

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**4-6 YAŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN AĞIZ
SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ ÇOCUKLARIN AĞIZ
SAĞLIĞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ANAS OMER ABDELBAGI MOHAMED

**HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İZMİR- 2018**

Tez Kodu: DEU.HSI.MSc 2015970092

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**4-6 YAŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN AĞIZ
SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ ÇOCUKLARIN AĞIZ
SAĞLIĞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HALK SAĞLIĞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANAS OMER ABDELBAĞI MOHAMED

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Gül ERGÖR

Tez Kodu: DEU.HSI.MSc 2015970092

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Anas Omer Abdelbagi MOHAMED ‘**4-6 YAŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN AĞIZ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ ÇOCUKLARIN AĞIZ SAĞLIĞINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**’ konulu Yüksek Lisans tezini 26/02/2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Gül ERGÖR

BAŞKAN

(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Yücel DEMİRAL

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Hür HASOY

ÜYE

(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Dr.Öğr.Üye. Gülser KILINÇ

ÜYE

(Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu)

Prof. Dr. Belgin ÜNAL

YEDEK ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Doç. Dr. Işıl ERGİN

ÜYE

(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi)

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER (Literatür Bilgisi)	7
2.1. Ağız Diş Sağlığı Önemi.....	7
2.2. Ağız Sağlığı Geliştirme	8
2.3. Ağız Sağlığı Epidemiyolojisi.....	10
2.4. Okul Öncesi Çocuklara Ebeveynlerin Etkisi	13
2.5. Ağız Sağlığı Durumu Değerlendirmek İçin dmft Skoru	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi (Çalışma grubu)	19
3.4. Çalışma Materyali.....	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	21
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.5.2.1. Çocuk Değişkenleri	21

3.5.2.2.	Anneler Değişkenleri	22
3.5.3.	Değişkenlerin Tanımı ve Ölçütleri	22
3.5.3.1.	Bağımlı Değişkenler	22
3.5.3.2.	Bağımsız Değişkenler	24
3.5.3.2.1.	Çocukla İlgili Değişkenler	24
3.5.3.2.2.	Çocuk Dış Tedavisi Deneyimi	26
3.5.3.2.3.	Annenin ilgili değişkenleri Sosyo-demografik Değişkenler	28
3.5.3.2.4.	Annenin Davranışıyla İlgili Değişkenler	30
3.5.3.2.5.	Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri	31
3.6.	Veri Toplama Araçları	33
3.7.	Araştırma Planı ve Takvimi	34
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.9.	Araştırmanın Sınırlıkları	36
3.10.	Etik kurulu onayı	36
4.	BULGULAR.....	37
4.1.	Çalışma popülasyonunun sosyodemografik özellikleri	37
4.2.	Çalışma grubunu ağız ve diş sağlığı davranışları	39
4.3.	Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi	42
4.4.	Çocukların ağız sağlığı durumu	50
4.5.	Lojistik regresyon sonuçları	60
5.	TARTIŞMA.....	64
5.2.	Okul öncesi çocukların ADS durumu	65
5.3.	Çocukların ADS Etkileyen Etmenler	67
5.4.	Ağız sağlığı yönelik davranışları ve ADS hizmetleri kullanımı	70
5.5.	Araştırmanın kısıtlıkları ve güç yönleri	71
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	72

7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	81



		Sayfa No
	TABLO DİZİNİ	
Tablo 1	Bağımlı değişkenler tanımı ve ölçütleri	22
Tablo 2	Çocukla ilgili değişkenler tanımı ve ölçütleri	24
Tablo 3	Çocuk diş tedavisi deneyimi değişkenler tanımı ve ölçütleri	26
Tablo 4	Annenin ilgili değişkenleri Sosyo-demografik Değişkenler	28
Tablo 5	Annenin Davranışıyla İlgili Değişkenler	30
Tablo 6	Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri	31
Tablo 7	Araştırmanın Takvimi	35
Tablo 8	Çalışma grubunu sosyo-demografik özellikleri	37
Tablo 9	Annelerin sosyo-demografik özellikleri	38
Tablo 10	Ağız sağlığı davranışları	39
Tablo 11	Ağız sağlığı davranışları ve ağız sağlığı hizmetleri kullanımı	40
Tablo 12	Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlar	42
Tablo 13	Anne ve çocuğa ait bazı değişkenlerin ortalama ve ortanca değerleri	44
Tablo 14	Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi ve çocukların dmft skoru dağılımı	45
Tablo 15	Bağımsız değişkenlere göre annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyinin dağılımı	46
Tablo 16	Bağımsız değişkenlerin annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyine etkisi (OR, %95 GA)	48
Tablo 17	Bağımsız değişkenlere göre dmft skoru dağılımı	50
Tablo 18	Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenlerin dmft düzeyi ile ilişkisi (OR, %95GA)	55
Tablo 19	Bağımsız değişkenler ile annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyinin lojistik regresyon ile analizi	60
Tablo 20	Bağımsız değişkenlere ile dmft skoru ilişkisinin lojistik regresyon ile analizi	61
Tablo 21	Bağımsız değişkenlere ile dmft skoru ilişkisinin lojistik regresyon ile analizi	62
Tablo 22	Dünyanın farklı bölgelerindeki çalışmalarda ortalama dmft puanları	66

ŞEKİL DİZİNİ

		Sayfa No
Şekil 1	Dünyanın farklı bölgelerindeki farklı çalışmalardan ortalama dmft puanları	13
Şekil 2	Ağız sağlığı üzerine çok katmanlı etkileri gösteren kavramsal model	16
Şekil 3	Diş çürüğü buzdağla ve kullanılan tanı eşiği	18
Şekil 4	Araştırmanın örnek seçimi	20



KISALTMALAR

ADS	Ağız ve diş sağlığı
dmft	Decayed, missing, filled teeth (çürüklü, kayıp, dolgulu) diş
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organization
DT	decayed teeth (çürük diş-kalıcı)
DS	decayed surface (çürük yüzey-kalıcı)
mt	missing teeth (kayıp diş)
ft	filled teeth (dolgulu diş)
dmfs	decayed, missing, filled surface (çürük, kayıp, dolgulu yüzey)
BAE	Birleşik Arap Emirlikler
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
deft	Decayed, extracted, filled tooth (çürük, çekilmiş, dolgulu) diş
ABDS	Anne Bilgi Düzeyi Skoru
HSR	Hint sağlık hizmetleri

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Gül ERGÖR'a, değerli Dr. Öğr. Üyesi. Gülser KILINÇ'a, değerli Dokuz Eylül Üniversitesinde Halk Sağlığı AD'nın hocalarıma ve sınıf arkadaşlarıma ve her zaman beni destekleyen ve yolumu gösteren kardeşlerim'e, ailem'e ve arkadaşlarıma sonsuz

Teşekkür Ederim



4-6 yaşı çocukların annelerinin ağız sağlığı konusundaki bilgi ve davranışlarının çocukların ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi

Anas Omer Abdelbagi MOHAMED, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık bilimleri
Enstitüsü, Halk sağlığı Anabilim Dalı anasashabi@gmail.com
Anas.mohamed@ogr.deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran annelerin okul öncesi çocuklarının (4-6 yaş) ADS konusundaki bilgi değerlendirme ve annelerin ADS bilgisi ve davranışları çocuklarının ADS'na olan etkilerini belirlemektir.

Yöntem: Daha önce ADS konusunda kullanılan anketlerden yararlanılarak, 27 soruluk bir anket hazırlandı. Ankette 10 soru ADS konusunda bilgi ölçmeye, 17 soru da davranışları belirlemeye yönelikti. Bu anket 4-6 yaş arası çocukları olan ve çocuk sağlığı polikliniğe başvuran annelere uygulandı. Ayrıca çocukların diş muayenesi araştırmacı tarafından yapıldı ve dmft formu kullanarak skorları hesaplandı. Annelerin okul öncesi çocukların ADS ile ilgili bilgi ve davranışlarıyla, bu bilgi ve davranışların çocuklarının ADS'na olan etkisi değerlendirildi. Bilgi sorularında annelerin ADS konusundaki bilgi düzeyi hesaplandı. Annelerin bilgi düzeyi ile çocukların dmft skoru ilişkisi incelendi. İstatistiksel analizlerde SPSS ile ki kare, t testi ve lojistik regresyon kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunu okul öncesi çocuk ve annelerinden oluşuyordu. Toplam 261 çocuk ve annesi çalışmaya katıldı. Çocukların 126 (%48.3) sı erkek, ve 135 i kızdır (%51.7).

Araştırmaya dahil edilen 4, 5 ve 6 yaşlarındaki çocukların yüzdeleri sırasıyla %31.4, %30.7 ve %35.2'dir. Doğru cevap sayısı hesaplanmış ve ADS bilgi puanı toplam 10 üzerinden değerlendirilmiştir. Annelerin ADS bilgi düzeyi ortalaması 4.24 ± 1.94 olarak bulunmuştur.

Anneleri ADS bilgi düzeylerine göre 3 gruba ayrıldığımızda, düşük, orta ve iyi olarak değerlendirilmiş olup, sırasıyla %37.5, %33.0 ve %29.5 olarak bulunmuştur. Çocukların ADS muayenesinde %71.3'ünün diş çürüğü olduğu ve dmft skorunun ortalama 2.32 ± 2.39 olarak saptanmıştır. Çocukların ortalama çürük diş sayısı 2.08 ± 2.28 , eksik diş sayısı 0.08 ± 0.29 ve dolgulu diş sayısı 0.19 ± 0.76 olarak bulunmuştur. Çürük gözlenen çocukların %47.2'sinde düşük çürük diş sayısı, % 24.1'i yüksek çürük diş sayısına görülmüştür. Çalışmamızda, annenin kümülatif ADS bilgi düzeyi ile çocukların ADS durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır ($p = 0.001$). Annenin ADS bilgi düzeyi ne kadar yüksekse, çocuklarının ADS durumunun da o kadar iyi olduğu görülmüştür.

Sonuçlar: Araştırmamıza katılan annelerin ADS bilgi düzeyleri, gelişmiş ülkelerin annelerle yaptıkları benzer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Elde ettiğimiz veriler 2020 Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) hedefinin gerisinde kalmaktadır. Bu sonuçlar, özellikle Türk çocuklarının ve genel olarak Türk toplumunun ağız sağlığı standartlarını yükseltmek için ağız sağlığı geliştirme programlarında koruyucu hizmetleri etkinliğini artırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu araştırma sonuçları ayrıca, çürüksüz bir nesile sahip olmak için titre, analiz edilebilen ve değiştirilebilen faktörleri incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Okul öncesi sağlığı, ağız sağlığı bilgi düzeyi, diş çürüğü.

Assessing the effects of oral health knowledge and behaviours of mothers on oral health of 4-6 years old children

ABSTRACT

Objective: To determine the knowledge and behaviours of the mothers in order to study its relation to the pre-school children oral health status

Method: A questionnaire of 27 questions was prepared using the questionnaires previously used in the assessment of mothers' knowledge and behaviour towards oral health. The questionnaire was designed to measure the mothers' knowledge using 10 questions cumulative score while the behaviour was determined through 17 questions directed to the children mothers. This questionnaire was applied to the mothers of children aged 4-6 years old that applied to the paediatrics polyclinic in Dokuz Eylul University Hospital. Children's oral and dental health was examined by the researcher and scores were calculated using dmft index. Mothers knowledge and experience about pre-school children's dental health was evaluated. In addition, the impact of knowledge and behaviour of the mothers on the dental health of children was also assessed. The oral health knowledge was calculated from the questionnaire. Moreover, the relationship between dmft score and the knowledge level of the mothers was examined. Using SPSS, Chi-Square, t-test and logistic regression tests were used in the statistical analysis.

Results: The study population consisted of 261 pre-school children and their mothers. Which included 126 males (48.3%) males and 135 females (51.7%). The percentages of 4, 5- and 6-years old children in the time of data collection who were included in the study ages were 31.4%, 30.7% and 35.2%, respectively. The number of true answers had been calculated and cumulative mothers' oral health knowledge score was counted out of 10. The mean mothers' oral health knowledge score was found to be 4.24 ± 1.94 . When the mothers' knowledge was categorised into 3 groups poor, fair and good knowledge it was found 37.5%, 33.0% and 29.5%, respectively. The children oral health examination through dmft scoring system for primary teeth showed that 71.3% of children had experienced dental caries. 47.2% had low caries, 24.1% had high caries and only 28.7 were considered not having obvious caries. the mean value for dmft score was 2.32 ± 2.39 . The number of decayed teeth per child was 2.08 ± 2.28 , 0.04 ± 0.29 for missing teeth and 0.19 ± 0.76 for filled teeth.

Our study showed that the mother's cumulative oral health knowledge score has a statistically significant relationship to the children oral health status. The higher the mother's oral health knowledge scores the better their children oral health status ($p=0.001$).

Conclusion: Mothers oral health and oral health indices in the study population that were included in our study is clearly worse than the developed countries and lagging behind the WHO goal for 2020. These results show that there is an urgent need to improve the effectiveness of preventive care in the oral health programmes in order to lift up the oral health standards of the Turkish children specifically and the Turkish community in general.

This research study results also shows us that there is a need for more studies in order to examine the factors that can be titrated, analysed and changed in order to have a caries-free generation.

Key Words: preschool children health, Oral health knowledge, dental caries.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

DSÖ, ağız sağlığını “kronik ağız ve yüz ağrısı, ağız ve boğaz kanseri, ağız yaraları, yarık dudak ve damak, doğumsal hastalıklar, diş eti hastalıkları, diş çürüğü, diş kaybı ve diğer ADS’nı etkileyebilen hastalıkların olmaması ” olarak tanımlamaktadır¹.

Bu tanımlama, sağlıklı dişlerin insan yaşamının fiziksel, psikolojik yönleri üzerindeki etkisini daha iyi belirtmekte olup, aynı zamanda dişlerin, büyüme ve gelişim üzerine etkisini, fonksiyonunu, konuşma üzerine etkisini, estetik özelliğini ve kişinin sosyal yaşamı üzerindeki etkisini de kapsamaktadır².

Kötü ADS sahip olan çocukların, okuldaki günlük performansları da olumsuz etkilenebilecek ve bu da çocuğun daha sonraki yaşam başarısını etkileyebilecektir. ADS sorunu olan bu çocuklar, diş ağrısı ve diğer dişsel nedenlerle de okula daha az gidebilmektedirler. Bu da ADS iyi olan çocuklara göre daha sınırlı eğitim alabilmelerine neden olabilmektedir³.

Okul öncesi çocuk sağlığı, ömür boyu sağlık iyiliği araştırmaları için en önemli adımlarından biri olmuştur. Ebeveynlerin, özellikle de annelerin davranışlarının çocukların sağlığını etkilediği yaygın olarak bilinmektedir⁴. Çocuk sağlığı alanında ebeveynlerin bilgisi ve davranışlarının çocuklarının bilgisi ve davranışları kaynağı olduğunu birçok araştırmada gösterilmiştir, ayrıca, sosyo-demografik farklılıkların çocukların sağlığını etkilediği bilinmektedir⁵. Ebeveynler içinde özellikle anneler, okul öncesi çocukların davranışlarını geliştirme konusunda ana modeldir. Çocuklar hayatlarının ilk yıllarında edindikleri davranışlar ile yaşam boyu sürecek alışkanlıklar edinirler. Bu nedenle çocuğun ileri yaşamını etkileyecek doğru ADS alışkanlıklarını edinmesi okul öncesi dönemde başlamalıdır⁶. Genel olarak sağlık ve özellikle ağız sağlığında sağlık göz önüne alındığında, yaşamın ilk yıllarında ana bakıcılar olarak kabul edildiğinden ebeveynlerin rolü büyük önem taşır⁷.

Dünya genelinde, ADS hastalıkları yaygın halk sağlığı sorunları olarak kabul edilir⁸. Özellikle erken çocukluk dönemi ve okul öncesi dönemde görülen diş çürükleri toplum sağlığında en önemli belirleyici parametrelerdir. Bu nedenle bireyin ileriki yaşamında iyi bir ADSna sahip olabilmesi için okul öncesi dönemin önemli olduğunu düşünülmektedir⁸. Diş hekimleri ve ağız sağlığı uzmanları, genel olarak bakıcıların ve ebeveynlerin rolünün önemli bir rol oynayabileceğini kabul ederek çocuklarında çürük riskini azaltmaktadır⁹. Annelerin kendi ADS durumu ve bilgi düzeyi, çocuklarının ADS’na yönelik erken çocukluk davranışları ile ilişkili olduğunu kabul edilmektedir¹⁰.

Çocukların ADS etkileyebilecek faktörler üzerine yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin bu konudaki bilgi ve davranışlarının, çocuklarının ADS'na yönelik hastalıklarını önlemede önemli rolü olduğu gösterilmiştir¹⁰. Annelere yönelik ADS geliştirme programlarının yaygınlaştırılmasıyla bu sorun kolayca engellenebilir ve diş çürüğü riski azaltılabilir. Annelerin bilgi düzeyi ve ağız sağlığı konusunda bilgileri ile okul öncesi çocukların ağız sağlığı ilişkisi inceleyen sınırlı bir bilgi vardır ve bu ilişkiyi anlayabilmek için henüz bazı konular araştırılmamış veya analiz edilmemiştir.

1.2.Araştırmanın amacı

Çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 4-6 yaş çocukların annelerinin ADS bilgi düzeyini değerlendirmektir. Ayrıca, annelerin ADS bilgi düzeyi ve davranışları ile çocuklarının ADS olan etkisini değerlendirmektir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Annelerin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyi ile çocuklarının ağız sağlığı arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER (Literatür Bilgisi)

2.1.Ağız Diş Sağlığı Önemi

ADS konusunda Türkiye'deki durum göz önüne alındığında, toplumun genelinin önem vermediği bilinmektedir¹¹. Son yıllarda Türkiye de ekonomik durum gelişme göstermektedir. Buna paralel olarak sağlık harcamalarına ayrılan pay artmasına rağmen, çocukların diş çürüklerinin hala yüksek oranda olduğu görülmektedir¹². Tüm bu veriler göz önüne alındığında Türkiye de toplumun genelinin ADS konusu öncelikleri arasında olmadığı ve çocuklar ile erişkinlerin ADS problemlerinin benzer olduğu bilinmektedir ¹³. Yapılan çalışmalarda ADS hizmetlerinin çocuklar ve ergenler arasında kullanımının düşük veya orta düzeyde olduğu bulunmuştur¹³.

Ebeveynlerin kendi ADS'larını önemsemeleri ve dikkat etmeleri, çocuklarının bu konudaki davranışlarını olumlu etkileyecektir¹⁴. Düzenli olarak dişlerinin kontrolü için diş hekimine giden ebeveynlerin, çocuklarının da diş hekimine gitme oranının daha yüksek olduğunu görülmektedir¹⁵.

Genelde çocuklar ve erişkinlerin diş problemlerinin son aşaması olan diş ağrısı nedeniyle diş hekimine gittiği ve dişini çektiği görülmektedir¹³. Bu nedenle çocukların diş ağrısı gibi sorunlarla karşılaşmaması için küçük yaşlardan itibaren düzenli diş hekimi ziyaretine gitmesi oldukça önemlidir.

2004 yılında Türkiye de yapılan çalışmada, 5 yaşındaki çocukların ancak %18'inin, 12-15 yaş arası çocukların %59'unun diş hekimine gittiği saptanmıştır^{12,13}. 5 yaşındaki çocukların diş hekimine gitme nedeni ADS kontrolü için olurken, 12 yaş grubunun %55'i, 15 yaş grubunun %46'sı dişini çekirmek için gittiği görülmüştür. 12-15 yaş arası çocukların diş kliniğine gitme sebebi genellikle diş ağrısı nedeniyle olmuştur. Türkiye genelinde hale düzenli diş hekimine gitme durumu yeteri kadar gerçekleştirilememiş, koruyucu ADS hizmetleri kurulamamıştır¹².

Türkiye'deki aile yapısına bakıldığında, annelerin çocuklarının yetiştirilmesi ve bakılması konuda etkilerinin çok fazla olduğu görülmektedir¹⁶. Annenin diş hekimine gitme konusunda kaygıları varsa bu çocuklarını kaygı düzeyini pozitif etkilemekte ve çocukta da diş hekimine gitme konusunda kaygı oluşturabilmektedir¹⁷.

Türkiye de ADS hizmetlerinin finansı 3 ana kaynaktan oluşmaktadır: Bunlar devlet, sosyal güvenlik kurumları ve hasta tarafından doğrudan ödeme şeklindedir. Son yıllarda oluşan sağlık sigortası şirketleri ülke çapında çeşitli paketler altında sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu, özel sağlık sigortası şirketleri, en hızlı gelişen sigorta şirketleri olmalarına rağmen, ADS hizmetleri

nadiren pakete dahil edilmiştir ve hastalar özel diş hekimi ücretini kendileri ödemektedir¹². Türkiye de sigorta sistemi yıllar geçtikçe gelişme gösterse de, tahsilatın toplanmasındaki sıkıntılar, parçalanmış sigorta havuzları, diş sağlığı ücretinin yüksekliği diş sağlığı hizmetleri paketten çıkarılmasına nedeni olmaktadır¹⁸. Bir diğer analistin öne sürdüğü neden ise özel diş sağlığı sigortası olan hastaların ödediği primlerden daha fazla diş sağlığı giderinin olmasını göstermektedir¹⁹. Kapsamdaki bu sınırlamaların bir sonucu olarak, cepten yapılan harcamalar, toplam sağlık harcamaları için toplam diş harcamalarının çok daha yüksek bir paya sahip olduğunu göstermektedir.

2.2.Ağız Sağlığı Geliştirme

ADS'nın geliştirilmesi yönelik çalışmaların bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak ADS geliştirilmesine yönelik hükümet politikaları oluşturulmalı, aileler bu konuda bilinçlendirilmeli ve diş hekimleri koruyucu diş hizmetlerine öncelik çalışmalara öncelik vermelidir. Ancak bu şekilde ADS sorunu ülke genelinde çözülebilir²⁰.

