TDBD

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

Sayı : 21
Nisan 1993



TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
KİTAPLIĞI
24.9.96
45 C015196

EN GÜÇLÜ FLUORİD FORMÜLÜ SADECE İPANA'DA!



diş çürümelerine karşı en güçlü fluorid formülü

TDBD

The Journal of Turkish Dental Association

Published by The Turkish Dental Association

Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel : (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

TURKISH DENTAL ASSOCIATION
Meşrutiyet Cad. 32/8
06420 Kızılay - ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

Türk Dişhekimleri Birliği Sürekli Ücretsiz Yayınıdır:

Sahibi:
TDB Yönetim Kurulu Adına
Dt. Eser Cilasun

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Genel Sekreter
Dt. Hüsnü Çuhadar

Yayın Kurulu:
Başkan: Dt. Numan Kuzanlı,
Prof. Dr. Gülümser Çölok
Prof. Dr. Hamit Bostancı,
Prof. Dr. İlter Uzel
Dr. Sema Tortop,
Dt. Serap Zeren,
Stj. Dt. Neşe Erad

Teknik Sorumlu:
Dt. Numan Kuzanlı

Reklam Sorumlusu:
Dt. Tatyos Bebek (1) 230 90 03
Dt. Serap Zeren (4) 230 69 49

Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi:
Meşrutiyet Cad. 32/8
Kızılay-ANKARA
Tel: (4) 417 74 92
Fax: (4) 417 19 22

Yayına Hazırlayan ve Baskı:
Erk Yayıncılık
Tel: 231 41 97 - ANKARA

3 ayda bir yayınlanır.
Nisan 1993
Bu sayı 10.000 adet basılmıştır.

İÇİNDEKİLER

- *Zoru Başarmak* 2
- *Çok Sesliliği ve Farklılığı Koruyup Birlikte Olmayı Sağlamalıyız* 3
- *Yeni Bir Dönem Yeni Zorluklar* 4
- *Meslek Birlikleri'nden Sağlık Yasasına Tepki* 9
- *14-15 Yaş Grubundaki Öğrencilerde Sosyo-Ekonomik Düzeyin Çürük Sıklığına Etkisinin İncelenmesi* 10
- *Ağız Kanserleri: Erken Tanı* 14
- *Diş Macunları Nedir, Ne Değildir?* 25
- *Dünyada ve Bizde Dişhekimliği Eğitiminin Gelişmesi* 30
- *Dişhekimleri Araç ve Gereçlerinde Yenilikler* 37
- *Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma Konusunda Eczacıbaşı - Procter & Gamble Firması Destek Veriyor* 38
- *Kongre - Sempozyum - Kurs - Toplantı* 40

Kapak Resmi

Yazı - Diş ağrısının Ho-Ku noktasından akupressür ile tedavisini öngören ilginç bir öneri.

Resim - Diş ağrısının dağlama ile tedavisi.
- Diş ağrısı tedavisinde kullanılan dağlama aletleri (Kanül, üst çene ve alt çene katerleri)

(Cerrâhiyyetü'l-Hâniyye, Şerefeddin Sabuncuoğlu (1468)'e göre Prof. Dr. İlter Uzel tarafından hazırlanmıştır.)

Vakıf Üye Formu TDB'nin ekidir.

ZORU BAŞARMAK

Görevde olduğumuz beş aylık dönem içerisinde önemli olaylar yaşandı, yaşanıyor. **Uğur MUMCU'nun 24 Ocak'ta karanlık güçler tarafından öldürülmesi ve halkın tepkisi ülkemiz tarihinde önemli bir gün olarak yer aldı.**

Türkiye nereye götürülmek isteniyor? Bitmeyen faili meçhul cinayetler, yargısız infazlar, şiddet ve terörü amaç edinenler nereye varmak istiyorlar?

Ülkemiz, patlamaya hazır bir dinamit. Uluslararası güçler ve terörü politika haline getirenler dinamitin fitilini ateşlemek için entrikalar çeviriyorlar. Rüşvet ve yolsuzluk toplumsal yaşantımızın ayrılmaz parçası oldu. Toplumda yoğun bir dejenerasyon yaşanıyor. Kimilerince rüşvet ve yolsuzluk ekonomik canlanmanın anahtarı. Dürüstlük, yardımseverlik ve sevgi gibi insani değerler yok edilmeye çalışılıyor.

Politikalarını dinsel ve milliyetler temeli üzerine kurup insan unsurunu görmeyenler, hangi dinden ve milletten olursa olsun insanın esenliğini amaç edinmeyen politikalar nihai olarak başarısız olmaya mahkumdur. Şiddeti ve terörü çözüm yolu olarak görenler er veya geç şiddetin ve terörün kurbanı ve esiri olurlar. Açıklığı, şeffaflığı ve katılımcılığı gerçekleştiremeyen bir yönetimde rüşvetler ve yolsuzluklar ayyuka çıkar.

Evet; Ülkemiz sorunlar yumağında kavrulup duruyor. Buz üstünde yürüyen insanın düşme tehlikesi gibi ülkemiz her an bir kaosa sürüklenebilir. Aydınlar olarak bizlere önemli sorumluluklar düşüyor. Yarın değil, bugün buz pistinde dans eden sporcular gibi cesur ve kararlı davranıp sorumluluklarımızı yerine getirmeliyiz.

Laik devletin, demokrasinin ve ulusal egemenliğin sahiplenilmesi ve terörün toplumsal yaşamımızın dışına çıkartılması çaba gerektiren zor ama onurlu bir uğraştır. Aydın ve hekim olarak ZORU BAŞARMALIYIZ.

II. ULUSAL SAĞLIK KONGRESİNE BİR BAKIŞ

ÇOK SESLİLİĞİ ve FARKLILIĞI KORUYUP BİRLİKTE OLMAYI SAĞLAMALIYIZ

Dt. Celal Korkut YILDIRIM
TDB Başkan Vekili

1991 yılının Kasımında, koalisyon hükümetiyle yeni bir dönem başlamıştı. Sağlık alanındaki sıkıntıları çözmek amacıyla Sağlık Reformu çalışmaları hepimize bir umut yaratmıştı. I. Ulusal Sağlık Kongresi'ne katılım ve kongre sonuçları umudumuzu pekiştirmiş katılımcı demokrasinin, çoğulculuğun, çok sesliliğin hava ve su kadar önemli olduğu bir kez daha kanıtlanmıştır.

Ne yazık ki gelişmeler bizleri karamsarlığa itiyordu. I. Kongre kararlarının ruhuna aykırı düzenlenen taslaklar, bizleri şaşkınlığa itiyor ama üzerimizdeki ağır sorumluluğun gereği, görüşlerimizi yazılı ve sözlü olarak sürekli iletiyorduk. Cumhuriyet tarihinde görülmeyen bir süreç yaşanıyordu. Sağlık Bakanlığı, tasarılarla ilgili hazırlıklarda diyaloğu açık tutuyor ve tartışma ortamı yaratıyordu. Ama: tartışma sürecinde bizlerin görüş ve önerileri ne yazık ki "Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarı Taslakları"nda yeterince yer almıyordu.

"Ulusal Sağlık Politikaları" nihai dökümanı temel alınıp çıkartılacak yönetmeliklerin ana noktalarının tesbit edileceği ve iki yıllık uygulamalara ışık tutacağı görüşlerin alınacağı II. Ulusal Sağlık Kongresi'ne delege olarak çağrılmamız olumlu bir gelişme idi.

Kongre öncesinde, Sağlık Meslek Birlikleri'nin öncelikle "Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarı Taslaklarının" tartışılması ve bir mutabakat sonrasında yönetmeliklerin ana noktaları ile iki yıllık döneme yönelik görüşlerin belirlenmesi talebi, ne yazıkki Bakanlık yetkililerince uygun görülmedi. Kongre süresince yeterli diyaloğun kurulmaması ve bazı kişilerin peşin hükümlerle hareket etmesi kongrede gergin bir ortam yarattı. Mutabakatı ve diyaloğu zorlayan çok sesliliğin ve katılımcılığın gerekliliğine inanan delegeler ne yazık ki gerekli insiyatifi sağlayıp, kongrenin demokratik bir ortamda sürüp sonlanmasını sağlayamadılar.

Sağlık reformunun temel taşlarından olan yerel insiyatiflerin güçlendirilmesi, desantralizasyonun sağlanması ve Sayın Yıldırım Aktuna'nın sürekli vurguladığı ve DSÖ'nün de belirttiği "Uygulanacak sağlık politikalarının sağlık hizmetini sunanlar tarafından sahiplenilmesi" gerekliliği yerine getirilmedi.

Şimdi ne yapmalı?

Siyasi iktidar, uyguladığı ve uygulayacağı politikalar konusunda elbette bağımsızdır. Buna karşın, sivil toplum örgütleri olan Sağlık Meslek Birlikleri ve diğer sağlık örgütleri de kendi politikalarını belirleme konusunda özgür ve bağımsızdırlar. Hiç kimse, meslek odalarını sürekli muhalefet eden kuruluşlar olarak görmemeli. Buna karşın hiç kimse de siyasi iktidarın uygulamalarına peşin hükümle yaklaşıp baştan reddetmemeli.

Demokratik ortamı içerisinde hoşgörü ile diyaloğu koparmadan daha iyiyi ve doğruyu bulmak için çok seslilik içerisinde farklılıklarımızı kabul edip, birlikte çalışmaya devam etmeliyiz.

YENİ BİR DÖNEM YENİ ZORLUKLAR

Dt. Hüsnü ÇUHADAR
TDB Genel Sekreteri

Değerli meslektaşlarımız Kasım ayı başında yapılan 4. Olağan Kongre ile birlikte oluşan Yönetim Kurulumuz yeni bir döneme başladı.



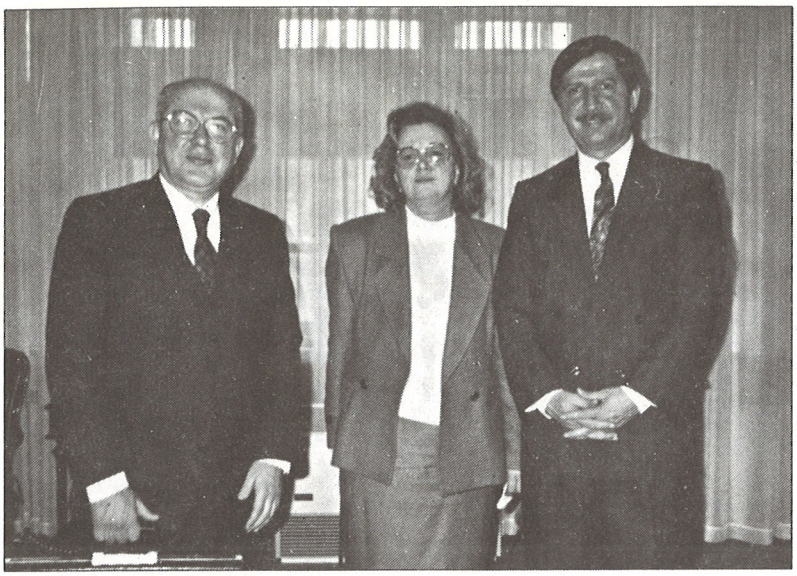
Bulgaristan Dişhekimleri Birliği yöneticileri ile yapılan görüşmeden

Kurumsal olarak demokratik meslek örgütleri platformunda kendini kamuoyuna kabul ettirmiş, kuruluş aşamasının sıkıntılarını aşmış olan Birliğimiz bugüne kadar önemli yol aldı. Demokratik meslek örgütü olarak, ya da demokratik bir örgütlenme olarak çok kısa sayılacak sürede örgütsel planda önemli adımlar attık. Ancak şunu itiraf etmek gerekir, mesleğimizle ilgili sorunlar hala dağlar gibi önümüzde durmaktadır. Kuruluşundan bu yana mesleğimizin kazanımları ve mesleksel sorunların çözümü için önemli sayılacak girişimler ve adımlar atıldı. Ancak bu adımlar sorunlarımızın ve mesleğimizin konusu olan sağlık sorunlarının çözümüne yetmedi. Genel olarak son yıllarda toplumun sağlık sorunları giderek arttı, buna paralel olarak bizlerin de içinde bulunduğu sağlık çalışanlarının, sağlık meslek gruplarının da sorunu büyüdü. Giderek artan ve büyüyen bu sorunlara çözüm arayışının sürdürüldüğü yeni bir dönemde göreve başladık. Sağlık Bakanlığı'nın geçmiş dönemlerde başlayan ancak yeni siyasi yapılanma döneminde ağırlık kazanan sağlık sorunlarına çözüm arayışlarının ivmelendiği bir süreçte Birlik Yönetimine geldik.

Gerçekten bu süreç yeni bir dönemin başlangıcıydı. Ancak bu dö-



Sağlık Meslek Birlikleri toplantısından bir görüntü



Genel Başkanımız Milli Eğitim Bakanı Köksal TOPTAN ile birlikte

nemin daha evvelkilere göre büyük zorlukları vardı. Yıllardır faaliyet sürdüren demokratik meslek örgütlerinin ciddi kimlik bunalımı yaşadığı ve kimlik arayışlarının sürdüğü, ülkemizde görece demokratikleşme sürecinin yaşandığı 12 Eylül döneminin tüm olumsuzluklarına karşın ilk kuruluş heyecanı ile önemli bir kurum olmayı başardık. Resmi kuruluşlarca görüşü alınan, görüş ve önerisi istenen, sağlık politikalarında söz ve karar sahibi olan bir örgüt konumuna geldik.

Örgütsel planda bu ilk heyecanın yaşandığı sürecin arkasından, meslektaşlarımızın örgütlerine, odalarına ilgisi azalmaya başlamıştır. İşte ilk zorluğumuz burda başlıyor. Bu zorluğu aşmayı beceremezsek toplum içinde hem mesleksel hem de toplumsal sorunların çözümünde etkili bir baskı grubu oluşturamayız.

Ayrıca kuruluşundan bugüne kadar emek vermiş, Birliğimizi ve bağlı odaları bugünkü konumuna getirmiş meslektaşlarımızın mirasını çabuk tüketiriz.

İkinci önemli zorluğumuz; ülkemizde sağlık sorunları dayanılmaz bir hal almış ve bu soruna I. Ulusal Sağlık Kongresi ile Sağlık Bakanlığı tarafından ciddi biçimde çözüm arayışı başlamış ve Sağlıkta Reform kanunu tasarı taslakları ile parlamento gündemine gelme aşamasına gelinmiştir. İşte bu sürecin zorluğu da bu noktada. Örgüt olarak bu süreçte hızlı hareket etmek ve doğru kararlar vermek gerekir. Zira bu süreçte verilen yanlış kararların vebali hem toplumsal hem de meslek açısından ağır olacaktır.

Bu süreçte etkili olmak, düşündüklerimizi aktarmak için kongreden bu yana girişimlerde bulunduk.

9 Aralık 1992 tarihinde Sağlık Bakanı Sayın Yıldırım Aktuna ile ilk görüşmemizi yaptık ve yeni yasa çalışmaları ile ilgili görüşlerimizi aktardık.

11 Aralık 1992 tarihinde Bulgaristan Dişhekimleri Birliği yöneticileri ile görüşülerek iki ülke arasında bilgi alışverişi ve işbirliği için görüş oluşturuldu.

12 Aralık 1992 tarihinde basın mensuplarının katıldığı tanışma toplantısı yapıldı.

15 Aralık 1992'de Sağlık Meslek Birlikleri toplantısının ilki yapıldı. Birliğimizin dönem başkanlığının son toplantısı oldu. İkili eğitim konusunda basın açıklaması yapıldı. TRT haber bültenlerinde basın açıklamasını duyurdu.

18 Aralık 1992'de sektördeki firmalar ile hem tanışma hem de karşılıklı işbirliği konusunda bir toplantı yapıldı.



Yönetim Kurulunun tümünün hazır bulunduğu yasa taslakları üzerine yapılan görüşmeden bir görüntü



Anıt Kabir'i ziyaret eden Yönetim Kurulumuz daha sonra Uğur MUMCU'nun cenaze törenine katıldı.

23 Aralık 1992'de sektördeki firmalar ile hem tanışma hem de karşılıklı işbirliği konusunda bir toplantı yapıldı.

23 Aralık 1992'de Bilkent Üniversitesi'nde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü'nün sağlık meslek örgütleri ile yaptığı toplantıya geniş bir heyetle katıldık. Bu toplantıya Sağlık Bakanı Sayın Yıldırım Aktuna da katıldı, toplantıyı TRT ve diğer TV kanalları geniş bir biçimde yansıttı.

Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü'nün oluşturduğu 3 ayrı komite çalışmasına Başkan Vekili, Genel Sekreter ve bir komisyona da Yönetim Kurulu Üyesi arkadaşımız katıldı.

5 Ocak 1993 tarihinde YÖK Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Sağlam ile görüşülerek dişhekimliği eğitiminin çağdaş bir düzeye getirilmesi ve eğitimdeki eksikliklerin görüşüldüğü, ikili eğitimin olanaksızlığı ve gereksizliği tartışıldı. Dişhekimliği fakülteleri dekanları ile Birliğimizin işbirliği içerisinde olmasının yararlarından söz edildi.

8 Ocak 1993'de Milli Eğitim Bakanı Sayın Köksal Toptan ile oldukça yararlı bir görüşme yapılarak, teknisyenliği eğitiminin çıraklık eğitimi kapsamından çıkarılması konusu ve ilkokullarda sağlık eğitimi tartışıldı.

26 Ocak 1993'de Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü Müsteşar Yardımcısı Sayın Serdar Savaş'ın Başkanlığı'nda yeni yasa taslakları üzerine Yönetim Kurulu Üyelerinin tümünün hazır bulunduğu yararlı bir görüşme yapıldı.

27 Ocak 1993 tarihinde randevusu önceden alınmış bulunan Anıt Kabiri ziyaret programı gerçekleştirildi. Aynı gün Uğur Mumcu'nun cenazesine Birlik pankartı altında katılınarak olay kınandı ve tepkimiz dile getirildi.

Aynı günlerde Cernobil olayının ülkemizde yarattığı sorunların kamuoyundan gizlenmesi ve örtbas etme girişimlerine karşı oluşturulan Toplumsal Duyarlılık grubunun çalışmalarına aktif olarak katıldık.



Yönetim Kurulumuz Sayın Bülent Ecevit ile birlikte



Anıt Kabir'i ziyaret eden Yönetim Kurulumuz daha sonra Uğur MUMCU'nun cenaze törenine katıldı.

23 Aralık 1992'de sektördeki firmalar ile hem tanışma hem de karşılıklı işbirliği konusunda bir toplantı yapıldı.

23 Aralık 1992'de Bilkent Üniversitesi'nde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü'nün sağlık meslek örgütleri ile yaptığı toplantıya geniş bir heyetle katıldık. Bu toplantıya Sağlık Bakanı Sayın Yıldırım Aktuna da katıldı, toplantıyı TRT ve diğer TV kanalları geniş bir biçimde yansıttı.

Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü'nün oluşturduğu 3 ayrı komite çalışmasına Başkan Vekili, Genel Sekreter ve bir komisyona da Yönetim Kurulu Üyesi arkadaşımız katıldı.

5 Ocak 1993 tarihinde YÖK Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Sağlam ile görüşülerek dişhekimliği eğitiminin çağdaş bir düzeye getirilmesi ve eğitimdeki eksikliklerin görüşüldüğü, ikili eğitimin olanaksızlığı ve gereksizliği tartışıldı. Dişhekimliği fakülteleri dekanları ile Birliğimizin işbirliği içerisinde olmasının yararlarından söz edildi.

8 Ocak 1993'de Milli Eğitim Bakanı Sayın Köksal Toptan ile oldukça yararlı bir görüşme yapılarak, teknisyenliği eğitiminin çıraklık eğitimi kapsamından çıkarılması konusu ve ilkokullarda sağlık eğitimi tartışıldı.

26 Ocak 1993'de Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü Müsteşar Yardımcısı Sayın Serdar Savaş'ın Başkanlığı'nda yeni yasa taslakları üzerine Yönetim Kurulu Üyelerinin tümünün hazır bulunduğu yararlı bir görüşme yapıldı.

27 Ocak 1993 tarihinde randevusu önceden alınmış bulunan Anıt Kabiri ziyaret programı gerçekleştirildi. Aynı gün Uğur Mumcu'nun cenazesine Birlik pankartı altında katılınarak olay kınandı ve tepkimiz dile getirildi.

Aynı günlerde Cernobil olayının ülkemizde yarattığı sorunların kamuoyundan gizlenmesi ve örtbas etme girişimlerine karşı oluşturulan Toplumsal Duyarlılık grubunun çalışmalarına aktif olarak katıldık.



Yönetim Kurulumuz Sayın Bülent Ecevit ile birlikte



Oda Başkanlarıyla yapılan toplantı



Basın Toplantısı

3 Şubat 1993'de S.B. Proje Koordinatörlüğü'nün Sağlık Meslek Örgütleri ile yaptığı ve sağlıkta reform tasarı taslaklarının ilk metinlerinin tartışıldığı II. toplantıya katıldık.

12 Şubat 1993'de; Siyasi parti başkanlarından talep ettiğimiz randevuyu ilk yanıt Sayın Bülent Ecevit'ten geldi ve yararlı bir görüşme yapıldı.

