



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ:
BİR MODEL ÖNERİSİ**

Ayşegül DOĞAN

MUĞLA-2023

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ:
BİR MODEL ÖNERİSİ**

Ayşegül DOĞAN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE**

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Ayşegül DOĞAN tarafından hazırlanan “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri: Bir Model Önerisi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programında, Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	(İmza)
	Atılım Üniversitesi	
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Tezcan ŞAHİN	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Ömer GİDER	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Levent B. KIDAK	(İmza)
	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	

Tez savunma tarihi: 06.10.2023

Bu tez Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programında, Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☒ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

06.10.2023

(İmza)

Ayşegül DOĞAN

ETİK BEYAN

Doktora tezi olarak sunduğum “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri: Bir Model Önerisi ” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

06.10.2023

(İmza)

Ayşegöl DOĞAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında bana yol gösteren, yoluma ışık tutan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE'ye, her zaman ilgisini esirgemeyen tez izleme komitesi üyeleri değerli hocalarım Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU ve Dr. Öğretim Üyesi Tezcan ŞAHİN'e, ihtiyaç duyduğum her an yanımda olan ve destek veren Dr. Öğretim Üyesi Yasin HAZER'e, çalışmaya katılan il sağlık müdürü, müdür yardımcıları, il sosyal güvenlik kurumu başkan ve başkan yardımcılarına, aile hekimi ve diğ hekimi meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Bu tez çalışması uzun ve zorlu bir sürecin ürünüdür. Bu süreçte başta ailem olmak üzere yanımda olan ve beni destekleyen herkese sonsuz teşekkür ederim.

KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ: BİR MODEL ÖNERİSİ

ÖZET

Bu çalışmanın amacı Türkiye’deki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konusundaki görüşleri ortaya koymak, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye kamu sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Nitel araştırma yönteminin tercih edildiği bu çalışmanın ilk aşamasında evren konunun paydaşlarına göre diş hekimleri, vatandaşlar, sağlık politikacıları ve uzmanlar olarak tabakalanmıştır. Her örneklem grubunda kartopu örnekleme yöntemi ile vatandaşlar grubunda 20, diş hekimleri grubunda 15, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 12 katılımcıya yer verilerek toplamda 47 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile toplanmış, elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yöntemleri ile MAXQDA 2022 Paket Programı kullanılarak incelenmiştir. Verilerin analizi sonucunda kodlar koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik görüşler, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde mevcut sorunlar, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesi, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamındaki uygulamalar, aile diş hekimliği ile ilgili görüşler olarak toplam 5 tema altında toplanmıştır. Katılımcılar Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu ve kamu tarafından ücretsiz sunulması ayrıca özel sektörün de hizmet sunumuna dahil olması gerektiği üzerinde durmuşlardır. Sonuçlar neticesinde oluşturulan modele göre koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine ve evde sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerekir. Hizmetin hakkaniyetli, sürdürülebilir, en maliyet-etkili şekilde kamu tarafından ücretsiz olarak sunulması gerektiği ve toplumun ağız ve diş sağlığının korunup geliştirilmesi için bilinçlendirilmesi gerektiği ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı politikaları, sağlık politikası

PREVENTIVE ORAL AND DENTAL HEALTHCARE SERVICES: A MODEL PROPOSAL

ABSTRACT

The aim of this study is to present opinions on the provision of preventive oral and dental health services in Turkey, and to offer solutions for integrating preventive oral and dental health services into the Turkish public health system. In the first phase of this study, in which the qualitative research method was preferred, the universe was stratified as dentists, citizens, health politicians and experts according to the stakeholders of the subject. In each sample group, 20 participants in the citizens group, 15 participants in the dentists group, 12 participants in the health politicians and experts group, and a total of 47 participants were included in the study by snowball sampling method. The data were collected by semi-structured interview technique, and the obtained data were analyzed using the MAXQDA 2022 Package Program with descriptive analysis and content analysis methods. As a result of the analysis of the data, the codes were determined as opinions on the provision of preventive oral and dental health services, current problems in oral and dental health services in Turkey, the target audience of preventive oral and dental health services, practices within the scope of preventive oral and dental health services, and views on family dentistry. collected under a total of 5 themes. Participants emphasized that preventive oral and dental health services are insufficient in Turkey and that they should be provided free of charge by the public, and that the private sector should also be included in service delivery. According to the model created as a result of the results, preventive oral and dental health services should be integrated into primary health care services and home health services. It has been revealed that the service should be provided free of charge by the public in a fair, sustainable, most cost-effective way, and the awareness of the society should be raised in order to protect and improve oral and dental health.

Keywords: Preventive oral and dental health services, oral and dental health policy, health policy

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	21
1.1. Araştırmanın Amacı	22
1.2. Araştırma Sorusu.....	22
1.3. Araştırmanın Önemi.....	22
2. GENEL BİLGİLER	23
2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Giriş	23
2.1.1. Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı.....	23
2.1.2. Ağız ve Diş Sağlığının Genel Vücut Sağlığıyla İlişkisi	25
2.1.3. Ağız ve Diş Sağlığının Yaşam Kalitesiyle İlişkisi	27
2.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri	31
2.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sınıflandırılması	33
2.1.6. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu	34
2.2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	40
2.2.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığında Hizmet Düzeyleri	40
2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu Uygulamalar	41
2.2.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Öncelikli Gruplar	48
2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları.....	55
2.3.1. Sağlık Politikası Kavramı.....	55
2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları.....	56
2.3.3. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları	60
2.3.4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Politikalarında Ülke Örnekleri	63
3. YÖNTEM	75
3.1. Araştırma Modeli	75
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	76

3.3. Veri Toplama Araçları	77
3.4. Veri Toplama Süreci	80
3.5. Deneysel Kurgu.....	82
3.6. İstatistiksel Analiz.....	82
3.7. Etik Onay	83
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	83
4. BULGULAR.....	84
4.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Veriler.....	84
4.2. Temalara İlişkin Bulgular	86
4.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşlere İlişkin Bulgular.....	87
4.3.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu.....	89
4.3.2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu.....	90
4.3.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Kısmen Yeterli Sunumu	91
4.3.4. Birinci Basamakta Sunumu	92
4.3.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine İhtiyaç Olması	93
4.3.6. Kamu Tarafından Ücretsiz Sunumu	93
4.3.7. Diş Hekimleri Odalarının Desteği	94
4.4. Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşlere İlişkin Bulgular	94
4.4.1. Türkiye İçin Uygun Olması.....	95
4.4.2. Türkiye İçin Uygun Olmaması.....	98
4.4.3. Vatandaşların Aile Diş Hekimine Sahip Olmak İstemesi	98
4.4.4. Aile Diş Hekimliğinin Finansmanı.....	98
4.4.5. Aile Diş Hekimliğinde Karşılaşılabilecek Olası Sorunlar.....	100
4.4.6. Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler	103
4.4.7. Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler	109
4.4.8. Aile Diş Hekimliğinin Olası Faydaları.....	114
4.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalara İlişkin Bulgular.....	117
4.5.1. Oral Hijyen Eğitimi	119
4.5.2. Florür ve Fissür Örtücü Uygulamaları	120
4.5.3. Rutin Kontroller	121
4.5.4. Okul Programları	121
4.5.5. Koruyucu Ortodontik Uygulamalar.....	122
4.5.6. Evde Bakım Hizmeti	123
4.5.7. Erken Dönem Çürüklerin Tedavisi.....	124
4.5.8. Diş Taşı Temizliği	124
4.5.9. Diş Fırçası ve Macun Desteği	125

4.5.10. İlaç Reçete Edilmesi	125
4.6. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesine Yönelik Görüşlere İlişkin Bulgular	126
4.7. Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlara İlişkin Bulgular.....	128
4.7.1. Diş Hekimliği Fakültelerinin Sayısının Artması	130
4.7.2. Diş Sağlığının İhmali.....	130
4.7.3. Flor Karşıtlığı Sorunu.....	130
4.7.4. Hizmete Erişim Zorluğu	131
4.7.5. Sınırlı Okul Programları	132
4.7.6. Tedavi Ağırlıklı Hizmet Sunumu	132
4.7.7. Toplumun Bilinç Eksikliği	133
4.7.8. Yoğunluk	134
4.7.9. Özel Klinik Dağılımının Dengesizliği.....	135
4.8. Kelime Bulutu Analizine Ait Bulgular	135
5. TARTIŞMA	138
5.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler	138
5.2. Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler	141
5.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar	145
5.4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesine Yönelik Görüşler	147
5.5. Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar.....	148
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	150
6.1. Sonuçlar	150
6.2. Öneriler	152
6.2.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Bir Model Önerisi	152
KAYNAKLAR	162
EKLER	177
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	177
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	178
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	179
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	181

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ADS: Ağız ve Diş Sağlığı

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DMFT : Kişi başına düşen çürük, çekilmiş ve dolgu yapılmış diş sayısı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FDI : Dünya Diş hekimleri Birliği

NHS : National Health Services- Ulusal Sağlık Hizmetler

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK :Sosyal Güvenlik Kurumu

TDB: Türk Diş Hekimleri Birliği

TSM: Toplum sağlığı merkezi

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Diş Hekimlerinin sektörlere göre dağılımı	36
Şekil 2.2. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı.....	37
Şekil 2.3. Ükelere göre 100.000 kişiye düşen ortalama diş hekimi sayıları	37
Şekil 2.4. Yıllara göre diş ünitisi başına düşen nüfus	38
Şekil 2.5. Yıllara göre diş hekimine yapılan müracaat sayıları	39
Şekil 2.6. Kişi başı diş hekimine müracaat sayısı.....	39
Şekil 2.7. Maliyet-etkili ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumu modeli örneği.....	59
Şekil 4.1. Meydana gelen temalar	87
Şekil 4.2. Birinci temaya ait kodlar	88
Şekil 4.3. Birinci temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	88
Şekil 4.4. Birinci temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı	89
Şekil 4.5. İkinci temaya ait kategori ve kodlar	96
Şekil 4.6. İkinci temaya ait kategori ve kodların örneklem gruplarına göre dağılımı	97
Şekil 4.7. Aile diş hekimliğinin finansmanı kategorisi altındaki kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	99
Şekil 4.8. Aile diş hekimliğinde karşılaşılabilecek olası sorunlar kategorisi altında meydana gelen kodlar.....	100
Şekil 4.9. Aile diş hekimliğinde karşılaşılabilecek olası sorunlar kategorisi altında meydana gelen kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	101
Şekil 4.10. Aile diş hekimliğinin lokalizasyonu kodu altında oluşan alt kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	105
Şekil 4.11. Aile diş hekimliğinin organizasyonuna yönelik görüşler kategorisi altındaki kodlar.....	106
Şekil 4.12. Özel sektörden hizmet satın alınmasına yönelik görüşler kategorisi altındaki kodlar.....	110
Şekil 4.13. Özel sektörden hizmet satın alınmasına yönelik görüşler kategorisi altında oluşan kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	110
Şekil 4.14. Aile diş hekimliğinin olası faydaları kategorisi altındaki kodlar	114
Şekil 4.15. Aile diş hekimliğinin olası faydaları kategorisi altında oluşan kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	114
Şekil 4.16. Üçüncü temaya ait kodlar	118
Şekil 4.17. Üçüncü temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	118
Şekil 4.18. Üçüncü temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı	119
Şekil 4.19. Dördüncü temaya ait kodlar	126
Şekil 4.20. Dördüncü temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	127

Şekil 4.21. Dördüncü temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı....	127
Şekil 4.22. Beşinci temaya ait kodlar.....	128
Şekil 4.23. Beşinci temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı	129
Şekil 4.24. Beşinci temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı	129
Şekil 4.25. Kod bulutu	137
Şekil 6.1. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki sorunların temel nedenleri	151
Şekil 6.2. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunum modeli.....	153



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Yıllara Göre Türkiye’de Diş Hekimi Sayıları	36
Tablo 2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kuruluşlar ve Diş Üniteleri Sayıları	38
Tablo 3.1. Diş Hekimlerine Yönelik Mülakat Soruları	78
Tablo 3.2. Sağlık Politikacıları ve Uzmanlara Yönelik Mülakat Soruları	79
Tablo 3.3. Vatandaşlara Yönelik Mülakat Soruları	80
Tablo 4.1. Sağlık Politikacıları ve Uzmanlar Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler	84
Tablo 4.2. Diş Hekimleri Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler	85
Tablo 4.3. Vatandaşlar Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler.....	86
Tablo 6.1. Koruyucu ADS Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonuna İlişkin Model Önerisi	154

1. GİRİŞ

Sağlık alanında yapılan bilimsel çalışmalar genel sağlığın ağız sağlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıklar vücuttaki birçok organ ve sistemi etkilemektedir. Ayrıca, nadir görülen bazı hastalıklarla ağız sağlığı arasında önemli korelasyonlar olduğu bildirilmektedir (Fiorillo, 2019).

Ağız ve diş sağlığı bireyin ağrı ve rahatsızlık olmaksızın yemek yiyebilmesi, konuşabilmesi ve sosyal fonksiyonlarını gerçekleştirebilmesi ile ilgilidir. Dünya Diş Hekimleri Birliği (FDI) 2017 yılında ağız ve diş sağlığı kavramı için yeni bir tanımlayıcı çerçeve çizmiştir. Buna göre ağız ve diş sağlığı çok yönlüdür, konuşma, gülme, koku ve tat alma, dokunma, çiğneme, yutma kabiliyetini içerir. Ağrı, rahatsızlık ve kranyofasiyal yapılarda bir hastalık durumu olmaksızın birçok duygunun yüz ifadeleriyle aktarılabilmesini ifade eder. FDI'nın çizdiği tanımlama çerçevesine göre ağız ve diş sağlığının 3 temel elementi fizyolojik fonksiyon, psikososyal fonksiyon ve hastalık durumudur. Genetik-biyolojik faktörler, sosyal çevre, fiziksel çevre, sağlık davranışları ve hizmete erişim gibi birtakım faktörler hem ağız ve diş sağlığını hem de genel sağlığı etkilemektedir. Bunun yanı sıra yaş, kültür seviyesi, gelir durumu, deneyimler, beklentiler gibi bireysel faktörler de ağız diş sağlığı üzerinde etkili olmaktadır. Ağız ve diş sağlığı, genel sağlık ve iyilik durumu üzerinde rol oynamaktadır (Glick vd., 2016).

Diş hastalıkları sosyoekonomik durumla ve sağlığın sosyal belirleyicileriyle yakından bağlantılıdır. Bu hastalıklar ağrıya, sepsise, yaşam kalitesinin düşmesine, çocuklarda okul günlerinde kayıplara, erişkinlerde iş günü kayıplarına ve iş verimliliğinde azalmaya neden olur. Dolayısıyla ağız ve diş hastalıkları topluma önemli bir ekonomik yük getirmektedir. Ekonomik yükleri, doğrudan maliyetler (tedavi harcamaları), dolaylı maliyetler (verimliliğin azalması, işe ve okula devamsızlıktan kaynaklanan kayıplar) ve soyut maliyetleri (örneğin ağrı, çiğneme, yeme, konuşma sorunları) kapsamaktadır (Peres vd., 2019).

Ağız ve diş hastalıklarının birçoğu hem kronik ve hem de önlenmesi mümkün olan hastalıklardır. Çeşitli yöntemlerle meydana gelmeleri engellenebilir veya başlangıç halinde durdurulabilir. Dolayısıyla koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin uygun

şekilde sunulması toplumun ağız ve diş hastalıklarından korunmasına imkân vermektedir (Doğan ve Durukan Köse, 2023).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı diş hekimlerinin, vatandaşların, sağlık politikacılarının ve uzmanların Türkiye'deki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konusundaki görüşlerini ortaya koymak; koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye kamu sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik çözüm önerileri sunmaktır.

1.2. Araştırma Sorusu

Bu çalışmanın araştırma problemi 4 temel soru üzerine odaklanmaktadır:

1. Türkiye'de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yeterli düzeyde sunulmakta mıdır?
2. Toplum temelli koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda Türkiye için en uygun organizasyon modeli hangisidir?
3. Aile Diş hekimliği sistemi Türkiye sağlık sistemine entegre edilebilir mi?
3. Aile Diş hekimliği sistemi Türkiye kamu sağlık sistemine nasıl entegre edilmelidir?

1.3. Araştırmanın Önemi

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıklar toplumda çok yaygın görülmekte olup tedavileri de oldukça maliyetlidir. Pek çok gelişmiş ülkede ağız ve diş sağlığı hizmetleri koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek sunulmaktadır. Türkiye'de ise koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri henüz sistemli bir şekilde sunulamamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ulusal literatürün oldukça kısıtlı olduğu görülmüş, çalışmalar koruyucu hizmetlere ihtiyaç olduğunu vurgulamakla sınırlı kalmış, uygulamaya yönelik bir çözüm önerisi getirmemiştir. Bu çalışmada hem Türkiye'deki mevcut ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin durumunu ortaya koyan bir çerçeve çizilmiş hem de koruyucu hizmetlerin sağlık sistemine nasıl entegre edilmesi gerektiği ile ilgili bir çözüm önerisi sunulmuştur. Dolayısıyla bu tez çalışmasının sonuçları Türkiye'de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sisteminde nasıl yer alması gerektiği ile ilgili bir yol haritası çizmesi açısından oldukça önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde konuya dair ulusal ve uluslararası literatüre ait bilgilere yer verilmiştir. Bir kavram olarak ağız ve diş sağlığı ele alınmış, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve politikaları ile ilgili bilgi verilmiştir.

2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Giriş

Bu bölümde ağız ve diş sağlığı kavramının tanımı, önemi, genel vücut sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi açıklanmış; ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırılması ve Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konuları ele alınmıştır.

2.1.1. Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı

Ağız ve diş sağlığı kavramı “diş çürüğü ve kaybının, ağız ve boğaz kanserlerinin, tükürük bezi hastalıklarının, kronik ağrıların, oral mukoza lezyonlarının, yarık dil gibi doğuştan gelen rahatsızlıkların ve ağız içi boşluğunu ve kraniyofasiyel dokuları etkileyen diğer hastalıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”ni ifade etmektedir (Petersen, 2003). Bir başka tanımına göre ağız ve diş sağlığı, “yaşam boyunca fonksiyonel, estetik ve sosyal yönden kabul edilebilir bir diş dizisinin sağlanması”dır. Ağız diş sağlığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından da genel sağlığın ayrılmaz bir parçası ve yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. En yaygın görülen ağız ve diş hastalıkları diş çürükleri, periodontal hastalıklar, oral kanserler, HIV’nin oral bulguları, oro-dental travma, yarık damak-dudak ve Noma’dır (DSÖ, 2020).

Ağız ortamının en sık görülen hastalıklarından biri olan diş çürüğü, dünyanın en yaygın bakteriyel enfeksiyonu olarak değerlendirilmektedir. Diş çürüklerinin meydana gelmesinde diş yapısı, karyojenik mikroflora (çürük yapıcı mikroflora), kronik hastalıklar, tükürük yapısı gibi bireysel ve sosyoekonomik faktörler, oral hijyen alışkanlıkları, beslenme alışkanlıkları gibi çevresel faktörler rol oynamaktadır (Tinano ve Reisine, 2009; Schwendicke vd., 2015). Diş çürüğünde diş sert dokularının demineralize olarak sert yapısını yitirmesi söz konusudur. Demineralizasyon bir aşamaya kadar durdurulabilmekte ve geri dönüşümü mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla diş

çürüğü, koruyucu tedbirlerle önlenemeyen bir hastalıktır (Anusavice, 1998). Ancak demineralizasyon ilerleyerek kaviteye meydana geldiğinde artık geri dönüşüm mümkün olmamakta, dişin uygun şekilde restore edilerek tedavisi mecburi hale gelmektedir (Pinkham vd., 2009).

Ağız ortamında görülen diğer yaygın bir hastalık grubu periodontal hastalıklar adı verilen dişeti ve destek doku hastalıklarıdır. Periodontal hastalıklar, dişin destek dokularına yayılarak büyük oranda diş kayıplarına yol açan yaygın ve kronik seyirli bakteriyel enfeksiyonlardır (Tatakis ve Trombelli, 2004). Dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu etkiledikleri bildirilmiştir (DSÖ, 2020). Tıpkı diş çürüğünde olduğu gibi bu hastalıkların meydana gelmesinde mikrobiyal dental plağın ana etyolojik faktör olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra bazı sistemik hastalıklar, kötü alışkanlıklar, genetik faktörler, sigara kullanımı, immün yanıtı etkileyen hastalıklar ve stres gibi etkenler periodontal hastalıklar için risk faktörleridir. Dişeti kenarında plak birikimi sonucunda öncelikle gingivitis adı verilen iltihabi tablo ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada dişetleri hiperemik ve kanamaya yatkındır. Gingivitisin ilerlemesi ile periodontitis meydana geldiğinde durum geri dönüşümsüz bir hal alır ve patolojik cep oluşumu ile diş destek dokularında kayıp meydana gelir (Mariotti,1999).

Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar haricinde ağız kanserleri, çene eklemi hastalıkları, ağız kokusu, diş aşınmaları ve diş kayıplarından doğan problemler ağız ve diş sağlığını olumsuz etkileyen, sık karşılaşılan durumlardır. Özellikle ağız kanserleri dünyada en sık görülen 8. kanser türü olması bakımından önemlidir. Hızlı yayılım gösterme potansiyelleri dolayısıyla erken tanılar hayati önem taşımaktadır (Yap, 2017).

Temporomandibular hastalıklar adı verilen çene eklemi ve çiğneme kaslarını etkileyen hastalık grubu kronik orofasiyal ağrının ana etkenidir. Bu hastalıklar baş ağrısı, kulak ağrısı, boyun ağrısı, eklemden ses gelmesi gibi durumlara yol açarak yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürmektedir (Lei vd, 2016). Toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılan temel ölçütler şunlardır (Güçiz Doğan, 2007):

1. Çürük deneyimi prevalansı
2. Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
3. Ortalama diş sayısı

4. Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
5. DMFT indeksi (Çürük, kayıp, dolgulu dişler indeksi)
6. Dişsizlik yüzdesi
7. Dental florozis
8. Toplum periodontal indeks (Community periodontal index-CPI)

Bu ölçütler haricinde, Dünya Sağlık Örgütü ağız-diş sağlığı araştırmalarında “ekstra oral muayene, temporomandibular eklem değerlendirilmesi, oral mukozanın değerlendirilmesi, mine opasiteleri/hipoplaziler, ataçman kaybı, tedavi ihtiyacı, protez durumu ve protez gereksinimi, dentofasiyal anomaliler ile acil bakım ve konsültasyon gereksinimi” gibi ölçütlerinde kullanılabileceğini bildirmiştir (Güçiz Doğan, 2007).

Avrupa Global Oral Sağlık İndikatörleri Geliştirme Projesi (EGOHIDP) ile ağız-diş sağlığı araştırmalarındaki verileri standart hale getirmek amacıyla 40 indikatör belirlenmiştir. Bu 40 adet indikatörün 12 tanesi çocuk ve adolesanların diş sağlığına yönelik erken çocukluk çağı çürüğü görülme sıklığı, florürlü diş macunu ile diş fırçalama sıklığı gibi bazı belirleyicileri içermektedir. Genel popülasyona yönelik 18 adet indikatör (tütün kullanım alışkanlığı, ağız kanserleri, Periodontal hastalığın şiddeti vb.), ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesine yönelik 5 adet indikatör (sosyal engellilik, ağrı, psikolojik engellilik, psikolojik rahatsızlık, fonksiyonel kısıtlılığa bağlı sorunlar) belirlenmiştir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik ise 5 indikatör saptanmıştır. Bunlar (Ottolenghi vd., 2007);

1. Ağız ve diş sağlığı hizmetinin maliyeti
2. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulusal bütçeden ayrılan pay
3. Dişhekimi ve diğer ağız ve diş sağlığı hizmet sunucuları
4. Hizmet kalitesinden memnuniyet
5. Ücretten memnuniyet'tir.

2.1.2. Ağız ve Diş Sağlığının Genel Vücut Sağlığıyla İlişkisi

Ağız ve diş sağlığı bütün vücut sistemlerini ve genel sağlığı ilgilendirmektedir. Ağız sağlığı ve genel sağlık arasında iki yönlü bir ilişki mevcuttur. Bu iki yönlü ilişki, ağız sağlığının genel sağlığı etkilemesi; genel sağlığı ilgilendiren bazı sistemik hastalıkların da ağızda belirtileri olmasını ifade etmektedir (Barnet ve Hyman, 2006).

Çeşitli sistemik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların ağız kuruluğu, tad duyusunda bozulma ve stomatitis gibi yan etkileri olabilmekte; sistemik hastalıkların bazı tedavilerinin de ağız sağlığı üzerine olumsuz etkileri görülebilmektedir. Örneğin, baş boyun bölgesi radyoterapisi tedavisi tükürük bezlerini etkileyerek rampant çürüklere yol açmaktadır (Yap, 2017).

Ağız ortamında hastalıklara neden olan mikroorganizmaların sadece oral kaviteye değil, farklı vücut sistemlerine de patolojik etkileri gözlenmiştir. Örneğin enfektif endokardit kötü oral hijyene sahip ağız florasındaki bazı mikroorganizmaların bakteriyemiye sebep olması sonucunda meydana gelmektedir (Keçeli vd. 2013). Kardiyovasküler hastalıklar açısından diş çürüğü ve kötü ağız hijyeninin risk faktörü olduğu bilinmektedir. Düzenli diş hekimi kontrollerine giden hastalarda kalp ve damar sistemi hastalıklarının gelişim riskinin azaldığı bildirilmiştir (Koç Vural vd., 2016). Benzer şekilde, periodontal hastalıkların diyabet için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Diyabet ve Periodontal hastalık arasında iki yönlü bir ilişkiden söz etmek mümkündür. Diyabet (tip I ve tip II) periodontitis için artmış risk faktörü oluşturup, periodontitisin ilerleme şiddetini arttırmakta ve periodontal enfeksiyon da diyabetli bireylerde glisemik kontrolü zorlaştırmaktadır (Tunalı vd., 2014).

Gebelikte ağız ve diş sağlığının bozulması sistemik durumu olumsuz etkilemekte ve pek çok riski beraberinde getirmektedir (Çolakoğlu ve Has, 2015). Son yıllarda yapılan çalışmalar, periodontal hastalıkların hamilelik komplikasyonlarının öncüsü olduğunu göstermiştir. Periodontal hastalıklar gebelikte erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, preeklampsi ve erken membran rüptürü riskini artırmaktadır (Hullah vd.,2008).

Bakteriyel pnömoninin en sık görülen şekli orofarengeal floranın alt solumun yoluna aspire edilmesiyle gerçekleşmektedir. Normal ağız florasını oluşturan bazı anaerob bakteriler alt solunum yollarına aspire olarak pnömoniye sebep olmaktadır (Çolak vd., 2010).

Ağız ve diş hastalıklarının, beslenme, uyku düzeni, dinlenme ve bireyin sosyal ilişkileri üzerinde önemli etkileri vardır. Bununla birlikte, dental problemler iş gücü ve performans kaybını, duygusal davranışları ve mobilitayı etkileyebilmektedir (Çolak vd. 2010).

Ağız ve diş muayeneleri birçok sistemik hastalığın erken tanısında önemlidir. Çünkü ağızda meydana gelen değişiklikler; vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan enfeksiyöz hastalıklar, immün rahatsızlıklar, beslenme bozuklukları ve kanser gibi hastalıkların ilk belirtisi olabilmektedir. Diyabet, lösemi, kanser, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, felç gibi sistemik hastalıkların %90'dan fazlası ağız içinde belirtiler göstermektedir (Satcher, 2000). Örneğin, HIV enfeksiyonunda ağız içi lezyonlar ilk belirtiler olabilir ve hastalığın ilerleyişinin takip edilmesinde bir gösterge olarak kullanılabilir. Ayrıca Behçet hastalığı tanısında oral ülserlerin varlığı tanı kriterlerinin ilk sırasında yer almaktadır. Behçet hastalarının %92-%100'ünde tekrarlayan oral aftlara rastlanmaktadır (Zoubolis,1999:489). Pemfigus vulgaris ve Liken Planus gibi dermatolojik hastalıklar da ağız içerisinde belirtiler vermektedir. Özellikle pemfigus vulgariste ilk bulguların ağız mukozasında ortaya çıktığı görülmektedir (Boy vd., 2012).

Ağız ve diş hastalıkları önlenmesi mümkün olan kronik hastalıklar olsalar bile prevalansları yüksektir. Global Hastalık Yüğü Çalışması'na göre dünya üzerinde hemen hemen 3.5 milyar insanda ağız ve diş hastalıkları görülmektedir (Dye, 2017). Bu hastalıkların tedavileri de oldukça maliyetlidir. Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda tedavi edilen en pahalı hastalıklar arasında üst sıralarda yer almaktadırlar. Ağız ve diş hastalıklarından kaynaklı işgücü kaybı, üretim kaybı ve okul devamsızlığı gibi dolaylı maliyetlerin yanısıra bu hastalıkların sebep olduğu psiko-sosyal maliyetler de söz konusudur (Petersen vd, 2005). Birçok yüksek gelire sahip ülkelerde ağız ve diş hastalıklarına bağlı harcamalar toplam sağlık harcamalarının %5 kadarını, cepten yapılan ödemelerin ise %20 kadarını oluşturmaktadır (DSÖ, 2020). Dolayısıyla dünyadaki tüm ülkelerde en önemli toplum sağlığı problemlerinden biri olan ağız ve diş hastalıkları ile ilgili toplum sağlığı programları global düzeyde planlanmalı ve bu hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan risk faktörleri ulusal sağlık programları ile kontrol altına alınmalıdır (Petersen vd, 2005).

2.1.3. Ağız ve Diş Sağlığının Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (1948) sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında daha önemli hale gelmiş ve sağlık kavramının multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir (Testa ve Simonson, 1996). Sağlığın bu tanımı, iyilik hali

kavramını hastalığın ve herhangi bir engelin olmaması durumundan ayırmakta ve bu nedenle yapılan araştırmalarda sağlığın tüm bileşenleri dikkate alınmaktadır (Atchison, 2002).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının genel bir tanımı yapılacak olursa, bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık algılarını ve bunların birbirleriyle olan etkileşimini, sağlık risklerini ve koşullarını, işlevselliği, sosyal desteği ve sosyoekonomik statüyü ve çevresel anlamda toplumun sağlık algısını ve işlevselliğini etkileyen kaynakları, koşulları, politikaları ve uygulamaları içeren çok boyutlu bir kavramdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Ağız ve diş sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (Beşiroğlu ve Lütfoğlu, 2018). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı “fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ve yalnızca ağız ve yüz bölgesine ait ağrı ve rahatsızlıkların bireyin iyilik halini nasıl etkilediği ile ilgili değerlendirmesini” ifade etmektedir (Inglehart ve Bagramian, 2002). Farklı bir ifade ile, “bireylerin beslenmesini, uyumasını, diğer bireylerle iletişim kurmasını ve kendilerine olan özgüvenlerini etkileyen değişkenleri ve ağız ve diş sağlıklarından duydukları memnuniyeti kapsayan çok boyutlu bir kavram”dır (Satcher, 2000). Dört ana bileşene sahiptir. Bu bileşenler şunlardır (Inglehart ve Bagramian, 2002):

1. Fonksiyon (çiğneme, konuşma, yutma)
2. Psikolojik (dış görünüm, özgüven),
3. Ağrı/rahatsızlık (akut, kronik),
4. Sosyal (iletişim, sosyal ilişkiler)

İlk defa II. Dünya Savaşı sırasında ‘ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesi’ kavramı, karşılıklı çenelerde altı dişin olmasının oral fonksiyonları yerine getirebilme göstergesi, iyi olma hali ve hizmete uygunluğu değerlendirmek için kullanılmıştır (Beşiroğlu ve Lütfoğlu, 2018).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramına ait değerlendirmeler ilk olarak Cohen ve Jago (1976) tarafından yapılmıştır. Cohen ve Jago araştırmalarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemlerin psikososyal etkilerine ait verilerin eksikliğine dikkat

çekmişlerdir (Allen, 2003). Benzer şekilde Locker (1988), yapılan çalışmalarda ağız ve diş sağlığı problemlerinin genel sağlıktan ayrı düşünüldüğünü ve bu problemlerin psikososyal etkilerine önem verilmediğini belirtmiş, bu konuda bireysel ölçüm metotlarına gereksinim olduğuna dikkat çekmiştir. Locker bu amaçla ağız ve diş sağlığında yaşam kalitesinin ölçülebilmesi adına Dünya Sağlık Örgütü'nün Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Handikaplar Uluslararası Sınıflamasına dayanan ve ağız içerisindeki problemlerin tüm olası fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarını gösteren kavramsal bir model tasarlamıştır. Locker'in bu modeli, ağız ve diş sağlığına dair yaşam kalitesini ölçen bazı ölçeklerin geliştirilmesinde hareket noktası olmuştur (Schütte ve Walter, 2010). Locker ağız sağlığı ölçüm modelindeki kavramların tanımları şu şekildedir (Locker 1988):

Fonksiyonel Sınırlılık: Çoğunlukla vücudun bileşenlerinin veya organlarının beklendiği gibi çalışmamasının bir sonucu olarak tanımlanmaktadır.

Rahatsızlık: Hastalığa verilen cevaptır. Hastaların ifade ettiği ağrı, rahatsızlık, fiziksel ya da psikolojik semptomlar örnek gösterilebilmektedir.

Sakatlık: Doğum esnasında ya da sonradan oluşan fiziksel, psikolojik ya da anatomik yapının yokluğu veya anormalliği olarak tanımlanmaktadır. Dişsizlik, periodontal hastalık veya malokluzyon örnek gösterilebilmektedir.

Engellilik: Bireylerin bulunduğu grup içerisinde sosyal beklentileri yerine getirememesidir.

Yetersizlik: Normal kabul edilen yeteneklerin eksikliğidir. Yaşanan engellilikler fiziksel, sosyal ve ruhsal yetersizlikleri beraberinde getirmektedir.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı, sağlık hizmetleri sunumuna ve araştırmalarına yeni bir bakış açısı kazandırmış, yalnızca ağız içi boşluğunun değil, bireyin hem ağız ve diş sağlığı hem de genel sağlığının dikkate alınmasını sağlamıştır. Böylece, ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetlerinin sunumuna, bu alanda yapılan araştırmalara ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili verilen eğitimlere önemli katkılarda bulunmaktadır (Inglehart ve Bagramian, 2002).

Ağız ve diş sağlığına ait yaşam kalitesinin ölçülmesinde çok boyutlu jenerik ölçeklerin sıkça kullanıldığı görülmektedir. Ağız ve diş tedavilerinin değerlendirilmesinde ölçeklerden elde edilen veriler hastaların sübjektif ifadeleri

oldukları için ihtiyaçlarının daha kolay belirlenmesi ve hastaların karar alma mekanizmasına katılımlarının sağlanmasını mümkün kılmaktadırlar. Veriler yüz yüze görüşmeler, telefonla yapılan görüşmeler ile anketlerin doldurulması, hastalara kendi dolduracakları anketlerin verilmesi veya elektronik posta yolu ile anketleri doldurtulması şeklinde toplanabilmektedir. Ölçeklerde değişik tipte sorular ile VAS (visual analog scale) ve Likert tipi skorum sistemleri kullanılmaktadır (Lang ve Zitzmann, 2012). VAS ile değerlendirme tek bir soru içermektedir. Bu sorunun cevabı numerik bir skalada 100 üzerinden değerlendirilmektedir. Örneğin ağrı durumunun bu şekilde değerlendirilebilmesi mümkün olmaktadır.

Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bazı ölçekler şunlardır (Allen 2003, Bettie vd 2015):

- Ağız ve Diş Sağlığı Etki Profili (OHIP)
- Geriatrik Ağız ve Diş Sağlığını Değerlendirme İndeksi (GOHAI)
- Dental Etki Profili (DIP)
- Çiğneme Etkinliği İndeksi (ICA)
- Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP)
- Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHRQoL-UK) Ölçeği
- Ağız ve Diş Sağlığı Yaşam Kalitesi Envanteri
- Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi (OHQoL) Ölçeği
- Dental hastalıkların sosyal etkileri İndeksi (SIDD)
- RAND Ağız ve Diş Sağlığı İndeksi

OHIP Ölçeği, 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından geliştirilmiştir. “Fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, psikolojik yetersizlik, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engellilik” olmak üzere 7 boyut altında toplam 49 soru içeren bir ölçektir. Daha sonra 1997 yılında Slade tarafından OHIP 14 şeklinde 14 sorudan oluşan kısa formuna dönüştürülmüştür. OHIP 14 formunda yine aynı 7 boyut mevcut olup her boyut seçilen 2 soru ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanlanmasında önermelere “hiçbir zaman” için 0, “nadiren” için 1, “bazen” için 2, “sıklıkla” için 3 ve “her zaman” için 4 puan verilmektedir. Toplam skor, bütün puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Önermelerin hepsi negatif cümlelerden meydana geldiği için ölçekten elde edilen puanların düşük olması yaşam kalitesinin iyi olduğuna işaret etmektedir. OHIP 14

ölçeği pek çok çalışmada geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış, sıkça kullanılan bir ölçektir (Allen 2003, Andiappan vd, 2015).

Sağlık çalışanları, ebeveynler ve çocuklardan alınan bilgiler kullanılarak Broder ve arkadaşlarının çalışmalarıyla OHIP modifiye edilerek 2007 yılında COHIP (Çocuk Ağız Sağlığı Etki Profili) oluşturulmuştur. Çocuk Ağız Sağlığı Etki Profili, oral bozuklukların sosyal etkisinin ayrıntılı ölçümü için güvenilir ve geçerli bir araç sunar. Yaş aralığı 8-15 olan çocuklar için kullanıma uygundur (Yaran ve Egil, 2021).

Ağız ve diş sağlığında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde sık kullanılan diğer bir ölçek Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHRQoLUK) Ölçeği'dir. 2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından oluşturulmuştur. Ölçek, toplamda 16 soru içermekte olup semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru) ve sosyal durum (4 soru) olmak üzere 4 boyuta sahiptir. 5'li likert tipinde bir ölçektir. Karşılaştırıldığında, OHIP 14 ölçeğine nazaran daha üstün olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu ölçekte hem negatif hem de pozitif önermeler yer almaktadır. OHIP ölçeği ise negatif önermelerden oluşmaktadır (McGrath ve Bedi, 2002).

2.1.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, “Dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunmasına yönelik önleyici ve koruyucu hizmetler ile hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhis ve tedavisini kapsayan hizmetler”dir (Atasever ve Örnek, 2018).

Sağlık hizmetleri; tüm toplumu ilgilendirmesi, tüketiminin rastlantısal olması, öngörülemeyen talep, ertelenemez oluşu, çıktılarının ölçümünün güç olması, hizmeti sunan ve hizmetten yararlananlar arasındaki bilgi asimetrisi gibi bazı kendine has özellikleri bakımından diğer hizmetlere göre piyasa şartları açısından esneklikten ve denetlenebilir olmaktan yoksundur (Tengilimoğlu, 2001). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel olarak sağlık hizmetlerinin tüm özelliklerine sahiptir. Fakat bu özelliklerin bazıları genel sağlık hizmetlerine nazaran daha az belirgin olabilmektedir.

Tüketimi bakımından karşılaştırıldığında ağız ve diş sağlığı hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine nazaran talebi daha öngörülebilir bir özellik sergilemektedir. Çünkü

ağız ve diş sağlığı hastalıklarının çoğu kronik hastalıklardır. Sağlık hizmetlerinin ertelenememe özelliği bu hizmetlerin bir kısmı için söz konusu değildir. Özellikle estetik amaçlı diş tedavileri (estetik restoratif uygulamalar, estetik amaçlı ortodontik tedaviler) hizmetten yararlanacak bireylerin sosyoekonomik durumlarına göre ertelenebilmektedir. Sadece estetik tedaviler değil, hastaların yaşam kalitesini belirgin ölçüde düşürmeyen, aciliyet gerektirmeyen pek çok hastalığın tedavisi çeşitli nedenlerle ertelenebilir özelliktedir. Örneğin COVID 19 pandemisi süresince dünyanın bir çok gelişmiş ülkesinde ve Türkiye’de sadece acil diş tedavi işlemleri gerçekleştirilmiş, acil olmayanlar ertelenmiştir (Alharbi vd., 2020; Kılıçarslan 2020).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hizmetin içeriği kısmen de olsa hizmeti alanlar tarafından belirlenebilmekte ve bu hizmetlerin serbest piyasa ekonomisi uygulamasına daha yatkın olduğu görülmektedir (Grytten ve Sorensen, 2000). Diğer sağlık hizmetleriyle benzerlik gösteren şekilde, ağız ve diş sağlığının tüm toplumu ilgilendirmesi nedeniyle bu hizmetlerin toplumsal özelliği oldukça fazladır. Bu hizmetlerin sunumu toplumun sağlık statüsünü yükseltmekte ve yaşam kalitesi üzerine birebir etkili olmaktadır. Dolayısıyla yerine başka hizmetler ikame edilemez (Ekici, 2013).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler tıpkı diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi (Kiyak, 1986):

1. Eğilim faktörleri (demografik faktörler (cinsiyet, yaş, vb.), sosyal faktörler (eğitim seviyesi, medeni durum, meslek vb.), ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim, bireylerin öncelikleri),
2. Kolaylaştırıcı faktörler (gelir durumu, sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişim vb.),
3. Sağlık hizmeti ihtiyacı’dır.

Sağlık hizmetleri hizmetin kapsamı bakımından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç düzeye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde diğer sağlık hizmetlerinden farklı olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler birbirinden kolaylıkla ayrılamamaktadır (Oktay, 2003).

2.1.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri tıpkı genel sağlık hizmetleri gibi koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve ağız-diş sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Hastalık meydana gelmeden önce bireye ve çevreye yönelik olarak alınabilecek önlemleri ve gerçekleştirilen uygulamaları içermektedir (Oktay, 2003). Bu konu, ileriki bölümde detaylı biçimde ele alınacaktır.

Tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri, hastalık durumunun ortadan kaldırılarak bireylerin iyilik haline kavuşturulmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerini sunan kuruluşlar halkın ilk müracaat ettiği yerlerdir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmı, birinci basamak sağlık hizmetleri kategorisinde yer almaktadır (Oktay, 2003). Ağız içi muayene, koruyucu uygulamalar, acil tedaviler, dolgu, kanal tedavisi, diş taşı temizliği, diş radyograflarının çekilmesi, diş çekimi gibi işlemler birinci basamak düzeyinde uygulanan tedavilerdir (TDB, 2003).

İkinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri çok ileri teknolojik donanım gerektirmeyen hastaların tedavisinin yapıldığı sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerdir. Kamuya bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulduğu kurumlara örnek olarak verilebilir. Periodontal cerrahi, ortodontik tedavi, ağız diş ve çene cerrahisi uygulamaları ikinci basamak düzeyindeki tedavilerdir (TDB, 2003).

Üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri ise daha üst düzey teknolojik donanımın kullanıldığı, ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı kuruluşlarda sunulan hizmetlerdir. Diş hekimliği fakülteleri üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunan kuruluşlara örnek olarak verilebilir (TDB, 2003).

Rehabilite edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Hastalık veya travma sonucu oluşan bozukluğun/kısıtlılığın düzeltilmesini amaçlayan hizmetlerdir. Vücuttaki kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi tıbbi rehabilitasyon kapsamında değerlendirilirken, sakatlığı ya da özrü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi, işe uyum sağlama vb. çalışmaları sosyal rehabilitasyon kapsamında yer almaktadır. Rehabilite edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine örnek olarak doğuştan edinilen tavşan dudak, dudak-damak yarıkları gibi bozuklukları gidermek için sunulan hizmetler örnek olarak verilebilir. Ayrıca kaza, travma veya malinite sonucu organ veya doku kayıplarının rehabilitasyonu için yapılan çene ve yüz protezleri bu hizmetler içinde sunulan uygulamalardır (Ekici, 2013).

Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetler

Ağız diş sağlığının geliştirilmesi hizmetleri, kişilerin ağız diş sağlığı düzeyini daha üst düzeye yükseltmek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Doğru diş fırçalama alışkanlığının kazandırılmasına yönelik eğitimler, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi gibi hizmetler bu grupta yer almaktadır (Ekici, 2013).

2.1.6. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Kamu tarafından bu hizmetler; ağız ve diş sağlığı hastaneleri (ADSH), ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), Ağız-Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri ve kısmen de aile sağlığı merkezleri gibi kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Özel sektörde hizmet sunan kuruluşlar ise özel ağız-diş sağlığı merkezleri, poliklinikler ve muayenehanelerdir (Doğan Eren ve Karakaya, 2021).

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları ile ilgili işleyiş temel olarak “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları hakkında yönetmelik ve Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” ile düzenlenmiştir (Doğan ve Erdem, 2020). Diş muayenehanesi bir diş hekimi veya uzman diş hekimi tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere açılan sağlık kuruluşudur. Çalışan olarak bir diş hekimi ile bir ağız ve diş sağlığı teknikeri (dental asistan) görev almaktadır. Ağız ve diş sağlığı teknikeri; “meslek

yüksekokullarının ağız ve diş sağlığı programından mezun; hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır halde tutulmasını sağlayan sağlık teknikeri”dir (6225 Sayılı Kanun).

Diş poliklinikleri ise en az iki dişhekimisi/uzman diş hekimi kadrosuyla açılan ve minimum iki diş ünitesi sahip olan sağlık kuruluşlarıdır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmeliğin yürürlüğe girme tarihinden önce ruhsatlandırılmış olan diş poliklinikleri B tipi, yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden sonra açılanlar ise A tipi poliklinik olarak sınıflandırılmaktadır. Ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM) de aynı yönetmeliğe göre A tipi ve B tipi olarak kategorize edilmektedir. ADSM’ler en az beş diş ünitesinin bulunduğu, minimum 5 diş hekimi/uzman dişhekimisi tarafından kurulan sağlık kuruluşlarıdır (Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik, 2015). Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında ağız ve diş sağlığı teknikerlerinin yanı sıra diş protez teknikerleri, tıbbi görüntüleme teknikerleri, hemşireler ve destek personelleri görev yapmaktadır (Atasever, 2018).

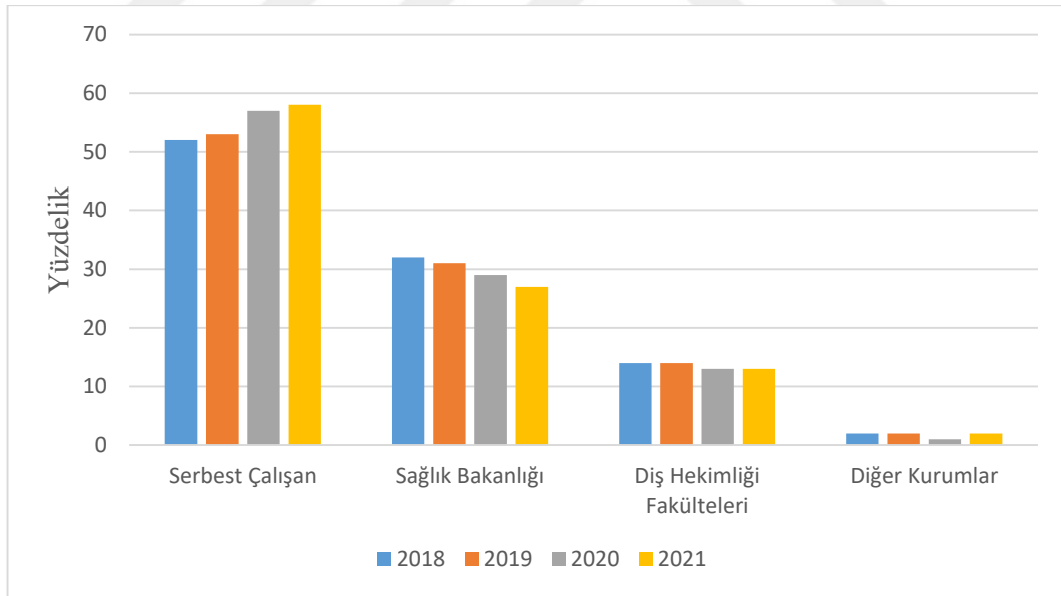
Sağlık Bakanlığı kurumlarına bağlı çalışan personelin mali haklarına bakılacak olursa genel olarak 3 farklı ödeme tipinin söz konusu olduğu görülmektedir. Bunlar; her ay ödenen maaş ve maaşın bir unsuru olan sabit ek ödemeler, performansa dayalı ek ödemeler ve nöbet ücretleridir (Atasever, 2018). Sağlık Bakanlığı’nın verileri doğrultusunda yıllara göre toplam diş hekimi sayılarının değişimi Tablo 2.1’de sunulmaktadır. 2002-2020 yılları arasındaki neredeyse 20 yıla yakın bir süreçte diş hekimi sayılarının arttığı görülmektedir. Buna göre 2019 yılında 32.925 olan diş hekimi sayısı 2020 yılında 39.438’e yükselmiştir.

Tablo 2.1. Yıllara Göre Türkiye’de Diş Hekimi Sayıları

Yıllar	Toplam Diş Hekimi Sayısı
2002	16.371
2015	24.834
2016	26.674
2017	27.889
2018	30.615
2019	32.925
2020	39.438
2021	39.851

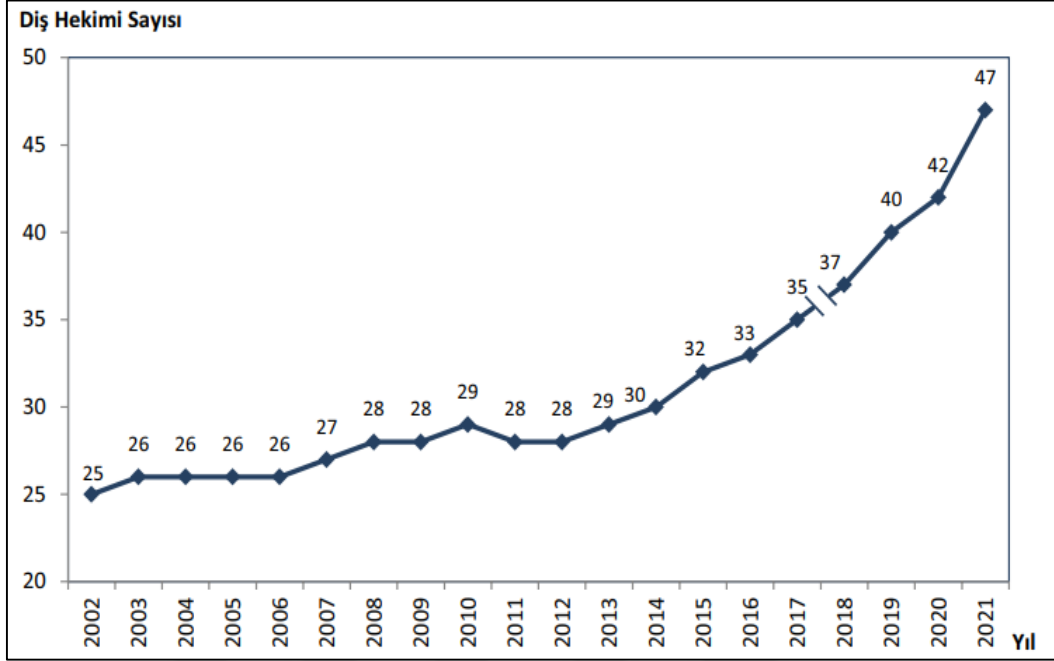
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021.

