T.C.

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Çocuk Diş Hekimliği

HAMİLELERİN ANNE VE BEBEK AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI

DT. AYSU ÖZALTAY

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Buğra ÖZEN

İstanbul, 2020

HAMİLELERİN ANNE VE BEBEK AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI

DT. AYSU ÖZALTAY

Çocuk Diş Hekimliği

Yüksek Lisans Tezi

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

2020

"Aysu ÖZALTAY" tarafından hazırlanmış ve 30.12.2020 tarihinde sunulmuş "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ile İlgili Anket Çalışması" başlıklı tez Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak **oy birliği / oy çokluğu** ile kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Buğra ÖZEN

Danışman

Tez Savunma Sınavı Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT	Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Ceyhan ALTUN	Diş Hekimliği Fakültesi, Altınbaş Üniversitesi
Doç. Dr. Buğra ÖZEN	Diş Hekimliği Fakültesi, Altınbaş Üniversitesi

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak bütün şartları sağladığını beyan ederim.

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü kabul tarihi:

___/___/___

Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik davranışlara uygun olarak edinildiğini ve sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca, bu kuralların ve davranışların gerektirdiği şekilde, bu çalışmada, orijinal olmayan tüm materyalleri ve sonuçları tamamen alıntı yaptığımı ve referans gösterdiğimi de beyan ederim.

Dt. Aysu ÖZALTAY

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince her konuda zaman sınırlaması olmadan yardımlarını eksik etmeyen tez danışmanım Doç. Dr. Buğra Özen'e

Tezimin hazırlık aşamasından itibaren fikir danışabildiğim yardımlarını eksik etmeyen hocalarım Prof. Dr. Ceyhan Altun, Prof. Dr. Hayriye Sönmez'e ve Dr. Ögr. Üyesi Simge Aksoy'a

Eğitimimiz süresince gerek okul sınırları içinde gerekse özel hayatımızda her konuda bana yardımcı ve destek olan, her konuda yardımlaşabildiğim, birlikte çalışmaktan zevk aldığım, iki yıl boyunca neredeyse ayrı günümüzün geçmediği, dostum Dt. Nil Yüksekkaya' ya

Birlikte çalışmak ve eğitim almaktan keyif aldığım dostluklarını ve yardımlarını her zaman hissettiğim asistan arkadaşlarım, Dt. Elif Tamtekin, Dt. Sena Özdil, Dt. Mine Tırnaksız, Dt. Meral Mimaroğlu, Dt. Ceyda Ayran, Dt. Buse Kont, Dt. Nadin Dursun, Dt. İmge Çakır, Dt. Ezgi Duran'a

Hayatım boyunca girdiğim her eğitim ve işte bana desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen anneme, babama, ablama ve enişteme

Bana güvenen ve eğitimim süresince yaşadığımız zorluklarla mücadele etmemi kolaylaştıran, beni her zaman destekleyen ve yardımcı olan sevgili eşim Yusuf Furkan Özaltay'a ve stresimi üzüntümü, sevincimi birebir paylaşan kızımıza

En içten teşekkürlerimle...

ÖZET

ÖZALTAY, A, hamilelerin anne ve bebek ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili anket çalışması, Altınbaş Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.

Hamilelikte hormonal değişimlerden dolayı ağız sağlığına verilen önemin arttırılması gerekmekte ve bu süreç doğru yönetilmediği takdirde, anne adayında ağız ve diş hastalıkları görülürken yeni doğanda da erken doğum ya da düşük doğum ağırlığı gibi problemlerle karşılaşılmaktadır. Hem hamilelik süresince ağız bakımına önem verilmeli hem de hamileler yenidoğan ağız bakımını bu süreçte öğrenmelidirler. Anne adaylarının bebeklerde ve çocuklarda ağız ve diş bakımı hakkında bilgi düzeylerinin öğrenilmesi ve buna yönelik eğitici, bilgilendirici çalışmalar yapılması toplum ağız sağlığı açısından gelişimi destekleyecektir.

Bu araştırmada; hamilelerin kendi ağız sağlıkları ve bebek ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek, bilgilendirme yaparak sonrasında bu bilgilendirmenin etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır. İstanbul'daki 7 farklı hastanenin kadın doğum polikliniklerindeki hastalara bilgi ölçme amacıyla hazırlanan anket yöneltilmiştir. Anket içeriğinde hamilelerin anne ve bebek ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amaçlı beş bölümden oluşan genel bilgi sorularının yer aldığı ilk kısım ve sonrasında 44 soru hazırlanmıştır. İlk anket soruları hamilelere yöneltildikten sonra, hazırladığımız anketteki soruların birçoğunun cevabını içeren bilgilendirici broşür dağıtılmıştır. Broşürün okunması rica edilerek tekrar bilgi düzeylerinin ölçülebilmesi için hamilelere ulaşılacağı bilgisi paylaşılmıştır.

Anket yapılarak broşür dağıtılan hamilelere, ortalama 1 aylık süre sonrasında telefonla aranarak ilk anketteki soruların bazıları ve ilave olarak iki soru daha yöneltilmiştir. Böylece bilgi düzeylerindeki değişimi ölçmek ve karşılaştırma yapmak amaçlanmıştır. Yapılan istatistik testleri sonucu, ilk ankette 311 hamile kadının anne ve bebek ağız- diş sağlığı bilgi düzeylerine bakıldı. İkinci ankette ise bilgilendirme sonrası ulaşılan 247 kişide broşürün bilgilendirmeye katkısına ve broşür öncesi - sonrası bilgi düzeyi farklılıklarına bakılmıştır.

Karşılaştırmalar sonucu bilgilendirme metodunun değerlendirilmesi, toplum ağız-diş sağlığının geliştirilmesi için broşür ile bilgilendirme yönteminin etkinliği, bilgi eksikliklerinin hangi konularda olduğu belirlenmiştir. Broşür bilgilendirmesi sonucu hamilelerin ağız- diş sağlığı bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluştuğu görülmüştür. Hamilelerin eğitim seviyelerinin bilgi düzeyinde etkili olduğu, broşür okuma oranlarının ise eğitim düzeyiyle bağlantısı olmadığı saptanmıştır.

Ülkemizde hamilelerin hem kendilerinin hem de yenidoğanın ağız diş sağlığı ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmadığı saptanmış olup, bu konuda doğru ve gerekli bilgiye ulaşamadıkları da belirlenmiştir. Çalışmamızda broşür eğitiminin bilgi sağladığı aynı zamanda diğer eğitim araçlarıyla da bilgilendirmenin arttırılması gerektiği sonucu çıkartılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hamile, bebek, ağız-diş sağlığı, anket**,** sağlık eğitimi

ABSTRACT

ÖZALTAY, A, Survey study on the assessment of the knowledge levels of pregnant women about mother and baby oral-dental health, Altınbaş University Faculty of Dentistry Department of Pediatric Dentistry, Master's Thesis, Istanbul, 2020.

It is necessary to give importance to oral health during pregnancy due to the hormonal changes and if this process is not managed properly, oral and dental diseases can be seen in the expectant mother and problems such as premature birth or low birth weight are encountered. During their pregnancy, expectant mothers should give importance to their oral care and also they should learn about newborn oral and dental care. Learning the knowledge levels of expectant mothers about oral and dental care in babies and children and carrying out educational and informative studies regarding this topic will support development in terms of public oral health.

In this research, it was aimed to evaluate the knowledge level of pregnant women about their own oral health and infant oral health, to inform them about this topic and then to measure the effectiveness of this information provided. A questionnaire, prepared to measure information, was directed to the patients in the obstetrics polyclinics of 7 different hospitals in Istanbul. In the content of the questionnaire, the first part of general information questions consisting of five parts and the other part of 44 questions were prepared in order to measure the knowledge levels of pregnant women about mother and baby oral-dental health. After the first questionnaire questions were directed to the pregnant women, informative brochures containing the answers to many of the questions in the questionnaire we prepared were distributed. Pregnant women were asked to read the brochure and they were informed that they would be contacted again in order to remeasure their level of knowledge.

Pregnant women, for whom brochures were distributed through surveys, were called after 1 month later and asked some of the questions in the first questionnaire with two additional questions. Thus, it was aimed to measure the change in their knowledge levels and make comparisons. With statistical tests performed, in the first questionnaire, the knowledge levels of 311 pregnant women about mother and baby oral health were examined. In the second survey,

the differences in the level of knowledge before and after the brochure and its contribution to informative approach were examined in 247 people who were reached after the information.

As a result of the comparisons, the effectiveness of the brochure as an information method for the improvement of oral and dental health and the subjects on which the society's lack of knowledge were determined. As a result of the information given by the brochure, it was observed that there was a statistically significant difference in the oral-dental health knowledge levels of pregnant women. It was determined that the education level of pregnant women was effective at the level of knowledge, but the rate of reading brochures was not related to the education level.

In our country, it has been determined that pregnant women do not have adequate information about the oral and dental health for both themselves and the newborn, moreover they can not reach accurate and necessary information on this issue. In our study, it was concluded that brochure education provides information and also it should be improved with other educational tools.

Keywords: Pregnant, baby, oral health, questionnaire, health education

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.5.1.1 Çürük faktörleri

Tablo 2.6.1 Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi'ne (AAPD) göre 0-5 Yaş Arası Çürük Yönetimi

Tablo 2.6.2 International Association of Paediatric Dentistry (IAPD)'ye göre Çürük Risk Değerlendirmesine Dayalı Diş Çürüğü Yönetimi (2020)

Tablo 2.6.3 AAPD'ye göre 0-5 Yaş Arası Çürük Risk Değerlendirme Formu (Diş hekimleri için)

Tablo 2.6.4 AAPD'ye göre 6 Yaş ve Üzeri Çürük Risk Değerlendirme Formu (Diş hekimleri için)

Tablo 2.7.1.1.1 EAPD uygulama rehberine göre macunlarda bulunması gereken F miktarı

Tablo 4.1.1.1 Bölüm I sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.1.1.2 Bölüm II sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.1.2.1 Bölüm III sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.1.3.1 Anne eğitim durumuna ve 1. anket diş fırçalama sıklığına göre diş hekimi ziyareti sıklığının değerlendirilmesi

Tablo 4.1.3.2 Anne eğitim durumuna ve 2. anket diş fırçalama sıklığına göre son 2 ayda diş hekimi ziyareti sıklığının değerlendirilmesi

Tablo 4.1.3.3 Anne eğitim durumuna göre broşürü okuma durumlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.1.3.4 Anne eğitim durumuna ve 1. anket diş hekimi ziyaretine göre anne babasız diş fırçalama yaşlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.1.3.5 Anne eğitim durumuna göre 1. anket Bölüm V 4-19 sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi

Tablo 4.2.1.1 1. ankette Bölüm IV sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.2.2.1 1. ankette Bölüm V sorularına verilen cevapların dağılımı

Tablo 4.2.3.1 1. ankette anne babasız diş fırçalama yaşlarına göre çocuk sayısının değerlendirilmesi

Tablo 4.2.3.2 1. ankette diş fırçalama sıklığına göre "Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?" sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi

Tablo 4.2.3.3 Diş hekimi ziyareti sıklıklarına göre 1. anket Bölüm V 4-19 sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi

Tablo 4.2.3.4 "Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" sorusuna verilen cevaplar arasında 1. anket çocuklarda ağız bakımının değerlendirilmesi

Tablo 4.2.3.5 1. ankette "Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevaplara göre "Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi

Tablo 4.3.1.1 Hamilelerin 1. anket sonrası broşürü okuma oranları

Tablo 4.3.2.1 2. anket broşürü okuma durumu ve 2. anket Bölüm III sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.3.3.1 2. anket Bölüm IV sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

Tablo 4.3.4.1 2. anket Bölüm V sorularına verilen cevapların dağılımı

Tablo 4.4.1.1 Anne eğitim durumuna, anne iş durumuna, anne sigara içme durumuna, aile geliri durumuna ve uyruğa göre 1. anket ve 2. anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.4.1.2 1. anket ve 2. anket bilgi düzeyi puanı ile yaş, çocuk sayısı ve hamilelik haftası parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 4.4.2.1 Diş hekimi ziyaretine, son iki ayda diş hekimi ziyaretine göre 1. anket ve 2. anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.4.3.1 Broşürü okuma durumuna göre 1. anket ve 2. anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.4.4.1 1. anket ve 2. anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.5.1 Broşürü okuma durumuna göre son 2 ayda diş hekimine gitme sıklığının değerlendirilmesi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.5.1 Çürük etkenleri

Şekil 2.5.1.1 Erken çocukluk çağı çürüğü

Şekil 4.4.4.1 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	: Yüzde İşareti
=	: Eşittir
>	: Büyüktür İşareti
<	: Küçüktür İşareti
±	: Artı Eksi İşareti
Min	: Minimum
Mak	: Maksimum
AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
AAPD	: Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi
EAPD	: Avrupa Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi
FDI	: Dünya Diş Hekimliği Federasyonu
ADA	: American Dental Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
TPD	: Türk Pedodonti Derneği
MS	: Mutans Streptokok
OCAP	: Oral Koşullar ve Gebelikle ilgili yapılan Kohort Çalışması
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
ITR	: Geçici Terapötik Restorasyonlar

APF : Asidüle Fosfat Fluorid

MFP : Sodyum Monoflorofosfat

SDF : Gümüş Diamin Florür

NIH : Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü

ECC : Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

S-ECC : Şiddetli Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

ED/DDA : Erken Doğum / Düşük Doğum Ağırlığı

ark. : Arkadaşları

DMFT : Çürük, Kayıp, Dolgulu Dişler

DMFS : Çürük, Kayıp, Dolgulu Diş Yüzeyleri

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TABLO LİSTESİ viii
ŞEKİL LİSTESİ xi
SİMGELER VE KISALTMALAR xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 AĞIZ SAĞLIĞI 4
2.1.1 Ağız Sağlığı Eğitimi 5
2.2 HAMİLELİK 8
2.2.1 Hamileliğin Ağız İçi Bulguları 9
2.2.2 Hamilelikte Diş Tedavisi 11
2.2.3 Hamilelikte Ağız Sağlığı Eğitimi 15
2.3 DİŞ GELİŞİMİ 18
2.3.1 Diş Germlerinin Oluşumu 18
2.3.2 Diş Sürmesi 19
2.4 ÇOCUK AĞIZ SAĞLIĞI 22
2.5 ÇÜRÜK OLUŞUMU 27
2.5.1 Erken Çocukluk Çağı Çürüğü 29
2.6 ÇÜRÜK RİSK DEĞERLENDİRMESİ VE YÖNETİMİ 35
2.7 KORUYUCU UYGULAMALAR 41
2.7.1 Flor Uygulamaları 41
2.7.1.1 Topikal flor uygulamaları 42
2.7.1.2 Sistemik flor uygulamaları 45
3. GEREÇ VE YÖNTEM 48
3.1 ONAY VE İZİN BELGELERİ 48
3.1.1 Etik Kurul Onayı ve Resmi İzinler 48
3.1.2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 48
3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 48
3.2.1 Araştırmanın Yeri 48

3.2.2 Araştırmanın Zamanı 49
3.3 ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SEÇİMİ 50
3.4 VERİ YÖNETİMİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ 50
3.4.1 Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini 50
3.5 ÇALIŞMA TASARIMI 51
3.6 VERİ TOPLAMA ŞEKLİ 51
3.6.1 Anket Tasarım Yöntemi 51
3.6.2 Anket Uygulaması 51
3.6.3 Broşür Dağıtımı ve Bilgilendirme 52
3.7 İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER 52
4. BULGULAR 53
4.1 ANKETE KATILAN HAMİLELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ALIŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ BULGULAR 53
4.1.1 Hamileler ve Ailesel Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguları 53
4.1.2 Hamilelerin Ağız Diş Sağlığı ile ilgili Uygulamaları ve Alışkanlıkları ile ilgili Bulgular 56
4.1.3 Hamilelerin Eğitim Durumuna Göre Diğer Bulguların Değerlendirilmesi 57
4.2 BİRİNCİ ANKET SORULARINA İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 64
4.2.1 Hamilelerin Bebek ve Çocuklarla İlgili Ağız Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleriyle İlgili Bulgular 64
4.2.2 Hamilelikte ve Yenidoğanda Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Düzeyleriyle İlgili Bulgular 67
4.2.3 Birinci Anket Sorularıyla İlgili Diğer Bulgular 68
4.3 İKİNCİ ANKET SORULARINA İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 73
4.3.1 Broşürün Okunma Durumu İle İlgili Bulgular 73
4.3.2 Hamilelerin Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Uygulamaları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları 73
4.3.3 Hamilelerin Bebek ve Çocuklarla İlgili Ağız Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleriyle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları 74
4.3.4 Hamilelikte ve Yenidoğanda Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Düzeyleriyle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları 76
4.4 BİRİNCİ VE İKİNCİ ANKET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI 77
4.4.1 Hamilenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 77

4.4.2 Hamilenin Diş Hekimi Ziyareti Sıklığına Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 80
4.4.3 Hamilelerin Broşürü Okuma Durumuna Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 81
4.4.4 Birinci Anket ve İkinci Anket Bilgi Düzeyleri Puanlarının Değerlendirilmesi 81
4.5 HAMİLELERİN BROŞÜRÜ OKUMA DURUMUNA GÖRE ORTAYA ÇIKAN ANKET BULGULARI 82
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 83
REFERANSLAR 98
ÖZGEÇMİŞ 123
EKLER 124

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü, ağız sağlığının genel sağlık ve refah düzeyi için gerekli ve yaşam kalitesine etkisinin büyük ölçüde olduğunu vurgulamaktadır. Ağız sağlığı; kişinin ısırma, çiğneme, gülümseme, konuşma ve psikososyal refah kapasitesini sınırlayan ağız ve yüz ağrısı, ağız hastalıkları ve rahatsızlıklarından uzak olma durumu olarak tanımlanmaktadır. (R.Levine & StillmanLowe, 2015)

Ağız ve diş hastalıkları yüksek prevelansa sahip halk sağlığı sorunlarındandır. Tedavilerinin yüksek maliyet gerektirmesi, bireylerin psikolojik ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin boyutu bu konuya önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Ağız ve diş hastalıklarını önlemek, gereken önem verildiği takdirde ucuz ve basittir. Bu nedenle ağız ve diş hastalıklarının kontrolünün sağlanabilmesi için etkin olarak planlı ve ikna edici sosyal politikalar uygulanmalıdır. (R.Levine & StillmanLowe, 2019)

Hamilelik sırasında hormonal değişimlerden dolayı ağız boşluğunda değişiklikler görülebilmektedir. Bunlar, hem sert hem de yumuşak dokulardaki değişiklikleri içerir. Çürüklerdeki artış, atıştırma daha sık hale geldikçe karbonhidrat yüklemesi ile de ilişkilendirilmektedir. Bazı durumlarda sabah bulantısı, kusma ve reflü; mide asitlerine maruz kalmanın neden olduğu dişlerin lingual yüzeylerinde bir erozyon olan perimiyolizin başlamasına katkıda bulunabilir. Şaşırtıcı bir faktör, hamilelikle ilişkili hormonal değişikliklerin ağızda kuruluğa neden olabilmesidir. (AAPD, 2016a)

Hamile anne hamilelik sırasında diş tedavisinin güvenliğini sorgulayabilir. Tedavi edilmeyen ağız hastalığı hamile kadının ve doğmamış çocuğun sağlığını tehlikeye atabilir. (Hilgers & Douglass, 2003) Hamilelik sırasında aktif bir enfeksiyonun tedavi edilmemesinin sonuçları, diş bakımı için gerekli olan ilaçların çoğunun sunduğu olası risklerden ağır basar. (Morgan & Cragan, 2010) Ayrıca, elektif diş tedavisinin ertelenmesi sağlıklı bir hamilelik sırasında gereksiz tehlike oluşturabilir. (Hilgers & Douglass, 2003)

ABD'de Oral Koşullar ve Gebelik'le ilgili yapılan (OCAP) Kohort Çalışması, periodontal hastalıkla birlikte gebelik sonuçlarının olumsuz yönde arttığını göstermiştir. OCAP çalışmaları,

diğer koşulların yanı sıra, preeklampsinin olumsuz gebelik sonuçları (Boggess et al., 2003) fetal immün yanıt (Ruma, 2008) ve çok erken doğum olasılığının arttığını da göstermiştir. Bugüne kadar elde edilebilen en iyi kanıt, periodontal tedavinin erken doğum ve düşük erken doğum ağırlığının doğum sonuçları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını, anne ve fetüs için güvenli olduğunu göstermektedir. (California Dental Association Foundation American College of Obstetricians, 2010)

Mutans streptokok (MS) genellikle diş çürüklerinin başlamasından sorumlu ana bakteri organizmaları grubu olarak kabul edilir. (Ge, 2008) Bir bebeğin MS kolonizasyonu doğumdan itibaren meydana gelebilir. (Berkowitz & Jordan, 1975) (Wan & Seow, 2001) (Law & Seow, 2007) Erken çocukluk çağı çürükleri olan çocuklarda görülen MS, ağırlıklı olarak annenin tükürüğünden edinilir. Diş rehabilitasyonu ve antimikrobiyal tedavilerle annenin Mutans streptokok (MS) rezervuarlarının baskılanması, bu karyojenik mikroorganizmaların bebeklerde edinimini önleyebilir veya en azından geciktirebilir. (Brambilla & Felloni, 1998)

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) bir çocuğun önlenebilir ağız hastalıklarından arınmış bir ömür geçirme fırsatını arttırmak için koruyucu eğitim ve diş bakımının inşa edilmesi gereken temellerin perinatal ve bebek ağız sağlığı olduğunu kabul etmektedir. (AAPD, 2018b) Eğitim, doğum öncesi ağız sağlığı hizmetinin önemli bir bileşenidir ve hem annenin hem de çocuğun ağız sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. (AAPD, 2016a) Çalışmalar, hamilelik sırasında başlayan erken ağız sağlığı hizmetlerinin teşvik edilmesinin çocukların ağız sağlığında kalıcı ve uzun vadeli bir iyileşmeye yol açabileceğini belgelemiştir. (Meyer & Geurtsen, 2010) Ağız diş sağlığının geliştirilmesi için verilen eğitimlerde bilgiler görsel öğelerle desteklenmeli, dikkat çekici ve akılda kalıcı olmalıdır. (Ruma, 2008) (California Dental Association Foundation American College of Obstetricians, 2010)

Hamilelerin bebek ağız sağlığı ve bakımı, dişlerin sürme zamanları, diş hekimi kontrollerinin gerekliliği, beslenme zamanları ve diyet alışkanlıkları gibi konularda bilgi sahibi olması çocuğun ağız-diş sağlığı için büyük önem taşır. Anne adaylarının bebeklerinin ağız-diş sağlığını koruyabilmeleri için bilgilendirilmeleri erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesine katkı

sağlar. Kadınların gebeliğin başından itibaren kendi ağız bakımlarını aksatmamaları ve bebeklerde ilk dişin çıkmasından itibaren ağız-diş temizliğine başlanması gerekmektedir.

Bu araştırmanın amacı; hamilelerin anne-bebek ağız ve diş sağlığı bilgi düzeylerinin anketle ölçülmesi ve broşür ile bilgilendirmenin etkinliğini tartışabilmektir. Aynı zamanda sağlık eğitimi alanına katkı sağlamak ve belirli bir kitlenin bilgi düzeyinin ölçülmesini sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 AĞIZ SAĞLIĞI

Sağlık bütüncül bir kavramdır; ağız-diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Ağız ve diş sağlığına ilişkin hastalık ve rahatsızlıklar evde, işte, okulda ve hayatın her alanında bireyleri kısıtlayarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Satish, 2016).

Ağız sağlığı "kronik ağız ve yüz ağrısı, ağız ve boğaz kanseri, ağız yaraları, yarık dudak ve damak gibi doğum kusurları, periodontal (diş eti) hastalık, diş çürüğü, diş kaybı gibi hastalık ve bozukluklardan arındırılmış olan ağız olarak tanımlanır." (Chattopadhyay, 2011)

2016 yılında, Dünya Diş Hekimliği Federasyonu (FDI) aşağıdaki tanımı geliştirmiş ve onaylamıştır: Ağız sağlığı çok yönlüdür ve bu yüzden kraniyofasiyal kompleksin ağrı, rahatsızlık ve hastalığı olmadan yüz ifadeleriyle gülümseme, konuşma, tat, koku, dokunma, çiğneme, yutma ve çeşitli duyguları iletme yeteneğini içerir. (R.Levine & StillmanLowe, 2019) (FDI, 2014)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, 2016), Ağız sağlığının genel sağlık ve refah için gerekli olduğunu ve yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilediğini vurgulamaktadır. İyi ağız sağlığı, erken çocukluk döneminden itibaren özenilmesi gereken önemli bir konudur. Böylece yaşam boyunca sağlıklı büyümeye de teşvik edilir. (R.Levine & StillmanLowe, 2015)

Dolan (1993) ağız sağlığını "bireylerin sosyal yaşamlarına devam etmelerini sağlayan rahat ve işlevsel diş yapısı" olarak tanımlamıştır. Sheiham ve Spencer (1997), "Ağız sağlığı, diyete özgü tüm yiyecekleri çiğneme ve yeme, net konuşma, sosyal olarak kabul edilebilir bir gülümseme ve dentofasiyal profile sahip olma, rahat ve ağrısız olma ve taze nefes almak için gerekli olan yapı " olarak nitelendirmektedir. (J.Y.Lee ve diğerleri, 2016)

Ağız hastalıkları için en önemli risk faktörleri sağlıksız bir diyet, tütün kullanımı ve aşırı alkol tüketimidir. En yaygın görülen dört kronik hastalık (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) için bunlar yaygın risk faktörleridir. Ağız hastalıkları genellikle bazı kronik hastalıklarla bağlantılıdır. Kötü ağız hijyeni, ağız hastalıkları için başlı

başına büyük bir risk faktörüdür. Ağız hastalığı yaygınlığı coğrafi bölgeye, ağız sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğine göre değişir, ancak iyi ağız sağlığı hizmetlerine erişim olmasına rağmen her zaman ağız hastalıklarının yaygınlığında bir azalma görülemediğine dair kanıtlar da vardır. (R.Levine & StillmanLowe, 2015)

Ülkemizde ve dünyada ekonomik problemler, ulaşım olanakları, farkındalık eksikliği ve insanların öncelik sıralamaları gibi sebeplerden dolayı diş hekimi muayenesi ve tedavisi sınırlı kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü tarafından 1992 yılında yapılan araştırma sonucuna göre; gelişmiş ülkelerde nüfusun diş hekimine gitme sıklığı yılda 5 iken, ülkemizde bu oranın 0.7 olduğu ortaya çıkmıştır. Türk Diş Hekimler Birliği'nin resmi verilerine göre ülkemiz değerlendirildiğinde, nüfusun %47,11'inin son bir yılda, %12,5'inin ise yaşam boyu hiç diş hekimine gitmediği tespit edilmiştir. (Türk Diş Hekimleri Birliği [TDB], 2015).

Genel sağlıkta olduğu gibi ağız sağlığında da sosyal belirleyicilerin yaygınlığı çok güçlü bir göstergedir ve sağlıkta büyük eşitsizliklere neden olur. Bu, dünyanın pek çok yerinde ayrıca İskandinavya gibi bazı yüksek gelirli ülkelerde artan bir zorluktur. Dünya çapında oral hastalık yükü sosyal olarak dezavantajlı nüfus grupları, yoksullar arasında önemli ölçüde daha yüksektir. Ağız sağlığı her zaman genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmeli ve gerekli önem verilmelidir. Ağız sağlığı eğitiminin verilmesi hem ağız sağlığını hem de genel sağlığı korumaya yönelik verilen bir eğitimdir. Örneğin sağlıklı bir diyet çürük, periodontal hastalık ve erozyon riskinin yanı sıra kardiyovasküler hastalık, karaciğer hastalığı, obezite ile ilgili hastalıkların riski ve aynı zamanda ağız kanseri gibi bazı kanser türlerinin de azaltılması sağlanarak genel sağlığın korunmasına katkıda bulunmaktadır. (R.Levine & StillmanLowe, 2015)

2.1.1 Ağız Sağlığı Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü sağlık eğitimi tanımını, insanlara kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlamak için bilgi verilen süreç olarak nitelendirmektedir. Sağlık eğitimi mesajlarının formüle edilmesi ve iletilmesi süreci bir dizi adım içermektedir:

a. İlk adım, ele alınan hastalık sürecinin temel nedenini anlamaktır. Diş çürüğünü örnek alırsak, temel mekanizma, diyetteki şekerlerin, dişlerin yüzeylerindeki plak biyofilmindeki bakteriler tarafından aside dönüştürülmesi ile oluşmaktadır.

b. Daha sonra, temel nedensel faktörleri tanımlamak gerekir. Bunlardan bazıları çevresel faktörler ve genetik gibi kişisel kontrolün ötesinde olan etkenler olacaktır. Bununla birlikte, diğer faktörler bireyin kontrolü altında olabilir ve değişebilir. Çürük durumunda kişisel kontrol altındaki faktörler; florür içerikli diş macununun etkili kullanımı ve şeker içeren yiyecek, içecek ve şekerlemelerin tüketimidir. Bununla birlikte, şeker içeren gıdaların taze meyve ve sebzelerden çok daha ucuz olduğu yerlerde, tüketicilerin sağlıklı seçimler yapması maalesef çok zordur.

c. Üçüncü aşama, yararlı davranış değişikliklerini teşvik etmeyi amaçlayan, kamuya yönelik bilimsel temelli ve sosyal olarak kabul edilebilir mesajları kabul etmektir. Diş çürüğünün ve aslında bir dizi başka hastalığın önlenmesi için, insanların diyetlerinin bir parçası olarak şekeri tüketmemesi önerilebilir.

d. Son ve muhtemelen en zor aşama iletişim aşamasıdır. Bu süreç anahtar bilgilerin doğru hedef kitleye doğru bağlamda, doğru zamanda, anlaşılır bir şekilde iletilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. (R.Levine & StillmanLowe, 2019) (WHO, 2004)

Dünya Sağlık Örgütü aynı zamanda ülkelerin ağız sağlığı düzeylerinin belirlenmesinde çocukluk çağı için 5, 12, 15 yaş gruplarının ağız diş sağlığı düzeylerinin belirlenmesini yeterli görmektedir. (WHO-Oral-Health-Surveys-5.edition, 2011) Özellikle 11-12 yaş ağızda tüm süt dişlerinin kaybedilip kalıcı dişlerin tamamlandığı yaş olması nedeniyle çocuklarda erken dönemde kalıcı diş çürüklerinin tespit edilmesi ve koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi bakımından önemlidir. (Doğan, 2007)

Çocuk ve erişkinlerin ağız ve diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde halk sağlığı yaklaşımı önemli bir yer tutmaktadır.(T.Sasmaz, 2014) Okul çağı çocukları ülkemiz nüfusunun büyük bir kısmını oluşturmaktadır. (TÜİK, 2014) Çocukta iyi bir ağız diş sağlığı için davranış değişikliği yaratabilen düzenli ve uzun süreli sağlık eğitimleri olmalıdır. Aynı ortam ve

koşullarda çocuklara eğitimin verildiği okullar, ağız ve diş sağlığı eğitimi için en uygun yerlerdir. (Haque ve diğerleri, 2016) Ağız ve diş sağlığına ilişkin okul ortamında verilecek olan eğitim programları, çocuğu okul, aile ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele alan, sorunları saptayan, etkili bir ağız diş sağlığı eğitimi sağlayarak bireylerde yaşamın her evresinde ağız ve diş sağlığı konusunda olumlu davranış geliştirmeye katkı sağlamaktadır. (Güler ve diğerleri, 2012)

Ağız sağlığı eğitimcisi için iletişim, bir hastaya kolayca anlayabilecekleri, hatırlayabilecekleri ve harekete geçebilecekleri şekilde bilgi göndermeyi içerir. Hastaların gönderilen mesajı doğru alması çok önemlidir. Çoğu hasta, bir doktorun, diş hekiminin veya başka bir sağlık çalışanının yanında şaşkın veya geldiklerinden daha da gergin hissedebilir. Bir mesaj anlaşılmazsa bu hastanın hatası değildir. Bu nedenle, ağız sağlığı eğitimcisinin iletişim teorisini bilmesi önemlidir. Hastayı rahatlatan ve istenen sonuçlara ulaşmaya yardımcı olan eğitimcinin tutumu, beden dili ve bilgisidir. Ayrıca eğitimin kalıcı olabilmesi için iletişimin üç kuralına dikkat edilmelidir.

Söylenilen .....unutulur

Gösterilen .....hatırlanır

Dahil edilen .....öğrenir (Bagnall, 2009)

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ottawa Şartı'na uygun olarak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik stratejik amaçlar, bilgi ve tavsiye verme, böylece kişisel bilgi ve becerilerin geliştirilmesi gibi geleneksel sağlık eğitimi yöntemlerini içermektedir. Bu süreç, insanların ve özellikle genç nesillerin kendi sağlıkları üzerinde daha etkili kontrol sahibi olmalarını sağlayabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi diğer unsurları da içerir; sağlığı destekleyen kamu politikaları oluşturmak, destekleyici ortamlar oluşturmak, topluluk eylemini güçlendirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek bunlardan bazılarıdır. (WHO, 2004)

2.2 HAMİLELİK

Hamilelik, spermin yumurtaya girmesiyle başlayan ve yaklaşık 280 gün süren bir dönemdir. Adetin sona ermesi, hamileliğin ilk belirtisidir. Hamileliğin 18. haftasından sonra hekim fetal hareketler tespit eder ve altıncı hafta itibariyle fetal kalp hareketleri ultrasonografi ile izlenebilir. (Özcan,İ., 2007)

12. hafta itibariyle uterus suprapubik bölgede palpe edilebilecek büyüklüğe ulaşır. Pelvik organlardaki artmış vaskülarizasyona bağlı olarak mukozada renk değişiklikleri görülür. Hamile kadınların bir kısmı mide bulantısı, kusma, göğüste hassasiyet, cilt pigmentasyonunda artış ve sık idrara çıkma yaşayabilir. Derinin pigmentasyonuna hamilelik maskesi adı verilir ve sarımsı kahverengi lekelerle görünür. Gebelik; başta endokrin, kardiyovasküler, hematolojik ve respiratuar sistemler olmak üzere vücudun tamamını etkileyen özel bir dönemdir. (Soma-Pillay ve diğerleri., 2016)

Hamilelik süresince östrojen, progesteron ve koryonik gonadotropin adı verilen aktif hormonlar plasentadan salgılanır. Östrojen, glandüler dokuda proliferasyona sebep olur ve laktasyona hazırlık yapar. Ek olarak hamileliğin son dönemlerinde uterusun genişlemesi pelvik bağların gevşemesine neden olur. Progesteron ise korpus luteum ve endometriumu etkiler, laktasyona hazırlık yapar ve uterusun spontan kasılmalarını azaltır. Karyonik gonadotropin, korpus luteumun normal involusyonunu önler. (Özcan,İ., 2007)

Hamile annenin kalp debisi ve bazal metabolizmadaki artış, oksijen ihtiyacında ve dolayısıyla solunum hızında bir artışa neden olur. Taşikardi ve üfürüm yaygın olarak rastlanabilen ve fizyolojik kabul edilen bulgulardır. Aldosteron ve östrojene bağlı olarak dokularda fazla sıvı tutulumu gerçekleşir ve eritrosit yapımı hızlanır. Fetal hematopoez için annelerin normale göre %60 oranında daha fazla demire ihtiyacı vardır ve yeterli demiri almayan annelerde anemi tablosu görülmektedir. (Özcan,İ., 2007) (Mayer & Joseph, 2013)

Hamilelik fizyolojik ve duygusal olarak bir kadın için zorlu bir deneyim sürecidir. Kadınların büyük çoğunluğu kadın doğum uzmanı kontrolü altındadır. Fakat rutin jinekolog kontrolleri bile kadınların hamilelikte ağız bakımlarına dikkat etmeleri gerektiğini ve kötü ağız hijyeninin fetüs

üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceği hakkında çok az bilgi artışı sağlayabilmektedir. (Gaszyńska ve diğerleri, 2015)

2.2.1 Hamileliğin Ağız İçi Bulguları

Hamilelik sırasında hormonal değişiklikler ve hücresel metabolizma değişimleri sonucu ağız boşluğunu kolonize eden yaklaşık 300 tür ve alt tür mikroorganizma bulunmaktadır. Bu mikroorganizmalar temel organların enfeksiyonuna da neden olabilir. (Gaszyńska ve diğerleri, 2015) Oral dokuların hamilelik sırasında hormonal etkilerden etkilendiği bilinmektedir. Bu etkilerin en derinleri dişeti dokularında görülür. Gebelikte daha yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri, periodontal dokuda ödem, hiperemi ve kanamayı, ayrıca dişeti büyümesi için daha yüksek bir insidansı indükleyebilir. Plazmada daha yüksek gebelik hormonu seviyeleri ile periodontal sağlık durumunun azalması arasında bir bağlantı olduğu öne sürülmüştür. (Sundaram ve diğerleri, 2018)

Hamilelikte kan damarlarının geçirgenliğinde artış, dişetlerinde ödem oluşur. Epitelyal keratinizasyonda azalma olduğu için epitelin koruyuculuğu azalır. Bununla birlikte ağız hijyen eksikliği de oluşursa gingivitis ve periodontitis kaçınılmaz hale gelir. Periodontal hastalıklar erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu için dikkat edilmelidir. (Gaszyńska ve diğerleri, 2015)

Gebe kadınlarda östrojen ve progesteron yapımında artış olur. (Afşin,H., 2006) Yüksek östrojen seviyelerinin ise, dişeti hiperplazisi, dişeti iltihabı, piyojenik granülomlar, diş çürüğü ve tükürük akışındaki değişiklikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur.(Togoo ve diğerleri, 2019) Bu nedenle, gebe kadınlarda diş etlerinde iltihaplanma riski yüksektir. Plaklar uzaklaştırılmazsa, gingivitis meydana gelebilir. Bu durumda diş etleri kızarık, şiş ve hassastır. Kanama olasılığı daha yüksektir. Periodontal hastalığı bulunan kadınlarda erken doğum ve düşük ağırlıklı bebek doğurma riski vardır. Gebe kadınların diş etlerinde "gebelik tümörü" adını alan iltihabi nitelikte, iyi huylu gelişimler meydana gelir. Gebelik durumu sona erdiğinde, bu gelişimlerde gerileme olur. (Afşin,H., 2006)

Progesteron hamilelik sırasında artarak ‘hamilelik gingivitisine’ neden olur. Hamilelik gingivitisi hamilelerin yaklaşık %30 unu etkileyen yaygın bir hastalıktır. (Ghaffari et al., 2018). Hamilelik gingivitisinin asıl nedeni bilinmemekle birlikte lokal irritatif faktörler, beslenme bozuklukları, progesteron miktarında artış gibi etkenler sorumlu tutulur. Bununla birlikte çoğu araştırıcı asıl nedenin kötü ağız hijyeni olduğu yönünde hemfikirdirler. Hastalık genelde birinci trimesterde başlar. Bir ya da daha fazla interproksimal papillada büyüme ve ağrı vardır. Papillalar ödemli ve kolay kanama eğilimindedirler. Gingivanın sağlıklı görüntüsü (pürtüklü) kaybolmuştur. Bazen dişlerin anatomik kuronlarını örtecek kadar büyüyebilir. (Bilge ve diğerleri, 2012)

