

T.C.
RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**RİZE MERKEZ İLÇESİNDEKİ ACİL TIP VE ÇOCUK
HASTALIKLARI SERVİSLERİ İLE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİ'NDE GÖREV YAPMAKTA OLAN
DOKTORLARIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. İmren ÇORUH ERBUL

Pedodonti Programı

Uzmanlık Tezi

Tez DanıŐmanı

Yrd. Doç. Dr. İpek ARSLAN

RİZE

2018

T.C.
RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ UZMANLIK EĞİTİM PROGRAMI

**RİZE MERKEZ İLÇESİNDEKİ ACİL TIP VE ÇOCUK
HASTALIKLARI SERVİSLERİ İLE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİ'NDE GÖREV YAPMAKTA OLAN DOKTORLARIN
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

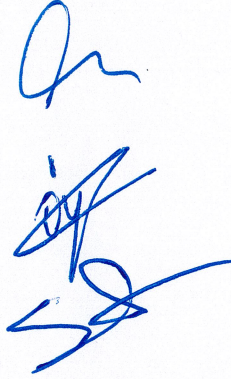
Dt. İmren ÇORUH ERBUL

Tez Savunma Tarihi : 20.03.2018

Tez DanıŐmanı : Yrd. Doç. Dr. İpek ARSLAN
(Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Özgöl BAYGIN
(Karadeniz Teknik Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sema AYDINOĞLU
(Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi)



Onay

Bu çalışma yukardaki jüri tarafından Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Zeynep YeŐil DUYMUŐ
Fakülte Dekanı

**Uzmanlık Tezi
RİZE - 2018**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Diş çürüğü.....	3
2.2. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü.....	3
2.2.1. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Dağılımı ve Görülme Sıklığı.....	4
2.2.2. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Etiyolojisi.....	5
2.2.3. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü'nde Bireysel Risk Değerlendirmesi.....	8
2.2.4. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü'nün Önlenmesi.....	10
2.2.5. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü'nün Önlenmesinde Disiplinler Arası İşbirliğinin Önemi.....	15
2.3. Anket.....	17
3. MATERYAL VE METOD	20
3.1. Anketin İçeriği.....	20
3.2. Anketin Uygulaması.....	21
3.3. İstatistiksel Analiz.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	62
EK-1. ETİK KURUL ONAYI	62
EK-2. ÇALIŞMA İZİNLERİ	63
EK-3. ANKET ÖRNEĞİ	66



TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. İpek ARSLAN'a,

Pedodonti asistanlığına baőladıđım andan itibaren benden bilgi ve ilgilerini esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Pedodonti Anabilim Dalı hocaları Prof. Dr. Taőkın GÜRBÜZ, Doç.Dr. Sera ŐİMŐEK DERELİOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Fatih ŐENGÜL' e her zaman yanımda olan çok kıymetli arkadaşlarım arkadaşlarım Arő.Gör. Dt. Fatma SONGUR' a ve Arő. Gör. Dt. Tarek SEDDİK' e

Tez kapsamında istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasında yardımlarından dolayı Arő. Gör. Dr. Asuman Okur'a, çalışma arkadaşlarıma, yorulmadan çalışan güler yüzlü klinik personellerimize,

Yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen eőime ve beni bugünlere getiren canım aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Dt. İmren ÇORUH ERBUL

ÖZET

Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Amaç: Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirerek; eksik veya yanlış bilinen konuları saptamak ve hekimleri bilgilendirerek saptanan eksiklikleri gidermektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışmada toplam 85 hekime ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendiren anket uygulaması yapıldı. Anketin ilk bölümü 8 sorudan oluşan demografik bilgileri değerlendiren soruları, ikinci bölümü 7 sorudan oluşan ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranış ölçme soruları, 30 sorudan oluşan üçüncü ve son bölümü ise ağız sağlığı konusundaki bilgi sorularını içerdi. Anket sonrasında eğitim almak isteyen hekimlere araştırmacı tarafından eğitim verildi.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %34.1'inin acil tıp hekimi, %44.7' sinin aile hekimi, %21.2' sinin çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimi olduğu, %90.6'sının daha önce ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi almadığı ve % 80'inin ağız diş sağlığı konusundaki bilgilerini yeterli görmediği saptandı.

Sonuç: Hekimlerin ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilerinin yeterli olmadığı görüldü. Bu nedenle tıp eğitimi müfredatlarına ağız ve diş sağlığı konularının eklenmesinin yararlı olacağı görüşüne varıldı.

Anahtar kelimeler: Ağız sağlığı, bilgi, davranış, doktor, tutum.

ABSTRACT

Dental Health Knowledge, Attitude And Behaviour Assesment of doctors who work Emercency medicine and Pediatrics Services and Family Health Center in Rize Merkez district

Aim: The aim of this study is to evaluate the information, attitudes and behaviors of the doctors who work in Emergency Medicine and Pediatrics Services and Family Health Centers in Rize Merkez district; to identify missing or incorrectly known topics about oral and dental health and to inform the physicians who want to receive training.

Material and Method: In this study total of 85 questionnaires were administered to doctors to evaluate the knowledge and attitudes about oral and dental health. The first part of the questionnaire had 8 questions about demographic information, the second part was composed of 7 questions about attitudes and behaviors related to oral and dental health, and the third and last part was information questions with oral health. After the questionnaire; education was performed the physicians who wanted to receive by researcher.

Results: It was determined that 34.1% of the participants were emergency physicians, 44.7% were family physicians, 21.2% were pediatricians, 90.6% had never received information on oral and dental health, and 80% of them thought that they did not have enough information about dental health.

Conclusion: Physicians' knowledge of oral and dental health was not sufficient. Consequently; it was thought that adding the oral and dental health topics to medical education curriculum would be beneficial.

Key Words: Oral health, knowledge, behavior, doctor, attitude.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAPD	:Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi
CFU/ml	:Koloni oluşturuğu birim/mililitre
dmft	:Çürük, eksik, dolgulu diş
dmfs	:Çürük, eksik, dolgulu yüzey sayısı
EÇÇ	:Erken Çocukluk Çağı Çürüğü
LB	:Lactobacillus
MS	:Mutans Streptokokları
pH	:Hidrojen gücü
S. mutans	:Streptococcus mutans

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.	EÇÇ'yi Önleme Stratejileri.....	11
Tablo 2.	Amerikan Pediatri Akademisinin önerdiği sudaki florid oranlarına göre florid desteği dozları.....	14
Tablo 3.	Anket yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları.....	18
Tablo 4.	Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı.....	24
Tablo 5.	Hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki tutum ve davranışları.....	26
Tablo 6.	Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin dağılımı.....	27
Tablo 7.	Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	28
Tablo 8.	Diş çürüğünün nedenleri ve engellenmesi hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi.....	29
Tablo 9.	Süt dişleri, ağız ve diş temizliği, diş hekimi ziyareti ile ilgili bilgilerin dağılımı.....	30
Tablo 10.	Süt dişleri hakkındaki bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	31
Tablo 11.	Florid ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi.....	32
Tablo 12.	Florid hakkındaki bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	33

Tablo 13.	Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin dağılımı.....	33
Tablo 14.	Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim durumu ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	34
Tablo 15.	Travma sorularının değerlendirilmesi.....	35
Tablo 16.	Travma sorularının uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	36
Tablo 17.	Vaka sorularının değerlendirilmesi.....	37
Tablo 18.	Vaka sorularının uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.....	38

1. GİRİŞ

Ağız ve diş hastalıkları tüm dünyada en sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır.¹ Diş çürüğü, dişin sert dokusunda yıkıma yol açan, ilk safhada bulgu vermeyen, geri dönüşümsüz bir hastalık olması ile birlikte, diğer sistemleri de etkilemesi, gerekli korunma önlemleri alınmadığında iş gücü ve maddi kayıplara yol açması nedeniyle halk sağlığı açısından önemli bir sorundur.²

Diş çürüğü karyojenik mikroorganizmalar, fermente olabilen karbonhidratlar ve kötü beslenme alışkanlıkları sonucunda oluşan multifaktöriyel bir hastalıktır.³ Ailelerin sosyoekonomik seviyeleri ve eğitim düzeyleri, florid alım sıklığı ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler de “Erken Çocukluk Çağı Çürüğü (EÇÇ)” oluşmasında rol oynamaktadır.⁴ EÇÇ’den etkilenen çocukların büyüme ve gelişmesinde beslenme sorunları sonucu oluşan ağrı ve diğer komplikasyonlardan dolayı günlük aktivitelerinde sorunlar, hastane ve acil servis ziyaretlerinde artış ve yaşam kalitesinde azalma görülmektedir.^{5,6}

Ağız diş sağlığı problemleri ve çocukluk çağı çürükleri sorunlarının kontrolünde diş hekimlerinin yanı sıra sağlık hizmeti sunan diğer hekimlere de önemli görevler düşmektedir. Hekimler ağız ve diş sağlığı konusunda bilgili olmalı ve hastalarına yol gösterebilmelidir. Doktorların ağız ve diş sağlığı konusunda kendi bilgi düzeylerini artırmaları, ileride tedavi edecekleri hastalarına da faydalı olabilmeleri açısından önem taşımaktadır.⁷

Bu çalışmanın amacı Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri’nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirerek; eksik veya yanlış bilinen konuları saptamak ve eğitim almak isteyen hekimleri bilgilendirerek saptanan eksiklikleri gidermektir. Planlanan çalışmanın sonuçları doğrultusunda hekimlerin

bilgilendirilerek acil tedavi gereken hastaların diş hekimlerine y6nlendirilmesi ile toplum sağlığına katkıda bulunmak hedeflendi.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diş Çürüğü

Diş çürüğü, insanlarda en sık görülen enfeksiyöz hastalıklardan biridir.⁸ Diş çürüğü, bakterilerin ağız içerisinde kolonizasyonu, bu ortamda çoğalması ve zaman içerisinde diyet ve konak faktörleri ile etkileşime girmesiyle oluşan multifaktöriyel ve enfeksiyöz bir hastalıktır.⁹ Ağızdaki bakteriler karbonhidrat fermantasyon metabolizması ile zayıf organik asit üretirler. Üretilen bu organik asit pH (hidrojen gücü)'nin kritik bir değerin altına düşmesine neden olarak diş dokularında demineralizasyona yol açar. Kalsiyum fosfat ve florid demineralizasyonu ilk safhalarda remineralizasyonla geri dönebilmesine rağmen; asidik pH'ın uzun sürmesi durumunda diş yüzeyinde mineral kaybı ile kavitasyon oluşabilir.¹⁰

Çürük oluşumundaki ikincil faktörler olan yaş, cinsiyet, tükürük, beslenme, dişin morfolojisi ve konumu, ağız hijyeni, diş fırçalama alışkanlığı, immün sistem, ailenin eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumu gibi etkenler de çürük oluşumunda göz önünde bulundurulmalıdır.^{11,12}

Diş çürüğü önlenabilir bir hastalıktır.¹³ Bu yaygın sağlık sorununu kontrol altına alabilmek için öncelikle korunma bilincini yaygınlaştırmak ve en uygun tedavinin uygulanmasını sağlamak gerekmektedir.⁸

2.2. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

Çocukluk çağı diş çürükleri “biberon çürükleri”, “biberon çürükleri sendromu”, “süt şişesi sendromu” ve “biberon çürüğü dişleri” gibi birçok terimle adlandırılmıştır. “Biberon çürüğü” terimi Sağlıklı Bebekler Sağlıklı Anneler Konseyi tarafından uygun

bulunmuştur. Bu terim profesyonel olmayanlar tarafından kolaylıkla anlaşılabilir ve bu çürükler hakkında ailelerin eğitiminde kullanılabilir. Fakat yine de kapsayıcı değildir.¹⁴

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) erken çocukluk çağı çürüğünü 71 aylık veya daha küçük çocuklarda süt dişlerinin herhangi birinde bir veya birden fazla sayıda çürük (kaviteli veya kavite oluşmamış), çekilmiş veya dolgulu diş yüzeyinin var olması ile tanımlamaktadır. AAPD aynı zamanda 3 yaşından daha küçük çocuklarda herhangi bir düz yüzey çürüğü işaretini şiddetli EÇÇ'nin belirtisi olduğunu açıkça belirtmiştir.¹³ Daha ileri durumdaki şiddetli erken çocukluk çağı çürükleri yaş gruplarına göre tanımlanmıştır. Bunlar:

- 3 yaşından küçük çocuklarda düz yüzey çürükleri veya üst kesicilerde arayüz çürüklerinin bulunması,
- 3 ile 5 yaş arası çocuklarda anterior bölgede 1 veya daha fazla çürük lezyonu bulunması,
- dmfs (çürük, eksik, dolgulu yüzey sayısı) skorunun 3 yaşındaki çocuk için 4'ten fazla olması,
- 4 yaşındaki çocuk için 5'ten fazla olması,
- 5 yaşındaki çocuk için 6'dan fazla olmasıdır.¹⁵

2.2.1. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Dağılımı ve Görülme Sıklığı

Diş çürüğünü önlemeye yönelik koruyucu uygulamalara rağmen; EÇÇ tüm dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.¹⁶ EÇÇ'ye özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve bazı gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik seviyesi düşük bölgelerinde sıkça rastlanmaktadır.¹⁷

Amerika Birleşik Devletleri'nde 3 ay-5 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmalarda EÇÇ görülme sıklığı %20-44 arasında olduğu bildirilmektedir. Kanada'da yapılan çalışmalarda 1-3 yaş grubunda görülme sıklığı %70 değerinde iken, Afrika'da yapılan geniş katımlı çalışmalarda %3-18 aralığında olduğu bildirilmektedir. Birleşik Krallık' ta yapılan, 5 yaşındaki, 140.000 çocuğun katıldığı çalışmada EÇÇ görülme sıklığı İngiltere'de %27.9, İskoçya'da %33, Galler'de ise %41 olarak bildirilmiştir.¹⁸

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu oran %17-%74 arasında değişkenlik göstermektedir. Gökalp ve ark.'nın yaptıkları kesitsel çalışmada 5 yaşında 1539 çocuk muayene edilmiş, çürük görülme sıklığı %69.8, ortalama dmft (çürük, eksik, dolgulu diş) değerinin ise 3.7 olduğu gösterilmiştir.¹⁹ Doğan ve ark.'nın 2013 yılında yayınladıkları okul öncesi (8-60 aylık) 3171 çocuğun dâhil edildiği çalışmada ise EÇÇ görülme sıklığı %17, ortalama dmft değeri ise 1.76 olarak bildirilmiştir.¹⁸

2.2.2. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Etiyolojisi

2.2.2.1. Mikrobiyolojik Faktörler

Mikroorganizmaların olmadığı bir ortamda diş çürüğünün olmayacağı bilinmektedir. *Mutans Streptokokları (MS)* ve *Lactobasiller (LB)* temel karyojenik mikroorganizmalardır. *MS* ve *LB* normal ağız florasında bulunmasının yanında, ağız ortamındaki karbonhidratları fermente edip asit üreten ve bu asidik ortamda yaşayabilen karyojenik bakterilerdir.²⁰ *Streptococcus mutans'in (S. mutans)* çürük lezyon gelişiminin ilk evresinde aktif rol oynadığı bilinmektedir.²¹ Diş çürüğünde *S. mutans* gibi yüksek oranda *LB*'ler de bulunmaktadır. Fakat *LB*'ler çürüğün ilerlemesinde rol almaktadır.²² EÇÇ görülen çocukların dental plak ve enfekte dentin örnekleriyle yapılan mikrobiyolojik değerlendirme çalışmalarında *S. mutans*'ın yanı sıra *Candida albicans*'ın yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir.²³

S. mutans dişler sürmeden önce iki farklı yolla bulaşabilmektedir. *S. mutans* anne veya bakıcı yoluyla vertikal olarak ve/veya aile içindeki ve çevredeki diğer bireyler aracılığıyla horizontal olarak bebeğe taşınabilmektedir. Mikroorganizmalar "enfektivite penceresi" olarak adlandırılan ve yaklaşık olarak 19-31. ayları kapsayan dönemde enfekte bireyden, özellikle anneden bebeğe kolayca geçebilmektedir.

