

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ÖZ BAKIM BECERİLERİNDE EBEVEYN DESTEĞİNİN
ÇOCUKLARDAKİ AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI VE DENTAL İHMAL İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dt. Fatma YANIK ŞILBİR

Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

RİZE-2024

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ÖZ BAKIM BECERİLERİNDE EBEVEYN DESTEĞİNİN
ÇOCUKLARDAKİ AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI VE DENTAL İHMAL İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dt. Fatma YANIK ŞILBİR

Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı
Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

RİZE-2024

KABUL ve ONAY

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT danışmanlığında, Fatma YANIK ŞILBIR tarafından hazırlanan Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin, Çocuklardaki Ağız-Diş Sağlığı ve Dental İhmal ile İlişkisinin Değerlendirilmesi adlı bu tez çalışması 24.09.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu oy birliğiyle başarılı bulunmuş ve jürimiz tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Unvan, Adı Soyadı

Başkan

: Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

Üye

: Doç. Dr. Sema AYDINOĞLU

Üye

: Doç. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK

ETİK BEYAN

Çocuk Diş Hekimliği Programından mezun olmak üzere teslim ettiğim “Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin, Çocuklardaki Ağız-Diş Sağlığı ve Dental İhmal ile İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı tezim, bilim ve araştırma etiği prensiplerine riayet edilerek tarafımdan yazılmıştır.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada:

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Fatma YANIK ŞILBIR

24.09.2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren, hoşgörüsü ve sabrıyla her zaman desteğini hissettiğim kıymetli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren, bilgi ve tecrübesinden yararlanabildiğim değerli hocam Doç. Dr. Sema AYDINOĞLU'na,

Asistanlık dönemim boyunca çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum, her zaman desteklerini hissettiğim hem zorlu hem de keyifli zamanlar geçirdiğim eş kıdemli arkadaşlarım başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca sevgisi ve desteğiyle her daim yanımda yer alan eşim Hakan ŞILBİR'a,

Hayatımın her aşamasında sevgilerini, desteklerini ve bana olan inançlarını daima hissettiğim biricik annem Emine YANIK'a, babam Hasan YANIK'a ve kardeşlerim Sedanur YANIK ve Resul YANIK'a,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Fatma YANIK ŞILBİR

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	
ETİK BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER.....	III
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
TABLolar DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Öz Bakım Becerileri	3
2.1.1. Tuvalet ve Temizlik Becerileri.....	5
2.1.2. Yemek Yeme Becerileri.....	6
2.1.3. Giyinme Becerileri.....	7
2.1.4. Tertip Düzen Becerileri	8
2.1.5. Kendini Tehlikelerden Koruma Becerileri	8
2.1.6. Uyku ve Dinlenme Becerisi	9
2.1.7. Çocukların Öz Bakım Becerilerini Değerlendirme Ölçekleri.....	10
2.2. Çocuklarda Ağız-Diş Sağlığı	12
2.2.1. Diş Çürüğü.....	14
2.2.1.1. Diş Çürüğünü Değerlendirme Ölçekleri	17

2.2.2. Çocuklarda Periodontal Hastalıklar	24
2.2.2.1 Periodontal Sağlığı Değerlendirme Ölçekleri.....	25
2.3.İhmal.....	26
2.5.1. Fiziksel İhmal	28
2.5.2.Duygusal İhmal.....	29
2.5.3. Cinsel İhmal.....	31
2.5.4. Dental İhmal	31
2.5.4.1. Dental İhmali Belirleme Ölçekleri.....	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı	36
3.2.Etik Kurul Onayı ve Gerekli İzinlerin Alınması.....	36
3.3.Örnekleme Seçimi	36
3.3.1 Hasta Seçme Şartları.....	37
3.4. Anketlerin Uygulanması	37
3.5. Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi.....	38
3.5.1. dmft İndeksi'nin Belirlenmesi	38
3.5.2. pufa İndeksi'nin Belirlenmesi.....	39
3.5.3. Plak İndeksi'nin Belirlenmesi.....	39
3.5.4. Gingival İndeksi'nin Belirlenmesi.....	40
3.5.5. Sondalamada Kanama İndeksi'nin Belirlenmesi	41
3.6. İstatistiksel Analiz.....	41
4. BULGULAR.....	43
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	43

4.2. Demografik Özelliklere Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması	45
4.3. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Dental İhmal Düzeyinin Karşılaştırılması	48
4.4. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması	53
4.5. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri Sonuçlarının Ağız Sağlığı İndeksleri ile Karşılaştırılması	57
4.6. Dental İhmal Ölçeği Sonuçlarının Ağız Sağlığı İndeksleri ile Karşılaştırılması	59
4.7. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri Sonuçlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	61
4.8. Dental İhmal Ölçeği Sonuçlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	64
4.9. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri ve Dental İhmal Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	66
4.10. Diş Çürüğünü Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	67
4.11. pufa İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	70
4.12. Plak İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	73
4.13. Gingival İndeksi Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	76

4.14. Sondalamada Kanama İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	80
5. TARTIŞMA	84
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	98
KAYNAKLAR.....	100
EKLER	122
Öz geçmiş	122
EK-1 Etik Kurul Onayı.....	123
EK-2 Dekanlık İzin Belgesi.....	124
EK-3 Bilgilendirilmiş Onam Formu	125
EK-4 Genel Bilgi Formu	130
EK-5 Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri İzin Yazısı	132
EK-6 Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri	133
EK-7 Dental İhmal Ölçeği	137
EK-8 İntihal Raporu	138

ÖZET

Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin Çocuklardaki Ağız-Diş Sağlığı ve Dental İhmal ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada 36-72 aylık çocukların öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğinin çocuklardaki ağız-diş sağlığı ve dental ihmal ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2023 ve Mayıs 2024 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na başvuran 36-72 ay arası sistemik olarak sağlıklı 602 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Bu kesitsel çalışmanın başlangıç aşamasında, çocukların ve ebeveynlerin demografik bilgileri ile çocukların ağız sağlığına ilişkin veriler toplandı. Sonrasında, öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğini değerlendirmek için ÖBEDE, ebeveynlerin dental ihmal düzeylerini değerlendirmek için ise DİÖ uygulandı. Son aşamada, çocukların ağız-diş sağlığını değerlendirmek amacıyla ağız içi muayeneleri yapıldı ve dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri kaydedildi. İstatistiksel analiz için Jamovi 2.3.28 İstatistik Programı kullanıldı. Ki-kare, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi ve Spearman Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan çocukların %49'u kız ($n=294$) ve %51'i erkek ($n=308$) olarak tespit edildi. ÖBEDE ve DİÖ ile dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). ÖBEDE ile DİÖ arasında pozitif yönde zayıf korelasyon tespit edildi ($r:0,191$, $p<0,001$). Ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocuğun yaşı ve kardeş varlığının ÖBEDE toplam puanı üzerinde anlamlı bir fark yarattığı saptandı ($p<0,05$). Ebeveynlerin eğitim düzeyi, ailenin gelir seviyesi, çoğun ilk kez diş hekimi ziyaret sebebi, diş fırçasına sahip olma durumu, fırçalama alışkanlığı ve düzeni ile DİÖ arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Öz bakım becerilerinde yüksek düzeyde ebeveyn desteği alan ve dental ihmale daha az maruz kalan çocukların ağız sağlığının anlamlı şekilde daha iyi olduğu belirlendi. Dental ihmal seviyesinin artmasının öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğini artırabileceğini, ancak bu ilişkinin güçlü olmadığı tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Ağız-diş sağlığı, Çocuk, Dental ihmal, Öz bakım becerisi

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between Parental Support in Self-Care Skills and Oral-Dental Health and Dental Neglect in Children

Aim: It is aimed to examine the relationship between parental support in self-care skills of 36-72 month old children and oral-dental health and dental neglect.

Material and Method: The study included 602 systemically healthy patients aged 36 to 72 months and their parents who applied to the Department of Pediatric Dentistry at Recep Tayyip Erdoğan University Faculty of Dentistry between May 2023 and May 2024. In the initial phase of this cross-sectional study, demographic information about the children and their parents, as well as data on the children's oral health, were collected. Subsequently, PSISS was used to assess parental support in self-care skills, and DNS was used to evaluate the level of dental neglect among parents. In the final stage, intraoral examinations were performed to assess the children's oral health and dmft, pufa, PI, GI, and BOP index values were recorded. For statistical analysis, Jamovi 2.3.28 Statistics Program was used. Chi-square, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test, Spearman Correlation Analysis and Regression Analysis were performed. Significance level was determined as $p < 0.05$.

Results: Of the children participating in the study, 49% were girls ($n=294$) and 51% were boys ($n=308$). A statistically significant relationship was found between PSISS and DNS and dmft, pufa, PI, GI and BOP index values ($p < 0.05$). A weak positive correlation was observed between PSISS and DNS ($r:0.191$, $p < 0.001$). It was determined that the education level of the parents, the age of the child, and the presence of a sibling significantly affected the total score of the PSISS ($p < 0.05$). A statistically significant relationship was found between the education level of the parents, the income level of the family, the reason for the first dentist visit, the possession of a toothbrush, the brushing habit and regularity and DNS ($p < 0.05$).

Conclusion: Children who received high levels of parental support in self-care skills and were less exposed to dental neglect were found to have significantly better oral health. It was found that increasing levels of dental neglect may increase parental support in self-care skills, but this relationship was not strong.

Key words: Child, Dental neglect, Oral and dental health, Self-care skills

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
<	: Küçüktür
≤	: Küçük eşittir
>	: Büyüktür
AAPD	: Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric Dentistry)
ABAS	: Adaptif Davranış Değerlendirme Sistemi (Adaptive Behavior Assessment System)
AGTE	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
CAST	: Caries Assessment Spectrum and Treatment Index
DİÖ	: Dental İhmal Ölçeği (Dental Neglect Scale [DNS])
DIS	: Dental Indifference Skala (Dental İlgisizlik Ölçeği)
DLSS	: Günlük Yaşam Becerileri Ölçeği (The Daily Living Skills Scale)
DMFS/dmfs	: çürük, kayıp, dolgulu yüzey sayısı (decay, missing, filling surface)
DMFT/dmft	: çürük, kayıp, dolgulu diş sayısı (decay, missing, filling teeth)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EÇÇ	: Erken Çocukluk Çağı
IKA	: İnter Kuartel Aralık
N	: Örnek sayısı
OHVS	: Ağız Sağlığı Değerleri Ölçeği (Oral Health Values Scale)
OO	: Odds Oranı
ÖBEDE	: Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (Parental Support Inventory for Self-Care Skills [PSISS])
<i>p</i>	: Anlamlılık düzeyi

PEDI : Engellilik Envanterinin Pediatrik Değerlendirilmesi (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)

PI : Plak İndeksi

PUFA/pufa : Pulpa, ülserasyon, fistül, apse (pulpa, ulceration, fistül, abscees)

SCI : Öz Bakım Envanteri (Self-Care Inventory)

SKİ : Sondalamada Kanama İndeksi (Bleeding index on probing [BOP index])

VABS : Uyumsal Davranış Ölçekleri (Vineland Adaptive Behavior Scales
Vineland)

WeeFIM : Çocuklar İçin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (Functional Independence Measure for Children)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Modifiye edilmiş Keyes-Jordan Diyagramı ⁹⁴	16
Şekil 4.1. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların demografik özellikleri.....	45
Şekil 4.2. Ebeveyn desteği düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin (dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ) medyan ve IKA değerlerini gösteren sütun grafiği	59
Şekil 4.3. Dental ihmal düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin (dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ) ortalama ve IKA değerlerini gösteren sütun grafiği	60
Şekil 4.4. DİÖ toplam puan ile ÖBEDE puan arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman Korelasyon grafiği. Mavi noktalar veriyi temsil ederken, kırmızı çizgi LOWESS (Locally Weighted Scatterplot Smoothing) yöntemi kullanılarak çizilmiş olup, verinin genel eğilimlerini göstermektedir.	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. ICDAS-II sisteminde birinci basamak; fissür örtücü, restorasyon ve kayıp durumunun sınıflandırılması.....	19
Tablo 2.2. ICDAS-II sisteminde ikinci basamak; cürük durumunun sınıflandırılması..	20
Tablo 2.3. SCI İndeksi skollama kriterleri	21
Tablo 2.4. CAST indeksi kodları.....	22
Tablo 3.1. Silness ve Loe'nün PI kriterleri.....	40
Tablo 3.2. Silness ve Loe'nün GI kriterleri	41
Tablo 4.1. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların (n=602) demografik özellikleri.....	44
Tablo 4.2. Demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre dental ihmal düzeyinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.5. ÖBEDE ölçeği sonuçlarına göre ebeveyn desteği miktarı ile ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.6. DİÖ sonuçlarına göre dental ihmal düzeyi ile ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.7. Ebeveyn desteği ile demografik özelliklerin karşılaştırılması	63
Tablo 4.8. Dental ihmal ile demografik özelliklerin karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.9. Diş çürüğü indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi (dmft≤7^ vs dmft>7).....	69
Tablo 4.10. pufa indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi (pufa≤1^ vs pufa>1).....	71

Tablo 4.11. Pİ'ni yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($\text{plak} \leq 1^{\wedge}$ vs $\text{plak} > 1$).....	74
Tablo 4.12. Gİ yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($\text{Gİ} \leq 0.8^{\wedge}$ vs $\text{Gİ} > 0.8$).....	78
Tablo 4.13. SKİ yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($\text{SKİ} \leq 1^{\wedge}$ vs $\text{SKİ} > 1$)	81



1. GİRİŞ

Doğumdan itibaren hayatın ilk altı yılına okul öncesi dönem denilmektedir ve insan gelişiminin en kapsamlı ve hızlı olduğu dönem olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple bu dönemin sağlıklı bilinçli ve anlamlı bir şekilde yaşanması ve bu döneme ihtiyaç duyulan önemin verilmesi gerekmektedir.¹ Öz bakım becerileri, kişinin sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişebilmesi için kişisel ihtiyaçlarını karşılamasına yönelik beceriler olarak tanımlanmaktadır.² Çocuğa kazandırılacak öz bakım becerilerine dair alışkanlıklar ve temel bilgi çocuğun sağlıklı bir fert olarak gelişmesini sağlayacak ve ileriki yıllarda kendine yeten, bağımsız, pozitif davranışlara sahip, topluma uyumlu bir fert olabilmesi için uygun ortam hazırlayacaktır.³

Diş çürüğü insanlarda sıkça rastlanan; psikolojik, sosyal, fiziksel, ekonomik ve biyolojik etkileri olan multifaktöriyel bir hastalık olarak değerlendirilmektedir.⁴ Çocuklar arasında yaygın görülen bu bulaşıcı hastalık tedavi edilmediğinde ağrı, letarji, maloklüzyon ve iştahsızlık benzeri sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte duygusal, sosyal ve psikolojik yaşamı etkileyen uzun süreli sağlık problemleri de görülmektedir. Çünkü genel sağlık ve sürekliliği için ağız sağlığı esastır.⁵⁻⁸

İhmal; çocuğun beslenme, barınma, korunma, sağlık, giyim ve gözetim, benzeri temel gereksinimlerinin çocuğun bakımından mesul ebeveynleri ya da kurumlar tarafından yerine getirilmemesi olarak tanımlanmaktadır.⁹ Çocuk istismarı ve ihmali, çocuk ve ergenin refah ve sağlığına zarar veren, çocukta hayatı boyunca temelli izler oluşturan bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir.¹⁰ Dental ihmal ise ağız-diş sağlığını korumak için ihtiyaç duyulan dişsel bakımın yerine getirilmemesi ve ağız içinin fiziksel olarak önemsenmeyip ihmal edilmesine denilmektedir.¹¹ Dental ihmalin, baş çevresinin gelişme ve büyümesinde azalma, uyku sorunları, oyun zamanlarına olumsuz etki, hayat kalitesinde azalma benzeri etkileri görülmektedir. Psikolojik problemler için

bir etken olmasının yanın da kaygı ve endişe gibi sıkıntıları tetikleyen bilişsel problemler de yaratmaktadır.¹² Fiziksel olarak ihmal edilmiş ve istismara uğramış çocukların, genel popülasyondaki çocuklara kıyasla daha yüksek seviyede diş çürüğü görülebilmektedir.¹³

Çalışma için “H₀: Öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği, çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmal ile ilişkili değildir.” ve “H₁: Öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği, çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmal ile ilişkilidir.” hipotezleri kuruldu.

Bu tez çalışmasının amacı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Bölümü'ne başvuran 36-72 ay arasındaki sağlıklı çocukların ebeveynlerine, Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri ve Dental İhmal Ölçeği'ni uygulayarak, ebeveyn desteğinin çocukların ağız-diş sağlığı ile dental ihmal üzerindeki etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öz Bakım Becerileri

Doğumdan itibaren yaşamın ilk altı senesini içeren dönem çocukların kişilik ve karakter yapısının oluşmaya başladığı, gelişimlerinin hızlı olduğu ve temel alışkanlıkların rahatlıkla kazanılabildiği bir dönem olarak kabul edilmektedir.¹⁴ Alışkanlıkların edinilmesinde ilk önemli etkilerden biri, annenin çocuğun sevgi, beslenme ve temizlik ihtiyaçlarını karşılarken gösterdiği duyarlılık, düzen ve kararlılık olarak kabul edilmektedir. Eğer çocuğun erken dönemde edindiği izler olumluysa, daha sonraki gerçek ve kalıcı alışkanlıkların edinilmesi kolaylıkla gerçekleşebilmektedir. Kişilerin ilk edindikleri alışkanlıklar, topluma uyumları açısından hayati öneme sahip olarak kabul edilmektedir.¹⁵

Öz bakım becerileri, kişinin sağlıklı bir büyüme ve gelişimi sürdürebilmesi için kişisel gereksinimlerini karşılamaya yönelik beceriler olarak tanımlanmaktadır.² Çocukların öz bakım becerilerinin küçük yaşlarda gelişmesi, anne ve babalarından bağımsız bir kişi olduklarının önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.¹⁶ Temizlik, yemek yeme, giyinme-soyunma vb. öz bakım becerilerin kazanılması bireyin yönlendirilmesi, gelişimsel olgunluğuna ve becerinin tekrarlanmasına bağlı kazanılmaktadır. Kazanılan temel alışkanlıklar; bireyin özgüven duygusunu ve sorumluluk bilincini geliştirip, sosyal açıdan çevreye uyumunu sağlayarak çevresi tarafından kabul edilmesini kolaylaştırmaktadır.

Temel alışkanlıkların edinilmesinde ailenin büyük bir önemi olduğu kabul edilmektedir.³ Aile öz bakım becerilerini çocuğuna kazandırmadan önce ilk olarak hangi becerileri kazandırmayı istediğini belirlemeli ve bununla ilgili kararlı olması gerekmektedir. Çocuğun kazandırılmak istenen becerilere hazır olduğundan ve yaşadığı

ortamın bu becerileri kazanmasına engel teşkil etmediğinden emin olduktan sonra, çocuğa istenen becerilerin kazandırılması gerekmektedir.¹⁶

Gelişim Aşamalarına Göre Öz Bakım Becerileri:

36-48 ay arasındaki öz bakım becerileri:

- Yüzünü ve ellerini yardım alarak yıkar, kurular.
- Saçını yardım alarak tarar.
- Dişlerini yardım alarak fırçalar.
- Bireysel eşyalarını toplar.
- Tuvalet ihtiyacını yardım alarak karşılar.
- Yalnız başına yemek yer.
- Kıyafetleri yardım alarak giyer.
- Kıyafetlerin arkası ve önünü fark ederek giyer.
- Bağırsız ve düğmesiz kıyafetleri yardım almadan çıkarır.

48-60 ay arasındaki öz bakım becerileri:

- Kıyafetlerini asar.
- Saçlarını tarar.
- Kıyafetlerini yardım almadan giyer, çıkarır.
- Kıyafetindeki büyük düğmeleri düğmeler ve ilikler.
- Ayakkabılarının bağcıklarını yardım alarak bağlar.
- Yüzünü ve ellerini yardım almadan yıkar.
- Dişlerini fırçalar.
- Tuvalet ihtiyacını tek başına karşılar.
- Ev işlerine yardımcı olur.
- Yemek yerken doğru araç gereçleri kullanır.
- Sofra kurallarına uyum gösterir.

60-72 ay arasındaki öz bakım becerileri:

- Yüzünü ve ellerini yıkar, kurular.
- Vücudunu yıkar.
- Dişlerini fırçalar.
- Hava sıcaklığına uygun kıyafetler seçer.
- Ayakkabılarını bağlar.
- Kıyafetlerini yalnız başına giyer, çıkarır.
- Kıyafetlerinin çıt çıt ve düğmelerini çözer, ilikler.
- Günlük işlerden birinin sorumluluğunu alır, yerine getirir.
- Servis tepsisini ya da yemek tabaklarını taşır.
- Yemek yerken doğru araç gereçleri kullanır.
- Tehlike oluşturacak durumlardan kaçınır.
- Temizlikle ilgili materyalleri doğru kullanır.¹⁷

2.1.1. Tuvalet ve Temizlik Becerileri

Kişinin sağlığını koruyup hastalıklardan korunabilmesi için kişisel temizliği ile çevresinin temizliğine önem vermesi gerekmektedir.¹⁸ Ebeveyn veya eğitimci tarafından çoğunlukla model olarak öğretilen temizlik davranışları, çocuk 24-30 aylık olması sonrası çocuğun kendisinin gerçekleştirebilmesi için uygun şartların sağlanması gerekmektedir.¹⁸

Çocuğun eşyalarını ıslatmadan ve yardımsız el ve yüz yıkaması, ellerini yemek öncesi ve sonrasında yıkaması, dişlerini yardım almadan fırçalaması, hapşıırma anında ağzını kapatması, mendil yardımıyla burnunu silmesi, yardımsız saçlarını taraması, kıyafetlerinin temiz veya kirli olduğunu ayırt etmesi gibi yetenekler çocuğun kazanması gereken temizlik becerileri olarak kabul edilmektedir.¹⁹ 48 aylık bir çocuk, ebeveynlerinin yardımı ile el yüz yıkama, tuvalete gitme ve büyüme ile beraber bedeninin diğer parçalarını da yıkama becerilerini edinebilmektedir.

Tuvalet alışkanlığı ebeveynler açısından çocuğa kazandırılması oldukça zor bir alışkanlık olarak kabul edilmektedir.²⁰ Tuvalet alışkanlığının gelişimi bireyler arasında değişiklik gösterir; ancak genellikle 18. ay civarında başlar ve 36. ayına kadar yine kişisel değişiklikler göstererek tuvalet becerisi edinilmiş olmaktadır. Tuvalet alışkanlığı kazanmış olan çocuklar, toplumsal kabul açısından daha avantajlı olabilirler ve bununla birlikte eğitim kurumlarından daha çok faydalanabilecekleri kabul edilmektedir.²¹ Tuvalet alışkanlığı edinilirken çocuğa ceza verilmemeli ve fazla otoriter tutum gösterilmemesi gerektiği kabul edilmektedir. Bu durum alışkanlığın erken zamanda kazanılmasının önüne geçebilmektedir. Çocuk hazır olduğunda tuvalet eğitimi verilmeli; çünkü tuvaletini kontrol edebilmesini sağlayan kasların yeterli olgunluğa erişmiş olması gerekmektedir.²² Çünkü tuvalet kontrolünün kazanılması, çocuğun, fiziksel, psikolojik, sinirsel ve bilişsel gelişimi ile bağlantılı olarak kabul edilmektedir.²³ Ebeveynlerin, çocuğun yeterli olgunluğa ulaşmasına rağmen çocuğa yeterli destek göstermemesi veya yeterli olgunluğa ulaşmadan çocuğu zorlaması, çocuğun istenen becerileri kazanmasında olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.²⁴

2.1.2. Yemek Yeme Becerileri

Yemek yeme ile ilgili davranışlar çok erken dönemlerde oluşur ve zamanla ilerleyerek gelişebilmektedir.²⁵ Dengeli ve yeterli beslenme alışkanlığı edinmiş çocukların yer aldığı toplumlar daha üretken ve sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Dereli, 0-6 yaş aralığında dengeli ve yeterli gıda alan çocukların diğer etkenlerden bağımsız olarak akademik başarılarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.²⁶ Çocuğun edindiği yemek yeme alışkanlığı yaşamının ileriki dönemlerini etkileyerek, deneyimlenen olumsuzluklar ileriki dönemlerde doğabilecek beslenme problemlerinin temelini oluşturacaktır. Zira beslenme alışkanlıkları çocuğun fiziksel, duygusal ve zihinsel ilerlemelerini ve sosyal davranışlarını, doğrudan etkilemektedir.²⁵ Çocuğun yemek yeme

alışkanlığını edinmesi çok önemli olarak kabul edilmektedir. Yardım almadan yemek yeme alışkanlığını edinememe durumu öncelikle önemli sayılmasa da sonrasında problem oluşturabileceği kabul edilmektedir.²⁰ Birçok davranışta yetişkinleri örnek alan çocuklar, yiyecek tercihinde de genellikle aile bireylerinden birini model alarak bu davranışı benimsemektedirler.²⁷ Çocuğun model aldığı yetişkinin çeşitli gıdalarla beslenmesi durumunda çocuk da çeşitli gıdalarla beslenmeye başlamaktadır. Yetişkin çocuğun yeni gıdalarla tanıştığı dönemde, çocuğa farklı çeşitte yiyecekler sunmalı ve bu yiyecekler arasından çocuğun bağımsız bir şekilde seçmesine müsaade etmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımla, yiyecek tercihlerinin sorumluluğunu alma süreci başlatılmış olunmaktadır.²⁸ Çocuğu her zaman ebeveyni ya da bir yetişkin yedirirse, ileriki yaşlarda da bir yetişkin tarafından beslenmesini istemesi olası olarak kabul edilmektedir. Beslenme alışkanlığı kazanırken, besinlerin bedenimiz için oldukça önemli olduğunu çocuklara açıklamalı, oyun ve beslenme saatleri ayrılmalı ve çocuğun kendi kendine yemek yiyebileceği ortamın sağlanması gerektiği kabul edilmektedir. Bununla birlikte yemek yeme kuralları çocukla birlikte oluşturulması gerektiği kabul edilmektedir.²⁹ Çocuklar sofraya kurma, toplama ve yemek hazırlama gibi sorumlulukları üstlendiklerinde büyük keyif aldıkları kabul edilmektedir. Bu görevler sayesinde, yemek yemenin öneminin daha iyi anlaşılmasının sağlanabileceği kabul edilmektedir.³⁰

2.1.3. Giyinme Becerileri

İnsanların giyim tarzını beğenileri, örf ve adetleri, sosyal faktörler ve inançları etkilemektedir. Bakımlı bir görünüme sahip özenli ve temiz giyinmiş çocuklar çevrelerinden daha rahat kabul görmektedir. Bu durum çocukların sosyal ve duygusal ilerleyişine olumlu bir etki oluşturmaktadır.¹⁸ Çocukların erken çocukluk döneminde edindiği giyinme becerileri; pantolon, şort, çorap, etek, mont, ceket gibi kıyafetleri giyme-çıkarma, giysilerin düğmelerini çözme-ilikleme, cıtcıt ve fermuar açma-kapatma,

ayakkabı bağcıklarını bağlama-çözme, kemer takma, hava durumunu fark ederek gerekli kıyafetleri seçebilme, giysilerin tersini-düzünü, önünü-arkasını fark edebilme, ihtiyaç duyduğunda düzeltme benzeri becerileri içermektedir.³¹ İp bağlamak, çıt çıt kapamak, düğme açıp kapatmak benzeri giyinme ile ilgili beceriler el-göz koordinasyonuna ihtiyaç duyulan beceriler olarak kabul edilmektedir. Freud'a göre 12-36 ay arası çocuklar bu becerileri kazanmak için girişimlerde bulunurlar çünkü bu yaş aralığında çocukların küçük kas grupları gelişmektedir. Çocuğun kıyafetlerini yardım almadan giyebilmesi ebeveynlerinden bağımsız bir kişi olmasında önemli bir nokta olarak kabul edilmektedir.³⁰ Ancak yeterli olgunluğa ulaşmadan giyinme ve soyunma konusundaki davranışların yapılabilmesinin çocuktan beklenilmemesi gerektiği kabul edilmektedir. Giyim sektörü son dönemlerde okul öncesi çocuklar için üretilen kıyafetlerde, bu yaş grubunun yardımsız giyebileceği kolaylıklar oluşturmuş olarak kabul edilmektedir.³²

2.1.4. Tertip Düzen Becerileri

Bireylerin çocukluk döneminde kazanılması beklenen davranışlardan biri de tertip ve düzen becerisi olarak kabul edilmektedir. Bu becerinin kazanılmasında iletişimin önemli bir rolü var olmaktadır.³³ Çocuklara küçüklükten itibaren sorumluluk sahibi kişiler olmaları öğretilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Sorumluluk almak, kendi bakımlarını gerçekleştirebilme ve bağımsızlık gerçek hayatta edinilmesi gereken öncelikli değerler olarak kabul edilmektedir. Bunun için odalarını toplama, alışveriş paketlerini yerleştirme ve taşıma, çıkardıkları giysileri katlama ve yerleştirme, ev ile ilgili basit sorumlulukları yerine getirme konusunda çocukların gerçek hayata hazırlanması ve desteklenmesi gerekmektedir.³⁴

2.1.5. Kendini Tehlikelerden Koruma Becerileri

Erken çocukluk döneminde çocuğun edinmesi beklenen beceriler arasında kendini kaza ve tehlikelere karşı koruması yer almaktadır. Bu dönemde çocuk acelecilik,

dikkatsizlik ve bedensel gelişme ve büyüme kaynaklı dengesizlikler sebebiyle çok fazla tehlike ile karşılaşabilmektedir. Sosyal çevrede, okulda ve evde çocuğun karşılaşabileceği birçok tehlike bulunmaktadır. Yetişkinlerin çocuğa yönelik olumlu bir yaklaşımla yapacakları uyarılar ve farkındalık oluşturma çabaları, çocuğun kendini kaza ve tehlikelerden koruma becerisini geliştirmesine yardımcı olacaktır.¹⁴

Çocuklar yakın çevresinde birçok kazayla karşılaşabilirler ve ilk kaza deneyimleri genellikle evde yaşanmaktadır.³⁵ Çocuğun gelişim düzeyine eş seviyede okul ve ev ortamı düzenlenmeli, çocuğun gerçekleştireceği iş veya görevlerin sınırlandırılmaması ve uygun, güvenli bir ortam sağlanarak tek başına yapabilmesine fırsatlar verilmesi gerektiği kabul edilmektedir.³⁶

2.1.6. Uyku ve Dinlenme Becerisi

Çocuğun en temel gereksinimlerinden biri de uyku olarak kabul edilmektedir. Uyku gereksiniminin karşılanması için ihtiyaç duyulan davranış şekillerinin geliştirilmesi doğumdan itibaren başlayarak dikkat edilmesi gereken bir nokta olarak kabul edilmektedir.³⁷ Çocukların çoğunlukla geceleri uyuyup gündüzleri uyanık kalması sağlıklıdır fakat ilk dönemlerde gündüz uyku saatleri olmaktadır. Öncelikle ışığın fark edilmesi, sosyal etkinlikler, ses şiddeti benzeri sosyal nedenler, sıcaklık, acıkma ve yemek vakti vücudumuzun uyarılıp düzenin temin edilmesinde önemli faktörler olarak kabul edilmektedir.³⁸ Doğumla birlikte bebeğin tamamıyla karanlık bir alandan ışıklı bir ortama geçmesi, ortamın sıcaklığı, beslenme, sosyal etkileşimler ve ıslaklık gibi olaylar bebeğin uyku zamanlarının şekillendiren faktörler olarak görülmektedir.³⁹

2.1.7. Çocukların Öz Bakım Becerilerini Değerlendirme Ölçekleri

- **Vineland Uyum Davranış Ölçeği (Vineland Adaptive Behavior Scales [VABS])**

Vineland Uyum Davranış Ölçeği (VABS),⁴⁰ 1984 yılında Sparrow ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de, Alpas ve Akçakın⁴¹ tarafından 2003 yılında, doğumdan 47 aylığa kadar olan yaş grubunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek kişilerin gündelik yaşam becerilerini değerlendirmeye yönelik bir araç olarak kullanılmaktadır. Özellikle zihinsel engellilik, gelişimsel bozukluklar, otizm spektrum bozukluğu gibi durumların tanı ve takibinde kullanılmaktadır.⁴² Ölçek iletişim, günlük yaşam becerileri ve sosyal beceriler olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır.

- **Çocuklar İçin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (Functional Independence Measure for Children [WeeFIM])**

Çocuklar İçin Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (WeeFIM),⁴³ çocuklarda fonksiyonel bağımsızlığı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 18 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu maddeler, çocuğun kendine bakım becerilerini, motor becerilerini ve iletişim becerilerini kapsamaktadır. Her bir madde, 1 (tamamen bağımlı) ile 7 (tamamen bağımsız) arasında puanlanmaktadır. Toplam puanlar, çocuğun genel bağımsızlık seviyesini belirlemektedir. Bu ölçek, çocukların gündelik yaşam aktivitelerini yerine gerçekleştirme yeteneklerini ve bağımsızlık seviyelerini ölçmeye yönelik kullanılmaktadır. WeeFIM, özellikle pediatrik rehabilitasyon, gelişimsel değerlendirme ve uzun dönem izlem amaçlarıyla kullanılmaktadır.^{43, 44}

- **Öz Bakım Envanteri (Self-Care Inventory [SCI])**

Öz Bakım Envanteri (SCI) 1980’lerde Mahoney tarafından, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık seviyelerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Özellikle çeşitli gelişimsel, nörolojik veya psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin

değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Türkiye’de, Beyazgül ve ark.⁴⁵ tarafından 2024 yılında, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Genel olarak, öz bakım becerileri kişisel bakım, ev içi işlerin yönetimi ve toplumsal etkinlikleri içermektedir.⁴⁶

- **Engelli Pediatrik Değerlendirme Ölçeği (Pediatric Evaluation of Disability Inventory [PEDI])**

Engelli Pediatrik Değerlendirme Ölçeği (PEDI), 1992 yılında Haley ve Coster⁴⁷ tarafından çocukların fonksiyonel becerilerini ve engellilik düzeylerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu ölçek aynı zamanda ebeveynlerin bu süreçlerdeki rollerini de analiz etmektedir. PEDI, çocukların günlük yaşam etkinliklerindeki bağımsızlık derecelerini ve engellilik düzeylerini kişisel bakım, ev içi beceriler, sosyal etkileşimler ve toplumsal beceriler olmak üzere üç ana başlıkta değerlendirmektedir.⁴⁸ Erki ve ark.⁴⁹ tarafından 2007 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

- **Günlük Yaşam Becerileri Ölçeği (The Daily Living Skills Scale[DLSS])**

Günlük Yaşam Becerileri Ölçeği (DLSS), kişilerin günlük yaşam yeteneklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçek, kişilerin öz bakım, ev içi işler, toplumsal etkileşimler ve bağımsızlık seviyelerini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. DLSS, genellikle çocuklar ve gençler ile çalışan sağlık profesyonelleri ve eğitimciler tarafından kullanılmaktadır.⁵⁰

- **Adaptif Davranış Değerlendirme Sistemi (Adaptive Behavior Assessment System[ABAS])**

Adaptif Davranış Değerlendirme Sistemi (ABAS), ilk olarak 1990'larda McLane tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin uyumlu davranışlarını ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyelerini değerlendirmek için kapsamlı bir sistem sunmaktadır. Özellikle gelişimsel bozukluklar, öğrenme güçlükleri veya diğer zorluklarla

karşılaşan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ne kadar bağımsız olduklarını belirleme amacıyla kullanılmaktadır.⁵¹

- **Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)**

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE),⁵² bebek ve çocukların gelişimsel özelliklerini değerlendirmek için kullanılan bir tarama aracıdır. Bu envanter, çocukların gelişim alanlarındaki ilerlemeleri takip etmek, olası gelişimsel gecikmeleri erken dönemde tespit etmek ve gerekli müdahaleleri planlamak amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de geliştirilen bu envanter, kültürel olarak yerel koşullara uygun olacak şekilde düzenlenmiştir, bu da sonuçların daha güvenilir ve geçerli olmasını sağlar. Envanter, farklı yaş gruplarına yönelik olarak düzenlenmiş ve annelere "evet, hayır, bilmiyorum" şeklinde yanıtlanacak 154 maddeden oluşmaktadır. Sorular, gelişimin çeşitli fakat birbirine bağlı alanlarını (kaba motor, ince motor, dil-bilişsel, öz bakım-sosyal beceri) temsil edecek şekilde tasarlanmıştır.

