

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE
PROM'LARIN KULLANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

AYŞEGÜL DOĞAN EREN

İZMİR – 2019

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE
PROM'LARIN KULLANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

AYŞEGÜL DOĞAN EREN

DANIŞMAN: PROF. DR. LEVENT KIDAK



İZMİR – 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde PROM’ların Kullanımının Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25/06/2019

Ayşegül DOĞAN EREN

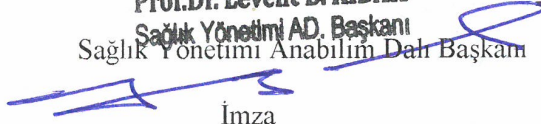
| | | |
|---|---|--|
|  TS EN ISO 9001:2015 | T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü |  |
| | TEZ SINAVI TUTANAK FORMU | Dok. No: FR/604/21 İlk Yayın Tar.: 03.10.2017 Rev. No/Tar.: 00/.. Sayfa 1 / 1 |

GÖNDEREN : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşegül DOĞAN EREN ile ilgili Tez Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih: _____
Sayı : _____

Prof.Dr. Levent B. KIDAK
Sağlık Yönetimi AD. Başkanı
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı


İmza

SINAV TUTANAĞI

Tez Sınav Jürimiz tarafından incelenen “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Promların Kullanımının Değerlendirilmesi” başlıklı tezli yüksek lisans tezi ile ilgili olarak jürimiz 25.06.2019 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında OYBİRLİĞİ/ÇOKLUĞU ile aşağıdaki karar verilmiştir.

KABUL

Kabul Edilen Tezli Yüksek Lisans tezi:

i) Bilime yenilik getirmiştir


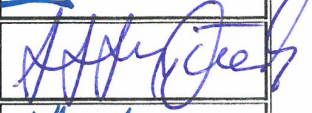
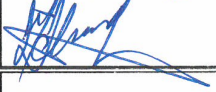
ii)Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir

iii)Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır

iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisansta geçerlidir)

RED

DÜZELTME *

| Tez Sınav Jürisi | Unvanı ve Adı Soyadı | İmza |
|------------------|-------------------------------------|---|
| Tez Danışmanı | Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK |  |
| Üye | Prof. Dr. Saffet OCAK |  |
| Üye | Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÖZDEMİR GÜNGÖR |  |
| Üye | | |
| Üye | | |

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).
* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde PROM'ların Kullanımının Değerlendirilmesi

Ayşegül DOĞAN EREN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Bu tez kapsamında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde PROM'ların kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Tez dört bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölümde genel sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırması, değerlendirilmesi, ağız ve diş sağlığı kavramı ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özellikleriyle ilgili bilgi verilmiştir. İkinci bölümde klinik çıktıların ölçümü ve PROM kavramı ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde çalışmanın amacı ve önemi açıklanmış, çalışmanın yöntemi ve verilerin analizi anlatılmıştır. Dördüncü bölümde çalışmaya ait bulgular ve tartışma kısmı yer almaktadır.

Çalışmada literatürden elde edilen veriler temel alınarak oluşturulan anket sorularının geçerlik güvenirlik analizleri yapılmış, Cronbach's Alfa katsayısı 0.907 olarak bulunmuştur. Katılımcıların PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımı hakkındaki görüşleri; yaş, medeni durum, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, kurumdaki görevi, yöneticilik deneyimi ve PROM kavramını daha önce duymup duymama değişkenlerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre cinsiyet, yöneticilik deneyimi ve medeni durumun diş hekimlerinin PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımına dair görüşleri ile bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Uzman diş hekimleri ve yöneticilerin PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımına dair görüşlerinin diş hekimlerine kıyasla daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. PROM kavramını daha önce duyma durumu bakımından daha önce duyanların daha olumlu görüş bildirdiği; meslekte çalışma süresi ve yaş arttıkça katılımcıların görüşlerinin daha olumsuz olduğu ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Patient Reported Outcome Measures, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi



ABSTRACT

Master's Thesis

Evaluation of the Use of PROM's in Oral Health Care Services

Ayşegül DOĞAN EREN

İzmir Katip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Health Management

This study aims to evaluate the use of PROM's in oral health care services. The study is composed of four parts. In the first part information is given about the properties, classification and evaluation of general health services, the concept of oral and dental health care and the properties of oral health care services. In the second part of the study, information is given about the clinical outcome measures and Patient Reported Outcome Measures (PROM's). In the third part of the study, the purpose and the importance of the study is explained and information is given about the method of the study and data analysis. In the fourth part of the study discussion and the results are given.

A questionnaire was prepared based on the current literature, the reliability and validity tests were applied, the value of Cronbach's Alpha was found as 0.907. The participants' views were evaluated by using "gender, marital status, age, experience of working as a manager, working time in the profession, the degree in the organization and having information about PROM's before" variables.

As a result, gender, marital status and, experience of working as a manager variables are found independent on the views of the participants. The views of managers and specialist dentists are found more positive than dentists. The views of participants who has information about PROM's before are found more positive than the participants who hasn't got information about PROM's before. It is found that when age and working time in profession increases, views of participants become more negative.

Key Words: Patient Reported Outcome Measures, Oral Health Care Services ,
Oral Health Related Quality of Life



İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----------|
| YEMİN METNİ..... | ii |
| TEZ ONAY SAYFASI..... | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| İÇİNDEKİLER..... | viii |
| TABLolar LİSTESİ..... | xi |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xiii |
| KISALTMALAR..... | xiv |
| ÖNSÖZ..... | xv |
| GİRİŞ..... | 1 |
| | |
| 1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE AĞIZ -DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ | 3 |
| 1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ | 3 |
| 1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı | 3 |
| 1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması | 5 |
| 1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Değerlendirilmesi | 7 |
| 1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta-Hekim İlişkisi | 13 |
| 1.2. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ | 16 |
| 1.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı | 16 |
| 1.2.2. Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri | 18 |
| 1.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri | 19 |
| 1.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Birimler | 22 |
| 1.2.4.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kamu Kurumları | 23 |
| 1.2.4.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Özel Kurumlar | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 2. KLİNİK ÇIKTILARIN ÖLÇÜMÜ ve PROM KAVRAMI | 25 |
| 2.1. KLİNİK ÇIKTILARIN ÖLÇÜMÜ | 25 |
| 2.2. PROM KAVRAMI | 27 |
| 2.3. PROM'LARIN KULLANIM ALANLARI | 29 |
| 2.4. PROM'LARIN SAĞLADIĞI FAYDALAR | 30 |
| 2.5. PROM TÜRLERİ | 32 |
| 2.5.1. Jenerik Ölçekler | 32 |
| 2.5.2. Hastalığa/duruma Özel Ölçekler | 33 |
| 2.5.3. Kişiselleştirilmiş Ölçekler | 33 |
| 2.6. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE PROMLARIN YERİ | 34 |
| 2.6.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde PROM Ölçeklerinin Kullanılması | 34 |
| 2.6.2. Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesinde Literatürde En Sık Kullanılan Ölçekler | 38 |
| 2.6.2.1. Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) | 38 |
| 2.6.2.2. Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP) | 39 |
| 2.6.2.3. Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık(OHRQoL-UK) Ölçeği | 40 |
| 2.6.2.4. Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP) | 41 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 43 |
| 3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ | 43 |
| 3.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ | 44 |
| 3.3. ÇALIŞMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ | 44 |
| 3.4. ANKETİN GELİŞTİRİLMESİ | 45 |
| 3.5. VERİLERİN ANALİZİ | 45 |
| 4. BULGULAR VE TARTIŞMA | 55 |
| 4.1. BULGULAR | 55 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1.1. Katılımcı Profili | 55 |
| 4.1.2. Tanımlayıcı İstatistikler | 56 |
| 4.1.3. Kümeleme Analizi | 57 |
| 4.2. TARTIŞMA | 65 |
| SONUÇ | 71 |
| KAYNAKÇA | 74 |
| EKLER | 82 |
| ÖZGEÇMİŞ | 87 |



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1: Maddelerin Kapsam Geçerlik Oranları..... | 47 |
| Tablo 2: Cronbach's Alfa | 48 |
| Tablo 3: İki Yarı Güvenirlik Analizine Ait Veriler (1) | 48 |
| Tablo 4: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (1)..... | 49 |
| Tablo 5: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (2)..... | 50 |
| Tablo 6: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (3) | 51 |
| Tablo 7: İki Yarı Güvenirlik Analizine Ait Veriler (2) | 51 |
| Tablo 8: Cronbach Alfa Analizine Ait Veriler | 52 |
| Tablo 9: Toplam Madde İstatistiklerine İlişkin Veriler (4) | 52 |
| Tablo 10: Tukey Toplanabilirlik Testine Ait Veriler..... | 53 |
| Tablo 11: Hotelling's T-Squared Analizine Ait Veriler | 54 |
| Tablo 12: Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımları | 56 |
| Tablo 13: Maddelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine Ait Veriler..... | 57 |
| Tablo 14: K means Kümeleme Analizine Göre Küme ve Eleman Sayıları | 57 |
| Tablo 15: Final Küme Merkezleri ve Küme Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesine Ait ANOVA Analizi Verileri..... | 58 |
| Tablo 16: Cinsiyet Bakımından Kümelerin Dağılımı | 59 |
| Tablo 17: Cinsiyet Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları | 59 |

| | |
|--|----|
| Tablo 18: Medeni Durum Bakımından Kümelerin Dağılımı | 60 |
| Tablo 19: Medeni Durum Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları..... | 60 |
| Tablo 20: Kurumdaki Görev Değişkeni Bakımından Kümelerin Dağılımı | 61 |
| Tablo 21: Kurumdaki Görev DeğişkenineAit Ki-Kare Testi Sonuçları | 61 |
| Tablo 22: Yöneticilik Deneyimi Değişkenine Göre Kümelerin Dağılımı | 62 |
| Tablo 23: Yöneticilik Deneyimi Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları | 62 |
| Tablo24: PROM Kavramını Duyma Durumu Değişkenine Göre Kümelerin Dağılımı | 63 |
| Tablo 25: PROM Kavramını Duyma Durumu Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları | 63 |
| Tablo26: Kümelerin Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması için Uygulanan T Testi Sonuçları..... | 64 |
| Tablo 27: Kümelerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması için Uygulanan T Testi Sonuçları | 65 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1: Sağlık Kurumlarının Müşterileri..... | 10 |
| Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Çıktıların Ölçümünü Sağlayan Unsurların Arasındaki İlişkiler..... | 21 |
| Şekil 3: Locker'in Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi Modeli..... | 35 |
| Şekil 4: Kümeleme Kalitesine Ait Silüet | 59 |



KISALTMALAR

PROM: Patient Reported Outcome Measures

DMFT: Decayed, Missed, Filled Teeth

FDI: Fédération Dentaire Internationale

GOHAI: General Oral Health Assessment Index

OHIP: Oral Health Impact Profile

OHQoL-UK: Oral Health Related Quality of Life-United Kingdom

P: Anlamlılık düzeyi

SPSS: İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tezimin her aşamasında, ilgiyle ve özveriyle yol gösterip, bilgi ve desteğini esirgemeyen, her türlü zorlukta büyük katkı sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Levent Kıdak'a, tez dönemim boyunca benden desteğini esirgemeyen ve bilgilerini paylaşan Sayın Dr. Öğretim Üyesi Dilek Özdemir Güngör'e, Sayın Prof. Dr. Serhat Burmaoğlu'na, Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliği'ne ve çalışanlarına, Bornova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliği'ne ve çalışanlarına, Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliği'ne ve çalışanlarına, İzmir Eğitim Diş Hastanesi Başhekimliği'ne ve çalışanlarına, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm diş hekimlerine, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen canım aileme, sonsuz minnetlerimi sunarak, en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ayşegül DOĞAN EREN

GİRİŞ

Çağımızın bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, bireylerin eğitim ve dolayısıyla bilinç düzeyinin artması, değişen hasta beklentileri gibi faktörlere bağlı olarak sağlık sistemleri, geleneksel yapısından sıyrılarak hasta merkezli bir felsefe doğrultusunda şekillenmektedir. Geçmişte sağlık durumunun ölçümünde başvurulan mortalite ve morbidite oranları gibi klinik indikatörler günümüzde yeterli bilgiyi sağlamamakta ve popülerliğini yitirdiği görülmektedir. Bu gelişmeler neticesinde çok boyutlu bir kavram olan sağlığın multidisipliner bir yaklaşım doğrultusunda değerlendirilmesi gerekliliği doğmuş, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti gibi hasta odaklı kavramlar ortaya çıkarak değer kazanmaya başlamıştır(Atchison, 2002: 15).Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde son yıllarda hastaların tedavileriyle ilgili deneyim ve geribildirimlerinin güvenilir şekilde kullanılabilmesi gösterilmiştir. Giderek değer kazanmakta olduğu görülen bir kavram olan PROM (Patient Reported Outcome Measures), sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve / veya diğer önemli sonuç değişkenlerini hastanın bakış açısından ölçmek için kullanılan bir araçtır (genellikle bir ankettir).(Kingsley vd. 2017:138).PROM araçları; klinik uygulamaların verimliliğinin artırılmasını sağlamakta, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirmekte, hasta gereksinimlerinin belirlenmesini sağlamakta ve dolayısıyla hasta merkezli sağlık hizmeti sunumuna olanak vermektedir (Abernethy vd, 2010: 34).

Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın önemli ve tamamlayıcı bileşenlerinden biridir. En yaygın kronik hastalıklar arasında yer aldığı görülen ağız ve diş hastalıkları, dünya genelinde çok yüksek sıklıkta görülmeleri, bireyler ve toplumlar üzerindeki etkilerinin fazla olması ve tedavilerinin maliyetli olmaları nedeniyle önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir (Sheiham, 2005:644). Diş çürükleri, dişeti hastalıkları, ektodermal displazi gibi konjenital hastalıklar, diş sıkma ve gıcırdatma, yanlış beslenme ve yanlış fırçalama alışkanlıkları gibi nedenlerle dişler kaybedilmektedir (Reissman 2019:2). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olup genel sağlık hizmetlerinin özelliklerini yansıtmaktadır. Bu nedenle çalışmanın bundan sonraki ilk bölümü

öncelikle genel sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırması ve değerlendirilmesinin akabinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin özelliklerini, ağız ve diş sağlığı kavramından başlayarak ele almaktadır.

İkinci bölümde klinik çıktıların ölçümü ve PROM kavramı ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. PROM araçlarının kullanım alanları, sağladıkları faydalar, türleri ve ağız diş sağlığı hizmetlerinde kullanımları detaylı biçimde ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde gereç ve yöntem başlığı altında çalışmanın amacı ve önemi açıklanmış, çalışmanın yöntemi, evreni, örnekleme ve verilerin analizi hakkında bilgi verilmiştir.

Dördüncü bölümde çalışmaya ait bulgular tablolar aracılığıyla sunulmakta ve tartışma kısmı yer almaktadır. Son bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ ve AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlığa yönelik hizmetler uzun yıllar hastalıkların tedavisinden ibaret olarak düşünülmüş; ancak son yıllarda yapılan çalışmalar ve meydana gelen gelişmelerle birlikte “sağlık hizmeti” tanımı ve kapsamı yeni şeklini almıştır. Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür. Diğer bir tanımında da “*sağlık hizmetlerinin hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlere ek olarak, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü olduğunu ve bu hizmetlerin; sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı, çevre sağlığı, aile planlaması, sağlıkta yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konuları kapsadığını*” belirtilmektedir (Somunoğlu 2012:12). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre ise sağlık hizmetleri, “*insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler*” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin,

- Tüm nüfusu ilgilendirmesi,
- İkame edilememesi,
- Bilgi asimetrisinin mevcudiyeti,

- Çıktılarının tanımlanması ve ölçümünün zor olması,
- Tüketiminin tesadüfi şekilde ortaya çıkması,
- Boyut ve kapsamının hekim tarafından belirlenmesi,
- Tüketici davranışlarının irrasyonel olması,
- Ertelenememesi,
- Kar amacından çok sosyal amaç taşınması gibi bir takım kendine has özellikleri mevcuttur(Kavuncubaşı, 2000: 28).

Sağlık hizmetleri soyut hizmetlerdir, hizmet alınmadan önce ve alındıktan sonra değerlendirilebilmesi zordur. Sağlık, hayati önem arz eden bir konu olduğu için kar amacı güdülmeden, güven ilişkisi içerisinde ve topluma maksimum fayda sağlayacak biçimde bu hizmetlerin sunulması gerekmektedir. Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olup dünyada sağlık alanında çok hızlı gelişmeler olmaktadır. Sağlık kuruluşları bu değişimlere ayak uydurmak için yüksek maliyetli tıbbi teknolojiler kullanmak durumundadırlar. Sağlık hizmetlerinde talebi hekimler belirlemektedir ve hizmet her bireyin ihtiyacına göre sunulmaktadır (Öztüre, 2010:7).

Sağlık kuruluşlarında çıktıların ölçümü ve analiz edilebilmesi güçtür, gerçekleştirilen işler karmaşık ve zor yapıda olup oldukça hassas ve hata kabul etmeyen niteliktedir. Ayrıca sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi ve işlevsel bağımlılığın oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eş güdüm sağlanması gerekliliği doğmaktadır. Sağlık kuruluşlarında ikili otorite hattının bulunması eş güdümlenme, denetim ve çatışma gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım,2012: 135-137). Sağlık hizmetlerinin amaçları şunlardır:

- *“Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,*
- *Toplumun sağlık standardını yükseltmek,*
- *Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,*
- *Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,*
- *Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını ve adaptasyonlarını sağlamak.”* (Sözen,2002:2)

Sağlık hizmetlerinin kullanımında rol oynayan çeşitli faktörler mevcuttur. Bunların bir bölümü sağlık hizmetleri sisteminden, bir bölümü de hizmeti alacak olan toplumun özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Belirli bir toplumda hali hazırda

var olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı olsa dahi, ihtiyaç sahiplerinin gerekli bakıma ulaşamayabildikleri görülmektedir. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda çok hayati bir konudur. “Kullanım (utilization) sadece hizmeti sunanın özellikleri ile alıcının özellikleri uyduğu zaman ortaya çıkmaktadır”(Çelik 2013:118).

Sağlık hizmetlerine erişim, toplum sağlığı üzerinde rol oynayan önemli faktörlerden biridir. Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımında yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik faktörler etkili olmaktadır. Örneğin kırsal kesimde ikamet eden, belli bir eğitim seviyesinin ve ekonomik seviyenin altındaki bireylerin sağlık hizmetlerine erişim sağlamalarında kendilerinden ve çevreden kaynaklı sıkıntılar yaşanabilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi güçleştirebilecek diğer bir konu sağlık kuruluşlarının alt yapı ile ilgili sorunları, teknik yetersizlikleri, ulaşım problemleri ve iş gücü eksikliğidir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015:160).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri günümüzdeki anlayışa göredört grupta ele alınmaktadır. Buna göre sağlık hizmetleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri
4. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler

Koruyucu hizmetler, kişiye yönelik sadece bireyin sağlığına gelecek tehlikeleri önleme çabaları yahut çevreye yönelik yani bir grup insanı ya da toplumun tamamını kapsayacak genişlikte tedbir çabaları şeklindedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırarak, çevreyi sağlığa elverişli bir hale getirmektir. Bu hizmetler, temiz su kaynaklarının sağlanması, atıkların kontrolü, hava kirliliğinin önlenmesi, gürültü kontrolünün sağlanması, iş sağlığı ve güvenliğinin temin edilmesi, vb. olarak sayılabilir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunumu ile görevli kişilerin öncülüğünde yürütülen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler

kapsamında hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin sağlanması, bağışıklama, sağlıklı beslenme, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlamasına dair bilgilendirmeler ve uygulamalar, vb. hizmetlersayılabılır. Tedavi edici hizmetler ile, “sağlığı zarar görmüş bireyleri tekrar sağlıklı duruma getirmek için gerçekleştirilen bütün çalışmalar” kastedilmektedir. Tedavi edici hizmetlerin sunumu ayakta veya sağlık kuruluşuna yatırılarak gerçekleştirilebilir (Kavuncubaşı 2000: 35).

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, hastalık ve kaza sonrasında bireylerin yitirmiş olduğu bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri bireyi beden sağlığına kavuşturmak için protezler, işitme cihazları kullanımı gibi uygulamaları sunmaktadır. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri bireyleri yeniden topluma kazandırmayı hedefleyen psikolojik destek, işe yerleştirme gibi hizmetleri kapsamaktadır (Somunoğlu:12).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise bireyin yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır (Kavuncubaşı 2000: 35).

Sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı bakımından ele alındığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç düzeye ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 40)

“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; hastaların ayakta muayene ve teşhis edilip, tedavisinin yapıldığı hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetlerin temel amacı, toplumu hastalıklardan korumak ve toplum sağlığının sürdürülebilmesini sağlamaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemi ile temas ettikleri ilk noktalardır. Bu hizmetlerin; sağlık ocağında, muayenehanede, poliklinikte olduğu gibi hastanın evinde de sunulabilmesimümkündür.” (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 40-41)

“İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri; birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilme olasılığı bulunmayan veya hastanın aciliyet durumu göz önüne alınarak, teşhis ve tedavi amacıyla ataklı bir sağlık kuruluşunda (genel hastaneler) verilen hizmetleri içermektedir. “Tedavi edici” özelliği ön planda olan hizmetlerdir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri; farklı uzmanlık seviyelerine sahip personelin ileri teknolojiye sahip sağlık kuruluşlarında verdiği hizmetler kapsamaktadır. Kalp hastaneleri, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır.” (Somunoğlu, 2012:12)

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumsal ve bireysel sağlık refah seviyesinin yükseltilmesini öncelikli amaç haline getirmiş faaliyetlerden meydana gelmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli bir sağlık sistemi mevcut olup, bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir üst kurum olarak görev yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki sağlık birimleri; aile sağlığı merkezleri, dispanserler, özel-kamu işyeri hekimlikleri, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlardır. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hizmetleri vermektedirler. Temel sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetleriyle, tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, belediye ve özel sektör kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bazı kamu kurumları (askeri kurumlar gibi) da, kendi personeline yönelik sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirmektedirler. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimi sağlayan birimler tarafından sunulmaktadır. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri bu kapsamda yer almaktadır (Altay, 2007: 35).

