



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**PEDODONTİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN
VATANSIZ VE SİĞİNMACI STATÜSÜNDEKİ
ÇOCUKLARIN AĞIZ SAĞLIĞI
DURUMLARININ VE TEDAVİ
HİZMETLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüsna Selin TAKAOĞLU

UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. Özgül BAYGIN

TRABZON-2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**PEDODONTİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN
VATANSIZ VE SİĞİNMACI STATÜSÜNDEKİ
ÇOCUKLARIN AĞIZ SAĞLIĞI
DURUMLARININ VE TEDAVİ
HİZMETLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüsna Selin TAKAOĞLU
ORCID: 0000-0002-0742-4784

UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. Özgül BAYGIN
ORCID: 0000-0003-0836-7619

TRABZON-2024

ONAY SAYFASI

Bu Tez Uzmanlık Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nagehan YILMAZ

Pedodonti Anabilim Dalı Başkan V.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Uzmanlık öğrencisi Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU'nun hazırladığı "Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Durumlarının ve Tedavi Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tez Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek oy birliği ile Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi	: 03.06.2024
Danışman Prof. Dr. Özgül BAYGIN	: _
Jüri Üyesi Doç. Dr. Nagehan YILMAZ	: _
Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk GÜDÜK	: _

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fatih Mehmet KORKMAZ
Dekan V.

Haziran – 2024
TRABZON

İthaf

Gözlerin görmediği bütün çocuklara..



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım süresince engin bilgi ve deneyimleriyle yoluma ışık tutan ve desteğini her daim hissettiren değerli danışman hocam Prof. Dr. Özgül BAYGIN'a,

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında bilgi birikimi ve desteğini esirgemeyen Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı kıymetli hocam Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER'e

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve mesleki deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Nagehan YILMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk GÜDÜK'e

Tezimin hazırlanma sürecinde kıtalar ötesinden sunduğu katkıları için Prof. Dr. Ana Lucia SEMINARIO'ya

Asistanlık dönemime çiçekler konduran canım arkadaşlarım başta kıdemlim Hilal ŞENOCAK olmak üzere Merve YAZ, Gülşah GÜVENÇ, Çağla ASLAN ve Neslihan KAR'a,

Yüksek enerjileriyle çalışma ortamımızı keyifli hale getiren Zehra AKGÜN nezdinde tüm bölüm personeline,

Hayatı boyunca çocuklarının eğitimi için hiçbir fedakarlığı esirgemeyen ve bugüne ulaşmaktaki tek motivasyonum olan biricik annem Kadire TAKAOĞLU'na

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Hüsna Selin TAKAOĞLU

İÇİNDEKİLER

ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BEYAN	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<i>İthaf</i>	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanımlar	3
2.1.1. Göç ve Türleri	3
2.1.2. Göçmen	3
2.1.3. Mülteci ve Şartlı Mülteci	4
2.1.4. İkincil Koruma	4
2.1.5. Geçici Koruma	4
2.1.6. Vatansız ve Sığınmacı	4
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Göç	5
2.3. Göç Olgusunda Çocuklar	7
2.3.1 Çocuk Göçüne İlişkin Sayısal Veriler	7
2.3.2. Göç Sürecinde Çocukların Karşılaştığı Sorunlar	7
2.3.2.1 Sağlık	7
2.3.2.2 Barınma	9
2.3.2.3 Eğitim	10

2.3.2.4. Çocuk İşçiliği ve İstismar	10
2.4. Ağız ve Diş Sağlığı	11
2.4.1 Diş Çürüğü	11
2.4.1.1. Çürük Oluşumunda Etkili Olan Risk Faktörleri	12
2.4.1.2. DMFT ve dmft İndeksleri	12
2.4.1.3. Diş Çürüğünün Önlenmesinde Koruyucu Uygulamalar	13
2.4.2. Göçmen Çocuklarda Ağız Sağlığı ve Etken Durumlar	15
2.4.2.1 Bireysel ve Çevresel Etkenler	15
2.4.2.2 Diş Hekimliği Hizmetlerinin Kullanımı	16
2.5. Sığınmacılara Sunulan Sağlık Hizmetleri	17
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyet, Faturalandırılma ve Geri Ödemesi	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Etik Kurul Onayı	20
3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Çalışma Protokolü	20
3.3. Verilerin Elde Edilmesi	20
3.4 İstatistiksel Analiz	21
4. BULGULAR	22
4.1. Çocukların Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	22
4.2 Ağız ve Diş Sağlığı Durumlarını Değerlendiren Bulgular	23
4.3. Gerçekleştirilen Tedavi Türlerine İlişkin Bulgular	23
4.3.1. Koruyucu – Önleyici Uygulamalar	24
4.3.2. Restoratif Tedaviler	25
4.3.3. Endodontik Tedaviler	26
4.3.4. Cerrahi Tedaviler	26
4.3.5. Yer Tutucu Uygulamaları	27
4.4. Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi	27
5. TARTIŞMA	30

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	36
KAYNAKLAR	38
EKLER	51
Ek 1. Etik Kurul Onayı	52
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa
Tablo 1.	Grupların cinsiyet dağılımları ve karşılaştırması	22
Tablo 2.	Grupların yaş ortalamalarının karşılaştırılması	22
Tablo 3.	Gruplara göre DMFT/dmft değerlerinin dağılım istatistikleri	23
Tablo 4.	Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere uygulanan tedavi türlerinin tanımlayıcı istatistikleri	24
Tablo 5.	Uygulanan tedavi türlerinin gruplara göre karşılaştırılması	25
Tablo 6.	Tedavi türlerinin gruplara göre toplam maliyeti	27
Tablo 7.	Tedavi maliyetlerinin gruplara göre karşılaştırması	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. En büyük uluslararası göç koridorları

6



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAPD	Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi
AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
CPP-ACP	Kazein fosfopeptit-Amorf kalsiyum fosfat
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
IOM	Uluslararası Göç Örgütü
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
SDF	Gümüş Diamin Florür
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TL	Türk Lirası
TC	Türkiye Cumhuriyeti
UNHCR	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YUKK	Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu

Simgeler

%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür
=	Eşittir
±	Standart sapma

ÖZET

Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız Ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Durumlarının ve Tedavi Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Göç olayının çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Diş çürükleri, göçmen çocuklarda tanısı koyulan yaygın sağlık sorunlarından birisidir. Kötüleşen ağız sağlığı, gerekli tedavileri daha komplike hale getirmekte ve tedavi maliyetlerinin yükselmesine yol açmaktadır. Bu çalışma, göç yaşayan çocukların ağız sağlığı durumlarını ve yararlandıkları diş hekimliği hizmetlerinin mali etkilerini yerli çocuklarla karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi hedeflemektedir.

Çalışma, 2017 – 2023 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na dental tedavi amacıyla başvuran 0-16 yaş aralığındaki vatansız ve sığınmacı statüsüne sahip 170 çocuk hasta ile yerli çocuk hastalar arasından randomize yöntemle seçilen 170 kişilik kontrol grubuna ait verilerin retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların hastane veritabanında mevcut olan ağız sağlığı durumlarına ilişkin kayıtlar ve kullandıkları sağlık hizmetlerinin ayrıntıları detaylı bir şekilde analiz edildi. Tanımlayıcı veriler; frekans (%), ortanca, minimum-maksimum, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Ki-kare ve Mann Whitney U testlerinden yararlanıldı. Tüm analizler için $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Ağız sağlığı durumlarına ilişkin kayıtlı verilerin analizi sonucu ortalama DMFT ve dmft skorları göçmen çocuklarda sırasıyla 2.30 ± 3.01 ve 8.57 ± 4.4 , kontrol grubunda sırasıyla 1.69 ± 1.99 ve 4.34 ± 3.46 olmak üzere göçmen grupta daha yüksek bulguları. İstatistiksel analizler, ortalama dmft skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu gösterdi ($p<0.001$). Ortalama DMFT skoru göçmen çocuklarda daha yüksek saptanmasına rağmen gruplar arasındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Elde ettiğimiz verilere göre diş hekimliği hizmetlerine yapılan başvurular göçmen çocuklarda daha çok restoratif müdahaleler ve diş çekimleri ile sonuçlanırken yerli çocuklarda fissür örtücü uygulamaları ve diş çekimleri ile sonuçlandığı belirlendi. Süt dişi çekimlerinin göçmen çocuklarda yerli çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek sayıda gerçekleştirildiği saptandı ($p=0.001$; $p<0.01$). Süt dişi amputasyon ve sabit yer tutucu

uygulamalarının da göçmen grupta daha fazla gerçekleştirildiği ve gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Sunulan sağlık hizmetlerinin maliyet analizleri sonucu toplam hizmet tutarlarının göçmen grupta (248 809.06 TL) kontrol grubuna göre (170 894.06) daha yüksek olduğu belirlendi. Tedavi türleri bazında fissür örtücü uygulamaları dışında gerçekleştirilen bütün tedavilerin de göçmen grupta daha yüksek maliyetlere sahip olduğu saptandı. Gruplar arasındaki tedavi maliyeti farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Göçmen çocuklar çürük geliştirme riski açısından dezavantajlı konumda görünmektedir. Kötüleşen ağız sağlığı ile birlikte komplike hale gelen tedavi gereksinimlerinin yüksek maliyetlerle sonuçlanması dikkatle değerlendirilmelidir. Göçmenler özelinde hazırlanacak ağız-diş sağlığı eğitimleri ve planlanacak koruyucu diş hekimliği uygulamalarının, göçmen çocuklarda ağız sağlığının iyileştirilmesi ve tedavi maliyetlerinin azaltılarak ülke ekonomisine katkı sağlanması yolunda atılacak önemli adımlardan olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sığınmacı, Göçmen ve Mülteci Çocuklar, Ağız Sağlığı, Tedavi Maliyeti Etkileri

SUMMARY

Retrospective Evaluation of Oral Health Status and Dental Care Services of Immigrant and Refugee Children Referred to Pediatric Dentistry Department

It is known that migration has negative effects on child health. Dental caries is one of the common health problems diagnosed in immigrant children. Poor oral health makes required treatments more complicated and leads to higher treatment costs. This study aims to evaluate the oral health status of immigrant children and the cost effects of dental services utilised by them in comparison with native children.

The study was conducted by retrospectively analysing the data of 170 stateless and asylum-seeking child patients aged 0-16 years and randomly selected 170 native child patients who referred to Karadeniz Technical University, Faculty of Dentistry, Department of Pediatric Dentistry for dental treatment between 2017-2023. The records of the oral health status of the patients included in the study, which were available in the hospital database, and the details of the health services they utilized were analyzed in detail. Descriptive data were given as frequency (%), median, minimum-maximum, mean and standard deviation. Chi-square and Mann Whitney U tests were used for comparisons between groups. For all analyses, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

As a result of the analysis of the recorded data on oral health status, mean DMFT and dmft scores were found to be 2.30 ± 3.01 and 8.57 ± 4.4 , respectively, in immigrant children and 1.69 ± 1.99 and 4.34 ± 3.46 , respectively, in the control group, and all scores were higher in the immigrant group. Statistical analyses showed that there was a statistically significant relationship between the mean dmft scores ($p < 0.001$). Although the mean DMFT score was found to be higher in immigrant children, this difference between the groups was not statistically significant ($p > 0.05$).

According to the data we obtained, the referrals to the dental services resulted mainly in restorative interventions and tooth extractions in immigrant children, whereas they resulted in fissure sealant procedures and tooth extractions in native children. The number of primary tooth extractions was significantly higher in immigrant children than in native children ($p = 0.001$; $p < 0.01$). It was observed that primary tooth amputation and fixed space maintainer procedures were performed more frequently in the migrant group and these differences between the groups were statistically significant ($p < 0.05$).

As a result of the cost analyses of the dental services used, it was found that the total treatment costs were higher in the migrant group (248,809.06 Turkish Liras) than in the control group (170,894.06 Turkish Liras). On the basis of treatment categories, it was found that all treatments except fissure sealant applications had higher costs in the migrant group. It was determined that the treatment cost differences between the groups were not statistically significant ($p>0.05$).

Immigrant children are at a disadvantage in terms of the risk of developing caries. It should be carefully considered that treatment requirements that become complicated with poor oral health result in high costs. It is thought that oral and dental health educational programmes to be prepared specifically for immigrants and preventive dental procedures to be planned are important steps to be taken to improve oral health in immigrant children and to contribute to the national budget by reducing treatment costs.

Keywords: Asylum Seeker, Immigrant and Refugee Children, Oral Health, Treatment Cost Effects.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan yaşamı kadar eski bir olgu olan göçün tarihin her döneminde farklı sebeplerle meydana geldiği bilinmektedir. Eğitim, evlilik, ekonomik çıkmazlar ve daha kaliteli bir hayata sahip olma arzusu gibi etkenler bireysel göçlere neden olurken doğa olayları, terör, savaş ve siyasi olaylar toplu göç hareketlerine sebebiyet vermektedir (1). Bu hareketlilik, yaşadıkları ülkeden ayrılmak zorunda kalan bireylerin hayatlarını farklı biçimlerde olumsuz etkileyerek barınma, beslenme, güvenlik, eğitim ve sağlık gibi alanlarda temel ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini güçleştirebilmektedir (2).

Göç süreci boyunca temel haklarından mahrum kalan insanlar, sağlıklarını riske atan birçok durumla yüzleşmektedir. Bu durum büyüme ve gelişimlerinin devam etmesi ve korunmaya muhtaç olmaları gibi sebeplerle en savunmasız gruplar arasında olan çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde daha yıkıcı etkiler oluşturabilmektedir (3). Beslenme bozuklukları ve bakımdan yoksunluğun olumsuz bir getirisi olan diş çürükleri göç eden çocukların önde gelen sağlık sorunları arasındadır (4). Göç öyküsü bulunan çocuklar yerli çocuklara göre daha yüksek çürük geliştirme riski taşımaktadır (5). Göçmen grupların diş hekimliği hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olması da ağız sağlıklarının kötüleşmesine sebep olabilmektedir (4). Yapılan çalışmalar göç öyküsü bulunan çocukların göç edilen yerlerdeki yerli çocuklara göre daha kötü ağız sağlığı sergilediklerini ortaya koymaktadır (6).

Göç eden insanlar kadar göç alan yerlerin de dengesini değiştiren göç hareketi, ülkelerin mevcut düzenlerini koruma ve göçmenlere insani haklarını sağlama amacıyla içlerinde sağlığın da bulunduğu birçok alanda yeni düzenlemelere gitmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda yürürlüğe konulacak yeni sağlık politikalarının, yasal statüleri farketmeksizin göç eden insanların bütün insanlarla eşit düzeyde hizmet görmelerini sağlayacak nitelikte olması önem arz etmektedir (7). Türkiye de son yıllarda göçmen gruplar için coğrafi ve stratejik konumundan ötürü geçiş ülkesi ve nihai varış ülkesi konumundadır. Artan bir ivme ile hızlanan bu göç hareketi karşısında göçmenlere sunulan temel ve acil sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerinin karşılanması hususunda çeşitli düzenlemelere gidilerek birtakım yönetmelik ve yönergelerin yürürlüğe koyulduğu görülmektedir (8). Yapılan düzenlemeler doğrultusunda geçici koruma altında bulunan bireyler genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır (9).

Bu araştırma, vatansız ve sığınmacı statüsüne sahip çocukların ağız sağlığı durumları ile birlikte diş hekimliği hizmetlerini kullanım maliyetlerini yerli çocuklarla karşılaştırmalı olarak değerlendirerek, planlanacak koruyucu sağlık uygulamalarının gerekliliğini ve ülke ekonomisine sağlayacağı katkıyı vurgulamayı amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

2.1.1. Göç ve Türleri

Nedeninden bağımsız olarak bireylerin veya bir grubun ülke sınırları içinde veya uluslararası devlet sınırlarını geçerek yer değiştirmesi sonucu meydana gelen nüfus hareketliliği göç olarak tanımlanır (10). Göç kavramı varılması hedeflenen bölge, oluşum sürecindeki sebep, izlenen yol, irade ve rıza dahili ölçütleri çerçevesinde değerlendirildiğinde iç ve dış göç, düzenli ve düzensiz göç, gönüllü ve zorunlu göç olarak alt gruplarına ayrılabilir.