Bazı durumlarda gebelik gingivitisi üzerine birkaç mm'den 2-3 cm'ye kadar lokalize “gebelik tümörü" adını alan iltihabi nitelikte, iyi huylu gelişimler meydana gelir. (Yenen & Ataçağ, 2019) Gebelikte ağızda görülen değişiklikler, artan damarlaşma ve doku metabolizmasında değişikliklere bağlı olarak gelişen peridontal dokuların lokal faktörlere aşırı derecede yanıt vermesiyle ilişkilidir. Bu tümörler genellikle maksiller anterior bölgelerde marjinal dişetine göre daha hassas papillerde görülür. Bunlar yumuşak ve koyu kırmızı, çevresi muntazam, dişetine tutunmuş kolay kaldırılabilen lezyonlardır. Yüzeyleri kırmızı veya mor ve parlaktır. Normalde hiçbir rahatsızlık vermediği için çıkarılmaları gerekmez. Hamileliğin sonunda kendiliğinden gerileyebilir. Geçmeyen vakalarda cerrahi olarak çıkarılabilirler. Tamamen iyi huylu olan bu lezyon ikinci ve diğer hamileliklerde nüksedebilir. (Bilge ve diğerleri, 2012)

Gebelik tümörü ise, marjinal dişetine göre daha hassas papillerde gelişen tümör benzeri kitle olarak bilinir. Bir neoplazma değildir, sadece papiller etkilenir. Pyojenik granülom, fibrohemanjiom veya anjiogranülosum olarak da bilinir. Hamilelik sırasında lezyon çıkartılırsa, tekrar ortaya çıkabilir. Tedavi edilmeyen lezyonlar ise, doğumdan sonra küçülebilir. Artan östrojen miktarı kronik irritasyona vasküler proliferasyonu artırarak yanıt verir. Bu nedenle gebelik tümörünün etiyolojisinde, kronik irritasyona ek olarak, hormonlar da rol oynar. Gebelik tümörü oklüzyonda sorun yaratmıyorsa, üzeri ülsere değilse ağrısızdır. Ancak üzeri ülsere olmuşsa, vaskülarize lezyon olduğundan dolayı kanamaya eğilim gösterebilir. (Özcan,İ., 2007) (Yenen & Ataçağ, 2019)

Gebe kadınlarda meydana gelen sabah bulantı ve kusmaları sonucunda asit nitelikli mide sıvısı dişlerde erozyona neden olabilir. Bu nedenle, asit mide sıvısının nötralize edilmesi önemlidir. (Afşin,H., 2006)

Hamile bir kadının ağız sağlığı durumu, anne karnındaki doğmamış çocuğun sağlığını etkileyebilir. Bol miktarda kanıt, periodontal hastalık ve erken doğum ağırlıklı doğumlar arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. (Sundaram ve diğerleri, 2018) Erken doğum 37 haftanın altında ya da 2500 gram doğum ağırlığından düşük doğumlar için kullanılan ifadedir. Periodontal hastalığa neden olan enflamatuar mediatörlerin, doğum eyleminin başlatılmasında etkili olan mediatörlerle aynı olduğu bilinmektedir. Normal doğum süreci; plasentada IL-1, TNF- α ve PGE-2 gibi artmış enflamatuar sitokin seviyesi sonucu başlar. Periodontitis durumunda da, bakteriyemi nedeniyle normal doğumda yer alan sitokinlerin erken doğum düzeyindeyken ortaya çıkmasına neden olarak plasenta zarının erken yırtılmasına yol açar. Bu da erken doğuma neden olur. Düşük ağırlıklı doğum yapan hamilelerde primer patojen mikroorganizmaların (Aggragatibacter actinomycetecomitans, Treponema denticola, Porphyromonas gingivalis) normal doğum ağırlıklı doğum yapanlara göre daha yüksek seviyelerde tespit edildiği gösterilmiştir. Düşük doğum ağırlığı anne ve çocuk sağlığı için oldukça zorlu bir süreçtir. Bebek ölümü, bebek morbiditesi, zeka geriliği gibi sonuçların gerektirdiği özel bakım maliyetleri hem aileler açısından zorlayıcı, hem de halk sağlığı açısından düzeltilmesi gereken sonuçlardır. (S. Gupta, 2015)

Araştırmaların büyük çoğunluğu gebelikte periodontal hastalıkların yenidoğanda preeklempsi, erken doğum ağırlığı ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki yatış süresini arttırma gibi yan etkilere neden olduğunu göstermiştir. (Ghaffari ve diğerleri, 2018)

2.2.2 Hamilelikte Diş Tedavisi

Yapılan çalışmalarda, hamilelikte her çocukta bir diş kaybedildiği şeklindeki düşünce tarzının yanlış ve anlamsız olduğu, hamilelikte çürük artışı olduğu ve mineden kalsiyum tuzlarının çekildiği şeklindeki bir mekanizmanın söz konusu olmadığı gösterilmiştir. (Özcan, Ş., 1997) Bununla birlikte, diğer zamanlara göre, ağız hijyenini tam koruyamayan hamilelerde, hijyenin kötü olmasına bağlı olarak, çürüklerde artış görülmesi doğaldır. Önleyici hizmetler, hamile

hasta için yüksek öncelikli olmalıdır. (Durlacher, 1994), (McGaw, 2002) Ağız hastalıklarının önlenmesi, teşhisi ve tedavisi (gerekli diş röntgenleri ve lokal anestezi kullanımı dahil) oldukça faydalıdır ve bakım sağlamamaya kıyasla hiçbir ek fetal veya maternal risk olmaksızın gebelik sırasında herhangi bir zamanda yapılabilir.(California Dental Association Foundation American College of Obstetricians, 2010)

Eğer hasta, ağız bakımını ihmal ediyorsa mutlaka hastanın motivasyonu sağlanmalı, dental ve periodontal bölgelerdeki enfeksiyon alanları bir diş hekimi tarafından kontrol edilmelidir. (Özcan, Ş., 1997) İdeal olarak, birinci trimesterde ve üçüncü trimesterde, evde ağız bakımı yetersizse veya periodontal koşullar profesyonel bakımı gerektiriyorsa, diş profilaksisi yapılmalıdır. Bir periodontiste sevk, ilerleyici periodontal hastalık varlığında düşünülmelidir. (Durlacher, 1994), (McGaw, 2002)

Hamilelik, üç trimestere ayrılır. Her trimester üç aylık dönemi kapsar. İlk trimester, spontan düşükler açısından en riskli olan dönemdir. Stres, enfeksiyon özellikle tedavi edilmemiş kronik üriner enfeksiyonlar sorumlu tutulmakla beraber, fetustaki anomalilerin de düşük nedeni olabileceği bilinmektedir. İlaç kullanımı yönünden de en riskli dönem ilk trimester olarak kabul edilir. Çünkü plasenta, ilaçların pasif difüzyonla geçişine müsait olduğu için, fetüste teratojenik etki görülme ihtimali yüksektir. (Özcan,İ., 2007) Bu nedenle ilk trimesterde sadece gerekliyse acil tedaviler yapılmalıdır. (Özcan, Ş., 1997)

Yaygın invaziv dental prosedürler, hamilelik sırasında, özellikle ilk trimesterde belirli önlemler gerektirebilir. İkinci trimesterde elektif restoratif ve periodontal tedaviler uygulanmalıdır. Ağrı veya enfeksiyon yaşayan hamile bir hastanın diş tedavisi doğum sonrasına kadar ertelenmemelidir. Lokal anestezi, enfeksiyon, postoperatif ağrı veya sedasyon için terapötik ajanları seçerken, diş hekimi diş tedavisinin potansiyel faydalarına karşı hamile hasta ve fetüse yönelik riskleri değerlendirmelidir. (*New York State Practice Guidelines*, 2006)

Hamilelikte radyografi çekilmesi sakıncalıdır. Özellikle ilk trimesterde risk büyüktür. Eğer radyografi çok gerekli ise, kurşun önlük giydirilerek alınmalıdır. Fakat bazı ekoller kurşun önlükle dahi, radyografi alınmamasını önermektedir. (Özcan, Ş., 1997) Diş çekiminden korkan ve düşük ihtimali olan hamilelerin cerrahi müdahaleleri ilk trimesterden sonraya bırakılmalıdır.

Aynı şekilde son trimesterde korku ve heyecanın doğumu başlatabileceği hatırlanmalıdır. (Bilge ve diğerleri, 2012)

Birinci trimesterin bitiminden sonra, 4. ay ile birlikte organogenezisin büyük bir bölümü tamamlanmaktadır. Ailesinde genetik hastalığı olan ve 30 yaşın üzerinde olan gebelikte, ikinci trimesterin başında amniosentez yapılarak, anomali olup olmadığı kontrol edilmelidir. (Özcan,İ., 2007)

Gebelikte ikinci trimesterde zorunlu diş tedavilerinin yapılması daha uygundur. İkinci trimesterde elektif restoratif ve periodontal tedaviler herhangi bir diş enfeksiyonunu önleyebilir. (Hilgers & Douglass, 2003)

Üçüncü trimester, dental tedaviler açısından riskli bir dönemdir. Bu dönemde annenin psikolojisi değişkendir ve anksiyete görülebilir. Aynı zamanda bel ağrısı, dispne, bacaklarda kramplar gibi fiziki koşullar da zorlanmış olabilir. Preeklampsi eklampsi tablosu da görülebilir. Malign hipertansiyonla birlikte, ensefalopati, koma hali gelişebilir. Bu gibi durumlarda gebelik sonlandırılır. (Özcan,İ., 2007)

Üçüncü trimesterde, fetüs Vena Cava inferiorun üzerine yatar ve anne supin pozisyonda iken, hipotansiyona ve senkopa neden olur. Bu nedenle, hamile hasta ile supin pozisyonda çalışılmamalıdır. (Özcan, Ş., 1997) Gebe kadınların gecikmiş mide boşalması nedeniyle "dolu mideleri" olduğu kabul edilir ve bu nedenle özellikle son trimesterde aspirasyon için yüksek risk altındadır. (Rosen, 1999) , (Robert K Creasy & Robert Reznick, 2014)

Profilaksi, tekrar son trimesterin başında tekrarlanmalıdır. (Özcan, Ş., 1997) Gebeliğin altıncı ayından başlayarak, günlük yüzde 0.05 sodyum florür ve yüzde 0.12 klorheksidin durulaması, çürüğe neden olan bakteri seviyelerinde önemli bir düşüşe neden olmuş ve sonuç olarak bu tür bakterilerin kolonizasyonunu geciktirmiştir. (Brambilla & Felloni, 1998) Ksilitol, çürük oluşumunu azaltma potansiyeli nedeniyle çeşitli ürünlere eklenmiştir. Kanıtlar, ksilitol sakızının annede kullanımının (günde en az 2-3 kez) Streptococcus Mutans'ın anneden çocuğa bulaşmasını engellediği ve ardından çocuğun çürük oranında azalma görülmesinde önemli bir

etkisi olduğunu göstermektedir. (Isokangas ve diğerleri, 2000), (E. Söderling ve diğerleri, 2000), (Thorild ve diğerleri, 2006)

Hamilelikte ilaç kullanılması da sakıncalıdır. Dişhekimi, hamile hastasına herhangi bir ilaç tedavisi başlayacaksa, mutlaka doktoruyla görüşmelidir. (Özcan, Ş., 1997) Hekim en güvenli ilacı seçmeli, ilaç rejiminin süresini sınırlamalı ve dozu en aza indirmelidir.(California Dental Association Foundation American College of Obstetricians, 2010) Ancak çok gerekli olduğunda, penisilin türevi bazı antibiyotikler kullanılabilir. (Özcan, Ş., 1997) Aspirin ve aspirin ihtiva eden bileşenlerin, vazokonstriktör ihtiva eden lokal anestezik maddelerin, barbitürat, diazepam gibi antianksiyetik ilaçların ve eritromisin estolat, tetrasiklin türevi antibiyotiklerin kullanımı da kesinlikle kontrendikedir. (*New York State Practice Guidelines*, 2006) Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar hamilelik sırasında rutin olarak önerilmemektedir. Gerekirse birinci ve üçüncü trimesterde uygulamadan kaçınılmalı ve 48-72 saat ile sınırlandırılmalıdır. (California Dental Association Foundation American College of Obstetricians, 2010)

Profesyonel ağız sağlığı hizmetinin ilk üç aylık dönemdeki hedefleri arasında fetal hipoksiden, erken doğum / fetal ölümden ve teratojenik etkilerden kaçınmak bulunmaktadır.46 Gebelik kaybı riskinin artması nedeniyle, gebeliğin ilk üç ayında nitröz oksit kullanımı kontrendike olabilir. (Rowland ve diğerleri, 1995). Azot oksit inhalasyonu, topikal ve lokal anestetiklerin tek başına yetersiz olduğu durumlarda sınırlandırılmalıdır. Hipoksi, hipotansiyon ve aspirasyonu önlemek için önlemler alınmalıdır. (Rosen, 1999) Ek olarak gebe kadınların gecikmiş mide boşalması nedeniyle "dolu mideleri" olduğu kabul edilir ve bu nedenle özellikle son trimesterde aspirasyon için yüksek risk altındadır. (Rosen, 1999) , (Robert K Creasy & Robert Reznick, 2014)

Diş amalgamlarından kaynaklanan cıva maruziyetinin olumsuz gebelik sonuçlarına katkıda bulunduğunu desteklemek veya çürütmek için kanıtlar yetersizdir. (US food and Drug adm, 2020), (Hujoel ve diğerleri, 2005) Şu anda, bir fetüsün annenin mevcut amalgam dolgularından cıva salınımına maruz kalmasının herhangi bir yan etkiye neden olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur. (US food and Drug adm, 2020) Onarıcı bakıma ihtiyaç duyan hastalara amalgam dolguların riskleri ve faydaları ve alternatifleri hakkında bilgi verilmelidir. (US food and Drug

adm, 2020), (Hujoel ve diğerleri, 2005) Amalgam restorasyonların onarılması veya çıkarılması sırasında açığa çıkan cıva buharı solunabilir ve kan dolaşımına absorbe edilebilir ve plasenta bariyerini geçer. Lastik örtü ve yüksek hızlı emme, civa buharı inhalasyon riskini azaltabilir. Hidrojen peroksit içeren veya üreten diş beyazlatma ürünlerinin kullanımı, diş amalgamlarından inorganik cıva salınmasına neden olduğundan, bu ürünlerin kullanımından hamilelik sırasında kaçınılmalıdır. (Al-Salehi, 2009)

Sabah bulantısı veya gastroözofageal reflü yaşayan hamilelerin, mide asidine maruz kalmanın neden olduğu diş erozyonunu en aza indirmek için, bir çay kaşığı sodyum bikarbonat içeren bir bardak su ile durulama yapması ve yaklaşık 1 saat boyunca diş fırçalamadan kaçınması söylenmelidir. (Boggess ve diğerleri, 2010) Kadınlara, yüksek şeker içeriği ve reçetesiz satılan antiasitlerin uzun süreli sık kullanımıyla ilişkili çürük riski hakkında bilgi verilmelidir. Erozyonun yerleşik olduğu yerlerde, sert doku kaybını en aza indirmek ve hassasiyeti kontrol etmek için florür kullanılabilir. Asitlerle mine yumuşamasıyla mücadele etmek ve pulpa duyarlılığını kontrol etmek için günlük nötr sodyum florür ağız çalkalaması veya jel uygulaması tavsiye edilebilir. Ağız kuruluğunu hafifletmek için bir palyatif yaklaşım olarak, artan su tüketimi veya salivasyonu artırmak için şekersiz sakız çiğneme önerilmelidir. (Linnett & Seow, 2001)

2.2.3 Hamilelikte Ağız Sağlığı Eğitimi

Hamilelikte sağlık problemlerinin çözülebilmesi için hijyen alışkanlıkları, özellikle uyumadan önce dişlerin fırçalanması önemli adımlardan biridir. Diş fırçalama plak eliminasyonu için en etkili ve yaygın yoldur. (Ghaffari ve diğerleri, 2018)

Hamilelik sadece fizyolojik değişikliklere değil aynı zamanda beslenme alışkanlıklarında da değişikliklere sebep olur. Artan enerji ihtiyacına göre hamilelerde karyojenik gıdalara eğilim artmakta, diyet içeriklerindeki karbonhidrat oranı yükselmektedir. (Togoo ve diğerleri, 2019) Ana öğünler harici şekerli gıdaların alımındaki artış, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, patojen bakterilerin ağız florasında artmasına neden olur. Annenin ağzından çocuğa geçen patojenler süt dişlerinde erken yaşta çürüğe neden olmaktadır. Bu yüzden hamilelerin ağız-diş sağlığı hakkında bilgilendirilmesi erken doğumların ve erken çocukluk çağı çürüklerinin

engellenmesinde büyük önem taşır. Hamilelerin ağız hijyeni konusunda bilgilendirilmesi ve motive edilmesi gerekmektedir.(Gaszyńska ve diğerleri., 2015)

Sosyoekonomik durumu düşük olan kesimde ağız sağlığı ve farkındalığı da maalesef düşüktür. Ağız hijyeni hakkındaki mitler yaygın olarak kabul görmektedir. Hamilelik ağız hijyeninin geliştirilmesi için bir fırsattır. Bu hijyen artışı bilgilendirmeler sonucu artarak öncelikle bebeklerin ve çocukların ağız sağlığını iyileştirecektir. Medyada ve halk sağlığı geliştirme kurumlarında bilinçlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.(Ghaffari ve diğerleri, 2018) Ağız ve diş hastalıklarını önlemek için halk eğitimleri yapılmalıdır. Sağlık eğitimlerinin amacı yanlış alışkanlıkları engellemek, doğru olanın alışkanlık haline getirilmesini sağlamaktır. Bunun yanı sıra fetal sağlık sorumluluğunu da arttırmak hedeflenmektedir. Hamilelerin bu konudaki hassasiyetlerinin arttırılması ağız ve diş sağlığı ile ilgili davranışlarını da arttıracaktır. (Ghaffari ve diğerleri, 2018)

İdeal olarak, herhangi bir aile için ağız sağlığı eğitim stratejisi doğum öncesi eğitim ile başlamalıdır. Tıp uzun zamandır doğum öncesi danışmanlık ve tıbbi bakımın anne adayları için önemini kabul etmiştir. Annenin ağız sağlığı sadece bir bebeğin gelecekteki ağız sağlığını değil, aynı zamanda bebeğin genel sağlığını da etkiler. Periodontal hastalık erken doğum ile ilişkilendirilmiştir. (M. K. Jeffcoat ve diğerleri, 2001) İlk klinik çalışmaların sonuçları periodontal tedavinin prematürite riskini azalabileceğini düşündürmektedir. (Marjorie K. Jeffcoat ve diğerleri, 2003), (López ve diğerleri, 2002) Ağız hijyeni, florür diş macunu kullanılarak günde iki kez diş fırçalama ve günde bir kez diş ipi kullanımı ile optimize edilmelidir. Aktif çürüğü olan kadınlar için reçetesiz, alkolsüz, %0,05 florür ile ağız çalkalaması da önerilebilir. Süt dişleri uterusta yaklaşık 6 haftada gelişmeye başlar. Anneler tarafından yeterli miktarda kalsiyum, fosfor ve A, C ve D vitaminleri alınması, bebeğin dişlerinin doğru oluşumunu sağlamaya yardımcı olacaktır. Sıklıkla tartışılsa da, doğum öncesi florür takviyelerinin, bu takviyeleri alan annelerin bebeklerinde diş çürüğünü önlediğine dair bir kanıt yoktur. (Leverett ve diğerleri, 1997)

Perinatal dönem, anne adaylarını eğitmek ve onlara diş tedavisi uygulamak için uygun bir zamandır. (Hughes, 2010), (Boggess, 2008), (Dela Cruz ve diğerleri, 2004) Gebelik bakımı

ziyaretleri ağız sağlığı bilgilendirmesi için öğretilebilir bir an sağlar. Bu eğitim aynı zamanda annenin çürük riskini artırabilecek çürük süreci ve yemek isteği ile ilgili bilgileri de içermelidir. Anne adayı ve doğmamış çocuk için yeterli kalitede ve miktarda besin içeren beslenme planı uygulanmalıdır. Çürük riskini en aza indirmeye yardımcı olmak için florürlü diş macunu kullanarak, şekersiz sakız çiğneme ve gün boyunca besleyici yiyecekler kullanarak uygun ağız hijyeninin sağlanmasına da özen gösterilmelidir. Bir yıl veya daha uzun bir süre için tamamlayıcı gıdalarla birlikte emzirmeye devam edilmesi önerilmektedir. (Eidelman & Schanler, 2012) Özellikle altı aylıktan küçük bebeklerde, ilaçların ve terapötiklerin anne sütüne aktarılma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. (Sachs, 2013)

Bebeğin doğumundan sonra anne ağız sağlığı da vurgulanmalıdır, çünkü annenin streptokok mutans (MS) düzeylerinin düşmesi çocuğun sonraki çürük riskini azaltabilir. (B. Köhler & Andréen, 1994) Birçok çalışma, anne karyojenik bakteri seviyelerinin, çocuklarının sonraki bakteri edinimi ve çürük seviyeleri ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Çocuklarda ana çürük kaynağı Streptococcus Mutans'ın anneden geldiği belgelenmiştir. (B. Köhler & Andréen, 1984), (B. Köhler & Andréen, 1994), (Caufield ve diğerleri., 1993) Ayrıca annelerin günde dört kez ksilitol içerikli sakız kullanmaları önerilmiştir, çünkü bu MS bulaşmasını azaltacaktır buna bağlı olarak daha sonra çocukların çürüklerini de azaltabilir. (Isokangas ve diğerleri, 2000) Doğum öncesi eğitimin amacı, aileye bebeklerinin diş gelişimi, diş çürüklerinin bulaşıcı doğası, diyet ve beslenme, ağız hijyeni ve florür, ilk diş ziyaretinin zamanlaması ve tavsiye edilen önleyici tedbirler hakkında bilgi sağlamaktır. (AAPD, 2018), (AAP, 2003)

2.3 DİŞ GELİŞİMİ

2.3.1 Diş Germlerinin Oluşumu

İnsanların süt dişleri (birincil veya bebek) ve kalıcı (ikincil veya yetişkin) dişler olarak bilinen iki ayrı dişlenme dönemleri vardır. Daimi dişler süt dişlerinden daha geç oluşarak onların yerini almasına rağmen, her iki diş yapısı da oluşum aşamasında aynı gelişim sürecinden geçer. (Kwon & Jiang, 2018)

Dişler çoğunlukla yiyecekleri ısırmak ve çiğnemek için kullanılır ve bu nedenle sert, kalsifiye organlardır. Ancak diş gelişiminin erken dönemlerinde diş germleri epitel ve bağ dokularından oluşan yumuşak doku organları olarak gelişmeye başlar. İlki erken embriyonik oral ektodermden, ikincisi ise nöral krestten türetilmiştir. (Kwon & Jiang, 2018)

Dişler ağız boşluğunu kaplayan ektodermden epitelyal uzantılar olarak gelişir. Diş gelişimi mezenkim kaynaklı nöral krestin altında uzanan tomurcuğun ağız epitelinin kalınlaşmalarıyla başlar. Tomurcuk etrafındaki mezenkimal hücrelerin sıkışmasını takiben tomurcuğun tepesinde başlayan art arda epitel katmanları gelişir. (Koch ve Poulsen)

Diş germleri bir kez oluşmaya başladıktan sonra morfogeneze uğrar ve ardından dişlerin iki ana sert dokusunu oluşturan mine ve dentin dahil olmak üzere farklı fonksiyonel hücre türlerine farklılaşır. Ayrıca kron oluşumunun tamamlanmasının ardından germ diş kökünü oluşturmaya devam eder. Kökün ana sert dokusu, sement adı verilen ince bir sert doku tabakasıyla kaplı dentindir. Bu aşamada dişler ayrıca üç kat destek dokusu, sement, periodontal ligament (PDL) ve alveolar kemik yoluyla çenelere bağlanır. Bu işlem sırasında, ektomezenkimal kökenli yumuşak bir doku dişlerin merkezinde kalır, çevresindeki sert dokularla çevrelenir ve pulpa haline gelir. (Kwon & Jiang, 2018)

Diş germinin hızla büyümesi takke döneminin gelişmesine yol açar. Epitelin artan katmanları diş tüberküllerinin yüksekliklerinin ve konumlarının belirlendiği çan dönemine geçiştir, bu dönemde dişin kronu şekli belirlenir. Çan dönemi süresince odontoblastlar ve ameloblastlar farklılaşır ve sırasıyla dentin ve minenin hücre dışı matriksini çökeltirler. Farklılaşma ve matriks

birikimi ile mineralizasyon dişlerin tüberkül tepelerinden başlar ve servikale devam ederek kökün gelişimini başlatır. (Koch ve Poulsen)

Daimi dişler süt dişi germlerinin epitelinden gelişir, daimi diş tomurcukları süt dişi gelişiminin çan döneminde başlar. Diş gelişimini düzenleyen en önemli mekanizma epitelyal ve mezenkimal hücreler arasındaki etkileşimdir. Diş gelişiminin başlangıcından itibaren, epitelin yönlendirici bir rolü vardır ve oluşan dişin tipi kadar mezenkimal hücrelerin odontojenik durumunu da belirler. Diş gelişimini düzenleme kapasitesi tomurcuklanma boyunca mezenkime değişir ve sonra mezenkimal sinyaller epitelin morfogenezini ve dişin şeklini düzenler. Odontoblastların, ameloblastların ve sementoblastların farklılaşmasının yanı sıra onların matriks içeriği de farklı dokular arasında etkileşimlerle düzenlenir. Bu nedenle, diş gelişimi bir dizi karşılıklı doku reaksiyonları tarafından kontrol edilir. Birbiri ardına sıralı benzer ve karşılıklı hücre ilişkileri embriyodaki tüm organların gelişimini yönettiğinden dikkate değerdir. (Koch ve Poulsen)

Süt dişlerinin mineralizasyonu uterusta 14-18. Haftalarda başlar. Süt dişlerinin kök gelişimi 1.5 ile 4 yıl arasında tamamlanır. Süt dişi kuronlarının yarısına yakını doğuma kadar mineralize olur ve yaşamın ilk yılında tamamen oluşur. Süt dişlerinde ön kesiciler uterusta 4. haftada, birinci azılar 15.5, yan kesiciler 16. haftada, köpek dişleri 17, ikinci azı dişlerinin ise 18. haftada mineralizasyonları başlar. Daimi dişlerin mineralizasyonu doğumdan itibaren birinci büyük azılarla başlar. Kesiciler ve köpek dişleri yaşamın birinci yılında, ikinci küçük azılar ve ikinci büyük azılar iki ve üç yaşları arasında ve üçüncü büyük azılar sekiz ve on birinci yaşlar arasında mineralizasyona başlar. Ancak, normal aralık geniştir. Sürekli dişlerin kuronları (üçüncü büyük azılar dışında) genellikle 5 ve 7 yaşları arasında tamamlanır. Kök gelişimi yaklaşık 6-7 seneyi bulur. Genelde, alt çene dişleri üst çeneden daha erken gelişir. Diş oluşumunda belirgin bir cinsiyet farklılığı gözlemlenir, kızlarda erkeklere göre ortalama yarım yıl daha erken olabilir. (Koch ve Poulsen), (AAPD, 2009)

2.3.2 Diş Sürmesi

Kök oluşumu başladığında diş, fonksiyonel bir pozisyona çıkarak oklüzal düzlemi oluşturmak için ağız boşluğuna doğru dikey olarak hareket etmeye başlar. Erüpsiyon, diş ağız boşluğunda

son konumuna gelene kadar devam eden süreçtir. Başlangıçta, üstteki alveolar kemik eriyerek dişin dikey hareketini kolaylaştırmak için diğer bağ dokuları parçalanır. Erüpsiyon sırasında, kron dişeti epitelinden geçerek ağız içinde yerini alır. (Kwon & Jiang, 2018)

Süt dişleri genellikle belirti vermeden diş etini delip sürerler. Ancak bazı çocuklarda sürecek dişin çevresinde kızarıklık, şişlik gibi bölgesel değişiklikler görülebilir. Belirtilerin ortaya çıkışı genellikle klinik olarak diş sürmesinden birkaç gün öncesidir. Diş sürme döneminde çocukta; salya artışı, hafif ateş, yerel irritasyon gibi belirtiler gözlemlenebilir. Yerel irritasyonu engellemek ve çocuğun rahatsızlık şikayetlerini giderebilmek için diş eti kretlerine masaj yapmak önerilebilir. Lokal masaj amaçlı ısırma lastikleri de kullanılabilir. Ortalama olarak süt dişlerinin sürmesi alt orta kesici dişlerde 6-8 aylıkken başlar ve üst ikinci azıların sürmesiyle birlikte yaklaşık 30 aylıkken biter. (Koch ve Poulsen)

Diş çıkarma, bir bebeğin dişlerinin diş etlerini delerek çıktığı süreçtir. Diş çıkarma, dişlerin "sürmesi" olarak da adlandırılır. Tıbbi olarak odontiasis olarak adlandırılır. Diş çıkarma semptomları tipik olarak bir dişin sürmesine birkaç gün kala ortaya çıkar. Bir bebeğin ilk dişi 4 ila 10 aylıkken sürebilirken, ilk diş genellikle yaklaşık 6 aylıkken çıkar. (Koch ve Poulsen)

İlk diş patlak verdikten sonra, ebeveynler diş sürmesinin zamanlamasını, sırasını ve dişlerinin çocukları için neyin gerektirebileceğini bilmelidirler. Birincil kesici dişler (santraller ve lateraller) tipik olarak 6 ila 12 aylık arasında sürmeye başlar. İlk azı dişleri yaklaşık 1 yılda ve ikinci azı dişleri yaklaşık 2 yılda sürer. Çoğu çocuğun 3 yaşında 20 süt dişi vardır. Ebeveynlere, patlama paternlerinin öngörülebilir olduğunu, ancak varyasyonların yaygın olduğunu ve bunun bir endişe kaynağı olmaması gerektiğini anlatmak önemlidir. Ebeveynlere, çocuklarının dişleri ne kadar erken patlarsa, çocuğun erken diş çürüğü için daha fazla risk altında olduğu bildirilmelidir. (Mohan ve diğerleri, 1998) İlk kalıcı dişler yaklaşık 6 yaşına kadar sürmese de, bu dişlerin minesi doğumda oluşur. Ebeveynler, yaşamın ilk yılında çocuk veya emziren anne tarafından alınan bazı ilaçların (örn. Tetrasiklin), gelişmekte olan kalıcı dişlerde renk değişikliğine neden olabileceğinin farkında olmalıdır. Yüksek uzun süreli ateş veya yetersiz besin emilimi ile sonuçlanan erken çocukluk hastalıkları da dişlerin düzgün oluşumunu bozabilir. (Berg, 2016)

Diş çıkarma doğal bir süreçtir ve genellikle çok az veya hiç problem olmadan ortaya çıkar, ancak bazı bebekler düşük dereceli ateş, ishal, gastrointestinal rahatsızlıklar, cilt döküntüleri, huzursuz veya azalan uyku, gösterebilir.(Berg, 2016) Diş eti rahatsızlığından dolayı artan salya akması, diş eti bölgesinde ağrı nedeniyle yemeğin reddedilmesi, ellerin ağza getirilmesi, aşırı salya akışına bağlı cilt tahrişi, ağız çevresinde hafif kızarıklık bebeklerde diş çıkarma döneminde görülen etkilerdir. Ebeveynler diş çıkarma sürecinin semptomlarının ve bunun çocukluğun normal bir parçası olduğunun farkında olmalıdır. Ağrıyı hafifletmeye yardımcı olmak için bazı reçetesiz ilaçlar ile diş çıkarma sırasında minimal müdahale gerekebilir. Dişeti dokusunu geçici olarak uyuşturan ilaçlar kullanılabilir. Kısa süreli olarak yardımcı olabilirler, ancak çoğu çocuğun sevmediği bir tadı ve hissi vardır. Topikal viskoz lidokain veya benzokain jellerin veya sıvıların uygulanması, diş çıkarma döneminde ağrılı bebekleri veya çocukları tedavi etmek için kullanılmamalıdır ve ölüm de dahil olmak üzere ciddi zararlara neden olabilir.(Virdi, 2012) Diş çıkarma için palyatif bakım, artan sıvı tüketimini ve aspirin olmayan analjezikleri içerir. Asetaminofen (Tylenol) veya ibuprofen (Advil veya Motrin) da ağrıya yardımcı olabilir. İbuprofen 6 aylıktan küçük bebeklere reçete edilmemelidir. İlaçlar, diğer evde bakım yöntemlerinin yardımcı olmadığı durumlarda çok sık olmamak kaydıyla kullanılabilir. Diş etlerine hafif bir baskı uygulandığında bebekte genellikle rahatlama olabilir. Bu nedenle diş etlerini temiz bir parmakla nazikçe ovmak veya çocuğun temiz bir el bezini ısırmasını sağlamak ağrıyı azaltabilir. Ağrının semptomatik olarak giderilmesinde soğuk diş çıkarma halkalarından veya soğuk bezleri emmekten de yararlanılabilir. (Berg, 2016)

Ağrı beslenme sorunlarına neden oluyor gibi görünüyorsa, bazen farklı şekilli bir meme ucu veya bardak kullanımı rahatsızlığı azaltabilir ve beslenmeyi iyileştirebilir. Çoğu soğuk nesneler iltihaplanmayı da azaltmaya yardımcı olur.

Diş sürmeye hazırlanırken, diş eti dokusu yüzeyinin altında hareket ettikçe, alan hafif kırmızı veya şişmiş görünebilir. Bazen çıkan dişin üzerinde "kan kabarcığına" benzer sıvı dolu bir alan veya püsküren hematom görülebilir. Bazı dişler sürdüklerinde diğerlerinden daha hassas olabilir. Daha büyük azı dişleri, patlayan bir kesici dişin yapabildiği gibi dişeti dokusunu "kesemeyen" daha geniş yüzey alanları nedeniyle daha fazla rahatsızlığa neden olabilir. (Virdi, 2012)

2.4 ÇOCUK AĞIZ SAĞLIĞI

Çocuğun ilk diş hekimi ziyareti, geleneksel olarak, diş çürüğü, travma veya başka bir sorun yaratan olay diş hekimine daha erken bir ziyaret gerektirmedikçe, okula gitme yaşına yakın olduğu bir yaşa kadar ertelenebilmektedir. Bu erteleme büyük olasılıkla çoğu çocukta çürüklerin kaçınılmazlığına neden olmaktadır. (Nowak, Casamassimo, 2013) Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi, bir çocuğun ilk ziyaretinin ilk dişin çıkmasından 6 ay sonra veya 1 yaşında gerçekleşmesini önermektedir. İlk ziyaretin amacı ebeveyni eğitmek, önleme yöntemlerini tanıtmak ve ağız hastalığı riskini değerlendirmektir. (AAPD 2011, 2012) (AAPD, 2014)

Ebeveynlere, bebeklerinin dişlerini nasıl ve ne zaman fırçalamaya başlayacakları konusunda rehberlik verilmelidir. Ebeveynler, çocukları için ağız hijyeni uygulamalarını yapmanın kendi sorumluluğu olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Ebeveynler, dişler çıkmadan önce bebeğin diş etlerini nemli bir bez veya parmak süngeri ile temizlemeye başlamalıdır. (Berg, 2016) Çocuklar, iyi fırçalama alışkanlıkları edinmeye teşvik edilmelidir. Günlük hijyenin bir parçası olarak fırçalama, dişler ilk çıktığı zaman başlamalıdır. Bebeklerde dental plağı çıkarmak için gazlı bez veya parmak üzerinde bir bez veya küçük çok yumuşak bir diş fırçası kullanılabilir. (David J Manton, 2002)

Ebeveyn ve çocuğun pozisyonu, ağız hijyeninin önemli bir bileşenidir. Ebeveyn çocuğun başını desteklerken çocuğun dişlerini çocuğun arkasından fırçalamalıdır. Bu pozisyonda ebeveynin ayakta duran bir çocuğun arkasında bir sandalyede oturması veya çocuğun başı ve ebeveynlerinin bacaklarının altında kollarıyla yerde oturması şeklinde olabilir. Fırçalama işlemi plak ve kalıntıları gidermeye odaklanmalıdır. Dişlerin fırçalanması için önemli alanlar dişeti ve dişler ve azı dişlerinin fissürleri ve olukları arasındaki bağlantıdır. Çocuğun ağzında günlük plak ve kalıntı birikimini uzaklaştırmak için yatmadan önce dikkatli ve eksiksiz bir diş fırçalaması önerilir. Hem ebeveyn hem de çocuk yorgun olduğunda bu genellikle zor bir zamandır. Banyo yapmak gibi, diş fırçalamanın da olumlu bir deneyim yaratmak için oyun veya müzikle birleştirilmesi gerekir. Zamanla, ebeveynlerin ısrarıyla, diş fırçalama günlük hijyen rutinlerinin bir parçası olabilir. (Berg, 2016)

Bebeğe karyojenik bakterilerin bulaşmasını azaltmak için annenin / birincil bakıcının / kardeşlerin Streptococcus Mutans düzeylerini (ideal olarak doğum öncesi dönemde) azaltmak önemlidir. Bir bebek veya yürümeye başlayan çocuk ile ailesi arasındaki tükürük salgılama faaliyetlerini en aza indirmek öncelikle yapılması gerekendir (örneğin, mutfak eşyaları paylaşmak). En erken ilk süt dişinin çıktığı zamana kadar ağız hijyeni önlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bebek beslenirken uyuyakalırsa, çocuğu yatağa yerleştirmeden önce dişleri temizlenmelidir. Tüm çocukların diş fırçalamaları florürlü diş macunu ve yumuşak, yaşına uygun büyüklükte bir diş fırçası ile günde iki kez yapılmalıdır. (Virdi, 2012)

Diş fırçalamaya ne kadar erken yaşta başlanırsa, çocukların dişlerinde çürük görülme olasılıklarının da o kadar az olduğu gösterilmiştir. Çocuklar fırçalama rutinine erken yaşta katılmalıdır, ancak ebeveynler diş fırçalamayı her zaman denetlemeli ve çocuğun dişleri yaklaşık 8 yaşına gelene kadar günde en az bir kez (tercihen günde iki kez) ebeveyni tarafından fırçalamalıdır. (Berg, 2016)

Ebeveynler, 2 yaşından küçük çocukların dişlerini fırçalamak için sürüntü miktarınca diş macunu kullanmalıdır. 2-5 yaş arası çocuklar için, ebeveynler 'bezelye büyüklüğünde' diş macunu vermeli ve çocuklarının diş fırçalamasına yardımcı olmalıdır. Diş ipi kullanımına, komşu diş yüzeyleri diş fırçası ile temizlenemediğinde başlanmalıdır. (Virdi, 2012) 1-3 yaş arası çocukların dişleri günde iki kez bez veya yumuşak diş fırçası ile temizlenmeli, 3- 6 yaş arasında bezelye büyüklüğünde florürlü diş macunu kullanılarak günde iki kez, 6 yaşından sonra da ebeveyn ya da bakıcı denetiminde günde iki kez diş macunu ile dişler fırçalanmalıdır. (Berg, 2016)

İlk dişin çıkmasından sonraki 6 ay içinde ve en geç 12 aylıkken çürük risk değerlendirmesi yapmak ve ağız hastalıklarının önlenmesi için ileriye dönük rehberlik de dahil olmak üzere ebeveyn eğitimi sağlamak önemlidir. Özellikle: Bebekler, fermente olabilen karbonhidratlar içeren bir biberonla uyutulmamalıdır. İlk süt dişleri çıkmaya başladıktan ve diyetle alınan diğer karbonhidratlar uygulamaya başladıktan sonra emzirmeden kaçınılmalıdır. Ebeveynler, bebeklerin ilk doğum günlerine yaklaşırken bir bardaktan içmeleri için teşvik edilmelidir. Bebekler 12 ila 14 aylıkken biberondan kesilmelidir. Öğün aralarında atıştırmalıklardan, meyve

suyu veya fermente edilebilir karbonhidratlar içeren diğer içeceklere uzun süre maruz kalmaktan kaçınılmalıdır. (Virdi, 2012)