16 Şubat 1993'de Birliğimizi Periodontoloji Derneği Ankara Şubesi Başkan ve Üyeleri ziyaret ettiler. Ulusal ağız ve diş sağlığı kongresinin gündemi tartışıldı, sıcak bir tanışma ve birlikte yapabileceklerimiz konuşuldu

18 Şubat 1993'de Dedeman Otelinde Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü'nün 3. ve son toplantısı yapıldı. Bu toplantıda ve öncesinde yasa tasarı taslaklarına ilişkin ayrıntılı raporumuz sunuldu ve endişelerimiz dile getirildi.

Sağlık Reformu çerçevesindeki her üç yasa tasarı taslakları diğer Meslek Örgütlerini olduğu gibi bizleri de ciddi endişelere düşürmüştü. Tasarı taslakları beklenenden oldukça uzaktı. Bu konuda sağlık alanındaki diğer meslek gruplarının ve memur sendikalarının da katıldığı, bizlerin de çağrılı olduğu toplantılara katılarak görüşlerimizi dile getirdik.

Yeni dönemde Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu'nun dönem Başkanlığı Türk Eczacı Birliği'ne geçmişti.

Eczacılar Birliği'nin başkanlığında 5 gündemli toplantı yapıldı. Yeni yasa tasarı taslakları görüşülerek ortak tavır belirlenmeye çalışıldı.

5 Mart 1993'de tüm odalarımızın çağrılı olduğu oda temsilcileri toplantısı Ankara'da yapıldı. Ancak girişte belirttiğimiz gibi odalarımızın bu toplantıya ilgisi oldukça az olmuştu. Sadece 12 oda temsilcimiz toplantıya katıldı. Yorucu bir günlük çalışma sonunda ortak bir sonuç bildirgesi hazırlandı.

6 Mart 1993 tarihinde Sağlık Meslek Birlikleri ile oda başkanları toplantısının sonuç bildirgesi temel alınarak ortak bir metin hazırlandı. Birkaç gün sonra basın toplantısı ile metin kamu oyuna sunuldu. Konuyu TRT haber bültenlerinde verdi. Ancak basın ilgisiz kaldı.

Bununla ilgili metin yazımızın ekindedir.

Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Tabipleri Birliği Ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği'nin Yeni Sağlık Yasa Taslakları Üzerine Görüşleri

Bizler, ülkemizde halen mevcut sağlık sisteminin adaletsiz, insanlara fırsat tanımayan ve mutlaka değiştirilmesi gereken bir sistemsizlik olduğu kanısındayız.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve peş peşe yapılan değişikliklerle son şeklini almak üzere olan yasa taslakları, 23 - 27 Mart 1992, I. Ulusal Sağlık Kongresinin ruhunu taşımaktan uzaktır. Sağlık meslek birliklerinin görüşleri çeşitli kereler alınmış olmasına karşın yasa tasarıları beklentiler yönünde olmamıştır. Tasarılarda egemen olan anlayış, koalisyon hükümetinin sağlık hizmetlerini özelleştirme eğiliminin ifadesidir.

Hükümetin sağlık politikasını belirleyen bu siyasi tercihin, sağlık meslek birliklerinin temel görüşlerine karşılık gelmediği açığa çıkmıştır. Bu durumda sağlık meslek birlikleri olarak bu yasaların sorumluluğunu üstlenemeyeceğimizi, gelecekte toplum sağlığında ortaya çıkabilecek kaos ve çıkmaz konusunda kuşkularımızı kamuoyuna duyurmayı tarihsel bir sorumluluk olarak görmekteyiz.

Yasa Tasarıları Hakkında Genel Görüşler

1. Evrensel, tıbbi etik değerlerin, bu yasalarla giderek ciddi boyutlarda zedeleneceği endişesini taşımaktayız.

2. Finans sorunu çözümlenememiştir. Sistem Bağ - Kur örneğidir. Bağ - Kur'un ve SSK'nın durumu gözler önündedir. Finans sorunu çözümlenmemiş bir Genel Sağlık Sigortası'nın başarılı olma şansı yoktur.

3. Özelleştirme: Tasarılardan anlaşılan özelleştirme, sağlıkta tekelleşme anlamını çağrıştırmaktadır. Serbest çalışan özel muayenehaneler, sadece ihtiyaç halinde gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile, kalitenin ve standardın nasıl sağlanacağı, sağlık çalışanlarının hizmetin üretilmesine nasıl katılacağı belli değildir. Özelleştirme olmadan hastane ve diğer sağlık kurumlarından kaliteli ve standartlara uygun sağlık hizmeti almak her zaman mümkündür.

4. Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme adına, sağlık ocakları tedavi edici hizmetlerden arındırılmakta, esas olarak sağlık hizmetlerinde piyasa egemenliğine neden olacak, sağlık personelini zaman ve kâr baskısı ile çalışmaya zorlayacak aile hekimliği sistemi getirilmelidir.

Taslakların getirdiği düzenlemelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda tam bir kaos durumu söz konusu olacaktır. Sağlık ocaklarının idari açıdan hangi kuruma bağlı olacakları, şu anda sağlık müdürlükleri tarafından yürütülmekte olan görevlerin kim tarafından verileceği konuları belirsizdir.

5. Sözleşmeli personel, sorunu: İş güvencesi, işsizlik sigortası, sendikalaşma gibi Uluslararası Çalışma Örgütü'nün İş Hukuku ve İstihdam normları oluşmadan, sağlık personelinin sözleşmeli personel olarak çalıştırılmasına karşı çıkıyoruz. Çünkü, kendi güvencesi olmayan sağlık personelinin, çalışması da verimli olamayacaktır.

6. Sağlık Bakanlığı'nın, yeni yapılanmada yerinden yönetimi (Desantralizasyon), benimseyeceği iddia edilmekte idi. Oysa taslaklarda bugünkünden daha merkeziyetçi bir yapı sergileniyor.

7. Sağlık meslek birliklerinin işlevi ve yetkileri, gelişmiş ülkelerdeki normlara uygun hale getirileceği yerde bugünkünden daha kısıtlı hale getirilmektedir.

8. Bu yasa tasarıları ile, yürürlükten kalkacak olan 11 yasanın yarattığı boşlukların, yönetmelikler ile doldurulması öngörülmektedir. Oysa yönetmelikler siyasi güçlüklerin tercihleri doğrultusunda çok kolay istismar edilebilir.

SONUÇ:

Gerçek bir sağlık reformu, öncelikle toplumsal yaşamdaki ekonomik, sosyal eşitsizlikleri yok edilmesini hedefleyen bir yeniden yapılanma içinde; sağlık çalışanlarının yaşam ve çalışma koşullarının düzeltilmesini ve bu alanda söz ve karar sahibi olmalarının sağlanmasını içermelidir. Yine gerçek bir sağlık reformu, toplumun tüm kesimlerinin katılımı ile oluşturulabilir. Sağlık meslek birlikleri bu konudaki görüşlerini "reform" tasarılarını hazırlayanlara ve kamuoyuna çeşitli kereler ifade etmiş, sağlık hizmetlerindeki bunalımı aşabilecek bir sağlık reformunun, öncelikle bu alandaki eşitsizlikleri azaltılması gerektiğini vurgulamıştır. Kuşkusuz bundan sonra da vurgulamayı sürdürecektir.

Ana önerilerimiz gözönüne alınmadan, tasarıların bu şekliyle kanunlaşması halinde, toplumun sağlık sorunlarında ortaya çıkacak karmaşadan sorumlu olmayacağımızı kamuoyuna duyurmayı görev sayıyoruz.

MESLEK BİRLİKLERİ'NDEN SAĞLIK YASASINA TEPKİ

Eczacılar Birliği toplantı salonunda oda başkanları ve temsilcilerinin katılımıyla bir toplantı yapıldı. Bu toplantıda benimsenen görüşler bir sonuç bildirgesiyle yayınlandı. Hemen ertesi gün 16 Mart 1993 Sağlık Meslek Birlikleri temsilcileri bir araya gelerek ortak bir metin hazırladılar. Bu metin hem basına hem II. Sağlık Kurultayına sunuldu. Aşağıda metnin tamamını sunuyoruz.

SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DANIŞMA KURULU BAŞKANLIĞINA

2. Ulusal Sağlık Kongresi çalışma gruplarına ve kongreye davetimiz üzere katıldığınız toplantıda herhangi bir izin almaksızın ve bilgi vermeksizin bildiri dağıtmak ve sizin deyiminizle "eylem koymak" gibi hiç hoş olmayan bir davranışta bulundunuz. Sağlık Bakanı'nın konuşmasında bildirinize atıfta bulunarak verdiği cevap karşısında ise gürültü ve kargaşaya yol açacak şekilde itirazlarda bulundunuz. Bu davranışlar yaratmaya çalıştığımız demokratik ve medeni tartışma ortamına hiçbir katkıda bulunmamıştır.

12 Nisan öğleden sonra oturumumuzda ise Kongre Başkanlığı'na dilekçe vererek söz hakkı istediniz ve Kongre gündeminin değiştirilmesini talep ettiniz. Bu isteğiniz işleme kondu ve TTB Başkanı Dr. Selim Ölçer Kongre katılımcılarına hitaben bir konuşma yaptı. Daha sonra değişiklik isteğiniz Kongreye sunuldu ve oy çokluğu ile reddedildi. Ancak buna rağmen dilekçenizde belirtilen hususların tartışılması için grup başkanlarına telkinde bulunuldu.

Ancak 12 Nisan akşamı Kogreye katılmama kararı aldığınızı öğrenmiş bulunuyoruz. Nedenini anlayamadığımız bu kararınızı saygıyla karşılıyoruz. 13 Nisan sabahı grup çalışmalarına katılmadığınız gözlenmiştir. Bu durumda sadece Kongre katılımcılarına sağlanan Kongrenin sunduğu diğer hizmetlerden de yararlanmamanız gerekir diye düşünüyoruz. Kongreye katılmama kararınız kesin ise otelde sizlere ayrılan odaları boşaltmanızı rica ederim.

Dr. B. Serdar SAVAŞ
Kongre Sekreteri

BASIN AÇIKLAMASI

23-27 Mart tarihlerinde toplanan 1. Sağlık Kongresinden bu yana bir yıl geçmiş bulunmaktadır.

Tüm demokratik kitle örgütlerinin katılımının sağlandığı iddiası ile ortaya çıkılan, ancak pek çoğunun çağrılmadığı, çağrılanlarında bir yıllık özverili çalışmalarının dikkate alınmadığı bir ortamda aynı iddialarla II. Sağlık Kongresi düzenlenmiş bulunmaktadır.

Gelinen süreçte görülmüştür ki, Sağlık Bakanlığı kendi politik tercihine göre oluşturduğu modeli, Kongre diye topladığı zeminde demokratiklik adına benimsetmeye çalışmakta ve bizleri de vitrin malzemesi olarak kullanmak istemektedir.

1. Ulusal Sağlık Kongresinde bu modelin temel taşlarından olan kamu Hastanelerinin özelleştirilmesi ve aile hekimliği gibi oluşumlar Kongre tarafından reddedilmiştir. İki Kongre arasındaki tartışmalarda da Meslek örgütlerinin ve Sendikaların yasanın temel maddeleri hakkında yazılı ve sözlü eleştirileri dikkate alınmamıştır.

Bizler aşağıda imzaları bulunan Demokratik Kitle Örgütleri olarak, ülkenin Sağlık ihtiyaçlarına çözüm getirmekten uzak bu yasa tasarılarının yeniden tartışılmasını istedik. Ancak çoğunluğunu Bakanlık görevlilerinin oluşturduğu II. Kongrede, demokratiklik iddiasında bulunan Sayın Bakan'ın örgütlerimize yönelik "MARJİNALLİK" suçlaması, farklı görüşlere karşılık tahammülsüzlüğün açık ifadesi ve Kongrenin adı "tartışma" olan bölümünde örgüt Başkanlarının söz istediği "PROVAKASYON" olarak değerlendirilmesi ve seslerin kısılmak istenmesi bu anti-demokratik tavrın tamamlayıcısı olmuştur.

Finansmanını halkın cebinde arayan, herkese parası kadar Sağlık anlayışı getiren, Sağlık hizmeti üreten kesimi iş güvencesinden yoksun bırakarak piyasasının insafına terk eden pekçok mesleği ve Sendikaları işlevsizleştiren bu yasanın sorumlluğuna katılmıyoruz.

Türk Tabipleri Birliği
Türk Ezcacıları Birliği
Türk Dişhekimleri Birliği
Türk Veteriner Hekimleri Birliği
Türk Hemşireler Derneği
Genel Sağlık İş Sendikası
Tüm Sağlık Sen.
Sağlık Sen.
Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Biyologlar Derneği Genel Merkezi
Teknik Sağlık Mensupları Derneği
Sağlık Eğitim Enstitüsü Bitirenler Derneği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
2. SAĞLIK KONGRESİ

..... GRUP BAŞKANLIĞINA,

Başından beri büyük iyi niyetlerle katıldığımız ve görüş bildirdiğimiz 1. Sağlık Kongresi sonuç metninde kuruluşumuz temel görüşlerinin yer almadığını üzülerek görmüş bulunmaktayım.

2. Sağlık Kongresi açılış gününde Sağlık Bakanı Sayın Dr. Yıldırım AKTUNA'nın ve de gündemin tartışma maddesinde Proje Koordinatörlüğünün kuruluşlarımıza karşı göstermiş olduğu tavır bu Kongrenin kuruluşlarımızın görüşlerinin sonuçta dikkate alınmayacağı ve Sağlık Bakanlığının görüşlerinin sanki bizlerinde görüşüymüş gibi kamuoyuna yansıtılacağı izlemini vermektedir.

Bu nedenle; böyle bir tavıra katılmayacağım için 2. Ulusal Sağlık Kognresinden çekildiğimi bildiririm.

Saygılarımla,

14 - 15 YAŞ GRUBUNDAKİ ÖĞRENCİLERDE SOSYO-EKONOMİK DÜZEYİN ÇÜRÜK SIKLIĞINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Özgünaltay, Gül *
Doç. Dr. Önen, Alev **
Doç. Dr. Alpar, Reha ***
Prof. Dr. Alpaslan, Gönül **

Uygarlığın ilerlemesi ile birlikte artış gösteren diş çürükleri, toplumumuzun en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kişisel ve çevresel faktörler, genel sağlıkla birlikte, ağız ve diş sağlığını da etkilemektedir. Sosyo-ekonomik düzeyin diş çürüklerine etkisi, değişik toplumlarda birçok araştırıcı tarafından incelenmiş ancak farklı sonuçlar elde edilmiştir. Rowe ve arkadaşları[12] Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları araştırmada, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarında, yüksek olanlara göre daha az çürük olduğunu saptamışlardır. Beal ve James[1] İngiltere'de dört farklı bölgede yaptıkları çalışmada, sosyo-ekonomik düzey ile çürük sıklığı arasında bir ilişki bulamamışlardır.

Ülkemizde ise, çürük ve nedenleri ile ilgili halk sağlığına yönelik epidemiyolojik araştırmalar daha çok yeni ve az sayıdadır [2,3,6,7,14,15,16]. Bunların çok azında, sosyo- ekonomik faktöre değinilmiştir.

Kırzıoğlu ve Demiröz[7], Erzurum'da 7-12 yaş grubunda yaptıkları araştırmada, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında, çürüklü diş sayısının daha az olduğunu saptamışlardır.

Usmen[14], Ankara'da ilkokul çocuklarında yaptığı araştırmada, sosyo-ekonomik düzeydeki farklılığın diş çürüğü sıklığına etkisi olmadığını bildirmiştir.

Yaşamın ilk yıllarında başlayan diş çürüklerinin, yaşla birlikte artış gösterdiği ve bu artışın da 12-15 yaşlarında hızlandığı saptanmıştır [10].

Bu çalışmanın amacı; 14-15 yaş grubunda görülen diş çürüğü artışını, sosyo-ekonomik düzeyin hangi açıdan etkilediğini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız Ankara'da, 1991 öğretim yılında, iki farklı ortaeğitim kurumunda toplam 272 öğrenci üzerinde yapılmıştır.

Sosyo-ekonomik düzeyi genelde yüksek ailelerin çocuklarının eğitim gördüğü, Özel Tevfik Fikret Lisesi orta kısım öğrencileri ile, gecekondu bölgesinde yer alan ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarının eğitim gördüğü Mamak Ortaokulu son sınıf öğrencileri üzerinde çalışmamız yürütüldü. Özel Tevfik Fikret Lisesinden tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 140 öğrenci ile, Mamak Ortaokulundan aynı yöntemle seçilen 132 öğrencinin ağız içi kontrolleri yapılarak, çürük sıklığının sosyo-ekonomik düzey ile ilişkisi araştırıldı.

Ağız içi kontrolleri, uygun ışıklı alanlarda, ayna ve sond yardımıyla yapıldı. DMFT[11] (çürük, eksik ve dolgulu diş sayımı) ve DMFS (çürük, eksik ve dolgusuz diş yüzeyi sayımı) indeksleri kullanıldı. Sondun takılmadığı, çürük olmayan renk değişiklikleri değerlendirmeye katılmadı.

Ayrıca öğrencilere, diş bakımı ve beslenme ile ilgili sorular sorularak, sosyo-ekonomik düzeyin çürük sıklığını hangi açıdan etkilediği araştırıldı.

Elde edilen veriler, "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi", "iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi" ve "ki kare (x^2)" testleriyle istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Ağızlarında çürük, kayıp ve dolgulu dişi bulunmayanlar ile bulunan öğrencilerdeki DMFT ve DMFS indeksleri ortalamalarının iki farklı sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir. DMFT sayımı sıfır olanlar sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanların % 30.30'unu oluştururken, yüksek olanlarda bu oran % 19.28 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan grupta, düşük olan gruba göre DMFT ve DMFS indekslerinin ortalamaları daha fazla bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$).

* *H.Ü. Dişhek. Fak. Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.*
** *H.Ü. Dişhek. Fak. Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.*
*** *H.Ü. Biyoistatistik Bilim Dalı Öğretim Üyesi*

Çürük, kayıp ve dolgulu diş ortalamalarının iki farklı sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir. Çürük diş ortalamaları, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek olanlara göre daha fazla iken, dolgulu diş ortalamaları sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre daha fazla bulunmuştur. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kayıp diş ortalamaları ile sosyo-ekonomik düzey arasındaki fark ise, anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Yaşamın ilk yıllarından başlayan diş çürüklerinin, yaşla birlikte artış gösterdiği ve bu artışın da 12 - 15 yaşlarında hızlandığı saptanmıştır.

Öğün aralarında yemek yeme alışkanlığının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımının izlendiği Tablo III'de, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda bu alışkanlığın daha çok olduğu görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2 = 20.885$ $p < 0.05$).

Diş fırçalama alışkanlığının izlendiği Tablo IV'de ise, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda bu alışkanlığın daha fazla olduğu görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2 = 46.851$ $p < 0.05$).

TARTIŞMA

Çürüğün yaşam boyu en büyük artış gösterdiği dönem, erken erişkinlik olarak tanımlanan 12-15 yaş arasındaki dönem kabul edilmektedir[10]. Bu artış 18-20 yaşına kadar devam eder ve bu dönemden sonra, orta yaşlara kadar hızını kaybeder. Erken erişkinlik döneminde artan diş çürüğü ile sosyo-ekonomik düzeyin etkisine ilişkin, ülkemizde yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle yürütülen çalışmamızda, Ankara'da sosyo-ekonomik düzeyleri farklı ailelerin çocuklarının devam ettiği biri özel, diğeri ise devlet okulu olan iki eğitim kurumu seçilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre; ağızlarında, çürük, dolgu ve çekilmiş dişi bulunmayanlar sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanların % 30.30'unu oluştururken, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda bu değer ancak % 19.28 oranında bulundu ($p < 0.05$). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda, düşük olanlara göre DMFT ve DMFS indekslerinin daha fazla değerlerde olduğu saptandı.

Bu sonuçlar, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin,diş sağlığı yönünden daha kötü durumda olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin dişleri, çürük (D), kayıp (M) ve dolgu (F) açısından ayrı ayrı incelendiklerinde ise; çürüklü diş ortalaması, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda 2.235 iken, yüksek olanlarda 1.614 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna karşılık dolgulu diş ortalaması sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda 0.174 iken, yüksek olanlarda 1.386 olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Çekilmiş diş ortalaması sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda 0.295 iken, yüksek olanlarda 0.214 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bu durum, anne-baba eğitimi ve ekonomik nedenlere bağlı olarak, sosyo - ekonomik düzeyi düşük öğrencilerin tedavi edici işlemler yaptırabilmek için, dişhekimine gitme şansının az olmasına bağlanabilir.

Rowe ve arkadaşları[12], farklı yaş gruplarında yaptıkları araştırmada, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında, çürük sıklığının daha fazla olduğunu saptamışlar ve bu sonucu çocukların, öğün aralarında sukroz içeren besin maddelerini daha sık almalarına bağlamışlardır.