- **Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)**

Mevcut çalışmada kullanılan ÖBEDE’nin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2013 yılında Yurtsever Kılıçgün⁵³ tarafından yapılmıştır. Ölçeğin amacı; ebeveynlerin çocuklarının öz bakım becerilerine sağladığı desteği belirlemektir. Ölçek 5’li likert yapıda olup, 62 maddeden oluşmaktadır. Envanter öz bakım becerilerini beslenme, dinlenme, temizlik-düzen, giyinme ve kişisel güvenlik gibi temel beş boyutta değerlendirmektedir. Çocukların öz bakım becerilerinin desteklenme durumları, 1 ile 5 arasında puanlarla ifade edilmektedir.

2.2. Çocuklarda Ağız-Diş Sağlığı

Küçük çocuklar ağız-diş sağlıklarını koruyabilmek için ebeveynlerine ya da bakımından sorumlu bireylere bağımlı olarak kabul edilmektedirler. Bağımlı durumlar ağız hijyenini sağlama, diyeti yönetme ve ihtiyaç duyulduğunda tedaviye başvurmayı

içermektedir. Tedavi edilmeyen diş problemleri; çocuğun sağlığı, yaşam kalitesi ve refah düzeyi üzerinde önemli olumsuz etkiye sahip olabilmektedir.⁵⁴⁻⁵⁸ Tedavi edilmeyen diş hastalıklarının sonuçları arasında ağrı, uyku yoksunluğu, okuldaki performansın ve sosyal aktivitelerin engellenmesi yer almaktadır.^{54, 56, 59-61} Vücut ağırlığında ve baş çevresinde azalma ile birlikte beslenme üzerinde de etkili olduğu bilinmektedir.^{57, 62-64}

Dünyanın çoğu ülkesinde periodontal hastalıklar ve diş çürükleri, önemli halk sağlığı sorunları olarak kabul edilmektedir.⁶⁵ Orta ve düşük gelirli devletlerin çoğunda, kentleşmenin artması ve yaşam koşullarında gerçekleşen değişikliklerle birlikte ağız-diş hastalıklarının görülme yoğunluğu artmaktadır.⁶⁶ Birçok gelişmiş ülkede yaklaşık son yirmi yılda çocuklarda görülen çürük şiddetinde ve sıklığında fark edilebilir bir düşüş görülmektedir. Bu azalma en fazla florür kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte hayat standartlarının artması, geniş kitlelere diş hekimliği hizmetlerinin ulaştırılması, toplumun diş sağlığı hakkında eğitilmesi ve bilinç düzeyinin artmasıyla da ilişkilendirilmiştir.⁶⁷⁻⁶⁹ Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (The American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD])'nin 2018 senesinde hazırladığı rapora göre ilk diş hekimi kontrolü 6-12 aylar arasında yapılmalıdır ve ilk diş hekimi kontrolünde ağız sağlığı konusunda diyet danışmanlığı ve ebeveynlere ağız hijyen eğitiminin verilmesi gerektiği vurgulamaktadır.⁷⁰

Çocuklarda tedavi görmemiş diş çürüklerinin sebep olduğu sorunlar birçok çalışmada bildirilmiştir.⁷¹⁻⁷⁹ Üst çene ön dişlerin zamanından önce çekilmesine bağlı olarak dil-diş ünsüzlerinin telaffuz edilememesi sonucu konuşma bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Dişlerin zamanından önce kaybedilmesi anormal dil alışkanlıkları, maloklüzyon ve kas tonusunun azalmasına neden olmaktadır.^{80, 81} Çocuklarda diş çürüğü nedeniyle çiğnemede güçlük ve ağrı gibi sorunlar, uyku süresinin ve yiyecek alımının azalmasına sebebiyet vererek büyüme ve gelişime zarar vermektedir.^{82, 83} Çürük ve

renklenmiş dişler sebebiyle iletişim sorunları, öz saygı yetersizliği ve okuldaki devamsızlık nedeniyle eğitim performansı, üretkenlik ve öğrenme süreci etkilenmektedir.⁷² Süt dişleri tedavi edilmediğinde apikal lezyon oluşursa süt dişinin altındaki daimi diş germinde “Turner hipoplazisi” oluşma riski fazladır ve bu durum, diş sağlığında ciddi sorunlara yol açabilmektedir.⁷¹

Tedavi görmemiş diş çürüklerinin neden olduğu enfeksiyöz komplikasyonlar daha ciddi vakalarda ise çocukların hastaneye yatırılmasına neden olabilmektedir. Bunu yanı sıra diş çürüklerinin tedavi maliyeti aileleri maddi ve manevi olumsuz etkileyerek hayat kalitesini düşürdüğü görülmektedir.^{71, 72}

Birçok gelişmiş ülkede yaklaşık son yirmi yılda çocuklarda görülen çürük şiddetinde ve sıklığında fark edilebilir bir azalma görülmektedir. Bu düşüş en fazla florür kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte hayat standartlarının artması, geniş kitlelere diş hekimliği hizmetlerinin ulaştırılması, toplumun diş sağlığı hakkında eğitilmesi ve bilinç düzeyinin artmasıyla da ilişkilendirilmiştir.

2.2.1. Diş Çürüğü

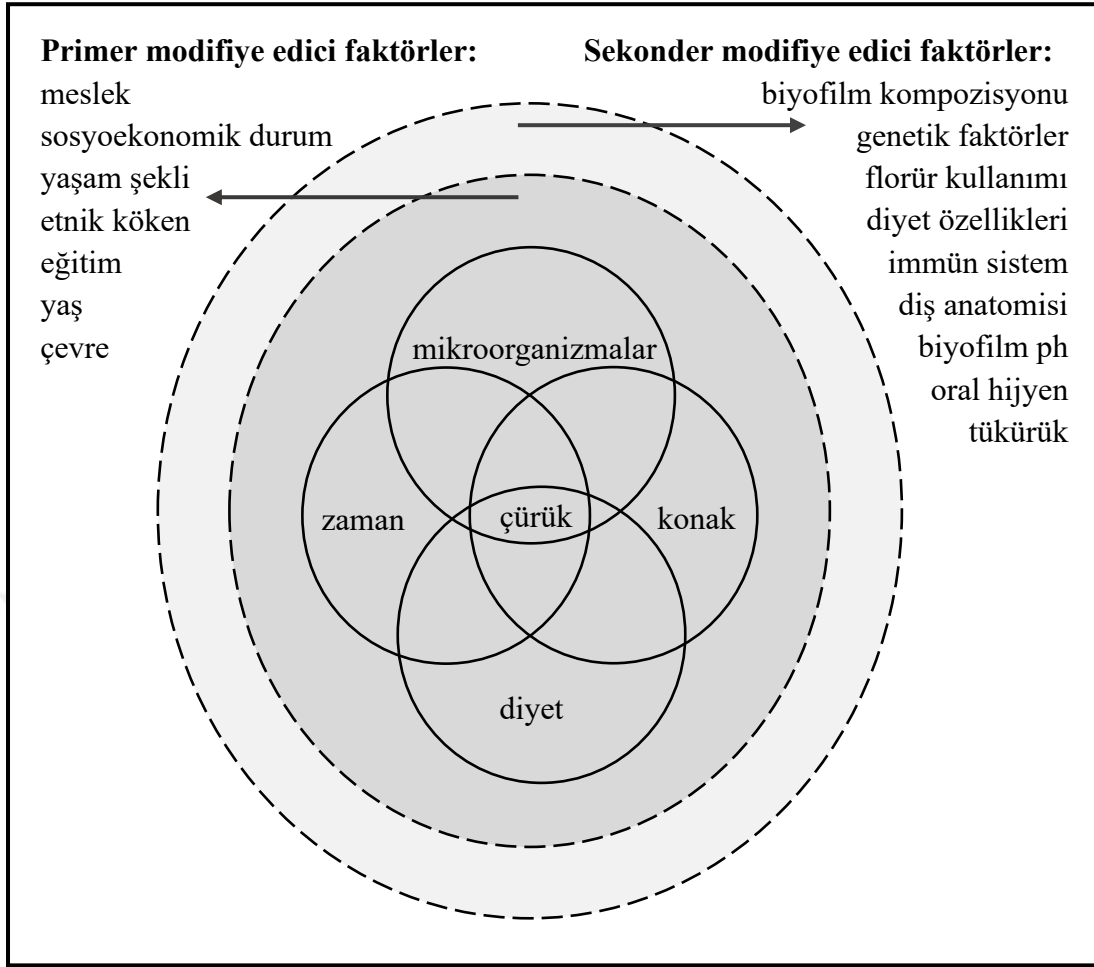
Diş çürüğü, küresel ölçekte ciddi bir toplum sağlığı problemi olarak öne çıkmakta ve en sık karşılaşılan kronik ve bulaşıcı hastalıklar arasında yer almaktadır.³⁷ Diş çürüğü dünya genelinde 3.1 milyar insanı etkileyerek hayat kalitesi üzerinde önemli bir tesire sahiptir ve bireyler, aileler ve toplum açısından büyük maliyetler doğurmaktadır.⁸⁴ Diş çürüğü, çoğu popülasyonda sık olarak görülen; fiziksel, biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal etkileri bulunan bir hastalık olarak kabul edilmektedir.⁴

Ülkemizde çürük prevalans hızı daimi dişlerde %90’a yaklaşmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) belirlediği hedeflerin ciddi miktarda gerisinde bulunmaktadır.^{85, 86} Sanayileşmiş ülkeler arasında yer alan Amerika, İskandinav ülkeleri, Japonya ve İngiltere benzeri ülkelerde, 12 yaş altı çocukların yarısından fazlasında çürük

lezyonlarının olduğu bildirilmiştir.⁸⁷ Güney Asya ve gelişmekte olan birçok ülkedeki çocukların süt dişlerinde çürük görülme sıklığı oldukça yüksek olduğu kabul edilmektedir.  nemli ölçüde önüne geçilebilecek bir hastalık olmasına karşın, prevalansının son 30 yılda neredeyse hiç azalmamış olması ciddi bir endişe kaynağı olmaktadır.⁸⁸

Diyet ile alınan karbonhidratların ağız i erisinde var olan çürük yapıcı bakteriler tarafından fermentasyonu sonucu ile oluşan asidik ürünlerin, dişin mine, dentin benzeri sert dokularında oluşturduğu lokalize doku kaybına diş çürüğü denilmektedir.⁸⁹ Diş   r ğ , mineden başlayıp daha az mineralize olan dentin tabakasına doğru yayılmaktadır. Kavitasyon oluşmadan önce, uygun bir ortam sağlanarak çürük yapıcı mikroorganizmaların etkisi baskılanabildiğinde ve gerekli diş hekimliği uygulamaları yapıldığında, diş çürüğünün daha fazla ilerlemesi durdurulabilmekte veya tersine çevrilebilmektedir.⁹⁰

Bakteri plağının yokluğunda diş çürüğü gelişmemektedir; ancak yalnız mikrobiyal depozitlerin bulunması da mine ile dentinde lezyon gelişmesi için yeterli bulunmamaktadır.⁹¹⁻⁹³ Diş   r kleri ancak çürük sürecine dahil olan faktörlerin eş zamanlı ve olumsuz bir şekilde mevcut olması durumunda ortaya çıkabilmektedir. Bu faktörler arasındaki ilişki Keyes tarafından diyagramında gösterilmiştir (şekil 2.1).⁹⁴



Şekil 2.1. Modifiye edilmiş Keyes-Jordan Diyagramı⁹⁴

Diş çürüğü patolojik ve koruyucu faktörlerin etkisi altında bulunmaktadır.⁹⁵ Bu patolojik ve koruyucu arasından sıklıkla ve devamlı değişen bir denge bulunmaktadır ve çürüğün ilerlemesi veya tersine çevrilmesi süreci bu dengenin değişimi sonucunda meydana gelmektedir.⁹⁶ Patolojik faktörler arasında; tükürük fonksiyonunun azalması, asidojenik bakteriler (*Lactobacillus* ve *Streptococcus mutans*), fermente olabilen karbohidratların miktarı ve tüketim sıklığı yer almaktadır. Koruyucu faktörler arasında; besin maddelerinin içerdiği çürük önleyici maddeler, tükürük bileşimi (florür, fosfat, kalsiyum, proteinler ve antibakteriyeller) ve akış hızı yer almaktadır.⁹⁶

2.2.1.1. Diş Çürüğünü Değerlendirme Ölçekleri

- **FS-T İndeksi**

Sheiham ve ark. 1987 yılında diş çürüğü durumunu değerlendirmek için bireydeki dolgulu ve sağlıklı dişlerin toplam miktarını belirleyen FS-T indesini tanıtmışlardır. FS-T indeksi, esas olarak bireydeki tedavi gerektirmeyen ve fonksiyon gösteren dişlerin toplam sayısının belirlenmesini amaçlamaktadır.⁹⁷ FS-T ile DMFT indeksleri dentisyonun farklı yönlerini değerlendirmektedir. DMFT indeksi, diş çürüğü ve onun sonuçları nedeniyle etkilenmiş tüm dişlerin toplam sayısını değerlendirilirken, FS-T indeksi ise fonksiyon ve sağlık durumunu göre bir değerlendirme yapmaktadır. DMFT indeksinde dolgulu dişler negatif bir etken olarak hesaplanırken, FS-T indeksinde fonksiyonuna devam ettiği için pozitif bir etken olarak değerlendirilmektedir.⁹⁸

FS-T indeksi toplumların çürük ile ilgili davranışsal ve sosyodemografik durumunu DMFT indeksine kıyasla daha iyi gösterdiği çalışmalarda gösterilmiştir.⁹⁹⁻¹⁰¹ Ancak sağlıklı ya da dolgusuz dişlerin ne kadarının çekilmiş ya da çürüklü olduğunu belirlemek mümkün olmamaktadır. Bu yüzden indeksin tek kullanılması yerine DMFT indeksiyle beraber kullanılması tavsiye edilmektedir.^{99, 102} Günümüzde, FS-T indeksi epidemiyolojik çalışmalarda nadiren kullanılmaktadır.⁹⁸

- **SiC İndeksi (Significant Caries Index)**

Diş çürüğünün toplumlarda heterojen bir dağılım gösterdiği bilinmektedir. Çürüksüz kişi sayısının gelişmiş toplumlarda fazla olması, DMFT ortalamasını azaltmakta ve çürükten etkilenmiş grubun varlığını gizlemektedir.¹⁰³ Bu bağlamda Brathall 2000 yılında SiC indeksini sunmuştur. Bu indeks, araştırılan toplumdaki en fazla çürük değerine sahip kişileri öne çıkarmayı hedeflemektedir.¹⁰⁴

DMFT indeksi temel alınarak hesaplanmaktadır. Hesaplama sırasında, değerlendirilen kişilerin DMFT skorları düşükten yüksek değere doğru sıralanmaktadır.

Sonrasında popülasyonun en fazla DMFT skorlarına sahip 1/3'lük alt bölümü belirlenir ve bu alt bölümün ortalama DMFT skoru hesaplanmaktadır. Bulunan skor ilişkili popülasyonun SiC indeks puanını vermektedir.¹⁰⁴

Bu indeks toplumlarda çürüğe en fazla maruz kalan kısmı belirleyip bu kısım için sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi açısından yararlı olmaktadır. Fakat DMFT indeksinin bütün dezavantajlarını da taşımaktadır.⁹⁸

- **Nyvad Sistemi**

1999 yılında Nyvad ve ark. çürük lezyonlarının aktivitesini kaydetmeyi hedefleyerek oluşturulmuştur. Çürük lezyonun derinliğinden çok sahip olduğu yüzey özelliklerine dikkat edilmektedir.¹⁰⁵

Bireyde değerlendirilmeye dahil edilen bütün dış yüzeylerine, belirlenen kriterlere göre 0-9 aralığında değer verilmektedir. Tek yüzeyde birden çok lezyon türü mevcut olduğunda, en şiddetli lezyonun değeri kaydedilmektedir. Lezyonların şiddeti, öncelikle lezyonların aktivitesine göre belirlenmektedir ve buna göre sıralanmaktadır. Aktif çürük lezyonlar, inaktif çürük lezyonlara kıyasla daha ciddi olarak değerlendirilmektedir. Yüzey bütünlüğüne göre; kavitasyonlu lezyonlar, yüzey bütünlüğü bozulmuş lezyonlar ve sağlam yüzeyler şeklinde sıralanmaktadır.¹⁰⁵

- **ICDAS I ve II**

ICDAS komitesi, 2002 yılında epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda, diş hekimliği eğitimi ve klinik uygulamalarda kullanılacak yeni bir indeks oluşturmak amacıyla toplanmıştır. ICDAS indeksi, diş çürüğünün henüz kavitasyon oluşmadığı en erken aşamasından pulpaya ulaştığı aşamaya kadar olan süreçte tespit edilip değerlendirilmesini amaçlamaktadır.¹⁰⁶

2002 senesinde geliştirilen ICDAS kriterleri, bazı revizyonlar yapılarak 2005 senesinde ICDAS II adıyla sunulmuştur. ICDAS komitesi, başlangıç çürüklerinin

tanısında gözle muayene yapılırken, plaktan temizlenmiş diş yüzeyinde ve hava spreyi ile kurutulduktan sonra yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, iatrojenik defektlerin oluşmasını önlemek amacıyla, başlangıç çürüklerinin muayenesinde keskin sond yerine yuvarlak uçlu periodontal sond kullanılması önerilmektedir.^{107, 108}

ICDAS sistemi çürükleri; koronal çürük (fissür, pit, bukkio-lingual ve mesio-distal), fissür örtücü/restorasyon ile bağlantılı çürükler ve kök çürükleri olmak üzere sınıflandırmaktadır.¹⁰⁶ Koronal çürüklerin değerlendirilmesinde iki basamaklı bir sistem kullanılmaktadır. İlk basamakta yüzey; fissür örtücü yapılmış, restore edilmiş ya da kayıp olmasına göre gruplandırılmaktadır (Tablo 2.1). İkinci basamakta yüzey çürüğün ilerlemesine göre değerlendirilmektedir (Tablo2.2).

Tablo 2.1. ICDAS-II sisteminde birinci basamak; fissür örtücü, restorasyon ve kayıp durumunun sınıflandırılması

skor	Klinik durum
0	Sağlam, restorasyon ya da fissür örtücü yok.
1	Tüm fissür ve pitleri örtmeyen kısmi fissür örtücü
2	Tüm fissür ve pitleri örten fissür örtücü
3	Diş renginde restorasyon (rezin/cam iyonomer siman)
4	Amalgam restorasyon
5	Paslanmaz çelik kron (PÇK)
6	Porselen/Veneer/ PFM/altın kron
7	Kayıp ya da kırık restorasyon
8	Geçici restorasyon
9	Diş eksikliği/özel durumlar
9-6	Yüzeye erişim sorunu sebebiyle değerlendirme yapılamaması
9-7	Çürük sebebi ile diş kaybedilmesi
9-8	Çürük dışında nedenlerle diş kaybı

Tablo 2.2. ICDAS-II sisteminde ikinci basamak; çürük durumunun sınıflandırılması

skor	Klinik durum
0	Beş saniye hava spreyi ile kurutma yapıldığında diş yüzeyinde çürük tespit edilmez. Florozis, mine hipoplazisi vb. gelişimsel defektler; erozyon, abrazyon, atrizyon vb. diş aşınmaları; intrinsek ve ekstrinsek renklenmelere sahip diş yüzeyleri sağlam olarak değerlendirilir.
1	Hava ile beş saniye kurutma sonrasında çürük ile bağlantılı renklenme ya da opasite.
2	Diş nemliken minede kahverengi veya opak olarak görülen belirgin görsel değişiklikler.
3	Dentine ulaşmamış, sınırlı mine yıkımı. Diş nemliken yalnızca kahverengi ya da opak renk değişikliği gözlenirken, hava ile beş saniye kurutma sonrası minedeki madde kaybı gözlenir.
4	Renklenmiş dentinin aşağıdan koyu yansıması izlenir. Dentinin üstündeki minede madde kaybı olabilir veya olmayabilir.
5	Restorasyonlu dişlerde restorasyon ile diş yüzeyi arasındaki mesafenin 0.5 mm'den fazla, dentine uzanan çürük sebebiyle kavitasyon gözlenen yüzeyler ve dentine uzamış kavitasyonlar.
6	Yüzeyin yarısından çoğuna uzanan dentini içine alan kavite oluşumu gözlenir. Çürük kavitesi pulpaya ilerlemiş olabilir.

- **SCI İndeksi (Spesific Caries Index)**

SCI indeksi Acharya¹⁰⁹ tarafından 2006 yılında tanıtılmıştır. Bu indeks, tedavi görmemiş çürüklerin diş yüzeylerine olan etkisini hem niceliksel hem de niteliksel olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Tablo 2.3. SCI İndeksi skarlama kriterleri

Skor	Klinik durum
0	Çürük yoktur.
1	Ön grup dişlerin lingual pitlerinde çürük lezyon varlığı. Arka grup dişler için bukkal pitler, fissürler ve oklüzal yüzeyde çürük bulunması
2	Arka grup dişlerde proksimal çürük
3	Ön grup dişlerde insizal kenara uzanmayan proksimal çürük
4	Ön grup dişlerde insizal kenarı kapsayan proksimal çürük
5	Dişin servikalinde çürük lezyon varlığı
6	Ön grup dişlerin insizal kenarları ve arka grup dişlerin oklüzal tüberkül tepelerinde çürük varlığı
6A	Çekim endikasyonuna sahip geniş çürüklü dişler ya da yalnızca kök artıkları

- **CAST İndeksi (Caries Assessment Spectrum and Treatment Index [CAST])**

Frencken ve ark.'nın¹¹⁰ yürüttüğü bir araştırmada, çürüğün hem pulpa ile periapikal dokularda hem de dişin sert dokularında neden olduğu yıkımı araştırmak için PUFA ve ICDAS-II indeksleri birlikte kullanılmıştır. Araştırmacılar iki farklı indeksin kullanılmasının, çalışma sonuçlarının raporlanmasında zorluklara sebep olduğunu bu yüzden çürüğün erken dönemlerini ve ileri dönemlerini içeren tek bir indekse ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir.¹¹¹ Frencken ve ark. bu olaydan yola çıkarak 2011 senesinde CAST indeksini tanımlamışlardır (Tablo 2.4).¹¹¹

CAST indeksi çürüksüz, restorasyon veya fissür örtücü bulunan dişlerin yanı sıra çürüğün diş dokularındaki ilerleyişinin, çürükten kaynaklanan fistül ya da apse bulunmasının, çürük kaynaklı kaybedilmiş dişlerin değerlendirilmesine imkan tanımaktadır. Ayrıca kaydedilen veriler üstünden hastaya ait DMFT indeksi de hesaplanabilmektedir. CAST indeksi bu sebeplerden dolayı DMFT, PUFA ve ICDAS II

indekslerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuş en geniş kapsamlı çürük indeksi olarak bilinmektedir.¹¹²

CAST indeksi, çürüğü sağlam diş yüzeyinden başlayıp çürük sebebiyle dişin kaybına kadar ki tüm seviyelerini, mevcut durumun şiddetine göre ilerleyen bir kodlama sistemi yardımıyla göstermesi diğer indekslere kıyasla temel avantajı olarak kabul edilmektedir.¹¹² Başlangıç lezyonlarının belirlenmesinde kuru ortama ihtiyaç duyulması genel görüş iken CAST indeksinde kurutma yapılmadan değerlendirme yapılması indeksin dezavantajı olarak görülmektedir.¹¹³

Tablo 2.4. CAST indeksi kodları

Karakteristik	Kod	Klinik görünüm
Sağlam	0	Görsel olarak çürüğün bir belirtisi mevcut değildir.
Örtücü	1	Fissür ve pitlerde kısmen veya tamamen örtücü bulunması
Restorasyon	2	İndirekt veya direkt teknikle uygulanmış restoratif materyal
Mine	3	Yalnızca mineyi içeren, doku kaybı olan veya olmayan bariz renk değişikliği
Dentin	4	Mine kaybı bulunan ya da bulunmayan, dentinden yansıyan çürükle bağlantılı renk değişimi
Dentin	5	Pulpaya ulaşmayan dentin kavitasyonu
Pulpa	6	Pulpayı içine alan kavitasyon veya sadece kök bulunması
Fistül/Apse	7	Pulpa ile bağlantılı fistül ya da apse varlığı
Kayıp	8	Çürük sebebiyle kaybedilen diş
Diğer	9	Diğer durumlar

- **DMFT/dmft ve DMFS/dmfs İndeksi**

DMFT indeksi ilk kez 1938 senesinde Klein ve Palmer tarafından tanımlanıp, toplumun ağız ve diş sağlığını değerlendirme amacıyla yapılan epidemiyolojik çalışmalarda en sık ve önemli indeks olarak kabul edilmektedir.^{101, 114, 115} Bu indeks sisteminin kullanılmasındaki amaç, birbirinden farklı toplumların çürük düzeyini anlamlı bir şekilde kıyaslayabilmektir.¹¹⁶

DMFT indeksi kişiye ait çürük dişler, çürük sebebiyle kaybedilen dişler ve dolgulu dişlerin toplam miktarını değerlendirmeyi sağlamaktadır.¹¹⁷ DMFT indeksinde yer alan D, kavitasyon gösteren çürük daimi dişleri; M, çürük sebebiyle kaybedilmiş daimi dişleri; F, tedavi edilen dolgulu daimi dişleri göstermektedir. Her diş için tek değer verilmektedir. Yetişkinlerde yirmilik dişlerin dahil edilme durumuna bağlı olarak 0-28 veya 0-32 arasında değişmektedir.

Bödecker¹¹⁸ ise 1939 yılında DMFT indeksinin farklı bir şekli olan DMFS (çürük, kayıp, dolgulu yüzey) indeksini önermiştir. Bu indekste, diş sayısı yerine yüzey sayısı hesaplanmaktadır. DMFS indeksinde anterior dişlerde dört, premolar ve molar dişlerde ise beş yüzey değerlendirilmektedir. Buna bağlı olarak, bireyin DMFS değeri 0 ile 128 veya 148 arasında değer almaktadır.¹¹⁹

DMFT/DMFS indeksi süt dişlerinde kullanıldığı zaman küçük harflerle gösterilerek dmft/dmfs adını almaktadır. dmft indeksinde yer alan d, kavitasyon gösteren çürük süt dişleri; m, çürük sebebiyle kaybedilmiş süt dişleri; f, tedavi edilen dolgulu süt dişleri göstermektedir.¹¹⁹ dmft skoru 0-20 arasında değer almaktadır.^{120, 121} Karışık dişlenme döneminde süt dişlerinin değerlendirilmesinde, fizyolojik ekfoliyasyon ile çürük sebebi ile çekim durumu birbirine karıştırılabilmektedir. Bu yüzden karma dentisyonda dmft indeksinin bir modifikasyonu olan def indeksinden kullanılmasının önerildiği belirtilmiştir. Bu indekste çürük sebebiyle çekildiği varsayılan dişler “e” kodu ile gösterilmektedir.¹²²

DMFT indeksi, pratikte uygulanması kolay ve basit olup yüksek tekrarlanabilirliği kanıtlanmış olsa da çeşitli kısıtlamaları sebebiyle eleştirilmektedir.^{103, 123} İndeekte çürük, dolgulu veya çürük sebebiyle çekilmiş dişler DMFT toplam puanını eşit miktarda etkilediği için dentisyonun gerçek durumunu yansıtmakta yanıltıcı olabilmektedir.¹²⁴ Bu indeks diş çürüğünün ilerleme hızı, aktivitesi ve şiddeti hakkında bilgi

sağlamamaktadır.¹²² Diğer bir dezavantajı, geri dönüşümsüz olarak kabul edilmesidir. Bireyin tedavi gereksinimi karşılanırsa bile toplam DMFT değeri azalmamaktadır.¹²⁴ Epidemiyolojik veriler toplanırken, başlangıç aşamasındaki kavitsiyonsuz çürük lezyonlarının değerlendirilmeye alınması, koruyucu uygulamaların planlanması açısından önemli olmaktadır.¹⁰³ Ancak, DMF indeksinde yalnızca belirgin kavitsiyona sahip lezyonlar çürük olarak değerlendirilmektedir.¹²⁵

- **PUFA/ pufa İndeksi**

DMFT indeksi çürük, dolgulu ve kaybedilen dişler hakkında bilgi vermesine rağmen, tedavisi yapılmamış diş çürüklerinin diş apsesine neden olup olmadığı veya pulpa ile ilişkisi gibi klinik sonuçlar hakkında bilgi vermede yetersiz olmaktadır.¹²⁶ Bu sebeple 2010 senesinde Monse ve ark. tarafından tedavi görmemiş diş çürükleri sebebi ile ortaya çıkan ağız bulgularının değerlendirilebilmesi için PUFA indeksi oluşturulmuştur. DSÖ bu indeksin kullanımını desteklemiştir.⁷⁹

Daimi ve süt dişler için PUFA/pufa indeksi birbirinden ayrı hesaplanmaktadır. Daimi dişler için büyük harfler (PUFA) kullanılırken, süt dişleri için küçük harfler (pufa) kullanılmaktadır. Bu indeks pulpayı içeren çürük kaviteleri, yumuşak dokuda görülen ülserasyon, apse ve fistül varlığını göstermektedir. Değerlendirmede sond kullanılmaz, yalnız görsel muayene ile yapılmaktadır. İlgili semptomu gösteren dişler 1 değerini alır ve bu dişlerin toplamı kişinin toplam PUFA değerini göstermektedir. Süt dişleri için 0 ile 20 aralığında bir değer alırken daimi dişler için 0 ile 32 aralığında bir değer almaktadır.⁷⁹

2.2.2. Çocuklarda Periodontal Hastalıklar

Periodontal hastalıklar dişleri çevreleyen ve destekleyen dokuların (alveol kemiği, PDL, sement, diş eti) kalıtsal veya edinilmiş bozukluklarını içermektedir.¹²⁷ Ağız ve diş sağlığının önemi, genel sağlığın önemli ve tamamlayıcı bir parçası olmasından kaynaklanmaktadır. Bireyler yaşamları boyunca diş etleri ile ilgili problemlerle

karşılaşmaktadır.¹²⁸ Periodontal hastalıklara en sık ağız içi patojen mikroorganizmalar ve ağız hijyeninin kötü olması sebebi ile dişlerin çevresinde oluşan dental plak neden olmaktadır.^{129, 130} Epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre, plak sonucu oluşan gingivitis periodontal hastalıkların en fazla görülen formu olmaktadır.¹³¹ Plaka bağlı oluşan gingivitiste diş etlerinde hiperemi, ödem, kanama vb. sıklıkla kişinin anlayabileceği belirtiler görülmektedir.¹³² Gingivitis ve periodontitisin önlenmesi, nedensel ve risk faktörlerinin kontrol edilmesine dayanmaktadır. Etkili ağız hijyeni sağlanamadığında oluşan periodontal biyofilmler, en yaygın kabul edilen risk faktörü olmaktadır. Bununla beraber, diyabet, sigara, etnik köken, periodontal biyofilimde spesifik gram negatif anaerobik bakteri çeşitleri, yetersiz eğitim düzeyi, seyrek diş hekimi kontrolü, genetik etkiler, ileri yaş, erkek cinsiyeti, diyabet, depresyon ve psikososyal stres gibi çeşitli faktörlerin de periodontal destek doku kaybı ile ilişkili olduğu ve periodontitisin önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir.^{133, 134}

2.2.2.1 Periodontal Sağlığı Değerlendirme Ölçekleri

- **Plak İndeksi (Quigley ve Hein)**

1962 yılında Quigley ve Hein tarafından dişler üzerindeki plak birikimini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Plak birikimi, diş eti kenarına yakın bölgede boyama yöntemiyle belirlenmektedir ve her diş yüzeyi için 0 ile 5 arasında bir skor verilmektedir.¹³⁵

- **Aproksimal Plak İndeksi (API)**

Dişler arasındaki (aproksimal) bölgelerdeki plak birikimini değerlendiren bir ağız hijyeni ölçüm yöntemi olarak kabul edilmektedir. API, bireylerin ağız bakım alışkanlıklarının yeterliliğini belirlemek ve periodontal hastalıklar açısından risk altında olup olmadıklarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Plak varlığı, "plak yok (-)" ve "plak var (+)" olarak değerlendirilmektedir ve yüzdelik (%) olarak hesaplanmaktadır.¹³⁶

- **Plak Kontrol Kaydı**

Plak Kontrol Kaydı İndeksi, dişler üzerindeki plak birikimini sistematik bir şekilde değerlendirmek ve izlemek için kullanılan bir araç olarak kabul edilmektedir. Bu indeks, plak miktarını ve dağılımını ölçmek amacıyla dişlerin farklı bölgelerindeki plak birikimini belirlemektedir. Çeneler üç segmente ayrılmaktadır; anteriorda 1 segment ve posteriorda 2 segment bulunmaktadır. Skorlar ise 0 ile 3 arasında verilmektedir.¹³⁵

- **Plak İndeksi (Silness&Løe)**

Plak indeksi (Pİ), dental plak miktarının değerlendirilebilmesi için 1964 senesinde Silness ve Løe tarafından oluşturulmuştur. Pİ, diş etrafındaki plak varlığı ve yerleşimi hakkında bilgi vermektedir. Plak varlığı hem gözle hem de periodontal sond ile değerlendirilmektedir. Hastanın oral hijyen düzeyinin belirlenmesini sağlamaktadır.^{137, 138}

- **Gingival İndeks (Silness&Løe)**

Diş eti inflamasyonu derecesinin değerlendirilebilmesi için 1963 senesinde Silness ve Løe tarafından oluşturulmuştur. Gingival indeks (Gİ) kullanılarak diş eti rengindeki değişim, iltihap varlığı ve plak oluşumundan sonra gelişen diş eti kanamaları değerlendirilmektedir.^{137, 138}

- **Sondalamada Kanama İndeksi**

Sondalamada kanama indeksinde (SKİ) sond cep içerisinde hafifçe gezdirilir ve kanama durumu değerlendirilir. Bütün dişlerin bukkal, lingual, mesial, distal diş eti kısımlarında yapılan sondalama uygulamasını takiben 10-15 saniyede kanama görülürse pozitif değer verilmektedir. Kanama izlenen bölgenin, incelenen tüm bölgeye oranı % ile ifade edilmektedir.¹³⁹

