli iptal davası açmak gerekir.

T.C.

ANKARA

4 ÜNCÜ İDARE MAHKEMESİ

ESAS NO: 1986/419

DAVACI VE YÜRÜTMENİN DURDURULMASINI İSTEYEN: A Birsen Turgay

Turgay Eczanesi Reşit Galip Cad. No: 14/18 K.Esat/ANKARA

VEKİLİ: Av. Metin Bayyar  
Ş. Adem Yavuz Sok. 4/4  
Kızılay - ANKARA

KARŞI TARAF: Çankaya Belediye Başkanlığı ANKARA  
İSTEĞİN ÖZETİ: Davacıya ait eczanenin küşat ruhsatı alınmaya kadar faaliyetten menine dair Çankaya Belediye Encümeninin 30.12.1985 gün ve 3594/1 sayılı kararının iptali ve yürütmenin durdurulması istemidir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar Veren Ankara 4'üncü İdare Mahkemesince işin gereği görüldü.

6197 sayılı yasanın 5'inci maddesinde; eczane açmak isteyeninin Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletine veya alâkalı Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğüne veya Mahalli Hükümet Tabipliğine müracaat edeceği hükme bağlanmış, 1580 sayılı Belediye Kanununun 15/3 maddesinde ise; belediyelerden ruhsat almak durumunda olan iş ve eğlence yerleri" ... lokanta, birahane, gazino, kahveha-

## METRO DİŞ DEPOSU

TEKNOLOJİNİN SUNDUĞU EN SON  
YENİLİKLERLE HİZMETİNİZDEYİZ.

Ziya Gökalp Cad. Metro Han No. 24/31  
Tel: 33 77 61 - 33 77 12 Kızılay-ANKARA

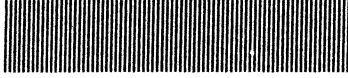


ne, kiraathane, meyhane, han, otel, hamam, sinema, tiyatro, bar, dansing ve emsali yerler.." olarak belirlenmiş, sayılan yerler arasında eczaneler yer almamıştır.

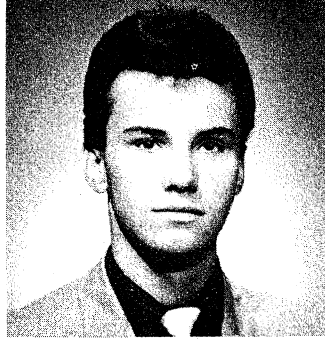
Buna göre söz konusu iş yerinin açılması için belediyeden ruhsat alınma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Bu nedenle; küşat ruhsatı alınmadığı gerekçesiyle davacıya ait eczanenin faaliyetten men edilmesi, yukarıda açıklanan yasa hükümleri karşısında açıkca hukuka aykırı olduğu gibi yürütülmesi halinde telafisi güç zararlar doğacağından 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 27. maddesi gereğince teminat alınmaksızın 90 gün içinde yürütmenin durdurulmasına ve tebliğin tamamlanmasına 4.6.1986 gününde oybirliğiyle karar verildi.

|              |        |        |
|--------------|--------|--------|
| Başkan       | Üye    | Üye    |
| Zafer        | Nesrin | Zehra  |
| Kantarçioğlu | Burma  | Birden |
| 26336        | 26291  | 26413  |

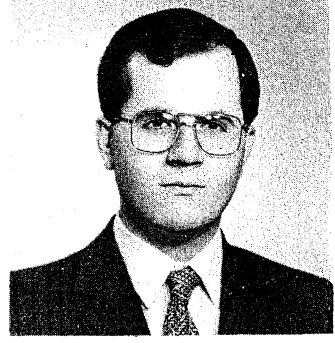


## İki genç arkadaşımızı yitirdik



Mustafa Can Akman (1964-1986) ve Serdar Görür (1964-1986)

Bu iki arkadaşımız, hiç beklediğimiz bir anda, elim kazalar sonunda, bizleri dayanılmaz



acılar ve derin üzüntüler içinde bırakarak terkettiler. Kısa ama onurlu yaşamları bizlere örnek olacaktır.

Tüm sevenleri ve dişhekimliği çevresi; Başımız sağolsun.

## Birlik Merkezimiz için yer tutuldu

Kuruluşunu tamamladıktan sonra, uzunca süre parasal nedenlerle, yer tutamayan Birliğimiz, bir süre için Ankara Dişhekimleri Odasının Mithatpaşa Caddesi üzerindeki merkezinde çalışmalarını sürdürdü. Eylül ayı içinde, Atatürk Bulvarı No: 115/11 Kızılay adresinde bir daire tutup yerleşmesinden sonra, Birlik ça-

alışmaları ve toplantılar, burada sürdürülmeye başlandı. Birliğimizin telefon numarası: 17 74 92'dir.

**Türk Dişhekimleri Birliği Büyük Kongresi 19-20 Nisan 1986 tarihinde yapıldı.**

19-20 Nisan 1986 tarihinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Eğitim Merkezi salonunda yapılan 1. Türk Dişhekimleri Birliği kongresi ile Birliğimiz kurulmuş oldu. Kongre Başkanlığını Yılmaz MANİSALI yaptı.

**İstanbul ve İzmir Dişhekimleri Odaları Yayın Çıkardılar**

İzmir Odasının yayınladığı ve ikinci sayısı da elimize geçen dergi, ücretsiz olarak üyelere dağıtılıyor. Yaklaşık 40 sayfalık dergide Oda'dan haberler ve bilimsel yazılar yer alıyor. Dergi iki ayda bir çıkıyor.

İstanbul Dişhekimleri Odası ise bir bülten çıkardı, küçük boy bülten-de, haber ve bilimsel içerikli yazılar var. Yılda 4 kez çıkması planlanmış. Bu arada Samsun Odası bir bülten çıkararak Oda ve Birlik haberlerini, üyelerine duyurmaya çalıştılar.



**ÖZKAN**  
DIŞ DEPOSU  
Tic. Ltd. Şti.

**Swe Dent**  
Modern Protez  
Diş Laboratuvarı



**Celal Özkan**

Dr. Mediha Eldem Sok. No:38/3

Tel: 33 71 11 - 33 52 08 - 31 56 73

Kızılay-ANKARA

## DUYURU

“ÖSTRADİOLUNDECYLAT” adlı maddeyi ihtiva eden “PROGYNON DEPOT 100 mg” adlı preparat yüksek dozda bir hormon preparatıdır. Bakanlığımıza intikal eden şikayetlerden ilacın prospektüsünde yazılı amaçlar dışında kullanıldığı anlaşılmıştır.

Amaç dışı kullanılması halk sağlığı açısından tehlikeli durumlar yaratacağından kesin olarak prospektüsünde yazılı olan endikasyon dışında kullanılmaması ve reçetesiz satılması gerekmektedir.

**Ecz. Rifat ÖKTEM**  
**GENEL MÜDÜR VEKİLİ**

### Meslekler sözlüğünde “Diş Teknisyeni”

1986 yılı, yayınlanmış olan, İş ve İşçi Bulma Kurumunun Türk Meslekler Sözlüğü’de, meslekler 6 ana gruba ayrılmış ve kod numaraları verilerek mesleklerin ünvan ve tanımları yazılmıştır. 064-20 kod no’lu dişteknisyenliği tanımlanırken hata yapılmış, dişteknisyenin görevlerine gereğince diş çekebileceği ve dolgu yapabileceği eklenmiştir. Konuyu İş ve İşçi Bulma Kurumu yetkilileri ile görüştük. Hata, bu sözlüğü hazırlayan memurların yetkisiz kişilerden bilgi almasından kaynaklanıyormuş. Bir, iki ay içinde doğru yanlış cetveli yayınlanarak bu hatayı düzeltereklerini bildirdiler.

