



20 MART DÜNYA AĞIZ SAĞLIĞI GÜNÜ “TDB Akademi Aile Dişhekimliği Raporu”

Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI), dünya çapında bir milyondan fazla dişhekimini temsil eden, BM üyesi 190 ülkenin, Ulusal Dişhekimliği Birliği ve bir çok uzmanlık derneğinin üyesi olduğu dişhekimliği mesleğinin uluslararası çatı organizasyonudur. 20 Mart 2013’de İstanbul da ki Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI) Genel Kurulunda, toplumların ağız ve diş hastalıklarının görülme sıklığını azaltmak ve kişilerin, ailelerin, toplumların ve de hükümetlerin dikkatini ağız sağlığına çekmek amacıyla, 20 Mart günü ‘Dünya Ağız Sağlığı Günü’ olarak kabul edilmiştir.

Ağız diş sağlığı hastalıkları dünyada 3,5 milyar insanı etkileyen en yaygın sağlık sorunudur. Diş çürüğü ve diş eti hastalıkları, çocuklardan, erişkinlere ve yaşlılara kadar toplumun bütün kesimlerini, kadın erkek ayırımı olmaksızın sağlığını olumsuz etkileyen başlıca ağız hastalıklarıdır. Ağız sağlığı olmadan ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarını yükseltmek mümkün olamamaktadır. Diş ve diş eti hastalıkları; dünyada ki düşük ve orta gelirli ekonomiye sahip ülkelerde çok daha yüksek yaygınlığa sahip bir hastalık olarak karşımıza çıkmakta ve bu durum genel sağlık giderlerinin de yükselmesine neden olmaktadır.

Türkiye’de Ankara Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı, en son 2018 yılında yaptıkları ve 2022 yılında da güncelledikleri araştırmada; ülkemizdeki 5-65 yaş arası, toplumun tüm kesimlerinin çok yüksek DMFT (*çürük, kayıp ve dolgulu diş sayısı*) ve diş eti hastalık değerlerine sahip olduğunu yayınlamışlardır.

Kaynak: Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırma Raporu 2018

Tablo 1. On iki yaş ve 35-44 yaş gruplarında ortalama DMFT indeksine göre çürük deneyiminin derecesi (Petersen ve Baez, 2013).

12 yaş		35-44 yaş arası	
Ortalama DMFT	Çürük Derecesi	Ortalama DMFT	Çürük Derecesi
<1,2	Çok düşük	<5,0	Çok düşük
1,2–2,6	Düşük	5,0–8,9	Düşük
2,7–4,4	Orta	9,0–13,9	Orta
4,5–6,5	Yüksek	>13,9	Yüksek
>6,5	Çok yüksek		



Tablo 16. Beş yaş grubunda toplam, çürük, dolgulu ve kayıp diş sayısı ile dmft'nin dağılımı

	Toplam Diş Sayısı	Çürük Diş Sayısı	Dolgulu Diş Sayısı	Kayıp Diş Sayısı	dmft
Genel					
Ort±SS	20,39±1,40	3,41±3,91	0,13±0,65	0,10±0,64	3,64±4,04
Min-Maks	7-24	0-20	0-9	0-16	0-20
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	20 (20-20)	2 (0-6)	0 (0-0)	0 (0-0)	2 (0-6)
Cinsiyet					
Erkek					
Ort±SS	20,29±1,36	3,51±3,96	0,13±0,69	0,11±0,61	3,76±4,08
Min-Maks	12-24	0-20	0-8	0-8	0-20
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	20 (20-20)	2 (0-6)	0 (0-0)	0 (0-0)	3 (0-6)
Kadın					
Ort±SS	20,50±1,43	3,31±3,86	0,12±0,60	0,08±0,67	3,51±3,99
Min-Maks	7-24	0-20	0-9	0-16	0-20
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	20 (20-20)	2 (0-6)	0 (0-0)	0 (0-0)	2 (0-6)

Tablo 37. On iki yaş grubunda toplam, çürük, dolgulu ve kayıp diş sayısı ile DMFT'nin dağılımı