S. mutans'ın en büyük kaynağı olan anne ya da bakıcının dudaktan öpmesi, bebeğin kaşığı veya emziğini temizlemek için kendi ağzına götürmesi ile bakteri geçişi gerçekleşmektedir.²⁴ Berkowitz ve ark.²⁵ annenin tükürüğündeki *S. mutans* seviyesi ile bebek enfeksiyonu arasında önemli bir ilişki ortaya çıkarmıştır. Tükürüğünde 10^5 cfu/ml (koloni oluşturucu birim/mililitre) 'den daha fazla *S. mutans* bulunan annelerin bebeklerinin enfeksiyon sıklığının tükürüğünde 10^3 cfu/ml veya daha az *S. mutans* bulunanlara göre 9 kat daha fazla olduğu görülmüştür.²⁵

Bu yüzden yüksek düzeyde *S. mutans* ile enfekte, ağızlarında tedavi edilmemiş aktif çürükleri olan ve fermente olabilen karbonhidratları sık tüketen anneler vertikal geçiş açısından önemli bir risk faktörüdür.^{26, 27}

2.2.2.2. Beslenme ile İlgili Risk Faktörleri

Şeker tüketimi çürük oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Basit yapıli şekerler olan sakkaroz, glikoz ve fruktoza ilaveten rafine edilmiş karmaşık yapıli karbonhidratlar da diş çürüğünün başlaması ve ilerlemesinde etkilidir.²⁸ Yüksek karyojenik karbonhidratlı diyet, plak bakterileri tarafından metabolize edilerek asit üretimine sebep olmaktadır.²⁹

Diş çürüğü oluşumundaki en etkili faktörlerden biri dişlerin şekerle maruz kalma süresidir. Bakteriler şeker alımından itibaren 20-40 dakika içinde asit üretir. Yapılan çalışmalar, akşam yatarken şeker ilave edilmiş içeceklerin, asidojenik ve kariyojenik potansiyeli olan devam sütlerinin biberonla tüketilmesinin ve şekerli gıdalarla

tatlandırılmış yalancı emzik kullanımının *S. mutans* enfeksiyonunu ve kolonizasyonunu arttırdığını göstermektedir.^{30, 31}

Diyetin içeriğinin yanında şekerin alım sıklığı da önemlidir. Yapılan çalışmalarda günlük şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığının günde 3 kereden fazla olması, özellikle uyku öncesinde ve uyku sırasında bu beslenme alışkanlıklarının devam etmesi *S. mutans* enfeksiyonunu ve kolonizasyonunu arttırdığını göstermiştir.³⁰ Gece boyunca azalan tükürük akışından dolayı, remineralizasyona göre demineralizasyon öne çıkmaktadır.³² Oluşan asit ataklarına karşı tamponlama yeterli sürede sağlanırsa, asitlerin nötralizasyonları ile demineralizasyon önlenir.²⁹

2.2.2.3. Konak ile İlgili Faktörler

Konak faktörleri, bireylerin diş çürüğüne karşı direncini veya eğilimini belirlemektedir. Dişlerin morfolojisi, pozisyonu, oklüzyonu, tükürük kompozisyonu, dişlerin sürme zamanı gibi konak faktörleri diş çürüğünün oluşumunda bireyler arasında farklılıklara yol açmaktadır.³³

EÇÇ'nin diş gelişim defektleri ile arttığını gösteren birçok çalışma vardır. Prenatal malnutrisyon, erken (37 haftadan erken) veya düşük doğum ağırlığı (<2500 gram), anemi, prenatal ve postnatal enfeksiyonlar diş dokularında gelişim defekti ve mine hipoplazisi riskini artırmaktadır.³⁴

Konakla ilgili diğer bir faktör de maruz kalınan florid miktarıdır.³⁵ Floridin oral kavitenin içerisinde bulunması demineralizasyon boyunca mineral kaybını azaltıp remineralizasyonu hızlandırarak minenin direncini arttırmaktadır.³⁶ Florid; doğal içme ve kaynak suyu florid konsantrasyonunun düşük olduğu (<0.5 ppm) coğrafi bölgelerde veya içme sularının floridlenmesinin ekonomik veya teknik yetersizlikler sebebiyle yapılamadığı ülkelerde, bir halk sağlığı yöntemi olarak dişlerin çürükten korunması

amacıyla, sistemik ve topikal yollarla uygulanarak çürük sıklığını belirgin şekilde azaltmaktadır.³⁷

Tükürük bireyin çürüğe karşı en önemli savunma sistemlerindedir. İçerdiği bikarbonat, fosfat ve proteinler dental plak asitlerine karşı tampon görevi görürler. Uyku esnasında tükürük akışı yavaşlar ve tamponlama kapasitesi düşer, bunun sonucunda diş yüzeyi çürüğe karşı duyarlı hale gelir.³⁸ Tükürük akış hızının 0.7 ml/dk'dan fazla, tamponlama kapasitesinin 4'ten az, tükürük içindeki mikroorganizmalardan *S. mutans* miltarının 10^6 cfu/ml'den, *laktobasil* sayısının 10^5 cfu/ml' den fazla olması çocuğun diş çürüğü açısından yüksek risk grubunda olduğunu göstermektedir.³⁹

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, ebeveynlerin eğitim düzeyi, ailedeki çocuk sayısı klinik olmayan, konakla alakalı risk faktörlerindedir.^{40, 41} Sosyoekonomik durum ile EÇÇ arasında ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. EÇÇ görülme oranı toplumun yoksul kesimlerinde, anne baba eğitim düzeyi düşük ailelerde (özellikle okuma-yazma bilmeyen ebeveynler), yalnız annelerin bebeklerinde artmaktadır.⁴²

Astrom ve Jacopsen⁴³ diş sağlığı ile alakalı davranışlarda velilerin davranışlarının çocukların taklit ettikleri bir model oluşturduğu ve diş fırçalama gibi olumlu alışkanlıklarda ailenin örnek olmasının çocuklar açısından önemli olduğunu, çocuğun ailesi ile iletişiminin yoğunluğu ve süresinin velilerin davranışlarını örnek almaları açısından değerli bulunduğu ve bununla birlikte velilerinin diş sağlığına yönelik davranışlarının çocukların ergenlik çağına kadar olan davranışlarına direk etkili olduğunu da bildirmektedir.

2.2.3. EÇÇ' de Bireysel Risk Değerlendirmesi

Risk bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir. Buna göre diş çürüğü riski çürüğün meydana gelme ve ilerleme olasılığıdır. Diş çürükleri asidojenik bakteriler, biyofilm ve bireysel risk faktörleri örneğin; tükürük bileşimi, floride maruz kalma, diyet

içeriği arasındaki etkileşimlerin neden olduğu multifaktöriyel bir hastalıktır.²⁰ Diş çürükleri önlenemez olduğu için çürük risk değerlendirmesi diş hekiminin hastanın karyojenik profilini daha iyi anlamasında önemlidir.⁴⁴

Risk seviyesi tedavi ihtiyacını belirlemek için kullanılır ve tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hastanın risk seviyesini belirlemek hastalık süreci yönetiminde ilk adımdır. Bu değerlendirme iki aşamadan oluşur. Birincisi spesifik hastalık indikatörlerini, risk faktörlerini ve her bir hastanın sahip olduğu koruyucu faktörleri belirlemektir. İkincisi ise bu faktörlerinin toplamının belirlediği risk seviyesini saptamaktır.⁴⁵

EÇÇ açısından risk değerlendirmesinde diş hekimleri ve/veya çocuk doktorları tarafından aile ile yapılan görüşmeler sonrasında risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Çocukta birden fazla risk faktörü saptandığında çocuk vakit kaybetmeden diş hekimine yönlendirilmelidir. EÇÇ oluşum riskinin değerlendirilmesinde kullanılan değişkenler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.⁴⁶

- Annede son bir yıl içinde aktif çürük lezyonu olması,
- Çocuğun son 2 yıl içinde diş tedavisi görmesi,
- Çocuğun gün içinde 3'ten fazla şekerli ara öğün alması,
- Tükürük akış hızını azaltan faktörlerin var olması (ilaç kullanımı, tıbbi hikâye, kanser tedavisi),
- Biberon ile su harici sıvı tüketmesi, gece biberon kullanımı ve anne sütü emmesi,
- Annenin eğitim ve sosyoekonomik seviyesinin düşük olması ve düzenli diş hekimi kontrollerine gitmemesi şeklindedir.

Koruyucu faktörler ise;

- Çocuğun yeterli düzeyde floridli içme suyu içeren bir bölgede yaşıyor olması,

- Diş hekimi önerisi ile florid içeren tablet kullanması,
- Çocuğun dişlerinin ebeveyn kontrolünde florid içeren macun ile fırçalanması,
- Çocuğun düzenli diş hekimi kontrolü altında olması şeklindedir.

Klinik değerlendirmede; hastalık belirteci olarak çocuğun ağızda opak lezyon, dekalsifiye alan, çürük lezyon varlığı ve son 2 yıl içerisinde dental tedavi görmesi, biyolojik risk faktörü olarak da dişlerinde kanama ve gözle görülür plak olması, ortodontik tedavi görmesi, tükürük akış hızında azalma bulguları olarak değerlendirilmektedir.⁴⁶

2.2.4. EÇÇ'nin Önlenmesi

EÇÇ bebeklerin veya okul öncesi çocukların süt dişlerini tahrip edebilen diş çürüklerinin şiddetli şeklidir ve bebekleri veya okul öncesi çocukları etkilemeye devam eden dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur.⁴⁷ Çocukların ilk diş hekimi ziyareti genellikle aile hekimi ve çocuk doktoru ile karşılaşmalarından daha sonra olmaktadır.⁴⁸ Bu durum tıp hekimlerinin ağız sağlığının gelişmesinde aktif bir rol oynaması için oldukça önemli bir fırsattır.⁷

EÇÇ'nin önlenmesi için kullanılan 3 genel yaklaşım vardır. Bunlardan ilki bebekleri ile birlikte beslenme alışkanlıklarını etkilemesi ümidiyle annelerin eğitimine dayandırılan toplum bazlı stratejidir. Bu yaklaşım aynı zamanda yüksek risk gruplarında suların floridlenmesi ile kişisel ve toplumsal önleyici programları içermektedir. İkinci yaklaşım dental kliniklerde muayene ve önleyici korumaların sağlanması bazlıdır. Üçüncü yaklaşım ise evde kişisel bakım alışkanlıkları ve uygun diyetin geliştirilmesini içermektedir (Tablo 1).⁴⁹

Tablo 1. EÇÇ' yi Önleme Stratejileri.⁴⁹

Toplumsal Stratejiler	Profesyonel Stratejiler	Evde bakım Stratejileri
Eğitim	Erken tanı	Diyet alışkanlıklarının düzenlenmesi
Suların floridlenmesi	Diyet danışmanlığı	Fluoridli diş macunu kullanımı
Toplumsal gelişim	Fluorid, klorheksidin uygulanması	Fluorid takviyesi
Kişisel gelişim	Karyojenik bakteri geçişinin kontrolü	Oral hijyen

Karyojenik beslenme davranışlarının engellenmesi EÇÇ'yi önleme yaklaşımlarından biridir. Johnsen⁴⁷ EÇÇ' li çocukların ailelerinin %78' inin gece biberon beslenmesinde su yerine karyojenik sıvılar verme girişiminde olduğunu bildirmiştir, bu gözlem buradaki ailelerin beslenme uygulamalarının EÇÇ ile ilişkili olduğu kuvvetli bir şekilde desteklemektedir.

2.2.4.1. Anneden Bebeğe Bakteri Geçişinin Önlenmesi

Diş çürüğünden sorumlu mikroorganizmalar bir bireyden diğerine geçebilir. Birçok çalışma *S. mutans*'ın bebeklere genellikle annelerinden geçtiğini belirtmiştir. Kohler ve Bratthall¹⁴ annelerin *S. mutans* seviyeleri ile 2-5 yaşlarındaki çocukları arasında bir ilişki bulunduğunu rapor etmiştir. Çocukların *S. mutans* sayıları babalarınınkini ile karşılaştırıldığında sonuç bu ilişki kadar güçlü değildir.¹⁴ Çürük yapıcı bakterilerin aileden çocuklarına erken dönemde geçişiyle mücadele etme stratejisi birincil koruma olarak isimlendirilir. Koruyucu girişimler sıklıkla hamilelere ve/veya yeni annelere yöneltilir ve şu yaklaşımları içermektedir:⁴²

- Annenin veya bakıcının ağızındaki bakterileri azaltmak için yapılan çalışmalar bebeklere *S. mutans* geçişinin annelerinden sağladığı ve süt dişler sürdükten sonra oluştuğunu öne sürmektedir.^{50, 51} Bakterilerin anneden bebeğe geçişini azaltma amacıyla

yapılan koruyucu girişimler çocuk için daha iyi bir oral hijyen olasılığını artırmaktadır.⁵² Diş çürüğünün önlenmesi için etkili yaklaşım çocuğun asıl bakıcısının (genellikle anne) ağızındaki *S. mutans*'ı baskılamaktır. Gargara, jel ve diş macunu formundaki klorheksidin glukonatin kullanımı yoluyla kimyasal baskılamanın oral mikroorganizmaları azalttığı gösterilmiştir.⁵³

-Çürüğe neden olan bakteri geçişini en aza indirmek. Çocuklar ve aileleri arasındaki tükürük paylaşıcı aktiviteleri azaltmak bakteri geçişini sınırlandırmaktadır. Örnekler mutfak eşyalarını, yiyecekleri, içecekleri paylaşmaktan kaçınmayı, çocuğun elini bakıcısının ağızına koymasını engellemeyi, emziği çocuğa vermeden önce yalamamayı, diş fırçasını ortak kullanmamayı içermektedir.⁴²

2.2.5.2. Ağız Sağlığı Eğitimi

Diş çürükleri şeker bileşenleri olmadan meydana gelmezler. Bu yüzden profesyonel tavsiyeler ve pratiğe dayalı araştırmaların çoğu ailelerin eğitilmesi yoluyla beslenme alışkanlıkları ve bebeklerin beslenmesinin değiştirilmesine odaklanmıştır.⁴²

Çocuk sağlığı ile ilgili meslekler doktorlarla sınırlı olmayıp hemşireleri, tıbbi asistanları içerir ve bu meslekler hastalığın yayılmasını azaltmada büyük bir role sahiptir. Çocukların çoğu diş hekimini 3 yaşına kadar ziyaret etmezken, sağlıklı bir çocuk; çocuk sağlığı uzmanını bu yaşlarda 11 defaya kadar ziyaret etmektedir. Bu nedenle AAPD ileriye yönelik rehberlik, EÇÇ' nin önlenmesi için biberon beslenme alışkanlıkları ve bebek oral hijyeni hakkında öneriler sunmuştur.⁴² Bunlar:

- Bebekler fermente olabilen karbonhidratları içeren bir biberon ile uykuya yatırılmamalıdır.