—Türkiye İş Bankası Genel Müdürlük Sosyal İşler Müdürlüğü ile yapılan sözlü görüşmeler sonucu banka hastalarının faturalarının Bölge Odaları tarafından kontrol edilmesi konusunda mutabık kalındı. Bu konuda Ankara Odamız öncülük yaparak ilk uygulamaları başlattı. Banka yetkilileri ile görüşmelerimiz devam etmekte olup önümüzdeki günlerde bu konuda ortak bir protokol hazırlanacağını umuyoruz.

—Birlik Merkez Yönetim Kurulumuz Tabela Standardı Esaslarını belirleyip bütün Odalarımıza duyurdu.

—Birliğimiz bir amblem belirlemek için Dünya Dişhekimleri Birliğine üye ülkelerin Dişhekimlerini Birliklerinden amblemlerini istedi. Bunların pekçoğuna yanıtlar geldi. Önümüzdeki günlerde elde bulunan amblem örneklerinden de esinlenerek birkaç amblem örneği belirlenecek ve bunlar hakkında Odaların da görüşü alındıktan sonra en uygun olanı amblem olarak benimsenecektir.

—Birliğimizin Odalara fatura tasdiki konusunda bölgelerinde girişimde bulunmaları için yazdığı yazı üzerine Adana Odamız gerekli girişimlerde bulunmuş ve bölgelerinde her türlü resmi faturanın Oda tarafından tasdik edilmesini sağlamışlardır. Kendilerini kutlarız. Bu konuda Birliğimiz Maliye Bakanlığı yetkilileri ile görüşmeler yapmaktadır.

*Bu sütunda yer alacak bölge haberleri için odalarımızdan yazı bekliyoruz.*

## Türk Dişhekimleri Birliği kimlikleri hazırlanıyor

Dişhekimleri için tek tip bir kimlik, hazırlıkları, Birliğimiz tarafından sürdürülmektedir. Kimlik sahibi olmak isteyen üyelerin;

a- Oda tarafından tasdikli, cüzdan no’su havi, bir nüfus cüzdanı örneği,

b- 2 Adet vesikalık fotoğraf (mümkünse renkli)

c- 1500 TL. para,

d- Oda kayıt, diploma ve diploma tescil no’ları,

Yeni kimlik kartları hazırlanınca ya kadar isteyen meslektaşlarımıza Odalar bölgelerinde kayıtlı dişhekimisi olduğunu bildiren bir belge verebilirler.



“1955’den beri”

**DIŞMAL DIŞ DEPOSU**

**TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ**

Tel: 18 36 80 - 31 57 34

Selanik Cad. No. 28/6

Kızılay-ANKARA

Tıp mesleklerinde din,  
dil, ırk ve düşünce  
ayırımı yapmanın  
insanları sağlık  
açısından farklı  
görmenin başlangıcı  
olacağı ve bunun hiçbir  
uygar ölçü ile ve  
hekimlik yemini ile  
bağdaşmayacağı  
ortadadır.

## TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

Atatürk Bulvarı 115/11 Tel: 17 74 92

### BASIN BÜLTENİ

Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin düzenlediği İkinci İslam Ülkeleri Haftası hakkında Türk Dişhekimleri Birliği görüşüdür:

Tıp mesleklerinde din, dil, ırk ve düşünce ayırımı yapmanın insanları sağlık açısından farklı görmenin başlangıcı olacağı ve bunun hiçbir uygar ölçü ile ve hekimlik yemini ile bağdaşmayacağı ortadadır.

Bilim adamlarının ellerindeki bir dilim ekmeği yalnız İslam Ülkeleri ile değil bütün insanlıkla lokma lokma bölüşülmesi gerektiği kanısındayız. Atatürk ilke-lerini ve bilimin evrenselliğini sınırlandıran bu tür toplantılar yapılmasına Türk Dişhekimleri Birliği olarak karşıyız.

Türk Dişhekimleri Birliği  
Merkez Yönetim Kurulu

22 Eylül 1986 tarihinde İstanbul'da, Marmara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi tarafından düzenlenen 'İslam Ülkeleri Dişhekimliği' haftası ile ilgili olarak, Birliğimiz, basına bir açıklama yaptı. Haftanın ilk günü, İstanbul'lu 83 dişhekiminin imzasını taşıyan bir protesto duyurusu yayınlandı. Konu ile ilgili olarak, Cumhuriyet ve Milliyet gazetelerinde çıkan haberleri yayınlıyoruz.

## Bilimde, din farkı olmaz

İkinci İslam Ülkeleri Diş Hekimliği Haftası, dün Atatürk Kültür Merkezi'nde mehter takımının çalıp söylediği, "kahramanlık şarkılarıyla" çalışmalarına başladı. "Ağız-diş yapısının ve tedavisinin dinlere göre bir farklılığı olmadığını" belirten 83 İstanbullu diş hekimi, söz konusu haftayla ilgili olarak imza kampanyası düzenleyerek İslam Ülkeleri Diş Hekimliği Haftası'nı kınadılar. Hafta'nın açılışını yapan Marmara Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Orhan Oğuz, halen üniversitelerinde 300'ü aşkın Orta-Doğulu, Afrikalı öğrencinin bulunduğu, üniversite yönetimi olarak bu sayıyı 2 bine çıkarmayı hedeflediklerini söyledi.

İlk günü çeşitli kültürel ve sanatsal etkinliklere öteki dört günü ise ağız ve diş sağlığı ile diş hekimliği üzerine bilimsel oturumlara ayrılan İkinci İslam Ülkeleri Diş Hekimliği Haftası, mehter takımı gösterisinden sonra AKM'nin büyük salonunda yapılan konuşmalarla devam etti.

46 bildirinin sunulmasının planlandığı ve 280 diş hekiminin katıldığı açılış töreninde ayrıca, Arap Diş Hekimliği Federasyonu Başkanı Dr. Abdullah Alsibahi, İslam Ülkeleri Diş Hekimliği Birliği Konseyi üyesi Ahmet Niyazi ile 6 İngiliz, Alman ve Amerikalı bilim adamına başarılarından dolayı birer plaket verildi.

Öte yandan İstanbul'da düzenlenen "İslam Milletleri Diş Hekim-

liği Haftası'nı kınayan bir grup diş hekimi bir imza kampanyası başlatarak "Bilim tektir. Hristiyanın-ın ayrı, İslamın-ın ayrı değildir" dediler. 83 diş hekiminin imzaladığı duyuruda ayrıca şu görüşlere yer verildi:

"Ağız ve diş yapısında dinlere göre bir fark olmadığı gibi, tedavide de farklı bir uygulama yoktur ve olamaz. Biz aşağıda imzaları bulunan diş hekimleri olarak, 'din, milliyet, ırk, parti ve toplumsal konuları mesleğimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim' diyerek ettiğimiz Hekimlik Andı'na bağlı kalarak hekimleri dinlere göre bölmeye çalışan bu düşünceye karşı çıkıyor ve kamuoyunun da bu düşünceyi mahkum etmesini bekliyoruz." Cumhuriyet, 23 Eylül 1986

### İMF'E KARŞI 83 DİŞÇİ...

İslam Milletleri Diş Hekimliği Haftası İstanbul'da sürüyor. Haftanın bir ilginç yanı yapılan dizi panellere sadece tek bir yabancı İslam diş hekiminin katılması. Geri kalanlar İngiliz, Amerikalı, Alman ve Türk..

