

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN
HASTALARIN KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ
(DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Tezi Hazırlayan:

Hüseyin Cumhur ÇELİK

İSTANBUL, 2013

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİMDALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN
HASTALARIN KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ
(DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Tezi Hazırlayan:

Hüseyin Cumhur ÇELİK

Öğrenci No:

110746202

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Ali SAYGILI

İSTANBUL, 2013

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Müracaat Eden Hastaların Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyleri (Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği)” başlıklı bu çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve onurumla doğrularım./..../....

Hüseyin Cumhur ÇELİK

**T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI**

Adı ve Soyadı : Hüseyin Cumhur ÇELİK
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ali SAYGILI
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2013
Alanı : Sağlık
Anahtar Kelimeler : Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri, Ağız Diş Sağlığı

ÖZ

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN HASTALARIN KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ (DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ)

Yaşam standartlarının iyileşmesine paralel olarak insanların ihtiyaçları değişmekte ve çeşitlenmektedir. Bu çeşitlenmenin beraberinde getirdiği modern yeme içme kültürü ve sürekli tüketime endeksli gıda ürünleri bireylerin ağız ve diş sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Tüm dünyada tüketime özendirici doğallıktan uzak rafine gıdaların toplumların hayatlarından çıkartılmasının hemen hemen imkânsız olması, koruyucu ağız diş sağlığını ve bu alanda yapılan çalışmaları ön plana çıkarmaktadır.

Bu çalışmada 2008 yılında Denizli İlinde İl Sağlık Müdürlüğü ile Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalınca ortaklaşa yürütülmek üzere başlatılan ve sekiz yıl sürecek olan “Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi” Denizli’de yaşayan halkın, ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi düzeylerine etkisi incelenmiştir.

Sonuç olarak Denizli ilinde yapılan okul taramaları hakkında bilgi sahibi olan kişilerde anlamlı bir fark var iken, çocuğu okul taramasına katılan kişilerde anlamlı bir fark görülmemiştir. Dolayısı ile okul taramalarının kişilerin ağız diş sağlığı bilgi düzeyleri üzerinde olumlu yönde etkisine rastlanmamıştır.

Name and Surname : Hüseyin Cumhur ÇELİK
Supervisor : Yrd. Doç. Dr. Ali SAYGILI
Degree and Date : Master, 2013
Major : Healt
Key Words : Preventive Oral Health Care Services, Oral Health Care

ABSTRACT

THE LEVEL OF PROTECTIVE ORAL AND DENTAL HEALTH KNOWLEDGE OF THE PATIENTS WHO APPLY TO THE ORAL AND DENRAL HEALTH CENTER (EXAMPLE OF DENIZLI ORAL AND DENTAL HEALTH CENTER)

The improvement of living standards every other day changes the needs of the people accordingly. Eating styles, cultures and food which are proper to permanent consumption and which are produced according to industrial society; affect the dental health of the people in negative way.

The impossibility of taking away consumption encouraging unnatural food form people's lives gives prominence to oral and dental health and studies carried out on this subject.

In this study; the effect of the Project started with the collaboration of Provincial Health Directory having bee founded in 2008 in Denizli, and Pamukkale University Public Health Centre and expected to last for 8 years; level of oral and dental knowledge of the people living with be examined.

Lastly while there is a noticeable difference in the knowledge average of the people who are aware of the school visits which are carried out in the province of Denizli, we still haven't been able to a remarkable difference in the average knowledge of those people whose children attend the school visits. To sum up, we haven't been able to see a positive affect of school visits on the average dental health knowledge of people.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XIII
RESİMLER LİSTESİ.....	XIV
KISALTMALAR.....	XV
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

1. SAĞLIK HİZMETLERİ	5
1.1.Sağlığın Tanımı	5
1.2.Sağlık Hizmetleri.....	6
2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI	7
2.1. Diş Sağlığı	7
2.1.1. Dişler	8
2.1.2. Süt ve Daimi Dişlenme	12
2.1.3. Süt Dişlerinin Önemi.....	13
2.1.4. Altı Yaş Dişi ve Daimi Dişlenme	13
2.2. Hamilelikte Ağız ve Diş Sağlığı.....	14
2.3. Çocuklarda Ağız ve Diş Sağlığı	15
2.4. Dental Plak (Diş Plağı).....	15
2.5. Diş Çürükleri	19
2.6.Diş Çürüklerinin Yol Açtığı Problemler	22
2.7.Dişeti Hastalıkları ve Diş Taşları	22
3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ	23

3.1. Ağız ve Diş Sağlığının Önemi.....	25
3.2. Ağız Diş Sağlığının Korunmasında Eğitimin ve Okulun Önemi	27
3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	29
3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri	30
3.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığının Önemi.....	31
3.6. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığının İlkeleri	32
3.7. Ülkemizin Ağız ve Diş Sağlığı Durumu	33
3.8. Ağız ve Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi	35
3.9. Genel Sağlık Problemlerinin Ağız Bulguları	36

İKİNCİ BÖLÜM

KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE TÜRKİYEDEKİ UYGULAMALARI

1. KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI..... 40

1.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Özellikleri	41
1.2. Florür	43
1.2.1. Florürün Dişler Üzerindeki Etkisi	45
1.2.2. Optimal Florür Miktarı.....	46
1.3. Ağız Ve Diş Sağlığının Korunması	47
1.4. Florür Uygulamaları	48
1.5. Sistemik Florür Uygulaması.....	49
1.5.1. Şehir Suyunun Florürlenmesi.....	50
1.5.2. Florür Tablet Uygulamaları.....	51
1.6. Topikal Florür Uygulaması	52
1.6.1. Florür Vernikler.....	52
1.6.2. Florürlü Jeller	54
1.6.3. Florürlü Ağız Gargaraları ve Çalkalama Suları.....	55
1.7. Fissür Örtücü Uygulamaları	56

2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI 58

2.1. Diş Fırçalama Alışkanlığı.....	58
2.1.1. Florürlü Diş Macunları İle Fırçalama.....	60
2.1.2. Diş Macunları İle Fırçalama.....	61

2.2. Ağız Bakımı	62
2.3. Diyet Alışkanlığı	63
2.4. Altı - Aylık Diş Hekimi Kontrolleri	65
2.5. 0-3 Yaş Aile Hekimi Muayenesi	66

3. TÜRKİYE’DE KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN UYGULAMASI..... 67

3.1. Türkiye’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı	68
3.2. Türkiye’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar	69

4. DENİZLİ’DE KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN UYGULAMASI..... 70

4.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Bilgi	70
4.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Katılımcıları	71
4.3. Denizli’de Uygulanan Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri	71
4.3.1. Denizli’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar	74
4.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi	75

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DENİZLİ’DE DİŞ HASTALARININ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYLERİ

1. DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN HASTA VE YAKINLARINA AİT BİLGİLER..... 81

1.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarına Ait Bilgiler	81
1.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Demografik ve Sosyo – Ekonomik Bilgileri	83
1.3. 2008 Yılı İtibariyle Yapılan Denizli Taramaları Bilgileri	85

2. DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTA VE YAKINLARININ BİLGİ DÜZEYLERİ 86

2.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Bilgi Düzeyleri.....	86
2.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Cinsiyetleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	88

2.3. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Medeni Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	89
2.4. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Eğitim Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	90
2.5. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	91
2.6. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	93
2.7. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	95
2.8. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Gelir Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	96
2.9. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının İkamet Ettikleri Yerler İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	98
2.10. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgiyi Aldıkları Yer ile Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	99
2.11. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Bünyesinde Verilen Tarama Hizmeti Hakkında Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	101
2.12. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının 0-3 Yaş Aile Hekimi Tarama Hizmeti Hakkında Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	102
SONUÇ	103
KAYNAKLAR.....	106
EK:	112

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Sınıflandırılması.....	24
Tablo 2. Ülkemizin Ağız ve Diş Sağlığı Durumu	34
Tablo 3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaların Diş ve Çevrelerindeki Klinik ve Radyolojik Bulgular	39
Tablo 4. Farklı Besin Maddelerinin Kariyojenik Potansiyelleri.....	65
Tablo 5. En Yoğun Aylara Göre Hasta Sayıları	82
Tablo 6 . Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durum Tablosu...	84
Tablo 7. Denizli İli Taramaları Bilgi Tablosu	86
Tablo 8. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyi Ölçen Sorular	86
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetine Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	88
Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	90
Tablo 11. Hastaların Eğitim Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	91
Tablo 12. Hastaların Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	92
Tablo 13. Hastaların Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	92
Tablo 14. Hastaların Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	93
Tablo 15. Hastaların Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	94
Tablo 16. Hastaların Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	95
Tablo 17. Hastaların Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	96
Tablo 18. Hastaların Gelir Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	97
Tablo 19. Hastaların gelir durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.....	97
Tablo 20. Hastaların Yaşadıkları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	98
Tablo 21. Hastaların Yaşadıkları Yerler İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi	

Düzeylelerinin Karşılaştırılması.....	99
Tablo 22. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgiyi Aldıkları Yer ile Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	100
Tablo 23. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgileri Aldıkları Yer ve Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	100
Tablo 24. Hastalardan Tarama Hizmetinden Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	101
Tablo 25. Hastalardan 0-3 Yaş Aile Hekimi Tarama Hizmetinden Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	102

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Süt Dişi Dizisi	11
Şekil 2. Daimi Diş Dizisi	12
Şekil 3. Diş Çürüğü Etiyolojisinde Etkili Dört Faktörün Şematik Gösterilmesi	19
Şekil 4. Ağız ve Diş Sağlığı İle Genel Sağlık İlişkisi	35
Şekil 5. Türkiye’de Endemik Florozis Bölgelerini Gösteren Harita (Tendürek Volkanı, Isparta, Uşak, Eskişehir).....	44

RESİMLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Resim 1. Diş Çürüğü.....	20
Resim 2. Diyabet Şeker Hastalığında Diş Eti Problemleri	38
Resim 3. Osteoporozis Kemik Erimesi Diş Eti Problemleri.....	38
Resim 4. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs Dıştan Görünümü.....	72
Resim 5. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs Dıştan Görünümü.....	73
Resim 6. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs İçten Görünümü	74
Resim 7. Dişin Katmanları.....	76
Resim 8. Çürük Görünümü	77
Resim 9. Ara Yüz Çürük Görünümü	77
Resim 10. Ara Yüz Dolgu Görünümü	78
Resim 11. Ağız ve Diş Sağlığının Sistemik Etkisi	78
Resim 12. Diş Fırçalama Ön Yüz	79
Resim 13. Diş Fırçalama Arka Yüz	79

KISALTMALAR

ADA	American Dental Association
ADÇHCAD	Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı
ADS	Ağız Diş Sağlığı
a.g.m.	Adı Geçen Makale
ANKEM	Antibiyotik ve Kemoterapi
APF	Asidülo Fosfat Florür
AÜ	Ankara Üniversitesi
Bkz.	Bakınız
C.	Cilt
CPI	Cariogenic Potential Index (Çürük Potansiyeli İndeksi)
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
DEÜTFD	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
DHFD	Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi
Diğ	Diğerleri
DMFT	Çürük, Dolgu, Eksik, Diş
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EÇÇ	Erken Çocukluk Çağı Çürüğü
GIS	Gastro İntestinal Sistem
İÜ	İstanbul Üniversitesi
lt	Litre
mg	Miligram
MÜ	Marmara Üniversitesi
NaF	Sodyum Florür
ppm	Parts Per Million (Milyonda Bir Parçacık)
s.	Sayfa
S.	Sayı
SaBE	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SB	Sağlık Bakanlığı
SBE	Sosyal Bilimler Enstitüsü
SEM	Scannik Elektron Mikroskobu
SnF2	Kalay Florür
SÜ	Selçuk Üniversitesi

ULAKBİM	Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkez
vb.	ve bunun gibi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YBT	Yayınlanmamış Bitirme Tezi
YDT	Yayınlanmamış Doktora Tezi
YUT	Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
YYLT	Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Ağız Diş Sağlığının kötü olması buna bağlı olarak şikâyetlerinin arması, bu şikâyetlere bağlı yaşam kalitelerinin ciddi oranda olumsuz etkilenmesi, tedavi ihtiyacı için kişilerde zamana bağlı olarak iş gücü kaybı, çocuklarda okula gidememe ve eğitimlerinin aksaması, beslenmeye bağlı olarak gelişmelerini engellediği buna karşın tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu tüm ülkelerde kabul görmüştür.

Tüm dünyada ağız-diş sağlığını yönelik artan tedavi maliyetlerini azaltmak amacı ile toplumun ağız-diş sağlığını geliştirmek, çürük insidansını minimuma indirmek ağız-diş sağlığın bozulmasını engellemeye yönelik politikalar üreterek çeşitli ağız-diş sağlığı programları geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda kişilerin yaşam kalitesini tüm toplum açısından iyileştirilmesinin bireysel ağız temizliği prosedürleri uygulamalarının toplumda hem bilgi hem de uygulama açısından arttırılmasına bağlı olduğu ve bunun gereklerinin yerine getirilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır.

Bu amaçla 2008 yılından bu yana Denizli ilinde devam eden koruyucu ağız ve diş sağlığı okul taramalarında verilen eğitimlerin Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran hastalar üzerindeki bilgi düzeyi belirlenerek sahada yapılan ailelere yönelik teorik ve pratik eğitim içeriğinin yeniden planlanması. Bilgi düzeylerinde anlamlı bir fark bulunması durumunda tüm illerde yapılan ağız ve diş sağlığı tarama ve bilgilendirme eğitimlerinin sağlıkta kalite standartları arasında model oluşturmak ve okul taramalarının belirli standartta zorunlu hale getirilmesi.

Araştırma örnekleme Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran tesadüfi örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler “Anket Formu” ile çalışmaya katılan hastalar ile yüz-yüze doldurularak toplanmış olup; istatistiksel analizinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Hastaların demografik özelliklerini koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi düzeyi etkilerini belirlemek amacıyla bağımsız örneklemeler t-testi ve tekyönlü varyans analizi (One-Way) testleri kullanılmıştır. İstatistiksel işlemler SPSS 17 paket program aracılığıyla hesaplanarak tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi düzeyleri, konusu yukarıda bahsi geçen konular nedeni ele alınmış olup Denizli de yapılan okul taramasının etkinliği ölçmek, etkin ise uygulamada karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri değerlendirilecektir.

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmada uzunca bir teorik bölüm bulunmaktadır. Bu bölümdeki amaç öncelikle ağız diş sağlığı vücut sağlığının bir parçası olması sebebi ile genel olarak sağlık ve ağız diş sağlığının genel sağlık üzerine olan etkilerini genel bir çerçevede ele almak; çeşitli yönlerini ana hatları itibariyle ortaya koymaktır.

Daha sonra ağız diş sağlığı ve koruyucu ağız diş sağlığına yönelik ilişkin temel kavramları tartışılacaktır. Koruyucu ağız diş sağlığına yönelik ülkemizdeki uygulamaları ve 2008 yılı itibariyle Denizli ilinde uygulanan okul taramaları ve sonuçlarını ortaya konulacaktır. Nihayet diğer illerde yapılan okul taramalarından bahsedilerek eleştirilecektir.

Saha çalışması itibariyle amaçladığımız husus Ağız ve Diş Sağlığı, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulamaları ve Denizli Uygulaması irdelenecektir.

Buna müteakip başta anket tekniği olmak üzere çeşitli araştırma teknikleri ile Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bilgi düzeylerine yönelik bilgi sunulacaktır.

Bu arada diğer bir amaç da, elde edilen bulgular ile benzer ağız diş sağlığı merkezlerine ait bilgi düzeyine yönelik araştırmalar ile kıyaslayarak koruyucu uygulamalar içerisinde en etkili olanını bulma yolundadır. Hiç şüphesiz bilime asıl katkısı olan çalışmalar, mukayeseli araştırmalardır.

Kullanılan Metot ve Teknikler: Özellikle teorik kısımda tarihçi metodu, yani kaynak taraması tekniğini kullanılacaktır. Bununla birlikte yer yer kendi intibalarımıza, saha çalışmamızdan elde ettiğimiz verileri de yer verilecektir.

Saha çalışması sırasında kendi bulgularımızın yanında diğer araştırma bulguları ve teorik bulgulara da yer vereceğiz. Saha çalışmasında bataryalı metod da

denilen birden fazla araştırma tekniği kullanılacaktır. Anketlerle ilgili kısımda anket verilerinin yanı sıra gözlem ve örnek olay dinleme tekniklerini de yer verilecektir böylece gözden kaçabilecek verileri de yakalanması planlanmaktadır.

Çalışma kesitsel tiptedir, çalışma evreni olarak 01.Haziran.2012 – 31.Temmuz.2012 tarihleri arasında Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan hastalar seçildi. 2012 yılının ilk 5 ayının ortalaması alındığında günlük merkezimize ortalama 1417 hasta başvuruda bulunmaktadır. Anket yaz tatilinde yapılması planlandı. 2012 yılında ramazan ayı ağustos ayına gelmesi sebebi ile anket 01.Haziran-31.Temmuz ayında yapılması karar verildi. Anketin yapılması planlanan 2 ay toplam iş günü 40 gün olduğu düşünülerek günlük 8 - 9 hastaya anket yapılması toplamda 2 ay süresince 330 kişiye anket yapılmasına karar verildi. Örneklem olarak 330 kişi seçildi. Anketimize 195 bayan 135 erkek toplam 330 hasta katıldı (N=330).Anket formuna hastaların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, medeni durumları, çocuk sayısı, meslekleri, yaş, ikamet ettikleri yer ve aylık gelir düzeyleri kaydedildi.

Anket uygulamasını Denizli'nin ilçeler dâhil tüm il merkezindeki kişilerin başvuru olması sebebi ile Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yapılması karar verildi. Anketin okulların kapalı olduğu dönemde yapılarak mümkün mertebe anlamlı ilişkiler yakalanması amaçlanmıştır.

Yapılan literatür taraması ile saha çalışmasında önemli bir yeri olan anket hazırlanmıştır. Anket Ek-1'de de görüleceği üzere 29 sorusu ağız diş sağlığı ile ilgili, 8 sorusu da demografik bilgilerden olmak üzere toplam 37 sorudan oluşmaktadır. Hazırlanan 29 sorunun 23 tanesi okul taramasının saha eğitimlerinde verilen eğitime bağlı olarak bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 2 tanesi ise Ağız bakımı durumunu tespit edilmesine yönelik, 4 tanesi de Denizli ilinde uygulanan koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları olarak hazırlanmıştır.

Literatür incelendiğinde, koruyucu ağız diş sağlığına yönelik, diş çürüğü önlemenin yolu ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Özellikle Türkiye'de yapılmış böyle bir çalışma sayısı daha da az olduğu görülmektedir. Hatta yapılan okul taramasına bağlı bilgi düzeyine yönelik bir çalışma rastlanmamıştır. Bu

bakımdan yapılan çalışma bu konuda Türkiye’de yapılan ilk çalışma özelliğini taşımaktadır.

Karşılaşılan Zorluk ve Sınırlamalar: Kaynak taramasında ulaşmada temininde olağan zorluklar ve yapılan çalışmanın ve uygulanan anketin hastanede rutin yapılan memnuniyet anketi olmadığı bilimsel araştırma için yaptığımıza inandırmak için uğraş verilmiştir.

Varsayımlar: Kişilerin koruyucu ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyine ilişkin iki varsayım bulunmaktadır.

- i. Denizli İlinde 2008 yılından bu yana tüm ilköğretim okullarında yapılan ağız diş sağlığı taraması toplumun ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyinin artmasına sebep olmuştur.
- ii. Çocuğu ilköğretim okulunda olup ağız ve diş sağlığı taramasına ve eğitimlerine katılanların, çocuğu ilköğretim okulunda olmayanlara kıyasla bilgi düzeyleri anlamlı derecede yüksektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1.Sağlığın Tanımı

Hastalıklar insanlık tarihiyle birlikte var olmuş ama uzun yıllar boyunca hastalık olarak algılanmamış kişilere mal edilerek toplumdan dışlanmışlardır. Hastalıkların bulunması ve buna bağlı olarak sağlığın ve tedavi edilebilirliğinin bulunma sürecinde birçok insan ölüme terk edilmiştir. “İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmişte geleneksel olarak sağlık kısaca hastalığın olmaması ve bedensel engelinin bulunmaması olarak uzun yıllar kabul görmüştür. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde geçerliliği olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1947’de yapılan sağlık tanımında ise sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.”¹ İnsanlar sağlıklarını kaybettikleri durumlarda çaresiz kaldıkları zamanlarda kendileri ve yakınlarını kurtarmak isteseler dahi imkânlar dâhilinde tıbbi anlamda yetersiz kalmışlardır. Buna karşın metafizik anlamda çözüm arayışından vazgeçmemişlerdir.

Değişik kültürlerde, ırklarda hatta gelişmiş olmayan çoğu toplumlarda kişilerin sahip oldukları bedensel engelleri doğal kabul edilmiş ya da üstünlük hali şeklinde benimsetilmiştir. İnsan unsuru olması nedeniyle sağlığın tanımı kişilere geleneklere ırklara göre değişmemeli aksine insanın olduğu her yerde tek çatı altında toplayan herkes için aynı anlamı taşıması gereklidir. İnsanlar farklı coğrafyada farklı iklim koşullarında ve farklı ırklarda doğup büyümüş olsalar da insan olma sıfatını

¹ N. Tuğut - M. Bekâr, “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt (C.)11, Sayı(S.) 3, Erzurum, 2008, Sayfa (s.) 17

taşımaları sebebi ile sağlık her insan için aynı anlamı ifade etmelidir. “Sağlık, yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.”¹ Tüm insanlar için sağlıklı olma şartları eşit olması ile birlikte kişilerin fiziksel durumları ile birlikte sosyal ve psikolojik olarak tam bir serbestlik halinde olmasıdır.

1.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin toplumda akut olarak sağlığını kaybetmiş kişiler için tedavi olarak algılanmaktadır. Fakat sağlık hizmetleri, koruyucu yani hastalanmadan önce koruma ve erken teşhis hizmetleri, ikincil koruma olarak tedavi hizmetlerini, üçüncül koruma olarak oluşan hastalığın nüksetmesi ve komplikasyonlarını kapsaması şeklinde üç ana başlıkta tanımlanması mümkündür. Sağlık hizmetleri her toplumda ayrı bir yeri olmuş hatta kutsallaştırılmıştır. Çünkü insan hayatı tarihten günümüze kadar değerli olarak benimsenmiştir. Çoğu ülkelerde az rastlanılsa da insanların yakınlarının sağlığı kişilerin kendi sağlıklarından daha ön planda tutulmaktadır. Sağlık hizmetleri toplumda yer alan kişilerin ırk, din, renk ayrımı yapmaksızın sağlıklarına zarar verebilecek etkenlerin ortadan kaldırılması yâda bu etkenlerin oluşmasını fırsat vermemesidir. Bununla beraber oluşmuş olan ve kişilerin fizyolojik ve psikolojik durumlarını kötü etkileyen ve hayati risk taşıyan hastalıkların tıbbi faaliyetler ile tedavi edilmesidir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri genel sağlık hizmetlerinden farklı olarak diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Son yıllarda yardımcı personel konusunda açılan okullar sonucu diş hemşireliği konusu gündemdedir. Yıllardır diş teknisyenlerinin diş hekimleri ile çalışmasına bir personel daha eklenmiştir. “Sağlık politikalarında, gereksinimleri değerlendirmeye yönelik sosyodental yaklaşımlar ve sağlığın geliştirilmesi için ortak risk etmeni yaklaşımını kullanarak ağız sağlığı da kapsanmalıdır. Ağız problemlerinin kişilerin sistemik rahatsızlığı üzerini etkilerini düşünülmesi ile ağız sağlığı birinci sırada önem arz etmektedir. Oral hastalıklar kronik hastalıkların en yaygın olanlarıdır ve görülme sıklıkları, bireyler ve toplum üzerine etkileri ve tedavi masrafları nedeniyle önemli

¹, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, S. 10705, 1961, s.1, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (09.04.2013)

halk sağlığı sorunlarıdır.”¹ Sağlık hizmeti verilmesi yanı sıra koruyucu ağız diş sağlığı üzerinde durulmalı ve hatta tüm toplumu kapsayan programlar yapılmalıdır.

2. AĞIZ VE Dİş SAĞLIğI

2.1. Diş Sağlığı

Ağız sağlığının kaybını en önemli faktörü yaş, genetik yatkınlıktan tamamen farklı olarak ağız bakımının yetersiz ya da hiç uygulanmamasından kaynaklanmaktadır. “Yaşlanma ağız sağlığının bozulmasında etkili bir faktör olmadığı gibi genç yaşta dahi total diş kaybı ve sağlıksız ağız ile karşılaşılabilmektedir. İnsan hayatının beklenen bir süreci değildir. Yeterli bakım yapıldığı takdirde ömür boyu sağlıklı bir ağız yapısına sahip olmak mümkündür. Bu durum sistemik hastalıklara, bu hastalıklara bağlı kullanılan ilaçlara, uygun olmayan beslenmeye veya koruyucu ağız bakımının olmamasına bağlı olarak gelişir.”² Ağız bakımının ihmal edilmesi hemen rahatsızlığa sebep olmamakta aksine zamanla yavaş yavaş çürük oluşturur ve ağız sağlığını kaybetmesi zaman alan bir süreçtir. Çürük oluşmasından sonra ağız hijyenini dikkat edilerek iyi bir bakımın olması kaybedilen ağız sağlığını geri getirmeyecektir. “Dişlerin yâda dişin çürümesi, dişin çevre dokularını ilgilendiren rahatsızlıklar ve bunlara bağlı oluşan diş kayıpları, orofaringeal kanserler, ağız mukozası hastalıkları ve çene yüz travmaları dünyada yaygın olarak görülen önemli bir toplumu ilgilendiren halk sağlığı çözümü mümkün olan problemlerdir. Ağız diş sağlığı (ADS), kişinin sağlığını da olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple hayat standartları açısından önemli bir yer işgal etmektedir. şeker hastalığı, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kanser, eklem romatizması, hamilelik gibi sistemik hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonları ile ağız diş sağlığı (ADS) arasında oldukça yakın bir ilişki bulunmaktadır. Bununla beraber ağız, ağız boşluğu, diş ve çevre dokularını ilgilendiren hastalıkların ve kronik olarak seyreden hemen hemen tüm sistemik

¹ Z. Akıncı, Karma Dişlenme Dönemindeki Öğrencilerin Ağız Diş Sağlığı Durumunun ve Bu Konudaki Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Çankaya İlçesi-Üç İlköğretim Okulu Örneği-Ankara), Ankara Üniversitesi (AÜ), Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SaBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2008, s.9

² H. Çelenligil Nazhel, “Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı”, Turkish Journal of Geriatrics, C.2, S.1, Ankara, 1999, s.14

hastalıkların risk faktörleri ortak olduğunu söylemek mümkündür. Dengesiz beslenme, alkol tüketimi ve sigara kullanımı ADS ile genel sistemi etkileyen ciddi hastalıklar arasında yer alan risk faktörlerindendir.”¹ Tüm bu risk faktörlerini ortadan kaldırmak sadece diş fırçalamak ve düzenli diş hekimliği ziyaretleri ile mümkün olacaktır. Bu sonradan kazanılan bir uygulama olmayıp çocukluk döneminde eğitimlerle kazandırılabilen bir uygulamadır.

2.1.1. Dişler

Dişlerin ve ağız ortamının kişi sağlığı üzerinde ve hayat kalitesi üzerinde etkileri oldukça önemlidir. Ağız boşluğunun birçok problemleri olması ile birlikte en önemli ve yaygın rahatsızlıklardan bir tanesi diş çürüğüdür. Diş çürüğü, insanlarda en sık görülen hastalıklardandır. Bu yaygın sağlık sorununu kontrol altına alabilmek için öncelikle korunma bilincini koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırmak, daha sonra da en uygun tedavinin uygulanmasını sağlamak gerekmektedir. Dünyada ve ülkemizde, yirminci yüzyılın ortalarından beri diş çürüğünün yaygınlığı ve şiddetini ölçen birçok çalışma yapılmıştır. Tedavi gereksinimini ölçen çalışmaların ise daha çok son yıllarda yapıldığı göze çarpmaktadır. Ülke düzeyinde çürük durumunu ve tedavi gereksinimini gösteren verilerin elde edilmesi, sağlık düzeyini artıracak politikaların belirlenmesinde, mevcut sağlık düzeyini koruyabilecek diş hekimliği düzenli ziyaretleri zorunlu kılacak planların hazırlanması ile koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin verilebilmesinde temel alınacak hedeflerin oluşturulmasını sağlayacaktır.² Okullarda diş taramalarını yapılması ile mevcut durum analizinin yapılması ile birlikte koruyucu diş sağlığı hizmetleri başlanmış olacaktır. Başlanması yeterli olmayıp her yıl tekrarlanması gerekmektedir.

¹ G. Kılınç - T. Günay, “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri”, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Dergisi, C.24, S.3, İzmir, 2010, s.132

² B. Güçüz Doğan - S. Gökalp, “Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi 2004”, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.32, S.2, Ankara, 2008, s.46

Diş Mevcut Tabakaları: Yetişkin kişilerin ağızlarında bulunan daimi dişler ve çocuklarda bulunan süt dişleri mine, dentin, sement tabakaları ile pulpa odasından oluşmaktadır.

i. Mine: Ağız içerisinde dişlerin görünen bölümünün üzerinde yer alan yaygın olarak ilk gördüğümüz diş en üst tabakasıdır. Çoğunlukla beyaz, şeffaf, parlak, parlak camsı görünür ama kullanım ve yaşa bağlı olarak aşınmış ve sarı renkli olarakta gözlenmektedir. Bulunduğu coğrafik bölgeye göre sudaki flor nedeni ile doğuştan beyaz opak ya da sarı çizgili hallerinde mevcuttur. Vücutta bulunan en sert doku özelliğini de barındırır.

ii. Dentin: Hemen minenin altında yer almaktadır. Renk olarak mineye göre daha sarı, dentin kanallarını içerdiği için opak renklidir. Sertliği az olduğu için çürüğün hızlı ilerlediği tabakadır. Mineye göre daha yumuşaktır. İleri yaşlarda minenin aşınması ile yaygın olarak ağız ortamında gözlenebilir.

iii. Sement: Diş minesi ile dişin aynı katmanın da yer almasına karşın ağız ortamında dişin görünmeyen yani diş eti altında kalan kısmıdır. Diş taşına, yaşlanmaya, travmaya bağlı oluşan ciddi diş eti çekilmelerinde rahatlıkla gözlenebilmektedir. Renk olarak dentine benzeyen dişin kök yüzeyinin en dış tabakasını oluşturur. Mine ve dentine göre daha yumuşak aşınmaya karşı direnci düşüktür.

iv. Pulpa: Dişin merkezinde, kan damarları, doku sıvısı, sinir dokuları ve dallanmaları içeren diş kanalı ve pulpa odası diye adlandırılan kapalı bir kutu içerisinde yer alan yumuşak doku olarak tanımlanmaktadır. Bir bütün olmasına karşın diş yapısında bulunduğu yer olarak iki bölüm olarak ele alınması daha doğru adlandırılmış olacaktır.

- *Kron Pulpası:* Pulpa odası içerisinde yer alır çiğneme yüzeyine doğru yapmış olduğu uzantılara pulpa boynuzu adı verilir.

- *Kök Pulpası:* Pulpa kanalı kök kanalının içerisinde yer alan kısım olarak adlandırılır.

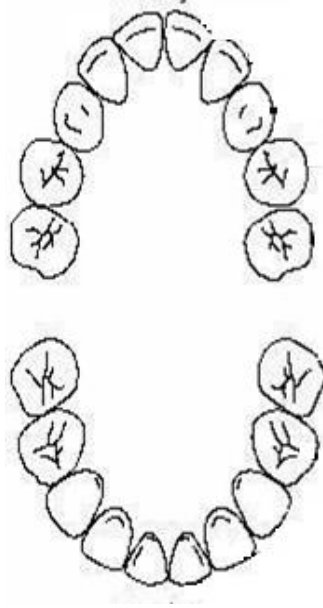
Dişler kullanım evresi olarak çocukluk ve yetişkinlik dönemi sürmesine bağlı süt ve daimi dişler olmak üzere ikiye ayrılır.

