



**ANNE VE ANNE ADAYLARININ İNFANT AĞIZ SAĞLIĞI VE
KENDİ ORAL HİJYENLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Aycan DAL

**Uzmanlık Tezi
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

MAYIS, 2019

Aycan DAL tarafından hazırlanan ‘‘ Anne ve Anne Adaylarının İnfant Ağız Sağlığı ve Kendi Oral Hijyenleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi’’ adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Çağdaş ÇINAR

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Başkan: Prof. Dr. Alev ALAÇAM

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Üye: Prof. Dr. Nurhan ÖZALP

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Yedek Üye: Prof. Dr. Mesut Enes ODABAŞ

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Yedek Üye: Doç. Dr. Ebru TİRALİ

Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Bu tezin kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum / onaylamıyorum

Tez Savunma Tarihi: 10/05/2019

Jüri üyeleri tarafından UZMANLIK tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Dekanlığı Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ

Gazi Üniversitesi

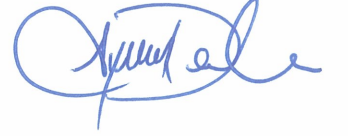
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

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

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



Aycan DAL

10/05/2019

ANNE VE ANNE ADAYLARININ İNFANT AĞIZ SAĞLIĞI VE KENDİ ORAL HİJYENLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Aycan DAL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Mayıs 2019

ÖZET

Bu araştırmada, hamile anne ve anne adaylarının hem kendileri hem de çocukları için gerekli ağız hijyeni uygulamaları ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum ve Pediatri kliniklerine başvuran toplamda 555 adet hamile anne adaylarına ve 12 aydan küçük çocuk sahibi annelere 3 bölümden oluşan bir anket uygulandı. Anketin ilk bölümü anne ve anne adaylarının sosyodemografik verilerinden, ikinci bölümü hamilelik dönemindeki anneye yönelik ağız sağlığı sorularından, üçüncü bölümü ise bebekle ilgili ağız sağlığı sorularından oluşturuldu. Çalışma için gerekli kişi sayısı sağlandıktan sonra anket sonuçlarından elde edilen verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile varyansların homojenliği varsayımının sağlanıp sağlanmadığı ise Levene testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler kesikli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma biçiminde gösterilirken kategorik değişkenler olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi. Gruplar arasında anne ve bebek ağız sağlığı sorularına toplam doğru yanıt verme yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testiyle araştırıldı. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde hamile kadınların ağız sağlığı bilgisinin yaş, eğitim durumu, ailelerinin aylık ortalama gelir düzeyi, hamileliklerinin kaçınıcı ayında oldukları ve kaçınıcı çocuklarına hamile oldukları gibi parametrelerle ilişkili olduğu görüldü. Sonuç olarak, yüksek öğrenim düzeyi olan ve yüksek gelir düzeyi olan hamile kadınlar ile ikinci hamileliği olan annelerin bilgi düzeyleri anlamlı farklarla daha yüksek bulundu.

Bilim Kodu : 1047
Anahtar Kelimeler : Ağız sağlığı, bilgi düzeyi, hamilelik, infant, oral hijyen alışkanlıkları
Sayfa Adedi : 124
Danışman : Doç. Dr. Çağdaş ÇINAR

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PREGNANT WOMEN
ABOUT INFANT ORAL HEALTH AND THEIR ORAL HYGIENE

(Thesis Residency)

Aycan DAL

GAZİ UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY
PEDIATRIC DENTISTRY

May 2019

ABSTRACT

In this study, 555 pregnant mothers and mothers with children under 12 months who applied to Gazi University Faculty of Medicine, Pediatrics, Obstetrics and Gynecology Clinics, were performed a questionnaire to measure the knowledge level of perinatal and infant oral health. The aim of this study was to investigate the necessary oral hygiene practices and knowledge level of pregnant women for both themselves and their children. The first part of the questionnaire consisted of the sociodemographic data of the mothers, the second part was from the oral health questions related to the mother during the pregnancy period and the third part from the oral health questions about the baby. After the number of people required for the study, the data obtained from the survey results were analyzed by IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Whether or not the distribution of continuous and discrete numerical variables is distributed near normal is investigated by using the Kolmogorov-Smirnov test to determine the assumption of homogeneity of variances. Descriptive statistics were shown as mean \pm standard deviation for discrete numerical variables, while categorical variables were expressed as number of cases and percent (%). Kruskal Wallis test was used to determine the significance of the total correct response percentage to the mother and baby oral health questions among the groups. When the obtained data were evaluated, it was seen that oral health information of pregnant women was related to age, education level, monthly average income level of their families, the number of months of their pregnancy and the number of children they were pregnant with. As a result, the level of knowledge of pregnant women with higher education levels, higher income levels and second pregnancy was higher with significant differences.

Science Code : 1047

Key Words : Attitude, infant, knowledge, oral health, pregnancy

Page Number : 124

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Çağdaş ÇINAR

TEŞEKKÜR

Üç yıllık uzmanlık eğitimim boyunca bana en büyük desteği ve emeği veren, eğiten, öğreten ve beni adım adım uzman bir hekime dönüştüren, hocaların en iyisi olmasının yanı sıra iyi bir abi olan, tüm mutlu ve üzüntülü anlarımda yanına koştuğum, hocam olmasından dolayı kendimi şanslı kabul ettiğim Doç. Dr. Çağdaş ÇINAR'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan ve bana destek veren Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Tezimin yapımındaki en zorlu süreçte bana kapılarını açan, benden yardımlarını esirgemeyen, sayelerinde asla hasta bulma sıkıntısı çekmediğim, bu tez çalışmasını mümkün kılan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ahmet ERDEM ve Prof. Dr. Mehmet ERDEM'e,

Tez çalışmamın veri toplama sürecini gülyüzleri ve o muhteşem enerjileriyle eğlenceli kılan, yardımları ve arkadaşlıkları için kendimi şanslı saydığım, onlarla geçirdiğim zamanları özleyeceğimden emin olduğum güzel insanlar Sebahat KILIÇ GÖÇ, Muhlise Betül KILIÇ ERTANER ve Yeter DOĞANALP'e,

Uzmanlık sürecimin en zorlu, en mutlu, en yoğun dönemlerini paylaştığım, beraberce uzmanlık mertebesine eriştiğimiz eş kıdemlilerim, biricik ekürilerim Dt. Kiyun YOON ve Dt. Arzu Şükran İNCİOĞLU'na,

Üniversite yıllarımdan beri en birinci destekçim, sevinçlerimi ve üzüntülerimi ilk duyan, dinleyen ve onlara katlanan kişi, her türlü durumda arkamda durduğu için yanımdaki yeri eskimeyen ve değişmeyen, olaylara her zaman daha pozitif bakmamı sağlayan, benim için hayatı güzelleştiren, ona anlattığımda sorunlarımı yarı yarıya çözmüş kabul ettiğim güzel insan Dt. Şafak Necati DÖNERTAŞ'a,

Attığım her adımda en büyük emek sahibi, varlığımın en değerli sebepleri sevecen, muhteşem ailem annem Nihal DAL, babam Orhan DAL ve kardeşim Cansu DAL'a, en kritik sınav dönemlerimde bana bakan, her türlü emeği veren, annelik yapan teyzelerim Nurhilal YUSUFOĞLU ve Zeynep PARK'a, ayrıca kimseleri onlardan daha fazla sevemeyeceğimi düşündüğüm maneviyatımın temelleri olan anneannem Nuriye YUSUFOĞLU ve babaannem Elif DAL'a,

Ölümsüz fikirleriyle yoluma ışık olan, başardığım her şeyi ona layık bir birey olabilmek adına yaptığım, koruyucum, yol göstericim ve kendime olan inancımın kaynağı Ata'm Büyük Önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e

Sonsuz teşekkürlerimle....

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Perinatal ve İnfantlarda Ağız Sağlığı	3
2.1.1. Dişin gelişim aşamaları.....	3
2.1.2. Dişin erüpsiyon aşamaları.....	5
2.1.3. Perinatal ve infantlarda ağız sağlığını etkileyen olumsuz durumlar	7
2.1.4. Perinatal ve infantlarda ağız hastalıklarının önlenmesi ve ağız hijyeninin yönetimi.....	13
2.2. Hamile ve Emziren Annelerde Ağız Sağlığı	26
2.2.1. Annenin eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyi	26
2.2.2. Annenin beslenmesi.....	27
2.2.3. Annenin ağız hijyeni ve diş hekimi ziyareti	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. İstatistiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR	37
4.1. Yaş Gruplarına Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	43

Sayfa

4.2. Yaş Gruplarına Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	45
4.3. Öğrenim Düzeylerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	49
4.4. Öğrenim Düzeylerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	52
4.5. Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	56
4.6. Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	58
4.7. Gebelik Dönemlerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	61
4.8. Gebelik Dönemlerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	63
4.9. Gebelik Sayılarına Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	68
4.10. Gebelik Sayılarına Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	70
4.11. Anne Ağız Sağlığı Sorularına Verilen Doğru Yanıt Oranları	74
4.12. Bebek Ağız Sağlığı Sorularına Verilen Doğru Yanıt Oranları	79
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ	103
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	121
Ek-1. Etik Kurul Onayı.....	122
Ek-2. (devam) Etik Kurul Onayı.....	123
ÖZGEÇMİŞ	124

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Süt dişlerinin erüpsiyon zamanları	6
Çizelge 2.2. Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) çürük riski değerlendirme formu.....	9
Çizelge 2.3. İçme suyu tüketim miktarı <0,3 mg F/L iken önerilen dozaj miktarı [66].....	24
Çizelge 2.4. Çocuklar için önerilen floridli diş macunu miktarları [66].....	24
Çizelge 4.1. Olguların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları.....	38
Çizelge 4.2. Annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları	39
Çizelge 4.3. Annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları	41
Çizelge 4.3. (devamı) Annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları	42
Çizelge 4.4. Yaş gruplarına göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	43
Çizelge 4.5. Yaş gruplarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	45
Çizelge 4.5. (devamı) Yaş gruplarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin	46
Çizelge 4.6. Öğrenim düzeylerine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	49
Çizelge 4.7. Öğrenim düzeylerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	52
Çizelge 4.7. (devamı) Öğrenim düzeylerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	53
Çizelge 4.8. Gelir düzeyine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	56
Çizelge 4.9. Gelir düzeyine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	58
Çizelge 4.9. (devamı) Gelir düzeyine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin	59

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.10. Gebelik dönemlerine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	62
Çizelge 4.11. Gebelik dönemlerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	64
Çizelge 4.11. (devamı) Gebelik dönemlerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları.....	65
Çizelge 4.12. Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları.....	68
Çizelge 4.13. Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları	70
Çizelge 4.13. (devamı) Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları.....	71

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Yaş grubuna göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	74
Şekil 4.2. Öğrenim düzeylerine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	75
Şekil 4.3. Gelir düzeyine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	76
Şekil 4.4. Gebelik dönemine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	77
Şekil 4.5. Gebelik sayısına göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	78
Şekil 4.6. Yaş grubuna göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	79
Şekil 4.7. Öğrenim düzeyine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	80
Şekil 4.8. Gelir düzeyine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	81
Şekil 4.9. Gebelik dönemine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	82
Şekil 4.10. Gebelik sayısına göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)	83

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
ml	Mililitre
mg	Miligram
oz	Ons (Ounces)
Kısaltmalar	Açıklamalar
AAP	Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)
AAPD	Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric Dentistry)
EAPD	Avrupa Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (European Academy of Pediatric Dentistry)
EÇÇ	Erken Çocukluk Çağı Çürüğü
FDM	Fluorürlü Diş Macunu
ppm	Milyonda 1 birim (parts per million)
Ş-EÇÇ	Şiddetli Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

1. GİRİŞ

Perinatal dönem; hamileliğin 20. – 28. haftalarından itibaren doğumdan sonraki ilk 1- 4 haftalık zamanı kapsayan dönemdir. İnfantil dönem ise; 12 aylıktan küçük çocuklar olarak tanımlanır ve ilk bakışta infant ve ağız sağlığı, birbirine ait kelimeler gibi görünmeyebilir. Sonuçta, çoğu bebek dişsiz doğmakta ve genellikle infantil dönemin ilk yarısını dişsiz geçirmektedir. 1 yaşına geldiklerinde ise ağızlarında sadece birkaç diş bulunmaktadır. O halde infantil dönemdeki ağız sağlığı konusunda niçin endişelenilmektedir? Çünkü infantil dönem, ergenlik ve sonrasında bireyin gelecekteki ağız sağlığının yanı sıra genel sağlığını da etkileme potansiyeline sahip hem iyi hem kötü alışkanlıkları edinmek için kritik bir zamandır. Süt dişleri olarak da adlandırılan sağlıklı bebek dişlerini korumak, çocuklarda uygun büyüme ve gelişmeyi kolaylaştırmak için kritik öneme sahiptir. Süt dişleri çene yapısı, yeme, konuşma ve büyüme için önemlidir. Diş çürükleri ve süt dişlerinin erken kaybı, kalıcı dişlerde ciddi sorunlara yol açabilir [1].

Bir çocuğun ağız sağlığı rahimde başlamaktadır. Gebelik sırasında zayıf maternal oral sağlık ve malnutrisyon, erken doğum veya düşük doğum ağırlığına, çocukta mine oluşumundaki aksamalara ve diş çürüğü için yatkınlığa neden olabilmektedir. Çürüğe katkıda bulunan bakteriler, ebeveynlerden ve bakıcılardan çocuklara kolayca aktarılır ve tedavi edilmediğinde ağrıya, enfeksiyona, beslenme, konuşma ve hatta öğrenme güçlüğüne neden olabilmektedir. Bu zorluklar bilişsel gelişim, okul hazırlığı ve benlik saygısı üzerinde etki yaratabilir ve çocuğun yaşam kalitesini düşürebilir. Karışık ve daimi dişlenme aşırı derecede artmış çürük riski ve etkileri genellikle yetişkinliğe kadar devam etmektedir [2].

Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD), bir çocuğun ağız hastalıklarından ömür boyu korunabilme imkanını arttırmak için önleyici eğitim ve diş sağlığı hizmetlerinin, perinatal ve bebek ağız sağlığı temelleri üzerine oturtulması gerektiğini kabul etmektedir. AAPD, bu hedefe ulaşmak için diş hekimleri, doktorlar, sağlık çalışanları ve topluluk içindeki örgütlerin ortak olarak yer almaları gerektiğini savunmaktadır. Çürük risk değerlendirmesi, öngörücü rehberlik, önleyici stratejiler ve terapötik tavsiyelerin dahil olduğu perinatal ve bebek ağız sağlığı için gerekli talimatları uygulamanın büyük önem taşıdığını ifade etmektedir [3].

Anne adayının ve yenidoğanın sağlığında perinatal ve infantil dönemin önemli bir rolü bulunmaktadır. Birçok kadın hamilelik süresince diş bakımıyla ilgilenmez ve diş hekiminin bakım vermesine olan isteksizlikle yüzleşirler. Pek çok anne adayı, kötü ağız hijyeninin, hamileliklerini veya doğmamış çocuklarını olumsuz etkileyeceği konusunda bilgi sahibi değildir. Yüksek rk riski ve kötü ağız hijyeni olan anneleri belirlemek ve onları kendi ağız sağlığının önemi ve doğmamış çocuğun gelecekteki sağlığı konusunda eğitmek, ağız sağlığı rotalarını değiştirmeye yardımcı olabilmektedir. Çalışmamızda, anne ve anne adaylarının hem kendileri hem de çocukları için gerekli ağız hijyeni uygulamalarını ve bilgi düzeyi değerlendirmelerini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca annenin yaşı, eğitim durumu, ailenin aylık ortalama gelir düzeyi, hamilelik dönemi ve hamilelik sayısına göre annelerin kendilerinin ve çocuklarının ağız hijyeni hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal ve İnfantlarda Ağız Sağlığı

2.1.1. Dişin gelişim aşamaları

Dişlerin gelişimi uterusunda başlamaktadır. Süt dişleri ve kalıcı dişler ektoderm ve mezoderm dokularından oluşmaktadır. Üst çenede ve alt çenede toplam 10'ar tane süt dişi germi vardır ve bunlar ileride bu süt dişlerinin yerine çıkacak 20 daimi dişi temsil etmektedir. Gelişen her süt dişi, altındaki daimi dişin dental laminasının da gelişmesini sağlamaktadır. Diş formasyonu, yaklaşık 6 haftalık intrauterin yaşamda başlar ve oral epitelyumun bazal tabakasından oluşan dental laminadan oluşmaktadır [4]. Diş germi üç farklı kısımdan meydana gelmektedir: Mineyi oluşturan dental organ, dentin ve pulpayı meydana getiren dental papilla, sement ve periodontal ligamenti oluşturan dental kese [5].

Diş germinin yaşam döngüsü şu aşamalarda sıralanabilir [5]:

- 1) Büyüme
 - a) Başlangıç
 - b) Proliferasyon
 - c) Histolojik farklılaşma
 - d) Morfolojik farklılaşma
 - e) Apozisyon
- 2) Kalsifikasyon
- 3) Sürme
- 4) Atrizyon

Diş gelişiminin başlangıç evresi, tomurcuk evresi olarak da tanımlanabilir. Bu evre, bazal membranın üzerinde oral kavitenin bazal çizgisinin oluşumu ile tanınır. Bazal çizgi, ektoderm ve mezoderm arasında doku ayırıcı bir çizgidir ve bazal çizgi hücreleri bazal membrana komşu olan ektodermin en iç kısımdaki hücrelerinden oluşmaktadır [5].

Diş germi oluşumu ile sonuçlanan proliferasyon, gerçekte sadece başlangıç evresindeki hücrelerin daha ileri düzeydeki çoğalması ve diş tomurcuğunun genişlemesidir. Diş germi düzensiz bir biçimde çoğalmaya devam ederken, takke benzeri bir görünüm oluşur. Bu

nedenle bu evre takke evresi olarak adlandırılır. Takke şekillenmeye başladıkça, mezenşim takkenin içinde dental papilla gelişimini başlatmak için gelişir [5].

Histolojik farklılaşma evresi, özelleşmeye başlamış olan diş germi hücrelerinin görünümündeki histolojik farkla belli olur. Şapka uzantısı mezodermin içine doğru büyümeye devam eder ve çan görünümü alır. Gelişimin bu kısmı çan evresi olarak isimlendirilir. Çanın içindeki doku ileride dental papillayı oluşturacaktır [5].

Morfolojik farklılaşma, dişin son boyut ve şeklini belirleyecek şekilde hücrelerin düzenlendiği evredir. Be evre gelişmiş çan evresi olarak adlandırılmaktadır. İç dental epitelyum hücreleri, mine matriksini oluşturan ameloblastlar haline gelir. Ameloblastlar oluşmaya başladıkça, bazal membrana komşu dental papilla dokusu odontoblastlara farklılaşmaya başlar. Odontoblastlar ve ameloblastlar sırasıyla dentin ve mine oluşumundan sorumludurlar. Dentin oluşumunda görülen ilk değişiklik, iç dental epitelin ve bazal membranın kalınlaşması ile dental papilladan gelişen pulpadır [5].

Morfolojik farklılaşma safhasında dental lamina daimi diş gelişimini başlatmak için süt dişinin lingualine doğru prolifer olmaya devam eder. Süt dişi germi bağımsız bir içsel organ haline gelir. Özelleşmiş hücreler histolojik farklılaşma evresinde bulunur ve morfolojik farklılaşma evresinde bu özelleşmiş hücrelerin organizasyonu ile mine, dentin, pulpa, sement ve periodontal ligament gibi çeşitli dokular gelişir [5].

Morfolojik farklılaşma dişin boyut ve şeklini belirlerken, dişin ağ ve doku matriksi oluştuğunda appozisyonel evre başlar. Hücreler daha önceki evrelerde belirlenen diş germi yapısına ulaşmak için ekstrasellüler matriks depozisyonu yapabilme potansiyeline sahiptirler. Büyüme appozisyonel, katmanlı ve düzenlidir. Mine ve dentinin katmanlı görünümü buna bağlıdır [5].

Kalsifikasyon evresi, inorganik kalsiyum tuzlarının çökmesi ile daha önceden oluşmuş matriksin sertleşmesini kapsayan süreçtir. Minenin kimyasal yapısı yaklaşık %96 inorganik madde ve yaklaşık %4 organik madde içermektedir. İnorganik kısım öncelikle kalsiyum ve fosfor ile karbondioksit, magnezyum ve sodyum gibi az miktarda pek çok diğer bileşik ve elementlerden oluşmaktadır. Kalsifikasyon dişlerin tüberkül tepeleri ve kesici kenarlarında mine çökmesi ile başlamaktadır. Bu nedenle daha eski veya daha

matür mine, tüberkül tepeleri veya kesici kenarlarda bulunur ve yeni oluşan mine ise servikal bölgededir [5].

Histolojik değerlendirme için hazırlanmış bir dişin klinik kron kesitlerinde Retzius çizgileri olarak adlandırılan çizgi ve şeritler görülmektedir. Retzius çizgileri, kesitlerin longitudinal veya horizontal şekilde kesilerek hazırlanmış olmasına bağlı olarak sırasıyla çizgiler veya daireler şeklinde görünürler. Herhangi bir çizginin oluşumu, çoğunlukla dişin fizyolojik büyüme ve gelişim sürecindeki bir değişikliğe olan cevabın yansımasıdır. Örneğin; süt dişlerinde neonatal çizgi veya neonatal halka olarak adlandırılan Retzius çizgileri vardır. Bu çizgiler, fetusun doğum sırasında yaşadığı bazı travmatik değişikliklerle ilişkilendirilmektedir [5].

Süt dişleri ilk trimesterin sonunda kalsifiye olmaya başlar. Bu dişler üzerinde mine oluşumu, doğum sonrası yaşamın ilk yılında tamamlanmaktadır. Ayrıca birinci daimi azı dişleri de doğumda bir dereceye kadar kalsifiye olmaktadır. Süt dişleri yaklaşık 6 ay sonrasında sürmeye başlar ve çoğu infantın 24-36 aylıkken tüm süt dişleri ağız içerisine sürmüştür [4].

Kalıcı dişlerin çoğu, doğumdan sonra kalsifiye olmaktadır ve oluşumları gebeliğin yaklaşık 5. ayna denk gelmektedir. Süt dişleri uterusda oluşmaya başlasa da, çoğu bebeğin doğumda dişi bulunmamaktadır. Dişler doğumda mevcut olduğunda, yaklaşık 2000 doğumda 1 civarında olduğu tahmin edilmektedir, bunlar natal dişler olarak bilinmektedir. Dişler yaşamın ilk ayında erüpte olursa, neonatal dişler olarak adlandırılır. Natal ve neonatal dişler genellikle alt çene kesici dişlerinde görülüp % 90'dan fazlası, ekstra (süpernumere) olmayan normal dişlere karşılık gelmektedir. Genellikle hiçbir müdahale gerekmez. Eğer natal / neonatal dişler beslenmeyi zorlaştırır, dilin travmatik ülserasyonuna (Riga-Fede hastalığı) neden olurlarsa ya da aspirasyon riski oluşturabilecek kadar mobillerse çeşitli tedavi seçenekleri düşünülebilir. Genellikle normal dişlenmeyi oluşturduklarından, mümkünse ekstraksiyondan kaçınılmalıdır [1].

2.1.2. Dişin erüpsiyon aşamaları

Ortalama 6. ayda, ilk süren süt dişleri genellikle alt çene süt keser dişlerdir, daha sonra ise üst çene süt keser dişler sürmektedir. 2-3 yaş tamamlandığında ağızda; alt çenede 10, üst

çenede 10 olmak üzere toplam 20 adet süt dişi bulunur [6]. Süt dişleri, çiğneme fonksiyonunu yerine getirerek çenelerin orantılı bir şekilde gelişimine katkıda bulunur ve daimi dişlerin yerlerini korumaları nedeniyle de bilinen en iyi yer tutuculardır [7].

Sürme üç farklı evrede sınıflandırılabilir: (1) pre-erüptif dönem, (2) pre-fonksiyonel erüptif dönem, (3) fonksiyonel erüptif dönem. Pre-erüptif dönem diş kökünün oluşmaya başladığı ve kemik tavanından oral kavite yüzeyine doğru hareket etmeye başladığı dönemdir. Pre-fonksiyonel erüptif dönem, gingivadan çıkana kadarki kök gelişim dönemini kapsar. Pre-fonksiyonel erüptif dönem, dişin ağızda ilk görülebileceği zamanı verir. Diş gingivadan çıktığı zaman diş kökünün uzunluğu, sonuçta ulaşacağı uzunluğun yaklaşık yarısı veya üçte ikisi kadardır. Dişin oral kaviteye sürmesinden ve antagonisti ile karşılaşmasından sonraki süreç fonksiyonel erüptif dönem olarak değerlendirilir. Dişler, ne kadar küçük ya da önemsiz miktarda olduğuna bakılmaksızın, daima bazı hareketlerin yer aldığı dinamik bir birim olarak kalıp, yaşam boyu, vücut değişmeye devam ettikçe, dişler de gerektiği kadar hareket etmeye ve sürmeye devam etmektedirler [5].

Diş erüpsiyon zamanlamasında bireyler arasında önemli değişkenlikler bulunmaktadır. Bu nedenle ne 2 dişi olan 4 aylık bebek, ne de dişsiz 9 aylık bebek bir endişeye neden olmaz. Süt dişleri, ayda yaklaşık 1 diş sürecekte şekilde, 20 süt dişinin yaklaşık 24 ay ila 30 ay arasında çıkmasına kadar ardışık olarak sürmektedir (Çizelge 1). Süt dişi erüpsiyonunun olağan sırası, santral kesiciler, lateral kesiciler, birinci molarlar, kaninler ve son olarak ikinci molarlardır. Süt dişlerinin yaklaşık erüpsiyon zamanlaması Çizelge 1'de gösterilmektedir [1].

Çizelge 2.1. Süt dişlerinin erüpsiyon zamanları

Süt Dişi	En Geç	En Erken
Santral Keser	8 – 12 ay	6 – 10 ay
Lateral Keser	9 – 13 ay	10 – 16 ay
Kanin	16 – 22 ay	17 – 23 ay
Birinci Molar	13 – 19 ay	14 – 18 ay
İkinci Molar	25 – 33 ay	23 – 31 ay

2.1.3. Perinatal ve infantlarda ağız sağlığını etkileyen olumsuz durumlar

Yarık Dudak Damak

Ağız boşluğunu etkileyen en yaygın konjenital anomalilerden biri yarık dudak ve / veya yarık damaktır. Dudak damak yarıkları beslenme, konuşma, kraniyofasiyal büyüme, gelişme ve görünümü etkiler ve ağız sağlığına önemli etkileri bulunmaktadır. Yarıklarla doğan çocukların diş veya dişleri eksik olabilir, genellikle ortodontik ve cerrahi tedavi gerektiren maloklüzyonlar vardır ve bu çocuklar diş çürükleri ve periodontal hastalıklar için artmış risk altındadır [8]. Yarık dudak ve / veya yarık damak ile doğmuş çocuklara, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde multidisipliner yaklaşım ile özel bakım verilmelidir. Cerrahi ve tıbbi uzmanlara ek olarak, bu ekipteki diş hekimleri bir pediatrik diş hekimi, bir ortodontist, bir prostodontist ve bir oral cerrahi içerebilir [8].

Dentisyon Anomalileri

Dişlerde görülen konjenital anomalilerin çoğu dişlerin morfogenez ve histodiferansiyasyon evrelerine denk gelen organogenezin (4-8 haftalık gebelik) ikinci evresinde meydana gelen süreçlerdeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Diş anomalileri, non-sendromik yarık damak dudaklı çocuklarda, en çok özellikle de maksillada yaygın olarak hipodonti şeklinde gözlenmektedir [4].

Konjenital faktörler, annenin kullandığı ilaçlar, konjenital enfeksiyonlar, sarılık, metabolik ve genetik bozukluklar gibi doğum öncesi maruziyetler diş yapısını ve rengini olumsuz yönde etkileyebilir. Duruma bağlı olarak, tek bir diş, birden fazla diş veya tüm dişler etkilenebilir. Uterusta dental gelişimi etkileyen bazı intrauterin enfeksiyonlara örnek olarak rubella, sitomegalovirüs ve sifiliz verilebilir. İnfantil dönemde süt dişlerinin erüpsiyonundan sonra bazı genetik problemler ortaya çıkabilir. Örneğin ektodermal displazi cilt, saç ve dişleri etkileyen genetik bir bozukluktur. Ter bezi işlev bozukluğunun yanı sıra vücut ısısı kontrolünde problemler yaşanır ve ektodermal displazili çocuklarda hipodonti ve konik malforme dişler birlikte gözlenmektedir. Bu hastaların çeneleri de az gelişmiş olabilir. Amelogenesis imperfekta ve dentinogenesis imperfekta gibi diğer genetik koşullar sırasıyla mine ve dentinin kalitesini etkiler. Ağrılı / hassas dişler, yüksek çürük riski, çoklu apseler, nekrotik dişler ve kötü estetik gibi durumlar sistemik bulgulara

sahip olmamakla birlikte, ağız bulguları açısından sıkıntılı olabilirler. Yaşamın ilk yılında sadece süt dişlenme olmakla birlikte, bebeklik döneminde meydana gelen durumlar daimi dişlemeyi olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin, bir süt dişini içeren periapikal apse gibi erken çocukluktaki lokal bir diş enfeksiyonu, alttaki kalıcı dişin gelişimini etkileyebilir. Özellikle daimi kesici diş kronlarının çene içinde geliştiği dönem olup 3 yaşından küçük çocuklarda, süt dişlerinde hasar ya da yer değiştirmeye neden olan orofasiyal travma, altta yatan kalıcı dişlerde malformasyona ya da hipomineralizasyon bozukluklarına neden olabilir. Travma durumunda, bir hekim tarafından değerlendirildikten sonra, hastalar daha fazla değerlendirme ve takip için diş hekimlerine yönlendirilmelidir [1].

Oral Kandidiazis

Kandidiazis, *Candida* türlerinin aşırı büyümesi nedeniyle oluşan fırsatçı bir enfeksiyondur [9]. Yenidoğanda en sık görülen formu psödomembranöz kandidiazistir. Psödomembranöz kandidiazis, boyut ve şekil bakımından değişiklik gösterebilen, radyal şekilde büyüyen ve altındaki eritemi örten beyaz – sarı, hareketli papüller ve parçalar halinde izlenmektedir [9,10]. Tipik olarak bukkal mukoza, mukobukkal katlantı, dilin dorsolaterali ve orofarinkste oluşmaktadır [10]. Hastalığın tedavisinde oral hijyenin artırılması, çürük kontrolü, emzik ve apareylerin temiz tutulması ve kontamine diş fırçalarının değiştirilmesi önem taşımaktadır. Yenidoğanlarda beslenme/ emzirme sonrası ağzın gazlı bir bezle temizlenmesi gerekmektedir [9].

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ); oral mikroorganizmalar, diyet ve konakçı arasındaki etkileşimleri içeren multifaktoriyel bir etyolojiye sahiptir. Yeni bulgular, EÇÇ ile ilişkili mikrobiyatanın fungal türler de içerebileceğini göstermektedir. Bazı klinik çalışmalar *Candida Albicans'* in EÇÇ'li bebeklerin tükürük ve plaklarında sıklıkla yüksek oranda tespit edildiğini göstermiştir [11-13].

Hastalığın bulaşıcı doğası ve *Candida* tutulumunun mevcut mikrobiyolojik kanıtı göz önünde bulundurulduğunda, pediatrik ortamdaki pamukçuk gibi *Candida* ile ilişkili durumların erken teşhisinin EÇÇ için tanımlanabilir bir risk faktörü olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır [14].

Diş Çürüğü

Çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalığı olan diş çürüklerinin önlenmesi, doğum öncesi dönemde başlamalıdır. Diş çürüğü, karyojenik bakterilerin genellikle anneden çocuğa bakım sırasında geçtiği bulaşıcı bir hastalık olabilir [15]. Çocuğun daha önceden enfekte olduğu böyle durumlarda erken çürük riski artmaktadır [16,17]. Annenin çürük durumu, çocuklarınınkiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir [18,19]. Yüksek çürük riski olan bebeklerde, ilk dişleri sürmeden önce, bebekler karyojenik bakterilerle kolonize olmaktadır. Karyojenik bakterilerin ebeveynlerden bebeğe bulaşma potansiyeli, tüm aile için ağız sağlığının önemi ve bebeklik döneminde hijyen alışkanlıklarının oluşturulması ve sürdürülmesinin önemini vurgular. Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) diş hekimleri için çürük risk değerlendirme araçlarına ulaşım sağlamaktadır (Çizelge 2) ve aileler ve bakıcılar için önemli bir eğitim aracı olarak kullanılabilir [20,21].

Çizelge 2.2. Amerikan Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) çürük riski değerlendirme formu

Risk faktörlerinin değerlendirilmesi	Risk göstergeleri		
(Her öge için sağ tarafta risk göstergelerinin altındaki en doğru yanıt daire içerisine alınır)	Yüksek	Orta	Düşük
Bölüm 1- Anamnez (Aile ve bakıcı ile görüşme)			
Çocuğun özel bakıma ihtiyacı var mı? (özellikle motor koordinasyon ve kooperasyonu bozuk mu?)	Evet		Hayır
Çocuğun tükürük akışında bozulma var mı? (ağız kuruluğu?)	Evet		Hayır
Çocuk düzenli olarak diş hekimi kontrolüne geliyor mu?	Hayır	Düzensiz	Düzenli
Çocukta diş çürüğü mevcut mu?	Evet		Hayır
Çocuğun son çürüğünden sonra geçen süre	<12 ay	12 - 24 ay	>24 ay
Çocuk ortodontik aparat veya braket kullanıyor mu?	Evet		Hayır
Çocuğun ailesinde ve/veya kardeşlerinde çürük var mı?	Evet		Hayır
Çocuğun ailesinin sosyoekonomik durumu?	Düşük	Orta seviyede	Yüksek
Yemek aralarında şeker içerikli veya çürük oluşturan gıdaların alınım sıklığı (sudan farklı içeceklerin biberonla verilmesi, meyve suları, asidli içecekler, spor içecekleri veya şeker katkılı yiyeceklerin ve ilaçların alınımı)	>3	1 -2	Sadece yemek zamanı
Çocuğun florid kullanımı	Fluorlu diş macunu kullanmıyor, flor katkılı su veya süt içmiyor, flor preparatı kullanmıyor	Fluorlu diş macunu kullanıyor, flor katkılı su bazen içiyor, flor preparatı kullanmıyor	Fluorlu diş macunu kullanıyor, flor katkılı su içiyor, flor preparatı alıyor
Çocuğun gün boyunca dişlerini fırçalama sıklığı	<1	1	2-3
Bölüm 2- Klinik değerlendirme (Çocuğun ağız içi muayenesi)			
Görünür plak (beyaz, yapışkan yapıda)	Var		Yok
Gingivitis (kırmızı, şiş diş eti)	Var		Yok
Minede demineralize alanlar (tebeşirimsi beyaz noktalar)	1'den fazla	1	Hiç
Mine defektleri, derin pit ve fissürler	Mevcut		Yok
Bölüm 3- Tamamlayıcı profesyonel değerlendirme (opsiyonel)			
Radyografik mine çürükleri	Mevcut		Yok
Mutans streptokok ve laktobasil seviyesi	Yüksek	Orta	Düşük
Her çocuğun çürük gelişimi açısından değerlendirilmesi sağ üstte daire içerisine alınan yüksek seviye indikatörüne göre belirlenmektedir(örneğin yüksek risk grubunda herhangi bir alan işaretlendiyse çocuk yüksek risk grubundadır)			

Dişlerin erüpsiyonunda, karyojenik bakteriler ve karbonhidratlar, çürük sürecini başlatmak için gerekli olanlardır. Streptococcus mutans ve lactobacilluslar dahil olmak üzere karyojenik bakteriler, karbonhidrat metabolizmasının son ürünü olan asitleri üretmektedirler ve asit, diş minesinin kalsiyum-fosfat mineralini çözer. Dişin demineralizasyonu, kireç rengindeki beyaz leke lezyonuyla başlamaktadır ve sonuçta diş yapısının çözünmesine neden olarak kaviteye neden olmaktadır. Tükürük, dişin remineralize edilmesine yardımcı olabilecek kalsiyum, fosfor, florür, antikorlar ve tampon maddeleri içermektedir. Bu devam eden demineralizasyon-remineralizasyon dinamiği, biyofilm pH'sı sürekli olarak 5.5'in altında kalırsa, demineralizasyon yönüne doğru kaymaktadır. Karbonhidrat açısından zengin gıdalar / içecekler nedeniyle ve sık atıştırmalar yüzünden asidik koşullar devam etmektedir. Atıştırmalık sıklığı az olduğunda, biyofilm pH'ının normale dönmesi için daha fazla zaman vardır, bu da remineralizasyonu desteklemektedir. Göreceli olarak basit olmasına rağmen, davranışsal, sosyal, çevresel ve genetik değişkenlerin karmaşık etkileşimi, çürük sürecini etkilemektedir [1].

