

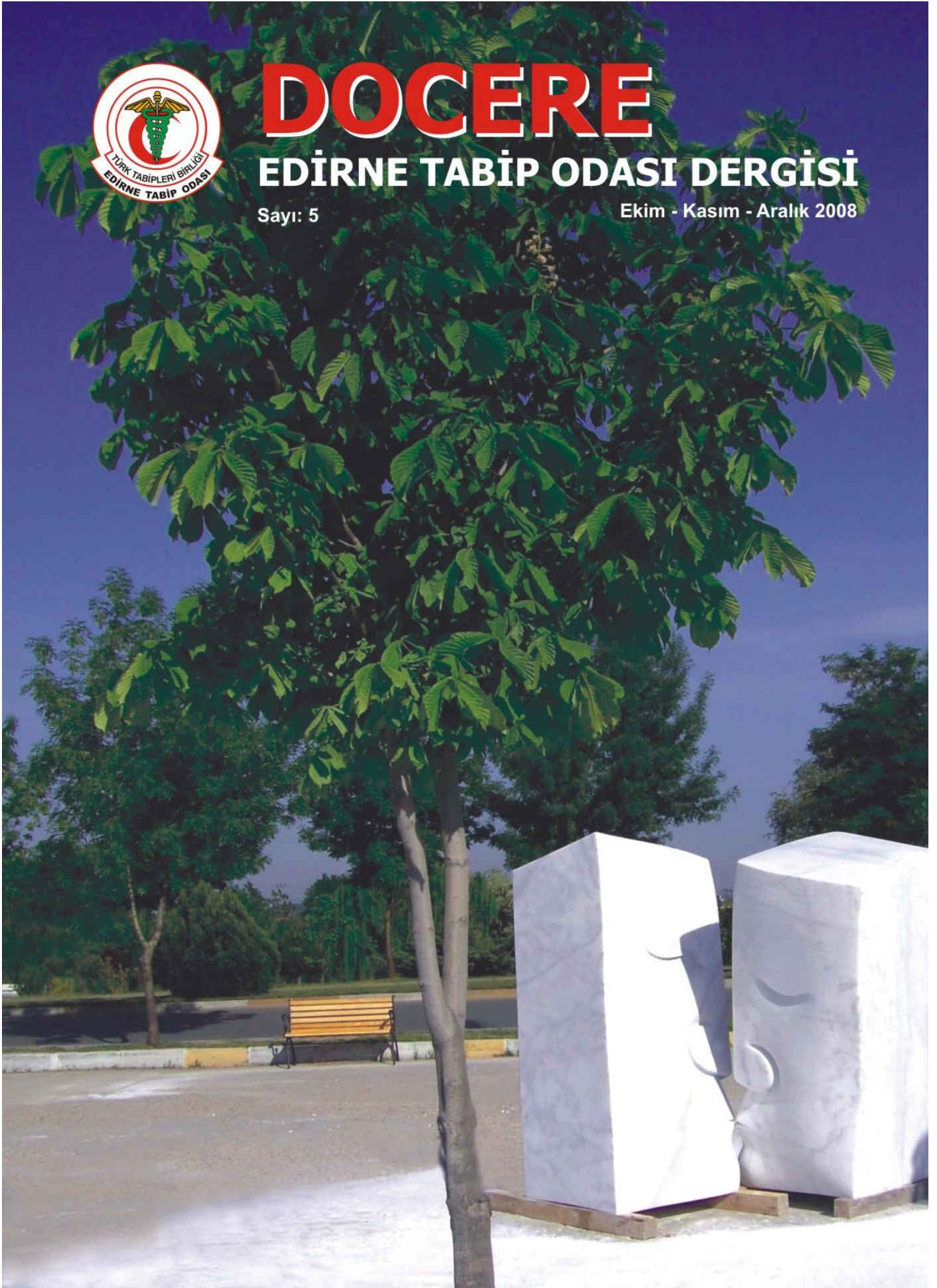


DOCERE

EDİRNE TABİP ODASI DERGİSİ

Sayı: 5

Ekim - Kasım - Aralık 2008



KÜNYE



Edirne Tabip Odası Dergisi
DOCERE

Üç Aylık Mesleki Kültürel Dergi
Sayı: 5 / Ekim-Kasım-Aralık 2008

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Edirne Tabip Odası Adına
Dr. Memet AKBAL
Edirne Tabip Odası Başkanı

Kapak:

Ge Pellini (Heykel)
Dr. Mevlüt YAPRAK (Fotoğraf)

Editör:

Dr. Mevlüt YAPRAK

Yayın Kurulu:

Dr. Mevlüt YAPRAK
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU
Dr. Ertuğrul TANRIKULU
Dr. Tolga TEMEL
Dr. Erhan AKSOY

Web Adresi:

www.edirnetabipodasi.org

E-posta:

etomail@gmail.com

Adres:

Mithatpaşa Mah. Balıkpazarı Cad. Atlı İş Merkezi Kat:2
No.:48-68 / EDİRNE

Telefon:

0284 225 13 77

ISSN 1307-4180

"Docere" dergisinin tüm hakları Edirne Tabip Odası'na
aittir. Dergide yayınlanan yazılardan yazarları
sorumludur.

ÜCRETSİZDİR.

Baskı Tarihi: 15.12.2008

Dizgi ve Basım Yeri:

Eser Matbaacılık Koll. Şti. - Edirne
0284 225 18 12

İÇİNDEKİLER

"Merhaba" Dr. Memet AKBAL.....	1
"Döngel" Dr. Mevlüt YAPRAK.....	3
"Sağlık Hizmetlerinin Ücretsiz Olmasını İstiyoruz" Dr. Ertuğrul TANRIKULU.....	4
"Çocukların Cinsel İstismarı" Dr. Gökhan İnal YÜCEL.....	5
Karikatür, TTB, Sendrom, Bogorad vs. vs. vs. Dr. Mevlüt YAPRAK.....	6
Program ve Mücadele DOCERE.....	8
"Tutu" Tuğrul Asi BALKAR.....	9
"T4N2" Tuğrul Asi BALKAR.....	10
"..." A. AVAMİ.....	11
"Torasik Outlet Sendromu" Dr. Selçuk KÖSE.....	12
"Üyelik, Aidat ve Cezalar Güncellendi".....	15
"Haberler".....	16
"Karikatür" Sefer SELVİ (Evrensel)	



Değerli Meslektaşlarımız,
Kurban Bayramınızı
En içten dileklerimizle
Kutlarız...

Edirne Tabip Odası



MERHABA...

Yıllardır yaşama geçirilmeye çalışılan ancak çalışanların karşı çıkışı ile her defasında geri çekilen, dönemin Cumhurbaşkanı tarafından veto edilen Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası yasası 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girdi.

Bu yasa ile çalışanların birçok kazanımları ellerinden alındı. Emeklilik yaşı yükseltildi, prim ödeme gün sayısı artırıldı. Aylık bağlanma oranları ve güncelleme katsayıları azaltıldı. Emekli aylıklarında kademeli olarak %23- %33 oranlarına ulaşacak azalma başladı.

Sağlık hizmeti alabilmek için prim ödeme zorunluluğu getirildi. Aylık geliri 212 YTL' nin üzerinde olanlar belirlenen aylık gelirin %12 si oranında prim ödeyecek. 60 günü geçen prim borcu olanlar sağlık hizmetinden faydalanamayacak. Sonradan borcunu ödese bile borçlu dönemde aldığı sağlık hizmetinin ücretini cepten ödeyecek.

Ayrıca istenilen sağlık hizmetine ulaşabilmek için katılım payları ödemekte yetmeyecek, tamamlayıcı sigortalar olarak özel sigortalar yaptırmak gerekecek.

