


# Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ağız ve Diş Sağlığı Entegrasyonu

Yasemin Derya FİDANCIOĞLU<sup>1</sup>  Bahar ÜRÜN ÜNAL<sup>2</sup>   
Sinem ALKURT KAPLAN<sup>3</sup>  Müzeyyen Dilşah DEMİRAY<sup>1</sup>   
Hakan Yasin GÖNDER<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği ABD, Konya, Türkiye

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Konya, Türkiye

<sup>3</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi ABD, Konya, Türkiye

## Makale Bilgisi

### Makale Geçmişi

Geliş: 27.01.2026

Kabul: 16.03.2026

Yayın: 26.04.2026

### Anahtar Kelimeler

Sağlık Sistemi,  
Aile Diş Hekimliği,  
Aile Hekimliği,  
Koruyucu Diş Hekimliği.

## ÖZET

Türkiye'de pilot uygulamaları başlatılan aile diş hekimliği sistemi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak düzeyinde sistematik ve koruyucu odaklı bir yapıya kavuşturulmasını hedeflemektedir. Bu araştırma, Türkiye'de aile diş hekimliği modelinin uygulanabilirliğine ilişkin diş hekimleri ve aile hekimlerinin görüşlerini değerlendirmek ve bu modelin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile sağlık sistemi üzerindeki olası etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Gözlemsel ve kesitsel nitelikteki çalışmada veriler çevrimiçi anket aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılara kartopu (snowball) örnekleme yöntemiyle ulaşılmış; 113 aile hekimi ve 117 diş hekimi olmak üzere toplam 230 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiş; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra t-testi, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri aile diş hekimliği kavramını bildiğini ifade etmiştir. Diş hekimleri, mesleki açıdan en sık karşılaşılan sorunları hasta yoğunluğu, toplumun ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi eksikliği ve performans dayalı sistem olarak belirtmiştir. Her iki meslek grubu da toplumun bilgilendirilmesi ve koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi gerektiği konusunda büyük ölçüde hemfikiridir. Bulgular hem diş hekimlerinin hem de aile hekimlerinin aile diş hekimliği modeline yönelik farkındalıklarının sınırlı olduğunu ancak modelin sağlık sistemine entegrasyonunun önemli görüldüğünü göstermektedir. Aile diş hekimliği modelinin etkin biçimde uygulanabilmesi için aile hekimleri ve diş hekimleri arasında iş birliğinin güçlendirilmesi, ulusal düzeyde koruyucu diş sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve toplum temelli farkındalık programlarının artırılması önerilmektedir.

## Integration of Oral and Dental Health into Primary Healthcare Services

## Article Info

### Article History

Received: 27.01.2026

Accepted: 16.03.2026

Published: 26.04.2026

### Keywords

Healthcare System,  
Family Dental  
Practice,  
Family Medicine,  
Preventive Dentistry.

## ABSTRACT

The family dentistry system, which has been launched as a pilot program in Türkiye, aims to establish a systematic and preventive approach to oral and dental health services at the primary care level. This study aimed to evaluate the opinions of family physicians and dentists regarding the implementation of the family dental practice model in Türkiye and to assess its potential impact on preventive oral health services and the healthcare system. Designed as an observational cross-sectional study, data were collected via an online questionnaire distributed using the snowball sampling method. A total of 230 participants, including 113 family physicians and 117 dentists, were included. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 22.0, employing descriptive statistics, t-tests, Kruskal-Wallis tests, and Mann-Whitney U tests. Approximately one-third of the participants reported familiarity with the concept of family dental practice. Dentists identified patient overload, low community awareness of oral health, and performance-based work systems as their primary challenges. Both professional groups strongly agreed on the necessity of public education and strengthening preventive oral health services. The findings indicate that while awareness of the family dental practice model remains limited, both groups acknowledge its potential significance within the healthcare system. It is recommended to enhance collaboration between family physicians and dentists, develop national preventive oral health policies, and expand community-based education and awareness programs to ensure the effective implementation of the model.

## To cite this article

Fidancıoğlu, Y. D., Ürün Ünal, B., Alkurt Kaplan, S., Demiray, M. D., & Gönder, H. Y. (2026). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ağız ve diş sağlığı entegrasyonu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 130-143. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2026.244>

\*Sorumlu Yazar: Müzeyyen Dilşah DEMİRAY, [demiraydilsah@gmail.com](mailto:demiraydilsah@gmail.com)



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

## GİRİŞ

Sağlık hizmetleri; bireylerin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halini korumak, hastalıkların oluşmasını önlemek ve ortaya çıkan sağlık sorunlarını tedavi ederek yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla yürütülen tüm faaliyetleri kapsar. Bu hizmetler, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç ve tıbbi malzeme üretimi gibi alanları içermekte olup, bireylerin sağlığını korumayı, hastaları iyileştirmeyi ve toplumun genel sağlık düzeyini geliştirmeyi hedefler (El Taguri, 2008).

25 Mayıs 2010 tarihli 27591 sayılı “Resmi Gazetede” yayımlanan Aile Hekimliği Yönetmeliği’ne göre; “Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri“ şeklinde tanımlanmıştır (İçtin, 2013; Ertürk, 2012).

Pek çok kronik hastalık ile önemli risk faktörleri arasında sayılan ağız ve diş sağlığı hastalıklarının olumsuz etkileri yalnızca genel sağlık üzerinde değil, yaşam konforu, psiko-sosyal ve ekonomik yaşam üzerinde de ortaya çıkmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hastalıkları, artan prevalans ve insidans düzeyleri ile her geçen gün artan tedavi maliyeti gibi nedenlerle bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve diş çürüğü hala en yaygın kronik hastalıkların başında gelmektedir (Peres, 2019).