Erken Çocukluk Çağı Çürüğü

Erken çocukluk dönemi; fiziksel, zihinsel ve ruhsal yönden oldukça önemli olan 3-5 yaş arasındaki süreci kapsar. Küçük çocuklarda erken dönemde görülen diş çürükleri, ilk olarak 1952 yılında Beltrami isimli araştırmacının "Melanodontie Infantil" olarak adlandırmış, daha sonra 1962 yılında Dr. Elias Fass'ın "Nursing Bottle Mouth – Biberon Ağız" terimini kullanmıştır [22]. İlerleyen yıllarda ise "biberon çürüğü" terimi yaygın olarak kullanılmış ancak uzun süreli biberon kullanma alışkanlığının diş çürüğü oluşmasında tek ve en önemli neden olmayabileceği ileri sürülmüştür. Bu nedenle daha az spesifik bir terim olan "Erken Çocukluk Çağı Çürükleri (EÇÇ)" önerilmiştir. Bu yeni terim tüm dikkatin biberon kullanımını üzerine yoğunlaşmasını önleyerek, bebeklerde ve küçük çocuklarda yaygın diş çürüklerinin oluşmasına katkıda bulunan diğer tüm davranışsal, psikososyal ve sosyoekonomik faktörlerin de farkına varılmasını sağlamıştır [22].

Erken çocukluk çağı çürükleri süt dişlerinde 6 yaşından önce (≤ 71 ay) gözlenen bir veya daha fazla çürüklü, kaviteli veya kavitesiz, çürük nedeniyle çekilmiş diş ya da dolgulu diş yüzeyi varlığı olarak tanımlanmaktadır. 3 yaşından küçük çocuklarda herhangi bir düz yüzey çürüğü bulunmasının "Severe Early Childhood Caries - Şiddetli Erken Çocukluk

Çağı Çürüğü (Ş-EÇÇ)’’göstergesi olduğu bildirilmektedir. Ayrıca 3 ile 5 yaş arasındaki çocuklarda dmft skoru: 3 yaş için ≥ 4 , 4 yaş için ≥ 5 , 5 yaş için ≥ 6 olduğunda Ş-EÇÇ olarak değerlendirilmektedir [23,24].

EÇÇ; infeksiyöz, bakteriyel, bulaşıcı bir hastalıktır. Çoğunlukla mutans streptokoklar, dişleri demineralize eden ve kavitasyonlara neden olabilen tarzda bir asit üretmek için monosakkarit ve disakkaritleri metabolize ederler. Diş, bakteri ve şeker üçlüsünün etkileşimi, hastalığın seyrini belirler [23]. EÇÇ, yaygın prevalansa rağmen önlenebilir bir hastalıktır. Dişler ağızda görülür görülmez gelişebilir. Kavitasyonlar 10 aydan daha erken bir zamanda görülebilir. Çürükler, ilk çıkan dişlerden olan ve tükürüğün koruyuculuğundan en az etkilenen üst kesici dişlerde beyaz nokta lezyonları veya çizgiler halinde bulunur. Tedavi edilmediği takdirde bu beyaz alanlar hızla sarı kahverengi boşluklara dönüşür ve hastalık arka dişlere doğru ilerler [23]. Mandibular insizörler ise emme pozisyonu sırasında dil tarafından korunmaları, emme fonksiyonuyla ilgili kasların aktivitesi ve alt çenedeki tükürük bezlerinden salgılanan tükürükle yıkanmaları nedeniyle çürükten daha az oranda etkilenmektedirler [25].

De Grauwe ve diğerleri, 6-8 aylık çocuklarda dişlerin düz yüzeylerinde kavitesiz çürük lezyonlarına, kaviteli lezyonlarından daha sık rastlanıldığı, 18 aydan sonra ise kaviteli çürük lezyonlarının sıklığının arttığı bildirilmektedir [3]. Erken çocukluk çağındaki çürükler çok hızlı gelişebildiklerinden, özellikle gece biberonla beslenen çocuklarda tükürük akış hızı ve tamponlama kapasitesinin azalmasına bağlı olarak daha sık çürük görülmektedir [26].

Bebeklerde dişlerin erüpsiyon zamanları oldukça değişkendir. İlk dişler genelde 6 ila 12 ay arasında ağız içinde görülürler. Mine defektleriyle erüpte olmuş dişler tipik olarak beyaz, kahverengi veya pürüzlü alanlarla karakterizedir ve çürük riski bu dişlerde daha yüksektir. Erken doğan veya düşük doğum ağırlıklı çocuklarda ve düşük sosyoekonomik statüye sahip olanlarda bu kusurlar daha yaygındır [23].

Mutans streptokok kolonizasyonunun çocuklarda meydana geldiği kesin yaş tartışmalı olmakla birlikte, dişler erüpte olmadan gerçekleşmez. Mutans kolonizasyonu ne kadar erken gerçekleşirse, çürük riski o kadar yüksek olur. Mutans streptokoklar tipik olarak

anneden tükürük teması yoluyla çocuğa bulaşır. Bu bulaşta etkili olan faktörler, aktif ya da tedavi edilmemiş çürükler ve sık şeker tüketimidir [27].

Yenidoğanın ağız ortamında mutans streptokok enfeksiyonunun görülme süreci süt dişlerinin sürmeye başladığı dönemde tetiklenmekte, süt dişi sayısının arttığı 19-31. aylar arasında ise en üst düzeye ulaşmaktadır [28]. Bebeklerin bu organizmaları enfekte bireylerden, özellikle de annelerinden kazandıkları düşünülen 19-31 ay aralığına "enfektivite penceresi" adı verilmektedir [28]. İlk enfektivite penceresinin kapanması risk faktörlerinin ortadan kalktığını göstermemekte, 6-12 yaşlarında daimi dentisyonun tamamlanmaya başlamasıyla "ikinci enfektivite penceresi" ortaya çıkmaktadır [29]. Bu dönemde anne ve bebeğin aynı kaşıktan yemek yemesi, aynı bardaktan su içmesi, annenin bebeği dudaktan öpmesi veya bebeğin emziğini temizleme amacıyla kendi ağzına götürmesi enfeksiyon araçları olarak sayılmaktadır [30,31].

Straetemans ve diğerleri, ikinci enfektivite penceresini değerlendirmek için 5 yaşına kadar mutans streptokoklardan etkilenmediği rapor edilen 30 çocuğu 11 yaşlarına kadar gözlemlemişlerdir. Çalışma boyunca 22 çocuğun mutans streptokoklarla kontamine olduğu görülmüş fakat kontrol grubuyla karşılaştırıldığında mutans streptokok sayısının çok daha düşük olduğu rapor edilmiştir [32].

Çocuğa mutans streptokokların aktarımı iki farklı yolla gerçekleşmektedir [33]:

- 1) Vertikal geçiş / Aile –içi (İntra-familiar) geçiş
- 2) Horizontal geçiş / Aile-dışı (Extra-familiar) geçiş

Mutans streptokok enfeksiyonunun temel kaynağının anne olduğu, genotipik; DNA parmak izi ve plasmid DNA profilleri çalışmaları ile ve fenotipik; bakteriosin tiplmesi ve serotipleme çalışmaları ile gösterilmiştir. Bebeğe elde edilen türler babayla karşılaştırıldığında, %90'dan fazla anneninkilerle benzerlik gösterdiğinden, vertikal geçiş daha çok anne ile ilgilidir. Bebeğin mama kaşığının anne ağzı ile teması veya emziğin anne tarafından yalanması ya da çocuğun ağzından öpülmesi gibi geleneksel bakım alışkanlıkları ile annenin ağzındaki mikroorganizmalar çocuğa bulaşabilmektedir [34]. Hameş-Kocabaş ve diğerleri 56 Türk çocuk ve ailelerini dahil ettikleri çalışmalarında,

mutans streptokokların 14 anne-baba-çocuk, 35 anne-çocuk (1'i ikiz) ve 6 baba-çocuk arasında vertikal geçiş sergilediğini gözlemlemişlerdir [35].

Çocukta aile bireylerinden farklı genotipte S. Mutans klonlarının tespit edilmesi, çocuğun aile dışında diğer kaynaklardan da enfekte olabileceğini göstermektedir [33,36-38]. Zhan ve diğerleri, S. Mutans seviyesi yüksek 10 anne ve bunların çocuklarını değerlendirmiş, çocukların 9 tanesinin annelerinin dışında kaynaklardan da etkilendiklerini göstermişlerdir [38]. Çocukların kreş gibi uzun süre bir arada buldukları ortamlar, enfekte bakterilerin yayılması için uygun ortamlardır [33,39]. Horizontal geçişte birlikte geçirilen süre ve yeme içme sırasında tabak, kaşık gibi malzemelerin ortak kullanımı etkili faktörlerdir [40,41]. Liu ve arkadaşları kreşte bulunan 3-4 yaşlarındaki 56 çocuk üzerinde horizontal geçişi araştırmışlardır. Bu çocuklardan 24 tanesi hem sabah hem öğlen kreşe giderken, diğer çocuklar sadece sabah kreşte bulunmaktadır. Sabah ve öğlen kreşe giden giden çocuklarda mutans streptokok miktarı sadece sabah gidenlerden daha yüksek bulunmuştur [41].

2.1.4. Perinatal ve infantlarda ağız hastalıklarının önlenmesi ve ağız hijyeninin yönetimi

De Grauwe ve diğerleri, yenidoğanlarda ağız hijyeni yönetimi için önemli gördükleri bazı maddeler üzerinde durmuşlardır:

- İlk diş hekimi muayenesinde anne ve bebeğin tıbbi ve dental geçmişi öğrenilmeli, kapsamlı bir sözlü muayene yapılmalı, yaşa uygun diş ve dişeti temizliği uygulamalı olarak gösterilmeli ve eğer gerekliyse floridli vernik tedavisi yapılmalıdır.
- Bebeğin çürük geliştirme riski değerlendirilerek bir önleme planı yapılmalıdır. Florid kullanımı ve periyodik yeniden değerlendirme aralığı belirlenmelidir.
- EÇÇ için bilinen risk faktörlerine sahip bebeklerde çürük yönetimi, eğitim ve uzmanlığa sahip uygulayıcılar tarafından sağlanmalıdır.
- Orofasial travmayı önlemek için yaralanma önleme danışmanlığı yapılmalıdır. Danışmanlık; oyun nesnelere, paspaslar, araba koltukları ve elektrik kablolarıyla ilgili bilgilendirmeleri de içermelidir.
- Birçok çocuğun belirgin bir sıkıntısı olmamasına rağmen diş çıkarma; lokal rahatsızlıklar, sinirlilik ve aşırı salivasyona yol açabilir. Belirtilerin tedavisi oral

analjezikler ve çocuk için soğutulmuş diş halkalarını içerir. Bebeklerdeki potansiyel toksisite nedeniyle rahatsızlığı gidermek için reçetesiz diş çıkarma jeli de dahil olmak üzere topikal anesteziiklerden kaçınılmalıdır.

- Atipik frenilum ataçmanları, anne sütüyle ilgili problemlere sebep olabilir. Emzirmenin kolaylaştırılması için freniloplasti ve frenektomi başarılı bir yaklaşım olabilir.
- Dişlere ve dentoalveolar yapılara kuvvet uygulayabilecek besleyici olmayan emzik emme, brüksizm, anormal dil itme gibi oral alışkanlıklarla ilgili danışmanlık yapılmalıdır. Emme ihtiyacını, maloklüzyon veya iskelet displazileri oluşmadan önce tartışmak önemlidir.

Bebekler için çürük risk değerlendirmesi, hastanın dental hastalıklar için göreceli riskini belirler ve süt dişlerinin erüpsiyonu ile birlikte uygun stratejilerin oluşturulmasına izin verir. Amaç, etken olan beslenme alışkanlıkları, plak birikimi, topikal veya sistemik florid eksikliği, şeker içeren ilaçların sık kullanımı gibi faktörleri belirlemek ve en aza indirmek ve oral hijyen uygulamaları, sızdırmaz sealantlar gibi koruyucu faktörleri optimize ederek hastalığı önlemektir [3].

Çürük risk değerlendirmesi, aynı zamanda sağlık çalışanlarının yüksek çürük riskli hastaları uygun diş yönetimi için tanımlamasına ve yönlendirmesine olanak tanımaktadır. Hatta en akıllıca tasarlanmış ve uygulanmış çürük risk değerlendirmesi bile EÇÇ gelişme riski taşıyan tüm bebekleri tanımlayamaz. EÇÇ önleme ve yönetimi de dahil olmak üzere, bir diş hekimliği evinin kurulması, bebek ağız sağlığı hizmeti için ideal bir yaklaşımdır. Ağız sağlığı eğitiminin medikal, diş hekimliği, hemşirelik ve sağlık programlarının müfredatına dahil edilmesi, diş hekimini ilk ziyaretin kabulünü kolaylaştırabilir. Çocuk doktorlarının çoğunluğunun hastalara 1 yaşına kadar bir diş hekimi görmelerini tavsiye etmediklerini belirten yeni çalışmalar, doktorlarda ve diş hekimlerinde bebek ağız bakım eğitiminin artırılmasına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir [42-44].

Çürüklerin önlenmesi ve ağız sağlığının geliştirilmesi infantil dönemde sağlıklı alışkanlıklar oluşturmakla başlar. Tıbbi ev konseptinden sonra modellenen, AAPD yönergelerine göre dental ev, ideal olarak 1 yaşına göre kurulmalıdır. Dental evler, “sürekli erişilebilir, koordineli ve aile merkezli bir şekilde sunulan ağız sağlığı hizmetlerinin tüm yönleri dahil olmak üzere, diş hekimi ile hasta arasında devam eden ilişki” olarak

tanımlanmaktadır. "Dental evin erken kurulması, önleyici ve acil servisler, ağız sağlığı sonuçlarını iyileştirir ve çocuklar için diş bakımı maliyetlerini azaltır. Pediatrik birinci basamak sağlık hizmeti verenler ayrıca diş hekimlerine zamanında başvuru ve florür vernik uygulaması konusunda ağız sağlığı hakkında önleyici rehberlik sağlanması yoluyla ağız sağlığında önemli bir rol oynarlar. Pediatrik birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcının ağız sağlığını desteklemedeki rolü, özellikle çocukluk öncesi dönem ve çocukluk dönemindeki hastalar, profesyonel diş hekimliği hizmetlerine erişmede zorluk yaşarken, bebeklik döneminde özellikle önemlidir [45]. Florürlü diş macunu gibi çürük önleme için spesifik yöntemler vardır, ancak optimal ağız sağlığı da bebeklikte başlayan sağlıklı beslenme alışkanlıklarının ürünüdür. Şekerli içecekleri sınırlamak gibi sağlıklı beslenme alışkanlıkları; yüksek yağlı ve işlenmiş gıdalardan kaçınmak, taze meyve, sebze, kepekli tahıl, yağsız et ve az yağlı süt ürünlerinin tüketimini vurgulamak, yalnızca ağız sağlığını desteklemekle kalmaz, aynı zamanda genel sağlığı ve sağlıklı bir kiloyu da destekler [1].

Epidemiyolojik araştırmalar bebeklerin emzirilme yoluyla anne sütü almasının genel sağlık, beslenme, gelişimsel ve psikolojik avantajlar sağladığını ve çok sayıda akut ve kronik hastalığın riskini önemli oranda azalttığını göstermektedir [46]. Ebeveynlere ayrıca besleyici olmayan oral alışkanlıkların, çocuğun oklüzyonunda ve yüz gelişiminde zararlı değişikliklere neden olabileceği ve ebeveynlerin tütün kullanımı sonucu çocuğun dumana maruz kalmasının ciddi sağlık sorunları doğurabileceği anlatılmalıdır [3].

2011-2012 yıllarında Amerika'da yapılan ulusal bir anketin epidemiyolojik verileri, ekonomik açıdan yetersiz görülen ailelerin okul öncesi çocuklarında erken çocukluk çağı çürüklerinin oldukça yaygın olduğunu göstermiştir. Okul öncesi çocuklarda ölçülen EÇÇ prevalansında, çürüklü ve kavitasyonlu diş yüzeyleri, önceki anketlerle karşılaştırıldığında değişiklik göstermezken, dolgulu diş yüzeylerinin büyük oranda artmış olduğu ve daha fazla tedavi sağlandığını göstermiştir [47].

EÇÇ ve EÇÇ'nin daha şiddetli şekli olan "Şiddetli çocukluk çağı çürüğü" (Ş-EÇÇ) diş erüpsiyonundan hemen sonra başlar. Süt dişlerinin tüm yüzeylerinde gelişme, hızla ilerleme ve kalıcı dental ve mental etkilere sahiptir. EÇÇ'li çocuklarda ağırlı dişler nedeniyle ortaya çıkan beslenme sorunları, ağrıya bağlı artan glukokortikoid üretimi, uyku bozukluklarına bağlı azalan büyüme hormonu sekresyonu ve enfeksiyon sırasında tüm

metabolik hızın artması, bu çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin yavaşlamasına yol açar [48]. Bu hastalık genel popülasyonu etkiler ancak düşük sosyoekonomik duruma, şekerden zengin bir diyetle sahip, eğitim düzeyi düşük olan annelerin bebeklerinde 32 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. EÇÇ genellikle hem süt hem de daimi dişlenmede yeni çürük lezyonları oluşumu açısından yüksek risk taşımaktadır. Ayrıca hastaneye yatışlar ve acil servis ziyaretleri, yüksek tedavi masrafları, okula gidememe, öğrenme yeteneğinin azalması ve oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin azalması gibi etkenler de yeni çürük lezyonları riskini artırır [3].

Amerika'da 1 yıl içerisinde çocukların %89'unun sağlık ocağı veya hastane bağlantılı bir hekimi ziyaret ettiği, buna karşın diş hekimini ziyaret edenlerin yalnızca %1,5 olduğu bildirilmiştir [3]. Chi ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada ise çocukların %99'u 1 yaşından önce tıp hekimine götürülürken, sadece %2'sinin diş hekimini ziyaretinde bulunduğu gözlenmiştir [49]. Medikal sağlık uzmanları, anne ve bebeklerini diş hekimlerinden daha erken ve daha sık olarak görebildikleri için, diş çürükleriyle ilgili çok faktörlü etyolojinin ve EÇÇ risk faktörlerinin farkında olmalarının, hamile kadınlara ve bakıcılara EÇÇ'nin önlenmesi konusunda uygun danışmanlık vermelerinin gerekli olduğu kanısına varılmıştır [3].

Diş çürüğü riskini ve şeker içeren içeceklerin tüketimini azaltmak için diyet analizi uygulamak, danışmanlık yapmak ve çocuğa günde 2 kez floridli diş macunu ile dişlerini fırçalamak gerekmektedir. Çürüklerin önlenmesi ve kontrolü için florid kullanılması, hem güvenli hem de etkili bir yöntemdir. Optimal düzeyde florid uygulanması, diş hekimliğinde bebekler ve çocuklar için önemlidir. Sistemik olarak diğer diyet kaynaklarındaki florid miktarı belirlendikten sonra, 0.7 ppm'den daha düşük floridli su tüketen veya florid almayan tüm çocuklar için düşünülmelidir. Doğru miktarda florid içeren diş macunu tüm çocuklar tarafından günde 2 kez kullanılmalıdır. 3 yaşın altındaki çocuklar için kullanılacak floridli macun miktarı sürüntü şeklinde veya pirinç tanesi büyüklüğünde olmalıdır. Çürük riski taşıyan çocuklar için profesyonelce uygulanmış florid vernikleri düşünülmelidir [50].

Çürükleri tedavi etmek için yapılan restoratif bakım sıklıkla, sedasyon ve genel anestezi ile ilişkili yüksek masraflar ve olası sağlık riskleri gerektirir ve tedavinin

devamında lezyonların tekrar tekrar ortaya çıkması nedeniyle, hastalığın önlenmesi ve durdurulmasına daha fazla önem verilmektedir [3]. Bu nedenle:

- Önleyici önlemleri kolaylaştırmak için ebeveyn eğitimi ve katılımını sağlamak
- Geçici restorasyonları içeren ve çürük ilerlemesini engelleyen aktif gözetimi sağlamak
- Geleneksel kavite preparasyonu ve restorasyon mümkün olana kadar küçük çocuklarda dişleri geçici olarak eski haline getiren geçici terapötik restorasyonlar yapmak EÇÇ'yi yönetmek için gerekli yaklaşımlardır [3].

Perinatal ve İnfantlarda Beslenme

İnfantil dönemde koruyucu ağız sağlığının anlaşılması, diyetin yanı sıra besleyici ve besleyici olmayan gıdaların genel bir değerlendirmesini gerektirir. Sağlıklı yeni doğanlar, beslendiklerinde emmeyi, yutmayı ve nefes almayı tam olarak koordine edebilecek şekilde doğarlar. Emzirmenin ve yutkunmanın ilk kanıtı hamileliğin erken döneminde gerçekleşir, ancak daha olgun ve koordineli bir emme-yutma paterni yaklaşık 34. haftada ortaya çıkar [1]. Emme davranışı, parmak emme ya da emzik emme şeklinde yapıldığında besleyici değildir. Bebeklik döneminde, besleyici olmayan emme, normal kraniyofasiyal büyüme ve fonksiyonun desteklenmesi ve bebeklerin sakinleşmelerine ve kendi başlarına uykuya dalmalarına yardımcı olmak gibi birçok yararlı fonksiyona hizmet eder. 1 yaşın altındaki emzik kullanımının da ani bebek ölüm sendromu insidansını azalttığı bulunmuştur [51]. Besleyici olmayan emzirme, infantil dönem sonrasında devam ettiğinde, maloklüzyona yol açabilir [1].

5 ay veya 6 aya kadar, bebeklerin sadece sıvı beslenmeye ihtiyacı vardır, ideal olarak bu beslenme anne sütü ile yapılır. Anne sütü immünolojik fayda, beslenme, sindirim gibi ihtiyaçları karşılar. Bununla birlikte emzirme, çeşitli nedenlerle her zaman mümkün değildir. Anne sütü annenin memesi yoluyla veya bir biberondan verilebilir, ancak ne emzirme ne de biberonla beslenme mümkün olduğunda, bebek mama ile beslenebilir. Bu gibi durumlarda, bebek mamalarının bir tozla hazırlanması, temiz su mevcut olduğu sürece en ekonomik seçenektir. Yaşamın ilk 12 ayı boyunca, bebekler anne sütü veya bebek maması dışında meyve suyu, soda veya inek ya da keçi sütü gibi başka içeceklere ihtiyaç duymaz. AAPD, suyun 1 yaşından önce kullanılmamasını tavsiye etmektedir [52]. Çoğu

durumda, infantlara fazladan su verilmesine gerek yoktur ve olgunlaşmamış böbrek fonksiyonları nedeniyle 6 ay ve daha küçük bebeklere su vermek güvenli olmayabilir. Yaşamın ilk 6 ayında, normal yolla doğan sağlıklı bebekler genellikle 24 saat içinde en az 150 mL / kg anne sütü veya bebek maması içmekte, ortalama 20 gramlık normal bir kilo alımını desteklemek için her 2 saat ila 4 saat arasında beslenmeye ihtiyaç duymaktadırlar [1].

Sağlıklı bebekler, normal olarak büyümek için ihtiyaç duydukları anne sütü veya mama miktarı alımını düzenleyen doğal bir yeteneğe sahiptir. Yeni doğmuş bebekler bile yemeye hazır olduklarında bazı ipuçları gösterirler ve uyuyarak da doyduklarını gösterirler. Bununla birlikte, bebeklerin açlıklarını değerlendirmek ve aç olduklarında beslemek ve doyduklarında beslemeyi durdurmak için bir bakıcıya ihtiyaçları vardır. Bakıcılar bebeği aç olmadıklarında yemeye zorladıklarında, bu durum, bebeğin ihtiyaç duyduğu zaman besin alımını düzenleme yeteneğini sabote etmektedir. Aşırı besleme, çoğunlukla, emzirme yerine, biberonla beslenme düzeninde gerçekleşir. Bebekler bir biberonla beslendiklerinde bir ebeveyn veya bakıcı tarafından tutulduğu zaman, bu durum beslenmede pozitif bir ilişki ve bebek için güvenlik ve rahatlık duygusu sağlamaktadır. Bebeğin beslenme sırasında tutulması da, bakıcının bebeğin mimiklerini izlemesine izin verir, özellikle de bebeğin tokluk belirtileri göstermesi durumunda, beslenmeyi durdurabilir. Yatakta biberonu kendilerine tutmaları için verilen bebekler, süt ile veya meyve suyu gibi şekerli içeceklerle beslenme olasılıkları daha fazladır. Böylece bebeğin ağız karyojenik bakteriler için uygun ortam haline gelmektedir [1].

Bebeğin başını tutabilmesi, yeterli gövde desteğine sahip olması, yaklaşık 5 ay ila 6 aylıkken ortaya çıkan ve bebeğin katı gıdaya hazır olduğunun gelişimsel göstergeleridir. İnfantlara genellikle ilk katı gıda olarak meyve veya sebze, tahıl, yulaf lapası, tanesiz çorba ve püre gibi besinler verilir. Anne sütü veya mamalar, katılara başladıktan sonra bile bebekler için birincil kalori ve besin kaynağı olmaya devam etmelidir. Bebekler yaklaşık 9 ay ila 12 aylıkken küçük nesnelere ağza alma becerilerini geliştirdikçe, kendilerini beslemekle daha fazla ilgilenirler ve ağızda eriyen katı gıdalar, yumuşak etler, peynirler, kepekli ekmekler ve yumuşak meyveler ve pişmiş sebzeler ile beslenmeye başlayabilirler. İnfantların, yiyeceklerinin özellikle tuzlu veya tatlı olmasıyla ilgili doğal bir beklentileri yoktur ve dolayısıyla bebekleri, tatlandırılmış veya işlenmiş gıdalarla beslemek için bir sebep de bulunmamaktadır. Benzer şekilde, bebeğin biberonuna tatlandırılmış sıvı veya toz

eklemek ya da bebeğin emziğini tatlı bir şeye batırmak gereksizdir. Bu şekilde alınan gereksiz kaloriler diş çürüğü ve obezite riskini arttırmaktadır. İnfantlara ayrıca botulinum riskinden dolayı hiçbir zaman bal veya bala batırılmış emzik verilmemelidir [53].

Katı gıdaların başlamasıyla birlikte, yaşamın ilk yılının ikinci yarısı, biberonu bırakıp bardağı infanta tanıtmak için en uygun zamandır. 1 yaşındaki sağlıklı bir infantın, bir bardaktan içmeye hazır olduğu zaman biberona devam etmesi için bir neden bulunmamaktadır. Biberonun infantlar tarafından bırakılması zordur çünkü bunlar, biberonla beslenme alışkanlığından çok ellerindeki bir şişeye bağlanmaktadır. Biberon yerine bir bağlanma nesnesi olarak doldurulmuş bir hayvan veya battaniye kullanımı önerilmektedir. Ayrıca, 2 yaşından büyük biberonla beslenen bebeklerin obezite riski daha yüksektir [54].

Gelişimsel olarak, büyük bebekler 3 ayrı öğün ve günde 2 ila 3 atıştırma zamanına ihtiyaç duyarlar. 12 aylıkken, bir bebeğin bir bardaktan sıvıları sadece yemek ve atıştırma zamanlarında alması gerekmektedir. Gün boyunca sürekli atıştırmak ve içmek fizyolojik olarak normal değildir. Bu durum çocukluk çağı çürüklerine ve obeziteye yatkınlığı artırır. Hem toplam yeme miktarı hem de şeker alımının sıklığı göz önüne alınmalıdır, ancak şekerlerin daha sık tüketilmesi durumunda çürük riski en yüksektir [55,56]. Çürüğü olan çocuklar, çürüğü olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında, öğünlerdeki içme suyu tüketimi arasında önemli bir fark vardır [57]. Çürükleri önlemek ve sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için, öğünlerdeki içecekler sadece suyla sınırlı olmalıdır. Çocuklar diyetlerinde meyve suyuna ihtiyaç duymazlar, ancak verildiyse, meyve suyu tüketimi 1 ila 3 yaş arası çocuklar için günde 4 oz (118,2 ml) ve 4 ila 6 yaş arası çocuklar için günde 4 oz ila 6 oz (118,2 ml – 177,4 ml) arasında sınırlandırılmalıdır [52]. Seyreltilmiş meyve sularının da tüketiminden kaçınılmalıdır, çünkü tatlandırılmış içeceklerin tüketilme sıklığını artırabilir, böylece çürüğe katkıda bulunabilir [1].

Şeker tüketim sıklığı, çürük etyolojisindeki ana değişkendir. Bakteriler şekeri asit haline getirdikten sonra, bu asitin nötralize edilmesi veya tükürük ile yıkanması 20 ila 40 dakikayı bulur. Bu nedenle şekerler sıkça tüketildiğinde demineralizasyon potansiyeli daha yüksektir [23].

Mutans streptokoklar pek çok farklı karbonhidratı metabolize edebilmesine rağmen en verimli asit üretimini özellikle sükrözdan sağlamaktadırlar. Laktoz, en az karyojenik şekerlerden biridir. Kanıtlar, sığır sütünün karyojen olmadığını ve koruyucu olabileceğini göstermektedir [58]. Gıdanın hücre sel yapısında bulunan şekerlerin bütün meyvelerde bulunan früktoz gibi, kasıtlı olarak gıdalara yüklenen şekerlerden daha az karyojenik olduğu düşünülmektedir [59].

Erken çocukluk çağı çürükleri, uygunsuz ve uzun süreli biberon kullanımına bağlanmıştır. Gece yatarken biberonla beslenen çocuklarda, uyurken tükürük akışının ve tamponlamasının azalmasıyla birlikte, besinlerin özellikle maksiller kesiciler etrafında birikerek dişin yapısında hızlı ilerleyen şiddetli bir yıkıma neden olacağı ve bu çocuklarda EÇÇ'ye daha sık rastlanılacağı bildirilmiştir [26,60]. Ancak son analizler hastalığın çok faktörlü olduğunu göstermektedir [61]. Mutans streptokokların varlığında sık şeker tüketimine izin veren herhangi bir uygulama çürümeye neden olabilir. Çocuklarda sık görülen etyolojik uygulamalar; biberon ile şekerlendirilmiş sıvılar içeren gıdaların ve atıştırmalıkların sık aralıklarla alımını içerir [23] . Annenin emzirmesiyle oluşan çürük riski belirsizdir. Anne sütü ile EÇÇ arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Iida ve diğerleri anne sütünün karyojenik olmadığı, kalsiyum ve fosfor içeriği nedeniyle tamponlayıcı özellik gösterdiğini savunmuşlardır [62]. Hallett ve O'Rourke ise yaptıkları çalışmalarında 12 aydan fazla anne sütü kullanımının EÇÇ riskini arttırdığını göstermişlerdir [63].

Anne sütü ile inek sütünün karşılaştırıldığı çalışmalarda inek sütü, anne sütü kadar karyojenik bulunmamıştır. Anne sütünün %7, inek sütünün ise %4 oranında laktoz içerdiği gösterilmiş olmasına rağmen gece biberonla inek sütü kullanımının da EÇÇ'ye yol açabileceği bildirilmiştir [60]. Anne sütü ile şişe sütlerin karyojenik potansiyellerinin karşılaştırıldığı Shetty ve diğerlerinin yaptığı başka bir çalışmada ise anne sütü, şişe sütlerden daha karyojenik bulunmuştur. Hem anne sütünde hem de şişe sütlerde bulunan kazein, whey proteini, laktoz ve süt yağının birbirlerinden bağımsız olarak hidroksiapatit demineralizasyonunu inhibe ettiği ancak şişe sütün anne sütüne oranla daha fazla çürük önleyici etkisi olduğu gözlenmiştir [64].

Koruyucu Uygulamalar

Fluorür, mevcut en önemli çürük önleyici ajandır [65]. İnfantlar için bebeklik döneminde fluorür alımından endişe edilse de, doğru miktarda kullanıldığında, fluorür çürükleri önlemede güvenli ve etkilidir. Flöürürün bebeklere verilebileceği yollar şunlardır: Florürlü içme suyu ve florür vernik gibi profesyonel olarak uygulanan topikal florür. Florür, dişin demineralizasyon-remineralizasyon dinamiğini remineralizasyon yönünde destekleyerek çürükleri önler. Florür, minenin hidroksiapatitiyle etkileşime girer ve diş yapısına, orijinal mineye göre daha sert ve daha dirençli olan fluorapatit formunda dahil edilir. Florür, sistemik bir formdan ziyade topikal olarak kullanıldığında dişlerin remineralizasyonunu en iyi şekilde gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte fluorür sistemik olarak alındığında fluorid iyonları dolaşımında emilir ve daha sonra tükürük ve krikoid sıvıya salınır, böylece dişlerin fluorür açısından zengin akışkanlarca remineralizasyonunu kolaylaştırır [1].

Suların Fluorlanması

İlk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yirminci yüzyılın ortalarında uygulanan toplu su fluorlaması, maliyet açısından etkin, güvenli ve kanıtlanmış, nüfus temelli çürük önleme stratejisidir [65]. Toplu su fluorlaması, çürükleri önlemek için optimal fluorür seviyesine ulaşmak amacıyla suda doğal olarak bulunan flöürürün eklenmesini ifade eder. 2010 yılında, kamu su sistemlerinde Amerikalıların % 72'sinin suları fluorlanmıştır. ABD su fluorizasyonunda mevcut önerilen florid konsantrasyonu, 0.7 ppm'dir. Anne sütünün içinde fluorür az miktarda bulunur, öyle ki, sadece anne sütüyle beslenen bebekler, fluorürlenmiş su ile hazırlanan mamayla beslenen bebeklerden daha az fluorür alırlar. Kullanıma hazır bebek mamalarının fluorür içeriği, 0.13 mg / L ila 0.3 mg / L arasında göz ardı edilebilir düzeydedir. Bu, tozdan yapılmış bebek mamasındaki fluorür içeriğinin, mamayı hazırlamak için kullanılan sudaki fluorürü yansıttığı anlamına gelir. Yüksek fluorürlü su konsantrasyonunda, fluorürlü su ile hazırlanan mamayla beslenen bebeklerde fluorozis riski ile ilgili endişeler ortaya çıkmıştır; Bununla birlikte, optimal fluorlanmış içme suyundaki mevcut fluorid seviyesinde 0.7 ppm'de, günlük fluorür alımı 0.05 mg fluorür / kg / d ila 0.07 mg fluorür / kg / d aralığındadır. Örneğin, 0.7 ppm fluorürlenmiş su ile hazırlanan 828 ml mama için 10 kg'lık bir bebek, 0.54 mg fluorür veya 0.054 mg / kg fluorür tüketir [65].

Fluorürlü Diş Macunu

Fluorürlü diş macunu (FDM), topikal fluorür için değerli bir dağıtım sistemidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, çocuklar için pazarlananlar dahil olmak üzere tezgah üstü FDM, 1100 ppm fluorür içerir (% 0.24 sodyum fluorür veya % 0.76 sodyum monoflorofosfat). FDM devam eden remineralizasyon için diş yüzeyine konsantre topikal bir fluorür desteği sağlar. FDM günde iki kez ve fırçalamadan sonra ağız çalkalanmadığında, çürük insidansında önemli bir azalmaya işaret etmektedir. Amerikan Diş Hekimliği Birliği ve AAPD, tüm çocukların 2 dakika süreyle günde iki kez dişlerini fırçalaması gerektiğini bildirmiştir. 3 yaşından küçük çocuklara dişlerinin pirinç tanesi kadarlık (500 ppm) bir FDM kullanılarak fırçalanması gerekir. 3 yaşında, miktar bezelye büyüklüğüne çıkarılabilir. Çocuk dişlerini fırçalarken nispeten az miktarda diş macununun kullanılması gerektiğini, diş macununun bir miktarının yutulmasının, çocukların tükürmeyi öğrenmesinden önce kaçınılmaz olduğunu, yutulan florid miktarının az ve güvenli olduğunu belirtmişlerdir [1].

Profesyonel Olarak Uygulanan Fluorürlü Vernik

Dişlere yüksek oranda konsantre edilmiş fluorürlü ürünler uygulamak, biyofilm pH'ı azaldığında, fluorür-kalsiyum bileşimini fluorür salmak üzere diş minesinde bırakır. Mevcut seçenekler arasında fluorürlü vernikler, çürükleri azaltmak için çocukların kullanımı için güvenli ve etkilidir. Dişe yapıştığı için, minimum miktarda yutma vardır ve bu nedenle, ilk diş erüpsiyonundan başlayarak, her yaşta çocukta kullanılması güvenlidir. Sistemik incelemeler, yılda en az 2 kez fluorür verniğinin düzenli uygulamalarının süt dişlerindeki çürük insidansını % 33 oranında azalttığını göstermektedir. Diş hekimliği hizmetlerine erişimin zor olduğu durumlarda, çocuk hekimleri ve diğer pediatrik sağlık hizmeti verenler, yüksek riskli hastalara yılda 2 kez ila 4 kez fluorürlü verniklerin uygulanmasında önemli bir rol oynarlar [1,65].