- İlk süt dişleri sürmeye başladıktan sonra istediğinde emzirmekten kaçınılmalı ve diğer besleyici karbonhidratlarla tanıştırılmalıdır.

- Aileler çocukları bir yaşına yaklaştığında içecekleri bardaktan içmesi için cesaretlendirmeli, bebekler 12-14 aylıkken biberonla süt içmekten vazgeçirilmelidir.

- Biberonla fermente karbonhidrat içeren herhangi bir sıvının tekrarlayan tüketimlerinden veya bardaktan sıvının dökülmemesini öğretmekten kaçınılmalıdır.⁴²

2.2.6.3. Fluorid

Fluorid; fluor elementinin iyonik formudur, yer kabuğunda en çok bulunan 13. elementtir. Negatif yüklüdür. Fluorid su ve hava içerisinde doğal olarak bulunmaktadır.⁵⁴

Fluorid profilaksisine 1940'ların sonlarında suların floridlenmesi ile başlanmıştır.⁵⁵ Diş çürüğünün önlenmesinde etkili bir yer alan floridler diş çürüğünün erken aşamalarını çeşitli yollarla kontrol altında tutarlar. Tükürük ve plakta yoğunlaşan fluorid sağlam minenin demineralizasyonunu engeller ve remineralizasyonu artırır. Çürük yapıcı bakteriler karbonhidratları metabolize edip asit ürettikçe diş-plak yüzeyindeki düşük pH' ye cevap olarak dental plaktan fluorid salınır. Daha sonra; salınan fluorid ve tükürükte var olan fluorid gelişmiş mine kristal yapısını sağlamak için demineralize mine tarafından kalsiyum ve fosfor ile birlikte geri alınır. Bu gelişen mine yapısı aside daha dirençlidir ve daha az karbonat içerir. Fluorid aynı zamanda çürük yapıcı bakterilerin aktivitelerini engelleyerek diş çürüğünü önlemektedir.⁵⁴

Fluorid sistemik ya da topikal yolla uygulanır. Diş çürüğünün şiddetini azaltmada etkili olarak gösterilen içme sularının floridlenmesi bütün toplumlarda floridin sistemik yolla uygulanmasının çok yaygın bir yoludur.⁴² Su kaynaklarının floridlenmesinin yapılmadığı ve içme suyundaki fluorid düzeyinin 0.7 ppm (milyonda bir birim)'in altında olduğu durumlarda fluorid uygulaması önerilmektedir. Diş çürüğü

açısından yüksek risk altındaki bebeklerin çevreden aldıkları florid de göz önünde bulundurularak uygun flor takviyesi verilebilir.⁵⁶ Florid takviyesi hakkındaki tavsiyeler Tablo 2’te gösterildi.

Tablo 2. Amerikan Pediatri Akademisinin önerdiği sudaki florid oranlarına göre florid desteği dozları.⁵⁴

Yaş	< 0.3 ppm	0.3-0.6 ppm	> 0.6 ppm
0-6 ay	0	0	0
6 ay- 3 yaş	0.25 mg/ gün	0	0
3-6 yaş	0.50 mg/ gün	0.25 mg/ gün	0
6-16 yaş	1.00 mg/ gün	0.50 mg/ gün	0

Yerel florid uygulamaları da çürüğü önlemede etkili yollardan biridir. Çocuklarda yerel florid uygulamasında dikkat edilmesi gereken noktalar uygulanabilirliği, bireysel çürük riski ve toplam florid alımıdır.⁵⁷

Diş çürüklerini önlemek için floridli diş macunlarının kullanılması 50 yılı aşkın bir süredir önerilmektedir. Çürük önleme özelliğini en üst seviyeye çıkarmak ve dental fluorozis riskini en aza indirmek için bu süre boyunca bebeklerin ve çocukların kullanımı için değişiklikler yapılmıştır. Diş macununu yutma eğilimi 5 yaşından daha küçük çocuklarda gerçekleşmektedir. Amerikan Dental Birliği 2 yaşın altındaki çocuklarda su ile diş fırçalamayı ve daha sonrasında 2-6 yaş arası çocuklar için bezelye büyüklüğünde floridli diş macunu kullanımını önermiştir.⁵⁸ Günümüzde florid yutulmasının önüne geçebilmek için floridsiz diş macunları tavsiye edilmektedir. Ancak; floridli diş macunları minenin demineralizasyonunu floridsiz diş macunlarına kıyasla daha fazla azalttığı göz önünde bulundurulmalıdır.⁵⁹

Yerel floridin profesyonel uygulama formları jel, vernik ve köpüğü kapsamaktadır. En sık uygulanan florid jelleri %1.23 florid iyonu içeren asidülofosfat florid ve %0.9 florid iyonu içeren %2'lik sodyum floriddir.⁶⁰ Florid vernikleri dişin dış yüzeyindeki florid yoğunluğunu artırarak etki sağlarlar. Böylelikle demineralizasyonun erken aşamalarında florid alımı artar. Bu yüzden diş çürüğü veya demineralizasyon için orta veya yüksek riskli bireylerde florid verniklerinin yararı en fazladır.⁴²

Son zamanlarda basında floridin toksik olduğuna dair iddialar yer almaktadır. Türk Diş Hekimleri Birliği konu ile ilgili 10.06.2016 tarihinde yaptığı bir basın toplantısında floridin ağız ve diş sağlığı hakkındaki yararlarına dikkat çekerek kamuoyunu bilgilendirmiştir.⁶¹

2.2.6. EÇÇ'nin Önlenmesinde Disiplinler Arası İşbirliğinin Önemi

Ağız sağlığı çocukların genel sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Diş çürüğü önemli sonuçları olan yaygın ve kronik bir hastalıktır. Çocukların sağlığından sorumlu sağlık çalışanları diş çürüklerini önleme, müdahale etme ve hastalığı yöneten diş hekimleri ile birlikte çalışma fırsatına sahiptir.⁶²

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri sunan aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve çocuk doktorları doğumdan itibaren çocuklara rutin sağlık hizmeti vermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 05.06.2008 tarihli 45 sayılı genelgesinde; "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü" kapsamında birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda bebeklerin muayene ve tetkiklerinin 0-59 ay arası dönemlerde en az on yedi izlem olarak sunulması gerektiğini bildirmiştir.⁶³

Tıbbi harcamalar anketi bebeklerin ve 1 yaşındaki çocukların % 89'unun yıllık doktor kontrolüne sahipken, bunlardan sadece %1.5'inin diş hekimi ziyaretine gittiğini ortaya çıkarmıştır.⁶² Bu yüzden tıp hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi sahibi olması ile erken tanı yapılabilmesi ve dental travma gibi akut hadiselerde gerekli müdahaleleri yaparak diş hekimine yönlendirmesi çok önemlidir.

Oral hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde sadece diş hekimlerinin sorumlu olduğunu düşünen yanlış bir algı olduğundan dolayı geleneksel tıp müfredatında çoğunlukla ağız hastalıkları göz ardı edilmektedir. Doktorların kötü ağız sağlığının sistemik etkileri hakkında bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.⁷ Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından 2003 yılında tıp fakülteleri tarafından uygulanması tavsiye edilen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda ağız diş sağlığı ile ilgili bir konu başlığının bulunmadığı görülmektedir.⁶⁴ Hekimlerin ağız hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması gereksiniminin sebeplerinden biri de doktorlar tarafından ağız hastalıklarının erken tanısı ve hastaların diş hekimlerine vaktinde yönlendirilmesi ile ağız ile ilişkili sistemik yan etkilerini azaltmak ve toplumun ağız sağlığı seviyesini geliştirmektir.⁷

Tıp hekimleri okul öncesi çocukları diş hekiminden daha önce rutin olarak görmektedir. Bu durum hekimlerin aileyi dental kontrollere yönlendirmesi ve dental önleyici hizmetler sunmasında büyük bir fırsattır.⁷ Bu bağlamda ülke genelinde büyük bir sorun olan ağız diş sağlığının kontrolü sadece diş hekimlerine bırakılmamalı, diğer tıp çalışanları da ağız diş sağlığının korunması konusunda üzerine düşen görevleri yapabilmelidir.

Bu çalışmada hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki tutum ve davranışları yüz yüze anket yöntemiyle değerlendirildi.

2.3. Anket

Anket; insanların yaşam koşullarını, davranışlarını veya tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilen soru listesinden oluşan bir araştırma yöntemidir. Diğer bilgi toplama araçlarından farklı olarak hızlı uygulama kolaylığı, ekonomik olması gibi avantajlara sahiptir. Gözleme dayalı araştırmalarda yapılacak anketler farklı amaçlarla kullanılabilir. Örneğin, anket ile kişilerin neler bildiği, neler yaptıkları, neleri sevdikleri, nelere inandıkları ve ne gibi kişisel özellikleri olduğu tespit edilebilir.⁶⁵ Anketlerde dört farklı soru grubu kullanılabilir. Bunlar:

1. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular,
2. Katılımcıların belirlenen konudaki bilgi düzeyleri ve bu bilginin kaynağına yönelik sorular,
3. Bir konu ile alakalı davranışlarını belirlemeye yönelik davranış ve tutum soruları,
4. Bir konuya ilişkin düşünce ve duygularını belirlemeye yönelik sorulardır.^{65, 66}

Dört farklı anket uygulama yöntemi bulunmaktadır. Bunlar yüz yüze görüşme ile, posta ile, telefonla ve internet aracılığıyla uygulanan anketlerdir.⁶⁷ Bu yöntemlerin farklı avantaj ve dezavantajları Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Anket yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları.⁶⁷

	Avantaj	Dezavantaj
Yüz yüze görüşme	Soruların açıklanabilmesi, Yüksek cevaplama oranı, Çabuk yanıt alma,	Maliyet fazlalığı, Uzun zaman alması, Anketörün taraf tutma ihtimali,
Posta	Ekonomik, Anketörün taraf tutma ihtimalinin olmaması, Uygulama kolaylığı	Sorular hakkında açıklama yapılamaması, Zaman alması, Anketin başka kişilerce doldurulmuş olabilme ihtimali
Telefon	Uygulama hızı yüksek, Çabuk yanıt alınabilir,	Sorular kısa ve anlaşılır olmalı, Örneğin toplumu temsil edebilme olasılığının düşük olması
İnternet	Uygulama kolaylığı, Ekonomik, Anketör önyargısını önler,	Katılımcı seçimi ve takibi güçtür, Hazırlanması çok zordur

Anket geliştirme süreci; araştırmanın amacını belirleme, anket uygulama yöntemi tayini ve anket sorularının oluşturulmasını içermektedir. Anket soruları bütün katılımcıların anlayabileceği sadelikte, yönlendirme ve önyargı içermeyecek biçimde hazırlanması gerekmektedir. Anket bilimsel araştırmalar bakımından temel bilgi toplama kaynaklarındandır.⁶⁷

Anket soruları açık uçlu ve kapalı uçlu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Açık uçlu sorularda katılımcılar soruları kendi cümleleriyle cevaplandırmaktadır. Bu tip soruların avantajı; beklenmeyen cevapların da alınabilmesi ve konunun daha kapsamlı değerlendirilebilmesi olup, dezavantajı; analiz etmedeki zorluklar, buna özel kodlama gerektirmesi ve cevaplamanın çok uzun sürmesidir. Açık uçlu sorular verilen cevaba göre yorumlama, boşluk doldurma ve listeleme soruları olarak gruplandırılır.⁶⁵

Kapalı uçlu sorular muhtemel cevapların sunulduğu soru tipidir. Hızlı ve emin yanıtlar alınır. Araştırmacının da analiz etmesi buna bağlı olarak hızlı olur. Kapalı uçlu sorular bir veya birden fazla şıkkın seçilebildiği sorular, sıralama soruları ve derecelendirme soruları olarak gruplandırılır.⁶⁵

Anketlerde geri dönüş oranı anketin başarısını etkileyen çok önemli bir konudur. Anketin güvenilirliği için bu oranın %70-80' in üzerinde olması beklenir. Uygulanan yönteme göre geri dönüş oranı değişmekte olup bu oran en fazla yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılan anketlerde elde edilir.⁶⁵

Başarılı bir anket geliştirmede dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunların arasında anketin kısa ve öz olması, soruların birden fazla amacının olmaması, soruların kafa karışıklığı oluşturmaması, soruların herkesin anlayabileceği yalınlıkta olması, cevapların mantıklı bir şekilde sıralanması, fazla cevap seçeneklerinden kaçınılması, soruların yönlendirici olmaması sayılabilir.⁶⁵

Sonuç olarak anketin kolay bir bilgi toplama aracı olmasının yanında hazırlanması ve uygulanması kolay bir yöntem değildir. Başarılı bir anket geliştirmek için problemin, soru tiplerinin, anket taslağının ve uygulama yönteminin iyi belirlenmesi gibi unsurlar dikkatlice değerlendirilmelidir.⁶⁶

Bu çalışmanın amacı Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını anket yöntemiyle değerlendirerek; eksik veya yanlış bilinen konuları saptamak ve eğitim almak isteyen hekimleri bilgilendirerek saptanan eksiklikleri gidermektir.

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi; eksik veya yanlış bilinen konuların saptanması ve eğitim almak isteyen hekimlerin bilgilendirilmesi ile saptanan eksikliklerin giderilmesi amacıyla yapıldı. Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alındı (2017/ 29 karar nolu, 03.03.2017), (Ek- 1).

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli çalışma izinleri T.C. Rize Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden alındı (Ek-2). Bu kurumların bünyesine bağlı olarak Rize ili Merkez ilçesinde aile hekimliğinde 39, acil tıp bölümünde 33 ve çocuk sağlığı ve hastalıkları servislerinde 26, toplamda 98 doktorun çalıştığı öğrenildi.

Çalışmanın örnekleme Rize Merkez ilçesinde Acil Tıp ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorlardan oluştu. Çalışma Aile Sağlığı Merkezleri'nde 08.05.2017- 20.06.2017 tarihleri arasında, acil tıp ile çocuk sağlığı ve hastalıkları servislerinde 01.04.2017- 01.07.2017 tarihleri arasında yapıldı. Toplam 85 hekime anket uygulandı (Ek-3). Ankete katılmak istemeyen hekimler çalışma dışı bırakıldı.

3.1. Anketin İçeriği

Anketin ilk bölümü bilgi ve tutum değerlendiren 8 sorudan oluşan demografik bilgileri değerlendiren soruları, ikinci bölümü 7 sorudan oluşan ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranış ölçme soruları, 30 sorudan oluşan üçüncü ve son bölümü ise

ağız sağlığı konusundaki bilgi sorularını içerdi. Anket açık uçlu, kapalı uçlu ve birden fazla şıkkın seçilebildiği sorulardan oluşturuldu. Anket formu Ek- 2 'de yer almaktadır.

Anketin demografik bilgileri içeren birinci kısmında yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, mesleki tecrübe süresi, uzmanlık durumu, daha önce çocukların ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim alma durumu ve kendilerini bu konuda yeterli görmeleri sorgulandı.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranışların değerlendirildiği ikinci kısımda; diş fırçalama ve diş fırçası değiştirme sıklığı, tercih edilen diş fırçası tipi, arayüz temizliği hakkındaki bilgi ve uygulamaları, diş hekimine gitme sıklığı, diş hekimini en son ziyaret etme sebebi ve diş hekimini korkusu sorgulandı. Diş hekimini korkusu VAS skalası ile değerlendirildi.⁶⁸ Bu skalada kendilerine 0 (çok rahatım)'dan 100 (çok endişeliyim)'e kadar bir değer vermeleri istendi.