2.3.İhmal

İhmal, çocuğun bakımından mesul bireyin bu sorumluluğu yerine getirmemesi, sağlık, giyim, tıbbi, beslenme, eğitim, duygusal veya sosyal gereksinimler veya yaşam

koşullarının sağlanabilmesi için ihtiyaç duyulan alakayı göstermemesi, çocuğu duygusal veya fiziksel açıdan önemsememesi olarak tanımlanmaktadır.¹⁴⁰⁻¹⁴²

İhmale uğrayan çocukların ebeveynlerinin, her zaman, yoksul bireyler olmaları gerekmemektedir. Bu aileler arasında maddi durumu yeterli olanlar da görülebilmektedir.¹⁴³ Fiziksel, duygusal, tıbbi ve cinsel ihmal olarak farklı tipleri bulunmaktadır. İhmal olayları fiziksel istismardan daha sık görülmesine rağmen önemli bir yaralanma veya ölümle sonuçlanmadığı takdirde önemsenmemektedir.¹⁴⁴ Literatürde sıklıkla çocuk istismar ve ihmali birlikte kullanılan kavramlar olmasına rağmen bu kavramlar birbirleri ile aynı anlama gelmemektedir, pasif ve aktif olmasına göre farklılık içermektedirler. İhmal pasif, istismar aktif bir olgudur.^{141, 145}

Maalesef ki ihmal ve istismar (cinsel, fiziksel ve duygusal) dahil olmak üzere çocuklara kötü davranışlar dünyada trajik bir gerçeklik olarak yaşanmaya devam etmektedir. Kötü davranışın en yaygın türü ihmaldir ve Birleşik Krallık'ta çocuk koruma kayıtlarındaki veya çocuk koruma planlarına konu olan tüm çocukların %44'ünde, ABD'de ise %78.3'ünde rapor edilmiştir.^{146, 147} Avustralya'da duygusal istismar ve çocuk ihmali, çocuklara yönelik en yaygın olarak kanıtlanmış zarar verme türleri arasında bulunmaktadır.¹⁴⁸ Radford ve ark. yaptıkları bir araştırmada 11 yaş altı her 20 çocuktan birinin (%5) bir noktada ihmale maruz kaldığını ve her 30 çocuktan birinin (%3.7) ise ciddi bir ihmale maruz kaldığını bildirmişlerdir.⁵⁸ UNICEF iş birliğiyle gerçekleştirilen "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" kapsamında, 2008 senesi Mayıs-Ağustos döneminde 61 ilde olmak üzere, 7-18 yaş arası 1886 çocukla (%46 kız, %54 erkek) görüşme yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, çocukların %10'u cinsel istismara, %56'sı fiziksel istismara ve %49'u duygusal istismara tanık olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁹

2.5.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun olumsuz şartlarda yaşatılması, hijyene dikkat edilmemesi, sağlıklı besinlerle yetersiz beslenmesi, ev içindeki ya da dışındaki kazalara karşı yetersiz korunması ve temiz giydirilmemesi olarak tanımlanmaktadır.¹⁵⁰

Fiziksel istismar, teşhis edilmesi en basit olan istismar türü olarak kabul edilmektedir. Çocuğun kaza dışında fiziksel olarak olumsuz etkilenmesinin yanı sıra çocuğa duygusal olarak zarar vermektedir.^{151, 152} Yapılan araştırmalara göre, fiziksel istismar sebebiyle sakatlanan ve vefat eden çocukların sayısının göz ardı edilemeyecek seviyede yüksek olduğu rapor edilmiştir.¹⁵³⁻¹⁵⁵ Kazalar, Türkiye'deki bir ila dört yaş arasındaki çocuk ölümlerinin sebepleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır. Tüm çocuk ölümlerinin 1/3' ini ise ev kazaları sebep olmaktadır. Çocukların yaşı büyüdükçe ev kazalarının yaşanma oranı azalmaktadır.¹⁵⁶

Literatürde fiziksel ihmal ile ilişkili birçok risk faktörü öne sürülmektedir. Erkek çocukları, birden fazla kardeşle veya başka çocuklarla birlikte yaşayan çocuklar ihmal edilme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır.¹⁵⁷⁻¹⁵⁹ Özellikle, dört veya daha fazla çocukla birlikte yaşayan çocukların, kardeşleri olmayan veya başka çocuklarla yaşamayan çocuklara göre üç katı kadar fazla fiziksel ihmal riskiyle karşılaştığı belirlenmiştir.¹⁵⁹ Tek ebeveynle yaşayan çocukların, anneleri genç olanların ve ebeveynleri depresyonlu olan çocukların da ihmal yaşama olasılıkları daha yüksek olmaktadır.¹⁵⁸⁻¹⁶¹ Ayrıca nesiller arası travmanın da fiziksel ihmalde rol oynadığı bulunmuştur. Özellikle, çocukluğunda fiziksel istismar, ihmal veya cinsel istismar hikayesi mevcut olan ebeveynlerin çocuklarına kötü muamelede bulunma olasılıkları, bulunmayanlara göre daha yüksek olmaktadır.¹⁶²⁻¹⁶⁴

2.5.2.Duygusal İhmal

Psikolojik ihmal olarak da adlandırılabilen duygusal ihmal, çocuğun temel gereksinimlerinin dışında saygı, özgüven, ilgi, yakın ilişki, sevgi gibi duygusal gereksinimlerinin önemszenmemesi veya karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır.¹⁶⁵ Duygusal ihmal de çocuğun kapasite, nitelik ve arzularını devamlı bir şekilde kötüleme, çocuğu sosyal hayattan mahrum bırakma, terk etme veya insanüstü güçlerle tehdit etme, çocuğun gücüne ve yaşına uygun olmayan taleplerde bulunma, toplum geneline uymayan çocuk bakım şekilleri ile yetiştirme gibi hareketler görülmektedir.¹⁶⁶ Bu hareketler bir kez ya da yinelenen şekilde görülmekle birlikte çocuğun psikolojik, gelişimsel ya da duygusal iyilik durumunu zedelemektedir.¹⁶⁷ Duygusal ihmal ve istismarın izole etme/yalnız bırakma, yok sayma/reddetme, suça yöneltme/ıtme, korkutma/yıldırma, olmak üzere alt tipleri bulunmaktadır.¹⁶⁸⁻¹⁷² En sık rastlanılan duygusal istismar tipi korkutma/yıldırtma olarak tespit edilmiştir. Trickkett ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada, herhangi bir istismar türüne maruz kalan 303 çocuğu değerlendirdiklerinde, çocukların yaklaşık yarısının birden fazla duygusal istismar türüne maruz kaldığını bulmuşlardır. Araştırmacılar, daha önce yapılan değerlendirmede çocukların sadece %9'unun bu teşhisi aldığını ifade etmişlerdir.¹⁷³

Duygusal ihmal, yalnız başına ya da başka bir ihmalle veya istismarla birlikte görülebilmektedir. Sözlü ya da sözsüz, pasif ya da aktif, istemli veya istemsiz olarak yaşanan bir suç neticesinde meydana gelebilmektedir. Duygusal ihmal için fiziksel temas yaşanması zorunlu olmamaktadır.¹⁷⁴ Suçlu ve çocuk arasında etkileşim neticesinde meydana gelmektedir, yaşanan bu olumsuz durum sonucunda çocuk kendini önemsiz, sevgisiz ve eksik hissetmektedir.¹⁷⁵ Çocuğu bakmakla yükümlü kişinin bu gruplar altındaki tutumları yineleyici bir şekilde yapması istismarı oluşturur ve bunun neticesinde çocuğun sosyalizasyonu ve gelişimi zarar görmektedir.^{168, 172} Duygusal istismara maruz

kalan çocukların; IQ değeri, zihinsel ve fiziksel gelişimi, akademik performansı, beyin hacmi, öğrenme kapasitesi ve hafızasının etkilendiği gösterilmiştir.¹⁷⁶ Aynı zamanda bu çocuklarda depresyon, kişilik ve davranış bozuklukları, saldırganlık ve kaygı bozuklukları da görülebilmektedir.¹⁷⁷ Duygusal istismar neticesinde stres seviyeleri yükselir, oluşan bu psikolojik durum dışında bazı organik değişiklikler de ortaya çıkmaktadır. Artmış kan basıncı, kalp atımı ve kortizol seviyeleri gibi bulgular gözlenmektedir. Kronik olarak artmış kortizol seviyeleri neticesinde beyin gelişimi gecikmektedir ve ileriki yıllarda da vücudun stres anında vereceği cevabı etkilemektedir.¹⁷⁸⁻¹⁸²

Çocuklar duygusal istismara maruz kaldığında erişkin dönemde de ciddi sosyal, davranışsal ve psikolojik zorluklar yaşadıkları görülmüştür. Uzun dönemde bu çocuklarda şiddete eğilim ve saldırganlık, yeme bozuklukları, ilaç ve alkol kullanıma eğilim, stres anında uygun olmayan yanıt verme gibi bedensel ve zihinsel hastalık riski yükselmektedir.¹⁶⁷ Ayrıca, migren, şizofreni ve kardiyovasküler gibi hastalıkların da duygusal istismarla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir ve bu alanda araştırmalar sürdürülmektedir.¹⁸³ Duygusal ihmalin tespit edilmesi fiziksel ihmal ile kıyaslandığında daha zor olmaktadır.¹⁶⁵ Fiziksel ihmal veya istismarın bulunduğu vakalarda, duygusal istismar görülme oranı %75-90 arasında bulunmaktadır.¹⁸⁴

Duygusal istismar ve ihmal genellikle diğer tür istismarlarla (bilhassa fiziksel istismarla) birlikte görülmesi ve başka istismar türlerine öncelik gösterilmesi, duygusal istismarın tanımlanması ve tanınmasını zorlaştırmaktadır.^{172, 184} Cinsiyet açısından, duygusal istismarın görülme sıklığında ciddi bir fark görülmemektedir. 6-8 yaş aralığında en üst seviyeye ulaşmakta ve ergenlik döneminde nerdeyse aynı düzeyde kalmaktadır.¹⁷²

2.5.3. Cinsel İhmal

Çocukların cinsel gelişimlerine ihtiyaç duyulan önemin verilmemesi, cinsel kullanıma karşı yeterince korunmaması ya da ilgisizlik gösterilmesine cinsel ihmal denilmektedir.¹⁴⁰ Çocukların ailelerinden yeterli sevgi ve ilgi görmesi, bu gereksinimlerinin karşılanması çocukların istismar ve ihmale uğrama riskini azaltacaktır.¹⁸⁵ Ebeveynlerin, çocuklarına cinsiyet rolleri, cinsel kimlik, vücut farkındalığı, aşk, istismar ve ihmal konularında bilgi vermeleri ve güvenli bir şekilde yönlendirmeleri, bu konularda doğru rehberlik yapmaları önemli olmaktadır.¹⁸⁶ Çocuklara bu dönemde aktarılan bilgiler, onların gelişim seviyelerine uygun olması gerekmektedir.¹⁸⁷ Çocukların mahremiyetine ve özel yaşamlarına saygı göstermek ve farklı yaş grubuna sahip çocukların problemlerine dikkatle yanıt vermek önem arz etmektedir. Çocukların kendi bedenleri, duygusal ve fiziksel yönleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları, onların birtakım istismarlara karşı korunmasız kalmalarına neden olabilmektedir.¹⁸⁸

2.5.4. Dental İhmal

AAPD, diş ihmalini “ebeveyn veya velinin, çocuğun ağız sağlığını korumak ve ağrı ile enfeksiyonlardan kaçınmak için gereken tedaviye başvurmama ve bu tedaviyi takip etmeme konusundaki kasıtlı başarısızlık” olarak tanımlamaktadır.¹⁸⁹ Diş ihmalinin daha kapsamlı bir tanımı, İngiliz Pediatrik Diş Hekimliği Derneği tarafından şöyle ifade edilmiştir: "Bir çocuğun temel ağız sağlığı ihtiyaçlarını sürekli olarak karşılamada başarısızlık, çocuğun ağız veya genel sağlığının ya da gelişiminin ciddi şekilde bozulmasına neden olabilmektedir. Bu durum, tek başına ortaya çıkabileceği gibi, daha geniş bir ihmal veya istismar sorununun belirtisi de olabilmektedir." Bu tanım AAPD'nin tanımıyla tutarlı olsa da "kasıtlı" yerine "sürekli" teriminin kullanılması, diş ihmali teriminin uygulanabilirliğini genişletmektedir.¹⁹⁰

İhmal; tıbbi, dental, fiziksel, eğitimsel, duygusal vb. sebepli olabilmektedir.¹⁹¹ DSÖ, ihmal ile yoksulluğun birbirinden ayırt edilmesini belirtmektedir; çünkü ihmalin ancak bakıcı ya da ebeveynlere yeterli kaynakların mevcut olduğu koşullarda ortaya çıkabileceğini göstermektedir.¹⁹² Diş ihmalinin tanınması ve bildirilmesi önem arz etmektedir, çünkü bu ihmal genel fiziksel ihmalin başlangıç belirtilerinden biri olabileceği gibi önemli bir ağız ve ağız fonksiyonu kaybının potansiyel bir nedeni de olabilmektedir.^{62, 193}

Dental ihmalin üç şekli görülmektedir:

1. Aktif ihmal; anne-babanın veya çocuğu bakmayla yükümlü kişinin kasten bakım görevini yapmamasıdır.
2. Pasif ihmal; hastalık, sakatlık, ekonomik yetersizlikler, bilinç eksikliği gibi nedenler yüzünden kasıtlı olmadan çocuğun bakımının sağlanamamasıdır.
3. Self ihmal; kişinin bilişsel, gelişimsel ve fiziksel ihtiyaçlarını sağlamadaki başarısızlığıdır.¹⁹³

Çocuklarda dental ihmal ile ilgili kesin kanıtları belirlemek zor olmasına rağmen, dikkat edildiğinde diş hekiminin kuşkulanasına yardımcı olabilecek birçok bulgu ve semptomlar bulunmaktadır. Çocukta herhangi bir kişinin bile görüp kolaylıkla tespit edebildiği tedavi görmemiş çürük dişler mevcut olmaktadır. Ağız içerisinde ve/veya ekstra oral bölgelere de yayılan tedavi uygulanmamış ülser benzeri enfeksiyonlar görülebilmektedir. Çocuk diş çekimi ve/veya diş ağrısının tedavisi amacıyla birden çok genel anestezi almış olabilir. Önceki yıllarda geçirilmiş ve tedavisi uygulanmamış orofasiyal ve dental travmalar ve bu bölgelerde önemsenmemiş kanamalar görülebilmektedir. Sistemik olarak çocuğun tüm sağlığını negatif yönde etkileyen diş, ağız ve çene hastalıkları görülmektedir.¹⁹³

Ancak dişsel ihmal ile diş çürükleri arasında net bir ayrıma varmak güçtür ve ihmal olarak değerlendirilmesi gerekli çürükler için açık, değişik semptomlar da bulunmamaktadır. Bununla birlikte diş çürüğünün var olması mutlaka dental ihmal gösterildiğinin kanıtı olmamaktadır.¹⁹⁴ Kötü beslenme alışkanlıkları, uygun olmayan oral hijyen uygulamaları ve hekimin doğrudan doğruya çocuk ve ebeveynlerini gözlemlemesi de tanı koymada yardımcı olabilmektedir.¹⁹³

Çocuklarını dental olarak ihmal eden ailelerin ortak özellikleri genel olarak; oral hijyen eğitime gerekli ilginin gösterilmemesi, yetersiz ağız sağlığı, kontrol ve tedavi randevularını sık ve tekrarlayan bir şekilde kaçırma ve/veya randevularda gecikmeler, ağrı ve enfeksiyon nedeniyle sıklıkla acil sağlık kurumlarına başvurmak, diş tedavisi için gereken kurumlara ulaşamama, dental sağlık hakkında yeterli bilgi düzeyinde olmama ve bireysel oral hijyenlerinin de yetersiz olması şeklinde olabilmektedir.⁵ Greene ve ark.,¹⁹⁵ istismar hikayesi olan çocukların, istismara uğramamış çocuklara kıyasla daimi dişleri içeren tedavi edilmemiş diş çürüklerine sahip olma olasılığının sekiz kat daha arttığını bulmuşlardır. Diş ihmali tek başına mevcut olsa da, yetersiz tedavi edilen diş hastalıkları, daha geniş kapsamlı çocuk ihmalinin önemli bir göstergesi olmaktadır.¹⁹⁶ Biberon çürüğü şeklinde de isimlendirilen erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ), ihmal edilen çocuklarda daha yaygın görülmektedir.¹⁹⁷

Dental ihmale maruz kalan çocuklar enfeksiyon, diş ağrısı, yeme zorluğu, uyku bozukluğu, ağız fonksiyon kaybı, kötü görünüm, okul performansında düşüklük, düşük kilo, düşük yaşam kalitesi ve öz saygı azalması gibi problemler yaşayabilmektedirler.¹⁹²

¹⁹⁸ Bu sonuçlar, çocukların sağlıklı büyüme-gelişimi için önemli olan beslenme, öğrenme kapasitesi ve diğer becerilerinde olumsuz etkilere sebep olabilmektedir.¹⁹⁹

2.5.4.1. Dental İhmali Belirleme Ölçekleri

- **Dental İlgisizlik Ölçeği (Dental Indifference Skala [DIS])**

Nuttall, 1996 yılında dental ihmali değerlendirmek amacı ile sekiz sorudan oluşan bir ölçek geliştirmiştir. Ankete katılan bireylerin ağız sağlığını, oral hijyen alışkanlıklarını, son beş yıldaki diş sağlığı geçmişlerini, diş hekimliği hizmetlerini kullanma alışkanlıklarını, ağrısız diş eti kanamasının ve molar diş kaybı vb. durumlarda sergiledikleri bakım gerektiren eylemleri ölçmektedir.²⁰⁰ Sfeatcu ve ark.²⁰¹ tarafından Romen genç yetişkinler arasında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

- **Ağız Sağlığı Değerleri Ölçeği (Oral Health Values Scale [OHVS])**

Ağız Sağlığı Değerleri Ölçeği (OHVS), kişinin ağız sağlığı değerlerini belirlemek ve ölçmek amacıyla 2021 yılında oluşturulmuştur.²⁰² OHVS'de odak noktası bir bireyin ağız sağlığı bakımına ne kadar dikkat ettiği ve yardımcı ağız sağlığı bakımına ne kadar yatırım yaptığını değerlendirmektir. Ölçek, altısı tersine çevrilmiş on iki maddeden oluşmaktadır ve “1-kesinlikle katılmıyorum” ile “5-kesinlikle katılıyorum” arasında bir süreklilik üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 12 ile 60 arasında değişmektedir.

- **Dental İhmal Ölçeği (Dental Neglect Scale)**

Mevcut çalışmada kullanılan Dental İhmal Ölçeği (DİÖ),¹¹ bireylerin ağız sağlığını ne kadar değerli bulduğunu, diş bakımını gerçekleştirip gerçekleştirmediğini ve profesyonel diş tedavisi görüp görmediğini değerlendirmektedir. Başlangıçta 7 maddeden oluşan bu ölçek, ebeveynlerin çocuklarının ağız sağlığına yönelik davranış ve tutumlarını değerlendirmeleri için tasarlanmıştır.¹¹

DİÖ'nün 6 maddelik bir versiyonu, çeşitli popülasyonlarda yetişkin bireylerde başarıyla kullanılmıştır. Daha fazla ihmale maruz kalan yetişkinlerde daha fazla diş çürüğü ve çekilmiş diş görülmektedir.^{12, 203, 204} Diş hekimi ziyaretleri düzeni daha

düzensizdir, yakın zamanda yapılan kontrolleri içerme olasılığı daha düşüktür ve randevular arasındaki süre daha uzun olmaktadır.^{200, 203, 204} Daha yüksek DİÖ puanlarına sahip yetişkinler, sosyal ve günlük yaşamlarının yanı sıra, dış görünüşlerinden duydukları endişeler nedeniyle konuşmaktan kaçınma eğilimleri bakımından, daha düşük bir ağız sağlığı yaşam kalitesine sahip olmaktadır.¹²



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı

Bu tez çalışması, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na başvuran çocukların ve ebeveynlerinin yer aldığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın verileri Mayıs 2023 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında toplandı.

3.2. Etik Kurul Onayı ve Gerekli İzinlerin Alınması

Araştırma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 02.02.2023 tarihinde 2024/231 karar numarası ile onaylandı (Ek-1). Çalışmanın yapılabilmesi için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı'ndan izin belgesi alındı (Ek-2). Çalışma öncesinde ebeveynlere bilgi verildi ve onlardan gönüllü bilgilendirilmiş onam formu alındı (Ek-3). Çocuklardan ise sözlü onam alındı.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na başvuran çocuklar ve ebeveynleri dahil edildi. Etki büyüklüğünün hesaplanmasında G Power 3.0.10 (University Kiel, Germany) programı kullanıldı. ÖBEDE ve DİÖ'de sıralı veri çıkacağı düşünüldüğünde, bu iki verinin karşılaştırılmasının Spearman Korelasyon Analizi ile yapılacağı öngörülmektedir. Daha önce literatürde bu iki ölçeği birbiri ile karşılaştıran herhangi bir çalışma olmadığı için etki büyüklüğü 0.4 kabul edildi ve %80 güç ile toplamda en az 102 deneğin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Yapılan analizin sonuçlarına dayanarak, olası veri kaybını engellemek amacıyla çalışmaya 602 hasta dahil edildi.

3.3.1 Hasta Seçme Şartları

Çalışmaya katılma şartları:

- Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na başvuran,
- Herhangi bir sendroma ya da sistemik rahatsızlığa sahip olmayan,
- 36-72 ay arasındaki çocuklar ve ebeveynleri,
- Acil bir sebeple (travma) kliniğe başvurmamış olan,
- Çalışmaya katılmayı onaylayan çocuk ve ebeveynlerine ilgili ölçekler uygulandı.

Çalışmadan dışlanma şartları:

- Uygun yaş aralığında olmayan,
- Herhangi bir sendromu ya da sistemik bir rahatsızlığı olan,
- Acil bir sebeple (travma) kliniğe başvuran,
- Çalışmaya katılmayı reddeden çocuk ve ebeveynleri çalışma dışı bırakıldı.

3.4. Anketlerin Uygulanması

Çalışmanın verilerinin toplanmasında Genel Bilgi Formu, ÖBEDE ve DİÖ'den yararlanıldı.

Genel Bilgi Formu; çocuğun cinsiyeti, yaşı, kardeş varlığı, ilk kez diş hekimine götürülme yaşı, diş fırçalama sıklığı ile ebeveynlerin gelir seviyesi ve eğitim düzeyi vb. demografik verileri içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek-4).

Kılıçgün⁵³ tarafından geliştirilen ve bu çalışmada kullanımına izin verilen (Ek-5) ÖBEDE 62 maddeden oluşmaktadır. Ebeveynin çocuğun öz bakım becerilerine yardım düzeyi “Yardım etmem-1 puan”, “Nadiren yardım ederim-2 puan”, “Bazen yardım ederim- 3 puan”, “Sık sık yardım ederim-4 puan” ve “Her zaman yardım ederim-5 puan” şeklinde derecelendirilerek Likert tipi değerlendirme formu oluşturuldu. ÖBEDE'nin genel değerlendirmesine göre, 161 ve altındaki puanlar “düşük seviyede” ebeveyn

desteğini, 162 ile 233 arasındaki puanlar “orta seviyede” ebeveyn desteğini, 234 ve üzerindeki puanlar ise “yüksek seviyede” ebeveyn desteğini göstermektedir (Ek-6).⁵³

Ebeveynlere, çocuğunun ağız sağlığı ile ilgili davranış ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla 7 sorudan oluşan DİÖ uygulandı. DİÖ, beşli likert yapısıdır, bu ölçekte puanlar bir (kesinlikle hayır) ile beş (kesinlikle evet) arasında verilir. İlk, ikinci, beşinci, altıncı ve yedinci soruların yanıtlarının kodlaması ters çevrilerek yapıldığı için, yüksek puanlar tüm maddeler için daha fazla ihmali işaret etmektedir. Toplam DİÖ puanı 7-35 arasında değişiklik göstermektedir ve daha fazla puanlar daha yüksek diş ihmalini temsil etmektedir.¹¹ DİÖ’nün genel toplamında 16 ve altındaki puanlar “düşük seviyede” dental ihmali, 17 ile 26 arasındaki puanlar “orta seviyede” dental ihmali, 27 ve üzerindeki puanlar ise “yüksek düzeyde” dental ihmali göstermektedir (Ek-7).

3.5. Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan tüm çocukların klinik ve radyografik muayeneleri çalışmadan sorumlu hekim tarafından yapıldı. Çocukların ağız muayenesi reflektör ışığı altında ayna, orak ve periodontal sondla yapıldı. Hazırlanan anket formları yardımıyla çürük profilini gösteren dmft indeksi, pufa indeksi, Pİ, Gİ ve SKİ’ye bakıldı.

3.5.1. dmft İndeksi’nin Belirlenmesi

Tüm hastaların ağız muayeneleri; reflektör ışığı altında, diş yüzeyi hava spreyiyle kurutularak, ayna, sond yardımıyla yapıldı. Her çocuk için süt dişlerinde belirlenen çürük, kayıp ve dolgulu dişlerin sayıları toplamı, çocuğun dmft İndeksi puanını belirlemiştir.

- Çürük dışında başka bir nedenle (estetik, travma) yapılan dolgular değerlendirilmeye dahil edilmemektedir.
- dmft indeks puanı hesaplanırken; kavitasyon oluşmuş süt dişleri “d” olarak kabul edilirken, başlangıç çürükleri “d” olarak değerlendirilmektedir.

- Dolgulu süt dişlerindeki çürükler ve geçici dolgulu süt dişleri “d” olarak değerlendirilmektedir.
- Çürük olmayan daimi dolgulu süt dişleri “f” olarak değerlendirilmektedir.
- Fissür örtücü uygulamaları değerlendirilmeye dahil edilmemektedir.
- Konjenital eksik dişler, gömülü dişler, süpernumere dişler, ortodontik tedavi sebebiyle çekilen dişler, travma sonrası kaybedilen dişler değerlendirilmeye dahil edilmemektedir.²⁰⁵

3.5.2. pufa İndeksi’nin Belirlenmesi

pufa indeksi hesaplanırken ağızdaki süt dişleri hiçbir enstrüman kullanılmadan görsel olarak muayene edildi. Her diş için yalnızca bir puan verildi.

pufa indeksinde kullanılan kodlama sistemi aşağıda özetlenmiştir:⁷⁹

p: Çürük pulpa ile ilişkilidir, pulpa odası görünür bir şekilde açıktır ya da koronal diş dokusu çürük nedeniyle yalnızca kök ve/veya kök parçaları kalacak şekilde yıkılmaktadır.

u: Çürük nedeniyle dişin koronal dokusunda oluşan sivri köşeler ya da sivri kök parçaları, bukkal mukoza ve dil vb. yumuşak dokularda travma kaynaklı ülserasyonlar oluşturmaktadır.

f: Pulpa ile ilişkili bir çürüğe sahip dişin neden olduğu fistül yolu bulunmaktadır

a: Pulpa ile ilişkili bir çürüğe sahip dişin neden olduğu püy içiren şişlik bulunmaktadır.

3.5.3. Plak İndeksi’nin Belirlenmesi

Plak indeksinin ölçümünde Silness ve Loe’nin ölçütleri kullanıldı (tablo 3.1).¹³⁷ Periodontal sond 30°’lik açı ile dişlerin dört yüzeyinde diş eti kenarında gezdirildi. Verilen değerler toplandıktan sonra dörde bölünerek her dişin ortalama Pİ hesaplandı.^{206,}

²⁰⁷ Elde edilen değerler toplandıktan sonra, dahil edilen diş sayısına bölünerek bireye ait ortalama Pİ skoru hesaplandı. Sınıflama şu şekildedir:

- 1.0: İyi
- 2.0: Orta
- 2.1-3.0: Zayıf¹³⁷

Tablo 3.1. Silness ve Loe'nün Pİ kriterleri

0	Diş etine komşu alanda bakteri plağı mevcut değildir.
1	Çıplak gözle görünmeyen fakat gingival sulkusta sond ucunun gezdirilmesi ile ortaya çıkan plak vardır.
2	Gözle görünür şekilde diş yüzeyinde ve diş eti kenarında orta seviyede plak vardır.
3	Diş etinde ve yüzeyinde fazla seviyede yumuşak birikinti mevcuttur.

3.5.4. Gingival İndeksi'nin Belirlenmesi

Gingival indeks skorları; hastaların ağızlarında bulunan tüm dişlerin dört yüzeyindeki diş etlerinin durumu, ayna ve periodontal sond yardımıyla değerlendirildi. Gİ'nin ölçümünde Silness ve Loe'nin ölçütleri kullanıldı (Tablo 3.2). Ölçülen değerler toplanarak dörde bölündü ve dişin Gİ skoru bulundu. Bulunan değerler toplanıp değerlendirilen diş sayısına bölünmesiyle bireyin ortalama Gİ skoru hesaplandı. Sınıflama şu şekildedir:

- 1.0: Hafif derece inflamasyon,
- 2.0: Orta derece inflamasyon,
- 2.1-3.0: Şiddetli derece inflamasyon mevcuttur.²⁰⁸

Tablo 3.2. Silness ve L  e'n  n G   kriterleri

0	Diş eti sağlıklı, inflamasyon görülmez.
1	Di� etinde hafif inflamasyon vardır. Hafif �dem ve renk değişikliği görülür. Sondalamada kanama yoktur.
2	Di� etinde orta seviyede inflamasyon vardır. Sondalamada kanama, �dem ve kızarıklık görülür.
3	Di� etinde şiddetli inflamasyon vardır. �dem, ileri seviyede kızarıklık, ülserasyon ve spontan kanama görülür.

3.5.5. Sondalamada Kanama İndeksi'nin Belirlenmesi

Periodontal sond dişin uzun eksenine paralel olarak cepte gezdirilmesi sırasında kanama olursa o bölgenin skoru (+), kanama olmazsa (-) olarak değerlendirildi. Kanama olan bölgeler yüzde ile ifade edildi.

3.6. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada, istatistiksel analizler Jamovi yazılımı (Versiyon: 2.3.28) kullanılarak gerçekleştirildi. Kategorik verilerin birbiri ile karşılaştırılması ki-kare testi ile yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Shapiro-Wilk testi uygulandı. Hi bir grupta normal dağılım elde edilmedi. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı ve sonuçlar medyan ve inter kuartel aralık (IKA) ile sunuldu. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, parametrik olmayan testler ve Binominal Lojistik Regresyon Analizleri kullanıldı. Demografik  zellikler, ağız sağlığı anketi,  BEDE ve D   ile ağız sağlığı indeksleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişki Spearmen Korelasyon Analizi ile incelendi. Binominal lojistik regresyon analizinde, bağımlı değişkenlerin (dmft, pufa, P , G , SK ) belirlenen eşik değerlerine göre iki kategoriye ayrılarak, bağımsız değişkenlerin bu

kategoriler üzerindeki etkileri incelendi. Sadece diğer istatistik sonuçlarında anlamlı sonuç veren faktörler modellere dahil edildi. Analiz sonuçları, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki olası etkilerini ortaya koydu ve sonuçlar ayarlandıktan sonra anlamlılık seviyeleri belirlendi ($p<0,05$).

Araştırmacı 20 rastgele belirlenmiş hastadan 2 hafta aralıklar ile ağız sağlığı indekslerini topladı. Toplanan verilerin tutarlılığı intraclass correlation analizi ile incelendi ve her bir ağız sağlığı indeksi için iyi veya mükemmel tutarlılık ($r>0,80$) elde edildi.



4. BULGULAR

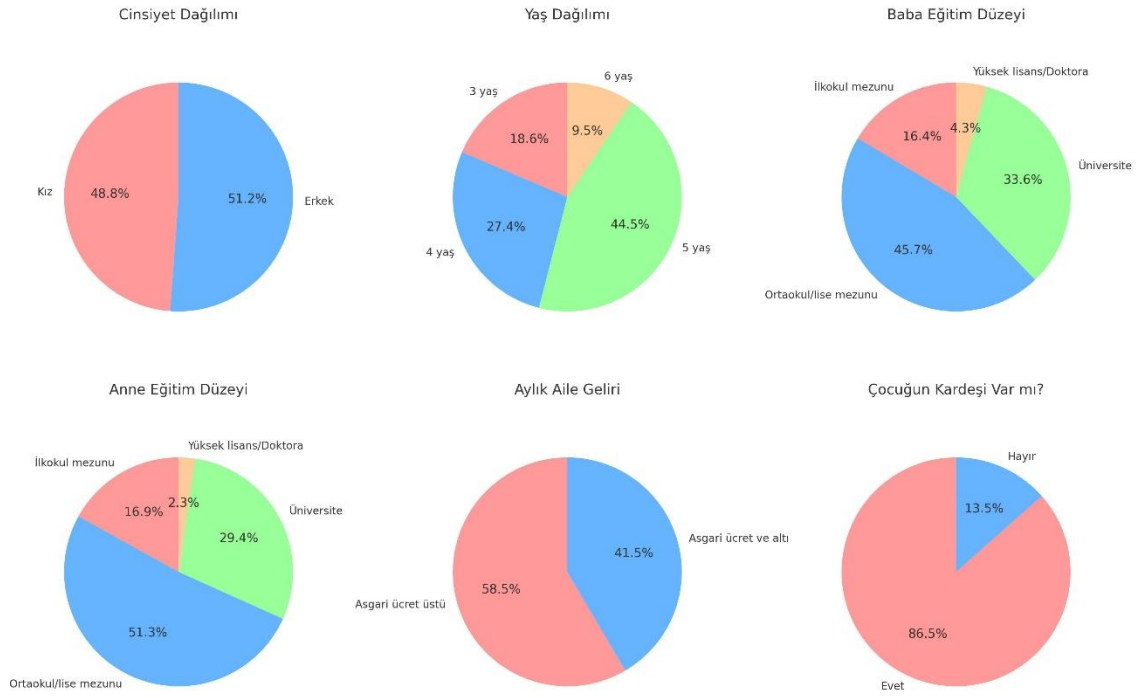
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet dağılımına göre, katılımcıların %49'u kız (n=294) ve %51'i erkekti. (n=308). Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, %19'unun 3 yaşında (n=112), %27'sinin 4 yaşında (n=165), %45'inin 5 yaşında (n=268) ve %9,5'inin 6 yaşında (n=57) olduğu görüldü. Baba eğitim düzeyleri açısından, katılımcıların %16'sının babaları ilkokul mezunu (n=99), %46'sının ortaokul/lise mezunu (n=275), %34'ünün üniversite mezunu (n=202) ve %4,3'ünün yüksek lisans/doktora (n=26) yapmış olduğu tespit edildi. Anne eğitim düzeyleri ise %17'si ilkokul mezunu (n=102), %51'i ortaokul/lise mezunu (n=309), %29'u üniversite mezunu (n=177) ve %2,3'ü yüksek lisans/doktora (n=14) yapmış annelerden oluştuğu tespit edildi. Aylık aile gelirleri incelendiğinde, katılımcıların %58'inin asgari ücret üstü (n=352) ve %42'sinin asgari ücret ve altı (n=250) gelire sahip olduğu bulundu. Çocukların kardeş sahibi olup olmadıkları durumunda ise, %87'sinin kardeşi var (n=521) ve %13'ünün kardeşi yok (n=81) olarak belirlendi. Çocukların kaçınıcı çocuk olduklarına dair verilerde, %29'unun birinci (n=175), %36'sının ikinci (n=217), %27'sinin üçüncü (n=163), %7'sinin dördüncü (n=42), %0.5'inin beşinci (n=3) ve %0.3'ünün altıncı (n=2) çocuk olduğu kaydedildi. Tablo 4.1 çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların (n=602) demografik özelliklerini göstermektedir. Şekil 4.1'de ise demografik özellikleri özetleyen daire grafiği sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların (n=602) demografik özellikleri

Demografik özellikler	N = 602
Cinsiyet	
Kız	294 (49%)
Erkek	308 (51%)
Yaş	
3	112 (19%)
4	165 (27%)
5	268 (45%)
6	57 (9,5%)
Baba eğitim düzeyi	
İlkokul mezunu	99 (16%)
Ortaokul/Lise mezunu	275 (46%)
Üniversite	202 (34%)
Yüksek lisans/Doktora	26 (4,3%)
Anne eğitim düzeyi	
İlkokul mezunu	102 (17%)
Ortaokul/Lise mezunu	309 (51%)
Üniversite	177 (29%)
Yüksek lisans/Doktora	14 (2,3%)
Aylık aile geliri	
Asgari ücret üstü	352 (58%)
Asgari ücret ve altı	250 (42%)
Çocuğun kardeşi var mı?	
Evet	521 (87%)
Hayır	81 (13%)
Kaçıncı çocuk	
1	175 (29%)
2	217 (36%)
3	163 (27%)
4	42 (7,0%)
5	3 (0,5%)
6	2 (0,3%)
n (%)	

Çalışmaya Dahil Edilen Çocuk Hastaların Demografik Özellikleri



Şekil 4.1. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların demografik özellikleri

4.2. Demografik Özelliklere Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması

Erkek çocukların dmft medyan değeri 7,00 (6,00) iken, kız çocukların değeri 6,00 (6,00) olarak tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,057$). Erkek çocukların pufa medyan değeri 1,00 (2,00) ve kız çocukların değeri de 1,00 (2,00) olup, bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,496$). Pİ ($p=0,843$), Gİ ($p=0,818$) ve SKİ değerleri ($p=0,518$) de cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.

Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 3 yaşındaki çocukların dmft medyan değeri 2,00 (7,00) iken, bu değer 4 yaşında 6,00 (7,00), 5 yaşında 8,00 (5,00) ve 6 yaşında 9,00 (5,00) olarak bulundu. Yaş arttıkça dmft değerinde anlamlı bir artış gözlemlendi ($p<0,001$). pufa Pİ, Gİ ve SKİ değerleri de yaşla birlikte artış gözlemlendi ve bu artışlar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Babanın eğitim düzeyine göre, ilkokul mezunu babaların çocuklarının dmft medyan değeri 8,00 (7,00) iken, bu değer ortaokul/lise mezunlarında 7,00 (6,00), üniversite mezunlarında 6,00 (7,00) ve yüksek lisans/doktora yapmış babalarda 4,00 (6,50) olarak bulundu. Baba eğitim düzeyi arttıkça dmft değerinde anlamlı bir azalma gözlemlendi ($p<0,001$). Benzer şekilde, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri de baba eğitim düzeyi arttıkça azaldı ve bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Anne eğitim düzeyine göre, ilkokul mezunu annelerin çocuklarının dmft medyan değeri 8,00 (5,00) iken, ortaokul/lise mezunlarında 7,00 (6,00), üniversite mezunlarında 6,00 (6,00) ve yüksek lisans/doktora yapmış annelerde 4,00 (5,00) olarak bulundu. Anne eğitim düzeyi arttıkça dmft değerinde anlamlı bir azalma gözlemlendi ($p<0,001$). pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri de anne eğitim düzeyi arttıkça azaldı ve bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Aylık aile gelirin göre, asgari ücretin altında gelire sahip ailelerin çocuklarının dmft medyan değeri 8,00 (5,75) iken, asgari ücretin üstünde gelire sahip ailelerde bu değer 6,00 (7,00) olarak bulundu. Aylık aile geliri arttıkça dmft değerinde anlamlı bir azalma gözlemlendi ($p<0,001$). pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerinde aylık aile geliri arttıkça azaldı ve bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Kardeşi olan çocukların dmft medyan değeri 7,00 (6,00) iken, kardeşi olmayan çocukların değeri 5,00 (6,00) olarak bulundu. Kardeşi olan çocukların dmft değerleri anlamlı derecede daha yüksek tespit edildi ($p=0,002$). Pİ değeri de kardeşi olan çocuklarda daha yüksek değerlere sahip olmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,04$). Ancak, pufa, Gİ ve SKİ değerleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuna göre yapılan değerlendirmede, dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tablo 4.2’de

demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılmasına ilişkin detaylı analiz sonuçları sunulmaktadır.

Tablo 4.2. Demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Faktörler	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada
					kanama indeksi
Cinsiyet					
Erkek	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
Kız	6,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
p-değeri	0,057 ²	0,496 ²	0,844 ²	0,818 ²	0,518 ²
Yaş					
3	2,00 (7,00)	0,00 (1,00)	0,70 (0,60)	0,00 (1,00)	0,00 (0,00)
4	6,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,70 (1,00)	0,00 (5,00)
5	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,90 (0,50)	5,00 (10,00)
6	9,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (0,50)	5,00 (10,00)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Baba eğitim düzeyi					
İlkokul	8,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,65)	1,00 (1,00)	5,00 (10,00)
Ortaokul/Lise	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,40)	0,80 (0,55)	0,00 (5,00)
Üniversite	6,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,77)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
Yüksek lisans/Doktora	4,00 (6,50)	0,00 (0,75)	0,50 (0,72)	0,00 (0,65)	0,00 (0,00)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Anne eğitim düzeyi					
Ortaokul/Lise	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,20 (0,50)	1,00 (0,60)	5,00 (10,00)
İlkokul	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (0,80)	0,00 (10,00)
Üniversite	6,00 (6,00)	0,00 (1,00)	1,00 (0,70)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
Yüksek lisans/Doktora	4,00 (5,00)	0,00 (0,00)	0,50 (0,45)	0,00 (0,18)	0,00 (0,00)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Aylık aile geliri					
Asgari ücret ve altı	8,00 (5,75)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	1,00 (0,57)	5,00 (10,00)
Asgari ücret üstü	6,00 (7,00)	0,50 (2,00)	1,00 (0,70)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğun kardeşi var mı?					
Evet	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
Hayır	5,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,50 (1,00)	0,00 (5,00)
p-değeri	0,002 ²	0,414 ²	0,040 ²	0,091 ²	0,360 ²

Tablo 4.2. Devam

Faktörler	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada kanama indeksi
Kaçıncı çocuk					
1	7,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
2	6,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
3	7,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,50)	0,70 (1,00)	0,00 (5,00)
4	7,50 (6,75)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
5	9,00 (5,50)	2,00 (1,50)	1,40 (0,75)	1,00 (0,75)	5,00 (7,50)
6	8,00 (0,00)	0,50 (0,50)	1,10 (0,10)	0,75 (0,25)	5,00 (5,00)
p-değeri	0,740 ¹	0,504 ¹	0,820 ¹	0,985 ¹	0,948 ¹

Medyan (IKA), ¹ Kruskal-Wallis testi, ² Mann Whitney U testi

4.3. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Dental İhmal Düzeyinin Karşılaştırılması

Dental ihmal düzeyine göre ağız sağlığı ile ilgili faktörler incelendiğinde, anlamlı farklılıklar gözlemlendi (Tablo 4.3).

Çocuğunu daha önce diş hekimine götüren ebeveynlerde düşük dental ihmal oranı %31,9 iken, bu oran çocuğunu diş hekimine götürmeyenlerde %22,7 olarak bulundu. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %64,9 ve %67,4 olup, yüksek düzey ihmal oranları %3,3 ve %9,9 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, diş hekimine götürme durumu açısından dental ihmal düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($p<0,001$).

Çocuğunu ilk kez diş hekimine götürme yaşının dental ihmal düzeylerinde farklılık yaratmadığı belirlendi ($p=0,229$). 1 yaşında götüren ebeveynlerde düşük ihmal oranı %64,3, 5 yaşında götürenlerde ise %27,3 olarak kaydedildi. Orta düzey ihmal oranları 1 yaş için %35,7, 5 yaş için %70,9 iken, yüksek düzey ihmal oranları sırasıyla %0 ve %1,8 olarak belirlendi.

İlk diş hekimine götürme sebebine göre kontrol için götüren ebeveynlerde düşük dental ihmal oranı %40,3, şikayet nedeniyle götürenlerde ise %24,3 olarak bulundu. Orta

düzy ihmal oranları kontrol amacıyla %58,7, Şikayet amacıyla %70,3 olup, yüksek düzy ihmal oranları sırasıyla %1,0 ve %5,4'tür. Bu farklar, dental ihmalin diő hekimine götürme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($p<0,001$).

Şu an diő hekimine gitme sebebine göre kontrol için gelen ebeveynlerde düşük ihmal oranı %31,9, randevu için gelenlerde %14,4 ve Şikayet için gelenlerde %33,3 olarak bulundu. Orta düzy ihmal oranları sırasıyla %62,5, %73,9 ve %65 iken, yüksek düzy ihmal oranları %5,6, %11,7 ve %1,6 olarak belirlendi. Bu bulgular, dental ihmal düzeylerinin diő hekimine gitme nedeni üzerinde belirgin bir etki yarattığını göstermektedir ($p<0,001$).

Çocuğun diő fırçası olup olmamasına göre dental ihmal düzeyleri de farklılık gösterdi. Diő fırçası olan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal oranı %29,9, diő fırçası olmayanlarda ise %0 olarak belirlendi. Orta düzy ihmal oranları sırasıyla %65,7 ve %61,5 iken, yüksek düzy ihmal oranları %4,4 ve %38,5 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, dental ihmalin çocuğun diő fırçası olup olmaması üzerinde önemli bir fark yarattığını ortaya koymaktadır ($p<0,001$).

Çocuğun diő fırçalama durumu dental ihmal üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Düzenli diő fırçalayan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal oranı %52,8, bazen fırçalayanlarda %9,6 ve hiç fırçalamayanlarda %0 olarak belirlenmiştir. Orta düzy ihmal oranları sırasıyla %46,8, %86,4 ve %52,5 olup, yüksek düzy ihmal oranları %0,4, %3,9 ve %47,5 olarak bulundu. Bu durum, diő fırçalama alışkanlığı ile dental ihmal arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir ($p<0,001$).

Çocuğun günde kaç kez diő fırçaladığına göre düşük ihmal oranları hiç fırçalamayan çocukların ebeveynlerinde %0, bir kez fırçalayanlarda %15 ve iki kez fırçalayanlarda %67 olarak kaydedildi. Orta düzy ihmal oranları sırasıyla %54, %82 ve %33 iken, yüksek düzy ihmal oranları %46, %3,1 ve %0 olarak belirlendi. Sonuçlar,

dental ihmalin diş fırçalama sıklığı üzerinde anlamlı bir fark yarattığını göstermektedir ($p<0,001$).

Gece yatmadan önce diş fırçalama durumu da dental ihmal üzerinde etkili oldu. Gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal oranı %50, bazen fırçalayanlarda %20 ve hiç fırçalamayanlarda %6,3 olarak bulundu. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %49, %78 ve %75 iken, yüksek düzey ihmal oranları %0,4, %1,9 ve %18 olarak belirlendi. Bu bulgular, dental ihmalin gece diş fırçalama alışkanlığı üzerinde önemli bir fark yarattığını ortaya koymaktadır ($p<0,001$).

Çocuğun tükettiği ana öğün sayısına göre dental ihmal düzeyleri incelendiğinde, iki öğün tüketen çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal %27, üç öğün tüketenlerde %29 olarak bulundu. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %67 ve %66 iken, yüksek düzey ihmal oranları %6 ve %5 olarak kaydedildi. Dental ihmalin ana öğün sayısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü ($p=0,680$).

Ara öğün sayısına göre dental ihmal farklılık gösterdi. İki ara öğün tüketen çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal %28, üç ara öğün tüketenlerde %35 olarak bulundu. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %66 ve %60 iken, yüksek düzey ihmal oranları %6 ve %4,9 olarak belirlendi. Dental ihmalin ara öğün sayısı üzerinde belirgin bir etki yaratmadığı görüldü ($p=0,269$).

Çocuğun ana öğün atlama durumu da dental ihmal düzeylerini etkiledi. Ana öğün atlayan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal %31,9, bazen atlayanlarda %24,1 ve atlamayanlarda %25,3 olarak tespit edildi. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %63,4, %69,2 ve %70,1 olup, yüksek düzey ihmal oranları %4,7, %6,8 ve %4,6 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, dental ihmalin ana öğün atlama durumu üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığını göstermektedir ($p=0,360$).

Atlanan öğünlere göre dental ihmal incelendiğinde, sabah öğününü atlayan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal %25, öğle öğününü atlayanlarda %25 ve akşam öğününü atlayanlarda %20,8 olarak tespit edildi. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %62,5, %69,2 ve %79,2 iken, yüksek düzey ihmal oranları %12,5, %5,8 ve %0 olarak belirlendi. Sonuçlar, dental ihmalin atlanan öğünler üzerinde belirgin bir etki yaratmadığını göstermektedir (p=0,470).

Tablo 4.3. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre dental ihmal düzeyinin karşılaştırılması

Kategori	Düşük	Orta	Yüksek	P-değeri
Çocuğunuzu daha önce diş hekimine götürdünüz mü?				<0,001 ¹
Evet	137 (31,9%)	279 (64,9%)	14 (3,3%)	
Hayır	39 (22,7%)	116 (67,4%)	17 (9,9%)	
Götürdüyseniz ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?				0,229 ¹
1	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0 (0%)	
2	9 (33,3%)	16 (59,3%)	2 (7,4%)	
3	35 (36,1%)	59 (60,8%)	3 (3,1%)	
4	53 (29,9%)	117 (66,1%)	7 (4,0%)	
5	30 (27,3%)	78 (70,9%)	2 (1,8%)	
6	0 (0%)	2 (100,0%)	0 (0%)	
İlk kez diş hekimine götürme sebebiniz neydi?				<0,001 ¹
Kontrol	83 (40,3%)	121 (58,7%)	2 (1,0%)	
Şikayet	54 (24,3%)	156 (70,3%)	12 (5,4%)	
Şu an diş hekimine gelme sebebi?				<0,001 ¹
Kontrol	79 (31,9%)	155 (62,5%)	14 (5,6%)	
Randevu	16 (14,4%)	82 (73,9%)	13 (11,7%)	
Şikayet	81 (33,3%)	158 (65,0%)	4 (1,6%)	

Tablo 4.3. Devam

Kategori	Düşük	Orta	Yüksek	p-değeri
Çocuğun diş fırçası var mı?				<0,001¹
Evet	176 (29,9%)	387 (65,7%)	26 (4,4%)	
Hayır	0 (0%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)	
Diş Fırçalama Durumu:				<0,001¹
Evet, Fırçalar	149 (52,8%)	132 (46,8%)	1 (0,4%)	
Bazen fırçalar	27 (9,6%)	242 (86,4%)	11 (3,9%)	
Hayır, fırçalamaz	0 (0%)	21 (52,5%)	19 (47,5%)	
Çocuğunuz dişlerini fırçalıyorsa günde kaç kez fırçalar				<0,001¹
Hiç	0 (0%)	22 (54%)	19 (46%)	
Bir kez	57 (15%)	318 (82%)	12 (3,1%)	
İki kez	103 (67%)	50 (33%)	0 (0%)	
İkiden fazla kez	16 (76%)	5 (24%)	0 (0%)	
Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?				<0,001¹
Evet	124 (50%)	121 (49%)	1 (0,4%)	
Bazen	43 (20%)	167 (78%)	4 (1,9%)	
Hayır	9 (6,3%)	107 (75%)	26 (18%)	
Ana öğün sayısı				0,680 ¹
1	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
2	23 (27%)	56 (67%)	5 (6,0%)	
3	152 (29%)	338 (66%)	26 (5,0%)	
4	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Ara öğün sayısı				0,269 ¹
0	6 (55%)	4 (36%)	1 (9,1%)	
1	19 (22%)	64 (74%)	3 (3,5%)	
2	79 (28%)	185 (66%)	17 (6,0%)	
3	57 (35%)	99 (60%)	8 (4,9%)	
4	11 (22%)	36 (73%)	2 (4,1%)	
5	4 (36%)	7 (64%)	0 (0%)	

Tablo 4.3. Devam

Kategori	Düşük	Orta	Yüksek	p-değeri
Çocuğunuz ana öğün atlar mı?				0,360 ¹
Evet	122 (31,9%)	242 (63,4%)	18 (4,7%)	
Bazen	32 (24,1%)	92 (69,2%)	9 (6,8%)	
Hayır	22 (25,3%)	61 (70,1%)	4 (4,6%)	
Cevabınız “Evet” veya “Bazen” ise genellikle hangi öğünleri atlar?				0,470 ¹
Sabah	6 (25,0%)	15 (62,5%)	3 (12,5%)	
Öğle	43 (25,0%)	119 (69,2%)	10 (5,8%)	
Akşam	5 (20,8%)	19 (79,2%)	0 (0%)	

¹ Ki-kare testi

4.4. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması

Çocuğun diş hekimine götürülme durumu değerlendirildiğinde, daha önce diş hekimine götürülen çocukların dmft medyan değeri 8,00 (5,00), götürülmeyenlerin ise 3,00 (6,00) olarak bulundu; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Benzer şekilde, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri de diş hekimine gitme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,001$).

Çocuğun ilk kez diş hekimine götürülme yaşı, dmft hariç diğer pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerinde anlamlı farklılıklar gösterdi ($p<0,05$).

Ailelerin çocuklarını ilk kez diş hekimine götürme sebebi de diş sağlığı indekslerini etkiledi. Kontrol amacıyla götürülen çocukların dmft medyan değeri 7,00 (6,00), şikayet sebebiyle götürülenlerin ise 8,00 (4,00) olarak bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Benzer şekilde, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri de diş hekimine götürme sebebine göre anlamlı farklılıklar gösterdi ($p<0,001$).

Çalışmanın yapıldığı gün diş hekimine gelme sebebi açısından bakıldığında, kontrol için gelen çocukların dmft medyan değeri 3,00 (7,00), randevu için gelenlerin 8,00 (4,00), şikayet için gelenlerin ise 8,00 (5,00) olarak bulundu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi. ($p<0,001$).

Çalışmada, ebeveynlerin diş fırçalama sırasında çocuklarına yardımcı olma sıklıkları şu şekilde tespit edildi: %48,7'si yardım etmemekte, %5'i nadiren yardım etmekte, %21,8'i bazen yardım etmekte, %11,8'i sık sık yardım etmekte ve %12,8'i her zaman yardım etmektedir.

Çocuğun diş fırçası olup olmaması da diş sağlığını etkileyen bir faktördür. Diş fırçası olan çocukların dmft medyan değeri 7,00 (6,00), olmayanların ise 4,00 (5,00) olarak bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. ($p=0,022$).

Diş fırçalama durumu incelendiğinde, düzenli olarak dişlerini fırçalayan çocukların dmft medyan değeri 6,00 (7,00) iken, bazen fırçalayanların 7,50 (6,00) ve hiç fırçalamayanların ise 5,50 (7,25) olarak bulundu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi. ($p=0,153$). Diğer indeksler açısından ise anlamlı farklılıklar elde edildi ve genelde fırçalayanların indeks skoru düşük bulundu ($p<0,05$).

Fırçalama sıklığına göre, gingival indeks hariç diğer indekslerde anlamlı farklılık elde edilmedi ($p>0,05$). Gingival indeksin fırçalama sıklığı arttıkça önemli ölçüde azaldığı görüldü ($p=0,006$).

Gece yatmadan önce diş fırçalama durumu da değerlendirildiğinde Pİ, Gİ ve SKİ'de anlamlı farklılık elde edildi, gece bazen fırçalayanlarda daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Ana öğün sayısı ve ana öğün atlama durumu, diş sağlığı üzerinde anlamlı bir etki göstermedi ($p>0,05$). Ara öğün sayısı açısından ise pufa indeksi hariç diğerlerinde anlamlı farklılık elde edildi ($p<0,05$). Ara öğün sayısı daha az olduğunda indeks değerlerinin daha

düşük olduğunu göstermektedir. Genellikle ara öğün sayısı arttıkça değerlerde artış görüldü. Tablo 4.4, çocukların diş sağlığı durumlarını ve diş hekimine gitme alışkanlıklarını değerlendiren çeşitli faktörlerin etkilerini detaylı olarak göstermektedir.

Tablo 4.4. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Kategori	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada kanama indeksi
Çocuğunuzu daha önce diş hekimine götürdünüz mü?					
Evet	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (0,60)	5,00 (10,00)
Hayır	3,00 (6,00)	0,00 (1,00)	0,80 (0,50)	0,45 (1,00)	0,00 (5,00)
p-değeri	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²
Götürdüyseniz ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?					
1	2,00 (7,75)	0,00 (0,00)	0,40 (0,90)	0,00 (0,62)	0,00 (0,00)
2	10,00 (9,00)	1,00 (2,00)	1,00 (1,05)	1,00 (1,00)	5,00 (10,00)
3	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (0,90)	0,00 (5,00)
4	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,50)	1,00 (0,50)	5,00 (10,00)
5	8,00 (4,00)	1,00 (1,00)	1,00 (0,45)	0,90 (0,50)	5,00 (10,00)
6	8,00 (2,00)	2,00 (0,00)	0,85 (0,05)	0,50 (0,10)	2,50 (2,50)
p-değeri	0,058 ¹	0,003 ¹	0,001 ¹	0,002 ¹	0,007 ¹
İlk kez diş hekimine götürme sebebiniz neydi?					
Kontrol	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,70 (1,00)	0,00 (5,00)
şikayet	8,00 (4,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,40)	1,00 (0,40)	5,00 (10,00)
p-değeri	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²	< 0,001 ²
Şu an diş hekimine gelme sebebi?					
Kontrol	3,00 (7,00)	0,00 (1,00)	0,80 (0,50)	0,35 (1,00)	0,00 (5,00)
Randevu	8,00 (4,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,40)	0,80 (0,60)	0,00 (5,00)
Şikayet	8,00 (5,00)	2,00 (2,00)	1,40 (0,60)	1,00 (0,60)	5,00 (5,00)
p-değeri	< 0,001 ¹	< 0,001 ¹	< 0,001 ¹	< 0,001 ¹	< 0,001 ¹

Tablo 4.4. Devam

Kategori	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada kanama indeksi
Çocuğun diş fırçası var mı?					
Evet	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
Hayır	4,00 (5,00)	0,00 (1,00)	1,00 (0,50)	0,10 (0,90)	0,00 (5,00)
p-değeri	0,022²	0,279 ²	0,843 ²	0,176 ²	0,205 ²
Diş Fırçalama Durumu:					
Evet, Fırçalar	6,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,50)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
Bazen fırçalar	7,50 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,80)	1,00 (0,90)	5,00 (10,00)
Hayır, fırçalamaz	5,50 (7,25)	1,00 (2,00)	1,20 (0,80)	1,00 (1,12)	5,00 (10,00)
p-değeri	0,153 ¹	0,016¹	< 0,001¹	< 0,001¹	< 0,001¹
Çocuğunuz dişlerini fırçalıyorsa günde kaç kez fırçalar					
Hiç	5,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,80)	0,80 (1,10)	5,00 (10,00)
Bir kez	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (0,80)	0,00 (5,00)
İki kez	7,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
İkiden fazla kez	7,00 (7,00)	0,00 (1,00)	1,00 (0,50)	0,50 (0,80)	0,00 (5,00)
p-değeri	0,564 ¹	0,107 ¹	0,051 ¹	0,006¹	0,150 ¹
Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?					
Evet	6,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,65)	0,60 (1,00)	0,00 (5,00)
Bazen	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	1,00 (0,50)	5,00 (5,00)
Hayır	6,00 (8,75)	1,00 (2,00)	1,00 (0,80)	0,95 (1,00)	0,00 (10,00)
p-değeri	0,269 ¹	0,062 ¹	< 0,001¹	< 0,001¹	0,023¹
Ana öğün sayısı					
1	8,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,00 (0,00)	0,80 (0,00)	5,00 (0,00)
2	6,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,70)	0,80 (0,67)	5,00 (5,00)
3	7,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
4	4,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,60 (0,00)	1,20 (0,00)	10,00 (0,00)
p-değeri	0,700 ¹	0,358 ¹	0,188 ¹	0,436 ¹	0,366 ¹

Tablo 4.4. Devam

Kategori	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada kanama indeksi
Ara öğün sayısı					
0	5,00 (7,50)	1,00 (2,00)	0,80 (0,55)	0,20 (0,80)	0,00 (5,00)
1	7,00 (6,75)	1,00 (2,00)	1,00 (0,75)	0,65 (1,00)	0,00 (5,00)
2	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,50)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
3	6,00 (6,25)	1,00 (2,00)	1,00 (0,82)	0,70 (1,00)	0,00 (6,25)
4	8,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,20 (0,50)	1,00 (0,30)	5,00 (10,00)
5	8,00 (5,00)	1,00 (1,50)	1,00 (0,20)	0,70 (0,35)	5,00 (2,50)
p-değeri	0,036¹	0,120 ¹	0,041¹	0,044¹	0,027¹
Çocuğunuz ana öğün atlar mı?					
Evet	7,00 (6,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (0,50)	5,00 (5,00)
Bazen	6,00 (5,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,90)	0,70 (1,00)	0,00 (5,00)
Hayır	7,00 (7,00)	1,00 (2,00)	1,00 (0,60)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
p-değeri	0,540 ¹	0,145 ¹	0,218 ¹	0,465 ¹	0,362 ¹
Cevabınız “Evet” veya “Bazen” ise genellikle hangi öğünleri atlar?					
Sabah	7,00 (3,25)	1,00 (1,25)	1,10 (0,57)	0,75 (0,53)	5,00 (6,25)
Öğle	6,00 (6,25)	1,00 (2,00)	1,00 (0,90)	0,80 (1,00)	0,00 (5,00)
Akşam	6,00 (4,25)	1,00 (2,00)	1,00 (0,45)	0,75 (0,85)	5,00 (10,00)
p-değeri	0,771 ¹	0,485 ¹	0,314 ¹	0,611 ¹	0,665 ¹
Medyan (IKA), ¹ Kruskal-Wallis testi, ² Mann Whitney U testi					

4.5. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri Sonuçlarının Ağız Sağlığı İndeksleri ile Karşılaştırılması

Düşük ebeveyn desteği grubunda dmft medyan değeri 8,0 (6,00) iken, orta düzeyde destek alanlarda 6,0 (8,0) ve yüksek destek alanlarda 4 (5,25) bulundu ($p<0,001$). pufa medyan değerleri ise sırasıyla 1,0 (2,0), 1 (2,0) ve 0,0 (1) olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,004$).

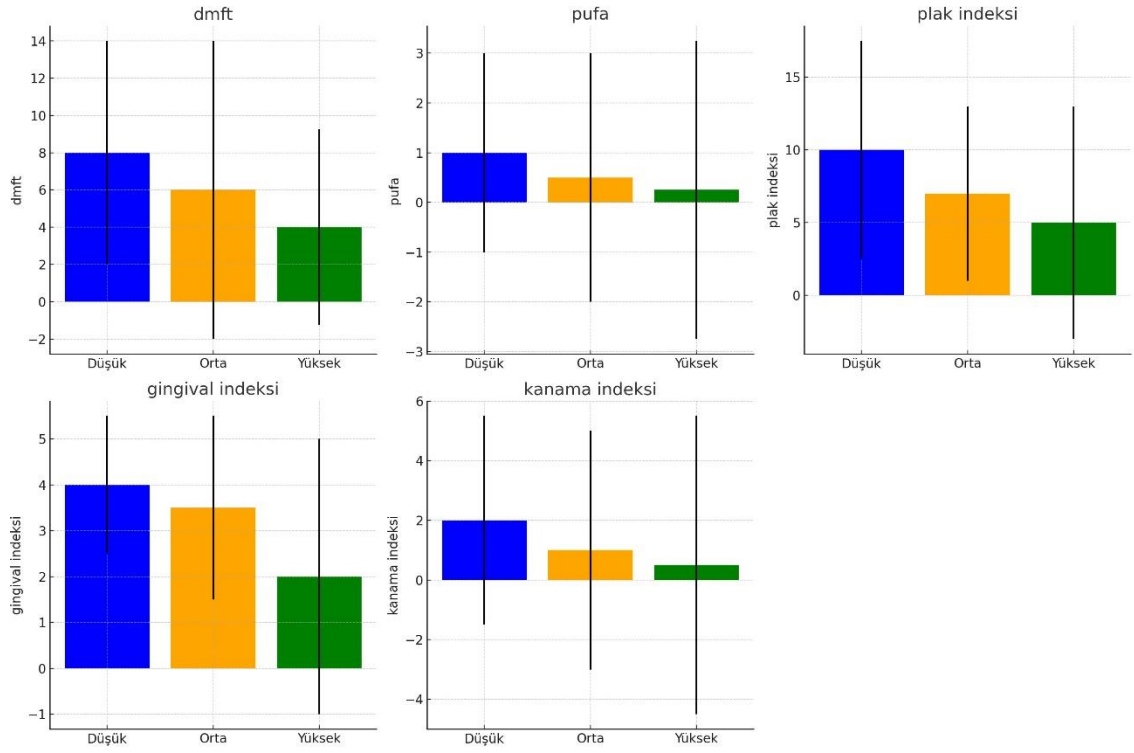
PI, düşük ebeveyn desteği grubunda 1,0 (0,5), orta destek grubunda 1,0 (0,85) ve yüksek destek grubunda 1,0 (0,725) olarak bulundu ($p=0,016$), GI ise sırasıyla 1,0 (0,55), 0,6 (1,0) ve 0,5 (1,0) olup farkın almalı olduğu tespit edildi ($p<0,001$). SKİ değerleri ise düşük destek grubunda 5,0 (10,0), orta ve yüksek destek gruplarında 0,0 (5,0) bulundu ve bu fark da anlamlı bulundu ($p=0,001$).

Tablo 4.5'te sunulan veriler, ebeveyn desteği düzeylerinin çocukların ağız sağlığı indeksleri üzerindeki etkilerini göstermektedir. Şekil 4.2'de ise ebeveyn desteği düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin medyan ve IKA değerlerini gösteren bir sütun grafiği sunulmaktadır.

Tablo 4.5. ÖBEDE ölçeği sonuçlarına göre ebeveyn desteği miktarı ile ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Ebeveyn desteği	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada
					kanama indeksi
Düşük	8 (6)	1 (2)	1 (0,5)	1 (0,55)	5 (10)
Orta	6 (8)	1 (2)	1 (0,85)	0,6 (1)	0 (5)
Yüksek	4 (5,25)	0 (1)	1 (0,725)	0,5 (1)	0 (5)
p-değeri	< 0,001	0,004	0,016	< 0,001	0,001

Medyan (IKA), Kruskal-Wallis testi



Şekil 4.2. Ebeveyn desteği düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin (dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ) medyan ve IKA değerlerini gösteren sütun grafiği

4.6. Dental İhmal Ölçeği Sonuçlarının Ağız Sağlığı İndeksleri ile Karşılaştırılması

Düşük dental ihmal grubunda dmft medyan değeri 5,0 (7,0) iken, orta düzeyde dental ihmal grubunda 7,0 (6,0) ve yüksek dental ihmal grubunda 8,0 (9,0) bulundu. Bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). pufa değerleri düşük ihmal grubunda medyan 0,0 (1,0), orta düzeyde 1,0 (2,0) ve yüksek ihmal grubunda 2,0 (2,0) olarak tespit edildi. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Pİ düşük ihmal grubunda 0,8 (0,5), orta düzeyde 1,0 (0,6) ve yüksek ihmal grubunda 1,2 (0,65) olarak bulundu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Gİ değerleri, düşük ihmal grubunda 0,5 (0,8), orta düzeyde 1,0 (0,6) ve yüksek ihmal grubunda 1,0 (0,8) olarak bulundu. Bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). SKİ sonuçları düşük ihmal grubunda 0,0 (5,0), orta

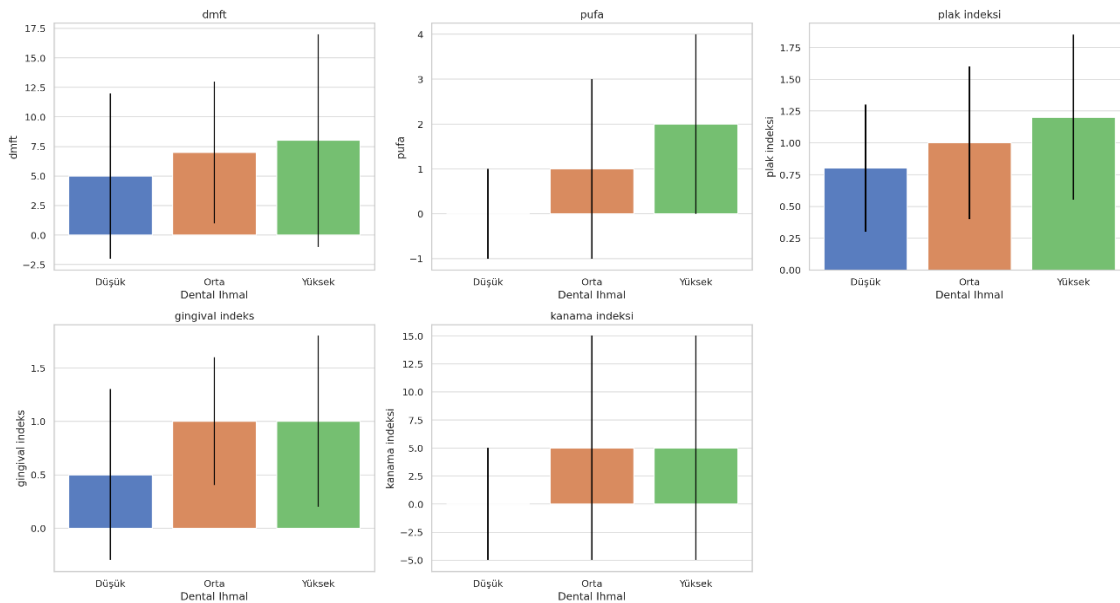
ve yüksek ihmal gruplarında ise 5,0 (10,0) olarak bulundu ve bu farkın da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$).

Tablo 4.6’da sunulan veriler, dental ihmal düzeylerinin çocukların ağız sağlığı indeksleri üzerindeki etkilerini göstermektedir. Şekil 4.3.’te ise dental ihmal düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin medyan ve IKA değerlerini gösteren bir sütun grafiği sunulmaktadır.

Tablo 4.6. DiÖ sonuçlarına göre dental ihmal düzeyi ile ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Dental ihmal	dmft	pufa	plak indeksi	gingival indeks	sondalamada
					kanama indeksi
Düşük	5,0 (7,0)	0,0 (1,0)	0,8 (0,5)	0,5 (0,8)	0,0 (5,0)
Orta	7,0 (6,0)	1,0 (2,0)	1,0 (0,6)	1,0 (0,6)	5,0 (10,0)
Yüksek	8,0 (9,0)	2,0 (2,0)	1,2 (0,65)	1,0 (0,8)	5,0 (10,0)
p-değeri	< 0,001¹	0,006¹	0,010¹	< 0,001¹	0,003¹

Medyan (IKA), ¹ Kruskal-Wallis testi



Şekil 4.3. Dental ihmal düzeylerine göre çocukların ağız sağlığı indekslerinin (dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ) ortalama ve IKA değerlerini gösteren sütun grafiği

4.7. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri Sonuçlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Ebeveyn desteği ile demografik özelliklerin karşılaştırıldığı Tablo 4.7 incelendiğinde, bazı değişkenler arasında anlamlı farklılıklar belirlendi.

Ebeveyn desteği ile cinsiyet arasında farklılıklar gözlemlendi. Kız çocuklarının ebeveynlerinde düşük destek oranı %48,3 iken, erkek çocuklarının ebeveynlerinde bu oran %53,6 olarak bulundu. Orta düzey destek oranları kızlarda %42,2, erkeklerde %39,9 olup, yüksek düzey destek oranları sırasıyla %9,5 ve %6,5 olarak kaydedildi. Bu bulgular, cinsiyet ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($p=0,255$).

Çocukların yaşı ile ebeveyn desteği arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. 3 yaşındaki çocukların ebeveynlerinde düşük destek oranı %9,8, 5 yaşında ise %67,9 iken, 6 yaşındaki çocuklarda bu oran %91,2 olarak bulunmuştur. Orta düzey destek oranları 3 yaş için %59,8, 5 yaş için %30,6 ve 6 yaş için %5,3 olarak belirlenmiş olup, yüksek düzey destek oranları sırasıyla %30,4, %1,5 ve %3,5 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, çocukların yaşı ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($p<0,001$).

Baba eğitim düzeyi ile ebeveyn desteği arasında da önemli farklılıklar tespit edildi. İlkokul mezunu babaların çocuklarında düşük destek oranı %53,5 iken, üniversite mezunu babalarda bu oran %43,1 olarak bulundu. Orta düzey destek oranları ilkokul mezunlarında %40,4, üniversite mezunlarında %46,5 olup, yüksek düzey destek oranları sırasıyla %6,1 ve %10,4 olarak belirlendi. Bu bulgular, baba eğitim düzeyi ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,024$).

Anne eğitim düzeyi de ebeveyn desteğini etkilemektedir. İlkokul mezunu annelerin çocuklarında düşük destek oranı %59,8 iken, yüksek lisans/doktora mezunu annelerde bu oran %35,7 olarak belirlendi. Orta düzey destek oranları ilkokul mezunu annelerde %35,3, yüksek lisans/doktora mezunu annelerde %42,9 olup, yüksek düzey

destek oranları sırasıyla %4,9 ve %21,4 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, anne eğitim düzeyi ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($p=0,011$).

Aylık aile geliri ile ebeveyn desteği arasında belirgin bir ilişki gözlemlendi. Asgari ücret ve altı gelir seviyesindeki ailelerde düşük destek oranı %56,4, asgari ücretin üstünde gelir seviyesine sahip ailelerde bu oran %47,2 olarak bulunmuştur. Orta düzey destek oranları sırasıyla %36,8 ve %44 olup, yüksek düzey destek oranları %6,8 ve %8,8 olarak kaydedildi. Bu bulgular, aile geliri ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($p=0,080$).

Çocuğun kardeşi olup olmaması ebeveyn desteği üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Kardeşi olan çocukların ebeveynlerinde düşük destek oranı %53, kardeşi olmayanlarda %38,3 olarak belirlendi. Orta düzey destek oranları sırasıyla %40,1 ve %46,9 iken, yüksek düzey destek oranları %6,9 ve %14,8 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, çocuğun kardeşi olup olmamasının ebeveyn desteği üzerinde anlamlı bir fark yarattığını gösterdi ($p=0,010$).

Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu ebeveyn desteği üzerinde farklılık göstermiştir. İlk çocukların ebeveynlerinde düşük destek oranı %42,9, üçüncü çocuklarda %57,1 olarak tespit edildi. Orta düzey destek oranları sırasıyla %46,3 ve %38 iken, yüksek düzey destek oranları %10,9 ve %4,9 olarak belirlendi. Bu sonuçlar, çocuğun kaçınıcı çocuk olduğunun ebeveyn desteği üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığını gösterdi ($p=0,114$).

Tablo 4.7. Ebeveyn desteği ile demografik özelliklerin karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Ebeveyn Desteği			p-value
	Düşük	Orta	Yüksek	
Cinsiyet				0,255 ¹
Kız	142 (48,3%)	124 (42,2%)	28 (9,5%)	
Erkek	165 (53,6%)	123 (39,9%)	20 (6,5%)	
Yaş				< 0,001 ¹
3	11 (9,8%)	67 (59,8%)	34 (30,4%)	
4	62 (37,6%)	95 (57,6%)	8 (4,8%)	
5	182 (67,9%)	82 (30,6%)	4 (1,5%)	
6	52 (91,2%)	3 (5,3%)	2 (3,5%)	
Baba eğitim				0,024 ¹
İlkokul mezunu	53 (53,5%)	40 (40,4%)	6 (6,1%)	
Ortaokul/Lise mezunu	158 (57,5%)	100 (36,4%)	17 (6,2%)	
Üniversite	87 (43,1%)	94 (46,5%)	21 (10,4%)	
Yüksek lisans/Doktora	9 (34,6%)	13 (50,0%)	4 (15,4%)	
Anne eğitim				0,011 ¹
İlkokul mezunu	61 (59,8%)	36 (35,3%)	5 (4,9%)	
Ortaokul/Lise mezunu	169 (54,7%)	117 (37,9%)	23 (7,4%)	
Üniversite	72 (40,7%)	88 (49,7%)	17 (9,6%)	
Yüksek lisans/Doktora	5 (35,7%)	6 (42,9%)	3 (21,4%)	
Aylık aile geliri				0,080 ¹
Asgari ücret ve altı	141 (56,4%)	92 (36,8%)	17 (6,8%)	
Asgari ücret üstü	166 (47,2%)	155 (44,0%)	31 (8,8%)	
Çocuğunuzun kardeşi var mı?				0,010 ¹
Evet	276 (53,0%)	209 (40,1%)	36 (6,9%)	
Hayır	31 (38,3%)	38 (46,9%)	12 (14,8%)	
Kaçıncı çocuk				0,114 ¹
1	75 (42,9%)	81 (46,3%)	19 (10,9%)	
2	116 (53,5%)	81 (37,3%)	20 (9,2%)	
3	93 (57,1%)	62 (38,0%)	8 (4,9%)	
4	20 (47,6%)	21 (50,0%)	1 (2,4%)	
5	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	
6	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

¹ Ki-kare testi

4.8. Dental İhmal Ölçeği Sonuçlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Dental ihmal ile demografik özelliklerin karşılaştırıldığı Tablo 4.8'de, bazı değişkenler arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi.

Cinsiyet ile dental ihmal arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Kız çocuklarının ebeveynlerinde düşük dental ihmal oranı %29,9, erkek çocuklarının ebeveynlerinde ise %28,6 olarak belirlendi. Orta düzey ihmal oranları kızlarda %65,3, erkeklerde %65,9 olup, yüksek düzey ihmal oranları sırasıyla %4,8 ve %5,5 olarak kaydedildi ($p=0,873$).

Çocukların yaşı ile dental ihmal arasında belirgin bir fark belirlenmedi. 3 yaşındaki çocukların ebeveynlerinde düşük dental ihmal oranı %28,6, 6 yaşındaki çocuklarda ise %35,1 olarak kaydedildi. Orta düzey ihmal oranları 3 yaş için %61,6, 6 yaş için %64,9 iken, yüksek düzey ihmal oranları sırasıyla %9,8 ve %0 olarak belirlendi ($p=0,085$).

Babanın eğitim düzeyi dental ihmal üzerinde anlamlı bir fark oluşturdu. İlkokul mezunu babaların çocuklarında düşük ihmal oranı %19,2, üniversite mezunu babalarda %36,6 olarak belirlendi. Orta düzey ihmal oranları ilkokul mezunlarında %69,7, üniversite mezunlarında %61,4 olup, yüksek düzey ihmal oranları sırasıyla %11,1 ve %2,0 olarak tespit edildi. Bu bulgular, baba eğitim düzeyinin dental ihmal üzerinde anlamlı bir fark yarattığını gösterdi ($p=0,001$).

Anne eğitim düzeyi ile dental ihmal arasında da anlamlı bir fark bulundu. İlkokul mezunu annelerin çocuklarında düşük ihmal oranı %22,5 iken, yüksek lisans/doktora mezunu annelerde bu oran %64,3 olarak tespit edildi. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %70,6 ve %35,7 olup, yüksek düzey ihmal oranları %6,9 ve %0 olarak kaydedildi. Bu sonuçlar, anne eğitim düzeyinin dental ihmal üzerinde anlamlı bir fark yarattığı belirlendi ($p<0,001$).

Aylık aile geliri dental ihmal üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Asgari ücret ve altı gelir seviyesindeki ailelerde düşük ihmal oranı %20, asgari ücretin üstünde gelir seviyesine sahip ailelerde bu oran %35,8 olarak tespit edildi. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %72 ve %61,1 iken, yüksek düzey ihmal oranları %8 ve %3,1 olarak kaydedildi. Bu bulgular, aile geliri ile dental ihmal arasında anlamlı bir fark olduğunu gösterdi ($p<0,001$).

Çocuğun kardeşi olup olmaması dental ihmal üzerinde anlamlı bir etki yaratmadı. Kardeşi olan çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal oranı %28, kardeşi olmayanlarda ise %37 olarak belirlendi. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %66,2 ve %61,7 iken, yüksek düzey ihmal oranları %5,8 ve %1,2 olarak belirlendi ($p=0,084$).

Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu da dental ihmal üzerinde anlamlı bir fark yaratmadı. İlk çocukların ebeveynlerinde düşük ihmal oranı %36, ikinci çocuklarda %28,6 ve üçüncü çocuklarda %26,4 olarak bulunmuştur. Orta düzey ihmal oranları sırasıyla %61,7, %65,9 ve %66,9 iken, yüksek düzey ihmal oranları %2,3, %5,5 ve %6,7 olarak kaydedildi ($p=0,079$).

Tablo 4.8. Dental ihmal ile demografik özelliklerin karşılaştırılması

Demografik özellikler	Dental İhmal			p-value
	Düşük	Orta	Yüksek	
Cinsiyet				0,873 ¹
Kız	88 (29,9%)	192 (65,3%)	14 (4,8%)	
Erkek	88 (28,6%)	203 (65,9%)	17 (5,5%)	
Yaş				0,085 ¹
3	32 (28,6%)	69 (61,6%)	11 (9,8%)	
4	51 (30,9%)	104 (63,0%)	10 (6,1%)	
5	73 (27,2%)	185 (69,0%)	10 (3,7%)	
6	20 (35,1%)	37 (64,9%)	0 (0,0%)	

Tablo 4.8. Devam

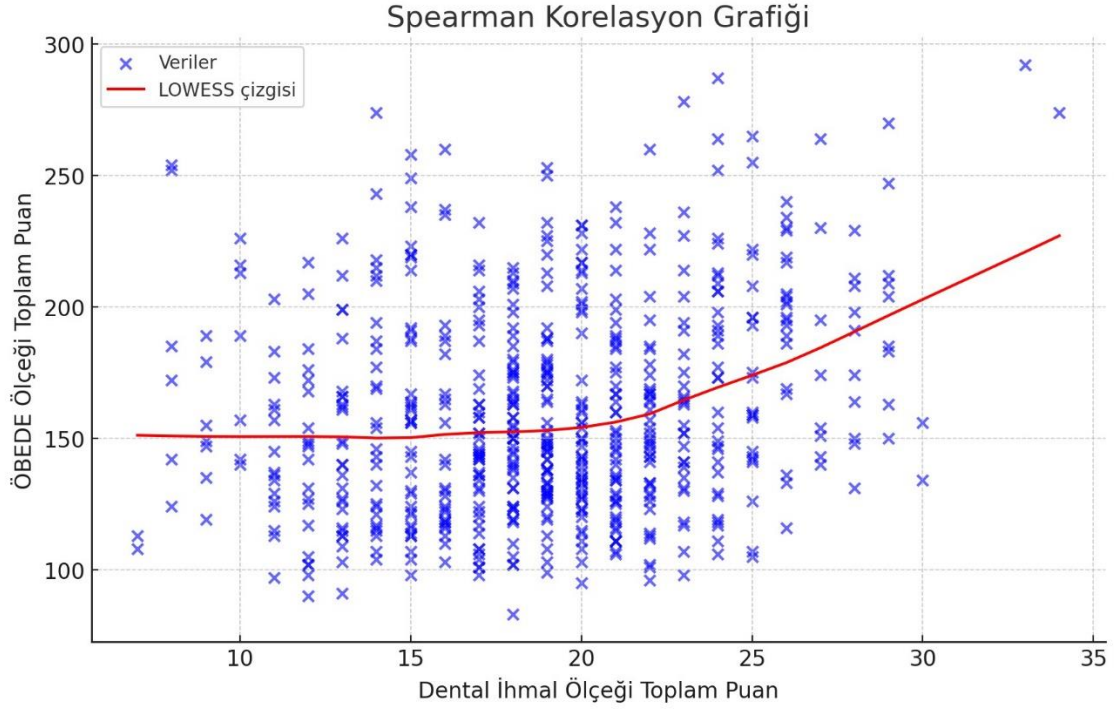
Demografik özellikler	Dental İhmal			p-value
	Düşük	Orta	Yüksek	
Baba eğitim				0,001¹
İlkokul mezunu	19 (19,2%)	69 (69,7%)	11 (11,1%)	
Ortaokul/lise mezunu	72 (26,2%)	188 (68,4%)	15 (5,5%)	
Üniversite	74 (36,6%)	124 (61,4%)	4 (2,0%)	
Yüksek lisans/Doktora	11 (42,3%)	14 (53,8%)	1 (3,8%)	
Anne eğitim				<0,001¹
İlkokul mezunu	23 (22,5%)	72 (70,6%)	7 (6,9%)	
Ortaokul/Lise mezunu	76 (24,6%)	213 (68,9%)	20 (6,5%)	
Üniversite	68 (38,4%)	105 (59,3%)	4 (2,3%)	
Yüksek lisans/Doktora	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0 (0,0%)	
Aylık aile geliri				<0,001¹
Asgari ücret ve altı	50 (20,0%)	180 (72,0%)	20 (8,0%)	
Asgari ücret üstü	126 (35,8%)	215 (61,1%)	11 (3,1%)	
Çocuğun kardeşi var mı?				0,084 ¹
Evet	146 (28,0%)	345 (66,2%)	30 (5,8%)	
Hayır	30 (37,0%)	50 (61,7%)	1 (1,2%)	
Kaçıncı çocuk				0,079 ¹
1	63 (36,0%)	108 (61,7%)	4 (2,3%)	
2	62 (28,6%)	143 (65,9%)	12 (5,5%)	
3	43 (26,4%)	109 (66,9%)	11 (6,7%)	
4	7 (16,7%)	32 (76,2%)	3 (7,1%)	
5	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	
6	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	

¹ Ki-kare testi

4.9. Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri ve Dental İhmal Ölçeği Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Spearman Korelasyon grafiğinde (Şekil 4.4), DIÖ puanı arttıkça ÖBEDE puanının da hafifçe arttığı gözlemlendi. Bu durum, iki ölçek arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu gösterdi. Ancak bu ilişki zayıftır ve veriler arasında belirgin bir doğrusal ilişki olmadığı dikkat çekti. Spearman Korelasyon katsayısı 0,191 olup, bu korelasyonun

istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p<0,001$) gösterdi. Bu sonuçlar, DİÖ ile ÖBEDE arasında istatistiksel olarak anlamlı, ancak zayıf bir ilişki bulunduğunu doğruladı.



Şekil 4.4. DİÖ toplam puan ile ÖBEDE puan arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman Korelasyon grafiği. Mavi noktalar veriyi temsil ederken, kırmızı çizgi LOWESS (Locally Weighted Scatterplot Smoothing) yöntemi kullanılarak çizilmiş olup, verinin genel eğilimlerini göstermektedir.

4.10. Diş Çürüğünü Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon

Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.9’da yer alan binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların diş çürüğü indeksi ($dmft \leq 7$ vs. $dmft > 7$) üzerinde çeşitli faktörlerin etkileri incelendi. Yaş arttıkça diş çürüğünde anlamlı bir artış gözlemlendi. Odds oranı 5 yaş grubunda 4,39 ($p<0,001$) ve 6 yaş grubunda 5,83 ($p<0,001$) olarak tespit edildi, ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu.

Baba eğitim düzeyi arttıkça dmft değerlerinde azalma gözlemlendi, yüksek lisans/doktora yapmış babalarda odds oranı 0,15 ($p=0,001$) belirlendi ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. Anne eğitim düzeyinin artmasıyla dmft değerleri azaldı, yüksek lisans/doktora yapmış annelerde odds oranı 0,05 ($p=0,004$) bulundu fakat ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı bulunmadı.

Aylık aile geliri arttıkça dmft değerlerinde azalma gözlemlendi, asgari ücret üstü gelire sahip ailelerde odds oranı 0,49 ($p<0,001$) bulundu ancak ayarlandıktan sonra anlamlı bulunmadı.

Kardeşi olan çocukların dmft değerleri, olmayanlara kıyasla daha yüksek bulundu ($OO=1,76$, $p = 0,024$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu.

Diş hekimine gitme durumu değerlendirildiğinde, daha önce diş hekimine götürülen çocukların dmft değerleri daha yüksek bulundu ($OO=4,00$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. İlk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların dmft değerleri daha yüksek olduğu belirlendi ($OO=2,16$, $p<0,001$) ve bu fark ayarlandıktan sonra da anlamlı kaldı ($OO=1,64$, $p=0,03$).

Ebeveyn desteği düzeyinin yüksek ($OO=0,18$, $p<0,001$) ve orta ($OO=0,60$, $p=0,003$) olması, düşük dmft değerleri ile ilişkilendirildi ve ayarlandıktan sonra yüksek ebeveyn desteği anlamlılığını korudu ($OO=0,251$, $p=0,041$). Yüksek ($OO=2,29$, $p=0,036$) ve orta ($OO=1,80$, $p=0,002$) dental ihmal düzeyine sahip çocukların dmft değerleri daha yüksek tespit edildi ve bu fark ayarlandıktan sonra yüksek dental ihmal düzeyinde anlamlı kaldı ($OO=16,62$, $p=0,011$).

Tablo 4.9. Diş çürüğü indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi (dmft $\leq$ 7[^] vs dmft>7)

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Yaş				
3	1		1	
4	2,444 (1,413-4,23)	0,001	0,771 (0,323-1,841)	0,559
5	4,388 (2,631-7,317)	< 0,001	1,049 (0,443-2,48)	0,914
6	5,833 (2,901-11,731)	< 0,001	1,479 (0,523-4,178)	0,460
Baba eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,726 (0,458-1,151)	0,173	0,724 (0,349-1,499)	0,384
Üniversite	0,605 (0,373-0,983)	0,042	0,989 (0,439-2,228)	0,980
Yüksek lisans/Doktora	0,152 (0,049-0,472)	0,001	0,414 (0,082-2,091)	0,286
Anne eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,57 (0,362-0,9)	0,016	0,89 (0,462-1,713)	0,727
Üniversite	0,357 (0,216-0,589)	< 0,001	0,657 (0,305-1,419)	0,285
Yüksek lisans/Doktora	0,05 (0,006-0,393)	0,004	0,191 (0,018-1,996)	0,167
Aylık aile geliri				
Asgari ücret ve altı	1		1	
Asgari ücret üstü	0,493 (0,355-0,685)	< 0,001	0,718 (0,426-1,21)	0,214
Çocuğun kardeşi var mı?				
Hayır	1		1	
Evet	1,762 (1,076-2,884)	0,024	1,475 (0,769-2,83)	0,243
Çocuğunuzu daha önce diş hekimine götürdünüz mü?				
Hayır	1		1	
Evet	3,996 (2,667-5,986)	< 0,001	0 (0-Inf)	0,98
İlk kez diş hekimine götürme sebebiniz neydi?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	2,157 (1,464-3,178)	< 0,001	1,64 (1,048-2,567)	0,030
Şu anda hangi şikayetle kliniğimize başvurdunuz?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	5,66 (3,484-9,193)	< 0,001	1,806 (0,897-3,637)	0,098
Randevu	4,029 (2,743-5,919)	< 0,001	1,454 (0,855-2,474)	0,167

Tablo 4.9. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Çocuğun diş fırçası var mı?				
Hayır	1		1	
Evet	4,623 (1,016-21,039)	0,048	2,92 (0,448-19,047)	0,263
Ara öğün sayısı				
0				
1	1,321 (0,36-4,851)	0,674	0,671 (0,131-3,425)	0,631
2	1,528 (0,438-5,338)	0,506	0,964 (0,198-4,702)	0,964
3	1,149 (0,323-4,082)	0,830	0,782 (0,155-3,937)	0,766
4	2,333 (0,603-9,023)	0,220	1,487 (0,263-8,411)	0,653
5	2,1 (0,381-11,589)	0,395	6,624 (0,426-102,95)	0,177
Ebeveyn desteği				
Düşük	1		1	
Orta	0,601 (0,428-0,843)	0,003	0,923 (0,562-1,515)	0,751
Yüksek	0,177 (0,080-0,390)	< 0,001	0,251 (0,066-0,947)	0,041
Dental ihmal				
Düşük	1		1	
Orta	1,801 (1,247-2,602)	0,002	1,555 (0,978-2,471)	0,062
Yüksek	2,289 (1,057-4,957)	0,036	16,623 (1,899-145,493)	0,011

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir

4.11. pufa İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon

Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.10'da yer alan binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların pufa indeksini ($pufa \leq 1$ vs. $pufa > 1$) yordayan çeşitli faktörlerin etkileri değerlendirildi. Yaş arttıkça pufa indeksinde anlamlı bir artış gözlemlendi. 5 yaş grubunda odds oranı 4,58 ($p < 0,001$) ve 6 yaş grubunda 4,36 ($p < 0,001$) olarak tespit edildi, ancak ayarlandıktan sonra sadece 5 yaş grubundaki artış anlamlı kaldı (OO=3,82, $p=0,015$).

Baba eğitim düzeyi arttıkça pufa değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu babaların çocuklarında odds oranı 0,47 ($p=0,003$) ve yüksek lisans/doktora yapmış babaların çocuklarında 0,16 ($p=0,004$) olarak belirlendi, ancak ayarlandıktan

sonra bu farklar anlamlı bulunmadı. Anne eğitim düzeyi arttıkça pufa değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu annelerin çocuklarında odds oranı 0,33 ($p<0,001$) olarak belirlendi, ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu.

Aylık aile geliri arttıkça pufa değerlerinde azalma gözlemlendi. Asgari ücret üstü gelire sahip ailelerin çocuklarında odds oranı 0,58 ($p=0,002$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra anlamlılığını kaybettiği bulundu.

Daha önce diş hekimine götürülen çocukların pufa değerleri, götürülmeyenlere kıyasla daha yüksek belirlendi ($OO=2,29$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. İlk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların pufa değerleri, kontrol amacıyla götürülenlere kıyasla daha yüksek tespit edildi ($OO=1,97$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılığını yitirdi. Şu anki şikayetle diş hekimine başvuran çocukların pufa değerleri, kontrol amaçlı gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($OO=9,02$, $p<0,001$) ve ayarlandıktan sonra da anlamlı kaldı ($OO=4,04$, $p<0,001$).

Ebeveyn desteği düzeyinin yüksek olması, düşük pufa değerleri ile ilişkilendirildi ($OO=0,34$, $p=0,008$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. Yüksek dental ihmal düzeyine sahip çocukların pufa değerleri daha yüksek bulundu ($OO=4,89$, $p<0,001$) ve bu fark ayarlandıktan sonra da anlamlı kaldı ($OO=4,81$, $p=0,046$).

Tablo 4.10. pufa indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($pufa \leq 1$ vs $pufa > 1$)

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Yaş				
3	1		1	
4	2,39 (1,275-4,478)	0,007	1,799 (0,622-5,207)	0,279
5	4,579 (2,559-8,193)	< 0,001	3,819 (1,294-11,266)	0,015
6	4,364 (2,069-9,201)	< 0,001	3,512 (0,993-12,417)	0,051

Tablo 4.10. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Baba eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,664 (0,417-1,059)	0,086	0,648 (0,31-1,357)	0,250
Üniversite	0,472 (0,286-0,778)	0,003	0,637 (0,275-1,473)	0,292
Yüksek lisans/Doktora	0,157 (0,044-0,555)	0,004	0,332 (0,05-2,219)	0,255
Anne eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,762 (0,485-1,199)	0,240	1,24 (0,642-2,394)	0,522
Üniversite	0,333 (0,196-0,565)	< 0,001	0,467 (0,207-1,051)	0,066
Yüksek lisans/Doktora	0 (0-Inf)	0,980	0 (0-Inf)	0,981
Aylık aile geliri				
Asgari ücret ve altı	1		1	
Asgari ücret üstü	0,584 (0,415-0,822)	0,002	1,271 (0,742-2,179)	0,382
Çocuğunuzu daha önce dış hekimine götürdünüz mü?				
Hayır	1		1	
Evet	2,294 (1,519-3,465)	< 0,001	0 (0-Inf)	0,994
Götürdüyse ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?				
1	1		1	
2	10,4 (1,186-91,176)	0,034	2,692 (0,253-28,656)	0,412
3	7,016 (0,88-55,95)	0,066	1,905 (0,208-17,479)	0,569
4	8,306 (1,063-64,922)	0,044	1,572 (0,174-14,248)	0,687
5	10,065 (1,272-79,645)	0,029	1,785 (0,194-16,448)	0,609
6	27536339,705 (0-Inf)	0,978	28925706,654 (0-Inf)	0,992
İlk kez dış hekimine götürme sebebiniz neydi?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	1,965 (1,321-2,921)	< 0,001	1,213 (0,747-1,97)	0,435
Şu anda hangi şikayetle kliniğimize başvurdunuz?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	9,022 (5,418-15,024)	< 0,001	4,037 (1,98-8,232)	< 0,001
Randevu	2,383 (1,57-3,618)	< 0,001	1,191 (0,665-2,131)	0,557
Çocuğun diş fırçası var mı?				
Hayır	1		1	
Evet	1,714 (0,466-6,297)	0,417	1,269 (0,188-8,55)	0,807

Tablo 4.10. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Diş Fırçalama Durumu:				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	0,824 (0,421-1,614)	0,573	1,318 (0,376-4,619)	0,666
Evet, Fırçalar	0,536 (0,272-1,056)	0,071	1,124 (0,31-4,076)	0,859
Ebeveyn desteği				
Düşük	1		1	
Orta	0,853 (0,600-1,213)	0,377	1,667 (0,977-2,846)	0,061
Yüksek	0,343 (0,155-0,759)	0,008	0,698 (0,180-2,701)	0,602
Dental İhmal				
Düşük	1		1	
Orta	2,493 (1,635-3,802)	< 0,001	1,993 (1,134-3,503)	0,017
Yüksek	4,892 (2,202-10,869)	< 0,001	4,812 (1,025-22,584)	0,046

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir

4.12. Plak İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.11'de yer alan binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların Pİ'ni ($\text{plak} \leq 1$ vs. $\text{plak} > 1$) yordayan çeşitli faktörlerin etkileri değerlendirildi. Yaş arttıkça Pİ'de anlamlı bir artış gözlemlendi. 5 yaş grubunda odds oranı 2,30 ($p=0,001$) ve 6 yaş grubunda 2,08 ($p=0,038$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Baba eğitim düzeyi arttıkça plak değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu babaların çocuklarında odds oranı 0,61 ($p=0,049$) ve yüksek lisans/doktora yapmış babaların çocuklarında 0,21 ($p=0,007$) olarak belirlendi, ancak ayarlandıktan sonra bu farklar anlamlı bulunmadı. Anne eğitim düzeyi arttıkça plak değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu annelerin çocuklarında odds oranı 0,58 ($p=0,022$) ve yüksek lisans/doktora yapmış annelerin çocuklarında 0,21 ($p=0,007$) olarak belirlendi. Ayarlandıktan sonra sadece üniversite mezunu annelerde bu fark anlamlı kaldı (OO=0,34, $p=0,013$). Aylık aile geliri arttıkça plak değerlerinde artış tespit edildi. Asgari ücret üstü

gelire sahip ailelerin çocuklarında odds oranı 1,61 ($p=0,006$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı bulunmadı.

Daha önce diş hekimine götürülen çocukların plak değerleri, götürülmeyenlere kıyasla daha yüksek bulundu ($OO=2,20$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. İlk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların plak değerleri, kontrol amacıyla götürülenlere kıyasla daha yüksek tespit edildi ($OO=4,27$, $p<0,001$) ve bu fark ayarlandıktan sonra da anlamlı kaldı ($OO=1,95$, $p=0,014$). Şu anki şikayetle diş hekimine başvuran çocukların plak değerleri, kontrol amaçlı gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek tespit edildi ($OO=7,59$, $p<0,001$) ve ayarlandıktan sonra da anlamlı kaldı ($OO=2,52$, $p=0,020$). Diş fırçalama durumu incelendiğinde, düzenli olarak dişlerini fırçalayan çocukların plak değerlerinde azalma gözlemlendi ($OO=0,29$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık ortadan kalktı.

Ebeveyn desteği yüksek plak değerleri ile anlamlı ilişki göstermedi. Orta ($OO=4,27$, $p<0,001$) ve yüksek ($OO=7,99$, $p<0,001$) dental ihmal düzeyine sahip çocukların plak değerleri daha yüksek bulundu ve bu fark ayarlandıktan sonra sadece orta dental ihmal düzeyinde anlamlı kaldı ($OO=3,14$, $p=0,001$).

Tablo 4.11. Pİ'ni yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($plak \leq 1$ vs $plak > 1$)

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Yaş				
3	1		1	
4	1,609 (0,932-2,778)	0,088	0,772 (0,273-2,187)	0,626
5	2,303 (1,394-3,803)	0,001	0,889 (0,308-2,56)	0,827
6	2,079 (1,042-4,147)	0,038	0,57 (0,157-2,075)	0,394
Baba eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,579 (0,363-0,925)	0,022	0,585 (0,263-1,302)	0,189
Üniversite	0,611 (0,374-0,997)	0,049	1,364 (0,551-3,377)	0,502
Yüksek lisans/Doktora	0,209 (0,067-0,653)	0,007	0,914 (0,131-6,36)	0,927

Tablo 4.11. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Anne eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,611 (0,374-0,997)	0,049	0,843 (0,419-1,7)	0,634
Üniversite	0,579 (0,363-0,925)	0,022	0,339 (0,144-0,796)	0,013
Yüksek lisans/Doktora	0,209 (0,067-0,653)	0,007	0 (0-Inf)	0,987
Aylık aile geliri				
Asgari ücret ve altı	1		1	
Asgari ücret üstü	1,609 (1,147-2,258)	0,006	1,522 (0,852-2,718)	0,156
Çocuğun kardeşi var mı?				
Hayır	1		1	
Evet	1,341 (0,806-2,231)	0,259	1,322 (0,614-2,848)	0,476
Çocuğunuzu daha önce dış hekimine götürdünüz mü?				
Hayır	1		1	
Evet	2,2 (1,47-3,292)	< 0,001	0 (0-Inf)	0,997
Götürdüyse ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?	1		1	
1				
2	12,071 (1,379-105,675)	0,024	2,764 (0,218-35,001)	0,433
3	7,672 (0,963-61,12)	0,054	1,89 (0,169-21,168)	0,606
4	9,125 (1,168-71,298)	0,035	2,096 (0,188-23,405)	0,548
5	10,833 (1,369-85,705)	0,024	3,588 (0,311-41,376)	0,306
6	0 (0-Inf)	0,985	0 (0-Inf)	0,995
İlk kez dış hekimine götürme sebebiniz neydi?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	4,27 (2,691-6,775)	< 0,001	1,951 (1,144-3,328)	0,014
Şu anda hangi şikayetle klinikimize başvurdunuz?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	7,589 (4,601-12,516)	< 0,001	2,523 (1,159-5,496)	0,020
Randevu	1,584 (1,062-2,363)	0,024	0,514 (0,277-0,952)	0,034
Dış Fırçalama Durumu:				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	0,699 (0,36-1,357)	0,29	0 (0-Inf)	0,997
Evet, Fırçalar	0,293 (0,149-0,577)	< 0,001	0 (0-Inf)	0,997

Tablo 4.11. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Kaç kez fırçalar:				
Hiç	1		1	
Bir kez	0,65 (0,341-1,24)	0,191	4873811,838 (0-Inf)	0,997
İki kez	0,359 (0,176-0,732)	0,005	6574883,726 (0-Inf)	0,997
İkiden fazla kez	0,328 (0,101-1,064)	0,063	12470044,329 (0-Inf)	0,997
Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?	1		1	
Hayır				
Bazen fırçalar	0,859 (0,559-1,319)	0,487	0,782 (0,386-1,586)	0,496
Evet, Fırçalar	0,423 (0,272-0,655)	< 0,001	0,687 (0,315-1,499)	0,345
Ara öğün sayısı				
0	1		1	
1	2,289 (0,464-11,295)	0,309	2,06 (0,317-13,377)	0,449
2	2,298 (0,487-10,85)	0,293	2,716 (0,44-16,783)	0,282
3	2,333 (0,487-11,168)	0,289	3,574 (0,563-22,672)	0,177
4	5,523 (1,08-28,253)	0,040	13,012 (1,741-97,266)	0,012
5	1,688 (0,222-12,809)	0,613	2,116 (0,156-28,609)	0,573
Ebeveyn desteği				
Düşük	1		1	
Orta	0,833 (0,587-1,183)	0,308	0,907 (0,519-1,587)	0,733
Yüksek	0,612 (0,311-1,204)	0,155	0,796 (0,198-3,206)	0,749
Dental ihmal				
Düşük	1		1	
Orta	4,27 (2,691-6,775)	< 0,001	3,144 (1,587-6,228)	0,001
Yüksek	7,988 (3,497-18,246)	< 0,001	2,101 (0,401-10,998)	0,379

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir

4.13. Gingival İndeksi Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon

Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.12'de yer alan binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların GI'sini ($GI \leq 0,8$ vs. $GI > 0,8$) yordayan çeşitli faktörlerin etkileri değerlendirildi. Yaş arttıkça GI'de anlamlı bir artış gözlemlendi. 5 yaş grubunda odds oranı 2,44 ($p < 0,001$) ve 6 yaş grubunda 2,22 ($p = 0,018$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu farklar anlamlı bulunmadı.

Baba eğitim düzeyi arttıkça Gİ değerlerinde azalma olduğu belirlendi. Üniversite mezunu babaların çocuklarında odds oranı 0,45 ($p=0,002$) ve yüksek lisans/doktora yapmış babaların çocuklarında odds oranı 0,13 ($p<0,001$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu farklar anlamlı değildi. Anne eğitim düzeyi arttıkça Gİ değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu annelerin çocuklarında odds oranı 0,34 ($p<0,001$) olarak belirlendi, ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. Aylık aile geliri arttıkça Gİ değerlerinde azalma olduğu belirlendi. Asgari ücret üstü gelire sahip ailelerin çocuklarında odds oranı 0,46 ($p<0,001$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamını yitirdi.

Daha önce diş hekimine götürülen çocukların Gİ değerleri, götürülmeyenlere kıyasla daha yüksek bulundu ($OO=2,35$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. İlk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların Gİ değerleri, kontrol amacıyla götürülenlere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi ($OO=1,80$, $p=0,003$), ancak ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. Şu anki şikayetle diş hekimine başvuran çocukların Gİ değerleri, kontrol amaçlı gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($OO=5,73$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra bu fark da anlamlılık ortadan kalktı.

Diş fırçalama durumu incelendiğinde düzenli olarak dişlerini fırçalayan çocukların Gİ değerlerinde azalma olduğu belirlendi ($OO=0,49$, $p=0,036$), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı bulunmadı.

Ebeveyn desteği düzeyinin düşük olması, orta ($OO=0,502$, $p<0,001$) ve yüksek ($OO=0,45$, $p=0,016$) ebeveyn desteğine sahip çocuklara kıyasla daha yüksek Gİ değerleri ile ilişkilendirildi ve bu fark ayarlandıktan sonra sadece orta ebeveyn desteğine sahip grupta anlamlı kaldı ($OO=0,54$, $p=0,022$). Yüksek ($OO=5,21$, $p<0,001$) ve orta

(OO=3,56, $p<0,001$) dental ihmal düzeyine sahip çocukların Gİ değerleri daha yüksek bulundu ve bu farklar ayarlandıktan sonra da anlamlılıklarını korudu.

Tablo 4.12. Gİ yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($G\dot{I}\leq 0,8^{\wedge}$ vs $G\dot{I}>0,8$)

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Yaş				
3	1		1	
4	1,491 (0,896-2,482)	0,124	0,439 (0,165-1,17)	0,100
5	2,435 (1,524-3,891)	< 0,001	0,625 (0,231-1,694)	0,356
6	2,215 (1,148-4,274)	0,018	0,545 (0,163-1,82)	0,324
Baba eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,632 (0,398-1,005)	0,053	0,675 (0,312-1,46)	0,318
Üniversite	0,454 (0,278-0,74)	0,002	0,912 (0,384-2,17)	0,836
Yüksek lisans/Doktora	0,134 (0,043-0,418)	< 0,001	0,384 (0,056-2,622)	0,329
Anne eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,549 (0,348-0,866)	0,01	1,023 (0,523-2)	0,946
Üniversite	0,339 (0,205-0,562)	< 0,001	0,685 (0,306-1,534)	0,358
Yüksek lisans/Doktora	0 (0-Inf)	0,979	0 (0-Inf)	0,980
Aylık aile geliri				
Asgari ücret ve altı	1		1	
Asgari ücret üstü	0,458 (0,329-0,638)	< 0,001	0,867 (0,502-1,499)	0,610
Çocuğunuzu daha önce diş hekimine götürdünüz mü?				
Hayır	1		1	
Evet	2,351 (1,611-3,43)	< 0,001	0 (0-Inf)	0,995
Götürdüyseniz ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?				
1	1		1	
2	18,909 (2,15-166,275)	0,008	4,821 (0,383-60,65)	0,223
3	10,792 (1,358-85,773)	0,024	3,383 (0,306-37,393)	0,320
4	14,723 (1,885-114,969)	0,010	4,168 (0,378-45,916)	0,244
5	14,5 (1,833-114,692)	0,011	3,802 (0,337-42,907)	0,280
6	0 (0-Inf)	0,985	0 (0-Inf)	0,993

Tablo 4.12. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
İlk kez diş hekimine götürme sebebiniz neydi?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	1,795 (1,224-2,634)	0,003	1,323 (0,804-2,177)	0,271
Şu anda hangi şikayetle kliniğimize başvurdunuz?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	5,731 (3,496-9,395)	< 0,001	1,759 (0,829-3,733)	0,141
Randevu	1,777 (1,228-2,57)	0,002	0,643 (0,356-1,161)	0,143
Diş Fırçalama Durumu:				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	0,972 (0,501-1,887)	0,933	0 (0-Inf)	0,995
Evet, Fırçalar	0,489 (0,251-0,954)	0,036	0 (0-Inf)	0,995
Kaç kez fırçalar:				
Hiç	1		1	
Bir kez	0,982 (0,516-1,869)	0,955	3033143,459 (0-Inf)	0,995
İki kez	0,557 (0,277-1,117)	0,099	4463249,579 (0-Inf)	0,995
İkiden fazla kez	0,328 (0,101-1,064)	0,063	3897228,868 (0-Inf)	0,995
Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	1 (0,654-1,528)	0,999	0,929 (0,462-1,867)	0,836
Evet, Fırçalar	0,473 (0,31-0,721)	< 0,001	0,545 (0,256-1,16)	0,115
Ara öğün sayısı				
0	1		1	
1	2,213 (0,549-8,912)	0,264	0,767 (0,141-4,172)	0,759
2	2,046 (0,532-7,875)	0,298	1,129 (0,219-5,813)	0,885
3	1,842 (0,471-7,198)	0,380	1,267 (0,241-6,674)	0,780
4	4,593 (1,079-19,548)	0,039	2,928 (0,471-18,212)	0,249
5	1 (0,153-6,531)	1	0,8 (0,067-9,489)	0,860
Ebeveyn desteği				
Düşük	1		1	
Orta	0,502 (0,356-0,708)	< 0,001	0,537 (0,316-0,915)	0,022
Yüksek	0,453 (0,239-0,860)	0,016	0,376 (0,105-1,353)	0,134
Dental ihmal				
Düşük	1		1	
Orta	3,553 (2,378-5,307)	< 0,001	3,517 (1,89-6,545)	< 0,001
Yüksek	5,213 (2,336-11,635)	< 0,001	9,016 (1,397-58,191)	0,021

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir

4.14. Sondalamada Kanama İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.13'te yer alan binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların SKİ'sini ($SKİ \leq 1$ vs. $SKİ > 1$) yordayan çeşitli faktörlerin etkileri değerlendirildi. Analiz sonuçlarına göre, yaş arttıkça SKİ değerlerinde anlamlı bir artış tespit edildi. Özellikle 4 yaş grubunda odss oranı 2,15 ($p=0,005$), 5 yaş grubunda 4,27 ($p<0,001$) ve 6 yaş grubunda 3,68 ($p<0,001$) olarak bulundu, ancak ayarlandıktan sonra bu farklar anlamlılığını yitirdi. Baba eğitim düzeyinin artmasıyla SKİ değerlerinde azalma gözlemlendi, üniversite mezunu babaların çocuklarında odss oranı 0,48 ($p=0,003$) ve yüksek lisans/doktora yapmış babaların çocuklarında 0,18 ($p=0,001$) olarak belirlendi, fakat bu farklar ayarlandıktan sonra anlamlılık kayboldu. Benzer şekilde, anne eğitim düzeyi arttıkça da SKİ değerlerinde azalma gözlemlendi, ancak bu farklar da ayarlandıktan sonra anlamlılığını kaybetti.

Aylık aile geliri arttıkça SKİ değerlerinde azalma gözlemlendi, asgari ücret üstü gelire sahip ailelerin çocuklarında odss oranı 0,57 ($p<0,001$) olarak tespit edildi, ancak bu fark da ayarlandıktan sonra anlamlı bulunmadı. Diş hekimine daha önce götürülen çocukların SKİ değerlerinin götürülmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi ($OO=2,92$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlılığını kaybetti. İlk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların SKİ değerleri kontrol amacıyla götürülenlere kıyasla daha yüksek bulundu ($OO=2,04$, $p<0,001$), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı olmadı. Ancak, şikayet nedeniyle kliniğe başvuran çocukların SKİ değerleri kontrol amacıyla gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek tespit edildi ($OO=10,50$, $p<0,001$) ve ayarlandıktan sonra da bu fark anlamını korudu ($OO=4,38$, $p<0,001$).

Düzenli olarak dişlerini fırçalayan çocukların SKİ değerleri, dişlerini fırçalamayanlara kıyasla daha düşük bulundu (OO=0,43, p=0,014), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlılığını yitirdi. Gece yatmadan önce diş fırçalayan çocukların SKİ değerlerinin de fırçalamayanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edildi (OO=0,65, p=0,046), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı değildi. Ara öğün sayısı arttıkça SKİ değerlerinde bazı artışlar gözlemlendi, ancak bu farklar ayarlandıktan sonra genellikle anlamlı bulunmadı. Ebeveyn desteği düzeyinin yüksek olması, düşük sondalamada kanama indeksi değerleri ile ilişkilendirilmiş (OO=0,429, p=0,011), ancak ayarlandıktan sonra bu fark anlamlı bulunmadı. Yüksek dental ihmal düzeyine sahip çocukların SKİ değerlerinin daha yüksek olduğu belirlendi (OO=4,87, p<0,001), ayarlandıktan sonra da bu fark anlamlı kalmadı (OO=9,81, p=0,056).

Tablo 4.13. SKİ yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi ($SKİ \leq 1$ vs $SKİ > 1$)

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Yaş				
3	1		1	
4	2,15 (1,255-3,684)	0,005	1,294 (0,477-3,506)	0,613
5	4,269 (2,587-7,043)	< 0,001	1,761 (0,634-4,888)	0,278
6	3,675 (1,861-7,256)	< 0,001	1,18 (0,348-4,007)	0,790
Baba eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,661 (0,416-1,05)	0,080	0,781 (0,352-1,729)	0,541
Üniversite	0,483 (0,297-0,787)	0,003	1,035 (0,425-2,524)	0,939
Yüksek lisans/Doktora	0,175 (0,061-0,503)	0,001	0,497 (0,075-3,295)	0,469
Anne eğitim				
İlkokul mezunu	1		1	
Ortaokul/Lise mezunu	0,706 (0,449-1,109)	0,130	0,921 (0,459-1,848)	0,817
Üniversite	0,383 (0,232-0,632)	< 0,001	0,482 (0,211-1,1)	0,083
Yüksek lisans/Doktora	0 (0-Inf)	0,979	0 (0-Inf)	0,980

Tablo 4.13. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Aylık aile geliri				
Asgari ücret ve altı	1		1	
Asgari ücret üstü	0,574 (0,414-0,797)	< 0,001	1,09 (0,621-1,912)	0,764
Çocuğunuzu daha önce diş hekimine götürdünüz mü?				
Hayır	1		1	
Evet	2,919 (1,986-4,29)	< 0,001	0,00 (0-Inf)	0,995
Götürdüyse ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?				
1	1		1	
2	5,333 (1,202-23,656)	0,028	1,63 (0,244-10,876)	0,614
3	2,466 (0,646-9,412)	0,187	0,676 (0,122-3,74)	0,653
4	4,446 (1,199-16,485)	0,026	1,097 (0,205-5,878)	0,914
5	5,937 (1,565-22,52)	0,009	2,024 (0,359-11,402)	0,424
6	3,667 (0,173-77,552)	0,404	1,339 (0,042-42,321)	0,868
İlk kez diş hekimine götürme sebebiniz neydi?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	2,04 (1,387-2,999)	< 0,001	1,529 (0,93-2,514)	0,094
Şu anda hangi şikayetle kliniğimize başvurdunuz?				
Kontrol	1		1	
Şikayet	10,495 (6,097- 18,064)	< 0,001	4,379 (1,922-9,977)	< 0,001
Randevu	2,293 (1,576-3,336)	< 0,001	0,823 (0,46-1,472)	0,511
Diş Fırçalama Durumu				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	0,794 (0,407-1,55)	0,499	1,541 (0,341-6,957)	0,574
Evet, Fırçalar	0,432 (0,221-0,846)	0,014	0,908 (0,196-4,202)	0,901
Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?				
Hayır	1		1	
Bazen fırçalar	1,098 (0,718-1,679)	0,665	0,881 (0,428-1,81)	0,729
Evet, Fırçalar	0,654 (0,431-0,993)	0,046	0,705 (0,33-1,503)	0,365

Tablo 4.13. Devam

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
0	1		1	
1	1,26 (0,343-4,628)	0,728	1,314 (0,242-7,145)	0,752
2	1,382 (0,396-4,828)	0,612	3,033 (0,588-15,646)	0,185
3	1,209 (0,34-4,293)	0,769	2,469 (0,465-13,115)	0,289
4	3,609 (0,921-14,146)	0,066	15,56 (2,367-102,274)	0,004
5	4,667 (0,765-28,466)	0,095	13,428 (0,747- 241,267)	0,078
Ebeveyn desteği				
Düşük	1		1	
Orta	0,631 (0,449-0,885)	0,008	0,805 (0,471-1,374)	0,426
Yüksek	0,429 (0,224-0,821)	0,011	2,319 (0,546-9,841)	0,254
Dental ihmal				
Düşük	1		1	
Orta	2,333 (1,599-3,403)	< 0,001	1,546 (0,886-2,699)	0,125
Yüksek	4,874 (2,149-11,055)	< 0,001	9,806 (0,94-102,281)	0,056

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na başvuran 36-72 ay arasındaki 602 çocuğun ağız sağlığı indeksleri kaydedildi ve ebeveynlerine ÖBEDE ile DİÖ uygulandı. Sonuç olarak öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğinin çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmal üzerindeki etkisi incelendi.

Mevcut çalışmada, öz bakım becerilerinde yüksek ebeveyn desteği ile çocukların dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi. DİÖ ile ÖBEDE arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlemlendi. Bu sonuçlara göre, ilk hipotez olan “H₀: Öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği, çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmali ile ilişkili değildir.” hipotezi, reddedildi. İkinci hipotez olan “H₁: Öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği, çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmali ile ilişkilidir.” hipotezi ise kabul edildi.

36-72 aylık çocuklarda öz bakım becerilerinin gelişiminde ebeveyn desteğinin oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Bu dönemde, çocuklar kendi başlarına temel öz bakım aktivitelerini öğrenmeye başlarlar; ancak ebeveynlerin rehberliği ve desteği, bu becerilerin etkili ve düzgün bir şekilde gelişmesinde kritik bir rol oynamaktadır.^{209, 210} Ebeveynler, çocuklara diş ipi kullanma ve diş fırçalama vb. temel ağız bakım becerilerini öğretmenin yanı sıra, çocuğun diş hekimi randevularına gitmesini sağlama sorumluluğunu da üstlenmektedirler.²¹¹⁻²¹³ Bu becerilerin doğru şekilde uygulanması, diş çürüklerinin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Çocuklarda diş çürüğünün erken dönemde önlenmesi ve tedavi edilmesi hem fiziksel hem de psikososyal sağlığın korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Ağız sağlığı, genel sağlıkla doğrudan bağlantılı olduğu için bu alandaki dental ihmal, çocuğun uzun vadeli sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.⁴⁻⁶ Ebeveynlerin, çocuğun ağız-diş sağlığını

korunması için gereken diş bakımını yerine getirmemesi ve ağız içinin fiziksel olarak önemsemeyip ihmal etmesi, diş çürüklerinin başlıca sebepleri arasında sayılmaktadır.¹¹

Literatür incelendiğinde, öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğinin çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmal üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Mevcut çalışmalar ebeveynlerin bilgi düzey ve tutumlarının ağız-diş sağlığı üzerine etkisini ya da dental ihmal seviyelerinin ağız-diş sağlığı üzerine etkileri incelemektedir.^{11, 12, 200, 214-217}

Çalışmada öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğini değerlendirebilmek için Kılıçgün tarafından 2013 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 62 sorudan oluşan ÖBEDE kullanıldı. Ebeveynlerin çocuklarının ağız-diş sağlığına yönelik ihmal düzeylerini değerlendirme amacı ile de ülkemizde ve dünyada çeşitli çalışmalarda kullanılan DiÖ kullanıldı.^{11, 12, 200, 214-217} DiÖ, çocuklarda kötü ağız sağlığının nedenlerini belirlemede önemli bir ölçek olarak kabul edilmektedir.¹¹

Literatürde, erken lezyonların 2-3 yıl içinde çürüğe dönüşebileceği ve bu çürüklerin ağrı ve şişlik gibi dental ihmali belirtileri olan semptomlara yol açabileceği ifade edilmektedir.¹⁹² Sistematik bir inceleme,¹⁹² diş ihmalinin belirgin özelliklerinin diş tedavisine başvurmamak veya tedaviyi geciktirmek, tedavi planına uymamak ve temel ağız bakımını yapmamak olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple, mevcut çalışmada çürük durumunu dmft indeksiyle kaydetmeye ek olarak çürüklerin şiddeti de pufa indeksi yardımı ile kaydedildi.^{79, 218} Çürük lezyonlarının varlığı tek başına dental ihmali yansıtmakta yetersiz olduğu için çocukların ihmal düzeylerini değerlendirmek amacıyla plağının varlığı ve yayılımı ile diş eti kanaması gibi ağız sağlığı parametreleri de dahil edildi.^{11, 193, 219-222}

Çalışmanın yaş aralığı, ÖBEDE'nin hedef kitlesi olan 36-72 aylık çocukları kapsayacak şekilde belirlendi.⁵³ Bu yaş grubu çocuklar, diş hizmetlerine erişim

özerkliğine ve ağız hijyenini sağlamak için gerekli motor becerilere sahip değildir ve ebeveynlerine bağımlıdırlar. Bu sebeple, çocuk ihmalinin etkisini bu yaş grubunda ebeveynler tarafından daha kesin bir şekilde değerlendirmek mümkündür.¹⁹⁸

Çalışmada, ÖBEDE ve DİÖ puanlarını etkileyebileceği öngörülen faktörlerden kaçınmak amacıyla sendromsuz ve sağlıklı çocuklar tercih edildi.

Acuna ve ark.'nın²²³ yaptığı bir çalışmada, erkek çocuklarının toplam dmft değerlerinin kız çocuklarının toplam dmft değerlerine kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Onur ve ark.,²²⁴ çalışmalarında cinsiyetin diş çürüğü üzerinde etkili olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Namal ve ark.,²²⁵ Boonyawong ve ark.²²⁶ ve Johansson ve ark.²²⁷ kız ve erkekler arasında diş çürüğü görülme oranları açısından herhangi bir farklılık oluşturmadığı tespit etmiştir. Mevcut çalışmada diş çürüğü ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0,057$).

Chaloob ve Qasim.²²⁸ 2013 yılında 5-16 yaş aralığındaki çocuklarda yaptıkları çalışmada, kızların Pİ değerlerinin erkeklerden daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Al-Haddad ve ark.²²⁹ 6-14 yaş grubunda gerçekleştirdiği bir çalışmada, kızların Pİ ve Gİ değerlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Al-Ghalebi ve El-Samarrai,²³⁰ 9-10 yaş arası çocuklar üzerinde yürüttükleri çalışmada, Pİ ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Bu çalışmada, cinsiyet ile Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Namal ve ark.²²⁵ yaptığı bir çalışmada yaştan diş çürüğünü etkileyen önemli bir etken olduğunu ve süt dişlerinde çürük şiddetinin yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. Viswanath ve ark.²³¹ ile Zander ve ark.²³² tarafından yapılan araştırmalarda da, yaştan ilerlemesi ile birlikte diş çürüğünde artış gözlemlendiği rapor edilmiştir.

Folayan²³³ ve ark. ile Farooqi ile ark.²³⁴ tarafından yürütülen çalışmalarda, yaşı ın çocuklarda diş çürüğü için bir öngörücü faktör olmadığı belirtilmiştir.

Mevcut çalışmada yaş arttıkça dmft skorlarında anlamlı bir artış gözlemlendi. Odds oranı 5 yaş grubunda 4,39 ($p<0,001$) ve 6 yaş grubunda 5,83 ($p<0,001$) olarak belirlendi, ancak diğer değişkenler de dahil edildiğinde ayarlanmış regresyon analizine göre anlamlı bir ilişki saptanamadı. Yaş arttıkça pufa indeksinde anlamlı bir artış gözlemlendi. 5 yaş grubunda odds oranı 4,58 ($p<0,001$) ve 6 yaş grubunda 4,36 ($p<0,001$) olarak bulundu, ancak diğer değişkenler göz önüne alındığında ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizine göre sadece 5 yaş grubundaki artış anlamlı olarak tespit edildi (OR=3,82 $p=0,015$).

Akyüz ve ark.²³⁵ yaptığı çalışmada, 4-6, 7-9 ve 10-12 yaş gruplarındaki çocukların Pİ ve Gİ değerlerinin benzer olduğu ve yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada yaş arttıkça Pİ, Gİ ve Kİ değerlerinde bir artış gözlemlendi; ancak binominal lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlılığını yitirdi.

Chouchene ve ark.'nın²³⁶ yaptığı çalışmada, EÇÇ ile ebeveynlerin eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diş çürüğü olmayan çocukların ebeveynlerinin %67,9'u üniversite eğitimi almıştır. Benzer şekilde Hallet ve ark.²³⁷ yaptığı çalışmada, annenin eğitim seviyesi ile EÇÇ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tanaka ve ark.'nın²³⁸ yürütmüş olduğu çalışmada, 15 yıldan fazla eğitim alan babaların ve 12 yıldan fazla eğitim gören annelerin çocuklarında daha az miktarda diş çürüğüne rastlandığı bildirilmiştir. Boonyawong ve ark.'nın²²⁶ 2022 yılında yürüttüğü çalışmada, babanın eğitim seviyesi ile çocuktaki diş çürüğü arasında bir bağlantı bulunmamıştır. Ancak yüksek eğitim almış annelerin çocuklarında diş çürüğü görülme oranının, zorunlu eğitim almış annelerin çocuklarına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Onur ve ark.'nın²²⁴

yürüttüğü çalışmada annenin eğitim seviyesinin azalmasının çürük riskini artırdığı bulunmuştur. Çalışmada en az üniversite mezunu olan babaların çocuklarında dmft seviyesinin diğer çocuklara kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu durum, düşük eğitim seviyesinin sağlıklı davranışlara uyum sağlama yeteneğinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.²³⁹

Peltzer ve ark.'nın çalışması, annenin daha yüksek eğitim seviyesinin çürük oranındaki artışla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bu durum, annenin yüksek eğitim seviyesi nedeniyle evden uzakta çalışmasını ve bu nedenle çocuğun bakımını büyükannesi gibi bir yakının üstlenmesini gerektirebileceği ile ilişkilendirilebilir.

Johansson ve ark.²²⁷ tarafından yapılan araştırmada ise ebeveyn eğitim seviyesinin çocuktaki diş çürüğü oranıyla bağlantılı olmadığı bildirilmiştir. Upadhyay ark.²⁴⁰ ve Pinto ve ark.²⁴¹ da diş çürüğü ile annenin eğitim seviyesi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Bozorgmehr ve ark.²⁴² çalışmasında, ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocuklarının Pİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Mevcut çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça dmft değerlerinde azalma gözlemlendi. Yüksek lisans/doktora yapmış anne ve babaların odds oranı sırasıyla 0,05 ($p=0,004$) ile 0,15 ($p=0,001$) olarak belirlendi ancak sonuç regresyon analizi ile desteklenmedi.

Anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça pufa değerlerinde azalma gözlemlendi. Üniversite mezunu anne ve babaların odds oranı sırasıyla 0,33 ($p<0,001$) ile 0,47 ($p=0,003$) bulundu, ancak binominal lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlılık kayboldu.

Anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerinde bir azalma gözlemlendi. Ancak diğer değişkenler de dikkate alındığında, binominal lojistik regresyon analizi yalnızca üniversite mezunu annelerin çocuklarının Pİ değerleri ile olan

ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu, diğer ilişkilerin ise anlamlı olmadığını gösterdi.

Schroth ve ark.,²⁴³ Psoter ve ark.,²⁴⁴ Christensen ve ark.²⁴⁵ ve Hallett ve ark.'nın²³⁷ çalışmaları, düşük aile gelirine sahip çocukların daha yüksek diş çürüğü deneyimine sahip olduğunu göstermiştir.

Ancak Wigen ve ark.'nın²⁴⁶ 2011 yılında Norveç'te gerçekleştirdiği çalışmada, aile geliri ile diş çürüğü deneyimi arasında ilişki bulunmamıştır. Norveç'in düşük gelirli aileleri destekleyen güçlü bir sosyal güvenlik sisteminin olması, bu çalışmada aile geliri ile çocuklardaki diş çürüğü deneyimi arasında neden bir ilişki tespit edilemediğini açıklayabilir.

Mevcut çalışmada aile geliri arttıkça dmft değerlerinde azalma gözlemlendi. Asgari ücret üstü gelire sahip ailelerde odds oranı 0,49 ($p<0,001$) bulundu ancak sonuç regresyon analizi ile desteklenmedi.

Aylık aile geliri arttıkça, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerinde bir azalma gözlemlendi. Ancak binominal lojistik regresyon analizi sonuçları anlamlılığın kaybolduğunu gösterdi.

Yapılan bazı araştırmalarda ailedeki çocuk sayısının artmasının, çocuklarda diş çürüğü görülme oranını artırdığı belirtilmiştir.^{247, 248} Aydınoğlu ve Arslan'ın çalışmasında kardeşi olmayan çocukların DMFT/dmft sayısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.²¹⁷

Jain ve ark.'nın²⁴⁹ 2015 yılında yaptığı bir araştırmada ise diş çürüğü ile kardeş sayısı arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Kotha ve ark.²⁵⁰ ailedeki çocuk sayısının çocukların ağız sağlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığını ortaya koymuşlardır.

Benzer şekilde yürütülen çalışmada kardeşi olan çocukların dmft değerleri olmayanlara kıyasla daha yüksek bulundu (OO=1,76, $p=0,024$). ancak binominal lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Kardeşi olan çocukların Pİ değerleri daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,04$). Ancak pufa, Gİ ve SKİ değerlerinde anlamlı bir fark gözlemlenmedi ($p>0,05$).

Hallet ve ark. yaptıkları bir araştırmada, ailede dördüncü ve sonraki doğan çocuklarda, daha erken doğum sırası olan çocuklara kıyasla daha çok EÇÇ görülmüştür. Benzer bir çalışmada da ailede üçüncü ve daha sonraki doğan çocuklarda çürük görülme sıklığının arttığı görülmüştür.²⁵¹

Ancak daha önce yapılan bir çalışma ailedeki çocuk sırası ile çürük deneyimi arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir.²³⁷ Bu çalışmada ailedeki çocuk sırası ile çürük deneyimi arasında bir ilişki tespit edilmedi.

Aydinoğlu ve Arslan'ın²¹⁷ yürüttüğü çalışmada, diş hekimi ziyaretlerinin ağrı, fistül ya da apse sebebiyle gerçekleştiği çocuklarda diş çürüğü oranlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benazzi ve ark.²⁵² da benzer sonuçlara ulaşmıştır. Kamran ve ark.'nın²⁵³ çalışmasında, ağrı çeken çocukların diş hekimine gitme olasılığının daha yüksek olduğu, çürük lezyonu olan çocukların ise bu olasılığının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Yürütülen çalışmada ilk kez şikayet nedeniyle diş hekimine götürülen çocukların dmft değerleri daha yüksek bulundu ($OO=2,16$, $p<0,001$) ve bu fark diğer değişkenler de dahil edildiğinde ayarlanmış regresyon analizi sonucunda anlamlı kaldı ($OO=1,64$, $p=0,03$). Çalışmanın yapıldığı gün şikayetle diş hekimine başvuran çocukların pufa değerleri, kontrol amaçlı gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($OO=9,02$, $p<0,001$) ve diğer değişkenler de dahil edildiğinde ayarlanmış regresyon analizini sonucunda anlamlı kaldı ($OO=4,04$, $p<0,001$).

Şikayet sebebiyle kliniğe başvuran çocukların Pİ, SKİ değerleri kontrol amacıyla gelenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Binominal lojistik regresyon analizi sonucunda, bu fark anlamlı olarak tespit edildi.

Namal ve ark.,²⁵⁴ Aida ve ark.,²⁵⁵ Hanioka ve ark.,²⁵⁶ Senesombath ve ark.²⁵⁷ ve Gao ve ark.'nın²⁵⁸ çalışmalarında diş fırçalama sıklığının EÇÇ ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, Tsai ve ark.'nın²⁵⁹ çalışması yatmadan önce diş fırçalamanın da EÇÇ ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bazı çalışmalar ise diş fırçalama sıklığı ile çürük yaygınlığı ya da şiddeti arasında zayıf bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.^{260, 261}

Başka bir çalışmada ise daha az sıklıkta diş fırçalamanın daha düşük çürük oranıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.²⁶² Honkala ve ark.,²⁶³ diş çürüğünün diş fırçalama sıklığından çok plak temizlemenin etkinliğiyle daha yakından ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu nedenlere dayanarak, diş fırçalama sıklığındaki artışın çürük insidansı üzerinde doğrudan bir etkisi olmayabilir.

Ancak Begzati ve ark.,²⁶⁴ Cogulu ve ark.,²⁶⁵ Declerck ve ark.,²⁶⁶ Li ve ark.²⁶⁷ ve Zhou ve ark.'nın²⁶⁸ çalışmalarında ise diş fırçalama sıklığı ile diş çürüğü arasında bir ilişki bulamamıştır. Bu çalışmada diş fırçalama sıklığı ile diş çürüğü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Yapılan araştırmalarda, çocuklar ve ergenlerin kahvaltıyı atladıklarında gün içinde daha fazla ara öğün tükettikleri ve bu öğünlerde genellikle yüksek miktarda şeker içeren besinleri tercih ettikleri gözlemlenmiştir.^{269, 270} Dye ve ark. yürüttüğü bir çalışmada, kahvaltıyı atlayan çocuklarda daha çok diş çürüğü oluştuğu belirtilmiştir.²⁷¹

Bu çalışmada ana öğün atlamanın diş sağlığı üzerinde anlamlı bir etki göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Ara öğün atlayanlar arasında ise dmft, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerinde anlamlı farklılıklar elde edildi ($p<0,05$). Genellikle ara öğün sayısı arttıkça

değerlerde artış görüldü. Ancak binominal lojistik regresyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlılığını yitirdi.

Ebeveynlerin ağız sağlığı hakkındaki bilgi ve tutumları, çocuklarının uygun ağız hijyeni becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir.²⁷²⁻²⁷⁶ Literatür incelendiğinde, öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğini ağız sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanılmadı.

Mevcut çalışmada ebeveyn desteği düzeyinin yüksek olması, düşük dmft değerleri ile ilişkilendirildi (OO=0,18, $p<0,001$) ve diğer değişkenler de dahil edildiğinde ayarlanmış regresyon analizini sonucunda anlamlı kaldı (OO=0,251, $p=0,041$). Yüksek ebeveyn desteği düşük pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri ile ilişkilendirildi ancak bu sonuçlar regresyon analizi ile desteklenmedi.

DSÖ'ye²⁷⁷ göre uygun sağlık hizmeti almamak da ihmalin bir göstergesi sayılmaktadır. Erken diş bakımı, bir çocuğun özellikle diş çürükleri olmak üzere ağız hastalıkları geliştirme olasılığını azaltmaktadır. Ayrıca çocuğu çevre ve profesyonel ile tanıştırır, daha sağlıklı alışkanlıklar edinme ve sonuç olarak iyi bir yaşam kalitesi elde etme fırsatları yaratmaktadır.²⁷⁸

Gurunathan ve ark.'nın²¹⁵ yaptığı çalışmada dental ihmalin artışıyla birlikte DMFT, deft, pufa ve debris indeksi skorlarının da yükseldiği tespit edilmiştir. Daha yüksek diş ihmal puanlarının, önceki raporlarda olduğu gibi zayıf ağız sağlığı ile ilişkili olduğu görülmüştür.^{11, 279} Sharma ve ark.²⁸⁰ 3-15 yaş arası çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada, daha yüksek DMFT/dmft puanlarını daha yüksek dental ihmal ile ilişkilendirmiştir. Thomson ve ark.¹¹ ve Ajagannanavar ve ark.²⁷⁹ çalışmalarında benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Mevcut çalışmada, yüksek dental ihmalin yüksek dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri ile ilişkilendirildiği tespit edildi; ancak ayarlanmış binominal regresyon analizi sonucunda dmft ve pufa ile olan ilişki anlamlı olarak kaldı.

Daha önceki araştırmalar, çocukların benzer öz bakım becerileri açısından cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmadığını göstermiştir.²⁸¹⁻²⁸³ Bu çalışmada, cinsiyetin ebeveyn desteği ile anlamlı bir ilişkisinin bulunmadığı belirlendi. Kız ve erkek çocuklar arasında ebeveyn desteği düzeylerinin benzer şekilde dağıldığı görüldü. Bu durum ebeveynlerin cinsiyet ayrımı yapmadan çocuklarına eşit destek sunduğunu veya çocukların bu desteği cinsiyete bağlı olmaksızın benzer şekilde algıladığını düşündürülebilir.

Kaçan ve ark.'nın²⁸⁴ yaptığı çalışmada, çocukların yaş gruplarına göre annelerin öz bakım becerilerine sağladığı desteğin anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Çocukların yaşları büyüdükçe annelerin öz bakım becerilerini destekleme oranında bir azalma tespit edilmiştir. Dinçer ve ark.'nın²⁸² çalışmasında da çocukların yaşları ilerledikçe öz bakım becerilerinin arttığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde mevcut çalışmada, çocukların yaş gruplarına göre ebeveyn desteği arasında anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,001$).

Yapılan bir çalışmada, annelerin eğitim seviyesi ile çocuklarının öz bakım becerilerini desteklemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.²⁸⁴ Ancak yürütülen çalışma, ebeveynlerin eğitim düzeyi ile verdikleri destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe, öz bakım becerilerine verdikleri desteğin de arttığı tespit edildi.

Bir araştırmada ailenin sosyoekonomik seviyesine göre annelerin çocuklarının öz bakım becerilerini desteklemeleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.²⁸⁴ Benzer

şekilde mevcut çalışma aile geliri ile ebeveyn desteği arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koydu ($p=0,080$).

Yapılan bir araştırmada kardeşi olup olmama ve çocukların doğum sıralarının öz bakım becerileri üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur.²⁸² Bu çalışmada çocuğun kardeşi olup olmaması ebeveyn desteğini etkilediği görüldü ($p=0,021$). Kardeşi olan çocuklarda düşük düzeyde ebeveyn desteği daha fazla iken, kardeşi olmayan çocuklarda orta düzeyde ebeveyn desteği daha yaygın görüldüğü tespit edildi.

Coolidge ve ark.²¹⁴ ile Aydınoglu ve Arslan'ın²¹⁷ çalışmalarına göre, diş ihmali puanlarının yaşla anlamlı şekilde ilişkili olduğu ve daha büyük çocuklarda diş ihmali düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Gurunathan ve ark.'nın²¹⁵ 2016 yılında yaptığı çalışmada, çocukların yaşları ve cinsiyetleri ile dental ihmal arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Mathur ve ark.'nın²⁸⁵ çalışmasında da cinsiyet ve diş ihmali arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Mevcut çalışmada, kız ve erkek çocuklar arasında dental ihmal düzeylerinin benzer şekilde dağıldığı ve cinsiyet ile dental ihmal arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p=0,873$). Benzer şekilde çocukların yaşı ile dental ihmal düzeyleri arasında belirgin fark görülmedi ($p=0,085$).

Gurunathan ve ark.'nın²¹⁵ yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ortaokul olan ebeveynlerin dental ihmal puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Williams ve ark.²⁸⁶ ile Freeman ve ark.²⁸⁷ tarafından yürütülen çalışmalarda düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin daha düşük düzeyde olumlu diş tutumları sergilediği bildirilmiştir.

Benzer şekilde bu çalışmada, ebeveynlerin eğitim seviyesinin dental ihmal üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edildi.

Mathur ve ark.'nın²⁸⁵ çalışmasında sosyoekonomik durumun bireylerin diş tedavisine yönelik tutumlarını belirgin şekilde etkilemediği görülmüştür. Benzer şekilde, AlGahnim ve ark.'nın²⁸⁸ çalışmasında da maddi gelirin ağız sağlığına yönelik tutumda bir rol oynamadığı gözlemlenmiştir.²⁸⁹

Silver DH ve ark.'na²⁹⁰ göre sosyoekonomik durum diş bakımında önemli bir rol oynamaktadır ve yüksek düzeyde diş ihmal düşük gelir grubuyla bağlantılıdır. Bu durumun nedeni olarak, düşük sosyoekonomik kesimin karşılayamayacağı yüksek diş tedavi maliyetleri gösterilmiştir. Ayrıca, yapılan diğer çalışmalarda da şekilde düşük gelir seviyesine sahip ebeveynlerin daha düşük düzeyde olumlu diş tutumları sergilediği bildirilmiştir.^{286, 287} Thomson ve ark.²⁹¹ ve Gaughwin ve ark.²⁹² ise yürüttüğü çalışmada, diş ihmalinin çocuğun düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailede bulunması ve son iki senedir diş tedavisi görmemiş olmasıyla pozitif ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Bu sebeple, düşük gelirli ailelerin çocuklarında ağız hastalılarının görülme olasılığı daha yüksektir.²⁹³

Yürütülen çalışmada, aylık aile geliri ile dental ihmal arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p < 0,001$). Asgari ücretin üzerinde gelire sahip ailelerde, dental ihmal düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi.

Aydinoğlu ve Arslan'ın²¹⁷ çalışmasında, ailedeki çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin çocuklarının diş bakımını daha fazla ihmal ettiği bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada ise çocuğun kardeşi olup olmamasının dental ihmal düzeyine etkisi olmadığı belirlendi ($p = 0,084$).

Aydinoğlu ve Arslan'ın²¹⁷ çalışmasında, Mathur ve ark.'nın²⁸⁵ bulgularına benzer şekilde, semptomlara dayalı diş hekimi ziyaretleri ile daha yüksek ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Kamran ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada ağrı problemi yaşayan çocukların diş hekimine gitme

olasılığının daha yüksek olduğu, buna karşılık çürük lezyonuna sahip çocukların ise diş hekimine gitme olasılığının daha düşük olduğu rapor edilmiştir.²⁵³

Mevcut çalışmada şikayet nedeniyle diş hekimine başvuran ebeveynlerin dental ihmal puanlarının daha yüksek olduğu bildirildi.

Ebeveynler, çocuğun diş hekimi randevularına gitmesini sağlamanın yanı sıra iyi ağız sağlığını sürdüren günlük becerileri öğretmek ve bunları devam ettirmekle de sorumludurlar.²¹¹⁻²¹³ Yapılan araştırmalar, çocukların el becerilerindeki bireysel farklılıklar ve ince motor becerilerinin yeterince gelişmemiş olması nedeniyle, belirli bir yaşa kadar dişlerini tek başlarına yeterli düzeyde fırçalayamadıklarını işaret etmektedir.^{294, 295} Literatürde, çocukların dişlerini yardım almadan etkili bir şekilde fırçalayabilmeleri için gereken ince motor becerilerine sahip oldukları yaş konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır.²⁹⁶⁻³⁰⁰ Birleşik Krallık'ta yayımlanan ulusal rehber ebeveynlerin çocuklarının diş fırçalamasını en az 7 yaşına kadar desteklemesini tavsiye etmekte, AAPD ise bu desteğe 10 yaşına kadar devam edilmesini önermektedir.³⁰¹ Ortak görüş ise çocukların diş fırçalama becerilerinin yaşla birlikte arttığı yönündedir.^{302, 303} Bu sebeple çocuklarda yeterli fizyolojik ve ince motor gelişim sağlanana kadar ebeveyn yardımıyla diş fırçalama tavsiye edilmektedir.^{304, 305}

Çubukçu'nun³⁰⁶ 2021 yılında 4-6 yaş arası 150 çocuk üzerinde yaptığı araştırmada, diş fırçalama sırasında yalnızca 30 çocuğun ebeveyn gözetiminde olduğu rapor edilmiştir. Saraç ve ark.³⁰⁷ 2-5 yaş arası çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin %32.4'ünün diş fırçalama sırasında çocuklarına yardım ettiği ve ebeveynlerin doğumdan itibaren ağız bakımına özen gösterme ve ilk diş sürmesi ile fırçalama düzenini oluşturmada yeterli bilinç düzeyinde olmadıklarını bildirilmiştir.

Mevcut çalışmada ebeveynlerin %48,7'sinin çocuklarının diş fırçalamasına yardımcı olmadığını. %12,8'inin her zaman yardımcı olduğu öğrenildi. Dental ihmal ile

Çocuğun diş fırcasına sahip olma durumu, fırcalama alışkanlığı ve düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi.

Ebeveynlerin eğitim düzeyi, ailenin gelir seviyesi ve çoğun ilk kez diş hekimi ziyaret sebebi ile DİÖ arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Literatür incelendiğinde çocukların öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğinin dental ihmal ile ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlanılmadı. Mevcut alışmada, DİÖ puanındaki artışın ÖBEDE puanını hafifçe artırabileceğini, ancak bu ilişkinin güçlü olmadığı tespit edildi.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Öz bakım becerilerindeki ebeveyn desteği düzeyinin, çocukların ağız-diş sağlığı ve dental ihmal üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacı ile yürütülen çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na başvuran 602 çocuk hasta ve ebeveyni dahil edildi. Yapılan araştırmalar ve analizlerin neticesinde;

1. Öz bakım becerilerinde yüksek düzeyde ebeveyn desteği ile çocukların dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında Kruskal-Wallis testine göre anlamlı farklılık bulundu; ancak pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerlerine ilişkin sonuçlar regresyon analizi ile desteklenmedi.

2. Dental ihmal düzeyinin artmasıyla çocukların dmft, pufa, Pİ, Gİ ve SKİ değerleri arasında Kruskal-Wallis testine göre anlamlı farklılık tespit edildi; ancak Pİ, Gİ ve SKİ değerlerine ilişkin sonuçlar regresyon analizi ile desteklenmedi.

3. DİÖ ile ÖBEDE arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlemlendi; DİÖ puanının artmasının ÖBEDE puanını hafifçe artırabileceği, ancak bu ilişkinin güçlü olmadığı tespit edildi.

4. Öz bakım becerilerinde ebeveyn desteğinin, ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocuğun yaşı ve kardeş varlığı gibi faktörlerden etkilendiği; ancak ailenin gelir düzeyi, çocuğun cinsiyetinin ve doğum sırasının bu desteği etkilemediği sonucuna varıldı.

5. Dental ihmalin ebeveynlerin eğitim düzeyi, ailenin gelir seviyesi, çocuğun daha önce diş hekimine götürülüp götürülmemesi, şikayetle diş hekimine başvurma durumu, çocuğun diş fırçasına sahip olma durumu, fırçalama alışkanlığı ve düzeninden etkilendiği; ancak çocuğun cinsiyeti, yaşı, kardeş varlığı ve doğum sırasından etkilenmediği sonucuna varıldı.

6. Çocuğun demografik verileri, ağız sağlığı anket soruları, öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği ve dental ihmal faktörlerinin ağız ve diş sağlığı indeksleri olan ilişkisinin Regresyon Analizi ile değerlendirildiğinde:

- Dental ihmal, öz bakım becerilerinde ebeveyn desteği ve ilk diş hekimine gitme nedeni dmft indeksi değerini belirleyen yordayıcı faktörler olarak tespit edildi.
- Dental ihmal ve çalışmanın yapıldığı gün şikayet nedeniyle diş hekimine yapılan ziyaretin, pufa indeksi değerini belirleyen yordayıcı faktörler olduğu belirlendi.
- İlk diş hekimine gitme nedeni ve dental ihmalin, Pİ değerini belirleyen önemli yordayıcı faktörler olduğu tespit edildi.
- Ebeveyn desteği ve dental ihmalin, Gİ değerini belirleyen önemli yordayıcı faktörler olduğu saptandı.

Sonuç olarak, bu tez çalışmasında yüksek düzeyde ebeveyn desteği alan çocukların daha iyi ağız-diş sağlığına sahip olduğu, buna karşın dental ihmale maruz kalan çocukların ağız-diş sağlığında belirgin bir kötüleşme yaşadığı tespit edildi. Bu bulgulardan yola çıkarak, ebeveynlerin çocuklarının ağız-diş sağlığını korumak için düzenli ve etkin destek sağlamaları, çocukların günlük ağız bakım rutinlerine aktif katılımını teşvik etmeleri ve dental sağlık hizmetlerine düzenli erişimi desteklemeleri gerekmektedir. Ayrıca, eğitim programları ve bilinçlendirme kampanyaları ile ebeveynlerin ağız-diş sağlığı konusunda daha fazla bilgi edinmeleri teşvik edilmelidir.

Mevcut çalışmada, DİÖ puanı 25 ve üzeri olduğu durumlarda örneklem sayısındaki azalmanın, DİÖ ile ÖBEDE arasındaki ilişki sonucunun güvenilirliğini azaltabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, ebeveyn desteği ve dental sağlık arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için, özellikle yüksek DİÖ puanlarına sahip çocukları içeren daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydın O. Okulöncesi Dönem Çocuğunun Gelişim Özellikleri. İçinde: Sevinç M (editör). Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar, 1. Baskı. İstanbul, Morpa Yayınları, 2005: 45-60.
2. Yörükoğlu A. Çocuk ve Ruh Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Özgür Yayıncılık, 1992.
3. Kartal A, Kurban NK, Zencir M, Kapıkıran NA. Okul öncesi dönem çocuğu olan annelerin ebeveyn davranışlarının çocuklarının öz bakım ve sosyal becerileri ile ilişkilerinin incelenmesi. 2010.
4. Wilson JFR, Fuzzi M. Operatif Diş Hekimliğinde Gelişmeler. Ş. Türkün ve M. Türkün (Çeviri Editörleri). Operative Dentistry Advances, Hotz PR, 2. Baskı, İstanbul, Quintessence Yayıncılık, 2006: 123-145.
5. Lourenço CB, Saintrain MVdL, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. BMC pediatrics, 2013; 13(1):1-8.
6. Ahmadi R. Early childhood caries and the role of pediatricians in its prevention. Iran J Pediatr, 2010.
7. Ahmadi R. A Comparison of the antiplaque effectiveness of meridol (aminefluoride/stannous fluoride) and ırsha kids mouth rinses in 7-9 year-old children. Zahedan J Res Med Sci, 2013;15(1).
8. Ramazani N, Ahmadi R, Daryaeian M. Oral and dental laser treatments for children: applications, advantages and considerations. J Las Med Sci, 2012; 20(2):101-110.
9. Aykam D, Bodrumlu EH. Çocukların maruz kaldığı kötü muamele bulgularının diş hekimliği açısından değerlendirilmesi. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 2022; 6(2):129-36.
10. Nurses . always there for you: United against violence. Geneva: International Council of Nurses, 2001.
11. Thomson WM, Spencer AJ, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. Comm Dent Oral Epidemiol, 1996; 24(5):351-6.
12. McGrath C, Sham AS-K, Ho DKL ve ark. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. Int Dent J, 2007; 57(1):3-8.
13. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. J Public Health Dent, 2008; 68(2):94-101.

14. Demiriz S, Dinçer Ç. Okul öncesi dönem çocuklarının öz bakım becerilerinin annelerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre incelenmesi. Hacettepe Univ. J. Educ., 2000; 19(19).
15. Özen Y. Yarına Kalmak Adına Sorumluluk Eğitimi, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayın n Dağıtım, 2001; 1000.
16. Çelik ÖD. Okul Öncesi Eğitim Programındaki Dil Gelişimi Ve Öz Bakım Becerilerine İlişkin Kazanımların Gerçekleşme Düzeylerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Temel Eğitim Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2019.
17. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Okul Öncesi Eğitim Programı. https://mufredat.meb.gov.tr/Dosyalar/20195712275243okuloncesi_egitimprogrami.pdf. 4 Haziran 2024
18. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi 0-72 Ay Fiziksel Gelişim. https://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/072%20Ay%20Fiziksel%20Geli%20C5%9Fim.pdf. 4 Haziran 2024
19. Demiriz S, Dinçer Ç. 5-6 yaş çocuklarının öz bakım becerilerinin cinsiyet ve okul öncesi eğitim alma durumlarına göre incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi, 2001; 150(11).
20. Yavuzer H. Anne-Baba ve Çocuk, 1. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2004.
21. Diler Sönmez N. Eve Dayalı Gündüz Tuvalet Kontrolü Aile Eğitimi Programının Annelerin Kuruluk Kaydı Tutma ile Gündüz Tuvalet Kontrolü Kazandırma Becerisini ve Çocukların Gündüz Tuvalet Kontrolünü Kazanmasındaki Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
22. Başal HA. Gelişim ve Psikoloji Nasıl Mutlu ve Başarılı Bir Çocuk Yetiştirebiliriz?: Ekin Kitabevi Yayınları, 2012.
23. Özcan N. Zihin Özürlü Çocuklara Tuvalet Becerisi Öğretimine Yönelik Aile Eğitimi Programının Etkililiği. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Eskişehir, Anadolu University, 2004.
24. Oktay A. Yaşamın Sihirli Yılları: Okul Öncesi Eğitim, 5. Baskı İstanbul, Epsilon Yayınları, 2004.
25. Güneyle U. 4-6 yaş grubu çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen etmenler konusunda bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1988; 17(1):37-45.
26. Dereli F. 2-5 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Beslenme Özellikleri Ve Aile Etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

27. Merdol TK. Okul Öncesi Dönem Eğitimi Veren Kişi ve Kurumlar İçin Beslenme Eğitimi Rehberi, Hatiboğlu Yayınları, 2000.
28. Wardlaw GM. Contemporary Nutrition: Issues and Insights, 5th ed. McGraw-Hill 2003.
29. Yavuzer H. Bedensel, Zihinsel ve Sosyal Gelişimiyle Çocuğunuzun İlk 6 Yılı. Remzi Kitabevi, 2017.
30. Einon D. Guide to learning early. Münich Deutschland. 1998.
31. Özelsoydaş E. Okul Çocuklarına Hijyen Alışkanlığı Kazandırma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
32. Gesell A. The First Five Years of Life. Harper & Brothers Publishers, 1940.
33. Bodur E. Okul Öncesi Çocuklarda Ekran Bağımlılığı İle Öz Bakım Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2022.
34. Readdick CA, Douglas K. More than line leader and door holder. Engaging Young Children in Real Work. Young Child, 2000; 55(6):63-70.
35. Avery JG, Jackson RH. Children and their accidents. 1993.
36. Topbaş E. Montessori Yöntemiyle Çocuk Eğitimi, 1. Baskı. İstanbul, Panama Yayıncılık, 2015.
37. Abbate G, Borghi D, Passi A, ve ark. Correlation between un-stimulated salivary flow, pH and streptococcus mutans, analysed. Eur J Paediatr Dent, 2014; 15:1.
38. Stores G, Wiggs L. Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development: Its Significance and Management: Cambridge University Press. 2001.
39. Lafçi D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
40. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. Vineland: adaptive behavior scales: Interview edition, expanded form: American Guidance Service; 1984.
41. Alpas B, Akçakın M. Vineland uyum davranış ölçeği-araştırma formu'nun doğumdan 47 aylığa kadar olan türk bebekleri için uyarlama, güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 2003; 18(52):57-71.
42. Cicchetti DV, Carter AS, Gray SAO. Vineland Adaptive Behavior Scales. In: Volkmar FR (ed). Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders. New York, NY: Springer New York; 2013: 3281-4.

43. Ottenbacher KJ, Taylor ET, Msall ME ve ark. The stability and equivalence reliability of the functional independence measure for children (WeeFIM)®. *Dev Med Child Neurol*, 1996; 38(10):907-16.
44. Slomine B. Functional Independence Measure for Children. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B (eds). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Springer New York; 2011: 1113-5.
45. Beyazgül B, Acar U, Şahin A ve ark. Öz bakım envanteri'nin türkçe geçerliği ve güvenilirliği. *Harran Univ. J. Med.*, 2024; 21(1):61-6.
46. La Greca AM, Follansbee D, Skyler JS. Developmental and behavioral aspects of diabetes management in youngsters. *Child Health Care*, 1990; 19(3):132-9.
47. Haley SM, Coster W, Ludlow L ve ark. Pediatric evaluation of disability inventory. *Phys Occup Ther Pediatr*, 1992.
48. Berg M, Jahnsen R, Frøslie KF ve ark. Reliability of the pediatric evaluation of disability inventory (PEDI). *Phys Occup Ther Pediatr*, 2004; 24(3):61-77.
49. Erki'n G, Elhan AlH, Aybay C ve ark. Validity and reliability of the Turkish translation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disabil Rehabil*, 2007; 29(16):1271-9.
50. Uljarević M, Spackman EK, Cai RY ve ark. Daily living skills scale: Development and preliminary validation of a new, open-source assessment of daily living skills. *Front Psychiatry*, 2023; 13:1108471.
51. Oakland T, Harrison PL. *Adaptive behavior assessment system-II: Clinical use and interpretation*. Academic Press, 2011.
52. Erol N SN, Savaşır I. Ankara gelişim tarama envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. *Turk Psychol. J.*, 1993; 29:16-22.
53. Kılıçgün M. Özbakım becerilerinde ebeveyn desteği envanterinin obede geliştirilmesi ve standardizasyonu. *Ahi Evran Univ. J. Educ.*, 2013; 14(3):19-36.
54. Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health*, 1985; 75(1):27-30.
55. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent*, 1999; 21(6):325-6.
56. Inglehart MR, Filstrup S, Wandera A. Oral health and quality of life in children. *Oral health-related quality of life*. 2002; 79:88.
57. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*, 2006; 201(10):625-6.

58. Malden P, Thomson W, Jokovic A ve ark. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2008; 36(2):108-17.
59. Nuttall N, Steele J, Evans D ve ark. The reported impact of oral condition on children in the United Kingdom, 2003. *Br Dent J*, 2006; 200(10):551-6.
60. Blumenshine SL, Vann Jr WF, Gizlice Z ve ark. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent*, 2008; 68(2):82-7.
61. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*, 1992; 82(12):1663-8.
62. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S ve ark. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent*, 1992; 14(5):303.
63. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent*, 1996; 20(3):209-12.
64. Clarke M, Locker D, Berall G ve ark. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent*, 2006; 28(3):254-9.
65. Güngör K, Tüter G, BAL A. Eğitim düzeyi ile ağız sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Univ. J. Dental Sci.*, 1999.
66. Duncan GJ, Daly MC, McDonough P ve ark. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health*, 2002; 92(7):1151-7.
67. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods: further analysis of data from the national diet and nutrition survey of children aged 1.5–4.5 years. *Caries Res*, 1999; 33(2):101-13.
68. Weintraub JA. Prevention of early childhood caries: a public health perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1998; 26(S1):62-6.
69. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1998; 26(S1):49-61.
70. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent*, 2018; 40(6):194-204.
71. Filstrup SL, Briskie MD, da Fonseca DM ve ark. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*, 2003; 25(5).
72. Leal S, Bronkhorst E, Fan M ve ark. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res*, 2012; 46(2):102-6.

73. Ben Zion H, Monse B, Heinrich-Weltzien R ve ark. Untreated severe dental decay: a neglected determinant of low body mass index in 12-year-old Filipino children. *BMC public health*, 2011; 11(1):1-10.
74. Gradella CM, Bernabé E, Bönecker M ve ark. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2-to 4-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2011; 39(6):498-504.
75. Baginska J, Stokowska W. Pulpal involvement-roots-sepsis index: a new method for describing the clinical consequences of untreated dental caries. *Med Princ Pract*, 2013; 22(6):555-60.
76. Bagińska J, Rodakowska E, Wilczyńska-Borawska M ve ark. Index of clinical consequences of untreated dental caries (pufa) in primary dentition of children from north-east Poland. *Adv Med Sci*, 2013; 58(2):442-7.
77. Leake J, Jozzy S, Uswak G. Severe dental caries, impacts and determinants among children 2-6 years of age in Inuvik Region, Northwest Territories, Canada. *J Can Dent Assoc*, 2008; 74(6).
78. Murthy A, Pramila M, Ranganath S. Prevalence of clinical consequences of untreated dental caries and its relation to dental fear among 12–15-year-old schoolchildren in Bangalore city, India. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2014; 15:45-9.
79. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Ben Zion H ve ark. PUFA—an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2010; 38(1):77-82.
80. Usha M, Deepak V, Venkat S ve ark. Treatment of severely mutilated incisors: a challenge to the pedodontist. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2007; 34-S6.
81. Slabšinskienė E, Milčiuvienė S, Narbutaitė J ve ark. Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina*, 2010; 46(2):135.
82. Ferraz NKL, Nogueira LC, Pinheiro MLP ve ark. Clinical consequences of untreated dental caries and toothache in preschool children. *Pediatr Dent*, 2014; 36(5):389-92.
83. Alkarimi HA, Watt RG, Pikhart H ve ark. Dental caries and growth in school-age children. *Pediatrics*, 2014; 133(3):e616-e23.
84. Kassebaum N, Bernabé E, Dahiya M ve ark. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*, 2015; 94(5):650-8.

85. Doğan BG, Gökalp S. Türkiye’de diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimi 2004. Hacettepe Univ. J. Dent., 2008; 32(2):45-7.
86. Kulak-Özkan Y, Ozkan Y, Kazazoglu E ve ark. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in Istanbul: a pilot study. Int Dent J, 2001; 51(6):451-6.
87. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr, 2004; 7(1a):201-26.
88. Watt RG, Daly B, Allison P ve ark. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. The Lancet, 2019; 394(10194):261-72.
89. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. The Lancet, 2007; 369(9555):51-9.
90. Chin JR, Kowolik JE, Stookey GK. Dental caries in the child and adolescent. In: McDonald and Avery’s Dentistry for the Child and Adolescent. 2015; 155-76.
91. Harris R, Nicoll AD, Adair PM ve ark. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dent Health, 2004; 21(1):71-85.
92. McDonald RE, Avery DR, Stookey GK, Chin JR, Kowolik JE. Dental caries in the child and adolescent. In: McDonald and Avery Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier, 2011: 177-204.
93. Milgrom P, Riedy C, Weinstein P ve ark. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6-to 36-month-old children. Community Dent Oral Epidemiol, 2000; 28(4):295-306.
94. Keys P. Factor influencing the initiation, transmission and inhibition of dental caries. Mech Hard Tissue Destr, 1963.
95. Young DA, Featherstone JD. Implementing caries risk assessment and clinical interventions. Dent Clin, 2010; 54(3):495-505.
96. Featherstone JD. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. Community Dent Oral Epidemiol, 1999; 27(1):31-40.
97. Sheiham A. New composite indicators of dental health. Community Dent Health, 1987; 4:407-14.
98. Baginska J, Rodakowska E. Current dental caries indices-review of literature. J Stomatol, 2012; 65:899-912.
99. Namal N, Vehid S, Sheiham A. Ranking countries by dental status using the DMFT and FS-T indices. Int Dent J, 2005; 55(6):373-6.

100. Badel T, Pavičin IS, Bašić K ve ark. Socioeconomic influence of tobacco use and dental caries experience in different male croatian populations. *Acta Clin Croat*, 2018; 57(3):510.
101. Benigeri M, Payette M, Brodeur JM. Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1998; 26(5):303-9.
102. Schuller AA, Holst D. Oral status indicators DMFT and FS-T: reflections on index selection. *Eur J Oral Sci*, 2001; 109(3):155-9.
103. Mehta A. Comprehensive review of caries assessment systems developed over the last decade. *RSBO*, 2012; 9(3):316-21.
104. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J*, 2000; 50(6):378-84.
105. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries Res*, 1999; 33(4):252-60.
106. Ismail AI, Sohn W, Tellez M ve ark. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007; 35(3):170-8.
107. Gugrani N PI, Srivastava N, Gupta M ve ark. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): a new concept. *Int J Clin Pediatr Dent*, 2011.
108. Diniz MB, Rodrigues JA, Hug I ve ark. Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for occlusal caries detection. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2009; 37(5):399-404.
109. Acharya S. Specific caries index: A new system for describing untreated dental caries experience in developing countries. *J Public Health Dent*, 2006; 66(4):285-7.
110. de Amorim RG, Figueiredo MJ, Leal SC ve ark. Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II. *Clin Oral Investig*, 2012; 16:513-20.
111. Frencken JE, de Souza AL, van der Sanden WJ ve ark. The caries assessment and treatment (CAST) instrument. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2013; 41(1):e71-e7.
112. Frencken J, de Amorim RG, Faber J, Leal SC. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: rationale and development. *Int Dent J*, 2011; 61(3):117-23.
113. Shyam R, Manjunath B, Kumar A ve ark. Newer concept of measuring dental caries-a review. *Saudi J Oral Dent Res*. 2017; 2(8):192-6.

114. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Public Health Rep (1896-1970)*, 1938; 751-65.
115. Broadbent J, Thomson W. For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005; 33(6):400-9.
116. Young DA, Nový BB, Zeller GG ve ark. The American Dental Association caries classification system for clinical practice: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc*, 2015; 146(2):79-86.
117. Roland E, Gueguen G, Longis M ve ark. Validation of the reproducibility of the DMF Index used in bucco-dental epidemiology and evaluation of its 2 clinical forms. *World Health Stat Q*, 1994; 47(2):44-61.
118. Bodecker CF. The modified dental caries index. 1939.
119. Shulman JD, Cappelli DP. Epidemiology of dental caries. *Prevention in clinical oral health care: Mosby Inc*, 2008: 2-13.
120. Kakodkar P GM. Indices. In: *Questions and Answers in Community Dentistry: Jaypee Brothers Medical Publishers*, 2010: 164-71.
121. Chestnutt IG. *Dental Public Health at a Glance*, 1st ed. Wiley-Blackwell, 2016.
122. Tellez Merchan M, Ismail A. Measurement and Distribution of Dental Caries. In: *Dentistry, dental practice, and the community*. London, Elsevier Health Sciences, 2005: 154-70.
123. Campus G, Cocco F, Ottolenghi L ve ark. Comparison of ICDAS, CAST, Nyvad's criteria, and WHO-DMFT for caries detection in a sample of Italian schoolchildren. *Int J Environ Res Public Health*, 2019; 16(21):4120.
124. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. *Essential dental public health*, OUP Oxford, 2013.
125. de Souza AL, Leal SC, Bronkhorst EM ve ark. Assessing caries status according to the CAST instrument and WHO criterion in epidemiological studies. *BMC Oral Health*, 2014; 14:1-8.
126. Aktaş N, Akal N, Akın Y ve ark. Çocuklarda tedavi edilmemiş diş çürüklerinin PUFA indeksi ile değerlendirilmesi. *Acta Odontol Turc*, 2018; 35(1):23-8.
127. Aoun N, El-Hajj G, El Toum S. Oral ulcer: an uncommon site in primary tuberculosis. *Aust Dent J*, 2015; 60(1):119-22.

128. Yılmaz B, Aykol Şahin G, Başer Ü ve ark. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalarda periodontal hastalık farkındalığı. *Yeditepe J Dent*, 2016; 12 (3): 29-34
129. Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* , 2002; 29(5):400-10.
130. Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ ve ark. Pediatric dentistry-pageburst e-book on vitalsource, infancy through adolescence, 5: Pediatric dentistry-pageburst e-book on vitalsource: Elsevier Health Sciences, 2012.
131. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol*, 1999; 4(1):7-17.
132. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, 1999; 4(1):1-6.
133. LeResche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: review of concepts and current findings. *Periodontol 2000*, 2002; 30(1):91-103.
134. Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol 2000*, 2001; 25:37-58.
135. Tunalı B. Periodontoloji ve Oral implantoloji'de Klinik Parametre ve İndeksler. İstanbul, As Matbaa ve Tic AŞ, 1994: 19.
136. Yoon E. Klasik ve Kapaklı Metal Braketlerle Sabit Ortodontik Tedavi Gören Bireylerde Dental Plak Birikiminin Klinik Olarak İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ortodonti Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.
137. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand*, 1964; 22(1):121-35.
138. Harris N, Willmann D. Periodontal disease prevention: risk assesment and evaluation. In: *Primary Preventive Dentistry*, 5th ed. Stamford, 1999: 327-51.
139. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*, 1975; 25(4):229-35.
140. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence: World Health Organization, 2006.
141. Yılmaz A. Çocuk istismarı ve ihmali: Risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy J. Soc. Sci.*, 2009; 7(1):63-79.
142. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı: Seçkin yayınları, 2007.

143. World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence, 2006.
144. Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child neglect: guidance for pediatricians. *Pediatr Rev*, 2000; 21(4):111-6.
145. Aral N. Fiziksel İstismar ve Çocuk: Tekışık Veb Ofset Tesisleri, 1997.
146. Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher H, Bassett C, Howat N, Collishaw S. Child Abuse and Neglect in the UK Today. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2011.
147. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol*, 1980; 35(4):320.
148. Australian Institute of Health and Welfare. Child protection Australia 2010-11. AIHW, 2012.
149. UNICEF. Türkiye'de Çocuk İstismarı Ve Aile İçi Şiddet Araştırması <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>. 4 Haziran 2024
150. Şahin F. Çocuk ihmali: Tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. *Klinik Pediatri*, 2002; 1(3):103-6.
151. T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara, 1995.
152. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk istismarı ve ihmaliinde hemşirenin koruyucu sağlık hizmetlerinde ve tedavi edici kurumlardaki sorumluluğu. *Florence Nightingale J Nurs*, 1994; 8(32):45-52.
153. Murry SK, Baker AW, Lewin L. Screening families with young children for child maltreatment potential. *Pediatr Nurs*, 2000; 26(1):47.
154. Cowen PS. Child neglect: Injuries of omission. *Pediatr Nurs*, 1999; 25(4):401.
155. Meier E. Update on child abuse and neglect legislative efforts. *Pediatr Nurs*, 1999; 25(4):436-.
156. Altundağ S, Öztürk C. Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. *Turk J Trauma Emerg Surg*, 2007.
157. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 2006; 118(3):933-42.

158. Carter V, Myers MR. Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Child Youth Serv Rev* 2007; 29(1):110-21.
159. Sedlak AJ, Broadhurst DD. The national incidence study of child abuse and neglect. Washington DC US Department of Health and Human Services. 1996.
160. Coohey C. Home alone and other inadequately supervised children. *Child welfare*, 1998; 291-310.
161. Kelleher K, Chaffin M, Hollenberg Jve ark. Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *Am J Public Health*, 1994; 84(10):1586-90.
162. Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Real or detection bias? *Science*, 2015; 347(6229):1480-5.
163. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *J Child Psychol Psychiatry*, 2005; 46(1):47-57.
164. Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse Negl.*, 2001; 25(11):1439-61.
165. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 2001; 151(5):27-54.
166. Kars Ö. Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. Ankara, Bizim Büro Basımevi, 1996.
167. Hart SN, Brassard MR, Binggeli NJ, Davidson HA. Psychological maltreatment. In Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, & Reid TA (eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment* ^{2nd} ed. Sage Publications, 2002: 79–103.
168. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(6-7):697-714.
169. Hart SN, Brassard MR. Psychological maltreatment: Progress achieved. *Dev Psychopathol*, 1991; 3(1):61-70.
170. Cicchetti D. Defining Child Maltreatment: The Interface Between Policy and Research. In: Child abuse, child development, and social policy. Ablex, 1993.
171. Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Rev*, 2000; 9(1):6-18.

172. Dursunkaya D. Duygusal Örselenme ve İhmal. İçinde: Çetin FÇ CA, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivantürk B, (editörler). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008: 478-87.
173. Trickett PK, Mennen FE, Kim ve ark. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. Child Abuse Negl 2009; 33(1):27-35.
174. Glaser D, Prior V. Predicting Emotional Abuse and Neglect. In: Browne K, Hanks H, Stratton P, Hamilton C, Wiley (eds). Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook. 2002: 118-30.
175. Brassard MR, Hart SN, Hardy DB. Psychological and Emotional Abuse of Children. In: Case Studies in Family Violence. 2000: 293-319.
176. Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. Front Hum Neurosci, 2012; 6:52.
177. Brassard MR, Donovan KL. Defining Psychological Maltreatment. In: Feerick MM, Knutson JF, Trickett PK, Flanzer SM (eds). 2006. Child Abuse and Neglect: Definitions, Classifications, and a Framework for Research. Paul H Brookes Publishing Co., 2006:151-197
178. Stirling J. Neurobiology and the Long-term Effects of Early Child Abuse and Neglect. In: Child abuse: Medical Diagnosis and Management, 3rd ed. Elk Grove Village (IL), American Academy of Pediatrics, 2009: 793-812.
179. Van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2003; 12(2):293-317.
180. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Ment Health J, 2001; 22(1-2):7-66.
181. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. Child Maltreat, 2005; 10(2):150-72.
182. De Bellis MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. Dev Psychopathol, 2001; 13(3):539-64.
183. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, & Galea G. European Report on Preventing Child Maltreatment. World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.

184. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl*, 1991; 15(1-2):5-18.
185. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe tıp dergisi*, 2014; 15(2):194-201.
186. Ballard SM, Gross KH. Exploring parental perspectives on parent-child sexual communication. *Am J Sex Educ*, 2009; 4(1):40-57.
187. Balter A-S, van Rhijn TM, Davies AW. The development of sexuality in childhood in early learning settings: An exploration of early childhood educators' perceptions. *Can J Hum Sex*, 2016; 25(1):30-40.
188. Larsson I. *Child Sexuality and Sexual Behaviour*: Linköping, Linköping University, 2001.
189. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR ve ark. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 2017; 140(2)
190. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent*, 2018; 28(5):e14-e21.
191. Keeshin BR, Dubowitz H. Childhood neglect: The role of the paediatrician. *Paediatr Child Health*, 2013; 18(8):e39-e43.
192. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL ve ark. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*, 2014; 42(3):229-39.
193. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D ve ark. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC public health*, 2013; 13:1-12.
194. Souster G, Innes N. Two commentaries on review of characteristics of child dental neglect. *Evid Based Dent*, 2014; 15(1):2-3.
195. Greene PE, Chisick MC, Aaron GR. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent*, 1994; 16:41-.
196. Taylor J, Ballantyne F, Evans D ve ark. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health*, 2013.
197. Spiller L, Lukefahr J, Kellogg N. Dental neglect. *J Child Adolesc Trauma*, 2020; 13(3):299-303.
198. Lourenço CB, Saintrain MVdL, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC pediatrics*, 2013; 13:1-8.

199. Harris JC, Elcock C, Sidebotham P ve ark. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *Br Dent J*, 2009; 206(9):465-70.
200. Jamieson LM, Murray Thomson W. The dental neglect and dental indifference scales compared. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2002; 30(3):168-75.
201. Sfeatcu R, Balgiu BA, Băluță A ve ark. The reliability and validity of dental indifference scale among Romanian young adults. *Healthcare MDPI*, 2023
202. Edwards CB, Randall CL, McNeil DW. Development and validation of the oral health values scale. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 2021; 49(5):454-63.
203. Thomson WM, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 2000; 28(6):414-8.
204. Skaret E, Astrom A, Haugejorden O ve ark. Assessment of the reliability and validity of the Dental Neglect Scale in Norwegian adults. *Community Dent Health*, 2007; 24(4):247-52.
205. Koser C, Nalcaci A. Çürük prevalansındaki yaklaşımlar ve karyogram konsepti. *Cumhuriyet Dent J*, 2011; 14(3):230-45.
206. Bridges RB, Anderson JW, Saxe SR ve ark. Periodontal status of diabetic and non-diabetic men: Effects of smoking, glycemic control, and socioeconomic factors. *J Periodontol*, 1996; 67(11):1185-92.
207. Goldberg P, Matsson L, Anderson H. Partial recording of gingivitis and dental plaque in children of different ages and in young adults. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 1985; 13(1):44-6.
208. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol*, 1967; 38(6):610-6.
209. Frosch CA, Schoppe-Sullivan SJ, O'Banion DD. Parenting and child development: A relational health perspective. *Am J Lifestyle Med*, 2021; 15(1):45-59.
210. Bukatko D, Daehler MW. *Child Development: A Thematic Approach*: Houghton, Mifflin and Company, 2001.
211. Hooley M, Skouteris H, Boganin C ve ark. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*, 2012; 40(11):873-85.
212. Harris J. Dental neglect in children. *Paediatr Child Health*, 2012; 22(11):476-82.
213. Nuzzolese E, Lepore M, Montagna F ve ark. Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention. *Int J Dent Hyg*, 2009; 7(2):96-101.

214. Coolidge T, Heima M, Johnson EK ve ark. The dental neglect scale in adolescents. *BMC Oral Health*, 2009; 9:1-7.
215. Gurunathan D, Shanmugaavel AK. Dental neglect among children in Chennai. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2016; 34(4):364-9.
216. Aydınoglu S, Arslan İ, Bilgir BS ve ark. Do parents' dental neglect and anxiety affect their children's dental neglect and anxiety?. *Necmettin Erbakan Univ. J. Dent.*, 2024; 6(1):79-88.
217. Aydinoglu S, Arslan I. Are anxiety and the presence of siblings risk factors for dental neglect and oral health status in children?. *Arch Pediatr*, 2021; 28(2):123-8.
218. Mehta A, Bhalla S. Assessing consequences of untreated carious lesions using pufa index among 5-6 years old school children in an urban Indian population. *Indian J Dent Res*, 2014; 25(2):150-3.
219. Von Amann G, Cádima C. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2008.
220. Tilvawala D, Murray C, Farah R ve ark. New Zealand dental therapists' beliefs regarding child maltreatment. *Aust N Z J Public*, 2014; 38(5):480-4.
221. Massoni ACdLT, Ferreira ÂMB, Aragão AKR ve ark. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciênc Saúde Colet*, 2010; 15:403-10.
222. Scorca A, Santoro V, DE DONNO A ve ark. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. *La Clin Ter*, 2013; 164(5):365-71.
223. Acuña JE, Freitas KM, Henriques RP ve ark. Prevalence of Early Childhood Caries in Children Aged 1 to 5 Years in the City of Quito, Ecuador. *Open Dent J*, 2019; 13:242-8.
224. Onur ŞG, Kargül B. Assessment of potential risk factors associated with early childhood caries in a subpopulation of children from Thrace region of Turkey. *Folia Med*, 2021; 63(4), 546-556.
225. Namal N, Vehit H, Can G. Risk factors for dental caries in Turkish preschool children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2005; 23(3):115-8.
226. Boonyawong M, Auychai P, Duangthip D, Risk factors of dental caries in preschool children in Thailand: a cross-sectional study. *Healthcare MDPI*, 2022
227. Johansson I, Lif Holgerson P, Kressin N ve ark. Snacking habits and caries in young children. *Caries Res*, 2010; 44(5):421-30.
228. Chaloob EK, Qasim AA. Nutritional status in relation to oral health status among patients attending dental hospital. significance. *J Bagh College Dentistry*, 2013; 116:75.8.

229. Al-Haddad K, Al-Hebshi N, Al-Ak'hali M. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. *Int J Dent Hyg*, 2010; 8(2):80-5.
230. Al-Ghalebi S, El-Samarrai SK. Oral health status and treatment need in relation to nutritional status among 9-10 year-old school children in Nassirya City/Iraq. A master thesis, College of Dentistry, University of Baghdad. 2011.
231. Viswanath D, Krishna AV. Correlation between dental anxiety, Sense of Coherence (SOC) and dental caries in school children from Bangalore North: a cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2015; 33(1):15-8.
232. Zander A, Sivanewaran S, Skinner J ve ark. Risk factors for dental caries in small rural and regional Australian communities. *Rural and Remote Health*, 2013; 13(3):141-9.
233. Folayan MO, Kolawole KA, Onyejaka NK ve ark. General anxiety, dental anxiety, digit sucking, caries and oral hygiene status of children resident in a semi-urban population in Nigeria. *BMC Oral Health*, 2018; 18:1-10.
234. Farooqi FA, Khabeer A, Moheet IA ve ark. Prevalence of dental caries in primary and permanent teeth and its relation with tooth brushing habits among schoolchildren in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 2015; 36(6):737.
235. Akyüz S, Doğan BN, Leyla K. Süt, erken ve geç karışık dişlenme dönemindeki çocuklarda beslenme alışkanlığı ve ağız sağlığı. *Clin Exp Health Sci*, 2012; 2(3):113-8.
236. Chouchene F, Masmoudi F, Baaziz A ve ark. Early childhood caries prevalence and associated risk factors in Monastir, Tunisia: a cross-sectional study. *Front Public Health*, 2022; 10:821128.
237. Hallett K, O'rourke P. Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Aust Dent J*, 2003; 48(1):27-33.
238. Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S. The effect of maternal smoking during pregnancy and postnatal household smoking on dental caries in young children. *J Pediatr*, 2009; 155(3):410-5.
239. Yen IH, Moss N. Unbundling education: a critical discussion of what education confers and how it lowers risk for disease and death. *Ann NY Acad Sci*, 1999; 896(1):350-1.
240. Upadhyay S, Dahal S. Assessing the Relationship of Maternal Factors and Family Income with Early Childhood Caries: A Hospital Based Study. *Kathmandu Univ Med J*, 2017; 60(4):288-91.

241. Pinto GdS, Azevedo MS, Goettems ML ve ark. Are maternal factors predictors for early childhood caries? Results from a cohort in Southern Brazil. *Brazil Dent J*, 2017; 28:391-7.
242. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek Mohammadi T. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. *Int Schol Res Not*, 2013; 2013(1):741783.
243. Schroth RJ, Cheba V. Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. *Pediatr Dent*, 2007; 29(5):387-96.
244. Psoter WJ, Pendrys DG, Morse DE ve ark. Associations of ethnicity/race and socioeconomic status with early childhood caries patterns. *J Public Health Dent*, 2006; 66(1):23-9.
245. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand*, 2010; 68(1):34-42.
246. Wigen TI, Espelid I, Skaare AB ve ark. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(4):311-7.
247. Foxman B, Davis E, Neiswanger K ve ark. Maternal factors and risk of early childhood caries: A prospective cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2023; 51(5):953-65.
248. Kocaman GÜ, Çebi AT. Erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesinde annelerin oral hijyen alışkanlıkları ve çocuk beslenmesi konusunda bilgi düzeyinin ve farkındalıklarının belirlenmesi. *SDU J. Health Sci.*, 2019; 10(3):268-72.
249. Jain M, Namdev R, Bodh M ve ark. Social and behavioral determinants for early childhood caries among preschool children in India. *J Dent Res, Dent Clin, Dent Prospects*, 2015; 9(2):115.
250. Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT ve ark. The influence of oral health knowledge on parental practices among the Saudi parents of children aged 2–6 years in Riyadh City, Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent*, 2018; 8(6):565-71.
251. Ivančević V, Tušek I, Tušek J ve ark. Using association rule mining to identify risk factors for early childhood caries. *Comput Methods Programs Biomed*, 2015; 122(2):175-81.

252. Tonello Benazzi AS, Pereira da Silva R, de Castro Meneghim M ve ark. Dental caries and fluorosis prevalence and their relationship with socioeconomic and behavioural variables among 12-year-old schoolchildren. *Oral Health Prev Dent*, 2012; 10(1).
253. Kamran R, Farooq W, Faisal MR ve ark. Clinical consequences of untreated dental caries assessed using PUFA index and its covariates in children residing in orphanages of Pakistan. *BMC Oral health*, 2017; 17:1-7.
254. Namal N, Yuceokur A, Can G. Significant caries index values and related factors in 5-6-year-old children in Istanbul, Turkey. *East Mediterr Health J*, 2009; 15(1):178-184.
255. Aida J, Ando Y, Oosaka M ve ark. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2008; 36(2):149-56.
256. Hanioka T, Nakamura E, Ojima M ve ark. Dental caries in 3-year-old children and smoking status of parents. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2008; 22(6):546-50.
257. Senesombath S, Nakornchai S, Banditsing P ve ark. Early childhood caries and related factors in Vientiane, Lao PDR, 2010.
258. Gao X-L, Hsu C-Y, Xu Y ve ark. Behavioral pathways explaining oral health disparity in children. *J Dent Res*, 2010; 89(9):985-90.
259. Tsai AI, Chen CY, Li LA ve ark. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2006 ;34(6):437-45.
260. Bamigboye O, Akande T. Oral hygiene status of students in selected secondary schools in Osogbo, Nigeria. *Nig Med Pract*, 2007; 51:71-5.
261. Folayan M, Sowole A, Kola-Jebutu A. Risk factors for caries in children from south-western Nigeria. *J Clin Pediatr Dent*, 2007; 32(2):171-5.
262. Al-Jewair T, Leake JL. The prevalence and risks of early childhood caries (ECC) in Toronto, Canada. *J Contemp Dent Pract*, 2007; 11(5):1-8.
263. Honkala E, Nyyssönen V, Knuuttila M ve ark. Effectiveness of children's habitual toothbrushing. *J Clin Periodontol*, 1986; 13(1):81-5.
264. Begzati A, Berisha M, Meqa K. Early childhood caries in preschool children of Kosovo-a serious public health problem. *BMC public health*, 2010; 10:1-8.
265. Cogulu D, Ersin NK, Uzel A ve ark. A long-term effect of caries-related factors in initially caries-free children. *Int J Paediatr Dent*, 2008; 18(5):361-7.
266. Declerck D, Leroy R, Martens L ve ark. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2008; 36(2):168-78.

267. Li Y, Zhang Y, Yang R ve ark. Associations of social and behavioural factors with early childhood caries in Xiamen city in China. *Int J Paediatr Dent*, 2011; 21(2):103-11.
268. Zhou Y, Lin H, Lo E ve ark. Risk indicators for early childhood caries in 2-year-old children in southern China. *Aust Dent J*, 2011; 56(1):33-9.
269. Dwyer J T, Evans M, Stone EJ ve ark. Adolescents' eating patterns influence their nutrient intakes. *J Am Diet Assoc*, 2001; 101(7):798-802.
270. Summerbell C, Moody R, Shanks J ve ark. Sources of energy from meals versus snacks in 220 people in four age. *Eur J Clin Nutr*, 1995; 49:33-41.
271. Dye BA, Shenkin JD, Ogden CL ve ark. The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2–5 years in the United States, 1988–1994. *J Am Dent Assoc*, 2004; 135(1):55-66.
272. Mattila M-L, Rautava P, Aromaa M ve ark. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries res*, 2005; 39(2):85-91.
273. Adair PM, Pine CM, Burnside G ve ark. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*, 2004; 21(1 Suppl):102-11.
274. Ekman A, Holm AK, Schelin B ve ark. Dental health and parental attitudes in Finnish immigrant preschoolchildren in the north of Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1981; 9(5):224-9.
275. Tickle M, Milsom K, Humphris GM ve ark. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. *Br Dent J*, 2003; 195(8):451-5.
276. Mattila M-L, Rautava P, Sillanpää M ve ark. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*, 2000; 79(3):875-81.
277. Hallberg U, Camling E, Zickert I ve ark. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist?. *Int J Paediatr Dent*, 2008; 18(1):27-34.
278. Guimarães AO, Costa IdCC, Oliveira ALdS. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2003; 6(29):83-6.
279. Ajagannanavar SL, Sequeira PS, Jain J ve ark. Dental neglect among college going adolescents in Virajpet, India. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 2014; 12(3):215-8.
280. Sharma I, Chauhan P, Galhotra V ve ark. Dental Neglect among children and their parents in District Panchkula. *Int Healthc Res J*, 2019; 265-9.

281. Ünüsan N. 5-6 yaş çocuklarının öz bakım becerilerinin cinsiyet ve okul öncesi eğitim alma durumlarına göre. Selçuk Univ. J. Soc. Sci., 2004; 7(1-2):205-18.
282. Dinçer Ç, Demiriz S, Ergül A. Okul öncesi dönem çocukları (36–72 ay) için Özbakım Becerileri Ölçeği-Öğretmen Formu'nun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2017; 45(45):59-78.
283. Küçük D. Bakıcı Tarafından Annesi Tarafından ve Kreşte Bakılan 3-6 Yaş Çocukların Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Becerilerinin Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
284. Kaçan MO, Ata S, Kimzan İ ve ark. Bazı değişkenlere göre annelerin çocuklarının öz bakım becerilerini destekleme uygulamaları. Mehmet Akif Ersoy Univ. J. Educ., 2019; (52):428-46.
285. Mathur A, Aggarwal V. Dental neglect affecting oral health status in india. Int J Pediatr Res, 2016; 2(016):10.23937.
286. Williams N, Whittle J, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. Br Dent J, 2002; 193(11):651-4.
287. Freeman R, Breistein B, McQueen A ve ark. The dental health status of five-year-old children in north and west Belfast. Community Dent Health, 1997; 14(4):253-7.
288. Ghanim A, Adenubi, Wyne ve ark. Caries prediction model in pre-school children in Riyadh, Saudi Arabia. Int J Paediatr Dent, 1998; 8(2):115-22.
289. Kayılı G, Çağdaş A, Bayer A. 3-6 yaş çocukları için öz bakım becerileri değerlendirme testi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2020; 48:234-51.
290. Silver D. A longitudinal study of infant feeding practice, diet and caries, related to social class in children aged 3 and 8-10 years. Br Dent J, 1987; 163(9):296-300.
291. Loochtan RM, Bross DC, Domoto PK. Dental neglect in children: definition, legal aspects, and challenges. Pediatr Dent, 1986; 8(1 Spec No):113-6.
292. Douglas Von Kaenel B, Casamassimo BPS, Wilson MS. Social factors associated with pediatric emergency department visits for caries-related dental pain. Pediatr Dent, 2001; 23(1):56-60.

293. Garbin CAS, Soares GB, Dócusse FRM ve ark. Oral health education in school: parents' attitudes and prevalence of caries in children. *Rev Odontol UNESP*, 2015; 44(5):285-91.
294. Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. *Pediatr Dent*, 2010; 32(1):48-55.
295. Franzman MR, Levy SM, Warren JJ ve ark. Tooth-brushing and dentifrice use among children ages 6 to 60 months. *Pediatr Dent*, 2004; 26(1):87-92.
296. Sandström A, Cressey J, Stecksén-Blicks C. Tooth-brushing behaviour in 6–12 year olds. *Int J Paediatr Dent*, 2011; 21(1):43-9.
297. Khadri F, Gopinath V, Hector M ve ark. How pre-school children learn to brush their teeth in Sharjah, United Arab Emirates. *Int J Paediatr Dent*, 2010; 20(3):230-4.
298. Wyne AH. Caries prevalence, severity, and pattern in preschool children. *J Contemp Dent Pract*, 2008; 9(3):24-31.
299. Chankanka O, Cavanaugh JE, Levy SM ve ark. Longitudinal associations between children's dental caries and risk factors. *J Public Health Dent*, 2011; 71(4):289-300.
300. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI ve ark. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007; 35(4):272-81.
301. Gray-Burrows K, Day P, Marshman Z ve ark. Using intervention mapping to develop a home-based parental-supervised toothbrushing intervention for young children. *Implement Sci*, 2015; 11:1-14.
302. Pujar P, Subbareddy V. Evaluation of the tooth brushing skills in children aged 6–12 years. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2013; 14:213-9.
303. Poche C, McCubbrey H, Munn T. The development of correct toothbrushing technique in preschool children. *J Appl Behav Anal*, 1982; 15(2):315-20.
304. Thornton-Evans G. Use of toothpaste and toothbrushing patterns among children and adolescents—United States, 2013–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2019; 68.
305. Toumba K, Twetman S, Splieth C ve ark. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2019; 20:507-16.
306. Çubukçu ÇE. Okul öncesi dönem çocuklarının diş sağlığı durumu ve etkileyen faktörler: pilot çalışma. *J Curr Pediat*, 2021; 19(3):338-343
307. Saraç F, Baş A, Çelikel P ve ark. Erzurum ilinde 2-5 yaş arasındaki çocuklarda erken çocukluk çürükleri ile ilişkili risk faktörlerinin ve ebeveynlerin bilgi/tutumlarının değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. *Turk Klin J Dent Sci*, 2023; 29(4).

EKLER

Öz geçmiş

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Fatma YANIK ŞILBIR
Doğum Yeri/Tarihi	
Eğitim	
Lise	Özel Kopuzlar Şahika Lisesi (2014)
Lisans	Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (2015-2020)
Uzmanlık	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Pedodonti Ana Bilim Dalı (2021-2024)
Araştırmalar, Sunumlar	
Sözlü sunum	Çocuk Diş Hekimlerinin Fitoterapi ve Bitkisel Ürünler Hakkındaki Tutum ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi- Uluslararası 2. Dental Oral Enfeksiyonları ve 1. Ağız Mikrobiyatası Kongresi 18 Mart 2022
Sözlü sunum	Çocuklarda Duygusal Zeka ve Dental Tedavi Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi 2. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi, 22 Eylül 2022
Poster Sunumu	Çocuk Hastadaki Dentigeröz Kistin Konservatif Tedavisi- Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi, 5 Mayıs 2023
Kitap Bölümü	Gümüş Diamin Florürün Çocuk Diş Hekimliğinde Kullanımı, 2023
Makale	Evaluation of tooth development stages with deep learning-based artificial intelligence algorithm - BMC Oral Health, 2024
Yabancı Dil	
İngilizce	

EK-1 Etik Kurul Onayı



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050.01.04-1185
Konu : Etik Kurul

22.08.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

“Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin, Dental İhmal ile İlişkisinin İncelenmesi” isimli ve 2023/39 karar numarası ile kabul edilen araştırma ile ilgili olarak araştırma adının “Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin, Çocuklardaki Ağız-Diş Sağlığı ve Dental İhmal ile İlişkisinin Değerlendirilmesi” olarak değiştirilmesi talebiniz etik kurulumuz yönergesine göre 15.08.2024 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup 2024/231 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 7adfea89d3bf

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Merkez-RİZE
Telefon No: (0 464) 223 61 26 Faks No: (0 464) 223 53 76
e-Posta: Internet.Adresi:www.erdogan.edu.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Burak HANKAYA
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:



EK-2 Dekanlık İzin Belgesi



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Dış Hekimliği Fakültesi Dekanlığı**



Sayı : E-61245112-010-5307
Konu : Çalışma İzni Hk.da

29.12.2022

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT
(Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı)**

İlgi : 28.12.2022 tarihli ve sayılı yazı.

"Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin, Dental İhmal ve İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma ile ilgili izin talebiniz 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ilgili yönetmelikler ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Tıbbi Araştırmalarda Rıza" başlıklı 32. maddesinde yer alan hükümlere riayet edilmesi şartıyla Dekanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi gereğini rica ederim.

**Prof. Dr. Zeynep YEŞİL
Dekan**

İslampasa Mahallesi Menderes Bulvarı No:612 Merkez/RİZE / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 214 22 65, +90 (464)214 21 81 Faks No :+90 (464)
222 00 02
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
e-Posta Adresi: erdogan.edu.tr, İnternet Adresi: <http://www.erdogan.edu.tr/>
Belge Doğrulama Kodu : 74361f065abb
Kep Adresi: erdogan@hs01.kep.tr

Bilgi için : ÖZER ÖZTÜRK
Bilgisayar İşletmen
Dahili: 5324



Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimnmgzlaama>

EK-3 Bilgilendirilmiş Onam Formu



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Araştırmanın Adı: Öz bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin. Çocuklardaki Ağız-Diş Sağlığı ve Dental İhmal ile İlişkisinin İncelenmesi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUN!

Araştırmamıza katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

ÇALIŞMANIN AMACI: Özbakım becerilerinde ebeveyn desteğinin, çocuklardaki ağız-diş sağlığı ve dental ihmal ile ilişkisini incelemektir.

• **KATILIM KOŞULLARI NELERDİR?**

Bu araştırmaya dahil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır: Çalışma, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'nde tedavi olan 36-72 aylık sağlıklı çocuklar arasında yapılacaktır. Çalışmaya dahil edilme kriterine uyanlar basit randomizasyon yöntemi ile rastgele seçilecektir.

• **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

İlk aşamada ebeveynlere sosyodemografik verileri içeren bir grup soru sorulacaktır ve özbakım becerilerinde ebeveyn desteğini ölçebilmek için 62 soruluk anket, dental ihmali ölçebilmek içinse 7 soruluk anket ebeveynlere yüz yüze uygulanacaktır. İkinci aşamada çocukların ağız sağlığını (çürük, çekilmiş ve dolguları dişleri) değerlendirmek amacıyla ağız içi muayeneleri yapılacaktır aynı zamanda çocuğun gingival indeks, plak indeksi ve sondalamada kanama indeksi hesaplanacaktır.

EK-3 Devam

- **SORUMLULUKLARIM NELERDİR?**

Araştırmacı tarafından yöneltilen sorulara anlaşılır ve dürüst cevaplar vermeniz beklenmektedir

- **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na başvuran, acil tedavi gereksinimi bulunmayan, psikiyatrik bir sebeple ilaç kullanmayan, herhangi bir mental rahatsızlığı bulunmayan ve ebeveynleri onay veren 36-72 aylık 102 hasta dahil edilecektir.

- **KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?**

Muayene ve anket sorularının cevaplanması 25-30 dakika sürmesi beklenmektedir.

- **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Anket çalışmasına katılmanın herhangi bir olası yararı bulunmamaktadır.

- **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Anket çalışmasına katılmanın herhangi bir olası riski bulunmamaktadır.

- **ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/ BESİNLER NELERDİR?**

Anket çalışmasına katılmanız herhangi bir ilaç/besin reaksiyonuna neden olmayacaktır.

- **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞINDA BIRAKILABİLİRİM?**

Çalışmayı yürüten hekim sizin verilerinizin çalışma için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir

- **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Anket çalışmasına katılmanız herhangi bir zararlanma durumuna neden olmayacaktır.

- **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Fatma YANIK ŞİLBİR

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

TELEFON :

EK-3 Devam

- **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz.

- **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum bulunmamaktadır.

- **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Çalışmaya katılmanız sebebiyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **ARAŞTIRMAYI KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmaya onay vermemekte ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkmakta özgürsünüz

- **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Çalışma hekiminiz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde (yerli/yabancı) yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilir. Bu yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak yalnızca adı geçen kişi ve kurumlara erişim izni vermiş olacaksınız. Ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

EK-3 Devam

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi işteğimle. hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı gönüllölük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu Formun İmzalı ve Tarihli Bir Kopyası Bana Verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		
ADI & SOYADI		İMZASI
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		
ADI & SOYADI		İMZASI
ADRESİ		
TEL&FAKS		
TARİH		

EK-3 Devam

SORUMLU ARAŞTIRMACININ		
ADI & SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT	İMZASI
ADRESİ	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı İslampaşa. Kurtuluş Sk. No:28. 53020 Rize Merkez/Rize	
TEL&FAKS		
TARİH	09.01.2023	

EK-4 Genel Bilgi Formu

1.Hastanın Adı Soyadı:

2.Cinsiyeti: () Kız () Erkek

3.Yaşı: ()3 ()4 ()5 ()6

4.Babanın en son bitirdiği okul :

() İlkokul mezunu

() Ortaokul/ lise mezunu

() Üniversite/ Yüksek Okul mezunu

()Yüksek lisans/ Doktora

5.Annenin en son bitirdiği okul:

() İlkokul mezunu

() Ortaokul/lise mezunu

() Üniversite/Yüksek Okul mezunu

()Yüksek lisans/Doktora

6.Tüm Katkılarla Ailenin Aylık Geliri:

() Asgari ücret ve altı

()Asgari ücret üstü

7.Çocuğunuzun kardeşi var mı?

()Evet ()Evet

8.Çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuzdur?

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

9.Çocuğınızı daha önce dış hekimine götürdünüz mü?

()Evet ()Evet

10.Götürdüyseniz ilk kez kaç yaşındayken götürdünüz?

()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6

EK-3 Devam

11.İlk kez dış hekimine götürme sebebiniz neydi?

()Kontrol ()Şikayeti olduğu için ()Diğer

12.Şu anda hangi şikayetle kliniğimize başvurdunuz?

13.Çocuğun dış fırçası var mı?

()Evet ()Hayır

Ek-4 Devam

14.Diş Fırçalama Durumu:

- ☐Evet. Fırçalar
- ☐Bazen fırçalar
- ☐Hayır. fırçalamaz

15.Çocuğunuz dişlerini fırçalıyorsa günde kaç kez fırçalar?

- ☐İkiden fazla kez
- ☐İki kez
- ☐Bir kez

16.Çocuğunuz gece yatmadan önce diş fırçalar mı?

- ☐Evet
- ☐Bazen
- ☐Hayır

17.Çocuğunuz diş fırçalarken kanaması olur mu?

- ☐Evet
- ☐Bazen
- ☐Hayır

18.Çocuğunuz günde kaç öğün yemek yer?

.....ana öğün.....ara öğün

EK-3 Devam

19.Çocuğunuz ana öğün atlar mı?

- ☐Evet
- ☐Bazen
- ☐Hayır

20.Cevabınız “Evet” veya “Bazen” ise genellikle hangi öğünleri atlar?

- ☐.Sabah
- ☐Öğle
- ☐Akşam

EK-5 Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri İzin Yazısı



ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
Yalnızbağ Yerleşkesi
Eğitim Fakültesi Temel Eğitim Bölümü Okul Öncesi Eğitimi Anabilim Dalı
Tel: 0 446 224 00 89 (Dahili 42193)
Fax: 0 446 223 19 01
mykilicgun@erzincan.edu.tr

3 Ocak 2023

Sayın Fatma YANIK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT
Adres: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Rize
Elektronik posta: ayca.kurt@erdogan.edu.tr

Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE), 36-72 aylık çocukların özbakım becerilerinin anne-babaları tarafından ne düzeyde desteklendiğini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçme aracıdır. Envanterde özbakım becerileri; "Temizlik ve Düzen", "Beslenme", "Giyinme", "Kişisel Güvenlik" ve "Dinlenme" olmak üzere beş alt boyutta değerlendirilmektedir. Envanter, 5'li Likert yapısındadır ve 62 maddeden oluşmaktadır. Envanterde çocukların özbakım becerilerinin destekleme durumları, 1'den 5'e kadar puan verilerek ifade edilmektedir. Her alt boyuttan elde edilen puanların toplamı, özbakım becerilerinde çocuğa verilen ebeveyn desteğinin hangi düzeyde olduğunu göstermektedir. Envanter, 2013 yılında Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi'nde 14(3) sayıda yayınlanmıştır.

"Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteğinin Dental İhmal ile İlişkisinin İncelenmesi" isimli araştırmanızda Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri'nin (ÖBEDE) katkısı olacağını düşünüyorum. Aşağıda belirtilen çalışmalara ulaşmanızı ve araştırmanızın kapsamı doğrultunda kaynak göstermenizi önemle rica ediyorum.

- Kılıçgün Yurtsever M. (2018). Annelik rolünün okul öncesi dönem çocuklarının özbakım becerilerinin desteklenme durumları üzerindeki yordayıcı etkisi. 1. *Uluslararası Eğitimde Yeni Araştırmalar Kongresi (11-12 Mayıs 2018)*, Türkiye, İstanbul.
- Kılıçgün Yurtsever M. & Kılıçkaya, A. (2014). Predictor effect of parental authority on the children's self-care skills. *The European Procedia Social and Behavioural Sciences*, 1, 60-68. DOI: 10.15405/epsbs.2014.05.8
- Kılıçgün Yurtsever, M. (2013). Özbakım becerilerinde ebeveyn desteği envanterinin (ÖBEDE) geliştirilmesi ve standardizasyonu. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 14(3), 19-36.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Müge YURTSEVER KILIÇGÜN

EK-6 Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri

Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)	Her zaman yardım ederim	Sık sık yardım ederim	Bazen yardım ederim	Nadiren yardım ederim	Hiç yardım etmem
1.Burnunu temizlerken					
2.Saçlarını tararken					
3.Tırnaklarını temizlerken					
4.Yüzünü yıkarken					
5.Ellerini yıkarken					
6.Dişlerini fırçalarken					
7.Tualette giysilerini çıkartırken					
8.Küçük tuvaletini yaptıktan sonra temizliğini yaparken (poposunu temizlerken. ellerini yıkarken. sifonu çekerken gibi)					
9.Büyük tuvaletini yaptıktan sonra temizliğini yaparken (poposunu temizlerken. ellerini yıkarken. sifonu çekerken gibi)					
10.Giysileri kirlendiğinde (üzerine bir şey döktüğünde. çamur olduğunda gibi) temizlerken					
11.Banyo yaptırılırken sırt. ense ve saçları dışındaki vücut bölgelerini yıkarken					
12.Banyo sonrasında kurulanırken					
13.Çöpü çöp kutusuna atarken					
14.Dökülen bir şeyi (kırıntı. katı yemek parçaları. dökülmüş su gibi) toplarken					
15.Oyuncaklarını/kitaplarını toplarken					
16.Giysilerini temiz ve kirli diye ayırırken					
17.Giysilerini dolabına yerleştirirken					
18.Yatağını toplarken					
19.Ev işlerine yardım ederken (masa kurma. çiçek sulama. tabak kurulama gibi)					

EK-6 Devam

BESLENME	Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)	Her zaman yardım ederim Sık sık yardım ederim	Bazen yardım ederim	Nadiren yardım ederim Hiç yardım etmem
	20.Evde yemek yerken			
	21.Dışarıda (lokantada. misafirlikte vb) yemek yerken			
	22.Ne yiyeceğine kendisi karar verirken			
	23.Ne kadar yiyeceğine kendisi karar verirken			
	24.Kaşığı kullanırken			
	25.Çatalı kullanırken			
	26.Bıçağı kullanırken (yumuşak şeyleri keserken/ sürerken)			
	27.Sürahiden bardağa su boşaltırken			
	28.Meyve suyu. süt kutusu gibi kutuları açarken			
	29.Taneli yiyecekleri (köfte gibi) tabağına koyarken			
	30.Sıvı yiyecekleri (çorba gibi) tabağına koyarken			
	31.Tuz. biber gibi baharatları yemeğine ekerken			
	32.Yiyecekleri (meyve gibi) yenebilecek şekilde yıkarken			
	33.Acıktığında kendisine basit yemekler (sandviç. meyve gibi) hazırlarken			

EK-6 Devam

Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)	Her zaman yardım ederim	Sık sık yardım ederim	Bazen yardım ederim	Nadiren yardım ederim	Hiç yardım etmem
34.Giysilerinin önünü ve arkasını bulurken					
35.Gömlek. ceket. palto gibi kollu giysileri giyerken					
36.Pantolon. eşofman altı gibi bacaklı giysileri giyerken					
37.Şapkasını takarken					
38.Atkısını sararken					
39.Eldivenlerini giyerken					
40.Çoraplarını giyerken					
41.İç çamaşırlarını değiştirirken					
42.Çıt çıtlı giysilerini giyerken					
43.Düğmeli giysilerini giyerken					
44.Fermuarlı giysilerini giyerken					
45.Terliklerini/ayakkabılarını doğru ayağına giymesi sırasında					
46.Cırt cırtlı ayakkabılarını giyerken					
47.Kemerli giysilerini giyerken					
48.Umumi yerlerde tuvaleti bulurken					
49.Ayakkabılarının bağcıklarını çözerken					

GIYINME

EK-6 Devam

	Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)	Her zaman yardım ederim	Sık sık yardım ederim	Bazen yardım ederim	Nadiren yardım ederim	Hiç yardım etmem
DİNLENME	50. Yatağına gidip uyuması gerektiğinde					
	51. Yorgun olduğunda kendini dinlendirici bir etkinliğe yönlendirmesi gerektiğinde					
	52. Gece uyurken tuvalete gitmesi gerektiğinde					
	53. Yorulduğunu fark etmesinde					
KİŞİSEL GÜVENLİK	Öz Bakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanteri (ÖBEDE)	Her zaman yardım ederim	Sık sık yardım ederim	Bazen yardım ederim	Nadiren yardım ederim	Hiç yardım etmem
	54. Bilinen tehlikelerde (cam kırığı, temizlik malzemeleri, yabancılar gibi)					
	55. Yürünebilecek kısa mesafede evinin yolunu bulması gerektiğinde					
	56. Kendi başına komşu, oyun bahçesi, bakkal gibi yerlere giderken					
	57. Yolda giderken kaldırımı kullanma, geçitlerde durma, trafik işaretlerine bakma gibi durumlarda					
	58. Arabadayken araba koltuğına oturduktan sonra kemerini bağlarken					
	59. Bildiğı bir numarayı (tel. kısa yolları kullanarak) telefonla araması gerektiğinde					
	60. Sağlığını olumsuz etkileyecek yiyecekleri kaçınması konusunda					
	61. Telefonda cevap vermesi gerektiğinde					
	62. Duruma ve hava şartlarına (sıcaklığına) uygun giyeceklerini seçerken					

EK-7 Dental İhmal Ölçeği

				Kesinlikle	Hayır	Kesinlikle	evet
Çocuğunuz	evde	diş	1	2	3	4	5
bakımını sürdürüyor.							
Çocuğunuz	alması gereken		1	2	3	4	5
diş bakımını alıyor.							
Çocuğunuzun		diş	1	2	3	4	5
bakımına ihtiyacı var ama							
siz bunu erteliyorsunuz.							
Çocuğunuzun		diş	1	2	3	4	5
bakımına ihtiyacı var ama							
o bunu erteliyor.							
Çocuğunuz	olması		1	2	3	4	5
gerektiği	gibi	dişlerini					
fırçalıyor.							
Çocuğunuz	öğünler		1	2	3	4	5
arasındaki	atıştırmaları						
olması	gerektiği	gibi					
kontrol eder.							
Çocuğunuz	diş	sağlığının	1	2	3	4	5
önemli	olduğunu						
düşünüyor.							

EK-8 İntihal Raporu

ORJİNALLİK RAPORU

% 6	% 5	% 4	% 1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	Demirli, Abdullah. "Elit güreşçilerin müsabaka öncesi ve sonrası durum kaygı düzeylerinin karşılaştırılması", Bartın University (Turkey), 2024 Yayın	<% 1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
6	Mehmet Ertuğrul Soysal. "Erken doğan çocuklarda anne eğitim modellerinin diş çürükleri ve ağız hijyeni üzerine etkisinin incelenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<% 1