Türkiye'deki sağlık sistemi basamaklı bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcıları; Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversitelerdir. Sistem; birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerden oluşur. Aile hekimliği birinci basamağın temelini oluşturur. Kamu ve özel hastaneler ikinci basamak hizmetleri sunar. Araştırma ve eğitim hastaneleri ile üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sağlar (HealthTürkiye, Türkiye sağlık sistemi, 2025)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sağlık sisteminin giriş kapısını oluşturmaktadır. Topluma ve bireye yönelik koruyucu, tanı koyucu ve rehabilite edici hizmetleri kapsamaktadır (Ertürk, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization (WHO)) tanımına göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, hizmetle ilk temas noktasında, erişilebilirliği olan, sürekli, kapsamlı, koordine edilmiş ve insan-merkezli bir hizmet modelidir. Amacı tüm toplumsal grupların hizmetlere eşit erişimin sağlanması, eşitsizliklerin azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin optimize edilmesidir (Ekici, 2013). Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak değerlendirilen koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri; diş çürüğü ve risk faktörlerini dikkate alarak, sağlık probleminin ortaya çıkmadan önlenmesini ve kontrolünü hedeflemektedir. Ancak halen birinci basamak ağız diş sağlığı hizmetleri sağlık sistemimiz içinde sistematik bir şekilde yer almamaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemi içinde nasıl konumlandırılacağı toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından önem arz etmektedir. Tüm toplumun kapsandığı, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin odak alındığı model çeşitli ülkeler tarafından uygulanmakta ya da sağlık politikası olarak tartışılmaktadır (İçtin, 2013; Ertürk, 2012).

Aile diş hekimliği sistemi, bireylerin belirli aralıklarla aynı diş hekimine başvurarak birinci basamak düzeyinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden düzenli biçimde yararlanmasını amaçlayan bir yapıdır. Bu model, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının sistematik biçimde yürütülmesini sağlayarak, uzun vadede ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerine olan talebi azaltma potansiyeline sahiptir. Türk Diş Hekimleri Birliği’nin 22. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi çalışma raporunda (22. UDK Çalışma Raporu), aile diş hekimi; sorumluluğu altındaki bireylerin veya ailelerin ağız ve diş sağlığı açısından ilk başvuru noktası olarak görev yapan, bireysel ve toplumsal düzeyde koruyucu ve birinci basamak tedavi edici hizmetleri süreklilik içinde sunan, izleyen ve değerlendiren diş hekimi olarak tanımlanmıştır (TDB 22.Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi, Ağız-

Diş Sağlığı Meslek Sorunları Sempozyumu, 2016). Aile diş hekimliği uygulaması Türkiye’de ilk olarak 2004 yılında gelmiş olan bu sistem, 2022 yılında Eskişehir, Kırşehir ve Karabük illerinde pilot olarak uygulanmaya başlamıştır (TC.Sağlık Bakanlığı,2025). Konuya ilişkin tartışmalar güncel olarak yapılmakla birlikte konu hakkında bilimsel çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı; aile diş hekimliğinin uygulanmasında hizmet sunacak tarafta yer alan diş hekimlerinin ve aile hekimliği hizmeti sunan aile hekimlerinin anket aracılığıyla görüşlerinin alınmasıdır.

## YÖNTEM

Bu çalışma, aile diş hekimliğinin uygulanmasında hizmet sunacak tarafta yer alan diş hekimleri ile aile hekimliği hizmeti sunan aile hekimlerinin görüşlerini değerlendirmek amacıyla Ocak 2023 ve Mart 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma anket yöntemiyle veri toplanmasına dayalı gözlemsel ve kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

### Araştırma Modeli

Türkiye’de henüz uygulanmayan aile diş hekimliği kavramına ilişkin görüşlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, tanımlayıcı nitelikte olup mevcut durumun ortaya konulmasını hedeflemektedir. Literatürde Türkiye için benzer kapsamda yapılmış bir araştırma bulunmadığından, araştırma modeli özgün bir durum değerlendirmesi niteliğindedir.

### Örneklem

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de aktif olarak görev yapan aile hekimleri ve diş hekimleri oluşturmuştur. Örneklem seçiminde gönüllülük esas alınmış olup, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 230 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların 113’ü aile hekimi, 117’si diş hekimidir.

Katılımcılara ulaşmada kartopu (snowball) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan çevrimiçi anket formu, Whatsapp üzerinden çeşitli hekim grupları aracılığıyla paylaşılmıştır. İlk katılımcıların anket bağlantısını meslektaşlarıyla paylaşmaları teşvik edilerek katılımın genişletilmesi sağlanmıştır. Bu yöntem, farklı illerde ve kurumlarda görev yapan hekimlerden çeşitli görüşlerin toplanmasına olanak tanımıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; aktif olarak aile hekimliği veya diş hekimliği yapıyor olmak, anket formunu eksiksiz doldurmak ve gönüllü katılımı onaylamak olarak belirlenmiştir. Anketin aynı kişi tarafından birden fazla kez doldurulmasını önlemek amacıyla sistem, her katılımcının yalnızca bir yanıt göndermesine izin verecek şekilde yapılandırılmıştır.

Örneklem büyüklüğü, benzer nitelikteki anket çalışmalarında kullanılan ortalama örneklem büyüklükleri dikkate alınarak belirlenmiş olup, elde edilen 230 katılımcı sayısı istatistiksel analizler açısından yeterli bulunmuştur.

### Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması, ön görüşmeler ve uzman görüşü doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, daha önce diş hekimleri ve hastalar üzerinde uygulanmış bir tez çalışmasından yararlanılarak hazırlanmış, ancak bu çalışmada hedef kitle aile hekimleri ve diş hekimleri olduğu için sorular, bu grupların mesleki özellikleri ve araştırma amacına uygun biçimde uyarlanmıştır (Çam, 2019). Anket formu “Google Forms” aracılığıyla çevrimiçi olarak uygulanmış, katılımcılardan elektronik onam alınmıştır. Anketin giriş kısmında çalışmanın amacı, gizlilik ilkeleri ve gönüllülük esasları açıklanmıştır. Katılımcıların “Devam Et” seçeneğini işaretlemesi, aydınlatılmış onamın elektronik ortamda alınması anlamına gelmiştir. Katılımcılardan kimlik bilgisi istenmemiş, veriler anonim olarak değerlendirilmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır: birinci bölüm, katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan; ikinci bölüm ise katılımcıların aile diş hekimliği kavramına ilişkin bilgi düzeyleri, farkındalıkları, görüşleri ve uygulamaya yönelik tutumlarını değerlendiren ifadelerden oluşmaktadır.