Larsson ve arkadaşları[9], İsveç'te 15 yaş grubundaki öğrencilerde yaptıkları araştırmada, iyi beslenme alışkanlığı olmayanlarda daha fazla çürük sıklığı saptamışlar ve bu dönemde, beslenme alışkanlığının, diş çürüğü üzerindeki etkisinin çok önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırmamızda, öğün aralarında yemek yeme alışkanlığı, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda % 61.36 iken, yüksek olanlarda % 85.71 oranında bulunmuştur. Anne-baba eğitimi ile ilişkili olan diş fırçalama alışkanlığı ise, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda % 44.90 iken, yüksek olanlarda % 84.29 olarak saptanmıştır. 14-15 yaş grubunda, diş fırçalama alışkanlığı kazanılmış olsa bile, ekonomik rahatlığın getirdiği öğün aralarında yemek yeme alışkanlığının diş çürüğü sıklığını arttırdığı gözlenmektedir.

Araştırmacılar, karbonhidratlı besinlerin, özellikle sukrozun alınış biçiminin ve sıklığının çürük oluşmasında çok önemli bir etken olduğunu bildirmişlerdir[8,13]. Sukrozun, yemeklerde alınışı çürük artış hızına etkili olmazken, öğün aralarında alınmasının çok etkili olduğu yapılan araştırmalarla da kanıtlanmıştır[4,5].

Buna dayanarak; sosyo-ekonomik düzeyi yüksek öğrencilerin, diş fırçalama alışkanlıklarının yüksek olmasına karşın, daha çok DMFT ve DMFS sayımı göstermeleri, öğün aralarında karbon-

hidratlı besinler ve "Coca-cola" gibi asitli içecekleri daha sık alıyor olmalarına bağlanabilir.

ÖZET:

Bu çalışmada, farklı sosyo-ekonomik düzeydeki 14-15 yaş grubundaki öğrencilerde çürük sıklığı araştırıldı. Sonuçta, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında çürük sıklığının daha fazla olduğu saptandı.

SUMMARY:

In this study, caries prevelance was investigated on 14-15 years old students from different socio-economic status. The results indicated that children from high socio-economic families have higher caries prevelance than lower socio-economic families' children.

KAYNAKLAR:

1. *Beal, J.F. and James, P.M.C. : Social difference in the dental conditions and dental needs of 5-year-old children in four areas of the West Midlands. Brit. Dent. J., 129 : 313, 1970.*
2. *Çebi, S.: 15-16 yaş grubundaki kız ve erkek öğrencilerin çürük sıklığına etki edebilecek etkenlerin incelenmesi. Hacettepe Dişhek. Fak. Dergisi 4(1-4): 1, 1980.*
3. *Çokpekin, F.: Okul öncesi çocuklarda beslenme alışkanlığı, diş bakımı ve ağız pHsı ile diş çürüğü arasındaki ilişkinin saptanması. H.Ü. Dişhek. Fak. Doktora Tezi, Ankara, 1979.*
4. *Gustafson, B.E., Quensel, C.E., Swenander, L.L., Lundquist, C., Grahnen, H., Bonow, B.E. and Krasse, B.: Vipeholm dental caries stud. Acta Odont. Scand., 11: 232, 1954.*
5. *Hartles, R.L.: carbonhydrate consumption and dental caries. Amer. J. Clin. Nutr., 20:152-156, 1967.*
6. *karabıyıkoğlu, T.: Erzurum'da 3-6 yaşındaki çocuklarda diş çürüğü prevalansı ve bunu etkileyen bazı faktörler. A.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Doktora Tezi, Erzurum, 1972.*
7. *Kırzıoğlu, Z., Demiröz, I.: 7-12 yaş grubu Erzurum çocuklarında sosyo-ekonomik durumun diş çürüklerine etkisinin incelenmesi. Hacettepe Dişhek. Fak. Dergisi 7 (3): 195, 1983.*
8. *König, K.G.: Diet and caries: Cariogenic factors. Ala. J. Med. Sci. 5(3): 269-275, 1968.*
9. *Larsson, B., Johansson, I., Ericson, T.: Prevalence of caries in adolescents in relation to diet. Community Dent. Oral Epidemiol. 20: 133-7, 1992.*
10. *Marley, E.: Dental caries and the adolescent girl in Brisbone. Austral. Dent. J. 15(3): 204, 1970.*
11. *Oral Health Surveys. Basic Methods. WHO. Geneva, 1983.*
12. *Rowe, N.H., Garn, S.N., Clark, D.C. and Guire, K.E.: The effect of age, sex, race and economic status on dental caries experience of the permanent dentition. Pediatrics, 57(4): 457-461, 1976.*
13. *Rugg-Gun, A.J., Edgar, W.M., Geddes, D.A.M. and Jenkins, G.N.: The effect of different meal patterns upon plaque pH in human subjects. Brit. Dent. J. 139 (9): 361, 1975.*
14. *Usmen, E.: Ankara ve köylerindeki ilkokul çocuklarında diş çürüğü sıklığı ve bunu etkileyen bazı faktörler. i.Ü. Dişhekimliği Fak. Dergisi 6 (4): 384, 1972.*
15. *Yazıcıoğlu, N., ve ark.: Ankara'da ilkokul çocuklarında diş sağlığı konusunda bir prevalans araştırması. Bölüm I. T.E.D. Ankara Koleji ilk kısım öğrencilerinde diş sağlığı. A.Ü. Dişhek. Fak. Dergisi 12(3):693, 1985.*
16. *Yazıcıoğlu, N., ve ark.: Ankara'da ilkokul çocuklarında diş sağlığı konusunda bir prevalans araştırması. Bölüm II. Tandoğan ilkokulu öğrencilerinde diş sağlığı. A.Ü. Dişhek. Fak. Dergisi 13 (1-2-3): 79, 1986.*

Tablo I: 14-15 yaş grubunda DMFT ve DMFS indeksleri ortalamalarının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı.

Sosyo-ekonomik düzey	Denek Sayısı	Çürük, kayıp, dolgulu dişi olmayanlar		İndeksler			
				DMFT		DMFS	
		Sayı	%	X	Ss	X	Ss
Düşük	132	40	30.30	2.705	2.48	4.220	4.76
Yüksek	140	27	19.28	3.214	2.61	5.214	5.06
t değeri		2.108		1.642		1.670	
P		$p < 0.05$		$p > 0.05$		$p > 0.05$	

X = aritmetik ortalama, Ss = Standart sapma

Tablo II: 14-15 yaş grubunda çürük, kayıp ve dolgulu diş ortalamalarının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı.

Sosyo-ekonomik düzey	Denek Sayısı	Çürük (D)		Kayıp (M)		Dolgu (F)	
		$\overline{X}$	Ss	$\overline{X}$	Ss	$\overline{X}$	Ss
Düşük	132	2.235	2.25	0.295	0.77	0.174	0.63
Yüksek	140	1.614	1.93	0.214	0.69	1.386	2.03
t değeri		2.429		0.902		5.99	
P		$p < 0.05$		$p > 0.05$		$p < 0.05$	

$\overline{X}$ = aritmetik ortalama, Ss = Standart sapma

Tablo III: 14-15 yaş grubunda öğün aralarında yemek yeme alışkanlığının sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı.

Sosyo-ekonomik düzey	Öğün aralarında yemek yeme alışkanlığı				Toplam
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Düşük	81	61.36	51	38.64	132
Yüksek	120	85.71	20	14.29	140
Toplam	201	73.90	71	26.10	272

$x^2 = 20.885$ $p < 0.05$ Ss= 1

Tablo IV: 14-15 yaş grubunda diş fırçalama alışkanlığının sosyo - ekonomik düzeye göre dağılımı

Sosyo-ekonomik düzey	Diş fırçalama alışkanlığı				Toplam
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Düşük	59	44.70	73	55.30	132
Yüksek	118	84.29	22	15.71	140
Toplam	177	65.07	95	34.93	272

$x^2 = 46.851$ $p < 0.05$ Ss= 1

TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

TEŞEKKÜR

Türk Dişhekimleri Birliği Yayın Kurulu Başkanlığına,

Ülkemizde ağız sağlığındaki gelişmişlik düzeyinin diğer bir yansıması olarak genellikle ileri aşamalarda müdahele edilen ve dolayısıyla hastaların yaşam şanslarını azaltan ağız kanserleri konusunda, gerek diş hekimlerini gerekse kamuoyunu aydınlatıcı çalışmaları gücümün yettiğince devam ettirmeyi düşünmekteyim.

Birliğimiz dergisinde dört sayıdan beri ağız kanserleri ile ilgili yazılarıma yer vererek bu konudaki çabalarıma büyük katkılarınız olmaktadır. Yardımlarınız için tüm kurul üyelerine sonsuz teşekkür eder, saygılarımı sunarım...

Prof. Dr. Asriye MOCAN

AĞIZ KANSERLERİ: ERKEN TANI

Prof. Dr. Asriye MOCAN (*)

Ağız kavitesi kanserlerinin % 90'ından fazlası epidermoid (squamöz hücreli) karsinomalardır. Bu tümörlerin klinik görüntüsü değişik formlarda olabilir. Çeşitli rehberler olmasına rağmen bir karsinoma olgusu bir diğerine tıpa tıp benzemez. Bu nedenle dişhekimi, herhangi bir klinik tabloya uymayan lezyonlarla karşılaştığında her zaman KANSER olasılığını düşünmelidir.

Ağız karsinomaları, hastalığın başlangıç döneminde birçok benign lezyona benzer şekilde, asemptomatik, lokalize alanlar olarak görülebilir. Bunların % 60'ı ülser, % 30'u ise ekzofitik bir büyüme şeklinde görülür. Vakaların % 10'u ise, beyaz veya kırmızı lezyonlar şeklindedir[1].

Ülserasyonla başlayan karsinomalarda başlangıçta ağrı yoktur. Çoğunlukla mukozada sert bir plak ve kısa bir süre sonra bu plak üzerinde ülser meydana gelerek orijinini aldığı doku içine infiltre olmaya başlar. Ülser genişledikçe krater ağzı görünümünü alır. Tabanı nekrotik olup yeşilimsi ve pürüzlüdür. Hafif dokunma ile kanamaya eğilimlidir. Palpasyonda ise serttir. Ağrısız başlayan karsinomalarda sekonder infeksiyon oluşmasının ardından ağrı kaçınılmazdır. Bu da genellikle hastayı hekime gitmeye zorlayan tek nedendir. Ancak hastalığın prognozu açısından ülserlerin mümkün olduğunca erken dönemde saptanması gerekir. Ne yazık ki ülserler, ağrının başlaması ile hastanın dikkatini çektiğinde çoğunlukla 2 cm veya daha büyük boyutlardadır. Bu aşamada ise etkili tedavi için zaman süratle geçmeye başlamıştır.

Başlangıç dönemindeki kanser ülseri, herpes, aft, vensan infeksiyonu, tüberküloz ve travmatik ülser gibi lezyonlar ile karışabilir. Bu lezyonlarda kanser ülserinin aksine balangıçta ağrı vardır. Ayrıca palpasyonda yumuşaktır. Üzerleri düzgün bir parlaklık gösterir. Birçoğu 15 gün içinde iyileşme gösterirken karsinoma sürekli genişleme gösterir. Ayırıcı tanıda, travmatik ülserler üzerinde önemle durulmalıdır. Mekanik travmalar sonucu ülserlerin meydana gelmesinde kırık veya keskin kenarlı dişler, dişeti üzerine baskı yapan ve dili, yanağı tahriş eden dolgular, kötü yapılmış kron veya köprüler ve iyi uyum sağlamayan parsiyel ve total protezler çok büyük rol oynar. Dişhekimliğinde kullanılan asit arsenik ve asit fenik'in kaza sonucu ağız mukozası ile temas etmesi, bazı ağız gargaralarının konsantre kullanılması ve sıcak olarak yenilen - içilen gıdalarla da yanık ülserleri görülebilir.

Bu tür travmatik ülserlerde nedenin ortadan kaldırılmasıyla hızlı bir rezolüsyon görülür. 10-15 günden daha uzun süre iyileşme göstermeyen durumlarda, travmatik ajanın tam olarak elimine edilemediği, diabetus mellitus veya tüberküloz gibi altında yatan bir sistemik hastalığın rezolüsyonu engellediği veya başlangıçtaki tanının yanlış olduğu (Ca ülserlerinin travmatik ülser olarak teşhis edildiği) düşünülmelidir. Bu nedenle kozatif faktörlerin eliminasyonundan sonra 10 gün içinde iyileşme belirtileri görülmeyen ülserlerde biopsi ve laboratuar muayeneleri koşul olarak yapılmalıdır.

Ağız kavitesi karsinomaları, ekzofitik büyümeler şeklinde de görülebilir. Bunlar mukoza yüzey seviyesinden yukarda papiller, mikronodüler çıkıntılı görüntüdedir. Bu görüntüleri ile benign polipoid kitleler, protez periferindeki iltihapsal veya reaktif hiperplaziler, epulisler ve hiperplazik gingivitisler ile karışabilir.

Ağız boşluğu karsinomaları ister ekzofitik isterse ülser veya plak şeklinde başlasın erken veya geç olarak rejional ve servikal lenf bezlerinde metastaz görülür. Metastazların büyüklüğü ile ilk odağın büyüklüğü arasında bir korelasyon yoktur. Bazen ağız kanserleri ilk olarak büyümüş

(*) A.Ü. Diş Hek. Fak. Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

boyun lenf bezleri ile dikkati çekebilir. Burada primer lezyon belirtisiz ve çok ufaktır veya orofarenks arasında, nazofarenkste ve dil geri kısmında saklanmış olabilir. Bundan dolayı, yetişkin kişilerde asemptomatik olarak büyüyen rejional ve servikal bir veya birkaç lenf bezi, daima kuşku ile karşılanmalı ve metastaz varsayılarak primer odak özenle ve dikkatle aranmalıdır. Bu bağlamda, dişhekimi her hastasında kendi bölgesini ilgilendiren tüm lenf bezlerinin muayenesini rutin olarak yapmalı ve büyümüş lenf bezlerinin nedenini açıklamaya çalışmalıdır.

Ağız kavitesi kanserleri kadar dudak kanserlerinde de erken tanı dişhekiminin sorumluluğundadır. Bu nedenle dişhekimi her hastasında dudakları da muayene etmelidir. Dudak kanserleri genellikle alt dudakta ve orta hattan daha çok lateralde olan ince bir kabuklanma, ufak bir ülser veya verrüköz bir görünümle başlar.

İntraoral karsinomaların %50'si dilde, % 16'sı ağız tabanında ve geri kalan % 34'ü ise eşit oranlarda alveoler mukoza, pale ve yanakta görülür[1].

Dil karsinomaları, dilin posterior üçte ikisinde ve lateral kenarlarda, nadiren dorsal yüzün anterior üçte birinde saptanır. Dil karsinoması erken metastaz yapar. Rejional ve servikal lenf bezlerine metastazlar tümör ile aynı tarafta, bilateral veya kontralateral olarak görülür. Dil kanserinin malignite derecesi kabaca lokalizasyonuna bağlıdır. Tümör ne kadar geride lokalize ise malignitesi o derece şiddetlidir. Ağız tabanı karsinoması dil karsinomasına benzer. Erken metastaz yapar ve prognozu kötüdür.

Hastanın genel ve lokal öyküsü, klinik muayenesi sonucunda ağızdaki lezyonun kimliği konusunda kesin karara varılamazsa şüpheci bir yaklaşımla kanser düşünülmeli ve onun dışlanması için gereken yapılmalıdır. Kuşkulu durumlarda, suçsuz lezyonları kanserden ayırmanın kesin yolu biopsidir. Ancak biopsi alınmasında da önemli noktalar vardır. Yeterince alınamayan biopsi hem patolojik muayenede yanlış kararlara yol açar, hem de biopsi alınan bölgedeki skar, uzman hekimin lezyonun tümü konusundaki oryantasyonunu bozabilir. O nedenle en doğru davranış; öncelikle biopsi yapılıp yapılmaması konusunda karara varmak ve karar biopsi yapılması doğrultusunda ise hastayı vakit geçirmeden uzman hekime göndermektir.

SONUÇ:

Ağız kavitesi kanserlerinde 5 yıllık yaşam periodu, orijinini aldığı bölgede lokalize kaldığında minimal morbiditeyle % 75 iken, rejional ve servikal lenf bezlerinin katılımında bu oran sadece % 25 olup mortalite yükselir. Bu nedenle erken tanı son derece önemlidir. Erken tanı ise dişhekiminin sorumluluk alanı içindedir.

Erken tanı koyabilmenin temel koşulları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Dişhekimi, ağız kavitesi kanserlerini ilk belirtilerinden tanıyabilecek ve ayırıcı teşhisi yapabilecek bilgi birikiminde olmalıdır.

2. Tüm hastalarda dişler ve sert dokular kadar, ağız kavitesi özellikle ağız tabanı ile dilin ventral yüzü, çevre yüz dokuları, dudaklar ile rejional ve servikal lenf bezleri özenle ve dikatle muayene edilmelidir.

3. Eritroplazilerin lökoplazilerden daha fazla kanseröz potansiyel içerdiği unutulmamalıdır.

4. Etken ortadan kaldırıldıktan sonra 10-15 gün içinde iyileşmeyen ülserler şüpheyle karşılanmalı ve biopsi yapılması düşünülmelidir.

5. Açıklanamayan tüm lezyonlara kanser kuşkusu ile bakılmalı ve hasta "bekle ve gör" politikası uygulanmadan ve zaman geçirilmeksizin uzman hekime gönderilmelidir.

6. Biopsi kararı alındığında ve çok zorunlu olmadıkça, biopsi uzman hekim tarafından yapılmalıdır.

7. Toplumun, kitle iletişim araçları ile aydınlatılması da erken tanı için yararlıdır.

LİTERATÜR:

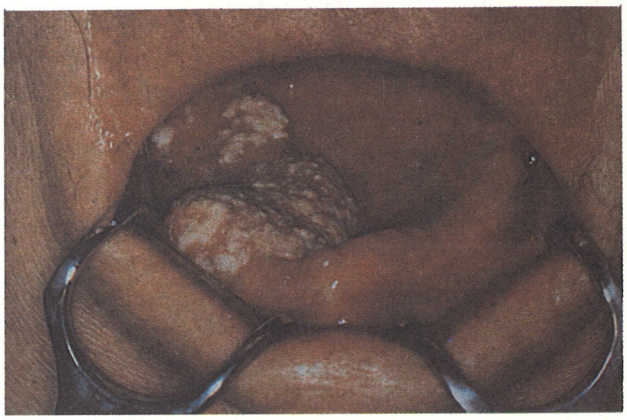
1. Bhaskar, S.N.: Synopsis of oral pathology. The C.V. Mosby Company St. Louis, Toronto, London, 1986.

DÜZELTME:

Bundan önceki sayıda basılan yazımda "Eğer lezyon çok küçük değilse ve lokalizasyonu teknik problemler gösteremiyoruz, cerrahi eksizyon tercih edilir." cümlesinde "çok küçük" tanımı "çok büyük" olacaktır. Düzeltir, özür dilerim.



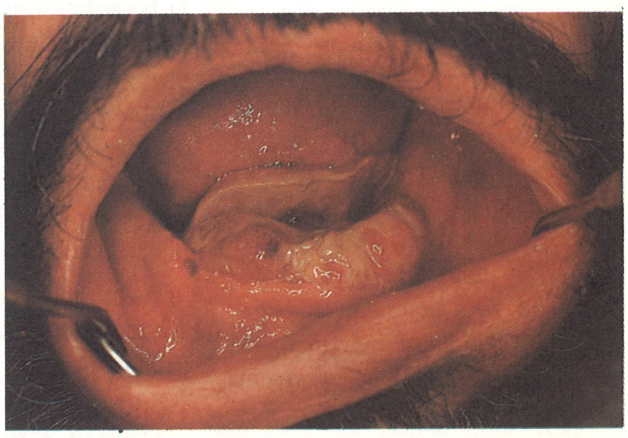
Resim 1: *Alt dudakta kanser ülseri*



Resim 2- *Ekzofitik büyüme gösteren ve üst alveolar mukozadan başlayan Ca*



Resim 3: *Dilin ventral yüzünde Ca ülseri*



Resim 4: *Uzun süre protez iritasyonu olarak düşünülen ve ısrarla protez kullanmaya devam eden bir hastada alt alveoler mukoza Ca.*


Özel Bir Seçenek
TEMPO9
OMS
STAFF
Türkiye Mümessili:
TEKMİL SANAYİ
KURULUŞU 1943
MÜESSESESİ
50. YIL
Hizmette Yarım Asır
BÜRO: İNÖNÜ MAH. ÇAYIR SK. NO: 46 HARBİYE-İST.
TEL: 248 78 37 - 230 49 86 FAX: 231 72 77 TELEX: 26869 SSGX TR
Tüm cihazlar Tekmil Sanayi güvencesiyle 1 sene garantilidir. Bütün yedek parça çeşitleri mevcuttur.

Sayın Meslektaşlar,

Bildiğiniz gibi Vakfımız kuruldu, ilginizi, katkınızı bekliyoruz. Yılda iki adet diş çekimi ücretini vakfınıza üyelik için vermeniz size birşey kaybettirmez. Ama, mesleğinize ve zor durumda olan meslektaşlarımıza çok şey kazandıracaktır.