Türk Diş Hekimleri Birliği’nin verilerine göre Türkiye’deki diş hekimlerinin sektörlere göre dağılımı Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Son yıllarda diş hekimlerinin ağırlıklı olarak özel sektörde çalıştığı görülmektedir. Bu veriler özel sektörün Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda halen en önemli aktör olduğunu ortaya koymaktadır. Kamu kurumları bazında değerlendirildiğinde ağırlığın Sağlık Bakanlığı’na bağlı ADSM’ler üzerinde olduğu görülmektedir.

**Şekil 2.1. Diş Hekimlerinin sektörlere göre dağılımı**

Nüfus başına düşen diş hekimisi sayılarına bakıldığında özellikle 2012 yılından sonra belirgin bir artışın olduğu görülmektedir (Şekil 2.2). 2013 yılı itibarıyla kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde; finansman payının özel harcamaların payını geçerek hızlı gelişme gösterdiği bir dönem başlamıştır (Öztaş vd.,2016). Bunun sonucunda kamu ağız

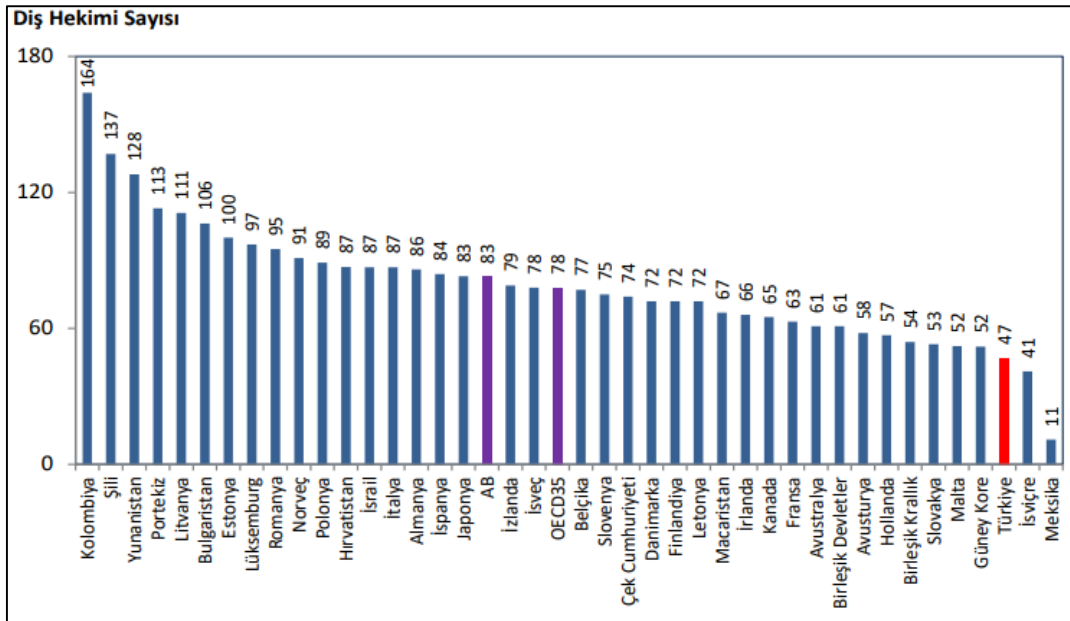
ve diş sağığı hizmetlerinde diş hekimi istihdamı artmış, buna bağılı olarak diş üniteleri sayılarında da artış gerçekleşmiştir.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021.

Şekil 2.2. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı

Türkiye’de 2002 yılında 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 25, 2007 yılı verilerine göre ise 27 iken bu sayı 2019 yılında 40’a, 2020 yılında 42’ye, 2021 yılında ise 47’ye yükselmiştir. Yine de Türkiye’de 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça geri durumdadır (Şekil 2.3).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021.

Şekil 2.3. Ülkelere göre 100.000 kişiye düşen ortalama diş hekimi sayıları

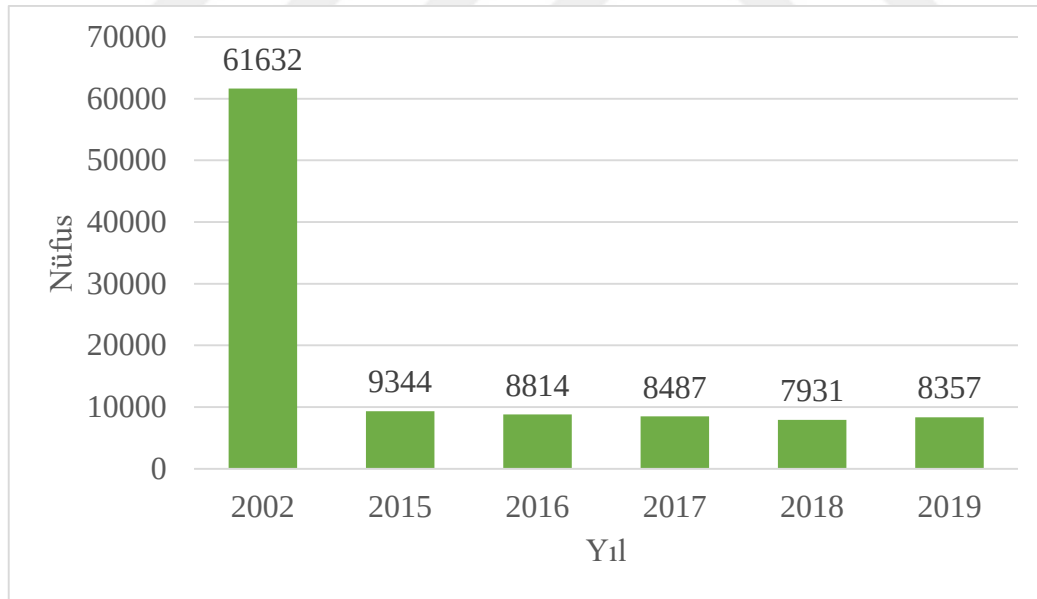
Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2016 yılında Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 2799 adet kurum ve 21230 adet diş üniti bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumların sayısının zaman içerisindeki değişimine bakıldığında 2021 yılı verilerine göre kurum sayısının 4.409’a, ünit sayısının 30.785’e yükseldiği görülmektedir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kuruluşlar ve Diş Üniti Sayıları

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	133	4485	-	-	103	1076	236	5561
Diş Hastanesi	28	2003	-	-	3	82	31	2085
Diş Eğitim Hastanesi	6	536	60	6317	-	-	66	6853
Diş Polikliniği (Hastane)	788	3043	12	91	209	503	1009	3637
Diş Polikliniği	-	-	-	-	3067	12649	3067	12649
Toplam	955	10067	72	6408	3382	14310	4409	30785

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021.

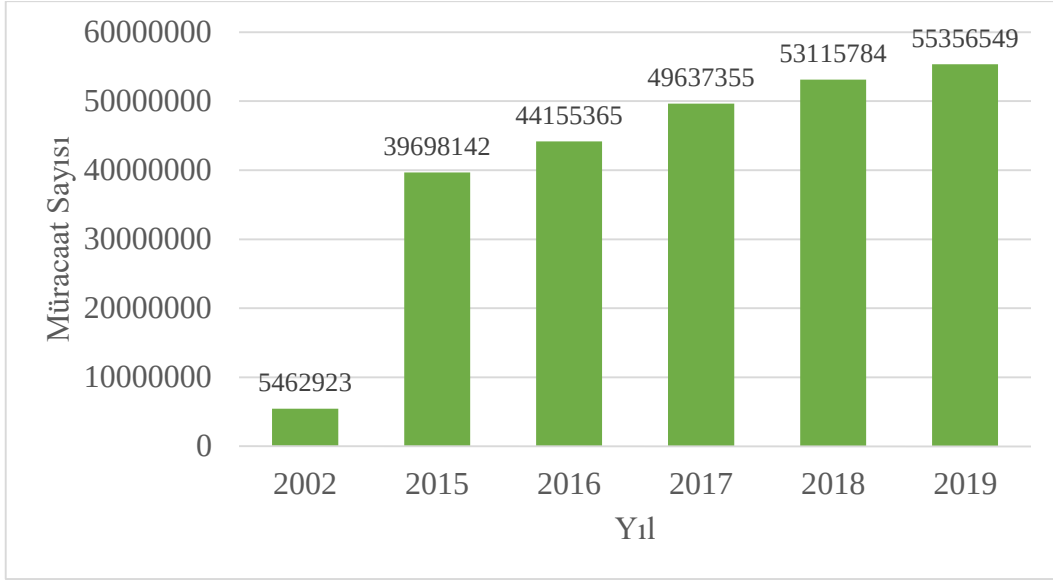
Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşların ve diş üniti sayılarının artışıyla paralel olarak diş üniti başına düşen nüfus yıllar içinde azalmıştır (Şekil 2.4).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

Şekil 2.4. Yıllara göre diş üniti başına düşen nüfus

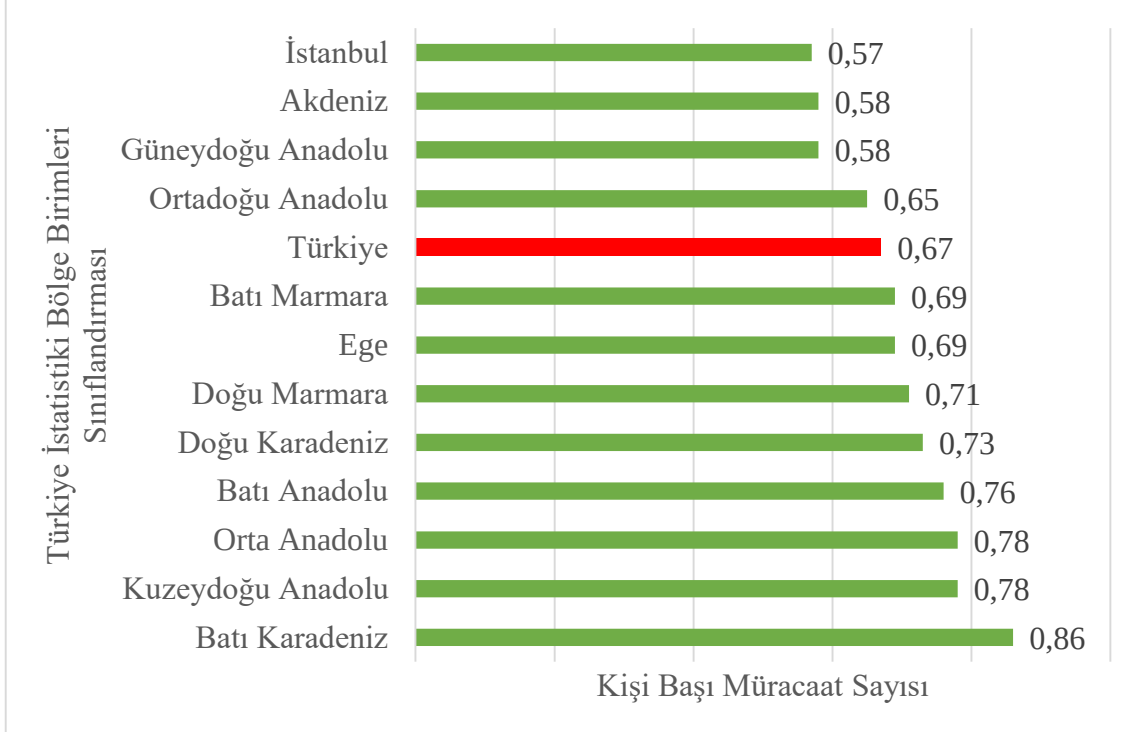
Yıllar içerisinde diş hekimine yapılan müracaat sayıları değerlendirildiğinde her yıl artış gerçekleştiği görülmektedir (Şekil 2.5).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

Şekil 2.5. Yıllara göre dış hekime yapılan müracaat sayıları

Sağlık Bakanlığı 2019 yılı verilerine göre, kişi başı dış hekime müracaat sayılarına bakıldığında ülke ortalamasının 0.67 olduğu; İstanbul'un 0.57, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinin 0.58, Ortadoğu Anadolu'nun 0.65 ile ortalamanın altında kaldığı görülmektedir (Şekil 2.6).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

Şekil 2.6. Kişi başı dış hekime müracaat sayısı

Bütün bu veriler Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkenin gerisinde kaldığını ve özel sektörün önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özel sektör tarafından sunumunda denetleyici ve düzenleyici önemli bir paydaş Diş Hekimleri Odaları’dır. Diş Hekimleri Odaları “3224 Sayılı Kanunda yazılı esaslar uyarınca dişhekimliği mesleğine mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, bu mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile kurulan tüzelkişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşları” olarak tanımlanmaktadır. Oda Yönetim, Disiplin ve Denetleme Kurullarında görev alacakların belirlendiği Oda Genel Kurulu, Odanın en yüksek karar organı olup Odaya kayıtlı diş hekimlerinden oluşmaktadır. Diş hekimleri belirli bir yıllık aidat ödemesi karşılığında üyeliklerini sürdürmektedir. Diş hekimleri odaları 37 ilde Türk Diş Hekimleri Birliği’ne bağlı olarak görev yapmaktadır (TDB, 2020).

2.2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu diş hekimliği her yaştan bireyin iyi bir ağız hijyenine sahip olmasını ve bunun sürdürülebilmesini amaçlayan bir felsefedir. Koruyucu uygulamalar günümüz modern diş hekimliğinin temelini oluşturmaktadır (Ünverdi ve Tekçiçek, 2016). Özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi ya da ağız-diş sağlığı hizmetlerine erişimin arttırılabilmesi amacıyla diş hekimi sayısının ve sağlık kuruluşu sayısının arttırılması oldukça maliyetli ve yetersiz bir yöntemdir. Bu noktada koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin etkin sunumu anahtar rol oynamaktadır. 2007 yılında Dünya Sağlık Asamblesi ağız sağlığının kronik hastalık koruma programları içerisine dahil edilmesi gerektiğini rapor etmiştir (Al-Qahtani vd., 2020).

2.2.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığında Hizmet Düzeyleri

Ağız ve diş sağlığında koruma düzeyleri; temel koruma, primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma olarak belirlenmiştir. Diş hekimliğinde temel koruma, toplumda diş ve dişeti hastalıklarının artmasına neden olan sosyal, kültürel ve ekonomik etmenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamaları kapsar. Diş çürüğü ve dişeti hastalıklarının nedenlerini ve risk faktörlerini kontrol ederek, başlangıç döneminde önlemeyi ve kontrolünü amaçlayan koruyucu yöntemler, birincil (primer) koruma olarak

adlandırılmaktadır. Primer koruma örnekleri; ağız bakım eğitimi ve motivasyonu, diyet analizi ve öğütler, ebeveynlere, gebelere ve eğitimcilerle ağız diş sağlığı eğitimi verilmesi (kitle iletişim araçları, klinikte bireysel), florlu diş macunu ile dişlerin fırçalanması, hekim tarafından periyodik flor jeli ve verniği uygulanması, hekim tarafından fissür örtücülerin uygulanması, öğretmen gözetiminde florlu gargaraların kullanımı, kreş, anaokulu ve ilköğretim okullarında koruyucu diş sağlığı hizmeti sunan servislerin kurulmasıdır. Toplumda hastalıkların önlenmesinde en etkili korunma biçimleri temel ve birincil korumadır (Çubukçu, 2003).

Patojen dönemin başlangıcında, erken tanı ve tedavi ile ikincil (sekonder) koruma uygulanmaktadır. Sekonder korumaya örnek olarak erken tanı (yılda iki kere diş hekimi kontrolü, radyolojik inceleme), uygun tedavilerin yapılması (restoratif tedaviler, detertraj ve kök yüzeyi düzleştirilmesi) verilebilir. Hastalığın kalıcı izler bıraktığı dönemde, rehabilitasyonu kapsayan üçüncül (tersiyer) koruma söz konusu olmaktadır. Tersiyer koruma hastalığın tekrarını önlemeyi amaçlamaktadır (Çubukçu, 2003).

Bir başka sınıflandırmaya göre koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmet düzeyleri birinci düzey, ikinci düzey, üçüncü düzey ve dördüncü düzey koruma şeklinde belirlenmiştir. Birinci düzey koruma, toplum ve birey temelinde oral hastalıkların başlamasını önlemeye yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Toplumu hedef alan oral hijyen eğitimleri, içme sularının florürlenmesi, okul tabanlı uygulamalar birinci düzey koruyucu hizmetlere örnek teşkil etmektedir. İkinci düzey koruma oral hastalık meydana geldikten sonra onu durdurmayı amaçlamaktadır. Üçüncü düzey korumada hastalığın ilerlemesi çeşitli tedavi yöntemleri kullanılarak engellenmeye çalışılır. Dördüncü düzey koruma belli bir oral hastalığa karşı risk grubunda olan bireylerin saptanmasını ve daha maliyetli tedavilere ihtiyaç haiz olmadan basit uygulamalarla koruma sağlamayı hedeflemektedir (Pitts, 2016).

2.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu Uygulamalar

Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları beslenme düzenlenmesi, oral hijyen eğitimi, tütün kullanımının azaltılması/önlenmesi, mekanik ve kimyasal plak kontrol yöntemleri gibi uygulamaları kapsamaktadır. Bu uygulamalar klinik içinde veya okul taramaları gibi klinik dışı olmak üzere topluma ve gruplara yönelik şekilde sunulabilmektedir (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017). Toplum bazlı uygulamaların felsefesini oluşturan toplum ağız diş sağlığı (TADS) The American Board of Dental

Public Health (Amerikan Toplum Ağız Diş Sağlığı Kurulu) tarafından “ağız ve diş hastalıklarını önleme ve kontrol etme, organize toplumsal aktiviteler aracılığı ile ağız diş sağlığını geliştirme, iyileştirme bilim ve sanatı” olarak tanımlanmıştır. Toplumsal bir yaklaşımla; ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve kontrolü, çeşitli toplumsal gruplar için farklı ağız bakım programlarının uygulanması, tüm toplumu hedef alan ağız hijyeni eğitimi, araştırmalar ve araştırma bulgularının değerlendirilmesi ile ilgilidir (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017).

Diş çürüğü ve periodontal hastalıkların primer nedeni dişler üzerinde biriken plaktır. Plak veya mikrobiyal dental plak, yapısında çok sayıda mikroorganizma türü barındıran diş üzerindeki eklentidir. Plak hastalıklarının neden olduğu hastalıklara karşı korunma stratejileri; oral patojenlerin sayısını azaltmaya, dişin yapısal olarak direncini arttırmaya, dişeti sağlığını korumaya ve tamir kapasitesini artırmaya yönelik olmalıdır (Ulusoy, 2010). Plak kontrol yöntemleri mekanik ve kimyasal olarak ikiye ayrılmaktadır. Mekanik plak kontrolü plağın uzaklaştırılması amacı ile kullanılan en yaygın yöntemleri kapsamaktadır. Bunların çoğu diş fırçalama, diş ipi kullanımı gibi bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri klinik olmayan yöntemlerdir. Kimyasal plak kontrolü ise topikal ve sistemik antimikrobiyal ajan uygulamalarını içermektedir. Bu amaçla kullanılan ajanlara örnek olarak; florür, klorheksidin, povidon iodin, kitosan, Kazein fosfopeptid-amorf kalsiyum fosfat (CPP-ACP), Kalsiyum Sodyum fosfosilikat (NovaMin) ve trikalsiyum fosfat verilebilir (Özdaş, 2014).

Florür uygulamaları

Kimyasal plak kontrolünde kullanılan ajanlar içerisinde diş hekimliği uygulamalarında günümüzde en sık flor bileşikleri, bir halk sağlığı yöntemi olarak topikal ve sistemik şekilde uygulanmaktadır (Karabekiroğlu, 2017; Horowitz, 1990; Ercan vd., 2010). Diş çürüğü hastalık yükü florun yetersiz alımı ve şekerin fazla tüketimiyle ilişkili bulunmuştur (DSÖ, 2010). Doğada florid bileşikleri şeklinde bulunan reaktif bir gaz olan flor, insan metabolizması için gerekli eser elementlerden biridir. Flor diş minesinin çürüğe karşı direncini arttırmakta, diş plağı üzerinde zararlı asit oluşumunu engelleyici etki göstermekte, patojen mikroorganizmaların gelişimini inhibe etmekte ve diş yüzeyinde remineralizasyona öncülük etmektedir (Karabekiroğlu, 2017). Flor minenin yapısındaki hidroksiapatit kristallerindeki hidroksil iyonları ile yer değiştirerek fluoroapatit kristallerinin meydana gelmesini sağlamaktadır. Böylece çözünürlüğü azalan

minenin kristal yapısı güçlenmekte ve yüzey mine tabakası asitlere karşı daha dirençli hale gelmektedir (Küçükeşmen ve Sönmez, 2008).

Sistemik flor uygulamaları içme sularının florlanması, tuza, süte flor eklenmesi, flor damlaları, tabletleri gibi yöntemleri kapsamaktadır. İçme sularına florür eklenmesi çürük profilaksisi açısından ekonomik ve etkili bir yöntemdir. Florür sistemik olarak uygulandığında, vücuda giren florürün emiliminin çoğu gastrointestinal sistemde gerçekleşmektedir. Dolaşıma katılan florür, fluoroapatit formuna dönüştürülerek kalsifiye dokularda birikmektedir. İçme sularına ilave edilecek florür miktarı; yerleşim bölgelerindeki doğal içme ve kaynak sularının flor konsantrasyonlarına, bölgede tüketilen ortalama su miktarına ve uygulanmakta olan diğer flor profilaksi yöntemlerine göre belirlenmelidir; çünkü florun fazla miktarda alımı dişlerde dental florozis adı verilen mine defektlerine yol açmaktadır. (Aydın Kılınç ve Sircan Küçüksayan, 2020). Diş çürüğüne karşı koruma sağlayan ve sistemik risk yaratmayan florür miktarı 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından 0,5-1 mg/l olarak belirlenmiştir (Küçükeşmen ve Sönmez, 2008). Pek çok ülkede diş sağlığını koruma önlemleri, içme sularının florlanması yönteminin kullanılmasıyla başlamıştır. İngiltere’de 20. yüzyılın başlarında diş çürüğü oranları içme sularındaki florür miktarı ile ilişkilendirilmiş ve su kaynaklarında florür uygulamaları programları başlatılmıştır. Diş çürüklerini önlemek için pilot çalışmaların akabinde 1964’te florürlü su takviyesi programı Birmingham’da tamamen uygulamaya koyulmuştur. Benzer şekilde Kanada’da toplumun kullandığı suyun %45’i florürlenmiştir (Birch ve Anderson, 2005).

Topikal florür uygulamaları, profesyonel ve bireysel olmak üzere iki ayrı sınıfa ayrılmaktadır. Bireysel uygulamalar kişilerin kendileri tarafından satın alınarak uygulanan florlu diş macunları, florlu gargaralar gibi florür konsantrasyonu daha düşük ürünleri içermektedir. Profesyonel uygulamalar klinikte hekim tarafından gerçekleştirilir ve kullanılan ajanlar mililitresinde 5 ile 19 mg florür içeren 5000 ve 19.000 arasında konsantrasyona sahiptirler. Bu uygulamalar flor jelleri, köpükleri, solüsyonları, flor vernikleri, iyonoferez, intraoral flor salınımı yapan cihazlar ve flor ihtiva eden restorative malzemelerin kullanımındır (Petersen ve Ogawa, 2016). Profesyonel topikal florür uygulamaları, yeni sürmüş süt ve daimi dişlerde oldukça etkili bir çürükle mücadele yöntemidir. Uygulama sıklığı bireyin çürük riskine bağlı olarak değişmekte olsa da ortalama yılda iki kezdir (Ercan vd., 2010).

Klinikte en yaygın uygulanan yöntemlerden biri florlu jel veya köpüklerin topikal olarak diş yüzeylerine tatbik edilmesidir. Bu amaçla genellikle asidüle fosfat florür (APF) ve sodyum florür (NaF) kullanılır. Bu ajanlar diş üzerine pamuk peletlerle sürülerek veya özel kaşıkları ile ağız içerisine yerleştirilerek uygulanırlar ve ortalama 4 dakika gibi bir sürede florun diş yüzeyinden emilimi gerçekleşir (Jiang vd., 2005).

Florlu vernikler 1964 yılında piyasaya sunulmuş ve dişler üzerinde daha uzun süre kalarak çürük oranında %25-%75 kadar azalmaya yol açtıkları gösterilmiştir. Diş ile florun en uzun süreli teması vernik uygulanması yöntemi ile gerçekleşmektedir. Bu ajanlar küçük fırça ve enjektörlerle diş yüzeyine uygulanmaktadırlar. Vernik uygulaması, topikal florür uygulamaları içerisinde en basit ve kolay olanıdır (Aydın Kılınç ve Sırcan Küçüksayan, 2020). Ayrıca flor jelleri ile karşılaştırıldığında florun aşırı alım riski flor verniklerinde daha azdır. Çünkü vernikler direkt olarak diş üzerine uygulanır ve ağız içerisine yayılmazlar. Dolayısıyla yutulma riski azalır. Flor jeli uygulamasını tolere edemeyen zorlu bireyler ve engelli bireylerde kullanım kolaylığı da verniklerin önemli avantajlarından. Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri açısından değerlendirildiğinde flor jellerinin klinik dışında kullanımı zordur. Flor vernikleri ise uygulama prosedürleri bakımından daha pratiktir ve klinik dışında okul tarama programları gibi saha çalışmalarında kolayca kullanılabilir (Bawden, 1998). Yapılan çalışmalarda flor verniklerin, 2 yıl düzenli uygulandıklarında çürük sıklığını %38 oranında azalttığı bildirilmektedir. Yüksek çürük risk grubundaki bireylerde yılda 4 kez, düşük çürük risk grubundaki bireylerde yılda 2 kez uygulanması tavsiye edilmektedir (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017).

Pit ve fissür örtücü uygulamaları

Diş çürüğü çoğunlukla diş yüzeyinde bulunan ve temizlenmesi en güç yerler olan pit (çukurcuk) ve fissür (yarık, oluk benzeri morfolojik yapı) bölgelerinde başlamaktadır. Bu bölgeler bakterilerin üremeleri için uygun ortamlardır. Fissür örtücüler pit ve fissürlere uygulanarak bu bölgeleri kapatan ve diş yüzeyinin temizlenmeye daha elverişli bir yer olmasını sağlayan reçine esaslı materyallerdir. İlk kez 1965 yılında uygulanmış ve sonrasında bir çürük önleme yöntemi olarak kullanılmaya devam edilmiştir. Toplum ağız ve diş sağlığı düzeyinin çok iyi olduğu ülkelerde bile 5-17 yaş grubundaki çocuk ve gençlerde görülen çürüklerin %80'inin çukurcuk ve fissürlerde olduğu rapor edilmiştir. (Naaman vd., 2017; Ulu ve Dörter, 2008).

Temel olarak üç tür materyal pit ve fissür örtücü olarak kullanılmaktadır. Bunlar cam iyonomer simanlar, rezin esaslı materyaller ve poliasit modifiye rezin materyallerdir. (Naaman vd., 2017). Resin esaslı fissür örtücü materyaller opak, şeffaf ve renkli özellikte olabilmektedir. Opak ve renkli fissür örtücü materyallerin dişe uyumu kolaylıkla kontrol edilebilir. Ayrıca ebeveynler tarafından çocuğun dişleri üzerinde kolayca fark edilebilmelerinden dolayı diş hekimleri tarafından sıkça kullanılmaktadır. Aileler fissür örtücüyü çocuklarının ağızında rahat bir şekilde görebileceğinden, fissür örtücü düştüğünde veya kırılarak diş üzerinden uzaklaştığında kontrolü kolay sağlanabilmektedir. Şeffaf türdeki fissür örtücü materyaller ise alt tabakasındaki diş yüzeyinin görünmesine imkân verdikleri için fissür örtücü altından çürük oluşumunu değerlendirmede yarar sağlamaktadırlar. Cam iyonomer fissür örtücü materyaller flor salınımı yapabilmeleri ve diş yapısına kimyasal olarak bağlanabilmeleri gibi bazı avantajlara sahiptirler. Ancak fiziksel özellikleri bakımından rezin esaslı materyallere göre zayıf oldukları için genellikle geçici amaçlı fissür örtücü olarak kullanılırlar (Ünlügenç ve Bolgöl, 2019).

Pit ve fissür örtücü uygulamaları son derece maliyet etkili uygulamalardır ve çürüğü önleyerek dişi daha invaziv ve maliyetli olan tedavilere karşı korumaktadırlar. Bu uygulamaların maliyet etkililiğini arttırmak için sadece çürük riskinin yüksek olduğu çocuklara uygulanması gerektiği birçok çalışmada vurgulanmıştır (Amerikan Pediyatrik Dişhekimliği Akademisi, 2016; Naaman vd., 2017; Quinonez vd., 2005).

Atravmatik Restoratif Tedavi (ART)

Diş çürüklerinin tedavi edilememe nedenleri incelendiğinde “uygulayıcı ve/veya uygulanan bireyin ekonomik yetersizliği, diş tedavisi personelinin ve ekipmanının yetersizliği, ağrı korkusu ve geleneksel elektrik, hava ve su sistemine bağlı sabit sistemlere veya taşınabilir ancak pahalı ekipmanlara gereksinim duyulması” gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Diş çürüğü tedavisinde alternatif bir yaklaşım olarak Atravmatik Restoratif Tedavi (ART) 1980’lerin ortalarında Tanzanya’da test edilmiş, 1990’lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün öncülüğüyle Tayland, Çin ve Afrika’da kullanılmaya başlanmıştır. ART tekniği az sayıda ekipman gerektiren, yüksek oranda ağrısız ve minimal invaziv bir çürük tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu teknikte çürük diş yapısını uzaklaştırmak için klinik kullanıma uygun döner aletler yerine

kesici el aletleri vasıtasıyla çürük diş dokusu kazınarak uzaklaştırılmaktadır. Daha sonra diş dokuları ile uyumlu bir dolgu maddesi bölgeye yerleştirilmektedir (Şener vd., 2011).

Atravmatik restoratif tedavi tekniği, yeni gelişmekte olan ülkelerde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim güçlüğü yaşayan bireyler (örneğin kırsal kesimlerde yaşayan bireyler) için umut verici bir tedavi yöntemi olmuştur. Bu teknik sayesinde hastaların tam donanımlı bir klinik ortamında tedavi edilme zorunluluğu ortadan kalkmıştır. Yöntem el ile kullanılan aletleri gerektirdiği için elektriğin olmadığı saha şartlarında bile diş tedavileri gerçekleştirilebilmektedir. ART yöntemi klinik koşullarda, diş tedavisine karşı aşırı korkusu olan çocukların, evde bakım ihtiyacı olan ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayamayan immobil hastaların ve fiziksel/ mental retardasyona sahip olup tedaviye kooperasyon gösteremeyen bireylerin diş tedavilerinde de kullanım alanına sahiptir (Kocataş Ersin vd., 2007).

Oral hijyen eğitimleri

Diş çürüklerinin etiyolojisine bakıldığında beslenme alışkanlıkları, özellikle karbonhidratların beslenmedeki ağırlığı, ara öğünlerin sıklığı, kişinin diş fırçalama, diş ipi kullanma gibi oral hijyen alışkanlıkları, annenin eğitim seviyesi gibi bazı faktörlerin önemli olduğu görülmektedir. Bireylere doğru fırçalama ve hijyen alışkanlıklarının kazandırılması diş çürükleri ve dişeti hastalıklarının primer etiyolojik ajanı olan diş plağının ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır. Diş fırçalama, çürük riskini anlamlı olarak azaltan en basit yöntemdir. Çocuklara doğru fırçalama alışkanlığının kazandırılması aile tarafından çoğunlukla sağlanamamaktadır. Bu nedenle bireylere erken yaşta verilecek doğru fırçalama eğitimleri ağız ve diş hastalıklarıyla mücadelede kilit rol oynamaktadır. Çocuklara verilen oral hijyen eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda eğitim verilen çocukların ağız hijyenlerinin belirgin derecede iyileştiği gözlemlenmiştir. (Köse vd, 2011; Subedi vd., 2021; Walker ve Kiyak, 2007).

Çocuklara yönelik oral hijyen eğitimlerinde günümüzde videolar ve mobil uygulamalar gibi daha ilgi çekici metodların kullanılması gündemde olan bir konudur. Eğitici videolar eğlenceli, kolay erişilebilir, gerektiğinde tekrar edilebilir ve maliyet etkili oldukları için sağlık eğitiminde oldukça sık tercih edilen araçlardır (Yeo vd., 2020).

Oral hijyen eğitimleri sadece çocuklar için değil sağlık personelleri özellikle hemşire ve hasta bakıcılar için de son derece önemlidir. İleri yaşta nüfusun fazla olduğu gelişmiş ülkelerde evde bakıma ihtiyacı olan pek çok geriatric hasta bulunmaktadır. Bu hastaların ağızındaki mevcut dişlerinin sağlığının korunması veya kullanmakta oldukları diş protezlerinin daha uzun ömürlü olmasına yönelik hijyen eğitimleri, yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır (Ghaffari vd., 2018). Oral hijyen eğitimleri sadece diş plağının uzaklaştırılmasını amaçlamamakta, ağız ve diş sağlığını ilgilendiren birçok durumu kapsamaktadır. Örneğin ağız kanseri hastalarına verilen oral hijyen eğitimlerinin hastalarda mucositis görülme sıklığını azalttığı çeşitli çalışmalarda rapor edilmiştir (Harris vd., 2008; Lalia ve Ashbury, 2013).

Okul tarama programları

Okul çağı çocukları “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin” sunulması gereken en önemli toplumsal gruplar arasında yer almaktadır. Okullar, birçok farklı yaş grubundan ve farklı sosyoekonomik seviyeden çocuğun bulunduğu kurumlar olmaları dolayısıyla çocuklara kolaylıkla ulaşmayı mümkün kılmaktadırlar. Özellikle sosyoekonomik nedenlerle ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim sorunu yaşayan çocukların diş hekimi ile tanışabileceği en uygun yer okullar olmaktadır (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017). Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen okul tarama programları aracılığıyla çocuklara sağlık eğitimleri verilmesi, aşılama çalışmaları ve diş sağlığını korumak için birtakım uygulamaların gerçekleştirilmesi mümkün olmaktadır. Böylelikle hem koruyucu hem de tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri okul tarama programları aracılığıyla sunulabilir (Subedi vd., 2021).

Okul tarama programlarında temel olarak; doğru diş fırçalama alışkanlığı ve beslenme alışkanlıkları kazandırılması, profesyonel olarak diş hekimi tarafından flor jeli, florlu vernik, antibakteriyel ajan uygulaması, atravmatik restoratif tedavi (ART) uygulamaları gibi işlemler gerçekleştirilmektedir. Birçok ülkede diş çürüğünden korunma yöntemi olarak öğretmen gözetiminde 6 yaş üstü çocuklarda florlu gargaraların kullanımından yararlanılmaktadır. Florlu gargaraların kullanılmasıyla uzun dönemli takip çalışmalarında okul çocuklarında çürük oluşumunda azalma, lezyonların ilerleme hızında yavaşlama, çürük biçiminde belirgin bir değişimin meydana geldiği rapor edilmiştir. Oral hijyen eğitimlerinin okullarda verilmesinin de çeşitli yararları vardır. Bunlardan biri çocukların öğretmenlerini rol model alması dolayısıyla öğretmenlerin dahil edildiği oral

hijyen eğitimlerinin yüksek oranda başarı sağlamasıdır. Bunun yanı sıra özellikle topikal florür uygulamalarının gerçekleştirilmesi, takibinin yapılması ve yüksek çürük riskine sahip olan çocukların belirlenmesi okul tarama programları sayesinde oldukça kolaylaşmaktadır (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017).

Türkiye’de 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile okul sağlığı çalışmaları başlatılmıştır. Günümüzde “Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları” programı ile okul çağı çocuklarına bazı koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Bu program Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ile Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir (Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı, 2017).

Koruyucu ortodontik yaklaşımlar

Koruyucu ortodontik yaklaşımlar koruyucu diş hekimliği açısından önemli bir konudur. Burada amaç “çene ve dişlerde büyüme ve gelişimle meydana gelen değişikliklerin izlenmesi ve zamanında yapılan koruyucu, durdurucu ve düzenleyici tedavilerin uygulanmasıyla daimî dişlerde ideal okluzyonun sağlanmasıdır”. Dişlerde sağlıklı bir kapanış ilişkisi sağlanabilmesi için çene ve dişlerde oluşabilecek gelişim problemlerinin zamanında saptanması gerekir. Süt dişlerinin tamamlanmasının ardından çocuklar kontrol muayenelerine çağırılarak durum değerlendirmesi yapılır. Bu kapsamda yer tutucu uygulamaları, mölleme ve süt dişi çekimleri yapılmaktadır. Böylece ileride oluşabilecek diş çapraşıklıklarının önüne geçilerek maliyetli ortodontik tedavi ihtiyaçlarının önlenmesi söz konusu olabilmektedir (Martı Akgün vd., 2012).

2.2.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Öncelikli Gruplar

Bu bölümde çocuklar, hamileler, geriatric hastalar, psikiyatrik hastalar ve engelli bireyler gibi öncelikli gruplar hakkında bilgi verilmiştir.

Çocuklar

Toplum ağız ve diş sağlığının hedef kitlesinin başında yer alan öncelikli gruplardan biri çocuklardır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, dünyada 1930’lu yıllardan başlayarak, öncelikli olarak 6-11 yaş grubu çocukları hedef almıştır. Dünya Sağlık Örgütü diş çürüğü dağılımının saptanmasında 5, 12 ve 15 yaş gruplarını kritik

indeks yaş grupları olarak önermiştir. Süt dişlerinin fizyolojik düşme zamanına kadar ağızda tutulmaları önemli olduğundan sağlıklı daimî dişlere sahip olunması için, öncelikle sağlıklı bir süt dişlenme dönemi geçirilmesi gerekmektedir (Pattussi vd., 2001). Birleşik Krallıkta yapılan bir çalışmaya göre toplumda görülen çürüklerin yaklaşık %80'i çocuklarda görülmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında ve etnik azınlıklarda diş çürüğünden etkilenen çocukların sayısı daha da artmaktadır (Yeo vd., 2020).

Günümüzde en önemli halk sağlığı problemlerinden biri olarak kabul edilen Erken Çocukluk Çağı Çürüğü (EÇÇ) veya diğer adıyla biberon çürüğü, biyomedikal faktörlerin (diyet, bakteri vs.) ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin neden olduğu multifaktöriyel kronik bir hastalıktır. EÇÇ; “yetmiş bir aylık ve daha küçük çocukta birden fazla kaviteli veya kavitesiz çürük lezyonu, çürüğe bağlı diş kaybı veya herhangi bir süt dişinde dolgulu diş yüzeyinin varlığı” olarak tanımlanmaktadır (Özer ve Şen Tunç, 2009). Bebeklerin uygun olmayan şekilde beslenmeleri EÇÇ gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Bebekler sık veya uzun süreli biberon kullandıklarında, özellikle gece saatlerinde ağzında uzun süre şekerli mama/süt bulunan biberonla bırakıldıklarında dişlerin çevresinde şekerli sıvı göllenerek dişlerin çürümmesine yol açar. Aşırı meyve suyu tüketimi de tıpkı diğer şekerli gıdalar gibi benzer etkiler meydana getirmektedir. İçme sularında flor seviyesinin düşük olması, uygun olmayan emme alışkanlıkları, karyojenik mikroorganizma sayısının fazla olması ve kötü ağız hijyeni EÇÇ gelişimine yol açan diğer faktörlerdir. EÇÇ görülme sıklığı toplumların bebek beslenmesi ile ilgili yerel alışkanlıklarına bağlı olarak değişebilmektedir. Ailelerin bu konuda bilgilendirilmesi, EÇÇ gelişimini engelleyecektir. EÇÇ'ne karşı korunmada özellikle annelerin tutum ve davranışları önemlidir (Mutluay ve Mutluay, 2019).

Tedavi edilmeyen EÇÇ, ağrı ve enfeksiyon sonucu konuşmada bozukluğa, öğrenme ve yeme sorunlarına sebep olmaktadır. EÇÇ'ye bağlı erken süt dişi kayıpları ise büyüme ve gelişimin olumsuz etkilenmesine, kapanış bozukluklarına, estetik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca ebeveynler açısından iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır. EÇÇ tedavisinde bazı durumlarda genel anestezi altında uygulamaların gerçekleştirilmesi gerekebilmekte, bu da tedavi maliyetlerini arttırmaktadır (Özer ve Şen Tunç, 2009). EÇÇ'nin önlenmesinde koruyucu programlar oral hijyen eğitimi, diyet önerileri, flor ve antibakteriyel ajan uygulamalarını içermektedir. Bu koruyucu

programlara annelerin de dahil edilmesi toplum ağız sağlığını belirgin ölçüde iyileştirmektedir (Mutluay ve Mutluay, 2019).

Genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilen ağız diş sağlığını iyileştirme çabalarına bebeklik döneminde başlanmalıdır. Bebeklerin dişleri ağızda sürdükten sonra fırçalanmaya başlanmalı, çocukluk çağında diş hekimi kontrolleri, florür uygulamaları, pit ve fissür örtücü uygulamaları gibi koruyucu yöntemlerin hayata geçirilmesi ile süt dişleri ve yeni sürmüş daimî dişlerin çürükten korunması, başlangıç halindeki çürüklerin de ilerlemesinin durdurulması sağlanmalıdır. Çocukluk çağında kazandırılacak doğru diş fırçalama ve ağız hijyeni alışkanlıkları sayesinde kişilerin ileriki yaşlarda ağız-diş sağlığı hastalıklarıyla karşılaşma ihtimali azalacaktır (Özer ve Şen Tunç, 2009). Ayrıca, yapılan bilimsel çalışmalarda, sadece çocukları hedef alan koruyucu diş sağlığı programlarının tek başına başarıya ulaşamadığı, annelerin de bu programlara dahil edilmesi gerektiği gösterilmiştir (Milgrom vd, 2010).

Hamileler

Gebelik sürecinde annede önemli fizyolojik, psikolojik ve metabolik değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte, plasentadan salgılanan “östrojen, progesteron ve koryonik gonadotropin” gibi bazı hormonlar endokrin, kardiyovasküler, solunum ve sindirim gibi birçok sistemle birlikte ağız boşluğunu da etkilemektedir. Gebelikte görülen immünolojik değişiklikler aynı zamanda enfeksiyon yatkınlığını da arttırmakta ve periodontal inflamasyonlara zemin hazırlamaktadır. Hormonlar özellikle dişetlerini etkilemekte, dişetlerinde hamilelik gingivitisi adı verilen duruma yol açmaktadır. Dişeti inflamasyonları hamilelerin hem genel sağlığını hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Periodontal hastalıklar gebelikte erken doğumu tetiklemekte, “düşük doğum ağırlıklı bebek, preeklampsi ve erken membran rüptürü” riskini artırmaktadır (Demirbaş vd., 2020; Hullah vd.,2008;). Hamilelik döneminde iyi bir oral hijyen sağlanması ortaya çıkabilecek dişeti problemlerinin önüne geçebilmektedir. Ancak hamilelik öncesi ağızda mevcut olan dişeti iltihapları oral hijyene de dikkat edilmediğinde daha da şiddetlenmektedir. Hamilelik tümörü adı da verilen lokalize dişeti büyümeleri görülebilmektedir (Tozar ve Erkmen Almaz, 2021).

Gebelikte görülen diğer önemli bir ağız sağlığı sorunu diş çürükleridir. Hamilelerde ağız boşluğunun asidik hale gelmesi, şekerli gıdaların tüketiminin artması

ve oral hijyenin kötü olması nedeniyle diş çürüklerine yatkınlık görülmektedir. Tekrarlayan kusmalar sonucu da çürük yapıcı patojenlerin çoğalmasına yol açan asitli ortam oluşmaktadır. Bu gibi durumlar hamilelikte dişlerin daha fazla çürümesine ve bundan kaynaklı diş kayıplarına yol açmaktadır (Demirbaş vd., 2020).

Çürük yapıcı mikroorganizmaların plasenta aracılığıyla anneden bebeğe geçtiği gösterilmiştir. Çürüğe yol açan başlıca bakteri olarak bilinen *Streptococcus mutans* (S. mutans)'ın çocuklara transferinde ana kaynağın anne olduğu ortaya koyulmuştur. Bebeklerin beslenmesi sırasında mama kaşığının annenin ağzına teması, çocuğun ağızdan öpülmesi gibi yollarla çürük yapıcı mikroorganizmaların transferi gerçekleşmektedir. Ağızda yüksek seviyelerde S. mutans bulunan annelerin çocukları, S. mutans bulaşması konusunda yüksek risk grubunda yer almaktadırlar. Ayrıca gebelikte meydana gelen dişeti hassasiyeti ve artmış bulantılar hamilelerin diş fırçalama konusunda da isteksiz olmasına yol açmaktadır ki bu da çürük riskini arttıran önemli bir faktördür (Tozar ve Erkman Almaz, 2021).

Gebelik dönemindeki bütün bu risk faktörleri ve fizyolojik değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda; hamilelerin hem gebelik sürecinde ağız bakımına dikkat etmeleri hem de doğum sonrası bebek bakımında yukarıda bahsedilen konularla ilgili bilgi sahibi olarak doğru davranış geliştirmeleri gerekmektedir. Gebelikte ağız bakımındaki en büyük engel, gebelerin ağız ve diş sağlığına yönelik yanlış tutum ve yanlış bilgilerdir. Bunun için hamilelik döneminde diş hekimi kontrolleri ve oral hijyen eğitimlerinin verilmesi hem annenin hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik politikalar planlanırken, hamilelere özel programların dahil edilmesi yararlı olacaktır (Beyar, 2003; Tozar ve Erkman Almaz, 2021).

Geriatrik hastalar

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kronik hastalığı olan bireyler, çocuklar, gençler ve hamileler için önemli olduğu kadar geriatrik hastalar açısından da önemlidir. Yaşlılarda motor fonksiyonların kaybına bağlı olarak manipülasyon yeteneği azaldığı için, plak kontrolü gençlerdeki kadar iyi yapılamamaktadır (Çelenligil,1997). Yaşlılık döneminde ağız bölgesinde meydana gelen değişiklikler sert ve yumuşak dokuları etkilemektedir. Sert dokularda diş kayıpları, diş aşınmaları, diş çürükleri, periodontal

sorunlar meydana gelmektedir. Yumuşak dokularda ise ağız mukozasında enfeksiyöz lezyonlar, tükürük bezlerinde değişiklikler, ağızda kuruluk ve yanma, sistemik hastalıklar sebebiyle kullanılan ilaçların yan etkileri, kullanılan diş protezlerine bağlı gelişen travmatik lezyonlar ve prekanseröz lezyonlar oluşmaktadır. Dişlerde ayrıca yaşlanmaya bağlı olarak renklenmeler, dişeti çekilmeleri, mine çatlakları gibi değişiklikler de görülmektedir (Özkan ve Kanlı, 2012).

Dişeti çekilmeleri neticesinde açığa çıkan kök yüzeyleri plak birikimi için uygun alanlar meydana getirmektedir. İlerleyen yaşla beraber periodontal dokuların plağa maruz kaldıkları süre artmakta, immün sistem fonksiyonları yavaşlamaktadır. Dolayısıyla plak mikroorganizmalarına karşı konakçı savunması zayıflamaktadır. Kullanılan ilaçların ve sistemik durumların etkisiyle ağız kuruluğu meydana gelmekte, tükürük akışı azalmaktadır. Bütün bu değişiklikler yaşlıların ağız ve diş hastalıklarına daha fazla maruz kalmasına yol açmaktadır (Nazlıel, 1999).

Yaşlı bireylerin bir kısmı yatağa bağımlı halde yaşamakta veya yeterince mobilite gösterememektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimleri zor hale gelmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmet programları hazırlanırken evde yaşam süren hastaların diş tedavi ihtiyaçları göz önünde bulundurularak gerektiği takdirde hastalar uygun yöntemlerle hastanelere taşınmalı ya da hastalara evlerinde mobil hizmet verebilen ekipmanlarla tedavi imkânı sağlanmalıdır (Özkan ve Kanlı, 2012).

Günümüzde tüm dişlerini veya birçoğunu koruyarak yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte geriatric hastalarda çürük önleyici yöntemlerin kullanımı da artmıştır. Dişlerini koruyamayan ve diş protezi kullanmak durumunda kalan geriatric hastalarda ise ağız sağlığı diş protezinin düzenli fırçalanarak temizlenmesi ile idame ettirilebilmektedir. Bu noktada koruyucu hizmetlerin kapsamına giren oral hijyen eğitimleri ön plana çıkmaktadır. Çeşitli çalışmalarda yaşlılara yönelik oral hijyen eğitimlerinin bireylerin bilgi seviyesinde artışa neden olduğu ortaya koyulmuştur. Bu eğitimler bireylerin mental düzeylerine göre kendilerine verilebileceği gibi bakımına yardımcı olan aile bireyi, hemşire vb. kişilere de verilebilmektedir (Erol vd., 2016).

Psikiyatrik hastalar

Psikiyatri hastaları ağız ve diş hastalıklarının olumsuz etkilerine en fazla maruz kalan özel hasta gruplarından biri olarak görülmektedir. Özellikle kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerde, kullanılan ilaçların yan etkilerinden ve hastalığın doğasından kaynaklanan ağız sağlığı sorunları mevcuttur. Bu hastaların iş ve sosyal yaşamlarında önemli derecede bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalığın kronikleşmesiyle, genel vücut bakımı ve dolayısıyla ağız hijyeni sağlamaya karşı da isteksizlik meydana gelmektedir (Gürbüz vd., 2011).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde fazla şeker kullanımına bağlı diş çürükleri, kötü oral hijyen, sigara kullanımına bağlı dişeti hastalıklarının sıklığında artış, “anoreksia ve bulimia” gibi yeme bozuklukları mevcudiyetinde diş minesini erozyonu, anksiyete ve depresyon durumunda yanan ağız sendromu, bruksizm ve buna bağlı olarak temporomandibuler eklem bozuklukları gibi sorunlar görülmektedir. Psikiyatrik hastalarda, tükürük miktarında ve ağızdaki mikrobiyal florada değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Endokrin işlev bozuklukları ve enfeksiyonlara karşı direncin azalması, periodontal hastalıkların görülme sıklığını ve şiddetinin arttırmaktadır (Hugoson vd., 2002; Winocur vd., 2007).

Psikiyatrik hastalarda yapılan çalışmalar hastanede yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalar ve şizofreni hastalarında kötü ağız hijyeni kaynaklı diş çürüklerine daha sık rastlandığını göstermektedir. Bu hastalarda kullanılan psikotropik ilaçlar tükürük bezi fonksiyonlarını azaltarak ağız kuruluşuna neden olmaktadır. Ayrıca diş hekimleri ve sağlık personelinin bu tür hastaların tedavilerine karşı isteksiz olmaları da karşılaşılan önemli problemlerden biridir. Tedavi sırasında hastalar çoğu kez uyumsuz oldukları için bu hastalarda restoratif diş tedavileri yerine diş çekimi gibi daha radikal tedaviler düşünülmektedir. Bunun sonucunda diş eksikliklerinde artış meydana gelmektedir (Velasco-Ortega, 2017).