### **Verilerin Analizi**

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Normal dağılıma uymayan veriler için non-parametrik testler uygulanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda t-testi, Kruskal–Wallis ve Mann–Whitney U testleri kullanılmış; istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.005$  olarak kabul edilmiştir.

### **BULGULAR**

Çalışmaya 113 aile hekimi ve 117 diş hekimi olmak üzere toplam 230 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir. Aile hekimlerinin %58.4’ü, diş hekimlerinin %58.1’i kadın olarak belirlendi. Hekimler arası cinsiyet, çalışılan kurum ve toplam çalışma süresi arasında istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir. Aile diş hekimliği hakkında aile hekimlerinin %31.9’u, diş hekimlerinin %32.5’i bilgi sahibi olduğunu bilgisine ulaşılmıştır.

**Tablo 1**  
*Demografik Veriler*

	<b>Aile Hekimi (n=113)</b>	<b>Diş Hekimi (n=117)</b>	<b>p value</b>
<b>Cinsiyet (Kadın)</b>	66 (58.4)	68 (58.1)	0.965 <sup>a</sup>
<b>Çalışılan kurum</b>			
Kamu hastanesi	53 (46.9)	56 (47.9)	0.561 <sup>a</sup>
Üniversite hastanesi	41 (36.3)	36 (30.8)	
Özel Hastane/Klinik	19 (16.8)	25 (21.3)	
<b>Toplam Çalışma Süresi (yıl)</b>			
≤5 yıl	45 (39.8)	44 (37.6)	
5-15 yıl	41 (36.3)	55 (47.0)	0.151 <sup>a</sup>
>15 yıl	27 (23.9)	18 (15.4)	
<b>Aile Diş Hekimliği Hakkında Bilgi</b>	36 (31.9)	38 (32.5)	0.920 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: Pearson Ki-kare Testi

Diş hekimlerinin sahada en çok karşılaştığı ilk 3 zorluk sorulduğunda ilk sırada en sık belirtilen (%29.1) hasta yoğunluğu, ikinci sırada en sık belirtilen (%21.4) çalışma koşulları 3. sırada en sık belirtilen (%29.1) performansa dayalı çalışma sistemi olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2**  
*Diş Hekimlerinin Sahada Karşılaştığı ilk 3 Zorluk*

	<b>1. n(%)</b>	<b>2. n(%)</b>	<b>3. n(%)</b>
Koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yetersizliği	7 (6.0)	15 (12.8)	15 (12.8)
Hasta yoğunluğu	34 (29.1)	15 (12.8)	3 (2.6)
Performansa dayalı çalışma sistemi	21 (17.9)	23 (19.7)	34 (29.1)
İhale ile hizmet- malzeme alımı sorunu (Malzeme kalitesi)	12 (10.3)	24 (20.5)	8 (6.8)
Yardımcı personel sorunu	12 (10.3)	8 (6.8)	26 (22.2)
Çalışma koşulları	24 (20.5)	25 (21.4)	22 (18.8)
Toplum ağız ve diş sağlığı eğitim sorunları	7 (6.0)	7 (6.0)	9 (7.7)

Aile hekimleri ve diş hekimlerinin aile diş hekimliğine yönelik sorulara verdiği yanıtlar arası uyum Tablo 3'te gösterilmiştir. En yüksek uyum %38.4 ile 'Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir' ve %31.9 ile 'Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir' ifadelerinde belirlenmiştir. En düşük uyum ise 'Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor' ve 'Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşılabilecek daha yüksek tedavi maliyetlerini azaltacaktır' ifadelerinde belirlenmiştir.

**Tablo 3**  
*Aile Hekimi ve Diş Hekimi Cevapları Arası Uyum*

Aile Hekimi Cevapları	Diş Hekimi Cevapları					Kappa	
	1	2	3	4	5		
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	3	-	0	7	13	4	0.187
	4	-	5	7	46	10	
	5	-	1	2	10	8	
	1	-	0	2	0	-	
	2	-	4	25	16	-	
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	3	-	3	17	19	-	-0.009
	4	-	3	9	11	-	
	5	-	0	2	2	-	
	1	1	2	1	-	0	
	2	1	7	3	-	0	
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	3	9	35	37	-	4	0.102
	4	0	2	4	-	1	
	5	0	4	0	-	2	
	1	15	6	0	-	-	
	2	15	51	0	-	-	
Toplum ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	3	10	10	1	-	-	0.283
	4	1	3	1	-	-	
	3	-	-	-	1	4	
	4	-	-	-	45	14	
	5	-	-	-	17	32	
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	3	-	-	2	16	7	0.188
	4	-	-	3	47	15	
	5	-	-	0	10	13	
	1	6	15	2	-	-	
	2	9	52	11	-	-	
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	3	1	9	8	-	-	0.189
	2	1	14	10	0	-	
	3	3	27	40	6	-	
	4	1	6	3	2	-	
	1	-	-	0	2	0	
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	2	-	-	1	28	11	0.076
	3	-	-	1	9	7	
	4	-	-	2	38	8	
	5	-	-	0	3	3	
	1	-	-	0	2	0	
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	2	-	-	14	4	0	0.132
	3	-	-	7	6	6	
	4	-	-	15	42	11	
	5	-	-	1	3	2	
	1	1	1	0	0	0	
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	2	1	32	10	5	0	0.319
	3	1	7	13	5	1	
	4	2	9	8	12	1	
	5	0	0	1	1	2	