Devlet sınırları içerisinde ikamet bölgesinin değiştirilmesi iç göç, bir ülkeden bir başka ülkeye hareket dış göç olarak adlandırılır. Göçün, süreç boyunca transit geçilen ve varılan hedef ülkenin yasal düzenlerine uygun olarak gerçekleştirildiği durumlarda düzenli göç, ülkelere kanuni olmayan yollarla giriş veya kanuni yollarla girilip yasal mevzuatın izin verdiği süre içerisinde ülke sınırlarının terk edilmemesi durumunda düzensiz göç meydana gelmektedir. Düzensiz göçü diğer bir deyişle yasadışı göç olarak adlandırmak mümkündür.

Oluşum sürecine bakıldığında göç etme kararının alınmasında her durum değişen derecelerde gereklilik içerse de, yaşamı tehdit eden unsurlar söz konusu olup bireylerin iradelerinin dışında ve rızalarının olmadığı hallerde yaşadıkları yeri terk etmeye mecbur bırakılmaları zorunlu göç, eğitim, sosyal yaşam ve refah seviyesini yükseltme gibi sebeplere dayanarak hür iradeleri ile yerleşim yerlerini değiştirmeye karar vermeleri gönüllü göç olarak nitelendirilmektedir (11).

2.1.2. Göçmen

Göç kararının verilmesinde yerinden edilme gibi herhangi bir zorlayıcı dış etkenin bulunmadığı, sosyal ve ekonomik yönlerden daha iyi bir düzeye kavuşma gibi bireysel sebeplerin etkili olduğu durumlarda yaşadığı yerden başka bir yerleşim yerine hareket eden kişiler göçmen olarak adlandırılır.

Birleşmiş Milletler (BM)'e göre göçmen, göçün niteliğine bakılmaksızın vatandaşı olduğu ülkenin dışında 12 aydan daha uzun süre ikamet eden bireyi tanımlar (10). 5543 sayılı İskan Kanunu gereğince Türkiye'de göçmen statüsü alınabilmesi için bireylerin Türk soyundan gelme gerekliliği bulunmaktadır (12).

2.1.3. Mülteci ve Şartlı Mülteci

1951 tarihili Birleşmiş Milletler Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Cenevre Sözleşmesi'ne göre mülteci, mensup olduğu etnik grubu, belli bir toplumsal gruba aidiyeti, dini veya siyasi görüşlerinden ötürü zulme uğrayacağından endişe duyarak vatandaşı olduğu ülkeden ayrılan ve bu ülkenin sağladığı haklardan yararlanamayan veya bahse konu endişeler nedeniyle yararlanmak istemeyen kişi olarak tanımlanır (13).

Türkiye'nin ilk iltica yasası olma niteliğini taşıyan 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) gereğince kişilerin Cenevre Sözleşmesi'nin beyan ettiği mülteci tanımlamasına uyması halinde Avrupa ülkelerinden gelerek sığınma başvurusunda bulunan kişilere mülteci, Avrupa dışında farklı bir ülkeden gelerek sığınma başvurusunda bulunan kişilere şartlı mülteci statüsü verilmektedir. Şartlı mülteci statüsü üçüncü bir ülkeye yerleştirilinceye kadar kişilere uluslararası koruma sağlar (14).

2.1.4. İkincil Koruma

İçinde bulunduğu durumu uluslararası hukukta kabul edilmiş mülteci ve şartlı mülteci tanımlamalarına uymayan ve ikamet ettiği bölgeye geri gönderilmesi halinde yaşamını tehdit eden durumlarla karşılaşma ihtimali bulunan kişilerin statüsü 'ikincil koruma' olarak belirlenmektedir (14).

2.1.5. Geçici Koruma

Mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma statüsü sahipleri uluslararası koruma altındadır (14). Geçici koruma ise yaşadığı ülkeyi terk etmeye mecbur kalarak acil korunma ihtiyacıyla kitlesel olarak ülke sınırlarımıza ulaşan bireylere sağlanmaktadır. Geçici korumayı uluslararası korumadan ayıran temel esas, sınırlara kitlesel akın şeklinde gelinmesi sebebiyle bireylerin uluslararası korunma taleplerinin değerlendirilmeye alınıp statülerinin belirlenemeyeceği durumlarda uygulanmasıdır (15). Suriye'den Türkiye'ye zorunlu göç edenlerin büyük çoğunluğu da bireysel iltica başvurusu alınamayan geçici koruma kapsamındaki kişilerdir (16).

2.1.6. Vatansız ve Sığınmacı

Hiçbir devletin vatandaşı olarak kabul etmediği kişiler vatansız olarak adlandırılır. Devletler ile arasında vatandaşlığın gerektirdiği düzeyde hukuki bir bağ bulunmasa da vatansız kişiler de sınırları içerisinde bulunduğu ülkenin yasalarına uymakla yükümlüdür (17).

Ülkemizde mülteci statüsüne sahip olmak isteyen ve bu gaye ile yaptığı başvurunun sonucu yetkili makamlar tarafından henüz ilan edilmemiş kişi sığınmacı olarak tanımlanır ve statüleri belirlenene kadar ‘başvuru sahibi’ olarak kabul edilir (11). Yasal süreç işlerken ülke güvenliği için tehdit oluşturan kimseler hariç hiçbir birey sınır dışı edilemez veya ayrıldığı ülkeye cebren geri gönderilemez (13).

Göçmen, mülteci, vatansız, sığınmacı ve geçici korunan gibi kavramların uluslararası hukukta ortak kabul edilen tanımlamalarının bulunmaması ve ülkelerin iç hukuklarına bağlı olarak tanımların değişkenlik gösterebilmesi sebebiyle, bu tez çalışması boyunca sözü geçen kavramlar göç yaşamış bireyi ifade etme amacıyla yer yer birbirlerinin yerine kullanıldı.

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Göç

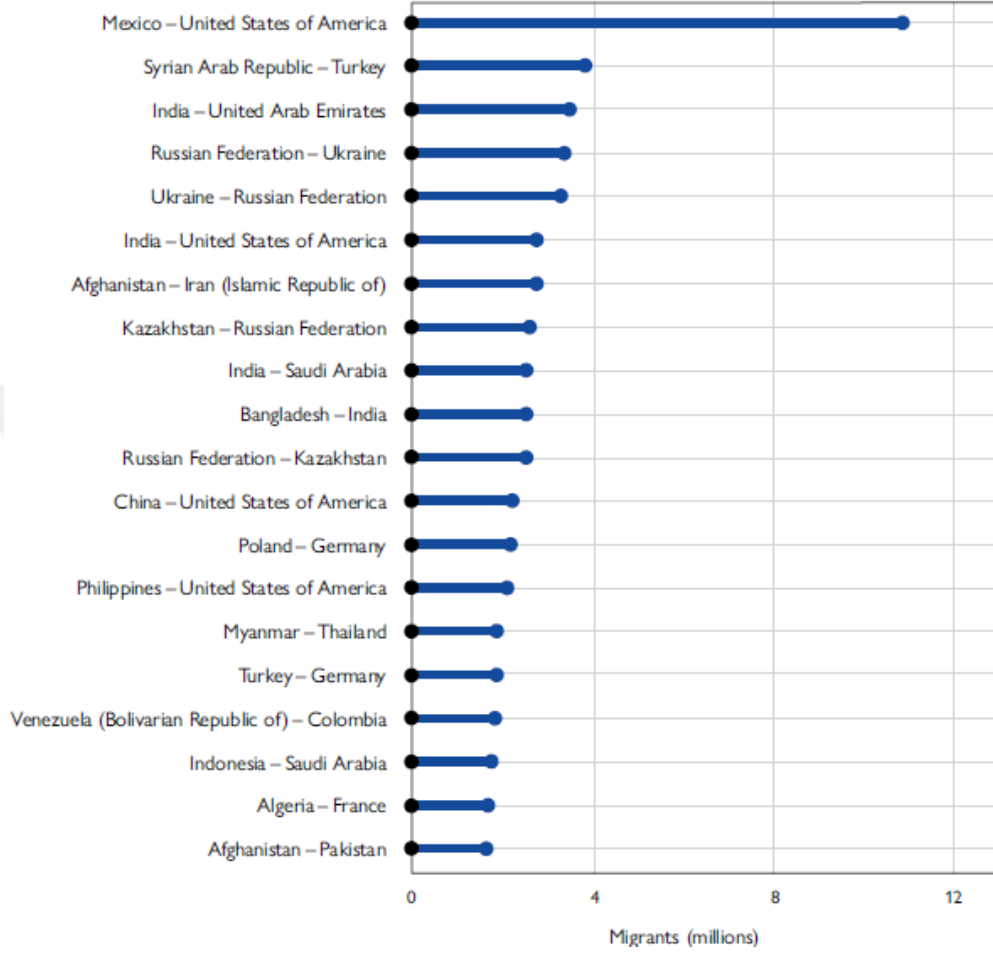
Yaşamın en eski dönemlerine kadar uzanan göçün dinamik dünya düzeni içerisinde tezahür biçimi, yoğunluğu, devlet, topluluk ve bireylere etkisi zaman içerisinde değişebilmektedir (18). İnsanları yaşadıkları yeri terk edip başka bir yerde iltica arayışına sürükleyen sebeplerin başında savaşlar ve etnik çatışmalar gelmektedir (19). 20.yüzyılda özellikle I. ve II. Dünya Savaşları ve sonrasında uluslararası bütünleşme kapsamında hayata geçirilen politikaların da etkisiyle göç hareketliliği hızlanmış, günümüze kadar yoğunluğunu ve hacmini artırarak süregelmektedir (18).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) verilerine göre 2022’de yıl sonu itibarıyla yaklaşık 40.7 milyonu mülteci ve sığınmacı olan 108.4 milyon insanın zulüm ve şiddet karşısında zorla yerinden edildiği bilinmekte ve bu, dünya genelinde her 74 kişiden 1’inin köklerinden koparıldığını göstermektedir (20). Küresel mülteci nüfusu içerisinde Suriye Arap Cumhuriyeti orijinlilerin sayısı 6.7 milyona ulaşarak birinci sırada yer almaktadır (21).

Türkiye jeopolitik ve stratejik konumu sebebiyle tarihsel süreç içerisinde cumhuriyet öncesi dönem de dahil olmak üzere göç alan, göç veren ve hedef ülkeye varmak için geçilen transit ülke olma özelliği taşımaktadır (18).

2011 yılında Suriye Arap Cumhuriyeti’nde başlayan iç karışıklıklar sebebiyle zorla yerinden edilmiş kişilerin Türkiye’ye göç etmesi sonucu Suriye-Türkiye arasında dünyanın en büyük ikinci göç koridoru oluşarak ve Türkiye’nin dünyada en çok göç alan ülkeler arasında 12. Sıraya yerleştiği bilinmektedir (Şekil 1). Diğer yandan son birkaç yıldır Türkiye,

uluslararası korumaya muhtaç 3.6 milyonu Suriye kökenli olmak üzere tahmini 4 milyon mülteciye kapılarını açan dünyanın en büyük ev sahibi ülkesidir (21).



Şekil 1. Uluslararası en büyük göç koridorları (2022) (21).

2022 yılında ise Rusya'nın Ukrayna topraklarına müdahalesiyle sayıları 200.000'i aşan insanın güvenlik arayışıyla yaşadığı toprakları terk etmek zorunda kaldığı bildirilmektedir. Savaşın üzerinden henüz bir yıl geçmeden komşu ülkelere sığınan Ukraynalı sayısının 5.7 milyon'a ulaştığı ve bu sayının 2.5 milyonunu çocukların oluşturduğu rapor edilmektedir (20, 22).

Türkiye, Suriye'den sınırlarına uluslararası koruma ihtiyacıyla gelen kitlesel sığınma hareketleri karşısında geri göndermeme ilkesine bağlılığı gereği açık kapı politikası izleyerek misafirlerini 'geçici koruma' altına almaktadır (23). Gelişmeler karşısında yasal mevzuatta düzenlemelere gidilerek 2013 yılında Türkiye'nin ilk iltica kanunu niteliğini

taşıyan ‘Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’ yürürlüğe koyuldu. Bu kanun çerçevesinde geçici koruma statüsüne sahip olanlar için izlenecek yasal süreç yayımlanan ‘Geçici Koruma Yönetmeliği’ ile belirlenmektedir (15).

2.3. Göç Olgusunda Çocuklar

2.3.1. Çocuk Göçüne İlişkin Sayısal Veriler

Dünya üzerinde zorla yerinden edilerek uluslararası korumaya muhtaç hale gelen insanların yaklaşık %40’ını çocuklar oluşturmaktadır. Mülteci statüsünde doğan çocuk sayısının ise 2018-2022 yılları arasında 1,9 milyonu aştığı tahmin edilmektedir (20).

Çocuklar sadece aileleri veya vasileri ile birlikte değil refakatsiz olarak tek başlarına da göç etmektedir (24). Sadece 2022 yılında doğduğu topraklardan uzakta, ebeveynlerinden ayrı ve refakatsiz kalan 51.700 çocuğun bulunduğu ülkede bireysel sığınma başvurularında bulunduğu ifade edilmektedir (21). Türkiye’de uluslararası koruma ihtiyacı olan çocuk nüfusu yıllar içinde artış göstererek sayılarının günümüzde 1.5 milyonu aştığı bilinmektedir (25).

Ülkemiz sınırlarından giriş sonrası sevk merkezlerinde kaydı yapılarak İç İşleri Bakanlığı’na bağlı Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne belirlenen geçici barınma merkezlerine yerleştirilen bireylerin sayısı 60.000’e ulaşmaktadır. Kayıtlı sığınmacı çocuk nüfusundan dahi kat kat az olan bu sayı, yüz binlerce çocuğun barınma merkezlerinin dışında yaşadığını göstermektedir (26). Bu durum elverişsiz şartlarda yaşamını sürdüren çocukların temel insani haklarına ulaşabilmelerini güçleştirmektedir (27).

2.3.2. Göç Sürecinde Çocukların Karşılaştığı Sorunlar

2.3.2.1. Sağlık

Büyük oranda zorlayıcı ve trajik nedenlerle meydana gelen uluslararası göç olayının oluşum süreci ve sonrasında, insan yaşamı üzerinde birçok açıdan olumsuz etkisi bulunmaktadır (28).

Büyüme ve gelişim dönemlerinin henüz tamamlanmaması, ebeveynlerine bağılılıkları ve korunmaya ihtiyaç duymaları gibi sebeplerle negatif koşullardan daha çok etkilenen göçmen çocukların karşılaştıkları zorlukların önde gelenleri arasında sağlık sorunları yer almaktadır (29).

Göç süreci boyunca şiddete maruz kalma veya tanık olma, yara alma, ebeveynlerinden ayrı düşme, bakımdan yoksunluk, ekonomik sıkıntılar, açlık, bulaşıcı hastalıklar ve sağlık hizmetlerinden mahrum kalma gibi durumlarla yüzleşen çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları tehlikeye düşmektedir (24).

Beslenme Bozuklukları

İnsan yaşamının sağlıklı devam ettirilebilmesi için ihtiyaç duyulan ana unsurlardan biri beslenmedir (30). Göçe zorlanan insanlar temel yaşam haklarından olduğu gibi beslenme hakkından da mahrum kalarak güvenli gıda ve temiz içme suyu kaynaklarına erişim hususunda zorluk yaşamaktadır (31, 32). Öğünlerin günde bir sefer, besin değeri düşük ve karbohidrat ağırlıklı olması çocukların kilo kaybetmesine sebep olabilmektedir (33).

Çocukların yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi ve diyet içeriklerinin düzensizliği dengeli beslenmelerine engel olmakta, bu durum büyüme gelişim gerilikleri, anemi, vitamin eksiklikleri ve ilişkili hastalıklar, morbidite ve mortaliteye zemin hazırlayabilen malnütrisyon gibi sağlık risklerini de beraberinde getirmektedir (30). Türkiye’deki bir grup Suriyeli çocukta yapılan beslenme taraması sonrası akut orta düzey malnütrisyon oranının %45 olduğu rapor edilmektedir (34).

