



**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE SOSYAL
VE EKONOMİK FAKTÖRLERİN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ
KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Ethem HAS

135230193

Prof. Dr. Metin ATEŞ

İstanbul, 2015



**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE SOSYAL
VE EKONOMİK FAKTÖRLERİN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ
KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Ethem HAS

135230193

Prof. Dr. Metin ATEŞ

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi/doktora tezi/dönem projesi olarak sunduğum " Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Yönetiminde Sosyal ve Ekonomik Faktörlerin Etkisinin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma " başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

04.12.2015

Ethem HAS

ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumunyıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

04.12.2015

Ethem HAS

ÖN SÖZ

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde görüş ve önerileriyle çalışmama yardımcı olan, sorularıma içtenlikle cevap veren ve her türlü desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Metin Ateş'e teşekkür ederim.

Aynı zamanda kaynak bulma aşamasında yaptıkları katkılardan dolayı; meslektaşlarıma, devamlı arkamda manevi gücünü hissettiğim aileme ve anlayış, destek, ilgi ve katkılarıyla her zaman yanımda olan arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	x

1. BÖLÜM GİRİŞ

1.1. Problem.....	2
1.2. Problem Cümlesi	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırmanın Amacı	3
1.5. Sayıtlılar.....	3
1.6. Sınırlamalar	4

2. BÖLÜM SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı.....	5
2.2. Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri.....	11
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Türleri	12
2.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	13
2.4.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	15
2.4.3.2. Tedavi Edici Hizmetler	16
2.5. Sağlıkın Belirleyicileri.....	17
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Temel İlkeler	18
2.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	18
2.6.2. Ana ve Çocuk Sağlığına Öncelik	18
2.6.3. Koruyucu Hizmetlere Öncelik	19
2.6.4. Toplum Katılımı.....	19
2.6.5. Denetim ve Hizmet İçi Eğitim	19
2.6.6. Sosyal Eşitlik	20
2.6.7. Sürekli Hizmet	20
2.6.8. Bütünleştirilmiş Sağlık Hizmetleri.....	20
2.6.9. Kademeli Sevk Sistemi	21

2.6.10. Ekip Hizmeti	21
2.6.11. Esnek Bir Planlama	22
2.6.12. Sektörler Arası İşbirliği	22
2.7. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	22
2.7.1. Genel olarak Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı	22
2.7.2. Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin Özellikleri.....	23
2.7.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	24
2.7.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Müşteri Beklentileri	26
2.7.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hizmet Organizasyonu	27
2.7.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Verimlilik	28
2.7.7. Ağız ve Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi	29

3. BÖLÜM ARAŞTIRMA

3.1. Araştırma Modeli.....	32
3.2. Araştırmanın Yöntemi	32
3.3. Hipotezler	33
3.4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	33
3.4.1. Silness-löe plak indeksi	33
3.4.2. DMFT İndeksi.....	34
3.4.3. Hasta Bilgi Formu	34
3.5. İstatistiksel Değerlendirme	35
3.6. Evren ve Örneklem.....	35
3.7. Araştırmanın Bulguları	35
3.7.1. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Tedavi Olan Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	36
3.6.2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Tedavi Olan Hastaların Alt Problemlere İlişkin Bulgu ve Yorumlar	39

4. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA.....	71
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ	83

ÖZET

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE SOSYAL VE EKONOMİK FAKTÖRLERİN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Ethem HAS

Yüksek Lisans Tezi İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Metin ATEŞ

Aralık, 2015 - 98 sayfa

Sağlık sektörü son yıllarda dünyada giderek artan önemi ve sağlığın vazgeçilmezliği dolayısıyla tüm dikkatleri ve yatırımları üzerine çekmiştir. Türkiye’de de yapılan özel girişimlerde sağlık sektöründe önemli bir paya sahiptir. Yapılan bu girişimler dolayısıyla hem işletmeler hem de akademik çevre için önemli bir inceleme konusu olmuştur. Hizmet işletmelerinin en saf örneklerinden birisi olan sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin artırılarak ülkenin her tarafında ulaşılabilir olması, eşit vatandaşlık hakkı ile koruyucu diş hekimliğinden faydalanması sağlanırken ağız diş sağlığı yönetiminin de gerekli tedbirleri alması gerekmektedir.

Ağız ve diş sağlığı seviyesinin geliştirilmesinde, ağız diş sağlığı değerlerinin tam olarak tespit edilmesi önemlidir. Ağız sağlığı halkın çok ciddi sağlık sorunları arasında yer aldığı bilinmektedir. Kötü ağız hijyeni kişinin yemesi, uyuması, öğrenmesi ve özgüveni ile yakından ilgilidir. Ağız hijyeni kötülüğü, özellikle risk altındaki çocuklarda koruyucu tedavilerle erken tanıştırlarak kontrol altına alınmalıdır. Bu araştırmada, bireylerin yaşadığı sosyal hayat ile ağız hijyenleri arasındaki ilişkiyi belirleyerek, koruyucu tedavi ile onları tanıştırmak, ve ağız diş sağlığı yönetimine alınacak bazı tavsiyelerde bulunarak yönetimin da etkin ve verimli çalışması sağlanacak, bu şekilde bireylerin koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerine ulaşımı kolay, rahat, ucuz olması amaç olarak görülmektedir.

Bu araştırma yapılırken özel kliniğe gelen hastalara sorular sorularak demografik veriler alınmış, hastanın ağız muayenesi yapılarak da ağız bulguları elde

edilmiştir. Diş hekimi tarafından yapılan muayenede ise bakteri plağı indeksi hesaplanmıştır.

Yapılan araştırmanın sonucunda ulaşılan sonuç; Türkiye'deki sağlık otoriteleri tarafından toplum ve okul tabanlı ağız-diş sağığına yönelik koruyucu ve geliştirici programların uygulanmasının teşvik edilmesi gerektiğı ve koruyucu tedavilerle erken tanışan çocukların devlete ağız sağığı açısından maliyetinin önemli ölçüde azalacağı şeklindedir. Bu şekilde vatandaşların daha mutlu ve daha sağıklı olacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu Diş Hekimliğı, Sağık Yönetimi, Diş Fırçalama

ABSTRACT

DETERMINATION OF ORAL AND DENTAL HEALTH SERVICES MANAGEMENT RESEARCH ON IMPACT OF SOCIAL AND ECONOMIC FACTORS

Ethem HAS

Master Thesis, Department of Business Administration

Advisor: Prof. Dr. . Metin ATEŞ

December 2015 - 98 page

The health sector is indispensable in the world and the growing importance of health has suffered in recent years because of all the attention and investment. Turkey also made special initiatives in the health sector has an important role. Therefore it made these initiatives has been an important subject of study for both businesses and academia. Service purest example of someone is accessible everywhere in the country by increasing the quality of services in the health business of the company, equal citizenship rights with preventive dental benefit from the medicine, while providing oral health management must take the necessary measures.

In improving the oral health level, it is important to fully determine the oral health value. It is known that oral health among people of very serious health problems. New poor oral hygiene of people eating, sleeping, is closely related to learning and self-esteem. Oral hygiene evil, especially early tanıştırlarak should be controlled with prophylactic treatment in children at risk. In this study, to determine the relationships between individuals living in social life, with oral hygiene, to introduce them with preventive treatment and oral health management bulanarak some advice to be taken in the management efficient and effective work to be provided, so that easy access to individual preventive oral health services, comfortable, It is seen as an objective to be cheap.

While conducting this study were patients from private clinics to demographic data by asking questions, making the oral examination in the patient's oral findings were obtained. In the examination by a dentist plaque indices were calculated.

As a result of research results achieved; Protective and it should promote the implementation of the developer program and the preventive treatment earlier met the children of the state costs in terms of oral health for the community and school-based oral health by health authorities in Turkey are shaped to be substantially reduced. In this way, citizens are expected to be happier and healthier.

Keywords: Preventive Dentistry, Health Management, Toothbrushing

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADA	: American With Disabilites Act
BM	: Birleşmiş Milletler
BMGK	: Birleşmiş Milletler Genel Kurulu
C.	: Cilt
ÇÜ	: Çukurova Üniversitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HKS	: Hizmet Kalite Standartları
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
İHB	: İnsan Hakları Bildirgesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
S.	: Sayı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar	11
Şekil 2.2. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar.....	14

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	36
Çizelge 3.2. Hastalarla İlgili Tanımlayıcı Bulgular.....	38
Çizelge 3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler	40
Çizelge 3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler	42
Çizelge 3.5. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler	44
Çizelge 3.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler	46
Çizelge 3.7. Ağız hijyeni DMFT ortalamaları	47
Çizelge 3.8. Ağız hijyeni Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi.....	47
Çizelge 3.9. Plak indeksi ortalamaları	48
Çizelge 3.10. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	48
Çizelge 3.11. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları ..	49
Çizelge 3.12. Hastaların Medeni Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	49
Çizelge 3.13. Hastaların Meslek Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	49
Çizelge 3.14. Hastaların Meslek Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	50
Çizelge 3.16. Hastaların Gelir Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi ..	51
Çizelge 3.17. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	51
Çizelge 3.18. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	52
Çizelge 3.19. Hastaların Hane Sayısına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları..	52
Çizelge 3.20. Hastaların Aile Toplam Gelirine Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	53
Çizelge 3.21. Hastaların Aile Toplam Gelirine Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	53
Çizelge 3.22. Hastaların Sigara Kullanımına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	53
Çizelge 3.23. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	54
Çizelge 3.24. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi.....	54
Çizelge 3.25. Hastaların Düzenli Diş Fırçalama Sıklığına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	55
Çizelge 3.26. Hastaların Düzenli Diş Fırçalama Sıklığına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi.....	55
Çizelge 3.27. Hastaların Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	56
Çizelge 3.28. Hastaların “Fırça Dışında Diğer Dental Araçlardan Hangisini Kullanıyorsunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	56
Çizelge 3.29. Hastaların “Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	56
Çizelge 3.30. Hastaların “Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	57

Çizelge 3.31. Hastaların “Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi.....	57
Çizelge 3.32. Hastaların “Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyorsunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	58
Çizelge 3.33. Hastaların “Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyorsunuz” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi.....	58
Çizelge 3.34. Hastaların “Dişlerde Çarpıklık Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	59
Çizelge 3.35. Hastaların “Ağızda Eksik Diş Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	59
Çizelge 3.36. Hastaların “Ağızda Çürük Diş Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	60
Çizelge 3.37. Hastaların “Ağızda Tedavi edilmiş Diş var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları	60
Çizelge 3.38. Hastaların “Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları.....	60

1. BÖLÜM

GİRİŞ

En temel insan haklarından biri sağlık hizmetleridir ve bunun devlet tarafından herkese eşit olarak verilmesi gereken zorunlu bir hizmettir. Ancak bu haktan vatandaşların ne ölçüde yararlanabildiği ve devletin sağlık hizmetlerini ne ölçüde sunabildiği tartışmalı bir konudur. Birey ve toplumun yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden birisi olan sağlık sektörü, ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak milli gelir içerisinde önemli yer tutmaktadır. Ekonomik kalkınma ve artan refah düzeyine paralel olarak, toplumların sağlık hizmetlerine yapmış oldukları harcamalar giderek artmaktadır.

Eğitim refah durumu, sosyal sınıf, işsiz olup olmama, kır-kent yerleşimi gibi unsurlar ağız diş sağlığı hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratmaktadır (Çolakoğlu ve Has 2015).

Yapılan araştırmalara göre, sosyal ve ekonomik olarak yetersiz olan bireylerin sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde, kronik durumlarla ilgili olarak bakım ve hastalığı yönetme ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden yetersizlik, sağlık bakım maliyetlerinde, tıbbi ve ilaç hatalarında ve mortalite oranlarında artma ve sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. Fiziksel hastalık veya yetersizliğin algılanması olarak tanımlanan düşük sağlık durumunun, yetersiz ekonomik faktörler ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Türkiye’de sağlık personelinin belirlediği tedavi gereksinimi (nomatif ihtiyaç) dikkate alındığında mevcut 17.000 dişhekiminin, 15 yıl boyunca çalışması ülke ekonomisinin %60'ının, bu amaca ayrılması gerekmektedir. Öte yandan, hastaların tedavi talebi çok düşüktür. Türkiye’de kişi başına 1 adet dolgu diş dahi düşmemektedir. Dişhekimliği hizmetlerine talep, gelişmiş ülkelerde %40-50 ve gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık %5’dir (Saydam ve diğerleri. 1990; Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları: 2002).

Bu kapsamda ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisi; coğrafi konum, yerleşme, nüfus, beslenme şekilleri, yaşam tarzı, meslek vb. gibi faktörler sayılabilir. Bu faktörler bireylerin doğru sağlıklı kararlar verebilmek için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini sağlama, işleme ve anlama kapasitelerinin düzeyi ile etkilenir.

1.1. Problem

Bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarındaki farklılıklar, sağlıklı yaşam yılı ve kalitesi, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için karar mekanizmasına dahil olmada değişiklikler göstermektedir. Sağlık sistemi, kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim içerisindedir ve bu faktörler sağlık çıktı ve kalitesini etkilemektedir.

Ayrıca sağlık sosyal ve ekonomik düzeyi düşük olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, ağız ve diş tedavilerini büyük ölçüde ihmal ettikleri yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönetiminde sosyal ekonomik faktörlerin etkisi ile ilgili yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Bu araştırmada ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönetiminde sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisinin belirlenmesi yönünden karşılaştırılması ve sağlık hizmet kullanımı araştırılması planlanmıştır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri ile ilgili genel bir kuramsal çerçeve çizilmektedir. İkinci bölümde ise, ağız ve diş sağlığı ilgili bulgular, son bölümde ise sonuçlar değerlendirilmektedir.

1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi; “Ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönetiminde sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisi nelerdir?”

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinde özellikle son yıllarda yapılan reformist çalışmalar büyük dikkat çekmektedir. Bu yönde yapılan çalışmaların bir etkisi de sosyal ve ekonomik

faktörler üzerinde görülmektedir. Sosyal ve ekonomik faktörler, ekonomik yapı içerisinde verimli ve etkin bir görünümü sergilemesi, gelişmişliğin de aynı zamanda bir göstergesidir. Bu açıdan yapılan akademik çalışmaların hem sağlıkta dönüşüm programına hem de sosyal ve ekonomik faktörlere odaklanması ve yapılmak istenen çalışmalara rehberlik etmesi yeni açılımlar ortaya konulması açısından önemlidir. Bu sağlık alanında daha etkin çalışmalar yapılabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin geleceği için faydalı olabilecek bir konu tercih edilmiştir. Bu araştırma sonuçlarının bu alanda çalışma yapacak diğer araştırmacılara yarar sağlayacağı ve sağlık kurumlarında çalışan personelin daha etkin ve hastaların sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanması yönünden fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, son yıllarda sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen reform çalışmalarının genel sosyal ve ekonomik faktörlerinin etkisinin değerlendirilmesidir. Bu yöndeki değerlendirme sağlıkta sosyal ve ekonomik faktörlerin etkileyip etkilemediği üzerinde araştırma yapılmaktadır. Çalışma, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sosyal ve ekonomik faktörlerin, sağlık hizmetleri alanında ne düzeyde etkilendiğini ortaya koymayı hedeflemektedir.

Ağız ve Diş Sağlığı hizmetlerinin daha etkin ve daha verimli olabilmesi için sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisinin ne derece de olduğunu bulmak ve bu yönde ağız ve diş sağlığı yönetimine yardımcı olmak, halkın bu hizmetten yararlanabilmesi amaçlanmaktadır.

Ağız ve diş sağlığı bakımında sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisi nedir? Ağız ve diş sağlığı bakımında azalma meydana gelmişse nedenleri ve çözüm önerileri ortaya konulmakta, artış görülmüşse olumlu öngörüler sayesinde bu sürecin başarıldığı tartışılmaktadır.

1.5. Sayıtlar

1. Anket uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır.
2. Hastaların verdiği cevapların yansız olduğu kabul edilmiştir.

3.Hastalar testi uygularken tüm sorulara cevap vermeye çalışmıştır.

4. Evrenin çoğunluğuna ulaşılmıştır.

1.6. Sınırlamalar

Hastanın sosyal ve ekonomik faktörlerinin belirlenmesi zordur. Çünkü değerler sübjektiftir. Değerler kişilere, inançlara göre değişmekte, tutum ve davranışlardan etkilenmekte, bireysel değerlendirme farkları da bulunmaktadır.

Çalışma süresince karşılaşılan en önemli sorun, kaynak taraması ve veri toplama sürecinde ortaya çıkmıştır. Bu sorun, sektörün kayıt sistemindeki yetersizliklerden ortaya çıkan verilerin toplanmasındaki tıkanıklıklardan kaynaklanmıştır.

2. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, bütün yönleri ile toplumun etkileyen ve geniş bir kavramdır. Sağlığın geliştirilmesi, toplumsal bir bilincin oluşturulması ve desteklenmesiyle hayat bulacaktır (Çolakoğlu, Has). Sağlık kavramının bütün boyutlarını kapsayabilecek ve herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanım zordur. En basit anlamıyla “hastalığın olmaması” şeklinde tanımlanabilir. BM Sağlık Örgütü’nün (WHO) 1979 yılında Alma Ata Ana Konferansı’nda “yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmaması olmayıp aynı zamanda bedensel, ruhsal, ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik halidir” olarak tanımlamıştır (Marşap, 2014: 126).

Sağlık kavramı insan hayatındaki önemli kavramlardan biridir. Bu kavram, canlılık kavramı ile birlikte ele alınmaktadır. Biyoloji Genel Dizgeler Kuramı canlılık kavramı şöyle tanımlar. “Doğada her canlı birbirleri ile bağlantılı hiyerarşik bir düzen ve süreklilik içindedir. En az karmaşık birimler daha karmaşık ve büyük birimlerle hiyerarşik bir düzen ve etkileşim içinde çalışırlar. Her düzeydeki birim kendi içinde bir bütündür. Fakat üstündeki ve altındaki birimlerle bağlantısı düşünülmeden varlığı da düşünülemez. Üst dizgeler alt dizgelerin basit toplamı değildir. Örneğin, bir organ hücrelerin ve dokuların toplamından farklı bütünlük ve düzen gösteren bir dizgedir” (<http://www.koprudergisi.com/>). Öztürk, Genel Dizgeler Teorisi’ni, öncelikle birbiriyle bağlantılı ardışıklık gösteren bir düzen olarak ele almaktadır. Genel Dizgeler Kuramı aynı zamanda tüm canlılar bağlamında bir süreklilik arz eder. Gerçekten doğada da gözlemlediğimiz gibi birimler basitten karmaşığa, genelden ayrıntıya bir yapılanma içerisinde olduğunu ortaya koymaktadır. Öztürk’ün anlatımını günlük ve mesleki gözlemlerimizle onaylamak mümkündür. Çünkü Öztürk’ün de ifade ettiği gibi, her ne kadar sistemler hiyerarşik sistem yapısı olsa bile sistemler kendi aralarında birer bütünlük, üstelik statik olmayan dinamik bir bütünlük arz ederler. Bu yaklaşım sağlık sistemine ya da insan organizmasına tam olarak uymaktadır. Nitekim insan organizması da kendini oluşturan alt düzey unsurların yalın bir ardalığını içermemektedir. Her bir ünite ya da

organ kendi alt unsurlarında daha farklı, daha anlamlı ve daha etkileşimli bir yapılaşma göstermektedir.

