



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE'DE AİLE DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMASI:
DİŞ HEKİMİ VE HASTA DEĞERLENDİRMESİ**

FATMA ÇAM

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SEDA KUMRU

İSTANBUL - 2019

TEŞEKKÜR

Bu tez çalıőmasının gerçekleőtirilmesi sürecinde akademik çalıőmalarındaki yoğun temposuna rağmen her zaman yanımda olan ve desteklerini hiç esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danıőmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seda KUMRU'ya, beni bu günlere getiren rahmetli babam Mustafa Kemal AM'a, sevgili annem Havva AM'a ve aileme, eğitimim boyunca beni destekleyen sevgili teyzem Fadime KURU 'ya, ithaf ediyorum. Tezim ile ilgili fikir aldığım Prof.Dr.Gülçin BERMEK'e, Dt. Ayőe Songül YARGICI 'ya, Dt.Ömer Besim OLCAY'a teşekkür ediyorum.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Sağlık Tanımı	4
4.2. Sağlık Hizmetleri	4
4.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
4.2.1.1.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	5
4.2.1.2.Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler	5
4.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
4.2.2.1.Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
4.2.2.1.1.Aile Hekimliğinin Tanımı	6
4.2.2.1.1.1.Dünyada Aile Hekimliği	6
4.2.2.1.1.2.Türkiye’de Aile Hekimliği	7
4.2.2.1.1.3.Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Gelişimi.....	8
4.2.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
4.2.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
4.2.3.Rehabilitasyon Edici Hizmetler	9
4.2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon.....	9
4.2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon	9
4.3.Ağız Ve Diş Sağlığının Tanımı	10
4.4.Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	10

4.4.1.Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	10
4.4.1.1.Bireysel Koruma	12
4.4.1.2.Grup Koruma	12
4.4.1.3.Genel Koruma.....	13
4.4.2.Tedavi Edici Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	13
4.4.2.1.Birinci Basamak Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	14
4.4.2.1.1.Aile Diş Hekimliği Tanımı	16
4.4.2.1.2.Aile Diş Hekiminin Vereceği Hizmet Kapsamı	17
4.4.3.Rehabilite Edici Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	18
4.5.Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Ülke Örnekleri	19
4.5.1.Almanya’da Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	20
4.5.2.Birleşik Krallık’ta Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	21
4.5.3.Fransa’da Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	22
4.5.4.Danimarka’da Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	23
4.5.5.İsveç’te Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	23
4.5.6.Norveç’te Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	24
4.5.7.Finlandiya’daAğız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	25
4.5.8. Avustralya Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	26
4.5.9.Amerika Birleşik Devletleri’nde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	27
4.5.10. Türkiye’de Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	28
5. METOT VE MATERYAL	30
5.1. Araştırmanın Amacı	30
5.2. Araştırmanın Tasarımı	30
5.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	30
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
5.5. Veri Toplama Aracı	31
5.6. Verilerin Analizi	32
5.7. Güvenilirlik Analizi	33
5.8. Araştırmanın Problemi	33

5.9. Araştırmanın Etik Yönü	34
5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları	34
6. BULGULAR.....	35
7. TARTIŞMA.....	109
8. SONUÇ.....	111
9. KAYNAKLAR.....	113
10. EKLER	119
11. ETİK KURUL ONAYI	126
12. ÖZGEÇMİŞ	130

KISALTMALAR LİSTESİ

TDB : Türk Diş Hekimleri Birliği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TCSB : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

YÖK : Yüksek Öğretim Kurulu

NHS : Ulusal Sağlık Hizmetleri

GDS : Genel Dental Hizmetler

OECD :Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

**DMFT:Decayed/Missing/Filled Teeth (Çürük, Kaybedilmiş,
Dolgulu Dişlerin Ortalama Değeri)**

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 6.2. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumlarına İlişkin Değerlendirmeleri ve Davranışlarına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 6.3. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 6.4. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımına Göre Dağılımı.....	37
Tablo 6.5. Hastaların Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 6.6. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlara Göre Dağılımı.....	40
Tablo 6.7. Hastaların Türkiye’de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 6.8. Hastaların Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 6.9. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu ile Bir Günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	43
Tablo 6.10. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu ile Bir günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	44
Tablo 6.11. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu İle Bir Günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar	44
Tablo 6.12. Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	45
Tablo 6.13. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	46
Tablo 6.14. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	46
Tablo 6.15. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar..	47
Tablo 6.16. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	47

Tablo 6.17. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	47
Tablo 6.18. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	48
Tablo 6.19. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	48
Tablo 6.20. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	49
Tablo 6.21. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	49
Tablo 6.22. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	50
Tablo 6.23. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Bilgilendirilmeye İhtiyaç Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	50
Tablo 6.24. Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	51
Tablo 6.25. Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Bilgilendirilmeye İhtiyaç Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	51
Tablo 6.26. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Arasındaki Farklılıklar.....	52
Tablo 6.27. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre SGK Özel Diş Hekimleri ile Anlaşma Yaptığında İlave Ücret Ödeyerek Özel Diş Hekimlerinden Hizmet Alma Tercihi Arasındaki Farklılıklar.....	52

Tablo 6.28. Hastaların Yaş Değişkinine Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	53
Tablo 6.29. Hastaların Yaş Değişkinine Göre SGK Özel Diş Hekimleri ile Anlaşma Yaptığında İlave Ücret Ödeyerek Özel Diş Hekimlerinden Hizmet Alma Tercihi Arasındaki Farklılıklar.....	53
Tablo 6.30. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	54
Tablo 6.31. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	54
Tablo 6.32. Hastaların Ağız Diş sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	54
Tablo 6.33. Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	55
Tablo 6.34. Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar.....	55
Tablo 6.35. Hastaların Daha Önce Koruyucu Diş Uygulamaları Yaptırma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Arasındaki Farklılıklar.....	56
Tablo 6.36. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	56
Tablo 6.37. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	58
Tablo 6.38. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	60
Tablo 6.39. Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmelerin Arasındaki Farklılıklar.....	62

Tablo 6.40. Hastaların Aile Diş Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar	64
Tablo 6.41. Hastaların Daha Önce Koruyucu Diş Uygulamaları Yaptırma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar	65
Tablo 6.42. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Herhangi Bir Sorunla Karşılaşma Durumu Arasındaki Farklılıklar.....	67
Tablo 6.43. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar.....	68
Tablo 6.44. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar	68
Tablo 6.45. Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar...	69
Tablo 6.46. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar.....	69
Tablo 6.47. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar.....	70
Tablo 6.48. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar.....	71
Tablo 6.49. Hastaların Aile Diş Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar.....	72
Tablo 6.50. Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar.....	73
Tablo 6.51. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar.....	74

Tablo 6.52. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar.....	75
Tablo 6.53. Hastaların Aile Diş Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar	77
Tablo 6.54. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	78
Tablo 6.55. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Çalışma Deneyimine Göre Dağılımı.....	78
Tablo 6.56. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	79
Tablo 6.57. Ankete Katılan Diş Hekimleri ile Toplumun Bilgi Seviyesi ve Bilgilendirici Faaliyetlere İlişkin Görüşler.....	80
Tablo 6.58. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ile Mevcut Durum Değerlendirmeleri.....	81
Tablo 6.59. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Göre Dağılımı	83
Tablo 6.60. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Uygulanmasına İlişkin Görüşleri.....	84
Tablo 6.61. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikaların Değerlendirilmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	85
Tablo 6.62. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikaların Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	86
Tablo 6.63. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikaların Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	88

Tablo 6.64. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	89
Tablo 6.65. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	90
Tablo 6.66. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Toplumun Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi Seviyesi ve İlgili Eğitimlere İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar.....	91
Tablo 6.67. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	92
Tablo 6.68. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	93
Tablo 6.69. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	93
Tablo 6.70. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	94
Tablo 6.71. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	95
Tablo 6.72. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar	96
Tablo 6.73. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	98
Tablo 6.74. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	99

Tablo 6.75. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	101
Tablo 6.76. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	101
Tablo 6.77. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	102
Tablo 6.78. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	103
Tablo 6.79. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	104
Tablo 6.80. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	105
Tablo 6.81. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	106
Tablo 6.82. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar.....	107
Tablo 6.83. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar	108

1. ÖZET

TÜRKİYE'DE AİLE DIŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMASI: DIŞ HEKİMİ VE HASTA DEĞERLENDİRMESİ

Aile diş hekimliği uygulaması ile vatandaşların hizmete daha kolay erişimleri, toplum ağız diş sağlığı bilincinin sağlanması, önüne geçilebilir rahatsızlıkların düzenli kontroller sonucu, erken teşhis ve müdahaleyle önlenmesinin sağlanacağı öngörülmektedir. Bu şekilde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'ndeki (ADSM) fazla yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir. Ağız diş sağlığı hizmetlerine ilişkin sağlık politikaları konusunda bu araştırmanın katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile aile diş hekimliği uygulamasının Türkiye'de uygulanabilirliğinin diş hekimleri ve hastaların bakış açılarıyla ele alınması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışma, İstanbul Beykoz Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Nisan 2018 - Mayıs 2018 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Anket, araştırmacı tarafından hastalarla ve hekimlerle yüz yüze görüşülerek, haftanın her günü uygulanmıştır. Verilerin analizi, SPSS programında yapılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; hastaların % 52,3'ü ve diş hekimlerinin de %64'ü ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısının yeterli olduğu ifadesine katılmadıklarını ya da tamamen katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumda Türkiye'de hastaların ve diş hekimlerinin gözünden ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısının yetersiz olduğunu aile diş hekimliği sisteminin uygulanması ile bu yetersizliğin giderilmesi öngörülebilmektedir. Türkiye'de aile diş hekimliği hizmetlerinin uygulanmasına katıldığını ya da tamamen katıldığını belirtenlerin payı hastalarda %80,5 ve diş hekimlerinde ise %72'dir. Araştırmaya katılım sağlayan hastalar ve diş hekimleri genel olarak Türkiye'de aile diş hekimliğinin uygulanması görüşüne sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Aile Diş Hekimliği, Koruyucu Diş Hekimliği, Aile Hekimliği, Sağlık, Ağız ve Diş Sağlığı.

2. ABSTRACT

FAMILY DENTAL PRACTICE PERFORMANCE IN TURKEY: DENTIST AND PATIENT ASSESSMENT

It has been foreseen with performing family dental practice; to make people's access to healthcare easier, to raise public awareness of oral and dental health, to prevent avoidable sicknesses after early detections, with the help of regular controls. It has been aimed for the crowding of Oral and dental health to be minimized and to avoid higher costs of advanced cure. It is believed that this academic study is going to contribute to oral and dental health care related to oral and dental health care services. It has been aimed to value family dental performing in Turkey from the dentist's and patient's perspective. This study has been conducted in Beykoz Dental Health Care Center. Data has been gathered between the dates April 2018 and May 2018 .

The survey has been conducted face to face with dentists and patients in weekdays. Data was analyzed with the SPSS programme. According to the study results, %52,3 of the patients and %64 of the dentists don't agree or completely agree with the amount of oral and dental health services in public hospitals. 80,5% of patients and 72% of dentist state that they agree with the family dental practice performance in Turkey. In the general survey, patients and dentists have a opinion of family dental practice performance in Turkey.

Keywords: Family Dental Practice, Protective Dental Practice, Family Practice, Health, Oral and Dental Health

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de koruyucu sağlık hizmetleri ön planda bulunmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri diş çürüğü ve risk faktörlerini dikkate alarak, sağlık probleminin ortaya çıkmadan önlenmesini ve kontrolünü hedeflemektedir. Haricen bireylerin hastalık nedenleri, hastalıkların yayılma biçimi ve hastalıklardan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi amacına sahip olmaktadır(1).

Aile diş hekimliği sistemi, hastanın düzenli aralıklarla aile diş hekimini ziyaret ederek, birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin sunulmasını sağlamaktadır (2). Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak Aile Diş Hekimliği uygulamalarının, ilerleyen süreçte ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yükünü azaltacağı öngörülmektedir. Türk Diş Hekimleri Birliği 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi'nin çalışma raporunda aile diş hekimliği "*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 hekimidir.*" şeklinde tanımlanmıştır (3). Aile diş hekimliği uygulaması Türkiye'de ilk olarak 2004 yılında gündeme gelmekle birlikte henüz uygulamaya geçmemiş bir sistemdir. Konuya ilişkin tartışmalar güncel olarak yapılmakla birlikte konu hakkında bilimsel çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma ile aile diş hekimliği uygulamasının Türkiye'de uygulanabilirliğinin diş hekimleri ve hastaların bakış açılarıyla ele alınması amaçlanmıştır. Araştırmanın ağız diş sağlığı hizmetlerine ilişkin sağlık politikaları konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Tanımı:

“1948 DSÖ Tüzüğü’nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır:

Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu”(4).

Sağlık sübjektif ve objektif olarak tanımlanmıştır. Bireyin kendisini, fiziki ruhsal ve sosyal açıdan olayları algılaması haline sübjektif olarak sağlık denilmektedir. Bu bilgilere göre birey, sağlıklı olduğu halde kendini hasta olarak ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı olarak tanımlayabilir. Doktor muayenesi ve tanı testleri neticesinde tespit edilen hastalığın olmaması durumuna ise objektif olarak sağlık denilmektedir. Sonuç olarak bir kişiye sağlıklı birey diyebilmek için; hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı tanımlaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir(5).

4.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığını korumak, beden, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları tedavi edip insanları mutlu kılmak için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, ana çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç (farmasötikler) üretimi gibi, kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini sağlık yönünden arttırması niteliğindeki hizmetleri kapsamaktadır(6). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konusundaki kanun ve DSÖ ana sözleşmesinin de yer alan sağlık hizmetleri tanımları göz önüne alındığında sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç temel hizmetten oluşmaktadır(7).

4.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık eğitimi verilmesi koşuluyla, çevreye ait mevcut sağlık durumunun düzenlenmesi, kişiye yönelik sağlığın korunması ve toplumun sağlıklı yaşam sürmelerini sağlarken beklenen yaşam sürelerinin uzatılmasını içeren hizmetlerin tümüdür. Kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere koruyucu sağlık hizmetleri iki şekilde sınıflandırılmaktadır(8).

4.2.1.1.Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Doğrudan bireylere verilen sağlık hizmetleridir. Aile planlaması, bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme,sağlık eğitimi gibi hizmetler kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek verilmektedir(8).Bu hizmetler hekim, hemşire, ebe gibi sağlık mensubu personeli ile yerine getirilmektedir(9).

4.2.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevremizde bulunan biyolojik, fiziksel ve kimyasal olumsuz faktörlerin yok edilmesi, düzeltilmesi ya da insanlara tesir etmesinin önlenmesi için, bireylerin sağlıklarını korumayı hedefleyen hizmetlerdir. Çevre kirliliğinin önlenmesi, vektörlerin kontrolü, temiz suyun sağlanması, atıkların zararsız hale getirilmesi ve gıda kontrolü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek verilebilir(8). Bu sağlık hizmetleri bu konuda uzman olan mühendis veteriner, kimyager ve teknisyen gibi meslek mensubu personel ile yürütülmektedir(9).

4.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalanan bireylerin yeniden sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamını kapsamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri;

- 1.Birinci basamak tedavi hizmetleri (İlk başvuru noktası ve ayakta tedavi)
- 2.İkinci basamak tedavi hizmetleri (Yataklı tedavi hizmeti)
- 3.Üçüncü basamak tedavi hizmetleri (Üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler)

olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Bu hizmetlerin hepsi sağlık personeli ile sağlık sektöründe verilmektedir(10).

4.2.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık sisteminin giriş kapısını oluşturmaktadır. Topluma ve bireye yönelik koruyucu, tanı koyucu ve rehabilite edici hizmetleri kapsamaktadır(11). Hastaların evinde, muayenehane ve polinikte, yatış işlemi yapılmadan ayakta teşhis ve tedavi için düzenlenen hizmetleri içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaya yatış işlemi yapılmaz. Özel muayenehane, aile sağlığı merkezleri, sağlık ocakları, tüberküloz birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır(12).

4.2.2.1.1.Aile Hekimliği'nin Tanımı:

25 Mayıs 2010 tarihli 27591 sayılı "Resmi Gazetede" yayınlanan Aile Hekimliği Yönetmeliği'ne göre; "*Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri*" şeklinde tanımlanmıştır(13).

4.2.2.1.1.1.Dünya'da Aile Hekimliği

İngiltere'de Ulusal aile hekimliği kurulması 1844 yılına dayanmaktadır. (National Association of General Practitioners) 1948 yılında ulusal sağlık servisi oluşturulmuş ve aile hekimliği (general practice) tüm kişilerin sağlık bakım ihtiyacının karşılanması ve hastane hizmetlerinden yararlanması için bir tür giriş kapısı haline gelmiştir(11).

1952 yılında Royal Collage of General Practitioners kurulmuş ve bu kuruluş aile hekimliği tarihinin en önemli kilometre taşlarını oluşturmuştur. İngiltere'de tüm tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı bulunmakta ve mezuniyet öncesi eğitimi verilmektedir. Her bir İngiltere vatandaşı yılda ortalama beş kere aile

doktoruna müracaat etmektedir. Bu müracaatın %2'si hastanın evinde diğerleri ofiste veya telefonla olmaktadır(11).

Avrupa ülkelerinde faaliyet gösteren başta Almanya olmak üzere Barmer GEK sağlık sigortası sigortalı bireylerin doktora gitme sıklılığını araştırmış olup, kişilerin yılda ortalama 18.1 kere doktora gittiklerini belirlemiştir. Hastaların ortalama muayeneleri 8 dk sürdüğü görülmüştür. Alman bireylerin yılda 18.1 oranında hekime başvurmasına karşılık bu oranın İsviçre 'de 3, Belçika, Danimarka, Fransa, Avusturya ve Polanya 'da 7 olduğu görülmüştür(11).

4.2.2.1.1.2.Türkiye’de Aile Hekimliği

Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetleri modeli 2002 yılının Kasım ayında Türkiye’de 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır. Akabinde 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik yayımlanmıştır. Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmış olup, "Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına 15.09.2005" tarihinde Düzce ilimizde geçilmiştir. Türkiye’de 81 ilde birinci basamak sağlık hizmeti olarak Aile hekimliği modeli halen uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Türkiye’de tüm illerde 2010 yılının sonlarında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yayımlanmış olup, "11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK" ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması yapılan illerde hasta-hekim ilişkilerindeki çalışmalar devam etmektedir(14).

4.2.2.1.1.3.Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

1983 yılında ülkemizde Tababet Uzmanlık Tüzüğüne giren aile hekimliği mezuniyet sonrası eğitimi, 1985 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde başlamıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması için 1993 tarihinde Tıp FakültelerindeYükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından karar alınmıştır. Bu sayede Aile Hekimliği Anabilim Dallarının sayıları üniversitelerde artmıştır.1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulması ile Aile hekimliği uzmanlığında mesleki örgütlenme başlanmıştır.

Ülkemizde 2009 yılı itibarı ile Tıpta Uzmanlık Sınavı kayıtlarına göre aile hekimliği mezuniyet sonrası eğitimi 38 tıp fakültesinde verilmekte ve Sağlık Bakanlığı kapsamında hizmet veren 24 eğitim ve araştırma hastanesi bulunmaktadır. İlk Ulusal aile hekimliği kongresi 1997 yılında düzenlenmiş ve akabinde çok sayıda kongre, sempozyum ve kurslar yapılmıştır. Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığının gelişimi son yıllarda artmıştır. Bugün geldiği noktaya bakıldığında birçok sayıda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeye örnek konuma sahip olmuştur. Bu ilerleyen süreç sonucunda aile hekimliği uzmanlarının sağlık hizmetlerine birey odaklı,kanıta dayalı tıptan yararlanan, sağlık sorunlarını önleyen, sağlığı geliştiren, kendine özgü klinik yöntemlere sahip olan ve kaliteye önem veren bir hizmet anlayışı göstermeleri beklenmektedir. Bu hedefe hep birlikte ulaşırken, ülkemizin maruz kaldığı demografik değişimin de göz önünde bulundurulması temenni edilmektedir (15).