Dünyada ve Türkiye’de psikiyatri hastanelerinin çoğunda uygun diş klinikleri bulunmamakta, diş bakım hizmetleri yeterli ölçüde sunulamamaktadır. Kronik psikiyatri hastaları için çok önemli olmasına rağmen hemşireler ve diğer psikiyatri çalışanları arasında, ağız hijyenine öncelik verilmemektedir. Psikiyatrik hastaların diş tedavilerinin

güçlüğü üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Gürbüz vd., 2011). Bütün bunlardan yola çıkarak psikiyatrik hastaların “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin” kapsamına mutlaka dahil edilmesi gerektiğini söylemek mümkündür. Bu hastalarla yaşanan iletişim ve uyum problemleri nedeniyle diş tedavilerinin planlamasında hastanın ağız sağlığını korumak ve diş problemlerinin önüne geçmek temel amaç olmalıdır. Çürük önleyici uygulamalar ve oral hijyenin iyileştirilmesine yönelik profesyonel uygulamalar ön plana çıkarılmalıdır. Ayrıca bu hastaların bakımından sorumlu hemşireler ve sağlık çalışanları da ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirilmeli, oral hijyen eğitimlerine tabi tutulmalıdırlar (Öztürk ve Ateş, 2018).

Engelli bireyler

Engellilik, uzun zamanlı mental veya fiziksel bir bozukluk ya da durumdan dolayı günlük aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanma durumudur. Bireylerdeki fizyolojik veya mental hasarın yanı sıra çevresel koşulların da bir sınırlama yani engel yaratması söz konusudur. Engelli bireyler gibi özel bakım ihtiyacı olan grupların ağız ve diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesi önem arz etmektedir. Bu bireyler ağız bakımlarını etkili şekilde sağlayabilme yetisine sahip değildirler. Buna bağlı olarak diş çürüğü ve dişeti hastalıklarının görülme sıklığı engelli bireylerde daha fazladır. Engelli bireylerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimleri de kolay olmamaktadır. Ayrıca tedaviler sırasında kooperasyon zorlukları yaşanmaktadır (Vozza, 2015).

Engelli bireylerin bakımından sorumlu olan kişilere beslenme ve oral hijyen eğitimlerinin verilmesi ve ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi seviyelerinin artırılması gerekmektedir. Ayrıca engelli bireylerin dişlerine flor uygulanması ile diş çürüğüne karşı korunma sağlanması ve daha ileri tedavilere olan ihtiyacın azaltılması mümkün olmaktadır (Ballıkaya vd., 2021).

Türkiye’de 2020 yılı verilerine göre 2.511.950 engelli kişi bulunmakta olup bunların 775.012’si ağır engelliliğe sahiptir. Engelli bireylerin herkesle aynı haklara sahip olması, bu haklarından tam ve eşit olarak yararlanması için alınması gereken tüm önlemler devletlerin insan hakları yükümlülüklerindendir. Dolayısıyla engelli bireylerin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda öncelikli gruplar arasında yer alması ve sağlık politikalarının buna uygun şekilde planlanması gerekmektedir.

2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları

Bu bölümde sağlık politikası kavramı, ağız ve diş sağlığı politikaları, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı politikaları ve dünyada koruyucu ağız ve diş sağlığı politikalarından örneklerle yer verilmiştir.

2.3.1. Sağlık Politikası Kavramı

Sağlık politikası “sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin strateji ve yaklaşımlar bütünü ve bu farklı fakat birbiriyle ilişkili disiplinlerin oluşturduğu karar ağı” olarak tanımlanmaktadır (Buse vd., 2012). Sağlık politikası sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri içermektedir. Sağlık üzerinde etki gösteren kamu kuruluşları, özel kuruluşlar ve gönüllü örgütlerin faaliyetleri de sağlık politikalarının kapsamı dahilindedir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2018). Sağlık politikası, “hükümetlerin ve toplumdaki diğer aktörlerin, toplumların sağlığını iyileştirmeye yönelik faaliyetleri” şeklinde de tanımlanabilmektedir (Niessen vd., 2000).

Sağlık politikalarının oluşturulması sürecinin ilk basamağı gündem belirlenmesidir. Bu aşamada politika yapıcılar toplumun ihtiyacı doğrultusunda öncelikli olarak ele alınacak konuları belirlerler (Buse vd., 2005). Türkiye’de sağlıkta politika gündemini belirleyen aktörler; yasama, yürütme, yargı organları, Sağlık Bakanlığı, siyasi partiler, medya, uluslararası örgütler ve sivil toplum kuruluşlarıdır. Uluslararası örgütler; örneğin Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Diş Hekimleri Birliği (FDI) çalışma amaçları doğrultusunda politika oluşturma kararları alarak politika yapıcılara önerilerde bulunur. Bu uluslararası kuruluşlar birçok alanda farkındalık oluşturarak ve sivil toplum çalışmalarına fon temin ederek politikaların daha geniş kitlelere duyurulup yaygınlaştırılmasına destek olur. Daha sonra politik aktörlerin dahil edilerek ve çeşitli karar verme stratejilerini kullanarak politika içeriğinin detayları hakkında siyasi otoritenin karar vermesi şeklinde tanımlanan politika oluşturma aşamasına geçilmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı toplumun ihtiyaçları doğrultusunda hazırladığı politika taslaklarını yasama organı olan Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunar. Üçüncü aşama politikaların uygulama aşamasıdır. Dördüncü ve son aşama ise politikaların değerlendirme aşamasıdır. Bu aşama karar vericilere bir geri bildirim sağlar (Tengilimoğlu, 2018).

Bir ülkenin sağlık politikaları o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir. Sağlık, sosyal bir hak olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde vatandaşların sağlık hakkı, Anayasanın 56. maddesi kapsamında “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” ifadesi ile koruma altına alınmıştır.

Sağlık politikaları halk sağlığı üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Halk sağlığı, “yaralanma ve hastalıkların önlenmesi veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla üretilen kamusal eylemleri” konu almaktadır. Halk sağlığının korunması bireysel çabalardan ziyade toplu eylemlerle ve hayata geçirilen politikalarla sağlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi ile ilgili önemli dört bildirgesi “Ottawa Sözleşmesi, Adelaide Tavsiyeleri, Helsinki Bildirgesi ve Belfast Deklarasyonu”dur. Halk sağlığı genellikle mikro düzeydeki kamu politikalarının konusudur ve bu bildirgelerde de altı çizildiği üzere halk sağlığını korumaya yönelik politikalar sektörler arası bir iş birliği gerektirmektedir (Tengilimoğlu, 2018). Ağız ve diş hastalıkları (özellikle diş çürüğü), görülme sıklığının fazla olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik eylemler halk sağlığı politikalarının da çalışma alanına girmektedir.

2.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Ağız ve diş hastalıkları dünya üzerinde 3.5 milyardan fazla insanı etkileyen global bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalıklar kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarla benzer risk faktörlerine sahiptir ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Glick vd., 2016).

Sağlık politikaları içerisinde ağız ve diş sağlığı konusunun yakın zamana kadar genel sağlıktan ayrı düşünülmesi sonucunda dünya genelinde hatalı planlamalar

yapılmıştır. Günümüzde sağlık politikaları üzerinde en etkili kuruluşlar olan DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), IADR (Uluslararası Dental Araştırmalar Derneği), UN (Birleşmiş Milletler), FDI (Dünya Diş Hekimleri Birliği) vb. kuruluşlar ağız ve diş hastalıklarının önemini vurgulamaktadır. Nihayet 2011 yılında Birleşmiş Milletler (UN) Genel Meclisi'nin “böbrek, göz ve ağız hastalıklarının ülke ekonomilerine büyük yükler getirmesi nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele için tahsis edilen kaynaklardan belirli bir oranda destek görmelidir” kararı ile önemli bir adım atılmıştır. Ağız ve diş sağlığı ile genel sağlığın entegrasyonu son yıllarda dikkat çeken bir konu haline gelmiştir (Balasubramanian vd., 2019 ; Özyavaş, 2018; Watt ve Sheiam, 2012).

Dünya genelinde en yaygın görülen ağız ve diş hastalıkları “diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız kanserleri, yumuşak ve sert dokuların gangrenöz nekrozuna neden olan ‘Noma’, kalıtsal anomaliler ve ağız bölgesi travmaları”dır. Ülkeler arasındaki ağız ve diş sağlığı ile ilgili eşitsizlikler bazı özel ve dezavantajlı popülasyonları etkilemektedir. Buna neden olan faktörlerden biri dünya çapında diş hekimlerinin dağılımlarındaki dengesizliktir. Diş hekimleri çoğunlukla şehir merkezlerinde istihdam edilmekte veya çalışmak için daha varlıklı bölgeleri tercih etmektedir. Dolayısıyla şehir merkezlerinde yaşayan bireyler ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kırsal kesimde yaşayanlara göre daha kolay erişebilmektedirler. (Petersen ve Kwan 2011).

Neredeyse her ülkede ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimle ilgili çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Ekonomik anlamda bakıldığında ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimde en büyük engellerden biri cepten yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler hane halkı sağlık harcamalarında kaydadeğer bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri arasında hane halklarının sağlık harcamaları içinde diş tedavi hizmetlerine ayırdığı pay %20 olarak bildirilmiştir. Estonya, Danimarka ve İspanya gibi ülkelerde bu oran %30'un üzerine çıkmaktadır (OECD, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü 2021 yılında ağız ve diş sağlığı ile ilgili önemli kararlar almıştır. 2022 yılı itibariyle küresel bir ağız sağlığı stratejisinin ve 2023 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklar ve evrensel sağlık kapsamı gündemleriyle uyumlu bir izleme çerçevesi de dahil olmak üzere eylem planının geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ağız sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerin önemine özellikle vurgu yapmıştır. Bu amaçla teletıp

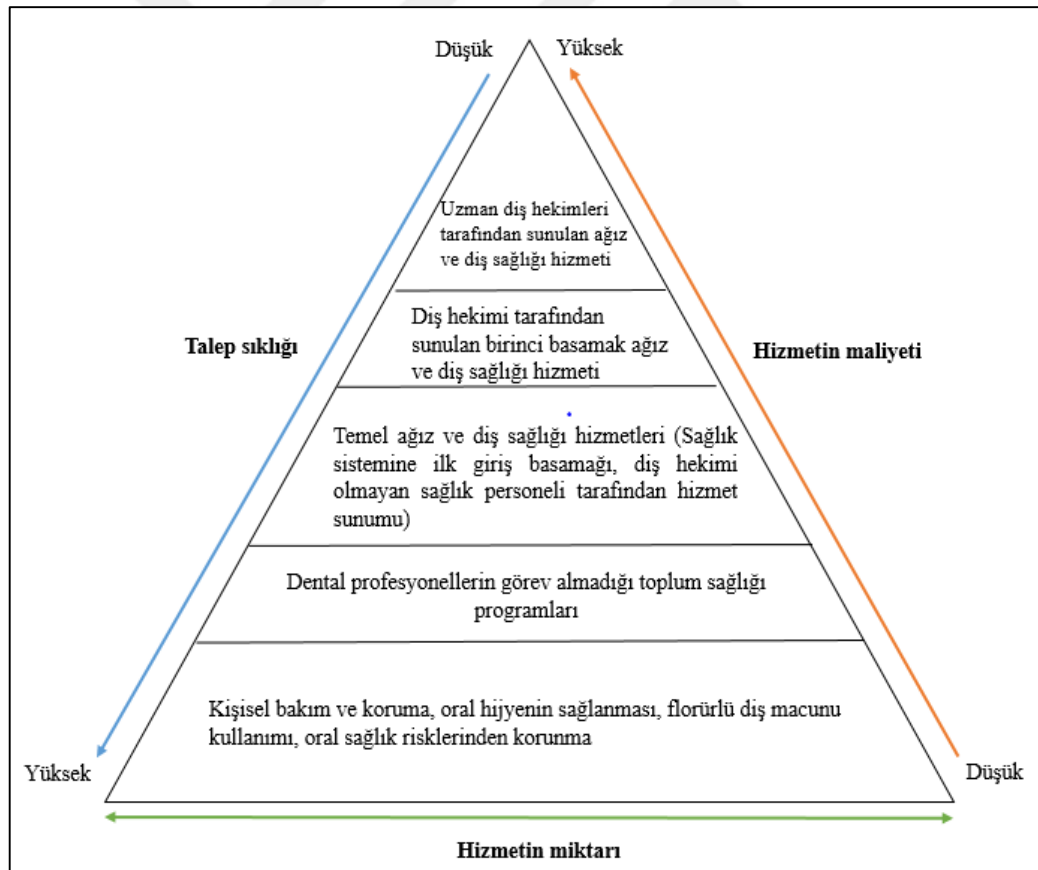
ve teledişhekimliği gibi modern dijital teknolojilerden yararlanılması gerektiğinin altını çizmiştir (DSÖ, 2021). Ağız ve diş sağlığı politikaları ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin aşağıdaki özelliklere uygun şekilde sunulmasına olanak verecek biçimde planlanmalıdır (Watt, 2019):

- Ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle genel sağlık hizmetlerinden ayrı düşünülmemelidir
- Ağız ve diş sağlığının korunup geliştirilmesine yönelik hizmetler öncelikli olmalıdır
- Tüm nüfusun ihtiyaçları izlenerek bunlara yanıt verilmelidir.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kanıta dayalı, klinik olarak etkili ve uygun maliyetli, sürdürülebilir, adil ve evrensel olmalıdır.
- Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile toplumun temel ihtiyacı olan hizmetler hasta odaklı biçimde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, tüm nüfusun kolayca erişimine imkân verecek şekilde sunulmalıdır. İkinci basamak sağlık hizmet düzeyinde ise daha maliyetli ve uzmanlaşmış hizmetler yer almalıdır.

Ağız ve diş sağlığı politikaları ekonomik açıdan ele alındığında; maliyet-etkili hizmet sunumu için çeşitli ülkelerde diş hekimi dışında dental hijyenistler ve dental asistanlar gibi diş hekimi olmayan ancak koruyucu hizmetler konusunda eğitilmiş sağlık personelinin hizmet sunumunda yer aldığı görülmektedir (Örneğin Brezilya ve Tayland'da bu tür bir hizmet modeli başarıyla kullanılmaktadır). Burada hizmeti sunmak sadece diş hekiminin değil dental asistanlar ve dental hijyenistlerin de rol aldığı bir takımın görevidir. Maliyet-etkili hizmet sunumunu teşvik eden bu ağız ve diş sağlığı politikalarının amacı sınırlı kaynakların verimli kullanılabilmesi adına koruyucu uygulamaların ilk basamağının kişilerin sağlık hizmet sunucusundan yardım almaksızın bazı uygulamaları kendilerinin gerçekleştirmesidir. Diş sağlığını korumanın en önemli unsuru ve toplum ağız ve diş sağlığının korunmasında en maliyet-etkili yöntemlerden biri olan florürlü diş macunu ile diş fırçalama ve benzeri uygulamalar bireylerin kendileri tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Bu politikalar öncelikle sağlıklı alışkanlıkların topluma kazandırılmasını hedeflemektedir. Bir sonraki adımda diş hekimlerinin görev almadığı toplumu bilgilendirme programları yer almaktadır. Daha sonraki adım bireylerin sağlık hizmetinden yararlanmaya başladığı ilk adım olup burada temel hizmetler dental hijyenist ve benzeri görevliler tarafından sunulmaktadır. Sağlık sisteminin bir üst adımında diş hekimi tarafından sunulan koruyucu ve tedavi edici birinci basamak

hizmetler yer alırken sağlık sisteminin en üst basamağında daha fazla uzmanlık ve teknoloji gerektiren tedavilerin yer aldığı görülmektedir (Watt vd., 2019).

Günümüzde gelişmiş ülkeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde proaktif bir yaklaşım içerisinde. Bu ülkelerde koruyucu hizmetlerin geliştirilmesini hedefleyen sağlık politikalarına öncelik verildiği; ağız-diş sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulduğu görülmektedir (Kavsur ve Sevimli, 2021). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu; diş ve dişeti hastalıklarının önlenmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve dolayısıyla sağlık eşitliğinin desteklenmesini sağlamaktadır. Bu amaçla makro seviyede toplumsal ağız ve diş sağlığı programları uygulanmakta, kamu ağız ve diş sağlığı sigorta planları kullanılmakta ve ulusal ağız ve diş sağlığı politikaları geliştirilmektedir (Prasad vd., 2019).



Kaynak: Watt vd., 2019.

Şekil 2.7. Maliyet-etkili ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumu modeli örneği

2.3.3. Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Politikaları

22 Kasım 1908 tarihinde Darülfünun Osmanlı Tıp Fakültesi Dişçi Mektebi’nin kurulması Türkiye’de bilimsel diş hekimliğinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Cumhuriyet döneminde sağlık alanında pek çok reform yapılmış olmasına rağmen ağız ve diş sağlığını ilgilendiren konuların sağlık hizmetleri içerisindeki yeri oldukça sınırlı kalmıştır (Baltacıoğlu ve Baltacıoğlu, 2010).

2002 yılından önce Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri cepten ödemeler karşılığında ve genel itibariyle özel sektör tarafından sunulmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı’nın diş hekimi istihdamı, fiziksel ve teknik koşulları oldukça yetersizdir (Atasever, 2018).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetle uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığının sunduğu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapasitesi ve çeşitliliği artmış, bu alanda önemli yatırımlar yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin sayısı 2002 yılında 14 iken, 2008 yılında 120’ye, 2016 yılında 128’e, 2019 yılında 131’e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan toplam kurum sayısı 2016 yılında 997’ye, 2019 yılında 983’e yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 2007 yılında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmış, 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya geçirilmiştir. Bütün vatandaşları kapsayan Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmeti sunan kuruluşların özel kuruluşlar da dahil olmak üzere Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında hizmet almaları sağlanmış, SSK ve Bağ-Kur’lular da üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilme hakkına sahip olmuşlardır. SUT ile birlikte diş tedavileri için her üç sigorta grubunun da üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinin sevkleri aracılığıyla özel sağlık kuruluşlarını kullanabilmeleri sağlanmıştır (Başol ve Işık, 2015).

Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre bazı tedaviler örneğin; “kemik içi implantlar (kalıtsal diş eksikliği, travma gibi durumlar hariç)” ödenmemektedir (Resmî Gazete

2013). 2021 yılında yayınlanan “Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”de “Ortodontik diş tedavileri ile %40 ve üzerinde engelli kişiler hariç olmak üzere kapsamdaki kişilerin özel sağlık hizmeti sunucuları ile Kurumla sözleşmesi olmayan resmi sağlık hizmeti sunucularındaki diş ünitelerinde yapılan ağız ve diş sağlığına ilişkin tedavileri”nin kurum tarafından ödenmeyeceği bildirilmiştir (Resmî Gazete, 2021).

Türkiye’de ağız diş sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve protez uygulamaları biçiminde sunulmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri maalesef bütün nüfusu kapsayacak sistematik bir şekilde sunulamamaktadır. Bu bağlamda gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa tahsis edilen pay Türkiye’de diğer ülkelere kıyasla oldukça düşük olmakla beraber, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynakların neredeyse tamamına yakını tedavi edici hizmetlere aktarılmakta ve koruyucu hizmetlerin eksikliği pek çok soruna temel teşkil etmektedir (Akar, 2014).

İstatistik veriler değerlendirildiğinde, Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017’ye göre 7.974.314 adet diş çekimi, 3.442.321 adet kanal tedavisi, 13.294.901 adet dolgu, 913.396 adet cerrahi müdahale yapılmıştır. 1.100.821 sabit protez hastası ile 377.436 hareketli protez hastası tedavi edilmiştir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında değerlendirildiğinde ise koruyucu uygulamaların azlığı dikkat çekmektedir; 597.180 hastaya fissür örtücü uygulaması, 557.346 hastaya flor uygulaması yapılmıştır (KHGM, 2017).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ekonomisine bakıldığında ağız ve diş sağlığı harcamalarında hem özel hem kamusal harcamaların mevcudiyeti görülmektedir. 2002 yılı öncesinde cepten yapılan ödemeler büyük bir paya sahiptir. Sosyal Güvenlik Kurumunun kamusal harcamaların büyük bölümünü karşılamasıyla (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007) ve sağlık bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında istihdam ve fiziksel donanımın artmasıyla birlikte 2013 yılı itibariyle ağız ve diş sağlığı harcamalarında kamunun payı özel harcamaların payını geçmiştir (Atasever ve Demiralp, 2015). 2019 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamaları 201 milyar 31 milyon TL’dir. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %78, özel sektör sağlık harcamasının ise %22’dir (TÜİK, 2020).

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegrasyonu zayıftır. Dolayısıyla, Türkiye’de koruyucu diş hekimliği hizmetlerinde devletin asli sorumluluk alanının gelişime açık olduğu görülmektedir (Hayran ve diğerleri 2004). Türkiye’de dişhekimliği fakültelerinde, tedavi ağırlıklı eğitim verilmesinden ötürü dişhekimliği hizmeti, maalesef sadece mekanik bir hizmet olarak algılanmaktadır (TDB, 2002). Sigorta sistemleri, restoratif tedavilere ödeme yaptığı için, serbest çalışan dişhekimleri de koruyucu tedavilerden kaçınmaktadır. Ülkemizde koruyucu uygulamaların sistematik bir biçimde gerçekleştirilmemesi ve restoratif işlemlerde tedavinin ömrüyle sınırlı olan tekrarlayan uygulamalar, diş tedavi maliyetlerindeki artıştan sorumlu tutulmaktadır (Yıldırım vd., 2010).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemi içerisinde konumlandırılması konusu toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde özellikle koruyucu uygulamalara vurgu yapılmakta ve tüm dünyada ülkelerin sağlık sistemlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu uygulamaları temel alarak yapılandırılması savunulmaktadır (Öztaş vd., 2016). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu amacıyla Türkiye’de 2004 yılında Aile Diş Hekimliği uygulaması gündeme gelmiş ancak uygulamaya geçirilememiştir. Aile diş hekimi; “Birinci basamak diş sağlığı hizmetlerini sunan, tanı koyucu, tedavi edici ve gerektiğinde ikinci basamak diş sağlığı hastanesine sevki gerçekleştiren diş hekimi” veya sorumlu olduğu bireylerin/ailelerin ağız diş sağlığı açısından ilk başvuru noktasını oluşturan bireysel ve toplumsal düzeyde ağız diş sağlığının korunması ve birinci basamak tedavi edici amaçlı hizmetleri süreklilik içinde sunan, izleyen ve değerlendiren diş hekimi” olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Kumru, 2020).

Aile Diş Hekimliği Sistemi toplumun en küçük sosyal birimi olan aileyi sağlık bakım hizmeti sunumu için de temel birim olarak kabul etmektedir. Bu şekilde bireylerin yaşam kalitesini psikososyal ve biyolojik düzeyde arttırmak mümkün olmaktadır (Bustos, 2017). Aile Diş Hekimliği Sistemi ile ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki hasta yoğunluğunun azaltılabileceği ve ileri düzey diş tedavilerinin gerektirdiği yüksek maliyetlerin önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin aile diş hekimliği sistemi içerisinde sunulması ile bireyler düzenli olarak

diş muayenelerini olabilecek ve gerektiğinde hem klinikte hem de evde koruyucu uygulamalardan yararlanabileceklerdir (Çam ve Kumru, 2019). Pek çok ülke ağız ve diş sağlığı hizmetlerine birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer vermek amacıyla aile diş hekimliği sisteminden yararlanmaktadır.

2.3.4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Politikalarında Ülke Örnekleri

Bu bölümde İngiltere, Almanya, İsveç, Kanada, Japonya, Brezilya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ağız ve diş sağlığına yönelik koruyucu politikalar, hizmet sunumu ve uygulama örnekleri hakkında bilgi verilmiştir.

İngiltere

İngiltere, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği ve sunulduğu, Beveridge Modeli bir sağlık sistemine sahiptir. Bununla birlikte özel sektör kuruluşları da sağlık hizmet sunumuna katılmaktadır. Dolayısıyla pek çok ülkede olduğu gibi İngiltere'de de karma bir sağlık sistemi mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na ait olan ve 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services, NHS) kapsamında sunulmaktadır (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları acil olmayan durumlarda görev alan, fiziksel ve psikolojik sağlık hizmeti sunan ilk temas noktalarıdır. Hastane binaları dışında, hizmet kullanıcılarına yakın bir bölgede bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sorunu hakkında danışmanlık sağlamakla görevli olup aynı zamanda sürekli erişime açık olarak tedavi süreçlerinde halkın ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır (Boyle, 2011). 2012 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası, özel hizmet sağlayıcılara da NHS sözleşmeleri kapsamında hizmet sunma hakkı tanımıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük kısmının özel sağlık hizmet sunucuları tarafından ve belli miktar geri ödeme karşılığında NHS kuruluşları aracılığıyla sunulduğu kompleks bir sistem söz konusudur. Aile Hekimliği benzeri bu sistemde hizmet temel olarak GDP (general dental practitioner) adı verilen diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde diş hekimleri, dental terapistler, dental hemşireler, ağız diş sağlığı teknikerleri ve dental hijyenistler görev almaktadır. Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri (CDS) çocuklar ve özel bakım ihtiyacı bulunan yetişkinler içindir. Taramalar ve ağız-diş sağlığının geliştirilmesine yönelik

uygulamaların da dahil olduğu bu hizmetler maaşlı çalışan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Gulabivala, 2018).

Ulusal Sağlık Hizmetleri Ağız ve Diş Sağlığı Topluluğu çocukların diş taramalarını ve tedavilerini gerçekleştirmektedir. Ayrıca sosyal ve ekonomik nedenlerden dolayı ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim sağlayamayan nüfusa da bu hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır (Birch ve Anderson, 2005). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu gruplar; 18 yaşının altında olan çocuklar, hamileler, emziren anneler, eğitimi devam eden 19 yaş altındaki bireylerdir. NHS'ye bağlı diş hekimleri 2006 yılından bu yana hizmet başına ödeme almaktadırlar. Gerçekleştirilen diş tedavilerinin %15'inin sadece NHS, %15'inin sadece özel, %70'inin NHS ile sözleşmeli özel kuruluşlardan sağlandığı rapor edilmektedir (Gulabivala, 2018).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde içme sularının florlanması yöntemi İngiltere'de 1960'lı yıllardan itibaren toplum ağız ve diş sağlığını koruma amacıyla uygulanmaktadır (Kavsur ve Sevimli, 2021). İçme sularının florlanması programı ilk olarak Birmingham'da uygulanmaya başlanmış, sonrasında Worcestershire, Cumbria ve Northumberland bölgelerinde yaygınlaşmıştır. Ocak 2016 itibarıyla, İngiltere'deki 28 resmi yerel bölge; özellikle Kuzey Doğu, Batı ve Doğu Midlands'da; yaklaşık altı milyon kişiye kısmen veya tamamen florür sağlayan içme sularını florlama programlarına sahip olmuştur (Henein ve Landes, 2022).

2013 yılında gerçekleştirilen Çocuk Diş Sağlığı Araştırmasına göre Birleşik Krallık'ta 12 yaşındaki çocukların üçte birinde, 15 yaş gurubundaki çocukların neredeyse yarısının daimî dişlerinde çürük tespit edilmiştir. 5 yaş grubu çocukların %31'inin ve 8 yaş grubu çocukların %46'sının süt dişlerinde çürük olduğu görülmüştür. Diş hastalıklarının tedavileri NHS'ye yıllık 3.4 milyar sterline, çocukların diş çürüğü sebebiyle genel anestezi altında yapılan diş çekimlerinin yıllık yaklaşık 36 milyon sterline mal olduğu bildirilmiştir (Marshman vd., 2019). Ağız ve diş sağlığı düzeyindeki bu istenmeyen sonuçlar bazı dezavantajlı ailelerde çocukların ağız diş sağlığı hizmetlerine erişimlerinin istenen düzeyde olmadığını göstermiştir. Bu amaçla Çocuk Ağız Sağlığı Geliştirme Programı Aksiyon Planı 2016-2020 kapsamında pek çok koruyucu uygulama hayata geçirilmiştir (Sofi-Mohmudi vd, 2020). NHS İngiltere, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiştir. Ağız ve diş sağlığı

hastalıklarının önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için yaşam boyu, kanıta dayalı koruyucu hizmetlerin sunumuna yönelik bir felsefe benimsenmiştir (Gulabivala, 2018).

Brezilya

Brezilya 8.514.877 km² yüzölçümü ile dünyanın beşinci ve Güney Amerika'nın ise en büyük ülkesidir. Aynı zamanda dünyanın en kalabalık beşinci ülkesidir. Brezilya sağlık sisteminde 1980'li yıllarda Merkezi Olmayan Birleşik Sağlık Sistemi (SUDS)'nin faaliyete başlamasıyla önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu sistem daha sonra günümüzdeki şeklini almıştır. Bugünkü Brezilya sağlık sistemi Birleşik Sağlık Sistemi (SUS) olarak isimlendirilmekte olup federal bir yapıya sahiptir. Brezilya'da sağlık anayasal bir hak olup sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel hem de kamu kuruluşları görev almaktadır (Pucca Junior vd., 2009).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri birleşik sağlık sistemi kapsamında birinci basamak kuruluşlar ve dental uzmanlık merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır (Pucca Junior ve De Lucena 2010). Özellikle okul çocuklarını hedef alan ağız ve diş sağlığı programları 1952 yılından beri yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu amacıyla 1994 yılında Aile Sağlığı Programı (FHP) faaliyete geçirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu belediyelerin sorumluluğundadır. 2000 yılında Aile Sağlığı Programı bünyesine ağız sağlığı ekipleri (oral health teams, OHT) dahil edilerek aile diş hekimliği modeli ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kullanılmaya başlanmıştır. 1986, 1996 ve 2003 yıllarında yapılan toplum ağız ve diş sağlığı araştırmalarının sonuçlarından yola çıkılarak bütün Brezilya vatandaşlarına diş bakım hizmetlerinden faydalanma hakkı sağlayan, "Smiling Brazil" adı verilen ağız ve diş sağlığı programı 2004 yılında sağlık bakanlığı tarafından yürürlüğe konulmuştur (Dos Reis vd., 2015; Goes vd., 2012).

"Smiling Brazil" Programı; çocuklar, adölesanlar, yetişkinler ve yaşlıların ağız ve diş sağlığı için özel bakım programlarının organize edilmesini de beraberinde getirmiştir. Bu yeni organizasyon, toplumsal ve bireysel düzeyde ağız-diş sağlığının iyileştirilmesi, ağız ve diş hastalıklarından korunma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmak üzere tasarlanmıştır. Bu sistemde 2 tür ağız sağlığı ekibi bulunmaktadır. OHT 1, bir diş hekimi ve bir ağız ve diş sağlığı teknikerinden oluşan ekiptir. Kurulması yaklaşık 2.200 ABD Dolarına mal olmuştur ve maliyeti yılda yaklaşık 5.600 ABD Dolarıdır. OHT'2 de bir diş

hekimi, bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ve bir dental hijyenist yer almaktadır. Bu ekibin kurulum maliyeti OHT 1 ile aynı olup yıllık maliyeti yaklaşık 7000 ABD Doları olmuştur. İlk hayata geçirildiğinde her bir OHT kapsamında ortalama 3450 kişi yer almıştır. Artan taleple birlikte 2002-2008 yılları arasında 13.454 tane yeni OHT kurulmuştur (Pucca Junior vd., 2009). 2019 yılında OHT sayısı 26.000'e ulaşmıştır (Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2019).

Toplum ağız ve diş sağlığının korunması amacıyla içme sularının florlanması Brezilya'da da 1950'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. 1980'li yıllarda içme sularının florlanması yöntemi pek çok belediye tarafından kullanılarak tüm ülkede yaygınlaşmaya başlamıştır. "Smiling Brazil" ağız ve diş sağlığı programı ile birlikte 2003 yılı itibarıyla 711 adet yeni florlama sistemi 11 eyalette 7.6 milyon insana ulaşmıştır (Pucca Junior vd., 2009). Florürlü ağız gargaraları kullanımı ve topikal florür uygulamaları da koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri içerisinde yararlanılan yöntemlerdir. Ayrıca OHT'ler koruyucu hizmetler kapsamında, oral kanserlerin erken teşhisine yönelik uygulamalar gerçekleştirmektedirler. Ailelere ve hamilelere verilen oral hijyen eğitimleri ile bebeklerin 0-4 yaş arası takibini içeren çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığını koruma programları belediyeler bünyesinde farklı eyaletlerde sunulmaktadır (Goes vd., 2012; Lemos vd., 2014).

Almanya

Almanya 16 eyaletten oluşan bir federal parlamenter cumhuriyet olup dünyanın en kalabalık ülkelerinden biridir. Bismarck modeli olarak bilinen, alman ekolü bir sigorta sistemine sahiptir. Sigorta sistemi 2009 yılından itibaren bütün ülke vatandaşları için zorunlu hale getirilmiştir. Sigortalıların yaklaşık %85'i zorunlu sağlık sigortasına, %11'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Geriye kalan %4'lük nüfus özel meslek sigortalarına tabidir. Almanya, 2012 yılında 69.236, 2019 yılında 71.040 çalışan diş hekimi sayısı ile Avrupa'nın en fazla diş hekimine sahip ülkesidir (Ziller vd., 2015; Michas, 2021). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel hizmet sunucularından sağlanmakta ve ulusal sosyal sağlık sistemi bünyesinde yer almaktadır. Kamunun sunduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri muayene, tanı ve koruyucu uygulamalar ile sınırlandırılmıştır. Almanya'da 1988 yılında ağız ve diş sağlığına yönelik grup ve bireysel koruma yöntemleri sosyal güvence kapsamına dahil edilmiştir (Patel, 2012). 1989 yılında Sosyal Güvenlik Yasası ile çocuklar için grup bazlı koruyucu diş sağlığı programları uygulamaya geçirilmiştir (Ziller

vd., 2015). 2000 yılında yürürlüğe koyulan Almanya Devlet Sağlık Sigortası (GKV) sağlık hizmetlerinde reform kanunu ile koruyucu ağız ve diş sağlığı programları geliştirilmiştir (Kavsur ve Sevimli, 2021). 12 yaşın altındaki çocuklara yılda bir kez diş muayenesi, topikal flor uygulaması ve fissür örtücü uygulamasını içeren koruyucu hizmetler sigorta kapsamında katkı payı olmaksızın sunulmaktadır (Nomura, 2008).

Almanya, ADVOCATE (Added Value for Oral Care) projesinin uygulandığı ülkelerden biridir. Bu proje, kapsamındaki 6 Avrupa Birliği Ülkesi'nde (Almanya, Danimarka, Macaristan, İrlanda, Hollanda ve Birleşik Krallık) uygulanmakta olup aşağıdaki amaçlara ulaşılmayı hedeflemektedir (Legget vd., 2017):

1. Avrupa Birliği Ülkeleri'nde ağız ve diş sağlığı sistemlerinin değerlendirilerek ağız ve diş hastalıklarından korunmak için en uygun sistemin tasarlanması
2. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ağız sağlığına dair çıktılar hakkında bilgi toplayabilmek için ölçüm yöntemleri geliştirilmesi
3. Dental uygulamaların koruyucu hizmetler odağında şekillendirilmesine yönelik geribildirimlerin değerlendirilmesi
4. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin ekonomik değerlendirmelerinin yapılması ve ağız ve diş sağlığı sistemlerine politika önerilerinde bulunulması

Koruyucu ağız ve diş sağlığı programları grup bazlı geliştirilmiş olup eyaletlerde büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Grup bazlı programlar oral hijyen eğitimleri, ağız sağlığı taramaları ve florlama uygulamaları yer almaktadır (Ziller vd., 2015). Özel muayenehanelerinde görev yapan diş hekimleri yerel okullar için koruyucu programlar uygulamaktadır. Bölgesel diş hekimleri odaları tarafından çocuk ve gençlerin ağız sağlığını korumak amacıyla bölgesel ve ulusal konseyler kurulmuştur. Federal düzeyde, Çocuk Diş Hekimliği ve Diş Hijyenistleri Bölgesel Çalışma Grupları grup koruma faaliyetlerini uygulamakta olup "Almanya Ağız Sağlığını Geliştirme Akademisi" bütün bu koruyucu programlardan sorumludur (Petersen ve Kwan, 2004; Ziller vd., 2015). Bu koruma programları dahilinde oral hijyen eğitimi, anaokullarında florürlü diş macunu ile fırçalama alışkanlığının kazandırılması, aileler ile öğretmenlere beslenme tavsiyelerini de içeren eğitimler verilmesi ve yılda iki kez flor verniği uygulaması yapılmaktadır (Petersen ve Kwan, 2004).

2010 yılında Alman Diş Hekimleri Birliği ve diğer dental organizasyonların iş birliğinde evde bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve engelli bireylerin ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik oluşturulan tasarı, 2012 yılında çıkarılan bir yasa (Versorgungsstrukturgesetz) ile kısmen uygulamaya geçirilmiştir (Ziller vd., 2015).

İsveç

İsveç, Kuzey Avrupa'daki İskandinavya yarımadasında yer alan bir ülkedir. Yüzölçümü 450.295 km² olup, İskandinavya'nın en büyük ülkesidir (Tontuş, 2015). İsveç sağlık politikası, sosyal sınıf veya etnik kökene bakılmaksızın tüm İsveç vatandaşları için tıbbi hizmetler ve ağız-diş sağlığı hizmetlerine eşit erişim sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir. 1982 tarihli Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ile vatandaşların sağlık hizmetlerine erişim sorumluluğu eyalet meclisleri ve belediyelere verilmiştir. Bölgesel anlamda eyalet meclisleri ve yerel düzeyde belediyeler sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumundan sorumludur. Ülkede 21 adet eyalet meclisi mevcuttur. Genel sağlık politikalarının ülke çapında sorumlusu ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'dır (Anell vd., 2012). 2019 yılı verilerine göre İsveç sağlık harcamalarının %85'i kamusal harcamalardır. Cepten harcamalar toplam sağlık harcamalarının %14'ünü oluşturmaktadır (OECD, 2021).

İsveç ağız ve diş sağlığı politikaları koruyucu hizmetler odağında şekillenmiştir. 1974 yılında Ulusal Diş Sağlık Sigortası kurulmuştur ve diş tedavileri ağırlıklı olarak bu sigorta fonundan karşılanmaktadır. Kuruluşun temel amacı, toplumu çok yüksek maliyetli diş tedavilerine karşı korumaktır (Holm-Pederson vd., 2005). Bu sistemin kuruluşundan sonra protez kullanan birey sayısı azalmış, diş hekimine giden yetişkinlerin sayısı artmıştır (Hjern vd., 2001).

İsveç'te ağız ve diş sağlığı bakım hizmetleri kamu tarafından, özel sağlık sigorta programları tarafından veya cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Ljung vd., 2019). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri 20 yaşına kadar olan bireyler için ücretsizdir. Bu yaş grubu vatandaşlar için hizmet başı ödeme yapılmaktadır ve bu hizmetlerin fonlanması vergilere dayanmaktadır. Kamu sigortası programında, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna yapılan finansal desteğin boyutları sigortalıların yaşına göre değişmektedir. 20 yaşının üzerindeki bireylerin koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinden yararlanması için yaşa

göre yıllık sabit bir sübvansiyon verilmektedir. Çocuklar ve gençler için diş çürüğüne karşı koruyucu programlar 1990'lı yıllardan itibaren hayata geçirilmeye başlanmıştır (Hjern, 2001; Ljung vd., 2019).

Son 50 yıldır diş çürüğü ve dişeti hastalıklarından korunmaya yönelik toplumsal bazda uygulanan koruyucu yöntemler toplum ağız ve diş sağlığı düzeyini belirgin şekilde arttırmıştır. Çocuklar için okul sağlığı programları, yaşlı bireyler için de ev ziyaretleri ile koruyucu uygulamalar gerçekleştirilmektedir (Birkhed, 2017). Çocuklar için koruyucu hizmetler risk değerlendirilmesine göre planlanmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda diş hekimleri, dental hijyenistler ve özel eğitilmiş dental hemşireler görev almaktadır (Hjern vd., 2001).

Kanada

Kanada 38.25 milyon nüfusa sahip, Kuzey Amerika'da bulunan bir ülkedir. Kanada sağlık sistemi, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmektedir ve yönetim, organizasyon ve hizmet sunumu açısından desantralize bir yapı göstermektedir. Eyaletler, kendi vergi fonlu ve evrensel Medicare planlarını yönetmekten sorumludur. Tıbben gerekli hastane, teşhis ve tedavi hizmetleri tüm il sakinleri için hizmet noktasında ücretsizdir. Federal hükümet finansmandan, araştırma ve veri toplama işlemlerinin yürütülmesinden, bazı dezavantajlı gruplar için kamu sağlık sigortası temin edilmesinden sorumludur (Grignon vd., 2010; Marchildon, 2013).

Medicare kapsamında olmayan sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel olarak finanse edilmektedir. Reçeteli ilaçlar, ambulans hizmetleri, göz ve ağız-diş sağlığı hizmetleri kapsamamaktadır. Gaziler, mülteciler ve engelliler gibi bazı özel toplumsal grupların ağız ve diş sağlığı masraflarının bir kısmı veya tamamı devlet tarafından karşılanmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmak amacıyla özel sigorta planları da mevcuttur. Koruyucu hizmetler bu sigorta planlarının da kapsamında bulunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük bir bölümü kendi özel kliniklerinde çalışan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır ve geri ödeme cepten ödemeler ve özel sigortalar yoluyla gerçekleşmektedir (Neumann ve Quiñonez, 2014).

Toplum tabanlı koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarında, tüm bireylerin erişiminin en kolay olması ve en maliyet etkili yöntem olarak kabul edilmesi bakımından

içme sularının florlanması yöntemi kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra çocukların, erişkinlerin ve yaşlıların diş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik koruyucu programlar pek çok eyalette uygulanmaktadır. Koruyucu ve ağız-diş sağlığının geliştirilmesine yönelik uygulanan programlara örnek olarak The Children In Need Of Treatment (CINOT), Healthy Smiles Ontario (HSO) Program ve The Halton Oral Health Outreach (HOHO) Program verilebilir (Kanada Sağlık Bakanlığı, 2012). Ayrıca eyaletlerin farklı bölgelerinde yaşayan diş tedavilerini karşılamayan ve bir sigorta planına da dahil olmayan çocuk ve gençlerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim sağlaması amacıyla mobil diş klinikleri kullanılmaktadır. Bu mobil araçlar içerisinde topikal flor uygulamaları, fissür örtücü uygulamaları, diş taşı temizliği gibi koruyucu uygulamalar ücretsiz olarak sunulmaktadır (Main vd., 2016).

2004 yılında başlatılan Children Oral Health Initiative (COHI), kırsal kesimde yaşayan yerliler ve eskimo toplulukları için planlanmış çocukların diş çürüklerini önlemeye yönelik ulusal bir programdır. 5-7 yaş grubu çocukları, hamileleri ve aileleri hedef almaktadır. Çocuklara topikal flor ve fissür örtücü uygulamaları yapılmakta, ailelere oral hijyen eğitimleri verilmektedir (Leck ve Randall, 2017; Mathu Muju vd., 2016).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD sağlık sistemi kamunun payının çok az olduğu ve genel sağlık hizmetleri ile ağız-diş sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak piyasa ekonomisi dahilinde özel sektör tarafından sunulduğu bir sistemdir (Kavşur ve Sevimli, 2021). Amerika’da diş hekimleri özel kliniklerinde, silahlı kuvvetler ve devlet kurumlarına ait sağlık kuruluşlarında, üniversite hastaneleri ve diğer diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşlarda görev yapmaktadır. Hizmet sunumu ağırlıklı olarak özel sektörde gerçekleşmektedir (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

Ağız ve diş sağlığı harcamaları 2017 yılında toplam sağlık harcamalarının %3.7’sini oluşturmaktadır. 2018 yılında ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan ödemelerin %10’u Medicare ve Medicaid kapsamında, %40’ı cepten ödemelerle, %46’sı özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmıştır (Amerika Diş Hekimleri Birliği, 2017).

Çocukların diş tedavi hizmetleri Medicaid kapsamında yer almaktadır. Buna bağlı olarak CHIP (Children's Health Insurance Program-Çocukluk Sağlık Sigortası Programı) çocukların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmasının önündeki mali engelleri ortadan kaldırmaya yönelik bir kamu sigortası programıdır. Medicaid programları birinci basamakta anlaşmalı oldukları diş hekimlerinin sunduğu koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini karşılamaktadır (Edelstein, 2010). 2019 yılında diş hekimlerinin %43'ü Medicaid veya CHIP kapsamında hizmet sunmaktadır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi (HRSA) sigortası olmayan ve dezavantajlı toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini hedefleyen bir kurumdur ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına liderlik ve finansal destek sağlamaktadır. Eyalet Sağlık Merkezleri, HRSA tarafından yönetilmektedir. Bu merkezler ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. 2017 yılında düşük gelir seviyesindeki nüfusun %25'inin ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçları bu merkezler tarafından karşılanmıştır. Eyalet Sağlık Merkezlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de sunulmaktadır (Fellows, 2022).

Çocuklar için birinci basamak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna ilişkin politikaların belirlenmesinde HRSA ve Medicare Medicaid Hizmetleri Merkezi'nin yanı sıra, Amerikan Diş Hekimleri Birliği, Amerikan Periodontoloji Akademisi ve Amerikan Çocuk Diş Hekimleri Akademisi gibi kuruluşlar da rol almaktadır. Okul tabanlı sağlık merkezleri (SBHC), çocukların ağız ve diş sağlığı da dahil olmak üzere bağışıklama, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini birinci basamak seviyede sunan interdisipliner sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar okulların bünyesinde veya okul dışında, genellikle düşük gelir seviyesindeki halkın ikamet ettiği bölgelerde kurulmuşlardır. Okul tabanlı ağız ve diş sağlığı programları koruyucu uygulamalar bağlamında, diş sağlığı taramaları, oral hijyen eğitimi, florlu ağız gargaralarının kullanılması, fissür örtücü uygulamaları ve flor vernik uygulamalarını içermektedir. Bu programlar dental kuruluşlar ve eyalet ağız sağlığı programları kontrolünde organize edilmekte olup, eyalet ve yerel yönetimler, vakıflar, özel sağlık sigortaları, CHIP ve Medicaid tarafından finanse edilmektedir (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

2000 yılı sonrasında toplum tabanlı sağlık programları içerisinde ağız ve diş sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik uygulamalar da yer almaya başlamıştır. Bu programlar özellikle erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesini hedeflemektedir. Programların çoğu halk sağlığı, sosyal hizmetler veya beslenme programları dahilinde sunulmakta ve oral hijyen eğitimleri ile koruyucu hizmetleri içermektedir. Örneğin Head Start Programları ebeveynler ve çocuklara oral hijyen eğitimleri verilmesi ve diş sağlığının korunması konusunda bilinç oluşturulmasını hedeflemekte, çocukların ağız sağlığı taramaları ile sağlık düzeylerinin takibinin yapılmasını sağlamaktadır (Fida, 2016). Diğer bir örnek 2009 yılında kurulan, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan Future Smiles'in diş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik programlarıdır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

Kolombiya Üniversitesinin öncülüğünde yürütülen MySmileBuddy Programı da teletıp uygulamaları ile desteklenmiş bir programdır. Bu program kapsamında elektronik tabletler vasıtasıyla kırsal kesimlerde yaşayan halkın ağız diş sağlığı konusunda bilgilendirilmesi ve çocukların çürük risk değerlendirmesi hizmetleri sunulmaktadır (Lumsden et al. 2019).

Japonya

Doğu Asya'da yaklaşık 3000 adadan meydana gelen bir “ada ülkesi” olan Japonya, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği kriterler bakımından sağlık hizmeti sunumunda dünyanın en başarılı ülkeleri arasında başı çekmektedir (Tontuş, 2015). Tüm vatandaşların sağlık güvencesi altına alındığı yasa 1961 yılında çıkarılmıştır. Bu yasa ile oluşturulan genel sağlık sigortası sistemi birçok restoratif tedaviyi, protetik tedaviyi ve oral cerrahileri kapsamaktadır (Zaitsu vd., 2018).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda diş hekimleri, dental hijyenistler ve diş protez teknikerleri görev almaktadır. Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri, nüfuslarının yaşam evrelerine göre yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetler esas olarak yerel yönetimlerle yapılan sözleşmeler kapsamında özel dişhekimleri tarafından yürütülmektedir (Tsuneishi vd., 2013). Hemen hemen tüm doktor ve diş hekimleri, kamu ulusal sağlık sigortası planına sigortalı hekim olarak kayıtlıdır ve hizmet başına ücret almaktadır. Genelde sigortalı bir doktor veya diş hekimi tarafından tedavi gören hastalar toplam maliyetin %30'unu kliniğe veya hastaneye ödemekte,

maliyetin kalan %70'i sigorta acentesi tarafından klinik kuruluşlara ödenmektedir (İkegami vd., 2011).

Mevcut sağlık sigortası sistemi sadece hastalıkların tedavilerini kapsadığından koruyucu hizmetler de kapsam dışıdır. Yatağa bağımlı kişilere evde veya yaşlı bakım merkezlerinde diş hekimleri tarafından verilen diş tedavisi hizmetleri de bu genel sağlık sigortası kapsamındadır. Bölgesel sağlık hizmetlerinin farklı yaş gruplarına göre sunumunun çerçevesi pek çok yasal düzenleme ile belirlenmiştir. Örneğin Toplum Sağlığı Yasası (1947), Sağlığın Geliştirilmesi Yasası (2003), Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) tüm yaş gruplarındaki popülasyonu hedef almaktadır. Bunun yanı sıra Okul Sağlığı ve Güvenliği Yasası (1958) okul çağı çocuklarını, Anne ve Çocuk Sağlığı Yasası (1965) okul çağı çocuklarını, bebekleri ve hamileleri konu almaktadır (Zaitsu vd., 2018).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda özel sektörün desteği mevcuttur. Bu hizmetler özel sektörde çalışan ve toplum sağlığı merkezlerinde yarı zamanlı görev yapan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Oral hijyen eğitimlerinde ise dental hijyenistler görev almaktadır. Oral hijyen eğitimleri diyet düzenlenmesi, ağız sağlığını etkileyen alışkanlıkların düzenlenmesi ve diş fırçalama eğitimlerini içermektedir. Topikal flor uygulamaları çürükten korunma tedbiri olarak uygulanmaktadır. Sistemik flor uygulama yöntemi olan içme sularının florlanması yöntemi kullanılmamaktadır. İlkokul ve liselerde okul dişhekimleri mevcuttur. Bu diş hekimlerinin yetki ve sorumlulukları Okul Sağlığı ve Güvenliği Yasası'nda belirtilmiştir. Okullarda görevli diş hekimleri oral hijyen eğitimleri vermekte, çocukların rutin diş kontrollerini yapmakta ve koruyucu uygulamalar için yönlendirmektedir (Zaitsu vd., 2018).