Çıkarılan yasanın yürürlüğe girmesinin hemen ardından yayınlanan ve uygulama esaslarının belirlendiği Sağlık Uygulama Tebliği amaç ve yaşanacakları daha belirgin olarak ortaya koymaktadır. Tebliğ ile; sağlık yardımından kimlerin yararlanacağı belirlenmiş, sağlık kurumları sınıflandırılmış; kamu ve özel olarak ikiye ayrılmıştır. Diyaliz merkezleri, işyeri hekimler, muayenehaneler, hıfzısıhha, görüntüleme merkezleri, kaplıcalar ve eczaneler bu sınıflandırmanın dışında bırakılmış, bu kurumların sunduğu sağlık hizmetlerinin bedelinin 'sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca' fiyatlandırılacağı belirtilmiştir.

Aile hekimliğine geçilen tüm illerde ki ilimizde bu iller arasındadır, 1 Ocak 2009'dan itibaren sevk zorunluluğu getirilmiştir. Acil durumlar hariç sevk almadan 2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşuna veya özel sağlık kuruluşun gidenlerin ücretleri ödenmeyecektir. Hasta aciliyetinin hekim tarafından rapor edilmesi zorunluluğu getirilmiştir.

1 Kasım 2008 tarihinde sevk zorunluluğunun başladığı 4 ilde hastanelerde büyük sıkıntı başlamış, poliklinikler boşalmış, acil servisler hizmet veremez olmuştur. Sevk almak istemeyenler acile başvurduğu için hasta ya da hasta yakını ile sağlık çalışanı karşı karşıya kalmıştır.

Sağlık kuruluşuna başvuruda kimlik tespiti ve vatandaşlık numarası varlığı zorunluluğu getirilmiştir. Kimlik numarası ile provizyon ve hasta takip numarası alınması zorunludur. Kimlik numarası olmayanlar sağlık kurumuna kabul edilmeyecektir. Başbakanlık genelgesi ile her başvurana bakım zorunluluğu getirilse de kurumlarındaki otomasyon sistemleri buna izin vermemektedir. Bu da sağlık çalışanı ile hasta ya da kurumu karşı karşıya getirmektedir.

Devlet hastanesine başvuranlardan 3 üniversite hastanesine gidenlerden 6 ve özel sağlık kuruluşuna gidenlerden 10 YTL. ek ödeme alınmasına başlanmıştır.

İlaç ve tıbbi malzemeler için kurumdan aylık alanlar % 10 diğer kişiler % 20 katılım



payı ödeyecekler. Kan ürünleri için katılım payı alınmayacaktır. Katılım payları, aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için aylıktan kesme, diğer kişiler için ise sözleşmeli eczaneler tarafından kesilmesi şeklinde alınmaktadır. Böylece hastanede katkı payı alınmıyor gibi gösterilerek eczaneler SGK'nın vevnesi gibi çalıştırılacak, hasta tepkisi eczane çalışanına yönlendirilecektir.

Sözleşmeli kurumlar otelcilik hizmetleri ve özel durumlar (ilaçlı stent, lazerle prostat vb.) için belirlenen fiyatın 3 katına kadar, sözleşmeli vakıf üniversiteleri ve özel sağlık kuruluşları ise belirlenen fiyatın % 30'u kadar ek ödeme alabilecektir.

23-43 yaş arındaki kadınlara kurumca belirlenmiş koşullarda en az 5 yıllık GSS kapsamında olma ve 900 gün prim ödeme şartı ile en fazla 2 deneme için tüp bebek giderlerinin ödeneceği, kişilerin ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 katılım payı ödeyecekleri belirtilmektedir.

Birinci basamakta sık karşılaşılan depresyon, kolesterol yüksekliği, hipertansiyon, astım gibi hastalıkların da içinde olduğu birçok hastalıkta kullanılan ilaçların ödenebilmesi uzman hekim tarafından düzenlenecek rapora bağlanmıştır.

Eşdeğer ilaç uygulaması ile en ucuz ilacın % 22'sinden fazlasını hastanın ödemesi gerekmektedir.

Görüldüğü gibi ilgili yasa uygulama talimatnamesi, sağlığın daha çok para ile satın alınabilen bir hizmet olduğunu ortaya koymaktadır. Beş yılı aşkındır uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının en can alıcı alanı olan prim ödeme esaslı GSS bu uygulama ile halkı biraz daha sağlıksızlığa itecektir. Ülkemizde BAĞ-KUR borcu olmayan oranı %15 dir.

Bu uygulama sağlık çalışanı ile hasta veya hasta yakınına karşı karşıya getirecek, sağlık hizmeti alamayan karşısında bulunan sağlık çalışanına yönelecektir.

Sağlığın yaşamsal bir insan hakkı olduğu uluslararası belgeler ile; insanların sağlıklı yaşamasının devletin güvencesi altında olduğunu anayasamız tarafından belirttiği halde sağlığı piyasaya terk eden, nitelikli sağlık hizmeti sunmamızı engelleyen bu yasa ve uygulanma ilkelerinin geri çekilmesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşam parası olanın değil tüm insanlığın hakkıdır.

Etik ilkelere bağlı olma hakkı "çatışmaların çözümünde özgür ve bağımsız" karar verebilme hakkı olarak tanımlanmaktadır. Hekimlerin en önemli haklarından biri "baskı altında olmadan mesleğini uygulama" hakkıdır. Oysa uygulanan politikalar ile kararlarımızı ya kurumun, ya hastanın, ya da performansın etkisi altında vermemiz istenmektedir. Sağlıkta dönüşüm tümü ile hekimi ve hekimliğin bağımsızlığını yok etmeyi amaçlamaktadır. Sağlıkta dönüşümü ve etkilerini alanımızdan çıkartmak için meslek örgütümüzle birlikte mücadele etmeliyiz. Birlik olmazsak çalışma ve yaşam alanlarımız daralacaktır. Gelecek kaygısı, baskı ve şiddetten uzak özgürce bilimsel sağlık hizmeti sunabileceğimiz bir sağlık ortamına ancak dayanışma içinde, birlikte mücadele ederek ulaşabiliriz.

Dr. Memet AKBAL
Edirne Tabip Odası Başkanı



DÖNGEL



Konyalıların bir istekleri var: Yalnızca Konya’da sema töreni yapılıns istiyorlar. Gerekçeleri de var, semanın yozlaşmasını istemiyorlar. Camianın önemli isimlerinden Nezih Uzel’e sormuşlar:

- Olur olmaz her yerde semazenler sahne alıyor, sema dönüyorlar. Ne dersiniz? Kestirip atmış üstat.

- Döner sermaye derim! Müzelerdeki içi saman dolu manken semazenlerin, her yerde her zaman ortaya çıkıp dönmeye başlayan döner sermaye semazenlerden daha iyi olduklarını da yazmıştır üstat.

Azeri yetkililer bir istekte bulunurlar, bir zamanlar ülkelerini ziyaret eden Türkiye Cumhuriyeti başbakanından:

- Sizde sermaye çok, bizde ise bekar çok. Ülkemize karhaneler kursanız çok yahşi olur. Allak bullak olan başbakan, kısa bir dilbilgisi dersinden sonra kendine gelir.

“Sen mutluluğun resmini yapabilir misin Abidin?”

Nazım’ın ünlü dizesi sayesinde Abidin Dino’yu bilmeyenimiz yoktur. Abidin’i bilir ve mutluluğun resmini yaptığını sanırız. Ama Abidin’in Nazım’a cevabını pek bilmeyiz. Nelerin resmini yaptığını hemen hiç bilmeyiz. Güzin’i pek bilmeyiz. Ve o dedi, Arif Dino’yu (1893-1957) da pek bilmeyiz.

