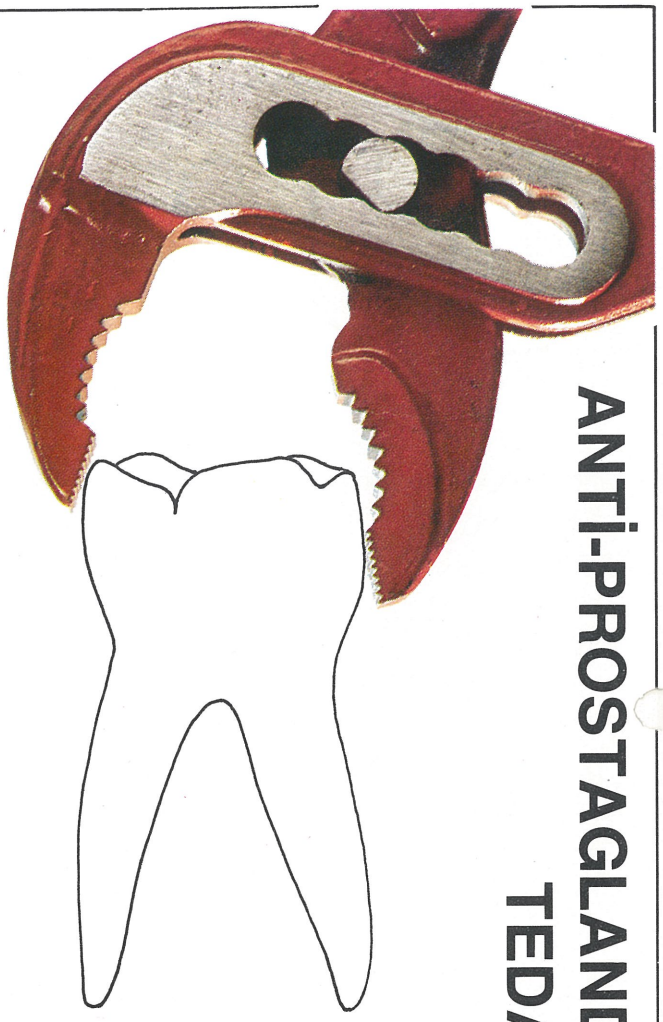
TDBD

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

* *TDB Meslektaşlarımızın Yeni Bilgilere Ne Kadar Aç Olduğunu Çok İyi Saptamıştır.*
* *TDB İşçilerin ve Meslektaşların Haklarını Korumak İçin SSK ile Mücadelesini Sürdürecektir.*
* *Hekimlik Bir Kamu Hizmetidir Reklam Aracı Olmamalıdır.*
* *Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Sorunlarını Çözemez.*
* *Diş Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Önlemleri (II)*
* *Dişhekimliğinde Mezuniyet Sonrası Eğitim*
* *FDI Buenos Aires Kongresi'nden*
* *Dişhekimliği Bilim Dalları Arasında Pedodonti'nin Yeri.*

Sayı: 6
Ekim 1988

Dental Problemlerde



ANTİ-PROSTAGLANDİN TEDAVİ

- 20 dakika içinde SÜRATLİ etki
- 7 saat süren UZUN etki
- NON-NARKOTİK analjezi
- Güçlü analjezi yanında ANTİ-ENFLAMATUAR etki
- Düşük yan etki insidansı

SİNANGİN

APRANAX®

10-20 tablet

Başlangıç: 2 tablet İdame: 6-8 saatte 1 tablet

SYNTEX

ABDİ İBRAHİM İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

TDBD

The Journal of Turkish Dental Association

Published by The Turkish Dental Association

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

Sahibi:
TDB Adına Birlik Başkanı
Dt. Yılmaz BİLGİN

Sorumlu Yazıişleri Müdürü:
Dt. Süha ALPAY

Yazışma Adresi:
TDB Atatürk Bulvarı
No: 115/11 Kızılay/ANKARA
Tel: 1!7 74 92

Yayın Kurulu:
Dt. Hüsnü Çuhadar
Dt. Semra Eren
Dt. Ateş Erinanç
Dt. Fikret Gümüşel
Dt. Alpay Karaaslan
Dt. Numan Kuzanlı
Dt. Nurettin Özsuca
Dt. Vedat Saygılı
Dt. Demir Temuçin
Dt. Halil Uğurlu

Yayına Hazırlayan:
Barış Basın Yayın San.
ve Tic.Ltd.Şti.
528 21 46 - İSTANBUL

Baskı:
Çiftay Matbaacılık Ltd. Şti.

- **Üç ayda bir yayımlanır.**
- **Ücretsiz olarak tüm dişhekimlerine dağıtılır.**

İÇİNDEKİLER

Yayın Kurulu'ndan.....2

İstanbul 5.Uluslararası Dişhekimliği Haftası'nda Genel Başkanımızın Yaptığı Konuşma.....4

Hekimlik Bir Kamu Hizmetidir Reklam Aracı Olmamalıdır 7

Genel Sağlık Sigortası Sağlık Sorunlarını Çözemez 10

Diş Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Önlemleri (II).....16

Dişhekimliğinde Mezuniyet Sonrası Eğitim.....18

FDI Buenos Aires Kongresi'nden.....21

Dişhekimliği Bilim Dalları Arasında Pedodonti'nin Yeri.....24

Adana Dişhekimlerinden.....27

- **Dergide basılan imzalı yazılardan imza sahibi sorumludur.**
- **Dergiye gönderilen yazılar Yayın Kurulu'nca uygun görülürse basılır. Basılmayan yazılar geri verilmez.**

Değerli meslektaşlar,

Dergimiz ilk sayısından bu yana, toplumun sağlık sorunlarını, ülkemizdeki sağlık politikasını, hep gündeminde tutmaya çalışıyor. Son bir yıldan beri ise "Ulusal Sağlık Politikası" kavramını geliştirmeye çalışıyoruz. Bu politika bir anlamda sağlık çalışanlarının sunacağı alternatif bir sağlık politikası olmak durumundaydı. Ne var ki hekimlerin ve sağlık emekçilerinin tüm duyarlılıklarına rağmen, sesimize bugüne kadar kulak verilmedi; verilmediği gibi doğrudan hekimlere yönelik saldırılar ile karşılaşmaya başladık. Bu saldırganlık, bir iki yetkilinin dil sürçmesi ile açıklanamaz. Bunun ötesinde amaçlanan bazı hedefleri görmek gerekiyor.

Sağlık sorunlarının had düzeye vardığı, yakınmaların arttığı, gazetelerde dramatik hastane haberlerinin boy göstermeye başladığı dönemlerde, hekimlere yönelik bu tip saldırılar farklı bir anlam taşıyor. Ülkemizde son yıllarda ekonomik darboğazdan çıkmak için parasal kaynaklar yaratılmaya çalışırken, en başta sağlık ve eğitim harcamalarından kısıntıya gidiliyor. Öyleki yalnızca sermaye kesiminden tahakkuk ettiği halde alınmayan vergi miktarı (2.2 trilyon lira), Sağlık S.Y. Bakanlığı'na ödenen ödeneğin 7 katına ulaşıyor. Şirket kurtarma operasyonlarını yürütebilmek için, halkın sağlığından da fedakarlık ediliyor. Üstelik buna karşı doğan tepkileri hükümetin değil, hekimlerin karşılaması bekleniyor. İşte hekimleri küçük düşürmeye yönelik açıklamaların arkasında bu tür politik hesaplar yatıyor. Sağlık hizmetlerindeki yaygın sorunların faturası hekimlere çıkarılmaya çalışılıyor. Bu arada, hastalar ve hekimler birbirine düşürülerek, geniş bir tepkinin yükselmesi engellenmek isteniyor.

Evet bizdeki durum bu, ya dünyanın diğer taraflarında neler oluyor.

Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılında herkes için sağlık" programını sürdürüyor. Gelişmiş ülkeler, insan sağlığının iyileştirilmesi için somut hedefler belirliyorlar. Sadece tedavi edici hizmetler değil çevre sağlığı, yaşlılık sorunları ve çalışma koşulları gibi bir çok konuyu daha bir arada ele alıyorlar. Dünya Sağlık Örgütü, tüm toplum kesimlerinin, bu hedeflere varılabilmesi için duyarlılığının artırılması gerektiğini vurguluyor. Ancak şunu da belirtmeliyiz ki D.S.Ö'nın "2000 yılında herkes için sağlık" hedeflerinin önünde önemli engeller duruyor. Bir yandan artan dünya nüfusu, bir yandan yeniden yaygınlaşmaya başlayan bulaşıcı hastalıklar ve AIDS oldukça pahalı önlemler gerektiriyor. Öte yandan nükleer silahlanmaya ve diğer askeri alanlara akılalmaz paralar sarfediliyor.

Bununla birlikte, demokratik yapılanmanın sağlam bir zemine oturduğu ülkelerde, halk sosyal harcamaların artırılması için, güçlü bir savaşım sürdürebiliyor. Hekim örgütleri, hükümetler karşısında önemli bir ağırlığa sahip olabiliyorlar.

Tekrar ülkemize dönecek olursak, ne yazık ki hasta ve hekimi birbirine düşürme taktiklerinin kısmen de olsa başarılı olabildiğini görüyoruz. Bunu aşmanın yolu, hekimlerin sorunu kamuoyuna elden geldiğince gerçek boyutları ile yansıtmalarından geçiyor. Mesleğimize olan bağlılığımız bunu gerektiriyor. Hastane koridorlarında yığılan hastalarımıza sınırla dakikalara sığdırarak yaptığımız dolguları ya da günde 70-80'leri bulan çekimleri olağan bir çalışma ortamı olarak kabullenmememiz gerekiyor. Bu tür bir çalışma ortamını kabullenmek, hastalarımızın, mesleğimize ve bize olan saygınlığını da yokediyor. Çalışma koşullarının düzeltilmesi için somut modeller ve öneriler oluşturulması gündemin başında duruyor. Kamu kesiminde, ücret artırmanın başka yolu yokmuş gibi sözleşmeli personel yapma uygulamalarına karşı da uyanık olunması gerekiyor. Sözleşmeli personel uygulamalarında, ücretin yüksek olmasının hiç bir güvencesi olmadığı gibi, sözleşmenin her an fesh edilme yetkisi işverenin elinde olduğu için, hekimin bağımlılığı artmakta, söz hakkı kısıtlanmaktadır.

Dişhekimlerinin büyük çoğunluğunun içinde bulunduğu muayenehane koşullarında da benzer sorunlar yaşanıyor. Sağlıkla ilgili kısıtlamalar doğal olarak bu kesimi de derinden etkiliyor. Son zamanlarda sevk işlemlerinde kısıtlamaların kaldırıldığı gözleniyorsa da, iki yıldır arttırılmayan ödeme miktarlarının, günün koşullarının çok gerisinde kaldığı görülüyor.

Sağlık sorunlarının çözümü tek yanlı girişimlerle çözülebilecek gibi görülmüyor. Türk Dişhekimleri Birliği ve benzeri demokratik kitle örgütlerinin, güçlü ve yetkin bir konuma getirilmeleri gerekiyor. Meslek örgütlerinin olumlu girişimleri desteklememesi için hiç bir neden yoktur. Tersine, meslektaşlar seferber edilerek olumlu işlere iyi bir şekilde destek olunabilir. Ama bundan da önce uygulanan politika içinde sağlığa farklı bir gözle bakılması, devlet için bir yük gibi görülmemesi ve gerçekten kalıcı, yararlı işlerin yapılması gerekiyor.

YAYIN KURULU

"TDB MESLEKTAŞLARIMIZIN YENİ BİLGELERE NE KADAR AÇ OLDUĞUNU ÇOK İYİ SAPTAMIŞTIR"

İstanbul 5. Uluslararası Dişhekimliği Haftası Açılışında yapılan konuşma.

İstanbul 5. Uluslararası Dişhekimliği Haftası Organizasyon Komitesi'nin, Sayın Genel Sekreteri'nden almış olduğum; "Türk Dişhekimleri Birliği'nin" kongrelerinde bulunmasından mutluluk duyacaklarını belirten davetlerine teşekkür ederken;

Saygıdeğer yabancı ve yerli konuklara;

Sevgili meslektaşlarıma, sevgili öğrencilere ve organizasyon komitesine, Türk Dişhekimleri Birliği adına saygılarımı, sevgilerimi, en iyi dileklerimi sunarım.

Türk Dişhekimliği'nin temeli olarak gördüğüm fakültelerimizin varlıklarının ana nedeni olarak kısaca şunlar söylenebilir:

1- Öğrenci yetiştirmek, yani öğretim;

2- İnsanlığın yararına sunulacak bilimsel araştırma ve çalışmalar;

3- Her an yenilenen ve ufkunu genişleten bilimin ve bu bilim emrindeki gittikçe gelişen teknolojiyi ve maddeleri Türk dişhekimlerine aktarmak. Meslek içi eğitim.

Ülke düzeyinde 25 Oda'sı ve onbine yaklaşan kayıtlı meslektaşımızla kuruluşunu tamamlayan Türk Diş hekimleri Birliği, meslektaşlarımızın yeni bilgilere ne kadar aç olduğunu çok iyi saptamıştır.

İşte bu bilimsel açlığın giderilmesinin en etkin yolu böyle ulusal ve uluslararası bilimsel haftalar ve kongreler yapmaktır.

Bu konuda fakültelerimize şükran borçluyuz.

Meslektaşlarımın yeni bilgileri öğrenme isteklerinin ne kadar büyük olduğunu bilimsel kongreler yapan fakültelerimizin değerli yöneticileri de yakından görmüşlerdir.

Yalnız, dişhekimlerindeki bu yeni bilgiler edinme hevesinin ve iyi niyetlerinin bozulmaması ve devamı için bir noktaya değinmek istiyorum:

Bir yıl içinde fakültelerimizin hazırladıkları 3-4 ulusal, 1-2 uluslararası kongre ile bunlara eklenen çeşitli derneklerin yaptıkları kongrelerin sayısı 8'e-10'a varmaktadır.

Ekonomik koşulların bir dişhekiminin zamanını çok dikkatli kullanması için zorladığı günümüzde, bu kongrelerin çoğu istense de Türk dişhekimlerince izlenememektedir.

Gönlümüz bilimselliğin meyvalarından çok sayıda meslektaşımızın yararlanmasını diliyor.

Bugün artık ülkemizdeki ulusal ve uluslararası kongrelerin, bütün fakültelerimizin uygun bulacakları ve uygulayacakları bir takvime bağlanması zamanı gelmiştir.

Kısa bir süre sonra fakültelerimizin değerli temsilcileri ile Türk Dişhekimleri Birliği'nde yapacağımız toplantının bizi iyiye ve doğruya götüreceğine inanıyorum.

Artık dağınıklıktan kurtulmanın, bir araya gelmenin zamanıdır. Türk dişhekimlerinin birlikteliği çok büyük bir güçtür.

Saygı değer konuklar ve sevgili meslektaşlarım, Türk dişhekimliğinin çağdaşlığa yaklaşan üstün düzeyinin uluslararası bir hafta ile gerek bilimsel ve gerekse sosyal yönlerden ortaya konulmasında özveri ile çalışan, emek sarfeden, 35 yıl önce çok sevdiğim ve her zaman onurla taşıdığım dişhekimliği mesleğini bana veren, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'nin değerli mensuplarına bütün Türk dişhekimleri adına teşekkür eder, hepinizi saygılarımla selâmlarım...

T.D.B. Genel Başkanı
Dt.Yılmaz BİLGİN

2.GENEL KURUL'A GİDERKEN

İstanbul Diş Hekimleri Odası
Genel Sekreteri
Dt.Celal Korkut YILDIRIM

Ülkemiz son on yıldan beri bir geçiş dönemi yaşıyor. Ekonomik ve politik değişiklikler tüm halkı derinden sarsıyor. Bu etmenler bizleri her geçen gün daha da artarak olumsuz yönde etkiliyor.

Özellikle son yıllarda meslektaşlarımız ya meslek dışı işlere ya da meslekle birlikte ek işler yapmaya yönelmek zorunda kaldılar.

1980-1988 yılları arasındaki tüketim malzemeleri ve laboratuvar fiatlarının artış oranı asgari ücret tarifesinin artış oranını (Ayrıca tüm illerde asgari ücretin altında çalışıldığı bir gerçektir) on kat geçmiştir.

Aynı şekilde 1983 yılı asgari ücret tarifesiyle 1988 asgari ücret tarifesini karşılaştırdığımızda reel olarak dişhekimlerinin kazançlarının düştüğünü görmekteyiz.

Bizler sağlık sorunlarına elbette tek gözle, yani bizim açımızdan bakmıyoruz. Sağlık hizmeti sunulan halkın bu hizmetten nasıl ve ne oranda yararlanabildiği, istesek de istemesek de bizim sorunumuzdur. Eğer bugün halkın ağız-diş sağlığı konusundaki bilgisi geçmişe nazaran daha yükselmişse ve buna karşın dişhekimlerinin hasta sayısı ve gelir düzeyi düşmüşse soruna kendi açımızdan bakmamızın yanlış olmayacağını gösterir.

İlginç bir deyişle "Halkımız dişsiz, dişhekimleri işsiz yaşıyor" Evet, bu koşullarda 2.genel kurula gidiyoruz.

Ne yapılmalı? Çözüm yolu ne olmalı?

2.Genel kurulumuz "sahte dişhekimi, sevk sorunu, antlaşmalı hekimlik, tabela vb." sınırlı ve tali sorunların nasıl çözümleneceğinin tartışılacağı bir genel kurul olmamalı. Bu sorunların önemini yadsımıyorum. Bunlar da genel kurullarda tartışılmalı.

Bu sorunlar ve benzerleri Aysber'in su üstünde gözüken kısmıdır. Bu sorunlar bütünün parçacıklarıdır. Ana sorun nedir? Bu saptanmalı. Bence ana sorun, cumhuriyetten bu yana, bir türlü objektif ve kalıcı olacak bir sağlık politikasının belirlenememesidir. Her iktidar döneminde değiştirilen bir sağlık politikası elbette gerçekçi ve kalıcı olamayacaktır.

2.Bursa ve Adana bölge toplantılarında Ulusal Sağlık Politikamızın gerçekçi ve kalıcı olabilecek ilkeleri saptanmıştı.

Bu ilkeler ve alınan kararlar genel kurulumuza rehber olmalı 2.Genel kurul ulusal sağlık politikamızın daha da geliştirileceği toplantı olmalı.

Genel kurulumuz insanlığın topyekün yokoluşuna neden olacak nükleer bir savaşın engellenmesi için uğraş verenlerin mücadelesine destek olmalı ve seçilecek yeni yönetim bu uğraşta gerekli yerini almalıdır. İnsanlığın tarihsel, kültürel değerlerinin ve varlığının yok olacağı bir dünyada değil hekimlik yapmak-yapabilmek-kişi olarak yaşamı devam ettirebilmenin olanaksız olacağı bir gerçektir.

İnsan olmak ve özellikle hekim olmak evrensel insan haklarından, nükleer silahlanmanın durdurulmasından ve bunlarla içiçe olan insanın en temel hakkı; sağlıklı yaşam hakkının sağlanmasından yana olmayı gerektirir.

Genel kurulumuz, gerçekçi ve kalıcı bir ulusal sağlık politikası ve tüm insanlığı ilgilendiren sorunları tartışmalı ve alınan kararları yaşama geçirmelidir.