Sağlık hizmetlerinin sunumunu değerlendirmekteki amaç verimli olan ve verimli sağlamayan uygulamaları saptamaktır. Sağlık hizmetlerinde sınırlı olan kaynaklar, toplumun mevcut ihtiyaçları doğrultusunda verimli şekilde kullanılmalıdır. Sağlık hizmetleri maliyetli hizmetlerdir; dolayısıyla planlamalar yapılırken en az maliyette en fazla yarar sağlanacak şekilde hareket edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunu değerlendirme araştırmalarında öncelikle amaç ve hedeflerin net olarak tanımlanması gerekmektedir. Hedefler organizasyonun ulaşmayı istediği nihai konumlardır. Amaçlar ise belirli işlerin yerine getirilmesini sağlamak adına değerlendirilmesi gereken gerçek girişimleri ifade etmektedir. Bir sağlık hizmetini değerlendirirken, amaçlar belirlenmeli, değerlendirilmeli ve bu amaçlar ölçülebilir ve mümkün olduğu kadar kesin olmalıdır.

Hedefler sağlık hizmetinin ulaşmak istediği son noktadır ve amaçlar bu hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının değerlendirilmesini sağlamaktadır (Block 2006:92). Jenkinson (1997), sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmek için kullanılabilir özel standartları 4 boyut olarak belirlemiştir:

1. Etkinlik
2. Verimlilik
3. Hmanite
4. Eşitlik

Etkinlik, sağlık hizmetleri sunumunun toplum sağlığındaki gelişmeler ile ölçülen yararlarını ifade etmektedir. Bu gelişmelerin ölçülmesi direkt klinik perspektiften yapilabilmektedir(mortalite ve morbiditeyi lmek gibi).

Verimlilik, bir girişimin bireysel ve toplumsal faydalarının maliyeti ile kıyaslanmasını konu alır. Söz konusu faydalar yine direkt olarak klinik olarak veya yaşam kalitesi ölçükleri vasıtasıyla ölçülebilmektedir.

Hmanite, sağlık hizmeti sunumunun etik, psikolojik ve sosyal olarak kabul edilebilirliğini ifade etmektedir. Sağlık hizmet sunumunun bir boyutu olarak hmanite, hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi ile ölçülebilmektedir.

Eşitlik boyutu sağlık hizmetlerinin topluma adaetli şekilde dengeli dağıtımının sağlanması ifade etmekte ve hizmete ulaşılabilirliği değerlendirmektedir. Yeni bir sağlık hizmeti uygulaması gündeme geldiğinde bu dört boyut altında değerlendirilmesi gerekmektedir(Block, 2006: 93).

Sağlık hizmetlerinin sunumunu nicel ve nitel olarak değerlendirebilmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin deneysel değerlendirmesinde Jenkinson tarafından ortaya koyulan verimlilik ve etkinlik boyutları kullanılmaktadır. Bu noktada önemli olan sonuç ve değerlendirilecek girişim arasında istatistiksel bir ilişki olduğunun ıspatlanmasıdır. İstatistiksel bir ilişkinin varlığı gösterilmeden sağlık hizmetinin etkinliği veya verimliliği konusunda net bir görüş ortaya koyulamaz. Deneysel sağlık hizmeti sunumu değerlendirmelerinde diğer bir önemli nokta çalışmadan elde edilen verilerin bütün çalışma evreni için genellenebilir olması gerekliliğidir. Dikkate alınması gereken önemli bir husus da 'nedensellik'tir. Bir sağlık müdahalesi ve sonucu arasında neden-sonuç ilişkisi kurulması önemlidir. Başka bir deyişle,

araştırma çalışması müdahalenin o sonuca yol açtığını istatistiksel olarak kanıtlamalı ve bir ilişkinin varlığını ortaya koymalıdır (Block, 2006: 96).

Sağlık hizmetlerinde kalite, “*sürekli gelişmesi için planlama ve uygulama aşamalarında, örgüt genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu bir örgütsel kültür yaratan, yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesi*” olarak tanımlanmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasında sağlık kuruluşundaki bütün çalışanların bu felsefeyi benimsemesi ve katılımı önemli rol oynamaktadır. (Öztüre:34). Donabedian’a göre sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirleyen faktörler şunlardır:

- Etkenlik,
- Etkililik,
- Optimallik,
- Verimlilik,
- Kabul edilebilirlik,
- Meşruluk
- Hakkaniyet

Etkenlik, belirli koşullar altında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta ilerlemeler meydana getirme özelliğidir.

Etkililik, sağlıkta arzu edilen iyileştirmelere gerçekte ulaşabilme derecesini tanımlamaktadır.

Verimlilik, *ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmadan maliyetleri azaltabilme* yeteneğidir.

Optimallik, iyileştirmeler ile maliyetleri dengelemektir.

Kabul edilebilirlik, sağlık hizmetlerinin hasta veyakınlarının beklentilerine, isteklerine uygunluğudur.

Yasallık *etik normlar, yasalar ve düzenlemelerde belirtilen sosyal tercihlere* uygunluktur.

Hakkaniyet, toplum üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin dağıtımında adil olunması anlamına gelmektedir (Donabedian, 2003:7).

Kaliteli hizmet sunumu, işletmelerin müşterileriyle ilişkilerini olumlu etkilemektedir. Sağlık kuruluşlarında iki tür müşteri grubu söz konusudur.(Kavuncubaşı, 2000). (Şekil 1)

Şekil 1: Sağlık Kurumlarının Müşterileri



Kaynak: Ş.Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000,s.292

Günümüzde sağlık hizmetlerini değerlendirmenin diğer bir yolu da sağlık kurumlarının dış müşterilerinin en başında gelen hastalardan geribildirim alınmasıdır. Bilindiği üzere “hasta” unsuru giderek önemli hale gelmektedir. Hekim odaklı sağlık hizmetleri tartışmalı demokratik yapıları dolayısıyla günümüzde yerini hasta odaklı felsefelere devretmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde dikkate alınan husus hastanın beklenti, gereksinim ve öncelikleridir. Hekimler, hastalar ve hasta yakınları arasında bir uyum ve ortak çalışma söz konusu olmaktadır. Hastanın beklentileri doğrultusunda tedavi sürecine katılması sağlanarak, nihai karar almasına yönelik gereken tüm bilgiler hasta ve hastanın izin verdiği ölçüde yakınları ile paylaşılmaktadır. Hastaya hastalığı/durumu ile ilgili danışmanlık yapılarak ihtiyaç

duyduğu destek verilmektedir. Bu şekilde hastalar kendilerini daha iyi hissetmekte ve hastanın da iştirak etmesiyle birlikte tedavileri hızlanmaktadır (Guastello vd. 2013: 50).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli yapı taşlarından biri hasta memnuniyeti kavramıdır. Hizmet kalitesi ve hizmetten duyulan memnuniyet, birbirleriyle yakından ilişkili iki kavramdır. Sağlık hizmetinden yararlanan hastalar hizmetin değerlendirilmesinde şüphesiz ki en önemli söz hakkına sahiptirler. Ayrıca günümüzün rekabet şartlarında sağlık sektöründe ayakta kalabilmek için sağlık kuruluşlarının en önemli müşterisi olan hastaların memnuniyetinin sağlanması mutlaklıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini amaçlayan çalışmalarda hasta memnuniyetinin ölçülmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Donabedian (1992), hasta memnuniyetini "*hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt*" olarak tanımlamıştır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, önceki sağlık deneyimleri, sosyal statüsü, eğitim durumu, beklentileri, hasta-hekim ilişkileri, hasta-sağlık personeli ilişkileri, sağlık kuruluşunun yapısal şartları, hekime duyulan güven gibi pek çok faktör hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hastaların memnuniyeti sadece kendilerini ilgilendirmekle kalmamakta, yakın çevrelerinin sağlık kuruluşlarını tercihi ve sağlık hizmetleri hakkında görüşü üzerinde de etkiye sahip olmaktadır. Yapılan çalışmalarda bireylerin hastane ve hekim seçiminin yakınların ve arkadaşların tavsiyelerinden etkilendiğini göstermektedir (Zaim ve Tarım, 2010:9-10).

Şahin (2013), sağlık bakım hizmetleri kalitesinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyeti kavramı üzerinde önemle durulması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca hastaların sağlık hizmeti hakkındaki memnuniyet düzeylerinin ve dolayısıyla hasta görüşlerinin araştırılmasının sağlık hizmet kalitesinin farklı sonuçlarını değerlendirmede yararlı şekilde kullanılabildiğine dikkat çekmiştir. Hasta memnuniyetinin, sağlık bakımının kalitesi ya da bakım sonuçları ile ilgili değerlendirmeleri ortaya koymasının yanında, hastaların sunulan sağlık hizmetleri konusundaki deneyimlerini de yansıttığını ve hasta memnuniyetinin yüksek olması durumunda hastaların herhangi bir problemle karşılaştıklarında daha toleranslı davrandıklarını belirtmiştir (Şahin, 2013: 47).

Hasta memnuniyet ölçümlerinin, sağlık işletmelerinin sağlık bakım kalitesini pozitif yönde geliştirdiği bilinmektedir. Buna ilaveten geri kazanımı olumlu yönde etkilediği ve sağlık kuruluşlarının aldıkları geri bildirimler doğrultusunda bünyelerinde eksikliğini saptadıkları hizmetlerinin tamamlanmasında rol oynadığı belirtilmektedir (Nesanır ve Dinç, 2008: 420).

Hasta memnuniyet ölçümlerinin taşınması gereken özellikler şunlardır:

- Amaçlara uygun hazırlanmalı
- Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar içermemeli,
- Kolay ve az maliyetle uygulanabilir olmalı,
- Sonuçları sistematik olarak analiz edilebilir olmalıdır

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında doğrudan veya dolaylı yöntemler kullanılmaktadır. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş parametreler ile hastaya doğrudan sorulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya direkt olarak açıkça sorulmadığı, ancak hastaların şikayet ve teşekkürleri gibi kendiliğinden verdikleri geribildirimler, "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen, ancak hastanın haberdar olmadığı değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. (Karadağ, 2007: 54).

Çağımızın hasta profili tedavisine katılmayı, durumu hakkında bilgi sahibi olmayı, araştırmayı seven, kolay tatmin olmayan ve hatta gerektiğinde eleştiren bir yapı sergilemektedir. Bu nedenle hasta odaklı sağlık hizmetleri hasta memnuniyetinin sağlanması ve sağlığın geliştirilmesi çalışmaları açısından önemli bir şart olarak değerlendirilmektedir. Hastaların geribildirimlerinin değerlendirilmesi yolu ile sağlık hizmetleri hakkında pek çok konuda bilgi elde edilmesi mümkün olmaktadır (Kumbasar 2016: 87)

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta-Hekim İlişkisi

Hasta -hekim ilişkisi sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilse de temelinde toplumsal bir konudur; çünkü hekimlik bir meslek olmanın yanı sıra toplumsal anlamda bir sorumluluk olarak görülmektedir. Tarihsel açıdan bakıldığında Eski Mısır, Eski Yunan ve Ortaçağ dönemlerinde hekimlerin mistik iyileştirici güçlere

sahip din adamları konumunda olduğu görülmektedir. Bu dönemde hekim hasta üzerinde bir otorite konumunda bulunmaktadır. Fransız Devrimi'nin getirisi olan düşünce sistemleri ve özellikle çağdaş ruh biliminin kurucusu olan Philippe Pinel'in hastaya karşı insancıl yaklaşımları ile şekillenen yeni fikirler hasta-hekim ilişkisinin değişmesine yol açmıştır. Karşılıklı katılım temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıkması 19. Yüzyıl sonlarında meydana gelmiştir. Burada hasta, tedavisinin gereği olarak bazı sorumluluklar üstlenmekte ve bu şekilde hekimine yardımcı olmaktadır (Örs, 1975; 226.).

Literatürde hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi tanımlayan çeşitli modeller bulunmaktadır. Szasz ve Hollender (1956) tarafından hasta-hekim ilişkisi türlerinde geliştirilen psikoanalitik yaklaşımda, ilişki kavramı, "gözlemlenebilen durumların uygun yönde soyutlanması" olarak görülmektedir. Szasz ve Hollender, hasta ve hekim arasında üç tip ilişki biçimi tanımlamaktadır (Atıcı, 2007: 46):

1. Etkinlik-Edingenlik Temeline Dayanan İlişki
2. Yol Gösterme-İşbirliği Etme Temeline Dayanan İlişki
3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki

Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, hekimin teokrat bir yaklaşım içinde olduğu, adeta ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiyi andıran bir ilişki biçimidir. Bu ilişki türünde, hekimin hasta adına ve hastanın onamı olmadan eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayımı vardır. Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, sağlığını kazanmak için iş birliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları gerçekleştiren hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu ilişkide hasta bir yere kadar etkin olup, tanı ve tedavi sorumluluğu tümüyle hekime aittir. Hekim yol gösterici bir yaklaşım içerisindedir. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, hekimin hastanın kendisine yararlı olmasına yardımcı olduğu durumlardaki hasta-hekim ilişkisini tanımlamaktadır. Tanı konması ve tedavi seçimi süreçlerine hasta ve hekim birlikte karar vermektedirler (Atıcı, 2007: 47).

Szasz ve Hollender'in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel (1992), hasta-hekim ilişkisinde dört tür ilişki şekli tanımlamışlardır (Atıcı, 2007: 47):

1. Paternalistik model
2. Bilgilendirici model
3. Açıklayıcı model
4. Görüşmeci model

Paternalistik model hasta-hekim ilişkisi, hastalara sağlıklarını ve iyilik durumlarını en iyi etkileyecek girişimlerin yapılacak olmasını güvence altına almaktadır. Bu amaçla hekimler, hastanın tıbbi durumunu, hastalık sürecinin hangi evresinde olduğunu tespit etmek ve hastanın sağlığını eski durumuna getirecek ya da ağrısını geçirecek, tıbbi inceleme ve tedavileri belirlemekte tıbbi becerilerini kullanmaktadırlar. Bu amaçla hekim, hastaya en iyisi olduğuna inandığı girişimi onaylamasını sağlayacak bilgiler vermektedir. Bu ilişkide, neyin en iyi olduğunun belirlenmesini sağlayan ortak nesnel ölçütler olduğu varsayılmaktadır. Buna göre hekim, hastanın çıkarlarını, hastanın sınırlı katılımıyla biçimlendirebilmektedir. Burada, hastanın özerkliği ile iyiliği, hastanın seçimi ile sağlığı arasındaki karşıtıklarda paternalistik hekimin tercihi ikinci seçenekler yönünde olmaktadır. Hekim, neyin hasta için en iyi olduğunu belirtip uygulayarak, hastanın koruyucusu gibi davranmaktadır. Hekimin, hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutmak ve yeterli bilgisi olmadığına başka uzmanların görüşüne başvurmak gibi zorunlulukları doğmaktadır. Hasta özerkliği kavramı, hastanın hekim tarafından belirlenen “en iyiyi” onaylayıp onaylamaması ile sınırlanmaktadır. Paternalizmde hekim, hastanın iyiliğini hastadan daha iyi bilen kişi konumundadır ya da hasta yeterli olsa dahi hastanın kendisi için neyin iyi olabileceğine karar veremeyeceği varsayımı ile hareket etmektedir. Bir başka tanımla paternalizm, onamı olmadan kişinin özerkliğine müdahale etmektir. Bu durumda, hastanın kişisel özerkliği “yararlı olma” gerekçesiyle sınırlanmaktadır. Hastanın sağlığı ile ilgili şikâyetlerinin giderilmesini istemesi, hekimin ise bu şikâyetlere çözüm getirecek bilgi ve beceriye sahip kişi olması, doğal olarak hekimi hastanın karşısında bir otorite durumuna getirmektedir. Paternalistik tutuma sahip hekim, tıbben yararlı olabilmek amacıyla hastasının dilek ve istemli eylemlerini yok sayabilmekte, hastasını kendi belirlediği doğrular yönünde davranmaya zorlayabilmektedir. Örneğin tıbbi bir gerçeği hastadan saklamakta ya da ona hiçbir bilgi vermeyebilmektedir. Paternalistik yaklaşımın ancak hastanın yeterliliğinin olmadığı ve onam veremediği, onam verebilecek

durumda olsa bile tedaviyi kabul edeceği varsayılan bir durum söz konusu olduğunda geçerli olacağı kabul edilmektedir (Atıcı, 2007: 48).

Bilgilendirici model; bilimsel, mühendislik ya da tüketim modeli olarak da adlandırılmaktadır. Teknik bilginin ön planda olduğu bu tür ilişki tipinde hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin hastaya gerekli tüm bilgileri sağlaması, hastanın istediği tıbbi uygulamayı seçmesi ve hekimin de hastanın seçimini uygulamasıdır. Bunun için hekim hastaya, hastalığının durumunu, olası tanı ile tedavi girişimlerini, bu girişimlere ilişkin risk ve yararları ve konuyla ilgili var olan bütün belirsizlikleri anlatmaktadır. Hasta hastalığı ile ilgili tüm tıbbi bilgileri ve olası tedavileri bilerek hangi tedavinin uygulanacağına kendi iradesiyle karar vermektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2223).

Açıklayıcı modelde hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini ve gerçekte hastanın ne istediğini açıklığa kavuşturmak, hastaya buna uygun tıbbi müdahaleleri seçmekte yardımcı olmaktır. Bilgilendirici modelde olduğu gibi açıklayıcı modelde de hekim, hastasına söz konusu durumu ve olası girişimlerin riskleri ile yararları hakkında bilgi vermektedir. Ancak açıklayıcı modelde hekim, bunun da ötesinde “ hastaya kendi değerlerini açığa çıkarma ve dile getirmekte, hangi tıbbi girişimlerin bu değerlere uygun olduğunu belirlemekte, böylece hastanın değerlerini hasta için yorumlamakta” yardımcı olmaktadır. Çünkü değerler her zaman aynı olmayabilir ve hatta hasta tarafından da bilinmeyebilir. Dolayısıyla bu değerleri açığa çıkartmak hekimin sorumluluğudur. Hangi değerlerin ve hareket biçiminin kendisine uyacağı konusunda son kararı veren hastadır. Burada hekim, hastanın değerlerini yargılamamakta, hastanın anlaması ve uygulaması için hastaya yardım etmektedir. Hekim bilgiyi sağlamakta, değerleri netleştirmeye yardım etmekte ve hangi tıbbi girişimlerin bu değerleri hayata geçirebileceğini bildirmektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2224).

Görüşmecî model hasta-hekim ilişkisinde ideal olarak kabul gören bir modeldir. Bu tür hasta-hekim etkileşiminin amacı, hastanın klinik durumuna uygun olan, sağlığa ilişkin değerlerin en iyisini belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu sonuca ulaşmak için hekim, hastanın klinik durumu hakkındaki bilgileri ortaya koyacak ve eldeki seçeneklerin içerdiği değerlerin tiplerini açığa kavuşturmada yardımcı olacaktır. Hekimin amaçları arasında, sağlığa ilişkin bazı

değerlerin neden daha çok önem taşıdığı ve istenmesi gerektiği konusunda önerilerde bulunmak yer almaktadır. Görüşmeci modelde hekim, bir öğretmen veya arkadaş gibi davranmakta, hangi davranış tarzının daha iyi olacağı konusunda hasta ile karşılıklı istişarelerde bulunmaktadır (Atıcı, 2007: 49).

İngiliz Tıp Birliği(1993) tarafından hasta-hekim ilişkisinde iki model tanımlanmıştır. Bunlardan ilki terapötik ortaklık modelidir. Buna göre hekim hastaya karşı sorumlu olup hastanın yararına çalışmaktadır. Hasta hekimini seçebilir, hekim de hastayı kabul veya reddetme hakkına sahiptir. İkinci ilişki modelinde hekim, bir işyeri ya da sigorta kurumunun çalışanı konumundadır. Burada hastanın hekimini seçme şansı çoğu zaman olmamaktadır. Hekimin rolü, yapılan tetkik ve muayenenin sağlık hizmeti amacı taşımadığı hastaya doğru bir şekilde anlatılmalıdır. İşyeri hekimliğinde geleneksel hasta-hekim ilişkisi değişmiştir ya da yoktur. Hekimin hastaya olduğu kadar bağlı bulunduğu kuruma karşı da sorumluluğunun bulunması ilişkileri etkileyebilmektedir (Atıcı, 2007:49).

1.2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

1.2.1. Ağız ve DişSağlığı Kavramı

Dünya sağlık örgütü ağız ve diş sağlığını “*kronik orofasiyal ağrı, ağız ve boğaz kanseri, oral enfeksiyon, dişeti hastalıkları, diş çürüğü , diş kaybı ve bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyilik durumunu kısıtlayan herhangi bir bozukluk veya hastalığın bulunmaması*” olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ağız ve diş sağlığı, genel sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biridir.

Diş çürüğü, dünyanın en yaygın bakteriyel enfeksiyonu olarak kabul görmekte olup, meydana gelmesinde karyojenik mikroflora, beslenme biçimi, tükürük miktarı ve akış hızı, diş fırçalama alışkanlığı, ailenin eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum gibi hem bireysel hem de çevresel faktörler rol oynamaktadır (Tinanoff ve Reisine 2009:397).Dünya Sağlık Örgütü’nün 2012 yılı verilerinde yetişkinlerin yaklaşık %100’ünde, okul çağındaki çocukların ise %60-90’ında diş çürüğü görüldüğü bildirilmektedir. Diş çürüğü gelişiminde mevzubahis, diş sert dokularının demineralize olmasıdır. Diş çürüklerinin başlangıç aşamasında iken geri

döndürülebilmesi ve hatta bir aşamaya kadar durdurulabilmesi mümkün olabilmektedir. Bu, çürük önleyici tedavilerin geliştirilmesi açısından değerli bir bilgidir. Ancak kavitasyon meydana geldikten sonra diş sert dokularındaki yıkım geri dönüşümsüz bir hale gelmektedir (Fejerskov 2004:185). Erken çocukluk çağı çürükleri ağrı ve oral fonksiyonların bozulmasının yanı sıra çocuklarda gelişim geriliğine, kilo kaybına, fokal enfeksiyon odaklarına, özgüven eksikliğinin baş göstermesine varan vahim tablolara yol açmaktadır (Casamassimo vd 2009:653).