Yetişkinlerin; çocuklar yaklaşık 8-10 yaşına gelene ve plağı kendi başlarına etkili bir şekilde çıkarmak için el becerisi geliştirene kadar diş fırçalamaya yardımcı olmaya devam etmeleri yararlıdır. (David J Manton, 2002) Bir çocuğun kendi dişlerini ne zaman fırçalayabildiğini belirlemek için kullanılan ortak bir benzetme, el yazısı harfleriyle yazabilmesidir. (Berg, 2016)

İdeal olarak, diş fırçalama florlu diş macunu ile günde iki kez yapılmalıdır. Ebeveynlere, dişler temas halindeyken ve özellikle demineralizasyon belirtileri varsa, bu bölgelere nasıl diş ipi kullanmaları gerektiği gösterilebilir. Daha büyük çocuklara diş ipi kullanmaları öğretilmelidir. Çözeltilerin ve tabletlerin açıklanması, hastaların ve ebeveynlerin plağı daha etkili bir şekilde görmelerine ve çıkarmalarına yardımcı olmak için çok faydalıdır. Antibakteriyel gargaralar, son birkaç yılda koruyucu diş hekimliği rejiminin bir parçası haline gelmiştir. Çürüklerin önlenmesinde bazı hastalar için rolleri büyüktür. Özellikle klorheksidin ve triklosan içeren durulamalar, jeller, diş macunları veya vernikler, plak ve mikrobiyal kontrole yardımcı olmak için yüksek çürük riski olan hastalar için önerilebilmektedir. Başlıca rolleri, yüksek çürüklü bireylerin çok faktörlü çürük yönetiminin bir parçası olarak ve özellikle tıbbi açıdan risk altında olanlar içindir. Sistemik antimikrobiyaller (antibiyotikler) oral mikroflorada önemli değişikliklere neden olur ve çürüğü önlemede faydaları yoktur. (David J Manton, 2002)

Diş çürüğü riskini azaltmaya yönelik ileriye dönük rehberlik, şeker içeren içeceklerin tüketimini azaltmak için uygun miktarda florürlü diş macunu ile günde iki kez çocuğun dişlerinin fırçalanması, diyet analizi ve danışmanlığı içermelidir. (AAPD, 2018c) Önleme için florür kullanımı ve çürük kontrolünün hem güvenli hem de etkili olduğu belgelenmiştir. (AAPD fluoride therapy, 2018) Florüre optimum şekilde maruz kalma, tüm bebekler ve çocuklar için önemlidir. (P. M. Milgrom ve diğerleri, 2009) Sistemik olarak uygulanan florür, florlu su tüketerek florür almayan tüm çocuklar için düşünülmelidir. Florür maruziyetinin diğer tüm diyet kaynakları belirlendikten sonra ilave flor düşünülmelidir. (AAPD fluoride therapy, 2018) Doğru miktarda florürlü diş macunu, riske bakılmaksızın tüm çocuklar tarafından günde iki kez kullanılmalıdır. Üç yaşın altındaki çocuklar için en fazla bir smear veya pirinç büyüklüğünde

florürlü diş macunu kullanılmalıdır. (ADA, 2014) Profesyonel olarak uygulanan florür verniği, özellikle çürük riski yüksek olan çocuklar için düşünülmelidir. (AAPD, 2019)

Bebek için ağız sağlığı bakımı 12 aylıktan itibaren kapsamlı tıbbi ve diş (ebeveyn ve bebek) öyküleriyle ilk ziyaret, kapsamlı bir ağız muayenesi, yaşa uygun diş ve diş eti temizleme ve gerekirse florür verniği tedavisi uygulanmalıdır. (AAPD, 2018c) Bebeğin çürük geliştirme riskinin değerlendirilmesi ve bir önleme planı, diyetin dişlenme üzerindeki etkilerine ilişkin ileriye dönük rehberlik, florür kullanımı ve periyodik yeniden değerlendirme aralığı belirlenmelidir. (AAPD, 2018b)

Çocuklar tarafından florlanmış diş macununun kullanımı, ECC'yi önlemek için son derece önemli bir uygulamadır. Çocuklar ilk dişin sürmesiyle başlayarak dişlerini fırçalamalıdır. Dişlerini günde iki kez florürlü diş macunu ile fırçalamalıdırlar.(Wright ve diğerleri, 2014) Ebeveynler, çocuklarının her zaman florür içeren bir diş macunu kullanmaları gerektiğini bilmelidir. (Berg, 2016)

Su florlaması olan topluluklarda çürükler çoğunlukla fissürlerde ve interproksimal alanlarda görülür. Diş yüzeylerinden tüm plak çıkarılabilseydi diş çürüklerinin oluşmayacağı düşünülebilir. Ancak bu fiziksel ve davranışsal olarak mümkün değildir. Plakların çıkarılmasının yanı sıra, diş fırçalama da topikal florür uygulaması için bir araç olarak görülmelidir. Plağı etkili bir şekilde gidermediği için diş fırçalamanın mekanik hareketi tek başına çürüğü engelleyememektedir. (David J Manton, 2002)

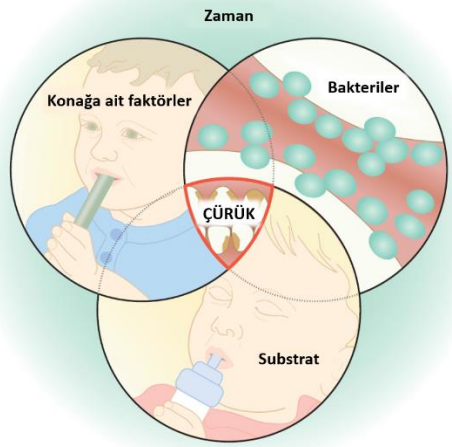
Ebeveynlere biberonla beslenme ve öğün aralarında şeker tüketiminin çürük riskini arttırdığı hatırlatılmalıdır. (Tinanoff ve diğerleri, 2002) Tüm bebekler gecede en az bir kez uyanır ve sıklıkla yeniden yerleşirler. Bu, ebeveynlerin bilgisi olmadan gerçekleşebilir. Bebekler iyi olmadıklarında daha sık uyanırlar; sosyal ve fiziksel çevrelerinde değişiklikler olur veya yeni bir gelişim becerisi öğrenirken, örneğin kendilerini ayağa kalkmak için karyolanın kenarına çekmek gibi. Ebeveyn, yeniden yerleşmeye yardımcı olmak için süt veya başka bir mama verirse, bu gece uyanma davranışı güçlendirilecek ve bebek ödülün yeniden yerleşmek için bir araç olduğunu öğrenecektir. Ne yazık ki bu, gelişimsel olarak 10-12 aylıktan sonra gerekli olmayan öğünlerin gece boyunca alınması için şartlandırmayı kurar. Gece boyunca sütle dolan

bebekler gün içinde katı öğünlerini reddedebilir. Çocuklar en iyi şekilde okşama, kucaklaşma ve sözlü rahatlama gibi konforlarla sakinleştirilebilirler. Gereksiz ek gece beslemeleri, ebeveynlerin uyanık, ağlayan bir bebekle baş edememesini yansıtabilir. (David J Manton, 2002)

Amerikan Pediatri Akademisi, bir ila altı yaş arasındaki çocukların günde dört ila altı onstan fazla yüzde yüz meyve içerikli de olsa meyve suyu tüketmemelerini önermektedir. (AAP, 2001) Epidemiyolojik araştırmalar, anne sütünün ve bebeklerin emzirilmesinin genel sağlık, beslenme, gelişimsel ve psikolojik avantajlar sağlarken, çok sayıda akut ve kronik hastalıklara da engel olduğunu göstermektedir. (Eidelman & Schanler, 2012) Geceleri sık sık süt ile biberonla besleme ve annenin emzirmesi ise ECC ile ilişkilidir, ancak tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmemiştir. (Reisine & Douglass, 1998) Ebeveynler ve diğerleri bu nedenle, uzun süreli besleyici olmayan ağız alışkanlıklarının çocuğun oklüzyonunda ve yüz gelişiminde zararlı değişikliklere katkıda bulunabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. (AAPD, 2018c)

2.5 ÇÜRÜK OLUŞUMU

Diş çürükleri, diş plağı içindeki mikroorganizmalar tarafından üretilen organik asitlerin etkisine bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık bir mine demineralizasyonu ve remineralizasyon sürecini içerir. Diş çürüğü, çevresel, davranışsal ve genetik faktörler arasındaki etkileşimden kaynaklanan çok faktörlü bir hastalıktır. İlerlemesini etkileyen dört faktör şekilde gösterilmektedir. (Şekil 2.5.1.) (David J Manton, 2002) (Pitts ve diğerleri, 2017)



Şekil 2.5.1 Çürük etkenleri (David J Manton, 2002)

Diş çürüğü, bakterilerin (özellikle Streptococcus mutans) ve şekerli gıdaların diş minesindeki etkileşimlerinden kaynaklanan çocukluk çağının en yaygın kronik bulaşıcı hastalığıdır. Bu bakteriler şekerleri parçalayarak ağız boşluğunda asidik bir ortama neden olarak diş minesinin ve diş çürüğünün demineralizasyonuna neden olur. Dişlerin şekere maruz kalma süresi, diş çürüğünün etiyolojisinde önemli bir faktördür. Şeker alımından sonra bakteriler tarafından üretilen asitler 20-40 dakika daha ağız içinde devamlılığını korur. (El-Radhi, 2018)

2002 yılında bir WHO / FAO Uzman Konsültasyonu Diyet, Beslenme ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi için serbest şeker alımının enerji alımının %10'unu sağlaması gerektiğini önermiştir. (Moynihan, 2016) (WHO, 2003) Mart 2015'te DSÖ, yetişkinler ve çocuklar için şeker alımına ilişkin yeni bir kılavuz yayınladı (WHO, 2018) ve yaşam boyunca serbest şeker alımının

azaltılması için güçlü bir tavsiyede bulundu. Hem çocuklar hem de yetişkinler için, serbest şeker alımının toplam enerji alımının %10'una düşürülmesi gerektiği yönünde güçlü bir tavsiye de yapıldı. DSÖ ayrıca serbest şeker alımının toplam enerji alımının <%5'ine düşürülmesi için şartlı bir tavsiyede bulundu. Serbest şeker alımının düşük olduğu ülkelerde, alım düzeylerinin artırılmaması gerektiği ve daha yüksek serbest şeker alımının besinsiz enerji sağlayarak diyetin kalitesini bozabileceği de belirtilmiştir. (WHO, 2018) WHO kılavuzu, diyetten bağımsız şeker alımını artırmanın veya azaltmanın vücut ağırlığındaki paralel değişikliklerle ilişkili olduğunu ve ilişkinin, ölçülen miktar veya enerji alımına katkı yüzdesi olarak şeker miktarından bağımsız olarak var olduğunu belirtti. (Oxman, 2004)

Diyet şekerleri, tüm monosakkaritleri (glikoz, galaktoz, fruktoz) ve disakkaritleri (sükroz, maltoz, laktoz) içerir ve toplam şekerler, hem gıdalarda doğal olarak bulunan hem de gıdalara eklenen monosakkaritleri ve disakkaritleri içerir.(Moynihan, 2016) Eklenen monosakkaritlere ve disakkaritlere ek olarak ilave şeker terimi bazen bu sınıflandırma dahilinde bal, şurupları (örn., yüksek fruktozlu mısır şurupları, akçaağaç şurubu) içerir. Doğal şekerler, fiziksel olarak tahılların, meyvelerin ve sebzelerin hücresel yapısında bulunan şekerlerin yanı sıra süt ve süt ürünlerinde doğal olarak bulunanları içerir. Kanıtlar, tahıllarda, meyvelerde, sebzelerde ve ayrıca sütte (WHO, 2003), (Levy & Warren, 2003), (Marshall ve diğerleri, 2003) doğal olarak bulunan şekerlerin diş çürüklerinin (veya diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların) gelişimine önemli bir katkı yapmadığını göstermektedir. Bunun nedeni, lif içeriği, su içeriği ve polifenolik bileşikler, kalsiyum ve diğer koruyucu faktörler gibi doğuştan gelen özelliklerdir. Meyve, sebze ve tahılların tükürük akışının mekanik uyarımı üzerindeki etkisi, şekerlerin potansiyel riskini azaltmaya yardımcı olur. Bu içsel doğal şekerlerin dışındaki şekerler, WHO tarafından; üretici, aşçı, tüketici tarafından gıdalara eklenen tüm monosakkaritleri, disakkaritleri ve ayrıca bal, şurup, meyve suları konsantrelerinde doğal olarak bulunan şekerleri içeren serbest şekerler olarak sınıflandırılır. (WHO, 2018) Sağlık nedenleriyle kısıtlanması gereken serbest şeker alımıdır. (WHO, 2018)

Diş çürüğü ağrıya, kaygıya, okulda kaybedilen zamana, hastaneye yatışa ve yaşam üzerinde olumsuz etkiye neden olur ve sağlık sistemi için maliyetlidir. Diş çürükleri için risk faktörleri arasında genetik ve ırksal faktörler, su florürünün bulunmaması, diş fırçalama da dahil olmak

üzere zayıf ağız hijyeni, yoksulluk, düşük eğitim düzeyi ve dişlerin maloklüzyonu bulunmaktadır. Çocuklarda hafif diş çürükleri bile endişe vericidir çünkü ömür boyu ilerleyen bir hastalıktır. (El-Radhi, 2018)

2.5.1 Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

Diş çürüğü, bakteriyel süreçlerin sert diş yapısına (mine, dentin ve sement) zarar verdiği bir hastalıktır. Bu dokular aşamalı olarak parçalanarak diş çürüklerini oluşturur. Çürüklerin başlamasından iki grup bakteri sorumludur: Streptococcus mutans ve Lactobacillus. (Pitts ve diğerleri, 2017) Tedavi edilmezse hastalık ağrıya, diş kaybına, enfeksiyona ve hatta ciddi vakalarda ölüme bile yol açabilir. Günümüzde çürük, dünya çapında en yaygın hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. (Virdi, 2012) Çocuklarda erken yaş grubunda görülen özel bir durum Erken Çocukluk Çürüklüğüdür (ECC). Erken çocukluk çürükleri (ECC) 71 aylık veya daha küçük çocuklarda bir veya daha fazla çürüklü diş (kaviteli veya kavitesiz lezyonlar), kayıp diş (çürüğe bağlı) veya dolgulu diş yüzeyi bulunması olarak tanımlanır. Şiddetli-ECC; 3 yaşından küçük çocuklarda dişlerin düz yüzeylerinde herhangi bir çürük varlığının işareti olarak tanımlanırken, 3 yaşından 5 yaşına kadar;

Süt üst anterior dişlerde 1 veya daha fazla kavitasyon, çürük nedeniyle kayıp veya düz yüzeylerde dolgu olması ya da dişlerde çürük, kayıp veya dolgu skorunun;

3 yaşında ≥4,

4 yaşında ≥5,

5 yaşında ≥6 olması "şiddetli erken çocukluk dönemi çürükleri'nin" göstergesidir. (AAPD, 2016b)

ECC ve daha şiddetli ECC formu (yani, s-ECC) diş sürmesinden kısa süre sonra başlar, süt dişlerinin tüm yüzeylerinde gelişir, ilk olarak maksiller kesiciler üzerindeki dişeti kenarı boyunca beyaz lekeler veya çizgiler şeklinde görülmeye başlar ve hızla ilerleyerek hem kesici hem de molar dişlerde çürük kavitelerine neden olacak kadar ilerler. (El-Radhi, 2018)

Biberonla indüklenen erken çocukluk çağı çürükleri maksiller ön dişleri etkileyen yaygın çürüklerdir. Lezyonlar, dişler sürdükçe ortaya çıkar ve dişlenme üzerinde kalıcı bir zararlı etkiye sahiptir. (Skeie ve diğerleri, 2006), (O'Sullivan & Tinanoff, 1996). Köpek dişleri sürme sırası nedeniyle daha az etkilenir. Mandibular ön dişler genellikle etkilenmez. (Şekil 2.5.1.1.) Bunun tükürük akışı ve dilin konumu nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, etkilenirlerse, bu son derece yüksek risk anlamına gelir. (David J Manton, 2002)



Şekil 2.5.1.1 Erken çocukluk çağı çürüğü (David J Manton, 2002)

Erken çocukluk çağı çürüğü dişlerin bulaşıcı bakteriyel bir hastalığıdır. Çoğunlukla MS olan bakteriler, dişleri demineralize eden ve boşluklara neden olan asit üretmek için monosakkarit ve disakkarit şekerleri metabolize eder. Bir bebeğin diyetindeki günlük bakteri ve karbonhidrat bileşenleri, asit üretimiyle sonuçlanan plak birikimi oluşturmak için birleşir. Bu ortam diş minesinin demineralizasyonunu teşvik eder, bu da sonunda dişlerin kavitasyonuna neden olur. (Berg, 2016)

Çürüğe neden olan dört etiyolojik faktörün (dişler, bakteriler, karbonhidratlar ve zaman) etkileşimi, hastalığın şiddetini kontrol eder. İçme / yeme sıklığı ve tükürük bileşimi gibi diğer faktörler de çocuklarda çürük seviyelerine katkıda bulunur. Diş çürüğünün bulaşıcı bir hastalık olduğu kavramı aile için önemli bir bilgidir.

Diş çürüğünden sorumlu bakteri olan MS'in bir çocuğun ağzında göründüğü bir "enfektivite penceresi" vardır. (Caufield, 1997) MS tipik olarak anneden kaynaklanır. Küçük çocukların ağızlarında bulunan bakterilerin, çocuğun bakıcısının oral bakterileri ile aynı genetik varyans ve virülansa sahip olduğu belgelenmiştir. (Y. Li & Caufield, 1995) (Yihong Li & Wang, 2000) Bakterilerin anneden çocuğa geçmesi herhangi bir şekilde olabilir; öpüşmek, yemek aletlerini paylaşmak, elini annenin ağzına sokan bir bebek vb. Transmisyonu tamamen durdurmak imkansızdır, ancak annenin ağzındaki bakteri sayısını azaltmak, böyle bir annenin aktif bozulmasını geri kazandırmak ve ksilitol sakızı çiğnemek bu aşılamayı geciktirebilir ve en aza indirebilir. (E. Söderling ve diğerleri, 2000) (Eva Söderling ve diğerleri, 2001) Bakıcıların ağız sağlığının bebekler üzerindeki etkisinin farkında olmaları önemlidir. Eğer tedavi edilmemiş ağız hastalıkları varsa, çocukları diş hastalıkları için daha fazla risk altında olacaktır. MS kolonizasyonunun çocuklarda meydana geldiği kesin yaş bilinmemektedir, ancak genellikle dişler patlayana ve genellikle ilk birincil azı dişlerinin sürmesine rastlayana kadar gerçekleşmez. Kolonizasyon ne kadar erken gerçekleşirse, çürük riski o kadar büyük olur. (Birgitta Köhler ve diğerleri, 1988)

ECC düşük sosyoekonomik statüye sahip, şeker içeriği yüksek gıdalar içeren diyeti olan ve anneleri düşük eğitim seviyesine sahip bebeklerde görülme olasılığı 32 kat daha fazladır. (Drury ve diğerleri, 1999), (Mobley & Marshall, 2009), (Edelstein & Chinn, 2009) ECC'nin sonuçları genellikle daha yüksek yeni çürük riskini içerir. Hem birincil hem de kalıcı dişlenmelerdeki lezyonlar (O'Sullivan & Tinanoff, 1996), (Ghazal ve diğerleri, 2015) hastaneye yatış ve acil servis ziyaretleri, (Ladrillo ve diğerleri, 2006), (Griffin ve diğerleri., 2000) yüksek tedavi maliyetleri, (Rohde, 2020) okul günü kaybı, (Edelstein & Reisine, 2015) öğrenme yeteneğinde azalma, (Blumenshine ve diğerleri, 2008) ve ağız sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinde azalma görülmesine neden olmaktadır.

Küçük çocuklarda erken çocukluk çürüklerinin veya yaygın çürüklerin nedenlerinden biri, bebeklerin ve küçük çocukların fermente olabilen karbonhidratlar içeren bir biberonla uyumasına izin vermektir. Bildirilen yaygınlık %2,5 ile %15 arasında değişmektedir. (David J Manton, 2002) Biberon genellikle bebeği uyutmak için emzik olarak kullanılır. Erken çocukluk çağı çürükleri tüm sosyoekonomik gruplarda görülür ve bu nedenle genellikle ailenin sosyal

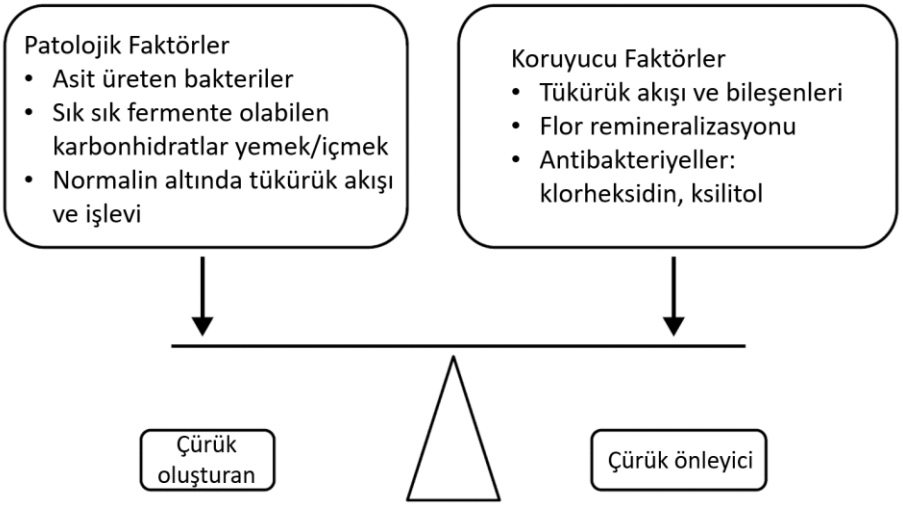
dinamiklerini yansıtır. Uykusu zor olan veya kolik olan çocuklar genellikle biberonla yatıştırılır. Biberonla fermente edilebilir karbonhidrat içeren herhangi bir sıvı ya da süt verilebilmektedir. Genellikle C vitamini içeren içecekler ve meyve suları da kullanılır. Alışkanlık sona erdiğinde veya çürüme alanları kendi kendini temizlemeye başladığında, çürük süreç durabilir ve lezyonların rengi koyulaşabilir. Bebeklerde karyojenik substrata uzun süre maruz kalma eğer bir biberon kaynaklıysa, karyojenik sıvılara maruz kalma 8 saate kadar sürebilir. Geceleri düşük tükürük akış hızı ve bu nedenle remineralizasyonda artış görülebilir ve asit tamponlama potansiyeli düşer. Ebeveynlerde aktif ve tedavi edilmemiş çürük öyküsü olması da ECC'nin etiyolojik faktörleri arasındadır. (David J Manton, 2002)

ECC, 6 yaşından küçük çocuklarda herhangi bir süt dişinde bir veya daha fazla çürük, eksik veya dolgulu diş yüzeyinin bulunması olarak tanımlanır. Yaygın çürük, birden fazla yüzeyi ve birçok dişi etkileyen ciddi bir çürük türüdür. Ağız kuruluğu, kötü ağız hijyeni ve amfetamin gibi ilaçlarla ilişkilidir. ECC, dişeti kenarı boyunca belirgin olarak çürümeye başlayan hızla ilerleyen beyaz bir demineralize mine bandı olarak belirlenebilir. (El-Radhi, 2018)

Aktif veya tedavi edilmeyen çürükler ve sık şeker tüketimi nedeniyle yüksek MS düzeyleri, bulaşma riskini artırır. (Birgitta Köhler, 1978)

Diş çürükleri ile vücut kitle indeksi (VKİ) arasında pozitif bir ilişki vardır. Şekerli atıştırmalıklar ve gazlı içecekler de dahil olmak üzere obez çocukların yaşam tarzı, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde diş çürüklerine yatkınlık yaratır. Yetersiz beslenme, diş çürüğüne zemin hazırlayan tükürük bezlerinin akışının azalmasına neden olur. Tahıl, meyve, sebze ve süt şekerleri kendine özgü yapıları nedeniyle diş çürüklerinin gelişmesine katkıda bulunmazlar. Ayrıca şekerleri yok eden tükürük akışını da uyarırlar. Diş çürüğünün ana nedeni, monosakkaritleri (glikoz, galaktoz, fruktoz) içeren serbest şekerler ve üreticiler tarafından yiyeceğe eklenen şurup, bal ve meyve suyu olarak tüketilen disakkaritlerdir. Şekerin diş çürüğüne neden olmadaki rolüne ilişkin mevcut en iyi kanıt, serbest şekerlerin düşük tutulduğu durumlarda diş çürüklerinin düşük olduğu ülkelerden gelmektedir (40-55g / kişi / gün). (El-Radhi, 2018)

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, diş çürüğünün Amerika'daki çocuklarda en yaygın kronik hastalık olduğunu bildirmektedir. (Satcher, 2017) Amerika'daki çocukların anaokuluna geldiklerinde çocukların yüzde 28'inden fazlasının dişlerinde çürük olduğu bilinmektedir. (National Institute, 2020) ABD'de 2011-2012 ulusal anketinden elde edilen epidemiyolojik veriler, erken çocukluk çürüklerinin yoksul ve neredeyse yoksul okul öncesi çocuklarında oldukça yaygın olduğunu açıkça göstermektedir. (Bruce A. Dye, 1998)



Tablo 2.5.1.1 Çürük faktörleri

ECC'yi tedavi etmek için restoratif bakım genellikle sedasyon ve genel anestezi altında tedavi protokolünü gerektirmektedir. Bununla ilişkili olarak yüksek maliyetler ve olası sağlık riskleri, (Sinne ve diğerleri, 2014) ve prosedürlerden sonra lezyonların yüksek nüks riski olduğundan, artık tedavinin önlenmesi ve durdurulmasına daha fazla vurgu yapılmaktadır. (AAPD, 2018b)

ECC'nin yönetiminde uygulanan yöntem ve yaklaşımlar;

a. Önleyici tedbirleri kolaylaştırmak için ebeveyn katılımını ve gelişmiş onarıcı bakımı ertelemek için geçici restorasyonları içeren kronik hastalık yönetimi, (Burton L. Edelstein, 1998)

b. Çürük ilerlemesinin dikkatli bir şekilde izlenmesini vurgulayan aktif sürveyansı ve yeni başlayan lezyonları olan çocuklarda bir önleme programı, (AAPD, 2019)

c. Geleneksel kavite hazırlığı ve restorasyonunun mümkün olduğu bir zamana kadar küçük çocuklarda dişleri geçici olarak restore eden geçici terapötik restorasyonlar uygulamak (ITR). (AAPD, 2017)

2.6 ÇÜRÜK RİSK DEĞERLENDİRMESİ VE YÖNETİMİ

Çürük, bir popülasyon içinde diş çürüğü yaşayan çocukların yüzdesinin yaşla birlikte yükselme eğiliminde olduğu ilerleyici bir hastalıktır. (Berg, 2016) Diş çürükleri, erken çocukluk çağı ağız sağlığı için en yaygın tehdit ve çocukluk çağının en yaygın kronik hastalığı olmaya devam etmektedir. ABD'li çocuklarda son birkaç on yılda klinik olarak saptanabilir çürük kalıcı dişlerin yaygınlığı ve ortalama sayısındaki belgelenmiş düşüşlere rağmen, son ulusal anketlerden elde edilen veriler, ABD'deki 5 yaşındaki çocuklarda çürük oranının %24'ten %28'e yükseldiğini göstermiştir. (Beltrán, 2005)

Çürük riski değerlendirmesi, belirli bir süre boyunca artmış çürük insidansının (yani yeni kavitasyonlu veya yeni başlayan lezyonların sayısı) olasılığının veya lezyonların boyutunda veya aktivitesinde halihazırda mevcut bir değişiklik olma olasılığının belirlenmesidir. Çürük riski değerlendirme modelleri şu anda diyet, florür maruziyeti, duyarlı bir konakçı ve çeşitli sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerle etkileşime giren mikroflora gibi faktörlerin bir kombinasyonunu içerir. (AAPD, 2019)

Bir hasta için o kişiyle ilgili risk faktörlerine dayalı bir tedavi stratejisinin geliştirilmesi, yani önerilecek uygun yöntemler ve önleyici uygulamalara karar vermek için hastanın çürük riski belirlenmelidir. Bu, bazı durumlar dikkate alınarak başarılabilir: (David J Manton, 2002)

a. Beyaz nokta lezyonları ve aktiviteleri

b. Bireysel ve ailesel geçmiş çürük geçmişi.

c. Sosyo-ekonomik durum.

d. Etnik köken.

e. Diyet

f. Toplam florür maruziyeti.

g. Tükürük akışı ve kalitesi.

h. Ağız sağlığı.

i. Tıbbi geçmiş.

j. Diş minesinin gelişimsel kusurları

k. Önerilere uyma becerisi.

En sık kullanılan çürük risk göstergeleri arasında çürük lezyonlarının varlığı, düşük tükürük akışı, dişlerde görünür plak, yüksek sıklıkta şeker tüketimi, ağızda cihaz varlığı, sağlık sorunları, sosyodemografik faktörler, bakıma erişim ve karyojenik mikroflora bulunur. (AAPD, 2019) Çürük riskindeki koruyucu faktörler arasında bir çocuğun en iyi şekilde florlanmış su alması, dişlerinin florlu diş macunu ile günlük fırçalanması, bir sağlık uzmanından topikal florür alması ve düzenli diş bakımı yaptırması yer alır. (American Dental Association (ADA), 2018)

Mevcut çürük yönetimi protokolünün içeriği, tanısal, önleyici ve onarıcı tedavilerin daha iyi anlaşılmasını ve tavsiyelerini sağlayan sistematik incelemelerin sonuçlarına ve uzman paneli önerilerine dayanmaktadır. (American Dental Association (ADA) & Food and Drug Administration (FDA), 2012), (Santos, 2013), (Weyant ve diğerleri, 2013)

Anamnez, bilgi toplama ve inceleme, hekime, çocuğu çürük riskine sokan risk faktörlerine karar vermesi için yeterli bilgi verecektir. Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi'nin çürük riski değerlendirme aracı, çocuğun çürük riskini yüksek, orta veya düşük düzeyde sınıflandırmak için kullanılabilir. (AAPD, 2002) Anneden çocuğa bulaşma şekli muayene sürecinde vurgulanmalıdır. (Berkowitz & Jordan, 1975) Muayene tamamlandıktan sonra, pratisyen ebeveyne ağız hijyenini gösterebilir. Diz-dize pozisyonunda bir diş fırçası profilaksisi ve florür verniği uygulanabilir. Elde edilen bilgiler, kontrol programının sıklığını belirlemeye yardımcı olacaktır. Ebeveynler, her bir risk faktörünün önemi konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Ebeveynler, çocuklarının dişlerini günde iki kez fırçalamaya teşvik edilmelidir. (Berg, 2016)

Bu faktörler yalnızca bir rehber olabilir, ancak bireysel hastalar için hangi önleyici tedbirlerin uygulanacağına karar verirken dikkate alınması önemlidir. Risk belirlendiğinde, uygun yöntemleri içeren bir önleyici program kullanılabilir. Modern diş çürüğü yönetimi daha konservatif olmalı ve kavite olmayan lezyonların erken tespitini, bir bireyin çürüğün ilerlemesi için riskinin tanımlanmasını, o birey için hastalık sürecinin anlaşılmasını ve önleyici tedbirlerin uygulanması ve dikkatli bir şekilde izlenmesi için aktif sürveyansı içermelidir. (AAPD, 2019)

Tablo 2.6.1 Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi'ne (AAPD) göre 0-5 Yaş Arası Çürük Yönetimi					
Risk Kategorisi	**Tanı**	**Müdahaleler**			**Restoratif**
		Florid	Diyet Rehberliği	Fissür Örtücüler	
Düşük Risk	- Her 6 ila 12 ayda bir hastanın çağırılması - 12 ile 24 ayda bir radyografiler	- Optimal florlu su içilmeli - Florlu diş macunu ile günde iki kez fırçalama	Evet	Evet	-İzleme
Orta Risk	- Her 6 ayda bir hastanın çağırılması - 6 ile 12 ayda bir radyografiler	- Optimal florlu su içilmeli - Florlu diş macunu ile günde iki kez fırçalama - Florür takviyeleri - Altı ayda bir profesyonel topikal F tedavisi	Evet	Evet	- Kavitesiz (White spot) çürük lezyonlarının **aktif** izlenmesi - Kavitasyonlu veya genişleyen çürük lezyonlarının restorasyonu
Yüksek Risk	- Her 3 ayda bir hastanın çağırılması - 6 ayda bir radyografiler	- Optimal florlu su içilmeli - % 0.5 florür jeli / macunu ile fırçalama - Florür takviyeleri - Üç ayda bir profesyonel topikal F tedavisi - Kavitasyonlu lezyonlarda gümüş diamin florür uygulaması	Evet	Evet	- Kavitesiz (White spot) çürük lezyonlarının **aktif** izlenmesi - Kavitasyonlu veya genişleyen çürük lezyonlarının restorasyonu

Fissür örtücüler: Çalışmalar düşük çürük riskli çocuklarda örtücü yerleştirilmesi için uygun maliyet / fayda oranı rapor etse de, uzman görüşlerine göre düşük riskli çocukların kalıcı dişlerindeki diş anatomisindeki farklılıklara dayanarak ve zaman içindeki risk değişikliklerine bağlı olarak örtücüler tercih edilmelidir. AAPD'ye göre 6 yaş ve üzeri Çürük Yönetimi, 0-5 Yaş Arası Çürük Yönetimi ile aynıdır. (AAPD, 2019)

Tablo 2.6.2 International Association of Paediatric Dentistry (IAPD)'ye göre Çürük Risk Değerlendirmesine Dayalı Diş Çürüğü Yönetimi (2020)			
	Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk
Çürük Risk İndikatörleri	• Çocuğun hiç çürüğü yok • Son 1 yıl içinde hiç çürük lezyonu gelişmemesi • Opak mine lezyonu yok • Yüksek sosyoekonomik durum	• Çocukta 1 ya da daha fazla çürük lezyonun mevcutta bulunması • Yılda 1 ya da daha fazla çürük lezyonu gelişmesi • Az sayıda opak mine lezyonu • Orta seviyede sosyoekonomik seviye	• Çocukta 1 veya daha fazla proksimal lezyonun mevcutta bulunması • Yılda 2'den fazla yeni lezyon • Çok sayıda beyaz nokta lezyonu • Anne / bakıcının aktif çürüğü olması • Düşük sosyoekonomik seviye • Ağızda aparey bulunması • Yüksek sıklıkta şeker tüketimi
Önleyici Terapi	• Florlu diş macunu ile günde iki kez fırçalama • Fissür örtücüler	• Florlu diş macunu ile günde iki kez fırçalama •6 ayda bir profesyonel Flor uygulaması • Fissür örtücüler	• Florlu diş macunu ile günde iki kez fırçalama • Sistemik florür takviyeleri (Yaş ve içme suyundaki F'e göre) •3 ayda bir profesyonel Flor uygulaması • Fissür örtücüler •Yüksek etkili F jel ile fırçalama (yaş üstü)
Restoratif Tedavi	Hiçbir restoratif tedaviye gereksinim yok	•Beyaz nokta ve mine proksimal lezyonlarının aktif gözetim altında tutulması •İlerleme gösteren lezyonlara Restorasyon ya da SDF (Gümüş Diamin Florür) uygulaması •Kaviteli lezyonlara restorasyon ya da SDF** uygulaması	•Beyaz nokta lezyonlarının aktif gözetim altında tutulması • Mine proksimal lezyonlarının restorasyonları •İlerleme gösteren lezyonlara Restorasyon ya da SDF uygulaması •Kaviteli lezyonlara restorasyon ya da SDF** uygulaması

“Aktif gözetim (olarak izlenmesi)” terimi, hastalığın ilk belirtisinde lezyon tedavisine ilişkin kesin kararlar yerine, çürük ilerlemesinin ve önleyici programın dikkatle izlenmesini göz önünde bulundurur. Aktif gözetimin olumlu bir sonucu, çürük bir lezyonun periyodik kontrollerde ilerleme göstermemesidir. (International Association of Pediatric Dentistry, 2020)

Tablo 2.6.3 AAPD’ye göre 0-5 Yaş Arası Çürük Risk Değerlendirme Formu (Diş hekimleri için)

Faktörler	Yüksek Risk	Orta Risk	Düşük Risk
Biyolojik			
Anne/Bakıcı’nın aktif çürüğü olması	Evet		
Ebeveyn/Bakıcı’nın sosyo ekonomik seviyesinin düşük olması	Evet		
Çocuğun yemekler arası günde >3’den fazla şeker içerikli atıştırmalıklar yemesi veya içecekler içmesi	Evet		
Çocuğun yatağa doğal ya da şeker ilaveli biberonla yatırılması	Evet		
Çocuğun özel sağlık bakımına ihtiyaç duyması		Evet	
Çocuğun son zamanlarda göçmen olması		Evet	
Koruyucu			
Çocuk en yüksek floridli içme suyu veya florid katkısı alıyorsa			Evet
Çocuk dişini günlük olarak floridly diş macunu ile fırçalıyorsa			Evet
Çocuk, sağlık uzmanlarından topical florid alıyorsa			Evet
Çocuk düzenli dental diş bakımına sahipse			Evet
Klinik Bulgular			
Çocukta birden fazla (>1) diş yüzeyinde çürük/çekilmiş/doldu bulunması	Evet		
Çocukta aktif beyaz nokta lezyonu veya mine defekti bulunması	Evet		
Çocukta dişler üzerinde görünür plak bulunması	Evet		
Belirli bir hasta için geçerli olan bu koşulların daire içine alınması, uygulayıcının ve ebeveynin çrüklere katkıda bulunan veya çürüklerden koruyan faktörleri anlamalarına yardımcı olur. Düşük, orta veya yüksek risk değerlendirmesi kategorizasyonu, bireyin faktörlerinin baskınlığına dayanır. Bununla birlikte, klinik karar, genel riski belirlemede bir faktörün (örneğin şeker içeren atıştırmalıklara veya içeceklere sık sık maruz kalma, birden fazla [dmfs]) doğrulanarak da verilebilir.			

Tablo 2.6.4 AAPD'ye göre 6 Yaş ve Üzeri Çürük Risk Değerlendirme Formu (Diş hekimleri için):

Faktörler	Yüksek Risk	Orta Risk	Düşük Risk
Biyolojik			
Hastanın sosyo ekonomik seviyesinin düşük olması	Evet		
Hastanın yemekler arası günde >3'den fazla şeker içerikli atıştırmalıklar yemesi veya içecekler içmesi	Evet		
Hastanın özel sağlık bakımına ihtiyaç duyması		Evet	
Hastanın son zamanlarda göçmen olması		Evet	
Koruyucu			
Hasta en yüksek floridli içme suyu alıyorsa			Evet
Hasta dişini günlük olarak floridli diş macunu ile fırçalıyorsa			Evet
Hasta, sağlık uzmanlarından topikal florid alıyorsa			Evet
Evde ilave tedbirleri uyguluyorsa (örneğin Xylitol, MI macun, antimikrobiyal)			Evet
Hasta düzenli dental diş bakımına sahipse			Evet
Klinik Bulgular			
Hastada bir veya birden fazla (≥1) arayüz lezyonunun olması	Evet		
Hastada aktif beyaz nokta lezyonu veya mine defekti bulunması	Evet		
Hastada düşük tükürük akış hızı varsa	Evet		
Hastanın restorasyonlarında defektler varsa		Evet	
Hastada ağız içi apareyler varsa		Evet	
Risk değerlendirmesi kategorizasyonu düşük, orta ve yüksek olarak bireysel faktörlerin ağır basmasına göre düzenlenmiştir. Fakat klinik karar, genel tüm riski değerlendirirken bir faktör (örneğin ≥1 arayüz lezyonu, düşük tükürük akış hızı) doğrulanarak da verilebilir.			