4.2.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Uzman hekimler aracılığı ile verilen hizmet olup, hastaların hastalık teşhisi ya da tedavisi için yatmalarını gerektiren sağlık hizmetlerinin tümüdür. Tam donanımlı devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri ve vakıf hastaneleri bu hizmetlere örnek teşkil etmektedir(12).

4.2.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi ihtiyaçlarını gideren hizmetlerin tümü üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Türkiye’de örnek kuruluşlar; üniversite hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri,meslek hastaneleri, sanatoryumlar gibi. eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yapıldığı kuruluşlar üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak tanımlanmaktadır(12).

4.2.3. Rehabilitate Edici Hizmetler

Hastalıklar yada kazalar yüzünden insanlar bazı organlarını kaybedebilir yada organları kullanılamayacak duruma gelebilir ve günlük ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelebilirler (16). Engelli olan ve iş gücünü kaybeden bireyler için, işgücü ve çalışma imkânı sağlayan hizmetlerin tümüdür. Rehabilitate Edici Hizmetler iki başlık altında toplanabilir;

1.Tıbbi Rehabilitasyon

2.Sosyal Rehabilitasyon(12).

4.2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi Rehabilitasyon hizmetleri,yaşanankaza sonucundafertlerin organlarında meydana gelen hasarı gidermek amaçlı fertlereprotezlerin takılması veya sakatlanan organının güçlendirilip, kişinin kendi ihtiyaçlarını kendi kendine karşılama yeteneğini kazandırma çabalarının tümüdür(16). Örnek çalışma olarak ekstremite protezlerinin kullanılması, postür bozukluklarının düzeltilmesi, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi gibi(12).

4.2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlık,özürlü,fiziki ve psikolojik hasarı olan kişilerin yapılarına uygun iş bulma veya bakımlarını temin etme gibi, sosyal açıdan aktif olmalarını, başka birilerine bağlı olmayarak yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla uygulanan çalışmaları kapsamaktadır(12), (16).

4.3.Ağız ve Diş Sağlığı'nın Tanımı:

Ağız ve Diş Sağlığı, sağlam bir dişten daha fazla anlam içeren, genel sağlığın değişmez ve ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Kronik orafacial ağrı, ağız kanseri, ağız doku lezyonları, yarık damak- dudak gibi doğum kusurlarının ve aynı zamanda genel anlamda kronofacial kompleks olarak bilinen oral, dental ve kronofacial dokuların hastalığının, bozukluklarının olmaması demektir(17).

4.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, genel sağlık hizmetleri ile benzer özelliklerdedir. Bu benzerlikler koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici şeklindeki başlıkların sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde bulunması denilebilir(18).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı gibi bilgiler az da olsa tahmin edilebilmektedir. Sağlık hizmetleri ihmal edilemez ve ertelenemez fakat ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sosyo-ekonomik kültürel düzeyi düşük kesimlerde kimi zaman ihmal edilebildiği ya da ertelenebildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir parçası olan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerinden farkı ise, daha önceden hastanın yaşam standartlarına, beslenme şekline, eğitim durumuna ve ağız hijyeni gibi etkenlere bakılarak kişinin ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi sahibi olup, önceden ağız ve diş sağlığı hizmetleri ihtiyaçlarını kısmende olsa belirler. Bu sebepten, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri önem arz etmektedir(19).

4.4.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan, bu risklere karşı verilen mücadele olmakta ve biri insanın çevresine, diğeri kişiye yönelmiş önlemler şeklinde iki temel grupta toplanmaktadır.

Çevreye yönelik hizmetlerde; insanın çevresinde olan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümüdür. İçme sularının florlanması, ağız diş sağlığı açısından gıda sanitasyonu çevreye

yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri içinde örnek verilebilir. Bu sebepten, bu hizmetlerde gıda mühendisleri, kimyagerler, çevre sağlığı teknisyenleri gibi meslek grupları ile yakın işbirliği içinde çalışılması gerekmektedir (19).

Kişiyeye yönelik hizmetlerde, kişileri ya da toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları durumunda ise, erken dönemde tanı koymayı amaçlayan hizmetlerdir. Kişiyeye yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri daha geniş kapsamlı olup, ağız-diş sağlığı taramaları, oral hijyen ve beslenme eğitimi, sistemik ve topikal flor uygulanması (flor tabletler flor jeller, flor vernikler vb.), fissür koruyucu (sealant) uygulaması kişiyeye yönelik yapılan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin başlıcalarıdır(19).

Yıldırım ve ark. tarafından yapılan çalışmada dört kişilik bir ailede 9686 TL olan maliyetin koruyucu diş sağlığı hizmetleri ile 2708 TL'ye düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (20).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde genel olarak bireyin davranış şeklinin düzeltilmesine yönelik olup, sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi, sağlık eğitiminin verilmesi ve sağlığını koruyucu davranış tarzının benimsetilmesini gerektirmektedir. Ağız ve diş hastalıklarının tedavisi oldukça pahalı olmasına rağmen bu hastalıkları birtakım tedbirlerle önlemek ya da en aza indirmek koruyucu hizmetler ile mümkün olmaktadır. Bu sebepten, ağız ve diş sağlığı hizmetleri içinde koruyucu hizmetler en önemli alanı oluşturmaktadır. Ayrıca koruyucu işlemler daha az ekipman ve maliyet gerektirmektedir (19).

Tüm hastalara süt dişlerinin çıkmasından itibaren ileri yaşlara kadar dişhekimliği uygulamaları içerisinde ağız ve diş sağlığı ile ilgili koruyucu tedaviler uygulanmaktadır ve hatta anneler doğum öncesinde ağız diş sağlığını koruma konusunda bilgilendirilmektedir(8).

Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri üç şekilde sunulmaktadır:

4.4.1.1.Bireysel Koruma

Dişhekimiği uygulamalarının içinde bulunan bireylere sağlanan koruma hizmetlerini oluşturmaktadır. Bireysel koruma hizmetleri uygulanması, ilgili dişhekimiince riskin tanımlanması ile belirlenmektedir(8). Bireysel koruma hizmetleri, dişhekimi uygulamaları ya da gözetimi ile diş hekiminin önerilerini koruyucu ağız diş sağlığı yöntemlerini kapsamaktadır.

Bu yöntemler şu şekilde özetlenmektedir:

1. Dişhekiminin muayenesi
2. Oral hijyenin sağlanması, beslenme eğitimi ve diyetin düzenlenmesi
3. Muayenehanede gerçekleştirilen fluorür uygulamaları (jel, vernik vb.)
4. Fissür örtücü kullanımı yada uygulanması
5. Koruyucu minör restoratif işlemler (PRR)
6. Koruyucu ve önleyici tedavi olarak ortodontik tedaviler
7. Kişinin kendi yapacağı mekanik ve kimyasal ağız ve diş temizliği (8).

4.4.1.2.Grup Koruma

Çocuk ve adolesan grubu olmak üzere ülke nüfusundaki alt grupların grup koruma hizmetlerini kapsamaktadır.Grup koruma hizmetleri çocukların okula başlangıcından (anaokullarından) lise eğitimi bitene kadarki dönemi içermekte ve okul ortamında uygulanmaktadır.

Grup koruma yöntemleri şu şekilde özetlenmektedir:

1. Dişhekiminin muayenesi
2. Öğrenci grubuna verilen oral hijyen ve beslenme eğitimleri
3. Yerel fluor uygulamaları (jel, vernik vb.)
4. Okul sularının fluorlanması(8) .

4.4.1.3. Genel Koruma

Genel koruma kavramı, bir toplumun tüm üyelerine sağlanan koruyucu önlemlerin tamamına denilmektedir.

Genel koruma kavramı içerisindeki yöntemler şu şekilde kullanılmaktadır:

1. İçme sularının fluorlanması
2. Yemek tuzlarının fluorlanması
3. Besinlere fluor katılması
4. Topluma ağız diş sağlığı eğitimleri verilmesi (kamu spotları vb.)(8) .

Koruyucu Dişhekimliği Hizmetleri ile 1930'lu yıllardan itibaren başlayan, 6-11 yaş grubu çocuklara yönelik, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ön plana çıkmaktadır. Çocuklarda ağız sağlığının geliştirilmesi fikri, hayatın ileri dönemlerine taşınacak olan diş fırçalama, diyet kontrolü, sigara içme gibi genel sağlık ile ilgili davranış ve düşüncelerin birçoğunun çocukluk döneminde edinildiği düşüncesinden doğmuş bulunmaktadır(21),(22).

4.4.2. Tedavi Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin hedefi, bedenen, ruhen ve sosyal açıdan çeşitli aşamalarda "iyilik halinin" bozulması durumunda tekrar düzeltilmesidir. Hastalık veya hastalık bulgularının ortaya çıkmasından sonraki tanı ve tedavi sürecini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri daha çok özel fayda sağlarken, hastalıkların tedavisi sonucunda meydana gelen verimlilik artışı gibi sebeplerle de sosyal fayda içermektedir (23). Tedavi edici sağlık hizmetleri, fertlerin ortalama ömrünün uzatmasını sağlarken, iş hayatındaki verimliliğinin de artmasını göstermektedir(24). Tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu açısından, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi birinci, ikinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak üç basamakta değerlendirilmektedir(3).

4.4.2.1. Birinci Basamak Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Toplumun ağız diş sağlığı sistemi ile ilgili ilk temas ettiği yer birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olup, ilk başvurduğu diş hekimi tarafından hastaya sunulan sağlık hizmetidir. Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince gelişmemiş olmasına rağmen, diş hekimliği hizmetlerinin büyük çoğunluğu birinci basamak kapsamında yoğunlaşmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinde verilen sınırlı kapsamdaki diş hekimliği hizmetleri birinci basamak diş hekimliği hizmetleri olarak değerlendirilebilir (19).

2001 yılında Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu’ndaki Avrupa Birliği’ne Uyum İle ilişkili Öncelikler kısmında *“2023 Yılı için sağlık hedefleri şu şekilde belirlenmiştir: Altı yaş sınırındaki çocukların % 80’inde diş çürüğü bulunmamalıdır. Yatırım giderlerinin fazlalığı, istihdam darlığı nedeniyle, serbest çalışan muayene ve diş hekimlerinden yararlanılacak sistem uygulanmalı. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri birinci basamaktan başlatılmalı sağlık ocaklarına diş hekimi kadrosu konulmalıdır”* ifadeleri toplum ağız diş sağlığını geliştirme adına konan hedeflerdir (25).

Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi için ve yatırılarak tedavisi yapılan hizmetler ikinci basamak ağız diş sağlığı hizmetleridir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde, birinci basamakta tedavisi uygun görülmeyen hastaların tedavisine yönelik hizmetler sunulmaktadır. Türkiye’de bu hizmetler kamu ağız ve diş sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler olup, ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak değerlendirilebilir (19).

Eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından sunulan, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren ağız diş hastalıklarına yönelik yoğun bilgi ve teknolojik imkanların kullanıldığı hizmetler üçüncü basamak ağız diş sağlığı hizmetleridir. Türkiye’de diş hekimliği fakültelerinde ya da diş hastanelerinde verilen hizmetler bu kapsam içerisindedir (19).

Bir bütün olarak düşünüldüğünde, üçbasamakta koordinasyon ve bir bütünlük halinde olması performansın yükselmesi için gerekmektedir(19).

İnci Oktay(2003)'a göre diş hekimliği hizmetlerinde karşılaşılan sorunlardan birisi de birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin genel sağlıkta olduğu gibi birbirinden kolaylıkla ayrılamamasıdır(26).

Diş hekimliği hizmetleri,Tablo 4.1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması'nda görüldüğü gibi tedavilerin büyük çoğunluğu birinci basamakta olmaktadır. Tablo 4.1. incelendiğinde dişhekimliği hizmetlerinde birinci basamak geniş kapsamlı, ikinci ve üçüncü basamak ise daha dar kapsamlı olduğu görülmektedir. Halbuki genel sağlık hizmetlerinde bu durum birinci basamak dar kapsamlı, ikinci ve üçüncü basamak ise sırasıyla daha geniş kapsamlı olduğu görülmektedir(19).

Tablo 4.1. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması (19).

DİŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ		
Birinci Basamak Hizmetler	İkinci Basamak Hizmetler	Üçüncü Basamak Hizmetler
Muayene	Komplike	Ağız Diş
Acil Tedavi	Konservatif	Bölgesindeki Tümör
Koruyucu uygulamalar	Tedavi	Ve Kanserler
Dolgu	Ortodonti	Konjental Ve
Endodonti	Periodontal	Edinsel
Profesyonel Temizlik	Cerrahi	Malformasyonlar
Çekim	Ağız ve Çene	
Ağız Hastalıkları	Cerrahisi	
Yer Tutucu		
Kron		
Radyografi		
Koruyucu Ortodonti		
Protez		

Birinci basamak sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içerisinde diğer hizmetlere göre daha koruyucudur. Tablo 4.1.bakıldığında, birinci basamakta diş hekimliği hizmetlerinde koruyucu uygulamalara yeterince yer verilmesi mümkün gözükmemektedir.

Türkiye'deki diş hekimliği hizmetlerinin sunulduğu tüm koruyucu diş hekimliği hizmetleri birinci basamak,uzmanlık gerektirmeyen ve ağız diş sağlığı

merkezlerinde sunulan tedavi edici diş hekimliği hizmetleri ikinci basamak,fakültelerde ve diş hastanelerinde uzmanlık gerektiren ileri tedavilerin sunulduğu hizmetleriüçüncü basamak olarak değerlendirmek ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine entegrasyonu açısından daha uygun olduğu görülmektedir(19).

4.4.2.1.1.Aile Diş Hekimliği Tanımı

Sağlıkta Dönüşüm Projesi içeriğinde, Aile Hekimliği sisteminin bir daha yapılandırılması ve güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Sunulacak bu model önerisi ile birlikte, Aile Diş Hekimliği uygulamalarının da gündem olması, vatandaşların hizmete daha kolay erişimleri, toplum ağız diş sağlığı bilincinin sağlanması, önüne geçilebilir rahatsızlıkların düzenli kontroller sonucu, erken teşhis ve müdahaleyle önlenmesi sağlanacaktır. Bu şekilde, ağız diş sağlığı merkezlerindeki (ADSM) fazla yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir.İlk bakışta aile hekimliğini ismiyle akla getiren bu model, özellikle ülkemizdeki koruyucu diş hekimliği alanındaki eksikliklerin giderilmesini sağlayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamalarını öne çıkaran bu sistem, hastanın düzenli periyotlar ile aile diş hekimi ziyaretinde bulunmasını ve belirlenmiş koruyucu diş hekimliği hizmetleri almasını hedeflemektedir(2).

Aile Diş hekimi; *“Birinci basamak diş sağlığı hizmetlerini sunan, tanı koyucu, tedavi edici ve gerektiğinde ikinci basamak diş sağlığı hastanesine sevki gerçekleştiren diş hekimidir”*(11).Aile Diş Hekimliği tanımı; *“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 hekimidir”* (3).Sağlık sorunlarının şiddet ve yaygınlığının azaltılmasında birinci basamak sağlık hizmetleri anahtar rolü oynamaktadır. Buna rağmen ağız diş sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sistematik bir şekilde bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri ülkemizde tedavi edici ağırlıklı olarak verilmektedir. Türkiye’de ağız diş sağlığı sorunlarının azaltılması için yapılacak çalışmalar bütün toplumu içermelidir. Haricen bu alanda yürütülmesi gereken

çalışmalarda sağlık insan g¼c¼ planlamasında yapılması gerekmektedir. Bu planlama sonuçların başarılı olmasında dikkate alınması gereken önemli bir husus olmaktadır. Yukarıdaki açıklamalar doğultusunda oluşturulacak “Aile Diş Hekimliği” modeli sorunlarda ç¼z¼m olarak d¼ř¼n¼lmektedir(3).

Saydam G ve ark.’nın 1990 yılında “T¼rkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi”çalıřmasında¼lkemizde şu anda ağız diş hastalıkları açasından yeterince karşılanamayan tedavi ihtiyaçları için yeni hizmet sekt¼r¼ yapılanmasına ve planlamasına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Bu planlama yapılırken toplumda geniş kesimlere y¼nelik, kısa vadede öncelikli gruplarda başlanacak koruyucu ve önleyici uygulamalara acilen yer verilmesi yapılan araştırma sonucunda önemle üzerinde durulması gereken bir nokta olarak belirlenmiştir (27).

4.4.2.1.2.Aile Diş Hekiminin Vereceği Hizmet Kapsamı

TDB 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi’ndeki raporda aile diş hekiminin birinci basamak sağlık hizmeti (koruyucu + birinci basamak tedavi edici) vermesi d¼ř¼n¼ld¼đ¼, ancak bireysel ihtiyaça y¼nelik koruyucu programların planlanmasında, kişinin sahip olduğu genel sağlık sorunları veya ağız sağlığı risk grupları yapılacak hizmet planlamasını etkilediği belirtilmiştir. Bu nedenle yaş grupları içinde genel sağlık sorunlarını ve ağız sağlığı risk değerlendirmesini dikkate alarak alt grupların oluşturulmasının da gerektiği ifade edilmiştir (3).

Tablo 4.2.Aile Diş Hekiminin Vereceği Hizmet Kapsamı (3).

HİZMET GRUPLARI	HİZMET KAPSAMI
0-18 Yaş Grubu	Muayene
19-44 Yaş Grubu	Mekanik plak kontrol¼(oral hijyen – beslenme eğitimi)
45-64 Yaş Grubu	Remineralizasyonun artırılması (Fluorid, CPP-ACP, MI paste)
65+ Yaş Grubu	Fiss¼r ört¼c¼ Yer tutucu
Her yaş grubu için alt gruplar	
*Sağlıklı bireyler	Antimikrobiyel kullanımı, Ç¼r¼k yapıcı mo sayısının azaltılması, periodontal hastalığa neden olan mo sayısının azaltılması, plak birikim hızının azaltılması)
*Diş ç¼r¼kleri ve periodontal hastalıklar açasından yüksek risk grupları	Beslenme analizi ve yeniden düzenlenmesi T¼k¼r¼k akış hızının düzenlenmesi (sentetik salivalar,...)

*Diyabeti olanlar *Kalp damar hastalığı olanlar *Radyoterapi (baş-boyun), *Onkolojik kemoterapi *Gebeler *Engelli bireyler	Tükürük tamponlama kapasitesinin düzenlenmesi Birinci basamak tedavi hizmetleri ve akılcı ilaç kullanımı
---	---

Örnek:

19-44 Yaş Grubunda Diyabeti Olanlar:

Muayene

Mekanik plak kontrolü (oral hijyen – beslenme eğitimi)

Remineralizasyonun artırılması (Fluorid, CPP-ACP, MI paste)

Antimikrobiyel kullanımı (Çürük yapıcı mo sayısının azaltılması, periodontal hastalığı neden olan mo sayısının azaltılması, plak birikim hızının azaltılması)

Beslenme analizi ve yeniden düzenlenmesi

Tükürük akış hızının düzenlenmesi (sentetik salivalar ...) Tükürük tamponlama kapasitesinin düzenlenmesi

Birinci basamak tedavi hizmetleri ve akılcı ilaç kullanımı(3).

19-44 Yaş Grubundaki Sağlıklı ve Düşük Risk Grubu Bireyler:

Muayene

Mekanik plak kontrolü (oral hijyen – beslenme eğitimi)

Remineralizasyonun artırılması (Fluorid, CPP-ACP, MI paste) Birinci basamak tedavi hizmetleri ve akılcı ilaç kullanımı (3).

