

Diş çürüklerinin sağlığa ve ekonomiye yükü

Dr. Ömer Ataç



1988 yılında Beypazarı'nda doğdu. 2005 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden, 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yaptı. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdürmektedir.

Neslihan Ataç

Kırşehir'de doğdu. Lise eğitimini Kırşehir Prof. Dr. İlhan Kılıçözlü Fen Lisesi'nde, üniversite eğitimini Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde tamamladı. Ataç, İstanbul'da özel bir poliklinikte çalışmaktadır.

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanlığını tamamladı. 2001'de Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2012-2014 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yaptı. Halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde çalışmalarını sürdürmektedir.

Diş çürüğü, dişlerin mine-ralize dokuları olan mine, dentin ve sementi etkileyen, diyetteki fermente olabilen karbonhidratları kullanan mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Karbonhidrat içeren yiyeceklerin diş yüzeyinde uzun süre kalmasıyla meydana gelmektedir. Nişasta, şeker, asitli içecekler, çikolatalı yiyecekler çürüğün meydana gelmesine zemin hazırlayan başlıca maddelerdir. Diş yüzeyinde uzun süre kalan bu maddeler bir plak oluşturur ve ağız florasında yer alan bakteriler plağa yerleşerek bu maddelerle beslenirler. Beslenme neticesinde de asit üretmektedirler. Üretilen asit ise başta belirttiğimiz diş tabakalarına zarar verir ve çürük meydana gelir.

Ağız boşluğunda çok sayıda mikroorganizma yer almaktadır. Bunların bir kısmı karyojenik (çürük yapıcı) mikroorganiz-

malardır. Streptokoklar, aktinomiçesler ve laktobasilluslar çürük yapıcı başlıca mikroorganizmalardır. Günümüzde özellikle gelişmiş toplumların diyetleri, başlıca karbonhidratlardan -özellikle nişasta ve sukroz- meydana gelmektedir. Sukroz, günlük hayatta kullandığımız toz şekerdir. Yirminci yüzyılın başından 1970 yılına kadar olan sürede dünyada şeker tüketimi 9 kat artmıştır. Diş çürükleri ile şeker tüketimi arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur. Pek çok ülkede şekerli gıdaların üzerinde "karyojeniktir" ifadesi yer almaktadır. Ağız alınmasından sonra 30 dakika içerisinde plak pH'sını 5,5'in altına düşüren gıdalar, karyojenik olarak tanımlanmaktadır. 5,5 pH ise "kritik pH değeri" olarak kabul edilir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ise, diyetin yanında oral hijyen yetersizliği de çürük gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Plak; çürük oluşumunda en önemli faktördür. Yaklaşık 2/3'ünü mikroorganiz-

malar meydana getirir. Diş çevresindeki asidite ise;

- Mevcut bakterilerin sayısı ve çeşidi,
- Tükürük ve plak sıvısının tamponlama gücü,
- Tükürüğün akışkanlığı,
- Plakın difüzyon karakteristiği,
- Mine ve plakta flor varlığı,
- Gıdaların ağızda kalma süresi,
- Ağız hijyeni alışkanlığı gibi nedenlerden etkilenir.

Diş çürüğü önce dişin mine yüzeyinden başlar. Dışa yansıyan opak bir görüntü meydana gelir. Bu safhadaki bir diş, koruyucu önlemler yardımıyla çürük meydana gelmeden kurtarılabilir. Önlenilebilir bir hastalık olması önemlidir. Çürüğün başlıca etkenlerinden olan diyetteki karbonhidratların çürüğü önlemek açısından ortadan kaldırılması mümkün değildir. Mekanik temizlikle

besin artıkları ortamdan uzaklaştırılırken ağızdaki fermantasyon süreçleri ve asit tamamen kaldırılamaz. Çürükten korunmada, çürüğe neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması esas hedeftir. Diyetin düzenlenmesi, şeker alım sıklığının azaltılması, flor kullanımı ve plağın uzaklaştırılmasına bağlı olarak bakteri kolonizasyonunun engellenmesiyle çürük oluşumu azaltılabilir.