Fluorür Takviyesi

Fluorid takviyeleri, sistemik olarak damla veya tablet şeklinde uygulanırlar. Her ne kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek çürük riski taşıyan popülasyonlar için oral fluorür takviyeleri hala yazılsa da, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve Avrupa Birliği'ndekiler

de dahil olmak üzere diğer ülkeler, sistemik oral fluorür takviyelerini bırakmışlardır. FDM ile fırçalama yaygındır çünkü FDM çok daha ucuz, elde edilmesi daha kolay ve çürük önlemede daha etkilidir. Sistemik fluor takviyesi düşünüldüğünde, evde ve okulda, meyve suyu, soda ve bebek maması gibi hazır yiyecek ve içecekler de dahil olmak üzere tüm diyetle alınabilecek florid kaynakları dikkate alınmalıdır. Ayrıca, evlerdeki su kaynağının fluor konsantrasyonu bilinmediği takdirde, fluor düzeyini belirlemek için test yapılmalıdır ve çocuğun çürük riski durumu hesaplanmalıdır. Fluor takviyesi reçetelemeden önce hekimler, risklerin yararlarından fazla olup olmadığını belirlemek için çocuğun diş hekimine danışmalıdır [1].

Perinatal ve İnfantlarda Ağız Hijyeninin Sağlanması

Doğum – 3 Aylık Dönem

Risk değerlendirmesi, bebekler için uygun bir önlem geliştirmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Özel sağlık bakım ihtiyacı olan bebekler, ağızda büyük oranda çürük bulunan anneler ve düşük sosyoekonomik statüye sahip aileler yüksek çürük riskine sahiptir. İlk olarak diyet üzerinde yoğunlaşılmalıdır. İlk tercih anne sütüdür. Bebek, biberonla besleniyorsa, beslenme sırasında anne bebeği tutmalı ancak biberonu desteklememelidir. Biberonda yalnızca bebek maması veya anne sütü olmalıdır. Meyve suları karyojenik olduğu için kullanılmamalıdır. Bazı mamalarda ise özellikle sükröz içeren soya bazlı formülasyonlar nedeniyle karyojenik olabilir [23].

4 Aylık Dönem

Diş çıkarma belirtileri; artan emme alışkanlığı ve sulu dışkı gibi durumları da içermektedir. Salya akışının artışı bu çağda sık görülmektedir ancak diş çıkarmayla ilgili bir bulgu değildir. Ateşin 38.1 °C 'den (100.6 °F) daha yüksek sıcaklıklara çıkması da yine diş çıkarma ile ilişkili değildir ve başka nedenler için çocuk değerlendirilmelidir. Soğuk diş çıkarma halkaları, diş çıkarmının semptomatik olarak hafifletilmesini sağlamaktadır. Uyuşturucu jeller yüksek dozlarda zararlı olabilir [23].

6 – 12 Aylık Dönem

6 – 12 aylık dönemde çocuk, 0,3 ppm'den daha az oranda florür içeren sudan tüketiyor olsa dahi, bu dönemde florür tableti önerilmemelidir. Emzirme devam ediyorsa yine sistemik florür takviyesi tavsiye edilmemektedir. Florür takviyesi, abzorpsiyonu düşüren formüllerle veya süt ile birlikte verilmemelidir [66].

Avrupa Çocuk Diş Hekimliği Akademisi (European Academy of Pediatric Dentistry, EAPD)'nin önerileri doğrultusunda çocukluk döneminde kullanılması gereken florür tableti doz miktarı Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 2.3. İçme suyu tüketim miktarı <0,3 mg F/L iken önerilen dozaj miktarı [66]

Yaş	Önerilen doz
0 – 24 ay	-
2 – 6 yaş	0.25 mg F/gün
7 – 18 yaş	0.50 mg F/gün

Oral hijyen talimatlarının yanı sıra florürlü diş macunu kullanımı, 6 aylık çocukların diş hekimi ziyaretinde teşvik edilmelidir. Çocuğun dişleri ebeveyni ya da bakıcısı tarafından günde 2 kez, bir pirinç tanesi kadarlık florürlü diş macunu ve yumuşak bir fırça kullanılarak fırçalanmalıdır. Bakıcı, çocuğun başını desteklerken, dişlerini çocuğun arkasında durur pozisyondayken fırçalamalıdır. Fırçalama, dişeti ile dişler arasındaki bölgeye odaklanmalıdır. Fazla diş macunu çocuğa tükürtülmelidir ancak durulama önerilmemektedir. Çünkü dişlerde kalan florür, çürük önleyici etkiyi artırır [23].

EAPD'nin önerileri doğrultusunda yaş gruplarına göre çocuklar için önerilen florürlü macun miktarları Çizelge 4'te gösterilmiştir.

Çizelge 2.4. Çocuklar için önerilen florürlü diş macunu miktarları [66]

Yaş Grubu	Florür Konsantrasyonu	Günlük Kullanım	Miktar
6 ay - 2 yaş	500 ppm	Günde 2 kez	Sürüntü şeklinde
2 – 6 yaş	1000 (+) ppm	Günde 2 kez	Bezelye büyüklüğünde
6 ≥ yaş	1450 ppm	Günde 2 kez	1 – 2 cm

Kronik aşırı florür alımı, dişlerin estetik görünümünü bozan fluorozis ile sonuçlanabilir. Bu nedenle, florür alımının optimal olması ancak aşırı olmaması gerekir. Çürük riski düşük çocuklarda, florür desteğinin riskleri ve yararları tartılmalıdır. Bazı düşük riskli

hastalarda florid uygulamalarının azaltılması veya yapılmaması ve floridli diş macunu kullanımını 2 yaşına kadar ertelemek uygun olabilir [23].

Akut aşırı florid alımı, kilogram başına 5mg'ın altındaki dozlarda bulantı ve kusmaya neden olabilir. Ortalama 5 yaşındaki bir çocuk, kilogram başına 5mg floridi, 95mL'lik bir diş macununu tüketerek alabilir. Daha büyük dozda florid alımı; konvülsiyonlara, tetanik kasılmalara, azalmış miyokard kontraktilesi, ventriküler aritmiler ve kardiyak arest ile hayati tehlike oluşturan hipokalsemiye neden olabilir. Doz aşımı tedavisinde oral kalsiyum uygulaması, kusma ve kalp monitorizasyonu sayılabilir. Ebeveynlere, florid preparatlarını çocukların ulaşamayacakları yerde tutmaları için danışmanlık yapmak gerekmektedir. Yazılan reçetelerde florid takviyeleri 120 mg'ı geçmemelidir [23].

Diyet önerilerinde; şeker içeren gıdalar yemek saatleriyle sınırlandırılmalı, yemekler arasında içilen içecekler su ve sade sütle sınırlı olmalıdır. Meyve suyu, günde en fazla 4 ila 6 oz (118,29 ml – 177,44 ml) ile sınırlandırılmalı ve yemeğin yanında bardakla tüketilmelidir. Meyvelerin kendisini yemenin, meyve suyunu içmekten daha iyi olduğu belirtilmektedir [3].

12 aylığa kadar olan çocuklarda normal kremi beyaz dişlerden herhangi bir sapma ya da plak varlığı önemli bir çürük riskine işaret eder ve çocuğun diş bakımı için derhal bir çocuk diş hekimine yönlendirilmesi gerekmektedir [23]. AAPD, tüm çocukların 12 aylıktan itibaren diş hekimini görmesini önerirken, Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatric, AAP), yalnızca çürük riski bulunan çocukların 12 aylıkken diş hekimini görmelerini önermektedir [23].

15 Aylık Dönem ve Sonrası

Çürüklerin ve diğer patolojilerin değerlendirilmesi için her ziyarette diş taramaları yapılmalıdır. 2 yaş ve üstü her çocuğa floridli diş macunu tavsiye edilmelidir. Diş fırçalama, 8 yaşına kadar ebeveyn yardımıyla devam etmelidir. Diyet önerileri, yemekler arasındaki aperişleri ve içecekleri sınırlandırmaya ve şekerli gıdaları yemek zamanlarında almaya odaklanılmalıdır. Sistemik florid ilavesi için durum değerlendirilmeli ve gerekirse 16 yaşına kadar takviye yapılmadadır [23].

2.2. Hamile ve Emziren Annelerde Ağız Sağlığı

Maternal stres, kronik hastalıklar, beslenme, ilaç kullanımı gibi durumlar, uzun süreli gelişimsel ve epigenetik etkileri olan, gelişmekte olan fetüs için önemli durumlardır. Annenin ağız sağlığı hem oral yoldan hem de davranışsal olarak bebeğin sağlığını etkiler. Örneğin hamile kadınlarda periodontal hastalık varlığı, eşlik eden komplikasyonları ve düşük doğum ağırlığı ile erken doğumla ilişkilidir. Annenin periodontal hastalığı ve istenmeyen gebelik sonuçları arasındaki olası bir nedensel ilişkiye yönelik araştırmalar daha fazla açıklamaya ihtiyaç duymaktadır. Gebelik öncesi ve doğum öncesi kadınlara ağız sağlığı ile ilgili önleyici rehberlik sağlanmalıdır [4].

2.2.1. Annenin eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyi

Ağız sağlığı genel sağlığın ve refahın anahtarıdır. Düşük sosyoekonomik statülerdeki kadınlar tarafından gebelik sırasında genellikle ihmal edilmektedir. Ailenin gelir düzeyi, eğitim seviyesi, mesleki prestij gibi faktörlerle ölçülebilen sosyoekonomik seviye, erken çocukluk çağı çürüklerinin risk faktörlerindedir. Annelerde kavitezyon veya aktif çürük öyküsü, EÇÇ için bir öngörüdür. EÇÇ, önemli bir küresel kamu sağlığı sorunu ve çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır [67,68].

Annenin eğitim seviyesi, çocukların temel eğitimlerinde ve kalıcı alışkanlıklarının oluşturulmasında rol model olması açısından önemli olduğundan, çocuğun oral hijyenini etkilemektedir. Yetersiz eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının ağız sağlığı da bununla orantılı olarak yetersiz bulunmuştur [69]. Eğitim seviyesi düşük annelerin, çocuklarını daha çok yağ ve karbonhidrat içeren besinlerle beslediği ve bu çocuklarda çürük riskinin artmış olarak bulunduğu gösterilmiştir [70].

Düşük sosyoekonomik seviye, bireylerin kişisel bakımlarında azalmaya neden olurken, profesyonel sağlık hizmeti alma ve sağlıklı bir çevrede yaşama şanslarının da azalmasına neden olmaktadır. Sonuçta bu aile bireylerinde daha fazla diş çürüğü ve periodontal hastalık ortaya çıkmaktadır [71,72].

2.2.2. Annenin beslenmesi

Annenin ağız sağlığı, yalnızca bebeğin gelecekteki ağız sağlığını değil, aynı zamanda bebeğin genel sağlığını da etkiler [23]. Hamilelik döneminde beslenme ve hormonal değişiklikler ile artmış mide bulantısı ve kusma diş ve dişeti dokularını etkileyebilir, oral flora içerisinde mikrobiyolojik değişiklikler oluşturabilir ve immünsüpresyona neden olabilir. Araştırmalar, gebelik sırasında zayıf ağız sağlığının, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi perinatal komplikasyonlara ve çocuklarda zayıf ağız sağlığına neden olabileceğini ileri sürmektedir [73,74]. Bazı çalışmalar periodontal hastalık ile perinatal komplikasyonlar arasında bir ilişki ortaya koyarken, nedensel kanıt kesin bulunmamıştır [75,76]. Ancak periodontal tedavinin, prematüre riskini azaltabileceği düşünülmektedir [23].

Hamile kadınlar; kötü oral hijyen, iltihaplı dişetleri, çürük kaviteasyonlarının yanı sıra şeker tüketim sıklığı açısından değerlendirilmelidir. Doğum öncesi danışmanlık, mevcut diş çürüğü ve periodontal hastalığı tedavi etmek için bir diş hekimine yönlendirmeye odaklanmalıdır. Oral hijyen, floridli diş macunu ile günde 2 kez diş fırçalama ve günde 1 kez diş ipi kullanımı ile optimize edilmelidir. Aktif çürüğe sahip kadınlar için alkol içermeyen, %0,05'lik florid içeren ağız çalkalama suları önerilebilir [77]. Şeker tüketimi en aza indirilmeli ve yemekler, öğünlerle sınırlandırılmalıdır. Anne ağız sağlığı doğumdan sonra izlenmelidir çünkü maternal mutans streptokok düzeylerinin azaltılması, bebeklerin kolonizasyonunu ve sonrasında çürük riskini azaltabilir. Ayrıca annelerin ksilitollü sakızı günde 4 kez kullanmaları önerilmiştir. Bu uygulamanın çocuklardaki çürükleri azaltabileceği düşünülmektedir [78].

2.2.3. Annenin ağız hijyeni ve diş hekimi ziyareti

Hamile kadınlara hamilelik süresince diş hekimini ziyaret etmeleri ve iyi bir ağız hijyeni için floridli diş macunu kullanmaları önerilir [67]. Annelerin hamilelik sırasında tedavi edilmemiş diş çürükleri, periodontal hastalık, yüksek S. mutans seviyesi ve sık şeker tüketimi ile çocukta görülen EÇÇ arasında bağlantı olduğu bildirilmiştir [30,79].

Diş çürüğüne neden olan *Streptokokus Mutans*, karyojenik bakterilerin anneden çocuğa bulaşmasındaki en önemli etkidir. Yapılan çalışmalarda oral mikrobiyomun karmaşıklığı

ve dental hastalıkların altında yatan nedenlere bakıldığında annenin ağız boşluğunda bulunan mikroorganizmaların, amniyotik sıvı ve plasentadan da izole edildiği gösterilmiştir [80-82]. Doğum mekanizmasının bile, bebekte bulunan mikrobiyatayı etkilediği görülmektedir. Bir çalışmada normal vajinal yolla doğan bebeklerin oral mikrobiyal çeşitliliğinin, sezaryen ile doğanlara göre sırasıyla 79 türe / 54 tür gibi bir oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir [83].

Anneden çocuğa doğru gerçekleşen oral bakteriyel bulaşın zamanlaması tartışmalı olup, doğum öncesi ya da doğum sırasında bu bulaşın gerçekleştiği düşünülmektedir. Ayrıca yalnızca anneden değil, çocukla ilgilenen anne harici bir bakıcı birey veya çocuklar arasındaki bakteriyel geçiş de söz konusudur. Oral bakteriler, yeni süren süt dişlerinin olgunlaşmamış yüzeylerinde kolonize olmadan önce tonsillerde ve dilin çatlaklarında bulunmaktadır. *S. Mutans* ve oral florayla ilgili diğer bakteriler, yeni sürmüş diş yüzeylerinde, önceden sürmüş olan diş yüzeylerine göre daha kolay kolonize olurlar [4].

Dişin en dış tabakasının, yani minenin, optimal olmayan kalitesi ve miktarı diş çürüğü riskini arttırabilir. Bu bulgunun dayanağı, mine hipoplazisi gibi gelişimsel kusurlu diş yüzeylerinin bakteriler için kalıcı nişler teşkil etmesi ve bu dişlerde, bu tür kusurları olmayan dişlere göre daha erken ve kolay kolonize olmasıdır. Fermente edilebilen karbonhidratlara sıkça maruz kalınan bir diyet, *S. Mutans* ve diğer karyojenik bakterilerin sayıca artmalarına katkıda bulunmaktadır [4].

Sosyodemografik veriler, beslenme ve ağız bakım alışkanlıklarının da sorgulandığı maternal ağız sağlığıyla ilgili bir çalışmada, annenin tükürüğündeki yüksek düzeylerdeki bakteri sayısının (*S.mutans* ve *Lactobasillus*), erken çocukluk çağı çürüğünün bu annelerin çocuklarında 2 katına çıkması ile ilişkilendirilmiştir [84]. Başka bir çalışmada araştırmacılar, tedavi edilmemiş diş çürüğü olan annelerin çocuklarının daha fazla çürüğe ve tedavi edilmemiş dişlere sahip olma olasılığının 3 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir [4].

Düşük gelirli Afro-Amerikan okul öncesi çocukları arasında yapılan bir çalışma, geceleri yatmadan önce dişlerini fırçalayan annelerin çocuklarının da dişlerini fırçalama olasılıklarının yüksek olduğunu bildirmiştir [85]. Araştırmacılar ayrıca daha iyi bir ağız sağlığı bilgisine ve ağız sağlığına sahip annelerin, dişlerini daha sık fırçalayan çocukları olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşın fırçalama ile ilgili düşük yeterliliğe ve az bilgiye

sahip ebeveynlerin çocuklarının, dişlerini günde 2 kez fırçalamaları daha az olası bulunmuştur [86]. Ebeveynlerin diş hekimine gitme sıklığı da çocukların ağız sağlığı sonuçlarını etkilemiştir. Diş hekimi kontrolüne düzenli olarak giden annelerin, düzensiz ağız kontrolü yaptıran annelerle karşılaştırıldığında, diş hekimini ziyaret etme olasılıkları daha yüksek olan çocuklara sahip oldukları bulunmuştur [87].

Hamile kadınların çoğunluğu gebelik sırasında ağız sağlığı hizmetleri hakkında hiçbir bilgi almamakta ve gebe kadınların yarısından daha azı diş hekimine danışmaktadır. Hamileliğin kendi başına dişler ve periodontal dokular üzerinde olumsuz etkileri olduğu yönündeki yanlış değerlendirmeler ve inançlar ya da gebelik sırasında diş tedavisi, röntgen, ekstraksiyon ve lokal anestezi uygulaması, korkuları ağırlaştırıcı faktörlerdir ve erişim eksikliğini arttırmaktadır [67].

Avustralya'da yapılan bir çalışmada, hamile kadınların, ağız sağlığı sorunları olmasına rağmen yalnızca 1/3'ünün diş hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni, düşük gelirli tüketicilerin kamu diş hekimliği servislerine olan sınırlı erişimleri, Avustralya'da sağlık hizmetlerinin sözlü şekilde sunulması ve diş hekimliği hizmetleri maliyetinin yüksek olmasıdır [88,89].

Michigan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından yapılan çalışmaya katılan doktor ve hemşire ebelerin %29'unun ağız muayenesi yapmadığı ortaya çıkmıştır. Neden olarak, bu alanda kendilerini yetkin hissetmediklerini veya bu konu hakkında eğitim almadıklarını ileri sürmüşlerdir. Bu çalışma, gebe kişilerin %77'sinin, hastaların gebeliklerinden dolayı diş hekimi tarafından reddedildiğini de ortaya koymuştur. Doktorların rutin doğum öncesi ağız muayenesi yapmama nedenleri; önemsiz görmeleri, yeterli zaman olmaması, bu konuda eğitim almamış olmaları, kendilerini yeterli görmemeleri ve finansal problemler olarak belirlenmiştir. Ayrıca doktor ve hemşirelerin yalnızca %14'ünün diş hekimleriyle profesyonel ilişkiler kurduğunu ortaya koymuştur [90,91].

Ebeler; hamile kadınlara uygun bakım sunmak için tercih edilen sağlık çalışanlarıdır. Ebeler, anne adayına sigarayı bırakma, kilo kontrolü, uyuşturucu ve alkol kullanımı gibi kilit sağlık mesajlarını iletmek için desteklenmelidir [92]. Diş hekimlerinin aksine ebeler genellikle hamile kadınlar ve çocuklarının karşılaştığı ilk profesyonel sağlık çalışanlarıdır.

Maternal ağız sağlığını korumak için ebelerin uygulama alanını genişletmek, yeni bilgi ve beceri kazanmalarını sağlamak gerekir. Almanya'da ülke çapında evrimii bir anket yoluyla yapılan bir çalışmada ebelerin %78.6'sı hamile kadınlara periodontal hastalıkla ilgili bilgi vermiş, %53.5'i gebelik sırasında diş hekimini ziyaretini önermiştir. %65.5'i ailelere E hakkında tavsiyelerde bulunmuştur. %60.4' bebeklerde diş firalamannn ilk dişin erpsiyonuyla başlaması gerektiğini önermiştir. %65.1'i D vitamini, florid tabletleri ve D vitamini ile kombine florid tabletlerinin kullanımını önerirken, florid takviyelerinin nerisi ebelerin %18.3' tarafından reddedilmiştir [67].

Doğum ncesi hamilelik dönemi, annelere diş tedavisini öğretmek ve gerçekleştirmek için uygun bir zamandır. Gebelik bakımı için gelen anne adayları, doktorlar, diş hekimleri ve hemşireler tarafından şu konularda eğitilmelidirler [3]:

- Diyet, anne ve çocuğa yönelik yeterli miktarda besleyici içerikte olmalıdır. Çocuğun rk riskini arttırabilecek yiyecekler hakkında anne bilgilendirilmelidir.
- Gebelik sırasında uygun koruyucu tedaviler, kapsamlı ağız muayeneleri, diş hekimliği profilaksisi, lokal anestezi uygulanarak yapılan işlemler ve diş grafileri de dahil olmak üzere diş tedavisi tüm trimesterlerde güvenlidir, ancak 2. trimesterde optimaldir. Olası bir hasta rahatsızlığı sebebiyle tedavi bazen doğumdan sonraya ertelenebilir.
- Floridli bir diş macunu kullanımıyla oral hijyen sağlanması, şekersiz sakız çiğnenmesi ve gün boyunca az miktarda besleyici gıdanın tkutilmesi çürük riskini en aza indirmeye yardımcı olacaktır.
- Emzirmenin 1 yıl veya daha uzun süre boyunca tamamlayıcı gıdalarla beraber devam etmesi önerilmelidir. Ayrıca özellikle 6 aydan küçük bebeklerde uyurucu ve terapötiklerin anne sütüne transferi hakkında bilgi verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda, anne ve anne adaylarının hem kendileri hem de çocukları için gerekli ağız hijyeni uygulamalarını ve bilgi düzeyi değerlendirmelerini araştırmak amaçlandı. Annenin yaşı, eğitim durumu, ailenin aylık ortalama gelir düzeyi, hamilelik dönemi ve kaçınıcı hamileliği olduğuna göre anne ve anne adaylarının ağız hijyeni hakkındaki bilgi düzeyini ve tutumları üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmek hedeflendi.

Bu araştırmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum ve Pediatri kliniklerine başvuran toplamda 555 adet hamile anne ve 12 aydan küçük çocuk sahibi anne adaylarına perinatal ve infant ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçecek bir anket uygulanması gerçekleştirildi. Araştırma için gerekli etik kurul onayı, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Araştırma Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 77082166-302.08.01 sayılı kararı ile 06/02/2018 tarihinde alındı. (EK_1).

Anket uygulaması öncesinde çalışmaya katılan tüm anne ve anne adayları araştırmanın içeriği konusunda bilgilendirildi. Bu kapsamda anket çalışmasının yapılma amacı, gönüllülük esasına uygun olarak çalışmaya dahil olmak isteyen anne ve anne adaylarına açıklandı. Anket uygulaması yüz yüze olacak şekilde gerçekleştirildi.

Kişilerin araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Hamile anne ve anne adayları
- Bebekleri 12 aydandan küçük anneler

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönülsüz anne ve anne adayları
- Doğumdan sonra 12 ayı aşkın süre geçmiş olan anneler

Çalışmada kullanılan anketin ilk bölümü anne ve anne adaylarının yaşı, eğitim durumu, ailelerinin aylık ortalama gelir düzeyi, hamileliklerinin kaçınıcı ayında oldukları ve kaçınıcı çocuklarına hamile oldukları gibi sorular içeren sosyodemografik verilerden oluşturuldu.

Anketin ikinci bölümü hamilelik dönemindeki anneye yönelik sorulardan oluşturuldu ve annenin hamilelik sürecinde kendi ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Anketin üçüncü bölümünde anneye bebekle ilgili sorular soruldu ve annenin infant ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı.

3.1. İstatistiksel Analiz

Çalışma için gerekli minimum kişi sayısı Power Analizi ile belirlendikten sonra anket sonuçlarından elde edilen veriler istatistiksel analiz yöntemleriyle değerlendirildi.

Sürekli ve kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile varyansların homojenliği varsayımının sağlanıp sağlanmadığı ise Levene testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma biçiminde, kategorik değişkenler için ise olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edildi.

2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler; Fisher'in Kesin Sonuçlu Olasılık testiyle değerlendirilirken beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testiyle inceleme yapılırken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testi kullanıldı. RxC yani satır ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda çapraz tablolarındaki kategorik verilerin analizlerinde ise gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda Olabilirlik Oran testiyle değerlendirme yapılırken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testi kullanıldı.

Gruplar arasında anne ve bebek ağız sağlığı sorularına toplam doğru yanıt verme yüzdeleri yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testiyle araştırıldı. Kruskal Wallis test istatistiği sonuçlarının önemli bulunması halinde Conover'in çoklu karşılaştırma testi kullanılarak farka neden olan durumlar tespit edildi.

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

ANNE VE ANNE ADAYLARININ İNFANT AĞIZ SAĞLIĞI VE KENDİ ORAL HİJYENLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

A) Sosyodemografik veriler

1) Kaç yaşındasınız?

.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

() Okur yazar değil

() Okur yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

() Yüksek Lisans

() Doktora

3) Ailenizin aylık ortalama gelir düzeyi nedir?

() 2000 TL'den az

() 2000-4000 TL

() 4001-6000 TL

() 6000 TL'den fazla

4) Hamileliğinizin kaçınıcı ayındasınız?

() 0-3 ay

() 4-6 ay

() 7-9 ay

() Doğum sonrası 1-4 haftalık (Perinatal)

() Doğum sonrası 1 yaşa kadar (İnfant)

5) Kaçınıcı çocuğunuza hamilesiniz?

() İlk

() İkinci

() Daha Fazla

B) Annenin kendi ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

6) Anne ve anne adayları dişlerini ne sıklıkta fırçalamalıdır?

- Günde 1 defa
 Günde 2 defa
 Günde 2 defadan fazla

7) Ağız hijyeninin sağlanabilmesi için diş fırçası haricinde bir şey kullanılmalı mıdır?

- Evet* Hayır Fikrim yok

8) Hamilelik diş eti problemlerinin görülmesine neden olur mu?

- Evet* Hayır Fikrim yok

9) Hamilelik süresince diş hekimine gitmek gerekli midir?

- Evet* Hayır Fikrim yok

10) Hamilelik diş kayıplarına neden olur mu?

- Evet* *Hayır* Fikrim yok

11) Hamilelik süresince her ağırlı diş çekilmeli midir?

- Evet* *Hayır* Fikrim yok

12) Hamilelik süresince annenin ağız sağlığı bebeğin genel sağlığı için önemli midir?

- Evet* Hayır Fikrim yok

13) Hamilelik süresince annenin beslenmesi bebeğin dişlerinin sağlığını etkiler mi?

- Evet* Hayır Fikrim yok

C) Annenin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

14) Bebeğin dişleri ne zaman fırçalanmaya başlanmalıdır?

- İlk diş sürdüğünde*
 Tüm süt dişleri çıktıktan sonra
 Süt dişleri dökülmeye başladıktan sonra
 Kalıcı dişler çıktıktan sonra

23) Geceleri sık sık ve uzun süreli biberonla beslenme ve emzirme alışkanlığı diş çürüklerine neden olur mu?

Evet *Hayır* *Fikrim yok*

24) Diş çürüğü, bebeğin ağızından öpülmesiyle anneden çocuğa iletilen bakterilerden kaynaklanabilir mi?

Evet *Hayır* *Fikrim yok*

25) Diş çürüğü bebeğin beslenmesi sırasında kaşıktaki gıdanın annenin ağızı ile kontrol edilmesiyle anneden çocuğa iletilen bakterilerden kaynaklanabilir mi?

Evet *Hayır* *Fikrim yok*

26) Çocuğun ilk diş hekimi ziyareti ne zaman olmalıdır?

- Dişler çıkmadan önce
 İlk süt dişi çıktığında
 Süt dişleri tamamlandığında
 İlk kalıcı dişi çıktığında

27) Çocuklar ne sıklıkta diş hekime götürülmelidir?

- 3 ayda bir
 6 ayda bir
 Yılda bir
 Ağrısı olduğu zaman

28) Süt dişi çürüklerinin tedavi edilmesi gerekli midir?

Evet *Hayır* *Fikrim yok*

29) Düzenli diş hekimi ziyareti çocuğunuzun dişleri veya ağızıyla ilgili problemleri önlemeye yardımcı olur mu?

Evet *Hayır* *Fikrim yok*

4. BULGULAR

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde, Kadın Doğum ve Pediatri kliniklerine başvuran 555 adet hamile anne ve yeni doğum yapmış annelere, gönüllülük esasına uygun olacak şekilde uygulandı. Olguların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımı Çizelge 4.1’de gösterildi. Katılımcıların çoğunluğunu (%36,9) 30-34 yaş grubundaki anneler oluşturuyordu. Eğitim seviyelerine göre bakıldığında; katılımcıların yaklaşık yarısını (%45,9) üniversite mezunlarının oluşturduğu görülürken %3,8’inin ilkokul, %8,3’ünün ise doktora öğrenim düzeyinde olduğu görüldü. Ekonomik açıdan katılımcıların %38,2’sinin aile gelir düzeyi 6000TL’den daha fazla iken, %11,2’sinin gelir düzeyi asgari düzeyin <2000TL altındaydı. Gebelik dönemi açısından bakıldığında katılımcıların çoğunluğunu (%79,4) henüz doğum yapmamış hamile annelerin oluşturduğu görüldü. Çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının (%53,5) ilk hamileliği, %14,6’sının ise ikiden daha fazla hamileliği olduğu gözlemlendi.

Çizelge 4.1. Olguların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Yaş grupları		
<30 yıl	190	34,2
30 - 34 yıl	205	36,9
≥35 yıl	160	28,8
Öğrenim durumu		
İlkokul	21	3,8
Ortaokul	41	7,4
Lise	121	21,8
Üniversite	255	45,9
Yüksek lisans	71	12,8
Doktora	46	8,3
Gelir düzeyi		
2000 TL'den az	62	11,2
2000-4000 TL arası	143	25,8
4001-6000 TL arası	138	24,9
6000 TL'den fazla	212	38,2
Gebelik dönemi		
0-3 ay	129	23,2
4-6 ay	131	23,6
7-9 ay	181	32,6
Perinatal	39	7,0
İnfant	75	13,5
Gebelik sayısı		
İlk	297	53,5
İkinci	177	31,9
Daha fazla	81	14,6
Toplam	555	100,0

Anne ve anne adaylarının kendi ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları Çizelge 4.2’de verildi. Katılımcıların %67,4’ü dişlerin “günde 2 defa” fırçalanması gerektiğini belirtti. %68,8’i ağız hijyeninin sağlanabilmesi için diş fırçası haricinde bir şeylerin kullanılması gerektiğini düşündü. %11,5’i ise bir fikri olmadığını ifade etti. Katılımcıların %68,1’i hamileliğin diş eti problemlerine neden olduğu fikrindeyken, %10,5’i hamileliğin diş eti problemi yaratmayacağını düşündüğü görüldü. Bununla birlikte anne ve anne adaylarının %62’si hamilelik süresince diş hekimine gidilmesi gerektiğini bildirdi. Katılımcıların %63,1’i hamileliğin diş kayıplarına neden olabileceğini düşünürken %59,3’ünün hamilelik süresince ağrıyan her dişin çekilmemesi gerektiği fikrinde olduğu bulundu. Hamilelik süresince annenin ağız sağlığının bebeğin genel sağlığını etkilediğini ifade edenlerin oranı ve hamilelik süresince annenin

beslenmesinin bebeğin dişlerinin sağlığını etkilediğini ifade edenlerin oranları sırasıyla %58 ve %58,6 olarak bulgalandı.

Çizelge 4.2. Annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Soru 6		
<i>Günde 1 defa</i>	75	13,5
<i>Günde 2 defa</i>	374	67,4
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	106	19,1
Soru 7		
<i>Evet</i>	382	68,8
<i>Hayır</i>	109	19,6
<i>Fikrim yok</i>	64	11,5
Soru 8		
<i>Evet</i>	378	68,1
<i>Hayır</i>	58	10,5
<i>Fikrim yok</i>	119	21,4
Soru 9		
<i>Evet</i>	344	62,0
<i>Hayır</i>	75	13,5
<i>Fikrim yok</i>	136	24,5
Soru 10		
<i>Evet</i>	350	63,1
<i>Hayır</i>	101	18,2
<i>Fikrim yok</i>	104	18,7
Soru 11		
<i>Evet</i>	47	8,5
<i>Hayır</i>	329	59,3
<i>Fikrim yok</i>	179	32,3
Soru 12		
<i>Evet</i>	322	58,0
<i>Hayır</i>	59	10,6
<i>Fikrim yok</i>	174	31,4
Soru 13		
<i>Evet</i>	325	58,6
<i>Hayır</i>	59	10,6
<i>Fikrim yok</i>	171	30,8
Toplam	555	100,0

Annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları Çizelge 4.3’de gösterildi. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%44,7), ilk diş sürmesinden itibaren bebeğin dişlerinin fırçalanması gerektiğini, çoğunluğu ise (%64,7) günde 2 defa fırçalanması gerektiğini düşündüğünü bildirdi. Ayrıca anne ve anne adaylarının büyük çoğunluğu (%71) dişleri gece yatmadan fırçalamakla sabah fırçalamak arasında etkinlik

açısından bir fark olduğunu belirttiği görüldü. Katılımcıların çoğunluğu (%40,4) çocuklar için 2 yaşından itibaren floridli diş macunu kullanılması gerektiğini ifade ederken %8,6'sı ilk dişin sürmesiyle kullanılabileceğini ifade ettiği görüldü. %60,7'lik oranda katılımcı bebeğin ağızda diş olmasa bile her beslenme sonrasında bebeğin ağızının temizlenmesi gerektiğini belirtirken %15,9'unun böyle bir temizleme işlemi yapılmasına gerek olmadığını ifade ettikleri bulundu. Hamile anne ve anne adaylarının %66,8'i bebeğin ilk diş çıkarma zamanının "6-12 ay" arasında olduğunu belirtirken tüm süt dişlerinin ağız içerisinde tamamlanma zamanını %40'ı "24-36 ay" olarak bildirdi. Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%30,6) annede çürük diş olmasının çocuklarında çürük görülme olasılığını arttırdığını ifade ederken %29'u bu olasılığın olmadığını düşündüğünü bildirdi. Çocuğun sağlıklı beslenmesinin, süt ve daimi dişlerinin sağlığını etkileyeceğini düşünen annelerin oranı %94,6 olarak bulundu. Geceleri sık ve uzun süreli beslenmenin bebeklerde diş çürüklerine neden olabileceğini anne ve anne adaylarının yarısından fazlasının (%56,9) belirttiği bulundu. Diş çürüğünün vertikal geçişi sorgulanmak istenildiğinde, bebeğin ağızdan öpülerek ve beslenmesi sırasında kaşıktaki gıdanın annenin ağızıyla kontrol edilmesiyle çürük iletiminin olabileceğini düşünen annelerin oranları sırasıyla %46,5 ve %53,2 olarak bulundu. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%47,2) "süt dişleri tamamlandığında" ilk diş hekimi ziyaretinin yapılması gerektiğini ifade ederken %32,8'i "ilk süt dişi çıktığında" bu ziyaretin yapılması gerektiğini bildirdiği bulundu. Bununla birlikte çocukların "6 ayda bir" diş hekimi kontrolüne götürülmesi gerektiğini bildirenlerin oranı %53,3 olarak bulundu. Katılımcıların neredeyse tamamı (%95,5) düzenli diş hekimi ziyaretinin çocuğun ağız ve diş problemlerini önleyebileceğine inandıklarını belirtirken sadece %68,1'i süt dişi çürüklerinin tedavi edilmesi gerektiğini belirtti.