	Toplam Diş Sayısı	Çürük Diş Sayısı	Dolgulu Diş Sayısı	Kayıp Diş Sayısı	DMFT
Genel					
Ort±SS	26,53±1,84	1,21±1,84	0,32±1,06	0,04±0,25	1,57±2,16
Min-Maks	18-28	0-22	0-17	0-4	0-22
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	28 (25-28)	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)	1 (0-2)
Cinsiyet					
Erkek					
Ort±SS	26,32±1,91	1,11±1,67	0,29±1,04	0,03±0,21	1,43±2,07
Min-Maks	18-28	0-14	0-12	0-2	0-19
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	27 (25-28)	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)	1 (0-2)
Kadın					
Ort±SS	26,75±1,74	1,32±2,00	0,35±1,07	0,05±0,28	1,72±2,25
Min-Maks	20-28	0-22	0-17	0-4	0-22
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	28 (26-28)	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-0)	1 (0-3)



Tablo 58. On beş yaş grubunda toplam, çürük, dolgulu ve kayıp diş sayısı ile DMFT'nin dağılımı

	Toplam Diş Sayısı	Çürük Diş Sayısı	Dolgulu Diş Sayısı	Kayıp Diş Sayısı	DMFT
Genel					
Ort±SS	27,79±0,94	1,95±2,51	0,60±1,40	0,17±0,56	2,72±2,96
Min-Maks	11-32	0-21	0-13	0-7	0-21
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	28 (28-28)	1 (0-3)	0 (0-1)	0 (0-0)	2 (0-4)
Cinsiyet					
Erkek					
Ort±SS	27,83±0,92	1,96±2,58	0,45±1,30	0,16±0,50	2,56±3,01
Min-Maks	23-32	0-21	0-13	0-5	0-21
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	28 (28-28)	1 (0-3)	0 (0-0)	0 (0-0)	2 (0-4)
Kadın					
Ort±SS	27,76±0,95	1,94±2,44	0,73±1,48	0,19±0,61	2,85±2,90
Min-Maks	11-32	0-17	0-10	0-7	0-17
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	28 (28-28)	1 (0-3)	0 (0-1)	0 (0-0)	2 (0-4)

Tablo 82. Otuz beş-kırk dört yaş grubunda toplam, çürük, dolgulu ve kayıp diş sayısı ile DMFT'nin dağılımı

	Toplam Diş Sayısı	Çürük Diş Sayısı	Dolgulu Diş Sayısı	Kayıp Diş Sayısı	DMFT
Genel					
Ort±SS	26,05±4,47	2,23±2,92	1,73±2,47	4,84±4,57	8,80±5,59
Min-Maks	0-32	0-26	0-15	0-32	0-32
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	27 (24-29)	1 (0-3)	1 (0-3)	4 (2-7)	8 (5-12)
Cinsiyet					
Erkek					
Ort±SS	26,38±3,91	2,26±3,03	1,55±2,24	4,57±3,95	8,39±5,32
Min-Maks	5-32	0-21	0-12	0-26	0-32
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	27 (25-29)	1 (0-3)	0 (0-2,15)	4 (2-7)	8 (5-11)
Kadın					
Ort±SS	25,73±4,96	2,20±2,81	1,90±2,68	5,11±5,12	9,21±5,83
Min-Maks	0-32	0-26	0-15	0-32	0-32
Ortanca (C ₁ -C ₃)	27 (24-29)	1 (0-3)	1 (0-3)	4 (2-7)	9 (5-12)



Tablo 109. Altmış beş-yetmiş dört yaş grubunda toplam, çürük, dolgulu ve kayıp diş sayısı ile DMFT'nin dağılımı

	Toplam Diş Sayısı	Çürük Diş Sayısı	Dolgulu Diş Sayısı	Kayıp Diş Sayısı	DMFT
Genel					
Ort±SS	10,64±9,51	0,99±2,13	0,83±1,69	20,81±9,94	22,63±9,06
Min-Maks	0-32	0-22	0-14	0-32	0-32
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	10 (0-19)	0 (0-1)	0 (0-1)	22 (12-32)	25 (15-32)
Cinsiyet					
Erkek					
Ort±SS	11,11±9,81	0,98±2,18	0,92±1,80	20,34±10,22	22,24±9,30
Min-Maks	0-32	0-22	0-14	0-32	0-32
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	10 (0-20)	0 (0-1)	0 (0-1)	21 (11-31,5)	24 (14-32)
Kadın					
Ort±SS	10,25±9,23	0,99±2,09	0,76±1,58	21,21±9,67	22,96±8,83
Min-Maks	0-32	0-21	0-14	0-32	0-32
Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	9,76 (0-18)	0 (0-1)	0 (0-1)	22 (13-32)	25 (16-32)