Üçüncü ve son kısım olan ağız sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri; diş çürüğü, süt dişleri hakkında genel bilgiler, florid uygulaması, çocuklarda ağız sağlığı ve ilk diş hekimini muayenesi, ilk süt ve daimi dişin sürme zamanı ve dental travmalarla karşılaşınca neler yapılması gerektiği sorgulandı.

3.2. Anketin Uygulanması

Anket uygulamasını kabul eden hekimlere çalışmanın amacı araştırmacı tarafından anlatıldı. Hekimler mesai saatleri içerisinde anketi ortalama 10 dakika içerisinde doldurdu. Anketin doldurulması sırasında araştırmacı belli bir mesafede durup anlaşılmayan soruların varlığında gerekli açıklamalarda bulundu. Anket sonrasında eğitim almak isteyen hekimlere araştırmacı tarafından yaklaşık 5 dakikalık ağız ve diş sağlığı hakkında genel bilgiler, diş çürüğü, süt dişlerinin önemi ve dental travmalar konularını içeren eğitici sunum yapıldı.

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamına Microsoft Excel 2013 programı ile aktarıldı. Aktarılan veriler 18.0 paket SPSS programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler yüzde ve sayı dağılımları olarak verildi. Çözümlemede parametrik test koşullarını sağlayan verilerde ortalamaların karşılaştırılmasında t testi, Anova testi ve parametrik test koşullarını sağlamayan verilerde ortalamaların karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sınıflanmış verilerde Chi-Square testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 85 hekim katıldı. Araştırmada hekimlerin ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin uzmanlık dalı, mesleki tecrübe, çocuk sahibi olma ve ağız diş sağlığı ile ilgili daha önceden eğitim alma durumu ile ilişkisi incelendi.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalamasının 37.8 (en küçük 24, en büyük 63) olduğu, %62.4'ünün erkek, %37.6'sının kadın olduğu, %69.4' ünün evli olduğu, %69.4' ünün çocuk sahibi olduğu; %48.2'sinin mesleki tecrübesinin 10 yıl ve daha az olduğu, %25.9'unun uzman, %52.9'unun pratisyen hekim olduğu, %34.1'inin acil tıp hekimi, %44.7' sinin aile hekimi, %21.2'sinin çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimi olduğu, %90.6'sının daha önce ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi almadığı ve bu eğitimin üzerinden ortalama 4.8 yıl geçtiği, %80'inin ağız diş sağlığı konusundaki bilgilerini yeterli görmediği saptandı. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik verileri Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	32	%37.6
Erkek	53	%62.4
Medeni hal		
Evli	59	%69.4
Bekâr	26	%30.6
Çocuk sahibi olma		
Evvet	56	%65.9
Hayır	29	%34.1
Mesleki tecrübe süresi		
10 yıl ve daha az	41	%48.2
10 yıl üzeri	44	%51.8
Uzmanlık durumu		
Uzman	22	%25.9
Asistan	18	%21.2
Pratisyen	45	%52.9
Uzmanlık dalı		
Acil tıp hekimliği	29	%34.1
Aile hekimliği	38	%44.7
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	18	%21.2
Eğitim alma durumu		
Eğitim almış	8	%9.4
Eğitim almamış	77	%90.6
Alınan eğitim kaynağı		
Lisans eğitimi	2	%2.4
Uzmanlık eğitimi	1	%1.2
Diğer (kongre, adsm, sağlık müdürlüğü)	5	%6
Kendini yeterli görme		
Yeterli gören	17	%20
Yeterli görmeyen	68	%80

4.1. Hekimlerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve davranışları

Anket verileri değerlendirildiğinde erkeklerin %37.7'sinin günde 2 kez diş fırçaladığı, %28.3'ünün diş fırçasını 3 ayda bir değiştirdiği, %79.2'sinin manuel diş fırçası kullandığı, %28.3'ünün diş fırçasını 3 ayda bir değiştirdiği, %81.2'sinin manuel diş fırçası kullandığı, %34'ünün arayüz temizliği yaptığı, arayüz temizliği yapanların %50'sinin bu uygulamayı diş ipi ile yaptığı, %5.7'sinin diş hekimine gitme sıklığının 6 ayda bir olduğu, %34'ünün en son diş hekimi ziyareti sebebinin restoratif diş tedavisi olduğu tespit edildi.

Kadınların %78.1'i dişlerini günde 2 kez fırçaladığı, %50'sinin diş fırçasını 3 ayda bir değiştirdiği, %84.4'ünün manuel diş fırçası kullandığı, %59.4'ünün arayüz temizliği yaptığı, arayüz temizliği yapanların %94.7'sinin bu uygulamayı diş ipi ile yaptığı, %18.8'inin diş hekimine gitme sıklığının 6 ayda bir olduğu, %34.4'ünün en son diş hekimi ziyareti sebebinin restoratif diş tedavisi olduğu tespit edildi.

Cinsiyete göre diş fırçalama sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Buna göre erkeklerin diş fırçalama sıklığının kadınlardan daha az olduğu saptandı. Diş fırçası değiştirme sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.044$). Erkeklerin diş fırçasını 3 aydan daha fazla sürede değiştirdikleri saptandı. Tercih edilen fırça türü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.558$). Arayüz temizliği yapılması ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.022$). Buna göre bayanların erkeklerden daha fazla arayüz temizliği yaptığı bulguları. Cinsiyet ile diş hekimine gitme sıklığı ilişkisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.045$). Buna göre bayanların diş hekimi kontrollerine daha çok gittiği saptandı. Cinsiyet ile en son diş hekimine gitme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.441$). Hekimlerin korku değerlendirme puanları normal dağılıma uymadı ($p<0.05$). Cinsiyete göre korku değerlendirme değerleri erkeklerde ortalama %25.4, kadınlarda %33.0 olarak saptandı ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki tutum ve davranışları.

	Erkek		Kadın		P değeri
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Dişlerinizi ne sıklıkta fırçalarsınız					0.001
Günde 2 kere	20	%37.7	25	%78.1	
Günde 2 den az	33	%62.3	7	%21.9	
Diş fırçanızı ne sıklıkta değiştirirsiniz					0.044
3 ayda bir	15	%28.3	16	%50	
3 ayda daha fazla	38	%71.7	16	%50	
Tercih ettiğiniz fırça türü nedir					0.558
Manuel diş fırçası	42	%79.2	27	%84.4	
Şarjlı diş fırçası	11	%20.8	5	%15.6	
Arayüz temizliği yapar mısınız?					0.022
Evet	18	%34.0	19	%59.4	
Hayır	35	%66.0	13	%40.6	
Arayüz temizliğini ne ile yaparsınız					0.005
Diş ipi*	8	%50	18	%94.7	
Arayüz fırçası	2	%12.5	0	%0	
Kürdan	6	%37.5	1	%5.3	
Hangi sıklıkta diş hekimine gidersiniz					0.045
6 ayda bir*	3	%5.7	6	%18.8	
Yılda bir	12	%22.6	11	%34.4	
Ağrıdıkça	38	%71.7	15	%46.9	
En son diş hekimine gitme sebebi					0.441
Restoratif diş tedavisi	18	%34.0	11	%34.4	
Dental ağrı	11	%20.8	5	%15.6	
Diş taşı temizliği	11	%20.8	5	%15.6	
Protez	6	%11.3	2	%6.3	
Kanal tedavisi	2	%3.8	3	%9.4	
Diş çekimi	3	%5.7	1	%3.1	
Diğer (kontrol, ortodonti)	2	%3.8	5	%15.6	
Diş Hekimi Korkusu					
Ortalama **	25.4		33.0		0.248

* Chi-Square , ** Mann Whitney U

4.2. Hekimlerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri

Bu kısımda hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildi.

4.2.1. Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi

Çürüksüz dişlere sahip olmanın mümkün olduğunu düşünen hekimlerin sayısı 56 (%65.9), ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığını etkilediğini düşünenlerin sayısı 84 (%98.8) ve çürük yapıcı bakterilerin anneden bebeğe geçebileceğini düşünenlerin sayısı 38 (%44.7) olarak belirlendi. Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin dağılımı Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin dağılımı.

	Sayı	Yüzde
Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkündür	56	%65.9
Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler	84	%98.8
Çürük yapıcı bakteriler anneden bebeğe geçebilir	38	%44.7

Tablo 7'de diş çürüğü ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim durumu ve mesleki tecrübe ile ilişkisi gösterildi. "Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkün müdür?", "Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler mi?", "Çürük yapıcı bakteriler anneden bebeğe geçebilir mi?" sorularına doğru cevap veren hekimler ile uzmanlık dalı eğitim alma durumu ve mesleki tecrübe ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 7. Diş çürüğü ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkündür	n=20 %69	n=27 %71.1	n=9 %50	p=0.273	n=4 %7.1	n=52 %92.9	p=0.319	n=29 %51.8	n=27 %48.2	p=0.363
Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler	n=29 %34.5	n=37 %44	n=18 %21.4	p=0.860	n=8 %9.5	n=76 %90.5	p=1.00	n=41 %48.8	n=43 %51.2	p=1.00
Çürük yapıcı bakteriler annedenden bebeğe geçebilir	n=9 %31.0	n=20 %52.6	n=9 %38	p=0.186	n=5 %13.2	n=33 %86.8	p=0.458	n=18 %47.4	n=20 %52.6	p=0.886

Diş çürüğünün nedenleri hangisi veya hangileridir sorusunda; yetersiz fırçalamayı işaretleyen hekimlerin sayısı 75 (%88.2), kötü beslenmeyi işaretleyenlerin sayısı 72 (%84.7), düzenli kontrolün olmayışını işaretleyenlerin sayısı 56 (%65,9) , genetik seçeneğini işaretleyenlerin sayısı 55 (%64.7), kalsiyum yetersizliğini işaretleyenlerin sayısı 48 (%56.5), stres seçeneğini işaretleyenlerin sayısı 24 (%28.2) olarak tespit edildi. Diş çürüğünü engelleme yöntemleri hangisi veya hangileridir sorusunda; şekerli atıştırma sınırlandırmak seçeneğini işaretleyen hekim sayısı 49 (%57.6), şekerli sakız çiğnemek seçeneğini işaretleyen hekimlerin sayısı 20 (%23.5), diş fırçalamak seçeneğini işaretleyen hekimlerin sayısı 81 (%95.3), düzenli diş hekimi ziyareti seçeneğini işaretleyen hekimlerin sayısı 67 (% 78.8) olarak belirlendi. Bu bulgular Tablo 8’de gösterildi.

Tablo 8. Diş çürüğünün nedenleri ve engellenmesi hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi.

	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Diş çürüğü nedenleri				
Yetersiz fırçalama	75	%88,2	10	%11,8
Kötü beslenme	72	%84,7	13	%15,3
Düzenli kontrolün olmayışı	56	%65,9	29	%71,8
Genetik	55	%64,7	30	%35,3
Kalsiyum yetersizliği	48	%56,5	37	%43,5
Stres	24	%28,2	29	%34,1
Diş çürüğünü engelleme yöntemleri				
Şekerli atıştırmalıkları sınırlandırmak	49	%57,6	65	%76,5
Şekersiz sakız çiğnemek	20	%23,5	65	%76,5
Diş fırçalamak	81	%95,3	4	%4,7
Düzenli diş hekimi ziyareti	67	%78,8	18	%21,2

4.2.2. Süt dişleri, ağız ve diş temizliği, diş hekimi ziyareti ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi

Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkilediğini düşünen hekimlerin sayısı 53 (%62,4), süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilmesi gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 66 (%77,6), çocukların ilk diş hekimi muayenesinin ilk dişler sürdükten sonra yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 22 (%25,9), ebeveynlerin bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine doğumdan itibaren başlaması gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 19 (%22,4), çocuklarda 20 tane süt dişi olduğunu düşünen hekimlerin sayısı 36 (%42,4), ilk süt dişinin 6 aylıkken ağızda görülmesinin beklendiğini düşünen hekimlerin sayısı 55 (%64,7) olarak belirlendi. Bu bulgular Tablo 9’da özetlendi.

Tablo 9. Süt dişleri, ağız ve diş temizliği, diş hekimi ziyareti ile ilgili bilgilerin dağılımları.

	Sayı	Yüzde
Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkiler	53	%62.4
Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilmelidir	66	%77.6
Çocukların ilk diş hekimi muayenesi ilk dişler sürdükten sonra yapılmalıdır	22	%25.9
Ebeveynler bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine doğumdan itibaren başlamalıdır	19	%22.4
Çocuklarda 20 tane süt dişi vardır	36	%42.4
İlk süt dişinin 6 aylıkken ağızda görölmesi beklenir	55	%64.7

Tablo 10’ da süt dişi çürüğü ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi gösterildi. Süt dişlerindeki problemlerin daimi dişleri etkilediğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). Süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilmesi gerektiğini düşünen hekimler ile uzmanlık dalı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark bulundu ($p=0.01$). Buna göre acil tıp hekimlerinin süt dişlerinin tedavi gerekliliğini daha az düşündükleri saptandı. Eğitim alma ve mesleki tecrübe ile arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çocukların ilk diş hekimi muayenesi ilk dişler sürdükten sonra yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında mesleki tecrübe ile arasında istatistiksel açıdan fark saptanırken ($p=0.03$); uzmanlık dalı, eğitim alma ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamadı ($p>0.05$). Buna göre tecrübe yılının 10 yıldan az olması ile bu sorunun doğru bilinmesi oranının arttığı belirlendi.

Ebeveynlerin bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine doğumdan itibaren başlaması gerektiğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında uzmanlık dalında istatistiksel açıdan fark bulunurken ($p=0.045$); eğitim alma ve mesleki tecrübe ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Buna göre; çocuk doktorlarının bu konudaki bilgisinin daha az olduğu belirlendi. Çocuklarda 20 tane süt dişi olduğunu ve ilk süt dişinin 6 aylıkken ağızda görülmesi beklendiğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlam bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 10. Süt dişleri hakkındaki bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkiler	n=16 %24	n=24 %45.3	n=13 %24.5	p=0.498	n=5 %9.4	n=48 %90.6	p=1.00	n=22 %41.5	n=31 %58.8	p=0.113
Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilmelidir	n=17 %25.8	n=33 %50	n=16 %24.2	p=0.01	n=5 %7.6	n=61 %92.4	p=0.370	n=29 %43.9	n=37 %56.1	p=0.14
Çocukların ilk diş hekimi muayenesi ilk dişler sürdükten sonra yapılmalıdır	n=8 %36.4	n=10 %45.5	n=4 %18.2	p=0.917	n=4 %18.2	n=18 %81.8	p=0.196	n=15 %68.2	n=7 %31.8	p=0.03
Ebeveynler bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine doğumdan itibaren başlamalıdır	n=2 %10.5	n=11 %57.9	n=6 %31.6	p=0.045	n=1 %5.3	n=18 %94.7	p=0.677	n=7 %36.8	n=12 %63.2	p=0.259
Çocuklarda 20 tane süt dişi vardır	n=10 %27.8	n=19 %52.8	n=7 %19.4	p=0.420	n=4 %11.1	n=32 %88.9	p=0.646	n=14 %38.9	n=22 %61.1	p=0.139
İlk süt dişinin 6 aylıkken ağızda görülmesi beklenir	n=15 %27.3	n=25 %45.5	n=15 %27.3	p=0.087	n=3 %7	n=40 %93	p=0.483	n=29 %52.7	n=26 %43.7	p=0.262

4.2.3.Fluorid ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi

Dişlere uygulanan floridin sağlığa yararlı olduğunu düşünen hekimlerin sayısı 41 (%48.2), florid tabletlerin diş sağlığı üzerine etkili olduğunu düşünen hekimlerin sayısı 47 (%55.3) ve çocuklarda floridli diş macununu 3 yaşından itibaren kullanabileceğini düşünen hekimlerin sayısı 17 (%20) olarak tespit edildi. Florid hakkındaki bulgular Tablo 11’de gösterildi.