Birçok ülkede ADS'nın geliştirilmesi ve eğitime yönelik çalışmalar gerçekleştirilmektedir²¹⁻²⁷. Çin'in, Wuhan şehrinde²¹, 1990'larda İngilteredeki Edinburgh Üniversitesinde²², Türkiye'de 90'lı yılların sonlarında, sonrasında²⁴⁻²⁷, 90'lı yılların sonlarında Türkiye'de²³, ve sonrasında²⁴⁻²⁷, ADS eğitime yönelik programlar yapılmıştır. Ancak, ADS'nın geliştirilmesine yönelik yapılmış bu çalışmaların faydalı olup olmadığı konusu halen tartışılmaktadır. Çalışmalarda, sosyoekonomik faktörler, kültürel ve ekolojik durumlar gibi önemli detaylar araştırılmadan bireysel davranışlara odaklanılmıştır. Bu nedenle, bu çalışmalar yeteri derecede ADS'nın iyileşmesine yol açamamıştır²⁸

Beş yaş altındaki çocuklar genellikle anaokullarına veya kreşlere gitseler bile zamanlarının çoğunu ana-babaları, bakıcıları ve özellikle anneleriyle geçirirler. Bu ilk yıllar, en erken çocukluk rutinleri ve alışkanlıklarının oluştuğu "ilk sosyalleşme" olarak kabul edilmektedir²⁹. Okul öncesi çocukların ağız hijyeni ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ebeveynlerinin bu konudaki bilgisi ve davranışlarıyla doğrudan ilgilidir. Dolayısıyla, ADS konusundaki ebeveynin bilgi ve olumlu davranışları önleme döngüsünde çok önemli rolü vardır. Ayrıca ebeveynlerin diş hekimleri konusundaki tutumları ne kadar olumlu olursa, çocuklarının ADS da daha iyi olmaktadır³⁰.

Akılda tutulması gereken önemli bir konu ise annelerin çocuklarının ADS yönelik bilgi, tutum ve uygulamaları toplum normlarıyla ilişkili olabileceği gerçeğidir. Hindistan'ın Mumbai şehrinde yapılan anket araştırmasında annelerin %60'ından daha fazlasının ADS konusunda yetersiz bilgi sahibi olduğu, %53.8' inin yetersiz tutum sergilediği ve %36.7 'sinin yetersiz uygulama yaptığı saptanmıştır. Bu çalışmada çok az katılımcı ADS konusunda iyi(yeterli) seviyede bulunmuştur³¹. Yetersiz bilgi ve tutum çocuklarının ADS standartlarını etkileyebilmektedir.

Doğu Asya ülkesi olan, Nepal'de ADS bilgi düzeyine yönelik yapılan bir çalışmaya anne ve babaların her ikisi dahil edilmiştir. Ebeveynlerin %80'i ağız hijyeni hakkında orta bilgi düzeyine sahip olduğunu görülmüş, sadece %4'ü ise iyi bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır³²

Nijerya'da annelerin ADS bilgi düzeylerini değerlendiren bir başka çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan genç annelerin florunun dişler üzerindeki olumlu yöndeki etkisini bildiği ve diş hekimi ziyaretinin daha fazla olduğu görülmüştür³³.

Nepal de ve Nijerya da yapılan bu iki çalışma, annelere ADS bilgilerini nereden edindikleri sorulduğunda, büyük bir kısmı bu bilgileri sosyal medyadan, arkadaş çevresinden edindiğini belirtirken, daha düşük oranda ise diş hekimlerinden, tıp doktorlarından ve hemşireler den edindiğini belirtmişlerdir^{32,33}.

Hindistan'nın Mathura şehrinde yapılan bir başka çalışmada, annelerin ADS ve hijyen bilgisinin, çocukların ADS üzerinde önemli bir etkisi olduğunu görülmüştür¹². Bu çalışmada da annelerin %85'inin ADS konusunda orta bilgiye, %9'unun düşük bilgi birikimine sahip olduğunu saptanmıştır.

Ebeveynler ve annelerin ADS bilgi düzeyi üzerinde yapılan çalışmaların yanı sıra çocuk bakıcılarının ADS bilgi düzeyleri üzerine de çalışmalar yapılmıştır^{31,32}.

Tayvan'da bakıcıların ADS bilgi düzeyi üzerine yapılan çalışmada, ADS konusunda eğitim düzeyinin önemli olduğu sonucuna varılmış ve çocuğa bakan kişilerin ADS ile ilgili bilgi ve davranışlarının doğrudan bir etkisi olduğu bulunmuştur³⁴.

Bir Ortadoğu ülkesi olan Kuveyt'te, çocuk bakıcılarının ADS bilgi düzeyini araştıran bir çalışmada, bakıcılarının eğitim durumu ne kadar yüksekse, ADS bilgi ve uygulamalarının daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak çalışmanın geneline bakıldığında bakıcıların ADS konusunda zayıf bilgi ve uygulamalara sahip oldukları sonucuna varılmıştır³⁵.

2.3.Ağız Sağlığı Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında okul çağı çocuklarının %60-90'ında diş çürüğü olduğunu bildirmektedir. Diş çürüğü dünyanın en büyük sağlık sorunlarından biri olarak değerlendirilmekte ve en yaygın halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Diş çürüğünün en yüksek oranda Asya ve Latin Amerika ülkelerinde görüldüğü belirtilmektedir³⁶. Gelişmiş ülkelerde (Danimarka, İsveç, Norveç..vb.) diş çürüklerinden etkilenen çocuk sayısında çok büyük bir azalma görülmektedir³⁶. Ancak bu ülkelerde diş çürüğü kontrol altına alınmasına rağmen, henüz ortadan kaldırılamamıştır. Amerikan Surgeon General David Satcher'ın 2000 yılında yayınladığı raporda ADS hastalıklarının özellikle düşük gelirli ve eğitimi düzeyi düşük olan toplumlardan gelen ailelerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir³⁷.

Çocuklara yönelik ADS ilgili epidemiyolojik araştırmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bunların çoğu şehirlerde, üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde gerçekleştirilmiş olup, katılımcı sayısı azdır³⁸⁻⁴⁰. Türkiye'de ise çocukların ADS durumu ile ilgili genel bilgiler, 1988⁴¹ ve 2004^{12,13} yıllarında yapılan iki ulusal çalışma verilerine dayanmaktadır.

Araştırmaların çoğu değerlendirmede dmft skoru kullanmıştır. Diş çürüğünün tespitinde, çürük, dolgulu ve kayıp dişleri epidemiyolojik olarak araştırmasında DMF-T indeksi anahtar ölçütüdür⁴². DMFT olarak kullanılan bu ölçüm, epidemiyolojik çalışmalarda diş çürüklerinden etkilenen toplam diş sayısını vermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda çürük, dolgulu ve çekilmiş dişlerin yüzeyleri toplamını tespit etmek için kullanılan bir başka ölçme yöntemi ise DMFS indeksidir. Bu indeks büyük harflerle yazıldığında, kalıcı dişlerde çürük, dolgulu ve çekilmiş diş sayılarının hesaplandığı, küçük harflerle yazıldığında ise süt dişlerinin hesaplandığı anlaşılır.

1988'de 6 yaşındaki çocukların diş çürüğü prevalansı %84 ve diş çürüğü ortalaması (dmf-t değeri) 4.4 olarak bulunmuştur. 2004 yılında yapılan araştırmada ise diş çürüğü prevalansı %70, dmf-t değeri 3.7 olarak saptanmıştır. Her iki çalışma bize 5-6 yaşındaki çocukların diş çürüğü prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Türkiye de yapılan bir başka çalışma 2011 yılında, Samsun ilinde okul öncesi çocuklarda diş çürüklerinin gelişmesine yol açan belirli risk faktörlerini değerlendiren çalışmadır. Burada 3-6 yaş arası çocukların dmf-t değeri 2.87 olarak bulunmuştur⁴³.

Ülkemizin ADS verileri diğer komşu ülke verileriyle karşılaştırıldığında; Kosova'da 1-6 yaş arası okul öncesi çocuklarda yapılan çalışmada dmf-t değeri 5.8 olarak tespit edilmiştir⁴⁴.

Bir diğerkomşuölkeolan Yunanistanın, Atina Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği kliniğinde 2010 yılında gerçekleştirilen çalışmada, 5 yaşın altındaki çocukların %43'ünde diş çürüğü görülürken, dmft değeri 1.77 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışma şehirlerde yaşayanların, kırsal alanda yaşayanlara göre dmft değerinin daha düşük olduğu göstermiştir⁴⁵. İran'da, 2013 yılında yapılan çalışmada ise dmft değeri 4.87 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, ebeveynlerin diş hastalığı durumu ile çocukların dmft değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir⁴⁶. 2010 yılında, Kuzeydoğu Bulgaristanın Varna şehrinde yapılan çalışmada 5-7 yaş grubu çocukların diş çürüğü prevalansı %93 gibi son derece yüksek olduğu saptanmış ve dmft değeri 5.76 olarak bulunmuştur⁴⁷. Varna şehirde yaşayan çocukların dmft değerini 3.25 olarak belirtilmiş ve kırsal kesimde olanların dmft değerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir^{47,48}.

Gelişmekte olanölkelerde, çocuklar arasında şeker tüketiminde artış ve koruyucu uygulamalardaki eksiklikler nedeniyle diş çürüğünden etkilenen çocuk sayısında bir artış görölmektedir³⁶.

Uganda da 3-5 yaş arası 589 çocuk üzerinde yapılan çalışmada dmft değeri, 3 yaşındaki çocuklarda 1.7, 4 yaşında 2.4, 5 yaşında 3.1 olarak bulunmuştur. Ayrıca eğitim düzeyi düşük annelerin çocuklarında daha fazla çürük diş rastlanılmıştır⁴⁹. Hindistan, Rajnandgaon'da yapılan bir çalışmayı analiz ederek, 3-6 yaş grubundaki çocukların diş durumunu dt ölçüsü kullanarak yalnızca çürük diş sayısını inceleyerek, ortalama dt skoru 2.9 idi ve hemen hemen tüm çocuklarda diş çürüğü bulunmaktaydı⁵⁰.

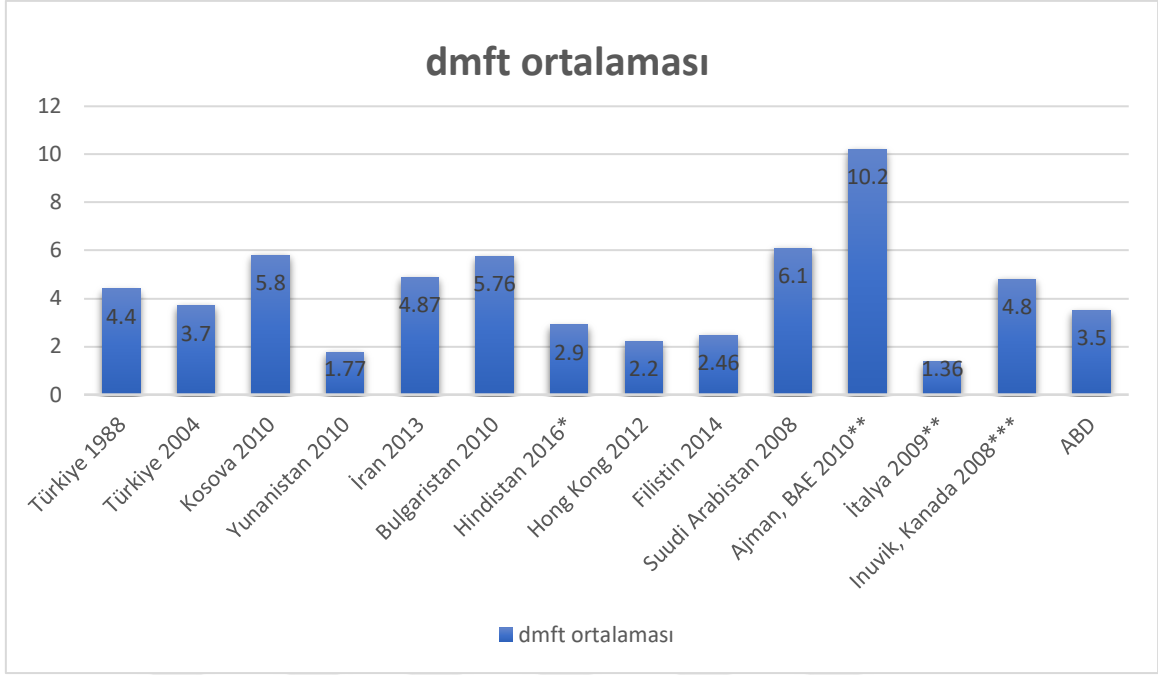
Hong Kong'da yapılan araştırmada 4-6 yaş arası okul öncesi çocuklarda, çürük diş olmayanların oranı %51 iken, %7'sinde 8 ve daha fazla sayıda dmft değeri görölmüş, ortalama dmft skoru 2.2 ± 3.5 , olup, burada da en büyük oranı tedavi edilmemiş diş çürükleri oluşturmaktadır⁵¹.

Orta Doğu bölgesi olan, Kuzey Filistin'de ise 4-5 yaş grubu çocuklarında diş çürüğü prevalansı, %76, dmft değeri 2.46 olarak bulunmuştur⁵². Diş çürüklerine bağlı çürük kayıp ve dolu dişlerin ortalama değerleri sırasıyla, 2.10, 0.12 ve 0.24 olarak saptanmıştır. Ayrıca, annelerin eğitim düzeyi ve çocuğun ağızında dolgu diş varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, Suudi Arabistan'da, okul öncesi çocuklarında diş çürüğü oranı %75 olarak bulunmuştur⁵³. Birleşik Arap Emirliklerinden Ajman'da yapılan bir çalışmada, diş çürüğü prevalansı %76.1 ve ortalama dmft skorunun 10.2 olduğu bulunmuştur⁵⁴.

Öte yandan, gelişmiş ülkelerde okul öncesi çocuklarda diş çürüğü prevalansı oldukça düşüktür⁵⁵. Hollanda'nın Rotterdam şehrinde 5189 çocukta yapılan kesitsel çalışmada, altı yaşındaki çocukların %68.3'ünün diş çürüğünün olmadığını göstermişlerdir⁵⁵. İtalya'da yapılan bir başka çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, çocukların %78.4'ünün çürüksüz, dmft değerinin 1.36 olduğunu bulunmuş ve ülkenin Kuzeydoğu bölgelerinde dmft değeri(1.22), güney bölgelerine göre (1.73), daha düşük saptanmıştır⁵⁶.

Ancak Kanada'nın Kuzeybatı bölgede yer alan Inuvik 349 çocukla yapılan çalışmada, çocukların %66'sının diş çürüğü olduğu ve ortalama çürük sayısının 4.8, dolgulu diş sayısının 2.3 olduğu görülmüştür⁵⁷. Benzer şekilde Amerikan Kızılderili ve Alaska'nın yerli 1-5 yaş arası çocuklarının ADS durumlarını inceleyen çalışmada, çocukların %54'ünün diş çürüğü olduğu, %39'unun tedavi edilmediği, ortalama dmft değerinin 3.5 olduğu saptanmıştır. Çocuklarda çürük diş sayısının yaşla birlikte arttığı görülmüş, 1 yaş grubunda çürük diş prevalansı %21 iken, 5 yaş grubunda %75 bulunmuştur⁵⁸.

İsveç'te, Umea şehrinde 224 çocuk üzerinde 2007 ve 2012 yılları arasında yapılan karşılaştırmalı araştırmaya göre; diş çürüğü sayısı 2007'de %38 iken, 2012 de %22 ye düştüğünü gösterilmiştir. Bu çalışma İsveçli ve göçmen çocuklardan oluşmakta olup, bu süre zarfında İsveçli çocuklarda çürük diş prevalansı %15'e düşerken, göçmen çocuklarında değişim görülmemiş ve çürük prevalansı %42 olarak kalmıştır. Araştırmacı bu sonucu göçmen çocuklarının daha az dişlerini fırçaladığı ve daha fazla karyojenik gıda tüketmesiyle ilişkilendirmiştir⁵⁹.



Şekil 1. Dünyanın farklı bölgelerindeki farklı çalışmalardan ortalama dmft puanları
*dt, **dmfs, ***deft.

2.4.Okul Öncesi Çocuklara Ebeveynlerin Etkisi

Okul öncesi dönem, çocukların ADS konusunda doğru davranış, bilgi ve tutumlarının oluştuğu periyoddur. Küçük çocukların ADS, annelerin gıda tercihleri ve diyet uygulamalarından büyük ölçüde etkilenir. Bu nedenle uygun diyet ve beslenme uygulamalarını içeren erken müdahaleler çocuğun ADS da etkili olur⁶⁰. Ebeveynlerin ADS konusundaki bilgi ve tutumu çocuklarının ADS doğrudan etkileyebilmektedir^{61,62}. Hollanda da 5-6 yaş grubu 630 çocuğun diş çürüğü üzerinde ailelerin etkisini araştıran çalışmada, aile ilişkisinin ve oral hijyen alışkanlıklarının çocuğun ADS üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Çalışmada özellikle çocuğun ADS düzeyi ile anne eğitimi arasında ilişki saptanmıştır⁶³

Bir kısım araştırmacı çocuğa bakan kişinin ADS ile çocuğun ADS arasındaki ilişkiyi incelemişler. Bir başka araştırmacı grubu ise ailenin sosyal yapısı sınırlı (eğitim, bilgi düzeyi gibi) olduğunda ekonomik veya coğrafi faktörlerin okul öncesi çocukların ADS etkileyebileceğini göstermiştir⁶¹. Ailenin demografik özellikleri ve ADS konusundaki davranışları etkili olduğu görülmüştür^{9,10,14,51,64}. Ebeveynler rolüne ek olarak, örneğin, anne eğitimi, meslek ve sağlıkla ilgili bilgi düzeyi gibi diğer bazı faktörler de çocuklarının ağız sağlığının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır⁶⁵

Bu bilgiler göz önüne alındığında okul öncesi dönemde çocuğa bakan kişinin ADS konusunda bilgi sahibi olması çocuğun ADS da önemli rolü olacaktır. Ebeveynler çocuklarının iyi bir ADS davranışı kazanmasından sorumludurlar. Bu davranışlar çocuğa diş fırçalamasını öğretmek, diş fırçalaması sırasında çocuğu gözlemlemek ve düzenli diş hekimi kontrolüne götürmektir. Pozitif ADS davranışlarının oluşturmada başarısız olunması, ADS konusunda yetersiz veya az bilgi sahibi olunmasının bir yansıması olabilir. Bu nedenle ebeveynlerin yanlış sağlık davranışları çocuklarında diş çürüğü gelişimine yol açan bir faktördür⁶¹. Bu nedenle ADS geliştirme programları, diş çürüğü gibi diş hastalıklarının önlenmesinde büyük bir adım olabilir (grafik 2⁶⁶). Etkili ADS geliştirme stratejisi için toplumun özel ihtiyaçlarının anlaşılması gereklidir. Bu nedenle, annelerin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, zayıf alanlarını tanımlama ve davranışları değiştirmeye çalışma ilk adım olabilir³⁵.

Ancak, anaokullarında çalışanlar (öğretmenler ve diğer personel) ADS konusunda ebeveynlerden daha az eğitilmiş veya bilgili olabilirler. Çocukların anaokulunda gündüz beslenme ve atıştırma davranışları ADS olumsuz etkileyebilir⁶¹. Bu durum bize çocukların okuldaki beslenme davranışlarını gözardı edilmemesini ve analiz edilmesi gerektiğini göstermektedir.

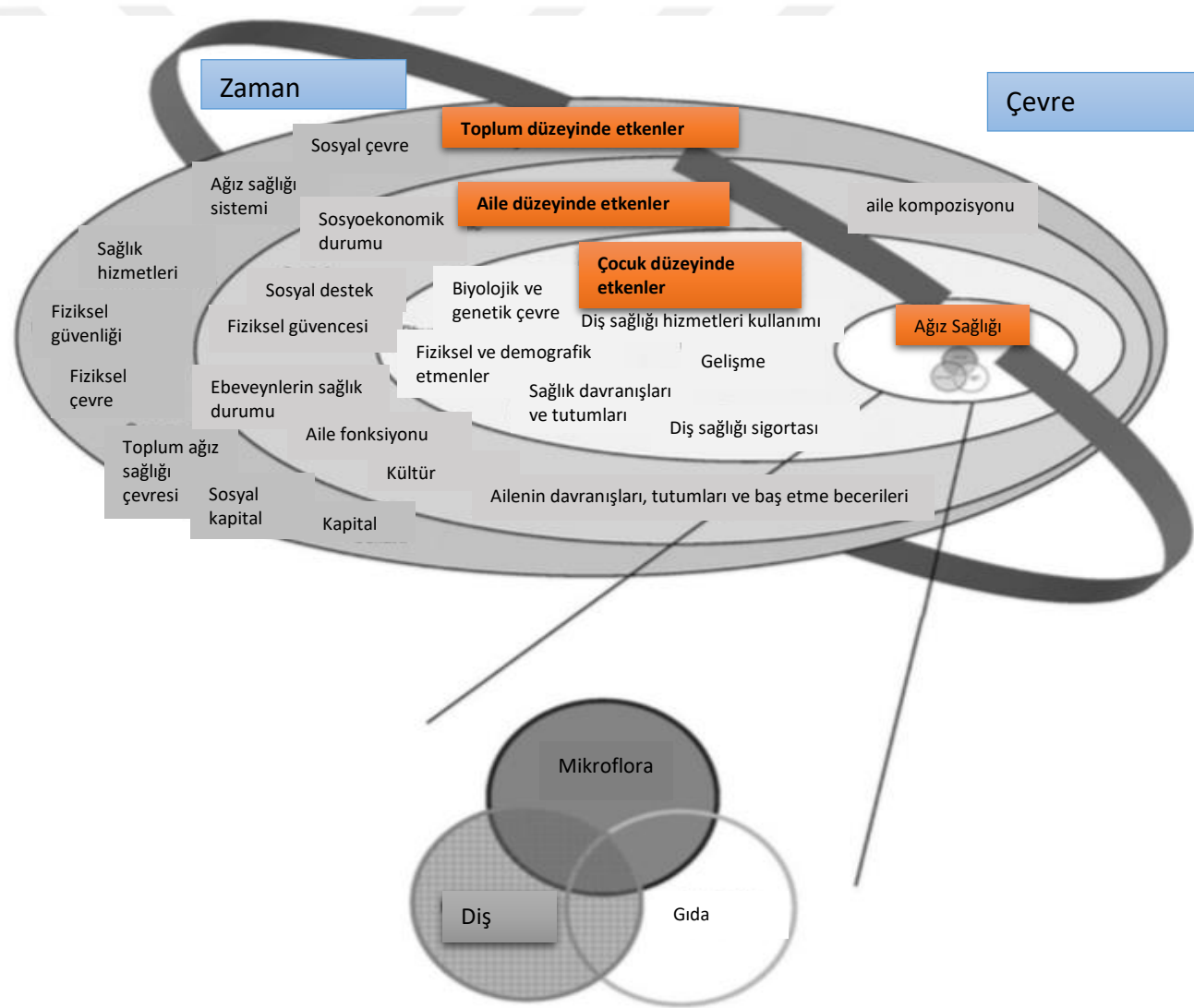
İran'ın Tahran ilinde yapılan bir çalışmada, annelerin ağız sağlığı bilgilerinin ve çocuklarının ağız sağlığı ve fırçalama davranışlarına ilişkin tutumlarının etkilerini değerlendirmek, annenin rolü üzerinde net bir şekilde vurgu yapmış ve doğru bilgi ve olumlu tutum sahibi olan annelerin; çocuklarıyla daha iyi ağız sağlığıyla ilişkilendirilmiştir⁶⁷. Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırma, diş sağlığı ile ilgili ebeveyn bilgisi, tutum ve inançlarının, çocuğun ağız sağlığıyla ilgili davranışlarının bir göstergesi olduğunu göstermektedir. Örneğin, çocuk diş çürüklerinde doğrudan etkili bir role sahip olan faktörler, diyet, diş fırçalama ve rutin diş hekimine gitme⁶⁸. Dahası, ebeveyn tutum ve inançları çocukların fırçalama ve şekerli gıdalar tüketme alışkanlıkları ile daha yakın ilişki içerisindedir. Bu nedenle, ebeveynlerin çocuklarında çürükleri önlemek için gerekli eylemleri etkin bir şekilde gerçekleştirme kabiliyetlerine olan inançlarının çocuk davranışlarında belirleyici bir rolü olduğu bulunmuştur⁶⁸. Yakın zamanda Rotterdam'da yapılan bir başka çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında daha yüksek oranda diş çürüğü görülmüş, anne eğitim düzeyi ve ailenin sosyoekonomik durumu ile diş çürüğü arasında güçlü ilişkili gösterilmiştir⁵⁵. Duijster ve ark.⁶⁹ Hollanda da yaşayan Türk, Faslı ve Hollandalı ailelerin okul öncesi çocuklarının ADS'nı ve ailenin bilgi düzeyinin, ADS olan etkisini incelemişlerdir.