Bu araştırmadan elde edilen bulgular Türkiye’de diş çürüğünün toplumun bütün kesimlerinde ki yaygınlığını net olarak göstermektedir. Buna karşılık Avrupa Birliği ülkeleri ağız hastalıkları bakımından incelendiklerinde, çocuk ve gençlerde ki DMFT (*çürük, kayıp ve dolgulu diş sayısı*) değerlerinin 1’e yaklaştığı görülmektedir.1990’lı yıllarda diş çürüğü ve dişeti hastalıklarının yaygınlığı ve sıklığı bakımından ülkemiz değerleri ile benzer seviyede olan bu ülkeler, hükümetlerinin aldıkları cesur kararlar ile “Ulusal Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programları” içindeki ‘Koruyucu Hizmet Paketini’, sağlık sigortası kapsamı içerisine dahil etmişlerdir. Bu karar özellikle 18 yaşına kadar çocukların ülkenin tüm dişhekimlerinden koruyucu dişhekimliği bakımından faydalanmasını olanaklı duruma getirmiştir. Bu paradigmal değişim 2020’li yıllara gelindiğinde bu ülkelerdeki 12 yaş ve altı çocuklardaki DMFT (*çürük, kayıp ve dolgulu diş sayısı*) değerlerinin 1’e yaklaşmasını sağlamıştır. Koruyucu dişhekimliğinde alınmış bu devrimsel karar, Batılı ülkelerin bir çoğunda “Çürüksüz ”diğer bir deyişle, çürük kavitesi olmayan nesillere ulaşılması hedefine varılmasında çok büyük rol oynamış ve çocukların kaderleri değişmiştir. Bugün biliyoruz ki, diş çürüğü ve diş eti hastalıkları önlenabilir ve korunabilir hastalıklardır. Ve planlı ve sürdürülebilir koruyucu ağız-diş sağlığı projelerinin tüm ülke sathında uygulanması durumunda, öncelikle çocuklarımız çürüksüz dişlere sahip olabilirler. Bir çok ülkenin hükümetleri (Almanya, Fransa gibi nüfusu 80 milyon civarında olan ülkeler), ülke genelinde ki dişhekimlerinden faydalanarak, ödemelerini sosyal sigorta kapsamı içine almışlar ve “Ulusal Programlar” sayesinde koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinin toplumun her kesimine ulaşmasında, çok büyük başarılar elde etmişlerdir.



AB ülkelerinin birçoğunda başarıyla yürütülen ‘Ulusal Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı’ programlarının ortak özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1-Ulusal olması (*Ülkenin tamamını kapsıyor olması*)

2-Ulusal program içinde ‘Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Hizmet’ girişimlerinin paket olarak tanımlanmış olması (*Paketin içeriği ülkenin sosyal devlet anlayışı ve ekonomik gücüne bağlı olarak değişebilmektedir*)

3-Dişhekimlerinin ‘Aile Dişhekimi ’olarak tanımlanması (*diplomasını almaya hak kazanmış her dişhekiminden yararlanmak*)

4-Muayenehanesi olan her dişhekiminin ulusal koruyucu programda yer almasının sağlanması

5-Koruyucu hizmet paketi içinde yer alan uygulamaların ‘Sağlık Sigortası’ kapsamına dahil edilmiş olması.

Türk Dişhekimleri Birliği, geçmiş yıllarda ülkemizde kendi inisiyatifi ile başlattığı ve yürüttüğü birçok okul projesiyle koruyucu dişhekimliği alanında dikkat çeken çalışmaları sürdürmüş ve buna benzer çeşitli girişimleri hayata geçirmiş olsa da, ne yazık ki Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı’nın bu konuya ilgisinin yeterince yoğunlaşmaması sonucu çalışmalarda istenen başarıya ulaşılamamış ve yapılanlar sadece Türk Dişhekimleri Birliği’nin gayretleri ile sınırlı kalmıştır.

Ancak 2022 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Aile Dişhekimliği Uygulaması”nın başlatılması ile devlet tarafından önemli bir adım atılmıştır.

Bu projeye 0-12 yaş arası çocuklar dahil edilmiş, başvuran çocukların tüm ağız ve diş sağlığı taramaları yapılmış ve e-Nabız üzerinden takip edilen çocukların diş tedavilerinin yapılmasına ve de konu hakkında ailelerinin farkındalığı oluşturulması çalışmalarına başlanmıştır. Bu proje için seçilen üç ilimiz (Eskişehir, Kırşehir ve Karabük) pilot bölge olarak kabul edilmiştir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar konusunda net bir bilgimiz olmasa da, çocukların çoğunlukla o illerde ki Dişhekimliği Fakültelerimizin Pedodonti Anabilim Dalları üzerinden hizmete ulaşımı sağlanmakta olup, başvuran çocuk sayısının da yetersiz ya da sınırlı sayıda kalması nedeniyle projenin başarısı tartışmaya açık olarak kabul edilmektedir.

