



**AİLELERİN DİŞ YARALANMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Melek YILDIRIM SÜRME

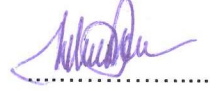
**UZMANLIK TEZİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

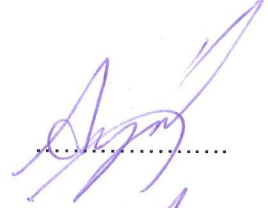
KASIM 2017

Melek YILDIRIM SÜRME tarafından hazırlanan "Ailelerin Diş Yaralanmaları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Pedodonti Anabilim Dalında UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

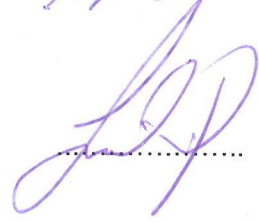
Danışman: Prof. Dr. Haluk BODUR
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan : Prof. Dr. Ayşegül ÖLMEZ
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Prof. Dr. Levent ÖZER
Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum



Yedek Üye : Prof. Dr. Nurhan ÖZTAŞ
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum



Yedek Üye : Prof. Dr. Nurhan ÖZALP
Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 15/11/2017

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu tezin UZMANLIK tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ
Gazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı



ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

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

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


Melek YILDIRIM SÜRME

15/11/2017

AİLELERİN DİŞ YARALANMALARINI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ
(Uzmanlık Tezi)

Melek YILDIRIM SÜRME

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI

Kasım 2017

ÖZET

Çocuklarda ya da ergenlerde görülen travmatik dental yaralanmaların çoğu okulda ya da evde meydana gelmektedir ve bu da travmatik bir olaya ilk müdahale edenlerin genellikle öğretmenler ya da ebeveynler olduğu anlamına gelmektedir. Bu tez çalışmasında ailelerin, travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda bir anket hazırlanmış ve Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı kliniğine çocuklarının tedavisi amacıyla başvuran 506 ebeveyne anket uygulanmıştır. Anket sorularına verilen cevaplar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ebeveynlerin yaşının, eğitim düzeyinin, sahip olunan çocuk sayısının ve geçmiş travma hikayesinin avulse diş temizleme ve saklama prosedürü, avülsiyon sonrası tedaviye başvurma zamanı ve tetanoz profilaksisi soruları için doğru cevaplama üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görülmüşken ($p>0,05$), cinsiyetin avulse diş saklama prosedüründe süt cevabının verilmesinde anlamlı derecede farklılığa yol açtığı görülmüştür ($p<0,05$). Diş sütte saklayacağını belirten kadın ebeveynlerin oranı, erkek ebeveynlerin oranına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Ebeveynlerin %31'inin daha önce travmatik yaralanma ile karşılaştığı ve bu deneyimin acil durum yönetimi konusunda sonuçları değiştirmedeği gözlenmiştir ($p>0,05$). Ebeveynlerin %88,9'u daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirilmediğini belirtmiş ve %92,5'i bu konudaki bilgi düzeylerini yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu tez çalışmasından yola çıkarak ebeveynlerin travmatik yaralanmaların acil durum yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu konudaki eğitim programlarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu sonucuna varılmaktadır.

Bilim Kodu : 1047

Anahtar Kelimeler : Travma, diş yaralanması, avülsiyon

Sayfa Adedi : 100

Danışman : Prof. Dr. Haluk BODUR

EVALUATION OF PARENTS KNOWLEDGE ABOUT DENTAL INJURIES
(Speciality Thesis)

Melek YILDIRIM SÜRME

GAZI UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY
DEPARTMENT OF PEDIATRIC DENTISTRY
November 2017

ABSTRACT

Most of the traumatic dental injuries in children or adolescents have occur at school or at home, which means that the first interveners to a traumatic events are usually teachers or parents. The aim of this thesis was to evaluate the knowledge level of families about traumatic teeth injuries. A questionnaire was prepared for this purpose and applied to 506 parents who applied for the treatment of their children to Department of Pediatric Dentistry, University of Gazi. The answers to the questionnaire were evaluated on the basis of age, gender, level of education, number of children, and past trauma experience. The results of the analyzes revealed that the age of the parents, the level of education, the number of children, and the history of the past trauma did not show any statistically significant difference in the correct answer for the avulsed tooth for cleaning and storage procedure, time for avulsion treatment and tetanus prophylaxis questions ($p>0.05$). The results showed that gender was significantly different when given the answer to storing in the milk for avulsed storage solution ($p<0.05$). The proportion of keeping tooth in milk at female group was significantly higher than that of male group ($p<0,05$). It was observed that 31% of the parents had previously experienced traumatic injury and this experience did not change the outcome of emergency management ($p>0.05$). 88.9% of the parents stated that they had not been informed about oral and dental injuries before and 92.5% stated that they did not find their knowledge about dental injuries satisfactory. As a result of this thesis, it is concluded that the parents are inadequately informed about the emergency management of traumatic injuries and the training programs in this area are needed to be increased.

Science Code : 1047

Key Words : Trauma, dental injuries, avulsion

Page Number : 100

Advisor : Prof. Dr. Haluk BODUR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bana her konuda destek olan, zengin bakış açısı, kültürel birikimi, sevgi ve üstün sabrı ile bana yol gösteren değerli danışman hocam Prof. Dr. Haluk BODUR'a,

Eğitim sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Alev ALAÇAM, Prof. Dr. Tezer ULUSU, Prof. Dr. Neşe AKAL, Prof. Dr. Nurhan ÖZTAŞ, Prof. Dr. Ayşegül ÖLMEZ'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Mesut Enes ODABAŞ, Doç. Dr. Çağdaş ÇINAR, Doç. Dr. Didem ATABEK ve Doç. Dr. Mehmet BANİ'ye,

Neşesiyle sedasyon günlerini keyifli geçirmemizi sağlayan Yrd. Doç. Dr. Gülay KİP'e,

Tanımdan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, dostluklarını hep hissettiğim canım arkadaşlarım Dr. Dt. Gizem İNAN ŞEREFHAN, Dr. Dt. Derya AKAY KOTAN, Dr. Dt. Yasemin AKIN, Dr. Dt. Zeliha HATİPOĞLU PALAZ ve Uzm. Dt. Esra KARAALIOĞLU'ya,

Sonsuz emekleri, sevgileri ve fedakarlıkları ile beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan, teşekkürlerin yetersiz kalacağı canım annem Emine YILDIRIM ve canım babam Hasan YILDIRIM'a, gözümde hep minik kalacak olan biricik kız kardeşim Melike İclal YILDIRIM'a,

Hayatıma girdiği günden itibaren sevgisi ile bana güç veren, en çaresiz anlarımda bile hep bir çıkış yolu bulan, hayattaki en büyük şansım, canım eşim Koray SÜRME'ye,

Sonsuz teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Travma	3
2.1.1. Diş yaralanmalarının mekanizması	3
2.1.2. Travma etiyojisi.....	5
2.1.3. Travma epidemiyolojisi.....	10
2.1.4. Travmanın sınıflandırılması.....	13
2.1.5. Diş yaralanmalarında anamnez.....	14
2.1.6. Kron kırıklarının tedavisi.....	17
2.1.7. Avülsiyon yaralanmaları	18
2.1.8. Replantasyon başarısını etkileyen faktörler.....	21
2.2. Anket	28
2.2.1. Anketin bölümleri.....	28
2.2.2. Anketin hazırlanması sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar.....	29
2.2.3. Anket formunun denenmesi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. İstatistiksel Yöntem.....	33
4. BULGULAR	35

	Sayfa
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR.....	81
EKLER.....	93
Ek-1. Etik Beyan Formu.....	94
Ek-2. Anket Formu.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	100



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Sağlık Bakanlığı güncel aşı takvimi	16
Çizelge 2.2. Tetanoz aşısı zamanlaması.....	17
Çizelge 4.1. Yaş grubu bazında frekans tablosu	35
Çizelge 4.2. Cinsiyet bazında frekans tablosu.....	35
Çizelge 4.3. Eğitim düzeyi bazında frekans tablosu	35
Çizelge 4.4. Çocuk sayısına göre frekans tablosu.....	36
Çizelge 4.5. Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre frekans tablosu	36
Çizelge 4.6. Bölüm 2’de yer alan sorulara verilen cevaplara ilişkin frekans tablosu.....	37
Çizelge 4.7. Yaş grubu bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu	39
Çizelge 4.8. Cinsiyet bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu.....	43
Çizelge 4.9. Eğitim düzeyi bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu	47
Çizelge 4.10. Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu.....	50
Çizelge 4.11. Çocuk sayısı bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu	53
Çizelge 4.12. “Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları	55
Çizelge 4.13. “Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, çocuğunuzu diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları	56
Çizelge 4.14. “Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları	57

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.15. “Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları.....	58
Çizelge 4.16. Bölüm 3’te yer alan sorulara ilişkin frekans ve yüzde dağılım tablosu	59



SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler **Açıklamalar**

- -

Kısaltmalar **Açıklamalar**

BCG	Bacille-Calmette-Guerin (Verem) Aşısı
DaBT-İPA	Difteri, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Tip B Aşısı (Dörtlü Karma Aşısı)
DaBT-İPA-Hib	Difteri, Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza Tip B Aşısı (Beşli Karma Aşısı)
EGF	Epitelyal Büyüme Faktörü
HBSS	Hank'ın Balanslı Tuz Solüsyonu
Hep-A	Hepatit A Aşısı
Hep-B	Hepatit B Aşısı
KKK	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
KPA	Konjüge Pnömonokok Aşısı
OPA	Oral Polio (Çocuk Felci Aşısı)
Td	Erişkin Tipi Difteri Tetanoz Aşısı

1. GİRİŞ

Travmatik dentoalveoler yaralanmalar çocuklarda ve ergenlerde sıklıkla, dişleri, diş destek yapılarını ve komşu yumuşak dokuları etkileyerek, çocukta fiziksel, estetik ve psikolojik problemler meydana getirmektedir (Santos, Habecost, Gomes, Weber ve de Oliveira, 2009; Schuch, Dos Santos Costa, Torriani, Demarco ve Goettems, 2014).

Yüksek prevalansı nedeniyle travmatik diş yaralanmaları, gerçek ve ciddi bir diş sağlığı sorununu oluşturmaktadır. Diş yaralanmaları, estetik, psikolojik, sosyal, fonksiyonel ve terapötik problemlere yol açmakta ve sadece kaza anında değil, tedavi sonrası dönemde de onarılamaz diş kayıplarına neden olabilmektedir. Bu nedenle diş yaralanmalarında acil durum yönetimi, diş hekimleri açısından büyük önem taşımaktadır (Marcenes, Alessi ve Traebert, 2000; Glendor, 2008).

Travmatik diş yaralanmasının ardından, travma yerindeki kişi tarafından yapılacak doğru acil müdahale, travmaya uğramış bir dişin prognozunu iyileştirmede büyük rol oynamaktadır. Bu nedenle, evde ve okulda küçük çocuklarla yakın temasta bulunan kişilerin, travma konusunda bilgilendirilmesi oldukça önemlidir (Pujita, Nuvvula, Shilpa, Nirmala ve Yamini, 2013; Sae-Lim ve Lim, 2001).

Ebeveynler, travmatik yaralanmalar sonrasında yapılacak ilk yardım prosedürlerinden haberdar oldukları takdirde, yaralanan dişlerin prognozunun iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Ebeveynlere yönelik bilgilendirme programları planlanmadan önce, ebeveynlerin bilgi düzeyini değerlendirmek gerekmektedir (Al-Jame ve diğerleri, 2007).

Bu tez çalışmasında ailelerin, travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma

Travmatik diş yaralanması, dişlerin, ağız içindeki veya ağız çevresindeki diğer sert ve yumuşak dokuların yaralanmalarıdır. Genellikle ani gelişen, tesadüfen karşımıza çıkan ve aynı zamanda acil müdahale gerektiren beklenmedik durumlardır. Travma bir hastalık değil, günlük hayatta karşılaştığımız risk faktörlerinin bir sonucudur. Bazı birey gruplarında yaralanmalar daha yaygın olmakla birlikte, herkes günlük yaşam aktiviteleri sırasında travma riskiyle karşı karşıyadır. Diş yaralanmasına maruz kalan bir birey, oral hijyenine dikkat ederek ve rutin diş hekimi kontrollerini yaptırarak, kaliteli bir yaşam sürebilir (Lam, 2016).

2.1.1. Diş yaralanmalarının mekanizması

Dişlere gelen travma direkt ve indirekt olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Direkt travmada dişler bir yüzeye çarpar veya bir nesne dişlere ya da diş arklarına vururken, indirekt travmada ise çene darbe aldıktan sonra dişlerin kuvvetli bir şekilde kapanması nedeniyle diş kırığı meydana gelir (Oikarinen, 1987). Alt çeneye gelen darbe sonucunda, alt çene kontrolsüz bir şekilde üst çeneye çarpar ve üst çene dişlerinin zarar görmesine neden olur. Direkt travmada genellikle ön dişler etkilenirken, indirekt travmada küçük ve büyük azı dişlerinde kron ya da kök kırıkları, simfiz veya kondil bölgesinde çene kırıkları meydana gelir (Alaçam, 2012: 987).

Travmada rol oynayan ve yaralanmanın tipini ve büyüklüğünü etkileyen faktörler şu şekilde ele alınabilir (Oikarinen, 1987):

1. Çarpma enerjisi: Bu faktör hacime ve hıza bağlıdır. Yüksek hızla gelen darbelerde genellikle kron kırıkları oluşur ve destek dokular fazla zarar görmez. Gelen kuvvet dişin kron kısmıyla kök kısmına iletilir. Düşük hızlardaki darbeler genellikle destek dokuların hasarına yol açar, diş kırıkları daha az oluşur.

Sağlam krona sahip dişlerde, mine ve dentini kırılan dişlere göre daha fazla pulpa nekrozu görülmektedir. Çünkü, kırılan dişlerde çarpma enerjisi yayılırken, kronu sağlam kalan dişlerde tüm kuvvet apikal ya da periradiküler bölgeye ulaşmaktadır (Çalışkan, 2006: 612).

2. Çarpan cismin elastikliği: Örneğin, oyun esnasında dişlere dirsek darbesi gelmişse ve çarpma kuvveti dudak sayesinde dağılmışsa, dişte lüksasyon ve alveol kırığı olasılığı artarken, kron kırığı olasılığı azalır. Eğer darbe direkt olarak dişe gelirse ve kuvvetin dağılacağı herhangi bir yapı yoksa, dişte kron kırığı olasılığı artar.
3. Çarpan cismin şekli: Dişe sivri bir cisim çarptığında, enerji sınırlı bir alana hızlı bir şekilde yayılır. Bu çarpma sonucunda dişte çok az bir yer değiştirmeye birlikte, kron kırığı meydana gelir. Bunun tersi olarak, künt bir cisim kron bölgesinde kuvvete karşı direnç alanını artırır ve kuvvetin apikal kısma ulaşmasına yol açar. Bunun sonucunda da lüksasyon ve kök kırıkları karşımıza çıkar.
4. Çarpan cismin geliş yönü: Çarpan cismin geliş yönüne bağlı olarak dişlerde dört farklı kırık ortaya çıkabilir:
 - a. Yatay kron kırıkları
 - b. Diş kolesindeki yatay kırıklar
 - c. Oblik kron-kök kırıkları
 - d. Oblik kök kırıkları

Kuvvetin geliş yönünün önemli olduğu kadar, dişlerin alveol içindeki durumları ve alveol kemiğinin elastikiyeti de büyük önem taşır. Travmaya uğrayan genç dişlerde, eğer travma sonucunda dişin sert dokularında herhangi bir kırık oluşmazsa, kron ve kök alveol içerisinde ters yönde hareket eder. Bunun nedeni, çarpma enerjisinin elastik olan destek dokular tarafından absorbe edilmesidir (Çalışkan, 2006: 604).

Yaşlı bireylerde periodontal dokular ve kemik yeterli esneklikte olmadığından dolayı, kökün alveol içinde hareketi engellenir ve kök yüzeyinde direnç bölgeleri

meydana gelir. Eğer diş dokularının kopma ve gerilme kuvvetleri, sıkıştırıcı kuvvetten daha az ise, kök, iki sıkışma bölgesini birleştiren düzlem boyunca kırılır.

Diş alveol içerisinde çok sıkı bir Şekilde duruyorsa, kök ucunda ve kole bölgesinde daha geniş bir direnç alanı ile kök sıkıştırılır. Böyle bir durumda, dişin kolesinde eğilme kuvveti meydana gelir ve kökte değil de, kronun diş eti seviyesinde yatay yönde bir kırık meydana gelir. Bu kırık Şekli daha çok, üst yan keser dişlerde görülür. Bunun nedeni, üst yan keser dişlerin alveol içinde sıkı bir konumda bulunmasıdır.

Mine prizmalarının yönü minedeki kırık çizgilerinin yolunu belirlemede yardımcı olurken, dentinde grlen kırıklar genellikle dentin kanallarına diktir (alışkan, 2006: 604).

2.1.2. Travma etiyolojisi

Travmatik diş yaralanmalarının nedenleri kasıtlı ve kasıtsız nedenler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Kasıtlı nedenler fiziksel suistimal ve Şiddet; kasıtsız nedenler ise bireysel davranışlar, oral predispozan faktörler, spor yaralanmaları, tıbbi hastalıklar, trafik kazaları, çarpma ve düşme gibi istemsiz olarak meydana gelen olaylardır. Kasıtsız yaralanmaların önlenmesi pek mümkün olmamasına karşın; kişisel, çevresel ve sosyal risk faktörlerinin bilinmesi, kasıtsız yaralanmaların dişlerde oluşan hasarları minimuma indirecek koruyucu önlemlerin alınmasına yardımcı olabilir (Baig Enver, Marcenes, Stansfeld ve Bernab, 2016).

Süt ve daimi dentisyonda grlen travmaların türleri ve bu travmaların nedenleri, iki dentisyonda farklılık göstermektedir. Süt dentisyondaki kemik yapının, daimi dentisyondaki kemiğe oranla daha az mineralize bir yapıya sahip olması, bu farklılığın nedeni olarak düşünülmektedir. Primer dentisyonda, 0-6 yaş arasındaki çocuklarda bağımsız hareketlerin artması nedeniyle meydana gelen düşme ve çarpışmalara bağlı olarak daha geniş bir travma yelpazesi mevcutken, 7-15 yaş arasındaki çocuklarda travma nedenleri oyun sırasındaki kazalar ve spor yaralanmalarıdır (Lam ve diğerleri, 2008; Diaz, Bustos, Brandt ve Fernndez, 2010).

Oral predispozan faktörler

Travmatik diş yaralanmalarında en büyük risk faktörü olarak gösterilen durum, dudak örtücülüğünün yetersizliği ve artmış overjet varlığıdır (Zaleckiene, Peciuliene, Brukiene ve Drukteinis, 2014). Dudakların yeterli örtücülüğü gelen darbeleri absorbe ederek dişleri korumaktadır. Dudak örtücülüğünün yetersiz olması, kesici dişleri açıkta bırakarak travma sırasında bu dişleri kırılmaya daha müsait hale getirmektedir (Sönmez, 2017).

Artmış overjete sahip çocuklarda diş yaralanması riskinin daha yüksek olduğu bilinmesine rağmen, bazı araştırmacılar (Piovesan, Guedes, Casagrande ve Ardenghi, 2012; Amorim, Costa ve Estrela, 2011) overjet sınırını >3 mm olarak ele alırken, bazıları (Tümen ve diğerleri, 2011) >5mm olarak baz almaktadır.

Dudak örtücülüğünün yetersiz olduğu ve 3 mm'den daha fazla overjeti olan hastalarda, travmatik diş yaralanmalarından korunmak amacıyla, özellikle sportif aktiviteler esnasında önlemler alınması gerekmektedir. Ayrıca bu hastalara erken dönemde uygulanan ortodontik tedaviler, hastaların dental travmalara maruz kalmalarını önleyebilmektedir (Sönmez, 2017).

Diş yaralanmalarının nedenleri arasında gösterilen diğer bir faktör de, ön açık kapanıştır. Nguyen, Bezemer, Habets ve Prahl-Andersen(1999), ön açık kapanışa sahip çocukların travmaya daha yatkın olduklarını ve bu travmalar sonucunda da maksiller ön dişlerin en sık karşılaşılan dişler olduğunu belirtmişlerdir. Tümen ve diğerleri de (2011) yaptıkları çalışmada ön açık kapanışa sahip çocukların, diş yaralanmalarıyla daha sık karşılaştıklarını göstermişlerdir.

Kazalar, düşmeler ve spor yaralanmaları

Travmatik diş yaralanmalarının başlıca nedenleri düşmeler (% 31.7'den% 64.2'ye), spor yaralanmaları (% 40.2'ye kadar), bisiklet kazaları (% 19.5'e kadar), trafik kazaları (% 7.8'e kadar) ve fiziksel şiddet (% 6.6'ya kadar) olarak sıralanabilir.(Hecova, Tzigkounakis, Merglova ve Netolicky, 2010; Eyuboglu,

Yilmaz, Zehir ve Sahin, 2009; Taiwo ve Jalo, 2011; Faus-Damiá, Alegre-Domingo, Faus-Matoses, Faus-Matoses ve Faus-Llácer, 2011).

Trafik kazaları, dişin çevre dokularını da içeren çoklu yaralanmalarla sonuçlandığı için, travmanın özel bir grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca, kaza esnasında açılan hava yastıklarından dolayı farklı fasiyal travmalar da meydana gelmektedir (Roccia, Servadio ve Gerbino, 1999; Mouzakes ve diğerleri, 2011).

Bisiklet kazaları, okul çağı grubu çocuklarda görölen diş travmalarının ortak nedenidir. Bisiklet sürme sırasında başı korumak için kask takılması, özellikle çocuklarda ve ergenlerde baş yaralanmalarını ve travmatik beyin hasarını önlemeye önemli ölçüde katkıda bulunur. Ayrıca kask takılması ile, yüzün orta üçlüsünde ve dişlerde meydana gelen yaralanmalar da önlenmektedir (Chapman ve Curran, 2004).

Bireylere yönelik şiddet

Bireyler arasındaki şiddet eğiliminin artışı da, travmatik diş yaralanmalarının bir nedeni olarak, endişe verici bir faktördür (Zaleckiene, Peciuliene, Brukiene Ve Drukteinis, 2014). Küçük çocuklarda dayak, tüm dünyada görölen oral yaralanmalarda görölen önemli bir sorundur. Özellikle 3-6 yaş arasındaki şiddet gören çocuklarda sadece diş travmaları değil, kafa travmaları ve bedensel yaralanmalar da görölmekte ve hatta bu yaralanmalar ölümlle sonuçlanabilmektedir (Alaçam, 2012: 986).

Davranış bozuklukları

Davranış bozuklukları, çocuğun çeşitli ruhsal ve bedensel nedenlere bağlı, iç çatışmalarını davranışlarına aktarması sonucu ortaya çıkan kontrolsüz davranışları içermektedir (Sönmez, 2017). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu en sık görölen nörodavranışsal çocukluk dönemi hastalığıdır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda, davranışsal, sosyal ve akademik zorluklara ek olarak, dikkatsizlik ve yüksek motor aktivitelerinden dolayı, yanıklar,

kırıklar ve kafa travmaları gibi yaralanmalara maruz kalma olasılığı da artmaktadır. (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman ve Rohde, 2007).

Özel bakım gerektiren hastalar

Özel bakım gerektiren ve hareket kısıtlılığı olanlar hastalarda travmatik dış yaralanması açısından bir risk yokken, kontrolsüz hareketler sergileyen hasta gruplarında travmatik dış yaralanması meydana gelme riski daha yüksektir (Sönmez, 2017).

Otizm, sinir sisteminin ve beynin yapısının ya da işleyişinin farklı olmasından kaynaklanan nörobiyolojik bir bozukluktur. Otistik çocuklar sıklıkla ciddi davranışsal sorunlar yaşamaktadır ve bu çocuklarda agresif tavırlar, öfke nöbetleri ve kendi kendine zarar verme görülebilmektedir. Tüm bunların sonucunda da otistik hastalarda travmatik dış yaralanmalarının görülme riski artmaktadır (Altun, Güven, Yorbik ve Açikel, 2010).

Serebral palsi, kaslar ve beyin arasındaki iletişimi etkileyerek, vücudun hareket ve duruş pozisyonunda kalıcı bir bozukluğa yol açan nörolojik bir bozukluktur. Serebral palsili hastalarda zeka geriliği, vücutta istemsiz hareketler, motor koordinasyonda zayıflık, beslenme sırasında istemsiz ısırma gibi travmatik dış yaralanmaları için riski arttıracak faktörler bulunmaktadır (Holan, Peretz, Efrat ve Shapira, 2005).