İstanbul'da 83 diş hekimi bir bildiri imzalayarak, bu haftayı protesto etti. Hekimler, Hristiyanın ağız yapısıyla İslam'ın ağız ve diş yapısı arasında fark olmadığını, Hristiyan usulü tedavi veya İslam usulü tedavi diye bir ayrım bulunmadığını toplantının, "Din, milliyet, ırk, parti ve

toplumsal konuların mesleğimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim" diyen hekimlik andına ters düştüğünü kaydettiler.

Milliyet muhabiri dün toplantıyı düzenleyen Marmara Dişçilik Fakültesi Dekanı İlhan Çuhadaroğlu'na 83 hekimin protestosu konusunda ne diyeceğini sordu O da:

"İstanbul'da 2500 hekim var. Bunun içindeki 83 hekim bir şey ifade etmez. Kaldı ki o hekimler IMF'ye de AET'ye de karşı" dedi.

Milliyet, 22 Eylül 1986

## Pakistan Dişhekimleri Birliği Dergisi'nden

### Journal of the Pakistan Dental Association

*Bu yazı P.D.A. (Pakistan Dental Association) ikinci sayısında çıkmıştır. Ülkelerinde bir dişhekimliği yasasının çıkması için gerekli girişimleri başlatmakla ilgili bir konudur. Yazıyı olduğu gibi çevirmenin yararlı olacağını düşündük. Değişik bir ülkenin sorunlarının ve bakış açılarının ilginç olacağı kanısındayız.*

"Dünyanın bu kesimlerinde demokrasi, iktidarların, iyi niyetinden veya toplumun baskısına boyun eğmesinden daha çok onlara göstermelik bir lütfudur. Pakistan'da, bu görüntünün herhangi bir yerine oturtulabilir. Fakat şimdi çeşitli konularda bağımsızlığını kanıtlayabilecek yasal düzenlemeleri seçme şansına sahip olmuştur.

Bu uyanan politik yaşamda yeni kalp atışlarından biri de dişhekimliği mesleğine ait olabilir. Bir arada çalışan insan grupları için, özellikle bunlar profesyonelse, kendi aralarındaki ilişkileri ve hizmet etmeyi düşündükleri kesim arasındaki ilişkileri düzenlemek için bir seri kurallar dizisi gerekir. P.D.B. son se-

çimlerden sonra yapılan ilk toplantısında Dişhekimleri Yasası çıkarılması için gerekli girişimleri yapmaya karar almıştır.

Pakistan'daki dişhekimliği mesleği, cesur düşüncenin eksikliği, inisiyatifsizlik ve hekimlerle olan şansız bürokratik ilişkilerden dolayı yerini bulamadı ve ayrı bir yasa için serbestçe hareket edemedi. P.M.D.C. (Pakistan Medical and Dental Council) aslona bakarsak bize pek yardımcı olamadı ve bunun içindir ki, Karaçi'de Aralık 1981'de toplanan 1. Pakistan International Dental Kongresinde daha sonra da çeşitli forumlarda da yansıyan, P.D.C. kurulması kararı oybirliği ile alındı. Bu sadece bağımsız bir davranış

ortamına kavuşmak veya P.M.D.C.'den rahatsız olduğumuzdan değil de, düşüncelerimizi ve kaynaklarımızı verimli bir şekilde kanalize edebilmek için verilmiş bir uğraştır.

Çalışan niteliksiz büyük bir grubun varlığının, şimdiye kadar yapıldığı gibi gözardı edilmesi onların sadece artmasına neden olmuştur. Bunları ana hizmet akışından çekmek yönetimdeki görevlilerin kaptislerine bağlı olmakta, hatta kontrol edilmemeleri özellikle fakir hastaların ağız ve diş sağlığını tehdit etmektedir. Pencab'da bu olay sahte hekimler yönünden de varolmaktadır. İngiltere, Hindistan ve Bangladeş'de olduğu gibi diğer ülkelerde bu sorunlarla karşılaştılar. Buralarda eğitimsiz uygulayıcıların çalışmalarında sürekli dişhekimlerinin kontrolünde olması sağlanmıştır. Bu bir kere yapılmış, bütün kapılar sonsuza dek kapanır.

**Pakistan'daki  
Dişhekimliği mesleği,  
cesur düşüncenin  
eksikliği,  
inisiyatifsizlik ve  
hekimlerle olan  
şansız bürokratik  
ilişkilerden dolayı  
yerini bulamadı ve  
ayrı bir yasa için  
serbestçe hareket  
edemedi.**

Dişhekimleri Yasası bu konularda ve diğer bir çok konuda çözüm getirebilir. Anayasada belirtildiği gibi, Demokrasinin özü, düşüncelerin iletişimi ve kamu oyunun etkilenmesidir. Kişisel ilişkilerle demokratik müesseselerde görevli insanları etkileyerek bu kesimde etkin bir lobi oluşturmak gerekir.

Beyler, şimdi mesleğe borcunuzu ödemek ve dünyayı daha rahat yaşanır hale getirmek zamanıdır."

Dr. Arif R. Alvi  
Editor in Chief

EKİM 1986-SAYI: 1

## YARGICI DİŞ DEPOSU

### NEDİM YARGICI

Atatürk Bulvarı Sanlı Han No. 105/115  
Kızılay - ANKARA  
Tel 25 34 03

Malzeme çeşitleriyle hizmetinizdeyiz  
hertürlü siparişiniz adresinize  
teslim edilir.

## Ankara Tabibler Odası 1986 Olağan Genel Kurulu yapıldı



### “Çağdaş hekim gelecekte yanadır”

26 Nisan 1986 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Morfoloji Anfi'si'nde yapılan, Ankara Tabipler Odası Olağan Genel Kurulunda, aşağıda isimleri yazılı hekim arkadaşlarımız Yönetim Kurulu üyeliklerini kazanmışlardır.

#### YÖNETİM KURULU

Dr. Selim Ölçer - Başkan  
Dr. Ata Soyer - Genel Sekreter  
Dr. Mahmut Kılıç - Muhasip Üye  
Dr. Derman Boztok - Veznedar  
Dr. Ali Baba oğlu - Üye  
Dr. Eşref Önder - Üye  
Dr. Hamdi Ögüş - Üye

"Çağdaş Hekimler Grubu" adı ile Kongreye katılan meslektaşlarımız seçim öncesi, bir "Çalışma Programı" hazırlamışlardır.

Bu programın giriş kısmında şu görüşlere yer verilmiştir :

"Ülkemizin hekimleri olarak sancılı bir dönem geçiriyoruz. Gerçek kamu görevlisi hekimler olarak, gerekse özel çalışan hekimler olarak, meslektaşlarımızın büyük çoğunluğu içinde bulundukları koşullardan memnun değil. Kamu görevinde çalışanlarımızın alım gücü geçtiğimiz yıllar içinde önemli ölçüde düştü. Bu yüzden çok sayıda meslektaşımız, özel muayenehane açarak ya da özel hastanelerde, polikliniklerde çalışarak, yani çalışma saatlerini artırarak gelirlerini eski düzeyine çıkarma çabasındalar. Gerek muayene ücretlerindeki artışların genel fiyat artışlarının gerisinde kalması yüzünden, gerekse alım gücü düşen halkın özel sağlık hizmetine ayırabileceği miktarın azalması nedeniyle, bütün gün özel çalışma yapan meslektaşlarımızın birkaç yıl öncesine göre aynı geliri elde etmek için çalışmaları gereken süre artıyor. Bu nedenle, özel çalışma ile geçimini sağlayan çok sayıda mes-

lektaşımız, gelecek güvencelerini sağlamak düşüncesiyle, ek olarak bir kamu görevinde de çalışmak istiyorlar."