(AAPD, 2019)

Diş hekimleri tarafından sıklıkla çok az ilgi gösterilmesine rağmen, diyet muhtemelen çürük riskindeki en önemli faktördür. Bazı beslenme alışkanlıkları değişmiş olsa da, çoğu Batı ülkesinde son 50 yılda genel şeker tüketimi, özellikle artan gazlı içecek tüketimiyle bağlantılı olarak artmıştır. Açıkça karyojenik olmasa da birçok gıda, gizli şekerler ve fermente edilebilir karbonhidratlar içerir. Diyet öyküleri, yüksek risk altındaki çocukların belirlenmesinde faydalı olabilir. Beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapmak son derece zordur ve bu nedenle tavsiye, bireysel, pratik ve gerçekçi olmalıdır. (David J Manton, 2002)

2.7 KORUYUCU UYGULAMALAR

Diş çürüğü riskini azaltmaya yönelik ileriye dönük rehberlik, şeker içeren içeceklerin tüketimini azaltmak için uygun miktarda florürlü diş macunu ile günde iki kez çocuğun dişlerinin fırçalanması, diyet analizi ve danışmanlığı içermelidir. (AAPD, 2018c) Önleme için florür kullanımı ve çürük kontrolünün hem güvenli hem de etkili olduğu belgelenmiştir. (AAPD fluoride therapy, 2018)

2.7.1 Flor Uygulamaları

Florür, milyonlarca yetişkin ve çocuğun ağız sağlığı üzerinde inanılmaz bir etki yaratmaktadır. Fizyolojik olarak florür, "mineralize doku arayıcısı" olarak adlandırılması bakımından halojen ailesinin benzersiz bir üyesidir. Florürün dişleri nasıl güçlendirdiğini ve diş çürüklerini nasıl önlediğini veya iyileştirdiğini açıklayan, mineralize dokulara olan bu afinitesidir. (David J Manton, 2002)

Sistemik olarak alındığında, florür gelişmekte olan diş minesine dahil edilir. Florür iyonu, florapatit oluşturmak için hidroksiapatit içindeki bazı hidroksil gruplarının yerini alır. Daha küçük anyon kristal gerilimine neden olur ancak önemli ölçüde daha az çözünür bir malzeme ile sonuçlanır. Başlangıçta araştırmacılar, florürün sistemik etkisinin diş çürüklerinin azaltılmasında anahtar faktör olduğuna odaklanmışlardır. Bununla birlikte, sistemik etkinin kanıtının yerini, florürün plak mine arayüzünün mikro ortamında remineralizasyonu teşvik eden reaksiyonunun, diş çürüklerinin seviyelerini azaltma açısından büyük önem taşıdığının farkına varılması olmuştur. (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri) , 2001), (David J Manton, 2002)

Tüm flor ajanlarının (diş macunları, jeller ve topluluk suyu florlaması) temel etki şekli, mine yüzeyindeki topikal etkidir. Dişlerin çevresindeki mikro ortamdaki düşük florür konsantrasyonları bile demineralizasyonu engeller ve diş yüzeyinin remineralizasyonunu destekler. Florürün (floroapatit olarak) mineye katılması çözünürlüğünü azaltacak (ve çürüğe karşı direncini artıracaktır). Bununla birlikte, sistemik olarak uygulanan florürün gelişen, henüz sürmemiş dişlerde mineye dahil edilmesinin mine direncini arttırmada daha az rol oynadığı artık kabul edilmektedir. (David J Manton, 2002)

2.7.1.1 Topikal flor uygulamaları

Diş çürüklerine karşı koruma, beyaz nokta lezyonlarının yeniden mineralizasyonunu artırma başlangıç seviyesindeki invaziv çürük lezyonları kontrol altında tutma ve hem yetişkinler hem de çocuklar için mevcut restorasyonların çevresinde oluşan yeni çürük lezyonlarını sınırlamak amacıyla düşük konsantrasyonlarda flor kullanımı önerilmektedir Her gün hem plak / mine arayüzünde hem de tükürükte optimal bir florür konsantrasyonu, çürük riskini en aza indirmeye yardımcı olacaktır. (David J Manton, 2002)

Florür Topikal olarak, plak ve tükürükteki düşük florür seviyeleri, sağlam minenin demineralizasyonunu inhibe eder ve demineralize minenin remineralizasyonunu arttırır. (Buzalaf ve diğerleri, 2011)

Florür varlığında remineralizasyon gerçekleştiğinde, remineralize mine, mine matriksindeki florapatit artışından dolayı çürüğe karşı daha dirençlidir. (David J Manton, 2002) Florür ayrıca karyojenik bakterilerin metabolik aktivitesini etkileyerek de diş çürüklerini inhibe eder. (Buzalaf ve diğerleri, 2011) Florür, asit üretimini azaltan ve karbonhidrat metabolizmasının enzimatik düzenlenmesini engelleyen oral mikroorganizmaların glikolitik yolu üzerinde etkisiyle, hücre içi ve hücre dışı polisakkaritlerin birikimini azaltır ve daha düşük plak hacimlerine yol açar. (Center for Disease Control and Prevention, 2001)

Topikal jeller veya verniklerin kullanımıyla elde edilenler yüksek seviyelerde florür, mine yüzeyinde geçici bir kalsiyum florid benzeri bir tabaka oluşturur. Florür, asit üretimine yanıt olarak pH düştüğünde salınır ve mineyi yeniden mineralize etmek veya bakteriyel metabolizmayı etkilemek için kullanılabilir hale gelir. (Center for Disease Control and Prevention, 2001)

Topikal florürler 3-6 yaş grubunda giderek daha önemli bir role sahip olmaya başlamıştır. Her fırçalamada kullanılan diş macunu miktarındaki kısıtlama devam etmesine rağmen, çocuğun floridli diş macunları kullanması yaş ilerledikçe artar. Profesyonel topikal uygulamalar genellikle bu yaş aralığında başlatılır ve çürük risk değerlendirmesine dayanmalıdır. Bu yaş grubunun genç üyeleri için genellikle tavsiye edilmeyen bir topikal uygulama metodu, florlu

ağız gargaralarının kullanılmasıdır, çünkü çoğu okul öncesi çocuğun kullanım sırasında bir miktar yutması kaçınılmazdır. (Nowak, Casamassimo, 2013)

Yüksek konsantrasyonlarda florür formlarının topikal uygulaması uzun yıllardır klinik ortamlarda sağlanmaktadır. En yaygın kullanılan ajanlar %8 ila %10 kalay florid çözeltisinin yanı sıra %2 sodyum florid ve %1.23 asidüle fosfat florid (APF) olup; son iki bileşik, çözelti, jel ve köpük formülasyonlarında mevcuttur. 1980'den önce yapılan çok sayıda çalışma, bu ajanların kullanımından sonra ortalama %30 oranında çürük oranının azaldığını bildirmiştir. (Weyant ve diğerleri, 2013) (Lenzi ve diğerleri, 2016) Çoğunluğu yılda iki kez olmak üzere 23 tane klinik çalışmanın meta-analizleri, süt ve kalıcı dişlerde florür verniğinin kullanılmasını desteklemektedir. Altı yaşından küçük çocuklar için en fazla önerilen profesyonel topikal florür ajanı, birim dozlarda florür verniğidir. (Weyant ve diğerleri, 2013)

Plasebo kontrollü çalışmaların meta-analizleri, üç aydan bir yıla kadar aralıklarla uygulanan florür jellerin de kalıcı dişlerde çürükleri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bazı topikal florür jel ve köpük ürünleri için önerilen tedavi süreleri dört dakikadan az olarak belirlenmiştir ancak dört dakikadan daha kısa uygulama sürelerinin etkililiğini gösteren hiçbir klinik çalışma yoktur. (American Dental Association Council on Scientific Affairs, 2006) Topikal florür köpüklerin çocuklarda etkili olduğuna dair sınırlı kanıt vardır. (Weyant ve diğerleri, 2013) Çürük riski olan çocuklar, en az altı ayda bir profesyonel florür tedavisi görmelidir. (American Dental Association Council on Scientific Affairs, 2006)

Topikal florür sunmanın tüm farklı yolları arasında, plak / mine arayüzünde yüksek florür konsantrasyonlarını korumanın en yaygın ve en basit yolu, florür içeren bir diş macununun kullanılmasıdır. Florür, diş macunlarına aşağıdaki formlardan birinde eklenir: (David J Manton, 2002)

a. Sodyum florür.

b. Sodyum monoflorofosfat (MFP).

c. Kalay veya amin florür.

Florürlü diş macunlarının kullanımı, birçok ülkede çürük prevalansında %25'lik bir azalmaya yol açmıştır. Çocukların uygun florür konsantrasyonu içeren bir diş macunu ile günde iki kez, tercihen son yapılan şey olarak yatmadan önce ve kahvaltıdan sonra dişlerini fırçalamaları önerilir. Tüm ebeveynlerin, fırçalamadan sonra kuvvetli bir şekilde durulamanın diş macununun önleyici etkisini azaltacağını bildiğinden emin olmak önemlidir, çünkü aktif madde "Florür" yıkanacaktır.

a. 12 aylıktan önce florürlü diş macunu ile fırçalamak diş çürüklerinde daha büyük azalma sağlar; ancak ebeveynler denetlemeli ve fırçaya sadece sürüntü kadar diş macunu sürülmelidir. 2 yaşından küçük çocuklar için en fazla bir pirinç büyüklüğünde florürlü diş macunu kullanmak florozis riskini azaltabilir.

b. 2- 6 yaş arası çocukların ebeveynlerine fırçanın üzerine bezelye büyüklüğünde bir diş macunu koymaları tavsiye edilmelidir.

c. 6 yaşın üzerindeki çocuklar "aile" diş macunu kullanmalıdır (1000-1450 ppm). Bununla birlikte, çocuklarda diş çürüğü gelişme riski varsa, 'aile' macununun erken kullanımı endikedir.

d. Tüm florürlü diş macunlarının güvenli bir şekilde saklanması, küçük çocukların tüpten macun yememesini sağlamak için önemlidir. Ebeveynlere yönelik bu tavsiye düzenli olarak güçlendirilmelidir.

Macundan farklı olarak reçete edilen diğer topikal florür ürünleri (örn., Reçeteli evde kullanım yüzde 0,5 florür jelleri ve reçeteli olarak evde kullanımda yüzde 0,09 florür gargara) altı yaşında veya daha büyük çocuklarda diş çürüklerinin azaltılmasında fayda sağlar. (Weyant ve diğerleri, 2013)

Tablo 2.7.1.1.1 EAPD uygulama rehberine göre macunlarda bulunması gereken F miktarı

Yaş grubu	F konsantrasyonu (ppm)	Kullanım sıklığı	Miktarı
İlk dişin sürmesi- 2 yaş	1000 ppm fluorid	günde iki kez	Pirinç tanesi
2 - 6 yaş *	1000 ppm fluorid	günde iki kez	bezelye büyüklüğünde
6 yaş üstü	1450 ppm fluorid	günde iki kez	1-2 cm

*2-6 yaş arası çocuklar için, bireysel çürük riskine göre 1000+ florür konsantrasyonu düşünülebilir. (Toumba ve diğerleri, 2019)

Güncel bir değer topikal florür ajanı Gümüş diamin florür ([SDF]; yüzde 5 F 44,800 ppm F) yakın zamanda ABD Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmıştır ve şu anda en sık diş çürüklerini durdurmak için kullanılmaktadır. SDF, gümüşün antibakteriyel etkisi ve mine ve dentinin remineralizasyonu ile çürüğü durdurur. (Zhao ve diğerleri, 2018) Bazı klinik deneyler çürük durdurma oranının yüzde 80'den fazla olduğunu göstermektedir, (Gao ve diğerleri, 2016) ancak bu tür çalışmaların yüksek bir yanlılık riski ve geniş bir sonuç varyasyonu vardır ve bu da şu anda koşullu önerilere yol açar. (Crystal & Niederman, 2019) Ürün oldukça konsantre olmasına rağmen, bir damladan daha az miktarı birkaç çürük lezyonunu tedavi etmek için yeterlidir. SDF'nin bildirilen tek yan etkisi, çürük lezyonlarının tedaviden sonra siyaha boyanması ve temas halinde cildi geçici olarak boyamasıdır. (AAPD fluoride therapy, 2018)

2.7.1.2 Sistemik flor uygulamaları

Florlu su ve diyet takviyeleri gibi yutulan florür, sürmüş dişler üzerinde topikal bir etkiye (yutulmadan önce ve ayrıca artan tükürük ve diş eti oluğu florür seviyelerine bağlı olarak topikal bir etkiye) katkıda bulunabilir. Ek olarak, yüksek plazma florür seviyeleri, tamamen mineralize edilmiş ancak henüz sürmemiş dişlerin dış yüzeyini topikal olarak tedavi edebilir. Benzer şekilde, yutulan topikal florür sistemik bir etkiye sahip olabilir. (Berg, 2016)

Topluluk içme suyunun florlanması, çoğu topluluğun tüm üyelerine florür sağlamanın en uygun maliyetli yöntemidir. (From The Centers For Disease Control And Prevention, 1999)

Topluluk su floridasyonunun etkisi, 12-17 yaşları arasındaki ABD ergenlerinde en az bir kalıcı dişte 1960'larda yüzde 90'dan 1999-2004 anketinde yüzde 60'a kadar çürük yaygınlığındaki düşüşle ilişkilendirilmiştir. Uygun şekilde kullanıldığında florür, diş çürüklerini önlemede ve kontrol etmede hem güvenli hem de etkilidir. Yıllar boyunca, olumsuz sağlık etkileri (örneğin, azalmış bilişsel yetenek, endokrin bozulması ve kanser) florür kullanımına atfedilmiş olsa da, büyük kohort çalışmalarından ve sistematik incelemelerden elde edilen kanıtların üstünlüğü, bu tür sağlık sorunları ve tüketim arasındaki bir ilişkiyi desteklememektedir. (U.S. Department of Health and Human Services, 2015)

Bilişsel yeteneklerle ilgili olarak, annelerin üriner florür seviyeleri ve çocuklarının zeka katsayısı (IQ) seviyeleri üzerine yapılan yakın tarihli bir çalışmada, su floridasyonu için ABD'de tavsiye edilenden daha yüksek maruziyet seviyeleri ile bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. (Bashash & Thomas, 2017) Bununla birlikte, Yeni Zelanda'da yapılacak ileriye dönük bir çalışma florlu su ve IQ ölçümleri arasında bir ilişkiyi desteklemekte (Broadbent ve diğerleri, 2015) ve İsveç'teki ulusal bir araştırmaya göre su kaynaklarındaki florür seviyeleri ile bilişsel yetenek, bilişsel olmayan yetenek ve eğitim arasında hiçbir ilişki bulamamıştır. (Aggeborn & Öhman, 2020)

Diyet florür takviyesi sadece çürük geliştirme riski yüksek olan ve birincil içme suyu kaynağı florür eksikliği olan çocuklar için reçete edilmelidir. Bu nedenle klinisyen için ilk adım çocuğun yüksek risk altında olup olmadığını belirlemektir. Çocuk yüksek risk altındaysa ve florür eksikliği olan su içiyorsa, florür takviyesi düşünülmelidir. (Nowak, Casamassimo, 2013)

Takviye reçetesi yazmadan önce diyet florürünün belirlenmesi, fazla florür alımını azaltmaya yardımcı olabilir. Diyet florür kaynakları arasında evden, kreşten ve okuldan içme suyu; soda (Heilman ve diğerleri, 1999), meyve suyu (Kiritsy ve diğerleri, 1996) ve bebek maması (Levy ve diğerleri, 1995) gibi içecekler; hazırlanmış yiyecekler (Heilman ve diğerleri, 1997) ve diş macunu düşünülmelidir. Suyla sulandırılması gereken konsantre bebek mamaları, floroz riskinin artmasıyla ilgili endişeleri artırmıştır. (Hujoel ve diğerleri, 2009) Bebekler, bu tür

sıvının yaşamın ilk yılında büyük miktarda tüketilmesi nedeniyle özellikle duyarlı olabilir. (Berg, 2016)

3 yaşına kadar, çoğu çocuk tabletleri çiğneyebilir ve yutabilir; bu nedenle ek florür reçeteleri gelişimsel durumdaki bu değişikliği yansıtacak şekilde değiştirilmelidir. Önerilen tamamlayıcı florür dozaj programı, bir çocuk 3 yaşına ulaştıktan sonra reçete edilen florür miktarında bir artış gerektirir. Önerilen günlük florür dozu, 0.3 ppm'den az florid içeren su içen 3 ila 6 yaş arası çocuklar için 0.5 mg'dır. Suyu 0.3 ila 0.6 ppm florür içerenler için dozaj 0.25 mg'dır. İçme suyu 0.6 ppm'den fazla florür içeren çocuklar herhangi bir takviye gerektirmez. Kalıcı ön dişlerde dental floroz riski bu yaş grubunda azalmış olsa da, ek florid reçete etmeden önce her çocuğun içme suyunun örneklerinin analiz edilmesi gerekmektedir. Analiz yerel halk sağlığı departmanında, aile diş hekiminde veya ticari laboratuvarlarda yapılabilir.

Bununla birlikte, dişlerin mineralizasyonu sırasında florür tüketimi floroza neden olabilir (kalıcı kesici dişlerin florozuna en çok 1-3 yaş arası çocuklar duyarlıdır). Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi 1999-2004 çalışması, ABD nüfusunun yüzde 23'ünde çok hafif veya hafif floroz olduğunu ortaya koymuştur. (Beltrán-Aguilar ve diğerleri, 2010) Florür uygulamasına ilişkin kararlar, riskler ve faydalar da dahil olmak üzere her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarına dayanmaktadır. (AAPD fluoride therapy, 2018)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ONAY VE İZİN BELGELERİ

3.1.1 Etik Kurul Onayı ve Resmi İzinler

Bu çalışma Altınbaş Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2019/1 araştırma protokol kodu ve onayı ile yürütüldü. (Ek-1) Çalışmaya başlamadan önce belirlenen hastanelere izin yazıları gönderilerek, (Ek-2) hastanelerin kadın doğum polikliniklerindeki hastalara anket yapılabilmesi için gerekli izin belgeleri alındı. (Ek-3)

3.1.2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Hastaların hepsine bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilerek, katılacakları anket çalışması hakkında bilgilendirme yapıldı ve onayları alındı. Anket yapılması için onay vermeyenlere anket yapılmadı. Hasta mahremiyetine özen gösterilecek, kişisel bilgiler proje harici herhangi bir kurum ya da kişiyle paylaşılmadı ve paylaşılmayacaktır. (Ek-4)

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

3.2.1 Araştırmanın Yeri

Araştırmamız anket çalışmasına dayandığı için daha çok sahada gerçekleştirildi. Hamilelere yöneltilecek anketler için rastgele 7 farklı hastane seçilerek yönetimlerinden izin alındı. (Ek-3) Bu 7 hastane özel hastane olup, hastanelerin seçimi rastgele yapıldı. Hastanelerin çalışmamıza dahil edilme kriterleri kadın doğum polikliniğine sahip olması ve yeterli hasta potansiyeline sahip olmasıydı. Bu ön araştırma neticesinde seçilen hastanelerden aylık kadın doğum polikliniğine gelen hasta sayıları, doğum yapan hasta sayıları gibi gerekli bilgiler ortalama olacak şekilde öğrenilerek araştırmaya yapabilecekleri katkı açısından değerlendirildi. Bu bilgiler ve değerlendirmeler sonucunda seçilen hastaneler aşağıda listelenmiştir.

Anket çalışmasının yapıldığı hastaneler:

a. Altınbaş Üniversitesi Medicalpark Bahçelievler Hastanesi
   Adres: Bahçelievler, Kültür Sok., E5 Yolu No:1, 34180 Bahçelievler/İstanbul

b. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi
   Adres: Adnan Menderes Bulvarı, Vatan Caddesi, 34093 Fatih/İstanbul

c. Biruni Üniversitesi Florya Hastanesi
   Adres: Beşyol, Eski Londra Asfaltı No:10, 34295 Küçükçekmece/İstanbul

d. Fatih Medicalpark Hastanesi
   Adres: İskenderpaşa, Horhor Cd. No:4, 34080 Fatih/İstanbul

e. İstinye Üniversitesi Medicalpark Gaziosmanpaşa Hastanesi
   Adres: Merkez, Çukurçeşme Cd. 57-59, 34250 Gaziosmanpaşa/İstanbul

f. Yeniyüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi
   Adres: Merkez, Çukurçeşme Cd. No:51, 34245 Gaziosmanpaşa/İstanbul

g. Özel Fatih Hastanesi
   Adres: İskender Paşa Mahallesi, Kıztaşı Cd. No:6, 34091 Fatih/İstanbul

3.2.2 Araştırmanın Zamanı

Araştırmamızdaki ilk basamak olan anketlerin yapılması süreci izinlerin alınmasını takiben hastanelerde yaklaşık 2 aylık bir zaman diliminde tamamlandı. 2020 yılı Şubat ayının başından itibaren yapılan ilk anketler sonrası bilgilendirici broşürler hamilelere dağıtıldı ve çalışmanın ilk basamağı Mart 2020 itibariyle bitirildi. Broşür dağıtımını takiben ortalama 1 aylık süre sonrasında telefonla aynı kişilere ulaşılarak çalışma amacı gereği anketteki seçilen bazı sorular

tekrar yöneltildi. Ayrıca broşürün okunma oranının öğrenilmesi amacıyla da soru eklemesi yapıldı.

Araştırmanın izin aşamaları dahil sahadaki uygulama kısmı toplamda 2 ay kadar sürmüş olup anketler için telefonla ulaşma bölümü de 2 aya yakın sürede tamamlandı.

3.3 ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SEÇİMİ

Rastgele seçilen 7 farklı hastanenin kadın doğum polikliniklerine Şubat 2020 – Mart 2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran, anket yapılmasını onaylayan hastalara anket soruları yöneltildi. Anketin ikinci aşamasında onay veren katılımcılara ortalama 1 ay sonra tekrar telefonla ulaşılarak ikinci anket soruları yöneltildi.

3.4 VERİ YÖNETİMİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ

3.4.1 Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

Çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında, 500 kişi evren kabul edildiğinde gerekli değerler formülde yerine konulduğunda toplanması gereken minimum gebe sayısı 217 olarak hesaplandı.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı
n: Örnekleme alınacak birey sayısı
p: İncelenen olayın görülüş sıklığı
q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı
t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer
d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n = \frac{(500)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(500-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

Burada p nin seçimi önsel olarak hiçbir bilginin olmadığı durum için seçilmiştir. Çünkü $p = 0.5$, p.q değerini maksimum yapan değerdir. p.q değeri arttıkça formülde bulunan n değeri de büyüyeceğinden, örneklem boyutunun en büyük çıkabilmesi için herhangi bir önsel bilginin olmadığı durumda $p = 0.5$ olarak kabul edilmiştir.

3.5 ÇALIŞMA TASARIMI

Çalışmamız sadece hamilelerin katıldığı bir çalışma olup, ileriye yönelik (prospective), boylamsal (longitudinal) ve tanımlayıcı (descriptive) bir araştırma olarak planlandı ve uygulandı.

Araştırmamıza Şubat 2020 - Mayıs 2020 tarihleri arasında toplam 311 hamile kadın katıldı. İlk anket İstanbul'da randomize seçilen 7 farklı hastanedeki 311 kişiye yapıldı. 2. ankete ise bu kişiler arasından 247 kişi katılım gösterdi.

3.6 VERİ TOPLAMA ŞEKLİ

3.6.1 Anket Tasarım Yöntemi

Anket hazırlanırken amaca uygun soruların oluşturulabilmesi için benzer araştırmalar tarandı. Yapılan bazı araştırmaların anket çalışmalarındaki (Özen, 2012) (Ozen ve diğerleri, 2016) (S. Gupta, 2015) sorular referans alınarak bilgilendirme yapılacak konularla ilgili sorular hazırlandı. Pilot çalışma yapılarak anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edildi.

3.6.2 Anket Uygulaması

Rastgele seçilen ve izinleri alınan İstanbul'daki 7 farklı özel hastanenin kadın doğum polikliniklerine Şubat 2020 - Mart 2020 tarihleri arasında başvuran hamilelerden anket çalışması yapılmasını onaylayanlara anket soruları yöneltildi. Yüz yüze sorulan soruların cevaplanması sırasında hiçbir dış müdahalede bulunulmadı. Araştırmanın ikinci aşaması gereği ilk anket sonrası 1 aylık süreyi takiben 2. kez anket sorularının yöneltilmesi için hamile kadınlara

telefonla tekrar ulaşıldı. Broşür sonrası farkın anlaşılabilmesi için bazı ilave sorularla birlikte anket sorularının bir kısmı tekrar yöneltildi. (Ek-5) Bilgi düzeylerinin hesaplanması her sorunun doğru cevabı '1' puan, yanlış cevap/cevaplar '0' puan kabul edilerek yapıldı. Böylece bilgi düzeyi puanları karşılaştırıldı.

3.6.3 Broşür Dağıtımı ve Bilgilendirme

Araştırmanın ilk aşaması olan anket sorularının yöneltilmesini takiben hamilelere bilgilendirme amacıyla hazırlanan broşür birebir verildi. Broşürün bilgilendirici olduğu, anket sorularının cevaplarını içerdiği bilgisi verildi. Hem hamilelikle ilgili, hem de bebek ağız diş sağlığıyla ilgili bilinmesi gereken önemli noktaların broşürde yer aldığı ve araştırmanın ikinci aşaması için tekrar aranacakları söylenerek, broşürü okumaları gerektiği paylaşıldı. (Ek-6)

3.7 İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn's testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin 1.anket-2.anket karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Şubat 2020- Mart 2020 tarihleri arasında toplam 311 hamile kadın katılmıştır. İlk anket İstanbul'da randomize seçilen 7 farklı özel hastanedeki 311 kişiye yapılmıştır. 2. Ankete ise bu kişiler arasından 247 kişi katılım göstermiştir.

4.1 ANKETE KATILAN HAMİLELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ALIŞKANLIKLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

4.1.1 Hamileler ve Ailesel Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguları

Çalışma Şubat 2020 – Mayıs 2020 tarihleri arasında yaşları 18 ile 44 arasında değişmekte olan, toplam 311 kadın ile yapılmıştır. Kadınların yaşları ortalaması 30.4±5.41'dir.

Tablo 4.1.1.1 Bölüm I sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM I		**Min-Max**	**Ort±SS**
Yaş (n=301)		18-44	30,4±5,41
Boy (n=274)		148-187	162,38±6,05
Hamilelik öncesi kilo (n=280)		41-112	65,46±13,14
Hamilelik öncesi BKİ (n=257)		16,79-46,67	24,91±5,1
Kaçıncı hamilelik (n=285) *(medyan)*		1-10	2,48±1,24 (2)
Çocuk sayısı (n=278) *(medyan)*		0-4	1,15±0,9 (1)
Hamilelik haftası (n=276) *(medyan)*		2-41	25,86±10,37 (28)
		n	**%**
Uyruk (n=300)	**T.C**	296	98,7
	Diğer	4	1,3
Kan grubu (n=235)	**A RH(+)**	86	36,6
	A RH(-)	13	5,5
	B RH(+)	23	9,8
	B RH(-)	5	2,1
	AB RH(+)	23	9,8
	AB RH(-)	4	1,7
	0 RH(+)	67	28,5
	0 RH(-)	14	6

Kaçıncı hamilelik grup	**1.hamilelik**	61	21,4
	2.hamilelik	103	36,1
	3.hamilelik	71	24,9
	4 ve üzeri	50	17,5
Çocuk sayısı	**Yok**	67	24,1
	1	126	45,3
	2	63	22,7
	3	19	6,8
	4	3	1,1

Kadınların boyları 148 ile 187 cm arasında değişmekte olup, ortalaması 162.38±6.05 cm'dir. Hamilelik öncesi kiloları 41 ile 112 kg arasında değişmekte olup, ortalaması 65.46±13.14 kg'dır. Hamilelik öncesi BKİ değerleri 16.79 ile 46.67 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalaması 24.91±5.1 kg/m^2'dir. Hamilelik sayıları 1 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.48±1.24 ve medyanı 2'dir. Çocuk sayıları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1.15±0.9 ve medyanı 1'dir. Hamilelik haftaları 2 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalaması 25.86±10.37 hafta ve medyanı 28 haftadır.

Kadınların %98.7'sinin uyruğu T.C iken, %1.3'ünün diğerdir. %36.6'sının kan grubu A RH(+), %5.5'inin A Rh(-), %9.8'inin B RH(+), %2.1'inin B RH(-), %9.8'inin AB RH(+), %1.7'sinin AB RH(-), %28.5'inin 0 RH(+) ve %6'sının 0 RH (-)'dir. %17.5'inin 4. Ve üzeri hamileliğiyken, %21.4'ünün 1.hamleiği, %36.1'inin 2.hamileliği ve %24.9'unun 3.hamileliğidir. %24.1'inin çocuğu yokken, %45.3'ünün 1, %22.7'sinin 2, %6.8'inin 3 ve %1.1'inin 4 çocuğu vardır.

Tablo 4.1.1.2 Bölüm II sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM II		**n**	**%**
Anne eğitim (n=305)	**İlkokul**	58	19
	Ortaokul	47	15,4
	Lise	91	29,8
	Üniversite	94	30,8
	Yüksek lisans	15	4,9
Anne iş durumu(n=304)	**Evet**	78	25,7
	Hayır	226	74,3
Baba iş durumu(n=302)	**Evet**	293	97
	Hayır	9	3
Anne sigara(n=276)	**İçiyor**	18	6,5
	İçmiyor	258	93,5
Baba sigara(n=292)	**İçiyor**	119	40,8
	İçmiyor	173	59,2
Aile geliri(n=176)	**500-2100**	35	19,9
	2100-4200	91	51,7
	4200-6300	33	18,8
	6300-9000	12	6,8
	9000-15000	2	1,1
	15000 üstü	3	1,7

Annelerinin %19'u ilkokul, %15.4'ü ortaokul, %29.8'i lise, %30.8'i üniversite ve %4.9'u yüksek lisans mezunudur. %25.7'sinin annesi çalışıyorken, %74.3'ünün çalışmamaktadır. Babaların ise % 97'si çalışıyorken, %3'ü çalışmamaktadır. %6.5'inin annesi sigara içerken, %93.5'i içmemektedir. %40.8'inin babası sigara içerken, %59.2'sinin içmemektedir. %19.9'unun aile geliri 500-2100 TL arasında, %51.7'sinin 2100-4200 TL arasında, %18.8'inin 4200-6300 TL arasında, %6.8'inin 6300-9000 TL arasında, %1.1'i 9000-15000 TL arasında ve %1.7'sinin 15000 TL üstündedir.

4.1.2 Hamilelerin Ağız Diş Sağlığı ile ilgili Uygulamaları ve Alışkanlıkları ile ilgili Bulgular

Tablo 4.1.2.1 Bölüm III sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM III		**n**	**%**
Diş hekimi ziyareti (n=306)	**Hiçbir zaman**	10	3,3
	Gerektiğinde	267	87,3
	Düzenli	29	9,5
Diş fırçalama sıklığı (n=302)	**Günde 1**	106	35,1
	Günde 1'den fazla	**159**	**52,6**
	Düzenli değil	37	12,3
Fırçalama zamanı (n=307)	**1 dakikadan az**	35	11,4
	1 dakika	146	47,6
	2 dakika	126	41
Fırça tipi (n=294)	**Elektrikli**	19	6,5
	Normal	263	89,5
	Elektrikli ve normal birlikte	12	4,1
Fırça değiştirme sıklığı (n=304)	**1 aydan daha kısa**	19	6,2
	Her ay	**44**	**14,3**
	3 ayda bir	**145**	**47,2**
	6 ayda bir	**84**	**27,4**
	Yılda bir	15	4,9
Diş macunu türü (n=296)	**Florlu**	181	61,1
	Organik içerikli diş macunu	103	34,8
	Macun kullanmıyorum	12	4,1
Diş ipi kullanımı (n=306)	**Hiçbir zaman**	184	60,1
	Gerektiğinde	113	36,9
	Günde bir kere (Düzenli)	9	2,9

1.ankette; Kadınların %3.3'ü hiçbir zaman diş hekimine gitmezken, %87.3'ü gerektiğinde ve %9.5'i düzenli gitmektedir. %35.1'i dişlerini günde 1 defa fırçalamakta, %52.6'sı günde 1'den fazla fırçalamakta ve %12.3'ü düzenli fırçalamamaktadır. %11.4'ü 1 dakikadan az süre fırçalarken, %47.6'sı 1 dakika ve %41'i 2 dakika fırçalamaktadır. %6.5'inin fırça tipi elektrikli iken, %89.5'inin normal ve %4.1'inin elektrikli ve normal birliktedir. %6.2'si 1 aydan daha kısa sürede fırça değiştirirken, %14.3'ü her ay, %47.2'si 3 ayda bir, %27.4'ü 6 ayda bir ve %4.9'u yılda bir değiştirmektedir. %61.1'i florlu diş macunu kullanırken, %34.8'inin organik içerikli

diş macunu kullanmakta ve %4.1'i diş macunu kullanmamaktadır. %60.1'i diş ipini her zaman kullanmazken, %36.9'u gerektiğinde ve %2.9'u günde bir kere kullanmaktadır.

4.1.3 Hamilelerin Eğitim Durumuna Göre Diğer Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 4.1.3.1 Anne eğitim durumuna ve 1.anket diş fırçalama sıklığına göre diş hekimi ziyareti sıklığının değerlendirilmesi

		Diş hekimi ziyareti		
		Hiçbir zaman	**Gerektiğinde**	**Düzenli**
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Anne eğitim	**İlkokul**	1 (%1,7)	54 (%93,1)	3 (%5,2)
	Ortaokul	2 (%4,3)	39 (%84,8)	5 (%10,9)
	Lise	3 (%3,3)	80 (%88,9)	7 (%7,8)
	Üniversite	3 (%3,2)	82 (%87,2)	9 (%9,6)
	Yüksek lisans	1 (%6,7)	11 (%73,3)	3 (%20)
	p		**0,750**	
1.anket Diş fırçalama sıklığı	**Günde 1**	5 (%4,8)	92 (%87,6)	8 (%7,6)
	Günde 1'den fazla	4 (%2,5)	138 (%86,8)	17 (%10,7)
	Düzenli değil	1 (%2,7)	33 (%89,2)	3 (%8,1)
	p		**0,784**	

Ki-Kare Test

Anne eğitim durumları arasında diş hekimi ziyareti sıklıkları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

1.anket diş fırçalama sıklıkları arasında diş hekimi ziyareti sıklıkları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.3.2 Anne eğitim durumuna ve 2.anket diş fırçalama sıklığına göre son 2 ayda diş hekimi ziyareti sıklığının değerlendirilmesi

		Son 2 ayda Diş hekimi ziyareti	
		Evet	**Hayır**
		n (%)	**n (%)**
Anne eğitim	**İlkokul**	7 (%17,1)	34 (%82,9)
	Ortaokul	1 (%2,6)	38 (%97,4)
	Lise	11 (%16,2)	57 (%83,8)
	Üniversite	9 (%12)	66 (%88)
	Yüksek lisans	0 (%0)	9 (%100)
	p[1]	**0,149**	
2.anket Diş fırçalama sıklığı	**Günde 1**	3 (%4,4)	65 (%95,6)
	Günde 1'den fazla	21 (%14,6)	123 (%85,4)
	Düzenli değil	3 (%14,3)	18 (%85,7)
	p[2]	**0,089**	

[1]*Fisher Freeman Halton Test* [2]*Ki-Kare Test*

Anne eğitim durumları arasında son 2 ayda diş hekimi ziyaretine gitme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

2.anket diş fırçalama sıklıkları arasında son 2 ayda diş hekimi ziyaretine gitme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.1.3.3 Anne eğitim durumuna göre broşürü okuma durumlarının değerlendirilmesi

Broşürü okuma durumu	**Anne eğitim**					**p**
	İlkokul	**Ortaokul**	**Lise**	**Üniversite**	**Yüksek lisans**	
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	
Evet	19 (%44,2)	15 (%36,6)	36 (%52,2)	39 (%48,8)	7 (%63,6)	**0,488**
Hayır	15 (%34,9)	16 (%39)	21 (%30,4)	16 (%20)	2 (%18,2)	
Biraz	5 (%11,6)	6 (%14,6)	6 (%8,7)	17 (%21,3)	1 (%9,1)	
Hatırlamıyorum	4 (%9,3)	4 (%9,8)	6 (%8,7)	8 (%10)	1 (%9,1)	

Ki-Kare Test

Anne eğitim durumları arasında broşür okuma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.1.3.4 Anne eğitim durumuna ve 1.anket diş hekimi ziyaretine göre "Çocuklar kaç yaşından sonra anne-baba yardımı olmadan dişlerini fırçalayabilir?" sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi

		Anne babasız diş fırçalama			
		3 yaş	**6 yaş**	**8 yaş**	**12 yaş**
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Anne eğitim	**İlkokul**	26 (%47,3)	25 (%45,5)	4 (%7,3)	0 (%0)
	Ortaokul	22 (%47,8)	19 (%41,3)	4 (%8,7)	1 (%2,2)
	Lise	47 (%52,8)	38 (%42,7)	3 (%3,4)	1 (%1,1)
	Üniversite	50 (%53,2)	36 (%38,3)	8 (%8,5)	0 (%0)
	Yüksek lisans	11 (%78,6)	3 (%21,4)	0 (%0)	0 (%0)
	p		**0,589**		
Diş hekimi ziyareti	**Hiçbir zaman**	6 (%60)	2 (%20)	2 (%20)	0 (%0)
	Gerektiğinde	137 (%52,3)	107 (%40,8)	16 (%6,1)	2 (%0,8)
	Düzenli	13 (%46,4)	13 (%46,4)	2 (%7,1)	0 (%0)
	p		**0,587**		

Ki-Kare Test

Anne eğitim durumları arasında anne babasız diş fırçalama yaşları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında anne babasız diş fırçalama yaşları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.1.3.5 Anne eğitim durumuna göre 1.anket Bölüm V 4-19 sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi

		Anne eğitim			p
		İlkokul/Ortaokul	Lise	Üniversite/Yüksek Lisans	
		n (%)	n (%)	n (%)	
4.Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?	**Evet**	17 (%17,2)	38 (%42,7)	45 (%42,9)	**0,001***
	Hayır	46 (%46,5)	27 (%30,3)	36 (%34,3)	
	Bilmiyorum	36 (%36,4)	24 (%27)	24 (%22,9)	
7.Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?	**Evet**	19 (%19,2)	32 (%37,6)	36 (%35)	**0,010***
	Hayır	17 (%17,2)	19 (%22,4)	22 (%21,4)	
	Bilmiyorum	63 (%63,6)	34 (%40)	45 (%43,7)	
8.Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?	**Evet**	23 (%24,5)	34 (%39,5)	52 (%51)	**0,002***
	Hayır	17 (%18,1)	15 (%17,4)	18 (%17,6)	
	Bilmiyorum	54 (%57,4)	37 (%43)	32 (%31,4)	
9.Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?	**Evet**	5 (%5,3)	8 (%9,3)	14 (%13,7)	**0,008***
	Hayır	44 (%46,3)	47 (%54,7)	63 (%61,8)	
	Bilmiyorum	46 (%48,4)	31 (%36)	25 (%24,5)	
10.Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir?	**Evet**	35 (%35,7)	37 (%41,6)	40 (%37,7)	**0,935**
	Hayır	50 (%51)	42 (%47,2)	54 (%50,9)	
	Bilmiyorum	13 (%13,3)	10 (%11,2)	12 (%11,3)	
12.Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi?	**Evet**	19 (%20)	26 (%31)	30 (%28,8)	**0,094**
	Hayır	30 (%31,6)	26 (%31)	42 (%40,4)	
	Bilmiyorum	46 (%48,4)	32 (%38,1)	32 (%30,8)	
14.Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir?	**Evet**	88 (%90,7)	84 (%95,5)	103 (%97,2)	**0,355**
	Hayır	5 (%5,2)	2 (%2,3)	2 (%1,9)	
	Bilmiyorum	4 (%4,1)	2 (%2,3)	1 (%0,9)	
15.Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?	**Evet**	21 (%22,6)	25 (%29,4)	42 (%40,8)	**0,034***
	Hayır	11 (%11,8)	14 (%16,5)	16 (%15,5)	
	Bilmiyorum	61 (%65,6)	46 (%54,1)	45 (%43,7)	
16.Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?	**Evet**	88 (%90,7)	79 (%91,9)	95 (%89,6)	**0,815**
	Hayır	5 (%5,2)	2 (%2,3)	4 (%3,8)	
	Bilmiyorum	4 (%4,1)	5 (%5,8)	7 (%6,6)	

17.Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?	**Evet**	82 (%86,3)	75 (%87,2)	100 (%96,2)	**0,022***
	Hayır	5 (%5,3)	1 (%1,2)	0 (%0)	
	Bilmiyorum	8 (%8,4)	10 (%11,6)	4 (%3,8)	
18.Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi?	**Evet**	93 (%93,9)	84 (%95,5)	101 (%96,2)	**0,662**
	Hayır	1 (%1)	2 (%2,3)	2 (%1,9)	
	Bilmiyorum	5 (%5,1)	2 (%2,3)	2 (%1,9)	
19.Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük artışı görülür mü?	**Evet**	93 (%93)	80 (%90,9)	99 (%93,4)	**0,468**
	Hayır	2 (%2)	0 (%0)	2 (%1,9)	
	Bilmiyorum	5 (%5)	8 (%9,1)	5 (%4,7)	

Ki-Kare Test *$p<0.05$

1.ankette;

Anne eğitim durumları arasında "Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.001; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul/Ortaokul mezunlarının "Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?" sorusuna evet deme oranı (%17.2), Lise (%42.7) ve Üniversite/Yüksek lisans (%42.9) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.001; p_2:0.000; $p<0.05$). Lise ve Üniversite/Yüksek lisans mezunu olanlar arasında "Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anne eğitim durumları arasında "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.010; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul/Ortaokul mezunlarının "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranı (%19.2), Lise (%37.6) ve Üniversite/Yüksek lisans (%35) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.004; p_2:0.012; $p<0.05$). Lise ve Üniversite/Yüksek lisans mezunu olanlar arasında "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anne eğitim durumları arasında "Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul/Ortaokul mezunlarının "Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranı (%24.5), Üniversite /Yüksek lisans (%51) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.000; p<0.05). Diğer Anne eğitim durumları arasında "Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.008; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul/Ortaokul mezunlarının "Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranı (%5.3), Üniversite /Yüksek lisans (%13.7) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.001; p<0.05). Diğer Anne eğitim durumları arasında "Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.034;

p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul/Ortaokul mezunlarının "Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?" sorusuna evet deme oranı (%22.6), Üniversite /Yüksek lisans (%40.8) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.007; p<0.05). Diğer Anne eğitim durumları arasında "Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.022; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Üniversite/Yüksek lisans mezunlarının "Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?" sorusuna evet deme oranı (%96.2), İlkokul/Ortaokul (%86.3) ve Lise (%87.2) mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p_1:0.016; p_2:0.035; p<0.05). İlkokul/Ortaokul ve Lise mezunu olanlar arasında "Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne eğitim durumları arasında "Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük artışı görülür mü?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

4.2 BİRİNCİ ANKET SORULARINA İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1 Hamilelerin Bebek ve Çocuklarla İlgili Ağız Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleriyle İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1.1 1. Ankette Bölüm IV sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM IV		**n**	**%**
İlk süt dişi sürmesi (ay) (n=207) ***Min-Max, Ort±SS (medyan)***		3-12	6,62±1,72(6)
Çocuklarda ağız bakımı (n=305)	**İlk süt dişi sürdüğünde**	**82**	**26,9**
	12 aylıktan sonra	90	29,5
	Bütün dişler sürdükten sonra	59	19,3
	Bilmiyorum	74	24,3
İlk diş hekimi kontrolü (n=303)	**İlk süt dişi çıktığı zaman-1 yaşına gelene kadar**	**63**	**20,8**
	Bütün süt dişleri çıktığı zaman	118	38,9
	Bilmiyorum	122	40,3
Diş macunu zamanı (n=300)	**İlk süt dişi çıktığında**	**26**	**8,7**
	Bütün süt dişleri çıktığında	76	25,3
	3 yaşından sonra	161	53,7
	6 yaşından sonra	37	12,3
Süt dişi sayısı (n=300)	**10**	33	11
	20	**88**	**29,3**
	32	12	4
	Bilmiyorum	167	55,7
İlk daimi diş sürme zamanı (n=300)	**3 yaşından sonra**	22	7,3
	6 yaşından sonra	**198**	**66**
	Bilmiyorum	80	26,7
Hamileliğinizde ağız-diş sağlığı bilgisi edindiniz mi? (n=302)	**Evet**	88	29,1
	Hayır	214	70,9
Edinilen ağız-diş sağlığı bilgi yolu (n=114)	**Kitaplardan**	26	22,8
	İnternetten	38	33,3
	Televizyon	6	5,3
	Çevreden	19	16,7
	Sosyal medyadan	5	4,4
	Önceki tecrübelerden	45	39,5
	Doktordan/kadın doğum uzmanından	2	1,8
	Diş hekiminden	1	0,9

Tercih edilen ağız-diş sağlığı bilgi yolu (n=127)	**Kitaplardan**	18	14,2
	İnternetten	30	23,6
	Televizyon	3	2,4
	Çevreden	2	1,6
	Sosyal medyadan	1	0,8
	Önceki tecrübelerden	1	0,8
	Doktordan/kadın doğum uzmanından	58	45,7
	Diş hekiminden	18	14,2
	Sağlık kuruluşlarından	7	5,5
	Farketmez	1	0,8
	Heryerden	2	1,6
Biberondan kesme (n=286)	**3-6 aylık**	5	1,7
	6-12 aylık	62	21,7
	12-18 aylık	**127**	**44,4**
	18-24 aylık	92	32,2
Bardaktan su içme (n=297)	**3-6 aylık**	128	43,1
	12 aylık	**115**	**38,7**
	18 aylık	36	12,1
	24 aylık	18	6,1
6 ay-3 yaş macun miktarı (n=294)	**Macun kullanılmamalıdır**	114	38,8
	Pirinç tanesi (sürüntü) kadar	**148**	**50,3**
	Bezelye tanesi kadar	31	10,5
	Tüm fırça boyunca	1	0,3
Anne babasız diş fırçalama (n=302)	**3 yaş**	157	52
	6 yaş	123	40,7
	8 yaş	**20**	**6,6**
	12 yaş	2	0,7

1.ankette;

Bebeklerin ilk diş sürme zamanları ne zamandır sorusuna 3 ile 12 ay arasında değişmektedir şeklinde cevap verilmiş olup, ortalaması 6.62±1.72 ve medyanı 6 aydır.

Annelerin %26.9'u çocukların ağız bakımına ilk süt dişi sürdüğünde, %29.5'i 12 aylıktan sonra, %19.3'ü bütün dişler sürdükten sonra başlanması gerektiğini düşünürken, %24.3'ü bilmemektedir. %20.8'i ilk süt dişi çıktığı zamanla-1 yaşına gelene kadarki sürede, %38.9'u

bütün süt dişleri çıktığı zaman ilk diş hekimi kontrolüne gidilmesi gerektiğini düşünürken, %40.3'ü bilmemektedir. %8.7'si ilk süt dişi çıktığında, %25.3'ü bütün süt dişleri çıktığında, %53.7'si 3 yaşından sonra ve %12.3'ü 6 yaşından sonra diş macunu kullanımına başlanması gerektiğini düşünmektedir. %11'i çocukların 10 dişi, %29.3'ü 20 dişi ve %4'ü 32 dişi olduğunu düşünürken, %55.7'si bilmemektedir. %7.3'ü ilk daimi diş sürme zamanının 3 yaşından sonra, %66'sı 6 yaşından sonra olduğunu düşünürken, %26.7'si bilmemektedir.

Annelerin %29.1'i hamilelik sürecinde ağız sağlığı ile ilgili bilgi edinirken, %70.9'u bilgi edinmemiştir. %22.8'i kitaplardan, %33.3'ü internetten, %5.3'ü televizyondan, %16.7'si çevreden, %4.4'ü sosyal medyadan, %39.5'i önceki tecrübelerinden, %1.8'i doktordan/kadın doğum uzmanından ve %0.9'u diş hekiminden ağız sağlığı ile ilgili bilgi edinmektedir. %14.2'si kitaplardan, %23.6'sı internetten, %2.4'ü televizyondan, %1.6'sı çevreden, %0.8'i sosyal medyadan, %0.8'i önceki tecrübelerinden, %45.7'si doktordan/kadın doğum uzmanından, %14.2'si diş hekiminden, %5.5'i sağlık kuruluşlarından, %1.6'sı her yerden ağız sağlığı ile ilgili bilgi edinmeyi tercih ederken, %0.8'i için bilgi yolu fark etmemektedir.

Annelerin %1.7'si çocukların biberondan 3-6 aylıkken, %21.7'si 6-12 aylıkken, %44.4'ü 12-18 aylıkken ve %32.2'si 18-24 aylıkken kesilmesi gerektiğini düşünmektedir. %43.1'i 3-6 aylıkken, %38.7'si 12 aylıkken, %12.1'i 18 aylıkken ve %6.1'i 24 aylıkken çocukların bardaktan su içmeye teşvik edilmesi gerektiğini düşünmektedir. %38.8'i 6ay-3 yaş arasında macun kullanılmaması gerektiğin düşünürken, %50.3'ü pirinç tanesi kadar, %10.5 bezelye tanesi kadar ve %0.3'ü tüm fırça boyunca macun kullanılması gerektiğini düşünmektedir. %52'si 3 yaşından, %40.7'si 6 yaşından, %6.6'sı 8 yaşından ve %0.7'si 12 yaşından sonra çocukların anne babasız diş fırçalamaları gerektiğini düşünmektedir.

4.2.2 Hamilelikte ve Yenidoğanda Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Düzeyleriyle İlgili Bulgular

Tablo 4.2.2.1 1. Ankette Bölüm V sorularına verilen cevapların dağılımı

BÖLÜM V	Evet	Hayır	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
1.Hamileliğiniz sırasında herhangi bir ağız diş sağlığı problemi yaşadınız mı? (n=309)	107 (%34,6)	198 (%64,1)	4 (%1,3)
2.Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi? (n=304)	84 (%27,6)	218 (%71,7)	2 (%0,7)
3.Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi? (n=210)	31 (%14,8)	175 (%83,3)	4 (%1,9)
-Eğer cevabınız hayır ise, niçin diş hekimine gitmediniz?			
3a. Ekonomik nedenlerden dolayı gidemedim. (n=24)	15 (%62,5)	9 (%37,5)	_
3b. Herhangi bir problem yaşamadım. (n=143)	108 (%75,5)	33 (%23,1)	2 (%1,4)
3c.Dişetlerim çok geçmeden iyileşir diye düşündüm (n=30)	22 (%73,3)	8 (%26,7)	_
3d. Bir önceki hamileliğimden biliyordum ki ağız diş problemleri hamileliğimle ilgilidir. (n=33)	24 (%72,7)	9 (%27,3)	_
3e. Diş hekimim hamileliğim sırasında bir tedavi yapamaz. (n=72)	59 (%81,9)	10 (%13,9)	3 (%4,2)
4.Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz? (Erken doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi) (n=298)	**101 (%33,9)**	112 (%37,6)	85 (%28,5)
5.Hamilelikte "bir bebek bir diş" cümlesine yani her hamilelikte bir diş kaybedeceğinize inanıyor musun? (n=291)	68 (%23,4)	164 (%56,4)	59 (%20,3)
6.Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı? (n=291)	100 (%34,4)	161 (%55,3)	30 (%10,3)
7.Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi? (n=291)	**90 (%30,9)**	58 (%19,9)	143 (%49,1)
8.Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi? (n=286)	**110 (%38,5)**	53 (%18,5)	123 (%43)
9.Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi? (n=287)	**27 (%9,4)**	157 (%54,7)	103 (%35,9)
10.Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir? (n=298)	**113 (%37,9)**	148 (%49,7)	37 (%12,4)
12.Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi? (n=288)	**76 (%26,4)**	100 (%34,7)	112 (%38,9)
13.Diş hekimi, kadın doğum doktoruyla konuşmadan lokal anestezik madde veya antibiyotik kullanabilir mi? (n=294)	17 (%5,8)	217 (%73,8)	60 (%20,4)
14.Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir? (n=296)	**280 (%94,6)**	9 (%3)	7 (%2,4)
15.Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu? (n=285)	**88 (%30,9)**	42 (%14,7)	155 (%54,4)
16.Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır? (n=294)	**266 (%90,5)**	11 (%3,7)	17 (%5,8)
17.Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir? (n=289)	**261 (%90,3)**	6 (%2,1)	22 (%7,6)
18.Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi? (n=297)	**282 (%94,9)**	5 (%1,7)	10 (%3,4)
19.Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük (salya) artışı görülür mü? (n=299)	**276 (%92,3)**	4 (%1,3)	19 (%6,4)

1.ankette; Kadınların Bölüm V sorularına verilen cevapların dağılımları Tablo 4.2.2.1'te görüldüğü gibi dağılım göstermektedir.

4.2.3 Birinci Anket Sorularıyla İlgili Diğer Bulgular

Tablo 4.2.3.1 1. Ankette Anne babasız diş fırçalama yaşlarına göre çocuk sayısının değerlendirilmesi

Anne babasız diş fırçalama	Çocuk sayısı
	Ort±SS (medyan)
3 yaş	1,22±0,9 (1)
6 yaş	1,13±0,89 (1)
8 yaş	0,94±1,03 (1)
p	**0,375**

Kruskal Wallis Test *Not: 12 yaş grubu n=1 olduğundan analiz dışı bırakılmıştır.*

Anne babasız diş fırçalama yaşları arasında çocuk sayısı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Anne babasız diş fırçalama yaşı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamaktadır (r:-0.078; p:0.199; p>0.05).

Tablo 4.2.3.2 1. Ankette Diş fırçalama sıklığına göre "Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?" sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi

16.Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?	Diş fırçalama sıklığı			p
	Günde 1	Günde 1'den fazla	Düzenli değil	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Evet	91 (%91)	138 (%90,2)	32 (%91,4)	**0,904**
Hayır	3 (%3)	6 (%3,9)	2 (%5,7)	
Bilmiyorum	6 (%6)	9 (%5,9)	1 (%2,9)	

Ki-Kare Test

Diş fırçalama sıklıkları arasında "Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?" sorusuna annelerin evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.2.3.3 Diş hekimi ziyareti sıklıklarına göre 1. Anket Bölüm V 4-19 sorularına verilen cevapların değerlendirilmesi

		Diş hekimi ziyareti			p
		Hiçbir zaman	Gerektiğinde	Düzenli	
		n (%)	n (%)	n (%)	
4.Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?	**Evet**	1 (%10)	86 (%33,2)	13 (%52)	**0,060**
	Hayır	7 (%70)	95 (%36,7)	8 (%32)	
	Bilmiyorum	2 (%20)	78 (%30,1)	4 (%16)	
7.Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?	**Evet**	1 (%10)	76 (%30)	12 (%48)	**0,011***
	Hayır	4 (%40)	45 (%17,8)	8 (%32)	
	Bilmiyorum	5 (%50)	132 (%52,2)	5 (%20)	
8.Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?	**Evet**	2 (%20)	97 (%39)	10 (%43,5)	**0,461**
	Hayır	1 (%10)	45 (%18,1)	5 (%21,7)	
	Bilmiyorum	7 (%70)	107 (%43)	8 (%34,8)	
9.Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?	**Evet**	0 (%0)	21 (%8,4)	6 (%25)	**0,088**
	Hayır	6 (%60)	138 (%55,2)	11 (%45,8)	
	Bilmiyorum	4 (%40)	91 (%36,4)	7 (%29,2)	
10.Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir?	**Evet**	3 (%30)	99 (%38,5)	10 (%37)	**0,958**
	Hayır	6 (%60)	128 (%49,8)	13 (%48,1)	
	Bilmiyorum	1 (%10)	30 (%11,7)	4 (%14,8)	
12.Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi?	**Evet**	2 (%20)	67 (%26,9)	7 (%28)	**0,211**
	Hayır	1 (%10)	86 (%34,5)	11 (%44)	
	Bilmiyorum	7 (%70)	96 (%38,6)	7 (%28)	
14.Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir?	**Evet**	10 (%100)	242 (%94,5)	24 (%92,3)	**0,928**
	Hayır	0 (%0)	8 (%3,1)	1 (%3,8)	
	Bilmiyorum	0 (%0)	6 (%2,3)	1 (%3,8)	
15.Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?	**Evet**	3 (%30)	77 (%31,3)	8 (%30,8)	**0,677**
	Hayır	0 (%0)	38 (%15,4)	3 (%11,5)	
	Bilmiyorum	7 (%70)	131 (%53,3)	15 (%57,7)	
16.Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?	**Evet**	9 (%90)	230 (%90,9)	24 (%88,9)	**0,377**
	Hayır	1 (%10)	10 (%4)	0 (%0)	
	Bilmiyorum	0 (%0)	13 (%5,1)	3 (%11,1)	
17.Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?	**Evet**	8 (%80)	227 (%90,8)	23 (%92)	**0,579**
	Hayır	0 (%0)	5 (%2)	0 (%0)	
	Bilmiyorum	2 (%20)	18 (%7,2)	2 (%8)	
18.Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi?	**Evet**	10 (%100)	242 (%94,5)	26 (%96,3)	**0,892**
	Hayır	0 (%0)	5 (%2)	0 (%0)	
	Bilmiyorum	0 (%0)	9 (%3,5)	1 (%3,7)	

19.Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük artışı görülür mü?	**Evet**	9 (%90)	239 (%92,6)	24 (%88,9)	**0,808**
	Hayır	0 (%0)	3 (%1,2)	1 (%3,7)	
	Bilmiyorum	1 (%10)	16 (%6,2)	2 (%7,4)	

Ki-Kare Test **p<0.05*

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.011; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Gerektiğinde diş hekimine gidenlerin "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranı (%30), Düzenli gidenlerden (%48) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.009; p<0.05). Diğer Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında "Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük artışı görülür mü?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.2.3.4 "Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" sorusuna verilen cevaplar arasında 1.anket çocuklarda ağız bakımının değerlendirilmesi

Bölüm V-S6-Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?	**Çocuklarda ağız bakımı 1.anket**	
	İlk süt düşü sürdüğünde	**Diğer**
	n (%)	**n (%)**
Evet	42 (%42)	58 (%58)
Hayır	24 (%14,9)	137 (%85,1)
Bilmiyorum	10 (%33,3)	20 (%66,7)
p	**0,000***	

Ki-Kare Test **p<0.05*

"Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" sorusuna verilen cevaplar arasında annelerin çocuklarda ağız bakımına ilk diş sürdüğünde başlanması gerektiğini düşünme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; "Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" sorusuna hayır diyenlerin çocuklarda ağız bakımının ilk diş sürdüğünde başlanması gerektiğini düşünme oranı (%14.9), evet diyenlerden (%42) ve bilmiyorum diyenlerden (%33.3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.000; p_2:0.031; p<0.05). "Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" sorusuna evet ve bilmiyorum diyenler arasında annelerin çocuklarda ağız bakımına ilk diş sürdüğünde başlanması gerektiğini düşünme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.2.3.5 1. Ankette "Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevaplara göre "Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi

3.Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?	**2.Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?**			**p**
	Evet	**Hayır**	**Bilmiyorum**	
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	
Evet	22 (%36,7)	9 (%6,3)	0 (%0)	**0,000***
Hayır	36 (%60)	133 (%92,4)	1 (%100)	
Bilmiyorum	2 (%3,3)	2 (%1,4)	0 (%0)	

Ki-Kare Test **p<0.05*

"Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevaplar arasında annelerin "Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; "Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna evet diyenlerin "Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna evet deme oranı (%36.7), "Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna hayır diyenlerden (%6.3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.000; p<0.05). Diğer "Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna verilen cevaplar arasında annelerin

"Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi?" sorusuna evet deme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.3 İKİNCİ ANKET SORULARINA İLİŞKİN VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.3.1 Broşürün Okunma Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 4.3.1.1 Hamilelerin 1. anket sonrası broşürü okuma oranları

BÖLÜM III-2.anket		**n**	**%**
Broşürü okuma durumu(n=247)	**Evet**	116	47
	Hayır	73	29,6
	Biraz	35	14,2
	Hatırlamıyorum	23	9,3

2.ankette; Kadınların %47'si broşürü okurken, %29.6'sı okumamış, %14.2'si biraz okumuş ve %9.3'ü hatırlamamaktadır.

4.3.2 Hamilelerin Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Uygulamaları Ve Alışkanlıkları İle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları

Tablo 4.3.2.1 2.anket Broşürü okuma durumu ve 2. Anket Bölüm III sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM III-2.anket		**n**	**%**
Son 2 ayda Diş hekimi ziyareti (n=235)	**Evet**	28	11,9
	Hayır	207	88,1
Diş fırçalama sıklığı (n=240)	**Günde 1**	72	30
	Günde 1'den fazla	**146**	**60,8**
	Düzenli değil	22	9,2
Fırçalama zamanı (n=240)	**1 dakikadan az**	37	15,4
	1 dakika	111	46,3
	2 dakika	92	38,3
Diş macunu türü (n=238)	**Florlu**	183	76,9
	Organik içerikli diş macunu	54	22,7
	Macun kullanmıyorum	1	0,4
Diş ipi kullanımı (n=240)	**Hiçbir zaman**	161	67,1
	Gerektiğinde	72	30
	Günde bir kere (Düzenli)	7	2,9

%11.9'u son iki ayda diş hekimi ziyaretine giderken, %88.1'i gitmemiştir. %30'u dişlerini günde 1 defa fırçalamakta, %60.8'i günde 1'den fazla fırçalamakta ve %9.2'si düzenli fırçalamamaktadır. %15.4'ü 1 dakikadan az süre fırçalarken, %46.3'ü 1 dakika ve %38.3'ü 2 dakika fırçalamaktadır. %76.9'u florlu diş macunu kullanırken, %22.7'si organik içerikli diş macunu kullanmakta ve %0.4'ü diş macunu kullanmamaktadır. %67.1'i diş ipini her zaman kullanmazken, %30'u gerektiğinde ve %2.9'u günde bir kere kullanmaktadır.

4.3.3 Hamilelerin Bebek ve Çocuklarla İlgili Ağız Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleriyle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları

Tablo 4.3.3.1 2. anket Bölüm IV sorularına ilişkin bilgilerin dağılımı

BÖLÜM IV-2.anket		**n**	**%**
İlk süt dişi sürmesi (n=230) ***Min-Max, Ort±SS (medyan)***		3-18	6,38±1,62(6)
Çocuklarda ağız bakımı (n=240)	**İlk süt dişi sürdüğünde**	**107**	**44,6**
	12 aylıktan sonra	68	28,3
	Bütün dişler sürdükten sonra	37	15,4
	Bilmiyorum	28	11,7
İlk diş hekimi kontrolü (n=240)	**İlk süt dişi çıktığı zaman-1 yaşına gelene kadar**	**93**	**38,8**
	Bütün süt dişleri çıktığı zaman	71	29,6
	Bilmiyorum	76	31,7
Diş macunu zamanı (n=240)	**İlk süt dişi çıktığında**	**60**	**25**
	Bütün süt dişleri çıktığında	44	18,3
	3 yaşından sonra	114	47,5
	6 yaşından sonra	22	9,2
Süt dişi sayısı (n=239)	**10**	36	15,1
	20	**97**	**40,6**
	32	4	1,7
	Bilmiyorum	102	42,7
İlk daimi diş sürme zamanı (n=239)	**3 yaşından sonra**	21	8,8
	6 yaşından sonra	**188**	**78,7**
	Bilmiyorum	30	12,6
Biberondan kesme (n=237)	**3-6 aylık**	1	0,4
	6-12 aylık	52	21,9
	12-18 aylık	**129**	**54,4**
	18-24 aylık	55	23,2

Bardaktan su içme (n=239)	**3-6 aylık**	88	36,8
	12 aylık	**119**	**49,8**
	18 aylık	17	7,1
	24 aylık	15	6,3
6 ay-3 yaş macun miktarı (n=238)	**Macun kullanılmamalıdır**	19	8
	Pirinç tanesi (sürüntü) kadar	**199**	**83,6**
	Bezelye tanesi kadar	20	8,4
Anne babasız diş fırçalama (n=239)	**3 yaş**	110	46
	6 yaş	97	40,6
	8 yaş	**31**	**13**
	12 yaş	1	0,4

2.ankette;

Bebeklerin ilk diş sürme zamanları ne zamandır sorusuna 3 ile 18 ay arasında değişmektedir cevapları verilmiş olup, ortalaması 6.38±1.62 ay ve medyanı 6 aydır.

Annelerin %44.6'sı çocukların ağız bakımına ilk süt dişi sürdüğünde, %28.3'ü 12 aylıktan sonra, %15.4'ü bütün dişler sürdükten sonra başlanması gerektiğini düşünürken, %11.7'si bilmemektedir. %38.8'i ilk süt dişi çıktığı zamanla-1 yaşına gelene kadarki sürede, %29.6'sı bütün süt dişleri çıktığı zaman ilk diş hekimi kontrolüne gidilmesi gerektiğini düşünürken, %31.7'si bilmemektedir. %25'i ilk süt dişi çıktığında, %18.3'ü bütün süt dişleri çıktığında, %47.5'i 3 yaşından sonra ve %9.2'si 6 yaşından sonra diş macunu kullanımına başlanması gerektiğini düşünmektedir. %15.1'i çocukların 10 dişi, %40.6'sı 20 dişi ve %1.7'si 32 dişi olduğunu düşünürken, %42.7'si bilmemektedir. %8.8'i ilk daimi diş sürme zamanının 3 yaşından sonra, %78.7'si 6 yaşından sonra olduğunu düşünürken, %12.6'sı bilmemektedir.

Annelerin %0.4'ü çocukların biberondan 3-6 aylıkken, %21.9'u 6-12 aylıkken, %54.4'ü 12-18 aylıkken ve %23.2'si 18-24 aylıkken kesilmesi gerektiğini düşünmektedir. %36.8'i 3-6 aylıkken, %49.8'i 12 aylıkken, %7.1'i 18 aylıkken ve %6.3'ü 24 aylıkken çocukların bardaktan su içmeye teşvik edilmesi gerektiğini düşünmektedir. %8'i 6ay-3 yaş arasında macun kullanılmaması gerektiğin düşünürken, %86.3'ü pirinç tanesi kadar ve %8.4'ü bezelye tanesi kadar macun kullanılması gerektiğini düşünmektedir. %46'sı 3 yaşından, %40.6'sı 6 yaşından, %13'ü 8 yaşından ve %0.4'ü 12 yaşından sonra çocukların anne babasız diş fırçalamaları gerektiğini düşünmektedir.

4.3.4 Hamilelikte ve Yenidoğanda Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Düzeyleriyle İlgili Broşür Sonrası İkinci Anket Bulguları

Tablo 4.3.4.1 2.anket Bölüm V sorularına verilen cevapların dağılımı

BÖLÜM V-2.anket	**Evet**	**Hayır**	**Bilmiyorum**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
4.Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz? (Erken doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi) (n=240)	**175 (%72,9)**	42 (%17,5)	23 (%9,6)
7.Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi? (n=240)	**146 (%60,8)**	52 (%21,7)	42 (%17,5)
8.Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi? (n=240)	**170 (%70,8)**	30 (%12,5)	40 (%16,7)
9.Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi? (n=240)	**67 (%27,9)**	144 (%60)	29 (%12,1)
10.Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir? (n=240)	**180 (%75)**	56 (%23,3)	4 (%1,7)
12.Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi? (n=237)	**139 (%58,6)**	72 (%30,4)	26 (%11)
14.Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir? (n=240)	**238 (%99,2)**	1 (%0,4)	1 (%0,4)
15.Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu? (n=240)	**123 (%51,2)**	36 (%15)	81 (%33,8)
16.Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır? (n=240)	**236 (%98,3)**	3 (%1,3)	1 (%0,4)
17.Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir? (n=240)	**234 (%97,5)**	3 (%1,3)	3 (%1,3)
18.Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi? (n=240)	**239 (%99,6)**	1 (%0,4)	_
19.Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük (salya) artışı görülür mü? (n=240)	**237 (%98,8)**	1 (%0,4)	2 (%0,8)

2.ankette; Kadınların Bölüm V sorularına verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4.3.4.1'de görüldüğü gibi dağılım göstermektedir.

4.4 BİRİNCİ VE İKİNCİ ANKET BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

4.4.1 Hamilenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.4.1.1 Anne eğitim durumuna, anne iş durumuna, anne sigara içme durumuna, aile geliri durumuna ve uyruğa göre 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi puanı	
		1.anket	2.anket
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Anne eğitim	**İlkokul**	8,47±2,9 (9)	13,14±2,82 (13)
	Ortaokul	9,98±1,88 (10)	14,15±2,68 (14)
	Lise	10,98±2,98 (11)	14,75±2,84 (15)
	Üniversite	11,63±2,93 (11)	16,04±2,86 (16)
	Yüksek lisans	11,67±3,11 (12)	17,27±2,15 (17)
	p[1]	**0,000***	**0,000***
Anne iş durumu	**Evet**	11,09±3,13 (11)	15,86±2,91 (16)
	Hayır	10,32±3,04 (10)	14,57±2,99 (15)
	p[2]	**0,044***	**0,006***
Anne sigara	**İçiyor**	10,78±1,96 (11)	14,77±2,49 (15)
	İçmiyor	10,62±3,02 (11)	14,95±3,05 (15)
	p[2]	**0,867**	**0,899**
Aile gelir düzeyi	**500-2100**	10,4±2,82 (10)	14,33±3,01 (15)
	2100-4200	10,74±2,81 (11)	15±2,87 (15)
	4200-6300	11,3±2,77 (11)	15,15±3,3 (16)
	6300-9000	12,83±3,3 (13)	16,89±2,71 (17)
	9000 üstü	11,2±5,17 (12)	16,4±3,65 (16)
	p[1]	**0,180**	**0,280**
Uyruk	**T.C**	10,57±2,30 (11)	14,91±3,03 (15)
	Diğer	11,25±4,11 (12)	14±0 (14)
	p[2]	**0,628**	**0,553**

4. *[1]Kruskal Wallis Test [2]Mann Whitney U Test *p<0.05*
5. *Not: Aile geliri sayısı azlığı nedeniyle 9000 TL üstü şeklinde birleştirilmiştir.*

Anne eğitim durumları arasında 1.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul mezunu olanların 1.anket bilgi düzeyi puanları, Lise,

Üniversite ve Yüksek lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.000; p_2:0.000; p_3:0.004; $p<0.05$). Ortaokul mezunu olanların 1.anket bilgi düzeyi puanları, Üniversite mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.011; $p<0.05$). Diğer anne eğitim durumları arasında 1.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Anne eğitim durumları arasında 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; $p<0.05$). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; İlkokul mezunu olanların 2.anket bilgi düzeyi puanları, Üniversite ve Yüksek lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.000; $p<0.05$). Ortaokul mezunu olanların 2.anket bilgi düzeyi puanları, Üniversite ve Yüksek lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p_1:0.018; p_2:0.014; $p<0.05$). Diğer anne eğitim durumları arasında 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışan annelerin 1.anket bilgi düzeyi puanları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.044; $p<0.05$).

Çalışan annelerin 2.anket bilgi düzeyi puanları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.006; $p<0.05$).

Sigara içen ve içmeyen anneler arasında 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Aile gelir düzeyleri arasında 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

T.C ve Diğer uyruktan olan kadınlar arasında 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.1.2 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanı ile yaş, çocuk sayısı ve hamilelik haftası parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi puanı	
		1.anket	**2.anket**
Anne Yaş	**r**	-0,072	0,013
	p	0,215	0,843
Çocuk sayısı	**r**[+]	*-0,122*	*-0,212*
	p	*0,042**	*0,002**
Hamilelik haftası	**r**[+]	0,038	-0,039
	p	0,528	0,573

Pearson Korelasyon Analizi [+]*Spearman Rho Korelasyon Analizi* **p<0.05*

1.anket bilgi düzeyi puanı ile çocuk sayısı arasında ters yönlü, %12.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.042; p<0.05).

1.anket bilgi düzeyi puanı ile anne yaşı ve hamilelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

2.anket bilgi düzeyi puanı ile çocuk sayısı arasında ters yönlü, %21.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.002; p<0.05).

2.anket bilgi düzeyi puanı ile anne yaşı ve hamilelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

4.4.2 Hamilenin Diş Hekimi Ziyareti Sıklığına Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.4.2.1 Diş hekimi ziyaretine, son iki ayda diş hekimi ziyaretine göre 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi puanı	
		1.anket	2.anket
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Diş hekimi ziyareti	**Hiçbir zaman**	10,7±1,34 (11)	14,13±3,87 (14,5)
	Gerektiğinde	10,54±3,01 (11)	14,83±3,01 (15)
	Düzenli	11±3,53 (11)	15,7±2,75 (16)
	p[1]	**0,686**	**0,295**
Son 2 ayda Diş hekimi ziyareti	**Evet**	11,79±3,44 (11,5)	15,56±3,13 (16)
	Hayır	10,41±3,04 (10)	14,67±2,94 (15)
	p[2]	**0,044***	**0,136**
Broşürü okuma durumu	**Evet**	10,91±3,2 (11)	15,32±3,16 (15)
	Hayır	10,38±3,03 (10)	13,69±2,59 (14)
	Biraz	10,09±3,22 (10)	15,88±2,93 (16)
	Hatırlamıyorum	10,17±2,62 (10)	14,7±2,58 (15)
	p[1]	**0,357**	**0,001***

*[1]Kruskal Wallis Test [2]Mann Whitney U Test *p<0.05*

Diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Son 2 ayda diş hekimi ziyaretine gidenlerin 1.anket bilgi düzeyi puanı, gitmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.044; p<0.05).

Son 2 ayda diş hekimi ziyareti sıklıkları arasında 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

4.4.3 Hamilelerin Broşürü Okuma Durumuna Göre Birinci ve İkinci Anket Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.4.3.1 Broşürü okuma durumuna göre 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

		Bilgi düzeyi puanı	
		1.anket	2.anket
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Broşürü okuma durumu	**Evet**	10,91±3,2 (11)	15,32±3,16 (15)
	Hayır	10,38±3,03 (10)	13,69±2,59 (14)
	Biraz	10,09±3,22 (10)	15,88±2,93 (16)
	Hatırlamıyorum	10,17±2,62 (10)	14,7±2,58 (15)
	p[1]	**0,357**	**0,001***

[1]Kruskal Wallis Test *[2]Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Broşürü okuma durumları arasında 1.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Broşürü okuma durumları arasında 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.001; p<0.05). Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; Broşürü okuyanların 2.anket bilgi düzeyi puanları, okumayanlardan yüksek ve biraz okuyanlardan düşük bulunmuştur (p_1:0.003; p_2:0.007; p<0.05). Diğer broşürü okuma durumları arasında 2.anket bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

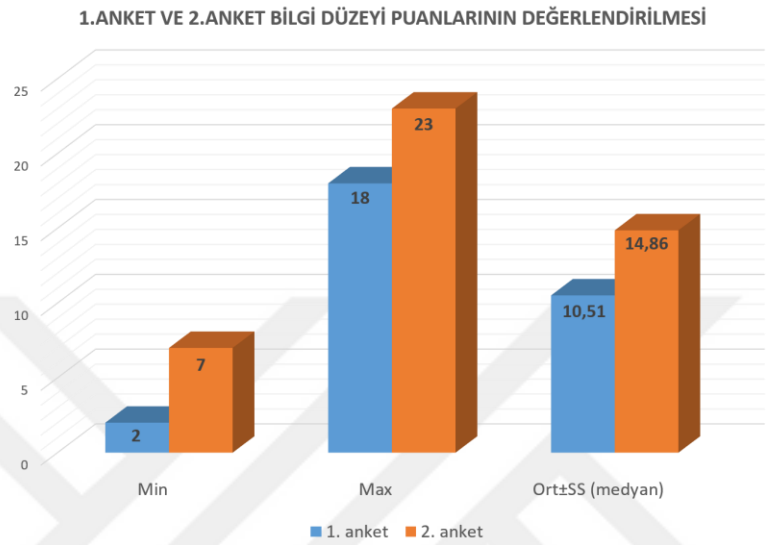
4.4.4 Birinci Anket ve İkinci Anket Bilgi Düzeyleri Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.4.4.1 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

Bilgi düzeyi puanı	Min-Max	Ort±SS (medyan)
1.anket	2-18	10,51±3,07 (11)
2.anket	7-23	14,86±3,01 (15)
p		**0,000***

Wilcoxon Sign Test **p<0.05*

1.anket bilgi düzeyi puanına göre 2.anket bilgi düzeyi puanında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000; p<0.05).



Şekil 4.4.4.1 1.anket ve 2.anket bilgi düzeyi puanlarının değerlendirilmesi

4.5 HAMİLELERİN BROŞÜRÜ OKUMA DURUMUNA GÖRE ORTAYA ÇIKAN ANKET BULGULARI

Tablo 4.5.1 Broşürü okuma durumuna göre son 2 ayda diş hekimine gitme sıklığının değerlendirilmesi

Broşürü okuma durumu	**Son 2 ayda Diş hekimi ziyareti**	
	Evet	**Hayır**
	n (%)	**n (%)**
Evet	10 (%9,3)	97 (%90,7)
Hayır	12 (%16,7)	60 (%83,3)
Biraz	4 (%12,1)	29 (%87,9)
Hatırlamıyorum	2 (%8,7)	21 (%91,3)
p	**0,509**	

Fisher Freeman Halton Test

Broşür okuma durumları arasında son 2 ayda diş hekimi ziyaretine gitme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma rastgele seçilmiş olan yedi farklı hastanenin kadın doğum polikliniklerine Şubat 2020-Mart 2020 tarihleri arasında gelen 18- 44 yaş arası hamile kadınlar üzerinde 'Hamilelikte anne ve bebek ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi' başlıklı tez çalışmamız amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan hamilelere yüz yüze görüşme metodu kullanılarak anket uygulanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada belirtilen hastanelerdeki 18-44 yaş aralığındaki 311 hamile kadına anket uygulanmıştır. 2. ankete ise bu kişiler arasından 247 kişi katılım göstermiştir.

Anket, önceden belirlenmiş insan grubuna bazı sorular sorularak kişilerin ilgili konu hakkındaki düşünceleri, bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları hakkında bilgi elde etmek için epidemiyolojik ve sosyolojik araştırmalarda sıklıkla kullanılan sistematik bir veri toplama yöntemidir. (Dr. Recai Oğur, 2003) , (Houston, 2020) Yazılı anket kısa zamanda büyük miktarlarda veri toplanmak için uygun ve elverişli bir yöntemdir. (Houston, 2020) Redmond ve ark.'nın çalışmasında broşürlerin kız öğrencilerin daha çok ilgisini çektiği ve bu yüzden daha başarılı olduğu belirtilmiştir. (Redmond & Hamilton, 2001) Avrupa Komisyonu'nun cinsiyet farklılıklarına göre eğitim raporunda ortalamada kızların okumayı daha çok sevdiği ve okuma becerisi olarak erkeklerden daha ileri düzeyde olduğu bildirilmiştir. (N.Taş, 2016)

Bu nedenle araştırmamızda, ebeveynlerin yani hamilelerin ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları hakkında bilgi edinmek amacıyla yüz yüze görüşme metodu kullanılarak anket uygulamayı tercih ettik. Yapılan araştırmaların sonuçları ışığında da çalışmamızdaki hamilelerin eğitimi için broşür ile bilgilendirme yöntemini kullandık.

Ağız diş hastalıkları dünyada en yaygın olarak görülen ve geniş çapta önlenebilen hastalıklardandır. (Nakre & Har, 2020) İnsanlarda en yaygın görülen hastalıklardan biri olan diş çürüğünü kontrol altına almak ve engelleyebilmek için öncelikle bu hastalıktan korunma bilincini yaygınlaştırmak gerekmektedir. (Wang, 2002) Ağız diş hastalıklarından korunmayı sağlamak amacıyla uygulanabilen en etkin ve maliyeti düşük yöntem sağlık eğitimidir. Sağlık eğitiminin amacı; bilgi seviyesini iyileştirerek kişilere olumlu ağız sağlığı davranışlarını

kazandırmak ve ağız sağlığının gelişimine katkı sağlamaktır. (Nakre & Har, 2020) Ağız sağlığı eğitiminin; bilginin kısa zamanda artmasında, diş fırçalama ve sağlıklı yeme alışkanlıklarının edinilmesinde etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır. (Nakre & Har, 2020)

Ülkemizde ağız-diş sağlığının geliştirilmesi ve önlenmesi için verilmesi gereken eğitim ve erken teşhis ile yapılacak olan koruyucu önlemler büyük önem taşımaktadır. Ebeveynler, çocuğun bilişsel, sosyal ve psikomotor gelişimini etkileyen ilk gözlemledikleri eğitimcileridirler. (F.T.Şahin, 2007) Özellikle küçük çocuklar ebeveynlerini rol model aldıkları için davranış ve sözlerinden etkilenerek onları taklit etmeye başlar. (A. Özyürek, 2015). Ebeveynlerden ailede alınan eğitim, çocuğun ileri dönemdeki davranışlarını etkileyerek temel oluşturmaktadır. (F.T.Şahin, 2007) Bu nedenle çocuklara erken yaşlarda ebeveyn tarafından oral hijyen alışkanlıklarının kazandırılması, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ağız hastalıklarının önlenmesinde büyük önem taşır. Flor ve fissür örtücü uygulamaları gibi koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları hakkında ebeveynlerin bilgilendirilmesi, çocukların erken yaşlarda çürük riskinin belirlenmesinde ve olası problemlerin önlenmesinde gerekli olan ilk adımdır. (U.S. Department of Health and Human Services, 2000) , (Alshehri & Nasim, 2015), (Ismail, 1998), (Talekar, 2005) , (Chan & Tsai, 2002), (Kırzıoğlu Z, Gürbüz T, Şimşek S, Yağdıran A, 2002)

Sağlık eğitim faaliyetlerinde ailenin önemi büyüktür. Bu nedenle çocuklarla ilgili ağız diş bakımları planlanırken ebeveynlerin de dahil edilmesi gerekmektedir (Mouradian, 2001). Elena ve ark. (Elena & Petr, 2004) ebeveynlerin ağız diş sağlığı alışkanlıklarının ve dişlere ait bilgi seviyelerinin, çocukların ağız diş sağlığı konusunda önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Farklı ülkelerde yapılmış çok sayıda araştırmaya göre, erken dönem diş çürükleri büyük ölçüde önlenebilir nitelikte bulunmuştur fakat bu konuda annelerin anahtar rol oynadığı vurgulanmaktadır. (Meyer & Geurtsen, 2010) , (Plutzer & Spencer, 2008) , (Medeiros & Otero, 2015) , (Arrow et al., 2013), (Hallas & Fernandez, 2015), (P. Milgrom, 2010), (Hamilton & Davis, 1999). Çocuğun büyümesi ile birlikte sosyal çevrenin etkisi artmaya başlasa da anne en önemli belirleyici olmaya devam eder. Çocuğa sosyalleşme sürecinde kazandırılan doğru ağız sağlığı davranışları daha sonraki yıllarda da kalıcılığını korur. (Plutzer & Spencer, 2008) Annelerin bu anahtar rolü gerçekleştirebilmeleri ağız diş sağlığı bilgilendirilmelerinin iyi yapılmasına bağlıdır. (Bergendal, 2011) Bu amaçla gerçekleştirilmiş olan eğitim müdahalelerin

büyük kısmının ortak özelliği anneler ile ilk temasın olduğu gebelik döneminde başlamış olmasıdır. (Meyer & Geurtsen, 2010), (Gomez & Weber, 2001), (Plutzer & Spencer, 2008) , (Merrick & Chong, 2012), (Medeiros & Otero, 2015), (Lin & Harrison, 2011) , (P. Milgrom, 2010) . Eğitimin hamilelik sırasında yapılmasının tercih edilmesinde birçok faktör vardır. Öncelikle anne adayları hamilelik döneminde karşı karşıya oldukları risklerin genellikle farkında değildir ve ağız diş sağlığı sorunlarının önlenmesi ve kontrol edilmesi için desteğe ihtiyaç duyarlar. (Ann, 2012), (Das C, Lucia MS, 2017), (Keirse & Plutzer, 2010), (Habashneh & Guthmiller, 2005), (Özen B. ve ark, 2012), (S.Kısa & S.Zeyneloğlu, 2013) Bir diğer faktör ise doğum öncesi doktor kontrol randevularının ağız-diş sağlığı eğitimi için müsait zaman sağlamasıdır. (P. Milgrom & Riedy, 2013) Bunun yanı sıra annelerin eğitim müdahalelerine en güçlü yanıt verdikleri dönemin gebelik olduğu bildirilmiştir. (Lin & Harrison, 2011)

Bu yüzden hamilelik öncesi ve hamilelik döneminde diş hekimi kontrol ziyaretleri büyük önem taşımaktadır. Ağız-diş sağlığı eğitiminin de hamilelik döneminde verilmesi etkinliğini arttırmaktadır.

Amerika'da yapılan araştırmalar sonucu Gebelik Risk Değerlendirme İzleme Sistemi (PRAMS), hamile kadınların yalnızca %23-43'ünün hamilelikleri sırasında diş bakımı aldığını bildirmiştir.(Mary Lyn Gaffield ve diğerleri, 2001) Diğer bir sonuca göre ise ABD'deki kadınların yalnızca %67'sinin diş hekimliği hizmetlerini kullanmakta olduğu ortaya çıkmıştır. (U.S. Department of Health and Human Services, 2000) Davranışsal Risk Faktörü Gözetim Sistemi (BRFSS), 1999 ve 2002 yıllarında gebe kadınların %70'inin önceki 12 ay içinde diş hekimini ziyaret ettiğini ortaya çıkarmıştır. (H. Mark Livingston, 2013) Doğum öncesi ağız- diş bakımına ilk üç aydan sonra başlayan, gebelik düşüncesi olmayan veya yoksul kadınların da ağız- diş sağlığı bakımı alma olasılıklarının daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. (Mary Lyn Gaffield ve diğerleri, 2001)

Araştırmamızda katılımcılara hamilelikleri öncesinde diş hekimini düzenli ziyaret etme durumları sorulduğunda; %27,6'sı düzenli ziyaret ettiğini, %71,7'si düzenli ziyaret etmediğini belirtmiştir. 'Hamileliğiniz sırasında diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?' sorusuna evet diyenler %14,8, hayır diyenler ise %83,3 olarak çoğunlukta bulunmuştur. Hayır diyenlerin

çoğunlukta olmasının nedeni maalesef ülkemizde düzenli diş hekimi kontrolü mantığının oturmamış olması olarak düşünülebilir. Gelişmekte olan ülkelerde masrafları kısmak amacıyla zaruri olmadıkça doktora gidilmediği bilinen bir gerçektir. (Tablo 4.2.2.1.) Diş hekimi ziyaretine gitmenin bilgi düzeylerine katkısına bakıldığında son 2 ayda diş hekimi ziyaretine gidenlerin 1.anket bilgi düzeyi puanı, gitmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.4.2.1.)

Köse ve ark.'nın (Köse, 2010) çalışmasında çocukların ağız hijyeni bilgilerini genellikle ailesinden öğrendiği, Yaşar ve ark.'nın (2007) yaptığı araştırmada; ağız ve diş sağlığı durum ve davranışlarının temelinde ailelerinin olduğu, temel bireysel temizlik kurallarının küçük yaşlarda ailede öğretilerek başlatılmasının kalıcılığı arttırdığı saptanmıştır (Health, 2002) . Bunun yanı sıra çalışmalar, annelerin çocuklarının diş sağlığı alışkanlıklarının gelişiminde önemli bir model olduklarını göstermiştir. (Petersen, 1989), (L.Murauskiene, 2013) Elena ve ark.'nın (Elena & Petr, 2004) 6-12 yaş çocuklarının ağız diş sağlığı durumlarını belirledikleri çalışmada, ebeveyn ve öğretmenlerin ağız sağlığı konusundaki bilgileri değerlendirilmeye alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre çocuklar ağız diş sağlığı bilgilerini ailelerden öğrenmektedir. Bu nedenle çocukların ağız diş sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi, ebeveynlerin de eğitim ve motivasyonunu arttırmakla gerçekleşebilir. Çocuklarda yapılan bir diğer çalışmaya göre (N.Taş, 2016) bilgilendirme sonrası gingival indeks ve diş hekimine kontrole gitme durumlarında anlamlı olumlu değişim olmamıştır. Bu çalışmada bunun sebeplerinden biri olarak ebeveynlerin çalışmaya katılmaması düşünülmüştür.

Bu yüzden çalışmamızda en baştan eğitimin sağlanabilmesi ve sürdürülebilirliği için hamileleri hedef kitle olarak belirleyerek bilgi düzeylerine bakıldı sonrasında ağız diş sağlığıyla ilgili bilgilendirme yapıldı. İlk eğitimin gebelik döneminde yapılması doğum sonrası verilecek eğitim için bir temel oluşturacak ve hatalı davranışların henüz başlamadan önlenebilmesine olanak sağlayacaktır. Başka bir çalışmaya göre ebeveynler ağız diş sağlığı eğitimine katılmadığında çocuk davranışlarında anlamlı olarak olumlu bir değişim görülmemiş olması (N.Taş, 2016) nedeniyle bizim çalışmamızla birlikte anne adayının eğitimi neticesinde çocukların da ağız sağlığı bilinciyle büyütüleceğini öngörmekteyiz.

Gebelik anne adaylarının ve çocuklarının ağız-diş sağlığı açısından çok önemli bir dönemdir. Hamilelik boyunca gerçekleşen immünolojik, hormonal ve vasküler değişiklikler hamilelerin ağız içi ve diş eti dokularında enfeksiyon gelişimini hızlandırır. (Boggess & Edelstein, 2006), (Armitage, 2013)

Araştırmamıza katılan anne adaylarına hamilelikleri sırasında herhangi bir ağız diş sağlığı problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda; %34,6'sı problem yaşadığını, %64,1' i problem yaşamadığını belirtmiştir. (Tablo 4.2.2.1.) Buradan da anlaşılacağı gibi hamilelerin neredeyse 3 te 1'i ağız diş sağlığı problemi yaşadığını belirtmiştir.

Hamilelik dönemindeki ağız içi enfeksiyonlarının erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskini önemli derecede arttırdığı araştırmalarla kanıtlanmıştır. (Offenbacher & Lieff, 2001), (Madianos & Lieff, 2001).

Çalışmamızda hamilelere 'Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz? (Erken doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi)' sorusu yöneltilmiştir. Bu sorunun cevabına 1. ankette evet diyenlerin oranı %33,9 iken 2. Ankette evet diyenlerin oranı %72,9 a çıkmıştır. Hamilelik dönemindeki diş eti problemlerinin erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olma riskinin bilgilendirmesi açısından çalışmamız başarılı olarak kabul edilebilse de tam bilgilendirme için yeterli olmamıştır. Bu da bazı anne adaylarının broşürü tam okumamasından kaynaklanmış olabilir. (Tablo 4.2.2.1.- Tablo 4.3.4.1.)

Anne adaylarının gebelik ile birlikte artan diş eti hastalığı riski ve bu hastalıkların yol açma potansiyeli olduğu erken doğum gibi riskler hakkında bilgi sahibi olmaması yapılan çalışmalarda vurgulanan bir sorundur. (Boggess & Edelstein, 2006), (Keirse & Plutzer, 2010),28 (Özen B. ve ark., 2012), (S.Kısa & S.Zeyneloğlu, 2013) Bu yüzden anne adaylarının bilgi edinme yollarının araştırılması ve bu konuda çalışmalar yapılması eğitim açısından faydalı olacaktır. Yapılan bir çalışmada ebeveynler ağız diş sağlığı bilgisini öncelikle diş hekiminden ikinci olarak da televizyondan almaktadır. (Elena & Petr, 2004)

Bizim çalışmamızda ise annelerin %29.1'i hamilelik sürecinde ağız sağlığı ile ilgili bilgi edinirken, %70.9'u bilgi edinmemiş olduğunu, %22.8'i kitaplardan, %33.3'ü internetten,

%5.3'ü televizyondan, %16.7'si çevreden, %4.4'ü sosyal medyadan, %39.5'i önceki tecrübelerinden, %1.8'i doktordan/kadın doğum uzmanından ve %0.9'u diş hekiminden ağız sağlığı ile ilgili bilgi edinmiş olduğu sonucuna ulaştık. (Tablo 4.2.1.1.) Tecrübelerden edinilen bilgiler en büyük orana sahip olmuşsa da internetten bilgi ediniminin diğer bütün araçlardan daha yaygın olduğu görülmüştür. Ağız diş sağlığı bilgilendirmesi açısından kadın doğum uzmanı/doktorun diş hekiminden daha etkin olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle hamilelik dönemindeki kontrollerde bilgilendirme yapılmasının maliyeti düşük aynı zamanda diğer araçlardan daha etkili bir eğitim sağlayacağı düşünülebilir.

Eğitim amacıyla yapılan çalışmalarda hamilelerin okul eğitim düzeyleri de göz önünde bulundurulmuştur. İzmir'de yapılan bir çalışmaya göre (Öcek & Eden, 2016) annelerin %20.3'ünün eğitim düzeyi ilkokulun altındadır, %65.1'i ise ilkokul veya ortaokul mezunudur. Yaklaşık olarak her dört anneden birinin anadilinin Türkçe olmadığı, %92.4'ünün çalışmadığı, %63.4'ünün eşinin mavi yakalı niteliksiz hizmet işçisi olduğu, %26.2'sinin sosyal güvencesinin, %11.6'sının da sağlık güvencesinin bulunmadığı, aylık geliri asgari ücretin altında olanların grubun %33.7'sini oluşturduğu görülmüştür. (Öcek & Eden, 2016)

Bizim çalışmamızda ise anne adaylarının %19'u ilkokul, %15.4'ü ortaokul, %29.8'i lise, %30.8'i üniversite ve %4.9'u yüksek lisans mezunudur. %25.7'sinin annesi çalışıyorken, %74.3'ünün çalışmamaktadır. %19.9'unun aile geliri 500-2100 TL arasında, %51.7'sinin 2100-4200 TL arasında, %18.8'inin 4200-6300 TL arasında, %6.8'inin 6300-9000 TL arasında, %1.1'i 9000-15000 TL arasında ve %1.7'sinin 15000 TL üstündedir. (Tablo 4.1.1.2.) Bu veriler ışığında mümkün olduğunca Türk toplumunun sosyoekonomik seviyesini yansıtan bir çalışma grubu hedeflenerek, toplumun yapısı çalışmamıza yansıtılmıştır.

Anne eğitim durumlarına ve 1. anket diş fırçalama sıklığına göre diş hekimi ziyaret sıklıkları değerlendirildiğinde eğitim düzeyinin anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Fakat broşür bilgilendirmesi sonrası genel olarak diş hekimi ziyaret sıklığında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tablo 4.1.3.1.) Bunun sonucunda eğitim durumu farkı olmaksızın hamilelere ağız-diş sağlığı eğitimi verildiğinde bilinçlenmenin arttığını görmekteyiz.

Anne eğitim durumuna göre bilgi düzeyi değerlendirmesinde her iki ankette de bilgi düzeyi en yüksek olanların üniversite/ yüksek lisans mezunları olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra çalışan annelerin her iki anket sonucunda da bilgi düzeyi puanları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.4.1.1.)

Sigara kullanım durumlarına bakıldığında; %6.5'inin annesi sigara içerken, %93.5'i içmemektedir. %40.8'inin babası sigara içerken, %59.2'sinin içmemektedir. Bu bilgiye bakarak baba adaylarının sigara içme durumunun %60'a yakın olduğunu görmekteyiz. Fakat sigara içme durumu bilgi düzeyi açısından çalışmamızda anlamlı bir farklılık ortaya çıkartmamıştır. (Tablo 4.4.1.1.)

Çocuk sayısı, anne yaşı, hamilelik haftası gibi değişkenlerin annelerdeki bilgi farkını araştırmak amacıyla iki ankette de bilgi düzeylerine bakıldığında; çocuk sayısının her iki ankette de bilgi düzeyiyle ters orantılı ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır. 1.anket bilgi düzeyi puanı ile çocuk sayısı arasında ters yönlü, %12.2 düzeyinde ($p:0.042$; $p<0.05$), 2.anket bilgi düzeyi puanı ile çocuk sayısı arasında ters yönlü, %21.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.002$; $p<0.05$). Bu bilgiler ışığında çocuk sayısının artmasının annelerin ilgisinin daha çok yöne dağılmasına neden olduğu ve sorumluluk arttırdığı için bilgi edinme imkanlarını kısıtladığı yorumu yapılabilir. Anne yaşı ve hamilelik haftası ise çalışmamızda bilgi düzeyine etkili olmamıştır. (Tablo 4.4.1.2)

Bulaşıcı bir hastalık olan diş çürüğünün oluşumu, eğitim, oral hijyen, flor ve fissür örtücü uygulamaları, uygun beslenme ve düzenli hekim kontrolleri ile önlenebilmektedir. (Longbottom & Ekstrand, 2009) Diş çürüğünün asıl etkeni olan Mutans streptokoklar dişler sürmeden önce başta anne olmak üzere diğer enfekte bireylerden bebeğe kolayca geçebilmektedir. Bu nedenle iyi bir ağız diş sağlığına sahip olmak için dişler sürmeden önce de düzenli olarak ağız temizliğinin yapılması önemlidir. (Özen ve diğerleri, 2012)

Çalışmamızda anne adaylarına 'Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?' sorusu yöneltildiğinde 1. ankette %30,9 evet geçebilir, % 19,9 hayır geçmez derken, %49,1 bilmediğini söylemiştir. (Tablo 4.2.2.1.)2. ankette ise evet diyenlerin oranı %60,8 e çıkmış, hayır diyenler %21,7, bilmiyorum diyenler %17.5 e düşmüştür. (Tablo 4.3.4.1.) Bu durum

broşürdeki bilgilendirmenin çalışmamıza katılan % 30 a yakın yanlış bilgi sahibi hamilenin bilgilerinin düzelmesini sağladığını göstermektedir.

Dişler sürmeden önce Mutans streptokokların kolonizasyonunu engellemek için temiz nemli bir tülbentle dişetleri silinmelidir. Schroth ve ark. (Schroth & Brothwell, 2007) yaptıkları çalışmada, araştırmaya dahil ettikleri okul öncesi çocukların ebeveyn ve bakıcılarının %79.9'unun 'dişleri sürmemiş bebeklerin ağızlarının temizlenmesine ihtiyaç var mı?' sorusuna doğru yanıt verdiklerini bildirmişlerdir. Suma Sogi ve ark. (Suma Sogi, 2016) Hindistan'ın Belagavi bölgesindeki Çocuk Diş Hekimliği bölümüne başvuran hastaların ebeveynlerine yaptıkları anket çalışmasında, ebeveynlerin yaklaşık %80'inin dişetlerinin silinmesi gerektiğini bildiklerini rapor etmişlerdir. Bir diğer çalışmada (Chan & Tsai, 2002) 19-54 aylık çocukların anneleri ve bakıcılarına yapılan anket çalışmalarında "bebeğin ilk dişi sürmeden önce dişetlerinin anneler tarafından temizlenmesi gerekir" sorusuna katılımcıların %83.3'ü doğru yanıt vermiştir. Başka bir çalışmaya göre ise, ankete katılan ebeveynlerin yalnızca %24.4'ünün bu konu hakkında doğru bilgiye sahip olduğu belirlendi (Jahandideh, 2019). Ebeveynlerin davranışları değerlendirildiğinde ise Sehrawat ve ark. (Sehrawat, 2016) annelerin %34.1'inin, Jain ve ark. (Jain & Oswal, 2014) ise annelerin %21.1'nin ilk diş sürer sürmez çocuklarının dişlerini fırçalamaya başladıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmaların aksine (Jahandideh, 2019) yapılan bir başka çalışmada katılan ebeveynlerin yalnızca %16.4'ünün ilk diş sürer sürmez dişlerin fırçalanması gerektiğini bildiği ve %5.7'si gibi çok az bir kısmının ilk diş sürer sürmez çocuklarının dişlerini fırçalamaya başladıkları tespit edildi.

Araştırmamızda hamilelere "Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?" diye sorulduğunda katılımcıların %34,4'ü bilgisi olduğunu, %55,3'ü bilgisi olmadığını, %10,3'ü ise bilgisi olup olmadığını bilmediğini belirtmişlerdir. (Tablo 4.2.2.1.)

Oral hijyen, bebekliğin ilk yılından başlayarak yaşam boyu devam etmesi gereken bir alışkanlık olmalıdır. (Yang Li & Zhang, 2011), (Alshehri & Nasim, 2015) Oral hijyenin sağlanması için yapılan uygulamalarda dental plağın mekanik olarak kontrol altına alınmasında düzenli olarak diş fırçalamanın (macunlu/macunsuz) yapılması, gerekli durumlarda diş ipi ve dil temizleyicisinin kullanılması gerekmektedir. (Ximenez-Fyvie LA, 2000) (Kılıçkaya, 2016)

AAP, AAPD ve TPD Ankara Şubesi çocuklarda diş fırçalama işlemine ilk dişlerin sürmesiyle birlikte başlanması gerektiğini bildirmektedirler. (2014 AAPD, 2014), (AAPD, 2018a)

Bizim çalışmamızda yaptığımız ilk anket sonuçlarına göre annelerin %26.9'u çocukların ağız bakımına ilk süt dişi sürdüğünde, %29.5'i 12 aylıktan sonra, %19.3'ü bütün dişler sürdükten sonra başlanması gerektiğini düşünürken, %24.3'ü konuyla ilgili bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. (Tablo 4.2.2.1.) 2. anket sonuçlarına göre ise annelerin %44.6'sı çocukların ağız bakımına ilk süt dişi sürdüğünde, %28.3'ü 12 aylıktan sonra, %15.4'ü bütün dişler sürdükten sonra başlanması gerektiğini düşünürken, %11.7'si bilmemektedir. (Tablo 4.3.3.1.) Kendi çalışmamız içinde broşür bilgilendirmesi sonrası verilen doğru cevaplarda artış olmuş olsa da; diğer araştırmalarla (Sehrawat, 2016) (Chan & Tsai, 2002) kıyaslandığında bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Fakat Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmaya göre ise (Jahandideh, 2019) bu konu hakkında anne ve babaların birlikte sorulduğunda bilgi düzeyleri ilk ankette dahi daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmada babaların da ankete katılması olarak düşünülebilir.

Ağız-diş sağlığının korunabilmesi için erken dönemde ağız içi muayene yapılması ve uygulanacak koruyucu tedaviler planlanarak gelecekte oluşabilecek problemlerin önüne geçilmelidir. Bu yüzden çocuklarda ilk diş hekimi kontrolü ilk diş sürmeye başladığı zaman (6. ay) ya da en geç 1 yaşında yapılmalıdır.(AAPD, 2014), (AAPD, 2018c) Çocuğun çürük risk durumuna göre diş hekimi kontrol süresi belirlenmelidir. Çocuğun herhangi bir genel sağlık ve yüksek çürük riski ya da ağız-diş sağlığı problemi yoksa diş hekimi kontrol sıklığı 6 ayda bir olmalıdır. (AAPD, 2018b) Farklı ülkelerde yapılan anket çalışmalarında, "çocukların ilk diş hekimi ziyareti ne zaman olmalıdır" sorusuna Amerika'nın Kuzey California bölgesinde %84.9, (Brenda Heaton, 2018) Kanada'nın Manitoba bölgesinde %74.7, (Schroth & Brothwell, 2007) Amerika Kuzey Karolina bölgesinde %53.3, (Miller, 2010) Hindistan'ın Bangalore bölgesinde %40,1 (Vinay, 2011) Polonya'nın Lodz bölgesinde %39.7, (Wapniarska & Buła, 2016) Hong Kong'da %37, (Chan & Tsai, 2002) Romanya'nın Sibiu bölgesinde %28, (Dinea & Domnariu, 2017) Kuveyt'te %24.6, (Ashkanani & Al-Sane, 2013) Kosova'nın Başkenti Priştine'de yalnızca %6, (Begzati, 2014) ve Hindistan'nın Greater Noida bölgesinde ise yalnızca %4.3, (Sehrawat, 2016) katılımcının doğru yanıt verdiği rapor edilmiştir. Ebeveynlerin bu konudaki

bilgi ve davranışlarına bakıldığında ise Hindistan'ın Ghaziabad bölgesinde yapılan bir çalışmada ailelerin yalnızca %15.2'sinin çocuklarını 1 yaşına gelene kadar diş hekimine götürdüğü tespit edilmiştir. (Chhabra & Chhabra, 2012) Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmaya göre ise (Jahandideh, 2019) ebeveynlerin %22.9'u gibi düşük bir oranının ilk diş hekimi ziyareti konusunda doğru yanıt verdiği ve ülkemizde ebeveynlerin çocukların ilk diş hekimi ziyaret zamanı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda "diş hekimi kontrol sıklığı ne olmalıdır" sorusuna doğru cevap yüzdesinin ise %53.26 - %90.5 arasında değiştiği görülmektedir. Yapılan bir diğer çalışmanın sonuçlarına göre ailelerin yalnızca %24.9'unun çocuğunu 6 ayda bir diş hekimine götürdüğü ve ebeveynlerin neredeyse yarısının (%46.4) herhangi bir problem olursa çocuğunu diş hekimine götürdüğü saptandı. (Jahandideh, 2019)

Çalışmamızda çocukların diş hekimine ilk ne zaman götürülmesi gerektiği sorulduğunda yaptığımız ilk anket sonuçlarına göre annelerin %20.8'i ilk süt dişi çıktığı zamanla 1 yaşına gelene kadarki sürede, %38.9'u bütün süt dişleri çıktığı zaman gidilmesi gerektiğini düşünürken, %40.3'ü çocukların diş hekimine ilk ne zaman götürülmesi gerektiğini bilmediğini söylemiştir. (Tablo 4.2.1.1.) 2. anket sonuçlarına göre ise %38.8'i ilk süt dişi çıktığı zamanla 1 yaşına gelene kadarki sürede, %29.6'sı bütün süt dişleri çıktığı zaman ilk diş hekimi kontrolüne gidilmesi gerektiğini düşünürken, %31.7'si bilmediğini belirtmiştir. (Tablo 4.3.3.1.) Bu anket sonuçlarına göre broşür bilgilendirmesi anne adayları üzerinde etkili olmuş fakat bütün katılımcıların doğru bilgiyi öğrenebilmesi için yetersiz kalmıştır.

'Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?' sorusuna çalışmamıza katılan hamilelerin verdiği doğru cevap 1. ankette % 90,3 (Tablo 4.2.2.1.), 2. ankette %97,5 bulunmuştur. (Tablo 4.3.4.1.) Fakat diğer çalışmalarda olduğu gibi diş hekimi kontrol sıklığı hakkında bir soru sorulmadığı için bu konu hakkındaki bilgi düzeyine bakılmamıştır.

Oral hijyenin etkin bir temizlikle sağlanması için günde 2 kere en az 2 dakika boyunca dişlerin fırçalanması gereklidir. (AAPD, 2016b), (Van Der Weijden & Slot, 2011), (Clark & Slayton, 2014), (AAPD fluoride therapy, 2018) Özellikle çocuklarda ince motor becerileri yani el- bilek hareketlerinin tamamen kazanılması 8-9 yaşlarına kadar sürdüğü için diş fırçalama işlemi 8

yaşına kadar ebeveyn denetiminde yapılmalıdır. (A.Mentes & J.Atukeren, 2002), (Singhal, 2009) (Krol & Segura, 2014)

Yapılan bir araştırmaya göre (Jahandideh, 2019) ebeveynlerin büyük kısmının (%79.7) çocuklarda 8 yaşına kadar diş fırçalanmasına yardımcı olması gerektiğini bilmedikleri tespit edilmiş, ebeveynlerin bu konudaki davranışları değerlendirildiğinde ise bunu destekler şekilde %21.6'sının 7 yaş altı çocuğa sahip olmasına rağmen, sadece %9.6'sının çocuklarına fırçalama sırasında yardım ettiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda sorulan 'Çocuklar kaç yaşından sonra anne-baba yardımı olmadan dişlerini fırçalayabilir?' sorusuna hamilelerin cevapları;

1. anket sonuçlarına göre %52'si 3 yaşından, %40.7'si 6 yaşından, %6.6'sı 8 yaşından ve %0.7'si 12 yaşından sonra çocukların anne babasız diş fırçalamaları gerektiği, (Tablo 4.2.1.1.)

2. anket sonuçlarına göre %46'sı 3 yaşından, %40.6'sı 6 yaşından, %13'ü 8 yaşından ve %0.4'ü 12 yaşından sonra çocukların anne babasız diş fırçalamaları gerektiği yönünde olmuştur. Doğru bilgi olan 8 yaşından sonra cevabı % 6,6 dan % 13 e çıkmış olsa da yanlış bilen hamile sayısı fazla bulunmuştur. (Tablo 4.3.3.1.) Bunun nedeni genel olarak Türk toplumunda ağız bakımına verilen önemin az olması olarak düşünülebilir. Aynı zamanda çok çocuklu aile yapısı annelerin iş yükünü arttırarak çocuklarının ağız hijyen alışkanlıklarına olan ilgilerini azaltmakta olduğu yorumu da yapılabilir.

Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada (Wyne, 2017) ebeveynlerin %22.6'sının, Türkiye'nin Karabük bölgesinde yapılmış olan bir çalışmada (A. Özyürek, 2015) annelerin %30.43'ünün günde 2 kez dişlerin fırçalanması gerektiğini bildiği, İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada bu oranın %71 olduğu tespit edilmiştir. (Blinkhorn, 2001)

Hindistan'da yapılan bir araştırmaya göre (Chhabra & Chhabra, 2012) 1-4 yaş arası çocukların ebeveynlerinin %10.5'inin çocuklarının dişlerini fırçalama sıklığının günde 2 kez olduğunu ve %36.5'nin ise aile gözetiminde fırçalama yapılmasının gerektiğini bildiklerini saptamışlardır. Petersen ve ark. (Petersen, 1995) annelerin ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi ve alışkanlıklarını değerlendirdikleri çalışmalarının sonucunda çocukların %37'sinin günde 2 kez diş fırçaladığını

ve annelerin %26'sının diş fırçalama sırasında yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Sehrawat ve ark. (Sehrawat, 2016) okul öncesi çocukların ailelerinin %31.4'ünün günde 2 kez fırçalanması gerektiğini bildiğini bunun yanı sıra %59'nun da annelerin yardımı içe fırçalanması gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir.

Araştırmamızda hamilelere yöneltilen 'Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?' sorusuna 1. ankette %90,5 evet cevabı (Tablo 4.2.2.1.), 2. ankette ise %98,3 evet cevabı verilmiştir. (Tablo 4.3.4.1.) Bu durumda broşür bilgilendirmesinin etkin olduğu düşünülebilmesine rağmen; bu soru genel bir bilgiyi irdelediği için bu konuda net bir yorum yapmamızı engellemektedir.

Flor uygulamaları diş çürüklerinin önlenmesi amacıyla kullanılan en yaygın yöntemlerden biridir. Mine dokusuyla temas eden topikal flor uygulamaları diş çürüğünü engellemede daha etkilidir. (Blumer & Ratson, 2018) Ancak 3 yaşından küçük çocuklarda yutma riski yüksek olduğu için sürüntü, pirinç tanesi büyüklüğünde yani çok az miktarda flor içerikli macun kullanımı önerilmektedir. (AAPD, 2019) , (Wyckoff, 2015)

İlk süt dişi sürdüğünde diş macunu kullanılmaya başlanmasının önemini belirtmek ve bilgilendirme yapmak amacıyla "Çocuklarda diş macunu kullanımına ne zaman başlanmalıdır?" sorusu yöneltilmiştir. Araştırmamızdaki 1. anket sonuçlarına göre hamilelerin %8.7'si ilk süt dişi çıktığında, %25.3'ü bütün süt dişleri çıktığında, %53.7'si 3 yaşından sonra ve %12.3'ü 6 yaşından sonra diş macunu kullanımına başlanması gerektiğini düşünmektedir. (Tablo 4.2.1.1.) 2. ankete göre ise hamilelerin %25'i ilk süt dişi çıktığında, %18.3'ü bütün süt dişleri çıktığında, %47.5'i 3 yaşından sonra ve %9.2'si 6 yaşından sonra diş macunu kullanımına başlanması gerektiğini düşünmektedir. (Tablo 4.3.3.1.) İlk anket ve 2. anket arasında doğru cevap verenlerin oranı % 8,7 den %25 e çıkmıştır. Bu da broşür bilgilendirmemizin etkili olduğunu göstermektedir. Fakat katılanların çoğunluğu bütün dişler çıktıktan sonra macun kullanılması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada 12-24 aylık çocukların ebeveynlerinde ağız ve diş sağlığı bilgi ve tutumları değerlendirildiğinde (Gussy, 2008) %73.8'inin florun diş çürüğünü önlemede etkili olduğunu ve %51.3'ünün içme suyundaki florun diş çürüğü oluşumunu engellemede

yardımcı olduğuna inandıkları saptanmıştır. Petersen ve ark. (Petersen, 1995) Romanya'daki ilkokul çocuklarının annelerinde yaptıkları bir anket çalışmasında; %79'unun, Suma Sogi ve ark. (Suma Sogi, 2016) da 72 aydan küçük çocukların ebeveynlerin yaklaşık %70'inin florun diş çürüğünü önlemede önemli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda hamilelere sorulan 'Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?' sorusuna 1. ankette %30,9 evet cevabı alınmış (Tablo 4.2.2.1.), 2. ankette ise bu oran %51, 2 ye çıkmıştır. (Tablo 4.3.4.1.) Flor hakkında bilgilendirme etkili olmuş olsa da yaklaşık %50 katılımcının doğru bilgiye sahip olması yeterli görülmemektedir.

Yapılan bir çalışmada (Jahandideh, 2019), diğer ülkelerde yapılan benzer çalışmaların (Liu & Zhu, 2007), (Schroth & Brothwell, 2007), (Ann, 2012) aksine çok daha düşük bir kesim, ailelerin yalnızca %39.7'sinin florlu diş macunu ile fırçalamanın çürük önlenmesinde etkili olduğunu ve %26.9'unun da florlu diş macunu ile 3 yaşından sonra fırçalanmaya başlanması gerektiğini bildiği belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki 1. anket sonuçlarına göre hamilelerin kendilerine sorulduğunda %61.1'i florlu diş macunu kullanırken, %34.8'inin organik içerikli diş macunu kullanmakta ve %4.1'i diş macunu kullanmamaktadır. (Tablo 4.1.2.1.) Broşür bilgilendirmesi sonrası yapılan 2. Ankete göre ise hamilelerin %76.9'u florlu diş macunu kullanırken, %22.7'si organik içerikli diş macunu kullanmakta ve %0.4'ü diş macunu kullanmamaktadır. (Tablo 4.3.2.1.) Florlu diş macunu kullanımının gerekliliğinin broşürde bilgilendirmesi yapıldığı için kullananların oranında artış görülmüştür.

Malezya'da yapılan bir çalışmada (Ann, 2012) anne babaların yarısı uykuda biberon kullanmanın diş çürüğüne yol açtığını bilmediğini, Amerika'da yapılan göçmen anneleri kapsayan başka bir çalışmada ise katılımcıların %88'i biberonla uyutmanın doğru olmadığını belirtmiştir. (Das C, Lucia MS, 2017). Uzun süreli biberon kullanımının, düşük gelirli Latin okul öncesi çocuklarında yapılan bir çalışmada EÇÇ riskini arttırdığı görülmüştür. (Hoeft, 2010) Başka bir Asya çalışması, emzirme süresinin uzamasına bağlı olarak ECC için artan bir risk göstermiştir. (Van Palenstein Helderman, 2006)

Araştırmamızda 1. ankete göre hamilelerin %38,5'i gece biberonla beslenmenin çürük oluşumuna neden olabileceğini düşünürken, %18,5 oluşturmayacağını belirtmiş, %43'ü bilmediğini söylemiştir. (Tablo 4.2.2.1.) 2. anket sonuçlarına göre ise hamilelerin % 70,8'i gece biberonla beslenmenin çürük oluşturabileceğini söylemişlerdir. (Tablo 4.3.4.1.) Bu durumda doğru bilgiye sahip olanların oranının neredeyse iki katına çıktığı görülmekte, bu da eğitimle anne bilgi seviyesinin gelişmiş ülkeler düzeyine rahatlıkla çıkarılabileceğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aynı zamanda sık sık ve uzun süre emzirmenin çürük oluşumuna neden olacağı ile ilgili sorduğumuz soruda 1. ankete göre %9,4 evet çürüğe neden olur, %54,7 hayır neden olmaz derken %35,9 bilmediğini söylemiştir. (Tablo 4.2.2.1.) 2. Ankette ise bilgilendirmemize bağlı olarak sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olur diyenlerin oranı %27,9'a çıkmış olsa da hayır neden olmaz ve bilmiyorum diyenlerin toplam oranı %72,1 olarak çoğunlukta kalmıştır. (Tablo 4.3.4.1.) Bunun nedenlerinden biri olarak hamilelerin emzirmenin önemini bildikleri fakat bebek için önemli olduğu için çürük oluşturmayacağını düşündükleri çıkarımı yapılabilir.

Çalışmamızda çocuğun biberondan kesilmesi gereken yaş aralığına 1. anket sonuçlarına göre hamilelerin %44,4'ü 12-18 aylıkken kesilmeli diyerek doğru cevap vermiştir. (Tablo 4.2.1.1.) 2. ankette bu oran %54,4'e yükselmiş, (Tablo 4.3.3.1.) böylece düşük bir orana bile olsa broşürle bilgilendirmenin etkili olabildiği sonucu çıkartılmıştır.

Yaş ilerledikçe çocuklarda çürük oluşumunda günlük alınan karbonhidrat miktarından çok alım sıklığı ve zamanı etkili olmaya başlar. (Krol, 2003), (P. Gupta & Gupta, 2013) Özellikle ara öğünlerde ve gece yatmadan önce şeker içeren, karbonhidrat ağırlıklı gıdaların tüketimi yüksek çürük riskine neden olmaktadır. (Zafar, 2009), (Van Palenstein Helderman, 2006), (AAPD, 2019)

Çalışmamızda anne adaylarının karbonhidratların sık alımının çürüğe neden olduğu bilgisini sorgulamak için 'Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi? sorusu yöneltildi. 1. anket sonucuna göre % 94,9 çürüğe neden olacağını söylerken, (Tablo 4.2.2.1.) 2. Anket sonucunda bu oran % 99,6 ya çıkmıştır. 2. anketlere göre sadece %0,4'ü

çürüğe neden olmayacağını söylemiştir. (Tablo 4.3.4.1.) Bunun sonucunda neredeyse ankete katılan tüm hamilelerin bu bilgiyi doğru bildiği ortaya çıkmıştır.