	<b>2</b>	-	6	9	5	5	
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	<b>3</b>	-	4	38	23	2	0.112
	<b>4</b>	-	3	9	4	1	
	<b>5</b>	-	1	1	0	2	
Türkiye’de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Diş Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	<b>2</b>	-	22	16	3	-	
	<b>3</b>	-	13	24	9	-	0.200
	<b>4</b>	-	5	12	9	-	
	<b>1</b>	-	3	3	0	-	
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri. birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	<b>2</b>	-	16	3	2	-	
	<b>3</b>	-	12	7	0	-	0.036
	<b>4</b>	-	40	8	2	-	
	<b>5</b>	-	7	9	1	-	
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	<b>2</b>	-	3	4	8	1	
	<b>3</b>	-	1	21	35	11	0.118
	<b>4</b>	-	0	5	20	4	
Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır.	<b>2</b>	-	3	6	7	-	
	<b>3</b>	-	1	30	37	-	0.130
	<b>4</b>	-	0	9	20	-	
Özel olarak çalışan diş hekimlerine de aile diş hekimliği sisteminde yer verilmelidir.	<b>2</b>	6	10	9	0	-	
	<b>3</b>	24	21	29	2	-	0.039
	<b>4</b>	3	6	3	0	-	
SGK. özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın alınmalıdır.	<b>2</b>	0	16	15	1	-	
	<b>3</b>	9	15	36	5	-	0.160
	<b>4</b>	4	4	6	3	-	
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	<b>2</b>	-	3	3	33	-	
	<b>3</b>	-	5	15	37	-	0.038
	<b>4</b>	-	0	5	12	-	
Aile hekimi tarafından ağız ve diş sağlığının önemi hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.	<b>3</b>	-	-	2	13	7	
	<b>4</b>	-	-	5	42	15	0.121
	<b>5</b>	-	-	0	16	13	
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor.	<b>2</b>	-	5	26	6	-	
	<b>3</b>	-	14	20	5	-	-0.083
	<b>4</b>	-	7	23	7	-	
Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşılabilecek daha yüksek tedavi maliyetlerini azaltacaktır.	<b>2</b>	-	0	-	20	6	
	<b>3</b>	-	3	-	49	20	-0.042
	<b>4</b>	-	2	-	7	6	
	<b>5</b>	-	-	-	-	-	

1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum ve 5: Kesinlikle Katılıyorum

Aile ve diş hekimlerinin aile diş hekimliği uygulamasına yönelik ifadelerine verdiği yanıtlar Tablo 4’te karşılaştırılmıştır. Diş hekimlerinin aile hekimlerine kıyasla; ‘Türkiye’nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır’, ‘Ağız ve diş sağlığı ile ilgili okul çocuklarına yönelik eğitici ve koruyucu programlar uygulanmalıdır’, ‘Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir’, ‘Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır’, ‘Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır’, ‘Aile diş hekimliği sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulmalıdır’, ‘Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar’, ‘Aile hekimi tarafından ağız ve diş sağlığının önemi hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır’, ‘Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşılabilecek daha yüksek tedavi maliyetlerini azaltacaktır’ ifadelerine daha fazla oranda katıldıkları gözlemlenmiştir (p<0.005). Aile hekimlerinin diş hekimlerine kıyasla; ‘Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir’, ‘Toplum ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir’, ‘Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır’, ‘Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor’ ifadelerine daha fazla oranda katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır (p<0.005).

**Tablo 4**  
Aile Hekimi ve Diş Hekimi Cevaplarının Karşılaştırılması

		Aile Hekimi (n=113)	Diş Hekimi (n=117)	p value
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanmalı ve yürütülmelidir.	2	0	7 (6.0)	0.034 <sup>a*</sup>
	3	24 (21.2)	17 (4.5)	
	4	68 (60.2)	71 (60.7)	
	5	21 (16.6)	22 (18.8)	
	1	2 (1.8)	0	
Türkiye'nin ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası olmalıdır.	2	45 (39.8)	10 (8.5)	<0.001 <sup>a*</sup>
	3	39 (34.5)	55 (47.0)	
	4	23 (20.4)	52 (44.4)	
	5	4 (3.5)	0	
	1	4 (3.5)	12 (10.3)	
Kamu ve özel diş hekimliği hizmetleri birlikte planlanmalı ve eşgüdüm içerisinde yürütülmelidir.	2	11 (9.7)	53 (45.3)	<0.001 <sup>a*</sup>
	3	85 (75.2)	45 (38.5)	
	4	7 (6.2)	0	
	5	6 (5.3)	7 (6.0)	
	1	21 (18.6)	41 (35.0)	
Toplum ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	2	66 (58.4)	74 (63.2)	<0.001 <sup>a*</sup>
	3	21 (18.6)	2 (1.7)	
	4	5 (4.4)	0	
	5	5 (4.4)	0	
	3	5 (4.4)	0	
Ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumu bilgilendirici faaliyetler yürütülmelidir.	4	59 (52.2)	65 (55.6)	0.080 <sup>a</sup>
	5	49 (43.4)	52 (44.4)	
	3	25 (22.1)	5 (4.3)	
	4	65 (57.5)	75 (64.1)	
	5	23 (20.4)	37 (31.6)	
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem verilmektedir.	1	23 (20.4)	17 (14.5)	0.479 <sup>a</sup>
	2	72 (63.7)	78 (66.7)	
	3	18 (15.9)	22 (18.8)	
	1	0	5 (4.3)	
	2	25 (22.1)	49 (41.9)	
Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine sağlık bütçesinden yeterli pay ayrılmaktadır.	3	76 (67.3)	54 (46.2)	<0.001 <sup>a*</sup>
	4	12 (10.6)	9 (7.7)	
	1	2 (1.8)	0	
	2	40 (35.4)	0	
	3	17 (15.0)	4 (3.4)	
Kamu/Devlet tarafından sunulan ağız-diş sağlığı hizmetleri yeterlidir.	4	48 (42.5)	83 (70.9)	<0.001 <sup>a*</sup>
	5	6 (5.3)	30 (25.6)	
	1	2 (1.8)	0	
	2	18 (15.9)	0	
	3	19 (16.8)	39 (33.3)	
Ağız-diş sağlığı hizmetleri sunan kamu/devlet kuruluşlarının sayısı yeterlidir.	4	68 (60.2)	58 (49.6)	<0.001 <sup>a*</sup>
	5	6 (5.3)	20 (17.1)	
	1	2 (1.8)	5 (4.3)	
	2	48 (42.5)	52 (44.4)	
	3	27 (23.9)	32 (27.4)	
Ağız-diş sağlığı hizmetlerini sunan kamu/devlet kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısı yeterlidir.	4	32 (28.3)	23 (19.7)	0.508 <sup>a</sup>
	5	4 (3.5)	5 (4.3)	
	2	25 (22.1)	15 (12.8)	
	3	67 (59.3)	59 (50.4)	
	4	17 (15.0)	32 (27.4)	
Toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaydır.	5	4 (3.5)	11 (9.4)	0.013 <sup>b*</sup>
	2	41 (36.3)	41 (35.0)	
	3	46 (40.7)	55 (47.0)	
	4	26 (23.0)	21 (17.9)	
	2	41 (36.3)	41 (35.0)	
Türkiye'de Aile Hekimliği hizmetleri gibi Aile Diş Hekimliği hizmetleri de olmalıdır.	3	46 (40.7)	55 (47.0)	0.533 <sup>b</sup>
	4	26 (23.0)	21 (17.9)	