Ağız ortamının yaygın görülen diğer bir hastalığı da diş eti hastalıklarıdır. Bu hastalıklar akut veya kronik şekilde seyredebilmektedirler. En erken bulguları dişetinin sondlamada kanamasıdır. Diş eti hastalıkları da tıpkı diş çürüğü gibi multifaktöriyel hastalıklardır. Başlayıp ilerlemeleri lokal ve sistemik faktörlerden etkilenmektedir. Lokal faktörler anatomik ve okluzyona ait bozukluklar, derin dişeti cepleri ve hatalı restorasyonlar gibi ağızda plak birikimine yol açacak bölgeleri içermektedir. Sistemik faktörler ise sigara kullanımı, Down's Sendromu, Chediak-Higashi Sendromu, Papillon-Lefevre Sendromu, Agranülositozis, Lökosit Adezyon Yetmezliği, Siklik Nötropeni, Diabettes Mellitus gibi hastalıkları içermektedir. Diş eti hastalıkları ilerlediğinde dişlerin çevresinde kemik yıkımına neden olarak dişlerin erken kaybına yol açmaktadır (Genco ve Loe 1993:103).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler genel vücut sağlığından ayrı düşünülmemelidir. Ne var ki sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık politikalarını planlayanlar tarafından yakın zamana kadar ağız ve diş sağlığı genel sağlıktan ayrıymış gibi düşünülerek hatalı planlamalar yapılmıştır. Ağız ortamında hastalıklara neden olan mikroorganizmaların sadece oral kaviteye değil, farklı vücut sistemlerine de patolojik etkileri gözlenmiştir. Örneğin vahim bir tablo olan enfektif endokardit kötü oral hijyene sahip ağız florasındaki bazı mikroorganizmaların girişimsel dental işlemler veya diş fırçalama vb durumlarla kan dolaşımına karışarak bakteriyemiye sebep olması sonucunda meydana gelmektedir. (Keçeli vd. 2013: 20). Benzer şekilde dişeti hastalıkları hamilelerde de sistemik durumu olumsuz etkilemektedir. İnflamasyon ürünlerinin kan dolaşımına geçmesi, oral patojen mikroorganizmaların bakteriyemisi ve amniyon sıvısının enfekte olması sonucunda erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskinin artmakta olduğu bildirilmiştir (Sağlam vd. 2014:267).

Ağız ve diş sağlığının bozulması genel sağlığın tehdit edilmesinin yanı sıra bireylerin sosyal yaşamlarını ve psikolojik durumlarını da olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin belirgin şekilde düşmesine neden olmaktadır (Çolakoğlu ve Has 2015:1280). Dişlerin varlığı ve yokluğu, renk değiştirmeleri, dişeti problemleri gibi durumlar estetik görünümü dolayısıyla bireylerin kendine güvenini etkilemektedir. Oral problemlerin yarattığı ağız kokusu bireylerin sosyal hayatının normal seyrini zedelemektedir. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin toplum üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada Amerika’da yaşayan bireylerin ağız ve diş hastalıklarına bağlı yaşadıkları iş kaybının felç dolayısıyla yaşanan iş kaybından daha fazla olduğunu göstermiştir (Slade, 2002: 31). Ağız ve diş sağlığı hastalıklarının bireyler için azımsanmayacak sonuçları olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunulması toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

1.2.2. Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri

Toplumların ağız ve diş sağlığı düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunması ve bu konudaki durumun ortaya konması son derece önemlidir. Bu sayede alınabilecek koruyucu önlemler, yapılabilecek iyileştirmeler, kısacası toplumun ihtiyacı olan hizmetler belirlenebilmektedir. Toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün belirlediği temel ölçütlerden bazıları şunlardır: (WHO 1997)

- Çürük deneyimi prevalansı
- Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
- Ortalama diş sayısı
- Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
- DMFT indeksi (Çürük, kayıp, dolgulu dişler indeksi)
- Dişsizlik yüzdesi
- Dental fluorozis
- Toplum periodontal indeks (Community periodontal index-CPI)

Bunların dışında ağız dışı muayene, temporomandibuler eklem değerlendirmesi, ağız mukozasının değerlendirilmesi, dentofasiyal anomaliler ve acil bakım ile konsültasyon gereksinimleri de klinik değerlendirmede dikkate alınacak

durumlar olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü epidemiyolojik verilerin toplanmasında sıklıkla DMFT indeksinin kullanılmasını uygun görmektedir. Bu indekste çürüklü, dolgulu ve çekilmiş dişler üzerinden değerler hesaplanmaktadır (D=çürük, M=çekilmiş, F=dolgulu). İndeks, süt dişleri için def-t ve def-s şeklinde düzenlenmiştir. Ayrıca ilk süren daimi dişlerden olan altı yaş dişinin (birinci büyük azı dişi) önemine vurgu yapılmıştır (Aggerryd 1983: 57). DMFT'nin istenen değerleri sabit bir aralıkta olmayıp belli yıllarda olması istenen sınır değerler mevcuttur. Örneğin Dünya Sağlık Örgütünün 2000 yılı hedefleri arasında DMFT'nin 12 yaş grubu çocuklarda 3'ün altında olması yer almaktadır (WHO 1997).

Toplum ağız-diş sağlığı düzeyinin belirlenmesinde bazı yaş gruplarının ayrıca önemli olduğu bildirilmiştir. Bu yaş grupları 5 yaş, 12 yaş, 15 yaş, 35-44 ve 65-74 yaş gruplarıdır. Beş yaş süt dişleri için çürük düzeyini belirlemede önemlidir. 12 yaş üçüncü azılar dışında tüm daimi dişlerin sürdüğü yaş olması bakımından önemlidir. On beş yaş ergenlik dönemindeki dişeti hastalıkları ve ağız durumunun değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahip bir yaşır.

Erişkinlerde ağız-diş sağlığı durumunu incelemek için 35-44 yaş grubu, yaşlılarda ağız-diş sağlığı durumunu incelemek için ise 65-74 yaş grupları önemlidir. Ayrıca 65-74 yaş grubu ağız-diş sağlığı hizmetlerinin toplumdaki genel etkilerinin gözlemlenmesi bakımından da kıymetlidir (WHO 1997).

1.2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri “*dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunmasına yönelik önleyici ve koruyucu hizmetler ile hastalıkların ve düzensizliklerinin teşhis ve tedavisini kapsamaktadır*” (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 1983). Bu hizmetler de tıpkı genel sağlık hizmetleri gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri içermektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde temel, primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere dört tip koruma hizmeti mevcuttur. Temel koruma spesifik bir hastalığa özgü olmayan, toplumu ve genel yaşamı ilgilendiren bir koruma tipidir. Temel koruma toplumda ağız ve diş hastalıklarının ortaya çıkmasına yol açan sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin elimine edilmesini amaçlamaktadır. Toplumun bilinçlendirilmesi ve diş hekimine ulaşımın artırılması gibi hizmetler bu grup altında

yer almaktadır. Diş ve dişeti hastalıkları ortaya çıkmadan, risk faktörlerini kontrol ederek önlemeyi amaçlayan hizmetler primer koruyucu hizmetlerdir. Bireye veya topluma yönelik olarak koruyucu hizmetler sunulabilmektedir. Topluma yönelik sunulan koruyucu hizmetlere örnek olarak okul taramaları, gebelere ağız hijyeni eğitimi verilmesi, diyet eğitimleri verilmesi, içme sularının florlanması verilebilir. Hekim tarafından koruyucu flor ajanları uygulanması, bireylere fırçalama alışkanlığı kazandırılması, kişisel diyet düzenlemeleri ise bireye yönelik koruyucu hizmetlerdir (Çubukçu 2003: 26).

Sekonder koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra durdurulması ve bireyin sağlığına kavuşturulmasına yönelik hizmetlerdir. Bunlara örnek olarak diş taşı temizliği, kök yüzeyi düzeltmeleri verilebilir. Tersiyer koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri “sekelli hastaların rehabilite edilmesine yönelik” hizmetlerdir. Bunlara örnek olarak sabit protezler, kanal tedavileri ve diş çekimleri verilebilir (Çubukçu 2003: 26).

Doğal içme suları ve kaynak sularının flor oranının 0,5 ppm’den düşük olduğu coğrafi bölgelerde içme sularının florlanması topluma yönelik bir halk sağlığı yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Teknik yetersizlikler ve diğer farklı sebeplerle bu uygulamanın gerçekleştirilemediği yerlerde florun topikal olarak uygulanması yoluna gidilmektedir (Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017: 92).

Ağız ve diş hastalıkları bazıları önlenebilir, kronik hastalıklar içerisinde yer alsalar da prevalanslarının yüksek olması nedeniyle sağlık harcamalarında kayda değer bir artışa neden olmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde tedavisi gerçekleştirilen en maliyetli hastalıklar sıralamasında 4. sırada ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıklar yer almaktadır (Petersen vd., 2005:665). Ülkemizde koruyucu uygulamaların gereken düzen içerisinde uygulanamaması ve restorasyonların ömrü ile sınırlanmış olan, tekrarlayan uygulamalar nedeniyle diş tedavilerine ait masraflar artmaktadır. Türkiye’de 2013 yılı itibariyle toplam sağlık harcamaları 84.390.000.000 TL’dir. Bu tutarın ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan kısmı 4.219.000.000 TL’dir. Bu da, sağlık harcamalarından ağız-diş sağlığına ayrılan miktarın %5 kadar olduğunu göstermektedir. Bu meblanın da %98’i tedavi edici hizmetler için ayrılmaktadır. 2002 yılından 2013 yılına kadar olan dönemde GSYH 3.5 kat artarken ağız ve diş sağlığı harcamalarının 4 kat artmış olduğu bildirilmiştir.

Aynı raporun sonuçlarına göre 2015-2050 yılları arasında koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunulmaması durumunda, tedavi edici hizmetler ve protez hizmetlerinin toplam maliyetinin 2050 yılında 5.336.000.000 TL olacağı tahmin edilmektedir. (Akar, 2014: 46).

Koruyucu uygulamaların eksikliği ve tedavi edici uygulamaların zamanında yapılamaması bireylerde total veya kısmi dişsizlik sorununa yol açmaktadır. Doğan ve Gökalp (2012) yaptıkları çalışmada 65-74 yaş arası bireyleri değerlendirerek %48'inin total dişsizlik problemi olduğunu ortaya koymuşlardır.

Dünya sağlık örgütü koruyucu diş hekimliği felsefesinin benimsendiği ülkelerde DMFT değerlerinin belirgin olarak daha düşük olduğunu bildirmiştir. Protetik ve restoratif uygulamalara olan ihtiyaç, koruyucu uygulamaların yapılmadığı durumlarda artmaktadır. Petersen, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin toplumsal sağlık programlarına etkin şekilde entegre edilmesi için şeker tüketimini azaltıp meyve sebze tüketimini arttırmak ve yetersiz beslenmenin azaltılması, tütün kullanımının bırakılması, temiz içme suyunun yeterli şekilde temin edilmesi, yoksul ve tedavi olanaklarına erişebilirliği uzak ülkelerde birincil korunma uygulamalarının artırılması, etkili okul sağlığı politikalarının geliştirilerek çocuk ve gençlerin bilinçlendirilmesi konularına dikkat çekmiştir (Petersen 2008:117). Dolayısıyla ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin planlanmasında öncelikli amaç koruyucu uygulamaların geliştirilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Dental Birliği (FDI) ve Uluslararası Dental Araştırmalar Birliği (IADR) tarafından ağız ve diş sağlığı ile ilgili 2020 yılı için hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler arasında ağız ve diş hastalıklarının genel sağlık üzerindeki negatif etkisini minimuma indirmek, ağız ve diş hastalıklarının fazla görüldüğü toplumlarda ağız ve diş sağlığının geliştirilmesini sağlamak ve sistemik hastalıkların erken tanısı ve önlenmesinde oral komplikasyonları kullanmak yer almaktadır (Hobdell vd, 2003:286). Diş fırçalama alışkanlığının bile henüz yeterli düzeyde gelişmediği ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerine adapte edilmesi, koruyucu tedaviler için çocuklar ve hamileler gibi özel ayrıcalığı olan gruplara öncelik verilmesi gerekmektedir (Karabekiroğlu 2017:97).

Hasta memnuniyetinin belirlenmesi tıpkı genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız diş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde de önemli rol oynamaktadır.

Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen başlıca beş faktör belirlenmiştir. Bunlar; (Newsome ve Wright 1999: 28)

1. Tedavinin kalitesi
2. Hekim ve yardımcı personel ile ilgili özellikler
3. Hizmete ulaşılabilirlik
4. Maliyet
5. Fiziksel koşullar'dır.

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin öncülüğünde 2008 yılında gerçekleştirilen bir çalışmaya göre hastaların kamu kuruluşlarından aldıkları ağız ve diş sağlığı hizmetinden memnun kalma nedenleri iyi hizmet alma, doktorların ilgisi ve kurum koşullarının iyiliği; memnun kalmama nedenleri ise beklemek ve ilgisizlik olarak bulunmuştur. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre diş tedavileri sırasında hastaların en çok rahatsız olduğu konuların başında, aletlerin çıkardığı sesler ve anestezi geldiği bildirilmiştir.

1.2.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri

26.04.2011 tarih ve 27916 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 6225 sayılı "Torba Yasa"da diş hekimliği için Ağız Diş ve Çene Cerrahisi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi, Çocuk Diş Hekimliği (pedodonti), Endodonti, Ortodonti, Periodontoloji, Protetik Diş Tedavisi ve Restoratif Diş Tedavisi olmak üzere uzmanlık dalları belirlenmiştir. Bu dallardan herhangi birinde, gereken süre içerisinde eğitimini tamamlamış diş hekimleri "uzman dişhekimisi" olarak nitelendirilmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinde diş hekimleri, uzman diş hekimleri, ağız ve diş sağlığı teknikerleri ve hemşireler görev yapmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamu ve özel sektörde bulunan sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. 2016 yılında sağlık bakanlığına bağlı 9.125, özel sektörde görev yapan 15.146 diş hekimi olduğu bildirilmiştir. Yine 2016 yılı itibarıyla 2.799 hizmet biriminde 21.230 diş ünitesi ile ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2016). OECD 2018 verilerine göre ülkemizde 1000 kişi başına düşen diş hekimi sayısı 2012 yılında 0,28, 2013 yılında 0,29, 2014 yılında 0,30, 2015 yılında 0,32 ve

2016 yılında 0,37'dir. Yüksek Öğretim Kurumu'nun 2018 yılı istatistiklerine göre ülkemizde 69 adet diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır.

1.2.4.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kamu Kurumları

Ağız diş sağlığı hizmet birimleri, önleyici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile teşhis ve tedavi edici ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sunulduğu hizmet birimleridir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,1983).Türkiye'de kamuda ağız ve diş sağlığı hizmeti veren birimler, ağız ve diş sağlığı poliklinikleri, diş hekimliği fakülteleri, üniversiteler, diş tedavi ve protez merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık hizmet birimleri,ağız ve diş sağlığı eğitim araştırma hastaneleri ve belediyelerdir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, diş hekimi ve yardımcı sağlık personelleri (ağız ve diş sağlığı teknikerleri, hemşireler) tarafından sunulmaktadır. (Kargül ve Bakkal 2010:117)

1.2.4.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Özel Kurumlar

Özel sektörde hizmet veren ağız diş sağlığı merkezleri, poliklinikler, şahsa ait muayenehaneler ve diş protez laboratuvarları bulunmaktadır. Diş Protez laboratuvarları haricindeki ağız ve diş sağlığı birimlerinin işleyiş koşulları, Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (2015) ile düzenlenmiştir. Yönetmelik kapsamındaki sağlık kuruluşları ağız diş sağlığı merkezi, poliklinik ve muayenehanelerdir. Yönetmelikte bahsi geçen A tipi özel ağız diş sağlığı merkezleri birden fazla diş hekimi/uzman diş hekimi ortaklığı veya en az %51 hissesi diş hekimi ortaklığı bulunan tüzel kişiler tarafından açılan büyük sağlık kuruluşlarıdır. B tipi ağız diş sağlığı merkezleri ise ilgili yönetmelikten önce ruhsatlandırılmış aynı özelliklere sahip sağlık kuruluşlarıdır. A tipi poliklinikler en az iki diş hekimi/uzman diş hekimi tarafından açılıp işletilen nispeten daha küçük hizmet birimleridir. B tipi poliklinikler yönetmelikten önce ruhsatlandırılmış polikliniklerdir. Muayenehaneler ise diş hekimlerinin mesleğini serbest olarak icra ettikleri sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların taşınması gereken fiziki özellikler, bulundurması gereken tıbbi teçizat ve görev yapacak personelin nitelikleri aynı yönetmelik kapsamında düzenlenmiştir. Özel sektörde faaliyet gösteren diş protez laboratuvarlarının işleyişleri Diş Protez

Laboratuvarları Yönetmeliği(7/12/2005) ile düzenlenmiştir. Ayrıca özel sektörde hizmet sunan özel dental görüntüleme merkezleri bulunmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

KLİNİK ÇIKTILARIN ÖLÇÜMÜ ve PROM KAVRAMI

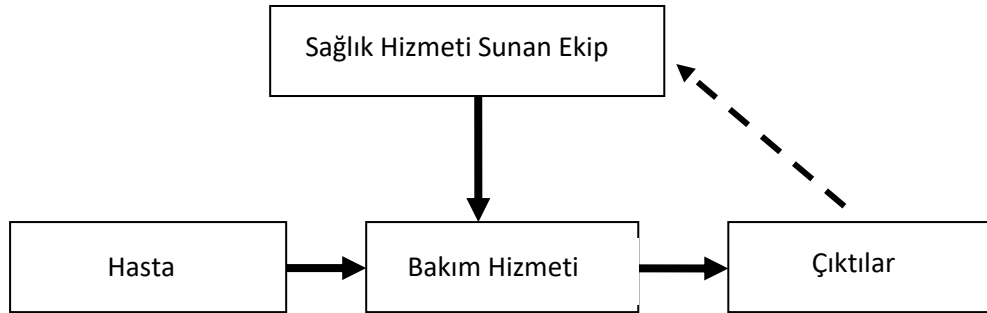
2.1. KLİNİK ÇIKTILARIN ÖLÇÜMÜ

Sağlık hizmetlerinde çıktıların ölçümü (outcome measurement) temelinde hasta merkezli bir yaklaşım olup yapısal unsurları şunlardır:

- Hasta
- Sağlık bakım hizmeti
- Sağlık bakım hizmeti sunucuları
- Çıktılar

Bu yapısal unsurlar arasındaki geribildirime dayalı bağlantı şeklinde gösterilmektedir. Klinik mikrosistem içerisindeki çıktıların ölçülmesi sayesinde elde edilen verilerin sağlık bakım hizmeti sunucularına aktarılması ile bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır. (Walburg vd. 2006: 23)

Şekil 2:Sağlık hizmetlerinde çıktıların ölçümünü sağlayan unsurların arasındaki ilişkiler



Kaynak: Walburg vd. 2006: 23

Amerikan Tabipler Birliği (1984) tarafından yüksek kaliteli sağlık hizmeti; “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır. Donabedian, kaliteli sağlık hizmetlerini “hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst

düzeve çıkarması” şeklinde ifade etmiş ve sağlık hizmetlerinde kalitenin sistemin yapısı, işleyişi ve çıktılarının sonucunda elde edildiğini ortaya koymuştur(Donabedian, 1980: 5-6, 2003: 47). Donabedian’a göre çıktılar yedi kategoride değerlendirilmektedir:

1. Klinik Çıktılar
2. Fizyolojik-biyokimyasal Çıktılar
3. Fiziksel Çıktılar
4. Fizyolojik-mental Çıktılar
5. Sosyal – psikolojik Çıktılar
6. Bütünleştirici Çıktılar
7. Değerlendirici Çıktılar

Klinik çıktılar kategorisi hasta tarafından bildirilenve klinik anlamda değer taşıyan sonuçları ifade etmektedir. Fizyolojik-biyokimyasal çıktılar diyagnostik testler ile gösterilen biyolojik fonksiyonların kaybını belirten çıktılardır. Fiziksel çıktılar kategorisinde anatomik ve yapısal deformiteler ile gösterilen sonuçlar yer almaktadır. Psikolojik-mental çıktılar hastaların ağrı, korku, anksiyete gibi duygu durumlarıyla ifade edilirler. Sosyal – psikolojik çıktılar hastaların mevcut hastalıklarıyla baş etme durumlarını, tedavilerine olan uyumlarını, sağlıkla ilgili alışkanlıklarını gösteren sonuçlardır. Bütünleştirici çıktılar fiziksel, psikolojik veya psikososyal çıktılardan elde edilen sonuçlardır. Değerlendirici çıktılar hasta ve yakınlarından elde edilen memnuniyet gibi subjektif sonuçları içermektedir. (Block 2006: 22).

Sağlık bakım hizmetlerinin klinik çıktıları, gelen hastanın klinik durumunun ilk değerlendirmesi ve tedavi bitimindeki durumun değerlendirmesi arasındaki farkı ifade etmektedir. Klinik çıktılar, uygulanan tedavilere veya ölçüm zamanlarına göre değişiklik gösterebilmektedirler. Ölçümlerinin en basit yöntemi, bir klinisyenin hastanın durumunu takip ederek uygulanan tedaviye bağlı olarak nasıl değiştiğini rapor etmesidir. Ancak söz konusu yöntemin güvenilirlik ve geçerliliği elbette ki net değildir. İşte bu noktada klinik indikatörlerin kullanılması gündeme gelmektedir. Klinik indikatörler çeşitli durumlara ve tedavilere spesifik olarak hazırlanmış belirleyicilerdir. Örneğin diyabet hastalığının tedavisinin değerlendirilmesinde 140

adet klinik ölçüm indikatörü belirlenmiştir. Klinik çıktılarının ölçümünde indikatörlerin kullanılması oldukça güvenilir sonuçlar doğurmaktadır. İndikatörler mevcut tedavi şekline spesifik olarak hazırlanmalı, zaman ve maliyet göz önünde bulundurulmalıdır. Geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış standart klinik indikatörlerin bulunmadığı durumlarda ilgili literatür ışığında self-formulated indikatörler tasarlanabilmektedir (Walburg vd, 2006 : 83).

İlk etapta sağlık hizmeti sunanlar çıktılar sıralamasında ilk basamak olan mikrobiyolojik, biyokimyasal ve fizyolojik durum ölçümlerine odaklanmaktadır; çünkü diğer basamakların geliştirilmesi bu basamaktaki çıktılarının durumuna bağlıdır. Fakat asıl hedef hastanın en iyi sağlık durumuna ulaşmasının sağlanmasıdır. Dolayısıyla klinik çıktılarının ölçümünde yaşam kalitesinin ölçülmesi önemli rol oynamaktadır (Walburg vd. 2006: 92).