Yapılan bir araştırmada mülteci çocuklarda anemi görülme oranının menşei ülkelerine bağlı olarak %6 ile %23 arasında değiştiği, bu oranın 5 yaş altı çocuklarda ise %38’e kadar çıktığı bildirilmektedir (35).

Ayrıca beslenme bozukluklarının bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığında da artışa sebep olabileceği ifade edilmektedir (33).

Bulaşıcı Hastalıklar

Enfeksiyon hastalıkları mülteci çocuklarda sık görülen sağlık sorunlarından (36). Hem varılan ülke halkı hem mülteciler için ciddi sağlık tehditleri oluşturan bulaşıcı hastalıklar yetersiz hijyen şartları, toplu yaşam, ilaca ve sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluk gibi sebeplerle göçmen topluluklarda yaygın görülmektedir (16). Bu bağlamda göçün bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında dolaylı olarak etkili olabileceğini söylemek mümkündür (37).

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hastalık bulaşını önleme amacıyla sınır geçişlerinde ve Göçmen Sağlığı Merkezlerinde aşılama programları uygulanmaktadır (38).

Ülkeye giriş kayıtlarının yapılmaması sebebiyle bağışıklama takipleri gerçekleştirilemeyen çocuklar salgın hastalıklara yol açabilmektedir (39).

Kamplarda yaşayan sığınmacılar arasında kızamık gibi bulaşıcı deri hastalıklarının görüldüğü bildirilmektedir (40). Ayrıca ülkemizde eradikasyonu büyük oranda sağlanmış olan çocuk felci vakalarının Suriyeli sığınmacıların ülkeye girişi sonrası tekrar gündeme geldiği bilinmektedir (41). Kamplarda yaşayan çocukların %25'i ve kamp dışındaki çocukların yarıya yakınının çocuk felci aşılarının yapılmadığı göz önünde bulundurularak analiz edildiğinde bu durumun Türkiye toplum sağlığı için risk oluşturabileceği görülmektedir (37, 42).

Ruhsal Sorunlar

Bireylerin sağlıklı olarak nitelendirilebilmesi için yalnızca fiziksel değil ruhsal açıdan da iyilik halinde olmaları gerekir (43). Travmatik ve stresli bir süreç olan göç esnasında savaş, çatışma, fiziksel yaralanmalar, aile fertlerinden ayrı düşme veya ölümlerine tanıklık etme, göç sonrasında ise yeni yerleşim bölgesine adaptasyon problemleri, eski yaşantıya duyulan özlem ve zorlu yaşam koşulları sebebiyle çocukların ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir (44).

Yapılan bir araştırmada, savaştan etkilenen mülteci çocukların % 35'inin anksiyete, %43'ünün depresyon ve % 47'sinin travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı rapor edilmektedir (45). Diğer yandan uyku bozuklukları, şiddete meyil, madde kullanımı gibi kötü alışkanlıklar, intihar düşünceleri ve sosyal ilişki kurma güçlükleri de yaşanan davranışsal ve duygusal problemler arasındadır (46).

2.3.2.2. Barınma

Yeterli standartlarda yaşantıya sahip olmak için gerekli alan, mahremiyet ve güvenlik sağlayan yerlerde yaşamak her bireyin hakkıdır. Barınma hakkından mahrumiyet, bireylerin sahip oldukları diğer hak ve özgürlüklerden yararlanmalarının da önüne geçebilmektedir (31).

Göçmenlerin göç sonrası varılan yerleşimlerde karşılamakta güçlük çektikleri temel ihtiyaçlarından birisi de barınmadır (47). YUKK'a göre kişiler barınma gereksinimlerini kendileri karşılamakla yükümlüdür (14). Diğer yandan kitlesel sığınma hareketleri karşısında sığınmacılar için belirli bölgelerde toplu halde yaşayabilecekleri geçici barınma merkezlerinin kurulduğu görülmektedir (15). Güncel verilere göre Türkiye'de farklı illerde

kurulan 9 barınma merkezinde toplam 60.084 kişi yaşarken 3 milyonun üzerinde geçici korunan bu merkezlerin dışında elverişsiz koşullarda yaşamaktadır (26, 39). Kalabalık yaşam şartları birçok sağlık riskini de beraberinde getirerek çocuk sağlığının negatif yönde etkilenmesine yol açar (16).

2.3.2.3. Eğitim

UNHCR'nin 2022 verilerine göre dünyada sayıları 7 milyonu aşan mülteci çocuk okula gitmemekte ve temel eğitimden mahrum kalmaktadır (22). Birleşmiş Milletler Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme'si gereğince mülteciler, taraf devletlerin vatandaşlarına sunduğu eğitim hizmetlerinden eşit seviyede yararlanma hakkına sahiptir (13).

Türkiye'de 2014 yılında yayımlanan Yabancılar Yönelik Eğitim Öğretim Hizmetleri konulu genelge kapsamında kitlesel sığınmanın yoğun şekilde yaşandığı illerde kurulan geçici barınma merkezlerinde ve gereklilik halinde merkez dışlarında milli eğitim müdürlüklerine bağlı geçici eğitim merkezleri kurma kararı, sığınmacıların eğitim hakkının korunması yolunda atılan önemli adımlardandır (48). Bu merkezlerde eğitimin ağırlıklı olarak sığınmacıların ana dili olan Arapça diliyle ve Suriye'deki eğitim müfredatı çerçevesinde verildiği bilinmektedir. 2016 yılında ise politika değişikliğine gidilerek Suriyeli çocukların aşamalı halde ulusal eğitim sistemine entegrasyonu amacıyla geçici eğitim merkezlerinin kapatılması kararının alındığı görülmektedir (49). Yıllar içinde örgün eğitime katılan sığınmacı çocuk oranı artış göstererek 2022 yılında % 68'e ulaşmaktadır (50, 51)

Mülteci çocukların yaşanan ekonomik sıkıntılar, aile geçimine destek olma amacıyla bir işte çalışmaları, dil engeli ve erken evlendirilme gibi sebeplerle okula kayıt olamadıkları veya devam sorunu yaşadıkları bildirilmektedir (52). Diğer yandan okula giden çocuklar akranları tarafından kötü muamele görme, ayrımcılık, kültürel farklılıklar sebebiyle uyum zorlukları ve dil engelinin oluşturduğu iletişimsizlik gibi problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (53, 54). Eğitim hakkı ellerinden alınan çocuklar istismarların hedefi olabilmektedir (55).

2.3.2.4. Çocuk İşçiliği ve İstismar

Aile içinde yaşanan ekonomik sıkıntılar sebebiyle geçim sorumluluğunu üstlenen veya refakatsiz kalıp hayatını kendisi idame ettirmek durumunda olan çocuklar sokaklarda

ve çeşitli sektörlerde çalışmak zorunda kalmaktadır (56). Türkiye’de 127 binin üzerinde Suriyeli mülteci çocuğun bir işte çalıştığı tahmin edilmektedir (57).

Eğitimleri aksayan, yaşının gerektirdiği gibi yaşayamayan ve ağır şartlar altında çalışan çocuklar hem fiziken hem ruhen hırpalanmakta ve gelişimleri olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca işçilik çocukların suça meyiletme ihtimalini de artırır (56). İhtiyaç duyduğu ilgi ve bakımı göremeyen mülteci çocuklar erken yaşta evlendirilme, cinsel istismar ve emek sömürüsü gibi istismarlara karşı savunmasız hale gelmektedir (29, 39).

2.4. Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız, diş ve çevre dokularında fonasyon, çiğneme ve beslenme gibi fonksiyonları kısıtlayabilecek herhangi bir rahatsızlık, ağrı, enfeksiyon veya patolojinin bulunmadığı durumlarda bireylerin ağız ve diş sağlığına sahip olduğunu söylemek mümkündür (58).

Ağız hastalıkları prevalansı en yüksek halk sağlığı problemlerinden biri olmakla birlikte en sık görülen şekli diş çürükleri olarak karşımıza çıkar (59, 60). Yayımlanan son verilere göre dünya genelinde ağız hastalıklarından muzdarip yaklaşık 3.5 milyar insan yaşamakta ve en yaygın tanıları sırasıyla daimi dentisyon çürükleri, periodontal hastalıklar ve süt dentisyon çürükleri oluşturmaktadır. 9 yaşından küçük çocukların yaklaşık % 43’ünde görülen süt dişi çürükleri, tedavi edilmediği durumlarda ortaya çıkabilen akut enfeksiyon belirtileri ile çocukların beslenme ve uyku gibi temel gereksinimlerini karşılamalarının önüne geçerek okul başarısından büyüme - gelişimlerine kadar birçok açıdan etkilenmelerine sebep olur. Ayrıca kötü ağız sağlığı, bireylerin benlik saygılarında azalma, sosyal ilişki kurma güçlükleri ve bunlara bağlı olarak birtakım psikolojik sorunlar yaşamalarına yol açarak hayat kalitelerinde düşüş gerçekleştirir (61).

Genel sağlığın tamamlayıcı bir parçası olan ağız hastalıklarının bazı metabolik ve kardiyovasküler sistem hastalıkları için de risk teşkil ettiği gösterilmektedir (62).

2.4.1. Diş Çürüğü

Diş yüzeyindeki biofilm içerisinde bulunan bakterilerin diyetle alınan karbohidratları fermentasyonu sonucu açığa çıkan asidik ürünlerin diş sert dokularını demineralize etmesiyle meydana gelen diş çürüğü kronik ve enfeksiyöz bir hastalıktır (63). Çürük oluşumu büyük oranda mutans streptokoklar (*Streptococcus mutans* ve *Streptococcus sobrinus*) olmak üzere *Lactobacillus* ve *Actinomyces* bakteri türleri ile ilişkilendirilmektedir (64).

Başlangıç seviyesindeki çürükler biofilmin etkili bir şekilde uzaklaştırılması veya girişimsel olmayan koruyucu uygulamalarla durdurulabilmesine rağmen, ilerleyen lezyonlar invaziv restoratif müdahaleler gerektirebilmektedir (63, 65).

2.4.1.1. Çürük Oluşumunda Etkili Olan Risk Faktörleri

Diş sağlığı üzerinde etkili olan koruyucu ve hastalık yapıcı faktörler arasındaki dengenin bozulmasına sebep olan çeşitli etkenler çürük riskini artırmaktadır (66). Yetersiz oral hijyen alışkanlıkları sebebiyle plak kontrolünün sağlanamaması, şeker oranı zengin diyet içeriği ve plakta bulunan yüksek patojen (*S. mutans*) seviyeleri çürük oluşum sürecinin başlıca etkenleridir (67).

Bireylerin sosyoekonomik statüsü, eğitim düzeyi ve sahip oldukları davranışsal alışkanlıklar çürük riskinin belirleyicileri arasındadır. Düşük sosyoekonomik statünün ağız sağlığına etkisinde, gerekli tedavi ihtiyaçlarının maliyetini karşılamada yaşanan güçlükten ziyade sağlık konusundaki bilinç eksikliğinin etkili olduğu düşünülmektedir (68).

Ebeveynlerin sağlık durumları üzerinde etken rol oynayan davranışsal alışkanlıkları sadece kendilerini değil çocuklarının ağız sağlığını da dolaylı yoldan etkiler (69). Aktif diş çürüğü bulunan bireylerin çocuklarının yüksek çürük geliştirme riskine sahip olduğu gösterilmektedir.

İçinde bulundukları toplumsal durum bağlamında yakın tarihli göç yaşamış çocuklar, çürük riski açısından etkili diğer tüm faktörler sabit tutularak göç yaşamayan çocuklarla karşılaştırıldığında dezavantajlı konumda görünmektedir (5).

2.4.1.2. DMFT ve dmft İndeksleri

Bireylerin ağız sağlığı durumlarına ilişkin standart değerlendirme ölçütleri belirlemek amacıyla birçok çürük indeksi kullanılmaktadır (70). 1938 yılında tanımlanan DMFT indeksi ağız içerisindeki çürük, dolgulu ve çürük sebebiyle kaybedilmiş daimi dişlerin toplam sayısı hakkında bilgi verir. İndekste kullanılan D harfi çürükten etkilenmiş dişi, M harfi çürük sebebiyle çekilmiş dişi ve F harfi restorasyonlu dişi temsil etmektedir (71). Değerlendirilen dişler süt dişi olduğunda küçük harfler kullanılarak 'dmft' şeklinde belirtilir (72). DMFT/dmft indeksi çürük araştırmalarında en sık kullanılan epidemiyolojik indekstir (6).

2.4.1.3. Diş Çürüğünün Önlenmesinde Koruyucu Uygulamalar

Çürük oluşumunun önüne geçilmesi veya demineralize alanların remineralizasyonunun desteklenerek çürük sürecinin durdurulma ya da geri döndürülmesinde koruyucu-önleyici diş hekimliği prosedürleri önem kazanmaktadır (73). Bu yaklaşımlar diş dokularının gereksiz invaziv müdahaleler sonucu kaybedilmesinin ve artan tedavi maliyetlerinin de önüne geçer (74).

Mekanik Plak Kontrolü

Yeterli oral hijyenin sağlanmasında ana unsur plağın diş sert dokuları üzerinden etkili bir şekilde uzaklaştırılmasıdır. Manuel veya döner başlıklı diş fırçaları, arayüz fırçaları, diş ipi ve kürdan bu amaçla kullanılan ağız bakım ürünleri arasındadır (75). Ayrıca yenidoğan bebekler için ebeveynlere ergonomik uygulama sunan parmak fırçalar da kullanılabilmektedir (76).

Florür Uygulamaları

Topikal veya sistemik etkilerle karyostatik özellik gösterdiği bilinen florür bileşikler, çürük önleyici ajan olarak uzun zamandır kullanılmaktadır. Florür karyostatik etkisini demineralizasyon lehine bozulan dengeyi remineralizasyon yönüne çevirerek gerçekleştirir. Ayrıca yapılan in vitro çalışmalarda florürün bakteri metabolizmasının inhibisyonunda da görev yaptığı bildirilmektedir (77).

Bireysel olarak ev ortamında ve sağlık profesyonellerince klinik şartlarda uygulanabilen değişen konsantrasyonlarda florürlü ağız bakım ürünleri bulunmaktadır. Florürlü diş macunu ve ağız gargaraları bireysel olarak kullanılabilen ağız bakım ürünlerindendir (78). Sağlık profesyonelleri tarafından kullanılan topikal florür preparatları vernik, jel veya köpük formlarında bulunmaktadır (79).

Bireylerin çürük riski durumlarına bağlı olarak florür uygulamalarının sıklığı değişkenlik gösterir (80). Florürün birkaç seferde yüksek dozda uygulanması yerine kısa aralıklarla düşük dozlarda uygulanmasının daha başarılı sonuçlar verdiği görülmektedir (81).

Gümüş Diamin Florür (SDF)

SDF, antibakteriyel ve remineralizasyon etkinlikleri ile çürük önleyici ve durdurucu özellik gösteren yüksek düzeyde florür içerikli ajandır. Hücresel enzimlere etki ederek

biyofilm oluşumunu engeller ve diş yüzeyindeki bakteri yükünü azaltır. Antikaryojenik etkinliğinin hem daimi hem süt dentisyonda başarılı olduğu rapor edilmektedir (82).

SDF ve florür verniğin çürük durdurma ve önleme etkinliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda SDF'in her iki yönüyle de üstün olduğu gösterilmektedir (82, 83). Kaviteyonlu veya kaviteyonsuz çürük lezyonlarına 6 ay aralıklarla %38'lik SDF uygulaması, erken çocukluk çağı çürüklerinin yönetiminde tatmin edici sonuçlar veren etkili bir stratejidir (84). Düşük maliyeti ve kullanım kolaylığı ile son yıllarda invaziv olmayan müdahaleler arasında ön plana çıkmaktadır (85).