*

Arif Dino da kardeşi Abidin gibi ressam ve şairdir. Ayrıca aşçı, grafiker, heykeltıraş, sinema artisti, boksör, karikatürist, eleştirmendir... Fikret Adil’e göre Arif bir estettir. Çizdiği portreler ve Fransızca yazdığı şiirler kitaplaşmıştır. Çoğu şiiri çok kısadır. Şiir kitabının adı, gece yarısı sarhoş kafayla evime gidiyorum derken yolu bir mezarlığa düştüğünde yazdığı şu kısa şiirini ikinci dizesidir:

Taştan mantar tarlası
Çok yaşasın ölüler

Tek dizelik Beddua adlı şiirini ise bir dönerci dükkanının karşısında beş parasız iken yazmıştır:

Döner kebap dönmez olsun

Bizim biçare sağlık sistemimiz ise yıllardır;

Dönmez olsun
Döner sermaye

diyecek bir ozan bekliyor. Çünkü döner sermaye, az maaş alan hekimlerde (ve benzerlerinde) çok maaş alıyormuş yanılsaması (illüzyon) oluşturan bir üçkağıttır. Az emekli ikramiyesi ve az emekli maaş almalarına neden olan bir katakullidir.

Ve döner sermayeye isyan edecek hekimler bekliyor bugün sağlık sistemimiz. Tıpkı kendilerine beş yıldızlı otellerde “Nataşa” ikram etmek isteyen şirketlere isyan eden hekimler gibi hekimler.

Arif Dino Portresi: Çizen: Orhan Veli

Arif Dino: Çok Yaşasın Ölüler (Fransızca’dan çeviren: Rasih Nuri İleri ve Hüür Yüner). Adam yayınları, 1985

Arif Dino: Yüz (portreler). Norgunk yayınları, 2003

Dr. Mevlüt YAPRAK
Editör



Edirne Eczacı Odası Başkanı
Bülent VAREL:

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÜCRETSİZ OLMASINI İSTİYORUZ

Sağlık sistem içinden çıkılmaz bir hal aldı. Finansman açığı hastanın cebinden çıkacak para ile kapatılacak. Sistem bir yaz-boz tahtasına dönmüş durumda. Yöneticiler, koydukları kuralların uygulanamayacağını yasa, genelge, yönetmelik çıktıktan sonra anlıyorlar. Edirne Eczacı Odası Başkanı Bülent VAREL sağlık sisteminde neler olup bittiğini ve bu oldubittilerin neye hizmet ettiğini, 1 Ekim'de yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) eczacılara getirdiklerini anlattı.

İlaç temininde sıkıntılar yaşanmaya başlandı. Eczanelerimizde kuyruklar oluştu. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sağlık yardımı karşılanan kişilerin reçeteleri karşılarken üyelerimizin SGK provizyon sisteminden onay almaları gerekiyor. Ancak, SGK provizyon sistemi düzenli ve etkin çalışmıyor, kesintisiz hizmet vermiyor. Bu yüzden onay alarak reçete karşılaması her zaman mümkün olmuyor. Oysa 1 Ekimden önce, hastaları bekletmemek için provizyon onayı almadan da reçete karşılamaktaydık.

Ayrıca SUT bize muayene katkı paylarını vatandaştan tahsil ve SGK'na aktarma yükü de getirmektedir. Eczanelerin katkı payı tahsili; SSK hastanelerinin devri sırasında SSK'lıların özel eczanelerden ilaç temininin aksamaması için geçici olarak getirilmiş bir uygulama idi. Uygulama her yıl giderek genişlemektedir.

Muayene katkı payları hastaların ödemekte zorlanacağı rakamlara çıkarılmıştır. SGK'nun kullandığı MEDULA sistemi aracılığıyla, hastanın işlemleri sisteme aktarılmakta ve bu tutarlar, hastanın reçetesi eczane tarafından sisteme girildiğinde ekrana yansımaktadır.

Türk Eczacıları Birliği ve Edirne Eczacı Odası olarak, muayene katkı payının eczanelerden tahsil edilmesini doğru bulmuyoruz. Büyük bir gruptan yüksek tutarlarda muayene katkı payı tahsili, serbest eczanelerde mali yük oluşturmaktadır. Bu payın kredi kartı ile ödenmesi ve kasa fişi istenmesi vermediğimiz bir hizmetin vergisini ödememize neden olmaktadır. Bu uygulama sonlandırılmalı, katkı payları ilgili kurumca tahsil edilmelidir.

Eşdeğer ilaç uygulaması, raporsuz hastalara kullandığı ilacının yerine, piyasadaki en küçük ambalaj formuna sahip başka bir ilacı verme zorunluluğu getirmiştir. Eşdeğer formlar sisteme

girilerek görülebilmektedir. Provizyon sisteminin çalışmadığı hallerde kuyruklar oluşacaktır.

22 Ekim'de yayımlanan revizyon ile, küçük ambalaj ve eşdeğer ilaç uygulamalarının harmanlanmasıyla oluşan yeni bir uygulama başlatılmıştır. Buna göre bir ilacın, kendisinden daha küçük ambalaj formuna sahip bir eşdeğeri olması durumunda, reçetede yazılı ilaç verilememektedir.

İlacı sadece bir kutu ve içindeki ilaç miktarı olarak değerlendiren, hasta uyumu ve farmakoekonomiyi hiçe sayaran, altyapısı düşünülmeden uygulamaya konulmuş bu uygulama, bizi hastalarla karşı karşıya getiren, ilaç temininde sıkıntılara neden olan bir uygulamadır.

SUT yayımlandıktan iki gün sonra yürürlüğe girdi. Yaşanan aksaklıkları Kuruma aktardık ve çözüm önerilerimizi sunduk. Yetkililer, sorunların yayımlanacak revizyonla çözümleneceği ifade ettiler. Ancak 22 Ekimde yayımlanan revizyon sorunları çözmediği gibi bir de küçük ambalaj ve eşdeğer uygulamasını da getirdi.

Gerek provizyon sisteminin düzgün çalışmaması, gerek farmakoekonomi ve iyi eczacılık uygulamaları gözetilmeden yürürlüğe konulan uygulamalar, gerekse eczacılara görevleri olmayan uygulamaların yüklenmesi gibi sorunları sadece yetkililere değil halkımıza da anlatıyoruz. Yetkililer acil çözüm için görev ve çağırıyoruz. Tepkilerimiz her geçen gün artarak devam edecek.

Ücretsiz sağlık hizmetinden yana sağlık çalışanları olarak hasta ve eczacıyı mağdur eden, sağlık hizmetini pahalılaştıran, bedelini hasta ve eczacıya ödenen uygulamalara seyirci kalmayacağız.

Dr. Ertuğrul TANRIKULU



ÇOCUKLARIN CİNSEL İSTİSMARI

Bilişsel olarak kendisine yapılan davranışı idrak edecek olgunluğa ulaşmamış bir çocuğun; rızası olsun yada olmasın; “sosyal ahlak kuralları, olağan aile içi roller veya iki küçük çocuğun karşılıklı cinsel oyunları” çerçevesinde değerlendirilemeyecek bir cinsel etkinlik içinde bulundurulması cinsel istismar veya cinsel taciz olarak nitelendirilir. Giysili yada giysisiz olarak çocuğun erotik ve genital bölgelerine dokunmak, teşhircilik, cinsel organa penetrasyon, oral seks veya pornografi bu tanım kapsamı içine dahil edilir.