Çocukluk dönemi obezitesi

Çocukluk dönemi obezitesi, dünya genelinde ortak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Sönmez, 2017). Feldens, Borges, Vargas-Ferreira ve Kramer (2016) obezite ve yüksek vücut ağırlığının travmatik dış yaralanmalarını artıran bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Aşırı kilolu ve obez çocuklarda ağırlık merkezinin yer değiştirmesinden kaynaklı denge sorunlarının olması ve obez çocukların eklemlerinde fonksiyonel kısıtlılığın mevcudiyeti nedeniyle, dış yaralanmalarıyla sonuçlanan düşmeler görülmektedir (Correa-Faria ve Petti, 2015). Yapılan bir derleme çalışmasında (Kramer, Feldens, Bruch, Ferreira ve Feldens, 2015), obez

ve yüksek vücut ağırlığına sahip çocuklarda travmatik diş yaralanması ile daha sıklıkla karşılaştığı sonucuna varılmışken, obezite ile travmatik diş yaralanmalarının ilişkili olmadığını düşünen başka görüşler de bulunmaktadır (Dame-Teixeira, Alves, Susin ve Maltz, 2013; Soriano, Caldas-AF, Carvalho ve Amorim-Filho, 2007).

Genel anestezi

Bazı travmatik diş yaralanmaları, iyatrojenik niteliktedir ve genel anestezi esnasında entübasyon yapılırken ortaya çıkar (Zaleckiene, Peciuliene, Brukiene ve Drukteinis, 2014). Bu yaralanmalar, genel anestezi uygulamalarında sık karşılaşılan olumsuz durumlardır ve anestezi uzmanlarını ilgilendiren malpraktis davalarının büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu durum genellikle agresif laringoskopi, anestezinin ve kas gevşemesinin yetersizliği, ağız içinin agresif aspirasyonu, operasyon esnasındaki acil girişimler veya anestezi uzmanının tecrübesiz olması sebebiyle ortaya çıkabilir (Sousa ve Mourao, 2015).

Laringoskopi esnasında laringoskopun bıçaklarının dişlere çarpması ya da intübasyonun zor olduğu hastalarda glottisi görebilmek için anestezi uzmanlarının üst dişlerden destek almak zorunda kalması da üst dişlerin yaralanmasıyla sonuçlanabilir. Bunun yanında orofaringeal hava yolu yerleştirilmesi sırasında ön dişlere fazla kuvvet uygulanabilir ve bu da diş yaralanmalarına neden olan başka bir faktör olarak karşımıza çıkabilir. Ayrıca ekstübasyon sırasında hastanın istemsiz bir şekilde havayolunu ısırması da dişlerde hasar ile sonuçlanabilir (Lee ve diğerleri, 2004).

Genel anestezi esnasındaki diş yaralanmalarının fiziksel, ekonomik ve hukuki sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, anestezi uzmanlarının diş ve dişin destek dokularının anatomisi ve patolojisi hakkında eğitilmesi büyük önem taşımaktadır (Sowmya ve Raghavendra, 2011).

Piercing

Dil ve dudak piercingi, travmatik diş yaralanmalarına yol açan güncel bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu piercingler, dişlerde ve restorasyonlarda kırıklara, dişlerde pulpa hasarına ve çatlak diş sendromuna yol açmaktadır (De Moore, De Witte ve De Bruyne, 2000).

2.1.3. Travma epidemiyolojisi

Diş hekimliğinde koruyucu uygulamaların yaygınlaşması ile, çocuklarda periodontal hastalıkların ve diş çürüğünün görülme sıklığı azalmasına karşın, yapılan epidemiyolojik çalışmalar diş yaralanmalarının çocuklar için hala ciddi sorunlar oluşturduğunu göstermektedir (Alaçam, 2012: 988).

Çalışkan ve Türkün (1995); 1981-1993 yılları arasında 370 hastanın 470 dişinin değerlendirildiği çalışmalarında, 6-10 ve 11-15 arası yaş gruplarının diş yaralanmasından en sık etkilenen yaşlar olduğunu ve erkeklerin kızlara göre daha fazla yaralanmaya uğradığını belirtmişlerdir. Diş yaralanmalarının en yaygın etyolojik faktörleri düşmeler ve spor kazaları olarak gösterilmiş, bunları trafik kazaları takip etmiştir.

Altay ve Güngör (2001) 1996-2000 yılları arasında, 150 çocuk hasta üzerinde yaptıkları çalışmada travmaya uğrayan 332 dişi değerlendirmişler ve en fazla komplike olmayan kron kırığı görüldüğünü ve bu yaralanmaların 10-12 yaşları arasında artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Çalışmada ayrıca, lateral lüksasyon ve intrüzyon olgularında 1-6 ve 7-9 yaşlarında artış olduğu kaydedilmiştir.

Şaroğlu ve Sönmez (2002) 147 hastada 234 dişi 18 aylık bir süreçte incelemişler ve travmatik diş yaralanmalarının 11 yaşta artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Üst kesici dişler hem süt hem de daimi dentisyonda travmadan en sık etkilenen dişler olduğu ve maksillanın (%95,2) mandibuladan daha fazla travmaya uğradığı çalışmada bildirilmiştir. Diş yaralanmalarının en sık düşmeden kaynaklandığı (%67,34), en fazla karşılaşılan yaralanma tipinin süt dentisyonda ekstrüsv

lüksasyon (%38,23), daimi dişlenmede komplike olmayan kron kırığı (%50,5) olduğu da çalışmada belirtilen diğer sonuçlardır.

Celenk, Sezgin, Ayna ve Atakul (2002) 208 hastada 352 dişi inceledikleri çalışmalarında, travmatik diş yaralanmalarının ana nedenlerini düşme ve çarpışmalar, en sık görülme yaşlarını da 9-11 olarak belirtmişlerdir. En sık etkilenen dişin üst santral diş, en sık etkilenen çenenin üst çene ve her iki çenede de en az etkilenen dişin kanin diş olduğu da çalışmada belirtilmiştir.

Kargul, Çağlar ve Tanboga (2003) değerlendirdikleri 300 hastada, yaralanmaların 2 ve 10 yaşlarında belirgin artış gösterdiğini ve başka çalışmalarla (Lombardi, Barbara, Sheller, Bryan ve Williams, 1994; Zeng, Sheller ve Milgrom, 1994) paralel olarak, travmaların en fazla yaz mevsiminde görüldüğünü bildirmişlerdir.

Kırzioğlu, Karayılmaz, Ertürk ve Sentut (2005) Akdeniz bölgesinde yaptıkları çalışmada, 84 çocuk hastada 159 dişi incelemişler ve lüksasyon yaralanmalarının en fazla karşılaşılan (%84,9) travma tipi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada travmanın en sık görüldüğü yaşların 3 ve 5 yaş olduğunu belirtmişler, bunun nedeninin de çocukların 3 yaşında aktif olarak yürümeye ve koşmaya başlamaları, 5 yaşında ise farklı türde oyunları keşfetmeleri olabileceğini düşünmüşlerdir.

Eyuboglu, Yılmaz, Zehir ve Sahin (2009) Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaptıkları 6 yıllık tarama çalışmalarında, 1-15 yaşları arasındaki çocukları değerlendirmişler ve travma görülme sıklığını %4,9 olarak saptamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre, travmaya, süt dişlerinde en çok 5 yaşında ve Haziran ayında, daimi dişlerde ise 10 yaşında ve Ekim ayında rastlanmıştır.

Altun ve diğerleri (2009), 6-12 yaş arası 4956 çocuğun tarandığı 2 yıllık retrospektif çalışmalarında, travmaya uğrama oranını %9,5 olarak bulmuşlar; cinsiyetler arasında periodontal yaralanmalarda bir fark gözlenmezken, pulpayı ve sert dokuyu içeren yaralanmalarda erkeklerin kızlara oranla daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmada artmış overjetin, yaralanma riskini 2,19 kez daha artırdığı da ortaya konulmuştur.

Atabek, Alacam, Aydintug ve Konakoglu (2014), 340 hastanın retrospektif incelemesini yapmışlar ve en çok etkilenen dişlerin üst ön keser dişler olduğunu (%66,24), daimi dişlenmede en çok komplike olmayan kron kırıklarının (%44,9), süt dişlenmede ise sublüksasyon yaralanmalarının görüldüğünü (%36,4) bildirmişlerdir. Ayrıca çalışmada, erkeklerin kızlara oranla travmaya daha fazla maruz kaldığı da gösterilmiştir. Bunlara ek olarak, travmaların genellikle yaz aylarında meydana geldiği de çalışmada belirtilmiştir.

Toprak, Tuna, Seymen ve Gençay (2014), 1-13 yaşları arasındaki 154 hastanın 337 dişini karşılaştırdıkları çalışmada erkek:kız oranını 1,6:1 olarak belirtmişlerdir. Çalışmada travmadan maksillanın (%87,5), mandibulaya (%12,5) göre daha fazla etkilendiği, en sık yaralanan dişlerin üst ön dişler olduğu belirtilmiştir.

Tüm bu çalışmalardan görüldüğü üzere, travmatik diş yaralanmalarının görülme sıklığı, çalışmanın yapıldığı ülkeye, araştırılan yaş grubuna, cinsiyete ve etiyolojik faktörlere göre değişiklik gösterse de, uluslararası kaynaklar şu konularda görüş birliğindedir (Alaçam, 2012: 988):

- Çocukların %30-50'sinde süt dişlenme döneminde travma hikayesi mevcuttur.
- 14 yaşa kadar olan çocukların %22'sinde, daimi dişleri içeren travma geçmişi bulunmaktadır.
- Travmalarda erkek:kız oranı 2:1dir.
- Travmanın en yüksek görüldüğü yaş grupları, 2-4 ve 8-10 yaşları arasındadır.
- En çok yaralanan diş grubu üst ön kesici dişlerdir.
- Daimi dişlerde en çok komplike olmayan kron kırıklarına rastlanırken, süt dişlerinde ise lüksasyon yaralanmaları daha sık görülmektedir.
- Daimi dişlerdeki travmatik yaralanmalar sıklıkla 6-15(özellikle 8-11) yaşları arasında meydana gelmektedir.
- Trafik kazaları ve spor yaralanmaları haricinde, çoğunlukla tek diş etkilenmektedir.

2.1.4. Travmanın sınıflandırılması

Diş yaralanmalarını tanımlamak için kullandığımız güncel sınıflandırma, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yaptığı sınıflamanın Glendor, Marcenes ve Andreasen (2007) tarafından modifiye edilmesiyle ortaya çıkan sınıflamadır. Sınıflandırma şu şekildedir:

Sert doku ve pulpayı içeren yaralanmalar:

- Minenin tamamlanmamış kırığı: Diş yapısında kayıp olmadan, minede oluşan çatlaklar
- Komplike olmayan kron kırığı: sadece minede yer alan kırıklar veya mine ve dentini içine alan fakat pulpanın açılmadığı kırıklar
- Komplike kron kırığı: Pulpayı içeren mine ve dentin kırığı
- Komplike olmayan kron kök kırığı: Mine, dentin ve sementi içeren, fakat pulpanın açılmadığı kırık
- Komplike kron kök kırığı: Mine, dentin ve sementi içeren, aynı zamanda pulpanın da açıldığı kırık
- Kök kırığı: Sement, dentin ve pulpayı içine alan kırık

Periodontal doku yaralanmaları

- Sarsılma (Kontüzyon): Dişte yer değiştirmenin olmadığı fakat perküsyona hassasiyetin mevcut olduğu yaralanmalar
- Sublüksasyon: Dişte yer değiştirmenin olmadığı, fakat destek doku kaybına bağlı mobilite ve gevşemenin olduğu yaralanmalar
- İntrüzyon: Dişin alveol soketine doğru yer değiştirdiği yaralanmalar
- Ekstrüzyon: Dişin alveol soketinden dışarı bir miktar yer değiştirdiği yaralanmalar
- Lateral lüksasyon: Dişin aksiyel yönden farklı bir yöne doğru yer değiştirdiği yaralanmalar
- Avülsiyon (Eksartikülasyon): Dişin alveol soketinden tamamen uzaklaştığı yaralanmalar

Destek doku yaralanmaları

- Maksiller ya da mandibular alveolün dahil olduğu yaralanmalar: Alveol socketin ezilmesi ya da sıkıştırılması. Bu durum intrüzyon ve lateral lüksasyon ile birlikte görülür.
- Maksiller alveol duvar kırığı
- Mandibular alveol duvar kırığı
- Maksiller alveol proçes kırığı
- Mandibular alveol proçes kırığı
- Maksilla kırığı
- Mandibula kırığı

Diş eti ve oral mukoza yaralanmaları

- Diş eti ya da oral mukozada yırtılma (laserasyon): Keskin bir nesne tarafından sığ ya da derin yırtılmanın meydana gelmesi
- Diş eti ya da oral mukozada ezilme (kontüzyon) : Genellikle künt bir nesne ile yaralanma sonucu, morluk ya da submukozal hemorajinin oluşması
- Diş eti ya da oral mukozada aşınma (abrazyon): sıyrılma ya da sürtünme sonucu mukozada meydana gelen yüzeysel yaralanma

2.1.5. Diş yaralanmalarında anamnez

Yaralanmanın hikayesi

Temel şikayet, hastanın ya da hasta velisinin varolan problemi kendi seçtiği kelimeler ile ifade etmesidir. Hasta, şikayetini dile getirdikten sonra, diş hekimi yaralanmanın hikayesini öğrenebilmek için birtakım sorular sormalıdır. Yaralanmanın hikayesi, prognoz açısından büyük önem taşımaktadır (Alaçam, 2012: 993).

Sorulması gereken sorular şu şekilde sıralanabilir:

- Yaralanma ne zaman, nerede ve nasıl oldu? : Bu tip bilgiler, dişlerin kırık parçalarının ve avülse dişlerin aranmasında, kontaminasyon riskinin değerlendirilmesinde, zaman faktörüne bağlı tedavi şeklinin ve iyileşme potansiyelinin belirlenmesinde önemlidir. Yaralanmanın ardından geç başvuru ve vücudun farklı yerlerinde bulunan birden fazla yaralar, çocuğa yönelik şiddet ve istismar açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Kavga sırasında ya da trafik kazası ile meydana gelen diş yaralanmaları, kaza raporu doldurulmasını gerektirebilir.
- Daha önce dişinize veya ağızınıza herhangi bir darbe aldınız mı? Kişi kazaya eğilimliyse veya sporla ilgileniyorsa, tekrarlayan travmatik diş yaralanmalarına maruz kalmış olabilir. Daha önceki bir yaralanmada meydana gelmiş kron ya da kök kırığı, daha sonradan farkedilmiş olabilir.
- Dişlerinizde sıcak ya da soğuğa karşı hassasiyet var mı?
- Çiğnemeye ya da dokunmaya karşı hassasiyetiniz var mı?
- Dişlerinizde hareketlilik ya da yer değiştirme farkettiler mi?
- Isırmanızda bir farklılık hissediyor musunuz?
- Diş parçalarını buldunuz mu, diş parçaları hangi koşullarda ve ne kadar süreyle saklandı, saklama ortamına kazadan sonra hemen mi yoksa bir süre geçtikten sonra mı konuldu?
- Aşılarınız düzenli olarak yapıldı mı?

Medikal hikaye

Hastanın herhangi bir ilaca karşı allerjisi ya da tedaviyi etkileyecek sistemik bir sağlık probleminin olup olmadığı sorulmalıdır.

Avülsiyon yaralanmalarında diş toprakla kontamine olmuşsa ve hastanın tetanoz aşısı olup olmadığı şüpheli ise, hasta tetanoz aşısı olması konusunda yönlendirilmelidir (Alaçam, 2012: 994).

Tetanoz riski taşıyan yaralanmalar şunlardır:

- Yabancı cisim içeren yaralar
- Yaygın doku harabiyeti meydana gelmiş yaralanmalar (yanıklar, ezilmeler)
- Geniş kırıklar
- Derine penetre olmuş yaralar
- Piyojenik enfeksiyonla komplike olmuş yaralar
- Toz toprak ile kontamine olmuş tüm yaralanmalar
- Avülse olmuş dişlerin replantasyonu

Tetanoz aşısının yapılacağı zamana ilişkin bilgiler Çizelge 2.1. ve Çizelge 2.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Sağlık Bakanlığı güncel aşı takvimi

AŞILAR	Doğum	1.ay sonu	2.ay sonu	4.ay sonu	6.ay sonu	12.ay sonu	18.ay sonu	24.ay sonu	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hep-A							I	II		
Suçiçegi						I				

<https://www.florence.com.tr/saglikli-yasam/Detay/asi-takvimi> Son Erişim Tarihi: 14.07.2017.
(I,II ve III: Aşıların yapılması gereken doz tekrar sayıları, R: Rapel)

Çizelge 2.2. Tetanoz aşısı zamanlaması

Tetanoz Aşısı Hikayesi		Yara Tipi	Tetanoz Aşısı	Tetanoz İmmunglobulin (TIG)
Doz≥3	Son dozun üzerinden 5 yıldan az zaman geçmişse	Temiz Küçük Yaralarda	HAYIR	HAYIR
		Tüm Diğer Yaralarda	HAYIR	HAYIR
	Son dozun üzerinden 5-10 yıl geçmişse	Temiz Küçük Yaralarda	HAYIR	HAYIR
		Tüm Diğer Yaralarda	EVET	HAYIR
	Son dozun üzerinden 10 yıldan fazla zaman geçmişse	Temiz Küçük Yaralarda	EVET	HAYIR
		Tüm Diğer Yaralarda	EVET	HAYIR
Doz<3 ya da bilgi yoksa	10 yıldan fazla zaman geçmişse	Temiz Küçük Yaralarda	EVET	HAYIR
		Tüm Diğer Yaralarda	EVET	EVET

http://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Management_of_tetanusprone_wounds/) Son erişim tarihi: 12.07.2017.

(Temiz küçük yara: Kontamine olmamış yaralar, Tüm diğer yaralar: Kir, feçes, salya, toprak bulaşmış yaralar, ezik yaralar, uçan veya çarpan objelerle oluşan yaralar, hayvan ısırıkları)

2.1.6. Kron kırıklarının tedavisi

Kron kırıkları genç hastalarda kompozit rezinler ya da kırık parçanın yapıştırılması ile, erişkin hastalarda ise genellikle porselen kronlarla tedavi edilmektedir. Bazı durumlarda akrilik kron, paslanmaz çelik kron ya da ortodontik bantlarla yapılmış kronlar da geçici tedavi yöntemi olarak uygulanabilir (Alaçam, 2012: 1007).

Yaralanmanın ardından kırık parçanın bulunması, dişin tedavisi açısından büyük önem taşımaktadır. Daha konservatif olması, daha ucuz olması, daha pratik olması ve zamandan tasarruf edilmesi açısından, genç hastalarda kırık parçanın yapıştırılması sıklıkla tercih edilmektedir (Arapostathis, Arhakis ve Kalfas, 2005).

Kırık parçanın yapıştırılması işlemine '*rebonding*' adı verilmektedir. Bu teknik dişin kendi anatomik şeklini, rengini ve dokusunu koruduğu için kalıcı estetik sonuçlar üretmektedir (Schwengber, Cardoso ve Vieira, 2010). Rebonding uygulaması, kırığın iki parçadan oluştuğu durumlarda ve pulpa ile kırık yüzeyi arasında belli bir mesafenin bulunduğu durumlarda endikedir (Alaçam, 2012: 1009).

Kırık parçayı yapıştırmadan önce, hem dişe hem de kırık parçaya bizotaj yapılması önerilmektedir. Bu sayede kırılmış mine prizmaları ortadan kalkar ve etkili yapışma için uygun mine prizmaları kalır (Simonsen, 1979).

2.1.7. Avülsiyon yaralanmaları

Avülsiyon terimi, travma nedeniyle dişin alveol soketinden tamamen uzaklaşması olarak tanımlanmaktadır. Avülsiyon yaralanmaları, tüm diş yaralanmalarının %0,5-%6.2'sini oluşturmaktadır. Maksiller santral dişler, avülsiyondan en sık etkilenen dişlerdir (Korkut, Terlemez, Çelebi ve Şener, 2016).

Daimi dişlerde avülsiyon yaralanmaları

Avülsiyon yaralanmaları daimi dişlenmedeki yaralanmaların yaklaşık %0,5-%16'sını oluşturmaktadır. Gelişimini tamamlamamış daimi dişler, mineralize kemik yapısının azlığından ve periodontal ligamentin yapısal olarak daha gevşek olmasından dolayı, ekstrüviz kuvvetlere karşı daha az direnç göstermektedir. Bu nedenle, avülsiyonlar sıklıkla 7-10 yaş arası çocuklarda görülmektedir (Malhotra, 2011).

Avülsiyon yaralanmalarında, hasta velisinin ve hastanın psikolojik durumu problem yaratabilmektedir. Hasta velisinin avülse dişin taşıma ortamları ve dişin köküne herhangi bir işlem yapılmaması konusunda bilgilendirilmesi, avülse dişlerin prognozu açısından büyük önem taşımaktadır (Alaçam, 2012: 1027).

Avülse dişlerin replantasyonu

Çocuklarında avülsiyon yaralanması meydana gelmiş veliler, travma sonrası farklı davranışlar sergilemektedirler. Kimi veliler avülse dişleri bulmuşlar ise, bir içgüdü ile, dişi hemen alveol boşluğuna yerleştirirken, kimileri de avülse dişler ile birlikte belli bir zaman sonra bir diş hekimine gitmektedir (Çalışkan, 2012: 670).

Replantasyon, Travma sonucunda kısmen veya tamamen alveol soketinden çıkmış olan dişin veya dişlerin yeniden yerine yerleştirilmesidir (Kaya, Keskin ve Bodrumlu, 2013).

Daimi dişteki avülsiyon yaralanmasını takiben, temel olarak 3 tedavi alternatifi karşımıza çıkar. Bunlar şu şekildedir:

- Acil replantasyon
- Geç replantasyon
- Replantasyon yapmamak

Tedavi seçeneği, travmadan sonra geçen zamana, dişin taşındığı ortama ve hastanın yaşına bağlı olarak değişmektedir (Andreasen, 2010: 119).

Acil Replantasyon: Tüm hasta gruplarında, avülse dişin ağız dışında geçen süresinin 60 dakikada az olduğu ve dişin saklandığı ortamın fizyolojik olduğu (fizyolojik salin, tükürük, süt gibi) durumda, dişin alveol soketine yerleştirilmesidir (Andreasen, 2010: 119).

Replante edilen dişlerdeki kök rezorbsiyonu riski, dişin kuru ortamda geçirdiği ilk 5 dakikadan sonra artmaktadır (Alaçam, 2012: 1028). Bu nedenle, hasta velileri, bakıcılar, öğretmenler, spor eğitmenleri vb. avülse dişi hemen yerine yerleştirmelidir (Torabinejad, Walton, Fouad, 2014: 177).

Diş hekimi dışındaki kişiler aracılığı ile yapılan acil replantasyon aşamaları (Torabinejad ve diğerleri, 2014: 177, Çalışkan, 2006: 670):

- Diş kronundan tutularak akan musluk suyu altında nazikçe yıkanmalıdır.
- Diş asla kökünden tutulmamalı, diş kökü ovalanmamalı ve asla fırçalanmamalıdır.
- Parmak gücü hafifçe kullanılarak, diş orijinal pozisyonuna en uygun şekilde sokete yerleştirilmeli ve hastaya gazlı bez, mendil vb. ısırtılarak, dişin yerine tam olarak yerleşmesi sağlanmalıdır.
- Acil bir şekilde diş hekiminden yardım istenmelidir.
- Eğer bu replantasyon işlemlerini yapmak mümkün olmamışsa, hastanın dişiyle birlikte en kısa sürede diş hekimine götürülmesi gerekmektedir.

Diş hekiminin yaptığı acil replantasyon aşamaları (Torabinejad ve diğerleri, 2014: 78, Alaçam, 2012: 1028):

- Replantasyona hazırlanılırken, diş HBSS (Hank'ın Balanslı Tuz Solüsyonu), süt, serum fizyolojik gibi fizyolojik olarak uygun bir ortama konulmalıdır.
- Soket duvarının kırılıp kırılmadığını anlamak için, soket kontrol edilmelidir.
- Alveol soketi içerisindeki pıhtı serum fizyolojik ile uzaklaştırılmalı, soket asla kürete edilmemelidir.
- Ağız dışında 60 dakikadan daha az süre kalmış olan kapalı apeksli dişler hemen replante edilmelidir.
- Ağız dışında 60 dakikadan daha az süre kalmış olan açık apeksli dişler, 5 dakika 1 mg/20 ml doksisisiklin içinde bekletildikten sonra replante edilmelidir.
- Replantasyondan sonra, diş esnek splint ile 2 hafta süreyle sabitlenmelidir.