Sağlık kavramı; Türkçe Sözlük'de 'vücudun hastalıkta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik sıhhat' olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre 'vücudun iyi ya da kötü olması durumu' olarak ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) sağlığı "... Yalnızca hasta ya da sakat olmamak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan iyi olma hali..." (<http://ds.anadolu.edu.tr/>) Şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım daha sonra birçok yönden, durağan bir tanım olması ve ütöpik bir yapı içermesi nedeniyle eleştirilmiştir. Sağlık artık durağan bir durum olarak görülmemekte, onun yerine dinamikliği ve sürece bağlılık durumu vurgulanmaktadır (Okay 2009: 15) Böylece bu tanım, sağlık kavramının çeşitli başlıklar altında incelenmesine neden olmuştur. Her geçen gün sağlık konusuna yeni boyutlar eklenmektedir. Sağlık genel olarak tanımları şu şekildedir:

Sağlık, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki kısacası insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeren ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır (Ateş, 2012: 3).

Başka bir tanımda ise sağlık zenginlik, güzellik, şıklık, dış görünüm, lezzet, keyif, gibi kavramların pekçok insan için sağlıktan daha önemli ve öncelikli olduğu; bazı insanların zengin, güzel ya da şık olabilmek uğruna sağlıklarını kolaylıkla tehlikeye atabildikleri, lezzet ve keyif uğruna kötü beslenme alışkanlıklarını, madde bağımlılıklarını sürdürebildikleri, hatta bir miktar heyecan uğruna ölümle sonuçlanabilen sporlara, uğraşlara öncelik verebildikleri, çevremizde örneklerini bolca görebileceğimiz gerçeklerdir. Başka bir deyişle, sağlık konusunun insanların çoğunluğu için günlük hayatta öncelikli olmadığı, genellikle kaybedildiğinde önemi anlaşılan ve öncelik kazanan bir durum olduğu anlaşılmaktadır (Hayran, 2012: 1).

1948 yılında DSÖ sağlık kavramına daha kapsamlı bir tanım geliştirilmiş; sağlık kavramının içeriği zenginleştirilerek sosyal ve psikolojik boyutları da eklenmiştir. "Günümüzde büyük ölçüde kabul gören bu tanımlamaya göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal tam iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sağlık, çok boyutlu bir kavram özelliği taşımaktadır. Birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör,

sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir” (acikarsiv.atilim.edu.tr). DSÖ söz konusu sağlık tanımına sosyal ve psikolojik kavramlar da eklemiştir. Davranış, inanç, rol gibi konular sosyal içeriği bakımından sağlık kavramına dâhil olmuşlardır.

2.2. Sağlık Hizmetleri

2.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri en basit şekilde bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetleri genel olarak şu şekilde tanımlanmaktadır: Sağlık, insan yaşamının idame etmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen, ülkelerin sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin saptanmasında etkili olan bir alandır (Öksüz, 2010). Sağlık hizmetleri, sadece hastalık dönemlerinde ihtiyaç duyulan hizmetler değildir. İnsanların sağlıklı iken sağlıklarının korunması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için de sağlık hizmetine ihtiyaçları vardır, öte yandan doğuştan, hastalık ya da kaza sonucu sakat kalmış olan bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için de sağlık hizmeti gerekmektedir (Hayran, 2012: 37).

Türkiye’de ise sağlık hizmetleri tanımlanırken genel olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesindeki tanım kullanılmaktadır. Bu tanıma göre; “sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların iúe alúutırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (m.2/ III). Bu tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlık hizmetlerinin amaçları; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, korumaya rağmen hasta olanların tedavisini yapmak ve sakatların kendi kendilerine yeter şekilde yaşamalarını sağlamaktır. (Hayran ve Sur, 1998: 258)

En genel tanımıyla, "sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü" olarak tanımlanan (Fişek, 1983; Ateş, 2012: 4). Sağlık hizmetleri İngilizce 'de kamu sağlık örgütlerinin çalışmalarını kapsar iken, dilimizde bu terim Fişek'in tanımına uygun bir şekilde sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamında kullanılmaktadır. Ayrıca,; hastalıkların teşhis, tedavi ve

rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetleri kapsar (Ateş, 2012: 4). Günümüzde ülkemiz açısından düşünüldüğünde çok farklı pozisyonlarda ve uzmanlık alanlarında sağlık personeli ile sağlık hizmetleri görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin günümüzdeki amaçları da geçmişe göre değişmiştir. Bu açıdan sağlık hizmetleri ülke genelinde geniş ve uzmanlık alanı yüksek bir örgütlenmeyi ifade etmektedir. Ayrıca koruyucu ve tedavi edici nitelikte sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi gereklidir. Bu da basamak tipi sağlık örgütlenmesini gerekli kılmaktadır.

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak özgün bir tanım yapılacak olursa; sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun gereksinim duyduğu; sağlığı koruma, sürdürme ve iyileştirme kapsamında sunulan, alanında uzman ve uluslararası standartlara uygunluk, bütünlük ve düzen çerçevesinde teknolojik gelişmelerden ve bilgi birikimlerinden yararlanan kişiler tarafından sunulan evrensel hizmetlerdir.

Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1979 Alma Ata Konferansı'nda sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması olmayıp; aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur"" şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımda sosyal, fiziksel özel-üklerin yanında ruhsal iyilik hali de göz önünde tutulmuştur. Bu tanım oldukça yaygın kullanılan bir tanım olmasına rağmen, erişilmesi ve ölçülmesi güç bir kavram olduğundan bir takım eleştirilerde almaktadır, (Ateş, 2012: 3). Tüm bu koruyucu önlemlere karşın hastalığın ortaya çıkması durumunda yapılacak olan, kişinin hastalığın zararlı etkisinden kurtulabilmesi için bütün tıbbi olanakların kullanılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı, sağlık işletmelerinin üretim, finans ve yatırım açısından farklılıklar göstermesi, ayrıca sektördeki diğer hizmetler gibi ayrılmazlık, depolanamama, heterojen olma gibi özellikleri içerisinde barındırmasından dolayı karmaşık bir yapıya sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a. **Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur:** Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısının insan olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin

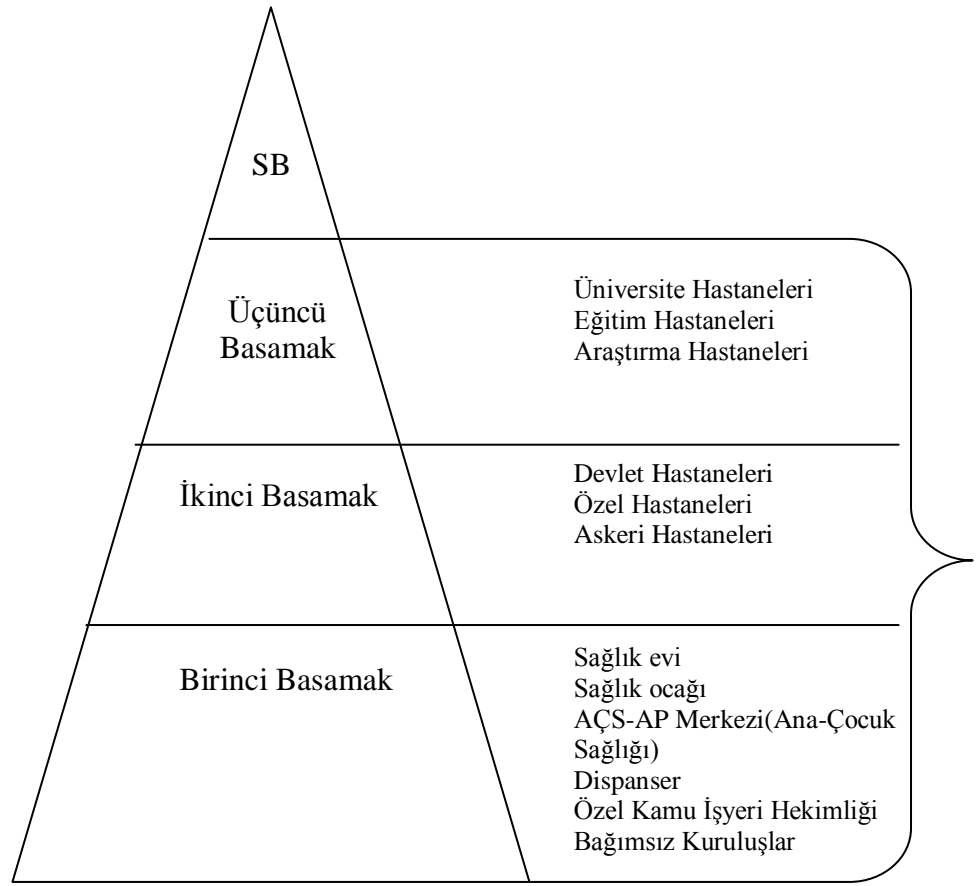
sonuçlarını kısa bir süre içinde görme ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (Erdem, 2007).

- b. **Farklı meslek grupları iç içe hizmet verir:** Birbirinden çok farklı tıbbi hizmetler (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.) yanında otelcilik hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşır, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım, onarım, aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, eğitim, araştırma, danışmanlık/yönlendirme, taşımacılık ve diğer birtakım fonksiyonlar sınırlı mekânda bir arada bulunur (Erdem, 2007)
- c. **Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez:** Talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir. Diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkânı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalp ameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkânı yoktur (Filiz, 2010).
- d. **Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez:** İhtiyaç olduğunda hemen giderilmesi gerekir, bekletilemez, tehir edilemez. Dolayısıyla başka bir hizmetle yerini doldurmak, ya da çoğu zaman acil olan muayene ve tedaviyi ertelemek mümkün değildir. Aksi takdirde, sonuç, atlatılması zor kronik hastalıklar, sakatlıklar ya da ölüm olabilir (Bakır, 2006).
- e. **“Bilgi asimetrisi vardır:** Sağlık hizmeti almak isteyen kişiler ne kadar hizmet almaları gerektiğini bilmediklerinden ne kadar hizmet talep edeceklerini bilemezler. Yani herhangi bir şikâyette sağlık kuruluşuna başvuran kişi kendisine hangi tetkik ve tahlillerin yapılması gerektiği ve bunların ne düzeyde olması gerektiğini bilemez” (<http://www.saglikidaresidergisi.>).
- f. **Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır:** Sağlık hizmetlerinin sunulduğu profesyonel sektörde gerek bilimsel tıbbın uygun gördüğü koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık

hizmetleri, hizmetin sunumunda kullanılan sağlık hizmetleri yöneticisi, hekim, hemşire, ebe, teknik personel vb. profesyonel insan kaynakları, gerekse bina, araç gereç ve tıbbi malzeme son derece yüksek maliyetli olup kıt kaynaklardır (Erdem, 2007).

- g. **Hizmet verildiği anda, ekonomik değerini yitirir ve sadece fayda sağlar:** Asıl önemli nokta ise, hizmetin sağlayacağı faydanın önceden bilinmemesidir (Bakır, 2006).
- h. **Sağlık hizmetleri standart değildir:** Hizmet sunanların farklılığı eşit hizmet sunumunu zorlaştırır. Sunulan hizmet, onu sunan kişiye göre değiştiği gibi, zaman içinde aynı kişi düzeyinde de sabit kalmaz (Bakır, 2006).

Sağlık hizmetleri bazı amaçlar doğrultusunda kamusal yararın en üst düzeyde gözetildiği bir yapıyı ifade etmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri bir takım amaçları olan bir sistemi ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri tanımlamaları yapılırken sağlık ile ilgili pek çok kavram ve tanım da işin içine girmektedir. Mesela hasta ve hastalık, sağlık personeli, tıp, eczacılık, sağlık teknolojisi, sağlık pazarlaması vb. gibi kavramlar sağlık hizmetleri ile doğrudan ilgilidir. Sağlık hizmetleri sadece bir boyut ile ele alınabilecek kadar sığ bir tanımlamaya sahip olmamalıdır. Bu açıdan çok taraflı ve etkisi son derece yaygın, bireysel ve toplumsal özellikler ihtiva eden sağlık hizmetlerinin tanımı da geniştir. Ancak belirtmek gerekir ki, sağlık hizmetleri statik bir yapı hiç değildir. Bir başka deyişle sağlık hizmetleri teknoloji, insan kaynakları, ekonomi ve yönetim anlayışı gibi değişenler neticesinde hem içerik hem uygulama yönünden değişim geçirmektedir ve büyümektedir. Bu göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinde güncel ve özgün tanımlamalara ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri tanımlarının geliştirilmesi gerektiği gibi asıl sebep olan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi de gereklidir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ülke politikası olabilir, sağlık hizmetlerinin her alanında görev yapan kurumların hedeflerin haline gelebilir. Sağlık alanında yaşam kalitesinin artırılması, bireysel ve toplumsal refahın gerçekleştirilmesi ülke politikaları açısından reform çalışmaları ile ve kalkınma planları ile gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumlar şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar

Kaynak: Ateş 2013: 10

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri

En genel tanımıyla “sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü” olarak tanımlanmıştır. Ateş (2011) ise sağlık hizmetlerinin niteliklerini iki aşamada gruplandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun tümünün yararı söz konusudur ve bu nedenle bu hizmetleri kamusal kısmını oluşturur. Hizmet bireye değil topluma verilir. İkicisi ise sağlık hizmetleri, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile ilgilidir. tedavi edici sağlık hizmetlerinde sağlık sorunu büyük oranda bireyselleşmiştir. (Ateş 2011: 6).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet kurumlarından ayıran nitelikler ise aşağıda şekilde sıralanmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri 2015:74-78).

- “Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez.

- sunan karar verir. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz.
- Sağlık hizmeti ertelenemez.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler. Sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet alanlarından ayıran bir diğer önemli özelliktir. Sağlık hizmetlerinde hizmetin ne zaman, nasıl ve ne kadar verileceğine hizmeti alan değil, hizmeti veren karar verir.
- Sağlık hizmeti çıktısı paraya çevrilemez.”

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Sağlık hizmetleri incelendiğinde hemen hemen her ülkede başlıca üç sektörün sağlık bakım hizmeti verdiği görülmektedir. “Bunlar folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör şeklinde sınıflandırılabilir.

Folk Sektör: Sağlık bakım hizmetleri konusunda resmi olarak bir eğitim-öğretim almamış ancak çeşitli nedenlerden dolayı toplumca kabul görmüş kişilerden oluşmaktadır. Kırık çıkırlar, üfürükçüler, bel çekenler bu sektörde hizmet verenlere örnektir.

Popüler Sektör: Sağlık bakım hizmetleri ve hastalıklar hakkında herhangi bir eğitim-öğretim almamış, dolayısıyla uzmanlığı olmayan fakat yaşları ve hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler bu sektörü oluşturmaktadır.

Profesyonel Sektör: Bu sektör hastalıklar ve bakım hizmetleri konusunda özel bir eğitim-öğretim görmüş sağlık personelinin oluşturmaktadır. Hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, eczacı v.b. bu sektördeki sağlık personelleridir”. (Hayran ve Sur, 1998, s.17) Sağlık hizmeti personeli kendi meslek gruplarında eğitim ve diploma almış, yeterli bilgi ve beceriye sahip kişilerden oluşmaktadır.

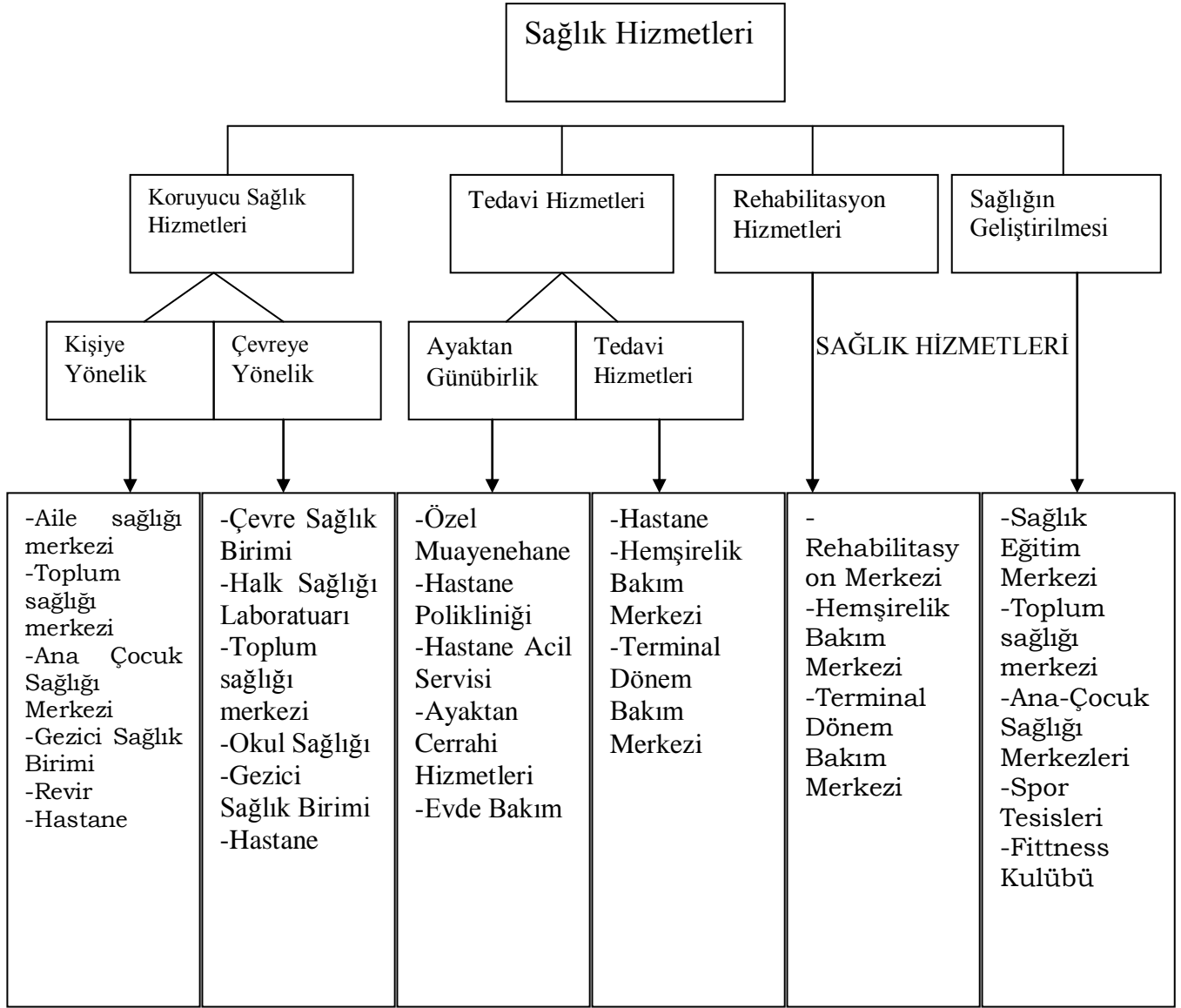
2.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir (Tengilimoğlu, vd. 2015: 79). Sağlık hizmetleri dünyanın pek çok ülkesinde önceleri sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelimler ortaya çıkmıştır. Ancak giderek hastalık ya da sağlığı bozucu etkenlerin öğrenilmesi sonucu çevre sağlığı, mikroplarla mücadele ve kişisel hijyen gibi konular önem kazanmaya başlamıştır. Bu gelişmeler sonucunda sağlık hizmetleri farklı şekillerde anlaşılmaya başlanmıştır. Buna göre, sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 1998: 12).

Dünya ülkeleri, sağlık hizmet sunumunu bir kalıba sokmak amacıyla sistem arayışına girdiklerinde -doğal olarak- dünyadaki diğer ülkeleri incelemişler ve kendi ülkeleri açısından uygun olduğunu düşündüklerini model almışlardır: (<http://sbu.saglik.gov.tr>)

- Kişisel,
- Çevresel,
- Koruyucu
- Çoğulcu,
- Sosyal Güvenlik Temelli.

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır.



Şekil 2.2. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2015: 80.

Bu hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir.

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanmaktadır.

2.4.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan, bu risklere karşı verilen bir m¼cadele şeklidir. Bu özelliği nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmek zorundadır. Bu tür hizmetlerin amacı toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesi daha yüksek bir toplum oluşturmak olduğundan ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma sunulması gerekmektedir. Hastalıklar oluşmadan, insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla doğrudan kişiye yönelik olarak yapılan, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelenebilir.

1. Çevreye yönelik hizmetler: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Başka bir ifade ile çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin tümüdür. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürüt¼lür.

2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tam konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu gruptaki hizmetlerin başlıcaları;

- Erken tam ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,

- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Kişisel hijyen.

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütölen hizmetlerdir.

2.4.3.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin, eski düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personelinin de katkıları ile gerçekleştirilir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 31). Tedavi edici hizmetler, ilk poliklinik müdahalesi ve yatan hastalarla dışarıdan gelen hastaların klinik müdahale hizmetleri de dâhil olmak üzere, hastalara muayenehaneler ve sağlık kuruluşlarında verilen tüm tedavi edici hizmetleri ve bu tedaviye bağlı olarak hastanın satın aldığı tüm ilaç ve sağlık gereçlerini kapsamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 84).

Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine göre en temel farkı tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri bakımından bakıldığı zaman yalnızca kişinin sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavisinin yapılması bulaşıcı hastalıkların toplumun diğer üyelerine bulaşmasına engel olabilir. Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetleri ile dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenmiş olur.

Tedavi hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumu ortaya çıktığı zaman verilen hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanmaktadır. Kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

2.5. Sağlığın Belirleyicileri

Sağlığın temel belirleyicileri bireylerin yaşı, cinsiyet ve genetik özellikleri, içinde buldukları sosyokültürel sistem, ekonomik güçleri, inançları, çevre ve çalışma koşulları, eğitim düzeyleridir (Erengin ve Dedeoğlu 1998, s 140–143). İnsan sağlığı duygusal, zihinsel ve bedensel olarak iç ve dış çevreden, davranışlardan ve kalıtsal faktörlerden etkilenmektedir. Bu dört girdinin her biri akıl sağlığı, nüfus karakteristikleri, doğal kaynaklar ve ekolojik denge ile birbirlerini etkilemekte ve sıkı bir ilişki içindedir. Bu ilişki de sağlığı ve sağlığa bakış açısını etkileyen sağlığın belirleyicileri olarak karşımıza çıkmaktadır (Onur, 2007: 44). Bu belirleyiciler çevreden kaynaklanan, davranıştan kaynaklanan ve kalıttan kaynaklanan belirleyicilerdir.

Çevreden Kaynaklanan Belirleyiciler: İnsanların üzerinde yaşadıkları doğal, fiziksel ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmakta ve insan sağlığını etkilemektedir. Genel olarak çevre üç grupta incelenebilir.

Biyolojik çevre; bireyin bedensel yapısının yanı sıra içinde mikroorganizmaların, vektörlerin, bitki ve hayvanlar ile besinlerin bulunduğu çevredir. Örneğin kolera, çocuk felci gibi hastalıklara birçok mikroorganizmalar sebep olmaktadır. Fiziksel çevre; iklim, hava kirliliği, toprak yapısı, atıklar vb. faktörlerden oluşan çevre fiziksel çevredir. İklim koşullarındaki değişim çevre kirliliği insan sağlığını ciddi boyutta etkilemektedir. Sosyal çevre; insanların sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen kişilerin birbirleriyle ilişkilerini sağlamaya aracılık eden faktörlerdir. Sosyo-kültürel çevre ile ilişkili hastalıklara tüberküloz ve zührevi hastalıklar örnek verilebilir.

Davranıştan Kaynaklanan Belirleyiciler: Kişinin alışkanlıkları, tutumları, değerlerini içermektedir. Alkol kullanımı, aşırı yemek yeme, hızlı araç kullanma, kişisel hijyen yetersizliği gibi davranış ve alışkanlıklar sağlık üzerinde etkili rol oynamaktadır.

Kalıttan Kaynaklanan Belirleyiciler: Bireyin doğuştan sahip olduğu biyolojik ve organik yapısı, hastalıklara karşı duyarlılığını etkileyebilir ya da bu hastalıklar kalıtım yoluyla bireye geçebilir. Orak hücre anemisi buna örnek olarak verilebilir.

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Temel İlkeler

Sağlık örgütlenmesinde göz önüne alınması gereken temel ilkeler, yukarıdaki bilgiler doğrultusunda ve Alma-Ata bildirgesine göre (WHO, 1978) ve sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin bir devlet görevi olduğu göz önüne alınarak saptanmıştır. (Ateş, 2012: 14).

2.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bu ilkenin gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin halkın yaşadığı en uç noktalara kadar gitmesini sağlar. Bu durumda hizmetler, köylere, mezralara kadar uzanan bir örgüt içinde sunulacaktır. Bunun gereği olarak, hizmetler öncelikle nüfus yoğunluğu temel alınarak örgütlenmelidir (Ateş, 2012: 14). Genellikle hastaların hastanelere başvurmadan önce başvurup, gerekli görüldüğünde hastanelere gönderildikleri sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetleri kapsayan birinci basamak tedavi hizmetleri; ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Türkiye’de aile hekimleri, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan bazılarıdır (Hayran, 1998: 13-14). Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte verildiği, kişilerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur (Akdağ, 2011: 78; Ateş, 2012: 16) Birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlar, yataklı tedavi kuruluşlarının önünde birer filtre görevi yapmaktadır. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta, buradaki doktorun uygun görmesi halinde hastanelere gönderilmektedir. Hastaların yaklaşık %90’ı birinci basamakta yeterli bakım ve tedaviye ulaşmakta, yaklaşık %10’u ise ikinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlara yönlendirilmektedir (Altay, 2007: 46-47).

2.6.2. Ana ve Çocuk Sağlığına Öncelik

Bu ilke, risk altındaki gruplara öncelik verilmesi gerektiğini belirtir. Risk gruplarının başında ise, ana ve çocuklar gelir. Bu hizmetlerdeki ana 15-44 yaşları arasındaki doğurgan kadınları, çocuk ise 0-6 yaşları arasındaki nüfusu anlatır.

Bu hizmetler içinde doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı ve çocukların izlenmesi gelir. Bu işler içinde bağışıklama, çocukların gelişmelerinin izlenmesi ve sağlık eğitimi hizmetleri ağırlıklıdır (Ateş, 1996).

2.6.3. Koruyucu Hizmetlere Öncelik

Sağlık hizmetleri yalnızca hastalara sunulan bir hizmet türü olmayıp, hasta ya da sağlam olsun; toplumdaki her bireye götürülmesi gereken bir hizmettir. Özellikle sağlık ocağında çalışan ekibe verilen görevlerin pek çoğu koruyucu sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu hizmetleri yalnızca bağışıklama ve çevre sağlığı hizmetlerinden ibaret olmayıp aile planlaması, erken tanı, ilaçla koruma, sağlık eğitimi, beslenmenin düzeltilmesi gibi daha başka hizmetler de vardır (Ünal ve Ateş, 2002). Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiyeye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir

2.6.4. Toplum Katılımı

Sağlık hizmetleri bir sosyal hizmettir. Sosyal hizmetlerde, halkın hizmete sahip çıkması, hizmetin başarısını olumlu yönde etkiler (Gönül, 1981; Ateş, 2012: 16). Sağlık hizmetleri halk tarafından benimsendiği, bir başka deyişle, bu hizmetler halka mal edildiği takdirde başarı da artacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında halkın görüşüne başvurmak, halkla birlikte çalışmak bir ilke olmalıdır.

2.6.5. Denetim ve Hizmet İçi Eğitim

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez öğelerinden birisi de denetim ve eğitimidir. Denetim, geleneksel teftiş anlayışından farklı olarak; aksaklıkların belirlenmesi, bu aksaklığın nedeninin bulunması ve bu nedenin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Alınan tedbirler destek eğitim veya ödüllendirme-cezalandırma biçiminde olabilir (Ateş, 2012: 19).

2.6.6. Sosyal Eşitlik

İnsan hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde yerine getirilmesini sağlamak amacıyla sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetler bir kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilmelidir. Çünkü sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu hizmetler, yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim biriminde oturan kişilere de sosyal adalet içinde, eşit olarak unutmamalıdır (Ateş, 2012: 14). Toplumdaki her bireyin en az fedakarlıkla sağlık hizmetlerinden, eşit şekilde yararlanması esastır. Sağlık hakkı temel haklardandır. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin eşit, dengeli ve sürekli olarak tüm bireylere ulaştırılması zorunludur (DPT., 1989: 289). Diğer bir tanımda ise sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimlerde sağlık hizmetlerine eşit erişim; eşit gereksinimler için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik; sağlık durumu, sağlıkla ilgili risk etmenleri, sağlık hizmetlerinin kullanımı için söz konusudur (Whitehead, 2001).

2.6.7. Sürekli Hizmet

Sağlık hizmetlerinin önemli ilkelerinden biri de herkese, her yerde ve her zaman hizmet sunulmasıdır. Bu ilke, yerleşik, planlı ve programlı hizmet sunumunu gerektirir. Sağlık ocaklarından başlayıp ilçe ve il hastanelerine ve özel dal hastanelerine kadar uzanan hizmet ağı, bu ilkeye göre örgütlenmiş bir modeldir (Öztek, 1986 Akt. Ateş, 2012: 14). Düzenli bir hizmet kaynağının varlığı ve bunun kullanımınıdır. Sürekli hizmet, kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı tanıması ve benimsemesi, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanıması ve bu etkileşimin belli bir zaman diliminde devam etmesidir. Hizmet kullanımını etkileyen en önemli faktörlerden biri sürekli hizmet kaynağının varlığıdır.

2.6.8. Bütünleştirilmiş Sağlık Hizmetleri

İkinci Dünya Savaşı'ndan önceki dönemde, "geniş bölgelerde tek amaçlı hizmet" şeklinde örgütlenmek genel bir anlayıştı. Bu tür örgütlenmeye sıtma, trahom, verem, frengi ve lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri örnek olarak

gösterilebilir. İkinci dünya savaşı sonrası dönemde bu görüş değişmiştir. Zamanımızda ise "dar bölgede çok yönlü hizmet" yaygın görüştür. (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanun, 1961 www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf). Dikey örgütlenmede, birey alacağı hizmetin türüne göre, değişik kuruluşlara başvurmak zorundadır. Yatay örgütlenmede ise, her türlü sağlık hizmetini almak için aynı kuruluşa başvurmak durumundadır.

2.6.9. Kademeli Sevk Sistemi

Bu ilke sağlık ocağı benzeri birimlerden bölge hastanelerine ve oradan da il hastanelerine ve özel dal hastanelerine hasta sevkini öngörmektedir. Böylelikle, ilk basamak birimleri hastanelerin önünde filtre görevi görmüş olacaklardır. Sağlık ocaklarına başvuran her yüz hastadan beşi ya da onu hastanelere sevk edilmektedir (Öztek, 1986, Akt. Ateş, 2012: 14). Oysa sağlık ocaklarının bu süzme görevi olmasa kuramsal olarak yüz hastanın hepsilere başvurması gerekecekti. Bu durumda, yüz hastanın 90'nına hizmet veren sağlık ocakları hastanelerin yükünü %90 azaltıyor demektir. Şayet sağlık ocakları benzeri birimler olmasaydı, bu hastalar ya hiçbir sağlık kuruluşuna gitmeyecek ya da hastanelere gideceklerdi. İkinci seçenek gerçekleştiğinde hastanede çalışan uzmanlar birer pratisyen hekim gibi çalışıyor olacaklardı (Eren, 1978; Ateş, 2012: 14). Bundan dolayı gerek hastanelerde meydana gelen yığılmaları önlemek gerekse çalışanların daha verimli çalışmasını sağlamak için kademeli sevk sistemi uygulanmalıdır.

2.6.10. Ekip Hizmeti

Sağlık ekibi; ortak hedefi hastaya en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımını vermek olan, değişik sağlık mesleklerinden üyelerden oluşan, her bir üyenin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (Özsoy vd., 2000). Sağlık ekibi; ortak hedefi hastaya en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımını vermek olan, değişik sağlık mesleklerinden üyelerden oluşan, her bir üyenin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (Özsoy vd., 2000). Sağlık hizmetlerinin sunumu, bir ekip işidir.

2.6.11. Esnek Bir Planlama

Planlama bir süreçtir. Hiçbir plan başlangıçtaki gibi kalmaz, uygulanır, değerlendirildiğinden plan yapılır. O nedenle, planların esnek olması bir kuraldır. Sağlık hizmetleri ile ilgili planlarda zaman içinde, günün koşullarına uygun olarak değiştirilebilir. Örneğin beş-on bin kişi için kurulan sağlık ocakları, ülkenin nüfusundaki, insan gücündeki ve kaynaklarındaki gelişmeler sonucu yeniden düzenlenebilir.

2.6.12. Sektörler Arası İşbirliği

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu diğer sektörlerin işbirliği ile olmalıdır. Örneğin güvenilir içme suyunun sağlanması, sağlığa zararlı etkenlerin ortadan kaldırılması belediyeler ile sağlık eğitimi için okullarla işbirliği yapmak gerekir. Bilindiği gibi Alma-Ata bildirgesinde sektörler arası işbirliğine vurgu yapılarak, bu konudaki düzenlemeler ülkelere bırakmıştır.

2.7. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

2.7.1. Genel olarak Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı

Diş çürüğü, bakterilerin ağız içerisinde kolonizasyonu, bu ortamda çoğalması ve zaman içerisinde diyet ve konak faktörleri ile etkileşime girmesi sonucu oluşan multifaktöriyel ve enfeksiyöz bir hastalıktır. Çürüğün oluşabilmesi için duyarlı bir konak ile karyojenik ağız florası ve karyojenik gıdaların yeterli süre birarada bulunması gerektiği düşüncesi genel olarak kabul edilmektedir (Koçanalı ve diğerleri, 2014: 77). Çürük önleme ve çürükten korunma çalışmalarının başında özellikle toplumlarımızın bilinçlendirilmesi ve bu konudaki eğitimi gelmektedir (Boran, 2009: 2). Toplumların ağız-diş sağlığı düzeylerinin bilinmesi, ağız-diş sağlığı düzeyinin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. (Gökalp vd., 2004: 11).

Ağız diş sağlığı sorunları diğer hastalıklar gibi yaygın görülmesi ile bir halk sağlığı sorunlarıdır. Ağız diş sağlığının acı ve ağrıdan kaynaklı sebeplerle yaşam kalitesine ciddi etkileri ve beden fonksiyonlarını engelleyici genel sağlığı olumsuz yönde etkisi nedenleri açısından önemlidir. “Ağız sağlığı kronik orafacial ağrı, ağız kanseri, ağız-doku lezyonları, yarık damak-dudak gibi doğum kusurları ve genel olarak kronofacial kompleks olarak bilinen oral, dental ve kronofasial dokuların

hastalığının ve bozukluklarının olmamasıdır.” Ağız sağlığı genel anlamda sağlıklı bir dişten daha fazla anlam içermekte ve genel vücut sağlığının değişmez ve yadsınamaz bir olgusudur.

Ağız diş sağlığı ile vücudumuzun en önemli organı olan ağız ve dişler ile konuşma, çiğneme, yutma, tat alma ve olağan yaşam akışında insan ilişkilerinde kuracağım ilişkilerde yaşam kaliteyi arttırıcı insan vücut sağlığını olumlu yönde etkileyici olmaktadır. Ağız hastalıkları olağan yaşam akışını ve kalitesini olumsuz yönde etkileyerek genel insan psikolojisinin de bozulmasına yol açmaktadır. Ağız diş sağlığında düzenli ağız kontrolü, beslenme aktivitelerinin yanında mikrobiyal enfeksiyonları, genel bağışıklık bozuklukları, yaralanmalar, ağız kanseri gibi genel hastalığın teşhisini sağlamaktadır.

ADSM tanımı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 3’de şu şekilde tanımlanmaktadır: “Diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayaktan veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra ileri tetkik ve tedavilerin de uygulandığı, en az 10 ünit kapasiteli, idari ve mali bakımdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumlarıdır.” (TCSB, <http://www.saglik.gov.tr>). Türkiye’de ağız diş sağlığı ile ilgili sorunlar birey ve toplumun genel sağlık düzeyini etkilemektedir. Ağız diş sağlığına ilişkin hastalıklar ve bunun toplum genelindeki yaygınlığı bireylerin ağız diş sağlığı konusunda yeterince bilinçli olmaması en başta gelen nedenlerinden sayılabilmektedir. Tetkik, teşhis ve tedavi hizmetleri ile koruyucu özelliğinin yanı sıra ileri tetkik ve tedavi yöntemleri ile bakım hizmetlerinin geliştirilerek daha kapsamlı ve sağlıklı bir etkinliğin sağlanması ve hasta sağlığı ve memnuniyetinin oluşturularak toplum sağlık düzeyinin gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarılması amaçlanmaktadır.

2.7.2. Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin Özellikleri

Geri kalmış ülkelerin hemen hepsinde ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda halkın gelir seviyesinin düşüklüğü ve gelir dağılımındaki adaletsizlikler nedeniyle halk sağlığı sorunları, yaşam kalitesini düşüren en önemli sorunların başında gelmektedir. Sağlık sorunlarının içerisinde de ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler önemli bir yer işgal etmektedir.

Dünyadaki pek çok ülkeye göre sağlık alanında daha iyi ve organize bir yapıya sahip olan Türkiye’de de benzer bir tablo izlenmektedir.

“Ülkemizde ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar en önemli halk sağlığı sorunları içindedir. Ağız, diş ve diş etlerine ait hastalıklar ülkemiz bireylerinin %96’sını etkilemektedir” (<https://www.bilkent.edu.tr>). “Ağız ve diş sağlığı durum tespiti ile ilgili olarak yapılan en kapsamlı araştırma; 1987-1988 yılları arasında yapılmıştır”. (<https://www.bilkent.edu.tr>). Bu araştırmaya göre; 6-12 yaş grubunda diş çürüğü olan çocukların oranı, 30-34 yaş grubunda bu oran, sabit proteze başlama yaşı 18-20, total proteze başlama yaşı ise 25’dir. Mayıs 1999 itibariyle; Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri: 1 Eğitim Diş Hastanesi, 9 Müstakil Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 91 Hastane bünyesinde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 621 Diş Polikliniğinde (Hastane veya Sağlık Merkezi bünyesinde) yürütülmektedir.

Günümüzde ADSM modern yapılarda, tıbbi teknolojinin sağladığı tüm olanaklar ile ağız ve diş sağlığı konusunda yaptığı çalışmalar ile birey ve toplum sağlığı açısından tercih edilebilirliği günden güne artmaktadır. Burada sunulan hizmetlerin yüksek kalite anlayışı ve hasta memnuniyetine odaklı hizmet anlayışı hakimdir. ADSM, yüksek verimlilik ve oral sağlık iyileştirmeleri sağlamak için sağlam, sürdürülebilir ve doğru operasyonlarla hastaların sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunmasını sağlayan yüksek performanslı sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır. Bireylere ve topluma kaliteli ağız sağlığı programları uygulayarak maliyet, kalite ve verimlilik adına hızlı ve doğru kararlar almak için, ADSM doğru verilere zamanında ulaşabilme özelliğine sahip olmalıdır (Lennox, 2014: 2).

2.7.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ağız sağlığı için politika ve stratejilerinin formülasyonlarını ve ayarlamalarını güçlendirmek ve bunun ulusal ve toplumsal sağlık programlarında entegrasyonunu sağlamak amacıyla, Petersen, özellikle aşağıdaki unsurlar üzerinde vurgu yapılması gerektiğini ifade etmiştir: (Günay ve Kılınç, 2010: 132).