"Hekimlik Sorunları" başlığı altında, başlıca sorunlar ayrı bölümler halinde ele alınmıştır. "Tedavi edici sağlık kurumlarında bir hekimden günde bakması beklenen hasta sayısı, hekimlik yapmasını önleyecek rakamlara ulaşmaktadır." dendiikten sonra, "Hekimi işine yabancılaştıran, hastayla hekimini birbirine düşüren bir uygulama incelenmeli, bir hekimin günde muayene edeceği hasta sayısı yirmiye sınırlanmalıdır." şeklinde çözüm önerisi getirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin KDV kapsamından çıkarılması istendiği bu programda; muayenehane hekimlerinin gelecek güvencesini sağlamak için, Bağ-Kur uygulamasının günün koşullarına uyarlanması önerilmektedir.

### Çağdaş hekim, kendi sorunlarına, halkının sorunlarına, dünyanın sorunlarına sahip çıkan hekimdir.

Çalışma programı şu şekilde sonuçlandırılmaktadır:

**ÇAĞDAŞ HEKİMLER GRUBU;** emeği ve alınteriyle çalışan halkımızın bir parçası olmaktan onur duymaktadır. Kendi sorunlarının halkın sorunlarından ayrı olmadığına bilincindedir.

Çağdaş hekim, kendi sorunlarına, halkının sorunlarına, dünyanın sorunlarına sahip çıkan hekimdir.

Çağdaş hekim, ancak sağlık hizmetlerinin kamu görevi olarak benimsendiği bir toplumda, kendi haklarının da korunabileceği ve en iyi şekilde hizmet etme fırsatı bulacağını bilmektedir.

Çağdaş hekim, sağlık hizmetleri alanında ilaç ve sağlık tekellerinin etkin kararları belirleme gücünde olmalarına karşı çıkar. Sağlık hizmetlerinin bir sermaye birikim aracı olmasına karşıdır, sağlık hakkının doğuştan kazanılmış bir hak olduğuna inanır.

Çağdaş hekim, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinde ifadesini bulan geniş kapsamlı kamu sağlık sistemlerinin yaygınlaşmasını ister.

Çağdaş hekim, çevrenin korunmasını ister, bütün insanlığın iyi ve sağlıklı bir çevrede yaşamaya hakkı olduğunu savunur.

Çağdaş hekim, insanlara eza, cefa, kötü muamele ve işkence yapılmasına karşı çıkar. Bu işlemler karşısında görünüşte yansız davranmanın aslında bu işlemlere yardımcı olmak anlamına geldiğini düşünür. Bu işlemlere yardımcı olanların açığa çıkarılıp gerekli cezaları almaları için uğraşmayı bir meslek görevi sayar.

Çağdaş hekim, insanın insana kıymaya hakkı olmadığına inanır. Her türlü öldürmeye karşı yaşama ve yaşatma hakkını savunur.

Çağdaş hekim, toplumun bir hastalığı olarak gördüğü savaşa karşı çıkar, yeni kuşaklara barış içinde bir dünya bırakmak için uğraşır.

Çağdaş hekim, Nükleer Savaşa Karşı Hekimler Birliği olarak meslektaşlarının 1985 Nobel Barış Ödülünü almış olmalarından onur duyuyor, nükleer savaş tehlikesinin önlenmesi için çalışmayı bir meslek görevi sayar.

**ÇAĞDAŞ HEKİM,  
AYDINLIK BİR GELECEKTEN  
YANADIR ...**

# Özlük hakları

**S**ağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan- Birliğimize gönderilen bir yazı ile; "Memurlar ve diğer kamu görevli hakkındaki bazı konularda değişiklik yapılmasına dair yetki kanunu çerçevesinde bu tür personelin sosyal ve mali hakları ile ilgili olarak yapılacak düzenlemeler konusunda", kuruluşumuzun görüşlerinin belirlenerek, Bakanlığa gönderilmesi istenmiştir.

**Birliğimizin konuyla ilgili hazırladığı yazıyı sunuyoruz.**

**B**akanlığınızın sağlık personelinin özlük haklarını iyileştirmesi ve dengesizliklerinin düzeltilmesi konusunda dişhekimleri ile ilgili Birliğimizin görüşleri aşağıda özetlenmiştir:

Şimdiye kadar dişhekimlerinin sağlık hizmetleri içerisinde yerlerinin tam olarak belirlenmemesi dişhekimliğinin yönetimler tarafından istendiği gibi yorumlanmasına sebep olmuş; bu da çeşitli maddi manevi mahsurlar ortaya çıkarmıştır. Herşeyden evvel dişhekimlerinin bir tıp mensubu olduğu ve en aşağı 5 yıllık bir eğitimden geçtikleri gözönüne alınmalıdır.

Bu açıdan bakıldığında 4 yıllık bir eğitimden geçen Veteriner Fakültesi mezunu % 16 özel hizmet tazminatı alıp dişhekim-

lerinin % 15 alması kanımızca adaletsizdir.

Bu arada uygulamalı bir meslek dalı olan ve bilfiil çalışarak çeşitli meslek hastalıklarına ve her türlü enfeksiyona açık olan dişhekimlerinin iş riski tazminatı almaması bu meslek grubunu oldukça tedirgin etmektedir. Bu haksızlığın acilen giderilmesi gerekmektedir. Çalışma sırasında bu hastalıklara yakalanmış çok sayıda dişhekimisi resmi kayıtlarda mevcuttur.

Bir hekime Devlet nasıllı gücü nisbetinde ücret ödüyorsa hekiminde sınırlı mesai saatleri içerisinde ancak fiziki gücü nisbetinde hizmet verebileceği aşîkârdır. Başvuran hasta sayısı hekimin fiziki gücünü aşîyorsa bu çalışma temposuna zorlanan

hekim kısa süre sonra hasta kuyruğunda yerini alacaktır. Bu bakımdan bir hekimin mesai saatleri içerisinde maksimum ne kadar hizmet verebileceği yasalarla tesbit edilmeli, eğer bu haddut zorlanacaksa karşılığı ücretle tatmin edilmelidir. Hasta sayılarının Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmaları ışığında dünya standartlarına uydurulması gerekmektedir. Bu konuda Birliğimiz ayrıntılı bilgiler sunabilir.

1965 yılından itibaren zaman zaman çeşitli değişikliklerle genel anlamda sağlık personeline uygulanmakta olan tam gün yasası hizmetin gereği ve mesainin devamlılığı icabı olarak fazla mesai yapmakta olan sağlık personelinin ekonomik sıkıntısını bir ölçüde gidermekte idi. Ancak bilahare adı geçen yasanın mali hükümleri yürürlükten kaldırılmış, ancak sağlık personelinin bu yasa ile konulmuş çalışma süresi aynen devam etmektedir. Bu durum karşısında tüm 657 sayılı yasaya tabi devlet memurlarının haftalık 40 saatlik çalışma süresi, sağlık personeline haftalık 45 saat olarak devam edegelmektedir. Günde 9 saat sürekli ayakta hizmet veren bir konumda dişhekimine yapılan bu haksızlığın acilen giderilmesi haftalık çalışma süresinin diğer kamu görevlileri süresi olan 40 saate indirilmesi yada fazla çalıştırılan sürenin karşılığının ödenmesi adaletin gereğidir.