Çalışmalarında Türk ve Faslı aileler çocuklarının ADS yeterince önem vermediklerini ve bununla okul öncesi çocuklarının ADS'na olumsuz yansıdığını göstermişlerdir. Hollandalı ebeveynler ise ADS konusundaki yeterli bilgi ve davranışlarını çocuklarına yansıtıklarını ve okul öncesi bu çocukların ADS'nın daha iyi olduğunu saptamışlardır. Ayrıca Hollandalı ebeveynlerin çocuklarını diş fırçalama ve diğer ADS konularında düzenli takip ettiği ve iç denetim uyguladığı görülmüştür.

Van der Tas ve ark.⁶⁹, Hollanda da yaşayan 6 farklı göçmen çocuklar ile Hollandalı çocukların ADS'nı karşılaştırılan çalışmalarında, göçmen çocukların ADS'nın daha kötü olduğunu saptamışlar ve burada hanehalkı geliri ve eğitim düzeyi, etnik kökenle ilişkilendirmişlerdir.

Ayrıca, Hong Kong'da yapılan bir araştırma, ebeveynlerin ağız sağlığı bilgisi ile çocuklarının fırçalanma davranışı ve çocuklarının ağız sağlığı durumundaki rolleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterilmiştir⁵¹.

Annelerin ADS konusundaki bilgisi ve tutumları çocuklarının ADS'nı erken yaşta etkilediği bilinmesine karşın^{35,70}, Türkiye de de okul öncesi çocukların ADS ile annelerin bu konudaki bilgi düzeyini ölçen sınırlı sayıda çalışma vardır.



Şekil 2. Ağız sağlığı üzerine çok katmanlı etkileri gösteren kavramsal model ⁶⁶

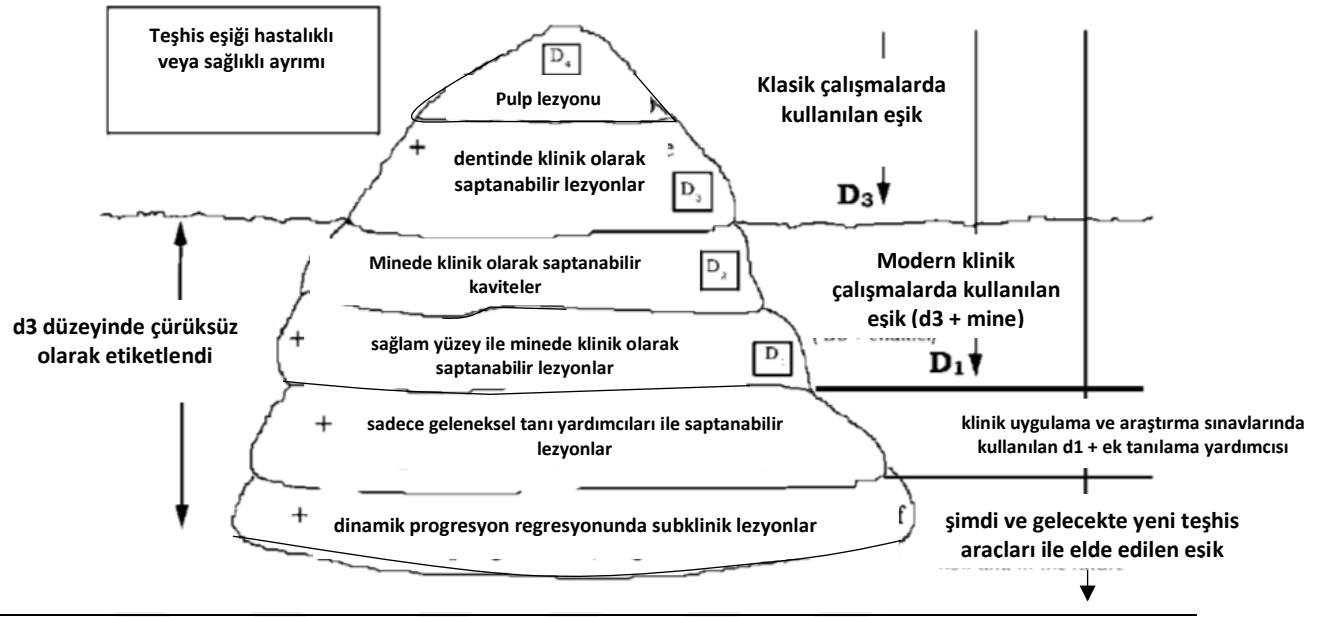
2.5.Ağız Sağlığı Durumu Değerlendirmek İçin dmft Skoru

Tıbbi literatürde diş çürüğü, multifaktöriyel etiyojisi olan ve bakterilerin aracılık ettiği yaygın bir hastalık olarak tanımlanır⁷¹. Diş çürüğünün mine dokusundan moleküler düzeydeki klinik durumda iken, dentine ilerlemesiyle ağırlı semptomlara kadar giden bir süreç dönüşmektedir⁷². Dişte çürüğün başlaması bir başka değişle, dişin mine sert dokusunda madde kaybının oluşmasında, demineralizasyon ve remineralizasyon arasındaki dengenin bozulması olayıdır⁷³ (grafik 3te gösterildiği gibi⁷⁴). Diş çürüğü, mineda beyaz bir nokta olarak başlar, sonrasında ilerleyerek dentin ve pulpayı içine alacak şekilde büyür⁷⁴. Bununla birlikte minenin başlangıç çürüklerini gözle görebilmemiz mümkün olamamakta ancak özel geliştirilen ağız içi problemleriyle görülebilmekte ve mineda görülen bu başlangıç lezyonları genellikle daha yaygındır⁷³.

Çalışmamızda, hastalar 4-6 yaş aralığında olması ve tüm dişlerinin süt dişi olması nedeniyle diş çürüğü sıklığını araştırmak için dmft (çürük, eksik, dolgulu diş sayısı) ölçümü kullanılmıştır. DMFT/dmft değerleri toplamı bireyin yaşam boyu çürük deneyimini gösteren kümülatif çürük indeksi. Bu indeksi 1997 yılında WHO 20 adet süt dişi ve 32 adet kalıcı dişlerin hesaplanmasında kullanmıştır⁷⁵. DMFT/dmft indeksi %83.6 duyarlılık ve %83.6 oranında hassasiyete özgüllüğe %83.6 sahiptir⁷⁶.

Ancak, dmf indeksinin basitliğine ve güvenilirliğine rağmen geniş çaplı kullanımı ve evrensel kabulü incelendiğinde⁷⁷, özellikle eksik dişler ve dmfs indeksinin kullanımda olduğu belgelenmiş bir sınırlama vardır⁴².

Ortalama dmf skorları, toplumdaki diş çürüklerinin şiddetini özetlemek için sık sık kullanılırken, bireysel skorların dağılımı sağa yatık olduğunda dezavantajlar ortaya çıkabilir, bu da dmf değerinin, bir nüfus tanımlayıcısı olarak hastalığın yükünü doğru olarak yansıtmadığı anlamına gelir⁷⁸. Dikkate alınması gereken bir diğer sınırlama ise, çürük dişleri tanımlayan d sınıflamasının “tanı eşiği”nin değişkenliğe yol açmış olmasıdır (grafik 3, pitts ve ark.)⁷⁹.



Şekil 3. Diş çürüğü buzdağı ve kullanılan tanı eşiği⁷⁹

Çürük dişin tanısını koyarken kullanılan eşik, o dişin çürük veya sağlıklı olarak sınıflandırılmasında kullanılan tanı eşiğidir. Diş çürüğünün tanı eşiğinde 4 aşama ile gösterilmektedir. Daimî dişlerde D1 ve D2, süt dişlerinde d1 ve d2 olarak modern klinik çalışmalarda kullanılan eşik olup mine yüzeyinde çok küçük olarak görülebilen lezyonlardır. Daimî dişlerde D3 ve D4, süt dişlerinde d3 ve d4 olarak tanımlanan sınıflama ise klasik klinik çalışmalarda kullanılan eşik seviyesi olup mine, dentin ve/veya pulpanın etkilendiğini tanımlar. Çürük epidemiyolojik çalışmalarında daha çok klasik sınıflama olan d3 ve d4 hesaplanmakta, başlangıç çürükleri olan d1 ve d2 lezyonları hesaplanamamaktadır. Çocuklarda yapılan çürük araştırmalarında, araştırmacılar DSÖ kriterlerine uyan d3 eşiğini baz almaktadırlar⁷⁵. Ancak d3'ün tanısız eşik olarak kullanımı durumunda, d1 ve d2 çürük lezyonları her zaman göz önünde tutularak diğer çocuklara “çürüksüz” terimi yerine “belirgin diş çürüğü yok” denilmesi daha doğru olacaktır⁷⁹. Modern klinik araştırmalarda, klinik olarak saptanabilen tüm çürükleri dahil edilebilmek için kullandıkları tanı eşiği, d1, d2, d3 ve d4'ü içeren tanı eşiğidir⁷⁹. Bizde çalışmamızda modern klinik araştırmalarda kullanılan tanı eşiğini baz aldık.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın tipi

Araştırmanın tipi tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

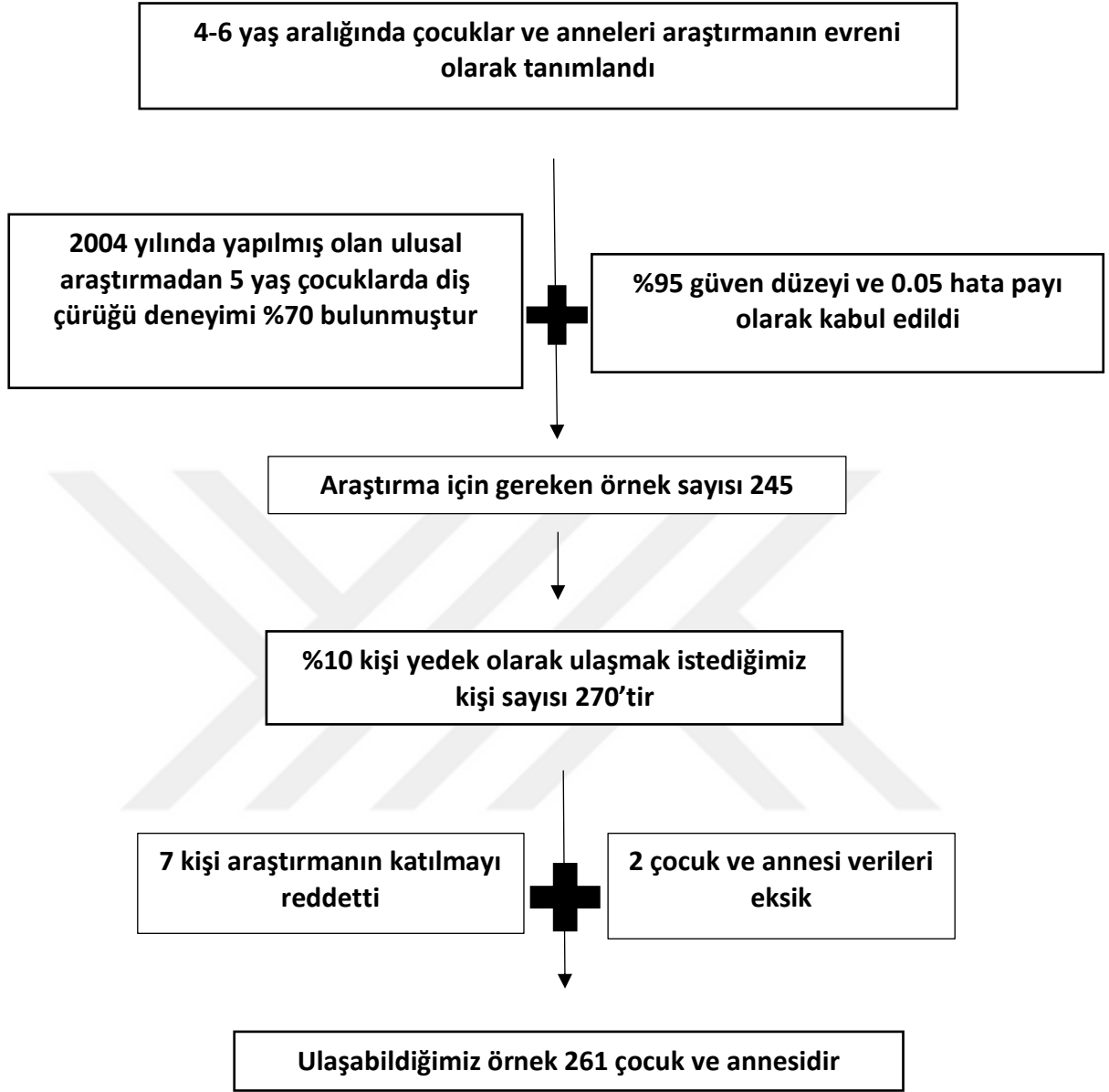
Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Polikliniği ve Ağız ve Diş Sağlığı kliniğinde yapılmıştır.

Çalışma, 2018 yılında Şubat-Eylül ayları arasında 'de yapıldı. 2018 Şubat'ında etik kurul onayı ve kurum izinleri alındı.

Toplanan veriler incelenip Haziran 2018'de analiz edildi. Tez yazımı Ocak 2019'de bitirmiş olup tez savunma Şubat 2019'de yapıldı.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi (Çalışma grubu)

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 4-6 yaş grubundaki çocukları araştırmanın evreni olarak tanımlandı. Polikliniğe ortalama olarak bu yaş grubunda günde 15-20 başvuru olduğu belirlenmiştir. 2004 yılında Türkiye'de ulusal araştırmada 5 yaş grubunda diş çürüğü sıklığı %70'tir¹³. %95 güven düzeyi ve 0.05 hata payı ile, araştırma için gereken örnek sayısı 245 çocuk ve anneleridir. Örneğe ulaşmada karşılaşılabilecek sınırlamalar veya araştırmanın katılmayı reddetme gibi nedenler, %10 kişi yedek olarak alındı ulaşmak istediğimiz kişi sayısı 270 çocuk ve anneleri olarak belirlendi. Sonuçta çalışmaya çocukları 4-6 yaş aralığında olan 261 anne ve çocukları katılmıştır.



Şekil 4. Araştırmanın örnek seçimi

3.4.Çalışma Materyali

Çalışma için gerekli materyal:

1. Annenin bilgi, davranışları ve çocukların ağız ve diş sağlığı davranışlarını değerlendirmek için anket kullanıldı.
2. Çocukların diş çürüğü deneyimi ve ağız ve diş sağlığı (ADS) durumu saptamak için, dmft skoru hesaplayabilmemiz için tek kullanımlık diş aynası kullanarak muayene yapıldı. Ayrıca, taktıl muayenesi için diş probu kullanıldı.
3. Çocukların ağız sağlığı muayenesi için ve daha kolay erişilebilirlik sağlamak için diş üniteleri ve diş hekimi çalışma ışığı kullanıldı.
4. Standart enfeksiyon kontrol önlemleri: diş eldivenleri, sargı ve tek kullanımlık diş muayenesi setleri kullanıldı.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- dmft skoru (çürük, eksik, dolgulu, diş sayısı skoru)
- Annelerin bilgi düzeyi (Annelerin bilgi düzeyi skoru (ABDS)) Bu değişken annenin bağımsız değişkenleri için bağımlı değişken, Ancak, dmft skoru için bağımsız bir değişkendir.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

3.5.2.1.Çocuk Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Diş fırçalama özellikleri
- Beslenme özellikleri
- Biberon, emzik kullanımı
- Şeker, yapışkan yiyecekler

3.5.2.2. Anneler Değişkenleri

- Yaş
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu
- Çocuk Sayısı
- Aile tipi
- Annelerin çocukların ağız ve sağlığı hijyeninde rolü
- Diş hekimine gitme sıklığı
- Diş hekimine gitmekten korkusu
- Çocuk için diş hekimine başvurma

3.5.3. Değişkenlerin Tanımı ve Ölçütleri

3.5.3.1. Bağımlı Değişkenler

Tablo 1. Bağımlı değişkenler tanımı ve ölçütleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
dmft puanı	Kullanılan DMF endeksi 1938 yılında Klein ve Palmer tarafından tanımlanmıştır. Toplumun diş sağlığı seviyesi, tedavi ihtiyacı, hizmet kullanımı, hizmet planlama öncelikleri bu kriter kullanılarak belirlenebilir. DMF indeksleri pratikte kalıcı dişler için kullanılır. Süt dişleri dmft endeksi olarak küçük harflerle kullanılmaktadır. Bu endeksin en önemli avantajı, çok basit olması ve belirli durumlara uyarlanabilmesidir. Bu nedenle uzun yıllar kabul edildi. • Süt dişler için 0-20 diş. • Kalıcı dişler için 0 ila 32 diş.	Ağız ve Diş Muayenesi formu	Sürekli

Tablo 1(devam). Bağımlı değişkenler tanımı ve ölçütleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi skoru (ABDS)	Annelerin ağız sağlığıyla ilgili bilgi düzeyi (ABDS), annelerin ağız sağlığı konusundaki bilgilerinin anketten seçilen 10 sorudan oluşan toplam puandır. Skor 0-10 arasında, 0'se tüm cevaplar yanlış ve 10'se maksimum puandır (tüm cevaplar doğru). Bu skorlara göre anneler 3 gruba ayrıldı: • Zayıf bilgili 0-3 doğru cevap. • Orta bilgili 4-6 doğru cevap. • İyi bilgili, 7 ve üzeri doğru cevap.	Anket	Sürekli
Anneler ağız sağlığına yönelik davranışları	Annelerin davranışı, çocukların ağız sağlığını önemli etkileyen bir faktördür. Annelerin ağız sağlığına yönelik olumlu ve olumsuz davranışlarını belirleyerek ve sosyodemografik değişkenler ile annelerin davranışları arasındaki ilişkiyi analiz edildi.	Anket	Nominal

3.5.3.2.1. Çocukla İlgili Değişkenler

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Yaş	Diş muayenesi yapıldığı zamanında çocuğun yaşı (4-6 yaş)	Anket	Sürekli
Cinsiyet	Muayene edilen çocuk cinsiyeti	Anket	Dikotom
Kaçıncı çocuk	Kardeşlerin arasında çocuk numarası.	Anket	Kesikli
Ağız Hijyeni Özellikleri	Çocuk iyi bir ağız hijyeni elde etmek; Dişlerini fırçalamak için kullanılan aletler ve malzemeler. • Diş fırçası ve macunu • Gargara • Diş ipi • Diğer • Ağız hijyeni yöntemlerinin kombinasyonu Dişleri fırçalıyorsa günde ne sıklıkla dişleri fırçalıyor: ○ Bazen veya hiç ○ Günde bir kez ○ Günde 2 kez ○ İki kereden fazla	Anket	Nominal

Tablo 2(devam). Çocukla ilgili değişkenler tanımı ve ölçütleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Karyojenik yiyecekler (şekerli ve yapışkan gıdalar) tüketimi	Karyojenik yiyecekler diş çürüklerini geliştirme riskini artırabilecek her tür gıdadır. Günlük tüketim olarak sınıflandırılan sıklığını incelemek için karyojenik gıda tüketimi 4 gruba ayrıldı: • 1 kez • 2 kez • 3 kez • 4 kereden fazla 4 kez ve üzeri grup, tüketimin yemek zamanlarını aştığı anlamına gelir.	Anket	Nominal
Biberon kullanımı	Biberonla beslenme, diş çürüklerinin gelişmesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir ve çocukların ağız sağlığına bir etkiye sahiptir. Buna göre biberonla besleme, yaş gruplarına göre sorgulandı ve gruplandırılır: • Kullanılmadı • 2 yaşına kadar kullanıldı • 3 yaşına kadar kullanıldı • 4 yaşına kadar kullanıldı • 5 yaşına kadar kullanıldı	Anket	Nominal

3.5.3.2.2. Çocuk Diş Tedavisi Deneyimi

Tablo 3. Çocuk diş tedavisi deneyimi değişkenler tanımı ve ölçütleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Çocuk diş hekimine gitmesi sıklığı	Diş hekimine gitme sıklığı, ailede diş sağlığı önemini ve çocuğun dişhekimine gidip gitmediği belirlendi. Çocuğun diş hekimine ne sıklıkla gittiği soruldu ve buna göre 3 gruba ayrıldı: • Hiç başvurmadı • Ağız ve diş sorunu varsa başvuruldu • Düzenli diş hekimine giden	Anket	Nominal
Diş hekimine gitmeme nedeni	Dişhekimine gitmeme nedenleri. Diş sağlığı kliniğine hiç gitmemiş olan çocukların nedenleri incelenmiştir. Buna göre, cevaplar gruplandı: • Diş hekiminden korkusu (çocuk veya annesi) • Yüksek tedavi maliyeti • Yakında diş hekimi yok • Çocuğun diş sorunu yok • Diğer	Anket	Nominal