SSK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANKARA

Birliğimiz, dişhekimliğine mensup olanların genel menfaatleriyle, meslek disiplin ve ahlakını korumak amacıyla 3224 sayılı yasayla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde bir meslek kuruluşudur. Birlik ve Odalar'ın, mensuplarının haklarını korumakta ve takipçisi olmakta görev ve sorumluluğu olduğu hususunda kuşku bulunmamaktadır.Birliğimize intikal eden bilgi ve olaylardan kurumunuzun asgari ücret altında sözleşme yaptığı anlaşılmaktadır. Yasal düzenlemeler, haksız rekabet ve tekelleşmenin önlenebilmesi ve önceden en az orandaki miktarının belirlenmesi için asgari ücreti esas almıştır. Dişhekimlerimizle, asgari ücretin altındaki bir sözleşmeyle bağlantı yapılması emeğin kutsal değerinin hiçe sayılması, yasa kurallarının çiğnenmesi ve böylece yasa kurallarını çiğneme cesaretini gösterenlerin haksız bir hukuki ortama ulaşmasına fırsat tanınması sonucunu doğuracağından, bu duruma son verilmesi gerekmektedir.

Bir hukuk devletinde, hukuk kurallarının aynı zamanda idareye ve yönetenlere de hitap ettiği hususu dikkate alınarak, bir hukuki uyuşmazlığa neden olunmadan asgari ücret altında yapılan sözleşmelerin iptal edilmesini, yeni sözleşmeler de bu hususa dikkat edilmesini, Anayasa'nın 74. maddesine ve 2577 sayılı yasanın 11. maddesi uyarınca arz ederim. Saygılarımla,

Dt.Yılmaz BİLGİN
Türk Diş Hekimleri Birliği
Genel Başkanı

BASIN AÇIKLAMASI

26 Ağustos 1988 tarihli Güneş Gazetesinde yer alan Sosyal Güvenlik Bakanı İmren Aykut'un Tabipler ve Dişhekimlerine ilişkin söylediklerine basında tepki gösterilmiş ve tüm ajanslara bir yazılı basın açıklaması gönderilmiştir.

27.8.1988 günü yine Sosyal Güvenlik Bakanı İmren Aykut'un hekimler hakkında Hürriyet Gazetesinde yer alan suçlayıcı sözleri üzerine Türk Tabipleri Birliği ile beraberce 27.8.1988 Cumartesi günü saat 11.30 da bir basın toplantısı düzenlenmiştir.

İki günden beri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Aykut'un hekimler ve Türk Tabipleri Birliği için söylediklerini, kullandığı deyimleri, şaşkınlık ve üzüntüyle karşılıyor ve kendisi için bir talihsizlik olarak değerlendiriyoruz.

Ülkemizde yıllardan beri zaman zaman basında yetkililerin ağzından hekimler aleyhine beyanlar görmekteyiz. Ne zaman sağlık sorunları gündeme gelse, ne zaman halkımız yetkililerden bunların çözümünü istese, hemen hekimlere saldırılıyor. Bunun anlaşılır bir yanı yoktur. Türk Tabipleri Birliği Türkiye'deki sağlık örgütlenmesinin A'dan Z'ye bozuk olduğunu yıllardan beri söylüyor ve çözüm yollarını gösteriyor. Buna karşın yetkililer giderek çığ gibi büyüyen sorunlar karşısında temelli çözümler arayacaklarına yerde, kolaya kaçıp sorunların faturasını her zaman hekime çıkarıyorlar.

Bugün Türkiye'de yaklaşık 20.000 dolayında hekim kamuda görev yaparak, sağlık hizmetlerini ayakta tutmaya çalışıyor. Bu büyük kitle üstün hizmet anlayışlarına karşın sıkıntı çekmektedir. Haftada 90 saate varan ve bunun 45 saati ücretsiz olan bir çalışma düzeni angorya değildir de nedir? Hekimler fazla çalışma karşılıklarını alamıyorlar. Hekimlerin çocukları için özel yurtlar ve kreşler yoktur. Hekimlerin pek çok kamu kuruluşunda olduğu gibi, işe gidip-gelmeleri için servisleri yoktur. Kimi kamu kuruluşlarında değişen nedenlerle ödenen tazminatlar hekimlere verilmemektedir.

Sayın Bakan, hekim ücretleri için milyonlardan, milyarlardan söz ediyor. Bunu büyük bir sorumsuzluk örneği olarak alıyoruz. Herhalde Sayın Bakan, SSK Hastaneleri'nde 300.000 TL.'sı aylıkla onbinlerce hekim çalıştırdığının farkında olmasa gerek.

Sayın Bakan sözleşmelerden söz ederken, hekimleri doyuramadıklarını söylüyor. Sorumsuzca söylenmiş bu sözleri tüm hekim kitlesine saygısızlık olarak kabul ediyor ve kınıyoruz. Sayın Bakan, ya yanlış bilgilendiriliyor, ya da bu tür çarpıtmalarla üstesinden gelemediği sorunların altından sıyrılmaya kalkıyor. Türk Tabipleri Birliği asgari ücretlerinde milyonlar yoktur. Ek görevlerde saat başı ücret 10.000 TL.'sı, aylık ise, 175.000 TL.'sı olarak belirlenmiştir.

SSK'yı serbest çalışan hekimlerimizle sözleşme yapmak için Türk Tabipleri Birliği zorlanıyor. SSK Hastaneleri'ndeki kadroyla sorunları çözemeyen Bakanlık, hasta yığılımını önlemek için serbest çalışan hekimlerimizle sözleşme yapmak zorunda kalıyor. Bu sözleşmelerin asgari sınırlarını belirleme yetkisi Türk Tabipleri Birliği'ne verilmiştir. Emeğiyle geçinenler için asgari ücreti belirleme ve uygulama görevi bulunan bir Bakanlığın başı, hekimler için saptanan asgari ücretleri uygulamamakta direniyor. Bunu anlamak mümkün değildir. Yasalar herkes için ve her kurum için bağlayıcıdır. Türk Tabipleri Birliği SSK'nın bu yasa tanımaz tavrına karşı mücadelesini sürdürecektir.

Sayın Bakan, bu saldırgan ve büyük hekim kitlesine saygısız tavrını sürdürmekte devam ederse, Türk Tabipleri Birliği tüm sözleşmeli üyelerini SSK hizmetlerinden çekmekte tereddüt etmeyecektir.

Türk Tabipler Birliği
Türk Diş Hekimleri Birliği

"TÜRK DİŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ İŞÇİLERİN VE MESLEKTAŞLARININ HAKLARINI KORUMAK İÇİN SSK İLE MÜCADELESİNİ SÜRDÜRECEKTİR"

1985 yılına kadar, Dişhekimleri, Türk Tabipleri Birliği bünyesinde iken, 1985 yılında çıkarılan 3224 sayılı yasa ile, ayrı birlik olarak örgütlenmiştir. Sayın Aykut'un tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğindeki iki ayrı meslek kuruluşunu ayırt etmeden konuşması, yasalar hakkında yeterli bilgi ile donatılmadığının açık bir göstergesidir.

Sosyal Güvenlik Bakanı Aykut, Sinop'ta yaptığı konuşmada hekimlere çatarak; hekimlerin SSK'yı sömürmek istediklerini söylemiştir. Ortada bir sömürü varsa bu da, SSK 'nın işçiden ve işverenden tam prim almasına karşın, sözleşmeli hekime yasal olan asgari ücretin çok altında ücret ödeyerek yaptığı hekim sömürüsüdür.

Işçiye ağız ve diş sağlığı hizmetinin yeterli düzeyde verilebilmesi, ancak yasal asgari ücretin uygulanması ile mümkündür.

Asgari ücret 3224 sayılı yasa uyarınca yılda bir kez, Birliğimizce hazırlanmakta ve SSY Bakanlığı'nca da onaylanmaktadır. Asgari ücret sağlıklı hizmetin verilebileceği en az ücrettir. Bu ücretin altında ücret ödenmesi yasal değildir. Ayrıca Sayın Bakan'ın söylediği gibi hiçbir Avrupa ülkesinde de hekime yasal asgari ücretin altında bir ücret ödenmemektedir.

Nasıl ki işçiye, yasalar uyarınca saptanan asgari ücretin altında ücret ödenerek sözleşme yapılmıyorsa, hekime de asgari ücretin altında ücret ödenemez. Sayın Bakan'ın da en az hitap ettiği, işçiler kadar konuya gerçekçi yaklaşmasını dilerdik.

Ne hekim toptancı esnafı ne de işçi toptan maldır. Sayın Bakan'ın durumu böyle değerlendirmesi gerek işçi, gerekse hekimler için çok üzücüdür.

Hekimlik Bir Kamu Hizmetidir. Reklam Aracı Olmamalıdır.

Son günlerde basında da yer alan "ALTIN REHBER"e ilan çağrıları aşağıdaki imzaları bulunan İstanbul Tabip Odası, Diş Hekimleri Odası, Eczacılar Odası' nı kamuoyuna bir kez daha açıklama yapmaya zorunlu kıldı.

PTT Genel Müdürlüğü uzun yıllardan beri yapmakta olduğu telefon rehberi basım işini ilk defa 22 Kasım 1986 tarihinde ihale ile ITT Bilka A.Ş.'ye verdi. Bu ihale ayrıca 10 yıl süreli olup, 5 yıl daha uzatılması söz konusu idi.

Telefon rehberlerinin hazırlanmasını, basılmasını ve dağıtılmasını üstlenen ITT-World Directories'in Türkiye Kuruluşu olan ITT Bilka Bilgi telefon rehberinin meslekler kısmına girmenin ücretli ilan yoluyla olmasını getiriyordu.

Meslekler kısmında kuruluşlarımıza bağlı üyelerimizin yapmış olduğu görev bir kamu niteliğinde olduğu için meslektaşlarımızın adreslerinin ve telefonlarının yayımının bir kamu görevi olması gerekirdi. Ne yazıkki rehberin özel bir firmaya verilmiş olması rehberdeki edilecek kârın azamisini düşünmeye yol açacaktı ve yaptığımız kısa bir hesap neticesi bugüne kadar meslekler kısmında yer alan telefon sahiplerinin ücretli olarak yeralması ile 10 milyarın üzerinde bir gelir sağlanabilecekti.

Yukarıdaki isimleri geçen kuruluşlar olarak biz bu uygulamaya karşı çıkıyoruz ve meslektaşlarımız ITT Bilka A.Ş.'nin hazırlamış olduğu telefon rehberinde yer almamaya davet ediyoruz.

Kamuoyuna saygı ile duyururuz.

"ALTIN REHBER"LE İLGİLİ GİRİŞİMİMİZ

Birliğimiz, ITT Şirketine "Altın Rehber"le ilgili olarak noter kanalıyla bir ihtarname gönderdi. Bu ihtarnameyi yayınlıyoruz.

1) TDB, dişhekimliğine mensup olanların genel menfaatleriyle meslek disiplin ve ahlakını korumak amacıyla 3224 sayılı yasayla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde bir meslek kuruluşudur.

2) Birliğimize intikal eden olay ve bilgilerden, şirketinizce baskıya konulmakta olan Altın Rehber'e aldığınız ilan ve reklamlarda, diş hekimliği mesleğini uygulama yetkisine sahip olmayanları -sahte diş hekimi veya diş teknisyenlerini- dişhekimi imiş gibi gösterdiğiniz anlaşılmaktadır. Dişhekimliği mesleğinin icra edilebilmesi için meslek diplomasıyla birlikte bulunduğu odaya kayıt olma zorunluluğu bulunduğundan, ilgili Oda'larca temasa geçildiğinde kimlerin Oda mensubu dişhekimi olduğu kolaylıkla anlaşılabilmektedir. Bu yolda bir araştırma yapmadan ve bilgi edinmeden hazırlanacak rehber kamuoyunu yanıltacağı gibi meslek mensubu olmayanların haksız ve kanunsuz tanıtım ve reklamını yapmış olacaktır. Bu durumdan doğan, sorumluluğunuz ise tartışmasız açık olduğundan hiç istenilmeyen yasal yollara başvurma zorunda kalınacaktır.

3) Öte yandan, Oda'ya kayıtlı dişhekimlerinin verdikleri ilan ve reklamlarda yasa ve yönetmeliğe aykırı, bilgi... vs. bulunduğu hususuna da dikkatinizi çekmek isteriz. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 9. maddesinde "Diştabibi, gazete vesair neşir vasıtaları ile yapacağı ilanlarda ve reçete kağıtlarında, amaç ad ve soyadı ile adresinin... kabul edilmiş akademik ünvanı, muayene gün ve saatlerini yazabilir" kuralı yer almış ve bu husus disiplin yönetmeliğinde disipliner bir olay olarak değerlendirilmiştir. Mesleğini serbest olarak icra etmeye yetkili dişhekimlerinden bu yasal düzenleme dışında ilan ve reklam almanız, sorumluluğunuzu da beraberinde getirmektedir. Tanıtım dışında, ilgili diğer meslektaşlarımızdan üstün durumda olduğunu ortaya koyacak reklamların, dişhekimleri için disiplin suçunu oluşturduğu, fakat sizi ilgilendirmediği düşünülemez. ilgili suçuna katılmış olmakla haksız bir rekabet ortamını yaratmış olmaktasınız.

SONUÇ: 2 ve 3 nolu bölümlerde yer alan hususlara göre hareket edilmesini, şimdiye kadar alınan ilanların, ileride daha büyük sorunlara sebebiyet verilmeden belirtildiği biçimde düzeltilmesini, aksi halde yasal yollara başvurulacağını ihtaren bildiririm.

TABELALARIMIZI DÜZELTELİM

Deontolojiye uymayan, hekimlik onuruyla bağdaşmayan tabela örneği.

Deontolojiye uygun, reklam amacı taşımayan tabela örneği.

BASIN AÇIKLAMASI

IRAK REJİMİNİN SALDIRILARI SONUCU ÜLKEMİZE SIĞINAN İNSANLARLA DAYANIŞMA İÇİN AÇILAN KAMPANYAYI DESTEKLEYELİM

İstanbul Tabip, Eczacı ve Dişhekimleri Odalarının Irak Hükümeti'nin saldırıları sonucu ülkemize göç etmek zorunda kalan insanlar için başlattığı yardım kampanyası hakkında basın açıklamasıdır.

Ülkemizin Güneydoğusunda bir ulus kimyasal silahlarla soykırıma uğratılıyor.

"İnsanların ruhsal ve bedensel tam bir iyilik halinde" yaşamlarını sürdürmesi için çaba gösteren biz sağlıkçılar bu soykırımı; üzüntüyle karşılıyor, insanlığa vurulmuş ağır bir darbe olarak niteliyoruz.

Bir kez daha savaşın ne kadar ürkünç olduğunu görüyoruz. Çocuk, genç, yaşlı, kadın erkek binlerce insanın kimyasal silahlar ve bulaşıcı hastalıklar sonucunda ölümle pençeleştiğine tanık oluyoruz.

Ne komşularımızda, ne dünyada hiçbir yerde insanoğlu hemcinsini yok etmemeli, kendi geleceğini yok edici çalışmalar yapmamalı.

Irak ve Türkiye'li sağlık mensupları bu soykırımın durdurulması, göç ödenlerin kendi topraklarına dönebilmesi için, insanlı , onuru ve sağlıkçı olmanın verdiği onur adına çaba göstermelidir.

Tüm sağlık mensuplarının odalarımızın başlattığı **ilaç ve giyecek** yardım kampanyasına katılmasını ve bu kampanya için çaba göstermelerini bekliyoruz. İstanbul Eczacı Odası'nda toplanacak yardımlar Kızılay vasıtasıyla ülkemize sığınan halka ulaştırılacaktır.

BASIN AÇIKLAMASI

Geçtiğimiz 5-6 Ağustos, Hiroşima'ya atom bombasının atılışının 43. yıldönümü idi. Bu konuda birçok kuruluş açıklamalar yaparak olayı andılar. Aşağıda 3 sağlık örgütünün ortak basın açıklamasını veriyoruz.

45 yıl önce Hiroşima dünyanın en korkunç gününü yaşadı. Binlerce insan öldü, binlercesi yaşamlarının sonuna kadar o günün acısını taşıdılar ve hâlâ binlercesi bu acıyı yaşıyor.

Bizler insanların fiziksel ve ruhsal tam bir iyilik halinde yaşamlarını sürdürmesi için çaba göstermeye and içtik.

Şimdi insanlık büyük bir tehlikeyle karşı karşıya Hiroşima'ya atılan atom bombasından binlerce kez daha güçlü nükleer silahlar değil bölgeyi, değil kıtayı tüm dünyayı, insanlığın tarihini, kültürünü, yani geçmişini ve geleceğini tehdit ediyor.

Silahlanmaya harcanan paralar ile insanlığın daha mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürmesi sağlanabilir. Nükleer silahlanma yarışının durması ile insanoğlunun tarihsel ve kültürel birikimleri ve yaşamı güvence altına alınabilir.

Bizler sağlık kuruluşu temsilcileri olarak "NÜKLEER SAVAŞIN ÖNLENMESİ İÇİN ULUSLARARASI HEKİMLER BİRLİĞİ'NİN", "ATEŞKES-88" ve "TÜM NÜKLEER DENEMELERİN YASAKLANMASI" kampanyasını destekliyor ve bu uğraşa tüm meslektaşlarımızı katılmaya çağırıyoruz.

İst.Diş Hekimleri Odası
Genel Sekreteri
Dt.Celal YILDIRIM

İstanbul Eczacı Odası
Genel Sekreteri
Ecz.Mehmet DOMAÇ

İstanbul Tabip Odası
Yönetim Kurulu Üyesi
Dr.Abdullah SERVET

Prof.Dr. Gülümser KOÇAK
İst. Dişhekimleri Odası
BAŞKANI

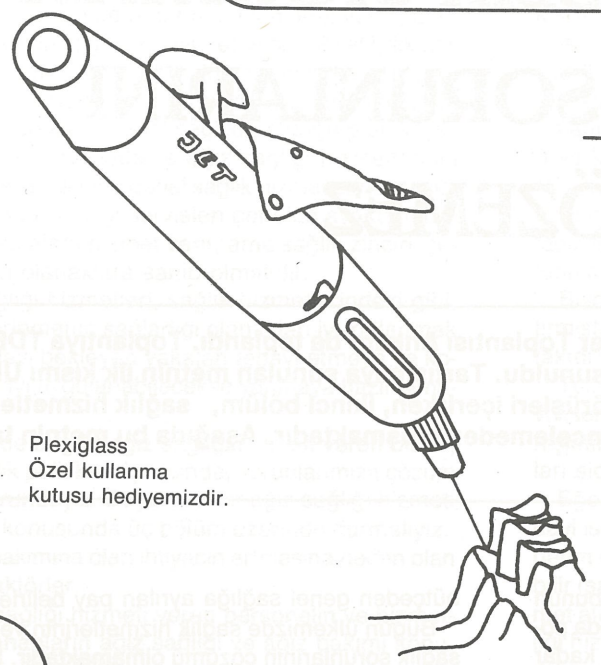
Ecz. Adnan GÜNÜŞEN
İst. Eczacı Odası
BAŞKANI

Dr. Şükrü GÜNER
İst. Tabip Odası
GENEL SEKRETERİ

İSTANBUL ECZACI ODASI'NIN;
ADRESİ: Halaskargazi Cd. 287/8
OSMANBEY-İSTANBUL
TEL : 131 01 83 - 131 01 84

azizis

JET® INJECTOR



Plexiglass
Özel kullanma
kutusu hediyemizdir.