Bu arada çeşitli sağlık kuruluşlarında dişhekimlerine idari

## ALTAYLI MODERN DÖKÜM DİŞ PROTEZ LABORATUARI

*İsmail Eker-Metin Aykent*

Tel: 29 64 22

Strazburg Cad. 49/8

Yenişehir-ANKARA



görevler verilmemektedir. İdari görevlerde yetenekli görülen dişhekimlerinin bu tip görev dağılımlarında yerlerini alması çok büyük bir haksızlığı ortadan kaldıracaktır. Bizce dişhekimlerinin aldığı eğitim ve öğretim her türlü sağlık kuruluşunda idari görev yapması için yeterlidir.

Lojman yönetmeliğinde sağlık müdürü, verem savaş ve sıtma başkanları, mütehassıslar, baş eczacının adı sayılmasına rağmen dişhekimlerinin lojmanda kalabileceğine dair bir ifade bulunmamaktadır. Aynı hastanede veya aynı sağlık ocağında çalışan dişhekimlerine böyle bir imkan tanınmamaktadır. Sağlık ocağı yönetmeliğinde sırayla "doktor, sağlık memuru, hemşire ve ebe lojmanda kalabilir" denmesine rağmen dişhekimleri için en ufak bir hüküm bulunmamaktadır.

Gerek resmi gazete ve gerekse sağlık mevzuatında hekimlerin ne kadar rapor verebileceği (7 veya 20 gün) belirtilmesine rağmen ilgili maddede yine dişhekimlerinin adından bahsedilmemiştir.

Uzmanlık ve doktora konusunda halen bir kavram kargaşası mevcuttur. Dişhekimliğinde yapılan doktoralar pratikte uzmanlık esaslarına göre yapılmaktadır. Bu kişiler Fakültelerde 2-3-4 yıl bilfiil asistan olarak çalışıp bilgi ve becerilerini artırmaktadırlar. Bu kişilere uzman hekim statüsü tanınmalıdır. Kaldığı uzmanlık tüzüğünde mevcut ortodonti ve protez dallarında ihtisaslaşmış kişilere de bu haklar verilmemektedir.

D tipi sağlık ocaklarında dişhekimisi kadrosu bulunmamasına rağmen kadrolara dişhekimisi istihdam edilmemektedir. Bu kadrolara dişhekimisi istihdamı ile hem meslek mensuplarına iş sahası açılacak hem de halkın ağız ve diş sağlığı konusunda daha iyi hizmet verilecektir.

Genel Kurulumuzda alınan kararlar doğrultusunda halka ağız ve diş sağlığı açısından daha iyi bir hizmet verebilmek ve bu hizmetin ahenkliliğini ve koordinasyonunu sağlamak için Bakanlık bünyesinde bir genel müdürlük oluşturma ve Diş-

hekimleri Birliğinden yüksek sağlık şurasına katılım sağlanmasının oldukça yararlı olacağı kanısındayız.

Saygılarımla arz ederim.

Merkez Yönetim Kurulu Adına  
Genel Başkan  
Dt. Yılmaz BİLGİN

## Ankara Dişhekimleri Odası'nda yönetim değişikliği

Ankara Dişhekimleri Odası Yönetim Kurulu iki üyesinin görevlerinden ayrılmaları nedeniyle yedek yönetim kurulu üyelerinden Dt. Ümit ÜLKÜER ve Dt. Okan SÖZENER Yönetim Kurulu üyeliğine getirilmişlerdir.

Bu arada Yönetim Kurulu içindeki görev bölümü yeniden yapılmıştır. Buna göre Başkan Dt. Ümit ÜLKÜER, Başkan yardımcısı Dt. Demir Temuçin, Sekreter Dt. Hüsnü ÇUHADAR, Sayman Dt. Nevit İlkey BATUM olmuştur. Konu ile ilgili olarak oda Yönetimi "Yeni bir odanın kurulması ek yükler getirir, çok zaman ayrılması gereken bir çok iş için, çalışmaların az sayıda kişi tarafından yürütülmesi, zaten geç saatlere kadar mesai yapmak durumunda olan muayenehane sahibi meslektaşlarımız üzerinde, aşırı yükler oluşturmaktadır. Yönetim Kuruluna yardımcı olabilecek bir takım komisyonların veya benzeri çalışma ekiplerinin oluşturulması ile bu yük kısmen dağıtılabilir. Bunun için bir an önce, bir çalışma programı çerçevesinde bu tip örgütlenmelere gidilmesi gerekmektedir." diyerek görüşlerini açıklamıştır.

## -VİOKLAR- ABİDİN KARGÜN

Senelerin verdiği tecrübe ve teknik imkanlarla hizmetinizdeyiz.

**PORSELENDE ve diğer bütün köprülerde  
her cins metal ENDÜKSİYON MAKİNASI  
ile dökülür ve işleriniz zamanında teslim  
edilir.**

Laboratuvar: Bayındır sok.  
30/2 KIZILAY  
Tel: 31 96 03- 32 47 26

## T.T.B. 34. Büyük Kongresi Yapıldı.

38 oda temsilcisinden 117 delegenin katıldığı kongrenin divan başkanlığına Dr. Erdal Atabek seçildi.

Kongrenin açılışından ve divanın oluşmasından sonra konuk olarak T.D.H.B. Başkanı Dt. Yılmaz BİLGİN'de bir konuşma yaptı. Diğer tıp meslek örgüt temsilcilerinin de dile getirdiği gibi birlik başkanımızda tıp meslek örgütlerinin üst bir federasyonda birleşmelerinin önemini vurguladı. Kongre bu konuda "SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ FEDERASYONU" oluşturulmasına karar alarak yeni yönetime görev verdi.

Hekimlerin sorunlarına ilişkin 16 maddelik bir sonuç bildirgesi kongre tarafından onaylandı. İkinci günkü seçimlere 2 liste katıldı ve yapılan seçimler sonucunda Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in listesi tüm organlarda seçimleri kazandı:

Yönetim Kurulunun ilk toplantısında görev bölümü yapılarak:

Başkan : Prof. Dr. Nusret FİŞEK  
Başkan Y. : Prof. Dr. Kazım TÜRKER  
G.Sekreter : Dr. Uğur CİLASUN  
Sayman Üye: Doç. Dr. Ragıp ÇAM  
Üye : Doç. Dr. Nevzat EREN  
Üye : Dr. İncilay KILIÇ  
Üye : Doç. Dr. Haluk ÖZBAY  
seçildiler.

## DUYURU

Birliğimize gelen haberlerden üyelerimizin aidatlarını aksattıkları öğrenilmiş olup, üye aidatlarının muntazaman ödenmesi hem yasal bir zorunluluk, hem de Birliğin yaşaması için gerekli bir koşuldur.

Değerli üyelerimizin bundan böyle bu konuda gereken hassasiyet ve özeni göstereceklerini umuyoruz.

## GENEL SAĞLIK SİGORTASI 1987'de...

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Personel Genel Müdürü Süleyman Hatinoğlu, "genel sağlık sigortası" uygulamasına 1978 yılı içerisinde geçilmesinin planlandığını açıkladı.

Hatinoğlu, Milliyet'in sorularını cevaplarken, "Doğu illerindeki hekim açığını, 1988 yılına kadar, mecburi hizmetle, tamamen gidericeğiz" şeklinde konuştu.

Genel Müdür Hatinoğlu, tıp fakültelerinde yapılan asistanlık sınavlarını da eleştirerek, "formalite" icabı düzenlenen bu sınavlarla, asistanlığın babadan-oğula geçtiğini öne sürdü. Hatinoğlu, bakanlığa bağlı hastanelerde sınavları "ÖSYM sistemine" bağlayarak bunu önlediklerini ve dedikoduların önüne geçtiklerini savundu.