Tablo 3(devam). Çocuk diş tedavisi deneyimi değişkenler tanımı ve ölçütleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Son diş hekimine gittiğinde çocuğun şikâyeti	Diş tedavisi gören veya daha önce dişhekimine giden çocuklar için, ana nedeni, ağız sağlığını önemi analizi etmek için yapılan en son dişhekimliğine gittiğinde, ana şikayetleri incelendi ve gruplandırıldı; • Diş çürüğü • Diş ağrısı • Dişetinde şişme • Kötü koku • Düzenli muayene • Diş gıcırdatma • Diğer	Anket	Nominal
Seçilmiş tedavi	En son diş ve ağız sağlığı muayenesi sırasında hastaya yapılan tedavi seçenekleri: • Hiçbir şey • Diş temizliği • Diş çekimi • Dolgu • Kanal tedavisi • Diğer	Anket	Nominal

3.5.3.2.3. Annenin ilgili değişkenleri Sosyo-demografik Değişkenler

Tablo 4. Annenin ilgili değişkenleri Sosyo-demografik Değişkenler

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Yaş	Anketin cevaplama zamanında annenin yaşı.	Anket	Sürekli
Medeni durumu	Ankete cevap verdiklerinde annenin medeni durumu. Cevaplar şöyle gruplandı: • Evli • Bekar • Ayrılmış/ boşanmış • Bilmiyorum/ Kabul etmedi	Anket	Nominal
Aile tipi	Aile tipi soru yanıtlandı ve 3 kategoriye ayrıldı: • Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk) • Geniş aile (anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar) • Ayrılmış aile (anne ve baba ayrı yaşıyor)	Anket	Nominal
Çocuk Sayısı	Ailenizdeki çocuk sayısı	Anket	Kesikli

Tablo 4(devam). Annenin ilgili değişkenleri Sosyo-demografik Değişkenler

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Eğitim düzeyi	Annenin eğitim düzeyi belirlemek için annenin ulaştığı son eğitim seviyesi soruldu. Cevap 8 kategoriye ayrıldı: • Okur-yazar değil • Okur-yazar • İlk okul • İlk öğretim/ orta okul • Lise • Ön lisans • Lisans • Lisans üstü Ve sonra bu gruplar iki ana sınıfa ayrıldı: • Lise altı • Lise ve lise üstü	Anket	Nominal Dikotom
Çalışma durumu	Annenin çalışıp çalışmadığını belirlemek için annelerin çalışma durumu evet veya hayır ile cevaplandı.	Anket	Dikotom

3.5.3.2.4. Annenin Davranışıyla İlgili Değişkenler

Tablo 5: Annenin Davranışıyla İlgili Değişkenler

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Annelerin çocukları dişlerini fırçalarken rolü.	Annenin çocuğunu ağız sağlığına yönelik rolü. Annelerinin çocuklarının ağız sağlığına yönelik rolü şöyle gruplandırılmıştır: • Denetler ve izler • Tavsiye eder ancak izlemez • Çocuğun dişleri kendisini fırçalıyor • Diğer	Anket	Nominal
Diş macunu florür içeriği.	Kullanılan diş macunu florür içeriği sahip olup olmadığını, cevaplar evet, hayır veya bilmiyor.	Anket	Dikotom
Ailede ağız ve diş sağlığı önemi	Ebeveynler ağız sağlığına önem verip vermediklerini soruldu ve ailede ağız sağlığının önemli olup olmadığını, soru cevapları evet veya hayırdı	Anket	Dikotom
Diş tedavisine yönelik korku	Annelerin diş fobisi soruldu ve cevapları evet veya hayırdı.	Anket	Dikotom
Diş hekimine gitme sıklığı	Annelerin dişhekimine gitme sıklığı, soru 3 altgrup olarak cevaplandı: • Diş sorunu olunca • Altı ayda bir • Yılda bir	Anket	Nominal

3.5.3.2.5. Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri

Tablo 6: Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Süt dişlerin önemi	Süt diş çürüklerinin önemi, süt diş çürükleri önemli midir? Soru cevaplamak için, 3 seçenek vardı evet, hayır veya bilmiyor. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
Süt dişlerin kalıcı dişlere etkisi	Primer dişlerdeki çürüklerin kalıcı dişler üzerinde etkisi var olup olmadığını. Cevaplar evet, hayır veya bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
Tatlı ve yapışkan gıdaların ağız sağlığı üzerine etkisi	Tatlı ve yapışkan gıdalar ağız sağlığını nasıl etkileyebilir? Soru çoktan seçmeli soru olarak soruldu ve cevapları: • Diş çürüğü nedeni • Diş eğri sıkışık olmasına nedeni • Dişeti kanamasına nedeni • Bilmiyorum Eğer cevap, diş çürüğü nedeni olabilir seçilmişse doğru cevap olarak kabul edildi, diğer cevaplar yanlıştır. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom

Tablo 6(devam). Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Anne sütü tüketimi gece geç saatlerinde	Uyumadan önce gece geç saatlerinde emzirmek diş çürüklerini nedeni olabilir mi? Cevaplar evet, hayır veya bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
Biberon gece geç saatlerde beslenme	Biberonla besleme diş çürüklerini nedeni olabilir mi? Cevaplar evet, hayır veya bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
4-6 yaş çocuklarının ağızı ve dişleri mükemmel bir şekilde temizleyebilmeleri	4-6 yaş arası çocukların ağızı ve dişleri mükemmel bir şekilde temizleme yeteneği sahip midir? Cevaplar evet, hayır ya da bilmiyorum. Hayır seçilmişse doğru olarak kabul edilir. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
Diş çürüğü üzerinde florür etkisi	Florür diş çürüğünü engelleyebilir mi? Cevaplar evet, hayır ya da bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
Ebeveynlerden yayılan karyogenik mikroorganizmalar	Kariojenik mikroorganizmalar öpüşmekten, emzik veya kaşıklar yoluyla ebeveynlerden bulaşır mı? Cevaplar evet, hayır ya da bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom

Tablo 6(devam). Annenin Bilgi ile İlgili Değişkenleri

Değişken	Tanımı	Kaynak	Ölçek
Ağız sağlığı ve genel vücut sağlığı ilişkisi	Genel vücut sağlığı ve ağız sağlığı arasında bir ilişki var mı? Cevaplar evet, hayır ya da bilmiyorum. Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı.	Anket	Dikotom
İlk kez diş hekimine gitmek için yaşı	Çocuğunuzu diş hekimine götürmek için en iyi yaş nedir? Cevaplar: • 1 yaşından önce • 1-3 yaşında • 4-6 yaşında • Daimî dişleri çıktığında • Diş ağrısı olduğunda Cevaplar doğru veya yanlış olarak sınıflandırıldı. Eğer 1 yaşından önce seçilmişse doğru olarak kabul edildi.	Anket	Dikotom

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler yüz yüze görüşme ile gerçekleştirildi ve iki form kullanıldı. Formlar Anket formu ve Muayene formuydu.

1. Anket formu: Çocukların sosyodemografik değişkenleri, çocuk davranışları ve diş hekimine götördüklerinde deneyimlerini incelemek için kullanıldı. Ayrıca, annenin ağız sağlığı konusundaki bilgi ve ağız sağlığına yönelik davranışlarıyla ilgili ankette soruldu. 27 maddeden oluşan bir anket hazırlandı. Anketimiz Chahbra et al 2012⁸⁰ araştırmasından ve Texas sağlık hizmeti departmanı tarafından geliştirilen Oral sağlık araştırmasından⁸¹ anketi hazırlandı ve bazı sorular eklendi. Bu anket 4-6 yaş arası çocukların annelerine verilecek ve gözlem altında doldurulması istenip ve gerekirse tüm sorular açıklandı. Annelerin ağız sağlığı konusunda bilgisi değerlendirmek için bilgi düzeyi ilgili ankette 10 soru soruldu. Doğru cevap seçtiklerinde 1 puan verildi ve toplam puan 1'den 10 arasındadır.

2. Muayene formu: araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar, dmft skortlama standartlarına göre muayene edildi ve genel dmft skorunu elde etmek için çürük, kayıp ve dolu diş sayısı sayılarak hastanın ağız sağlığını kaydetmek için muayene formu kullanılmıştır. Muayeneler  ocuk sağlığı polikliniğinde gerçekleştirilmiş olup tek kullanımı diş aynası ve diş probu ile yapıldı ve çocukların ağız ve diş muayeneleri araştırmacı tarafından yapıldı ayrıca puanları dmft (  r k, eksik, dolu, diş sayısı) formu kullanılarak hesaplandı. DMF indeksleri kalıcı dişler için kullanılır. Süt dişler için dmf indeksi olarak küçük harflerle açıklanmaktadır. Bu endeksin en önemli avantajı, çok basit olması ve belirli durumlara uyarlanabilmesidir. Bu nedenle uzun yıllar kabul edildi.

3.7.Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma Eylül 2017'den literatür taraması ile başlandı. Literatür taraması Haziran 2018'e kadar devam etti.

Etik kurulu onayı Ocak 2018'de tamamlanması beklendi. Ancak, şubat 2018'de elde edildi. Etik kurludan onayı alındıktan sonra, üçüncü aşama Dokuz Eylül  niversitesi hastanesinde ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi diş kliniğinde yapılan veri toplama başlandı. Araştırmada kısıtlamalardan dolayı, reddedilme ve çalışmanın katılmayı kabul edilme, ayrıca, kliniklere gelen hasta sayısının günde 3 ila 8 arasında (günde kliniği kayıtlardan beklenen 4-6 yaşında hasta sayı günde 10-15) ve bazı hastaların sağlık durumları dolayı araştırmaya katılmayı müsait olmadıkları için araştırmaya alınamadı. Dolayısıyla, belirtilen nedenlerden dolayı veri toplama işlemi mayıs ayı sonunda tamamlandı.

Çalışma grubunun özelliklerini ve özelliklerini incelemek için verilerin analiz ve yorumlama aşaması.

Son aşamada, çalışmanın sonuçlarının ve sonuçları yazma başlaması için çalışma sonuçlarının tartışılması.

Daha sonra tez çalışmasının gözden geçirilmesi ve tezin savunulması.

Tablo 7. Araştırmanın Takvimi

	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019
Literatür tarama																		
Etik kurul onayı alınması																		
Verilerin toplanması																		
Analiz ve yorumlama																		
Araştırma yazımı																		
Tez sunumu																		

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı analizde sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma (S) olarak verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzdelere olarak verildi. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmek için T testi, ki-kare, ANOVA testleri uygulandı. Yaş, cinsiyet, sosyodemografik özellikler sıklık ve yüzde olarak sunuldu.

27 maddeden oluşan ankette, bilgi soruları puanlandı ve genel bilgi seviyesi hesaplandı (toplam 10 soru, her doğru cevap 1 puan olacaktır) ve ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyrek değerler hesaplandı.

Dmft skoru muayene ile belirlendi. Ortalama, ortanca, standart sapma ve çeyrek değerleri hesaplandı.

Bağımsız değişkenlere göre ortalama puanlar arasındaki fark t-testi ile analiz edildi. Bağımsız değişkenler ile davranış özellikleri Ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi ile dmft skorunu belirleyen etmenler ve annenin

ağız diş sağlığı bilgi düzeyini etkileyen etmenler değerlendirildi. Annenin bilgi düzeyi bağımlı değişken olarak incelenen lojistik regresyonda, anne yaşı, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, annenin diş hekimine gitme sıklığı, aile hekimi/çocuk doktorunun tavsiyesi ve muayene yeri bağımsız değişkenler olarak modele alınmıştır. Çocuğun dmft skoru bağımlı değişken olduğunda, çocuk yaşı, çocuk sayısı, anne eğitim düzeyi, diş fırçalama sıklığı, biberon kullanımı, anne bilgi düzeyi skoru, karyojenik gıda tüketim sıklığı bağımsız değişken olarak modele alındı. Her iki modelde de ileriye doğru seçme yöntemi ve Wald istatistiği ile son modele ulaşılmıştır. Çocuğun dmft skoru ile ilgili modelde anne eğitimi ve anne bilgi düzeyi skoru arasında çoklubağlantı olduğu görülerek, bu değişkenler iki ayrı modelde incelendi. Analizler SPSS ver. 24.0 ile yapıldı.

3.9.Araştırmanın Sınırlıkları

Çocuğun annesiyle gelmemesi araştırmaya katılmayı engelledi.

Bilişsel olarak ankette katılmaya uygun olmayan anneler ve Çocuğun genel sağlığı ankette katılmaya müsait olmadığı durumlarda bu kişiler araştırmaya dahil edilemedi.

1. Bilgi soruları için araştırmanın yaş grubuna göre standart bir anket bulunmadığı için araştırmacının geliştirdiği bir anket kullanıldı.
2. Davranış soruları için hafıza faktörü yanıtların doğruluğunu kısıtlamaktadır.

3.10. Etik kurulu onayı

Etik komite onayı girişimsel olmayan araştırma etik kurulundan alındı ve araştırmanın yürütülmesi için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından onaylandı.

- 08.02.2018 tarihinde, Dokuz Eylül Üniversitesi, girişimsel-olmayan araştırma komitesi, Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Karar no: 2018 / 04-37

4. BULGULAR

4.1. Çalışma popülasyonunun sosyodemografik özellikleri

Çalışma grubu 261 okul öncesi çocuk ve annelerinden oluşuyordu. Katılan çocukların 126'sı erkek (%48.7) ve 135'i kızdır (%51.7). Araştırmaya dahil edilen 4, 5 ve 6 yaşlarındaki çocukların yüzdesi sırasıyla %31.4, %30.7 ve %35.2 idi. Bu çocukların %70.1'i aile sıralamasında ilk çocuktur, %23'ü ikinci ve %6.9'u ailede üçüncü sırada yer almıştır. Hastaların %80.5'i Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi genel pediatri polikliniğinde %19.5'i Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde ağız ve diş sağlığı polikliniğinde görüşülerek muayene edilmiştir.

Tablo 8. Çalışma grubunu sosyo-demografik özellikleri

Değişken	Sayı	
	N	%
Cinsiyet		
Erkek	126	48.3
Kız	135	51.7
Çocuk yaşı		
4	89	31.4
5	80	30.7
6	92	35.2
Çocuğun sırası		
1	183	70.1
2	60	23.0
3	18	6.9
Veri toplama yeri		
Çocuk sağlığı polikliniği	210	80.5
Diş sağlığı polikliniği	51	19.5
Toplam	261	100.0

Tablo 9. Annelerin sosyo-demografik özellikleri

Değişken		Sayı	
		N	%
Yaş grubu	26 yaş ve altı	49	18.8
	27-37	168	64.4
	37 yaş ve üzeri	44	16.9
Medeni durumu	Evli	252	96.6
	Diğer	9	3.4
Aile tipi	Çekirdek aile (anne, baba ve çocukları)	222	85.1
	Diğer (Büyük aile ve ayrılmış aile)	39	14.9
Çocuk sayısı	1	111	42.5
	2	113	43.3
	3 ve üzeri	37	14.2
Eğitim düzeyi	İlk okul	36	13.8
	Orta okul	66	25.3
	Lise	97	37.2
	Ön lisans	21	8.0
	Lisans ve lisansüstü	41	15.7
Çalışma durumu	Çalışan	86	33.0
	Çalışmayan	175	67.0
Toplam		261	100.0

Anneler yaşlarına göre 3 kategoride gruplandırılmıştır. Annelerin yaklaşık üçte ikisi (%64.4) 27-37 yaşlarında, %18.8'i 26 yaşından küçük, %16.9'u ise 37 yaş ve üzerindedir. Annelerin ortalama yaşı 31.62 ± 5.49 idi. Neredeyse tüm anneler, veri topladığımız zamanda evliydi (%96.6). Aileler çoğunluğu sadece ebeveynler ve çocukları içeren çekirdek ailelerdir (%85). Ailelerin çoğunda bir çocuk (%42.5) veya iki çocuk (%43.3) vardı. Annelerin eğitim düzeyi göz önüne alındığında, annelerin çoğu ilkököl veya ortaokul eğitimi almışken, annelerin dörtte biri önlisans, lisans veya lisansüstü eğitim almışlardır (%8'i önlisans, %15.7'si lisans ve lisansüstü). İlkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların oranı sırasıyla %13.8, %25.3 ve %37.2 idi. Annelerin yaklaşık üçte ikisi (%67) ev hanımı %33 ü çalışıyordu.

4.2.Çalışma grubunu ağız ve diş sağlığı davranışları

Tablo 10. Ağız sağlığı davranışları

Değişkenler		Sayı	
		N	%
Diş fırçalama	Fırçalayan	205	78.5
	Fırçalamayan	56	21.5
Kullanılan ağız hijyeni metodu	Diş fırçası ve macunu	261	100
	Gargara	8	3.1
	Diş ipi	6	2.3
	Diğer	4	1.5
Çocuğun diş fırçalaması annenin rolü	Denetler ve izler	200	76.7
	Tavsiye eder ama izlemez	61	32.3
Çocuğun günlük karyojenik gıdalar tüketimi	3 kez ve daha az	136	52.1
	4 kez ve üstü	125	47.9
Emzik kullanımı	Hiç kullanılmamış	92	35.3
	2 yaşına kadar kullanıldı	104	39.8
	2 yaşından sonra	65	24.9
Biberon kullanımı	Hiç kullanılmamış	37	14.2
	2 yaşına kadar kullanıldı	89	34.1
	2 yaşından sonra	135	51.7
Toplam		261	100.0

Çocukların%78.5'i dişlerini düzenli fırçalayanlar olarak kabul edildi, bunların%66.3'ü sadece günde bir kez, % 21.5'i fırçalamayan veya bazen fırçalayan olarak kabul edildi. Çocukların ağız hijyeni korunmasında tercih edilen yöntem olarak diş fırçası ve macunu kullanıldığı belirtildi, daha az sayıda anne gargara (%3.1), diş ipi (%2.3) ve diğer yöntemler (%1.5), örneğin parmaklarını veya temizlik kağıtlarını kullandıklarını söylediler. Annelerin çocuklarına yönelik fırçalama rolü ve davranışları 3 kategoriye ayrılmıştır. Annelerin çoğunluğu (%64.8) çocuklarını diş fırçalama davranışına yönelttiğini, denetleyip izlediklerini söylediler, annelerin %32.1'inin tavsiye edip izlemedikleri ve %11.9'unun da çocuklarının dişlerini kendisini fırçaladıklarını söylediler. Tatlılar, çikolatalar, yapışkan gıdalar vb dahil olmak üzere, çocukların karyojenik gıdaları tüketimi 2 gruba ayrılmıştır, günde 3 kez veya daha

az tüketen veya günde dört kez ve daha fazla tüketen olarak sınıflandırılmıştır. Yaklaşık çocukların yarısı (%52.1) günde üç kez veya daha az karyojenik gıda tüketmiş, %47.9'u günlük olarak dört kez veya daha fazla karyojenik gıda tüketmiştir. Çocukların üçte biri emzik kullanmıyordu ve diğer üçte biri sadece iki yaşına kadar kullanmıştı. Ayrıca, 3 yaşından daha uzun süredir biberon kullananlar yarısından (%51.8) daha fazla kullanıldığı için, biberonla besleme daha yaygındı. Ebeveynlerin %54 ünün, tercih edilen diş macununun florürlü olup olmadığını bilmediği bulunmuştur.

Tablo 11. Ağız sağlığı davranışları ve ağız sağlığı hizmetleri kullanımı

Değişken		Sayı	
		N	%
Flörürlü diş macunu kullanımı	Evet	39	14.9
	Hayır	81	31.0
	Bilmiyorum	141	54.1
Ailede ağız sağlığı önemi	Evet	230	88.1
	Hayır	31	11.9
Ağız sağlığı hizmetleri kullanımı	Hiç gitmedi	183	70.1
	Diş sorunları olunca	44	16.9
	Düzenli	34	13.0
Diş hekimine gitmeme nedeni	Odontofobi	28	15.4
	Tedavi maliyeti	7	3.9
	Diş hekimi yakın olmaması	3	1.7
	Diş sorunu yoktur	128	69.9
	Diğer	17	9.2
Ana şikayeti son diş hekimine gittiklerinde	Diş çürüğü	22	28.6
	Diş ağrısı	15	19.5
	Düzenli	27	35.0
	Periodontal ve diğer hastalıklar	13	16.9

Tablo 11(devam). Ağız sağlığı davranışları ve ağız sağlığı hizmetleri kullanımı

Değişken		Sayı	
		N	%
Seçilmiş tedavi yöntemi son diş hekimine gittiklerinde	Tedavi yapılmadı	26	33.7
	Temizleme	19	24.7
	Diş çekimi	9	11.7
	Konservatif tedavi (dolgu) ve kanal tedavisi.	23	29.9
Seçilmiş tedavi yöntemi son diş hekimine gittiklerinde	Dental muayene	45	58.4
	Diş çekimi	9	11.7
	Koruma, konservatif ve kanal tedavisi	23	29.9
Annede odontofobi	Evet	87	33.3
	Hayır	174	66.7
Annenin diş hekimine gitme sıklığı	6 ayda 1	7	2.7
	Yılda 1	69	26.4
	Diş sorunu olunca	185	70.9
Çocuk doktoru ve aile hekiminin ağız sağlığıyla ilgili önerileri	Tavsiye etmiyor	214	82.0
	Tavsiye ediyor	47	18.0
Toplam		261	100.0

Ağız sağlığı hizmetleri kullanımı ve geçmişte dişhekime gitme deneyimleri göz önüne alındığında, çocukların neredeyse dörtte üçü (%70.1) daha önce hiç diş tedavisi almamış, %16.9'u sadece diş ve ağız sorunları olduğu için gitmiş, ve sadece% 13 ünü düzenli ziyaretleri olduğunu belirtmiştir. Dişhekimlerine gitmeme nedenleri sorgulandığında annelerin büyük çoğunluğu (%69.9) çocuklarının diş problemleri yaşamadığı ve bunun ardından odontofobi (%15.3) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, diş tedavisi masrafları, dişhekimliği hizmetlerinin yakın olmaması ve diğer nedenler, örneğin, dişhekime çocuğu götürebilmek için yeterli zaman bulunmuyor vb., çocuğu dişhekime götürmemenin sebepleri olarak kabul edildi. Son dişhekimi muayenesi sırasında çocukların (%28.6) ana nedenleri diş çürüğü, ardından diş ağrısı, (sürme) ve diş eti problemleri ve parafonksiyonel alışkanlıklar gibi diğer nedenlerden şikayetçi

olmuştur. Çocukların yarısından fazlası (%58.4) son dişhekime gittiklerinde diş muayenesi yapılmıştır ve herhangi bir tedavi uygulanmamış ve sadece diş muayenesi ve dişleri temizleme uygulanmıştır. Ancak, önleyici, konservatif tedavi ve kanal tedavisi ikinci uygulanan tedavi yöntemi (%29.9) ve bu çocukların %11.7'sine uygulanan tedavi ekstraksiyondur. Çocukların diş muayenesi sıklığıyla benzer şekilde, annelerin %70.9'u diş sorunları olduğunda diş hekimine gitmektedir, %26.4'ü yılda bir kez, %2.7'si ise 6 ayda bir kez gitmektedir.