Geç replantasyon: Ağız dışında kuru ortamda 60 dakikadan fazla kalmış dişlerin, florid tedavisi yapıldıktan sonra replante edilmesidir (Andreasen, 2010: 119). Eğer bir diş, 60 dakikadan uzun bir süre, ağız dışında kuru bir ortamda kalmış ise, kök gelişimi ne aşamada olursa olsun, periodontal ligament hücreleri canlılığını yitirmektedir. Replantasyon sonrası görülecek olan sekel, muhtemelen ankilozdur. Bu nedenle, rezorbsiyon sürecini yavaşlatmak amacıyla kök yüzeyi florid ile tedavi edilmelidir (Torabinejad ve diğerleri, 2014: 78).

Geç replantasyon şu şekilde yapılmalıdır (Alaçam, 2012: 1029):

- Gazlı bez ile avülse dişin üzerindeki periodontal ligament artıkları temizlenmelidir.
- Diş %2 lik pH=5,5 olan NaF solüsyonu içerisinde 20 dakika bekletilmelidir.
- Diş yüzeyi 2 dakika süreyle serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.
- Alveol soketi içerisindeki pıhtı temizlendikten sonra, diş replante edilmelidir.
- Replantasyondan sonra, sabit bir splint ile diş 4 hafta süreyle splintlenmelidir.

Replantasyon yapmamak: Periodontal desteğin kaybedildiği durumlarda, replantasyonun tıbbi açıdan riskli olduğu durumlarda, çocuktaki alveoler

büyümenin devamında ankiloz riski bekleniyor ise replantasyon yapılmamaktadır (Alaçam, 2012: 1029).

Süt dişlerinde avülsiyon yaralanmaları

Avülsiyon yaralanmaları, süt dişlenmede görülen tüm travmatik yaralanmaların %5,8-%19,4'ünü oluşturmaktadır. En sık 2-4 yaşındaki çocuklarda görülmekte ve erkek çocuklar kızlardan 1.2-1.5 kat fazla etkilenmektedir (Holan, 2013).

Avülse süt dişlerinin reimplante edilip edilmemeyeceği konusu tartışmalıdır. IADT ve Amerikan Akademisi Çocuk Diş Hekimliği Derneği'nin (AAPD) tedavi rehberlerinde daimi diş verilebilecek olası zarardan dolayı reimplantasyon yapılmaması tavsiye edilmektedir (Malmgren ve diğerleri, 2012). Ancak, hasta yaşı küçük olduğunda ve uygun koşullar sağlandığında reimplantasyonun yapılabileceğini savunan araştırmacılar da bulunmaktadır (Friedlander, Chandler ve Drummond, 2013).

Boer, Percinoto, Ferelle ve Cunha (2008) köpeklerde gerçekleştirdikleri histolojik çalışmada süt dişlerinin acil reimplantasyonunda oluşan biyolojik cevabı incelemişler ve reimplantasyon sonrasında diş ve destek dokuda meydana gelen histolojik değişikliklerin prognozu olumsuz yönde etkilediğini, avülse süt dişlerinin reimplante edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir.

2.1.8. Replantasyon başarısını etkileyen faktörler

Replantasyon başarısında şu faktörler etkilidir (Alaçam, 2012: 1031; Malhotra, 2011):

- Periodontal ligamentin canlılığının devamı
- Dişin ağız dışında geçirdiği süre
- Dişi taşıma şekli ve taşıma ortamı
- Dişin kök yüzeyinin hazırlanması
- Avülsiyon ve replantasyon sırasında meydana gelen mekanik hasar
- Alveolün rolü, diş kökünün gelişim evresi

- Kök kanalının genişliği ve uzunluğu
- Splintleme şekli, splintleme süresi ve endodontik tedavi
- Çiğnemenin etkisi
- Sistemik antibiyotik tedavisi

Dişin ağız dışında geçirdiği süre

Dişin ağız dışındaki bekleme süresi, diş replantasyonunun başarısını etkileyen en önemli faktördür. Dişin acil müdahalesinin yapılmasında gecikme, avülse dişin prognozunu tehlikeye atmaktadır (Andreasen, Borum, Jacobsen ve Andreasen, 1995).

Dişin avülsiyonu ile replante edilmesi arasındaki süre uzadıkça, replasman rezorbsiyonu ve inflamatuvar kök rezorbsiyonu riski artmaktadır (Al-Jame, Andersson ve Al-Asfour, 2007). Lin, Emodi ve El-Naaj (2008) 'a göre, 30 dakika içinde replante edilen dişlerde %90 oranında başarı sağlanırken, 2 saat sonra replante edilen dişlerde bu oran yalnızca %5 olmaktadır. Andersson ve Bodin(1990), avülsiyondan 15 dakika sonra reimplante edilen dişlerin, en iyi prognoza sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Apeksi tamamlanmamış dişlerin replante edilme süresi uzadıkça, revaskülarizasyon olasılığı azalmaktadır. Replantasyon tedavisinde en iyi sonuçlar, avülsiyondan hemen sonra, yaralanma yerinde yapılan replantasyonla alınmaktadır (Trope, 2002; Trope, 2011).

Dişi taşıma şekli ve taşıma ortamı

Avülse dişlerin acil replantasyonu, periodontal ligamentin canlılığını en üst düzeye çıkarırken, replantasyondan sonra kök rezorbsiyonu riskini minimuma indirmektedir (Andreasen, 1981). Ancak dişin yaralanmadan hemen sonra replantasyonu mümkün olmadıysa ve acil tıbbi yardıma ihtiyaç duyuluyorsa, dişler, bir kliniğe ulaştırılıncaya kadar periodontal ligament hücrelerinin canlılığını sürdürmesine yardımcı olan bir ortamda saklanmalıdır (Thakur ve Pawar, 2017). Replantasyonun başarısı büyük ölçüde, avulse dişin kuru ortamda kaldığı süreye

ve periodontal ligament hücrelerinin canlılığını koruyabilen bir saklama ortamına yerleştirilmesine bağlıdır (Adnan ve Khan, 2014). Dışın replante edilmeden önce kuru bir ortamda saklanması, periodontal ligament hücrelerinin canlılığını yitirmesine neden olduğundan dolayı, asla önerilmemektedir (Malhotra, 2011).

İdeal bir taşıma ortamı şu özelliklere sahip olmalıdır (Thakur ve Pawar, 2017; Adnan ve Khan, 2014):

- Periodontal liflerin canlılığına imkan sağlamalı
- Klonojenik ve mitojenik kapasiteye sahip olmalı (Klonojenik kapasite, periodontal ligament vital progenitör hücrelerinin çoğalma kapasitelerinin bir ölçümüdür (Gopikrishna, Thomas ve Kandaswamy, 2008).
- Fizyolojik osmolarite ve pH'sı olmalı
- Antijen antikor reaksiyonu göstermemeli
- Vücut sıvılarıyla reaksiyona girmemeli
- Daha az kök rezorpsiyonu riski olmalı
- Farklı koşullar altında etkili olmalı
- Antimikrobiyal özellik göstermeli
- Steril olmalı
- Kolay erişilebilir ve uzun raf ömürlü olmalıdır.

Dışın taşındığı ortamın, replantasyonun başarısındaki, kritik rolü nedeniyle başarılı bir replantasyon için uygun bir ortamın seçilmesi oldukça önemlidir (Udoye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012).

Musluk suyu

Musluk suyu; 7,4-7,79 arası bir pH'a ve 30 mosmol/kg'lık osmolaliteye sahiptir. Hipotonik özelliğinden dolayı, periodontal ligament hücreleriyle uyumlu değildir ve hızlı hücre lizisine neden olur. Alternatiflerin olmadığı durumlarda çok kısa süreler için bir saklama ortamı olarak kullanılmasına rağmen, kullanılması en az istenen saklama ortamı olduğu ve kullanımının ankiloza yol açacağı unutulmamalıdır (Udoye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012). Zorunlu kalındığı durumlarda, musluk suyu sadece diş dehidratasyonunu önlemek için kullanılmalıdır (Poi ve diğerleri, 2013).

Serum fizyolojik

Fizyolojik osmolalitesi ve pH'ına rağmen, hücreler için gerekli olan temel iyonları ve glukozu içermediğinden dolayı, ara depolama ortamı olarak kullanılmaktadır (Poi ve diğerleri, 2013).

Alaçam, Görgül, Omürlü ve Can (1996) serum fizyolojinin etkinliğini değerlendirdiği çalışmalarında, 3 saatlik depolamadan sonra sadece birkaç hücrenin canlı kaldığını ve bunun nedeninin de serum fizyolojik solüsyonunun periodontal ligament hücreleri için gerekli metabolik gerekli iyonlar ve glukozdan yoksun olması olduğunu bildirmişlerdir.

Serum fizyolojik ve kuru ortamın etkinliğinin kıyaslandığı bir çalışmada, serum fizyolojik içinde 30 dakika saklanan bir dişin, kuru ortamda 15 ila 40 dakika arasında saklanan bir dişe göre daha az rezorpsiyon gösterdiği bulunmuştur (Udoye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012). Lauer, Müller, Gross ve Horster (1987) de, serum fizyolojinin fibroblastların metabolizmasını koruyamadığını göstermiştir.

Tükürük

Tükürük; çok kolay elde edilebilir olmasına rağmen, fizyolojik olmayan pH ve osmolalite, yüksek mikrobiyal içerik ve hipotonisite gibi istenmeyen özelliklere sahiptir (Khademi ve diğerleri, 2008; Goswami, Chaitra, Chaudhary, Manuja ve Sinha, 2011). Hipotonik olmasından dolayı, periodontal bağ hücrelerinin şişmesine ve sonrasında lizisine neden olmaktadır. Bu nedenle tükürük, ara depolama ortamı olarak, en fazla 30 dakika süreyle kullanılabilir. Eğer dişler, 60 dakikadan fazla süre tükürükte tutulursa, periodontal ligament hücrelerinin işlevsel kapasitesinde belirgin bir azalma görülür (Lekic, Kenny ve Barrett, 1998). Ayrıca, dişin replantasyondan önce hastanın ağız içinde saklandığı durumlarda, pulpanın ve kök yüzeyinin kontaminasyona maruz kaldığı da bilinmektedir ve tükürükteki mikroorganizmaların varlığı, replantasyon sonrası yıkımı hızlandırabilmektedir (Gomes ve diğerleri, 2009).

Süt

Süt, neredeyse her durumda hazır bulunması nedeniyle, avulse dişlerin saklanması için en pratik taşıma ortamıdır (Hammarström, Pierce, Blomlöf, Feiglin ve Lindskog, 1986). Depolama ortamı olarak süt kullanımı, kullanım kolaylığı, maliyet düşüklüğü ve sahip olduğu fizyolojik ozmolarite nedeniyle popülerlik kazanmıştır (Thakur ve Pawar, 2017). Süt 6,5-7,2'lik pH'ı ve PDL hücrelerinin canlılığını korumak için gerekli besin maddelerinin varlığı ile, çoğu durumda kabul edilebilir bir depolama ortamı olarak görülmektedir (Adnan ve Khan, 2014). Aminoasitler ve vitaminler içeren süt, periodontal ligament hücrelerine zararlı enzimleri inaktive edebilmektedir (Fagade, 2005). Aynı zamanda süt, malassez epitel hücresi kalıntılarının proliferasyonunu ve rejenerasyonunu uyaran epitelyal büyüme faktörü (EGF) içermektedir. Bu sayede, kemik dokusunun ankiloz olasılığını azaltmasına katkıda bulunmaktadır (Poi ve diğerleri, 2013).

Sütün klonojenik ve mitojenik kapasitesi, Hank'ın Balanslı Tuz Solüsyonu(HBSS) ile kıyaslandığında, değerler benzerdir. Sütü buz paketi ile veya buzdolabında soğutarak saklamak, klonojenik kapasiteyi ekstradan 45 dakika daha aynı seviyede tutabilmektedir. Düşük sıcaklıklar, hücre lizisini azaltmakta, hücre yaşayabilirliğini artırmakta ve iyileşmeyi geliştirmektedir (Lekic, Kenny ve Barrett, 1998).

Yapılan çalışmalarda, sütün 2 saat ile 6 saat arasında periodontal ligament hücrelerinin canlılığını sürdürmesine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Trobe ve Friedman, 1992; Ashkenazi, Sarnat ve Keila, 1999).

Blomlöf, Otteskog ve Hammarström (1981), sütü ve tükürüğü karşılaştırdığı çalışmalarında, sütte bekletilen hücrelerin 12 saat sonunda %50'sinin var olduğunu, tükürükte bekletilen hücrelerin ise 3 saatin sonunda tamamının canlılığını yitirdiğini göstermişlerdir.

Marino ve diğerleri (2000), düzenli pastörize süt ve uzun raf ömürlü UHT pastörize sütü karşılaştırmışlar ve herhangi bir zaman aralığında aralarında önemli bir fark olmadığını bildirmişlerdir.

Sütün avantajlarının yanında, bir takım dezantajları da vardır. Bunlar, sütün taze ve soğutulmuş olmasının gerekliliği, tükenen hücre metabolitlerinin yerine gelmemesi ve hücre mitozunu kolaylaştırıcı etkisinin bulunmamasıdır (Udoeye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012).

Hank'ın balanslı tuz solüsyonu (HBSS)

HBSS, temelde hücrelerin bakımı için gerekli olan metabolitleri ve glikozu içeren pH dengeli tuz çözeltisidir. HBSS'in içeriğinde sodyum klorür, potasyum klorür, potasyum fosfat, tek bazlı KH_2PO_4 , glikoz, fenol red, Na tuzu, sodyum fosfat, çift bazlı Na_2PO_4 anhidrat, magnezyum sülfid anhidrat, kalsiyum klorit anhidrat ve sodyum bikarbonat bulunmaktadır (Udoeye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012).

HBSS, avülse dişlerin taşınmasında kullanılan saklama ortamı için bir altın standart olarak kabul edilmekte ve diğer depolama ortamlarının etkinliğini karşılaştırmak için kullanılmaktadır. HBSS'in periodontal ligament hücrelerinin canlılık, klonojenik ve mitojenik kapasitesini 48 saate kadar koruyabilme kabiliyeti kanıtlanmıştır (Blomlof, Otteskog ve Hammarstrom, 1981). Ayrıca, HBSS'in PDL hücrelerinde azalmış metabolitleri yenilemek gibi ek bir avantajı vardır. Bu nedenle, replantasyona başlamadan önce avülse dişin bu çözeltide 30 dakika süreyle bekletilmesi önerilmektedir (Blomlof, 1981).

HBSS, bazı ülkelerde acil durum kitlerinde mevcut olsa da (SaveA-Tooth, PA, ABD), HBSS'nin kullanımı araştırma laboratuvarında daha yaygın olduğundan halka açık değildir. Ulaşımındaki zorluk ve maliyetinin yüksek olması, bu saklama ortamının olumsuz yönleri olarak kabul edilmektedir (Adnan ve Khan, 2014).

Eagle's medium

Eagle's medium amino asitler, vitaminler ve bikarbonatlar içermektedir. İyi bir depolama ortamı olmasına rağmen, soğutulmasının gerekliliğinden ve araştırma laboratuvarları dışında kolay erişilebilir olmadığından dolayı, genel kullanımı yaygın değildir (Udoeye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012). Ashkenazi, Sarnat ve Keila (1999) Eagle's mediumu HBSS ve ViaSpan ile karşılaştırmışlar ve Eagle's

mediumun periodontal ligament fibroblastları üzerindeki işlevsel kapasitesinin düşük olduğunu belirtmişlerdir.

ViaSpan

ViaSpan, nakledilecek organların depolanması ve taşınması için yaygın olarak kullanılan bir çözümdür. ViaSpan periodontal ligament hücrelerinin canlılığını koruma özelliğinden dolayı diş hekimliği alanında avulse dişlerin saklanması kullanılmaktadır. ViaSpan'ın, ozmolalitesi ve 7.4 pH'sı, hücre büyümesi için uygun olan periodontal ligament hücrelerini canlı tutarak, özelliklerinin uzun süre korunmasını sağlamaktadır. Viaspan, ideale yakın bir taşıma ortamı olarak düşünülür, ancak, ulaşılmasının zorluğu ve maliyetinin yüksek olması kullanımını kısıtlamaktadır (Poi ve diğerleri, 2013).

Dentosafe

Dentosafe aminoasitler, vitaminler ve glikozun birleşimi olan özel hücre kültürü ortamı içeren bir diş kurtarma kutusunun ticari adıdır (Udoye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012). Oda sıcaklığında 48 saat süreyle, periodontal ligament hücrelerinin canlılığının sürdürülmesini sağlamaktadır. Açılmadığı sürece, 3 yıllık bir ömrü mevcuttur (Pohl, Tekin, Boll, Filippi ve Kirschner, 1999). Pohl, Filippi ve Kirschner (2005), yaptıkları bir çalışmada Dentosafe'in tüm ilk yardım paketlerinde, özellikle de okul, spor tesisleri, halka açık alanlar gibi diş yaralanmalarının meydana gelme riski olan yerlerde, hastaneler ve ambulanslar gibi acil yardım hizmeti veren yerlerde bulunması gerektiğini belirtmiştir. Dentosafe etkili bir saklama ortamı olmasına rağmen, pek çok ülkede hala bulunmamaktadır (Adnan ve Khan, 2014).

Bahsedilen bu saklama ortamlarının dışında, soya sütü, hindistan cevizi sütü, propolis, yumurta akı, karadut suyu, yeşil çay özütü, kazeinfosopeptidler, custodial, kontakt lens solüsyonu, Getorade(enerji içeceği), büyüme faktörleri gibi ortamlar da avulse diş taşımakta ve saklamakta kullanılmaktadır (Udoye, Jafarzadeh ve Abbott, 2012; Malhotra, 2011; Adnan ve Khan, 2014; Thakur ve Pawar, 2017).

2.2. Anket

Anket; kişilerden çeşitli konularda bilgi almak için geliştirilmiş olan, özellikle epidemiyolojik ve sosyolojik araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Sosyolojik araştırmalarda temel veri kaynağı olan anket, tıp alanındaki araştırmalarda daha çok klinik ve laboratuvar değerlendirme ile elde edilen bulgulara ek bilgi toplamak amacıyla kullanılmaktadır (Oğur ve Tekbaş, 2003).

Anket yöntemi ile çok farklı türde veri toplamak mümkün olmaktadır. İnsan davranışları, kişilerin iç performansları, bir konu hakkındaki bilgi düzeyleri, tercihleri, tutumları, inançları, duyguları bunlardan sadece birkaçıdır. Anketten faydalı bilgiler elde edebilmek için, anketin hazırlama ve uygulama sürecine önem gösterilmelidir. Zaman ve maliyet, anket uygulama sürecinde göz önüne alınması gereken en önemli hususlardır (Baş, 2006: 29).

2.2.1. Anketin bölümleri

Sunuş yazısı

Anketin en başında, sorulardan önce gelen, çalışmayı tanıtan, cevaplayıcıların ankete katılımını sağlamak amacıyla yazılan hitap kısmıdır. Sunuş yazısında; çalışmanın amacı, anketi yapanın kimliği, anketin hedef kitlesi, cevaplayıcıların teşvik edilmesini sağlayıcı içerik ve bilgilerin olması gerekmektedir (Özalp, 2015: 14).

Açıklamalar

Yüz yüze anketlerde, soruların daha iyi anlaşılmasını sağlamak için sorularla ilgili bilgilendirme yapma ihtiyacı doğabilir. Hem cevaplayıcı hem de anketörün hatalara düşmesini önlemek için, açıklamalar faydalı olmaktadır. Bu açıklamaların ilgili soruya yakın olması ve görölmesini kolaylaştırmak için diğerlerinden koyu ve büyük harflerle yazılması gerekir (Akalın, 2015: 43).

Sorular

Soru, bir şey öğrenmek için deneğe yöneltilen ve karşılık gerektiren söz ve yazıdır (Özalp, 2015: 14). Soru formunun oluşturulması anket araştırmasının en önemli kısmıdır (Baş, 2006: 32).

Cevaplayıcı hakkında tanımlayıcı bilgi saptayan, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, din, etnik yapı, meslek gibi sorular demografik sorulardır. Demografik soruların cevaplayıcıların kimliğini ortaya çıkartacak olması onların kendilerini rahatsız hissetmelerine ve dürüst cevap vermemelerine neden olabilir. Anket cevaplarının nasıl kullanılacağını anlatan bir açıklama ve cevapların gizliliğini içeren bir taahhüt olası endişeleri azaltmak adına yararlı olabilir (Baş, 2006: 33).

Ölçekler

Soruların cevap seçenekleridir. Anket formu hazırlanırken sorular kadar bu soruların cevap şıklarını(ölçekleri) doğru belirlemek de bir o kadar önemlidir (Metin, 2014: 315).

2.2.2. Anketin hazırlanması sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar

Anket sırasında istenilen bilgilere ulaşmak ve tüm katılımcılar tarafından anlaşılabilme, anketlerin hazırlanmasındaki en büyük sıkıntılardandır. Anket soruları hazırlanırken aşağıda belirtilen üç madde özellikle göz önünde bulundurulmalıdır:

1. Hedef kitlenin yaşı ve eğitim düzeyi,
2. Anket formunun amacı,
3. Soruların anket formu içerisinde nasıl sıralanacağı (Baş, 2006: 36)

Anketin hazırlanması sırasında dikkat edilecek diğer hususları şu şekilde sıralayabiliriz (Plumb ve Spyridakis, 1992; Nakıp, 2013:150; Yıldırım ve Şimşek, 2006: 36-43):

- Anket mümkün olduğunca kısa ve öz tutulmalıdır. Araştırmacı istenilen bilgiyi elde etmek için olabildiğince az soru sormalıdır.
- Başlangıç soruları her zaman en basit ve ilgi çekici olanlardan seçilmelidir. Sorular mantıksal bir sırada olmalıdır. En zor ve gizlilik gerektiren hassas sorular anketin sonuna yerleştirilmelidir. Aksi takdirde cevaplayıcı anketi yarıda bırakabilir.
- Sorularda basit sözcükler kullanılmalı, cevaplayıcıya yabancı olan teknik terimlerden kaçınılmalıdır. Hedef kitlenin eğitim düzeyine uygun kelimeler seçilmelidir.
- Sorular tek bir amaca yönelik olmalıdır. Yoruma açık, kafa karıştırıcı sorulardan kaçınılmalıdır.
- Kişisel ve gizlilik gerektiren hassas sorular anketin sonuna yerleştirilmelidir.
- Ankette bulunan her madde tek bir konu ile ilgili olacak şekilde belirlenmiş olmalıdır.
- Sorular, cevaplayıcıyı belli bir cevaba yönlendiren ifadeler içermemelidir.
- Sorular ve ölçekler ayrı renkte veya biri büyük harf biri küçük harfle yazılarak , cevaplayıcı ile anketörlerin okuma ve işaretleme işini kolaylaştırılmalıdır.
- Her soru ve sorunun cevap seçeneklerinin aynı sayfada olmasına dikkat edilmelidir.
- Sorularla ilgili yapılan özel açıklamalar soruya yakın yazılmalı ve gözden kaçmaması için diğerlerinden koyu renkte olmalıdır.

2.2.3. Anket formunun denenmesi (ön test-pilot anket)

Anket sorularının test edilmesidir. Hazırlanan anket sorularının sahaya çıkmadan önce olası anlam, imla vb. eksiklerini, fazladan soruların olup olmadığını ve konu ile ilgili eklenmesi gereken soruların olup olmadığını belirlemek amacıyla, belirlenmiş cevaplayıcı grubuna benzeyen az sayıda kişi ile gerçekleştirilen ankettir (Baş, 2006: 42).

Pilot anket ile Şu sorulara cevap bulunması gerekmektedir (Geray, 2014: 127):

- Her soru, ölçmesi gereken belirteci ölçebiliyor mu?
- Katılımcılar soruları ve sorulardaki tüm sözcükleri anlayabiliyor mu?
- Katılımcılar tarafından işaretlenmeyen cevap şıkları var mı?
- Katılımcıların yanıtlayamadığı sorular var mı?
- Anket formu, belli bir seçeneğin işaretlenmesi hususunda katılımcıları yönlendiriyor mu?
- Soruların yanıtlanması ne kadar sürüyor?
- Soru formu araştırıcıların çalışmasını kolaylaştırıyor mu?

Pilot anket ile ankette yer alan sorular test edildikten sonra, anketin uygulama aşamasına geçilmekte ve belirlenen sayıdaki kişilere anket yöneltilmektedir (Baş, 2006: 43).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışmasında ailelerin, travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce örneklem hacminin belirlenmesi amacıyla power analiz gerçekleştirildi. Çalışmada karşılaşılabilecek kısıtlayıcılar dikkate alındığında; 0,05 anlamlılık düzeyi, %95 güvenilirlik ile çalışmanın en az 384 ebeveyn ile yürütülmesi hedeflendi ve anketin pilot uygulaması için de örneklem %10'unun yeterli olduğu belirlendi.