İstismarların çoğu (% 85-90’ı) çocuğun yakın çevresinden gelmektedir. Yakın akraba yada bakım verenin cinsel istismarı enest olarak bilinir. Bu konuda ülkemizde yapılan kapsamlı araştırma azdır. Ailelerin cinsel istismarı saklı tutma eğilimleri de oldukça belirgindir. İstismar sosyoekonomik düzeyi düşük, kalabalık ve kaotik ailelerde siktir. İstismar edilen çocukların % 85-90’ı kızlardır. 6-11 yaşları, istismar riskinin en yoğun olduğu yaşlardır.

Cinsel tacize uğrayan çocuklar sıklıkla bu konudan bahsetmekte çekinirler.. Bazen olaydan bir başkasının başına gelmiş gibi bahsedebilirler. Ancak cinsel tacizin en çok ortaya çıkış şekli çocuğun olayı direk anlatmasıdır. Genelde ilk sır paylaşımı akranlarla ve daha sonra ebeveyn ve diğer yetişkinlerdedir. Çocuk ebeveynin tepkilerine göre sırrını paylaşmak ya da saklamayı seçebilir. Eğer çocuğa olayı anladığı gibi, yani yaşına göre anlatma fırsatı verilirse ifadesi oldukça güvenilirdir. Eğer tacize uğradığı düşünülen bir çocuk, yaşadığı olayı detayları ile, “*pipisini benim ...’e böyle böyle sürttürdü ...*” ve benzeri kendi tabirleriyle anlatıyorsa ve anlattıkları tutarlı ise güvenilirliği daha fazladır. Ayrıntıları tam olarak hatırlamıyorsa, anlatılanlar tutarsız ve değişkense, yetişkinlerden duyduğu cinsel sözcükleri aktarıyorsa, çocuk kolayca yönlendirilebiliyor izlenimi veriyorsa anlatımlarının güvenilirliği azalacaktır.

Cinsel istismara uğramış 0-3 yaş arası çocuklarda yeme düzeni bozulabilir, uykuya dalma güçlüğü, sık sık uyanma, yabancıardan ürkme, yaşına uymayacak türde cinsel içerikli tekrarlayıcı oyunlar sergileme görülebilir. 3-6 yaş arası çocuklarda ise bebekçe (püeril) konuşma, içe kapanıklık (introversiyon), yaşının daha aşığıında regresif davranışlar, anneye yapışma, idrar ve kaka kaçırma, yeme ve uyku

bozuklukları, öfke patlamaları, hırçınlaşma veya tam tersine aşırı itaatkar – boyun eğici davranışlar ve alışkanlık değişiklikleri görülebilmektedir. Ayrıca bu çocuklarda da sık sık veya sürekli cinsel oyunlar ya da aşırı masturbasyon davranışları izlenebilmektedir. Çocuk resimlerinde sürekli cinselliğin vurgulanması, yaşından beklenmeyecek olgunlukta cinsel figürlerin çizilmesi de cinsel travmanın psikolojik bir yankısı olabilir. Ancak bu çizimlerin sadece cinsel taciz ürünü olmadığı, başka psikiyatrik hastalıklarda da görülebileceği dikkate alınmalıdır.

Cinsel istismarın ruhsal belirtilerinden şüphelenilen çocukların az bir kısmında fiziksel kanıtlar da saptanır. Rektum veya vajen yaralanmaları, sık üriner enfeksiyonlar, sık vajinit, göğüs, karın veya üst bacakta zedelenmeler cinsel tacizi düşündürebilir. Özellikle dizlerde simetrik hematoma, uyluk ve genital bölgede hematoma, ısırma, emme ve sıkı tutmaya bağlı parmak izleri görülebilir.

Cinsel taciz şüphesi olan küçük çocuklarda, ideal şartlarda, olaydan sonra 1-3 gün içinde, çocuğu fazlaca ürkütmeden gerekirse annesinin kucağında fizik muayene yapılmalıdır. En son vajen ve rektum muayenesi yapılmalı ve sürüntü örnekleri alınmalıdır. Cinsel taciz düşündürecek diğer bazı bulgular: himen, vajen veya anal mukoza yırtıkları, tahriş, pürülan akıntı, HIV, Chlamydia, Trichomonas, HPV ve Herpes enfeksiyonlarıdır.

Çocuğun ruhsal değerlendirilmesinde; konuşmayı yapan doktorun öncelikle güven oluşturması gerekir. Bazen cinsel taciz konusu konuşulmadan önce çocukla birkaç görüşmede güven ilişkisi kurulmalıdır. Mümkün olduğunca olayla ilgili detaylı bilgi alınması gereklidir. Hekim sorunu ortaya koyarken çocuğun gelişim basamağına uygun olarak resim çizimleri veya oyuncak bebeklerle oyun üzerinden görüşme teknikleri kullanılabilir.

Şüpheli fizik ve ruhsal belirtiler sergileyen çocuklarda, ayırıcı tanıda cinsel istismar olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu tanıdan şüphede edildiğinde hastanın yaşadığı cinsel travmanın en aza indirilmesine yönelik erken psikiyatrik destek ihmal edilmemelidir.

Dr. Gökhan İnan YÜCEL

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Uzmanı



KARİKATÜR TTB SENDROM BOGORAD Vs Vs Vs

Karikatürçüler Derneği ile Akşehir Nasreddin Hoca ve Turizm Derneği 1973 yılında bir karikatür yarışması düzenlerler. Yarışma 1974 yılında Uluslararası Nasreddin Hoca Karikatür Yarışması adını alır.

"12 Eylül" nedeniyle bir süre gerçekleştirilemeyen yarışmanın 28.'si bu yıl yapıldı. Bu yılki büyük ödülü küresel ısınma konulu eseriyle Endonezyalı Arif Sutristanto kazanmıştır. 1979 ve 1980 yıllarına ait yarışma albümleri de ancak 1986 yılında basılabildi. Geçenlerde o albümü bakıyordum. 1979 yılında TTB de bir ödül vermiş. TTB ödülünü Sovyet karikatürist Victor Bogorad kazanmış; yandaki karikatürü ile.

Bogorad 1949 Leningrad doğumlu. İlk karikatürü 1973 yılında Aurora'da yayınlanmış. İlk ödülünü 1974 yılında Yugoslavya'da kazanmış. Daha sonra birçok ödül kazanmış. Bir karikatür kulübünün yöneticiliğini yapmış. Birçok karikatür kitabı yayınlanmış. Birçok sergi açmış. Bir süredir günlük SPb Vedomosti gazetesinin baş çizeri olarak çalışıyormuş vs. vs. vs.

Bogorad'un karikatür çizmeye devam ediyor ve eserlerini internet üzerinden satmaya çalışıyor. Ödül alan karikatürün değişik versiyonlarını çizdiğini fark ettim. Kopenhag Sendromu ile ilgili karikatürler çizdiğini de. Müzik, birliktelikler ve kumar konularında da çok çizilmiş karikatüristimiz. Eserlerini <http://cartoon.spb.ru/> adresinde ziyaret edebilir, hatta satın alabilirsiniz. Arkadaşları V. Shilov ve L. Melnik'in eserlerine de göz atabilirsiniz.

Ekşi Sözlük'ten lazybee'den ise Timsah Gözyaşları Sendromu (Crocodile Tears Syndrome) olarak da bilinen Bogorad Sendromunu öğrendim: *Fasyal sinir paralizi sonrası iyileşme sürecinde yanlışlıkla gözyaşı bezlerine giden sinirlerin tükürük bezlerine yönelmesi. Böylece kişinin ağzını sulandıran her türlü uyaran onun ağlamasına sebep olur. Rus bir nöropatoloji uzmanı tarafından kendi ismi verilmiştir.*

Gelelim Stockholm Sendromuna. Kısaca kişinin kendisini kaçırın, rehin alan kişiye sempati beslemesi anlamına gelmektedir. Mazlumun zalime aşkı şeklinde de genişletilebilmektedir.