4.4.3.Rehabilite Edici Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, hastalık ve yahut kaza sonucunda bireylerin kaybettikleri fiziksel, ruhsal bozukluklar ile kısıtlılıkların ortadan kaldırılmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler sayesinde birey tamamen iyileşmese bile mevcut durumunun daha iyi bir hale getirilmesi, toplum içerisinde uyumlu olarak bu

halleri ile yaşamaya alıştırılması sağlanmaktadır. Bu çalışmalar bireylerin kendilerinin ve ailelerinin yaşadıkları acıyı azaltmaya yönelik çalışmalardır. Bedensel kalıcı bozukluğun ve sakatlıkların düzeltilmesi tıbbi rehabilitasyon kapsamında değerlendirilmektedir. Sakatlık durumu yada özrü olan bireylerin, günlük hayata aktif bir şekilde katılması, başkalarına bağı kalmadan yaşayabilmesi, işe uyum sağlayabilmesi, yeni iş bulabilmesi yada öğrenmeye çalışabilmesi sosyal rehabilitasyon kapsamında yer almaktadır. Doğıstan edinilen tavşan dudak, kurt ağız, dudak-damak yarıkları gibi bozuklukları gidermek için verilen hizmetler ağız ve diş sağığı rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Haricen travma, kaza yada kanser gibi hastalıklar sonucu damak, burun, çene, kulak, göz gibi organ ya da büyük doku yitirilmelerinde tedavi için yapılan çene-yüz protezleri de bu hizmetler içerisinde yer almaktadır(19).

4.5. Ağız Ve Diş Sağığı Hizmetlerinde Ülke Örnekleri

Ağız ve diş sağığı sistemlerini araştırmak için dünyadaki tüm ülkelerde birçok çalışma yapılmıştır. 1986 yılında Anderson ve ark.tarafından yapılan Avrupa'da ağız sağığı sistemlerinin dental iş gücü ve finansmanının ele alındığı 2 bölümlük yapılan bu çalışmalar en eski çalışmalardan biri olmaktadır(28).Bununla birlikte Yuletarafından, Avrupa'da dental bakımın finansmanına yönelik 2 bölümlük bir çalışma yapılmıştır (29).Dünyada uygulanan ağız ve diş sağığı sistemleri Chen ve ark. tarafındankarşılaştırılmıştır(30). Yine 1997 yılında O'Mullane tarafından Avrupa'da ağız sağığı sistemlerinin etkinliğine yönelik bir rapor hazırlanmıştır(31).

18 Avrupa ülkesinde ağız sağığı sistemleri karşılaştırmalı olarak 1998 yılında Anderson ve arkadaşları tarafından incelenmiştir(28).Avrupa'da ağız sağığı hizmetleri 2001 yılında Holst ve arkadaşları tarafından araştırılmış olup, kamu sağığı perspektifinden son değışiklikler incelenmiştir(32). Yine Doğı Avrupa ülkelerinin Avrupa Birliğine girdikten sonra ağız ve diş sağığı sistemlerinde meydana gelen dönüşümler 2001 yılında Widstrom ve ark. tarafından incelenmiştir(33).Söz edilen bu çalışmalardan yola çıkarak Avrupa'da ve dünyada öne çıkan gelişmiş ülkelerden bazılarının ağız ve diş sağığı sistemleri kısaca şu şekilde özetlenebilir (19).

4.5.1.Almanya’da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Alman ulusal sosyal güvenlik sistemi olan Bismarck modeli 2003 yılında 120 yılını doldurmuştur.Bismarck modeli İşçiler ile işverenlerden kesilen primlerle finanse edilen dünyanın en eski modelidir.1998 yılında sayı olarak 1340’ı bulan zorunlu hastalık fonları yoluyla hizmet sunumu ödemeleri ulusal merkezi sağlık finansman kuruluşundanfinanse edilerek yapılmaktadır(19).Almanya 1998 yılı verilerine göre, sağlığa GSMH’nın %10,4’ünü, bu paydan da %9’unu ağız diş sağlığı hizmetlerine ayırmaktadır (34),(35).

Almanya’da ekonomik ve sosyal statüsüne bakılmaksızın her yurttaş eşit sağlık haklarına sahiptir.Resmi sağlık sistemi toplumun %90’ını kapsamaktadır.Toplumun % 70’i bu fonlara gelir düzeyleri nedeniyle zorunlu olarak katılmaktadır. Gelir düzeyi zorunlu sigortaya girmelerini gerektirmeyecek kadar yüksek olan % 30’luk kesim arzu ederlerse zorunlu sigortaya girebilirler. (Nüfusun % 10’u sadece özel sigortalıdır).Zorunlu sigortaya ödeme yapma gücüne sahip tüm çalışanlar, ücretlerinden fona aynı oranda ödeme yaparlar. (Katkı oranı, Beitragssatz) (Nüfusun % 8’inin primleri eyaletler tarafından ödenmektedir.) Sağlık hizmetleri ”Sağlık Bakanlığı ve Sosyal İşler Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları tarafından birlikte yürütülmektedir. Sağlık harcamalarının %73’ü hastalık fonlarından,%11’i cepten ödeme yoluyla karşılanmaktadır (36).

2002 yılı verilerine göre Almanya Bismarck modelinin uygulandığı 82 milyon nüfusu ve 64 bin aktif çalışan diş hekimi ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde Avrupa’nın en büyük ülkesidir. Almanyada dental hijyenist eğitimleri bulunmamakta olup, sadece bir bölgede 200 kadar dental hijyenist çalışmaktadır.Almanya’da 3000 kadar dental asistan bulunmakta, dental asistanlar oldukça iyi eğitim almakta ve hatta diş taşı temizliği yapmaktadırlar. Almanya’da ağız-diş sağlığı hizmetlerinde çalışan diş hekimlerinin hemen hemen hepsi özel olarak çalışmaktadır. “Hastalık Fonu” yasal sağlık sigorta sistemi olup, bu sistem devletin onayladığı sigorta sistemidir.Eyalet onaylı hastalık fonlarına bütün çalışanlar üye olmak zorundadır.Nüfusun aşağı yukarı %90’ı bu fonlar aracılığıylasigortalanmaktadır.İşverenlerve çalışanlar hastalık fonuna katkıda bulunmaktadır. Bireysel ödemeler sağlık sigortası ödemelerinin yaklaşık olarak

%14'ünü oluşturmaktadır. Sigorta kapsamına çocuklar, eşler ve işsizler hiçbir katkı olmaksızın dahil olmaktadır. Yüksek aylık gelirli hastalık fonuna sahip nüfusun hemen hemen %10'u özel sigortaya sahip olmaktadır. Sadece bir kişiyi kapsayan özel sigorta primleri düşük olup, eş ve çocukları kapsamamaktadır. Almanya'da 1983 yılından beri son yıllarda yapılan çalışmalar çocuklarda ve genç yetişkinlerde çürük prevalansının oldukça düştüğünü göstermektedir. Bütün sağlık harcamalarının 2002 yılında %8.2'sini ağız-diş sağlığı harcamalarının oluşturduğu görülmüştür (19).

4.5.2. Birleşik Krallıklar'da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

1948'den buna yana kamu ağız-diş sağlığı hizmetleri hükümet tarafından Ulusal Sağlık Hizmetleri(NHS) çerçevesinde finanse edilmektedir. NHS içinde ağız sağlığı bakımının 3 kolu bulunmaktadır. Genel Dental Hizmetler (GDS) en büyüğü olup, diş hekimlerinin yaklaşık %85'i burada çalışmaktadır. Hükümet yıllık bazda belli bir fonu ağız sağlığı bakımı ve ücretleri adına bütçeden ayırmaktadır. 1997 genel seçimlerinden sonra, NHS'de reformlar gerçek değişimleri başlatmıştır. Ağız diş sağlığı alanında yapılmak istenen reformlar uygulanmaya başlanmıştır(19). Öncelikle sağlık merkezlerinin genişletilmesi ve modernizasyonu için tahsisatlar arttırılmıştır. 50 merkezde başta olmak üzere diş hekimlerinin sisteme girmeleri sağlanmıştır. Bunun için diş hekimlerine liyakat sistemine göre ücretlendirme ve ödüllendirilme sistemi getirilmiştir. Geliştirilen teşvik programlarıyla daha çok hastanın NHS'nin diş sağlığı hizmetlerine ulaşması sağlanmıştır (37). Son 50 yıl içinde elde edilen başarılı sonuçlara rağmen diş hekimlerinin ve hastaların beklentilerinde değişimlere paralel olarak daha çok diş hekiminin NHS içinde daha çok hastaya hizmet verebilmesi için reform çalışmaları sürdürülmektedir (38). İsteyen her hastanın diş hekimlerine daha kolay ulaşabilmesi için telefonla iletişim sistemi geliştirilmiştir (39). GDS içinde çalışan diş hekimlerinin maaşları çok az olup, hekimler çalıştıkları binaların, ekipmanların ücretlerini, laboratuvar ve teknik hizmetlerin ücretlerini ve çalışan maaşlarını kendileri ödemektedirler. Diş hekimleri part-time yada full-time çalışmak üzere NHS ile sözleşme imzalamaktadırlar(19). NHS dışında diş hekimlerinin çoğu özel olarak ta çalışmaktadır. 2001 yılında sadece 650 diş hekimi tamamen özel olarak

çalışmaktadır. Hastaların bakımı NHS içinde ve özel olarak iki şekilde sağlanmaktadır. Özel hizmet içinde pahalı materyaller içeren daha ileri tedaviler, NHS içinde ise, genellikle temel tedaviler sağlanmaktadır. 2002 yılında bir diş hekiminin gelirinin yarısı NHS'den, diğer yarısı ise özel ücretlerden oluştuğu tahmin edilmektedir. NHS içinde hamileler, 18 yaş altındaki bireyler, işsizler, düşük gelirli kimseler, 19 yaş altındaki öğrenciler, hastanelerde tıbbi tedavi görenler için tamamen ücretsizdir. Diğer NHS hastaları 500 Euro'ya kadar ücretin %80'ini ödemekte olup, bunun üzerindeki tutar için hiçbir şey ödememektedir. Birleşik Krallıkta özel ağız diş sağlığı harcamalarının, total harcamaların %33'ü ile %50'si olduğu tahmin edilmektedir. Total ağız diş sağlığı harcamasının 2001-2002 yılları arasında 5000-6000 milyon euro olduğu tahmin edilmektedir (19).

4.5.3. Fransa'da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Bismarck modeli sağlık sistemi Almanya'da olduğu gibi Fransız sağlık sisteminde de kullanılmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası bütün toplumu kapsamaktadır. Fransa'da 1928 milli sigorta sistemi bulunmasına rağmen günümüzde uygulanan geniş kapsamlı sosyal güvenlik uygulaması 1978 yılında başlamıştır. Sistem, sağlık fonları vasıtasıyla Almanya'daki sisteme benzer şekilde işlemektedir. Hastalık Sigorta Fonu (Sickness Insurance Funds SIF's), hükümetten bağımsız ve kar amacı olmadan üç büyük (CNAMTS, MSA, CANAM) ve fazla sayıda da küçük kuruluşlar ülkede yaygın şekilde faaliyetlerini sürdürmektedir. Toplumun % 95'i üç büyük sigorta kuruluşunu, kalan % 5'ini de 11 küçük sigorta kurumu kapsamaktadır. Ücretlerden kesilen %13'lük katkı payı ile finansman sağlanmaktadır. Bu kesintinin %30'unu işçi, %70'ini işveren ödemektedir (40), (41). Avrupa'nın 4. büyük ülkesi olan Fransa, 2002 yılı verilerine göre yaklaşık olarak 60 milyon insanın yaşadığı aynı zamanda 42.000 diş hekiminin çalıştığı ülke olmaktadır. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin 2001 yılı verilerine göre maliyeti 7.114 milyon euro olup, tüm sağlık hizmetleri maliyetinin (130,605 milyon euro) yaklaşık olarak %5.4'ünü oluşturmaktadır (19).

4.5.4. Danimarka'da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Danimarka'da yaklaşık 40 yıl öncesinde çocukların ağız diş sağlığı Avrupa'nın en kötü düzeyinde iken, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilmesi ile etkili sonuçlar elde edilmiştir. Danimarka'da 1974 – 2000 yılları arasında 12 yaş çocuklardaki DMFT skoru, 4,5'tan % 78 azaltılarak 0,98'e indirilmiştir. 1999 yılında Danimarkalı çocukların %99'undan fazlasına her yıl koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmuştur(8). Sağlık hizmetleri diğer İskandinav ülkelerinde olduğu gibi Danimarka'da büyük ölçüde kamu hizmeti olarak sunulmakta ve vergiler ile sağlık hizmeti harcamalarının % 85'i karşılanmaktadır.

Hizmetlerin yürütülmesi bölgesel düzeyde (desantralize) otoritelerin sorumluluğunda gerçekleştirilmektedir. Fakat hizmetle ilgili işler de yerel yönetimler ile hükümet yakın işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Danimarka'da sağlık hizmetlerini kullanan kişilerin büyük bir kısmına ücretsiz hizmet verilmektedir. 1995 yılı toplam sağlık harcamalarının %83'ü kamu tarafından karşılanmaktadır. Özel harcamaların büyük bir kısmı ise ilaç, fizyoterapi ve diş hekimliği gibi katılım paylarını içermektedir. Kamu ve kişilerin toplam sağlık harcamaları kabaca gayri safi milli hasılanın %6'sı kadarını oluşturmaktadır. İller ve yerel yönetimler tarafından ise, %83'lük kamu harcamaları yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri için iller ve yerel yönetimlerin yaptıkları bu harcamaları kendi topladıkları vergilerden ve hükümetin verdiği ödeneklerle karşılanmaktadır. Hastalar kendi üstlerine düşen harcamaların bir kısmını karşılamak için özel sağlık sigortalarından da faydalanabilmektedir. Haricen toplumun %27'sinde özel sağlık sigortaları bulunmaktadır(42).

Yerel yönetim tarafından 18 yaşın altındaki herkese ücretsiz koruyucu ve tedavi edici diş hekimliği hizmetleri sağlanır. Bu işi yerel yönetimin anlaştığı diş hekimleri yapmaktadırlar (43),(42),(44).

4.5.5. İsveç'te Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

İsveç'te diş hekimlerinin 4300'ü kamu sektöründe, 3.300'ü özel sektörde hizmet vermektedir. Diş hekimlerinin verdiği hizmetlere 2.500 diş hijyenisti katkı sağlamaktadır. 1974 yılından bu yana, diş bakımı ihtiyacı olan tüm vatandaşların

ulusal bir diş sigortası programıyla bu ihtiyaçları giderilmektedir. Maddi yönden erişilebilirliğini sağlamak amacı ile 20 yaşından büyük tüm erişkinleri kapsamaktadır. Kamu Dental Hizmetler (PDS), tarafından 0-20 yaş arasındaki tüm çocukların adına sistematik, ücretsiz diş bakımı imkanı sunulmakta olup; şu anda yetişkinler için "uygun ve gerekli" ise diş bakımı sağlanmaktadır. İsveç'te, 2008 yılında 33.500 kişi bu plan kapsamında tedavi edilmiştir. Haricen, kurumlarda veya evde tıbbi tedavi hizmeti alan 165.000 kişiye ücretsiz diş muayene hizmeti sunulmuştur. Bu kişilerden %65'i ihtiyaç duyulan diş tedavilerini genel sağlık bakımına ek bir fatura ile almaktadır(19).

İsveç'te26 coğrafi bölgedeki yerel yöneticiler tarafından sağlık hizmetlerinin sorumluluğu üstlenilmiştir.İsveç sağlık sistemi demokratik prensiplere sahip olmakla birlikte desentralizedir(42).1993 yılı için genel bütçenin %7.6'sını sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Bu harcamaların %90'ı üç büyük belediye ve il kurulları aracılığı ile yapılması sağlanmaktadır. İl kurulları ve belediyeler gelirlerinin vergilerden %74'ünü, hükümet bütçesinden %12'sini ve geri kalanımise, hasta ödemelerinden karşılamaktadır.İsveç'te 300.000'in üzerinde sağlık sektöründe sağlık çalışanı bulunmaktadır.Bu sayı ülkede bütün çalışanların %10'una denk gelmektedir.İsveç'te hekim başına 340 hasta düşmektedir. Merkezi hükümet tarafından ücretler sınıflandırılmaktadır. Hizmet ve yapılan ziyaret başına il kurulları tarafından ödeme yapılmaktadır.Kliniğin yönetimi ile ilgili bölümlerin başında, her türlü sorumluluğa sahip doktorlar bulunmaktadır (42).

4.5.6.Norveç'te Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Kamu Dental Hizmetler (PDS), ilk 1947 yılında diş hekimi sıkıntısı sebebiyle Norveç'in kuzeyinde kurulmuş olup, bütün nüfustan sorumludur. Bugün, PDS tarafından çocuklar ve özel ihtiyaçları olan gruplara sınırlı diş bakımı sağlanmaktadır.Yetişkinlerin çoğunluğu özel hizmetleri kullanmayı ve ödeme yapmayı beklemektedir. PDS tarafından ücretsiz tedavi imkanı 19 yaşa kadar olan çocuklar için sunulmaktadır. Haricen ebeveynlerin ortodontik bakım maliyetine katkıda bulunmaktadırlar.

PDS'ye 19 ve 20 yaş arasındaki gençler düşük bir ücret ödeyerek ulaşabilmektedirler. Ayrıca ücretsiz PDS bakımından zihinsel engelli yetişkinler, düzenli evde bakım hizmetleri alan kişiler, yaşlı bakım evleri sakinleri, işsiz insanlar, mülteciler ve sosyal yardım alan kişiler v.b. bazı diğer özel ihtiyaçları bulunan gruplar da faydalanmaktadır. Haricen, diğer yetişkin bireylere de ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmakta olup, bu kişiler vilayet hükümeti aracılığı ile belirlenen ücreti ödemektedirler. Diş hekimlerinin %50'si kamuda, %50'si özelde çalışmakta ama özel muayenehanelerde daha az diş tabibi bulunmaktadır (19). Norveç'te "Yerel yönetimler (Belediyeler) Sağlık Planı" 1984 yılında uygulanabilirliği sağlandıktan sonrabüyük oranda birinci basamak sağlık hizmetleri desantralize olmuştur(42).

4.5.7.Finlandiya'da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Finlandiya'da PDS 1956'da okul dış bakımı için hazırlanan programa başlayan ve 1972 yılından bu yana yetişkin bireyler için hizmet veren kurumdur. Diş hekimlerinin %50'si PDS'de hizmet vermektedir. Diş hekimlerinin %43'ü özel muayenehanelerde, geri kalanı ise hastaneler, üniversiteler, silahlı kuvvetler gibi kurumlarda hizmet vermektedir. Dental hijyenist sayısı 1760 olup, bunların %60'ının kamu sektöründe hizmet verdiği tahmin edilmektedir. 840 kişi diş teknisyeni olup, tamamına yakını özel sektörde çalışmaktadır (19).

Finlandiya'da sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı kamu sorumluluğundadır. Sağlık hizmetlerinin sorumlulukları, 455 yerel yönetime (belediye) aittir. Ulusal düzeyde genel sağlık politikasının ana hatlarını belirleyen hükümettir. Sağlık sisteminden yararlanmak Finlandiya'da herkesin hakkıdır. Finlandiya'da sağlık sistemi vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. 1994 yılında, sağlık sisteminin maliyeti %33 oranında belediye gelirleriyle, %29 oranında hükümet aracılığı ile, %13 oranında Ulusal Hastalık Sigortası Kurumu ve %25 oranında ise, özel kaynaklardan finanse edilmektedir. Sağlık merkezlerinde temel sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu merkezler, bir veya birden fazla belediyeye ait olabilmektedir. Sağlık merkezleri kar amacı gütmeyen hizmet vermektedir. 250 sağlık merkezi bulunan Finlandiya'da, ayaktan ve yatarak edilen tedaviler, diş bakımı, koruyucu diş

tedavileri, aile planlaması, mesleki sağlık bakımı, anne, çocuk okul sağlığı ve fizyoterapi gibi oldukça çeşidi olan bu alanlarda hizmet verilmektedir. Sağlık merkezlerinin bölge, nüfus ve yerel şartlarına göre sağlık merkezlerinde çalışan personelin sayısı ve türü değişiklik gösterebilmektedir. Personel genel anlamda genel pratisyen, diş hekim, hemşire, arada uzman hekim, fizyoterapist, psikolog, halk sağlığı hemşiresi, idari personelden ve sosyal hizmet uzmanından oluşmakta ve belediye tarafından ücretli olarak çalıştırılmaktadır(42).

4.5.8. Avusturalya'da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), ağız sağlığı sonuçlarına göre 29 ülke içerisinde, Avustralya'lı çocukların DMFT skoru açısından en düşük ikinci ülke olmaktadır(45).