Kazein fosfopeptit-amorf kalsiyum fosfat (CPP-ACP)

Süt proteinlerinin büyük bir kısmını oluşturan kazein fosfoproteini, serbest kalsiyum fosfatı CPP-amorf kalsiyum fosfat kompleksi formunda stabil hale getirerek plak kalsiyum fosfat seviyelerini yükseltir. Bu özelliği sayesinde demineralizasyonu önler ve remineralizasyonu destekler (86). Ayrıca S.mutans'ın diş yüzeyine adezyonunu azaltarak biofilm oluşumunun önüne geçer ve antibakteriyel etki gösterir (87). CPP-ACP'nin uzun vadeli kullanımı sonrası çürük oluşumunu engellendiği yapılan in vivo araştırmalarla kanıtlanmaktadır (88).

Fissür Örtücüler

Dişlerin anatomik yapısı gereği plak retansiyonuna yatkın olan pit ve fissürlerin ağız ortamıyla ilişkisi kesilerek çürüğün önlenmesi veya durdurulması amaçlanır (89). Bu amaçla kullanılan en yaygın materyaller rezin ve cam iyonmer esaslı fissür örtücülerdir (90). Bu koruyucu yaklaşımın özellikle daimi dentisyonda yüksek klinik etkinlik sergilediği bilinmektedir (91).

Antiseptik Ağız Gargaraları

Biyofilmde bulunan mikroorganizma yükünü veya biyofilm miktarını azaltarak çürüğe karşı koruyuculuk sağlayan ağız gargaraları bireylerin ev ortamında uygulayabilecekleri ağız bakım ürünlerindendir (92). Piyasada etken maddesi farklılık gösteren çeşitli ağız gargaraları bulunmaktadır (93). Klorheksidin geniş etki spektrumlu antimikrobiyal aktivitesi ve biyofilm önleyici mekanizmasıyla sıklıkla tercih edilen ajanlar arasındadır (94). Tükürme refleksleri henüz yeterli seviyede gelişmeyen 6 yaş altı çocuklarda gargaraların yerine, uygulama kolaylığı sağlayan spreylere formundaki ürünler güvenli ve etkili kullanım sağlar (95, 96).

Probiyotikler

Probiyotikler, uygun miktarda kullanıldıklarında konak sağığına pozitif etki sunan canlı mikrorganizmalar veya bu mikrorganizmaları içinde barındıran besinler olarak tanımlanır (97). Antimikrobiyal madde salımları ve karyojenik bakterilerle yarışmaya girerek biyofilme adezyonlarını kısıtlama davranışları ile çürük oluşumunun azalmasına yardımcı olurlar (98). Probiyotiklerin ağızdaki aktivitelerini sürdürebilmek için düzenli olarak alımları önem taşır (99). Süt ve süt ürünlerinin tüketimiyle alınabilecekleri gibi içerisine probiyotik eklenmiş sakız ve pastiller de bu amaçla kullanılabilir (100, 101).

Ozon Terapisi

Güçlü antimikrobiyal etkiye sahip oksitleyici bir ajan olan ozon, sıvı ve gaz formlarıyla diş hekimliğinin çeşitli dallarında yaygın kullanıma sahiptir (102, 103). Yüksek çürük riskine sahip hastalarda başlangıç seviyesindeki oklüzal çürük lezyonlarına ozon gazı uygulamasının çürükleri önlemede başarılı sonuçlar verdiği gösterilmektedir (104).

2.4.2. Göçmen Çocuklarda Ağız Sağığı ve Etken Durumlar

Zorunlu göçe maruz kalan çocuk popülasyonlarının birçoğunda yaşanan bu karmaşık süreç ağız ve diş sağığının korunmasını zorlaştırabilmektedir (24). Göç esnasında temel insani ihtiyaçların dahi karşılanamaması, göç sonucu varılan yerlerde ise karşılaşılan sosyoekonomik sıkıntılar, ebeveynlerin bilgi yetersizlikleri, bakımsızlık, beslenme dengesizlikleri ve sağık hizmetlerine erişim zorluklarının bu duruma zemin hazırlaması olasıdır (4).

2.4.2.1. Bireysel ve Çevresel Etkenler

Mülteci çocukların diş fırçası ve diş macunu gibi ağız bakım ürünlerine ulaşım ve ağız bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesi konusunda eksikliklerinin olduğu bilinmektedir (105). Bazı ebeveynlerin, çocuklarının gerekli ağız hijyenini sağlayabilmek için ceviz kabuğı ve misvak kullanımı gibi çeşitli geleneksel yöntemlere başvurduğu görülmektedir (106). Ebeveynlerin ağız bakım alışkanlıklarıyla çocuklarının ağız sağığı durumları arasında pozitif bir etkileşim olduğu bilinmektedir (107). Bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesi, çocuklarının ağız sağığı durumlarının iyileşme ihtimalini artırmaktadır (108).

Göç edilen menşei ülkedeki geçmiş yaşam şartları da ağız sağığının belirleyicileri arasındadır. Farklı ülkelerden gelen mülteci çocukların diş çürüğüne sahip olma

durumlarının araştırıldığı bir çalışmada, önceki yaşantılarında yüksek düzeyde florürlü içme suyuna maruz kalan ve şekerli gıdalara erişimi kısıtlı olan grupta çürük prevalansının daha düşük olduğu bilinmektedir (109). Çocukların göç sonucu varılan yerlerde kültürel etkileşim sonrası karyojenitesi yüksek diyetle geçişle ağız ve diş sağlığının kötüleşme ihtimali artabilmektedir (110).

Çeşitli göçmen gruplarındaki çocukların birçoğu, yaşadıkları yeni yerleşimlerdeki yerli çocuklara kıyasla daha yüksek çürük riski altındadır (111). Göçmen çocukların ağız sağlığı durumlarının yerli akranlarıyla karşılaştırmasının yapıldığı birçok araştırmada mülteci çocukların daha yüksek dmft skorları ve daha zayıf ağız hijyeni sergiledikleri gösterilmektedir (6). Yapılan bir başka araştırmada göçmen çocukların karşılanmamış dental tedavi gereksinimlerinin de yerli çocuklara göre daha fazla bulunduğu ve olguların çoğunun restoratif işlemler gerektirdiği ifade edilmektedir (112). Karşılaşılan bu tablonun altta yatan nedenlerinden birinin gereken düzeyde gerçekleştirilemeyen diş hekimi ziyaretleri olduğu düşünülmektedir (108).

2.4.2.2. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Kullanımı

Göçmen toplulukların genel sağlık hizmetlerini kullanımı yerel topluluklara göre düşük oranlarda seyretmektedir (113). İhtiyaç duyulan hizmetlere ne şekilde ulaşım sağlanabileceğinin bilinmemesi, hizmet verenlerin olumsuz tutum ve davranışları, düzensiz göçmenlik durumundan ötürü ülkeye giriş kayıtlarının bulunmaması ve maddi imkansızlıkların sağlık hizmetlerine erişim yolunda sık karşılan engellerden olduğu ifade edilmektedir (114, 115). Ailelerin diş çürüğünü bir sağlık sorunu veya akut semptomlar ortaya çıkana kadar müdahale gerektiren bir hastalık olarak görmemesi, çocukların diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmalarının önüne geçebilmektedir (116, 117). Ayrıca dil yetersizliklerinin sebep olduğu iletişim problemleri de bireylerin hizmet alımlarını güçleştirebilmektedir (118).

Mültecilerin diş hekimliği hizmetlerine ulaşımının genel sağlık hizmetlerine ulaşımından daha zor olduğu bildirilmektedir (119). Bu durumun altta yatan olası nedenlerinden birinin, sunulan temel sağlık hizmetleri çerçevesi içinde diş hekimliği hizmetlerinin bulunmaması olduğu ifade edilmektedir (4).

Diş hekimine mülteci çocuklar için yapılan başvuruların en temel nedenini, restoratif tedaviler veya diş çekimi gibi girişimsel müdahaleleri gerektiren ağrı ve enfeksiyonla ilişkili durumlar oluşturmakta, koruyucu amaçlı düzenli kontrol başvuruları nadiren

gerçekleşmektedir (120). Ürdün'deki bir mülteci kampında ebeveynler ve çocukları ile birlikte yapılan araştırmada, ağız içi muayeneler ve ebeveynlere yöneltilen sorular sonucu daha önce hiçbir çocukta koruyucu - önleyici diş hekimliği uygulamalarının gerçekleştirilmediği bildirilmektedir (121). Bu doğrultuda mülteci çocuklar özelinde hazırlanacak önleyici tedavi programlarının, ağız sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesinde fayda sağlayabileceği düşünülmektedir (122).

2.5. Sığınmacılara Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı bir yaşam sürdürmek bütün çocukların temel haklarından (123). Türkiye'nin de taraf olduğu Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 24.maddesi uyarınca sözleşmeye taraf devletler, aralarında ayırım yapmaksızın bütün çocuklara ihtiyaç duydukları tıbbi bakımı sağlamakla yükümlüdür (124).

Son yıllarda çevre ülkelerden Türkiye'ye doğru yoğun bir şekilde yaşanan göç olayları, içlerinde sağlığın da bulunduğu çeşitli alanlarda var olan mevzuatlarda değişikliklere gidilmesini veya yeni politikalar izlenmesini gerekli kıldı (7). Sağlık hizmetleri göçün ilk dönemlerinde sadece geçici barınma merkezlerinde verilmiş olup, nüfusun artışı ve bireylerin barınma merkezleri dışına yayılımıyla birlikte yeni düzenlemelere gidilerek belirlenen illerdeki sağlık kuruluşlarında da ücretsiz olarak verilmeye başlandı. Göçle gelen nüfusun zaman içerisinde ülke geneline dağılımıyla, hizmet alanı tüm illeri kapsayacak şekilde genişletildi (125).

2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan, geçici koruma altında olanlara sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin yönerge ile bireylerin sağlık kuruluşlarından alabilecekleri hizmetlerin koşulları ve sınırları belirlenmektedir (126). Geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetleri şunlardır:

- 112 Acil Sağlık Hizmetleri
- Temel ve koruyucu sağlık uygulamalarını kapsayan birinci basamak sağlık hizmetleri
- İkinci ve üçüncü basamak (eğitim – araştırma hastaneleri, üniversite ve özel hastaneler) sağlık hizmetleri (127).

Bu bireyler genel sağlık sigortası kapsamında ikamet ettikleri illerde bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarından doğrudan başvuru ile ücretsiz olarak faydalanabilmektedir (9, 127).

Yalnızca acil sağlık hizmeti, yoğun bakım, yanık ve kanser tedavileri ihtiyacı halinde üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarına sevkleri söz konusudur (127).

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşimleri ve etkin bir şekilde kullanımlarını kolaylaştırma amacıyla toplum sağlığı merkezlerine bağlı, temel ve koruyucu sağlık uygulamalarını kapsayan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu göçmen sağlığı merkezleri kuruldu. Nüfusun yoğunlaştığı ve diğer sağlık kuruluşlarına erişimin güç olduğu bölgelerde ise birinci basamak sağlık hizmetleri dışında dâhiliye, çocuk, kadın-doğum ve ağız-diş sağlığı hizmetlerinin de verilebildiği güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezleri faaliyete geçirildi (128).

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyet, Faturalandırılma ve Geri Ödemesi

Uluslararası koruma ihtiyacıyla ülkemiz sınırlarında bulunan kişiler, sağlık hizmetlerini kullanmaları durumunda genel sağlık sigortalısı olarak kabul edilir (9). Koruma altında bulunanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin maliyeti Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki güncel tutarları geçmeyecek şekilde belirlenir.

2015 yılında Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü çerçevesinde hizmet bedelleri AFAD tarafından karşılanmaya başlandığı ve 2018 yılında Geçici Koruma Yönetmeliği'nde ilgili konuda revizyona gidilerek bedel ödemelerinin Göç İşleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılmasına karar verildiği bilinmektedir (15, 127).

Bu konuda bir başka gelişme, yaşanan Suriye krizi ile birlikte krizden etkilenen bölge devletlere çeşitli alanlardaki hizmet sunumları konusunda destek sağlama amacıyla BM öncülüğünde yapılan “The Regional Refugee and Resilience Plan – 3RP (Bölgesel Mülteci ve Dayanıklılık Planı – 3RP)” adlı iş birliği planıdır (129).

2016 yılında Avrupa Birliği (AB) ve Türkiye Cumhuriyeti (TC) arasında imzalanan ve bir diğer adı ‘SIHHAT’ olan ‘Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi’ projesinin hedefi, Türkiye’deki geçici koruma statüsüne sahip bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması ve sunulan hizmetlerin etkinlik ve kapsamının artırılmasıdır. Bu amaçla başlangıçta 2016 – 2019 yıllarını kapsayan ve sonraki dönemde bir yıl daha uzatılan sözleşmede 300 milyon Avro’nun TC Sağlık Bakanlığına aktarılması planlandığı belirtilmektedir (130).

2011 yılında başlayan yoğun göç akınlarını izleyen yıllar içerisinde geçici korunanlara verilen ayaktan tedavi hizmetlerinin giderek arttığı görülmektedir (125). Bu durum özellikle göçmenlerin ağırlıkta ikamet ettiği yerleşim yerlerinde hizmet kapasitelerinin zorlanmasına ve hizmet kalitesinde düşüslere yol açabilmektedir (131). İlk 6 yıllık zaman zarfında geçici koruma altında bulunan bireylere sunulan toplam sağlık hizmeti maliyetleri yaklaşık 1 919 617 646 TL iken 2020 yılı itibarıyla toplam maliyetin 4 220 000 000 TL'ye ulaştığı bilinmektedir (7, 132).

Ülkemizde sığınmacı sayısının yıllar içindeki artışının, sunulan dış hekimliği hizmetleri ve maliyetlerinde de yükselişe yol açtığı görülmektedir (133).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada vatansız ve sığınmacı statüsündeki çocukların ağız sağlığı durumları ve yararlandıkları diş hekimliği hizmetlerinin mali etkilerinin yerli çocuklarla karşılaştırma yoluyla değerlendirmesi hedeflendi.

3.1. Etik Kurul Onayı

Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alındı (2023/3 sayılı; 06/03/2023) (Ek 1).

3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Çalışma Protokolü

Çalışmada 2017 - 2023 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na dental tedavi amacıyla başvuran 0-16 yaş aralığındaki vatansız ve sığınmacı statüsündeki 170 çocuktan oluşan olgu grubu ile yerli çocuklar arasından rastgele yöntemle seçilen, cinsiyet dağılımı olgu grubuyla eşdeğer 170 kişilik kontrol grubuna ait veriler retrospektif olarak incelenerek karşılaştırmalı değerlendirme gerçekleştirildi. Kontrol grubunun oluşturulmasında bilgisayar destekli bir randomizasyon programı kullanıldı (134).

Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi:

- 0-16 yaş aralığında birey olması,
- Vatansız ve sığınmacı statüsüne sahip çocuklar olması,
- Tedavi öncesi ve sonrasında elde edilen verilerin veritabanında kayıtlı olması.

Hastaların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri ise şunlardır:

- Tedavi öncesi ve sonrasında elde edilen verilerin veritabanında kaydının bulunmaması.

3.3. Verilerin Elde Edilmesi

Gerekli kayıtların toplanmasında fakültemizin hastane otomasyon sistemi olan Turcasoft Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kullanıldı. Hastalara ait kayıtlar belirlenen tarih aralığında dahil etme kriterleri doğrultusunda filtrelenerek incelendi ve çalışma için gereken veriler bilgisayar ortamında kaydedildi. Sunulan hizmet bedellerinin hesaplanabilmesi için güncel Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'nden tedavi hizmet tutarı

bilgileri elde edildi. Ağız diş sağlığı değerlendirmeleri için WHO kriterleri doğrultusunda DMFT/dmft çürük indeksleri kullanıldı (135).