Ağız-diş sağlığını değerlendirmek için bazı temel göstergeler kullanılır. Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi, ortalama diş sayısı, ortalama çürük ve kayıp diş sayısı, DMFT indeksi ve dişsizlik yüzdesi bunlardan bazılarıdır. Özellikle DMFT indeksi son 70 yıldır yaygın olarak kullanılmaktadır. DMFT indeksi; çürük (decayed), kayıp (missing), dolgulı (filled) dişlerin toplamını ifade eder. Çürük prevalansı ve tedavi gereken durumları ortaya koyar. Klinik değerlendirmeye hesaplanabilir.

Sağlık ve Ekonomik Yük Açısından Türkiye'de Durum

Ağız ve diş sağlığı sorunları TÜİK 2014 sağlık istatistiklerinde,

- 0-6 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıklar/sağlık sorunları dağılımında 9,3 ile 5. sırada
- 7-14 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıklar/sağlık sorunları dağılımında ise 24,6 ile 1. sırada yer almaktadır.

2011 yılında yapılan Ulusal Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi Sürveyans Çalışması'na göre,

- 5-9 yaş grubunda, süt ve daimi dişlerde ortalama 5,2 sayıda çürük+dolguluk+çekilen diş (DMFT indeksi) mevcuttur.
- 10-14 yaş grubunda süt ve daimi dişlerde ortalama 3,67 sayıda çürük+dolguluk+çekilen (DMFT indeksi) diş mevcuttur. Yine aynı yaş grubunda başlangıç çürüğü olan diş sayısı ortalama 2,5 olarak tespit edilmiştir. Bu dişlere eğer koruyucu önlemler uygulanmazsa bir sonraki yaş grubunda sağlam diş çürüğe dönüşecektir.

Ülkemizde yapılan son çalışmalarda altı yaş grubu çocuklarda "çürüksüzlük" oranı %16, 12 yaş grubu çocuklarda ise %19 olarak tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 21. yüzyıl hedeflerine baktığımızda ise altı yaş grubu için çürüksüzlük oranı %80 olarak belirlenmiştir. Bu hedef ile ülkemizdeki mevcut durumu kıyasladığımızda, koruyucu diş hekimliği açısından olması gerekenden çok uzakta bulunduğumuz görülmektedir.

Türkiye'de 7-8 yaşında besin ve içecek tüketiminde,



• Yüzde 50'si haftada 1-3 kez, %8,5 haftada 4-6 kez, %4,2 her gün gazlı içecek tüketmektedir.

• Aynı grupta çikolata ve şekerleme tüketimi %55,8 haftada 1-3 kez, %22 haftada 4-6 kez, %14 her gün şeklinde hesaplanmıştır.

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDB) verilerine göre, 2-7 yaş arasındaki çocuklarda diş hekimine başvurma oranı %18,8, dişlerini günde 1 kez fırçalayan ya da hiç fırçalamayanların oranı %60 civarındadır. Diş macunu ve diş fırçası kullanımında da AB ve OECD ülkelerinin çok gerisinde kalmaktayız.

Ülkemizde 2013 yılında yapılan toplam sağlık harcamasından ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan pay %5 olup 4,2 milyar TL'dir. Bu paranın yaklaşık %98'i tedavi hizmetlerinde kullanılmaktadır.

TDB'nin 2050'ye dönük hesaplamalarında, 2050 yılında bu rakamın 5,3 milyar TL'ye yükseleceği öngörülmektedir. Birliğin önerdiği koruyucu uygulamaların ise 2015 yılı tahmini maliyeti 841 milyon TL ve 2050 yılı maliyeti -genç nüfusun azalmasıyla beraber- 637 milyon TL olarak hesaplanmıştır. Konuyla ilgili yapılan bir tez çalışmasında SGK tarafından yapılan ağız ve diş sağlığı harcamalarının en fazla olduğu yaş grubunun 34-65 yaş arası olduğu gösterilmiştir ki bu durum koruyucu hizmetlerin yetersizliğini gösteriyor.

Bir dolgunun devlete doğrudan maliyeti en az 37 TL iken, florür uygulamasının ülkemizde tahmini kişi başı maliyeti -henüz resmi bir açıklama olmasa da- 4-5 TL civarındadır. Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda, kişi başı maliyetin 0,8-4 Dolar arasında olduğu gösterilmiştir.