Japonya'da yetişkin nüfusa yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı bireylerin kendi inisiyatifine bırakılmıştır. Yetişkin bireylerin koruyucu uygulamalardan yararlanmasının önündeki engel, genel sağlık sigortasının kapsamına girmemesi olarak görülmektedir (Murakami vd., 2014). Yaşlılar için ise 1989 yılından itibaren 80-20 kampanyası adında ulusal bir kampanya başlatılmış ve uygulanmıştır. Burada “80” toplumun ortalama beklenen yaşam süresini, “20” ise çiğneme fonksiyonunu sağlamada etkili kritik diş sayısını temsil etmektedir. Bu proje yaşlı nüfusun ağız sağlığını korumayı ve geliştirmeyi

hedeflemiş; zaman içinde toplumun ağız-diş sağlığı düzeyinin iyileştiği gözlenmiştir. Bunu izleyen Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) ile birlikte koruyucu ağız ve diş sağlığı tamamen sağlık politikaları içerisine dahil edilmiştir. Ayrıca 2000 yılında Sağlık ve Refah Bakanlığı tarafından uygulamaya geçirilen “Healty Japan 21” projesi kapsamında ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli yer tutmuş ve bu konuda çeşitli hedefler belirlenmiştir (Shinso, 2001).

Ülke örneklerinden de anlaşılacağı üzere, pek çok ülke ağız ve diş sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunmaktadır. Bu hizmetler içerisinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine geniş bir yer ayrılmaktadır. Bir çok ülke bu hizmetleri ulusal sağlık programları kapsamına dahil etseler bile özel sektör sunucularının desteğini almaktadır. Ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak florürün topikal ve sistemik uygulanması, fissür örtücü uygulamaları, okul programları ve özellikle oral hijyen eğitimleriyle toplumun bilinçlendirilmesine ağırlık verildiği görülmektedir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama süreci, istatistiksel analiz, etik onay ve araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu tez çalışmasının amacı diş hekimlerinin, vatandaşların, sağlık politikacılarının ve uzmanların Türkiye’deki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konusundaki görüşlerini ortaya koymak; koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye kamu sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Ulusal literatür bu konuda çok sınırlı olup, mevcut çalışmaların çoğunlukla koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ihtiyaç olduğunu vurgulamakla sınırlı kaldığı ancak uygulamaya yönelik bir bakış açısı kazandıramadığı görülmektedir. Bu çalışmanın araştırma problemi 4 temel soru üzerine odaklanmaktadır:

1. Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yeterli düzeyde sunulmakta mıdır?
2. Toplum temelli koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda Türkiye için en uygun organizasyon modeli hangisidir?
3. Aile Diş Hekimliği Türkiye sağlık sistemine entegre edilebilir mi?
4. Aile Diş Hekimliği sistemi Türkiye kamu sağlık sistemine nasıl entegre edilmelidir?

Katılımcıların görüşlerini derinlemesine inceleyebilmek için yöntem olarak nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Nitel araştırmalarda, bilginin detayları ve derinliği ile incelenen olguyu en iyi şekilde ifade etmesi söz konusu olup, “insana özgü bireysel özelliklerin derin doğasına, büyük örneklem yerine daha küçük çalışma gruplarından elde edilen derin ve özellikli verilere” odaklanılmakta ve konular bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirilmektedir (Baltacı, 2019). Nitel araştırmalar sayılarla anlamlı olarak ifade edilemeyen karmaşık verilerin araştırmacı tarafından subjektif bir biçimde, kendi bağlamında yorumlanarak aktarılması esasına dayanır. “Etnometodoloji (kültür analizleri), fenomenoloji (olgubilim), durum çalışmaları, kuram oluşturma ve eylem araştırmaları” gibi nitel araştırma deseni türleri mevcuttur. (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Bu çalışma konusu ve amacına uygun olması dolayısıyla fenomenolojik desende tasarlanmıştır. Fenomenoloji, “insanların belirli bir fenomen veya kavramla ilgili anlayışlarını, duygularını, bakış açıları ve algılarını ifade etmelerini sağlayan ve bu fenomeni nasıl deneyimlediklerini tanımlamak için kullanılan nitel bir araştırma yöntemi”dir. Fenomenoloji veya diğer bir adıyla olgu bilim deseninin kullanıldığı çalışmalar katılımcıların düşünce ve algılarını ortaya koymayı amaçlamaktadır (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020).

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu araştırma Muğla ve Zonguldak illerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk aşamasında evren konunun paydaşlarına göre tabakalanmıştır. Bir hizmetin konu edilmesinden dolayı hizmeti sunanlar, hizmetten yararlananlar ve hizmetin yönetim ve organizasyonundan sorumlu olanların çalışma kapsamındaki evreni oluşturması planlanmıştır. Çalışma evrenini oluşturan paydaşlar; hizmetten yararlananlar olarak “vatandaşlar”, hizmeti sunanlar olarak “diş hekimleri”, hizmet sunumunun yönetim ve organizasyonundan sorumlu olarak “sağlık politikacıları ve uzmanlar”dır.

Nitel araştırmalarda derinlemesine yapılan görüşmelerle zengin veriler elde edilmesi amaçlanır. Bunun için en zengin verinin elde edileceği kaynaklara yani dolayısıyla doğru kişilere ulaşılması gerekmektedir. En doğru veri kaynağına ulaşılabilmesi amaçlı bir örnekleme yönteminin kullanılmasıyla mümkün olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Bu çalışmada her bir gruptan örneklem seçimi nitel araştırmalar için en uygun örnekleme yöntemlerinden biri olarak kabul edilen “kartopu örnekleme yöntemi” kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kartopu örnekleme yönteminde araştırmacı öncelikle alanında uzman kişilerle görüşerek konu hakkında en fazla bilgi sahibi olan kişileri belirlemektedir. Daha sonra görüşmeleri belirlenen bu kişilerle başlatıp, onların yönlendirmeleri doğrultusunda başka katılımcılarla görüşerek veri toplamayı sürdürmektedir (Creswell, 2018).

Diş hekimleri için araştırma evreni Zonguldak ilinde kamuda ve özel sektörde görev yapan diş hekimlerinden oluşmaktadır. Bu diş hekimlerinden bazıları meslek

odalarının yönetiminde de görev almaktadır. Sağlık politikacıları ve uzmanlar için araştırma evreni Zonguldak ve Muğla İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri'nde, İl Sosyal Güvenlik Kurumu'nda görev yapan yöneticiler, aile hekimleri ve halk sağlığı uzmanlarından oluşmaktadır. Vatandaşlar için araştırma evreninde ise Zonguldak ilinde ikamet eden aile hekimliği hizmetinden en az bir kez yararlanmış, üniversite mezunu vatandaşlar yer almıştır.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü konusunda belli sayısal sınırlar belirlemek yerine veri doygunluğu kavramına önem verilmektedir. Örneklem için bir alt veya üst sınır belirlemeksizin veriler doygunluğa ulaşana dek katılımcılar çalışmaya dahil edilmektedir (Fusch ve Ness, 2015). Her çalışma için geçerli bir örneklem sayısı olmadığı gibi bazı çalışmalarda tek bir kişinin de örneklemini oluşturduğu görülmektedir. Önemli olan konu, veri içeriğinin zenginliğidir. Kozak (2015), doktora düzeyinde gerçekleştirilen çalışmalar ve diğer araştırmalar için 20-30 kadar katılımcının yeterli olacağını belirtmektedir. Bu çalışma kapsamında vatandaşlar grubunda 20, diğ hekimleri grubunda 15, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 12 katılımcıya yer vermek suretiyle toplamda 47 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Olgu bilim deseniyle tasarlanmış nitel araştırmalarda verilerin toplanmasında en sık kullanılan yöntem derinlemesine görüşmelerdir. Görüşmeler “yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış” olmak üzere üç türde sınıflandırılmaktadır (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020). Nitel araştırmalarda açık uçlu soruların kullanılması önem taşımaktadır. Çünkü açık uçlu sorularla konunun detaylı şekilde ele alınabilmesi ve farklı bakış açılarının değerlendirilebilmesi mümkün olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Açık uçlu sorular odaklanmış sorulardan meydana geldiği için katılımcıların zamanı verimli kullanmasına katkı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra cevaplar arasında karşılaştırma yapabilmek mümkün olduğundan verilerin analiz süreci de kolaylaşmaktadır (Patton, 2018).

Bu çalışmada veriler yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin doğasına uygun şekilde araştırmacı tarafından yapılan detaylı literatür taraması sonucunda her katılımcı grubu için açık uçlu sorulardan

meydana gelen formlar oluşturulmuştur. İçerik ve kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla hazırlanan sorular uzman iki diş hekimine incelenilerek gereken düzeltmeler yapılmıştır. Sonrasında her örneklem grubundan 3 kişi ile pilot uygulama yapılmış, bu uygulama sonucunda vatandaşlar grubunda görüşme öncesinde konunun net olarak anlaşılabilmesi adına koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili bir bilgilendirme yapılmasına karar verilmiştir. Örneklem gruplarına yönelik mülakat soruları aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Diş Hekimlerine Yönelik Mülakat Soruları

Sorular	Amaçlanan Çıktılar
1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Diş hekimlerinin Türkiye’deki mevcut koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
2. Aile Diş Hekimliği’nin Türkiye için uygun bir sistem olduğunu düşünüyor musunuz?	Diş hekimlerinin Türkiye’de yeni uygulanması planlanan Aile Diş Hekimliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sizce nasıl sunulmalı? Kapsamında hangi hizmetler ve kimler olmalı?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamında hangi hizmetlerin olması gerektiği ve hedef kitlesinde kimlerin bulunması gerektiği konusunda diş hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
4. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel klinikte çalışan hekimler tarafından kamu ile sözleşmeli olarak sunulabilir mi? Bu konudaki önerileriniz nelerdir?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması konusunda diş hekimlerinin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tablo 3.2. Sağlık Politikacıları ve Uzmanlara Yönelik Mülakat Soruları

Sorular	Amaçlanan Çıktılar
1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Sağlık politikacıları ve uzmanların Türkiye’deki mevcut koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
2. Aile Diş Hekimliği’nin Türkiye için uygun bir sistem olduğunu düşünüyor musunuz?	Türkiye’de yeni uygulanması planlanan Aile Diş Hekimliği konusunda sağlık politikacıları ve uzmanların görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri” sizce nasıl sunulmalı? Kapsamında hangi hizmetler ve kimler olmalı?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamında hangi hizmetlerin olması gerektiği ve hedef kitlesinde kimlerin bulunması gerektiği konusunda sağlık politikacıları ve uzmanların görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
4. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel klinikte çalışan hekimler tarafından kamu ile sözleşmeli olarak sunulabilir mi? Bu konudaki önerileriniz nelerdir?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması konusunda sağlık politikacıları ve uzmanların görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
5. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu” için uygun olan geri ödeme sistemi hangisi olabilir?	Sağlık politikacıları ve uzmanların koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulması için en uygun geri ödeme yönteminin ne olduğuna ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tablo 3.3. Vatandaşlara Yönelik Mülakat Soruları

Sorular	Amaçlanan Çıktılar
1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Vatandaşların Türkiye’deki mevcut koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
2. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden” nasıl yararlanmak istersiniz, örneğin bir aile diş hekiminiz olsun ister misiniz?	Vatandaşların koruyucu hizmetten nasıl yararlanmak istediğinin ve aile diş hekimliği modeline bakış açısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sizce öncelikli olarak kimlere sunulmalıdır?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesinde kimlerin bulunması gerektiği konusunda vatandaşların görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
4. Muayenehanede görev yapan özel diş hekimleri sözleşmeli olarak bulundukları bölgedeki nüfusa koruyucu hizmetleri sunabilir mi? Böyle bir uygulamayı nasıl karşılırsınız?	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması konusunda vatandaşların görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci öncelikle etik kurul izni ve diğer kurum izinlerinin alınması ile başlamıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra görüşmeler başlatılmıştır. Görüşmelerin planlanmasında katılımcılara önceden ulaşılarak çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü katılımcılarla görüşme için gün ve saat kararlaştırılmıştır. Görüşmeler esnasında ses kaydı alınmış ve sonrasında ses kayıtları yazıya döküldüğünde katılımcılara kayıtların silineceği bilgisi verilmiştir.

Yapılan pilot çalışma sonucunda vatandaşlardan oluşan katılımcı grubunda görüşme başlatılmadan önce durumun net olarak ortaya koyulması amacıyla “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri” konusunda kısa bir bilgilendirme yapılmasına karar

verilmiştir. Katılımcılara sorulara yanıt vermeleri için gereken süre tanınmıştır. Görüşmelerde gerekli görülen yerlerde “ne gibi?, biraz daha açar mısınız?” gibi sondaj sorular sorularak konunun derinlemesine araştırılması sağlanmıştır. Önemli noktalar araştırmacı tarafından not alınarak görüşme sonunda bu notlar üzerinden katılımcıya anlattıkları özetlenerek teyidi alınmış ve ilave etmek istediği başka bir şey olup olmadığı sorularak görüşme tamamlanmıştır. Kartopu örnekleme yönteminin kullanması dolayısıyla konu hakkında en fazla bilgiye sahip kişilere ulaşılması hedeflenmiştir. Verilerin toplanması 7 aylık bir süreçte tamamlanmıştır.

Veri toplama sürecinde, öncesinde ve sonrasında çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini sağlama gerekleri yerine getirilmiştir. Nitel araştırmalar elde edilen sonuçları genelleme kaygısı taşımadığı ve aynı kişiye farklı zamanlarda aynı soruların sorulması ile farklı cevaplar alınabilme durumu araştırmanın ve insanın dinamik doğası gereği normal kabul edildiği için geçerlik ve güvenilirlik kavramları nicel araştırmalardan farklı olarak ele alınmaktadır. Bu iki kavram, nitel araştırmalar söz konusu olduğunda “inandırıcılık (trustworthiness), güvenilirlik, teyit edilebilirlik” olarak karşımıza çıkmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2017).

İnandırıcılığın sağlanması için “uzun süreli etkileşim, katılımcı teyidi, üçgenleme, amaçlı örneklemlerin kullanılması, araştırma ortamı ve katılımcıların ayrıntılı tanıtımı, uzman incelemesi, araştırmacı ön yargılarını azaltma, zengin betimleme” gibi yöntemler kullanılmaktadır (Başkale, 2016). Çalışmada geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için kullanılan yöntemler şunlardır:

- Bu çalışmada araştırmacı, katılımcılarla uzun süreli etkileşim kurarak zaman geçirmiş, deneyim ve görüşlerini yakından inceleme fırsatı bulmuştur. Nitel araştırmalarda “güvenilirlik” araştırmacının dürüstlüğü ve konuyla bütünleşmesi ile ilgilidir.
- Her görüşme sonrasında katılımcıya görüşme özetlenerek katılımcı teyidi sağlanmıştır.
- Kartopu örnekleme tekniği kullanılarak konu hakkında en zengin veri kaynaklarına ulaşılması çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini sağlamada önemli rol oynamıştır.
- Katılımcılara ait bilgiler detaylıca değerlendirilmiştir. Görüşme soruları, öncesinde alanında uzman iki diş hekiminin değerlendirmesiyle şekillendirilmiştir. Araştırmanın bir tez çalışması olması ve bir danışman kontrolünde analiz sürecinin değerlendirilmesi

uzman incelemesine imkân vermiş ve bu da geçerlik ve güvenirliğin sağlanmasına katkıda bulunmuştur.

- Temalar ve kodlar ayrıntılı şekilde açıklanarak zengin betimleme yöntemi uygulanmıştır.
- Veri kaynaklı üçgenleme yöntemi kullanılmış, birden fazla veri kaynağı kullanılarak aynı konu hakkında farklı katılımcı gruplarından veriler elde edilmiştir. Üçgenleme yöntemi hem geçerlik hem de güvenirliğin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.

3.5. Deneysel Kurgu

Bu çalışma nitel bir araştırma olduğu için herhangi bir deneysel kurgu bulunmamaktadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Nitel araştırmaların veri analizinde öncelikle toplanan veriler hazırlanarak organize edilir, fotoğraf, ses kaydı, video gibi malzemeler yazıya dökülür. Yazıya dökülmüş olan metin üzerinde kodlama yapılır, kodlar bir araya getirilerek kategori ve temalar oluşturulur. Son olarak veriler tablolar ve şekiller gibi görseller ile sunulur ve tartışılır (Yakut Çayır ve Sarıtaş, 2017).

Bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yöntemleri ile incelenmiştir. En sık kullanılan nitel veri analiz türlerinden biri olan içerik analizi yöntemi birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Betimsel analiz ise, “elde edilen verilerdeki temaların belirlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması için kullanılan bir yöntem olup verilerin en küçük boyutlarda düzenlenmesini ve betimlenmesini sağlamaktadır”. Burada doğrudan alıntılara sıkça yer verilmektedir (Creswell, 2018).

Katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Ses kayıtları bilgisayar ortamına aktarılmış ve yazıya dökülerek metin biçiminde hazırlanmıştır. İçerik analizinin gerçekleştirilmesinde MAXQDA 2022 Paket Programı kullanılmıştır. Görsel araçlarla zenginleştirilmiş ve ara yüzü Türkçe olan bu yazılım

sayesinde elde yapılan analizlere göre daha sistematik çözümlerler sağlanmaktadır (Kuckartz ve Rädiker, 2019). Analiz sürecinde tümevarımcı bir yaklaşım sergilenmiştir. Nitel araştırmaların içerik analizinde temel sınıflandırma stratejisi kodlamadır. Kodlar, “benzer veri parçalarını almak ve kategorize etmek için, bir çalışma sırasında oluşturulan tanımlayıcı ve çıkarımsal bilgilere sembolik anlamlar yükleyen etiketler”dir (Creswell, 2018). Bu çalışmada katılımcı grupları için kısaltmalar kullanılmıştır. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundaki katılımcılar S, dış hekimleri grubundaki katılımcılar D, vatandaşlar grubundaki katılımcılar ise V harfi ile kodlanmıştır. Her bir katılımcının ifadelerine yer verilen Microsoft Word dosyası MAXQDA 2022 paket programına yüklenerek kodlar, kategoriler ve nihayetinde temalar belirlenmiştir. Kodların frekansları ve dağılımları saptanmıştır. Belirlenen kodlar, kategoriler ve temaların birbiri ile ilişkisini gösteren görseller hazırlanmıştır. Daha sonra yine aynı program aracılığıyla kod frekanslarını görselleştirmek amacıyla bulut grafiği tasarlanmıştır. Katılımcıların demografik verileri Microsoft Excel Programı kullanılarak kaydedilmiş ve grafiklerle görselleştirilerek sunulmuştur.

3.7. Etik Onay

Bu araştırmanın etik onayı 04.04.2022 tarihinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Protokol no: 220012 Karar no:41).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma araştırma sorularına cevap aramak amacıyla dış hekimleri, vatandaşlar, sağlık politikacıları ve uzmanlarla yapılan görüşmelerle sınırlandırılmıştır. Dış hekimleri, vatandaşlar, sağlık politikacıları ve uzmanlardan oluşan örneklem Muğla ve Zonguldak illerinden seçilmiştir. Çalışmanın diğer illerde yaygınlaştırılmaması araştırmanın en büyük kısıtlılığını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra dış hekimleri grubunda kamu ve özel sektörde görevli dış hekimleri yer almaktadır. Vatandaşlar grubu ise 18 yaşını doldurmuş, üniversite mezunu, aile hekimliği hizmetinden en az bir sefer yararlanmış bireyler ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Mülakat tekniğine dayalı görüşme soruları çerçevesinde dış hekimleri için 4 soru, vatandaşlar için 4 soru, sağlık politikacıları ve uzmanlar için 5 soru olmak üzere toplamda 13 soru sorulmuştur. Her bir grubun görüş ve düşüncelerini değerlendirmek, karşılaştırma yapabilmek ve model önerisinde kullanılmak üzere bazı sorular her grupta ortaktır. Konunun daha detaylı açıklanabilmesi için betimsel analiz ve içerik analizi kullanılmıştır. Verilerin MAXQDA 2022 Paket Programı ile analiz edilmesi sonucunda kodlar oluşturulmuş, kodlardan yola çıkılarak kategori ve temalar belirlenmiştir.

4.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Veriler

Bu bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, meslek veya unvan bilgileri tablolarla sunulmuştur. Tablo 4.1. sağlık politikacıları ve uzmanlar grubuna ait tanımlayıcı verileri göstermektedir. Bu grubun 35 yaş üzeri katılımcılardan oluştuğu, erkek katılımcıların sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1. Sağlık Politikacıları ve Uzmanlar Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler

	Yaş	Cinsiyet	Unvan
S1	44	E	Aile Hekimi
S2	40	E	İl Sağlık Müdür Yardımcısı
S3	43	K	Halk Sağlığı Uzmanı
S4	45	K	İlçe Sağlık Müdür Yardımcısı
S5	51	E	İl SGK Müdürü
S6	36	E	Halk Sağlığı Uzmanı
S7	48	E	Halk Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı
S8	39	E	İlçe Sağlık Müdürü
S9	43	E	İlçe Sağlık Müdürü
S10	47	E	Aile Hekimi
S11	53	E	İl Sağlık Müdürü
S12	56	K	Aile Hekimi

Tablo 4.2. Diş Hekimleri Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler

	Yaş	Cinsiyet	Çalıştığı Sektör
D1	64	E	Özel
D2	44	E	Özel
D3	29	K	Kamu
D4	41	K	Özel
D5	35	K	Kamu
D6	28	K	Kamu
D7	39	K	Kamu
D8	41	E	Kamu
D9	57	K	Özel
D10	39	K	Özel
D11	36	K	Özel
D12	40	E	Kamu
D13	30	K	Özel
D14	41	K	Kamu
D15	50	E	Özel

Tablo 4.2 diş hekimleri grubuna ait tanımlayıcı verileri göstermektedir. Buna göre diş hekimleri 35 yaş ve üzerinde olup sayıca kadınların çoğunlukta olduğu bir gruptur. Sekiz katılımcı özel sektörde, yedi katılımcı ise kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır.

Tablo 4.3'te vatandaşlar grubuna ait tanımlayıcı veriler sunulmaktadır. Buna göre vatandaşlar grubu 28 yaş ve üzeri, çoğunluğu kadın olan katılımcılardan oluşmaktadır. Bankacı, muhasebeci, iç mimar, tekniker, mühendis, öğretmen gibi farklı meslek gruplarına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4.3. Vatandaşlar Grubuna Ait Tanımlayıcı Veriler

	Yaş	Cinsiyet	Meslek
V1	39	K	Öğretmen
V2	31	E	Tekniker
V3	34	E	Bilgisayar Programcısı
V4	35	E	Mühendis
V5	29	K	Büro Memuru
V6	38	K	Tanıtım ve Pazarlama Elemanı
V7	42	E	Tekniker
V8	28	K	İç Mimar
V9	32	K	İşletmeci
V10	44	K	Emlakçı
V11	29	E	Büro Memuru
V12	42	K	Tanıtım ve Pazarlama Elemanı
V13	40	K	Laborant
V14	32	K	Öğretmen
V15	39	K	Muhasebeci
V16	47	K	Muhasebeci
V17	30	E	Tekniker
V18	59	K	Tekniker
V19	32	E	Bankacı
V20	45	E	İşletmeci

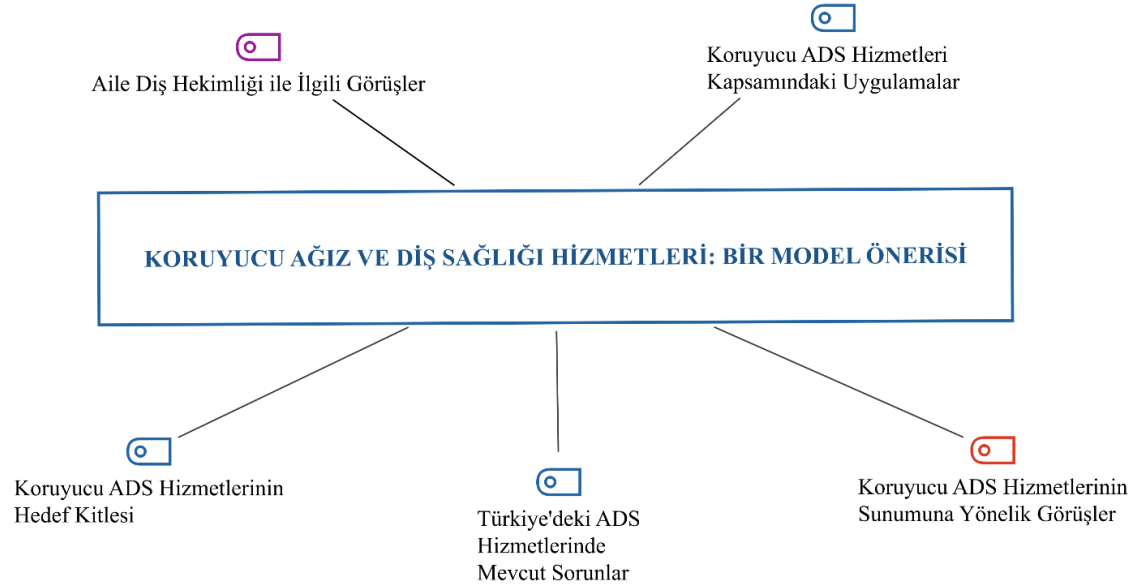
4.2. Temalara İlişkin Bulgular

Verilerin içerik analizi sonucunda oluşturulan kodların birleştirilmesiyle kategoriler ve temalar meydana gelmiştir. Bu tez çalışması çerçevesinde kodlar toplam 5 tema altında toplanmıştır:

1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler
2. Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler
3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar
4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesi

5. Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar

Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında her bir tema, altındaki kategori ve kodlarla birlikte ayrı başlıklar halinde tek tek ele alınmıştır. Mevcut temalar Şekil 4.1’de sunulmaktadır.



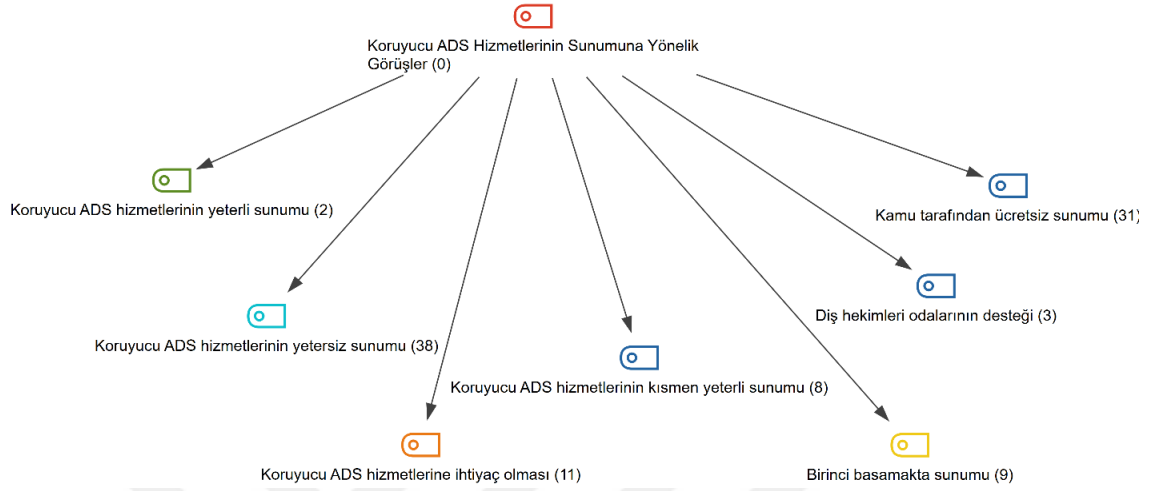
Şekil 4.1. Meydana gelen temalar

4.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşlere İlişkin Bulgular

Türkiye’deki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konusunda hem vatandaşlar hem diş hekimleri hem de sağlık politikacıları ve uzmanların görüşlerinin değerlendirilmesi konuyla ilgili mevcut durumun ortaya koyulması, eksiklerin belirlenmesi ve beklentilerin anlaşılabilmesi açısından önemli görülmektedir. Bu tema altında meydana gelen kodlar şunlardır:

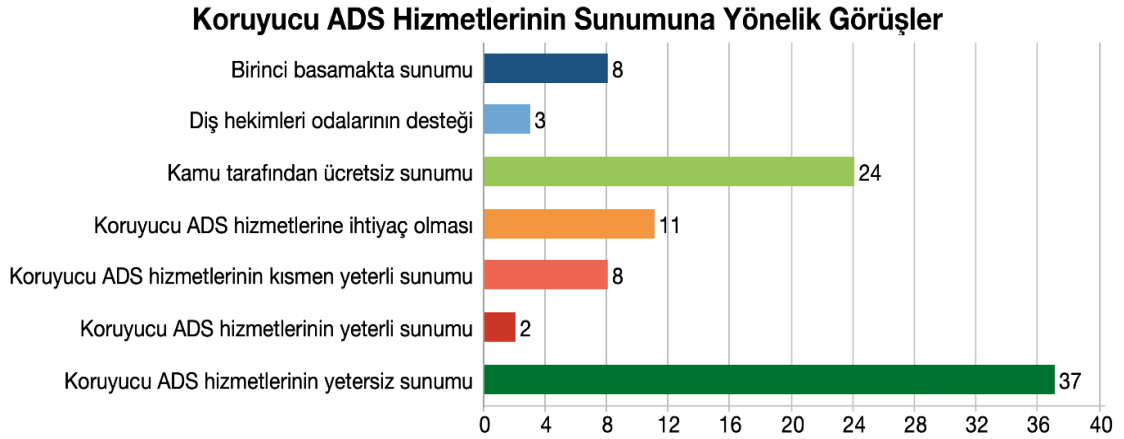
1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu
2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu
3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine İhtiyaç Olması
4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Kısmen Yeterli Sunumu
5. Birinci Basamakta Sunum
6. Diş Hekimleri Odalarının Desteği
7. Kamu Tarafından Ücretsiz Sunumu

Kodlara ait toplam frekanslar Şekil 4.2’de sunulmuştur. “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu” kodu en yüksek frekansa ($f=38$) sahip koddur. En düşük frekansa sahip kod ise “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu” dur ($f=2$).



Şekil 4.2. Birinci temaya ait kodlar

Kodların katılımcı sayısına göre dağılımı incelendiğinde 47 katılımcıdan sadece 2’sinin “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu” ifadesine, 37 katılımcının ise “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu” ifadesine yer verdiği görülmektedir. Kod matrisi Şekil 4.3’de sunulmuştur.



Şekil 4.3. Birinci temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Kod frekanslarının örneklem gruplarına göre dağılımı Şekil 4.4’te sunulmuştur. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda frekansı en yüksek olan kodlar; “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu”, “Kamu Tarafından Ücretsiz Sunumu” ve “Birinci Basamakta Sunumu” olarak belirlenmiştir. Sağlık politikacıları ve

uzmanların hiçbirisi Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumuna dair bir ifadeye yer vermemiştir. Benzer şekilde vatandaşlar grubunda da hiçbir katılımcı bu ifadeye yer vermemiştir. Vatandaşlar grubunda Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu frekansı en yüksek olan koddur. Diş Hekimleri grubunun frekansı en yüksek olan kodları Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu ve Kamu tarafından Ücretsiz Sunum'dur.

Kod Sistemi	SAĞLIK POLİTİKACILARI VE UZMANLAR	VATANDAŞLAR	DIŞ HEKİMLERİ	TOPLAM
▼ Koruyucu ADS Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler				0
Birinci basamakta sunumu	7		2	9
Diş hekimleri odalarının desteği			3	3
Kamu tarafından ücretsiz sunumu	7	12	12	31
Koruyucu ADS hizmetlerine ihtiyaç olması	2	7	2	11
Koruyucu ADS hizmetlerinin kısmen yeterli sunumu	3	3	2	8
Koruyucu ADS hizmetlerinin yeterli sunumu			2	2
Koruyucu ADS hizmetlerinin yetersiz sunumu	9	17	12	38
TOPLAM	28	39	35	102

Şekil 4.4. Birinci temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı

Bu bulgulara göre bütün katılımcı grupları için Türkiye’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin sunumunun yetersiz olduğuna dair görüşler hakimdir. Yine bütün katılımcı gruplarında çoğunluk koruyucu hizmetlerin kamu tarafından ve ücretsiz olarak sunulması gerektiği konusunda görüş bildirmiştir. Özellikle vatandaşlar grubunda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ihtiyaç olduğu konusu vurgulanmıştır.

4.3.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu

Bütün kodlar incelendiğinde en düşük frekansa sahip kodun “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeterli Sunumu” olduğu görülmektedir. Hem vatandaşlar hem de sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterli sunumuna dair herhangi bir ifadeye rastlanmamıştır. Bu konuda olumlu görüş bildiren diş hekimleri grubundan iki katılımcının ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“Anaokulları ve ilkokullardaki çocuklara yönelik toplum sağlığı merkezinde çalışan diş hekimlerinin sunduğu flor uygulaması, ağız hijyeni eğitimi, fırça macun dağıtılması gibi uygulamalar var. Çocuklara diş fırçalama eğitimleri veriliyor dişin fırçalanmazsa ne olur gibi konularında bilgilendirici sunumlar yapılıyor. Bu anlamda il merkezleri için yerinde ve yeterli bir uygulama yapıldığını düşünüyorum” (D2)

“2013 ve sonrasında sürekli gelişen bir hizmet anlayışı var. Toplum sağlığı merkezleri kurulmadan önce hemşireler tarafından düzensiz şekilde yapılan florlama diş hekimlerinin atanmasıyla daha düzenli ve kontrollü şekilde yapılmaya başlandı. Günümüzde 6 ayda bir florlama, tarama, muayene, eğitim motivasyon ve fırça macun setlerinin hediye edilmesiyle birçok şehirde komple bir hizmet haline dönüştü” (D5)

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunun yeterli olduğuna dair görüş bildiren iki katılımcının da bu hizmetin il merkezlerinde yeterli olduğuna yönelik ifadeleri dikkat çekmektedir. Dolayısıyla Toplum Sağlığı Merkezleri’nde görevli diş hekimleri tarafından sunulan koruyucu hizmetler şehir merkezlerinde sınırlı kalmakta ve kapsamlı biçimde tüm halka sunulamadığı düşünülmektedir.

4.3.2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizi sonucunda “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu” adlı koda ulaşılmıştır. Bu kod altında değerlendirilen görüşler koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ülkemizde yeterince sunulmadığına, bireylerin koruyucu hizmetten yararlanamadığına yönelik ifadeler içermektedir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 9, vatandaşlar grubunda 17, diş hekimleri grubunda 12 kod frekansı ile ilgili tema altındaki frekans değeri en yüksek (38) olan koddur. Aşağıda bazı katılımcıların konuyla ilgili ifadelerine yer verilmiştir.

“Ben ülkemizde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin çok yetersiz olduğunu düşünüyorum açıkçası. Dişleri hemen dolguya çekime yönlendiriyorlar. Öncelikle zaten yeterli bir bilinç geliştirilmedi bu zamana kadar. Diş hekimine gittiğimizde sadece dişlerimizi daha iyi fırçalamamız gerektiğini söylüyor. Peki bu bilinci geliştirmek için ne yapılıyor? Okullarda flor yapılıyor çocuklara. Sadece bu yetiyor mu? Her çocuk bu imkâna ulaşabiliyor mu? Daha kapsamlı uygulamalar lazım” (V2)

“Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ne yazık ki yeterli şekilde sunulamıyor. Diş hekimliği çok sıkıntılı süreçlerden geçti bu zamana kadar. Ben 30 yıllık diş hekimiyim. Bundan sonra daha iyi olacağına inanıyorum. Bu seviyeye bile kolay gelmedik inanın. Koruyucu sağlık hizmeti devletin asli vazifesi. 2003’ten sonra kamu diş hekimliği hizmetleri gelişmesi hızlandı. Bakalım, zamanla koruyucu hizmetler için de bir çare düşünülür ben umutluyum” (D1)

“Yetersiz buluyorum koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini. Vatandaşların diş hekimlerine ulaşmaları kliniklerdeki yoğunluk dolayısıyla zor oluyor. Öte yandan kişilerde kontrol bilinci gelişmediği için de semptom vermeden diş hekimine gitme alışkanlıkları yok. Bu sebeple koruyucu hizmetlerin ağırlıklı olması şart. Ama şu an için birinci basamakta diş hekimliği yok Türkiye’de. ADSM’lerde de koruyucu değil tedavi edici hizmet sunumu var” (S6)

“Koruyucu hizmetlerin hiçbir şekilde ön planda olmadığını düşünüyorum. Aslında koruyucu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulması hem devlet giderleri hem de hastaların kendi bütçelerinden çok büyük kazanımlar elde edileceği bilindiği halde maalesef koruyucu hizmetlere öncelik verilmiyor.” (D8)

“Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri şu an için yetersiz. Küçük çocuklara yapılan okul taramaları iyi gibi görünse bile bu çocuklar tedaviye yeterli ulaşım sağlayamıyor. Taramalar ve fissür örtücüler ilk adımda olumlu ancak sonrasında eksiklikler mevcut. Taramada sadece çocuğun çürüğü olduğu konusunda bilgi veriliyor ama okulda o an müdahale yapılamıyor. Bir yerde tıkanıyor yani olay, devamı gelmiyor. Sadece tek bir adım atıp yolda kalmak gibi” (D11)

Katılımcıların ifadelerinden de anlaşılaacağı üzere Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunun yetersiz olduğuna dair görüşler baskındır. Katılımcılar koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasının kamunun asli görevi olduğunu (D1, D15, S5, S6, V5) ve diş hastanelerinde ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere yer verildiğini belirtmektedir (S11, D4, D5, V2).

4.3.3. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Kısmen Yeterli Sunumu

Diş hekimlerinin 2’si, vatandaşların 3’ü, sağlık politikacıları ve uzmanların 3’ünden elde edilen veriler sonucunda “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Kısmen Yeterli Sunumu” adlı koda ulaşılmıştır. Aşağıda bazı katılımcıların bu konudaki görüşlerinden alıntılara yer verilmiştir.

“TSM’lerde görevli diş hekimleri bu hizmeti bir yere kadar sunuyor, çok yeterli değil belki ama yetersiz de diyemeyiz, kısmen bence.” (S7)

“Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yetersiz diyemiyorum çünkü şu an bununla ilgili gelişmeler yaşıyor. Bütünüyle değil ancak kısmen yeterli olduğunu söyleyebilirim. Koruyucu hizmetler ile ilgili bilimsel ve teknik olarak çalışmalar sürdürülmekte” (S2)

“Çocuklarla ilgili çabalar var, okullarda flor vernik uygulamaları vb gibi. Ayrıca meslektaşlarımız bu konuda hastalarını bir nebze olsun bilgilendiriyor. Örneğin çocuğun dişinde başlangıç halinde bir çürük gördüğünde fissür örtücüye yönlendiriyor. Elbette yeterli değil ancak hiçbir koruyucu hizmet yok da diyemem. Hekimin inisiyatifine kalıyor gibi, sistemli değil” (D12)

4.3.4. Birinci Basamakta Sunumu

Diş hekimleri grubundan 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 7 katılımcının verilerinden “Birinci Basamakta Sunumu” adlı kod meydana gelmiştir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunun en yüksek ikinci frekanslı kodudur. Bu gruptaki katılımcılar koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulması gerektiğinin altını çizmişlerdir. Pek çok gelişmiş ülkede ağız ve diş sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır (Doğan ve Durukan Köse, 2023). Katılımcılardan bazılarının konu ile ilgili ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“... şuan için birinci basamakta ağız ve diş sağlığı hizmeti yok. Olması lazım, ihtiyaç. Hele ki koruyucu hizmet mutlaka birinci basamakta sunulmalı ki hastanelerin de yükü azalsın” (S8)

“Özellikle diş sağlığı çok ihmal ediliyor. Birinci basamakta eksikliği problem. Ben hastalarımı diş hekimine yönlendiriyorum bazen ilaç da yazdığım oluyor. Ama bu yeterli değil. Keşke birinci basamakta diş hekimi de olsa ve koruyucu uygulamalar bu düzeyde yer alsın” (S10)

“Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kesinlikle koruyucu uygulamalar da dahil olarak birinci basamakta sunulmalı bence” (D4)

4.3.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine İhtiyaç Olması

Vatandaşlar grubundan 7, diş hekimleri grubundan 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 2 katılımcının verilerinin içerik analizi sonucunda “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine İhtiyaç Olması” adlı kod meydana gelmiştir. Katılımcılardan bazılarının konu ile ilgili ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“İnsanların kontrole gitmesi ve dişlerinin sağlığını koruyacak işlemleri yaptırmaları zorunlu hale getirilmeli, koruyucu hizmete büyük ihtiyaç var” (V6)

“En büyük sorun diş gerçekten. Koruyucu bir hizmet her vatandaşın hakkı diye düşünüyorum.” (V18)

“Her ailenin bir diş hekimi olmalı ve koruyucu hizmetleri bilhassa sunmalı en önemlisi bu. En çok buna ihtiyacımız var.” (S12)

4.3.6. Kamu Tarafından Ücretsiz Sunumu

Verilerin analizi sonucunda “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler” teması altında elde edilen kodlardan kod frekansı en yüksek ikinci kod “Kamu Tarafından Ücretsiz Sunumu” olarak isimlendirilmiştir. Toplamda 24 katılımcı koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kamu tarafından ücretsiz olarak sunulması konusunda görüş bildirmiştir. Kod dağılım matrisi incelendiğinde kod frekansı diş hekimleri grubunda 12, vatandaşlar grubunda 12, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 7 olarak bulunmuştur. Buna göre diş hekimleri grubunun en yüksek kod frekansına sahip kodlarından biridir. Vatandaşlar grubu ile sağlık politikacıları ve uzmanlar grubu için de kod frekansı en yüksek olan ikinci koddur. Daha önceden de belirtildiği gibi katılımcılar koruyucu hizmetlerin sunumunun kamunun asli görevi olduğuna dair görüşler ortaya koymuşlar ve hizmetin ücretsiz olarak sunulması gerektiğinin altını çizmişlerdir. Katılımcılardan bazılarının konu ile ilgili görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“Koruyucu hizmeti sunmak devletin görevi ve bunu kamu sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak sunmalı diye düşünüyorum” (V5)

“Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamu kurumlarınca halka ücretsiz olarak sunulmalı. En azından belli bir yaşa kadar.” (D14)

4.3.7. Diş Hekimleri Odalarının Desteği

Diş hekimleri grubundan 3 katılımcının verilerinden elde edilen sonuçlara göre “Diş Hekimleri Odalarının Desteği” isimli kod meydana gelmiştir. Bazı gelişmiş ülkelerde diş hekimleri odaları ve mesleki birlikler gönüllü faaliyetler yürüterek koruyucu hizmetlerin sunumuna destek olmaktadır. Konuyla ilgili ilgili katılımcıların görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“Bunun yanı sıra diş hekimleri odalarının organize edeceği örneğin toplum ağız diş sağlığı haftası gibi zamanlarda ücretsiz muayeneler yapılabilir. Veya yine diş hekimleri odaları gönüllü faaliyetler düzenleyebilirler koruyucu amaçlı.” (D6)

“Farklı ülkelerde olduğu gibi kurulacak gönüllü takımlar da diş hekimleri odalarının yönetimi altında kurulabilir. Bunlar çeşitli organizasyonlar düzenleyerek özellikle çocuklarda koruyucu bazı uygulamaları gerçekleştirebilir belki.” (D10)

4.4. Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşlere İlişkin Bulgular

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte Türkiye’de Aile Diş Hekimliği modelinin hayata geçirilmesi düşünülmüştür. Aile Diş Hekimliği, özellikle koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunu birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyine taşıyan bir sistemdir (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2016). Bu tez çalışması kapsamında elde edilen verilen analizi neticesinde ortaya çıkan temalardan biri de “Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler”dir. Bu tema altında meydana gelen kategori ve kodlar frekansları ile birlikte Şekil 4.5’te gösterilmektedir.

Kategori ve kodların örneklem gruplarına göre dağılımı Şekil 4.6’da sunulmuştur. Buna göre, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda en çok üzerinde durulan konu Aile Diş Hekimliğinin Türkiye için uygun bir sistem olmasıdır. Bu grupta “Türkiye için uygun olması” isimli kod toplam 12 katılımcının 9’undan 9 kez kodlanmıştır. Vatandaşlar grubunun en sık vurguladığı konu vatandaşların aile diş hekimine sahip olmak istemesidir. 20 katılımcıdan 16’sının verilerinden toplamda 16 kez kodlanmıştır. Diş hekimleri grubunda ise en çok vurgulanan konu Türkiye için uygun olması ve aile diş

hekimliğinin özel kliniklerde sunumudur. “Türkiye için uygun olması” kodu toplamda 14 kez, “Özel kliniklerde sunum” kodu 12 kez kodlanmıştır.

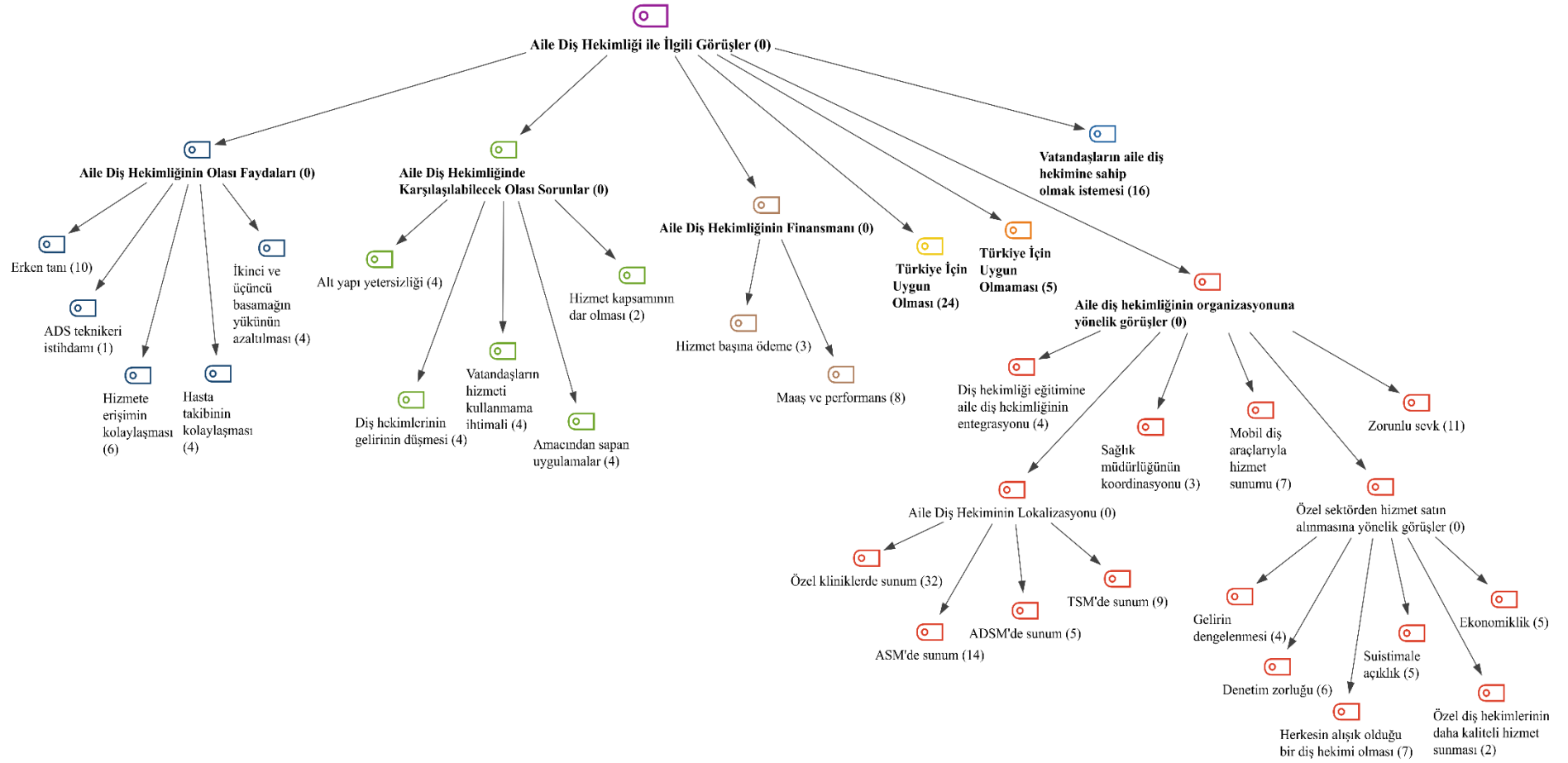
4.4.1. Türkiye İçin Uygun Olması

Verilerin analizi sonucunda “Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında “Türkiye İçin Uygun Olması” isimli kod meydana gelmiştir. Katılımcıların Aile Diş Hekimliği Modeli’nin ülkemiz için uygun bir sistem olup olmadığına dair görüşleri değerlendirilmiş olup olumlu görüşler bu kod altında toplanmıştır. Kod frekansı diş hekimleri grubunda 14, vatandaşlar grubunda 1, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 9 ve toplamda 24’tür. Konu ile ilgili katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

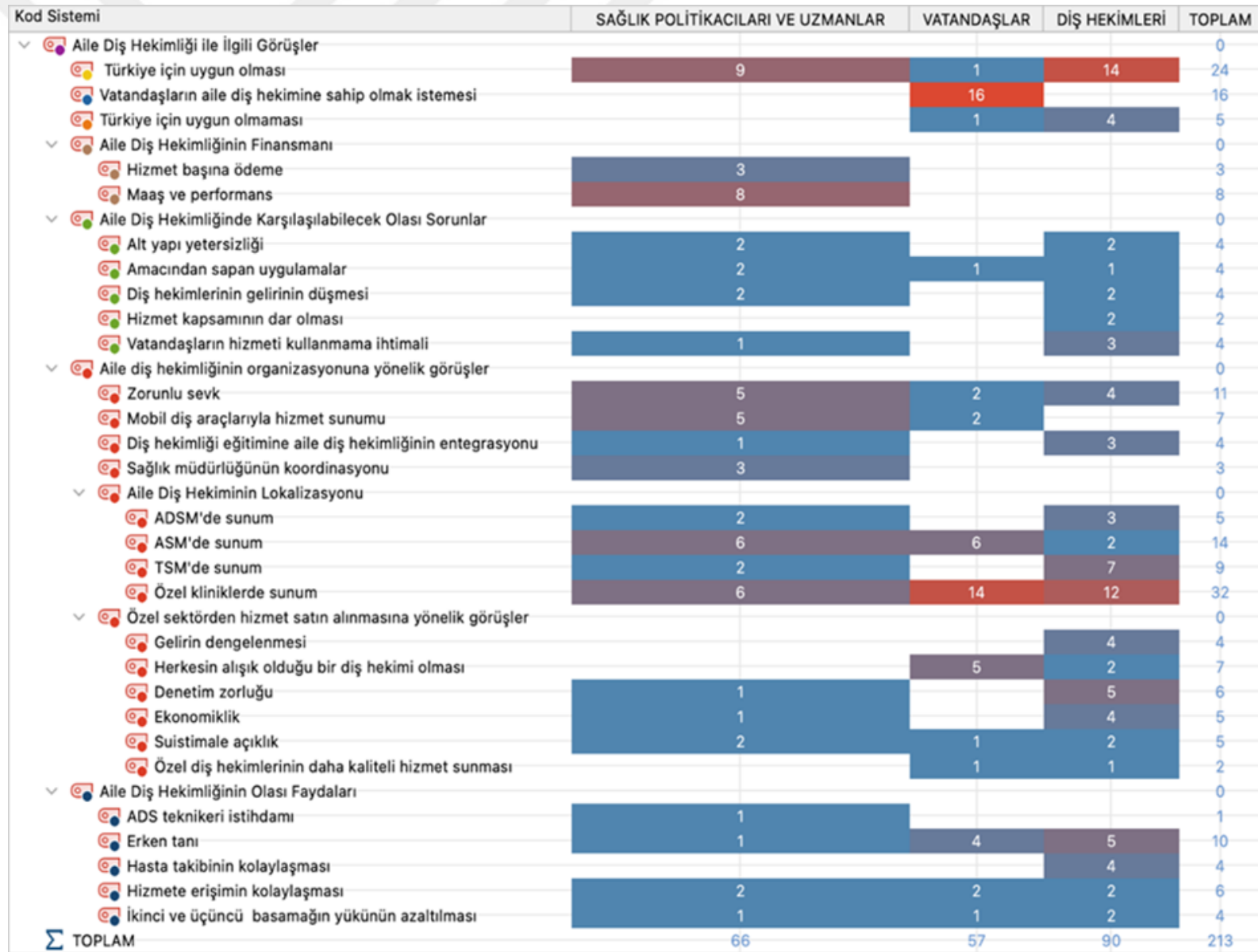
“Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği modeliyle sunuluyor ama bu sistem içerisinde ağız diş sağlığı hizmeti yok, olması lazım. Türkiye için uygun olacağı inancındayım. Ciddi bir ihtiyaç olduğuna inanıyorum” (D10)

“Faydalı olacağını düşünüyorum. Her kişinin doğumdan itibaren bir diş hekimine atanıp 6 aydan itibaren kontrollerinin aktif bir şekilde yapılması koruyucu diş sağlığı hizmetleri açısından faydalı olacaktır. Türkiye için de uygun bir sistem elbette.” (S8)

“Bence herkesin bir aile diş hekimi olsa çok mantıklı olur. Diş hizmetlerine daha kolay ulaşırız. Türkiye’de keşke daha önce olsaydı geç bile kaldı.” (V1)



Şekil 4.5. İkinci temaya ait kategori ve kodlar



Şekil 4.6. İkinci temaya ait kategori ve kodların örneklem gruplarına göre dağılımı

4.4.2. Türkiye İçin Uygun Olmaması

Vatandaşlar grubunda 1, diş hekimleri grubunda 4 olmak üzere toplamda 5 frekans koduna sahip olan diğer bir kod “Türkiye İçin Uygun Olmaması” olarak isimlendirilmiştir. Burada Aile Diş Hekimliği Modeli’nin Türkiye için uygun bir sistem olmadığına yönelik ifadeler yer verilmiştir.