Çizelge 4.3. Annelerin bebeğın ağız sağılığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Soru14		
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	248	44,7
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	234	42,2
<i>Süt dişleri dökülmeye başladıktan sonra</i>	15	2,7
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	58	10,5
Soru 15		
<i>Günde 1 defa</i>	162	29,2
<i>Günde 2 defa</i>	359	64,7
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	34	6,1
Soru 16		
<i>Evet</i>	394	71,0
<i>Hayır</i>	46	8,3
<i>Fikrim yok</i>	115	20,7
Soru 17		
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	48	8,6
<i>2 yaşından itibaren</i>	224	40,4
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	94	16,9
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	189	34,1
Soru 18		
<i>Evet</i>	337	60,7
<i>Hayır</i>	88	15,9
<i>Fikrim yok</i>	130	23,4
Soru 19		
<i>0-6 ay</i>	165	29,7
<i>6-12 ay</i>	371	66,8
<i>12-24 ay</i>	18	3,2
<i>24-36 ay</i>	1	0,2
Soru 20		
<i>0-6 ay</i>	2	0,4
<i>6-12 ay</i>	82	14,8
<i>12-24 ay</i>	249	44,9
<i>24-36 ay</i>	222	40,0
Soru 21		
<i>Evet</i>	170	30,6
<i>Hayır</i>	161	29,0
<i>Fikrim yok</i>	224	40,4
Toplam	555	100,0

Çizelge 4.3. (devamı) Annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin frekans dağılımları

	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Soru 22		
<i>Evet</i>	525	94,6
<i>Hayır</i>	11	2,0
<i>Fikrim yok</i>	19	3,4
Soru 23		
<i>Evet</i>	316	56,9
<i>Hayır</i>	72	13,0
<i>Fikrim yok</i>	167	30,1
Soru 24		
<i>Evet</i>	258	46,5
<i>Hayır</i>	137	24,7
<i>Fikrim yok</i>	160	28,8
Soru 25		
<i>Evet</i>	295	53,2
<i>Hayır</i>	103	18,6
<i>Fikrim yok</i>	157	28,3
Soru 26		
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	24	4,3
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	182	32,8
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	262	47,2
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	87	15,7
Soru 27		
<i>3 ayda bir</i>	37	6,7
<i>6 ayda bir</i>	296	53,3
<i>Yılda bir</i>	208	37,5
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	14	2,5
Soru 28		
<i>Evet</i>	378	68,1
<i>Hayır</i>	77	13,9
<i>Fikrim yok</i>	100	18,0
Soru 29		
<i>Evet</i>	530	95,5
<i>Hayır</i>	8	1,4
<i>Fikrim yok</i>	17	3,1
Toplam	555	100,0

4.1. Yaş Gruplarına Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Annelerin yaş gruplarına göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalara bakıldığında (Çizelge 4.4) ve olguların dağılımı incelendiğinde yaş için en iyi sınıflandırmanın <30 yaş, 30-34 yaş arası ve ≥35 yaş olduğu görüldü.

Çizelge 4.4. Yaş gruplarına göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<30 yaş	30-34 yaş	≥35 yaş	p-değeri †
Soru 6				
<i>Günde 1 defa</i>	33 (%17,4)	22 (%10,7)	20 (%12,5)	0,141
<i>Günde 2 defa</i>	125 (%65,8)	143 (%69,8)	106 (%66,3)	0,658
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	32 (%16,8)	40 (%19,5)	34 (%21,3)	0,569
Soru 7				
<i>Evet</i>	131 (%68,9)	141 (%68,8)	110 (%68,8)	0,999
<i>Hayır</i>	40 (%21,1)	37 (%18,0)	32 (%20,0)	0,747
<i>Fikrim yok</i>	19 (%10,0)	27 (%13,2)	18 (%11,3)	0,610
Soru 8				
<i>Evet</i>	120 (%63,2)	151 (%73,7)	107 (%66,9)	0,076
<i>Hayır</i>	23 (%12,1)	16 (%7,8)	19 (%11,9)	0,296
<i>Fikrim yok</i>	47 (%24,7)	38 (%18,5)	34 (%21,3)	0,324
Soru 9				
<i>Evet</i>	107 (%56,3) ^a	142 (%69,3) ^{a,b}	95 (%59,4) ^b	0,022
<i>Hayır</i>	31 (%16,3)	19 (%9,3)	25 (%15,6)	0,080
<i>Fikrim yok</i>	52 (%27,4)	44 (%21,5)	40 (%25,0)	0,389
Soru 10				
<i>Evet</i>	98 (%51,6) ^{a,c}	134 (%65,4) ^a	118 (%73,8) ^c	<0,001
<i>Hayır</i>	41 (%21,6)	31 (%15,1)	29 (%18,1)	0,251
<i>Fikrim yok</i>	51 (%26,8) ^c	40 (%19,5) ^b	13 (%8,1) ^{b,c}	<0,001
Soru 11				
<i>Evet</i>	13 (%6,8)	23 (%11,2)	11 (%6,9)	0,205
<i>Hayır</i>	122 (%64,2)	115 (%56,1)	92 (%57,5)	0,225
<i>Fikrim yok</i>	55 (%28,9)	67 (%32,7)	57 (%35,6)	0,407
Soru 12				
<i>Evet</i>	101 (%53,2)	129 (%62,9)	92 (%57,5)	0,143
<i>Hayır</i>	20 (%10,5)	19 (%9,3)	20 (%12,5)	0,609
<i>Fikrim yok</i>	69 (%36,3)	57 (%27,8)	48 (%30,0)	0,173
Soru 13				
<i>Evet</i>	101 (%53,2)	122 (%59,5)	102 (%63,8)	0,126
<i>Hayır</i>	21 (%11,1)	24 (%11,7)	14 (%8,8)	0,644
<i>Fikrim yok</i>	68 (%35,8)	59 (%28,8)	44 (%27,5)	0,180

† Pearson'un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Yaş grupları arasında 6 numaralı soruya ‘‘günde 2 defa’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 7 numaralı soruya ‘‘evet’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 8 numaralı soruya ‘‘evet’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 9 numaralı soruya ‘‘evet’’ diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 30-34 yaş arasındaki olgular diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek oranda (%69,3) ‘‘evet’’ yanıtını verdi ($p=0,022$).

Yaş grupları arasında 10 numaralı soruya ‘‘hayır’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 11 numaralı soruya ‘‘hayır’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 12 numaralı soruya ‘‘evet’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 13 numaralı soruya ‘‘evet’’ yanıtı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.2. Yaş Gruplarına Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.5'te annelerin yaş gruplarına göre bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalar yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Yaş gruplarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<30 yaş	30-34 yaş	≥35 yaş	p-değeri †
Soru14				
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	103 (%54,2) ^{a,b}	76 (%37,1) ^a	69 (%43,1) ^b	0,003
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	60 (%31,6) ^a	108 (%52,7) ^{a,c}	66 (%41,3) ^c	<0,001
<i>Süt dişleri dökülmeye başlayınca</i>	5 (%2,6)	5 (%2,4)	5 (%3,1)	0,920
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	22 (%11,6)	16 (%7,8)	20 (%12,5)	0,285
Soru 15				
<i>Günde 1 defa</i>	53 (%27,9)	55 (%26,8)	54 (%33,8)	0,314
<i>Günde 2 defa</i>	123 (%64,7)	143 (%69,8)	93 (%58,1)	0,070
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	14 (%7,4)	7 (%3,4)	13 (%8,1)	0,120
Soru 16				
<i>Evet</i>	128 (%67,4)	150 (%73,2)	116 (%72,5)	0,394
<i>Hayır</i>	21 (%11,1)	14 (%6,8)	11 (%6,9)	0,234
<i>Fikrim yok</i>	41 (%21,6)	41 (%20,0)	33 (%20,6)	0,927
Soru 17				
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	24 (%12,6) ^a	12 (%5,9) ^a	12 (%7,5)	0,047
<i>2 yaşından itibaren</i>	80 (%42,1)	77 (%37,6)	67 (%41,9)	0,589
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	32 (%16,8)	35 (%17,1)	27 (%16,9)	0,998
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	54 (%28,4)	81 (%39,5)	54 (%33,8)	0,067
Soru 18				
<i>Evet</i>	120 (%63,2)	132 (%64,4)	85 (%53,1)	0,064
<i>Hayır</i>	36 (%18,9)	28 (%13,7)	24 (%15,0)	0,334
<i>Fikrim yok</i>	34 (%17,9) ^b	45 (%22,0) ^c	51 (%31,9) ^{b,c}	0,007
Soru 19				
<i>0-6 ay</i>	57 (%30,0)	57 (%27,8)	51 (%31,9)	0,697
<i>6-12 ay</i>	124 (%65,3)	143 (%69,8)	104 (%65,0)	0,537
<i>12-36 ay</i>	9 (%4,7)	5 (%2,4)	5 (%3,1)	0,441
Soru 20				
<i>0-12 ay</i>	35 (%18,4)	26 (%12,7)	23 (%14,4)	0,269
<i>12-24 ay</i>	85 (%44,7)	93 (%45,4)	71 (%44,4)	0,981
<i>24-36 ay</i>	70 (%36,8)	86 (%42,0)	66 (%41,3)	0,544
Soru 21				
<i>Evet</i>	51 (%26,8)	64 (%31,2)	55 (%34,4)	0,305
<i>Hayır</i>	66 (%34,7)	55 (%26,8)	40 (%25,0)	0,093
<i>Fikrim yok</i>	73 (%38,4)	86 (%42,0)	65 (%40,6)	0,772

† Pearson'un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Çizelge 4.5. (devamı) Yaş gruplarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<30 yaş	30-34 yaş	≥35 yaş	p-değeri †
Soru 22				
<i>Evet</i>	177 (%93,2) ^a	202 (%98,5) ^{a,b}	146 (%91,3) ^b	0,005 †
<i>Hayır</i>	4 (%2,1)	2 (%1,0)	5 (%3,1)	0,326‡
<i>Fikrim yok</i>	9 (%4,7) ^a	1 (%0,5) ^{a,b}	9 (%5,6) ^b	0,013 †
Soru 23				
<i>Evet</i>	92 (%48,4) ^{a,c}	125 (%61,0) ^a	99 (%61,9) ^c	0,014 †
<i>Hayır</i>	33 (%17,4)	19 (%9,3)	20 (%12,5)	0,056†
<i>Fikrim yok</i>	65 (%34,2)	61 (%29,8)	41 (%25,6)	0,216†
Soru 24				
<i>Evet</i>	78 (%41,1) ^a	109 (%53,2) ^a	71 (%44,4)	0,045 †
<i>Hayır</i>	55 (%28,9)	47 (%22,9)	35 (%21,9)	0,237†
<i>Fikrim yok</i>	57 (%30,0)	49 (%23,9)	54 (%33,8)	0,109†
Soru 25				
<i>Evet</i>	91 (%47,9)	121 (%59,0)	83 (%51,9)	0,080†
<i>Hayır</i>	40 (%21,1)	35 (%17,1)	28 (%17,5)	0,549†
<i>Fikrim yok</i>	59 (%31,1)	49 (%23,9)	49 (%30,6)	0,213†
Soru 26				
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	11 (%5,8)	5 (%2,4)	8 (%5,0)	0,232†
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	66 (%34,7)	65 (%31,7)	51 (%31,9)	0,780†
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	78 (%41,1)	104 (%50,7)	80 (%50,0)	0,110†
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	35 (%18,4)	31 (%15,1)	21 (%13,1)	0,383†
Soru 27				
<i>3 ayda bir</i>	17 (%8,9)	11 (%5,4)	9 (%5,6)	0,297†
<i>6 ayda bir</i>	104 (%54,7)	111 (%54,1)	81 (%50,6)	0,713†
<i>Yılda bir</i>	65 (%34,2)	78 (%38,0)	65 (%40,6)	0,456†
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	4 (%2,1)	5 (%2,4)	5 (%3,1)	0,832‡
Soru 28				
<i>Evet</i>	125 (%65,8)	141 (%68,8)	112 (%70,0)	0,678†
<i>Hayır</i>	29 (%15,3)	25 (%12,2)	23 (%14,4)	0,662†
<i>Fikrim yok</i>	36 (%18,9)	39 (%19,0)	25 (%15,6)	0,647†
Soru 29				
<i>Evet</i>	181 (%95,3)	198 (%96,6)	151 (%94,4)	0,590†
<i>Hayır</i>	3 (%1,6)	4 (%2,0)	1 (%0,6)	0,518‡
<i>Fikrim yok</i>	6 (%3,2)	3 (%1,5)	8 (%5,0)	0,150†

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Yaş grupları arasında 14 numaralı soruya “ilk diş sürdüğünde” diyenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. <30 yaş grubuna göre 30-34 yaş (%37,1) ve ≥35 yaş gruplarında (%43,1) bu seçenek anlamlı farkla daha az oranda tercih edildi (p=0,003).

Yaş grupları arasında 15 numaralı soruya “*günde 2 defa*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 16 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 17 numaralı soruya “*ilk diş sürdüğünde*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. <30 yaş grubuna göre 30-34 yaş grubunda (%5,9) bu seçenek anlamlı farkla daha az oranda tercih edildi ($p=0,047$).

Yaş grupları arasında 18 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 19 numaralı soruya “*6-12 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 20 numaralı soruya “*24-36 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 21 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 22 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. <30 yaş ve ≥ 35 yaş gruplarına göre 30-34 yaş arasındaki katılımcılar (%98,5) anlamlı farkla daha yüksek oranda “*evet*” yanıtını verdi ($p=0,005$).

Yaş grupları arasında 23 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. <30 yaş grubuna göre 30-34 yaş (%61) ve ≥ 35 yaş gruplarında (%61,9) “*evet*” yanıtını verenler istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek bulundu ($p=0,014$).

Yaş grupları arasında 24 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi <30 yaş grubuna göre 30-34 yaş grubunda (%53,2) “*evet*” yanıtını verenler istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek bulundu ($p=0,045$).

Yaş grupları arasında 25 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 26 numaralı soruya “*ilk süt dişi çıktığında*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 27 numaralı soruya “*6 ayda bir*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 28 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında 29 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.3. Öğrenim Düzeylerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.6'da annelerin öğrenim düzeylerine göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalar yer almaktadır. Olguların dağılımı incelendiğinde öğrenim düzeyi için en iyi sınıflandırmanın ilköğretim/lise/üniversite/lisansüstü olduğu görüldü.

Çizelge 4.6. Öğrenim düzeylerine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü	p-değeri †
Soru 6					
<i>Günde 1 defa</i>	14 (%22,6) ^a	22 (%18,2) ^b	36 (%14,1) ^c	3 (%2,6) ^{a,b,c}	<0,001
<i>Günde 2 defa</i>	38 (%61,3)	86 (%71,1)	168 (%65,9)	82 (%70,1)	0,485
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	10 (%16,1)	13 (%10,7) ^{b,d}	51 (%20,0) ^d	32 (%27,4) ^b	0,011
Soru 7					
<i>Evet</i>	30 (%48,4) ^{a,e}	76 (%62,8) ^b	178 (%69,8) ^{c,e}	98 (%83,8) ^{a,b,c}	<0,001
<i>Hayır</i>	21 (%33,9) ^{a,e}	32 (%26,4) ^{b,d}	43 (%16,9) ^{d,e}	13 (%11,1) ^{a,b}	<0,001
<i>Fikrim yok</i>	11 (%17,7) ^a	13 (%10,7)	34 (%13,3) ^c	6 (%5,1) ^{a,c}	0,047
Soru 8					
<i>Evet</i>	35 (%56,5) ^{a,e}	65 (%53,7) ^{b,d}	180 (%70,6) ^{c,d,e}	98 (%83,8) ^{a,b,c}	<0,001
<i>Hayır</i>	9 (%14,5)	18 (%14,9)	22 (%8,6)	9 (%7,7)	0,140
<i>Fikrim yok</i>	18 (%29,0) ^a	38 (%31,4) ^{b,d}	53 (%20,8) ^{c,d}	10 (%8,5) ^{a,b,c}	<0,001
Soru 9					
<i>Evet</i>	34 (%54,8) ^a	60 (%49,6) ^b	151 (%59,2) ^c	99 (%84,6) ^{a,b,c}	<0,001
<i>Hayır</i>	11 (%17,7) ^a	19 (%15,7) ^b	40 (%15,7) ^c	5 (%4,3) ^{a,b,c}	0,012
<i>Fikrim yok</i>	17 (%27,4) ^a	42 (%34,7) ^b	64 (%25,1) ^c	13 (%11,1) ^{a,b,c}	<0,001
Soru 10					
<i>Evet</i>	41 (%66,1)	65 (%53,7)	167 (%65,5)	77 (%65,8)	0,121
<i>Hayır</i>	11 (%17,7)	21 (%17,4)	43 (%16,9)	26 (%22,2)	0,649
<i>Fikrim yok</i>	10 (%16,1)	35 (%28,9) ^{b,d}	45 (%17,6) ^d	14 (%12,0) ^b	0,007
Soru 11					
<i>Evet</i>	8 (%12,9) ^a	18 (%14,9) ^{b,d}	18 (%7,1) ^d	3 (%2,6) ^{a,b}	0,003
<i>Hayır</i>	35 (%56,5)	59 (%48,8) ^{b,d}	152 (%59,6) ^{c,d}	83 (%70,9) ^{b,c}	0,006
<i>Fikrim yok</i>	19 (%30,6)	44 (%36,4)	85 (%33,3)	31 (%26,5)	0,404
Soru 12					
<i>Evet</i>	40 (%64,5)	72 (%59,5)	130 (%51,0) ^c	80 (%68,4) ^c	0,009
<i>Hayır</i>	7 (%11,3)	5 (%4,1) ^d	38 (%14,9) ^d	9 (%7,7)	0,010
<i>Fikrim yok</i>	15 (%24,2)	44 (%36,4)	87 (%34,1)	28 (%23,9)	0,079
Soru 13					
<i>Evet</i>	34 (%54,8)	74 (%61,2)	135 (%52,9) ^c	82 (%70,1) ^c	0,015
<i>Hayır</i>	7 (%11,3)	11 (%9,1)	36 (%14,1) ^c	5 (%4,3) ^c	0,036
<i>Fikrim yok</i>	21 (%33,9)	36 (%29,8)	84 (%32,9)	30 (%25,6)	0,504

† Pearson'un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Öğrenim düzeyleri arasında 6 numaralı soruya “*günde 2 defa*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Öğrenim düzeyleri arasında 7 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Lisansüstü grubunda “*evet*” diyenlerin oranının (%83,8) ilköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). Ayrıca ilköğretim mezunlarına göre üniversite mezunlarının (%69,8) anlamlı düzeyde daha fazla oranda “*evet*” yanıtını verdiği görüldü ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 8 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Lisansüstü grubunda “*evet*” diyenlerin oranlarının (%83,8) ilköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$). Ayrıca ilköğretim ve lise mezunlarına göre üniversite mezunlarının (%70,6) anlamlı düzeyde daha fazla oranda “*evet*” yanıtını verdiği görüldü ($p<0,001$). Bu soruya “*fikrim yok*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, ilköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda “*fikrim yok*” diyenlerin oranları (%8,5) anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 9 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda “*evet*” diyenlerin oranları (%84,6) anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 10 numaralı soruya “*hayır*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Öğrenim düzeyleri arasında 11 numaralı soruya “*hayır*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü grubunda “*hayır*” diyenlerin oranları (%70,9) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p=0,006$). Ayrıca lise mezunlarına göre üniversite mezunları da anlamlı olarak daha yüksek oranda (%59,6) “*hayır*” yanıtını verdi ($p=0,006$).

Öğrenim düzeyleri arasında 12 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Üniversite mezunlarına göre lisansüstü mezunları anlamlı olarak daha fazla oranda (%68,4) “*evet*” yanıtını verdi ($p=0,009$).

Öğrenim düzeyleri arasında 13 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Üniversite mezunlarına göre lisansüstü mezunları anlamlı olarak daha fazla oranda (%70,1) “*evet*” yanıtını verdi ($p=0,015$).



4.4. Öğrenim Düzeylerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.7’de annelerin öğrenim düzeylerine göre bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalar yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Öğrenim düzeylerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü	p-değeri †
Soru14					
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	19 (%30,6) ^a	46 (%38,0) ^b	110 (%43,1) ^c	73 (%62,4) ^{a,b,c}	<0,001†
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	26 (%41,9)	53 (%43,8)	116 (%45,5)	39 (%33,3)	0,169†
<i>Süt dişleri dökülmeye başlayınca</i>	1 (%1,6)	5 (%4,1)	6 (%2,4)	3 (%2,6)	0,736‡
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	16 (%25,8) ^{a,d}	17 (%14,0) ^b	23 (%9,0) ^{c,d}	2 (%1,7) ^{a,b,c}	<0,001†
Soru 15					
<i>Günde 1 defa</i>	20 (%32,3)	29 (%24,0) ^e	89 (%34,9) ^{c,e}	24 (%20,5) ^c	0,017†
<i>Günde 2 defa</i>	39 (%62,9)	89 (%73,6) ^e	147 (%57,6) ^{c,e}	84 (%71,8) ^c	0,006†
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	3 (%4,8)	3 (%2,5)	19 (%7,5)	9 (%7,7)	0,235†
Soru 16					
<i>Evet</i>	38 (%61,3)	81 (%66,9)	185 (%72,5)	90 (%76,9)	0,107†
<i>Hayır</i>	11 (%17,7) ^{a,d}	11 (%9,1)	19 (%7,5) ^d	5 (%4,3) ^a	0,018†
<i>Fikrim yok</i>	13 (%21,0)	29 (%24,0)	51 (%20,0)	22 (%18,8)	0,772†
Soru 17					
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	3 (%4,8)	15 (%12,4)	22 (%8,6)	8 (%6,8)	0,287†
<i>2 yaşından itibaren</i>	25 (%40,3)	40 (%33,1)	108 (%42,4)	51 (%43,6)	0,307†
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	19 (%30,6) ^{a,d}	23 (%19,0)	34 (%13,3) ^d	18 (%15,4) ^a	0,011†
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	15 (%24,2)	43 (%35,5)	91 (%35,7)	40 (%34,2)	0,376†
Soru 18					
<i>Evet</i>	37 (%59,7)	76 (%62,8)	146 (%57,3)	78 (%66,7)	0,352†
<i>Hayır</i>	12 (%19,4)	23 (%19,0)	39 (%15,3)	14 (%12,0)	0,414†
<i>Fikrim yok</i>	13 (%21,0)	22 (%18,2)	70 (%27,5)	25 (%21,4)	0,200†
Soru 19					
<i>0-6 ay</i>	18 (%29,0)	40 (%33,1)	75 (%29,4)	32 (%27,4)	0,805†
<i>6-12 ay</i>	40 (%64,5)	74 (%61,2)	174 (%68,2)	83 (%70,9)	0,388†
<i>12-36 ay</i>	4 (%6,5)	7 (%5,8)	6 (%2,4)	2 (%1,7)	0,149‡
Soru 20					
<i>0-12 ay</i>	15 (%24,2) ^{a,d}	30 (%24,8) ^{b,e}	31 (%12,2) ^{d,e}	8 (%6,8) ^{a,b}	<0,001†
<i>12-24 ay</i>	23 (%37,1)	57 (%47,1)	123 (%48,2)	46 (%39,3)	0,223†
<i>24-36 ay</i>	24 (%38,7)	34 (%28,1) ^{b,e}	101 (%39,6) ^{c,e}	63 (%53,8) ^{b,c}	<0,001†
Soru 21					
<i>Evet</i>	21 (%33,9) ^{a,f}	18 (%14,9) ^{b,e,f}	72 (%28,2) ^{c,e}	59 (%50,4) ^{a,b,c}	<0,001†
<i>Hayır</i>	22 (%35,5) ^a	48 (%39,7) ^{b,e}	72 (%28,2) ^{c,e}	19 (%16,2) ^{a,b,c}	<0,001†
<i>Fikrim yok</i>	19 (%30,6)	55 (%45,5)	111 (%43,5)	39 (%33,3)	0,066†

† Pearson’un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Çizelge 4.7. (devamı) Öğrenim düzeylerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlköğretim	Lise	Üniversite	Lisansüstü	p-değeri †
Soru 22					
<i>Evet</i>	53 (%85,5) ^{a,b}	109 (%90,1) ^{c,d}	247 (%96,9) ^{a,c}	116 (%99,1) ^{b,d}	<0,001 †
<i>Hayır</i>	5 (%8,1) ^{a,b}	3 (%2,5)	3 (%1,2) ^a	0 (%0,0) ^b	0,006 ‡
<i>Fikrim yok</i>	4 (%6,5) ^b	9 (%7,4) ^{c,d}	5 (%2,0) ^c	1 (%0,9) ^{b,d}	0,011 ‡
Soru 23					
<i>Evet</i>	28 (%45,2) ^b	55 (%45,5) ^{c,d}	150 (%58,8) ^{c,e}	83 (%70,9) ^{b,d,e}	<0,001 †
<i>Hayır</i>	13 (%21,0) ^a	24 (%19,8) ^{c,d}	24 (%9,4) ^{a,c}	11 (%9,4) ^d	0,005 †
<i>Fikrim yok</i>	21 (%33,9)	42 (%34,7) ^d	81 (%31,8) ^e	23 (%19,7) ^{d,e}	0,045 †
Soru 24					
<i>Evet</i>	25 (%40,3) ^b	45 (%37,2) ^d	120 (%47,1) ^e	68 (%58,1) ^{b,d,e}	0,009 †
<i>Hayır</i>	17 (%27,4)	35 (%28,9)	60 (%23,5)	25 (%21,4)	0,513†
<i>Fikrim yok</i>	20 (%32,3)	41 (%33,9)	75 (%29,4)	24 (%20,5)	0,119†
Soru 25					
<i>Evet</i>	30 (%48,4) ^b	54 (%44,6) ^d	135 (%52,9) ^e	76 (%65,0) ^{b,d,e}	0,014 †
<i>Hayır</i>	18 (%29,0)	19 (%15,7)	47 (%18,4)	19 (%16,2)	0,134†
<i>Fikrim yok</i>	14 (%22,6) ^f	48 (%39,7) ^{c,d,f}	73 (%28,6) ^{c,e}	22 (%18,8) ^{d,e}	0,003 †
Soru 26					
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	7 (%11,3) ^{a,b,f}	4 (%3,3) ^f	9 (%3,5) ^a	4 (%3,4) ^b	0,042 †
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	12 (%19,4) ^b	41 (%33,9) ^d	74 (%29,0) ^e	55 (%47,0) ^{b,d,e}	<0,001 †
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	23 (%37,1)	50 (%41,3)	134 (%52,5)	55 (%47,0)	0,067†
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	20 (%32,3) ^{a,b}	26 (%21,5) ^d	38 (%14,9) ^{a,e}	3 (%2,6) ^{b,d,e}	<0,001 †
Soru 27					
<i>3 ayda bir</i>	6 (%9,7)	10 (%8,3)	10 (%3,9)	11 (%9,4)	0,117†
<i>6 ayda bir</i>	33 (%53,2)	62 (%51,2)	130 (%51,0)	71 (%60,7)	0,345†
<i>Yılda bir</i>	17 (%27,4) ^a	44 (%36,4)	112 (%43,9) ^{a,e}	35 (%29,9) ^e	0,018 †
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	6 (%9,7) ^{a,b}	5 (%4,1)	3 (%1,2) ^a	0 (%0,0) ^b	<0,001 ‡
Soru 28					
<i>Evet</i>	43 (%69,4)	80 (%66,1) ^d	159 (%62,4) ^e	96 (%82,1) ^{d,e}	0,002 †
<i>Hayır</i>	13 (%21,0) ^{b,f}	11 (%9,1) ^f	43 (%16,9) ^e	10 (%8,5) ^{b,e}	0,022 †
<i>Fikrim yok</i>	6 (%9,7) ^f	30 (%24,8) ^{d,f}	53 (%20,8) ^e	11 (%9,4) ^{d,e}	0,003 †
Soru 29					
<i>Evet</i>	54 (%87,1) ^{a,b,f}	116 (%95,9) ^f	245 (%96,1) ^a	115 (%98,3) ^b	0,006 †
<i>Hayır</i>	3 (%4,8)	1 (%0,8)	2 (%0,8)	2 (%1,7)	0,213‡
<i>Fikrim yok</i>	5 (%8,1) ^b	4 (%3,3)	8 (%3,1)	0 (%0,0) ^b	0,012 ‡

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Öğrenim düzeyleri arasında 14 numaralı soruya “ilk diş sürdüğünde” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,001$). İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda (%62,4) “ilk diş sürdüğünde” diyenlerin oranları anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 15 numaralı soruya “*günde 2 defa*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Lise ve lisansüstü gruplarına göre üniversite grubunda (%57,6) bu seçenek anlamlı olarak daha az oranda belirtildi ($p=0,006$).

Öğrenim durumlarına göre 16 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Öğrenim durumlarına göre 17 numaralı soruya “*ilk dış sürdüğünde*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Öğrenim durumlarına göre 18 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Öğrenim durumlarına göre 19 numaralı soruya “*6-12 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Öğrenim düzeyleri arasında 20 numaralı soruya “*24-36 ay*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü grubunda (%53,8) bu yanıtı verenlerin oranları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca lise mezunlarına göre üniversite mezunları (%39,6) da anlamlı olarak daha yüksek oranda bu yanıtı verdi ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 21 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda (%50,4) “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca ilköğretim ve üniversite mezunlarına göre lise mezunları anlamlı olarak daha az oranda (%14,9) “*evet*” yanıtını verdi ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 22 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim ve lise mezunlarına göre üniversite (%96,9) ve lisansüstü mezunları (%99,1) anlamlı olarak daha yüksek oranda bu yanıtı verdi ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 23 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda (%70,9) “*evet*” diyenlerin oranları anlamlı derecede daha yüksek bulundu

($p<0,001$). Ayrıca lise mezunlarına göre üniversite mezunları da anlamlı olarak daha yüksek oranda (%58,8) “*evet*” yanıtını verdi ($p<0,001$).

Öğrenim düzeyleri arasında 24 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda (%58,1) “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0,009$).

Öğrenim düzeyleri arasında 25 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre lisansüstü grubunda (%65) “*evet*” diyenlerin oranları anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,014$).

Öğrenim düzeyleri arasında 26 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü grubunda (%47) “*ilk süt dişi çıktığında*” diyenlerin oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Ayrıca lise, üniversite ve lisansüstü mezunlarına göre ilköğretim mezunu olanlarda (%11,3) “*dişler çıkmadan önce*” yanıtını verenlerin oranlarının da istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrenim durumlarına göre 27 numaralı soruya “*6 ayda bir*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Öğrenim düzeyleri arasında 28 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü grubunda (%82,1) “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$).

Öğrenim düzeyleri arasında 29 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, ilköğretim mezunlarına göre sırasıyla; lise (%95,9), üniversite (%96,1) ve lisansüstü (%98,3) gruplarında “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0,006$).

4.5. Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.8’de annelerin gelir düzeylerine göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalar yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Gelir düzeyine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<2000 TL	2000-4000 TL	4001-6000 TL	>6000 TL	p-değeri †
Soru 6					
<i>Günde 1 defa</i>	12 (%19,4) ^a	30 (%21,0) ^{b,c}	16 (%11,6) ^b	17 (%8,0) ^{a,c}	0,002
<i>Günde 2 defa</i>	40 (%64,5)	97 (%67,8)	95 (%68,8)	142 (%67,0)	0,941
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	10 (%16,1)	16 (%11,2) ^c	27 (%19,6)	53 (%25,0) ^c	0,012
Soru 7					
<i>Evet</i>	25 (%40,3) ^{a,d,e}	87 (%60,8) ^{c,d}	96 (%69,6) ^{e,f}	174 (%82,1) ^{a,c,f}	<0,001
<i>Hayır</i>	25 (%40,3) ^{a,d,e}	36 (%25,2) ^{c,d}	26 (%18,8) ^{e,f}	22 (%10,4) ^{a,c,f}	<0,001
<i>Fikrim yok</i>	12 (%19,4) ^a	20 (%14,0)	16 (%11,6)	16 (%7,5) ^a	0,049
Soru 8					
<i>Evet</i>	37 (%59,7) ^a	90 (%62,9) ^c	83 (%60,1) ^f	168 (%79,2) ^{a,c,f}	<0,001
<i>Hayır</i>	5 (%8,1)	19 (%13,3)	20 (%14,5)	14 (%6,6)	0,061
<i>Fikrim yok</i>	20 (%32,3) ^a	34 (%23,8) ^c	35 (%25,4) ^f	30 (%14,2) ^{a,c,f}	0,005
Soru 9					
<i>Evet</i>	32 (%51,6) ^a	73 (%51,0) ^{b,c}	91 (%65,9) ^b	148 (%69,8) ^{a,c}	<0,001
<i>Hayır</i>	12 (%19,4)	24 (%16,8)	20 (%14,5)	19 (%9,0)	0,072
<i>Fikrim yok</i>	18 (%29,0)	46 (%32,2) ^{b,c}	27 (%19,6) ^b	45 (%21,2) ^c	0,041
Soru 10					
<i>Evet</i>	37 (%59,7)	83 (%58,0)	86 (%62,3)	144 (%67,9)	0,258
<i>Hayır</i>	9 (%14,5)	29 (%20,3)	26 (%18,8)	37 (%17,5)	0,778
<i>Fikrim yok</i>	16 (%25,8)	31 (%21,7)	26 (%18,8)	31 (%14,6)	0,157
Soru 11					
<i>Evet</i>	7 (%11,3) ^a	15 (%10,5) ^c	17 (%12,3) ^f	8 (%3,8) ^{a,c,f}	0,018
<i>Hayır</i>	38 (%61,3)	78 (%54,5)	76 (%55,1)	137 (%64,6)	0,175
<i>Fikrim yok</i>	17 (%27,4)	50 (%35,0)	45 (%32,6)	67 (%31,6)	0,755
Soru 12					
<i>Evet</i>	36 (%58,1)	80 (%55,9)	82 (%59,4)	124 (%58,5)	0,944
<i>Hayır</i>	5 (%8,1)	12 (%8,4)	13 (%9,4)	29 (%13,7)	0,325
<i>Fikrim yok</i>	21 (%33,9)	51 (%35,7)	43 (%31,2)	59 (%27,8)	0,450
Soru 13					
<i>Evet</i>	32 (%51,6)	80 (%55,9)	87 (%63,0)	126 (%59,4)	0,416
<i>Hayır</i>	7 (%11,3)	17 (%11,9)	11 (%8,0)	24 (%11,3)	0,705
<i>Fikrim yok</i>	23 (%37,1)	46 (%32,2)	40 (%29,0)	62 (%29,2)	0,630

† Pearson’un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gelir düzeyi gruplarına göre 6 numaralı soruya “*günde 2 defa*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeylerine göre 7 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup gelir düzeyi <2000 TL, 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%82,1) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ayrıca, gelir düzeyi 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre <2000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%40,3) istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Gelir düzeylerine göre 8 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup gelir düzeyi <2000 TL, 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%79,2) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ($p<0,001$), “*hayır*” yanıtını verenlerin oranı (%6,6) ise istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,061$).

Gelir düzeylerine göre 9 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,001$). Gelir düzeyi <2000 TL ve 2000-4000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlar (%69,8) bu yanıtı anlamlı olarak daha yüksek oranda verdi ($p<0,001$). Ayrıca, gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olan grup (%51) ile 4001-6000 TL arasında olan (%65,9) gruplar arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Gelir düzeyi gruplarına göre 10 numaralı soruya “*hayır*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 11 numaralı soruya “*hayır*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 12 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 13 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.6. Gelir Düzeylerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.9’da annelerin gelir düzeylerine göre bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından yapılan kıyaslamalar yer almaktadır.