Ülkemizde 2014'te kişi başı diş hekimine müracaat sayısı 0.49'a yükseldi. Şu an Sağlık Bakanlığı, 137 ADSM, 5 diş hastanesi ve 613 hastane polikliniği ile hizmet vermektedir. Fakat bu durumun koruyucu hizmetlere bir katkısı olduğunu söylemek zor. Bu merkezlerde sunulan hizmetlerin sınırlılığı, referans hastanelere yığılma sorununu değiştirmedir. Hala birçok referans hastanede, yılları bulan randevu tarihleri verilmektedir. Artan talep ve daralmış randevu süreleri neticesinde, bir diş hekimi mesai saati içerisinde yaptığı uygulamalara aslında 15,7 saat ayrılmalıdır. Ancak bu süre, mevcut mesai saatinin neredeyse 2 katıdır!

ABD'de bir sağlık kuruluşunda isteğe bağlı olarak florür uygulatırsanız maliyet 30 Dolar civarına çıkabilmekte, fakat koruyucu hizmetler kapsamında olduğu için özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Kapsamlı bir koruyucu hizmet politikası ile eğitim, tarama ve uygulama hizmetlerinin tahmin edilen maliyeti yaklaşık 40 TL olarak hesaplanmıştır.

Hizmet Sunumu

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2014 Yılına göre; ülkemizde toplam diş hekimi sayısı 22.996 olup, hekimlerin %60'ı özel sektörde çalışmaktadır. 100.000 kişiye düşen hekim sayısına baktığımızda ülke ortalaması 30'dur. Bu oran, Batı Anadolu'da 44, İstanbul'da 42 ve Ege'de 32 olup, diğer bölgelerde 30'un altındadır. Bu durum, diş hekimlerin ülke geneline dağılımında bölgeler arası adaletsizliği göstermektedir. Aynı parametreyi dünyadaki durumla kıyasladığımızda, mevcut durum ile olması gereken arasındaki fark ortaya çıkmaktadır. Hekim sayısı, üst gelir grubu ülkelerde 100 binde 65, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 57, orta-üst gelir grubu ülkelerde ise 37'dir. Genel dünya ortalaması ise 28'dir. Bu verileri sadece adaletsiz dağılımla açıklamak yetersiz olacaktır.

Konunun bir de diş hekimi sayısı boyutu var. 2002'de 14 fakülte, 5.256 öğrenci, 605 öğretim üyesi varken, 2013 itibarıyla 35 fakülte, 11.133 öğrenci ve 1.115 öğretim üyesi mevcut. Bu artışa paralel olarak

ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum, kuruluş ve ünitelerinde de önemli artışlar yaşanmıştır. 2002'de diş ünitesi başına düşen nüfus 61.632 iken, 2014'te 10.144 olmuştur. Aynı yıllarda ağız ve diş sağlığı hizmetlerine müracaat sayısı 2002'de 5,4 milyon iken, 2014'te 37,9 milyon olmuştur. Ünitelerinin kamu-özel dağılımı da yaklaşık olarak yarı yarıyadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ağız ve diş sağlığı merkezlerinin (ADSM) açılması ve hızla yaygınlaştırılması, halkın tedavi hizmetlerine erişimini önemli oranda arttırdı. 2014'te kişi başı diş hekimine müracaat sayısı 0.49'a yükseldi. Şu an Sağlık Bakanlığı, 137 ADSM, 5 diş hastanesi ve 613 hastane polikliniği ile hizmet vermektedir. Fakat bu durumun koruyucu hizmetlere bir katkısı olduğunu söylemek zordur. Ayrıca bu merkezlerde sunulan hizmetlerin sınırlılığı, referans hastanelere yığılma sorununu değiştirmedir. Hala birçok referans hastanede, yılları bulan randevu tarihleri verilmektedir.