Bu çalışma, 15.06.2017-31.07.2017 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı kliniğine çocuklarının tedavisi amacıyla başvuran 506 ebeveyn üzerinde yürütüldü. Araştırma için gerekli olan etik kurul onayı Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu Başkanlığı'ndan 13.06.2017 tarihinde 77082166-302.08.01- sayı ile alındı (Bkz. Ek 1).

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı kliniğine çocuklarının tedavisi amacıyla başvuran, çocuklarında herhangi bir sistemik rahatsızlık bulunmayan, okuma yazma bilen anne-babalar dahil edildi. Anketler uygulanmadan önce, ebeveynlere çalışmanın amacı ve kapsamı anlatılıp, gerekli izinler alındıktan ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra anketin uygulanmasına geçildi.

Anket üç farklı bölümden ve 21 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgilerle ilgili sorular, ikinci bölümde ebeveynlerin diş yaralanmaları hakkındaki bilgisini, farkındalığını ve tutumunu değerlendirecek sorular ve üçüncü bölümde de diş yaralanmaları eğitimi hakkındaki sorular yer almaktadır (Bkz. Ek 2).

3.1. İstatistiksel Yöntem

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin kategorik olması nedeniyle ki-kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi

olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.



4. BULGULAR

Bu tez çalışması kapsamında 506 anket değerlendirilmiş ve anketin birinci bölümündeki sorulara verilen cevaplar frekans bazında değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %1'i 20'den küçük yaş grubunda, %12,5'i 20-30 yaş grubunda, %58,1'i 31-40 yaş grubunda, %24,5'i 41-50 yaş grubunda ve %4'ü 50'den büyük yaş grubunda yer almaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Yaş grubu bazında frekans tablosu

Yaş Grubu	n	%
20'den küçük	5	1
20-30	63	12,4
31-40	294	58,1
41-50	124	24,5
50'den büyük	20	4
Toplam	506	100

Ankete katılan ebeveynlerin oranları cinsiyet bazında değerlendirilmiş ve katılımcıların %63,2'sinin kadın, %36,8'inin erkek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Cinsiyet bazında frekans tablosu

Cinsiyet	n	%
Kadın	320	63,2
Erkek	186	36,8
Toplam	506	100

Katılımcılar eğitim düzeylerine göre sınıflandırılmıştır. Katılımcıların %17,4'ü ilkokul, %16'sı ortaokul, %37,4'ü lise, %25,7'si üniversite ve %3,6'sı lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Eğitim düzeyi bazında frekans tablosu

Eğitim Düzeyi	n	%
İlkokul	88	17,4
Ortaokul	81	16
Lise	189	37,4
Üniversite	130	25,6
Lisansüstü	18	3,6
Toplam	506	100

Katılımcıların %11,7'si 1 çocuğa, %54,7'si 2 çocuğa, %28,1'i 3 çocuğa ve %5,5'i 3'ten fazla çocuğa sahiptir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Çocuk sayısına göre frekans tablosu

Çocuk Sayısı	n	%
1 Çocuk	59	11,7
2 Çocuk	277	54,7
3 Çocuk	142	28,1
3'ten fazla çocuk	28	5,5
Toplam	506	100

Katılımcıların %31'i daha önce diş yaralanmasıyla karşılaştıklarını belirtirken %69'u daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre frekans tablosu

		N	%
Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?	Evet	157	31
	Hayır	349	69

Anketin ikinci bölümündeki sorulara verilen cevaplara bakıldığında, ankete katılan ebeveynlerin %66,2'sinin çocuklarının dişi kırıldığında ne yapmaları gerektiği konusunda bir fikri bulunmamaktadır. Ebeveynlerin %85,4'ü dişi kırılmasını acil bir durum olarak değerlendirirken, sadece %62,8'i kırık dişi parçasını bulmaya çalışacaklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların çoğunluğu çocuklarının dişi kırıldığında acil diş servisine başvuracaklarını, dişi yerinden çıktığında ise ağız dişi sağlığı merkezine başvuracaklarını bildirmişlerdir.

Ebeveynlerin %55,1'i daimi dişlerin yerinden çıkması durumunda yeniden yerine yerleştirileceğini düşünürken, ebeveynlerin %90,1'i ise süt dişleri yerinden çıktığında yerine yerleştirilmeyeceğini düşünmektedir.

Ebeveynlere "Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?" diye sorulduğunda, %46,9'u "Dişi fırçalarım." cevabını vermiştir. Ayrıca

ebeveynlerin %30,8'i yerinden çıkmış olan dişi diş hekimine götürürken kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.) içinde muhafaza edeceklerini ifade etmişlerdir.

Ebeveynlerin %34,6'sı dişin yerinden çıktığı travma durumlarında aşı yapılmasının gerektiğini düşünürken, aynı ebeveynlerin %53,3'ü hangi aşının yapılacağını bilmediklerini belirtmişlerdir.

Anketin ikinci bölümündeki sorulara verilen cevaplara ilişkin frekans değerleri Çizelge 4.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Bölüm 2'de yer alan sorulara verilen cevaplara ilişkin frekans tablosu

	Cevap Seçenekleri	N	%
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	171	33,8
	Hayır	335	66,2
	Toplam	506	100
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	432	85,4
	Hayır	74	14,6
	Toplam	506	100
Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	317	62,8
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	188	37,2
	Toplam	505	100
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	174	34,4
	Çocuk doktoruna danışırım	29	5,7
	Özel diş kliniğine götürürüm	35	6,9
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	114	22,5
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	146	28,9
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	8	1,6
	Toplam	506	100
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	279	55,1
	Hayır	227	44,9
	Toplam	506	100
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	50	9,9
	Hayır	456	90,1
	Toplam	506	100
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	136	46,9
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	5	1,7
	Musluk suyunda yıkarım	24	8,3
	Bilmiyorum	105	36,2
	Diğer	20	6,9
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Toplam	290	100
	Acil servis	56	11,1
	Ağız diş sağlığı merkezi	228	45,1
	Özel diş kliniği	36	7,1
	Üniversite diş hastanesi	176	34,8
	Çocuk doktoru	10	2
Toplam	506	100	

Çizelge 4.6. (devam) Bölüm 2’de yer alan sorulara verilen cevaplara ilişkin frekans tablosu

	Cevap Seçenekleri	N	%
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?	İlk 30 dakika	174	34,4
	30-60 dakika arası	71	14
	1-2 saat	72	14,2
	Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	84	16,6
	Çocuğun dişinde bir şikayeti olduğunda	70	13,8
	Bilmiyorum	35	6,9
	Toplam	506	100
Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	35	6,9
	Alkol	14	2,8
	Buz	67	13,2
	Serum fizyolojik	28	5,5
	Ağız içerisinde	8	1,6
	Süt	44	8,7
	Tükürük	3	,6
	Meyve suyu	0	0
	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	156	30,8
	Bilmiyorum	151	29,8
Toplam	506	100	
Dişin yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	175	34,6
	Hayır	331	65,4
	Toplam	506	100
Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	2	1,1
	Tetanoz aşısı	58	31,9
	Polio(çocuk felci aşısı)	4	2,2
	Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)	21	11,5
	Bilmiyorum	97	53,3
Toplam	182	100	

“Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?” sorusuna; 20’den küçük, 20-30 yaş arası ve 50’den büyük yaş grubunda ‘hayır’ cevabının verilme oranı, yüzde olarak yüksektir. Bu soruya verilen cevaplar ile yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Bu bölümde yer alan diğer soruların cevap yüzdeleri değerlendirildiğinde, yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Ankette ikinci bölümde yer alan sorulara verilen cevaplar, yaş grubu bazında incelenmiş ve değerler Çizelge 4.7.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Yaş grubu bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Yaş Grubu											Ki-Kare Analizi		
		20'den küçük		20-30		31-40		41-50		50'den büyük		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	2	40	23	36,5	106	36,1	32	25,8	8	40	171	33,8	4,845	0,304
	Hayır	3	60	40	63,5	188	63,9	92	74,2	12	60	335	66,2		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	5	100	56	88,9	245	83,3	110	88,7	16	80	432	85,4	*	0,405
	Hayır	0	0	7	11,1	49	16,7	14	11,3	4	20	74	14,6		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	3	60	43	68,3	180	61,4	82	66,1	9	45	317	62,8	4,352	0,36
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	2	40	20	31,7	113	38,6	42	33,9	11	55	188	37,2		
	Toplam	5	100	63	100	293	100	124	100	20	100	505	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	2	40	24	38,1	100	34	39	31,5	9	45	174	34,4	*	0,303
	Çocuk doktoruna danışırım	1	20	2	3,2	17	5,8	5	4	4	20	29	5,7		
	Özel diş kliniğine götürürüm	0	0	4	6,3	22	7,5	8	6,5	1	5	35	6,9		
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	2	40	12	19	62	21,1	36	29	2	10	114	22,5		
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	0	0	20	31,7	86	29,3	36	29	4	20	146	28,9		
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	0	0	1	1,6	7	2,4	0	0	0	0	8	1,6		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	1	20	30	47,6	167	56,8	75	60,5	6	30	279	55,1	10,807	0,029*
	Hayır	4	80	33	52,4	127	43,2	49	39,5	14	70	227	44,9		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.7. (devam). Yaş grubu bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Yaş Grubu												Ki-Kare Analizi	
		20'den küçük		20-30		31-40		41-50		50'den büyük		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	0	0	9	14,3	28	9,5	11	8,9	2	10	50	9,9	*	0,703
	Hayır	5	100	54	85,7	266	90,5	113	91,1	18	90	456	90,1		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, diş yerine yerleştirilmezse dişin üzerindeki yabancı maddeleri, diş yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	0	0	19	57,6	82	48	32	40,5	3	50	136	46,9	*	0,159
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	0	0	0	0	4	2,3	1	1,3	0	0	5	1,7		
	Musluk suyunda yıkarım	0	0	5	15,2	10	5,8	7	8,9	2	33,3	24	8,3		
	Bilmiyorum	1	100	8	24,2	58	33,9	37	46,8	1	16,7	105	36,2		
	Diğer	0	0	1	3	17	9,9	2	2,5	0	0	20	6,9		
Toplam	1	100	33	100	171	100	79	100	6	100	290	100			
Çocuğunuzun diş yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Acil servis	1	20	9	14,3	31	10,5	11	8,9	4	20	56	11,1	*	0,565
	Ağız diş sağlığı merkezi	3	60	23	36,5	127	43,2	68	54,8	7	35	228	45,1		
	Özel diş kliniği	0	0	5	7,9	24	8,2	7	5,6	0	0	36	7,1		
	Üniversite diş hastanesi	1	20	25	39,7	107	36,4	35	28,2	8	40	176	34,8		
	Çocuk doktoru	0	0	1	1,6	5	1,7	3	2,4	1	5	10	2		
Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100			
Çocuğunuzun diş yerinden çıktığında, diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?	İlk 30 dakika	3	60	20	31,7	104	35,4	42	33,9	5	25	174	34,4	*	0,872
	30-60 dakika arası	1	20	8	12,7	45	15,3	14	11,3	3	15	71	14		
	1-2 saat	0	0	7	11,1	38	12,9	24	19,4	3	15	72	14,2		
	Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	0	0	13	20,6	48	16,3	18	14,5	5	25	84	16,6		
	Çocuğun dışında bir şikayeti olduğunda	1	20	11	17,5	39	13,3	15	12,1	4	20	70	13,8		
	Bilmiyorum	0	0	4	6,3	20	6,8	11	8,9	0	0	35	6,9		
Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.7. (devam). Yaş grubu bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Yaş Grubu												Ki-Kare Analizi	
		20'den küçük		20-30		31-40		41-50		50'den büyük		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	1	20	7	11,1	15	5,1	10	8,1	2	10	35	6,9	*	0,447
	Alkol	1	20	2	3,2	7	2,4	4	3,2	0	0	14	2,8		
	Buz	0	0	6	9,5	39	13,3	20	16,1	2	10	67	13,2		
	Serum fizyolojik	1	20	2	3,2	16	5,4	8	6,5	1	5	28	5,5		
	Ağız içerisinde	0	0	2	3,2	6	2	0	0	0	0	8	1,6		
	Süt	0	0	3	4,8	29	9,9	11	8,9	1	5	44	8,7		
	Tükürük	0	0	1	1,6	2	,7	0	0	0	0	3	,6		
	Meyve suyu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	0	0	23	36,5	97	33	32	25,8	4	20	156	30,8		
	Bilmiyorum	2	40	17	27	83	28,2	39	31,5	10	50	151	29,8		
Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100			
Dişin yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	2	40	20	31,7	104	35,4	44	35,5	5	25	175	34,6	1,227	0,874
	Hayır	3	60	43	68,3	190	64,6	80	64,5	15	75	331	65,4		
	Toplam	5	100	63	100	294	100	124	100	20	100	506	100		
Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	0	0	0	0	1	,9	1	2,1	0	0	2	1,1	*	0,176
	Tetanoz aşısı	0	0	3	14,3	36	33,6	19	40,4	0	0	58	31,9		
	Polio(çocuk felci aşısı)	0	0	0	0	2	1,9	1	2,1	1	20	4	2,2		
	Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)	0	0	2	9,5	14	13,1	3	6,4	2	40	21	11,5		
	Bilmiyorum	2	100	16	76,2	54	50,5	23	48,9	2	40	97	53,3		
	Toplam	2	100	21	100	107	100	47	100	5	100	182	100		

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Cinsiyet bazında değerlendirme yapıldığında, “Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?” sorusuna, kadın ebeveynler %91,3; erkek ebeveynler ise %75,3 oranında evet cevabını vermiştir ve bu cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın ebeveynlerin %61,3’ü, erkek ebeveynlerin ise %44,6’sı daimi dişlerin yerinden çıkması durumunda, tekrar yerine yerleştirilebileceğini düşünmektedir ve bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

“Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, ilk olarak nereye başvurursunuz?” sorusuna, kadın ebeveynlerin %11,6’sı acil servis, %40,6’sı ağız diş sağlığı merkezi, %7,8’i özel diş kliniği, %39,1’i üniversite diş hastanesi ve %0,9’u çocuk doktoru cevabını vermiştir. Erkek ebeveynlerin ise, %10,2’si acil servis, %52,7’si ağız diş sağlığı merkezi, %5,9’u özel diş kliniği, %27,4’ü üniversite diş hastanesi ve %3,8’i çocuk doktoru cevabını vermiştir. Bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

“Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekmeniz, nasıl muhafaza edersiniz?” sorusuna, kadın ebeveynlerin %8,1’i musluk suyu, %1,9’u alkol, %11,6’sı buz, %6,9’u serum fizyolojik, %1,3’ü ağız içerisinde, %10,9’u süt, %0,3’ü tükürük, %28,1’i kuru ortam ve %30,9’u bilmiyorum cevabını vermiştir. Erkek ebeveynlerin ise, %4,8’i musluk suyu, %4,3’ü alkol, %16,1’i buz, %3,2’si serum fizyolojik, %2,2’si ağız içerisinde, %4,8’i süt, %1,1’i tükürük, %35,5’i kuru ortam ve %28’i bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Cevaplar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Diğer soruların cevap yüzdeleri değerlendirildiğinde, cinsiyet bazında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Anketin ikinci bölümündeki soruların cevapları cinsiyet bazında değerlendirilmiş ve bu değerler Çizelge 4.8’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. Cinsiyet bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Cinsiyet						Ki-Kare Analizi	
		Kadın		Erkek		Toplam		Ki-Kare	P
		N	%	n	%	n	%		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	112	35	59	31,7	171	33,8	0,565	0,452
	Hayır	208	65	127	68,3	335	66,2		
	Toplam	320	100	186	100	506	100		
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	292	91,3	140	75,3	432	85,4	24,061	0,001*
	Hayır	28	8,8	46	24,7	74	14,6		
	Toplam	320	100	186	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	209	65,3	108	58,4	317	62,8	2,412	0,12
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	111	34,7	77	41,6	188	37,2		
	Toplam	320	100	185	100	505	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	115	35,9	59	31,7	174	34,4	6,408	0,268
	Çocuk doktoruna danışırım	21	6,6	8	4,3	29	5,7		
	Özel diş kliniğine götürürüm	23	7,2	12	6,5	35	6,9		
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	62	19,4	52	28	114	22,5		
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	95	29,7	51	27,4	146	28,9		
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	4	1,3	4	2,2	8	1,6		
	Toplam	320	100	186	100	506	100		
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	196	61,3	83	44,6	279	55,1	13,145	0,001*
	Hayır	124	38,8	103	55,4	227	44,9		
	Toplam	320	100	186	100	506	100		
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	40	12,5	10	5,4	50	9,9	5,927	0,015*
	Hayır	280	87,5	176	94,6	456	90,1		
	Toplam	320	100	186	100	506	100		
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	99	48,8	37	42,5	136	46,9	1,823	0,768
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	3	1,5	2	2,3	5	1,7		
	Musluk suyunda yıklarım	18	8,9	6	6,9	24	8,3		
	Bilmiyorum	70	34,5	35	40,2	105	36,2		
	Diğer	13	6,4	7	8	20	6,9		
Toplam	203	100	87	100	290	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.8. (devam). Cinsiyet bazında bölüm 2'de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Cinsiyet						Ki-Kare Analizi			
		Kadın		Erkek		Toplam		Ki-Kare	P		
		N	%	n	%	n	%				
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Acil servis	37	11,6	19	10,2	56	11,1	13,925	0,008*		
	Ağız dişi sağlığı merkezi	130	40,6	98	52,7	228	45,1				
	Özel dişi kliniği	25	7,8	11	5,9	36	7,1				
	Üniversite dişi hastanesi	125	39,1	51	27,4	176	34,8				
	Çocuk doktoru	3	,9	7	3,8	10	2				
	Toplam	320	100	186	100	506	100				
	İlk 30 dakika	118	36,9	56	30,1	174	34,4			6,094	0,297
30-60 dakika arası	49	15,3	22	11,8	71	14					
1-2 saat	40	12,5	32	17,2	72	14,2					
Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	53	16,6	31	16,7	84	16,6					
Çocuğun dışında bir şikayeti olduğunda	40	12,5	30	16,1	70	13,8					
Bilmiyorum	20	6,3	15	8,1	35	6,9					
Toplam	320	100	186	100	506	100	18,228	0,02*			
Yerinden çıkmış olan dişi, dişi hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	26	8,1	9	4,8	35			6,9		
	Alkol	6	1,9	8	4,3	14			2,8		
	Buz	37	11,6	30	16,1	67			13,2		
	Serum fizyolojik	22	6,9	6	3,2	28			5,5		
	Ağız içerisinde	4	1,3	4	2,2	8			1,6		
	Süt	35	10,9	9	4,8	44			8,7		
	Tükürük	1	,3	2	1,1	3	,6				
Meyve suyu	0	0	0	0	0	0	0,066	0,797			
Dişin yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	90	28,1	66	35,5	156			30,8		
	Bilmiyorum	99	30,9	52	28	151			29,8		
	Toplam	320	100	186	100	506			100		
	Evet	112	35	63	33,9	175			34,6	*	0,772
	Hayır	208	65	123	66,1	331			65,4		
	Toplam	320	100	186	100	506			100		
	Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	1	,9	1	1,5	2	1,1	*	0,772	
Tetanoz aşısı		39	34,2	19	27,9	58	31,9				
Polio(çocuk felci aşısı)		2	1,8	2	2,9	4	2,2				
Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)		11	9,6	10	14,7	21	11,5				
Bilmiyorum		61	53,5	36	52,9	97	53,3				
Toplam	114	100	68	100	182	100					

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Anketin ikinci bölümündeki soruların cevapları eğitim düzeyi bazında değerlendirildiğinde, "Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği

konusunda bir fikriniz var mı?” sorusuna katılımcılardan ilkokul mezunlarının %26,1'i, ortaokul mezunlarının %29,6'sı, lise mezunlarının %28,6'sı, üniversite mezunlarının %48,5'i ve lisansüstü mezunlarının %38,9'u evet cevabını vermiştir. Bu cevaplar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

İlkokul mezunu katılımcıların %56,8'i, ortaokul mezunu katılımcıların %55'i, lise mezunu katılımcıların %59,8'i çocuklarının dişi kırıldığında, kırık parçayı bulmaya çalışacaklarını söylemişlerdir. Üniversite ve yüksek lisans mezunlarında bu cevaplar sırasıyla %73,8 ve %77,8 olarak kaydedilmiştir. Değerlerle eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Ebeveynlere “Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?” diye sorulduğunda; ilkokul, lise ve üniversite mezunu bireyler büyük çoğunlukla acil diş servislerini tercih ederken, ortaokul ve lisansüstü mezunu ebeveynler üniversite diş hastanelerini tercih etmiştir. Yüzde olarak değerler karşılaştırıldığında, verilen cevaplar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Aynı ebeveynlere “Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?” diye sorulduğunda; ilkokul, ortaokul ve lise mezunu bireyler ağız diş sağlığı merkezlerini, üniversite ve yüksek lisans mezunları ise üniversite diş hastanelerini tercih etmiştir. Verilen cevaplar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

“Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?” sorusuna ilkokul mezunu ebeveynlerin çoğunluğu ‘bilmiyorum’ olarak cevap verirken; ortaokul, lise ve üniversite mezunu ebeveynler dişi kuru ortamda muhafaza edeceklerini söylemişlerdir. Lisansüstü mezunu ebeveynlerde ise ‘bilmiyorum’ ve ‘kuru ortam’ seçenekleri eşit oranda tercih edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar yüzde olarak değerlendirildiğinde, cevaplar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Bölüm 2'de yer alan diğer sorular ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Anketin ikinci bölümündeki soruların cevapları eğitim düzeyi bazında değerlendirilmiş ve bu değerler Çizelge 4.9.'da gösterilmiştir.



Çizelge 4.9. Eğitim düzeyi bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Eğitim Düzeyi										Ki-Kare Analizi			
		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisansüstü		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	23	26,1	24	29,6	54	28,6	63	48,5	7	38,9	171	33,8	17,947	0,001*
	Hayır	65	73,9	57	70,4	135	71,4	67	51,5	11	61,1	335	66,2		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	74	84,1	74	91,4	156	82,5	111	85,4	17	94,4	432	85,4	4,841	0,304
	Hayır	14	15,9	7	8,6	33	17,5	19	14,6	1	5,6	74	14,6		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	50	56,8	44	55	113	59,8	96	73,8	14	77,8	317	62,8	12,679	0,013*
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	38	43,2	36	45	76	40,2	34	26,2	4	22,2	188	37,2		
	Toplam	88	100	80	100	189	100	130	100	18	100	505	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	34	38,6	20	24,7	65	34,4	50	38,5	5	27,8	174	34,4	*	0,038*
	Çocuk doktoruna danışırım	4	4,5	4	4,9	15	7,9	6	4,6	0	0	29	5,7		
	Özel diş kliniğine götürürüm	5	5,7	2	2,5	12	6,3	12	9,2	4	22,2	35	6,9		
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	24	27,3	20	24,7	45	23,8	23	17,7	2	11,1	114	22,5		
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	19	21,6	35	43,2	47	24,9	38	29,2	7	38,9	146	28,9		
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	2	2,3	0	0	5	2,6	1	,8	0	0	8	1,6		
Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.9. (devam). Eğitim düzeyi bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Eğitim Düzeyi												Ki-Kare Analizi	
		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisansüstü		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	42	47,7	42	51,9	103	54,5	81	62,3	11	61,1	279	55,1	5,3	0,258
	Hayır	46	52,3	39	48,1	86	45,5	49	37,7	7	38,9	227	44,9		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	12	13,6	12	14,8	14	7,4	12	9,2	0	0	50	9,9	6,942	0,139
	Hayır	76	86,4	69	85,2	175	92,6	118	90,8	18	100	456	90,1		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	22	48,9	22	46,8	51	48,6	36	43,9	5	45,5	136	46,9	*	0,516
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	0	0	0	0	2	1,9	2	2,4	1	9,1	5	1,7		
	Musluk suyunda yıkarım	5	11,1	5	10,6	8	7,6	6	7,3	0	0	24	8,3		
	Bilmiyorum	17	37,8	14	29,8	37	35,2	34	41,5	3	27,3	105	36,2		
	Diğer	1	2,2	6	12,8	7	6,7	4	4,9	2	18,2	20	6,9		
	Toplam	45	100	47	100	105	100	82	100	11	100	290	100		
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Acil servis	10	11,4	4	4,9	21	11,1	20	15,4	1	5,6	56	11,1	*	0,007*
	Ağız diş sağlığı merkezi	47	53,4	38	46,9	95	50,3	43	33,1	5	27,8	228	45,1		
	Özel diş kliniği	4	4,5	2	2,5	13	6,9	12	9,2	5	27,8	36	7,1		
	Üniversite diş hastanesi	26	29,5	34	42	57	30,2	52	40	7	38,9	176	34,8		
	Çocuk doktoru	1	1,1	3	3,7	3	1,6	3	2,3	0	0	10	2		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.9. (devam). Eğitim düzeyi bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

	Eğitim Düzeyi												Ki-Kare Analizi		
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Universite		Lisansüstü		Toplam		Ki-Kare	P	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Çocuğunuzun dışı yerinden çıktığında, dış hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?	İlk 30 dakika	39	44,3	27	33,3	61	32,3	43	33,1	4	22,2	174	34,4	40,129	0,005*
	30-60 dakika arası	5	5,7	8	9,9	28	14,8	22	16,9	8	44,4	71	14		
	1-2 saat	7	8	8	9,9	31	16,4	23	17,7	3	16,7	72	14,2		
	Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	12	13,6	16	19,8	30	15,9	24	18,5	2	11,1	84	16,6		
	Çocuğın dışında bir şikayeti olduğunda	17	19,3	17	21	25	13,2	10	7,7	1	5,6	70	13,8		
	Bilmiyorum	8	9,1	5	6,2	14	7,4	8	6,2	0	0	35	6,9		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Yerinden çıkmış olan dışı, dış hekime götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	9	10,2	13	16	10	5,3	2	1,5	1	5,6	35	6,9	*	0,013*
	Alkol	2	2,3	3	3,7	2	1,1	6	4,6	1	5,6	14	2,8		
	Buz	5	5,7	14	17,3	30	15,9	16	12,3	2	11,1	67	13,2		
	Serum fizyolojik	8	9,1	4	4,9	8	4,2	8	6,2	0	0	28	5,5		
	Ağız içerisinde	3	3,4	0	0	2	1,1	3	2,3	0	0	8	1,6		
	Süt	10	11,4	3	3,7	13	6,9	16	12,3	2	11,1	44	8,7		
	Tükürük	1	1,1	1	1,2	0	0	1	,8	0	0	3	,6		
	Meyve suyu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	16	18,2	25	30,9	63	33,3	46	35,4	6	33,3	156	30,8		
	Bilmiyorum	34	38,6	18	22,2	61	32,3	32	24,6	6	33,3	151	29,8		
Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100			
Dışın yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	30	34,1	30	37	55	29,1	53	40,8	7	38,9	175	34,6	5,083	0,279
	Hayır	58	65,9	51	63	134	70,9	77	59,2	11	61,1	331	65,4		
	Toplam	88	100	81	100	189	100	130	100	18	100	506	100		
Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	0	0	0	0	0	0	1	1,9	1	14,3	2	1,1	*	0,091
	Tetanoz aşısı	7	22,6	10	30,3	15	26,3	24	44,4	2	28,6	58	31,9		
	Polio(çocuk felci aşısı)	1	3,2	1	3	0	0	2	3,7	0	0	4	2,2		
	Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)	4	12,9	5	15,2	9	15,8	2	3,7	1	14,3	21	11,5		
	Bilmiyorum	19	61,3	17	51,5	33	57,9	25	46,3	3	42,9	97	53,3		
Toplam	31	100	33	100	57	100	54	100	7	100	182	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Anketin ikinci bölümündeki sorulara verilen cevaplar, önceden travmatik diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre değerlendirilmiş ve sadece "Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?" sorusuna verilen cevaplar ile daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre bölüm 2'de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?						Ki-Kare Analizi	
		Evet		Hayır		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	68	43,3	103	29,5	171	33,8	9,216	0,002*
	Hayır	89	56,7	246	70,5	335	66,2		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	128	81,5	304	87,1	432	85,4	2,27	0,132
	Hayır	29	18,5	45	12,9	74	14,6		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	102	65	215	61,8	317	62,8	0,47	0,493
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	55	35	133	38,2	188	37,2		
	Toplam	157	100	348	100	505	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	46	29,3	128	36,7	174	34,4	4,809	0,44
	Çocuk doktoruna danışırım	12	7,6	17	4,9	29	5,7		
	Özel diş kliniğine götürürüm	12	7,6	23	6,6	35	6,9		
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	37	23,6	77	22,1	114	22,5		
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	46	29,3	100	28,7	146	28,9		
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	4	2,5	4	1,1	8	1,6		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	86	54,8	193	55,3	279	55,1	0,012	0,913
	Hayır	71	45,2	156	44,7	227	44,9		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	13	8,3	37	10,6	50	9,9	0,421	0,517
	Hayır	144	91,7	312	89,4	456	90,1		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		

($p<0,05$; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.10. (devam). Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaşma durumuna göre bölüm 2'de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?						Ki-Kare Analizi	
		Evet		Hayır		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%		
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	49	55,1	87	43,3	136	46,9	6,196	0,185
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	1	1,1	4	2	5	1,7		
	Musluk suyunda yıkırım	3	3,4	21	10,4	24	8,3		
	Bilmiyorum	31	34,8	74	36,8	105	36,2		
	Diğer	5	5,6	15	7,5	20	6,9		
	Toplam	89	100	201	100	290	100		
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Acil servis	12	7,6	44	12,6	56	11,1	4,276	0,37
	Ağız diş sağlığı merkezi	78	49,7	150	43	228	45,1		
	Ozel diş kliniği	13	8,3	23	6,6	36	7,1		
	Universite diş hastanesi	51	32,5	125	35,8	176	34,8		
	Çocuk doktoru	3	1,9	7	2	10	2		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?	İlk 30 dakika	54	34,4	120	34,4	174	34,4	9,551	0,089
	30-60 dakika arası	25	15,9	46	13,2	71	14		
	1-2 saat	20	12,7	52	14,9	72	14,2		
	Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	35	22,3	49	14	84	16,6		
	Çocuğun dışında bir şikayeti olduğunda	16	10,2	54	15,5	70	13,8		
	Bilmiyorum	7	4,5	28	8	35	6,9		
Toplam	157	100	349	100	506	100			
Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	6	3,8	29	8,3	35	6,9	*	0,484
	Alkol	6	3,8	8	2,3	14	2,8		
	Buz	20	12,7	47	13,5	67	13,2		
	Serum fizyolojik	9	5,7	19	5,4	28	5,5		
	Ağız içerisinde	1	,6	7	2	8	1,6		
	Süt	15	9,6	29	8,3	44	8,7		
	Tükürük	2	1,3	1	,3	3	,6		
	Meyve suyu	0	0	0	0	0	0		
	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	50	31,8	106	30,4	156	30,8		
Bilmiyorum	48	30,6	103	29,5	151	29,8			
Toplam	157	100	349	100	506	100			
Dişin yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	59	37,6	116	33,2	175	34,6	0,902	0,342
	Hayır	98	62,4	233	66,8	331	65,4		
	Toplam	157	100	349	100	506	100		
Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	1	1,6	1	,8	2	1,1	*	0,633
	Tetanoz aşısı	17	27,9	41	33,9	58	31,9		
	Polio(çocuk felci aşısı)	1	1,6	3	2,5	4	2,2		
	Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)	5	8,2	16	13,2	21	11,5		
	Bilmiyorum	37	60,7	60	49,6	97	53,3		
Toplam	61	100	121	100	182	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı bazında, Bölüm 2'deki sorulara verilen cevaplar değerlendirilmiş ve yapılan analizler neticesinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p>0,05$).

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte "Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?" sorusuna 1 çocuk sahibi katılımcıların %40,7'si "Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)" cevabını, 2 çocuk sahibi katılımcıların %31'i "Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)" cevabını, 3 çocuk sahibi katılımcıların %29,6'sı "Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)" cevabını, 3 ve daha fazla çocuğa sahip katılımcıların %42,9'u ise "Bilmiyorum" cevabını vermişlerdir.

Bölüm 2'de ki sorulara verilen cevapların katılımcıların çocuk sayısı bazındaki değerlendirme sonuçları Çizelge 4.11'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11. Çocuk sayısı bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

		Çocuk Sayısı										Ki-Kare Analizi	
		1 Çocuk		2 Çocuk		3 Çocuk		3’ten fazla çocuk		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çocuğunuzun dişi kırıldığına ne yapmanız gerektiği konusunda bir fikriniz var mı?	Evet	20	33,9	94	33,9	47	33,1	10	35,7	171	33,8	0,08	0,994
	Hayır	39	66,1	183	66,1	95	66,9	18	64,3	335	66,2		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?	Evet	50	84,7	238	85,9	121	85,2	23	82,1	432	85,4	0,322	0,956
	Hayır	9	15,3	39	14,1	21	14,8	5	17,9	74	14,6		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığına kırık parça ile ilgili olarak;	Parçayı bulmaya çalışırım	39	66,1	177	63,9	86	61	15	53,6	317	62,8	1,636	0,651
	Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum	20	33,9	100	36,1	55	39	13	46,4	188	37,2		
	Toplam	59	100	277	100	141	100	28	100	505	100		
Çocuğunuzun dişi kırıldığına ne yaparsınız?	Acil diş servisine götürürüm	24	40,7	96	34,7	44	31	10	35,7	174	34,4	*	0,811
	Çocuk doktoruna danışırım	3	5,1	12	4,3	12	8,5	2	7,1	29	5,7		
	Özel diş kliniğine götürürüm	4	6,8	22	7,9	8	5,6	1	3,6	35	6,9		
	Ağız diş sağlığı merkezine başvururum	10	16,9	62	22,4	33	23,2	9	32,1	114	22,5		
	Üniversite diş hastanesine götürürüm	17	28,8	82	29,6	41	28,9	6	21,4	146	28,9		
	Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum	1	1,7	3	1,1	4	2,8	0	0	8	1,6		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	27	45,8	158	57	81	57	13	46,4	279	55,1	3,568	0,312
	Hayır	32	54,2	119	43	61	43	15	53,6	227	44,9		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?	Evet	3	5,1	34	12,3	11	7,7	2	7,1	50	9,9	4,268	0,234
	Hayır	56	94,9	243	87,7	131	92,3	26	92,9	456	90,1		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?	Dişi fırçalarım	12	44,4	79	47,9	39	45,9	6	46,2	136	46,9	*	0,915
	Temizlemeden yerine yerleştiririm	1	3,7	3	1,8	1	1,2	0	0	5	1,7		
	Musluk suyunda yıkarım	3	11,1	9	5,5	10	11,8	2	15,4	24	8,3		
	Bilmiyorum	9	33,3	62	37,6	29	34,1	5	38,5	105	36,2		
	Diğer	2	7,4	12	7,3	6	7,1	0	0	20	6,9		
Toplam	27	100	165	100	85	100	13	100	290	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.11. (devam). Çocuk sayısı bazında bölüm 2’de yer alan sorulara ilişkin frekans ve Ki-Kare analiz tablosu

	Çocuk Sayısı										Ki-Kare Analizi		
	1 Çocuk		2 Çocuk		3 Çocuk		3'ten fazla çocuk		Toplam		Ki-Kare	P	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Çocuğunuzun dışı yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?	Acil servis	11	18,6	26	9,4	16	11,3	3	10,7	56	11,1	*	0,419
	Ağız dış sağlığı merkezi	21	35,6	126	45,5	69	48,6	12	42,9	228	45,1		
	Özel dış kliniği	3	5,1	24	8,7	7	4,9	2	7,1	36	7,1		
	Üniversite dış hastanesi	23	39	97	35	47	33,1	9	32,1	176	34,8		
	Çocuk doktoru	1	1,7	4	1,4	3	2,1	2	7,1	10	2		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Çocuğunuzun dışı yerinden çıktığında, dış hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?	İlk 30 dakika	25	42,4	88	31,8	50	35,2	11	39,3	174	34,4	*	0,181
	30-60 dakika arası	8	13,6	48	17,3	13	9,2	2	7,1	71	14		
	1-2 saat	8	13,6	45	16,2	16	11,3	3	10,7	72	14,2		
	Çocuk kendini iyi hissettikten sonra	8	13,6	46	16,6	28	19,7	2	7,1	84	16,6		
	Çocuğın dışında bir şikayeti olduğunda	7	11,9	34	12,3	21	14,8	8	28,6	70	13,8		
	Bilmiyorum	3	5,1	16	5,8	14	9,9	2	7,1	35	6,9		
Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100			
Yerinden çıkmış olan dışı, dış hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?	Musluk suyu	4	6,8	11	4	15	10,6	5	17,9	35	6,9	*	0,071
	Alkol	3	5,1	7	2,5	2	1,4	2	7,1	14	2,8		
	Buz	8	13,6	41	14,8	17	12	1	3,6	67	13,2		
	Serum fizyolojik	2	3,4	17	6,1	7	4,9	2	7,1	28	5,5		
	Ağız içerisinde	2	3,4	3	1,1	3	2,1	0	0	8	1,6		
	Süt	5	8,5	20	7,2	17	12	2	7,1	44	8,7		
	Tükürük	0	0	3	1,1	0	0	0	0	3	,6		
	Meyve suyu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Kuru ortam (peçete, kağıt mendil vs.)	24	40,7	86	31	42	29,6	4	14,3	156	30,8		
	Bilmiyorum	11	18,6	89	32,1	39	27,5	12	42,9	151	29,8		
Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100			
Dışın yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	18	30,5	92	33,2	55	38,7	10	35,7	175	34,6	1,759	0,624
	Hayır	41	69,5	185	66,8	87	61,3	18	64,3	331	65,4		
	Toplam	59	100	277	100	142	100	28	100	506	100		
Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?	Kuduz aşısı	1	5,6	0	0	1	1,8	0	0	2	1,1	*	0,396
	Tetanoz aşısı	4	22,2	36	37,1	15	26,3	3	30	58	31,9		
	Polio(çocuk felci aşısı)	0	0	1	1	2	3,5	1	10	4	2,2		
	Karma aşı(difteri, tetanoz, boğmaca)	2	11,1	9	9,3	9	15,8	1	10	21	11,5		
	Bilmiyorum	11	61,1	51	52,6	30	52,6	5	50	97	53,3		
Toplam	18	100	97	100	57	100	10	100	182	100			

(p<0,05; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

“Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?” sorusunda, “Musluk suyunda yıkarım.” seçeneği ile diğer seçenekler yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. “Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları

	Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?							Ki-Kare Testi	
	Musluk suyunda yıkarım		Diğer		Toplam		Ki-Kare	p	
	n	%	n	%	n	%			
Yaş	20'den küçük	0	,00	1	100	1	100	*	0,121
	20-30	5	15,15	28	84,85	33	100		
	31-40	10	5,85	161	94,15	171	100		
	41-50	7	8,86	72	91,14	79	100		
	50'den büyük	2	33,33	4	66,67	6	100		
	Toplam	24	8,28	266	91,72	290	100		
Cinsiyet	Kadın	18	8,87	185	91,13	203	100	0.106	0.745
	Erkek	6	6,90	81	93,10	87	100		
	Toplam	24	8,28	266	91,72	290	100		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	5	11,11	40	88,89	45	100	*	0.757
	Ortaokul	5	10,64	42	89,36	47	100		
	Lise	8	7,62	97	92,38	105	100		
	Üniversite	6	7,32	76	92,68	82	100		
	Lisansüstü	0	,00	11	100	11	100		
Toplam	24	8,28	266	91,72	290	100			
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	3	11,11	24	88,89	27	100	*	0.226
	2 Çocuk	9	5,45	156	94,55	165	100		
	3 Çocuk	10	11,76	75	88,24	85	100		
	3'ten fazla çocuk	2	15,38	11	84,62	13	100		
	Toplam	24	8,28	266	91,72	290	100		
Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?	Evet	3	3,37	86	96,63	89	100	3.191	0.074
	Hayır	21	10,45	180	89,55	201	100		
	Toplam	24	8,28	266	91,72	290	100		

($p<0,05$; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

“Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, çocuğunuzu diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz ?” sorusunda, “ilk 30 dakika” seçeneği ile diğer seçenekler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. “Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, çocuğunuzun diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları

		Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, çocuğunuzun diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?						Ki-Kare Testi	
		İlk 30 dakika		Diğer		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	20'den küçük	3	60,00	2	40,00	5	100	*	0.645
	20-30	20	31,75	43	68,25	63	100		
	31-40	104	35,37	190	64,63	294	100		
	41-50	42	33,87	82	66,13	124	100		
	50'den büyük	5	25,00	15	75,00	20	100		
	Toplam	174	34,39	332	65,61	506	100		
Cinsiyet	Kadın	118	36,88	202	63,13	320	100	2.388	0.122
	Erkek	56	30,11	130	69,89	186	100		
	Toplam	174	34,39	332	65,61	506	100		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	39	44,32	49	55,68	88	100	5.54	0.236
	Ortaokul	27	33,33	54	66,67	81	100		
	Lise	61	32,28	128	67,72	189	100		
	Üniversite	43	33,08	87	66,92	130	100		
	Lisansüstü	4	22,22	14	77,78	18	100		
Toplam	174	34,39	332	65,61	506	100			
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	25	42,37	34	57,63	59	100	2.85	0.415
	2 Çocuk	88	31,77	189	68,23	277	100		
	3 Çocuk	50	35,21	92	64,79	142	100		
	3'ten fazla çocuk	11	39,29	17	60,71	28	100		
	Toplam	174	34,39	332	65,61	506	100		
Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?	Evet	54	34,39	103	65,61	157	100	0.001	0.998
	Hayır	120	34,38	229	65,62	349	100		
	Toplam	174	34,39	332	65,61	506	100		

($p < 0,05$; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Çizelge 4.14'e bakıldığında, “Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?” sorusunda, ‘süt’ seçeneği ile diğer seçenekler; yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Aynı seçenekler cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki karşımıza çıkmaktadır ($p < 0,05$). “Süt” cevabını veren kadın katılımcıların oranı, “süt” cevabını veren erkek katılımcıların oranından anlamlı derecede yüksektir.

Çizelge 4.14. “Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?” sorusu ile bölüm 1’de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları

		Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?						Ki-Kare Testi	
		Süt		Diğer		Toplam		Ki-Kare	P
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	20'den küçük	0	,00	5	100,00	5	100	*	0.624
	20-30	3	4,76	60	95,24	63	100		
	31-40	29	9,86	265	90,14	294	100		
	41-50	11	8,87	113	91,13	124	100		
	50'den büyük	1	5,00	19	95,00	20	100		
	Toplam	44	8,70	462	91,30	506	100		
Cinsiyet	Kadın	35	10,94	285	89,06	320	100	4.769	0.029*
	Erkek	9	4,84	177	95,16	186	100		
	Toplam	44	8,70	462	91,30	506	100		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	10	11,36	78	88,64	88	100	6.386	0.172
	Ortaokul	3	3,70	78	96,30	81	100		
	Lise	13	6,88	176	93,12	189	100		
	Üniversite	16	12,31	114	87,69	130	100		
	Lisansüstü	2	11,11	16	88,89	18	100		
	Toplam	44	8,70	462	91,30	506	100		
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	5	8,47	54	91,53	59	100	2.768	0.429
	2 Çocuk	20	7,22	257	92,78	277	100		
	3 Çocuk	17	11,97	125	88,03	142	100		
	3'ten fazla çocuk	2	7,14	26	92,86	28	100		
	Toplam	44	8,70	462	91,30	506	100		
Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?	Evet	15	9,55	142	90,45	157	100	0.084	0.772
	Hayır	29	8,31	320	91,69	349	100		
	Toplam	44	8,70	462	91,30	506	100		

($p < 0,05$; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

“Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?” sorusunda ‘tetanoz’ seçeneği ile diğer seçenekler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. "Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?" sorusu ile bölüm 1'de yer alan demografik bilgiler arasındaki ilişkiye ait Ki-Kare testi sonuçları

		Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?						Ki-Kare Testi	
		Tetanoz aşısı		Diğer		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	20'den küçük	0	,00	2	100,00	2	100	*	0.083
	20-30	3	14,29	18	85,71	21	100		
	31-40	36	33,64	71	66,36	107	100		
	41-50	19	40,43	28	59,57	47	100		
	50'den büyük	0	,00	5	100,00	5	100		
	Toplam	58	31,87	124	68,13	182	100		
Cinsiyet	Kadın	39	34,21	75	65,79	114	100	0.579	0.405
	Erkek	19	27,94	49	72,06	68	100		
	Toplam	58	31,87	124	68,13	182	100		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	7	22,58	24	77,42	31	100	*	0.2
	Ortaokul	10	30,30	23	69,70	33	100		
	Lise	15	26,32	42	73,68	57	100		
	Üniversite	24	44,44	30	55,56	54	100		
	Lisansüstü	2	28,57	5	71,43	7	100		
Toplam	58	31,87	124	68,13	182	100			
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	4	22,22	14	77,78	18	100	2.826	0.421
	2 Çocuk	36	37,11	61	62,89	97	100		
	3 Çocuk	15	26,32	42	73,68	57	100		
	3'ten fazla çocuk	3	30,00	7	70,00	10	100		
	Toplam	58	31,87	124	68,13	182	100		
Daha önce hiç diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?	Evet	17	27,87	44	72,13	61	100	0.427	0.513
	Hayır	41	33,88	80	66,12	121	100		
	Toplam	58	31,87	124	68,13	182	100		

($p < 0,05$; istatistiksel olarak anlamlıdır.)

Katılımcıların %11,1'i daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiğini belirtirken %88,9'u bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. Daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiğini belirten katılımcıların %62,7'si diş hekimi, %11,9'u aile hekimi, %10,2'si internet gazete veya dergi, %11,9'u diş hekimliği fakültelerinde dağıtılan broşür ve %3,4'ü ilk yardım kursu tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %7,5'i ağız ve diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerini yeterli bulurken %92,5'i bu konuda bilgi düzeylerini yeterli görmemekte ve ebeveynlerin %96'sı bu konuyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak istemektedir.

Anketin üçüncü bölümündeki sorulara verilen cevaplar Çizelge 4.16.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. Bölüm 3'te yer alan sorulara ilişkin frekans ve yüzde dağılım tablosu

		n	%
Daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiniz mi?	Evet	56	11,1
	Hayır	450	88,9
	Toplam	506	100,0
Cevabınız evetse, kim/ne tarafından bilgilendirildiniz?	Diş hekimi	37	62,7
	Aile hekimi	7	11,9
	İnternet, gazete veya dergi	6	10,2
	Diş hekimliği fakültelerinde dağıtılan broşür	7	11,9
	İlk yardım kursu	2	3,4
	Toplam	59	100
Ağız ve diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	38	7,5
	Hayır	468	92,5
	Toplam	506	100,0
Bu konuyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?	Evet	486	96,0
	Hayır	20	4,0
	Toplam	506	100,0



5. TARTIŞMA

Travmatik diş yaranması, çocukluk çağındaki dişsel sorunlardan biri olup, çocukta ağrı ve anksiyete yaratabilmektedir. Çocuklar koşmak, paten kaymak ve bisiklet sürmek gibi rutin etkinliklerinde birçok kazayla karşılaşabilmektedir. Kazalar sonucunda karşımıza çıkan durumlar basit mine kırığından, dişlerin avülsiyonunu içeren kapsamlı maksillofasiyal hasara kadar değişmektedir. Olası negatif sonuçların azaltılması için, bu kazalar sonrasında acil müdahalenin yapılması büyük önem taşımaktadır (Murali, Krishnan, Kumar, Shanmugam ve Rajasundharam, 2014; Abdellatif ve Hegazy, 2011).

Travmatik diş yaranmaları, okul öncesi dönem, okul dönemi ve genç yetişkinlerde sıklıkla karşılaşılan bir durum olup bireyde tedavi gerektiren tüm yaranmaların %5'ini oluşturmaktadır (Zaleckiene, Peciuliene, Brukiene ve Drukteinis, 2014). Bu konuyla ilgili yapılan bir derlemede, okul dönemi çocuklarının %25'inin bir diş yaranması geçirdiği, yetişkinlerin %33'ünün ise, çoğunluğu 19 yaşından önce olmak üzere, daimi dişlerinde travmaya maruz kaldığı belirtilmektedir (Glendor, 2008).

Yürümeye yeni başlamış çocuklarda, motor beceriler henüz tam gelişmediğinden dolayı travmatik diş yaranmalarına sıklıkla rastlanılmaktadır. Diş yaranmaları, diş ve peridontal dokuları etkileyerek, dişlerde mobiliteye, renk değişikliğine, pulpal hasara, patolojik kök rezorbsiyonuna, periodontal dokularda ise yırtılmalar ve kanamalara yol açabilmektedir. Diş yaranmaları çocuklar ve ebeveynleri üzerinde fiziksel, estetik ve psikolojik problemlere neden olabilmektedir (Kramer, Zembruski, Ferreira ve Feldens, 2003).

Travmatik diş yaranmaları, bebeklikten ergenliğe kadarki dönemde oldukça yaygındır ve dünya çapında bir sağlık sorunu olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu yaranmaların tedavisi karmaşık olmasının yanında, oldukça maliyetlidir. Acil tedavilerin yanısıra, tedavi sonrası takip muayeneleri de maliyeti artırmaktadır (Glendor, Jonsson, Halling ve Lindqvist, 2001).

Travmaya maruz kalan bir dişe yapılacak doğru ve hızlı acil müdahale, kron kırıklarında kırık parçanın bulunması veya avülse olan dişlerin uygun ortamda taşınması gibi, dişin prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. Aksi takdirde uygulanacak tedavi prosedürleri daha zor ve masraflı bir hale gelebilmektedir (Altay ve Güngör, 2001).

Süt dişlerinde meydana gelen yaralanmalar, altta yatan daimi dişlerde hipoplazi, renk değişikliği, erüpsiyon zamanında gecikme ve diş malformasyonu gibi karmaşık sonuçlar doğurabilmektedir (Sennhenn-Kirchner ve Jacobs, 2006). Birçok ülkede diş çürüğünün prevalansının ve şiddetinin azalması, en temel ağız diş sorunu olarak travmatik diş yaralanmalarını karşımıza çıkarmıştır (Noori ve Al-Obaidi, 2009).

Avülsiyon, travmatik diş yaralanmaları arasında en dikkat edilmesi gereken yaralanmadır. Avülse olan bir dişin tedavi sonrası başarılı olma şansı, kaza anındaki eylemle doğrudan ilişkilidir. Daimi dişlerin avülsiyonu sonrasında, en tercih edilen durum, dişin herhangi biri tarafından ilk 5 dakika içinde yeniden yerine yerleştirilmesidir. Avülse bir diş, uzun süre kuru ortamda bırakılmamalıdır, çünkü 30-60 dakika sonra periodontal ligament hücrelerinin çoğu nekrotik hale gelir ve bu da periodontal iyileşmenin prognozunu önemli ölçüde azaltır. Acil replantasyon mümkün değilse, diş ağız ortamına benzer bir solüsyonda bekletilmelidir. En ideal taşıma solüsyonu olan Hank'ın Balanslı Tuz Solüsyonu, halk tarafından kolaylıkla temin edilemediğinden, süt, serum fizyolojik ve hastanın tükürüğü kısa süreli saklama ortamı olarak kullanılabilir. Periodontal ligament hücrelerinin canlılığının devam etmesi için diş, replantasyon esnasında mutlaka kron kısmından tutulmalı ve diş yüzeyi, su ile yıkanmalıdır, asla fırçalanmamalı ve dezenfektanla temizlenmemelidir (Baginska, Rodakowska, Milewski, Wilczynska-Borawska ve Kierklo, 2016).

Çocuklarda ya da ergenlerde görülen çoğu travmatik yaralanma ya okulda ya da evde meydana gelmektedir ve bu travmatik bir olaya ilk müdahale edenlerin genellikle öğretmenler ya da ebeveynler olduğu anlamına gelmektedir (Vergotine ve Koerber, 2010). Bazı çalışmalar, dişsel yaralanmalar sonrasındaki acil tedavi yönetimi konusunda ebeveynlerin bilgi seviyesinin düşük olduğunu tespit etmiştir.

Ayrıca, bu çalışmalar dış travmalarında acil tedavinin önemi ve travmatik bir yaralanmada atılacak belirli adımlarla ilgili, halkı bilgilendirmek amacıyla eğitim kampanyalarının başlatılmasını teşvik etmiştir (Al-Jundi, 2006; Al-Jame, Andersson ve Al-Asfour, 2007; Oliveira ve diğerleri, 2007; Santos, Habecost, Gomes, Weber ve de Oliveira, 2009).

Farklı ülkelerde, ailelerin travmatik dış yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, Türk ailelerin bu konudaki bilgi düzeyini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Tozoglu ve Sahin, 2006; Ozer, Yılmaz, Bayrak ve Tunc, 2012; Doğusal, Akyıldız ve Sönmez, 2015). Yapılmış bu çalışmalarda, Samsun, Erzurum ve Aydın illeri araştırılmıştır. Bu tez çalışmasında ise, Ankara'da yaşayan belirli sayıda ailelerin travmatik dış yaralanması hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Anketler dikkatli bir şekilde tasarlandıklarında, tarama için iyi bir araç niteliği taşımaktadır. Bu tez çalışmasında kullanılan anket sistematik olup, kısa ve basit, kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Böylece, ebeveynlerin sorulara yoruma açık olmayan, net cevaplar verebilmesi sağlanmıştır.

Bu tez çalışmasındaki anketin soruları belirlenirken bu konuda daha önceden yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalar incelenmiş, bu çalışmalarda kullanılan sorular modifiye edilmiş ve az sayıda soru eklenmiştir. (Raphael ve Gregory, 1990; Ozer ve diğerleri, 2012; Doğusal ve diğerleri, 2015). Anket; katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çocuk sayısı), travmatik dış yaralanması deneyimi, avülse ya da kırılmış dişlerin acil durum tedavi yönetimi ve travma konusundaki acil yardım eğitim tecrübesi hakkında veri toplamak üzere tasarlanmıştır.

Benzer çalışmalarda yararlanılan katılımcı sayılarına bakıldığında, sayının belli bir standardizasyon göstermediği, geniş bir sayı yelpazesinin mevcut olduğu (63-2215) görülmüştür. Türkiye'de yapılmış çalışmalar ele alındığında benzer anket çalışmasını Tozoglu ve Sahin (2006) 250 katılımcı ile, Ozer ve diğerleri (2012) 289 katılımcı ile ve Doğusal ve diğerleri (2015) 518 katılımcı ile gerçekleştirmiştir.

Bu tez çalışmasının örneklem hacmini belirlemek amacıyla yapılan power analiz çalışmasında, sayı en az 384 olarak belirlenmiş ve anket 550 hastanın ebeveynine uygulanmıştır. İncelemeler sonucunda eksiksiz olarak doldurulmuş 506 anket değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan anket sayısındaki bu düşüşün nedeni, ebeveynlerin bazı sorularda birden fazla cevap şikkını işaretlemeleri ve bazı soruları yanıtız şekilde bırakmaları nedeniyle bu anketlerin değerlendirme dışı bırakılmasıdır.

Bu tez çalışmasında kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgilerle ilgili sorular, ikinci bölümde ebeveynlerin dış yaralanmaları hakkındaki bilgisini, farkındalığını ve tutumunu değerlendirecek sorular ve üçüncü bölümde de dış yaralanmaları eğitimi hakkındaki sorular yer almaktadır.

Anketin birinci kısmında, katılımcıların yaşlarını, cinsiyetlerini, eğitim durumlarını, çocuk sayılarını ve travma deneyiminin olup olmadığını sorgulayan sorular yer almaktadır.

Katılımcıların yaş grubu bazında frekansları belirlendiğinde, katılımcıların %1'inin 20'den küçük yaş grubunda, %12,5'inin 20-30 yaş grubunda, %58,1'inin 31-40 yaş grubunda, %24,5'inin 41-50 yaş grubunda ve %4'ünün 50'den büyük yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Ozer ve diğerlerinin (2012) yapmış olduğu çalışmada da, katılımcıların büyük çoğunluğunun bizim çalışmamıza paralel olacak şekilde 30-39 yaş grubunda yer aldığı bildirilmiştir. Al-Jundi (2006), Murali ve diğerleri (2014), Yassen ve diğerleri (2013) ve Hashim (2012) 'nin çalışmalarında ise, bu tez çalışmasından farklı olarak ebeveynlerin çoğunluğunun 20-30 yaş arasında yer aldığı görülmektedir.

Bu tez çalışmasında olduğu gibi, Ozer ve diğerlerinin (2012) yapmış olduğu çalışmada da, yaşı 20'den küçük ebeveynlerin oranının %1'den düşük olması ve katılımcıların büyük çoğunluğunun 30-40 yaş arasında yer almasından dolayı, Samsun ve Ankara'da anne baba olma yaşının yüksek olduğu fikrine varılabilir.

Anketin katılımcıları cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, katılımcıların %63,2'sinin kadın, %36,8' inin erkek olduğu görülmektedir. Al-Jame ve diğerleri

(2007), Santos ve diğeri (2009) , Loo, Gurunathan ve Somasundaram (2014), Ozer ve diğeri (2012) ve Sae-Lim, Chulaluk ve Lim'in (1999) yapmış olduğu çalışmalarda da bu tez çalışmasına benzer şekilde, kadın katılımcıların oranı daha yüksek bulunmuştur. Jain, Kulkarni, Kumar ve Jain'in (2017) yaptıkları çalışmada ise, bu tez çalışmasının aksine, erkek katılımcıların oranı (%65,6), kadın katılımcıların oranından (%34,4) belirgin derecede yüksek bulunmuştur. Kaul ve diğeri de (2016) yaptıkları çalışmada da cinsiyet bazında frekans belirlemişler ve kadın ve erkek katılımcı sayısının hemen hemen eşit olduğunu bildirmişlerdir.

Bu tez çalışmasında kadın katılımcı oranının erkek katılımcı oranından fazla olması, ülkemizde çalışmayan kadınların oranının fazlalığını ve genel olarak annelerin çocukları konusunda daha ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Ankete katılan ebeveynler, eğitim durumlarına göre sınıflandırıldığında, %17,4'ünün ilkököl, %16'sının ortaoköl, %37,4'ünün lise, %25,7'sinin üniversite ve %3,6'sının lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görölmektedir. Bu tez çalışmasında, ebeveynlerin büyük çoğunluğu (66,7) lise, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahipken, Santos ve diğeri (2009), Loo ve diğeri (2014), Ozer ve diğeri (2012) , Yassen ve diğeri (2013), Jain ve diğeri (2017) çalışmalarında, ilkököl ve ortaoköl mezunu ebeveynler çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu tez çalışmasında; lise, üniversite ve lisansüstü mezunu ebeveynlerin toplam oranı %66,7 iken, bazı çalışmalarda (Al-Jame ve diğeri, 2007; Hashim, 2012) direkt olarak üniversite ve lisansüstü mezunu ebeveynlerin çoğunluğu belirgindir. Bu tez çalışması ile, Ozer ve diğeri (2012) yaptığı çalışma karşılaştırıldığında, Ankara'daki ebeveynlerinin eğitim düzeyinin, Samsun'dakilere göre daha yüksek olduğu görölmektedir.

Bu tez çalışmasındaki katılımcılar sahip oldukları çocuk sayılarına göre sınıflandırıldığında, katılımcıların %11,7'sinin 1 çocuğa, %54,7'sinin 2 çocuğa, %28,1'inin 3 çocuğa ve %5,5'inin 3'ten fazla çocuğa sahip olduğu görölmektedir. Ozer ve diğeri (2012) çalışmasında da oranların çalışmamız ile benzer olduğu ve 2 çocuğa sahip bireylerin, çoğunluğu oluşturduğu gözlenmektedir. Bu

çalışmaların aksine, Yassen ve diğerlerinin (2013) çalışmasında ise, 3'ten fazla çocuğa sahip ebeveynler çoğunluğu (%55) oluşturmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde yer alan sorulara verilen cevaplar, katılımcıların sahip olduğu çocuk sayıları bazında değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Yassen ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada da, bu tez çalışmasıyla paralel olarak, çocuk sayısının, ebeveynlerin travmatik dış yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeyini etkilemediği belirtilmiştir.

Anketin birinci bölümünün son sorusunda katılımcılara, daha önce dış yaralanmasıyla karşılaşmış ve karşılaşmadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %31'i daha önce dış yaralanmasıyla karşılaşmış olduklarını belirtirken %69'u daha önce dış yaralanmasıyla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda yapılan birçok çalışmada da, bu tez çalışmasıyla örtüşür şekilde, dış yaralanmasıyla karşılaşmayanların oranı daha yüksek bulunmuştur (Namdev ve diğerleri, 2014; Al-Jundi, 2006; Murali ve diğerleri, 2014; Kaul ve diğerleri, 2016; Yassen ve diğerleri, 2013; Hashim, 2012, Sae-Lim ve diğerleri, 1999).

Anketin ikinci bölümünde, ebeveynlere travmatik dış yaralanmasının tedavisi hakkında bilgi düzeylerini sorgulayıcı sorular yöneltilmiştir. İlk soruda, ebeveynlere çocuklarının dişi kırıldığında ne yapmaları gerektiği konusunda fikirlerinin olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %66,2'si, çocuklarının dişi kırıldığında ne yapmaları gerektiğini bilmemektedir. Bu soru ebeveynlerin yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim düzeyine ve daha önceki travma deneyimine göre ayrıntılı şekilde değerlendirilmiştir.

Erkek katılımcılarda bu soruyu 'hayır' olarak cevaplama oranı, kadın katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre grupların aynı soruya cevap verme oranları incelendiğinde, ilkökul ve ortaokul mezunu katılımcılarda 'hayır' deme oranı anlamlı derecede yüksek iken, üniversite mezunu katılımcıların bu soruyu evet ya da hayır olarak cevaplama oranlarının, birbirine çok yakın olduğu görülmüştür. Bu soruyu sorarken, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin, dişi kırılmasıyla sonuçlanan yaralanmalarda ne

yapmaları gerektiği konusunda fikirlerinin olabileceği beklentimize rağmen, sonuç beklediğimizden farklı şekilde karşımıza çıkmıştır.

Daha önceden travmatik diş yaralanmasıyla karşılaşan bireylerde, bu soruya evet cevabının daha yüksek olabileceği tahmin edilmiş ve sonucun da beklenen şekilde kaydedildiği görülmüştür. Travmatik diş yaralanması deneyimi olan bireylerin, olmayanlara göre soruyu 'evet' olarak cevaplama oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlere bu sorunun yöneltildiği sadece bir diğer çalışma karşımıza çıkmaktadır. Doğusal ve diğerleri (2015) de, yaptıkları çalışmada katılımcılara aynı soruyu yöneltmiş ve bu tez çalışmasında olduğu gibi, diş kırılması durumunda yapılması gerekenler konusunda ebeveynlerin çoğunluğunun herhangi bir fikrinin olmadığı görülmüştür.

İkinci soruda katılımcılara, "Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?" diye sorulmuştur. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde, ebeveynlerin %85,4'ünün diş kırılmasını acil bir durum olarak nitelendirdiği görülmüştür. Erkek ve kadın katılımcıların cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu, kadınların diş kırılmasını erkeklere göre daha yüksek oranda acil olarak tanımladığı gözlenmiştir. Aynı sorunun incelendiği bir diğer çalışmada da, ebeveynlerin çoğunun diş kırılmasını acil durum olarak düşündüğü görülmüştür (Doğusal ve diğerleri, 2015).

Bu tez çalışmasına katılan ebeveynlerin %62,8'i çocuklarının diş kırıldığında kırık parçayı bulmaya çalışacaklarını ifade ederken, %37,2'si ise kırık parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünmektedir. Yapılan çalışmalarda, travma sonucunda kırılan dişin, kendi orijinal parçasıyla restore edilmesinin en hızlı, en pratik ve en estetik yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Andreasen ve Andreasen, 1990; Sae-Lim ve Yuen, 1994; Lehl ve Luthra, 2004; Hedge, 2003). Üniversite ve lisansüstü mezunu bireylerden, kırık parçayı bulmaya çalışacaklarını söyleyenlerin oranı, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu da bize göstermektedir ki, eğitim düzeyi arttıkça, dişin kırık parçasının önemi ebeveynler tarafından daha iyi anlaşılmaktadır. Diğer yandan bu

tez çalışmasının aksine, Yassen ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada, katılımcıların sadece %32'si kırık parçayı bulmaya çalışacaklarını bildirmişlerdir. Doğusal ve diğerleri de (2015) yaptıkları çalışmada, aynı soruyu ebeveynlere yöneltmişler ve kırık parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünenlerin oranını daha yüksek bulmuşlardır. Bu tez çalışmasının bulgularından yola çıkarak, kırık parçayı bulmanın öneminin ebeveynler tarafından anlaşılmış olmasının sevindirici olduğu görülmektedir.

Ebeveynlere, çocuklarının dişi kırıldığında tedavi amacıyla hangi sağlık merkezini tercih edecekleri sorulduğunda, ilk sırada acil diş servisi yer almış ve bunu üniversite diş hastanesi takip etmiştir. Eğitim düzeyi bazında bu soruya verilen cevaplar kıyaslandığında ise genel ortalamadan farklı olarak, ortaokul ve lisansüstü mezunu ebeveynlerde ilk tercih edilecek sağlık kuruluşunun üniversite diş hastanesi olduğu ve bunu ikinci sırada ağız diş sağlığı Merkezinin takip ettiği görülmektedir. Bu durumdan yola çıkarak, ortaokul ve lisansüstü mezunu bireylerin, konusunda uzmanlaşmış üniversite diş hastanelerinde sağlanan tedavinin bilincinde oldukları görülmektedir.

Katılımcıların %1,6'sı, çocuklarının dişi kırıldıklarında herhangi bir müdahalede bulunmaya gerek olmadığını düşünmektedirler. Her ne kadar, genel katılımcı sayısına göre az oranda görünse de, çocuğun ileride karşılaşacağı sıkıntılar açısından değerlendirildiğinde, bu şekilde düşünen velilerin olmasının olumsuz sonuçlar doğuracağı da bir gerçektir. Doğusal ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmada ise, bu tez çalışmasından farklı olarak ebeveynlerin diş kırılması durumundaki ilk tercihi ağız diş sağlığı merkezleri olmuştur. İkinci sırada, tez çalışmasıyla paralel şekilde üniversite diş hastanesi yer almıştır.

Yassen ve diğerleri (2013) ve Tozoglu ve Sahin (2006) ise, ebeveynlere bu soruyu direkt olarak diş kırılması durumunda değil de, diş ile ilgili herhangi bir acil durumda nereye başvuracakları şeklinde sormuşlardır. Yassen ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmanın verileri incelendiğinde, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun genel bir hastaneyi tercih ettiği görülürken, bu tez çalışmasının aksine, diş hekimliği fakültesi hastaneleri tercih olarak en son sırada yer almıştır. Tozoglu ve Sahin'in (2006) çalışmasında ise diş hastaneleri; ağız diş sağlığı

merkezi, üniversite dış hastanesi vb. gibi alt dallara ayrılmamış ve ebeveynlere seçenek olarak bu şekilde sunulmuştur. Cevaplar incelendiğinde dış hastanelerini tercih edeceklerini söyleyen ebeveynlerin, çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Daimi ön kesici dişler sadece estetik açısından değil, aynı zamanda konuşma, çiğneme, diş destekleyen dokuların devamlılığının sağlanması, çocukların psikolojik ve zihinsel sağlığı için de önem taşımaktadır. Bu nedenle, avulse olmuş kalıcı dişlerin yeniden implante edilmesi, çocuklarda özgüven artışına katkıda bulunur (Flores ve diğerleri, 2007).

Bu tez çalışmasında ebeveynlere, daimi dişler yerinden çıktığı takdirde, yeniden yerine yerleştirilip yerleştirilmeyeceği sorulmuştur. Katılımcıların %55,1'i kalıcı dişlerin yerine yerleştirileceğini belirtmişlerdir. Dişin yerine yerleştirilmeyeceğini söyleyen ebeveynlerin fikrinin bu yönde olmasının nedeninin, diş yeniden yerine yerleştirdikleri takdirde çocuğun ağrı hissedeceğinden korktukları olabileceği öngörüsüdür. Loo ve diğerleri (2014), Jain ve diğerleri (2017) ve Raphael ve Gregory'nin (1990) yaptıkları çalışmalarda da, bu tez çalışmasında olduğu gibi, avulse daimi dişlerin replante edilebileceğini düşünen ebeveyn sayısı çoğunluktadır.

Diğer yandan, bazı çalışmalarda ise avulse olmuş daimi dişlerin replante edilmeyeceğini düşünen ebeveynler çoğunluktadır (Ozer ve diğerleri, 2012; Shashikiran, Reddy ve Nagaveni, 2006; Doğusal ve diğerleri, 2015; Gupta, Singh, Ahuja ve Saxena, 2014; Sae-Lim ve diğerleri, 1999; Tozoğlu ve Şahin, 2006; AlGhamdi, Alothman, Assiri, Bijle ve Togoo, 2016; Murali ve diğerleri, 2014; Al-Jundi, 2006; Oliveira ve diğerleri, 2007).

Daimi dişlerin yerine yerleştirilmesi sorusuna verilen cevapları, yaş gruplarına göre incelediğimizde, anketin genelinden farklı olarak; 20'den küçük, 21-30 arası ve 50'den büyük yaş grubunda bulunan katılımcılarda "hayır" deme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cevaplar eğitim düzeyi bazında değerlendirildiğinde ilkökul mezunu ebeveynlerin çoğunluğu (%52,3), avulse daimi dişlerin yerine yerleştirilmeyeceğini düşünmektedirler.

Kadın ebeveynler yerinden çıkmış daimi dişlerin yeniden yerine yerleştirileceğini düşünürken, erkek ebeveynler ise yeniden yerleştirme konusunda olumsuz fikir beyan etmişlerdir. Jain ve diğerleri (2017) de çalışmasında, cinsiyet bazında değerlendirme yapmış ve bu tez çalışmasının aksine, erkek katılımcıların kadınlara göre replantasyon konusunda daha yüksek farkındalık gösterdiğini bildirmişlerdir.

Avulse olmuş süt dişlerinin replantasyonu, alttaki daimi diş germine zarar verilebileceği ihtimalinden dolayı kontrendikedir (Sakai ve diğerleri, 2008; Weiger ve Heuchert, 1999; Flores ve diğerleri, 2007). Bu tez çalışmasında, ebeveynlere "Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?" sorusu yöneltilmiş ve %90,1 oranında 'hayır' cevabı alınmıştır. Düşük oranda da olsa (%9,9) süt dişlerinin replante edilebileceğini düşünen ebeveynlerin varlığının, bazı çalışmacıların (Andreasen, Malmgren ve Bakland, 2006; Al-Khayatt ve Davidson, 2005) da belirttiği gibi, süt dişlerinin replantasyonu sonucunda oluşabilecek komplikasyonların bilinmediğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ayrıca bu soruya hayır cevabı verilmesinin, toplumumuzda genel bir görüş olan süt dişlerinin zaten değişecek olması durumundan kaynaklanmış olabileceği fikrini de irdelemek gerekir.

Süt dişlerinin replantasyonunu sorgulayan diğer çalışmalarda da, bu tez çalışmasıyla örtüşür şekilde sonuçlar alındığı görülmektedir (Doğusal ve diğerleri, 2015; Abdellatif ve Hegazy, 2011; Yassen ve diğerleri, 2013; Raphael ve Gregory, 1990; Tozoğlu ve Şahin, 2006). Sae-Lim ve diğerlerinin (1999) çalışmasında ise, tüm bu çalışmalardan farklı olarak, süt dişlerinin replante edileceğini düşünenler çoğunluktadır.

Süt dişlerinin replante edilmemesine rağmen, avülse olan dişin çocuk tarafından yutulmadığından ya da aspire edilmediğinden emin olmak için, ebeveynlerin dişi bulmaları konusunda bilgilendirilmelerinin gerekli olduğu görülmektedir.

Bu tez çalışmasında, anketin katılımcılarına, dişi yerine yerleştirmelerine karar verdikleri takdirde dişin üzerindeki yabancı maddeleri nasıl temizleyecekleri sorulduğunda, ebeveynlerin %46,9'u dişi fırçalayacaklarını belirtmişlerdir. Diş

yüzeyini fırçalamak, diş yüzeyindeki periodontal bağ hücrelerinin işlevini bozabileceğinden ve başarılı replantasyon şansını ciddi şekilde azaltabileceğinden kesinlikle yapılmaması gereken bir davranıştır (Namdev ve diğerleri, 2014) .

Ozer ve diğerleri (2012) ve Doğusal ve diğerleri (2015) de yaptıkları çalışmalarda ebeveynlere aynı soruyu yöneltmişler ve bu tez çalışmasında olduğu gibi, ebeveynler yanlış cevap vererek dişi fırçalayacağını söylemişlerdir. Bu üç çalışmadan yola çıkarak, Türk toplumunun avülsiyon öncesi diş temizleme prosedürleri hakkında bilgisinin olmadığı ve bu konuda bilgilendirme çalışmaları yapılması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Dişi musluk suyu altında nazikçe yıkamanın, dişi yerine yerleştirmeden önceki en ideal temizleme yöntemi olduğu söylenmektedir (Abdellatif ve Hegazy, 2011; Gupta ve diğerleri, 2014). Bu tez çalışmasında dişi musluk suyunda yıkayacağını söyleyen katılımcı oranı oldukça düşüktür (%8,3). Namdev ve diğerleri(2014) , Gupta ve diğerleri (2014), AlGhamdi ve diğerlerinin (2016) yaptıkları çalışmalarda, ebeveynlerin çoğunluğu dişi temizleme yöntemi olarak musluk suyu ile yıkamayı seçmişlerdir.

Katılımcıların yaşının, cinsiyetinin, eğitim düzeyinin, sahip olduğu çocuk sayısının ve geçmiş travma deneyimlerinin, bu soruya verilecek doğru cevabı etkileyip etkilemediğine bakıldığında, bu faktörlerin etkisinin olmadığı istatistik sonuçları ile karşımıza çıkmaktadır. Ebeveynlerin sahip oldukları demografik özellikleri ne olursa olsun, dişin yerine yerleştirilmeden önce musluk suyu altında yıkaması seçeneği, çoğu ebeveyn tarafından bilinmemektedir.

Bazı çalışmalarda ise musluk suyu olarak özelleştirmek yerine, sadece su ile yıkamak seçeneği yer almıştır ve ebeveynlerin çoğunluğu temizleme yöntemi olarak su ile yıkamayı tercih etmişlerdir (Murali ve diğerleri, 2014; Oliveira ve diğerleri, 2007; Loo ve diğerleri, 2014; Shashikiran ve değerleri, 2006; Raphael ve Gregory, 1990; Tozoğlu ve Şahin, 2006). Ayrıca, Oliveria ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmada, salinin de yıkama solüsyonu olarak kullanılabilirliğini ve bu amaçla annelerin evde küçük salin preparatları bulundurabileceklerini belirtmişlerdir.

Bu tez çalışmasında, ebeveynlere çocuklarının dişi travma nedeniyle yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvuracakları sorulmuştur. Anne babalar tarafından ilk tercih edilecek yerler ağız diş sağlığı merkezleri (%45,1) ve üniversite diş hastaneleri (%34,8) olmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak, ailelerin farklı merkezlerde de olsa, travmatik diş yaralanması sonrası çocuklarının tedavisine bir an önce başlamak istedikleri görülmektedir.

Ailelerin avülsiyon sonrası ilk tercih ettikleri yerin ağız diş sağlığı merkezleri olmasından dolayı, hem bu merkezlerin ekipman donanımının, hem de burada çalışan pratisyen hekimlerin travmatik diş yaralanmaları konusundaki bilgi seviyelerinin artırılması gerekir. Bu konudaki benzer çalışmaların bu merkezlerde de yapılması ve sonuçlarına göre eğitim çalışmalarının gerçekleştirilmesi gerekebilir. Ayrıca, ailelerin bu konuda uzmanlaşmış hekimlerin çalıştığı, üniversite diş hastanelerine ya da serbest çalışan çocuk diş hekimlerine yönlendirilmelerinin sağlanması gerekir.

Bu soruyu, katılımcıların eğitim düzeyleri bazında değerlendirdiğimizde; ilkokul, ortaokul ve lise mezunu ebeveynlerin çoğunlukla ağız diş sağlığı merkezlerini, üniversite ve yüksek lisans mezunu ebeveynlerin ise üniversite diş hastanelerini tercih ettiğini görmekteyiz. Bu sonuçtan, ebeveynlerin ilk yardım taleplerinin, eğitim altyapısı ile belirgin bir şekilde belirlendiği ve ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça, üniversite diş hastanelerindeki tedavinin bilincine vardıkları çıkarımını yapabiliriz.

Ozer ve diğerleri (2012) ve Doğusal ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışmalarda da, bu tez çalışmasına paralel olarak, ebeveynler tarafından ilk tercih edilen merkezin, üniversite diş hastanesi olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin avülsiyon sonrası tedavi amacıyla tercih ettikleri birimin sorgulandığı bazı diğer çalışmalarda, genellikle seçenekler arasında diş hekimi ya da diş hastanelerinin sunulduğu ve ebeveynlerin çoğu tarafından, doktorlar ya da genel hastaneler yerine, bu seçeneklerin tercih edildiği görülmektedir (Namdev ve diğerleri, 2014; Kaul ve diğerleri, 2016; Oliveria ve diğerleri, 2007; Loo ve diğerleri, 2014; Shashikiran ve diğerleri, 2006; Jain ve diğerleri, 2017; Raphael ve Gregory, 1990; Tozoğlu ve Şahin, 2006).

Avülse olan bir dişin prognozu, travma ve replantasyon arasında geçen süreye, dişin saklandığı ortamın türüne, kök oluşum evresine ve kontaminasyonun varlığına bağlıdır (Santos ve diğerleri, 2009). Lin, Emodi ve El-Naaj (2008), 30 dakika içinde replante edilen avülse dişlerde, % 90 başarı ihtimali olduğunu, reimplantasyonun travmadan iki saat sonra gerçekleştiği takdirde, bu ihtimalin %5'e kadar düştüğünü bildirmişlerdir.

Bu tez çalışmasına katılan ebeveynlerin %34,4'ü, çocuklarının dişinin yerinden çıkması durumunda, ilk 30 dakika içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuracağını belirtmişlerdir. Cevaplar eğitim düzeyi bazında değerlendirildiğinde ise, diğer gruplardan farklı olarak, yüksekisans mezunu ebeveynlerin tercihi, yanlış seçeneklerden biri olan, 30-60 dakika arasında başvurmak olmuştur. Ancak, yüksekisans mezunu ebeveyn sayısının sadece 18 olmasının da böyle bir sonucun ortaya çıkmasına neden olabileceğini ve bu gruptaki ebeveyn sayısının farklı olması durumunda sonucun değişebileceği olasıdır.

Ebeveynlerin %13,8'i, travma sonrasında çocuğun diş kaynaklı bir şikayeti olduğunda, %16.6'sı ise travma sonrasında çocuk kendini iyi hissettikten sonra herhangi bir sağlık merkezine başvuracaklarını belirtmişlerdir. Bu ebeveynlerin, bir yandan çocuklarının genel sağlık durumunu düşünürken, diğer yandan farkında olmadan dişin prognozunu kötü etkiledikleri ve sonuçlardan yola çıkarak ebeveynlerin replantasyon zamanı hakkında bilgilendirilmeye ihtiyaçları oldukları görülmektedir.

Ebeveynlerin yaşının, eğitim düzeyinin, cinsiyetinin, sahip oldukları çocuk sayısının ve geçmiş travma deneyimlerinin bu soruya istenilen 30 dakika cevabını verme oranlarını etkileyip etkilemediği de yapılan istatistiksel analiz ile değerlendirilmiş ve beklenenin aksine, demografik faktörlerin bu cevabı seçme oranını etkilemediği görülmüştür.

Bu alanda yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde, katılımcıların çoğunun bu tez çalışmasında olduğu gibi, hemen ya da ilk 30 dakika içerisinde tedavi olmak istedikleri görülmektedir (Namdev ve diğerleri, 2014; Murali ve diğerleri, 2014; Nikam, Kathariya, Chopra, Gupta ve Kathariya, 2014; Oliveria ve diğerleri, 2007;

Loo ve diğeri, 2014; Ozer ve diğeri, 2012; Doğusal ve diğeri, 2015; Yassen ve diğeri, 2013; Nikam ve diğeri, 2014; Raphael ve Gregory, 1990; Tozoğlu ve Şahin, 2006; Al-Ghamdi ve diğeri, 2016). Shashikiran ve diğeri (2006) ve Ramos-Jorge ve diğeri (2013) yaptıkları çalışmada ise, ebeveynlerin birkaç saat içinde sağlık merkezlerine başvuracakları ve replantasyondan önce geçen zamanın önemi hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirtilmiştir.

Avülse olmuş dişin saklanacağı ideal ortam, hücre canlılığını ve klonojenik kapasiteyi koruyabilmeli (Zhao ve Gong, 2010) ve hastalar tarafından kolayca erişilebilir olmalıdır (Ashkenazi, Marouni ve Sarnat, 2000) .

Diş, avulsiyonun ardından ilk 15 dakika içinde, hastanın ağız ya da tükrüğü, süt, serum fizyolojik gibi ortamlara aktarılırsa, periodontal ligament ve sementteki bazı hücrelerin hayatta kalacağı ve rejenerasyonda rol oynayacağı düşünülmektedir (Huang, Remeikis ve Daniel, 1996). Shashikiran ve diğeri (2006) tarafından yapılan çalışmada, saklama ortamının ideal pH ve osmolariteye sahip olması gerektiği ve sütün tüm bu koşulları sağlayan ve ulaşılması kolay olan, mükemmel bir taşıma ortamı olduğu vurgulanmıştır.

Bu tez çalışmasında ebeveynlere, yerinden çıkmış olan bir diş, diş hekimine götüreceklerse, nasıl muhafaza edecekleri sorulmuştur. Ebeveynlerin %30,8'i diş peçete, kağıt mendil gibi kuru ortamda saklayacaklarını söylemişlerdir. Bu sonuç bize, ailelerin, dişin kuru ortamda saklanması iyileşme sürecini olumsuz etkileyeceğinden haberdar olmadıklarını göstermektedir.

Katılımcıların %13,2'si avülse diş buz içerisinde saklayacaklarını belirtmişlerdir. Bu sonucun, organların taşınması amacıyla buzun popüler şekilde kullanımından ve düşük sıcaklıkların bireylere direkt olarak uzun dönemli saklamayı düşündürdüğünden olabilir.

Ebeveynlerin %6,9'u diş musluk suyu içinde taşıyacaklarını belirtmişlerdir. Su, periodontal ligament hücrelerinin hızla parçalanmasına neden olduğundan ve böylece replantasyonun prognozunu tehlikeye attığından dolayı, taşıma ortamı olarak asla kullanılmamalıdır (Loo, 2014).

Aynı soruda, dişi tükürükte ya da ağız içerisinde saklamayı seçen ebeveynlerin oranı oldukça düşüktür. Bu oranların daha düşük olması, ebeveynlerin çocuğun dişi yutmasından endişelendiğinden kaynaklanabilir.

Bu tez çalışmasında, ebeveynlerin sadece %8,7'si avülse dişi süt içerisinde saklayacaklarını söylemişlerdir. Ebeveynlerin yaşının, sahip oldukları çocuk sayısının, eğitim düzeyinin ve daha önceden diş yaralanmasıyla karşılaşma durumunun sütte saklama oranında herhangi bir farklılığa neden olmadığı, cinsiyetin ise doğru cevap seçeneği olan süt şıkkının seçilme oranını etkilediği istatistiksel analizde belirtilmiştir. Kadın ebeveynlerin saklama ortamı olarak sütü seçme oranı, erkek ebeveynlerin sütü seçme oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bu sonuç, kadın ebeveynlerin az da olsa süt konusundaki farkındalığına rağmen, genel oranlara bakıldığında ebeveynlerin avülse dişi saklama koşulları hakkında bilgisinin olmadığını ve bu konuda bilgilendirme programlarının yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bugüne dek yapılmış birçok çalışmada, bu tez çalışmasına benzer olarak, ebeveynlerin avülse dişi saklama koşulları hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (Namdev ve diğerleri, 2014; Santos ve diğerleri, 2009; Murali ve diğerleri, 2014; Nikam ve diğerleri, 2014; Oliveria ve diğerleri, 2007; Loo ve diğerleri, 2014; Ozer ve diğerleri, 2012; Shashikiran ve diğerleri, 2006; Doğusal ve diğerleri, 2015; Hegde ve diğerleri, 2010; Yassen ve diğerleri, 2013; Jain ve diğerleri, 2017; Raphael ve Gregory, 1990; Tozoğlu ve Şahin, 2006; AlGhamdi ve diğerleri, 2016). Abdellatif ve Hegazy (2011) 'nin yaptığı çalışmada ise, ebeveynlerin tercihi süttten yana olmuştur.

Anketin ikinci bölümünün sonunda ebeveynlere, dişin yerinden çıkması durumunda aşı yapılmasının gerekli olup olmadığı sorulmuştur. Ebeveynlerin %34,6'sı aşı yapılmasının gerekli olduğunu söylemişlerdir. Bu ebeveynlerin %53,3'ü hangi aşının yapılacağını bilmiyorken, %31,9'u tetanoz aşısının yapılması gerektiğinin bilincindedirler. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, ebeveynlerin yaşının, cinsiyetinin, sahip oldukları çocuk sayısının, eğitim düzeyinin ve daha önceden diş yaralanmasıyla karşılaşma durumunun tetanoz aşısı konusundaki farkındalığına etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Bu sorunun sorgulandığı literatürdeki

tek çalışmada, ebeveynlerin çoğunluğu bizim çalışmamızda olduğu gibi tetanoz aşısının yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Kaul ve diğerleri, 2016).

Anket çalışmamızın üçüncü bölümünde, travmatik diş yaralanmalarında acil durum yönetiminin eğitimi konusunda, ebeveynlerin fikirleri sorgulanmıştır. Ebeveynlerin %11,1'i daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiğini, %88,9'u ise bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir.

Daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiğini belirten katılımcıların %62,7'si diş hekimi, %11,9'u aile hekimi, %10,2'si internet, gazete veya dergi, %11,9'u diş hekimliği fakültelerinde dağıtılan broşür ve %3,4'ü ilk yardım kursu tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, ebeveynlerin %96'sı bu konuyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, travmatik diş yaralanmalarıyla ilgili ebeveynlere yönelik eğitim seminerleri yapılmasının ve diş hekimliği fakültelerinde dağıtılmak üzere broşürler hazırlanmasının gerekli olduğu görülmektedir.

Bu tez çalışmamızda, ebeveynlerin travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve yeterli olmadığı görülmüştür. Bu konuda yapılan birçok çalışmada, çalışmamızın sonucuna benzer olarak, ebeveynlerin travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve eğitici programların yapılmasının gerekliliği belirtilmiştir (Abdellatif ve Hegazy, 2011; Al-Jundi, 2006; Oliveira ve diğerleri, 2007; Al-Jame ve diğerleri, 2007; Shashikiran ve diğerleri, 2007; Sanu ve Utomi, 2005; Sae-Lim ve diğerleri, 1999; Hegde AM, Kumar KN, Varghese, 2010).

Çalışmamızda toplumun küçük bir oranında ailelerin travmatik diş yaralanmaları konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Travmatik yaralanmalar sonrası yapılacak doğru acil müdahaleler prognoz açısından çok önemli bir yere sahiptir. Bireylerin bu konudaki bilgi düzeyleri yaşa, cinsiyete, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların toplumumuzun bütünüyle ilgili tespit edilebilmesi için ülkemizin değişik bölgelerinde benzer anket çalışmalarının yapılması daha tartışılabilir bulguların değerlendirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca, travmanın acil tedavi yönetimi ile ilgili yapılacak eğitimler, ailelerin bilgi

düzeylerinin artmasını sağlayacak ve yapılacak olan tedavilerin başarı şansını artırarak, ileride daha büyük problemlerin oluşmasını da önleyecektir.





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında ailelerin, travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği'ne, çocuklarının tedavisi amacıyla başvuran 506 ebeveyne, "Ailelerin Diş Yaralanmaları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anketi" uygulanmış ve verilen cevaplar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sahip olunan çocuk sayısı ve geçmiş travma deneyimi bazında istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, ebeveynlerin yaşının, eğitim düzeyinin, sahip olunan çocuk sayısının ve geçmiş travma hikayesinin avulse diş temizleme ve saklama prosedürü, avulsiyon sonrası tedaviye başvurma zamanı ve tetanoz profilaksisi soruları için doğru cevaplama üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Ebeveynlerin cinsiyetinin avulse diş temizleme prosedürü, avulsiyon sonrası tedaviye başvurma zamanı ve tetanoz profilaksisi konusunda cevapları istatistiksel olarak etkilemediği gözlenmişken ($p>0,05$), cinsiyetin avulse diş saklama prosedüründe süt cevabının verilmesinde anlamlı derecede farklılığa yol açtığı görülmüştür ($p<0,05$). Diş sütte saklayacağını belirten kadın ebeveynlerin oranı, erkek ebeveynlerin oranına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

Ebeveynlerin %31'inin daha önce travmatik yaralanma ile karşılaştığı ve bu deneyimin acil durum yönetimi konusunda sonuçları değiştirmedeği gözlenmiştir ($p>0,05$).

Ebeveynlerin %11,1'i daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiğini ve %7,5'i bu konudaki bilgi düzeylerini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Bu oran oldukça düşüktür ve travmatik diş yaralanmalarının acil yönetimi hakkındaki eğitim programlarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Ebeveynlerin büyük çoğunluğu, travmatik diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeylerini yeterli görmemekte ve bu konuyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak istemektedirler.

Bu tez çalışmasının sonuçları, travmatik diş yaralanmaları ve acil tedavi prosedürü hakkında ebeveynlere yönelik eğitim programları düzenlemenin gerekli olduğunu göstermektedir. Medya kuruluşları ile iletişime geçerek travmanın acil durum yönetimi konusunda kamu spotu şeklinde yayınlar yapılması ya da okullar, hastaneler, spor salonları gibi yaralanmanın sık görülebileceği yerlerde eğitici afişler ya da broşürler kullanılması ile travmatik diş yaralanmaları sonrasında meydana gelebilecek olumsuz sonuçların önüne geçilmesi sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

- Abdellatif, A.M., and Hegazy, S.A. (2011). Knowledge of emergency management of avulsed teeth among a sample of Egyptian parents. *Journal of Advanced Research*, 2(1), 157-162.
- Adnan, S., and Khan, F.R. (2014). Storage Media For Avulsed Teeth: A Review. *Journal of the Pakistan Dental Association*, 23(2), 54-60.
- Akalın, M. (2015). *Örnek Açıklamalarıyla Sosyal Bilimlerde Araştırma Tekniği-Anket*, 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 43.
- Alaçam, A. (2012). *Travma nedeniyle oluşan diş yaralanmaları ve tedavileri.*, Alaçam, T. (Editör). *Endodonti*, Adana: Nobel Kitabevi, 985-1050.
- Alaçam, T., Görgül, G., Omürlü, H., ve Can, M. (1996). Lactate dehydrogenase activity in periodontal ligament cells stored in different transport media. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 82(3), 321-323.
- AlGhamdi, N.M.S., Alothman, S.A., Assiri, A.M., Bijle, M.N.A., and Togoo, R.A. (2016). Knowledge of Saudi parents toward the emergency management of avulsed permanent teeth: A cross-sectional survey. *Journal of Dental Research and Review*, 3(3), 85-87.
- Al-Jame, Q., Andersson, L., and Al-Asfour, A. (2007). Kuwaiti parents' knowledge of first-aid measures of avulsion and replantation of teeth. *Medical Principles and Practice*, 16(4), 274-279.
- Al-Jundi, S.H. (2006). Knowledge of Jordanian mothers with regards to emergency management of dental trauma. *Dental Traumatology*, 22(6), 1-5.
- Al-Khayatt, A.S., and Davidson, L.E. (2005). Complications following replantation of a primary incisor: a cautionary tale. *British Dental Journal*, 198(11), 687-688.
- Altay, N. ve Güngör, H.C. (2001). A retrospective study of dento-alveolar injuries of children in Ankara, Turkey. *Dental Traumatology*, 17(5), 201-204.
- Altun, C., Güven, G., Yorbik, O., ve Açikel, C. (2010) Dental injuries in autistic patients. *Pediatric Dentistry*, 32(4), 343-346.
- Altun, C., Ozen, B., Esenlik, E., Guven, G., Gürbüz, T., Acikel, C., Basak, F., ve Akbulut, E. (2009). Traumatic injuries to permanent teeth in Turkish children, Ankara. *Dental Traumatology*, 25(3), 309-313.
- Amorim, L.F., Costa, L.R., and Estrela, C. (2011) Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. *Dental Traumatology*, 27(5), 368-373.

- Andersson, L., and Bodin, I. (1990) Avulsed human teeth replanted within 15 minutes- a long-term clinical follow-up study. *Endodontics & Dental Traumatology*, 6(1), 37-42.
- Andreasen, F.I.M., and Andreasen, J.O. (1990) Treatment of traumatic dental injuries. Shift in strategy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 6(4), 588-602.
- Andreasen, J. O. (1970). Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries A clinical study of 1,298 cases. *European Journal of Oral Sciences*, 78(4), 329-342.
- Andreasen, J. O., and Andreasen, F. M. (2010). Essentials of traumatic injuries to the teeth: a step-by-step treatment guide (İkinci Baskı). India: John Wiley & Sons, 113-132.
- Andreasen, J.O. (1981) Effect of extra-alveolar period and storage media upon periodontal and pulpal healing after replantation of mature permanent incisors in monkeys. *International Journal of Oral Surgery*, 10(1), 43-53.
- Andreasen, J.O., Borum, M.K., Jacobsen, H.L., and Andreasen, F.M. (1995) Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. Factors related to periodontal ligament healing. *Endodontics & Dental Traumatology*, 11(2), 76-89.
- Andreasen, J.O., Malmgren, B., and Bakland, L.K. (2006) Tooth avulsion in children: to replant or not. *Endodontic Topics*, 14(1), 28-34.
- Arapostathis, K., Arhakis, A., and Kalfas, S. (2005) A modified technique on the reattachment of permanent tooth fragments following dental trauma. Case report. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 30(1), 29-34.
- Ashkenazi, M., Marouni, M., and Sarnat, H. (2000) In vitro viability, mitogenicity and clonogenic capacity of periodontal ligament cells after storage in four media at room temperature. *Endodontics & Dental Traumatology*, 16(2), 63-70.
- Ashkenazi, M., Sarnat, H., and Keila, S. (1999) In vitro viability, mitogenicity and clonogenic capacity of periodontal ligament cells after storage in six different media. *Endodontics & Dental Traumatology*, 15(4), 149-156.
- Atabek, D., Alacam, A., Aydintug, I., ve Konakoglu, G. (2014) A retrospective study of traumatic dental injuries. *Dental Traumatology*, 30(2), 154-161.
- Baginska, J., Rodakowska, E., Milewski, R., Wilczynska-Borawska, M., and Kierklo A. (2016) Polish school nurses' knowledge of the first-aid in tooth avulsion in permanent teeth. *BMC Oral Health*, 16(1), 30.
- Baig Enver, M., Marcenes, W., Stansfeld, S.A., and Bernabé, E. (2016) Alcohol consumption at age 11-12 years and traumatic dental injuries at age 15-16 years in school children from East London. *Dental Traumatology*, 32(5), 361-366.

- Baş,T. (2006). *Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir?* (4. Baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık, 29-43.
- Blomlöf, L. (1981). Milk and saliva as possible storage media for traumatically exarticulated teeth prior to replantation. *Swedish Dental Journal Supplement*, 8, 1-26.
- Blomlöf, L., Otteskog, P., and Hammarström, L. (1981) Effect of storage in media with different ion strengths and osmolalities on human periodontal ligament cells. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 89(2), 180-187.
- Boer, F.A., Percinoto, C., Ferelle, A., and Cunha, R.F. (2008) Immediate reimplantation of primary teeth: a histological study in dogs. *Dental Traumatology*, 24(3), 337-342.
- Büyüköztürk, Ş. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 14. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 117.
- Celenk, S., Sezgin, B., Ayna, B., ve Atakul, F. (2002) Causes of Dental Fractures in the Early Permanent Dentition: A Retrospective Study. *Journal of Endodontics*, 28(3), 208-210.
- Chapman, H.R. and Curran, A.L. (2004) Bicycle helmets - does the dental profession have a role in promoting their use? *British Dental Journal*, 196, 555-560.
- Correa-Faria, P. and Petti, S. (2015) Are overweight obese children at risk of traumatic dental injuries? A meta analysis of observational studies. *Dental Traumatology*, 31(4), 274-282.
- Çalışkan, M. K. (2006). *Endodontide tanı ve tedaviler*. 3. Baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri, 601-686.
- Çalışkan, M.K. ve Türkün, M. (1995) Clinical investigation of traumatic injuries of permanent incisors in izmir, Türkiye. *Endodontics & Dental Traumatology*, 11(5), 210-213.
- Dame-Teixeira, N., Alves, L.S., Susin, C., and Maltz, M. (2013) Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity and risk indicators. *Dental Traumatology*, 29(1), 52-58.
- De Moore, R.J.G., De Witte, A.M.J.C., and De Bruyne, M.A.A. (2000) Tongue piercing and associated oral and dental complications. *Endodontics & Dental Traumatology*, 16(5), 232-237.
- Díaz, J.A., Bustos, L., Brandt, A.C., and Fernández, B.E. (2010) Dental injuries among children and adolescence aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. *Dental Traumatology*, 26(3), 254-261.
- Doğusal, G., Akyıldız, B.M., ve Sönmez, I. (2015) Assessment of Parental Knowledge and Attitudes in Aydın City Regarding the Dentoalveolar Injuries. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 36(2), 86-92.

- Eyuboglu, O., Yilmaz, Y., Zehir, C., ve Sahin, H. (2009) A 6-year investigation into types of dental trauma treated in a paediatric dentistry clinic in Eastern Anatolia Region, Turkey. *Dental Traumatology*, 25(1), 110-114.
- Fagade, O.O. (2005) Extra-alveolar storage media for tooth autotransplants and replants. *The Internet Journal of Dental Science*, 2(2), 1-10.
- Faus-Damiá, M., Alegre-Domingo, T., Faus-Matoses, I., Faus-Matoses, V., and Faus-Llácer, V.J. (2011) Traumatic dental injuries among schoolchildren in Valencia, Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 16(2), 292-295.
- Feldens, C.A., Borges, T.S., Vargas-Ferreira, F., and Kramer, P.F. (2016) Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation and evidence. *Dental Traumatology*, 32(6), 429-437.
- Flores, M.T., Andersson, L., Andreasen, J.O., Bakland, L.K., Malmgren, B., and Barnett, F. (2007) Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*, 23(3), 130-136.
- Flores, M.T., Malmgren, B., Andersson, L., Andreasen, J.O., Bakland, L.K., Barnett, F., Bourguignon, C., DiAngelis, A., Hicks, L., Sigurdsson, A., Trope, M., Tsukiboshi, M., and von Arx, T. (2007) Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. *Dental Traumatology*, 23(4), 196-202.
- Friedlander, L.T., Chandler, N.P., and Drummond, B.K. (2013) Avulsion and replantation of a primary incisor tooth. *Dental Traumatology*, 29(6), 494-497.
- Gabris, K., Tarjan, I., and Rozsa, N. (2001) Dental trauma in children presenting for treatment at the Department of Dentistry for Children and Orthodontics, Budapest, 1985-1999. *Dental Traumatology*, 17(3), 103-108.
- Geray, H. (2014). *İletişim Alanından Örneklerle Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemler Giriş*. 1. Baskı. Kocaeli: Umuttepe Yayınları, 127.
- Glendor, U. (2008) Epidemiology of traumatic dental injuries—a 12 year review of the literature. *Dental Traumatology*, 24(6), 603-611.
- Glendor, U., Jonsson, D., Halling, A., and Lindqvist, K. (2001) Direct and indirect costs of dental trauma in Sweden: a 2-year prospective study of children and adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(2), 150-160.
- Glendor, U., Marcenes, W., and Andreasen, J. O. (2007). Classification, epidemiology and etiology. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*, 4, 217-254.
- Gomes, M.C.B., Westpalen, V.P.D., Westpalen, F.H., Neto, U.X.S., Fariniuk, L.F., and Carneiro, E. (2009) Study of storage media for avulsed teeth. *Brazilian Journal of Dental Traumatology*, 1(2), 69-76.

- Gopikrishna, V., Thomas, T., and Kandaswamy, D. (2008) A quantitative analysis of coconut water: a new storage media for avulsed teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 105(2), 61-65.
- Goswami, M., Chaitra, T.R., Chaudhary, S., Manuja, N., and Sinha, A. (2011) Strategies for periodontal ligament cell viability: an overview. *Journal of Conservative Dentistry*, 14(3), 215-220.
- Gupta, N., Singh, K., Ahuja, R., and Saxena, T. (2014) Knowledge of Mothers with Different Education Levels about the Emergency Management of Avulsed Teeth. *Oral Health and Dental Management*, 13(3), 792-797.
- Hammarström, L., Pierce, A., Blomlöf, L., Feiglin, B., and Lindskog, S. (1986) Tooth avulsion and replantation-a review. *Endodontics & Dental Traumatology*, 2(1), 1-8.
- Hashim, R. (2012) Investigation of mothers' knowledge of dental trauma management in United Arab Emirates. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 13(2), 83-86.
- Hecova, H., Tzigkounakis, V., Merglova, V., and Netolicky, J. (2010) A retrospective study of 889 injured permanent teeth. *Dental Traumatology*, 26(6), 466-475.
- Hedge, R.J. (2003) Tooth fragment reattachment an aesthetic alternative: Report of a case. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 21(3), 117-119.
- Hegde, A.M., Kumar, K.N., and Varghese, E. (2010) Knowledge of dental trauma among mothers in Mangalore. *Dental Traumatology*, 26(5), 417-421.
- Holan, G. (2013) Replantation of avulsed primary incisors: a critical review of a controversial treatment. *Dental Traumatology*, 29(3), 178-184.
- Holan, G., Peretz, B., Efrat, J., and Shapira, J. (2005) Traumatic injuries to the teeth in young individuals with cerebral palsy. *Dental Traumatology*, 21(2), 65-69.
- Huang, S.C., Remeikis, N.A., and Daniel, J.C. (1996) Effects of long-term exposure of human periodontal ligament cells milk and other solutions. *Journal of Endodontics*, 22(1), 30-33.
- İnternet: Sağlık Bakanlığı Güncel Aşı Takvimi.
 URL:<http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.florence.com.tr%2Fsaglikli-yasam%2FDetay%2Fasi-takvimi&date=2017-14-07>, Son Erişim Tarihi: 14.07.2017.

- İnternet: Tetanoz aşısı zamanlaması.
URL:http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.rch.org.au%2Fclinicalguide%2Fguideline_index%2FManagement_of_tetanusprone_wounds%2F&date=2017-14-07, Son Erişim Tarihi: 14.07.2017.
- Jain, A., Kulkarni, P., Kumar, S., and Jain, M. (2017) Knowledge and Attitude of Parents towards Avulsed Permanent Tooth of their Children and its Emergency Management in Bhopal City. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(5), 40-44.
- Kargul, B., Çağlar, E., ve Tanboga, I. (2003) Dental trauma in Turkish children, Istanbul. *Dental Traumatology*, 19(2), 72-75.
- Kaul, R., Jain, P., Angrish, P., Saha, S., Patra, T.K., Saha, N., and Mitra, M. (2016) Knowledge, Awareness and Attitude Towards Emergency Management of Dental Trauma Among the Parents of Kolkata-An Institutional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(7), 95-101.
- Kaya, Ş., Keskin, Ö., ve Bodrumlu, E. (2007) Avülse Dişlerin Taşıma Solüsyonları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7, 96-101.
- Khademi, A.A., Saei, S., Mohajeri, M.R., Mirkheshti, N., Ghassami, F., Torabinia, N., and Alavi, S.A. (2008) A new storage medium for an avulsed tooth. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 9(6), 25-32.
- Kırzioğlu, Z., Karayılmaz, H., Özay Ertürk, M.S., ve Köşeler Sentut, T. (2005) Epidemiology of traumatised primary teeth in the west-Mediterranean region of Turkey. *International Dental Journal*, 55(5), 329-333.
- Korkut, E., Terlemez, A., Çelebi, H., ve Şener Y. (2016) Multidisciplinary treatment of avulsed teeth case report and 6 years follow-up. *Journal of Pediatric Dentistry*, 4(2), 42-46.
- Kramer, P.F., Feldens, E.G., Bruch, C.M., Ferreira, S.H., and Feldens, C.A. (2015) Clarifying the effect of behavioral and clinical factors on traumatic dental injuries in childhood: a hierarchical approach. *Dental Traumatology*, 31(3), 177-183.
- Kramer, P.F., Zembruski, C., Ferreira, S.H., and Feldens, C.A. (2003) Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Dental Traumatology*, 19(6), 299-303.
- Lam, R. (2016) Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Australian Dental Journal*, 61(1), 4-20.
- Lam, R., Abbott, P., Lloyd, C., Lloyd, C., Kruger, E., and Tennant, M. (2008) Dental trauma in an Australian rural centre. *Dental Traumatology*, 24(6), 663-670.

- Lauer, H.C., Müller, J., Gross, J., and Horster, M.F. (1987) The effect of storage media on the proliferation of periodontal ligament fibroblasts. *Journal of Periodontology*, 58(7), 481-485.
- Lee, J., Choi, J.H., Lee, Y.K., Kim, E.S., Kwon, O.K., and Hastings, R.H. (2004) The Callander laryngoscope blade modification is associated with a decreased risk of dental contact. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(2), 181-184.
- Lekic, P.C., Kenny, D.J., and Barrett, E.J. (1998) The influence of storage conditions on the clonogenic capacity of periodontal ligament cells: implications for tooth replantation. *International Endodontic Journal*, 31(2), 137-140.
- Lin, S., Emodi, O., and El-Naaj, I.A. (2008) Splinting of an injured tooth as part of emergency treatment. *Dental Traumatology*, 24(3), 370-372.
- Lombardi, S.S.M., Barbara Sheller, B., and Williams, B.J. (1994) Diagnosis and treatment of dental trauma in a children's hospital. *Pediatric Dentistry*, 16(6), 419-423.
- Loo, T.J., Gurunathan, D., and Somasundaram, S. (2014) Knowledge and attitude of parents with regard to avulsed permanent tooth of their children and their emergency management-Chennai. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 32(2), 97-107.
- Malhotra, N. (2011) Current developments in interim transport (storage) media in dentistry: an update. *British Dental Journal*, 211(1), 29-33.
- Malmgren, B., Andreasen, J.O., Flores, M.T., Robertson, A., DiAngelis, A.J., Andersson, L., Cavalleri, G., Cohenca, N., Day, P., Hicks, M.L., Malmgren, O., Moule, A.J., Onetto, J., and Tsukiboshi, M. (2012) International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology*, 28(3), 174-182.
- Marcenes, W., Alessi, O.N., and Traebert, J. (2000) Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil. *International Dental Journal*, 50(2), 87-92.
- Marino, T.G., West, L.A., Liewehr, F.R., Mailhot, J.M., Buxton, T.B., Runner, R.R., and McPherson, J.C. (2000) Determination of periodontal ligament cell viability in long shelf-life milk. *Journal of Endodontics*, 26(12), 699-702.
- Metin, M. (2014) *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 1. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 315.
- Mouzakes, J., Koltai, P.J., Kuhar, S., Bernstein, D.S., Wing, P., and Salsberg, E. (2001) The impact of airbags and seat belts on the incidence and severity of maxillofacial injuries in automobile accidents in New York State. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 127(10), 1189-1193.

- Murali, K., Krishnan, R., Kumar, V.S., Shanmugam, S., and Rajasundharam, P. (2014) Knowledge, attitude, and perception of mothers towards emergency management of dental trauma in Salem district, Tamil Nadu: A questionnaire study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 32(3), 202-206.
- Nakıp, M. (2013) *Pazarlama Araştırmalarına Giriş*. 4. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 150.
- Namdev, R., Jindal, A., Bhargava, S., Bakshi, L., Verma, R., and Beniwal, D. (2014) Awareness of emergency management of dental trauma. *Contemporary Clinical Dentistry*, 5(4), 507-513.
- Nguyen, Q.V., Bezemer, P.D., Habets, L., and Prahj-Andersen, B. (1999) A systematic review of the relationship between overjet size and traumatic dental injuries. *European Journal of Orthodontics*, 21(5), 503-515.
- Nikam, A.P., Kathariya, M.D., Chopra, K., Gupta, A., and Kathariya, R. (2014) Knowledge and Attitude of Parents/Caretakers toward Management of Avulsed Tooth in Maharashtrian Population: A Questionnaire Method. *Journal of International Oral Health*, 6(5), 1-4.
- Noori, A.J., and Al-Obaidi, W.A. (2009). Traumatic dental injuries among primary school children in Sulaimani city, Iraq. *Dental Traumatology*, 25(4), 442-446.
- Oğur, R. ve Tekbaş, Ö.F. (2003). *Anket nasıl hazırlanır?* Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 12, 336-340.
- Oikarinen, K. (1987). Pathogenesis and mechanism of traumatic injuries to teeth. *Dental Traumatology*, 3(5), 220-223.
- Oliveira, T.M., Sakai, V.T., Moretti, A.B., Silva, T.C., Santos, C.F., and Machado, M.A. (2007). Knowledge and attitude of mothers with regards to emergency management of dental avulsion. *Journal of Dentistry for Children*, 74(3), 200-202.
- Ozer, S., Yılmaz, E.I., Bayrak, S., ve Sen Tunc, E. (2012). Parental knowledge and attitudes regarding the emergency treatment of avulsed permanent teeth. *European Journal of Dentistry*, 6(4), 370-375.
- Özalp, S. (2015). *Türkiye’de Kamuoyu Araştırmaları Yapan Şirketlerin Anket Tasarımında Yaptıkları Hatalar*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 14.
- Piovesan, C., Guedes, R.S., Casagrande, L., and Ardenghi, T.M. (2012). Socioeconomic and clinical factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Brazilian Oral Research*, 26(5), 464-470.
- Plumb, C. and Spyridakis, J.H. (1992). Survey research in technical communication: Designing and administering questionnaires. *Technical Communication*, 39(4), 625-638.

- Pohl, Y., Tekin, U., Boll, M., Filippi, A., and Kirschner, H. (1999). Investigations on a cell culture medium for storage and transportation of avulsed teeth. *Australian Endodontic Journal*, 25(2), 70-75.
- Poi, W.S., Sonoda, C.S., Martins, C.M., Melo, M.E., Pellizzer, E.P., de Mendonça, M.R., and Panzarin, S.R. (2013). Storage Media For Avulsed Teeth: A Literature Review. *Brazilian Dental Journal*, 24(5), 437-445.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., and Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Pujita, C., Nuvvula, S., Shilpa, G., Nirmala, S., and Yamini, V. (2013). Informative promotional outcome on school teachers' knowledge about emergency management of dental trauma. *Journal of Conservative Dentistry*, 16(1), 21-27.
- Ramos-Jorge, M.L., Ramos-Jorge, J., Mota-Veloso, I., Oliva, K.J., Zarzar, P.M., and Marques, L.S. (2013). Parents' recognition of dental trauma in their children. *Dental Traumatology*, 29(4), 266-271.
- Raphael, S.L. and Gregory, P.J. (1990). Parental awareness of the emergency management of avulsed teeth in children. *Australian Dental Journal*, 35(2), 130-133.
- Roccia, F., Servadio, F., and Gerbino, G. (1999). Maxillofacial fractures following airbag deployment. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 27(6), 335-338.
- Sae-Lim, V., Chulaluk, K., and Lim, L.P. (1999). Patient and parental awareness of the importance of immediate management of traumatised teeth. *Endodontics & Dental Traumatology*, 15(1), 37-41.
- Sae-Lim, V. and Lim, L.P. (2001). Dental trauma management awareness of Singapore pre-school teachers. *Dental Traumatology*, 17(2), 71-76.
- Sae-Lim, V. and Yuen, K.W. (1994). An alternative approach to restoration of fractured permanent incisors. *Singapore Dental Journal*, 19(Suppl), 53-57.
- Sakai, V.T., Moretti, A.B.S., Oliveira, T.M., Silva, T.C., Abdo, R.C.C., Santos, C.F., and Machado, M.A. (2008). Replantation of an avulsed maxillary primary central incisor and management of dilaceration as a sequel on the permanent successor. *Dental Traumatology*, 24(5), 569-573.
- Santos, M.E., Habecost, A.P., Gomes, F.V., Weber, J.B., and de Oliveira, M.G. (2009). Parent and caretaker knowledge about avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*, 25(2), 203-208.
- Sanu, O.O. and Utomi, I.L. (2005). Parental awareness of emergency management of avulsion of permanent teeth of children in Lagos, Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 12(2), 115-120.

- Schuch, H.S., Dos Santos Costa, F., Torriani, D.D., Demarco, F.F., and Goettems, M.L. (2014). Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(5), 358-365.
- Schwengber, G.F.S., Cardoso, M., and Vieira, R.S. (2010). Bonding of fractured permanent central incisor crown following radiographic localization of the tooth fragment in the lower lip: a case report. *Dental Traumatology*, 26(5), 434-437.
- Sennhenn-Kirchner, S. and Jacobs, H.G. (2006). Traumatic injuries to the primary dentition and effects on the permanent successors - a clinical follow-up study. *Dental Traumatology*, 22(5), 237-241.
- Shashikiran, N.D.A, Reddy, V.V.S.B, and Nagaveni, N.B.C (2006). Knowledge and attitude of 2,000 parents (urban and rural - 1,000 each) with regard to avulsed permanent incisors and their emergency management, in and around Davangere. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 24(3), 116-121.
- Simonsen, R.J. (1979). Traumatic fracture restoration: An alternative use of the acid etch technique. *Quintessence International*, 10(2), 15-22.
- Soriano, E.P., Caldas, A.F., Carvalho, M.V.D., and Amorim-Filho, H.A. (2007). Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dental Traumatology*, 23(4), 232-240.
- Sousa, J.M.B.R. and Mourao, J.I.B. (2015). Tooth injury in anesthesiology. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 65(6), 511-518.
- Sowmya, B. and Raghavendra, P. (2011). Management of dental trauma to a developing permanent tooth during endotracheal intubation. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 27(2), 266-268.
- Sönmez, I. (2017). Çocuklarda Travmatik Dental Yaralanmalarla İlgili Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Dentistry-Special Topics*, 3(1), 18-24.
- Şaroğlu, I. and Sönmez, H. (2002). The prevalence of traumatic injuries treated in the pedodontic clinic of Ankara University, Turkey, during 18 months. *Dental Traumatology*, 18(6), 299-303.
- Taiwo, O.O. and Jalo, H.P. (2011). Dental Injuries in 12-year old Nigerian students. *Dental Traumatology*, 27(3), 230-234.
- Thakur, B. and Pawar, A.M. (2017). Storage Media Used For Avulsed Teeth - The First Aid. *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*, 4(2), 433-437.
- Toprak, M.E., Tuna, E.B., Seymen, F., ve Gençay, K. (2014). Traumatic dental injuries in Turkish children, Istanbul. *Dental Traumatology*, 30(4), 280-284.

- Torabinejad, M., Walton, R. E., and Fouad, A. (2014). *Endodontics: Principles and practice*. Elsevier Health Sciences, 53-58.
- Tozoglu, U. ve Sahin, H. (2006). Determination of the parents knowledge about dental avulsions and its treatments. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 16, 19-22.
- Trope, M. (2002). Clinical management of the avulsed tooth: present strategies and future directions. *Dental Traumatology*, 18(1), 1-11.
- Trope, M. (2011). Avulsion of permanent teeth: theory to practice. *Dental Traumatology*, 27(4), 281-294.
- Trope, M. and Friedman, S. (1992). Periodontal healing of replanted dog teeth stored in Viaspan, milk and Hank's balanced salt solution. *Dental Traumatology*, 8(5), 183-188.
- Tümen, E.C., Adigüzel, O., Kaya, S., Uysal, E., Yavuz, I., Ozdemir, E., ve Atakul, F. (2011). Incisor trauma in a Turkish preschool population: prevalence and socio-economic risk factors. *Community Dental Health*, 28(4), 308-312.
- Udoye, C.I., Jafarzadeh, H., and Abbott, P.V. (2012). Transport media for avulsed teeth: A review. *Australian Endodontic Journal*, 38(3), 129-136.
- Vergotine, R.J. and Koerber, A. (2010). The relationship of dental visits to parental knowledge of management of dental trauma. *Pediatric Dentistry*, 32(4), 329-332.
- Weiger, R. and Heuchert, T. (1999). Management of an avulsed primary incisor. *Endodontics & Dental Traumatology*, 15(3), 138-143.
- Yassen, G.H., Chin, J.R., Younus, M.S., and Eckert, G.J. (2013). Knowledge and attitude of dental trauma among mothers in Iraq. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 14(4), 259-265.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2006). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 6. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 36-43.
- Zaleckiene, V., Peciulienė, V., Brukiene, V., and Drukteinis, S. (2014). Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija*, 16(1), 7-14.
- Zeng, Y., Sheller, B., and Milgrom, P. (1994). Epidemiology of dental emergency visits to an urban children's hospital. *Pediatric Dentistry*, 16(6), 419-423.
- Zhao, Y. and Gong, Y. (2010). Knowledge of emergency management of avulsed teeth: a survey of dentists in Beijing, China. *Dental Traumatology*, 26(3), 281-284.





Ek-1. Etik Beyan Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/06/2017-E.86453



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



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

Sayın Prof. Dr. Haluk BODUR
Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı **Arş.Gör.Dr.Melek YILDIRIM**'in uzmanlık tez çalışması olan "**Ailelerin Diş Yaralanmaları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **13.06.2017** tarih ve **06** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'ndan 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-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017-285

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 202 38 70
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. Anket Formu

Tarih:

Çocuğunuzun dişinde oluşabilecek diş yaralanmaları (dişin kırılması, dişin yerinden çıkması gibi) hakkındaki bilgi düzeylerinizi öğrenmek amacıyla, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı bünyesinde düzenlediğimiz tez çalışmasına dahil olmanız istenmektedir. Vermiş olduğunuz cevaplar sonucunda elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Anketlerin değerlendirilmesi Dt. Melek YILDIRIM ve Prof. Dr. Haluk BODUR tarafından yapılacaktır.

Adınız Soyadınız:

İmza:

AİLELERİN DİŞ YARALANMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Bölüm 1: Kişisel Bilgiler

1- Yaşınız:

20'den küçük 20-30 31-40 41-50 50'den büyük

2- Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3- Eğitim Düzeyiniz:

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

4- Çocuk sayınız:

1 2 3 3'ten fazla

5- Daha önce diş yaralanmasıyla karşılaştınız mı?

Evet Hayır

Ek-2. (devam). Anket Formu

Bölüm 2:

1- Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yapmanız gerektiğı konusunda bir fikriniz var mı?

- Evet Hayır

2- Sizce dişin kırılması acil bir durum mudur?

- Evet Hayır

3- Çocuğunuzun dişi kırıldığında kırık parça ile ilgili olarak;

- Parçayı bulmaya çalışırım
 Parçayı bulmanın önemli olmadığını düşünüyorum

4- Çocuğunuzun dişi kırıldığında ne yaparsınız?

- Acil diş servisine götürürüm
 Çocuk doktoruna danışırım
 Özel diş kliniğine götürürüm
 Ağız diş sağığı merkezine başvururum
 Üniversite diş hastanesine götürürüm
 Bir müdahalede bulunmaya gerek görmüyorum

5- Daimi dişler yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?

- Evet Hayır

6- Süt dişleri yerinden çıkarsa tekrar yerine yerleştirilmeli midir?

- Evet Hayır

Ek-2. (devam). Anket Formu

7- Diş bütünüyle yerinden çıktığında, dişi yerine yerleştirecekseniz dişin üzerindeki yabancı maddeleri, dişi yerleştirmeden önce nasıl temizlersiniz?

- Dişi fırçalarım
- Temizlemeden yerine yerleştiririm
- Musluk suyunda yıkarım
- Bilmiyorum
- Diğer

8- Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında ilk olarak nereye başvurursunuz?

- Acil servis
- Ağız diş sağlığı merkezi
- Özel diş kliniği
- Üniversite diş hastanesi
- Çocuk doktoru

9- Çocuğunuzun dişi yerinden çıktığında, diş hekimi veya başka bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?

- İlk 30 dakika
- 30-60 dakika arası
- 1-2 saat
- Çocuk kendini iyi hissettikten sonra
- Çocuğun dişinde bir şikayeti olduğunda
- Bilmiyorum

Ek-2. (devam). Anket Formu

10- Yerinden çıkmış olan dişi, diş hekimine götürecekseniz, nasıl muhafaza edersiniz?

- Musluk suyu Alkol Buz Serum fizyolojik
- Ağız içerisinde Süt Tükürük Meyve suyu
- Kuru ortam (Peçete, kağıt mendil vb.) Bilmiyorum

11- Dişin yerinden çıktığı travma durumlarında, aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

12- Aşı yapılmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, hangi aşı yapılmalıdır?

- Kuduz aşısı
- Tetanoz aşısı
- Polio (Çocuk felci aşısı)
- Karma aşı (Difteri, tetanoz, boğmaca)
- Bilmiyorum

Ek-2. (devam). Anket Formu

Bölüm 3:

1- Daha önce ağız ve diş yaralanmaları hakkında bilgilendirildiniz mi?

Evet Hayır

2- Cevabınız evetse, kim/ne tarafından bilgilendirildiniz?

Diş hekimi

Aile hekimi

İnternet, gazete veya dergi

Diş hekimliği fakültelerinde dağıtılan broşür

İlk yardım kursu

3- Ağız ve diş yaralanmaları hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?

Evet Hayır

4- Bu konuyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak ister misiniz?

Evet Hayır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : YILDIRIM SÜRME, Melek
 Uyuşu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 1989, Zlatograd
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0537 706 56 74
 e-mail : dtmelekyildirim@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Uzmanlık	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2013
Lise	Bursa Anadolu Lisesi	2007
Ortaokul	Bursa Özel İkbahar İlköğretim Okulu	2003

Yabancı Dil

İngilizce

Bilimsel Etkinlikler

Endodonti`de 4E:Eğitim, Ehliyet, Etik ve Ekonomi` Sempozyumu, 17-19 Mart 2011, Isparta

TDB 5.Ulusal Öğrenci Kongresi, 16-17 Nisan 2011, Kemer, Antalya

TDB 23. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, 21-24 Eylül 2017, İstanbul

Poster Sunumları

Yıldırım, M. (2017) Kron-Kök Kırığına Sahip Santral Dişin Multidisipliner Tedavisi: Bir Olgu Sunumu, TDB 23. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi, İstanbul, Türkiye.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..