Yetişkin bireylere devlet tarafından finanse edilen toplum tabanlı klinikler yada hastane diş klinikleri diş bakımı sağlamaktadır. Bu merkezlere erişimin içeriğinde engelliler, yaşlılar, yalnız ebeveynler ve işsizler bulunmaktadır. Belirtilen gruplardan herhangi birine girmeyen yetişkin bireylerin çoğunluğu özel diş hekimliği hizmetlerini arayarak ve cebinden ya da özel sigorta ile ödeme yaparak hizmet almak zorundadır. Avustralya'da yetişkin bireyleri ağız sağlığı durumu OECD sıralamasında çocukların aksine 21 ülkede 18. sırada dibe doğrudur. Diş bakımı için harcanan 3,6 milyar \$'ın %60'dan fazlasını 2001-2002 yılında cepten ödemeler oluşturmaktadır. Tıbbi bakım ile karşılaştırıldığı zaman kamu fonları tıbbi bakım için harcanan her bir dolar için 7cent katkıda bulunmaktadır. Ayrıca dental bakımda kamu fonları, harcanan her dolar için 12 sent katkıda bulunmuştur. Fakat bu rakamlar, özel sağlık sigortası olanlar için vergi iadeleri ile diş bakımına yapılan önemli kamu sübvansiyonlarını gizlemektedir. Haricen indirim değeri vergileme oranına bağlı bulunmaktadır. Çünkü, bu dolaylı sübvansiyon en yüksek gelirli gruplarında kişi başına 60 doların üzerinde bulunurken, düşük gelir grubunda kişi başına 14 \$ 'dır (19).

4.5.9.Amerika Birleşik Devletleri'nde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde, ağız diş sağlığı hizmetleri daha fazla özel sektör aracılığı ile sağlanmakta ve finanse edilmektedir. Ağız ve diş bakımı adına ayrılan toplam sağlık harcamalarının oranı, son 40 yıl içerisinde (1960'da dolar başına 7.5 sent, 1999'da dolar başına minimum 5 cent) daha da indirilmiş olduğu gözlenmektedir (19). Hatta dental bakımın finansman kaynağı, sağlık finansman kaynağından daha belirgin farklılık göstermektedir. Sağlık ve diş bakımı adına doğrudan cepten ödeme oranı azalmış gözükmektedir. Lakin 1999'a kadar diş bakımı harcamalarının hemen hemen yarısı (%45) doğrudan cepten ödemelerde gerçekleştirilmiştir. Harcamalarının %5'i kamu tarafından finanse edilmekte olup, geriye kalanı ise özel sigorta ile finanse edilmektedir. Genel sağlık ile ağız-diş sağlığı alanlarında büyük eşitsizlikler gözlenmesinin sebebi kamu fonlarının Amerika sağlık sisteminde düşük olması sonucu meydana gelmiştir. Sağlık reformlarında bu konu üstünde durulmakta ve vurgu yapılmaktadır (19).

Diş çürükleri en yaygın çocuk hastalıklarından birisidir. 5-17 yaş gurubuarasında astımdan 5 kat, saman nezlesinden 7 kat daha fazla görülmektedir. 2-4 yaş arasında %18 oranında çürük görülmekte, bunların %16'sı tedavi edilememektedir. 8 yaş çocuklarının sadece %23'ünün azı dışında en az bir fissür örtücü bulunmaktadır. 17 yaş gurubunun %78'inin diş çürüğü bulunmakta ve %7'sinin en az bir kalıcı dişi çürük nedeniyle çekilmiş bulunmaktadır. 35-44 yaş arası erişkinlerin %69'unun en az bir sürekli azı dişi çürük nedeniyle kaybedilmiş bulunmaktadır. 65-74 yaş arası nüfusun %26'sının tüm dişleri kaybedilmiş bulunmaktadır. Tedavi edilmemiş çürük diş sorunu devam etmektedir. Tüm nüfusun üçte birinin tedavi edilmemiş çürük dişi bulunmaktadır. 35-44 yaş arası nüfusun %48'inin diş eti sorunu bulunmaktadır ve %22'sinin destrüktif diş eti hastalığı vardır. Tütün kullanımı diş eti hastalığı riskini arttırmaktadır. ABD'de her yıl 30.000.00 kişide ağız ve boğaz kanseri teşhis edilmektedir. Bu kanserli hastaların her yıl 8.000 kişisi ölmektedir. Ağız ve Boğaz kanserleri, Amerika'da yaşayan erkeler arasında görülen en yaygın 8'inci, Afrika kökenli Amerikalı erkeler arasında da 4'üncü sıradaki kanser türüdür. Dudak damak yarıkları her 1000 doğumdan 1'inde görülmekte olan yaygın doğumsal özürlerden biridir. Toplumun %62'si yani yaklaşık

144 milyon Amerikalı florlu kamusal su kaynaklarından yararlanabilmektedir. Yüz milyon Amerikalı florlusu kullanamamaktadır. 1998 yılı içinde ağız diş sağlığı için toplam 53,8 milyar Amerikan doları harcanmıştır. Bu paranın %48'i sigorta firmaları tarafından %4'ü devlet programları, geri kalan %48 oranındaki harcama cepten yapılmıştır. Buharcamaların 2000 yılında 60 milyar dolara yükseleceği tahmin edilmektedir. 108 milyondan fazla Amerikalının diş sigortası bulunmamaktadır. Her tıbbi sigortasız bir çocuğa karşılık 2,6 diş sigortasız çocuk bulunmaktadır. Her tıbbi sigortasız 1 erişkinine karşı 3 diş sigortasız erişkin bulunmaktadır (43), (46), (47), (48).

4.5.10. Türkiye'de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

2003 yılı öncesinde Türkiye 'de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Türk vatandaşları ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini cepten ödeyerek serbest çalışan diş hekimlerinden karşılamıştır. Türkiye'de 2002'de 16.371 diş hekimi bulunmakta ve sağlık bakanlığında bulunan diş hekimi sayısı bu sayının %20'sini oluşturmaktadır. (3.211 diş hekimi) 2002 yılında sağlık bakanlığı kullanılabilecek ünit sayısı 1.071'dir. Diş hekimleri için yeterli fiziki şartlar ve donanım bulunmamaktadır. Bu durumun yansıması olarak; 2002 yılında sağlık bakanlığında yapılan sabit protez sayısı: 349 bin, dolgu sayısı 371 bin ve kanal tedavisi 32 bin'dir. Bu sayılar Türkiye şartları adına oldukça düşük bulunmaktadır (49)

Türkiye'de ağız-diş hizmetlerinin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Sistemin finansmanında 2013 yılı itibariyle kamunun payı özel harcamaların payını geçmiştir. Oysa 2002 yılında Türkiye'de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin temel finansman kaynağı özel harcamalardan oluşmaktadır. Türkiye'de 2002 yılında her 100 TL'lik ağız-diş sağlığı hizmetleri harcamasının 77 TL'si özel harcamalardan oluşuyorken, bu oran 2013 yılında 49 TL'ye düşmüştür (49). 2003 yılından itibaren Türkiye'de ağız ve diş hizmetlerinin finansmanı açısından önemli reformlar yapılmıştır. 2003 yılı öncesi oldukça parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 Sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs

ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür. 2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK bünyesine alınmasını 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir.

Özellikle son dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından, yoğun çabalarla ülkemizin değişik lokalizasyonlarında açılmaya başlanan ağızdiş sağlığı merkezleri, halkımızın restoratif tedaviye ulaşımını kolaylaştırmaya başlamış olsa da bu tip tedaviye yönelik uygulamaların zorunlu getirisi, artan maliyetler ve sürekli büyüyen DMFToranları şeklinde izlenmektedir. Bu ve benzer öngörüler, ülkemizde geç kalmış koruyucu uygulamaların gün geçtikçe artan ihtiyacını da gözler önüne sermektedir (50).

5.METOT VE MATERYAL

5.1.Araştırmanın Amacı:

Aile diş hekimliği uygulaması ile vatandaşların hizmete daha kolay erişimleri, toplum ağız diş sağlığı bilincinin sağlanması, önüne geçilebilir rahatsızlıkların düzenli kontroller sonucu, erken teşhis ve müdahaleyle önlenmesi sağlanacağı öngörülmektedir. Bu şekilde, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri'ndeki (ADSM) fazla yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir. Özellikle ülkemizdeki koruyucu diş hekimliği alanındaki eksikliklerin giderilmesini sağlayacak, koruyucu diş hekimliği uygulamalarını öne çıkaran bu sistem, hastanın düzenli periyotlar ile aile diş hekimi ziyaretinde bulunmasını ve belirlenmiş koruyucu diş hekimliği hizmetleri almasını hedeflemektedir(2). Bu çalışma ile aile diş hekimliği uygulamasının Türkiye'de uygulanabilirliğinin diş hekimleri ve hastaların bakış açılarıyla ele alınması amaçlanmaktadır.

5.2.Araştırmanın Tasarımı:

Çalışmada aile diş hekimliğinin uygulanması hakkında hizmet alan hastalar ve hizmet sunan tarafta yer alan hekimlerin görüşlerinin alınmasını amaçladığından araştırma anketlerle veri toplanması üzerine tasarlanmıştır. Anketlerin uygulanabilirliği ve yasal izinlerin gerekliliği gibi kıstaslar gözönüne alınarak çalışma alanı olarak bir kamu ağız ve diş sağlığı merkezi seçilmesi kararlaştırılmıştır. Çalışma nitelikleri itibariyle gözlemsel-kesitsel bir araştırmadır.

5.3.Araştırmanın Yeri ve Tarihi:

Araştırma yeri İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan ve İstanbul'un Asya yakasında bulunan Beykoz Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'dir. Araştırmanın saha çalışması Nisan 2018-Mayıs 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından

araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla ve hekimlerle yüz yüze görüşülerek, ilgili tarih aralığında haftanın her günü yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Beykoz Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran hastalar (N:12.305) ile merkezde hizmet veren diş hekimleri (N:25) oluşturmuştur. Araştırmada yer alan hasta anketi için örneklem sayısı, kolayda örnekleme yöntemi ile % 96 güven aralığı ve %4 sapma ile 574 hastaya ulaşılması planlanmış ve uygulamada %95 güven aralığı %5 sapma ile 400 kişiye ulaşılmıştır.

5.5. Veri Toplama Aracı

Çalışmanın konusu Türkiye’de henüz uygulaması olmayan aile diş hekimliğine ilişkin görüş elde edilmesi olduğundan bu konuda bilgi edinilmesi konusunda kısıtlılıklarla karşılaşmıştır. Daha önce Türkiye için benzer amaçla bir çalışma yapılmadığından ve Türkiye’deki durum değerlendirmesine yönelik bir çalışma olduğu için araştırma aracının tasarlanabilmesi amacıyla öncelikle araştırmacı tarafından literatür taraması yapılmıştır. Literatür çalışmasında Türkiye’de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler, Doktora Tezi, Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Araştırma Dizisi: 9, Ağız Diş Sağlığı Alanında Ülkemiz Koşullarına Uygun Sigorta Planlarının Modellenmesi, Ülkemizde Aile Diş Hekimliği Uygulaması İçin Bir Model Önerisi, TDB 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, Ağız - Diş Sağlığı Meslek Sorunları Sempozyumu(18-19-20-21 Mayıs 2016 / İzmir)EK-1. S1,2,3,4. Aile Diş Hekimliği Çalışma Grubu Raporu çalışmaları incelenmiş ve araştırma aracının tasarlanmasında öncelikle bu çalışmalardan yararlanılmıştır. (Ekici Ö, Akar Ç, Ülgen R, Demiralp K, ve ark). Bununla birlikte diş hekimleri ile ön görüşmeler yapılarak, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Temel Bilimler Başkanından, Beykoz ADSM Başhekimine ve aynı merkezde görevli bir pedodonti uzmanından, İstanbul Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Toplum Sağlığı Biriminde Koruyucu

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri alanında görevli bir diş hekiminden uzman görüşü alınarak anket oluşturulmuştur.

Araştırmada hastalar ve hekimler için iki ayrı anket uygulanmıştır. Hastalara uygulanan anket 30 soruluk olup, kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; diş hekimlerinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile diş sağlığı durumu ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kullanma davranışları ile ilgili tanımlayıcı 9 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise hastaların 1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılıyorum, 3: ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılmıyorum ile değerlendirecekleri 9 ifade (10 ve 18 sorular arası) ve 1: evet, 2: kısmen, 3: hayır ile değerlendirecekleri 12 ifade (19 ve 30 sorular) yer almaktadır. Kısmen ve Hayır cevapları analiz esnasında hayır olarak güncellenmiştir.

Diş hekimlerine uygulanan anket 26 sorudan oluşmuştur. Kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hekimlerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gibi sosyo-demografik özellikleri ve çalışma hayatına ilişkin bazı tanımlayıcı özellikleri belirlemeye yönelik 6 soru yer almaktadır. 7. Soruda diş hekimlerinin aile diş hekimliği hakkındaki bilgi sahibi olmadıkları hususunda hayır, kısmen, evet cevapları ile bilgi taoplanmış analiz sürecinde kısmen ve hayır cevapları hayır olarak değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise diş hekimlerinin 1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılmıyorum ile değerlendirebilecekleri 17 ifade yer almaktadır. En son bölümde ise birden fazla tercih yapılabilecek bir ifade yer almaktadır.

5.6. Verilerin Analizi:

Öncelikle verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları incelenmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan gruplar için non parametrik testlerle devam edilmiştir. Sonuç olarak, tanımlayıcı istatistikler, t testi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında yapılmıştır.

5.7. Güvenilirlik Analizi

Bilimsel araştırmalarda gerçekleştirilen ölçümlerin güvenilir olması beklenilir. Güvenilirlik kavramı elde edilen ölçüm değerlerinin ölçümün aynı koşullarda yinelenmesi durumunda aynı değerleri elde edebilme becerisini ifadeetmektedir(54).Sıklıkla başvurulan güvenilirlik analizi olan Cronbach Alpha, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir(55).Elde edilen Cronbach Alfa değerleri 0,61-0,80 arasında olduğunda orta güvenilirlik, 0,81-1,00 arasında ise yüksek güvenilirliğin sağlandığı ifade edilmektedir(54).

Bu çalışmada hastalar ve hekimler için iki ayrı anket uygulanmıştır. Hastalara uygulanan ankette yer alan tamamen katılmıyorum,katılmıyorum, ne katılıyorum ne katılmıyorum, katılıyorum, tamamen katılıyorum olarak değerlendirilmesi istenilen 9 soru (10 ve 18 sorular) için hesaplanan Cronba Alfa değeri 0,748; evet, kısmen, hayır olarak değerlendirilmesi istenilen 12 soru (19 ve 30 sorular) için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,714 olarak hesaplanmıştır. Hekimlere uygulanan ankette 12. Soru değerlendirme dışında bırakıldığında 18 soru (8 ve 25 sorular) için hesaplanan Cronba Alfa değeri 0,687 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu değerler doğrultusunda araştırmanın orta düzeyde ölçüm güvenilirliğinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.8. Araştırmanın Problemi

Araştırmanın temel problem cümlesi “Türkiye’de aile dış hekimliğinin uygulanması hususunda araştırma kapsamındaki hastaların ve dış hekimlerinin görüşleri nedir?” olarak belirlenmiştir. Bu temel soruya ilişkin araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri ile ağız ve dış sağlığı durumu, koruyucu dış sağlığı hizmeti alma durumu, aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumu gibi belirleyicilere göre aile dış hekimliğinin Türkiye’de uygulanması hakkındaki görüşleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Araştırmaya katılan dış hekimlerinin cinsiyet, yaş grubu gibi demografik özellikleri ile meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi gibi iş hayatına ilişkin

tanımlayıcı bilgiler ve aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumu gibi özelliklere göre aile diş hekimliği'nin Türkiye'de uygulanması hakkındaki görüşleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikli olarak Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından çalışmanın yapılabilmesi için 24.01.2018 tarihinde etik onay alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı Ağız ve Diş Sağlık Merkezi'nin bağlı bulunduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne çalışma hakkında bilgi verilmiş sözlü ve yazılı izinler alınarak çalışmaya başlanmıştır. Anketlerin dağıtılmasından önce Aile Diş Hekimliği'nin tanımı yapılmış ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

Ağız ve Diş Sağlık Merkezi'ne başvuran hastalardan onamları alınarak anket uygulamasının gönüllük esaslı olduğu bildirilmiş ve ankete katılmak isteyenlere kendilerinin anketi tamamlayacağı gibi yüzyüze görüşülerekte anketlerimizin doldurulacağı beyan edilmiştir. Anketi hastalarımızın bazıları kendisi doldurmuştur. Bazıları ise bizim açıklama yapmamızı isteyerek anketi yüzyüze doldurulması sağlanmıştır. Ağız ve Diş Sağlık Merkezi'nde hizmet veren diş hekimleriyle yüzyüze görüşüp, onamları alınarak anket uygulamasının gönüllük esaslı olduğu bildirilmiştir. Bu doğrultuda diş hekimlerimizin o dönem kurumda mevcut olanlardan doldurulması istenmiştir ve gönüllük esaslı doldurulması sağlanmıştır. Araştırmamız için belirlenen hasta ve diş hekimi sayısına ulaşılmış ve anketler tamamlanmıştır.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Çalışma, İstanbul'da bulunan İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Ağız ve Diş Sağlık Merkezi'nden hizmet alan hastalar ile hizmet veren diş hekimleri arasında yapıldığı için sonuçlar örneklem ile sınırlı olup genellenemez. Ayrıca çalışan diş hekimlerinin sayısının az olması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

6.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde yapılan saha çalışmasından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve yorumlar sunulmuştur.

6.1.Ankete Katılan Hastaların Dağılımına İlişkin Bulgular

6.1.1.Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri Tablo 6.1’de yer almaktadır.

Tablo 6.1.Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	239	59,8
	Erkek	161	40,3
Yaş	24 Yaş ve Daha Genç	77	19,3
	25-35 Yaş	141	35,3
	36 Yaş ve Daha Yaşlı	182	45,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	146	36,5
	Lise	154	38,5
	Onlisans, Lisans, Lisansüstü	100	25,0

Araştırmaya katılan hastaların %40,3’ünün erkek, %59,8’inin kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların 24 yaş ve daha genç oranı %19,3; 25-35 yaş oranı %35,3 ve 36 yaş ve daha yaşlı oranı %45,5 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %36,5’i İlköğretim mezunu, %38,5’i Lise mezunu, %25,0’i Önlisans, Lisans ve Lisansüstü mezunu olarak görülmektedir.

6.1.2.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumlarına İlişkin Değerlendirmeleri ve Davranışlarına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili değerlendirmeleri ve davranışları Tablo 6.2’de yer almaktadır.

Tablo 6.2. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumlarına İlişkin Değerlendirmeleri ve Davranışlarına Göre Dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Ağız diş sağlığının şu andaki durumu	Çok Kötü	20	5,0
	Kötü	56	14,0
	Orta	211	52,8
	İyi	98	24,5
	Çok İyi	15	3,8
Bir günde diş fırçalama sayısı	Hiç	17	4,3
	Bir kez	149	37,3
	İki kez	206	51,5
	İki kezden fazla	28	7,0

Araştırmaya katılım sağlayan hastaların %52,8'i ağız ve diş sağlığı durumunu orta olarak ifade etmişlerdir. Ağız ve diş sağlığı durumunu çok iyi olarak ifade edenlerin oranı %3,8 iken çok kötü olarak ifade edenlerin oranı da %5'dir. Katılımcıların %51,5'i günde iki kez, %37,3'ü de günde bir kez diş fırçaladığını ifade etmişlerdir.

6.1.3.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi seviyelerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 6.3'te yer almaktadır.