Süt Dişleri: Tüm süt dişleri çıkmış olan bir çocukta alt ve üst her çenede 10 ar adet, toplamda 20 adet süt dişi bulunur. Her bir çenede 4 kesici diş, 2 köpek dişi, 2 süt büyük azı dişi vardır. Süt dişlerinde küçük azı dişi bulunmaz. Dolayısı ile küçük süt azı büyük süt azı dişi şeklinde bir ayırım yapılmamakta direk süt azı dişi olarak tanımlanmıştır. Süt dişleri doğumdan sonra altıncı ay ile üç yaş arası çıkar. Çocuklara ek katı gıda başlanması ve çiğneme fonksiyonuna bağlı olarak süt dişlerinin sürme zamanları daha erken olduğu görülmüştür. “Doğumda gelişmiş olan 20 süt dişi, şekilleri ve yerleri değişik olmak üzere, bebek yaklaşık 6 aylıkken sürmeye başlar ve yaklaşık üç yaşında tamamlanır. Süt dişleri daimi dişler kadar önemlidir. Çiğneme, konuşma ve estetik açıdan önemli olduğu kadar daimi dişlerin sürmesi için çenelerde yer tutması açısından da önem taşımaktadır.”¹ Süt dişleri yapısı ve şekliyle de daimi dişlerden oldukça farklı bir yapı arz etmektedir. Süt dişlerinin yapısı ve şeklindeki yapısal değişikliğinin asıl sebebi çocukların ağız bakımını iyi gerçekleştiremeyeceği için çürüğe karşı daha dayanıklı olmasını sağlamaktadır.

- i. Süt Kesici dişler, alt ve üst olmak üzere 8 adet,
- ii. Süt Köpek dişleri alt ve üst olmak üzere 4 adet,
- iii. Süt Azı dişleri alt ve üst olmak üzere 8 adet olmak üzere altı yaşında birinci daimi dişler çıkana kadar çocuğun ağzında 20 adet süt dişi bulunmaktadır.

¹ Ş. Bilgili, Kliniğimize Başvuran Çocuklar ile Ebeveynlerinin Diş Sağlığının Değerlendirilmesi ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi (YUT), İstanbul, 2009, s.9

Şekil 1. Süt Dişi Dizisi



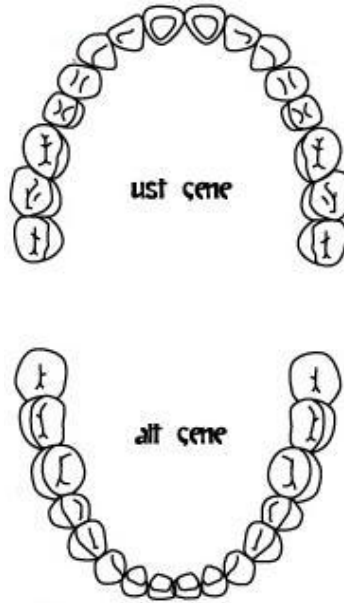
Daimi Dişler: Yetişkinlerde alt ve üst her çenede 16 şar adet, toplam 32 adet daimi diş bulunur. Her bir çenede 4 kesici diş, 2 köpek dişi, 4 küçük azı, 6 büyük azı dişi vardır. Her dişin gelişme ve sürme dönemleri farklılıkları olması ile birlikte çene yüz gelişimlerinde dişlerin sürme zamanları gerçek anlamda önemli rol oynamaktadır. “Yetişkin bir bireyde normal olarak hayat boyu ağızda yer alacak kalıcı dişler 6 – 12 yaş arası çıkarlar. Çocuk 12 yaşına geldiğinde ağızındaki tüm süt dişleri, yerlerini kalıcı dişlere bırakmış olur. 17 yaşından sonra da üçüncü büyük azılar ağızda yerlerini aldığında daimi diş dizisi 32 dişe ulaşır. Daimi dişlerin sürmesi ile diş diziliminin düzgün olmaması ortodontik tedavi ihtiyacını gerektirir ve on iki yaş, genellikle dişler düzgün dizilmediklerinde sabit ortodontik tedavinin başladığı yaştır. Ağızda bulunan hareketli ve sabit apareyler ağız içinde yer alması bakımını oldukça dikkat istemektedir. Ortodontik braketler ve teller ağız hijyeninin sağlanmasını zorlaştırır ve diş plağı için retansiyon alanları oluştururlar. Bu dönemde diş fırçalama ortodontik diş fırçası ile yapılmalı ve ayrıca ara yüz fırçaları ile tellerin altları temizlenmelidir.”¹ Yetişkin bir insanda diş eksikliği diş fazlalığı ya da anamolileri görülmesi ile birlikte yaygın olarak ortalama 32 adet diş bulunur ki bunlar şu şekilde sıralanmaktadır;

¹ Bilgili, s.10

- i. Kesici dişler, alt ve üst olmak üzere 8 adet,
- ii. Köpek dişleri, alt ve üst olmak üzere 4 adet,
- iii. Küçük azı dişleri, Alt ve üst olmak üzere 8 adet,
- iv. Büyük azı dişleri, alt ve üst olmak üzere 8 adet,
- v. 20 Yaş Dişleri, alt ve üst olmak üzere 4 adettir.

Yirmi yaş dişleri diye adlandırılan üçüncü büyük azılar her insanda oluşmayabilir ya da gömülü kalabilir. 20 yaş dişlerin oluşmadığı durumlarda 28 adet toplam diş mevcut bulunmaktadır. Şekil 1 ve Şekil 2 de görüldüğü gibi süt dişleri ve daimi dişler kendi içlerinde alt ve üst çene simetri göstertmesi ile birlikte, süt ve daimi dişler arasında sayı şekil ve yapı farklılığı mevcuttur.

Şekil 2. Daimi Diş Dizisi



2.1.2. Süt ve Daimi Dişlenme

Dişlerin sürmesi kişinin yetişkin ya da çocuk olması fark etmeksizin zorlu bir süreçtir. “Süt dişlerinin sürmesi sırasında, dişetinde kızarma ve şişme, tükürük akışında artış, huzursuzluk, beslenme alışkanlıklarında değişiklik, uyku düzeni bozuklukları gibi semptomlar ilk dişin sürmesinde daha şiddetli olarak görülür.”¹ Bebeğin diş çıkarmasına yardımcı olmak ve oluşan semptomları hafifletmek için;

¹ Bilgili, s.9

Temiz parmakla o bölgeye masaj yapılabilir, Özel olarak üretilen ısırma halkaları soğutularak kullanılabilir, diş hekiminin önerdiği ağız ortamına topikal olarak uygulanan jeller, ateş düşürücü-ağrı kesici ilaçlar kullanılabilir. “Karışık dişlenme döneminde dişlerin sağlığının korunması için etkili bir diş fırçalama yapılmalıdır. Bunu sağlamak çocuğun yaşının ilerlemesi ile el becerisinin artması sayesinde kolaylaşır. Etkili bir fırçalama en az iki dakika sürer. Dişlerin ara yüzlerinin temizliği diş ipi ile yapılır. Çocuklar ancak 9–10 yaşlarından sonra diş ipi kullanımına başlayabilirler. İlk süren kalıcı diş olan birinci büyük azı dişi, ağızda yerini çok erken yaşta aldığı için özellikle çiğneyici yüzeyindeki girinti ve çukurların fazla olması nedeni ile çürümeye yatkın erken fissür örtücü ile örtülmelidir.”¹ Çocukların her dişleri için fissür örtücü uygulanması topikal ve sistemik olarak daha etkili olacaktır.

2.1.3. Süt Dişlerinin Önemi

Süt dişleri bulundukları yer itibarıyla gelecek olan daimi dişlerin yerini tutar ve sürerken onlara rehberlik eder. Daimi dişlerde de olduğu gibi hem estetik bir görünüm sağlar hem de çiğneme fonksiyonu sağlayarak, beslenmeye yardımcı olur. Düzgün konuşabilmeyi ve konuşma gelişimini sağlar. Sürme rehberliği gibi önemli bir rol üstlenmesi sebebi ile süt dişleri değişme zamanına kadar mümkün ise çürüksüz, çürük gelişmiş ise tedavi yolu seçilerek korunmalı, çürük varsa çekim düşünülmeyip mutlaka tedavisi planlanmalıdır. Çürüyen süt dişlerinin yerini daimi dişler gelecek bir şey yapılmasına gerek yok çekilsin şeklinde düşünülmemelidir.

2.1.4. Altı Yaş Dişi ve Daimi Dişlenme

Altı yaşında süt azıların arkasından 6 yaş dişleri olarak ta adlandırdığımız ilk daimi dişler sürmeye başlar. İlk süren bu daimi dişler ömür boyu ağızda kalacak olan birinci büyük azıdır. Her yarım çenede birer tane olmak üzere ağızda toplam dört adet bulunmaktadır. Çoğu zaman ebeveynler tarafından süt dişi zannedildikleri için çürüdüklerinde ihmal edilir tedavi ettirilmeyip çekilmesini talep ederler ve çoğunlukla da bu girişimlerinde başarılı olarak çektirirler. Oysa bu dişler ömür boyu kullanacağımız birinci büyük azı dişlerdir. 6 yaş dişlerinin erken kaybı aynı zamanda

¹ Bilgili, s.10

dişlerde tedavisi çok zor olan ya da geri dönüşümü olmayan çapraşıklıklara ve dişlerin kapanış bozukluğuna yol açmakta, bozukluğun düzeltilmesi uzun zaman sürmekte ve büyük maliyetlere mal olmaktadır. Kapanış bozuklukları tedavi edilmemesi ya da ağız hijyeni dikkat edilmemesi sonucu ileri yaşlarda birçok diş kaybına kadar gitmekte sonuç olarak ta hareketli protez kullanımına neden olmaktadır.

2.2. Hamilelikte Ağız ve Diş Sağlığı

Hamilelik döneminde ağız diş sağlığı büyük bir öneme sahiptir yeterli önem verilmediği takdirde yaygın olarak diş kayıpları görülmektedir. Hamilelikte çürük dişlerde ya da diş etlerinde oluşan iltihaplar, hamileliğin ilk üç ayında düşük, son üç ayında ise erken doğum ihtimalini artırmaktadır. Hamilelikten önce ya da planlandığı esnada, ağız ve dişler ile ilgili tüm sorunlar giderilmeli ve hamilelik esnasında mümkün olduğunca sorun yaşanmamalıdır. Bununla birlikte diş problemlerini hamilelik döneminden önce tedavisini tamamlayanlar ya da herhangi bir diş problemi yaşamayanlarında hamilelik esnasında diş hekimine gitmekten kaçınılmamalıdır. Hamileliğin 3. ayının sonundan, 6.ayının başına kadar olan üç aylık süre yapılacak diş hekimliği işlemleri için en uygun dönemdir. Hamilelik döneminde dengeli beslenmeli yeterli protein, vitamin ve mineraller almayı özen gösterildiği, ağız ve diş bakımına dikkat edildiği ve diş hekimi ziyareti ihmal edilmediği takdirde dişlerini ve doğacak çocuklarını koruyabilirler. Sanılanın aksine hamilelik döneminde anne adayı sahip olduğu kalsiyumu bebekle paylaştığı için dişler çürümez. Yetersiz ağız bakımı bağlı kötü ağız hijyeni düzensiz beslenme ve kusmaya bağlı mide asitlerinin ağız ortamını asidik hale getirmesi gibi nedenlerle diş çürüğüne yatkınlık artmaktadır. “Günümüzde erken çocukluk dönemi çürüklerinde çeşitli koruyucu önlemler uygulanmakla birlikte bazı uygulamalar bilimsel olarak tam kanıtlanmamıştır veya bilimsel gerçeği zayıftır. Sadece; Hamilelikte flor kullanımının etkisinin olmadığı tespit edilerek koruyucu uygulamalardan çıkarılması ile birlikte koruyucu önlemlerin 3 yaş öncesi çocuklarda başlaması gerekliliği vurgulanmaktadır.”¹ Çocuklarda aktif

¹ Bilgili, s.11

olarak ağız ve diş temizliği yapabilecekleri yaşa kadar koruyucu uygulamaların yapılması çürük oranını düşürecektir.

2.3. Çocuklarda Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız bakımı doğumdan hemen sonra bebeklikten itibaren başlamalıdır. Ağız bakımı diş bakımı ile karıştırılmamalı bebeğin ağızında diş olmadığı için ağız bakımı ihmal edilmemelidir. Yani ağız bakımı yapmak için süt dişinin çıkması beklenmemelidir. Henüz süt dişleri çıkmadan önce, bebek beslendikten sonra dişetleri ve ağız içi yumuşak dokuları temiz bir tülbent ile silinmelidir.

Mümkün ise anne sütü ile beslenmeli ve biberon kullanılmamalı, kullanılma zorunluluğu var ise bebeğin gece ağızında biberonla uyuması önlenmelidir. Çocuğun uykuya dalması esnasında biberon kullanımını önleyemiyorsak biberonun içerisinde ağız ortamında çürüğe sebep olacak besinler ile uyumaya bırakılmamalıdır. Eğer buda mümkün değil ise biberonla besledikten sonra su içirilerek ağız içinin temizlenmesi sağlanmalıdır.

Bebekler doğdukları zaman ağızlarında çürük yapıcı bakteri bulunmamaktadır. Söz konusu bakteri geçişinin olmasını engellemek amacıyla anne bebeğin kaşığını biberonunu emziğini ağıza almamalı dudaktan öpmemelidir. Bebeğin beslendiği gıdalara şeker, bal, pekmez gibi tatlandırıcılar ilave edilmemeli ve bebek beslendikten sonra mutlaka su içirilmelidir.

İlk dişleri çıkmaya başladığı andan itibaren düzenli olarak diş hekimi kontrolüne götürülmelidir. İlk diş çıktığı andan itibaren el bilek hareketleri (motor yetenekler) gelişmesi yani ilkokul 1.sınıfa başlamasına takiben ilk üç ayına kadar anne - baba tarafından uygun boyda yumuşak bir diş fırçası ile dişler fırçalanmalıdır.

2.4. Dental Plak (Diş Plağı)

i.Dental Plak (Diş Plakının) Yapısı: Plak, dişlerimizin üzerinde ve çevresinde bakteriler ve yiyecek artıklarından oluşan yapışkan ve renksiz bir bakteri tabakasıdır. Çürüklerin ve dişeti hastalıklarının başlıca sebebi olan plak, her gün temizlenmediği takdirde sertleşerek diş taşı oluşturabilir. Diş plakının oluşması

engellenemez ağız su ya da gargara ile çalkalanması bu tabakanın temizlenmesini sağlamaz.

Ancak etkili ve düzenli fırçalama ile diş üzerinden kolayca uzaklaştırılabilir. Her gün diş ipi kullanarak, diş fırçasının erişemeyeceği dişlerinizin aralarını temizlenmelidir. Şekerli ve nişastalı gıdaları, özellikle yapışkan yiyecekleri azaltılmalı ve ara öğünlerden kaldırılmalıdır. Profesyonel temizleme ve diş muayenesi için düzenli olarak diş hekimine gidilmelidir. “Dişin ağız ortamına çıkmasından sonra diş yüzeyine çeşitli çökeltmeler meydana gelir. Temizlenmiş diş yüzeyinde tükürük proteinlerinin çökmesiyle oluşan eklentiye kazanılmış pelikül adı verilir. Pelikül, tükürükten proteinlerin seçici adsorbsiyonu ile doğal olarak meydana gelen organik bir birikimdir. Pelikül oluşumu yapılan bir çalışmada scannik elektron mikroskobu (SEM) ile incelenmiş ve diş yüzeyi temizlendikten hemen sonra mine üzerinde nişastalı maddeler ve organik yapıda bazı maddelerin biriktiği gözlenmiştir. Aynı çalışmada 20 dk içinde mine yüzeyinin üzerinde 5 – 20 Mm arasında değişen yuvarlak kütleler oluştuğu ve bu ilk birikintilerin içinde bakterilerinde bulunduğu gösterilmiştir. Dişler üzerindeki bu birikim için bakterilerin gerekli olmadığı, fakat pelikül oluşur oluşmaz bakterilerin üzerine yerleştiği belirlenmiştir Çeşitli biyolojik yararları olan pelikülün, mine yüzeyinin korunmasında ve remineralizasyonun da çeşitli mekanizmalarla etkileri vardır. Bunun yanı sıra pelikül, ağız mikroorganizmalarının diş yüzeyine tutunmasında etkili olur. Daha sonra bakterilerin çökeltmesi ve tükürükteki diğer bakterilerle proteinin yerleşmesi sonucu, plağın hem kitlesi hem de kalınlığı artar. Tüm bunlar plağın iki bileşeni olduğunu ortaya koyar. Bunlardan birincisi; fizyolojik olarak diş yüzeylerine çökelen münin, ikincisi ise; bu çökeltiye patolojik bir özellik kazandıran mikrobiyal bileşendir.....Plağın kimyasal yapısının %80'nini su, %20'sini ise katı maddeler oluşturur. Plağın % 40-50'sini proteinler, % 13-18'ini karbonhidratlar, % 10-14'ünü yağlar oluşturur.”¹ Dental plak dişlerini her gün düzenli olarak fırçalayan kişilerde oluşmaz. Genellikle karbonhidrat ağırlıklı yada rafineri edilmiş hazır gıdalar tüketen bunun aksine lifli gıdalar olarak adlandırdığımız meyve sebze az tüketen kişilerde

¹ E. Koparal, Yiyeceklerin Karyojenitesinin İn vivo Plak Ph'ı Ölçülerek Saptanması, Ege Üniversitesi, SaBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İzmir, 1995, s.8

yaygın olarak diş plağı görülmektedir. Diş fırçalama alışkanlığı olmayan veya düzenli diş hekimine müracaat etmeyen kişilerde de yaygın olarak diş plağı oluşur. Oluşan bu plak ciddi diş kayıplarının başlangıcı olarak görebiliriz. “Bir polimer matriks içinde bulunan mikrobiyal orijinli diş yüzeyindeki biyofilm tabakasıdır. Dental plak çeşitli mikroorganizma topluluğu olarak ta tanımlanabilir. Dental plak birikimi ağız içerisinde güçlü uzaklaştırma etkilerinden koruma sağlayan durgun bölgelerde gerçekleşmektedir.”¹ Düzenli diş fırçalayan kişilerde fırçanın ulaşmadığı ya da fırçanın temas etmediği bölgelerde plak oluştuğu gözlenmiştir. Dental plak aynı ağız ortamında farklı bölgelerinde farklı miktarlarda oluşabilmektedir.

Süt, peynir ve kazein gibi süt ürünleri çürük oluşumunu engellediği bilinmektedir. “Sütün, dental plaktaki bakteriler ve çürük oluşumu üzerindeki etkileri incelendiğinde bakteri sayısında anlamlı bir değişiklik olmadığı; ancak, çürük sıklığında azalma olduğu gösterilmiş ve sütün içindeki kazein proteinlerinin dişle bağlanması sayesinde bakterilerin etkili olamadığı ve bu nedenle çürük sıklığında azalma olduğu bildirilmiştir.”² Dental plak içerisinde bulunan bakteri yapısını ve sayısı üzerinde etkisi olmamakla birlikte çürük yapa bilme etkilerini engellediği bilinmektedir.

ii. Dental Plak (Diş Plağının) Oluşumu: Plak oluşumu mekanik olarak temizliğin eksik olması ya da olmaması sonucu oluşmaktadır. Fırça ile temizlik sağlanmasına karşın diş ipi kullanılmaması da diş ara yüzlerinde plak oluşumuna neden olmaktadır. “Mikroorganizmalar temiz bir diş yüzeyine tutunamaz. Tükürükteki glikoproteinlerin, fizyolojik olarak diş yüzeyine çökelerek oluşturduğu tabakaya pelikül adı verilir. Diş temizlendikten sonraki iki saat içinde koklar pelikülle kaplı mine yüzeyine adsorbe olurlar..... Oral streptokokların birçoğunda görülen antijen I/II multifonksiyonel reseptörler adezyonda önemlidir. Bakterilerdeki bu reseptör noktalar, tükürük glikoproteinlerine, diğer bakteri hücrelerine ve kalsiyuma tutunma özelliği gösterir. Bu safhadan sonra bakteriler pelikülle dönüşümsüz

¹ N. Şimşek - E. T. Bulut, “Biyofilm ve Endodonti”, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C.1, S.2, Malatya, 2012, s.2

² A. Aksoy, Diş Hekimliğinde Çocuklarda Uygulanan Çürük Önleyici Yöntemler, Ege Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Yayınlanmamış Bitirme Tezi (YBT), İzmir, 2012, s.26

(irreversibl) olarak tutunur ve enfekte olan pelikül mikrobiyal dental plak özelliği kazanır.”¹ Temizlenmeyen dil, yanak ve diş üzerinde kalan yapısında bakteri bulunduran diş plakları dişlerin çürümesine ve diş eti hastalıklarının oluşmasına sebep olur. “Diş çürüğü ve periodontal hastalık farklı patolojik mekanizmalara sahip olsalar da, primer etiyolojik faktör mikrobiyal dental plaktır. Plak birikiminin ana sebebi ise ağız bakımının yokluğu, yetersizliği veya yanlış olmasıdır.”² Ağız bakımı yapıldığı halde dişlerin şekli, yapısı, dizilişi ve anatomisi plak birikimine neden olabilmektedir. Örneğin çapraşık dişler, üst üste çıkmış dişler ya da diş dizilimi iyi olmasına rağmen dişin üzerindeki diş oluklarının derin olması da plak birikimi üzerinde ciddi etkileri olmaktadır. Bunların dışında yeni sürmekte olan dişlerde mukozanın oluşturduğu diş eti ceplerinde de plak yaygın olarak görülmektedir.

iii. Dental Plak (Diş Plağının) Birikiminin Önlenmesi: Düzenli olarak diş macunu olsun ya da olmasın diş fırçası kullanımı plak birikimi önlenebilmektedir. Plak oluşumundan sonra düzenli olarak dişler fırçalanmaz ise diş taşı oluşumuna kadar ilerler diş taşı oluşuktan sonra artık kişi kendi tarafından temizlenemez bir hal alır. Temizlemenin tek yolu diş hekimi muayenesi ile gerçekleşmektedir. “Plaklar yemek artıkları düzenli olarak temizlenmediğinde dişler üzerinde oluşan bakteri kolonilerinden oluşmuştur. Bu kolonilerin bir araya gelerek diş yüzeyine tutunmaları 24 saat alır ve bu nedenle düzgün oral hijyenle, yani diş fırçalama ve diş ipi kullanımı ile bunların oluşması sürekli olarak engellenir. Bir kez oluştuğunda bu bakteri kolonileri (plaklar) tüm karbonhidratlı yemek kaynaklarını (özellikle de rafine şekeri) aside çevirerek dişin mine tabakasını yerler. Geleneksel olarak buna “çürük” denir. Bu yok edici işlemi, özellikle de florüridli bir diş macunu ile günlük diş fırçalama ve diş ipi kullanımı sayesinde durdurarak bir çürüğün oluşma ihtimali radikal olarak azaltılır.”³ Temizlenmeyen dil, yanak ve diş üzerinde kalan yapısında bakteri bulunduran diş plakları dişlerin çürümesine ve diş eti hastalıklarının

¹ M. S. Peker, Streptococcus Mutans’ın Anne-Çocuk Geçişinin-Ap-Pc Metoduyla Saptanması ve Diş Çürüğü ile İlişkisi, Marmara Üniversitesi (MÜ), YUT, İstanbul, 2007, s.43

² S. Demirer ve Diğ., “Ortodontik Tedaviye Başvuran Çocuklar ve Ebeveynlerinin Ağız Sağlığı Bilinç Düzeyleri, Ağız Bakımı ve Ağız Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması”, Selçuk Üniversitesi (SÜ), Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi (DHFD), S.19, İstanbul, 2010, s.27

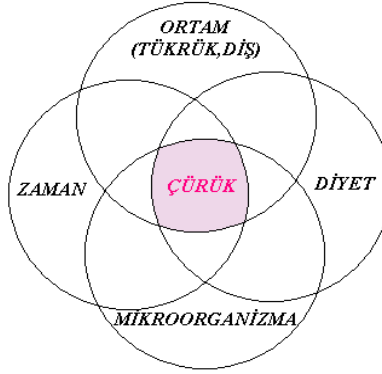
³, Plak Nedir ve Nasıl Oluşurlar, <http://www.webhatti.com/agiz-ve-dis-sagligi/129485-plaklar-nedirve-nasil-olusurlar.html#ixzz1s1CYT6ZL>, (16.04.2012)

oluşmasına sebep olur. “Çiğneme hareketleri ve besinlerin meydana getirdiği sürtünme, dental plağın diş yüzeyinden uzaklaştırılmasını sağlar. Bu etki, ilkel insanda bol miktarda sert karakterli yiyeceklerin tüketilmesiyle çok belirgin bir özellik taşıırken, bu günün toplumunda bu etki oldukça azalmıştır”¹ Plak birikimini önlemek imkânsızdır. Ama düzenli temizlik yani hergün diş fırçalanması ve düzenli diş hekimi kontrolleri ile yaygın plak ve diş taşı oluşumu önlenmiş, oluşan plağın büyümesi diş taşı oluşumu önlenebilmektedir.

2.5. Diş Çürükleri

Diş yapısının bütünlüğünün bozularak madde kaybına uğraması olarak tanımlayabiliriz. Madde kaybı sonucu fonksiyon ve estetik özelliklerini kaybetmesidir. “Diş çürüğü, diş sert dokularının yıkımı ile karakterize olan bir hastalıktır. Çürük, dişin inorganik mineral yapısının sınırlandırılmış deminerilasyonu ve bunu takip eden proteolizi ile ortaya çıkan patolojik olaylar zinciridir.”² Çürüme sonucu ağırlı enflemasyon şişlik şeklinde belirtiler vermesi, tedavi çekim sürecinin başlamasına sebep olmaktadır.

Şekil 3. Diş Çürüğü Etiyolojisinde Etkili Dört Faktör



Kaynak: M.S. Peker, *Streptococcus Mutans*’ın Anne-Çocuk Geçişinin-Ap-Pc Metoduyla Saptanması ve Diş Çürüğü İle İlişkisi, Marmara Üniversitesi (MÜ), YUT, İstanbul, 2007, s.43,
<https://www.google.com.tr/#q=Streptococcus+Mutans%E2%80%99%C4%B1n+Anne-%C3%87ocuk+Ge%C3%A7i%C5%9Finin>, (23.04.2012)

¹ Koparal, s.9

² Koparal, s.3

Resim 1. Diş Çürüğü



Kaynak: Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara, 2008, s.104, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>, (23.04.2012)

Diş plağı içerisindeki bakteriler fermente olan karbonhidratları (un, sofr şeker, meyve şeker, süt şeker vb.) kullanarak asit üretir. Sağlam olan mine tabakasında çözünme meydana gelir ve başlayan bu çürük (beyaz veya kahverengi) fark edilmeyebilir ve tedavi edilmezse ilerleyerek dentin tabakasına ulaşır ve bir boşluk oluşturur. “Çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır. Ağız ortamında bulunan bakterilerin karbonhidratları parçalaması sonucu ortaya çıkan asitlerin diş dokularında harabiyet oluşturması ile oluşur.”¹ Diş sert dokularındaki harabiyet sadece karbonhidratların aside dönüşmesi ile değil dışarıdan alınan asit içeren gıdalarda diş dokusunda çürük oluşumunu zemin hazırlamaktadır. Dentine ulaşmış diş çürükleri tedavi edilmezse pulpaya ulaşır ve sırası ile ağız kokusu, dişlerde madde kaybı, renk-şekil bozukluğu ağrı, enfeksiyon, kök ucunda apse, apseye bağlı şişlik meydana gelebilir.

Diş çürüğü yaygın olarak toplumlarda görülmekle birlikte önlenabilir bir rahatsızlık olması sebebi ile birçok ülkede koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ön plana çıkmaktadır. “Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar dünyanın birçok yerinde halen en sık gözlenen ağız sağlığı problemleridir. Bu problemler özellikle,

¹, Türkiye Sağlık Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, s.154, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf>, (27.06.2012)

Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmemiş, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazla gözükmetedir. Diş çürükleri okul çocukların % 60-90'ında erişkinlerin ise büyük bir çoğunluğunda gözlenmektedir.”¹ Diş çürükleri dişlerin farklı bölgelerinde farklı hızlarla farklı belirtilerle görülebilir. Çürük boyutuna ve şekline göre tevdiler şekillenmektedir.

i. Diş Çürüğüne Sebep Olan Bireysel Faktörler: Dişin morfolojik yapısı ve diş dizilimi, Tükürük, Dental plak, Mikroorganizmalar olarak özetleyebiliriz. “Diş yüzeylerinin çürüğe olan eğilimleri farklılık gösterdiği, örneğin alt birinci daimi molar okluzal, mezial, lingual, bukkal ve distal şeklinde bir çürüme sırası izlediği yapılan araştırmalarda saptanmıştır. Aynı dişin yüzeylerinde gözlenen bu farklı çürüme düzeninin, dişin morfolojisine ve ağız hijyenine, diyet alışkanlığına bağlı olduğu düşünülmektedir. Daimi dişler arasında en çabuk çürüyen dişlerin çıkma süresi ve sırası ile ilgili olarak alt birinci daimi molar olduğu, bunları üst birinci molarlar, ikinci premolarlar, üst kesiciler ve birinci premolarların sırayla izlediği saptanmıştır.....Tükürük, ağız boşluğunda bulunan tüm sekresyonların oluşturduğu bir sıvıdır.....Tükürük bazı özellikler ile çürük oluşumu üzerinde engelleyici yönde etkili olmaktadır. Şekersiz sakız çiğnemek sekresyon salınımı artırması sebebi ile çürük oluşumunu azaltmaktadır. Bu özelliklerin başında tükürüğün dişler üzerindeki yıkama etkisi gelir. Tüm faktörler bir arada olmasına karşın çürük yapıcı bakteri ve mikroorganizma olmaz ise çürük oluşmayacaktır. Ağız bakterilerinin, mine ve dentinde çürük benzeri lezyonlar meydana getirdiği invitro olarak gösterilmiş ve çürük lezyonlarından mikroorganizmalar izole edilmişlerdir. Ayrıca mikroorganizmaların çürük mine ve dentine yayılmaları histolojik olarak gösterilmiştir.....Ağızda çürükle ilgili başlıca bakteri gruplarının oral strptokoklar, laktobasiller ve aktinomiçesler olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından saptanmıştır.”² Dişin morfolojisi ve tükürüğün miktarı yapısı kişinin elinde olmayan faktörler olmasına karşın. Dental plak ve mikroorganizmalar ağız bakımı ve ağız hijyeninin sağlanması ile kişinin önleyebileceği faktörlerdendir.

¹ Demirer ve Diğ., s.26

² Koparal, s.4

ii. Diş Çürüğüne Sebep Olan Bireysel Dış Etkenler: Dış etkenler olarak diyet yani alınan gıdalar ve zaman alınan gıdaların ağızda bulunma süresinden bahsedebiliriz. “Ağıza alınan besinler plak yapısında ve florasında yer alan mikroorganizmaların devamını sağlayan besin kaynağıdır. Çürük diş üzerinde gerçekleşen iki olay ile meydana gelir. Bunlardan birincisi, besinlerin ağız mikroorganizmaları tarafından fermentasyon ürünü olan asit, ikincisi ise oluşan bu asidin tükürük tarafından nötralize edilmesidir....Karbonhidratlı yiyeceklerden sonra dental plak pH’sında asit meydana gelirken, florlu su içilmesi halinde mine yüzeyinde re mineralizasyon meydana gelir.”¹ Asit ortamın dışın sert dokuları üzerinde neden olduğu yıkım bir anlık bir süreç değil aksine bir süreç şeklinde devam eden zaman içerisinde gerçekleşen bir olaydır.

2.6.Diş Çürüklerinin Yol Açtığı Problemler

Çocuk çağında tedavi edilemeyen süt dişi çürüğe bağlı olarak diş çekimi, diş kaybına bağlı olarak öncelikle beslenme eksikliği görülür daha sonra daimi diş sürme rehberliğini kaybeder diş yapısı çene yapısı bozuklukları görülür. Diş ve çene bozukluklarının tedavisi ortodonti (Diş Teli) tedavisi ile uzun sürede ya da cerrahi tedavi ile mümkün olmaktadır. Çürüğe bağlı ağız ve diş problemlerinin çocuklarda yoğunlaşma bozukluğuna, dikkat dağınıklığına, okulda devamsızlığa sonuç olarak derslerde başarısızlığa sebep olur. Yetişkinlerde ise işgücü kaybına, psikolojik ve sosyal olarak yaşam kalitesini bozulmasına neden olur.

2.7.Dişeti Hastalıkları ve Diş Taşları

Gıda artıkları ve bakterilerden oluşan yumuşak diş plağı kişisel günlük ağız bakımı ile temizlenmez ise dişeti enfeksiyonuna neden olur. Enfeksiyona bağlı oluşan ödem sonucu dişetleri kolayca kanar. Temizlenmeyen ve uzun süre diş yüzeyinde bırakılan diş plağı kişilerin tükürük yapısının da etkisiyle sertleşerek çoğunlukla diş taşı oluşumuna yol açabilir. Diş taşlarının sahip olduğu pürüzlü bir yapısı nedeniyle yapısında mikroorganizmaları barındırır. Diş taşının bu yapısı, diş taşlarının artmasına, dişetin daha da iltihaplanarak dişeti kanamasına, dişeti

¹ Koparal, s.13

çekilmesine, dişi çepeçevre saran çene kemiğinin erimesine, dişin yer değiştirmesi ve dişin sallanarak düşmesine yaygın olarak ta kişinin kendisinin de rahatsız olacağı derecede ağız kokusuna neden olur. Toplumumuzda diş taşları temizlendiğinde, minenin zarar gördüğü şeklinde yanlış inanışlar vardır. Eğer diş taşları birikmiş ise diş hekimi tarafından temizlenmelidir.

3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Ağız ve diş sağlığı hizmetinin dünyada ve ülkemizde sınıflandırıldığımızda tedavi edici hizmetler önemli yer tutmakta iken koruyucu hizmetler daha az önem taşımaktadır. “Diş çürüğü ve dişeti hastalıklarının nedenlerini ve risk faktörlerini kontrol ederek, başlangıç döneminde önlemeyi ve kontrolünü amaçlayan koruyucu yöntemler, birincil (primer) koruma olarak adlandırılırlar. Birincil koruma, sağlıklı bireyleri hedefler. Toplumu, hastalık nedenleri, yayılma biçimi ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendiren eğitim plan ve programlarının hazırlanması ve uygulanması, birincil korunmanın kapsamına girer. Tarama programları ile toplumdaki yüksek riskli bireyler tespit edilerek spesifik önlemler alınabilir. Toplumda hastalıkların önlenmesinde en etkili korunma biçimleri temel ve birincil korunmadır. Patojen dönemin başlangıcında ise, erken tanı ve tedavi ile ikincil (sekonder) korunma yapılır. Hastalığın kalıcı izler bıraktığı dönemde, rehabilitasyonu kapsayan üçüncül (tersiyer) korumadan söz edilir. Tersiyer koruma aynı zamanda hastalığın tekrarını önlemeyi de amaçlar”¹ şeklinde ağız ve diş sağlığı hizmeti sınıflandırılmıştır. Tablo 1’de şematize edilmiştir. Kişilerin kendi tedavi giderleri ya da ülkenin sağlık giderleri açısından değerlendirildiği takdirde, en az maliyeti temel koruma, en fazla maliyeti üçüncül koruma kapsamaktadır.

Maliyet dışında uygulama ve gerektirdiği altyapı donanım açısından değerlendirildiğinde ise akılcı bir uygulama ile politika geliştirildiğinde ya da koruyucu uygulama ön plana çıkarmış ülkelerden örnek alındığında ise yine en kolay temel koruma en zor uygulanan ise üçüncül korumadır.

¹ Ç. E. Çubukçu, “Neden Koruyucu Diş Hekimliği?”, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, C.22, S.1, Ankara, 2003, s.2

Temel koruma hizmetlerinin tüm okullarda uygulamaya başlatılması uygulamanın ilk adımı olarak düşünülmektedir. Gelecekte sağlık giderlerinin ciddi oranda düşeceği anlamına gelmektedir. Ülkenin ekonomik giderleri haricinde sağlıklı ağız ortamına sahip kişilerin çoğunlukta olması ülke gelişmişliği açısından temel faktörler arasında yer almaktadır. Kişilerin yaşam kalitesi ile birlikte iş gücü kaybının en aza indirgenmesi ideal beslenme alışkanlıklarının devamının sağlanması diğer nedenler arasında yer almaktadır. Koruyucu önleyici ağız ve diş sağlığı hizmetleri ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sınıflandırılmasında arka planda kalmasının önüne geçilmeli buna yönelik iş yeri hekimliğine doğru geçişlerin sağlanması gerekmektedir.

Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Sınıflandırılması

Temel Koruma Primer Koruma;
1. Sağlığın İyiye Götürülmesi
• Oral hijyen eğitimi ve motivasyon
• Diyet analizi ve öğütler
• Ebeveynlere ve gebelere ağız-diş sağlığı eğitimi (kitle iletişim araçları, klinikte bireysel)
2. Koruyucu Önlemler Alınması
• Florlu diş macunu ile dişlerin fırçalanması
• Hekim tarafından periyodik flor jeli uygulanması
• Hekim tarafından fissür örtücülerin uygulanması
• Öğretmen gözetiminde florlu gargaraların kullanımı
• Kreş, anaokulu ve ilköğretim okullarında koruyucu diş hekimliği servislerinin kurulması
Sekonder Koruma;
1. Erken Tanı
• Yılda iki kere dişhekimi kontrolü
• Radyolojik inceleme
2. Uygun Tedavilerin Yapılması
• Diş dolgu ve tedavileri
• Diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi
Tersiyer Koruma;
• Diş eksikliklerinin protetik tedavilerle tamamlanması

Kaynak: Ç. E. Çubukçu, “Neden Koruyucu Diş Hekimliği”, Toplum Hekimliği Bülteni, C.22, S.1, Ankara, 2003, s.2, http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_1/baslik1.pdf, (09.04.2013)

3.1. Ağız ve Diş Sağlığının Önemi

Toplumumuzda yaygın olarak diş ya da dişlerin kaybı hatta diş kayıplarından sonra yapılan protezlerin kullanımlarının yaşam kalitesi üzerine oluşan olumsuz etkilerinin yanı sıra çiğneme, konuşma ve estetik fonksiyonlarının yeterli karşılanamaması sonucunda ancak ağız ve diş sağlığının önemi anlaşılmaktadır. “Vücudun bir parçası olan ağız ve dişler çiğneme konuşma ve estetik açıdan çok önemlidir. Dişlerde meydana gelen bir hastalık, eksiklik, bozukluk kişinin; beslenmesini dolayısı ile genel sağlığını, konuşmasını, görüntüsünü, işine odaklanma ve iş görme durumunu, olumsuz etkileyeceği için kişinin sosyal yaşamına olumsuz yönde etki eder.

- i. **Çiğneme:** Yiyecekleri kesip koparmak ve çiğneyip öğütmek suretiyle sindirim ağızda başlamaktadır. Yeteri kadar çiğnenerek gerekli boyuta getirilmiş yiyecekler daha kolay sindirilecektir. Çeşitli sebeplerle dişlerin bu işlevi yerine getiremediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda mide ve bağırsak rahatsızlıkları gibi sindirim sistemi hastalıkları, psikolojik sıkıntılar meydana gelebilmektedir.
- ii. **Konuşma:** Ağızdan çıkan sesler dişlerimiz ve çevre dokular sayesinde şekillenir harf-hece-kelimelere dönüşür. Çeşitli sebeplerle dişlerde ve çevre dokularında oluşan problemler ve dişsizlik ses ve konuşma bozukluklarına yol açabilmektedir.
- iii. **Estetik:** Ağız ve dişler yüz estetiğini etkiler.”¹ Bu unsurların tümü insan hayatında vazgeçilmez bir parçası olmakla birlikte çoğu zaman farkında olunmamaktadır. Kaybedildikten sonra değerleri anlaşılmaktadır. Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar göz ardı edildiği durumlarda yaygın olarak diş hekimliğine karşı duyulan korku, dayanılmaz diş ağrısı ya da problemlerinde eklenmesi sonucu günlük aktivitelerinin yapılamaması, uyku kalitesini etkilemesi gibi sorunlar ile karşılaşan kişilerin diş tedavisi yerine diş çekimini doğru yöneltmektedir.

¹, Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

Ülkemizde tedavi için ayrılan zaman ve bununla birlikte kendi yaşam standartlarından ayırdıkları zaman doğrultusunda önem arz etmesi durumunda çözüm yolları arayışına girmişlerdir. Bunun neticesinde kişi kendisi ve yakınları için koruyucu diş hekimliğini ön plana çıkararak değer kazanmaktadır. “Gelişmiş ülkelerin ağız sağlığı problemlerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek üzere Amerika’da yapılan bir araştırmaya göre; Akut Diş Problemlerinin Yol Açtığı İş Görememezlik Günleri Yapılan araştırmada 100 kişi üzerinden Okul Devamsızlığı 3,1 gün, İş Günü Kaybı 1,9 gün, Yatakta Geçirilen Gün Sayısı 1,7 gün, Aktivitelerin kısıtlandığı gün 3,7 gün olarak bulunmuştur. Kanada’da yapılan bir çalışmada ise Hafif derecede diş ağrısı çekenlerin %20’sinin, Orta derecede diş ağrısı çekenlerin %32’sinin, Şiddetli diş ağrısı çekenlerin ise %59’unun uyku kaybı ve bozukluğu yaşadığını göstermektedir.”¹ Sorunların bu denli büyük oranda olması kişilerin hayat standartlarını farkında olmadan çok aşağılara çekmektedir. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak diş çürük sayısının artması sonucu diş tedavi ve protez ihtiyaçlarının her geçen gün daha da artırmaktadır. “Çürük prevelansı yaş ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı oranda artmaktadır. Çalışmada edinilen sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hedeflerin henüz gerisindedir. Bu durum dikkate alınarak, ağız-diş hastalıklarını önlemeye yönelik olarak Koruyucu Diş Hekimliği Hizmetleri”nin yaygınlaştırılması gerekmektedir.”² Ağız diş sağlığı koruyucu hizmetlerinin yaygınlaşması ve bununla beraber insanların bilgi düzeyleri de artması gerekmektedir. Koruyucu diş hekimliği ön plana çıkartılmalıdır. İş yeri hekimliği gibi benzer çalışmalar yapılarak hastalık oluşmadan önlenmelidir. Diş hekimliğindeki yeni gelişmeler tedavi çeşitliliğinin artması sonucu insanlarda diş tedavi ihtiyaçlarının çok kolay ve etkili giderilmesi için yeterli düzeye ulaşmıştır. Buna karşın kişilerin diş hekimliği konusunda eksik ya da yanlış bilgilere sahip olması nedeni ile kişilerin sağlıklarını ciddi anlamda kaybetmelerine sebep olmaktadır. “Özellikle paraziter hastalıklar, göz, ağız ve diş sağlığı, tüberküloz gibi hastalıkların tespiti amacıyla gerçekleştirilen sağlık taramaları, okul çağındaki çocukların sağlıklarının düzeltilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Bu katkıların

¹, Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

² A. Kapdan ve Diğ., “Sivas İlindeki Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Diş Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi”, Cumhuriyet Dental Journal, C.13, S.2, Sivas, 2010, s.91

sonucunda, eğitim çabalarının başarı düzeyi de yükselmektedir. Sosyo ekonomik gelişme düzeyi yetersiz olan yerleşim birimlerinde, sağlık taramaları yanında, çocukların beslenmesine katkıda bulunan yardımların çocuk sağlığı üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır.”¹ Okul taramaları ile çocuk, ebeveyn ve öğretmenin bilgilendirmesi doğru bilginin çığ şeklinde katlanarak yayılması anlamını taşır. Sonuç olarak kişilerin tedavi ihtiyaçları da ciddi oranda azalacaktır.

3.2. Ağız Diş Sağlığının Korunmasında Eğitimin ve Okulun Önemi

Ülkemizde tüm çocuklara 6 (altı) yaş itibariyle ulaşabileceğimiz tek yer okullardır. Bu sebeple tarama programı okul üzerinde planlanmalı. Okulların açık olduğu kış dönemi içerisinde hazırlanmalıdır. Bu şekilde tüm çocukları kolay bir şekilde ulaşmış olacaktır. “Öğretmenler ülkemizde diş hekimliği hizmetleri gelişmesi açısından ağız hijyeni uygulaması öğretilmesi diş sağlığı alışkanlığının kazandırılması anlamında eğitimde oldukça önemli bir noktada yer almaktadırlar. Okullarda, en fazla çocuğa, en kolay ve en etkili biçimde ulaşılabilir. Ülkemizde çocukların ortalama %97’si ilköğretimde okumaktadır. Bireylerde doğru tutum ve davranışların şekilleneceği, en önemli dönem okul yıllarını kapsamaktadır. Özellikle sosyo-kültürel ve ekonomik şartlar nedeniyle çocukların birçoğu için okullar sağlık eğitiminin alınabileceği ilk ve önemli bir yerdir. Okulların toplumun tüm kesimlerindeki öğrencileri kapsamaları, sosyal eşitlik ve adalet açısından önem taşımaktadır. Çocuklar okula başladıktan sonra örnek aldığı kişiler öğretmenler olup öğrencilere verildikleri eğitimin yanı sıra öğretmenlerin bireysel tutum ve davranışları da çok önemlidir. Bununla birlikte ders müfredatında anlatılan konularla ve sorulan soruların ağız boşluğunu diş ve çevre dokularının sağlığı ile ilişkilendirilerek hazırlanması, ağız ve diş sağlığı hakkında bir bilinç oluşmasını sağlayacaktır.”² Taramaların okulların dâhil edilmesi ile koruyucu ağız boşluğunu diş ve çevre dokularının sağlığı eğitimlerinin verilmesi için uygun ortam ve şartların sağlanması tüm 6 (altı) yaşındaki çocuklara ulaşmak kadar önem arz etmektedir.

¹ Y. Filiz, Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), YYLT, Ankara, 2010, s.97

², Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

“Ağız diş sağlığı eğitimi ile diş çürüğünün ilerlemesinin durdurulabileceği gösterilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük ve çürük oranı yüksek olan bölgelerdeki eğitim programlarının etkisinin incelendiği çalışmada 3 yıl sonra erken çocukluk çağı çürüğü görülme oranının azaldığı tespit edilmiştir. Annelerle yüz yüze yapılan görüşmelerde verilen eğitim ve motivasyonun geleneksel sağlık eğitimleri ile karşılaştırıldığında 2 yıl sonra bu annelerin çocuklarında daha az çürük olduğu saptanmıştır”¹Hatta eğitimin devamını ve kalıcılığını sağlamak, farkındalığının sağlanması adına müfredatlara eklenmesi karnede not olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Okullarda sağlık kabinleri oluşturulmalı ve diş kliniklerinin hazırlanmalıdır. Diş hekimlerinin okullara bölgelere göre ayrılmalı ve hazırlanan diş kliniklerinde dönemsel değerlendirmeler şeklinde taramalar planlanmalıdır. “Dünya Sağlık Örgütü, Okul Sağlığı Komitelerinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda yer alan araştırmalarda, okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler, hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal çalışmacı ve diyetisyendir. Ekip üyelerinin bu çalışmayı başarılı bir biçimde yürütmeleri için okul sağlığı konusunda mesleki bir temel eğitime, desteklenmiş bir hizmet içi eğitime, kurulmuş ve işleyen bir örgüte ihtiyaçları vardır.”² Diş hemşireliği sayısı artırılmalı ve her okul kadrosunda diş hemşireliği zorunlu olmalıdır. Çocukların koruyucu ağız ve diş sağlığı temel hizmetlerini ve ağız hijyeni eğitimini görevlendirilen hemşireler tarafından verilmelidir. Tüm bu planlamaların uygulamaya dönüşmesi zaman alacağı düşünülürse uygulamanın kısa sürede hayata geçirilmesi adına gezici otobüsler ve klinikler düzenlenerek çalışmaların hızla başlatılması öngörülmekte. Fizibilite ve alt yapı çalışmaları yapıldıktan sonra yeterli kadro oluşturulduğu zaman vakit kaybetmeden sistem değişikliğine gidilmelidir. “Araştırmalar, ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunların genellikle en sık görülen sağlık sorunları olduğunu göstermektedir. Okul döneminde ağız ve diş sağlığının korunmasına ilişkin davranışların öğretilmesi

¹ Bilgili, s.11

², Türkiye Sağlık Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, s.17, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf>, (27.06.2012)

gerekmektedir. Bu nedenle, diş hekiminin ekipte yer alması, olanaklar kısıtlıysa gezici diş sağlığı hizmetleri ile tanı ve tedavilerin yürütülmesi önerilmektedir.”¹ Diş hekimliği adına basit tıbbi müdahalelerin oluşturulan bu kliniklerde yapılması çocukların eğitim için ayrılan zamanlarının hastanelerde geçmesi önlenmiş velisinin işinden ayrılarak çocuk için hastanelere gitmesi ile büyük oranda ulusal servetimize katkı sağlayacağı aşikârdır. Diş problemi olmayan bir nesil yetiştirilmesi kişilerin genel sağlığının da korunmasında önemli yeri olacağını unutmamak gerekmektedir. Sağlıklı yetişen bilinçli bir nesil sonrasında arkadan gelen tüm yeni nesillerde doğrudan bilinç düzeyi yüksek birer nesil olması rutinleşmiş olacaktır. Bununla paralel olarak ağız ve diş sağlığı taramaların yapılmaya başlandığı yıl itibariyle harcamaları her geçen gün düşecektir.

3.3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Ülkemiz sınırları çerçevesinde ilk bakışta ağız ve diş sağlığı sorunlarından bahsedildiğinde önceleri diş ağrısı şikâyeti ile başlar tahammül sınırlarının aşılması durumunda diş hekimine başvuru şeklinde devam eder. Bu duruma gelmiş bir dişin tedavisi tekrar fonksiyona dâhil edilmesi çoğu zaman birkaç seans, haftalar süren işlem basamakları ile gerçekleşmektedir. Diş kliniğine bu durumda başvuran hastaların çoğu anlık olarak semptomlara yönelik çözüm talebinde bulunurlar. Yaygın olarak ta çekim istemektedirler. Belirtmiş olduğumuz ağız diş sağlığı sorunu ve çözüm şekli yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da aynı şekilde cereyan etmektedir. “Türkiye de 6–12 yaş okul çağı çocuklarında en sık izlenen sağlık sorunları; diş çürüğü, üst solunum yolu enfeksiyonları ve bağırsak parazitleri olarak bildirilmiştir. Bu durum, ülkemiz genelinde diş çürüğü hastalığının çocukluk çağlarından itibaren önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulamakta ve erken dönemlerde yapılması gereken koruyucu diş hekimliği uygulamalarının eksikliği- ihtiyacı ve önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.”² Diş çürüğünün önemli bir halk sağlığı olması halkımızın diş hekimlerinden beklemiş olduğu çözüm konusunda

¹, Türkiye Sağlık Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, s.18, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf>, (27.06.2012)

², Ağız-Diş Sağlığı Koruyucu Uygulama Programı İçin Temel Metodoloji Ne Olmalı? Yüksek Koruyuculuk mu, Yaygın Sürdürülebilirlik mi, <http://www.fircalarcantadadislyolunda.com/prog4.html>, (13.07.2012)

herhangi bir fark oluşturmamaktadır. Kişilerde meydana gelen genel sistemik rahatsızlıklarla diş problemlerini aynı çerçevede değerlendirerek anlık alınan ilaçlar ile nihai çözümü elde edileceği şeklinde bir düşünce hâkimdir. Oysaki soğuk sıcak hasiyeti ve yemek artıklarının dişler arasında kalması şeklindeki belirtiler başladığında diş kliniğine başvurulması ile çok kısa sürede restoratif tedavisi mümkün olmaktadır. Ya da 6 (altı) aylık düzenli ve rutin diş hekimliği kontrol muayeneleri için başvurular esnasında diş ekimi tarafından fark edilen kişinin fark edemediği çürük başlangıçların yine aynı şekilde basit müdahaleler yapılarak dişlerin tedavilerinin tamamlanması mümkün olmaktadır.

Bu bağlamda ülkemizin sosyo - ekonomik yapısı göz önüne alındığında özel diş hekimi maliyetlerinin yüksek olması kişilerin ekonomik nedenlere bağlı olarak diş hekimine gitmemesi ön plandadır. Buna karşın ülkemizde yıllardır devlet hastaneleri bünyesinde koruyucu diş hekimliği hizmetleri ve konservatif diş tedavisi hizmetleri ücretsiz halde verilmekte iken 2005 yılı itibariyle Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin kurulması ile daha kolay ulaşılabilir bir hal almıştır. “Amaç: Yataklı Tedavi Kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır. Kapsam: Bu Yönetmelik, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile bu Yönetmeliğin 5 inci maddesinde sayılan sağlık kurumlarını kapsar.”¹ Ülke çapında her ilde en az bir adet Ağız ve Diş Sağlığı merkezi bulunmaktadır.

3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Özellikleri

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde de diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bilgilendirme ön plandadır. Diş hekimlerine düzenli ziyaretler ile gidilmesi durumunda koruyucu hizmetler protetik ve cerrahi tedavilerin önüne geçeceği aşîkârdır. Bunun neticesinde ise kişilerin ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi düzeyi kişilerde artacaktır. Ağız ve diş sağlığının artacak sağlıklı bilinçli bir nesil yetişecek

¹, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.25806, 05 Mayıs 2005, s.1, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisi-.html>, (27.06.2012)

buna bağılı olarak sistemik rahatsızlıkların azalacağı ön görölmektedir. Yeni gelişmekte olan bir nesil ağız ve diş sağlığı konusunda yeterince bilinçli yetiştirilmesi durumunda arkadan gelen diğer jenerasyonlar için bir başlangıç ve ağız sağlığının devamının sağlanmış olacaktır. Fakat bu demek değildir ki ağız diş sağlığı eğitimleri ve taramaları yapıldıktan sonra kişilerin hijyen kurallarını alışkanlık haline getirmesi diğer nesillere aynen aktırılması konusunda şüphe duyulmaktadır. Bu nedenden dolayı okul taramaları koruyucu uygulamalar daimi uygulamanın bir parçası olması daha uygun olacağı düşünölmektedir.

3.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığının Önemi

Çürük özellikle çocukluk çağında görölen glikoz ağırlıklı beslenme sonucu yaygın olarak görölməsi ve etkili fırçalamanın çocuklarda yeterli olmaması üzerine okullarda diş taramalarının planlanarak koruyucu uygulamaları önem verilmelidir. “Okul sağlığı çalışmalarında sık görölen hastalıklardan biri de diş çürükleridir. Yalnız, diş hekimliği alanında yetişmemiş bir kişinin yaptığı diş muayenesi yanıltıcı olabilir, tedavi etmeden önce her vakanın ayrıntılı muayenesi diş hekimince yapılmalıdır. Ağız ve diş sağlığı konusunda hekimin, sağlık memurunun ve öğretmenin muayeneyi yapması önerilmemektedir. Öğretmenler, hekimler ve sağlık memurları, diş sağlığını da içine alan sağlık eğitimi yaparlarsa daha yararlı olacaklardır.”¹ Okullarda uygulanan koruyucu uygulamaların yaygınlaştırılmalı diş hekimi ile yapılan kontroller sonucu takibinin öğretmenler ve veliler tarafından yapılmalıdır.

Koruyucu uygulamaların uygulanması ve buna bağılı olarak erken teşhis tedavi yapılmasını imkân tanıyacaktır. “Kasım 2010’da Lancet’te yayımlanan bir makalede kronik hastalıkların neden olduğı yükün global ve ülkesel olarak uzun süredir göz ardı edilmesi konusunda kronik hastalıklar düşük maliyetli ve etkin olarak önlenabilir hastalıklar olduklarından başarısızlık teknik değil politiktir sonucuna varılmıştır. Bu saptama kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet ile aynı risk faktörlerini paylaşan ağız diş

¹, Türkiye Sağlık Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, s.173, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/okulsagligi.pdf>, (27.06.2012)

enfeksiyonları için de doğrudur.”¹ Erken teşhis buna bağlı yapılan tedavi, tedavi süresini kısaltması sonucunda ciddi maliyet düşüşleri sağlayacağı aşikârdır. Ağız diş sağlığı koruyucu uygulamalar uzun vadede diş çürüğü oranı önemli miktarda azalmaktadır. “Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, dünyanın birçok ülkesinde en önemli halk sağlığı problemlerindendir. Finlandiya, Norveç, Almanya gibi gelişmiş batı ülkelerinde çocuk ve genç bireylerde çürük prevalansının, 1970 ve 1980’li yıllarda hızla azaldığı gösterilmiştir. Bu azalma, florid içeren diş macunları, şeker tüketimindeki değişiklikler, sosyoekonomik düzeyin artışı, diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişisel hijyen uygulama bilincinin artışı gibi çeşitli faktörlere bağlanmıştır.”² Çürük insidansındaki düşüşün asıl nedeni ağız diş sağlığı takibinden ziyade kişilerin bu konu hakkındaki bilgi düzeyindeki artış sebebi ile olacaktır.

3.6. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığının İlkeleri

Koruyucu uygulamaların en başında kişilerin eğitimi yer almalıdır ağız ve diş sağlığı hizmetleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmayan kişilerin ilköğretim çağına başlamış olan koruyucu hizmet uygulamaları ile beslenmenin de ağız diş sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri olabileceği konusunda bilgi edinmiş olacaklardır. Bununla birlikte koruyucu uygulamalarda başlamış olacaktır. “En basit bilimsel yaklaşımda koruyucu uygulamaların 3 temel şartı yerine getirmesi arzu edilir. Bunlar: Diş plağının düzenli aralıklarla uzaklaştırılması, Florlu bir preparatın uygulanması, Özellikle çocuklar için yönlendirilmiş bir şeker diyetinin oluşturulabilmesidir.”³ Sağlık personeli tarafından verilen eğitim öğretiler tarafından devam etmesi ile devamlılık arz edecektir. Düzenli diş hekimi ziyaretleri alışkanlığı kazandırılması ile ağız bakımı ve flor uygulamaları ile desteklenmiş olacaktır.

¹ G. Külekçi, “Sindemi Nedir? Kronik İnflamatuvar Hastalıklara Yeni Yaklaşım”, Antibiyotik ve Kemoterapi, Dergisi C.26, S.1, İstanbul, 2012, s.377, http://www.ankemderneği.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_26_Ek2_374_379.pdf, (09.04.2013)

² C. Altun ve Diğ., “Altı-Onbir Yaş Grubu Çocukların Ağız-Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi” Gülhane Tıp Dergisi, C.47, S.2, Ankara 2005, s.115

³, Ağız-Diş Sağlığı Koruyucu Uygulama Programı İçin Temel Metodoloji Ne Olmalı? Yüksek Koruyuculuk mu, Yaygın Sürdürülebilirlik mi?, <http://www.fircalarcantadadislieryolunda.com/prog4.html> (13.07.2012)

3.7. Ülkemizin Ağız ve Diş Sağlığı Durumu

Ülkemizde yapılan araştırmaları incelediğimizde çocukların, yaşlıların ve yetişkinlerin çoğunun diş fırçalarının olmadığı belirlenmiştir. Tabloda da görüleceği üzere fırçası olmayan her yaştan kişilerin fırçaları olmayanlara nazaran daha fazla olduğu gözlenmektedir. “Ülkemizde yapılan ağız diş sağlığına yönelik araştırmaya göre 5, 12, 15, 35- 44, 65 – 74 yaşlarına sahip kişilerde diş fırçası olup olmadığı diş fırçalama yapıp yapmamalarını diş fırçalıyorlarsa günde kaç kere fırçaladıkları, diş hekimine düzenli ziyaret edip etmedikleri ve diş çürüğüne sahip olup olmadıkları sorulmuştur. 5 yaşında, diş fırçası olmayan çocuk oranı %21,1, 12 yaşında, diş fırçası olmayan oranı %9,4, 15 yaşında, diş fırçası olmayan oranı %8,5, 35 – 44 yaşında, diş fırçası olmayan oranı %14,5, 65 – 74 yaşında, diş fırçası olmayan oranı %38,4, olduğu gözlenmektedir. 5 yaşında, diş çürüğü olan %69,8, hiç diş hekimine gitmemiş olan %82,1, diş hekimine gitme, yakınma olunca %87,6, ara sıra %8, düzenli %4,4. 12 yaşında, diş çürüğü olan %61,1, hiç diş hekimine gitmemiş olan %41,4, diş hekimine gitme, yakınma olunca %94,8, ara sıra %3,8, düzenli %1,4. 15 yaşında, diş çürüğü olan %61,2, hiç diş hekimine gitmemiş olan %41, diş hekimine gitme, yakınma olunca %95,5, ara sıra %2,7, düzenli %1,8. 35- 44 yaşında, diş çürüğü olan %75,8, hiç diş hekimine gitmemiş olan %9,9, diş hekimine gitme, yakınma olunca %96,8, ara sıra %2, düzenli diş hekimine giden ise %1,2 gibi çok düşük rakamdır. Tablo 2’de ayrıntılı olarak yer almaktadır.”¹ Ülkemizde hiç diş fırçası olmayan % 6 ile % 38 kişi arasında olması ve diş fırçası olduğu halde diş fırçalamayan kişi % 5,3 ile % 9,1 olması sebebi ile Diş çürüğüne sahip olan % 59,3 ile % 75,8 arasında ciddi derecede çürük sayısının yüksek olması beklenen sonuç olacaktır. Bu sonuçların aşağıya çekilmesinin tek yolu koruyucu ağız ve diş sağlığının yaygınlığının artırılması olacaktır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı ile birlikte fırçalama alışkanlığı kazandırmak eğitim artırılarak toplumda yanlış bilinenlerin önüne geçilmesi ile olacaktır.

¹, Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

Tablo 2. Ülkemizin Ağız ve Diş Sağlığı Durumu

YAŞ	Diş Fırçası olmayan %	Fırçalama sıklığı:			
		Fırçalamayan %	Ara Sıra %	Günde 1 %	Günde 2 %
5	21,1	10,1	28,5	29,2	19,8
12	9,4	7,2	31,1	22,1	26,8
15	8,5	5,3	27,2	23,5	31,5
35-44	14,5	7,6	34,3	28,5	17,4
*65-74	38,4	9,1	3,5	24,7	15,8

YAŞ	Diş Çürüğü olan %	Sağlıklı Dişeti ve Çevre Doku CPI %	Hiç Diş Hekimine Gitmemiş %
5	69,8		82,1
12	61,1		41,4
15	61,2	55,5	41
35-44	75,8	15,5	9,9
65-74	59,3	11,6	8,2

YAŞ	Diş Hekimine Gitme Sıklığı			Diş Hekimine Gitme Sebebi
	Yakınma Olunca %	Ara sıra %	Düzenli %	
5	87,6	8	4,4	Kontrol %31,3
12	94,8	3,8	1,4	Çekim %55,2
15	95,5	2,7	1,8	Çekim %46,2
35-44	96,8	2	1,2	Çekim %45,8
65-74	98,3	1,6	0,1	Protez %63,1

	64-74	35-44
Hiç dişi olmayan %	48	2,6

*Takma dişini fırçalayıp kendi dişini fırçalamayan %28,7.

Kaynak: Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, s.7, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

3.8. Ağız ve Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi

Ağız hijyeninin kötü olan kişilerde sistemik hastalık görülme sıklığı da aşikâr çok olacaktır. Diş fırçalamayan kişilerde özellikle gece boyunca uyuduğu sırada vücut ısısında ağız ortamında tükürük akışının da olmaması bakterilerin koloni oluşturarak çoğalması için ideal ortam oluşturmaktadır. Ağız ortamında çok sayıda oluşan bakteriler diğer organlar üzerinde de zararlı etkileri olacaktır. “Ağız sağlığı ile genel sağlık bir bütündür ve birbirlerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir.”¹ Ağız ortamında bakterilerin çoğalması öncelikle ağız, dişeti hastalıkları ve çürük oluşumuna neden olacak bu hastalıklarda bakterilerin çoğalması için uygun ortam oluşturacaktır ve bu sistem devam eden bakterilerin yaşam döngüsü haline gelecektir.

Şekil 4. Ağız ve Diş Sağlığı İle Genel Sağlık İlişkisi



Kaynak: Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, s.8, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

Sistemik rahatsızlıkların ağız içinde oldukça yaygın olarak etkileri gözlenir. Hatta genel rahatsızlığı olan kişilerde ağız hijyeni ve ağız ortamındaki belirtilerini dikkate alınmadığı takdirde diş kaybı kaçınılmazdır. “Diş çürümesi, periodontal hastalıklar, diş kaybı, orofaringeal kanserler, ağız mukozası hastalıkları, HIV/AIDS ile ilişkili ağız hastalıkları ve travmalar dünyada yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ağız diş sağlığı (ADS), genel sağlığın önemli bir parçası ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir. Şeker hastalığı, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kanser, eklem romatizması, hamilelik gibi sistemik

¹, Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.8, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonları ile ağız diş sağlığı (ADS) arasında oldukça yakın bir ilişki bulunmaktadır.”¹ Sistemik rahatsızlıklarla birlikte kullanılan ilaçlarda ağız kuruluğuna bağlı dolaylı olarak ağız diş sağlığını etkilemektedir. “Tükürüğün azlığı ya da yokluğu halinde diş çürüğü artış göstermektedir. Ayrıca ağız kuruluğu Sjögren sendromu, Diabet, Parkinson gibi pek çok hastalıkta, antikolinergik, antihistaminik, Parkinson ilaçları, narkotik analjezikler gibi bazı ilaçların kullanımda, baş boyun bölgesine uygulanan radyoterapilerde gözlenmektedir. Bunların yanında tükürük bezi enfeksiyonları, korku, stres ve depresyonda geçici olarak ağız kuruluğunun ortaya çıktığı saptanmıştır.”² Ağız diş sağlığı ilk etapta basit tedavi edilebilir rahatsızlık olarak algılanmaktadır. Fakat bu düşünceye bağlı olarak ertelenmesi ya da ihmal edilmesi sonucu ciddi sindirim sistemi rahatsızlıklarına sebep olmaktadır. “Periodontal hastalığın kardiyovasküler hastalık, inme, düşük kilo ağırlıklı bebek ve erken doğum, solunum sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom, romatoid artrit, böbrek hastalıkları ve Alzheimer hastalığı ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar gittikçe artmaktadır. İsveç’te yapılan bir çalışma periodontitisli ve azı dişi kayıpları olan genç erişkinlerin tümörler, dolaşım ve sindirim sistemi hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden hastalıklardan erken ölüm riskinin yüksek olduğunu göstermiştir. Periodontal hastalıkların sosyoekonomik indikatörleri de belirlenmektedir.”³ Ağız diş sağlığını kişilerin sahip olduğu hastalıklarla birlikte çevresel faktörlerinde etkilediği bilinmektedir. Kişinin bulunduğu ortam ve kültürel yapısının da etkisini ihmal etmemek gerekmektedir.

3.9. Genel Sağlık Problemlerinin Ağız Bulguları

Ülkemizde altı ayda bir diş hekimi kontrolü gidilmemesi erken dönemde teşhis edilebilecek hastalıkların geç teşhisine sebep olmaktadır. “Ağızdaki problemler, vücudun diğer bölümlerindeki hastalıkların belirtisi ya da sonucu olabilir. Diyabet, lösemi, lenfoma, melanoma gibi kanser türleri, AIDS ve dermatolojik rahatsızlıklar ağızda bulgu verebilen hastalıklardandır. Bu sebeple ilk

¹ Kılınç - Günay, s.132

² Koparal, s.5

³ G. Külekçi, a.g.m. s.378

olarak diş hekimi tarafından tespit edilebilir. Düzenli olarak diş hekimine gitmek, genel sağlık problemlerinin teşhisi ve tedavisi açısından çok önemlidir.”¹ Ülkemizde çok yeni olan 2008 yılı itibariyle Denizli’de yapılan tarama kişilerin koruyucu tedavi almasından ziyade çocukluk çağında diş hekimi fobisini yenmesini sağlamaktadır.

Yetişkinlerin diş hekimi korkusu sebebi ile diş hekimi ziyaret etmemeleri sorunu ortadan kalkmış olacaktır. Birçok sağlık problemlerinin erken teşhis ve tedavisine yol açacaktır. Ağız bulgularıyla birlikte radyografiler üzerinde de sistemik rahatsızlıkların belirtilerini görmek mümkün olmaktadır. “Radyografik değişiklikler en sık olarak total ve parsiyel lamina dura kaybı, lokalize radyolüsent alanlar, trabeküler yapının azalması ve kemik demineralizasyonu şeklinde özetlenebilir.....Kronik böbrek yetmezliği çocuklarda, hastalığın sistemik etkilerinden dolayı anormal mineral metabolizması ve gelişme bozukluğu görülebilmektedir. Dişlerde sürmede gecikmeler, mine defekti ve hipoplazileri ile malokluzyonlar izlenebilmektedir. Kemiklerde görülen değişiklikler, dentinide benzer şekilde etkiler, Dentinin inorganik fazının oluşumunda anomaliler görülebilir. Bazı araştırmacılar dişlerin predentin tabakasındaki değişiklikleri incelemiş ve odontoblastların, osteoblastlar gibi hiperparatroidizimden etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Hastaların kötü ağız hijyeni ve bakıma rağmen kalkulus indeksi yüksek olup çürük sıklığında anlamlı bir azalma vardır. Diş pulpalarında daralmalar, kalsifiye köprüler görülebilir ve bu durum bazen de interdental radyolüsent lezyonlar şeklindedir.”² Uzun süre devam eden sık sık tekrarlayan ya da geçmeyen ağız içi yaralarıyla birlikte yüz, yanak, çene bölgesinde veya kulak bölgesinde görülen ağrılar ağız kanserlerin ilk belirtisi olduğu bilinmektedir. Birçok sistemik rahatsızlık gibi diyabet hastalığının da vücut üzerinde meydana getirdiği rahatsızlıklar arasında ciddi ve yaygın diş eti problemleri de yer almaktadır. “Osteoporozis kemik erimesi hastalığı olan kişilerde oral hijyen yetersiz olması, diş hekimi düzenli ziyaretler yapılmaması nedeni ile hızlı ilerleyen diş eti hastalıkları ile birlikte çene kemiği ve dişi çevreleyen alveol kemiğinde tüm diş eksikliğine kadar giden kayıplar

¹, Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.8, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

² S.Yalçın, Kronik Böbrek Yetmezliğinin Diş ve Çevre Dokularına Olan Etkisinin Radyolojik, Histolojik ve Sintigrafik Olarak İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi (İÜ), SaBE, YDT, İstanbul, 1990, s.4

görülebılır.”¹ Diyabet sonucu diş eti ve çene kemiği defektleri ile vücudun diğer organlarında da hasar verebilmektedir. Gözde görme bozuklukları cilt üzerinde iyileşmeyen yaralar bunlara iyi örnek olarak gösterebiliriz.

Resim 2. Diyabet Şeker Hastalığında Diş Eti Problemleri



Kaynak: Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara, 2008, s.98,
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>, (23.04.2012)

Resim 3. Osteoporozis Kemik Erimesi Diş Eti Problemleri



Kaynak: Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara, 2008, s.98,
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>, (23.04.2012)

¹, Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara, 2008, s.94,
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>

Tablo 3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaların Diş ve Çevrelerindeki Klinik ve Radyolojik Bulgular

KLİNİK		RADYOGRAFİK
	ÇENELER	DİŞLER
MUKOZADA SOLUKLUK	TOTAL VEYA PARSİYEL LAMİNA DURA KAYBI	PULPA DARALMALARI
UZAYAN KANAMA ZAMANI	KEMİĞİN DEMİNERELİZASYONU	PULPA KALSİFİKASYONLARI
DİŞLERDE RENKLENMELER	RADYOLÜSENT LEZYONLAR (BROWN TÜMÖRLERİ)	DENTİN KÖPRÜLERİ
MİNE HİPOPLAZİSİ	KAYBOLAN BAZI KORTİKAL SINIRLAR	İTERDENTAL RADYOLÜSENT LEZYONLAR
DİŞLERDE ÇÜRÜK ORANININ AZALMASI	. SERT DAMAK . SİNÜS . FORAMİNA	
KÖK REZORPSİYONU	. MANDİBULAR KANAL	
AĞRI	AĞIZDA KALSİFİKASYONLAR	
PREMATÜR DİŞ KAYBI	ARTERİYAL KALSİFİKASYONLAR . FASİYAL ARTER	
PEİFERİK DEV HÜCRELİ TÜMÖRLER	. KAROTİT ARTERİ	

Kaynak: S.Yalçın, Kronik Böbrek Yetmezliğinin Diş ve Çevre Dokularına Olan Etkisinin Radyolojik, Histolojik ve Sintigrafik Olarak İncelenmesi, İÜ, SaBE, YDT, İstanbul, 1990, s.8.

Görüldüğü üzere böbrek hastalarının ağız yapılarını şematize edilmiş olan tabloda klinik ortamda yapılan gözle muayeneler neticesinde bulgular aynı zamanda kişilerin anemnezinden de belirlenebilmektedir. Aynı zamanda alt üst çene kemikleri ve dişlerin gözle görülemeyen ancak röntgen sonucuna göre rapor edilebilecek defektlere rastlanması mümkündür.

İKİNCİ BÖLÜM

KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE TÜRKİYEDEKİ UYGULAMALARI

1. KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI

Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri genel anlamda iki başlık halinde ele alınabilir. İlk olarak koruyucu ağız ve diş sağlığı denildiği zaman çocukluk dönemini kapsayan dişler henüz çürümeden ya da daimi dişler henüz sürmeden süt dişleri döneminde başlayan karışık dişlenme döneminde devam eden ağız ve diş sağlığı bozulmadan önce kişiyi diş hekimliği hizmetleri ile tanıştırmak, birey kendi oral hijyenini ideal olarak sağladığı döneme kadar dişlerini sağlıklı bir halde korumaya yönelik hizmetler olarak bilinir.

Buna karşın her yaş kesimini kapsayan dişin sert ve yumuşak dokularında bozulmaya bağlı rahatsızlıkların neden olduğu diş problemlerinin sonucu dişlerin çekim aşamasında çekilmeyip tedavilerinin yapılması da diğer anlamda koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak ele alınmalıdır. “Koruyucu diş hekimliği hizmetleri, 1930’lu yıllardan itibaren başlayarak, 6–11 yaş grubu çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ön plana çıkmıştır. Çocuklarda, ağız sağlığının geliştirilmesi fikri, hayatın ileri dönemlerine taşınacak olan diş fırçalama, diyet kontrolü, sigara içme gibi genel sağlık ile ilgili davranış ve düşüncelerin birçoğunun çocukluk döneminde edinildiği düşüncesinden doğmuştur.”¹ Ülkemizde koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları geç kalınmış olduğu bilinmekle beraber başlanmasının çok çabuk kabul göreceği ve uygulamaya geçilmesinin çok uzun süre almayacağı düşüncesindeyiz. Eş zamanlı olarak eğitimin artacağı ağız ve diş sağlığı konusunda doğru bilgiler ışığında toplum sağlığını ve yaşam kalitesi ciddi anlamda artış gösterecektir. Tedavi maliyetleri düşecek sağlık problemlerinin kişilere neden olduğu iş gücü kaybı ortadan kalkacaktır.

¹ Altun ve Diğ., s.114

1.1. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Özellikleri

Koruyucu hizmetler kişinin sağlığını kaybetmeden önce mevcut sağlığını korumaya yönelik verilen hizmetleri kapsamaktadır. Hastalık oluştuktan sonra tedavi için gerekli hizmetlerin altyapısı oluşturulması ve tedavi için harcana maliyetlerden daha düşük maliyet gerektirir. Uygulanabilmesi için daha az donanım ve sarf malzeme gerektirdiği gibi ayaktan uygulanabilme özelliğine sahiptir. Ağız ve diş sağlığı koruyucu hizmetleri kişilerin yanlarına gidilerek taramalar şeklinde gerçekleştirilebilmektedir.

Koruyucu ağız sağlığı hizmetleri en başında fırçalama işlemi gelmektedir. Çocukların tekrarlı fırçalama eğitimi ile alışkanlık haline gelmesi okul taramalarında ikincil kazanç olması beklenmektedir. Fırçalamanın koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinde yeterli olmadığı durumlarda antibakteriyel etkili kimyasal gargaralar ve diş macunları kullanılmalıdır. Hatta kullanılan kimyasal maddelerin içeriğinde florür katkısı olması tercih edilmektedir. Son yıllarda diş fırçası, macun ve çeşitli gargaralar ile uygulanan ağız boşluğu, diş ve çevre dokuları kapsayan mevcut sağlıklı halinin devamını sağlamaya yönelik uygulamalar, diş plağını kaldırma etkinliğini sağlaması ile başlayan diş çürüğü ve diş eti rahatsızlığını önlemeye kadar devam eden uygulamadır. Diş fırçalama ve diş ipi kullanma gibi mekanik yöntemler, özellikle dişlerin ara yüz bölgelerinde yetersiz kaldığı için kimyasal yöntemlere ilgi artmıştır. Diş macunları içeriklerinin ve antimikrobiyal solüsyonların, plak kontrolünde mekanik yöntemlerle birlikte etkili oldukları belirlenmiştir. Buna bağlı olarak diş macunu ve ağız çalkalama solüsyonlarının kullanımı artmıştır. Antimikrobiyal etkinliğe sahip gargaralar diş çekimi ya da diş eti ile ilgili cerrahi işlemlerden önce profilaktik olarak ve cerrahi işlemlerden sonra hızlı iyileşmeye yardımcı olması amacı ile diş hekimliği tarafından oldukça fazla oranda reçete edilerek hastalar tarafından kullanılmaktadırlar. Bu solüsyonları kullanma amaçlarımız olarak mevcut diş sağlığını koruması, ağız boşluğu, larinks, farenksi kapsayan cerrahi işlemler sonrası ve protez yapımı esnasında yada sonrasında enfeksiyonlar ve bu enfeksiyonlara bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmeleridir. İdeal bir antiseptik özellikteki gargara; ağız mukozası üzerinde iritasyona, alerjiye, toksisiteye, sebep olmamalı, ağız mukozası ve diş yüzeyinde

kalıcı olmalı, patojen mikroorganizma üzerine seçici etkili olmalı, diş plağını ve gingivitisinin klinik bulgularını önemli derecede azaltabilmelidir. Bununla beraber kolay kullanılabilen, pahalı olmayan ve tadı kabul edilebilir sınırlarda olmalıdır. Koruyucu diş hekimliği hizmetleri, ağız boşluğu, diş ve dişin çevre dokularını sağlıklı yapılarının iç ve dış etkenler karşısında bozulmasını önlemek adına çeşitli faaliyetleri kapsamaktadır. Bu koruyucu uygulamaların büyük bölümü çürük ile yakından ilişkili olan bakteri plağı ve tükürükte bulunan mikroorganizmaların engellenmesine yöneliktir. Fakat bu güne kadar üretilmiş olan hiçbir kimyasal solüsyon çürüğün üzerinde durdurabilme özelliğine sahip değildir. Yalnızca bakteri plağı üzerine ve diş etleri üzerine de antienflamutar, analjezik etkiye sahiptir. “Bu amaçla gargara, sprej, ağız çalkalama antimikrobiyal solüsyonlar uzun yıllardır kullanılmakta ve her geçen gün bu maddelere bir yenisi eklenmektedir. Günümüzde bu amaçla kullanılabilecek etken maddeleri, dolayısıyla da etkinlikleri farklı olan birçok antimikrobiyal solüsyon bulunmaktadır ve bu antimikrobiyal ajanlar değişik firmalar tarafından farklı ürünleri piyasada bulunmaktadır, ağız gargaraları ve sprejleri hem hekimler hem de hastalar tarafından kolaylıkla uygulanabilmektedir.”¹ Florür içerikli gargaralar ve ağız çalkalama solüsyonları sağlıklı diş yapısına sahip bireylerinde kullanabilmektedir. Hatta ağızda çürük diş bulunmayan kişilerin koruyucu uygulama kapsamında kullanması gerekmektedir.

Ağız bakımı, koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları, diş fırçalama alışkanlıkları çürük oranını ciddi anlamda düşürmektedir. “İngiltere’de 1450 anaokulu çocuğunda gerçekleştirilen Ulusal Diyet ve Beslenme Araştırması sonuçları, günde iki kez dişlerini florü diş macunu ile fırçalayan çocuklarda diş çürükleri ile şekerli yiyecek ve içecek tüketimi arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. İsviçre’de, şeker tüketiminde herhangi bir kısıtlamanın olmadığı II. Dünya savaşı öncesinde, 7 yaşındaki çocukların % 2 -3’ü çürüksüz iken, yıllık şeker tüketiminin kişi başına 60 kg’dan 16 kg’a düştüğü savaş döneminde çürüksüz çocuk sayısı % 15’e ulaşmıştır. Savaş sonrası dönemde yıllık şeker tüketimi kişi başına 45 kg’a yükselmesine rağmen, 1962 yılından itibaren ülke genelinde yürütülen içme

¹ S. Tazegül ve Diğ., “Üç Farklı Solüsyonun Streptococcus Mutans ve Enterococcus Faecalis Üzerine Antimikrobiyal Etkinliklerinin Değerlendirilmesi”, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.27, S.2, İzmir, 2006, s.154

suyunun fluorlanması ve okul ağız sağlığı programları ile artan florlu diş macunu tüketimi sayesinde 1989’da 7-15 yaş arası çürüksüz çocuk sayısı % 65’e yükselmiştir.”¹ Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, düzenli diş fırçalama, florür uygulamaları sonucu çürük yapıcı özellikleri yüksek olan yiyecekler çürük yapma oranları düşmektedir.

1.2. Florür

Halkımız tarafından yeterince bilinmeyen diş hekimliği eğitiminde koruyucu uygulamalar altında müfredatta yer alan florür uygulamaları diş hekimleri tarafından hastalara anlatılarak ve uygulanarak toplum bilinçlendirilmektedir. “Florür, bir tuz olup hayat boyunca uygun miktarda alındığında diş ve kemik dokularını kuvvetlendirir. Dişlerin çürüğe karşı direncini artırır. İçme sularında, bazı yiyecek ve içeceklerde doğal olarak bulunmaktadır. Uygun miktarda florürün, diş çürüklerinde % 50–70 oranında azalmayı sağladığı bilinmektedir.”² Bu sebeple diş macunları başta olmak üzere klinik uygulamalarını da kapsayan birçok materyal içerisinde florür barındırmaktadır. Florür diş üzerine topikal ve sistemik olarak etkili olması ile dişin çürüğe karşı dayanımını artırmaktadır. Bununla beraber oluşmuş olan çürüğün ilerlemesine de etki etmektedir. Diş hekimliğinde tedavi amaçlı olarak kullanılan dolguların yapısında florür ilave edilmektedir.

Dolgu materyali ağız içine uygulandıktan sonra sertleşmesi ve zaman içerisinde kullanılması ile birlikte ağız ortamına florür salımı günler sonra halen daha devam etmektedir. Florürün doğal olarak içme suyunda bulunması o bölgede yaşayan kişiler üzerinde etkisi de olmaktadır. Kişilerin çürük insidansında bölgesel olarak düşüş olmasına karşın dişler henüz gelişim esnasında fazla florür alınımına bağlı olarak diş yapısında renklenmelere ve kişilerde estetik problemlere neden olduğu bilinmektedir. Florür besinler içerisinde yaygın olarak balıkların kılçıklarında fazla miktarda olduğu bilinmektedir.

¹ K. Peker - G. Bermek, “Diş Çürüklerinin Etiyolojisinde ve Önlenmesinde Fermente Olabilen Karbonhidratların Önemi”, İÜ, DHFD, C.42, S.3-4, İstanbul, 2008, s.6

², Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara, 2008, s.94, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>

Şekil 5. Türkiye’de Endemik Florozis Bölgelerini Gösteren Harita (Tendürek Volkanı, Isparta, Uşak, Eskişehir)



Kaynak: E.Varol - S.Varol, Çevresel Bir Hastalık Olarak Florozis ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, C.9, S.3, 2010, s.234, <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=1068>, (30.03.2013)

Doğada bulunmasının yanı sıra doğal kaynak sularında da bulunmakta ya da yerel yönetimler tarafından sular florlanmaktadır. İçme suyunda florür bulunan bölgede diş yapıları çürüğe karşı dirençli olmasına karşı sistemik olarak aşırı miktarda alınan florür diş yapısında renklenmeler meydana getirir. “Florür yeryüzünde yaygın olarak bulunan bir mineraltir. Bazı su kaynakları ve gıdalarda da florür bulunmaktadır. Flor iyonu vücutta en çok kemik ve diş gibi sert dokularda birirmektedir. Florürler uzun yıllardır koruyucu diş hekimliği alanında kullanılmakta olup sistemik yollarla alınan florürlerin minimal etkisi varken, asıl etkisi yerel uygulamalarla oluşmaktadır.”¹ Çay doğal florür içerdiğinden tek başına hiçbir katkı maddesi katılmadan (şeker süt vb) içildiğinde diş minesini kuvvetlendirir ağızdaki

¹....., Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.4, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamaları.pdf> , (16.04.2012)

bakterileri kontrol altında tutar, plak oluşumunu azaltır. “Flor en önemli antikaryojenik ajandır. Topikal uygulamalar diş yüzeyine ve dental plağa ulaşarak görev yapar. Florürün topical uygulananında (macun, gargara, jel, vernik) temel etki mekanizması vardır. Asidik plak pH’da bakteri difüzyonu sonucu meydana gelen bakteri metabolizmasını ve bunun sonucu ortaya çıkan aside bağlı oluşan ortamda mine kristallerinin yüzeyinde bulunan flor demineralizasyonu inhibe eder. Remineralizasyonu artırır ve çözünürlüğü az aside dirençli fluoroapatit mineralleri oluşumunu sağlar. Florürün primer çürük önleyici etkisini, süt dişlerinde anne karnında iken, daimi dişlerde ise süt dişleri ağızda iken daimi diş gelişimi sırasında gelişen dişlerde minenin yapısına girerek sağlamasından çok (sürme öncesi dönem); ağız içinde düşük konsantrasyonlar da ve sürekli bulunması (sürme sonrası dönem) ile gösterdiği kabul edilmektedir. Flor uygulaması, çürük oluşumunu engellemektense, başlamış çürüğün ilerlemesini yavaşlatmaktadır.”¹ Çürüğü tamamen durdurucu özelliği olmamakla birlikte oluşmuş çürüğü yeniden yapılandırma gibi bir özelliği de yoktur. Çürük oluşumundan sonra ikincil koruma safhası başlamıştır ki bu da ancak klinik ortamında diş hekimleri tarafından yapılabilmektedir.

1.2.1. Florürün Dişler Üzerindeki Etkisi

Dişin oluşumunda dişin yapısına katılabildiği gibi sonradan da gelişimini tamamlamış dişler üzerinde de topikal ya da sistemik olarak uygulanması ile diş minesini ile birleşerek çürük karşısında oldukça dirençli bir yapı oluşmasını sebep olmaktadır. “Mine tabakasının oluşumu sırasında minenin sağlıklı gelişmesini, iyi mineralize olmasını sağlayarak, çürükten korunma açısından kaliteli bir mine oluşumuna katkıda bulunur. Diş yüzeyinde biriken ve gıda artıkları ile bakterilerden oluşan mikrobiyal dental plak üzerinde zararlı asit oluşumunu inhibe edici etki gösterir. Minenin çözünürlüğünü azaltarak, remineralizasyonu destekler. Dişler sürdükten sonra florür yerel (topikal) yolla etki eder. Bu etki, florürlü macunlar, florürlü ağız çalkalama suları (gargaralar), florürlü jeller ve florürlü verniklerle elde

¹ Bilgili, s.11

edilebilir.”¹ Florürler, dişin asitlere karşı direncini arttırarak ağız ve diş sağlığının korunmasında önemli bir etkiye sahiptir. Florürler, yaygın olarak diş macunlarının içerisinde bulunur. Diş hekimi tarafından farklı formlarda florürler (gargara, jel, tablet, cila vb) uygulanabilir ya da önerilebilir. “Prevalansının uygulanan koruyucu yöntemlerle azaldığı tespit edilmiş olsa da, diş çürüğü halen dünyada çocukları etkileyen en önemli kronik hastalıktır. Özellikle erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ) prevalansının geçmiş yıllara oranla arttığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda diş çürüğünün önlenmesinde sistemik ve topikal flor uygulamalarının çok etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir. Özellikle aile hekimlerinin çürük riski olan çocuklara ve ailelerine flor uygulamaları konusunda bilgi vermesi ve uzman bir diş hekimine yönlendirmesi çok önemlidir.”² 2006 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez uygulaması başlatılan aile hekimliği uygulamaları içerisinde 0 – 3 yaş çocuklara koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında zorunlu olarak aşı takibi ile birlikte üç aylık periyotlar halinde flor vernik uygulaması getirilmiştir.

1.2.2. Optimal Florür Miktarı

Bölgede yaygın olarak kişilerde diş çürüğü varsa ve çürük indeksi yüksek ise içme suyundaki flor miktarı Halk Sağlığı Müdürlükleri tarafından değerlendirilmeli koruyucu uygulamalar kapsamında kullanılan florürün sudaki oranı artırılmalıdır. “İçme suları için bilimsel olarak kanıtlanmış olan diş çürüğü oluşumunu önlediği kabul edilen ideal miktarda ve dozda florür seviyesi 0.3-0.7 mg/ lt (0.3-0.7 ppm) olarak belirlenmiştir. İçme suyunda belirlenen bu oranların altında florür içeriyor ise bu bölgelerde yaşayan kişilerin diş çürüğü oluşumunun azaltılması amacıyla hekim kontrolünde florür preparatları kullanılmalıdır.”³ Uygulanan florür miktarı ve uygulama sıklığının büyük önem arz etmektedir. Az miktarda da olsa florür uygulanması hiç uygulanmamasına karşın tercih edilmelidir. “Çocukları her 6 ayda

¹, Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamalari.pdf> , (16.04.2012)

² Ö. Martı Akgün - S. Görgülü - C. Altun, “Diş Çürüğüne Karşı Koruyucu Flor Uygulamaları”, Smyrna Tıp Dergisi, C.3, S.1, Ankara, 2012, s.82, http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Koruyucu%20flor%20uygulamalar%C4%B11347910422.pdf

³, Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamalari.pdf> , (16.04.2012)

bir görmek bazen zor olabilir, bu durumda florürü sık uygulamak daha fazla fayda sağlamakla birlikte hiç uygulamamaktansa yılda bir uygulamak da çok önemlidir ve tercih edilebilir. Gelişmiş ülkelerde koruyucu diş hekimliği uygulamaları ile diş çürüğü görülme sıklığında önemli azalmalar sağlanmıştır. Diş çürüğünden korunmada kullanılan en yaygın ve başarılı yöntem, flor uygulamalarıdır. Çocuklarda, florün çürük önleyici dozu, 0.25-1 mg F-/kg olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), florün diş çürüğünü önleyici etkisinin sağlanması için 1,5 mg F-/kg'lık dozun aşılmaması gerektiğini ifade etmektedir. Temel flor kaynağı, sudur. Vücut dokuları, içecekler(meyve suyu, maden suyu, süt vb.), gıda maddeleri (tahıllar, muz, patates, deniz ürünleri, çay vb.) ve bazı diş bakım ürünleri de değişen miktarlarda flor içermektedir.....Akut flor toksisitesi, tek seferde yüksek dozda flor alımı sonucu oluşurken, kronik flor toksisitesinin oluşabilmesi için, flor uzun süreli ve daha az miktarlarda tüketilmelidir. Florün kronik toksik etkisi, sert dokularda, iskeletsel fluoroz (osteofluoroz) ve dental fluoroz (endemik dental fluoroz, mottled enamel) olarak görülür. 0.05-0.07 mg F-/ kg florid dozu, dental fluorozu en alt düzeyde tutmak için kabul edilen en üst sınırdır.”¹ Uygulanmakta olan florür muhakkak ki kayıt altına alınmalı hastanelerde bilgi sistemi ile bunun takibi kolay yapılabilenken okullarda uygulanan florlarında kayıt altına alınması ve okul uygulamalarından sonra öğrencilerin muhakkak ikinci florür uygulaması için hastaneye yönlendirilmeli gerekli ile olan ikinci doz uygulaması hastaneler tarafından yapılması sağlanmalıdır.

1.3. Ağız Ve Diş Sağlığının Korunması

Çocuklarda diş çürüklerinin çok olması ya da hiç çürük olmaması durumlarında sağlıklı dişlerinin korunmasına yönelik diş çürüğünün önlenmesinde ve çürük dişlere yönelik tedavi planının en önemli görev aileye düşmektedir. Dişlerin düzenli olarak fırçalanması ve beslenme alışkanlığının kontrolü çocuğun annesine düşen önemli görevlerdir. Ailede diş fırçalayan birey olması durumunda çocuğun örnek aldığı birey olması sebebi ile daha fazla fırçalamaya yatkınlık olmaktadır.

¹ Bilgili, s.12

i. *Hijyen Eğitimi*: Ağız diş bakımını eksiksiz yapmak ancak eksiksiz bilgi ile mümkün olur. Diş fırçalama ve diş ipi kullanımının öğretilmesi, beslenme alışkanlıklarının gözden geçirilmesi ve ağız diş sağlığının öneminin anlatılmasını içeren hijyen eğitimi, eksik bilgi kalmamasını sağlar. Bu eğitim çocuklar için olduğu kadar büyükler için de önem taşır.

ii. *Yüzeysel Flor Uygulaması*: Dişlerin görünen üzerine topikal uygulanabilen ya da sistemik olarak diş yapısını etkileyen uygulamadır. Kişiler marketten almış oldukları florür preperatı içeren ağız bakım ürünleri ile evde kendileri uygulayabildiği gibi klinik ortamda profesyonel olarak diş hekimleri tarafından tek kullanımlık kaşıklar ile jel şeklinde de uygulama yapılmaktadır.

iii. *Fissür Örtücü*: Halk arasında diş ojesi olarak bilinen dişlerin üzerine uygulanan bir örtücüdür. Tükürükten iyi izole edilerek, hava kabarcığı bırakılmadan çiğneme yüksekliği dikkate alınarak uygulanan fissür örtücü diş üzerinde en fazla altı ay kadar kalabilmektedir. Kötü uygulanan fissür örtücü aynı gün bile diş üzerinden çıkabilmektedir.

1.4. Florür Uygulamaları

Florür uygulamaları sistemik ve yüzeysel olmak üzere gruplandırmamız mümkündür. Her iki yönteminde kendine göre avantaj ve dezavantajları olmasına karşın her iki yöntem halen kullanılmaktadır. “Yüzeysel Flor Uygulaması; Florid sudan veya yediğimiz pek çok gıdadan doğada bulunduğu gibi alınabildiği gibi yiyecek maddelerine ilave edilmesi ile alınabilen doğal bir mineraldir. Dişler üzerine sürülerek uygulanabildiği gibi oral yoldan alınarak sistemik olarak insan vücuduna alınabilmektedir. Bu mineral diş minesini güçlendirerek çürüğe karşı daha dayanıklı hale getirmektedir. Yüzeysel florid uygulamaları 3 yaşından itibaren başlanabilen ve her 6 ayda bir tekrarlanması gereken uygulamasında diş hekimi gerektirmeyen basit, acısız bir işlemdir. Çocuğun diş hekimi ile ilk karşılaşması ve 6 aylık periodlarla kontrole gelmesi açısından idealdir. Birkaç dakika süren bu işlem sonrasında çocuğunuzun dişlerinin yüzeyinde depolanan florid, dişleri çok daha sağlıklı ve güçlü

yapacaktır.”¹ Ülkemizde çoğunlukla diş hekimi muayenelerde diş hekimlerimiz tarafından topikal uygulamalar yaygın kullanılmaktadır.

1.5. Sistemik Florür Uygulaması

Sistemik flor uygulaması devamlılığı olan ve ekstra bir uğraş gerektirmeyen bir uygulamadır. Unutulması ya da ihmal edilmesi hemen hemen imkânsızdır. Kullanım kolaylığı ve aynı anda bir topluma ulaştırılabilmiş olması en büyük avantajı olarak kabul edilmektedir. “Sistemik flor uygulamaları Flor, büyük oranda gastrointestinal sistemden (GIS) emilip, dolaşımla taşınarak, kalsifiye dokularda fluoroapatit tuzu şeklinde depolanır. Sistemik flor uygulamaları; tablet, pastil, damla, tuz veya süte flor katılması, multivitamin-flor kombinasyonları, okul ya da içme sularının florlanması şeklinde yapılır. İçme sularının florlanması; ekonomik ve etkin bir çürük profilaksi yöntemidir İçme suyu flor konsantrasyonunun günlük optimal dozun %60’ından düşük olduğu bölgelerdeki çocuklarda, florlu tablet, pastil veya damla uygulanabilir.”² Dezavantaj olarak florürü kullanma endikasyonu olmayan kişilerin florür kullanıyor olması ve kullanım sıklığı ile doğru orantılı olarak toksik dozda alınımının önüne geçilememesi göz önünde bulundurulmalıdır. “Florun tuza ilavesinde, flor konsantrasyonu 200-350 mg F/kg civarında olan tuzların kullanımının yeterli olduğu düşünülmektedir. Ancak bölgelerin değişen doğal içme suyu konsantrasyonları ve toplumların tuz tüketim alışkanlıklarının farklı olması, bu yöntemi zorlaştırmaktadır. Süte de flor eklenmesi düşünülmüştür. Ancak florun kalsiyuma bağlanması, sistemik emiliminin yavaş, topikal etkisinin az olması ve sütün her çocuk tarafından farklı miktarlarda tüketilmesi gibi sebeplerle çok tercih edilmemiştir.”³ Sistemik florür uygulaması kişilere ve alışkanlıklara göre farklılık göstermesi üzerine çok fazla tercih edilmeyen bir yöntem olmuştur.

¹, Kırıkkale Üniversitesi, Pedodonti Anabilim Dalı, <http://dis.kku.edu.tr/pedo.html>, (05.09.2012)

² Ç. Küçükeşmen - H. Sönmez, “Diş Hekimliğinde Florun, İnsan Vücudu ve Dişler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.3, S.15, Isparta, 2008, s.44

³ Küçükeşmen - Sönmez, s.44

1.5.1. Şehir Suyunun Florürlenmesi

Sistemik florür uygulamalarından şehir suyunun florlanması her bölgedeki suda bulunana doğal florürün ölçülmesi ve standart oluşturma zorluğu göz önünde bulundurulmaktadır. "Yeryüzü kabuğundaki floridlerin varlığından dolayı tüm sular farklı derişimlerde florür içermektedir. Suların florür içeriğı; temas ettiğı toprak, fosil ve kayaç yapısındaki florun, kimyasal ve/veya biyolojik etmenlerle çözülmesi ve özellikle fosil yakıtların yakılmasıyla atmosfere karışan florlu bileşiklerin yağmur sularıyla yıkanarak su ortamına geçmesi ile oluşur."¹ Hastaların bulunduğu yörelerine ait suların flor miktarı belirlemeden ve dikkate almadan kişilere koruyucu uygulama adı altında büyük kitlelere flor uygulanması sağlıklı olmayacaktır. "Ancak içme suyuna ilave edilecek flor miktarı; yerleşim bölgelerindeki doğal içme ve kaynak sularının flor konsantrasyonlarına, bölgede günlük tüketilen ortalama su miktarlarına ve uygulanmakta olan diğer flor profilaksi programlarına göre ayarlanmalıdır. Bunun yanı sıra, diyet, iklim, rakım, sosyo-ekonomik yapı vs. gibi dental florozi etkileyen diğer faktörlerin varlığı da unutulmamalıdır. Nitekim son yıllarda pek çok ülkede, içme suları florlanmış bölgelerde, ayrıca çeşitli flor içerikli ürünlerin de kullanımına bağılı olarak, hafif veya orta şiddette florozi olgularının görülme sıklığında artış olduğu rapor edilmektedir."² Su tüketimi farklılık göstermesi ya da doğada bulunan florürün ölçülmeden uygulanması sonucu ciddi sorular ile karşılaşılması kaçınılmazdır. Ağızdan alınan Florür'ün insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerini aşağıdaki şekilde sıralamamız mümkündür.

Florürün etkileri;

- i. Dental Florozi,
- ii. Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri,
- iii. Endokrin Üzerindeki Etkileri,

¹ M. Eğri - S.Erdemoğlu - H.Türkdemir - M.Genç - G.Güneş - E.Pehlivan - F.Keven, "Suyun Flor İçeriğinin Çevrenin Jeo-Kimyasal Yapısına Bağlılığının İncelenmesi", Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, C.3, S.6, Malatya, 1999, s.194

² Küçükeşmen - Sönmez, s.44

- iv. Gastrointestinal Sistem Üzerine Etkileri,
- v. Renal (Böbrek) Üzerine Etkileri,
- vi. Nörolojik Etkileri,
- vii. Hematolojik Etkileri,
- viii. Respiratuvar (Akciğer) Üzerine Etkileri,
- ix. Kardiyovasküler Üzerine Etkileri,
- x. Reprodüktif Etkileri.

1.5.2. Florür Tablet Uygulamaları

Üretimi ve etki mekanizması çok uygun olması ile birlikte kullanım kolaylığını da ihmal edilmemeli aksine bu uygulama göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde yaygın kullanılmamakla birlikte yüksek miktarda çürüğe sahip birey bulunmaktadır. “Ağızda eritilerek, emilerek kullanılan tablet ve pastiller yardımıyla, istenen etki hem sistemik hem de topikal yolla sağlanmış olur. Yetişkinler için tablet kullanımının yüzeysel etkisi olması ile birlikte sistemik olarak ağız sağlığı üzerine etkisinin olup olmadığı halen tartışma konusudur. Flor tabletlerinin dikkatsiz veya aşırı kullanımı da, dental florozis oluşumuna yol açabilmektedir. Tablet miktarı ayarlanırken, hem çocuğun yaşı hem de o yörenin içme suyundaki flor konsantrasyonu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Flor tabletleri günümüzde daha çok aktif ve yaygın çürük lezyonları olan veya tükürük akışı yetersiz bulunan çocuklar için önerilmektedir.”¹ Tablet halindeki florür preperatı çiğnenerek kullanılmaktadır. Kişi kendisi hekim ya da herhangi bir destek gerekmeksizin diş hekimi muayenesi yapılması gerekli görüldüğü durumlarda diş hekimi tarafından yapılan doz ayarlaması kullanım periyodları ve kullanım süresi önerisi üzerine kullanılabilir.

¹ Küçükeşmen - Sönmez, s.44

1.6. Topikal Florür Uygulaması

Yüksek oranda florür içermesine bağlı olarak toksik olması sebebi ile sadece sağlık personeli tarafından uygulanması mümkün olan solüsyonlar halinde piyasada bulunmaktadır. Bireylerin kendilerine ya da yakın çevrelerine uygulayamadıkları, kişilerin her an ulaşabilecekleri alışveriş merkezlerinde bu uygulamalara ait florür içeren ürünleri bulamayacakları ancak bir diş hekimi tarafından klinik şartlar altında uygulanabilen florür preparatları ile yapılan uygulamalardır. “Profesyonel topikal flor uygulamaları bir veya daha fazla düz yüzey çürüğüne sahip olan veya yüksek çürük riskli çocuklarda ve yetişkinlerde endike olan bir uygulamadır. Uygulamanın sıklığı hastanın çürük riskine bağlı olarak değişebilmekte ve genellikle en az altı ayda bir uygulamayı gerektirmektedir. Süt dişlerinde yapılan koruyucu çalışmalarda florlu jeller ile verniklerin çürük önlemede olan etkinliği ispatlanmıştırFlorlu köpükler, jel benzeri ürünlerdir ancak etkinliği klinik olarak yeterince test edilememiştir.”¹ Bu florürler yüksek konsantrasyon içermeleri sebebi ile kişiler üzerinde sağlık problemleri oluşturabileceği için kimlerde ve hangi sıklıkla uygulanacağı ancak bir hekim tarafından kara verilmektedir.

1.6.1.Florür Vernikler

Ülkemizde yeni koruyucu uygulamalar arasında yer alan florür vernikleri üretimi ve kullanımı Avrupa ülkelerinde ortalama 50 yıl önce üretilmiş ve kullanımı başlanmıştır. Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulamaya geçilmesi ile koruyucu ağız diş uygulamaları zorunluluk haline getirilmesi ile florür vernikleri eş zamanlı olarak yaygınlaşmıştır. “Florlu vernikler ilk olarak 1964’te Avrupa’da Duraphat ticari adıyla tanıtıldı. Yirmi beş yıldan fazladır yapılan klinik çalışmalarda, florlu verniklerin çürük önleme bakımından güvenli ve yüksek etkili olduğu gösterilmiştir. Klinik çalışmalar florlu verniklerin kullanılmasıyla çürük oranında azalmanın %25 ile %75 arasında olduğunu göstermiştir. Florun dişler ile 12 saate kadar ya da daha uzun süreli temasını sağlayabilmek, böylece minenin yüzey tabakaları içine flor katılımını

¹ E. Ercan - S. Bağlar - H.Çolak, “Diş Hekimliğinde Topikal Florür Uygulama Metotları”, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi S.13, C.1, Sivas, 2010, s.28

arttırabilmek için florlu vernikler geliştirilmiştir. Vernikler genellikle küçük fırçalarla ya da enjektörler ile uygulanır....Yapılan çalışmalarda florlu verniklerin esas kariyostatik etkisinin, antibakteriyel etkinlikten ziyade erken çürük benzeri lezyonların remineralizasyonu ile sağlandığı sonucuna varılmıştır.”¹ Diğer topikal florür uygulamaları tercih edilse de hasta kabulü, uygulama bölgesinde daha uzun süre kalabilmesi, uygulama kolaylığı ve en önemli olarak yutma riskinin olmaması sebebi ile yaygın tercih edilmektedir. “Florürlü vernik yani cilalar, ilk olarak Florürün diş yüzeyine daha uzun süre temasını sağlamak üzere geliştirilmiş ürünlerdir. Ancak bu süreçte Florür verniğin tükürükle de etkileşime geçerek mine üzerinde CaF₂ tabakası oluşturduğu ve yavaş salınan depo Florür görevi gören bu tabakadan, plak pH’sı düştüğünde Florür iyonu salındığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda yüksek miktarda Florür içeren vernikler erken teşhis edilen beyaz lezyonlarda demineralizasyonu azaltarak, remineralizasyonu desteklemektedir. Düşük-orta ve yüksek çürük risk grubu çocuklarda önerilmektedir. Yaygın olarak kullanılan Florürlü vernikler 22.600 ppm aktif Florüre eşdeğer % 5 Sodyum Florür içermektedir ve yılda 2-4 kez, diş hekimleri tarafından uygulanır.”² Diş hekimi tarafından tek kullanımlık flor vernik paketleri içerisinde yer alan tek kullanımlık fırçalar ile paket açıldıktan sonra saat yönünde olacak şekilde tek yönlü olarak karıştırılır. Bu karıştırma ile vernik sertleşme reaksiyonu başlatılır. Uygulanacak yüzeyde dişler üzerindeki tükürük kurutulmadan ve temizlenmeden aplikatör fırça ile dişler üzerindeki her bölgeye sürülür. Karıştırılma ile başlatılan sertleşme süreci tükürük ile deva eder ve hızlı bir şekilde sertleşme kişinin ağzında gerçekleşir. Dezavantaj olarak uygulama sonrası diş yüzeyinde pürüzlü ve sarı renkli tortu şeklinde kalıcı olmayan kalıntılardan söz edilebilir. Dezavantajıyla birlikte diş üzerinde kalıcı olması çürüğü önlemede en etkili faktördür. “Flor verniklerin, süt dentisyonda erken çocukluk çürüklerini önlediği gösterilmiştir.”³ Flor verniklerinin diş üzerinde kalıcı bir tabaka oluşturmuş olması sebebi ile çürükleri önleyici etkisi mevcuttur.

¹ Ercan - Bağlar - Çolak, s.28

², Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.7, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamaları.pdf>, (16.04.2012)

³ Bilgili, s.11

1.6.2. Florürlü Jeller

Avrupa da birçok ülkede yapılan ülkemizde ise bazı üniversiteler tarafından bazı illerde uygulanmaktadır okul ortamında büyük gruplara diş hekimi gözetiminde, sağlık personelleri ve öğretmenler ile birlikte uygulanmaktadır. “Jel formunda olan diş macunları da vardır ancak bunlar diş fırçası ile uygulanabilen (brush-on) Florür jellerden içerik ve uygulama sıklığı bakımından farklıdır.”¹ Bu uygulamalar ile çürük insidansı düşmesi sebebi ile bazı ülkelerde rutin uygulanmaktadır. Flor jeller uygulanabilmesi için iki farklı preperetta sunulmuştur. “Profesyonel uygulama gerektirmeden diş fırçası ile bireysel olarak uygulanabilen Florür jellerin en yaygın olarak kullanılan formları 5000 ppm serbest Florür içeren % 1.1 nötral NaF jel ile 970 ppm serbest Florür içeren % 0.4 SnF₂’dür. Görüntü olarak diş macunlarına benzerlik gösterebilir de Florür jeller içerikleri, Florür konsantrasyonları ve buna bağlı olarak da uygulama sıklıkları bakımından diş macunlarından farklıdırlar. Motor yetenekleri gelişmiş orta ve yüksek çürük risk grubu ilköğretim çağı çocuklarda veya yetişkinlerde çürük oluşumunun önlenmesinde endikedir.”² Uygulaması kolay okuldaki sınıfların hepsine birden bahçede uygulanması oldukça kolay bir uygulamadır. Bu yöntem ikincil kazanç olarak ta kabul edebileceğimiz gecikmiş dönem diş fırçalama alışkanlığı kazandırmaktadır. “Sekiz yıllık bir çalışma sonucunda, okul ortamında değişik uygulamalarla desteklenen fırçayla flor uygulamasının %60’lık bir çürük azalmasına sebep olduğu ve bir yıllık süreçte çocukların %60’ının dental tedavi ihtiyacının azaldığı ifade edilmiştir.”³ Bu uygulamada bulantı yapmaması sebebi ile sodyum florür kullanımı önerilmektedir.

1.6.3. Florürlü Ağız Gargaraları ve Çalkalama Suları

Florür içeren ağız gargaraları yutulabilme riskleri göz önünde bulunularak düşük miktarda florürü içerecek şekilde üretilmektedir. Bu nedenle muayene için kullanılmamaktadır. Daha çok kişisel olarak kullanım amaçlı olarak ticari sunumu

¹, Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamaları.pdf>, (16.04.2012)

², Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.7, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamaları.pdf>, (16.04.2012)

³, <http://www.fircalarcantadadisleryolunda.com/prog.html>, (16.04.2012)

vardır. “Muayenehanede uygulanan iki aşamalı florürlü gargaraların ise etkinliği kanıtlanamadığı için tavsiye edilmemektedir.”¹ Florlü gargaralar yetişkinler için kullanılması diğer sebebi ise ağız kokusu ve ferahlık amaçlıdır. Buna benzer ürün olan ağız çalkalama suları ilkokullarda öğretmenler gözetiminde uygulanması kolay ama yutulmasına karşı çok dikkatli olunmalıdır.

Okullarda haftalık uygulandığı için ağız hijyeni için tekrarlanan bir eğitim olmaktadır. Haftalık olarak uygulanan gargaralar çürük etkinliğini ciddi oranda azaltmaktadır. “Florürlü ağız çalkalama suyu ile yapılan ağız çalkalama uygulaması da diş çürüğünden korunmada en güvenli ve etkili yöntemlerden bir tanesidir. Birçok ülkede uzun yıllardan beri öğretmen gözetiminde, okullardaki 6 yaş üstü çocuklara uygulanmaktadır. Haftalık kullanıma uygun 900 ppm aktif Florüre eşdeğer % 0.2’lik NaF gargaraların yanı sıra, 230 ppm aktif Florüre eşdeğer % 0.05 NaF içeren günlük kullanıma gargaralar ve yine günlük kullanım için üretilmiş SnF₂ ve APF içeren gargaralar da mevcuttur. Koruyucu okul sağlığı programlarında ise yaygın olarak haftalık kullanıma uygun %0.2 nötral sodyum Florür içeren ve distile su ile hazırlanan ağız çalkalama suları kullanılmaktadır. % 0.2’lik NaF içeren Florürlü Ağız Çalkalama Suyu Kullanımından önce mutlaka dişler fırçalanmalıdır. Haftada bir kez, %0.2’lik sodyum Florür çözeltisi ile bir (iki) dakika (60-120 sn) süresince ağız çalkalanarak uygulanmaktadır. Ancak Florürlü ağız çalkalama suyu kesinlikle yutulmamalı ve süre sonunda tükürülmelidir. Yemek yeme süreci bir müddet ara verilmelidir”² Okul tarama programları düzenlenmesi ile okullarda ağız çalkalama sularının kullanılabilirliği diş hekimleri tarafından takibi sağlanması mümkün olacaktır. “1940’lardan bu yana en yaygın florür solüsyonu oral profilaksi sonrasında 3-4 dakika uygulanan % NaF solüsyonu olmuştur. Birleşmiş Milletler Halk Sağlığı Servisi, % 2’lik NaF solüsyonlarını önermiştir. NaF, saf ve kontamine olmamışsa, pH’sı nötrdür. Zamanla kalay florür (SnF₂), asidüle fosfat florür (APF) ve amin florür gibi çeşitli bileşikler de kullanılmıştır. % 8-10’luk konsantrasyonlarda kullanılan kalay florür, dişlere lokal olarak uygulanan florürler içinde üstün

¹ Ercan - Bağlar - Çolak, s.28

², Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.6, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamalari.pdf>, (16.04.2012)

özellikleri nedeni ile önerilen bir bileşik olmuş, minenin asitler karşısındaki çözünürlüğünü NaF kadar azalttığı bir çok çalışma ile gösterilmiştir..... APF kimyasal olarak kararlı olduğundan, her hastada taze olarak hazırlanması gerekmemektedir. Solüsyonların tekrarlanan uygulamalarını içeren çeşitli yöntemler denenmiş ve dişler üzerine yılda 2 ila 4 defa düzenli uygulanması ile % 11 – 45 arasında başarı elde edilmiştir. Topikal florür solüsyonları günümüzde kaşıkla tüm dişlere tek seferde uygulanabilen jel teknikleri ile büyük oranda yer değiştirmiştir.”¹ Uygulama süresi çalkalama solüsyonlarda tekrarlanması gerektirmesi en büyük dezavantajlarından bir tanesidir. Her uygulama çocuk için yutulma tehlikesi unutulmamalıdır. Dolayısı ile uygulama sayısı daha düşük olan preparatların kullanılması yönünde planlamalar yapılmaktadır.

1.7. Fissür Örtücü Uygulamaları

Fissür örtücü sadece sağlıklı diş yüzeyler üzerine uygulanır. Dişlerin çiğneyici yüzeylerinde oluşumunda doğal olarak bulunan dişin sürdüğü yıllarda çok belirgin ileriki yıllarda aşınmaya bağlı düzleşen ve temizlenmesi güç olan olukların bir çeşit dolgu maddesine çok yakın bir malzeme ile örtülmesi ile diş çürüklerinden korunmak mümkün olabilmektedir. Özellikle ilk olarak altı yaşında süren birinci daimi azı diş ve diğer daimi dişleri yeni sürmüş çocuklara uygulanmalıdır. Fissür örtücüler, zamanla aşınabilen ve düşebilecek maddelerdir. Bu yüzden düzenli diş hekimi kontrolü bu kontrollerde fissür örtücülerin etkili olabilmesi için tekrar tekrar yenilenmesi gerekir. Azı dişlerinin oklüzal olarak adlandırılan çiğneme yüzeyleri işlevi gereği parçalayabilmesi amacı ile girintili çıkıntılı oluklar ve yarıklar ihtiva etmektedir. Bu bölgeler oldukça dardır ve gıdaların sıkışıp temizlenememesi ve fırçaların ulaşamaması nedeniyle genellikle çoğunlukla çocukluk çağı çürüklerin yaygın olarak başladığı bölgelerdir. Dişlerin bu yüzeylerinde yapısı gereği yemek artığı ve mikroorganizma tutuculuğunu önlemek amacıyla bu girintiler fissür selent denen dolguya nispeten daha akıcı kıvamda, tercihen beyaz ya da şeffaf olarak bulunan dolgu maddesi ile kapatılır. “Bu işlem sayesinde tüm çürüklerin yaklaşık %70 ini oluşturan çiğneyici yüzey çürüklerinden korunmak mümkün olur. Bu

¹ Ercan - Bağlar - Çolak, s.28

uygulamanın, ilk kalıcı azı dişlerin çıktığı dönemde uygulanmaları oldukça büyük önem taşır. İlk kalıcı büyük azı dişleri 6 yaş civarında çıkar. Diğer azı dişlerinin sürme zamanlarında diğerlerine de uygulanır. Önemli bir nokta kalıcı dişler sürmeye başladıktan kısa bir süre sonra yaptırmanın (1-2 sene içinde) daha iyi olacağıdır. Diş yüzeyi üzerinde herhangi bir mekanik işleme gerektirmediği için acısız ve çok kolay bir işlemdir.”¹ Çürüksüz sağlıklı olan çoğunlukla daimi nadiren de süt dişlerin üzerine uygulanan uygulandığı dişlerin çiğneyici yüzeyleri üzerindeki olukları doldurulması ile girintisiz bir yüzey haline dönüştüren bir uygulama olarak ta tanımlayabiliriz. “Fissür örtücü ilk olarak 1965 yılında uygulanmıştır. Daha sonra yapılan çok sayıda klinik ve laboratuvar araştırmalarına göre, kurallara uygun olarak tükürükten iyi izole edilmiş yani kurutulmuş ve üzerine tükürük bulaşması engellenmiş diş üzerine uygulanan fissür örtücü uygulamasının güvenli ve etkili bir çürük önleme yöntemi olduğunu göstermiştir. 70’lerin başında ADA fissür örtücüleri kabul etmiştir. Fissür örtücüler, diş çürüklerini önlemek amacıyla dişlerdeki çukurcuk ve fissürlere uygulanan uygulama esnasında kendiliğinden ya da ışıqla reaksiyona girerek hemen sertleşme özelliğine sahip reçine esaslı materyallerdir.”² Uygulama diş hekimi tarafından yapılmaktadır. Çürüksüz tüm dişler üzerine uygulanmalıdır. Uygulanması çok kolay olması ile kötü uygulanması sonucu hiçbir faydası olmayıp hemen düşebilir. Hatta kötü uygulanması zararlı olduğu dahi düşünülmektedir. “Fissür örtücülerin başarısı; mine yüzeyine bağlanma düzeylerine, çukurcuk ve fissürleri ağız ortamından yalıtma kapasitelerine bağlıdır. Fissürlerin dar enleri ve düzensiz derinlikleri, asit üreten bakterilerin birikmeleri için ideal bir ortamdır. Tükürüğün temizleme fonksiyonu, azı dişlerindeki çukurcuk ve fissürler için yetersiz kalır. Ayrıca diş fırçasının kıl çapları da çoğu fissür yüzeyini temizlemek için çok büyüktür. Fissür örtücüler, bakteri plağında üretilen asitler için fiziksel bariyer görevi yaparlar.”³ Ara yüz çürükleri diş fırçalama ve diş ipi kullanımı olmayan kişilerde yaygın görülmesine karşın ağız hijyenine dikkat eden kişilerde daha çok fissür örtücü kullanılmayan dişlerin çiğneme yüzeylerinde oldukça fazla

¹, Kırıkkale Üniversitesi, Pedodonti Anabilim Dalı, <http://dis.kku.edu.tr/pedo.html>, (05.09.2012)

² O. Ulu - C. Dörter, “Fissür Örtücüler ve Kullanım Alanları, Pit And Fissure Sealants And Its Applications”, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C. 42, S. 3-4, İstanbul, 2008, s.26

³ Ulu - Dörter, s.26

oranda çürük görülmektedir. Beslenme alışkanlığı ve kullanıma bağlı olarak ya da strese bağlı diş gıcırdaması olan kişilerde dişlerde çigneme yüzeylerinde mine tabakası içerisinde bulunan fissürün aşınması ile düzleşmesine bağlı olarak çürük oluşamadığı bilinmektedir. “Günümüze kadar yapılan birçok çürük araştırması, okluzal yüzeylerin, anatomik yapılarından kaynaklanan çukurcuk ve fissürler nedeniyle çürüğe yatkın yüzeyler olduğunu göstermiştir. Özellikle çocuklarda ve gençlerde çürükler en sık fissürlerde görülmektedir. Ülkemizde genç yaş çürük prevalansının %60 ile %95 arasında değiştiği ve bunun oldukça yüksek bir değer olduğu bildirilmektedir. Ağız hijyeninin çok iyi olduğu ülkelerde, 5-17 yaş arasındaki çocuk ve gençlerde görülen çürüklerin %80’i çukurcuk ve fissürlerdedir. Bunun en önemli nedeninin, bölgenin morfolojisine bağlı olarak, plağın tamamen kaldırılamadığı fissürlerde florürlerin etkinliğinin yetersiz kalması olarak belirlenmiştir. Bu nedenle özellikle sürekli azıların okluzal yüzeylerinin korunması için özel bir çaba sarf edilmelidir. Bu bölgelerin korunmasında ve çürüğün önlenmesinde fissür örtücülerinin kullanımının uygun bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır. Ancak bu tedavi şekli, çürük riski yüksek olan bireylerde daha anlamlıdır ve diğer yüzeylere uygulanacak koruyucu önlemlerle beraber faydalı olacaktır.”¹ Fissür örtücü uygulamada tükürük izolasyonu tutuculuk açısından önemli bir faktör olmasına karşın fissür örtücü uygulama esnasında içerisinde hava kabarcığının kalması ya da yüksekliği dikkat edilmeden uygulanan fissür örtücüleri tutuculuğu iyi olmasına rağmen kırılabilmektedir.

2. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI

2.1. Diş Fırçalama Alışkanlığı

İdeal olarak günde üç kez sabah, öğle ve akşam diş fırçalamak gerekmektedir. Yoğun iş temposu nedeniyle gün ortasında fırçalama eksikliği çok yaşanmaktadır. Gece fırçalayarak yatmak gece boyunca ağız içinde bakteri üremesi üzerine önemli bir etkisi vardır. Sabah uyanınca dişleri fırçalamak gerekir ki genelde yanlış olarak kahvaltıdan sonra fırçalama konusunda farklı görüşler mevcuttur. “Diş fırçalamanın, çürük riskini anlamlı olarak azalttığı bilinen bir gerçektir. Dişlerini günde iki kez

¹ Ulu - Dörter, s.26

fırçalayanların ve bu alışkanlığı erken yaşta edinenlerin daha az çürüğü olduğu gösterilmiştir.”¹ Mekanik temizliğin en önemli ve vazgeçilmez unsurlarından bir tanesi diş fırçasının kullanılmasıdır “Ülkemizde kişi başına düşen yıllık diş fırçası tüketimi 2011 yılında 0,94 adettir.”² Diş fırçalama işlemini tanımlamak gerekirse; Diş fırçalamaya başlamadan önce hijyen açısından öncelikle eller yıkanır. Uygun yumuşaklık ve boyuttaki diş fırçası diş hekimi kişiye özgü bir fırça tanımlamamış ise özellikle orta sertlikte ağız içinde her bölgeye ulaşabilmesi içinde küçükbaşlıklı fırça seçilir ve üzerine bezelye/nohut büyüklüğünde diş macunu yayılır. Diş fırçası su ile ıslatılmadan kuru olarak fırçalama işlemi ağza su alınmadan başlar. Ağız açık şekilde alt ve üst dişler ayrı ayrı dairesel hareketlerle dişetinden dişe doğru fırçalanır. Fırçalama işlemini bütün dişlerimizin iç ve dış yüzeyleri ile çiğneme yüzeylerinden 7-8 kez geçerek yapılır. Bu esnada yanak damak iç yüzeyleri ile birlikte dilimizin üzeri de fırçalanır. Fırçalama işlemi bittikten sonra ağızımızı çalkalayıp, diş fırçamızın baş kısmını el değmeden temiz su ile yıkamalıyız.

Diş fırçası mekanik olarak büyük ölçüde temizlik sağlamış olsa da tam olarak yeterli olmamaktadır. Diş fırçası ile tam olarak temizlenemeyen diş aralarının temizliği için diş ipi veya ara yüz fırçası kullanılması gerekmektedir. Kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce dişler uygun yumuşaklık ve boyutta diş fırçası seçilerek fırçalanmalıdır. Diş çürüğünden korunmak için florürlü diş macunları tercih edilmelidir. Herhangi bir diş problemimiz olmasa da kontrol amaçlı olarak yılda en az iki defa diş hekimine gidilmelidir.

2.1.1. Florürlü Diş Macunları İle Fırçalama

Florlü diş macunları yaygın çürük bulunan kişilerde sıklıkla kullanımı önerilmektedir. Çürük insidansı düşük ya da çürük bulunmayan kişilerinde kullanmasında sakınca olmaması ile birlikte fiyatı diğer macunlara kıyasla yüksektir. “Diş macunu hem en yaygın olarak kullanılan ve en çok tavsiye edilen, hem de gereksinime göre içine çeşitli aktif ajanlar (anti-karies, antigingivitis, anti-plak, anti-

¹ Altun ve Diğ., s.114

², Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

tartar, antihipersensitivite vb) katılabilme potansiyeli olan ürünlerdir. Diş macunu içeriğindeki ajanlar hem çürükten hem de gingivitisten korunmayı sağlamakta, bu amaçla da macunların içine eklenen florit, metal iyonları, esansiyel yağlar, triklosan vb. ile anti-bakteriyel etki sağlanabildiği çalışmalarla gösterilmektedir.”¹ Fırçalama mekanik temizlik florlû macun ise kullanım esnasında ağızda güzel tat ferah nefes bırakması her macun için geçerlidir. “İçeriğinde diğer diş macunlarına oranla daha fazla florür ihtiva eden diş macunları ile hergün ağız hijyenine yönelik uygulanan diş fırçalama aynı zamanda diş çürüklerini oluşumunda önlemektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak en çok kullanılan yöntemlerdendir. Değişik florür ihtiva ettikleri gibi(sodyum florür, sodyum mono florürofosfat, amin florür ve kalay florür) ve değişik oranlarda da florür bulunur (500 ppm, 850 ppm, 1000/1100 ppm, 1450 ppm vb) üretilirler.”² Florlu diş macunları normal macunlardan daha fazla florürü ihtiva etmektedir. Yutulması toksik etki yaratabilmektedir. Çocuklarda bu sebepten dolayı normal diş macunu yerine çocuk diş macunları kullanımı önerilmektedir. Çocuk diş macunları çocuğun sistemik olarak toksisiteye karşı önlem olması florozise engellemesi ile birlikte tadı çocuklar için daha lezzetlidir. “Dişlerin gelişimi sırasında florürlü diş macunlarının sürekli yutulumu 3 yaşına kadar (20 yaş dışı hariç) florürozise ve mine defektine yol açabileceğinden 3 yaşına kadar olan çocuklarda florürlü diş macunu kullanımından kaçınılmalıdır. 3 yaştan 6 yaşa kadar ise mercimek tanesi büyüklüğünde yani en fazla 5 mm kadar diş macunu kullanılmalıdır. Çocuklar diş fırçalama esnasında mutlaka gözlem altında diş fırçatılmalı, gerekirse ebeveynler tarafından fırçalama işlevi gerçekleştirilmelidir. Bittikten sonra ağız su ile iyice çalkalanmalı ve diş macunu yutulumu önlenmelidir. Temiz içme ve kullanma suyu, lavabosu olan okullarda genel temizlik kurallarına dikkat edilmek kaydıyla, okul ortamında diş fırçalama uygulaması teşvik

¹ Z. Yetkin Ay ve Diğ., “Kalay Florid ve Sodyum Heksametafosfat İçeren Bir Diş Macununun Plak İndeksi ve Gingival İndeks Üzerine Etkisinin İncelenmesi”, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.21, S.2, Erzurum, 2011, s.69

², Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamalari.pdf> , (16.04.2012)

edilmelidir.”¹ Diş fırçalama okul eğitimi ile birlikte evde ebeveynlerinde takibi ve örnek olarak kendileri fırçalamaları gerekmektedir.

2.1.2. Diş Macunları İle Fırçalama

Diş macunları diş fırçası ile sağlanan mekanik temizliğe kimyasal olarak desteklemektedir çürüğe karşı florür ihtiva etmiş olsa da florlül diş macunlarının yanında daha düşük miktardadır. Diş fırçalama alışkanlığı yaygın olamamasının en büyük eksikliği ağız diş sağlığı eğitiminin eksikliği sebebi ile dir. Halkımız arasında yaygın olarak inanılan dedelerinin ve ninelerinin hiç diş fırçalamadığı ve tüm dişlerinin sağlıklı olduğu inanılmasıdır. Buna bağılı olarak kendilerinin diş fırçaladığını bu yüzden dişleri çürüdüğü inancı hâkimdir. Fakat eğitim eksikliği olması sebebi ile eskiden tüketilen lifli gıdaların fazla olması şeker içeriğinin sahip yiyeceklerin ulaşılması daha güç olması ile diş çürüğü oranının diş fırçalama azlığına rağmen düşük olmasının asıl sebebidir. Ülkemizde oldukça düşük miktarda diş fırçası ve macunu kullanılmaktadır. Eğitim eksikliği ile fırçalama alışkanlığı edinilmemesi ülkemizde fırça ve macun tüketim oranını ciddi anlamda düşürmektedir. “Diş macunlarının içeriğindeki aktif ajanlar; potasyum tuzları (nitrat, klorür, sitrat), stronsiyum tuzları (klorür ve asetat), sodyum sitrat ve değişik florür bileşikleridir. Macunlarda kullanılan abrazivlerin türleri de tübülleri kapatma açısından dentin aşırı hassasiyetinin önlenmesinde rol alabilmektedir.”² Diş macunları ağız hijyenin de kimyasal temizliğin yanı sıra diş eti çekilmelerinde, mine aşınmalarında hassasiyet önleme amacıyla önemli rol oynar.

2.2. Ağız Bakımı

Ağız bakımı çok zor ve meşakkatli olmamakla birlikte en az 3 dakikalık bir süre ayrılmalıdır. Ara öğünlerin rafineri edilmiş glikoz içeriğı çok olan gıdalarla değil daha çok lifli gıdaların tercih edilmesi beslenmenin dikkat edilmesi ağız bakımını kapsamaktadır. Bununla beraber gıdaların tüketim zamanları ve süreleri de

¹, Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, s.5, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florürur-uygulamaları.pdf> , (16.04.2012)

² N. Attar - Y. Korkmaz, “Dentin Aşırı Hassasiyeti”, Hacettepe Üniversitesi, DHFD, C.30, S.4, Ankara, 2006, s.87

oldukça önem arz etmektedir. “Mevcut ağız sağlığını korumak, oluşan hastalığı durdurmak, sağlığına yeniden kavuşturmak ve idamesi için en önemli ön şart düzenli, yeterli ve doğru bir ağız bakımı gerçekleştirmektir. Ağız bakımı denince diş fırçası ve macunu ile diş fırçalamanın yanında uygun ara yüz bakım araçlarıyla diş aralarının da temizlenmesi ve ilave diğer ağız bakım araçlarını kullanmak akla gelmektedir. Ağız bakımı konusunda, temel kaynaklara ve diğer çalışmalara bakıldığında düzenli ve yeterli bir ağız bakımı için en azından sabah akşam olmak üzere günde 2 kez dişlerin fırçalanması ve günde 1 kez gece yatmadan önce diş aralarının diş ipi ile temizlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.”¹ Ağız bakımının sonradan kazanılması oldukça zordur. İlk okulda ağız bakımı hakkında temel hijyen konuları arasında eğitim kitaplarında yer almalıdır. “Ağız sağlığı için doğru, düzenli ve yeterli bir ağız bakımı kadar bunun öncesinde kişinin ağız sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgilerinin de doğru olması çok önemlidir.”² Yeterli ağız bakımı hakkında bilgilere sahip olmadığı gibi halkımızda çoğunlukla yanlış bilgiye sahiptir.

Ağız bakımı yapan ya da iyi bir bakım yaptığını iddia eden birçok kişi diş ipinden habersizdir. Bununla birlikte diş ipi konusunda bilgisi olan ve bu halde gerekliliği hakkında yeterli bilgisi olmadığı için kullanmayan kişiler toplumumuzda oldukça yaygındır. Diş fırçalama ile ideal temizlik sağladığını düşünerek diş ipini lüks olarak görülmektedir. Lakin diş fırçasının ulaşamadığı her ara yüz ciddi anlamda çürük riski taşımaktadır. Diş ara yüzlerinin temizlenmesi sadece diş ipi ile mümkün olmaktadır. Diş çürüğü diş fırçalayan kişilerde çoğunlukla ar yüzlerden başlamaktadır. Diş fırçalayan ve diş ipi kullanma alışkanlığı olan kişilerde çürük miktarında ciddi bir azalma görülmektedir. “Çalışmamızın sonuçlarına göre diş ipi kullanma ile DMF toplam arasında da anlamlı derecede negatif korelasyon vardır. Diş ipi kullanımı deneklerin DMF toplamalarını azaltmaktadır.”³ Çürükler ikinci sırada yaygın olarak dişlerin ara yüzlerinde kalan ve kişiyi rahatsız etmediği için yiyecek artıkları tarafından oluşmaktadır. Bu kalmış olan yiyecek artıkları rutin diş ipi kullanımı ile temizliği sağlanabilmektedir.

¹ Demirer ve Diğ., s.27

² Demirer ve Diğ., s.27

³ S. Şahin ve Diğ., “Eğitim Düzeyinin Genç Erişkin Erkeklerde Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi DHFD, C.26, S.3, Ankara, 2009, s.137

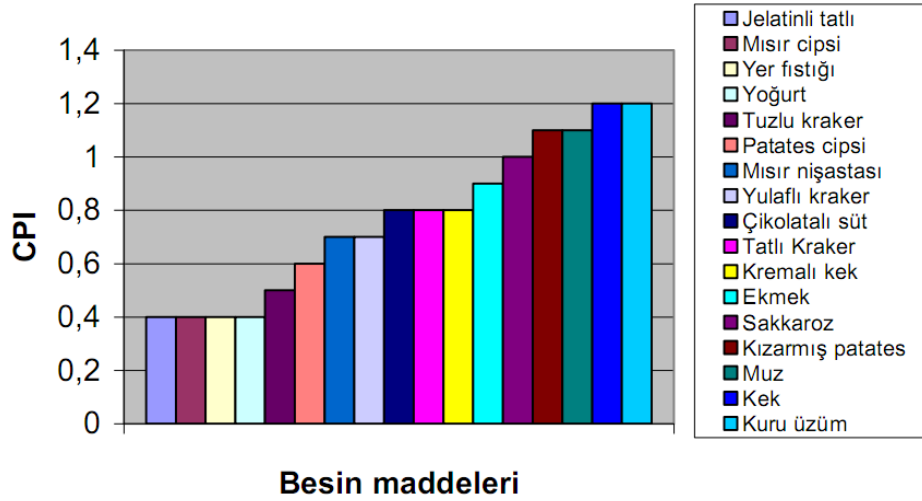
2.3. Diyet Alışkanlığı

Ağız ve diş sağlığımız için dengeli, düzenli ve bol lifli besinlerle beslenmemiz gerekir. Şeker, çikolata, pasta, bisküvi, kek, cips, kraker gibi yiyecekler ana öğünlerde yenmeli, yemek aralarında karbonhidratlı, şekerli, asitli gıdalar yerine, taze sebze ve meyve gibi gıdalar tüketilmelidir. “Gelişmekte olan ülkelerin genel sorunu haline gelen karbonhidratlı besinlerin artan miktarda tüketilmesinin yanı sıra, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının yetersiz kalması, diş çürüğünün giderek artmasına sebep olmaktadır....Ekonomik gelişimin ve kentselleşmenin sonucunda, yaşam biçiminde ve beslenme şeklinde hızlı değişiklikler gözlenmiştir. Kentselleşmenin aşırı ve düzensiz beslenmeye, dolayısıyla obezite, diyabet, kalp hastalığı, kanser, osteoporoz ve ağız hastalıklarına önemli ve dünya çapında etkisi olmuştur. Beslenme ve diyet, ağız sağlığını birçok yönden etkileyebilir. Diyete bağlı olarak gelişen ağız diş hastalıkları, diş çürüklerini, minenin gelişim bozukluklarını, periodontal hastalıkları ve dental erozyonu içerir. Yeteriz beslenen toplumlarda periodontal hastalıkların hızlı bir şekilde ilerlediği belirtilmiştir.”¹ Beslenmeye bağlı diş oluşumunda diş yapısının etkilendiği gibi ileriki yaşlarda dişi çevreleyen çene kemiği dokusu ve diş eti dokusunda harabiyet görülebilir. Genel sağlığın bozulması ile eş zamanlı olarak ağız sağlığı da etkilenmektedir. “Çürük yapma potansiyelini belirlemek amacıyla hayvan deneyleri, demineralizasyon / remineralizasyon modelleri ve insanlarda yapılan plak asidojenitesi çalışmalarının sonuçlarına göre oluşturulmuştur. Çürük Oluşturma Potansiyeli İndeksi (Cariogenic Potential Index, CPI) geliştirilmiştir. Bu indekse göre, sakkarozun CPI değeri olan 1,0 referans olarak alınmaktadır. Çürük yapma indeksi 1’in altında ise o besin maddesinin sakkarozdan daha düşük, Çürük yapma indeksi 1’in üzerinde ise o besin maddesinin sakkarozdan daha fazla kariyojenik olduğu kabul edilmektedir. İndeks değerinin 0,4’den küçük olması o besin maddesinin düşük çürük yapma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir Fermente olabilen karbonhidrat miktarı fazla olan, ağızda kalma süresi uzun olan, en ufak bileşimlerine kadar parçalanabilen, plak pH’sını 5,5’in altına düşüren kraker, ekmek, tatlandırılmış kahvaltılık gevrekler, pasta, kurabiye,

¹ Ş. Ünlüer, Türkiye’de 35-44 ve 65-74 İndeks Yaş Gruplarında Ağız Sağlığı Durumu – 2004, Hacettepe Üniversitesi, SaBE, YDT, Ankara, 2007, s.27

kurutulmuş meyve ve patates cipsi gibi rafineri edilmiş besin maddeleri kariyojenitesi yüksek besin maddeleri arasında yer almaktadır. Yüksek düzeyde protein, orta düzeyde yağ, minimal düzeyde karbonhidrat, yüksek konsantrasyonda kalsiyum ve fosfat içeren lifli gıdalar, plak pH'sı 6,0'dan yüksek olan ve tükürük sekresyonunu aktive eden süt, peynir, et, yumurta, fındık ve bazı sebze çeşitleri gibi besin maddeleri ise kariyojenitesi düşük gıdalar olarak sınıflandırılmaktadır.”¹ Çürük yapma potansiyelleri içerdiği karbonhidrat, glikoz yanı sıra ağızda kalma süreleri de etkilidir. Bisküvi kraker gibi gıdalar küçük parçalara ayrılarak dişlerin asında ya da çiğneyici yüzeyde birikmesi de çürük potansiyelini artırmaktadır. Gıdaların çürük yapma potansiyelleri sınıflandırılmış ve aşağıda tablo 4'te yer almıştır. Aşırı miktarda tüketilen asidik içecekler tükürüğün remineralizasyon kapasitesini azaltarak diş üzerinde bulunan kalsiyumun çözünmesine çürüğün yatkinliğini artırmakla beraber mekanik dayanımlara karşı direncini düşürmektedir. Asidik gıdalar tüketildikten sonra dişlerin hemen fırçalanması ya da bazik ortam oluşturacak peynir gibi gıdaların tüketilmesi halen tartışılmaktadır.

Tablo 4. Farklı Besin Maddelerinin Kariyojenik Potansiyelleri



Kaynak: K. Peker - G. Bermek, “Diş Çürüklerinin Etyolojisinde ve Önlenmesinde Fermente Olabilen Karbonhidratların Önemi”, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.42, S.3-4, İstanbul, 2008, s.4

¹ Peker - Bermek, s.4

2.4. Altı - Aylık Diş Hekimi Kontrolleri

Bebeklerin ilk süt dişleri çıktıktan itibaren düzenli olarak diş hekimine götürülmelidir. Bu şekilde çocuğu düzenli diş hekimisi kontrolü ve klinik ortamında koruyucu diş hekimliği uygulamaları kapsamında, çocuklara yapılacak uygulamalar kesinlikle ağrısız olacağı için ileride oluşacak diş hekimisi korkusu da engellenmiş olacaktır. “Çocuğumu ilk defa ne zaman muayene ettirmeliyim? Sorusuna cevap olarak; Çocuklar çok küçük yaşlarından itibaren (6 ay- 1 yaş) 6 ayda bir düzenli olarak diş hekimine götürülerek hem çocuğun bu ortamla tanışarak korkmadan gelebilmesi sağlanmalı, hem de ebeveynler, çocuklarının diş sağlıklarını en üst seviyede tutmak için neler yapmaları gerektiğini öğrenmelidir. Ayrıca bu sayede telafisi zor büyük problemler oluşmadan ya da henüz büyümeden tespit edilip müdahale edilmiş olur.”¹ Ağzında yaygın diş çürükleri olan bir çocuk diş ağrısı nedeni ile beslenmesi yaşlılarından daha az olacağı için ve bu gelişim döneminde alması gereken gıdaları yeterince alamayacak buna bağlı olarak fiziki ve bağışıklık sistemi gelişimi bundan olumsuz etkilenecektir. Yetersiz beslenme de sonuçta çocuğun daha sık hastalanmasına sebep olabilecektir. Her gün dişlerin fırçalanması, dengeli ve sağlıklı beslenme ve altı aylık dönemlerde düzenli diş hekimisi kontrolleri ile bu olumsuz tablo oldukça kolay önlenabilir. Yılda en az iki kere diş hekimisi ziyaretinin, diş çürüklerinin erken dönemde tespit edilmesinin yanı sıra kişiye diş fırçalama alışkanlığının kazandırması sebebi ile çok önemlidir.

Birçok kişi için diş hekimine gitmek korku ve endişe yaratan bir durumdur. Hatta bu durum çocuklar için daha da zordur. Bu korkunun tek ve en önemli sebebi ise diş hekimine sadece bir sorun olduğunda gidilmesi ve bu süreçte tedavinin süresi, seanslarının uzaması ve uygulamaların yoğunluğundandır. Diş hekimine sadece sorun olduğunda değil, kontrol ve koruyucu diş hekimliği uygulamaları için de gidildiğinde, yapılacak uygulamalar kısa ve ağrısız olacağı için ileride oluşacak diş hekimisi korkusu da engellenmiş olur. Birçok ebeveyn çocuğunun dişlerinde çürük olmadığı için diş hekimine götürmeyi gerek görmemektedir. Bu sebeple çocuklarda düzenli diş hekimisi kontrolüne gitmeyi hayatı boyunca gerek görmemektedir. Düzenli

¹, Kırıkkale Üniversitesi, Pedodonti Anabilim Dalı, <http://dis.kku.edu.tr/pedo.html>, (05.09.2012)

diş hekimi kontrollerinde; diş hekimi tarafından çocuğun ihtiyaçları çerçevesinde diş fırçalama şekli ve sıklığı, fluor ve fissür örtücü gibi koruyucu diş hekimliği uygulamaları ile ilgili detaylı bilgiler verecek ve bu sayede ileriki yaşlarda çocuğun çürüksüz bir diş yapısına sahip olması sağlanacaktır. Kontrollerde yapılan ağız içi muayeneleri bir probleme bağlı diş hekimine gidilmesi esnasında şikâyet odaklı muayene ile oldukça farklıdır. Kontrol muayenelerinde diş yapısını, dişeti ve yanak-dudak gibi yumuşak dokularını ve çene ilişkisini detaylı olarak incelenmesinin imkânı olacaktır.

2.5. 0-3 Yaş Aile Hekimi Muayenesi

Aile hekimleri diş takibi ile koruyucu diş sağlığında önemli bir adım atılmıştır. Doğan her çocuğun diş takibini aile hekimlerinin yapması, problemlerin diş hekimine yönlendirmesi erken teşhisi olarak tanımaktadır. Aile hekiminin tüm çocukları taraması hemen hemen hiçbir çocuğun atlanması anlamına gelmektedir. “1992 doğumlu 9204 Kuzey Karolinalı çocuğu 5 yıl süre ile takip etmişlerdir. Bir yaşından önce görülenlerin 262 \$, 1-2 yaş içinde görülenlerin 339 \$, 2-3 yaş içinde görülenlerin 449 \$ ve 4-5 yaş içinde görülenlerin ise 546 \$’lık bir diş tedavi maliyetine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Araştırmacılar; koruyucu uygulamalara ne kadar erken başlanırsa tedavi ve acil uygulamalara ihtiyacın azaldığını ve bunun sağlık giderlerinde belirgin bir azalmaya sebep olduğunu bildirmişlerdir.”¹ Aynı zamanda aile hekimlerinin flor vernik uygulaması diş çürüğü oranını ciddi oranda düşürecektir. “Erken dönemde oluşan çürüklerin tedavilerinin yapılması durumunda bile hastalığın devam ettiği ve tedavi edilen EÇÇ’li çocukların % 40-50’sinin 4-12 ay içerisinde yeniden çürüdükleri bildirilmiştir. Bu tip çocuklarda erken daimi dişlenmeden itibaren yeni çürük oluşumunu tetiklemekte ve tedavi maliyetlerini de arttırabilmektedir.”² Oluşan çürüğün yeniden tekrarladığını düşünecek olursak yapılan tedavi maliyeti ve tekrarlayan dolgu ve tedavi maliyetleri

¹ I. Yıldırım - T.Ç. Dülgeril - İ. Serdaroğlu, “Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, C.1, S.2, Ankara, 2010, s.21

² Yıldırım - Dülgeril - Serdaroğlu, s.21

hesaplarsak iki kat artacağı kesindir. Tüm bu maliyetleri sadece aile hekimleri takibi ile hemen hemen hepsi önlenebilecektir.

3. TÜRKİYE’DE KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN UYGULAMASI

Düzenli okul taramaları ile yapılan muayeneler ile ağız durumları tespit edilen çocukların ağız diş sağlığı eğitimi, fırçalama uygulamaları, flor uygulamaları beslenme eğitimi verilmektedir. Tekrarlanan okul taramaları eğitim, fırçalama ve beslenme şekillerini düzenleme ve alışkanlık haline getirilmesi ön plandadır. “Diş fırçalama, diyet, koruyucu uygulamalar ve periyodik hekim kontrolü, ağız ve diş sağlığının temelini oluşturmaktadır. Erken çocukluk dönemi, tüm bu alışkanlıkların kazandırılmasında en uygun zaman dilimidir.”¹ Taramalar ile birlikte öğretmen ve öğrenci velilerinde işbirliği önemli rol oynamaktadır.

3.1.Türkiye’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı

Türkiye de uygulanmış olan koruyucu hizmetler genellikle okullarda yapılan taramalardır. Yapılan bu taramalar genellikle bir ya da bir kaç okula 1 ya da birkaç kez gidilerek yapılmaktadır. Denizli’de uygulanan tarama bölüm 5.3’te de ayrıntılı olarak anlatılmıştır ki bu güne kadar yapılmış en kapsamlı koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri uygulanmaktadır. 2011 yılında hks adı altında yayınlanan sağlıkta kalite standartları ağız ve diş sağlığı merkezinin zorunlu olarak yapması gereken uygulamalar ADSM’nin bulunduğu merkezdeki okullarda okul taraması yapılması standartları arasında yer almaktadır. Fakat yapılan bu uygulama da Denizli ilinde yapılmakta olan uygulamanın yanında sınırlı olarak kalmaktadır.

Ülkemizde ciddi rahatsızlık boyutuna ulaşmadan diş hekimine gidilmemektedir. Bunun birçok sebebi bulunmaktadır ki koruyucu hizmetlerinin uygulanmasındaki en büyük engellerden bir tanesinin sebebi de budur. Koruyucu

¹ Altun ve Diğ., s.114

hekimlik açısından düzenli olarak altı ayda bir düzenli diş hekimi kontrolü büyük önem arz etmektedir. Kişilerin çoğu çürük oluşumunu fark edemezler ve çürük büyük boyutlara ulaşıldığında çok geç kalınmış olmaktadır. Yapılacak tedavi daha uzun daha ağırlı daha pahalı bir duruma dönüşmektedir. Düzenli ağız içi muayenesi ile tedaviler tek seansta ağrısız ve düşük maliyetle tamamlanabilmektedir. Çocuklarda düzenli diş hekimi kontrolüne götürülmemesi süt dişleri geç evre çürük ve çekimleri ile karşılaşmaktadır. Ortodonti bozukluklarının en büyük nedenlerinden bir tanesidir. “Düzenli olarak altı ayda bir diş hekimine gitmek diş çürüğü, diş eti hastalıklarının başlangıç veya erken aşamada tespitinde çok önemlidir. Diyabet, lösemi, AIDS ve bazı deri hastalıkları ve kanserler gibi ağızda bulgu veren hastalıklar ilk olarak diş hekimi tarafından tanınabilir.” Düzenli diş hekimi muayenesi kişilerin sistemik rahatsızlıklarının ağız bulguları ile erken teşhisini ve tedavisini de sağlamaktadır. Hayat kurtarıcı bir ayrıntı olma olasılığı da oldukça yüksektir.

3.2. Türkiye’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar

Türkiye de sorunların başında uygulama için herhangi bir standart olmamasıdır. En başta yapılan taramalar genellikle belirlenmiş bazı okullar üzerinde yapılmaktadır. Belirli bir araştırma dâhilinde gerçekleştirilir ve tekrarlanmamaktadır. Dolayısı ile il bünyesinde bulunan tüm okullar ziyaret edilmemektedir. Ülkemizde düzenli diş hekimi kontrolü yapılmadığı için okul taramaları zorunlu olmalı ve dönemsel değil sağlık hizmetinin bir parçası olmalıdır.

Kapsamlı bir alt yapı oluşturulmalı. Ülke genelinde tanımlanmış diş hekimi uygulamaları için standart otobüs iç dizaynı mevcut değildir. Taramanın amacına göre şekillenmekte ve taramalara göre çok farklılıklar göstermektedir. Taramalarda yapılacak koruyucu işlemler tanımlanmamıştır. Yapılan araştırmaya göre işlemler çok dar kapsamlı hazırlanmakta ve yapılmaktadır. Tüm okullar değil sadece yakın çevredeki okullar ya da sadece il merkezindeki okullar seçilmekte ve periferlerdeki okullar tamamen kapsam dışı bırakılmaktadır. İl bünyesindeki tüm okullara okul taraması için gidecek ekip eksikliği mevcuttur. Ekip kurulmamıştır. Sadece ihtiyacı

karşılayacak kadar personel geçici süre ile geçici görevlendirilmiştir. Personel sayısı artırılmalıdır. Ekip sayısı artırılmalıdır.

Okullarda verilecek ortak bir eğitim mevcut değildir. Taramalarda kullanılacak araç gereç donanımlı otobüsler bulunmamaktadır. Ekiplerin okullara nakilleri için taşımak için ikinci hatta üçüncü araç eksiklikleri mevcuttur. Dağıtılan diş fırçası ve diş macunlarının karşılanması için kaynak planlanmamıştır. Veri girişleri için bir standart yoktur taramalarda veri girişi yapılabilecek ülke çapında bir yazılım oluşturulmamıştır.

4. DENİZLİ'DE KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN UYGULAMASI

4.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Bilgi

Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezimizde toplam 2006 yılında kurulmuş olup bugün, Kamu Hastaneler Birliği altında bir başhekim, bir başhekim yardımcısı, bir idari mali hizmetler müdüründe oluşan idari biriminden, 27 adet diş polikliniği 65 diş koltuğu, 60 Diş hekimi, 5 adet uzman diş hekimi bulunmaktadır. Polikliniklerimizde çene cerrahisi, periodontoloji, protez ve pedodonti uzmanlarımız yer almaktadır. Bünyesinde sağlıkta kalite standartları gereğince 17 bölümden oluşmaktadır. 5 adet röntgen teknisyeninden oluşan röntgen birimimizde 3 adet panoramik röntgen 1 adet periapikal röntgen cihazı bulunmakta ve günlük ortalama 1999 adet röntgen çekimi yapılmaktadır. 25 adet diş protez teknisyeninden oluşan 6 odadan oluşan diş protez laboratuvarı bulunmaktadır. 2 adet buhar basınçlı otaklavımızın mevcut olduğu 2 farklı yıkama ünitesi ile hizmet veren 7 gün hizmet veren günlük 3000 adet el aleti paketlenerek sterilizasyonu tamamlanan sterilizasyon ünitemiz bulunmaktadır. Merkezimizde görevli tüm diş hekimlerimiz tarafından Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Tedavileri uygulanmaktadır. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında Türkiye de bulunan ağız diş sağlığı merkezlerimizde Koruyucu Tedaviler için İndikatör Kartı İle izlenmesi zorunluluğu getirilmiştir. Merkezimizde de bu

bağlamda, yapılan koruyucu uygulamalar aylık olarak takibi yapılarak kalite yönetim birimi tarafından kayıt altına alınmaktadır.

Merkezimiz 25/05/2006 tarih ve 4335 sayılı Bakanlık onayı ile 40 ünitlik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliği olarak planlanarak, 01/09/2006 tarihi ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastaların Merkezimize olan yoğun taleplerine daha iyi cevap verebilmek için; 24/09/2008 tarih ve 36961 sayılı Bakanlık onayı ile Merkezimiz ünit sayısı 40'dan 50'ye çıkartılmıştır. 15/03/2008 tarihinde merkezimiz ilk olarak 12 hekim, 14/04/2008 tarihinde ise tüm hekimlerimizle entegre sistemine geçmiştir. Bu dönemden itibaren kliniklerimizin tamamı entegre sistemi ile çalışmakta olup; kliniklerimizde, hastalarımızın teşhis ve tedavi planlamasından başlayarak tüm tanı ve tedavi işlemleri aynı hekim tarafından yürütülmektedir

İnsan sağlığında ağız ve diş sağlığının öneminin bilincinde olan Merkezimiz alanında en iyiyi hedeflemektedir. Her şeyden önce insan sağlığı felsefesini temel kabul ederek, sterilizasyon kurallarını en üst seviyede uygulamakta, gelişen teknolojiyi sürekli takip ederek dünya standartlarında koruyucu, tedavi edici, Diş hekimliği hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi değişime açık ve sürekli gelişmekte olup 65 Diş Hekimi, 21 Hemşire, 27 polikliniği ve 148 hizmet veren diğer personeli ile hem teknik donanım hem de kadro olarak 01.09.2006 tarihinden beri Denizli Halkının hizmetindedir.

4.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Katılımcıları

Denizli merkezi ilçe ve köylerini kapsayan hasta katılımının yanı sıra bölgeye de hâkim tedavileri ile de bölgeye hâkim hasta grubundan oluşmaktadır. Devlet hastanesi bünyesinde ortak hizmet verdiğimiz genel anestezi altında diş tedavileri ile başvuru ile aynı hafta içerisinde tedavileri yapmış olduğumuz engelli hastalarımız ile bölgemizde çevre illerimizden bizi tercih eden engelli hastalarımız başvuruda bulunmaktadır. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine okulların yaz döneminde kapanması üzerine velilerin çocukları tedavi amacı ile merkezimize getirmektedir. Anketin yaz döneminde yapılması planlanmasının asıl sebebi taramaya katılan öğrenci ve velilerin ankete katılımını artırılması hedeflenmiştir. Anketimiz her gün 5

adet yapılması planlanarak 40 iş günü yapılması ve merkezimize gelen her yaş grubunu kapsayacak şekilde yapılmıştır.

4.3. Denizli’de Uygulanan Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Denizli İl Sağlık Müdürlüğü projesi kapsamında 2008 yılında iki tarama otobüsü ile başlamıştır. Merkezimizden resmi tatiller dışında her gün 4 diş hekimi görevlendirilerek Denizli’deki tüm ilkokullarına gidilmesi planlanmıştır. “Çalışma 2008–2015 yıllarını kapsayan bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmanın ana hedef grubunu ilköğretim 2. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Her yıl ildeki tüm 2. sınıf öğrencilerine ulaşarak sekiz yılın sonunda yaklaşık 120.000 öğrenciye ulaşılması hedeflenmektedir.”¹ Her okulda eğitim taramadan bir saat önce başlar eğitimde öğrenci veli ve öğretmenlerde dâhil edilmektedir. Eğitimde diş fırçalamada uygulamalı olarak fırça ve macun dağıtılarak sınıflarda yapılmaktadır. “Okullarda öğrencilere ve velilerine Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevli ve önceden eğitici eğitimi almış eğiticiler tarafından uygulamalı olarak ağız ve diş sağlığı eğitimleri verilmiştir. Eğitimler öncesi uygulanan anket ile öğrencilerin ADS ile ilgili bazı tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Eğitimlerde; diş çürüğünün ve dental plağın ne olduğu, nasıl çürük olduğu, doğru diş fırçalama ve diş ipi kullanımı, sağlıklı ve düzenli beslenme konusunda bilgiler verilmiş, eğitimler sonunda öğrencilere diş fırçası ve macunu, aylık diş fırçalama takvimi ile ailelere yönelik ağız ve diş sağlığı broşürü dağıtılmıştır. İlköğretim okullarında görevli sınıf öğretmenlerine ayrıca ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimlerden sonra öğretmenlere ağız-diş sağlığı bilgileri içeren “öğretmen el kitabı” dağıtılmıştır.”⁽²⁾ Bir sonraki yıl bir önceki yıl eğitim alan ve taramayı katılan öğrencilere eğitim tekrarı yapılmaktadır. “Çalışma 13 Ekim 2008’de başlatılmıştır. Çalışmaya Denizli’de il genelindeki tüm ilköğretim okulları alınmıştır. 2008-2009 eğitim öğretim yılında 13554 öğrenci, 2009-2010 eğitim öğretim yılında 12696 öğrenci, 2010-2011 eğitim öğretim yılında 12606 öğrenci çalışmaya alınmıştır. İlk üç

¹ B. Yurdasal ve Diğ., “Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi, 3. Yıl Sonuçları”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, C.10, S.1, Denizli, 2012, s.46

² Yurdasal ve Diğ., s.44

yılda çalışmaya alınan öğrencilerin büyük çoğunluğu sekiz yaşındadır.”¹ Denizli ilinde bulunan il merkezi ilçe ve köylerde bulunan tüm ilkokullarda 2.sınıfta okuyan öğrenci, öğrencilerin veli ve öğretmenlerde eğitime alınmıştır. Sınıflarda verilen eğitimlerin ardından okulun bahçesinde sıra ile öğrencilerin ağız diş taramaları gerçekleştirilmiş ve bulgular kayıt altına alınmıştır. “Üç yılda toplam 38.938 öğrenci, 16021 ebeveyn ve 3189 öğretmen Ağız Diş Sağlığı konusunda eğitime alınmıştır.”² Eğitim sonunda tarama işlemi tamamlanmaktadır.

Resim 4. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs Dıştan Görünümü



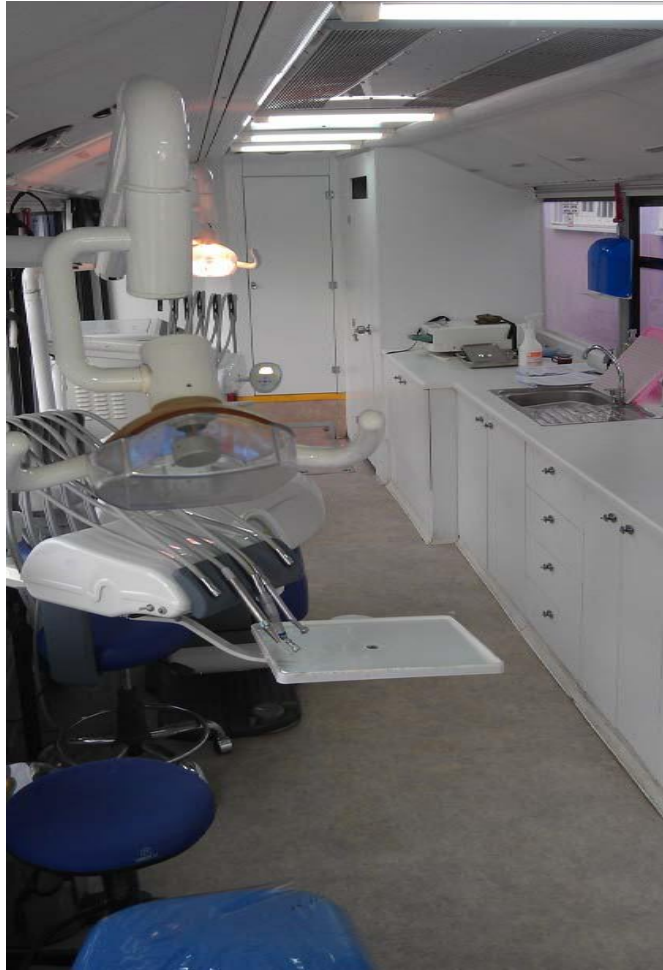
¹ Yurdasal ve Diğ., s.46

² Yurdasal ve Diğ., s.50

Resim 5. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs Dıştan Görünümü



Resim 6. Denizli Okul Taramasında Kullanılan Otobüs İçten Görünümü



2008 yılında başlayan uygulama 2010 yılında flor verniklerin uygulanması ile yaygın olarak flor vernik uygulanmaya başlamıştır. Çocukları okul ortamında içerisinde iki adet diş üniti iki adet musluk olan iki adet gezici otobüs ile muayeneleri yapılmaktadır.

4.3.1. Denizli’de Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar

Tarama projesi öncesi İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile resmi yazışmalar ile izinler alınmış okul ve sınıf sayıları belirlenerek planlamalar yapılmıştır. Öncelikle donanımlı bir tarama otobüsü için uğraş verilmekle birlikte. İlk yıl taramada görevlendirilecek ekibin oluşturulması. Oluşturulan ekiplerde hekim hemşire ve şoförün görev dağılımları görev tanımları oluşturulmuştur. Oluşturulan ekibin eğitimi verilerek tarama için oryantasyonları tamamlanmıştır. Tüm bu hazırlıklar okulların kapalı olduğu yaz ayında tamamlanmış olup okulların açılması ile ilk ekibimiz taramaya başlamıştır. Taramada yapılan muayene kayıtlarının merkeze geldikten sonra tarama ekibinde görevli hemşirelerin aynı gün bilgisayara veri girişlerini tamamlaması her gün daha zor hale gelerek mesai saatleri dışında devam etmeye başlamıştır. Çözüm olarak tarama ekibi dışında iki personel sadece veri girişi için görevlendirilmiş ve ertesi gün ekip taramada iken mesai saatleri içerisinde veri girişleri yapılmaya başlanmıştır. Zamanla merkezden başlayan ve ortalama günde üç – dört saat süren okul taramaları merkezdeki okulların tamamlanması ve ilçelere gidilmeye başlaması ile farklı boyut almıştır. Bu problemlerin başında uzak ilçeye ya da köye giden ekibin sabah mesai başlamadan yola çıkması ve mesai sonuna geri gelmeleri şeklinde tüm gün süren taramaları neticesinde öğle yemekleri müdürlük bünyesinden karşılanması kararlaştırılmıştır.

Denizli bulunduğu bölge bakımından kışların çok sert ve soğuk geçmemesine karşın köy yolları ocak şubat aylarında kar yağışı nedeni ile yollar kapanmakta ve tarama programı aksamaktadır. Bu sorunun çözümü olarak diğer yıllarda kışın en sert geçtiği aylarda il merkezinde ilkbahar ve son bahar aylarında ise ilçe ve köylerin taramaları planlanmaya başlamıştır.

Son olarak ta tarama otobüsünün park ve ulaşım sorunu ile karşılaşılmıştır. Merkezdeki okullara tarama otobüsü ile ekip gitmekte iken ilçe ve köylere ulaşımın

tarama otobüsü ile sağlanması oldukça zahmetli ve zaman kaybı olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile yakın birbirine yakın fakat merkeze uzak ilçe ve köylerde otobüsler ilçede bırakılması karar verildi ve personelin nakli müdürlüğe ait minibüslerle sağlanmaya başlandı. Bununla birlikte otobüslerin bırakıldığı yerlerde güvenlik problemleri ortaya çıktı bunun için ise tarama yapılacak okulların bahçesine bir gün önceden araç bırakılarak güvenliği sağlanmış oldu.

4.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi

Tarama, Millî Eğitim Bakanlığına bağlı Denizli il içe ve köylerindeki tüm ilkokulları 8 yıl süresince ve bu okullarda 2.sınıfta okuyan toplam 120.000 öğrenci üzerinde yapılması planlanmıştır. Tarama yapılan her sınıfa tarama öncesi öğrenci, öğrenci velisi ve sınıf öğretmenine 1 ders saati eğitim verilmiştir. “İlköğretim okullarında görevli sınıf öğretmenlerine ayrıca ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimlerden sonra öğretmenlere ağız-diş sağlığı bilgileri içeren öğretmen el kitabı dağıtılmıştır.”¹ Denizli’de 4. yılını tamamlayan ve 5. yılını devam eden tarama gereğince il merkezi, ilçe ve köylerde bulunan tüm ilkokullarında ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim verilmiştir. Bu eğitim “Proje kapsamında her yıl ilköğretim 2. sınıf öğrencilerine, öğrenci velilerine ve öğretmenlerine ağız ve diş sağlığı eğitimi verilmiştir. Eğitimlerde; diş çürüğünün ve dental plağın ne olduğu, nasıl çürük olduğu, doğru diş fırçalama ve ipi kullanımı, sağlıklı ve düzenli beslenme konusunda bilgiler verilmiş, eğitimler sonunda öğrencilere diş fırçası ve macunu, aylık diş fırçalama takvimi ile ailelere yönelik ağız ve diş sağlığı broşürü dağıtılmıştır. Okullarda verilen eğitimlere katılanların sayısı 1.yıl 5009, 2.yıl 5418, 3.yıl 5594, toplam 16021 ebeveyn, 1.yıl 534, 2.yıl 1069, 3.yıl 1586, toplam 3189 öğretmen, 1.yıl 13554, 2.yıl 12790, 3.yıl 12594, toplam 38938 öğrenci 1. yıl toplam 19097 kişi, 2. yıl toplam 19277 kişi, 3.yıl toplam 19774 kişi, 3 yılın sonunda toplam 56545 kişi Ağız Diş Sağlığı konusunda eğitime alınmıştır.”² Denizli ilinde üç yılda toplam 58148 kişi eğitim almıştır. Bu rakam küçümsenmeyecek kadar çoktur.

¹ Yurdasal ve Diğ., s.46

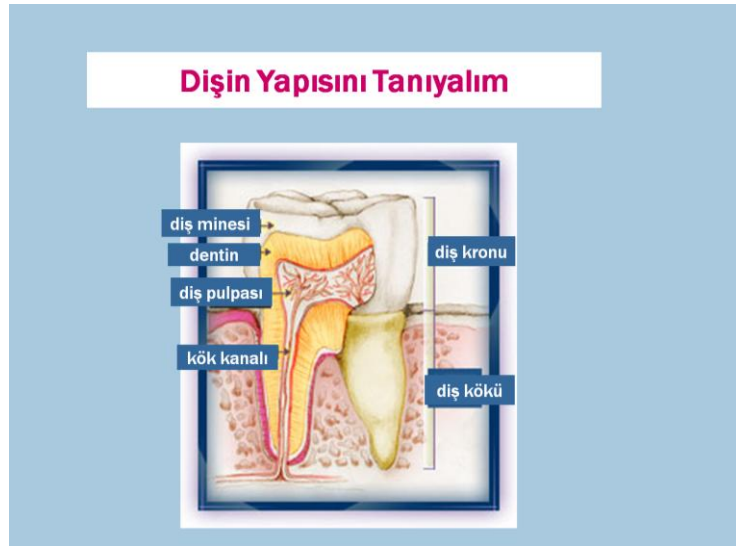
² Yurdasal ve Diğ., s.50

Denizli ilinde okul taramalarında tarama öncesi sınıfta öğrenci veli ve öğretmenlere verilen ağız ve diş sağlığı eğitimin içeriği 8 madde halinde 37 slâyttan olmuştur. Bununla beraber 6 dakika ve 17 dakikalık iki adet çizgi film izletilmektedir.

Slâyttan maddeler başlıklar halinde resimlerle birlikte şu şekildedir:

- Diş çürüğü ve diş eti hastalığı nasıl oluşur?
- Dişin Yapısını Tanıyalım

Resim 7. Dişin Katmanları



- Dişin çiğneme yüzey görünüşü ve çiğneme yüzeyindeki çürüğün görünüşü

Resim 8. Çürük Görünümü



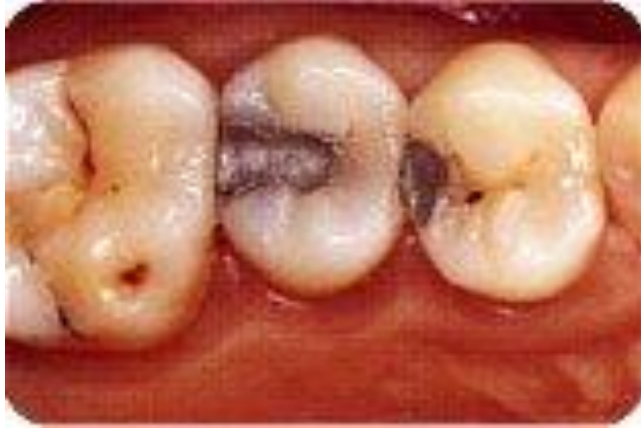
- Ara yüzlerdeki çürüğün görünüşü

Resim 9. Ara Yüz Çürük Görünümü



- Ara yüz çürüklerinde yapılan amalgam dolgu görünüşü

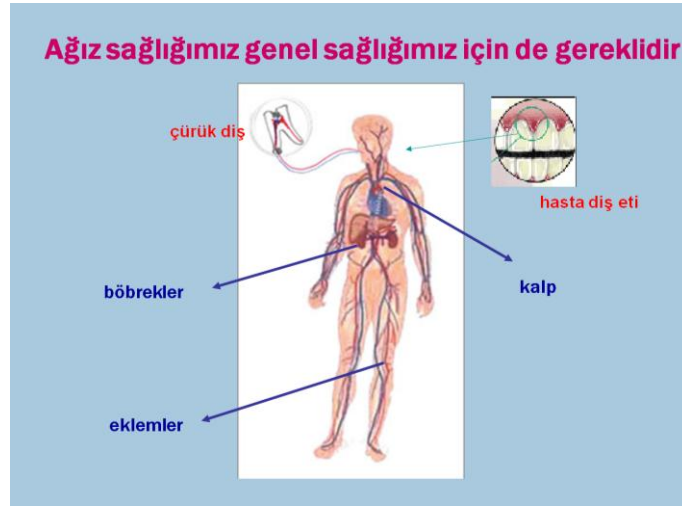
Resim 10. Ara Yüz Dolgu Görünümü



- Ağız diş sağlığını neden korumalıyız?
 - ✓ Besinleri daha iyi çiğneyebilmek için
 - ✓ Daha rahat konuşabilmek için
 - ✓ Daha güzel görünebilmek için
 - ✓ Diş ağrısı çekmemek için
 - ✓ Diş etimizin kanamaması için

- ✓ Ağzımızın kötü kokmaması için
- ✓ Dişlerimizin ömür boyu sağlıklı olarak ağızımızda kalabilmesi için
- ✓ Ağız sağlığı için daha az para ödeyebilmek için
- ✓ Genel sağlığımız için

Resim 11. Ağız ve Diş Sağlığının Sistemik Etkisi



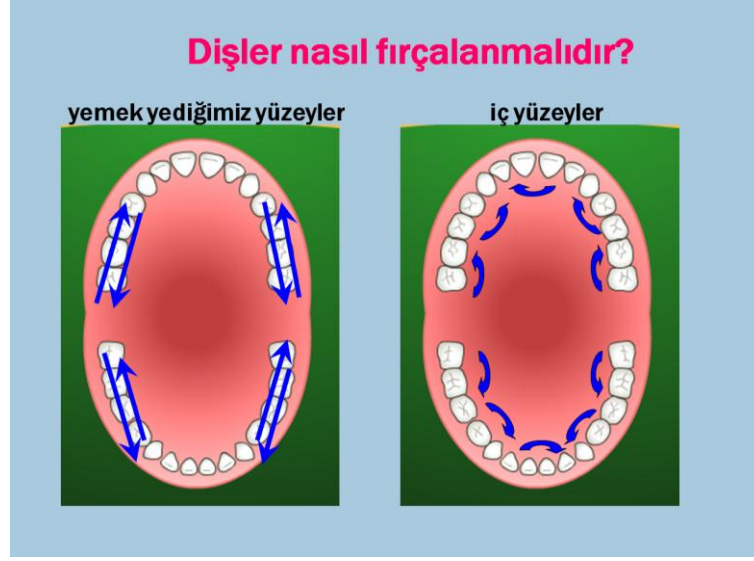
- Diş çürükleri ve diş eti hastalıklarını önlemek için ne yapılmalıdır?

1- Dişlerin fırçalanması gerekir.

Resim 12. Diş Fırçalama Ön Yüz



Resim 13. Diş Fırçalama Arka Yüz



2- Diş ipi ile diş aralarının temizlenmesi gerekir.

3- Dişin çürüklere karşı direncini artırmak için flor uygulanması gerekir.

- Flor içeren diş macunları ile
- Flor içeren gargaralar ile
- Flor jelinin diş fırçası veya özel kaşıkla doğrudan dişler üzerine sürülmesi ile flor uygulaması yapılabilir.

4- Beslenmenin çürük oluşturmayacak biçime dönüştürülmesi gerekir.

Beslenme şekli, gıda tercihleri, öğünlerin ve öğünlerde tüketilen gıdalara yönelik eğitimleri kapsamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DENİZLİ'DE DİŞ HASTALARININ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYLERİ

1. DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN HASTA VE YAKINLARINA AİT BİLGİLER

1.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarına Ait Bilgiler

Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezimize 2012 yılında;

Ocak ayında 28172

Şubat ayında 29908

Mart ayında 29178

Nisan ayında 26744

Mayıs ayında 27750 protokol sayısı ile aylık toplam hasta sayılarıdır. 2012 yılında ilk 5 ayının toplam hasta sayılarının ortalaması 28.350 aylık merkezimize başvuran ortalama hasta miktarıdır. Günlük ortalama ise 1417 hasta başvuruda bulunmaktadır.

Ocak ayında 2959

Şubat ayında 3244

Mart ayında 3029

Nisan ayında 2419

Mayıs ayında 2273 aylık adet 6 – 13 yaş çocuk hasta başvuruda bulunmuştur. 2012 yılında ilk 5 ayının 6-13 yaş arasında başvuruda bulunan toplam hasta sayılarının ortalaması 2784 aylık merkezimize başvuran 6-13 yaş arası ortalama

hasta miktarıdır. Günlük 6 – 13 yaş arası ortalama 139 hasta başvuruda bulunmaktadır. Okul taraması ile koruyucu ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verdiğimiz öğrencilerin 7–11 yaş aralığındadır.

Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine müracaat eden hastaların koruyucu ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi düzeylerini tespit ederek, merkezin yapmış olduğu okul taramalarında verdiği bilgileri ölçmek amaçlanmıştır. Bu araştırmada merkeze müracaat eden hastaların konu ile ilgili bilgilendirilenlerin, sosyo-kültürel ve demografik özelliklerinin koruyucu ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri üzerinde etkisini tespit etmeye çalışılmıştır.

Örneklem

Bu çalışmanın evreni Denizli İli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine bir günde gelen hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. 2012 yılında hastanemize en yoğun aylarda başvuran hasta sayıları tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. En Yoğun Aylara Göre Hasta Sayıları

Ay	Toplam Hasta Sayısı	Günlük Hasta Sayısı
Ocak	28172 hasta / 20 iş günü =	1408 hasta
Şubat	29908 hasta / 20 iş günü =	1495 hasta
Mart	29178 hasta / 20 iş günü =	1458 hasta
Nisan	26744 hasta / 20 iş günü =	1337 hasta
Mayıs	27750 hasta / 20 iş günü =	1387 hasta
Ortalama		1417 hasta

Tablo 5’e göre 2012 yılının ilk beş ayının aylık toplam hasta sayıları verilmiştir. 2012 yılının ilk beş ayında ortalama 1417 hasta merkeze başvurmuştur. Bu hastalar içinden %95 güven seviyesinde ve %5 kabul edilebilir hata ile 303 hasta önerilen örneklem büyüklüğüdür. Bu çalışmada 330 hasta çalışmaya katılmıştır. Bu hastalar merkezimize başvuran hastalar içinden rastgele seçilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak geliştirilen “Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezide Müracaat Eden Hastaların Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyi Anketi” kullanılmıştır. Ankete katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla geliştirilmiş 11 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ankette koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi düzeylerini ölçmek üzere 26 soru bulunmaktadır. Bilgi düzeyini ölçen her bir soru 3,85 değerindedir.

Veri Analizi

Bir günde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne başvuranların koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi düzeylerini ölçmek için anket yolu ile toplanan verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Hastaların sosyo-kültürel ve demografik özelliklerinin koruyucu ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve tek – yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) tekniklerinden yararlanılmıştır. İstatistiksel işlemler SPSS 17 paket program aracılığıyla hesaplanarak tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

1.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Demografik ve Sosyo – Ekonomik Bilgileri

Öğrenci ve ailesine ilişkin genel bilgiler ile hasta ve yakınlarının ağız ve diş sağlığı hakkındaki temel bilgilere ait verileri hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan 330 katılımcı hasta ve hasta yakının özellikleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6 . Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Durum Tablosu

		Sayı	Yüzde
Meslek	Öğrenci	58	18
	İşçi	124	38
	Memur	48	15
	Emekli	9	3
	İşsiz	16	5
	Ev hanımı	75	23
Cinsiyet	Kadın	195	59
	Erkek	135	41
Medeni Durum	Evli	197	60
	Bekâr	133	40
Çocuk sayısı	Çocuk yok	157	48
	1 Çocuk	64	19
	2 Çocuk	55	17
	3 Çocuk ve fazlası	54	16
Yaş	10-20 arası	35	11
	21-30 arası	106	32
	31-40 arası	100	30
	41-50 arası	72	22
	50 yaş ve üzeri	17	5

		Sayı	Yüzde
Mezuniyet	İlkokul	73	22
	Lise	132	40
	Ön lisans	43	13
	Lisans	66	20
	Yüksek Lisans	16	5
Aylık gelir	1-1000 TL	176	53
	1001-2000 TL	97	29
	2001-3000 TL	38	12
	3000 ve üzeri	19	6
İkamet ettiği yer	Köy	18	5
	İlçe	25	8
	Şehir merkezi	287	87
	0-1 yıl	9	9
	2-5 yıl	35	35
	6-19 yıl	54	54
	11 ve üzeri	2	2

Araştırmamıza katılan hastaların %38 işçi, %23 ev hanımı, %18 öğrenci, %15 memur, %5 işsiz ve %3'ü emeklidir. Bu hastaların %59'u kadın, %41 erkektir. %60'ı evli, %40'ı da bekârdır. Evli olan hastaların %52'sinin çocuğu varken, %48'inin çocuğu bulunmamaktadır.

Yaşlara bakıldığında %32'si 21-30 yaş arası, %30'u 31-40 yaş arası, %22'si 41-50 yaş arası, %11'i 10-20 yaş arası ve %5'i 50 yaş ve üzeridir. Katılımcılar eğitim durumlarına göre incelendiğinde %40'ının lise, %22'sinin ilkokul, %20'sinin lisans, %13'ünün ön lisans ve %5'ininde yüksek lisans olduğu görülmüştür.

Merkeze başvuran hastaların gelirleri incelendiğinde %53'ü 1000 TL ve altında, %29'u 1001-2000 TL arasında, %12'si 2001-3000 TL arasında ve %6'sı 3000 ve üzeri gelire sahiptir. Bunlarında %87'si şehir merkezide, %8'i ilçede ve %5'i de köyde ikamet etmektedir.

1.3.2008 Yılı İtibariyle Yapılan Denizli Taramaları Bilgileri

Araştırmaya katılan hastalara Denizli ilinde yapılan ağız ve diş sağlığı tarama hizmeti hakkında bilgisi olanlar %60 oranındadır. 0-3 yaş aile taramaları hakkında bilgi sahibi olanlar ise %30 olarak tespit edilmiştir. 2008 yılı itibariyle Denizli ilinde bulunan tüm okullarda yapılan koruyucu ağız ve diş sağlığı geliştirmek için yapılan tarama konusunda ankete katılan merkezimize müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilgisi olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde anketimize katılan merkezimize müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının üçte biri oranında 0-3 yaş aile hekimlerinin yaptığı taramadan haberleri olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Denizli İli Taramaları Bilgi Tablosu

		Sayı	Yüzde
Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nün tarama hizmeti hakkında bilginiz var mı?	Evet	199	60
	Hayır	131	40
0-3 Yaş aile taramaları hakkında bilginiz var mı?	Evet	98	30
	Hayır	232	70
Koruyucu ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri nereden aldınız?	Diş doktorundan	115	35
	Çocuğumun okul taramasından	46	14
	Okuldan	46	14
	Medyadan	63	19
	Arkadaşımdan	18	5
	Bilgisi olmayan	42	13

Koruyucu ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri incelendiğinde %35'inin diş doktorundan, %19 medyadan, %14'er de çocuğun okul taramasından ve okuldan öğrenmişlerdir. Araştırmaya katılanların %13'ü koruyucu ağız ve diş sağlığı ile ilgili herhangi bir bilgi almadıkları tespit edilmiştir.

2. DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN HASTA VE YAKINLARININ BİLGİ DÜZEYLERİ

2.1. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Bilgi Düzeyleri

Tablo 8. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyi Ölçen Sorular

	Sorular	N	Min.	Max.	$\bar{X}$	Sd.
s26	Aşağıdaki yiyecek ve içeceklerden hangileri ara öğünde tercih edilmelidir	330	,00	1,00	0,82	0,39
s19	Dişler ne zaman fırçalanmalıdır	330	,00	1,00	0,78	0,42
s20	Dişler kaç kez fırçalanmalıdır	330	,00	1,00	0,73	0,44
s10	Koruyucu ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi aldınız mı?	330	,00	1,00	0,69	0,46
s18	Diş fırçalama eğitimine çocuk kaç yaşına geldiği zaman başlanmalıdır	330	,00	1,00	0,68	0,47
s23	Diş ipi kullanımın nasıl olması gerektiği hakkında bilginiz var mı?	330	,00	1,00	0,66	0,48
s24	3-6 yaş çocuklarda diş fırçalama sırasında ne kadar florlu diş macunu kullanılmalıdır	330	,00	1,00	0,65	0,48
s25	Gece, çocuğu uykuya yatırırken biberon ile ne verilmelidir	330	,00	1,00	0,65	0,48
s21	Diş fırçalama ne kadar sürmelidir	330	,00	1,00	0,64	0,48
s14	Diş çürüğünü önlemek için ne yapılmalıdır	330	,00	1,00	0,61	0,49
s5	Düzenli diş hekimi kontrolü neden gerekli	330	,00	1,00	0,55	0,50
s7	Şikâyetiniz olmasa bile altı ayda bir diş hekimi kontrolüne gidiyor musunuz?	330	,00	1,00	0,51	0,50
s15	Gebelik dönemi diş bakımı hakkında bilginiz var mı?	330	,00	1,00	0,50	0,50
s6	Bebeğinizi ilk ne zaman diş hekimine götürmeniz gerekli	330	,00	1,00	0,46	0,50

	Sorular	N	Min.	Max.	$\bar{X}$	Sd.
s22	Diş fırçalama şekli nasıl olmalıdır	330	,00	1,00	0,42	0,49
s11	Şehirdeki içme suyundaki flor miktarı hakkında bilginiz var mı?	330	,00	1,00	0,37	0,48
s16	size göre gebelik dönemi ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur	330	,00	1,00	0,35	0,48
s3	Sizce süt dişleri çürüdüğünde ne yapılmalıdır	330	,00	1,00	0,35	0,48
s13	Diş fırçası değiştirme sıklığı ne olmalıdır	330	,00	1,00	0,35	0,48
s12	Fissür uygulaması hakkında bilginiz var mı?	330	,00	1,00	0,34	0,47
s2	Kalıcı dişler kaç tanedir	330	,00	1,00	0,32	0,47
s1	Süt dişleri kaç tanedir	330	,00	1,00	0,32	0,47
s17	Size göre bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine ne zaman başlanmalıdır?	330	,00	1,00	0,26	0,44
s9	Diş plağı nedir	330	,00	1,00	0,26	0,44
s8	Ağız ve diş sağlığı merkezine geliş nedeniniz nedir	330	,00	1,00	0,25	0,44
s4	Diş hekimini hangi sıklıkla ziyaret ediyorsunuz	330	,00	1,00	0,22	0,41

Koruyucu ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyini ölçmek için hastalara 26 soru sorulmuştur. Bu sorular Tablo 3’te en çok doğru cevaplanandan, en az doğru cevaplana göre sıralanmıştır. Buna göre katılımcıların %82’si “Aşağıdaki yiyecek ve içeceklerden hangileri ara öğünde tercih edilmelidir” sorusunu doğru cevaplandırırken %22’si “Diş hekimini hangi sıklıkla ziyaret ediyorsunuz.” sorusunu doğru cevaplandırmışlardır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı açısından değerlendirdiğimiz zaman okul taramasında eğitim olarak öğrenci öğretmen ve velilerin beslenme kuralları hakkında bilgi düzeyleri ile diş hekimi ziyareti konusunda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde koruyucu eğitimlerle ilgili geriye kalan sorular açısından değerlendirdiğimizde ise kişilerin dişlerini kaç kez fırçaladığı, çocuklarda fırçalama eğitimi için kaç yaşında olması gerektiği, diş ipi kullanımının nasıl olacağı, çocuklarda diş fırçalama esnasında ne kadar flor içerikli diş macunun ne kadar kullanması gerektiğini, gece biberon çürüğünü önlemek için çocuklara biberonla beslenme, diş fırçalama süreleri hakkında sırası ile bilgi sahibi olduğu görülmüştür.

2.2. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Cinsiyetleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların cinsiyetleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo9’da görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetine Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	sd	df	t	p
Bilgi düzeyi	Kadın	195	48.82	13.25	328	-256.	.79
	Erkek	135	49.20	13.75			

Yukarıdaki Tablo 9 incelendiğinde, hastaların cinsiyetleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($t_{328} = -.256$; $p > 0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın ya da erkek hastaların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri birbirine benzerdir. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi katılımcı hasta ve hasta yakınlarının cinsiyet açısından bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde kadın ve erkeklerin her iki grup içinde yarıdan azı bilgi düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin çocukları ile ağız ve diş sağlığı taramasına iştirak etmeleri anne ve babanın her ikisinin birden eğitim alması ya da ebeveynlerden bir tanesinin eğitime katılması eşinin de bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Yapılan eğitimlerim aile içinde etkili olduğu bu soru ile de eğitim sonrası değerlendirme niteliği taşımaktadır. Dolayısı ile cinsiyete bakmaksızın kadın ve erkeklerin bilgi düzeyleri yakın bulunmuştur. Bilgi sahibi bayan ve erkeklerin evli olması ve çocuklu olması tezimizi desteklemekte Denizli de yapılan okul taramaların benzer olarak her ilde düzenli olarak standart haline gelmesi ile ileriki yıllarda sağlık harcamalarında azalma olması muhtemel beklentilerimiz arasındadır. Hastaların bilgi düzeylerinin bayan ve erkelerde benzer olması evli ile bekârların ve çocuk sahibi olan ve olmayanların bilgi düzeyi ile karşılaştırılması aşağıda yapılmıştır.

2.3. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Medeni Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların medeni durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 10’da görülmektedir.

Tablo 10. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	sd	df	t	p
Bilgi düzeyi	Evli	197	50.03	14.33	328	1.75	.08
	Bekâr	133	47.39	11.87			

Yukarıdaki Tablo 10’deki t testi sonuçları, hastaların medeni durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($t_{328} = 1.75$; $p > 0.05$ Evli olan hastaların bilgi düzeyleri bekâr olanlara göre daha fazla olmasına rağmen; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde değildir. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının medeni halleri ile bilgi düzeyleri arasındaki kıyaslamada evli olanların çocukları olması ve aile hekiminde ya da okulda yapılan taramalara katılma olasılığı olması sebebi ile bilgi düzeylerinin belirgin olarak yüksek olması beklenmekte iken tabloda da görüldüğü üzere evli ile bekâr olanların arasında anlamlı bir fark rastlanmamıştır. Evli ve bekârlar arasında ki bilgi düzeylerinin yakın olması çocuklu ve çocuksuz olması kriteri ile birlikte ele almak daha faydalı olacaktır. Bekâr ve çocuklu olanların, bekâr ve çocuksuz olanlar ve evli çocuksuz olanlar kıyasla bilgi düzeyi yüksek olabilir. Yine aynı şekilde evli ve çocuksuz olanların, evli ve çocuklu olanlar ile bekâr ve çocuklu ol anlara göre bilgi düzeyi düşük olmalıdır. Çocukların ağız ve diş sağlığına yönelik taramalara katılması ile bilgi düzeylerinin artması

çocuksuz olanlar ile kıyaslanması anlamlı olacaktır. Medeni durumları tek olarak değerlendirilmemelidir.

2.4. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Eğitim Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaların eğitim durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek üzere katılımcılar en son mezun oldukları okullara göre “ilkokul”, “lise”, “önlisans”, “lisans” ve “yüksek lisans” olarak sınıflandırılmıştır. Bu eğitim düzeyleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir

Tablo 11. Hastaların Eğitim Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	İlkokul	73	50.42	14.49	.44	.77
	Lise	132	48.63	14.07		
	Ön Lisans	43	49.64	13.78		
	Lisans	66	49.27	10.35		
	Yüksek Lisans	16	49.27	14.33		

Yukarıdaki Tablo 11 incelendiğinde, hastaların eğitim durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($F_{325} = .44$; $p > 0.05$). Diğer bir ifadeyle, genel eğitim düzeyi yüksek ya da düşük olsun hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri birbirine benzerdir. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının eğitim seviyesi ile bilgi düzeyleri arasında sonuçlar birbirine yakın olduğu ve anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. 2008 yılı itibarıyla Denizli ilinde her bölgede yapılan okul taramaları nedeniyle eğitim seviyesi gözetmeksizin her kişiye ulaşıldığı tahmin edilmektedir.

2.5. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların meslekleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek üzere katılımcılar mesleklerine göre “öğrenci”, “işçi”, “memur”, “işsiz” ve “ev hanımı” olarak gruplara ayrılmıştır. Hastaların meslekleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir

Tablo 12. Hastaların Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	Öğrenci	58	45.35	9.16	5.72	.000*
	İşçi	124	52.48	14.88		
	Memur	48	49.03	13.16		
	İşsiz	25	40.90	9.01		
	Ev hanımı	75	48.61	13.44		

Tek Yönlü varyans analizi sonuçları hastaların meslekleri ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu göstermiştir ($F_{325} = 5.72$; $p < 0.01$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir. Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere çalışanlar öğrenci ve çalışmayanlara göre bilgi düzeylerinde farklılık görülmüştür. Öğrenci ve çalışmayanların çocuk sahibi olma olasılığı düşük olması sebebi ile arada fark olması beklenmekte ve tezimizi desteklemektedir. Ağız ve diş sağlığı taramasına katılabilmesi için çocukların ilköğretime gidiyor durumda olmalıdır.

Tablo 13. Hastaların Meslekleri İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların Meslekleri							
	Öğrenci	İşçi	Memur	İşsiz	Ev hanımı	Tukey	p
Bilgi Düzeyi	45.35	52.48	49.03	40.90	48.61	İşçi > öğrenci İşçi > İşsiz	0.01

Post hoc Tukey analizi sonucunda “işçi” olarak görev yapan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “öğrenci ve işsiz” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, “işçiler” “öğrenci ve işsizlere” göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgilidirler. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının mesleki durumları ile bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. Öğrencilerin ve işsizlerin çocuk sahibi olmadığını varsayarsak 2008 yılı itibariyle yapılan taramalardan haberdar olmamaları ve bilgi düzeyinin düşük olması nedenlerindendir. Öğrenci ve çalışmayanların çocuk sahibi olduğu ihtimali göz önünde bulundurulması durumunda çocuklarının ilkokula gidecek yaşta olmaması bilgi düzeylerinin düşük olması anlamı taşıyacaktır. Çalışan kişilerin daha erken çocuk sahibi olması ve çocuklarının ilkokulda okuma olasılığı daha fazla olması sebebi ile ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olması tezimizi desteklemektedir. Hastaların çalışıyor ve çalışmıyor şeklinde bilgi düzeyleri tek başına değerlendirmek yeterli olmayacaktır. Bu sebeple çalışıyor çocuk sahibi ya da çocuk sahibi değil, çalışmıyor çocuk sahibi ya da çocuk sahibi değil kombinasyonlarını değerlendirmek çocuk var ise çocuğun yaşı ve ilköğretimde kayıtlı olup olmaması ile kapsamlı olarak sonuçlar gözlenmelidir. Yapılan araştırma daha farklı olarak bilgi düzeyleri görülmüştür. Çocuk sahibi olan çalışan ve çalışmayanların çocuk sayısı ile istatistiksel olarak değerlendirilmesi bir sonraki maddede ele alınmıştır.

2.6. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların meslekleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek üzere katılımcılar çocuk sayılarına göre “çocuksuz”, “1 çocuk”, “2 çocuk”, ve “3 ve fazlası” olarak gruplara ayrılmıştır. Hastaların meslekleri ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 14’te gösterilmiştir

Tablo 14. Hastaların Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	Çocuk yok	157	47.86	12.54	4.04	.008*
	1 çocuk	64	48.61	12.71		
	2 çocuk	55	54.54	16.23		
	3 ve fazlası	54	46.93	12.53		

Tablo 14’de yer alan tek yönlü varyans analizi sonuçları hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu göstermiştir ($F_{326} = .4.04$; $p < 0.01$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 15’de gösterilmiştir. Kişilerin çocuk sahibi olmaları ve çocuk sahibi olanların çocuklarının ilköğretimde okuyor olmaları anlamlı fark yaratacaktır ki, çok çocuklu ailelerin ya da bekâr kişilerin çocuklarında en az bir tanesinin ilköğretimde okuyor olma olasılığını artıracak ağız ve diş sağlığı konusunda, okul taramalarına katılarak bilgi sahibi olacağı aşîkârdır.

Tablo 15. Hastaların Çocuk Sayıları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların Çocuk Sayısı						
	Çocuksuz	1 çocuk	2 çocuk	3 ve fazlası	Tukey	p
Bilgi Düzeyi	47.86	48.61	54.54	46.93	2çocuklu > çocuksuz 2çocuklu> 3 ve fazla çocuklu	0.01

Tablo 15’te görüldüğü gibi, Post hoc (Tukey) analizi sonucunda “ iki çocuklu” hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “çocuksuz ve üç ve fazla çocuğu” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, “iki çocuklu” hastalar “çocuksuz ve çok çocuklulara” göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgilidirler. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının çocuk sahibi olup olmadığı ve çocuk sayısı ile bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. Çocuk sahibi olmayanların 0-3 yaş arası ve ilkokullara ağız ve diş sağlığına yönelik okul taramalarına katılamaması sonucu bilgi düzeyinde farklılık olması beklenmektedir. 3 ve üzeri çocuk sahibi olanların ise ağız ve diş sağlığına yönelik taramalara katılan çocukların katılma yaş ortalamasının üzerinde çocukları olduğunu varsayarsak bilgi düzeyinin düşük olması nedenlerinden biri olduğu düşünülebilir. Yapılan saha çalışmamızda bulgularımıza göre çocuksuz ve üç tane ve üzeri çocuklu ailelerin ya da bekârların bilgi düzeylerinde anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Üç ve üzeri çocuk sahibi olanların ağız ve diş sağlığı okul taramalarına katılma yaşlarının üzerinde olma olasılığı dolayısı ile taramalara katılamaması tezimizi destekler niteliktedir ki diğer yandan, iki çocuklu ailelerin ya da bekârların bilgi düzeylerindeki anlamlı fark olması Denizli ilinde dört yıldır devam eden okul taramalarının kişilerin ağız ve diş sağlığı bilgi düzeylerine anlamlı fark olmasına sebep olmuştur.

2.7. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların yaşlarına göre “10-20”, “21-30”, “31-40”, “41-50” ve “51 ve üzeri” olarak gruplara ayrılmıştır. Hastaların yaşları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Hastaların Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	10-20 yaş	35	46.37	10.38	4.51	.001*
	21-30 yaş	106	50.21	14.33		
	31-40 yaş	100	51.53	14.09		
	41-50 yaş	72	47.32	11.06		
	51 ve üzeri	17	38.46	13.04		

Tablo 16’da yer alan tek yönlü varyans analizi sonuçları hastaların yaşları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu göstermiştir ($F_{325} = .4.51$; $p < 0.01$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Hastaların Yaşları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların Yaşları							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51 +	Tukey	p
Bilgi Düzeyi	46.37	50.21	51.53	47.32	38.46	51+yaş <21-30 51+yaş <31-40	0.01

Yukarıdaki Tablo 17’da yer alan, Post hoc Tukey analizi sonuçları, 51 ve üzeri yaşta olan hastaların 21-40 yaş aralığında olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Yani, 51 ve üzer yaşta olan hastaların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi 21-40 yaştakilere göre daha azdır. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının yaşlarına göre bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. 21 – 40 yaş arasındaki kişilerin çocuk sahibi olması ve sahip oldukları çocukların 0-3 yaş arası ve ilkokullara ağız ve diş sağlığına yönelik okul taramalarına katılamaması sonucu bilgi düzeyinde farklılık olması beklenmektedir.

2.8. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Gelir Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaların gelir durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek üzere katılımcılar aylık gelirlerine göre “0-1000TL”, “1001-2000TL”, “2001-3000TL”, ve “3001 ve üzeri” olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların gelir durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 18’de gösterilmiştir

Tablo 18. Hastaların Gelir Durumları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	0-1000TL	176	46.56	12.94	5.82	.001*
	1001-2000 TL	97	50.55	12.41		
	2001-3000TL	38	55.76	17.009.4		
	3001 ve üzeri	19	49.59	9		

Tablo 18’de yer alan tek yönlü varyans analizi sonuçları hastaların gelir durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı

farkın olduğunu göstermiştir ($F_{326}= 5.82$; $p<0.01$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Hastaların gelir durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Hastaların Gelir durumları						
	0-1000TL	1001-2000 TL çocuk	2001-3000TL	3001 ve üzeri	Tukey	p
Bilgi Düzeyi	46.56	50.55	55.76	49.59	1-1000< 2001-3000	0.01

Tablo 19’teki Post hoc Tukey analizi sonucunda 0-1000TL” aylık geliri olan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “2001-3000TL” aylık geliri olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer bir ifadeyle, “2001-3000TL” geliri olan hastalar 1000TL ve az geliri olan hastalara göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgidirler. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının gelir durumlarına göre bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir.

2.9. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının İkamet Ettikleri Yerler İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaların ikamet ettikleri yerler ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek üzere katılımcılar yaşadıkları yerlere göre “köy”, “ilçe”, ve “şehir merkezi” olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların yaşadıkları yerler ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (OneWay ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Hastaların Yaşadıkları İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	köy	18	40.81	13.65	3.64	0.027*
	ilçe	25	48.46	13.64		
	şehir merkezi	287	49.97	13.28		

Tablo 20’de yer alan tek yönlü varyans analizi sonuçları hastaların yaşadıkları yerler ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu göstermiştir ($F_{326} = 3.64$; $p < 0.05$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Hastaların Yaşadıkları Yerler İle Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların yaşadıkları yerler					
	köy	ilçe	şehir merkezi	tukey	p
Bilgi Düzeyi	40.81	48.46	49.97	Köy < şehir merkezi	0.05

Tablo 21’deki Post hoc Tukey analizi sonucunda “köyde” yaşayan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “şehir merkezinde” yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer bir ifadeyle, “şehirde yaşayan” hastalar “köyde” yaşayan hastalara göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgidirler. Çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarının okuması ile ilgili olarak daha çok il merkezlerine tercih ediyor olması merkezde oturan ailelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasını desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda okul taramalarının yerleşim yerlerine göre okul taramasına katılan öğrenci sayıları karşılaştırılır bir araştırma açıklayıcı olacaktır ki il merkezinde daha çok sayıda öğrenci veli ve öğretmen taramalara katılmakta. Ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim almaktadır.

Kişilerin yaptıkları işlere göre izin alarak çocukları ile tarama programlarına katılıyor olma olasılığı il merkezinde daha çok iken kasaba ve köylerde işlerinin bırakarak çocukları ile ağız ve diş sağlığı taramalarını katılma olasılıkları daha düşüktür. Buradan çıkartacağımız sonuç ise okul taramaları bir sonraki nesil için oldukça faydalı olacağı şüphesiz iken şimdiki yüzyılda yetişkinlerin mevcut ağız yapılarını koruyabilmemiz okul taramalarına ebeveynlerin mümkün ise ikisinin de refakat etmesi ve eğitimlere katılmasının sağlanması olacaktır. Bunu zorunlu olarak yapılması zor olduğu aşikârdır fakat okul taramasına katılan çocukların velileri iş yerlerinden izinli olarak katılmaları cezbedici olacaktır.

2.10. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgiyi Aldıkları Yer ile Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastalar bilgileri aldıkları yere göre “Arkadaşları”, “Diş doktoru”, “Çocuğunun okul taraması”, “Okuldan” ve “Medyadan” olarak gruplara ayrılmıştır. Hastaların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri ile bu bilgiyi aldıkları yer arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) yapılmış ve sonuçlar Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgiyi Aldıkları Yer ile Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	$\bar{X}$	SS	F	p
Bilgi Düzeyi	Arkadaşlarımdan	35	52,35	14,40	6,05	.000
	Diş doktorundan	106	53,95	13,04		
	Çocuğumun okul taramasından	100	48,83	12,21		
	Okuldan	72	46,49	9,92		
	Medyadan	17	45,79	11,68		

Tablo 22’de yer alan tek yönlü varyans analizi sonuçları hastaların yaşları ile bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu göstermiştir

($F_{283} = 6.05$; $p < 0.01$). Bu farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post hoc (Tukey) testleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgileri Aldıkları Yer ve Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların Bilgiyi Aldığı Yerler							
	Arkadaşımdan	Diş doktorundan	Çocuğumun okul taramasından	Okuldan	Medyadan	Tukey	p
Bilgi Düzeyi	52,35	53,95	48,83	46,49	45,79	Medyadan < Diş doktorundan < Okuldan < Diş doktorundan	0.01

Yukarıdaki Tablo 23'te yer alan, Post hoc (Tukey) analizi sonuçları, diş doktorundan ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi alan hastaların okuldan bilgi alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Yani, diş doktoru ağız ve diş sağlığı konusunda okulla göre daha iyi bilgi vermiştir. Bunun ile beraber diş doktorundan ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi alan hastalar, medyadan bilgi alanlara göre daha çok bilgili oldukları anlamalı düzeyde tespit edilmiştir. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının koruyucu ağız ve diş sağlığına yönelik bilgiyi aldıkları yere göre bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. Diş doktorundan ve okula gelen diş taramasından bilgi edinildiğini ifade eden katılımcıların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Toplumda ilerlemeyi ve refahı sağlayacak olan yegâne sistem eğitim ve verilen eğitimin etkinliğinin standartlarının ve sürekliliğin olmasıdır. Yapılan saha çalışmamızda anketimizde görüldüğü üzere diş hekiminden ve okul taramalarına katılan sağlık personelinin alınan eğitimin etkinliği göz önünde bulundurulması yapılan ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin fevkalade başarılı ve istenen sonuçlara ulaştığını gözler önüne sermektedir.

2.11. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Bünyesinde Verilen Tarama Hizmeti Hakkında Bilgisi Olanlar İle Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların Denizli il sağlık müdürlüğü bünyesinde verilen tarama hizmeti hakkında bilgisi olanlar ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo24'te görülmektedir.

Tablo 24. Hastalardan Tarama Hizmetinden Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Tarama hizmeti hakkında bilginiz var mı?	N	$\bar{X}$	sd	df	t	p
Bilgi düzeyi	Evet	199	51,95	13,67	328	5,15	.000
	Hayır	131	44,45	11,87			

Yukarıdaki Tablo 24 incelendiğinde, hastaların ağız ve diş sağlığı taraması hakkında bilgisi olanlar ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($t_{328} = 5.15$; $p < 0.05$). Diğer bir ifadeyle Denizli ilinde yapılan ağız ve diş sağlığı taramalarından bilgisi olanlar, olmayanlara göre koruyucu ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzey, anlamlı düzeyde daha fazladır.

2.12. Denizli Ağız ve Diş Sağlığı merkezine Başvuran Hasta ve Yakınlarının 0-3 Yaş Aile Hekimi Tarama Hizmeti Hakkında Bilgisi Olanlar İle Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Denizli ağız ve diş sağlığı merkezine müracaat eden hastaların 0-3 Yaş Aile Hekimi tarama hizmeti hakkında bilgisi olanlar ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki

bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 25’te görülmektedir.

Tablo 25. Hastalardan 0-3 Yaş Aile Hekimi Tarama Hizmetinden Bilgisi Olanlar İle Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

	0-3 yaş Aile Hekimi Tarama hizmeti hakkında bilginiz var mı?	N	$\bar{X}$	sd	df	t	p
Bilgi düzeyi	Evet	98	55,38	14,85	328	5,91	.000
	Hayır	232	46,27	11,83			

Yukarıdaki Tablo 25 incelendiğinde, hastaların 0-3 yaş aile hekimi taraması hakkında bilgisi olanlar ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($t_{328} = 5.91$; $p < 0.05$). Okul taramalarının yanı sıra aile hekimlerinin zorunlu standart hale gelmesi her doğan çocuğun aşılmaya benzer olarak ağız sağlığı kontrolleri ve flor uygulamaları çeyrek yüzyıl sonra meyvelerini vereceği şimdiden kanıtlanmıştır. Sıfır üç yaş çocuğa sahip ailelerin bilgi düzeylerinde anlamlı derecede bilgi düzeylerinde farklılık olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Yapılan teorik ve saha çalışmasında elde ettiğimiz veriler ışığında bilgileri bu bölümde belirteceğiz. Araştırmaya katılan hastalara Denizli ilinde yapılan ağız ve diş sağlığı tarama hizmeti hakkında bilgisi olanlar %60 oranındadır. 0-3 yaş aile taramaları hakkında bilgi sahibi olanlar ise %30 olarak tespit edilmiştir. 2008 yılında başlayan ve Denizli ilinde bulunan tüm okullarda yapılan koruyucu ağız ve diş sağlığı geliştirmek için yapılan tarama konusunda ankete katılan merkezimize müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilgisi olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde anketimize katılan merkezimize müracaat eden hasta ve hasta yakınlarının üçte biri oranında 0-3 yaş aile hekimlerinin yaptığı taramadan haberleri olduğu görülmektedir. Yapılan anket çalışması da göstermektedir ki *Denizli ilinde 2008 yılından bu yana tüm ilköğretim okullarında yapılan ağız diş sağlığı taraması toplumun ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyinin artmasına sebep olmuştur. Bu da yapılan anket uygulamasının analizinde anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.* Böylece ilk varsayımın desteklendiği görülmektedir.

İkinci varsayım olan *çocuğu ilköğretim okulunda olup ağız ve diş sağlığı taramasına ve eğitimlerine katılanların, çocuğu ilköğretim okulunda olmayanlara kıyasla bilgi düzeyleri anlamlı derecede yüksektir.* Konusu desteklenmesi açısından hastaların medeni durumları ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Evli olan hastaların bilgi düzeyleri bekâr olanlara göre daha fazla olmasına rağmen; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde değildir. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının medeni halleri ile bilgi düzeyleri arasındaki kıyaslamada evli olanların çocukları olması ve aile hekiminde ya da okulda yapılan taramalara katılma olasılığı olması sebebi ile bilgi düzeylerinin belirgin olarak yüksek olması beklenmekte iken böyle bir ilişki ile ilgili olarak anlamlı bir fark rastlanmamıştır.

İkinci varsayımı desteklemesi açısından kişilerin meslekleri ve bilgi düzeyleri arasındaki ilişki sorgulanmış sonucunda “işçi” olarak görev yapan hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “öğrenci ve işsiz” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, “işçiler” “öğrenci ve işsizlere”

göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgilidirler. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının mesleki durumları ile bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. Öğrencilerin ve işsizlerin çocuk sahibi olmadığını varsayarsak 2008 yılı itibariyle yapılan taramalardan haberdar olmamaları ve bilgi düzeyinin düşük olması nedenlerindendir.

İkinci varsayımı desteklemesi açısından kişilerin çocuk sayıları ve bilgi düzeyleri karşılaştırılması sonucunda “iki çocuklu” hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri “çocuksuz ve üç ve fazla çocuğu” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle, “iki çocuklu” hastalar “çocuksuz ve çok çocuklulara” göre ağız ve diş sağlığı hakkında daha bilgilidirler. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının çocuk sahibi olup olmadığı ve çocuk sayısı ile bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. Çocuk sahibi olmayanların 0-3 yaş arası ve ilkokullara ağız ve diş sağlığına yönelik okul taramalarına katılamaması sonucu bilgi düzeyinde farklılık olması beklenmektedir. 3 ve üzeri çocuk sahibi olanların ise ağız ve diş sağlığına yönelik taramalara katılan çocukların katılma yaş ortalamasının üzerinde çocukları olduğunu varsayarsak bilgi düzeyinin düşük olması nedenlerinden biri olduğu düşünülebilir

İkinci varsayımı desteklemesi açısından kişilerin yaş ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılması sonucunda 51 ve üzeri yaşta olan hastaların 21-40 yaş aralığında olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Yani, 51 ve üzer yaşta olan hastaların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi 21-40 yaştakilere göre daha azdır. Ankete katılan Denizli Ağız ve Diş Sağlığı hasta ve hasta yakınlarının yaşlarına göre bilgi düzeyleri arasında sonuçların değerlendirildiğinde anlamlı fark gözlenmiştir. 21 – 40 yaş arasındaki kişilerin çocuk sahibi olması ve sahip oldukları çocukların 0-3 yaş arası ve ilkokullara ağız ve diş sağlığına yönelik okul taramalarına katılamaması sonucu bilgi düzeyinde farklılık olması beklenmektedir.

Toplunun ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyinin artması ağız hijyenini pozitif yönde etkileyeceği toplum sağlığı ve yaşam standartları artması nedeni ile sağlıklı toplum nüfusu artacağı kişilerin sistemik sağlıkları ağız sağlığı ile orantılı olarak

artması sağlıklı bir toplum oluşacaktır. Tezimizin saha çalışması amacı ile yaptığımız anket çalışması hasta ve yakınlarının ağız ve diş sağlığı taraması hakkında bilgisi olanlar ile ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle Denizli ilinde yapılan ağız ve diş sağlığı taramalarından bilgisi olanlar, olmayanlara göre koruyucu ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzey, anlamlı düzeyde daha fazladır.

Ağız ve diş sağlığı insan sağlığının en önemli unsurlarından olması ve yaşam standartlarını ciddi anlamda etkilemesi sebebi ile göz ardı edilemeyecek kadar hassas bir konudur. Bu nedenle kişilerin koruyucu ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi düzeylerinin artırılması için devamlılığı olan okul taramalarının yapılarak her çocuğa ulaşılması hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

- Akgün Ö. M., Görgülü S., Altun C., “Diş Çürüğüne Karşı Koruyucu Flor Uygulamaları”, Smyrna Tıp Dergisi, C.3, S.1, Ankara, 2012
- Akıncı Z., Karma Dişlenme Dönemindeki Öğrencilerin Ağız-Diş Sağlığı Durumunun ve Bu Konudaki Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Çankaya ilçesi-Üç İlköğretim Okulu Örneği-Ankara), Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008
- Aksoy A., Diş Hekimliğinde Çocuklarda Uygulanan Çürük Önleyici Yöntemler, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İzmir, 2012
- Altun C., Güven G., Başak F., Akbulut E., “Altı – On bir Yaş Grubu Çocukların Ağız - Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi” Gülhane Tıp Dergisi, C.47, S.2, Ankara, 2005
- Attar N., Korkmaz Y., “Dentin Aşırı Hassasiyeti”, Hacettepe Üniversite, DHFD, C.30, S.4, Ankara, 2006
- Ay Z. Y., Fentoğlu Ö., Tözüm M., Yiğit U., Uskun E., Kırzioğlu F. Y., “Kalay Florid ve Sodyum Heksametafosfat İçeren Bir Diş Macununun Plak İndeksi Ve Gingival İndeks Üzerine Etkisinin İncelenmesi”, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.21, S. 2, Erzurum, 2011
- Bilgili B., Kliniğimize Başvuran Çocuklar İle Ebeveynlerinin Diş Sağlığının Değerlendirilmesi ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009

- Çubukçu Ç. E., “Neden Koruyucu Diş Hekimliği?”, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni, C.22, S.1, Ankara, 2003
- Demirer S., Çatalbaş B., Gelgör İ. E., Görür T., Karşıyaka M., “Ortodontik Tedaviye Başvuran Çocuklar ve Ebeveynlerinin Ağız Sağlığı Bilinç Düzeyleri, Ağız Bakımı ve Ağız Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması”, Selçuk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, S.19, Konya, 2010
- Eğri M., Erdemoğlu S., Türkdemir H., Genç M., Güneş G., Pehlivan E., Keven F., “Suyun Flor İçeriğinin Çevrenin Jeo-Kimyasal Yapısına Bağlılığının İncelenmesi”, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi S.6, C.3, Malatya, 1999
- Ercan E., Bağlar S., Çolak H., “Diş Hekimliğinde Topikal Florür Uygulama Metotları”, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi S.13, C.1, Sivas, 2010
- Filiz Y., Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010
- Doğan B. G., Gökalp S., “Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi 2004”, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.32, S.2, Ankara 2008
- Kapdan A., Kuştarcı A., Kapdan A., Buldur B., Arslan D., “Sivas İlindeki Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Diş Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi”, Cumhuriyet Dental Journal C.13, S.2, Sivas 2010
- Kılınç G., Günay T., “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri”, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.24, S.3, İzmir 2010

- Koparal E., “Yiyeceklerin Karyojenitesinin İnvivo Plak Ph’ı Ölçülerek Saptanması”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1995
- Küçükeşmen Ç., Sönmez H., “Diş Hekimliğinde Florun, İnsan Vücudu ve Dişler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, S.15, C.3, Isparta, 2008
- Külekçi G., “Sindemi Nedir? Kronik İnflamatuvar Hastalıklara Yeni Yaklaşım”, Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi C.26, S.1, İstanbul, 2012
- Nazlıel H. Ç., “Yaşlıda Ağız ve Diş Sağlığı”, Turkish Journal of Geriatrics, C.2, S.1, Ankara, 1999
- Peker K., Bermek G., “Diş Çürüklerinin Etyolojisinde ve Önlenmesinde Fermente Olabilen Karbonhidratların Önemi”, İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.42, S.3-4, İstanbul, 2008
- Peker M. S., Streptococcus Mutans’ın Anne-Çocuk Geçişinin-Ap-Pc Metoduyla Saptanması ve Diş Çürüğü İle İlişkisi, Marmara Üniversitesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007
- Şahin S., Saygun I., Enhoş Ş., Akyol M., Altuğ A., Tekbaş Ö. F., “Eğitim Düzeyinin Genç Erişkin Erkeklerde Ağız Sağlığına Etkisinin Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.26, S.3, Ankara, 2009
- Şimşek N., Bulut E. T., “Biyofilm ve Endodonti”, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C.1, S.2, Malatya, 2012
- Tazegül S., Koçak M. M., Topuz Ö., Özcan S., Çekiç A. A., Erten H., “Üç Farklı Solüsyonun Streptococcus Mutans ve Enterococcus Faecalis Üzerine

Antimikrobiyal Etkinliklerinin Değerlendirilmesi”, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C.27, S.2, İzmir, 2006

Tuğut N., Bekâr M., “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.11, S.3, Erzurum, 2008

Ulu O., Dörter C., “Fissür Örtücüler ve Kullanım Alanları, Pit And Fissure Sealants And Its Applications”, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C. 42, S. 3-4, İstanbul, 2008

Ünlüer Ş., “Türkiye’de 35-44 ve 65-74 İndeks Yaş Gruplarında Ağız Sağlığı Durumu – 2004”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007

Yalçın S., Kronik Böbrek Yetmezliğinin Diş Ve Çevre Dokularına Olan Etkisinin Radyolojik, Histolojik ve Sintigrafik Olarak İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1990

Yıldırım I., Dülgergil T.Ç., Serdaroğlu İ., “Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, C.1, S.2, Ankara, 2010

Yurdasal B., Bozkurt A. İ., Öz İ., Tanrıverdi S., Taş E., Nalbant M., “Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi, 3. Yıl Sonuçları”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, C.10, S.1, 2012

Ağız Diş Sağlığı Koruyucu Uygulama Programı İçin Temel Metodoloji Ne Olmalı? Yüksek Koruyuculuk mu, Yaygın Sürdürülebilirlik mi, <http://www.fircalarcantadadisleryolunda.com/prog4.html> (13.07.2012)

Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerliği Eğitimi V, Ankara, 2012, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15558/agiz-ve-dis-sagligi-teknikerligine-iliskin-is-ve-isleml-.html>, (23.04.2012)

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf>, (27.06.2012)

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Okul Öncesi ve İlköğretim Sınıfları Ağız-Diş Sağlığı Koruyucu Uygulama Programı Fırça İle Florlu Jel Uygulaması, <http://www.fircalarcantadadisleryolunda.com/prog.html>, (16.04.2012)

Kırıkkale Üniversitesi, Pedodonti Anabilim Dalı, <http://dis.kku.edu.tr/pedo.html>, (05.09.2012)

Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları, <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-74957/h/yerel-Florur-uygulamalari.pdf>, (16.04.2012)

Plak Nedir ve Nasıl Oluşur, <http://www.webhatti.com/agiz-ve-dis-sagligi/129485-plaklar-nedir-ve-nasil-olusurlar.html#ixzz1s1CYT6ZL>, (16.04.2012)

Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ankara, 2008, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t6.pdf>, (23.04.2012)

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12 Ocak 1961, S. 10705, s.1, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961-rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (09.04.2013)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.25806, 2005, s.1, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetme-ligi-son-degisi-.html>, (27.06.2012)

ÖZGEÇMİŞ

11.08.1978 tarihinde Denizli’de doğdum. İlköğrenimimi Hürriyet İlkokulunda, orta öğrenimimi Merkez Ortaokulunda, lise öğrenimimi Denizli Lisesinde tamamladım.

1194-1996 yıllarında İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Diş Protez Bölümünden mezun oldum.

1997-1998 öğretim yılında Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde 1.sınıfı okuduktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine yatay geçiş yaptım

1998-2002 yıllarında Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesini geri kalan 4 sınıfı okuyarak mezun oldum.

2002–2003 yılında Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Diş Hastalıkları ve Tedavisi Ana Bilim Dalında 1 yıl asistanlık yaptım.

2003 yılında Karaman İli Ermenek İlçesi Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezine atamam yapıldı.

2003 yılında Karaman İli Kâzım Karabekir İlçesine tayinim oldu.

2005–2006 yılında Ankara GATA Öğrenci Grup Komutanlığında askerliğini tamamladım.

2006 yılında Denizli İli Honaz İlçesinde Honaz Devlet Hastanesine tayinim oldu.

2009 yılında Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine tayinim oldu.

2010 yılından itibaren Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Kalite Yönetim Direktörü / Diş Hekimi olarak görev yapmaktayım.

2011 yılında başladığım Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı yüksek lisans öğrenimimi tamamlama aşamasındayım.

Evli ve ikiz çocuk babasıyım. Orta düzeyde İngilizce bilmekteyim.

**EK: DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNE MÜRACAAT EDEN
HASTALARIN KORUYUCU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDA
BİLGİ DÜZEYLERİ ANKETİ**

(Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

1-Süt dişleri kaç tanedir?, ☐ Bu konuda bir fikrim yok

2-Kalıcı dişler kaç tanedir?, ☐ Bu konuda bir fikrim yok

3-Sizce süt dişleri çürüdüğünde ne yapılmalıdır?

- 1) Çürüyen dişleri yerini daimi dişler çıkacağı için bir şey yapılmasına gerek yoktur.
- 2) Çürüyen süt dişleri çekilmelidir.
- 3) Çürüyen süt dişlerine dolgu yapılmalıdır.
- 4) Bu konuda bir fikrim yok

4-Ne kadar sıklıkta diş hekiminizi ziyaret etmek gerekmektedir?

- 1)Ayda 1 kez 2)3-6 ayda 1 kez 3)6 ayda 1 kez 4)1 yıl ve üzeri 5)Şikâyet olduğunda

5-Düzenli diş hekimi kontrolü neden gereklidir?

- 1) Erken teşhis için
- 2) Dişlerin sağlıklarının korunması için
- 3) Genel sağlığın devamlılığı için
- 4) Ucuz ve kolay tedavi için
- 5) Hepsi

6-Bebeğinizi ilk ne zaman diş hekimine götürmeniz gerekli?

- 1)İlk süt dişi çıktığında
- 2)1 yaşında
- 3)1,5 yaşında
- 4)2 yaşında
- 5) Bu konuda bir fikrim yok

7-Şikâyetiniz olmasa bile 6 ayda 1 kez diş doktoruna gidiyor musunuz?

- 1) Evet 2)Hayır

8-Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine geliş nedeniniz nedir?

- 1) Diş ve dişeti ile ilgili ağrı ve rahatsızlık nedeniyledi.
- 2) Dişlerimi kontrol ettirmek için.
- 3)Dişlerim eğri olduğu ve estetik sebeplerden dolayı.
- 4) Protez yaptırmak, tedavi olmak için
- 5)Dişimi çektiirmek için

9-Diş plağı nedir?

- 1)Diş yüzeyindeki yumuşak eklenti
- 2)Diş yüzeyindeki renklenme
- 3)Diş yüzeyindeki taşlar
- 4) Bu konuda bir fikrim yok

10-Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı ile ilgili bilgi aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

11-Bir önceki soruya cevabınız Evet ise Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı ile ilgili bilgileri nereden aldınız?

- 1) Arkadaşımdan
- 2) Diş Doktorundan
- 3) Çocuğumun Okul Taramasından
- 4) Okuldan
- 5) Medyadan
- 6) Diğer

12-Denizli İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde verilen tarama hizmeti hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

13-0-3 Yaş Aile Hekimi taramaları hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

14-Bulunduğunuz şehirdeki şebeke içme suyundaki flor miktarı hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

15-Fissür uygulaması hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

16-Size göre Diş Fırçası değiştirme sıklığı ne olmalıdır?

- 1) Bir ayda bir kez ve gerekli olduğunda
- 2)2 ayda 1 kez ve gerekli olduğunda
- 3) Üç ayda bir kez ve gerekli olduğunda
- 4) Dört ayda bir ve gerekli olduğunda
- 5) Bu konuda bir fikrim yok

17-Dişlerin çürümesine önlemek için ne yapılmalıdır?

- 1)Her yemek sonrası ve yatmadan önce özenle dişler fırçalanmalıdır.
- 2)Şekerli yiyeceklerden sonra su içilmelidir.
- 3)6 ayda bir diş hekimine gidilmelidir.
- 4)Gece yatmadan önce her gün diş fırçalanmalıdır.
- 5)Hepsi

18-Gebelik Dönemi diş bakımı hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

19-Size göre Gebelik Dönemi ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- 1) Bebek anne karnındaki gelişimi sırasında yeterli kalsiyum bulamadığı takdirde anneden kalsiyumu kullanırlar.
2) Hamilelik sırasında kadınların diş çürüklerine karşı eğilimleri artar.
3) Emzirme sırasında kadınların diş çürüklerine karşı eğilimleri artar.
4) Hepsi

20-Size göre bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine ne zaman başlanmalıdır?

- 1) Doğumdan hemen sonra
2) İlk süt dişi sürdükten sonra
3) İlk daimi diş sürdükten sonra
4) Bu konuda bir fikrim yok

21-Diş Fırçalama eğitimine çocuk kaç yaşına geldiği zaman başlanmalıdır?

- 1)3-5yaş 2)5-6 yaş 3)7-8 yaş 4)9-10 yaş 5)11-12 yaş
6)Bu konuda bir fikrim yok

22-Dişler ne zaman fırçalanmalıdır?

- 1)Sadece yemeklerden sonra
2)Sadece yatmadan önce
3)Ara sıra
4)Yemeklerden sonra ve yatmadan önce
5)Hiçbir fikrim yok.

23-Dişler kaç kez fırçalanmalıdır?

- 1)Günde 3 kez
2)Günde 2 kez
3)Günde 1 kez
4)Haftada birkaç kez
5)Ara sıra

24-Diş fırçalama ne kadar sürmelidir?

- 1)1 dakikadan az 2)2-3 dakika 3)3 dakikadan fazla
4)Kanayana kadar 5) Bu konuda bir fikrim yok

25-Diş fırçalama şekli nasıl olmalıdır?

- 1)Sağa sola
2)Yukarı-aşağı
3)Sağa sola, yukarı aşağı, dairesel olarak
4) Bu konuda bir fikrim yok

26-Diş İpi Kullanımının nasıl olması gerektiği hakkında bilginiz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

27-3-6 yaş çocuklarda diş fırçalama sırasında ne kadar florlu diş macunu kullanılmalıdır?

- 1)Diş fırçasını örtecek kadar
2)Diş fırçasının yarısını örtecek kadar
3) Diş fırçasının dörtte birini örtecek (mercimek-en fazla 5 mm.) kadar.
4)Diş macunu kullanılmamalıdır.
5)Bu konuda bir fikrim yok.

28-Gece, çocuğu uykuya yatırırken biberon ile ne verilmelidir?

- 2)Biberonda şekerli süt
2)Biberonda meyve suyu
3)Biberonda su
4)Biberonda süt
5)Bu konuda bir fikrim yok

29-Aşağıdaki yiyecek ve içeceklerden hangileri ara öğünde tercih edilmelidir?

- 1)Kola,Meşrubat türü içecekler
2)Meyve, Sebze
3)Bisküvi
4)Çikolata

30-Cinsiyetiniz?

- 1)Kadın 2)Erkek

31-Eğitim Durumunuz?

- 1)İlköğretim 2)Lise 3)Önlisans 4)Lisans 5)Lisansüstü

32-Medeni Durumunuz?

- 1)Bekâr 2)Evli

33-Evli iseniz çocuk sayısını belirtiniz.

34-Mesleğiniz? (Lütfen Belirtiniz).....

35-Hangi Yaş aralığındasınız?

- 1)10-20 yaş 2)21-30 yaş 3)31-40 yaş 4)41-50 yaş 5)51 yaş ve üzeri

36-Nerede ikamet etmektesiniz?

- 1)Köy 2)Kasaba 3)İlçe 4)Şehir Merkezi

37-Aylık Geliriniz hangi aralıktadır?

- 1)0-1000 TL 2)1001-2000 TL 3)2001-3000 TL 4)3000 TL ve üzeri