Ülkemizde bilindiği üzere birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri; Aile Hekimleri ile Aile Sağlığı Merkezleri üzerinden verilmektedir. Aile hekimi sayısı yaklaşık 28.000 civarında olup, her bir hekime yaklaşık 3.100 vatandaş bağlanmış durumdadır ki bu sayı Batıda 1.200-1.500 arasındadır. Her aile hekimi günde 50-70 hastanın polikliniğini yapmaktadır. Aile hekimlerinin maaş ortalaması bu sene 47.300-70.900 TL arasına getirilmiştir. Ayrıca hizmetlerin yürütülmesi için her aile sağlığı birimine ciddi miktarlarda cari ödemeler yapılmaktadır. Bütün bunlara rağmen AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN yürütülmesi ve sürdürülmesinde çok ciddi sorunlar yaşanmakta olup, aile hekimlerinin memnuniyetsizlikleri her geçen gün daha artmaktadır. Diğer taraftan birinci basamak sağlık hizmetlerinin optimal şekilde sürdürülmesi hükümetlerin en başta gelen vazifelerinin başında gelir ve toplumun genel sağlığı için hayati bir zorunluluktur.



TDB olarak Aile Dişhekimliği Projesinin içinin iyi doldurulması ve tanımlanması gerektiğinin üzerinde yoğun bir şekilde durmamızın nedeni de önümüzde ülkemizde uygulanan Aile Hekimliği sistemidir. Ve eğer Aile Dişhekimliği Projesinden, Sağlık Bakanlığı'nın beklentisi bu şekilde ki benzer bir sistemin hayata geçirilmesi ise bu konuda TDB olarak çok ciddi kaygılarımızın olduğunu ifade etmek isteriz.

Ülke kaynaklarının her zaman hem verimli, hem de ekonomik kullanılması temelinden hareket eden TDB, Sağlık Bakanlığı'nın Aile Dişhekimliği Projesini atılmış önemli bir adım olarak kabul etmekte ve de bu projenin başarılı olması için deneyim ve bilgisini Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve ilgili kuruluşlarla paylaşmaya hazır olduğunu vurgulamaktadır. Ancak en büyük hassasiyetimiz; Projenin yanlış başlayarak sistemin yanlış kurgulanması ile çocuklarımızın ağız hastalıkları bakımından sağlıklı yaşam sürdürmelerinin devam etmesine neden olabileceği riskidir. Projede ki başarısızlık, aynı zamanda koruyucu programlara olan güvenin de onarılmaz şekilde yaranmasına yol açacaktır.

O nedenle TDB 'Aile Dişhekimliği Projesi'nin;

- 1) Tüm Türkiye'yi kapsayacak şekilde ulusal şekilde planlamasının yapılmasını,
- 2) Kamu ve özelde çalışan tüm dişhekimlerinden yararlanılmasını,
- 3) Aile dişhekimini sadece 'koruyucu girişimlerle' sınırlayan yaklaşımı kabul etmeyeceğini ve Aile Dişhekimliği kavramı içinde doğası gereği tüm dişhekimlerinin alınmasını,
- 4) Koruyucu ağız-diş sağlığı paketi oluşturulmasını ve sosyal sigorta kapsamına alınmasını,
- 5) 0-18 yaş çocuk ve genç grubuna, ülkemizin yaşlı nüfus hızında ki artış göz önüne alınarak 65 yaş üstü grubunun da alınmasını,
- 6) Dişhekiminden birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminden yararlanmasını Aile Dişhekimliği Projesinin başarısı için çok önemli bulmaktadır. Bu konuların başta Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlarla ciddi olarak masaya yatırılması ve tartışılması gerekliliğinin altını kalın olarak çizmektedir.