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürü Süleyman Hatinoğlu, bugünkü yapı ile, Türkiye'de 1987 yılında, "genel sağlık sigortası uygulaması"na geçebileceğini belirterek, şunları söyledi:

"Zaten nüfusumuzun 20 milyonu sigortalı, 30 milyonunun 15 milyonu ise, kullandığı hizmetin karşılığını ödeyebilecek kadar varlıklı. Geriye kalan 15 milyon kişinin giderleri ise, bakanlık bütçesinden karşılanabilir."

## An advance in suture technology

DİŞHEKİMLİĞİ CERRAHİSİNDE

ÖZEL İĞNELİ AMELİYAT İPLİKLERİ

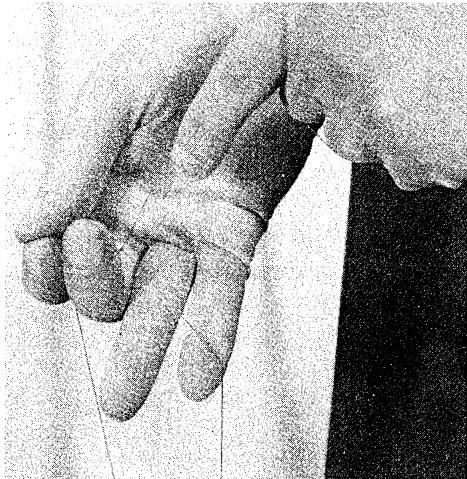
**İTERFARMA KOLL. ŞTİ.**

ADRES: MİTHATPAŞA CAD. 24/7

Y.ŞEHİR-ANKARA TEL: 33 31 71-72

**ETHICON**

TRADEMARK



# Afrika aç, ama neden?..

- Cumhuriyet Dergi'den-

Dr. Erdal Atabek

Büyümüş çocuk gözleri ekrandan bakıyordu. Afrikalı çocuğun gözleri bir şeylere şaşmış gibi, bir şeylerden ürkmüş gibi, ya da öylece açılmış, bakıyordu. Arkadan gelen görüntü, bir ananın kurumuş memelerine uzanan başka bir çocuğu sergiliyordu. Susuzluktan çatlamış topraklar, bir avuç besin maddesine uzanmış insan elleri, umarsız topluluklar, umarsız insanlar...

AFRİKA'DA AÇLIK dünyanın büyük sorunları arasında yerini alıyordu. Eski yüzyılların bulaşıcı VEBA'sı, yerini AÇLIK belasına bırakmış gibiydi. "Açlık", artık bir tehdit değildi, ölümün kendisiydi. Çocuklar ve yaşlılar başta olmak üzere, her gün yüzlerce insan açlıktan ölüyordu. Açlıktan, düpedüz açlıktan ölen insanların bilinmesi, bütün dünyada dehşet duygusu uyandırıyor. Evet, herkes her istediğini yiyemiyordu. Besin maddeleri dağılımı, tüketimi adaletsizdi, dengesizdi, ama bütün bunlar, açlıktan ölmeyi açıklayacak, olabilir gösterecek nedenler değildi.



Bugünlerde, ülkemizde de "Afrika'ya Yardım" kampanyası sürdürülüyor. Bu kampanya için toplanan paralar, sağlanan gelirler Afrika'ya besin maddesi olarak gönderiliyor.

Bütün bunlar iyi, insancıl davranışlar. Bütün bunlarda insanın insana yardımının erdemi var. Ama bütün bunlar, sorunun çözümü demek mi?

Bir ülke, bir coğrafya bölgesi, bir kıta, dışardan gelen yardımla beslenir mi? Sel felaketine uğrayıp da ulaşımı kesilmiş bir yer gibi, ülkeleri dışardan sürekli beslemek olası mıdır? Kimse buna evet diyemez, aslında dememektedir.

Önemli olan, Afrika'yı kendini besler duruma getirmektir. Önemli olan, Afrika'nın neden bu duruma geldiğini bilmektir. Önemli olan, Afrika'yı bu duruma getirin nedenleri ortadan kaldırmaktır.

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ DERGİSİ

Yazar Sophie BESSIS, bu konuda şöyle demektedir "Afrika boynuzunda kuraklık, Uganda'da açlık ve başka yerlerde su baskınları, savaşlar, açlık ayaklanmaları ve diğer felaketler 1979'da olduğu gibi, 1980'e ve 1981'e de damgasını vurdu. Dünyanın birçok bölgesinde kıtlık milyonlarca insanın günlük yaşamının bir parçası. Afrika, Asya ve Güney Amerika'yı içeren bu sefalet evreninde, büyük çoğunluk güney ülkeleri adı verilen ülkelerde yaşıyor.

Bu ülkelerin çoğunun tropikler arası ya da çorak bölgede yer aldıkları ve burada iklim koşullarının, daha kuzeyde yer alan ılımlı bölgedekine göre çok daha değişken olduğu doğru. Üçüncü Dünya Ülkelerinin hızlı bir nüfus artışı gibi ortak bir niteliğe sahip oldukları da doğru ve bunun ortaya çıkardığı ciddi sorunları gizlemek yanlış. Yine de bu olgular, dünyanın bu bölgesindeki beslenme durumunun bozukluğunu kendi başlarına açıklayamamaktadır. Uzun süredir yiyecek sıkıntısı çeken pek çok sayıda ülke bundan ne doğal koşullarının elverişsizliğini ne de nüfus artışını sorumlu tutabilmektedir.

Üçüncü Dünya Ülkelerinin güncel durumu, bunların, giderek artan bir bölümü bakımından birkaç büyük gıda maddesi ihracatçısına bağımlı olmaları olgusu ile daha ciddileşmektedir. Söz konusu ülkelerin başında, bu alandaki üstünlüğü ezici olan ABD gelmekte, onu dünyanın bir bölümünün gıda maddelerinin üstencisi olmaya yönelen Kanada, Batı Avrupa, Avustralya ve Arjantin izlemektedir. Uluslararası ilişkilere güç dengesi egemen olduğundan, bunların yüzyıllardır süren sömürünün ve kayıtsızlık yıllarının kendilerine verdiği bu tehlikeli güçten yararlanmaya yelteneceklerine kuşku yok. Amerikalı yöneticiler her fırsatta bu tehdide başvuruyor ve yeri gelince gıda silahını kullanıyor, diğerleri ise daha ölçülü olarak onu izliyorlar. Öte yandan, güneyin aç kalmış yığınları ile kuzeyin karnı tok azınlığı arasındaki dengesizlik bugün, patlayacak hale gelinceye dek beklenemeyecek kadar vahim."

Yazarın açıklamaları, azgelişmişlik kısıcında çırpınan ülkelerin beslenme sorunundaki trajedilerini ortaya koyuyor. Bir yandan ekonomik bağımlılık, diğer yandan azgelişmişliğin ürünü olan hızlı nüfus artışı, süregelen sömürü, doğal koşulların elverişsizliğiyle birleşince, açlık önlenemez olmuştur.

Milyonlarca insan AÇ AFRİKA'ya sadaka" anlayışıyla verdiği paraların sorunu çözmediği duygusuna kapılmakta, bu arada ise, egemen devletlerin azgelişmiş ülkelerde uyguladığı sömürü olanca hızıyla sürüp gitmektedir.

Afrika, dışardan değil, Afrika'dan beslenir. Bunun koşulları da, azgelişmişlik çemberinin kırılması, ülke ekonomisinin bağımlılıktan kurtarılması, beslenmenin bir silah olarak kullanılmasının önlenmesidir.