Hizmet veren merkez, üniteler, öğrenci sayısı ve başvuru sayılarındaki artışlar, ağız ve diş sağlığı konularında ana hedefin tedavi hizmetleri odaklı olduğunu göstermektedir. Bu durumu destekleyen bir başka istatistik ise, kamuda yapılan işlem sayılarıdır. 2014 yılında;

- 6 milyon 40 bin 247 dolgu
- 1 milyon 464 bin 597 kanal tedavisi
- 5 milyon 468 bin 132 diş çekimi uygulandı.



Türk Diş Hekimleri Birliği ülkemizde ihtiyaç duyulan işlem sayısını;

- 247 milyon dolgu
- 8,7 milyon kanal tedavisi
- 35 milyon diş çekimi olarak hesaplanmıştır.

Türk Diş Hekimleri Birliği Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel'in açıklamalarına göre, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaklaşık %50'si kamu tarafından verilmektedir. Çocuklara yönelik ağız-diş sağlığı hizmetlerinin oranı sadece %2'dir. Artan talep ve daralmış randevu süreleri neticesinde, bir diş hekimi mesai saati içerisinde yaptığı uygulamalara aslında 15,7 saat ayrılmaktadır. Ancak bu süre, mevcut mesai saatinin neredeyse 2 katıdır!

18 Ocak 2016 tarihinde yayınlanan SUT verilerine göre dolgu işlemi ücretleri, işlemin özelliğine göre 37 ile 53 TL arasında değişmektedir. Aynı diş için 180 gün içinde tekrar faturalandırma yapılamamakta. Kanal tedavisi ise 86-160 TL arasında değişmektedir.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çürüklerin Önemi - Çürük Profilaksisi ve Koruyucu Diş Hekimliği

DSÖ'nün sağlık tanımında yer alan iyilik halinin sürdürülmesinde temel hareket yolu, sağlığı korumak ve hastalıkların meydana gelmesini önlemektir. Koruyucu

hizmetler düzenli ve dikkatli bir şekilde sunulduğunda, çürüklerin meydana gelme ihtimali çok azalmaktadır. Bu önlemler, birincil koruma kapsamındadır. Gelişmiş ülkelerde koruyucu diş hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılarak çürük görülme sıklığı yüzdeleri önemli ölçüde azaltılmıştır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygın olduğu Almanya'da 12 yaş grubu DMFT oranı, 1983 yılında 6,8 iken 1995'te 2,2'ye ve 2005 yılında 0,7'ye gerilemiştir. Koruyucu hizmetler sunan OECD ülkelerindeki azalmalar %60-80 arasındadır.

İkincil koruma için, yani hastalıkları erken teşhis etmek için de yine koruyucu hizmetler ön plana çıkmaktadır. En az 6 ayda bir, herhangi bir şikâyet olmaksızın yaptırılacak kontroller, çürük ve diğer ağız-diş sağlığı problemlerinin çok erken dönemde tespit edilmesini ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayacaktır. Örneğin çürük gelişimi erken dönemde saptanırsa, yani sadece mine lezyonu evresinde ise bu dönemde uygulanacak florür ve düzenli ağız bakımı ile çürüğün ilerlemesi durdurulabilir. Üçüncül koruma açısından da diş hekimine başvuru alışkanlığı önemlidir. Çürük geliştikten sonra, doğru zamanda yapılan müdahaleler sonucunda, dişin kanal tedavisine veya çekime gerek kalmadan dolgu ile tedavi edilmesi, hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirecektir. Üstelik hiçbir tedavi, kaybedilen dişin yerini tutmaz. Bu nedenle çürüğün önlenmesi, erken teşhis ve tedavisi son derece önemlidir. TDB'ye göre ağız-diş sağlığı koruyucu hizmetleri

için yapılan her 1 dolarlık harcama, aksi takdirde ileride yapılacak olan 8 ile 50 dolar arasındaki bir harcamayı ortadan kaldırmaktadır.