Tablo 11. Florid ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi.

	Sayı	Yüzde
Dişler için uygulanan florid sağlığa yararlıdır	41	%48.2
Florid tabletler diş sağlığı üzerine etkilidir	47	%55.3
Çocuklarda florürlü diş macununu 3 yaşından itibaren kullanabilir	17	%20

Tablo 12’de florid hakkındaki bilgiler ile uzmanlık dalı, eğitim durumu ve mesleki tecrübe karşılaştırılması gösterildi. Dişler için uygulanan floridin sağlığa yararlı olduğunu, florid tabletler diş sağlığı üzerine etkide bulunduğunu, çocuklarda floridli diş macununu 3 yaşından itibaren kullanabildiğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 12. Fluorid hakkındaki bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
Dişler için uygulanan florid sağlığa yararlıdır	n=17 %41.5	n=14 %34.1	n=10 %24.4	p=0.164	n=5 %12.2	n=36 %87.8	p=0.474	n=23 %56.1	n=18 %43.9	p=0.161
Fluorid tabletler diş sağlığı üzerine etkilidir	n=20 %42.6	n=17 %36.2	n=10 %21.3	p=0.142	n=4 %8.5	n=43 %91.5	p=1.00	n=24 %51.1	n=23 %48.9	p=0.562
Çocuklarda fluorürlü diş macununu 3 yaşından itibaren kullanabilir	n=3 %17.6	n=7 %41.2	n=4 %41.2	p=0.056	n=3 %17.6	n=14 %82.4	p=0.195	n=9 %52.9	n=8 %47.1	p=0.664

4.2.4. Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi

Diş gelişimine etki edebilecek antibiyotiklerin olduğunu düşünen hekimlerin sayısı 71 (%83.5), tetrasiklinler 8 yaşından sonra reçete edilmesi gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 6 (%7.1), ilk daimi dişin 6 yaşından itibaren ağızda görülmesi beklendiğini düşünen hekimlerin sayısı 43 (%50.6) olarak tespit edildi. Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bulgular Tablo 13’ de gösterildi.

Tablo 13. Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin dağılımı.

	Sayı	Yüzde
Diş gelişimine etki edebilecek antibiyotikler vardır	71	83.5
Tetrasiklinler 8 yaşından sonra reçete edilmelidir	6	7.1
İlk daimi dişin 6 yaşından itibaren ağızda görülmesi beklenir	43	50.6

Tablo 14’te diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe karşılaştırılması gösterildi. Diş gelişimine etki edebilecek

antibiyotiklerin olduğunu, tetrasiklinler 8 yaşından sonra reçete edilmesi gerektiğini ve ilk daimi dişin 6 yaşından itibaren ağızda görülmesi beklendiğini düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 14. Diş gelişimi ve antibiyotikler ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim durumu ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
Diş gelişimine etki edebilecek antibiyotikler vardır	n=22 % 32	n=32 %45.1	n=17 % 23.9	p=0.096	n=6 % 8.5	n=65 % 91.5	p=0.60	n=33 % 46.5	n=38 % 53.5	p=0.466
Tetrasiklinler 8 yaşından sonra reçete edilmelidir	n=2 %33.3	n=3 %50	n=1 %16.7	p=0.898	n=0 % 0	n=6 % 100	p=1.00	n=4 % 66.7	n=2 % 33.3	p=0.349
İlk daimi dişin 6 yaşından itibaren ağızda görülmesi beklenir	n=13 %30.2	n=17 %39.5	n=13 %30.2	p=0.118	n=3 % 7	n=40 % 93	p=0.483	n=21 % 48.8	n=22 % 51.2	p=0.911

4.2.4. Travma ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi

Dental travma ile ilgili bulgular Tablo 15’ de gösterildi. Daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 42 (%49.4), avülse dişin bulunması gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 37 (%43.5), avülse bir diş yerine geri yerleştirilebileceğini düşünen hekimlerin sayısı 33 (%38.8), avülse bir dişin hemen yerine yerleştirilmesi gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 4 (%4.7), avülse bir dişin diş hekimine ulaştırılana kadar süt içerisinde saklanması gerektiğini düşünen hekimlerin sayısı 5 (%5.9) ve Rize’ de 24 saat açık bir diş kliniğinin olduğunu bilenlerin sayısı 74 (%87.1) olarak belirlendi.

Tablo 15. Travma ile ilgili bulgularının değerlendirilmesi.

	Sayı	Yüzde
Daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerekir	42	%49.4
Avülse dişin bulunması gerekir	37	%43.5
Avülse bir diş yerine geri yerleştirilebilir	33	%38.8
Avülse bir diş hemen yerine yerleştirilmelidir	4	%4.7
Avülse bir diş; diş hekimine ulaştırılana kadar süt içerisinde saklanmalıdır	5	%5.9
Rize' de 24 saat açık bir diş kliniği vardır	74	%87.1

Tablo 16'da travma soruları ile ilgili bilgilerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile karşılaştırılması gösterildi. Daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerektiğini, avülse bir dişin yerine geri yerleştirilebileceğini, avülse bir dişin hemen yerine yerleştirilmesini, avülse bir dişin diş hekimine ulaştırılana kadar süt içerisinde saklanmasını düşünen hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). Avülse dişin bulunması gerektiğini düşünen hekimler ile uzmanlık dalı ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark saptanırken ($p=0.002$); eğitim alma ve mesleki tecrübe ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile acil tıp uzmanlarının doğru cevap verme oranlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 16. Travma sorularının uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
Daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerekir	n=11 %26.2	n=18 %42.9	n=13 %31.0	p=0.069	n=4 %9.5	n=38 %90.5	P=0.972	n=20 %47.6	n=22 %52.4	p=0.911
Avülse dişin bulunması gerekir	n=15 %40.5	n=9 %24.3	n=13 %35.1	p=0.002	n=4 %10.8	n=33 %89.2	p=0.724	n=20 %54.1	n=17 %45.9	p=0.346
Avülse bir diş yerine geri yerleştirilebilir	n=14 %42.4	n=10 %30.3	n=9 %27.3	p=0.103	n=3 %9.1	n=30 %90.9	p=1.0	n=19 %57.6	n=14 %42.4	p=0.17
Avülse bir diş hemen yerine yerleştirilmelidir	n=1 %25	n=1 %25	n=2 %50	p=0.348	n=1 %25	n=3 %75	p=0.332	n=3 %75	n=1 %25	p=0.272
Avülse bir diş; diş hekimine ulaştırılana kadar süt içerisinde saklanmalıdır	n=2 %40	n=1 %20	n=2 %40	p=0.686	n=0 %0	n=5 %100	p=1.0	n=2 %40	n=3 %60	p=0.704
Rize' de 24 saat açık bir diş kliniği vardır	n=27 %36.5	n=32 %43.2	n=15 %20.3	p=0.288						

Tablo 17'de hekimlerin vaka sorularına verdiği doğru cevapların dağılımı gösterildi.

Tablo 17. Vaka sorularının değerlendirilmesi.

	Sayı	Yüzde
Erüpsiyon kisti vakasını acil diş hekimine yönlendiririm	76	%89.4
Resimdeki diş daimi diştir	65	%76.5
Mine-dentin kırığı acil bir durumdur	39	%45.9
Avülsiyon vakası acil müdahale edilmesi gereken bir vakadır	73	%85.9
Avülsiyon vakasını acil diş hekimine yönlendiririm	74	%87.1

Tablo 18’de hekimlerin vaka sorularına verdiği cevaplar ile uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe arasındaki ilişki gösterildi. Erüpsiyon kisti vakası sorusu, daimi dişlerin ayırımı değerlendirilen vaka sorusu, mine dentin kırığının aciliyet durumunun değerlendirildiği vaka sorusu ve avülsiyon vakası olduğunda hangisini yapardınız sorusuna doğru cevap veren hekimler ile uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark saptanmadı ($p>0.05$). Avülsiyon vakasına acil müdahale edilmesi gerektiğini düşünen hekimler ile uzmanlık dalı ($p=0.031$), mesleki tecrübe ($p=0.045$) ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark saptanırken; eğitim alma ile arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadı ($p>0.05$). Buna göre; aile hekimlerinin bu soruya daha çok doğru cevap verdikleri ve tecrübe ile bu oranın arttığı belirlendi.

Tablo 18. Vaka sorularının uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisi.

	Acil tıp hekimi	Aile hekimi	Çocuk doktoru	P değeri	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	P değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	P değeri
 Resim 1	n=25 %32.4	n=34 %44.7	n=17 %22.4	p=0.267	n=6 %7.9	n=70 %92.1	p=0.199	n=35 %46.1	n=41 %53.9	p=0.242
 Resim 2	n=24 %36.9	n=27 %41.5	n=14 %21.5	p=0.529	n=4 %6.2	n=61 %93.8	p=0.084	n=35 %53.8	n=30 %46.2	p=0.062
 Resim 3	n=10 %25.6	n=21 %53.8	n=8 %20.5	p=0.237	n=4 %10.3	n=35 %89.7	p=1.00	n=15 %38.5	n=24 %61.5	p=0.097
 Resim 4	n=21 %28.8	n=36 %49.3	n=16 %21.9	p=0.031	n=5 %6.8	n=68 %93.2	p=0.081	n=32 %43.8	n=41 %56.2	p=0.045
	n=25 %33.8	n=32 %43.2	n=17 %23	p=0.71	n=7 %9.5	n=67 %90.5	p=1.00	n=34 %45.9	n=40 %54.1	p=0.273

Bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlara bakıldığında; ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler mi sorusu en yüksek oranda doğru cevaplanan soru iken (%98.8), hekimlerin en çok yanlış cevap verdiği sorunun avülse dişin ne kadar sürede geri yerleştirilmesi gerekir sorusu olduğu belirlendi (%4.7).

Ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim almak ister misiniz sorusuna hekimlerin %82.4'ü evet cevabını verirken; %17.6'sı hayır cevabını verdi. Eğitim almak isteyen hekimlerin %100'ü ise ağız ve diş sağlığı hakkında yapılan sunumdan memnun kaldınız mı sorusunu evet olarak cevapladı.



4.TARTIŞMA

Diş çürüğü birçok ülkede erişkinlerin çoğunu ve okul çocuklarının %60-90' ını etkileyen bulaşıcı ve enfeksiyöz bir hastalıktır.⁶⁹ Erken çocukluk çağı çürükleri sosyal, politik, davranışsal, tıbbi ve dental bir problemdir ve sadece dinamik değişiklikleri anlama yoluyla kontrol edilir. EÇÇ sosyal bir problemdir çünkü toplumun dezavantajlı üyelerinde meydana gelir. EÇÇ davranışsal bir problemdir çünkü anneler, bakıcılar, tıbbi görevliler ve diğerleri tarafından uygulanan günlük aktiviteleri içerir. EÇÇ medikal bir problemdir çünkü EÇÇ'li bebekler çürüksüz bebeklerle kıyaslandığında daha düşük büyüme hızı gösterirler. EÇÇ'li çocuklar sıklıkla hastanelerde sedasyon veya genel anestezi altında yüksek maliyetli dental tedavilere gereksinim duyarlar.⁴⁹

Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı ağız-diş sağlığı hedeflerinde, altı yaşındaki çocukların %50'sinde ve 2020 yılında %80'inde diş çürüğünün olmaması gerektiğini planlanmıştır. Ancak Türkiye'de, altı yaşındaki çocuklarının %85'inin ağızında diş çürüğü bulunduğunu ve yaşla birlikte bu değer arttığı bildirilmektedir.⁷⁰

Klinik çalışmalar ve halk sağlığı araştırmaları bireysel, profesyonel ve toplumsal önlemlerin diş çürüğünün önlenmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Diş çürüğünü önleme etiyolojik faktörleri elimine ederek ve çürük ataklarına karşı dişin direncini artırarak başarılı bir şekilde uygulanabilir.⁶⁹ Etkili önleme stratejileri çocukların oral sağlık kalitesinin geliştirilmesi için çok önemli bir unsurdur.⁷¹

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ülkemizde diş hekimliği fakülteleri, devlet hastaneleri ve özel muayenehanelerde sunulmaktadır. Mevcut 22.000 diş hekimi görev yapmakta olup bunların %38'i kamu, %62'si özel sektörde çalışmaktadır. Bu hekimlerin dağılımı illere göre büyük farklılıklar göstermektedir. Dolayısıyla ağız ve diş

sağlığı problemlerinin kontrolünde diş hekimleri ile birlikte sağlık hizmeti veren bütün meslek gruplarına çok önemli görevler düşmektedir.⁷²

Bu çalışmada Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan 85 tıp doktoruna ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendiren bir anket uygulandı ve ayrıca ağız ve diş sağlığı hakkında eğitim almak isteyen hekimlere eğitim verildi. Hekimlerin bu konudaki eksik veya yanlış bildikleri konular saptandı. Sorulara verilen doğru cevapların uzmanlık dalı, mesleki tecrübe ve daha önce eğitim alma durumları ile etkisi karşılaştırıldı.

Bu çalışmadaki hekimlerin %90.6'sı ağız ve diş sağlığı hakkında daha önce herhangi bir eğitim almadığını belirtti. Bu oranın 2010 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan benzer bir çalışmada tıp eğitimi boyunca ağız diş sağlığı konusunda eğitim almayanların oranının %100 olduğu görülmüştür.⁷³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. sınıf öğrencilerinde 2003 ve 2005 yılında yapılan çalışmalarda da öğrencilerin %94'ünün bu konuda daha önceki sınıflarda bilgi almadıklarını belirttikleri görülmüştür.^{1, 74} Tıp eğitiminde halen ağız ve diş sağlığı konularında eğitim verilmediği görüldü.