Tablo 6.3.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Hayır	274	68,5
	Evet	126	31,5
Aile diş hekimliği hakkında bilgiye sahip misiniz?	Hayır	313	78,3
	Evet	87	21,8
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Hayır	320	80,0
	Evet	80	20,0
Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacınız var mı?	Hayır	276	69,0
	Evet	124	31,0

Araştırmaya katılan hastaların %68,5'i ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve %31,5'i bu konuda bilgi sahibi olduklarını, %78,3'ü aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve %21,8'i bu konuda bilgi sahibi olduklarını; %80'i koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve % 20,0'si bu konuda bilgi sahibi olduklarını; %69,0'u ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç duymadıklarını ve %31'i bu bilgilendirmeye ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

6.1.4.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetleri kullanımı Tablo 6.4'te yer almaktadır.

Tablo 6.4. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımına Göre Dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	hiç	147	36,8
	bir kez	145	36,3
	iki kez	57	14,2
	iki kezden fazla	51	12,8
Diş hekimine başvurma nedenleri	Kontrol amaçlı	144	11,7
	Dişim çürüdüğünde	280	22,9
	Yeme güçlüğü çektiğimde	123	10,0
	Dişlerimin görünüşünü beğenmediğimde	96	7,8
	Dişimde ağrı varsa	282	23,0
	Dişetlerim kanyorsa	128	10,4
	Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa giderim	156	12,7
	Diş hekimine gitmem	13	1,0
Koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumu	Koruyucu diş uygulamaları yapılanlar	63	15,8
	Koruyucu diş uygulamaları yapılmayanlar	289	72,3
	Koruyucu diş uygulamaları hakkında fikri olmayanlar	46	11,5
Ağız ve diş sağlığı hizmeti alınan kuruluş türü	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri	342	85,5
	Üniversite Hastanesi	14	3,5
	Özel Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Merkezleri	44	11,0

SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet almayı tercih eder miydiniz?	Hayır	213	53,2
	Evet	187	46,8

Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında hastaların %36,8'inin hiç başvuru yapmadığı ve %36,3'ünün ise bir kez başvurduğu görülmektedir. Katılımcılara hangi durumda diş hekimine başvurdukları sorulduğunda hastaların %23,0'ü dişimde ağrı varsa ve %22,9'u dişim çürüdüğünde cevabını vermişlerdir. Bununla birlikte önceki tedavilerde sorun çıkması(%12,7), kontrol (%11,7), yeme güçlüğü (%10,0) gibi nedenler yer almaktadır. Hastaların %72,3'ü koruyucu diş uygulamaları yaptırmadığını ve %15,8'i bu uygulamaları yaptırdığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %85,5'i Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve Ağız ve Diş sağlığı Merkezlerinden ve %11,0'i özel çalışan diş hekimleri ve diş merkezlerinden hizmet aldığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %46,8'i SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alacağını ifade ederken %53,3'ü bunu tercih etmeyeceklerini ifade etmiştir.

6.1.5. Hastaların Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların ağız ve diş sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 6.5'te yer almaktadır.

Tablo 6.5.Hastaların Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort.	Ss
	Kesinlikle Katılmıyorum	46	11,5		
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	Katılmıyorum	71	17,8		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	100	25,0	3,19	1,22
	Katılıyorum	125	31,3		
	Kesinlikle Katılıyorum	58	14,5		

	Kesinlikle Katılmıyorum	57	14,2		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	Katılmıyorum	108	27,0		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	89	22,3	2,89	1,20
	Katılıyorum	113	28,2		
	Kesinlikle Katılıyorum	33	8,3		
	Kesinlikle Katılmıyorum	68	17,0		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının yeterlilik durumu	Katılmıyorum	141	35,3	2,62	1,15
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	90	22,5		
	Katılıyorum	77	19,3		
	Kesinlikle Katılıyorum	24	6,0		
	Kesinlikle Katılmıyorum	62	15,5		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısının yeterlilik durumu	Katılmıyorum	111	27,8		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	103	25,8	2,80	1,19
	Katılıyorum	90	22,5		
	Kesinlikle Katılıyorum	33	8,3		
	Kesinlikle Katılmıyorum	44	11,0		
Diş hekimlerinin koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapma durumu	Katılmıyorum	88	22,0		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	96	24,0	3,11	1,20
	Katılıyorum	121	30,3		
	Kesinlikle Katılıyorum	50	12,5		
	Kesinlikle Katılmıyorum	38	9,5		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalı görüşüne katılma durumu	Katılmıyorum	55	13,8	3,56	1,30
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	71	17,8		
	Katılıyorum	112	28,0		
	Kesinlikle Katılıyorum	123	30,8		

Hastaların %31,3'ü "Sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor" ifadesine katıldıklarını, % 25'i bu görüşe ne katıldığını ne katılmadığını ve % 17,8'i ise, bu görüşe katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %28,2'si "Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir" ifadesine katıldıklarını, 27,0 'si sunulan ağız - diş sağlığı hizmetlerinin yeterli olmadığını ve % 22,3'ü bu konuya ne katıldıklarını ne katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların %35,3'ü "Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının yeterlidir" ifadesine katılmadıklarını, %22,5'i bu görüşe ne katıldıklarını ne katılmadıklarını ve %19,3'ü bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %27,8'i "Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir" ifadesine katılmadıklarını, %25,8'i bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ve %22,5'i ise, bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %30,8'i "SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır" ifadesine kesinlikle katıldıklarını, %28,0'i katıldıklarını ve %17,8'i ne katıldıklarını ne katılmadıklarını belirtmişlerdir.

6.1.6.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlara Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken karşılaştıkları sorunlarla ilgili veriler Tablo 6.6'da yer almaktadır.

Tablo 6.6.Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlara Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaştınız mı?	Hayır	327	81,8
	Evet	73	18,3
Hastaların Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarının yaşadığı yere uzak mı?	Hayır	282	70,5
	Evet	118	29,5

Hastaların Kamu/devlet kuruluşlarında diş hekimine muayene olmak için uzun süre bekliyor musunuz?	Hayır	247	61,8
	Evet	153	38,3
Hastaların Kamu/devlet kuruluşlarında ağız-diş sağlığı hizmetlerinde bir sonraki randevu için uzun süre bekliyor musunuz ?	Hayır	193	48,3
	Evet	207	51,7

Hastaların %81,8'ü devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşmadıklarını belirtirken, % 18,3'ü sorunla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %70,5'i yaşadıkları yerin ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarına uzak olmadıklarını, %29,5'i bu kuruluşlara uzak olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların Kamu/devlet kuruluşlarında diş hekimine muayene olmak için % 38,3'ü uzun süre beklediklerini, % 61,8'i uzun süre beklemediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %51,7'si Kamu/devlet kuruluşlarında ağız-diş sağlığı hizmetlerinde bir sonraki randevu için uzun süre beklediklerini, % 48,3'ü beklemediklerini ifade etmişlerdir.

6.1.7.Hastaların Türkiye'de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanmasına İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların Türkiye'de aile diş hekimliğinin uygulanmasına ilişkin görüşleri Tablo 6.7'de yer almaktadır.

Tablo 6.7.Hastaların Türkiye'de Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılım

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort	Ss
Kesinlikle Katılmıyorum	20	5,0		
Katılmıyorum	21	5,3		
Türkiye'de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Diş Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	37	9,3	4,23
	Katılıyorum	88	22,0	1,13
Kesinlikle Katılıyorum	234	58,5		

	Kesinlikle Katılmıyorum	18	4,5		
	Katılmıyorum	15	3,8	4,25	1,05
Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	32	8,0		
	Katılıyorum	117	29,3		
	Kesinlikle Katılıyorum	218	54,5		
	Kesinlikle Katılmıyorum	21	5,3		
Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşıcağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır.	Katılmıyorum	19	4,8	4,19	1,13
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	42	10,5		
	Katılıyorum	97	24,3		
	Kesinlikle Katılıyorum	221	55,3		

Hastaların %58,5'i "Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de kesinlikle olmalıdır" ifadesine kesinlikle katıldıklarını, %22’si bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %54,5’i "Aile dış hekimi tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır" ifadesine kesinlikle katıldıklarını, %29,3’ü bu görüşe katıldıklarını ifade etmişlerdir. "Hastaların %55,3’i Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşılan daha yüksek tedavi maliyetlerinin azaltacaktır." İfadesine kesinlikle katıldıklarını, %24,3’ü ise bu görüşe katıldıklarını belirtmişlerdir.

6.1.8.Hastaların Aile Dış Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız Ve Diş Sağlığı İle İlgili Davranışlarına Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hastaların aile dış hekimliğinin uygulanması durumunda ağız ve diş sağlığı ile ilgili davranışları ile ilgili görüşleri Tablo 6.8’de yer almaktadır.

Tablo 6.8.Hastaların Aile Diş Hekimliğinin Uygulanması Durumunda Ağız Ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışlarına Göre Dağılımı

		Say(n)	Yüzde (%)
Aile diş hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışır mısınız?	Hayır	129	32,2
	Evet	271	67,8
Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere gider misiniz?	Hayır	190	47,5
	Evet	210	52,5
Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırır mısınız?	Hayır	117	29,2
	Evet	283	70,8

Hastaların %67,8'i "Aile Diş Hekimi tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarını değiştirmeye çalışacaklarını, %52,5'i Aile Diş Hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere gideceklerini, % 70,8'i Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptıracaklarını belirtmişlerdir.

6.2. Ankete Katılan Hastaların Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 6.9.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu ile Bir Günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Ort	Ss	t	p
Ağız diş sağlığının şu andaki durumu	Kadın	239	3,07	0,87	-0,253	0,801
	Erkek	161	3,09	0,82		
Bir günde diş fırçalama sayısı	Kadın	239	1,70	0,66	3,276	p<0,001
	Erkek	161	1,47	0,68		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında ağız diş sağlığının şu andaki durumuna bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamaktadır. $P > 0,05$ ($t = -0,253$; $p > 0,05$) Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında bir günde diş fırçalama sayısı açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t = 3,276$; $p < 0,05$) Kadın hastalarda ($\chi^2 = 1,702$) bir günde diş fırçalama sayı algısı erkek hastalardan ($\chi^2 = 1,478$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6.10. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu ile Bir günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Yaş	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	P
Ağız diş sağlığının şu andaki durumu	24 yaş ve daha genç	77	217,27	2	4,672	0,09
	25-35 yaş					
	36 yaş ve daha yaşlı	127	207,51			
Bir günde diş fırçalama sayısı	24 yaş ve daha genç	77	223,73	2	5,893	0,06
	25-35 yaş	127	202,68			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	189,96			

Ankete katılan hastaların 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında ağız diş sağlığının şu andaki durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında bir günde diş fırçalama sayısı açısından yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 6.11. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu ile Bir Günde Diş Fırçalama Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Ağız diş sağlığının şu andaki durumu	İlköğretim	146	2,92	0,91	5,568	0,004	İlköğretim ile Önlisans, Lisans, Lisansüstü
	Lise	154	3,09	0,81			
	Önlisans, Lisans,	100	3,29	0,79			
	Lisansüstü						

Bir günde diş fırçalama sayısı	İlköğretim	146	1,52	0,78	4,370	0,013	İlköğretim ile Önlisans,Lisans, Lisansüstü (p= 0,013)
	Lise	154	1,58	0,61			
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü		1,78	0,59			
							Lise ile Önlisans,Lisans, Lisansüstü (p=0,036)

*p<0,05

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında ağız diş sağlığının şu andaki durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Ağız diş sağlığının şu andaki durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan gruplar öğrenimlerini ilköğretim ile Önlisans, Lisans, Lisansüstü olarak belirtenler arasındadır.

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise, Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında bir günde diş fırçalama sayısı açısından bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Bir günde diş fırçalama sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan gruplar öğrenimleri ilköğretim olanlar ile Önlisans,Lisans,Lisansüstü olanlar (p= 0,013) ve lise ile Önlisans,Lisans,Lisansüstü olanlar gruplarıdır (p=0,036).

Tablo 6.12.Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Ağız ve Diş Sağlığındaki Mevcut Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Birgünde diş fırçalama sayısı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Ağız diş sağlığının şu andaki durumu	Hiç	17	176,85	3	5,462	0,14
	Bir kez	149	188,46			
	İki kez	206	212,21			
	İki kezden fazla	28	192,77			

Ankete katılan hastaların ağız ve diş sağlığının şuan ki durumuna bakıldığında bir günde hiç, bir kez, iki kez ve ikiden fazla şeklindeki diş fırçalama sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.13.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet		n	%	χ^2	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Kadın	Evet	64	26,8%	6,135	0,013
		Hayır	175	73,2%		
	Erkek	Evet	62	38,5%		
		Hayır	99	61,5%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların %73,2'si erkeklerin ise %61,5'u Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.14.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet		n	%	χ^2	p
Aile Diş Hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Kadın	Evet	48	20,1%	0,969	0,325
		Hayır	191	79,9%		
	Erkek	Evet	39	24,2%		
		Hayır	122	75,8%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında Aile Diş Hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 6.15.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

Cinsiyet			n	%	χ^2	p
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Kadın	Evet	40	16,7%	3,953	0,047
		Hayır	199	83,3%		
	Erkek	Evet	40	24,8%		
		Hayır	121	75,2%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p < 0,05$). Kadın hastaların %83,3'ü, erkek hastaların ise %75,2'si koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.16.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

Cinsiyet			n	%	χ^2	p
Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Kadın	Evet	77	32,2%	0,412	0,521
		Hayır	162	67,8%		
	Erkek	Evet	47	29,2%		
		Hayır	114	70,8%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 6.17.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

Yaş Grubu			n	%	χ^2	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	24 yaş ve daha genç	Evet	24	31,2%	0,271	0,873
		Hayır	53	68,8%		
	25-35 yaş	Evet	38	29,9%		
		Hayır	89	70,1%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	64	32,7%		
		Hayır	132	67,3%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.18.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız Ve Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Seviyelerine İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu		n	%	χ^2	p
Aile Diş Hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	24 yaş ve daha genç	Evet	16	20,8%	0,142	0,931
		Hayır	61	79,2%		
	25-35 yaş	Evet	29	22,8%		
		Hayır	98	77,2%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	42	21,4%		
		Hayır	154	78,6%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında Aile Diş Hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.19.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu		n	%	χ^2	p
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	24 yaş ve daha genç	Evet	16	20,8%	1,230	0,541
		Hayır	61	79,2%		
	25-35 yaş	Evet	29	22,8%		
		Hayır	98	77,2%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	35	17,9%		
		Hayır	161	82,1%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 6.20.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu		n	%	χ^2	p
Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	24 yaş ve daha genç	Evet	18	23,4%	8,273	0,016
		Hayır	59	76,6%		
	25-35 yaş	Evet	32	25,2%		
		Hayır	95	74,8%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	74	37,8%		
		Hayır	122	62,2%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş, 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkındaki bilgi sahibi olma durumu arasında yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). 36 yaş ve daha yaşlı olanların ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkındaki yeterli bilgiye sahip olma durumunda hem 24 yaş ve daha genç olanlar ($p=0,016$) hem de 25-35 yaş aralığında ($p=0,012$) olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 6.21.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu		n	%	χ^2	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	İlköğretim	Evet	42	28,8%	1,452	0,484
		Hayır	104	71,2%		
	Lise	Evet	48	31,2%		
		Hayır	106	68,8%		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	Evet	36	36,0%		
		Hayır	64	64,0%		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.22.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

Eğitim Durumu			n	%	χ^2	p
Aile Diş Hekimliği hakkında bilgi sahibi misiniz?	İlköğretim	Evet	37	25,3%	3,059	0,217
		Hayır	109	74,7%		
	Lise	Evet	34	22,1%		
		Hayır	120	77,9%		
	Önlisans,Lisans. Lisansüstü	Evet	16	16,0%		
		Hayır	84	84,0%		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında Aile Diş Hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.23.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Bilgilendirilmeye İhtiyaç Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

Eğitim Durumu			n	%	χ^2	p
Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacınız var mı?	İlköğretim	Evet	59	40,4%	16,612	$p<0,005$
		Hayır	87	59,6%		
	Lise	Evet	49	31,8%		
		Hayır	105	68,2%		
	Önlisans,Lisans. Lisansüstü	Evet	16	16,0%		
		Hayır	84	84,0%		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç olma durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacı olma durumunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan gruplar ilköğretim ile Önlisans,Lisans,Lisansüstü ($p<0,005$) eğitim gruplarıdır.

Tablo 6.24.Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Ağız diş sağlığımızın şu andaki durumu		n	%	χ^2	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	Çok kötü-kötü	Evet	16	21,1%	8,418	0,015 Çok kötü-kötü ile iyi-çok iyi p=0,003
		Hayır	60	78,9%		
	Orta	Evet	64	30,3%		
		Hayır	147	69,7%		
	İyi-çokiyi	Evet	46	40,7%		
		Hayır	67	59,3%		

Ankete katılan hastaların çok kötü -kötü, orta ve iyi-çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna bakıldığında hastaların ağız ve diş sağlığının şuanki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahibi olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan gruplar ağız diş sağlığı durumunu çok kötü-kötü ile iyi-çok iyi olanlardır.

Tablo 6.25.Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız Hijyeni ve Diş Fırçalama Hakkında Bilgilendirilmeye İhtiyaç Olma Durumu Arasındaki Farklılıklar

	Ağız diş sağlığımızın şu andaki durumu		n	%	χ^2	p
Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacınız var mı?	Çok kötü-kötü	Evet	27	35,5%	1,831	0,400
		Hayır	49	64,5%		
	Orta	Evet	67	31,8%		
		Hayır	144	68,2%		
	İyi-çokiyi	Evet	30	26,5%		
		Hayır	83	73,5%		

Ankete katılan hastaların çok kötü, kötü, orta ve iyi- çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaç olma durumuna bakıldığında hastaların ağız ve diş sağlığının şuanki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.26.Hastaların Cinsiyet Değişkinine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Ort	Ss	t	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	Kadın	239	1,08	1,01	1,397	0,16
	Erkek	161	0,94	0,99		

*p<0,05

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermemektedir (t=1,397; p>0,05).

Tablo 6.27.Hastaların Cinsiyet Değişkinine Göre SGK Özel Diş Hekimleri İle Anlaşma Yaptığında İlave Ücret Ödeyerek Özel Diş Hekimlerinden Hizmet Alma Tercihi Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet		n	%	χ ²	p
SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alırmısınız?	Kadın	Evet	76	54,7%	5,431	0,020
		Hayır	63	45,3%		
	Erkek	Evet	46	40,0%		
		Hayır	69	60,0%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alma durumuna bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Erkek hastalarda SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alma yüzdesinin kadın hastalardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 6.28.Hastaların Yaş Değişkinine Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	24 yaş ve daha genç	77	1,29	1,02	4,578	0,011	36 yaş ve daha yaşlı İle 24 yaş ve daha genç
	25-35 yaş	127	1,07	0,095			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	0,89	1,02			

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Fark bulunan gruplar 24 yaş ve daha genç olanlar ile 36 yaş ve daha yaşlı olanlardır.

Tablo 6.29.Hastaların Yaş Değişkinine Göre SGK Özel Diş Hekimleri ile Anlaşma Yaptığında İlave Ücret Ödeyerek Özel Diş Hekimlerinden Hizmet Alma Tercihi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu		n	%	χ^2	p
SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alır mısınız?	24 yaş ve daha genç	Evet	24	34,8%	10,200	0,006
		Hayır	45	65,2%		
	25-35 yaş	Evet	45	46,4%		
		Hayır	52	53,6%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	53	60,2%		
		Hayır	35	39,8%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alma durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). 24 yaş ve daha genç olanlar ile 36 yaş ve daha yaşlı olanlar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$).