Birçok gelişmiş ülkede, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetlerin maliyet-etkililik ve sağlık çıktılarına dair çalışmalar yapıyor. 2000 yılında ABD'nin Kuzey Karolina eyaletinde, Medicaid kapsamındaki 209.285 bebeğin dâhil edildiği bir program başlatıldı (Programın adı "Into the Mouths of Babies," IMB). Bu program kapsamında birinci basamakta yapılan sağlam çocuk takibi sırasında; dental görüntüleme, ebeveyn danışmanlığı, florür uygulaması ve gerekirse diş hekimine yönlendirme hizmetleri sunuldu. 6 aylıkken programa dâhil edilen bebeklerin, 42 aylık olana kadarki 3 yıl boyunca, 6 adet takipleri Medicaid tarafından karşılandı. Programa ilk dâhil olan bebeklerin 6 yaşına geldiklerinde yapılan analizlerinde, diş çürüklerine bağlı tedavi oranı -en az 4 takibe gitmek kaydıyla- programa dâhil olmayan bebeklere göre %17 daha az olduğu hesaplandı. 2010 yılına gelindiğinde bu program 42 eyalette uygulanmaya başlandı. Aynı programı inceleyen başka bir çalışmada, anaokulu çağı çocuklarının dmft oranları değerlendirildi. 1998'de 1,53 olan ortalama dmft oranı 2004 yılında 1,84'e çıktı. Programın etkisini göstermesiyle beraber 2009 yılında 1,59'a geriledi. Ayrıca yine bu programı değerlendiren başka bir çalışma, birinci basamak hizmetleriyle bir bütün halinde



AB ülkelerinde serbest çalışan diş hekimi oranı %80'in üzerindedir. Bizde %60 olan bu oran, mevcut durum ve ihtiyaçları göz önünde bulundurduğumuzda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu-özel işbirliğini zaruri hale getirmektedir. Ayrıca Bakanlık tarafından düşünülen, halihazırda mevcut olan aile hekimliği sistemi içerisine aile diş hekimliğinin entegre edilmesi fikri de önemlidir. TDB de bu fikre sıcak bakmakta hatta koruyucu hizmetler kapsamında su ve yiyeceklerin floridasyonu konusunda Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk üstlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

verilen hizmet sayesinde, ağız ve diş sağlığı için hizmet alımını ve erişimi arttırdığını da ortaya koymuş.

Bir başka örnek ise Avusturya'dan. Vorarlberg eyaletinde 1998 yılında başlatılan bir çalışmayla, yeni doğum yapan anneler hastaneden taburcu olmadan önce, sadece 1 defa hastanede ziyaret edilerek, ağız ve diş sağlığı eğitimcileri tarafından çocukları ve kendileri için oral hijyen konusunda eğitilmişler. Beslenme tavsiyeleri anlatılmış ayrıca nasıl diş fırçalanması gerektiği uygulamalı olarak gösterilmiş. Çalışmanın sonuçlarını değerlendirmek amacıyla 2003 yılında bir araştırma yapılmış. Eğitim alan annelerin çocuklarında çürük prevalansının yaklaşık olarak %10 daha düşük olduğu tespit edilmiş (%42,6 - %33,2). Ayrıca Almanya, Danimarka, Japonya ve Çin gibi ülkelerde de çeşitli koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilmektedir. Avrupa'da kurulan "Oral Health Platform" ile ülkeler başarılı uygulama örneklerinin birbirleriyle paylaşmakta ve işbirliği içerisinde hareket etmektedirler.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı son yıllarda, 60. ayını dolduran anaokulu öğrencilerine, toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmeti kapsamında eğitim, tarama ve florürlü vernik uygulaması yapmaktadır. Bu uygulama, 4. sınıf öğrencileri de dâhil olmak üzere yılda en az 2 defa planlanmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetten istenilen sonucu elde edilmesi için diş hekimi ve yardımcı sağlık personeli desteği sağlanmalıdır. Çürüklerin önlenmesi, hastanelerin yükünü de hafifleteceği için, Kamu Hastaneleri Kurumu ile Halk Sağlığı Kurumu'nun işbirliği içerisinde hareket etmesi büyük öneme sahiptir. Bu yazının hazırlandığı günlerde, Sağlık Bakanlığı tarafından planlanan "Halk Sağlığı Merkezi" projesinin hazırlık çalışmalarında sona gelindi. Bu merkezlerde

"Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği" açılacaktır. Polikliniklerin çocuk diş tarama, florür vernik kaplama ve süt dişi çekimi hizmetleri vermesi amaçlanmıştır. Hizmetin kapsamını ve detaylarını zaman içinde görebileceğiz.