Dergi ekindeki üye formunu doldurup T.D. Vakfı Meşrutiyet Cad. 32/8 Ankara adresine yollayınız.

Ayrıca Vakıflar Bankası Meşrutiyet Şb. Ankara No: 2003367 hesaba 100.000 TL. aidat ücretini yatırınız.

İlginize teşekkür ederiz.

Türk Dişhekimleri Vakfı

DUYURU

Değerli meslektaşlarımız;

Çağımızın hastalığı olan AIDS'in ciddiyeti ve önemi giderek artmaktadır. Konu ile ilgili yayınlar ve rakamsal sonuçlar göstermektedir ki, mesleğimiz risk gruplarının başındadır. Hastalığın kapsamlı olarak tanımı, bugün dünyada ve ülkemizdeki durumu, Dişhekimliği ile ilişkisi ve korunma yollarını aktarmak üzere T.D.B. tarafından düzenlenen **"AIDS Workshop"** 12 Eylül 1993 günü Bilkent Oteli'nde gerçekleştirilecektir.

H.Ü. Dişhekimliği Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ferda Taşar'ın moderatörlüğünde, bir gün sürecek olan bilimsel aktiviteye konuşmacı olarak katılacak öğretim üyeleri:

Prof. Dr. Erdal AKALIN

H.Ü. Tıp Fak. İnfeksiyon Hastalıkları Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Emin KANSU

H.Ü. Tıp Fak. İç Hast. ve Hematoloji Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Erdoğan TURGUT

H.Ü. Diş. Hek. Fak. Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Ferda TAŞAR

H.Ü. Diş.Hek. Fak. Ağız - Diş - Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Murat AKOVA

H.Ü. Tıp Fak. İnfeksiyon Hastalıkları Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Serhat ÜNAL

H.Ü. Tıp Fak. İnfeksiyon Hastalıkları Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. Celal TÜMER

H.Ü. Diş.Hek. Fak. Ağız - Diş - Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Celal Bahadır GİRAY

H.Ü. Diş.Hek. Fak. Ağız - Diş - Çene Hast. ve Cerr. Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

"AIDS Workshop 1993" ile ilgili 2. duyuru ve katılım formu siz değerli meslektaşlarımıza bir ay içinde posta ile ulaşacaktır.

TDB olarak değerli konuşmacılar tarafından sunulacak olan bu önemli aktiviteye katılımlarınızı bekleriz.

Antianaerobik antibiyotik





Biteral® Roche

ornidazol

Anaerobik Enfeksiyonların Tedavi ve Profilaksisinde Spesifik Etki

Bacteroides grubuna olduğu gibi, Fusobacterler, anaerob koklar ve Clostridium türlerinin neden olduğu tüm anaerobik enfeksiyonlarda antianaerobik etki sağlar.

Biteral® Roche
Ornidazol

Bileşimi: Ornidazol **Endikasyonları:** Anaerob bakterilerin neden olduğu enfeksiyonların profilaksi ve tedavisi Trichomoniasis, Amebiasis ve Giardiasis tedavisi, **Doz ve Uygulama:** Sabah 500 mg akşam 600 mg 5-10 gün süreyle. **Önlemler:** Değişik türlerde yapılan yaygın çalışmalarda herhangi bir teratojenik veya fetotoksik etki görülmemesine rağmen kesinlikle gerekli değilse ilaç gebeliğin ilk döneminde verilmemelidir. **Kontrendikasyonlar:** İlaca karşı aşırı duyarlılık ve merkezi sinir sistemi hastalığı **Yan Etkiler:** Baş dönmesi, baş ağrısı ve gastrointestinal bozukluklar gibi hafif yan etkiler.

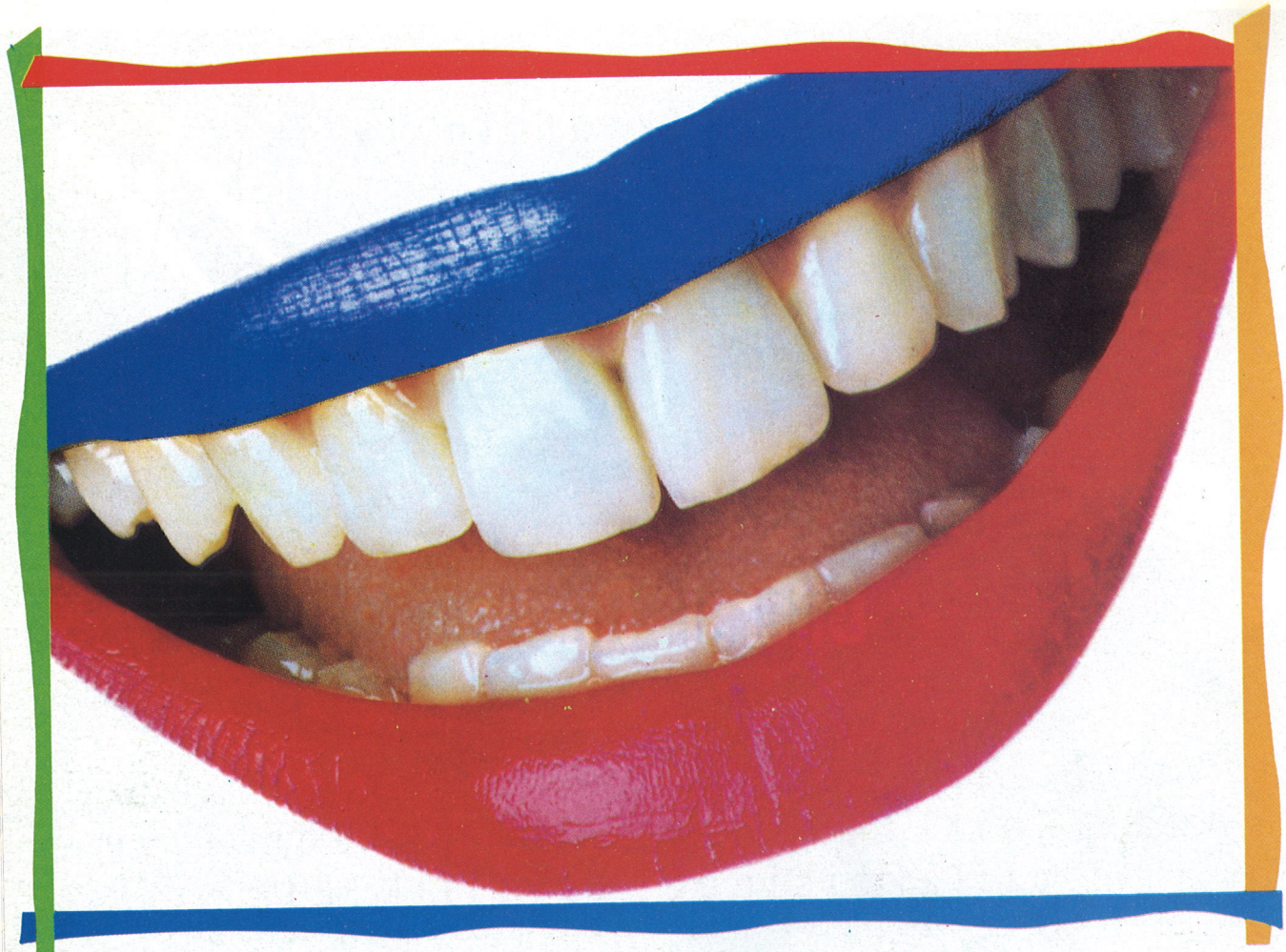


Ticari Şekli: 250 mg'lak tablet 20 adet, 500 mg ampul 1 adet, 500 mg vajinal tablet 3 adet.
Aralık 1992 / KDV Dahil Per. Sat. Fi.:
Tablet 123.000 TL.,
Ampul 31.200 TL.,
Vaginal tablet 41.300 TL.
Reçete ile satılır.

® = tescilli marka
Daha detaylı bilgi firmamızdan temin edilebilir.

Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş.
P.K.16 - 80622 Levent-İSTANBUL

Roche



ÜSTÜN ETKİLİ PROTEZ YAPIŞTIRICISI

fitty dent® piyasada kullanılan protez yapıştırıcılarından tamamı ile farklı; patentli bir sistemdir.

fitty dent® üstün yapıştırıcı gücü sayesinde protezin yanal oynamalarına da mani olur.

fitty dent® 'in tadı ve kokusu yoktur, yemek yer ve içirken rahatsız edici bir tat bırakmaz.

fitty dent® suda çözülmez, yemek yer ve içerken protezin oynama riski yoktur.

fitty dent® yapıştırıcı yastık ile, özellikle alt damaklarda görülen problemli protezler bile sorun olmaktan çıkar.



fitty dent®

Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurabilirsiniz.
Palanga CAd. No: 35-37 80840 Ortaköy- İstanbul Tel: 260 59 40



Belmont®

CLESTA
DENTAL SYSTEM

Özellikle enfeksiyon kontrolu için geliştirilmiş ünit

■ Son derece sessiz çalışan full otomatik koltuk ■ Tablet üstü, pedal ve koltuktan kumandalı LP sistem. (LP Sistem: Fotöy hangi programda olursa olsun LP düğmesine basıldığında hasta tükürme pozisyonuna, ikinci basışta eski pozisyona gelir) ■ Rahat çalışma alanı sağlayan geniş pnömatik fren sistemli tablet ■ Gün ışığı veren, skala ile renk alınabilen, soğuk fotosel 5 fonksiyonlu reflektör ■ Otomatik kreşuar ve bardak doldurucu (On-off sistemli) ■ Çift aeratör, çift hava spreyi + pomp saliv ■ Cerrahi aspiratör (Hareketli). Mikromotor, tüm uçları ile birlikte.

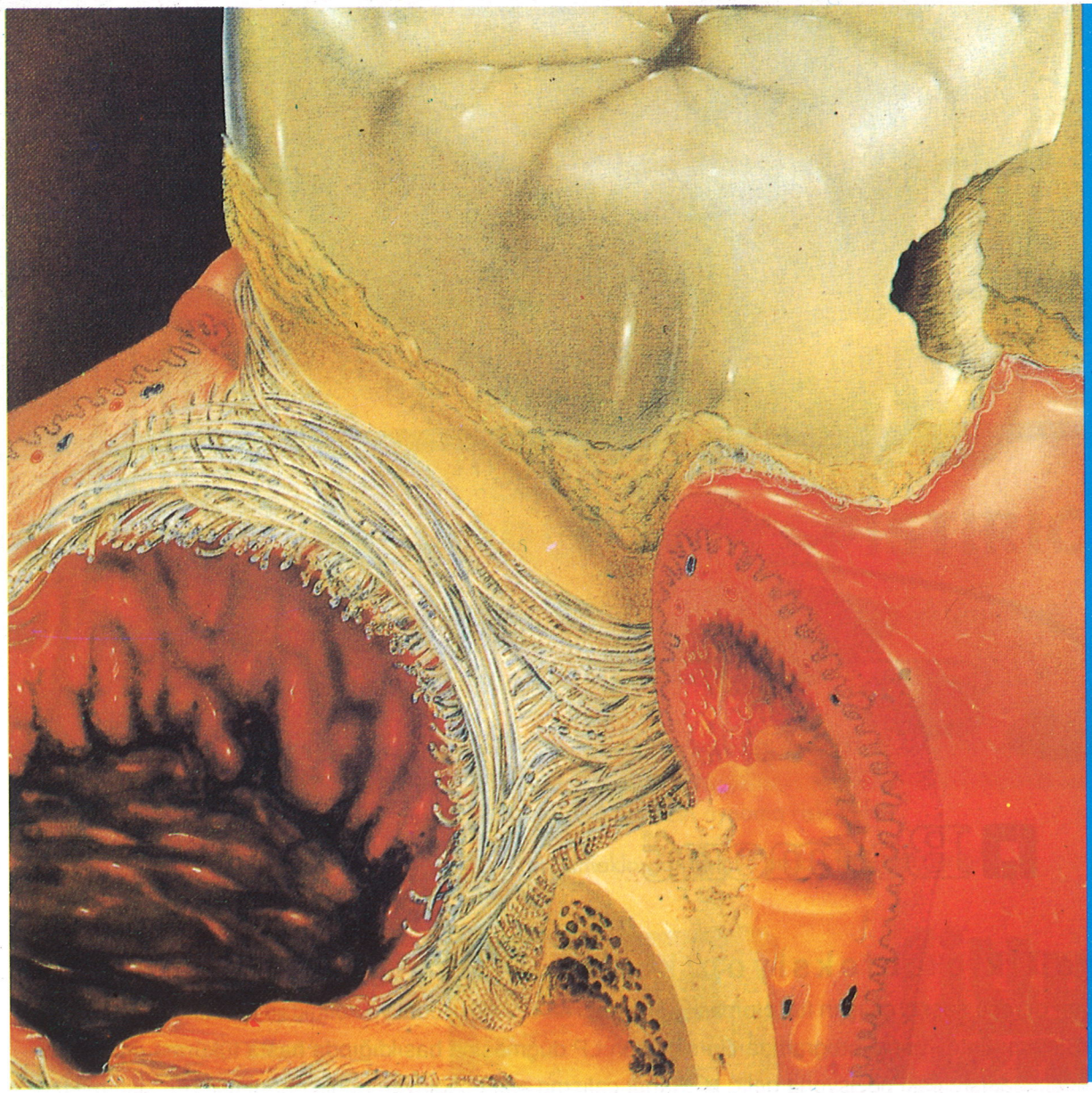
Türkiye'deki yegane ithalatçısı: **ASRİ DİŞ DEPOSU A.Ş**

Meşrutiyet Cad. 47 Kat:1 80050 Beyoğlu-İstanbul P.K. 140 Beyoğlu-İstanbul
Tel: 249 13 36 **Fax:** 244 51 99 **Telgraf:** ASRİDİŞ İSTANBUL

Cliacil®

etken madde: fenoksimetilpenisilin potasyum

dental enfeksiyonlar ve bakteriyel endokardit profilaksisinde etkin, güvenli ve ekonomik yaklaşım



Ürün Bilgisi

Bileşimi: Cliacil 1.2 Mega: her filmtablette 1.200.000 E.Ü. fenoksimetilpenisilin potasyum (780 mg), Cliacil kuru şurup: her ölçekte (5 ml) 300.000 E.Ü. fenoksimetilpenisilin potasyum (195 mg) **Endikasyonları:** Angina tonsillaris, bronşit, bronkopnömoni, sinüzit, otitis media (H.influenza'nın neden olduğu hariç), erizipel, kızıl, romatoid ateş profilaksisi, endokardit profilaksisi, romatoid ateş. Diş hekimliğinde: komplike abseler, gingivit, stomatit, infeksiyon profilaksisi (diş çekimleri vb.), antrum perforasyonları, infiltrasyonları **Kontrendikasyonları:** Penisilin allerjisi; **Uyarı:** Sefalosporinlerle çapraz allerji olasılığına dikkat edilmelidir. **Yan Etkileri:** Bulantı, kusma, ishal gibi gastrointestinal bozukluklar (nadirdir, genellikle ilacın kesilmesini gerektirmez). **Ticari Şekilleri:** Cliacil 1.2 Mega: 20 filmtablet 39.000 TL., Cliacil kuru şurup: 150 ml şurup hazırlanması için 60 gr. granüle 39.000 TL (Şubat 1992) Reçete ile satılır. Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. Türk-Hoechst San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. 145, 34020 Topkapı-İstanbul.

Hoechst

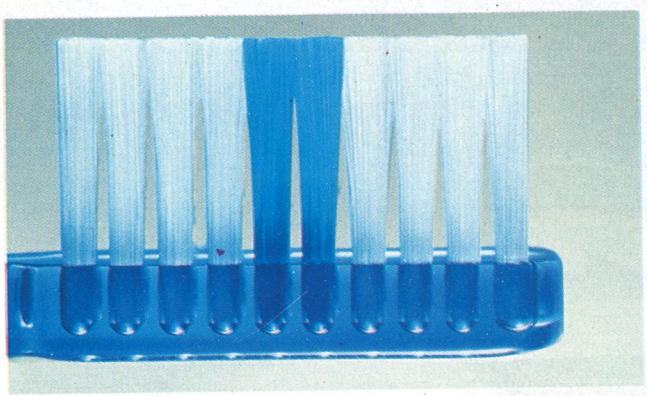


- Koltuğa veya yere monte edilebilir ünit.
- Sessiz çalışan ful otomatik koltuk.
- Hareketli, seramik kreşuar. Elektronik kumandalı kreşuar yıkayıcı ve bardak doldurucu.
- Elektronik kumandalı ve güçlü tükürük emici.
- 8000-22000 Lux şiddetinde soğuk - beyaz ışık veren, İtalyan malı Fiad reflektör.
- Kavo aerotör türbini (istendiğinde fibre-optic türbin eklenebilir).
- Çift yönlü, 5000-20000 devirli, kavo havalı mikromotor. Kavo angldurva.
- 3 fonksiyonlu Kavo şırınga.
- İstendiği takdirde ünite dördüncü modül eklenebilir.

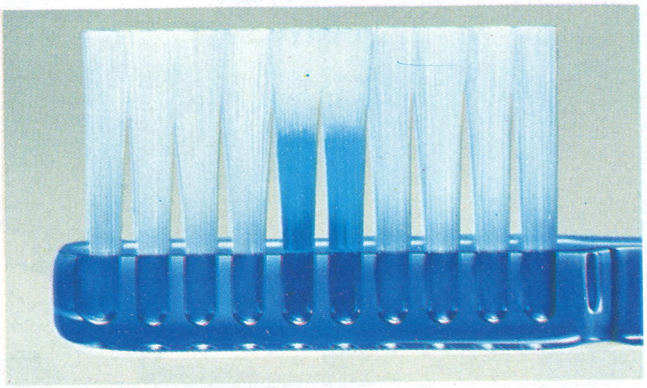
Güney Diş Deposu
Ticaret ve Sanayi Anonim Şirketi

Beyazsaray 9/B Beyazıt, 518 26 03 (4 hat) İSTANBUL ❑ 247 90 00 Şişli ❑ 247 56 87 Nişantaşı ❑ 345 46 96 Kadıköy, İSTANBUL
418 95 05 ANKARA ■ 84 85 38 İZMİR ■ 22 87 92 BURSA ■ 30 40 29 SAMSUN ■ 51 31 83 ADANA

İşte hastalarınıza önerinizi hatırlatan bir diş fırçası!



Yeni



Değiştirme zamanı
(yaklaşık üç ay sonra)

Dişhekimleri hastalarına diş fırçalarını her 3 ayda bir değiştirmelerini önerirler[1].
Ancak çoğu hasta bunu unutur.
Oral-B, önerileriniz doğrultusunda, hastalara değiştirme zamanını hatırlatan mükemmel bir diş fırçası geliştirdi. Kullandıkça mavi* kılları solan:

Oral-B Indicator

Mavi renk yarıya indiğinde, fırçanın değişme zamanı gelmiş demektir.
Oral-B' den sağlıklı bir uyarı.

1 Amerika Dişhekimleri Birliği (ADA) ve Türk Dişhekimleri Birliği önerisi.
* Amerika Gıda ve İlaç Birliği (USA FDA) tarafından onaylanmış gıda boyası.



ADA PROFESSIONALLY RECOGNIZED American Dental Association

Oral-B®

Koruyucu Dişhekimliğinde Yardımcınız

Türk Dişhekimleri Birliği, diş fırçalarının her 3 ayda bir değiştirilmelerini önermektedir.

DİŞ MACUNLARI NEDİR, NE DEĞİLDİR?

Prof. Dr. Bihter YAZICIOĞLU
Doç. Dr. Işıl ŞİMŞEK

Diş Macunlarının İşlevleri:

Dişhekimleri hastalarına ne zaman ağız hijyeninden söz etseler şu soruyla karşılaşırlar: "Doktor, hangi macunu önerirsiniz?" Dişhekimi burada 1 - Diş macunun, sözü edilen temiz ve sağlıklı ağız için temel öğe mi, sadece ARAÇ mı olduğunu, 2- Soru sahibinin kişisel özelliklerini, 3- Değişik macunların içerik, amaç ve işlevlerini birarada düşünmelidir.

Dental plağın, diş çürüklerinin ve dişeti hastalıklarının temel nedeni olduğunu biliyoruz. Ağız sağlığı için amaçlanan, plak kontrolüdür. Ve bu da diş fırçalama, ara yüz temizliği, eğitim ve zamanlı kontrollerle sağlanır. Bu etkinliklerde, diş macunu bir ara ajan olmaktadır.

Genel olarak macunlardan beklenen diş çürümelerini engellemesi, calculus oluşumunu geciktirmesi, dentin duyarlılığını azaltması, dişleri beyazlatması, dişeti hastalıklarını iyileştirmesi ve esas olarak plak kontrolüne yardımcı olmasıdır. Diğer beklentilerimiz ise boyama yapmaması, toksik olmaması, advers sistemik etkisinin olmaması, lisanslı olması ve ucuz olmasıdır.

Bu yazıda terapatik diş macunları dışarıda tutularak, macunlar hakkında genel bilgileri tazelemek amaçlanmıştır.