Tablo 6.30.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	İlköğretim	146	1,01	1,05	0,105	0,900
	Lise	154	1,01	0,99		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	1,07	0,97		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.31.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu		n	%	χ^2	p
SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alır mısınız?	İlköğretim	Evet	65	44,5%	2,819	0,244
		Hayır	81	55,5%		
	Lise	Evet	68	44,2%		
		Hayır	86	55,8%		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	Evet	54	54,0%		
		Hayır	46	46,0%		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet alma durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.32.Hastaların Ağız Diş sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	Çok kötü-kötü	76	200,25	2	3,922	0,141
	Orta	211	191,74			
	İyi-çok iyi	113	217,03			

Ankete katılan hastaların çok kötü- kötü, orta, iyi-çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında ağız ve diş sağlığının şuan ki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.33.Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Birgünde diş fırçalama sayısı	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	Hiç	17	181,41	3	13,689	0,003
	Bir kez	149	177,44			
	İki kez	206	213,31			
	İki kezden fazla	28	240,61			

Ankete katılan hastaların Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısına bakıldığında bir günde hiç, bir kez, iki kez ve ikiden fazla şeklindeki diş fırçalama sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Günde bir kez diş fırçalayanların diş hekimine 6 ay içindeki başvuru sayısındaki farklılık günde 2 kez diş fırçalayanlar ($p=0,014$) ile 2 kezden fazla diş fırçalayanlardan ($p=0,031$). istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tablo 6.34.Hastaların Bir Günde Diş Fırçalama Sayısına Göre Diş Hekimine Son 6 Ayda Başvuru Sayısı Arasındaki Farklılıklar

	Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi misiniz?	n	Sıra Ortalaması	U	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	Hayır	313	227,40	11275,000	0,009
	Evet	87	193,02		

Ankete katılan hastaların Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade eden hastaların son 6 ayda diş hekimine başvuru sayısının daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 6.35.Hastaların Daha Önce Koruyucu Diş Uygulamaları Yaptırma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Kullanımı Arasındaki Farklılıklar

	Daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırdınız mı?	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı	Evet	63	226,90	2	4,826	0,095
	Hayır	291	193,92			
	fikrim yok	46	205,98			

Ankete katılan hastaların Diş hekimine son 6 ayda başvuru sayısı ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.36.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Ort.	Ss	t	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	Kadın	239	3,07	1,14	-2,254	0,02*
	Erkek	161	3,36	1,31		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	Kadın	239	2,76	0,07	-2,676	$p<0,001$
	Erkek	161	3,08	0,09		
Ağız-diş hizmetleri kamu/devlet kuruluşlarının yeterli mi	Kadın	239	2,60	0,07	-0,370	0,712
	Erkek	161	2,64	0,09		

Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devletkuruluşları da çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Kadın	239	1,15	0,07	0,695	0,482
	Erkek	161	1,24	0,09		
Dişhekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	Kadın	239	1,16	0,07	0,695	0,483
	Erkek	161	1,25	0,09		
SGK, özelçalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Kadın	239	3,75	0,07	-2,035	0,04*
	Erkek	161	3,29	0,11		

***p<0,05**

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkek hastalarda bir günde sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu kadın hastalarda cinsiyete göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkek hastalarda Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durum algısı kadın hastalarda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan t-testi sonucunda, anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kadın hastalarda “SGK, öze çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” algısı Erkek hastalardan cinsiyete göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6.37.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	24 yaş ve daha genç	77	206,17	2	1,980	0,372
	25-35 yaş	127	209,38			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	192,52			
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	24 yaş ve daha genç	77	207,04	2	0,933	0,623
	25-35 yaş	127	205,00			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	195,02			
Ağız-diş sağlığı hizmetlerin sunan kamu/devletkuruluşların da çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	24 yaş ve daha genç	77	216,03	2	2,148	0,343
	25-35 yaş	127	192,51			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	198,64			
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	24 yaş ve daha genç	77	205,01	2	0,398	0,811
	25-35 yaş	127	195,28			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	201,10			
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	24 yaş ve daha genç	77	187,41	2	1,228	0,545
	25-35 yaş	127	202,00			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	203,67			

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.38.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	İlköğretim	146	3,17	1,27	1,344	0,262
	Lise	154	3,30	1,14		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	3,05	1,25		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	İlköğretim	146	2,67	1,16	0,560	0,571
	Lise	154	2,64	1,14		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	2,50	1,15		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir	İlköğretim	146	2,77	1,19	0,759	0,469
	Lise	154	2,85	1,22		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	2,75	1,14		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşların da çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	İlköğretim	146	3,18	1,17	0,285	0,752
	Lise	154	3,24	1,17		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	2,80	1,25		
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	İlköğretim	146	3,76	1,27	4,668	0,010
	Lise	154	3,49	1,29		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	3,39	1,35		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	İlköğretim	146	4,2260	1,19060	2,868	0,058
	Lise	154	4,2143	1,12584		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	4,2900	1,06643		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitime sahip kişilerin “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşüne katılma durumları hem ilköğretim hem de lise mezunlarının katılım durumlarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.39.Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmelerin Arasındaki Farklılıklar

	Ağız ve diş sağlığının durumu	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	Çok kötü-kötü	76	2,78	1,25	6,236	0,002	Çok kötü-kötü olanlar ile orta olanlar ve iyi-çok iyi olanlar
	Orta	211	3,22	1,21			
	İyi-çok iyi	113	3,41	1,16			
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	Çokkötü-kötü	76	2,57	1,35	3,393	0,035	Çok kötü-kötü olanlar ile iyi-çok iyi olanlar
	Orta	211	2,93	1,17			
	İyi-çok iyi	113	3,01	1,10			
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	Çokkötü-kötü	76	2,32	1,20	3,237	0,040	Çok kötü-kötü olanlar ile iyi-çok iyi olanlar
	Orta	211	2,65	1,10			
	İyi-çok iyi	113	2,74	1,17			
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devletkuruluşların da çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Çokkötü-kötü	76	2,60	1,14	1,995	0,137	
	Orta	211	2,79	1,17			
	İyi-çok iyi	113	2,95	1,24			
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	Çokkötü-kötü	76	3,07	1,28	0,999	0,369	
	Orta	211	3,05	1,22			
	İyi-çok iyi	113	3,24	1,12			
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Çokkötü-kötü	76	3,56	1,38	0,028	0,973	
	Orta	211	3,55	1,34			
	İyi-çok iyi	113	3,59	1,19			

Ankete katılan hastaların çok kötü- kötü, orta ve iyi-çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumuna bakıldığında ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark

bulunan gruplar ağız diş sağlığı durumunu çok kötü ve iyi olan gruplar olarak belirtenler arasındadır.

Ankete katılan hastaların çok kötü-kötü, orta ve iyi-çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumuna bakıldığında Ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlı fark bulunan gruplar çok kötü-kötü olanlar ile iyi-çok iyi olanlar arasındadır.

Ankete katılan hastaların çok kötü- kötü, orta ve iyi- çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında Ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlı fark bulunan gruplar çok kötü-kötü olanlar ile iyi-çok iyi olanlar arasındadır.

Ankete katılan hastaların çok kötü-kötü, orta ve iyi-çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların çok kötü- kötü, orta ve iyi- çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşüne bakıldığında ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların çok kötü- kötü, orta ve iyi- çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında “SGK, özelçalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında ağız ve diş sağlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.40.Hastaların Aile Diş Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibiyim	n	Sıra Ortalaması	U	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	Evet	87	207,71	12988,500	0,499
	Hayır	313	198,50		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	Evet	87	196,32	13252,000	0,695
	Hayır	313	201,66		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir	Evet	87	197,13	13322,000	0,750
	Hayır	313	201,44		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Evet	87	200,81	13501,500	0,939
	Hayır	312	199,77		
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	Evet	87	214,92	12274,000	0,160
	Hayır	312	195,84		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Evet	87	194,49	13092,500	0,603
	Hayır	312	201,54		

Ankete katılan hastaların sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşü ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşü ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşü ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşü ile Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.41.Hastaların Daha Önce Koruyucu Diş Uygulamaları Yaptırma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlık Hizmetleri ile İlgili Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Daha önce dişlerime koruyucu diş uygulamaları yaptırdınız mı?	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu	Evet	63	207,12	2	0,503	0,772
	Hayır	291	198,06			
	Fikrim Yok	46	206,86			

Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu	Evet	63	221,79	2	2,911	0,233
	Hayır	291	195,37			
	Fikrim Yok	46	203,76			
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir	Evet	63	232,60	2	13,785	p<0,001
	Hayır	291	187,83			fark hayır-
	Fikrim Yok	46	236,68			evet; hayır-
						fikrim yok
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Evet	63	215,22	2	6,100	0,04*
	Hayır	291	191,85			hayır-fikrim
	Fikrim Yok	46	230,52			yok
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	Evet	63	198,71	2	1,269	0,535
	Hayır	291	197,51			
	fikrim yok	46	217,47			
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Evet	63	161,86	2	8,716	0,01*
	Hayır	291	206,98			
	Fikrim Yok	46	208,23			Evet -Fikrim
						yok

*p<0,05

Ankete katılan hastaların sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilme durumu ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p>0,05).

Ankete katılan hastaların Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetlerinin yeterlilik durumu ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p>0,05).

Ankete katılan hastaların “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşü ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (p<0,05) Anlamlı fark hayır- evet ile hayır-fikrim yok arasındadır.

Ankete katılan hastaların “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşların da çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşü ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Anlamlı fark hayır-fikrim yok arasındadır.

Ankete katılan hastaların “Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar” görüşü ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşü ile daha önce dişlerine koruyucu diş uygulamaları yaptırma durumuna göre evet, hayır ve fikrim yok yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Anlamlı fark hayır-fikrim yok arasındadır.

Tablo 6.42.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Herhangi Bir Sorunla Karşılaşma Durumu Arasındaki Farklılıklar

		Cinsiyet	n	%	χ^2	p
Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşıyor musunuz?	Kadın	Evet	46	19,2%	0,396	0,529
		Hayır	193	80,8%		
	Erkek	Evet	27	16,8%		
		Hayır	134	83,2%		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumuna bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.43.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar

	Yaş grubu	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumu	24 yaş ve daha genç	77	195,44	2	0,438	0,803
	25-35 yaş	127	200,78			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	202,31			

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumuna bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.44.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p
Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumu	İlköğretim	146	1,84	0,37	0,412	0,663
	Lise	154	1,82	0,39		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	1,79	0,41		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumuna bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 6.45.Hastaların Ağız Diş Sağlığının Şu Andaki Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar Arasındaki Farklılıklar

	Ağız diş sağlığınızın şu andaki durumunu nasıl ifade edebilirsiniz.	n	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumu	Çok kötü-kötü	76	197,53	2	1,431	0,489
	Orta	211	204,77			
	İyi-çok iyi	113	194,52			

Ankete katılan hastaların çok kötü-kötü, orta ve iyi- çok iyi ağız diş sağlığı düzeyleri arasında hastaların devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşma durumuna bakıldığında ağız ve diş sağlığının şuanki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.46.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği’nin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Ort.	Ss	t	p
Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Diş Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	Kadın	239	4,31	1,07	1,644	0,101
	Erkek	161	4,12	1,20		
Aile diş hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	Kadın	239	4,37	0,96	2,631	0,009
	Erkek	161	4,08	1,16		
Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır.	Kadın	239	4,20	1,12	0,305	0,761
	Erkek	161	4,09	1,32		

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Aile dış hekimi tarafından ağız ve diş sağlığı hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyeti kadın olan hastaların “Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığı hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır” görüşüne erkeklere nazaran daha fazla katıldıkları görülmektedir.

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Türkiye’de Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaştığım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.47. Hastaların Yaş Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Dış Hekimliği’nin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Sıra Ortalaması	Sd.	χ^2	p
Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	24 yaş ve daha genç	77	203,82	2	1,633	0,445
	25-35 yaş	127	190,93			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	205,40			
Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	24 yaş ve daha genç	77	198,23	2	3,071	0,213
	25-35 yaş	127	188,51			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	209,16			
Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaştığım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır	24 yaş ve daha genç	77	187,48	2	2,605	0,277
	25-35 yaş	127	195,96			
	36 yaş ve daha yaşlı	196	208,56			

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığı hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 6.48.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Türkiye’de Aile Dış Hekimliği’nin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar

	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	F	p
Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	İlköğretim	146	4,22	1,19	0,146	0,864
	Lise	154	4,21	1,12		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	4,29	1,06		
Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığı hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	İlköğretim	146	4,19	1,12	0,991	0,372
	Lise	154	4,23	1,07		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	4,38	0,91		
Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır.	İlköğretim	146	4,25	1,14	0,040	0,671
	Lise	154	4,13	1,16		
	Önlisans,Lisans, Lisansüstü	100	4,20	1,08		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.49.Hastaların Aile Dış Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Türkiye’de Aile Dış Hekimliği’nin Uygulanmasına İlişkin Görüşleri Arasındaki Farklılıklar

		Aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibiyim	n	Sıra Ortalaması	U	p
Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	Evet		87	198,72	13460,500	0,855
	Hayır		313	201,00		
Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	Evet		87	193,69	13023,000	0,491
	Hayır		313	202,39		
Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır	Evet		87	193,54	13010,000	0,482
	Hayır		313	202,43		

Ankete katılan hastaların “Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Dış Hekimliği hizmetleri de olmalıdır” görüşü ile Aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Aile dış hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır” görüşü ile Aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma

durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Aile dış hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır” görüşü ile Aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 6.50.Hastaların Cinsiyet Değişkenine Göre Aile Dış Hekimliği'nin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet		n	%	χ^2	p
Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım.	Kadın	Evet	172	72,0%	4,832	0,028
		Hayır	67	28,0%		
	Erkek	Evet	99	61,5%		
		Hayır	62	38,5%		
Aile dış hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim.	Kadın	Evet	138	57,7%	6,539	0,011
		Hayır	101	42,3%		
	Erkek	Evet	72	44,7%		
		Hayır	89	55,3%		
Aile dış hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırım.	Kadın	Evet	181	75,7%	7,122	0,008
		Hayır	58	24,3%		
	Erkek	Evet	102	63,4%		
		Hayır	59	36,6%		

* $p<0,05$

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hastalarda erkek hastalara göre “Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım” görüşüne evet yanıtının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hastalarda erkek hastalara göre “Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim” görüşüne evet yanıtının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Ankete katılan kadın hastalar ile erkek hastalar arasında “Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırırım” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hastalarda erkek hastalara göre “Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırırım” görüşüne evet yanıtının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 6.51.Hastaların Yaş Değişkenine Göre Aile Diş Hekimliği'nin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu		n	%	χ^2	p
Aile diş hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım.	24 yaş ve daha genç	Evet	52	67,5%	1,552	0,460
		Hayır	25	32,5%		
	25-35 yaş	Evet	81	63,8%		
		Hayır	46	36,2%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	138	70,4%		
		Hayır	58	29,6%		
Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim.	24 yaş ve daha genç	Evet	44	57,1%	3,574	0,167
		Hayır	33	42,9%		
	25-35 yaş	Evet	58	45,7%		
		Hayır	69	54,3%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	108	55,1%		
		Hayır	88	44,9%		

AileDiş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırırım.	24 yaş ve daha genç	Evet	51	66,2%	1,590	0,452
		Hayır	26	33,8%		
	25-35 yaş	Evet	88	69,3%		
		Hayır	39	30,7%		
	36 yaş ve daha yaşlı	Evet	144	73,5%		
		Hayır	52	26,5%		

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Aile diş hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastalarda 24 yaş ve daha genç, 25-35 yaş ve 36 yaş ve daha yaşlı yaş grupları arasında “Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırırım” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.52.Hastaların Eğitim Durumuna Göre Aile Diş Hekimliği'nin Uygulanması Durumunda Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar

		Eğitim Durumu		n	%	χ^2	p
Aile diş hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım.	İlköğretim	Evet	102	69,9%	12,198	0,002	
		Hayır	44	30,1%			
	Lise	Evet	90	58,4%			
		Hayır	64	41,6%			
	Önlisans,lisans, lisansüstü	Evet	79	79,0%			
		Hayır	21	21,0%			

Aile dış hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim.	İlköğretim	Evet	78	53,4%	1,753	0,416
		Hayır	68	46,6%		
	Lise	Evet	75	48,7%		
		Hayır	79	51,3%		
	Önlisans,lisans, lisanüstü	Evet	57	57,0%		
		Hayır	43	43,0%		

AileDış Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da dış tedavilerini yaptırırım.	İlköğretim	Evet	109	74,7%	3,308	0,191
		Hayır	37	25,3%		
	Lise	Evet	101	65,6%		
		Hayır	53	34,4%		
	Önlisans,lisans, lisanüstü	Evet	73	73,0%		
		Hayır	27	27,0%		

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu gruplar İlköğretim-lise ($p=0,039$) ve Lise ile önlisans ($p=0,001$) olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Aile dış hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların İlköğretim, Lise ve Önlisans, Lisans, Lisansüstü eğitim düzeyleri arasında “Aile Dış Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da dış tedavilerini yaptırırım” görüşüne bakıldığında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.53.Hastaların Aile Dış Hekimliği Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Aile Dış Hekimliği'nin Uygulanması Durumunda Ağız ve Dış Sağlığı İle İlgili Davranışları Arasındaki Farklılıklar

	Aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi misiniz?		n	%	χ^2	p
Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve dış sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım.	Kadın	Evet	62	71,3%	0,628	0,427
		Hayır	25	28,7%		
	Erkek	Evet	209	66,8%		
		Hayır	104	33,2%		
Aile dış hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim.	Kadın	Evet	52	59,8%	2,356	0,124
		Hayır	35	40,2%		
	Erkek	Evet	158	50,5%		
		Hayır	155	49,5%		
Aile Dış Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da dış tedavilerini yaptırırım.	Kadın	Evet	66	75,9%	1,404	0,236
		Hayır	21	24,1%		
	Erkek	Evet	217	69,3%		
		Hayır	96	30,7%		

Ankete katılan hastaların “Aile dış hekimim tarafından verilen ağız ve dış sağlığı bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım” ile aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Aile dış hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim” görüşü ile aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan hastaların “Aile dış hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da dış tedavilerini yaptırırım” görüşü ile aile dış hekimliği hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre evet ve hayır yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$)

6.4.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 6.54.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	13	52
	Erkek	12	48
Yaş	25-35 Yaş	11	44
	36 Yaş Ve Daha Fazla	14	56
Eğitim Durumu	Lisans	5	20
	Lisansüstü	18	72
	Doktora	2	8

Araştırmaya katılan hekimlerin % 48'i erkek, %52'si kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların 25-35 yaş oranı % 44, 36 yaş ve daha fazla yaş oranı % 56 olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 20'si lisans, %72'si yüksek lisans ve % 8'i doktora mezunudur.