Dr. Mevlüt YAPRAK



Victor Bogorad



- 1- www.sourtimes.org
- 2- <http://cartoon.spb.ru>
- 3- Karikatürçüler Derneği Uluslararası Nasreddin Hoca Karikatürleri - İstanbul/1986
4. www.karikaturculerdernegi.org



Victor Bogorad (TTB Özel Ödülü - 1979)





PROGRAM VE MÜCADELE

Açıkça söylemek gerekirse, sağlık sistemimiz, Sağlıkta Dönüşüm adlı uzun vadeli ve uluslararası bir Programla yerle bir ediliyor. Aslında yeni bir şey değil bu Program, birçok ülkede birçok kez sahnelenmiş bir oyun. Ve uygulandığı hiçbir ülkeye hayırlı olmamış bir Program. Yıkıldığı sağlık sistemlerini mumla aratmış bir Program. Sağlık göstergelerini berbat etmiş bir Program. Sağlık çalışanlarını yoksullaştırmış ve kendilerine yabancılaştırmış bir Program.

Belki de yıkılıp giden sistemin elle tutulur bir yanı olmadığı için, halk ve bir kısım sağlık çalışanı, olayı izlemekle ve balayı döneminin nimetlerinden yararlanmakla yetiniyor. Bazı sağlık çalışanları ise Program ile ölümüne mücadele ediyor. Çok önemli ve değerli bir mücadeleden; kesin bir benzetme için henüz çok erken. Bir avuç insan; onurları için, halkın sağlığı için; geleceklerini, sağlıklarını, hayatlarını ortaya koyuyorlar. Çünkü bu insanlar Programın gerçek amacını biliyorlar.

Henüz bitmemiş olan bu mücadelenin muhasebesi zaman zaman yapıyor. En önemli özeleştirilerden biri Osman Öztürk'e ait¹. Bu muhasebeden bazı satır başlarını anımsamakta yarar var. Muhasebenin ikinci yarısında Yapabildiklerimiz ve Yapamadıklarımız'dan söz ediyor Öztürk. Yapamadıklarımızın birkaçı, Öztürk'e göre şunlar:

Gündelik, küçük, pratik işlerden kaçınma.

Popüler dile tercümede eksiklik.

Analizlerle, deşifreyonla tüketme, yetinme.

Protestoyla, tarihe not düşmekle sınırlama.

Hekimlerle yüz yüze temasta çekingenlik.

Mevcut birikimleri yeterli düzeyde çıktıya dönüştürememe.

Farklı alanlardaki çalışmaları eşzamanlı olarak aynı hedefe yönlendirememe.

Örgütsel kurumsal olanakları yeterince kullanamama.

Basit, uygulanabilir, inandırıcı (!) ve alternatif çözüm önerileri geliştirememe.

Büyük politik güçlerle ilişkiden işbirliğinden kaçınma.

Siyasallaşma, toplumsallaşmayı kalıcı kılamama.

Özel sağlık sektörünü izlemekte, politika geliştirmekte yetersizlik.

Performansa dayalı döner sermaye konusunda politika geliştirmede çekingenlik.

Aile hekimliğinde farklı süreçleri birleştirme, yayma ve pratik tutum geliştirmede yetersizlik.

Bunlar sadece başlıklar. Özetle diyor ki Öztürk; çok güzel dövüştük ama çok daha güzel dövüşebilirdik, dövüşebiliriz.

Programın sınıfsal bir saldırı olduğunun altını çizen Öztürk her şeye rağmen iyimser. Programın hem halkın, hem de sağlık çalışanlarının aleyhine olduğu konusunda haklıysak ve haklı olduğumuzu halka ve sağlık çalışanlarına anlatabilsek başarıma şansımız elbette var, diyor.

“Ne yapmalı” sorusuna “*Aklın karamsarlığı ve iradenin iyimserliği*”² ve “Nasıl Yapmalı” sorusuna ise “*Crescendo, Animatio, Fruioso*”³ diye cevap veriyor sunumunun sonunda.

En iyisi bu alıntı merkezli yazıcılığı Beckett'ten belki de konumuzla alakasız bir alıntı ile bitirmek:

Hep denedin, hep yenildin.

Olsun. Yine dene, yine yenil.

*Daha iyi yenil.*⁴

1. Dr. Osman Öztürk: Sağlıkta Neo-liberal Dönüşüm ve Mücadele Notları. Sağlıkta Dönüşüm Programının Sosyal Boyutları Paneli 9-10 Şubat 2008 İstanbul

2. Antonio Gramsci

3. Daha hızlı, daha canlı, daha coşkulu.

4. Samuel Beckett

DOCERE



T4N2 / Tuğrul Asi Balkar

nereden bileceksin
o yürek de çürür bir gün
bedeli yaşanmamış günlere sayılır
öksüzlük alinyazısıdır derler, sıvarlar
bir umudun boynu bükük yalnızlığına

bildiğinden emin misin
hangi ciğerini solusan
güneşi eksiksiz bir yaşam karşılar
ay kime kuma gitmiş sormamalısın
yalnızlık gibi girer kolunuza o beyaz önlük acılarımı sevinçlerimi iyice sıkıştırdım ciğerime
ışın veren doktor 'zamanı süzer bu kurşun levha' diyor

ben kimden mi biliyorum
elbette kendimden
alıştım bir ciğerin soluğuyla yetinmeye
balıkçı kazağını ve kehribar tespihimi
verdim, bir kıyının yalnızlığına yoldaşlık artık işim alıştığımı sandım karanlık gecelerin puslu
hilâline ağıt tuttum ciğerim ağıt tuttum ciğerim önce aklımdaydı şimdi yalnızca umudum
artık hep unuttum T4N2

ömür biçmeye gitmiştim ömrümü
biçtiler: T4N2



Tutu / Tuğrul Ası Balkar

Neresinden tuttuysam orası elimde kaldı hayatın

Seyircisi olmayı tercih ederek ömür boyu
[hapse mahkum

ettiğimiz hayat

Kurtar seyircilerini bu bedelli yükümlülükten
Kurtar çakal pençesinden korkaklık payından
Kurtar yenilgilerini yengi gibi gösteren ustalıktan
Dilimden dökülen sözcükler bir çığlığa dönüşmeden
[söylüyorum bunları işte

İşit! Dostlarımdan sakladım düşmanımın bildiği sırları

İşit! Sözcük infilâk etti söz örselendi

İşit! Anlam sırtlan payı oldu kabuk bağladı onulmaz
[yaram

Kimdedir karşılığı şimdi bütün bunların?

Neresinden tuttuysam orası elimde kaldı hayatın

Gün doğsa ben gitsem sen düşümde saklı kalsan
Gün doğsa deniz beni beklese dağ beni yurdum beni
Beni dediğim umursamazlığına yenik düştüğüm taşra
Beni dediğim ağıtların yanık sesini taşıran ova
Beni dediğim hüznü ve büyüleyici ırmak
Beni dediğim derinlerde gizlenmenin perisi
Beni dediğim kirli sularında yüzen haylaz hayta,
[ve kendini usta zanneden tayfa
Beni dediğim dedik kıldıkça mutluluğundan
[duyulan tiksinti
Var mıdır karşılığı şimdi bütün bunların?