Latince adıyla diş macunları (dens=diş ve fricare=ovmak) dişlerin temizlenip - parlatılmasını anlatır. Diş macunundan, diş yüzeylerinde maksimum temizlik - minimum aşınma beklenir. Bu özellikle macunu kullanan kişiye göre değişir, örneğin beslenme şekli, tütün bağımlılığı, pelikıl oluşumuna eğilim, fırçalama alışkanlıkları gibi. Tanımlanan bu kozmetik etkinlik, önce ve sonraki gözlemlerle yada reflektometre ile ölçülebilir. Diş macunlarının bu özelliği içerdiği aşındırıcının ve organik çözücünün tipine göre değiştirir.

Dişlerin fırçalanması ile birikintiler uzaklaşacağından, ağız kokusu da iyileşecektir.

DİŞ MACUNLARINDA İÇERİK

Diş macunları değişik fiziksel özelliklerde hazırlanabilir, toz, macun, likit, katı haller gibi. En popüler olanı macun formudur. Macunların içeriği, üretici firmaya göre değişir. Ancak tipik olan bir formulasyondan söz edilebilir:

İçerdiği Elemanlar	Konsantrasyon (%)
Aşındırıcılar	20-45
Nemlendiriciler	20-40
Su	20-35
Bağlayıcılar	1-2
Yüzeyaktif maddeler	1-3
Tatlandırıcılar	1-2
Koruyucular	0.05 - 0,5
Diğer Katkı maddeleri	0.4-1,0 (Terapötik ajanlar gibi)

AŞINDIRICILAR

Diş macunlarında en ağırlıklı konponent, parlatıcı ajan olan, bu gruptur. Ürünlerde oranı % 50'ye kadar çıkabilmektedir. Yüzeyde parlama, yüzeydeki bir miktar aşınma ile beraber oluşur. Macundaki parlatıcı ajanının yarattığı abrazyon şu öğelerin bir işlevidir:

- Aşındırıcı materyalin sertliği
- Parçacıkların şekli ve büyüklüğü
- pH, viskosite ve ısıya dayanıklılık gibi özellikler
- Fırça kıllarının sertliği
- Fırçalama sırasında uygulanan kuvvet
- Fırçalama yüzeyinin özellikleri

Sık kullanılan aşındırıcılar aşağıdaki taloda gösterilmiştir:

Zirkonyum silikat ($ZrSiO_4$)

Pompa tozu

Alüminyum oksit (AL_2O_3)

Kalsiyum Karbonat ($CaCo_3$)

Dikalsiyum fosfat anhidrit ($CaHPO_4$)

Sodyum metafosfat ($NaPO_3$)

Dikalsiyum fosfat dihitrat ($CaHPO_{4.2}\ H_2O$)

Toplumun bir bölümü, dişlerdeki lekelenmeye karşı aşındırma özelliği yüksek diş macunlarını isteseler de parlatmayı yapan ve enaz aşındırıcı içeren ürünler tercih edilmelidir. Özellikle dentin

yada sementin ekpoze olduğu kişilerde, yüksek aşındırıcılı macunlar kontrendikedirler.

Akılda tutulması gereken diğer bir noktada dişmacunlarının aşındırıcı özelliklerinin değişebileceğidir. Diş macunları aynı parlatıcı ajanı içermelerine karşın farklı aşındırma düzeyine sahip olabilirler. Bu, yüzey aktif maddeler ile partiküllerin boyutuna bağlıdır. Tanıtım ve pazarlamada, macunların aşındırıcılığı önemli olduğundan, "düşük düzeyde abrazyon" vurgulanır. Aşınmanın, laboratuarlarda değişik yöntemlerle ölçülmesi olasıdır. Klinik olarak, gerçek abrazyon, macunla beraber, kişinin fırçalama tipi ve fırçalamada uyguladığı kuvvet gibi kişisel fırçalama alışkanlıklarına, tükrüğün niteliklerine sert ve yumuşak eklentilerin varlığına, ağızdaki restorasyon ve apareylere bağlı olarak değişir. Bu nedenle laboratuar deneylerin güvenirliği yeterli olamaz.

Şimdilerde genellikle çözümlenmiş olsa da, ilk yılarda ve bazı ürünlerde olduğu gibi, aşındırıcı ajan olarak kullanılan tuzların özellikle kalsiyum karbonat-fluor iyonu ile reaksiyona girmesi sonucu fluor iyonunun diş minesi ile reaksiyona geçmesinin engellenmesi söz konusu idi.

Genellikle, depolanması süresince, kullanılabilir fluorun oranı azalmaktadır. Bu gün, kalsiyum karbonat artık kullanılmamaktadır. 0.5 mm. çapındaki küresel akrilik partiküller fluoru çok daha az tutarlar. Sentetik silikatlar (SiO_2), fluoridlerle uyumludurlar. Ayrıca, değişik formda üretime uygun olabildikleri için ve partikül büyüklükleri kontrol edilebildiği için bu gün en yaygın kullanılan aşındırıcı ajan olmuşlardır.

NEMLENDİRİCİLER:

Diş macunlarında su kaybını ve havayla karşılaştığında sertleşmeyi engellemek için nemlendiriciler kullanılır. En yaygın olarak kullanılanlar glycerol (gliserin), sorbitol ve propylene glycol'dur, Sorbitol ($C_6H_{14}O_6$), beyaz, kokusuz bir tozdur, alkolde serbest olarak erir. Gliserin, en etkili nemlendiricidir, sıvı haldedir, ürünlere parlaklık verir, yüksek sıcaklıklarda da stabildir. Propylene glycol ($C_3H_8O_2$), kokusuz renksiz, viskos bir sıvıdır. Alkolde ve suda karışım yapabilir. Gliserin yerine kullanılabilir.

Gliserin ve Sorbitolün tatlı olmalarına karşın prompylen glycol hafif ekşi tatdadır.

BAĞLAYICILAR:

Bağlayıcılar hidrofilik kollaid yapıdadırlar, Diş macununun formilasyonunu stabil tutarlar, Depolanma süresinde, macunun katı ve sıvı fazlara ayrılmasını önlerler.

Akasya Sakızı, kitre sakızı, karaya sakızı bağlayıcı ajan olarak kullanılan üç doğal reçinedir. Alginat gibi, İrlanda yosunu ekstresi gibi, denizsu yosunu kolloidlerinin bağlayıcı olarak kullanımları popülarite kazanmıştır. Ksantan reçinesi, glukoz, mannose ve glucuronic asit içiren, çapraz - bağlı bir yolisakkarittir. Selülozun suda karışık türevleri, ticari macunlarda kullanılır (metil selüloz ve karboksi metil selüloz gibi.) Son yıllarda ekonomik olmaları nedeniyle popüariteleri artmıştır. Bir başka sentetik bağlayıcı, karbomer- 940'dır. Suda erir, akrilik asidin çapraz bağlı polimeridir, yapısında serbest karboksilik gruplar vardır. Bağlayıcı özelliğin yanı sıra emülsyon ajanı olarak da iş yapar.

YÜZEY AKTİF MADDELER:

Bunlar, yüzey gerilimi azaltan, penetrasyonu sağlayan, yüzeydeki birikintileri yokeden, dişmacununun, diş yüzeyinden hareketlendirdiği artıkları etkisiz hale veya emülsyon haline getiren ajanlardır. Geçmişte kullanılan doğal sabunların yerini bugün yeni sentetik bileşikler almıştır. Bu deterjanlar suda erir, asit yada alkali solusyonlarda fonksiyon yapabilir, tükrükte veya sert sularda çökelti haline gelmezler. Klinik olarak deterjanların tek başlarına plağı yok etmeye yeterli olduklarını gösteren bir bulgu yoktur. Bunun için bir aşındırıcıya gereksinim vardır. Deterjanlar köpük oluşumuna katkıda bulunurlar. Köpürme, kullanana hoş bir duygu verir.

Diş macunlarında kullanılan en yaygın yüzey aktif madde sodium lauryl sulfate'dır. Sodium lauryl sulfate, yüzey gerilimi reseptör hücrelerin membran yapısın etkileyerek tat belirleyici gibi etki yapar. Macundaki diğer bazı maddelerin hissedilen tadını azaltır.

Sodium coconut monoglyceride sulfonate, monoglyceride sulfonate'ın yağ asidi esterlerinin bir karışımıdır. Yağ asitlerinin kaynağı, hindistancevizi yağıdır.

Sodium N-laurayl sarcosineti, bir yağ asidi ile (lauric acıd) bir anino asidin (Sarcosine veya N-methyl glycine) kondansasyonu ile oluşur. Yüzey aktivitesi, amino asidin anyonik karboksil grubundan gelmektedir.

Sarcosinate, antibakteriyel ve antienzim özelikleriyle terapötik bir etkiye sahip olduğundan kullanılmaktadır. Sarcosinate'lı diş macunları için anticaries etki rapor edilmişse de sonraki gözlemlerde, diş çürüğüne karşı koruyucu bir etkisi bulunmamıştır. Plak oluşumunu azaltsa da yumuşak dokulardaki istenmeyen etkileri ile bugün, örneğin Amerika'daki ürünlerde, artık sarcosinate kullanılmamaktadır.

Parapleji, kuadropleji, orofasial paralizi gibi sorunu olanlarda, tükürmeyi gerektirmeyen, hiç deterjan içermeyen diş macunları da üretilmiştir.

TATLANDIRICILAR:

Tatlandırıcılar, niceliksel olarak, diş macunları içinde pek az bir orandadırlar (%1-2 gibi). Ancak,

DİŞ MACUNLARINDA KULLANILAN DETERJANLAR:

ADI	NİTELİKLERİ	FORMÜLLERİ
Dioktilsodyum sulfosüksinat	Beyaz, katı halde, Suda erirliği az	$Ca_{20}\ H_{37}\ Na\ O_7\ S$
Sodyum alkil sülfoasetat (Sadium lauryl Sulfoacetate)	Hindistan Cevizi	$ROCOCH_2SO_3Na$
Sodyum Loril Sülfat	Suda erir, kendine özel hafif bir koku	$CH_3(CH_2)_{10}CH_2oSO_3Na$
Sodyum N. Loroil sarkosinat	Beyaz toz, Suda erir	$CH_3(CH_2)_{10}CON\ CH_3$-CH_2COONA
Sodyum Koko-	Beyaz, doğal, Hafif bir tat	$RCOOCH_2CH(CH)\ CH_2SO_3Na$

hem başlangıçta hem de sonrasında diş macunun tadı, macunun toplum tarafından kabul edilmesinde en önemli özellik olmaktadır. Tüketiciler, "ferahlatan nefes" şeklinde yönlendirilmekte olsalar da bu ferahlık ancak banyodan çıkıncaya kadar sürmektedir. Macunun doyurucu bir tatla hazırlanması, bilimsel olmaktan çok bir sanat gibidir. Seçilecek tatlandırıcılar, macunun içerdiği diğer maddelerle uyumlu olmalı, işleme, üretim, paketleme ve depolanma süresince değişmeden kalmalıdır.

Macundaki tat genellikle bir çok komponentin karışımıdır. En yaygın kullanılan temel tatlandırıcı nane tayfı ve bunların anason, karanfil, kimyon, yenibahar, okaliptüs, limon, mentol, hindistan cevizi, kekik, tarçın gibi esansiyel, yağlarla modifiye, edilmiş şekilleridir. Çocuklar, meyve esanslarının Komsinasyonu ile tatlandırılmış macunları (tutti-frutti) tercih etmektedirler.

Bunlara ek olarak pekçok diş macunu %0.1-%0.3 düzeyine - sakarin gibi - sentetik tatlandırıcı içerirler, Siklamat ta kullanılan sentetik tatlandırıcılardan biridir.

Kloroform, başka maddelerle sağlanamayan bir tür tat ve ferahlık verir. Ancak aşırı alımda kloroform, hepatotoksitiyeye neden olur. Yine de % 3-4 kloroform içeren macunlarla, % 0.43 kloroform içeren gargaraları günlük olarak ve uzun süre kullananlarda yapılan çalışmalar, bu konsantrasyonların güvenli olduğunu göstermiştir. Amerika'da kloroformun besin maddelerinde, ilaçlarda ve kozmetik ürünlerde kullananı "Kansere neden olabilir" gerekçesiyle yasaklanmıştır. Diş macunları üreticileri ise, gönüllü olarak, kullanmaktan vazgeçmişlerdir. Kloroform ve öjenol gibi bazı aromatik yağlar, polylethyl methacrylate'ı çözerek ve/veya iç basınca giderek abrazyonun artmasına neden olurlar.

KORUYUCULAR:

Macun nemlendiricilerin çoğu ve organik bağlayıcıların bazıları, küf ve mikro-organizmlerin ataklarına duyarlıdırlar. Bu nedenle macunlarda koruyucular kullanılır.

Bunlar diklorofen, benzoatlar, formaldehit, parabenler (metil, etil, propil, butil) ve benzerleridir. Katılma dereceleri ise % 0.05 ile % 0.5 arasında değişir.

DİĞER KATKI MADDELERİ:

Tüketici için, daha çekici olmasının sağlanması nedeniyle, birçok diş macununa renklendirici maddeler katılmaktadır. Diş macunlarına beyaz renk için titaniumdioksit tozunun katılması çok yaygındır. Ayrıca bu toz, pek az miktarlarda, jel formun macun formuna geçirilmesi için de kullanılır. Eritrosin kırmızı için, tartrazin sarı renk için kullanılan maddelerdendir. Diş fırçalama sırasında oluşabilecek alt düzeydeki kanamaların, macunun kırmızı rengi nedeniyle dikkati çekememesi, bir sakınca gibi yorumlanabilir.

DİŞ MACUNLARINDA AMBALAJ:

Diş Macunlarında Raf Ömrü

Macunlarda kuruma sorunu bir nemlendirici kullanılarak giderilir. Saklama süresince katkı maddelerinin ayrışması problemi, çeşitli stabilizatör ve bağlayıcı ajanlarla çözülür, Bakteriyel bulaşmanın neden olduğu bozulmalar, kullanılan korucuyarla önlenebilir.

DİŞ MACUNU TÜPLERİ:

Sıkılarak boşaltılan tüpler, 1841 yılında Amerika'lı sanatçı John Rand tarafından icat edilmiştir. Diş Macunları, tüplerin icadından önce kutular içinde üretilip satılıyordu. Tüplerin icadından 50 yıl sonra İngiliz dişhekimi Dr. Zierner, diş macunlarını sıkmalı tüplerin içine doldurmuştur.

Ülkemizde önceleri çelik tüpmetal tüp diye anılanlar, alüminyum tüplerdir; bunlar boşaldığı belli olan gruptadırlar. Kullanıldıktan sonra boşaldığı belli olmayan tüpler ise plastik tüp olarak anılmaktadır.

Macunların pH'sı hafif asitlikten alkaliğe kadar değişmektedir. Nötral pH'lı macunlar alüminyum

tüplerde saklanabilir. Ancak kalay-2Florür içeren macunlar gibi asidik olanlara veya çözünmeyen sodyum metafosfat gibi tuzları içerenler, alüminyum tüple etkileşmeyi önlemek için, kimyasal olarak etkisiz bir bileşikle astarlanmış olan tüplerde paketlenmelidir. Plastik kapların kullanımı, tüplerden kaynaklanan kurşun kontaminasyonunu engeller.

DİŞ MACUNU POMPALARI:

Ülkemizde olmayan bir ambalaj biçimidir, ancak kullanılan Ülkelerde revaçta olan bir biçimdir. İki tipi vardır. Birincisi, her kullanımdan sonra merkezi çubuğu tırmandıran bir iç piston (poleclimber) ilkesine dayalı sistemle çalışır. Diğer tipte, diş macununu pompalamak için vakumlu basınç kullanılır. Pompa tipi ambalajın, diş macununun kullanımını sağlaması ile, aile içinde kullanım biçiminden doğan tartışmaları(!) önlediği söylenmektedir.

DİŞ MACUNLARININ EMİLİMİ:

Fırçalama sırasında bir miktar macunun alınması söz konusu olabilir. Alınan bu macunun emilimi, idrar ve feçesten bir marker kullanılarak ölçülüp analiz edilebilir. Yada ağıza alınan macun miktarı ile sonra geri alınan (atılan) miktar ölçülebilir. Her iki yöntemin de dezavantajları ve ölçümlerde hata payı vardır.

Yetişkinlerle büyük çocukların bir fırçalamada kullandıkları diş macunu yaklaşık 1 gram kadardır ve bu miktar yaşla belirgin bir şekilde, değişmez. Çocukları 3 yaşın altında olan anneler, çocuklarının fırçalarına daha az macun koyma eğilimindedirler, yaklaşık 0,5 gram kadar. Ancak kullanılan macundan alınan-emilen miktar, yaşla önemli şekilde değişir, çocuklar yetişkinlerden daha fazla diş macunu yutarlar.

Bu konuda yapılmış çalışmalar vardır. Bu çalışmada 2-4 yaşındaki çocukların, kullandıkları macunun 1/3'ünü yaklaşık 0.3 gram yuttuğu, 11-13 yaş çocuklarda bu miktarın 0.07 gram olduğu söylenmiştir. Bir başka çalışma, 5-6 ya grubu çocukların 0.27 gram gibi bir miktarı aldıkları, 7-16 yaşındakilerin ise kullandıkları macunun % 20'sini, yaklaşık 0.19 gram aldıklarını göstermişlerdir. Okul öncesi çocuklarda tükürme alışkanlığı ve yeteneği değişkenlik gösterir; tükürebilen çocuklar da sürekli tükürme eğilimlidirler. Fırçalamadan sonra, ağız su ile çalkalanması yutulan macun miktarını azaltır.

Macun Katkı Maddelerinin Neden Olduğu Kontakt Duyarlılık ve İrritasyon

Diş macunlara karşı aşırı duyarlılık nadirdir. Bazen, diş macunlarında kullanılan tat ve renk verici katkı maddeleri, kimi kişilerde allerjik reaksiyonlar, dil ve dudaklarda pullanma ve ödem, perioral dermatitis, anguler cheilikıs, gingivitis ve ağız içi ülserleri biçiminde olabilir. Diş macunlarındaki, yaklaşık % 80 cinnamik aldekut yapıdaki tarcın yağı, akut allerjik gingivostomatistis yapabilir. Oral Kamissürelarda ve dudak kenarlarında porselen beyazı şeklindeki depigmantasyon olarak belirlenen perioral levkodermanın da, cinnamik aldekit içeren diş macunlarının kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Macun kullanırken hafif irritasyon belirtisi gösteren kişilerde bu belirtiler fırçalama bittikten sonraki birkaç dakika içinde kaybolur. Mentol, öjenel, nane yağı gibi, macunlarda kullanılan diğer tatlandırıcı ajanların da allerjik olabilecekleri rapor edilmiştir. Kozmetiklerdeki ve cikletlerdeki tatlandırıcılar da benzer stomatitlere neden olabilirler. Daha sonra yapılacak testlerle doğrulanmak koşulu ile, kişinin tam bir hikayesi, allerjik reaksiyona neden olacak ajanı ortaya çıkaracaktır.

Nispeten nadir olan kişisel aşırı duyarlılığa ek olarak, macunlardaki kimi katkı maddeleri, genel toplumda da oral mukoza irritasyonu yapabilirler. Bu macunlara deri testi yapıldığında klinik olarak eriteme neden olurlar. Histolojik olarak parakeratine yüzeyden nekroza kadar giden epitelyal değişiklik ve intra-epitelyal abse oluşumu gözlenir. Lokal irritasyon kloroform, sodyum N.Lauroly sarcosirat, sodyum lauryl sülfat veya esansiyel yağlar nedeniyle ortaya çıkar.

Radyasyon tedavisi nedeniyle oluşmuş müköz membran lezyon olanlarda veya vesikülo,erosif hastalığı olanlarda macunlar doku irritasyonunundan sorumlu tutulur. Böyle hastalarda, alışılagelen tatlandırıcıların yarısını içeren yumuşak bir macun daha kabul edilebilir olmaktadır. Aksine, ağız mükoz membranları sağlıklı olan kişiler, genellikle daha çok tatlandırılmış macunları tercih ederler. Bunun nedeni ağız da yarattığı yanma duygusu az olanların, ferahlık hissettirmediği ve iyi temizlenmediği biçimindeki algılamalarıdır.

Ülkemizde Türk Standartları Enstitüsü, diş macunları için standardı belirleyen yayını Ts.3922/ Mart 1983 numara ve tarihlidir. Bu standarta, Temmuz 1986'da teknik kurulca bazı eklemeler yapılmıştır. Standart, macunun özellikleri içeriği, örnek alma ve muayene yöntemleri, ambalajlama, tüp üzerinde bulunması gerekli bilgiler (işaretleme) gibi baylıkları içermektedir.