Çalışma için aşağıdaki veriler analiz edildi:

- Hastalara ait demografik veriler
- Hastaların muayene edildikleri dönemdeki ağız sağlığı durumuna ilişkin kayıtlar
- Hastalara uygulanan tedavi bilgilerinin kayıtları
- Sunulan sağlık hizmeti tutarları

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc. Chicago, IL, USA) 17.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler; frekans (%), ortanca, minimum-maksimum, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Ki-kare ve Mann Whitney U testlerinden yararlanıldı. $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Çocukların Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Çalışmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na dental tedavi amacıyla başvuran vatansız ve sığınmacı statüsünde 170 çocuk ve kontrol grubu olarak 170 yerli çocuk olmak üzere toplam 340 çocuk hasta dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 182'si (%54) erkek iken 158'i (%46) kadındı. Göçmen grup ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet dağılımları eşitti (91 erkek ve 79 kadın) ve gruplar arasında cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların cinsiyet dağılımları ve karşılaştırması

	Cinsiyet n(%)		p
	Erkek	Kadın	
Göçmen Grubu	91 (%27)	79 (%23)	$p>0.05^*$
Kontrol Grubu	91 (%27)	79 (%23)	
Toplam	340 (%100)		

*Fisher's Exact testi. ($p<0.05$)

Yaş ortalamaları göçmen grubunda 10.41 ± 3.13 , kontrol grubunda 8.76 ± 2.9 olarak tespit edildi. Gruplar arasındaki yaş ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş Median (min.-max.) Mean $\pm$ SS	p
Göçmen Grubu	11 (4-16) 10.41 ± 3.13	$p<0.001^*$
Kontrol Grubu	9 (4-15) 8.76 ± 2.9	

*Mann-Whitney U Testi. ($p<0.05$)

4.2 Ağız ve Diş Sağlığı Durumlarını Değerlendiren Bulgular

Grupların ağız ve diş sağlığı durumlarını değerlendirmek için WHO kriterleri doğrultusunda DMFT/dmft çürük indeksleri kullanıldı. Ortalama DMFT/dmft skorları geniş bir aralıkta gözlemlendi. En küçük DMFT/dmft değerlerinin her iki grupta 0 olduğu görüldü. En büyük DMFT değerleri göçmen grupta 14 ve kontrol grubunda 9, en büyük dmft değerleri göçmen grupta 19 ve kontrol grubunda 16 olarak bulgulandı.

Ortalama DMFT ve dmft değerlerinin göçmen grupta sırasıyla 2.30 ± 3.01 ve 8.57 ± 4.4 , kontrol grubunda sırasıyla 1.69 ± 1.99 ve 4.34 ± 3.46 olmak üzere göçmen grupta daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arasındaki dmft skorları karşılaştırıldığında göçmen çocukların süt dişlerindeki ortalama çürük, dolgulu ve çürük sebebiyle çekilmiş diş sayısı yerli çocuklara göre daha yüksekti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$). Göçmen ve yerli çocukların DMFT skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara göre DMFT/dmft değerlerinin dağılım istatistikleri

	Göçmen Grubu			Kontrol Grubu			p
	X±SS	Ortanca	En Küçük - En Büyük	X±SS	Ortanca	En Küçük - En Büyük	
dmft	8.57±4.44	8.0	0-19	4.34±3.46	3.5	0-16	p<0.001*
DMFT	2.30±3.01	1.0	0-14	1.69±1.99	1.0	0-9	p>0.05

*Mann-Whitney U, $p < 0.05$

4.3. Gerçekleştirilen Tedavi Türlerine İlişkin Bulgular

Göçmen ve yerli çocuklara en sık uygulanan tedavilerin sırasıyla süt dişi çekimi ($n=386$), fissür örtücü ($n=343$), daimi diş kompozit restorasyonları ($n=207$) ve süt dişi kompozit restorasyonları ($n=197$) olduğu görüldü. Kompomer restorasyonların her iki grupta da gerçekleştirilmediği ($n=0$) tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere uygulanan tedavi türlerinin tanımlayıcı istatistikleri

	n Mean±SS
Topikal Florür	28 0.08±0.29
Fissür Örtücü	343 1.01±2.37
Cam İyonomer (Süt Dişi)	21 0.06±0.31
Kompomer (Süt Dişi)	0
Kompozit (Süt Dişi)	197 0.58±1.44
Kompozit (Daimi Diş)	207 0.61±1.30
Amputasyon (Süt Dişi)	50 0.15±0.48
Amputasyon (Daimi Diş)	4 0.01±0.13
Kanal Tedavisi (Süt Dişi)	12 0.04±0.22
Kanal Tedavisi (Daimi Diş)	16 0.05±0.22
Diş Çekimi (Süt Dişi)	386 1.14±1.79
Diş Çekimi (Daimi Diş)	23 0.07±0.37
Yer Tutucu (Sabit)	6 0.02±0.17
Yer Tutucu (Hareketli)	2 0.01±0.07
Paslanmaz Çelik Kron	1 0±0.05

4.3.1. Koruyucu – Önleyici Uygulamalar

Gerçekleştirilen koruyucu-önleyici tedaviler fissür örtücü ve topikal florür uygulamalarıydı. Fissür örtücüler, göçmen grupta en sık uygulanan ikinci prosedüdü. Fissür örtücü uygulamalarının sayısı göçmen grupta (n=136) kontrol grubuna göre (n=207) daha düşüktü. Topikal florür uygulamaları göçmen grupta (n=17) kontrol grubuna göre (n=11) daha yüksekti. Koruyucu uygulamalar açısından gruplar arasında görülen farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Tablo 5).

4.3.2. Restoratif Tedaviler

Dental tedavi amacıyla cam iyonomer ve rezin esaslı dolgu materyalleri ile prefabrike kronların kullanıldığı görüldü. Göçmen gruptaki çocukların süt dişlerine 16 adet cam iyonomer, 109 adet kompozit ve daimi dişlerine 127 adet kompozit, kontrol grubundaki çocukların süt dişlerine 5 adet cam iyonomer, 88 adet kompozit ve daimi dişlerine 80 adet kompozit restorasyonun uygulandığı tespit edildi. En sık uygulanan restoratif prosedür göçmen grupta daimi diş kompozit restorasyonları iken kontrol grubunda süt diş kompozit restorasyonlarıydı. Prefabrike kron uygulamasının tüm çocuklar arasında yalnızca 1 göçmen çocuğa uygulandığı saptandı. Gruplar arasındaki restoratif tedavi farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Uygulanan tedavi türlerinin gruplara göre karşılaştırılması

	Göçmen Grup n Mean±SS	Kontrol Grubu n Mean±SS	p
Topikal Florid	17 0.10±0.33	11 0.06±0.24	0.400
Fissür Örtücü	136 0.80±2.0	207 1.22±2.67	0.140
Cam İyonomer (Süt Dişi)	16 0.09±0.39	5 0.03±0.20	0.064
Kompomer (Süt Dişi)	0	0	1.000
Kompozit (Süt Dişi)	109 0.64±1.52	88 0.52±1.35	0.407
Kompozit (Daimi Diş)	127 0.75±1.55	80 0.47±0.98	0.132
Amputasyon (Süt Dişi)	37 0.22±0.62	13 0.08±0.28	p=0.014; p<0.05*
Amputasyon (Daimi Diş)	0	4 0.02±0.18	0.08
Kanal Tedavisi (Süt Dişi)	8 0.05±0.28	4 0.02±0.15	0.517

Tablo 5. (Devam)

Kanal Tedavisi (Daimi Diş)	9 0.05±0.25	7 0.04±0.19	0.784
Diş Çekimi (Süt Diş)	247 1.45±2.02	139 0.82±1.45	p=0.001; p<0.01*
Diş Çekimi (Daimi Diş)	13 0.08±0.32	10 0.06±0.41	0.303
Yer Tutucu (Sabit)	6 0.04±0.24	0	p=0.045; p<0.05*
Yer Tutucu (Hareketli)	1 0.01±0.07	1 0.01±0.07	1.000
Paslanmaz Çelik Kron	1 0.01±0.07	0	0.317

*Mann-Whitney U Testi. (p<0.05)

4.3.3. Endodontik Tedaviler

Gerçekleştirilen endodontik prosedürlerin amputasyon ve kök kanal tedavileri olduğu belirlendi. Göçmen çocuklara uygulanan süt diş amputasyon tedavilerinin sayısı (n=37) kontrol grubundan (n=13) anlamlı derecede yüksekti (p=0.014; p<0.05). Daimi diş amputasyon tedavisinin kontrol grubunda (n=4) göçmen gruba göre (n=0) daha çok uygulandığı tespit edildi. Süt diş kanal tedavisi göçmen grupta 8, kontrol grubunda 4 adet ve daimi diş kanal tedavisi göçmen grupta 9, kontrol grubunda 7 adet gerçekleştirildi. Kanal tedavisi ve daimi diş amputasyon uygulamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05).

4.3.4. Cerrahi Tedaviler

Süt ve daimi dişlerde gerçekleştirilen diş çekimleri tüm çocuklarda en çok uygulanan (n=409) cerrahi prosedürlerdi. Göçmen grupta 247 süt ve 13 daimi diş, kontrol grubunda 139 süt ve 10 daimi dişin çekimi yapıldığı tespit edildi. Gruplar arasında süt diş çekimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001; p<0.01). Daimi diş çekimleri açısından herhangi bir anlamlılık yoktu (p>0.05).

4.3.5. Yer Tutucu Uygulamaları

Diş çekimi sonrası sabit ve hareketli yer tutucu uygulamalarının yapıldığı saptandı. Hareketli yer tutucular her iki grupta da birer çocuğa uygulandı. Sabit yer tutucu uygulamaları göçmen grupta (n=6) kontrol grubuna göre (n=0) daha yüksek bulglandı. Hareketli yer tutucu uygulamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Sabit yer tutucu uygulamaları açısından gruplar arasında görülen fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.045$; $p<0.05$).

4.4. Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi

Gerçekleştirilen tedavi türlerine ait toplam tutar bilgileri Tablo 6’da sunuldu. 2017 – 2023 yılları arasında sunulan diş hekimliği hizmetlerinin toplam maliyetinin göçmen çocuklarda 248 809.06 TL ve kontrol grubunda 170 894.06 TL olduğu bulglandı. Kişi başına düşen yıllık ortalama tedavi maliyeti göçmen çocuklarda 209.8 TL ve kontrol grubunda 143.6 TL olarak hesaplandı. Uygulanan tedaviler arasında en yüksek tutarlar göçmen grupta 113 154.92 TL ve 70 636.8 TL, kontrol grubunda 80 550.96 TL ve 40 480.32 TL ile sırasıyla kompozit restorasyonlar ve diş çekimlerine ait iken, en düşük tutarın her iki grupta da paslanmaz çelik kron uygulamalarına ait olduğu görüldü.

Tablo 6. Tedavi türlerinin gruplara göre toplam maliyeti (TL)

	Göçmen Grup	Kontrol Grubu
Topikal Florür	7 602.4	4 919.2
Fissür Örtücü	15 204.8	23 142.6
Cam İyonomer	5 369.6	1 678
Kompozit Restorasyon	113 154.92	80 550.96
Amputasyon	8 869.64	4 075.24
Kanal Tedavisi	25 366.34	15 728.1
Diş Çekimi	70 636.8	40 480.32

Tablo 6. (Devam)

Yer Tutucu	2 237.48	319.64
Paslanmaz Çelik Kron	367.62	0
TOPLAM	248 809.06	170 894.06

Fissür örtücü uygulamaları hariç diğer tüm tedavi türlerine ait maliyetlerin göçmen grupta kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü. Toplam tedavi maliyetlerinin ortalaması göçmen grupta $1\,681.14 \pm 1\,653.51$ TL iken kontrol grubunda $1\,247.40 \pm 1\,100.75$ TL olarak bulgulandı. Tedavi türleri bazında hesaplanan maliyetler ve toplam maliyet açısından gruplar arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Tedavi maliyetlerinin gruplara göre karşılaştırması

	Göçmen Grup Tutar (TL) Mean±SS	Kontrol Grubu Tutar (TL) Mean±SS	p
Topikal Florid	7 602.4 506.8 ± 157.35	4 919.20 447.2	0.574
Fissür Örtücü	15 204.8 447.2 ± 302.75	23 142.60 471.15 ± 357.43	0.945
Cam İyonmer (Süt Dişi)	5 369.60 488.1 ± 230.74	1 678 419.50 ± 167.8	0.753
Kompozit (Süt Dişi)	52 262.23 1 187.77 ± 1 010.45	42 193.36 1 110.35 ± 972.48	0.597
Kompozit (Daimi Diş)	60 892.69 1 087.36 ± 947.94	38 357.60 871.76 ± 540.01	0.566
Amputasyon (Süt Dişi)	8 869.64 341.14 ± 216.25	3 116.36 259.69 ± 69.20	0.359
Kanal Tedavisi (Süt Dişi)	12 435.44 2 072.57 ± 1 263.45	5 562.38 1 390.59 ± 351.65	0.610
Kanal Tedavisi (Daimi Diş)	12 930.90 1 616.36 ± 662.04	10 165.72 1 452.24 ± 260.76	0.955

Tablo 7. (Devam)

Diş Çekimi (Süt Dişi)	67 104.96 684.74 ± 572.31	37 763.52 555.34 ± 453.71	0.266
Diş Çekimi (Daimi Diş)	3 531.84 353.18 ± 131.23	2 716.80 452.80 ± 443.65	0.792
Yer Tutucu (Hareketli)	319.64 319.64	319.64 319.64	1.000
Toplam Tedavi Maliyeti	248 809.06 1 681.14 ± 1 653.51	170 894.06 1 247.40 ± 1 100.75	0.163

*Mann-Whitney U Testi. (p<0.05)

5. TARTIŞMA

İnsanlık, şiddet olaylarının önde gelen sebeplerinden birini oluşturduğu göç olgusunu tarihin çeşitli dönemlerinde tecrübe etmek zorunda bırakılmıştır. Temel insani haklarından olan yaşam hakkı tehdit altında bulunan veya zulme uğramaktan haklı gerekçelerle korkan bireyler yaşadıkları toprakları terk ederek hayatlarını güven içinde sürdürebilecekleri yer arayışlarına girmiştir (1). Cereyan eden olaylar içerisinde köklerinden koparılmış olan çocuklar, yaşanan bu trajik süreçten negatif yönde en çok etkilenen kimselerdendir (136).

Gerçekleşen göçler sadece bireyleri değil göç alan ve veren devletleri de sosyal, ekonomik ve siyasi alanlarda etkisi altına alabilmektedir (137). Özellikle zorlayıcı faktörlerle göçe itilen bireylerin uluslararası korunma ihtiyacıyla kısa zaman içerisinde yoğun dalgalar halinde ülkelere sığınması, sağlık alanında sistem üzerindeki yükü artırarak hizmet kapasitelerinin zorlanmasına ve hizmetlere erişim sıkıntılarına yol açabilmektedir (138). Sığınmacılara sunulan sağlık hizmeti maliyetlerinin yıllar içinde arttığı görülmektedir (7, 132).

Bireylerin hizmetlere erişim sıkıntısı yaşaması temel ve koruyucu sağlık programlarından mahrum kalmalarını doğurarak olumsuz sağlık çıktılarıyla sonuçlanabilmektedir (139). Göç olayı sürecinde oluşan negatif koşullar sebebiyle sağlık halinin sürdürülebilmesi, korunmaya muhtaç ve savunmasız haldeki çocuklar için oldukça güç olabilmektedir (3, 24). Temel bakım eksiklikleri, beslenme düzensizlikleri, ebeveynlerin ilgisizliği veya sağlık hizmetlerine erişim sıkıntıları gibi birçok etken çocuk sağlığını riske atabilmektedir (3).

Diş çürüklerinin göçmen çocuklarda yaygın görülen sağlık problemlerinden biri olduğu bilinmektedir (140). Öyküsünde göçmenlik bulunan çocuklar, çürük geliştirme açısından göçmenlik öyküsü bulunmayanlara göre bir derece daha fazla riske sahiptir (141). Koruyucu diş hekimliği uygulamalarının çürük oluşumunun önlenmesi ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasında etkili bir yol olduğu bilinmektedir (142).