Afrika'ya gerçek yardım budur, sadaka değil....

# Türk Tabipler Birliği "siyasetle uğraşmakla" suçlanıyor İdam cezasına karşı çıkan doktorlar yargıç önünde

## BASINDA T.T.B. DAVASI

Ankara Cumhuriyet Savcılığı'nca hazırlanan iddianamede Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyelerinin ölüm cezalarının kaldırılması için Cumhurbaşkanı, Başbakan ve TBMM üyelerine mektup yazmaları nedeniyle görevlerine son verilmesi istendi.

ANKARA (Cumhuriyet Bülteni) — Ankara Cumhuriyet Savcılığı, Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi'nin 6 yöneticisinin "Görevlerine son verilerek yerlerine yenilerinin seçilmesi için" bir iddianame hazırladı. Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu, Doç. Dr. Nevzat Eren, Doç. Dr. Ragıp Çam ve Diş Tabibi Hüs-

nü Çuhadar "Ölüm cezasının kaldırılması için, cumhurbaşkanı, başbakan ve TBMM üyelerine bir mektup yazarak siyasetle uğraşmakla" suçlanıyorlar.

Ankara 3. Asliye ve Hukuk Mahkemesi'nde 29 Aralık 1985 tarihinde başlayacak yargılamada, TTB Merkezi Konseyi üyelerinin görevlerine son verilmesi durumunda, haklarında ayrıca

Dernekler Yasası'na muhalefetten ceza davası da açılabilir.

Adalet Bakanı Nejat Eldem'in suç duyurusu ile başlatılan kovuşturmada, TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Nusret Fişek'in: "Ölüm cezasının tabiplik mesleği ile bağdaşmadığı, mesleğin asıl amacının insanı yaşatmak olduğu ve bu nedenle ölüm cezasının kaldırılmasını diledikleri" belirttikten sonra "Bir doktorun ölüm cezasının infazında bulunmasının tub meslek ahlak kurallarına aykırı olduğuna inandıklarını" söylediği öğrenildi.

Öte yandan Türk Tabipler Birliği (Arkası Sa. 13. Sü. 3'te)

(Baştarafı 1. Sayfada)

lizi'nin de üye olduğu Dünya Tabipler Birliği "Doktorların ölüm cezalarının infazında bulunmalarının meslek ahlak kuralları ile bağdaşmadığını" üye kuruluşlara bildirdiği saptandı. Dünya Tabipler Birliği'nin 34. Genel Kurulunda alınan bu karardan sonra ölüm cezasının yürürlükte olduğu bazı Batı ülkelerinde doktorların bu karara uyduğu belirtiliyor. ABD, F. Alman ve Japon delegelerin ağırlıklı olarak temsil edildiği Dünya Tabipler Birliği'nin, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyelerinin yargılanmaları ile yakından ilgilendiği öğrenildi.

ÖLÜM CEZALARININ  
TCK'DAN ÇIKARILMASINI  
İSTEMEK

Ankara Savcılığı'nca hazırlanan 14.11.1985 tarih 1985/166 sayılı iddianamede, 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği yasasının amaç maddesine göre, "Birliğin tabip ve diş tabipleri arasında

mesleki dayanışmayı korumak, tabipliğin ve diş tabipliğinin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının haklarını korumakla yükümlü olduğu" belirtilerek, ölüm cezalarının kaldırılmasını istemenin yasaya aykırı bir tutum sergilediği bildirildi. İddianamede özetle şöyle denildi:

"28.9.1985 tarihinde yapılan Yönetim Kurulu toplantısında ölüm cezalarının TCK'dan çıkarılması yolunda bir bildiri hazırlayıp cumhurbaşkanı, başbakan, bakanlar ve milletvekillerine gönderilmesi hususunda karar alınmış ve bu karar uyarınca hazırladıkları bildiriye belirtilen kişilere göndermişlerdir. Bu bildiri metninde yazılı olanlar birliğin amacıyla bağdaştırılamaz."

Edinilen bilgilere göre Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi daha önce de çeşitli yasalarda değişiklik yapılması için ilgili kuruluşlarını çeşitli yönetici kademelerine bildirmişti.

## Bildirici doktorlar yargılanıyor

Türk Tabipler Birliği  
Merkez Konseyi  
üyeleri Prof. Nusret  
Fişek, Prof. Atalay  
Yörükoğlu, Doç. Dr.  
Haluk Özbay, Doç. Dr. Nevzat Eren, Doç. Dr. Ragıp Çam ve Dr. Hüs-

nü Çuhadar hakkında Adalet Bakanı'nin emri ile açılan davaya başlandı.

# Doktorlar yargılanıyor

### TABIPLER BİRLİĞİNİ SAVUNDULAR

**Erem:** Dava Merkez Konseyi üyelerinin tasfiyesi için açılmış bahane bir davadır. İşin en acı tarafı da bunda adaletin araç edilmesidir.

**Tahtakılıç:** İdam cezasının kaldırılması için Cumhurbaşkanı ve milletvekillerine başvuran TTB memleketimizi'n onurunu kurtarmıştır.

**Aksoy:** Tabipler Birliği idam cezası konusunda düşüncesini dile getirmeseydi mesleğine ihanet etmiş olurdu.

**Çelenk:** Dava doğrudan doğruya anayasanın güvencesi altındaki düşünce özgürlüğünü hedef almıştır.

**Savı:** Bu durumda bir kamu niteliğindeki meslek kuruluşlarının yapacağı tek şey görüş açıklamadan önce Adalet Bakanlığı'na haber vermesi olacaktır.

ANKARA, (Cumhuriyet Bülteni) — Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi üyelerinin, idam cezasına karşı çıkarak görevleri dışına çıktıkları gerekçesiyle birlik yönetimindeki görevlerine son verilmesine ilişkin davaya dün 3'üncü Asliye Hukuk Mahkemesi'nde başlandı. Adalet Bakanı Necat Eldem'in suç duyurusuyla haklarında dava açılan TTB Merkez Konseyi üyelerinden Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu, Doç. Dr. Haluk Özbay, Doç. Dr. Nevzat Eren, Doç. Dr. Ragıp Çam ve Dr. Hüsnu Çuhadar'ın savunma avukatlarından Faruk Erem, davanın TTB Mer-

kez Konseyi üyelerinin tasfiyesi için açılmış bahane bir dava olduğunu belirterek, "En acı tarafı ise bu işe adaletin araç edilmesi" dedi.

Savunma avukatlarından Ahmet Tahtakılıç, aralarında Uluslararası Af Örgütü, uluslararası sorunlarla ilgili Kiliseler Komisyonu, Uluslararası Demokratik Avukatlar Birliği, Dünya Müslümanlar Kongresi'nin de bulunduğu 25 kuruluşın ölüm cezasının tüm ülkelerden kaldırılması için imza verdiğini belirterek, "Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyeleri idam cezasının (Arkası Sa. 7. Sü.2'de)

# Tabipler Birliği mahkeme önünde

Ayhan AYDEMİR

**ANKARA; (Hürriyet).** - Yayınladıkları bir bildiri-  
de, ölüm cezalarını "İlkel bir  
intikam duygusu" olarak gören  
Türk Tabipler Birliği'nin 2'si  
profesör, 3'ü doçent 6 yönetici-  
si hakkında iki ayrı dava açıl-  
dı. Birlik yöneticilerinin 6 ay-  
dan 2 yıla kadar hapisleri iste-  
niyor. Adalet Bakanı Necat El-  
dem'in emri üzerine haklarında  
dava açılan Birlik yöneticileri,  
yarın yargıç önüne çıkacaklar.  
Türk Tabipler Birliği Mer-  
kez Konseyi üyelerinin hazırla-  
dığı ve 7 Ekim 1985'te dağıttık-  
ları "ölüm cezaları" konusunu  
içeren bildiri üzerine, Birlik yö-  
neticileri Adalet Bakanı Necat  
Eldem'in 30 Ekim 1985 günü  
yazılı emriyle mahkemeye veril-  
diler.