“Yani ben çok amacına ulaşabileceğini düşünmüyorum. Aile hekimliği de öyle olmadı mı? İnsanlar gidip dişine antibiyotik yazdırıp dönecek mi?” (D15)

“...aile diş hekimi bence gerekli değil, dişimiz için gittiğimiz diş hastaneleri veya başka poliklinikler var zaten. Çoğu insana bunu zaman kaybı olarak görüp hiç gitmez. Ülkemiz için uygun olduğunu pek sanmıyorum”(V4)

4.4.3. Vatandaşların Aile Diş Hekimine Sahip Olmak İstemesi

Vatandaşlara yöneltilen mülakat sorularından “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden” nasıl yararlanmak istersiniz, örneğin bir aile diş hekiminiz olsun ister misiniz?” sorusuna cevaben “Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında meydana gelen diğer bir kod “Vatandaşların Aile Diş Hekimine Sahip Olmak İstemesi”dir. Kod frekansı 16 olup vatandaşlar grubu için en yüksek frekansa sahip olan koddur. Vatandaşlar bir aile diş hekimine sahip olma konusunda sıkça olumlu görüşler bildirmiştir. Katılımcıların ifadelerinden örneklerle aşağıda yer verilmiştir.

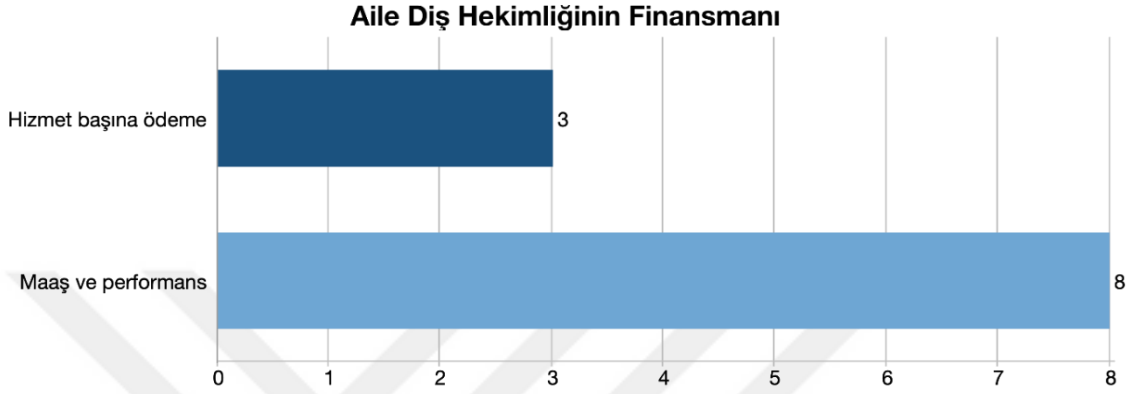
“Koruyucu hizmetler az önce de dediğim gibi mutlaka sunulmalı ve aile diş hekimi kesinlikle olmalı. Çocukken bazı problemleri farkedip aileyi ona göre yönlendirmeli” (V10)

“Kesinlikle bir aile diş hekimim olmasını isterim. Beni bilgilendirecek, yönlendirecek bir aile diş hekimi olmasına çok sıcak bakıyorum” (V11)

4.4.4. Aile Diş Hekimliğinin Finansmanı

Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubuna yöneltilen “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu için uygun olan geri ödeme sistemi hangisi olabilir?” sorusuna cevaben elde edilen verilerin analizi sonucunda “Aile Diş Hekimliğinin Finansmanı” adlı

kategori meydana gelmiştir. Bu kategori altında 2 kod oluşmuştur. Bunlar “Hizmet Başına Ödeme” ve “Maaş ve Performans”tır. Kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.7’de sunulmuştur. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 3 kişi hizmet başına ödeme yapılması gerektiğine, önemli olanın koruyucu hizmetlerin kalitesi olduğuna dikkat çekmiştir. 8 katılımcı ise maaş ve performans şeklinde bir geri ödeme sisteminin aile dış hekimliği için uygun olacağını ifade etmiştir.



Şekil 4.7. Aile dış hekimliğinin finansmanı kategorisi altındaki kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Katılımcıların ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir.

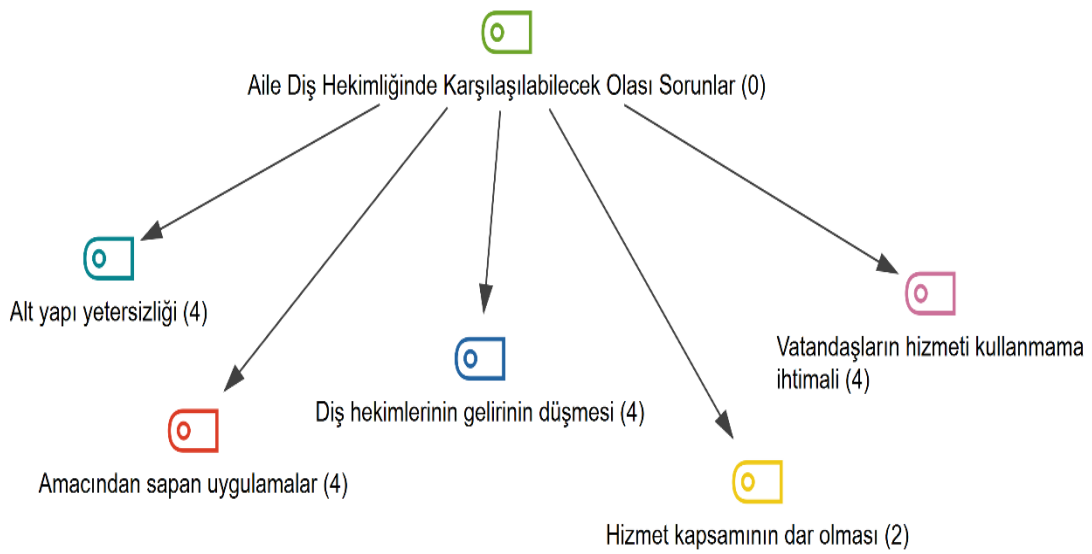
“Aile hekimliğindeki gibi bir ödeme şekli kişi başı şekilde olabilir. Maaş ve ek olarak performans gibi yani. Koruyucu hizmet pozitif performans koyabilir. Tedavi edici hizmet de isteğe bağlı olabilir” (S5)

“... Optikler, özel hastaneler, üniversite hastanesi ve eczanelere ait faturalar tarafımızdan kontrol ediliyor. Birinci basamağı Sağlık Bakanlığı kendi bütçesinden karşılıyor. Aile dış hekimliğini de yine bu şekilde finanse edecektir. Zaten başka türlü zor. Maaşa ek olarak performans olan sistem uygundur” (S4)

“Aile dış hekimliği aile hekimliğinden farklı. Geri ödeme de farklı olmalı. Ev ziyareti, sağlık eğitimleri gibi hizmetler ekstra pakete dahil olmalı. Hizmet başına ödeme olmalı. Yani koruyucu hizmet hizmetin niteliğine göre ücretlendirilmeli, kişi sayısına göre değil. İdeali bu fikrimce” (S11)

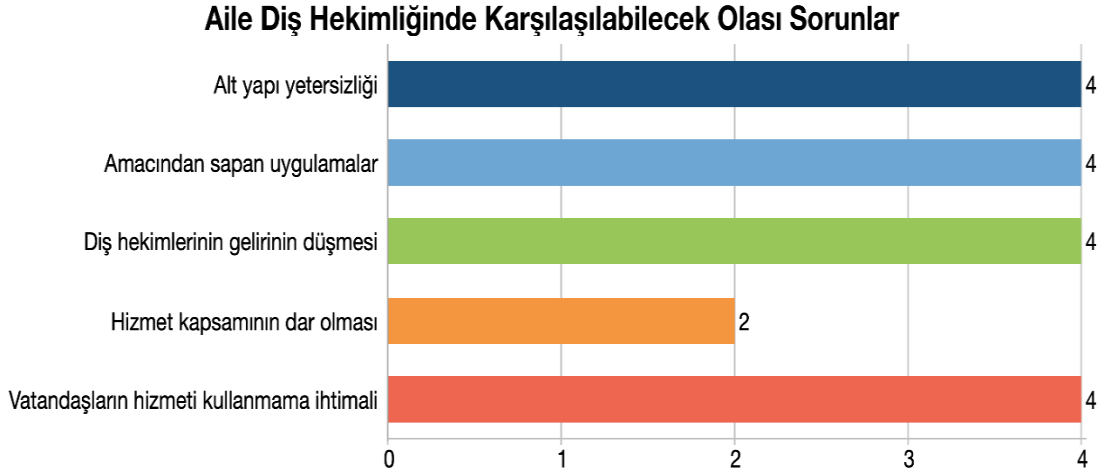
4.4.5. Aile Dış Hekimliğinde Karşılaşılabilecek Olası Sorunlar

Verilerin analizi sonucunda “Aile Dış Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında Aile Dış Hekimliğinde Karşılaşılabilecek Olası Sorunlar isimli kategori meydana gelmiştir. Türkiye için yeni bir sistem olan Aile Dış Hekimliği Modelinin belli başlı faydaların yanı sıra bazı problemleri de beraberinde getireceği düşünülmektedir. Olası sorunların öngörülmesi ve buna göre çözüm önerileri geliştirilmesi sistemin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir. Katılımcıların karşılaşılabilecek olası problemlerle ilgili ifadelerinin yer aldığı bu kategori altında toplam 5 adet kod oluşmuştur. Oluşan kodlar ve frekansları Şekil 4.8’ de gösterilmektedir.



Şekil 4.8. Aile dış hekimliğinde karşılaşılabilecek olası sorunlar kategorisi altında meydana gelen kodlar

Kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.9’da gösterilmektedir. Buna göre en az sayıda katılımcı aile dış hekimliğinin hizmet kapsamının dar olduğu yönünde görüş bildirmiştir. 4 katılımcı alt yapı yetersizliklerine, 4 katılımcı amacından sapan uygulamalara, 4 katılımcı dış hekimlerinin gelirinin düşmesine, 4 katılımcı da vatandaşların hizmeti kullanmama ihtimali bulunduğuna dikkat çekmiştir.



Şekil 4.9. Aile diş hekimliğinde karşılaşılabilecek olası sorunlar kategorisi altında meydana gelen kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Alt yapı yetersizliği

Bu kod altında yer verilen ifadeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda ciddi bir alt yapı gereksinimi olduğuna, aile diş hekimliği uygulamasında bu alt yapı gereksiniminin oldukça maliyetli olacağına dair endişelere işaret etmektedir. Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“Ciddi bir alt yapı gerekliliği var. Teknolojik donanımı fazla. En küçük bir uygulama bile pek çok donanıma ihtiyaç duyuyor. Gerçekten meraklıyım bu iş nasıl olacak. Kolay değil bu alt yapıyı oluşturmak.” (S1)

“Bir diş hekimi demek bir dental ünit demek, bir dental asistan demek. Dolayısıyla alt yapı demek ve bu kolay bir iş değil. Gereken donanım her şeyiyle sağlanamayabilir.” (D1)

Amacından sapan uygulamalar

Vatandaşlar grubundan 1, diş hekimleri grubundan 1, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 2 katılımcı olmak üzere toplamda 4 katılımcı Aile Diş Hekimliği Sistemi uygulamaya geçirildiğinde Aile Hekimliği ile benzer süreçlerden geçileceğine ve bazı uygulamaların amacından sapacağına dikkat çekmiştir. Bu noktada katılımcıların endişeleri Aile Diş Hekimliğinin koruyucu hizmetleri ve bazı birinci basamak tedavi hizmetlerini sunmaktan ziyade ilaç reçete eden ve rapor yazan bir birim konumuna

gelmesidir. Aşağıda bazı katılımcıların konu hakkındaki görüşlerinden alıntılara yer verilmiştir.

“Aile dış hekimliğinin de aile hekimliği gibi amacından sapacağından endişeliyim. Aile hekimliğinin geçtiği yollardan geçecek şüphesiz ama aile dış hekimliği aile hekimliğinden çok farklı. Umarım yeterli koruyucu hizmet sunabilir.” (S1)

“Ben kendi uzmanlığım doğrultusunda baktığımda aslında şu an aile hekimliği sisteminde de çok sorunlar var. Aile hekimliği performansa dayalı oluyor, çoğunlukla tekrara yönelik bir sistem dönüyor. Şu anki aile hekimliği sistemi de koruyucu odaklı çalışmıyor aslında ama bu olmalı ama değil mi? Şu an hastalananların gidip ilaç yazdırıldığı bir birim aile hekimliği. Korkarım aile dış hekimliği de böyle bir sistem olacak, koruyucu odaktan uzaklaşacak” (S6)

“Aile hekimliği de sözde aynı amaçla başladı ama ilaç yazmanın ötesine geçilebildi mi? Dış hekimi ne yapacak aile dış hekimi olarak? Sahiden planlandığı gibi koruyucu hizmetleri sunabilecek mi? Pek sanmam”(D13)

Dış hekimlerinin gelirinin düşmesi

Dış hekimleri grubundan 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 2 olmak üzere toplam da 4 katılımcı Aile Dış Hekimliği Sisteminin dış hekimlerinin gelirini düşüreceği yönünde endişelerini dile getirmişlerdir. Aşağıda bazı katılımcıların konuyla ilgili görüşlerinden alıntılara yer verilmiştir.

“Burada soru işareti olan husus aile hekimi gibi onlarda dışarıdan hasta almayacak mı? Böyle olursa bu durumu kaç dış hekimi kabul eder ki? Cezbedici faktörlere ihtiyaç duyulması muhtemel.” (D15)

“İl merkezlerinde aile dış hekimine kayıtlı nüfus fazla olabilir ama kırsalda olan dış hekimi daha az kazanacaktır. Geliştirme ödenekleri olmalı”(S6)

Hizmet kapsamının dar olması

Diş hekimleri grubundan iki katılımcı aile diş hekimliği kapsamında yer alması düşünülen hizmetlerin dar bir yelpazede sunulacağına yönelik endişelerini dile getirmiştir. Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

"Aile Diş Hekimi aile sağlığı merkezine görevlendirildiğinde orada çok bir iş yapamayacak. Hangi tedavileri yapabilir ki? Hizmet kapsamının kısıtlı olacağını düşünüyorum" (D3)

"Aile Diş Hekimliğinin uygulama alanında çok fazla tedavi yok. Sadece koruyucu birkaç uygulama mı gerçekleştirecek? Eğer öyle olursa sorun olmaz mı? Yani vatandaş sadece muayeneye ve çocuğunun dişine flor uygulatmaya gidecekse? Hizmetin kapsamında başka uygulamalara yer verilmeli ki amacına ulaşsın" (D6)

Vatandaşların hizmeti kullanmama ihtimali

Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 1, diş hekimleri grubunda 3 olmak üzere toplam 4 kod frekansına sahip olan bu kod altında vatandaşların Aile Diş Hekimliği hizmetini çeşitli nedenlerle kullanmayacağına yönelik görüşler yer almaktadır. "Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir."

"İnsanların aile diş hekimine başvuracaklarını da düşünmüyorum zorunlu olmadıkça. Bir şikayetleri olduğunda yine diş hastanelerine gideceklerdir" (D13)

"Vatandaşlar bu hizmeti nasıl kullanır yani gider mi aile diş hekimine? Yoksa yine alışık oldukları diş hekimlerine gitmeye devam mı ederler? Sorun bu olabilir bence. Sistem bireyi önce aile diş hekimine gitmeyi yönlendirmeli." (S12)

4.4.6. Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler

"Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler" teması altında oluşan diğer bir kategori "Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler" kategorisidir. Bu kategori altında oluşan kod ve alt kodlar frekansları ile birlikte Şekil 4.10'da gösterilmektedir.

Diş hekimliği eğitime Aile Diş Hekimliği'nin entegrasyonu

“Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler” kategorisi altında oluşan kodlardan biri “Diş Hekimliği Eğitime Aile Diş Hekimliği'nin Entegrasyonu” olarak isimlendirilmiştir. Bu kod altında yer alan görüşler Aile Diş Hekimliği'nin diş hekimliği uzmanlık dalları göz önünde bulundurulduğunda multidisipliner bir bakış açısı gerektirdiği ve bu konunun diş hekimliği lisans ve uzmanlık eğitimlerine dahil edilmesi gerekliliği ile ilgilidir. Aşağıda katılımcıların ifadelerinden alıntılara yer verilmiştir.

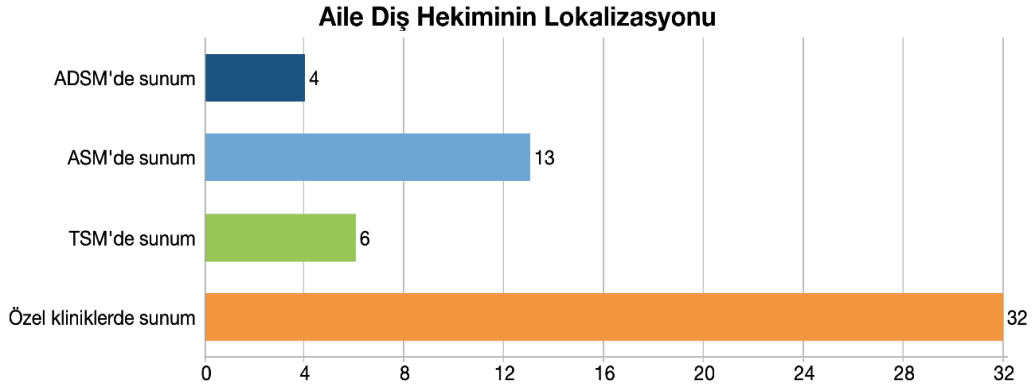
"Aile diş hekimliği bir ders olarak müfredatlara eklenmeli. Ya da biz uzmanlık dalı olarak açılmalı. Yoksa zor olur. Aile hekimliğinde de bu zaman içerisinde böyle olmuştur." (D1)

"Burada bence ilk aşama diş hekimliği eğitime aile diş hekimliğini entegre etmek. Diş hekimliği fakültesinin ders müfredatlarına eklenmeli, hatta uzmanlık eğitimlerine de bu eklenmeli. Çünkü aile diş hekimliği hastayı çok yönlü değerlendirmeyi gerektiren bir alan." (S2)

Aile Diş Hekimliği'nin lokalizasyonu

Aile Diş Hekimleri kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında veya bazı ülkelerde olduğu gibi kendine ait polikliniklerde mesleğini icra edebilmektedir. Aile Diş Hekiminin nerede görev alması gerektiği konusu katılımcılar tarafından önemle üzerinde durulan bir husus olmuştur.

Bu kod altında katılımcılar Aile Diş Hekimliğinin nerede yer alması gerektiği ile ilgili görüşlerini gerekçeleri ile birlikte dile getirmişlerdir. Aile Diş Hekimliğinin Lokalizasyonu kodu altında 4 adet alt kod meydana gelmiştir. Alt kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.11'de gösterilmiştir.



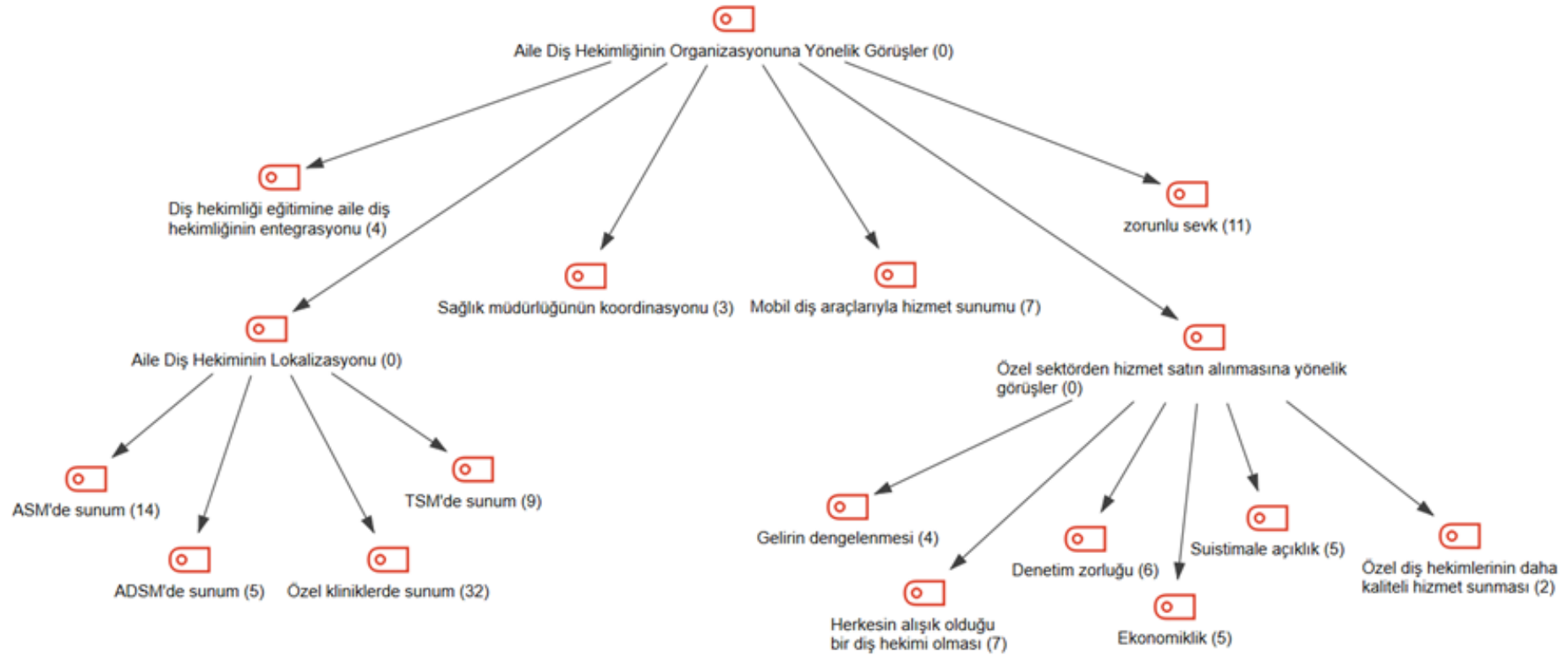
Şekil 4.10. Aile diş hekimliğinin lokalizasyonu kodu altında oluşan alt kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Şekil 4.10'a göre 32 katılımcı aile diş hekiminin özel kliniklerde, 13 katılımcı Aile Sağlığı Merkezleri'nde, 6 katılımcı Toplum Sağlığı Merkezleri'nde, 4 katılımcı ise Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'nde yer alması gerektiğini dile getirmiştir.

Kod frekanslarının örneklem gruplarına göre dağılımı incelendiğinde “Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)’nde sunum” alt kodunun sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2, diş hekimleri grubunda 3 kez kodlandığı görülmektedir. Vatandaşlar grubundan hiç kimse bu konuda bir ifadeye yer vermemiştir. “ADSM’de sunum”, diğer alt kodlar içerisinde en düşük kod frekansına sahip olan alt koddur.

“TSM’de sunum” alt kodunun dağılımı incelendiğinde sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2, diş hekimleri grubunda 7 olduğu görülmektedir.

“ASM’de sunum” alt kodunun örneklem gruplarına göre dağılımı incelendiğinde diş hekimleri grubunda 2, vatandaşlar grubunda 6, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 6 kez kodlandığı görülmektedir. Bu alt kod diş hekimleri grubu için en düşük frekanslı alt koddur. Ancak tüm alt kodlar içinde değerlendirildiğinde kod frekansı en yüksek 2. Alt kod olduğu görülmektedir.



Şekil 4.11. Aile diş hekimliğinin organizasyonuna yönelik görüşler kategorisi altındaki kodlar

“Özel Kliniklerde Sunum” alt kodunun örneklem gruplarına göre dağılımı incelendiğinde diş hekimleri grubunda 12, vatandaşlar grubunda 14, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 6 kez kodlandığı görülmektedir. Diş hekimleri ve vatandaşlar grubunda aile diş hekiminin nerede konumlandırılması gerektiği konusunda en fazla sayıda ifade özel kliniklerde bulunması gerektiği ile ilgilidir. İlgili kod altında yer alan alt kodlar içerisinde frekansı en yüksek olanıdır. Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“Aile diş hekimi ADSM bünyesinde olsun. O kadar yatırım yapıldı ADSM’lere. Devletin esas görevi zaten koruyucu hizmet vermek. Madem öyle yatırımı yaptığı yerde versin bu hizmeti.” (D15)

“ASM’lerin sınıf şartlarına bu eklenebilir. Diş hekimi de eklenirse sınıfı artar gibi. ASM’lerin gideri için ayrı ödemeleri var, aile diş hekimliği için de bu olur.” (S9)

“Aile Sağlığı Merkezinde de olabilir. Nasılsa aile hekimine gidiliyor. Gidilmişken aile diş hekimine de uğranıp kontroller yaptırılabilir.” (V18)

“Türkiye’de toplum sağlığı merkezlerinde görevli ve bu koruyucu uygulamaları sunan diş hekimleri bir dönem çeşitli eğitimlere tabi tutuldu. Benim eşim de böyle bir eğitime katılmıştı. Ülke genelinde bu toplum sağlığı merkezleri kanalıyla sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini çok yararlı buluyorum açıkçası. Böyle devam etmeli.” (D7)

Sağlık müdürlüğünün koordinasyonu

“Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler” kategorisi altında oluşan kodlardan biri “Sağlık Müdürlüğünün Koordinasyonu” olarak isimlendirilmiştir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan elde edilen verilerden toplamda 3 kez kodlanmıştır. İlgili katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bunlar il sağlık müdürlüğüne bağlı olmalı. Her aile diş hekimi 3- 7 yaş grubu çocukları çağırıp ağız bakım eğitimi verebilir. Okul yerine ASM’de de verilebilir bu eğitimler aslında. Okul da olur tabi.” (S3)

İki katılımcı Aile Diş Hekimliği Hizmetinin özel kliniklerinde çalışan diş hekimleri tarafından sunulması gerektiğine dair görüş bildirdikten sonra sağlık müdürlüğünün bu işleyişi koordine etmesi gerektiğine dair aşağıdaki ifadelere yer vermişlerdir.

“...il ve ilçe sağlık müdürlükleri bunu koordine edebilir. Özel klinikte sunulacak bu hizmet neticede, emekliye ayrılmış dişhekimleri de yapabilir aile diş hekimliği mesela” (S5)

“Yine sağlık müdürlükleri bunu koordine eder. Aile hekimleri de zaten kendi giderlerini kendileri karşılıyor. ASM’de değil de kendi muayenehanesinde hekim kendi işini yapar” (S7)

Mobil diş araçlarıyla hizmet sunumu

“Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler” kategorisi altında oluşan kodlardan bir diğeri “Mobil Diş Araçlarıyla Hizmet Sunumu” olarak isimlendirilmiştir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan elde edilen verilerden 5 kez, vatandaşlar grubundan elde edilen verilerden 2 kez olmak üzere toplamda 7 kez kodlanmıştır. İçerisinde diş tedavi ekipmanları bulunduran ve mobil bir klinik olarak hizmet veren bu araçlar, sağlık hizmetine erişim engeli bulunan bireylerin sağlık kuruluşu dışında hizmete erişimini mümkün kılmaktadır (Ganavadiya vd., 2014). Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda yer almaktadır.

“Köylerde sağlık ocakları aile sağlığı merkezine dönüştü, buralarda diş hekimi için yer var mesela. Ama mobil diş araçları da var onlar da kullanılabilir köyler için. Diş hekimine köye hizmete gittiğinde daha fazla ödeme yapılabilir mesela. Zaten mobil araçlar için de km başına ödeme yapılıyor” (S5)

“Mobil diş araçları çoğaltılmalı. Afet yaşanan yerlere veya engelli çocuğu olan ailelere bu şekilde hizmet sunulmalı.” (V15)

Zorunlu sevk

“Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler” kategorisi altında oluşan bir diğer kod “Zorunlu Sevk” olarak adlandırılmıştır. Kod frekansı 11 olan bu

kodun örneklem gruplarına göre frekans dağılımı incelendiğinde vatandaşlar grubunda 2, diş hekimleri grubunda 4, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 5 olduğu görülmektedir. Aile Hekimliği Modeli'nin amacına ulaşabilmesi için zorunlu bir sevk sisteminin oluşturulması, dolayısıyla vatandaşların birinci basamağı atlamadan bir üst basamağa başvurmasının önüne geçilmesine yönelik ifadeler bu kod altında değerlendirilmiştir. Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda yer almaktadır.

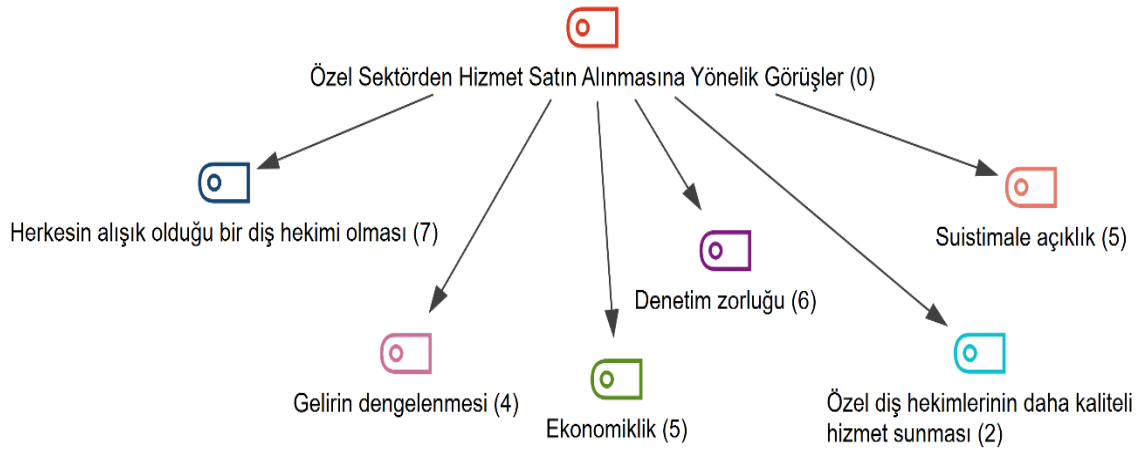
“Keşke etkin bir sevk sistemi olabilse o şekilde ancak verimli olacağına inanıyorum, yoksa verimli olmayabilir. Hastalar birinci basamağı aşp bir üst basamağa başvurmamalı. Aile hekimliği ile benzer sorunlar doğacaktır.” (S7)

“İnsanların aile diş hekimine gitmesi zorunlu olmalı yoksa yine millet diş hastanesine gider. Önce aile diş hekimine gideceğimiz şekilde bir yol bulunmalı” (V13)

“Ülkemizde hasta direk doktoruna başvurabildiği için, arada başka basamaklar olmadığı için bu sistemi yürütmek zor olur. Ancak sevk zorunlu hale getirilirse aile diş hekiminin sevkiyle diş hastanesine gitme durumu olursa bu sistem işler. Yoksa hastalar aile diş hekimine muayene olmaya gitmezler. Sevk zorunlu hale getirilmeli” (D3)

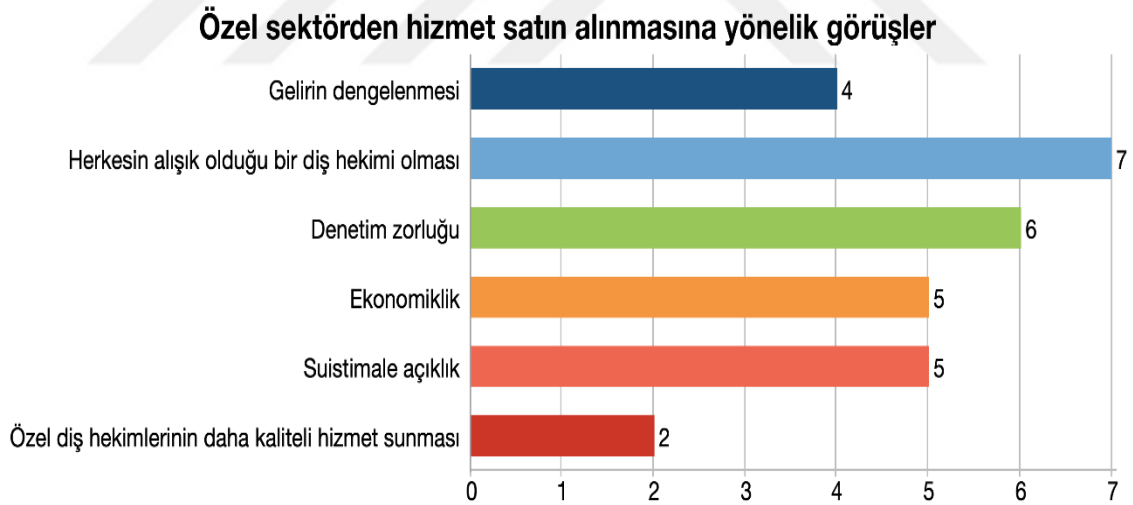
4.4.7. Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler

“Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında oluşan diğer bir kategori “Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların Aile Diş Hekimliği hizmetinin kamuya bağlı kuruluşlarda değil, kendi muayenehanesi veya özel polikliniğinde çalışan diş hekimleri tarafından sunulması gerektiğine dair görüşleri bu kategori altında toplanmıştır. Meydana gelen kodlar frekansları ile birlikte Şekil 4.12’de gösterilmektedir.



Şekil 4.12. Özel sektörden hizmet satın alınmasına yönelik görüşler kategorisi altındaki kodlar

Şekil 4.13, kodların katılımcı sayısına göre dağılımını göstermektedir. Buna göre en fazla sayıda katılımcı “herkesin alışık olduğu bir diş hekimi olması”, en az sayıda katılımcı ise “özel diş hekimlerinin daha kaliteli hizmet sunması” kodları altında değerlendirilen ifadeler yer vermiştir.



Şekil 4.13. Özel sektörden hizmet satın alınmasına yönelik görüşler kategorisi altında oluşan kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Herkesin alışık olduğu bir diş hekimi olması

“Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” Kategorisi altında oluşan ilk koddur. Şekil 10’da görüldüğü üzere en yüksek kod frekansına sahiptir. Vatandaşlar grubundan elde edilen verilerden 5, diş hekimleri grubundan elde edilen verilerden 2 kez kodlanmıştır. Bu kod altında toplanan ifadeler; katılımcıların genellikle

gitmeye alışkın olduğu bir diş hekimleri olması ve ondan başkasına tedavi olma konusunda isteksiz olmalarıyla ilgili görüşleri içermektedir. Burada bildirilen görüşler aile diş hekiminin özel poliklinikler veya muayenahanelerinde bulunması gerektiği ile ilgilidir. Böylelikle herkes alışık olduğu diş hekimine aile diş hekimi olarak gitmeye devam edebilecektir. Katılımcıların ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir.

“Şimdiye kadar çok az sayıda diş hekimine gittim diş hekimimi değiştirmeyi farklı kişilere gitmeyi sevmiyorum çoğu kişi gibi ben de.” (V17)

“Bir de zaten insanlar ailece gidiyorlar muayenahaneye. Yani her ailenin zaten rutinde gittiği bir diş hekimi oluyor. Böyle bir durumda bu kişinin aile diş hekimi olması çok mantıklı” (D10)

Gelirin dengelenmesi

“Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” Kategorisi altında oluşan bir diğer kod “Gelirin Dengelenmesi” olarak isimlendirilmiştir. Sadece diş hekimleri grubundaki 4 katılımcıdan elde edilen verilerden 4 kez kodlanmıştır. Burada bahsi geçen ifadeler aile diş hekimliği hizmeti özel sektörden satın alındığında özel sektörde çalışan diş hekimleri arasındaki gelir eşitsizliklerinin dengeleneceği yönündedir. Diş hekimlerinin ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... özellikle yeni muayenehane açmış olan hasta potansiyeli daha az arkadaşlarımız böylece gelirlerini de arttırmış olurlar. Kazanç eşitsizliklerine bir nebze yararlı olur.” (D9)

“Muayenehane hekimlerinin gelirleri de bu şekilde dengelenir bence. Dönemlik sözleşmeler karşılığında aile diş hekimi olan muayenehane hekimleri hasta portföyünü de genişletmiş olur” (D5)

Özel diş hekimlerinin daha kaliteli hizmet sunması

“Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” Kategorisi altında oluşan kodlardan bir diğeri “Özel Diş Hekimlerinin Daha Kaliteli Hizmet Sunması” olarak isimlendirilmiştir. Diş hekimleri ve vatandaşlar gruplarından birer kişi olmak üzere toplamda iki katılımcının verilerinden kodlanmıştır. Kod frekansı en düşük olan koddur.

Burada katılımcılar özel muayenehane ve polikliniklerde hizmet sunan diş hekimlerinin kamuda görev yapanlara kıyasla işinde daha özenli olabileceğine, hizmet kalitesinin özel sektörde daha yüksek olduğuna dair görüşlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“Muayenehane hekimleri özelde çalıştığı için daha titiz, koruyucu hizmetleri onlar sunabilir. Çok da başarılı olur bu şekilde. Aile diş hekimi bence özelde çalışanlar olsun” (V14)

“Muayenehane hekimi hastayı memnun etmek için daha çok uğraşacaktır böyle bir gerçek de var. Koruyucu hizmetleri de en iyi şekilde sunacaktır” (D10)

Denetim zorluğu

İlgili kategori altında oluşan “Denetim Zorluğu” isimli kod, diş hekimleri grubunda 5, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 1 olmak üzere 6 kez kodlanmıştır. Bu kod altında değerlendirilen ifadeler Aile Diş Hekimliği hizmetinin özel sektörden satın alınması durumunda denetleme mekanizmalarının yetersiz kalabileceği yönündeki görüşlerden oluşmaktadır. Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda yer almaktadır.

“Bir dönem diş tedavi hizmetleri özel sektörden satın alınmıştı. Denetleme mekanizması o dönem yetersiz kaldı. Bu nedenle uygulanabilirliğinin zor olacağını düşünüyorum. Yapılır mı yapılır ama denetleme mekanizmasının oturtulması gerek” (D11)

“Aile hekimliği modeli bu konuda daha iyi bir örnek. Özel sektör işin içine girerse koordinasyonu ve denetlenmesi zor olur” (S8)

Ekonomiklik

“Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” Kategorisi altında oluşan kodlardan biri de “Ekonomiklik” olarak isimlendirilmiştir. Diş hekimleri grubundan elde edilen verilerden 4, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan elde edilen verilerden 1 olmak üzere toplamda 5 kez kodlanmıştır. Bu kod altında katılımcıların özel muayenehane ve polikliniklerde aile diş hekimliği hizmeti sunulmasının hali hazırda var olan fiziki şartlardan yararlanılacağı için çok daha

ekonomik olacağı yönündeki görüşleri yer almaktadır. Katılımcılar yeni bir sağlık kuruluşuna dış polikliniği kurmaktansa var olandan yararlanılmasını daha az maliyetli ve dolayısıyla daha mantıklı bir çözüm olarak gördüklerini ifade etmektedir. Aşağıda katılımcıların konu ile ilgili ifadelerinden örnekler yer almaktadır.

“Ekonomik açıdan da öyle, nihayetinde aile dış hekimliği sisteminde belli bir alt yapı yatırımı gerekecek ama muayenehanelerde bu alt yapı zaten var.” (D6)

“Aile hekimliği modelindeki gibi aile sağlığı merkezlerine dış hekimi istihdam edilmesi ve malzeme alınması vs gibi maliyet kalemleri ortadan kalkacaktır. Çok daha avantajlı olabileceğine inanıyorum.” (D5)

Suistimale açıklık

Dış hekimleri grubundan 2, vatandaşlar grubundan 1, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 2 olmak üzere toplamda 5 kez kodlanmıştır. Katılımcıların özel sektörden aile dış hekimliği hizmetinin satın alınması durumunda dış hekimleri tarafından sistemin suistimal edileceğine ve haksız kazanç sağlanmasına yönelik bir riskin ortaya çıkacağına dair endişelerine ilişkin ifadeleri bu kod altında toplanmıştır. Katılımcıların ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir.

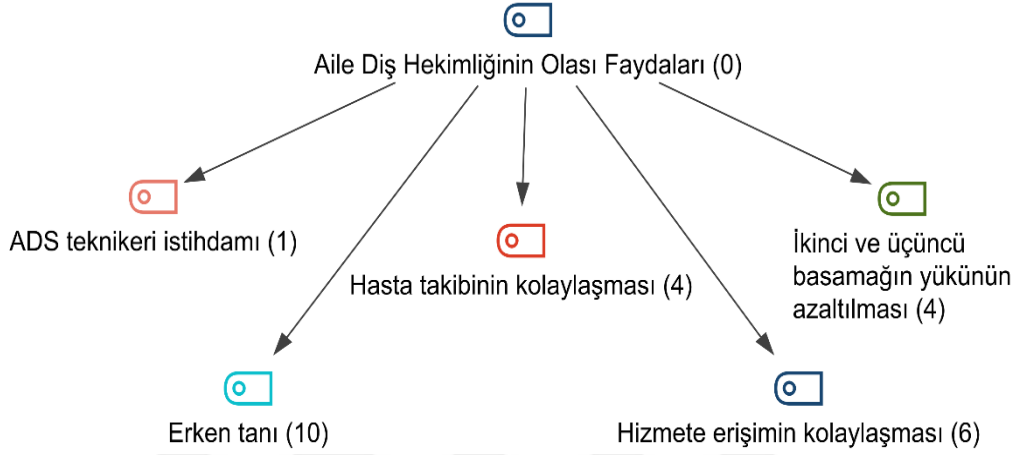
“Burada önemli olan organizasyonun doğru yapılması ve kontrol mekanizmasının oturtulması. Muayenehane dış hekimleri hastaları kendilerinden hizmet alma yönünde yönlendirebilir. Bu durumda ne yapılacak? Bu nokta önemli. Belki aile dış hekimi olarak görev yaptıkları süre içerisinde başka hasta almaları veya tedavi hizmetlerinde rol almalarının önüne geçilirse bir ihtimal.” (S3)

“Ama şöyle bir şey olabilir belki muayenehanesi olan dış hekimi bize ödeme çıkarabilecek farklı tedavilere yönlendirebilir mi acaba? Bunun sistemi iyi kurulmalı. Eğer doğru kullanılırsa çok verimli olabilir hali hazırda mevcut olan dış hekimlerinin bu şekilde görevlendirilmesi” (V12)

“Muayenehaneler bu amaçla kullanılırsa dış sektörü fazlasıyla özelleşir. Hekim ticari bakabilir hizmeti aksatabilir bu durum. Ama mesela özel dış merkezlerine aile dış hekimi çalıştırma şartı gibi bir şart getirilebilir.” (S9)

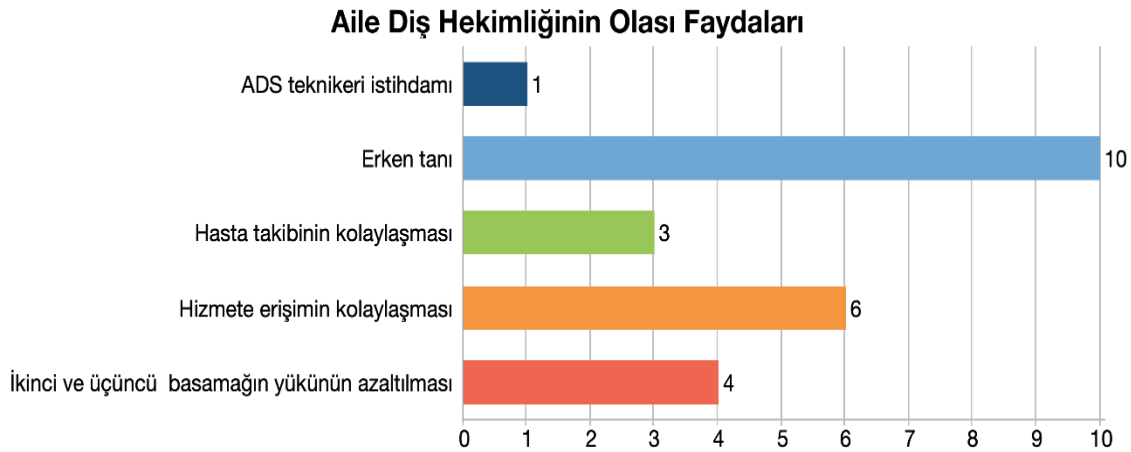
4.4.8. Aile Dış Hekimliğinin Olası Faydaları

“Aile Dış Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında oluşan diğer bir kategori “Aile Dış Hekimliğinin Olası Faydaları” olarak isimlendirilmiştir. Bu kategori altında toplam 5 kod meydana gelmiştir. Meydana gelen kodlar ve frekansları Şekil 4.14’de sunulmaktadır.



Şekil 4.14. Aile dış hekimliğinin olası faydaları kategorisi altındaki kodlar

Kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.15’te gösterilmektedir. Buna göre “erken tanı” kodu en fazla sayıda katılımcının verilerinden elde edilmiştir. “ADS teknikeri istihdamı” kodu ise en az sayıda katılımcı tarafından ifade edilen görüşlerden meydana gelmiştir.



Şekil 4.15. Aile dış hekimliğinin olası faydaları kategorisi altında oluşan kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

ADS teknikeri istihdamı

Ağız ve diş sağlığı teknikeri 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”da görev tanımı yapılmış olan bir sağlık mesleğidir. “Meslek yüksekokullarının ağız ve diş sağlığı programından mezun; hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır halde tutulmasını sağlayan sağlık teknikeridir” şeklinde tanımlanmaktadır (Derviş, 2019).

“ADS Teknikeri İstihdamı” olarak adlandırılan kod, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan elde edilen verilerden 1 kez kodlanmıştır. İlgili katılımcının ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Aile diş hekimini tek başına düşünmeyelim. Yanına ağız ve diş sağlığı teknikeri de istihdam edilecek elbet. Bu da ağız ve diş sağlığı teknikerlerinin istihdamı açısından olumlu bir gelişme olacak.” (S6)

Erken tanı

“Aile Diş Hekimliğinin Olası Faydaları” Kategorisi altında oluşan kodlardan bir diğeri “Erken Tanı” olarak isimlendirilmiştir. Diş hekimleri grubunda 5, vatandaşlar grubunda 4, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 1 kez olmak üzere toplamda 10 kez kodlanmıştır. Bu kod altında toplanan ifadeler Aile Diş Hekimi vasıtasıyla sunulacak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birçok ağız hastalığının erken teşhisine olanak vereceğine yöneliktir. Katılımcıların ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir.

“Bazı diş problemleri ailesel de olabiliyor örneğin malokluzyonlar vs. Bunları önceden tespit edip önlem almak mümkün olur bu şekilde. Sadece diş çürüğüünün erken teşhisi değil, ortodontik problemlerin de erken taşhisi açısından aile diş hekimisi yararlı, çünkü sadece çocuğu değil bütün aileyi biliyor.” (D10)

“Çok sık 1. büyük azı dişi çürüklerine rastlıyoruz. 18-20 yaş arasına geldiklerinde çoğu hasta bu dişini kaybetmiş oluyor. Bunun aile diş hekimliği kapsamında sunulacak koruyucu hizmetlerle önlenileceğini düşünüyorum.” (D11)

“... ben üniversitedeyken dişlerime tel takılmıştı. Dişlerimde problem olduğu çocukken fark edilseydi o zaman düzeltilmesi daha kolay olurdu. Mesela aile diş hekimim olsaydı o zamanlar, bunu erken fark edip yönlendirebilirdi” (V10)

Hasta takibinin kolaylaşması

Diş hekimleri grubundan 3 katılımcının verilerinden toplamda 4 kez kodlanmıştır. Bu kod altında toplanan ifadeler, her ailenin bir aile diş hekimi olması ile birlikte hastaların daha kolay takip edilebileceği, gerekli görülen durumlarda kontrollere çağırılarak sürecin daha titiz işleyeceği görüşlerini kapsamaktadır. Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“Koruyucu hizmet aile diş hekimi aracılığıyla sunulursa amacına ulaşır. Takip ve kontroller kolay olur. Aşı kartı gibi diş takip kartları olabilir mesela. Kontrol zamanı gelince aranır ve kontrole çağırılır vatandaş.” (D7)

“Hem ailelerin diş tedavi ihtiyaçlarını hem çocuklarının da gelişimlerini takip edebilmek hekim için de hastalar için de çok iyi. Bu önemli bir konu. Her ailenin bir aile diş hekimi olursa bunu sağlamak mümkün olur. Mesela diş hastanesine gidiyor hasta, başlangıç halinde çürükleriniz var yeniden kontrole gelin diyor hekim ama hasta gitmiyor.” (D9)

Hizmete erişimin kolaylaşması

“Aile Diş Hekimliğinin Olası Faydaları” Kategorisi altında oluşan bir diğer kod “Hizmete Erişimin Kolaylaşması” olarak adlandırılmıştır. Vatandaşlar grubunda 2, diş hekimleri grubunda 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2 olmak üzere 47 katılımcıdan 6’sının verilerinden 6 kez kodlanmıştır. Burada söz konusu ifadeler Aile Diş Hekimliği Hizmetinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak olması yönündedir. Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“Aile hekimliği hastanelerde yaşanan sıraları azaltarak küçük uygulanabilir tedavileri daha butik şekilde başarılabilir noktaya getirdi. Diş hekimliği için de böyle bir alan yaratılır ise, diş problemlerine küçük ve kısa süreli müdahaleler ile vatandaşların yaşam kalitesinde artış sağlanabilecektir. Böylelikle diş sağlığına olan bakış ve

hassasiyet de artacak ve uzun vadede Türk insanının diş sağlığı grafiğinde bir artış gözlemlenebilecektir” (V3)

“Kırsal kesimlerdeki hastaların hastanelere ulaşımındaki yaşadıkları zorluklar, maddi imkânsızlıklar, eğitim durumları, sosyoekonomik düzeyleri gibi birçok faktör koruyucu ağız ve diş sağlığını etkilediği için hastaların daha kolay hizmet alabildikleri ve eğitimlerinin verilip takiplerinin yapıldığı aile diş hekimliği modeli hizmete daha kolay ulaşmaya imkân verecek” (D4)

İkinci ve üçüncü basamağın yükünün azaltılması

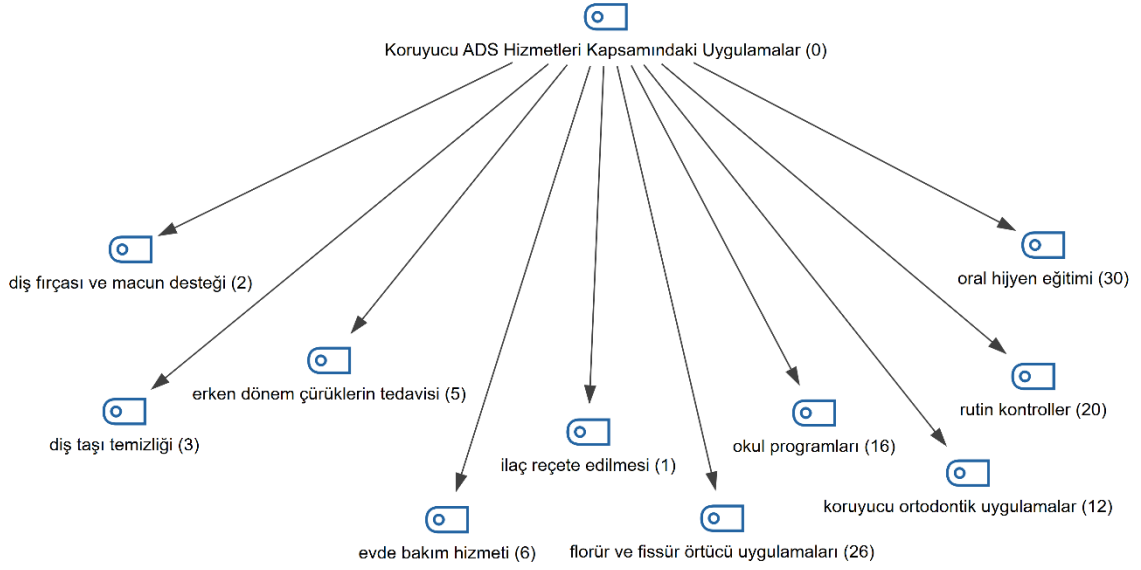
Vatandaşlar grubunda 1, dişhekimleri grubunda 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 1 olmak üzere 47 katılımcının 4’ünün verilerinden toplam 4 kez kodlanmıştır. Katılımcılar aile diş hekimliği ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunumunun gerçekleşmesine bağlı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının hasta yükünün azalacağına dikkat çekmişlerdir. İlgili ifadelerden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“..... aile hekimliği benzeri diş klinikleri oluşturularak uygulanabilecek bu sistem ile ağız diş sağlığı merkezi ve diş hastanelerindeki hekimlerinin de yükü azaltılmış olur” (D12)

“ Aile diş hekimliğinin uygulamaya geçirilmesi ağız ve diş sağlığı merkezlerinin yükünü de azaltacak. Malumunuz ağız ve diş sağlığı merkezleri çok yoğun çalışıyor. Dişi ağrıyan vatandaş doğrudan diş hastanesine gidiyor.” (S11)

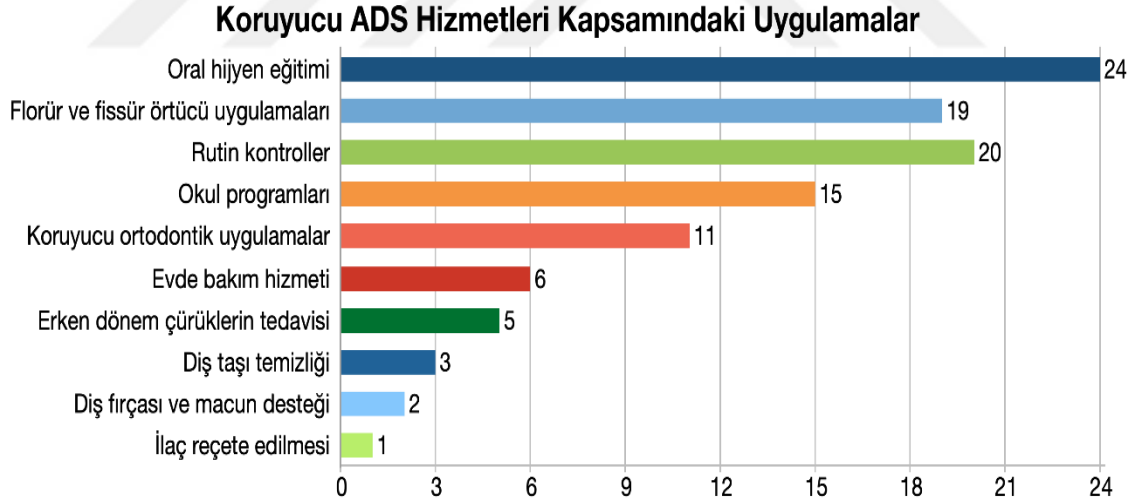
4.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalara İlişkin Bulgular

Verilerin analizi neticesinde ortaya çıkan bir başka tema “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar”dır. Bu tema altında koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri bünyesinde hangi tedavi ve uygulamaların yer alması gerektiği ile ilgili ifadelerin meydana getirdiği kodlar yer almaktadır. Oluşan kodlar frekansları ile birlikte Şekil 4.16’da gösterilmektedir.



Şekil 4.16. Üçüncü temaya ait kodlar

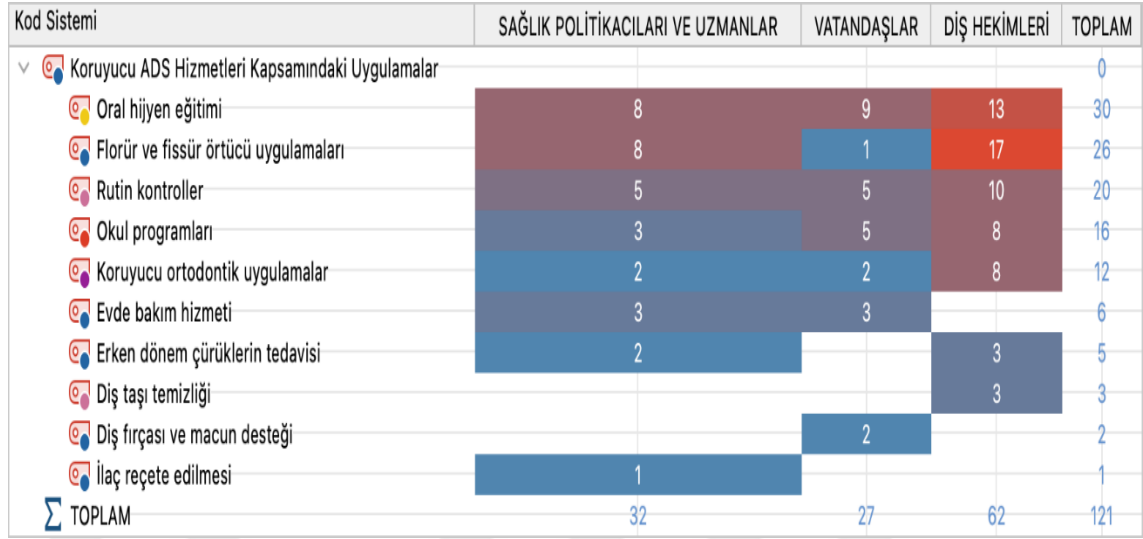
Kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.17’de sunulmuştur. Buna göre 24 katılımcı “oral hijyen eğitimi”, 20 katılımcı “rutin kontroller”, 19 katılımcı florür ve fissür örtücü uygulamalarına vurgu yapmıştır. Sadece bir katılımcı “ilaçların reçete edilmesi”ne değinmiştir.



Şekil 4.17. Üçüncü temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Meydana gelen kodların örneklem gruplarına göre dağılımı incelendiğinde sağlık politikacıları ve uzmanlar grubu ile vatandaşlar grubunda en çok üzerinde durulan uygulamanın oral hijyen eğitimi olduğu görülmektedir. Diş hekimleri grubunda ise florür ve fissür örtücü uygulamalarının “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin” kapsamında

yer alması en sık vurgulanan husus ve dolayısıyla en yüksek frekansa sahip kod olmuştur (Şekil 4.18.)



Şekil 4.18. Üçüncü temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı

4.5.1. Oral Hijyen Eğitimi

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar teması altında oluşan kodlardan ilki “oral hijyen eğitimi” olarak isimlendirilmiştir. Bu kod altında toplanan ifadeler çocuklar, aileler, engelli bireylerin bakımını üstlenen kişiler, öğretmenler gibi toplumsal gruplara verilecek ağız hijyeni ve doğru diş fırçalama eğitimlerini kapsamaktadır. Katılımcılar bu eğitimlerin önemine dikkat çekmiş, koruyucu hizmetlerin ilk adımının doğru alışkanlıklar kazandırmak olduğuna değinmiştir.

“Oral hijyen eğitimi” kodu; diş hekimleri grubunda 13, vatandaşlar grubunda 9, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 8 olmak üzere toplam 30 kod frekansı ile ilgili temanın en sık tekrarlanan kodu olmuştur. Araştırmaya katılan 47 kişinin 24’ü koruyucu hizmetler kapsamında öncelikle ağız hijyeni eğitimlerinin olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Katılımcıların konu ile ilgili ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“... öncelikle doğru eğitimle doğru alışkanlıklar kazandırılması gerek ama bu yapılamadı bugüne kadar. Sadece çocuklara da değil, yetişkinlere, ailelere, her bireye aslında bu eğitim verilmeli. Bir kere doğru alışkanlık kazandırılırsa zaten tedavi ihtiyacı da azalacaktır. En önemli adım bence oral hijyen eğitimi verilmesi.” (S3)

“Keşke çocukluktan itibaren bazı alışkanlıkları kazanabilseydik. Bu bence kişilerin ihmali değil sistemin bir sorunu. Dişlerimize nasıl iyi bakacağımızı öğrenmedik. Koruyucu hizmetlerin içinde ben açıkçası ağız ve diş sağlığına yönelik eğitimler olmasını isterim. Nasıl doğru diş fırçalanır, nasıl beslenilmeli, ne zaman diş doktoruna gitmeliyiz gibi yani. Çoğumuz belki dişimizi bile yanlış fırçalıyoruzdur.” (V4)

“Herkes koruyucu bakım konusunda bilinçlendirilmeli bu ilk basamak olmalı. Bazen diş ipini bile bilmeyen hastalar oluyor bu beni üzüyor. Hastalara örneğin diş ipini nasıl kullanacağını veya dişlerine nasıl iyi bakacağını anlattığımda çok hoşlarına gidiyor ama herkese tek tek anlatmak mümkün olamıyor bunun sistematik hale getirilmesi şart. Koruyucu diş hekimliği çok önemli. İnsanlar bir dişin hasar görmeden evvel korunmasının ne kadar önemli olduğunu bilseler maddi manevi insanlar için yararlı olacaktır.” (D9)

4.5.2. Florür ve Fissür Örtücü Uygulamaları

“Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri” Kapsamındaki Uygulamalar” teması altında oluşan bir diğer kod “Florür ve Fissür Örtücü Uygulamaları” olarak isimlendirilmiştir. En yaygın uygulanan çürük önleme yöntemlerden biri florlu jel veya köpüklerin topikal olarak diş yüzeylerine tatbik edilmesidir. Fissür örtücü uygulaması da yine çürüğe karşı korunmada önemli etkiye sahiptir (Naaman vd., 2017).

47 katılımcının 19’u florür ve fissür örtücü uygulamalarının “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri” kapsamında yer alması gerektiğine yönelik görüş bildirmiştir. Örneklem gruplarına göre kodun dağılımı incelendiğinde; vatandaşlar grubunda 1, diş hekimleri grubunda 17, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 8 kez kodlandığı görülmektedir. İlgili tema altında oluşan en yüksek frekansa sahip ikinci koddur. “Katılımcıların konu ile ilgili ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir”.

“ Flor jeli ve flor vernik mutlaka olmalı. Bu şekilde çocuklarda diş çürüğünün ortaya çıkması engellenebilir. Bu tür koruyucu uygulamalar mutlaka koruyucu hizmet kapsamında rutin olarak sunulmalı.” (S4)

“Çocuklar için flor ve fissür örtücü uygulaması yapılmalı.” (D5)

“Çocukların dişlerine çürüğe karşı flor jeli tatabik edilmeli diş hekimi tarafından. Böylece dişlerin çürümesine karşı koruma sağlanmış olur. Bunu okullarda değil de aile diş hekimi nerede çalışacaksa oraya çağırıp yapmalılar.” (V14)

4.5.3. Rutin Kontroller

“Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar” teması altında oluşan kodlardan biri de “Rutin kontroller” olarak isimlendirilmiştir. Bu kod altında toplanan ifadeler, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda bireylerin düzenli olarak diş muayenelerinin yapılması ve kontrollerinin sağlanması gerektiğine yöneliktir. Bu şekilde başlangıç halindeki ağız ve diş hastalıklarının erken teşhisinin mümkün olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 47 kişiden 20’si rutin diş kontrollerinin koruyucu hizmetlerin kapsamında yer alması gerektiği konusunda görüş bildirmiştir. Kodun örneklem gruplarına göre dağılımı incelendiğinde vatandaşlar grubunda 5, diş hekimleri grubunda 10, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 5 kez kodlandığı görülmüştür. Katılımcıların konu ile ilgili ifadelerinden örnekler aşağıda yer almaktadır.

“Aile diş hekimleri düzenli diş kontrollerini yapmalı, gerektiğinde diş hastanelerine yönlendirmeli. Ya da özele. Bu şekilde diş hastalıklarına karşı korunabiliriz.”(V5)

“Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri 6 ay arayla hastaların zorunlu muayenesi ve gereken işlemlerin yapılması şeklinde işlemeli.” (D12)

“Koruyucu hizmeti aile diş hekimi sunacaksa mesela, kayıtlı olan herkesin aktif takibi ve ağız muayeneleri yapılmalı. Hastalar düzenli kontrollere çağırılmalı” (S8)

4.5.4. Okul Programları

Verilerin analizi sonucunda araştırmaya katılan 47 kişinin 15’inin verilerinden “okul programları” isimli kod meydana gelmiştir. Bu kod altında diş hekimlerinin anaokulu ve ilkokullara düzenledikleri ziyaretlerin ve bu yaş grubu çocuklara yönelik okullarda gerçekleştirilebilecek faaliyetlerin önemini vurgulayan ifadeler yer almaktadır. Dikkat çekici bir diğer konu okul programlarında sadece öğrencilere değil, öğretmenlere

de bilgilendirici eğitimler verilmesine yönelik görüşlerdir. Katılımcılardan bazıları öğretmenlerin çocukların doğru diş fırçalayıp fırçalamadığını kontrol edebilmek için önce kendilerinin bu konuda doğru bilgiye sahip olması gerektiğinin altını çizmiştir.

Örneklem gruplarına göre kodun dağılımı incelendiğinde, diş hekimleri grubunda 8, vatandaşlar grubunda 5, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 3 olmak üzere toplam 16 kod frekansına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“Okullara yönelik koruyucu programlar önemli. Öğretmenler de zaman zaman eğitimlere tabi tutulmalı ki çocuğu kontrol edebilsin doğru mu fırçalıyor dişlerini diye. Anaokullarında özellikle” (S5)

“Anasınıfından başlamak üzere ilkokul öğrencileri de dahil olarak diş hekimlerinin bu gruplara yönelik okullarda diş taramaları ve bilgilendirici sunumlar yapmaları önemli. Bu sistematik bir biçimde yapılmalı. Doğru alışkanlıklar erken yaşlarda kazanılıyor” (D8)

“Okullarda çürük taramaları yapılmalı. Bir de bence öğretmenlerin de bu konuda bilgilendirilmesi lazım. Çocuk dişini doğru mu fırçalıyor bunu anlayıp doğru şekilde alışkanlık kazanmasını sağlamalı” (V1)

4.5.5. Koruyucu Ortodontik Uygulamalar

“Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar” teması altında oluşan diğer bir kod “Koruyucu Ortodontik Uygulamalar” olarak isimlendirilmiştir. Koruyucu ortodontik yaklaşımlarla ileride oluşabilecek diş çapraşıklıklarının önüne geçilerek maliyetli ortodontik tedavi ihtiyaçlarının önlenmesi söz konusudur. 47 katılımcıdan 11’i koruyucu ortodontik uygulamaların koruyucu hizmetlere dahil edilmesi ile ileride yaşanabilecek diş çapraşıklıklarının önüne geçilebileceğini vurgulamıştır.

Toplam kod frekansı 12 olan bu kodun örneklem gruplarına göre dağılımı değerlendirildiğinde diş hekimleri grubunda 8, vatandaşlar grubunda 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2 olduğu görülmüştür. Vatandaşlar grubunda 2

katılımcı (V1 ve V15) ortodontik tedavinin ulaşılabilmesi zor bir hizmet olduğuna da dikkat çekmiştir. Katılımcıların bu kod altında toplanan ifadelerinden alıntılar aşağıda sunulmuştur.

“... Örnek vermem gerekirse bir tel tedavisi için aylarca sıra bekleniyor. Ortodonti uzmanı da yok her yerde. Özele gitmeye de herkesin bütçesi yetmiyor. Bunun önünde geçilebilirse iyi olur. Önceden diş hekimi muayenesi ile belirlenebilir ileride dişlerin düzgün olup olmayacağı ve ona göre tedbir alınır.” (V1)

“Çocuklarda ortodontik tedavi gerekecek mi diye muayeneler yapılmalı. Gerekirse aile diş hekimi ortodontiste yönlendirmeli. Bu şekilde yönlendirilen kişilere daha çabuk sıra gelmeli. Sıra gelmiyor, çok uzun zaman bekliyoruz ortodonti için. En zoru oradan randevu almak. Küçük şehirlerde yaşayanlar uzman bulamıyor tel tedavisi için.” (V15)

Katılımcılardan ortodonti uzmanı olan bir diş hekimi konuyu farklı bir açıdan ele almış ve koruyucu ortodontinin sadece belli uygulamalarla sınırlandırılması gerektiğinin altını çizmiştir. Katılımcının ilgili ifadesi şu şekildedir:

“Koruyucu ortodonti çok önemli. Ama uzmanı olmayan bir hekim yanlış uygulamaya da neden olabilir. Bir yer tutucu uygulaması için bile biz pedodonti-ortodonti işbirliği ile endikasyon koyuyoruz bazı durumlarda. Uzmanı olmayan biri böyle sınır bir durumda vakayı hemen uzmana yönlendirmeli. Koruyucu amaçla şunu yapabilir mesela dişin zamanından önce kaybına yol açacak çürük vs gibi durumları önleyebilir florla, dolguyla, fissür örtücü ile. Ya da parmak emme, emzik biberon gibi alışkanlıkları ortadan kaldırmaya yönelik olarak bilgilendirme yapabilir. Ortodonti kısmı bunlarla sınırlı kalmalı. Aksi halde yanlış uygulamalar kaçınılmaz olacaktır.”(D1)

4.5.6. Evde Bakım Hizmeti

Verilerin analizi sonucunda araştırmaya katılan 47 kişinin 6'sının verilerinden “Evde bakım hizmeti” isimli kod meydana gelmiştir. Vatandaşlar grubunda 3, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 3 olmak üzere toplam 6 kod frekansına sahip bir koddur. Bu kod altında sağlık kuruluşlarına erişimi zor olabilecek yaşlı hastalar, engelli

bireyler gibi hasta gruplarına evde sunulabilecek koruyucu hizmetler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Katılımcıların ifadelerinden bazı örnekler aşağıda yer almaktadır.

“Eskiden aile hekimleri evde bakım hastasına gidiyordu şimdi onu evde sağlık hizmetlerine verdiler ama mesela aile diş hekimi gidebilir ağız hijyenini ağız yaralarını kontrol edebilir. 6 ayda bir muayenelerini yapabilir. Koruyucu hizmet herkes için olmalı. Vatandaşın hizmete erişimi bu şekilde kolaylaştırılmalı” (S6)

“Evde sağlık hizmeti uygulaması gibi en azından haftada bir de olsa evlere diş hekimleri gönderilmeli. Evde yatalak hastalar için koruyucu hizmet sunumu göz ardı edilmemeli” (V19)

4.5.7. Erken Dönem Çürüklerin Tedavisi

47 katılımcıdan 5’inin verilerinden “Erken Dönem Çürüklerin Tedavisi” olarak isimlendirilen kod meydana gelmiştir. Burada katılımcılar başlangıç halindeki diş çürüklerinin ilerlemesini durdurmak için erken dönem çürüklerin tedavilerinin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamına dahil edilmesi yönünde görüş bildirmişlerdir. Örneklem gruplarına göre kod frekanslarının dağılımı incelendiğinde diş hekimleri grubunda 3, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2 olduğu görülmüştür. “Katılımcıların konu ile ilgili ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir”.

“... erken dönemdeki çürüklerin tedavisi yapılmalı ki ilerlemesin. Koruyucu hizmet ile çürüklerin önlenmesi yanı sıra ilerlemesi ve büyümesi de engellenmeli” (S7)

“Koruyucu hizmet dahilinde başlangıç halindeki çürüklerin tedavileri de olmalı. İlerlemesinin önüne geçilmeli ve diş kaybından korunma sağlanmalı” (D6)

4.5.8. Diş Taşı Temizliği

“Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar” teması altında oluşan diğer bir kod “Diş Taşı Temizliği” olarak isimlendirilmiştir. Diş hekimleri grubundaki katılımcılar koruyucu hizmetler dahilinde sadece diş çürüğünü önlemeye değil aynı zamanda dişeti hastalıkları nedeniyle diş kaybını önlemeye yönelik diş taşı temizliği uygulamasının yer alması gerektiği konusunda görüş bildirmişlerdir. Kod frekansı 3 olan bu kod sadece diş hekimleri grubundan D6, D12 ve D14 kodlu

katılımcılardan elde edilen verilerden kodlanmış, diğer katılımcı gruplarında konuya ilişkin bir ifade yer almamıştır.

4.5.9. Diş Fırçası ve Macun Desteği

Vatandaşlar grubundan 2 katılımcının verilerinden 2 kez kodlanan “Diş Fırçası ve Macun Desteği” isimli kod altında ekonomik durumu iyi olmayan ailelere diş fırçası ve diş macunu desteğinin ücretsiz olarak aile diş hekimleri tarafından sağlanmasının koruyucu hizmetlerin sunumu kapsamında yer alması gerektiğine yönelik ifadeler yer almaktadır. İlgili ifadeler aşağıda sunulmaktadır.

“Maddi gücü yetersiz hanelere fırça ve macun desteği sağlanmalı. Aile diş hekimi bunu kontrol ve organize etmeli. Bu şekilde bireylerin diş fırçalaması kolaylaşır ve çürüğe karşı korunma sağlanmasına katkısı olur. Bazı insanlar diş macunu bile alamıyor düzenli olarak ya da diş fırçasını değiştirmiyor gereken sürede. Sırf maddi kaygılarla.” (V15)

“...ve çok nüfuslu ailelere 3 ayda 1 ücretsiz diş fırçası ve diş macunu desteği sağlanabilir. Böyle bir hizmet çok yerinde olacaktır. İnsanlara sadece dişini fırçala demek yeterli değil. Bunu temin etmek de önemli.” (V7)

4.5.10. İlaç Reçete Edilmesi

Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan bir katılımcının (S7) verilerinden kodlanmıştır. “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri” kapsamında flor tabletleri veya diş sağlığı için gereken vitamin ve mineralleri içeren ilaçların reçete edilmesinin de yer alması gerektiği görüşü bu kod altında değerlendirilmiştir. S7 Kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

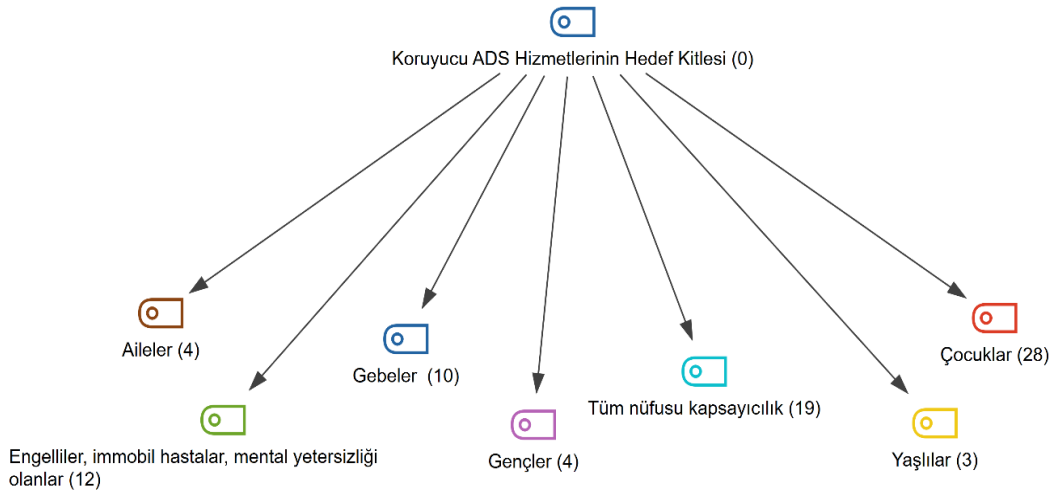
“Koruyucu amaçlı örneğin C vitamini gibi dişeti sağlığı için gereken vitaminler, kalsiyum gibi diş sağlığı için gereken mineralleri içeren ilaçlar reçete edilebilir. Eskiden flor tabletleri yazılırdı çocuklara. Şimdi var mı bilmiyorum ama varsa bunların da reçete edilmesi koruyucu hizmet kapsamında olmalı”

4.6. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesine Yönelik Görüşlere İlişkin Bulgular

Verilerin analizi neticesinde ortaya çıkan dördüncü tema “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesi”dir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamında kimlerin olması gerektiği ile ilgili görüşler bu tema altında toplanmış olup meydana gelen kodlar şunlardır:

1. Aileler
2. Engelliler, immobil hastalar, mental yetersizliği olanlar
3. Gebeler
4. Gençler
5. Tüm nüfusu kapsayıcılık
6. Yaşlılar
7. Çocuklar

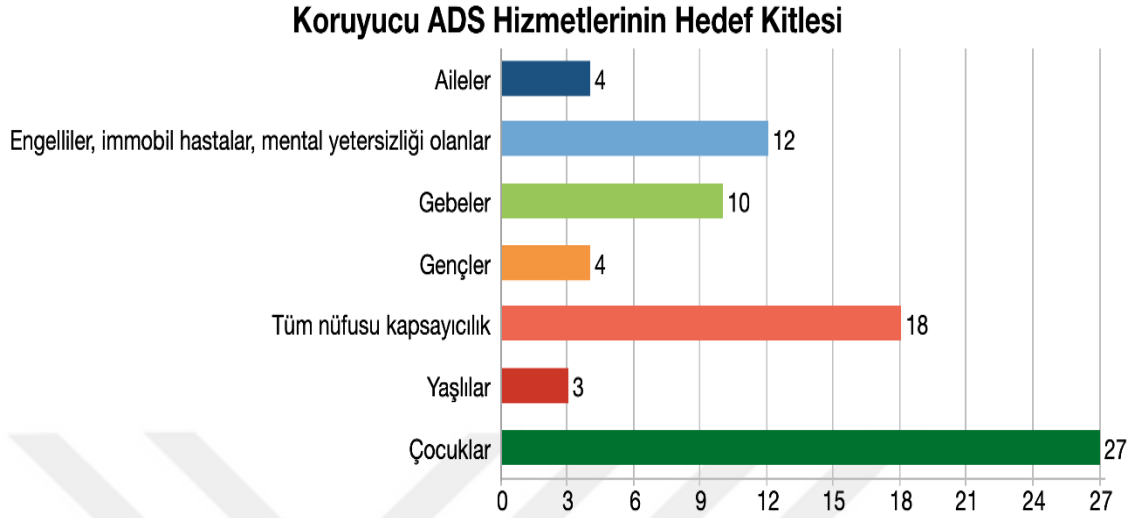
Kodlar frekansları ile birlikte Şekil 4.19’da gösterilmektedir. Buna göre en yüksek kod frekansı olan “çocuklar” isimli koddur. En düşük kod frekansı ise “yaşlılar” koduna aittir.



Şekil 4.19. Dördüncü temaya ait kodlar

Meydana gelen kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.20’de gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin” hedef kitlesi konusunda en çok üzerinde durduğu grup çocuklardır. 47 katılımcının 27’si bu konuda görüş bildirmiştir. Bunun yanı sıra tüm nüfusu yani herkesi kapsaması, engelli,

immobil hastalar ve mental yetersizliğe sahip olan bireylerin de hizmet kapsamına alınması gerektiği hususları dikkat çekmektedir.



Şekil 4.20. Dördüncü temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Kodların örneklem gruplarına göre dağılımları Şekil 4.21’de gösterilmiştir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubu ile diş hekimleri grubunda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tüm nüfusu kapsamaya gerektiği görüşünün ağırlıkta olduğu görülmektedir. Vatandaşlar grubunda ise koruyucu hizmetlerin hedef kitlesinde çocukların olması gerektiği fikri hakimdir.

Kod Sistemi	SAĞLIK POLİTİKACILARI VE UZMANLAR	VATANDAŞLAR	DİŞ HEKİMLERİ	TOPLAM
▼ Koruyucu ADS Hizmetlerinin Hedef Kitlesi				0
● Aileler	1	2	1	4
● Engelliler, immobil hastalar, mental yetersizliği olanlar	5	3	4	12
● Gebeler	2	2	6	10
● Gençler	1	3		4
● Tüm nüfusu kapsayıcılık	7	4	8	19
● Yaşlılar	1	1	1	3
● Çocuklar	6	16	6	28
Σ TOPLAM	23	31	26	80

Şekil 4.21. Dördüncü temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı

Konuyla ilgili katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

“Çocuklarda bence lazım. Zaten çocuklarda bişeylerin önüne geçildiğinde ileri yaşlarda sıkıntı olmaz. Biz de çocuklukta böyle bir hizmetten faydalansaydık şu an

ağzımızda bu kadar çürük yahut kaplama olmazdı. Herşeyin başı çocuklukta alışkanlık kazanılması.” (V4)

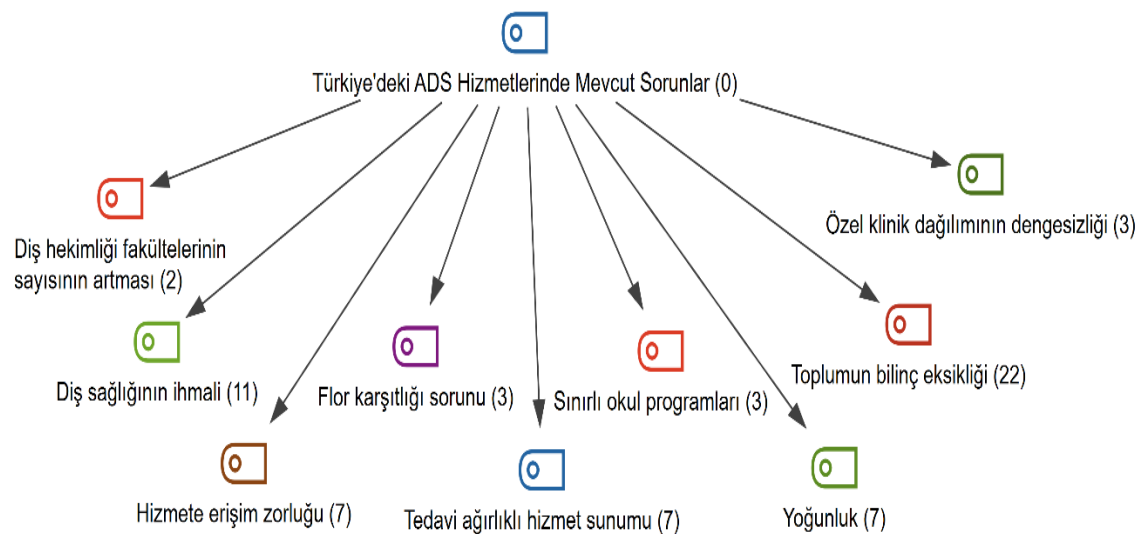
“Çocukları ve evde bakıma ihtiyacı olanları kapsamlı hizmetler. Aslında tüm popülasyona yayılmalı yani çocuk ve yataklı hasta öncelik ama her yaştan birey koruyucu diş hekimliğinden yararlanmalı.” (S11)

“Koruyucu hizmetler çocukları, hamileleri, aslında her yaş grubundan insanı kapsamlı.” (D15)

4.7. Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlara İlişkin Bulgular

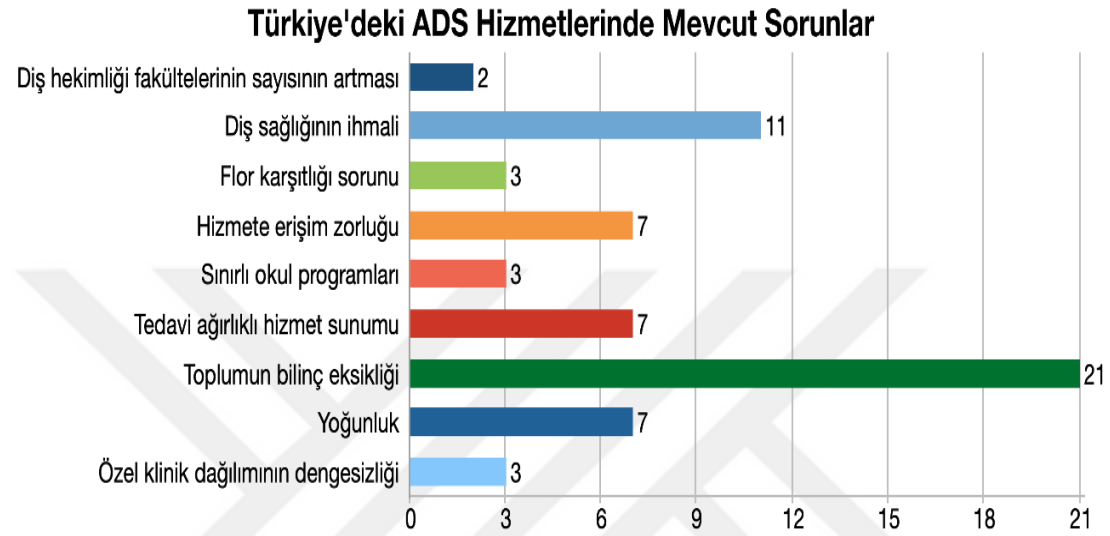
Katılımcılar koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin nasıl sunulacağı, kimleri ve hangi hizmetleri kapsamı gerektiği ile ilgili ve Aile Diş Hekimliği ile ilgili görüşlerini ifade ettikleri mülakatlarda Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin mevcut sorunlarına da değinmişlerdir. Mevcut sistemin sorunlarının belirlenmesi yapılacak iyileştirmelere temel teşkil etmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada hem şu anki sistemin eksikleri ortaya koyulmuş hem de koruyucu hizmetlerin ne şekilde sunulması gerektiği etraflıca araştırılarak konu geniş bir çerçevede ele alınmıştır.

“Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar” olarak isimlendirilen beşinci tema altında 9 adet kod meydana gelmiştir. (Şekil 4.22)



Şekil 4.22. Beşinci temaya ait kodlar

Meydana gelen kodların katılımcı sayısına göre dağılımı Şekil 4.23'te sunulmaktadır. Buna göre en çok vurgulanan konular incelendiğinde; 47 katılımcıdan 21'i ağız ve diş sağlığı konusunda toplumda bir bilinç eksikliği olduğuna, 11'i diş sağlığının ihmal edilmesine dikkat çekmiştir. 7 katılımcı ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimin zorluğundan, 7 katılımcı tedavi ağırlıklı hizmet sunulduğundan, 7 katılımcı ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki yoğunluktan bahsetmiştir.



Şekil 4.23. Beşinci temaya ait kodların katılımcı sayısına göre dağılımı

Örneklem gruplarına göre kodların dağılımı incelendiğinde sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda en yüksek frekansa sahip kodların “sınırlı okul programları”, “tedavi ağırlıklı hizmet sunumu” ve “toplumun bilinç eksikliği” olduğu görülmektedir. Vatandaşlar grubu ve diş hekimleri grubunda “toplumun bilinç eksikliği” kodu en yüksek frekansa sahip koddur (Şekil 4.24).

Kod Sistemi	SAĞLIK POLİTİKACILARI VE UZMANLAR	VATANDAŞLAR	DIŞ HEKİMLERİ	TOPLAM
▼ Türkiye'deki ADS Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar				0
Diş hekimliği fakültelerinin sayısının artması		1	1	2
Diş sağlığının ihmal	1	5	5	11
Flor karşıtlığı sorunu	1	1	1	3
Hizmete erişim zorluğu	2	3	2	7
Sınırlı okul programları	3			3
Tedavi ağırlıklı hizmet sunumu	3	2	2	7
Toplumun bilinç eksikliği	3	12	7	22
Yoğunluk	2	5		7
Özel klinik dağılımının dengesizliği	1	1	1	3
Σ TOPLAM	16	30	19	65

Şekil 4.24. Beşinci temaya ait kodların örneklem gruplarına göre dağılımı

4.7.1. Diş Hekimliği Fakültelerinin Sayısının Artması

“Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar” teması altında oluşan ilk kod “Diş Hekimliği Fakültelerinin Sayısının Artması” olarak isimlendirilmiştir. Vatandaşlar grubunda 1, diş hekimleri grubunda 1 olmak üzere toplamda 2 kez kodlanmıştır. Katılımcıların bu kod altında değerlendirilen ifadeleri, son yıllarda diş hekimliği fakültelerinin sayısında meydana gelen artışın diş hekimlerinin niteliğini etkileyebileceğine yönelik endişelerine yöneliktir. Katılımcıların ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.”

“Diş hekimliği fakültelerinin sayısı ciddi şekilde artıyor, bu büyük bir sorun. Acaba daha nitelikli hekimler yetişiyor mu; sanmıyorum” (D15)

“... ancak ülkemizde diş hekimliği fakülte sayısı günbegün artmaktadır. Bunun ileride problem olacağını düşünüyorum bir eğitimci olarak.” (V2)

4.7.2. Diş Sağlığının İhmali

“Diş sağlığının ihmali” olarak adlandırılan bu kod vatandaşlar grubunda 5, diş hekimleri grubunda 5, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 1 kez olmak üzere 47 katılımcının 11’inin verilerinden 11 kez kodlanmıştır. Katılımcıların toplumun diş sağlığını ihmal ettiğine, diş ağrısı meydana gelmeden diş hekimine gitmekten kaçındığına yönelik görüşleri bu kod altında değerlendirilmiştir. Katılımcıların ifadelerinden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“Türkiye’de insanlar sağlık dendiği zaman diş sağlığını genelde hatırlamıyor ve göz ardı ediyorlar. Bunun için diş çürükleri çok yaygın ve diş hastaneleri fazlasıyla dolu” (V3)

“Halk genellikle ağız ve diş sağlığı problemi yaşadığında diş hekimine başvurmaktadır. Diş sağlığını önemsememektedir. Bence bütün sorunların kaynağı bu” (D12)

4.7.3. Flor Karşıtlığı Sorunu

Vatandaşlar grubunda 1, diş hekimleri grubunda 1, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 1 olmak üzere 3 katılımcının verilerinden 3 kez kodlanmıştır. Katılımcılar son yıllarda flor karşıtı görüşlerin ortaya çıkması sonucunda insanların

olumsuz tutum geliştirdiğini, okullarda çocuklara yapılan flor vernik uygulamalarına bazı velilerin izin vermediğini ifade etmişlerdir. Bu da diş şürüğüne karşı koruma sağlamaya yönelik flor uygulamasının amacına ulaşamamasına neden olmaktadır. Bu kod altında değerlendirilen ifadeler aşağıda sunulmuştur.

“Okullarda uygulanan florun da ne kadar etkili olduğu araştırılmıyor, zaten son yıllarda veliler de onaylamıyor bunu. Her çocuğa flor bile uygulanması mümkün olmuyor.” (S3)

“Sadece okullarda flor çalışması yapmak yeterli değil. Artık veliler de sıcak bakmıyor flora. Belki bu konuda bile yanlış bilinç içerisinde halk? Florlama çalışmaları başarılı olmuyor bence. Farklı bir uygulama düşünölmeli.” (V11)

“şunu da belirtmek isterim ki son yıllarda flor uygulamalarına ailelerin yaklaşımında biraz sıkıntı var, kabul etmiyor çoğu. Flor önemli olduğu için bu kabul etmeme durumu en büyük engel bence koruyucu uygulamalar ağıısından. Kamu spotu şeklinde ailelere bilgilendirme yapılması lazım bence flor konusuyla ilgili.” (D7)

4.7.4. Hizmete Erişim Zorluğu

“Hizmete Erişim Zorluğu” olarak isimlendirilen bu kod vatandaşlar grubunda 3, diş hekimleri grubunda 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 2 olmak üzere toplamda 7 kez kodlanmıştır. Katılımcılar ağıız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimin kolay olmadığını, özellikle kırsal kesimde bunun daha çok ön plana çıktığını ifade etmektedir. Söz konusu ifadelerden örnekler aşağıda sunulmaktadır.

“Vatandaşların diş hekimlerine ulaşımları kliniklerdeki yoğunluk dolayısıyla zor olmakta” (S8)

“Özellikle kırsal kesimlerde köyde yaşayanlar gerek ulaşım gerek maddiyat yönünden her zaman ağıız ve diş sağlığı hizmetinden yeteri kadar yararlanamıyor. Hele ki koruyucu hizmetten hiç yararlanamıyorlar” (V19)

“Semt poliklinikleri tam zamanlı hizmet vermeli. İş yerlerinden izin almak zor oluyor çünkü. Diş hastanesi ve diş polikliniği sayısı artmalı. Vatandaşlar hem maddi olarak hem zaman olarak rahat şekilde bu hizmetlerden faydalanabilmeli” (V15)

4.7.5. Sınırlı Okul Programları

Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunun verilerinin analizi sonucunda bu gruptan 3 katılımcı okullarda yapılan diş taramaları, flor uygulamaları gibi faaliyetleri içeren programların yetersizliğinden bahsetmiştir. Okullarda yapılan bu tür faaliyetlerin amacına ulaşmadığı ve koruyucu hizmetlerin sadece bu şekilde sunulmasının yeterli olmadığına dikkat çekilmiştir. Söz konusu ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

“Bizlerin de bu konuda çalışmalarımız oldu. Mesela okullarda taramalar yaptık, aileleri ve çocukları yönlendirdik bir üst sağlık kuruluşuna filan ama onunla sınırlı kaldı. Bir de aileler maddi olarak karşılayamıyor bazı tedavileri. Havada kalıyor ne söylesek kısacası. Daha derli toplu bir şekilde yapılmalı. Aile diş hekimliği ile gibi. Çok kısıtlı yani okullara düzenlenen programlar” (S5)

“Okullarda filan bişeyler yapılıyor, flor uygulaması, diş taraması gibi ama diğer toplum kesimlerine yayıldığını düşünmüyorum. Okul ortamında flor uygulama da zor. Onun yapılacağı yer klinik olmalı. Sadece bilgilendirme yapıldığında koruyucu hizmeti sunduğumuzdan söz etmek zor” (S6)

“Pandemi öncesi flor ve okul çalışmaları oluyordu ama çok yeterli diyemeyeceğim. Yani sınırlı. Sadece okulları ziyaret edip, öğrencilere bilgi verip flor uygulama şeklinde gerçekleşen bir sistem mevcut. Bütün koruyucu diş hekimliğini buna indirgemek eksik olur” (S9)

4.7.6. Tedavi Ağırlıklı Hizmet Sunumu

“Tedavi Ağırlıklı Hizmet Sunumu” olarak adlandırılan bu kod vatandaşlar grubunda 2, diş hekimleri grubunda 2, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 3 kez olmak üzere 47 katılımcının 7’sinin verilerinden 7 kez kodlanmıştır. Katılımcıların Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin koruyucu odaklı değil tedavi ağırlıklı olarak sunulduğuna yönelik ifadeleri bu kod altında değerlendirilmiştir. İlgili ifadelerden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“Şu an daha çok iş yapıp para kazanma üstüne kurulu bir sistem var. Koruyucudan ziyade daha çok dolgu yapalım para kazanalım gibi bir şey var. Fissür örtücü çok yapıldığını düşünmüyorum. İlla yapılıyordur ama çok da amaca yönelik değil. Tedavi ağırlığında çalışıyoruz maalesef” (D3)

“Halka çoğunlukla tedavi hizmeti sunuluyor. Ben kendi adıma hiç koruyucu hizmetten yararlanmadım bugüne kadar” (V11)

Özellikle sağlık politikacıları grubunda iki katılımcı ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tedavi edici hizmet ağırlığında sunulmasına sebep olarak birinci basamakta ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterince yer almaması gösterilmiştir.

“Şu an diş hastaneleri tedavi edici hizmetler ağırlıkta olarak çalışıyor. Tedavi ön planda çünkü koruyucu hizmet hastanenin vazifesi değil o birinci basamak hizmetlerin vazifesi” (S11)

“ADSM’lerde de koruyucu değil tedavi edici hizmet sunumu var. Bu zaten böyle olmalı. Koruyucu hizmet ayrı bir şey. Ama birinci basamakta ağız ve diş sağlığı hizmetleri yer almadığı için böyle oluyor. Toplum sağlığında böyle uygulamalar var ama yeterli düzeyde değil” (S8)

4.7.7. Toplumun Bilinç Eksikliği

“Toplumun Bilinç Eksikliği” olarak isimlendirilen bu kod vatandaşlar grubunda 12, diş hekimleri grubunda 7, sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda 3 kez olmak üzere 47 katılımcının 21’inin verilerinden 22 kez kodlanmıştır. “Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar” teması altında meydana gelen frekansı en yüksek koddur.

Hem vatandaşlar hem de diş hekimleri grubundaki katılımcıların en sık üzerinde durduğu konu toplumda ağız ve diş sağlığına yönelik bir bilinç eksikliği olmasıdır. Bu durum ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumunu etkilemekte, koruyucu hizmetlere olan gereksinimi arttırmaktadır. Çünkü bilinç eksikliğini düzeltmenin yolu oral hijyen eğitimleri gibi toplumu ağız ve diş sağlığını korumaya yönlendiren uygulamalardır. Katılımcıların ifadelerinden örneklere aşağıda yer verilmiştir.

“Bir diş hekiminin kontrol etmesi lazım çocuğu. Bu nasıl olacak? Aile çocuğu herhangi bir sebeple yani dişi ağrırsa bir sorun olursa diş hekimine götürecektir. Bilinç gelişmemiş zaten bu konuda, diş ağrımadan diş hekimine gidilmiyor önce bu bilincin geliştirilmesi gerek.” (S12)

“Diş hekimine gittiğimizde tabi ki bizi bilgilendiriyor gerekeni yapıyor ama bununla ilgili genel bir uygulama yok. Yani ben bir vatandaş olarak sadece dişim ağrıdığında diş doktoruna gidiyorum ve ancak o zaman öğreniyorum diğer dişlerimde sorun olduğunu. Bilgi eksikliğimiz var vatandaş olarak.” (V13)

“Toplumumuz söz konusu diş olunca en son aşamaya kadar dişhekimine gitmeyi reddettiği için 1. Basamak hizmeti ister istemez atlanarak direkt olarak girişimsel müdahaleye ihtiyaç duyuluyor. En büyük problem yeterli bilincin gelişmemiş olması. Bunu sağlamak koruyucu hizmet sunumuna önce sağlık eğitimleri ile başlamakla mümkün gibi duruyor.” (D8)

4.7.8. Yoğunluk

“Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar” teması altında oluşan diğer bir kod “yoğunluk” olarak isimlendirilmiştir. Sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundan 2, vatandaşlar grubundan 5 katılımcı olmak üzere 7 katılımcının verilerinden 7 kez kodlanmıştır. Ülkemizdeki kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yoğunluk dolayısıyla hastaların hizmetten yararlanmakta güçlük çekmesi konusundaki görüşler bu kod altında toplanmıştır. İlgili ifadelerden örnekler aşağıda sunulmuştur.

“Dişle ilgili hizmeti bence durumu olan özelden alsın çünkü devlet hastaneleri çok kalabalık ve hizmet kalitesi daha kötü. Özel diş hekimleri daha özenli ve kaliteli yapıyor işini. Hastaneler yoğun olduğu için insanlar sadece çok gerekliyse gidiyor.” (V4)

“Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde tedavi ve randevu alabilmek zor ve uzun bir süreç. Koruyucu hizmetlerin sunulması ile tedavi ihtiyacı azalacaktır tabi ki. Şu an ciddi bir yoğunluk var ve bu hizmeti kullanma konusunda caydırıcı oluyor.” (S11)

4.7.9. Özel Klinik Dağılımının Dengesizliği

“Özel Klinik Dağılımının Dengesizliği” olarak adlandırılan bu kod bütün gruplarda birer kez olmak üzere toplam 3 katılımcının verilerinden 3 kez kodlanmıştır. Bu konuda görüş bildiren katılımcılar özel muayenehane ve polikliniklerin il ve ilçe merkezlerinde yoğunlaştığından, kırsal kesimde yaşayan halkın özel ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmasının zorluğundan söz etmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“Muayenehane hekimleri daha şehir merkezinde bulunuyor genelde. Tabi ki böyle olacak ama bu durumda taşrada yaşayan vatandaş özelden hizmet almakta erişim zorluğu yaşıyor” (S6)

“Büyük şehirlerde muayenehane sayısı çok, donanımı daha iyi ama daha küçük ilçelerde muayenehane pek yok. Mesela diş teli taktırmak için özele gitmek istiyoruz ama ortodonti uzmanı bulamıyoruz” (V13)

Diş hekimleri grubundan bu konuda görüş bildiren D4 kodlu katılımcı duruma farklı bir açıdan bakmış ve şehir merkezlerinde çok sayıda özel diş kliniği olmasının haksız rekabete neden olduğuna, sayıca dağılımlarının dengelenmesine yönelik ruhsatlandırmada bir düzenlemeye ihtiyaç olduğuna dikkat çekmiştir.

“Özel poliklinikler genellikle şehir merkezlerinde talebin yüksek olduğu yerlerde ve büyük illerde mevcut. Son teknolojiye sahip her şeyiyle tam bir özel poliklinikten bahsediyorum. Şehir merkezlerinde ve büyük şehirlerde de sayıca fazla ve haksız rekabete yol açıyor. Bir apartmanda birçok özel muayenehane veya klinik olabiliyor. Bunlara izin verilmesin. Yayılımı dengeli olsun yani bir yerde 10 poliklinik varsa 11. Poliklinik oraya açılmasın. Bu yasal olarak düzenlenmeli.” (D4)

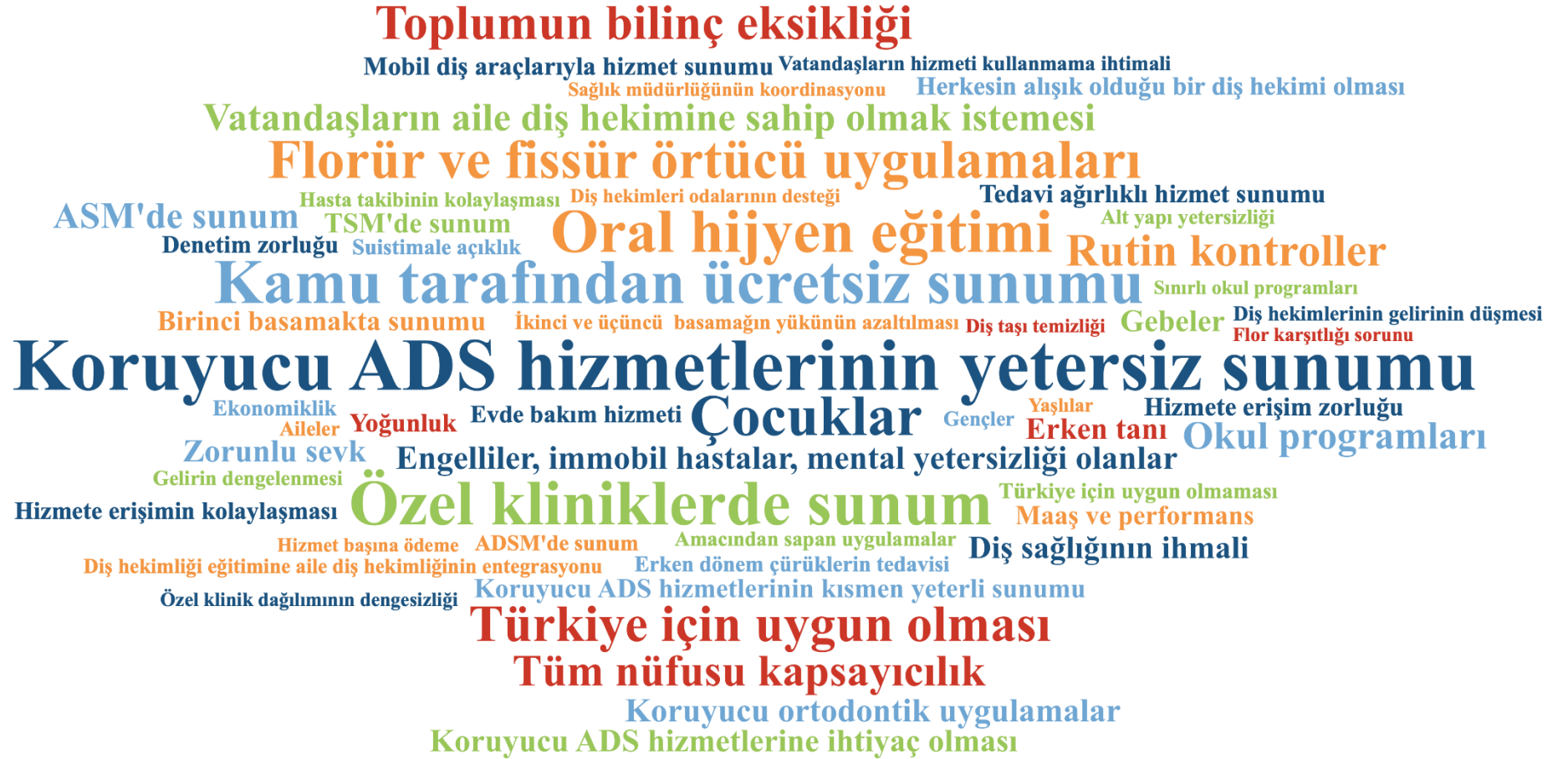
4.8. Kelime Bulutu Analizine Ait Bulgular

Katılımcılar tarafından en sık tekrar edilen kodların görselleştirilebilmesi için MAXQDA 2022 Paket Programında kelime bulutu oluşturulmuştur (Şekil 4.25). Kelime bulutunda kodların büyüklüğü ve frekansları doğru orantılıdır. Daha sık tekrar edilen

kodlar daha büyük boyutta, az sıklıkta tekrar edilen kodlar daha küçük boyutta gösterilirler (Şahin ve Baştopuz, 2021).

Buna göre en sık tekrarlanan ilk on kod incelendiğinde; katılımcıların en sık kullandığı ifadenin “Koruyucu ADS Hizmetlerinin Yetersiz Sunumu” (f=38) olduğu görülmektedir. Daha sonra sık tekrar edilen kodlar sırasıyla “Özel Kliniklerde Sunum” (f=32), “Kamu Tarafından Ücretsiz Sunum” (f=31), “Oral Hijyen Eğitimi” (f=30), “Çocuklar” (f=28), “Florür ve Fissür Örtücü Uygulamaları” (f=26), “Türkiye için Uygun Olması” (f=24), “Toplumun bilinç eksikliği” (f=21), “Rutin kontroller” (f=20), “Tüm nüfusu kapsayıcılık” (f=19)’tır.





Şekil 4.25. Kod bulutu

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye’deki mevcut durumunun değerlendirilmesi ve bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine nasıl entegre edilebileceğinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Diş hekimleri, vatandaşlar, sağlık politikacıları ve uzmanlar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi sonucunda; “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik” Görüşler, Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesi, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar ve Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler olmak üzere toplam beş tema meydana gelmiştir. Bu bölümde, elde edilen bulguların temalara göre mevcut literatür ışığında tartışılarak konuya açıklık getirilmesi amaçlanmıştır.

5.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri; düzenli muayeneler, ağız hijyeninin sağlanması ve dengeli beslenme ile ağız ve diş hastalıklarının oluşmasını önleyen, başlangıç halinde ise de durdurulmasını amaçlayan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma, bireylere ait özellikler, sosyal çevre ve ülkelerin sağlık sistemleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Koruyucu hizmetlerin henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde tedavi maliyeti ve ağız ve diş sağlığı harcamalarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Çavuş ve Aydoğan, 2017).

Bu tema altında meydana gelen kodlar incelendiğinde toplam 47 katılımcının 37’sinin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ülkemizde yetersiz sunulduğu konusunda görüş bildirdikleri görülmüştür. Katılımcılar Türkiye’de bu hizmetlere ihtiyaç olduğunu (n=11) ve kamu tarafından ücretsiz şekilde sunulması gerektiğini (n=31) vurgulamıştır.

Katılımcı grupları kendi içerisinde değerlendirildiğinde; diş hekimleri grubunda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz sunumu ve kamu tarafından ücretsiz sunum en sık yer verilen ifadelerdir. Diş hekimlerinin koruyucu hizmetlerin sunumunu yetersiz olarak değerlendirmesi önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu gruptan 3 katılımcı koruyucu hizmetlerin sunumunda diş hekimleri meslek odalarının

desteğinin önemli olacağına vurgu yapmış, bu kuruluşlarda gönüllü olarak yürütülen ağız hijyeni eğitimi, diş taramaları vb. faaliyetlerin daha organize hale getirilebileceğini önermişlerdir.

Vatandaşlar grubu ile sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda katılımcıların en çok vurguladığı konu koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz sunumudur. Bunun yanı sıra sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundaki katılımcıların en sık dikkat çektiği konular arasında bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulması gerektiği yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yer alması sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin önüne geçilmesi, ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde rolü olan, sağlık meslekleri arasında iş birliğine dayanan dünyada kabul görmüş bir yaklaşımdır. Sağlık Bakanlığı tarafından paylaşılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sunum Raporu”nda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta yer alması gerektiğinin üzerinde durulmuştur (Özyavaş, 2018).

Ağız sağlığının genel sağlıktan ayrı düşünülmemesi gerektiği DSÖ tarafından pek çok kez vurgulanmıştır. Ağız hastalıkları sadece ağız dokularını değil bütün vücudu ve genel sağlığı etkilemekte olup bu hastalıkların birçok kronik hastalıkla ilişkisi bulunmaktadır. Pek çok kronik hastalık ve ağız hastalığı sigara kullanımı, stres ve beslenme alışkanlıkları gibi değiştirilebilir ortak risk faktörlerine sahiptir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda mutlaka ağız sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler de yer almalıdır (Prasad vd., 2019). Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alması gereken uygulamalar; ağız sağlığı risk değerlendirmesi, flor vernik uygulaması, ağız sağlığı danışmanlığı, flor takviyelerinin reçete edilmesi ve hastaların yönlendirilmesi olarak belirlenmiştir (Harnagea vd., 2018).

Ağız ve diş hastalıkları sosyoekonomik etkilerinin büyük olması dolayısıyla önemli bir “küresel halk sağlığı sorunu” olarak değerlendirilmektedir. Tedavi odaklı yaklaşımlar günümüzde ağız hastalıklarının yükünün azaltılmasında sürdürülebilir bir yol olarak görülmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü, ağız ve diş hastalıklarını azaltmak için tedaviye yönelik “invaziv diş hekimliği modeli”nden, koruyucu diş hekimliğine ve minimal girişimsel tedavilere geçilmesi gerektiğini savunmaktadır. Sağlık sistemlerini

koruyucu felsefe odağında şekillendiren ülkelerde diş hastalıklarına çok daha az rastlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ekici ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna ilişkin önemli sorunları ortaya koymuş, en önemli sorunlardan birinin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunun yetersizliği olduğunu belirtmiştir. Bu çıkarım bizim çalışmamızın sonuçlarıyla da uyumludur. Aynı çalışmada ağız ve diş sağlığına ayrılan bütçenin tamamına yakınının tedavi amaçlı hizmetlerde kullanıldığı, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için bütçeden yeterli ödenek ayrılmadığı ortaya koyulmuştur (Ekici vd., 2017).

Bu tez çalışması kapsamında görüşme gerçekleştirilen 47 katılımcıdan 37'si, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ülkemizde yetersiz sunulduğunu düşünmektedir. “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz sunumu” kodu 37 katılımcının verilerinden toplam 38 kez kodlanmış ve sadece bu tema altında değil, bütün çalışmada en sık tekrarlanan kod olmuştur.

Öcek ve Çiçeklioğlu (2006), birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini değerlendirdikleri çalışmada koruyucu hizmetlerin yeteri düzeyde sunulmadığına ve toplumun bir kısmı için ulaşılabilir olmadığına dikkat çekilmiştir.

Özyavaş (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, “ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu “ve sağlığın gelişimini destekleyici politikaların devlet nezdinde geliştirilememiş olmasına vurgu yapılmıştır. Geçmişten günümüze Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel itibariyle sağlık hizmetleri içerisinde gereken yeri maalesef bulamamıştır.

Bu çalışmada katılımcıların üzerinde durduğu noktalardan biri de “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin” kamu tarafından ücretsiz olarak sunulması gerekliliğidir. Kamu tarafından bu hizmetlerin ücretsiz sunumu ile ilgili ifadeler sağlık politikacıları ve uzmanlar grubunda toplam 12 katılımcıdan 7’sinin, diş hekimleri grubunda toplam 15 katılımcıdan 12’sinin, vatandaşlar grubunda toplam 20 katılımcıdan 12’sinin verilerinde yer almaktadır. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri hem kamu hem de özel sektör

tarafından sunulmaktadır. Birçok ülkede koruyucu hizmetler 0-18 yaş aralığındaki çocuk ve gençlere primer olarak kamu tarafından ücretsiz olarak sunulmakta olup özel sektöründe dahil olduğu bilinmektedir. Örneğin İngiltere ve İsveç gibi ülkelerde 18 yaşına kadar olan bireylere koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır. Japonya’da da yetişkin bireylerin koruyucu hizmetlerden yararlanması kendi inisiyatiflerine bırakılmış olup sağlık sigortası kapsamında bulunmamaktadır (Zaitsu vd., 2018).

5.2. Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte gündeme gelen Aile Diş Hekimliği, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri öncelikli olmak üzere bazı diş tedavi hizmetlerinin de sunumunu birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyine taşıyan bir sistemdir (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2016). Bu çalışmada elde edilen verilerin analizi neticesinde ortaya çıkan ikinci tema Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler’dir. Bu tema altında toplanan ifadelerden yola çıkılarak öncelikle Aile Diş Hekimliği’nin Türkiye için uygun olup olmadığı tartışılmıştır. “Türkiye için uygun olması” kodu 24, “Türkiye için uygun olmaması” kodu 5 kez kodlanmış olup katılımcılar Aile Diş Hekimliği’nin ülkemiz için uygun bir sistem olduğu yönünde görüş bildirmiştir. Katılımcı grupları özelinde değerlendirildiğinde diş hekimleri grubunda 15 katılımcıdan 14’ünün verilerinden kodlandığı ve diş hekimlerinin Aile Diş Hekimliği modelinin ülkemiz için uygun bir sistem olduğuna ilişkin görüş bildirdiği görülmektedir.

Çam ve Kumru (2019) yaptıkları çalışmada diş hekimleri ve hastaların Aile Diş Hekimliği’ne bakış açılarını değerlendirmiş ve çalışmaya katılan diş hekimlerinin %72’sinin, hastaların ise %80,5’inin Aile Dişhekimliği Modeli’ni desteklediğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada da “Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında “vatandaşların aile diş hekimine sahip olmak istemesi” isimli bir kod meydana gelmiş ve vatandaşlar grubunda 20 katılımcıdan 16’sının ifadelerinden kodlanarak vatandaşlar tarafından en çok üzerinde durulan konu olmuştur. Diş hekimleri gibi vatandaşlar grubunun da Aile Diş Hekimliği Modeli’nin ülkemizde uygulanmasına oldukça sıcak baktığı görülmektedir.

Türk Dişhekimleri Birliği 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Meslek Sorunları Sempozyumu'nda ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin “tedavi edici ağırlıklı olarak sürdürüldüğü” vurgulanmış, Aile Dişhekimliği modelinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde süregelen birçok problemin çözümünde rol oynayacağı ifade edilmiştir (Çam ve Kumru, 2019).

Aile Dişhekimliği ile ilgili görüşler altında ele alınan bir başka konu finansmandır. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı karma bir yapı sergilemektedir. (Öztaş vd., 2016). Bu tez çalışması kapsamında sağlık politikacıları ve uzmanlar grubundaki katılımcılara Aile Dişhekimliği için hangi geri ödeme yönteminin uygun olacağı sorulmuştur. Bu kategori altında “Hizmet Başına Ödeme” ve “Maaş ve Performans” olmak üzere iki kod meydana gelmiştir. Katılımcılardan 3’ü hizmet başına ödeme yapılması gerektiğine, önemli olanın koruyucu hizmetlerin kalitesi olduğuna dikkat çekmiştir. 8 katılımcı ise maaş ve performans şeklinde bir geri ödeme sisteminin aile diş hekimliği için uygun olacağını ifade etmiştir. Hizmet başına ödeme sunulan hizmetin her birimi için yapılan ödemedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel sağlık kuruluşları ve bireysel olarak hizmet veren hekimlere yapılan ödemelerde sık tercih edilen bir yöntemdir. Örneğin İngiltere’de NHS’ye bağlı diş hekimleri 2006 yılından bu yana hizmet başına ödeme almaktadırlar (Gulabivala, 2018).

Türkiye’de aile hekimleri Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yaparak çalışmakta, ücretlerini üzerine kayıtlı kişi sayısı ve performans kriterlerine göre almaktadır (Kara ve Öztürk, 2021). Katılımcıların çoğu Aile Dişhekimlerinin de bu şekilde ücret almasının uygun olacağını belirtmiştir. Geri ödeme ile ilgili değerlendirmelerde bulunurken Aile Dişhekimliğinin nasıl organize edileceği önemli bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile dişhekiminin nerede lokalize olacağı geri ödeme yöntemini de etkileyecektir. İşte bu noktada ilgili tema altında “Aile Diş Hekimliğinin Organizasyonuna Yönelik Görüşler” adlı kategorinin meydana geldiği görülmüştür. Bu kategori altında “Diş hekimliği eğitimine Aile Diş Hekimliği’nin entegrasyonu”, “Mobil diş araçlarıyla hizmet sunumu”, “zorunlu sevk”, “Sağlık müdürlüğünün koordinasyonu”, “Aile Dişhekimliğinin lokalizasyonu” ve “özel sektörden hizmet satın alınmasına yönelik görüşler” olmak üzere toplamda 6 kod meydana gelmiştir.

Aile Diş Hekiminin nerede lokalize olması gerektiği önemli bir konudur. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri TSM'ler, ADSM'ler, ASM'ler ve özel kliniklerde sunulmaktadır (Doğan Eren ve Karakaya, 2020). Katılımcıların bir kısmı Aile Diş Hekimliği hizmetinin ASM'de sunulması gerektiğini ifade etmiştir. Özellikle vatandaşlar grubundan bazı katılımcılar aile hekimi ve aile diş hekiminin aynı yerde olmasının zaman konusunda tasarruf sağlayacağını bildirmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğu ise Aile Diş Hekimliği'nin özel kliniklerde görev yapan diş hekimleri tarafından sunulması gerektiği konusunda görüş bildirmiştir. Diş hekimleri grubunda en sık üzerinde durulan konu bu olmuştur. İki katılımcı Aile Diş Hekimliği Hizmetinin özel kliniklerinde çalışan diş hekimleri tarafından sunulması gerektiğine dair görüş bildirdikten sonra sağlık müdürlüğünün bu işleyişi koordine etmesi gerektiğini eklemiştir. Günümüzde il ve büyük ilçelerde her vatandaşın sigorta kapsamında ağız ve diş tedavilerini yaptıracığı donanımlı ağız ve diş sağlığı merkezleri bulunmaktadır. Fakat bu merkezler hasta yoğunluğu nedeniyle ihtiyaca yeterince cevap verememektedir. Kamu ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hasta yığılmaları olurken birçok özel muayenehane atıl kalmaktadır. Ekici (2013) yaptığı çalışmada, ülkemizde ağız ve diş sağlığı problemlerinin çözümünde kamu ile birlikte özel kaynaklardan yararlanma yoluna gidilmesinin gerekliliğine dikkat çekmiştir.

Ayrıca katılımcılar; özellikle kırsal kesimde yaşayan bireyler ve evde bakım gerektiren bireylere koruyucu hizmetlerin sunulmasında mobil diş araçlarının kullanılabilirliğini bildirilmiştir. İçinde diş tedavi ekipmanları bulunduran ve mobil bir klinik olarak hizmet veren bu araçlar, sağlık hizmetine erişim engeli bulunan bireylerin sağlık kuruluşu dışında hizmete ulaşmasını mümkün kılmaktadır (Ganavadiya vd., 2014). Bu araçlarla evlere hizmet götüren diş hekimlerinin ekstra ödeme alabileceği de yer verilen ifadeler arasındadır.

Katılımcıların üzerinde durduğu diğer bir konu zorunlu sevk olması gerekliliğidir. Aile Hekimliği Modeli'nin amacına ulaşabilmesi için zorunlu bir sevk sisteminin oluşturulması, dolayısıyla vatandaşların birinci basamağı atlamadan bir üst basamağa başvurmasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Türkiye'de zorunlu sevk zinciri uygulamasının olmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapı tutucu işlevini tam olarak yerine getirmesine engel olmaktadır (Kara ve Öztürk, 2021).

“Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında oluşan diğer bir kategori “Özel Sektörden Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Görüşler” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcılar çoğu bireyin muayenehanede gitmeye alışkın olduğu bir diş hekimi bulunduğunu ve insanların kolay kolay diş hekimlerini değiştirmek istemedikleri için muayenehane hekimlerinin Aile Dişhekimi olarak görev yapmasının kabul edilebilir olacağını bildirmiştir. Prasad ve arkadaşları (2019); ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ile ilgili çalışmalarında kamunun yanı sıra özel sektörün de desteğini almanın, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini birinci basamak seviyede sunabilmek, hizmete erişimi arttırabilmek ve ekonomiklik açısından önemli olduğuna vurgu yapmıştır. Bu çalışmada da elde edilen bulgular, halihazırda var olan alt yapı ve fiziksel donanımdan yararlanılacağı, dolayısıyla sistemin daha ekonomik şekilde kurulacağı, özel diş klinikleri arasındaki gelir eşitsizliklerinin azalacağı gibi avantajlara işaret etmektedir. Ancak böyle bir işleyişin suistimale açık olduğu ve denetim zorluklarıyla karşılaşılabilceğine de katılımcılar tarafından dikkat çekilmiştir.

Özellikle Türkiye’de diş hekimlerinin büyük bölümü özel kliniklerde görev yapmakta olup ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda özel sektörün önemli bir payı olduğu görülmektedir (alıntı). Hal böyleyken özel sektörün desteğinin yeni kurulacak Aile Dişhekimliği Sistemi için değerli olacağı düşünülmektedir. Ekici (2013) tarafından yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesi “sonucunda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde” kamu-özel işbirliğinin yetersiz olduğu ortaya koyulmuş ve SGK’nın özel muayenehaneler ile hizmet satın alımı anlaşması yapması önerilmiştir.

“Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler” teması altında değerlendirilen diğer bir husus “Aile Dişhekimliği’nin olası faydaları” dır. Bu kategori altında katılımcıların en sık üzerinde durduğu konular, erken tanı, ikinci ve üçüncü basamağın hasta yükünün hafiflemesi, hizmete erişimin ve hasta takibinin kolaylaşmasıdır. Ayrıca bir katılımcı ağız ve diş sağlığı teknikerlerinin istihdamının da artacağı yönünde görüş bildirmiştir.

Öztaş ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada; Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin gelişmiş ülkelerdeki gibi sunulabilmesi için Aile Dişhekimliği’ne ihtiyaç olduğunu, bunun ikinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kuruluşlarda yoğunluğun azaltılması, ileri düzey tedavilerin yaratacağı yüksek maliyetlerin önlenmesi ve koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması gibi faydalar sağlayacağını bildirmiştir.

Faydalarının yanı sıra Aile Dışhekimliği'nde karşılaşılabilecek olası sorunlar da Aile Dışhekimliği ile ilgili görüşler teması altında değerlendirilmiştir. Bu konuda katılımcılar aile hekimliği sistemi ile kıyaslayarak benzer sorunların yaşanabileceğini bildirmişlerdir. Üzerinde durdukları konular mevcut alt yapının yetersizliği, tıpkı aile hekimliğinde olduğu gibi uygulamaların amacından sapacağı endişesi, dış hekimlerinin gelirinin düşmesi, Aile dışhekimliğinin hizmet kapsamının dar olması ve vatandaşların hizmeti kullanmama ihtimali olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösteren Kaya ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada, “aile hekimliği kapsamının dar olması”nın aile hekimliğinin hastalar tarafından tercih edilmeme sebeplerinin başında geldiği ortaya koyulmuştur.

Çetinkaya ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada vatandaşların aile hekimliğini ilk başvuru noktası olarak tercih etmediğini ve koruyucu hizmetten yararlanma düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Özdemir ve Koçoğlu (2019) aile hekimliği modelini değerlendirdikleri çalışmalarında vatandaşların öncelikli olarak aile hekimine değil, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurduklarını ortaya koymuşlardır. Bizim çalışmamızda da katılımcılar “vatandaşların hizmeti kullanmama ihtimali” ve “zorunlu sevk” kodları altında toplanan ifadelerinde benzer durumun Aile Dış Hekimliği'nde de yaşanabileceğine yönelik endişelerini dile getirmişlerdir. Etçioğlu ve arkadaşları (2021) aile hekimliği sisteminde aile hekimlerinin sorunlarını değerlendirdikleri çalışmada başlıca sorunların fiziki donanım yetersizliği, maddi problemler ve aile hekiminin görev tanımında belirsizlikler olduğunu belirtmiştir. Bu tez çalışmasında da katılımcıların en sık vurguladığı konular bunlardır.

5.3. Koruyucu Ağız ve Dış Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar

“Koruyucu Ağız ve Dış Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar” teması altında koruyucu ağız ve dış sağlığı hizmetleri bünyesinde hangi tedavi ve uygulamaların yer alması gerektiği ile ilgili görüşlere yer verilmiştir. Oral hijyen eğitimi, rutin kontroller ile florür ve fissür örtücü uygulamaları koruyucu hizmetlerde özellikle yer alması gereken uygulamalar olarak saptanmıştır.

Çocuklukta doğru kazandırılan oral hijyen alışkanlıklarının ömür boyu sürebileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle oral hijyen eğitimleri

koruyucu hizmetlerin ilk ve en önemli basamağını oluşturmakta ve halk sağlığında bir öncelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Oral hijyen eğitimleri ve rutin diş muayenelerinin yapılması ile diş çürükleri ve dişeti hastalıkları önlenabilmektedir (Mueller vd., 2022).

Katılımcıların ifade ettiği diğer bir konu okul programlarıdır. Diş hekimlerinin anaokulu ve ilkokullara ziyaretler düzenleyerek çocuklara yönelik faaliyetler düzenlemeleri, diş taramaları yapmaları gerektiği vurgulanmıştır. Dikkat çekici bir diğer nokta okul programlarında sadece öğrencilere değil, öğretmenlere de bilgilendirici eğitimler verilmesine yönelik görüşlerdir. Katılımcılardan bazıları öğretmenlerin çocukların doğru diş fırçalayıp fırçalamadığını kontrol edebilmek için önce kendilerinin bu konuda doğru bilgiye sahip olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Koruyucu hizmetlerin klinik dışı uygulamalarında okullarda gerçekleştirilen diş muayeneleri, eğitimler gibi faaliyetlerin önemli bir yeri vardır. Öğretmenlere yönelik düzenlenen eğitimlerin çocukların diş fırçalama alışkanlıklarını doğru kazanması açısından önemli olduğu çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir (Sireerat ve Samnieng, 2018).

Koruyucu ortodontik uygulamalar, diş taşı temizliği, ilaç reçete edilmesi, erken dönem çürüklerin tedavisi, evde bakım hizmetleri ve diş fırçası ve macunu desteği sağlanması katılımcıların ifade ettiği diğer konulardır. Koruyucu ortodonti, ortodontik bozukluklar ortaya çıkmadan önlenmesini veya var olan anomalinin ilerlemesinin engellenmesini amaçlamaktadır. Oldukça maliyetli olan ortodontik tedavilere ihtiyaç kalmadan bozuklukların erken tanısı ve önlenmesi mümkündür (Martı Akgün vd., 2012). Diş hekimleri örneklem grubundan ortodonti uzmanı olan bir katılımcı konuyla ilgili, ortodontinin uzmanlık gerektiren bir alan olduğunu, bazı vakalarda çocuk diş hekimi ve ortodontistlerin ortak karar vermek durumunda kaldığını, bazı koruyucu ortodontik yaklaşımların aile diş hekimi tarafından uygulanmasının uygun olmadığını dile getirmiştir. Aile diş hekimlerinin dişin zamanından önce kaybına yol açacak çürük vs gibi durumları önlemekle sınırlı kalması ve diğer durumlarda hastayı uzmana yönlendirmesinin daha sağlıklı olacağını, ayrıca diş hekimliği müfredatlarına aile diş hekimliği ile ilgili dersler eklenmesi gerektiğini, bu konuda da koruyucu ortodontik yaklaşımların özenle üzerinde durulması gerektiğini vurgulamıştır. Dolayısıyla koruyucu ortodontik uygulamaların koruyucu hizmetler kapsamında yer alması önemli olup, hizmetin kapsamının uzmanlar tarafından belirlenmesi gerekmektedir.

5.4. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesine Yönelik Görüşler

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamında kimlerin olması gerektiği ile ilgili görüşler bu tema altında toplanmıştır. 47 katılımcının 27'si koruyucu hizmetler kapsamında en önemli hedef kitlenin çocuklar olduğunu, 18 katılımcı ise bu hizmetlerin tüm nüfusu kapsaması gerektiğini ifade etmiştir.

Çocukların yüksek miktarda karbonhidrat tüketmesi ve oral hijyenlerini iyi sağlayamamaları ile ebeveynlerin yetersiz bilgi seviyeleri, çocukların süt dişleri ve hatta ilk süren daimî dişlerinin hızlıca çürümesine yol açmaktadır. Ayrıca süt dişleri yapısı itibarıyla daha kolay çürümektedir. Yapılan çalışmalarda 1 yaş civarındaki çocuklarda çok sık diş çürüğü gözlemlenmediği, 2 yaş ve üzerinde çürük görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Çakır, 2022). Duman ve Duruk (2018), diş fırçalama ile ağız hijyeninin sağlanması, dişlere florür ve fissür örtücülerin uygulanmasının çürük oluşumunu engellediğini, çocukların doğru oral hijyen alışkanlıklarını erken yaşta kazandığında bu alışkanlıkların ömür boyu kalıcı olabileceği vurgulamışlardır.

Doğan ve arkadaşları (2021), ilköğretim birinci sınıf öğrencilerini dahil ettikleri çalışmada çürük sıklığı açısından Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği hedeflerin çok gerisinde olduğumuzu, hem çocuklara hem de ailelerine erken dönemden itibaren ağız ve diş sağlığı eğitimi verilerek koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerektiğini bildirmiştir.

Şişko ve Dağhan (2022) yaptıkları çalışmada ağız ve diş sağlığındaki bozuklukların çocuklarda okul devamsızlıklarına, konuşma ve öğrenme problemlerine, sistematik hastalıklara yol açma durumuna dikkat çekmiş, özellikle farklı yaş grupları ve farklı sosyoekonomik şartlara sahip çocuklar için koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin organize edilerek yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmiştir.

Yapılan araştırmalarda çocuklar ve özel bakım ihtiyacı olan gruplara yönelik koruyucu programların önemine vurgu yapılmaktadır (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017). Bu çalışmada da katılımcıların en sık ifade ettiği konu koruyucu hizmetlerin kapsamında öncelikli olarak çocukların olması gerektiğidir. “Engelliler, immobil hastalar, mental yetersizliği olanlar”, yani özel bakım ihtiyacı olan hasta gruplarının önemine 12 katılımcı,

gebelere yönelik koruyucu hizmetlerin önemine 10 katılımcı dikkat çekmektedir. Bu bulgularla uyum gösteren bir çalışmada Ekici (2013) Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesinde gebeler, çocuklar, engelliler, yaşlılar ve kronik hastaların bulunması gerektiğini bildirmiştir.

Hamileler koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hedef kitlesinin önemli bir unsurudur. Gebelikte bazı diş tedavilerinin gerçekleştirilmesinde sorunlar ortaya çıkmakta, ayrıca anneler bebeklere çürüğe yol açan mikroorganizmaların geçişinde ilk kaynağı oluşturmaktadır. Annelerin bilinç düzeyleri çocuklarda diş çürüğü görülme sıklığını da etkilemektedir (Mutluay ve Mutluay, 2021). Türkiye’de yapılan çalışmalarda gebelerin, diğer kadınlara göre %30 oranından fazla dişeti hastalığı ve diş çürüğüne sahip olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca gebelerin ağız hijyenine özen göstermediği de ülkemizde yapılan çalışmaların ortak sonuçlarından biridir. Gebelikteki ağız bakımının yetersiz oluşu ve ortaya çıkan diş ve dişeti hastalıklarının en büyük nedeni yanlış tutum ve bilgi eksikliğidir (Kaydırak vd., 2018). Gebeliğin sağlıklı şekilde devamı için ağız sağlığının da iyi olması gerekmektedir. Bunun için gebelere doğru alışkanlıkları kazandırmak adına oral hijyen eğitimleri verilmelidir. Dolayısıyla gebelere sunulacak koruyucu hizmetlerin hem gebenin kendisi hem de bebeği için faydalı olacağı yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır (Mutluay ve Mutluay,2021).

5.5. Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar

Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin mevcut sorunlarının belirlenmesi yapılacak iyileştirmelere temel teşkil etmesi açısından önemlidir. Çalışma kapsamında değerlendirilen 47 katılımcıdan 21’i ağız ve diş sağlığı konusunda toplumda bir bilinç eksikliği olduğuna, 11’i diş sağlığının ihmal edilmesine dikkat çekmiştir. Toplumun bilinç eksikliği, bütün örneklem gruplarının her birinde en sık ifade edilen konu olmuştur.

7 katılımcı ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimin zorluğundan, 7 katılımcı tedavi ağırlıklı hizmet sunulduğundan, 7 katılımcı ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki yoğunluktan söz etmiştir. 3 katılımcı flor karşıtlığı problemine, 3 katılımcı okullarda çocuklar için düzenlenen faaliyetlerin sınırlılığına, 3 katılımcı özel kliniklerin taşra ve kent merkezlerindeki dağılımının dengesiz olduğuna değinmiş, 2 katılımcı ise diş hekimliği fakültelerinin sayısının artmasına yönelik endişelerini dile getirmiştir. Sağlık

politikacıları ve uzmanlar grubunda toplumun bilinç eksikliğinin yanı sıra okul programlarının sınırlılığı ve tedavi ağırlıklı hizmet sunumu konuları en sık üzerinde durulan konular olmuştur.

Bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu şekilde; Topal ve arkadaşları (2019), ülkemizde ağız ve diş sağlığı göstergelerinin gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığını belirtmiş, diş sağlığı konusunda farkındalığın yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Tokuç ve Yıldırım (2020), yaptıkları çalışmada ülkemizde bilinç eksikliğine bağlı olarak diş fırçalama alışkanlığının topluma doğru biçimde kazandırılmadığı, özellikle çocukların diş hekimi kontrollerine götürülmediği, florun faydaları konusunda bireylerin bilgi sahibi olmadığını bildirmiştir.

Son yıllarda florürlü diş macunları ve topikal flor uygulamalarına karşı toplumda bir ön yargı ortaya çıkmıştır. Oysa ki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapsamında yer alması gereken en önemli uygulamalardan biri topikal florür uygulamalarıdır. Ekici (2013) Türkiye’de planlanacak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde florürün topikal ve sistemik uygulamalarının yer alması gerektiğini bildirmiştir. Ak ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada özellikle eğitim seviyesi arttıkça ailelerin flor kullanımına karşı olumsuz tutum geliştirdiklerini göstermektedir. Bu da koruyucu hizmetlerin amacına ulaşması açısından istenmeyen bir durumdur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ağız ve diş hastalıkları sadece ağız bölgesini değil bütün vücudu etkilemekte olup ağız ve diş sağlığı “genel sağlığın ayrılmaz bir parçası” olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklar görülme sıklığının fazla olması ve maliyetli tedavileri dolayısıyla ülke ekonomilerine yük getirmektedir. Günümüzde ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıkları henüz ortaya çıkmadan önlemek, başlangıç halinde ise durdurmak ve ağız sağlığını iyileştirerek gelişmesini sağlamaya yönelik çabalar hız kazanmıştır. Birçok gelişmiş ülke ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu anlayış temelinde yapılandırmıştır.

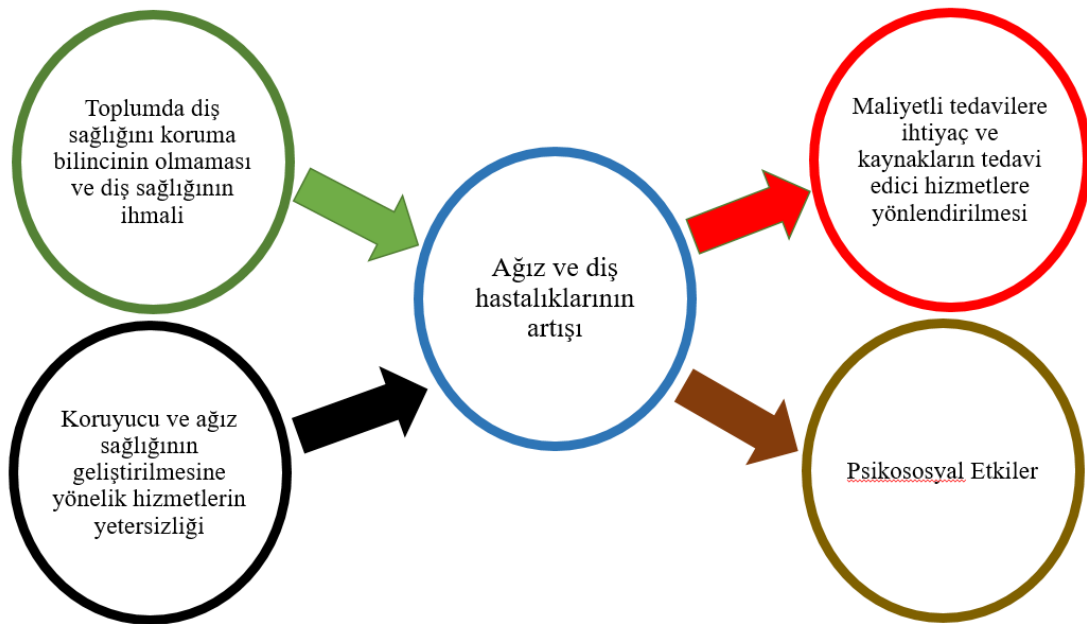
Bu çalışma Türkiye’deki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu konusunda diş hekimleri, vatandaşlar, sağlık politikacıları ve uzmanların görüşlerini ortaya koymak; koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye kamu sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik çözüm önerileri sunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen bulguların yorumlanması neticesinde, katılımcıların görüşlerinin Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumuna Yönelik Görüşler, Türkiye’deki Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hedef Kitlesi, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kapsamındaki Uygulamalar ve Aile Diş Hekimliği ile İlgili Görüşler olmak üzere beş tema altında toplandığı görülmüştür.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik görüşler değerlendirildiğinde, Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunun yetersiz olduğu ve acilen koruyucu hizmetlerin sistemli bir biçimde kamu tarafından ücretsiz olarak sunulması gerektiği ortaya koyulmuştur. Aile Diş Hekimliği ile ilgili görüşler incelendiğinde öncelikle bu sistemin Türkiye için uygun olacağı yönünde olumlu bir bakış açısının hakim olduğu görülmektedir. Vatandaşlar bir aile diş hekimine sahip olmak istediklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Aile diş hekimliği hizmetinin kamu tarafından Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’nde sunulması gerekmektedir. Ayrıca özel sektörün desteğinin alınabileceği, özel kliniklerinde görev

yapan diş hekimlerinin dönemlik sözleşmeler ile aile diş hekimi olarak çalışabileceğine yönelik görüşler dikkat çekmiştir. Aile diş hekimliğinin ağız hastalıklarının erken tanısında önemli rol oynayabileceği, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda esas unsur olabileceği ve amacına ulaşabilmesi için mutlaka zorunlu bir sevk sisteminin oluşturulması gerektiği ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmada hem mevcuttaki işleyişe dair eksikler ortaya koyulmuş hem de koruyucu hizmetlerin ne şekilde sunulması gerektiği etraflıca araştırılarak konu geniş bir çerçevede ele alınmıştır. Bu konuya bir çözüm önerisi getirilebilmesi için öncelikle problemin net bir şekilde ortaya koyulması gerekmektedir. Şekil 6.1. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki sorunların ana nedenlerini göstermektedir. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı ile ilgili esas sorunların başında toplumun bu konudaki bilinç eksikliği gelmektedir. Diş sağlığı oldukça ihmal edilen bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun neticesinde toplumda ağız ve diş hastalıkları artmaktadır. Ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin yetersizliği de yine bu hastalıkların artması ile sonuçlanmaktadır.



Şekil 6.1. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerindeki sorunların temel nedenleri

Ağız ve diş hastalıklarının artması maliyetli tedavilere duyulan ihtiyacı ve kaynakların tedavi edici hizmetlere aktarılmasını beraberinde getirmektedir. Ayrıca bu hastalıkların pek çok olumsuz psikososyal etkisi de bulunmaktadır. Bu noktada çözüme

yönelik ilk adım öncelikle ağız ve diş hastalıklarının henüz ortaya çıkmadan önlenmesidir. Bunun da yolu bireye ve topluma yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini geliştirmektir. Koruyucu hizmetlerin yaygınlaşmasıyla toplumdaki bilinç eksikliğinin de ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

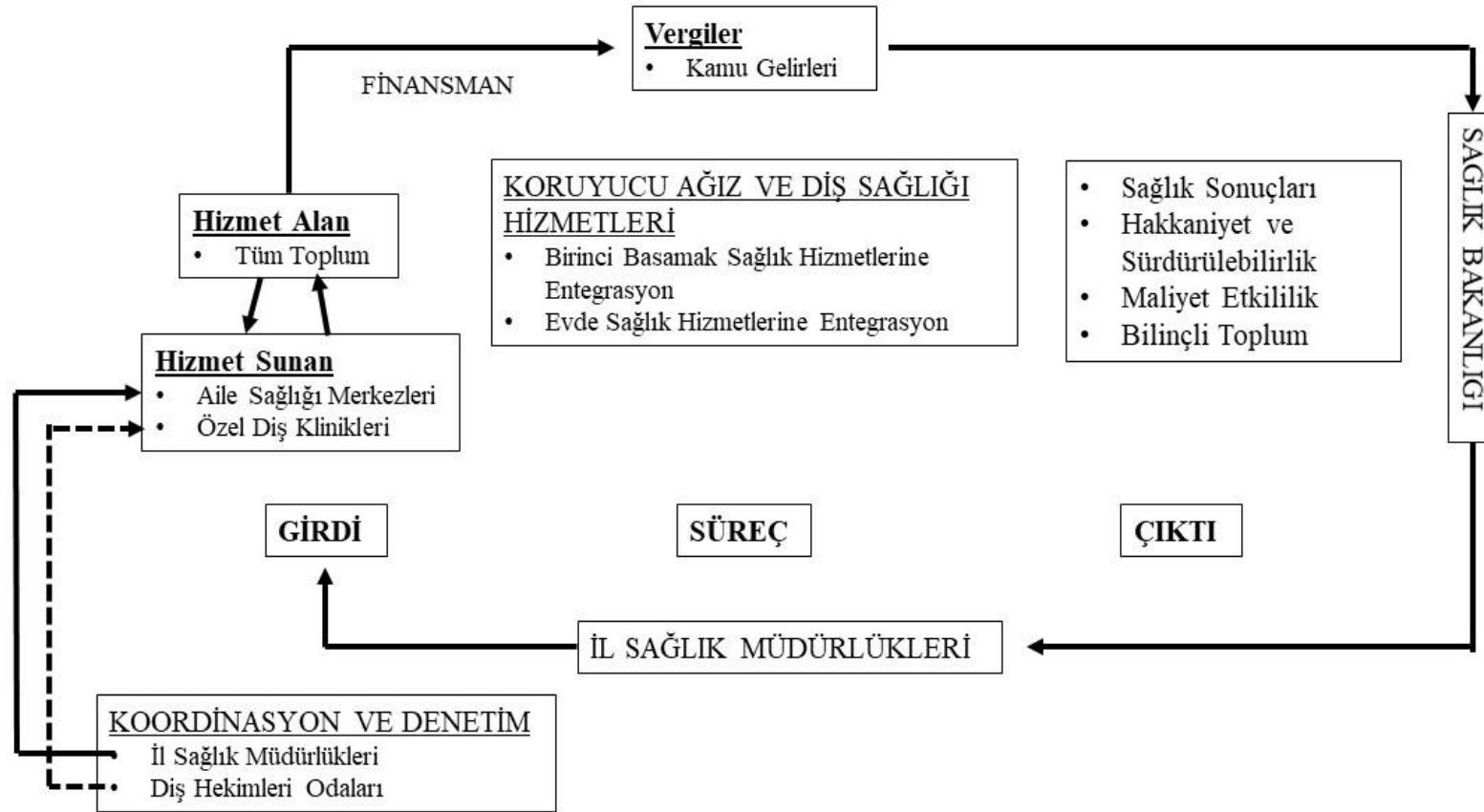
6.2. Öneriler

Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sağlıkta dönüşüm programı sonrası yaşanan gelişmeler doğrultusunda özellikle ağız ve diş sağlığı merkezlerinin sayısının artması ile birlikte tedavi edici hizmet sunumuna odaklanılmıştır. Oysaki bu araştırmanın sonucunda da ortaya koyulduğu üzere uzun yıllardır ülkemizdeki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel sorunu koruyucu hizmetler ve ağız ve diş sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerin eksikliği olmuştur. Türkiye’de bu hizmetlere yönelik bir örgütlenme olmadığı gibi yeterli finansmanın da ayrılmadığı düşünülmektedir (Özyavaş, 2017). Bu araştırmanın bulgularına göre mevcut durumda, ağız ve diş sağlığı merkezleri bulundukları bölge halkına ağız ve diş sağlığı hizmetlerini tedavi ağırlıklı olarak sunmakta, koruyucu hizmetlerin sunumunda ise bu kurumların yetersiz kaldığı görülmektedir. Toplum ağız ve diş sağlığı merkezlerinde görevli diş hekimleri okul taramaları ve florlama çalışmalarını yürütmektedir. Ancak bu çalışmanın bulgularında da görüldüğü üzere okul ortamında yapılan flor uygulamaları amaca ulaşmakta yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin daha sistemli bir şekilde sunulması için farklı bir yapılanmaya ihtiyaç vardır.

6.2.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Bir Model Önerisi

Bu tez çalışmasında elde edilen bulgulardan ve mevcut verilerden yola çıkılarak Türkiye’de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik geliştirilmesi önerilen modelin unsurları aşağıda belirtilmektedir.

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyon
2. Özel sektörün desteği
3. Hakkaniyet ve sürdürülebilirlik
4. Maliyet etkililik
5. Kamu tarafından finansman
6. Toplumun bilinçlendirilmesi
7. Evde sağlık hizmetlerine entegrasyon



Şekil 6.2. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunum modeli

Tablo 6.1. Koruyucu ADS Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonuna İlişkin Model Önerisi

Hizmet Sunum Modeli	Hizmetin Sunum Yeri	Hizmet Sunumunda Rol Alanlar	Hizmetin Koordinasyonu	Finansman Kurumları	Hizmetin Hedef Kitle	Hizmet Kapsamındaki Uygulamalar
Aile Dış Hekimliği	- A tipi Aile Sağlığı Merkezleri - Özel klinikler	- Aile Dış Hekimi - Ağız ve Dış Sağlığı Teknikeri - Tıbbi sekreter	- İl Sağlık Müdürlüklerinin Halk Sağlığı Daire Başkanlıklarına Bağlı Kurulacak Aile Dış Hekimliği Birimleri - Dış hekimleri odaları	İl Sağlık Müdürlükleri	Çocuklar, hamileler, evde bakım ihtiyacı olan bireyler gibi özel gruplar başta olmak üzere bütün nüfus	- Oral hijyen eğitimleri - Topikal florür uygulamaları - Fissür örtücü uygulamaları - Rutin diş muayeneleri - Diş taşı temizliği - Yanlış oral alışkanlıkların değiştirilmesi - Minimal restoratif tedaviler - Diet düzenlenmesi - Koruyucu ortodontik tedaviler - Topluma yönelik düzenlenecek bilgilendirici faaliyetler (okullar, huzurevleri vb.)

Birinci basamak ve evde sağlık hizmetlerine entegrasyon hem kamu tarafından hem de kısmen özel sektörün desteğini alarak gerçekleştirilebilir. Böylelikle toplumun bilinçlendirilmesinin mümkün olacağı, hizmetin hakkaniyetli ve sürdürülebilir olarak sunulacağı, maliyet etkili bir yaklaşımla ileri boyutta gerçekleştirilecek tedavilere ihtiyacın azalacağı öngörülmektedir. Şekil 6.2.'de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Türkiye sağlık sistemine entegre edilmesine yönelik önerilen model gösterilmektedir. Tablo 6.1'de önerilen modelin unsurlarına ait bilgiler sunulmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyon

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin öncelikli olarak sunulması gereken hizmet düzeyidir. Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıklar bir halk sağlığı sorunudur ve bu perspektifte ele alınması gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinden örnekler incelendiğinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetlere ağırlık vererek şekillendirmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bireyler koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimlerinin yetersiz olduğundan söz etmişlerdir. Birinci basamak düzeyinde sunulan sağlık hizmetleri bünyesine ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesi ile birlikte hizmete erişimin kolaylaşacağı ve sağlık eşitsizliklerinin önüne geçilmesinin mümkün olacağı düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonda kabul görmüş bir model olarak Aile Diş Hekimliği Modeli Türkiye'de uygulamaya geçirilmelidir. Aile diş hekimlerinin lokalizasyonu iki şekilde olabilir:

1. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde istihdam
2. Özel kliniklerde istihdam

Aile Sağlığı Merkezleri sahip oldukları teknik ve fiziki şartlar ile sunulan hizmetin içeriğine göre A, B, C ve D grubu olarak gruplandırılmaktadır. Aile diş hekimliği biriminin bulunması A grubu ASM'lerin sağlaması gereken şartlar içinde yer alması düşünülebilir. Aile Diş Hekimi sorumlu olduğu nüfusa öncelikli olarak koruyucu ve sağlığın teşviki ile ilgili hizmetleri sunmalıdır. Diğer ülkelerdeki örnekleri göz önünde bulundurularak (Shamim, 2022; Bastani vd., 2021) Aile Diş hekimliği biriminin görevleri aşağıda sıralanmaktadır:

1. Toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyini yükseltmek üzere koruyucu ve sağlığın gelişimini teşvik edici hizmetleri sunmak
2. Sorumlu olduğu nüfusa rutin ağız muayeneleri yaparak gerekli durumlarda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etmek
3. Çocuklar, hamileler, engelli bireyler gibi öncelikli gruplara yönelik ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetler yürütmek
4. Engelliler ve yaşlılar gibi sağlık kuruluşuna erişim imkânı kısıtlı bireylere evde sağlık hizmeti sunmak
5. Sorumlu olduğu nüfusa yönelik ağız ve diş sağlığının önemi konusunda farkındalık oluşturacak faaliyetler düzenlemek
6. Çocukları ortodontik açıdan değerlendirmek ve bir problemin saptanması durumunda uzman ortodontiste yönlendirmek
7. Sorumlu olduğu nüfusun ağız ve diş sağlığı düzeyi ile ilgili kayıtları tutmak
8. Başlangıç aşamasındaki diş çürüklerinin tedavisi, diş taşı temizliği, hareketli diş protezi kullanan hastaların protezlerinde vuruk alınması gibi belirlenen belli başlı minimal tedavileri gerçekleştirmek
9. Gerekli hizmet içi eğitimlere katılmak ve halk sağlığı ilkeleri doğrultusunda hizmet sunmak

Günümüzde okul çağı çocuklarına yönelik diş taramaları ve flor vernik uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Ancak bu uygulamaların her çocuğun kayıtlı olduğu aile diş hekimi tarafından yapılması, özellikle florür uygulamasının klinik ortamında gerçekleştirilmesi daha hijyenik olabilir. Aile diş hekiminin sorumlu olduğu nüfusta ilgili yaş grubu çocuklara ulaşarak yılda iki kez diş taramasına ve florür uygulaması yapılması için kliniğe çağırması düşünülebilir. Yapılan işlemlerle ilgili kayıtlar titizlikle tutulması için gerekirse hastaya hatırlatıcı amaçla “aşı kartı” benzeri bir kart hazırlanabilir.

Aile Diş Hekimliği Bilgi Sistemi kurularak Aile Diş Hekimliklerinde verilen hizmet elektronik ortamda kayıt altına alınmalıdır. Bu sistem üzerinden aile diş hekimleri hastaların bilgilerini ve hastaya daha önce yapılan uygulamaları kolaylıkla takip edebilecektir. İlgili nüfusa ait ağız sağlığı verileri ve istatistikler bu sistem üzerinden değerlendirilebilir.

Hamileler koruyucu hizmetlerin önemli hedef gruplarından biridir. Aile diş hekimi hamilelik planlayanlar ve hamileler için ağız hijyeninin anne ve çocuk için önemi ile bebeklerde diş sağlığının korunması konusunda bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirmelidir. Çocuklarda ortaya çıkabilecek biberon çürükleri, bunların tedavileri, parmak emme, biberon kullanımı gibi yanlış alışkanlıklar ve beslenme konuları bu bilgilendirmeler kapsamında olmalıdır. Anne adayları aile hekimine kontrole geldiğinde Aile Diş Hekimi bu bilgilendirmeleri yapabilir ve anne adaylarının rutin ağız muayenelerini gerçekleştirebilir. Bu durum Aile Diş Hekimi ASM'lerde istihdam edildiğinde kolaylaşacaktır.

Aile diş hekimliği modeli uygulamaya koyulurken öncelikle diş hekimliği lisans eğitimi kapsamına aile diş hekimliği ile ilgili derslerin eklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Çünkü aile diş hekimi hastaları pek çok açıdan inceleyecek ve diş hekimliği disiplini içerisindeki farklı uzmanlık alanlarına yönelik değerlendirmelerde bulunacaktır. Ayrıca koruyucu felsefenin ön planda olduğu uygulamaları gerçekleştirecektir. Dolayısıyla modelin başarılı şekilde uygulanabilmesi için gereken insan kaynağının hazırlanması önem arz etmektedir. Farklı ülkelerin sağlık sistemleri incelendiğinde, aile diş hekimi olabilmenin şartı diş hekimliği eğitimi veren yüksek öğretim kurumlarından mezun olmaktır ve eğitim içerikleri buna uygun biçimde hazırlanmıştır. Bununla ilgili ayrıca alınması zorunlu lisansüstü bir eğitime gerek görülmemektedir. Türkiye'de aile diş hekimliği sistemi yeni kurulduğunda ilk etapta bir sertifika programı başlatılarak aile diş hekimi olmak isteyen diş hekimlerine koruyucu hizmetlerin multidisipliner şekilde ele alındığı bir eğitim planlanabilir. Bu eğitim kapsamında bireylere ve topluma koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik teorik derslerin yanısıra iletişim becerilerini geliştirmeye ve hasta psikolojisine yönelik dersler de yer alabilir.

Aile diş hekimliği birimlerinde sadece diş hekimi istihdamı söz konusu değildir. Her Aile diş hekimi bir dental asistan (ağız ve diş sağlığı teknikeri) ve bir tıbbi sekreter ile birlikte görev yapmalıdır. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde bulunacak olan Aile Diş Hekimliği birimleri İl Sağlık Müdürlüğü'nün Halk Sağlığı Daire Başkanlığı'na bağlı olabilir. Dolayısıyla Halk Sağlığı Daire Başkanlıkları altında Aile Diş Hekimliği Birimleri kurulabilir. Bu birimler Aile Diş Hekimliği hizmetlerinin uygun şekilde sunulmasından, ilgili düzenlemelerin yapılmasından, Aile Diş Hekimliği Bilgi

Sistemlerinin güncelleme çalışmalarının yürütülmesinden, Aile Diş Hekimlerinin hizmet içi eğitimlerinin planlanarak sunulmasından, Aile Diş Hekimlerinin yer değiştirmeleri gibi düzenlemelerden sorumlu merci olabilir.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu konusunda diğer önemli nokta etkili bir sevk zincirinin planlanmasıdır. Bu çalışmanın bulgularında da görüldüğü üzere hizmetin amacına ulaşması ve atıl kalmaması için zorunlu bir sevk sisteminin uygulanması gerekmektedir. Birinci basamakta görevli diş hekiminin sevk ile hasta bir üst sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Bu şekilde Türkiye’deki mevcut ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin en büyük sorunlarından biri olan ADSM’lerin yoğunluğu probleminin ortadan kalkacağı, hizmetin erişilebilirliğinin artacağı düşünülmektedir.

Özel sektörün desteği

Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır. Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan sonra gelişme gösterse de hizmet sunumunda hala özel sektörün büyük bir payı vardır. 2022 yılı verilerine göre diş hekimlerinin yaklaşık %60’ı özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2022).

Bu tez çalışmasının bulguları önemli bir noktaya daha işaret etmektedir. Katılımcılardan elde edilen veriler özel muayenelerinde çalışan diş hekimlerinin kamu ile yapacağı dönemlik sözleşmeler ile Aile Diş Hekimi olarak görev yapmasına yöneliktir. Özel sektörün rolünün bu kadar büyük olduğu bir hizmet kolunda hali hazırda kurulu bir teknik alt yapıya ve istihdama sahip olan özel sağlık kuruluşlarından koruyucu hizmetlerin sunumunda yararlanılması düşünülebilir. Ancak böyle bir modelde hizmet satın alınması durumunda ortaya çıkabilecek problemler, koordinasyon ve denetim sorunlarının meydana gelebilir. Özel klinikler nüfusun fazla olduğu şehir merkezlerinde yoğunlaşmıştır ve bu da kırsal kesimler için farklı bir organizasyon gereksinimi doğurabilir.

Bu çalışmanın sonuçları özel kliniklerinde çalışan diş hekimlerinin Aile Diş Hekimi olarak görev almaları yönünde görüşlerin baskın olduğunu ortaya koymuştur. Bir çok ülkede birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda özel sektörde

çalışan diş hekimleri görev almaktadır. Bu şekilde mevcut fiziki alt yapıdan ve insan kaynağından yararlanılmaktadır. Türkiye için de bu şekilde bir sunum modeli ASM’lerde hizmet sunumuna alternatif olarak düşünülebilir (Tablo 6.1). Özellikle topluma yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri söz konusu olduğunda sektörler arası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır. İşte bu noktada özel sektörün desteği önemli olacaktır. Özel muayenehanelerin işleyişi ile ilgili düzenlemelerden Türk Diş Hekimleri Birliği’ne bağlı diş hekimleri meslek odaları da sorumludur. Meslek odalarının Toplum Ağız ve Diş Sağlığı komisyonları çeşitli illerde topluma yönelik gönüllü faaliyetler yürütmektedir. Bu faaliyetler içerik olarak daha kapsamlı hale getirilerek daha geniş kitlelere yönlendirilebilir, meslek odalarına gerçekleştirecekleri bu organizasyonlar için kamudan ödenek ayrılması düşünülebilir. Meslek odalarına koruyucu amaçlı ve diş sağlığının geliştirilmesine yönelik projeler gerçekleştirmek için kamu tarafından maddi destek imkanı sunulabilir. Böylece daha geniş kitlelere ulaşılması mümkün olabilir. Bu şekilde Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda insan kaynağı bakımından önemli bir yeri olan özel sektörün desteğinin alınmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Hakkaniyet ve sürdürülebilirlik

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması ve toplumdaki her birey için ulaşılabilir olması hizmetin hakkaniyetli sunumu açısından önemlidir. Sağlık hakkı her insanın sahip olması gereken bir haktır ve sağlığın korunması ile geliştirilmesi her bireyin hakkıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplumda yaygın ve erişilebilir biçimde sunulmalı, öncelikli gruplar başta olmak üzere tüm yaş grubundan vatandaşlar bu hizmetten adil biçimde yararlanmalıdır. Hizmetin sürdürülebilirliği de sosyal ve ekonomik açıdan önemlidir. Bu nedenle sürdürülebilir hizmet sunumu için gerekli politik ve ekonomik şartlar sağlanmalıdır.

Maliyet etkililik

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıkların tedavisi bir çok ülkede ülke ekonomisine ağır yükler yüklemektedir. Bu nedenle hastalıkların daha ortaya çıkmadan önlemini almak, koruyucu hizmetleri doğru şekilde planlayarak hayata geçirmek toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyini yükseltecek ve bir çok maliyetli tedavinin önüne geçecektir. Gelişmiş ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda sadece diş hekimleri değil bazı durumlarda dental hijyenistler adı verilen bir yardımcı

meslek grubu rol almaktadır. Dental hijyenistler belli başlı koruyucu uygulamaları gerçekleştirmekte, böylece diş hekimi istihdamı yerine koruyucu hizmet sunan birimlere dental hijyenistlerin istihdam edilmesi ile daha ekonomik sonuçlar elde edilmektedir. Türkiye’de ise böyle bir meslek grubu bulunmamaktadır. İlerisi için bu meslek dalının da ülkemizde geliştirilmesi düşünülebilir.

Kamu tarafından finansman

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda birinci dereceden sorumlu aktör kamu olmalıdır. 18 yaşına kadar olan bireyler koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmalıdır. Ayrıca fiziksel ve mental engeli olan bireyler, gebeler ve ağız sağlığının genel sağlığı üzerinde etkisinin önemli olduğu bir takım kronik hastalıklara sahip bireyler için de koruyucu hizmetler ücretsiz olarak aile diş hekimleri tarafından sunulmalıdır.

Toplumun bilinçlendirilmesi

Bu çalışmanın bulgularında da görüldüğü üzere toplumun ağız ve diş sağlığı konusunda bilinç düzeyi oldukça düşüktür. Koruyucu uygulamalar bağlamında bireylerin kendi ağız bakımlarını sağlaması (dişlerinin doğru fırçalaması, doğru beslenmesi vb.) en maliyet etkili yöntemdir. Bunun için toplum bilincinin geliştirilmesi, ağız hijyeni eğitimlerinin tüm toplumda yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca son yıllarda ortaya çıkan flora karşı olumsuz tutum geliştirme durumu konusunda aileler bilinçlendirilmelidir. Aksi takdirde velisinin izin vermediği çocuklara flor vernik uygulaması yapılamayacaktır.

Özellikle çocukların diş sağlığının korunması için ebeveynler ve gebelere verilecek ağız hijyeni eğitimleri önemli olacaktır. Bu eğitimler bireyler Aile Sağlığı Merkezi’ne çağırılarak verilebileceği gibi toplu olarak okullarda da düzenlenebilir. Ayrıca toplumun bilinçlendirilmesi konusunda kamu spotları vasıtasıyla geniş kitlelere ulaşılması gerekmektedir. Aile diş hekimleri belirledikleri tarihlerde anaokulu ve ilköğretim okullarında ağız sağlığı konusunda bilgilendirici faaliyetler gerçekleştirebilir. Bu şekilde çocuklarda erken yaşta bir farkındalık yaratılması sağlanacaktır. Oral hijyen eğitimleri sadece okul çağı çocuklarına değil öğretmenlere de yönelik olmalıdır. Özellikle okul öncesi eğitim kurumlarında öğretmenlerin doğru diş fırçalama ve diş

sağlığını korumak için doğru beslenme konusunda bilgi sahibi olması yararlı olacaktır. Ayrıca huzurevleri gibi kurumlarda da diş sağlığı konusunda farkındalık yaratmak ve diş protezlerini doğru kullanmayı sağlamak amacıyla yaşlı bireylere yönelik bilgilendirici faaliyetler düzenlenebilir.

Evde sağlık hizmetlerine entegrasyon

Engellilik durumuna göre engelli bireylere, yaşlılara ve bu bireylerin bakımından sorumlu olan kişilere beslenme ve oral hijyen eğitimlerinin verilmesi, ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Bu bireylerin sağlık kuruluşlarına ulaşmaları zor olduğu için evde sağlık hizmetinden yararlanmaları gerekmektedir. Evde bakım gerektiren bireylere diş çürüklerinden korunma amacıyla flor vernik uygulaması yapılabilir. Ayrıca ağız yaralarını engellemek için hareketli diş protezi kullananların protezlerinde düzeltmeler ve uyumlamalar yapılabilir. Mobil diş araçlarının kullanımı ile hem evlere hem de sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı yaşayan kırsal kesimde bulunan vatandaşlara yerinde hizmet sunumu gerçekleştirilebilir, dolayısıyla mobil diş araçlarının sayısının artırılması düşünülebilir.

2017 yılında evde sağlık hizmetleri tamamen hastanelere devredilmiştir. Dolayısıyla mevcut sistemde evde sağlık bakım hizmeti vermek ADSM'lerin görevidir. Ancak Aile Diş Hekimliği birimlerinin kurulması ile birinci basamak düzeyinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulmaya başlanması ile birlikte evde sağlık hizmetlerinin Aile Diş Hekimliği birimlerine devredilebilir. Böylece mobil araçlarla haftanın belli günleri aile diş hekimleri kendilerine kayıtlı vatandaşlara ev ziyaretlerinde bulunarak gerekli tedavileri gerçekleştirebilecektir. Aile diş hekimleri evde bakım gerektiren bireyler ve ailelerine tele-iletişim, video konferans yollarıyla ulaşarak iletişimin sürekliliğini sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Ak AT, Aksoy H, Özdaş DÖ (2018). Türk ailelerinin florlu diş macunu ve topikal flor uygulamaları hakkında bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi: Pilot çalışma. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 39(3): 160-164 DOI: 10.5505/eudfd.2018.48568
- Akar Ç (2014). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Ankara: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/20215769-Turkiye-de-agiz-dis-sagligi-hizmetlerinin-strateji-degerlendirmesi.html>
- Alharbi A, Alharbi S, Alqaidi S. (2020). Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. *Saudi Dent J*, 32(4): 181-186. DOI:10.1016/j.sdentj.2020.04.001
- Al-Qahtani SM, Razak PA, Khan SD (2020). Knowledge and Practice of Preventive Measures for Oral Health Care among Male Intermediate Schoolchildren in Abha, Saudi Arabia. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 703. DOI.org/10.3390/ijerph17030703.
- American Academy of Pediatric Dentistry (2016). Guideline on Restorative Dentistry. *Pediatr Dent*, 38: 250-262.
- Andiappan M, Gao W, Bernabé E, Kandala NB, Donaldson AN (2015). Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): Systematic review and meta-analysis. *The Angle orthodontist*, 85(3): 493-500. DOI.org/10.2319/051414-348.1.
- Anell A, Glenngard HA, Merkur S (2012). Sweden Health System Review, Health Systems in Transition 14(5). Erişim Adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
- Anusavice KJ (1998). Management of dental caries as a chronic infectious disease. *J Dent Educ*, 62: 791-802. DOI.org/10.1002/j.0022-0337.1998.62.10.tb03247.x
- Atasever M, Demiralp KÖ (2015). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri. Ankara: Ayrıntı Basımevi
- Aydın Kılınç Z, Sırcan Küçüksayan A (2021). Florürlü Vernik Uygulamasının Diş Sağlığı Tarama Sonuçları İle Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 71-77. DOI:10.34087/cbusbed.770765

- Balasubramanian M, Brennan D, Short S, Gallagher J (2019). A strife of interests: A qualitative study on the challenges facing oral health workforce policy and planning. *Health Policy*, 123(11): 1068-1075. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.07.010
- Baltacı A (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *KAEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 368-88. DOI:10.31592/aeusbed.598299
- Barnett ML, Hyman JJ (2006). Challenges in interpreting study results: The conflict between appearance and reality, *The Journal of American Dental Association*, 137(2): 32-36. DOI:10.14219/jada.archive.2006.0405
- Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Rossi-Fedele G, Peres MA. (2021). Provision of dental services for vulnerable groups: a scoping review on children with special health care needs. *BMC Health Services Research*, 21(1):1-12. DOI:10.1186/s12913-021-07293-4
- Başkale H (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *DEÜ Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (1): 23-28. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753041>
- Başol E, Işık A (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2(2): 1-26. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/470310>
- Bawden JW (1998). Fluoride Varnish: a Useful New Tool for Public Health Dentistry. *J Public Health Dent*, 58(4): 266-269. DOI:10.1111/j.1752-7325.1998.tb03007.x
- Beyar İ (2003). Anneden Bebeğine Aktarılan Çürük Oluşturucu Bakterilerin Bebeğin Ağız Sağlığına Etkileri. *GÜ Diş Hek Fak Derg*, 20(1): 57-63. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/278448>
- Birch S, Anderson R (2005). Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *Journal of the Canadian Dental Association*, 71(4): 243-248. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/7866311_Financing_and_delivering_oral_health_care_What_can_we_learn_from_other_countries
- Birkhed D (2017). Preventive Dental Care in Sweden for Children, Adults & Elderly. *European Journal of Public Health*, 27(3): 21-22. DOI:10.1093/eurpub/ckx187.052
- Boy Z, Ünür M, Kayhan KB (2012). Gingivada Pemfigus Vulgaris'in Erken Lezyonları: Olgu Sunumu. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*, 40(3-4): 37-42. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/93560>

- Boyle S (2011). United Kingdom (England) health system review. *Health Systems in Transition*, 13: 1–486. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21454148/>
- Buse K, Mays N, Walt G (2012). The Health Policy Framework. Making Health Policy. In: Plowman R. and Thorogood N. (Eds.), Second Edition (pp. 4-20). Mc GrawHill, London. Erişim Adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=047b12ff3abb511b41798c2f0b7d7dfb4c2c1be4>
- Bustos A (2017). Importance of family dentistry in the training of dental surgeons. *J Oral Res*, 6(10): 260-261. DOI:10.17126/joralres.2017.074
- Creswell JW (2018). Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. M. Bütün & S.B. Demir (Çev.) (4. baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D (2015). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1-126. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/299941121_United_Kingdom_Health_System_Review
- Çakır A (2022). Konya İli ve Çevresinde Yaşayan 5-12 Yaş Grubu Çocuklarda Sosyodemografik Düzey ile Ağız-Diş Sağlığı Durumunun Değerlendirilmesi: Kesitsel Araştırma. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci*, 28(2): 323-328 DOI: 10.5336/dentalsci.2021-84284
- Çam F, Kumru S (2020). Ağız ve Diş Sağlığında Hasta Algısı ve Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hasta Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Derg*, 30(2): 123-139. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/343828073_Agiz_ve_Dis_Sagliginda_Hasta_Algisi_ve_Kamu_Agiz_ve_Dis_Sagligi_Hizmetlerinin_Hasta_Bakis_Acisi_ile_Degerlendirilmesi
- Çayır MY, Sarıtaş MT (2017). Computer Assisted Qualitative Data Analysis: A Descriptive Content Analysis (2011 – 2016). *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 11(2): 518-544. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/396552>
- Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4): 417-424. DOI: 10.5455/pmb 1-1339159354
- Çolak H, Dülgergil ÇT, Serdaroğlu İ (2010). Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2): 63-89. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/303555>

- Demirbaş A, Ateş M, Arslan G (2020). Başlıca Diş Çürüğü Etmenlerinden *Streptococcus mutans*'ın Gebelik Dönemindeki Değişimi. *EÜ Dişhek Fak Derg*, 41(1): 11-19. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/eudfd/pdfs/EUDFD_41_1_11_19.pdf
- Derviş NE (2019). Türkiye ve Dünyada Diş Hekimliği Yardımcılığı'nın Tarihsel Süreci. *MİÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 96-107. DOI: 10.33715/inonusaglik.553028
- Doğan A, Erdem A (2021). "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mesul Müdürlük Kavramının Yönetmelik ve Hukuki Açısından Değerlendirilmesi" *International Social Sciences Studies Journal*, 7(89): 4594-4598. DOI:10.26449/sss.3553
- Doğan A ve Durukan Köse S (2023). Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu: Türkiye Ve Bazı Ülkelerde Örnek Uygulamalar. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2): 262-272 DOI: 10.55050/sarad.1253329
- Doğan YN, Doğan AN, Avcı B, Balkaya H, Dünder MA, Mert E, Öztürk A (2021). İlköğretim birinci sınıf öğrencilerinde ağız ve diş sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, 19(1): 31-40 DOI.org/10.20518/tjph.680531
- Doğan Eren A, Karakaya A (2020). Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(73): 4834-4841. DOI:10.26449/sss.2672
- Dos Reis CMR, Da Matta-Machado ATG, Do Amaral JHL, Werneck MAF, De Abreu MHNG (2015). Describing the Primary Care Actions of Oral Health Teams in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1): 667-678. DOI.org/10.3390/ijerph120100667
- Duman S, Duruk G (2018). 6-12 Yaş Grubu Çocuklarda Daimi Birinci Büyük Azı Dişlerin Önemi ve Değerlendirilmesi - Derleme. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg*, 28 (4): 610-619 DOI.org/10.17567/ataunidfd.474163
- Dye BA (2017). The global burden of oral disease: research and public health significance. *Journal of Dental Research*, 96(4): 361-363. DOI:10.1177%2F0022034517693567
- Edelstein BL (2010). The Dental Safety Net, Its Workforce, and Policy Recommendations for its Enhancement. *Journal of Public Health Dentistry*, 70: 32-39.
- Ekici Ö (2013). Türkiye’de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler. Gazi Üniversitesi: Doktora Tezi.

- Erol S, Şişman FN, Sezer A, Şentürk İ, Aydın M (2016). Bir Huzurevindeki Yaşlılara Verilen Eğitimin Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, (2): 105-111. Erişim Adresi: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701574>
- Etçioğlu E, Aydın A, Ekerbiçer HÇ, Özen F, Aydın MR, Köse E, Muratdağı G (2021). Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(4): 757-764 DOI: 10.31832/smj.893432
- Fellows JL Atchison KA, Chaffin J, Chávez EM, Tinanoff N.(2022) Oral Health in America: Implications for dental practice, *The Journal of the American Dental Association*, 153(7):601-609 DOI:10.1016/j.adaj.2022.04.002.
- Fiorillo, L. (2019). Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina*, 55(10): 676. DOI:10.3390/medicina55100676
- Fusch PI, Ness LR (2015). Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 20(9): 1408-1416. Erişim Adresi: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>
- Ganavadiya R, Chandrashekar B, Goel P, Hongal S, Jain M (2014). Mobile and portable dental services catering to the basicoral health needs of the underserved population in developing countries: a proposed model. *Ann Med Health Sci Res*, 4(3): 293-304. DOI:10.4103/2141-9248.133364
- Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Noroozi M, Armoon B (2018). Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *Int J Dent Hyg*, 16(1): 59-67. DOI:10.1111/idh.12304
- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*, 66(6): 322-324. DOI: 10.1016/j.adaj.2016.10.001
- Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, Rosales MS (2012). Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica*, 28(1): 81-89. DOI.org/10.1590/S0102-311X2012001300009
- Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S (2010). Inequity in A Market-Based Health System: Evidence From Canada's Dental Sector. *Health Policy*, 98(1): 81-90 DOI.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.018
- Grytten J, Sorensen R (2000). Competition and Dental Services. *Health Economics*, 9(5): 447-461. DOI: 10.1002/1099-1050(200007)9:5<447::aid-hec529>3.0.co;2-a.

- Gulabivala K (2018). Dentistry in the United Kingdom. *Oral Health and Dentistry in Other Countries*, 85(1):8-18. Erişim Adresi: https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10061575/1/Gulabivala_PDFsam_Gulabivala_JACD%2085a%20v2.pdf
- Harris DJ, Eilers J, Harriman A, Cashavelly BJ, Maxwell C (2008). Putting Evidence Into Practice: Evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12: 141-152. DOI: 10.1188/08.CJON.141-152
- Hayran O, Mumcu G, Sur H, Yıldırım C, Söylemez D, Atlı H (2004). Financing of Dental Services in Turkey: Opinions and Expectations of Dentists, Resident and Patients. *Journal of Public Health Dentistry*, 64(2): 82-87. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2004.tb02732.x
- Henein C, Landes D (2022). NHS dental activity: a population marker for the effectiveness of community water fluoridation in children in England. *Br Dent J*. DOI.org/10.1038/s41415-021-3822-1
- Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosen M (2001). Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29: 167-74. DOI.org/10.1034/j.1600-0528.2001.290302.x
- Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB (2005). Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany. *Journal of Dental Education*, 69(9): 987-997. DOI: 10.1002/j.0022-0337.2005.69.9.tb03995.x
- Hugoson A, Ljungquist B, Breivik T (2002). The relationship of some negative life events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50-80 age. *J Clin Periodontol*, 29: 247-253. DOI: 10.1034/j.1600-051x.2002.290311.x
- Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W. (2008) Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet*, 277(1): 409-405. DOI: 10.1007/s00404-007-0480-8
- Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR, Kobayashi Y (2011). Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. *Lancet*, 378(9796): 1106-1115. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- Jiang H, Bian Z, Tai BJ, Du MQ, Peng B (2005). The effect of a bi-annual professional application of APF foam on dental caries increment in primary teeth: 24-month clinical trial. *J Dent Res*, 84(3): 265-268. DOI: 10.1177/154405910508400311.

- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu (2017) Erişim Adresi: <https://khgm.saglik.gov.tr/Eklenti/21853/0/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf> (Son erişim tarihi: 08.09.2022).
- Kara F, Öztürk İ (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği. *Med J West Black Sea*, 5(1): 7-18 DOI.org/10.29058/mjwbs.771151
- Kavsur Z, Sevimli E (2021). Bazı Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1): 9-16. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1220346>
- Kaya M.V., Orhan M. ve Sayar B (2020). Aile Hekimliği Tercih Edilmeme Düzeylerinin Demografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi: Şanlıurfa İli Örneği, *BEU SBD* 9(2) 412-419 DOI: 10.47130/bitlissos.826779.
- Kaydırak MM, Şahin NH, Can MM, Koray M (2018). Gebelerin Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3):11-16 DOI: 10.22312/sdusbed.423781
- Kılıçarslan MA (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Diş Hekimliği Uygulamaları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1): 36-42. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1175585>
- Kiyak HA (1986). Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *J Dent Educ*, 50: 679-687. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3464633/>
- Kocataş Ersin N, Candan Ü, Aykut A, Eronat C, Özant Ö (2007). Art Tekniğini Takiben Daimi Molar Dişlere Uygulanan Cam İyonomer Siman ve Kompozit Rezin Dolgu Materyallerinin 2 Yıllık Klinik Takibi. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 31(1): 3-11. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1074040>
- Koç Vural U, Vural CA, Gökalp S (2016). Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar ve Diş Çürüğü; Atatürk Üniv. *Diş Hek. Fak. Derg*, 15: 80-86. DOI: 10.17567/dfd.22858
- Kozak M (2015). Bilimsel Araştırma: Tasarım, Yazım, Yayım Teknikleri. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Köse S, Güven D, Mert E, Eraslan E, Esen S (2011). 12-13 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Hijyen Eğitiminin Etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4): 44-52. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29562>
- Kuckartz U, Rädiker S (2019). Analyzing Qualitative Data with MAXQDA: Text, Audio, and Video. The USA: Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-15671-8

- Küçükeşmen Ç, Sönmez H (2008). Diş hekimliğinde florun, insan vücudu ve dişler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fak. Derg*, 15(3): 43-53. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdutfd/issue/20993/225674>
- Lalia RV, Ashbury FD (2013). The MASCC/ISOO mucositis guidelines: Dissemination and clinical impact. *Supportive Care in Cancer*, 21: 3161–3163. DOI:10.1007/s00520-013-1924-2
- Leck V, Randall GE (2017). The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. *Int J Equity Health*, 16(1): 131. DOI: 10.1186/s12939-017-0631-x.
- Leggett H, Duijster D, Douglas GVA, Eaton K, van der Heijden GJMG, O'Hanlon K, Whelton H, Listl S, Consortium A (2017). Toward More Patient-Centered and Prevention-Oriented Oral Health Care: The ADVOCATE Project. *JDR Clinical & Translational Research*, 2(1): 5-9. DOI:10.1177/2380084416668167
- Lei J, Fu J, Yap AU, Fu KY (2016). Temporomandibular disorders symptoms in Asian adolescents and their association with sleep quality and psychological distress. *Cranio*, 34(4): 242-249. DOI: 10.1179/2151090315Y.0000000021
- Lemos LVFM, MyaKi SI, Walter IDF, Zuanon ACC (2014). Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein (São Paulo)*, 12: 6-10. DOI: 10.1590/s1679-45082014ao289520.
- Ljung R, Lundgren F, Appelquist M, Cederlund A (2019). The Swedish dental health register - Validation study of remaining and intact teeth. *BMC Oral Health*, 19(1): 116-123. DOI: 10.1186/s12903-019-0804-7
- Lumsden C, Wolf R, Contento I, Basch C, Zybert P, Koch P, Edelstein B (2019). Feasibility, acceptability, and short-term behavioral impact of the MySmileBuddy intervention for early childhood caries. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(1): 59-69. DOI: 10.1353/hpu.2019.0007
- Main P, Leake J, Burman D (2006). Oral health care in Canada - a view from the trenches. *J Can Dent Assoc*, 72(4): 319. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/7097678_Oral_health_care_in_Canada_-_A_view_from_the_trenches
- Marchildon GP (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(1): 1-179. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23628429/>
- Mariotti A (1999). Dental plaque-induced gingival diseases. *Annals of Periodontology*, 4: 7-19. DOI: 10.1902/annals.1999.4.1.7

- Marshman Z, Ainsworth H, Chestnutt IG, Day P, Dey D, Yousfi SE, Fairhurst C, Gilchrist F, Hewitt C, Jones C, Kellar I, Pavitt S, Robertson M, Shah S, Stevens K, Torgerson D, Innes N (2019). Brushing Reminder 4 Good oral Health (BRIGHT) trial: does an SMS behaviour change programme with a classroom-based session improve the oral health of young people living in deprived areas? A study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 20: 452 DOI: 10.1186/s13063-019-3538-6
- Mathu-Muju KR, Chartier M, Harrison RL (2016). The Children's oral health initiative: an intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's first nation and Inuit communities. *Can J Public Health*, 107(2) DOI: 10.17269/cjph.107.5299
- Michas F (2021) Number of dentists practicing in Europe in 2019, by country Erişim Adresi: <https://www.statista.com/statistics/554977/dentists-in-europe/>
- Milgrom P, Sutherland M, Shirtcliff RM, Ludwig S, Smolen D (2010). Children's tooth decay in a public health program to encourage low-income pregnant women to utilize dental care. *BMC Public Health*, 10: 76. DOI.org/10.1186/1471-2458-10-76
- Mueller M, Schorle S, Vach K, Hartmann A, Zeeck A, Schlueter N (2022). Relationship between dental experiences, oral hygiene education and self-reported oral hygiene behaviour. *PLoS ONE*, 17(2): e0264306 DOI: 10.1371/journal.pone.0264306
- Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimoto H (2014). Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 14: 117. DOI: 10.1186/1472-6831-14-117.
- Mutluay A, Mutluay M (2019). Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Annenin Eğitimi ve Ağız Sağlığının İyileştirilmesi ile Erken Çocukluk Çağı Çürüklerinin Önlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci*, 25(2): 175-81. DOI: 10.5336/dentalsci.2017-57401
- Naaman R, El-Housseiny A, Alamoudi N (2017). The Use of Pit and Fissure Sealants-A Literature Review. *Dent J*, 5: 34. DOI: 10.3390/dj5040034
- Neumann DG, Quiñonez C (2014). A comparative analysis of oral health care systems in the United States, United Kingdom, France, Canada, and Brazil. *NCOHR Working Papers Series*, 1:2. DOI: 10.13140/RG.2.1.2224.2726
- Ng MW, Fida Z (2016). Dental hygienist-led chronic disease management system to control early childhood caries. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 16: 20-33. DOI: 10.1016/j.jebdp.2016.01.015
- Niessen LW, Grijseels EW, Rutten FFH (2000). The Evidence Based Approach in Health Policy and Health Care Delivery. *Social Science and Medicine*, 51(6): 859-869. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00066-6

- Nomura M (2008). Dental healthcare reforms in Germany and Japan: a comparison of statutory health insurance policy. *Japanese Dental Science Review*, 44: 109-117. DOI:10.1016/j.jdsr.2008.06.004
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). Sweden Country Health Profile. OECD. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/publications/sweden-country-health-profile-2021-b9027e42-en.htm>
- Osuh ME, Oyaniran OH, Tunde-Alao TS, Lawal FB, Oke GA, Osuh JI, Harris B, Chen YF, Lilford RJ.(2023) Tooth adornment among siblings living in an urban slum in Nigeria: Health implications for a vulnerable population. *Clin Case Rep*. 11(1):6563. DOI: 10.1002/ccr3.6563.
- Ottolenghi L, Muller-Bolla M, Strohmenger L, Bourgeois D (2007). Oral health indicators for children and adolescents: European perspectives. *Eur J Paediatr Dent*, 8(4): 205-210. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163857/>
- Öcek ZA, Çiçeklioğlu M (2006). İzmir'de birinci basamak sağık kurumlarında çalışan diş hekimlerinin kurumlarında verilen ağız-diş sağılığı hizmetlerine yönelik değerlendirmeleri. *Sağık ve Toplum*, 16(2): 36-41. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/66295/izmirde-birinci-basamak-saglik-kurumlarinda-calisan-dis-hekimlerinin-kurumlarinda-verilen-agiz-dis-sagligi-hizmetlerine-yonelik-degerlendirmeleri>
- Öner Özdaş D (2014). Güncelleme; Çocuk diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar. *Selcuk Dental Journal*, 2: 84-91. DOI:10.15311/1441.272639
- Özdemir ME, Koçoğlu F (2019). Sivas İlinde aile hekimliği modelinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Med J*, 3(2): 59-65. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aemj/issue/48295/519044>
- Özkan G, Kanlı A (2012). Ağız Ortamında Yařlanma ile Birlikte Görülen Deęiřimler. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi*, 46(3): 68-78. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/93800>
- Öztaş D, Demiralp KÖ, Boncuk Güzeldemirci G, Üstü Y, Doğusan R, Karahan S, Oğuzarı H, Özgöl E, Kartal İ, Uğurlu M (2016). Türkiye'de Ağız ve Diş Sağılığı Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 36(2): 170-181. DOI: 10.17098/amj.35931
- Öztürk H, Ateş G (2018). Psikiyatrik Tedavi Gören Hastaların Dişhekimliği Pratięi Açısından Önemi. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi*, 39(2): 83-87. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/324152/>

- Özyavaş S (2018). Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4): 789-805. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/620472>
- Patton MQ (2018). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri. (Çeviri Ed: M. Bütün & S. B. Demir). (2. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Pattussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiman A (2001). Social Deprivation, Income Inequality, Social Cohesion And Dental Caries in Brazilian School Children. *Soc Sci Med*, 53: 915-925. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00391-9
- Peres M.A., Macpherson L.M.D, Weyant R.J., Daly B., Venturelli R., Mathur M. R., Listl S., Celeste R. K., Guarnizo-Herreño C., Kearns C, Benzian H., Allison P, Watt R. G. (2019) Oral diseases: a global public health challenge, *The Lancet*, 10194 (394):249-260. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9): 661-669. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211157/>
- Petersen PE, Kwan S (2011). Equity, Social Determinants and Public Health Programmes – Case of Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol*, 39: 481-487. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x
- Petersen PE, Ogawa H (2016) Prevention of dental caries through the use of flüoride. *The WHO approach Community Dental Health*, 33: 66–68. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27352461/>
- Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ (2009). Çocuk Diş Hekimliği: Bebeklikten Ergenliğe (4. Basım), (T. Tortop & Ö. Tulunoğlu, Çev.). Ankara: Atlas Kitapçılık.
- Pitts N (2016). Understanding Dental Caries: From Pathogenesis to Prevention and Therapy. Michel Goldberg (Eds.), *Understanding Dental Caries*. (pp. 3-9.) Paris: Springer DOI:10.1007/978-3-319-30552-3
- Prasad M, Manjunath C, Murthy AK, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A (2019). Integration of oral health into primary health care: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6): 1838-1845. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_286_19
- Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas L, Sivestre RM (2009). Oral health policies in Brazil. *Braz. Oral Res*, 23: 9-16. DOI: 10.1590/s1806-83242009000500003

- Pucca Junior GA, Gomes de Lucena EH, Cawahisa PT (2010). Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*, 24(1): 26-32. DOI: 10.1590/s1806-83242010000500005
- Quinonez RB, Downs SM, Shugars D, Christensen J, Vann WF (2005). Assessing cost-effectiveness of sealant placement in children. *J Public Health Dent*, 65: 82-89. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2005.tb02791.x
- Resmî Gazete (2015, 3 Şubat). Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>
- Resmi Gazete (2021, 28 Nisan). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/04/20210428M1-1.htm>
- Saskianti T, Puteri MM, Bonardo B, Maulani B, Naomi N (2021). Teachers' Role in Regular and Special Need Students' Oral Health: A Narrative Review. *Journal of International Dental and Medical Research*, 14(4):1639-1647. Erişim Adresi: <https://scholar.unair.ac.id/en/publications/teachers-role-in-regular-and-special-need-students-oral-health-a->
- Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P (2015) Socioeconomic Inequality and Caries. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*, 94(1): 10-18. DOI: 10.1177/0022034514557546
- Shamim T. (2022) Oral and Dental Services in a Family Health Center: A Personal Note. *Journal of Primary Care Dentistry and Oral Health* 3(3): 55-56 DOI: 10.4103/jpcdoh.jpcdoh_9_22
- Shinso F (2001). New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 Movement and Healthy Japan 21, *Int Dent J*, 51(3): 200-206. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11561879/>
- Sofi-Mahmudi A, Moradi S, Salomon-Ibarra C, Morris J, Ravaghi V (2020). Greater child dental health inequality in England compared to Wales and Northern Ireland, despite lower average disease level. *Community Dental Health*, 37: 138-142. DOI: 10.1922/CDH_00007Ravaghi05
- Sönmez V, Alacapınar FG (2017). Örnekendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (Genişletilmiş 5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Subedi K, Shrestha A, Bhagat T, Dharanidhar B (2021). Effectiveness of oral health education intervention among 12–15-year-old school children in Dharan, Nepal: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*, 21: 525. DOI: 10.1186/s12903-021-01877-6

- Şahin E, Baştöpez M (2021). Covid-19 Pandemisi Döneminde Türkiye’deki Aşk Markalarının Twitter Kapsamında Kelime İlişkilendirme Testi ile Değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(2): 326-345. DOI: 10.47097/piar.984316
- Şener Y, Şengün A, Kuşdemir M, Öztürk B, Bağlar S (2011). Atravmatik Restoratif Tedavi İçin Kullanılan Cam iyonomer Simanların Mikrosızıntısı. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, (3): 175-181. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/27294>
- Şişko E, Dağhan Ş (2022). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Ağız ve Diş Sağlığı Araştırmalarının Sonuçları Bize Ne Söylüyor? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1):67-80 DOI: 10.17942/sted.989932
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/okulda-sagligin-korunmasi-gelistirilmesi-programi.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
- Tatakis DN, Trombelli L (2004). Modulation of clinical expression of plaque induced gingivitis.I. Background review and rationale. *J Clin Periodontol*, 31: 229-238. DOI: 10.1111/j.1600-051x.2004.00477.x
- Tekindal M, Uğuz Arsu Ş (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1): 153- 182. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1355632>
- Tengilimoğlu D (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı*, 7(39): 81. Erişim Adresi: <https://www.siyasalkitap.com/u/siyasalkitap/docs/s/a/saglik-hizmetleri-pazarlamasi-site-pdf-1567252405.pdf>
- Tokuç M, Yıldırım S (2020). Ailelerin Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci*, 27(3): 381-92 DOI: 10.5336/dentalsci.2020-77007
- Tontuş Ö (2015). Tüm yönleriyle sağlık turizmi ülkeler: İsveç. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Yayını, 102-109. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/522461>

- Topal Y, Topal H, İnanç BB (2019). Türkiye’de 0-14 yaş grubundaki çocuklarda 2014 yılı diş sağlığı düzeyinin değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Derg*, 11(2): 148-154. DOI: /10.21601/ortadogutipdergisi.347539
- Tozar KN, Erkmen Almaz M (2021). Hamilelikte ve Yeni Doğan Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı. *Dent & Med J-R*, 3(1): 55-67. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1443857>
- Tsuneishi M, Yamamoto T, Ishii T (2013). Income and Expenditure in Private Dental Clinics in Japan. *Japanese Dental Science Review*, 49(3): 100-105. DOI:10.1016/j.jdsr.2013.04.002
- Tunalı M, Erşahan Ş, Aydınbelge M (2014). Periodontal Hastalık ile Diyabet Arasında Çift Yönlü İlişki. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 28-38. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/693585>
- Türk Diş Hekimleri Birliği Çalışma Grubu Raporları (2016). TDB 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi Ağız-Diş Sağlığı Meslek Sorunları Sempozyumu (2016) Erişim Adresi: https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2439
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2019). Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr/>
- Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, Oral Health in America, 2021 Erişim Adresi: <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2021-12/Oral-Health-in-America-Advances-and-Challenges.pdf>
- Ünlügenç E, Bolgöl B (2020). Güncel Fissür Örtücüler-Literatür Derlemesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg*, 30(3): 507-518 DOI: 10.17567/ataunidfd.622677
- Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ (2017). Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Res Notes* 10, 50. DOI: 10.1186/s13104-016-2368-9.
- Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, Guerra F (2016). Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di stomatologia*, 6(3-4): 96-99. DOI: 10.11138/ads/2015.6.3.096
- Walker RJ, Kiyak H (2007). The impact of providing dental services to frail older adults: perceptions of elders in adult day health centers. *Special Care in Dentistry*, 27(4): 139-143. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2007.tb00336.x
- Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson L, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Keller Celeste R, Peres MA, Kearns C, Benzian H (2019). Ending

the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*, 394 (10194): 261-272. DOI:10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

Watt RG, Sheiham A (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dental Oral Epidemiology*, 40: 289-296. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2007.tb00336.x

Winocur E, Hermesh H, Littner D, Shiloh R, Peleg L, Eli I (2007). Signs of bruxism and temporomandibular disorders among psychiatric patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 103(1): 60-3. DOI: 10.1016/j.tripleo.2006.03.019

Yap A (2017). Oral Health Equals Total Health: A Brief Review. *Journal of Dentistry Indonesia*, 24(2): 59-62. DOI:10.14693/jdi.v24i2.1122

Yeo KY, Hashimoto K, Archer T, Kenny K, Pavitt S, Zoltie T (2020). Evaluation on the effectiveness of a peer led video on oral hygiene education in young children. *J Vis Commun Med*, 43: 119-127. DOI: 10.1080/17453054.2020.1782728

Yıldırım A, Şimşek H (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zaitse T, Saito T, Kawaguchi Y (2018). The Oral Healthcare System in Japan. Basel, Switzerland, *Healthcare*, 6(3): 79. DOI:10.3390/healthcare6030079

Ziller S, Eaton KE, Widstrom E (2015). The Healthcare System and the Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 1: Germany. *British Dental Journal*, 218: 239-244. DOI: 10.1080/17453054.2020.1782729

Zouboulis CC (1999). Epidemiology of Adamantiades-Beht's disease. *Ann Med Interne*, 150(6): 488-498. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10615535/>

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR,SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 220012

Karar No : 41

Araştırma Yürütücüsü	Doktora Öğrencisi Ayşegül DOĞAN
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / SAĞLIK YÖNETİMİ
Araştırmanın Başlığı	Konuyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri: Bir Model Önerisi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	10.01.2022
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 18.01.2022 1. Düzeltme Tarihi : 21.02.2022
Karar Tarihi	04.04.2022

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Üye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Üye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Üye

Doç.Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ
Üye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Üye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Üye

Doç. Dr. GONCA KARAYAĞIZ MUSLU
Üye

Doç.Dr. SERAP DURUKAN KÖSE
Üye

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik
Kurulu'nun Yönetmeliğinin Madde-35-b bendine göre
değerlendirilmediği yer alınmıştır.

Bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama adresi <https://etikkurulbasvuru.mu.edu.tr/dogrulama/UZTZ1322>



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

 T.C. ZONGULDAK VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	ZONGULDAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ZONGULDAK TIBBİ CİHAZ VE ECZACILIK BİNASI 28/11/2022 14:25 - E-30707382 - 799 - 568  00178751271
Sayı : E-30707382-799 Konu : Araştırma İzni Ayşegül DOĞAN	
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü)	
İlgi : 07/11/2022 tarihli ve 39330677 sayılı yazı.	
Üniversiteniz Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dişçilik Hizmetleri programı Öğr.Gör. Ayşegül DOĞAN'ın dilekçesi Müdürlüğümüz Bilimsel Çalışma Komisyonunda değerlendirilmiştir.	
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dişçilik Hizmetleri programı Öğr.Gör. Ayşegül DOĞAN'ın söz konusu başvurusunda "Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri Bir Model Önerisi" konulu araştırmasını Müdürlüğümüz ve Müdürlüğümüze bağlı Halk Sağlığı Başkanlığında yürütülebilmeyi talep etmektedir.	
Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;	
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
Bilal CİN Vali a. İl Sağlık Müdürü V.	
Ek: Yazı örneği(10 sayfa)	
Dağıtım: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Rektörlüğü	
Bilgi: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı	
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Belge Doğrulama Kodu: b3174d7c4c447c39f59c7e82ecccdb — Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys İl Sağlık Müdürlüğü Ek Hizmet Binası Ön Temmuz Mh.Belediye Bulvarı No:25/1 Bilgi için: Esin Özgür YALINKILIÇ	
Telefon: Faks No: 0372 222 01 56 e-Posta: e.yalinkilic@saglik.gov.tr İnternet Adresi: TIBBİ CİHAZ VE ECZACILIK BİRİMİ(zonguldak.tibbicihaz@saglik.gov.tr)	HEMŞİRE Telefon No: (0 372) 222 01 22 

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Diş Hekimlerine Yönelik Mülakat Soruları

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Mesleğiniz:

KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ: BİR MODEL ÖNERİSİ adlı çalışma Doç Dr Serap Durukan Köse ve Öğr Gör Ayşegül Doğan tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kamu sağlık sistemine entegre etmeye yönelik çözüm önerileri sunmak amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formu dört sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 20 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Ayşegül DOĞAN ve Serap DURUKAN KÖSE ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Öğr Gör Ayşegül DOĞAN

Telefon Numarası:

Mail:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Doç Dr Serap DURUKAN KÖSE

Telefon Numarası:

Mail:

SORULAR

1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. Aile Diş Hekimliği’nin Türkiye için uygun bir sistem olduğunu düşünüyor musunuz?

3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sizce nasıl sunulmalı? Kapsamında hangi hizmetler ve kimler olmalı?

4. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel klinikte çalışan hekimler tarafından kamu ile sözleşmeli olarak sunulabilir mi? Bu konudaki önerileriniz nelerdir?

Sağlık Politikacıları ve Uzmanlara Yönelik Mülakat Soruları

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Mesleğiniz:

SORULAR

1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

2. Aile Diş Hekimliği’nin Türkiye için uygun bir sistem olduğunu düşünüyor musunuz?

3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sizce nasıl sunulmalı? Kapsamında hangi hizmetler ve kimler olmalı?

4. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel klinikte çalışan hekimler tarafından kamu ile sözleşmeli olarak sunulabilir mi? Bu konudaki önerileriniz nelerdir?

5. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu için uygun olan geri ödeme sistemi hangisi olabilir?

Vatandaşlara Yönelik Mülakat Soruları

Cinsiyetiniz:

Yaşınız:

Mesleğiniz:

SORULAR

1. Türkiye’de sunulan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

2. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden nasıl yararlanmak istersiniz, örneğin bir aile diş hekiminiz olsun ister misiniz?

3. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sizce öncelikli olarak kimlere sunulmalıdır?

4. Muayenehanede görev yapan özel diş hekimleri sözleşmeli olarak bulundukları bölgedeki nüfusa koruyucu hizmetleri sunabilir mi? Böyle bir uygulamayı nasıl karşılırsınız?

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayşegül DOĞAN

Yabancı Dili : İngilizce

Eğitim :

Durumu

(Kurum ve Yıl)

Lise : ODTÜ G.V. Özel Lisesi 2003

Lisans : Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (2003-2008)

Yüksek Lisans : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı (2017-2019)

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl : Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (2020-)

İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu (2019-2020)

Diş Muayenehanesi (2011-2018)

Yayınları (SCI ve diğer) :

1. Doğan Ayşegül, Durukan Köse Serap (2023). Türkiye Ve Bazı Gelişmiş Ülkelerde Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırılması. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 5(2), 262-272., Doi: 10.55050/sarad.1253329 (Yayın No: 8371546)
2. Doğan Ayşegül, Karakaya Aynur (2022). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin Analizi. Aydın Sağlık Dergisi, 8(1), 43-57., Doi:10.17932/Iau.Asd.2015.007/Asd_V08i1004 (Kontrol No: 7567424)
3. Doğan Ayşegül, Durukan Köse Serap (2021). Sağlık Perspektifinden Güzellik Salonları ve Türkiye’de Mevcut Durum. Sağlık Perspektifinden Güzellik Salonları ve

- Türkiye’de Mevcut Durum, 5(2), 138-146.
(Kontrol No: 7565970)
4. Doğan Ayşegül, Erdem Ayşe (2021). Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Mesul Müdürlük Kavramının Yönetsel Ve Hukuki Açidan Değerlendirilmesi. Social Sciences Studies Journal(89), 4594-4598., Doi: 10.26449/sssj.3553. (Kontrol No: 7294955)
 5. Doğan Eren Ayşegül, Karakaya Aynur (2020). Türkiye’ De Ağız Ve Diş Sağlığı Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal, 6(73), 4834-4841. (Kontrol No: 6622434)
 6. Doğan Eren Ayşegül, Kıdak Levent Bekir (2017). İzmir İli Karşıyaka İlçesinde Kamuya Bağlı Bir Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi İle Özel Muayenehanelerde Görev Yapan Dişhekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 7-16. (Kontrol No: 6038569)
 7. Doğan Eren Ayşegül, Yüzügüllü Bulem (2011). Renk Seçiminde Güncel Teknolojik Gelişmeler Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi(4), 65-70.

- Diğer Konular :
1. Doğan Ayşegül, Demir İsa (2022). Sağlığın Feminizasyonu Ve Kadın Sağlık Çalışanlarının Sorunları. V. Uluslararası Sosyal Bilimlerde Kritik Tartışmalar Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7838743)
 2. Doğan Ayşegül (2023). Akıllı Sağlık Uygulamalarının İçerik Analizi. II. Uluslararası

Avrasya Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:8371530)

3. Çınarlı Serkan, Erdem Ayşe, Doğan Ayşegül (2021). Diş Hekimliğinde Salt Estetik Amaçlı Uygulamalar ve Hukuki Niteleme. 4. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi, 1(1), 723-738. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:7120799)
4. Doğan Eren Ayşegül, Kıdak Levent Bekir ,Özdemir Güngör Dilek (2019). Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Promların Kullanımının Değerlendirilmesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:6040214)
5. Doğan Eren Ayşegül, Kıdak Levent Bekir, Camuz Berber İpek (2018). Sağlık Turizminde Sağlık Teknolojilerinin Yeri. 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, 44-45. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:6038735).
6. Doğan Eren Ayşegül, Kıdak Levent Bekir (2016). İzmir İli Karşıyaka İlçesinde Kamuya Bağlı Bir Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi İle Özel Muayenelerde Görev Yapan Dişhekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. 10. Sağlık Ve Hastane Yönetimi Kongresi, 440-443. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:6040226)