İNTRALİGAMENTAL ANAESTHESİA
İNTRASEPTAL ANAESTHESİA
İNTRAPULPAL DİRECT ANAESTHESİA

Tamamen yerli yapım olarak otomatik tezgahlarda üretilmektedir. Malzeme olarak krom çelik kullanılmıştır. İki ayrı model piyasaya sunulmuştur.

PRESTİGE: Tamamen altın kaplamadır.

STAİNLESS: Ucu altın kaplama, arkası krom rengidir. Her iki modelde bir sene garantilidir. Denemek için ücretsiz numune isteyebilirsiniz.

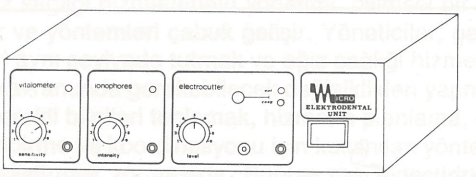
Not: Daha önce satın aldığınız yabancı menşeli mallar için yedek parça servisimizden ve kullanım kutumuzdan faydalanabilirsiniz.

Fabrika İrtibat Bürosu:
Kuruçeşme Cad. 8/1 Arnavutköy/İSTANBUL
Tel.: 165 58 74

VİTALOMETRE İYONOFOREZ ELEKTROKOTER

Elektrodental Unit

MICRO



Micromedikal Elektronik
Dr. A. BAĞCI
Adem Yavuz Sok. 6/22
KIZILAY - ANKARA • Tel: 117 33 84

"GENEL SAĞLIK SİGORTASI" SAĞLIK SORUNLARINI ÇÖZEMEZ

5.6.1988 tarihinde TDB Temsilciler Toplantısı Ankara'da toplandı. Toplantıya TDB komisyonunca hazırlanmış bir metin sunuldu. Tartışmaya sunulan metnin ilk kısmı Ulusal Sağlık Politikası kavramı üzerine görüşleri içerirken, ikinci bölüm, sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına yönelik bir incelemeden oluşmaktadır. Aşağıda bu metnin tamamı yer almaktadır.

Ülkelerin sağlık hizmetlerinin veriliş biçimi ve bunun nasıl daha ileriye götürülmesi gerektiği konusunda politikalar üretmek, hükümetlerin görevi olduğu kadar sağlık meslek kuruluşlarının da görevidir. Bu nedenle sağlık hizmeti veren bizlere düşen görev, ülkemiz koşullarına uygun Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda sağlık politikasını belirlemektir. Bunu belirlerken şimdiye kadar çıkan sağlık yasalarını ve onların getirdiği yapılaşmaları ele alıp, bunların üzerine daha ileri işlerliği olabilecek ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASINI tüm sağlık birlikleri ile oluşturmak ve etkin olması konusunda çalışmalıyız.

Günümüzde her bireyin doğuştan kazandığı bir hak olarak belirlenen sağlık, kişinin bedensel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali olarak tanımlanmakta ve anayasamızın 56. maddesiyle de devletin güvencesi altına alınmaktadır.

(Kişinin veya toplumun sağlık düzeyini gösteren konut, beslenme, çevre kirliliği, kanalizasyon ve ısınma gibi etmenleri, ülkenin sosyal ve ekonomik yapısı ve bütçeden genel sağlığa ayrılan pay belirler.)

Bugün ülkemizde sağlık hizmetlerinin veriliş biçimi sağlık sorunlarının çözümü olmamaktadır. Bu nedenle tüm nüfusu kapsayacak ulusal sağlık politikasının belirlenmesi ve yaşama geçirilmesini gerekli kılmaktadır. Ulusal sağlık politikası ile hedeflenen, ülke düzeyinde tek merkezden, mali kaynakları ve idari yapısıyla bir bütünlük oluşturan ulusal sağlık sistemidir. Bu sistemde:

1- Tüm sağlık hizmetleri devletin yükümlülüğünde olmalı, halk da ekonomik gücü oranında katkıda bulunmalıdır.

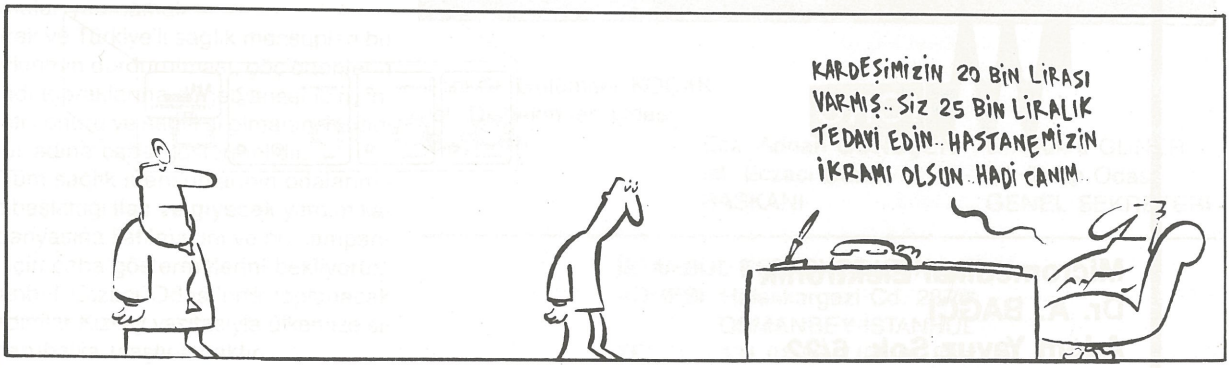
2- Her çeşit sağlık hizmeti herkese eşit biçimde ve sürekli olarak verilmelidir.

3- Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri birlikte ele alınmalı, koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir.

4- Tüm sağlık hizmetleri ülke çapında tek elden verilerek kaynak ve insan gücü israfı önlenmelidir.

5- Sağlık hizmetlerinin modeli olarak; sosyalleştirme yasasının eksiklikleri giderilerek yaşama geçirilmelidir.

ÇİZGİLİK. Kâmil Masaracı. **(10 Mart 1988-Cumhuriyet)**



Ulusal sağlık sistemi içerisinde ağız sağlığı hizmetleride mutlaka yerini almak zorundadır. Ağız sağlığı hizmet sistemi, genel sağlık hizmetinin bir parçasıdır ve her bakımdan ikisi de birbirini tamamlamalıdır. Vücut fonksiyonlarının sağlıklı devam etmesi, ruhsal iyilik hali ve sosyal uyumun tatminkâr olması için iyi bir ağız sağlığı gereklidir. Halkın her türlü temel ağız sağlığı konusundaki istekleri, genel sağlıkta olduğu gibi, karşılanabilmelidir. Bu nedenle ağız sağlığı hizmetlerinin planlanması da, aynen genel sağlık hizmetlerindeki gibi olmalıdır. Ağız sağlığı servisleri genelde ayakta tedavi gören hastalara hizmet verir, ama sağlık zinciri içerisinde tüm olanaklara sahip olmalıdır.

Ağız sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerindeki gibi, bilimsel ilerlemenin sağladığı olanakları iyi kullanmak ve tüm tedavi bekleyen vakaları tedavi etmeye ve koruyucu tedavi uygulanabilecekse yapmaya hazır olmalıdır.

Ülkemizde bugün ağız sağlığı hizmeti veren bizler, ulusal sağlık politikası içerisinde, sorunlarımıza çözüm aramak zorundayız. Doyurucu bir ağız sağlığı hizmeti oluşturma konusunda üç bölüm üzerinde durmalıyız.

1- Ağız bakımına olan ihtiyacın artmasına neden olan biyolojik faktörler,

2- Ağız sağlığı hizmeti veren personelin ve hizmetten yararlananların ağız sağlığı ve ağız bakımı konusundaki düşünceleri,

3- Ağız sağlığı hizmetinin kavram ve fonksiyonunu etkileyen idari faktörler,

4- Ağız sağlığı hizmetlerinin karakterlerini ve büyüklüğünü etkileyen biyolojik faktörler, ağız hastalıklarıdır. Ağız hastalıkları hizmeti; hastalığın yaygınlığı (hastalığın görüldüğü insanların oranı) ve şiddeti (hastalığın safhası veya kişideki hastalıklı diş sayısı) bakımından etkilidir. Tipik bir ağız sağlığı hizmeti, öncelikle dişteki hastalıklar ile dişi destekleyen dokular (diş çürükleri, periodontal hastalıklar ve ortodontik kusurlar) ile ilgilenir.

5- Ağız sağlığı hizmetlerin etkileyen biyolojik faktörler, tamamen davranış biçimlerine bağlıdır. Diş çürüğünün yaygınlığı beslenme, özellikle şekerli besin tüketimi arasında sıkı ilişki mevcuttur. Eğer toplumlar suyun florlanmasını onaylıyorlarsa, diş çürüklerinin büyük kısmı önlenmiş olacaktır. Periodontal hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde ise, düzenli diş temizliği önem taşır. Bazı belli davranışlar, patojenik faktörleri destekler veya engeller.

Kişilerin ağız sağlığına ve ağız sağlığı hizmetlerine olan ilgileri yeterince araştırılmamış. Ağız sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve karakteri için önemli olduğundan bu tip araştırmalar mutlaka yapılmalıdır.

Davranış değişikliğinin istenilen yöne doğru motivasyonu, hayat standardı ve eğitim düzeyine bağlıdır. Hayat standardının yükselmesiyle birlikte genel sağlık ve rahatlık için ağız sağlığı üzerinde durulmaya başlanmıştır ve hizmetten yararlanma isteği artmaktadır.

Bu istek artışının ilk aşaması gelişmekte olan ülkelerde görülür. Burada, diş hastalıkları ve hastalıkların ilerlemesi, kişilerin hayatında önemli bir yer işgal etmemektedir. Eğer diş hastalıkları günlük hayatlarını zorlaştırıyor ise, en basit çözüm yoluna başvurulur ve diş çekilir. Bu anlayış hayat standardı yükseldikçe değişir. Estetik ve kozmetik anlayışların ortaya çıkmasıyla kişiler, restoratif ve protetik hizmetler aramaya yönelirler. Bu düşünce gelişmiş olan ülkelerin tümünde hakimdir.

İnsan eğiliminin üçüncü ve en ileri aşaması, kişilerin ağız hastalıklarının nedenini anlamaya başlamaları ile karakterizedir ve davranış biçimlerini değiştirerek hastalıkların önüne geçme yoluna giderler. Bu üçüncü aşamanın yayılımı yavaş, fakat sürekli olmaktadır. Bu aşamanın verdiği kuvvetle ağız sağlığı hizmetlerinin niteliği değişecektir.

Biyolojik faktörler, nüfusun diş tedavi ihtiyacını arttırmıştır; davranışlara ve davranış motivasyonuna bağlı faktörler, diş tedavi istemini yaratmaktadır.

Tedavi istemi, dinamik karakterlidir. Nüfusun tedavi istemi karşılanmaz ise, ağız sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi için hükümetler üzerindeki sosyal baskıları şiddetlenir (artar).

Eğer resmi ağız sağlığı hizmeti veren kuruluşlar tedavi istemini karşılayamıyorsa, değişik yasadışı ve denetim dışı hizmet birimlerinin gelişmesine neden olabilir (sahte diş hekimlerinde olduğu gibi). Kolayca hizmet alınan ve etkin şekilde çalışan kurumlar (ağız sağlığı hizmet servisleri), diş tedavi istemlerini destekler, diğer yandan yetersiz hizmet verişine zorlanan kurumlarda ise, tedaviye olan ihtiyacı sınırlayarak, sadece şikayetlerin giderilmesine çalışılır.

Ülkemizde, tedaviye olan ihtiyaç kapasitesi büyüktür ve daha istek üzerine tedavi şeklinde bir değişim olmamıştır. Etkin bir hizmet hacminin ne kadar genişletilebileceği, sadece nüfusun hayat standardına bağlı değildir, diğer faktörlerinde etkisiyle nüfusun bütün hizmet istekleri, verilen hizmetlerin karşılanabilme kapasitesinden daha hızlı artabilir. Bu nedenle bizlerin, bunları kompanze edebilecek sistemleri düşünmemizi gerekli kılar.

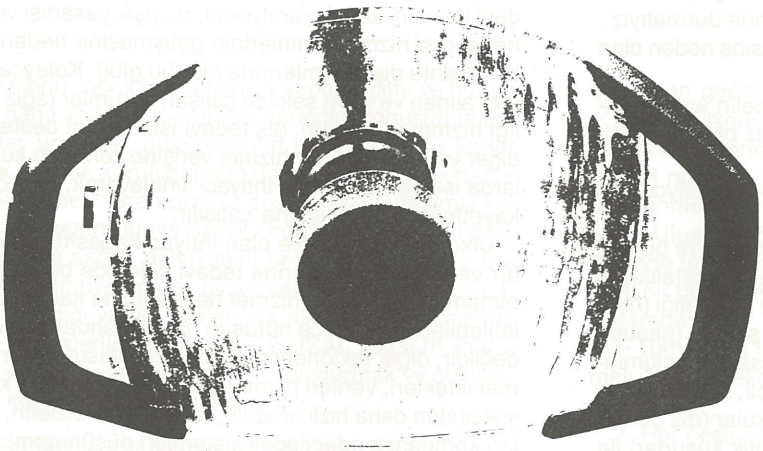
Ağız sağlığı hizmetlerinin kavram ve fonksiyonunu etkileyen idari faktör, genel olarak ele alındığında sağlık ve ağız sağlığı idaresinin kararlarının etkilediği görülür. Oral sağlık hizmeti kavramı, ülkenin sosyal ve ekonomik gelişme düzeyi ve politik yaklaşımından şiddetle etkilenir.

Ağız sağlığı hizmetlerinin dağılımı ve işlerliliği organizasyonun tavrına bağlıdır. Bu faktörler hizmetin hacmi, kalitesi ve yeterliliğini etkiler.

Ağız sağlığı hizmetlerinin yönetimi, bilimsel bir konudur ve yöntemleri çabuk gelişir. Yöneticiler, gelişmeleri aynı seviyede tutmak ve ağız sağlığı hizmetlerinin kavramında gerekebilecek değişiklikleri yapmak için gerekli bilgileri toplamak, hizmetin planlama, değerlendirme ve koordinasyonu için kullanılan yöntemleri geliştirmek zorundadır. Bunları gerçekleştirirken verdiği kararlar sağlam temellere oturmalı, eldeki bilgileri tamamlamak için her türlü çabayı harcarken, ağız sağlığı hizmetleri hakkındaki peşin hükümlerden uzak durmak zorundadır. Yöneticiler denenmiş olan çalışma metodlarından yararlanmak ve hizmetin dağılımını etkileyen faktörlerin birbirleriyle ilişkisini değerlen-

dişhekimliğinde aydınlatma
stomatic hi-lüx ile

"SOĞUK-GÖLGESİZ-GÜN IŞIĞI"



- TAVAN TİPİ
- DUVAR TİPİ
- ÜNİT TİPİ

veya yalnız

- BAŞ ve TRAFO

20.000 lüx

Dt. **Atilla OĞUL**

Harbiye, Selbaşı Sok. No: 20-80230-İSTANBUL-TR.
Telefon: 140 22 39 Telg: STOMATİK

dirmek zorundadır. Hizmetin kavram ve organizasyonu konusunda öne sürülen değişiklikler, fiilen uygulanmaya konmadan önce pilot bölgelerde denenmelidir.

Ağız sağlığı hizmetinin oluşturulabilmesi için etken olan bu faktörler hizmetin organizasyonu konusunda hızlı dğişimler getirmekte ve geleneksel çerçeve içerisinde kararlar almanın zorluklarını beraberinde getirmektedir. Bilimsel yöntemlere dayandırılmadan, bu gelişmelere ayak uydurmak mümkün değildir.

Ağız sağlığı hizmetlerinin ülkemizde ve Avrupa'daki gelişimine baktığımızda, diş hastalıklarının tedavisi ilk başlarda hekimler ve geleneksel yöntemlerle çalışanlar tarafından yapılmaktaydı. XIX. yüzyılın ikinci yarısından sonra dişhekimi adayları için okullar açılmış ve bunlar arasından modern dişhekimliği okulları ve fakülteleri geliştirilmiştir.

Özel dişhekimliğinin çalışma şeklinde, diş hekimi belli sayıdaki hastalarına bakar ve hastalar tedavinin tüm masrafını kendi karşılar. İçinde bulunduğumuz yüzyılın başında, Avrupa'da özel dişhekimliğinin genel karakteri buydu. Aynı zamanlarda bu çalışma şeklinin hacmi azalmış ve bir yandan direkt olarak halk sağlık idaresi ve diğer yandan indirekt olarak ulusal ağız sağlık servis sistemi içindeki diğer servis şekillerinden etkilenerek karakter değiştirmiştir.

Kontrolsüz olan özel dişhekimliği, orjinal şekliyle bugün sadece Akdeniz bölgesindeki bazı ülkelerde vardır.

Avrupa'da ağız sağlığı hizmetleri yine bu yıllarda **ağız sağlık servislerinde,** bugünkü özel çalışma düzenine (serbest çalışma) yakın bir uygulamaya geçmiştir. O zamandan beri, ağız sağlık servislerinin organizasyonunda belirli değişiklikler yapılarak diş tedavisinde, artan ihtiyaca uyum sağlanmış ve aynı zamanda tüm nüfusa ağız sağlık hizmetinin verilmesi amaçlanmıştır. Her iki ihtiyaçta, 1880 yıllarında, diş sağlık sigortası projelerinde artış sağlamıştır.

DİŞ SAĞLIK SİGORTASI, özel bir sigorta türüdür, finansını sigortalıların verdiği primlerden sağlar. İlk baştan sigortalının kendisine sınırlı hizmet verilmekteydi. Daha sonra sırasıyla geçirilen 3 aşamada sigorta destekleri adım adım artmıştır. İlkin sigorta, başarıyla tüm işçi sınıflarını, devlet ve özel sektördeki idari memurları ve son olarak tüm çalışanları kapsadı. İkinci olarak, sigortalıların aileleri ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere de destek verildi. Üçüncü olarak, destek verilen hizmetin sınırı genişletilerek tüm cerrahi tedaviler ve temel restoratif tedaviler (bazı ülkelerde ortodontik tedaviler) ise son olarak, protetik tedavi masrafının hiç olmazsa bir kısmını içine aldı.

Avrupa ülkelerinde hala diş sağlık sigortası ve organizasyonlarında ülkeler arasında büyük farklılıklar olmasına rağmen, bütün olarak ele alındığında hizmetin tüm nüfusa yayılması konusunda **ulusal** bir sistem geliştirme çabası vardır.

Avrupa'da ilk ağız sağlık servislerinin kurulması sağlık sigortasının başlamasını yakından takip etmiştir. Diş hekimleri, toplum yöneticilerinin dikkatini bu soruna çekmeye çalışmış ve başarılı olarak adım adım, **Halk Ağız Diş Sağlık Merkezi**'nin kurulması için ulusal bütçe veya bağış fonlarından destek sağlayarak ilk yerin öğrenciler için açılmasını sağlamışlardır. Bu tip merkezler XX. yüzyılda Strasburg, Zürih ve diğer yerlerde hizmete girmiştir.

I. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar bu gelişmeler, yavaş devam etmesine rağmen, savaş sonrası ağız bakımı, genişleyerek hamile kadın ve yeni anneleri de içine almıştır. Öğrenciler için etkin bir oral bakım geliştirilmiştir.

Yukarıda tarif edilen ağız sağlık hizmetlerinin 3 temel şeklinin oluşturulmasıyla, oral sağlık servislerinin gelişim olanakları bitmemiş, tersine devam etmektedir. Diş sağlık sigortası, en azından uzun geçmişinin olduğu ülkelerde, gelişim potansiyelinin limitlerine ulaşmak üzeredir ve halk ağız sağlık merkezlerine çok benzeyen yeni bir diş sağlık sigortası kurulurken limitsiz olan özel çalışma, gittikçe sınırlanmaktadır. Bütün ağız sağlık hizmet sistemleri, tüm nüfusa, hizmet verme düşüncesine sahiptir ve ağız hastalıkları için koruyucu tedaviyi ön plana çıkarmaktadır.

Diş sağlık sigortası, sadece tedaviye ihtiyacı olan kişilere destek olduğundan amacına ulaşmış görülmesine rağmen, periodik kontroller ve çocuk dişlerinin tedavisi için sigorta kabul edilmediğinden ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin verilmesi yetersiz kalmasına yol açmaktadır.

İlk muayene ve ağız ve diş bakımı eğitimi için sigorta desteği ya çok az, ya da hiç sağlanamamıştır. Bunun nedeni de, koruyucu hizmetler içinde olan taş temizleme ve flor uygulama yararlarının desmotratif olarak anında tespit edilmemesidir. Bu da, sigortanın koruyucu hizmetler açısından yetersiz kaldığını göstermektedir.

Ulusal sağlık politikasının temel ilkesi olması gereken, her ferdin sağlık ve sağlık bakımına hakkı, devlet tarafından organize edilmeli ve devlet bütçesinden finanse edilmeli ve devletin ekonomik planlarına göre gelişmesi ayarlanmalıdır.

Ağız sağlık hizmetleri, genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak hizmet sağlık merkezlerinde verilebileceği gibi, temel ve özel servislerde de verilebilir.

Sosyalleştirme yasasında belirlenen hizmet zinciri yaşama geçirilip, bu birimlerde ağız sağlığı hizmetlerini verecek servisler oluşturmayı planlayarak ağız bakımını tüm nüfusa yaygınlaşmasının sağlanması yanında, dişhekimi istihdamını da sağlamış olacağız.

Ağız sağlık servisleri öncelikle çocuk ve gençler için organize edilecek ve zamanla erişkinlere hitap edebilecektir. Ağız sağlık servisleri öncelikle çocuklara hizmeti planladığı için, bu servisler okullarda da açılmalıdır.

Bu hizmet sisteminin başlangıcında özel çalışan dişhekimlerinden de bu politika doğrulusunda hizmet isteyerek, ağız sağlığı servisi gibi kabul edilerek yararlanılmalıdır.

Ağız sağlığı hizmetleri, etkin tedavi yöntemleri yanısıra ağırlıklı olarak koruyucu tedavi hizmetlerini ön plana çıkarmalıdır. Suyun florlanması, şekerli gıda alımının limitlenmesi gibi, çalışmalar kolay uygulanabilir

yöntemlerdir. Bu yöntemlerin eğitimi sağlık servislerinde ve okullarda yapılmalıdır.

Dişhekimliği ve yardımcı sağlık personeli eğitimi bu hizmetlere uygun bir biçimde yeniden ele alınmalıdır.

Mezuniyet sonrası eğitim zorunlu olmalı ve meslek odalarınca organize edilmelidir.

Hizmetin veriliş niteliğinin artmasıyla ihtiyaç duyulacak ihtisaslaşmaya açık olmalıdır.

Sağlık zincirinin doğru işletilmesi ile eğitim ve bilim kurumları olan üniversitelerin ve ihtisas hastanelerinin asıl görevleri olan eğitim ve bilim hizmetini verebilmesi sağlanmalıdır.

Sağlık sorunlarının çözümü bilimsel esaslara dayalı, sürekli gelişime açık sistemler zinciri içerisinde olabilir. Oysa genel sağlık sigortası tek başına bu sorunların çözümü değildir. Genel sağlık sigortası konusunda görüşlerimizi şöyle açıklayabiliriz:

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1986 yılında kurulan TDB, dişhekimlerinin uzunca bir zamandan bu yana birikmiş sorunları ile karşı karşıyadır. Dişhekimlerinin daha iyi çalışma koşullarına ulaşması ve toplumun diş sağlığının yükseltilmesi, mesleğimize ilişkin bir dizi sorunun çözümüne bağlıdır. Bu sorunlar tek tek ele alınarak çözülmeye çalışılırken, ülkemizde uygulanan genel sağlık politikası da gözardı edilmemelidir. Özellikle son birkaç yıl içinde sağlık uygulamalarına yönelik bazı değişiklikler göze çarpmaktadır. Hükümet tarafından genel sağlık sigortasına (G.S.S.) geçiş çalışmaları yapıldığı duyulmaktadır. Sağlık politikalarının belki de en ayırdedici yanı finansmana ilişkin uygulamalardır.

Bu ön çalışma ile G.S.S.'nin ülkemiz koşullarına göre değerlendirmesi yapılmıştır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların görevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Anayasamızın 56. maddesinden açıkça anlaşıldığı gibi vatandaşın sağlığının korunması ve tedavi edilmesi devletin görevidir. Yine anayasamızın 56. maddesi **genel sağlık sigortası** kurulabilmesinin yolunu açmıştır.

1987 yılında çıkan "SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL YASASI"nda G.S.S.'nin koşulları öngörülmekte, nasıl uygulanacağı çıkarılacak yönetmeliklere bırakılmaktadır.

Şu ana kadar G.S.S.'nin ne şekilde uygulanacağını belirleyen hiçbir yönetmelik ve belge yoktur. Bu raporu hazırlarken çıkış noktamız; gelişmiş ülkelerdeki G.S.S. uygulamalarının, ülkemiz koşullarına göre değerlendirilmesidir.

G.S.S.'NİN TANIMI

G.S.S. gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı bireylerin sağlık, hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımlarının sağlanmasıdır. Alınan primler devletin öteki gelirlerinden ayrı bir fonda toplanır ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenir. Bazen sigorta finansmanına devlet de katılır. Bu katkı ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi gibi olabilir. Primler giderleri karşılayamıyorsa devlet aradaki açığı kapatarak da katkıda bulunabilir.

Bu tanımdan yola çıkarak, G.S.S.'yi ülkemiz koşullarına göre değerlendirdiğimizde ortaya şu sonuçlar çıkmaktadır.

1. Vatandaşların sağlığının **korunması** ve tedavisi anayasal bir hak olarak devletin görevidir. Batı ülkelerinde alt yapı hizmetleri tamamlanmış olduğundan koruyucu hekimlik ülkemizdeki kadar büyük sorun değildir. G.S.S. tedavi edici hizmetlere ağırlık verdiğinden dolayı, bu sisteme geçildiğinde koruyucu hekimlikte büyük bir boşluk oluşacaktır.

Devletin görevi vatandaşın sağlığını korumak ve tedavi etmek iken, G.S.S. uygulamasında bu hizmetin faturası prim toplamak yolu ile vatandaşın sırtına yüklenecektir.

2. Vatandaştan toplanan primlerin bir fonda toplanması öngörülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli olabilmesi için fonların mali yönden güçlü olması gerekmektedir. Oysa G.S.S. uygulamasında hizmet kapsamı geniş bir halk kitlesine yaygınlaştırılırken, pratikte prim ödeyebilecek kesim daha az bir vatandaş kitlesidir. Bu durumda sağlık fonunun yeteri kadar güçlü olamayacağı açıktır. Ülkemizde %20 oranında işsiz vardır. İşsizlerden prim alınması söz konusu olamayacaktır. Ayrıca ülke nüfusunun önemli bir kesimini oluşturan köylülerden, gelir düzeyleri nedeniyle sağlık primi almak olanaksızdır.

Fonların denetlenememesi, sorunun diğer bir yönüdür. 3291 sayılı yasanın 11. maddesine göre, bir fondaki para başka fonlara aktarılabilir. Ayrıca aynı yasanın 10. maddesine göre, fon gelirleri ile devlet tahvili satın alınıp, bütçe açığının kapatılması için fonun katkısı sağlanabilir. Görülüyor ki, herhangi bir siyasi iktidar sağlık fonunda toplanan parayı değişik amaçlarla kullanabilir.

3. Şimdiki uygulamada memurlar, işçiler ve Bağ-Kur'lular gerek pirim ödeyerek, gerekse ödedikleri vergilerin karşılığı olarak, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadırlar. G.S.S. uygulamasında sağlık sigortasına kayıt olmayanlar veya primlerini ödemeyenler hastahaneye başvurduklarında verilecek hizmet karşılığında ücret talep edilecektir. Böylece sağlık hizmetlerinin faturası zaten ödedikleri primler ve vergiler kar-

şılığında ücretsiz sağlık hizmeti alan memura, sigortalı işçiye ve Bağ-Kur'lu kesime ödetilecektir.

4. Gelişmiş Batılı ülkelerde nüfusun büyük bir bölümü (%80) şehirlerde yaşamaktadır. Bu durum hizmetlerin götürülmesinde büyük bir kolaylık sağlamaktadır. Oysa ülkemizde, özellikle de Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde nüfus çok yaygındır. Bu bölgelere hizmetlerin etkin bir şekilde götürülmesi çok önemli bir sorundur. Ayrıca gelişmiş toplumların tersine ülkemizde doktor, yardımcı sağlık personeli, sağlık personeli ve yatak sayısı yetersizdir. G.S.S. uygulamasıyla sağlık alanındaki bu önemli sorunlar çözülemeyecektir. Çünkü G.S.S. hizmetlerin veriliş şeklini değil finansmanın şeklini ve kaynağını düzenleyecektir.

5. Gelişmiş ülkelerde ilaç ve malzeme üretimi kendi sanayileri tarafından yapılmaktadır. Oysa ülkemiz bu sektörlerde hemen hemen tümüyle dışarıya bağımlıdır. G.S.S.'nin bilinçsiz ilaç tüketimini arttırıcı bir etkisi vardır ve bu durum bir yandan ilaç ve malzeme üreten büyük şirketlerin kârlarını çok daha fazla arttırırken, bir yandan da sağlık hizmetlerinin maliyetini çok yükseltmektedir. Avrupa ülkelerinde de G.S.S.'nin en çok yakınılan komplikasyonlarından birinin de bu olduğu gözönüne alınırsa, bizimki gibi ilaç ve malzemeyi dışarıdan almak zorunda olan bir ülkede bu komplikasyonun ne kadar büyük olacağı açıkça anlaşılacaktır.

6. Gelişmiş Batı toplumlarından dişhekimliği hizmetleri yoğun olarak özel muayenehaneler aracılığı ile verilmektedir. Ülkemizde kamu kuruluşları kanalıyla verilen diş sağlığı hizmetleri personel ve donanım eksikliğinden dolayı oldukça yetersizdir. Bu hizmetlerin büyük bir bölümü özel muayenehanelerde verilmektedir. Ancak geniş bir halk kesimi bu hizmetleri satın alırken büyük mali güçlüklerle karşılaşmaktadır. G.S.S. uygulamasında hizmetin maliyetini düşük tutmak amacıyla, özel muayenehanelerden faydalanmak yerine, toplu hizmet veren kamu kuruluşlarından yararlanılacaktır. Şu andaki iktidarın eğilimi de bu yöndedir. Oysa bu kuruluşların yetersiz olduğu açıktır.

7. G.S.S.'nin uygulandığı ülkelerde çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır.

—İngiltere'de bu tip uygulamalardan vazgeçilmiş ve ulusal sağlık sistemi kurulmuştur.

—İtalya'da 1977 yılında parlamento sigorta sisteminden ulusal sağlık sistemine geçişi öngören bir programı yürürlüğe sokmuştur.

—Federal Almanya'da G.S.S.'nin finansman sorunları devlet bütçesini zorlamakta ve her yıl önemli ölçülerde devlet desteği gerekmektedir. Ayrıca kimi bulaşıcı hastalıklara karşı önlem alınmasında zorluklarla karşılaşılmış ve bundan sigorta sistemi sorumlu görülmüştür.

—İsveç örneğinde ise kişilerin ödediği prim %1, devletin ödediği prim ise %23 oranındadır. Yani sistem çok ağırlıklı olarak devletin desteği ile ayakta durmaktadır ve neredeyse sadece ismi genel sağlık sigortası olarak kalmıştır.

SONUÇ

Bir ülkede uygulanacak sağlık sisteminin, o ülkenin, sosyo-ekonomik yapısından bağımsız olarak ele sı mümkün değildir. G.S.S. sisteminin gelişmiş ülkelerdeki uygulamalarıyla, Türkiye'deki olası uygulamalar karşılaştırıldığında, bu modelin ülkemiz için uygun olmadığı görülmektedir. Kaldıki gelişmiş ülkelerde bu sistemden vazgeçilmektedir. **"Genel sağlık sigortası" ülkemizdeki sağlık sorunlarını çözemez.**

ÖNERİLER

a) Sağlıklı yaşam ve her vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanması doğal bir hak olarak benimsenip, devletin temel görevlerinden biri olarak kabul edilmelidir.

b) Tüm sağlık harcamaları devlet tarafından tek elden yönetilmeli ve koruyucu hizmetler ön plana çıkarılmalıdır. Sağlık hizmetlerine devletin ayırdığı pay yükseltilmelidir.

c) Sağlık hizmetleri kırsal kesimlerde yaygınlaştırılmalı ve ülke bütününde uygun dağılımı sağlanmalıdır.

d) Sağlık alanında büyük kâr sağlayan sermaye grupları etkin bir denetim altında tutulmalıdır.

e) Ulusal sağlık sanayi oluşturulmalı ve sağlık hizmetlerinin maliyeti düşürülmelidir.

f) Sağlık alanında gümrük vergi muafiyeti getirilmeli ve devlet desteği arttırılmalıdır.

g) Sağlık hizmetlerinden KDV kaldırılmalı, (Örnek: Futbol maçı biletlerinden olduğu gibi).

h) Kamu sağlık hizmetlerinin düzeyi yükseltilip yaygınlaştırılması sağlanırken, var olan özel muayenehanelerden en verimli şekilde yararlanılmalıdır.

ı) Sağlık hizmetlerinde finansman sorununa çözüm önerilirken hekimlerin, dişhekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının yaşam düzeyleri yükseltilmeli, mesleki bilgilerini geliştirecek olanaklar tanınmalı, sosyal güvenceleri sağlanmalıdır.

j) Dişhekimliği fakültelerinin gerçek eğitim kapasiteleri belirlenip verilecek eğitim ve öğrenci sayısı buna uygulanmalı.

Yukarıdaki öneriler ışığında ülkemizin özgün koşulları gözönüne alınarak tüm sağlık çalışanlarının ve meslek örgütlerinin katılımı ile "ulusal sağlık politikası" uygulanmalıdır.

DİŞ TEDAVİSİ SIRASINDA ORTAYA ÇIKAN KOMPLİKASYONLAR ve ÖNLEMLERİ (II)

Prof.Dr.Oya Kutlay*

ÖZET

Bu yazıda diş tedavisi sırasında en tehlikeli komplikasyonlar olarak görülen yabancı cisim aspirasyonu, yutulması ve lokal anesteziklere değinilmektedir.

SUMMARY

THE COMPLICATIONS OCCURED DURING DENTAL PRACTICE AND THEIR PREVENTIONS

In this paper the most serious complications due to aspiration, swallowing, and local anaesthetics occured during dental practice have been rewieved.

Aspirasyon ve Yutma: Diş tedavisinin en önemli komplikasyonlarıdır[1] Yabancı cisimler 2'ye ayrılır.

a) Eksojen yabancı cisim
—Protez türleri
—Dişçi aynası (Özellikle ucu sapına vidalı olan)
—Aletler (Matkap uçları, enjektör iğneleri)

b) Endojen yabancı cisim
—Diş
—Çeneden kopan kemik parçası
—Diş eti mukoza parçası.

YUTMA

Yutulan yabancı cisim mideye kadar olan bölümde ise semptom verir. Örneğin;
—Boğulma hissi
—Ağrılı yutkunma
—Büyükse disfoni (Genellikle büyük yabancı cisimler birinci darlıkta takılırlar)
—Yutulan materyel larinks hizasında ise iritasyonuna bağlı spazm dispne.

Yutulan materyel iki yerde takılabilir.

1) 1. Darlık larinks hizasındadır. Bası nedeni ile dispne-siyanoz gelişir.

Sternum arkasında ağrı.

2) Aort kavisini geçtikten sonra sivri uçlu bir cisim yutulması ise özofagus mukozasını yırtarak mediastinite neden olabilir.

Genelde mide ve barsaklarda komplikasyon nadirdir, perforasyonlara neden olabilir.

Materyelin mideye geçmesi halinde lahana gibi volümlü yiyeceklerle donatılarak tabi şekilde çıkarılması sağlanabilir.

Hastanın skopi ile takibi uygundur.

ASPİRASYON

Yabancı cisim aspirasyonları yutmaya nazaran daha nadirdir. Olay vücudun koruyucu refleksleri nedeniyle önlenir.

—Öksürük refleksi yabancı cismi dışarı atar. Bu sırada epiglot civarında bu madde sulanıp kalabilir. Tedavi esnasında bir alet yada protez parçası kaybıyla birlikte öksürük refleksi görülürse baş ileri derecede ekstansiyona getirilmelidir. Böylece fizik kanunlarına göre yabancı cismin yönü kraniyal olur. Dikkatlice; arka farinkse tuşe etmekten çekinmemelidir. Bazıları bu tuşeden önce yüzeyel anestezik kullanılmasını önerirler. Bize göre bundan vazeçilmeli, çünkü hastanın duyarlılığını ortadan kaldıran bu işlem yabancı cismin bulunmasını zorlaştırır.

Yabancı cisim bulunamazsa hastayı izlemek gerekir. Pozisyon değişikliğinde yabancı cisim kayarak larinkse gelip öksürük refleksi uyandırır. Özellikle kanal tedavisinde kullanılan apareylerin epiglotta takılma olasılığı fazladır. Yabancı cisim larinkse geldiğinde 3 şekilde reaksiyon meydana gelir.

1. Öksürük refleksi gelişir.
2. Larinkste takılır.
a) Tamamen kopar - Hasta ex. olur.
b) İnce ise takılmaz. Geç safhada enfeksiyon-dispne.
c) Larinksi aşar. Trakea ve bronşlara girer.

Kütlevi olan yabancı cisim kord vokallerde tutulur (Heimlich manevrası). Bu olgularda hastanın arkasına geçip sternumun alt ucundan diyafram yukarı itilerek yapılan Heimlich manevrası yabancı cismin atılmasını sağlayabilir[2].

3. Yabancı cisim bronşa fikse olursa

* Uludağ Üniv.Tip Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

—Ekspiryum inspiryum ile trakeada hareket etmesi çok tehlikelidir. Her harekette larinkse çarpar ve zedeler. Eğer larinkse yakalanırsa asfiksi gelişir.