2.2. PROM KAVRAMI

Çağımızda bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, bireylerin eğitim düzeyinin ve dolayısıyla beklentilerinin artması vb. faktörlere bağlı olarak hasta profili, sorgulayan, araştıran, kendi sağlık durumunu yakından takip eden, tedavi sürecine aktif olarak katılmayı, paylaşılan karar verme mekanizmasına katkıda bulunmayı arzulayan bir hasta profiline dönüşmüştür. Bu gelişmeler neticesinde de sağlık sistemleri artık hasta merkezli bir yapıya dönüşmüştür. Morbiditeleri ve mortaliteyi izleme gibi geleneksel yöntemler günümüzde artık hastanın tedavi sonucunun kapsamlı bir değerlendirmesi olarak görülmemektedir. (Cano vd. 2004:4)

Sağlık hizmetlerinin performansının değerlendirilmesinde son yıllarda hastaların tedavileriyle ilgili deneyim ve geribildirimlerinin güvenilir şekilde kullanılabilmesi gösterilmiştir. Son otuz yıldır bu konudaki çalışmalar artmış ve son senelerde daha bilimsel ve anlaşılır metodlar şeklinde geliştirilmiştir. PRO kavramı hastanın mevcut sağlık durumunun yine hasta tarafından değerlendirilmesiyle elde edilen verileri ifade etmektedir. Veriler tamamen hastanın kendisi tarafından bildirilmektedir. PRO'ların ölçümü ise PROM'lar vasıtasıyla sağlanmaktadır. PROM, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve / veya diğer önemli sonuç değişkenlerini hastanın bakış açısından ölçmek için kullanılan bir araçtır (genellikle bir ankettir).

Tedaviye başlamadan önce, gerekirse seans aralarında ve/veya tedavi bitiminde hastadan durumunu değerlendirmesi istenmektedir. Diğer bir ilgili kavram PREM (Patient Reported Experience Measures)dir. PREM'ler hastanın tedavi boyunca geçirdiği deneyimlerinin değerlendirilmesini esas almaktadır. Burada önemli olan tedavinin sonucundan ziyade hastanın düşünceleri ve tecrübe ettikleridir. (Kingsley vd. 2017:138).

Klinik uygulamaların değerlendirilmesi amacıyla PROM seçiminde klinisyen ve hastaya zaman kaybı yaratmaması ve klinik iş akışını engellememesi açısından uygun sorular içermesine dikkat edilmelidir. Çünkü pek çok hekim bu uygulamaların zaman kaybına yol açabileceği endişesi taşımaktadır.(Snyder vd. 2009:795) Bu durumun üstesinden gelinmesi için PROM anketlerinin tedavi seansları arasında veya sonunda evde hasta tarafından doldurulması alternatif bir düşünce olabilir. Web tabanlı ve interaktif sesli uygulamalar bu amaçla kullanılabilir. (Suh vd. 2011:376). Ellwood (1988) ilk defa sağlık sektöründe PROM'ların kullanılmasının hastaların tedavilerden gördüğü yararları gösterebilen bir kanıt olduğunu ortaya koymuş, kullanımlarının kolaylığı dolayısıyla da tercih edilebilir olduklarını belirtmiştir(Ellwood 1988 : 1555).

Kullanılan ölçeklerin taşınması gereken bazı önemli özellikler mevcuttur. Bunlar:

- Geçerlik
- Güvenilirlik
- Hassasiyet
- Standartlaştırma
- Uygunluk ve Kabul Edilebilirlik

Geçerlik bir testin ölçülmesi hedeflenen kavramı ölçüp ölçmediğini belirtmektedir. Bir test, ölçülmesi hedeflenen kavramı diğerleri ile karıştırmadan ölçebiliyorsa geçerli bir test olduğu sonucuna varılmaktadır. Güvenirlik bir testin birden çok uygulamada benzer sonuçları vermesi niteliğidir. Hassasiyet ölçeğin değişimlere olan duyarlılığını ifade etmektedir. Standartlaştırma, “bir ölçeğin alabileceği en düşük ve en yüksek puan, ölçeğin doldurulması için gereken tahmini süre, uygulanacak olan popülasyonun yaş aralığı, eğitim durumu ve ölçek doldurulurken boş bırakılabilecek azami soru sayısı” gibi özelliklerin belirlenmesidir.

Bu şekilde elde edilen puanlar karşılaştırılabilir ve yorumlanabilir hale gelmektedir. Uygunluk ve kabul edilebilirlik istenen araştırmanın amaçlarına ölçeğin ne derece uygun olduğunu ifade etmektedir(Alpar, 2012:411–413).

2.3. PROM'LARIN KULLANIM ALANLARI

PROM'lar sağlıkla ilgili çok çeşitli içeriklerin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Bunları beş kategoride toplayabilmek mümkündür: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQoL), fonksiyonel durum, semptomların ölçümü, sağlıkla ilgili davranışlar ve hastanın sağlık hizmeti deneyimi.

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü: Mevcut hastalıkla alakalı fiziksel, sosyal ve duygusal durumları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Farklı amaçlara yönelik değişik türleri bulunmaktadır. Jenerik veya duruma spesifik olarak hazırlanmış olabilir. Medical Outcomes Study Short Form SF-36 ve Sickness Impact Profile bu türe örnek verilebilecek jenerik PROM türleridir. Bu tip PROM'lar belirli bir sağlık durumunun varlığı ve yokluğu hallerini değerlendirmekte çok yararlıdır. Aynı zamanda toplumdaki kronik hastalıklarla ilgili değerlendirmelerde bu PROM türlerinin kullanımı yaygındır (Eurich vd. 2006: 80).

Fonksiyonel Durumun Ölçümü: Fonksiyonel durum, hastanın temel ve daha gelişmiş günlük aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteneğini ifade etmektedir. Fiziksel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve üreme fonksiyonları fonksiyonel durum başlığı altında ele alınmaktadır (Cohen ve Marino 2000: 21-29).

Semptomların Ölçümü: Yorgunluk ve ağrı gibi bir takım semptomlar PROM' lar için temel bilgi elde etme noktalarıdır Semptomların mevcudiyeti ve yoğunluğu hastanın değerlendirmesi sırasında ortaya konarak çeşitli bilgiler vermektedir. Ağrı yoğunluğunu değerlendirmek için bazı skalalar kullanılmaktadır. "Semptom yükü"hem semptomların şiddeti hem de bir tedavi veya hastalıkla ilgili deneyim kavramlarını kapsamaktadır (Cleeland 2007: 16-21).

Sağlıkla İlgili Davranışlar: Sağlıkla ilgili davranışları konu alan PROM'lar çok önemli klinik amaçlara hizmet etmektedirler. Buralardan elde edilen bilgilerden yola çıkarak tedavilerde meydana gelebilecek risklerin azaltılması ve sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik girişimler yapılabilir. Sağlık Risk Değerlendirmeleri (HRAs) sağlık davranışları ile ilgili PROMların sağlığın iyileştirilmesi ve

hastalıklardan korunma programlarıyla nasıl birleştirilebileceğini göstermektedir. Sağlıkla ilgili davranışları konu alan PROMlar çeşitli risk faktörlerini ölçmek suretiyle belli bir hastalığa yahut davranışa değil genel sağlık durumunun değerlendirmesine yönelik olabilmektedirler. Sağlık davranışlarına ilişkin PROMlar spesifik hastalık ve davranışlara yönelik risk faktörlerini de değerlendirmektedir. Örneğin The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) sağlık davranışları ile ilgili anket bölümleri içermektedir. Bu bölümlerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı alışkanlıklarını ortaya koyan sorular, cinsel hayatla ilgili sorular, beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular yer almaktadır(CDC National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008).

Hastanın Sağlık Hizmeti Deneyimi: Hasta merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni de hastanın aldığı sağlık hizmetini değerlendirmesidir. Buralardan elde edilen bilgiler hastanın karar verme kalitesini arttırmaya ve dolayısıyla sağlık harcamalarının düzenlenmesine yönelik kullanılmaktadır. Hastanın sağlık hizmeti deneyimini değerlendirmesinde hasta memnuniyeti, hasta motivasyonu ve aktivasyonu ile hastanın gerçek deneyimlerini aktarması şeklinde üç ana değerlendirme konusu bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti, hastanın durumu ve tedavisi hakkındaki bilgisi, hizmetlere ulaşımı, sağlık tesislerinin kalitesi, tedavinin mali yükü, sağlık personelleriyle iletişim gibi faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir yapıdır. Hasta memnuniyetinin sağlanması gerek sağlık personeli gerekse politik karar vericiler açısından en önemli odak noktasıdır (Cella vd. 1993:105-111).

2.4. PROM'LARIN SAĞLADIĞI FAYDALAR

PROM ölçekleri 1990'lı yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmış olup, günümüzde de sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmekte giderek önemli bir yere sahip olmaktadır (Smith vd. 2010: 63). PROM ölçekleri sayesinde toplumun bir bölümü veya tamamı ile ilgili sağlık değerlendirmeleri yapılması mümkün hale gelmektedir. Örneğin SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe) 11 avrupa ülkesinde kullanılan, 50 yaş üstü bireylerin sağlık ve sosyoekonomik durumu hakkında bilgi veren bir veritabanıdır. En önemli özelliği hastanın kendi durumuyla ilgili bilgileri kendisinin vermesidir.

PROM'lar bireysel olarak da sağlık verilerinin elde edilmesinde kullanılabilir. Örneğin romatolojide hastanın ağrı durumu ve fonksiyonu bakımından PROM'ların kullanımı ile değerlendirilmesinin bakım düzeyini arttıracadı, benzer şekilde onkoloji, dermatoloji ve nöroloji gibi kliniklerde de hasta ihtiyaçlarını belirlemede PROM'ların kullanılmasının büyük fayda sağlayacağı belirtilmiştir (Lipscomb vd. 2007). PROM'lar sayesinde daha farklı yollarla elde edilmesi mümkün olmayan bilgilere ulaşılabilmektedir. Çünkü bilginin kaynağı direkt olarak hastanın kendisidir. Bu sayede bireyler kendi sağlık durumlarını değerlendirebilmektedir. Tıbbi kaynakların kullanımında gereken öncelikler tespit edilebilmekte ve farklı toplumların sağlık düzeylerinin zaman içerisinde gösterdiği değişim incelenebilmektedir. PROM'ların kullanılması sayesinde sağlık personeli ve hatta izin verildiği ölçüde hasta yakınları, hastanın mevcut sağlık durumu, yaşam kalitesi algısı ve uygulanan tedavinin etkinliğine dair fikirleri hakkında bilgi sahibi olabilmektedir (Black vd. 2014:534–42).

PROM ölçeklerinden elde edilen veriler sadece sağlık hizmetini sunanlar tarafından değil, sağlık yöneticileri tarafından da kayda değer bulunmaktadır. Çünkü hasta unsuru, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve o hizmetlerin sunumu için yapılan harcamaları birbir olarak etkilemekte, ölçümler sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve klinik anlamda etkinlik durumu hakkında bilgi sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumlar geri ödemeler ile ilgili kararları alırken bu araştırmalarından elde edilen bilgilerden faydalanmaktadırlar (Guyatt vd, 1993:622).

PROM'ların kullanımı klinik uygulamaların verimliliğinin artırılmasını sağlamakta, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirmekte, hasta gereksinimlerinin daha açık şekilde belirlenmesini sağlamakta, hasta merkezli sağlık hizmeti sunumuna olanak vermektedir (Abernethy vd 2010:34). PROM'lar vasıtasıyla elde edilen veriler;

- Sağlık hizmetlerinin performans değerlendirmesinde,
- Sağlık hizmet sunucuları açısından kıyaslamada,
- Hastalar ve sağlık personeline veri temin edilmesinde,
- Tedavi alternatiflerinin seçimi ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Nelson vd. 2015).

1998 yılında İngiltere’de Bupa Hastaneler zinciri ilk defa PROM ölçeklerini rutin şekilde uygulayarak sağlık verileri toplamaya başlamıştır. Bu verilerin toplanması ve analiz edilmesi sonucunda sağlık kuruluşu, pek çok fayda elde ettiğini ve bazı tedavi ve uygulama biçimlerini bu sonuçlar neticesinde değiştirdiğini bildirmiştir. Örneğin bir vakada düşük puanlar elde edilmesinden dolayı histerektomi sonrası bakım prosedürlerinde değişikliğe gidildiği rapor edilmiştir. Hatta elde edilen veriler sonucunda kaliteyi artırmak adına klinisyenler ve klinik ekiplerde değişiklikler yapılması ve kalça protezi ameliyatlarında pre-operatif değerlendirmelerin iyileştirilmesi gibi uygulamalara başvurularak olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. İngiltere ulusal sağlık sisteminde 2009 yılından beri kalça ameliyatları, diz ameliyatları, fitik ameliyatları ve varikoz ven ameliyatlarına dair prosedürler ile ilgili rutin olarak PROM verileri toplanan bir program uygulanmaktadır. Alınan olumlu neticeler sebebiyle epilepsi, kronik obstrüktif pulmoner hastalıklar, astım, diyabet, inme ve kalp hastalıklarının da bu program sistemine dahil edilmesi planlanmaktadır. (Devlin ve Appleby, 2010: 33).

Ishaque (2019) ve arkadaşları PROMlar üzerine yapılmış 4302 çalışmayı incelemiş, çalışmalarında PROM ölçeklerinin yapılan çalışmalarda en çok kanserli erişkin hastalar üzerinde uygulandığını, ölçeklerden elde edilen verilerin işlenmesinin hasta memnuniyeti ve bakım hizmeti üzerinde anlamlı pozitif etkilere sahip olduğunu ortaya koymuşlardır.

2.5. PROM TÜRLERİ

PROM araçları jenerik veya belli bir tedavinin durumuna özel olarak hazırlanmış olabileceği gibi, bu ikisinin kombinasyonu şeklinde de uygulanabilmektedir. Dolayısıyla üç tür PROM aracından bahsedilebilir. Bunlar:(Smith vd 2010: 65)

1. Jenerik ölçekler
2. Hastalığa/Duruma Özel Ölçekler
3. Kişiselleştirilmiş Ölçekler’dir

2.5.1.Jenerik Ölçekler

Jenerik ölçekler geniş yelpazede sorular içermektedirler. Psikometrik özelliklerinin araştırmalar için uygun olduğu bilinmektedir ve bu ölçekler kullanılarak farklı sorunlar için farklı nüfus grupları arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Geçerli ve güvenilir araçlardır.Bu gruba SF 36'yı örnek verecek olursak 36 sorunun 8 kategoride gruplandığı görülmektedir. Bunlar: fiziksel fonksiyon, fiziksel problemlere bağlı kısıtlılıklar, duygusal problemlere bağlı kısıtlılıklar, sosyal fonksiyon, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlık algısıdır. SF 36 en az 50 dile çevrilmiş ve pek çok çalışmada kullanılmış dünyaca yaygın kullanım alanına sahip geçerli ve güvenilir bir jenerik araçtır(Garratt vd. 2002:1417–1422).

Fayda ölçekleri de jenerik ölçekler grubunda değerlendirilmektedir. Örneğin EuroQol (EQ-5D) Avrupa ülkelerinde en sık kullanılan fayda ölçeklerinden biri olup, toplamda beş boyut altında değerlendirme imkanı sunmaktadır. Bu boyutlar; hareket, öz bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyondur. Katılımcılardan her boyut için üç seviye seçmeleri ve genel sağlık durumlarının belirlenmesi ile ilgili de 0 (en kötü sağlık durumu)-100(en iyi sağlık durumu) arası numaralanmış bir skalada puanlama yapmaları beklenmektedir (Smith vd.,2010: 66).

2.5.2.Hastalığa/Duruma Özel Ölçekler

Hastalığa/duruma özel araçlar jenerik araçlarda yer almayan daha detaylı ve ilgili duruma özel sorular içermektedirler. Örneğin Parkinson hastalığına özel geliştirilen bir PROM (PDQ-39), jenerik PROM ölçeklerinde yer alması mümkün olmayan “tremor” semptomuyla ilgili detaylı sorular barındırmaktadır. Hastalığa özel geliştirilen PROM araçları yeni klinik girişimlerin küçük ancak bir o kadar da önemli yarar ve zararlarını ortaya koymaları açısından giderek daha çok ilgi görmektedir.

Örneğin çok duruma spesifik olan Oxford hip score, kalça protezi hastalarının değerlendirilmesinde kullanılan bir araçtır. Benzer şekilde Oxford knee score diz protezi hastalarını değerlendirebilmeyi mümkün kılmaktadır. (Smith vd.,2010: 67). Hastalığa/duruma spesifik olarak hazırlanmış ölçekler jenerik ölçeklere göre daha hassastırlar, sadece çalışılmak istenen alana yönelmeyi sağladıkları için jenerik araçlarla yakalanması mümkün olmayan detaylı bilgiler bu şekilde açığa çıkarılmaktadır.(Guyatt vd, 1993:627)

2.5.3. Kişiselleştirilmiş Ölçekler

Bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili birbirinden farklı beklentileri, görüşleri ve amaçları olabilmektedir. Her bireyin kültürel alt yapısı, medikal deneyimleri ve sağlık hizmeti geçmişi birbirinden farklıdır. Dolayısıyla standart olarak hazırlanmış sorular bazen kesin bilgiler elde edilmesini güçleştirmekte, birtakım spesifik konuları yeterince aydınlatamamaktadır.

Kişiselleştirilmiş ölçekler bireysel bazda durumların değerlendirilmesini mümkün kılabilen açık uçlu sorular içermektedir. Örneğin Patient Generated Index 'te katılımcılardan hayatlarının hastalıklardan etkilenen en önemli beş alanını listelemeleri istenmektedir. Bu alanlar ve bu alanlarda yapılabilecek değişiklikler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu tür ölçekler oldukça faydalı veriler sağlamakta olmalarına rağmen uygulamalarındaki zorluklar nedeniyle kullanım alanları kısıtlıdır(Smith vd., 2010: 68).

2.6. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE PROMLARIN YERİ

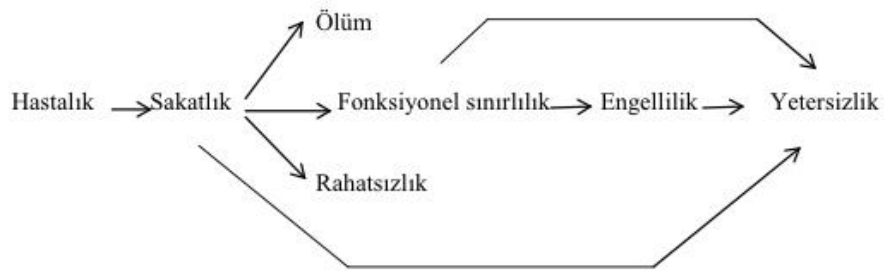
2.6.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde PROM Ölçeklerinin Kullanılması

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren tedaviler kişileri sağlığına kavuşturmanın yanı sıra bazıları estetik kaygı da taşıyan kendine has özelliklere sahip müdahalelerdir. Bu nedenle değerlendirilmelerinde pek çok faktör göz önünde bulundurulmaktadır. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul görmüş olan DMFT indeksi ve CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)gibi klinik belirleyiciler kullanılmaktadır; ancak bu indekslerin kullanılması klinik anlamda veriler sunmasına rağmen hastalıkların sosyal ve psikolojik etkileri ile ilgili herhangi bir bilgi vermemektedir. Bu noktada ortaya çıkan yaşam kalitesi kavramına değinilmesi yerinde olacaktır.

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütünün sağlığı “*Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali*” olarak tanımlamasının ardından “Yaşam Kalitesi” kavramı popüler hale gelmiştir. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı ise ilk defa ikinci dünya savaşı yıllarında ortaya çıkmış,1980’li yıllarda da yapılan araştırmalarla adından söz ettirmeye başlamıştır (Slade 2002: 30). Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramına

ait değerlendirmeler ilk olarak Cohen ve Jago (1976) tarafından yapılmıştır. Cohen ve Jago araştırmalarında ağız ve diř sağlığı ile ilgili problemlerin psikososyal etkilerine ait verilerin eksikliğine dikkat çekmişlerdir (Allen, 2003:4). Benzer şekilde Locker (1988), yapılan çalışmalarda ağız ve diř sağlığı problemlerinin genel sağlıktan ayrı dūřünüldüęünü ve bu problemlerin psikososyal etkilerine önem verilmediğini belirtmiş, bu konuda bireysel ölçüm metodlarına gereksinim olduğuna dikkat çekmiştir. Locker bu amaçla ağız ve diř sağlığında yaşam kalitesinin ölçülebilmesi adına Dünya Sağlık Örgütü'nün Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Handikaplar Uluslararası Sınıflamasına dayanan ve ağızıerisindeki problemlerin tüm olası fonksiyonel ve psikososyal sonuçlarını gösteren kavramsal bir model tasarlamıştır. Model, şekil 3'te gösterilmektedir.

şekil 3: Locker'in Ağız ve Diş Sağlığında Yaşam Kalitesi Modeli



Kaynak: Locker 1988

Modele göre hastalıklar işlev kaybı yaratan sakatlıklara yol açmaktadır (Dişlerini kaybeden insan bir sakatlığa sahiptir). Oluşan sakatlıklar fonksiyonel sınırlılıklara sebebiyet vermektedir. Ayrıca yaşanan sakatlık sonucu ağrı ve rahatsızlık hissi de meydana gelmektedir. Bütün bunlar sonucunda fiziksel, sosyal ve psikolojik engellilikler ortaya çıkmaktadır. Burada engellilikten kasıt günlük faaliyetlerin gerçekleştirilmesindeki sınırlılık halidir. Yaşanan engellilikler de fiziksel, sosyal ve ruhsal yetersizlikleri beraberinde getirmektedir. Locker'in bu modeli, ağız ve diş sağlığına dair yaşam kalitesini ölçen bazı ölçeklerin geliştirilmesinde hareket noktası olmuştur.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi kavramı “ *fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faktörlerin ağız ve yüz bölgesine ait ağrı ve rahatsızlıkların bireyin iyilik*

halini nasıl etkilediği ile ilgili değerlendirilmesini” ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Dört ana bileşene sahiptir. Bunlar:

- Fonksiyon(çiğneme, konuşma, yutma)
- Psikolojik (dış görünüm, özgüven),
- Ağrı/rahatsızlık (akut, kronik),
- Sosyal (iletişim, sosyal ilişkiler) (Inglehart ve Bagramian, 2002:2).