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri. birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak sunulmalıdır.	1	6 (5.3)	0	<0.001 <sup>a*</sup>
	2	21 (18.6)	80 (68.4)	
	3	19 (16.8)	32 (27.4)	
	4	50 (44.2)	5 (4.3)	
	5	17 (15.0)	0	
Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine daha fazla mali kaynak sağlanmalıdır.	2	16 (14.2)	4 (3.4)	<0.001 <sup>b*</sup>
	3	68 (60.2)	32 (27.4)	
	4	29 (25.7)	65 (55.6)	
	5	0	16 (13.7)	
	2	16 (14.2)	4 (3.4)	
3	68 (60.2)	46 (39.3)		
4	29 (25.7)	67 (57.3)		
2	0	34 (29.1)	<0.001 <sup>b*</sup>	
3	25 (22.1)	39 (33.3)		
4	76 (67.3)	42 (35.9)		
5	12 (10.6)	2 (1.7)		
SGK. özel çalışan diş hekimlerinden hizmet satın almalıdır.	1	0	13 (11.1)	<0.001 <sup>b*</sup>
	2	32 (28.3)	37 (31.6)	
	3	65 (57.5)	58 (49.6)	
	4	16 (14.2)	9 (7.7)	
Diş hekimleri koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıyorlar.	2	39 (34.5)	9 (7.7)	<0.001 <sup>b*</sup>
	3	57 (50.4)	23 (19.7)	
	4	17 (15.0)	85 (72.6)	
	3	22 (19.5)	8 (6.8)	
4	62 (54.9)	74 (63.2)		
5	29 (25.7)	35 (29.9)		
Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor.	2	37 (32.7)	27 (23.1)	<0.001 <sup>b*</sup>
	3	39 (34.5)	72 (61.5)	
	4	37 (32.7)	18 (15.4)	
	2	26 (23.0)	5 (4.3)	
3	72 (63.7)	0		
4	15 (13.3)	78 (66.7)		
5	0	34 (29.1)		

<sup>a</sup>: Fisher Halton Freeman test <sup>b</sup>: Pearson Ki-kare test \* : p<0.005

1: Kesinlikle Katılıyorum. 2: Katılıyorum. 3: Kararsızım. 4: Katılıyorum ve 5: Kesinlikle Katılıyorum

## TARTIŞMA

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ağız ve diş sağlığı alanında da koruyucu hizmetler ön plandadır. Bu hizmetler, diş çürükleri ve ilgili risk faktörlerini dikkate alarak, sağlık sorunlarının ortaya çıkmadan önce önlenmesini ve kontrol altına alınmasını amaçlar. Ayrıca bireylerin hastalık nedenleri, hastalıkların yayılma yolları ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesini de kapsar (Çam, 2019).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı alanında sunulan hizmetler ağırlıklı olarak tedaviye yöneliktir. Koruyucu hizmetlerin ise birinci basamak sağlık sistemi içinde henüz yeterince düzenli ve kapsamlı bir yapıya kavuşmadığı görülmektedir (Doğan ve Durukan Köse, 2023).

Toplumun ağız ve diş sağlığı sistemiyle ilk teması, birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri aracılığıyla gerçekleşir. Bu hizmet, hastaların ilk başvurduğu diş hekimi tarafından sunulur. Türkiye’de kamuya ait ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde birinci basamak uygulamaları yeterince gelişmemiş olsa da diş hekimliği hizmetlerinin önemli bir bölümü bu basamakta yoğunlaşmaktadır (Ekici, 2013).

Birinci basamak diş hekimliğinde koruyucu diş hekimliği sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla aile diş hekimliği kavramı, ülkemizde ilk kez 2004 yılında gündeme gelmiştir. Türk Diş Hekimleri Birliği tarafından hazırlanan 22. UDK Çalışma Raporunda, bu kavram; bireylerin veya ailelerin ağız ve diş sağlığıyla ilgili olarak başvurabilecekleri ilk basamak hizmeti sunan, koruyucu ve temel tedavi uygulamalarını sürekli olarak yürüten, takip eden ve değerlendiren bir sağlık hizmeti modeli olarak tanımlanmıştır (TDB 22.Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi, Ağız-Diş Sağlığı Meslek Sorunları Sempozyumu, 2016). Bu sistem, 2022 yılında Eskişehir, Kırşehir ve Karabük illerinde pilot olarak uygulanmaya başlamıştır (T.C.Sağlık Bakanlığı,2025).

Koruyucu diş hekimliği uygulamalarını temel alan bu sistem, hastaların belirli aralıklarla aile diş hekimini ziyaret etmesini ve planlanmış koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (World Health Organization, 2022) Pilot uygulama kapsamında, uygulamanın hayat geçirildiği illerde yaşayan 2-12 yaş aralığındaki tüm çocuklara bir Aile Diş Hekimi tanımlanmıştır. Aile Diş Hekimliği sisteminde temel hedef, bireye özel koruyucu yaklaşımları hayata geçirmektir. Bu kapsamda çocuklara ağız ve diş bakımı konusunda bilinç kazandırılması, beslenme alışkanlıklarının değerlendirilerek uygun önerilerde bulunulması, florürlü diş macunu kullanarak düzenli fırçalama alışkanlığının kazandırılması ve belirli aralıklarla koruyucu-önleyici uygulamaların yapılması planlanmıştır.