Çizelge 4.9. Gelir düzeyine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<2000 TL	2000-4000TL	4001-6000TL	>6000 TL	p-değeri †
Soru14					
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	21 (%33,9) ^a	46 (%32,2) ^{b,c}	62 (%44,9) ^{b,d}	119 (%56,1) ^{a,c,d}	<0,001†
<i>Süt dişleri çıktıktan sonra</i>	30 (%48,4)	65 (%45,5)	55 (%39,9)	84 (%39,6)	0,478†
<i>Süt dişler dökülmeye başlayınca</i>	1 (%1,6)	6 (%4,2)	5 (%3,6)	3 (%1,4)	0,336‡
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	10 (%16,1) ^a	26 (%18,2) ^c	16 (%11,6) ^d	6 (%2,8) ^{a,c,d}	<0,001†
Soru 15					
<i>Günde 1 defa</i>	14 (%22,6)	45 (%31,5)	44 (%31,9)	59 (%27,8)	0,504†
<i>Günde 2 defa</i>	45 (%72,6)	95 (%66,4)	88 (%63,8)	131 (%61,8)	0,438†
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	3 (%4,8)	3 (%2,1) ^c	6 (%4,3)	22 (%10,4) ^c	0,009†
Soru 16					
<i>Evet</i>	39 (%62,9)	101 (%70,6)	98 (%71,0)	156 (%73,6)	0,445†
<i>Hayır</i>	10 (%16,1)	13 (%9,1)	11 (%8,0)	12 (%5,7)	0,069†
<i>Fikrim yok</i>	13 (%21,0)	29 (%20,3)	29 (%21,0)	44 (%20,8)	0,999†
Soru 17					
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	2 (%3,2)	15 (%10,5)	15 (%10,9)	16 (%7,5)	0,250†
<i>2 yaşından itibaren</i>	22 (%35,5)	57 (%39,9)	62 (%44,9)	83 (%39,2)	0,582†
<i>Süt dişleri çıktıktan sonra</i>	18 (%29,0) ^a	27 (%18,9)	22 (%15,9)	27 (%12,7) ^a	0,022†
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	20 (%32,3)	44 (%30,8)	39 (%28,3)	86 (%40,6)	0,077†
Soru 18					
<i>Evet</i>	34 (%54,8)	80 (%55,9)	95 (%68,8)	128 (%60,4)	0,107†
<i>Hayır</i>	10 (%16,1)	27 (%18,9)	21 (%15,2)	30 (%14,2)	0,685†
<i>Fikrim yok</i>	18 (%29,0)	36 (%25,2)	22 (%15,9)	54 (%25,5)	0,105†
Soru 19					
<i>0-6 ay</i>	14 (%22,6)	52 (%36,4)	38 (%27,5)	61 (%28,8)	0,176†
<i>6-12 ay</i>	44 (%71,0)	83 (%58,0)	95 (%68,8)	149 (%70,3)	0,077†
<i>12-36 ay</i>	4 (%6,5) ^a	8 (%5,6) ^c	5 (%3,6)	2 (%0,9) ^{a,c}	0,035‡
Soru 20					
<i>0-12 ay</i>	13 (%21,0) ^a	29 (%20,3) ^c	24 (%17,4) ^d	18 (%8,5) ^{a,c,d}	0,006†
<i>12-24 ay</i>	25 (%40,3)	64 (%44,8)	63 (%45,7)	97 (%45,8)	0,892†
<i>24-36 ay</i>	24 (%38,7)	50 (%35,0)	51 (%37,0)	97 (%45,8)	0,171†
Soru 21					
<i>Evet</i>	19 (%30,6)	25 (%17,5) ^c	37 (%26,8) ^d	89 (%42,0) ^{c,d}	<0,001†
<i>Hayır</i>	15 (%24,2)	52 (%36,4) ^c	44 (%31,9)	50 (%23,6) ^c	0,045†
<i>Fikrim yok</i>	28 (%45,2)	66 (%46,2)	57 (%41,3)	73 (%34,4)	0,125†

† Pearson’un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Çizelge 4.9. (devamı) Gelir düzeyine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	<2000 TL	2000-4000 TL	4001-6000 TL	>6000 TL	p-değeri †
Soru 22					
<i>Evet</i>	54 (%87,1) ^a	135 (%94,4) ^b	126 (%91,3) ^c	210 (%99,1) ^{a,b,c}	<0,001 †
<i>Hayır</i>	4 (%6,5) ^a	3 (%2,1)	4 (%2,9) ^c	0 (%0,0) ^{a,c}	0,005 ‡
<i>Fikrim yok</i>	4 (%6,5) ^a	5 (%3,5)	8 (%5,8) ^c	2 (%0,9) ^{a,c}	0,032 ‡
Soru 23					
<i>Evet</i>	27 (%43,5) ^{a,d}	64 (%44,8) ^{b,e}	88 (%63,8) ^{d,e}	137 (%64,6) ^{a,b}	<0,001 †
<i>Hayır</i>	13 (%21,0) ^a	24 (%16,8) ^b	16 (%11,6)	19 (%9,0) ^{a,b}	0,035 †
<i>Fikrim yok</i>	22 (%35,5)	55 (%38,5) ^{b,e}	34 (%24,6) ^c	56 (%26,4) ^b	0,030 †
Soru 24					
<i>Evet</i>	22 (%35,5)	65 (%45,5)	64 (%46,4)	107 (%50,5)	0,218†
<i>Hayır</i>	20 (%32,3)	35 (%24,5)	37 (%26,8)	45 (%21,2)	0,306†
<i>Fikrim yok</i>	20 (%32,3)	43 (%30,1)	37 (%26,8)	60 (%28,3)	0,858†
Soru 25					
<i>Evet</i>	34 (%54,8)	64 (%44,8) ^b	69 (%50,0)	128 (%60,4) ^b	0,028 †
<i>Hayır</i>	14 (%22,6)	28 (%19,6)	32 (%23,2)	29 (%13,7)	0,109†
<i>Fikrim yok</i>	14 (%22,6)	51 (%35,7)	37 (%26,8)	55 (%25,9)	0,135†
Soru 26					
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	3 (%4,8)	7 (%4,9)	4 (%2,9)	10 (%4,7)	0,823†
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	17 (%27,4)	39 (%27,3)	47 (%34,1)	79 (%37,3)	0,186†
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	27 (%43,5)	58 (%40,6)	73 (%52,9)	104 (%49,1)	0,175†
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	15 (%24,2) ^{a,d}	39 (%27,3) ^{b,e}	14 (%10,1) ^{d,e}	19 (%9,0) ^{a,b}	<0,001 †
Soru 27					
<i>3 ayda bir</i>	10 (%16,1) ^{a,f}	7 (%4,9) ^f	9 (%6,5)	11 (%5,2) ^a	0,016 †
<i>6 ayda bir</i>	33 (%53,2)	78 (%54,5)	67 (%48,6)	118 (%55,7)	0,612†
<i>Yılda bir</i>	12 (%19,4) ^{a,d,f}	57 (%39,9) ^f	59 (%42,8) ^d	80 (%37,7) ^a	0,014 †
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	7 (%11,3) ^{a,d,f}	1 (%0,7) ^f	3 (%2,2) ^d	3 (%1,4) ^a	0,002 ‡
Soru 28					
<i>Evet</i>	37 (%59,7) ^a	87 (%60,8) ^b	96 (%69,6)	158 (%74,5) ^{a,b}	0,022 †
<i>Hayır</i>	11 (%17,7)	24 (%16,8)	20 (%14,5)	22 (%10,4)	0,261†
<i>Fikrim yok</i>	14 (%22,6)	32 (%22,4)	22 (%15,9)	32 (%15,1)	0,227†
Soru 29					
<i>Evet</i>	56 (%90,3) ^a	133 (%93,0)	134 (%97,1)	207 (%97,6) ^a	0,029 †
<i>Hayır</i>	2 (%3,2)	4 (%2,8)	0 (%0,0)	2 (%0,9)	0,075‡
<i>Fikrim yok</i>	4 (%6,5)	6 (%4,2)	4 (%2,9)	3 (%1,4)	0,186‡

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gelir düzeylerine göre 14 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, gelir düzeyi <2000 TL, 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlarda “ilk diş sürdüğünde” yanıtı verenlerin oranı (%56,1) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001). Ayrıca, gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olanlara göre 4001-6000 TL arasında

olanlarda “*ilk diş sürdüğünde*” yanıtını verenlerin oranı (%44,9) da istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Gelir düzeyi gruplarına göre 15 numaralı soruya “*günde 2 defa*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 16 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 17 numaralı soruya “*ilk diş sürdüğünde*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 18 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 19 numaralı soruya “*6-12 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 20 numaralı soruya “*24-36 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeylerine göre 21 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, gelir düzeyi 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%42) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Bununla birlikte gelir düzeyi >6000 TL olan gruba göre 2000-4000 TL arasında olan grupta “*hayır*” yanıtını verenlerin oranı ise (%36,4) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,045$).

Gelir düzeylerine göre 22 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, gelir düzeyi <2000 TL, 2000-4000 TL arası ve 4001-6000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%99,1) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Gelir düzeylerine göre 23 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, gelir düzeyi <2000 TL ve 2000-4000 TL arasında olan

gruplara göre sırasıyla; gelir düzeyi 4001-6000 TL arasında olan (%63,8) ve >6000 TL olanlarda (%64,6) “*evet*” yanıtını verenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 24 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeylerine göre 25 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olanlara göre >6000 TL olanlar bu yanıtı anlamlı olarak daha yüksek oranda (%60,4) verdi ($p=0,028$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 26 numaralı soruya “*ilk süt dişi çıktığında*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyi gruplarına göre 27 numaralı soruya “*6 ayda bir*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gelir düzeylerine göre 28 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Gelir düzeyi <2000 TL ve 2000-4000 TL arasında olan gruplara göre gelir düzeyi >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%74,5) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,022$).

Gelir düzeylerine göre 29 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Gelir düzeyi <2000 TL olan gruba göre gelir düzeyi >6000 TL olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%97,6) anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p=0,029$).

4.7. Gebelik Dönemlerine Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.10’da gebelik dönemlerine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Gebelik dönemlerine göre annelerin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	0-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	Perinatal	İnfant	p-değeri †
Soru 6						
<i>Günde 1 defa</i>	8 (%6,2) ^{a,b}	15 (%11,5)	33 (%18,2) ^a	5 (%12,8)	14 (%18,7) ^b	0,021
<i>Günde 2 defa</i>	101(%78,3) ^{a,b,c}	87 (%66,4) ^c	118 (%65,2) ^a	26 (%66,7)	42 (%56,0) ^b	0,018
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	20 (%15,5)	29 (%22,1)	30 (%16,6)	8 (%20,5)	19 (%25,3)	0,337
Soru 7						
<i>Evet</i>	101 (%78,3)	86 (%65,6)	116 (%64,1)	29 (%74,4)	50 (%66,7)	0,071
<i>Hayır</i>	18 (%14,0)	20 (%15,3)	47 (%26,0)	7 (%17,9)	17 (%22,7)	0,053
<i>Fikrim yok</i>	10 (%7,8) ^c	25 (%19,1) ^{c,d}	18 (%9,9) ^d	3 (%7,7)	8 (%10,7)	0,037
Soru 8						
<i>Evet</i>	69 (%53,5) ^{a,b,c}	86 (%65,6) ^{c,d}	141(%77,9) ^{a,d}	26 (%66,7)	56 (%74,7) ^b	<0,001
<i>Hayır</i>	17 (%13,2)	13 (%9,9)	18 (%9,9)	5 (%12,8)	5 (%6,7)	0,645
<i>Fikrim yok</i>	43 (%33,3) ^{a,b}	32 (%24,4) ^d	22 (%12,2) ^{a,d}	8 (%20,5)	14 (%18,7) ^b	<0,001
Soru 9						
<i>Evet</i>	79 (%61,2)	75 (%57,3)	106 (%58,6)	30 (%76,9)	54 (%72,0)	0,060
<i>Hayır</i>	9 (%7,0) ^a	15 (%11,5)	34 (%18,8) ^a	5 (%12,8)	12 (%16,0)	0,042
<i>Fikrim yok</i>	41 (%31,8) ^{b,e}	41 (%31,3) ^{f,g}	41 (%22,7)	4 (%10,3) ^{e,f}	9 (%12,0) ^{b,g}	<0,001
Soru 10						
<i>Evet</i>	63(%48,8) ^{a,b,c,d}	81 (%61,8) ^a	127 (%70,2) ^b	27 (%69,2) ^c	52 (%69,3) ^d	0,002
<i>Hayır</i>	25 (%19,4)	25 (%19,1)	28 (%15,5)	7 (%17,9)	16 (%21,3)	0,810
<i>Fikrim yok</i>	41(%31,8) ^{a,b,c,d}	25 (%19,1) ^a	26 (%14,4) ^b	5 (%12,8) ^c	7 (%9,3) ^d	<0,001
Soru 11						
<i>Evet</i>	13 (%10,1)	16 (%12,2)	10 (%5,5)	2 (%5,1)	6 (%8,0)	0,248
<i>Hayır</i>	58 (%45,0) ^{b,c,d}	74 (%56,5)	120 (%66,3) ^b	28 (%71,8) ^c	49 (%65,3) ^d	<0,001
<i>Fikrim yok</i>	58(%45,0) ^{a,b,c,d}	41 (%31,3) ^a	51 (%28,2) ^b	9 (%23,1) ^c	20 (%26,7) ^d	0,009
Soru 12						
<i>Evet</i>	75 (%58,1)	78 (%59,5)	92 (%50,8) ^e	30 (%76,9) ^e	47 (%62,7)	0,035
<i>Hayır</i>	13 (%10,1)	16 (%12,2)	24 (%13,3)	2 (%5,1)	4 (%5,3)	0,271
<i>Fikrim yok</i>	41 (%31,8)	37 (%28,2)	65 (%35,9)	7 (%17,9)	24 (%32,0)	0,230
Soru 13						
<i>Evet</i>	69 (%53,5)	82 (%62,6)	97 (%53,6)	27 (%69,2)	50 (%66,7)	0,093
<i>Hayır</i>	15 (%11,6)	16 (%12,2)	22 (%12,2)	3 (%7,7)	3 (%4,0)	0,314
<i>Fikrim yok</i>	45 (%34,9)	33 (%25,2)	62 (%34,3)	9 (%23,1)	22 (%29,3)	0,275

† Pearson'un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gebelik dönemlerine göre 6 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, “*günde 2 defa*” yanıtını verenlerin oranı 4-6 ay, 7-9 ay ve infant gruplarına göre 0-3 ay grubunda (%78,3) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,018).

Gebelik dönemlerine göre 7 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05).

Gebelik dönemlerine göre 8 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 4-6 ay, 7-9 ay ve infant gruplarına göre 0-3 ay grubunda “*evet*” yanıtını verenlerin oranları (%53,5) istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). 4-6 ay grubu (%65,6) ile 7-9 ay grubu (%77,9) arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).

Gebelik dönemlerine göre 9 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 10 numaralı soruya “*hayır*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 11 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, 0-3 ay grubuna göre sırasıyla; 7-9 ay (%66,3), perinatal (%71,8) ve infant (%65,3) gruplarında “*hayır*” yanıtını verenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Gebelik dönemlerine göre 12 numaralı soruya “*evet*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,035$). 7-9 ay grubuna göre “perinatal” grubunda “*evet*” yanıtını verenlerin oranları (%76,9) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,035$).

Gebelik dönemlerine göre 13 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.8. Gebelik Dönemlerine Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.11’de ise gebelik dönemlerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.11. Gebelik dönemlerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	0-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	Perinatal	İnfant	p-değeri †
Soru14						
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	70(%54,3) ^{a,b,c}	55(%42,0) ^a	71(%39,2) ^b	22(%56,4)	30 (%40,0) ^c	0,037 †
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	49 (%38,0)	60 (%45,8)	79 (%43,6)	12(%30,8)	34 (%45,3)	0,382†
<i>Süt dişleri dökülmeye başlayınca</i>	1 (%0,8)	7 (%5,3)	6 (%3,3)	0 (%0,0)	1 (%1,3)	0,082‡
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	9 (%7,0)	9 (%6,9)	25 (%13,8)	5 (%12,8)	10 (%13,3)	0,162†
Soru 15						
<i>Günde 1 defa</i>	33 (%25,6)	38 (%29,0)	57 (%31,5)	11 (%28,2)	23 (%30,7)	0,848†
<i>Günde 2 defa</i>	85 (%65,9)	86 (%65,6)	113 (%62,4)	26 (%66,7)	49 (%65,3)	0,961†
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	11 (%8,5)	7 (%5,3)	11 (%6,1)	2 (%5,1)	3 (%4,0)	0,719†
Soru 16						
<i>Evet</i>	101 (%78,3)	91 (%69,5)	118 (%65,2)	31 (%79,5)	53 (%70,7)	0,099†
<i>Hayır</i>	10 (%7,8)	9 (%6,9)	19 (%10,5)	3 (%7,7)	5 (%6,7)	0,766†
<i>Fikrim yok</i>	18 (%14,0)	31 (%23,7)	44 (%24,3)	5 (%12,8)	17 (%22,7)	0,118†
Soru 17						
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	11 (%8,5)	14 (%10,7)	13 (%7,2)	6 (%15,4)	4 (%5,3)	0,346†
<i>2 yaşından itibaren</i>	56 (%43,4)	52 (%39,7)	65 (%35,9)	18 (%46,2)	33 (%44,0)	0,563†
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	21 (%16,3)	19 (%14,5)	39 (%21,5)	5 (%12,8)	10 (%13,3)	0,344†
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	41 (%31,8)	46 (%35,1)	64 (%35,4)	10 (%25,6)	28 (%37,3)	0,720†
Soru 18						
<i>Evet</i>	80 (%62,0)	81 (%61,8)	99 (%54,7)	29 (%74,4)	48 (%64,0)	0,178†
<i>Hayır</i>	21 (%16,3)	18 (%13,7)	37 (%20,4)	5 (%12,8)	7 (%9,3)	0,201†
<i>Fikrim yok</i>	28 (%21,7)	32 (%24,4)	45 (%24,9)	5 (%12,8)	20 (%26,7)	0,497†
Soru 19						
<i>0-6 ay</i>	39 (%30,2)	37 (%28,2)	55 (%30,4)	10 (%25,6)	24 (%32,0)	0,953†
<i>6-12 ay</i>	83 (%64,3)	88 (%67,2)	122 (%67,4)	28 (%71,8)	50 (%66,7)	0,935†
<i>12-36 ay</i>	7 (%5,4)	6 (%4,6)	4 (%2,2)	1 (%2,6)	1 (%1,3)	0,391‡
Soru 20						
<i>0-12 ay</i>	26 (%20,2)	25 (%19,1)	21 (%11,6)	4 (%10,3)	8 (%10,7)	0,100†
<i>12-24 ay</i>	55 (%42,6)	66 (%50,4)	71 (%39,2)	24 (%61,5)	33 (%44,0)	0,072†
<i>24-36 ay</i>	48 (%37,2) ^a	40 (%30,5) ^{b,c}	89(%49,2) ^{a,b,d}	11 (%28,2) ^d	34 (%45,3) ^c	0,005 †
Soru 21						
<i>Evet</i>	37 (%28,7)	44 (%33,6)	50 (%27,6)	16 (%41,0)	23 (%30,7)	0,474†
<i>Hayır</i>	38 (%29,5)	30 (%22,9)	61 (%33,7)	9 (%23,1)	23 (%30,7)	0,278†
<i>Fikrim yok</i>	54 (%41,9)	57 (%43,5)	70 (%38,7)	14 (%35,9)	29 (%38,7)	0,864†

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Çizelge 4.11. (devamı) Gebelik dönemlerine göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	0-3 ay	4-6 ay	7-9 ay	Perinatal	İnfant	p-değeri †
Soru 22						
<i>Evet</i>	120 (%93,0)	123 (%93,9)	172(%95,0)	37 (%94,9)	73 (%97,3)	0,750†
<i>Hayır</i>	3 (%2,3)	1 (%0,8)	3 (%1,7)	2 (%5,1)	2 (%2,7)	0,552‡
<i>Fikrim yok</i>	6 (%4,7)	7 (%5,3) ^c	6 (%3,3)	0 (%0,0)	0 (%0,0) ^c	0,045‡
Soru 23						
<i>Evet</i>	74 (%57,4)	80 (%61,1)	93 (%51,4)	24 (%61,5)	45 (%60,0)	0,430†
<i>Hayır</i>	13 (%10,1)	14 (%10,7)	26 (%14,4)	7 (%17,9)	12 (%16,0)	0,503†
<i>Fikrim yok</i>	42 (%32,6)	37 (%28,2)	62 (%34,3)	8 (%20,5)	18 (%24,0)	0,277†
Soru 24						
<i>Evet</i>	52 (%40,3)	58 (%44,3)	92 (%50,8)	17 (%43,6)	39 (%52,0)	0,324†
<i>Hayır</i>	32 (%24,8)	38 (%29,0)	40 (%22,1)	11 (%28,2)	16 (%21,3)	0,612†
<i>Fikrim yok</i>	45 (%34,9)	35 (%26,7)	49 (%27,1)	11 (%28,2)	20 (%26,7)	0,551†
Soru 25						
<i>Evet</i>	60(%46,5)	65 (%49,6)	103 (%56,9)	24 (%61,5)	43 (%57,3)	0,232†
<i>Hayır</i>	27(%20,9)	27 (%20,6)	28 (%15,5)	6 (%15,4)	15 (%20,0)	0,672†
<i>Fikrim yok</i>	42(%32,6)	39 (%29,8)	50 (%27,6)	9 (%23,1)	17 (%22,7)	0,553†
Soru 26						
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	8 (%6,2)	6 (%4,6)	5 (%2,8)	1 (%2,6)	4 (%5,3)	0,616†
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	54(%41,9)	42 (%32,1)	52 (%28,7)	11 (%28,2)	23 (%30,7)	0,151†
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	47 (%36,4)	66 (%50,4)	92 (%50,8)	21 (%53,8)	36 (%48,0)	0,085†
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	20 (%15,5)	17 (%13,0)	32 (%17,7)	6 (%15,4)	12 (%16,0)	0,864†
Soru 27						
<i>3 ayda bir</i>	11 (%8,5)	5 (%3,8)	14 (%7,7)	2 (%5,1)	5 (%6,7)	0,573†
<i>6 ayda bir</i>	60 (%46,5)	74 (%56,5)	104 (%57,5)	18 (%46,2)	40 (%53,3)	0,289†
<i>Yılda bir</i>	56 (%43,4)	50 (%38,2)	56 (%30,9)	18 (%46,2)	28 (%37,3)	0,164†
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	2 (%1,6)	2 (%1,5)	7 (%3,9)	1 (%2,6)	2 (%2,7)	0,673‡
Soru 28						
<i>Evet</i>	95(%73,6) ^a	75(%57,3) ^{a,b}	122 (%67,4)	29 (%74,4)	57 (%76,0) ^b	0,019†
<i>Hayır</i>	11 (%8,5)	23 (%17,6)	29 (%16,0)	5 (%12,8)	9 (%12,0)	0,237†
<i>Fikrim yok</i>	23 (%17,8)	33 (%25,2)	30 (%16,6)	5 (%12,8)	9 (%12,0)	0,117†
Soru 29						
<i>Evet</i>	124(%96,1)	124 (%94,7)	173 (%95,6)	39(%100,0)	70 (%93,3)	0,559†
<i>Hayır</i>	2 (%1,6)	1 (%0,8)	3 (%1,7)	0 (%0,0)	2 (%2,7)	0,673‡
<i>Fikrim yok</i>	3 (%2,3)	6 (%4,6)	5 (%2,8)	0 (%0,0)	3 (%4,0)	0,430‡

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gebelik dönemlerine göre 14 numaralı soruya “ilk diş sürdüğünde” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 4-6 ay, 7-9 ay ve infant gruplarına göre 0-3 ay grubunda “ilk diş sürdüğünde” yanıtını verenlerin oranları (%54,3) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,037).

Gebelik dönemlerine göre 15 numaralı soruya “*günde 2 defa*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 16 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 17 numaralı soruya “*ilk diş sürdüğünde*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 18 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 19 numaralı soruya “*6-12 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 20 numaralı soruya “*24-36 ay*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 0-3 ay, 4-6 ay ve perinatal gruplarına göre 7-9 ay grubunda “*24-36 ay*” yanıtını verenlerin oranları (%49,2) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,005$). Ayrıca, 4-6 ay grubu (%30,5) ile infant grubu (%45,3) arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıydı.

Gebelik dönemlerine göre 21 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 22 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 23 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 24 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 25 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 26 numaralı soruya “ilk süt dişi çıktığında” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 27 numaralı soruya “6 ayda bir” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik dönemlerine göre 28 numaralı soruya “evet” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 4-6 ay grubuna göre sırasıyla; 0-3 ay (%73,6) ve infant grubunda (%76) “evet” yanıtını verenlerin oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,019$).

Gebelik dönemlerine göre 29 numaralı soruya “evet” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.9. Gebelik Sayılarına Göre Annelerin Ağız Sağlıkları ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.12’de annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.12. Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlk	İkinci	İkiden fazla	p-değeri †
Soru 6				
<i>Günde 1 defa</i>	34 (%11,4)	31 (%17,5)	10 (%12,3)	0,165
<i>Günde 2 defa</i>	216 (%72,7) ^a	106 (%59,9) ^a	52 (%64,2)	0,013
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	47 (%15,8)	40 (%22,6)	19 (%23,5)	0,108
Soru 7				
<i>Evet</i>	222 (%74,7) ^b	120 (%67,8) ^c	40 (%49,4) ^{b,c}	<0,001
<i>Hayır</i>	41 (%13,8) ^{a,b}	41 (%23,2) ^a	27 (%33,3) ^b	<0,001
<i>Fikrim yok</i>	34 (%11,4)	16 (%9,0)	14 (%17,3)	0,157
Soru 8				
<i>Evet</i>	199 (%67,0)	125 (%70,6)	54 (%66,7)	0,684
<i>Hayır</i>	31 (%10,4)	15 (%8,5)	12 (%14,8)	0,303
<i>Fikrim yok</i>	67 (%22,6)	37 (%20,9)	15 (%18,5)	0,718
Soru 9				
<i>Evet</i>	186 (%62,6)	109 (%61,6)	49 (%60,5)	0,932
<i>Hayır</i>	34 (%11,4)	29 (%16,4)	12 (%14,8)	0,294
<i>Fikrim yok</i>	77 (%25,9)	39 (%22,0)	20 (%24,7)	0,634
Soru 10				
<i>Evet</i>	168 (%56,6) ^a	127 (%71,8) ^a	55 (%67,9)	0,003
<i>Hayır</i>	59 (%19,9)	31 (%17,5)	11 (%13,6)	0,413
<i>Fikrim yok</i>	70 (%23,6) ^a	19 (%10,7) ^a	15 (%18,5)	0,002
Soru 11				
<i>Evet</i>	23 (%7,7)	16 (%9,0)	8 (%9,9)	0,786
<i>Hayır</i>	174 (%58,6)	107 (%60,5)	48 (%59,3)	0,923
<i>Fikrim yok</i>	100 (%33,7)	54 (%30,5)	25 (%30,9)	0,744
Soru 12				
<i>Evet</i>	164 (%55,2)	111 (%62,7)	47 (%58,0)	0,279
<i>Hayır</i>	32 (%10,8)	18 (%10,2)	9 (%11,1)	0,968
<i>Fikrim yok</i>	101 (%34,0)	48 (%27,1)	25 (%30,9)	0,293
Soru 13				
<i>Evet</i>	170 (%57,2)	107 (%60,5)	48 (%59,3)	0,782
<i>Hayır</i>	32 (%10,8)	15 (%8,5)	12 (%14,8)	0,306
<i>Fikrim yok</i>	95 (%32,0)	55 (%31,1)	21 (%25,9)	0,576

† Pearson’un Ki-Kare testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gebelik sayısına göre 6 numaralı soruya “*günde 2 defa*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlk gebeliği olan grupta (%72,7) ikinci gebeliği olan gruba göre “*günde 2 defa*” yanıtını verenlerin oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,013$).

Gebelik sayısına göre 7 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, birinci ve ikinci gebeliği olanlara göre ikiden fazla gebeliği olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%49,4) istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Gebelik sayısına göre 8 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 9 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 10 numaralı soruya “*hayır*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 11 numaralı soruya “*hayır*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 12 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 13 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.10. Gebelik Sayılarına Göre Annelerin Bebeğin Ağız Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Çizelge 4.13'te ise annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.13. Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlk	İkinci	İkiden fazla	p-değeri †
Soru14				
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	132 (%44,4)	86 (%48,6)	30 (%37,0)	0,222†
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	118 (%39,7)	74 (%41,8)	42 (%51,9)	0,146†
<i>Süt dişleri dökülmeye başlayınca</i>	13 (%4,4) ^a	2 (%1,1) ^a	0 (%0,0)	0,010‡
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	34 (%11,4)	15 (%8,5)	9 (%11,1)	0,579†
Soru 15				
<i>Günde 1 defa</i>	84 (%28,3)	50 (%28,2)	28 (%34,6)	0,515†
<i>Günde 2 defa</i>	198 (%66,7)	111 (%62,7)	50 (%61,7)	0,571†
<i>Günde 2 defadan fazla</i>	15 (%5,1)	16 (%9,0)	3 (%3,7)	0,133†
Soru 16				
<i>Evet</i>	206 (%69,4)	134 (%75,7)	54 (%66,7)	0,220†
<i>Hayır</i>	25 (%8,4)	10 (%5,6)	11 (%13,6)	0,100†
<i>Fikrim yok</i>	66 (%22,2)	33 (%18,6)	16 (%19,8)	0,632†
Soru 17				
<i>İlk diş sürdüğünde</i>	29 (%9,8)	14 (%7,9)	5 (%6,2)	0,544†
<i>2 yaşından itibaren</i>	107 (%36,0) ^a	86 (%48,6) ^a	31 (%38,3)	0,024†
<i>Tüm süt dişleri çıktıktan sonra</i>	55 (%18,5)	24 (%13,6)	15 (%18,5)	0,349†
<i>Kalıcı dişler çıktıktan sonra</i>	106 (%35,7)	53 (%29,9)	30 (%37,0)	0,367†
Soru 18				
<i>Evet</i>	176 (%59,3) ^{a,b}	123 (%69,5) ^{a,c}	38 (%46,9) ^{b,c}	0,002†
<i>Hayır</i>	45 (%15,2)	25 (%14,1)	18 (%22,2)	0,227†
<i>Fikrim yok</i>	76 (%25,6) ^a	29 (%16,4) ^{a,c}	25 (%30,9) ^c	0,017†
Soru 19				
<i>0-6 ay</i>	82 (%27,6)	62 (%35,0)	21 (%25,9)	0,167†
<i>6-12 ay</i>	201 (%67,7)	112 (%63,3)	58 (%71,6)	0,380†
<i>12-36 ay</i>	14 (%4,7)	3 (%1,7)	2 (%2,5)	0,190†
Soru 20				
<i>0-12 ay</i>	44 (%14,8)	28 (%15,8)	12 (%14,8)	0,954†
<i>12-24 ay</i>	147 (%49,5) ^a	67 (%37,9) ^a	35 (%43,2)	0,045†
<i>24-36 ay</i>	106 (%35,7)	82 (%46,3)	34 (%42,0)	0,068†
Soru 21				
<i>Evet</i>	84 (%28,3)	56 (%31,6)	30 (%37,0)	0,298†
<i>Hayır</i>	87 (%29,3)	56 (%31,6)	18 (%22,2)	0,299†
<i>Fikrim yok</i>	126 (%42,4)	65 (%36,7)	33 (%40,7)	0,472†

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi. Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Çizelge 4.13. (devamı) Annelerin kaçınıcı çocuklarına gebe kaldıklarına göre annelerin bebeğin ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımları

	İlk	İkinci	İkiden fazla	p-değeri †
Soru 22				
<i>Evet</i>	277 (%93,3)	169 (%95,5)	79 (%97,5)	0,264†
<i>Hayır</i>	7 (%2,4)	4 (%2,3)	0 (%0,0)	0,173‡
<i>Fikrim yok</i>	13 (%4,4)	4 (%2,3)	2 (%2,5)	0,414†
Soru 23				
<i>Evet</i>	148 (%49,8) ^a	123 (%69,5) ^{a,b}	45 (%55,6) ^b	<0,001†
<i>Hayır</i>	39 (%13,1)	18 (%10,2)	15 (%18,5)	0,179†
<i>Fikrim yok</i>	110 (%37,0) ^a	36 (%20,3) ^a	21 (%25,9)	<0,001†
Soru 24				
<i>Evet</i>	137 (%46,1)	83 (%46,9)	38 (%46,9)	0,984†
<i>Hayır</i>	75 (%25,3)	40 (%22,6)	22 (%27,2)	0,693†
<i>Fikrim yok</i>	85 (%28,6)	54 (%30,5)	21 (%25,9)	0,747†
Soru 25				
<i>Evet</i>	146 (%49,2)	101 (%57,1)	48 (%59,3)	0,122†
<i>Hayır</i>	54 (%18,2)	29 (%16,4)	20 (%24,7)	0,273†
<i>Fikrim yok</i>	97 (%32,7) ^c	47 (%26,6)	13 (%16,0) ^c	0,011†
Soru 26				
<i>Dişler çıkmadan önce</i>	12 (%4,0)	9 (%5,1)	3 (%3,7)	0,827†
<i>İlk süt dişi çıktığında</i>	111 (%37,4) ^a	50 (%28,2) ^a	21 (%25,9)	0,045†
<i>Süt dişleri tamamlandığında</i>	124 (%41,8) ^a	96 (%54,2) ^a	42 (%51,9)	0,021†
<i>İlk kalıcı dişi çıktığında</i>	50 (%16,8)	22 (%12,4)	15 (%18,5)	0,331†
Soru 27				
<i>3 ayda bir</i>	19 (%6,4)	17 (%9,6) ^b	1 (%1,2) ^b	0,042†
<i>6 ayda bir</i>	154 (%51,9)	91 (%51,4)	51 (%63,0)	0,170†
<i>Yılda bir</i>	118 (%39,7)	66 (%37,3)	24 (%29,6)	0,250†
<i>Ağrısı olduğu zaman</i>	6 (%2,0)	3 (%1,7)	5 (%6,2)	0,133‡
Soru 28				
<i>Evet</i>	188 (%63,3) ^a	134 (%75,7) ^a	56 (%69,1)	0,019†
<i>Hayır</i>	44 (%14,8)	20 (%11,3)	13 (%16,0)	0,467†
<i>Fikrim yok</i>	65 (%21,9) ^a	23 (%13,0) ^a	12 (%14,8)	0,037†
Soru 29				
<i>Evet</i>	285 (%96,0)	171 (%96,6)	74 (%91,4)	0,143†
<i>Hayır</i>	5 (%1,7)	1 (%0,6)	2 (%2,5)	0,395‡
<i>Fikrim yok</i>	7 (%2,4)	5 (%2,8)	5 (%6,2)	0,205†

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi.

Tablodaki aynı üst simgeler arasında anlamlı farklılık görülmektedir.

Gebelik sayısına göre 14 numaralı soruya ‘ilk diş sürdüğünde’ yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 15 numaralı soruya ‘günde 2 defa’ yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 16 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 17 numaralı soruya “*ilk diş sürdüğünde*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0,05$), “*iki yaşından itibaren*” diyenlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. İlk gebeliği olan gruba göre ikinci gebeliği olan grupta “*iki yaşından itibaren*” yanıtını verenlerin oranları (%48,6) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,024$).

Gebelik sayısına göre 18 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımını istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, birinci ve ikinci gebeliği olanlara göre ikiden fazla gebeliği olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%46,9) istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,002$). Bununla birlikte birinci gebeliği olan gruba göre ikinci gebeliği olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı da (%69,5) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$).

Gebelik sayısına göre 19 numaralı soruya “*6-12 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 20 numaralı soruya “*24-36 ay*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 21 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 22 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 23 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımını istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, ilk ve ikiden fazla gebeliği olanlara göre ikinci gebeliği olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%69,5) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Gebelik sayısına göre 24 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 25 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısına göre 26 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, ilk gebeliği olan gruba göre ikinci gebeliği olanlarda “*ilk süt dişi çıktığında*” yanıtını verenlerin oranı (%28,2) istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu($p=0,045$).

Gebelik sayısına göre 27 numaralı soruya “*6 ayda bir*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

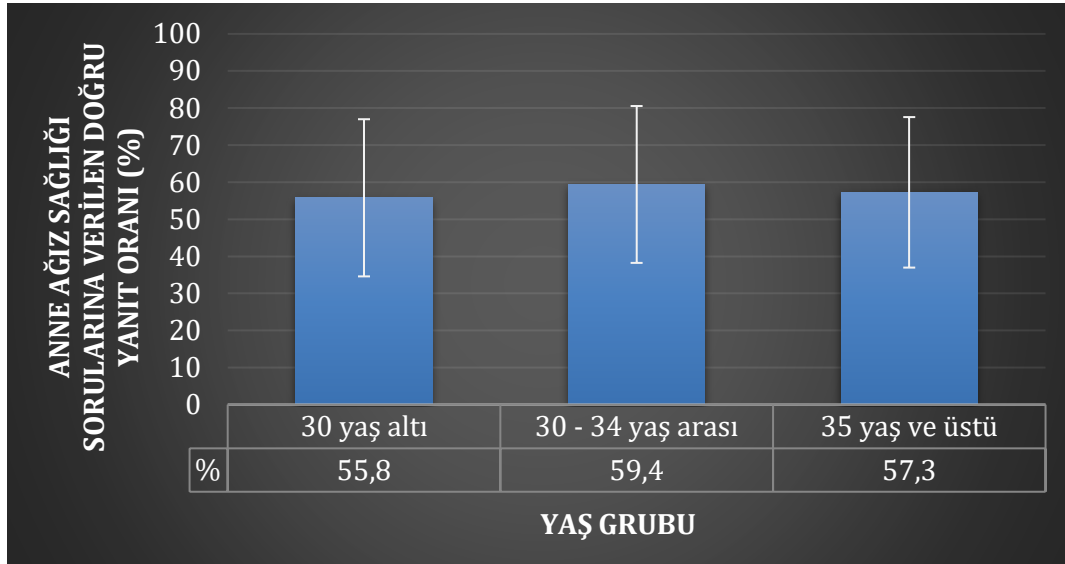
Gebelik sayısına göre 28 numaralı soruya verilen yanıtların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup, ilk gebeliği olan gruba göre ikinci gebeliği olanlarda “*evet*” yanıtını verenlerin oranı (%75,7) istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,019$).