Bireylerin önceki sağlık deneyimleri, kültürel değerleri, psikolojik durumları ve sağlık hizmetinden beklentileri gibi çeşitli faktörler ağız-diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir. (Inglehart ve Bagramian, 2002:3)

Ağız ve diş sağlığına ait yaşam kalitesinin ölçülmesinde çok boyutlu jenerik ölçeklerin sıkça kullanıldığı görülmektedir. Ağız ve diş tedavilerinin değerlendirilmesinde PROM ölçeklerinden elde edilen veriler hastaların subjektif ifadeleri oldukları için ihtiyaçlarının daha kolay belirlenmesi ve hastaların karar alma mekanizmasına katılımlarının sağlanmasını mümkün kılmaktadırlar. Veriler yüz yüze görüşmeler, telefonla yapılan görüşmeler ile anketlerin doldurulması, hastalara kendi dolduracakları anketlerin verilmesi veya elektronik posta yolu ile anketlerin doldurtulması şeklinde toplanabilmektedir. Bu yöntemlerin her birinin kendine has avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Hasta ile yüz yüze yapılan görüşmeler diğer yöntemlere göre nispeten daha fazla kaynak gerektirmekte, uygulayanlar açısından daha fazla zaman alıcı olmakta ancak, hataların ve eksik cevapların daha az olmasını sağlamaktadır. Ölçeği bireyin kendisinin doldurması daha az maliyetli ve daha az zaman alıcı bir yöntemdir; ancak eksik ve yanlış cevap sayısı da artabilmektedir. Hastalar her soruyu doğru şekilde anlayamayabilir, buna bağlı olarak sorulara hatalı cevap verebilir yahut hiç cevap vermeyebilir. Bu iki yöntem kombine edilerek, ölçeğin bireye bir gözlemcinin nezaretinde doldurtulması sağlanabilir. Bir başka yöntem olan telefon görüşmesi, hataları ve eksik verileri azaltmakta olmasına rağmen, soruların anlaşılabilir olmasını sağlamak için diğer ölçeklere göre daha basit bir ölçek yapısının kullanılmasını gerektirmektedir. Ölçeklerde değişik tipte sorular ile VAS (visual analog scale) ve Likert tipi skorlama sistemleri kullanılmaktadır (Lang ve Zitzmann 2012: 135). VAS ile değerlendirme tek bir soru içermektedir. Bu sorunun cevabı numerik bir skalada 100 üzerinden değerlendirilmektedir. Örneğin ağrı durumunun bu şekilde değerlendirilebilmesi mümkün olmaktadır.

Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan jenerik ölçeklerin bazıları şunlardır (Allen 2003:3, Bettie vd 2015):

- Ağız ve Diş Sağlığı Etki Profili (OHIP)
- Geriatrik Ağız ve Diş Sağlığını Değerlendirme İndeksi (GOHAI)
- Dental Etki Profili(DIP)
- Çiğneme Etkinliği İndeksi (ICA)
- Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP)
- Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHRQoL-UK) Ölçeği
- Ağız ve Diş Sağlığı Yaşam Kalitesi Envanteri
- Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yaşam Kalitesi (OHQoL) Ölçeği
- Dental hastalıkların sosyal etkileri İndeksi (SIDD)
- RAND Ağız ve Diş Sağlığı İndeksi

PROM ölçeklerinin kullanılması sayesinde toplumun ağız diş sağlığı düzeyi hakkında kaydadeğer bilgiler elde edilebilmekte, başarılı tanımlayıcı araştırmalar yapılabilmektedir. Toplumların ağız diş sağlığı düzeylerinin belirlenmesi gereken ve gerekmeyen uygulamaların ayrımının yapılması ve yapılacak iyileştirmelerin tespit edilmesi açısından önem taşımaktadır. Örneğin Locker ve arkadaşları (2002) tarafından yaşlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) ile OHIP-14 ölçeği uygulanmış ve bu durumdaki yaşlı hastalarda önemli oral komplikasyonların diş kaybı, ağız kuruluğu ve çiğneme güçlüğü olduğu ortaya koyulmuştur.

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren tedavilerin de PROM ölçekleri kullanılarak değerlendirilebilmesi ve kıyaslanabilmesi mümkün olmaktadır. Örneğin Nickenig ve arkadaşları (2008), kısmidişsizliğe sahip olan bireylere uygulanan implant tedavisinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmişler ve çalışma sonucunda implant tedavisinin diğer sabit kron-köprü protezleriyle yapılan tedavilere kıyasla ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerinde belirgin şekilde olumlu etkisinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde klinik ölçümler sadece tek bir diş veya duruma odaklanırken, PROM ölçeklerinin kullanılması sayesinde hastanın daha genel

değerlendirilebilmesinin, tedavi ve hastalıkların sosyal-psikolojik etkilerinin ortaya koyulabilmesinin, sadece uygulanan diş tedavilerinin etkisinin değil aynı zamanda tedavi başarısızlıklarının da etkilerinin değerlendirilebilmesinin mümkün olduğu bildirilmiştir. Özellikle diş hekimliğinin kabul edilen uzmanlık dallarından biri olan Protetik Diş Tedavisi alanında PROM ölçeklerinin yararlı veriler sağladığı ortaya koyulmuştur (Reissmann, 2019:5).

Son on yıldır diş hekimliğinin güncel ve popüler tedavilerinden olan implant uygulamalarının cerrahi prosedürleri, yükleme protokolleri, protetik üst yapıların değerlendirilmesi ve uzun dönemli takibi konularında hasta tarafından bildirilen çıktıların ölçülmesi ile yapılan çalışmaların fazlaca arttığı gözlemlenmektedir. Diş eksikliğinin tedavisinde en etkili yolun implant uygulamaları olduğu hasta tarafından bildirilen çıktıların ölçülmesi çalışmaları sayesinde net şekilde ortaya koyulmaktadır (Mc Grath vd. 2012:200). Mittal ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada, literatürde ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan PROM ölçeklerini incelemişler, ölçeklerdeki önermelerin 4 kategori altında toplandığını ortaya koymuşlardır. Bu kategorilerin oral fonksiyon, orofasiyal ağrı, orofasiyal görüntü ve psikososyal etki olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmalarda PROM ölçeklerinin kullanımıyla elde edilen faydaların yanı sıra uygulamaya dair problemlerin de ortaya çıktığı bildirilmiştir. Yao ve arkadaşları (2018), implant uygulamalarında PROM ölçeklerinin kullanılması konusunda yapılan çalışmaları incelemişler, bazı çalışmaların sadece hasta memnuniyetini değerlendirdiğine, daha standardize edilmiş, duruma spesifik ölçeklere ihtiyaç olduğuna ve uygulamada standardizasyonun yeterince sağlanamamasından kaynaklı tutarsızlıklar olduğuna dikkat çekmişlerdir.

2.6.2. Ağız ve Diş Sağlığının Değerlendirilmesinde Literatürde En Sık Kullanılan Ölçekler

2.6.2.1. Genel Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI)

1990 yılında Atchinson ve Dolan tarafından yaşlı bireylerde ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıkların etkilerini ölçmek amacıyla ilk başta Geriatric Oral Health Assesment Index ismiyle geliştirilmiş, daha sonra General Oral Health

Assesment Index ismini almıştır. Fiziksel ve psikososyal fonksiyonu değerlendiren 12 sorudan oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ağız ve diş sağlığı düzeyini üç boyut altında değerlendirme imkanı sunmaktadır. Bu boyutlar:

- Fiziksel fonksiyon (yemek yeme, konuşma, yutma)
- Psikolojik fonksiyon (kendine güven, oral problemlerden dolayı sosyal ilişkilerin zarar görmesi, görüntüsünden memnuniyetsizlik)
- Ağrı/rahatsızlık tır (Allen 2003:4).

2.6.2.2. Ağız Sağlığı Etki Profili (OHIP)

OHIP Ölçeği, 1994 yılında Slade ve Spencer tarafından geliştirilmiştir. Fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, psikolojik yetersizlik, fiziksel yetersizlik, sosyal yetersizlik ve engellilik olmak üzere 7 boyut altında toplam 49 soru içeren bir ölçektir. 1997 yılında Slade tarafından OHIP 14 şeklinde 14 sorudan oluşan kısa formuna dönüştürülmüştür. OHIP 14 formunda yine aynı 7 boyut mevcut olup her boyut seçilen 2 soru ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanlanmasında önermelere “hiçbir zaman” için 0, “nadiren” için 1, “bazen” için 2, “sıklıkla” için 3 ve “her zaman” için 4 puan verilmektedir. Toplam skor, bütün puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Önermelerin hepsi negatif cümlelerden meydana geldiği için ölçekten elde edilen puanların düşük olması yaşam kalitesinin iyi olduğuna işaret etmektedir. Ölçek, Mumcu ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.OHIP 14 ölçeğine ait önermeler aşağıdakilerdir:

S1 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etmekte sorununuz oluyor mu?

S2 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?

S3 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağrılı bir durum yaşadınız mı?

S4 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?

S5 Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?

S6 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?

S7 Yemek yerken dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizden dolayı sıkıntınız oluyor mu?

S8 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?

S9 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gevşemede/rahatlamada zorlandığınız oldu mu?

S10 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?

S11 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara aksi davrandığınız oldu mu?

S12 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile rutin işlerinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?

S13 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?

S14 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?

2.6.2.3. Ağız Sağlığı ile İlişkili Yaşam Kalitesi-Birleşik Krallık (OHRQoL-UK) Ölçeği

2000 yılında McGrath ve Bedi tarafından oluşturulmuştur. Ölçek, toplamda 16 soru içermekte olup semptom (2 soru), fiziksel durum (5 soru), psikolojik durum (5 soru) ve sosyal durum (4 soru) olmak üzere 4 boyuta sahiptir. 5'li likert tipinde bir ölçektir. Karşılaştırıldığında, OHIP 14 ölçeğine nazaran daha üstün olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu ölçekte hem negatif hem de pozitif önermeler yer almaktadır. OHIP ölçeği ise negatif önermelerden oluşmaktadır (McGrath ve Bedi 2002: 522).

Ölçekte dişleriniz, dişetleriniz, ağzınız veya proteziniz;

- Rahatlığınızı
- Nefes kokunuzu
- Beslenmenizi

- Görünüşünüzü
- Konuşmanızı
- Genel sağlığınıza
- Gülüşünüzü
- Rahatlamanızı/uyumanızı
- Güveninizi
- Ruhsal durumunuzu
- Kaygısız sakin halinizi
- Kişilişinizi
- Sosyal yaşamınızı
- Eşiniz veya arkadaşınızla özel yaşamınızı
- İş/günlük yaşantınızı
- Ekonomik durumunuzu“çok kötü etkiliyor”,”kötü etkiliyor”,”etkisi yok”, “iyi etkiliyor”, “çok iyi etkiliyor” şeklinde değerlendirilmeye sunulmaktadır.

Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 80’dir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Mumcu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmış olup ölçeğin ağız ve diş sağlığına ilişkin yaşam kalitesini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,96 olarak bulunmuştur (Mumcu vd. 2006:148).

2.6.2.4.Ağız ve Diş Sağlığının Günlük Performans Üzerindeki Etkileri (OIDP)

OIDP Ölçeği, 1996 yılında Adulyanon ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ağız ve diş sağlığının günlük faaliyetler üzerindeki etkilerini 8 alanda değerlendirmektedir.

Bu alanlar şunlardır:

- Yemek yeme
- Yemekten zevk alma
- Konuşma
- Uyuma

- Kelimeleri doğru telaffuz etme
- Gülmekten utanmadan dişlerini gösterebilme
- Oral hijyen durumu
- Sosyal ilişki kurabilme (Allen 2003:5).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Geleneksel sağlık hizmeti anlayışında sağlık profesyonellerinin özellikle de hekimlerin otonomisi büyük ölçüde yer almış olup hastalar sağlık hizmeti sunum sürecinde pasif bir rol oynamışlardır. Bilgi ve iletişim teknolojisinde yaşanan gelişmeler, insanların eğitim düzeyinin artması vb. faktörlere bağlı olarak hasta beklentileri de büyük ölçüde değişim göstermiştir. Hekimlerin karşısında artık sağlık durumu konusunda pasif bir aktör yerine, kendi sağlık durumunu yakından takip eden, bu sürece aktif olarak katılmayı, paylaşılan karar verme mekanizmasına katkı koymayı arzulayan hasta profili yer almaktadır. Bu gelişmeler neticesinde de sağlık sistemlerinin geleneksel yapısından hasta merkezli yapıya doğru güncellenmekte olduğu görülmektedir. Karakterize edilen hasta merkezli sağlık hizmeti anlayışı, kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif şekilde katılım gösteren bir hasta yapısının varlığını gerekli kılmaktadır. Bu amacı sağlamanın belki de en iyi yollarından biri sağlık sistemi içerisinde PROM'ların (Patient-Reported Outcome Measure) kullanılmasıdır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde PROM ölçeklerinin kullanılması konusunun temel muhatapları şüphesiz ki diş hekimleridir. Diş hekimlerinin PROM'ların kullanımını ile ilgili düşünceleri sürecin en etkili ve verimli şekilde yürütülmesinde etkili olacaktır. Bu çalışmanın amacı kamuda görev yapan diş hekimlerinin ülkemiz şartlarını göz önünde bulundurarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sağlık çıktılarının değerlendirilmesi amacıyla PROM'ların kullanılması konusundaki yargılarının ortaya koyulmasıdır. Bu amaçla bir ölçme aracı geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Son dönemde popüler araçlar olarak görülen PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında çalışılması ve literatüre kazandırılması önemli bir görev olarak değerlendirilmektedir. Çalışma, kamuda görevli diş hekimlerinin PROM'ların kullanımına yönelik görüşlerine ışık tutması, bu güncel uygulamanın ülkemiz

şartlarında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanılıp kullanılmayacağı hakkında fikir sahibi olunması ve bu konuda bir çalışmanın bulunmadığı yerli literatüre kaynak teşkil etmesi açısından da önemlidir.

Araştırma, “ Diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde PROM ölçeklerinin kullanımına ilişkin görüşleri nasıldır?” , “Diş hekimleri PROM’lara karşı yargıları açısından değerlendirildiğinde farklı profillere sahip alt gruplara ayrılmakta mıdır?” sorularına cevap aramayı hedeflemektedir.

3.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Çalışmada öncelikle detaylı bir literatür taraması yapılarak kavramsal çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Kavramsal çerçevenin oluşturulması sürecinde kitaplar, süreli yayınlar, veri tabanları, tezler ve internetten faydalanılmıştır. Araştırma, nicel araştırma kapsamında olup tarama modeline uygun biçimde tasarlanmış bir anket çalışmasıdır.

3.3. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma 15 Şubat-15 Mart 2019 tarihleri arasında İzmir ilinde Bornova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Alsancak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Karşıyaka Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve İzmir Eğitim Diş Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni ilgili sağlık kuruluşlarında görev yapan diş hekimlerinden meydana gelmektedir. Örneklem sayısı belirlenmeden evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcılar çalışmanın amacı hakkında tek tek bilgilendirilmiş, gerekli açıklamalarda bulunmuş ve kişisel bilgilerin gizli kalacağı özellikle bildirilmiştir. Bu hastanelerde görev yapan toplam 289 diş hekiminden, 257 gönüllü diş hekimi ankete katılım sağlamıştır. Eksik doldurulduğu tesbit edilen 2 anket formu analiz dışı bırakılmış ve 255 anket araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmıştır. Toplam 12 yöneticinin hepsine de anket uygulanmıştır. Toplam 57 uzman diş hekiminin 50’si araştırmaya katılmıştır. Araştırma ön izinleri ilgili sağlık kuruluşlarının başhekimliklerinden, araştırma izinleri ise İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Etik Kurulu ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınmıştır.

3.4. ANKETİN GELİŞTİRİLMESİ

Araştırmanın kuramsal alt yapısının oluşturulması amacıyla yerli ve yabancı literatürün taranması neticesinde PROM'lara ilişkin yargıları değerlendirmeye yönelik hazır bir anketin bulunmadığı saptanmıştır. İlgili literatürün ışığında dış hekimlerinin PROM araçlarına ilişkin yargılarını genel anlamda değerlendirmeyi amaçlayan anket soruları oluşturulmuştur. Anket iki bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümünde katılımcıların yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, kurumdaki pozisyonu(dış hekimi, uzman dış hekimi, yönetici) ve yöneticilik deneyiminin olup olmadığı ile ilgili kişisel bilgilere ait sorular yer almaktadır. Ardından PROM kavramı ile ilgili bilgi veren bir açıklama ve daha net anlaşılması açısından OHIP 14 ölçeğinin sorularından oluşan örnek bir PROM'a yer verilmiştir. Anketin ikinci bölümünde dış hekimlerinin PROM kavramına ilişkin yargılarının değerlendirmesini ölçen sorular yer almaktadır. Dış hekimlerinin PROM'lara ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesinde “ 1 kesinlikle katılmıyorum”, “2 katılmıyorum”, “3 kısmen katılmıyorum”, “4 kararsızım”, “5 kısmen katılıyorum”, “6 katılıyorum”, “7 tümüyle katılıyorum” olmak üzere yedili Likert ölçeği kullanılmıştır. Anketin son sorusu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümü Likert ölçeği ile değerlendirilmesi istenen bölümdür, ikinci bölümü açık uçludur. Burada katılımcıların sorunun ilk bölümünde verdikleri yanıtın nedenini açıklamaları istenmiştir.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Anketlerden elde edilen veriler SPSS 21.0 programında analiz edilmiştir.. Kişisel veriler ile ilgili frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Kapsam geçerliliğini ölçmek için Kapsam Geçerlilik Oranları kullanılmıştır. Kapsam Geçerlilik Oranları 1975 yılında Lawshe tarafından geliştirilmiş olup kapsam geçerliliğinin ölçülmesinde en yaygın kullanılan tekniktir (Ayre ve Scally 2014: 79). Buna göre kapsam geçerlik oranı aşağıdaki formülle hesaplanmaktadır.

$$KGO = \frac{N_u - N/2}{N/2}$$

Bu formülde N, görüş bildiren toplam uzman sayısını, Nu ise “uygun” şeklinde görüş bildiren uzman sayısını ifade etmektedir.

Araştırma kapsamında oluşturulan taslak önermeler 6 akademisyen dış hekimine gönderilmiş ve değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme sonucunda kapsam geçerlilik oranları hesaplanmış ve ankete dahil edilecek maddeler belirlenmiştir. Literatür doğrultusunda hazırlanan maddelerin kapsam geçerliğini ölçmek için Lawshe tarafından geliştirilen ve en sık kullanılan yöntemlerden biri olan Kapsam Geçerlik Oranları kullanılmıştır.

Tablo 1 her bir madde için hesaplanan Kapsam Geçerlik Oranlarını göstermektedir. Kabul edilen kritik kapsam geçerlik oranı 6 kişinin değerlendirmeye katıldığı durumlarda 0,99 olarak kabul edilmektedir. Ayrıca uzman sayısına ilişkin minimum değerlerin aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını da verdiği bildirilmiştir. (Ayre ve Scally 2014:85, Veneziano ve Hooper ,1997). Kapsam Geçerlik Oranlarının değerlendirilmesi sonucunda, 13.(PROM araçlarının kullanımı hasta bilgilerinin gizliliğinin korunamamasına yol açacaktır) ve 14. (PROM anketlerinin uygulanması hastalar ve yakınlarının olumsuz tepkisine neden olacaktır) maddelerin kapsam geçerlik oranları istenendeğerin altında olması dolayısıyla bu maddeler uygulanacak test kapsamından çıkarılmış ve test 13 madde olacak şekilde düzenlenmiştir.

Tablo 1: Maddelerin Kapsam Geçerlik Oranları

| SORULAR | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|----|
| 1)PROM'ların kullanımı rutin klinik uygulamalarda hasta memnuniyetini arttıran bir unsur olabilir | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 2)PROM'lardan elde edilen veriler sayesinde hasta beklentileri daha net anlaşılabilir | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 3)PROM'ların kullanımı hasta-hekim, hekim-hekim arası iletişime olumlu katkı sağlayabilir | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 4)Hastaların PROM anketlerine katılımı yeterli düzeyde olacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 5)PROM'lardan elde edilen veriler sayesinde ağız ve diş tedavilerinin standardı yükselecektir | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 6)PROM'lardan elde edilen veriler diş hekimleri için yararlı olacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 7)PROM'lardan elde edilen veriler laboratuvar çalışanları için yararlı olacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 8)PROM'lardan elde edilen veriler sigorta kuruluşları için yararlı olacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 9)PROM'lardan elde edilen veriler yöneticiler için yararlı olacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 10)PROM'ların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı hekimlerin performansının değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 11)PROM'ların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı kurum tedarikçilerinin (diş laboratuvarları, implant firmaları, diş depoları vb.) değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 12)Rutin klinik uygulamalarda PROM'ların kullanımı zaman kaybına yol açabilir | 6 | 0 | 0 | 1 |
| 13)PROM araçlarının kullanımı hasta bilgilerinin gizliliğinin korunamamasına yol açacaktır | 0 | 1 | 5 | -1 |
| 14)PROM anketlerinin uygulanması hastalar ve yakınlarının olumsuz tepkisine neden olacaktır | 0 | 1 | 5 | -1 |
| 15)Çalışmakta olduğunuz klinikte PROM'ların rutin olarak uygulanması desteklenmelidir. Neden? | 6 | 0 | 0 | 1 |
| Sütun Başlıkları: 1: Gerekli, 2: Kullanışlı ama gereksiz, 3:Gereksiz, 4: Kapsam Geçerlik Oranları | | | | |

Güvenirliği ölçmek için ise test güvenilirliğini tahminde en çok kullanılan metod olan testi yarılama tekniği ve Alfa güvenilirlik analizleri ile ANOVA Tukey's Nonadditivity, Hotelling's T-squared analizleri yapılmıştır.