Neresinden tuttuysam orası elimde kaldı hayatın

Hey! Şaşırmanı unutturan sinsî alışkanlık
Seni farkında olduğumuzda terk eden tanık
Kararlı adımlarıyla üstümüze yürüyen yıkıntı
Tepkisizliği sınırlarımıza pranga kılan mülk
Gövdemden çekilmeyi dene istersen bir kez
Gel ve gör o zaman törpülenmiş inançlarımızı
Sağırlaştırılmış kulaklarımızı karaşın dengemizi
Görmeyi bir özür gibi taşıyan gözlerimizi
Çevikliğini dağlarda unutmuş ayaklarımızı
Kendisine bile pusu kurmaktan çekinmeyen hayat

Yok mudur karşılığı şimdi bütün bunların?

Neresinden tuttuysam

elimde, orası
kalmadı
hayatımın.



T4N2 / Tuğrul Asi Balkar

nereden bileceksin
o yürek de çürür bir gün
bedeli yaşanmamış günlere sayılır
öksüzlük alinyazısıdır derler, sıvarlar
bir umudun boynu bükük yalnızlığına

bildiğinden emin misin
hangi ciğerini solusan
güneşi eksiksiz bir yaşam karşılar
ay kime kuma gitmiş sormamalısın
yalnızlık gibi girer kolunuza o beyaz önlük acılarımı sevinçlerimi iyice sıkıştırdım ciğerime
ışın veren doktor 'zamanı süzer bu kurşun levha' diyor

ben kimden mi biliyorum
elbette kendimden
alıştım bir ciğerin soluğuyla yetinmeye
balıkçı kazağını ve kehribar tespihimi
verdim, bir kıyının yalnızlığına yoldaşlık artık işim alıştığımı sandım karanlık gecelerin puslu
hilâline ağıt tuttum ciğerim ağıt tuttum ciğerim önce aklımdaydı şimdi yalnızca umudum
artık hep unuttum T4N2

ömür biçmeye gitmiştim ömrümü
biçtiler: T4N2



Terk etmedi
Trakya güzellerini
Ve acılarelini
Vazgeçmeler ustası

Derinmiş dedi
Ömür kuyumuz
Fırtınalar kucaklamaya
Devam dedi

Bir sevinç depremi
Birdenbire gözbebeklerinde
Balıkçı'nın
Behçet'in
İlhan'ın

Bizim

A. Avami



TORASİK OUTLET SENDROMU (Torasik Çıkış Sendromu, Omuz Kapanı Hastalığı)

Toraks üst çıkışında, üst extremiteye giden nöral ve vasküler oluşumlara bası sonucu ortaya çıkan semptomlar kompleksine torasik outlet sendromu (TOS) denmektedir. Subklavian arter, ven ve plexus brachialis basısı görülebilir. Apertura toracica superior yani toraks üst çıkışının sınırlarını, yanlarda 1. kotaların iç kenarları, önde sternum, arkada ise 1. torakal vertebranın ön yüzü oluşturur. Bu alanın içinden trakea, özofagus, her iki A. Karotis kommunis ve A. Subklavia ve V. Subklavia geçer. Üst extremitelere giden nörovasküler yapılar servikoaksiller kanaldan geçerek axiller bölgeye ulaşırlar. Servikoaksiller kanalı, önde kostoklaviküler ligament, arkada m. skalenus medius, alta 1.kosta, ve üste klavikula oluşturur. TOS'da bası bu kanaldan geçen yapılara oluşur. M. Skalenus anterior servikoaksiller kanalı 2 bölüme ayırır. Ön skalen üçgen kostoklaviküler ligament, m. Skalenus anterior ve 1. kosta arasındadır ve bu kompartmandan V. Subklavia geçer. Arka skalen üçgen ise tabanını 1. kosta oluşturmak üzere anterior ve medius skalen adalelerden oluşur ve içinden subklavian arter ve plexus brachialis geçer brachial plexus subklavian artere göre daha süperiordadır.

TOS ETYOLOJİSİ

I- Konjenital faktörler

- a) Servikal kosta ve fasya kalıntıları
- b) Adventisiyöz fibröz bantlar
- c) Bifid klavikula ve 1. kosta
- d) Rudimenter 1. kosta
- e) Skalen kaslar
- f) C7 transverse procesusunun büyük olması
- g) Omohyoid kas

II- Travmatik darlıklar

- a) Klavikula ve/veya 1. kosta kırıkları
- b) Humerus başı dislokasyonu
- c) Göğüs üst kısmının travmaları
- d) Servikal spondylosis ve servikal vertebra yaralanmaları

Adventisiyöz fibröz bantlar TOS'lu hastaların %95-98'inde vardır. Kişiden kişiye değişiklik gösterir. Çeşitli yönlerde seyredir, 1. kosta, sternum ve servikal kostalar arasındaki yerleşimine göre basıya neden olur. 10-14 çeşit fibröz bant tespit edilmiştir.

Servikal kosta anomalisi, 2. sıklıkla görülen sebebidir. TOS'lu hastaların %10'unda gözlenir. Normal popülasyonun %0.5-1 oranındadır ve bunlarında ancak %10 kadarı semptomatik haldedir. Servikal kosta C7 ile eklem yapar. Radyografide ektopik hipoplazik bir yapı olarak giderek incelen balık kılıcı görünümü verir.

Travma önemli bir etyolojik faktördür. TOS oluşumunu tetikleyen faktör olarakda görülebilir. Semptomsuz hastalar travma sonrasında semptomatik hale gelebilir. Klavikula fraktürü 1. kosta fraktürü, humerus başının mediale doğru olan çıkıkları majör travmatik faktörlerdir. Araba kullanırken ani fren, başın anormal ve ani hareketleri (örneğin topa kafa atma gibi) minör travmalar üst üste eklenerek etkili olabilir.

TOS'DAKLİNİK

Bası ile orantılıdır en önemli semptom ağrıdır. Hastaların %90-98'inde görülür. Brachial plexusa direk bası ile veya A. Subklaviyaya bası ya sekonder olarak hipoksi ve asidoza bağlı gelişebilir.

Parestezi ve motor bozukluklar basıya uğrayan kökün innerve ettiği bölgede yayılım gösterir. Eğer bası skalen üçgenin apeksine yakın ise C5-6 kökleri sıkışır ve üst plexus tipi ağrı gelişir. Bu tipte ağrı, sırta paraskapuler bölgede önde ise supraklaviküler, juguler bölgede oluşur. Kolda, ön kolda ve elde radial sinir trasesi boyunca parestezi ve ağrı görülür. Juguler bölgede olan ağrı angina ile karışabilir.

C7-8 sıkışmasında alt plexus tipi ağrı oluşur. Arkada tam skapula üzerine lokalize olur, önde supraklavikuler bölgede görülür. Ekstremitelerde ulnar sinir trasesinde yayılan ağrı görülür.



Subklavian arter basısı %10 kadar gözlenir. Dolaşım bozukluğu ile kendini gösterir. Üst ekstremitelerde soğukluk, solukluk ve trofik bozukluklar deride pullanma kıllarda dökülme tırnak uzamasında gecikme yaraların geç kapanması iskemi ve hatta gangrene rastlanabilir.

Üst ekstremitelerde venöz yetmezlik (Paget-Schroetter sendromu) elde ödem, üst ekstremitelerde ödem, deride nemlilik, venöz renk değişikliği morarma gözlenir. VCSS ile ayırıcı tanısının yapılması gerekebilir.