Türkiye’de aile diş hekimliği kavramını hem diş hekimleri hem de aile hekimleri perspektifinden ele alan bu çalışma, literatürde benzeri bulunmayan özgün bir yaklaşıma sahip olmakla birlikte aile diş hekimliği modelinin sağlık sistemi içindeki olası yeri, uygulanabilirliği ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine katkısı konusunda önemli bir değerlendirme sağlamaktadır.

Aile diş hekimliği hakkında diş hekimlerinin ve tıp hekimlerinin büyük bir kısmı benzer oranlarda bilgi sahibi olmadığını bildirirken, ankete katılanların üçte biri ancak bu uygulamayı bildiklerini ifade etmiştir. Aile diş hekimliği uygulamasının yaygınlaşması ve bir temele oturarak fayda sağlaması için bilinirliğinin artması önemli bir faktör olacaktır.

Literatürde bu bulguları destekleyen benzer çalışmalar mevcuttur. Ohio’da yapılan bir araştırmada, pedodontistlerin %78’inin 'Dental Home' (Diş Evi) kavramına aşina olduğu, ancak genel diş hekimlerinde bu oranın %18’e düştüğü saptanmıştır. Bu durum, çalışmamızdaki aile hekimleri ve diş hekimlerinin aile diş hekimliği konusundaki sınırlı bilgi düzeyiyle paralellik göstermektedir. Ayrıca ilgili çalışmada, diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun (%90+) halihazırda 'Diş Evi' özelliklerini (erişilebilirlik, aile merkezli bakım vb.) kliniklerinde uyguladıkları ancak kavramsal bir terim olarak buna yabancı oldukları belirlenmiştir. Bu veriler, hekimlerin pratik uygulamalarının teorik terminolojinin önünde gidebileceğini ve sistemin başarısı için kavramsal farkındalığın artırılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (Hammersmith ve ark., 2013).

Diş hekimleri sahada en sık karşılaştığı zorluklar için ilk sırada (%29.1) hasta yoğunluğu, ikinci sırada ise (%21.4) çalışma koşulları olduğunu belirtmiştir. Aile diş hekimliği metodunu oluşturmak için yola çıkılan temel hedefler toplumun koruyucu diş hekimliği hizmetlerinden daha etkin bir biçimde yararlanmasını sağlayarak aynı zamanda toplumun genel ağız diş sağlığının iyileştirilmesidir. Bu hedeflerin uzun vadede gerçekleştirilmesiyle hem toplumun ağız sağlığı iyileşecek hem de etkin bir basamaklı sağlık sistemi sayesinde hasta yoğunluğu basamaklara dengeli dağılarak azalacaktır. Dolayısıyla diş hekimlerinin de sahada karşılaştığı sorunlar çözüme kavuşmuş olacaktır.

Çalışmamızda, aile hekimleri ve diş hekimlerinin “toplumun ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirici faaliyetlerin yürütülmesi” (%38.4) ve “kamu kuruluşlarında çalışan diş hekimi sayısının yeterliliği” (%31.9) sorularına verdikleri cevaplarda yüksek uyumun gözlemlendiği dolayısıyla bu konularda benzer bakış açılarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu hem aile hekimlerinin hem

de diş hekimlerinin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin önemini kavradığını ve bu hizmetlerin toplum sağlığı için temel bir bileşen olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Ağız diş sağlığına ilişkin bilgilendirme faaliyetlerinin, özellikle çocukluk çağından itibaren verilen sağlık eğitiminin, koruyucu hizmetlerin, aile bilgilendirme politikasının toplum düzeyinde davranış değişikliği oluşturma potansiyeli olduğunun kabul edilmesi açısından oldukça önemlidir. Aynı zamanda toplumun ağız diş sağlığı problemlerinin çözümüne yönelik ihtiyacın sosyal devlet anlayışı çerçevesinde mevcut durumlarla yeterince karşılanmadığının her iki meslek grubunun da ortak fikri olduğu anlaşılmıştır. Aile diş hekimliği uygulaması yine bu problemin çözümüne yönelik gelecek vaat eden bir metot olma potansiyeli taşımaktadır.

Çalışmamızda diş hekimleri ve aile hekimleri arasında en düşük uyumun, 'Sağlık hizmetleri içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine yeterli önem veriliyor' ve 'Aile diş hekimliği uygulamaları ileride karşılaşılabilecek daha yüksek tedavi maliyetlerini azaltacaktır' ifadelerinde olduğu saptanmıştır. Özellikle diş hekimlerinin, aile diş hekimliği uygulamalarının gelecekteki maliyetleri düşüreceğine dair aile hekimlerine kıyasla çok daha güçlü bir inanca sahip oldukları görülmüştür ( $p<0.005$ ). Bu durum, literatürdeki kamu destekli koruyucu modellerin ekonomik başarısıyla paralellik göstermektedir; yapılan çalışmalarda kamu eliyle yürütülen okul tabanlı programların, özel diş hekimliği modeline kıyasla %14 ile %20 arasında maliyet tasarrufu sağladığı belgelenmiştir (Mathu-Muju ve ark., 2013).

Ayrıca çalışmamızda diş hekimlerinin %57.3'ü aile diş hekimliği hizmetinin sadece kamuda çalışan diş hekimleri tarafından sunulması gerektiğini savunmuştur. Bu eğilim, dünya genelinde 50'den fazla ülkede başarıyla uygulanan ve okul bazlı kliniklerle katılım oranlarını %82 ile %98 seviyelerine çıkaran kamu temelli modellerin (Mathu-Muju ve ark., 2013) başarısını destekler niteliktedir. Ohio'da yapılan bir çalışmada (Hammersmith ve ark., 2013) da benzer şekilde, 'Dental Home' (Diş Evi) modelinin düşük sosyoekonomik düzeydeki ve kamu sigortalı (Medicaid) çocuklarda uzun vadeli maliyetleri düşürme ve koruyucu odaklı bireyselleştirilmiş planlar sunma potansiyeline vurgu yapılmıştır.