Şu anda Ülkemiz piyasasında satılmakta olan bazı diş macunlarının, TSE'de sözü edilen işaretleme bilgileri aşağıdaki gibi gözlenmiştir:

ADI	İÇERİK	AĞIRLIK	RAF ÖMRÜ	FİRMA
	(Etken madde olarak)			
Close-up	Na_2PO_3F %0.8	60 g.	5 yıl	Elida
(Mavi:mild)				
(Kırmızı:fresh)				
Colgate	Na_2PO_3F % 0.76	70 g.	2 yıl	ColgatePalmoliv
	NaF %0.10			
Denta-fresh	Na_2PO_3F % 0.75	60 g.	3 yıl	Ecz.Procter&Gamble
	NaF % 1			
Floran 2 R	Na_2PO_3F % 0.76	70 g.	3 yıl	Eczacıbaşı
(Piyasa var,	NaF % 0.1			
üretimi yok)				
İpana Antitartar	PPI	70 g.	3 yıl	Eczacıbaşı
	PVM/MA			
	NaF % 0.24			
İpana Çocuk	Na_2PO_3F % 0.76	50 g.		Eczacıbaşı
	NaF % 0.1			
İpana Fluorid	NaF % 0.33	70 g.	3 yıl	Ecz.Procter&Gamble
İpana, Jel	Na_2PO_3F %0.76	70 g.	5 yıl	Eczacıbaşı
	NAF % 1	12 g.		
Medident	Na_2PO_3F % 0.76	70 g.	3 yıl	Eczacıbaşı
	NaF % 0.1			
	$SİO_2$			
	$C_8H_8O_3$			
Sensodyn	$SrCI_26H_2O$ % 10	45 g.	5 yıl	Ali Raif
		ve 75 g.		
Signal Plus	Na_2PO_3F %1.14	75 g.	3 yıl	Elida
Signal Plus Antitartar	$Na_4P_2O_7$ % 5-6	70 g.	3 yıl	Elida
	$K_4P_2O_7$			
	NaF % 0.33			
Signal Plus Jel	Na_2PO_3F % 1.14	70 g.	4 yıl	Elida

* Na_2PO_3F : Sodyum mono fluoro fosfat
NaF : Sodyum fluorür
PPI : Pirofosfat ıyonu
PUM/MA : Polivinil Metoksilen Maleik Anhdrit Kopolimeri
$SİO_2$: Silisyum dioksit
$C_8H_8O_3$: Metil salisilat
$SrCI_26H_2O$: Stronsiyum Klorür Heksahidrat
$Na_4P_2O_7$: Tetrasodyum Piro Fosfat
$K_4P_2O_7$: Tetrapotasyum Piro Fosfat

DÜNYADA VE BİZDE DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİNİN GELİŞMESİ

Prof. Dr. İlter UZEL (*)

Günümüzden, 2,5 milyon yıl önce Afrika'da yaşamış bir Australopithecus'nın sol üst 1. azı dişindeki çürük veya çok yakında bilim alemine tanıtılan M.Ö. 9500'lü yıllara ait bir Çayönü (Ergani) kadın baş iskeletindeki gömülü üst kaninler ağız ve diş hastalıklarının milyonlarca yıldır var olduğunu kanıtlayan gerçeklerdir[1,2].

Ağız ve dişlerin koruyucu ve iyileştirici tedavilerini üstlenen dişhekimliği mesleğinin ise - tartışmalı olmakla beraber - Eski Mısır'da M.Ö. 2500'lü yıllara kadar uzanan bir geçmişi vardır[3]. Eski Mısır'da Eski İmparatorluk çağında yaşayan **Hesi-Re,** bir hekim, dişhekimlerinin başkanı ve firavununun baş veziri idi.

Antik Çağdan itibaren yazılan tıp eserleri içinde de ağız ve diş hastalıkları ve bunların tedavisine ayrılmış geniş bölümler vardır. Örneğin Hippokrates'in eserlerinin toplandığı **Corpus Hippocraticum**'da ağız ve diş hastalıklarının tedavisi yüzlerce sayfalık yer tutar[4]. Öte yandan 1530'da Leipzig'de basılan ilk dişhekimliği monografisi **Artznei Buchlein** ile bunu izleyen diğer Almanca, İspanyolca, Fransızca ve İngilizce dental monografiler tıptan bağımsız dişhekimliği mesleğinin başlangıcını simgeler[5]. Bütün bunlara karşın çağdaş anlamda bir dişhekimliği eğitiminin ortaya çıkması için 1840'lı yılları beklemek gerekmiştir[6].

I. DÜNYADA DİŞHEKİMLİĞİ

I- HORACE HAYDEN (1769 - 1884), CHAPIN HARRIS (1806-1860) ve İLK DİŞHEKİMLİĞİ OKULU "BALTIMORE COLLEGE OF DENTAL SURGERY"-1839

Amerika Birleşik Devletleri, diğer birçok alanda olduğu gibi dişhekimliği eğitiminde de bilimsel çabaların gerçekleştiği yer olmak şerefini taşır. Bu şeref, bu alanın bilimsel çerçevesini çizen Hayden ile Harris adındaki Baltimore'lu iki dişhekiminin sayesinde olmuştur.

Horace H. Hayden 3 Ekim 1769'da Connecticut'da doğdu. Önce jeoloji eğitimi yaptı. 1793'te George Washington'un dişçisi John Greenwood (1760-1819)'un hastası oldu ve onun etkisinde kaldı, kütüphanesinden yararlanarak bu sanatı öğrendi. 1800'de Baltimore'a geldi, orada çok başarılı bir şekilde dişçilik uyguladı. Ayrıca, yeniden anatomi ve tıp eğitimi yaptı, 1814'de İngilizlere karşı savaştı. **"Glandüler Fonksiyon"** hakkında araştırmaları ona bilimsel ve kişisel saygınlık kazandırdı. 1819'da A.B.D.tarihinde ilk olarak Maryland Üniversitesi'ne tıp fakültesi öğrencilerine dişhekimliği dersleri vermek için çağrıldı. O ve arkadaşı Harris, burada bir dişçilik okulu açmaya teşebbüs ettilerse de başaramadılar. Daha sonra gene Harris'le birlikte 1839'da Baltimore'da **College of Dental Surgery**'yi kurdular. Okul, 5 Kasım 1840'da 5 öğrenci ile eğitime başladı. Hayden ölümüne kadar (1844) bu okulun başkanlığını yaptı.

İlk "DDS Doctor of Dental Surgery" unvanı 1841'de burada verildi. Çok çalışkan bir kimse olan Hayden 71 yaşında iken bugünkü American Dental Association'un (ADA) çekirdeğini oluşturan **American Society of Dental Surgeons**'u da kurmuştur[7].

Chapin Aaron Harris ise 6 Mayıs 1806'da New-York State'de doğdu ve önce tıp tahsili yaptı. Daha sonra kardeşi Dr. John Harris'in etkisiyle dişçiliğe yöneldi. Dişhekimliği eğitiminin nasıl yapılması gerektiğini araştırdı. 1835'de Baltimore'a yerleşti. 1839'da **The Dental Art-A Practical Treatise on Dental Surgery**'yi yayımladı. Bu eser daha sonraları genişletilerek yeniden yayınlanmıştır. Hayden ile birlikte Baltimore'daki College of Dental Surgery'yi kurdu ve onun ölümünden sonra 1844'de okulun başına geçti. Harris, 29 Eylül 1860'da yoksulluk içinde ölmüştür[8].

Daha 1839'larda New-York'lu dişhekimi Eleazar Parmly ile birlikte **The American Journal of Dental Science** dergisini yayınlamaya başlamıştır. Böylece 1840'larda ABD'de dişhekimi meslek eğitiminin üçlüsü, **eğitim - literatür - örgütlenme** gerçekleşmiş oluyordu[9].

2- DİĞER DİŞHEKİMLİĞİ OKULLARI

İlk dişhekimliğinin kuruluşundan sonra A.B.D.'de ve Avrupa'da yeni yeni okullar açıldı. Aşağıda bu ülkelerdeki okulların açılış tarihleri verilmiştir:

(*) TDB Merkez Yönetim Kurulu Üyesi ve Genel Saymanı

DÜNYADA DİŞHEKİMLİĞİ OKULLARI (10)

Ülke	Yılı	Okulun Adı	Kurucusu
Almanya	1855	Berlin Odontoloji Kliniği	Eduard Albrecth (1823 - 1883)
	1884	Zahnarztliche Universitâtinstitut	
A.B.D.	1839	Baltimore College of Dentistry.	Chapin A. Harris (1806-1860, Horace H. Hayden (1769-1844)
Avusturya	1821	Viyana Üniversitesinde eğitim başlangıcı	
	1890	Viyana Dişhekimliği Enstitüsü	N. Steinberger (1821 - 1903)
Belçika	1905	Louvain'de Centre Universitaire de Stomatologie	Van Mosuench (1875 - 1839)
Fransa	1880	Institut Odonthotéchnique de France	Charles Godon (1854 - 1923)
	1892	École Dentaire Pratique	
	1909	Institut de Stomatologie de la France de Médecine	Émile Magitot (1834 - 1897)
Hollanda	1876	Dişhekimliği diploması ihdas edilmiştir.	
	1828	Bainbrige'de dişhekimliği eğitimi başladı	J.M. Harris M.D. (1828 - 1836)
İngiltere	1859	London School of Dentistry	
İspanya	1875	Dişhekimliğinin yasal tanımı yapılmıştır.	
	1830	Odontoloji kolejleri ihdas edilmiştir.	
İsveç	1663	Collegium Medicum'da dişhekimlerinin yasal kontrolu.	
	1833	İlk dişhekimliği imtihanı.	
İsviçre	1881	Cenevre Institut de Médecin Dentaire	
	1895	Zürih Dişhekimliği Enstitüsü.	
İtalya	1904	Genes'de Stomatoloji Okulu	Carlo Platschich (1853 - 1912)
Kanada	1875	Toronto Dişhekimliği Okulu	
	1892	Québec Dişhekimliği Okulu	
Macaristan	1844	Budapeşte'de dişhekimliği eğitiminin başlangıcı	G. Nedelko (1812 - 1882)
Polonya	1891	Varşova Dişhekimliği Okulu	Jacques Levy
Romanya	1842	Bükreş'te Küçük Cerrahi Okulu.	
	1863	Bükreş Tıp Fakültesinde ilk dişhekimliği dersleri.	
Rusya	1899	Kazan Dişhekimliği Okulu.	
	1923	Moskova Dişhekimliği Enstitüsü.	
Türkiye	1909	Tıp Fakültesine bağlı "Dişçi Mektebi"	Prof. Dr. Halid Şazi (1869 - 1921)
Yugoslavya	1922	Zagrep Odontoloji Kliniği	Edo Millossevitch (1844-1939)
Yunanistan	1911	Atina ve Selânik'te Dişhekimliği Okulları	
Güney Amerika	1868	Şili	
	1865	Peru	
	1882	Brezilya	

3- DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE UYGULANAN SİSTEMLER:

Yukarıda listesi verilen okulların eğitim programı incelendiğinde, şematik olarak üç tip organizasyonun mevcut olduğu görülür (11):

a) Dişhekimliği okulları veya dişhekimliği fakültelerinde odontoloji eğitimi

b) Stomatoloji enstitüleri veya stomatoloji fakülteleri.

c) Yalnız stomatoloji eğitimi.

a) Dişhekimliği Okulları veya Dişhekimliği Fakülteleri:

Birçok ülkede tıp fakültelerine bağlı dişhekimliği okulları veya tıptan bağımsız dişhekimliği fakültelerinde eğitim, genellikle temel tıp derslerine tıp fakültesinden gelen hocalarının katılması ile sağlanır. Eğitim süresi genellikle 4-5 yıldır. Dişhekimi - (Dt), (DDS) - Doctor of Dental Surgery, veya bir tez hazırladıktan sonra Dr. Med. Dent. veya Docteur en Chirurgie Dentaire (DCD) gibi unvanlar alınır.

b) Stomatoloji Enstitüleri veya Stomatoloji Fakülteleri:

Polonya, Romanya, Çekoslovakya, Rusya ve Yugoslavya vb. gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Burada, Tıp Bilimleri Üniversitelerinin bir enstitü veya fakültesini stomatoloji bölümü oluşturmaktadır. Diğer bölümler tıp, eczacılık, pediyatri ve uzmanlık eğitim merkezleri olmaktadır.

c) Tıp Fakültelerine Bağlı Stomatoloji Eğitimi:

Avusturya, Japonya, İtalya, Portekiz, Madagaskar... gibi ülkelerde stomatoloji ve odontoloji eğitimi, tıp eğitiminden sonra iki yılda yapılır. Bazı ülkelerde de tıp doktorları, özel eğitim yaparak "stomatolog" olurlar. Bunlar, Belçika, Bulgaristan, Danimarka, Güney Afrika, Fransa, Finlandiya, İngiltere, Yunanistan, Japonya, Hollanda, İsviçre ve Çekoslovakya'dır.

Meselâ, Fransa'da tam süreli iki yıl bir stomatoloji enstitüsünde çalışma, her yıl sonu sınav ve ikinci yıl sonunda da devlet sınavından sonra "stomatolog" unvanı alınır.

Bugün dünyada öncelikli olan sistem "odontoloji" eğitimidir.

4- DİŞHEKİMLİĞİ EĞİTİMİNİN BUGÜNKÜ DURUMU:

Bir ülkenin ekonomik yapısı ve üretim ilişkilerinin o ülke eğitimini de yönlendirdiği bilinen bir gerçektir. Gerçekten de bilgi ve teknoloji birikiminin üst düzeyde olduğu gelişmiş ülkelerde dişhekimliği eğitimi ve uygulaması da üst düzeydedir.

Sık sık değişmeyen ve iyi düşünülerek oluşturulmuş ulusal sağlık politikası izleyen bu gelişmiş ülkelerde dişhekimliği alanında (meslek örgütü- eğitim kurumları ve muayenehane) üçlüsü çalışmalarını uyum içinde yürütürler.

Ciddi, bilimsel ve plânlı çabalar sonucu bu ülkelerde diş çürüğü ve buna bağlı diş kaybı büyük ölçüde azalmıştır. Bu ülkelerde, dişhekimi daha rafine çalışabilmekte; daha uzun tatil yapabilmektedir. Hattâ bazı ülkelerde dişhekimi sayısında doygunluğa varılmış, buna bağlı olarak bazı okullar eğitime kapatılmaya başlanmıştır. Bununla beraber buralarda da klinik dişhekimliği eğitimine yönelik bazı eleştiriler vardır. Bunlardan ilginç bulduğum bir iki örneği aşağıya alıyorum:

- Her tıp fakültesinde bir çene cerrahisi veya stomatoloji kürsüsü açılması gerekir. Bu, çene cerrahları ve öğrencilere stomatoloji kavramı vermek; kulak, burun, boğaz ve göz uzmanlarını eğitmek ve hekimlere ağız-diş sağlığı propaganda organizasyonu hazırlamak amacıyla yapılmalıdır.

- Öte yandan eğitimciler, dişhekimliği eğitiminde daha geniş biyolojik bilgi vermek gerektiğini kabul etmişlerdir. J.B. Mac Donald'a göre (Univ. of British Columbia -Vancouver) dişhekimliği eğitiminin ıslahı düşünüldüğünde özellikle temel bilimler ve biyolojik bilimlerde, tıp öğrencilerinin aldığı formasyona eşit formasyon verilmeli; ağız - diş sağlığı alanında ıslahat yapılmak isteniyorsa diş eğitim programının hareket noktası koruyucu hekimlik olmalıdır(12).

Kudüs Hadassah Dişhekimliği Okulu Direktörü Dr. I. Sciaky'nin konuya yaklaşımı şöyledir:

- Dişhekimliği okullarının çoğunda dişhekimliği, periodontoloji, = oklüzal uyumlama, küretaj, dişeti eksizyonu ve kemik düzeltimi; çürük = kavite hazırlığı ve dolguların modelajı anlamına gelir. Endodonti ise, diş özü biyolojisinin derin ve ayrıntılı incelenmesi ve onarımı anlamına değil; kök kanallarının nasıl genişletileceği ve kök dolgu maddelerinin incelenmesi anlamına gelir. Bunun mantiki sonucu, çaba ve çalışmalarımızın büyük bir bölümünün, bu olayların temel sebebinin bilinmesi ve koruyucu önlemlerin alınması yerine, ***tamir tekniklerini kavramaya yönelim*** *şeklindedir.*

- Aslında klinik dişhekimliği derslerinde, konunun tamamen yeniden düşünülüp ele alınması gerekir. Hasta ile ilk ilişki çok "kalıcı" ve serttir. Okulların çoğunda hasta ile ilk temas bir ***total dişsiz*** *iledir. Aslında bu bizim hekimlik sanatındaki başarısızlığımıza*

doğrudan bağlı olan bir korkunç gerçektir. Böylece öğrenci, elinde olmadan, (iradeli veya iradesiz olarak) kendisini bu gerçeğin ve en ekstrem vakanın tam ortasında bulur.

Temelde, hastalığın tedavisi için evolusyonunu ve etyolojik önemini öğrenen öğrenci şimdi kendisini, mekanik nitelikte bir hasta tedavisi karşısında bulur. Aslında bu bir epidemiyolojik veya dişsel sorundur. Fakat çürüğün ve periodontal afetin önlenmesinde bilgi ve becerisini, mekanik ve suni araçlarla kullanmaktadır. Bu da onu hastalığa ve hastalığın geleceğine karşı derin bir şekilde etkilemektedir.

Eğer tıp öğrencileri, eğitimlerine ortopedi ile başlarlar ve bunu suni organ yapımıyla sürdürürlerse tıp eğitimi için bizler nasıl düşünürüz... [13]

II. TÜRKİYE'DE DİŞHEKİMLİĞİ

I- DİŞÇİ MEKTEBİ AÇILMADAN ÖNCEKİ DURUM

Anadolu'da Türkçe olarak yazılmış en eski tıp kitaplarında dişhekimliği konularına yer verilir [14]. Meselâ II. Murad Devri (1421-1451) hekimlerinden Sinoplu Mümin bin Mukbil (? - ?)'in yazdığı Zahire-i Muradiyye'deki dişhekimliği bilgileri çok geniştir [15]. Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun Cerrahiyyetül-Haniyye (1468) eserindeki özgün resimli dişhekimliği bilgileri de çok ilginçtir [16].

Nihayet, Kanuni Devri (1520-1566) hekimlerinden Moses Hamon'un yazdığı ve Prof. Dr. Arslan Terzioğlu'nun tanıttığı yalnız dişhekimliğine ayrılmış bir monografinin varlığı da eski Türk hekimlerinin ağız ve dişhekimliği bilgilerinin edinilmesine önem verdiklerini gösterir [17].

Osmanlı İmparatorluğu çağında Dişçi Mektebi açılıncaya kadar dişçilik sanatını kendi kendine veya görgül olarak yetişen kimselerle cerrahlar yapmış; bu iş için özel öğrenim aranılmamış; her isteyen kendi kendini yetiştirmiştir. Yeter derecede bilgi edindiğine inananlar, dişçilik yapmışlar; cerrahlar diş abselerini yarmış ve her isteyen de diş çekebilmiştir.

Evliya Çelebi "Seyyahatname"sinde İstanbul esnafı arasında "Dişçi" adı ile anılan bir zümre yoktur. Yalnız aşağıdaki satırlar o zamanlar, dişçiliği ve diş çekimlerini cerrahların yaptığını göstermesi yönünden dikkate değer:

"Esnaf-ı-cerrâhân: Dükkân 400, neferat 700'dür. Pirleri Ebu Ubeyd Kassab'dır. Selman-Pâk belin bağladı, kabri Kahs'dadır. Bu tâife pürsilah olup tahtı revanlar üzre dükkânlarına diş çıkaracak kelpeden, mengene, küsgü, testere, minşar, milkat, eğe ve daha bir çok âlât-ı cerrahiyeyi dizip bazı âdemlerin kollarını, başlarını, ayaklarını timar eder şekilde ubûr ederler" [18] denilmektedir.

2- DİŞÇİ MEKTEBİ'NİN AÇILMASI

Bu serbest devreden sonra dişçilik yapabilmek için hususi bir "vesika" yani özel bir belge aranılmağa başlandı ve bu belgeler hastahanelerle dişçilik yapan kimseler tarafından kendi yanlarında çalışanlara verildi. Biraz sonra dişçilik belgesi veya eski deyimi ile "dişçilik vesikası" alanlar, bunu Sıhhat Müdürlüklerinde veya Tıbbiye Mektebinin cerrahlık kısmında tasdik ettirmişlerdir ki, bu durum Dişçi Mektebi'nin kurulmasına kadar devam etmiştir. Bu mektebin kuruluşunu Cemil Topuzlu (1866-1958) **"80 Yıllık Hatıralarım"**da şöyle anlatır [19]:

Dişçi, Eczacı Okulları ile Doğumevi'nin kuruluşu, birçok çıkarın çatışmasından dolayı çok dağdağlı olmuştur. Bu yüzden sevdiğim arkadaş ve dostlarımla bozuşmağa; hattâ yirmi yıllık hocalıktan sonra Tıp Fakültesinden çekilmeye mecbur oldum...

... Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de (Askeri Tıbbiye) 24 Temmuz 1908'de öğretim üyeleri toplanıp tıbbiyede ıslahat için karar aldık... Önce iki Mekteb-i Tıbbiye (Kadırga ve Haydarpaşa) gereksiz olduğundan bunları bir yerde toplamağa karar verdik. Bu karar büyük tartışma çıkardı. Çünkü o zaman 3 mareşal, 20 korgeneral ve 30 tuğgeneral ve kalanları diğer rütbelerde 185 asker profesör vardı. Bunlar okulun semtine uğramadıkları halde, aydan aya gelip tıkır tıkır toplam yılda 80.000 altını geçen toplam tutarda maaş alıyorlardı.