—Ana bronşta ise hastanın hiç şikayeti olmaz. İleri dönemde atalektazi. Yabancı cisim öksürük refleksi ile kayıp yer değiştirebilir.

Bu vakalarda acilen laringobronkoskopi yapılması gereklidir[3]. Çengelli olan yabancı cisimler örneğin bazı tür protezler kesinlikle çekilmemeli, uçlar giyotinle kesilip çıkartılmalıdır.

Diş tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek en önemli komplikasyonlardan biri de lokal anesteziklerle oluşanlardır. İki şekilde ortaya çıkarlar[4].

1. Lokal anestezik ilaca bağlı.
2. Vasokonstriktör ilaca bağlı.

Daha önce de sözünü ettiğimiz gibi vasokonstriktörün kullanılabilmesi için hastalardan iyice anamnez alınması gerekmektedir.

Özellikle—Hipertansiyonlu
—Hipertiroidili
—Kalb hastalığı olan
—Aterosklerotik kalb hastalıklarında kontrendikedir.

Lokal anesteziklerde ise.

1. Allerjik reaksiyon şeklinde ya da
2. Yüksek dozda dolaşıma karışması sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar görülür.

Kandaki yüksek dozun oluşturduğu sistemik toksik reaksiyonlar.

—Huzursuzluk
—Tremorlar
—Konvülsion
—Tüm bu aşırı sitümülasyonu takibeden depresyon tarzındadır[5].

Lokal anesteziklerle ortaya çıkabilecek ölüm tablosu solunum depresyonuna atfedilir. İlaçların bizzat myokarda direkt etkileri ile ortaya çıkabilecek kollaps ve kardiyak depresyon daha az suçlanılmaktadır.

Sistemik toksik reaksiyonlar 2 tipte görülür.

1. Geç
2. Hemen

Geç reaksiyon enjeksiyondan 5-10 dakika sonra görülür. Semptomların yavaş yavaş ortaya çıkması önlemler alınması için zaman tanır ve ölüm olayı engellenebilir.

Hemen Reaksiyon saniyelerle ortaya çıkar. Tüm belirtiler birden belirir. Ya fazla miktarda lokal anesteziğin dolaşıma girmesi ya da yüksek dozun süratle absorbsiyonuna bağlı olabilir.

Tedavi genellikle başarısız olabilir. Bu hastalarda kardiyo-pulmoner resusitasyonu mutlaka denemelidir[6].

Reaksiyonda görülebilecek başlıca belirtiler: Solunum sayı ve derinliğinde artış-önce AB düşer, sonra yükselir. Taşikardi, huzursuzluk, titreme, istemsiz koreik hareketler, baş ağrısı, baş dönmesi...

Allerjik reaksiyonlarda antihistaminiklerle önlem sağlanamaz ise kortikosteriodler verilmelidir. Damar yoluyla 50-100 mg. prednizolon ilk doz olarak kullanılabilir. Tablonun ağırlaşması halinde süratle bir sağlık kurumuna başvurmalıdır.

BAYILMA

Total periferik dirençte düşme, bradikardi ile ani ve şiddetli hipotansiyon olayı vagal atak veya halk dilinde bayılma olarak tanımlanır.

Emosyonel stress yada ağrı şoku kişide sempatik aktivasyonu arttırır ve bayılma olayını ortaya çıkarır. Vagus aracılığı ile oluşan aşırı bradikardi -hepotansiyon- şuur kaybı ve bayılma.

Dişçi koltuğunda bayılma olayının oldukça sık olduğu bildiriliyor. Predizpozan faktör olarak - huzursuzluk-emosyonel stress, halsizlik, yorgunluk, açlık, o anda hasta olmak sayılabilir. Korku, ağrı ve koltuğun oturur pozisyonu olayı destekler. Lokal anestezi ile tedavi gören 3000 hastanın %2'sinde bayılma olmaktadır ve doktorun başına dert olabilir. Gençler bayılmaya daha meyillidirler. Olay kendisini huzursuzluk, sürekli esneme, terleme, bulantı hissi, solukluk gibi belirtilerle hissettirmeye çalışır. Eğer hasta ile ilişki giderek azalıyorsa derhal akla getirilmeli.

Diş tedavisi için gelen olgulardaki huzursuzluk hem hekimi hem de hastayı olumsuz olarak etkileyen bir faktördür.

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki dişhekimlerinin %43'ü hastaların psikolojik durumunu başarılı olarak ele alamamaktadır. %57'si ise hiç aldırmamaktadır[7]. Dr.Melamed'e göre ankisiyete azaltıcı çeşitli yöntemler denenmelidir.

Dr.Moretti hasta ile hekim arasındaki kommunikasyonun ankisiyete kontrolunda en önemli yol olduğunu ileri sürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gabka,J.,Harnısch,H.: Komplikationen und Fehlerbei der zahnärztlichen Behandlung, 2. unveranderte Auflage, Georg Thieme Verlag-Stuttgart, 1983, 1.
2. Sahn,S.A.: Pulmonary Emergenies, Cardiopulmonary Resuscitation. Churchill Livingstone Newyork, 1982.
3. Elar,Z.: Anestezi El Kitabı, Editör Snow,J.C., Güven Kitabevi, İzmir, 1982, 415.
4. Collins,V.J.: Principles of Anesthesiology second Edition, Lea and Febiger, Philadelphia, 1976, 900.
5. Moore, D.C.: Regional Block Systemic Toxic Reactions to High Blood Levels of Local Anesthetic Drugs, Second Edition, Charles C Thomas, U.S.A., 1965, 19.
6. Peter,S.: Cardiopulmonary-cerebral Resusitation, W.B., Saunders Co., Philadelphia, 1981, 14.
7. 113, 5, 728, 1986.

DİŞHEKİMLİĞİNDE MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM

Zaman akışı içinde, dişhekimliğinin her bölümünde büyük teknolojik değişiklikler, farklı yöntemler ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, dişhekimleri mezuniyetlerinden sonra, bu gelişmeleri takip edip kendilerini yenilemek zorundadırlar. Hatta bazı ülkelerde bu yenileme işlemi zorunlu ve kontrollü hale getirilmiştir. Mesela, Amerika'da her dişhekimi belli seminerlere veya bilimsel kongrelere katılmak zorundadır. Seminer ve kongrelerin içeriğine göre, iki yıllık dönemler içinde, dişhekimleri istenen bilimsel puanı doldururlar. Katılmayan dişhekimleri, iki yıl sonunda en son gelişmelerle ilgili imtihana tabii tutulurlar. Başarılı olamayanlar, iki aylık süreden sonra yeniden bir imtihan geçirirler. Bunda da başarılı olamayanların klinikleri, geçici olarak başarısının kanıtlanmasına kadar kapatılır.

Dişhekimleri, ithalatçı firmaların, çoğu kez detaylarını bilmeden ithal ettiği yeni materyelleri satın almadan ve kullanmadan önce tetkik etmelidir. Esasında materyal çok çeşitli, konu son derece karışıktır.

Mesela;

1- Silikat Siman, 2- Phosfat Siman, 3- Carboxylat Siman arasındaki farkı ve nerelerde kullanıldıklarını ithalatçı firma bilmez. Firmalar, daha ziyade tavsiye üzerine, iyi satan malı veya markayı ithal etme bazından hareket ederler. Çoğu kez ithal ettikleri cihazların, uygulanmasından da haberdar değillerdir. Yeni cihazları meslektaşlar, daha ziyade cihazın kataloğu yardımıyla anlamaya çalışırlar.

Ufak bir araştırma yapmak üzere, üç değişik diş deposuna ultrasonik detartraj cihazı almak üzere uğradım. Depo satış elemanları cihazın özelliklerini bilmiyordu. Cihaz hakkında yanıt alamadığım sorularım şunlardı.

1- Cihazın ucunun saniyedeki titreşim sayısı nedir?

2- Titreşim, eliposit veya ileri geri veya 8 şeklinde midir?

3- Cihazın soğutma sistemi için, damıtık su veya normal şebeke suyu mu kullanılmalıdır?

Bütün bu cevapsız sorulara karşın sattıkları cihazın en iyisi olduğunu söylüyorlardı. Cihaz katoloğunda uçların nasıl değiştirileceği ve gücün nasıl regule edileceği izah edilmiş. Ama hangi dişin yüzeyi, hangi açı ve güçle temizlenebilir buna hiç değinilmemiş. Bu durumda iki seçenek kalıyor.

1- Dişhekimi, deneme yanılma metodu ile cihaz kullanımını hasta ağzında öğrenecek.

2- Bilimsel yayınlar okuyacak veya o konuda kursa gidecek.

İşte bu ve buna benzer pek çok sorun nasıl cevaplandırılacak?

Genelde yurdumuzda, bilimsel kongrelere ilgi daha ziyade üniversite topluluğu içinde olmaktadır. Serbest dişhekimleri kongrelerde, pratiğe ve uygulamaya yönelik tebliğler olmadığı için haklı olarak pek ilgi duymuyorlar. Bunun bilincine varan fakülteler, kongrelere yavaş yavaş kurslar ilave etmeye başlamıştır.

Mesleki yayınların meslek sonrası eğitiminde rolü çok önemlidir. Yayın konusunda; Türkiye'nin tüm diş hekimlerine hitap eden dergi yalnız Türk Dişhekimleri Birliği dergisidir. Dergimiz yurdun en ücra köşesindeki meslektaşımıza ücretsiz olarak hizmet verme gayretindedir. Maddi ve teknik imkansızlıklardan ötürü, yılda 4 kez çıkardığımız dergimiz konuların çokluğu karşısında yetersiz kalmaktadır. Ayrıca mesleğimiz, uygulamaya yönelik olduğundan, yalnız yazı ve resimle konuya girmek bir hayli uzun açıklamaları gerektirmektedir. Bu noktadan hareket ederek, modern eğitimde yaygın olarak kullanılan,video film imkanlarından istifade yolu düşünüldü. Yurt dışında fakülte kütüphanelerinin yanında, her türlü dişhekimliği uygulamalarını (klasik ve modern) gösteren, video film arşivleri yıllardır oluşmuş durumdadır. Hatta fakültelerde pek çok öğretim görevlisi, kuru teorik ders anlatmaktansa uygulamalı video film gösteriyor. 45 dakikalık bir dersin, 30 dakikası film gösterisi, 15 dakikası da anlaşılamayan noktaların açıklaması ve tekrarı şeklinde sürüyor. Bu sa-

---

DİŞ HEKİMLİĞİNDE OKUL SONRASI MESLEKİ EĞİTİM

Dt.Süha ALPAY

Tıp ve dişhekimliğinde, bilimsel araştırmaların sürekliliği ve yeni gelişmeler, okul eğitiminin yetersizliğini ortaya koymaktadır. Fakülteden mezun olduktan sonra, bilgisini yenilemeyen bir diş hekimi, her geçen yıl biraz daha mesleğinin çağdaş gelişmişlik düzeyinin altında kalacaktır. Son gelişmeleri her zaman günü gününe uygulamak mümkün olmayabilir. Çünkü yeni geliştirilen bir çok tekniğin ilk uygulamaları başta çok yüksek maliyetler gerektirebilir. Ancak var olan gelişmelerden tamamen habersiz olmak ta kabullenilemez bir şeydir. En azından gelişmeler izlenebilir. Kaldı ki temel klasik bilgilerinde önemlice bir kısmı kolaylıkla unutulabilmektedir. Bunların da okul sonrası mesleki eğitimle geliştirilmesi gerekir. TDB olarak bu konuda çalışmalar sürdürülmektedir. En önemli sorun bu konuda gerekli materyalin sağlanması olmuştur. Yakın zamanda yurt dışından getirilen belirli sayıda video kaseti ile, meslektaşlarımıza yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca halka yönelik eğitici çalışmalar için, Dünya Sağlık Örgütü'nden materyal isteğinde bulunulmuştur. Bu arada çalışmalarımızdan haberdar olan bazı Odalar ödünç kaset istemektedirler. Hem bandrol sorunu nedeniyle, hem de bu talepleri karşılayabilecek olanaklar olmadığı için, henüz ödünç kaset uygulamasına başlanmamıştır.

Ancak, Samsun'da olduğu gibi toplu gösterimler düzenlenebilmektedir. Konuyla ilgili bir komisyon kurulmuş, çalışmalarını sürdürmektedir. Komisyon;

—Numan Kuzanlı
—Halil Erdal
—Ateş Erinanç
—Yılmaz Bilgin
—Eser Cilasun
—Süha Alpay'dan oluşmaktadır.

yede hem öğretim görevlileri yorulmuyor, hem de derslere olan ilgi daha yüksek düzeyde oluyor. Video filmin teknik imkanı sayesinde küçücük bir kanin dişin distalindeki çürük, tüm ekrana aktarılabiliyor. Bu da anlatımda büyük kolaylık sağlıyor.

Ayrıca video film hangi konuda hazırlanacaksa, o konuda dünya çapında ünlü olan, bir öğretim görevlisi konuyu hem anlatıyor hem uyguluyor. Bu sayede isim yapmış, dünya çapındaki bir profesörden konuyu öğrenme imkanı oluyor.

Bu noktadan hareket ederek, birliğimiz bünyesinde meslek sonrası eğitimi ile ilgili bir kurul oluşturuldu. Mesleki bir video arşivi hazırlanarak, üç aylık bir çalışma neticesi aşağıda sayılan konular arşivimize kazandırılıyor.

1- Işınla polimerize olan composit dolgu için kavite preparasyonu ve dolgusu (2 değişik kaset 2x30 dakika).

2- Periodontolojide derin küretaj ve frenilektomi operasyonu.

3- Oral röntgen çekme teknikleri,

4- Ultrasonik cihazla detertanaj tekniği

5- Airflow kullanılışı

6- Başlangıçtan bitene kadar dişsiz ağızda fonksiyonel ölçü metodu ile total protez. Laboratuvar çalışma safhaları dahil (3x60 dakika)

7- Kron ve köprü preprasyonu (porselen 30 dakika)

8- Heliocolor

9- Laboratuvarda porselen çalışması

10- İmplant materyallerinin çeşitlerine göre endikasyonları (slayt gösterisi)

11- Dişsiz ağızda implant uygulaması

12- Total protezde artikilasyon-diş dizimi-estetik

Kasetlerin serbest muayenehanelerde, pratik uygulanabilecek aktüel konulardan olmasına özen gösterilmiştir. Birliğimiz, eldeki mevcut konularla, meslek sonrası gelişmeleri aktarmak üzere Odalar'la temasa geçmiştir.

Bu arada Samsun Dişhekimleri Odası'nın arzusu ile 9.7.1988 tarihlerinde, Samsun'da meslek sonrası eğitimi ile ilgili ilk toplantı yapıldı. Türk Diş Hekimleri Birliği'nden Dt. Yılmaz Bilgin, Dt.Eser Cilasun, Dt. Nazif Yurdakul, Dt. Numan Kuzanlı, Dt. Haluk Poçan, Dt. Ateş Erinanç'ın iştirak ettiği toplantı, Samsun Turban Oteli salonunda açıldı. Samsun Dişhekimleri Odası'nın hazırladığı, çok güzel bir organizasyonla cumartesi öğleden evvel ve öğleden sonra olmak üzere, 4 saatlik bir video gösterisi dı.

Mevzular:

1- Komposit dolgu restorasyonları,

2- Röntgen çekme tekniği,

3- Derin küretaj ve frenilektomi,

4- İmplant endikasyonları.

Kasetlerin Almanca olması sebebiyle konular, Dt. Numan Kuzanlı ve Dt. Ateş Erinanç tarafınan açıklandı. Video konferanstan sonra, Samsun Dişhekimleri Odası, yönetici ve mensupları ile Türk Dişhekimleri Birliği yöneticileri arasında iki saatlik mesleki sorunlarla ilgili bir sohbet devam etti. Ayrıca akşam üstü otelde verilen kokteyl ile yorgunluklar çıkarılmaya çalışıldı. Böylece devam edecek olan, meslek sonrası eğitim toplantılarının ilki Samsun'da bitmiş oldu.

Buna benzer çalışmaların, Odalar'ımızın yardımları ile bütün meslektaşlara sunulması ve onlara meslek içi eğitimlerinin kolaylıkla ve zevkli bir biçimde verilmesi, Birliğimiz'in gerçekleştrmeye başladığı bir idealdir.

En azından meslektaşlarımızla bir arada olmak bizim için büyük kazançtır.

Samsun Odamız yöneticileri ile meslektaşlarımızın teşekkür borçlu olduğumuz, sıcak ilgileri bizi bu konuda cesaretlendirmiştir.

ÜLKEMİZDEN KISA HABERLER

●TDB Yönetim Kurulu üyeleri, Sağlık Bakanı Nihat Kitapçı'yı ziyaret ettiler. Mesleğimizin sorunlarına ilişkin bilgiler verilen toplantı, yarım saat sürdü.

●Birliğimizin, uzun zamandan beri üzerinde ısrarla durduğu, serbest muayenehanelere, hasta sevki konusunda ilerlemeler kaydedildi. Ancak iki yıldır artırılamayan, ödeme miktarları, günün koşullarının çok gerisinde kalmaktadır.

●Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı İmren Aykut'un hekimlerle ilgili sözleri, çeşitli tepkilere yol açtı. Çeşitli Oda'larımız, Tabip Odaları'yla birlikte açıklamalar yaparak, mesajlar yollayarak görüşlerini dile getirdiler.

DÜNYADAN KISA HABERLER

Çeviren: Dt.Alpay Karaaslan.

FDI ÜYELERİ ARTIYOR

Brezilya, Ekvator, El Salvador, Meksika ve Türkiye Buenos Aires Dünya Kongresi'ni takiben FDI'de temsil ediliyor. Bu, üye sayımızı 76'ya yükseltti.

Buenos Aires'deki genel kurul ayrıca FDI'ye başvuran iki kuruluşun üyeliğini de kabul etti. Bunlar Amerikan Dental Ticaret Örgütü (American Dental trade Association) ve Pierre Fauchard Akademisi. Böylece 76 olan ulusal örgütlerin asil üyelikleri yanında dental konulu 15 uluslararası organizasyon FDI'ye bağlanmış oldu.

ALMANYA'DA ÜCRETLER KONUSUNDA SAVAŞ ÇANLARI

Alman diş doktorları Federal Hükümet'in Ocak 1988'de sunduğu yeni bir ücret tarifesiyle gelirlerinde %10'luk bir düşüşten endişe duymaktalar.

Ayrıca sistemlerinin yürürlüğü için idari mali yükün artırılması ile yüz yüzeler.

"Hastalık Fonu"ndan ödenen geçerli ücretlere göre -özellikle protetik ve ortodontik tedavide- yeni asgari ücretler daha düşük tutulmuş. Sonuç olarak "Fon" yeni tarifeyi ücretleri düşürerek lehine çevirmeyi ve diş doktorlarına daha az para ödemeyi hedefliyor.

DİŞ TEDAVİSİNDE "AIDS" HALA BİR ENGEL OLMAYA DEVAM EDİYOR

Kuzey ABD'de AIDS hastaları diş tedavilerini yaptırmakta güçlüklerle karşılaşmaya devam etmekteler. Bu nedenle Amerikan Diş Hekimliği Halk Sağlığı Örgütü "AIDS-ARC- ve HIV-enfeksiyonu bireylerin özel klinikler, diş hekimliği okulları, halk sağlığı programları ve hastaneler de dahil olmak üzere gerekli ağız sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmelerine fırsat yaratmak" amacıyla dişhekimleri camiasını yüreklendirici ve özendirici bir karar aldı.