4.3. Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi

Tablo 12. Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlar

Değişken		Sayı	
		N	%
Süt dişleri önemi	Evet	125	47.9
	Hayır	86	33.0
	Bilmiyorum	50	19.2
Süt dişleri çürüğü daimi dişleri etkiler mi?	Evet	52	19.9
	Hayır	102	39.1
	Bilmiyorum	107	41.0
Karyojenik gıdaların etkisi	Diş çürüğü nedeni	251	96.2
	Periodontal hastalıklar nedeni	23	8.8
	Dişler sıkışık olmasına nedeni	22	8.4
	Bilmiyorum	5	1.9
Gece emzirme diş çürüğü nedeni olabilir mi?	Evet	32	12.3
	Hayır	148	56.7
	Bilmiyorum	81	31.0
Gece biberon kullanımı diş çürüğü nedeni olabilir mi?	Evet	117	44.8
	Hayır	62	23.8
	Bilmiyorum	82	31.4
4-6 yaşta çocukları dişleri mükemmel bir şekilde diş fırçalama yeteneği sahip midir?	Evet	83	31.8
	Hayır	161	61.7
	Bilmiyorum	17	6.5

Tablo 12 (devamı). Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlar

Değişken		Sayı	
		N	%
Flörürün diş çürüğüne etkisi	Koruyucu	65	24.9
	Koruyucu değil	56	21.5
	Bilmiyorum	139	53.3
Çürük yapan mikroorganizmalar ebeveynlerden bulaşabilir mi?	Evet	118	45.2
	Hayır	68	26.1
	Bilmiyorum	75	28.7
Genel vücut sağlığı ağız sağlığını etkiler mi	Evet	187	71.6
	Hayır	37	14.2
	Bilmiyorum	37	14.2
Çocuğu ilk kez diş hekimine götürmek için en uygun zaman	1 yaşından önce	3	1.1
	1-3 yaş	71	27.2
	4-6 yaş	96	36.8
	Daimî dişleri çıktığında	70	26.8
	Diş sorunu olunca	21	8.0
Toplam		261	100.0

Annelerin ağız sağlığı bilgisi, doğru cevapların toplam skoru olarak analiz edilmiştir. Annelerin yarısı (%47.9) diş sağlığında süt dişlerin önemli bir rol oynadığını bilmektedir. Ayrıca, süt dişleri çürüğü ve hastalıkları daimî dişlerine etkisi sahip olup olmadığı sorduğumuzda, beş annede sadece bir tanesinin (%19.9) evet olarak cevapladı ve doğru bir ifade olarak olduğunu kabul ettiler.

Neredeyse tüm anneler (%96.2), karyojenik gıda tüketiminin diş çürüğü gelişimine yol açabileceğini düşünmektedir. Az sayıda anne karyojenik gıdaların periodontal hastalıkları nedeni ve dişleri sıkışık olmasına yol açan bir faktör düşünmektedir. Annelerin büyük çoğunluğu (%56.7), gece geç saatlerinde emzirmeyi diş çürükleri için predispozan ve nedensel bir faktör olarak düşünmemekte ve annelerin%33'ü gece emzirmesinin diş çürümesine neden olup olmayacağını bilmemektedir. Ancak biberonla beslenme konusu sorduğumuzda annelerin çoğu (%44.8), gece geç saatlerde biberonla beslenme diş çürüğü neden olabileceğini

düşünmektedirler. Annelerin %52.3'ü diş çürüklerinin önlenmesinde florürün önemli bir rol oynadığını bilmemektedir.

Annelerin %61.7'si 4-6 yaşlarındaki çocukların dişlerini mükemmel bir şekilde diş fırçalama yeteneği sahip oldukları ve iyi bir ağız sağlığı hijyeni sağlayamayacağını düşünürken, sadece % 31.8'i çocuklarının mükemmel bir şekilde fırçalama kabiliyetine sahip olduğunu düşünmektedir. Annelerin yarısı (%45.2) karyojenik mikroorganizmaların ebeveynlerden çocuklarına ortak kaşık ya da öpüşmeler yoluyla çocuklarına yayılabildiğini ve annelerin %71.6'sının diş ve genel vücut sağlığı arasındaki ilişkiye düşündükleri bulunmuştur. Annelerin sadece %1.1'i, ilk dişin ağıza çıktığı zamanında, çocukları diş hekimine götürme zamanı en uygun olduğu bilmektedir. Annelerin kalan büyük çoğunluğu (%98.9) ise, çocuklarının diş hekimine götürmek için en doğru zaman olduğunu bilmemektedir. 4-6 yaşları arasındaki çocuklarını diş hekimine götürmek için en uygun zaman olduğunu düşünen annelerin sayısı yüksektir (%36.8).

Doğru cevap sayısı hesaplanmış ve ağız sağlığı bilgi puanı toplam 10 üzerinden değerlendirilmiştir. Ortalama annelerin ağız sağlığı bilgi puanı 4.24 ± 1.94 olarak bulunmuştur. Annelerin bilgilerine göre 3 gruba ayrıldığımızda, düşük, orta ve iyi bilgi sırasıyla %37.5, %33.0 ve %29.5 olarak bulunmuştur.

Tablo 13. Anne ve çocuğa ait bazı değişkenlerin ortalama ve ortanca değerleri

Değişkenler	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca	Çeyrek değeri	
Anne yaşı	31.62 ± 5.49	30.00	25	28.00
			50	30.00
			75	35.00
Annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi	4.24 ± 1.94	4.00	25	3.00
			50	4.00
			75	6.00
Çocuğun çürük diş sayısı	2.08 ± 2.28	2.00	25	0.00
			50	2.00
			75	3.00

Tablo 13. (devamı) Anne ve çocuğa ait bazı değişkenlerin ortalama ve ortanca değerleri

Değişkenler	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca	Çeyrek değeri	
Çocuğun kayıp diş sayısı	0.04 $\pm$ 0.29	0.00	25	0.00
			50	0.00
			75	0.00
Çocuğun dolgulu diş sayısı	0.19 $\pm$ 0.76	0.00	25	0.00
			50	0.00
			75	0.00
Çocuğun dmft skoru	2.32 $\pm$ 2.39	2.00	25	0.00
			50	2.00
			75	3.00

Tablo 14. Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi ve çocukların dmft skoru dağılımı

Değişken		Sayı	
		N	%
Annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi	Düşük bilgi düzeyi (1-3)	98	37.5
	Orta bilgi düzeyi (4-6)	86	33.0
	İyi bilgi düzeyi (6 ve üzeri)	77	29.5
dmft	Belirgin diş çürüğü yok	75	28.7
	Düşük dmft skoru (1-3)	123	47.2
	Yüksek dmft skoru (4 ve üzeri)	63	24.1
Toplam		261	100.0

Çocukların ağız sağlığı muayenesi, süt dişler için dmft skorlama sistemi ile çocukların %71.3'ünün diş çürüğü deneyimi geçirdiğini göstermiştir. %47.2'sinde düşük çürük sayısı, %24.1'inin yüksek çürüğü bulunmuştur ve sadece % 28.7'sinin gözlenen çürüğü yoktur. dmft skorunun ortalama değeri 2.32 $\pm$ 2.39 idi. Ortalama değerler çürük diş sayısı için 2.08 $\pm$ 2.28, eksik dişler için 0.08 $\pm$ 0.29 ve doldurulan dişler için 0.19 $\pm$ 0.76 idi.

Tablo 15. Bağımsız değişkenlere göre annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyinin dağılımı

		Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi grubu								P değeri
		Düşük bilgi düzeyi		Orta bilgi düzeyi		İyi bilgi düzeyi		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Anne eğitim düzeyi	İlk okul	29	80.6	5	13.9	2	5.6	36	100	0.001
	Ortaokul ve lise	61	37.4	59	36.2	43	26.4	163	100	
	Önlisans, lisans ve üzeri	8	12.9	22	35.5	32	51.6	62	100	
Anne çalışma durumu	Çalışan	16	18.6	30	34.9	40	46.5	86	100	0.001
	Çalışmayan	82	46.9	56	32.0	37	21.1	175	100	
Anne diş hekimine gitme sıklığı	Diş sorunu olunca	82	44.3	64	34.6	39	21.1	185	100	0.001
	Düzenli giden	16	21.1	22	28.9	38	50.0	76	100	
Çocuk sağlığı ve aile hekimi ağız sağlığına yönelik tavsiyeler	Tavsiye edilmedi	91	42.5	66	30.8	57	26.6	214	100	0.002
	Tavsiye edildi	7	14.9	20	42.6	20	42.6	47	100	
Anne yaş grubu	26 yaş ve altı	19	38.8	22	44.9	8	16.3	49	100	0.170
	27-36 yaş	64	38.1	50	29.8	54	32.1	168	100	
	37 yaş ve üzeri	98	34.1	86	31.8	77	34.1	44	100	

Tablo 15. (devam) Muayene yerine göre annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyinin dağılımı

		Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi								P değeri
		Düşük bilgi düzeyi		Orta bilgi düzeyi		İyi bilgi düzeyi		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Veri toplama yeri	Çocuk sağlığı polikliniği	90	42.9	67	31.9	53	25.2	210	100	0.001
	Diş sağlığı polikliniği	8	15.7	19	37.3	24	47.1	51	100	

Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi ile annenin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p = 0.001$), annenin eğitim durumu daha yüksek olduğunda, annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi de daha yüksektir. Buna ek olarak, çalışan anneler, çalışmayan annelerle karşılaştırıldığında, çalışan anneler daha iyi ağız sağlığı bilgi düzeyine sahiptir ($p=0.001$). Diş hekimine düzenli olarak gitmek, daha iyi ağız sağlığı bilgi düzeyine sahip olmakla ilişkilidir ($p= 0.001$) ve çocuk doktoru ya da aile hekiminin diş hekimine sevk etmesi arasında, annelerin ağız sağlığı bilgi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bununla birlikte, annenin yaş grubu, annenin ağız sağlığı bilgisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 16. Bağımsız değişkenlerin annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyine etkisi (OR, %95 GA)

		Anne ağız sağlığı bilgi düzeyi		OR	Güven aralığı
		Düşük bilgi düzeyi	İyi bilgi düzeyi		
		N	N		
Anne eğitim düzeyi	Ön lisans, lisans ve lisans üstü (referans)	8	32	1.00	
	Orta okul ve lise	61	43	5.67	2.38 – 13.51*
	İlk okul	29	2	58.00	11.38 – 295.70*
Anne çalışma durumu	Çalışan (referans)	16	40	1.00	
	Çalışmayan	82	37	5.54	2.76 – 11.13*
Anne diş hekimine gitme sıklığı	Düzenli giden (referans)	16	38	1.00	
	Diş sorunu olunca	82	39	4.99	2.49 – 10.03*
Çocuk sağlığı ve aile hekimi doktoru ağız sağlığıyla ilgi tavsiyeler ve sevk etmesi	Tavsiye edildi (referans)	7	20	1.00	
	Tavsiye edilmedi	91	57	4.56	1.81 – 11.47*

*istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 16 (devamı). Bağımsız değişkenlerin annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyine etkisi (OR, %95 GA)

		Anne ağız sağlığı bilgi düzeyi		OR	GA
		Düşük bilgi düzeyi	İyi bilgi düzeyi		
		N	N		
Anne yaş grubu	26 yaş ve altı (referans)	19	8	1.00	
	27-36 yaş	64	54	0.50	0.20 – 1.23
	37 yaş ve üzeri	98	77	0.54	0.22 – 1.29
Veri toplama yeri	Çocuk sağlığı polikliniği (referans)	90	53	1.00	
	Diş sağlığı polikliniği	8	24	0.20	0.08 – 0.47*

*istatistiksel olarak anlamlı

Düşük bilgi düzeyi olan grubunu iyi bilgi düzeyi olan anneler grubuyla karşılaştırdığımızda, ortaokul ve lise bitiren annelerin, ağız sağlığı açısından kötü ağız sağlığı bilgi düzeyi riski (OR=5.67, %95 GA 2.38 – 13.51) kat daha yüksektir; sadece ilköğretime bitiren anneler, ağız sağlığı bilgisinin yetersiz olması nedeniyle (OR58, 11.38 – 295.70) kat daha fazla düşük bilgi düzeyi risk taşırlar. Ayrıca çalışmayan annelerin çalışan annelere göre, ağız sağlığı bilgilerinin yetersiz olması riski 5 kat daha yüksektir.

Diş ziyareti sıklığı, annenin ağız sağlığı bilgisini önemli ölçüde etkiler. Örneğin, diş hekimlerine ancak diş sorunları olduğunda giden anneler, düzenli olarak diş hekimini giden annelerle kıyaslandığında 5 kat daha fazla düşük ağız sağlığı bilgi sahibi olma riski taşırlar. Ayrıca, genel pediatri ve aile hekimlerinin ağız sağlığı ile ilgili tavsiyeleri, annenin ağız sağlığı bilgi düzeyini etkilediğini göstermiştir.

Veri toplama yerinin hem annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi hem de çocuğun ağız sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Diş kliniğinde görüşme ve muayene edilen hastalar, pediatri polikliniğinde görüşme yapılan hastalarla karşılaştırıldığında daha iyi bir ağız sağlığına sahiptir ($p = 0.01$) ve anneleri daha yüksek ağız sağlığı bilgi düzeyine sahiptir ($p = 0.001$).

4.4.Çocukların ağız sağlığı durumu

Tablo 17. Bağımsız değişkenlere göre dmft skoru dağılımı

		Çocuk dmft skoru grubu								P değeri
		Belirgin çürük yok		Düşük çürük		Yüksek çürük		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Çocuk yaşı	4 yaş	35	39.3	46	51.7	8	9.0	89	100	0.001
	5 yaş	22	27.5	39	48.8	19	23.8	80	100	
	6 yaş	18	19.6	38	41.3	36	39.1	92	100	
Anne yaşı	26 yaş ve altı	13	26.5	28	57.1	8	16.3	49	100	0.463
	27-36	51	30.4	73	43.5	44	26.2	168	100	
	37 ve üzeri	11	25.0	22	50.0	11	25.0	44	100	
Çocuk cinsiyeti	Erkek	29	23.0	60	47.6	37	29.4	126	100	0.063
	Kız	46	34.1	63	46.7	26	19.3	135	100	
Ailede çocuk sayısı	1 çocuk	41	36.9	53	47.7	17	15.3	111	100	0.001
	2 çocuk	29	25.7	56	49.6	28	24.8	113	100	
	3 çocuk ve üzeri	5	13.5	14	37.8	18	48.6	37	100	
Çocuk sırası	1.	60	32.8	83	45.4	40	21.9	183	100	0.073
	2 ve üzeri	15	19.2	40	51.3	23	29.5	78	100	

Tablo 17. (devamı) Bağımsız değişkenlere göre dmft skoru dağılımı

		Çocuk dmft skoru								P değeri
		Belirgin çürük yok		Düşük çürük		Yüksek çürük		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Anne eğitim düzeyi	İlk okul	2	5.6	15	41.7	19	52.8	36	100	0.001
	Orta okul ve lise	42	25.8	86	52.8	35	21.5	163	100	
	Ön lisans, lisans ve üzeri	31	50.0	22	35.5	9	14.5	62	100	
Anne çalışma durumu	Çalışan	37	43.0	38	44.2	11	12.8	86	100	0.001
	Çalışmayan	38	21.7	85	48.6	52	29.7	175	100	
Çocuğun diş fırçalama durumu	Fırçalayan	71	34.6	100	48.8	34	16.6	205	100	0.001
	fırçalamayan	4	7.1	23	41.1	29	51.8	56	100	
Annenin çocuğun ağız hijyenine yönelik rolü	Denetler ve izler	69	34.5	98	49.0	33	16.5	200	100	0.001
	Tavsiye eder ama izlemez	6	9.8	25	41.0	30	49.2	61	100	
Karyojenik gıdalar tüketimi	3 kez ve altı	59	43.4	61	44.9	16	11.8	136	100	0.001
	4 kez ve üzeri	16	12.8	62	49.6	47	37.6	125	100	
Emzik kullanımı	Kullanılmadı	26	28.3	31	33.7	35	38.0	92	100	0.001
	2 yaşına kadar kullanıldı	28	26.9	55	52.9	21	20.2	104	100	
	2 yaşından fazla kullanıldı	21	32.3	37	56.9	7	10.8	65	100	

Tablo 17. (devamı) Bağımsız değişkenlere göre dmft skoru dağılımı

		Çocuk dmft skoru grubu								P değeri
		Belirgin diş çürüğü yok		Düşük çürük		Yüksek çürük		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Biberon kullanımı	Kullanılmadı	13	35.1	11	29.7	13	35.1	37	100	0.094
	2 yaşına kadar kullanıldı	29	32.6	44	49.4	16	18.0	89	100	
	2 yaşından fazla kullanıldı	33	24.4	68	50.4	34	25.2	135	100	
Florürlü diş macunu kullanımı	Kullanan	15	38.5	19	48.7	5	12.8	39	100	0.001
	Kullanmayan	33	40.7	35	43.2	13	16.0	81	100	
	Bilmiyorum	27	19.1	69	48.9	45	31.9	141	100	
Ailede ağız sağlığı önemi	Evet	68	29.6	111	48.7	51	22.2	230	100	0.130
	Hayır	7	22.6	12	38.7	12	38.7	31	100	
Çocuğun diş hekimine gitme sıklığı	Hiç gitmedi	48	26.2	89	48.6	46	25.1	183	100	0.019
	Diş sorunu olunca	9	20.5	23	52.3	12	27.3	44	100	
	Düzenli giden	18	52.9	11	32.4	5	14.7	34	100	
Annede odontofobi	Yok	52	29.9	84	48.3	38	21.8	174	100	0.466
	Evet	23	26.4	39	44.8	25	28.7	87	100	
Annenin diş hekimine gitme sıklığı	Diş sorunu olunca	42	22.7	92	49.7	51	27.6	185	100	0.002
	Düzenli giden (6 ayda 1 veya yılda 1)	33	43.4	31	40.8	12	15.8	76	100	

Tablo 17. (devamı) Bağımsız değişkenlere göre dmft skoru dağılımı

		Çocuk dmft skoru								P değeri
		Belirgin çürük yok		Düşük çürük		Yüksek çürük		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Çocuk hekimi ve aile hekimi tavsiyeleri ve sevk etmesi	Hayır	56	26.2	105	49.1	53	24.8	214	100	0.145
	Evet	19	40.4	18	38.3	10	21.3	47	100	
Veri toplama yeri	Çocuk sağlığı polikliniği	52	24.8	102	48.6	56	26.7	210	100	0.010
	Ağız ve diş sağlığı polikliniği	23	45.1	21	41.2	7	13.7	51	100	
Anne ağız sağlığı bilgi düzeyi	Düşük ağız sağlığı bilgi düzeyi	11	11.2	44	44.9	43	43.9	98	100	0.001
	Orta bilgi düzeyi	25	29.1	50	58.1	11	12.8	86	100	
	İyi ağız sağlığı bilgi düzeyi	39	50.6	29	37.7	9	11.7	77	100	

Çocukların ağız sağlığı muayenesi, süt dişler için dmft skora sistemi ile, çocukların %71.3'ünün diş çürüğü deneyimi geçirdiğini göstermiştir. %47.2'sinde düşük çürük sayısı, %24.1'inin yüksek çürüğü bulunmuştur ve sadece %28.7'sinin gözlenen çürüğü yoktur. dmft skorunun ortalama değeri 2.32 ± 2.39 idi. Ortalama değerler çürük diş sayısı için 2.08 ± 2.28 , eksik dişler için 0.08 ± 0.29 ve doldurulan dişler için 0.19 ± 0.76 idi.

Çocuğun yaşı ve çocuk sayısı, çocuk dmft skoru ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşları 4, 5 ve 6 yaş arasındaki çocuklarda dmft skoru açısından, 4 yaşında çocukların ağız sağlığı durumu, 5 ve 6 yaşında çocuklarla karşılaştırdığımızda ($p = 0.001$) daha

iyi idi. Ayrıca, kızlar erkeklere göre daha iyi ağız sağlığı dmft skoruna sahiptir, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.063$). Ayrıca, sadece bir çocuğa sahip olan ailelerin çocuğu, 2 çocuklu veya 3 ve daha fazla çocuklu ailelere göre daha iyi ağız sağlığına sahiptir ($p = 0.001$).

Çocuk dmft skoru ile, annenin eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Annenin eğitim durumu ne kadar yüksek olursa, çocuklarının ağız sağlığı skoru o kadar iyidir ($p = 0.001$) ve çalışan anneler çocukları, çalışmayanlarla karşılaştırdığımızda daha iyi bir diş sağlığına sahiptir. Çocukların ağız sağlığı için diğer bir belirleyici faktör olarak, çocuğun ağız hijyeni davranışlarıdır. Düzenli diş fırçalayan çocukların, düzensiz veya fırçalamayan çocuklara göre daha düşük dmft skoruna sahip oldukları bulunmuştur ($p = 0.001$). Ayrıca, çocuk dişlerini fırçalarken annelerin rolünün çocuğun diş sağlığında önemli etkiye sahip olduğunu bulunmuştur. Çocuklarını fırçalamaya yönelik denetleyen ve izleyen annelerin çocukları, tavsiyede eden ama izlemeyen annelere göre daha iyi ağız sağlığına sahiptir ($p = 0.001$).

Çocuk beslenme alışkanlıkları diş hastalığının varlığı ile anlamlı bir ilişki göstermiştir ($p = 0.001$). Daha az karyojenik gıda tüketimi olan çocuklar için günde 4 kez veya daha fazla karyojenik yiyecek tüketen çocuklara kıyasla daha düşük dmft skorları vardır. Bununla birlikte, biberonla beslenme çocuğun ağız sağlığı durumu ile bir ilişki göstermezken ($p = 0.094$), uzun süreli emzik kullanımı çocukların daha iyi ağız sağlığı ile bir ilişki göstermiştir ($p = 0.001$). Seçilmiş diş macununun florürlü olup olmadığını bilen anneler, seçtikleri diş macununun florürlü olup olmadığını bilmeyen annelerle kıyaslandığında daha iyi ağız sağlığı olan çocuklara sahip oldukları bulunmuştur ($p = 0.001$).

Anneler ve çocuklarının diş hekimine gitme sıklığı, çocukların ağız sağlığı durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Örneğin, düzenli diş hekimine giden çocuklar sadece diş problemleri için başvuran çocuklara karşılaştırıldığında daha iyi bir diş sağlığı durumuna sahipti. Ancak, diş hekimine hiç gitmeyen çocuklar, sadece diş problemleri için başvuran çocuklara kıyasla daha iyi bir ağız sağlığına sahiptirler ($p = 0.019$). Annelerin diş hekimine gitme sıklığı baktığımızda, düzenli olarak diş hekimine giden annelerin, sadece diş problemleri için başvuran annelerin aksine, daha iyi ağız sağlığı olan çocukları vardır ($p = 0.002$).