Bu sonuçlar, diş hekimlerinin koruyucu ve tedavi edici hizmetler arasındaki maliyet farkına ve sistemin aksayan yönlerine aile hekimlerinden daha hakim olduklarını göstermektedir. Diş hekimlerinin gelecekteki ağız sağlığı problemlerini öngörme ve önleyici politikaları (ulusal politika gerekliliği, okul programları vb.) daha güçlü destekleme eğilimi, mesleki farkındalıklarının bir yansımasıdır. Öte yandan aile hekimlerinin bu maliyet ve önem konularında daha çekimser kalması, ağız sağlığı sorunlarının genel sağlık sistemi içinde gözden kaçma riskini ve disiplinler arası iletişim ihtiyacını bir kez daha kanıtlamaktadır.

Bu çalışmada aile hekimleri ve diş hekimlerinin aile diş hekimliği uygulamalarına ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında, diş hekimlerinin birçok ifadeye aile hekimlerine kıyasla daha yüksek oranda katılım gösterdiği görülmüştür. Özellikle "ulusal bir ağız ve diş sağlığı politikası gerekliliği", "okul çocuklarına yönelik koruyucu programların uygulanması", "koruyucu hizmetlere daha fazla mali kaynak ayrılması" ve "aile diş hekimliği uygulamalarının gelecekte tedavi maliyetlerini azaltabileceği" yönündeki ifadeler, diş hekimleri tarafından daha güçlü bir şekilde desteklenmiştir.

Bu bulgu, diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin planlanması ve geliştirilmesinde koruyucu yaklaşımların önemine daha fazla vurgu yaptığını göstermektedir. Diş hekimlerinin bu konuda daha bilinçli ve farkındalık düzeyi yüksek bir tutum sergilemesi, mesleki deneyimleri ve koruyucu hizmetlerin sağlık sistemine katkısına ilişkin bilgileriyle ilişkili olabilir.

Öte yandan aile hekimlerinin bu ifadelere daha düşük oranda katılım göstermesi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyonunun yeterince güçlü olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, aile diş hekimliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılabilmesi için iki meslek grubunun daha yakın iş birliği içinde çalışması gerektiğini de ortaya koymaktadır. Ayrıca bu farklılık, ulusal ağız ve diş sağlığı politikalarının geliştirilmesi sürecinde disiplinler arası iletişimin güçlendirilmesinin önemini de vurgulamaktadır.

Bu çalışmada aile hekimlerinin bazı ifadelere diş hekimlerine kıyasla daha yüksek oranda katılım göstermesi dikkat çekici bir bulgudur. Özellikle “ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde tek elden planlanması”, “koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre sunulması” ve “ağız diş sağlığı hizmetlerine sağlık sistemi içerisinde yeterli önem verildiği” yönündeki ifadeler aile hekimleri tarafından daha fazla desteklenmiştir.

Bu durum, aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerini daha çok mevcut sağlık sisteminin bir parçası olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Ayrıca aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif görev alması, bu hizmetlerin planlanması ve koordinasyonunun merkezî bir yapı tarafından yürütülmesinin daha etkili olacağına inançlarını güçlendirmiş olabilir.

Buna karşılık diş hekimlerinin bu ifadelere daha düşük katılım göstermesi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin mevcut uygulamalar içinde yeterince önceliklendirilmediği ya da etkili bir entegrasyonun sağlanamadığı yönündeki mesleki deneyimlerine dayanıyor olabilir. Bu farklı bakış açıları, aile diş hekimliği modelinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için her iki meslek grubunun beklentilerinin dengelenmesi ve sistemin bu doğrultuda güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde bu çalışmaya benzer bir araştırmaya rastlanmamış olup, şimdiye kadar benzeri yapılmamış bir konuyu ele alması açısından özgün ve oldukça değerli bir nitelik taşımaktadır. Konuya farklı bir bakış açısı kazandırarak hem bilimsel bilgi birikimine katkı sunmakta hem de ileride yapılacak araştırmalara zemin hazırlamaktadır. Ayrıca kullanılan yöntemlerin titizlikle seçilmiş olması, elde edilen sonuçların güvenilirliğini güçlendirmektedir. Bu yönleriyle çalışma hem özgün hem de alana gerçek bir katkı sağlayacak niteliktedir.

## SINIRLILIKLAR

Çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler hakkında kesin sonuçlara ulaşmak mümkün değildir. Bunun yanında, bireysel farklılıklar ve çevresel faktörler tam olarak kontrol altına alınamamıştır. Gelecekte daha geniş örneklerle, çok merkezli ve uzun dönemli çalışmaların yapılması bu sınırlılıkların önemli ölçüde azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

## Etik Onay

Çalışma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar No: 2022/230, Tarih: 10.05.2022). Araştırma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için katılımcılardan bilgilendirilmiş onam ve ilgili kurumlardan izin alınmıştır.

**Çıkar çatışması**

Yazarlar bu makalenin yayınıyla ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

**Finansal destek**

Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Yazarlık Katkıları**

Tasarım: Y.D.F., B.Ü.Ü. Veri Toplama veya Veri Girişi Yapma: Y.D.F., B.Ü.Ü., S.A.K., M.D.D., H.Y.G. Analiz ve Yorum: S.A.K., M.D.D., B.Ü.Ü., Y.D.F., Literatür Tarama: Y.D.F., B.Ü.Ü., S.A.K., M.D.D., H.Y.G.