Tablo 6.55.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Çalışma Deneyimine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Kurumda Çalışma Süresi	3 yıl ve daha az	12	48
	3 yıldan fazla	13	52
Meslekte Çalışma Süresi	10 yıl ve daha az	10	40
	10 yıldan fazla	15	60
Aile Diş Hekimliği Hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu	Hayır	18	72
	Evet	7	28

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin kurumda çalışma süresi 3 yıl ve daha az oranı %48'i olup, %52'si 3 yıldan fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekte çalışma süresi 10 yıl ve daha az oranı %40, 10 yıldan fazla oranı %60 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan diş hekimlerin %72'si Aile Diş Hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını ve % 28 'i yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.56. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri

		Sayı (n)	Yüze (%)	Ort.	Ss
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	2	8	3,72	1,20
	Katılmıyorum	2	8		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	4	16		
	Katılıyorum	10	40		
	Kesinlikle Katılıyorum	7	28		
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0	4,68	0,47
	Katılmıyorum	0	0		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	0	0		
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	17	68		
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0	3,68	1,10
	Katılmıyorum	5	20		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	5	20		
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	7	28		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	2	8	3,60	1,25
	Katılmıyorum	4	16		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	2	8		
	Katılıyorum	11	44		
	Kesinlikle Katılıyorum	6	24		

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 8'i "Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir" görüşüne katılmadıklarını, % 16'sı ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ve % 40'ı bu görüşe katıldıklarını, % 28'i kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 32'si “Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” görüşüne katıldıklarını, % 68'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 20 'si “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne katılmadıklarını, %20'si ne katıldıklarını ne katılmadıklarını, % 32'si bu görüşe katıldıklarını ve % 28'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 16'sı “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne katılmadıklarını, %8'i bu görüşe kesinlikle katılmadıklarını, % 8'i bu görüşü ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını, % 44'ü ise bu görüşe katıldıklarını ve % 24'ü kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.57.Ankete Katılan Diş Hekimleri ile Toplumun Bilgi Seviyesi ve Bilgilendirici Faaliyetlere İlişkin Görüşler

		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort.	Ss
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	Kesinlikle Katılmıyorum	14	56		
	Katılmıyorum	9	36		
	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	0	0	1,60	0,86
	Katılıyorum	2	8		
	Kesinlikle Katılıyorum	0	0		
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	1	4		
	Katılmıyorum	1	4		
	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	0	0	4,48	0,86
	Katılıyorum	6	24		
	Kesinlikle Katılıyorum	17	68		

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 36'sı “Toplumun, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne katılmadıklarını, % 56'sı kesinlikle katılmadıklarını ve % 8'i bu görüşe katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 4'ü "Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir" görüşüne katılmadıklarını, % 24'ü bu görüşe katıldıklarını ve % 68'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.58.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ile Mevcut Durum Değerlendirmeleri

		Sayı(n)	Yüze (%)	Ort.	Ss
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	Kesinlikle Katılmıyorum	6	24	2,32	1,22
	Katılmıyorum	10	40		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	6	24		
	Katılıyorum	1	4		
	Kesinlikle Katılıyorum	2	8		
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	Kesinlikle Katılmıyorum	7	28	2,36	1,14
	Katılmıyorum	9	36		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	5	20		
	Katılıyorum	1	4		
	Kesinlikle Katılıyorum	3	12		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	5	20	2,36	1,28
	Katılmıyorum	11	44		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	5	20		
	Katılıyorum	3	12		
	Kesinlikle Katılıyorum	1	4		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	7	28	2,28	1,13
	Katılmıyorum	9	36		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	5	20		
	Katılıyorum	3	12		

	Kesinlikle Katılıyorum	1	4		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Kesinlikle Katılmıyorum	1	4		
	Katılmıyorum	6	24		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	7	28	2,36	1,07
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	3	12		
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	Kesinlikle Katılmıyorum	1	4		
	Katılmıyorum	6	24		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	7	28	3,24	1,09
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	3	12		

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %40'ı “Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor” ifadesine katılmadıklarını , %24'ü kesinlikle katılmadıklarını, %24'ü bu ifadeye ne katıldıklarını nede katılmadıklarını, %4'ü katıldıklarını ve %8'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %36'sı “Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır” ifadesine katılmadıklarını, %28'i kesinlikle katılmadıklarını, %20'si bu görüşe ne katıldıklarını nede katılmadıklarını, %4'ü katıldıklarını ve % 12'si ise kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %44'ü “Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmet yeterlidir” ifadesine katılmadıklarını, %20'si kesinlikle katılmadıklarını, %20'si bu görüşe ne katıldığını ne de katılmadığını, %12'si katıldıklarını ve %4 'ü kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %36'sı “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” ifadesine katılmadıklarını, %28'i kesinlikle katılmadıklarını, %20'si bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını, %12'si katıldıklarını ve % 4'ü kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %24'ü “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” ifadesine katılmadıklarını, %4'ü kesinlikle katılmadıklarını, % 28'i bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını, % 32'si katıldıklarını ve % 12'si kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %24'ü “Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim kolaydır” ifadesine katılmadıklarını, % 4'ü kesinlikle katılmadıklarını, % 28'i bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını, % 32'si katıldıklarını ve % 12'si kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.59. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Göre Dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde (%)	Ort.	Ss
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0	4,64	0,63
	Katılmıyorum	0	0		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	2	8		
	Katılıyorum	5	20		
	Kesinlikle Katılıyorum	18	72		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	1	4	3,92	1,07
	Katılmıyorum	2	8		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	3	12		
	Katılıyorum	11	44		
	Kesinlikle Katılıyorum	8	32		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0	4,40	0,81
	Katılmıyorum	1	4		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	2	8		
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	14	56		

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %20'si “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır” görüşüne katıldıklarını, %72'si kesinlikle katıldıklarını ve % 8 'i bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %44'ü “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” görüşüne katıldıklarını, %32'si kesinlikle katıldıklarını, % 12'si bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ve %8 'i katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin % 32'si “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır” görüşüne katıldıklarını, % 56'sı kesinlikle katıldıklarını, % 8'i bu görüşe ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ve % 4'ü ise, katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.60. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Uygulanmasına İlişkin Görüşleri

		Sayı(n)	Yüz(%)	Ort.	Ss
Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	Kesinlikle Katılmıyorum	2	8	3,84	1,31
	Katılmıyorum	3	12		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	2	8		
	Katılıyorum	8	32		
	Kesinlikle Katılıyorum	10	40		
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır	Kesinlikle Katılmıyorum	3	12	3,12	1,45
	Katılmıyorum	8	32		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	4	16		
	Katılıyorum	3	12		
	Kesinlikle Katılıyorum	7	28		

	Kesinlikle Katılmıyorum	5	20		
Özel olarak çalışan dış hekimlerine de aile dış hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	Katılmıyorum	3	12		
	Ne katılıyorum Ne Katılmıyorum	4	16	3,28	1,51
	Katılıyorum	6	24		
	Kesinlikle Katılıyorum	7	28		

Araştırmaya katılan dış hekimlerinin %32 'si "Türkiye'de aile dış hekimliği uygulanmalıdır" görüşüne katıldıklarını, % 40'ı kesinlikle katıldıklarını, % 12'si katılmadıklarını, % 8'i kesinlikle katılmadıklarını ve % 8'i bu konuya ne katıldıklarını ne de katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan dış hekimlerinin % 32'si "Aile dış hekimliğinin sadece kamuda çalışan dış hekimleri tarafından sunulmalıdır" görüşüne katıldıklarını, %12'si kesinlikle katıldıklarını, % 16'sı bu görüşe ne katıldıklarını nede katılmadıklarını, %12 'si katıldıklarını ve % 28'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan dış hekimlerinin % 12'si "Özel olarak çalışan dış hekimlerine de aile dış hekimliği sisteminde yer verilmemelidir" görüşüne katılmadıklarını, % 20'si kesinlikle katılmadıklarını, % 16'sı bu görüşe ne katıldıklarını nede katılmadıklarını, % 24'ü katıldıklarını ve %28'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

6.4.Ankete Katılan Dış Hekimlerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 6.61.Ankete Katılan Dış Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Ağız ve Dış Sağlığı İle İlgili Politikaların Değerlendirilmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Medyan	U	p
Ağız ve dış sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	Kadın	13	12,69	74,000	0,382
	Erkek	12	13,33		
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve dış sağlığı politikası olmalıdır.	Kadın	13		55,000	0,121
	Erkek	12	11,23		

Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	Kadın	13	13,46	72,000	0,733
	Erkek	12	12,50		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Kadın	13	11,00	52,000	0,135
	Erkek	12	15,17		

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalıdır ve yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Türkiye’nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.62. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Politikaların Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	26-35	11	13,64	70,000	0,688
	36 ve daha fazla	14	12,50		

Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	26-35	11	12,45	71,000	0,689
	36 ve daha fazla	14	13,43		
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	26-35	11	14,18	64,000	0,465
	36 ve daha fazla	14	12,07		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	26-35	11	12,36	70,000	0,687
	36 ve daha fazla	14	13,50		

Ankete katılan hekimlerinin 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hekimlerinin 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hekimlerinin 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan hekimlerinin 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.63.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikaların Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Meslekte çalışma süresiz	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	10 ve daha az	10	13,65	68,500	0,705
	10 yıldan fazla	15	12,57		
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	10 ve daha az	10	13,25	72,500	0,864
	10 yıldan fazla	15	12,83		
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	10 ve daha az	10	14,80	57,000	0,301
	10 yıldan fazla	15	11,80		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	10 ve daha az	10	12,20	67,000	0,632
	10 yıldan fazla	15	13,53		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin ‘‘SGK, zel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır’’ görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 6.64. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda alışma Süresine Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Bu kurumda n		Sıra ort.	U	p
	çalışma süreniz?				
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	3 yıl ve daha az	12	12,08 13,85	67,000	0,53
	3 yıldan fazla	13			
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	3 yıl ve daha az	12	12,83 13,15	76,000	0,89
	3 yıldan fazla	13			
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	3 yıl ve daha az	12	12,83 13,15	76,000	0,91
	3 yıldan fazla	13			
SGK, zel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	3 yıl ve daha az	12	11,25 14,62	57,000	0,22
	3 yıldan fazla	13			

Ankete katılan diş hekimlerinin ‘‘Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir’’ görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin ‘‘Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır’’ görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 6.65. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	n	Sıra Ortalaması	U	p
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	Evet	7	12,79	61,500	0,924
	Hayır	18	13,08		
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	Evet	7	11,64	53,500	0,477
	Hayır	18	13,53		
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	Evet	7	15,14	48,000	0,347
	Hayır	18	12,17		
SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	Evet	7	13,29	61,000	0,898
	Hayır	18	12,89		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Türkiye’nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “SGK, zel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.66. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Toplumun Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi Seviyesi ve İlgili Eğitimlere İlişkin Değerlendirmeleri Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Medyan	U	p
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	Kadın	13	12,35	69,500	0,605
	Erkek	12	13,71		
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	Kadın	13	15,23	49,000	0,067
	Erkek	12	10,58		

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.67. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Medyan	U	p
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	26-35	11	16,36	40,000	0,02*
	36 ve daha fazla	14	10,36		
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	26-35	11	11,45	60,000	0,255
	36 ve daha fazla	14	14,21		

*

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşı 26-35 arasında olan diş hekimlerinin “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” algıları yaşı 36 ve daha fazla olan diş hekimlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.68.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Meslekte Çalışma Süreniz?	n	Medyan	U	p
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	10 ve daha az	10	17,25	32,500	0,01*
	10 yıldan fazla	15	10,17		
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	10 ve daha az	10	10,90	54,000	0,152
	10 yıldan fazla	15	14,40		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte çalışma süresi 10 yıl ve daha az olan diş hekimlerinin “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” algıları yaşı 10 yıldan fazla olan diş hekimlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p > 0,05$).

Tablo 6.69.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Bu Kurumda Çalışma Süreniz?	n	Medyan	U	p
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	3 yıl ve daha az	12	14,67	58,000	0,211
	3 yıldan fazla	13	11,46		

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	3 yıl ve daha az	12	12,88	76,500	0,921
	3 yıldan fazla	13	13,12		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.70. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Aile Diş Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Toplumun Bilgi Seviyesi ve İlgili Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	n	Sıra Ortalaması	U	p
Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	Evet	7	14,86	50,000	0,373
	Hayır	18	12,28		
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	Evet	7	13,21	61,500	0,912
	Hayır	18	12,92		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Toplum, ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir” görüşüne bakıldığında Aile diş hekimliği hakkında yeterli

bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.71. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Medyan	U	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	Kadın	13	14,35	60,500	0,311
	Erkek	12	11,54		
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	Kadın	13	13,62	70,000	0,652
	Erkek	12	12,33		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	Kadın	13	12,38	70,000	0,643
	Erkek	12	13,67		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	Kadın	13	13,46	72,000	0,735
	Erkek	12	12,50		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	Kadın	13	12,85	76,000	0,909
	Erkek	12	13,17		
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	Kadın	13	12,69	74,000	0,825
	Erkek	12	13,33		

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.72. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş	n	Medyan	U	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	26-35	11	13,68	69,500	0,666
	36 ve daha fazla	14	12,46		
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	26-35	11	14,18	64,000	0,453
	36 ve daha fazla	14	12,07		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	26-35	11	13,73	69,000	0,644
	36 ve daha fazla	14	12,43		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	26-35	11	13,00	77,000	1,002
	36 ve daha fazla	14	13,00		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	26-35	11	12,45	71,000	0,726
	36 ve daha fazla	14	13,43		
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	26-35	11	12,82	75,000	0,918
	36 ve daha fazla	14	13,14		

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık btcesinden yeterli pay ayrılmaktadır” rşne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.73.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş	n	Medyan	U	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	10 ve daha az	10	13,10	74,000	0,952
	10 yıldan fazla	15	12,93		
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	10 ve daha az	10	13,20	73,000	0,903
	10 yıldan fazla	15	12,87		
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	10 ve daha az	10	12,60	71,000	0,815
	10 yıldan fazla	15	13,27		
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	10 ve daha az	10	12,40	69,000	0,727
	10 yıldan fazla	15	13,40		
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	10 ve daha az	10	11,80	63,000	0,489
	10 yıldan fazla	15	13,80		
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	10 ve daha az	10	12,25	67,500	0,661
	10 yıldan fazla	15	13,50		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.74. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Mevcut Durum Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Bu kurumda çalışma süreniz?	n	Medyan	U	p
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	3 yıl ve daha az	12	14,17 11,92	64,000	0,422
	3 yıldan fazla	13			
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	3 yıl ve daha az	12	14,83 11,31	56,000	0,215
	3 yıldan fazla	13			
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	3 yıl ve daha az	12	14,17 11,92	64,000	0,197
	3 yıldan fazla	13			
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	3 yıl ve daha az	12	14,92 11,23	55,000	0,199
	3 yıldan fazla	13			
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	3 yıl ve daha az	12	14,50 11,62	60,000	0,305
	3 yıldan fazla	13			
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	3 yıl ve daha az	12	12,67 13,31	74,000	0,821
	3 yıldan fazla	13			

Ankete katılan diş hekimlerinin “Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık btcesinden yeterli pay ayrılmaktadır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.75.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	Kadın	13	13,31	74,000	0,788
	Erkek	12	12,67		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	Kadın	13	12,08	66,000	0,489
	Erkek	12	14,00		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	Kadın	13	11,35	56,500	0,182
	Erkek	12	14,79		

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.76.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	26-35	11	13,05	76,500	0,972
	36 ve daha fazla	14	12,96		

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	26-35	11	15,45	50,000	0,115
	36 ve daha fazla	14	11,07		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	26-35	11	12,05	66,500	0,517
	36 ve daha fazla	14	13,75		

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.77.Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Meslekte Çalışma Süreniz?	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	10 ve daha az	10	12,70	72,000	0,833
	10 yıldan fazla	15	13,20		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	10 ve daha az	10	16,75	37,500	0,02*
	10 yıldan fazla	15	10,50		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır	10 ve daha az	10	12,50	70,000	0,757
	10 yıldan fazla	15	13,33		

* $p<0,05$

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Meslekte çalışma süresi 10 ve daha az olan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” algıları yaşı 10 yıldan fazla olan diş hekimlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ankete katılan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.78. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Bu kurumda çalışma süreniz?	n	Medyan	U	p
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır.	3 yıl ve daha az	12	13,33	74,000	0,788
	3 yıldan fazla	13	12,69		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	3 yıl ve daha az	12	14,38	61,500	0,332
	3 yıldan fazla	13	11,73		
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	3 yıl ve daha az	12	11,67	62,000	0,323
	3 yıldan fazla	13	14,23		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çağı çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.79. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	n	Medyan	U	p
Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	Kadın	13	12,35	69,500	0,621
	Erkek	12	13,71		
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır	Kadın	13	12,81	75,500	0,882
	Erkek	12	13,21		
Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	Kadın	13	10,96	51,500	0,145
	Erkek	12	15,21		

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ankete katılan kadın diş hekimleri ile erkek diş hekimleri arasında “Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir” görüşüne bakıldığında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.80. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Yaş Değişkenine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grubu	n	Medyan	U	p
Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	26-35	11	13,55	71,000	0,723
	36 ve daha fazla	14	12,57		
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır	26-35	11	15,91	45,000	0,074
	36 ve daha fazla	14	10,71		
Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	26-35	11	10,59	50,500	0,136
	36 ve daha fazla	14	14,89		

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinde 26-35 yaş ve 36 yaş ve daha fazla yaş grupları arasında “Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer

verilmelidir” görüşüne bakıldığında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.81. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Meslekte Çalışma Süreniz?	n	Medyan	U	p
Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	10 ve daha az	10	14,50	60,000	0,38
	10 yıldan fazla	15	12,00		
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır	10 ve daha az	10	15,80	47,000	0,10
	10 yıldan fazla	15	11,13		
Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	10 ve daha az	10	10,95	54,500	0,24
	10 yıldan fazla	15	14,37		

Ankete katılan diş hekimlerinin “Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir” görüşüne bakıldığında meslekte çalışma süresine göre 10 yıl ve daha az çalışma süresi ile 10 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.82. Ankete Katılan Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Türkiye’de Aile Diş Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Bu kurumda çalışma süreniz?	n	Medyan	U	p
Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	3 yıl ve daha az	12	12,63 13,35	73,500	0,792
	3 yıldan fazla	13			
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır	3 yıl ve daha az	12	14,00 12,08	66,000	0,503
	3 yıldan fazla	13			
Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	3 yıl ve daha az	12	13,67 12,38	70,000	0,655
	3 yıldan fazla	13			

Ankete katılan diş hekimlerinin “Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan diş hekimlerinin “Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir” görüşüne bakıldığında kurumda çalışma süresine göre 3 yıl ve daha az çalışma süresi ile 3 yıldan fazla çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 6.83. Ankete Katılan Dış Hekimlerinin Aile Dış Hekimliği Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Türkiye’de Aile Dış Hekimliği Değerlendirilmesi Arasındaki Farklılıklar

	Aile dış hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?	n	Sıra Ortalaması	U	p
Türkiye’de aile dış hekimliği uygulanmalıdır.	Evet	7	14,14	55,000	0,610
	Hayır	18	12,56		
Aile dış hekimliği sadece kamuda çalışan dış hekimleri tarafından sunulmalıdır	Evet	7	13,21	61,500	0,912
	Hayır	18	12,92		
Özel olarak çalışan dış hekimlerine de aile dış hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	Evet	7	11,50	52,500	0,515
	Hayır	18	13,58		

Ankete katılan dış hekimlerinin “Türkiye’de aile dış hekimliği uygulanmalıdır” görüşüne bakıldığında Aile dış hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan dış hekimlerinin “Aile dış hekimliği sadece kamuda çalışan dış hekimleri tarafından sunulmalıdır” görüşüne bakıldığında Aile dış hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Ankete katılan dış hekimlerinin “Özel olarak çalışan dış hekimlerine de aile dış hekimliği sisteminde yer verilmelidir” görüşüne bakıldığında Aile dış hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Evet ve Hayır arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Son yıllarda modern diş hekimliğinin en büyük ilgi alanı; çürük riskini azaltma, koruyucu uygulamalar ve diş yapılarının mümkün olduğunca korunduğu non-invaziv konservatif teknikleri ön plana çıkarmaya odaklanmıştır. Buna bağlı olarak günümüzde çürük prevalansı düşüşe geçmiş, biçim ve ilerleme hızı bakımından değişikliğe uğramıştır(51), (52).

1997’de UNPP/Sağlık Bakanlığı Sağlık Reformları – II Araştırmaları halk genelinde dişlerini günde 3 kez fırçalayanlar % 11, 2 kez fırçalayanlar %25, 1 kez fırçalayanlar %28, iki günde bir % 9, ara sıra % 16 ve hiç fırçalamayanlar % 11 olarak bildirilmiştir (25). Çalışmamızda ise; diş fırçalama sıklığına bakıldığında, İki kezden fazla fırçalayanların oranı % 7, iki kez fırçalayanların oranı % 51,5 ve günde bir kez fırçalayanların oranı % 37,3 olarak tespit edilmiştir. Her iki çalışmada da diş fırçalayanların büyük çoğunluğunu günde bir kez yada günde iki kez fırçalayanlardan oluştuğu saptanmıştır.

Demiralp ve arkadaşlarının hazırladığı “Ülkemizde Aile Diş Hekimliği Uygulaması İçin Bir Model Önerisi” adlı makalesinde; Aile Diş Hekimliği uygulamalarının gündem olması, vatandaşların hizmete daha kolay erişimleri, toplum ağız diş sağlığı bilincinin sağlanması, önüne geçilebilir rahatsızlıkların düzenli kontroller sonucu, erken teşhis ve müdahaleyle önlenmesi sağlanacaktır. Bu şekilde, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri’ndeki (ADSM) fazla yoğunluğun azaltılması ve ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesi hedeflenmektedir, şeklinde Aile Diş Hekimliği hakkındaki görüşler bildirmişlerdir (2). Çalışmamızda hastaların %79,6’sı Aile Diş Hekimliği Uygulamaları ileride karşılaşılabilecek daha yüksek tedavi maliyetlerini azaltacağı düşüncesinde olup, Aile Diş Hekimliği Uygulamaları Demiralp ve arkadaşlarının belirttiği gibi ileri düzey tedavilerin gerektirdiği daha yüksek maliyetlerin önlenmesinde etkili olacağı saptanmıştır.