Kuzey Amerika Birleşik Devletleri'ndeki son araştırmalar çok az sayıda diş hekimimin AIDS hastalarını tedaviye istekli olduklarını gösteriyor.

AMALGAM

Dt.Halil Erdal

Yunanca "malagna"dan geldiği tahmin edilen amalgam sözcüğü Türkçe'de "yumuşak olan" anlamına gelmektedir. Civa, gümüş, çinko alaşımı bir tür amalgamın ilk kez İ.Ö.6. yy'da Çin'de patt (macun) olarak kullanıldığı bilinmektedir. Amalgam diş dolgu maddesi olarak Avrupa'da ilk kez 1528, Çin'de 1596 yıllarında kullanılmaya başlanmıştır. Sonraki yıllarda formülü (reçetesi) ortadan kaybolan bu çok önemli alaşımın 1800'lü yıllarda tekrardan ortaya çıktığı, günümüze değin de aynı amaçla kullanıldığı görülür.

Teknik açıdan ağızda çalışması kolay ve dayanıklı, ayrıca ucuz bir diş dolgu maddesi olan amalgam türlerine gelince, bunları kabaca ikiye ayırmak mümkündür; a) süt dişlerinde kullandığımız civa, bakır alaşımı sıradan amalgam, b) kalıcı dişlerde kullandığımız civa, gümüş, çinko, kalay, bakır çok az oranlarda altın ve platin gibi, kıymetli metaller alaşımı amalgam. Kısaca tarihçesi, formülü ve de işlevi bu olan amalgamın içerdiği soru işaretine gelince; diş hekimleri olarak hepimizin öteden beri bildiğimiz amalgamın yan etkilerinden birinin, ağız içi dokularında alerjiye neden olabileceği ise, diğerinin ve en önemlisinin, kronik civa zehirlenmesine yol açabileceğidir.

Ancak ne ki, amalgama ilişkin, önemli bu iki yan etkinin ne her hastada ve her zaman görüldüğü söylenemez. Hatta öyleki, amalgamla vücuda alınan civa miktarının, yiyecek, içecek gibi gıda maddeleriyle alınan civa miktarından hiçte fazla olmadığı, en azından son bir kaç yıla kadar, bilimsel kanıtlar arasındadır. Diğer yandan ama, "yerinin, yapımı zor ve masraflı altın veya diğer metaller alaşımı döküm dolguların dışında, kolay kolay doldurulamazlığına karşın (compositler aynı işlevi şimdilik göreceli yerine getirirler) amalgamın saltanatı, eğer bu konuda çıkan kimi söylentilere inanmak gerekirse, özellikle son yıllarda ve neredeyse sallanmaktadır" denilebilir. Örneğin, İsveç, İngiltere, Amerika gibi ülkelerde amalgam üzerine araştırmalar yapan kimi kurum ve kuruluşların, grupların, amalgamın ağızda yeri olmadığını söyleyecek kadar ileri gittiklerini, Batı'da yayımlanan yazılı basın sıkça dile getirmektedir. Özellikle İsveç'ten gelen haberler, amalgamın bileşiminde bulunan civarın "bio-akımlar" sonucu ağzda çözülerek vücuda yayıldığı, sonra da beyne yerleştiği, bunun da yıllar sonra zehirlenmelere neden olduğu, yönündedir. Şöyle: Kanser, ruhsal bozukluklar, kalpte rahatsızlıklar, eklem romatizması, ana rahminde ve süt emen çocuklarda zehirlenmeler.

İngiliz, Amerikan grup araştırmalarını yürütenlerin söylediklerine gelince; bunlar daha da ileri gitmekte, civanın vücudu zehirleyerek organizmayı koruyucu sistemi zayıflattığı iddiasında bulunmaktadırlar. Sonuç: AİDS benzeri organik yıkım.

Evet, amalgam üzerine son yıllarda Batılı basın organlarında çıkan bilimselliği henüz kanıtlanmamış, tersine bir tür şarlatanlık olarak algılanan söylentiler şimdilik bunlar. Bütün bunlar amalgama ilişkin meselenin bir yanı. Meselenin diğer yanına gelince; hepimiz biliriz Türkçe'de bir özdeyiş vardır, "ateş olmayan yerden duman çıkmaz" der. Işte, özdeyişimizin söylemek istediğinin benzeri bir kaygıyı taşıyor olmalılar. Örneğin, F.Almanya Dişhekimleri Birliği ve Odaları bir yandan bu tür söylentilere şiddetle karşı çıkarlarken, bir yandan da ülkede mevcut dişhekimlerini uyarıp, "amalgam dolgular mı, özellikle bebek bekleyen veya bebek emziren annelerin ağızda amalgamla çalışırken aman biraz dikkat" demek ihtiyacını duymuşlardır.

Demek oluyor ki, amalgam dolgular ne dişhekimleri olarak bizlerin ne de hastalarımızın şimdilik kolay kolay vazgeçemeyeceğimiz gerçeklerdir. Burada bütün mesele, biz Türk dişhekimlerininde Alman meslektaşlarımız gibi, amalgamla çalışırken korkmadan fakat dikkatlice, özellikle de bebek bekleyen ya da bebek emziren annelerde doğum öncesi ve doğumlardan bir süre sonrasına kadar, ağızda amalgam yerine örneğin geçici zimen dolgularla çalışmamızdır.

KAYNAK: Zahnerhaltungskunde, Von Ernst Sauerweih Zahn-Mund-Kieferue-eilkunde, Karl Sohuchardt ve sekiz arkadaşı (meslektaşı)
F.Almanya Dişhekimleri Birliği yayın organı "Z.M."

FDI BUENOS AIRES KONGRESİ'NDEN

FDI News Letter'den Çeviri: Dr. Alpay Karaaslan

Buenos Aires Dünya Kongresinde bulunamayan üyeler için ve bulunup tekrar anımsamak isteyenler için Kongrede yapılan üç önemli konuşmadan bölümler veriyoruz: Yeni FDI Başkanı CARLTON WILLIAMS'ın coşkulu açılış konuşması, selefi Ariel Gomez'in unutulmaz açış seremonisi ve WHO genel sekreteri Halfdan Mahler'in tarihi sözleri.

DÜNYAYA AÇILAN BİR PENCERE, KRİZ YAŞAYAN BİR KITA.

Dr. Ariel Gomez ev sahibi olduğu Buenos Aires'deki FDI Dünya Kongresi açılış töreninde, başkanlığı sona ererken yaptığı ateşli konuşmada FDI'nin dünyanın her yerindeki hekimler için rolünü özetlerken Latin Amerikanın içinde bulunduğu kriz dolayısıyla dünyaya seslenişi tekrar dile getirdi.

Bugün FDI Dünya dişhekimliği kongresinin açılış törenini ilk defa Arjantin'de -onurla söylüyorum- benim başkanlığımda yapıyoruz. Bu benim için unutulmaz bir an - bir rüya.

Bu ender vesile ile önce Latin Amerikalılara seslenerek 90'a yakın ülkeden yarım milyon diş doktorunu temsil ederek uluslararası varlığını perçinleyen FDI'nin Latin Amerika'da olduğunu tekrar söylemek istiyorum. Burada komisyonlar ve çalışma grupları yanında dünyanın her yerinden klinik yöneticileri, dekanlar, aseri diş doktorları, araştırmacılar, yöneticiler, endüstri temsilcileri, pratisyen diş doktorları mesleğimizin evrensel sorunlarını ve özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki ana meseleleri incelemek üzere toplanıyorlar.

FDI çalışmalarında 1981 Rio de Janeiro kararlarında ulaşılabilen hedefler göz önüne alınarak "2000 yılına kadar herkese sağlık" sloganıyla hareket ederek mesleğimizin uygulanmasında ağız sağlığına, korunmanın etkilerinden son malzemelere, AIDS'den diş bakımı ve dişhekimliği hizmetlerine, hekimin sağlığından dental müfredat değişikliğine, en gelişmiş uygulamalardan karşılaşılan en basit problemlere kadar çeşitli konulara ilişkin incelemeler, raporlar ve dökümanlar görüşülecektir.

Burada Federasyonun ilişkilerinin ne kadar canlı olduğu, diğer uluslararası sağlık örgütleri, diş hekimliği endüstrisi ve özellikle kuruluşumuzun yapı taşları olan ulusal örgütlerle işbirliği içinde yapmayı planladığı çalışmalar görüşülecektir. Üye örgütler nerede olursa olsun meslektaşlarımıza ulaşmamızı, onları bir araya getirmemizi sağlayan kendi ülkelerinin FDI'leridir.

FDI pratisyen diş doktorunun dünyaya açılan penceresidir. Bireysel başvuru ile dahi üyelerimiz tüm çalışmalar hakkında bilgi sahibi olabilecekler dolayısıyla değişik fikirler, bakış açıları, eski ve yeni sorunlara farklı yaklaşımlar edinebileceklerdir.

Kuzey Amerika'dan, Doğu ve Batı Avrupadan, Afrika ve Asya'dan gelen meslektaşlarıma ve idarecilere, uluslararası pazarlardaki ürünlerinden elde edilen düşük ücretlerle kısıtlanmaya rağmen gerçek kıtasal bütünleşme için savaşım veren taze demokrasileri ve benzeri görülmemiş dış borçlarıyla, sosyal seviyeye de yansıyan muazzam bir ekonomik krizin tam göbeğinde iken özvarlığı için savaşarak gelişmekte olan bir kıtadan, Latin Amerika'dan sesleniyorum.

Bizim için bir lüks de olsa önce bizi tanımanızı, sorunlarımızı anlamanızı ve çözümlerinde bizlere yardımcı olmanızı istedik. Bu bağlamda diş hekimliği alanında bölgemizin sarfettiği büyük çabaları, Arjantin ulusal dişhekimliği örgütü Federacion Odontologica'nın bu kriz ortasında bu kongreyi, bu kıtada, bu ülkede topladığını vurgulamak isterim. Dünyanın bu bölgesi, Latin Amerika-Arjantin uluslararası alanda yalnızca seyirci olmak değil başrolde, önde olmak isteği ve gereksinimi duymaktadır.

Coğrafi dağılımı hiç bir plana pağlı olmayan 130.000'den fazla diş doktorunun çalıştığı bu kıtada 150'den fazla fakülte 100.000 civarında öğrencinin eğitimini sürdürmektedir. Burada bölgemizin ağız sağlığı konusundaki büyük sorunlarını çözümlemeye yönelik araştırma programları yanında devlet hastanelerini, sosyal güvenlik kurumlarını ve özel klinikleri yanyana bulabilirsiniz. Etkin korunma, sağlık eğitimi ve florlama programlarını yürütmek, sağlamak zorundayız. Bu bağlamda tüm yardımları kabul ederek ve fakat tempomuzla ve karşılaşacağımız riskleri kendimiz göğüslemeyi göze alarak FDI ve diğer sağlık örgütleri ile işbirliği yapmaktayız, zira ancak bilim ve uygun teknoloji ile yolumuzda ilerleyebileceğimizin bilincindeyiz.

Bu nedenlerle FDI'nin burada Buenos Aires'de olduğunu tekrar vurguluyorum ki bu Latin Amerika'ya değer kazandırmaktadır. Ve de örgütümüzün kendi gelişmesi için, tüm dünya insanları için ve nihayetinde mesleğimizin varolma nedeni olan sağlık için çalışmalarına devam etmek istemektedir.

Bu bir yarıştır. Şimdi iş başına.

DÖRT YILLIK YAKLAŞIM VE BEKLENEN DEĞİŞMELER

Yeni FDI Başkanı Carlton Williams'ın Genel Kurulda açılış töreni konuşmasından bir bölüm.

Federasyonumuzun bana verdiği bu görevi kabul etmekten gerçekten büyük şeref duyuyor ve elimden geldiği kadar bana verilen görevleri yerine getirmek için mücadele edeceğime söz veriyorum ve sözümde durarak sizlere mahçup olmamayı umuyorum.

Her başkan benim de olduğum gibi, Federasyona iki yıllık süre içinde başarılı işlerle FDI için kalıcı yararlar sağlama umudu getirmektedir. Dişhekimliğinin işlev ve eserlerini dünyanın her tarafına eskisinden daha iyi götürebilmesi için FDI'ı olması gerektiği anlamlı konuma getirmeyi planlıyorum.

Bu bağlamda iletişim ağını geliştirmek üzerinde yoğunlaşacağız. İleşitim her örgütün kan damarlarıdır. Bizim için çok çeşitli lisanlar söz konusu olması bir zorluk olsa da editör Prof. Roy Duckwort, Mr. Derek Wyeth ve merkez büromuzun yardımlarıyla daha etkin olacağımızı umuyorum.

Ufuklarımızı genişletmeyi, Uluslararası Diş Hekimliği Akademisi gibi yakın kuruluşların uzmanlıklarından yararlanarak FDI'ın mesleğimiz için önemini arttırmayı, dünyanın bilgiye susamış bölgelerine daha iyi, daha çok eğitim götürmeyi de umuyorum.

Konsey üyeleri ve benim için başka bir önemli nokta da kararlardaki içerik ve tartışma yöntemimizi açıkça anlayamamış olma korkusu ile Genel Kurul üyelerimizin çoğunun karar aşamasına etkin katılımdan imtina etmeleridir. Önümüzdeki iki sene içinde umarım ki kuruldan önce sorunlarımıza çözüm aranırken daha çok sayıda delegenin tartışmalarda görüşlerini rahatça, açıkça ifade etmelerini sağlarız.

Federasyonumuzun sorunları çok yönlüdür. Birçok ülkede diş hekimi gereksinim fazlası iken bir o kadarında büyük boyutta dişhekimi açığı vardır. Bir kısmında çok detaylı ve çok ileri tedavi yöntemleri uygulanabilirken hala bazı ülkeler dişhekimliği kültürünün başlangıç dönemlerini yaşamaktadır. Bu farklılıkların tek tek incelenip, saptanması hepimize mal ederek problemlere daha iyi bir bakış açısı çözümleyebilmeyi umuyorum.

Son derece kritik bir dönemde karşı karşıya bulunduğumuz sorunları dört yıl boyunca birlikte göğüsleyebileceğim, yakın dirsek temasında bulunacağım gerçek bir beyefendiyi başkan seçmiş bulunuyorsunuz. Dönemimiz kritiktir, zira önümüzdeki seneler FDI merkez yönetiminde büyük değişiklikler olmak zorunda; çok yetenekli, son derece sorumluluk sahibi, saygın ve çoğuna göre yeri doldurulamaz, her zaman özleyeceğimiz Miss Mary Berker 1990 yılında Genel Sekreter yardımcılığı görevini bırakıyor. Bana göre Mary federasyonun eli ayağı olmuş, herşeyini hayatını buna adamıştır. Ayrılışı yaklaştıkça üstün gayreti ve ona olan sevgimiz tekrar ifade edilecektir. Ancak şimdiden Mary'nin mirasını-görevini devralacak biri gerekiyordu ki bu da bana düştü.

Tabii daha da kötüsü olabilirdi ve biliyorsunuz olacak da; 1991 yılında da işindeki bilgisi ve verimli çalışmalarıyla tanınan Genel Sekreterimiz Dr. Jan Erik Ahlberg emekli oluyor. Kendisi mesleğimizin bir öncüsü olmuş, bu duyarlı örgütün muazzam dallanıp budaklanmasını örnek bir tutumla yönetmiştir. Bir yönetim döneminde arkadaşlardan birinin yerini doldurmak bile başarı olacaktır, ikisinin ise yeteneklerimizin sınırlarını gerçekten zorlayacaktır. Bu durumu göz önünde bulundurarak Konsey, icra komitesi, kurul başkanı ve benim yapacaklarıma yardımcı anlayışlı ve destekleyici olmanızı istiyorum. Daha geliştireceğimiz iletişim sayesinde hepinizle temas halinde olacağımı umuyorum.

WHO Genel Sekreteri Halfdan Mahler'in tarihi sözleri.

"MÜCADELE ELDE EDİLEN SONUÇLARLA DAHA DA GÜZELLEŞECEKTİR"

Yoksulluk her yerde insanlığın başarısını gölgelerken, kötü sağlık koşulları ve koruyucu sağlık hizmetleri bu yoksulluğun birer ögesi olarak hem Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hem de Uluslararası Diş Hekimliği Federasyonu'na önemli görev ve sorumluluklar vermektedir.

Bir elde sosyal ve ekonomik yokluklar, diğer elde evrensel sorumluluk ve dayanışma anlayışı 2000 yılında herkese sağlık kararının alındığı 1977 Dünya Sağlık Kurulu'nun anahtarı olmuştur.

Bu bütün ülkelerdeki, bütün insanların kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam verebilecek, diğer deyimiyle en azından bir yaşam standardı sağlanması gerektiği anlamına gelir.

Burada sizlere ağız sağlığının, en az yaşam standardının da şart olduğunu vurgulamayı gerekli görmüyorum. Dokuz yıl önce Sovyetler Birliği'nde Alma Ata'da yapılan Uluslararası Konferans'ta vurgulandığı ve karar altına alındığı gibi sağlıkta esas hedeflenen noktanın koruyucu sağlık olması gerektiğidir.

Tekrarlayarak ağız sağlığının toplumlarda koruyucu sağlığın en önemli öğesi olduğunu vurgulamayı gerek görmüyorum.

Bugün günümüzde ağız sağlığında, koruyucu hekimlikte ileri gitmiş ülkelerin insanları ağız hastalıklarının oluşturduğu ağrı, eziyet hareketsizlik ve sorunları çok uzun yıllar önce farketmişlerdi. Bugün günümüzde birçok gelişmekte olan ülkede bu dalgınlıktan uyanmakta ve koruyucu hekimliliğe yönelmektedir.

Bugün bizim ülkemizde ağız hastalıklarının yaygınlığı dikkati çekmiş uzun ve pahalı tedavi sorunları nedeni ile koruyucu hekimliliğe yönelinmiştir.

GÜÇLERİMİZ: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün çok iyi bilinen gücü epidemiyoloji ve koruyucu hekimlikteki planlayıcı rolüdür. DÜnya Oralveri Bankası, dünya ağız sağlığındaki durumları tespit etmemizi sağlamakta, ileri sanayileşmiş ülkelerde sevindirici sonuçlar, gelişmekte olan ülkelerde ise dikktli ve uyarıcı sinyaller almamıza neden olmaktadır. WHO'nun kuruluşundan beri FDI ile ilişkileri mükemmeldir. FDI epidemiyoloji programlarına ağız sağlığı uygulamaları ile 1965 yılında katılmıştır. Daha sonra da birlikte birçok görev alınmış. Örneğin CPITN olarak bilinen periodental ölçüm sistemleri, evrensel olarak ağız sağlığının götürülmesi ile ilgili olarak birçok strateji ve görev saptamış ve uygulamıştır. FDI hükümetlere bağlı olarak çalışmayan kuruluşlar arasında her zaman örnek gösterilmiştir.