TOS'DA FİZİK MUAYENE

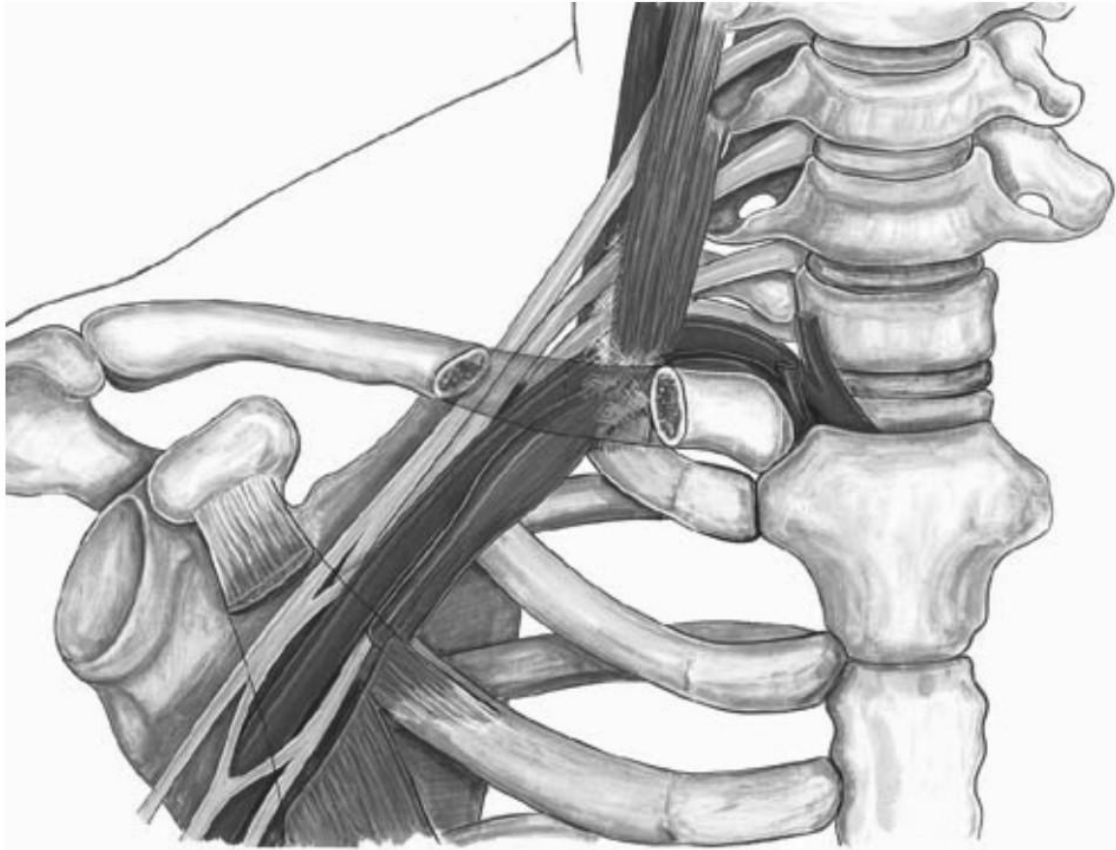
Anamnez: En sık 25-35 yaşlarında arasında ve kadınlarda erkeklerden 4-5 kat daha sıklıkla görülür. Daktilo bilgisayar kullananlarda postural olarak ağrı agreve olabilir. %60-70 oranında bilateral semptomlar bulunur. Rutin ev işleri sırasında

örneğin çamaşır asma, raftan bir şey alma gibi hareketlerde ağrı başlar, ağrı lokalizasyonu bası bölgesini anlamada önemlidir.

İnspeksiyonda Ekstremiteler arasında, trofik bozukluk, renk değişikliği ve nörolojik bozukluğa bağlı atrofi nedeniyle farklılık olabilir. Pençe eli gelişebilir.

Palpasyon ve perküsyonda Skalen bölgenin elle muayenesinde eğer hasta zayıf bir kişi ise servikal kosta palpe edilebilir. Parmaklarla basınç uygulanması şiddetli ağrı hissi uyandırır. Vasküler bası sebebiyle oluşan thrill bulgusu oluşur. Hastanın her iki radial nabızı muayene edilmeli ve karşılaştırılmalıdır. Motor kayıp varlığı araştırılmalıdır. Klavikula perküsyonunda ağrı oluşması TOS lehine değerlendirilir.

Oskültasyonda A. Subklavya basısında üfürüm duyulabilir.





PROVAKASYON TESTLERİ

1) Adson Testi (Skalen Test) Radial nabız palpe edilirken baş aynı yöne döndürülür ve derin nefes alıp tutması söylenir. Nabızın zayıflaması veya kaybolması halinde test pozitifdir ve TOS lehinedir.

2) Kostoklaviküler test (Askeri duruş testi) Göğüs şişirilir, omuzlar geriye doğru atılır. Bu pozisyon klavikülaları 1. kostalara yaklaştırır. 1. kostanın yukarı yönelmesi sonucu kolda ağrı gelişmesi radial nabızda azalma veya kaybolma testin pozitif olduğunu gösterir.

3) Hiperabduksiyon testi Kol 180° abduksiyona getirilir. Radial nabız kaybolur veya azalırsa bu TOS lehinedir. Çamaşır asma pozisyonu bu şekilde klavikula 1. kostaya yaklaşır. M. Pectoralisin tendonu gerilerek skalen bölge daralır.

4) Abduksiyon eksternal rotasyon testi Kol 90° abduksiyonda dışarı rotasyon yaparken 5" den az bir sürede ağrı ve uyuşukluk olması TOS lehinedir

RADYOLOJİK YÖNTEMLER

Direk radyografi ile kemik anomalisi veya travmatik değişiklikler görülür. PA ve lateral servikal grafiler değerlendirilir. Operasyon düşünülen hastada servikal kosta veya rudimenter 1. kosta araştırılır. C7 transvers çıkıntısı ve klavikula anomalisi değerlendirilir. Lateral grafilerde bir diğer amaçta servikal diskopatilerden ayırıcı tanıyı yapmaktır.

MRI ile fibröz basımı yoksa kas basımını ayırt edilir. Vazoscan ultrason esasına dayanır. prob serviko aksiller kanala konularak vasküler yapılarıdaki akımı gösteren eğriler elde edilir. Vazoscan eşliğinde Adson testi yaptırılır ve eğriler karşılaştırılır

Anjiografi'de A. Femoralisten opak madde verilir ve damarlar değerlendirilir. VCSS den ayırıcı tanı için venografi yapılır. Salt nörolojik bası sözü konusu ise EMG ile ulnar sinir iletim hızı ölçülür, en önemli testtir. Toraks çıkışında bu hız 72 m/sn dir. 66-69 m/sn hafif, 60-65 m/sn orta, 55-59 m/sn ileri, 55m/sn altı ağır bası anlamına gelir. 60 m/sn üzerinde ise öncelikle fizik tedavi uygulanmalıdır.

CERRAHİ ENDİKASYONLAR

FTR den fayda görmeyen hastalar, radyolojik olarak kemik patolojileri olan hastalar, USİH 60 m/sn düşük olan hastalar ve semptomları olanlar opere edilir.

CERRAHİ

Basıyı ortadan kaldırmaya yönelik işlemler uygulanır. 1. kosta, skalen kaslar, klavikula, fibromusküler bantlar çıkarılır veya kesilir. Operasyonda skalenetomi skalen adeleler 1. kostadan ayrılır. 1. kosta rezeke edilir. Servikal kosta varlığında çıkarılır. Operatif başarı %95 oranında bildirilmektedir.

NÜKS

Erken nüks (Yalancı nüksler) Cerrahi yetersizlik sonucu görülür, genellikle 1. kosta yerine 2. kostanın çıkarılması sonucu oluşur. Bazende servikal kostanın çıkarılmadan bırakılması ameliyatta rağmen rahatsızlığın devam etmesi sonucunu doğurur.