Mevcut araştırmaya katılan hekimlerin %80'i ağız ve diş sağlığı hakkında kendini yeterli görmemektedir. Çalışkan ve ark.^{1, 74}'nin yaptığı çalışmalarda bu oranın %50 olduğu görüldü. Aynı zamanda; Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %77'si ağız diş sağlığı hakkındaki mezuniyet öncesi eğitimlerini kötü seviyede olarak değerlendirmiştir.⁷⁵ Raouf ve ark.⁷⁶'nin yaptığı çalışmada ise hekimlerin %98.7'si bilgi seviyeleri ile memnun olmadığı sonucu görülmüştür. Hindistan'da yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin %95.5'i dental travma hakkındaki bilgilerini yetersiz gördüklerini bildirmiştir.⁷⁷

Avrupa ülkelerinde tıp eğitimi programında ağız diş sağlığı konularının anlatılma oranları farklılıklar sergilemektedir. Örnek olarak, Avusturya’da klinik uygulamalar kapsamında ağız diş sağlığı konularına 45 saat ayrılırken, Polonya’da 4-6, sınıflarda 15 saat ayrılmakta, Slovenya’da 5.sınıfta 45 saatlik stomatoloji dersi bulunmaktadır. Ülkemizde, tıp eğitiminde ağız ve diş sağlığı konularına Halk Sağlığı dersleri içerisinde genellikle 1-2 saatlik zaman ayrılmakta veya müfredat içerisinde bu konular hiç bulunmamaktadır.^{74, 78} Hekimlerimizin ağız ve diş sağlığı konusunda kendilerini yetersiz görmeleri eğitim sürecinde bu konulara gerekli önemin verilmemesinin bir sonucu olduğunu düşündürmektedir.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin topluma dayalı şekilde verilmesi ve multifaktöriyel etiyolojik unsurları kapsayacak biçimde multidisipliner olması beklenmektedir.⁷⁴ Ülkemizde topluma yönelik ağız diş sağlığı hizmetleri genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılandığı merkezlerde verilmektedir. Dolayısıyla; birinci basamak sağlık hizmeti veren diş hekimi dışındaki sağlık personellerinin öncelikle hekimlerin toplumun ağız diş sağlığının ilerlemesinde alacağı sorumluluk ve rol çok değerlidir.⁷⁴ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2001 yılında yayınlanan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sorumluluklar Yönergesi”nde birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından sunulacak ağız ve diş sağlığı hizmetleri (madde 58) şöyle tanımlanmıştır:

- Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesi ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanması,

- Diş hekimliği fakülteleri eğitim programı içinde koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin artırılması,

- Sağlık personeli yetiştiren okulların eğitim programlarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili programların yer almasıdır.⁷⁹

Bu maddelerde de belirtildiği gibi bütün sağlık personellerine ağız ve diş sağlığı konusu hakkında önemli görevler düşmektedir.

Diş fırçalamanın, çürük riskini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Dişlerini günde iki kez fırçalayanların ve erken yaşta fırçalama alışkanlığı kazananların daha az çürüğe sahip olduğu bildirilmiştir.⁸⁰ Bu çalışmaya katılan bayan hekimlerin diş fırçalama sıklığının erkeklere oranla daha fazla (%78.1-%37.7) olduğu istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulundu. Bu bulgular Kuveyt Üniversitesi'nde tıp, eczacılık ve diş hekimliği fakültesi öğrencileri arasında oral sağlık bilgi, yaklaşım ve davranışlarını değerlendiren çalışmalarla uyumludur.⁸¹⁻⁸³

Mevcut araştırmadaki hekimlerin %10.6'sı diş hekimine 6 ayda bir kez, %27'si yılda bir kez ve % 62.4'ü ağrısı olduğunda gittiğini belirtti. Al Hussaini ve ark.⁸¹'nin yaptığı benzer çalışmada ise katılımcıların %22'si 6 ayda bir, %21.5'i yılda bir kez ve %43.7'si ihtiyaç duyduğunda diş hekimine gittiğini belirtmişlerdir. Bu verilere göre hekimlerin diş hekimine daha çok ağrı duydukça gittiği görüldü.

Diş çürüğü dünya çapında en yaygın görülen çocukluk çağı hastalığı ve kronik bozukluktur. Çürük oluşumu ve ilerlemesi bakteriyel flora, diyet alışkanlığı, flor alımı, oral hijyen, tükürük akışı, tükürük içeriği ve diş yapısını içeren çok sayıdaki çevresel ve genetik faktörlerin her ikisinin etkileşimiyle oluştuğu bilinmektedir.⁸⁴ Diş çürüğü nedenleri hangisi ya da hangileridir sorusunda çalışmamıza katılan hekimlerin %88.2'si yetersiz fırçalama, % 84.7'si kötü beslenme, %65.9'u düzenli kontrolün olmayışı, % 64.7'si genetik, %56.5'i kalsiyum yetersizliği, %28.2'si stres olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Kuveyt Üniversitesi tıp, eczacılık ve diş hekimliği öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %65'i diş çürüğünün asıl nedenini düzenli diş

fırçalamama, %19.3'ü şeker tüketimi ve %10.2'si zayıf mine yapısının neden olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.⁸¹

Mevcut çalışmada süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilmesi gerektiğini düşünen hekimler %77.6 oranındaydı. Çalışkan ve ark.¹'nin 2002 yılında yaptığı çalışmada ise bu değer %39.5 oranındaydı. Bu konudaki bilgi düzeyinin arttığı görüldü.

Diş çürüğünden sorumlu mikroorganizmalar bir bireyden diğerine geçebilir. Birçok çalışma *S. mutans*'ın bebeklere genellikle annelerinden geçtiğini belirtmiştir.⁴² Bu çalışmada çürük yapıcı bakterilerin anneden bebeğe geçebileceğini düşünen hekimler %44.7 oranındaydı. Amerika'da çocukların oral sağlığında pediatristlerin rolü hakkında yapılan bir anket çalışmasında bu oran %39.5 olup; mevcut çalışmayla benzerlik göstermektedir.⁸⁵

Diş çürüğünün önlenmesinde etkili bir yer alan floridler diş çürüğünün erken aşamalarını çeşitli yollarla kontrol altında tutarlar. Tükürük ve plakta yoğunlaşan flor sağlam minenin demineralizasyonunu engeller ve remineralizasyonunu artırır. Florid aynı zamanda çürük yapıcı bakterilerin aktivitelerini engelleyerek diş çürüğünü önlemektedir.⁵⁴ Florür sistemik ya da topikal yolla uygulanır.⁴² Diş çürüğü açısından yüksek risk altındaki bebeklerin çevreden aldıkları flor da göz önünde bulundurularak uygun flor takviyesi verilebilir.⁵⁶ Araştırmamıza katılan hekimlerin %48.2'si dişler için uygulanan floridlerin sağlığa zararlı olmadığını düşündüklerini bildirmiştir. Bu çalışmadaki hekimlerin %55.3'ü florid tabletlerin diş sağlığı üzerine etkili olduğunu düşündüklerini belirtti. Flaman pediatristlerin çocukların oral sağlığı hakkındaki bilgileri konusunda yapılan anket çalışmasında bu oran %29 olarak bulunmuştur.⁸⁶

Erken çocukluk çağı çürükleri küçük çocuklarda ciddi ağrılara ve psikolojik travmalara sebep olabilen büyük bir sağlık problemidir. EÇÇ'nin erken teşhisini ve diş

hekimine sevkini yapabilmek için Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi ve Amerikan Dental Birliği çocukların bir yaş civarında dental muayene için diş hekimine gitmeleri gerektiğini savunmaktadır.⁸⁷ Mevcut çalışmada çocukların ilk diş hekimi muayenesinin ilk dişler sürdükten sonra yapılması gerektiğini düşünen hekimlerin oranı %25.9'du. Tıp öğrencileriyle yapılan benzer bir çalışmada ilk diş hekimi muayenesinin 6-12 ay arasında yapılması gerektiğini düşünen 4. sınıfların %33.8 oranında görülmüştür.⁸⁸ Bu veriler mevcut çalışma ile uyumludur. Hekimler ilk diş hekimi muayenesi zamanı hakkında bilgilendirilmelidir.

Bu çalışmada ağızda 20 tane süt dişi olduğunu düşünen hekimler %42.4 oranındaydı. Benzer çalışmalarda bu oran %47.2¹ ve %80.8⁷³ değerindeydi. Çalışmamızda ilk süt dişinin 6 aylıkken ağızda görülmesi beklendiğini düşünen hekimler %64.7 oranındaydı. Benzer çalışmalarda bu değer %92.8⁸⁸ , %61.6⁷³ ve %34.4¹ oranındaydı. İlk daimi dişin sürme zamanı sorusuna mevcut çalışmadaki hekimlerin %50.6'sı doğru yanıt verdi. Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan benzer bir çalışmada bu oranın %54⁷³ olduğu ve Hindistan'da sağlık fakülteleri ve diğer fakültelerdeki öğrencileri kapsayan bir çalışmada bu oranın % 50⁸⁹'den az olduğu görülmüştür.

Süt ve daimi dişleri ile onları çevreleyen dokulardaki yaralanmalar çocuklarda ve ergenlerde sık görülmektedir. Dental travma yaralanmaları arasında; avülsiyon vakaları hastalar için büyük estetik ve fonksiyonel bozukluklarla sonuçlanır. Yerinden çıkan dişin reimplantasyonu mümkün olan en kısa zamanda gerçekleştirilmelidir. Travmaya uğrayan dişin prognozu zamanında ve uygun tedavi yapılmasına bağlıdır.⁹⁰ Çoklu yaralanmalı travma durumlarında, avülse bir dişin reimplantasyonu düşük bir öncelik gerektirebilir. Fakat; izole bir dental travma vakası olduğunda; basit bir reimplantasyon prosedürü sadece dişin prognozunda büyük bir fark oluşturmayıp aynı zamanda hastada

fasiyal büyüme, fonksiyon, estetik ve psikolojik etki oluşturur.⁷⁷ Fakat; bu travmaların çoğu tedavi edilmeden veya yanlış tedavilerle kalmakta ve ileride daha karmaşık tedavilere yol açmaktadır.

Birincil bakım sağlayan çalışanlar örneğin; aile hekimleri, pediatristler, hemşireler, tıbbi asistanlar ve acil tıp çalışanları dental travmadan sonra ilk bakımın sağlanmasında merkezi bir rol oynayabilir. Dental yaralanmalar incelendiğinde sadece %7.3'ünün bir diş hekimi tarafından görüldüğü çoğunun acil tıp teknisyeni ve doktorlar tarafından muayene edildiği bilinmektedir.⁹¹ Bu yüzden çoğunlukla diş hekimi dışı sağlık çalışanları bu acil yaralanmalarda ilk karşılaşılan kişilerdir. Yayımlanan çalışmalarda, diş hekimleri harici ve diş hekimleri dahili sağlık çalışanlarının büyük bir yüzdesinin bu tarz bir vakayı yönetmede yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir.⁹⁰

Bu çalışmadaki hekimlerin %49.4'ü daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerektiğini düşündüklerini belirtti. Raof ve ark.⁷⁶'nın yaptığı çalışmada tanımlanan bir daimi diş kırığı vakasında hastaya kırık parçaların saklanması gerektiğini tavsiye ederek hastayı diş hekimine yönlendiririm cevabını veren hekimler %62.9 oranındaydı. Hindistan' da yapılan benzer çalışmada ise bu değer %56 oranındaydı.⁷⁷ Bu değerler bizim çalışmamızla benzerlik gösterip hekimlerin daimi diş kırığı yönetiminde yetersiz bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Restoratif diş hekimliği ve bonding tekniklerindeki ilerlemelerle kırık parçanın yapıştırılması günümüzde mümkün olabilmektedir.⁹²

Mevcut çalışmaya katılan hekimlerin %38.8'i avülse dişin reimplante edilebileceğini düşündüğünü belirtti ve sadece %4.7'si avülse dişin hemen reimplante edilmesi gerektiğini, %5.9'u avülse dişin süt içerisinde saklanması gerektiğini düşündüklerini belirtti. Brezilya'da farklı meslek grupları arasında yapılan daimi dişin

avülsiyon yönetimi hakkındaki anket çalışmasında katılımcı pediatristlerin %44'ünün avülsiyonun ne demek olduğunu bilmedikleri görülmüştür.⁹³ İsrail'de daimi keserlerin avülsiyonu durumunda acilde çalışan doktorların bilgisi hakkında yapılan bir çalışmada daimi keserlerin reimplante edilebileceğini düşünen hekimler %4 oranındaydı.⁹⁴ Hindistan'da tıp hekimlerinin dental travmaları yönetim farkındalığı hakkında yapılan bir çalışmada avülsiyon vakasında hekimlerin %5.5'i diş hekimine göndermeden önce dişi sokete geri koyarım ve %4.5'i süt içerisinde diş hekimine gönderirim cevabını vermiştir.⁷⁷ Lin ve ark.⁹¹'nin yaptığı bir çalışmada avülse diş vakasında dişi ağza geri yerleştirim diyen hekimler %41.7, hastayı diş hekimine yönlendiririm diyen hekimler %33.3 ve avülse dişin süt içerisinde saklanması gerektiğini düşünen hekimler %16.7 oranındaydı. Raof ve ark.⁷⁶'nın yaptığı çalışmada ise avülse dişin reimplante edilmesi gerektiğini düşünen hekimler %20, reimplantasyonun hemen yapılması gerektiğini düşünen hekimler %31.1 oranındaydı.

Mevcut çalışmada avülse dişin kanama durduktan sonra reimplante edilmesi gerektiğini düşünen hekimler %3.5 oranındaydı. Raof ve ark.⁷⁶'nın yaptığı çalışmada ise bu oran yaklaşık olarak %50 civarındaydı. Bu; hekimlerin eğitim sürecinde öğretilen travma hastalarında yaşamı tehdit eden kanamanın üstesinden gelme yönergeleri ve pratikleri sağlayan temel yaşam desteği eğitiminin sonucu olabilir.⁷⁶ Benzer sonuçlar diğer çalışmalarda da gözlemlenmiştir.⁹⁵ Günümüze kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde tıp hekimlerinin dental travma konularına önem vermedikleri görülmektedir. Bu durum sadece Türkiye ile sınırlı olmayıp, diğer ülkeleri de kapsadığı raporlanmıştır.

Mevcut çalışmada avülse dişin reimplantasyonu, reimplantasyon zamanı ve saklama koşulu sorularının hekimlerin uzmanlık dalı, eğitim alma ve mesleki tecrübe ile ilişkisinde istatistiksel açıdan anlamlı fark ($p>0.05$) bulunamadı. Aynı şekilde; Holan ve

ark.⁹⁴'nin yaptığı çalışmada travma soruları ile hekimlerin cinsiyeti, mesleki tecrübesi, uzmanlık dalı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış; sadece diş hekimi bir eşe sahip olanların bilgilerinin diğerlerinden daha fazla olduğuna dair istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya çıkarmıştır.

Mevcut çalışmadaki hekimlerin %82.4'ü ağız diş sağlığı hakkında bilgi almak istediklerini belirtti. Hindistan'da yapılan benzer çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin hepsi dental travma hakkında eğitim almada istekli olduklarını belirtti.⁷⁷ Bu durum, hekimlerin dental sağlık programlarına katılma fırsatlarına daha önce sahip olmadıklarını gösterdi.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarının birkaçına değindiğimizde ilki; soruların çoğunun kapalı uçlu olması ve bütün olası cevapları içermesine izin vermemesidir. İkincisi ise çalışmanın tek bir şehirde yürütülmesiyle grubun hepsini temsil etme olasılığı olmayan kesitsel tipte bir çalışma olmasıdır. Fakat Rize'de çalışan hekimlerin Türkiye'deki farklı üniversitelerden eğitim aldıkları da göz ardı edilmemelidir. Bu kısıtlılıklara rağmen; çalışmamız çocukların ağız ve diş sağlığı ile dental travmaların acil yönetimi hakkında çocuklarla sık karşılaşan doktorların bilgisinin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır ve bu sonuç önceki çalışmaları desteklemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Rize Merkez ilçesindeki Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan doktorların ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirildiği mevcut çalışmada;

1.Çalışmaya katılan hekimlerin %90.6'sının daha önce ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi almadığı ve %80'inin ağız diş sağlığı konusundaki bilgilerini yeterli görmediği,

2. Çürüksüz dişlere sahip olmanın mümkün olduğunu, çürük yapıcı bakterilerin anneden bebeğe geçebileceğini, çocukların ilk diş hekimi muayenesinin ilk dişler sürdükten sonra yapılması gerektiğini ve ebeveynlerin bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine doğumdan itibaren başlaması gerektiğini, çocuklarda 20 tane süt dişi olduğunu, çocuklarda fluorürlü diş macununu 3 yaşından itibaren kullanabileceği konularına doktorların yeterince hâkim olmadığı,

3. Çalışmaya katılan hekimlerin dental travmalar hakkındaki bilgilerinin önemli ölçüde yetersiz olduğu saptandı. Hekimlerin avülsiyon vakalarını yönetme konusunda bilgi eksiklikleri olduğu,

4.Bilgi düzeyi sorularına verilen yanıtlara bakıldığında; ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler mi sorusu en yüksek oranda doğru cevaplanan soru iken (%98.8), hekimlerin en çok yanlış cevap verdiği sorunun avülse dişin ne kadar sürede geri yerleştirilmesi gerekir sorusu olduğu belirlendi (%4.7).