Çalışmamız, annenin kümülatif ağız sağlığı bilgi düzeyi ile çocukların ağız sağlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi ne kadar yüksek olursa, çocuklarının ağız sağlığı durumu da o kadar iyidir ($p = 0.001$).

Tablo 18: Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenlerin dmft düzeyi ile ilişkisi (OR, %95GA)

		dmft		OR	Güven aralığı
		Belirgin çürük yok	Yüksek çürük		
		N	N		
Çocuk yaşı	4 yaş	35	8	1.00	
	5 yaş	22	19	3.78	1.41 - 10.10*
	6 yaş	18	36	8.75	3.37 – 22.71*
Anne yaşı	26 yaş ve altı	13	8	1.00	
	27-36	51	44	1.40	0.53 - 3.85
	37 ve üzeri	11	11	1.62	0.48 – 5.47
Çocuk cinsiyeti	Erkek	29	37	1.00	
	Kız	46	26	0.44	0.22 – 0.88*
Ailede çocuk sayısı	1 çocuk	41	17	1.00	
	2 çocuk	29	28	2.33	1.08 – 5.02*
	3 çocuk ve üzeri	5	18	8.68	2.77 – 27.17*
Çocuk sırası	1.	60	40	1.00	
	2 ve üzeri	15	23	2.30	1.07 – 4.94*
Anne eğitim düzeyi	Ön lisans, lisans ve üzeri	31	9	1.00	
	Orta okul ve lise	42	35	2.87	1.21 – 6.83*
	İlk okul	2	19	32.72	6.38 – 167.90*

Tablo 18 (devamı). Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenlerin dmft düzeyi ile ilişkisi (OR, %95GA)

		dmft		OR	GA
		Belirgin çürük yok	Yüksek çürük		
		N	N		
Anne çalışma durumu	Çalışan	37	11	1.00	
	Çalışmayan	38	52	4.60	2.08 – 10.17*
Çocuğun diş fırçalama durumu	Fırçalayan	71	34	1.00	
	Fırçalamayan	4	29	15.14	4.93 – 46.51*
Annenin çocuğun ağız hijyenine yönelik rolü	Denetler ve izler	69	33	1.00	
	Tavsiye eder ama izlemez	6	30	10.45	3.97 – 27.57*
Karyojenik gıdalar tüketimi	3 kez ve altı	59	16	1.00	
	4 kez ve üzeri	16	47	10.83	4.91 – 23.91*
Emzik kullanımı	Kullanılmadı	26	35	1.00	
	2 yaşına kadar kullanıldı	28	21	0.56	0.26 – 1.19
	2 yaşından fazla kullanıldı	21	7	0.25	0.09 – 0.67*

*istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 18 (devamı). Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenlerin dmft düzeyi ile ilişkisi (OR, %95GA)

		dmft		OR	GA
		Belirgin çürük yok	Yüksek çürük		
		N	N		
Biberon kullanımı	Kullanılmadı	13	13	1.00	
	2 yaşına kadar kullanıldı	29	16	0.55	0.21 – 1.47
	2 yaşından fazla kullanıldı	33	34	1.03	0.42 – 2.55
Florürlü diş macunu kullanımı	Kullanan	15	5	1.00	
	Kullanmayan	33	13	1.18	0.36 – 3.92
	Bilmiyorum	27	45	5.00	1.63 – 15.31*
Ailede ağız sağlığı önemi	Evet	68	51	1.00	
	Hayır	7	12	2.29	0.84 – 6.21
Çocuğun diş hekimine gitme sıklığı	Düzenli giden	18	5	1.00	
	Diş sorunu olunca	9	12	4.80	1.29 – 17.87*
	Hiç gitmedi	48	46	3.45	1.18 – 10.06*
Annede odontofobi	Yok	52	38	1.00	
	Evet	23	25	1.48	0.74 – 3.01
Annenin diş hekimine gitme sıklığı	Düzenli giden (6 ayda 1 veya yılda 1)	33	12	1.00	
	Diş sorunu olunca	42	51	3.34	1.54 – 7.26*
Çocuk hekimi ve aile hekimi tavsiyeleri ve sevk etmesi	Evet	19	10	1.00	
	Hayır	56	53	1.79	0.77 – 4.22

Tablo 18 (devam). Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenlerin dmft düzeyi ile ilişkisi (OR, %95GA)

		dmft		OR	GA
		Belirgin çürük yok	Yüksek çürük		
		N	N		
Veri toplama yeri	Çocuk sağlığı polikliniği	52	56	1.00	
	Ağız ve diş sağlığı polikliniği	23	7	0.28	0.11 – 0.71*
Anne ağız sağlığı bilgi düzeyi	İyi ağız sağlığı bilgi düzeyi	39	9	1.00	
	Orta bilgi düzeyi	25	11	1.91	0.69 – 5.26
	Düşük ağız sağlığı bilgi düzeyi	11	43	16.94	6.35 – 45.21*

*istatistiksel olarak anlamlı

Çocuğun dmft skorları, çürüksüz grubun yüksek çürük grubuyla karşılaştırıldığında, çocuğun yaşı ilerledikçe daha kötü ağız sağlığı sahip olmasına yol açmaktadır. 5 yaşımda olan çocukları 4 yaşımdaki çocuklarla karşılaştırdığımızda (OR 3.78, %95GA 1.41 - 10.10) daha fazla diş çürüğü oluşturma riski artmış ve 6 yaşımdaki çocuklarda 4 yaşımdaki çocuklara göre yüksek çürük gelişimi için (OR 8.75, %95GA 3.37 – 22.71) yüksek risk bulunmaktadır. Ayrıca, çocuğun cinsiyeti çocuğun ağız sağlığı durumunu da etkilemektedir. Kızların ağız sağlığının erkeklerin ağız sağlığı durumundan daha iyi olduğu bulundu. Ailedeki çocukların sayısı ve çocuğun aile sırasındaki yerinin diş çürüğü geliştirme riskini etkilediği gösterilmektedir. Tek çocuğu olan ailelerle karşılaştırdığımızda 2 çocuk olan ailelerde 2.33 kat ve 3 çocuk sahibi olan ailelerde 8.68 ((%95 GA), 2.77 – 27.17) kat daha fazla yüksek diş çürüğü riski vardır

Çocukların diş fırçalanma davranışları çocuğun ağız sağlığı ile ilişkilidir, dişleri fırçalamayanlar, fırçalayanlara göre, (OR 15.14, %95GA 4.93 – 46.51) daha yüksek çürük

gelişme riskine sahiptir. Buna ek olarak, çocuklarının fırçalama davranışlarına karşı annelerin rolü de çocukların ağız sağlığını etkilemektedir. Çocuklarına sadece dişlerini fırçalamalarını tavsiye edenler, ancak izleme ve denetim yapmayan anneler, denetim ve izleyenlere göre (OR 10.83, %95GA 4.91 – 23.91) daha fazla diş çürüğü riski taşırlar. Buna ek olarak, günde 4 defadan fazla karyojenik gıda tüketim sıklığı olan çocuklar, günde 3 kez veya daha az karyojenik yiyecekler tüketen çocuklarla karşılaştırıldığında, diş çürüğü geliştirmek için 10 kat daha fazla risk vardır. Ancak, 2 yıldan uzun süreli emzik kullanımının, yüksek diş çürüklerinin gelişmesinde önleyici bir faktör olduğu gösterilmiştir (OR = 0.25, %95 GA 0.09 – 0.67).

Dişhekimine sadece diş problemleri olduğu zamanda giden çocuklar, düzenli giden çocuklara göre yüksek diş çürüğü sahip olma riski (OR 4.8, %95GA 1.29 – 17.87) daha fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca, dişhekimine sadece diş sorunları için giden anneler düzenli diş hekimine giden annelere göre çocukları daha kötü ağız sağlığına sahiptir (OR = 3.34, %95GA 1.54 – 7.26).

Çalışmamızda, ağız sağlığı ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olan annelerin, iyi ağız sağlığı bilgisine sahip annelere göre çocuklarının 17 kat daha fazla yüksek çürük riski taşıdıkları bulunmaktadır (OR = 16.94, %95 GA 6.35 – 45.21).

4.5.Lojistik regresyon sonuçları

Tablo 19. Bağımsız değişkenler ile annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyinin lojistik regresyon ile analizi*

Değişken	β	S.E**	P	OR	%95 GA
Anne Eğitim düzeyi					
Ön lisans, lisans ve lisans üstü (referans)					
Orta okul ve lise	0.718	0.559	0.199	2.05	0.69-6.13
İlk okul	2.900	0.905	0.001	18.18	3.09-107.09
Anne Çalışma durumu					
Çalışan (referans)					
Çalışmayan	0.921	0.476	0.053	2.51	0.99-6.39
Diş hekimine gitme sıklığı					
Düzenli giden (referans)					
Düzenli gitmeyen	1.223	0.407	0.003	3.39	1.53-7.54
Çocuk sağlığı ve aile hekimi doktoru ağız sağlığıyla ilgi tavsiyeler ve sevk etmesi					
Tavsiye edildi (referans)					
Tavsiye edilmedi	1.177	0.584	0.044	3.25	1.03-10.19
Constant	-3.059	0.694	0.000		

*İlk adımda giren değişkenler: Anne eğitim düzeyi, Anne çalışma durumu, Anne diş hekimine gitme sıklığı, aile hekimi ve çocuk doktoru tavsiye veya sevk etmesi, Anne yaş grubu, muayene yeri.

** S.E standart hata

Lojistik regresyon analizi, annelerin eğitim grubunun, çalışma durumunun, diş ziyaretlerinin sıklığının ve pediatri doktorunun önerilerinin, annenin ağız sağlığı bilgisini etkileyen en önemli faktörler olduğu ortaya koymuştur.

Tablo 20: Bağımsız değişkenlere ile dmft skoru ilişkisinin lojistik regresyon ile analizi*

Değişken	β	S.E**	P	OR	%95 GA
Çocuk yaşı					
4 yaşında (referans)					
5 yaşında	1.694	0.716	0.018	5.44	1.34-22.14
6 yaşında	2.443	0.701	0.000	11.51	2.91-45.49
Anne eğitim düzeyi					
Ön lisans, lisans ve lisans üstü (referans)					
Orta okul ve lise	0.247	0.976	0.801	1.28	0.19-8.67
İlk okul	3.092	1.269	0.015	22.03	1.83-264.77
Diş fırçalama					
Düzenli fırçalayan (referans)					
Düzenli fırçalamayan	2.457	0.779	0.002	11.67	2.53-53.71
Birebon kullanımı					
Kullanmayan (referans)					
2 yaşına kadar kullanan	-2.345	1.071	0.029	0.09	0.01-0.78
2 yaşından fazla kullanan	-1.707	1.016	0.093	0.18	0.03-1.33
Kariyojenik gıdalar tüketimi					
Günde 3 kez veya daha az (referans)					
Günde 4 kez ve üzeri	2.806	0.688	0.000	16.54	4.30-63.67
Constant	-2.330	0.769	0.002		

*İlk adımda giren değişkenler: çocuk yaşı, çocukları sayısı, anne eğitim düzeyi, diş fırçalama sıklığı, biberon kullanımı, ABDS grubu, kariyojenik gıdalar tüketimi sıklığı.

** S.E standart hata

Tablo 21: Bağımsız değişkenlere ile dmft skoru ilişkisinin lojistik regresyon ile analizi*

Değişken	β	S.E**	P	OR	%95 GA
Çocuk yaşı					
4 yaşında (referans)					
5 yaşında	1.551	0.672	0.021	4.72	1.26-17.60
6 yaşında	2.366	0.671	0.000	10.65	2.06-39.72
Anne bilgi düzeyi skoru (ABDS)					
Yüksek anne bilgi düzeyi skoru (referans)					
Orta Anne bilgi düzeyi skoru	0.285	0.604	0.637	1.33	0.41-4.34
Düşük anne bilgi düzeyi skoru	1.482	0.619	0.017	4.40	1.31-14.80
Diş fırçalama					
Düzenli fırçalayan (referans)					
Düzenli fırçalamayan	2.094	0.720	0.004	8.11	1.98-33.28
Kariyojenik gıdalar tüketimi					
Günde 3 kez veya daha az (referans)					
Günde 4 kez ve üzeri	1.636	0.516	0.002	5.14	1.87-14.11
Constant	-3.456	0.689	0.000		

*İlk adımda giren değişkenler: Çocuk yaşı, çocuklar sayısı, diş fırçalama sıklığı, biberon kullanımı, ABDS, Kariyojenik gıdalar tüketimi sıklığı.

** S.E standart hata

Lojistik regresyon analizi çocukların ağız sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin (dmft skoru) çocuk yaşı, annelerin eğitim düzeyi, fırçalama sıklığı ve karyojenik gıda tüketimi sıklığı olduğunu göstermiştir. Ancak, annelerin eğitim düzeyi lojistik regresyon modelinden çıkarıldığında, annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi, çocuk dmft skorunu önemli ölçüde etkilemiştir. Bu, annenin eğitim düzeyi ile annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi arasında çoklubağlantı (multicollinearity) olmasına bağlı olabilir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamız, dokuz eylül hastanesinde 4-6 yaş arası okul öncesi çocuklarında yapılmış olup Annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi ile annenin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, annenin eğitim durumu daha yüksek olduğunda, annelerin ağız sağlığı bilgi düzeyi de daha yüksektir. Buna ek olarak, çalışan anneler, çalışmayan annelerle karşılaştırıldığında, çalışan anneler daha iyi ağız sağlığı bilgi düzeyine sahiptir. Diş hekimine düzenli olarak gitmek, daha iyi ağız sağlığı bilgi düzeyine sahip olmakla ilişkilidir ve çocuk doktoru ya da aile hekiminin diş hekimine sevk etmesi arasında, annelerin ağız sağlığı bilgi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bununla birlikte, annenin yaş grubu, annenin ağız sağlığı bilgisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Çocukların ADS durumuna incelendiğinde annenin kümülatif ağız sağlığı bilgi düzeyi ile çocukların ağız sağlığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Annenin ağız sağlığı bilgi düzeyi ne kadar yüksek olursa, çocuklarının ağız sağlığı durumu da o kadar iyidir. Annelerin eğitim düzeyi, çocukların diş fırçalama sıklığı ve karyojenik gıdalar tüketimi sıklığı ile çocukların ADS durumuna istatistiksel olarak anlamlı ilişki var olduğunu bulunmaktadır.

5.1. Annelerin ADS Bilgi Düzeyi

Çalışmamızda annelerin ADS bilgi düzeyi 4.24 ± 1.94 olarak saptanmıştır. Kuveyt'te³⁵ yapılan bir araştırmada annelerin ADS bilgi düzeyi ortalaması 4.68, Tayvan da yapılan araştırmada³⁴ 7.32 olarak saptanmıştır.

Araştırmalarımızda bulunan annelerin ADS bilgi sonuçlarını Nepal³² ve Hindistan'da¹⁵ yapılan araştırmalarla karşılaştırdığımızda, çalışmamızda; annelerin %30'unun orta düzeyde, %29'unun iyi düzeyde ADS bilgisi olduğu, Nepal'de yaşayan annelerin ise %80'inin orta düzeyde, %4'ünün iyi düzeyde ADS bilgi seviyesine sahip olduğu görülmüştür³².

Ancak çalışmamızda annelerin ağız sağlığı bilgisini analiz etmek için ve Nepal'de yapılan çalışmadaki kullanılan ölçümler farklı olabilir, buna rağmen arada önemli bir bilgi farkı görülmektedir.

Bizim çalışma sonuçlarımız benzeyen diğer sistemik incelemelerde annelerin ADS bilgi düzeyi üzerinde etkileyen faktörler incelendiğinde, anne eğitimi, çalışma durumu, annelerin ADS bilgisi ve çocukların ADS durumunda etkili bir faktör olduğunu göstermiştir^{5,67,68}. Eğitim

düzeyi yüksek annelerin daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara göre, anlamlı derecede daha iyi seviyede ADS bilgi düzeyine sahip oldukları saptanmıştır⁵.

5.2.Okul öncesi çocukların ADS durumu

Türkiye'de çocukların ADS durumunu değerlendiren 1988 ve 2004 yıllarındaki üç büyük çalışmayı bizim verilerimizle karşılaştırdığımızda 1988 yılında, 6 yaşındaki çocukların %84'ünde diş çürüğü görülmüş ve dmft skoru ortalaması 4.4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda 6 yaşındaki çocukların %80.4'ünün diş çürüğü görülmüş ve ortalama dmft skoru 3.2 olarak saptanmıştır.

2004 yılında 5 yaşındaki çocuklara bakıldığında, çocukların %70'inde diş çürükleri ve ortalama dmft skoru 3.7 iken, bizim çalışmamızda 5 yaşındaki çocukların %72.5'i diş çürüğü geçirirken, ortalama dmft skoru 2.3 olarak bulunmuştur. Her iki yaş grubunda da ortalama dmft skorunda bir düşüş vardır. Çocukların dmft değerindeki az da olsa düşme eğilimi dişhekimliği hizmetlerinde küresel gelişmenin artmasına ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesine bağlayabiliriz. Ancak Türkiye de, ulusal bütçede sağlık hizmetlerine ayrılan pay artmış olmasına ve on yılda ADS alanında çocuklara yönelik koruyucu uygulamalara başlanmış olmasına rağmen, yine de istenilen oranda dmft değerlerinde düşme sağlanamamıştır¹². Bu bulgular, Türkiye'nin 21. yüzyılın hedeflerinde DSÖ ağız sağlığının sürekli iyileşmesi için yetersiz kaldığını göstermektedir⁸.

Sonuçlarımızı, dünyanın farklı bölgelerinde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırdığımız da, Kosova'da ⁴⁴ yapılan çalışmada dmft değeri 5.8 olarak bulunmuş olup bizim bulgularımızdan iki kat daha yüksektir. Yunanistan'ın, Atina şehrinde yapılan 5 yaş grubu çocuklarla yapılan çalışmada ortalama dmft değeri 1.77 olarak bulunmuş olup bizim bulgularımızdan oldukça düşüktür⁴⁵. Filistin'de yapılan bir çalışma da ise, 4-5 yaş grubu çocukların % 76'sının diş çürüğü olduğu ve ortalama dmft değerinin 2.46 olduğu bulunmuştur⁵², çalışmamızda bu yaş grubu çocukların 66.3% diş çürüğü vardı ve 1.85 dmft değeri bulunmuştur.

Hollanda'nın Rotterdam şehrinde 6 yaş grubu çocukların diş çürüğü prevalansını araştıran çalışmada, çocukların sadece % 31.7'sinin diş çürüğü olduğu saptanmıştır⁵⁵.

İtalya'da 4 yaş grubu çocuklarla yapılan bir başka çalışmada çocukların % 21.6'sının diş çürüğü olduğu ve ortalama dmfs değeri 1.36 bulunmuştur⁵⁶. Ayrıca, Kanada'nın Kuzeybatısında yer alan Inuvik bölgesinde 2-6 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada, çocukların % 66'sının diş çürüğü vardı ve ortalama dmfs 4.8 olduğu bulunmuştur⁵⁷. Amerika'da

yaşayan 1-5 yaş arası Kızılderili ve Alaska yerli çocuklarının ADS durumlarını inceleyen çalışmada, çocukların %54'ünün çürük dişlerinin olduğunu ortaya koymuşlar ve dmft ortalaması 3.5 olarak bulunmuştur ⁵⁸. İsveç'in Umea şehrinde 4 yaş grubu göçmen ve yerli çocuklarla yapılan bir başka ADS çalışmasında göçmen çocukların %42'sinde diş çürüğü olduğu, ancak yerli çocukların ise sadece %15'inde diş çürüğü olduğunu bulunmuştur⁵⁹. Bu gelişmiş ülkelerin ADS bulguları, bizim bulgularımızla karşılaştırıldığında, çalışma grubumuzda yer alan çocukların ADS durumunun daha kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 22. Dünyanın farklı bölgelerindeki çalışmalarda ortalama dmft puanları

Yazar	Çalışmanın yeri	Yıl	Çalışma Grubu	N	Bulgular
Saydam ve ark. ⁴¹	Türkiye	1988	6 yaş çocukları	----	4.4
Gökalp ve ark., Bahar ve ark. ^{12,13}	Türkiye	2004	5 yaş çocukları	1539	3.7
Begzati ve ark. ⁴⁴	Kosova	2010	1-6 yaş çocukları	1008	5.8
Oulis ve ark. ⁴⁵	Atina, Yunanistan	2010	5 yaş çocukları	1209	1.77
Bozorgmehr ve ark. ⁴⁶	Kerman, İran	2013	5 yaş ve üstü okul öncesi çocukları	222	4.87
Dimitrov ve ark. ⁴⁷	Kuzeydoğu bulgaristan	2010	5-7 yaş çocukları	100	5.76
Shetty ve ark. ⁸²	Rajnandgaon, Hindistan	2016	1-6 yaş çocukları	386	2.9*
Chu ve ark. ⁵¹	Hong Kong.	2012	4-6 yaş çocukları	700	2.2
Azizi ve ark. ⁵²	Kuzey Filistin	2014	4-5 yaş çocukları	1376	2.46
Wyne ve ark. ⁵³	Riyad, Suudi Arabistan	2008	3-5 yaş çocukları	320	6.1
Hashim ve ark. ⁵⁴	Ajman, Birleşik Arap Emirlikler	2010	5-6 yaş çocukları	1297	10.2**

Tablo 22 (devamı). Dünyanın farklı bölgelerindeki çalışmalardaki ortalama dmft puanları

Yazarı	Çalışmanın yeri	Yıl	Çalışma Grubu	N	Bulgular
Campus ve ark. ⁵⁶	İtalya	2009	4 yaş çocukları	5538	1.36**
Leake ve ark. ⁵⁷	Inuvik, Kanada	2008	2-6 yaş çocukları	349	4.8***
Phipps ve ark. ⁵⁸	HSH bölgeleri, ABD	2012	1-6 yaş çocukları	8461	3.5
Çalışmamız	İzmir, Türkiye	2017	4-6 yaş çocukları	261	2.32

*dt, **dmfs, ***deft

Türk çocuklarının ADS durumu, gelişmekte olan ülkelerin çocuklarının ADS durumu kadar kötü değildir, ancak gelişmiş ülkelerin okul öncesi çocukların ADS kadarda iyi değildir. Ancak hala Türkiye'deki okul öncesi çocuklarının ADS verileri DSÖ'nün önerdiği 2020 hedeflerinden geride olduğu görülmektedir⁸.

5.3.Çocukların ADS Etkileyen Etmenler

Türkiye'de okul öncesi dönemdeki çocukların ADS durumlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma yer almış olup^{23,43,64}. yapılan çalışmaların çoğu okul çağı çocuklarında çürük epidemiyolojisini saptamaya yönelik olmuştur^{13,23,64}

Çalışmamız bu yönüyle Türkiye'de annelerin ADS bilgi düzeyi ile okul öncesi dönemdeki çocukların ADS durumlarına inceleyen ilk çalışmalardan biri olacaktır. Ayrıca, bu çalışmada, annenin ADS bilgisi hesaplayarak genel ADS bilgileri test ve analiz edildi.

Çalışmamıza benzer şekilde, ADS konusunda yapılan sistematik incelemeler ve diğer çalışmalar annelerin rolünün önemli olduğunu göstermektedir^{5,61,62}. Ayrıca çalışmamızda, annelerin çocuklarının beslenme alışkanlıkları üzerine olan etkilerinin yanı sıra, çocukların ADS davranışlarında da önemli bir rol oynadıklarını gösterilmiştir. Bu sonuçlar Suresh ve ark.⁶ Hindistan'da 2010 yılında, yaptıkları çalışmaya benzer bulunmuştur.

Bu çalışmanın verileri bize Türk toplumunda annelerin rolünü inceleyen çalışmanın verilerine benzerlik göstermektedir¹⁷. Hollanda'da yapılan bir başka çalışmada, düşük eğitim düzeyi olan ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek sayıda diş çürüğü olduğunu saptamışlardır⁵⁵. Bir çok çalışma annelerin eğitim düzeyi, çocuklarının ADS durumunu önemli

şekilde etkilediğini göstermiştir^{55,83,84}. Schwendicke ve ark.⁸³ sosyoekonomik durum ile diş çürüğü arasında bir ilişki olduğunu belirtmişler ve bunu düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin yetersiz sağlık bilgisine, kötü beslenmeye, yetersiz diş fırçalama alışkanlığına ve düşük sağlık hizmeti kullanımına bağlamışlardır⁸³.

Sosyodemografik ve sosyoekonomik durum, çocukların ADS'nı önemli derecede etkilemektedir. Bu farklılıklar, dişhekimliği kliniğine gelen çocukların ADS durumları, pediatri polikliniğinde muayene edilen çocukların ADS durumları ile karşılaştırıldığında görülmektedir. Çocuk bakıcılarının, çocukların ADS üzerine olan etkisini inceleyen çalışmalar vardır, ancak biz çalışmamızda bu faktörleri detaylı olarak incelemedik^{9,10,14,64}.

Çalışmamızda yüksek eğitilmiş annelerin çocuklarında dmft değeri 1,52 olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlar İran'da Tahran'da bulunan sonuçlara benzerdi⁶⁷. Bu çalışma, annelerin ağız sağlığı bilgilerinin ve çocuklarının ağız sağlığı durumuna ilişkin tutumlarının etkisini değerlendirmiştir. Ayrıca, Birleşik Krallık'da yapılan ve ebeveyn bilgisini vurgulayan bir çalışmada da aynı sonuçlara rastlanmıştır. Tutum ve inançlar da çocukların ağız sağlığı durumunun bir göstergesi olabilir⁶⁸. Aynı çalışma, çocukların beslenme ve atıştırma davranışları ile ağız hijyeni davranışlarında ebeveyn tutum ve inançlarının etkili bir rol oynayabileceğini de ortaya koymaktadır. Çalışmamızda tutum ve inançlar ile diş çürüğü ilişkisi incelenmemiştir.

Çalışmamızda dmft değeri 4 yaş grubunda 1.42, 5 yaş grubunda 2.34 ve 6 yaş grubunda 3.17 bulunmuş. Yaş ilerledikçe dmft skorunu yükseldiği görülmüştür.

Demirci ve ark.⁹⁰ Türkiye'de yaşla birlikte, DMFT, DMFS, FT, FS ve MS değerlerinin anlamlı olarak arttığını belirtmiştir⁸⁵. Hong Kong'da yapılan çalışmada, okul öncesi dönem çocuklarının ağız sağlığı durumunun incelenmesinde; 4 yaşında çocukların dmft skoru 1.9, 5 yaşındaki 2.3 ve 6 yaşındaki 2.6 olarak bulunmuş olup bizim sonuçlarımızı oldukça benzer bulunmuş ve yaşla çürük diş sayısının arttığı saptanmıştır⁵¹.

Phipps ve ark.⁵⁸ Amerika da yaşayan 1-5 yaş aralığındaki Kızılderili ve Alaskalı çocukların ADS durumlarını inceleyen çalışmada, 1 yaş grubu çocukların %21'inde, 5 yaşındakilerin %75 'inde çürük dişe rastlamışlardır.

Sonuçlarımız, İsveç'te çocukların ağız sağlığı üzerindeki hanehalkı etkisini inceleyen bir başka çalışmanın bulgularına benzerdi⁵⁹. Göçmen aileler çocukları daha az diş fırçalama sıklığı ve daha fazla karyojenik gıdalar tükettikleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla, daha yüksek

diş çürüğü prevalansı var olduğunu bulunmuştur. Bu bizim sonuçlarımızda çocukların fırçalama alışkanlığı ve karyojenik gıdalar tüketimi sonuçları benzerdi. Çalışmamızda 3 kez veya daha az karyojenik gıdalar tüketen çocukların %56.6sı belirgin diş çürüğü var ancak 4 ve üzeri karyojenik gıdalar tüketen %87.2sı diş çürüğü vardır.

Stecksen-Blicks ve ark.⁶⁰ 4 yaşında İsveçli ve göçmen çocuklarla yaptığı karşılaştırmalı çalışmada, göçmen çocukların daha az dişlerini fırçaladığını ve daha çok karyojenik gıda (dondurma, şeker, çikolata vb) tükettiklerini bulmuşlardır. Buna paralel olarak İsveçli göçmen çocuklarda diş çürüğünün daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Bizim bulgularımızda diş fırçalamayan çocukların ortalama dmft skoru 4.16'yken fırçalayanların dmft ortalaması 1.81. Ayrıca, karyojenik gıdalar tüketenlerde ortalama dmft daha yüksek olarak bulunmaktadır.

Anneler ve çocuklarının diş sağlığı hizmetleri kullanımı 3 değişken etkilediği göstermiştir. Düzenli ziyaretçi annenin iyi bir ağız sağlığı bilgisi vardır. Ayrıca, düzenli diş hekimine giden çocukları, daha iyi bir diş sağlığı durumu ve daha düşük dmft skoru vardır. Bu bulgular, ebeveynlerin okul öncesi çocuklarına olan etkisini inceleyen daha detaylı bir araştırma ile benzerdir. Hollandalı, Türk ve Faslı ailelerin çocuklarının ağız sağlığında bir farklılık olduğunu ve ebeveynlerin rolünün bu farklılığını yansıttığını gösterdi. Hollandalı ebeveynlerin ebeveynlik davranışlarına yansıyan daha iç kontrol odağı ve daha yüksek dental öz-yeterlik ve daha çok diş ziyareti sıklığı saptanmış ve sonuçta çocukların ağız sağlığı durumu daha iyi bulunmuştur.⁶⁹

Bizim bulgularımızda tek çocuklu ailelerin çocukları %63'ünde 3 çocuklu ve üstü ailelerin çocuklarının %86.5'inde diş çürüğü var olduğunu bulunmuştur. Bu sonuçlar Namal ve ark.⁸⁶ İstanbul'da yaptıkları çalışmada tek çocuklu ailelerin çocuklarının %72.4'ünde, çok çocuklu ailelerin çocuklarının %80'inde çürük diş görüldüğünü saptamışlardır⁸⁶.

Bu bulgular 2009'de Türkiye'de yapılan diğer çalışmada bulunan bulgulara da yakındı; bu da aile üyelerinin sayısına göre, DT ve DS'nin 6 veya 6 kişiden fazla olan ailelerde 4.48 ve 6.66 ancak 1-2 kişi olan ailelerde DT 3.05 ve DS 4.44⁸⁵.

Düzenli diş fırçalamanın ADS'ı üzerinde olumlu etkisi bilinmektedir. Dolayısıyla çocuklara erken yaşlardan itibaren diş fırçalamanın önemini vurgulanmalı ve ebeveynler bu konuda çocuklarına rol model olmalıdırlar.

Hong Kong'da yapılan çalışmada çocukların diş çürüğü sayısı ile diş fırçalama alışkanlığı ve ebeveyn diş fırçalama sırasında çocuğuna yardım etmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ⁵¹

Hollanda ve Belçika'da, eğitim düzeyi yüksek annelerin okul öncesi çocuklarına daha düzenli diş fırçalama, düzenli diş hekimi ziyareti yaptırdığı ve daha az şekerli yiyecekler tükettirdiği gözlenmiştir^{83,87}. Çalışmamızda annelerin eğitimleri ile çocukların ağız hijyeni davranışları ve daha az karyojenik yiyecek tüketimi arasındaki ilişki incelenmemiştir.

Diş çürüğü gelişiminde önemli olan diğer bir faktör de karyojenik gıda tüketimidir. Sadece karyojenik gıda tüketiminin sıklığını inceleyerek, miktarı göz önüne almadan, ağız sağlığı durumlarında net bir değişkenlik sık tüketimi ADS kötü olması sebebi olduğunu gösterildi

Chu ve ark. ⁵¹ Hong Kong'da yaptıkları çalışmada günde 2 ve daha fazla kez atıştırmalık tüketen çocukların tüketmeyenlere göre daha yüksek dmft değerine sahip olduklarını saptamışlardır.

5.4.Ağız sağlığı yönelik davranışları ve ADS hizmetleri kullanımı

Çalışmamızda çocukların ağız hijyeni davranışı ve günlük karyojenik gıda tüketimi incelendiğinde, %21.5'ini dişlerini fırçalamadığı veya düzensiz fırçaladığı, tüm çocukların diş fırçasının olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 2013 yılında yapılan çalışmada ise çocukların %49.9 dişlerini düzenli olarak fırçalamadığı saptanmıştır⁸⁸. Ayrıca çocukların %9'unun diş fırçasının olmadığı belirtilmiştir. Çocukta diş fırçalama alışkanlığının olmaması, ağız hijyeninde iyi olmadığını göstermektedir ve çocuğun düzenli diş fırçalama alışkanlığı edinmesi ebeveynlerin sorumluluğu olarak kabul edilmektedir⁶¹.

Türkiye de ADS hizmetlerinden yararlanma durumu analiz eden çalışmada, ADS hizmetlerinden yeterince yararlanılmadığı ve önem verdiği belirtilmektedir¹¹. Belirtilmesi gereken diğer bir diğer konu ise, çocuk ve aile hekimlerinin büyük bir kısmının, hastalarına ADS konusunda tavsiye vermediği ve diş hekimine gitmeleri konusunda öneride bulunmadığı görülmektedir.

Sezer ve ark.⁸⁹ 2013 yılında Türkiye de çocuk doktorlarının ADS konusunda bilgilerini değerlendiren çalışmalarında, çocuk doktorlarının eğitimleri süresinde bu konuda bilgi almadıklarını ve bu nedenle hastalarına ADS konusunda herhangi bir bilgi vermediklerini belirtmektedirler ⁸⁹.

Bu gerçek, ocuk hekimleri, pratisyen hekimler ve dişhekimleri arasındaki entegrasyon eksikliğini göstermektedir. Ancak, bulgularımıza göre, sağlık sistemi içinde hekimlere bu konuda gerekli eğitim verilirse, annelerin ADS bilgilerini ve ocukların ADS durumunu olumlu yönde etkileyebilir.

Bulgularımızda, ocukların %71.3'ünün çürük dişleri olduğunu ve %87'sinin düzenli diş hekimine gitmediğini saptadık. Bunun nedenini, annelerin çocuklarının dişinde ağrı olmadığı sürece diş hekimine gtrmediklerini düşünmekteyiz. Bu durum bize, annelerin çocuklarının ADS'nı ihmal ettiğini, yeterincenemsemediğini veya diş çürüklerinin farkında olmadığını göstermektedir.

Avustralya'da 3-4 yaş grubu çocuklar arasında yapılan çalışmada; çocukların % 38'inin düzenli diş hekimini ziyaret ettiği saptanmıřtır⁹⁰. Ancak Batı Avustralya, bu yaş grubu ocukların %29, Güney Avustralya ise %48'inin diş hekimine gittiği grlmştir. alışmadalkenin batısı ile güneyi arasında fark olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar Avustralya ve Türkiye yaşan çocukların düzenli diş hekimi ziyaretleri arasında büyük bir fark olduğunu göstermektedir.

5.5.Araştırmanın kısıtlıkları ve g yönleri

Çalışma Dokuz Eyllniversitesinde gerçekleştirilmiş olması nedeniyle, sonuçlar İzmir'e genellenemez. Ayrıca, araştırma kullanılan bilgilme yöntemi standart değildir. Kullanılanlme yntimde hafıza faktörü bilgi ve davranış güvenirliğini etkilemektedir. Yükseköğrenim gören anneler (nlisans vezeri), (%23.7) alışma grubunun dörtte birinden daha azını oluştırmaktaydı. Ancak, bu çalışma sadece pediatri polikliniğinde yapılsaydı yükseköğrenim gören annelerin sayısı daha az beklenmekteydi. Diş kliniğine gelen annelerin, pediatri polikliniğine gelen annelerle kıyaslandığında daha yüksek eğitime sahip oldukları görüldü.

Araştırmanın güçlü yönlerine bakıldığında, bu çalışma annelerin ADS bilgileri ve 4-6 yaş arası ocukların ADS durumunun bir göstergesi olabilir. Buna ek olarak, annelerin ADS bilgilerinin, çocuklarının ağız sağlığının zayıf ve g yanlarını belirlenmesi için bir rehber olarak kullanılabilir. Araştırmada annelerin ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyi ile ocukların ADS durumu ilişkisi değerlendirildiği için ağız ve diş sağlığı geliştirme programlarında kullanılabilir. Araştırmada ADS muayenesi tek diş hekim tarafından muayene yapılmış olup veri toplamada yanı tutma olasılığı düşük olmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamıza katılan çalışma grubundaki annelerin ADS ve ADS endeksleri, gelişmiş ülkelerden daha kötüdür ve 2020 DSÖ hedefinin gerisinde kalmaktadır. Bu sonuçlar, özellikle Türk çocuklarının ve genel olarak Türk toplumunun ADS standartlarını yükseltmek için ADS geliştirme programlarında koruyucu hizmetlerini artırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bunun için ADS yönelik politikaların ve tanıtım programlarının öncelikle evlerde, anaokullarında ve okullarda uygulanarak geliştirilmesi gereklidir.

Annelerin çocuklarının ADS'da temel etkileyici kişiler olmaları nedeniyle, onların ADS bilgilerinin artırılması, diş hastalıklarının önlenmesi döngüsünde doğrudan rol oynayabilecektir.

Bu çalışmanın, Türk toplumunun normlarını anlamada ve toplumun ADS durumunun geliştirmesinde önemli bir adım ve rehber olabileceğini düşünmekteyiz.

Ülkemizde ADS geliştirme programlarında ilerleme kaydedilmesi sadece diş hekimlerinin çalışmalarıyla yeterli olmayıp, pratisyen hekimler, sağlık çalışanları ve politika geliştiricilerin ortak çalışmasıyla gerçekleştirilebilir.

Bunun yanı sıra tüm sağlık çalışanları tarafından hamilelikten itibaren anne adaylarına hem kendilerinin, hem de doğacak bebeklerinin ADS konusunda bilgi verilmesi, bu konuda pozitif yol alınmasında önemli etkiye sahip olacaktır. ADS konusunda eğitim almış anne adayları çocuklarında diş çürüğü ve diğer ADS problemleri olmadan, çocuklarının dişlerini korumak için diş hastanelerine ve/veya özel diş kliniklerine götürebileceklerdir. Dişhekimleride çocuklarda koruyucu tedavilere (topikal flor uygulamaları ve fissür sealant) yönelmeli, yaygın olarak süt dişlerinde atravmatik tedavi yöntemlerini uygulamalı ve çocukların yaşlarına göre psikolojik yaklaşımı ve uygun tedavi yöntemlerini seçmelidir.

Koruyucu tedavi yöntemlerinden biri olan ve çocuklarda diş çürüğünü engelleyen florun anneler tarafından yeterince bilinmediğini gözlenmiştir. Bu konuda da annelerin doğru bilgilendirilmesi ve topikal florun dişler üzerine olan olumlu etkisi anlatılmalıdır.

Çalışmamız İzmir'de yer alan bir hastanede gerçekleştirilmiş olup, ADS konusunda çalışmamıza benzer farklı bölgelerde daha birçok çalışmanın yapılmasına ihtiyaç olduğu gibi, ulusal düzeyde daha büyük çaplı çalışmalara da ihtiyaç vardır. Ancak böylelikle ADS konusunda toplum genelinde kapsamlı bir analiz gerçekleştirilmiş olur.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organisation WHO Oral health Fact sheet N°318 April 2012
2. Dülgergil Ç, Dalli M, Hamidi M, Çolak H. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med.* 2013. doi:10.4103/0976-9668.107257
3. Office USGA. Report to Congressional Requesters. *Area.* 2003;(July). doi:10.1089/blr.2006.9996
4. Case A, Paxson C. Parental behavior and child health. *Heal Aff.* 2002;21(2):164-178. doi:10.1377/hlthaff.21.2.164
5. Kumar S, Kroon J, Laloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12(1):1-15. doi:10.1186/1477-7525-12-41
6. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mothers knowledge about pre-school children's oral health. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010;28(4):282-287. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.76159>.
7. Wigen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor Epidemiol.* 2012;22(1):13-19. doi:10.5324/nje.v22i1.1515
8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:3-24. doi:10.1046/j..2003.com122.x
9. Reisine S, Tellez M, Willem J, Sohn W, Ismail A. Relationship between caregiver's and child's caries prevalence among disadvantaged African Americans. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00392.x
10. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing relationship between children's health status and that of their mothers. *J Amer Dent Assoc.* 2011;142(2):173-183.
11. Hayran O, Karavus M, Aksayan S. Help-seeking behavior and self-medication of a population in an urban area in Turkey: cross sectional study. *Croat Med J.* 2000;41(3):327-332.

12. Gökalp PS, Bahar P, Doğan G, Tekçilek DM. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili The Oral Health Profile of Adults and Elderly ,. *Oral Health*. 2007;11-18.
13. Bahar P, Doğan G, Gökalp PS. Türkiye ' de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Caries Status and Treatment Needs in Turkey ,. 2008;45-57.
14. Isong IA, Zuckerman KE, Rao SR, Kuhlthau KA, Winickoff JP, Perrin JM. Association Between Parents' and Children's Use of Oral Health Services. *Pediatrics*. 2010;125(3):502-508. doi:10.1542/peds.2009-1417
15. Chand S, Chand S, Dhanker K, Chaudhary A. Impact of mothers' oral hygiene knowledge and practice on oral hygiene status of their 12-year-old children: A cross-sectional study. *J Indian Assoc Public Heal Dent*. 2014;12(4):323. doi:10.4103/2319-5932.147681
16. Tafarodi RW, Swann WB. Individualism-collectivism and global self-esteem: Evidence for a cultural trade-off. *J Cross Cult Psychol*. 1996;27(6):651-672. doi:10.1177/0022022196276001
17. Cinar AB, Murtomaa H. A comparison of psychosocial factors related to dental anxiety among Turkish and Finnish pre-adolescents. *Oral Health Prev Dent*. 2007;5(3):173-179. doi:10.3290/j.ohpd.a12527
18. Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag*. 2012.
19. Kaiser Commission. *Medicaid and the Uninsured*.; 2004.
20. Ismail a I. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26:49-61. doi:10.1111/j.1600-0528.1998.tb02094.x
21. Tai B, Du M, Peng B, Fan M, Bian Z. Experiences from a school-based oral health promotion programme in Wuhan city, PR China. *Int J Paediatr Dent*. 2001;11(4):286-291. doi:10.1046/j.1365-263X.2001.00281.x
22. Rayner JA. A dental health education programme, including home visits, for nursery school children. *Br Dent J*. 1992;172(2):57-62. doi:10.1038/sj.bdj.4807770
23. Eronat N, Koparal E. Dental caries prevalence, dietary habits, tooth-brushing, and mother's education in 500 urban Turkish children. *J Marmara Univ Dent Fac*. 1997;2(4):599-604.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=9569784>.

24. Cinar AB, Kosku N, Sandalli N, Murtomaa H. Individual and maternal determinants of self-reported dental health among Turkish school children aged 10-12 years. *Community Dent Health*. 2008. doi:10.1922/CDH_2154Cinar05
25. Eden E, Eronat N, Totu FI, Ates M. Effectiveness of 2-year application of school-based chlorhexidine varnish, sodium fluoride gel, and dental health education programs in high-risk adolescents. *Quintessence Int*. 2008. doi:15346 [pii]
26. Eden E, Eronat N, Ersin N, Totu FI. Dental Health Education : Assessing Knowledge Following 2 Different Educational Techniques. *Balk J Stomatol*. 2006;10(2006).
27. Koparal E, Ertuğrul F, Eronat N. Investigation of dental health education on school-children with special reference to socioeconomic status. *Balk J Stomatol*. 2003;7:121-125.
28. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(4):231-235. doi:10.1111/j.1600-0528.1996.tb00850.x
29. Rajesh G, Prasad KV. Effect of various methods of oral health education on oral health knowledge and oral health status of high school children in Gadag town - A randomized control trial. *J INDIAN Assoc PUBLIC Heal Dent*. 2008;2008(11). http://www.jiaphd.org/temp/JIndianAssocPublicHealthDent61122-4032587_111205.pdf.
30. Kamolmatyakul S, Saiong S. Oral health knowledge, attitude and practices of parents attending Prince of Songkla University dental hospital. *Int J Heal Promot Educ*. 2007;45(4):111-113. doi:10.1080/14635240.2007.10708115
31. Jain R, Oswal K, Chitguppi R. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *J Dent Res Sci Dev*. 2014;1(2):40. doi:10.4103/2348-3407.135073
32. Khanal K, Shrestha D, Ghimire N, Younjan R, Sanjel S. Assessment of knowledge regarding oral hygiene among parents of pre-school children attending pediatric out patient department in Dhulikhel hospital. *Kathmandu Univ Med J*. 2015;13(49):38-43. doi:10.3126/kumj.v13i1.13751
33. Oredugba F, Agbaje M, Ayedun O, Onajole A. Assessment of Mothers ' Oral Health Knowledge : Towards Oral Health Promotion for Infants and Children. 2014;(April):908-915.

34. Liu HY, Chen JR, Hsiao SY, Huang S Te. Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities. *J Dent Sci.* 2017;12(4):388-395. doi:10.1016/j.jds.2017.05.003
35. Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, attitudes and practices of caregivers in relation to oral health of preschool children. *Med Princ Pract.* 2013;22(2):167-172. doi:10.1159/000341764
36. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005. doi:S0042-96862005000900011
37. U.S Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General.*; 2000. doi:10.1089/pop.2013.0038
38. Kanli A, Kanbur NO, Dural S, Derman O. Effects of oral health behaviors and socioeconomic factors on a group of Turkish adolescents. *Quintessence Int.* 2008;39(1):e26-32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18551208>.
39. Efe E, Sarvan S, Kukul K. Self-Reported Knowledge and Behaviors Related to Oral and Dental Health in Turkish Children. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2007;30(4):133-146. doi:10.1080/01460860701728337
40. Kuvvetli SS, Cildir SK, Ergeneli S, Sandalli N. Prevalence of noncavitated and cavitated carious lesions in a group of 5-year-old Turkish children in Kadikoy, Istanbul. *J Dent Child (Chic).* 2008;75:158-163.
41. Saydam G, Oktay I, Möller I. *Türkiyede Ağız Dis, Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı Oral Health Status Analysis. WHO European Region-Ministry of Health, Ankara.*; 1990.
42. Broadbent JM, Thomson WM. For debate: Problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(6):400-409. doi:10.1111/j.1600-0528.2005.00259.x
43. Ozer S, Sen Tunc E, Bayrak S, Egilmez T. Evaluation of certain risk factors for early childhood caries in Samsun, Turkey. *Eur J Paediatr Dent.* 2011.
44. Begzati A, Berisha M, Meqa K. Early childhood caries in preschool children of Kosovo - a serious public health problem. *BMC Public Health.* 2010;10:788. doi:10.1186/1471-2458-10-788

45. Oulis CJ, Tsinidou K, Vadiakas G, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A, Athanasouli T. Caries prevalence of 5, 12 and 15-year-old Greek children: A national pathfinder survey. *Community Dent Health*. 2012;29(1):29-32. doi:10.1922/CDH_2731Oulis04
46. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek Mohammadi T. Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children. *ISRN Dent*. 2013;2013:1-5. doi:10.1155/2013/741783
47. Dimitrov E, Georgieva M, Andreeva R, Dimova-Gabrovska M, Arnautska H. Caries Prevalence Among 5-7 - Year-Old Children in Northeast Bulgaria. *J IMAB - Annu Proceeding (Scientific Pap*. 2017;23(3):1633-1636. doi:10.5272/jimab.2017233.1633
48. Andreeva R, Papanchev G. ПРЕЖДЕВРЕМЕННА ЗАГУБА НА ВРЕМЕННИ ЗЪБИ
PREMATURE LOSS OF PRIMARY TEETH OF CHILDREN WITH MIXED
DENTITION DEFINITION AND RISK FACTORS. 2016.
49. Kiwanuka SN, Åstrøm AN, Trovik TA. Dental caries experience and its relationship to social and behavioural factors among 3-5-year-old children in Uganda. *Int J Paediatr Dent*. 2004. doi:10.1111/j.1365-263X.2004.00570.x
50. Thomas A, Jacob A, Kunhambu D, Shetty P, Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(5):400-405. doi:10.4103/2231-0762.163405
51. Chu C-H, Ho P-L, Lo EC. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2012. doi:10.1186/1471-2458-12-767
52. Azizi Z. The prevalence of dental caries in primary dentition in 4- to 5-year-old preschool children in Northern Palestine. *Int J Dent*. 2014;2014. doi:10.1155/2014/839419
53. Wyne AH. Caries prevalence, severity, and pattern in preschool children. *J Contemp Dent Pract*. 2008. doi:1526-3711-491 [pii]
54. Hashim R, Williams SM, Thomson WM, Awad MA. Caries prevalence and intra-oral pattern among young children in Ajman. *Community Dent Health*. 2010. doi:10.1922/CDH_2428Hashim05
55. van der Tas JT, Kragt L, Elfrink MEC, et al. Social inequalities and dental caries in six-year-old children from the Netherlands. *J Dent*. 2017;62(April):18-24. doi:10.1016/j.jdent.2017.04.008

56. Campus G, Solinas G, Strohmenger L, et al. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: Pattern and severity of caries disease in 4-year-olds and the collaborating study group. *Caries Res.* 2009;43(2):155-162. doi:10.1159/000211719
57. Leake J, Jozzy S, Uswak G. Severe dental caries, impacts and determinants among children 2-6 years of age in Inuvik Region, Northwest Territories, Canada. *J Can Dent Assoc (Tor).* 2008;74(6).
58. Phipps KR, Ricks TL, Manz MC, Blahut P. Prevalence and severity of dental caries among American Indian and Alaska Native preschool children. *J Public Health Dent.* 2012;72(3):208-215. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00331.x
59. Stecksén-Blicks C, Hasslöf P, Kieri C, Widman K. Caries and background factors in Swedish 4-year-old children with special reference to immigrant status. *Acta Odontol Scand.* 2014. doi:10.3109/00016357.2014.914569
60. Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, et al. The NOURISH randomised control trial: Positive feeding practices and food preferences in early childhood - A primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health.* 2009;9. doi:10.1186/1471-2458-9-387
61. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *J Dent.* 2012;40(11):873-885. doi:10.1016/j.jdent.2012.07.013
62. De Castilho ARF, Mialhe FL, De Souza Barbosa T, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: A systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):116-123. doi:10.1016/j.jped.2013.03.014
63. Duijster D, Verrips GHW, Van Loveren C. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014. doi:10.1111/cdoe.12079
64. Topaloglu-Ak A, Eden E, Frencken JE. Managing dental caries in children in Turkey--a discussion paper. *BMC Oral Health.* 2009. doi:10.1186/1472-6831-9-32
65. Holm AK. Caries in the preschool child international trends. *J Dent.* 1990. doi:10.1016/0300-5712(90)90125-X
66. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics.* 2007. doi:10.1542/peds.2006-3084

67. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008;9(2):79-83. doi:10.1007/BF03262614
68. Pine CM, Adair PM, Petersen PE, et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. 2004;21(March):86-95.
69. Duijster D, De Jong-Lenters M, De Ruiter C, Thijssen J, Van Loveren C, Verrips E. Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch, Moroccan and Turkish origin. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(2):152-162. doi:10.1111/cdoe.12134
70. Rothnie JJ, Walsh CA, Wang MJ-J, Morgaine KC, Drummond BK. An exploratory study of pregnant women's knowledge of child oral health care in New Zealand. *N Z Dent J*. 2012;108(4):129-133. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477011>.
71. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: A systematic review of the literature. *Community Dent Health*. 2004;21(1 SUPPL.):71-85.
72. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51-59. doi:10.1016/S0140-6736(07)60031-2
73. Ismail AI. Visual and Visuo-tactile. *J Dent Educ*. 2004;83:56-66. doi:10.1177/154405910408301S12
74. Featherstone JDB. Dental caries: A dynamic disease process. *Aust Dent J*. 2008;53(3):286-291. doi:10.1111/j.1834-7819.2008.00064.x
75. Who. Oral Health Surveys - Basic Methods. *World Heal Organ*. 2013;1:137.
76. Elfrink ME, Veerkamp JS, Aartman IH, Moll HA, Ten Cate JM. Validity of scoring caries and primary molar hypomineralization (DMH) on intraoral photographs. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009. doi:10.1007/BF03262693
77. Fejerskov O, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management*.; 2008.
78. Campus G, Solinas G, Maida C, Castiglia P. The "Significant Caries Index" (SiC): a critical approach. *Oral Health Prev Dent*. 2003;1(3):171-178. doi:10.3290/j.ohpd.a8524
79. Pitts NB. Modern concepts of caries measurement. *J Dent Res*. 2004;83(SPEC. ISS. C). doi:10.1177/154405910408301S09

80. Chhabra N, Chhabra a. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2012.
81. Texas Department of State Health Services. Oral Health in Texas. 2008.
82. Shetty R, Deoghare A, Rath S, Sarda R, Tamrakar A. Influence of mother's oral health care knowledge on oral health status of their preschool child. *Saudi J Oral Sci*. 2016;3(1):12. doi:10.4103/1658-6816.174291
83. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015. doi:10.1177/0022034514557546
84. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand*. 2010. doi:10.3109/00016350903301712
85. Demirci M, Ulu T, Yildiz E, Turan N. Influence of Age , Sex and Socioeconomic Factors on Dental Health. *Balk J Stoma*. 2009;13(105):110. <http://balkandentaljournal.com/wp-content/uploads/2016/02/Influence-of-Age-Sex-and-Socioeconomic-Factors-on-Dental-Health.pdf>.
86. Namal N, Vehit HE, Can G. Risk factors for dental caries in Turkish preschool children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005;23(3):115-118.
87. Van Den Branden S, Van Den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: Evidence for a social gradient. *Eur J Pediatr*. 2013. doi:10.1007/s00431-012-1874-6
88. Gökalp PS, Doğan B, Tekçiçek M. Prevalence and Severity of Dental Caries in 12-Year-Old Turkish Children and Related Factors. *Med J Islam World Acad Sci*. 2013;21(1):11-18.
89. Sezer RG, Paketci C, Bozaykut A. Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatr Child Heal*. 2013. doi:10.1093/pch/18.4.e15
90. Slack-Smith LM. Dental visits by Australian preschool children. *J Paediatr Child Health*. 2003. doi:10.1046/j.1440-1754.2003.00185.x

8. EKLER

EK 1. Gönüllü Olur Formu (Türkçe)

EK 2. Anne Anketi (Türkçe)

EK 3. Çocuk ağız sağlığı muayene formu (İngilizce)

EK 4. Çocuk sağlığı polikliniği izni

EK 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

EK 6. Özgeçmiş



EK 1.Gönüllü Olur Formu (Türkçe)

Bilgilendirilmiş onam Formu -

Katılımcı No.

Muayene Tarihi:/...../.....

"4-6 yaş çocukların annelerinin ağız sağlığı konusundaki bilgi ve davranışlarının çocukların ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi".

Ben, Anas MOHAMED Diş hekimiyim ve Dokuz Eylül Üniversitesinde Halk Sağlığı Programında yüksek Lisans öğrencisiyim. Prof.Dr. Gül ERGÖR danışmanım ve Yrd. Doç. Dr. Gülser Kılınc İle Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran annelerin okul öncesi çocuklarının ağız sağlığı konusundaki bilgi ve davranışları ve çocuklarının ağız sağlığına etkilerini belirlemek için bir araştırma çalışması yürütüyorum. Bu çalışmaya katılmaya davet edildiniz, Herhangi bir zamanda, bu formdaki bilgileri anlamıyorsanız veya sorularınız varsa, bana (araştırmacı) sorabilirsiniz.

Araştırmanın Amacı:

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran annelerin okul öncesi çocuklarının ağız sağlığı konusundaki bilgi ve davranışları ve çocuklarının ağız sağlığına etkilerini belirlemektir.

Araştırmada ne yapacaksınız:

1. Bu araştırma bir ağız sağlığı bilgi düzeyi ve davranışları ölçmek için kısa bir anketi doldurmanızı gerektirir. Bu işlemin tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürecektir. Aynı anda, Çocukların ağız ve diş muayenesi araştırmacı tarafından (Ben) yapılacak ve uluslararası kabul edilen bir formu kullanarak skorları hesaplanacaktır. Size yönelik hiçbir masraf olmayacaktır, yada SGK'den karşılanmayacaktır.

Gönüllü Katılım:

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gönüllüdür. Katılmak isteyip istemediğiniz seçiminizdir. Eğer herhangi bir zamanda, artık bu çalışmaya katılmak istemiyorsanız, durdurabilirsiniz.

Riskler ve faydalar:

Bu çalışmaya katılma ile ilgili riskler yoktur. Bununla birlikte, Herhangi bir zamanda herhangi bir rahatsızlık hissederseniz veya stres yaşıyorsanız durdurabilirsiniz.

Bu araştırma çalışmasına katılmak için herhangi bir teşvik sağlanmayacaktır. Ancak, katılımınız ağız sağlığı hizmetleri geliştirmektedir. Ve çocuklarınızın ağız sağlığı ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarına ve karşılamalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, ağız muayeneyle çocuklarınızın ağız sağlığı ile ilgili bilgi alabilirsiniz ve erkenden tarama yapılacaktır. Size uygun olan polikliniğine veya hastaneye sevk edilecektir.

Gizlilik:

Sizden bu araştırma projesi için toplanan bilgiler gizli tutulacaktır. Kişisel bilgileriniz anket sonuçları ve muayene sonuçlarınız isimsiz kalacak ve yalnızca araştırmacılar tarafından

EK 1. (devamı) Gönüllü Olur Formu (Türkçe)

bilinecektir. Bu çalışmanın bulguları daha geniş bir kitleyle paylaşılacak ve yayınlanabilecektir. Bu durumda, sağladığınız kişisel bilgiler gizli tutulacak ve paylaşılmayacak.

Araştırma ile ilgili sorularınız var mı?

Herhangi bir sorunuz varsa, şimdi veya sonra sorabilirsiniz. Daha sonra soru sormak isterseniz, araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz: anasashabi@gmail.com.

Katılımcının temsilcisi: Yukarıdaki bilgileri iyice okudum. Soru sorma fırsatı buldum ve tüm sorularıma cevaplandı. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: _____ İmza _____

Gönüllü _____

Gönüllü velisi _____

Araştırmacı _____

EK 2. Anne Anketi (Türkçe)



Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



Ben ebeveyni olarak, çocuğumun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorum.

Çocuğun yaşı:.....

Çocuğun cinsiyeti: E K

Kaç çocuğunuz var:.....

Kaçıncı çocuğunuz?

Anne yaşı:.....

Annenin medeni durumu

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrılmış/boşanmış ☐ Bilmiyor/kabul etmedi

Aile tipi

☐ Çekirdek aile (anne, baba ve çocuk)

☐ Geniş aile (anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar)

☐ Ayrılmış aile (anne ve baba ayrı yaşıyor)

Annenin öğrenim durumu

☐ Okur-yazar değil

☐ Okur-yazar

☐ İlkokul

☐ İlköğretim/Ortaokul

☐ Lise

☐ Ön lisans

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans/Doktora

Çalışma durumu

☐ Çalışıyor

☐ Çalışmıyor

EK 2. (devamı) Anne Anketi (Türkçe)

SN	Soru	Yanıt
1	Çocuğunuz ne sıklıkta dişlerini fırçalar?	Günde bir kez Günde iki kere İki kereden fazla Bazen ya da hiç
2	Dişlerini temizlemek için ne kullanıyor? (birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)	Diş fırçası ve macunu Gargara Diş ipi Diğer _____
3	Çocuğunuzun dişlerini temizliği için nasıl davranıyorsunuz ?	Denetler ve izlerim Sadece tavsiye ederim ancak izlemem Çocuğumun dişlerini ben fırçalıyorum Diğer _____
4	Süt dişlerinin çürümesi önemli mi?	Evet Hayır Bilmiyorum
5	Süt dişlerinin sorunları kalıcı dişleri etkileyebilir mi?	Evet Hayır Bilmiyorum
6	Çocuğunuz günde ne sıklıkla şeker veya şekerli yiyecekler (pasta, çikolata, kurabiye, puding vb) yiyor?	Bir İki Üç 4'ten fazla Hiç yemiyor
7	Tatlılar, şeker ve yapışkan gıdalara (cips, patlamış mısır) sıklıkla maruz kalma diş sağlığını nasıl etkiler? (birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)	Çürümeye neden olur Dişlerin eğri sıkışık olmasına neden olur Diş eti kanamasına neden olur Bilmiyorum
8	Gece anne sütü ile sık sık emzirme diş çürümmesine neden olabilir mi?	Evet Hayır Bilmiyorum

EK 2. (devamı)Anne Anketi (Türkçe)

9	Biberonla gece sık sık beslenme dış çürüklerine neden olabilir mi?	Evet Hayır Bilmiyorum
10	Çocuğunuz hiç emzik kullandı mı?	Evet Hayır 12'nolu soruya geçin
11	Kaç yaşına kadar kullandı?	2 3 4 5
12	Çocuğunuz hiç biberon kullandı mı?	Evet Hayır 14'nolu soruya geçin
13	Kaç yaşına kadar kullandı?	2 3 4 5
14	4-6 yaş arası çocuklar dişlerini mükemmel bir şekilde temizleme yetisine sahip midir?	Evet Hayır Bilmiyorum
15	Kullandığınız diş macununda florür var mı?	Evet Hayır Bilmiyorum
16	Florür dişlerin çürümesini engeller mi?	Evet Hayır Bilmiyorum
17	Çürüme oluşturan mikroorganizmalar ebeveynlerden bulaşır mı? (Dudaktan öpme, emziği, kaşığı kendi ağzına sokup bebeğe verme gibi)	Evet Hayır Bilmiyorum
18	Genel vücut sağlığı ile ağız sağlığı arasında bir ilişki var mı?	Evet Hayır Bilmiyorum
19	Siz ve eşiniz kendi ağız diş sağlığına gerekli önemi veriyor musunuz?	Evet Hayır
20	Çocuğunuz için diş hekimini ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?	Düzenli 22'nolu soruya geçin Ağız sorunu varsa 22'nolu soruya geçin Hiç başvurmadı 21. Soruya geçin..

EK 2. (devamı)Anne Anketi (Türkçe)

21	Niçin çocuğunuzu hiç diş hekimine götürmediniz?	Diş hekiminden korkuyorum/ çocuğum korkuyor Yüksek tedavi maliyeti Yakında diş hekimi yok Çocuğumun diş sorunu yok Diğer 24'nolu soruya geçin
22	Çocuğunuzun diş hekimine son ziyaretinin nedeni neydi?	Çürük Ağrı Dişetinde Şişme Kötü koku Düzenli muayene Diş gıcırdatma Diğer
23	Çocuğunuza son diş hekimi ziyaretiniz sırasında hangi tedavi uygulandı?	Hiçbir şey Diş temizliği Diş Çekimi Dolgu Kanal tedavisi Diğer.....
24	Sizce çocuklar ilk kez diş hekimine ne zaman (kaç yaşında) götürülmeli ?	1 yaşından önce 1-3 yaşında 4-6 yaşında Daimi dişler çıktığında Diş ağrısı olduğunda
25	Siz diş hekimine gitmekten korkar mısınız?	Evet Hayır
26	Siz diş hekimine ne sıklıkta gidersiniz?	Altı ayda bir Yılda bir Diş sorunun olunca
27	Çocuk doktorunuz ya da aile hekiminiz diş hekimine gitmenizi önerdi mi?	Evet Hayır

SORULARIMIZ BİTTİ VERDİĞİNİZ CEVAPLAR İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK 3. Çocuk ağız sağlığı muayene formu (İngilizce)

Caries Recording Form

Dental status/Caries Recording Form

Dokuz Eylül University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health

Number _____

Date _____ 20____

Area _____

Ident. Numb. _____

Age _____ M [] F [] Examiner _____

Recorder _____

				55	54	53	52	51		61	62	63	64	65					
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
o																			
m																			
b																			
d																			
l																			
o																			
m																			
b																			
d																			
l																			
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75					

Permanent	Primary
0 sound	A
1 decayed	B
2 filled & decayed	C
3 filled, no decay	D
4 missing due caries	E
5 missing, other reason	-
6 sealant	-
7 bridge abutment, crown	G
8 unerupted	-
9 excluded	-

DMFT: D _____ M _____ F _____ = _____

DMFS: D _____ M _____ F _____ = _____

Other observations:

EK 4. Çocuk sağılığı polikliniğı izni

- Çocuk Sağılığı ve Hastalıkları anabilim dalından araştırmanın onayı 12/12/2017 tarihinde alındı. No 74660883-757.01 2517



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Çocuk Sağılığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı : 74660883-757.01 2517
Konu : Araştırma Yapılabilmesi İçin İzin.

A2...A2/2017

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULUNA

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağılığı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Diş Hekimi Anas Omar Ashabi'nin araştırmacısı olduğu "4-6 yaş çocukların annelerin ağız sağılığı konusundaki bilgi ve davranışlarının çocukların ağız sağılığına etkisinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanın anabilim dalımızda gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat DUMAN
Anabilim Dalı Başkanı

EK 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

- 08.02.2018 tarihinde, Dokuz Eylül Üniversitesi, girişimsel-olmayan araştırma komitesi, Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Karar no: 2018 / 04-37

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 149

08.02.2018

Sayın Prof.Dr.Gül ERGÖR.

Kurulumuz tarafından 08.02.2018 tarih ve 3770-GOA protokol numaralı 2018/04-37 karar numarası ile görüşülen "4-6 Yaş Çocukların Annelerinin Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Çocukların Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

EK 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı
(devamı)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3770-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	4-6 Yaş Çocukların Annelerinin Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Çocukların Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Gül ERGÖR Halk Sağlığı A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

EK 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı (devam)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/04-37	Tarih:08.02.2018
	Prof.Dr.Gül ERGÖR'ün sorumlusu olduğu "4-6 Yaş Çocukların Annelerinin Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Çocukların Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☒ H ☐	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

Prof.Dr.Gül ERGÖR sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

EK 6. Özgeçmiş



ANAS OMER ABDELBAĞI MOHAMED

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası 99005182958
Doğum Tarihi 23/10/1990
İletişim Adresi
Telefon
E- posta anasashabi@gmail.com
Web Adresi

Eğitim Bilgileri

15 Eylül 2015 - Şu Anda (3 yıl 4 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.77 / 4.0

01 Ekim 2007 - 01 Aralık 2012 (5 yıl 3 ay)
Lisans, Anadal/ Normal Öğretim, UNIVERSITY OF KHARTOUM, SUDAN
FACULTY OF DENTISTRY, UNIVERSITY OF KHARTOUM
Diploma Numarası: 0569479/27.12.2012

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

TÜRKÇE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

ARAPÇA (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

EK 6. Özgeçmiş (devamı)

A. O. A. MOHAMED, Okulöncesi? Çocukların Karyojenik Gıda Tüketimi? Ve Ağız Hijyeni? Davranışlarının Ağız Sağlığına Etkisi?ni? Değerlendirilmesi?, Sözlü Sunum, 25. Uluslararası Bilimsel Kongre Ve Sergisi, 09 Kasım 2018, 11 Kasım 2018, 151 - 152.

A. O. A. MOHAMED, G. ERGÖR & G. KILINÇ, 4-6 Yaş? Çocukların Annelerinin Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgi Ve Davranışlarının Çocukların Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi, Poster Sunumu, Tdb 24. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 27 Eylül 2018, 30 Eylül 2018, 405 - 405.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