Gebelik sayısına göre 29 numaralı soruya “*evet*” yanıtını veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

4.11. Anne Ağız Sağlığı Sorularına Verilen Doğru Yanıt Oranları

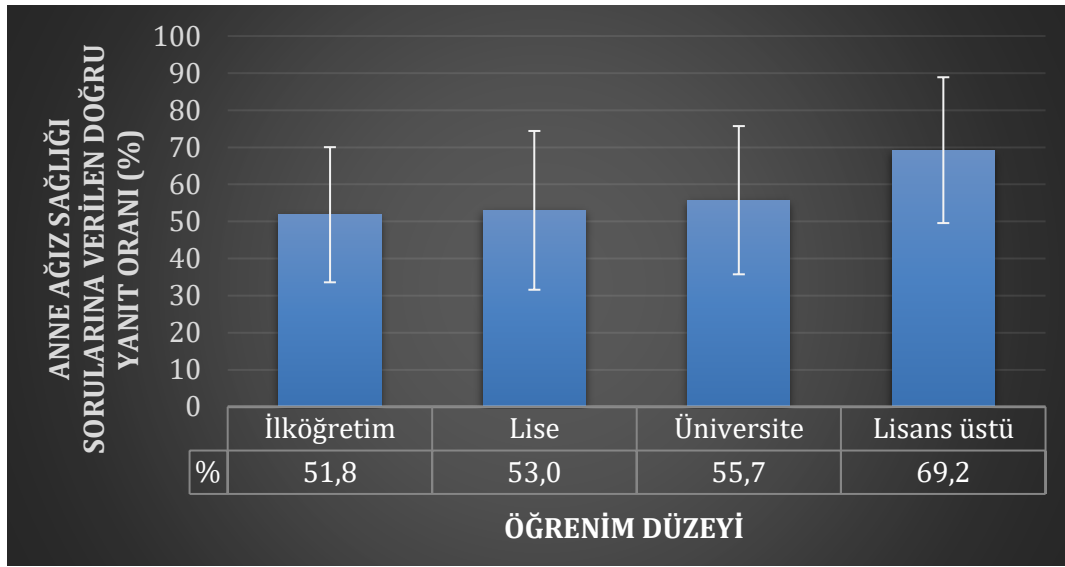
Annelerin kendi ağız sağlıkları ile ilgili sorulara vermiş oldukları doğru yanıtların oranı her bir sosyodemografik veri için grafikler halinde gösterildi.

Anne ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları yaş grubu bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %59,4 ile 30-34 yaş arası grupta olduğu gözlemlendi (Şekil 4.1). Yaş grupları arasında anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,152$).



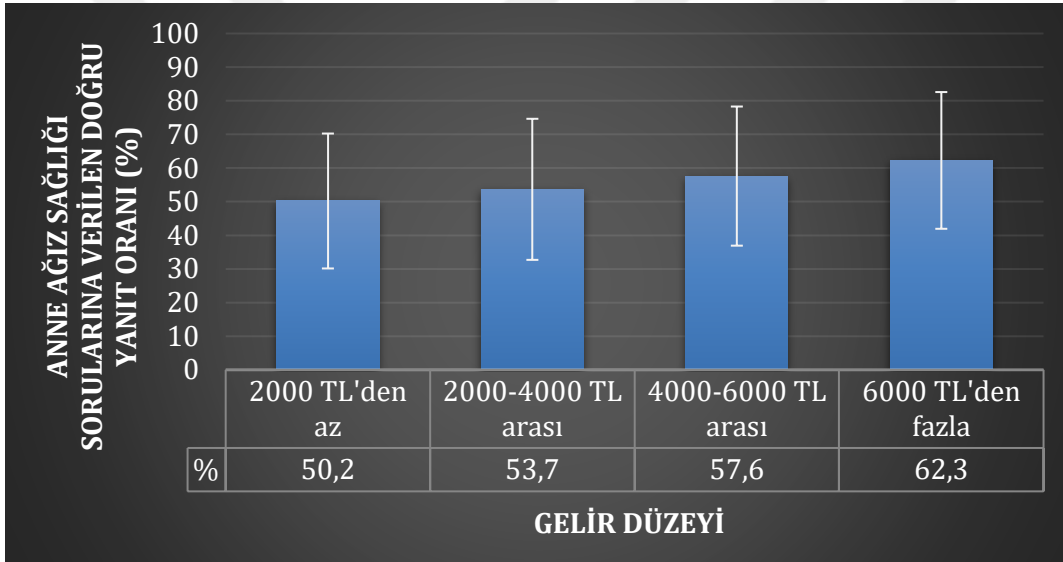
Şekil 4.1. Yaş grubuna göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Anne ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları eğitim d¼zeyi bakımından değerlendirildiğinde en y¼ksek oranın %69,2 ile lisans¼st¼ grubunda olduğu, en d¼ř¼k oranın %51,8 ile ilköğretim grubunda olduğu belirlendi (şekil 4.2). Öğrenim d¼zeyi gruplarına göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt y¼zdeleri yön¼nden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$). İlköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre lisans¼st¼ mezunları sorulara daha y¼ksek oranda doğru yanıt vermişti ($p<0,001$). İlköğretim, lise ve üniversite mezunlarının birbirleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).



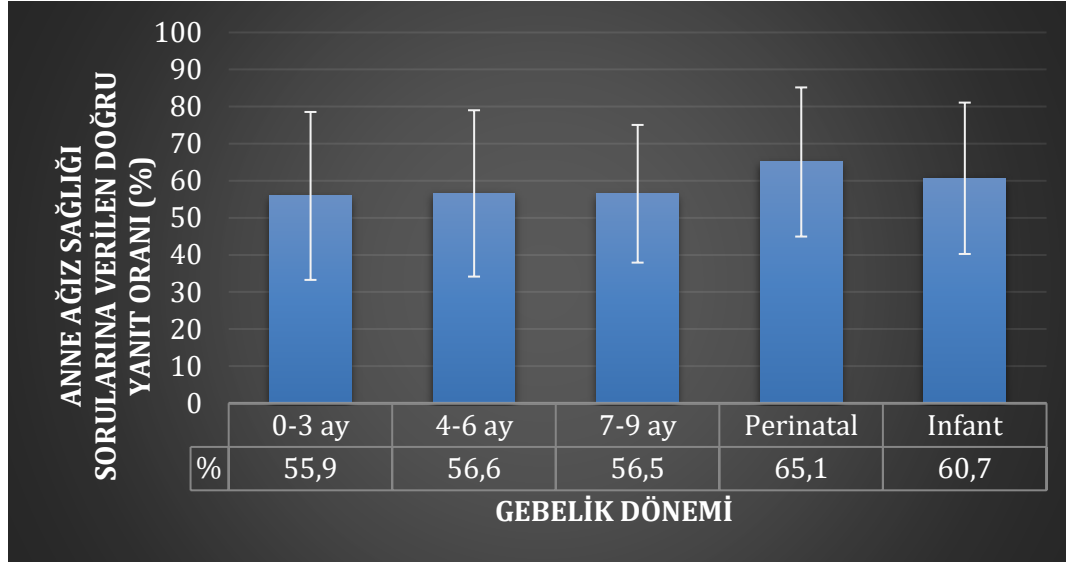
şekil 4.2. Öğrenim d¼zeylerine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Anne ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları gelir düzeyi bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %62,3 ile 6000 TL'den fazla geliri olan grupta olduğu, en düşük oranın %50,2 ile 2000 TL'den az geliri olan grupta olduğu bulgulandı (Şekil 4.3). Gelir düzeyi gruplarına göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,001$). 2000 TL'den az geliri olan gruba göre sırasıyla; 4000-6000 TL arası ve 6000 TL'den fazla geliri olanlar sorulara daha yüksek oranda doğru yanıt vermişti ($p<0,001$). Ayrıca, gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olanlara göre 6000 TL'den fazla geliri olanların da daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görüldü ($p<0,001$). Diğer gelir gruplarının birbirleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).



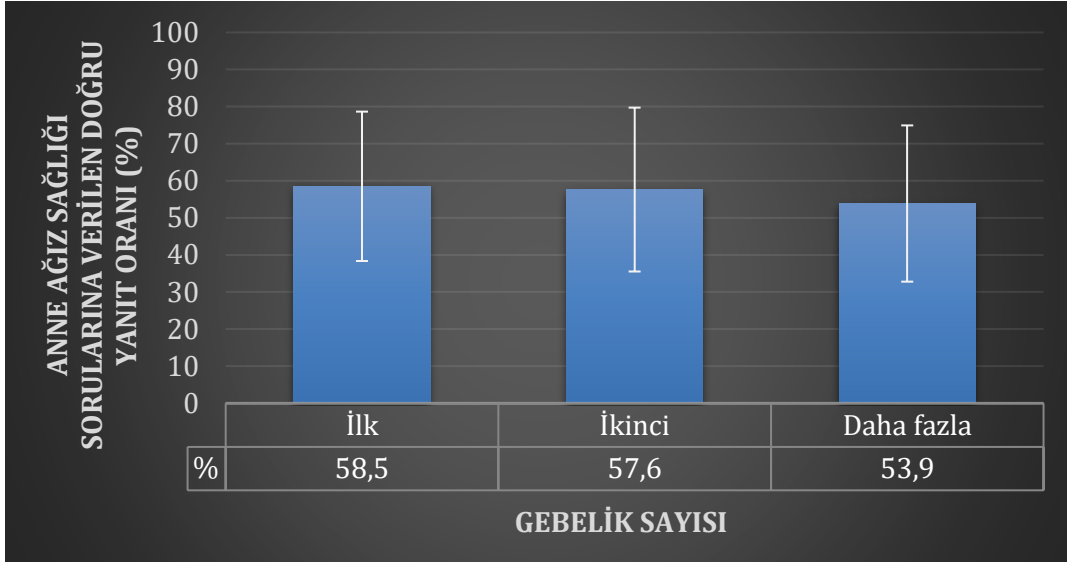
Şekil 4.3. Gelir düzeyine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Anne ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları hamilelik dönemi bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %65,1 ile perinatal grubunda olduğu, en düşük oranın %55,9 ile 0-3 aylık hamile grubunda olduğu izlendi (Şekil 4.4). Hamilelik dönemleri arasında anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,061$).



Şekil 4.4. Gebelik dönemine göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Anne ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları hamilelik sayısı bakımından değerlendirildiğinde en yksek oranın %58,5 ile ilk hamileliği olan grupta olduğu bulundu (Şekil 4.5). Annelerin kaçınıcı çocuğa hamile oldukları ile anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görulmedi ($p=0,279$).

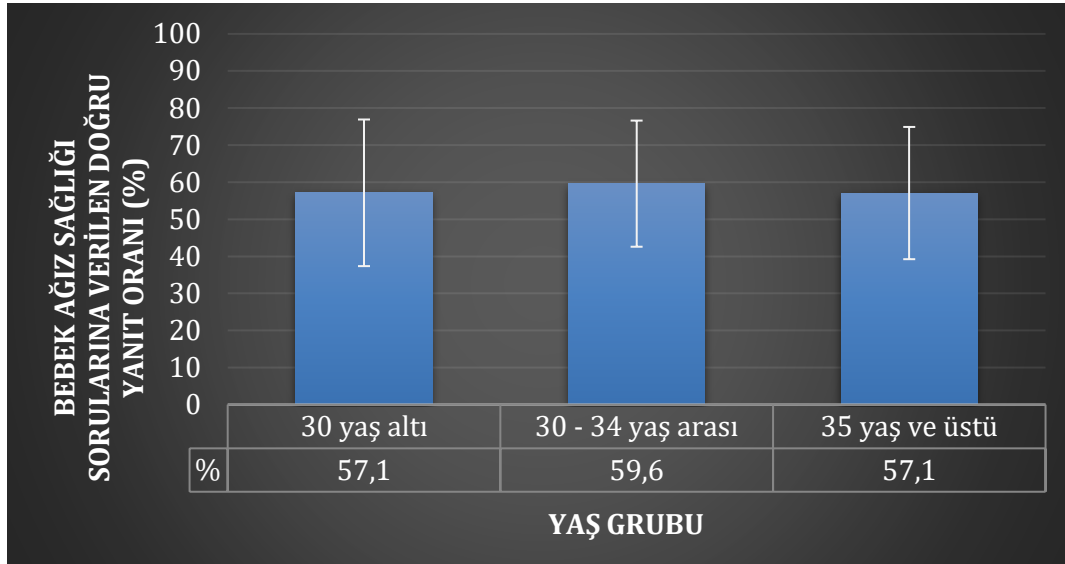


Şekil 4.5. Gebelik sayısına göre anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

4.12. Bebek Ağız Sağlığı Sorularına Verilen Doğru Yanıt Oranları

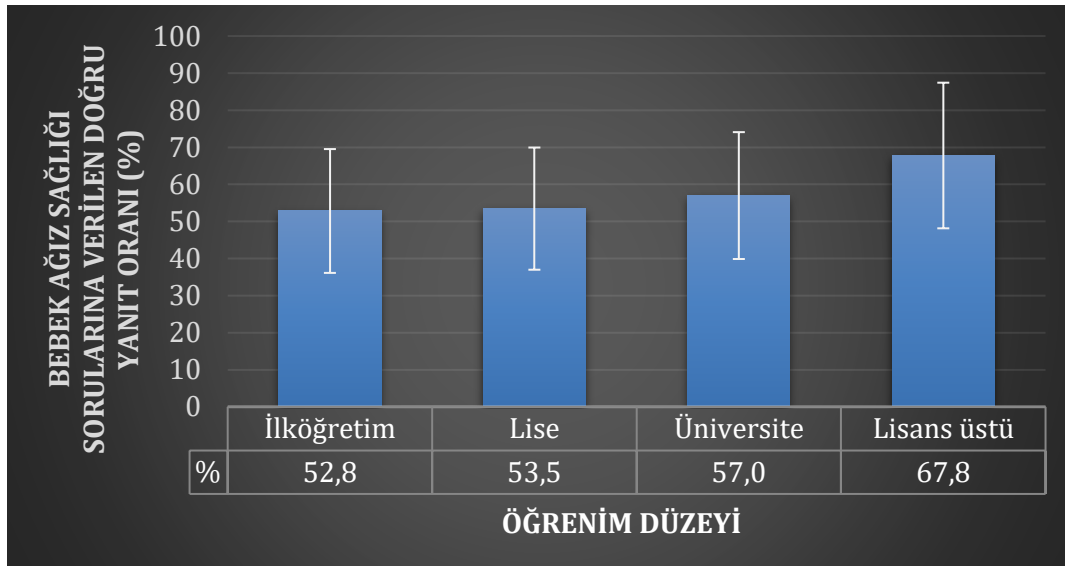
Annelerin infant ağız sağlığı ile ilgili sorulara vermiş oldukları doğru yanıtların oranı her bir sosyodemografik veri için grafikler halinde gösterildi.

Bebek ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları yaş grubu bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %59,6 ile 30-34 yaş arası grubunda olduğu gözlemlendi (Şekil 4.6). Yaş grupları arasında bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,356$).



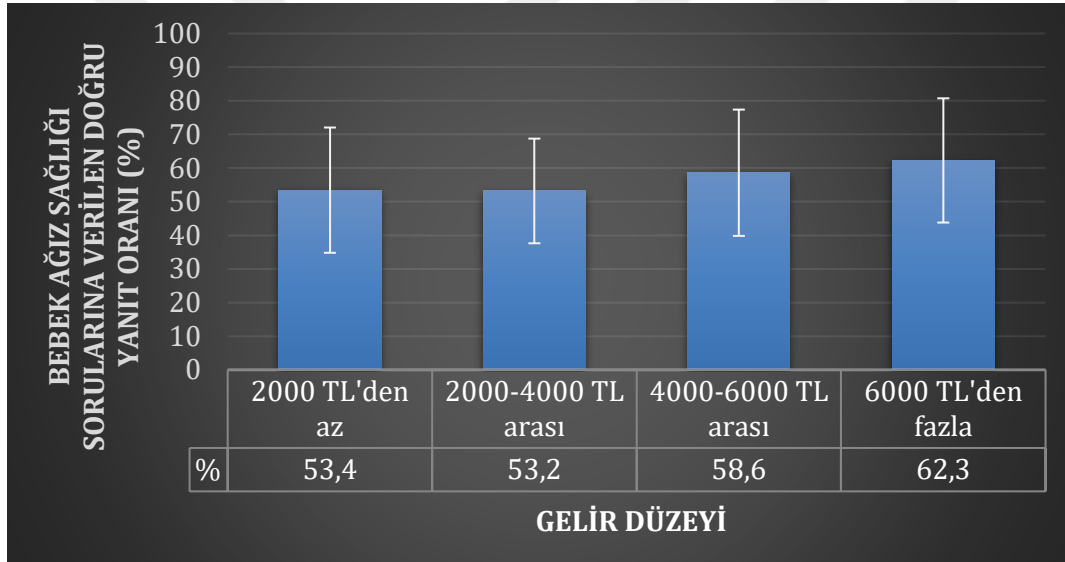
Şekil 4.6. Yaş grubuna göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Bebek ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları öğrenim düzeyi bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %67,8 ile lisansüstü grubunda olduğu, en düşük oranın %52,8 ile ilköğretim grubunda olduğu belirlendi (Şekil 4.7). Öğrenim düzeyi gruplarına göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$). İlköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü mezunları sorulara daha yüksek oranda doğru yanıt vermişti ($p<0,001$). İlköğretim, lise ve üniversite mezunlarının birbirleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).



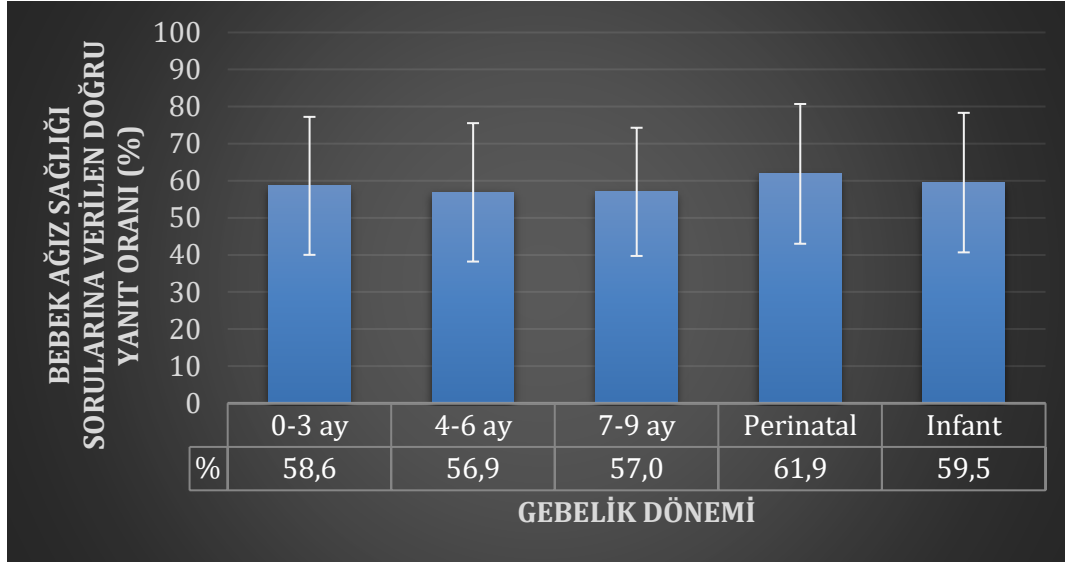
Şekil 4.7. Öğrenim düzeyine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Bebek ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları gelir düzeyi bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %62,3 ile 6000 TL'den fazla geliri olan grupta olduğu bulguları. En düşük oran ise %53,2 ile gelir düzeyi 2000-4000 TL olan grupta bulundu (Şekil 4.8). Gelir düzeyi gruplarına göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$). 2000 TL'den az geliri olan gruba göre 6000 TL'den fazla geliri olanlar sorulara daha yüksek oranda doğru yanıt vermişti ($p = 0,005$). Ayrıca, gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olanlara göre sırasıyla; 4000-6000 TL arası ve 6000 TL'den fazla geliri olanların da daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görüldü ($p < 0,001$). Diğer gelir gruplarının birbirleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).



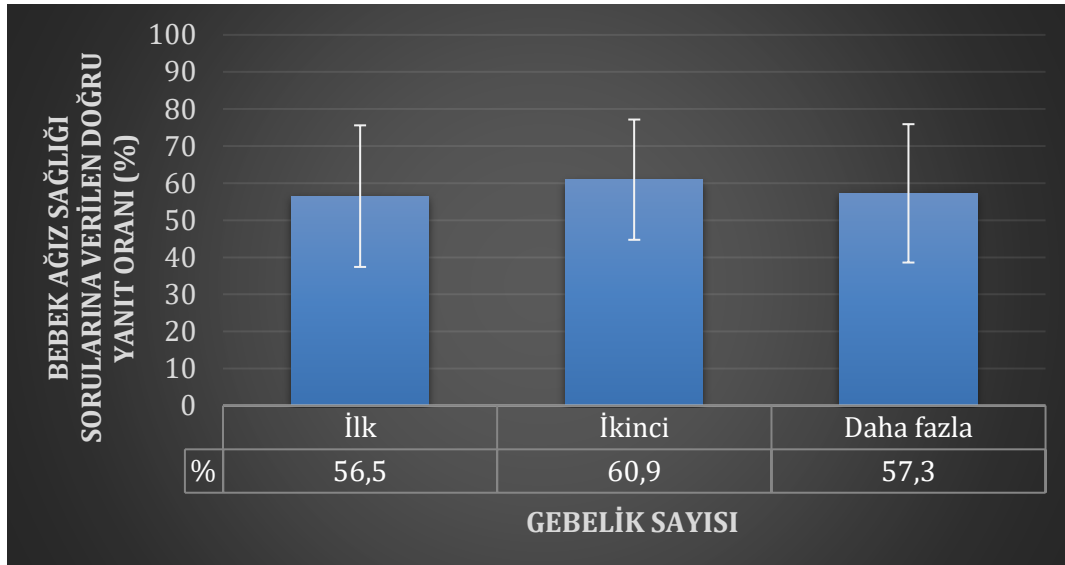
Şekil 4.8. Gelir düzeyine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Bebek ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları hamilelik dönemi bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %61,9 ile perinatal grubunda olduğu izlenirken en düşük oranın %56,9 ile 4-6 ay grubunda olduğu izlendi (Şekil 4.9). Hamilelik dönemleri arasında bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,621$).



Şekil 4.9. Gebelik dönemine göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)

Bebek ağız sağlığına verilen doğru yanıt oranları hamilelik sayısı bakımından değerlendirildiğinde en yüksek oranın %60,9 ile ikinci hamileliği olanların grubunda olduğu bulundu (Şekil 4.10). Annelerin kaçınıcı çocuğa gebe oldukları ile bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,020$). İlk çocuğuna hamile olanlara göre ikinci çocuğuna hamile olanların sorularına daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görüldü ($p=0,005$). Diğer grupların birbirleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).



Şekil 4.10. Gebelik sayısına göre bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt oranları ve standart sapmaları (n=555)



5. TARTIŞMA

Hamilelik, bir kadının hayatında, farkındalığının ve kişinin kendi sağlık durumunu iyileştirme isteğinin ortaya çıkabileceği zamanlar için eşsiz bir dönemdir. Anne adaylarının, hem genel sağlığın hem de ağız sağlığının iyileştirilmesine yönelik müdahalelere açıklık gösterdiği bir zamandır. Başarılı davranış yönlendirmeleri için de fırsatlara yol açmaktadır.

Bu çalışmada, yaptığımız kaynak taramalarında Türkiye’de annenin infant ağız sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen bir çalışmaya rastlanılmamaktadır. Annelerin kendi ağız sağlıkları ile hamilelik sonuçları arasındaki ilişkilere ilişkin bilgisinin derecesini belirten, yalnızca biri anket çalışması olmakla birlikte, çok az sayıda çalışma yayınlanmıştır [93-95]. Çalışmamızda Gazi Üniversitesi’ne başvuran hamile kadınların ağız sağlığına ilişkin anlayış ve davranışlarını ve bu davranışlarının infantla ilgili önemine ilişkin algılarını öğrenmeyi ve bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefledik.

Perinatal dönem, hamilelikte 20-28. haftanın tamamlanmasından başlayarak ve doğumdan 1-4 hafta kadar sonra sona eren süre olarak tanımlanır [98]. Birçok kadın hamileliği sırasında diş bakımı yaptırmaz. Pek çok anne aday, kendilerine, hamileliklerine ve / veya doğmamış çocuklarına kötü ağız sağlığının olumsuz etkilerinden habersizdir [97,99]. Perinatal ağız sağlığı, hamile kadınların ve yenidoğan çocuklarının genel sağlık ve iyilik hallerinde önemli bir rol oynar [96,97].

Sağlık uygulamaları ve sağlık hizmetlerinin kullanımı da dahil olmak üzere sağlık davranışlarının sağlık durumuna etkisi olduğu belirlenmiştir. Dünya çapındaki ağız sağlığı profesyonellerinden hastalara genel tavsiye, genellikle uygun konsantrasyonda florürlü diş macunu gibi yardımcı maddelerle günde iki kez diş fırçalamak gerektiğidir. Florürlü diş macunu ile günde iki kez düzenli diş fırçalamanın yapılması tüm yaş grupları için yaygın olarak önerilmektedir [100-103]. Gebelik sırasındaki uygun oral hijyen ile plak temizliği ve ağız bakımı dişeti iltihabı seviyesini en aza indirebilir [104] ve hamilelik sırasında profesyonel diş hekimliği hizmetlerinin kullanılması periodontal sağlığı iyileştirmektedir [76,105]. Birkaç büyük popülasyon bazlı hamile araştırmasında, sosyodemografik faktörlerin kötü oral hijyen alışkanlıklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Bu konunun önemine rağmen, araştırmalar hamile kadınların ağız sağlığına yeterince uymadığını göstermiştir [96,106-108].

Kandan ve diğerleri, araştırmalarında hamile annelerin % 63'ünün hamilelik sırasında şekerden zengin yiyecek tüketimini arttırdığını, bu kadınların % 65'inin dişlerini günde yalnızca bir kez fırçaladığını ve % 59'unun dişlerini fırçalarken diş etlerinden kanama yaşadığını göstermiştir [109]. Chung ve diğerlerinin hamileler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, anne adaylarının %88'inin günde en az iki kez fırçaladığını, % 42'sinin en az günde bir kez diş ipi kullandığını ve % 51'inin 6 ayda bir diş kontrolleri yaptırdığını bildirmişlerdir. Düşük gelirin, daha fazla kötü ağız hijyeni sonuçları ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. En yüksek eğitim seviyesine kıyasla, düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda sondlamada kanama daha yüksek, plak indeksi daha yüksek, cep derinliği ölçümlerinde 5mm'den daha derin cep görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Son 6 ayda diş hekimi ziyareti yapılmaması durumunun, sondlamada kanama, plak indeksinde ve cep derinliğinde artış ile daha fazla ilişkili olduğu görülmüştür [110]. Malkawi ve diğerlerinin yaptıkları çalışmadan elde ettikleri bulgularda hamile annelerin %62.4'ü düzenli olarak dişlerini fırçalamış ancak % 73,2'si diş ipi, ağız çalkalama suyu gibi yardımcı oral hijyen ürünleri kullanmamıştır [111]. Correia ve diğerlerinin yaptığı çalışmada diş hekimi kontrollerini yaptırma, diş ipi kullanma ve şekerli sakızların önleyici rolünün bilgisine sahip olma durumu, düzenli diş hekimine gidenlerde düzensiz gidenlere göre daha fazla bulunmuştur. [112]. Özen ve diğerlerinin çalışmasında ise hamilelerin %57'si günde 1 kereden fazla diş fırçalarken, %93'ü günde bir defa fırçaladığını belirtmiştir. Ayrıca yardımcı hijyen araçlarının kullanımıyla ilgili olarak hamilelerin %8'i diş ipi, %3'ü ağız çalkalama suyu kullandığını bildirmişlerdir [95].

Anket çalışmamız bu çalışmalarla benzer sonuçlara sahipti. Hamile anne ve anne adaylarının %67,4'ü dişlerin günde iki defa fırçalanması gerektiğini belirttiler. Bunun yanında %13,5'i günde bir defa, %19,1'i ise günde ikiden daha fazla fırçalamanın gerekli olduğu görüşündeydiler. Sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu. Çalışmamızda "günde 2 defadan fazla" diyenlerin oranları anlamlı farklılık gösterdi ve bu farka neden olan durum lisansüstü mezunlarının bu seçeneği daha fazla oranda belirtmiş olmasıydı (p=0,011). Gelir düzeyleri bazında bakıldığında gelir düzeyi 6000 TL'den fazla olanlar, diğer gelir gruplarına göre

“günde 1 defa” yanıtını anlamlı olarak daha düşük oranda verirken ($p=0,002$), “günde 2 defadan fazla” yanıtını anlamlı bir farkla daha yüksek oranda vermişlerdir ($p=0,012$).

Dişlerde proksimal çürük lezyonlarının tedavisine ilişkin 2015 yılında yapılan bir Cochrane Sistemik İnceleme, diş ipi kullanımının dişlerde madde kaybını önleyebileceğini kabul eder. Bu nedenle, tekniğe duyarlı bir müdahale olması ve insanların diş ipi kullanma davranışlarına katılımlarını bildirirken her zaman doğru teknikle yapamadıkları gerekçesi nedeniyle sonuçlar karmaşıktır [113]. Diş ipi ve ağız çalkalama suyu gibi, fırça ve macuna yardımcı hijyen ürünlerinin kullanımıyla ilgili görüşlerini öğrenmek için sorduğumuz, ağız hijyeninin sağlanabilmesi için diş fırçası haricinde yardımcı oral hijyen ürünlerinin kullanımının gerekliliğiyle ilgili soruya hamilelerin %68,8'i “evet”, %19,6'sı “hayır”, %11,5'i ise “fikrim yok” cevabını verdi. Sonuçlar, sosyoekonomik düzeyi yüksek, eğitilmiş anne ve anne adaylarının ağız hijyenini sağlama konusunda daha bilgili olduklarını destekler nitelikteydi. Öğrenim düzeyi karşılaştırması yapıldığında lisansüstü mezunlarında “evet” diyenlerin oranı diğer öğrenim düzeylerinin hepsinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Gelir düzeyi > 6000 TL olan grupta diğerlerine göre “evet” yanıtını verenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek, “hayır” yanıtını verenlerin oranı ise istatistiksel olarak anlamlı ve daha düşüktü ($p<0,05$).

Çalışmamızda ilk gebeliği olan grubun, ikinci gebeliği olan gruba göre dişlerin “günde 2 defa” fırçalanması yanıtını istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda vermesi ($p=0,013$) ve ikiden fazla gebeliği olanların, ilk ve ikinci gebeliği olanlara göre fırça ve macun dışında diğer oral hijyen ürünlerinin kullanılması gerektiğine “evet” yanıtının anlamlı olarak daha düşük olmasıydı ($p<0,001$). Elde ettiğimiz verilere göre, annelerin ilk hamileliklerinde ağız bakımı ve fırçalama alışkanlıklarına sonraki hamileliklerine oranla daha fazla özen gösterdiği söylenebilir.

Hamilelik, periodontal hastalığa karşı daha yüksek düzeyde duyarlılık da dahil olmak üzere, vücutta önemli fizyolojik değişikliklerin olduğu bir zamana işaret eder [114]. Hormonal, immünolojik ve vasküler değişiklikler, plak gibi tahriş edici maddelere yanıt olarak dişeti iltihabını şiddetlendirebilir. Amerikan Periodontoloji Akademisi periodontal hastalığı, dişleri destekleyen yumuşak ve sert yapıları etkileyen enflamatuvar bir hastalık olarak tanımlar [115]. Dişeti iltihabı olarak bilinen hastalığın erken evresinde, vücudun

zararlı bakterilerin varlığına verdiği doğal tepki olan iltihaplanma nedeniyle diş eti şişer ve kızarır. Periodontitis adı verilen periodontal hastalığın daha ciddi formunda diş etleri dişlerden çekilir ve destek diş eti dokuları tahrip olur, diş kayıpları görülebilir [115]. Periodontitis, temel olarak yerel ve sistemik proinflatuar mediatör seviyelerini yükselten Gram negatif anaerobik bakterilerden kaynaklanır [116].

Önemli bazı endokrin ve oral değişimler, aylar boyunca plazma hormon düzeylerindeki belirgin artışa bağlı olarak, hamileliğe eşlik eder. Hamileliğin ikinci ve üçüncü trimestirinde, hamilelikle ilişkili gingivitis, hastalığın prevalansında ve şiddetindeki artışla karakterizedir. Hamilelik sürecinde nispeten daha az plak varlığına rağmen, gingival inflamasyonun temel belirtilerinin ortaya çıkma eğilimi çok daha fazladır [117]. Uzun dönemli kesitsel çalışmalarda, diş eti inflamasyonunun prevalansı ve şiddeti doğum sonrası bireylerle karşılaştırıldığında, plak skorlarının her iki grup arasında aynı kalmasına rağmen, hamilelerde anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur [118,119]. Buna ilaveten hamile kadınlarda diş eti sondlama derinlikleri, diş fırçalamaya bağlı kanama ve sondlamada kanama artışı söz konusudur [120]. Armitage ve diğerleri [121] yaptıkları çalışmada hamilelik dönemindeki kadınların %60-70'inde "gebelik gingivitisine" rastlarken, Rakchanok ve diğerleri [122] bu durumun tüm gebelerin yaklaşık % 30 ila % 86'sını etkilediğini bildirmiştir.

Gonik ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada devlet hastanesine gidenlerin %61'i ve özel bir merkeze giden hamile kadınların %72'si hamileliğin kötüleşmekte olan diş eti sağlığına neden olabileceğini kabul etmiştir [123]. Özen ve diğerlerinin hamile Türk kadınları üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %68,7'si hamilelik sırasında ağız sağlığı problemlerini tecrübe ettiğini ve hamileliğin diş eti problemlerine neden olabileceğini söylemiştir [95]. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla çok benzer bulgulara rastlandı ve anketimize katılan kadınlardan % 68,1'i hamileliğin diş eti problemleri görülmesine neden olduğunu belirttiler. Hamileliğin diş eti problemlerine yol açabileceği bilgisine sahip kadınlardan gelir düzeyi ve öğrenim düzeyi yüksek olanlar, düşük olanlara oranla anlamlı derecede daha fazla bulundu. Hamilelik dönemlerine göre bakıldığında 4-6 ay, 7-9 ay ve infant gruplarına göre 0-3 ay grubunda hamileliğin diş eti problemleri görülmesine neden olduğunu söyleyenlerin oranı anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). İlk trimestirdaki anne ve anne adaylarının bu soruya daha düşük oranda doğru yanıtı vermesinin nedeninin henüz hamilelikle ilişkili periodontal hastalığı tecrübe etmemiş olabileceğini

düşündürmektedir. Bunu hamileliğin ikinci ve üçüncü trimestirinde periodontal problemlerin prevalans ve şiddetinde meydana gelen artışın çok daha fazla olduğu yönündeki bilgiye dayanarak açıklanabilir [117].

Diş etleriyle ilgili bu iltihabi süreç, en azından kısmen, hamilelik sırasında artan östrojen ve progesteron seviyelerinin, diş eti dokusunun diş plağına abartılı yanıt vermesine ve böylece diş eti iltihabı riskini arttırmasına neden olmaktadır. Dişeti iltihabı iyi plak kontrolü ile tersine çevrilebilir [124]. Belki de artmış plak ve azalmış oral hijyenin tetiklediği diş eti problemlerinin hamilelikle doğrudan ilişkili olmadığını düşünen katılımcıların %10,5'lik kısmı, diş eti problemlerinin görülmesine hamileliğin neden olmadığını söylemişlerdir.

Diş çürüğü, hamilelik sırasında başka bir sık görülen ağız sağlığı sorunudur. Hamile kadınların diş çürüğü sıklığı diğer kadınlardan 3 kat daha fazladır [122]. Farklı toplumlarda yapılan çeşitli çalışmalar, hamile kadınlar arasında diş çürüğünün prevalansının % 23 ile 43 arasında olduğunu ve gebelerin ortalama DMFT indeks değerinin genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir [125,126]. Bu bulgu, hamile annelerin oral kavitelilerindeki asiditenin artması, şekerli diyet isteği, ağız hijyenine gösterdikleri yetersiz bakım ve gecikmiş tedavi gibi yaşadıkları özel durumlar nedeniyle olabilir [127]. Molnar-Varlam ve diğerleri ise daha fazla çocuk doğuran kadınların, yalnızca bir çocuğu olan kadınlara göre daha yüksek bir "çürüme" oranı gösterdiği kaydetmiştir [128]. Bu nedenle, ağız sağlığı bakımı, doğum öncesi sağlık bakımının önemli bir bileşeni olmalıdır. Bununla birlikte, önceki çalışmalarda hamile kadınlar arasında ağız sağlığı hizmeti kullanımının prevalansı popülasyona bağlı olarak yalnızca % 22.7 ila % 61.0 aralığındadır [96,129-131].

Hamilelik sırasında diş hekimlerini ziyaret etmeyen kadınlar, ağız sağlığı problemleri olmadığını, yetersiz zamanlarının bulunduğunu, diş tedavisinin fetusa zarar verebileceğini veya diş hizmetlerinden korktuklarını söyleyerek bu yanlış davranışı sürdürebilirler [96,131,132]. Özen ve diğerlerinin hamile Türk kadınları üzerinde yaptığı çalışmanın en çarpıcı bulgusu, diş hekimlerinin tıp doktoruna danışmadan lokal anestezi yapması, antibiyotik reçete etmesi gibi olasılıklardan korkulduğu için veya hamilelik süresince diş hekiminin işlem yapamayacağı düşünüldüğü için hamile kadınların %57,2'sinin diş hekimine gitmediğinin bulunmuş olması olabilir [95].

Londra’da yapılan bir kohort çalışmasında annelerin % 35’i hamilelik sırasında ağız sağlığı tavsiyesi almamıştır. % 30’u diş hekiminden, % 21’i ebelerden ve % 7’si pratisyen hekimden ağız sağlığı tavsiyesi aldığını bildirmiştir. % 57’si ağız sağlığı tavsiyesi alma fikrini memnuniyetle karşılarken, % 25 “ilgilenmiyor”, % 11 “emin değil” cevabını vermiştir [112]. Kateeb ve diğerleri, gebelikte diş bakımını kullanmadaki engelleri değerlendirdiğinde, diş hekimliği maliyetlerini ve zaman kısıtlamalarını önemli zorluklar olarak algılayan annelerin DMFT puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Anneler ayrıca, genel sağlık uzmanlarının, diş hekimlerini ziyaret etmeyi önleme konusundaki tavsiyelerinin, hamile iken diş bakımına erişimin önündeki bir engel olduğunu da bildirmiştir [133]. Ürdün’ün kuzeyindeki hamile kadınlar arasında yapılan çalışmada ise katılımcıların % 68.2’si hamilelik sırasında diş konsültasyonuna ihtiyaçları olduğunu bilmesine rağmen sadece % 39,5’i hamilelik sırasında diş konsültasyonu almıştır. Hastaların % 44,5’i ağrı hissettiğinde diş hekimini ziyaret etmiştir. Eğitim düzeyi ile hamilelik sırasında diş konsültasyonuna ihtiyaç olduğu konusundaki bilgi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur[111].

Çalışmamız da bilgi düzeyleri açısından yüzdelere bakıldığında bu çalışmalarını doğrular nitelikteydi. Hamile annelerin %62’si, hamilelik süresince diş hekimine gitmenin gerekli olduğunu belirtti. %13,5’i diş hekimine gitmenin gerekli olmadığını düşünürken, %24,5 ‘i ise bu konu hakkında bir fikir sahibi olmadığını bildirdi. Hamilelik süresince diş hekimine gitme gerekliliğine “’evet” diyen annelerin oranları hem öğrenim düzeyleri açısından hem de gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Söz konusu farka neden olan durum öğrenim düzeyi açısından bakıldığında lisansüstü mezunlarından “’evet” diyenlerin oranlarının ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek olmasıydı ($p<0,001$). Katılımcıların gelir düzeylerine göre cevaplarına bakıldığında ise gelir düzeyi 6000TL’nin üzerinde olanlar diğer gelir gruplarına göre anlamlı bir farkla hamilelikte diş hekimine gidilmesi ile ilgili soruya daha fazla oranda “’evet” yanıtını verdiler ($p<0,001$).

Zayıf anne ağız sağlığı, perinatal ve erken çocukluk ağız sağlığı için olumsuz etkileri olan değiştirilebilir bir sağlık durumudur. Kadınların hamilelikte kötü ağız sağlığını normal olarak algıladığına dair kanıtlar olduğu için bu durum toplum inançlarının ve perspektiflerinin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını gerektirir [97]. Gonik ve diğerlerinin yaptıkları ankete katılanların yarısı, diş eti kanamalarının hamilelikte normal bir bulgu

olabileceğini bildirmiştir. Aynı zamanda, katılımcılar diş çürümesi ve diş kaybının gebelikle ilişkili normal fizyolojik olaylar olduğunu düşünmüştür. Hamilelik esnasında periodontal hastalıklarla ilişkili riskler hakkında çoğu, bunun kötüleşmekte olan diş eti hastalığına yol açabileceğini kabul etse de, pek azı bu durumun olumsuz hamilelik sonuçlarıyla ilişkili olduğunu anlamıştır [123]. Kateeb ve diğerleri, yaptıkları çalışmada hamile annelerin yalnızca hamile oldukları için bir dişlerini kaybedebileceklerini ya da diş hekimini ziyaret etmenin güvenli olmadığını düşündüklerini gözlemlemişlerdir. Bu yaygın yanlış inanış, daha fazla plak birikimi ile de ilişkili olarak bulunmuştur. Hamilelik sırasında sağlık hizmeti sunan kişilerin önerileri nedeniyle diş bakımı hizmeti almayan annelerin DMFT puanları daha yüksek bulunmuştur [133]. Özen ve diğerleri ise çalışmalarında hamilelerin %43'ünün diş kaybı yaşayacağına inandığını, %73'ünün fetusun dişlerden kalsiyum kaybına neden olduğunu düşündüğünü bulgulamışlardır.

Çalışmamızda hamilelikte kötü ağız sağlığının normal olarak algılandığı bilgisi doğrultusunda sorduğumuz “Hamilelik diş kayıplarına neden olur mu?” sorusuna, katılımcıların %63,1'i “evet” yanıtını verdi. Bu sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla benzer bulgular verdi. Hamilelik dönemlerine göre bakıldığında, ilk trimesterde olan 0-3 aylık hamile katılımcılarda hamilelik nedeniyle diş kaybı yaşanabileceğini düşünenlerin oranı diğer tüm gruplara göre anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0,002$). Bu sonuç bize, hamilelik başlangıcında diş kaybı ile ilgili problemlerin sıkıntılı bir durum yaratmadığını fakat hamileliğin ilerleyen dönemlerinde daha ciddi bir sorun teşkil edebileceği düşüncesini gösterdi. Hamilelik sayısına göre baktığımızda ikinci hamileliği olan grupta “evet” yanıtını verenlerin oranı ilk hamileliği olan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$). Bu da bize birden fazla hamilelik tecrübesi yaşayan kadınların, ağız sağlığı sonuçlarının daha kötü olabileceğini ve hamilelikte deneyimledikleri olumsuz etkilerin hamilelikle doğru orantılı olarak arttığını düşündürdü. Bununla birlikte anne ve anne adaylarımızın “Hamilelik süresince her ağırlı diş çekilmeli midir?” sorusuna %59,3'ünün “hayır” yanıtını vermesi, hamilelikte yaşanan diş kaybının normal olmayabileceğini düşündüklerini göstermiş olabilir. Bu sonuç, diş kaybıyla sonuçlanacak çekim işleminin hamilelik döneminde değil de doğum sonrasında yapılması gerektiğiyle ilgili düşüncelerden kaynaklanmış da olabilir.

Tedavi edilmeyen diş eti iltihabı, diş destek yapılarında geri dönüşü olmayan ilerleyici bir tahribata yol açan periodontitise doğru ilerleyebilir ve bu, erken doğum ve düşük doğum

ağırlıklı bebekler gibi hamileliğin olumsuz sonuçları ile bağlantılıdır [75,134]. Preterm veya erken doğum, genellikle 37 haftadan daha az gebelik yaşı olarak tanımlanır. Düşük doğum ağırlığının uluslararası tanımı, gebelik yaşına bakılmaksızın “2500 gr'ın altında” bir ağırlıktır. 1500 gr'nin altındaki ağırlıklar çok düşük ve 1000 gr'nin altındaki ağırlıklar son derece düşük olarak kabul edilir [135]. Gesase ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada, doğum sırasında periodontal hastalığı olan kadınların, 2.5 kg'dan daha düşük ağırlıklı bebek doğurma olasılığı, periodontal hastalığı olmayan kadınlara kıyasla 2.6 kat daha yüksek bulunmuştur. Doğum sırasındaki gebelik yaşı incelendiğinde, periodontal hastalığı olan annelerin, olmayan annelere göre 37 haftadan daha erken doğum yapma olasılıkları arasında 2.7 kat fazla olmak üzere anlamlı bir fark bulunmuştur [136].

Özen ve diğerleri yaptıkları anket çalışmasında, hamile kadınların %75'i hamilelik ve ağız sağlığı arasında bir bağlantı olduğunu bildirmişlerdir. Ancak kadınların yalnızca %47'si ağız ve diş sağlığı sorunlarının gebelik sonuçlarını etkileyebileceğini belirtmiştir [95]. Gonik ve diğerlerinin yaptığı benzer bir çalışmada ise kötü ağız hijyeni durumunun düşüğe yol açabileceğini hamile kadınların yalnızca %7'si, erken doğuma yol açabileceğini ise yalnızca %12'si doğru yanıt vermiştir [123].

Çalışmamızda ise anne ve anne adaylarından %58'i hamilelik süresince annenin ağız sağlığının, bebeğin genel sağlığı açısından önemli olduğunu bildirdi. Sosyoekonomik açıdan bakıldığında bunu söyleyen anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

İnsanların sağlıklarını korumaları ve hastalıklardan kaçınabilmeleri için uygun yaşam tarzlarını tanımaya ve uygulamaya hazır olmaları, bunun için de davranışlarını değiştirmeleri gerekir [137]. Yeni davranışlar benimseme ihtiyacı, fetusun sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle hamile kadınlar için daha da önemlidir. Bu öneme rağmen, çalışma sonuçları gebe kadınların ağız ve diş sağlığı ilkelerini yeterince takip etmediğini, hamilelik sırasında ağız ve diş sağlığının önemi ve sonuçları konusunda çok az farkındalığa sahip olduklarını göstermektedir [138].

Çocuklarda diş çürüğü yaygın ve masraflı bir çocukluk çağı hastalığıdır. Tedavi edilmezse diş çürüğü ağrı, enfeksiyon ve hastaneye yatışa neden olabilir; ancak önlenebilir bir hastalıktır [139,140]. Diş çürüğü şüphesiz çok faktörlü bir hastalıktır ve annenin hijyen

özellikleri çocukta çürük gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır [141,142]. Bu, direkt olarak karyojenik bakterilerle, dolaylı olarak ailenin diyet düzeni ve psikososyal çevre yoluyla olabileceği gibi hamilelik sırasında zayıf anne sağlığı, annenin sigara içmesi veya D vitamini eksikliği gibi yollarla da çocuğun dişlerini çürümeye karşı daha savunmasız hale getirip diş gelişimini engelleyebilir [143-146]. Ayrıca, zayıf anne oral sağlığının sadece çocuklarda diş çürüğü olasılığını arttırmadığı [147], aynı zamanda düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi kötü doğum sonuçlarına da katkıda bulunabileceği gösterilmiştir [148]. Bu bağlamda çocuğun diş durumu, hamilelikteki maternal oral durumun doğrudan bir yansıması olabilir [30]. Florida’da düşük gelirli kadınlar arasında yapılan çalışmada görüldüğü kadarıyla, annelerin oral hijyen alışkanlıkları, çocuklarının oral hijyen alışkanlıkları ile önemli ölçüde ilişkilidir. Annenin diş fırçalama sıklığı ile bebeklerin dişlerinin ne sıklıkta fırçalandığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur [149]. Annelerin hamilelik sırasında ağız sağlığının iyileştirilmesi, çocuklarına iki genel yoldan yarar sağlayabilir. Öncelikle, kadınların karbonhidrat alımını sınırlama, ağız hijyeni alışkanlıklarını iyileştirme ve diş bakımı alma gibi kendi ağız sağlığı ile ilgili bilgilerini artırarak müdahalelerin, bebeklerinin ağız sağlığına nasıl baktıklarını etkilemesi muhtemeldir [150,151]. İkincisi, maternal ağız sağlığındaki bir iyileşme, ağızlarında bulunan *S. mutans*’ların sayısını azaltabilir ve bu bakterilerin çocuklarına bulaşma riskini azaltabilir [152,153].

Araştırmalar, çürükten sorumlu bakteri olan *S. mutans*’ların maternal oral seviyelerinin azaltılmasının, yeni doğana dikey geçişi azalttığını ve daha az diş çürümesine yol açtığını göstermiştir. Önemli bir bulgu olarak bu çalışmalar, anneler tarafından çocuğun ilk dişlerinin erüpsiyonundan önce bakteri kolonizasyonunun gerçekleştiğini bilmediğini göstermiştir [154,155]. Gonik ve diğerlerinin yaptığı çalışma da bu bilgiyi doğrular niteliktedir. Çalışmada çürüğe neden olan *Streptococcus mutans*’ların dikey geçişiyle ilgili bilgileri değerlendirmek için, çalışma hastaları çocukluk çürüğü riskini artırabilecek etkinlikler hakkında sorgulanmış, hamile hastaların çoğunluğu yanlış bir şekilde çocuğun dişlerinin erüpsiyonundan önce risk altında olmadığını varsaymıştır [123].

Çalışmamızda ise bu çalışmalardaki bulgulardan daha iyi bir sonuçla karşılaştık. Hamile anne ve anne adaylarımızın yarısından fazlası (%58,6) hamilelik süresince annenin beslenmesinin, bebeğin dişlerinin sağlığını etkileyeceğini belirtti. %30,8’lik kısmı ise bu konu hakkında fikri olmadığını bildirdi. Katılımcılarımızın sosyoekonomik düzeylerine ya

da kaçınıcı hamilelikleri olduğuna baktığımızda verdikleri cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Correia ve diğerlerinin çalışmalarından elde edilen sonuçlara bakıldığında annelerin % 26,1'i çocuklarının dişlerini temizleme zamanını düşünmediklerini ve % 7,8'i emin olmadıklarını belirtmiştir. Annelerin % 49,6'sı ilk dişi çıkar çıkmaz bebeğinin dişlerini fırçalamaya başlamayı planlamış, % 20'si bir sağlık uzmanından tavsiye almayı planlamış, % 13,9'u emin değilken ve % 11,3'ü bebek katı yiyecekler yemeye başladığında bunu yapmayı planlamıştır. Annelerin % 43,5'i çocuklarına diş macunu almadan önce bilgi sahibi olmayı planladıklarını bildirmiştir. % 27,8'i herhangi bir çocuk diş macununu kullanmayı planlarken % 22,6'sı emin olmadıklarını söylemiştir. %6,9'u ise 1000 p.p.m.lik diş macunu kullanmayı düşünmüştür. % 7'si florür takviyesi almayı ve % 1,7'si bir yetişkinin diş macunu kullanmayı planlamıştır. % 1,7'si ise hiçbir diş macununu kullanmayı düşünmediğini söylemiştir [112]. Rothnie ve diğerlerinin Yeni Zelanda'daki hamile kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada ise, katılımcıların yarısından azı çocuklarının ağız sağlığı ihtiyaçları hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmüştür. Dörtte biri diş fırçalamanın iki yaşına kadar başlamaması gerektiğini düşünmüştür. Çoğunluk, çocuklarının iki yaşına kadar diş hekimi tarafından görülmemesi gerektiğini düşünürken, beşte biri çocuklarının dört yaşına kadar görülmemesi gerektiğini düşünmüştür. Zayıf çocuk ağız sağlığı bilgisi ilk hamileliği olanlarda, yaşça daha genç kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeyde olanlarda ve Yeni Zelanda'da yaşayıp Avrupa kökenli olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur [156].

Biz de çalışmamızda benzer sonuçlar elde ettik. Katılımcıların %44,7'si diş fırçalamanın ilk diş sürdüğünde başlaması gerektiğini, %42,2'si ise tüm süt dişleri çıktıktan sonra fırçalamanın uygun olduğunu belirtti. Yine öğrenim durumuna göre bakıldığında ilk diş çıkar çıkmaz fırçalamanın başlaması gerektiğine inananlar anlamlı bir farkla lisansüstü öğrenim gören anne ve anne adaylarıydı ($p<0,001$). Ayrıca yaş grupları arasında bir değerlendirme yapıldığında <30 yaş grubundaki katılımcılar, $30-34$ yaş ve ≥ 35 yaş grubundakilerden anlamlı olarak daha yüksek oranda ilk diş çıktıktan sonra fırçalamaya başlamayı düşünüyordu ($p<0,001$). Bu veriler bize anne yaşındansa eğitim düzeyinin, ağız sağlığı ile ilgili konularda daha belirleyici olduğunu gösterdi. Anne ve anne adaylarımıza çocukların diş macunu kullanma zamanı sorulduğunda ise %40,4'ü iki yaşından itibaren, %34,1'i kalıcı dişler çıktıktan sonra cevabını verdi. İki yaşından itibaren çocuklarının

dişlerini fırçalamayı planlayan hamile anneler, hamilelik sayısına göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. İkinci hamileliği olan anneler, ilk hamileliği olan anne adaylarına göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bu cevabı vermişlerdir (p=0,024).

İyi bir ağız sağlığı davranışı, çocuklarda ağız hastalıklarını önlemenin önemli bir bileşenidir. Daha genç yaş gruplarına iyi uygulamalar sunmanın önemi konusunda geniş bir fikir birliği vardır; çünkü dinlemeye daha meyillidirler ve öğrendikleri iyi davranışları benimsemeye isteklidirler [157]. Fluorürün, demineralizasyonu engelleyerek ve remineralizasyonu artırarak çürük gelişimini önlediği iyi bilinmektedir. Kusano ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada, katılımcılara fluorürlü diş macunu günde bir kez, günlük demineralize edici durumlardan önce yani sabahları veya demineralize edici durumlardan sonra yani geceleri kullanılmıştır. Kontrol grubunda fluorür olmayan plasebo diş macunu kullanılmış; fluorürlü diş macununun, kontrol grubuna kıyasla mine ve dentin demineralizasyonunu anlamlı derecede azalttığı görülmüştür. Demineralizasyon sonrası yani geceleri kullanıldığında fluorürlü diş macunu sabah kullanılmaya kıyasla daha etkiliydi ve bu fark dentin için istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu ifade etmiştir. Sonuçlar, günlük mineral kayıplarını engellemek için gece fluorürlü diş macunu ile fırçalamanın, dişteki mineral kaybını engellemek için sabah fırçalamaya tercih edilebileceğini göstermektedir [158]. Melo ve diğerleri çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada çocuklara “Dişlerinizi günde bir kez fırçalarsanız, günün hangi saatinde dişlerinizi fırçalarsınız?” sorusunu sormuşlar, çocukların %81’i dişlerini sabahları fırçaladığını söylemişlerdir. Daha sonra iyi bir ağız davranışı kazandırmak amaçlı çocuklara verilen eğitim ve takip sonrası bu çocukların % 49,7’sinin sabah, % 43,6’sının ise akşamları fırçalamaya başladığı öğrenilmiştir [157]. Anket çalışmamızda dişlerin fırçalama zamanlarının etkinliği açısından oluşabilecek farkları sorguladığımızda anne ve anne adaylarımızın %71’i, dişleri sabah fırçalamakla akşam fırçalamak arasında etkinlik açısından bir farklılık olabileceğini düşündüler. %20,7’sinin ise bu konu hakkında bir fikri yoktu.

Nagaraj ve diğerleri Hindistan’da yaptıkları çalışmada hamile kadınları Grup A, çocukları 1 yaşına kadar olan infant sahibi anneleri ise Grup B şeklinde ayırmışlardır. A grubunun % 35,2’si ve B grubunun % 37,6’sı, beslenme sonrasında çocukların damaklarının gazlı bez kullanılarak temizlenmesi gerektiğini düşünmüştür. Parmakla temizlik, grup A’da % 44,7 ve grup B’de % 28,8 oranında kabul görmüştür. Fırçalama iki grup tarafından da

desteklenmiştir [159]. Bizim çalışmamızda katılımcılarımızın bilgi düzeyleri çok daha yüksek bulundu. Anne ve anne adaylarının %60,7'si ağızda diş olmasa bile bebeğin ağızının her beslenme sonrasında temizlenmesi gerektiğini bildirdi. Bu soruya, ilk hamileliği olan gruba göre ikinci hamileliği olan grupta doğru cevabı verenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,002$). Bebeğin dişleri çıktıktan sonra ise ne sıklıkla fırçalanması gerektiğini sorduğumuzda; hamile anne ve anne adaylarımızın %29,2'si "günde 1 defa", %64,7'si "günde 2 defa", %6,1'i "günde 2 defadan fazla" yanıtını vermişti.

Nagaraj ve diğerlerinin çalışmasında 1 yaşına kadar çocuğu olan infant anneleri, ilk dişin dökülme yaşı için % 67'lik bir oranla; % 49,4 oranında doğru cevabı veren A grubundaki hamile olan henüz doğum yapmamış anne adaylarına göre doğru yaş konusunda daha iyi bilgiye sahipti. Annelerin çoğu, önemli bir olay olmasına rağmen çocuklarının ilk dişlerinin çıktığı zamanı hatırlayamıyordu. Bu bulgular, Nagaraj ve diğerlerine annelerin, çocuklarının ağız sağlığına dair farkındalıklarının düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. [159]. Bizim anketimizde ise yönelttiğimiz ilk dişin ne zaman çıkacağı sorusuna infant anneleri ile hamile anneler arasında bir kıyaslama yapıldığında aynı oranları veren bulgulara rastlandı ve benzer çalışmalarda olduğu gibi bir fark bulunamadı. İnfant sahibi annelerin %66,7'si çocuklarının ilk dişlerinin çıktığı zamanı bilirken, henüz doğum yapmamış hamile annelerde bu oran %66,8'di. Katılımcıların toplamına bakıldığında ise %66,8'i "6-12 ay" diyerek doğru yanıtını verdi. Annelerin çoğunluğunun bu konu hakkında bilgi sahibi olması farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürdü. Ayrıca bebeğin tüm süt dişlerinin ağız içerisine sürmüş olma zamanını sorguladığımızda annelerimizin %40'ı "24-36 ay" diyerek doğru cevabı verdi.

Hamilelik sırasındaki zayıf ağız hijyeni, doğmuş çocuklar arasında erken diş çürüğü riskini arttırmaktadır [160]. Anne ve çocuk arasında benzer genotipte *S. mutans*' ların görülme olasılığı kültürler arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılıkta rol oynayan etkenlerden birisinin anne-çocuk arasındaki yakınlık olduğu bildirilmektedir [35,161,162]. Amerikan toplumunda anne- çocuk arası *S. mutans* benzerliği %71 [163], Japon toplumunda %70 [164], Brezilya'da %81 [165] olarak belirlenirken, Çin toplumunda bu oran %45 [163] olarak daha düşük bulunmuştur. Türk toplumunda yapılan iki ayrı çalışmada anne-çocuk arasındaki *S. mutans*'ların benzerlik değerleri %24 [35] ve %40 [166] olarak rapor edilmiştir. Ayhan'ın yaptığı tez çalışmasında, çocuk tükürük *S. mutans* miktarı ile anne

tükürük *S. mutans* miktarı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlenmiştir. Anne-çocuk arası *S. mutans* benzerlik düzeylerinin %36 ile %87 arasında değiştiği görülmüştür. Mama kaşığını kendi ağızlarına götürerek kontrol etme alışkanlığı olan annelerde ve çocuklarını dudaktan öpme alışkanlığı olan annelerde çocukları ile aralarındaki *S. mutans* benzerlik düzeylerinin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Ortak çatal, kaşık, bardak kullanım alışkanlıkları ile anne- çocuk *S. mutans* benzerlik düzeyi arasında da pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [167]. Ayrıca Tedjosasongko ve Kozai yaptıkları çalışmada, çocuğun dudaktan öpülmesinin anne-çocuk arası *S. mutans* geçişine neden olduğunu belirtirken [40], Aaltonen ve Tenovuo çocuğu dudaktan öpme alışkanlığının risk faktörlerinden olabileceğini ancak geçişte etkisi olmadığını belirtmişlerdir [34].

Kendi çalışmamızda anne-çocuk arasındaki yakınlıktan kaynaklanabilecek çürük riski bilgisi katılımcılarımızda düşük bulundu. Anne-çocuk arasındaki bu bakteriyel geçişin ve çürük oluşumunun sorgulanması amacıyla sorduğumuz “Annede çürük diş olması çocuklarda çürük görülme olasılığını artırır mı?” sorusunun bulgularından elde ettiğimiz sonuçlara baktığımız zaman anne ve anne adaylarımızın %30,6’sı “evet”, %29’u “hayır”, %40,4’ü “fikrim yok” diyerek yakın oranlı cevaplar verdiler. Bu da hamile kadınların çoğunluğunun anneden çocuğa vertikal geçiş hakkında doğru bilgi sahibi olmadığını gösterdi. Soruya “evet” yanıtını verenler öğrenim düzeyleri ve gelir düzeyleri bazında bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiler. Lisansüstü mezunları; ilköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre daha yüksek oranda “evet” derken ($p < 0,001$), gelir düzeyi 6000TL’nin üzerinde olanlar, 2000-4000TL ve 4001-6000TL arasında olanlara göre daha fazla “evet” yanıtını vermişlerdir ($p < 0,001$).

Gonik ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada, bebeğin ağızından öpülmesinin *S. mutans* geçişiyle bağlantılı olup çocukluk çağı çürüğüne yol açabileceğini bildiren annelerin oranı; devlet hastanesinde %12, özel bir merkezde ise %7 gibi düşük oranlarda bulunmuştur. Bebekle kaşık paylaşımı yapılması konusunda ise devlet hastanesindeki annelerin %16’sı, özel merkezdeki annelerin %22’si bu davranışın çürük geçişine neden olabileceği görüşünde olmuşlardır [123]. Çalışmamızda katılımcıların %46,5’i diş çürüğünün bebeğin ağızından öpülmesiyle anneden çocuğa iletilebileceğini bildirdiler. %53,2’si ise ortak kaşık kullanımı veya bebeğin kaşığının annenin ağızıyla kontrol edilmesi sırasında anneden çocuğa bakteri geçişi olabileceğini ve bunun çürük oluşumuna neden olabileceğini

belirttiler. Hem bebeğin ağzından öpülmesi ile ilgili soruya ($p=0,009$) hem de bebekle aynı kaşığı kullanılmasıyla ilgili soruya ($p=0,014$) lisansüstü mezuniyeti bulunan anneler; ilköğretim, lise ve üniversite gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek oranda doğru yanıt verdiler. Çalışmamızda diğer çalışmaların bulgularına göre, doğru cevap yüzdeleri çok daha yüksek oranda bulundu.

Küçük bir çocuğun dış çevresi karmaşıktır, çünkü annelerinin ve / veya bakıcısının dış bilgisi, tutumları, inançları ve uygulamaları çocuğun oral durumunu etkiler [168,169]. Çok küçük çocuklar annelerine, ağız hijyenlerini sağlamak ve beslenmek için bağımlıdır. Sütten kesilme yaşı, sıvıya tatlandırıcı ilavesi, çocuğun şekerli sıvılara yatmadan önce uzun süre maruz kalması gibi uygunsuz biberon kullanım şekilleri erken çocukluk çürüğü ile bağlantılı olmuştur [170].

Correia ve diğerlerinin Londra'daki hamile anneler üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların % 87,8'i bisküvi, çikolata ve tatlıların; % 85,2'si ise gazlı içeceklerin çürüklere neden olduğunu belirtmiştir. Bunların % 19'u anne sütünün ve % 26'sı inek sütünün çürüğe neden olabileceğini bilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası, meyve sularının çürüğe neden olabileceğini bilirken, yalnızca % 41'i kurutulmuş meyvelerin karyojenik olduğundan haberdar olduğunu belirtmiştir [112]. Nagaraj ve diğerlerinin yaptığı benzer bir çalışmada ise çalışan annelerin % 42,8'i tatlandırılmış emzik kullanırken, ev hanımlarının % 35,4'ü bu uygulamayı desteklemiştir. Çalışan annelerin %60'ı çocuklarını şekerli süt içeren sıvılarla beslemiştir, ancak % 55 ev hanımının da benzer bir besleme biçimi olduğu görülmüştür. Ev hanımlarının yaklaşık % 58,3'ü ve çalışan annelerin % 52,4'ü çocuklarını gece biberonla beslemiştir [159].

Çalışmamızda diğer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında katılımcılarımızın farkındalık düzeyleri daha yüksek bulundu. Anne ve anne adaylarımızın %94,6'sının çocuğun sağlıklı beslenmesinin süt ve daimi dişlerinin sağlığını etkileyebileceğinden haberdar olduğu görüldü. Ancak sadece %56,9'u geceleri sık sık ve uzun süreli biberonla beslenme alışkanlığının diş çürüklerine neden olabileceğini biliyordu. Bu bilgiye sahip anne ve anne adayları öğrenim düzeyine ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattı. Öğrenim düzeyi lisansüstü olanlar ($p<0,001$) ve gelir düzeyi 6000TL'nin üzerinde olanlar ($p<0,05$) diğer gruplara göre anlamlı olarak daha büyük bir oranla doğru yanıtı verdi ve daha düşük bir oranla yanlış yanıtı verdiler ($p=0,037$).

Nagaraj ve diğeri, ilk diş muayenesi hakkında sadece hamile annelerin (Grup A) yaklaşık % 22.3'si, infant annelerinin (Grup B) ise % 25.8'i ilk dişin ağız boşluğunda görülmesinden sonra çocuğun diş hekimine götürülmesi gerektiğini bildirmiştir. Grup A'dan yaklaşık % 34.7 ve grup B'den % 29.4'ü, çocuğun sadece ağrısı olduğunda diş hekimine götürülmesi gerektiğini bildirmiştir [159]. Çocuğun ilk diş ziyareti hakkındaki bilgilerin, Nagaraj ve diğeri yaptığı çalışmanın her iki grubunda da yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamıza katılan infant annelerinin %30,7'si, hamile annelerin ise %33,1'i ilk dişin ağız boşluğunda görülmesinden sonra çocuğun diş hekimine götürülmesi gerektiğini bildirdi. Çocuğun ilk diş hekimi ziyareti ile ilgili soruya toplam katılımcılarımızın %32,8'i ilk süt dişi çıktığında cevabını verdi. İlköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre lisansüstü grubunda "ilk süt dişi çıktığında" diyenlerin oranları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Bu durum bize tekrardan, öğrenim düzeyi yüksek olanların ağız diş sağlığıyla ilgili farkındalıklarının daha yüksek olduğunu gösterdi. Çalışmamızda önceki çalışmalara göre daha yüksek oranda doğru cevap yüzdesiyle karşılaştık. Hamile katılımcılarımızın %95,5'i aynı zamanda düzenli diş hekimi ziyaretlerinin, çocuklarında oluşabilecek ağız ve dişlerle ilgili problemleri önlemeye yardımcı olabileceğini belirttiler. Bilgi düzeyi ölçümü için çocukların ne sıklıkla diş hekimine götürülmesi gerektiği sorusunu yönelttiğimizde hamile anne ve anne adaylarımızın %6,7'si "3 ayda bir", %53,3'ü "6 ayda bir", %37,5'i "Yılda bir", % 2,5'i ise "ağrısı olduğu zaman" yanıtını verdi. Bu bulgular açısından bakıldığında da benzer çalışmalara göre bulgularımızda daha yüksek oranda doğru cevap yüzdesi bulunduğunu söyleyebiliriz. Üniversite ve lisansüstü mezunlarına göre, ilköğretim mezunlarında "ağrısı olduğu zaman" yanıtını verenlerin oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0,001$).

Kişisel, toplumsal, kültürel ve ekonomik faktörler diş sağlığı davranışlarını ve diş bakımı isteyen ailelerin beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir [171]. Ebeveynlerin çocuklarına rol model olduklarını anlamalarına ve çocukların diş sağlığı alışkanlıklarını iyileştirmek için teşvik edilmelerine yardımcı olmaları gerekir [172].

Diş çürüğü, yaşam kalitesi üzerinde ağrıya, yeme ve uyku problemlerine neden olan önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık eşitsizliklerinin nesiller boyunca nasıl yaratıldığını, şiddetlendiğini ve çoğaldığını anlamak, farklılıkları ortadan kaldırmak için esastır [173]. Belki de EÇÇ'yi tartışmaya başlamanın en iyi yolu, klinik belirtilerini ve nasıl

önlenebileceğini bildiğimizde, neden EÇÇ'den etkilenen çok sayıda çocuğun olduğu konusunda diş hekimliği topluluğunu sorgulamak olabilir. EÇÇ temel olarak gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklar [174] ve gelişmiş ülkelerdeki ekonomik olarak dezavantajlı çocuklar arasında meydana gelmektedir [175]. Ağrı ve rahatsız uykuya neden olan ciddi kısa vadeli ve artan tedavi süresi ve maliyetleri gibi uzun süreli olumsuz etkilere yol açan önemli bir ağız sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, özellikle bu hassas popülasyonlarda, hastalığı kontrol edebilecek önleyici stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır [56].

EÇÇ'nin gelişimi için temel risk faktörleri, ebeveynlerin düşük sosyo-ekonomik durumları, ilk dişin erüpsiyonundan itibaren diş bakımının yetersiz olması ve en önemlisi de biberonla sık sık tüketilen şekerli içecek tüketimidir [176]. Fluorürler, çürüklerin önlenmesi ve kontrolü için rutin olarak kullanılır. Çocuklar için 6 aylıktan itibaren fluorür takviyesi önerilir ve evde kullanım amaçlı ürünler günlük florid ihtiyacını karşılamak için kullanılabilir [177]. Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda çocuklarda çürük görülme sıklığında belirgin bir düşüş olmasına rağmen, 3 yaşında veya daha küçük çocuklar için hala daha iyi ve daha sistematik bir çürük profilaksisine ihtiyaç duyulmaktadır. Çocuğun gelişiminin erken aşamasında yapılan çürük profilaksisi, çocuk gelecekte ergen ve yetişkin olduğunda ağız sağlığının nasıl olacağını belirlemesi açısından kilit bir konudur [178].

Bakhtiar ve diğerleri çalışmalarında, tüm annelere hamileliklerinde, çocuklarında erken çocukluk çağı çürüğü gelişimini önlemek ve diş hekimliği hizmeti kullanım programlarına katılmaları için diş hekimlerinin onları motive etmeleri ve teşvik etmelerini sağlayacak ağız sağlığı önlemleri hakkında talimatlar vermişlerdir. Sonuç olarak, ağız sağlığı programının, programa katılan çocuklarda yılda en az bir kere çok erken yaşlardan itibaren kavite oluşmuş dentin lezyonlarının önlenmesinde etkili olduğu gösterilmiştir [179]. Katılımcılarımıza sorduğumuz "Süt dişi çürüklerinin tedavi edilmesi gerekli midir?" sorusuna anne ve anne adaylarımızın %68,1'i "evet", %13,9'u "hayır", %18'i ise "fikrim yok" cevabını verdi. Bu soruya verilen yanıtlar bütün sosyodemografik verilerle anlamlı fark oluşturacak şekilde bir dağılım gösterdi. Öğrenim düzeyine göre bakıldığında soruya "evet" diyenlerin oranı lisansüstü mezunlarında, lise ve üniversite mezunu annelere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,002$). Gelir düzeylerine göre incelediğimizde, gelir düzeyi > 6000 TL olan anneler diğerlerine göre daha yüksek oranda doğru yanıt verdi ($p=0,022$). Çocukları infantil dönemde olan anneler, hamile annelere

göre süt dişi çürüklerinin tedavi edilmesi gerektiğini daha yüksek oranda belirtti ($p=0,019$). Ayrıca hamilelik sayısına göre karılatırdığımızda ikinci hamileliği olanlar birinci hamileliği olan gruba göre bu konu hakkında daha tecrübeli ve doğru fikir sahibiydi. İkinci hamileliği olanlarda süt dişi çürüklerine müdahale edilmesi gerektiğini düşünenler birinci hamileliği olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,019$).





6. SONUÇ

Kültürel, maddi ve kalıtsal etkilerin varlığı, ağız sağlığı bilgisi eksikliği ile birlikte ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi ve inançları etkileyen temel faktörlerdir. Annenin bilgisi ve uygulamaları bebeklere fayda sağlamak için daha etkili stratejilerin oluşturulmasında yardımcı olur.

Çalışmamızda hamile anne ve anne adaylarına yöneltilen sorularda doğru yanıt oranlarına bakıldığında;

- 30-34 yaş arasındaki katılımcıların hem anne hem bebek ağız sağlığı ile ilgili doğru cevap yüzdesi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaş grupları arasında verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- Öğrenim düzeyi lisansüstü olan katılımcıların hem anne hem bebek ağız sağlığı ile ilgili doğru cevap yüzdeleri diğer öğrenim düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur. Lisansüstü mezunlarının verdiği doğru yanıt yüzdeleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.
- Gelir düzeyi 6000 TL'den fazla olan katılımcıların hem anne hem bebek ağız sağlığı ile ilgili doğru cevap yüzdeleri diğer gelir düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi 6000 TL'den fazla olanların verdiği doğru yanıt yüzdeleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.
- Perinatal dönemde bebek sahibi katılımcıların hem anne hem bebek ağız sağlığı ile ilgili doğru cevap yüzdeleri hamile kadınlardan ve bebeği infantil dönemde olan annelerden daha yüksek bulunmuştur. Ancak hamilelik dönemleri arasında verilen doğru yanıt yüzdeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- İlk hamileliği olan katılımcılar anne ağız sağlığı ile ilgili sorulara birden fazla hamileliği olan annelerden daha yüksek oranda doğru cevap verirken, bebek ağız sağlığı ile ilgili sorulara en yüksek oranda doğru cevabı ikinci hamileliği olan katılımcılar vermiştir. Annelerin kaçınıcı çocuğa gebe oldukları ile anne ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, annelerin kaçınıcı çocuğa gebe oldukları ile bebek ağız sağlığı sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık bulunmuştur. İkinci çocuğuna gebe olanların anlamlı olarak daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Çalışmamız, ağız sağlığı ile ilgili daha fazla bilgi almak için dikkate değer bir istek sergileyen 555 hamile ve yeni doğum yapmış kadının ağız sağlığı bilgisinin kısmen eksikliğini ortaya koymuştur. Yüksek çürük riskli hamile anneleri tanımlamak ve bu anneler üzerinde hem kendileri hem de bebekleri için etkili ağız sağlığını geliştirme amacıyla daha fazla çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir. Hamilelik gibi bir kritik zaman diliminde koruyucu sağlık stratejilerini iyileştirmek için diş hekimlerinin yanı sıra kadın doğum uzmanlarının, pediatristlerin, hemşirelerin ve ebelerin özellikle hassasiyet göstermesi gerekirken, hamile veya yeni doğum yapmış kadınların da ağız ve diş sağlığı konusunda daha iyi eğitilmeleri önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Brecher, E. A., and Lewis, C. W. (2018). Infant Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 909-921.
2. F. D. I. World Dental Federation. (2014). FDI policy statement on perinatal and infant oral health: adopted by the FDI General Assembly: 13 September 2014, New Delhi, India. *International Dental Journal*, 64(6), 287-288.
3. De Grauwe, A., Aps, J. K., and Martens, L. C. (2004). Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? *European Journal of Paediatric Dentistry*, 5(2), 62-70.
4. Pahel, B. T., Rowan-Legg, A., and Quinonez, R. B. (2018). A Developmental Approach to Pediatric Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 885-907.
5. Full, C. A. (2009). Değişimin Dinamikleri. (Çev. T. Tortop, Ö. Tulunoğlu) In Pinkham, casamassimo, Fields, McTigue, Nowak (Eds.), *Çocuk Diş Hekimliği Bebeklikten Ergenliğe*. 4. Ankara. Atlas Kitapçılık, 172-192.
6. Law, C. S. (2013). Management of premature primary tooth loss in the child patient. *Journal - California Dental Association*, 41(8), 612-618.
7. Goyal, P., Pandit, I. K., Gugnani, N., Gupta, M., Goel, R., and Gambhir, R. S. (2016). Clinical and radiographic comparison of various medicaments used for pulpotomy in primary molars: A randomized clinical trial. *European Journal of Dentistry*, 10(3), 315-320.
8. Lewis, C. W., Jacob, L. S., Lehmann, C. U., and Section On Oral, H. (2017). The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics*, 139(5).
9. Flaitz, C. M., and Baker, K. A. (2000). Treatment approaches to common symptomatic oral lesions in children. *Dental Clinics of North America*, 44(3), 671-696.
10. Flaitz, C. M., and Hicks, M. J. (1999). Oral candidiasis in children with immune suppression: clinical appearance and therapeutic considerations. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 66(3), 161-166, 154.
11. de Carvalho, F. G., Silva, D. S., Hebling, J., Spolidorio, L. C., and Spolidorio, D. M. (2006). Presence of mutans streptococci and Candida spp. in dental plaque/dentine of carious teeth and early childhood caries. *Archives of Oral Biology*, 51(11), 1024-1028.
12. Yang, X. Q., Zhang, Q., Lu, L. Y., Yang, R., Liu, Y., and Zou, J. (2012). Genotypic distribution of Candida albicans in dental biofilm of Chinese children associated with severe early childhood caries. *Archives of Oral Biology*, 57(8), 1048-1053.

13. Qiu, R., Li, W., Lin, Y., Yu, D., and Zhao, W. (2015). Genotypic diversity and cariogenicity of *Candida albicans* from children with early childhood caries and caries-free children. *BMC Oral Health*, 15(1), 144.
14. Jean, J., Goldberg, S., Khare, R., Bailey, L. C., Forrest, C. B., Hajishengallis, E., and Koo, H. (2018). Retrospective Analysis of *Candida*-related Conditions in Infancy and Early Childhood Caries. *Pediatric Dentistry*, 40(2), 131-135.
15. Caufield, P. W., Li, Y., and Dasanayake, A. (2005). Dental caries: an infectious and transmissible disease. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 26(5 Suppl 1), 10-16.
16. Law, V., Seow, W. K., and Townsend, G. (2007). Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. *Australian Dental Journal*, 52(2), 93-100; quiz 159.
17. Plonka, K. A., Pukallus, M. L., Barnett, A. G., Walsh, L. J., Holcombe, T. F., and Seow, W. K. (2012). A longitudinal study comparing mutans streptococci and lactobacilli colonisation in dentate children aged 6 to 24 months. *Caries Research*, 46(4), 385-393.
18. Reed, S. G., Cunningham, J. E., Latham, T. N., Shirer, S. C., and Wagner, C. L. (2014). Maternal oral mutans streptococci (MS) status, not breastfeeding, predicts predate infant oral MS status. *Breastfeeding Medicine*, 9(9), 446-449.
19. Plonka, K. A., Pukallus, M. L., Barnett, A. G., Walsh, L. J., Holcombe, T. H., and Seow, W. K. (2012). Mutans streptococci and lactobacilli colonization in predate children from the neonatal period to seven months of age. *Caries Research*, 46(3), 213-220.
20. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical, A. (2008). Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*, 30(7 Suppl), 29-33.
21. American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. (2016). Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatric Dentistry*, 38(6), 142-149.
22. Selvi, S., Kavaloglu Cıldır, S., and Sandallı, N. (2008). Erken çocukluk dönemi çürükleri: Etiyolojisi, epidemiyolojisi, koruyucu yaklaşımlar ve tedavisi. *Yeditepe klinik*, 1:48-55.
23. Douglass, J. M., Douglass, A. B., and Silk, H. J. (2004). A practical guide to infant oral health. *American Family Physician*, 70(11), 2113-2120.
24. Milnes, A. R. (1996). Description and epidemiology of nursing caries. *Journal of Public Health Dentistry*, 56(1), 38-50.
25. Tinanoff, N., and O'Sullivan, D. M. (1997). Early childhood caries: overview and recent findings. *Pediatric Dentistry*, 19(1), 12-16.

26. Drummond, B., Kilpatric, N., Bryand, R., Lucas, J., Hallet, K., Silva, M., Johnston, T., Verco, J., and Messer, L. (2003). Dental Caries and Restorative Pediatric Dentistry. In Cameron, A. C., Widmer, R. P., Mosby (Eds.), *Handbook of Pediatric Dentistry*. 2nd Edition. 44-70.
27. Aligne, C. A., Moss, M. E., Auinger, P., and Weitzman, M. (2003). Association of pediatric dental caries with passive smoking. *Journal of the American Medical Association*, 289(10), 1258-1264.
28. Carletto Korber, F. P., Cornejo, L. S., and Gimenez, M. G. (2005). Early acquisition of *Streptococcus mutans* for children. *Acta Odontologica Latinoamericana*, 18(2), 69-74.
29. van Loveren, C., Buijs, J. F., and ten Cate, J. M. (2000). Similarity of bacteriocin activity profiles of mutans streptococci within the family when the children acquire the strains after the age of 5. *Caries Research*, 34(6), 481-485.
30. Marrs, J. A., Trumbley, S., and Malik, G. (2011). Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. *Pediatric Nursing*, 37(1), 9-15; quiz 16.
31. Douglass, J. M., Li, Y., and Tinanoff, N. (2008). Association of mutans streptococci between caregivers and their children. *Pediatric Dentistry*, 30(5), 375-387.
32. Straetemans, M. M., van Loveren, C., de Soet, J. J., de Graaff, J., and ten Cate, J. M. (1998). Colonization with mutans streptococci and lactobacilli and the caries experience of children after the age of five. *Journal of Dental Research*, 77(10), 1851-1855.
33. Mattos-Graner, R. O., Li, Y., Caufield, P. W., Duncan, M., and Smith, D. J. (2001). Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *Journal of Clinical Microbiology*, 39(6), 2313-2316.
34. Aaltonen, A. S., and Tenovuo, J. (1994). Association between mother-infant salivary contacts and caries resistance in children: a cohort study. *Pediatric Dentistry*, 16(2), 110-116.
35. Hames-Kocabas, E. E., Ucar, F., Kocatas Ersin, N., Uzel, A., and Alpoz, A. R. (2008). Colonization and vertical transmission of *Streptococcus mutans* in Turkish children. *Microbiological Research*, 163(2), 168-172.
36. Lindquist, B., and Emilson, C. G. (2004). Colonization of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* genotypes and caries development in children to mothers harboring both species. *Caries Research*, 38(2), 95-103.
37. Zhan, L., Jahanshad, N., Ennis, D. B., Jin, Y., Bernstein, M. A., Borowski, B. J., Jack, C. R., Jr., Toga, A. W., Leow, A. D., and Thompson, P. M. (2013). Angular versus spatial resolution trade-offs for diffusion imaging under time constraints. *Human Brain Mapping*, 34(10), 2688-2706.

38. Zhan, L., Tan, S., Den Besten, P., Featherstone, J. D., and Hoover, C. I. (2012). Factors related to maternal transmission of mutans streptococci in high-risk children-pilot study. *Pediatric Dentistry*, 34(4), e86-91.
39. Domejean, S., Zhan, L., DenBesten, P. K., Stamper, J., Boyce, W. T., and Featherstone, J. D. (2010). Horizontal transmission of mutans streptococci in children. *Journal of Dental Research*, 89(1), 51-55.
40. Tedjosasongko, U., and Kozai, K. (2002). Initial acquisition and transmission of mutans streptococci in children at day nursery. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 69(3), 284-288, 234-285.
41. Liu, Y., Zou, J., Shang, R., and Zhou, X. D. (2007). Genotypic diversity of Streptococcus mutans in 3- to 4-year-old Chinese nursery children suggests horizontal transmission. *Archives of Oral Biology*, 52(9), 876-881.
42. Brickhouse, T. H., Unkel, J. H., Kancitis, I., Best, A. M., and Davis, R. D. (2008). Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatric Dentistry*, 30(2), 147-153.
43. Malcheff, S., Pink, T. C., Sohn, W., Inglehart, M. R., and Briskie, D. (2009). Infant oral health examinations: pediatric dentists' professional behavior and attitudes. *Pediatric Dentistry*, 31(3), 202-209.
44. Kohler, B., Andreen, I., and Jonsson, B. (1984). The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria Streptococcus mutans and lactobacilli in their children. *Archives of Oral Biology*, 29(11), 879-883.
45. Dooley, D., Moultrie, N. M., Heckman, B., Gansky, S. A., Potter, M. B., and Walsh, M. M. (2016). Oral Health Prevention and Toddler Well-Child Care: Routine Integration in a Safety Net System. *Pediatrics*, 137(1).
46. Section on, B. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-841.
47. Dye, B. A., Hsu, K. L., and Afful, J. (2015). Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children. *Pediatric Dentistry*, 37(3), 200-216.
48. Clarke, M., Locker, D., Berall, G., Pencharz, P., Kenny, D. J., and Judd, P. (2006). Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatric Dentistry*, 28(3), 254-259.
49. Chi, D. L., Momany, E. T., Jones, M. P., Kuthy, R. A., Askelson, N. M., Wehby, G. L., and Damiano, P. C. (2013). Relationship between medical well baby visits and first dental examinations for young children in Medicaid. *American Journal of Public Health*, 103(2), 347-354.
50. Committee on, N. (2001). American Academy of Pediatrics: The use and misuse of fruit juice in pediatrics. *Pediatrics*, 107(5), 1210-1213.

51. Li, D. K., Willinger, M., Petitti, D. B., Odouli, R., Liu, L., and Hoffman, H. J. (2006). Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): population based case-control study. *British Medical Journal*, 332(7532), 18-22.
52. Heyman, M. B., Abrams, S. A., Section On Gastroenterology, H., Nutrition, and Committee On, N. (2017). Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*, 139(6).
53. Paglia, L., Scaglioni, S., Torchia, V., De Cosmi, V., Moretti, M., Marzo, G., and Giuca, M. R. (2016). Familial and dietary risk factors in Early Childhood Caries. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 17(2), 93-99.
54. Gooze, R. A., Anderson, S. E., and Whitaker, R. C. (2011). Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. *Journal of Pediatrics*, 159(3), 431-436.
55. Ozen, B., Van Strijp, A. J., Ozer, L., Olmus, H., Genc, A., and Cehreli, S. B. (2016). Evaluation of Possible Associated Factors for Early Childhood Caries and Severe Early Childhood Caries: A Multicenter Cross-Sectional Survey. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 40(2), 118-123.
56. Colak, H., Dulgergil, C. T., Dalli, M., and Hamidi, M. M. (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 4(1), 29-38.
57. Palmer, C. A., Kent, R., Jr., Loo, C. Y., Hughes, C. V., Stutius, E., Pradhan, N., Dahlan, M., Kanasi, E., Arevalo Vasquez, S. S., and Tanner, A. C. (2010). Diet and caries-associated bacteria in severe early childhood caries. *Journal of Dental Research*, 89(11), 1224-1229.
58. Seow, W. K. (1998). Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(1 Suppl), 8-27.
59. Moynihan, P. J. (1998). Update on the nomenclature of carbohydrates and their dental effects. *Journal of Dentistry*, 26(3), 209-218.
60. Fayle, S. A. (2005). Treatment of Dental Caries in the Preschool Child. In Welbury, R. R., Duggal, M. S., Hosey, M. T. (Eds.), *Pediatric Dentistry*. 3. Edition. Oxford. 133-146.
61. Reisine, S., and Douglass, J. M. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(1 Suppl), 32-44.
62. Iida, H., Auinger, P., Billings, R. J., and Weitzman, M. (2007). Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. *Pediatrics*, 120(4), e944-952.
63. Hallett, K. B., and O'Rourke, P. K. (2002). Early childhood caries and infant feeding practice. *Community Dental Health*, 19(4), 237-242.

64. Shetty, V., Hegde, A. M., Nandan, S., and Shetty, S. (2011). Caries protective agents in human milk and bovine milk: an in vitro study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 35(4), 389-392.
65. Lewis, C. W. (2014). Fluoride and dental caries prevention in children. *Pediatrics in Review*, 35(1), 3-15.
66. European Academy of Paediatric, D. (2009). Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10(3), 129-135.
67. Wagner, Y., and Heinrich-Weltzien, R. (2016). Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. *BMC Oral Health*, 16(36).
68. Reisine, S. T., and Psoter, W. (2001). Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. *Journal of Dental Education*, 65(10), 1009-1016.
69. Milgrom, P., Riedy, C. A., Weinstein, P., Tanner, A. C., Manibusan, L., and Bruss, J. (2000). Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(4), 295-306.
70. Creske, M., Modeste, N., Hopp, J., Rajaram, S., and Cort, D. (2013). How do diet and body mass index impact dental caries in Hispanic elementary school children? *Journal of Dental Hygiene*, 87(1), 38-46.
71. Taani, D. S. (2004). Oral health in Jordan. *International Dental Journal*, 54(6 Suppl 1), 395-400.
72. Gillcrist, J. A., Brumley, D. E., and Blackford, J. U. (2001). Community socioeconomic status and children's dental health. *Journal of the American Dental Association*, 132(2), 216-222.
73. Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M., and Silk, L. (2008). Oral health during pregnancy. *American Family Physician*, 77(8), 1139-1144.
74. George, A., Johnson, M., Blinkhorn, A., Ellis, S., Bhole, S., and Ajwani, S. (2010). Promoting oral health during pregnancy: current evidence and implications for Australian midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3324-3333.
75. Pitiphat, W., Joshipura, K. J., Gillman, M. W., Williams, P. L., Douglass, C. W., and Rich-Edwards, J. W. (2008). Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(1), 3-11.
76. Michalowicz, B. S., Hodges, J. S., Novak, M. J., Buchanan, W., DiAngelis, A. J., Papapanou, P. N., Mitchell, D. A., Ferguson, J. E., Lupo, V. R., Bofill, J., and Matseoane, S. (2009). Change in periodontitis during pregnancy and the risk of pre-term birth and low birthweight. *Journal of Clinical Periodontology*, 36(4), 308-314.

77. (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. *Medicine Meets Virtual Reality: Recommendations and Reports*, 50(RR-14), 1-42.
78. Hale, K. J., and American Academy of Pediatrics Section on Pediatric, D. (2003). Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics*, 111(5 Pt 1), 1113-1116.
79. Castilho, A. R., Mialhe, F. L., Barbosa Tde, S., and Puppim-Rontani, R. M. (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 116-123.
80. Vinturache, A. E., Gyamfi-Bannerman, C., and Hwang, J. (2016). Preterm Birth International Collaborative (PREBIC). Maternal microbiome - a pathway to preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Medicine*, 21(2), 94-99.
81. Cobb, C. M., Kelly, P. J., and Williams, K. B. (2017). The oral microbiome and adverse pregnancy outcomes. *International journal of Womens Health*, 9:551-559.
82. Fox, C., and Eichelberger, K. (2015). Maternal microbiome and pregnancy outcomes. *Fertility and Sterility*, 104(6), 1358-1363.
83. Lif Holgerson, P., Harnevik, L., and Hernell, O. (2011). Mode of birth delivery affects oral microbiota in infants. *Journal of Dental Research*, 90(10), 1183-1188.
84. Chaffee, B. W., Gansky, S. A., Weintraub, J. A., Featherstone, J. D., and Ramos-Gomez, F. J. (2014). Maternal oral bacterial levels predict early childhood caries development. *Journal of Dental Research*, 93(3), 238-244.
85. Finlayson, T. L., Siefert, K., Ismail, A. I., and Sohn, W. (2007). Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(4), 272-281.
86. Huebner, C. E., and Riedy, C. A. (2010). Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. *Pediatric Dentistry*, 32(1), 48-55.
87. Goettems, M. L., Ardenghi, T. M., Demarco, F. F., Romano, A. R., and Torriani, D. D. (2012). Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(5), 451-458.
88. George A, Ajwani S, Bhole S, Johnson M, Blinkhorn A, and S., E. (2010). Promoting perinatal oral health in South-Western Sydney: a collaborative approach. *Journal of Dental Research*, 89(Special issue C).
89. Thomas, N. J., Middleton, P. F., and Crowther, C. A. (2008). Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(13).
90. Morgan, M. A., Crall, J., Goldenberg, R. L., and Schulkin, J. (2009). Oral health during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(9), 733-739.

91. Wilder, R., Robinson, C., Jared, H. L., Lieff, S., and Boggess, K. (2007). Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. *Journal of Dental Hygiene*, 81(4), 81.
92. Johnson, M., George, A., Dahlen, H., Ajwani, S., Bhole, S., Blinkhorn, A., Ellis, S., and Yeo, A. (2015). The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women. *BMC Oral Health*, 15(2).
93. Toygar, H. U., Seydaoglu, G., Kurklu, S., Guzeldemir, E., and Arpak, N. (2007). Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. *Journal of Periodontology*, 78(11), 2081-2094.
94. Buduneli, N., Baylas, H., Buduneli, E., Turkoglu, O., Kose, T., and Dahlen, G. (2005). Periodontal infections and pre-term low birth weight: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(2), 174-181.
95. Ozen, B., Ozer, L., Basak, F., Altun, C., and Acikel, C. (2012). Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. *Medical Principles and Practice*, 21(4), 318-322.
96. Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvitz, D. M., and Romaguera, R. (2001). Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of the American Dental Association*, 132(7), 1009-1016.
97. Keirse, M. J., and Plutzer, K. (2010). Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 38(1), 3-8.
98. Dasanayake, A. P., Gennaro, S., Hendricks-Munoz, K. D., and Chhun, N. (2008). Maternal periodontal disease, pregnancy, and neonatal outcomes. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*, 33(1), 45-49.
99. Fadavi, S., Sevandal, M. C., Koerber, A., and Punwani, I. (2009). Survey of oral health knowledge and behavior of pregnant minority adolescents. *Pediatric Dentistry*, 31(5), 405-408.
100. Dye, B. A., Tan, S., Smith, V., Lewis, B. G., Barker, L. K., Thornton-Evans, G., Eke, P. I., Beltran-Aguilar, E. D., Horowitz, A. M., and Li, C. H. (2007). Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital and Health Statistics. Series 11: Data from the National Health Survey*. 248:1-92.
101. Chestnutt, I. G., Schafer, F., Jacobson, A. P., and Stephen, K. W. (1998). The influence of toothbrushing frequency and post-brushing rinsing on caries experience in a caries clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(6), 406-411.
102. Gibson, S., and Williams, S. (1999). Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Research*, 33(2), 101-113.

103. dos Santos, A. P., Nadanovsky, P., and de Oliveira, B. H. (2013). A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(1), 1-12.
104. Christensen, L. B., Jeppe-Jensen, D., and Petersen, P. E. (2003). Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, 30(11), 949-953.
105. Offenbacher, S., Lin, D., Strauss, R., McKaig, R., Irving, J., Barros, S. P., Moss, K., Barrow, D. A., Hefti, A., and Beck, J. D. (2006). Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: a pilot study. *Journal of Periodontology*, 77(12), 2011-2024.
106. Hwang, S. S., Smith, V. C., McCormick, M. C., and Barfield, W. D. (2011). Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004-2006. *Maternal and Child Health Journal*, 15(6), 722-729.
107. Marchi, K. S., Fisher-Owens, S. A., Weintraub, J. A., Yu, Z., and Braveman, P. A. (2010). Most pregnant women in California do not receive dental care: findings from a population-based study. *Public Health Reports*, 125(6), 831-842.
108. Boggess, K. A., Urlaub, D. M., Massey, K. E., Moos, M. K., Matheson, M. B., and Lorenz, C. (2010). Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *Journal of the American Dental Association*, 141(5), 553-561.
109. Kandan, P. M., Menaga, V., and Kumar, R. R. (2011). Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(10), 1009-1014.
110. Chung, L. H., Gregorich, S. E., Armitage, G. C., Gonzalez-Vargas, J., and Adams, S. H. (2014). Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(2), 151-159.
111. Malkawi, Z. A., and Tubaishat, R. S. (2014). Knowledge, practice and utilization of dental services among pregnant women in the north of Jordan. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 15(3), 345-351.
112. Correia, P. N., Alkhatrash, A., Williams, C. E., Briley, A., Carter, J., Poston, L., and Hosey, M. T. (2017). What do expectant mothers need to know about oral health? A cohort study from a London maternity unit. *British Dental Journal Open*, 3:17004.
113. Hujoel, P. P., Cunha-Cruz, J., Banting, D. W., and Loesche, W. J. (2006). Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. *Journal of Dental Research*, 85(4), 298-305.
114. Laine, M. A. (2002). Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60(5), 257-264.

115. Periodontal Disease Fact Sheet. (2017). *American Academy of Periodontology*. 2019-05-14. URL:<https://www.perio.org/newsroom/periodontal-disease-fact-sheet>. Accessed: 2019-05-14. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/78MG8WMfg>)
116. Nabet, C., Lelong, N., Colombier, M. L., Sixou, M., Musset, A. M., Goffinet, F., Kaminski, M., and Epipap, G. (2010). Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(1), 37-45.
117. Mariotti, A. (2015). Plağa Bağlı Dişeti Hastalıkları. (Çev. B. Oduncuoğlu). In Lindhe, J., Lang, N. P. (Eds.), *Klinik Periodontoloji ve Diş Hekimliğinde İmplant Uygulamaları*. (Eserin orijinali 2015'de yayımlandı). 6:366-380.
118. Loe, H., and Silness, J. (1963). Periodontal Disease in Pregnancy. I. Prevalence and Severity. *Acta Odontologica Scandinavica*, 21:533-551.
119. Gursoy, M., Pajukanta, R., Sorsa, T., and Kononen, E. (2008). Clinical changes in periodontium during pregnancy and post-partum. *Journal of Clinical Periodontology*, 35(7), 576-583.
120. Miyazaki, H., Yamashita, Y., Shirahama, R., Goto-Kimura, K., Shimada, N., Sogame, A., and Takehara, T. (1991). Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN. *Journal of Clinical Periodontology*, 18(10), 751-754.
121. Armitage, G. C. (2013). Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2000*, 61(1), 160-176.
122. Rakchanok, N., Amporn, D., Yoshida, Y., Harun-Or-Rashid, M., and Sakamoto, J. (2010). Dental caries and gingivitis among pregnant and non-pregnant women in Chiang Mai, Thailand. *Nagoya Journal of Medical Science*, 72(1-2), 43-50.
123. Gonik, B., Wilson, E., Mayberry, M., and Joarder, B. Y. (2017). Pregnant Patient Knowledge and Behavior Regarding Perinatal Oral Health. *American Journal of Perinatology*, 34(7), 663-667.
124. Guncu, G. N., Tozum, T. F., and Caglayan, F. (2005). Effects of endogenous sex hormones on the periodontium--review of literature. *Australian Dental Journal*, 50(3), 138-145.
125. Lydon-Rochelle, M. T., Krakowiak, P., Hujoel, P. P., and Peters, R. M. (2004). Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *American Journal of Public Health*, 94(5), 765-771.
126. Karunachandra, N. N., Perera, I. R., and Fernando, G. (2012). Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka. *Rural Remote Health*, 12:1902.
127. Tadakamadla, S. K., Agarwal, P., Jain, P., Balasubramanyam, G., Duraiswamy, P., and Kulkarni, S. (2007). Dental status and its socio-demographic influences among pregnant women attending a maternity hospital in India. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, 3:183-192.

128. Molnar-Varlam, C., Molnar-Varlam, C., Gabriela, B., and Tohati, A. (2011). Risk assessment of caries in pregnancy. *Acta Medica Marisiensis.*, 57(6), 685-689.
129. Rogers, S. N. (1991). Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK. *Community Dental Health*, 8(4), 361-368.
130. Dinas, K., Achyropoulos, V., Hatzipantelis, E., Mavromatidis, G., Zepiridis, L., Theodoridis, T., Dovas, D., Tantanasis, T., Goutzioulis, F., and Bontis, J. (2007). Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86(8), 938-944.
131. Al Habashneh, R., Guthmiller, J. M., Levy, S., Johnson, G. K., Squier, C., Dawson, D. V., and Fang, Q. (2005). Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(7), 815-821.
132. Saddki, N., Yusoff, A., and Hwang, Y. L. (2010). Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health*, 10(75).
133. Kateeb, E., and Momany, E. (2018). Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 18(1), 170.
134. Saddki, N., Bachok, N., Hussain, N. H., Zainudin, S. L., and Sosroseno, W. (2008). The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 296-304.
135. Wardlaw, T., Blanc, A., Zupan, J., and Ahman, E. (2004). Low Birth Weight: country, regional and global estimates. *World Health Organization & UNICEF*. 1-27.
136. Gesase, N., Miranda-Rius, J., Brunet-Llobet, L., Lahor-Soler, E., Mahande, M. J., and Masenga, G. (2018). The association between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *African Health Sciences*, 18(3), 601-611.
137. Karimy, M., Niknami, S., and Hedarnia, A. (2004). The effect of health educational program on preventing AIDS in addicts prisoners Geserhesar Tehran. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences and Health Services.*, 8(1), 40-48.
138. Boggess, K. A., Urlaub, D. M., Moos, M. K., Polinkovsky, M., El-Khorazaty, J., and Lorenz, C. (2011). Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *Journal of the American Dental Association*, 142(11), 1275-1282.
139. Selwitz, R. H., Ismail, A. I., and Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *Lancet*, 369(9555), 51-59.
140. Gussy, M. G., Waters, E. G., Walsh, O., and Kilpatrick, N. M. (2006). Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42(1-2), 37-43.

141. Gussy, M. G., Waters, E. B., Riggs, E. M., Lo, S. K., and Kilpatrick, N. M. (2008). Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Australian Dental Journal*, 53(1), 52-60.
142. Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M. J., Bramlett, M. D., and Newacheck, P. W. (2007). Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*, 120(3), e510-520.
143. Chan, K. M., King, N. M., and Kilpatri, N. M. (2005). Can infants catch caries? A review of the current evidence on the infectious nature of dental caries in infants. *New Zealand Dental Journal*, 101(1), 4-11.
144. Vello, M. A., Martinez-Costa, C., Catala, M., Fons, J., Brines, J., and Guijarro-Martinez, R. (2010). Prenatal and neonatal risk factors for the development of enamel defects in low birth weight children. *Oral Diseases*, 16(3), 257-262.
145. Ersin, N. K., Eronat, N., Cogulu, D., Uzel, A., and Aksit, S. (2006). Association of maternal-child characteristics as a factor in early childhood caries and salivary bacterial counts. *Journal of Dentistry for Children*, 73(2), 105-111.
146. Leong, P. M., Gussy, M. G., Barrow, S. Y., de Silva-Sanigorski, A., and Waters, E. (2013). A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(4), 235-250.
147. Li, Y., Caufield, P. W., Dasanayake, A. P., Wiener, H. W., and Vermund, S. H. (2005). Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. *Journal of Dental Research*, 84(9), 806-811.
148. Xiong, X., Buekens, P., Fraser, W. D., Beck, J., and Offenbacher, S. (2006). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2), 135-143.
149. Rahbari, M., and Gold, J. (2015). Knowledge and behaviors regarding early childhood caries among low-income women in Florida: a pilot study. *Journal of Dental Hygiene*, 89(2), 132-138.
150. Plutzer, K., and Spencer, A. J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 335-346.
151. Plutzer, K., Spencer, A. J., and Keirse, M. J. (2012). Reassessment at 6-7 years of age of a randomized controlled trial initiated before birth to prevent early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(2), 116-124.
152. Gripp, V. C., and Schlagenhaut, U. (2002). Prevention of early mutans streptococci transmission in infants by professional tooth cleaning and chlorhexidine varnish treatment of the mother. *Caries Research*, 36(5), 366-372.
153. Isokangas, P., Soderling, E., Pienihakkinen, K., and Alanen, P. (2000). Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age. *Journal of Dental Research*, 79(11), 1885-1889.

154. da Silva Bastos Vde, A., Freitas-Fernandes, L. B., Fidalgo, T. K., Martins, C., Mattos, C. T., de Souza, I. P., and Maia, L. C. (2015). Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(2), 181-191.
155. Binks, C., and Duane, B. (2015). Mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans*. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 16(2), 39-40.
156. Rothnie, J. J., Walsh, C. A., Wang, M. J., Morgaine, K. C., and Drummond, B. K. (2012). An exploratory study of pregnant women's knowledge of child oral health care in New Zealand. *New Zealand Dental Journal*, 108(4), 129-133.
157. Melo, P., Fine, C., Malone, S., Frencken, J. E., and Horn, V. (2018). The effectiveness of the Brush Day and Night programme in improving children's toothbrushing knowledge and behaviour. *International Dental Journal*, 68(S1), 1-19.
158. Kusano, S. C., Tenuta, L. M., Cury, A. A., and Cury, J. A. (2011). Timing of fluoride toothpaste use and enamel-dentin demineralization. *Brazilian Oral Research*, 25(5), 383-387.
159. Nagaraj, A., and Pareek, S. (2012). Infant Oral Health Knowledge and Awareness: Disparity among Pregnant Women and Mothers visiting a Government Health Care Organization. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 5(3), 167-172.
160. Ide, M., and Papapanou, P. N. (2013). Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 40(Suppl 14), 181-194.
161. Li, Y., and Caufield, P. W. (1995). The fidelity of initial acquisition of *mutans streptococci* by infants from their mothers. *Journal of Dental Research*, 74(2), 681-685.
162. Emanuelsson, I. R., Li, Y., and Bratthall, D. (1998). Genotyping shows different strains of *mutans streptococci* between father and child and within parental pairs in Swedish families. *Oral Microbiology and Immunology*, 13(5), 271-277.
163. Li, Y., Wang, W., and Caufield, P. W. (2000). The fidelity of *mutans streptococci* transmission and caries status correlate with breast-feeding experience among Chinese families. *Caries Research*, 34(2), 123-132.
164. Lapidrattanakul, J., Nakano, K., Nomura, R., Hamada, S., Nakagawa, I., and Ooshima, T. (2008). Demonstration of mother-to-child transmission of *Streptococcus mutans* using multilocus sequence typing. *Caries Research*, 42(6), 466-474.
165. Klein, M. I., Florio, F. M., Pereira, A. C., Hofling, J. F., and Goncalves, R. B. (2004). Longitudinal study of transmission, diversity, and stability of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* genotypes in Brazilian nursery children. *Journal of Clinical Microbiology*, 42(10), 4620-4626.

166. Peker, M. S. (2007). *Streptococcus mutans'ın anne-çocuk geçişinin AP-PCR metoduyla saptanması ve diş çürüğü ile ilişkisi*. Doktora Tezi., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
167. Ayhan, E. (2013). *Çocuklarda Streptokokkus Mutans'ın Vertikal (Aile İçi) ve Horizontal (Çevreden) Geçişinin Araştırılması*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
168. Shivaprakash, P. K., Elango, I., Baweja, D. K., and Noorani, H. H. (2009). The state of infant oral healthcare knowledge and awareness: disparity among parents and healthcare professionals. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27(1), 39-43.
169. Grytten, J., Rossow, I., Holst, D., and Steele, L. (1988). Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 16(6), 356-359.
170. Crawford, A. N., and Lennon, M. A. (1992). Dental attendance patterns among mothers and their children in an area of social deprivation. *Community Dental Health*, 9(3), 289-294.
171. Waldman, H. B. (1995). Preschool children. Need and use of dental services. *Dental Clinics of North America*, 39(4), 887-896.
172. Mattila, M. L., Rautava, P., Sillanpaa, M., and Paunio, P. (2000). Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *Journal of Dental Research*, 79(3), 875-881.
173. Milgrom, P., Riedy, C. A., Weinstein, P., Mancl, L. A., Garson, G., Huebner, C. E., Smolen, D., and Sutherland, M. (2013). Design of a community-based intergenerational oral health study: "Baby Smiles". *BMC Oral Health*, 13(38).
174. Weinstein, P., Harrison, R., and Benton, T. (2004). Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *Journal of the American Dental Association*, 135(6), 731-738.
175. Tiano, A. V., Moimaz, S. A., Saliba, O., and Saliba, N. A. (2009). Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different water fluoride content. *Journal of Applied Oral Science*, 17(1), 39-44.
176. Declerck, D., Leroy, R., Martens, L., Lesaffre, E., Garcia-Zattera, M. J., Vanden Broucke, S., Debyser, M., and Hoppenbrouwers, K. (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(2), 168-178.
177. Fluoride Therapy. (2018). *American Academy of Pediatric Dentistry*, 40(6), 250-253.
178. Do, L. G. (2012). Distribution of caries in children: variations between and within populations. *Journal of Dental Research*, 91(6), 536-543.

179. Bakhtiar, K., Gharouni, K., Gharouni, B., Alavijeh, F. Z., Almasian, M., Bakhtiar, M., and Bastami, F. (2017). The effect of training interventions on the psychological factors of oral health in pregnant women. *Electron Physician*, 9(10), 5506-5515.







EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/02/2018-E.28185



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Doç. Dr. Çağdaş ÇINAR
Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı **Dr.Ayca DAL'ın** uzmanlık tez çalışması olan "*Anne ve Anne Adaylarının İnfant Ağız Sağlığı ve Kendi Oral Hijyenleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **06.02.2018** tarih ve **01** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-02

Ek:1 Liste

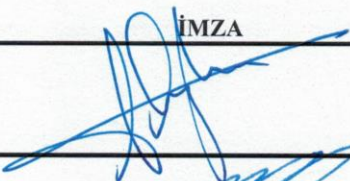

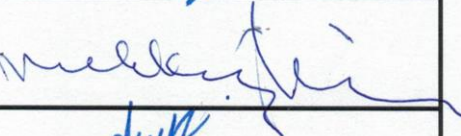
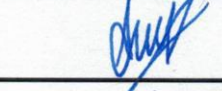

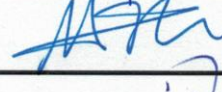
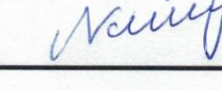
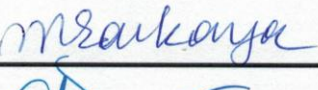

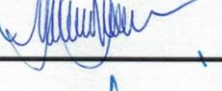

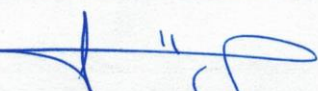
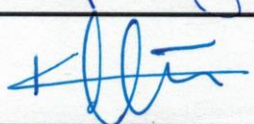


Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 06/02/2018	TOPLANTI SAYISI : 1
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DAL, Aycan
 Uyuğu : TC
 Doğum tarihi ve yeri : 12.02.1990 – KKTC
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0537 723 40 89
 e-mail : aycandal@outlook.com



Eğitim

Derece	Eğitim birimi	Mezuniyet Tarihi
Uzmanlık	Gazi Üniversitesi / Diş Hekimliği Fak.	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi / Diş Hekimliği Fak.	2014
Lise	Çankaya Milli Piyango Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2016 – Halen	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce, Korece

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Sunulan Sözlü ve Yazılı Bildiriler

- 1) Dal, A., Cinar, C. Endodontic treatment of invaginated canal with mineral trioxide aggregate and a vital pulp: Type 3 Dens Invaginatus. 24. International Dental Congress 2018, Ankara, Turkey. (Olgu raporu, Poster sunumu)
- 2) Dal, A., Cinar, C. Awareness of neonatologists and anesthesiologists about oral complications of intubation. FDI 2018 Dental Congress, Buenos Aires, Argentina. (Anket çalışması, Sözlü sunum)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..