Bu çalışmanın bulgularının bir uyarı niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Dental problemleri olan hastaların gerekli tedavisi ve hekimlerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgilerini artırmak amacıyla strateji geliştirmenin acil ihtiyaç olduğunu

saptadı.

Tıp fakültesi müfredatlarına bu konuların dâhil edilmesi etkili bir yaklaşım oluşturabilir. Seminerler, vaka tartışmaları, broşürler, çıkartmalar hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgilerini genişletmesine yardımcı olabilir. Acil servislere bilgilendirici broşürlerin dağıtılmasının hekimlerin travma vakaları ile başa çıkması açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Tıp eğitimi müfredatlarında ağız ve diş sağlığı ile ilgili konuların ihmal edildiği görüldü. Tıp eğitiminde toplumda yaygın görülen sağlık sorunlarından birisi olan ağız diş sağlığı sorunlarının multidisipliner bir yaklaşım içerisinde ve ayrı bir program ile bulunması gerektiği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Çalışkan D, Yaşar F, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 9-10 s6mestr 6ğrencilerinin ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi d6zeyleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fak6ltesi Mecmuası*, 2002, 55:137-142.
2. Bertan M, G6ler . *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 5. Baskı, Ankara, 1995: 119-155.
3. Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2008, 33: 17-23.
4. Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood. *Community dentistry and oral epidemiology*, 1988, 16: 356-359.
5. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *International journal of dentistry*, 2011, 2011: 1-7.
6. Zafar S, Harnekar SY, Siddiqi A. Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *International Dentistry SA*, 2009, 11: 24-36.
7. Ramirez JH, Arce R, Contreras A. Why must physicians know about oral diseases? *Journal Teaching and Learning in Medicine*, 2010, 22: 148-155.
8. Doğan BG, G6kalp S. T6rkiye’de diş 6r6ė6 durumu ve tedavi gereksinimi 2004. *Hacettepe Diş Hekimliği Fak6ltesi Dergisi*, 2008, 32: 45-47.
9. Balakrishnan M, Simmonds RS, Tagg JR. Dental caries is a preventable infectious disease. *Australian Dental Journal*, 2000, 45: 235-245.
10. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries: an infectious and transmissible disease. *Pediatric Clinics of North America*, 2000, 47: 1001-1019.

11. Craig G, Powell K, Cooper M. Caries progression in primary molars: 24- month results from a minimal treatment programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 1981, 9: 260-265.
12. Cate JMt. Current concepts on the theories of the mechanism of action of fluoride. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1999, 57: 325-329.
13. McDonald RE, Avery DR, Stookey GK, Chin JR, Kowolik JE. Dental caries in the child and adolescent. In: *McDonald and Avery DR (eds) Dentistry for the Child and Adolescent*, 9th : St. Louis, Mosby Elsevier, January, 2011, 209-246.
14. Ripa LW. Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatric Dentistry*, 1988, 10: 268-282.
15. Definition of earlychildhood caries. Available from: http://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf. *American Association of Pediatric Dentistry.*, 2007.
16. Seow W, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries research*, 2009, 43: 25-35.
17. Poureslami HR, Van Amerongen WE. Early Childhood Caries (ECC): an infectious transmissible oral disease. *The Indian Journal of Pediatrics*, 2009, 76: 191.
18. Dye BA, Hsu K-LC, Afful J. Prevalence and measurement of dental caries in young children. *Pediatric dentistry*, 2015, 37: 200-216.
19. Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hekimliği Dergisi*, 2007, 31: 11-18.
20. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*, 2007, 369: 51-59.

21. Qin M, Li J, Zhang S, Ma W. Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatric dentistry*, 2008, 30: 122-128.
22. Scannapieco FA. The oral microbiome: Its role in health and in oral and systemic infections. *Clinical Microbiology Newsletter*, 2013, 35: 163-169.
23. de Carvalho FG, Silva DS, Hebling J, Spolidorio LC, Spolidorio DMP. Presence of mutans streptococci and *Candida* spp. in dental plaque/dentine of carious teeth and early childhood caries. *Archives of Oral Biology*, 2006, 51: 1024-1028.
24. Dasanayake AP, Caufield PW. Prevalence of dental caries in Sri Lankan aboriginal Veddha children. *International Dental Journal*, 2002, 52: 438-444.
25. Berkowitz R, Turner J, Green P. Maternal salivary levels of *Streptococcus mutans* and primary oral infection of infants. *Archives of Oral Biology*, 1981, 26: 147-149.
26. Kohler B, Bratthall D. Intrafamilial levels of *Streptococcus mutans* and some aspects of the bacterial transmission. *European Journal of Oral Sciences*, 1978, 86: 35-42.
27. Li Y, Caufield P, Dasanayake A, Wiener H, Vermund S. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. *Journal of Dental Research*, 2005, 84: 806-811.
28. Bradshaw DJ, Lynch RJ. Diet and the microbial aetiology of dental caries: New paradigms. *International Dental Journal*, 2013, 63: 64-72.
29. Riccelli AE, Kelly LS. Prevention strategies for dental caries in the adolescent. *Dental Clinics*, 2006, 50: 33-49.

30. Wan A, Seow W, Purdie D, Bird P, Walsh L, Tudehope D. A longitudinal study of *Streptococcus mutans* colonization in infants after tooth eruption. *Journal of Dental Research*, 2003, 82: 504-508.
31. Nainar S, Mohummed S. Diet counseling during the infant oral health visit. *Pediatric dentistry*, 2004, 26: 459-462.
32. Haznedaroğlu E, Güner Ş, Duman C, Menteş A. A 48-month randomized controlled trial of caries prevention effect of a one-time application of glass ionomer sealant versus resin sealant. *Dental materials journal*, 2016, 35: 532-538.
33. Zero DT, Fontana M, Martínez-Mier EA, Ferreira-Zandoná A, Ando M, González-Cabezas C, Bayne S. The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries: scientific advances in the United States. *The Journal of the American Dental Association*, 2009, 140: 25S-34S.
34. Caufield P, Li Y, Bromage T. Hypoplasia-associated severe early childhood caries—a proposed definition. *Journal of Dental Research*, 2012, 91: 544-550.
35. Tinanoff N, Douglass JM. Clinical decision-making for caries management in primary teeth. *Journal of Dental Education*, 2001, 65: 1133-1142.
36. Ten CJ, Featherstone J. Mechanistic aspects of the interactions between fluoride and dental enamel. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 1991, 2: 283-296.
37. Horowitz H. The future of water fluoridation and other systemic fluorides. *Journal of Dental Research*, 1990, 69: 760-764.
38. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, Newacheck PW. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*, 2007, 120: e510-e520.
39. Powell LV. Caries risk assessment: relevance to the practitioner. *The Journal of the American Dental Association*, 1998, 129: 349-353.

40. Ramos-Gomez F, Crall J, Gansky S, Slayton R, Featherstone J. Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers). *Journal of the California Dental Association*, 2007, 35: 687-702.
41. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dental Health*, 2004, 21: 71-85.
42. Çolak H, Dülgergil ÇT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 2013, 4: 29-38.
43. Åström AN, Jakobsen R. The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1996, 54: 235-241.
44. Burt BA. Concepts of risk in dental public health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2005, 33: 240-247.
45. Featherstone JD, Domejean-Orliaguet S, Jenson L, Wolff M, Young DA. Caries risk assessment in practice for age 6 through adult. *California Dental Association*, 2007, 35: 703-713.
46. Peker K, Bermek G. Erken Dönem Süt Dişi Çürüklerinin Önlenmesinde Risk Değerlendirmesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2013, 23: 106-115.
47. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *Journal-Canadian Dental Association*, 2003, 69: 304-307.
48. Akgün ÖM, Görgülü S, Altun C. Süt dişlerinin önemi ve erken çocukluk çağı çürükleri. *Süleyman Demirel Tıp Dergisi*, 2011, 49-52.
49. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community dentistry and oral epidemiology*, 1998, 26: 49-61.

50. Ercan E, Dülgergil ÇT, Yildirim I, Dalli M. Prevention of maternal bacterial transmission on children's dental-caries-development: 4-year results of a pilot study in a rural-child population. *Archives of Oral Biology*, 2007, 52: 748-752.
51. Türksel DC, Satici Ö, Yildirim I, Yavuz İ. Prevention of caries in children by preventive and operative dental care for mothers in rural Anatolia, Turkey. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2004, 62: 251-257.
52. Kishi M, Abe A, Kishi K, Ohara- Nemoto Y, Kimura S, Yonemitsu M. Relationship of quantitative salivary levels of Streptococcus mutans and S. sobrinus in mothers to caries status and colonization of mutans streptococci in plaque in their 2.5-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2009, 37: 241-249.
53. King NM, Anthonappa RP, Itthagarun A. The importance of the primary dentition to children-Part 1: consequences of not treating carious teeth. *Hong Kong Practitioner*, 2007, 29: 52.
54. Kohn WG, Maas WR, Malvitz DM, Presson SM, Shaddix KK. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States, Morbid Mortal Weekly Reports, 2001, 50: 3-5.
55. Koch G. *Pediatric dentistry: a clinical approach*. 3th ed. Chichester, Wiley Blackwell, 2017, 114-130.
56. Avcı B, Baysal SU, Gökçay G. Çocuklarda Flor Kullanımının Yarar ve Zararlarının Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 2009, 9: 8-15.
57. Koch G, Poulsen S, Twetman S, Stecksén- Blicks C. Caries prevention. In: Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D (eds). *Pediatric Dentistry-A clinical approach*, 3th. 2009, Chichester, Wiley Blackwell, 2017, 114-130.

58. Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 2014, 145: 182-189.
59. Özdaş DÖ. Güncelleme; Çocuk diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar. *Selcuk Dental Journal*, 2014, 1: 84-91.
60. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: Evidence-based clinical recommendations. *The Journal of the American Dental Association*, 2006, 137: 1151-1159.
61. Türk Dişhekimleri Birliği. Florür Hakkında Açıklama. Available from: http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2472., 2016.
62. American Academy of Pediatrics. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics*, 2008, 122: 1387-1394.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü Genelgesi. 2008, B100AÇS0140000: 351- 3178. .
64. Bulut A. Bir haber: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Oluşturuldu. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2003, 13: 13-36.
65. Büyüköztürk Ş. Anket Geliştirme, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 3: 133-151.
66. Aiken LR. *Questionnaires and inventories: Surveying opinions and assessing personality*. New York, John Wiley & Sons, 1997.
67. Altunışık R. Anketlerde Veri Kalitesinin İyileştirilmesi İçin Öntest (Pilot Test) Yöntemleri. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2008, 2:1-17.
68. Jongh A, Horst G. Dutch students' dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1995, 23: 170-172.

69. Autio-Gold JT, Tomar SL. Dental students' opinions and knowledge about caries management and prevention. *Journal of Dental Education*, 2008, 72: 26-32.
70. Özyürek A, Çınar M, Yavuz NF, Bektaş M, Çetin A. İlkokul Öğrencileri ve Annelerinin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2015, 30: 34-48.
71. Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt ME. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66: 153-167.
72. Aydın D, Aktepe C, Sahbaz RP, Arslan S. Türkiye'de Medikal Turizmin Geleceği. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, 2011, Mart: 1-22.
73. Kılınç G, Günay T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 24: 131-137.
74. Çalışkan D, Yaşar F, Demirören M, Tunçbilek Ankara Tıp Fakültesi 5. Dönem Öğrencilerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekimin Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Görev ve Sorumlulukları Konusunda Görüşleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2005, 19: 8-13.
75. Gill Y, Scully C. Attitudes and awareness of final-year predoctoral dental and medical students to medical problems in dentistry. *Journal of dental education*, 2006, 70: 991-995.
76. Raof M, Vakilian A, Kakoei S, Manochehrifar H, Mohammadalizadeh S. Should medical students be educated about dental trauma emergency management? A study of physicians and dentists in Kerman Province, Iran. *Journal of Dental Education*, 2013, 77: 494-501.

77. Subhashraj K. Awareness of management of dental trauma among medical professionals in Pondicherry, India. *Dental Traumatology*, 2009, 25: 92-94.
78. WHO. *Medical curricula in European countries*, Barbero M.G (ed). 1999, Barcelona, Spain.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, 2001, Ankara: 31-77.
80. Altun C, Güven G, Başak F, Akbulut E. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47: 114-118.
81. Al-Hussaini R, Al-Kandari M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S, Memon A. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Medical Principles and Practice*, 2003, 12: 260-265.
82. Addy M, Dummer P, Hunter M, Kingdon A, Shaw W. The effect of toothbrushing frequency, toothbrushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 1990, 7: 237-247.
83. Honkala E, Karvonen S, Rimpela A, Rajala M, Rimpela M, Prattala R. Oral health promotion among Finnish adolescents between 1977 and 1989. *Health Promotion International*, 1991, 6: 21-30.
84. Wendell S, Wang X, Brown M, Cooper M, DeSensi R, Weyant R, Crout R, McNeil D, Marazita M. Taste genes associated with dental caries. *Journal of Dental Research*, 2010, 89: 1198-1202.
85. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*, 2000, 106: e84-e84.

86. Bottenberg P, Melckebeke LV, Louckx F, Vandenplas Y. Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health—results of a survey. *Acta Paediatrica*, 2008, 97: 959-963.
87. Ismail AI, Nainar S, Sohn W. Children's first dental visit: attitudes and practices of US pediatricians and family physicians. *Pediatric Dentistry*, 2003, 25: 425-430.
88. Chung MH, Kaste LM, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Dental and medical students' knowledge and opinions of infant oral health. *Journal of Dental Education*, 2006, 70: 511-517.
89. Sharda A, Shetty S. A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of non- medical, para- medical and medical students in Udaipur city, Rajasthan, India. *International Journal of Dental Hygiene*, 2010, 8: 101-109.
90. Panzarini SR, Pedrini D, Brandini DA, Poi WR, Santos MF, Correa JPT, Silva FF. Physical education undergraduates and dental trauma knowledge. *Dental Traumatology*, 2005, 21: 324-328.
91. Lin S, Levin L, Emodi O, Fuss Z, Peled M. Physician and emergency medical technicians' knowledge and experience regarding dental trauma. *Dental Traumatology*, 2006, 22: 124-126.
92. Karakaya Ş, Füsün Ö. Kırılmış Bir Anterior Dişin Kendi Kırık Parçası ile Restore Edilmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2004, 5:30-34.
93. De Lourdes Vieira Frujeri M, Costa Jr ED. Effect of a single dental health education on the management of permanent avulsed teeth by different groups of professionals. *Dental Traumatology*, 2009, 25: 262-271.

94. Holan G, Shmueli Y. Knowledge of physicians in hospital emergency rooms in Israel on their role in cases of avulsion of permanent incisors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2003, 13: 13-19.
95. Raoof M, Zaherara F, Shokouhinejad N, Mohammadalizadeh S. Elementary school staff knowledge and attitude with regard to first- aid management of dental trauma in Iran: a basic premise for developing future intervention. *Dental traumatology*, 2012, 28: 441-447.