Şimdi artık FDI ve WHO'nun ağız sağlığı programları ağız sağlığının geliştirilmesi için ortak bir noktaya gelmiştir. Bu dayanışmanın ve ortaklığın ilkeleri hazırlanmış, bütün seviyelerde yapılacak işler planlanmış, bu yılki Dünya Sağlık Asambleni'ne çıkarılması öngörülmüş ve belki de bundan daha da başarılı sonuçlar çıkabileceği düşünülmüştür.

Kurulması öngörülen birliktelik Federasyonumuzun programının 3. maddesinde şöyle belirlenmiştir.

"Diş hekimliği, sanat ve bilimi, profesyonel diş hekimliği mesleğinin durumunu bütün insanların ağız ve genel sağlıkları yönünden ilerletmek ve geliştirmek."

Bu dayanışmanın uygulanması, hükümetler içi -dışı hükümetler arası- ya da evrensel boyutlarda hükümetler dışı gönüllüler şeklindedir. Dünya Sağlık Örgütü üyesi bulunan ülkelerde çalışırken ortaya koyduğu politikalar benimsenip, benimsenmemekle ve FDI üyesi o ülkedeki kuruluşlar kendi görüşleri çerçevesinde programlarımıza katılmaktadırlar. Ancak hiçbir şekilde zorlayıcı mukaveleler yapılmamaktadır.

HER ZAMAN SIKINTILI

Bu tür faaliyetler hiçbir zaman kolay olmamaktadır. Kaynaklar, insan gücü ve para gerekli oldukları yerde her zaman bir araya gelememektedir. Mesleğin sorunları, sağlık idarecileri ve toplum olurla, olmaz arasında mekik dokumakta, değişim iyiye doğru olduğunda her zaman güç olmaktadır. Özellikle de ağız sağlığında iyiye doğru hedeflere zor varılmaktadır. Ancak biz bu işbirliği programımızda karşılaşacağımız güçlükleri teker teker tespit etmiş bulunuyoruz. Üstelik önceden planlanan ve uygulamalarında hatalar gördüğümüz programlarda iki eksiklikleri de hesaba katarak çok gerekli olan zamanlarda kazanmış oluyoruz.

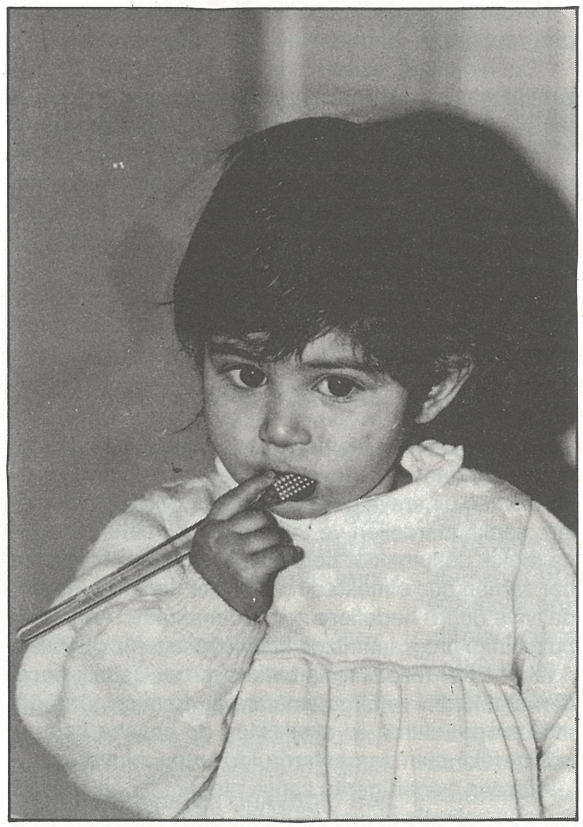
Ağızdan geçen genel sağlık sloganı ile sizin programınız belirmiş oluyor. Günden güne ağız sağlığı ile ilgilenen personel sayısı artmakta ve bir öğretici kadro oluşmaktadır. Dolayısıyla bunlar ağız sağlığında önemli mesajlar verebilecek durumlara gelmişlerdi. Beslenmeden, karalardan, korunmadan, hijyenden, örneğin daha iyi örnek bulamadığım için söylüyorum, AİDS'den ya da HIV infeksiyondan korunmada önemli görevler yüklenmektedir.

Sadece kendi iç bilgilerini arttırmak için değil, toplumda enfeksiyonlara uyaracak ve aydınlatacak geniş ve çok sayıda personele gereksinim var. Bu tür bir yaklaşımla diş hekimlerinin kendi uygulayıcı özelliklerinin dışında danışman görevi görecekleri çok sayıda durumu gündeme getirmektedir. Mücadele elde edilen sonuçlarla daha da güzelleşecektir. Esas slogan herkese sağlıktır. Siz WHO programlarını kabul ettikçe WHO'da sizi kabul edecektir. Hep beraber önemli görevler yüklenmeyi hedefliyordu. Bu hızla ilerleyen yüzyıl ise kayboluyor. Benim en iyi dilek ve temennilerim WHO ve FDI işbirliği yönünde gidiyor.

DİŞHEKİMLİĞİ BİLİM DALLARI ARASINDA PEDODONTİ'NİN YERİ

Çocukta Diş ve Ağız Sağlığı Organizasyonu ve Pedodonti'nin Uzmanlık Dalı Olması Hakkındaki Gerekçeler

Prof.Dr.Altan GÜLHAN(*)



Diş Hekimliği Bilim Dalları Arasında Pedodonti'nin Yeri

Tıp uzmanlık dalları arasında çocuk sağlığı hastalıklarının özel bir yeri olduğu gibi, Pediatric Dentistry, Odontopediatri Dentistry for children, Stomatologie Infantile, Pédodontie gibi çeşitli isimler verilen çocuk diş hekimliği de, erişkin dişhekimliğinden tümüyle ayrı, kendine özgü konuları ve sorunları olan bir uzmanlık dalıdır.

Pedodonti'nin uğraşı alanı başta diş çürüğünden korunma olmak üzere, süt ve genç sürekli dişlerin tedavisi, dişlerde görülen çeşitli gelişim bozukluklarının restoratif ve protetik tedavisi, çocuklarda görülen periodontal hastalıkların tedavisi, cerrahi işlemler ve koruyucu ortodonti gibi, çok geniş bir alandır. Özetle, tıp alanında çocuk sağlığı ve hastalıklarının paraleli olarak, tüm dişhekimliğinin çocuklara uygulanmasıdır. Objektif olarak düşünülürse, çocuk dişhekimi, herhangi bir dişhekimliği uzmanına göre daha geniş bir alanda çalışmak zorundadır. Örneğin, bir periodontolog yalnızca periodontal hastalıklarla, bir ortodontist yalnızca ortodontik anomalilerle uğraşırken bir pedodontist, çocuk hastası üzerinde her türlü işlemi yapmak zorundadır. Ayrıca çocuk hastalıkları ve çocuk psikiyatrisi konularında da temel tıp bilgilerine sahip olmalıdır.

Pedodonti'nin tarihçesini kısaca özetleyecek olursak, ilk kez 1916'da Amerika'da Ulusal Pedodonti Derneği kurulma girişiminde bulunulduğunu görürüz. 1926'da, Amerika Birleşik Devletleri'nde 43 dişhekimliği okulundan 5 tanesinde çocuk diş sağlığına yönelik eğitim verilmekteydi. 1924 yılında, Hogeboom tarafından, çocuk dişlerini konu alan ilk kitap "Dentistry for Children" adıyla yayınlanmış, günümüze kadar, Türkiye'de dahil olmak üzere bu konuda pek çok kitap yazılmış, makale yayınlanmış ve böylece çocuk diş hekimliği bir çok dişhekimliği dalından önce bilimsel düzeye ulaşmıştır. Bu arada, genel dişhekimliğinde kaydedilen ilerlemeler, diş bakımı ve tedavisinin çocukluk yaşlarından başlaması gerekliliğinin vurgulanmasına yardımcı olmuştur.

1927'de American Society for the Promotion of Dentistry for Children, 1940'da American Society of Dentistry for Children, 1948'de American Academy of Pedodontics kurulmuştur. Pedodonti'nin Amerika'daki bu gelişimine paralel olarak, Avrupa ülkelerinde de aynı gelişmeler izlenmektedir.

1957 yılında, Geoffrey L.Slack tarafından yayınlanan "A World Survey of the Teaching Methods in children Dentistry" isimli çalışmada, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 27 ülkeden başta Arjantin, Brezilya, Kanada, Şili, Kolombiya, Mısır, Fransa, Guatemala, Hindistan, İtalya, Norveç, G.Afrika, İsveç, İsviçre, A.B.D., Avustralya olmak üzere 17 ülkede Pedodonti eğitiminin ayrı bir bölüm halinde olduğu ve Pedodonti'nin uzmanlık dalı olarak kabul edildiği beirtilmektedir. Aynı yıllarda Pedodonti'nin ülkemizde de uzmanlık dalı olduğu, daha sonra bilinmeyen nedenlerle tüzükten çıkarıldığı görülmektedir.

1972-1982 yılları arasında, çeşitli ülkelerin dişhekimliği fakültelerinin eğitim programı incelendiğinde, hemen tüm ülkelerde Pedodonti eğitiminin ayrı bir bölüm olduğu ve ayrıca 3-4 yıl süren bir uzmanlık eğiti-

(*) Türk Pedodonti Derneği Başkanı
İ.Ü.Diş Hekimliği Fakültesi
Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

minin yapıldığı anlaşılmaktadır. Hatta bazı ülkelerde, örneğin Ottawa Üniversitesi'nde Ortodonti Pedodonti'nin bir dalı olarak eğitim yapılmaktadır.

Türkiye'deki çocuk dişhekimliğinin gelişimi ise şu şekilde özetlenebilir: İ.Ü. Tıp Fakültesi'ne bağlı olarak 1909'da kurulan Dişhekimliği Yüksek Okulu'nda Pedodonti, Diş Hastalıkları ve Tedavisi'ne bağlı ayrı bir ders olarak okutulmakta idi. 1954-1955 yıllarında "çocuk dişleri polikliniği" tedaviden ayrı olarak faaliyete geçmiştir. 1964 yılında İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi kurulduktan sonra Pedodonti Yüksek Öğrenim Kanunu'na göre bugün anabilim dalı olan Periodonotoloji gibi, yine tedavi kürsüsüne bağlı 2 sömestrelik ve ayrıca 2 haftalık stajı olan ve imtihanı ayrı yapılan bir bölüm halini almıştır. Daha sonra sömestre sayısı 3'e çıkarılmış ve 1976 yılında Pedodonti ve Periodontoloji müstakil kürsüler olmuşlar ve doçentlik bilim dalı olarak kabul edilmişlerdir. Aynı yıl Pedodonti Derneği kurulmuş ve halen bilimsel ve sosyal faaliyetlerine devam etmektedir.

Ancak, 2547 sayılı kanunla Pedodonti Anabilim Dalı olarak kabul edilmeyip, Diş Hastalıkları ve Tedavisi'ne bağlı bir bilim dalı haline getirilmiş, en az 30 yıl öncesine dönülerek, ülkemizde ulaştığı düzeye ve çağdaş ülkelerdeki Pedodonti eğitimi düzeyine göre son derece mağdur duruma düşmüştür.

4 yıl süren yoğun çabalarımız sonucu, Yüksek Öğrenim Kurulu'nun 17.12.1985 tarihli toplantısında Pedodonti'nin Dişhekimliği Fakülteleri'nde yeniden anabilim dalı olması kabul edilmiştir.

Çocukta Diş ve Ağız Sağlığı Organizasyonu ve PEDODONTİ'nin Uzmanlık Dalı Olması Hakkında Gerekçeler

Dişhekimliğinin temel ilkelerinden birisi ve şüphesiz en önemlisi, çocuklarda diş ve ağız sağlığının kontrol altına alınmasıdır. Diş ve ağız sağlığı kontrolünün yurt sathına eşit bir şekilde yayılması ise etkili bir organizasyon gerektirir. Etkili bir organizasyonun sağlanması da, ancak hükümetin ve resmi kuruluşların desteği ile gerçekleştirilebilir. Özetle, bir ülkede çocuk diş sağlığını kontrol altında tutabilmek, kişisel çabaların gücünü çok fazla aşan sorunlar içermektedir.

1. Çocukta Diş ve Ağız Sağlığı Organizasyonunda Ana Unsur:

Bu konuda ana unsur, şüphesiz, çocuk dişhekimleri, yani PEDODONTİST'ler olmalıdır. Çocuk dişhekimliğinin tanımını, "Çocuklarda dişlere ait her türlü hastalık ve bozukluğun ortaya çıkmasını erken yaşlardan itibaren önlemeye çalışan ve ayrıca, erişkin dişhekimliğini tümüyle çocuklara uygulayan bilim dalı" olarak yapabiliriz. Yani, tıpta çocuk sağlığı ve hastalıkları ne anlamda ise, dişhekimliğinde de Pedodonti aynı anlam ve önemdedir.

Çocuklarda diş ve ağız sağlığı sorunlarının çözümlenmesinde bir konuyu önemle vurgulamak gerekir; sağlık taramalarının amacı, çocuğun ağzında kaç sağlam, kaç çürük diş olduğunun saptanıp bunun bir pusula ile anne-babaya bildirilmesi olmamalıdır. Çürük sıklığının giderek arttığı, %85'i aşan boyutlara vardığı, esasen bilinen gerçeklerdir. Eğer tespit edilen diş çürüğü ve diğer hastalıklar tedavi edilmeyecekse, bu konuda çocuklar eğitilmeyecekse, ortaya bir takım rakamların atılmasında hiçbir yarar yoktur. Amaç diş ve ağız sağlığı konusunda aile ve çocuğa yeterli bilgi vermek, diş çürüğü ve diş eti hastalıklarının ortaya çıkmasını önlemek ve gerekli tedaviyi yapmak olmalıdır. Bu konuda başarıya ulaşabilmek için de üç önemli faktörün bilinmesi gerekir:

—Birincisi, tedavi edilecek çocuk sayısı ve bunların diş ve ağız sağlığı açısından ne durumda olduğunun saptanmasıdır. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar maalesef, çok kısıtlı alanlarda olmakta ve bir plan dahilinde yapılmamaktadır. En doğru veriler ancak, tek merkezden idare edilerek ve aynı yöntem ve araçlardan yararlanılarak elde edilebilirler. Bu konuda en fazla görev de şüphesiz dişhekimliği fakültelerine düşmelidir.

—İkincisi ise, yeterli ekipman ve personelin sağlanmasıdır. Kontrolün en uzak alanlara yayılabilmesi için gezici muayenehaneler zorunludur. Sağlık personeli olarak üniversite öğretim üye ve yardımcıları ile Milli Eğitim ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları'na bağlı dişhekimlerinden yararlanılabilir. Dişhekimliği fakülteleri son sınıf öğrencileri bu iş için görevlendirilebilir; bu alanda yararlanılmak üzere dişhekimlerine, mezuniyet sonrası 3-6 ay gibi kısa süreli bir staj hizmeti zorunlu hale getirilebilir; kırsal kesimde ayrıca, eğitimden geçmiş ebe ve hemşirelerden yararlanılabilir.

—Üçüncü ve belki en önemli faktör, parasal açıdan bunun neye mal olacağının saptanması ve gerekli finansmanın sağlanmasıdır. Yeterli paranın tümüyle hükümet bütçesinden ayrılmasını beklemek içinde bulunduğumuz güç ekonomik koşullar nedeni ile, bir yerde hayal olur. Bu nedenle, vakıflar kurulması ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası organizasyonların yardımlarının sağlanması zorunludur.

2. Sorunun Sosyo-Kültürel Yönü

Çocukların ait oldukları sosyo-kültürel çevreye göre diş ve ağız kontrolü ve bakımı büyük farklılıklar göstermekte, sosyal durum ne kadar iyi ise, bakım o kadar yüksek düzeyde olmaktadır. Bu da, sağlık açısından hizmetlerin yaygınlaştırılması ve en güç ekonomik koşullardaki halka kadar indirilmesi gerçeğini ortaya çıkarmaktadır.

Diş sağlığında eğitimin rolü büyüktür. Toplum, diş ve ağız sağlığı yönünden ne kadar erken yaşta uyarılır ve eğitilirse, sonuç o kadar başarılı olur. Sağlık eğitimi ilk, hatta ana okullarından başlamalıdır. Okullarımızda, Fransız İhtilali uzun uzun anlatılırda, diş fırçalaması ve bunun gibi temel kuralların öğretilebileceği sağlık dersleri eğitim programına alınmaz. Karşımızda zincirleme bir eğitim sorunu vardır, bunun da çözüm yolu, serbest dişhekimlerini bu yolla kanalize etmek, daha sonra onların da yardımları ile, çocuk diş sağlığı konusunda anne-baba ve öğretmenleri, ebe ve hemşireleri eğitmektir. Eğitim, konferans ve uygulamalı seminerler şeklinde olabilir, basın-yayın organlarının yardımları istenebilir, poster, takvim ve küçük el kitapçıkları hazırlanabilir.

3. Türkiye'de Çocuk Diş ve Ağız Sağlığı Hizmetlerinin Etkinlik Derecesi:

Hemen hemen sıfırdır diyebiliriz. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı dişhekimleri, imkânsızlıklar ve kadro azlığı nedeniyle, çocukları haklı olarak özel muayenehanelere sevketmekten öteye bir işlem yapamamaktadırlar. Devlet ve sigorta hastanelerinde ise, çocuk hastalar yalnızca diş çekimi ile geçiştirilmektedirler, hatta bunun için bile zaman zaman hastalar Dişhekimliği fakültelerine yollanmaktadırlar.

Özel muayenehanelerde ise, zamanın kısıtlı olması, çocuk hasta tedavisinin güç ve eziyetli oluşu ve daha da düşündürücüsü, çocuk hastalardan fazla kazanç sağlanmaması nedeniyle diş hekimleri çocuk hasta bakmaktan kaçınmaktadırlar. Hastaların sağlık sigortasız olması, ödeme güçlerinin az olması, son yıllarda en ucuz muayenehane kirasının bile astronomik rakamlara ulaşması sonucu, serbest dişhekimlerini bu açıdan kınamamak gerekir. Tüm ülkede, muayenehanesinde yalnız çocuk dişi tedavi eden Pedodontist sayıs 3'ü geçmemektedir. Bu bakımdan, muayenehanelerde çocuk dişi bakmak her dişhekiminin görevi ise de, gene de bunun özendirici hale getirilmesi gerekir: Çocuk hasta hangi kesimden olursa olsun (Memur, işçi, serbest, işsiz) diş tedavi masraflarının devlet tarafından kesintisiz karşılanması gibi. Oysa bugünkü uygulama bunun tam tersidir. Dişhekimliği Fakültesi polikliniklerinde bile, pek çok çocuk hasta, yüksek fiyat uygulaması nedeniyle tedavi olamamaktadır. Basit bir süt dişi dolgusu, indirimsiz 5-10.000 TL.'dır.

Özetle, okullarda diş taraması yapıp, bunu istatistiksel sonuçlara vardırmak sorunu çözmez, amaç çocuk hastaları tedavi edebilecek koşulları sağlamak olmalıdır.