Literatür incelendiğinde göçmen çocukların ağız sağlığı durumları üzerine yapılan birçok araştırma ile karşılaşılmaktadır (6, 143–146). Ancak ağız sağlığı değerlendirmeleri ile birlikte geçirilen dental tedavi öyküleri üzerinden yapılan kapsamlı ve ayrıntılı maliyet analizlerinin yerli çocuklarla karşılaştırıldığı bir çalışmaya denk gelinmemiştir.

Çalışmamızda, göçmen çocukların ağız sağlığı durumları ve yararlandıkları diş hekimliği hizmetlerinin mali etkilerinin yerli çocuklarla karşılaştırma yoluyla değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Literatürde farklı parametreler kullanılarak göçmen çocuklarda ağız ve diş sağlığı durumunun yerli akranlarıyla karşılaştırma yoluyla araştırıldığı birçok çalışma mevcuttur. Çalışmaların genelinde DMFT/dmft skorlaması ve çürük görülme oranları verilerek prevalans hesaplaması yapılmıştır. Pabbla ve ark.'nın (140) yapmış oldukları 69 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede göçmen çocukların yerli çocuklara göre daha yüksek çürük prevalansı sergilediği ortaya koyulmuştur. Kanada'da yerli ve göçmen popülasyondaki çocukların ağız sağlığı durumlarının karşılaştırmalı değerlendirmesinin yapıldığı bir çalışmada göçmen çocukların DMFT/dmft skoru (7.29 ± 5.1) Kanadalı çocuklara göre (4.47 ± 5) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (147). Gatou ve ark. (148) da Yunan çocuklarla göçmen çocukların ağız sağlığı durumlarına ilişkin benzer sonuçlar elde etmiştir. İspanya'da göçmen ve yerli çocuklarda çürük görülme prevalansının araştırıldığı bir başka çalışmada göçmen çocukların hem süt hem daimi dentisyonda daha yüksek prevalans değerlerine sahip olduğu gösterilmiştir (149). Çalışmamızda süt ve daimi dişlerde görülen ortalama çürük, dolgulu ve çürük sebebiyle çekilmiş diş sayıları göçmen çocuklarda yerli çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında görülen bu fark süt dişlenme için istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Elde ettiğimiz bu sonuç, literatürdeki çalışmaların çoğuyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda göçmen grubun yaş ortalamasının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$). Daimi dişlenmedeki DMFT skorunun göçmen grupta daha yüksek bulgulanması, göçmen grubun yaş ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek oluşu ve dolayısıyla daha fazla daimi dişin değerlendirilme imkanı bulunmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda veri analizleri sonucu göçmen çocuklarda ortalama DMFT ve dmft skorları sırasıyla 2.30 ± 3.01 ve 8.57 ± 4.44 olarak hesaplanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda göçmen dmft skorunu Nicol ve ark. (150) 5.2 ± 4.1 , K Bhatt ve ark. (120) 3.54 ± 4.11 , Gatou ve ark. (148) 3.68 ± 0.13 ve Azrak ve ark. (116) 2.2 ± 3.8 olarak bulgulamıştır. Bildiğimiz kadarıyla elde ettiğimiz göçmen dmft skoru literatürde karşılaşılan en yüksek değerlerdendir. Ortalama göçmen DMFT skorunu Salim ve ark. (144) 4.32 ± 3.11 , ülkemizde yapılan bir çalışmada Dülgergil ve ark. (122) 0.77 ± 1.48 ve çalışmamızın

sonuçlarına benzer şekilde Bhatt ve ark. (120) 2.82 ± 2.44 olarak rapor etmiştir. Sonuçlar incelendiğinde göçmen DMFT/dmft skorlarının geniş bir aralıkta izlendiği görülmektedir. Bu durumun olası nedenleri çalışmalara dahil edilen göçmen çocukların farklı yaş ortalamalarına sahip olması ve gerekli ağız bakımını sağlayabilme durumlarının çeşitlilik göstermesi olabilir.

Yapılan birçok çalışma göçmen grubun daha kötü ağız sağlığı sergilediğini gösterse de aksi yönde kanıtlar da ortaya koyulmuştur. Cote ve arkadaşlarının (109) Amerikalı yerli çocuklar ve farklı ırklara sahip mülteci çocuklar arasında çürük görülme durumlarını karşılaştırdıkları çalışmada Afrika kökenli mülteci çocukların yerli çocuklara göre daha iyi ağız sağlığı özellikleri sergiledikleri saptanmıştır. Benzer şekilde Avustralyalı çocuklar arasında yapılan çalışmada, geçmişinde göçmenlik öyküsü bulunan çocukların ortalama DMFT skorları daha yüksek bulunsa da Avustralya doğumlu çocuklarla aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (151). Literatürün genelinde karşılaştığımız sonuçlarla çelişkili bulunan bu durum, çürük oluşumunun multifaktöriyel etiyojisi göz önünde bulundurulduğunda bireylerin göç öncesi sahip oldukları alışkanlıklar ve yaşam şartlarından kaynaklanıyor olabilir.

Göçmenlerin dental tedavi amacıyla sağlık hizmetlerine başvuru oranlarının düşük olduğu bilinmektedir (112). Duman ve ark. (152) göçmen çocuklar için diş hekimliği hizmetlerine yapılan başvuruların çoğunlukla diş çekimi, restoratif işlemler ve kanal tedavisi ile sonuçlandığını bildirmiştir. Bhatt ve ark.'nın (120) 254 göçmen çocuk arasında yaptıkları araştırmada daha önce diş hekimine sadece %39.4'ünün gittiği, giden 100 kişinin 43'ünün diş çekimi ve 32'sinin dolgu yaptırdığı saptanmıştır. Rutin kontrollere gidenlerin sayısı yalnızca 9'dur. Ülkemizde Koparal ve ark.'nın (133) yaptıkları çalışmada da göçmen popülasyonda diş çekimi ve dolguların yüksek oranlarda gerçekleştirildiğini gösteren benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda da göçmen grupta en sık restoratif müdahaleler ve süt dişi çekimlerinin gerçekleştirildiği tespit edildi. Elde ettiğimiz bu sonuç, literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyum içindedir. Çalışmaların bir diğer ortak tarafı, göçmen çocuklarda koruyucu uygulamaların diğer tedavi türlerine göre daha düşük oranlarda gerçekleştirilmesidir. Bu durum, çocukların rutin diş hekimi ziyaretlerinin gerçekleştirilememesi veya ebeveynlerin diş çürüklerini ağrı ve apse gibi akut semptomlar ortaya çıkana kadar tedavi ihtiyacı doğuran bir sağlık problemi olarak görmemelerinin bir sonucu olabilir.

Literatürde göçmen çocukların faydalandığı diş hekimliği hizmetleri dağılımlarının yerli çocuklarla karşılaştırıldığı az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızda göçmen grupta gerçekleştirilen süt dişi çekimi, süt dişi amputasyon tedavisi ve sabit yer tutucu uygulamalarının sayısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yalnızca fissür örtücü ve daimi diş amputasyon uygulamalarının sayısı kontrol grubunda daha yüksek olmak üzere topikal florür, süt dişi cam iyonomer, süt ve daimi diş kompozit restorasyonları, süt ve daimi diş kanal tedavileri, daimi diş çekimi ve süt dişi paslanmaz çelik kron uygulamaları göçmen grupta daha fazla gerçekleştirilmiştir. Ancak bu farklılıkların hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Duran ve ark.'nın (149) yaptığı çalışmada göçmen çocuklar arasında yerli çocuklara göre süt ve daimi dişlenmede restoratif dolgu, süt dişlenmede paslanmaz çelik kron ve fissür örtücü uygulamalarının daha düşük, süt diş çekimlerinin ise daha yüksek olduğu ve daimi diş çekimlerinin tüm çocuklar arasında benzer dağılım gösterdiği, ancak bulgular arasında yalnızca süt dişi çekimi, daimi diş dolgusu ve süt dişlenmede paslanmaz çelik kron uygulamaları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları yalnızca gruplar arasında anlamlı derecede farklılık gösteren süt dişi çekimlerinin göçmen grupta daha yüksek oluşu ve gruplar arasındaki farklılığı anlamsız bulunan fissür örtücü uygulamalarının göçmen grupta daha düşük oluşu ile çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Yapılan bir diğer çalışma göçmen çocuklarda gerçekleştirilen en yaygın tedavilerin diş çekimi ve dolgu uygulamaları olduğunu ve diş çekimlerinin yerli çocuklara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek oranlarda gerçekleştirildiğini ortaya koymuştur (153). Göçmenlerin ağız sağlığı hizmetlerini kullanımlarına ilişkin 16 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, diş hekimi ziyaretlerinin ev sahibi bireylerde daha çok koruyucu tedavi ve rutin kontrol amacıyla gerçekleştirildiğini, göçmenlerde ise temel ziyaret sebebini ağrı ile ilgili acil durumların oluşturduğu gösterilmiştir (140). Mülteci gruplarında ağırlıklı olarak diş çekimi tedavilerinin yapılması, ulaşılabilen uzman diş hekimlerinin sayıca yetersizliği veya yokluğu ile de ilişkilendirilmiştir (154).

Yapılan araştırmalar gerçekleştirilen başvuruların temel sebebini başta diş çekimi olmak üzere çoğunlukla girişimsel müdahaleleri gerektiren diş dokularının yıkıma uğradığı durumların oluşturduğunu, koruyucu – önleyici uygulamaların düşük oranlarda seyrettiğini göstermiştir. Varılan bu ortak sonuç, göçmen grupların göç edilen yerlerde diş hekimliği hizmetlerine erişim engelleri, dengesiz diyet içerikleri ve ağız bakım uygulamalarını

sürdürebilme zorluklarının ağız ve diş sağlıklarını olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, gerçekleştirilen uygulamaların yapılan maliyet analizleri sonucu göçmen gruba sunulan dental tedavilere ait toplam hizmet tutarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında görülen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Restoratif dolgu prosedürlerinin her iki grup için de toplam hizmet tutarı en yüksek uygulamalar olduğu tespit edilmiştir. Fissür örtücü uygulamaları hariç gerçekleştirilen tüm tedavi türlerinin göçmen grupta daha yüksek tutarlara sahip olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kişi başına düşen yıllık tedavi maliyeti göçmen grupta 209.08 TL ve kontrol grubunda 143.6 TL olarak hesaplanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde göçmen çocukların dental tedavi maliyetlerinin yerli çocuklarla karşılaştırıldığı çalışmaların sayısı sınırlıdır. Ülkemizde Koparal ve ark. (133) tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada Suriyeli göçmenlerin bir devlet hastanesinden aldıkları dental tedavi hizmeti maliyetlerinin yıllar içinde artış göstererek 2017 yılında kişi başına yıllık 71 TL'ye ulaştığı ve bu tutarın yerli bölge halkının kişi başına düşen hizmet tutarından (62.82 TL) daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuç, çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Goetz ve ark.'nın (155) yaptıkları kesitsel bir çalışmada göçmenlerin büyük çoğunluğunun çocukluk dönemlerinde hiç diş hekimine gitmediği ve diş ağrısı duyan göçmenlerin dental tedavi maliyetlerinin ağrı duymayanlarınkine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Göçmen popülasyonun daha kötü ağız sağlığı sergilediği göz önünde bulundurularak değerlendirilme yapıldığında çalışmaların çoğunda göçmenlere sunulan diş hekimliği hizmet bedellerinin yerli halka göre daha yüksek bulunması, ağız ve diş sağlığının kötüleşmesi ile paralel olarak komplike hale gelen tedavilerin daha yüksek maliyetlere sahip olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızın retrospektif bir tasarıma sahip olması birtakım kısıtlamaları da beraberinde getirmiştir. İlk olarak, tüm değerlendirmeler daha önce gerçekleştirilen klinik ve radyografik incelemeler sonucu elde edilen kayıtlı verilerin analizi üzerinden yapılmış, herhangi bir klinik değerlendirme gerçekleştirilmemiştir. Hastaların klinik şartlarında muayenelerinin gerçekleştirilmesi ile elde edilen sonuçlar farklılık gösterebilir. Ayrıca veritabanında kayıtlı hasta sayısının azlığı nedeniyle sınırlı sayıda hasta üzerinden

değerlendirme yapılmıştır. Daha büyük örneklem boyutuna sahip çalışmalar, veriler arasındaki ilişkilerin daha iyi tanımlanmasını sağlayabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Vatansız ve sığınmacı statüsüne sahip çocukların ağız sağlığı durumları ile yararlandıkları diş hekimliği hizmetlerinin mali etkilerini yerli çocuklarla karşılaştırma yoluyla değerlendirmeyi hedefleyen araştırmamızın sonuçlarına göre;

1. Çalışmamızda, ağız sağlığını değerlendirme amacıyla kullanılan DMFT ve dmft çürük indeksi değerlerinin göçmen çocuklarda (sırasıyla 2.30 ± 3.01 ve 8.57 ± 4.44) yerli çocuklara göre (sırasıyla 1.69 ± 1.99 ve 4.34 ± 3.46) daha yüksek olduğu bulundu. dmft değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.001$).
2. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre diş hekimliği hizmetlerine yapılan başvuruların göçmen çocuklarda en sık restoratif müdahaleler ve diş çekimi, yerli çocuklarda ise fissür örtücü uygulamaları ve diş çekimi ile sonuçlandığı gözlemlendi.
3. Çalışmamız, göçmen çocuklarda süt dişi çekimi, süt dişi amputasyonu ve sabit yer tutucu uygulamalarının yerli çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek sayıda gerçekleştirildiğini ortaya koydu.
4. Araştırmamızda göçmen çocukların yararlandıkları diş hekimliği hizmetlerinin toplam maliyeti ve fissür örtücü uygulamaları dışındaki diğer tüm tedavi türleri bazında hesaplanan maliyetleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Ancak gruplar arasında hizmet maliyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$).
5. Yapılan analizler sonucu göçmen çocuklara sunulan diş hekimliği hizmetleri harcamalarında en büyük payların kompozit restorasyonlar (%45) ve diş çekimlerine (%28) ait olduğu tespit edildi.

Diş çürükleri göçmen çocuklarda dikkat çekilmesi gereken yaygın bir sağlık sorunudur. Göçmen ağız sağlığının iyileştirilmesi amacıyla hazırlanacak uygulamalı ağız diş sağlığı eğitimleri ve diş hekimliği hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması adına gerekli bilgilendirme ve yönlendirmelerin yapılması, yeterli ağız bakımının sağlanabilmesi için faydalı olabilir. Özellikle ebeveyn-çocuk hedefli oral hijyen eğitimlerini içeren kapsamlı programların hazırlanması, çocukların ağız sağlığını iyileştirme yolunda etkili bir strateji olabilir.

Göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı yerlerde düzensiz göçmenlik durumunun sıkı kontrollerle araştırılması, kayıt dışı kalan çocukların temel ve koruyucu sağlık hizmeti programlarından etkin bir şekilde yararlanmaları açısından önemlidir.

Göçmen sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında rutin ağız içi muayeneler sonucu çürük riski veya çürük varlığının tespiti durumunda hastaların gerekli kurumlara sevki, erken dönem müdahalelere olanak tanıyarak girişimsel tedavi gereksinimlerini azaltabilir. Gerçekleştirilecek koruyucu uygulamalar, çürük oluşumunu önleme veya mevcut çürüklerin ilerlemesini durdurma yoluyla çürük riski büyümesinin ve artan tedavi maliyetlerinin önüne geçebilir.

Araştırmamızın sonuçları, göçmen çocukların çürük geliştirme açısından yerli çocuklara kıyasla dezavantajlı konumda olduklarını ve komplike tedavilere daha çok ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Buna bağlı olarak tedavi maliyetlerinin göçmen çocuklarda yerli çocuklara göre anlamlı derecede olmasa da daha yüksek seyretmesine dikkat çekilmelidir. Çalışmamızın, bu konuda yapılacak olan daha kapsamlı araştırmalara ışık tutabileceği kanısındayız.