Genel olarak baktığımızda çalışmamızda amacımız hem bilgi düzeyi ölçmek hem de bilgilendirmek olduğu için iki anket arası bilgi düzeyi puanları değerlendirildiğinde; 2. ankette bilgi düzeylerinde, 1. anket sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış ortaya çıkmıştır. (Tablo 4.4.4.1)

Kısıtlamalar

a. Araştırmamız pandemi dönemine denk geldiği için ulaşılabilen kişi sayısı sınırlı kalmıştır.
b. Broşür bilgilendirmesi sonrası 2. anketlerin yapılması için telefonla iletişimde zorluklar yaşanıp, ulaşılamayan kişiler olmuştur. Telefonla ulaşılanların bir kısmı yeni doğum yapmış olduğu için anket sorularına cevap verebilecekleri müsait zamanlarının olmadığını belirterek ya cevaplayamamış ya da birkaç hafta sonra cevaplayabileceklerini söylemişlerdir. Bu da 2. ankete katılan bazı katılımcılarda cevaplama süresini 1 aydan 2 aya kadar uzatmıştır.

Sonuçlar

a. Çalışmamızda broşür bilgilendirmesinin iki anket arasındaki bilgi düzeyinde anlamlı fark oluşturduğu görülmüştür.
b. Eğitim düzeyinin bilgi düzeylerindeki etkisine bakıldığında ilkokul/ortaokul mezunlarının bilgi düzeylerinin diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.
c. Broşür bilgilendirmesi her ne kadar bilgi düzeyini arttırmış olsa da yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir.
d. Broşür katılımcılara sadece görsel olarak hitap ettiği için yetersiz kalmış olabileceği, bilgilendirmelerin hem görsel, hem işitsel olmasında fayda olacağı sonucu çıkartılabilir.
e. Eğitimle birlikte hamilelerde eğitim seviyesinin arttırılabileceği görülmüştür. Bilgi düzeylerinin arttırılmasında hem ucuz hem de herkese kolaylıkla ulaştırılabilme imkanı sağlayan broşür yönteminin etkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın ulusal ağız sağlığı politikalarını oluştururken yol gösterici çalışmalardan biri olarak ülkemize katkı sağlaması hedeflenmektedir.

REFERANSLAR

A. Özyürek, 2015. (2015). *İlkokul Öğrencileri ve Annelerinin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Investigation of the Oral Health Knowledge and the Practice of the Elementary School Students and Their Mothers Giriş*. *30*, 28–31.

A.Mentes, & J.Atukeren. (2002). *A study of manual toothbrushing skills in children aged 3 to 11 years*. *27*(1), 91–94.

AAP. (2001). Committee on Nutrition The Use and Misuse of Fruit Juice in Pediatrics. *Pediatrics*, *107*(5), 1210–1213.

AAP. (2003). American Academy of Pediatrics. *Encyclopedia of Obesity*, *111*(5). https://doi.org/10.4135/9781412963862.n14

AAPD. (2002). *Policy on the use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants , children and adolescents*. *55*, 1995–1997.

AAPD. (2009). Dental growth and development. *Frontiers of Oral Biology*, *13*(3), 100–101. https://doi.org/10.1159/000242399

AAPD. (2016a). Guideline on oral health care for the pregnant adolescent. *Pediatric Dentistry*, *38*(6), 163–170.

AAPD. (2016b). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 60–62.

AAPD. (2017). Policy on Interim Therapeutic Restorations (ITR). *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 58–59.

AAPD. (2018a). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 254–267. https://doi.org/10.1016/b978-0-323-60826-8.00024-9

AAPD. (2018b). Perinatal and infant oral health care. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 216–220.

AAPD. (2018c). Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory

guidance/counseling, and oral treatment for infants children and adolescents. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 194–204.

AAPD. (2019). Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 205–212.

AAPD 2011. (2012). Guideline on infant oral health care. *Pediatric Dentistry*, *34*(5).

AAPD, 2014. (2014). American Academy of Pediatrics. *Encyclopedia of Obesity*, *111*(5). https://doi.org/10.4135/9781412963862.n14

AAPD, 2018. (2018). Policy on the dental home. *Pediatric Dentistry*, *40*(6), 29–30.

AAPD fluoride therapy. (2018). Fluoride Therapy. *Comprehensive Preventive Dentistry*, 251–282. https://doi.org/10.1002/9781118703762.ch16

ADA. (2014). Fluoride toothpaste use for young children. *The Journal of the American Dental Association*, *145*(2), 190–191. https://doi.org/10.14219/jada.2013.47

Aggeborn, L., & Öhman, M. (2020). The Effects of Fluoride in the Drinking Water. *Journal of Political Economy*. https://doi.org/10.1086/711915

Al-Salehi, S. K. (2009). Effects of bleaching on mercury ion release from dental amalgam. *Journal of Dental Research*, *88*(3), 239–243. https://doi.org/10.1177/0022034508328676

Alshehri, A., & Nasim, V. S. (2015). Infant oral health care knowledge and awareness among parents in Abha city of Aseer Region, Saudi Arabia. *Saudi Journal for Dental Research*, *6*(2), 98–101. https://doi.org/10.1016/j.sjdr.2015.01.001

American Dental Association (ADA). (2018). *Guidance on Caries Risk Assessment in Children*. *June*, 2–64.

American Dental Association (ADA), & Food and Drug Administration (FDA). (2012). *Dental Radiographic Examinations: Recommendations For Patient Selection And Limiting Radiation Exposure*. *ADA Positions, Policies and Statements*, 1–27. http://www.ada.org/~/media/ADA/Member

Center/FIles/Dental_Radiographic_Examinations_2012.ashx

American Dental Association Council on Scientific Affairs. (2006). Professionally applied topical fluoride: Evidence-based clinical recommendations. *Journal of the American Dental Association, 137*(8), 1151–1159. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0356

Ann, S. (2012). Early Childhood Caries: Parent's Knowledge, Attitude and Practice Towards Its Prevention in Malaysia. *Oral Health Care - Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices*. https://doi.org/10.5772/33898

Armitage, G. C. (2013). Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2000*, *61*(1), 160–176. https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00396.x

Arrow, P., Raheb, J., & Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health, 13*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-245

Ashkanani, F., & Al-Sane, M. (2013). Knowledge, attitudes and practices of caregivers in relation to oral health of preschool children. *Medical Principles and Practice, 22*(2), 167–172. https://doi.org/10.1159/000341764

Bagnall, S. (2009). Basic guide to oral health education and promotion. In *Vital* (Vol. 7, Issue 1). https://doi.org/10.1038/vital1068

Bashash, M., & Thomas, D. (2017). Prenatal fluoride exposure and cognitive outcomes in children at 4 and 6–12 years of age in Mexico. *Environmental Health Perspectives*, *125*(9), 1–12. https://doi.org/10.1289/EHP655

Begzati, A. B. (2014). Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health & Preventive Dentistry*, *12*(2), 133–140. https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a31667

Beltrán-Aguilar, E. D., Barker, L., & Dye, B. A. (2010). Prevalence and severity of dental fluorosis in the United States, 1999-2004. *NCHS Data Brief, 53*, 1–8.

Beltrán, E. D. (2005). *Surveillance for Dental Caries, Dental Sealants, Tooth Retention, Edentulism, and Enamel Fluorosis --- United States, 1988--1994 and 1999--2002*. *54*(03), 1–40.

Berg, J. H. (2016). *Early Childhood Oral Health*. http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf

Bergendal, E. (2011). Evaluation of a Brief Tailored Motivational Intervention to Prevent Early Childhood Caries. *Bone*, *23*(1), 1–7. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00613.x.Evaluation

Berkowitz, R. J., & Jordan, H. V. (1975). The early establishment of Streptococcus mutans in the mouths of infants. *Archives of Oral Biology*, *20*(3), 171–174. https://doi.org/10.1016/0003-9969(75)90005-9

Blinkhorn, A. S. (2001). Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *International Dental Journal*, *51*(6), 435–438. https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.2001.tb00856.x

Blumenshine, S. L., Vann, W. F., Gizlice, Z., & Lee, J. Y. (2008). Children's school performance: Impact of general and oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, *68*(2), 82–87. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00062.x

Blumer, S., & Ratson, T. (2018). Parents' attitude towards the use of fluorides and fissure sealants and its effect on their children's oral health. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, *42*(1), 6–10. https://doi.org/10.17796/1053-4628-42.1.2

Boggess, K. A. (2008). Maternal oral health in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, *111*(4), 976–986. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816a49d3

Boggess, K. A., & Edelstein, B. L. (2006). Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal and Child Health Journal*, *10*(1), 169–174. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0095-x

Boggess, K. A., Lieff, S., Murtha, A. P., Moss, K., Beck, J., & Offenbacher, S. (2003).

Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, *101*(2), 227–231. https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02314-1

Boggess, K. A., Urlaub, D. M., Massey, K. E., Moos, M. K., Matheson, M. B., & Lorenz, C. (2010). Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women: An in vitro study. *Journal of the American Dental Association*, *141*(5), 553–561. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0228

Brambilla, E., & Felloni, A. (1998). Caries prevention during pregnancy: Results of a 30-month study. *Journal of the American Dental Association*, *129*(7), 871–877. https://doi.org/10.14219/jada.archive.1998.0351

Brenda Heaton. (2018). Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries. *Physiology & Behavior*, *176*(1), 139–148. https://doi.org/10.1117/12.2549369.Hyperspectral

Broadbent, J. M., Thomson, W. M., Ramrakha, S., Moffitt, T. E., Zeng, J., Page, L. A. F., & Poulton, R. (2015). Community water fluoridation and intelligence: Prospective study in New Zealand. *American Journal of Public Health*, *105*(1), 72–76. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301857

Bruce A. Dye. (1998). Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children. *Pediatric Dentistry*, *6*(4), 315–320. https://doi.org/10.1016/s0967-2109(98)00021-0

Burton L. Edelstein. (1998). Chronic Disease Management Strategies of Early Childhood Caries: Support from the Medical and Dental Literature. *Pediatric Dentistry*, *6*(4), 315–320. https://doi.org/10.1016/s0967-2109(98)00021-0

Buzalaf, M. A. R., Pessan, J. P., Honório, H. M., & Cate, J. M. ten. (2011). Mechanisms of Action of Fluoride for Caries Control. *Monogr Oral Sci.*, *22*, 97–114.

California Dental Association Foundation American College of Obstetricians. (2010). Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health

professionals. *Journal of the California Dental Association*, *38*(6).

Caufield. (1997). *Dental caries a transmissible and infectious disease revisited a position*. *1997*. http://hist.library.paho.org/English/ACHR/ACMR11_5.pdf%0Ahttps://iris.paho.org/handle/10665.2/47408

Caufield, P. W., Cutter, G. R., & Dasanayake, A. P. (1993). Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. *Journal of Dental Research*, *72*(1), 37–45. https://doi.org/10.1177/00220345930720010501

Center for Disease Control and Prevention. (2001). *Recommendations for Using Fluoride to Prevent and Control Dental Caries in the United States*. *50*.

Chan, S., & Tsai, J. (2002). Feeding and Oral Hygiene Habits of Pre School Children in Hong Kong. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *12*(5), 322–331.

Chattopadhyay, A. (2011). *Oral Health Epidemiology*.

Chhabra, N., & Chhabra, A. (2012). Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: A quantitative study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, *13*(2), 76–82. https://doi.org/10.1007/BF03262848

Clark, M. B., & Slayton, R. L. (2014). Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics*, *134*(3), 626–633. https://doi.org/10.1542/peds.2014-1699

Crystal, Y. O., & Niederman, R. (2019). Evidence-Based Dentistry Update on Silver Diamine Fluoride. *Dental Clinics of North America*, *63*(1), 45–68. https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.08.011

Das C, Lucia MS, H. K. and T. J. (2017). 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & Behavior*, *176*(3), 139–148.

David J Manton, L. H.-C. (2002). Pediatric dentistry. *British Dental Journal*, *193*(6), 299–300.

https://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0200

Dela Cruz, G. G., Rozier, R. G., & Slade, G. (2004). Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, *114*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2004-1269

Dinea, S. D., & Domnariu, C. D. (2017). Evaluation of parental knowledge about oral health of a preschool children population. *Acta Medica Transilvanica*, *22*(4), 6–8. http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2017/Nr4-en/Dinea.pdf

Doğan, B. G. (2007). (2007). *Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri*.

Dr. Recai Oğur*, D. Ö. F. T. (2003). Anket Nasıl Hazırlanır? *Sted*, *12*(9), 336–340.

Drury, T. F., Horowitz, A. M., Ismail, A. I., Maertens, M. P., Rozier, R. G., & Selwitz, R. H. (1999). Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *Journal of Public Health Dentistry*, *59*(3), 192–197. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1999.tb03268.x

Durlacher, R. (1994). *Experimental gingivitis during pregnancy.pdf*.

Edelstein, B. L., & Chinn, C. H. (2009). Update on Disparities in Oral Health and Access to Dental Care for America's Children. *Academic Pediatrics*, *9*(6), 415–419. https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.09.010

Edelstein, B. L., & Reisine, S. (2015). Fifty-one million: A mythical number that matters. *Journal of the American Dental Association*, *146*(8), 565–566. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.06.003

Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *129*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

El-Radhi, A. S. (2018). Pediatric Symptom and Sign Sorter. In *e-conversion - Proposal for a Cluster of Excellence*.

Elena, B., & Petr, L. (2004). Oral Health and Children Attitudes Among Mothers and

Schoolteachers in Belarus. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, *6*(2), 40–43.

F.T.Şahin, 2007. (2007). *Aile Eğitim Programlarına Niçin Gereksinim Duyulmuştur ? Aile Eğitim Programları Neden Önemlidir ?*

FDI. (2014). Oral health. *Journal of Extreme Events*, *01*(01), 1403001. https://doi.org/10.1142/s2345737614030018

From The Centers For Disease Control And Prevention. (1999). *Achievements in Public Health , 1900-1999 : Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries*. *283*(10), 1283–1286.

Gao, S. S., Zhao, I. S., Hiraishi, N., Duangthip, D., Mei, M. L., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2016). Clinical trials of silver diamine fluoride in arresting caries among children: A systematic review. *JDR Clinical and Translational Research*, *1*(3), 201–210. https://doi.org/10.1177/2380084416661474

Gaszyńska, E., Klepacz-Szewczyk, J., Trafalska, E., Garus-Pakowska, A., & Szatko, F. (2015). Dental awareness and oral health of pregnant women in Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *28*(3), 603–611. https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00183

Ge, Y. (2008). Streptococcus mutans and Streptococcus sanguinis colonization correlated with caries experience in children. *Caries Research*, *42*(6), 444–448. https://doi.org/10.1159/000159608

Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Safari-Moradabadi, A., & Torabi, S. (2018). Oral and dental health care during pregnancy: Evaluating a theory-driven intervention. *Oral Diseases*, *24*(8), 1606–1614. https://doi.org/10.1111/odi.12928

Ghazal, T., Levy, S. M., Childers, N. K., Broffitt, B., Cutter, G., Wiener, H. W., Kempf, M., Warren, J., & Cavanaugh, J. (2015). Prevalence and incidence of early childhood caries among African-American children in Alabama. *Journal of Public Health Dentistry*,

75(1), 42–48. https://doi.org/10.1111/jphd.12069

Gomez, S. S., & Weber, A. A. (2001). Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *11*(2), 117–122. https://doi.org/10.1046/j.1365-263x.2001.00255.x

Griffin, S. O., Gooch, B. F., Beltran, E., Sutherland, J. N., & Barsley, R. (2000). Dental services, costs, and factors associated with hospitalization for Medicaid-eligible children, Louisiana 1996-97. *Journal of Public Health Dentistry*, *60*(1), 21–27. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2000.tb03287.x

Güler, Ç., Eltas, A., Güneş, D., Görgen, V. A., & Ersöz, M. (2012). Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*, 19–24.

Gupta, P., & Gupta, N. (2013). Role of Sugar and Sugar Substitutes in Dental Caries: A Review. *ISRN Dentistry*, *2013*, 1–5. https://doi.org/10.1155/2013/519421

Gupta, S. (2015). Comparative evaluation of oral health knowledge, practices and attitude of pregnant and non-pregnant women, and their awareness regarding adverse pregnancy outcomes. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *9*(11), ZC26–ZC32. https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13819.6756

Gussy, M. G. (2008). Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Australian Dental Journal*, *53*(1), 52–60. https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.00010.x

H. Mark Livingston. (2013). Considerations in the management of the pregnant patient. *Ocean & Coastal Management*, *80*(5), 132. https://doi.org/10.1016/j.ocecoaman.2013.03.010

Habashneh, R. Al, & Guthmiller, J. M. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, *32*(7), 815–821. https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2005.00739.x

Hallas, D., & Fernandez, J. B. (2015). OHEP: An Oral Health Education Program for Mothers

of Newborns. *Journal of Pediatric Health Care*, *29*(2), 181–190. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.11.004

Hamilton, F. A., & Davis, K. E. (1999). An oral health promotion programme for nursing caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *9*(3), 195–200. https://doi.org/10.1046/j.1365-263x.1999.00132.x

Haque, S. E., Rahman, M., Itsuko, K., Mutahara, M., Kayako, S., Tsutsumi, A., Islam, M. J., & Mostofa, M. G. (2016). Effect of a school-based oral health education in preventing untreated dental caries and increasing knowledge, attitude, and practices among adolescents in Bangladesh. *BMC Oral Health*, *16*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12903-016-0202-3

Health, D. (2002). *DİŞ Sağliği KonusundBilgiDüzeyleri*. 137–142.

Heilman, J. R., Kiritsy, M. C., Levy, S. M., & Wefel, J. S. (1997). Fluoride concentrations of infant foods. *Journal of the American Dental Association*, *128*(7), 857–863. https://doi.org/10.14219/jada.archive.1997.0335

Heilman, J. R., Kiritsy, M. C., Levy, S. M., & Wefel, J. S. (1999). Assessing fluoride levels of carbonated soft drinks. *Journal of the American Dental Association*, *130*(11), 1593–1599. https://doi.org/10.14219/jada.archive.1999.0098

Hilgers, K. K., & Douglass, J. (2003). Adolescent pregnancy: A review of dental treatment guidelines. *Pediatric Dentistry*, *25*(5), 459–467.

Hoeft, S. (2010). Urban Mexican-American mothers' beliefs about caries etiology in children. *Bone*, *23*(1), 1–7. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00528.x.Urban

Houston, A. (2020). *Anket Hazırlama Kılavuzu*.

Hughes, D. (2010). Oral health during pregnancy and early childhood: barriers to care and how to address them. *Journal of the California Dental Association*, *38*(9), 655–660.

Hujoel, P. P., Lydon-Rochelle, M., Bollen, A. M., Woods, J. S., Geurtsen, W., & Del Aguila,

M. A. (2005). Mercury exposure from dental filling placement during pregnancy and low birth weight risk. *American Journal of Epidemiology*, *161*(8), 734–740. https://doi.org/10.1093/aje/kwi100

Hujoel, P. P., Zina, G. L., Moimaz, S. A. S., & Joana, C. C. (2009). Infant formula and enamel fluorosis A systematic review. *Journal of the American Dental Association*, *140*(7), 841–854. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0278

International Association of Pediatric Dentistry. (2020). *Caries Risk Assessment and Care Pathways: Foundational Articles and Consensus Recommendations, 2020*. 2019–2020. https://iapdworld.org/wp-content/uploads/2020/04/01_Caries-Risk-Assessment-and-Care-Pathways.pdf

Ismail, A. I. (1998). Prevention of early cl & jhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *26*(1), 49–61.

Isokangas, P., Soderling, E., Pienihakkinen, K., & Alanen, P. (2000). Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age. *Journal of Dental Research*, *79*(11), 1885–1889. https://doi.org/10.1177/00220345000790111201

J.Y.Lee ve ark. (2016). A New Definition for Oral Health. *Journal of Dental Research*, *96*(2), 125–127. https://doi.org/10.1177/0022034516682718

Jahandideh, A. (2019). *EBEVEYNLERİN AĞIZ - DİŞ SAĞLIĞINDAKİ KORUYUCU UYGULAMALAR HAKKINDAKİ EBEVEYNLERİN AĞIZ - DİŞ SAĞLIĞINDAKİ*.

Jain, R., & Oswal, K. (2014). Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children′s oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *Journal of Dental Research and Scientific Development*, *1*(2), 40. https://doi.org/10.4103/2348-3407.135073

Jeffcoat, M. K., Geurs, N. C., Reddy, M. S., Goldenberg, R. L., & Hauth, J. C. (2001). Current evidence regarding periodontal disease as a risk factor in preterm birth. *Annals of*

Periodontology / the American Academy of Periodontology, *6*(1), 183–188. https://doi.org/10.1902/annals.2001.6.1.183

Jeffcoat, Marjorie K., Hauth, J. C., Geurs, N. C., Reddy, M. S., Cliver, S. P., Hodgkins, P. M., & Goldenberg, R. L. (2003). Periodontal Disease and Preterm Birth: Results of a Pilot Intervention Study. *Journal of Periodontology*, *74*(8), 1214–1218. https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.8.1214

Keirse, M. J. N. C., & Plutzer, K. (2010). Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, *38*(1), 3–8. https://doi.org/10.1515/JPM.2010.007

Kiritsy, M. C., Levy, S. M., Warren, J. J., Guha-Chowdhury, N., Heilman, J. R., & Marshall, T. (1996). Assessing fluoride concentrations of juices and juice-flavored drinks. *Journal of the American Dental Association*, *127*(7), 895–902. https://doi.org/10.14219/jada.archive.1996.0347

Kılıçkaya, M. M. (2016). *Halitazisin Güncel Tanı ve Tedavisi*. *January*.

Kırzıoğlu Z, Gürbüz T, Şimşek S, Yağdıran A, K. O. (2002). *Erzurum, Bursa ve Isparta illerinde, 2-5 yaş grubu çocuklarda çürük sıklığı ve bazı risk faktörlerinin değerlendirilmesi*.

Köhler, B., & Andréen, I. (1984). The effect of caries preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria streptococcus mutans and lactobacilli in their children. *Archives of Oral Biology*, *39*(10), 907–911. https://doi.org/10.1016/0003-9969(94)90023-X

Köhler, B., & Andréen, I. (1994). Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. *Archives of Oral Biology*, *39*(10), 907–911. https://doi.org/10.1016/0003-9969(94)90023-X

Köhler, Birgitta. (1978). Intrafamilial levels of Streptococcus mutans and some aspects of the bacterial transmission. *European Journal of Oral Sciences*, *86*(1), 35–42.

https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.1978.tb00605.x

Köhler, Birgitta, Andréen, I., & Jonsson, B. (1988). The earlier the colonization by mutans streptococci, the higher the caries prevalence at 4 years of age. *Oral Microbiology and Immunology*, *3*(1), 14–17. https://doi.org/10.1111/j.1399-302X.1988.tb00598.x

Köse, S. (2010). *12-13 Yaş Grubu Çocuklarda Oral Hijyen Eğitiminin Etkinliği*. 44–52.

Krol, D. M. (2003). Dental caries, oral health, and pediatricians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *33*(8), 253–270. https://doi.org/10.1016/S1538-5442(03)00093-2

Krol, D. M., & Segura, A. (2014). Maintaining and improving the oral health of young children. *Pediatrics*, *134*(6), 1224–1229. https://doi.org/10.1542/peds.2014-2984

Kwon, H.-J. E., & Jiang, R. (2018). Development of Teeth ☆. In *Reference Module in Biomedical Sciences* (2nd ed., Issue July 2017). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-801238-3.64113-2

L.Murauskiene. (2013). Health Systems in Transition - Lithuania Health system review. *Health Systems in Transition*, *15*(2), 179.

Ladrillo, T. E., Hobdell, M. H., & Caviness, A. C. (2006). Increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997-2001. *Journal of the American Dental Association*, *137*(3), 379–385. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0188

Law, V., & Seow, W. K. (2007). Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. *Australian Dental Journal*, *52*(2), 93–100. https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00471.x

Lenzi, T. L., Montagner, A. F., Soares, F. Z. M., & De Oliveira Rocha, R. (2016). Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Dental Association*, *147*(2), 84-91.e1. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.06.018

Leverett, D. H., Adair, S. M., Vaughan, B. W., Proskin, H. M., & Moss, M. E. (1997). Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. *Caries Research*, *31*(3), 174–179. https://doi.org/10.1159/000262394

Levy, S. M., Kiritsy, M. C., Guha-Chowdhury, N., Heilman, J. R., & Wefel, J. S. (1995). Infants' Fluoride Intake from Drinking Water Alone, and from Water Added to Formula, Beverages, and Food. *Journal of Dental Research*, *74*(7), 1399–1407. https://doi.org/10.1177/00220345950740071201

Levy, S. M., & Warren, J. J. (2003). Fluoride, beverages and dental caries in the primary dentition. *Caries Research*, *37*(3), 157–165. https://doi.org/10.1159/000070438

Li, Y., & Caufield, P. W. (1995). The Fidelity of Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants from Their Mothers. *Journal of Dental Research*, *74*(2), 681–685. https://doi.org/10.1177/00220345950740020901

Li, Yang, & Zhang, Y. (2011). Associations of social and behavioural factors with early childhood caries in Xiamen city in China. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *21*(2), 103–111. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01093.x

Li, Yihong, & Wang, W. (2000). The Fidelity of Mutans Streptococci Transmission and Caries Status Correlate with Breast-Feeding Experience among Chinese Families. *Caries Research*, *34*(2), 123–132. https://doi.org/10.1159/000016579

Lin, D. L., & Harrison, R. (2011). Can a prenatal dental public health program make a difference? *Journal of the Canadian Dental Association*, *77*, 1–7.

Linnett, V., & Seow, W. K. (2001). Dental erosion in children: A literature review. *Pediatric Dentistry*, *23*(1), 37–43.

Liu, M., & Zhu, L. (2007). Changing use and knowledge of fluoride toothpaste by schoolchildren, parents and schoolteachers in Beijing, China. *International Dental Journal*, *57*(3), 187–194. https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2007.tb00124.x

Longbottom, C., & Ekstrand, K. (2009). Traditional preventive treatment options.

Monographs in Oral Science, *21*, 149–155. https://doi.org/10.1159/000224219

López, N. J., Smith, P. C., & Gutierrez, J. (2002). Periodontal Therapy May Reduce the Risk of Preterm Low Birth Weight in Women With Peridotal Disease: A randomized Controlled Trial. *Journal of Periodontology*, *73*(8), 911–924. https://doi.org/10.1902/jop.2002.73.8.911

Madianos, P. N., & Lieff, S. (2001). Maternal periodontitis and prematurity. Part II: Maternal infection and fetal exposure. *Annals of Periodontology / the American Academy of Periodontology*, *6*(1), 175–182. https://doi.org/10.1902/annals.2001.6.1.175

Marshall, T. A., Levy, S. M., Broffitt, B., Warren, J. J., Eichenberger-Gilmore, J. M., Burns, T. L., & Stumbo, P. J. (2003). Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*, *112*(3 Pt 1). https://doi.org/10.1542/peds.112.3.e184

Mary Lyn Gaffield ve diğerleri. (2001). *Oral health during pregnancy An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*. *January*, 43.

Mayer, C., & Joseph, K. S. (2013). Fetal growth: A review of terms, concepts and issues relevant to obstetrics. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, *41*(2), 136–145. https://doi.org/10.1002/uog.11204

McGaw, T. (2002). Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants. *Journal (Canadian Dental Association)*, *68*(3), 165–169.

Medeiros, P. B. V., & Otero, S. A. M. (2015). Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *25*(1), 29–34. https://doi.org/10.1111/ipd.12094

Merrick, J., & Chong, A. (2012). Reducing disease burden and health inequalities arising from chronic disease among Indigenous children: An early childhood caries intervention. *BMC Public Health*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-323

Meyer, K., & Geurtsen, W. (2010). An early oral health care program starting during pregnancy. *Clinical Oral Investigations*, *14*(3), 257–264. https://doi.org/10.1007/s00784-

009-0297-x

Milgrom, P. (2010). Children's tooth decay in a public health program to encourage low-income pregnant women to utilize dental care. *BMC Public Health*, *10*. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-76

Milgrom, P. M., Huebner, C. E., & Ly, K. a. (2009). FLUORIDATED TOOTHPASTE FOR ECC: FAILURE TO MEET THE NEEDS OF OUR YOUNG. *J Am Dent Assoc*, *140*(6), 2008–2010.

Milgrom, P., & Riedy, C. A. (2013). Design of a community-based intergenerational oral health study: " Baby Smiles." *BMC Oral Health*, *13*(1), 1. https://doi.org/10.1186/1472-6831-13-38

Miller, E. (2010). Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*, *126*(1), 107–114. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2887

Mobley, C., & Marshall, T. A. (2009). The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries. *Academic Pediatrics*, *9*(6), 410–414. https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.09.008.The

Mohan, A., Morse, D. E., O'Sullivan, D. M., & Tinanoff, N. (1998). The relationship between bottle usage/content, age, and number of teeth with mutans streptococci colonization in 6-24-month-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *26*(1), 12–20. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb01918.x

Morgan, M. A., & Cragan, J. D. (2010). Management of prescription and nonprescription drug use during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *23*(8), 813–819. https://doi.org/10.3109/14767050903387045

Mouradian, W. E. (2001). The Face of a Child: Children's Oral Health and Dental Education. *Journal of Dental Education*, *65*(9), 821–831. https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2001.65.9.tb03429.x

Moynihan, P. (2016). Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *Advances in Nutrition*, *7*(1), 149–156.

https://doi.org/10.3945/an.115.009365

N.Taş, 2016. (2016). *T.c. hacettepe üniversitesi diş hekimliği fakültesi*.

Nakre, D., & Har, A. G. (2020). *Effect veness of oral health educat on programs : A systemat c rev ew Full Text Introduct on Object ves Collect and collate all nformat on on oral health educat on programsAssess the programs based on var ous cod ng cr ter aAssess*. 1–10.

National Institute. (2020). *Dental Caries (Tooth Decay) in Children Age 2 to 11 On this page Dental Caries in Primary (Baby) Teeth Dental Caries in Primary Baby Teeth (Prevalence).*

New York State Practice Guidelines. (2006). *August*.

Nowak, Casamassimo, 2013. (2013). *Pediatric Dentistry*.

O'Sullivan, D. M., & Tinanoff, N. (1996). The association of early dental caries patterns with caries incidence in preschool children. *Journal of Public Health Dentistry*, *56*(2), 81–83. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.1996.tb02401.x

Öcek, Z. A., & Eden, E. (2016). Mid-term assessment of a programme conducted in Izmir for improving oral health in pregnant women and reducing caries in children: changes in the level of knowledge of the mothers. *Turkish Journal of Public Health*, *14*(2), 68–80. http://ezproxy.library.usyd.edu.au/login?url=https://search.proquest.com/docview/1858078037?accountid=14757%0Ahttps://sydney.alma.exlibrisgroup.com/openurl/61USYD_INST/61USYD_INST:sydney?genre=article&issn=13041096&title=Mid-term+assessment+of+a+programme

Offenbacher, S., & Lieff, S. (2001). *Maternal Periodontitis and Prematurity . Part I : Obstetric*. *6*(1), 164–174.

Oxman, A. D. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, *328*(7454), 1490–1494. https://doi.org/10.1136/bmj.328.7454.1490

Ozen, B., & Diğerleri, V. (2016). Evaluation of possible associated factors for early childhood caries and severe early childhood caries: A multicenter cross-sectional survey. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, *40*(2), 118–123. https://doi.org/10.17796/1053-4628-40.2.118

Özen, B., Özer, L., Başak, F., Altun, C., & Açikel, C. (2012). Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. *Medical Principles and Practice*, *21*(4), 318–322. https://doi.org/10.1159/000334635

Petersen, P. E. (1989). Guttman scale analysis of dental health attitudes and knowledge. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *17*(4), 170–172. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1989.tb00603.x

Petersen, P. E. (1995). Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontologica Scandinavica*, *53*(6), 363–368. https://doi.org/10.3109/00016359509006002

Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, *3*(May). https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30

Plutzer, K., & Spencer, A. J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *36*(4), 335–346. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00414.x

R.Levine, & StillmanLowe, C. (2015). *The Scientific Basis of Oral Health Education* (Vol. 32, Issue 2). https://doi.org/10.1922/CDH_Levine02

R.Levine, & StillmanLowe, C. (2019). Health Education- The scientific Basis of Oral Health Education. *Community Dental Health*, 1–10.

Redmond, C. A., & Hamilton, F. A. (2001). An investigation into the value and relevance of oral health promotion leaflets for young adolescents. *International Dental Journal*, *51*(3), 164–168. https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.2001.tb00834.x

Reisine, S., & Douglass, J. M. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *26*(1 SUPPL.), 32–44. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb02092.x

Robert K Creasy, & Robert Reznick. (2014). Creasy and Reznick's Maternal and Fetal Medicine: Principles and Practice. *Elsevier*, 624–653.

Rohde, F. (2020). *STATISTICAL BRIEF # 415 : Dental Expenditures in the 10 Largest*. *2010*(figure 4), 10–14.

Rosen, M. (1999). Management of anesthesia for the allergic patient. *Annals of Allergy*, *7*(4), 534–539.

Rowland, A. S., Baird, D. D., Shore, D. L., Weinberg, C. R., Savitz, D. A., & Wilcox, A. J. (1995). Nitrous oxide and spontaneous abortion in female dental assistants. *American Journal of Epidemiology*, *141*(6), 531–538. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117468

Ruma, M. (2008). Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *198*(4), 389.e1-389.e5. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.12.002

S.Kısa, & S.Zeyneloğlu. (2013). *Doğum Sonu Servisinde Yatan Kadınların Gebelikteki Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Diş Hekimine Gitme Durumları [Inpatient Postpartum Women' s Status of Oral Hygiene Habits and Visit to The Dentist during Their Most Recent Pregnancy]*. *12*(1), 65–74.

Sachs, H. C. (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics*, *132*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985

Santos, A. P. P. dos. (2013). A systematic review and meta-Analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *41*(1), 1–12. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00708.x

Satcher, D. (2017). Revisiting oral health in America: A report of the surgeon general. *American Journal of Public Health*, *107*, S32–S33. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303687

Satish, V. (2016). Knowledge, Attitudes, and Oral Health Practices of School Children in Davangere. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, *9*(2), 172–176. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1358

Schroth, R. J., & Brothwell, D. J. (2007). Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *International Journal of Circumpolar Health*, *66*(2), 153–167. https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18247

Sehrawat, P. (2016). Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children's mothers in Greater Noida, India. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, *23*(3), 152–157. https://doi.org/10.4103/1117-1936.190344

Singhal, P. (2009). *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2–6.

Sinner, B., Becke, K., & Engelhard, K. (2014). General anaesthetics and the developing brain: An overview. *Anaesthesia*, *69*(9), 1009–1022. https://doi.org/10.1111/anae.12637

Skeie, M. S., Raadal, M., Strand, G. V., & Espelid, I. (2006). The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - A longitudinal study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *16*(3), 152–160. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2006.00720.x

Söderling, E., Isokangas, P., Pienihäkkinen, K., & Tenovuo, J. (2000). Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. *Journal of Dental Research*, *79*(3), 882–887. https://doi.org/10.1177/00220345000790031601

Söderling, Eva, Isokangas, P., Pienihäkkinen, K., Tenovuo, J., & Alanen, P. (2001). Influence of Maternal Xylitol Consumption on Mother-Child Transmission of Mutans Streptococci: 6-Year Follow-Up. *Caries Research*, *35*(3), 173–177. https://doi.org/10.1159/000047452

Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological

changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, *27*(2), 89–94. https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021

Suma Sogi, H. (2016). Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A Questionnaire study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *5*(2), 286. https://doi.org/10.4103/2249-4863.192332

Sundaram, G., Ramakrishnan, T., Parthasarathy, H., Raja, M., & Raj, S. (2018). *disease : A cross - link of sorts ! May*, 113–118. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp

T.Sasmaz. (2014). *HALK SAĞLIĞI GÜNLERİ*.

Talekar, B. S. (2005). Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *Journal of the American Dental Association*, *136*(3), 364–372. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0179

Thorild, I., Lindau, B., & Twetman, S. (2006). Caries in 4-year-old children after maternal chewing of gums containing combinations of xylitol, sorbitol, chlorhexidine and fluoride. *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *7*(4), 241–245. https://doi.org/10.1007/BF03262559

Tinanoff, N., Kanellis, M. J., & Vargas, C. M. (2002). Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatric Dentistry*, *24*(6), 543–551.

Togoo, R. A., Al-Almai, B., Al-Hamdi, F., Huaylah, S. H., Althobati, M., & Alqarni, S. (2019). Knowledge of Pregnant Women about Pregnancy Gingivitis and Children Oral Health. *European Journal of Dentistry*, *13*(02), 261–270. https://doi.org/10.1055/s-0039-1693236

Toumba, K. J., Twetman, S., Splieth, C., Parnell, C., van Loveren, C., & Lygidakis, N. (2019). Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*, *20*(6), 507–516.

https://doi.org/10.1007/s40368-019-00464-2

TÜİK. (2014). *ÇOCUK Statistics on Child Statistics on Child*.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. 332. hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. (2015). U.S. public health service recommendation for fluoride concentration in drinking water for the prevention of dental caries. *Public Health Reports*, *130*(4), 318–331. https://doi.org/10.1177/003335491513000408

US food and Drug adm. (2020). *On this page : What should I know before getting a dental amalgam filling ? Benefits of Dental Amalgam : Potential Risks of Dental Amalgam :* 12–15.

Van Der Weijden, F., & Slot, D. E. (2011). Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: The evidence. *Periodontology 2000*, *55*(1), 104–123. https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2009.00337.x

Van Palenstein Helderman, W. H. (2006). Risk factors of early childhood caries in a southeast Asian population. *Journal of Dental Research*, *85*(1), 85–88. https://doi.org/10.1177/154405910608500115

Vinay, S. (2011). *Feeding and oral hygiene habits of children attending daycare centres n Bangalore and their caretakers oral health knowledge , attitude and practices*. 20–22.

Virdi, M. S. (n.d.). *ORAL HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND Edited by Mandeep Singh Virdi*.

Virdi, M. S. (2012). *Oral Health Care Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices*.

Wan, A. K. L., & Seow, W. K. (2001). Association of streptococcus mutans infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. *Journal of Dental Research*, *80*(10), 1945–

1948. https://doi.org/10.1177/00220345010800101601

Wang, H. Y., & Petersen, P. E. (2002). The second national survey of oral health status of children and adults in China. *International Dental Journal*, *52*(4), 283–290. https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2002.tb00632.x

Wapniarska, K., & Buła, K. (2016). Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children in the light of survey research. *Przegląd Epidemiologiczny*, *70*(1), 59–63.

Weyant, R. J., Tracy, S. L., Anselmo, T. T., Beltrán-Aguilar, E. D., Donly, K. J., Frese, W. A., Hujoel, P. P., Iafolla, T., Kohn, W., Kumar, J., Levy, S. M., Tinanoff, N., Wright, J. T., Zero, D., Aravamudhan, K., Frantsve-Hawley, J., Meyer, D. M., & American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Topical Fluoride Caries Preventive Agents. (2013). Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *Journal of the American Dental Association (1939)*, *144*(11), 1279–1291. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24177407%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4581720

WHO-Oral-Health-Surveys-5.edition. (2011). Basic Methods. *Numerical Methods and Optimization in Finance*, 287–336. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-375662-6.00011-0

WHO. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organization - Technical Report Series*, *916*. https://doi.org/10.1093/ajcn/60.4.644a

WHO. (2004). Health Promotion. *Scientific American*, *290*(6), 48. https://doi.org/10.1038/scientificamerican0604-48

WHO. (2018). Guideline: Sugars intake for adults and children. *World Health Organization*, *57*(6), 1716–1722.