4. Diş ve Ağız Sağlığı Açısından Çocuk Hastalara Verilmesi Zorunlu Hizmetler.

Bu işler bir plân dahilinde yürütülmelidir:

a) Hamilelikte annenin süt çocukluğu döneminde çocuğun sağlık personeli tarafından zorunlu kontrolü: Bu kontrol ana-çocuk sağlığı merkezlerinde ya da evleri ziyaretle yapılabilir. Ziyaretlerde, stajyer dişhekimlerinden yararlanılabilir.

b) Ana okulu ve ilkokullarda düzenli diş kontrolü ve bakımı: İlkokullara kayıt için çocuklar aşılanıp sağlık kontrolünden geçerler ama diş muayeneleri yapılmaz, yalnız askeri okullarda böyle bir zorunluluk vardır. Şu halde, hükümet ve belediye tabiblikleri gibi dişhekimlikleri de kurulabilir. Böylece, çalışma alanı bulamayıp pek az bir ücretle diş teknisyenleri yanında iş arayan yüzlerce genç dişhekimine de devlet eli uzatılmış olur.

c) İlk ve Orta Okullarda Diş Tedavisi: Kentlerde bu işlem okul dişhekimleri tarafından gerçek anlamda yapılmalıdır. Her okula bir diş ünitesi yerleştirmek, ekonomik açıdan güç olacağından, kentteki okul sayısı göz önüne alınarak, muhtelif semtlerde "okul diş poliklinikleri" kurulmalıdır. Kırsal bölgelerde ise, "gezici üniteler" en etkin ve pratik yöntemdir. Bu uygulamalara başlama girişimlerini memnunlukla karşılıyoruz.

C- SONUÇ:

Pedodonti dişhekimliği mesleğinin en güzel, fakat çalışma koşulları en güç olan bilim alanıdır. Serbest dişhekimleri, daha önce de değinildiği gibi, gerek bu nedenle, gerekse fazla kazanç sağlanmaması nedeniyle çocuk hasta tedavisinden kaçınmaktadırlar. Buna rağmen gene de, Pedodonti dalında uzmanlık eğitimi görmek isteyen meslektaşlarımızın sayısı az değildir.

Ayrıca, Milli Eğitim Bakanlığı hizmetinde çalışan diş hekimleri de, Pedodonti uzmanı olurlarsa, çocuk hastalara daha çok yardımcı olurlar ve yalnızca okul çocuklarının diş muayenelerini yapmakla kalmayıp çürükten korunma ve diş tedavisi konularına daha bilinçli olarak eğilirler.

Yabancı ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de, kurulması gerekli olan "Çocuk Diş-Ağız Sağlığı Merkezleri"nde uzman dişhekimleri (Pedodontist)'nin çalıştırılmaları ile çocuklarımızın önemli sağlık sorunlarından birisinin temelden çözümleneceği inancındayız.

Tababet uzmanlık tüzüğünde bundan önce birkaç kez yapılan değişiklikler sırasında en yüksek düzeyde yaptığımız muhtelif başvurulara maalesef olumlu yanıt alamamıştık. Bu bakımdan Türk Dişhekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu'nun bu girişiminin bireysel başvurudan daha etkili olacağına inanır, kendilerine başarılar dileriz. Mesleğimizin önemli bir sorununu ele aldıkları için de kendilerine teşekkürlerimizi sunarız.

ADANA DİŞHEKİMLERİNDEN

En büyük dördüncü ilimiz olarak kabul edilen Adana'da; meslektaşlarımız yılardan beri kararlı bir mücadele sürdürüyorlar. İlkin Tabip Odası içinde, daha sonra da yeni kurulan Adana Diş Hekimleri Odası çatısı altında, özellikle büyük bir halk sağlığı sorunu olan sahte diş hekimlerine karşı birçok yola başvurularak bu mücadele sürdürüyor. Bu mücadelenin aşamalarını en iyi yansıtan örnekler, günlük gazetelerde çıkan haberler. Adana Diş Hekimleri Odası'nın dergimize gönderdiği kimi gazete küpürlerinin tarihleri Birliğimiz'in kuruluşundan öncelere uzanıyor.

Güney Haber Gazetesi'nin 26 Haziran 1982 tarihli sayısının ön sayfasında resimli bir haber yer alıyor. "Sahte Dişçi Yakalandı, Dükkânlarda Diş Çekiyordu." Habere göre sahtekâr bir kişi esnafları dolaşarak bakır dişler de takıyordu.

Güneş Gazetesi'nin 24 Ağustos 1983 tarihli ekinde başka bir haber ve ağzının içini gösteren bir inşaat işçisinin resmi var.

HEM 30 BİN LİRASINDAN, HEM SAĞLIĞINDAN OLDU EHLİYETSİZ DİŞ TEKNİSYENİNE GİDEN İŞÇİNİN HAZİN SONU İNŞAAT İŞÇİSİ, UCUZ YAPIYOR DİYE ANLAŞTIĞI DİŞ TEKNİSYENİ YÜZÜNDEN CEHENNEM AZABI DOLU SAATLER YAŞADI

ADANA- Ağzındaki dişlerinden rahatsız bir inşaat işçisi, "daha ucuz yapıyor diye başvurduğu ehliyetsiz diş teknisyeni yüzünden, hem parasından, hem de sağlığından oldu.

Dişlerini kaplatmak için gittiği ehliyetsiz teknisyene 30 bin lira para veren, ancak yapılan kaplamaların sağlıklı olmaması yüzünden acılar içinde kıvranmaya başlayan 37 yaşındaki vasif Baysal, aldatıldığını, ancak gerçek bir diş tabibine gidince anladı.

Uzun süredir dişinden çektiği ağrıların dinmesi için tabelasında diş teknisyenliği yapan bir işyerine girdiğini ve buradaki teknisyenle anlaştığını söyleyen inşaat işçisi, "30 bin lira verdim, üstelik hazır dişimden oldum. Çektiğim acılarda yanıma kâr kaldı. Ehliyetsiz teknisyenden davacı olacağım," dedi.

SAHTE DİŞ DOKTORUNUN CEZASI 60 LİRA

Ülkemizde, 1978 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuhabet kanununun geçirildiğini sürdürüyor. Buna göre sahte diş doktorları ile teknisyenlerin 50 lira para, 15 gün ile 3 ay arasında değişen hapis cezasına çarptırılıyor. Ayrıca ellerinde bulunan aletler de müsadere ediliyor. Diş tabipleri yasanın çıkarıldığı zamana göre ağır olabildiğini, bugün 50 lira paranın çok gülünç kaldığına değinerek, bu yasanın günün şartlarına uydurulmasını istediler.

HALKIN SAĞLIĞI İLE OYNUYORLAR

Bu arada halkın diş sağlığı ile oynayan bu gibi kişilerin Türkiye'de yılda 1,5 milyon tedavi edilebilir dişi ölüme mahum ettiklerini de belirten Diş Tabibi Dr. Asım Savaş, "Sahte doktorların öldürdüğü diş sayısı dünyadaki trafik kazalarında ölen insan sayısından daha fazladır" dedi.

Evet, bu iki üzücü olaydan sonra bir ölçüde yol alınabiliyor ve 1983 yılı Ekim'in de 63 sahte diş hekimi savcılığa veriliyor. Türk Diş Tabipleri Cemiyeti Adana Şubesi Başkanı Dt. Asım Savaş'ın şu sözleri başında yer alıyor. "Hiç bir aleti sterilize edilmeyen, çalışmalarını sağlıksız ortamlarda sürdüren ve özellikle sarılık hastalığının yayılmasında taşıyıcı görevi yapan sahte dişçiler, diş sağlığı müessesesine büyük sekte vurmaktadırlar." Dt. Savaş, Sağlık Bakanlığı tarafından kanunun daha dikkatli incelenmesini de istiyor (11 Ekim 1983, Milliyet).

Ne var ki, iş burada bitmiyor, tüm çabalara rağmen Adana'da ve memleketimizin diğer yörelerinde sahte diş hekimlerinin ağız içinde çalışmaları sürüp gidiyor. İnsanlara verdikleri zararlar ise gazetelere yansıyan birkaç haber dışında kimse tarafından bilinmiyor. Vurdumduymazlık, görüpte görmemezlik devam ediyor.

63 sahtekâr savcılığa verildikten 4 ay geçmeden yeni bir gazete haberi, "Korsan Dişçi Yüzünü Davul Gibi Şişirdi" (Güney Haber, 29 Şubat 1984). Diş yapımında sanayi plastiği kullanan "Korsan Dişçi" ile ilgili haber şöyle:

KORSAN DİŞÇİ, YÜZÜNÜ DAVUL GİBİ ŞİŞİRDİ CEYHAN'I DİŞ TABİPLERİ RUHSATSIZ DİŞÇİLERDEN YAKINIYOR

HALİM KILINÇ - (CEYHAN)

Gazete küpürleri arasında bir de dil kesen dişçinin haberi var. Üstelik manşet şöyle: "Dişçi Hastanın Dilini Kesti." (Tan 2 Mayıs 1984) Böyle bir başlığın zaten diş tedavisinden çekinen bir çok insan üzerinde ne tür bir etki yapabileceği de işin cabası. Gelin bu haberi de birlikte okuyalım;

DİŞÇİ HASTANIN DİLİNİ KESTİ

Dişçi koltuğuna oturan Mustafa Baloğlu, (20) adlı şahsın çürük dişi çekileceğine, dili kesildi.

Olay, Okmeydanı Mahmut Şevket Paşa Mahallesi Kuzey Sokak'taki bir dişçi muayenehanesinde meydana geldi. Dili kesildiği için 10 gün konuşmakta güçlük çeken Mustafa Baloğlu başına gelenleri şöyle anlattı:

"Doktor çürük dişimi çekmek için çarkla dişin üst kısmını kesiyordu. Nasıl oldu bilmiyorum, çürk bir anda dilimin kökünü kesti. Acıdan bas bas bağırdım. Dışarıdan getirilen bir doktor kesiğe üç dikiş attı.

"Doktor dilimin sol alt bağlarının kesildiğini söyledi. Sonradan öğrendim ki, diş doktoru diye bildiğim Hüseyin Kement dişçi kalfasıymış! Onu karakola şikayet ettiysem de suçunu kabul etmedi. Şimdi savcılığa dilekçe vererek kalfadan şikayetçi oldum. Üstelik muayenehanesinin diplomalı diş doktoru Haluk Artuğ da; (Hastayı ben tedavi ederken dili kazara kesildi) diye bir ifade verdi. Birbirlerini koruyorlar. Bu kadar da olmaz ki!.. Ya ben dilsiz kalsaydım ne olacaktı?"

Aynı yıl çıkan üçüncü gazete haberi yine tüyler ürpertici.

TAKVİM YAPRAĞINDAN REÇETE MİDE İLACINDAN AĞRI KESİCİ

Bu haberler, sadece olayın basına yansıyan bir yüzü, ya hiç duyulmayanlar? Karşılaştığı durumun nor-

mal olduğunu sanan bir çok hasta sahte diş hekimlerinin kanunsuz çalıştıklarından bile habersiz.

Birçok hasta başlarına gelecekler-den habersiz, kendilerini "doktor" olarak tanıtan bu insanlara, dişlerini teslim ediyorlar. Ekspres gazetesinde çıkan haber çenesi kırılan bir hasta ile ilgili (30 Nisan 1985) Mehmet Yurtsever isimli hasta şöyle diyor: "Nasıl olur dişhekimi olmayan bir şahıs kendisini doktor olarak tanıtır da diş çekimi yapar."

Başka bir gazete haberinde ise, bir genç kıza yapılan kaplamanın, Mehmet Çelik isimli diş teknisyeni tarafından Japon yapıştırıcısı ile yapıştırıldığını okuyoruz. Birkaç gün içinde gelişen enfeksiyon hastanın gözlerini kapanacak hale getirmiş, teknisyene başvuran hasta terslenmiş. Durum ağırlaşınca başka doktorlara başvurmak durumunda kalmış ve olay açığa çıkmış. Görülen o ki, sahte diş hekimleri rahat çalışma ortamlarında, insanlar üzerinde tıbbi deneyler yapmak hakkını da kendilerinde bulabiliyorlar.

Sahte diş hekimlerinin insan sağlığına verdiklerizararlar bunca gazete haberi ile verilirken, Adana'dan gelen bazı resmi belgelerin fotokopileri bizi iyice şaşırtıyor. Dudu Güzel, göğüs hastalıkları hastanesinde

çalışıyor. 3/3-6 tek parça döküm kronlarını "90 gün içerisinde hastanede tedaviye başlanamadığından dışarıya sevki uygundur", kararıyla dışarıda yaptırıyor, aldığı serbest meslek makbuzu ile tedavilerinin parasını devletten alıyor. Buraya kadar herşey normal; fakat, resmi kurumlarca karşılığı ödenen serbest meslek makbuzunun üzerindeki kaşeyi okuyunca insan derin bir düşünceye dalıyor: Diş teknisyeni İsmail Evren.

Geçtiğimiz aylarda eski Sağlık Bakanı Bülent Akarcalı, Adana'da idi. Ziyareti sırasında Oda Başkanı Dt. Asım Savaş tarafından bir brifing verildi. Bakan Adana Diş Hekimleri Odası'nı ziyaret etti ve bir sohbet toplantısı düzenlendi. Bu arada sahte diş hekimliği üzerine hazırlanmış bir rapor ve haklı istemlerimizi içeren iki ayrı yazı yönetim kurulu üyelerinin imzalarıyla bakana sunuldu. Ne var ki, geçen süre içinde, Bakanlıklar arasında bakan değiştirme rekorunu elinde tutan SSYB bir bakan değişikliği daha yaşadı. Bu raporlar ve daha başkaları ve birçok görüşme sahte diş hekimliği konusunda SSYB Bakanlığı'nın bir girişimini başlatabilecek mi, umutla bekliyoruz.

AYDIN

Diş teknisyenleri suçüstü yakalandı

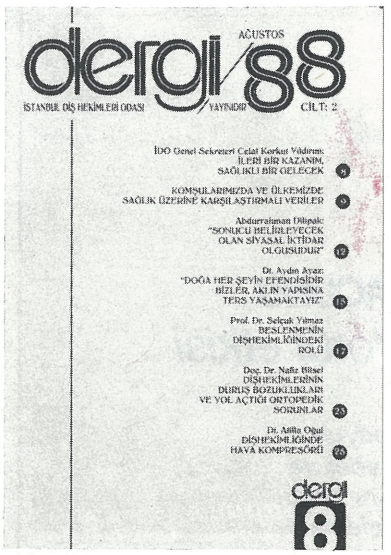
Diş doktoru gibi çalışıyorlar

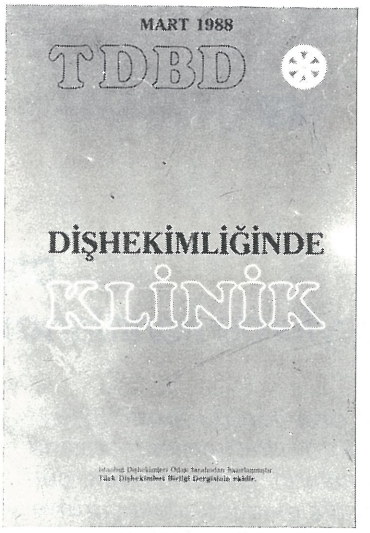
İşyerlerine yapılan operasyonlarda, diş doktoru gibi çalışan teknisyenlerin, çalışma ortamları ve kullandıkları aletlerin pis olduğu, iğnelerin iki kez kullanıldığı tespit edildi.

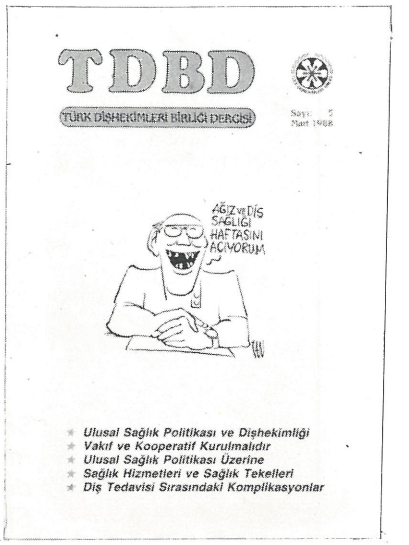
● İki saatlik operasyon süresince, 7 diş teknisyeninin işyerine baskın yapan görevliler; teknisyenleri, hastaların ağızlarında çalışma yaparken suçüstü yakaladılar.

AYDIN BÜROSU

Aydın-Muğla Dişhekimleri Odası yöneticileri, Sağlık ve Sosyal Yardım İl Müdürlüğü ve Emniyet Müdürlüğü ile işbirliği yapa rak, dişteknisyenlerine baskın düzenledi. Amaçlarının, vatandaşların diş sağlığını korumak olduğunu belirten Aydın Muğla Dişhekimleri Odası Başkanı Dr.Tan Sezel, "**Uzun süreden beri kentimizde bazı kişilerin diş teknisyenliği vasfı altında hastaların ağzında çalıştığını, diş çekimi, protez gibi işlemler yaptığını duyduk,**" dedi. Tan Sezel, Devlet Hastanesi'nden Akif Özer, Umur Çetin ve Kemal Şenel ile serbest diş hekimi Hüsnü Ünal, Hayri Saltan, İbrahim Eyin, polis Hasan Sarıçiçek ve Polat Korkmaz'ın katıldığı operasyonların, ilçelerde de sürdürüleceği bildirildi.







Dergi/88
- İstanbul Dişhekimleri Odası'nın 2 aylık dergisi.
- 3.500 tirajlı.
- Ücretsiz dağıtılmaktadır.

TDBD
DİŞ HEKİMLİĞİNDE KLİNİK DERGİSİ
- Tüm Türkiye'deki dişhekimlerine seslenen 3 aylık bilimsel dergi.
- 8.000 tirajlı.
- İlan sayfaları ve kapak kuşe kağıda 4 renk ofset baskılı.
- Ücretsiz dağıtılmaktadır.

TDBD
Sosyal Dergi
- Türk Dişhekimleri Birliği'nin, tüm Türkiye'deki dişhekimlerine seslenen 3 aylık enformasyon dergisi.
- 8.000 tirajlı.
- Ücretsiz dağıtılmaktadır.

İlân ve basım organizasyonu
BARIŞ Basın Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.nce yapılmaktadır.

İLAN VERMEK İSTİYORSANIZ

Lütfen 528 21 46'dan
Halûk Seçkin Meriç'e başvurunuz.

Signal

DİŞ MACUNU

Klinik deneylerde kanıtlanmış florür etkisi

- Signal, özel florürlü formülüyle, (% 0.8 sodyum monoflorofosfat) dişlerin arasına nüfuz eder ve diş minelerini güçlendirerek, çürümelerini önler. Signal diş macunundaki çürükle savaş elemanı, sodyum monoflorofosfattır.
- Unilever tarafından yönetilen 13 klinik deneyde ve A.B.D. İsveç-Kanada-İngiltere-Avusturalya-Danimarka-Almanya-Japonya-Fransa-İsviçre'de yapılan 29 bağımsız klinik deneyde, % 0.76 - % 1.2 oranında sodyum monoflorofosfatın, diş çürümelerini azaltmadaki etkinliği kanıtlanmıştır. Bu deneyler 28.000 çocuk üzerinde 3 yıl süreyle yürütülmüştür.
- Signal, Türkiye'de etkinliğinin kanıtına sahip tek diş macunudur. Bu kanıt, dünya diş hekimlerince kabul edilmiştir.

Signal Diş çürümelerini önler