Önerdiğimiz Ulusal Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Programı, Batılı ülkelerde başarısı kanıtlanmış olan uygulamaların daha sadeleştirilmiş ve sadece çocuklar ile yaşlı nüfusu kapsayan bir ağız-diş sağlığı koruyucu paketini içeren, özel ve kamudaki bütün dişhekimlerinden faydalanılması ile başarılı olunacak bir programdır. Ulusal Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Programı'nın başlatılmasının hem ekonomik olması hem kolay organize edilebilir olması nedeniyle ulaşılması daha gerçekçi bir hedef olacaktır. Toplumsal ve ekonomik fayda düşünüldüğünde ve de ülkemizin günümüzde sahip olduğu dijital alt yapı ortamının varlığı ve yaygınlığı ile beraber ele alındığında; "Ulusal Koruyucu Ağız-Diş Sağlığı Projesi" nin yukarıda ifade edilen ilkeler temelinde Sağlık Bakanlığı'nın 'Koruyucu Aile Dişhekimliği Projesine' eklemlenmesi ile daha kolay uygulanabilir ve 10 yıl gibi kısa sürede çocuklarımızın ve yaşlılarımızın ağız sağlığını çok üst düzeylere taşıma şansını yakalamak mümkün olabilecektir.

Bu vesile ile dikkatinize sunmak istediğimiz bir diğer önemli husus da FDI'nın yeni ağız-diş sağlığı tanımı ve bununla birlikte ağız-diş sağlığının genel sağlık içerisindeki vazgeçilmez yerinin bir kere daha yeniden vurgulanmasıdır.

İnsan sağlığının; konuşmadan, çiğnmeden, yutkunmadan, gülmeden, tat ve koku almadan hayati işlevlerini optimal gerçekleştirmesi mümkün değildir. O nedenle ağız sağlığı insanın bedensel ve ruhsal iyi olma halinde çok önemlidir. İnsanın sosyal varlık olarak değer ve alışkanlıklarını yürütmesinde, ağız sağlığının temel fonksiyonu tartışılmazdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI), genel sağlığın optimal yaşanmasında ağız-diş sağlığının önemine her geçen gün daha fazla dikkat çekmektedir. Ayrıca dünyadaki ölümlerin başlıca nedenleri arasında gösterilen bulaşıcı olmayan hastalıklardan diyabet, kalp ve damar hastalıkları ile üst solunum yolu ve kanser gibi hastalıklardan korunmada, aynı risk faktörlerine sahip olduklarından dolayı, ağız hastalıklarını da katmaktadır. Ülkelerin birinci basamak sağlık hizmet sistemlerine, ağız hastalıklarından korunmanın yer verilmesinin, tüm bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede çok önemli rol oynayabileceğinin altı özenle çizilmektedir. Ve yapılan geniş epidemiyolojik araştırmalarda ülkelerin sağlık ekonomilerinin sürdürülebilirliklerinde koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinden muhakkak birinci basamak sağlık sistemlerinde yer verilmesinin sağlık ekonomisine ciddi yarar sağlayabileceği, BM ve DSÖ raporları ile uzun zamandır vurgulanmaktadır.

TDB aslında yıllardır, meslek politikalarının oluşturulmasında ve sorunların çözülmesinde bilimsel temelli meslek politikaları yürütmesi ile güvenilirliğini her daim kanıtlamıştır. İşte bu nedenle Aile Dişhekimliği Projesini de, TDB büyük bir tarihi fırsat olarak değerlendirmekte; dişhekimliği muayenehanelerinin bir taraftan koruyucu aile dişhekimliği projesinde muhakkak yer alırken ve aynı zamanda muayenehanelerin, DSÖ tarafından Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) başında gelen ve ağız hastalıkları ile benzer risk faktörlerine sahip olarak kabul ettiği Diyabet, Kalp ve Damar Hastalıkları, Üst Solunum Yolları Hastalıkları ve Kanser gibi hastalıklardan korunmak için, onların ön teşhisini yapan (tükürük gibi her geçen gün gelişen teşhis yöntemlerini kullanarak) ve kayıt altına alan aile dişhekimisi olarak değerlendirilmesini, kısaca birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak yer almasını ülke sağlık sistemi içinde çok önemli bir değişim olarak görmektedir.



fdi İstanbul 2024
Dünya Dişhekimliği Kongresi
12-15 Eylül 2024 İstanbul, Türkiye



**Dünya Ağız
Sağlığı Günü**
20 Mart

DSÖ Yürütme Kurulunun 2023 yılı 15. Toplantısında üye ülkelere yaptığı çağrı, yukarıda irdelediğimiz Sağlık Bakanlığı Aile Dişhekimliği Projesi'nin yukarıda ifade edilen değişim ile birlikte gerçekleşmesi için çok ciddi bir gerektir. Ülkeler birinci basamak düzeyinde temel bir ağız sağlığı hizmet paketinin erişime sağlanması için bir an önce harekete geçmelidir.

Türk Dişhekimleri Birliği Akademi