- “ DSÖ’nün diyet, fiziksel aktivite ve sağlık üzerine olan global stratejilerine göre sağlıklı bir diyet için şeker tüketimini azaltıp meyve sebze tüketimini arttırmak ve yetersiz beslenmenin azaltılmasını sağlamak,

- Ağız sağlığı uzmanlarının da katıldığı tütün kullanımını bırakma programlarına katılarak tütün kullanımına bağlı olarak gelişen ağız ve diğer hastalıkların önlenmesi ve tütün alışkanlığını benimsemiş çocuk ve gençlerin caydırılması,
- “ Temiz içme suyuna erişimin sağlanabilmesi ile ağız hijyeni için daha iyi bir sanitasyon ve temizlik sağlama,
- İçme suyu, süt veya tuzda bulunan florürün otomatik olarak uygulanması için uygun olan programlar tabanında florür kullanımı için ulusal planların oluşturulması veya uygun maliyetteki diş macunlarında olduğu gibi florürün tropikal açıdan kullanımı sağlanmalıdır. Tuz florlama programları iyotlama planları ile bağlantılı olmalı,
- Tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimi risklerinde uygun müdahaleler,
- Düşük ve orta gelirli ülkelerde HIV enfeksiyonu ve oral hastalık yükünün azaltılması üzerinde geliştirilmiş yaşam kalitesi ve ağrı azaltma üzerinde tutularak, AIDS/ HIV ile ilişkili olan oral hastalıklar, erken teşhis, önlem ve tedaviler için gerekli profesyonel ağız sağlığı taramasının geliştirilmesi,
- Yoksul ve tedavi erişebilirliğine uzak olma dezavantajına sahip olan topluluk ve ülkelerdeki olumsuzlukları geçiştirebilecek özel bir ilgiyle yapılan birincil sağlık bakımı ve hastalık önleme prosedürlerle odaklı oral sistemlerde kapasitenin artırılması için çalışmalar yapmak,
- Çocukların ve gençlerin sağlıklı yaşam ve öz bakım uygulamalarını geliştirmeyi amaçlayan okullarda ağız sağlığının tanıtımı ve öneminin anlatılması, okul sağlığı politikası, beceri tabanlı sağlık eğitimi, sağlık destekçisi okul çevresi ve okul sağlığı hizmetlerinin kombinasyonu olan entegre bir yaklaşım en büyük ve genel sağlık riskleriyle mücadele edilmesinde ve oral hastalıkların etkin bir şekilde kontrol edilmesine katkıda bulunmak,

- Ağız sağlığı politikası ve uygulamaları, amaçların formüle edilmesi, toplum sağlığında gelişmeler için delil teşkil edecek olan oral sağlık ve risk faktörlerinin ulusal düzeyde gözetimi amacıyla ağız sağlığı bilgi sistemlerinin geliştirilmesi” (Petersen, 2008: 117).

2.7.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Müşteri Beklentileri

Hizmet alıcının beğenisinin ne oranda karşılar. “Hizmetler, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilen soyut ürünlerdir.” (<http://www.researchgate.net>). Aynı zamanda hizmeti, zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyetler olarak da tanımlamak mümkündür. Hizmeti sunan hizmeti alanın beklentilerini karşılaması için öncelikle onun değer yargılarını bilmesi, bunun için müşteri tanıyabilmesi gerekir (Karahana, 2000: 14).

Hastanede birer müşteri durumundaki hastalar aldıkları ya da alacakları hizmet ile ilgili beklenti içinde olmaları gayet doğaldır. Bu beklentiler genellikle; Hastanedeki ortamın gürültüsüz olması, hastanenin iletişim olanakları, hastanenin işaret levhaları, uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu, hastanenin kantin hizmetleri, hastanenin ulaşımı, muayene olabilmek için beklenen süre, kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi çerçevesinde gerçekleşmektedir. Ayrıca doktora güven duyma, doktorların saygı, nezaket ve anlayışları, doktorlarla görüşme kolaylığı, doktorların ilgi ve yakınlık göstermesi, doktorların dinlemek için ayırdığı zaman, doktorların uygulanan tedavi, tetkikler, ilaçlar ve hastalık hakkında bilgilendirmeleri, nezaket ve anlayışları, hemşirelerin ilgi ve yakınlık göstermesi, hemşirelerin verdikleri bilgiler, görevli personelin işe ilgisi, nezaketi, yardımseverliği, hemşirelerin hastaları dinlemeleri ve anlamaları, hastane personelinin genel olarak birbirleriyle uyum içerisinde çalışması hastaların aldığı hizmete yönelik memnuniyetini belirlemektedir.

Sosyal güvenlik kurumu anlaşmasının olması, çevrenin tavsiyesi, önceki hastaların tavsiyesi, hastanedeki doktorların bilinirliği, doktorların tavsiyesi, hastanenin teknolojik altyapısının yeterliliği, hastaneye duyulan güven, hastanenin yakınlığı, hastanenin bilinirliği ve köklü oluşu, fiyatlarının uygunluğu, tanıtım ve reklâm etkinlikleri o hastaneye olan rağbeti etkilemektedir.

Hasta beklentilerini karşılama ya da aşma biçiminde gerçekleştirilecek bir sağlık hizmeti, doğal olarak hastaların hizmetlere yönelik kalite algısını yükseltecek ve bu süreç deterministik bir ivmeyle sağlık işletmesinin genel performansı ve rekabet gücünü artıracaktır. Ağız ve Diş Sağlığı hizmetlerinde müşteri beklentilerini belirleyebilmek için, anketler düzenlenmiş, şikayetler incelenmiştir. Genel olarak hastanede verilen sağlık hizmetleri hakkındaki düşünce, ihtiyaç olduğunda hastaneyi tekrar tercih etme durumu, hastanenin bir başkasına tavsiye edilme durumu orada müşterilerin(hastaların) beklentilerine cevap verildiğinin en büyük göstergeleridir. Müşteri ve hasta memnuniyeti kavramları bilindiği takdirde hasta memnuniyeti beklentilerine de daha kolay ulaşılabilmektedir.

2.7.5. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hizmet Organizasyonu

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, yapısal ve işlevsel açıdan en karmaşık işletmeler arasında yer almakta, yardımcı personelden yüksek eğitilmiş çalışanlara kadar çeşitlilik gösteren personel; karmaşık ve çok pahalı ekipman ve donanım, yaşam ve ölümle ilgili faaliyetler ve ortaya çıkan stresli çalışma koşulları gibi özellikleriyle sağlık işletmeleri, yapısında pek çok bölümü barındıran organizasyonlar olarak ifade edilmektedir. Bu organizasyonların en büyük kaynağı, işgücünü oluşturan çalışanlar olmakla beraber, çalışanların davranışları, tutumları, kurum içi etkileşimleri, çalışma pratiklerinin tamamı kurum performansını belirlemekte ve bu performanslar her bir kurum için önemli bir işleve sahiptir. Bu işlevin yerine getirilebilmesi amacıyla kaliteli hizmet yaklaşımının temel elementlerinden birisi olan müşteri memnuniyeti, bunun gerçekleşebilmesi için de gerekli olan sağlık çalışanlarının memnuniyeti, kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesi açısından bu element ile doğru orantılı olarak gelişmektedir. Bu bağlamda SB'nin çalışan memnuniyeti konusunda İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılan ADSM Hizmet Kalite Standartları denetimleri ile paralel olarak yapılmış çalışmalar literatürde yer almaktadır. (Baysal ve diğerleri 2009: 430) Bireylerin inisiyatifine bağlı olmadan, faaliyetlerin sistematize şekilde sürdürülebilmesi ve geliştirilmesi kurumsallaşma sürecidir.

ADSM, faaliyetlerin tanımlanan iş süreçleri doğrultusunda yapılabilmesi ve yürütülebilmesi hizmet kalitesinin standardizasyonu ve organizasyonu açısından önemlidir.

ADSM’de verilen sağlık hizmetlerinin etkin ve sürece uygun olarak yürütülmesini destekleyen bilgi teknolojisinin altyapısının bulunması ve bireylerin bu merkezlere sıra beklemeden yönlendirilmesi hem organizasyon açısından önemli olurken zaman planlaması da sağlaması önemlidir. ADSM’nin hasta odaklı ve tıbbi etik ilkelere uygun hizmet anlayışına bağlı kalarak, kaliteli, hızlı ve modern ağız diş sağlığı uygulamalarını benimseyen modern tedavi ve bakım hizmeti ve sürekli kaliteyi geliştirici bir anlayış sergilemesi burada sunulan sağlık hizmetlerinin ve ulaşılması istenen performansa önemli katkılar sağlamaktadır. İyi organize edilmemiş, bireylerin ya da çalışanların insiyatifi ile organize edilen ve yönetilen kuruluşların günümüzdeki başarı şansı çok düşüktür. Organize olabilme, iş ve görev tanımlarının net ve açık yapılabilmesi, kuruluş içerisinde yaşanabilecek çatışmaları önlerken kuruluşta güven ortamı sağlanarak buradan hizmet alan ve sunanların memnuniyetini artırıcı olacaktır.

2.7.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Verimlilik

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kişinin iyilik halini ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir yapıya sahip olduğundan bahsedilmiştir. Genel sağlık açısından en önemli unsurlardan birisinin ağız ve diş bakımı olduğu bu sayede anlaşılmaktadır. Bu hizmetin sağlanabilmesinin gerekliliklerinden birisi olarak sağlık hizmetlerinin verimliliği yani belirli standartlarda olan kaliteye sahip hizmetin en az girdilerin kullanılarak belirli bir çıktı eldesi görülmektedir.

ABD’nde 2005-2006 yıllarında Amerika Ağız ve Diş Sağlığı Kuruluşu verilerinden elde edilen bilgilere göre diş sağlığı uygulamalarında, yıllık toplam ziyaretçi sayısı ve yıllık harcamalar olarak iki alternatif çıktı sunulması amacıyla diş hekimi ve personel çalışma saatleri, ağız ve diş merkezinin kullanılabilir alanı, donanımlı oda sayısı, laboratuvar ve malzeme giderlerinin girdi olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Başka bir literatür çalışmasında Norveç’teki diş hizmetlerinin verimliliği, özel diş uygulamaları sonuçlarından elde edilen çıktı ile maliyet ve kar verileri kullanılarak maliyet fonksiyonu verimliliği hesaplanmış ve hizmet değerlendirilmesi yapılarak ölçek esnekliği belirlenmiştir. Sonuçlara göre teknik verimsizlik değerinin çok küçük olduğu bulunmuştur (zdemir, 2011: 24).

2.7.7. Ağız ve Diş Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi

Ağız ve diş sağlığının önemli göstergelerinden biri de diş çürükleridir. Çürüklerin pek çok sebebi bulunmakla birlikte Hijyen çok önemli bir yere sahiptir. Ağız ve diş hastalıklarının kökeninde önemli olan kötü ağız hijyeni birçok kronik hastalığın da asıl faktörüdür. Çürük dişler ağrı ve rahatsızlık gibi şikâyetlerin yanında bireylerin yaşam kalitelerini, sosyal yaşamlarını ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini de azaltmaktadır (Çolakoğlu ve Has 2015).

“Son yıllarda sağlık sektöründe sağlık koşullarının sonuçları ve tedavilere bağlı olarak gelişen “sağlığa bağlı yaşam kalitesi” kavramı gündeme gelmektedir. Bu kavramın hedeflediği noktalar tıbbi yardımın zamanında ve doğru bir şekilde alınabilmesi, hastanın tedaviye uyumunun sağlanarak memnuniyetinin sağlanması ve en kısa sürede hastanın iyileştirilmesidir. Ancak günümüzde bu uygulamaların yanı sıra sadece yaşam süresinin uzatılması veya hastalığın tedavi edilmesi amaçlanmamakta, ayrıca yaşam kalitesini daha üst seviyelere çıkarabilmektir. Bu durum diş hekimliğinde de bazı gereçlerin geliştirilmesi ve farklı oral hastaların sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek adına bazı ölçütler geliştirmeye zorlamıştır” (www.dent.ege.edu.tr).

Diş hekimliği alanında, hastanın bakış açısından görülen ölçüler, orijinal olarak sosyo-dişsel göstergeler ya da ağız sağlığı statüsünün ölçüleri, subjektif ağız sağlığı ya da ağız sağlığının sosyal etkilerine değinmenin yanı sıra sınıflandırılan ölçüler ve diğer terimler ağız ve diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi terimi ile yer değiştirmiştir (Atçakarlar, 2012: 2). Tıp bilimi ve tıp teknolojilerindeki olağanüstü gelişmeler bireyin genel sağlık seviyesi ve hastalık durumlarında kendisine eşsiz olanaklar sunmaktadır. Dünya genelinde yapılan çalışmalar insan yaşamı için önemli kilometre taşları olmaktadır. Bu çalışmalar ile süt dişlerinin özünde bulunan kök hücreler gelecekte diş ve bir çok hastalığın tedavisinde önemli avantajlar sağlayacaktır. Bu amaçla kurulan diş bankası ABD'nin Massachusestts, Boston'da bulunmakta, Türkiye'de ise İstanbul'da bulunmaktadır.

Kötü bir ağız sağlığının yaşam kalitesi üzerinde derin bir etkisi olabilmektedir. Ağrı deneyimi, diş apselerinin dayanıklılığı, yeme ve çiğneme ile ilgili sorunlar, dişlerin şekli ya da olmaması ile ilgili utanç duygusu ve rengi bozulmuş veya hasar görmüş dişler insanların günlük yaşamlarını ve rahatlıklarını

olumsuz yönde etkilemektedir. Son yıllarda, çok sayıda araştırma yaşam kalitesi üzerinde ağız sağlığı etkisinin önemini göstermiştir. “Ağız dış sağlığına bağlı kalitenin korunmasında gerekli yaşamsal önlemler, ağız sağlığı programlarının değerlendirilmesi ile son derece ilişkili olan bir dizi fonksiyonel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkilerin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir.” (<http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr>). Bu yaşam biçimi davranışları ile diş çürükleri, periodontal hastalık, ağız enfeksiyonları, kraniofasyal kusurları, oral kanser ve diğer oral durumlarla ilgili riskler arasındaki ilişki, hem ağız dış sağlığını hem de genel sağlığın iyileştirilmesini teşvik etmek amacıyla entegre bir yaklaşımın ortaya çıkarılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ortak risk faktörü yaklaşımı, ağız dış sağlığının geliştirilmesinin genel sağlığın geliştirilmesine dahil olmasını sağlayan değerli bir yaklaşımdır. Böyle bir yaklaşım, tek bir hastalık ya da vakayı ele alan programlardan muhtemelen daha etkili ve verimlidir. Bireyin genel sağlığını riske sokan faktörlerin başında aşırı alkol tüketimi, tütün ve tütün mamulleri kullanımı, yetersiz ve uzman görüşlerine dayalı olmayan diyet uygulamaları ağız dış sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdir.

“Ağız dış sağlığına bağlı yaşam kalitesinin geliştirilmesinde genel olarak sağlık ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kavramsal modelleri, ağız dış sağlığının yaşam kalitesi ile ilişkisine özgün yeni modeller oluşturmada kullanılmaktadır. Bu modele göre, ağız dış sağlığına bağlı yaşam kalitesi hastalık veya semptomların olmaması, çiğneme ve yutma ile ilişkili uygun fiziksel işleyiş, rahatsızlık ve ağrı olmaması; gülümsemeyle ilgili duygusal işlevsellik, normal rolleri ile ilişkili sosyal işlevsellik; mükemmel ağız sağlığı algısı ve memnuniyeti ve ağız durumu nedeniyle sosyal ve kültürel dezavantajın olmaması gibi olguların bir araya gelmesiyle olumlu bir nitelik kazanmaktadır” (<http://katalog.hacettepe.edu.tr>). Hastalıkların yol açtığı bozukluklar, fonksiyonel sınırlamalara ve özrürlüklere ve sonunda engelli kalmaya yol açabilir. Engelliliğin fazla görüldüğü durumlar hem fonksiyonel kısıtlamaların hem de rahatsızlıkların bulunduğu durumlardır ve eğer üçünün aynı anda görüldüğü durumlar olursa, engelli olma ve engelli bir yaşam sürme olasılığı artacaktır.

“Hastaların sağlık algılarının yanı sıra hastalıkların varlığı ya da yokluğunun değerlendirilmesinin önemi, sağlığın korunmasında doğru verilere sahip olma, hastalık önleme programları ve sağlık kaynaklarının tahsisi için duyulan ihtiyaçta yatmaktadır. Ayrıca hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri

genelde sağlık profesyonellerinin görüsüne göre belirgin bir Şekilde farklı olduğundan, sağlık bakım müdahalelerinin hasta değerlendirmeleri garantilidir. Bir hasta temelli sağlık durumu değerlendirmesi, sağlık ölümü için gerekli olan vazgeilmezlerdendir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi için gereken önlemlerin kullanımları aşağıda verilmektedir.” (<http://www.kalite.saglik.gov.tr/>).

- Bireysel hasta bakımında psikososyal sorunların taranması ve izlenmesi,
- Algılanan sağlık sorunlarında nüfus anketleri,
- Tıbbi denetim,
- Sağlık hizmetleri veya değerlendirme araştırmasında sonuç nlemleri,
- Klinik deneyler,
- Maliyet-yarar analizidir.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMA

Bu araştırma, durum tespitine yönelik bir araştırma olup, anket yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan model, evren ve örneklem, verilerin toplanması, verilerin analizi ile ilgili yapılan bütün çalışmalar ve araştırmada kullanılan istatistiksel teknikler hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Günümüzde gerek üretim, gerekse hizmet sektöründe hizmet kullanıcılarının sosyal ve ekonomilerinin artması aynı zamanda istek ve/veya beklentilerinin de sürekli artmasına ve değişmesine neden olmaktadır. Bu durum hizmet kullanıcılarında olan hastalar için de geçerlidir. Hastaların sosyal ve ekonomilerinin ağız ve diş sağlığı bakımına nasıl etkisi olduğunu araştırmasında güçlü bir argüman olmaktadır.

Bu araştırmada ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönetiminde sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisinin değerlendirilmesi ile ilgili yazılı kaynaklar taranmış, konuyla ilgili araştırma ve raporlar da araştırılmıştır. Bunun için uzman görüşü alınarak ağız ve diş sağlığı merkezinde hastaların sosyal ve ekonomik yönden ağız ve diş sağlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Anket formu ağız ve diş sağlığı merkezinde olan 150 hastaya uygulanmış ve güvenilirlik analizi yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Özel bir diş kliniğinde araştırmacı tarafından hazırlanan anket kullanılarak hazırlanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastadan demografik özellikler ile ilgili sorulara cevap istenmiştir. İkinci bölümde Ağız ve Diş Sağlığı Bakımı ile ilgili sorular vardır. Üçüncü bölümde ise diş hekimlerinin özel muayeneleri ile hastaların bakteri plağı indexi ve DMFT değerleri bulunmuştur.

3.3. Hipotezler

H1: Ağız hijyeni bulgusu hastaların cinsiyetine göre farklılık gösterir.

H2: Ağız hijyeni bulgusu hastaların gelir düzeyine göre farklılık gösterir.

H3: Ağız hijyeni bulgusu hastaların eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

H4: Ağız hijyeni bulgusu hastaların medeni durumuna göre farklılık gösterir.

H5: Ağız hijyeni bulgusu ailede yaşayan kişi sayısına göre farklılık gösterir.

H6: Ağız hijyeni bulgusu düzenli diş fırçalayan hastalar ile fırçalamayanlar arasında farklılık gösterir.

H7: Sigara kullanan hastalar ile kullanmayanların ağız hijyen bulguları arasında fark vardır.

H8:Ağız hijyeni bulgusu hastaların yaşına göre farklılık gösterir.

H9:Ağız hijyeni bulgusu hastaların mesleğine göre değişiklik gösterir.

H10:Ağız hijyeni diş hekimine gitme sıklığına göre farklılık gösterir.