Ekici’nin Türkiye’de Kamu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar Ve Öneriler adlı doktora tezinde ankete katılan diş hekimlerinin Sağlık Bakanlığı (SB) merkez teşkilatı içinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir ifadesine katılıyorum oranı %32 iken Tamamen katılıyorum oranı %28,3 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’nin ulusal

bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır ifadesine katılıyorum oranı %32,9 iken tamamen katılıyorum oranı %52,6 olarak tespit edilmiştir. Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir. ifadesine katılıyorum oranı %29,2 iken tamamen katılıyorum oranı %48,9 olarak tespit edilmiştir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır. ifadesine katılıyorum oranı %32,5 iken tamamen katılıyorum oranı %40,8 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ankete katılan diş hekimlerinin “Sağlık Bakanlığı (SB) merkez teşkilatı içinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir” ifadesine katılıyorum oranı %40 iken, kesinlikle katılıyorum oranı %28 olarak tespit edilmiştir. Ankete katılan diş hekimlerinin “Türkiye’nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır” ifadesine katılıyorum oranı %32 iken, kesinlikle katılıyorum oranı %68 olarak tespit edilmiştir. Ankete katılan diş hekimlerinin “Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eş güdüm içerisinde yürütülmelidir” ifadesine katılıyorum oranı %32 iken, kesinlikle katılıyorum oranı %28 olarak tespit edilmiştir. Ankete katılan diş hekimlerinin “Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır” ifadesine katılıyorum oranı %44 iken, kesinlikle katılıyorum oranı %32 olarak tespit edilmiştir.

8. SONUÇ

Bulgulardan elde edilen sonuçlar,

1. Hastaların % 31,3'ü sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verildiğini belirtirken, diş hekimlerinin % 40'ı sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmediğini belirtmiştir.
2. Hastaların % 28,2'si kamu/devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterli olduğunu, diş hekimlerinin % 44'ü kamu/devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir.
3. Hastaların % 27,8'i ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısını yeterli bulmazken, Diş hekimlerinin % 32'si ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısını yeterli bulmaktadır.
4. Hastaların % 35,0'i ağız ve diş sağlığı hakkında kısmen bilgi sahibi olduklarını belirtirken, Diş hekimlerinin % 56'sı toplumun ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye kesinlikle sahip olmadığını belirtmişlerdir.
5. Hastaların % 48,3'ü Aile Diş Hekimliği hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtirken, Diş hekimlerinin % 60'ı Aile Diş Hekimliği hakkında kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmişlerdir.
6. Hastaların % 35,3'ü ve diş hekimlerinin % 36'sı ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısının yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Bu durum Türkiye'de hastaların ve diş hekimlerinin gözünden ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısının yetersiz olduğunu aile diş hekimliği sisteminin uygulanması ile bu yetersizliğin giderilmesi öngörülebilir.
7. Hastaların % 30,8'i ve diş hekimlerinin % 44'ü SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır görüşünde bulunmuştur. Bu durum Türkiye'de hastaların ve diş hekimlerinin gözünden özel sağlık hizmetlerinden SGK ile faydalanılması ve hizmet kalitesinin artırılması konusunda adım atılması gerektiği düşünülebilir.

8. Hastaların % 58,5'i Türkiye'de aile hekimliği hizmetleri gibi aile diş hekimliği hizmetleri kesinlikle bulunmalıdır, diş hekimlerinin % 40'ı Türkiye'de aile diş hekimliği kesinlikle uygulanmalıdır görüşlerinde bulunmuşlardır. Bu durum Türkiye'de hastaların ve diş hekimlerinin gözünden Türkiye'de aile diş hekimliği uygulamasının kesinlikle gerçekleşmesini istedikleri ve hastalar da diş hekimleri de Türkiye'de böyle bir uygulamanın sisteme geçmesine hazır oldukları söylenebilir.



9. KAYNAKLAR

1. Çubukçu ÇE. Neden Koruyucu Diş Hekimliği? Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003. <http://www.thb.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 20 Haziran 2018
2. Demiralp KÖ, Güzeldemirci GB, Kasar B, Onat M, Uğurlu AN, Artantaş AB ve ark. Ülkemizde Aile Diş Hekimliği Uygulaması İçin Bir Model Önerisi. Medical Journal. 12(2), 2012.
3. TDB 22. Uluslararası Diş hekimliği Kongresi. Ağız - Diş Sağlığı Meslek Sorunları Sempozyumu. Aile Diş Hekimliği Çalışma Grubu Raporu, s. 4-1, İzmir, Mayıs, 2016.
4. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) Sözlüğü. 3. Ankara, 2011.
5. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(3);79, 2006.
6. Dağıstan R, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2001.
7. Ertürk Atabey S, Sağlık Sistemleri Ve Sağlık Politikaları, Gazi Kitapevi, s.12, 2012.
8. Akar Ç, Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, Türk Diş hekimleri Birliği Yayınları, Araştırma Dizisi: 9, s19-20, 38-39,65, Ankara, Aralık, 2014.
9. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş.s48, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını,1983.

10. Akdur R, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1999.
11. Ateş M, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Beta Yayıncılık, ISBN : 978 – 605- 377 – 536-2, s.2,3,17,18. İstanbul, 2011.
12. Hayran O, Sağlık Yönetimi Yazıları, SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, s.10,38-40, 115-116, Ankara, 2012.
13. Aile Hekimliği Yönetmeliği. 25 Mayıs 2010. Sayı: 27591, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
14. Sosyal A, Kıraç R, Alu A. Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 6(10), 2016.
15. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliğinin Gelişimi. GeroFam, cilt.1, ss.29-40, 2010
16. Akdur R, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum, Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003.
17. İçtin EG, Dünya Sağlık Örgütü 2003 Dünya Ağız - Diş Sağlığı Raporu’ nun Değerlendirilmesi. Bitirme tezi, s.5, 2013.
18. Kavuncubaşı Ş, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, s.24, Ankara, 2000.
19. Ekici Ö, Türkiye’de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler. T.C. Gazi Üniversitesi, Doktora Tezi, s.16-18,20-24,130, 2013.

20. Yıldırım I, Dülgergil T, Serdaroğlu İ. Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.2(2); s21-39,2010.
21. Öztunç, H, Haytaç, M , Özmeriç, N , Uzel, İ . Adana İlinde 6-11 Yaş Grubu Çocukların Ağız-Diş Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 17, s1-6, 2000.
22. Eronat N, Ertuğrul F, Uğur ZA, Önçağ Ö, Köse T. 1. İzmir Bornova'da Sosyoekonomik Düzey İle Ağız-Diş Sağlığı Durumunun 7 ve 12 Yaş Grubu Çocuklarda Değerlendirilmesi, HÜ Dişhek Fak Derg 21:46-51,1997.
23. Aktan CC, Saran U, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, ISBN: 994 491 6868, s.15, İstanbul, 2007.
24. Aktan CC ve Işık K, "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış" [http:// www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin -korunmasi.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf)(Erişim Tarihi: 05.05. 2010)
25. Bermek G, Toplum Ağız Diş Sağlığı Disiplini ve Uygulamalarının Türkiye'de Ağız Diş Sağlığındaki Yeri, Diş Hekimliği Dergisi 127;18-22,2017.
26. Oktay İ, Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık Sigortası Taslağı, Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi, Sayı 78, s. 58, 2003.
27. Saydam G, Oktay İ, Möller I, Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. s52, İstanbul, 1990.

- 28 .Anderson RE, Treasure T, Whitehouse NH. Oral Health Care Systems in Europe Part 1: Finance and entitlement to Care. Community Dental Health. 15(3);145-149, 1998.
- 29.Yule B. Financing of Dental Care in Europe, Part 1,Part 2, Copenhagen: WHO, Regional Office For Europe Copenhagen.1986,1989.
- 30.Chen M, Anderson RM, Barmes DE, Leclerc M,Lyttle CS.Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative study, Geneva: WHO, 1997.
31. O'Mullane D.Efficiency in Oral Health Care, The Evaluation of Oral Health Systems in Europe. BIOMED1. Final Report, 1997.
32. Holst D, Sheiham, A, Peterson PE. Oral Health Care Services in Europe: Some Recent Changes and a Public Health Perspective. Journal of Public Health. 9(2), 2001.
33. Widstrom E, Eaton KA, Borutta A, Dybizbanska E, Broukal Z. Oral Health Care in Transition in Eastern Europe. British Dental Journal. 190(11); 580- 584, 2001.
34. Şarlak Ö, Ozaner D. Türkiye’de ve gelişmiş bazı ülkelerde sağlık sistemi. Marmara Üniversitesi Sağ.Eğt.Fak. Sağ.Yön. Böl. Yayın No: 1.2002.
35. WHO. Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden, Germany Oral Health Care System and Services, (<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/germany/data/germanysyst.html>, Erişim Tarihi: 2003.)
36. TDB Dış İlişkiler Komisyonu, Sağlık Sistemleri, Ankara: TDBD. 81;42-43, 2003.
37. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe Part 2: The dental workforce. Community Dental Health. 15;243-47, 1998.

38. Kawamura M, Yip HK, Hu DY, Komabayashi TA. Cross-cultural comparison of dental health attitudes and behaviour among freshman dental students in Japan Hong-Kong and West China. *International Dental Journal*. 51; 159-3, 2001.
39. WHO. Financing of dental care in Europe Part 1. ICP/ORH102-501 erişim tarihi: 1986
40. PNHP Physicians for a national health program. international health systems, <http://www.pnph.org/international.htm> (14.11.2001).
41. WHO. Financing of dental care in Europe, Part 2. EUR/ICP/ORH 112, 1990
42. Ergüder T, Esin S, Kutlu L. İskandinav Ülkeleri Sağlık Sistemleri, Sağlıkta Strateji, TC: Sağlık Bakanlığı SPGK: Yayın Organı; Eylül1998:
43. Ülgen R, Ağız Diş Sağlığı Alanında Ülkemiz Koşullarına Uygun Sigorta Planlarının Modellenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s89,90, İstanbul, 2005,
44. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme Collaborating Centre, Malmö University, Sweden,
(<http://www.whocollab.od.mah.se/euro/sweden/sweden.html> Erişim tarihi: 01 Mayıs 2005).
45. Spencer, AJ. What options do we have for organising, providing and funding better public dental care? Australian Health Policy Institute at the University of Sydney in collaboration with the Medical Foundation University of Sydney: Sydney, NSW. Commission paperseries.
(www.usyd.edu.au/chs/ahpi/publications/spencer/spencer_paper.pdf. Erişim tarihi: 01 Mayıs 2005)
46. Manski RJ, Moeller JF, Maas WR. Dental services: Use, expenditures and sources of payment, 1987.130; 500-508. *JADA* 1999.

47.National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral health İnAmerica: A raport of Surgeon General

(<http://www.nidcr.nih.gov/AboutNIDCR/SurgeonGeneral/ExecutiveSummary.htm>

Erişim Tarihi: Ocak 2013)

48.Pine CM. Community Oral Health, ISBN: 0723602441 :0723610959, p32, Oxford ; Boston : Wright, c1997

49.Atasever M, Sağlık Bakanlığı “ Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi” ISBN: 978-975-590-521-1,s39,Ankara, 2014

50. Dülgergil, Ç, Hamidi, M, Dallı, M , Ercan, E , Türkoğlu, Ö . İlköğretim Okullarında Standart Bir Koruyucu Yöntem Olarak Fırça İle Flor Jel Uygulamasının Değerlendirilmesi: Dört Yıllık Alan Çalışması Sonuçları. Cumhuriyet Dental Journal 18,s37- 46, 2014.

51. Newbrun E. Preventing dental caries: current and prospective strategies. J Am Dent Assoc. 123;68-73, 1992.

52. Pardi V, Sinhoreti MA, Pereira AC, Ambrosano GM, MeneghimMde C. In vitro evaluation of microleakage of different materials used as pit-and-fissure sealants. Braz Dent J. 17;49-52, 2006.

53. M.Ü. Sağlık Hizmet Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, TDB Diş Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. 2008. <http://www.tdb.org.tr>, Erişim tarihi: 2 Aralık 2016

54. Kılıç S. Cronbach’s alpha reliability coefficient. Journal of Mood Disorders.6(1);47-8, 2016.

55. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ ÜniversitesiTıp Fakültesi Dergisi. 30(3);211-216. 2004.

10. EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ ALAN HASTALARIN AİLE DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aile Diş Hekimi, 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 hekimidir. Bu çalışma ile Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tez çalışması kapsamında ağız ve diş sağlığı hizmetleri alan hastaların aile diş hekimliğinin Türkiye’de uygulanması hakkındaki görüşlerinin toplanması amaçlanmıştır.

Anketi doldurmak için ayıracağınız süre ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Öğrenim Durumunuz (Mezun olduğunuz):

() İlköğretim () Lise () Önlisans () Lisans () Lisans
üstü belitiniz

4. Dişinizi bir günde kaç kez fırçalarsınız?

() Hiç () Bir kez () İki kez () İki kezden fazla

5. Altı ay içinde diş hekimine kaç kez başvurursunuz:

() Hiç () Bir kez () İki kez () İki kezden fazla

6. Ağız ve diş sağlık hizmetlerini hangi kişi ya da kuruluşlardan alıyorsunuz?

Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve Ağız ve diş sağlığı merkezleri

Üniversite hastanesi

Özel çalışan diş hekimleri ve diş merkezleri

Diğer:

7. Daha önce dişlerime koruyucu diş uygulamaları yaptırdınız mı?

Evet Hayır Fikrim Yok

8. Diş hekimine hangi durumda başvurursunuz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Kontrol amaçlı

Dişim çürüdüğünde

Yeme güçlüğü çektiğimde

Dişlerimin görünüşünü beğenmediğimde

Dişimde ağrı varsa

Dişetlerim kanyorsa

Önceki tedavilerimde sorun çıkarsa
giderim

Diş hekimine gitmem

9. Ağız diş sağlığınızın şu andaki durumunu nasıl ifade edebilirsiniz.

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok İyi

Aile diş hekimliği ile ilgili aşağıda yer alan ifadelere katılma durumunuzu ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

1 "**Kesinlikle Katılmıyorum**" ve 5 "**Kesinlikle Katılıyorum**" ifadesini temsil etmektedir.

		Kesinlikle Katılmıyoru m	Katılmıyoru m	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyoru m	Katılıyoru m	Kesinlikle Katılıyoru m
10	Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor.	1	2	3	4	5
11	Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	1	2	3	4	5
12	Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
13	Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimleri sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
14	Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	1	2	3	4	5
15	SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	1	2	3	4	5
16	Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Diş Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	1	2	3	4	5
17	Aile diş hekimim tarafından ağız ve diş sağlığım hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	1	2	3	4	5

18	Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşacağım daha yüksek tedavi maliyetlerimi azaltacaktır.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Aile diş hekimliği ile ilgili aşağıda yer alan ifadeler doğrultusunda “EVET”, “HAYIR”, “KISMEN” seçeneklerinden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.

19	Devlet tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir sorunla karşılaşıyorum.	EVET	HAYIR	KISMEN
20	Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşları yaşadığım yere uzak.	EVET	HAYIR	KISMEN
21	Kamu/devlet kuruluşlarında diş hekimine muayene olmak için uzun süre bekliyorum.	EVET	HAYIR	KISMEN
22	Kamu/devlet kuruluşlarında ağız-diş sağlığı hizmetlerinde bir sonraki randevu için uzun süre bekliyorum.	EVET	HAYIR	KISMEN
23	Ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	EVET	HAYIR	KISMEN
24	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	EVET	HAYIR	KISMEN
25	Ağız hijyeni ve diş fırçalama hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacım var.	EVET	HAYIR	KISMEN
26	SGK özel diş hekimleri ile anlaşma yaptığında ilave ücret ödeyerek özel diş hekimlerinden hizmet almayı tercih ederim.	EVET	HAYIR	KISMEN
27	Aile diş hekimliği hakkında bilgi sahibiyim.	EVET	HAYIR	KISMEN
28	Aile diş hekimim tarafından verilen ağız ve diş sağlığı	EVET	HAYIR	KISMEN

	bilgilerine göre davranışlarımı değiştirmeye çalışırım.			
29	Aile diş hekimliği Uygulaması kapsamında 6 aylık düzenli kontrollere giderim.	EVET	HAYIR	KISMEN
30	Aile Diş Hekiminin uygun gördüğü koruyucu uygulamaları ya da diş tedavilerini yaptırırım.	EVET	HAYIR	KISMEN

AİLE DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

DİŞ HEKİMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ VEREN DİŞ HEKİMLERİNİN AİLE DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aile Diş Hekimi, 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 hekimidir. Bu çalışma ile Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tez çalışması kapsamında diş sağlığı hizmetleri veren diş hekimlerin aile diş hekimliğinin Türkiye’de uygulanması hakkındaki görüşlerinin toplanması amaçlanmıştır.

Anketi doldurmak için ayıracağınız süre ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Yaşınız:
3. Öğrenim Durumunuz (Mezun olduğunuz):
() İlköğretim () Lise () Önlisans () Lisans () Lisans üstü
4. Çalıştığınız Birim ve Göreviniz:.....
5. Bu Sağlık Kuruluşunda Çalışma Süreniz:
6. Meslekte Çalışma Süreniz:

7. Aile diş hekimliği hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?

() Evet () Hayır () Kısmen

Aile diş hekimliği ile ilgili aşağıda yer alan ifadelere katılma durumunuzu ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

1 **“Kesinlikle Katılmıyorum”** ve 5 **“Kesinlikle Katılıyorum”** ifadesini temsil etmektedir.

		KesinlikleKatılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8	Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yurütülmelidir.	1	2	3	4	5
9	Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	1	2	3	4	5
10	Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yurütülmelidir.	1	2	3	4	5
11	Toplum ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	1	2	3	4	5
12	Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yurütülmelidir.	1	2	3	4	5
13	Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır	1	2	3	4	5
14	Sağlık hizmetleri içerisinde ağız-diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	1	2	3	4	5
15	Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	1	2	3	4	5

16	Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	1	2	3	4	5
17	Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
18	Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
19	Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	1	2	3	4	5
20	Türkiye’de aile diş hekimliği uygulanmalıdır.	1	2	3	4	5
21	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
22	Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	1	2	3	4	5
23	Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
24	Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	1	2	3	4	5
25	SGK, özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	1	2	3	4	5
26	Diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sorun olarak belirttiği maddelerden sizin için en önemli bulduğunuz 3 sorunu seçiniz.	1.Koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yetersizliği 2. Hasta yoğunluğu 3. Performansa dayalı çalışma sistemi 4. İhale ile hizmet- malzeme alımı sorunu (Malzeme kalitesi) 5.Yardımcı personel sorunu 6. Çalışma koşulları 7. Toplum ağız ve diş sağlığı eğitim sorunları				

11.ETİK KURUL ONAYI



MEDİPOL
UNV
İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.2601
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/01/2018

Sayın Fatma ÇAM

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Türkiye 'de Aile Diş Hekimliği Uygulaması; Diş Hekimi ve Hasta Değerlendirmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.01.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden BFFE117FXE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye 'de Aile Dış Hekimliği Uygulaması: Dış Hekimi ve Hasta Değerlendirmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Fatma ÇAM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kalite Yönetim Direktörü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	09.01.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.01.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	

Karar Bilgileri
Karar No: 59 **Tarih: 24/01/2018**
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad	Fatma	Soyad:	ÇAM
Doğum yeri	Bakırköy/İSTANBUL	Doğum tarihi	15.06.1982
Uyruğu	Türk	TC Kimlik No	53479544438
E-mail	fatma_cam@hotmail.com	Tel	05364133553

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2015
Önlisans	Yeditepe Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Bölümü	2004
Lise	Bağcılar Lisesi Fen Matematik Bölümü	1999

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
1-Kalite Yönetim Direktörü	Beykoz Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	2014-2019
2-Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	Tekirdağ Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	2011-2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	orta	orta

	Eşit Ağırlık
ALES Puanı	62,30335

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	iyi
Excell	iyi
Power Point	iyi