**Türk Tabipler  
Birliği  
yöneticilerinin  
beraatı  
istendi**

● TTB Başkan ve yöne-  
ticilerinin ölüm ceza-  
larına karşı çıkmasını,  
bilirkişi kurulu suç  
saymadı

● Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyeleri-  
nin yayınladıkları bir bildiri-  
de, ölüm cezasını  
"ilkel bir intikam duygusu" olarak niteledikleri  
için Adalet Bakanı tarafından "politika yaptık-  
ları" gerekçesiyle haklarında ceza davası açıl-  
ması istenmişti.

İkinci Aaliye Ceza Mahke-  
mesinde açılan davada, Savcı  
hazırladığı iddianamesinde,  
"Bakanlığın 30.10.1985 tarihli  
isteği üzerine davalıların, Türk  
Tabipler Birliği Merkez Kon-  
seyi üyeliği ve bu sıfatla yüklen-  
dikleri diğer görevlerine son ve-

rilerek yerine yenilerinin atan-  
ması talep olamaz" görüşüne  
yer verdi.

Birlik yöneticilerinden Prof.  
Nusret Fışek, Prof. Atalay Yö-  
rükoglu, Doç. Dr. Haluk Öz-  
bay, Doç. Dr. Nevzat Eren,  
Doç. Dr. Rapp Çam ve Dr.

Hüsnü Çabadar hakkında 6 ay-  
dan 2 yıla kadar hapis cezası  
istemli ayrı bir dava daha açıl-  
dı.

Türk Tabipler Birliği Mer-  
kez Konseyi üyeleri hakkında  
açılan iki ayrı davaya neden  
olan ve 7.10.1985'te yayınlanan  
bildirinin özeti şöyle:

"Ölüm cezası, ilkel bir int-  
kam duygusunun tatminidir,  
insani değildir. Ölüm cezası  
uygulanması sırasında tabibe de  
görev verilmektedir. Oysa ki  
tabip öldüren değil, yaştan  
kişidir."

*TTB davasında bilirkişi raporu:*

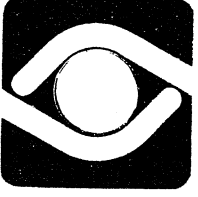
**İdama karşı çıkmak  
her doktorun görevi**

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyeleri hakkında  
açılan davanın bilirkişi raporunda ölüm cezasına karşı  
çıkmanın TTB'nin kuruluş amaçları doğrultusunda bir  
eylem olduğu savunuldu. Raporda, "Ölüm cezasına karşı  
çıkma hekimliğin gereğidir," denildi.

7 aydır yargılanıyorlardı

**Doktorlara beraat**

Ölüm cezasının kaldırılmasını içeren bir metin hazırlayıp,  
bunu Cumhurbaşkanı, Başbakan ve milletvekillerine  
gönderdikleri için Dernekler Yasası'na muhalefet  
suçundan yargılanan Türk Tabipler Birliği yöneticileri  
beraat ettiler. Dava, Adalet Bakanı Eldem'in suç  
duyurusu üzerine açılmıştı.



## EBA SAĞLIK SANAYİ VE TİCARET LTD. ŞTİ.

MİTHAT PAŞA CADDESİ 28/12 YENİŞEHİR  
TEL; (41) 31 55 72 - 31 96 05 - 33 35 35

ANKARA-TURKEY  
Telex: 42546 GNSA TR

DEĞERLİ DİŞ HEKİMİ VE DİŞ TEKNİSYENLERİNE  
SUNDUĞUMUZ ARGEN'İN DEĞERLİ METAL ALAŞIMLARI;

### PORSELEN METALLERİ:

- \* ARGİDENT YELLOW 2 ( SARI )
- \* ARGİSTAR 45 ( BEYAZ )
- \* ARGİPAL ( BEYAZ )

### KRON KÖPRÜ METALLERİ:

- \* ARGENCO 75 ( SARI )
- \* ARGENCO 28 ( AÇIK SARI )
- \* ARGENCO 9 ( BEYAZ )
- \* ARGENCO 23 ( BEYAZ )



- \* DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN BİZİ ARAYABİLİRSİNİZ.
- \* RENKLİ METAL KATALOĞUMUZU İSTEYEBİLİRSİNİZ.



EBA SAĞLIK ORAL VE T. D. QUINTESSENZ DERGİLERİNİN ANKARA VE CİVARI  
ANA DAĞITICISIDIR. ABONE OLMAK İÇİN BİZİ ARAYABİLİRSİNİZ.

Not: Ankara dışındaki metal ve dergi siparişleri posta ile ödemeli olarak veya  
özel kargo servisleri ile derhal gönderilir.

Sipariş Adresimiz: Mithatpaşa Caddesi 28/12 Yenışehir Ankara Tel: 33 35 35



Konusunda öncü ve güçlü  
**Güney Dis Deposu**  
Dünyanın en güçlü dental kuruluşlarını  
bir araya getirdi.

**Komet**

**W/O**



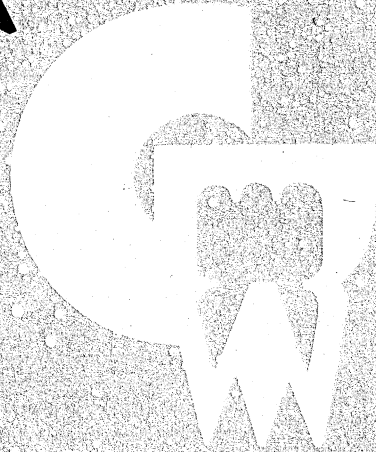
**BayerDental**

**BEGO**



**IVOCAR**

**Kerr SYBRON**



**SPAD**

**trophy**



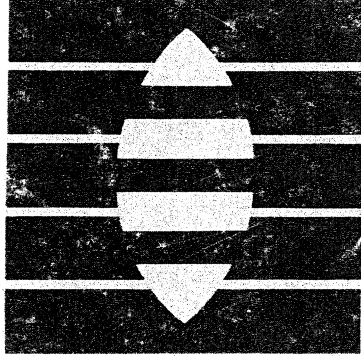
**VIVADENT**

**Austenal  
Dental**

**3M**

**EMS** Electro Medical Systems SA

**GÜÇLÜ  
GÜVENİLİR  
ÇAĞDAŞ  
DENEYİMLİ**



***tütünbank***

**BANKANIZ**

Tütünbank bir bankadan beklediğiniz  
bütün bu özelliklere sahiptir.

Yabancı Ortağımız:



**Irving Trust**



***tütünbank***

**GENEL MÜDÜRLÜK:**  
Atatürk Cad. 136 İZMİR

**DIŞ İŞLEMLER MÜDÜRLÜĞÜ:**

Yıldız Posta Cad. Dedeman Ticaret Merkezi 52 Kat.4 Esentepe-İSTANBUL

Tel: 25 03 70 TELEX: 52818 tud tr. 52382 tub tr. 53326 tbm tr. Telefaks: 25 11 45

Tel: 172 52 80 - 172 37 68 TELEX: 31157 estu tr. 27310 seut tr. Telefaks: 172 41 10