EK-1



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	RİZE MERKEZİ İÇİŞİNDİRE ACİL TIP VE ÇOCUK HASTALIKLARI BİRHİSİMLERİ İLE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPMADA OLAN DOKTORLARIN AGÖZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKINDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANISLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	35

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	03.02.2017	35	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			<input checked="" type="checkbox"/>	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Karar Bilgileri	Karar No: 2017/29	Tarih: 03.03.2017
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "sult çoğunluğu" ile karar verilmiştir.	
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
BASKAN VEKİLİ UNVANI / ADI / SOYADI	Doç.Dr.Hüseyin Avni UYDU	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Ömer ŞATIROĞLU	Kardiyoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Atilla TOPÇU(Raportör)	Tıbbi Farmakoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Remzi Adnan AKDOĞAN	İç Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Hüseyin Avni UYDU(Başkan Vekili)	Tıbbi Biyokimya	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Teslime AYZAZ	İç Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Ahmet ŞEN	Anestezi ve Reanimasyon	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr.Hüseyin EREN	Üroloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Vaner KÖKSAL	Beyin ve Sinir Has.	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ALTUNTAŞ	Acil Tıp	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Şenol ŞENTÖRK	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin FİNDİK	Göz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Suat TERZİ	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK-2

RİZE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Amaç

Madde 1- Bu protokol; Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği ve Birliğe Bağlı Kurum ve Kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan sağlık hizmeti çalışmalarını ya da sunulan hizmetler sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren, kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerce yapılacak araştırma çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Kapsam

Madde 2- Bu protokol; Genel Sekreterlik ve Bağlı Sağlık Tesisleri ile amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Genel Sekreterlik ve Bağlı Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları kapsar.

Dayanak

Madde 3- Bu protokol;

- a) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın 02.03.2016 tarih ve 41304669/604.02.99/798 sayılı "Bilimsel Araştırma İzinleri" hakkındaki yazısı,
- b) Bakanlık Makamının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren, "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge"
- c) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın 29.05.2015 tarih ve 41304669/774.99/1788 sayılı "Eğitim ve Ar-Ge Birimlerinin Kurulması, İşleyiş ve Görevleri" hakkındaki yazısına istinaden hazırlanmıştır.

Taraflar

Madde 4- Bu protokolden Taraflar;

- a) Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği / Rize
(Telefon No: 04642174460 Fax: 04642142060)
- b) Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı/ Rize
Araş.Gör.Dr. İmren Çaruh Erbul
(Telefon No: 05064921549 Fax: 04642220002)

Kısaltmalar ve Tanımlar

Madde 5- Bu Protokolden Geçen;

- Bakanlık : Sağlık Bakanlığı
Genel Sekreterlik : Rize İli Kamu Hastaneleri Birliğini,
Genel Sekreter : Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterini
Sağlık Tesisleri : Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Hastane/ Merkezleri
Çalışma : Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Birlik ve Bağlı Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları

Araştırmacı : Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Genel Sekreterlik ve Bağlı Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmalara yürütülmesinde sorumlu kişiyi ifade eder.

Genel Hükümler

Madde 6- Çalışma izni başvuruları Genel Sekreterlikte oluşturulan Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenecek ve uygun bulunan çalışmalar Genel Sekreter tarafından onaylanacaktır.

Madde 7- Genel Sekreterlik, çalışmalara yürütülebilmesi için ilgili Sağlık Tesislerini bilgilendirmek ve iş akışını bozmamak kaydı ile araştırmacıya gerekli kolaylık sağlamakla yükümlüdür.

Madde 8- Araştırmacı; çalışmaya dair, ilgili etik kurul ve diğer izinlerin alınmasını gerekli gerekmediği ile ilgili durumların ve izinlerin sorumluluğunu üstlenecektir.

Madde 9- Çalışmaya katılan Genel Sekreterlik ve Sağlık Tesisleri çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarından gerekli onayları araştırmacı kendisi alacaktır.

Madde 10- Çalışmaya katılmada gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılım olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

Madde 11- Çalışmanın her aşamasında, Genel Sekreterlik veya Sağlık Tesisine ait verilerin kullanılmasında gizlilik ilkelerine riayet edilecektir.

Madde 12- Genel Sekreterlik izni alınmadan; veriler, başka kişi ya da kişiler ile paylaşılmayacaktır.

Madde 13- Çalışma, Genel Sekreterlik tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, herhangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Genel Sekreterliğe yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Madde 14- Çalışma yürütülürken Genel Sekreterlik Değerlendirme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkılmayacaktır.

Madde 15- Çalışmanın süresi, Sağlık Tesisine Araştırma İzin Belgesinde ve Genel Sekreterlik Başvuru Değerlendirme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

Madde 16- Çalışma içeriğinde katılmaya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b.), özel hayatın korunmasına özen gösterilecek, bilgi güvenliği ve mahremiyet hususlarına riayet edilecektir.

Madde 17- Araştırmaya ait veriler, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili Sağlık Tesisinin ismi zikredilmeyecektir.

Madde 18- Çalışma ilgili Kurum/ kuruluş tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Genel Sekreterliğe teslim edilecektir.

Madde 19- Çalışmayı yapacak olan kişi/ kişiler tarafından bu protokol hükümlerine uyulmadığı takdirde Genel Sekreterliğe ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

Madde 20- Protokol süresince yapılan çalışmayı devam ettiren araştırmacı kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Araştırmacı kişi veya kişilerin değişmesi durumunda, tekrar Genel Sekreterlik onayı alınacaktır.

Madde 21- Protokol Hükümleri ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Genel Sekreterlik tarafından, kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

Madde 22- Şartlara oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü sonlandırabilir.

Madde 23- Yapılacak olan çalışma Genel Sekreterliğe ve Sağlık Tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

Madde 24- Bu protokol, Rize Devlet Hastanesi Acil Tıp Servisi ile Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı ve Acil Tıp Anabilim Dalı ve Rize Merkez İlçesine bağlı Aile Hekimliği Merkezlerinde gerçekleştirilmesi planlanan Rize ilinde görev yapmakta olan Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirme konulu tez/ bireysel çalışma/ bilimsel çalışma için geçerlidir.

Madde 25- Bu protokol 25 (yirmi beş) madde ve 2 (iki) sayfadan ibaret olup, hükümleri taraflarca okunmuş, uygulanmak üzere 22/07/2016 tarihinde imza altına alınmış olup, Protokolden kaynaklanacak ihtilafların çözümünde Rize Mahkemeleri yetkilidir.

02.07.2017

Araştırmacı
İmza

Op. Dr. Zeynep Özlü
Rize Devlet Hastanesi
Genel Sekreter
İmza

DR. HAKAN GÖNGÖLÜ
Rize Devlet Hastanesi
Genel Sekreter
İmza



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
RİZE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

RİZE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - Toplum Sağlığı
Müdürlüğü Akademiye Köyü Çarşı Sok. No: 1
RİZE/05110 - T.C. 5002329 - 605.90 - E 154



Sayı : 5002329/605.99
Konu : Araştırma Çalışması

Sayın İmren ÇORUH ERBUL
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği
Fakültesi Pedodonti Ana Bilim Dalı

İlgi : 23/03/2017 tarihli Dilekçesiniz.

23/03/2017 tarihli başvurunuz olan " Rize Merkez İlçesinde Acil Tıp ve Çocuk Hastalıkları Servisleri ile Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapmakta Olan Doktorların Ağız Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu araştırma (anket) çalışması başvuru formu ve ekleri Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Başvuru formu ve ekleri Komisyon tarafından "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığının 30/12/2015 tarihli ve 67350377 sayılı yazısı ile eki Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" kapsamında incelenmiş olup, anket çalışmasının 08/05/2017-20/06/2017 tarihleri arasında ilimiz merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmasının uygun olacağına **oy birliği** ile karar verilmiştir. Anket çalışması tamamlandığında sonuç raporunun bir nüshasının Kuruma iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Dilek ERCAN KÖSE
Halk Sağlığı Müdür Yard.

EKLER:
Komisyon Tutanağı

Adres: Rize Sağlık Kompleksi Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi Pasakaryı Mah. Zübeyde Hanım Cid. Kat:4 Merkez RİZE.
Faks No: Faks: (0 464) 215 02 36

e-Posta: Mustafa.Esmeroglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: E-Posta:
hsm53@sgs@saglik.gov.tr

Formun elektronik imzalı versiyonunu <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4974956-1892-4de1-bebb-2919a8dfc637 kodu ile çekebilirsiniz.
Bu belge 5076 sayılı elektronik imza kanunu gereği elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Mustafa ESMEROĞLU

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0464)2130227

EK-3

RİZE MERKEZ İLÇESİNDEKİ ACIL TIP VE ÇOCUK HASTALIKLARI SERVİSLERİ İLE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPMAKTA OLAN DOKTORLARIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Erkek () Kadın ()
3. Medeni hal : Evli () Bekar ()
4. Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
5. Kaç yıldır doktor olarak görev yapıyorsunuz?
- 6.1. Uzmanlık yaptınız mı?
- 6.2. Hangi dalda uzmanız?.....
- 6.3. Kaç yıldır uzman olarak görev yapmaktasınız?.....
- 7.1. Daha önce çocukların ağız ve diş sağlığına yönelik eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()
- 7.2. Bu eğitimi nereden aldınız?.....
- 7.3. Aldığınız bu eğitim üzerinden ne kadar süre geçti?.....
8. Ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilerinizi yeterli görüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLAR

1. Dişlerinizi ne sıklıkta fırçalarsınız?
a) Günde 1 kere b) Günde 2 kere c) Daha az sıklıkta
2. Diş fırçanızı ne sıklıkla değiştirirsiniz?
a) 3 ayda bir b) 6 ayda bir c) Diğer
3. Tercih ettiğiniz fırça türü nedir?
a) Manuel diş fırçası b) Şarjlı diş fırçası
- 4.1. Arayüz temizliği yapar mısınız?
a) Evet b) Hayır
- 4.2. Arayüz temizliğini ne ile yaparsınız?
a) Diş ipi b) Arayüz fırçası c) Kürdan
5. Hangi sıklıkta diş hekimine gidersiniz?
a) 6 ayda bir b) Yılda bir c) Ağrıdikça
6. En son diş hekiminizi ziyaret etme sebebiniz nedir?.....

7. Diş hekimî korkusu hakkında kendinizi aşağıdaki çizginin neresinde hissediyorsunuz?

0 _____ 100

Çok rahatım

Çok endişeliyim

AĞIZ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİLER

1. Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkün müdür?

- a) Mümkün b) Mümkün değil c) Bilmiyorum

2. Diş çürüğünün nedenleri hangisi veya hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Yetersiz fırçalama b) Kötü beslenme c) Genetik d) Kalsiyum yetersizliği
e) Düzenli kontrolün olmayışı f) Stres

3. Diş çürüğünü engellemek için hangi yöntem ya da yöntemler etkilidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Şekerli atıştırmalıkları sınırlandırmak b) Şekersiz sakız çiğnemek c) Diş fırçalamak
d) Düzenli diş hekimî ziyareti

4. Ağız ve diş sağlığı, genel vücut sağlığını etkiler mi?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

5. Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkiler mi?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

6. Çürük yapıcı bakteriler anneden bebeğe geçebilir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

7. Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilmeli midir?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

8. Dişler için uygulanan florid sağlığa zararlı mıdır?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

9. Florid tabletler diş sağlığı üzerine etkili midir?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

10. Çocuklarda ne zaman florürlü diş macunu kullanılmaya başlanmalıdır?

- a) 3 yaş civarı b) 6 yaş civarı c) Çocuklar florürlü diş macunu kullanmamalı d) Bilmiyorum

11. Diş gelişimine etki edebilecek antibiyotikler var mıdır?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

12. Çocukların ilk diş hekimî muayenesi ne zaman yapılmalıdır?

- a) İlk dişler sürdükten sonra b) 3 yaşından geç olmamalı c) Bilmiyorum

13. Ebeveynler bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine ne zaman başlamalıdır?

- a) Doğumdan itibaren b) İlk diş sürdüğünde
c) Çocuk gelişimsel olarak hazır olduğunda d) Bilmiyorum

14. Çocukların ağızda kaç tane süt dişi vardır?

- a) 20 b) 24 c) 32 d) Bilmiyorum

15. İlk süt dişinin ağızda ne zaman görülmesi beklenir?

- a) 3 ay b) 6 ay c) 9 ay d) Bilmiyorum

16. İlk daimi dişin ağızda ne zaman görülmesi beklenir?

- a) 3 yaş b) 6 yaş c) 8 yaş d) Bilmiyorum

17. Hastalarınıza kaç yaşından itibaren tetrasiklin reçete edersiniz?

- a) 4 b) 8 c) 12

18. Resim-1'deki gibi bir vaka ile karşılaştığımızda hangisini yaparsınız?

- a) Kendiliğinden geçmesini beklerim
b) Antibiyotik reçete eder hastayı gönderirim
c) Hastayı diş hekimine yönlendiririm
d) Diğer



Resim 1

19. Resim-2'de; ok ile gösterilen diş hangisidir?

- a) Süt dişi
b) Daimi diş



Resim 2

20. Resim-3'teki vaka acil bir durum mudur?

- a) Evet
b) Hayır



Resim 3

21. Daimi bir diş kırıldığında kırık parçanın bulunması gerekir n...

- a) Evet b) Hayır

22. Resim-4' te gördüğünüz vaka acil müdahale edilmesi gereken bir vaka mıdır?

a) Evet b) Hayır

23. Resim-4' teki gibi bir vaka ile karşılaştığınızda ne yaparsınız?

a) Ağrı kesici ve antibiyotik reçete ederim

b) Acil servise yönlendiririm c) Hastayı acil diş hekimine yönlendiririm

24. Avülse (tamamen yerinden çıkan) dişin bulunması gerekli midir?

a) Evet b) Hayır

25. Avülse (tamamen yerinden çıkan) bir daimi diş yerine geri yerleştirilebilir mi? (Bu soruya cevabınız hayır ise 28. Soruya geçebilirsiniz.)

a) Evet b) Hayır

26. Bir önceki soruya (25. Soru) cevabınız evet ise avülse dişin ne kadar sürede yerleştirilmesi gerekir?

a) Hemen b) Birkaç saat içinde c) 1-2 gün içerisinde d) Kanama durduktan sonra

27. Avülse (yerinden çıkan) bir diş; diş hekimine ulaştırana kadar hangi koşulda saklarsınız?

a) Serum fizyolojik içerisinde b) Sütte c) Çocuğun tükürüğünde

d) Antiseptik solüsyonda e) Peçete içerisinde

28. Rize' de 24 saat açık bir diş kliniği var mıdır?

a) Evet b) Hayır

29. Ağrı ve diş sağlığı hakkında eğitim almak ister misiniz?

a) Evet b) Hayır

30. Ağrı ve diş sağlığı hakkında yapılan bu sunumdan memnun kaldınız mı?

a) Evet b) Hayır



Resim 4

EK-4. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: İmren ÇORUH ERBUL
Doğum tarihi	: 05.01.1989
Doğum yeri	: RİZE
Medeni hali	: EVLİ
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, 53100, RİZE
Tel	: 0464 222 00 00-01
Faks	: 0464 222 00 02
E-mail	: imrenerbul@gmail.com
Eğitim	
Lise	: Rize Fen Lisesi (2007)
Lisans	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (2007- 2013)
Yüksek lisans	: Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti (2014- 2016) Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı (2016-2018)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	