Tablo 2: Cronbach's Alfa

| Cronbach Alfa Değeri | Standartlaştırılmış Madde Cronbach Alfa Değeri | Madde Sayısı |
|----------------------|---|--------------|
| .846 | .858 | 13 |

Tablo 2'ye göre 13 maddeden oluşan testin Cronbach Alfa değerinin 0,858 olduğu görölmektedir. Bu değer, ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 3: İki Yarı Güvenirlik Analizine Ait Veriler (1)

| | | |
|--------------------------|----------------|-------|
| Cronbach Alfa Değer | 1. Kısım Değer | 0.851 |
| | Madde Sayısı | 7a |
| | 2. Kısım Değer | 0.537 |
| | Madde Sayısı | 6b |
| Formlar Arası Korelasyon | | 0.695 |
| Spearman-Brown Katsayısı | Equal Length | 0.820 |
| | Unequal Length | 0.821 |
| Guttman Katsayısı | | 0.786 |

a: K1, K2,K3,K4,K5,K6,K7

b:K8,K9,K10,K11,K12,K13

Ölçeğin iç tutarlığının belirlenmesi için yapılan iki yarı güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar Tablo 3'te görölmektedir. 1.,2.,3., 4., 5., 6. ve 7. maddelerin yer aldığı birinci yarı için Cronbach's Alfa değer 0,851; 8., 9., 10., 11., 12., ve 13. Maddelerin yer aldığı ikinci yarı için Cronbach's Alfa değer 0,537 olarak bulunmuştur. Bu değerin düşük olması dolayısıyla test güvenilirlik açısından uygun bulunmamıştır. Spearman-Brown Katsayısı 0,82, Guttman Split-Half katsayısı 0,786 olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (1)

| | Madde Çıkarırsa Test Ortalaması | Madde Çıkarırsa Test Varyansı | Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu | Madde Çıkarırsa Cronbach Alfa Değerleri |
|------------|------------------------------------|----------------------------------|--|---|
| K1 | 41.40392 | 111.037 | .479 | .837 |
| K2 | 42.35294 | 104.717 | .733 | .819 |
| K3 | 42.12941 | 106.523 | .753 | .820 |
| K4 | 42.48235 | 114.377 | .328 | .848 |
| K5 | 43.16471 | 104.973 | .732 | .820 |
| K6 | 42.51765 | 107.833 | .728 | .822 |
| K7 | 43.48235 | 109.511 | .648 | .827 |
| K8 | 42.41961 | 119.504 | .191 | .857 |
| K9 | 42.11765 | 110.506 | .489 | .836 |
| K10 | 43.42745 | 105.781 | .625 | .826 |
| K11 | 43.89804 | 108.423 | .646 | .826 |
| K12 | 41.62353 | 133.787 | -.204 | .882 |
| K13 | 43.19216 | 107.998 | .668 | .825 |

Tablo 4’te testte yer alan her maddenin diğer maddelerin toplamından oluşan bütün arasındaki korelasyonu görülmektedir. Tabloya göre 12. maddenin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu değerinin negatif olduğu ve testten çıkarıldığında Cronbach’s alfa değerinin yükseldiği görülmektedir.

Bu durumda 12. maddenin testten çıkarılması uygun görülmüştür. 12. madde çıkarıldığında test ortalamaları, test varyansı ve Cronbach Alfa değerlerinin değişimi Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (2)

| | Madde Çıkarırsa Test Ortalaması | Madde Çıkarırsa Test Varyansı | Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu | Madde Çıkarırsa Cronbach Alfa Değerleri |
|-----------|------------------------------------|----------------------------------|--|---|
| K1 | 36.84314 | 115.597 | .482 | .878 |
| K2 | 37.79216 | 109.315 | .730 | .863 |
| K3 | 37.56863 | 111.191 | .748 | .863 |
| K4 | 37.92157 | 118.427 | .348 | .887 |
| K5 | 38.60392 | 109.311 | .739 | .863 |
| K6 | 37.95686 | 112.136 | .740 | .864 |
| K7 | 38.92157 | 114.191 | .646 | .869 |
| K8 | 37.85882 | 123.846 | .206 | .895 |
| K9 | 37.55686 | 114.712 | .503 | .877 |
| K10 | 38.86667 | 110.273 | .627 | .869 |
| K11 | 39.33725 | 112.988 | .647 | .869 |
| K13 | 38.63137 | 111.541 | .708 | .865 |

Tablo 5’te testte yer alan her maddenin diğer maddelerin toplamından oluşan bütün arasındaki korelasyonu görülmektedir. Tabloya göre 8. maddenin madde-toplam korelasyonu değeri en düşük olup, bu madde çıkarıldığında Cronbach Alfa değeri artmaktadır. Dolayısıyla sekizinci maddenin teste katkısının düşük olması sebebiyle testten çıkarılması uygun görülmüştür.

Daha sonra madde-toplam korelasyon analizi yenilenmiştir. Kalan maddelerin test ortalamaları, test varyansı ve Cronbach Alfa değerlerinin değişimi Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Toplam Madde İstatistiklerine Ait Veriler (3)

| | Madde Çıkarsa Test Ortalaması | Madde Çıkarsa Test Varyansı | Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu | Madde Çıkarsa Cronbach Alfa Değerleri |
|-----------|----------------------------------|--------------------------------|--|--|
| K1 | 33.07843 | 106.962 | .460 | .896 |
| K2 | 34.02745 | 99.373 | .766 | .877 |
| K3 | 33.80392 | 101.788 | .762 | .878 |
| K4 | 34.15686 | 108.723 | .357 | .903 |
| K5 | 34.83922 | 99.309 | .777 | .876 |
| K6 | 34.19216 | 103.242 | .731 | .880 |
| K7 | 35.15686 | 105.133 | .640 | .885 |
| K9 | 33.79216 | 107.268 | .443 | .897 |
| K10 | 35.10196 | 100.407 | .654 | .884 |
| K11 | 35.57255 | 103.324 | .667 | .883 |
| K13 | 34.86667 | 102163 | .719 | .880 |

Tablo 6, toplam madde istatistiklerine ait verileri göstermektedir. Buna göre tablo incelendiğinde 4. maddenin madde-toplam korelasyonu değeri düşük olduğu ve bu madde çıkarıldığında Cronbach's Alfa değerinin fazlasıyla arttığı görülmektedir. Dolayısıyla dördüncü maddenin güvenirliliği bozması açısından testten çıkarılması uygun görülmüştür.

Tablo 7: İki Yarı Güvenirlik Analizine Ait Veriler (2)

| | | |
|--------------------------|----------------|------|
| Cronbach Alfa Değeri | 1. Kısım Değer | .868 |
| | Madde Sayısı | 5a |
| | 2. Kısım Değer | .805 |
| | Madde Sayısı | 5b |
| Formlar Arası Korelasyon | | .764 |
| Spearman-Brown Katsayısı | Equal Length | .866 |
| | Unequal Length | .866 |
| Guttman Katsayısı | | .866 |

a: K1, K2 ,K3, K5, K6 b: K7, K9, K10, K11, K13

Ölçeğin son halinin iç tutarlığının belirlenmesi için yapılan iki yarı güvenirlik analizine ilişkin sonuçlar Tablo 7’de görülmektedir. 1., 2.,3., 5. ve 6. maddelerin yer aldığı birinci yarı için Cronbach’s Alfa değeri 0.868; 7., 9., 10., 11., ve 13. Maddelerin yer aldığı ikinci yarı için Cronbach’s Alfa değeri 0.805 olarak bulunmuştur. Spearman-Brown Katsayısı ve Guttman Split-Half katsayısı 0.866 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakılarak ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu söylenebilir (Büyüköztürk vd. 2016:109).

Tablo 8:CronbachAlfa Analizine Ait Veriler

| Cronbach Alfa Değer | Standartlaştırılmış Madde Cronbach Alfa Değeri | Madde Sayısı |
|---------------------|---|--------------|
| .903 | .907 | 10 |

Tablo 8’de ölçekten çıkarılan maddeler neticesinde kalan 10 maddelik ölçeğin Cronbach Alfa değeri görülmektedir. Buna göre ölçek yüksek güvenirlik düzeyine sahip olarak nitelendirilmektedir. (Özdamar, 2013:563)

Tablo 9: Toplam Madde İstatistiklerine İlişkin Veriler(4)

| | Madde Çıkarsa Test Ortalaması | Madde Çıkarsa Test Varyansı | Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu | Madde Çıkarsa Cronbach Alfa Değerleri |
|-----|----------------------------------|--------------------------------|--|---|
| K1 | 29.37647 | 92.314 | .479 | .906 |
| K2 | 30.32549 | 85.850 | .765 | .887 |
| K3 | 30.10196 | 87.824 | .774 | .887 |
| K5 | 31.13725 | 86.174 | .760 | .887 |
| K6 | 30.49020 | 89.196 | .741 | .889 |
| K7 | 31.45490 | 91.131 | .642 | .895 |
| K9 | 30.09020 | 92.657 | .459 | .907 |
| K10 | 31.40000 | 86.706 | .656 | .894 |
| K11 | 31.87059 | 89.507 | .666 | .893 |
| K13 | 31.16471 | 88.744 | .706 | .891 |

Tablo 9’da, 10 maddelik ölçeğin toplam madde istatistiklerine ait veriler sunulmuştur. Buna göre ölçek maddelerinin her birinin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach’s Alfa değerinin düşeceği, maddelerin her birinin ölçeğe katkısının önemli düzeyde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla nihai ölçeğin 10 maddeden meydana gelmesine karar verilmiştir.

Tablo 10: Tukey Toplanabilirlik Testine Ait Veriler

| | KT | df | KO | F | Sig. |
|---------------------|----------|------|---------|---------|------|
| Popülasyon arasında | 2761.573 | 254 | 10.872 | | |
| Popülasyon içinde | | | | | |
| Maddeler arasında | | | | | |
| Artıklar | | | | | |
| Toplanamazlık | 1398.894 | 9 | 155.433 | 845.348 | .000 |
| Denge | 2.664 | 1 | 2.664 | 2.540 | .111 |
| Toplam | 2396.242 | 2285 | 1.049 | | |
| Toplam | 2398.906 | 2286 | 1.049 | | |
| | 3797.800 | 2295 | 1.655 | | |
| Toplam | | | | | |
| | 6559.373 | 2549 | 2.573 | | |

Grand Mean: 3.41569

Ölçeğin toplanabilir ölçek tipinde hazırlanıp hazırlanmadığını test etmek amacıyla Tukey’in Toplanabilirlik Testi kullanılmış ve sonuçları Tablo 10’da sunulmuştur. Tabloya göre testin anlamlılık değeri 0,001’den küçük olduğu için ölçeği meydana getiren soruların homojen ve birbiriyle ilişkili olduğu söylenebilir. Ayrıca Tukey toplanamazlık değerinin $p=0.111$ olduğu görülmektedir. Buna göre ölçek likert tipi toplanabilir bir ölçektir (Özdamar 2013:565).

Tablo 11: Hotelling's T-Squared Analizine Ait Veriler

| Hotelling's T-Squared | F | sd1 | sd2 | Sig. |
|-----------------------|--------|-----|-----|------|
| 687.795 | 74.015 | 9 | 246 | .000 |

Tablo 11, Hotelling's T-Squared Analizine ait sonuçları göstermektedir. Hotelling's T-Squared Analizi, ölçülmesi amaçlanan fenomenin mevcuttaki ölçme aracı ile etkili şekilde ölçülüp ölçülmediği hakkında bilgi veren bir analizdir.

Tabloya göre Hotelling T değerinin anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir ($p < 0.001$). Buna göre ölçek homojen yapıda sorulardan oluşan özgün bir ölçek olarak kabul edilebilir (Özdamar 2013:566).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sorularını yanıtlamaya yönelik bulgular sunulmuştur

4.1.1. Katılımcı Profili

Araştırma kapsamında, Alsancak ADSM, Karşıyaka ADSM, Bornova ADSM ve İzmir Eğitim Diş Hastanesinde görev yapan diş hekimlerine ulaşılmıştır. Tablo 12’de araştırma kapsamında ulaşılan katılımcıların kişisel özelliklerine göre sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde katılımcıların % 63,5’inin yani büyük çoğunluğunun kadın, %36,5’inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %72,5’i evlidir. Yaş grupları açısından bakıldığında katılımcıların % 45,9’unun 41-50 yaş arasında olduğu, katılımcıların sadece %2,7’sinin 26-30 yaş arasında bulunduğu görülmektedir. Katılımcılar yaş olarak 41-50 yaş aralığında yoğunlaşmışlardır. Meslekte çalışma sürelerine bakıldığında katılımcıların %50,2’sinin 21 yıl ve daha uzun süredir bu meslekte çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların görevlerine göre dağılımları incelendiğinde, %75,7’sinin diş hekimi, %19,6’sının uzman diş hekimi ve %4,7’sinin yönetici olduğu görülmektedir. Yöneticiler de başhekim ve başhekim yardımcısı konumundaki diş hekimleridir. Katılımcıların %2,7’sinin PROM kavramını daha önceden duyduğu, %97,3’ünün yani çok büyük bir çoğunluğunun ise PROM kavramını daha önce hiç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin yaşlarının ortalaması 43.84, standart sapması ise 6.97 olarak bulunmuştur. Katılımcıların meslekte çalışma sürelerinin ortalaması 20.16, standart sapması ise 7.02’dir.

Tablo12: Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımları

| | Gruplar | Sayı | % |
|------------------------------------|------------------|-------------|--------------|
| Cinsiyet | Kadın | 162 | 63,5 |
| | Erkek | 93 | 36,5 |
| Yaş | 26-30 | 7 | 2,7 |
| | 31-35 | 29 | 11,4 |
| | 36-40 | 54 | 21,2 |
| | 41-45 | 50 | 19,6 |
| | 46-50 | 67 | 26,3 |
| | 51 ve üstü | 48 | 18,8 |
| Medeni Durum | Bekar | 70 | 27,5 |
| | Evli | 185 | 72,5 |
| Meslekte Çalışma Süresi | 10 yıl ve altı | 29 | 11,4 |
| | 11-20 | 98 | 38,5 |
| | 21 yıl ve üstü | 128 | 50,2 |
| Görevi | Diş Hekimi | 193 | 75,7 |
| | Uzman Diş Hekimi | 50 | 19,6 |
| | Yönetici | 12 | 4,7 |
| Yöneticilik Deneyimi | Var | 29 | 11,4 |
| | Yok | 226 | 88,6 |
| PROM Kavramını Duyma Durumu | Evet | 7 | 2,7 |
| | Hayır | 248 | 97,3 |
| | Toplam | 255 | 100,0 |

4.1.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 13, maddelere ait ortalama ve standart sapma değerlerini göstermektedir. Tabloya göre en düşük ortalamaya sahip madde 11. madde ($X=2.28627$), en yüksek ortalamaya sahip madde 1. maddedir ($X=4.78039$). Standart sapması en düşük olan madde 6. madde ($S=1.277711$), en yüksek olan madde ise 10. maddedir ($S=1.593448$). Madde ortalamalarının genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Bu da katılımcıların yargılarının genel anlamda olumsuz olduğu yönünde değerlendirilmektedir.

Tablo 13: Maddelerin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine Ait Veriler

| | Ortalama | Standart Sapma | N |
|-----|----------|----------------|-----|
| K1 | 4.78039 | 1.528859 | 255 |
| K2 | 3.83137 | 1.463128 | 255 |
| K3 | 4.05490 | 1.320987 | 255 |
| K5 | 3.01961 | 1.448461 | 255 |
| K6 | 3.66667 | 1.277711 | 255 |
| K7 | 2.70196 | 1.297103 | 255 |
| K9 | 4.06667 | 1.546989 | 255 |
| K10 | 2.75686 | 1.593448 | 255 |
| K11 | 2.28627 | 1.374833 | 255 |
| K13 | 2.99216 | 1.363160 | 255 |

4.1.3. Kümeleme Analizi

Kümeleme analizi (Segment Analizi, Taksonomi Analizi) “*üzerinde çalışılan veri setinde benzer özellik gösteren grupları saptama, kendi içinde homojen fakat diğerleriyle karşılaştırıldığında heterojen özellik gösteren gruplara ayırma olanağı sağlayan bir çok değişkenli istatistiksel analiz tekniği*”dir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında fark veya üstünlük gözetmeden birbirine bağımlı olan tüm ilişkilerin incelenmesini sağlamaktadır(Harrigan, 1985:59).

Çalışmada iki aşamalı kümeleme yöntemi olarak hiyerarşik olmayan kümeleme tekniklerinden K-ortalama (K means) kümeleme analizi tekniği kullanılmıştır. Belirlenen kümelerin kişisel verilere ait değişkenlerle olan ilişkisine bakmak için tek yönlü varyans analizi, ki- kare testi ve bağımsız değişkenler t testi uygulanmıştır.

Tablo 14: K means Kümeleme Analizine Göre Küme ve Eleman Sayıları

| | Her Kümedeki Eleman Sayısı |
|---------|----------------------------|
| Küme 1 | 145 |
| Küme 2 | 110 |
| Geçerli | 255 |
| Eksik | 0 |

Tablo 14'e göre K means kümeleme analizi sonucunda toplam 255 kişinin ölçeğe verdiği cevaplar 2 küme altında toplanmaktadır. Birinci kümede 145, ikinci kümede ise 110 eleman yer almaktadır.

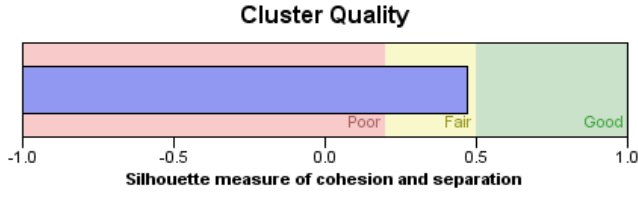
Tablo 15: Final Küme Merkezleri ve Küme Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesine Ait ANOVA Analizi Verileri

| | Final Küme Merkezleri | | Küme Ortalamalar Karesi | Küme sd | Error Ortalamalar Karesi | Hata sd | F | Sig. |
|-----|-----------------------|--------|-------------------------|---------|--------------------------|---------|---------|------|
| | Küme 1 | Küme 2 | | | | | | |
| | K1 | 4.15 | | | | | | |
| K2 | 2.97 | 4.97 | 252.003 | 1 | 1.153 | 253 | 218.536 | .000 |
| K3 | 3.28 | 5.08 | 204.002 | 1 | .946 | 253 | 215.745 | .000 |
| K5 | 2.034 | 4.318 | 326.211 | 1 | .817 | 253 | 399.298 | .000 |
| K6 | 2.86 | 4.73 | 217.607 | 1 | .779 | 253 | 279.380 | .000 |
| K7 | 2.07 | 3.54 | 134.684 | 1 | 1.157 | 253 | 116.430 | .000 |
| K9 | 3.45 | 4.88 | 128.541 | 1 | 1.895 | 253 | 67.847 | .000 |
| K10 | 1.81 | 4.01 | 303.341 | 1 | 1.350 | 253 | 224.675 | .000 |
| K11 | 1.57 | 3.23 | 171.294 | 1 | 1.221 | 253 | 140.338 | .000 |
| K13 | 2.19 | 4.05 | 218.339 | 1 | 1.003 | 253 | 217.784 | .000 |

Tablo 15 küme merkezlerinin nihai konumlarına göre değişkenlerin ortalamalarını ve farklılıkların incelenmesine dair yapılan ANOVA analizinden elde edilen verileri göstermektedir.

Ortalama değerlerinin 2. kümede 1. kümeye göre daha yüksek olması, ikinci kümeye mensup kişilerin görüşlerinin daha olumlu olduğu yönünde değerlendirilebilmektedir. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek için ANOVA analizinden yararlanılmıştır. Buna göre bütün maddeler için $p < 0.005$ olduğu için farklılıkların anlamlı olduğu sonucuna varılmaktadır.

Şekil 4: Kümeleme Kalitesine Ait Silüet



Şekil 4 kümeleme analizine ait silüeti göstermektedir. Buna göre yapılan kümelemenin kabul edilebilir ölçülerde olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Cinsiyet Bakımından Kümelerin Dağılımı

| | 1. Küme | 2. Küme | Toplam |
|--------|---------|---------|--------|
| Kadın | 93 | 69 | 162 |
| Erkek | 52 | 41 | 93 |
| Toplam | 145 | 110 | 255 |

Tablo 16 cinsiyet bakımından kümelerin dağılımını göstermektedir. Buna göre 1. kümedeki toplam 145 kişinin 93'ü kadın, 52'si erkek; 2. kümedeki toplam 110 kişinin 69'u kadın, 41'i erkektir. Toplam katılımcıların 162'si kadın, 93'ü erkektir.

Tablo 17: Cinsiyet Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları

| | Değer | sd | Asymp. Sig (2-sided) | Kesin Sig (2-sided) | Kesin Sig (1-sided) |
|-----------------------|-------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Ki-Kare | .054 | 1 | .817 | | |
| Düzeltilmeli Ki-Kare | .010 | 1 | .920 | | |
| Olabilirlik Olasılığı | .054 | 1 | .817 | | |
| Fisher'in Kesin Testi | | | | .896 | .459 |
| Lineer İlişki | .054 | 1 | .817 | | |
| N | 255 | | | | |

Tablo 17 cinsiyet değişkeni ile kümeler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yapılmış Ki-kare testine ait verileri göstermektedir.

Buna göre kümeler ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.817>0.05$).

Tablo 18: Medeni Durum Bakımından Kümelerin Dağılımı

| Medeni Durum | 1. Küme | 2. Küme | Toplam |
|--------------|---------|---------|--------|
| Evli | 111 | 74 | 185 |
| Bekar | 34 | 36 | 70 |
| Toplam | 145 | 110 | 255 |

Tablo 18, medeni duruma göre küme elemanlarının dağılımını göstermektedir. Buna göre, birinci kümedeki toplam 145 kişinin 111'i evli, 34'ü bekarıdır. İkinci kümedeki toplam 110 kişinin ise 74'ünün evli, 36'sının bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 19: Medeni Durum Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları

| | Değer | sd | Asymp. Sig (2-sided) | Kesin Sig (2-sided) | Kesin Sig (1-sided) |
|-----------------------|-------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Ki-Kare | 2.704 | 1 | .100 | | |
| Düzeltilmiş Ki-Kare | 2.258 | 1 | .133 | | |
| Olabilirlik Olasılığı | 2.688 | 1 | .101 | | |
| Fisher'in Kesin Testi | | | | .119 | .067 |
| Lineer İlişki | 2.694 | 1 | .101 | | |
| N | 255 | | | | |

Tablo 19 medeni durum değişkeni ile kümeler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yapılmış Ki-kare testine ait verileri göstermektedir. Buna göre kümeler ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.100>0.05$).

Tablo 20: Kurumdaki Görev Değişkeni Bakımından Kümelerin Dağılımı

| Görev | 1. Küme | 2. Küme | Toplam |
|------------------|---------|---------|--------|
| Diş hekimi | 127 | 66 | 193 |
| Uzman diş hekimi | 15 | 35 | 50 |
| Yönetici | 3 | 9 | 12 |
| Toplam | 145 | 110 | 255 |

Tablo 20, kümelere göre diş hekimi, uzman diş hekimi ve yönetici olmak üzere kurumdaki görev değişkeni bakımından dağılımı göstermektedir. Buna göre 1. kümede 127 diş hekimi, 15 uzman diş hekimi ve 3 yönetici; 2. kümede 66 diş hekimi, 35 uzman diş hekimi ve 9 yönetici yer almaktadır.