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için konunun bir diğer paydaşı da diş hekimliği fakülteleridir. Diş hekimi adayları, eğitimleri sırasında koruyucu hizmetlerle ilgili dersler görmektedirler. Fakat ülkemizde diş hekimliği fakülteleri içerisinde, "Toplum Ağız Diş Sağlığı Bilim Dalı"na sahip tek fakülte ise İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'dir. Bu bilim dalı da yakın zamanda kapatıldı, görevli akademisyenler ise Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dalı bünyesinde görevlerine devam etmekte. Diş hekimlerinin meslek hayatları boyunca koruyucu uygulamalara daha çok önem vermeleri gerekmektedir. Bunun altyapısı da fakülte yıllarında oluşturulabilir. Bu açıdan değerlendirdiğimizde, koruyucu hizmetlere yönelik bilim dallarının sayısının artırılması faydalı olacaktır.

AB ülkelerinde serbest çalışan diş hekimi oranı %80'in üzerindedir. Bizde %60 olan bu oran, mevcut durum ve ihtiyaçları göz önünde bulundurduğumuzda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu-özel işbirliğini zaruri hale getirmektedir. Ayrıca Bakanlık tarafından düşünülen, halihazırda mevcut olan aile hekimliği sistemi içerisine aile diş hekimliğinin entegre edilmesi fikri de önemlidir. TDB de bu fikre sıcak bakmakta hatta koruyucu hizmetler kapsamında su ve yiyeceklerin floridasyonu konusunda Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk üstlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

Serbest çalışan diş hekimlerinin sisteme dâhil edilmesi ile ilgili olarak TDB Genel Başkanı Prof. Dr. Taner Yücel'in, Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası'nda yaptığı



açıklamalar şu şekildedir: “Toplumun ağız diş sorunlarının çok yüksek olduğu ülkemizde, bugünkü performans ve ihale yöntemiyle sadece kamudan hizmet ararak çözmesi mümkün değildir. Bu nedenle;

1) Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin nitelikli ve sürdürülebilir olması için, şu anda atıl durumda bırakılan 15.000 serbest çalışan diş hekimi de ülkenin ağız diş sağlığı hizmetlerine dâhil edilmelidir. Böylece geriye dönecek vergilerle devlet de kazanacak ve serbest çalışan diş hekiminin, yardımcı personel, laboratuvar ve malzeme tedarikçilerinin istihdamıyla ülke çalışanı artacaktır.

2) Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar ağırlıklı olarak koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri vermelidir. Ülkenin “çürüksüz” geleceği buna bağlıdır.

3) Diş hekimliği Fakültelerinin alt yapı ve öğretim üyesi ve akademisyen sorunu çözülmeye kadar hızla artışı durdurulmalı ve fakülteler performans kısıtlarından kurtarılarak, gerçek görevi olan bilimsel araştırma ve eğitim çalışmalarına yönlendirilmelidir.”

Yücel “sonuç olarak insanımızın dişsiz, muayenehanesinde çalışan diş hekiminin işsiz olduğunu” ifade etmiştir.

Öneriler

- Ağız ve diş sağlığı hastalıklarının büyük oranda önlenilebilir olduğu unutulmamalıdır.
- Ağız bakımı, beslenmenin düzenlenmesi, düzenli kontroller yapılmalı ve ihtiyaç halinde koruyucu uygulamalar sağlanmalı. Bu konularda tutum ve davranış değişikliği sağlayacak faaliyetler planlanmalıdır.
- Beslenme açısından, asitli içeceklerden uzak durulmalı, karbonhidrat ve şeker tüketimi azaltılmalı, akabinde

dişler temizlenmeli, ağızda kalma oran ve süreleri azaltılmalıdır. Büyüme çağında yeterli vitamin ve mineraller alınmalıdır.