3.4. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Ağız ve diş merkezinde tedavi olan hastaların sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada hastaların görüşlerini öğrenmek amacıyla anket hazırlanmıştır. Anket uygulamasını takiben diş çürüğünün durumunu ortaya koymayı amaçlayan DMFT indeksine yönelik olarak ağız içi muayene yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ağız-diş muayenelerinden elde edilen eksik, dolgulu ve çürük diş verileri hazırlanan muayene formuna kaydedilerek DMFT indeksleri hesaplanmıştır.

3.4.1. Silness-löe plak indeksi

Bakteri plağı ölçülmesi işleminde Silness-löe plak indeksi kullanılmıştır. Bu plak indeksi sistemi ile doğrudan marginal dişeti ile temasta olan bakteri plağı ve

plak kalınlığı değerlendirilmektedir. Dişin mesial, distal, fasiyal ve buccal yüzleri olmak üzere 4 yüzde 0-3 arasında indeks değerleri verilir. Bu İndekste dişler boyanmamaktadır. Elde edilen değerler ağız şemasında yerleştirilir. Her bir dişe ait plak skoru incelenen dört yüzeyin ortalaması alınarak, bireye ait plak skoru ise toplam incelenen dişlere ait plak skorunun ortalaması alınarak hesaplanır (Tuncer, 1994).

0: Gözle bakıldığında ve sonda ile kazındığında dişeti kenarında (marginal dişeti) bakteri plağı yoktur.

1: Dişeti kenarında bakteri plağı gözle zor seçilebiliyor, sadece sonda ile kazınarak belli edilebiliyor.

2: Dişeti kenarı yanında gözle iyi görülebilen yumuşak birikintiler var. İnter dental bölge tamamen dolmamış.

3: Dişeti kenarı yanında gayet belirgin kalın birikintiler var ve bunlar kuronale doğru gelişmiş. İnter dental dental bölge tamamen dolu.

3.4.2. DMFT İndeksi

DMFT indeksi bir toplumda diş çürüklerinin şiddet derecesinin ölçülmesini amaçlar. Toplumdaki diş çürüğünün şiddetini belirlemenin en yaygın yöntemi; Çürük (DecayedD), kayıp (Missing-M) ve dolgulu (Filled-F) diş sayılarının toplamının hesaplanmasıdır. Bu hesaplamalar sonucu bireylerin veya incelenen toplumun DMFT ya da DMFS indeksleri belirlenir (DMFS=çürük, kayıp, dolgulu yüzeyler; Decayed, Missing, Filled Surfaces), (Clara, Bourgeois, Muller-Bolla, 2012; Burt 1997: 36-41).

Bu çürükler sürekli dişler için hesaplanır ve kişi başına düşen çürük diş, dolgulu diş ve çürük nedeniyle çekilmiş diş sayısını gösterir. Bu çürükler sürekli dişler için hesaplanır ve kişi başına düşen çürük diş, dolgulu diş ve çürük nedeniyle çekilmiş diş sayısını gösterir.

3.4.3. Hasta Bilgi Formu

Ağız ve sağlığı merkezinde tedavi olan hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durum, meslek durumu, aylık gelir, eğitim durumu ile ilgili altı adet demografik soru

hazırlanmış, bu form Ağız ve sağlığı merkezinde tedavi olan hastalar tarafından doldurulmuştur.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul ili, Bahçelievler ilçesi, Yenibosna semtinde hizmet veren özel bir diş kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmada Haziran ayı ortası, Ağustos ayı ortası olmak üzere toplam iki aylık sürede diş kliniğine başvuran yetişkin hastalar arasından gönüllülük esasına göre 81'i kadın, 69'u erkek olmak üzere toplam 150 hasta yer almıştır. 18 yaş altı, mental bozukluğu olan hasta, anket formu doldurmak istemeyenler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmanın örneklemini, özel diş kliniğine iki ayda giren 150 hasta oluşturmaktadır. Ağız ve diş sağlığı merkezindeki hastaların cinsiyet, yaş, meslek durumu, aylık gelir, eğitim durumu, değişkenleriyle ilgili frekans değerleri ve buna bağlı yüzde hesaplamalarına yer verilmiştir. Bu araştırma tek bir özel diş kliniğinde yapıldığı için genelleme yapılması söz konusu değildir.

3.7. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde, ağız ve diş sağlığı merkezinde tedavi olan hastaların “sosyal ve ekonomik yönden ağız bakımlarının” araştırılması ilgili görüşleri incelenecektir, Örneklem grubunda yer alan 150 hastalardan elde edilen bulgular araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen alt problemlerin sırası gözetilerek verilmiş ve elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır. Araştırmada ulaşılan bulgular ve değerlendirmeler, aşağıda bölümler halinde sunulmuştur.

3.7.1. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Tedavi Olan Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bu alt bölümde örneklem grubunu oluşturan ağız ve diş sağlığı merkezinde tedavi olan hastaların yaş, cinsiyet, meslek durumu, medeni durum, aylık toplam kazanç, eğitim durum düzeyine göre dağılımlarını gösteren 6 maddelik sorunun frekans ve yüzde değerlerine ait sonuçlar çizelge 4.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

	n	%
Yaş	18-25 Yaş	40 26,67
	26-33 Yaş	39 26,00
	34-41 Yaş	37 24,67
	42-49 Yaş	23 15,33
	>50 Yaş	11 7,33
Cinsiyet	Kadın	81 54,00
	Erkek	69 46,00
Medeni Durum	Evli	87 58,00
	Bekar	63 42,00
Meslek	İşçi	46 30,67
	Memur	19 12,67
	Emekli	12 8,00
	Serbest	33 22,00
	Çalışmıyor	40 26,67
Aylık Toplam Kazanç	0-1000 TL	47 31,33
	1001-2000 TL	52 34,67
	2001-3000 TL	38 25,33
	>3000 TL	13 8,67
Eğitim Durumu	İlkokul	36 24,00
	Ortaokul	25 16,67
	Lise	48 32,00
	Üniversite	41 27,33
Ailede Kaç Kişi Yaşıyorsunuz	0-2 Kişi	9 6,00
	3-5 Kişi	70 46,67
	6-7 Kişi	53 35,33
	>7 Kişi	18 12,00
		0-2000 TL
Ail Toplam Geliri	2001-3000 TL	46 30,67
	3001-5000 TL	66 44,00
	>5000 TL	22 14,67

	3 ayda bir	5	3,33
	6 ayda bir	24	16,00
	yılda bir	54	36,00
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	Şikayetim oldukça	67	44,67
	Aklıma Geldikçe	29	19,33
	İki Günde Bir	22	14,67
	Günde Bir	50	33,33
Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz?	Günde İki defa	49	32,67
	Değiştirmiyorum	3	2,00
	1-2 Ayda bir	21	14,00
	3-4 Ayda bir	48	32,00
Diş Fırçanızı Hangi Sıklıkta Değiştiriyorsunuz?	5-6 Ayda bir	38	25,33
	>7 Ay	40	26,67
	Diş İpi	20	13,33
	Ara yüz Fırçası	3	2,00
Fırça dışında diğer dental araçlardan hangisini kullanıyorsunuz	Ağız Suyu	36	24,00
	Kullanmıyorum	91	60,67
	Evet	68	45,33
Sigara Kullanıyor musunuz?	Hayır	82	54,67
	Kesinlikle Hayır	6	4,00
	Hayır	34	22,67
	Fikrim Yok	26	17,33
Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim	Evet	45	30,00
	Kesinlikle Evet	39	26,00
	İnanmıyorum	3	2,00
	Fikrim Yok	28	18,67
Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz?	İnanıyorum	65	43,33
	Kesinlikle İnanıyorum	54	36,00
	Evet	53	35,33
Dişlerde Çarpıklık Var mı?	Hayır	97	64,67
	Evet	99	66,00
Ağızda Eksik Diş Var mı?	Hayır	50	33,33
	Evet	93	62,00
Ağızda Çürük Diş Var mı?	Hayır	57	38,00
	Evet	113	75,33
Ağızda Tedavi edilmiş Diş var mı?	Hayır	37	24,67
Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı?	Evet	147	98,00
	Hayır	3	2,00

	N	Minimum	Maksimum	Ort	SS
Plak İndeksi	150	0,57	2,97	1,65	0,61
DMFT	150	0	23	6,87	4,22

Çizelge 3.2. Hastalarla İlgili Tanımlayıcı Bulgular

		0-1 İyi Ağız Hijyeni			1-2 Orta Ağız Hijyeni			2-3 Kötü Ağız Hijyeni			df	
		n	Satırlar	Sütunlar	n	Satırlar	Sütunlar	n	Satırlar	Sütunlar		
			Arası %	Arası %		Arası %	Arası %		Arası %			
Yaş	18-25 Yaş	13	32,50%	41,94%	19	47,50%	26,76%	8	20,00%	16,67%	8	$\chi^2:11,05$ p=0,198
	26-33 Yaş	3	7,69%	9,68%	20	51,28%	28,17%	16	41,03%	33,33%		
	34-41 Yaş	8	21,62%	25,81%	15	40,54%	21,13%	14	37,84%	29,17%		
	42-49 Yaş	6	26,09%	19,35%	11	47,83%	15,49%	6	26,09%	12,50%		
	>50 Yaş	1	9,09%	3,23%	6	54,55%	8,45%	4	36,36%	8,33%		
Cinsiyet	Kadın	14	17,28%	45,16%	44	54,32%	61,97%	23	28,40%	47,92%	2	$\chi^2:3,5$ p=0,173
	Erkek	17	24,64%	54,84%	27	39,13%	38,03%	25	36,23%	52,08%		
Medeni Durum	Evli	14	16,09%	45,16%	43	49,43%	60,56%	30	34,48%	62,50%	2	$\chi^2:2,69$ p=0,261
	Bekar	17	26,98%	54,84%	28	44,44%	39,44%	18	28,57%	37,50%		
Meslek Durumu	İşçi	2	4,35%	6,45%	18	39,13%	25,35%	26	56,52%	54,17%	8	$\chi^2:56$ p=0,0001
	Memur	14	73,68%	45,16%	5	26,32%	7,04%	0	0,00%	0,00%		
	Emekli	1	8,33%	3,23%	8	66,67%	11,27%	3	25,00%	6,25%		
	Serbest	8	24,24%	25,81%	20	60,61%	28,17%	5	15,15%	10,42%		
	Çalışmıyor	6	15,00%	19,35%	20	50,00%	28,17%	14	35,00%	29,17%		
Aylık Toplam Kazanç	0-1000 TL	6	12,77%	19,35%	20	42,55%	28,17%	21	44,68%	43,75%	6	$\chi^2:24$ p=0,001
	1001-2000 TL	6	11,54%	19,35%	24	46,15%	33,80%	22	42,31%	45,83%		
	2001-3000 TL	13	34,21%	41,94%	20	52,63%	28,17%	5	13,16%	10,42%		
	>3000 TL	6	46,15%	19,35%	7	53,85%	9,86%	0	0,00%	0,00%		
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0,00%	0,00%	14	38,89%	19,72%	22	61,11%	45,83%	6	$\chi^2:108$ p=0,0001
	Ortaokul	0	0,00%	0,00%	10	40,00%	14,08%	15	60,00%	31,25%		
	Lise	2	4,17%	6,45%	35	72,92%	49,30%	11	22,92%	22,92%		
	Üniversite	29	70,73%	93,55%	12	29,27%	16,90%	0	0,00%	0,00%		

Ağız hijyeni İyi, Orta ve Kötü gruplarının yaş ve cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir .($p>0,05$).

Ağız hijyeni İyi, Orta ve Kötü gruplarının medeni durum dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. ($p=0,261$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Meslek durumu işçi grubu varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur .($p=0,0001$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Aylık Toplam Kazanç 0-1000TL ve 1000-2000TL grubu varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,0001$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Eğitim Durumu İlkokul ve Ortaokul grubu varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,0001$).

3.6.2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Tedavi Olan Hastaların Alt Problemlere İlişkin Bulgu ve Yorumlar

Bu başlık altında ağız ve diş sağlığı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre farklılığına ilişkin alt problemlere cevap bulmak amacıyla hastaların 9 maddelik soruya vermiş oldukları yanıtlar sonucunda ortaya çıkan sosyal ve ekonomik düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Hastaların ortalamalarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri tablolarla gösterilmektedir.

Çizelge 3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler

		0-1 İyi Ağız Hijyeni			1-2 Orta Ağız Hijyeni			2-3 Kötü Ağız Hijyeni			df	
		n	Satırlar	Sütunla	n	Satırlar	Sütunla	n	Satırlar	Sütunla		
			Arası	r Arası		Arası	r Arası		Arası	r Arası		
		%	%	%	%	%	%	%	%			
Sigara Kullanıyor musunuz?	Evet	6	8,82%	19,35%	3 8	55,88%	53,52%	24	35,29%	50,00%	2	$\chi^2:10,78$ p=0,005
	Hayır	25	30,49%	80,65%	3 3	40,24%	46,48%	24	29,27%	50,00%		
Ailede Kaç Kişi Yaşıyorsunuz?	0-2 Kişi	1	11,11%	3,23%	5	55,56%	7,04%	3	33,33%	6,25%	6	$\chi^2:13,28$ p=0,039
	3-5 Kişi	18	25,71%	58,06%	3 9	55,71%	54,93%	13	18,57%	27,08%		
	6-7 Kişi	10	18,87%	32,26%	2 1	39,62%	29,58%	22	41,51%	45,83%		
	>7 Kişi	2	11,11%	6,45%	6	33,33%	8,45%	10	55,56%	20,83%		
Aile Toplam Geliri	0-2000 TL	0	0,00%	0,00%	1 0	62,50%	14,08%	6	37,50%	12,50%	6	$\chi^2:39,54$ p=0,0001
	2001-3000 TL	3	6,52%	9,68%	1 7	36,96%	23,94%	26	56,52%	54,17%		
	3001-5000 TL	16	24,24%	51,61%	3 4	51,52%	47,89%	16	24,24%	33,33%		
	>5000 TL	12	54,55%	38,71%	1 0	45,45%	14,08%	0	0,00%	0,00%		

Ağız hijyeni İyi grubunda sigara kullanımı varlığı Orta ve Kötü gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,005$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Ailede Kaç Kişi Yaşıyorsunuz? >7 kişi varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,039$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Aile Toplam Geliri 0-2000TL ve 2001-3000TL grubu varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,0001$).

Çizelge 3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler

		0-1 İyi Ağız Hijyeni			1-2 Orta Ağız Hijyeni			2-3 Kötü Ağız Hijyeni			df	
		n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %	n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %	n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %		
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	3 ayda bir	3	60,00%	9,68%	1	20,00%	1,41%	1	20,00%	2,08%	6	$\chi^2:57,73$ p=0,0001
	6 ayda bir	13	54,17%	41,94%	10	41,67%	14,08%	1	4,17%	2,08%		
	Yılda bir	12	22,22%	38,71%	35	64,81%	49,30%	7	12,96%	14,58%		
	Şikayetim oldukça	3	4,48%	9,68%	25	37,31%	35,21%	39	58,21%	81,25%		
Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz?	Aklıma Geldikçe	0	0,00%	0,00%	5	17,24%	7,04%	24	82,76%	50,00%	6	$\chi^2:84,51$ p=0,0001
	İki Günde Bir	0	0,00%	0,00%	8	36,36%	11,27%	14	63,64%	29,17%		
	Günde Bir	8	16,00%	25,81%	35	70,00%	49,30%	7	14,00%	14,58%		
	Günde İki defa	23	46,94%	74,19%	23	46,94%	32,39%	3	6,12%	6,25%		
Diş Fırçanızı Hangi Sıklıkta Değiştiriyorsunuz?	Değiştirmiyorum	0	0,00%	0,00%	2	66,67%	2,82%	1	33,33%	2,08%	8	$\chi^2:39,21$ p=0,0001
	1-2 Ayda bir	5	23,81%	16,13%	13	61,90%	18,31%	3	14,29%	6,25%		
	3-4 Ayda bir	18	37,50%	58,06%	25	52,08%	35,21%	5	10,42%	10,42%		
	5-6 Ayda bir	6	15,79%	19,35%	19	50,00%	26,76%	13	34,21%	27,08%		
	>7 Ay	2	5,00%	6,45%	12	30,00%	16,90%	26	65,00%	54,17%		
Fırça Dışında Diğer Dental Araçlardan Hangisini Kullanıyorsunuz?	Diş İpi	10	50,00%	32,26%	9	45,00%	12,68%	1	5,00%	2,08%	6	$\chi^2:37,75$ p=0,0001
	Ara yüz Fırçası	1	33,33%	3,23%	2	66,67%	2,82%	0	0,00%	0,00%		
	Ağız Suyu	13	36,11%	41,94%	19	52,78%	26,76%	4	11,11%	8,33%		
	Kullanmıyorum	7	7,69%	22,58%	41	45,05%	57,75%	43	47,25%	89,58%		

Ağız hijyeni Kötü grubunda Diş Hekimine Gitme Sıklığı şikayetimi oldukça varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz? aklıma geldiği varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.(p=0,0001).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Diş Fırçanızı Hangi Sıklıkta Değiştiriyorsunuz? >7 Ay varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0,0001).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Fırça Dışında Diğer Dental Araçlardan Hangisini Kullanıyorsunuz? Kullanmıyorum varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0,0001).

Çizelge 3.5. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler

		0-1 İyi Ağız Hijyeni			1-2 Orta Ağız Hijyeni			2-3 Kötü Ağız Hijyeni			
		Satırlar Arası	Sütunlar Arası		Satırlar Arası	Sütunlar Arası		Satırlar Arası	Sütunlar Arası		
		n	%	%	n	%	%	n	%	%	df
Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim	Kesinlikle Hayır	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	6	100,00%	12,50%	
	Hayır	1	2,94%	3,23%	20	58,82%	28,17%	13	38,24%	27,08%	
	Fikrim Yok	0	0,00%	0,00%	10	38,46%	14,08%	16	61,54%	33,33%	
	Evet	9	20,00%	29,03%	23	51,11%	32,39%	13	28,89%	27,08%	
	Kesinlikle Evet	21	53,85%	67,74%	18	46,15%	25,35%	0	0,00%	0,00%	8 $\chi^2:65,72$ p=0,0001
Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz?	İnanmıyorum	0	0,00%	0,00%	2	66,67%	2,82%	1	33,33%	2,08%	
	Fikrim Yok	0	0,00%	0,00%	7	25,00%	9,86%	21	75,00%	43,75%	
	İnanıyorum	8	12,31%	25,81%	35	53,85%	49,30%	22	33,85%	45,83%	
	Kesinlikle İnanıyorum	23	42,59%	74,19%	27	50,00%	38,03%	4	7,41%	8,33%	6 $\chi^2:51,47$ p= 0,0001

Ağız hijyeni Kötü grubunda Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim fikrim yok varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p=0,0001$).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz ? kesinlikle inanıyorum varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ($p=0,0001$).

Çizelge 3.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hastaların Sosyal ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin İstatistiksel Analizler

		0-1 İyi Ağız Hijyeni			1-2 Orta Ağız Hijyeni			2-3 Kötü Ağız Hijyeni			
		n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %	n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %	n	Satırlar Arası %	Sütunlar Arası %	df
Dişlerde Çarpıklık Var mı?	Evet	10	18,87%	32,26%	24	45,28%	33,80%	19	35,85%	39,58%	2
	Hayır	21	21,65%	67,74%	47	48,45%	66,20%	29	29,90%	60,42%	
Ağızda Eksik Diş Var mı?	Evet	10	10,10%	33,33%	47	47,47%	66,20%	42	42,42%	87,50%	2
	Hayır	20	40,00%	66,67%	24	48,00%	33,80%	6	12,00%	12,50%	
Ağızda Çürük Diş Var mı?	Evet	7	7,53%	22,58%	44	47,31%	61,97%	42	,45,16%	87,50%	2
	Hayır	24	42,11%	77,42%	27	47,37%	38,03%	6	10,53%	12,50%	
Ağızda Tedavi edilmiş Diş var mı?	Evet	28	24,78%	90,32%	59	52,21%	83,10%	26	23,01%	54,17%	2
	Hayır	3	8,11%	9,68%	12	32,43%	16,90%	22	59,46%	45,83%	
Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı?	Evet	29	19,73%	93,55%	70	47,62%	98,59%	48	32,65%	100,00%	2
	Hayır	2	66,67%	6,45%	1	33,33%	1,41%	0	0,00%	0,00%	

Ağız hijyeni İyi, Orta ve Kötü gruplarının Dişlerde Çarpıklık dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir .(p=0,748).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Ağızda Eksik Diş evet varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.(p=0,0001).

Ağız hijyeni Kötü grubunda Ağızda Çürük Diş evet varlığı İyi ve Orta gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0,0001).

Ağız hijyeni İyi, Orta ve Kötü gruplarının Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı? dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,120).

Çizelge 3.7. Ağız hijyeni DMFT ortalamaları

DMFT	N	Ort.	SS	Minimum	Maximum
0-1 İyi Ağız Hijyeni	31	3,6129	2,36188	0	10
1-2 Orta Ağız Hijyeni	71	7,3099	4,26478	0	17
2-3 Kötü Ağız Hijyeni	48	8,3125	4,05891	2	23
Total	150	6,8667	4,22309	0	23
Kareler Toplamı:442,48 df:2 F:14,68 p=0,0001					

Çizelge 3.8. Ağız hijyeni Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	p
0-1 İyi Ağız Hijyeni / 1-2 Orta Ağız Hijyeni	0,0001
0-1 İyi Ağız Hijyeni / 2-3 Kötü Ağız Hijyeni	0,0001
1-2 Orta Ağız Hijyeni / 2-3 Kötü Ağız Hijyeni	0,353

Ağız hijyeni İyi, Orta ve Kötü gruplarının **DMFT ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). İyi ağız hijyeni grubunun DMFT ortalaması Orta ve kötü gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,0001), Orta ve Kötü gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,353).

Çizelge 3.9. Plak indeksi ortalamaları

Yaş	N	Ortalama	SS	Karelerin				
				Toplamı	df	F	p	
Plak İndeksi	18-25 Yaş	40	1,46	0,64	3,00	4	2,06	0,09
	26-33 Yaş	39	1,80	0,55				
	34-41 Yaş	37	1,71	0,63				
	42-49 Yaş	23	1,55	0,61				
	>50 Yaş	11	1,81	0,56				
DMFT	18-25 Yaş	40	4,40	2,88	439,82	4	7,19	0,0001
	26-33 Yaş	39	6,62	3,66				
	34-41 Yaş	37	7,92	3,96				
	42-49 Yaş	23	8,52	4,40				
	>50 Yaş	11	9,73	6,28				

Çizelge 3.10. Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	p
18-25 Yaş / 26-33 Yaş	0,092
18-25 Yaş / 34-41 Yaş	0,001
18-25 Yaş / 42-49 Yaş	0,001
18-25 Yaş / >50 Yaş	0,001
26-33 Yaş / 34-41 Yaş	0,595
26-33 Yaş / 42-49 Yaş	0,347
26-33 Yaş / >50 Yaş	0,141
34-41 Yaş / 42-49 Yaş	0,978
34-41 Yaş / >50 Yaş	0,663
42-49 Yaş / >50 Yaş	0,917

18-25 Yaş, 26-33 Yaş, 34-41 Yaş, 42-49 Yaş ve >50 Yaş Gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,09).

18-25 Yaş, 26-33 Yaş, 34-41 Yaş, 42-49 Yaş ve >50 Yaş Gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). 18-25 Yaş grubunun DMFT ortalamaları 34-41 Yaş, 42-49 Yaş ve >50 Yaş Gruplarının DMFT ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,001), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p>0,05).

Çizelge 3.11. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Cinsiyet	N	Ortalama	SS	t	df	p	
Plak İndeksi	Kadın	81	1,64	0,57	-0,295	148	0,768
	Erkek	69	1,67	0,66			
DMFT	Kadın	81	7,63	4,70	2,437	148	0,016
	Erkek	69	5,97	3,41			

Erkek ve Kadın hasta gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,768).

Erkek Hastaların DMFT ortalamaları Kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.(p=0,016).

Çizelge 3.12. Hastaların Medeni Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

medeni durum	N	Ortalama	SS	t	df	p	
Plak İndeksi	Evli	87	1,70	0,58	1,283	148	0,202
	Bekar	63	1,57	0,65			
DMFT	Evli	87	8,28	4,49	5,206	148	0,0001
	Bekar	63	4,92	2,88			

Evli ve Bekar hasta gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p=0,202).

Evli Hastaların DMFT ortalamaları Bekar hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0,0001).

Çizelge 3.13. Hastaların Meslek Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Meslek Durumu	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p	
Plak İndeksi	İşçi	46	2,00	0,56	15,00	4	13,31	0,0001
	Memur	19	0,97	0,30				
	Emekli	12	1,61	0,45				
	Serbest	33	1,52	0,55				
	Çalışmıyor	40	1,69	0,57				
DMFT	İşçi	46	7,07	3,45	290,05	4	4,44	0,002
	Memur	19	3,95	2,17				
	Emekli	12	10,08	5,14				
	Serbest	33	7,12	4,32				
	Çalışmıyor	40	6,85	4,69				

Çizelge 3.14. Hastaların Meslek Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI	DMFT
İşçi / Memur	0,0001	0,042
İşçi / Emekli	0,168	0,149
İşçi / Serbest	0,001	0,998
İşçi / Çalışmıyor	0,067	0,999
Memur / Emekli	0,012	0,001
Memur / Serbest	0,005	0,055
Memur / Çalışmıyor	0,0001	0,08
Emekli / Serbest	0,984	0,195
Emekli / Çalışmıyor	0,990	0,113
Serbest / Çalışmıyor	0,610	0,999

Meslek durumu İşçi, Memur, Emekli, Serbest ve Çalışmıyor gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark gözlenmiştir. (p=0,0001).

İşçi grubunun plak indeksi ortalamaları Memur ve Çalışmıyor grubundan yüksek bulunmuş (p=0,0001, p=0,001), Memur grubunun Emekli, Serbest ve Çalışmıyor gruplarının Plak indeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,012, p=0,0001), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p>0,05).

Meslek durumu İşçi, Memur, Emekli, Serbest ve Çalışmıyor gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark gözlenmiştir (p=0,002). Memur grubunun Emekli ve işçi gruplarının DMFT ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,042, p=0,001), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p>0,05).

Çizelge 3.15. Hastaların Gelir Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Gelir Düzeyi	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	0-1000 TL	47	1,80	0,59	7,77	3	7,87
	1001-2000 TL	52	1,82	0,62			
	2001-3000 TL	38	1,36	0,54			
	>3000 TL	13	1,25	0,42			
DMFT	0-1000 TL	47	7,51	4,51	87,00	3	1,65
	1001-2000 TL	52	7,31	3,92			
	2001-3000 TL	38	5,71	4,43			
	>3000 TL	13	6,15	3,24			

Çizelge 3.16. Hastaların Gelir Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
0-1000 TL / 1001-2000 TL	0,999
0-1000 TL / 2001-3000 TL	0,003
0-1000 TL / >3000 TL	0,013
1001-2000 TL / 2001-3000 TL	0,002
1001-2000 TL / >3000 TL	0,009
2001-3000 TL / >3000 TL	0,922

Gelir Düzeyi 0-1000 TL, 1001-2000 TL, 2001-3000 TL ve >3000 TL gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). 2001-3000 TL ve >3000 TL gruplarının Plak İndeksi ortalamaları 0-1000 TL, 1001-2000 TL gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,013, p=0,002), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. (p>0,05).

Gelir Düzeyi 0-1000 TL, 1001-2000 TL, 2001-3000 TL ve >3000 TL gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. (p=0,181).

Çizelge 3.17. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Eğitim Durumu	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	İlkokul	36	2,04	0,46	28,95	3	52,39
	Ortaokul	25	2,13	0,48			
	Lise	48	1,66	0,47			
	Üniversite	41	0,99	0,30			
DMFT	İlkokul	36	8,22	3,63	475,24	3	10,6
	Ortaokul	25	9,12	4,77			
	Lise	48	6,92	4,38			
	Üniversite	41	4,24	2,62			

Çizelge 3.18. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI	DMFT
İlkokul / Ortaokul	0,850	0,809
İlkokul / Lise	0,001	0,421
İlkokul / Üniversite	0,0001	0,0001
Ortaokul / Lise	0,0001	0,100
Ortaokul / Üniversite	0,0001	0,0001
Lise / Üniversite	0,0001	0,008

Eğitim Durumu İlkokul, Ortaokul, Lise ve Üniversite gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Lise ve Üniversite gruplarının Plak İndeksi ortalamaları İlkokul, Ortaokul ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,001$, $p=0,0001$), Üniversite gruplarının Plak İndeksi ortalamaları Lise gruplarının Plak İndeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,0001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Eğitim Durumu İlkokul, Ortaokul, Lise ve Üniversite gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Üniversite gruplarının DMFT ortalamaları İlkokul, Ortaokul ve Lise ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,008$, $p=0,0001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.19. Hastaların Hane Sayısına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Evde Kaç Kişi Yaşıyorsunuz?	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
0-2 Kişi	9	1,74	0,64				
3-5 Kişi	70	1,49	0,55				
Plak İndeksi							
6-7 Kişi	53	1,74	0,63				
>7 Kişi	18	1,96	0,62	4,01	3	3,76	0,062
0-2 Kişi	9	10,22	5,72				
3-5 Kişi	70	6,76	4,23				
6-7 Kişi	53	6,62	4,04				
DMFT							
>7 Kişi	18	6,33	3,41	110,45	3	2,11	0,101

Evde yaşayan kişi 0-2 Kişi, 3-5 Kişi, 6-7 Kişi ve >7 Kişi gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,062$).

Evde yaşayan kişi 0-2 Kişi, 3-5 Kişi, 6-7 Kişi ve >7 Kişi gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,101).

Çizelge 3.20. Hastaların Aile Toplam Gelirine Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Aile Toplam Geliri	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	0-2000 TL	16	1,80	0,45	11,80	3	13,03
	2001-3000 TL	46	1,98	0,60			
	3001-5000 TL	66	1,56	0,58			
	>5000 TL	22	1,13	0,37			
DMFT	0-2000 TL	16	7,94	3,89	133,96	3	2,58
	2001-3000 TL	46	8,00	3,71			
	3001-5000 TL	66	6,17	4,26			
	>5000 TL	22	5,82	4,88			

Çizelge 3.21. Hastaların Aile Toplam Gelirine Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
0-2000 TL / 2001-3000 TL	0,666
0-2000 TL / 3001-5000 TL	0,401
0-2000 TL / >5000 TL	0,002
2001-3000 TL / 3001-5000 TL	0,001
2001-3000 TL / >5000 TL	0,0001
3001-5000 TL / >5000 TL	0,011

Aile Toplam Geliri 0-2000 TL, 2001-3000 TL, 3001-5000 TL ve >5000 TL gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). >5000TL grubunun Plak indeksi ortalamaları 0-2000 TL, 2001-3000 TL, 3001-5000 TL gruplarının plak indeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,002, p=0,0001), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Aile Toplam Geliri 0-2000 TL, 2001-3000 TL, 3001-5000 TL ve >5000 TL gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,056).

Çizelge 3.22. Hastaların Sigara Kullanımına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Sigara Kullanıyor musunuz	N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	68	1,76	1,987	148	0,049
	Hayır	82	1,56			
DMFT	Evet	68	7,09	0,584	148	0,560
	Hayır	82	6,68			

Sigara kullanan Hastaların Plak indeksi ortalamaları kullanmayanlar hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,049).

Sigara kullanımı evet ve hayır gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,560).

Çizelge 3.23. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Diş Hekimine gitme sıklığı	N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	3 ayda bir	5	1,19	0,56	18,25	3	23,62
	6 ayda bir	24	1,18	0,49			
	Yılda bir	54	1,44	0,47			
	Şikayetim oldukça	67	2,02	0,54			
DMFT	3 ayda bir	5	4,40	3,29	175,38	3	3,44
	6 ayda bir	24	6,63	4,17			
	Yılda bir	54	5,81	3,82			
	Şikayetim oldukça	67	7,99	4,38			

Çizelge 3.24. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI	DMFT
3 ayda bir / 6 ayda bir	0,999	0,691
3 ayda bir / Yılda bir	0,726	0,883
3 ayda bir / Şikayetim oldukça	0,003	0,043
6 ayda bir / Yılda bir	0,178	0,854
6 ayda bir / Şikayetim oldukça	0,0001	0,510
Yılda bir / Şikayetim oldukça	0,0001	0,024

Diş Hekimine gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir, Yılda bir ve Şikayetim oldukça gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). Şikayetim oldukça grubunun plak indeksi ortalamaları 3 ayda bir, 6 ayda bir, Yılda bir grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,003, p=0,0001), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Diş Hekimine gitme sıklığı 3 ayda bir, 6 ayda bir, Yılda bir ve Şikayetim oldukça gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,019). Şikayetim oldukça grubunun plak indeksi ortalamaları 3 ayda bir ve Yılda bir grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

bulunmuştur ($p=0,043$, $p=0,024$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3.25. Hastaların Düzenli Diş Fırçalama Sıklığına Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz?		N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	Aklıma Geldikçe	29	2,25	0,40	25,74	3	41,62	0,0001
	İki Günde Bir	22	2,13	0,51				
	Günde Bir	50	1,50	0,47				
	Günde İki defa	49	1,22	0,44				
DMFT	Aklıma Geldikçe	29	7,41	3,28	31,99	3	0,59	0,621
	İki Günde Bir	22	6,59	3,92				
	Günde Bir	50	7,22	4,42				
	Günde İki defa	49	6,31	4,66				

Çizelge 3.26. Hastaların Düzenli Diş Fırçalama Sıklığına Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
Aklıma Geldikçe / İki Günde Bir	0,775
Aklıma Geldikçe / Günde Bir	0,0001
Aklıma Geldikçe / Günde İki defa	0,0001
İki Günde Bir / Günde Bir	0,0001
İki Günde Bir / Günde İki defa	0,0001
Günde Bir / Günde İki defa	0,013

Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz? Aklıma Geldikçe, İki Günde Bir, Günde Bir, Günde İki defa gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Aklıma geldikçe grubunun Plak indeksi ortalamaları Günde Bir, Günde İki defa gruplarının Plak İndeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,0001$), İki Günde Bir grubunun Plak indeksi ortalamaları Günde Bir, Günde İki defa gruplarının Plak İndeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,0001$), Günde Bir grubunun Plak indeksi ortalamaları Günde İki defa gruplarının Plak İndeksi ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Düzenli Diş Fırçalıyor musunuz? Aklıma Geldikçe, İki Günde Bir, Günde Bir, Günde İki defa gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,621$).

Çizelge 3.27. Hastaların Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz		N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	Değiştirmiyorum	3	1,66	0,48				
	1-2 Ayda bir	21	1,42	0,60				
	3-4 Ayda bir	48	1,35	0,51				
	5-6 Ayda bir	38	1,70	0,59				
	>7 Ay	40	2,07	0,52	12,52	4	10,48	0,0001
DMFT	Değiştirmiyorum	3	10,67	3,79				
	1-2 Ayda bir	21	5,19	3,89				
	3-4 Ayda bir	48	6,58	4,21				
	5-6 Ayda bir	38	7,71	4,19				
	>7 Ay	40	7,00	4,27	133,95	4	1,92	0,109

Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz Değiştirmiyorum, 1-2 Ayda bir, 3-4 Ayda bir, 5-6 Ayda bir ve >7 Ay gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001).

Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz Değiştirmiyorum, 1-2 Ayda bir, 3-4 Ayda bir, 5-6 Ayda bir ve >7 Ay gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,109).

Çizelge 3.28. Hastaların “Fırça Dışında Diğer Dental Araçlardan Hangisini Kullanıyorsunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Fırça dışında diğer dental araçlardan hangisini kullanıyorsunuz		N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	Diş İpi	20	1,22	0,44				
	Ara yüz Fırçası	3	1,23	0,40				
	Ağız Suyu	36	1,33	0,53				
	Kullanmıyorum	91	1,89	0,57	13,01	3	14,77	0,0001
DMFT	Diş İpi	20	5,45	3,49				
	Ara yüz Fırçası	3	5,67	3,51				
	Ağız Suyu	36	6,50	5,12				
	Kullanmıyorum	91	7,36	3,96	71,68	3	1,35	0,261

Çizelge 3.29. Hastaların “Diş Fırçasını Hangi sıklıkla Değiştiriyorsunuz” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
Diş İpi / Ara yüz Fırçası	0,998
Diş İpi / Ağız Suyu	0,885
Diş İpi / Kullanmıyorum	0,0001
Ara yüz Fırçası / Ağız Suyu	0,991
Ara yüz Fırçası / Kullanmıyorum	0,175
Ağız Suyu / Kullanmıyorum	0,0001

Fırça dışında diğer dental araçlardan hangisini kullanıyorsunuz Diş İpi, Ara yüz Fırçası, Ağız Suyu ve Kullanmıyorum gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Kullanmıyorum grubunun Plak İndeksi ortalamaları Diş ipi ve Ağız suyu gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş ($p=0,0001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Fırça dışında diğer dental araçlardan hangisini kullanıyorsunuz Diş İpi, Arayüz Fırçası, Ağız Suyu ve Kullanmıyorum gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,261$).

Çizelge 3.30. Hastaların “Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim		N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	Kesinlikle Hayır	6	2,59	0,22				
	Hayır	34	1,84	0,48				
	Fikrim Yok	26	2,05	0,54				
	Evet	45	1,62	0,56				
	Kesinlikle Evet	39	1,10	0,34	22,41	4	24,3	0,0001
DMFT	Kesinlikle Hayır	6	9,83	1,47				
	Hayır	34	6,82	3,64				
	Fikrim Yok	26	7,85	4,69				
	Evet	45	7,31	4,82				
	Kesinlikle Evet	39	6,28	3,46	184,63	4	1,81	0,093

Çizelge 3.31. Hastaların “Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
Kesinlikle Hayır / Hayır	0,005
Kesinlikle Hayır / Fikrim Yok	0,096
Kesinlikle Hayır / Evet	0,0001
Kesinlikle Hayır / Kesinlikle Evet	0,0001
Hayır / Fikrim Yok	0,479
Hayır / Evet	0,247
Hayır / Kesinlikle Evet	0,0001
Fikrim Yok / Evet	0,004
Fikrim Yok / Kesinlikle Evet	0,0001
Evet / Kesinlikle Evet	0,0001

Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim Kesinlikle Hayır, Hayır, Fikrim Yok, Evet ve Kesinlikle Evet gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). Kesinlikle Hayır grubunun Plak indeksi ortalamaları Hayır, Evet ve Kesinlikle evet gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,005, p=0,0001), Kesinlikle evet grubunun plak indeksi ortalamaları Hayır, Fikrim yok, Evet gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş (p=0,0001), Fikrim yok grubunun Plak indeksi ortalamaları Evet gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş (p=0,004), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Ağız Diş Sağlığı Konusunda Yeterince Bilgi Sahibiyim Kesinlikle Hayır, Hayır, Fikrim Yok, Evet ve Kesinlikle Evet gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,093).

Çizelge 3.32. Hastaların “Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyorsunuz		N	Ortalama	SS	Karelerin Toplamı	df	F	p
Plak İndeksi	İnanmıyorum	3	1,82	0,44	17,03	3	21,36	0,0001
	Fikrim Yok	28	2,19	0,44				
	İnanıyorum	65	1,74	0,57				
	Kesinlikle İnanıyorum	54	1,26	0,48				
DMFT	İnanmıyorum	3	9,33	3,51	87,68	3	1,66	0,178
	Fikrim Yok	28	7,00	2,88				
	İnanıyorum	65	7,46	4,61				
	Kesinlikle İnanıyorum	54	5,94	4,25				

Çizelge 3.33. Hastaların “Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz” Sorusuna Göre Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi	PI
İnanmıyorum / Fikrim Yok	0,640
İnanmıyorum / İnanıyorum	0,994
İnanmıyorum / Kesinlikle İnanıyorum	0,001
Fikrim Yok / İnanıyorum	0,262
Fikrim Yok / Kesinlikle İnanıyorum	0,0001
İnanıyorum / Kesinlikle İnanıyorum	0,0001

Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz? İnanmıyorum, Fikrim Yok, İnanıyorum ve Kesinlikle İnanıyorum gruplarının Plak İndeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). Kesinlikle İnanıyorum grubunun Plak indeksi ortalamaları İnanmıyorum, Fikrim Yok, İnanıyorum

gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş ($p=0,001$, $p=0,0001$), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz? İnanmıyorum, Fikrim Yok, İnanıyorum ve Kesinlikle İnanıyorum gruplarının DMFT ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,178$).

Çizelge 3.34. Hastaların “Dişlerde Çarpıklık Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Dişlerde Çarpıklık Var mı?		N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	53	1,68	0,66	0,445	148	0,657
	Hayır	97	1,63	0,59			
DMFT	Evet	53	6,85	3,55	-0,038	148	0,970
	Hayır	97	6,88	4,56			

Dişlerde çarpıklık evet ve hayır gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,657$).

Dişlerde çarpıklık evet ve hayır gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,970$).

Çizelge 3.35. Hastaların “Ağızda Eksik Diş Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Ağızda Eksik Diş Var mı?		N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	99	1,82	0,58	5,122	147	0,0001
	Hayır	50	1,32	0,53			
DMFT	Evet	99	8,58	3,77	8,219	147	0,0001
	Hayır	50	3,58	2,89			

Ağızda Eksik Diş Evet grubunun plak indeksi ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Ağızda Eksik Diş Evet grubunun DMFT ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Çizelge 3.36. Hastaların “Ağızda Çürük Diş Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Ağızda Çürük Diş Var mı?		N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	93	1,89	0,57	7,048	148	0,0001
	Hayır	57	1,26	0,46			
DMFT	Evet	93	7,59	3,78	2,743	148	0,007
	Hayır	57	5,68	4,66			

Ağızda Çürük Diş Evet grubunun plak indeksi ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Ağızda Çürük Diş Evet grubunun DMFT ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,007).

Çizelge 3.37. Hastaların “Ağızda Tedavi edilmiş Diş var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Ağızda Tedavi edilmiş Diş var mı?		N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	113	1,54	0,58	-4,17	148	0,0001
	Hayır	37	2,00	0,60			
DMFT	Evet	113	7,50	4,24	3,341	148	0,001
	Hayır	37	4,92	3,58			

Ağızda Tedavi edilmiş Diş Evet grubunun plak indeksi ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,0001).

Ağızda Tedavi edilmiş Diş Evet grubunun DMFT ortalamaları Hayır grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Çizelge 3.38. Hastaların “Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı?” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları

Hastanın Kendine ait Diş Fırçası Var mı?		N	Ortalama	SS	t	df	p
Plak İndeksi	Evet	147	1,66	0,61	1,715	148	0,088
	Hayır	3	1,05	0,33			
DMFT	Evet	147	6,90	4,21	0,634	148	0,527
	Hayır	3	5,33	5,77			

Hastanın Kendine ait Diş Fırçası var mı? evet ve hayır gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,088).

Hastanın Kendine ait Diş Fırçası var mı? evet ve hayır gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,527$).

4. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ağız diş sağlığı düzeyinin geliştirilmesi için buna etki eden etmenlerin bulunması gerekmektedir. Bu etmenlerden hangisinin ne kadar etkilediğinin tespiti önemlidir. Ağız diş sağlığını olumsuz etkileyen etmenlerin başında ağız diş sağlığı alışkanlığı ve koruyucu ağız diş sağlığı yer almaktadır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında ise, hastaların % 30 'u işçi % 26,67 si ise çalışmamaktadır. Buna bağlı olarak da işçi gurubunda % 4,35 iyi ağız hijyenine sahip iken % 39,03 orta ağız hijyenine , % 56,52 ise kötü ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır.

Nedenlerine bakıldığında meslek gurubu olarak işçi çalışma zamanı ve ağır iş yükü açısından diğer mesleklere göre dezavantajlıdır. Bu durum işçi gurubu için ağız hijyeni açısından iyi sonuç çıkarmamaktadır.. Eğitim düzeyinin ve diş fırçalama alışkanlığının düşük olması da kötü ağız hijyeni için başka bir neden olarak yorumlanabilmektedir.

Memur olanların % 73,68 'i iyi ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuçla ağız hijyeninde meslek ve eğitimin ne kadar önemli olduğunu saptanmıştır. Eğitimin ağız hijyeni üzerine etkisi zaten bilinmektedir. Koruyucu diş hekimliği eğitimlerinin önemi ,eğitilmiş ebeveynlerin farkındalıklarının artarak çocuklarına bunu aktarmaları bireyin ağız hijyeni üzerinde ne kadar etkili olduğu düşünülmektedir.

Aile toplam kazanç gurubunda 0-1000 TL geliri olanların % 12,77 'si iyi ağız hijyenine sahip iken % 44,68 'i kötü ağız hijyenine sahiptir. Yine >3000TL gelire sahip grup ise % 46,15 iyi ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır.

Ağız hijyeninin aile toplam geliri ile yakından ilgili olduğu açıktır. Ekonomik durum iyileştiğinde ağız diş sağlığı verilerinin iyileştiği düşünülmektedir.

Araştırmamızın önemli başlıklarından biri de eğitimidir. Eğitim durumu ilkokul olarak baktığımızda % 61,11 kötü ağız hijyenine sahip, üniversite grubu ise %70,73 iyi ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır.

Bu sonuca dikkatli baktığımızda eğitimin ağız hijyeni ile ne kadar ilgili olduğu görülmektedir. Eğitim durumu arttıkça ağız hijyeni iyileşmektedir. Eğitim ile vatandaşın bilgi düzeyi artmakta koruyucu tedavi ile erken tanışmakta ve tanıştırmaktadır.

Hastalara "sigara kullanıyor musunuz?" diye sorduk. Evet diyenlerin % 8,82 'sinde iyi ağız hijyeni hayır diyenlerin % 30,49 ise iyi ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Bu soruya evet diyenlerin Plak İndeksi ortalaması 1,76 iken ,hayır diyenlerin 1,56 olduğu görülmüştür. DMFT değerleri ise evet diyenlerde 7,09 iken, hayır diyenlerde ise 6,68 olarak bulunmuştur.

Sigara kullanımının ağız hijyeni üzerine etkili olduğu kullananlarda ağız hijyeni değerlerinin yükseldiği saptanmıştır.

Hastaların diş hekimine gitme sıklığı grubunda %36 'sı yılda bir kez diş hekimine giderken % 44,67 'si şikayeti oldukça diş hekimine gitmektedir. Yılda bir kez diş hekimine giden hastaların % 22,22 'si iyi ağız hijyenine sahip iken , % 14,58 'i kötü ağız hijyenine sahip, şikayetim oldukça grubunda ise % 4,48 iyi ağız hijyenine sahip, % 58,21 'i kötü ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Diş hekimine gitme sıklığında yılda bir grubunda Plak İndeksi ortalaması 1,44 iken, şikayetim oldukça ise 2,02 olduğu,DMFT değerleri ise yılda bir grubunda 5,81 iken şikayetim oldukça grubunda 7,99 'a yükseldiği saptanmıştır.

Diş hekimine düzenli giden hastaların farkındalığı olan hastalar olduğu görülmektedir. Koruyucu tedavilerin önemi ve koruyucu ağız diş sağlığı eğitiminin önemi olduğu düşünülmektedir.

"Düzenli diş fırçalıyor musunuz?" Sorusuna aklıma geldikçe grubu %19,33 tür. Bu grubun %82,76 'sı kötü ağız hijyenine sahiptir. Günde iki defa fırçalayanların ise % 6,12 'sinde kötü ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Aklıma geldikçe grubunda Plak İndeksinde 2,25 iken , günde iki defa grubunda ise 1,22 saptanmıştır. DMFT değeri ise aklıma geldikçe grubunda 7,41 iken,günde iki defa grubunda 6,31 ' dir.

Bu sonuçtan da anlaşılacağı üzere düzenli diş fırçalama ağız hijyeni ile yakından ilgilidir. Ağızdaki bakteri sayısı azalmakta diş taşı birikmesi azalmaktadır.

Medeni durum, yaş ve cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. (P>0,05)

"Ağızda çürük diş var mı?" grubunda evet diyenlerin % 45,16 'sı kötü ağız hijyenine sahip hayır diyenlerin % 10,53 kötü ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Yine aynı grubun evet diyenlerinin Plak İndeksi ortalaması 1,89 iken hayır diyenlerin Plak İndeksi ortalaması 1,26 , evet diyenlerin DMFT değeri 7,59 hayır diyenlerin 5,68 olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuç değerlendirildiğinde ise bireyin ağız diş sağlığına önem vermediği açıkça görülmektedir. Ekonomi bir başka neden olabileceği düşünülmektedir. Etmenlerden diş hekimine gitme sıklığının oldukça seyrek olabileceği düzenli diş fırçalama sıklığının olduğu yorumlanabilir.

Ailede yaşayan kişi sayısı grubunda >7 olanlar % 11,11 iyi ağız hijyeni , %55,56 oranında kötü ağız hijyeni 0-2 olanlar da ise kötü ağız hijyeni % 33,33 olduğu saptanmıştır.

Ailede kişi sayısı bireyin ağız hijyeni ile etkili olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarını düzenli kontrollere götürmediği ağız diş sağlığına zaman ayırmadığı düşünülmektedir.

"Ağızda eksik diş var mı?" Grubunda evet olanlar % 42,42 'si kötü ağız hijyeni, hayır diyenlerin % 12 'si kötü ağız hijyenine sahip olduğu saptanmıştır. Plak İndeksi evet olanlar 1,82 hayır olanlarda ise 1,32'dir. DMFT değeri evet olanlarda 8,58 hayır olanlar 3,58 olduğu saptanmıştır.

Buna göre ağızda eksik dişi olanların diş bakımları eksiktir. Bunun sonucu ağızda diş kayıpları yaşanmaktadır. Eksik diş varlığı DMFT değeri ve Plak İndeksi ile yakından ilgili olduğu görülmektedir.

"Ağızda tedavi edilmiş diş var mı?" grubunda evet olanlar %23,01 hayır olanlar %59,46 kötü ağız hijyenine sahiptir. Plak İndeksi evet olanlarda 1,54 hayır olanlarda ise 2,00 dir. DMFT değeri evet olanlarda 7,50 iken hayır olanlarda 4,92 dir.

Ağızdaki tedavi edilmiş diş varlığı, ağız hijyenini ve plak indeksini yakından etkilediği saptanmıştır. Diş hekimine gitme sıklığına bağlı olarak iş işten geçmeden tedaviden yararlanmanın ne kadar etkili olduğu açıktır.

. Hastaların “Ağız Hijyeninin Gerekliğine İnanıyor musunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamalarına baktığımızda Plak İndeksi kesinlikle hayır % 2,59 kesinlikle evet %1,10 DMFT ise kesinlikle hayır 9,83 kesinlikle evet 6,28 olduğu saptanmıştır. Ağız diş sağlığına önem veren bireyin dişlerini düzenli fırçaladığı, diş fırçasını düzenli aralıklarla değiştirdiği , düzenli diş hekimine gittiği düşünülmektedir.

. Hastaların “Fırça Dışında Diğer Dental Araçlardan Hangisini Kullanıyorsunuz” Sorusuna Göre Plak indeksi ve DMFT ortalamaları ise ;Plak İndeksi diş ipi kullananların % 1,22 kullanmıyorum % 1,89 DMFT diş ipi kullananların 5.45 kullanmayanların 7.36 olduğu saptanmıştır. Ağız sağlığında diğer dental araçların ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

- Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, demografik özelliklerden meslek, kazanç, eğitim durumu, ailede kişi sayısı ve aile toplam gelirin oral ağız hijyeninde etkili olduğu bu şekil saptanmıştır.
- Demografik özelliklerden cinsiyet, meslek, kazanç, eğitim durumu, ailede kişi sayısı ve aile toplam gelirin DMFT değerlerini etkilediği saptanmıştır.
- Sigara, diş hekimine gitme sıklığı, diş Fırçası değiştirme sıklığı ve dental araç kullanımının oral ağız hijyeninde etkili olduğu saptanmıştır
- Sigara, Diş hekimine gitme sıklığı, Diş Fırçası değiştirme sıklığı ve dental araç kullanımının DMFT değerlerini etkilediği saptanmıştır
- Oral ağız hijyeni üzerine bilgi düzeyi yüksekliğinin oral ağız hijyeninde etkili olduğu saptanmıştır.

- Oral ağız hijyeni üzerine bilgi düzeyi yüksekliğinin DMFT değerlerini etkilediği saptanmıştır.
- Oral ağız hijyeni gruplarının Diş kaybı, çürük, tedavi edilmiş diş varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Diş kaybı, çürük, tedavi edilmiş diş varlığı ile DMFT değerlerinin ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Evli ve Bekar hasta gruplarının Plak indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).
- Hastaların Meslek Durumuna göre plak indeksi en yüksek işçi mensupları oluştururken, plak indeksi en az memurlar oluşturmaktadır. Bu da göstermektedir ki ağız ve diş sağlığı merkezlerine başvuran memurlar düzenli olarak ağız ve diş sağlığı alma ihtiyacı duyanlardır. İşçi mensupları ve ekonomik düzeyi yetersiz olanlar ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden geri planda kalmasına neden olmaktadır. Bu varsayımın tutarlı olduğu görülmektedir. Şöyle ki; gelir düzeyinin az, eğitim durumunun düşük olması, bu konuda yeterli bilinçlendirilmemek, hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamamalarına sebep olmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmanın birçok belirleyici unsuru bu nedenlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü ağız sağlığı toplumların gelişmiş düzeyine ve sosyal ve ekonomik düzeylerine göre değiştiğini belirtmiştir. Sosyo-ekonomik gelir seviyesi yüksek ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseldiği açıkça görülmektedir. fakat DSÖ bu raporunda problemlerin belirlenmesinde bir çözüm yolu koymuş çeşitli hedefler belirtmiştir. Fakat çalışmalar da bu hedeflerin başarısı ve uygulanabilirliği hakkında bir bilgi bulunmamaktadır.

Bu alanda çalışan akademisyenler fiziki imkânlar, insan kaynakları, teknoloji, malzeme ve üretilen sağlık hizmeti alanında yaptığı çalışmalarla ulaşılabilmektedir. Bu çalışmalardan biri 2004 yılında yayınlanan Türkiye-Ağız ve Diş Sağlığı Profili

2004” çalışmada Türkiye'nin gelişmekte olan ülkeler açısından iyi durumda olmadığını ortaya koymaktadır.

ABD’nde diş uygulama sosyal ve ekonomik faktörler üzerine kapsamlı araştırma hemen hemen yoktur. Son yirmi yılı aşkındır ABD diş bakım endüstrisi, önemli değişimler geçirmiştir. Biyolojik bilimlerdeki gelişmeler ve tıbbi araştırma uygulamaları Amerikalıların ağız sağlığındaki gelişmeler ile sonuçlanmış ve diş hastalıklarından korunma ve diş hastalıklarının tedavisine yönelik yeni yaklaşımlar doğmuştur. Phelps ve Newhouse (1974), diş bakım talebi üzerine fiyat etkisi hesaplamalarında; ABD nüfusu ile New York’taki bir alt grup uygulamasında, bireylerin diş hizmetlerini kullanımları karşılaştırılmıştır. Bu veri, yaş ve cinsiyetin her ikisinin de belirli dört diş hizmetinin (temizleme, çekim, dolgu ve muayene), tüm diş hizmeti uygulamalarının %85’ini oluşturduğunu göstermiştir. 1970 yılında bireylerin diş hizmeti kullanımını ölçen Chas-Norc anketi de; bir diş hekimine ziyaret sayısı ve bireysel olarak belirli on hizmetin alınıp alınmadığını ölçmüştür: diş temizleme, muayene, dolgu, protez, dişe kron uygulanması, ortodonti, diş eti tedavisi, florid tedavisi, çekim ve diğer işlemler (Manning ve Phelps, 2011: 505). Parkin and Hollingsworth (1997)’un 1991-1994 yılları arasındaki verileri kullanılarak 75 İskoçya hastanesinde uyguladığı VZA’nde diş personel sayısı da analizlere dahil edilmiştir (Worthington, 2004: 135). Anell ve Willis (2000), OECD ülkeleri üzerine yaptıkları çalışmalarında, uluslararası sağlık hizmeti karşılaştırmalarında harcama ölçütleri yerine kaynak profili kullanımının daha çok istenen sonuçlar vereceğini ileri sürmüşlerdir (Anell ve Willis, 2000: 770).

Günümüzde diş hekimliği, ağız-diş sağlığının korunması şeklinde talep görmektedir.. Ancak, diş çürüklerinin, kısa vadede tamamen yok olması mümkün olmadığından, diş çürüğü tedavisi, başlıca diş hekimliği uygulamalarından olmaya devam edecektir. Genel diş hekiminin uygulama alanı bu anlamda genişlemiştir. Diş hekimliğinde temel korunma, toplumda diş ve dişeti hastalıklarının artmasına neden olan sosyal, kültürel ve ekonomik etmenlerin elimine edilmesini amaçlar.

Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler, finansman, altyapı, (teknik kapasite ve sağlık insan gücünün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılım) eğitim, beslenme v.b sorunlardır. Buna bağlı olarak sağlık

düzyimizin ÷lke çapında y÷kselmesinde en önemli kazancın TSH'nin geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler şöyledir:

- Sağlık üzerinde kişi başına gelirin etkisi dikkatli incelenmesi gereken bir konudur. Yalnız başına kişi başına gelir artışının, sağlığın teminatı olamayacağı bilinmektedir. Gelir arttıka, ekonomik kalkınma ile birlikte başka sağlık sorunları da ortaya çıkmaktadır. Gelirin yetersizliği kadar artmasının sonuçları da takip edilmeli ve kalkınmanın diğer unsurları ile (eğitim gibi) birlikte desteklenmelidir.
- Ağız diş sağlığı konusundaki eğilim bireylerin sosyoekonomik statüsüne, eğitim seviyesi, gelir durumlarına, kentsel yerleşim, kırsal yerleşim, k÷ltür, etnik karakterler ve medikal durum gibi etmenler ağız diş sağlığı bakımının erken yaşlardan başlamasına engel oluşturmaktadır.
- Fakat günümüzde teknolojiye yaşanan gelişmeler, bilgiye kolay ulaşım, sağlığa bakış açınsındaki gelişmeler, bireylerin yaşam kalitesini arttırma eğilimi, ağız diş sağlığı merkezlerinin sağlık çalışanlarının niteliği, modern tıp bilimi ve ileri tıbbi teknolojinin bu merkezlerde uygulanması, insan ve memnuniyetine odaklı hizmetlerin artırılarak devam etmesi gerekmektedir.
- Türkiye'de ağız diş sağlığında; eğitim programları, bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları ile ağız diş sağlığı konusunun birey için yaşamı süresince uygulaması ve dikkat etmesi gereken bir sağlık konusu olduğu yönünde telkinler artırılarak devam etmelidir.
- Ağız diş sağlığı alanının koruyucu hekimlik ve sağlığı geliştirme çabaları içerisinde entegrasyonu ve yürüt÷lmesi etkin bir stratejidir. Bunun gerçekleşmesi ve başarılması aile diş hekimliği kavramı getirilebilir. Böylelikle aile ağız sağlığı açınsında düzenli diş hekimine gidecek. Sorunlar büyümeden aile diş hekimi tarafından halledilebilir.

- Vatandaşın koruyucu tedaviyi kolay ve ucuz bir Şekilde elde etmesi gerekmektedir. Bununla ilgili yönetimin gerekli tedbirleri alması gerekir.
- Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hizmet kalite standartlarının yükseltilmesi toplumdaki tüm bireylerin bu merkezlerden yüksek oranda yararlanılabilmesi için gereken önlemlerin alınması artan nüfus ve gelişen tıbbi teknolojinin aynı paralellikte bu merkezlere adapte edilmesi gerekmektedir.
- Eğitimin ağız hijyeninde ne kadar önemli olduğu saptamıştık. Bu aşamada ülkenin sağlık politikasını belirleyen planlamacıların bu konu üzerine daha etkili çalışması gerekmektedir.
- Vatandaşın diş hekimine düzenli gitmesinin ağız hijyeni üzerine etkisine bakıldığında yönetimin düzenli kontrollerde vatandaş için sağlayacak tedbirleri alabilir
- Aile toplam kazancının plak indeksinde , ağız hijyeninin de ne kadar etkilidir. Bundan dolayı koruyucu diş hekimliği ucuz olmalıdır.
- Ağız hijyenini etkileyen sigara kullanımı kamu spotları ile halkın bilinçlendirilmesi vasıtası ile azaltılabilir.
- Ebeveynlere ağız ve diş sağlığı eğitimi verilmelidir (nk anne-babalar diş firalamada çocuklara rol model olduklarından ebeveynlerin davranışı önemlidir).

Hekimler tarafından hastalara koruyucu hekimlik hizmeti olarak:

- Anaokullarında koruyucu diş hekimliği semineri verilmeli, böylelikle ağız diş sağlığı vazgeçilmez bir alışkanlık haline getirilebilir.
- İlkokullar da ğretmen gözetiminde çocuklara diş firalama saati düzenlenmeli, öğretmenlere bu eğitim diş hekimleri tarafından verilebilir.

- Çocuklara kliniklerde fissür örtücü ve flor uygulaması yapılarak koruyucu tedavi uygulanabilir. Ancak bu tedavi ya tamamen ücretsiz yada çok ucuz olmalı ki toplumun her kesimine ulaşılabilir. Devlet bu tedaviyi sosyal devlet olması sebebiyle kendisi vatandaşına ulaştırabilir. Ve böylelikle ileride ortaya çıkabilecek ağız diş sağlığı sorunlarının önüne geçmiş olacak,
- Vatandaşın ağız sağlığına inanması ve bu tedaviyi öncelikle kendisinin istemesi gerekmektedir. Bunun için kurum veya kişiler tanı ve tedavi şeklinde seminerler oluşturulmalıdır.
- Ağız diş sağlığında diş fırçası yanında diğer dental hijyen araçlarından da vatandaşın faydalanması için kamu ve özel sektörde görevler düşmektedir.
- Ağız diş sağlığının korunmasında en önemli başlık olan koruyucu hekimlik bir devlet politikası haline getirilmelidir. Koruyucu hekimlik hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmeli ve aile hekimi nasıl oluyorsa aile diş hekimi kavramı oluşturulmalıdır.

Sosyo ekonomik durumun ve eğitimin düşük olmasının çürük gelişiminde önemli olduğu bilinmektedir. Eğitim düzeyi ve sosyo ekonomik düzey arttıkça ağız-diş sağlığı farkındalığı da artmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey arttıkça da diş fırçası ve macun kullanımı diş fırçalama ile artmaktadır. Bu durumda ağız hijyeni olumlu yönden etkilenmektedir.

KAYNAKÇA

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı, Örgütlenmesi, Sunumu Kurultayı. *Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları*. Eğitim dizisi: 10, 2002.

Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaası.

Akdağ, R. (2011) *Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı, Yayın no:713.

Akdur, Recep. ve diğerleri. *Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4, 2003.

Akın, C., S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.

Altay, A. (2007) "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi" *Sayıştay Dergisi*, 64:33-58.

Anell, A. and Willis, M. (2000). International Comparision of Health Care System Using Resource Profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6).

Atçakarlar, S. (2012). *Ağız Hijyeninin Yaşam Kalitesine Etkisi CPQ11-14*. İzmir: Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, YBT.

Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım Yayın.

Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta yayıncılık.

Ateş, M. (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınılık.

Auster, R. D. ve Oaxaca, R. L. (1981). Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector. *Journal of Human Resources*. 16(3).

Bakır, Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri ve Müşteri Memnuniyeti. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Baysal, Z., H.İ. Köse ve N. Özmen. (2009). *Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Çalışan Memnuniyeti "Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği"*. Antalya: 19-21 Mart Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi.

Becker, G., S. (1965). A Theory of the Allocation of Time. *The Economic Journal*. 75(299).

Boran, Z. (2009). *11-12 Yaş Çocuklarında Ağız Ve Diş Sağlığı Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. İzmir: Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı.

Bulut. D. ve Ç. İşman. (2004). Muğla İl Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Ankara.

Burt B., A. (1997). How useful are cross-sectional data from surveys of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol* 25(1).

Can, A. ve H. İbicioğlu, (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi,

Clara J, Bourgeois D and Muller-Bolla M. (2012). *DMF from WHO basic methods to ICDAS II advanced methods: a systematic review of literature*. *Odontostomatol Trop* 35(139).

Cromwell, J. and Mitchell, J.B. (1986). Physician-Induced Demand for Surgery. *Journal of Health Economics*. 5(4).

Çolakoğlu, N. and Ladise Has. (2015). World Conference on Technology, Innovation and Entrepreneurship. *A Research For People To Determine The Relationship Between Oral Hygiene and Socio-Economic Situation*, . Arel Üniversitesi, İstanbul.

Çolakoğu, N. ve Ethem Has. (2015). *Sosyo-Demografik Faktörlerin Ağız ve Diş Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi: 6-12 Yaş Grubu Üzerinde Bir Araştırma*. Arel Üniversitesi, İstanbul.

Erdem R. ve Yıldırım H., H. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*.

Erdem, ř. (2007). Sağlık Hizmeti Pazarlaması: Hastalara Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Eren N. (1978). *Ulusal ve Bölgesel Düzeyde Sağlık Planlaması, Toplum Hekimliği*, sayı:11, İstanbul.

Erengin H, Dedeoğlu N. (1998). Sağlıkta eşişsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 yaş ve üzeri kişilerde morbidite farklılıklar. *Toplum ve Hekim* 13: 140–143.

Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi. Yayın No:2.

Folland, S., Goodman, A.C. ve Stano, M. (2003). *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Gafni, A. ve Torrance, G. W. (1984). Risk Attitude and Time Preference in Health *Management Science*. 30(4).

Gökalp, S.; B. Güçiz Doğan, M. Tekçiçek, A Berberoğlu, ř Ünlüer, (2004). Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye, Ankara: *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, Cilt: 31, Sayı: 4.

Görgün, S. (1993). Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, İstanbulİ SBF Yayınları.

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*. 80(2).

Günay T.; Kılınç, G. (2010). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri, İzmir: *Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Dergisi*. 24(3).

Hayran, O. (2012). *Sağlık Yönetimi Yazıları*. Ankara: Sage Yayıncılık.

Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayın.

Haznedaroğlu, B. (2011). Sağlık Yöneticilerinin Personel Karar Süreçleri Üzerine Öngörümleme Yöntemlerinin Etkisi: İzmir’de Bulunan Özel Hastanelerde Bir Uygulama, *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı.

Işı A. (1998). Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. *Doktora Tezi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Izumida, N.; Urushi, H. ve Nakanishi S. (1999). An Emprical Study of The Physician Induced Demand Hypothesis- The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan-. *Review of Population and Social Policy*.

Karahan, K. (2000). Hizmet Pazarlaması, İstanbul: Beta Basım Yayın.

Kavuncubaşı, Ş. (2012). Yıldırım, S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, Eskişehir,

Koçanalı, B.; A. Topaloğlu Ak, D. Çoğulu. (2014). *Çocuklarda Diş Çürüğüne Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, İzmir.

Koçel, T. (1982). *İşletme Yöneticiliği-Yönetici Geliştirme, Organizasyon ve Davranış*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yayın No: 132.

Kol, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kurt, Ü. (1999). Sağlık Sektöründe Sigorta ve Hizmet Sistemlerinin Verimlilik ve Etkinliği: Ekonomik Bir Analiz. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.

Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Lennox, C. (2014). Implementing an oral health dashboard to strengthen quality and improve health outcomes. *Community Health Center (CHC) Oral Health Dashboard*. ABD: National Oral Health Conference.

Mannig, W. G. ve Phepls, J. R-C. E. (1979). The Demand of Dental Care. *The Bell Journal of Economics*, 10(2).

Marşap, A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite, Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mümeckemlikte Süreklilik*. İstanbul: Beta yayın.

McGuire, A., Henderson, J. ve Mooney, G. (1988). *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. London and Newyork: Routledge.

Mirza, M. (2010). Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçülmesi: Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Alan Araştırması *Yüksek Lisans Tezi*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.

Neal, T.Garland. (1994). “Job Satisfaction Among Nurse Assistants Employed in Nursing Homes: An Analysis of Selected Job Characteristics”, *Journal of Aging Studies*, Vol.3, No.4.

Okay A. (2009). *Sağlık iletişimi, Temel Kavramlar ve Prensipler*. İstanbul: MediCat Yayın.

Onur, T. (2007) Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT)*, İstanbul.

Öksüz, A.S. (2010). Hizmet Kalitesinin Hata Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, Y. (2011). *Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Veri Zarflama Analizi ile Göreceli Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi*, Ankara: HÜ, SBE, YYLT.

Özer, M. (2005). *Faktör Piyasaları ve Faktör Gelirleri. İktisada Giriş*. Derleyen: İlyas Işıklar. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını. No: 1472.

Özsoy A.S., Bayık A., Erefe İ., Uysal A., Ergül Ş., Özer M. (2000). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmetlerinde Ekip Kavramına İlişkin Görüşlerinin Saptanması" *I. Uluslar arası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*.

Petersen, P.E. (2008) World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*. 58, Cenova: FDI/World Dental Press.

Saydam G, Oktay İ, Möller IG. (1990). Türkiye'de ağız-diş sağlığı durum analizi. Tür-Ağız-Sağ-001 (DSÖ) Seçil Ofset İstanbul

Seçim, H. (1985). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu – Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No:130.

Seyhun, Ö.K. (2006). Avrupa Birliği'ndeki Demografik Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyeliği Çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansımaları. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*. Ankara: T.C. Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü.

Sözen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*, Ankara: Palme Yayıncılık.

Stensland, J. ve Winter, A. (2006). Do Physician-Owned Cardiac Hospitals Increase Utilization?. *Health Affairs*. 25(1).

Sülkü, S. Nur. (2011). *Türkiye 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansman ve Sağlık Harcamaları*, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

engl, F. (2014). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Hastane alıanlarında Motivasyonu Etkileyen Faktörler, *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı,

Taubman, P. ve Rosen, S. (1982). Healthiness, Education, and Marial Status. *Economic Aspects of Health*. Derleyen: Victor R. Fuchs. National Bureau of Economic Research- NBER.

Tengilimoğlu, D, Işık, O, ve Akpolat, M. (2009). *Sağlık işletmeleri Yönetimi (2 Baskı)*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Tengilimoğlu, D., M. Akbolat ve O. Iık, (2015), *Sağlık İletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın.

Tuncer, . (1994). Periodontoloji 2. Baskı İstanbul: Bozak matbaa

Whitehead M. (2001). *Eitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Ankara.

Wilensky, G.R. and Rossiter, L.F. (1983). The Relative Importance of Physician-Induced Demand in the Demand for Medical Care. *Milbank Quarterly*. 61(2).

Worthington, A. C. (2004). Frontier Efficiency Measurement in Health Care: A Review of Empirical Techniques and Selected Applications. *Medical Care Research and Review*, 61(2).

İNTERNET KAYNAKLARI

AĞIZ HİJYENİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ CPQ11-14, dent.ege.edu.tr/yayinlarimiz/bitirme_tezleri/pdf/767.pdf (3 Haziran 2015).

Bilkent Universitesi - Saglik Merkezi <https://www.bilkent.edu.tr>, bilheal,uremesagligi,agizdissagligi. (7 Mart 2015).

GÖNÜL U. (1981)."Sağlık Ocağı Hizmetlerinde Toplum Katkısı"
<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/ekler/doc/uzman05012014.doc> (7 Mart 2015).

[http:// www. acikarsiv.atilim.edu.tr/browse/314/370449.pdf](http://www.acikarsiv.atilim.edu.tr/browse/314/370449.pdf) (29 Nisan 2015).

[http://ds. anadolu.edu.tr/eKitap/HUK120U.pdf](http://ds.anadolu.edu.tr/eKitap/HUK120U.pdf)

<http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/iibfd/article/view/1434/1513>(19 Mayıs 2015).

http://www.academia.edu/9971156/SA% C4% 9ELIK_ H% C4% B0ZMETLER% C4% B0_ TALEB% C4% B0N% C4% B0_ ETK% C4% B0LEYEN_ FAKT% C3% 96RLER(19 Mayıs 2015).

[http://www.artvin.edu.tr/files/userfiles/files/a806773ac876dd72d36b61e7e285f977.p
df](http://www.artvin.edu.tr/files/userfiles/files/a806773ac876dd72d36b61e7e285f977.pdf) (29 Mayıs 2015)

http://www.ekodialog.com/Acik_ogretim_iktisat/tuketici_dengesi.html(29 Mayıs 2015).

<http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/okulsagligisempozyumkitabi.pdf>. (25 Mayıs 2015).

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/kanit_kalite.pdf(25 Mayıs 2015)

[http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziN
o=455](http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=455)(29 Mayıs 2015).

http://www.researchgate.net/publication/255628813_Nurse_Aide_Turnover_Literature_Review_of_Research_Policy_and_Practice, (19 Mayıs 2015).

<http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/Makale/112/3.pdf>(9 Mayıs 2015).

http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=162 (25 Mayıs 2015).

<http://katalog.hacettepe.edu.tr/client/search/assent/129909;jsessionid=24ED9474CD37B79383AAF0A8FFF0CD4>(29 Mayıs 2015)

Sağlık Bakanlığı,

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf> (25 Mayıs 2015).

Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler 371
http://www.ttb.org.tr/STED/sted1001/saglik_egitimi.pdf (15 Eylül 2015).

TCSB, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi : 10.9.1982, No: 8/5319, Resmi Gazete, 13.1.1983, No: 17927 Mük. 5, C.22, S. 2889; <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-son-değisi-.html>. (2 Mart 2015).

Türkiye'de Sosyalleşirmenin 50 Yılı - Türk Tabipleri Birliği
www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf (7 Nisan 2015).

Ünsal, H. (2004). Kamu Hizmetlerinin Planlanmasında Fayda-Maliyet Analizi ve Uygulanabilirliği. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(1).
<http://www.sosbil.gazi.edu.tr/edergi/makale.php?Makale=3>. (2 Mart 2015).

World Health Organization (1978). Hospital Definition.
<http://www.who.int/topics/en/>(7 Nisan 2015).

EKLER

YETİŞKİNLERİN SOSYO EKONOMİK DURUMLARININ AĞIZ HİJYENİ ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Bu anket. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Yönetiminde Sosyal ve Ekonomik Faktörlerin Belirlenmesi Konusunda Yapılan Tez Çalışması İçin temel oluşturacaktır. Anket başka bir amaç için kullanılmayacak olup, kişisel tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi Diş Hekimi Ethem HAS

ANKET SORULARI

1-Cinsiyetiniz:

(Kadın) (Erkek)

2-Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar

3-Yaşınız:

() 18-25

() 26-33

() 34-41

() 42-49

() 50 +

4-Mesleğiniz:

() İşçi Memur, () Emekli, () Serbest Meslek, () Çalışmıyor.

5-Aylık Toplam Kazancınız:

() 0-1000, () 1001-2000, () 2001-3000, () 3001+

6-Eğitim Durumunuz:

() ilkokul, () Ortaokul, () Lise, () Üniversite.

7-Ailede Kaç Kişi Yaşıyorsunuz?

() 0-2, () 3-5, () 5-7 () 7+

8-Ailenizin Toplam Geliri Ne Kadar?

() 0-2000, () 2001-3000, () 3001-5000, () 5001+

9-Dış Hekimine Gitme Sıklığınız Nedir?

() 3 ayda bir, () 6 ayda bir, () Yılda bir, () Şikayetim Oldukça.

10-Düzenli diş fırçalıyor musunuz?

() Aklıma geldikçe, () İki günde bir, () Günde bir, () Günde iki +

11-Diş fırçanızı hangi sıklıkla değiştiriyorsunuz?

() Değiştirmiyorum, () 1-2 ayda bir, () 3-4 ayda bir, () 5-6 ayda bir () 7 Ay +

12-Fırça dışında diğer dental hijyen araçlarından hangisini kullanıyorsunuz:

() Diş ipi, () Ara yüz fırçası, () Ağız suyu, () kullanmıyorum

13-Sigara Kullanıyor musunuz?

() Evet, () Hayır

14-Ağız ve Diş sağlığı konusunda yeterince bilgi sahibiyim:

() Kesinlikle evet, () Evet, () Fikrim yok, () Hayır, () Kesinlikle hayır

15-Ağız Hijyeninin Gerekliliğine İnanıyor musunuz?

() Kesinlikle İnanıyorum, () İnanıyorum, () Fikrim Yok, () İnanmıyorum, () Kesinlikle İnanmıyorum.

BU KISIMDAN SONRASINI HEKİMİNİZ DOLDURACAKTIR

1. Dişlerde çapraşıklık var mı? () Evet () Hayır
2. Ağızda eksik diş var mı? () Evet () Hayır
3. Ağızda çürük diş var mı? () Evet () Hayır
4. Ağızda tedavi edilmiş diş var mı? () Evet () Hayır
5. Hastanın kendine ait diş fırçası var mı? () Evet () Hayır

6. Hastanın plak indeksi

- () 0-Gözle bakıldığında ve sond ile kazındığında diş eti kenarında- marjinal dişeti bakteri plağı yok
- () 1-Diş eti kenarında bakteri plağı gözle zor seçilebiliyor. Sadece sondla kazınarak belli edilebilir.
- () 2-Diş eti kenarı yanında gözle iyi görülebilen yumuşak birikintiler var, inter dental bölge tamamen dolmamış.
- () 3-Diş eti kenarı yanında gayet belirgin kaim birikintiler var ve bunlar kuronale doğru gelişmiş, inter dental bölge tamamen dolmuş.

Plak index

7-DMFT İndeksi

D (Çürük):

M(Kayıp) :

F (Dolgu):

T (Diş Sayısı):

DMFT(D+F+M):

ÖZGEÇMİŞ

1969 Kahramanmaraş Elbistan doğumluyum. İlkokulu Hatay'ın Kırıkhan ilçesinde Atatürk ilkokulunda, orta okulu ve liseyi Giresun'da Atatürk lisesinde okudum. 1988 yılında liseden mezun olarak, aynı yıl Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesini kazandım. Daha sonra İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine yatay geçiş yaparak 1993 yılında buradan mezun oldum. Askerlik görevimi 1993-1994 yılları arasında Batman'da yaptım. 1995 yılından bu güne kadar İstanbul Bahçelievler'de serbest diş hekimi olarak çalışmaktayım. Bir kız ve bir erkek olmak üzere iki çocuk sahibiyim. Çeşitli sivil toplum örgütlerine üyeliklerim bulunmakta. 2014 yılında yüksek lisansına AREL Üniversitesinde başladım. 2015 yılında ilk bilimsel makalem uluslararası veri tabanında yayınlandı.