Tablo 21: Kurumdaki Görev Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları

| | Değer | sd | Asymp. Sig (2-sided) |
|-----------------------|--------|----|--------------------------|
| Pearson Ki-Kare | 25.965 | 2 | .000 |
| Olabilirlik Olasılığı | 26.163 | 2 | .000 |
| Lineer İlişki | 23.577 | 1 | .000 |
| N | 255 | | |

Tablo 21 kurumdaki görev değişkeni ile kümeler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış ki-kare testinin sonuçlarını göstermektedir. Buna göre kurumdaki görev değişkeni ile kümeler arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. ($p=0.000<0.05$). İkinci kümenin PROM araçlarının ağız ve diş sağlığında kullanımına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla uygulanan ölçek puanlarının daha yüksek olması göz önünde bulundurulduğunda ve kümelerin kurumdaki görev değişkenine göre dağılımları incelendiğinde; uzman diş hekimlerinin ve yöneticilerin çoğunun ikinci kümede, diş hekimlerinin çoğunluğunun birinci kümede olduğu

görülmekte, yani uzman diş hekimi ve yöneticilerin diş hekimlerine göre PROM araçlarının ağız diş sağlığında kullanımına yönelik görüşlerinin daha olumlu olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 22: Yöneticilik Deneyimi Değişkenine Göre Kümelerin Dağılımı

| Yöneticilik Deneyimi | 1. Küme | 2. Küme | Toplam |
|----------------------|---------|---------|--------|
| VAR | 12 | 17 | 29 |
| YOK | 133 | 93 | 226 |

Tablo 22, yöneticilik deneyimi değişkeni açısından kümelerin dağılımını göstermektedir. Buna göre birinci kümede yöneticilik deneyimi olan 12, ikinci kümede ise 17 kişi yer almaktadır. Genele bakıldığında az sayıda kişinin yöneticilik deneyimine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 23: Yöneticilik Deneyimi Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları

| | Değer | sd | Asymp. Sig (2-sided) | Kesin Sig (2-sided) | Kesin Sig (1-sided) |
|-----------------------|-------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Ki-Kare | 3.198 | 1 | .074 | | |
| Düzeltilmeli Ki-Kare | 2.525 | 1 | .112 | | |
| Olabilirlik Olasılığı | 3.164 | 1 | .075 | | |
| Fisher'ın Kesin Testi | | | | .110 | .057 |
| Lineer İlişki | 3.185 | 1 | .074 | | |
| N | 255 | | | | |

Tablo 23, yöneticilik deneyimi değişkeni ile kümeler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış ki-kare testinin sonuçlarını göstermektedir. Buna göre yöneticilik deneyimi değişkeni ile kümeler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($p=0.074>0.05$)

Tablo 24: PROM Kavramını Duyma Durumu Değişkenine Göre Kümelerin Dağılımı

| PROM Kavramını Duyma Durumu | 1.Küme | 2.Küme | Toplam |
|-----------------------------|--------|--------|--------|
| EYET | 1 | 6 | 7 |
| HAYIR | 144 | 104 | 248 |

Tablo 24, PROM Kavramını Daha Önce Duyma Durumu değişkenine göre kümelerin dağılımını göstermektedir. Buna göre toplamda sadece 7 kişi PROM kavramını daha önceden duymuş olduğunu bildirmiştir. Bu 7 kişinin 6'sı ikinci kümede, biri ilk kümede yer almaktadır.

Tablo 25: PROM Kavramını Duyma Durumu Değişkenine Ait Ki-Kare Testi Sonuçları

| | Değer | sd | Asymp. Sig (2-sided) | Kesin Sig (2-sided) | Kesin Sig (1-sided) |
|-----------------------|-------|----|----------------------|---------------------|---------------------|
| Pearson Ki-Kare | 5.319 | 1 | .021 | | |
| Düzeltilmeli Ki-Kare | 3.684 | 1 | .055 | | |
| Olabilirlik Olasılığı | 5.623 | 1 | .018 | | |
| Fisher'ın Kesin Testi | | | | .045 | .027 |
| Lineer İlişki | 5.298 | 1 | .021 | | |
| N | 255 | | | | |

Tablo 25, PROM Kavramını Duyma Durumu değişkeni ile kümeler arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış ki-kare testinin sonuçlarını göstermektedir. Buna göre PROM Kavramını Duyma Durumu değişkeni ile kümeler arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. ($p=0.045<0.05$). Buna göre; ikinci kümenin PROM araçlarının ağız ve diş sağlığında kullanımına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla uygulanan ölçek puanlarının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda ve PROM kavramını daha önce duyanların neredeyse tamamının ikinci kümede olması dolayısıyla, PROM kavramını daha önce duyan kişilerin bu konuda daha olumlu görüş bildirdikleri söylenebilmektedir.

Tablo 26: Kümelerin Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması için Uygulanan T Testi Sonuçları

| Küme no | N | Ortalama | Standart Sapma | t | Sd | p |
|---------|-----|----------|----------------|-------|---------|------|
| 1 | 145 | 45.6552 | 5.76192 | 4.778 | 194.482 | .000 |
| 2 | 110 | 41.4636 | 7.71116 | 4.778 | 194.482 | .000 |

Tablo 26, yaş değişkeni bakımından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Değişkenler T Testine ait verileri göstermektedir. Buna göre ilk kümenin yaş ortalaması 45.6552, ikinci kümenin yaş ortalaması ise 41.4636 olarak bulunmuştur. İlk kümenin standart sapması 5.76192, ikinci kümesin standart sapması 7.71116'dır.

Tabloya göre yaş değişkeni bakımından kümeler arasında anlamlı bir fark mevcut olduğu görülmektedir ($p=0.000<0.05$). Birinci kümenin yaş ortalaması ikinci kümeyle nazaran daha yüksek bulunmuştur. İkinci kümenin PROM araçlarının ağız ve diş sağlığında kullanımına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla uygulanan ölçek puanları daha yüksek olduğu için, yaş ile ölçek puanları arasında negatif bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 27: Kümelerin Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine Göre Karşılaştırılması için Uygulanan T Testi Sonuçları

| Küme no | N | Ortalama | Standart Sapma | t | Sd | p |
|---------|-----|----------|----------------|-------|---------|------|
| 1 | 145 | 22.0621 | 5.66816 | 4.967 | 189.907 | .000 |
| 2 | 110 | 17.6727 | 7.84378 | 4.967 | 189.907 | .000 |

Tablo 27, kümeleri meslekte çalışma süresi değişkeni bakımından karşılaştırmak amacıyla uygulanan Bağımsız Değişkenler T Testine ait sonuçları göstermektedir. İlk kümenin meslekte çalışma süresi ortalaması 22.0621, ikinci kümenin ortalaması ise 17.6727 olarak bulunmuştur. Buna göre iki küme arasında meslekte çalışma süresi bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. ($p=0.000 < 0.005$) İkinci kümenin meslekte çalışma süresi ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir. İkinci küme, ölçek ortalamasının daha yüksek olduğu kümedir. Bu durumda meslekte çalışma süresi daha kısa olan diş hekimlerinin PROM araçlarının ağız ve diş sağlığında kullanımına yönelik görüşlerinin daha olumlu olduğu söylenebilir.

4.2.TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı kamuda görev yapan diş hekimlerinin ülkemiz şartlarını göz önünde bulundurarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sağlıkla ilgili çıktılarının değerlendirilmesi için çağımızın popüler araçlarından olan PROM'ların kullanılması konusundaki yargılarının ortaya koyulmasıdır. Bu amaçla yerli ve yabancı literatür taranması neticesinde yerli literatürün çok yetersiz olduğu görülmüştür. Konunun temel muhatabı olan diş hekimlerine uygulanmak üzere bir ölçme aracı geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bir ölçme aracı geliştirilirken, ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği hakkında kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir. Kapsam geçerliği, testi meydana getiren maddelerin ölçülmesi amaçlanan tanımlanmış davranışlar evrenini ölçmede ne derece temsil ettiğine ilişkin geçerlik türüdür. (Büyüköztürk vd. 2008:117). Test maddeleri bu doğrultuda belirlendikten sonra ölçeğin geçerliği ile ilgili uzmanların görüşleri alınır. Çalışmamızda 6

akademisyen diş hekimine sunulan 15 maddelik taslak form sonucunda her bir madde için Kapsam Geçerlik Oranları hesaplanmıştır. Kabul edilen kritik kapsam geçerlik oranı 6 kişinin değerlendirmeye katıldığı durumlarda 0,99 olarak bildirilmektedir. Ayrıca uzman sayısına ilişkin minimum değerler aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını da vermektedir. (Ayre ve Scally 2014:85). Buna göre 2 madde kapsam geçerlik oranları istenen değerin altında olması dolayısıyla uygulanacak test kapsamından çıkarılmış ve test 13 madde şeklinde düzenlenmiştir. Uzmanların bildirdiği görüşlere göre kapsam geçerliğine yönelik sonuçlar testin geçerli olduğunu göstermektedir (Lawshe 1975'ten aktaran Ayre ve Scally 2014:85). Testin güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan çalışmalar sonucunda Cronbach's Alfa değeri 0.907 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı olarak en sık kullanılan Cronbach's Alfa değerinin 0.7 'nin üzerinde olması güvenilirlik açısından yüksek bir değer olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk vd 2008:15). Ayrıca Cronbach's Alfa değerinin oldukça yüksek olmasının aynı zamanda yapı geçerliğine de işaret ettiği bildirilmiştir (Baykul 1979'dan aktaran Yaşar 2014:63). Özdamar (2013), güvenilirliğin belirlenmesi için ölçme aracında yer alan maddelerin toplanabilir özellikte olup olmadığının belirlenmesi gerektiğini, soruların birbiriyle ilişkili ve maddelerin de homojen olması gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; testi oluşturan maddelerin birbiriyle ilişkili, homojen dağılan soruların bulunduğu eklenebilir özellikte bir ölçek elde edildiği görülmektedir (Bkz. tbl. 9 ve tbl. 10).

Araştırmada katılımcıların PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımına dair yargıları, kişisel veri formundan elde edilen veriler olan yaş, medeni durum, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, kurumdaki görevi, yöneticilik deneyimi ve PROM kavramını daha önce duyup duymadıklarına göre değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre cinsiyet ve medeni durumun diş hekimlerinin PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımına dair görüşleri üzerinde bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Kurumdaki görevi bakımından katılımcılar; diş hekimleri, uzman diş hekimleri ve yöneticiler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde kurumdaki görevin katılımcıların PROM'ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımına dair görüşleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Uzman diş hekimleri ve yöneticilerin, diş hekimlerine göre

daha olumlu görüş bildirdikleri görülmektedir. Ölçeğin son maddesi olan “Çalışmakta olduğunuz klinikte PROM’ların rutin olarak uygulanması desteklenmelidir” önermesine verilen puan ortalamalarına bakıldığında iki küme arasında hemen hemen yarı yarıya fark olduğu görülmektedir. Çoğunluğunu uzman diş hekimleri ve yöneticilerin oluşturduğu ikinci kümede ortalamalar daha yüksek bulunmuştur. Uzman diş hekimleri diş hekimliği eğitiminin akabinde, uzmanlık dalına göre değişmekle birlikte en az 4 yıl daha akademik anlamda eğitimlerine devam etmektedirler. Bu farklılığın nedeni uzman diş hekimlerinin uzmanlık/doktora döneminde yaptıkları akademik çalışmalar sırasında PROM gibi güncel kavramlara daha aşina olmalarından, mesleki anlamda yeniliklere daha açık bir bakış açısında olmalarından ve klinik anlamda çıktılardan elde edilebilecek sonuçların getireceği faydaları daha iyi öngörebilmelerinden ileri gelmiş olabilir. Yöneticiler açısından bakıldığında, yöneticiler görevleri dolayısıyla klinikte görev yapan diş hekimlerine kıyasla bu tür uygulamaların getirilerini daha iyi analiz edebilmektedirler. Ancak yöneticilik deneyimi açısından incelendiğinde yöneticilik deneyiminin diş hekimlerinin ölçek puanları ile bir ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir.

PROM Kavramını Daha Önce Duyma Durumu bakımından incelendiğinde katılımcıların sadece 7 ‘sinin bu kavram hakkında önceden fikir sahibi olduğu görülmektedir. PROM Kavramını Daha Önce Duyma Durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. PROM kavramını daha önce duyanların bu konuda daha olumlu görüş bildirdikleri görülmektedir. Bunun da konu hakkında fikir sahibi olmalarının olumlu etkisinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bulgulara göre katılımcıların yaşları ve aynı zamanda meslekte çalışma süreleri ile PROM’ların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımları konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Olumlu görüş bildirenlerin bulunduğu grupta yaş ortalamaları daha düşük, meslekte çalışma süresi ise daha kısa bulunmuştur. Yaşı ilerlemiş, uzun yıllar meslekte görev yapmış diş hekimlerinin PROM gibi güncel kavramlara karşı yaklaşımlarının çok sıcak olmaması aslında beklenen bir sonuçtur. Uzun yıllar sonucunda mesleki yorgunluk artmakta ve bireylerde yeniliklere karşı zaman zaman bir direnç gelişmektedir. Daha genç ve meslek hayatında yeni hekimler yeniliklere daha açık olabilmektedirler.

Maddelere göre incelendiğinde en düşük ortalamalara sahip maddelerin 11. madde (Promların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı kurum tedarikçilerinin (diş laboratuvarları, implant firmaları, diş depoları vb.) değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır), 7. madde (Promlardan elde edilen veriler laboratuvar çalışanları için yararlı olacaktır), 13. madde (Çalışmakta olduğunuz klinikte PROM'ların rutin olarak uygulanması desteklenmelidir) ve 10. madde (PROM'ların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı hekimlerin performansının değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır) olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamaya sahip olan ilk maddenin bile ortalamasının 4.78 olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların görüşlerinin genel anlamda olumsuz yakın olduğu söylenebilir.

Jagsi vd.(2013) onkologların PROM'ların kullanımına yönelik görüşlerini değerlendirdikleri çalışmalarında onkologları önce PROM'lar hakkında bilgilendirmiş ve sonrasında nitel görüşmelerle yargılarını değerlendirmişlerdir. Çalışmada hekimlerin PROM'ların kamuda rutin kullanımına yönelik olarak endişe duyduğu konuların başında hasta-hekim iletişimini duyarsızlaştırma ihtimali ve maliyet geldiği ortaya koyulmuştur. Araştırmamızda da “PROM'ların kullanımı hasta-hekim, hekim-hekim arası iletişime olumlu katkı sağlayabilir” önermesinin katılımcılar tarafından nötr olarak değerlendirilmesi bu konuda şüpheleri olduğunu göstermektedir.

Rosen ve arkadaşları (2016,) diş hekimliği fakültesi dekanlarının PROM'lar hakkındaki görüşlerini inceledikleri çalışmada dekanların, PROM araçlarının ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında kullanımının dental cerrahilerde, ağrı yönetiminde ve gelecekteki tedavi alternatiflerinin planlanmasında değerli olabileceği yönünde olumlu yargıya sahip olduklarını bildirmiştir. Fakülte dekanlarının akademik kimlikleri ve bunun getirisi olan bakış açılarının olumlu yargıları üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Araştırmamızda ise söz konusu katılımcılar kamu kuruluşlarında görev yapmakta olan diş hekimleri ve yöneticilerdir. Dolayısıyla bakış açıları arasında fark olması muhtemeldir.

Testin son maddesinin ikinci bölümünde “neden?” diye sorularak katılımcılardan PROM araçlarının çalıştıkları klinikte rutin olarak uygulanmasına dair verdikleri cevabı açıklamaları ve genel görüş bildirmeleri istenmiştir. Aşağıda

bazı katılımcıların olumsuz olan genel tabloyla örtüşen şekilde verdikleri cevaplardan örnekler sunulmuştur:

“ Bizim hastalarımız sosyo kültürel açıdan bu tür anketlerin uygulanmasında soruları yeteri kadar anlayabilecek bilinç düzeyine sahip değiller.”

“Hastalar kendi sağlık durumlarını abartarak yorumlayabilir, doğru bilgi vereceklerini düşünmüyorum”

“PROM araçlarının kullanımı kamu sağlık kuruluşları açısından yararsız olacaktır, ancak akademik anlamda veri temin edilmesine yarayabilir”

“... uygulamada günlük yaşanacaktır, hastalar anketleri doldurmaz, e-posta yoluyla göndersek hepsi e-posta kullanmıyor ve zaten uğraşp doldurmazlar. Kendimiz uygulamaya kalksak çok vakit alır”

“Böyle bir uygulamanın rutin olarak çalıştığım kurumda hayata geçirilmesini istemem çünkü yönetimin ve hastaların iyi niyetinden şüpheliyim. Hastalardan elde edilecek bu verileri yönetim biz hekimlere karşı farklı şekillerde kullanabilir”

“Hastaların tedavisi ve sağlık durumunu doğru değerlendirebileceğini düşünmüyorum. Kliniğe geldiklerinde bile ağrı yokken var diyorlar, hiçbir şekilde memnun olmuyorlar”

“Hastalar PROM anketlerine katılmayacaklardır; çünkü kamuya ait dış hastanelerine başvuran hastalar ‘işim hemen bitsin gideyim gerisine karışmam’ şeklinde düşünerek hareket ediyor”

“ ... zaman alıcı bir uygulama olacağı kanaatindeyim dolayısıyla kamuya bağlı dış hastanelerinde kullanılması zor”

Bildirilen ortak görüşlere bakıldığında dış hekimlerinin öncelikle uygulamaya yönelik kaygıları olduğu aşikardır. Hastaların anket şeklinde uygulandığında katılmayacağını, katılsalar bile çeşitli sebeplerle (durumunu abartma, sorulan soruyu anlayamama, hekime bireysel negatif tutum geliştirdiği için kasıtlı olarak olumsuz yanıtlar verme) doğru bilgi vermeyeceklerini sık sık tekrarlamakta oldukları

görülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü sağlık kuruluşlarının hasta profili yüksek oranda sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyesi ortalamanın altında bireylerden oluşmaktadır. Diş hekimlerinin PROM'ların çalıştıkları klinikte uygulanmasına sıcak bakmamalarının bir nedeni de bu hasta grubunun soruları yeterince anlayamayacağı ve bu konuda sıkıntılar yaşanacağı görüşüdür. Uygulamada yaşanabilecek sıkıntılar literatürde de yer bulmaktadır. Yao ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan bir araştırmada PROM ölçeklerinin implant uygulamalarında kullanımına dair literatür incelenmiş ve pek çok çalışmada uygulama açısından sıkıntılar yaşandığı, ölçeklerin uygulanmasının standardize edilemediği yönünde bir sonuç ortaya koyulmuştur. Yine de PROM'lar güncel literatürde geniş uygulama alanı bulmasına rağmen çalışmamızda yargıların çok da olumlu yönde olmaması, her ülkenin ve her kültürün kendi içinde değerlendirilmesi gerekliliğini bir kez daha göstermektedir.

Çalışmaya katılan diş hekimlerinde hastaların genel anlamda zor memnun edildiği ve “yalan” bilgi verdikleri görüşü belirgin şekilde hakimdir. Bu noktada literatürden farklı olarak yargıların olumsuz yönde olması ülkemiz sağlık çalışanlarının kanayan yarası hale gelen yorucu çalışma şartlarının etkisi, iş tatminsizliği ve tükenmişlik gibi faktörleri bir kez daha gündeme getirmektedir. Kamu kuruluşlarında görev yapan diş hekimlerinin yoğun bir tempoda ve stres altında görevlerini icra ettikleri, iş tatminsizliği ve zaman zaman değişik boyutlarda tükenmişlik sendromu yaşadıkları bilinmektedir (Doğan Eren ve Kıdak 2016:8). Bu da onları hastalara ve üst yönetimlerine karşı daha güvensiz hale getirmekte ve hatta bazen düşmanca tavırlar sergilemelerine neden olmaktadır. Dolayısıyla kendileri için yeni iş yükü yaratacağından endişe duydukları uygulamalara karşı, ne kadar güncel ve kıymetli olursa olsun negatif bir yargı içinde olmaları da muhtemel görünmektedir.

SONUÇ

Hasta merkezli bir yaklaşım olan hastalardan elde edilen çıktıların ölçülmesi yöntemi, günümüzde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde güvenilir bir yol olarak görülmektedir. PROM araçlarının kullanımıklinik uygulamaların verimliliğinin artırılmasını sağlamakta, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirmekte, hasta gereksinimlerinin belirlenmesini sağlamakta, hastanın karar verme mekanizmasına katılabilmesine ve hasta merkezli sağlık hizmeti sunumuna olanak vermektedir. Ayrıca bazı tedavi alternatiflerinin belirlenebilmesi, kıyaslanabilmesi ve değerlendirilebilmesi mümkün olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapan kurumlar geri ödemeler konusunda karar alırken yaşam kalitesi gibi hasta tarafından bildirilen çıktıların değerlendirildiğiarştırmalardan elde edilen bilgilerden yararlanmaktadırlar. Çünkü bu araştırmalar sayesinde belirli bir hastalık yahut tedavinin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisi çok boyutlu biçimde değerlendirilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı hastalıkları görülme sıklıklarının fazla olması dolayısıyla sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Bu konuda gerekli iyileştirmelerin yapılabilmesi ve toplumun ihtiyacı olan öncelikli hizmetlerin belirlenebilmesi için toplumların ağız ve diş sağlığı düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunması gerekmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta tarafından bildirilen çıktıların ölçümü pek çok konuda faydalı bilgiler elde edilmesine olanak vermektedir. Ayrıca ağız ve diş sağlığı tedavilerinin bazıları, hastanın kararları doğrultusunda şekillenmektedir. Örneğin her iki tedavi şeklinin de endike olduğu bir sabit protez hastasının maddi açıdan implant tedavisini karşılayamayacağını bildirdiği durumda kron-köprü protezi ile restorasyonu gerçekleştirilmektedir. Hastanın karar mekanizmasına katılımının sağlanması ve hastanın ne istediğinin, hasta için nelerin önemli olduğunun birebir hasta tarafından diş hekimine bildirilmesi bakım kalitesinin artmasını sağlamakta, gereksiz uygulamaların (dolayısıyla gereksiz harcamaların) belirlenerek önüne geçilmesi mümkün olmaktadır. Literatüre bakıldığında ağız ve diş sağlığı tedavilerini değerlendirmek açısından duruma/tedaviye özel PROM'ların

geliştirilmesi gerektiği görülmektedir. Böylece daha sağlıklı bilgiler elde edilmesi mümkün olacak ve detaylar gözden kaçmayacaktır.