Wright, J. T., Hanson, N., Ristic, H., Whall, C. W., Estrich, C. G., & Zentz, R. R. (2014). Systematic review: Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: A systematic review. *Journal of the American Dental Association*, *145*(2), 182–

189. https://doi.org/10.14219/jada.2013.37

Wyckoff, A. S. (2015). *Fluoride toothpaste should be used when child ' s first tooth erupts : AAP*. *35*(9).

Wyne, A. H. (2017). Oral health comprehension in parents of Saudi cerebral palsy children. *Saudi Dental Journal*, *29*(4), 156–160. https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2017.07.004

Ximenez-Fyvie LA. (2000). The effect of repeated professional supragingival plaque removal on the compo- sition of the supra- and subgingival microbiotaXim%E9nezFyvie_et_al-2000-Journal_of_Clinical_Periodontology.pdf. *Journal of Clinical Periodontology*, *27*(October 1999), 637–647.

Yenen, Z., & Ataçağ, T. (2019). Oral care in pregnancy. *Journal of the Turkish German Gynecology Association*, *20*(4), 264–268. https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0139

Zafar, S. (2009). Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *International Dentistry SA*, *4*(3), 24–37. http://www.moderndentistrymedia.com/july_aug2009/zafar.pdf

Zhao, I. S., Gao, S. S., Hiraishi, N., Burrow, M. F., Duangthip, D., Mei, M. L., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2018). Mechanisms of silver diamine fluoride on arresting caries: a literature review. *International Dental Journal*, *68*(2), 67–76. https://doi.org/10.1111/idj.12320

Bilge,O.M. , Akgül,H.M. , Dağistan, S. (2012). Diş Hekimliğinde Muayene ve Oral Diagnoz

Özcan, İ. (2007). Sistemik Yaklaşımlarala Oral diagnoz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Afşin, H. (2006). Diş Hekimliğinde Anamnez. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Özcan, Ş.(1997). Oral Diagnoz.

Koch,G. ve Poulsen,S. Çocuk Diş Hekimliğine Klinik Yaklaşım. Medya Yayın Grubu

Türk Diş Hekimleri Birliği. (2015). Erişim:15.08.2016.
http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında İstanbul'da doğdum. İlköğrenimimi Aksaray Mahmudiye Etüt ve Beslenme İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Liseye Şehremini Anadolu Lisesi'nde devam ederek Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde Diş Hekimliği Fakültesini kazandım. 2016 yılında Diş Hekimi olarak mezun oldum. 2 yıl farklı özel kurumlarda diş hekimi olarak çalıştıktan sonra Eylül 2018'de Altınbaş Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı Master programına başladım.

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAY FORMU

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 1 **Tarih: 27.02.2020**
Konu : Aysu Özaltay hk.

Sayın Doç. Dr. Buğra Özen
Çocuk Diş Hekimliği

İlgi : Altınbaş Üniversitesi Çocuk Diş Diş Hekimliği Anabilim Dalının 18/11/2019 tarihli yazısı ile Altınbaş Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'un 2019/1 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2019/1 dosya numaralı **Aysu Özaltay'a** ait **"Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışma, kurulumuzun **13/02/2020 tarih ve 01 sayılı** toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa Aydın BARLAS
Altınbaş Üniversitesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: Altınbaş Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**
	AÇIK ADRESİ:	**Kartaltepe Mah. İncirli cad. No:11 Bakırköy / İstanbul**
	TELEFON	**(0 212) 709 45 28**
	FAKS	**(0 212) 445 81 71**
	E-POSTA	etikkurul@altinbas.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	**2019/1**			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Doç Dr. Buğra Özen / Dt. Aysu Özaltay**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Çocuk Diş hekimliği**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**Altınbaş Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi**			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz : **Anket Çalışması (Tez)**			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ■	ULUSAL ■	ULUSLAR ARASI ☐

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	■		Türkçe ■	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	■		Türkçe ■	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU	■		Türkçe ■	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	■		Türkçe ■	İngilizce	Diğer

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ		
	SİGORTA		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	■	**Araştırmacı tarafından karşılanacaktır.**
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ		
	İLAN		
	YILLIK BİLDİRİM		
	SONUÇ RAPORU		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER:		

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:1**	**Tarih: 13/02/2020**
	Yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	**19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik**
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Mustafa Aydın BARLAS**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Mustafa Aydın BARLAS	Farmakoloji	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Başkanı)	E ■	K	E	H ■	E ■	H	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Tıp Etiği	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E	K ■	E	H ■	E ■	H	
Doç.Dr. Buğra ÖZEN	Çocuk Diş Hekimliği	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ■	K	E ■	H	E ■	H	Oylamaya katılmadı
Doç Dr. Üyesi Yekbun ADIGÜZEL	Biyofizik	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E	K ■	E	H ■	E ■	H	
Dr. Öğr. Üyesi Gülkızılca YÜRÜR	Tıp Etiği	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E	K ■	E	H ■	E ■	H	
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim TUNÇ	Biyoistatistik	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E	K ■	E	H ■	E	H ■	
Dr.Öğr. Üyesi Emir RUŞEN	Nöroloji	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E ■	K	E	H ■	E ■	H	
Avukat Figen ERBEK	Avukat	Altınbaş Üniversitesi (Etik Kurul Üyesi)	E	K ■	E	H ■	E ■	H	
Dr.Öğr.Üye Ebaye Hafer	Farmakoloji	Altınbaş Ün.		K ■		H ■	E ■		

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK 2 ANKETİN YAPILDIĞI HASTANELERE GÖNDERİLEN İZİN YAZILARI

Ek-2a

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3994

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3994 05/11/2019
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Bahçelievler Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://auebys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/8VESF6

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2b

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3995

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3995 05/11/2019
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
KADIN DOĞUM ANABİLİM DALI

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://aucbys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/84ESH1

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2c

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3996

ALTINBAS ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3996 05/11/2019
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ FLORYA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini müsaadelerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://auebys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/NFESHN

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2d

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3999

ALTINBAS ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3999
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

05/11/2019

Fatih Medical Park Hastanesi Başhekimliğine

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini müsaadelerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://auebys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/NFESF4

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2e

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3998

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3998 . 05/11/2019
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

Gaziosmanpaşa Medical Park Hastanesi Başhekimliğine

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini müsaadelerinize arz ederim.

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi - Gaziosmanpaşa Şubesi
GELEN EVRAK
TARİH: 08.11.19
SAAT :

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://auebys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/8AESFK

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2f

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3993

ALTINBAS ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3993
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

05/11/2019

ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://aucbys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/6PESRZ

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

Ek-2f

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/11/2019-3997

ALTINBAS ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi

Sayı : 96136591-300-E.3997 05/11/2019
Konu : Aysu ÖZALTAY Tez Çalışması İzni

FATİH HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Buğra Özen'in danışmanlığında 183206009 no'lu yüksek lisans öğrencimiz Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması için anket çalışması yapılması gerekmektedir.

Anket çalışmasında hamilelerin ağız diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocuklarının ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme yapılacaktır. Böylece genel vücut sağlığına da etkisi olan ağız sağlığının geliştirilmesi ve bebeklerin ağız sağlığına dikkat edilmesi konusuna önem verilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hastalara yapılacak çalışma hakkında anket formu öncesi bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilecektir. Hastaların bilgileri saklı tutulacak, tez çalışması harici herhangi başka bir kurum ya da kişiyle paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmalarının kurumunuzda yapılabilmesi için gereğini müsaadelerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hakkı SUNAY
Dekan

Evrakı Doğrulamak İçin : http://auebys.altinbas.edu.tr/enVision/Dogrula/ACESFR

Adres:Kartaltepe Mah. İncirli Cad. No:11 Bakırköy / İstanbul
Telefon:(0 212) 604 01 00 Faks(0 212) 445 81 71
e-Posta:info@altinbas.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.altinbas.edu.tr/

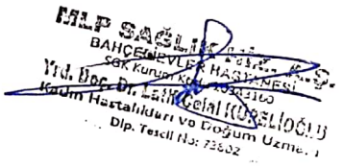
Bilgi için: Pınar AYVERDİ KILIÇASLAN
Unvanı: Fakülte Sekreteri
Tel No: (0 212) 604 01 00

EK-3 ANKETİN YAPILDIĞI HASTANELERDEN GELEN İZİN YAZILARI

Ek-3a

T.C. ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversitenizin Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı 183206009 numaralı yüksek lisans öğrencisi Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anketi"'ni kurumumuzdaki hamilelere uygulamasında sonrasında broşür dağıtarak bilgilendirme yapmasında ve anketleri tekrarlamasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.



EK-3b

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/11/2019-7935

T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 97706721-900-
Konu : Etik Kurul

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Dt. Aysu ÖZALTAY'ın, 08.11.2019 tarihli dilekçesi.

Dt. Aysu ÖZALTAY'ın ilgi dilekçesi gereğince, "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmayı Hastanemizde uygulama istemi Etik Kurul onayı ile beraber başvurması halinde Tıbbi Direktörlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Fadlullah AKSOY
Hastane Tıbbi Direktörü

EK-3c

BİRUNİ
ÜNİVERSİTE HASTANESİ
"Sağlık denince."

TIBBİ/ BİLİMSEL ARAŞTIRMAYA ÖZGÜ HASTA BİLGİLERİNE ULAŞMAK İÇİN İZİN BELGESİ

Onay verilmesi durumunda verilen onay sadece ilgili talep için geçerlidir. Bu sebeple elde edilen veriler başka bir çalışma için kullanılamaz, kullanılmak istenmesi durumunda tekrar izin onayı için başvuru yapılması gerekmektedir.

AÇIKLAMALAR

1.) **Formdaki tüm soruları yanıtlayınız ve gereken yerleri doldurunuz.**
2.) **Formu iki nüsha olarak doldurup imzaladıktan sonra Başhekimliğe gönderiniz.**
3.) **İzin onayı alındıktan sonra Bilgi Sistemleri Müdürü'ne izin belgesiyle başvurunuz.**

GENEL BİLGİLER

1. Araştırma Sorumluları (Unvanı, Adı ve Soyadı):

Dt. AYSU ÖZALTAY

2. Yardımcı Araştırmacılar (Unvanı, Adı ve Soyadı):

—

3. Tıbbi / Bilimsel Araştırmanın Başlığı:

Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anketi

4. Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı:

18 Kasım 2019 – 18 Haziran 2019

5. Araştırmanın Türü:

Anket çalışması

6. Tıbbi / Bilimsel Araştırmanın Amaç / Kapsamı : (50 kelimeyi geçmeyecek şekilde belirtiniz).

Anket çalışmasında hamilelerin Ağız-Diş sağlığı ve bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilecek aynı zamanda doğacak çocukların ağız bakımı ile ilgili bilgi düzeylerine de bakılarak bilgilendirme için broşür düzenlenecektir. Broşür sonrası tekrar anket düzenlenecektir.

7. Hasta ile ilgili hangi bilgileri talep ediyorsunuz: (Maddeler halinde yazınız)

1) İsim-soyisim
2) Boy-kilo-yaş
3) Telefon-mail
4) Kan grubu
5) Kaçıncı hamilelik / kaç çocuk sahibi
6) Anne babanın eğitim durumu, geliri
7) Annenin ağız bakımı, bilgi düzeyi
8) Annenin çocuklardaki ağız bakımı ve diş leme süreciyle ilgili bilgi düzeyi

BAŞVURU SAHİBİ :

1. Başvuruda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu,
2. Araştırma süresi boyunca protokole, konuyla ilgili tüm mevzuat düzenlemelerine, etik değer ve ilkelere uyulacağını,
3. Elde edilen Hasta bilgilerinin herhangi başka bir araştırmada ve/veya amaçla kullanılmayacağını,
4. Araştırmada Hastanın kimliğini ortaya koyacak kişisel bilgileri kullanmayacağımı,
4. Araştırma sona erdikten sonra, ilgili araştırmanın sonuç raporu/ belgesinin bir kopyasını Hastane Başhekimliğine sunacağımı taahhüt ederim.

Ad Soyad: AYSU ÖZALTAY **Tarih:** 06/11/19 **İmza:**

BAŞHEKİMLİK ONAYI :

Başvuru Sahibinin Talebi ; ☑ **Onaylanmıştır** ☐ **Reddedilmiştir**

Onay Tarihi : 06/11/2019 **Kaşe / İmza:**

IRUNİ ÜNİVERSİTE HASTANESİ
SAĞLIK EĞİTİMİ UYG. ve ARŞ. MERKEZİ
Doç. Dr. Mahir CENGİZ
BaşHekim
Dip.Tes.No:223887, Kurum Kodu:11349977
TESİS KODU 11349977

EK-3d

T.C. ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilimdalı 153206009 numaralı yüksek lisans öğrencisi DİLAYSU Öztaştan'ın kurumumuzda gebelere anket çalışması yaparak bilgisini değerlendirmesi tarafımızca sakıncalı görülmüştür.

FATİH 1995 BAŞHEKİMLİĞİ MEDICALPARK HOSPITAL

MEDİCALPARK - Fatih
Kurum Kodu:12345430
Dr. Züfü ÖZKILIÇ
Hastane Müdürü
Diş No: 3600 Diş Tesc. No: 130150

EK-3e

Gaziosmanpaşa

Tarih: 11/11/2019

Sayı: 2019/ 761

Konu: Aysu ÖZALTAY Tez Çalışma İzni hk.

T.C.
ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi'ne

İlgi: E-3998 Sayılı ve 05.11.2019 tarihli yazınıza istinaden;

İstanbul İli Gaziosmanpaşa İlçesi Merkez Mahallesi Çukurçeşme Caddesi No:57-59 adresinde olan İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gaziosmanpaşa Şubesinde olarak faaliyet göstermekteyiz.

Üniversiteniz Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı 183206009 numaralı öğrencisi Aysu ÖZALTAY'ın kurumumuzda gebelere anket çalışması yaparak broşür dağıtmasında tarafımızca sakıncası bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Başhekim Yrd.

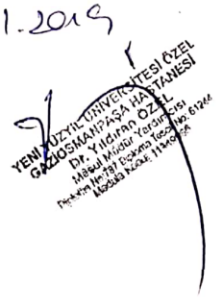
Merkez Mahallesi Çukurçeşme Cad. No: 57-59 Gaziosmanpaşa/İstanbul 444 66 23

EK-3f

T.C. ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversitenizin Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı 183206009 numaralı yüksek lisans öğrencisi Aysu Özaltay'ın "Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anketi"'ni kurumumuzdaki hamilelere uygulamasında sonrasında broşür dağıtarak bilgilendirme yapmasında ve anketleri tekrarlamasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

18.11.2019



EK-3g

08.11.19

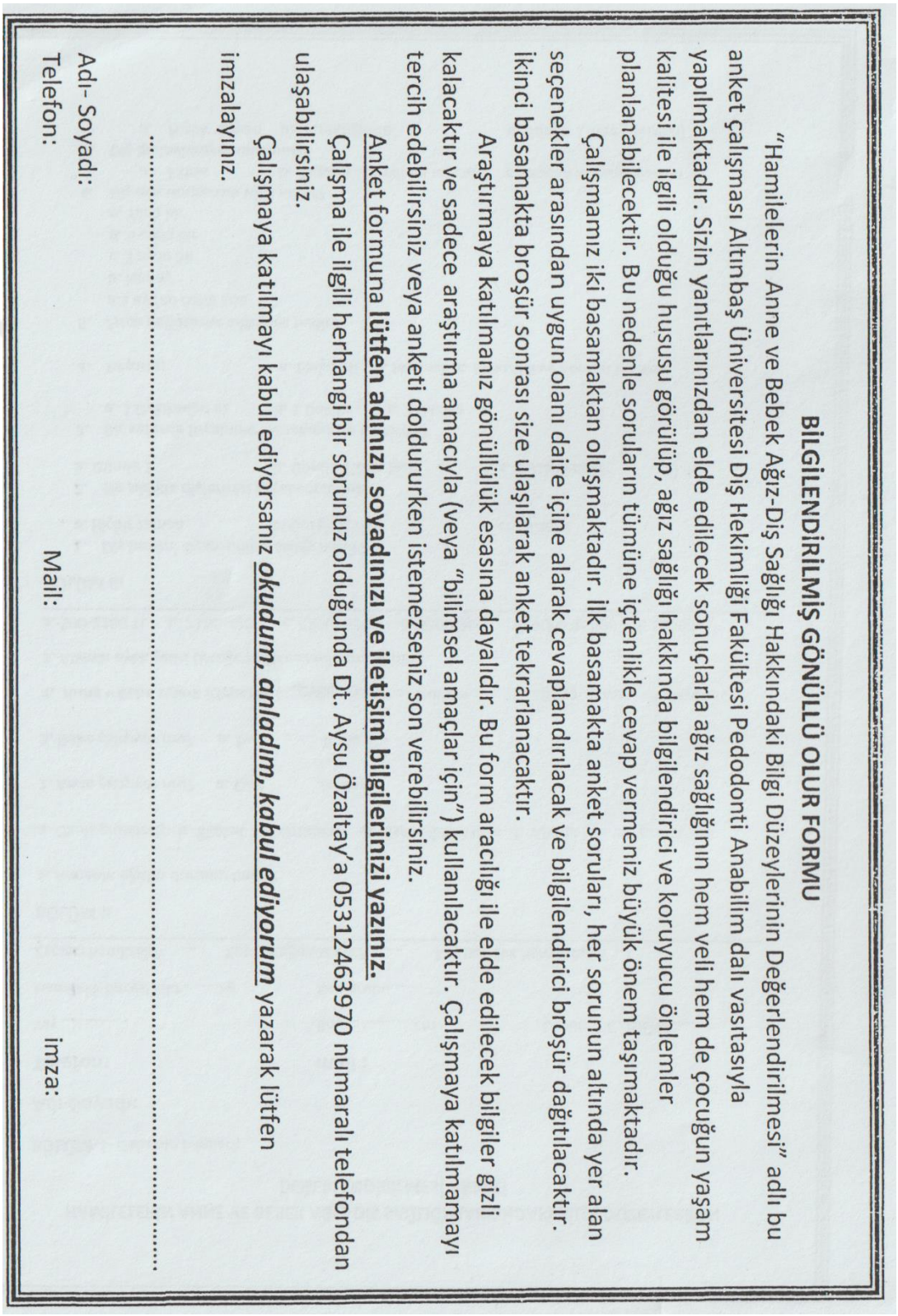
T.C. ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversitenize Diş Hekimliği fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim dalı 18320609 numaralı ~~yüksek~~ lisans öğrencisi Dt. Aysu Özaltay'ın kurumumuzda gebelere anket çalışması yaparak broşür dağıtmasında tarafımızca sakınca yoktur.

ÖZEL FATİH HASTANESİ
Dr.Paşa DAĞISTANLI
Meşul Müdür

ÖZEL 1981 İSTANBUL FATİH HASTANESİ

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

"Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı bu anket çalışması Altınbaş Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim dalı vasıtasıyla yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla ağız sağlığının hem veli hem de çocuğun yaşam kalitesi ile ilgili olduğu hususu görülüp, ağız sağlığı hakkında bilgilendirici ve koruyucu önlemler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız iki basamaktan oluşmaktadır. İlk basamakta anket soruları, her sorunun altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak cevaplandırılacak ve bilgilendirici broşür dağıtılacaktır. İkinci basamakta broşür sonrası size ulaşılarak anket tekrarlanacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna **lütfen adınızı, soyadınızı ve iletişim bilgilerinizi yazınız.**

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Dt. Aysu Özaltay'a 05312463970 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

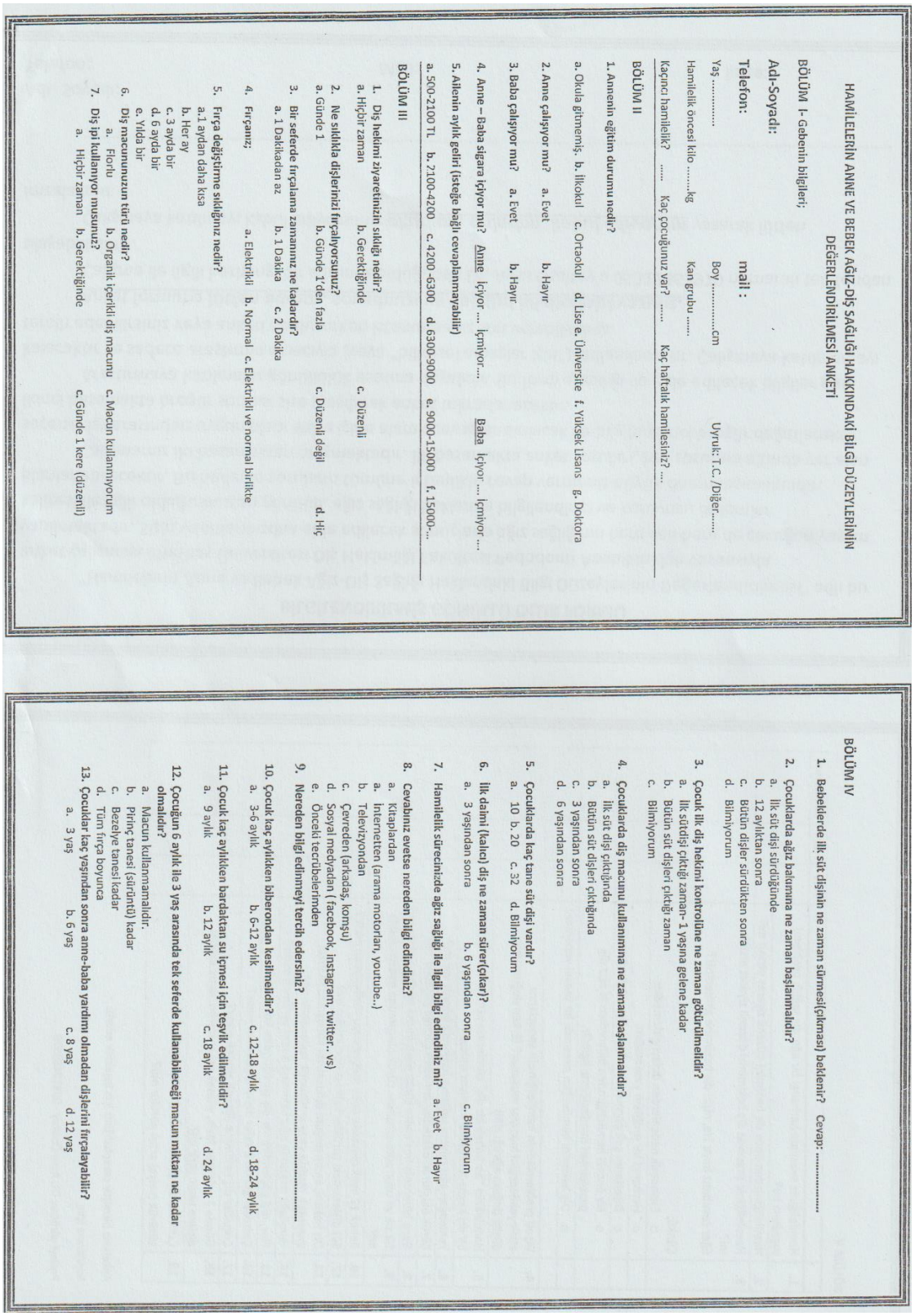
Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız ***okudum, anladım, kabul ediyorum*** yazarak lütfen imzalayınız.

.....

Adı- Soyadı:

Telefon: Mail: imza:

EK-5. ANKET FORMU



HAMİLELERİN ANNE VE BEBEK AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

BÖLÜM I- Gebenin bilgileri;

Adı-Soyadı:

Telefon: mail :

Yaş ..... Boy .....cm Uyruk: T.C. /Diğer.....

Hamilelik öncesi kilo .....kg Kan grubu .....

Kaçıncı hamilelik? ..... Kaç çocuğunuz var? ..... Kaç haftalık hamilesiniz? ...

BÖLÜM II

1. Annenin eğitim durumu nedir?

a. Okula gitmemiş. b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite f. Yüksek Lisans g. Doktora

2. Anne çalışıyor mu? a. Evet b. Hayır

3. Baba çalışıyor mu? a. Evet b. Hayır

4. Anne – Baba sigara içiyor mu? Anne içiyor ... içmiyor... Baba içiyor ... içmiyor ...

5. Ailenin aylık geliri (isteğe bağlı cevaplanmayabilir)

a. 500-2100 TL b. 2100-4200 c. 4200 -6300 d. 6300-9000 e. 9000-15000 f. 15000...

BÖLÜM III

1. Diş hekimi ziyaretinizin sıklığı nedir?
   a. Hiçbir zaman b. Gerektiğinde c. Düzenli
2. Ne sıklıkta dişlerinizi fırçalıyorsunuz?
   a. Günde 1 b. Günde 1'den fazla c. Düzenli değil d. Hiç
3. Bir seferde fırçalama zamanınız ne kadardır?
   a. 1 Dakikadan az b. 1 Dakika c. 2 Dakika
4. Fırçanız; a. Elektrikli b. Normal c. Elektrikli ve normal birlikte
5. Fırça değiştirme sıklığınız nedir?
   a.1 aydan daha kısa
   b. Her ay
   c. 3 ayda bir
   d. 6 ayda bir
   e. Yılda bir
6. Diş macununuzun türü nedir?
   a. Florlu b. Organik içerikli diş macunu c. Macun kullanmıyorum
7. Diş ipi kullanıyor musunuz?
   a. Hiçbir zaman b. Gerektiğinde c. Günde 1 kere (düzenli)

BÖLÜM IV

1. Bebeklerde ilk süt dişinin ne zaman sürmesi(çıkması) beklenir? Cevap: .....
2. Çocuklarda ağız bakımına ne zaman başlanmalıdır?
   a. İlk süt dişi sürdüğünde
   b. 12 aylıktan sonra
   c. Bütün dişler sürdükten sonra
   d. Bilmiyorum
3. Çocuk ilk diş hekimi kontrolüne ne zaman götürülmelidir?
   a. İlk sütdişi çıktığı zaman- 1 yaşına gelene kadar
   b. Bütün süt dişleri çıktığı zaman
   c. Bilmiyorum
4. Çocuklarda diş macunu kullanımına ne zaman başlanmalıdır?
   a. İlk süt dişi çıktığında
   b. Bütün süt dişleri çıktığında
   c. 3 yaşından sonra
   d. 6 yaşından sonra
5. Çocuklarda kaç tane süt dişi vardır?
   a. 10 b. 20 c. 32 d. Bilmiyorum
6. İlk daimi (kalıcı) diş ne zaman sürer(çıkar)?
   a. 3 yaşından sonra b. 6 yaşından sonra c. Bilmiyorum
7. Hamilelik sürecinizde ağız sağlığı ile ilgili bilgi edindiniz mi? a. Evet b. Hayır
8. Cevabınız evetse nereden bilgi edindiniz?
   a. Kitaplardan
   b. İnternetten (arama motorları, youtube..)
   b. Televizyondan
   c. Çevreden (arkadaş, komşu)
   d. Sosyal medyadan (facebook, instagram, twitter.. vs)
   e. Önceki tecrübelerinden
9. Nereden bilgi edinmeyi tercih edersiniz? .....
10. Çocuk kaç aylıkken biberondan kesilmelidir?
    a. 3-6 aylık b. 6-12 aylık c. 12-18 aylık d. 18-24 aylık
11. Çocuk kaç aylıkken bardaktan su içmesi için teşvik edilmelidir?
    a. 9 aylık b. 12 aylık c. 18 aylık d. 24 aylık
12. Çocuğun 6 aylık ile 3 yaş arasında tek seferde kullanabileceği macun miktarı ne kadar olmalıdır?
    a. Macun kullanmamalıdır.
    b. Pirinç tanesi (sürüntü) kadar
    c. Bezelye tanesi kadar
    d. Tüm fırça boyunca
13. Çocuklar kaç yaşından sonra anne-baba yardımı olmadan dişlerini fırçalayabilir?
    a. 3 yaş b. 6 yaş c. 8 yaş d. 12 yaş

BÖLÜM V

		Evet	Hayır	Bilmiyorum
1.	Hamileliğiniz sırasında herhangi bir ağız diş sağlığı problemi yaşadınız mı?			
2.	Hamileliğinizden önce diş hekimini düzenli ziyaret ettiniz mi?			
3.	Hamileliğiniz sırasında diş hekiminizi düzenli ziyaret ettiniz mi? Eğer cevabınız hayır ise, niçin diş hekimine gitmediniz? Çünkü; o Ekonomik nedenlerden dolayı gidemedim. o Herhangi bir problem yaşamadım. o Dişetlerim çok geçmeden iyileşir diye düşündüm. o Bir önceki hamileliğimden biliyordum ki ağız diş problemleri hamileliğimle ilgilidir. o Diş hekimim hamileliğim sırasında bir tedavi yapamaz.			
4.	Dişeti problemlerinin hamileliğinizin sonuçlarını etkileyebileceğini inanıyor musunuz? (Erken doğum veya düşük doğum ağırlığı gibi)			
5.	Hamilelikte "bir bebek bir diş" cümlesine yani her hamilelikte bir diş kaybedeceğinize inanıyor musun?			
6.	Yenidoğan ağız hijyeni sağlama hakkında bilginiz var mı?			
7.	Çürük oluşturan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?			
8.	Gece biberonla beslenme çürük oluşumuna neden olabilir mi?			
9.	Sık sık ve uzun süre emzirme çürük oluşumuna neden olabilir mi?			
10.	Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemeli midir?			
12.	Süt dişlerindeki çürükler kalıcı dişleri etkiler mi?			
13.	Diş hekimi, kadın doğum doktoruyla konuşmadan lokal anestezik madde veya antibiyotik kullanabilir mi?			
14.	Hamilelik sırasında ağız bakımına önem verilmeli midir?			
15.	Flor, dişi güçlendirir ve diş çürüğünden korur mu?			
16.	Çocuklar günde 2 sefer dişini fırçalamalı mıdır?			
17.	Çocuklar diş hekimine düzenli gitmeli midir?			
18.	Günde 3 seferden fazla, yüksek şeker içeren aburcuburlar dişlere zarar verir mi?			
19.	Çocukta diş çıkarma döneminde dişetlerinde kaşıntı ve tükürük (salya) artışı görülür mü?			

Anketimiz bitmiştir cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Sorularınız için;

Projeyi yürüten: Dt. Aysu Özaltay - 05312463970

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

"Hamilelerin Anne ve Bebek Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı bu anket çalışması Altınbaş Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim dalı vasıtasıyla yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla ağız sağlığının hem veli hem de çocuğun yaşam kalitesi ile ilgili olduğu hususu görülüp, ağız sağlığı hakkında bilgilendirici ve koruyucu önlemler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız iki basamaktan oluşmaktadır. İlk basamakta anket soruları, her sorunun altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak cevaplandırılacak ve bilgilendirici broşür dağıtılacaktır. İkinci basamakta broşür sonrası size ulaşılarak anket tekrarlanacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna **lütfen adınızı, soyadınızı ve iletişim bilgilerinizi yazınız.**

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Dt. Aysu Özaltay'a 05312463970 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız ***okudum, anladım, kabul ediyorum*** yazarak lütfen imzalayınız.

.....

Adı- Soyadı:

Telefon: Mail: imza:

EK-6 BROŞÜR

BEBEKLERDE BESLENME ALIŞKANLIKLARI

- Çocuğunuza bir yaşından itibaren bardak kullanmayı özendirmeniz gerekmektedir.
- **Çocuğunuzu uykuya dalarken biberonla beslemeyiniz.**
- Süt, meyve suyu gibi içecekleri bardakla çocuğunuza içirmeniz diş çürüğünü engellemede önemli rol oynayacaktır.
- **Bebek 12 aylık olmadan önce meyve suyu verilmemelidir. Meyve suyu yerine meyve püresi tercih edilmelidir.**
- Erken çocukluk dönemi çürüğü olarak adlandırılan çürükler, çocuğunuzda çok küçük yaşta başlayabilir. Eğer bebeğinizin ön süt dişlerinin sürmüş olduğu bir yaşından sonra hala gece beslenmesinde biberonla şekerli içecekler veriyorsanız, emziği bal, reçel gibi tatlandırıcılara batırarak kullanıyorsanız ve anne sütünü uzun süre veriyorsanız çocuğunuzda çürük riskinin yüksek olduğunu bilmelisiniz.
- Gece beslenmesine devam ettiğiniz durumda dişler çıktıktan sonra beslenme sonrası temiz ve nemli bir tülbentle bebeğinizin dişlerini temizleyiniz.
- **En uygun durum, bebeğinize 12-18 aylık süreçte biberon kullanımını bıraktırmak veya bu yaştan sonra biberon kullanmaya başlamamaktır.**

BEBEKLERDE AĞIZ BAKIMI

Bebeğimin dişlerini ne zaman temizlemeye başlamalıyım?

Bebeğiniz doğduğu andan itibaren su, temiz nemli bir tülbent, parmağa geçirilen lastik diş fırçası, yumuşak bebek diş fırçası ile bebeğin dişleri ve dişetleri temizlenmelidir.

Bebeklerde Ağız Temizliği

- Bebek annenin göğsüne yaslanır ve ağız ve diş temizliği yapılır.
- Dişler ve diş eti günde iki kere temizlenir.
- Bebeğin önceleri ağlamasının normal olduğu unutulmamalıdır.
- **Günde 2 kere dişler fırçalanmalıdır.**
- **6 ay ile 3 yaş arası çocuklarda pirinç tanesi (sürüntü) kadar florürlü diş macunu kullanılabilir.**
- **Çocuklar 8 yaşına kadar dişlerini kendi başlarına iyi bir şekilde fırçalayamazlar. Aile bireylerinin çocuklarını denetlemeleri ve dişlerin fırçalanamayan bölgelerini kendilerinin fırçalamaları önerilir.**

BEBEKLERDE AĞIZ SAĞLIĞI ve SORUMLARI

- **Süt dişleri niçin önemlidir?**
  Süt dişleri insan gelişiminin en aktif döneminde var görev yaparak altından gelecek daimi dişlerin çenelerde muntazam bir şekilde yerleşmelerine yol gösterir.
- Çocukların iyi şekilde beslenip büyüyebilmeleri, kelimeleri doğru ve güzel söyleyebilmeleri, kendilerine güvenli rahatça gülebilmeleri için süt dişlerine ihtiyaç vardır.
- Erken çekilen süt dişleri ayrıca daimi dişlerde çapraşıklık problemlerine neden olur.

Çocuğum parmak emiyor, bu konuda üzülüyorum. Ne yapmalıyım?

- Bebeklerde, 2 yaşına kadar parmak emme normal olarak kabul edilmelidir. Fakat daha uzun parmak emme alışkanlığında, dişlerde yer değiştirme, çapraşıklık, dişlerde kırık ve ısırma problemleri oluşabilir.
- Çocuğunuz 4 yaşından sonra da parmak emmeye devam ediyorsa bir çocuk diş hekimine gitmeniz önerilir.

Yalancı emzik dişlere zarar verir mi?

- Bebeğinizi sakinleştirmek için emziği şeker, bal, pekmez gibi tatlandırıcılara batırarak kullanıyorsanız bebeğinizin dişleri çürüyebilir. Ayrıca, çocuğunuz üç yaşından sonra hala yalancı emzik kullanıyorsa çenelerde ortodontik problemlere neden olabilir.

BEBEKLERDE DİŞLENME

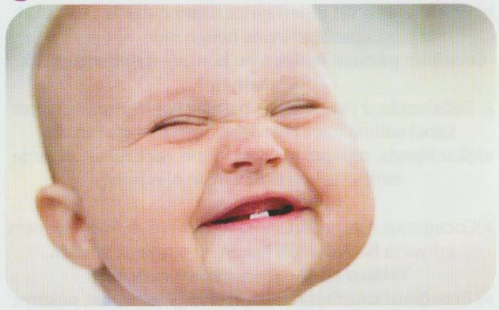
Bebeğimin dişleri ne zaman çıkacak?

Ağızda ilk süren dişler alt ön kesici dişler olup genelde bebek 6 aylık iken sürerler.

Çocuğunuz 3 yaşına geldiğinde 20 tane süt dişi sürmesini (çıkmasını) tamamlar.

Ancak, normal gelişim gösteren bebeklerde dişlerin ilk sürmesi 15-18 aya kadar uzayabilir. Dişler bu aya kadar sürmedi ise bir çocuk diş hekimine gitmeniz uygun olacaktır.

İlk daimi (kalıcı) diş 6 yaşında süren 1. Azı dişidir.



Dişler sürerken (çıkarken) ne gibi problemlerle karşılaşabilirim?

Dişler sürerken (çıkarken) dişetleri kaşınır, huzursuzluk, hafif ateş yüksekliği, ağlama, tükrüğün artması, ellerini ağzına sokma ve ishal görülebilir.

Bu durumda, temiz diş kaşıyıcılarının tercihen soğutularak kullanılması önerilir.

Anne temiz parmağı ile dişetine masaj yapılabilir.

Çocuğu rahatlatıcı ve dişetlerinin kaşıntısını azaltan preparatlar dişhekimine danışılarak kullanılabilir. Sürme (diş çıkarma) ile ilgili karşılaştığınız problemlerde diş hekiminize danışınız.

DİŞ HEKİMİ KONTROLLERİ

Çocuğum ilk kez ne zaman diş hekimi tarafından görülmelidir?

İlk dişleri sürdükten (çıktıktan) sonra yani 6-12 aylık bebek diş hekimine ağız ve çevre dokuların muayenesi için götürülmelidir.

Erken muayene ve zamanında uygulanacak koruyucu tedaviler ile bebeğin şimdi ve gelecekteki ağız sağlığı olumlu yönde etkilenir.



Hangi problemlerde çocuğumu hemen diş hekimine götürmeliyim?

Erken Çocukluk Çağı Çürüğü "Biberon çürüğü" olarak adlandırılan çürükler, çocuğunuzda çok küçük yaşta başlayabilir. Gece beslenmesinde biberonla şekerli içecekler veriyorsanız, emziği bal, reçel gibi tatlandırıcılara batırarak kullanıyorsanız ve anne sütünü uzun süre veriyorsanız çocuğunuzda çürük riskinin yüksek olduğunu bilmelisiniz. Bu durumda erken yapılan diş hekimi muayenesi bu riskin azaltılmasında önemli rol alacaktır.

Çocuğunuzun dişlerini sık sık kontrol ediniz. Dişler üzerindeki beyaz, tebeşirimsi lekeler çürüğün ilk işareti olabilir. Bu durumda derhal diş hekimine tercihen çocuk diş hekimine gidiniz ve diş çürüğü ile ilgili koruyucu uygulamaları talep ediniz.

HAMİLELİKTE AĞIZ SAĞLIĞI ve BAKIMI

Hamilelikte hormonal değişimler, beslenme düzenindeki değişiklikler, mide bulantıları ve kusmaya bağlı diş ve dişeti problemleri ortaya çıkabilmektedir. Hormonal değişim nedeniyle ortaya çıkan "hamilelik gingivitisi" hamilelerde en fazla görülen ve dikkat edilmesi gereken sorunlardan biridir.

Hamilelikte ortaya çıkan dişeti problemleri bebeğin erken doğumuna veya düşük doğum ağırlığına sebep olabilir.

Bu yüzden diş fırçalama ve ağız bakımlarına hamilelikte daha fazla dikkat edilmeli, diş hekimi kontrolü ihmal edilmemelidir.

Annelerin ağız sağlığı hem hamilelik süresince hem de sonrasında bebek ağız sağlığı için de önem taşır. Sizden ya da bebeğinizi büyüten bakıcı veya aile bireylerinden bebeğinizin ağzına çürük mikrobu taşınabilir. Bunu önlemek için hamilelikten itibaren ağız bakımınıza dikkat ediniz.

Kendi ağzınıza soktuğunuz emzik veya kaşığı bebeğinize de verirseniz sizin ağzınızdaki mikroplar bebeğin ağzına bulaşır. Ayrıca, bebeğin elini ağzınıza sokmasına ve dudaklarınızdan öpmesine izin vermeyiniz.