- Esas hedef grup çocuklar olmalı. Ebeveynler, çocuklarına örnek olmak için eğitilmelidir.
- En az 6 ayda bir düzenli kontrol yaptırılmalıdır.
- 1 yaşından itibaren diş hekimi kontrollerine başlanmalı, bebeklerin kullandığı kaşık ve emziklerin hijyenine dikkat edilmeli, başkası tarafından kullanılmamalı.
- Sistemik florür uygulaması için çalışmalar yapılmalı. İçme suyu, okul suları, besinlere florür katılması değerlendirilmelidir.
- Diş fırçası, diş ipi kullanımı yaygınlaştırılmalı ve florür içeren macunlar kullanılmalıdır.
- 5-6 yaşında bir çocuk kendi başına dişlerini fırçalayabilmelidir. Bu yaşa kadar sorumluluk aileye aittir.
- İlkokul çağında her sene flor uygulaması yapılmalı, bu uygulama sırasında macun ve fırça dağıtılmalıdır.
- Tedavilere SGK tarafından yapılan ödemeler gözden geçirilmelidir. Yetişkinler için, bir dişin tek tedavisi karşılmalı, çünkü tekrarlanan tedaviler o hastanın dişlerine özen göstermediğinin kanıtıdır.
- Diş hekimliği fakültelerinde koruyucu merkezli bir yaklaşım öğretilmelidir.
- Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri için teşvik edilmelidir.

Kaynaklar

Ashley Kranz, Jessica Lee, Kimon Divaris, Diane Baker, William Felix Vann, North Carolina Physician-Based Preventive Oral Health Services Improve Access And Use Among Young Medicaid Enrollees Health Aff (Millwood). 2014 Dec; 33(12): 2144–2152.

Ashley M. Kranz, John S. Preisser, R. Gary Rozier Effects of Physician-Based Preventive Oral Health Services on Dental Caries Official Journal of The American Academy of Pediatrics March 2015, Volume 136/Issue 1

Bahar Güçüz Doğan Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 26, Sayı 2, Mayıs-Ağustos 2007

Ceren Çetinkaya, Diş Hekimliğinde Çocuklarda Uygulanan Çürük Önleyici Yöntemler, Bitirme Tezi, Ege Üni. Diş Hek Fak. Pedodonti ABD 2009

Effectiveness of Silver Diamine Fluoride and Sodium Fluoride Varnish in Arresting Dentin Caries in Chinese Pre-school Children C.H. Chu1, E.C.M. Lo1 *, and H.C. Lin2 J Dent Res 81(11):767-770, 2002

http://tdb.org.tr/tdb/v2/solmenu_goster.php?yer_id=7&id=343 (Erişim Tarihi: 28.01.2016)

<http://www.rdhmag.com/articles/print/volume-21/issue-4/feature/fluoride-varnish.html> (Erişim Tarihi: 28.01.2016)

http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=188 (Erişim Tarihi: 15.03.2016)

Leo N. Achembong, Ashley M. Kranz, R. Gary Rozier Office-Based Preventive Dental Program and Statewide Trends in Dental Caries Official Journal of The American Academy of Pediatrics March 2016, Volume 137/Issue 3

Prof. Dr. Meryem Tekçiçek, Hacettepe Üni. Diş Hek. Fakültesi Dönem 4 Ders Notları

Prof. Dr. Osman Gökay, Ankara Üniv. Diş Hek. Fakültesi Dönem 2 Ders Notları

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014

Sağlık Uygulama Tebliği 18.01.2016 Değişiklik Tebliği İşlenmiş

Sally C. Stearns, R. Gary Rozier, DDS, Ashley M. Kranz, Bhavna T. Pahel, and Rocio B. Quiñonez, Cost-Effectiveness of Preventive Oral Health Care in Medical Offices for Young Medicaid Enrollees Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Oct; 166(10): 945–951.

Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Haftası ve 22 Kasım Diş Hekimliği Günü Basın Açıklaması, Türk Dişhekimleri Birliği 21.11.2011

Ulusal Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi Sürveys Çalışması - 2011

Wagner, Y., Greiner, S., Heinrich-Welzien, R. (2014) Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria, Community Dent Oral Epidemiol 2014; Vol. 42, pp. 160-169.

Yrd. Doç. Dr. Çetin Akar, Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Aralık 2014