Bu çalışmada, hasta tarafından bildirilen çıktıkların ölçümünün ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanılması konusunda, konunun temel muhatabı olan diş hekimlerinin görüşleri değerlendirilmiştir. Diş hekimleri PROM'ların kamuya bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde rutin kullanımını desteklemeyen yönde görüş bildirmişlerdir. Bunun nedeni olarak uygulamada yaşanabilecek aksaklıklara dikkat çekmişler, çeşitli nedenlerle hastalardan doğru bilgilerin elde edilemeyeceği yönünde endişelerini dile getirmişlerdir. Uzman diş hekimi ve yöneticilerin görüşlerinin daha ılımlı olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamında geliştirilen ölçüm aracı diş hekimlerinin genel yargılarını ortaya koymayı hedefleyen sorular içermektedir ve bu konuda genel bir tablo çizilerek mevcut durum tanımlanmaya çalışılmıştır.

Bu alanda daha sonra yapılacak çalışmalar için öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Araştırma İzmir ilinde Karşıyaka, Bornova, Alsancak ve İzmir Eğitim Diş hastanelerinde yürütülmüştür. Daha sonrasında ulusal veya farklı illerde bulunan, sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyesi farklı hasta gruplarına hizmet veren ağız ve diş sağlığı merkezlerinde daha geniş ölçekli çalışmalar yapılabilir.
- Araştırma kamuya bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Gelecek çalışmalarda özel muayenehane, poliklinik ve özel ağız diş sağlığı merkezleri ile üniversite hastanelerinde görev yapan diş hekimlerinin görüşleri incelenebilir.
- Literatürde diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hasta tarafından bildirilen çıktıkların kullanımına yönelik yargılarını belirlemeyi amaçlayan bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmada diş hekimlerinin konuya yönelik görüşlerini ortaya koymayı hedefleyen bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgulardan yola çıkılarak yeni maddelerin eklenmesi düşünülebilir ve ölçek bu şekilde geliştirilebilir.
- Ülkemiz şartlarında uygulamaya yönelik tespit edilen sorunların giderilmesi adına neler yapılabileceği üzerine nitel çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Sağlık hizmetleri ve özelinde ağız-diş sağlığı hizmetlerinin arzu edilen değer odaklı sunumunda hasta tarafından bildirilen çıktıkların ölçümü sayesinde elde

edilecek veriler, şüphesiz ki kıymetli olacaktır. Ülkemizde, yapılacak çalışmalar ve sağlık hizmeti sunucularının bu konuda aydınlatılması ile PROM araçlarının ağız-diş sağlığı hizmetlerinde etkili şekilde kullanılması, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sağlık harcamalarının düşmesi mümkün olabilir.



KAYNAKLAR

Abernethy AP, Zafar SY, Wheeler JL, Lysterly HK, Ahmad A, Reese JB.(2010) Electronic patient-reported data capture as a foundation of rapid learning cancer care. *Med Care.* 48(6):32-38

Aggerlyd, T.(1983) Goals for oral health in the year 2000: cooperation between WHO, FDI and the National Dental Association. *Int Dent J.* 33:55-9.

Akar, Ç. (2014). *Türkiye’de Ağız-Dış Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, Araştırma Dizisi: 9* , Ankara : Türk Dış Hekimleri Birliği Yayınları

Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1):40

Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik–Güvenirlik. *Ankara: Detay Yayıncılık.*

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

Atıcı, E. (2007), Hasta Hekim İlişkisi Kavramı, Uludağ Üniv. Tıp Fak. Derg. 33 (1) 45-50

Ayre, C., Scally, A.J. (2014) Critical Values for Lawshe’s Content Validity Ratio:Revisiting the Original Methods of Calculation *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 47(1):79-86

Bettie NF, Ramachandiran H., Anand V., Sathiamurthy A., Sekaran P. (2015) Tools for Evaluating Oral Health and Quality of Life. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences.* 7: 414

Black N, Varaganum M, Hutchings A. (2014) Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf*; 23: 534–542

Block D.J.(2006) Healthcare Outcomes Management: Strategies for Planning and Evaluation. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2008). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 21. Baskı, Ankara:Pegem Akademi

Cano SJ, Browne JP, Lamping DL. (2004) Patient-based measures of outcome in plastic surgery: current approaches and future directions. *Br J Plast Surg* 57(1):1-11

Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. (2009) Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc* 140(6):650-657.

Cella D, Bonomi A, Leslie WT, VonRoenn J, Tchekmedyan NS. (1993)Quality of life and nutritional well-being: measurement and relationship. *Oncology*. 7(11):105-11

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008: overview. Hyattsville, MD: CDC National Center for Health Statistics; 2008

Cleeland CS. (2007) Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr*. (37):16-21

Cohen ME, Marino RJ. (2000) The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil*. 81(12 Suppl 2): 21-29

Çelik, Y. (2013) Sağlık Ekonomisi, Ankara: Siyasal Kitabevi

Çolakoğlu, N., Has, E. (2015). The Evaluation of the Effects of The Socio-economic Factors on Oral and Dental Health: A Study on The Ages 6-12.*Procedia-social and Behavioral Sciences* 195, 1278-1287

Çubukçu, ÇE. (2003) Neden Koruyucu Diş hekimliği? *Toplum Hekimliği Bülteni* 1: 22-31

Devlin, N., Appleby, J. (2010). Getting The Most Out of PROMs: Putting Health Outcomes at the Heart of NHS Decision-Making. London: The Kings Fund

Doğan, GB., Gökalp, S. (2012). Tooth Loss and Edentulism in the Turkish Elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(2), 162-166.

Doğan Eren, A., Kıdak, L. B. (2016) İzmir İli Karşıyaka İlçesinde Kamuya Bağlı Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile Özel Muayenehanelerde Görev Yapan Diş Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması *GÜSBD6(3):7-16*

Donabedian, A. (2003) An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York, NY: Oxford University Press, Inc.

Ellwood, P (1988). ‘Shattuck lecture – outcomes management. A technology of patient experience.’ *New England Journal of Medicine*, 318(23): 1549–1556

Eurich DT, Johnson JA, Reid KJ, Spertus JA.(2006) Assessing responsiveness of generic and specific health related quality of life measures in heart failure. *Health Qual Life Outcomes*. 4:89

Fejerskov O. (2004) Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* 38:182–191

Garratt, A. Schmidt, L. Mackintosh, A. Fitzpatrick, R (2002). ‘Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures.’ *British Medical Journal*, 324(7351): 1417–1422

Genco RJ, Loe H. (1993) The Role Of Systemic Conditions and Disorders in Periodontal Disease. *Periodontology* 2000 2:98-116

Gözlü, M. ve Tatlıdil, H. (2015). Türkiye’de 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), s. 145-165

Guastello, S., Snijders, M., Boland, R., Wilson, P. (2013) Defining and Measuring Patient Centered Quality. In: Susan B. Frampton, Patrick A. Charnel, Sara Guastello eds. *The Putting Patients First Field Guide: Global Lessons in Designing and Implementing Patient Centered Care*, USA: John Wiley & Sons; 45-69

Guyatt, GH., Feeny, DH., Patrick, DL. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118:622–628.

Harrigan, K.R. (1985). An Application Of Clustering for Strategic Group Analysis, *Strategic Management Journal* 6(1):55-73

Hayran, O., Sur, H., Mumcu, G., Gemlik, N., İşçi, E. (2008) Dişhekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması, Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi, 1-28

Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J., Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53(5), 285-288

Inglehart, M.R., Bagramian, R. (Eds.). (2002). *Oral Health-Related Quality of Life*. Chicago: Quintessence Pub.

Jagsi, R., Chiang, A., Polite, B.N., Medeiros, B., McKniff, C., Abernety, A., Zon, R., Loehrer, P.J. (2013) Qualitative Analysis of Practicing Oncologists' Attitudes and Experiences Regarding Collection of Patient-Reported Outcomes. *Journal of Oncology Practice* 9(6):290-297.

Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. *Tıp Dünyası* 1975; 48(6): 224-30.

Öztüre, A. Hasta Memnuniyeti Üzerine İstatistikî Analiz, Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Konya, 2010, s. 7-8

Ishaque, S., Karnon, J., Chen, G., Nair, R., Salter, AB. (2019) A systematic review of randomised controlled trials evaluating the use of patient-reported outcome measures (PROMs). *Qual Life Res* 28(3):567-592

Jenkinson, C. (1997) Assessment and evaluation of health and medical care: A methodstext. Buckingham, England: Open University Press

Karabekiroğlu, S. (2017) Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri ve nemi, *EÜ Dişhek Fak Derg*; 38-2: 89-100

Karadağ, Zennure (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri / Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kargül, B., Bakkal M. (2010). Systems for the previsions of oral health care in the Black Sea countries Part 6: Turkey. *OHDMBSC*, 9(3), 115-121

Kavuncubaşı, ř, Yıldırım, S. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara:Siyasal Kitabevi

Keeli H.G., Hatipoğlu H., Aydemir H. (2013) Diş Hekimliği ve Enfektif Endokardit. Güncel Bir Bakış. *EÜ Dişhek Fak Derg*. 34(1):17-26

Kingsley C., Patel S.(2017) Patient-reported outcome measures and patientreported experience measures. *BJA Education*, 17 (4): 137–144

Kumbasar, B. (2016)Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 85-90.

Lang NP, Zitzmann NU, on behalf of Working Group 3 of the VIII European Workshop on Periodontology(2012) Clinical research in implant dentistry: evaluation of implant-supported restorations, aesthetic and patient-reported outcomes. *J Clin Periodontol* 39 (12): 133–138

Lipscomb, J., Gotay CC, Snyder CF. (2007) Patient Reported Outcomes in Cancer: a Review of Recent Research and Policy Initiatives. *CA Cancer Clin*.57(5):278-300.

Locker, D., Matear D., Stephens M., Jokovic A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 19(2), 90-97

McGrath, C., Bedi R (2002) Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK) *Br Dent. J.* 193:521-524

McGrath, C., Lam, O., Lang, N.(2012) An evidence-based review of patient-reported outcome measures in dental implant research among dentate subjects. *J Clin Periodontol* 39 (Suppl. 12): 193–201

Mittal, H., John, MT., Sekulic, S., Theis-Mahon, N., Rener-Sitar, K.(2019) Patient-Reported Outcome Measures for Adult Dental Patients: A Systematic Review *J Evid Based Dent Prac* 19(1):53-70

Mumcu, G., İnanç, N., Ergun, T., İkiz, K., Güneş, M., İşlek, U., Yavuz, S., Sur, H., Atalay, T., Direskeneli, H. (2006). Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral Disease*, 12:145-151.

Nelson E., Eftimovska E., Lind C., Hager A., (2015) "Patient Reported Outcome Measures in Practice" *BMJ* 350:g7818 <https://doi.org/10.1136/bmj.g7818>

Nesanır, N., Dinç, G. (2008). Manisa kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5): 419-428.

Newsome PRH, Wright GH. A review of patient satisfaction: Dental patient satisfaction: An appraisal of recent literature. *Br Dent J* 1999; 186:27-30.

Nickenig, H. J., Wichmann, M., Andreas, S. K., Eitner, S. (2008). Oral Health-Related Quality of Life in Partially Edentulous Patients: Assessments Before and After Implant Therapy. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 36(8), 477-480.

Organization WH. Oral health surveys, basic methods 4th edition edn. Geneva; 1997

Özdamar, K.(2013) Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. (9.baskı). Eskişehir: Nisan Kitabevi

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.

Reissmann DR,(2019)Dental Patient-Reported Outcome Measures are Essential For Evidence-Based Prosthetic Dentistry. *J Evid Base Dent Pract* 1-6

Rosen, E., Donoff, B.R., Riedy, C.A.(2016) U.S. Dental School Deans' Views on the Value Of Patient Reporetd Outcome Measures in Dentistry. *Journal of Dental Education*80(6):721-725

Sağlam E.,Saruhan N.,Çanakçı CF. (2014) Hamilelik ve Periodontal Hastalık. *MÜSBED* 4(4):261-267

Slade, G.D. (2002). Assessment of oral health-related quality of life(Chapter 4) In: Inglehart MR, Bangramian RA. Oral Health Realted Quality of Life. Quintessence Publishing Co Inc. Chicago 2002: 13-28.

Smith, P., Mossialos E., Leatherman S. (2010) Performance Measurement for Health System Improvement. England: Cambridge University Press

Snyder CF, Jensen R, Courtin SO, Wu AW.(2009) PatientViewpoint: a website for patient-reported outcomes assessment. *Qual Life Res*. 18(7):793-800

Somunoğlu, S. (2012) Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, *Sağlık Kurumları Yönetimi-1*, (7-20) Eskişehir: Anadolu Üniv. Yayınları

Sözen C. Sağlık Yönetimi. Ankara:2002

Suh SY, Leblanc TW, Shelby RA, Samsa GP, Abernethy AP.(2011) Longitudinal patient-reported performance status assessment in the cancer clinic is feasible and prognostic. *J Oncol Pract*. 7(6):374-81

Şahin B., Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları, Sağlık Kurumları Pazarlaması (Ed. B. Şahin), Eskişehir 2013

Tinanoff N, Reisine S. (2009) Update on early childhood caries since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr* ;9(6):396-403

Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J., Lemmens, K. (2006) Performance Management in Health Care Improving Patient Outcomes: an Integrated Approach New York: Routledge Group

WHO. Oral health surveys-Basic Methods. 4th edition. World Health Organisation. Geneva,1997

Yao, CJ., Cao, C., Bornstein, MM., Mattheos, N. (2018) Patient-reported outcome measures of edentulous patients restored with implant-supported removable and fixed prostheses: A systematic review. *Clin Oral Implants Res*16:241-254

Yaşar, M. (2014) İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Pamukkale Üniv. Eğitim Fak Derg.* 11:59-75

Zaim, H., Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları* 59(2):1-24



EKLER

EK 1: Anket

KİŞİSEL BİLGİLER

CİNSİYET:

YAŞ:

MEDENİ DURUM:

MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ:

KURUMDAKİ GÖREVİ/UNVANI:

DİŞ HEKİMİ () UZMAN DİŞ HEKİMİ () YÖNETİCİ ()

DİĞER () VARSA AKEDMİK UNVAN:

YÖNETİCİLİK DENEYİMİ: VAR () YOK ()/

PROM Kavramını daha önce duydunuz mu? Evet () Hayır ()

PROM, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve / veya diğer önemli sonuç değişkenlerini hastanın bakış açısından ölçmek için kullanılan bir araçtır (genellikle bir ankettir). Kullanılan bu ölçüm araçları, hastanın hizmet sunumuna katkı sağlamasını temin etmekle birlikte hekimin kendi performansını değerlendirmesine de olanak sağlamaktadır. PROM'lar sayesinde sağlık personeli hastanın mevcut sağlık durumu, yaşam kalitesi algısı ve uygulanan tedavinin etkinliğine dair fikirleri hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Promlar vasıtasıyla elde edilen veriler sağlık hizmetlerinin performans değerlendirmesinde, sağlık hizmet sunucuları açısından benchmarkingde, hastalar ve sağlık personeline veri temin edilmesinde, tedavi alternatiflerinin seçimi ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Daha iyi anlaşılabilmesi için örnek olarak tedavi tamamlandıktan sonra uygun görülen süre içinde gerçekleştirilen OHİP 14(ağız ve diş sağlığını değerlendirmek için kullanılan bir prom) soruları aşağıda yer almaktadır.

PROM Örneği

S1 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile herhangi bir kelimeyi telaffuz etmekte sorununuz oluyor mu?

S2 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile tat alma hissinizin bozulduğunu hissediyor musunuz?

S3 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile ağzınızda ağırlı bir durum yaşadınız mı?

S4 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemek yemeyi rahatsız edici buldunuz mu?

S5 Daha önceden, dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizle ilgili bilinç ve bilgiye sahip miydiniz?

S6 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gerginlik hissettiniz mi?

S7 Yemek yerken dişleriniz, ağzınız veya protezlerinizden dolayı sıkıntınız oluyor mu?

S8 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile yemeğinizi yarıda bırakmak zorunda kaldınız mı?

S9 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile gevşeme/rahatlamada zorlandığınız oldu mu?

S10 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile utandığınız bir durum oldu mu?

S11 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile diğer insanlara aksi davrandığınız oldu mu?

S12 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile rutin işlerinizi yapmada herhangi bir zorluk yaşadınız mı?

S13 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile genelde hayatın daha az tatmin edici olduğu hissine kapıldınız mı?

S14 Dişleriniz, ağzınız veya protezleriniz ile ilgili problemler nedeni ile fonksiyonlarınızı tümüyle yapamayacak duruma geldiniz mi?

Aşağıdaki önermeleri;

| 1: Kesinlikle Katılmıyorum | 2: Katılıyorum | 3: Kısmen katılmıyorum | 4: Kararsızım/ Ne katılıyorum Ne katılmıyorum | 5: Kısmen katılıyorum | 6: Katılıyorum | 7: Tümüyle Katılıyorum |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|

ifadelerine karşılık gelecek biçimde puanlayarak değerlendiriniz.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Promların kullanımı rutin klinik uygulamalarda hasta memnuniyetini arttıran bir unsur olabilir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) Promlardan elde edilen veriler sayesinde hasta beklentileri daha net anlaşılabilir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) Promların kullanımı hasta-hekim, hekim-hekim arası iletişime olumlu katkı sağlayabilir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) Hastaların Prom anketlerine katılımı yeterli düzeyde olacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) Promlardan elde edilen veriler sayesinde ağız ve diş tedavilerinin standardı yükselecektir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) Promlardan elde edilen veriler diş hekimleri için yararlı olacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) Promlardan elde edilen veriler laboratuvar çalışanları için yararlı olacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) Promlardan elde edilen veriler sigorta kuruluşları için yararlı olacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9) Promlardan elde edilen veriler yöneticiler için yararlı olacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10) Promların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı hekimlerin performansının değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11) Promların diş hekimliği uygulamalarında kullanımı kurum tedarikçilerinin (diş laboratuvarları, implant firmaları, diş depoları vb.) değerlendirilmesine dolaylı olarak katkıda bulunacaktır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12) Rutin klinik uygulamalarda Promların kullanımı zaman kaybına yol açabilir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13) Çalışmakta olduğunuz klinikte Promların rutin olarak uygulanması desteklenmelidir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Neden: _____

Konu ile ilgili paylaşmak istediğiniz başka bir nokta var mı?



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ETİK ONAY BELGESİ

| | |
|-----------------------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI | Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde PROMların Kullanımının Değerlendirilmesi |
| SORUMLU ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI | Ayşegül DOĞAN EREN |
| ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ KARAR | Araştırma İzmir ilinde (İzmir Alsancak ADSM, İzmir Karşıyaka ADSM, İzmir Bornova ADSM, İzmir Eğitim Diş Hastanesi) kamuya bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilecek bir anket çalışmasıdır. Araştırmada kullanılmak üzere ilgili literatür ışığında bir görüşme formu hazırlanacak olup sağlık yönetimi alanında uzman kişilerden ölçüm aracının geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili görüşme alınması yoluna gidilecektir. Geçerlik için yüz görünüm ve kapsam geçerlik yöntemleri, güvenilirlik için ise Kuder-Richardson yönteminden faydalanılacaktır. Ölçüm aracının geçerlik ve güvenilirlik ölçütleri sağlandıktan sonra değerlendiriciler arası tutarlılığı ölçmek üzere Kappa sayısı hesaplanacaktır. Bu ölçümler araştırmada elde edilecek sonuçların güvenilirlik ve geçerliği açısından önemsenmektedir. Ölçüm aracının nihai şekline karar verildikten sonra asıl araştırma kısmına başlanacaktır. Araştırmanın evreni, izin alınan hastanelerde çalışan diş hekimlerinden oluşmaktadır. Örneklem yöntemi kullanılmadan diş hekimlerinin tamamına ulaşılmaya çalışılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlı olduğundan görüş katılım oranı ile sınırlanacaktır. Elde edilecek veriler SPSS 20.0 programı ile değerlendirilecek ve faktör analizi uygulanarak faktörler ortaya koyulacaktır. Diş hekimleri ile uzman diş hekimleri arasında tutum farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ANOVA ve testleri ile belirlenecektir. Bu şekilde PROMların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanımının hangi alanlarda anlamlı olacağı ile ilgili bir model ortaya koyulması hedeflenmektedir. |
| ETİK KURUL KARARI | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. |

ETİK KURUL ÜYESİNİN ADI SOYADI

İMZA/27.12.2018

1. Prof. Dr. Muhsin AKBAŞ

2. Prof. Dr. Kerem BATIR

3. Prof. Dr. Özer KÜPELİ

4. Prof. Dr. Osman KONUK

5. Prof. Dr. Cengiz DEMİR

6. Prof. Dr. Sinan NARDALI

7. Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

8-Doç. Dr. Levent ÇETİN

9. İmge ERCAN DIKÇAM



ÖZGEÇMİŞ

Ayşegül DOĞAN EREN

İletişim Bilgileri:

Tel: 05546956170

E-mail: dt_aysegul_dogan@hotmail.com

Doğum yeri/tarihi: Ankara 03.05.1988

Çalışma ve Öğrenim Hayatı:

2017- 2019 Tezli Yüksek Lisans İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

2014-2016 Tezsiz Yüksek Lisans İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

2012-2017 Muayenehane

2008-2011 Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Bölümü

2003-2008 Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (Lisans Eğitimi)

İlk-Orta- Lise: ODTÜ Geliştirme Vakfı Koleji Ankara

Yabancı Dil: İngilizce

Yayınları:

1. Yüzügüllü B., Doğan A. Renk Seçiminde Güncel Teknolojik Gelişmeler Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 2011 4:65-70
2. Doğan Eren A., Kıdak L. B. (2017) İzmir İli Karşıyaka İlçesinde Kamuya Bağlı Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile Özel Muayenehanelerde Görev Yapan Diş Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniv. Sağlık Bilimleri Derg.6(3):7-16

Sözlü bildiriler:

1. İzmir İli Karşıyaka İlçesinde Kamuya Bağlı Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile Özel Muayenehanelerde Görev Yapan Diş Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. **10. Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi-Ankara**
2. Sağlık Turizminde Sağlık Teknolojilerinin Yeri. **8. Uluslar arası Sağlık Turizmi Kongresi Kuşadası/Aydın**