Eğitim kadrosunu 185'den 27'ye indiren bir tasarı hazırladık ve bunu hükümete kabul ettirdik. Böylece, 60.000 altınlık bir tasarruf sağlanmış oldu...

*... İlk aşamada Askeri Tıbbiye ile Kadırga'daki sivil tıbbiye **"Tıp Fakültesi"** adıyla birleştirdik. Bütçede kalan tasarrufun değerlendirilmesi için dişçi mektebi öğretim üyelerinin kadrolarını, yeni kurulan tıp fakültesinin hazırladığım bütçe taslağının arasına ara yerlere ben sıkıştırdım. Bütçe taslağındaki bu durumu Maarif Nazırı Emrullah Efendi (1858-1914)'ye anlattım. Meclis-i Mebusan Tıp Fakültesi bütçesini onaylarken Dişçi Mektebi de adı verilmeden kurulmuş oldu... **Böylece, memlekete bir irfan müessesesi kazandırmış oluyordum.** Ancak ileride*

eleştiriye uğramamak için işin kurnazlık tarafını tuttum. Bu işi kendim yaptığımı söylemedim ve üstlenmesini Maarif Nazırından rica ettim. Emrullah Efendi ***"Dişçilik sanatının memleketimizde ne kadar geri olduğunu, halihazırda berberlerin elinde bulunduğunu biliyorum, merak etme"*** *dedi.*

Cemil Topuzlu'nun Dişçi Mektebi'ni açmasındaki başarısında asistanı Prof. Dr. Halit Şazi Bey'in büyük rolü vardır. Topuzlu, anılarında;

... gene bir gün yanıma geldi bana dişhekimliğine pek çok hevesi olduğundan bu san'atı öğreneceğini ve cerrahlığı terkedeceğini söyledi. O esnada yanımda bulunan bir kaç arkadaşımın bazı itirazlarına rağmen memleketimizde diplomalı bir Türk dişhekimi bulunmamasından ve Halit Şazi'nin bu işte de muvaffak olacağını bildiğimden hemen arzusunu kabul ettim ve muvaffakiyet diledim. Aradan bir kaç sene geçti, bir gün gene kliniğime geldi "Paşam modern dişhekimliğini öğrendim, Eminönünde Valde Hanının üstünde bir muayenehane açtım, çalışmaya da başladım" demesi pek çok hoşuma gitti, eski asistanımı alnından öptüm. Ertesi günü o zamana göre oldukça temiz alâtü-edavatı düzgün muayenehanesini ziyaretim esnasında bana yanında çalışan iki genç Türk'ü gösterdi ve iyi dişhekimi olarak yetişeceklerini söyledi. Ben kendisine ***"azizim bir çok esnaf gibi dişhekimlerini de çıraklıktan yetiştirmeyelim. Mümkün olursa hükümetten izin al da Paris'te olduğu gibi kendi hesabına hususi bir dişçi mektebi aç ve diplomalı dişhekimi yetiştir"*** *dedim ve bir iki sene evvel Paris'te tanıştığım bir dişhekiminin Fransız Milli Eğitim Bakanlığından izin alarak açmış olduğu özel dişçi mektebinden de bahsettim. Halit Şazi, bana hak vermekle beraber bu işi başarabilmek için paraya gerek olduğunu söyledi, hattâ şaka olarak "Paşam bana bir parça yardım et de bu mektebi beraber açalım" dedi*[20].

Prof. Dr. Halit Şazi ilk eğitim direktörü olarak Dişçi Mektebinin kuruluşunda önemli bir görev üstlenmiştir[21].

3- DİŞÇİ MEKTEBİ'NİN İLK EĞİTİM KADROSU (1909)

Prof. Halit Şazi'nin Dişçi Mektebi'ni kurulurken karşılaştığı en büyük güçlük, hoca bulmak meselesi olmuştur. Zaten yukarıda da belirtildiği gibi mektebin eğitim kadrosu Tıp Fakültesi bütçesi hazırlanırken Halit Şazi ve Prof. Dr. Cemil Topuzlu tarafından bir gecede hazırlanmıştı. Kendisi burada 12 yıl süren hocalığı sırasında **Emraz-ı Mütenevviai-esnan, Protez, Emraz-ı Fem ve Esnan** ile **Emraz-ı Umumiye** derslerini okutmuştur[22].

4- DİŞÇİ MEKTEBİ'NİN İLK EĞİTİM PROGRAMI (1909)

Açılan Dişçi Mektebi'nde Halit Şazi'nin başkanlığında toplanan komisyon ilk eğitim programını da hazırlamıştır[23]:

5- ALFRED KANTOROWİTZ (1880-1962)'İN TÜRKİYE'YE GELİŞİ:

Başlangıçta iki yıl olan eğitim kısa sürede üç yıla çıkarılmış. 1933'te Ord. Prof. Dr. Alfred Kantorowitz'in Türkiye'ye gelmesi ile dişhekimliği eğitiminde büyük bir reform yaşanmıştır[24].

1929'da Maarif Vekili Dr. Reşit Galip (1892-1934) Atatürk'ün dileği ile Üniversite Reformu çalışmaları başlatmış, bu amaçla Cenevre Üniversitesinden Prof. Dr. Albert Malché'ı getirterek bir rapor hazırlatmıştı. Bu raporda yeni kurulacak İstanbul Üniversitesinde Batı Avrupa Üniversitelerinden gelecek öğretim üyelerinin görevlendirilmesi öngörülüyordu. Hitler Almanya'sındaki ortam sonucu 1933 yılı Ekim ayında çoğu Tıp Fakültesi için olmak üzere 150 kişilik ilk grup geldi[25]. Bu gruba, 1880'de Posen'de dünyaya gelen ve bilimsel ve pratik dişhekimliğinin gelişmesine yön veren Ord. Prof. Dr. Alfred Kantorowitz de 1934'de katılmıştır[26]. 1934'ten 1950'ye kadar Dişhekimliği Okulu Direktörü olarak Türkiye'de kaldı. Bu sürede Kantorowitz, verdiği dersler dışında asistan yetiştirmiş, tez yöneticiliği yapmış, kitap yazmış, serbest dişhekimlerine tekamül kursları, dersler vermiş ve Türkiye'de dişhekimliği eğitim düzeyinin yükselmesine önemli katkılar sağlamıştır[27].

6- 1950'DEN SONRAKİ DURUM:

1950'den sonra dişhekimliği eğitiminde büyük bir gelişme görülmüştür:

a) Hacettepe Tıp Fakültesi Dişhekimliği Okulu:

1963 yılında Ankara Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi'nde Rektör Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın önerisi ile bir Dişhekimliği Yüksek Okulu açılmıştır. Hacettepe Üniversitesinin kurulmasıyla fakülteye dönüşen bu okulda Almanya Meinz Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesinin eğitim programı aynen uygulanmıştır.

b) A.Ü. Tıp Fakültesi Dişhekimliği Yüksek Okulu:

Gene 1963 yılında Prof. Dr. Cihat Borçbakan (1914-1991) tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olarak kurulan Dişhekimliği Yüksek Okulu'nda ilk üç yılda eğitim tıp fakültesi öğrencileri ile beraber verilmiş, fakat bu sistem daha sonra terk edilmiştir.

c) Yeni Fakülteler:

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dişhekimliği Okulu 1964'de fakülteye dönüştü. Bunu yeni açılanlar izledi günümüzde fakülte sayısı 9'u buldu.

d) Eğitim Programındaki Gelişmeler:

1980'den sonra dişhekimliği, eğitim programlarında da büyük bir gelişme kaydedilmiştir.

e) Mesleki Örgütlenme ve Literatür:

Türk dişhekimliğinde ilk mesleki örgüt, 1328/1912 yılında "İstanbul Darülfunün-u Osmanî Tıp Fakültesi Dişçilik Şubesi Mezunin ve Talebe Cemiyeti" adıyla kurulmuş ve başkanlığına da Prof. Dr. Halit Şazi seçilmişti. Cemiyet tescil için hükümete 8 Mart 1330/1914 tarihinde başvurmuş, işlemler 27 Nisan 1330/1914 tarihinde tamamlanmıştı. Ziya Cemal Büyükaksoy'un faaliyetleri hakkında fazla bilgi vermemesinden bu cemiyetin fazla bir etkinlik gösteremediği anlaşılmaktadır[28].

Buna karşılık 31 Mart 1338/1922'de kurulan "Müslüman Dişabipleri Mezunîn ve Talebe Cemiyeti" Kasım 1339/1923'de Dişabipleri Cemiyeti Mecmuası'nı yayına başlamıştır[29]. Bu cemiyet 24 Mart 1341/1925'de **"Türk Dişabipleri Cemiyeti"** adını almış ve ilk başkanlığına da Dişabibi Hasan Hayri Dişlioğlu getirilmiştir.

SONUÇ:

Yukarıdaki bilgiler incelenir ve Türk Dişhekimliği Eğitim Tarihi evreleri dünyadakileriyle karşılaştırılırsa bizde de eğitimin birçok ülkeyle yakın tarihte başladığı ortaya çıkar. Fakat, bugün dişhekimliği mesleğinin çeşitli sorunları olduğu, mesleğin Batı standartlarına erişemediği, dişhekimlerinin Batı toplumundaki gibi yerini alamadığı herkesçe kabul edilmektedir. Meslek çevrelerinde tartışılmayan ve tartışılmadığı için de çözüm getirilemeyen bu istenmeyen sonuca nasıl gelindi?

Dünya Sağlık Örgütü, dişhekimliği eğitiminin mükemmelleşmesi, standartlaşması ve çağdaş sağlık tanımı'na uygun anlamda eğitim yapılması için zaman zaman çalışmalar yapmaktadır. Örgütün 1962'de yayınladığı ana raporda, eğitimde belirlenen 10 hedef şunlardır[30]:

1. Güçlü bir genel kültür edindirme,

2. Biyolojik bilimleri ayrıntılı olarak edindirme,

3. Muayenehanede, restoratif çalışmaları yeterli ölçüde yapabilmek için beceri kazandırma,

4. Gelişmiş bir deontoloji kavramı sağlama,

5. Dişhekimine, yaşadığı topluma karşı mesleki sorumluluk kazandırma ve bu sorumluluğun odağı olduğunu aşılama,

6. Koruyucu hekimlik etkinliği ve alışkanlığını kazandırma,

7. Bir diş muayenehanesi kurma ve özellikle yardımcı personele yönetici nitelik kazandırma,

8. Sürekli kendini yenileme iradesi kazandırma,

9. Araştırıcıların yaptığı yeni buluşları değerlendirme ve bunları günlük hayata geçirme kapasitesini kazandırma,

10. Toplum ağız diş sağlığı sorumluluğu kazandırma[31].

Sayıları artan ve eğitim programı genişletilen fakültelerimizde Dünya Sağlık Örgütü'nce hazırlanan rapordaki hususların gözönüne alınıp alınmadığı, öngörülen kavramların gerçekleştirilmesi için eğitim yapılıp yapılmadığı tartışılmalıdır:

Dişhekimliği eğitimi başlarken hareket noktası Maarif Nazırı Emrullah Efendi'nin Prof. Cemil Topuzlu'ya söylediği **"Dişçilik sanatının ne kadar geri olduğu ve dişçiliğin halihazırda berberlerin elinde bulunduğunu bildiği"** ve amacı da **"bu mesleği bu durumdan kurtarmak"**tır. Türkiye'de dişhekimliği eğitimi hiçbir bilimsel altyapı oluşturulmadan alelacele bu noktadan hareketle ve bu amaçla başlatılmıştır[32]. Oysa bizde eğitim yeni başlarken Batıda neredeyse yarım yüzyıllık bir eğitim deneyimi vardı. Dolayısıyla Batı sistemleri ve özellikle A.B.D. eğitim sistemi önerilebilirdi. Bunun yerine Beyoğlu'ndan hoca toplanarak eğitime başlanmıştır. Böyle yapılmayıp, Batıdan öğretim üyeleri çağrılabilirdi.

Fakat hareket noktası **"mesleği berberlerin elinden kurtarmak"** olduğu için bu yöne hiç gidilmemiş; dişhekimliğinin bir tıp dalı olduğu - sadece - duygusal plânda kalmıştır. Durum Türk tıp eğitiminde böyle gelişmemiştir. 1839'da Türkiye'ye çağrılan Muallim Dr. C. A. Bernard (1804-1844)

Batı tıp eğitim modelini uygulayarak kısa sürede tıp eğitiminin çağdaş düzeye gelmesini sağlamıştır [33]. **"O günün koşulları bunu böyle gerektiriyordu"** denilebilir. Gerçekten de Cemil Topuzlu Dişçi Mektebi'ni açarken Tıp Fakültesi hocalarının büyük direnişi ile karşılaştığını yazmaktadır. Acaba daha ayrıntılı tartışılıp daha mükemmel bir eğitim modeli alınabilir miydi? Hareket noktası olarak **"mesleği berberlerin elinden kurtarmak"** seçildiğine göre bundan daha iyisi - herhalde - yapılamazdı.

İlk dönemde dişhekimliği eğitiminin kendileri de diplomasız olan dişhekimleriyle gerçekleştirildiği bir gerçektir. Böylece, bizzat kendisi de bir "alaylı" olan tedrisat direktörü Dr. Halid Şazi öğrencilere 4 ayrı dersi birden vermiş; daha sonra bir hocaya 6 ders birden verdirilmiş; hattâ çok sınırlı sayıdaki hocalardan ikisi de mütarekeden sonra yurtdışına gitmişlerdir[34]. **Bu kadro, daha sonra, etkinlikleri günümüzde de devam eden çekirdek kadroyu yetiştirmiştir.**

Gerçi bu çekirdek kadro içinde de zaman zaman eğitimin kavramsal açıdan modernleştirilmesini savunanlar çıkmıştır[35]. Fakat **etkin olanlar daima protez ağırlıklı bir dişhekimliği bir eğitimini** savunmuşlardır. Bu çekirdek kadronun yetiştirdiği hocalarda -ki, bunlardan bir bölümü halâ dişhekimliği fakültelerinde görev yapmaktadır- herhangi bir düşünce değişikliği gerçekleşmemiştir. Dr. Sciaky'nin "tıp öğrencisinin eğitimine ayak-bacak (suni aza) imâl etmekle başlamasına" benzettiği bu tutum, eğitim programlarının zenginleşmesi ile de pek değişmemiştir.

Son söz olarak, günümüzde dişhekimliğinde yaşanan sorunların büyük ölçüde dişhekimliği eğitimine bağlı olduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla, meslek kuruluşları ve akademik çevreler birarada bu sorunları bilimsel boyutlar içinde tartışmalı; sorunların nedeni belirlenmeli ve ona göre öneriler getirilmelidir.

DİPNOTLAR:

(1) *Majno, G.: **The Healing Hand,** Oxford Press, 1977, s.16-18.*

(2) *Uzel, İ. et al: Cephalometric interpretation of the oldest Anatolian civilised woman, **EOS,** (XII), 4, 1990, s. 496.*

(3) *Bkz. Axthelm, Hoffman, **History of Dentistry,** Quintessense, Publ. Chicago, 1981, s. 19-27.*

(4) *Bkz. **Oeuvres Complétes d'Hippocrates,** Hz. E Littré, Baillére Fils, Paris. (1839-1860)'ın X. Cildindeki **Dents, Dentition, Machoires** ve **Gencives** maddeleri.*

(5) *Uzel, i.: Dişhekimliği tarihinde ilk monografiler, **Dirim** (50), 9 s: 420-426, 1975.*

(6) *Böylece, modern dişhekimliğinin kurucuları arasında sayılan Fransız Pierre Fauchard (1678-1761) ile Alman Philipp Pfaff'ın (1713-1766) birer "Diplomasız" dişhekimi oldukları anlaşılmaktadır.*

(7) *Hoffman - Axthelm, a.g.e.,s. 408.*

(8) *The Baltimore College of Dental Surgery, Univ. of Maryland, (Ayrı baskı).*

(9) *Hoffman - Axthelm, a.g.e.,s. 410.*

(10) *Bu liste hazırlanırken Dünya Sağlık Örgütü'nün **"Repertoire Mondiale des Ecoles Dentaires**- OMS, Genéve, 1962'den yararlanılmıştır.*

(11) *Bkz. Dechaume, M, Huard P., **Histoire Ippustré de l'Art Dentaires.** a.g.e., s.486-489., Ayrıca Bkz. Büyükaksoy: **Bugünkü Dişlababeti,** Şirketi Mürettibiye Mart, İstanbul, 1936.*

(12) *Dechaume, Huard. a.g.e., s. 488.*

(13) *Dechaume, Huard. a.g.e., s. 489.*

(14) *Bkz. Uzel, İ.: **İlk Türkçe Tıp Yazmalarının Ağız ve Diş Hastalıkları Yönünden İncelenmesi,** Doktora Tezi, İ.Ü. İst. Tıp Fakültesi, No: 26, 1979.*

(15) *Bkz. Sül. Küt. Hacı Mahmut E. Kit. No: 5507, s. 212-238.*

(16) *Bkz. Uzel, İ.: **Cerrâhiyyetü'l - Hâniyye,** I, T.T.K. Basımevi, 1992, s. 163-166; 243-252.*

(17) *Terzioğlu, A: **Moses Hamon, Kompendium,** München, 1977.*

(18) *Evliya Çelebi: **Seyyahatname,** İkdam Matbaası, İstanbul, 1341.*

(19) *Topuzlu, C.: **80 Yıllık Hatıralarım,** Güven Basımevi; İstanbul, 1951, s: 90-92.*

(20) *Büyükaksoy, Z.C.: Türk Dişhekimliği, Hüsnütabiat Mat. İstanbul, 1946, s: 38.*

(21) *Halit Şazi, Dişçi Okulu Müdürlüğü yapmamış, eğitim direktörü olarak kalmıştır.*

(22) *Prof. Cemil Topuzlu anılarında: "Maarif Nazırı Emrullah Efendinin Tıp Fakültesi bütçesini benden acele istemesi üzerine o akşam Sultan Mahmut Türbesi civarındaki evime eski asistanlarımdan Prof. Halit Şazi Beyi davet ettim. Beraberce Dişçi Mektebi için 6 profesör, bir müdür ile birkaç asistanlı bir kadro hazırladık" demektedir. a.g.e.,s. 97.*

(23) *Büyükaksoy, a.g.e.,s. 13.*

(24) *Gürkan, S.İ.: **Türk Dişhekimliği, Dişhekimliği Dergisi** 2; (2) s: 107-114 (1971)'e bakınız.*

(25) *Terzioğlu, A.: **Türk-Alman Tıbbi İlişkileri,** F.G.U. Matbaası, İstanbul, 1981, s: 9.*

(26) *Krebs, M.: **Das leben und Das Werk on Alfred Kantorowitz,** Terzioğlu, a.g.e., s: 195-202.*

(27) *Belger, L.: Alfred Kantorowitz ve Türk Dişlababetine Hizmetleri, Terzioğlu, a.g.e., s: 205-216.*

(28) *Bkz. a.g.e., s: 40-48.*

(29) *Ziya Cemal Büyükaksoy, İlk Türkçe dişhekimliği periyodiği konusunda "... Müslüman Dişlabipleri Cemiyeti 3 Ağustos 1922'de, formalar halinde Seyelân-ı Kayhli Sınhi-i Sınnî" başlığıyla Hüseyin Sabri'nin Fransızcadan çevirileri yayınlandı" demektedir. a.g.e., (s: 50). Metin Erkan, ilk Türkçe periyodiğin 26 Mart 1922'de Müslüman Dişlabipleri Cemiyeti Mecmuası adıyla yayınlandığını yazmaktadır. Bkz. Erkan, M.: **Türk Dişhekimliği Bibliyografyası,** Erol Matbaası, İstanbul, 1973, s: 1-3.*

(30) ***Enseignement Dentaire,** Rapports OMS, No: 244, Géneve, 1962, s. 8.*

(31) *Bu kavram, özellikle gelişmekte olan ülkeler için çok önemlidir.*

(32) *Topuzlu, a.g.e.,s. 96.*

(33) *Terzioğlu, A.: Dr. Karl Ambros Bernard ve Onun Raporu, **Tarih ve Toplum,** 103, 1992, s. 16-23. Bu raporda Galatasaray Tıbbiyesinde ağız ve diş ameliyatlarıaltçene osteosarkomu, tavşan dudağı ameliyatı yapıldığı yazılıdır.*

(34) *Bkz. Büyükaksoy, a.g.e.,s. 16-17.*

(35) *Bunlardan birisi Prof. Dt. Feyzullah Doğruer'dir. Ayrıca, Türk Dişlabibi Cemiyeti tutanaklarında, okulda "stomatoloji" eğitimi verilmesi zaman zaman tavsiye edilmiştir. Bkz. Büyükaksoy,a.g.e., s. 67'de Şemsettin Nusret Çamoğlu'nun teklifleri.*

DİŞHEKİMLERİ ARAÇ VE GEREÇLERİNDE YENİLİKLER

Prof. Dr. Erdoğan TURGUT

PEN-PİN: Pinli dolgularda kullanılan pinler, önceden açılan yuvalara ya simante edilir veya vidalanır. Pen-Pin simante edilen cinstendir. Vidalı olanların dentinde mikro çatlaklara neden olabileceği iddia edilmektedir. Pen-pin sisteminde, pini taşıyan, ucu 20 kıvrık, kalem şeklindeki aletin alt kısmı çevrilince, ucundan bir pin çıkar. Önceden dentinde özel frezi ile açılmış deliğe, simana bulanan pin sokulur; kalem bükülerek, pin işaretli yerden kırılır. Pinler titaniumdan yapılmıştır. Simanın iyi yapışması için her pinde uzunlamasına ince oluklar vardır. İki adet özel frezi mevcuttur.