Geç nüks (Gerçek nüksler) 3-10 yıl sonra semptomlar gelişir. 1. kostadan parça kalması sonucu hipertrofi gelişerek tekrar bası yapar. Skar dokusu gelişmeside fibrozisle beraber tekrar bası bulgularını ortaya çıkarır

Erken veya geç bütün nükslerde cerrahi olarak tedavi edilir. Bu tip girişimlerde yüksek torakoplasti kesisi tercih edilir, bası ortadan kaldırılır. Operasyon esnasında plexus etrafına steroid verilebilir. Postoperatif dönemde fizik tedavi yapılması kaybedilen fonksiyonların kazanılmasına faydalı olur.

Cerrahi komplikasyonlar, kanama, pnömotoraks, hemotoraks, yara yeri enfeksiyonları, ve anestezi komplikasyonlarıdır.

Dr. Selçuk KÖSE
Göğüs Cerrahisi Uzmanı



ÜYELİK, AİDAT VE CEZALAR GÜNCELLENDİ

Büyük Kongre kararlarımız ile Türk Tabipleri Birliği Yasasının 5477 sayılı Yasa ile değişik 8. maddesi uyarınca üye aidatlarının her yıl 213 Sayılı Vergi Usul Kanunu'nun 298'inci maddesi uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranında artırılarak uygulanması gereklidir.

Maliye Bakanlığı'nca 20 Kasım 2008 tarih 26703 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği, Sıra No:387" ile 2008 yılının yeniden değerlendirme oranı %12 olarak açıklanmıştır.

Buna göre 2009 yılında uygulanacak üye kayıt ücreti ve aidat miktarı aşağıda gösterilmiştir:

- Üye kayıt ücreti 38,83 YTL,
- Sadece resmi kurumda görevli veya mesleğini icra etmeyen üyeler için 64,68 YTL,
- Diğer üyeler için 194,14 YTL'dir.

2008 yılında işlenen suçlara ilişkin olarak Türk Tabipleri Birliği Yasası uyarınca verilmesi gereken para cezaları da yukarıda belirtilen güncellemeye uygun olarak aşağıdaki şekildedir:

6023 sayılı Yasa maddesi	Eylem	Alt sınır	Üst sınır
13	Seçimle ilgili Genel Kurul toplantılarına geçerli bir mazereti olmaksızın katılmamak ve/veya oy kullanmamak	194,14	-
36/2	Onur Kurulu üyelerinin reddine ilişkin talebin kabul edilmemesi	582,42	970,70
39/b	Para cezasının gerektiren disiplin eylemi	582,42	970,70
50	Meslekten men cezasına rağmen çalışmak	1941,40	3882,80
Ek madde 1/1	6023 sayılı Yasa'nın 5. maddesindeki izni almadan çalışmak veya Yasa'nın yayım tarihinde üzerinde mevcut ikinci işleri bildirmemek, yanlış bildirmek veyahut bu konuda Yönetim Kurulu'nun verdiği karara uymayarak göreve devam etmek	970,70	1941,40
Ek madde 1/2	Ek 1. maddenin birinci fıkrasına göre cezalandırılmasına karşın beyanname vermemek, gerçeğe aykırı şekilde beyanname vermek veyahut ek göreve devamda ısrar etmek veya bu görevi bıraktığı halde yönetim kurulunun onayı olmadıkça başka bir ek görev kabul etmek,	1941,40	3882,80



HABERLER

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MEZUNİYET TÖRENİ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 2006-2007 eğitim öğretim yılı mezuniyet töreni, 13 Haziran 2008 tarihinde Karaağaç Rektörlük Yerleşkesinde yapıldı.

Süleyman Demirel Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Metin Lütfü Baydar ve Edirne Tabip Odası Başkanı Dr. Memet Akbal'ın da konuk olarak katıldığı törenin ilk konuşmasını dönem birincisi Dr. Eser Buluş yaptı.

Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Filiz Akata ve Trakya Üniversitesi Rektörü Enver Duran'ın konuşmalarından sonra genç hekimlere başarı ve mezuniyet verildi.

Meslek andının okunmasından sonra öğrenciler hep birlikte keplerini havaya atarak mezuniyetlerini kutladılar. Tören Cumhuriyet İlköğretim Okulu Ritim Saz Grubu'nun sunduğu gösteriyle sona erdi.

EDİRNE TABİP ODASI GENEL KURULU

Edirne Tabip Odası Genel Kurulu 19-20 Nisan 2008'de Edirne Tabip Odası Lokalinde yapıldı. Genel Kurulun ikinci günü yapılan seçimlerde yönetim, denetim ve onur kurulları üyeleri ve büyük kongre delegeleri belirlendi.

Edirne Tabip Odası Yönetim Kurulu:

Memet Akbal, Tolga Temel, Ertuğrul Tanrıkulu, Turhan Gazioğlu, Selçuk Köse, Zeynep Pehlivanoğlu, Mevlüt Yaprak.

Büyük Kongre Delegeleri:

Alper Eker, Cezmi Kar, Galip Ekuklu, Gürcan Altun, Evrim Aksoy, Teoman Eraslan, Oğuz Ömür Bosnalı.

Denetleme Kurulu:

Levent Öztürk, Tuncay Çağlar, Ülfet Vatansever.

Onur Kurulu:

Kenan Sarıdoğan, Ahmet Yılmaz, Süleyman Yazıcı, Cumhur Çetin, Soykan Özgür.

Edirne Tabip Odasında Görev Paylaşımı:

İlk yönetim kurulu toplantısında yapılan görev bölümünde Edirne Tabip Odası Başkanlığına Memet Akbal, Genel Sekreterliğe Tolga Temel ve muhasip üyeliğe Selçuk Köse seçilmiştir.

TTB BÜYÜK KONGRESİ

Türk Tabipleri Birliği 57. Büyük Kongresi 28-29 Haziran 2008'de Ankara'da İnşaat Mühendisleri Odası Konferans Salonunda yapıldı. Kongrenin ikinci günü yapılan ve 489 delegeden 447'sinin oy kullandığı seçimlerde Etkin Demokratik TTB, Ulusal Hekim Birliği ve Türkiye Hekim Platformu listeleri yarıştı.

TTB Merkez Konseyi:

Gençay Gürsoy, Feride Aksu, Eriş Bilaloğlu, Dr. Hülya Biriken, İlhan Diken, Ali Çerkezoğlu, Belgin Demet Özbabalık, Zeki Gül, Altan Ayaz, İskender Sayek, Elif Kırteke.

Yüksek Onur Kurulu:

Aytaç Aras, Berna Arda, Naki Bulut, Hakan Giritlioğlu, Şükrü Güner, Orhan Odabaşı, Selim Ölçer, Şevkat Bahar Özvarış, Faik Urbarlı

Denetleme Kurulu:

Halil Mihçı, Sibel Özsoy, Yaşar Ulutaş

TTB Merkez Konseyinde Görev Paylaşımı:

TTB Merkez Konseyinin ilk toplantısında yapılan görev paylaşımında Merkez Konseyi Başkanlığına Gençay Gürsoy; 2. Başkanlığa Feride Aksu; Genel Sekreterliğe Eriş Bilaloğlu; Muhasip Üyeliğe Hülya Biriken; Veznedar Üyeliğe İlhan Diken seçilmiştir.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Gencay GÜRSOY gözaltına alındı.

Gazeteler (04 Mayıs 2008)



Sefer SELVİ (Evrensel)

Öztürkler

yoldaki eviniz...



80. Yıl Cumhuriyet Lisesi Karşısı
OPET Akaryakıt İstasyonu
Ayşekadın / **EDİRNE**

tel: (0284) 225 11 83 fax: (0284) 212 00 29
edirne@ozturklerpetrol.com.tr

www.ozturklerpetrol.com.tr

www.ozturklerpetrol.com.tr