## KAYNAKLAR

- Çam, F. (2019). *Türkiye’de aile diş hekimliği uygulaması: Diş hekimi ve hasta değerlendirmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğan, A. ve Durukan Köse, S. (2023). Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu: Türkiye ve bazı ülkelerde örnek uygulamalar. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 262-272. <https://doi.org/10.55050/sarad.1253329>
- Ekici, Ö. (2013). *Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması: Sorunlar ve öneriler* [Doktora tezi]. Gazi Üniversitesi.
- El Taguri, A. (2008). Essential concepts in modern health services. *The Libyan Journal of Medicine*, 3(3), 148–155. <https://doi.org/10.4176/080306>
- Ertürk Atabey, S. (2012). *Sağlık sistemleri ve sağlık politikaları*. Gazi Kitapevi. HealthTurkiye. (2025, 5 Ekim). *Türkiye sağlık sistemi*. <https://www.healthturkiye.com/tr/turkiye-health-system>
- Hammersmith, K. J., Siegal, M. D., Casamassimo, P. S., & Amini, H. (2013). Ohio dentists' awareness and incorporation of the dental home concept. *The Journal of the American Dental Association*, 144(6), 645–653. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0182>
- İçtin, E. G. (2013). *Dünya Sağlık Örgütü 2003 dünya ağız-diş sağlığı raporu’nun değerlendirilmesi* [Bitirme tezi]. Ege Üniversitesi.
- Mathu-Muju, K. R., Friedman, J. W., & Nash, D. A. (2013). Oral health care for children in countries using dental therapists in public, school-based programs, contrasted with that of the United States, using dentists in a private practice model. *American Journal of Public Health*, 103(9), e7–e13. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301251>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C. ve Kearns, C. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025, 12 Ekim). *Aile diş hekimliği modeli uygulaması 3 pilot ilde başlatıldı*. <https://shgmadsdb.saglik.gov.tr/TR-92751/aile-dis-hekimligi-modeli-uygulamasi-3-pilot-ilde-baslatildi.html>
- Türk Dişhekimleri Birliği. (2016). *Ağız-diş sağlığı meslek sorunları sempozyumu: Aile diş hekimliği çalışma grubu raporu* (s. 4-1). TDB 22. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi.
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. World Health Organization.

## EXTENDED ABSTRACT

**Introduction:** Oral and dental health is an integral part of general health and overall well-being (Peres et al., 2019). Preventive approaches not only help reduce the prevalence of oral diseases but also reduce treatment costs and improve the quality of life. In this context, the family dental practice model aims to provide continuous, preventive oral healthcare at the primary care level, reflecting the philosophy of family medicine (Turkish Dental Association, TDA, 2016). Although the concept has recently gained attention in Türkiye and pilot programs have been introduced in a few regions, there is still limited scientific data regarding the perspectives of family physicians and dentists. This study was designed to evaluate and compare the opinions of family physicians and dentists regarding the potential implementation of a family dental practice system in Türkiye. The findings aim to contribute to a better understanding of how preventive oral health services can be more effectively integrated into the national healthcare system.

**Method:** This study employed an observational cross-sectional design. Data were collected using an online questionnaire developed by the researchers based on an extensive literature review, preliminary interviews with dentists, and expert consultation. A snowball sampling technique was used to reach participants throughout Türkiye. The survey, created via Google Forms, was distributed through WhatsApp groups of healthcare professionals, and participants were encouraged to share it with their colleagues. In total, 230 participants took part in the study, including 113 family physicians and 117 dentists. The questionnaire consisted of two main parts: the first included demographic and professional characteristics, while the second evaluated participants' knowledge, attitudes, and opinions regarding the family dental practice concept. The questionnaire design was adapted from a previous thesis study conducted with dentists and patients; however, in this study, the questions were revised and adapted to reflect the professional perspectives of family physicians and dentists. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 22.0. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential tests (t-test, Kruskal–Wallis test, and Mann–Whitney U test) were conducted with a significance level set at  $p < 0.005$ . Ethical approval was obtained from the Selçuk University Faculty of Medicine Ethics Committee (Decision No: 2022/230, Date: 10.05.2022). Informed consent was collected electronically from all participants before data collection.

**Results:** Among the 230 respondents, 58.4% of family physicians and 58.1% of dentists were female. Approximately one-third of participants from both groups reported being familiar with the concept of family dental practice. Dentists identified patient overload (29.1%), insufficient public awareness of oral health (21.4%), and performance-based work systems (17.9%) as their most frequent professional challenges. Both family physicians and dentists strongly agreed on the importance of public education regarding oral and dental health (38.4%) and emphasized the need to increase the number of dentists working in public institutions (31.9%). However, certain differences were observed between the two groups: dentists showed stronger agreement with statements such as “Türkiye should have a national oral and dental health policy,” “preventive programs for schoolchildren should be implemented,” and “preventive services should receive greater financial support.” Conversely, family physicians more frequently supported statements emphasizing centralized planning and the integration of oral health services into primary healthcare.

**Discussion:** The results of this study highlight that, despite relatively limited awareness, both professional groups recognize the significance of preventive oral health services within the broader national healthcare context. Dentists' stronger emphasis on policy development and resource allocation likely stems from their clinical experience and their direct involvement in service provision. Family physicians, meanwhile, tend to view oral and dental health services as part of an integrated primary healthcare network, favoring centralized coordination under the Ministry of Health. These differing viewpoints underscore the importance of interprofessional communication and collaboration in planning and implementing a family dental practice model. Encouragingly, both groups share common ground in recognizing the need for community-based preventive care and oral health education. This shared perspective provides a foundation for joint initiatives that can enhance oral health literacy and reduce the treatment burden on secondary and tertiary care facilities.

**Conclusion and Suggestions:** This study provides one of the first comparative evaluations of family physicians' and dentists' perspectives on the family dental practice model in Türkiye. The findings reveal that although awareness of the model is limited, both groups acknowledge its potential value in strengthening preventive oral health services within the national healthcare system. For successful implementation, collaboration between family physicians and dentists should be enhanced, national oral health policies emphasizing prevention should be developed, and public awareness campaigns focusing on family and community settings should be expanded. Strengthening such cooperation and preventive strategies will contribute to the establishment of a sustainable and patient-centered family dental practice model in Türkiye.