Kötüleşen ağız sağlığının daha yüksek tedavi maliyetlerine yol açtığı göz önünde bulundurulduğunda, planlanacak koruyucu diş hekimliği uygulamalarının ülke ekonomisine uzun dönemde katkı sağlayacağı açıktır.

KAYNAKLAR

1. Oral B, Cetinkaya F (2017). Sosyolojik bir olgu olan göç tanımı nedenleri ve kuramları. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 3: 1–8.
2. Önal A, Keklik B (2016). A study on the problems encountered by refugees and asylum seekers in their access to healthcare services in Isparta province. *Süleyman Demirel University Visionary Journal* 7: 132–148.
3. Aydın D, Şahin N, Akay B (2017). Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi* 7: 8–14.
4. Altun Güzelderen YB, Ünal E (2022). Göçmen çocuklarda ağız sağlığı. *Medical Research Reports* 5: 86–93.
5. American Academy of Pediatric Dentistry (2023). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry*, 301–7.
6. Nahar A (2021). Oral health care among European native and immigrant's children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Master's dissertation, Södertörn University, Stockholm.
7. Aydamak MY (2021). Göçmen sağlığı bağlamında Türkiye'deki Suriyelilere yönelik sağlık politikaları. *Journal of Healthcare Management and Leadership*. doi:10.35345/johmal.902098.
8. Şen G (2019). Uluslararası göçün sağlık güvenliğine etkisi: Türkiye'deki Suriye göçü örneği. *2nd International Health Sciences and Life Congress, Burdur, 24-27 April 2019*, 180-196.
9. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. *T.C. Resmi Gazete*, 26200, 16 Haziran 2006.
10. IOM (2013). *Göç Terimleri Sözlüğü*. 2.baskı. *Uluslararası Göç Örgütü*: 35-37.
11. Türken Ç (2018). Göç çalışmaları için kavramsal bir çerçeve. *Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi* 5: 26–49.
12. İskan Kanunu. *T.C. Resmi Gazete*, 26301, 26 Eylül 2006.
13. Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme. *T.C. Resmi Gazete*, 10898, 5 Eylül

Salı

14. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. *T.C. Resmi Gazete*, 28615, 11 Nisan 2013.
15. Geçici Koruma Yönetmeliği. *T.C. Resmi Gazete*, 29153, 22 Ekim 2014.
16. Aydoğan S, Selma M (2017). Türkiye'ye gelen dış göç ve sağlığa etkileri. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2: 37–45.
17. United Nations Treaty Series (1960). Available from: https://treaties.un.org/pages/ViewDetailsII.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=V-3&chapter=5&Temp=mtdsg2&clang=_en. [Accessed: 6 Nisan 2024].
18. Karataş K, Ayyıldız AA (2021). Bugünün Türkiye'sinde göç gerçeği: Küresel hareketliliğin neresindeyiz? *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 13: 473–500.
19. Türkoğlu O (2011). Mülteciler ve ulusal/uluslararası güvenlik. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* XXX: 101–118.
20. UNHCR (2022). Forced Displacement in 2022. *Global Trends Report*. United Nations High Commissioner for Refugees.
21. IOM (2022). *World Migration Report*. International Organization for Migration.
22. UNHCR (2023). *UNHCR Education Report 2023 – Unlocking Potential: The Right to Education and Opportunity*. United Nations High Commissioner for Refugees.
23. Ağır O, Sezik M (2015). Suriye'den Türkiye'ye yaşanan göç dalgasından kaynaklanan güvenlik sorunları. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi* 5: 95–123.
24. *Göçmen ve Mülteci Çocuklarda Sağlık Sorunları* (2019). *İHH İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi* : 1-29.
25. Uluslararası Koruma (2024). *TC İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı*. Available at: <https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-istatistikler>. [Erişim: 26 Şubat 2024].
26. Geçici Koruma (2024). *TC İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı*. Available at: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. [Erişim: 27 Şubat 2024].
27. Akpınar T (2017). Türkiye'deki Suriyeli mülteci çocukların ve kadınların sosyal politika bağlamında yaşadıkları sorunlar. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi* 3: 16–29.

28. Deniz T (2014). Uluslararası göç sorunu perspektifinde Türkiye. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 181: 175–204.
29. Aydın D, Şahin N, Akay B (2017). Effects of immigration on children's health. *Journal of Dr Behcet Uz Children s Hospital*. doi:10.5222/buchd.2017.008.
30. Derince D (2019). Suriyeli mülteci çocuklar özelinde: Savaş mağduru çocuklar ve çocuk sağlığı sorunları. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 1: 57–70.
31. IOM (2013). *International Migration, Health and Human rights*. International Organization for Migration.
32. Kahya Nizam Ö (2017). Türkiye’de dezavantajlılığın mülteci halleri: Haklardan uzak “Hakk”a bırakılmış yaşamlar. *Toplum ve Demokrasi* 11: 185–200.
33. Türk Tabipleri Birliği (2014). *Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu*. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
34. UNICEF Türkiye (2017). Türkiye’deki Suriyeli Çocuklar Bilgi Notu Ocak 2017 . Available from: <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/turkiyedeki-suriyeli-cocuklar-bilgi-notu-ocak-2017>. [Erişim: 6 Nisan 2024].
35. Yun K, Matheson J, Payton C, Scott KC, Stone BL, Song L, Stauffer WM, Urban K, Young J, Mamo B (2016). Health profiles of newly arrived refugee children in the united states, 2006–2012. *American Journal of Public Health* 106: 128–135.
36. Oğuz S, Tuygun N, Polat E, Akça H, Demir Karacan C (2016). War and children: Effect of Syria civil war on a pediatric emergency department, 750 km away from the border. *Turkish Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine* 3: 135–139.
37. Sezen İ, Turan M, Kaya AA (2018). Türkiye’deki Suriyeli misafirler ve ilişkilendirilen bulaşıcı hastalıklar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7: 119–127.
38. Özmert EN (2020). Göçmenlerde Aşılama. *Osmangazi Tıp Dergisi Sosyal Pediatri Özel Sayısı* 42: 20–24.
39. Türk Tabipleri Birliği (2016). *Savaş, Göç ve Sağlık*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

40. Korkmaz AC (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 1: 37–42.
41. Gültaç AS, Yalçın Balçık P (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi* 8: 193–204.
42. Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (2014). *Suriye’den Türkiye’ye Nüfus Hareketleri Kardeş Topraklardaki Misafirlik*. AFAD, Ankara.
43. Constitution of the World Health Organization (1948). Available at: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>. [Erişim: 6 Nisan 2024].
44. Demirbaş H, Bekaroğlu E (2013). Evden uzakta olmak: Sığınmacıların/mültecilerin psikolojik sorunları ve alınacak önlemler. *Kriz Dergisi* 21: 11–24.
45. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival* 25: 4–19.
46. Sağlam Şener T, Arlioğlu H (2022). Sosyal afet olarak göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. *Hastane Öncesi Dergisi* 7: 95–107.
47. Erdoğan MM (2017). "Kopuş"tan "Uyum"a Kent Mültecileri: Suriyeli mülteciler ve Belediyelerin Süreç Yönetimi: İstanbul örneği. Marmara Belediyeler Birliği Kültür Yayınları, İstanbul.
48. Yabancılar Yönelik Eğitim Öğretim Hizmetleri. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2014/21, 23 Eylül 2014.
49. Tanrıku F (2018). Suriye krizi sonrası Türkiye’deki sığınmacıların ve göçmenlerin eğitimi: Geçmiş, bugün ve gelecek perspektifleri. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 11: 2585–2604.
50. *Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme Raporu (2022)*. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, Ankara.
51. *Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme Raporu (2021)*. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, Ankara.
52. Sarvan S, Efe E (2020). Suriyeli Çocuk Mülteciler ve Sorunları. *Balıkesir Sağlık*

Bilimleri Dergisi 10: 55–62.

53. Selçuk O, Güzel B, Buz S (2021). Türkiye’de sığınmacı çocukların eğitimine ilişkin engellerin fenomenolojik yaklaşımla değerlendirilmesi. *Milli Eğitim Dergisi* 50: 359–383.
54. Çolak İ, Tüzel İşeri E (2022). Okul yöneticilerine göre sığınmacı öğrencilerin eğitim sorunları. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 10: 93–113.
55. Karanfiloğlu M (2019). Savaş, kadın, çocuk ve göç üzerine: Suriye örneği. *Muhakeme Dergisi* 2: 99–124.
56. Harunoğulları M (2016). Suriyeli sığınmacı çocuk işçiler ve sorunları: Kilis örneği. *Göç Dergisi* 3: 29–63.
57. Caro LP (2020). Türk işgücü piyasasında Suriyeli mülteciler. *ILO Türkiye Ofisi*, 58.
58. Mohanta A (2017). Oral health in 21 st century-an emerging challenge. *EC Dental Science* 8: 12–14.
59. Bourgeois DM, Llodra JC (2014). Global burden of dental condition among children in nine countries participating in an international oral health promotion programme, 2012–2013. *International Dental Journal* 64: 27–34.
60. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 31: 3-24.
61. *World Health Organization (2023). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030.* World Health Organization.
62. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G (2017). The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International Dental Journal* 67: 14–18.
63. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB (2007). Dental caries. *The Lancet* 369: 51–59.
64. Yadav K, Prakash S (2017). Dental caries: A microbiological approach. *Journal of Clinical Infectious Diseases & Practice* 02: 118.
65. Soxman JA, MacLean J, Haberland C (2021). Noninvasive and Minimally Invasive Treatment of Dental Caries. Soxman JA (Ed.), *Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry*. John Wiley and Sons, Inc, Hoboken, Pages: 1-21.

66. Pitts N, Zero D, Marsh P, Tagami J, Tsakos G, Amid I (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers* 3: 1–16.
67. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM (2004). Risk factors for dental caries in young children: A systematic review of the literature. *Community Dental Health* 21: 71–85.
68. Reich E, Lussi A, Newbrun E (1999). Caries-risk assessment. *International Dental Journal* 49: 15–26.
69. Majorana A, Cagetti MG, Bardellini E, Amadori F, Conti G, Strohmenger L, Campus G (2014). Feeding and smoking habits as cumulative risk factors for early childhood caries in toddlers, after adjustment for several behavioral determinants: A retrospective study. *BMC Pediatrics* 14: 1–8.
70. Güçlü E, Hazar Bodrumlu E (2021). Geçmişten günümüze diş çürüğü epidemiyolojisinin değerlendirilmesinde kullanılan indeksler. *Journal of International Dental Sciences* 7: 63–72.
71. Klein H, Palmer CE, Knutson JW (1938). Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Public Health Reports (1896-1970)* 53: 751–765.
72. Dye BA, Hsu KLC, Afful J (2015). Prevalence and measurement of dental caries in young children. *Pediatric Dentistry* 37: 200–216.
73. Akbaş Y, Hazar Bodrumlu E (2015). New preventive approaches in pediatric dentistry. *Journal of International Dental Sciences* 1: 1–8.
74. Yıldırım I, Dülgergil ÇT, Serdaroğlu İ (2010). Aile hekimliği uygulamalarında erken dönem koruyucu diş hekimliği uygulamalarının önemi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2: 21–39.
75. Yılmaz HG (2011). Mekanik plak kontrol yöntemleri. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* 5: 791–797.
76. Ulusoy AT (2010). Pedodontide güncel koruyucu yaklaşımlar. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 3: 28–37.
77. Rosin-Grget K, Peros K, Sutej I, Basic K (2013). The cariostatic mechanisms of fluoride. *Acta Medica Academica* 42: 179–188.

78. Ercan E, Bağlar S, Çolak H (2010). Diş hekimliğinde topikal florür uygulama metotları. *Cumhuriyet Dental Journal* 13: 27–33.
79. Öner Özdaş D (2014). Güncelleme; Çocuk diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar. *Selcuk Dental Journal* 2: 84–91.
80. American Academy of Pediatric Dentistry (2023). Policy on use of fluoride. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry*, 100-102.
81. Arends J, Christoffersen J (1990). Nature and role of loosely bound fluoride in dental caries. *Journal of Dental Research* 69: 601–605.
82. Greenwall-Cohen J, Greenwall L, Barry S (2020). Silver diamine fluoride - an overview of the literature and current clinical techniques. *British Dental Journal* 228: 831–838.
83. Cabalen MB, Molina GF, Bono A, Burrow MF (2022). Nonrestorative caries treatment: A systematic review update. *International Dental Journal* 72: 746–764.
84. Crowder L (2021). Management options of early childhood caries. *Evidence-Based Dentistry* 22: 106–107.
85. Zaffarano L, Salerno C, Campus G, Cirio S, Balian A, Karanxha L, Cagetti MG (2022). Silver diamine fluoride (SDF) efficacy in arresting cavitated caries lesions in primary molars: A systematic review and metanalysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19: 12917.
86. Reema S, Lahiri P, Roy S (2014). Review of casein phosphopeptides-amorphous calcium phosphate. *The Chinese Journal of Dental Research* 17: 7–14.
87. Sionov RV, Tsavdaridou D, Aqawi M, Zaks B, Steinberg D, Shalish M (2021). Tooth mousse containing casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate prevents biofilm formation of *Streptococcus mutans*. *BMC Oral Health* 21: 1–10.
88. Morgan M V., Adams GG, Bailey DL, Tsao CE, Fischman SL, Reynolds EC (2008). The anticariogenic effect of sugar-free gum containing CPP-ACP nanocomplexes on approximal caries determined using digital bitewing radiography. *Caries Research* 42: 171–184.
89. Lam PP, Sardana D, Lo EC, Yiu CK (2021). Fissure sealant in a nutshell. Evidence-

- based meta-evaluation of sealants' effectiveness in caries prevention and arrest. *Journal of Evidence Based Dental Practice* 21: 101587.
90. Mickenautsch S, Yengopal V (2016). Caries-preventive effect of high-viscosity glass ionomer and resin-based fissure sealants on permanent teeth: A systematic review of clinical trials. *PloS one* 11: e0146512.
 91. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Makela M, Worthington H V. (2017). Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7: CD001830.
 92. Haerian-Ardakani A, Rezaei M, Talebi-Ardakani M, Keshavarz Valian N, Amid R, Meimandi M, Esmailnejad A, Ariankia A (2015). Comparison of antimicrobial effects of three different mouthwashes. *Iranian Journal of Public Health* 44: 997–1003.
 93. Oyanagi T, Tagami J, Matin K (2012). Potentials of mouthwashes in disinfecting cariogenic bacteria and biofilms leading to inhibition of caries. *The Open Dentistry Journal* 6: 23–30.
 94. Aneja KR, Joshi R, Sharma C (2010). The antimicrobial potential of ten often used mouthwashes against four dental caries pathogens. *Jundishapur Journal of Microbiology* 3: 15–27.
 95. Adair SM (2006). Evidence-based use of fluoride in contemporary pediatric dental practice. *Pediatric Dentistry* 28: 133–142.
 96. Bautista KG, Mandanas M (2019). Clinical efficacy of chlorhexidine 0.12% spray versus chlorhexidine mouth rinse on plaque control and gingival health in healthy pediatric patients: a randomized controlled trial. *Philippine Children's Medical Center Journal* 15: 57–64.
 97. Montero E, Iniesta M, Roldan S, Herrera D (2016). Probiotics and oral health. *Probiotics in Children* 4: 135–160.
 98. Chugh P, Dutt R, Sharma A, Bhagat N, Dhar MS (2020). A critical appraisal of the effects of probiotics on oral health. *Journal of Functional Foods* 70: 103985.
 99. Caglar E, Kargul B, Diseases IT-O, 2005 U (2005). Bacteriotherapy and probiotics' role on oral health. *Wiley Online Library* 11: 131–137.
 100. Caglar E, Kavaloglu SC, Kuscu OO, Sandalli N, Holgerson PL, Twetman S (2007).

Effect of chewing gums containing xylitol or probiotic bacteria on salivary mutans streptococci and lactobacilli. *Clinical Oral Investigations* 11: 425–429.