- Harald Nordin Sa-Residence Tamaris Fontanivent CH-1817 Brent/ Montreux - SWITZERLAND (İsviçre)

FILTRATCH (Pin): Önce dentin kutudan çıkan özel frezle delinir. Pin yine kutudan çıkan özel bir aletin ucuna takılır. Bu alet özel bir iplikle bağlanarak kullanılır ki hasta kazara aleti yutmasın. Sonra açılan deliğe aletin ucundaki pin tatbik edilerek, sağ sol hareketi ile ileri itilir ve istenilen uzunlukta kesilir. Pinler titaniumdan yapılmış olup, çapları 0.76 ve 0.27 olmak üzere iki çeşittir.

- S.J. Filhol Dental Mfg Ltd.

Desertserges, Enniskeane, Co. Cork. IRELAND (İrlanda)

KODAK EKTASPEED E - CLINASEPT Barrier Packet film: (Order Cat. No: 174 50 74). Her pakette 100 adet film bulunur. Işınlama süresi Kodak Ultraspeed D grubu filmlere göre % 50 daha azdır. 0.25 sn. ışın vermek yeterlidir. Kontaminasyonu önlemek için film naylon bir muhafaza içine konmuştur. Film ekspoz edildikten sonra, bir peçete kağıdı ile kurulanır, sonra bu naylon muhafaza yırtılır ve film kuru olarak banyo edilmeye götürülür. Filmi kontamine tutmamak gerekir.

- Estman Kodak Company

Rochester, New York 14650 U.S.A

- Güney Diş Deposu

Karanfil Sok. 47/6 Kızılay/ ANKARA

Tel: 417 17 10 - 418 95 05 - Tlx: 46693 ankg tr

Fax: 417 17 10

İKİ BAŞLI DİŞ FIRÇASI: Yuvarlak naylon fırçanın, yumuşak olan başı dişetine masaj yapar, sert olanı dişlerini temizler. Kılların şekli ve yapısı hipersensitif gingivada dahi çok iyi temizlik yapabilecek şekildedir. Dişeti boyunca, fırça uçlarının vibrasyonu ile dişler temizlenir. İki baş bukkal ve lingual yüzleri temizler. Başların açısı, kron ve köprü altlarını, ortodontik apareyleri temizleme olanağını verir.

- G.C. International Corp. 76-I

Hasunuma - cho İtabishi - ku, Tokyo 174 JAPAN (Japonya)

BAŞ KISMI AYARLANABİLEN DİŞ FIRÇASI: Ağızda erişilmesi güç yerlere fırçanın ulaşabilmesi için baş kısmı menteşeli olarak yapılmıştır. Böylece fırçanın başı 5 değişik pozisyona ayarlanabilir. Fırça ağızda iken bu ayarlama yapılabilir.

- Birch Products Ltd. 37 Homewood Ave., Cuffley, Potters

Bar Hertfordshire ENG 4QQ ENGLAND (İngiltere)

ORAL-B DİŞ FIRÇASI - INDICATOR SERİSİ: Fırçalar kullanıldıkça ve kılları yıprandıkça temizleyici özellikleri azalır. Bu fırçalarda 2 sıra kıl mavi renge boyanmıştır. Bu gıda maddelerinde de kullanılan ve vücuda bir zararı olmayan özel bir boyadır. Mavi renkli kıllar, aşınmadan dolayı, fırça kullanıldıkça beyazlaşmaya başlar. Mavi renk yarıya indiğinde fırçanın değiştirilme zamanı gelmiş demektir. Bu süre normal olarak 3 aydır. Ancak fırçanın kullanılma sıklığına ve fırçayı bastırma miktarına göre de değişir. Ayrıca boya dişlerde renklenme yapmaz.

Gillette Sanayi ve Ticaret A.Ş.

İkitelli, Mehmet Akif Mah. Taşocakları Yolu 13-15 Küçükçekmece - 34550 İSTANBUL

Tel: 550 25 50 Fax: 550 116

CANAL SCOPE (Kanal Görme Sistemi): Gözle bakılan kısımda objektif lens vardır ve ucunda 1.2 mm. çapında 8.5 mm. uzunluğunda bir tüp lens bulunur. Kök kanalı ağzı ile apeks arasını direkt ve büyütülmüş olarak gösterir. Enfekte kök kanalını, genişletildikten ve irrigasyondan sonraki durumu görmek, yan kanalları tesbit etmek, perforasyonları, kırılan aletleri saptamak, apikal foramendeki kanamaları gözlemek gibi yararlar sağlar. Ağız içindeki interdental sahalar gibi, görülmesi güç yerlerin gözlenmesine yarar. Görüntü ekrana 8 cm. çapında renkli olarak aksettirilebilir. Gözle bakılan kısma küçük bir kamera ilave edilerek, gözlenen yerin resmi çekilebilir.

- Osada Electric Co., Ltd. 17-5

Nisi Gotanda 5-chome, Shinagawa-ku, Tokyo 141, JAPAN (Japonya)

Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma Konusunda Eczacıbaşı-Procter & Gamble Firması Destek Veriyor

Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu, Türkiye'de ağız ve diş sağlığının gelişimine katkıda bulunmak amacıyla bu alandaki bilimsel araştırmaları desteklemekte, başarılı çalışmaları ödüllendirmektedir. Başvurular, üniversite öğretim üyelerinden ve Türk Dişhekimleri Birliği temsilcisinden oluşan Fon Yönetim Kurulu'nca değerlendirilmektedir.

1993 Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma Ödülü ve 1993 - 1994 Sağlığı Bilimsel Araştırma Ödülü ve 1993 - 1994 dönemi Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma Destekleri adaylıkları için başvurular 14 Mayıs 1993 Cuma akşamına kadar Fon Sekreterliği'ne yapılmalıdır.

ECZACIBAŞI - PROCTER & GAMBLE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI ÖDÜLLERİ

Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu, Türkiye'de ağız ve diş sağlığının gelişmesine katkıda bulunan bilimsel çalışmaları ödüllendirir. Yönetim Kurulu, katılanlar arasındaki en ilginç ve Fon'un amaçlarına uygun bulduğu çalışmayı o yılın **"Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Ödülü"**yle değerlendirirken; genç araştırıcıları özendirmek için de **"Eczacıbaşı Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Teşvik Ödülü"**nü verir. Türk yurttaşlarınca yapılan ve orijinal bir çalışma niteliği taşıyan yapıtlar ödüle aday gösterilebilir. Araştırma, yurt içi ya da yurt dışında bilimsel dergilerde yayınlanmış bulunmalıdır. Yabancı dilde yayınlanan çalışmaların Türkçe çevirisi de gönderilmelidir. Bunlara, araştırıcının fotoğraflı özgeçmişinin yanı sıra yayınlanmış çalışmalarının ayrı baskıları ya da listesi eklenerek, onbir dosya halinde Fon Sekreterliği'ne teslim edilmeli ya da taahhütlü olarak postayla gönderilmelidir.

Çalışma, araştırıcının kendi emeğiyle geçekleştirilmeli, orijinal bir nitelik taşımalı ve **"bilime katkı"** da bulunmuş olmalıdır. Klasik bilgilere yeni bir yön ve yorum veren ya da ağız ve diş sağlığı alanında Türk toplumunun henüz araştırılmamış önemli bir sorununu bilimsel yöntemlerle inceleyen çalışmalar **"bilime katkı"**da bulunmuş olarak değerlendirilir.

Adaylar, ödül için doğrudan başvurabilecekleri gibi, dişhekimliği fakülteleri anabilim ve bilim dalları, dişhekimliği meslek kuruluşlarınca da önerilebilir. Çalışma, aynı yıl içinde başka bir bilimsel ödüle aday gösterilmemiş olmalıdır.

Grup çalışmalarında projenin baş sorumlusu ve yöneticisi, aday olarak kabul edilir. Bu durum grup çalışmasına katılan öteki araştırıcıların imzasıyla da belgelenmelidir.

Çalışmaya aynı düzeyde katkıda bulunmuş birden fazla araştırıcı varsa durum ortak imzayla belgenir ve yapıt, ortak çalışma olarak kabul edilir.

Araştırıcı bir dönemde ancak bir yapıtıyla aday olabilir. Bu uygulama, grup çalışmalarında baş sorumlu ya da yönetici olmayan araştırıcıları içermez.

Fon Yönetim Kurulu, gerekli gördüğü durumlarda bir çalışmayı ilgili uzmanlık dalları yetkililerine inceletebilir.

Ezacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Ödülü'ne başvurularda, yaş ve akademik dömeni belirli bir aşamasında bulunmayla ilgili bir önkoşul aranmaz.

Ezacıbaşı - Procter & Gamb-

le Ağız ve Diş Teşvik Ödülü'ne ise ancak 40 yaşını aşmamış, profesörlük dönemi öncesinde bulunan adaylar başvurabilirler. Gönderilen belgeler geri verilmez.

Ezacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Ödülleri'ni kazananlara, Yönetim Kurulu tarafından her yıl saptanan parasal ödül ve sertifika verilir.

ECZACIBAŞI - PROCTER & GAMBLE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMA DESTEKLERİ

Eczacıbaşı-Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu, Türkiye'de ağız ve diş sağlığının gelişimine katkıda bulunan ve bu alanda araştırma yapmak isteyen araştırıcıları, proje giderlerini karşılayarak destekler.

Bilimsel araştırma projelerinin desteklenmesini isteyenler; seçtikleri konunun amacını, bilimsel dayanağını, ayrıntılı çalışma planını, demirbaş niteliğindeki malzeme ve araç-gereçler dışında zorunlu giderlerin proforma ve listesini (listede, kullanılacak malzemelerin ayrı ayrı Türk Lirası karşılıkları ve araştırma projesinin toplam maliyeti de belirtilmelidir), projede yer alan tüm araştırıcıların fotoğraflı özgeçmişlerini, varsa yayınlanmış çalışmalarının ayrı ayrı baskılarını ya da listesini, onbir dosya halinde Fon Sekreterliği'ne teslim etmeli ya da taahhütlü olarak göndermelidirler. Adaylar Türk yurttaşı olmalıdır.

Serbest çalışan dişhekimleri dışında başvuran, araştırmanın yapılacağı yerin baş sorumlusu değilse, sorumlu yöneticiden (üniversitelerde anabilim/bilimdalı başkanı, enstitü müdürü; hastanelerde başhekim/şef) çalışmanın kendi bölümlerinde yapılmasına izin verildiğini gösteren bir belge almalıdır.

Çalışma konusu sınırlandırılmamıştır. Yönetim Kurulu, projeler arasında Fon amaçlarına uygun gördüklerini destekler. Çalışmalar bir yıl içinde bitirilerek, elde edilen sonuç incelenmek üzere bir raporla Yönetim Kurulu'na iletilir. Zorunlu nedenlerle bir yılda bitirilemeyen çalışmaların gecikme nedenleri yazılı olarak bildirilmelidir. Kurul bunları inceler, gerekli gördüğü durumlarda süreyi en çok bir yıl uzatabilir.

Fon tarafından desteklenen çalışmaların sonuçları tümüyle araştırıcılara aittir. Ezcacıbaşı - Procter & Gamble kuruluşu bunlar üstünde hiçbir hak ileri sürmez. Ancak araştırıcılar çalışmalarını yayınladıklarında, araştırmanın Ezcabaşı-Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu, tarafından desteklendiğini belirtmelidir.

Gönderilen belgeleri geri verilmez.

Başvuru Adresi:

Dr. Suphi Ayvaz Eczacıbaşı - Procter & Gamble Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Araştırma ve Ödül Fonu Genel Sekreteri

Büyükdere Cad. No: 185 Levent. 80710 İstanbul

Tel: 9 1 281 08 00 Fax: 9 1 280 99 20

Manisa Dişhekimleri Odası Saymanı Dt. İbrahim Ay'ın Babası vefat etmiştir. Ailesine ve yakınlarına başsağlığı dileriz.

TDB

ORTODONTİ

Prof. Dr. İlter UZEL

- Dişhekimleri,
- Dişhekimliği Öğrencileri,
- Ortodonti uzmanlık öğrencileri için.

(151 sayfa - 216 açıklayıcı şekil ve resim, ortodontik apareylerin endikasyon, planlama ve yapım el kitabı.)

İsteme Adresi:

Hatiboğlu Yayınevi
M. Fevzi Çakmak Cad. 64/C
06500 Beşevler - Ankara Tel: 223 48 01
Posta Çeki No: 155209 Fiyatı: 35.000.- TL.
(Ödemeli gönderilir. Posta pulu yollanabilir.)

* **Convergences CMIB/RIRIB 93** 120 Avenue Gampetta F. 75020 Paris Fax: (33-1) 40 31 01 65

* **16. Asya - Pasifik Bölgesel Dişhekimliği Kongresi** 22-27 Nisan 1993 Kuala - lumpur MALEZYA P.O. Box 237, Jalan Sultan 46720 Petaling Jaya - MALEZYA Fax: (603) 25 44 670

* **Ulusal Ağız Diş Sağlığı Kongresi** 30 Nisan - 1 Mayıs Milli Kütüphane - ANKARA

* EGE Dişhekimliği Fakültesi İzmir Uluslararası Kongresi Kongresi 3-5 Mayıs 1993 İZMİR

* **Bölgesel Avrupa Dişhekimliği Kongresi** 13-15 Mayıs 1993 İSVİÇRE

  Başvuru: TDB

* 14-17 Mayıs 1993'de Hamburg Dişhekimleri Odası - Prostodonti ve İmplantoloji Derneği'nin İstanbul'da düzenleyeceği **Mesleki Perfeksiyon Günleri**

* **Türk Periodontoloji Derneği Bilimsel Kongresi** 16-22 Mayıs 1993

  Başvuru: Türk Periodontoloji derneği. İst.

* **Ankara Stomatoloji Derneği Sempozyumu** 19-20-21 Mayıs 1993 ANKARA

* 20-23 Mayıs 1993 **I. Uluslararası Macaristan Dişhekimleri Kongresi,** Budapeşt. Macaristan

  Başvuru: Dr. Jolan Banoczy Deparment of Conservative dentistry, Semmelweis University of Medicine, 5 Mikszath Kalmanter, 1088 Budapeşt Macaristan

* 28 Haziran - 1 Temmuz 1993 **III. Uluslararası İsrail Dişhekimliği Konferansı**

  Başvuru: Dental Crossraads - 2000 Jerusalem, Israel.

* Türk Oral İmplantoloji Derneği ile Swiss-Hotel'de International Congress of Oral Implantologists ile birlikte **XIII. Dünya İmplantoloji Kongresi.** 19-22 Ağustos 1993 ANKARA

* **Dünya Ağız İmplantoloji Kongresi** 20-22 Ağustos 1993 - İSTANBUL

* **81. FDI Kongresi** 29 Ağustos - 2 Eylül 1993 Göteborg-İSVEÇ

  Başvuru: TDB

* **Türk Pedodonti Derneği'nin 8. Bilimsel Kongresi** 29 Ağustos - 4 Eylül 1993 Sunrise - MANAVGAT

* **4. Uluslararası Koruyucu Dişhekimliği Kongresi** 3-6 Eylül 1993 İSVEÇ

* 7-9 Eylül 1994 tarihleri arasında **Avrupa Protez Birliği** (EPA)'nın İstanbul The Marmara Otelinde 18. Yıllık Kongresi Prostotonti ve İmplantoloji Der.

* AIDS Workshop 12 Eylül 1993 Bilkent/ ANKARA

* 8 - 9 - 10 Kasım 1993 **IDA Kongresi** Tel - Aviv Fair Grounds 49. Bar Kochva St; Tel. Aviv 972 - 3 - 5288054 / 5287751 Fax: 202642

* Türk Dişhekimliği Bilimsel Kuruluşunun 85. yıl kutlamaları ve **5. EXPO-DENTAL Ankara Uluslararası Sergi ve Sempozyumu,** 19-22 Kasım 1993, Atatürk Kültür Merkezi ANKARA

* **16. Sâo Paulo Dişhekimleri Toplantısı** Ocak 1994 Güney Amerika

* **I. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi** 7-9 Ocak 1994 Vietnam.

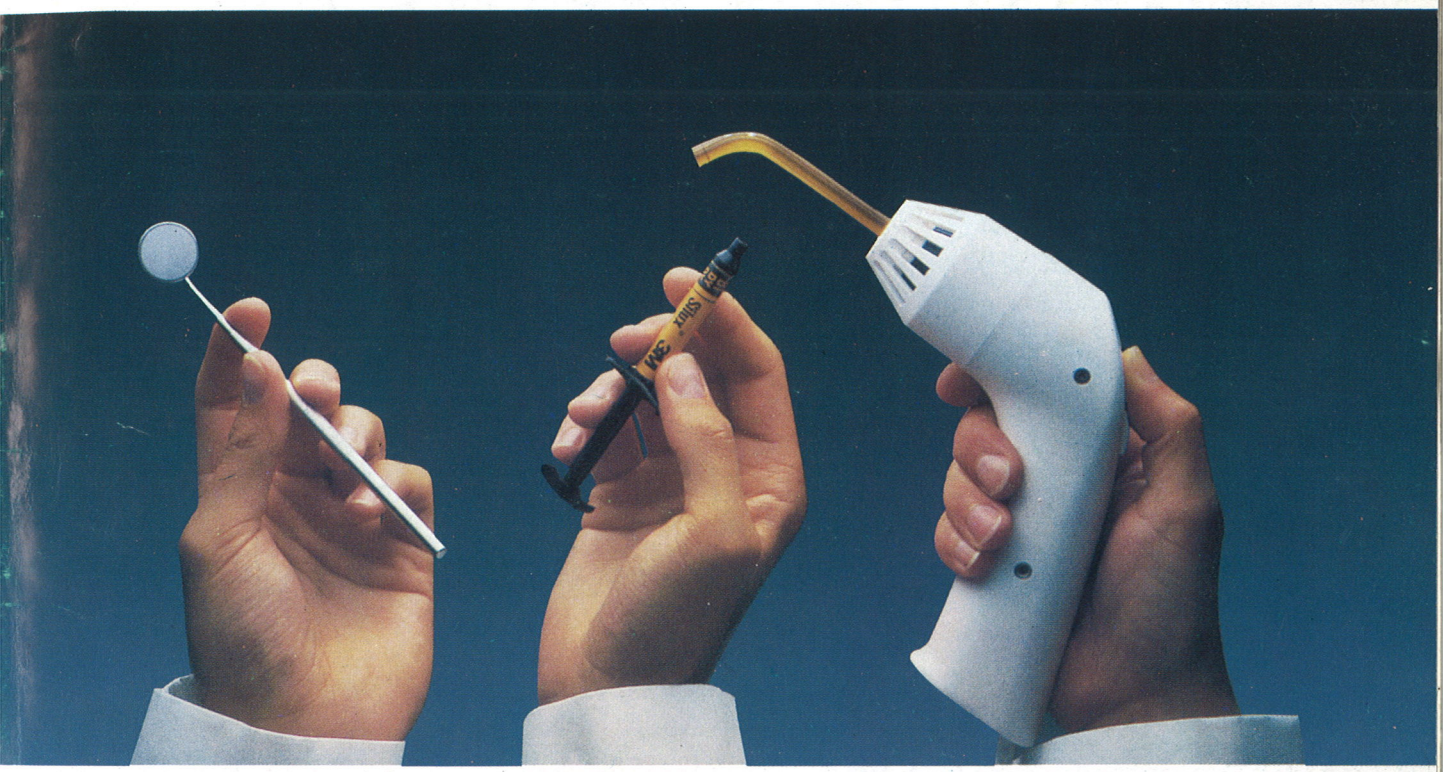
* **17. Asya Pasifik Dişhekimliği Kongresi** 3-9 Şubat 1994 Filipin

* **Bölgesel Avrupa Dişhekimleri Kongresi** 21-23 Mayıs 1994 - İSTANBUL

* **Avrupa Prostodonti Derneği Kongresi** 3-5 Eylül 1994 - İSTANBUL

  Başvuru: Prof. Dr. E. Akın İ.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Çapa - İSTANBUL

* 82. **FDI Kongresi** 2-8 Ekim 1994 Vancover



"ÜÇÜNCÜ ELİNİZ"

3M

TARTAR OLUŞUMUNU ÖNLEMEDE KLİNİK DENEYLERLE KANITLANMIŞ ETKİLİ FORMÜL



Signal Plus Anti Tartar'ın %5.6 tetra-sodyum ve tetra-potasyum pirofosfatları ile diştaşı (tartar) oluşumunu ve formülündeki sodyum florürün diş çürümelerini önlemedeki etkinliği klinik deneylerle kanıtlanmıştır.

Sorularınız için: Signal P.K. 288 Mecidiyeköy/İstanbul

DİŞ ÇÜRÜMELERİNİ VE DİŞ TAŞI (TARTAR) OLUŞUMUNU ÖN