101. Burton JP, Chilcott CN, Moore CJ, Speiser G, Tagg JR (2006). A preliminary study of the effect of probiotic *Streptococcus salivarius* K12 on oral malodour parameters. *Journal of Applied Microbiology* 100: 754–764.
102. Luppieri V, Manfra A, Ronfani L, Chermetz M, Cadenaro M (2022). Ozone therapy for early childhood caries (ECC) treatment: An in vivo prospective study. *Applied Sciences* 12: 1964.
103. Boztaş G, Ömürlü H (2015). Restoratif diş hekimliğinde ozon tedavileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 9: 158–168.
104. Erkmén Almaz M, Şaroğlu Sönmez I (2015). Ozone therapy in the management and prevention of caries. *Journal of the Formosan Medical Association* 114: 3–11.
105. Pani SC, Al sibai SA, Rao AS, Kazimoglu SN, Mosadomi HA (2017). Parental perception of oral health related quality of life of syrian refugee children. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry* 7: 191–195.
106. Riggs E, Gibbs L, Kilpatrick N, Gussy M, Van Gemert C, Ali S, Waters E (2015). Breaking down the barriers: A qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia. *Ethnicity and Health* 20: 241–257.
107. Dashash M, Blinkhorn A (2012). The dental health of 5 year-old children living in damascus, Syria. *Community Dental Health* 29: 209–213.
108. Reza M, Amin M, Sgro A, Abdelaziz A, Ito D, Main P, Azarpazhooh A (2016). Oral health status of immigrant and refugee children in North America: A scoping review. *Journal Canadian Dental Association* 82: g3.
109. Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI (2004). Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics* 114: e733–e740.
110. Marino R, Stuart GW, Wright FAC, Minas IH, Klimidis S (2001). Acculturation and dental health among Vietnamese living in Melbourne, Australia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 29: 107–119.
111. Hoover J, Vatanparast H, Uswak G (2017). Risk determinants of dental caries and oral hygiene status in 3–15 year-old recent immigrant and refugee children in

- Saskatchewan, Canada: A pilot study. *Journal of Immigrant and Minority Health* 19: 1315–1321.
112. Sivakumar V, Jain J, Haridas R, Paliyayal S, Rodrigues S, Jose M (2016). Oral health status of tibetan and local school children: A comparative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 10: ZC29–ZC33.
 113. Sarria-Santamera A, Hijas-Gomez AI, Carmona R, Gimeno-Feliu LA (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews* 37: 1–29.
 114. Ponce-Gonzalez I, Cheadle A, Aisenberg G, Cantrell LF (2019). Improving oral health in migrant and underserved populations: Evaluation of an interactive, community-based oral health education program in Washington state. *BMC Oral Health* 19: 30.
 115. Beşer A, Kerman Tekkaş K (2017). Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 3: 143–148.
 116. Azrak M El, Huang A, Hai-Santiago K, Bertone MF, DeMarE D, Schroth RJ (2017). The oral health of preschool children of refugee and immigrant families in Manitoba. *Journal Canadian Dental Association* 83: h9.
 117. Crespo E (2019). The importance of oral health in immigrant and refugee children. *Children* 6: 102.
 118. Turhan S, Gürsoy Turhan S, Karakullukçu S (2021). The importance of oral health in immigrant and refugee children. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 19: 286–294.
 119. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K (2007). “They think we’re OK and we know we’re not”. A qualitative study of asylum seekers’ access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research* 7: 1–11.
 120. Bhatt S, Gaur A (2019). Dental caries experience and utilization of oral health services among Tibetan refugee-background children in Paonta Sahib, Himachal Pradesh, India. *Journal of Immigrant and Minority Health* 21: 461–465.
 121. Makan R, Gara M, Awwad MA, Hassona Y (2019). The oral health status of Syrian refugee children in Jordan: An exploratory study. *Special Care in Dentistry* 39: 306–

309.

122. Dülgergil ÇT, Demirel G, Göçebe B, Dallı M (2017). Kahramanmaraş ili mülteci kampındaki Suriyeli çocuklarda çürük görülme sıklığının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences* 23: 1–8.
123. United Nations General Assembly (1948). *Universal declaration of human rights*. UN General Assembly, 302: 14-25.
125. Önder N (2019). Türkiye’de geçici koruma altındaki suriyelilere yönelik sağlık politikalarının analizi. *Göç Araştırmaları Dergisi* 5: 110–165.
126. Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar. T.C. Sağlık Bakanlığı, 39942531, 25 Mart 2015.
127. Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslarda değişiklik yapılmasına ilişkin esaslar. T.C.Sağlık Bakanlığı, 54567092, 4 Kasım 2015.
128. Göçmen Sağlığı Merkezleri (2023). Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html>. [Erişim: 14 Mart 2024].
129. Anholt, R. (2020). Resilience in practice: *Responding to the refugee crisis in Turkey, Jordan, and Lebanon*. *Politics and Governance*, 8: 294-305.
130. Küçük A (2020). Türkiye’de göç ve sağlık politikaları analizi: “Sıhhat Projesi” örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 20: 473–496.
131. Aydın Y (2021). Türkiye’deki suriyeli göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sorun ve öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 18: 227–248.
132. Karabulut R, Açak M (2018). Suriyeli sığınmacıların Türkiye’ye ekonomik maliyeti (2011-2017). *Birey Ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi* 8: 131–144.
133. Koparal M, Ege B, Keskinruzgar A, Yavuz G, Erdogmus Z, Unsal M (2019). Dentist visits of Syrian refugees and the cost of their dental healthcare. *Annals of Medical Research* 26: 2813.
134. Urbaniak G, Plous S (2013). Research randomizer (version 4.0)[computer software].
135. WHO (2013). *Oral Health Surveys - Basic Methods*, 5th edition. Geneva.
136. Akıllı H, Dirikoç A (2015). Uydu Kent Nevşehir’de Göç Çocukları. *İdealkent* 6: 252–269.

137. Ekici S, Tuncel G (2015). Göç ve insan. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi* 5: 9–22.
138. Aslan Ş, Sünbül F, Güzel Ş (2018). Mültecilerin kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi* 1: 48–58.
139. Seyidömer M (2019). *Sivas'ta Suriyeli mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşımı ve yaşadıkları sorunlar*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas.
140. Pabbla A, Duijster D, Grasveld A, Sekundo C, Agyemang C, van der Heijden G (2021). Oral health status, oral health behaviours and oral health care utilisation among migrants residing in europe: a systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health* 23: 373–388.
141. The American Academy of Pediatric Dentistry (2023). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*, 301–307.
142. Al Rasheed A, Jones C (2024). A review of water fluoridation studies and the effect on dental caries and treatment costs, undertaken in Scotland. *British Dental Journal*. doi:10.1038/s41415-023-6719-3.
143. Gibbs L, de Silva AM, Christian B, Gold L, Gussy M, Moore L, Calache H, Young D, Riggs E, Tadic M, vd. (2016). Child oral health in migrant families: A cross-sectional study of caries in 1-4 year old children from migrant backgrounds residing in Melbourne, Australia. *Community Dental Health* 33: 100–106.
144. Salim NA, Alamoush RA, Al-Abdallah MM, Al-Asmar AA, Satterthwaite JD (2021). Relationship between dental caries, oral hygiene and malocclusion among Syrian refugee children and adolescents: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 21: 1–8.
145. Alrashdi M, Mendez MJC, Farokhi MR (2021). A randomized clinical trial preventive outreach targeting dental caries and oral-health-related quality of life for refugee children. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: 1–10.
146. Flynn PM, Petersen A, Entinger J, Shire A (2021). The Association of Social Determinants of Health with Somali Refugee Mother–Child Caries. *Journal of*

Immigrant and Minority Health 23: 615–623.

147. Moreau A-M, Hennous F, Dabbagh B, Ferraz dos Santos B (2019). Oral health status of refugee children in montreal. *Journal of Immigrant and Minority Health* 21: 693–698.
148. Gatou T, Koletsi Kounari H, Mamai-Homata E (2011). Dental caries prevalence and treatment needs of 5- to 12-year-old children in relation to area-based income and immigrant background in Greece. *International Dental Journal* 61: 144–151.
149. Veloso Duran A, Framis-de-Mena B, Vázquez Salceda M, Guinot Jimeno F (2022). Evaluation and Comparison of Oral Health Status between Spanish and Immigrant Children Residing in Barcelona, Spain. *Children* 9: 1354.
150. Nicol P, Anthonappa R, King N, Slack-Smith L, Cirillo G, Cherian S (2015). 19 Caries burden and efficacy of a referral pathway in a cohort of preschool refugee children. *Australian Dental Journal* 60: 73–79.
151. Quach A, Laemmle-Ruff IL, Polizzi T, Paxton GA (2015). Gaps in smiles and services: A cross-sectional study of dental caries in refugee-background children. *BMC Oral Health* 15: 1–10.
152. Duman C, Uslu FS, Çakmak S, Aytekin ŞI, Apaydın T, Egil E (2023). Accessibility to dental services by immigrant and refugee children residing in Turkey. *International Journal of Paediatric Dentistry* 33: 423–430.
153. Tapias-Ledesma MA, Hernanez-Barrera V, Garrido PC, De Miguel AG, Esteban y Pena M, Jimenez-Garcia R (2011). Use of dental care and prevalence of caries among immigrant and Spanish-born children. *Journal of Dentistry for Children* 78: 36–42.
154. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME (2016). The oral health of refugees and asylum seekers: A scoping review. *Globalization and Health* 12: 1–11.
155. Goetz K, Winkelmann W, Steinhauser J (2018). Assessment of oral health and cost of care for a group of refugees in Germany: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* 18: 1–7.



Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 64529847 / 7
Konu : Etik Kurul Onay Belgesi

06 / 03 /2023

Sayın; Prof. Dr. Özgül BAYGIN
Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

"Pedodonti Kliniğe Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Tedavi Hizmetlerinin Mali Açısından Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tez amaçlı Etik Kurulu 2023/3 protokol numaralı çalışma önerisi raportör ve etik kurulu görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER
Etik Kurul Başkanı

Ek: 1 Adet Onay Belgesi

61080 – Trabzon /
TÜRKİYE Tel: +90
(462) 325 30 16

Faks: +90 (462) 325 30 17
dis@ktu.edu.tr

e-mail:

Ek 1. (Devam)

KTÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Pedodonti Kliniğe Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Tedavi Hizmetlerinin Mali Açidan Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/3		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Özgül BAYGIN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Pedodonti		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Özgül BAYGIN, Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ x AKADEMİK AMAÇLI		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ x	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

Ek 1. (Devam)

**KTÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11/6	Tarih: 28.02.2023
	Prof. Dr. Özgül BAYGIN'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş. Gör. Dt. Hüsnâ Selin TAKAOĞLU'na ait "Pedodonti Kliniğe Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Tedavi Hizmetlerinin Mali Açından Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı 2023/3 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER Başkan	Pedodonti	KTÜ Dış Fakültesi	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Yavuz Tolga KORKMAZ Başkan Yrd.	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	KTÜ Dış Fakültesi	E X	K	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Sedat TURGUT Raportör	Protetik Diş Tedavisi	KTÜ Dış Fakültesi	E	K X	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Saadet KAYIPMAZ Üye	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	KTÜ Dış Fakültesi	E X	K	E	H X	E X	H	
Prof. Dr. Özgül BAYGIN Üye	Pedodonti	KTÜ Dış Fakültesi	E	K X	E X	H	E	H	Oylama Katılmadı
Doç. Dr. Cem ÜNGÖR Üye	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	KTÜ Dış Fakültesi	E X	K	E	H X	E X	H	
Doç. Dr. Elif AYDOĞAN AYAZ Üye	Protetik Diş Tedavisi	KTÜ Dış Fakültesi	E	K X	E	H X	E X	H	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

Ek 1. (Devam)



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Dış Hekimliği Fakültesi Dekanlığı

21.05.2024 11:26
E-64529847-302.08.01-24281
T.C. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
04662629



Sayı : E-64529847-302.08.01-24281
Konu : Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU'na
ait Dilekçenin İncelenmesi

21.05.2024

Arş. Gör. Dr. Hüsna SELİN TAKAOĞLU
Pedodonti Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

Prof. Dr. Özgül BAYGIN'ın sorumluluğunda yürütülen Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU'na ait 2023/3 protokol numaralı etik kurulu dosyası 06.03.2023 tarih ve 7 sayılı yazı ile onaylanmış olan "Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Tedavi Hizmetlerinin Mali Açıdan Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasına ait yapılan 10.05.2024 tarihindeki Tez Savunma sınavında tez başlığının (Türkçe ve İngilizce) değiştirilmesi ve Türkçe başlığın "**Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Durumlarının ve Tedavi Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi**" (Retrospective Evaluation of Oral Health Status and Dental Care Services of Immigrant and Refugee Children Referred to Pediatric Dentistry Department) olarak değiştirilmesine ve ayrıca hem vatansız ve sığınmacı çocuk grubu hem de yerli (kontrol grubu) çocukların sayısının 170'er çocuk hasta verisinden oluşması konusunda vermiş olduğu dilekçe incelenmiş olup istenilen şekilde yapılmasında oy birliği ile herhangi bir etik sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kod: E950C456-47EF-461F-862D-ABCC3B736947 Doğrulama Adres: <https://www.turkiye.gov.tr/karadeniz-teknik-universitesi-ebys>

61080 – Trabzon /
TÜRKİYE
Tel: 0462 377 4764

Faks:

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Hediye EKİCİ

Sayfa
1 / 1



Ek 1. (Devam)



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Dış Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-64529847-514.10-23351
Konu : Etik Kurulu Başvurusu (Prof. Dr. Tamer
TÜZÜNER, Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin
TAKAOĞLU 2023/3)

20.03.2024

Sayın; Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER
Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Özgül BAYGIN'ın sorumluluğunda yürütülen Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU'na ait 2023/3 protokol numaralı, 06.03.2023 tarih ve 7 sayılı yazı ile onaylanmış "Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Durumlarının Mali Açından Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tez amaçlı dosya ile ilgili vermiş olduğunuz dilekçenizde; araştırmaya istatistiksel analiz ve/veya yorum, makale yazımı ve eleştirel inceleme için destek vermek istediğinizi belirtmişsiniz. Dilekçenize istinaden yapılan değerlendirmede raporör ve etik kurulu görüşleri doğrultusunda çalışmaya katılmanızda herhangi bir sakınca olmadığına karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğinin rica ederim.

Prof. Dr. Yavuz Tolga KORKMAZ
Başkan Yardımcısı

Dağıtım :
Prof. Dr. Tamer Tüzüner (Başkan)

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kod: CFBDC33B-293C-4361-8C16-06FA0CCB102E Doğrulama Adres: <https://www.turkiye.gov.tr/karadeniz-teknik-universitesi-ebys>

61080 – Trabzon /
TÜRKİYE
Tel: 0462 377 4764

Faks:

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Hediye EKİCİ

Sayfa
1 / 1



Ek 1. (Devam)



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 64529847 / 13
Konu : Etik Kurul Onay Belgesi

26 / 03 /2024

Sayın; Prof. Dr. Ana Lucia SEMINARIO
University of Washington
Department of Pediatric Dentistry

Prof. Dr. Özgül BAYGIN'ın sorumluluğunda yürütülen Arş. Gör. Dt. Hüsna Selin TAKAOĞLU'na ait 2023/3 protokol numaralı, 06.03.2023 tarih ve 7 sayılı yazı ile onaylanmış "Pedodonti Kliniğine Başvuran Vatansız ve Sığınmacı Statüsündeki Çocukların Ağız Sağlığı Tedavi Hizmetlerinin Mali Açidan Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı tez amaçlı dosya ile ilgili vermiş olduğunuz dilekçenizde; araştırmaya istatistiksel analiz ve/veya yorum, makale yazımı ve eleştirel inceleme için destek vermek istediğinizi belirtmişsiniz. Dilekçenize istinaden yapılan değerlendirmede raportör ve etik kurulu görüşleri doğrultusunda çalışmaya katılmanızda herhangi bir sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğinin rica ederim.

Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER
Etik Kurulu Başkanı

61080 – Trabzon /
TÜRKİYE Tel: +90
(462) 325 30 16

Faks: +90 (462) 325 30 17
dis@ktu.edu.tr

e-mail:

