



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**TRABZON MERKEZ İLÇESİNDEKİ OKUL
ÖNCESİ EĞİTİMCİLERİN AĞIZ VE DİŞ
SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ezgi BALTACI

UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Özgül BAYGIN

TRABZON-2016

ONAY SAYFASI

Bu Tez Uzmanlık Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç.Dr.Tamer TÜZÜNER

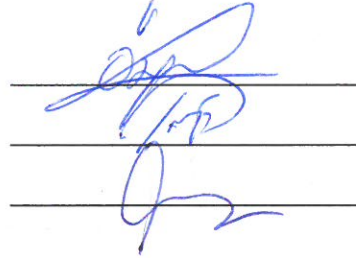
Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Uzmanlık öğrencisi Dt.Ezgi BALTACI'nın hazırladığı "Trabzon Merkezi İlçesindeki Okul Öncesi Eğitimcilerin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" başlıklı tez Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek oy birliği ile Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç.Dr.Özgül BAYGIN

Jüri Üyesi Doç.Dr.Tamer TÜZÜNER

Jüri Üyesi Yrd.Doç.Dr.İpek ERDEMİR



Bu tez KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nın 28.10.2016 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr.Hasan DİNÇ
DEKAN V.

EKİM – 2016
TRABZON

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ sağlık bilimleri enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışması ile elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, kaynak gösterilerek tezimden yararlanabileceğini beyan ederim.

15/9/2016

Ezgi BALTACI

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince benden yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, bana her türlü bilgi ve desteğini sunan çok değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Özgül BAYGIN'a

Tez çalışmamın başlamasında ve şekillenmesinde bana yardımcı olan ve üzerimde çok emeği geçen değerli hocam sayın Doç. Dr. Adem KUŞGÖZ'e,

Asistanlığım süresince daha fazla donanım kazanmama yardım eden, bilgi ve tecrübeleriyle bana yeni ufuklar açan çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Tamer TÜZÜNER'e,

Çalışmanın istatistiksel analizlerinin yapılması sırasında bana yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Gamze ÇAN'a ve sevgili Arş. Gör. Dr. Yusuf DEMİRTAŐ'a,

Tez çalışmalarım boyunca benimle birlikte yorulmadan tüm okullara gelen ve yardımlarını benden esirgemeyen değerli arkadaşım Mustafa ARSLAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım benden yardım ve desteklerini esirgemeyen kıymetli meslektaşlarıma, mesai arkadaşlarıma, klinikteki zor zamanları paylaştığımız yardımcı personellerimiz sevgili Zehra KUMAŐ, Gülay YILMAZ ve İsmail TURGUT'a, personellerimiz sevgili Sevcihan ŐEN ve Fatma ÇITLAK'a,

Sonsuz sevgileri, özverileri ve hoşgörülerini ile bugüne gelmemde en çok emeği geçen, maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olan, gittiğim yolda ve aldığım kararlarda beni daima destekleyen sevgili annem Gülten BALTACI, sevgili babam Hasan BALTACI, sevgili kardeşim Elif GÜNEYLİ ve değerli eői İtri Korkut GÜNEYLİ'ye,

Sonsuz, içten teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi BALTACI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
RESİMLER DİZİNİ	ix
KISALTMA ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.1. Erken Çocukluk Çağı Çürükleri (EÇÇ)	4
4.1.1. EÇÇ Tanımı	4
4.1.2. EÇÇ Görülme Sıklığı ve Dağılımı	4
4.1.3. EÇÇ Etiyolojisi	5
4.1.3.1. Biyolojik faktörler	6
4.1.3.2. Çevresel Faktörler ve Yaşam Şartları	7
4.1.3.3. Ebeveynin Eğitim Seviyesi	8
4.1.4. EÇÇ'nin Klinik Görünümü	8
4.1.5. EÇÇ'nin Çocuklar Üzerindeki Etkileri	9
4.1.6. EÇÇ'nin Önlenmesi	10
4.1.6.1. EÇÇ'nin Önlenmesinde Korunma Stratejileri	10
4.1.6.2. EÇÇ'nin Önlenmesinde Toplum Temelli Eğitim	13
4.1.6.3. EÇÇ'nin Önlenmesinde Dental Takım Stratejisi	15
4.1.6.4. EÇÇ'nin Önlenmesinde Okul Temelli Dental Eğitim	16
4.1.6.5. Okul Temelli Dental Eğitimde Öğretmenlerin Rolü	18
4.1.6.6. EÇÇ'nin Önlenmesinde Karşılaşılan Engeller	20
5.1. Örneklem Seçimi	22

5.2. Etik Kurul Onayı	22
5.3. Çalışma İzni	22
5.4. Anket Uygulaması	22
5.5. İstatistiksel Analiz	24
6. BULGULAR	25
6.1. Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgilerin Değerlendirilmesi	26
6.1.1. Diş çürüğü	26
6.1.2. Fluorid	31
6.1.3. Travma	33
6.2. Ağız Sağlığı ile İlgili Davranışların Değerlendirilmesi	35
6.3. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutumun Değerlendirilmesi	37
7. TARTIŞMA	38
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
9. KAYNAKLAR	47
10.EKLER	58
10.1. EK 1. Trabzon Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün izni	58
10.2. EK 2. Anket- okul öncesi eğitimcilerin ağız sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bilgi edinme formu	61
11. ETİK KURUL ONAYI	65
12. ÖZGEÇMİŞ	69

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ülkemizde ve Bazı Ülkelerde EÇÇ Prevelans Değerleri	5
Tablo 2. EÇÇ'nin Önlenmesinde Korunma Stratejileri	11
Tablo 3. EÇÇ Önlenmesinde Mevcut Uygulamalar, Hedef Kitleleri, Uygulamanın Önerilebilirliği	13
Tablo 4. Mesleğini Aktif Olarak Yapan Diş Hekimi Sayısı	15
Tablo 5. Ankete katılan okul öncesi öğretmenlerinin sosyodemografik dağılımları	25
Tablo 6. Diş çürüğü hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	26
Tablo 7. Diş çürüğü hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	27
Tablo 8. Çürükleri önleme hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	28
Tablo 9. Çürükleri önleme hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	29
Tablo 10. Çocuklarda ilk diş temizliği ve diş hekimi ziyareti hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	30
Tablo 11. Çocuklarda ilk diş temizliği ve diş hekimi ziyareti hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	30
Tablo 12. Beslenme hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	31
Tablo 13. Beslenme hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	31
Tablo 14. Fluorid hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	32
Tablo 15. Fluorid hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	33
Tablo 16. Ağız yaralanmaları hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi	34
Tablo 17. Ağız yaralanmaları hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi	34
Tablo 18. Öğretmenlerin ağız sağlığı ile ilgili davranışları	36
Tablo 19. Öğretmenlerin ağız sağlığı ile ilgili tutumları	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İllere Göre Diş Hekimine Düşen Hasta Sayısı₁

15



RESİMLER DİZİNİ**Resim 1.** Başlangıç Lezyonları

9

Resim 2. İlerlemiş Lezyonlar

9



KISALTMA ve FORMÜLLER DİZİNİ

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
dmf-t	decayed (çürük), missed (eksik), filled (dolgulu), teeth (diş)
ECC	Early Childhood Caries
EÇÇ	Erken Çocukluk Çağı Çürüğü
IgA	İmmunoglobulin A
S-ECC	Severe Early Childhood Caries
<i>S. mutans</i>	Streptococcus mutans
<i>S. sobrinus</i>	Streptococcus sobrinus
Ş-EÇÇ	Şiddetli Erken Çocukluk Çağı Çürükleri
<	Küçüktür
>	Büyüktür
≤	Küçüktür eşittir
≥	Büyüktür eşittir

1. ÖZET

Trabzon Merkez İlçesindeki Okul Öncesi Eğitimcilerin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Erken çocukluk çağı çürüklerini önlemek için çocuklar ve ailelerin bu konu hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, uygun ağız hijyeni ve beslenme alışkanlıklarının kazandırılması gereklidir. Öğretmenler; ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgi ve davranışlara sahip olurlarsa, okul temelli dental eğitimde rol alarak, aynı anda çok sayıda çocuk ve ebeveyne ulaşabilirler ve onları ağız hastalıkları ve hijyen alışkanlıkları konusunda eğitebilirler. Bu çalışmanın amacı Trabzon Merkez ilçesindeki okul öncesi öğretmenlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek eksik veya yanlış bilinen konuları saptamaktır. Çalışmada Trabzon Merkez ilçesine bağlı ana sınıfı ve anaokullarına gidilerek toplamda 226 okul öncesi öğretmenine çocukların ağız ve diş sağlığı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren anket uygulaması yapıldı. Buna göre öğretmenlerin sadece %29,8'inin daha önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim aldığı tespit edildi. Öğretmenlerin %83'ünün diş çürüğünü önlemek için düzenli diş hekimi ziyaretinin daha etkili bir yöntem olduğunu düşündüğü, ancak düzenli aralıklarda diş hekimine gidenlerin oranının %13,2 olduğu saptandı. Fluoridin diş minesini güçlendirdiğini düşünenlerin oranı %65,8 olarak bulgulandı. Çalıştıkları okullarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar olan öğretmenlerin oranı %35,1 olarak belirlendi. Öğretmenlerin %74,6'sı ileride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verildiğinde katılmak isteyeceğini belirtti. Bu çalışma sonucunda koruyucu uygulamalar, ağız yaralanmaları ve ağız hijyeni alışkanlıkları konusunda bilgi eksiklikleri tespit edildi. Süt dişlerinin önemi, tedavi edilebilirliği, çocuklarda ilk diş temizliği ve diş hekimi ziyaretleri, çocuklarda fluorlu diş macunu kullanımı konusunda, ağız hijyeni ile doğru davranışlar ile ilgili uygun bir dental eğitim programı hazırlanarak okul öncesi öğretmenlerine lisans düzeyinden başlayarak belirli aralıklarla tekrarlanması tavsiye edilmektedir. Dental eğitimin okul müfredatında daha etkili bir hale getirilmesinin EÇÇ'yle mücadelede daha faydalı olacağı kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Ağız sağlığı, okul öncesi, bilgi, tutum, davranış, öğretmen

2. SUMMARY

Dental Health Knowledge, Attitude And Behaviour of Preschool Teachers in Trabzon.

Early childhood caries is a complex disease that whole-population approaches and parental education is needed for prevention. Behavioral changes in daily oral practices and the parental knowledge and awareness of children's oral health can be built up by effective dental education. Pre-school teachers may be used as oral health educators if they have a good knowledge, attitude and practice of oral health. They have the opportunity of reaching the large number of children at the same time and the chance of communication with the parents thereby can play important role in the implementation of oral health education and preventive programs. The aim of this study to determine levels of knowledge, attitude and practices about children's oral health among pre-school teachers in Trabzon city, Turkey. The study was carried out on 226 pre-school teachers in Trabzon, using self-administered questionnaire. The result revealed that the teachers involved in this study generally had positive attitude to oral health. Only 29,8% of the respondents had a dental education before. Although about 83% of teachers said regular visits to dentist is effective for caries prevention, only 13,2% of teachers said going to regular visits to dentist. About 65,8% of teachers agreed fluoride strengthens enamel of tooth. 35,1% of teachers said there are activities about oral health in schools they work. About 74,6% of teachers said they would want to participate if there will be a dental education about children's oral health in the future. The results revealed teachers had poor knowledge about the importance of deciduous dentition, treatment necessities of deciduous dentition, when the first tooth brushing should start and the first dental visit should be done in children, how to use toothpaste contains fluoride in children and proper oral health behaviours. Oral health education must be a part of pre-school teachers curriculum as a part of national health care program on a regular basis. School-based dental education should be improved by further studies.

Key words: Oral health, pre-school, knowledge, attitude, behaviour, teachers

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Diş çürüğü çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Süt dişlerindeki çürükler önlenemez ve geri dönüşümü olan enfeksiyonlardır ancak tedavi edilmediğinde ağrıya, bakteriyemiye, yüksek tedavi maliyetlerine, azalmış büyüme ve gelişmeye, konuşma bozukluklarına, erken diş kaybı ve buna bağlı olarak çiğneme fonksiyonlarında azalmaya, çocuklarda özgüven kaybı ve daimi dişlenmede problemlere neden olmaktadır (1). Diş çürüğü özellikle erken yaşlarda çocuk bireylerde oluştuğunda erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ) olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, 72 aylıktan küçük çocuklarda en az bir veya daha fazla süt dişinin çürük, dolgulu ve çürük nedeniyle erken kayıplı bir şekilde bulunması olarak belirtilmektedir (2). EÇÇ'nin etiyolojisinde, ailelerin sosyo-ekonomik seviyeleri ve eğitim düzeylerinin yanı sıra florid alım sıklığı ve ağız bakım alışkanlıkları gibi faktörler de yer almaktadır. Erken çocukluk çağı çürükleriyle baş etmek konusunda ailelerin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, gerektiğinde profesyonel yardım için yönlendirilmesi önem göstermektedir. Çocuklarda etkili dental sağlık ve eğitimi için multi-disipliner yaklaşım gerekmektedir. Bu bakımdan, 3-5 yaş grubu çocuklarla ve aileleriyle temasta olan meslek gruplarından biri olan okul öncesi eğitimciler bu çok yönlü yaklaşım için önemli bir basamak oluşturmaktadır.

Öğretmenler, çocuğun büyümesi sırasında yol gösterici olarak, ağız sağlığı konusunda bilgilerini aktarma ve çocuklarda pozitif sağlık tutumları oluşturma ve ebeveynlerde farkındalık yaratma konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Aynı ortamda yüksek sayıda çocuk bulunması sebebiyle okullar, ağız sağlığının eğitim ve koruyucu programlarla geliştirilmesi ve okul yaşındaki çocuklara diş bakım hizmetlerinin ulaştırılması için uygun bir ortam oluşturmaktadır (3). Çocuklar günün önemli bir kısmını okulda geçirdiklerinden okul öncesi eğitimcilerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri önem göstermektedir. Bu çalışmanın amacı Trabzon Merkez ilçesindeki okul öncesi öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını belirlemek için anket çalışması uygulayarak, bilmedikleri veya yanlış, eksik bildikleri konuları saptamaktır. İkincil amacımız ise okul öncesi

öğretmenlerinde ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalık yaratarak, çocuk ve ebeveyni doğru uygulamalar konusunda yönlendirmesini sağlamaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Erken Çocukluk Çağı Çürükleri (EÇÇ)

4.1.1. EÇÇ Tanımı

Çocuklarda en sık görülen hastalıklardan biri olan EÇÇ, kronik ve çok faktörlü enfeksiyöz bir rahatsızlıktır (4) Bebeklik döneminde görülen diş çürükleri ilk kez 1930'lu yıllarda " Les Dent Noire de Tout-Petits (çok küçükün siyah dişleri)" olarak tanımlanmış ve "Melanodontie Infantile" olarak adlandırılmıştır (5). Çürüğün klinik görünümü ve çürüğe neden olan faktörler sebebiyle, "Labial Caries" "Melanodonti Infantil", "Rampant Caries", "Baby Bottle Mouth Caries", "Nursing Caries", "Baby Bottle Tooth Decay" gibi farklı terimlerle adlandırılmıştır (6, 7). Günümüzde ise; The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) bu şekildeki çürükleri, multifaktöriyel etiyojisini daha iyi ifade edebilmesi için "Erken Çocukluk Çağı Çürüğü [EÇÇ; Early Childhood Caries (ECC)]" ve "Şiddetli Erken Çocukluk Çağı Çürükleri [Ş-EÇÇ; Severe Early Childhood Caries (SECC)]" olarak tanımlamaktadır (8). Erken çocukluk çağı çürüğü: yetmiş bir aylık ve daha küçük çocukta birden fazla kaviteli veya kavitesiz çürük lezyonu, çürüğe bağlı diş kaybı veya herhangi bir süt dişinde dolgulu diş yüzeyinin varlığı olarak tanımlanırken (9), şiddetli erken çocukluk çağı çürüğü ise; 3 yaşında 4'ten fazla, 4 yaşında 5'ten fazla veya 5 yaşında 6'dan fazla çürük, eksik veya dolgulu diş yüzeyinin varlığı olarak adlandırılmaktadır (7).

4.1.2. EÇÇ Görülme Sıklığı ve Dağılımı

Diş çürüğünü önlemeye yönelik koruyucu uygulamalara rağmen EÇÇ, tüm dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (10). 2-4 yaş grubu çocuklarda EÇÇ prevalansının 1988-1994 yılları arasında %18.5 olduğu, 1999-2004 yılları arasında ise bu prevalansın %23.7'ye yükseldiği rapor edilmektedir. Bu yaş grubunda belirlenmiş hedef 2010'lu yıllarda %11 olarak açıklanmaktadır (11).

Erken çocukluk çağı çürüklerinin görülme sıklığı toplumların bebek beslenmesi ile ilgili kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişebilmektedir (6, 12, 13). Tablo 1'de ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde rapor edilen EÇÇ prevalansları görülmektedir (14-

20). 2000'li yılların başında yapılmış olan bir araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizdeki çocukların süt dişlerinde çürük görülme oranı %84 ve bu çürüklerin de yaklaşık %8-10'u erken çocukluk çağı çürüğü olduğu görülmektedir (21). 2002 yılında Kırzioğlu ve ark., Erzurum, Bursa ve Isparta illerindeki 2-5 yaş arasındaki çocuklarda EÇÇ prevalansını araştırmak için yapılan çalışmada; en fazla çürük oranını Isparta ilinde; en az çürük oranını ise Bursa ilinde bulunmaktadır (22). Aynı çalışmada dmft oranlarını 2.49-2.93 arasında (Erzurum, 2.49; Bursa, 2.77; Isparta, 2.93) çürük oranlarını ise, %43-72 arasında (Bursa; %43, Erzurum; %62, Isparta; %72) rapor edilmektedir. Türkiye'de üç farklı şehir merkezinde yapılmış bir başka çalışmada da EÇÇ'nin hala önemli bir sağlık problemi olduğu kanıtlanmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Mardin, Karaman ve Kütahya illerinde çürük prevalans oranı sırasıyla; %18.1, %33 ve %78.4 olarak bulunmaktadır. Bazı ülkelerde rapor edilen EÇÇ prevalansı da benzer şekildedir: Brezilya'da %26.8 (23), Avustralya'da %40 (24) ve Litvanya'da %50.6'dır (25), Porto Riko'da %62.6 (26).

Tablo 1. Ülkemizde ve Bazı Ülkelerde EÇÇ Prevalans Değerleri

ÜLKE	PREVELANS DEĞERİ (%)
Türkiye (13)	%40.7 - %69.8
Amerika (17)	%50.5
Kuzey Amerika (18)	%11 - %72
Kanada (14)	%50 - %80
Almanya (19)	%9.3
İsviçre (15)	%11.7
Brezilya (20)	%46.1
İran (16)	%19.5 - %44

4.1.3. EÇÇ Etiyolojisi

Diş çürüğü, beslenme ile modifiye olan enfeksiyöz ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Temel etmenler; fermente olabilen karbonhidratlar (substrat), kariyojenik mikroorganizmalar ve hassas diş yüzeyi/konaktır. Dental plak içerisinde bulunan

mikroorganizmalar şeker ve nişastayı metabolize ederek ağızdaki pH'ı düşüren ve diş yüzeyinden mineral kaybını arttıran asit üretimine neden olmaktadır. Ağız ortamında nötral pH yeniden elde edildiğinde oral kavitedeki mineraller diş yüzeyinde birikmektedir. Bu süreç dinamiktir ve kaybedilen mineraller diş yüzeyine yeniden biriktiği sürece yüzey bozulmadan sağlam olarak kalmaktadır. Ancak uzamış düşük pH zamanı ve sık mineral kaybı diş yüzeyinin zayıflamasına ve sonuç olarak kırılmasına (kavite oluşumu) yol açmaktadır (27, 28).

4.1.3.1. Biyolojik faktörler

Erken çocukluk çağı çürükleri, süt dentisyonunun kısa süre içinde geniş kapsamlı yıkımına neden olan, diş çürüğünün özel virülan bir formu olarak görülmektedir. EÇÇ'nin etiyoloji ve önlenmesinde çoğu çalışma beslenme üzerine odaklanmaktadır. Son çalışmalar, mikrobiyal plak ve konak savunma faktörlerinin etkisini göstererek, EÇÇ'deki biyolojik risklere ve koruyucu faktörlere daha geniş bir bakış açısıyla yaklaşmayı teşvik etmektedir.

Streptococcus mutans çocuklarda ve yetişkinlerde görülen çürüklerin oluşumunda yer alan temel bakterilerden biridir (29). Çocuklarda *S. mutans* enfeksiyonunun kaynağı çoğunlukla anneden vertikal geçiştir. Çocuğun enfekte olduğu yaş, çürük risk durumunu belirlemede önem göstermektedir (30). EÇÇ'li çocuklarda plak florasının %30'undan fazlası *S. mutans* olarak bulunmaktadır (31). Biyofilm içerisindeki bakteriler her zaman metabolik olarak aktiftir ve tükürük pH'ında dalgalanmalara neden olmaktadır. Karyojenik plaktaki bakteriler karbonhidratları fermente ederek organik asit üretmektedir ve çürük oluşumu başlamakta (32). Daha önceleri çocukların 19.-31. aylardaki enfektivite penceresi periyodunda *S. mutans* ile tanıştığı düşünülürken (33), son zamanlarda yapılan çalışmalara göre enfeksiyonun daha erken meydana gelebileceği (34) ve oral kavitede *S. mutans* kolonizasyonunun 6. ayda oluşabileceği doğrulanmaktadır (35). Maternal geçişte anne ağızındaki *S. mutans* seviyesinin yüksek olması kadar annenin beslenme alışkanlıkları ve ağız hijyeni de önem taşımaktadır (34). Günümüzde *S. mutans*'ın horizontal geçiş ihtimali üzerinde düşünülmektedir. 12-30 aylık yuva çocuklarından alınan örneklerde *S. mutans* izole edilmiş ve bunların çoğu çocukta benzer genotipte olduğu bildirilmektedir (36). Diğer bir çalışmada 5 yaşından sonra *S. mutans* kolonize olmaya başlayan çocuklarda horizontal geçiş olasılığını

göstermektedir (37). EÇÇ görülen çocukların dental plak ve enfekte dentin örnekleriyle yapılan mikrobiyolojik değerlendirme çalışmalarında *S. mutans*'ın yanısıra *Candida albicans*'ın yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (38).

Bireyde ya da dişte çürüğe yatkınlık oluşturan birçok faktör olabilmektedir. İmmünolojik faktörler, azalmış tükürük, immatür mine ve diş dokularındaki defektler bu faktörlerdendir. Mine immünolojik olarak aktif olmadığı için *S. mutans*'lara karşı temel savunma tükürükte bulunan immunglobulin A (IgA), serum ve dişeti oluğu sıvısı ile sağlanmaktadır. Çocuklar oral mikroorganizmalarla enfekte olduklarında tükürük IgA antikorları geliştirmektedir (32). Tükürük önemli koruyucu faktörlerden biridir; dental plakta oluşan asitleri tamponlar, ağızın mekanik temizliğine yardımcı olur ve minenin remineralizasyonuna yardımcı olan mineraller için rezervuar görevi görmektedir (39).

Minenin maturasyon süreci diş sürdükten sonra devam etmektedir. Zaman içinde diş, çürümeye daha az duyarlı hale gelir. Bu nedenle diş sürdükten sonra maturasyon dönemine kadar çürük oluşumuna hassastır (40). Pek çok çalışma diş yüzeyindeki gelişimsel defektler ve diş çürükleri arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir (41). Embriyolojik gelişim sırasında diş germinde meydana gelen gelişimsel bozukluklar mine yüzeyinde eksiklikler ve buna bağlı oluşan plak birikimi ile sonuçlanabilmektedir (32). Bu gelişimsel bozukluklar; erken doğum veya düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi veya sonrası enfeksiyonlar/geçirilen hastalıklar, beslenme eksikliği ve annenin sigara içmesi (42) gibi çevresel faktörler olabilmektedir.

4.1.3.2. Çevresel Faktörler ve Yaşam Şartları

Erken çocukluk çağı çürükleri, düşük gelirli göçmen ve etnik azınlıkta olan ailelerdeki bebek ve çocuklarda en sık görülen hastalıklardan biridir (43). Etnik azınlık statüsü, düşük sosyo-ekonomik şartlar, tek ebeveyn ve eğitim seviyesi düşük aile geçmişi, çocuklarda görülen diş hastalıklarıyla uyumlu göstergelerdendir. Sosyal statü, çürük riskini değişik yönlerden etkileyebilmektedir. Düşük gelirli bireyler, kendi bakımları için yeterli olmayan, profesyonel sağlık hizmetlerini kullanamayacakları finansal, sosyal ve maddesel eksiklikler içinde olabilirler ve bu durum oral ve diğer hastalıklara karşı savunmasız hale gelmelerine yol açabilmektedir (44). Düşük gelirli ailelerin çocuklarının ilk diş hekimi ziyaretleri daha büyük yaşta, daha az sıklıkta ve

yalnızca dental problemleri olduğu zamanda gerçekleştiği ve bunların yanında, genellikle dişlerini fırçalamaya daha geç yaşta başladığı ve daha az sıklıkta fırladığı gösterilmektedir (45).

4.1.3.3. Ebeveynin Eğitim Seviyesi

Ebeveynlik tarzıyla yakından alakalı olan E, fazla şımartmaya ve ebeveynin çocuğa sınırlar koyamamasına bağlı olarak gelişen bir problem gibi görünmektedir (6, 46). Ebeveynin eğitim seviyesinin ocuklarda E'nin varlığı ve ciddiyeti ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (47, 48). Düşük rk görülme sıklığı ve dmf-t (decayed (rk), missed (eksik), filled (dolgulu), teeth (diş)) skorları daha yüksek seviye eğitim almış aileler ile yakından ilişkilidir (48). Çocuklarda rk düzeyinin yüksek olması ile annelerinin kayıp diş sayısı, dental bakımı ve eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır (49). Yüksek oranda çürük bulunan ailelerde, diş çürüklerinin bir kuşaktan diğerine geçtiği rapor edilmektedir. Ebeveynleri ya da kardeşlerinde çürük lezyonu bulunan ocuklar E açısından daha yüksek risk altında bulunmaktadır (21).

4.1.4. E'nin Klinik Görünümü

Erken ocukluk ağı çürüklerinde başlangıç lezyonları 'white spots'-'beyaz nokta lezyonları' olarak adlandırılmaktadır ve üst keser dişlerin labial yüzeylerinde gingival kenara komşu bölgelerde tebeşirimsi, opak, demineralize alanlar olarak başlayarak (Resim 1) sonrasında üst süt azılara, alt süt azılara ve nadiren de olsa alt kesici dişlere doğru yayılmaktadır. Demineralize lezyonlar 6-12 ay içerisinde sarı, kahverengi veya siyah kavite oluşumu ile sonuçlanabilmektedir (21) (Resim 2).

En çok etkilenen dişler dört maksiller kesicilerken dört mandibular kesici genellikle sağlam kalmaktadır. Bu durumun neden olan faktörlerin; süt dişi sürme kronolojisine göre maksiller kesicilerin ağız ortamına erken girmelerinden ötürü çürük ataklarına maruz kalma sürelerinin uzun olması, biberonla alınan süt ya da tatlandırılmış sıvıların maksiller kesici ve diğer dişler etrafında birikirken, bebeğin emme fonksiyonu sırasında dilin konumu nedeniyle mandibular kesicilerin dil tarafından fiziksel olarak korunması ve alt tükürük bezinden salgılanan tükürükle yıkanması olduğu düşünülmektedir (50).



Resim 1. Başlangıç Lezyonları

Resim 2. İlerlemiş Lezyonlar

4.1.5. EÇÇ'nin Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Erken çocukluk çağı çürükleri, diş yapısının hızlı ilerleyen yıkımı ile sonuçlanarak dental abse, fasiyal selülit, ağrı, diş kaybı ve malokluzyon gelişimine neden olmaktadır (51). Diş yapısı onarılsa bile, EÇÇ'nin altında yatan patojenik süreç devam ettiği sürece süt dentisyonda görülen çürük oluşumu, daimi dentisyonda oluşacak olan çürüklerin habercisidir (52).

Erken çocukluk çağı çürükleri kendi kendini sınırlayıcı değildir. Erken dönemde tedavi edilmediğinde; çocuğun durumu kötüleşmekte ve tedavi etmesi daha zor bir hal almaktadır. Ağrılı dişler nedeniyle beslenme ve uyku bozukluklarına, yeme isteksizliğine bağlı olarak kilo kayıplarına, gastrointestinal rahatsızlıklara ve gelişim geriliğine, enfeksiyon ve fokal enfeksiyon odaklarına, okul günlerinde kayıplara neden olmaktadır (53, 54). Clarke ve ark. (55) yaptıkları bir çalışmada, 2-6 yaş arası Ş-EÇÇ'ye sahip çocukları değerlendirerek ve Ş-EÇÇ'nin demir eksikliği anemisinde bir risk faktörü oluşturabileceğini belirtmektedir. Diş çürükleri çocuklarda kötü ağız kokusu ve kötü görüntüye ek olarak konuşma bozuklukları nedeniyle sosyal dışlanmaya ve psiko-sosyal problemlere de neden olabilmektedir (56, 57). Ş-EÇÇ çocukların erken dönemde ön dişlerini kaybetmesine neden olarak konuşma gelişimi için önemi olan yaşlarda konuşma becerilerinde gelişimsel aksaklıklar ortaya çıkabilmektedir. Diş çekimi, ilerlemiş çürük olgularında genellikle uygulanan ve ihtiyaç duyulan bir tedavidir. Süt azılarının erken kaybı çoğunlukla ileriki dönemlerde ortodontik problemlere neden olarak (58) ebeveynleri maddi yönden daha çok zorlayan tedavilerle sonuçlanmaktadır.

Küçük yaştaki çocuklarda yapılan diş tedavileri ve çekimlerin, çocuklarda tedavi sırasında şiddetli korku ve direnç oluşmasına neden olarak, diş hekimliği uygulamalarına karşı psikolojik bir travma oluşturabildiği de bildirilmektedir (59).

Çocukların sağlık durumlarının aile üyelerinin ve toplulukların üzerinde de direkt etkileri vardır. Çocuklar doğaları gereği korunmasız ve bakıma muhtaçtır. Geleceğin yetişkinleri olan çocukların ağız sağlıkları, ilerideki sosyal fonksiyonlarına ve ekonomik verimliliklerine etki edebilmektedir. EÇÇ, özellikle çocuğun davranışlarını etkilemeye başladığı zaman, uykusuzluk ve yemek yemede güçlük gibi, ailede strese neden olabilmekte ve bu durum ev içi şiddet için artan riskle ilişkilendirilmektedir. EÇÇ sonucu oluşan dental acil durumlar, diş ağrısı olan çocuklarıyla ilgilenebilmek için, yapmaları gereken işleri ve sorumlulukları ayarlamak veya izin almak zorunda kalan ebeveynlere daha çok stres yükleyebilmektedir.

Daha geniş bir bakış açısıyla, EÇÇ' nin sonuçları bireysel olarak çocuğu etkileyerek başlamakta ve sonrasında etkileri aile ve toplum refahı üzerinde görülmektedir (60).

4.1.6. EÇÇ'nin Önlenmesi

Etkili korunma stratejileri bebek ve çocukların ağız sağlığı kalitesini geliştirmek için tamamlayıcıdır. Bu tür aktivitelerin etkili olması için süt dişleriyle ilişkide olan ebeveynlerin, bakıcıların ve toplulukların sosyal değerlerini anlamak önemlidir. EÇÇ önlenbilir bir hastalıktır. EÇÇ ile baş etmek için hastalığın dental, mikrobiyal ve davranışsal faktörlerinin modifiye edilmesi gerekmektedir (61). EÇÇ'nin fiziksel, psikososyal ve ekonomik sonuçları, ebeveyn olmuş ve olacak bireyleri doğru ağız hijyeni ve beslenme uygulamaları, karyojenik olmayan tatlandırıcılar ve florid gibi ajanlar konusunda eğiterek engellenebilmektedir (62).

Korunma stratejilerinde genel yaklaşımlar; anneden veya bakıcıdan-çocuğa bakteriyel transmisyonun önlenmesi, ailenin çocuğun ağız sağlığı, bakımı ve beslenmesi konusunda bilgilendirilmesi ve florid kullanımı şeklindedir.

2010 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 0-6 yaş gruplarında son 6 ay içerisinde geçirilen hastalıklar sıralamasında %7,8 ile ağız ve diş hastalıkları ilk beş hastalığın içinde görülmektedir. Bu bilgilerden hareketle Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014 yılında oluşturulmuş olan Ağız ve Diş Sağlığı Bilimsel Danışma Komisyonu'nun tavsiyeleri doğrultusunda ana sınıfı ve ilkökul öğrencilerine kademeli olarak fluorür vernik uygulaması, bu öğrencilerin ağız ve diş muayenelerinin gerçekleştirilmesi, konu

hakkında toplum farkındalığının (öğrenci, veli vb.) artırılması çalışmaları yapılmaktadır.

4.1.6.1. EÇÇ'nin Önlenmesinde Korunma Stratejileri

Erken çocukluk çağı çürükleri, etkilediği yaş grubunun bilişsel ve gelişimsel özellikleri nedeniyle, hem aile hem de çocuk için tedavisi uzun, zor ve maliyetli olan bir sürece sahiptir. Önlenabilir bir hastalık olması bu konu hakkındaki korunma yöntemlerinin önemini öne çıkarmaktadır. Bu yöntemler ise genel olarak EÇÇ'deki risk faktörlerini azaltmaya yöneliktir (Tablo 2).

Tablo 2. EÇÇ'nin Önlenmesinde Korunma Stratejileri

Toplumsal Stratejiler	Profesyonel Stratejiler	Evde Bakım Stratejileri
Eğitim	Erken teşhis	Beslenme alışkanlıkları
Suların fluorlanması	Beslenme rehberliği	Fluorid içeren diş macunları
Toplumsal ve kişisel gelişim	Fulorid ve klorheksidin kullanımı	Diş fırçalama alışkanlıkları
	Karyojenik bakterilerin geçişinin kontrolü	

Alınacak ilk önlemlerden biri anneden bebeğe vertikal bakteriyel geçişin engellenmesi için hamilelik öncesi, hamilelik sırasında ve doğumdan hemen sonra annelerle iletişime geçilerek annelerin veya bebekler ile temasta olacak birincil bakıcıların ağızlarındaki bakteri oranlarının düşürülmesidir. Klorheksidin glukonat içeren ağız gargaraları, jeller ve diş macunları kullanımı ile alınan kimyasal önlemler sonucu ağız mikroorganizmalarında azalma olduğu gösterilmektedir (63). Aynı zamanda anne/bakıcı ve çocuk arasındaki tükürük paylaşımı içeren davranışlar sınırlandırılarak aileler, yemek tabaklarının ve kaşıkların ortak kullanımından veya biberon ve emzikleri kendi tükürükleriyle temizlemekten kaçınmaları gerekmektedir (49).

American Academy of Pediatric Dentistry, bebek ve çocuklarda ağız bakımı, biberon kullanımı ve beslenme alışkanlıkları ve yönlendirici rehberlikle ilgili önerilerde bulunmaktadır (64). Buna göre; bebekler fermente olabilen karbonhidratlar içeren

biberonlarla uyutulmamalı, fermente olabilen karbonhidrat içeren sıvıların sık tüketilmemesine dikkat edilmeli, ilk süt dişleri sürdükten sonra gerekmediği müddetçe emzirmekten kaçınılmalı, aileler bebek 1 yaş civarında iken biberonu bırakması ve normal bardaktan içmesi konusunda cesaretlendirilmeli, ana öğünler arasında atıştırma alışkanlıklarından ve fermente olabilen karbonhidratlar içeren yiyecek ve içeceklerle uzun süreli temastan uzak durulması gerekmektedir (64).

Erken çocukluk çağı çürüklerinde substratın rolü ile ilgili olarak çocukların beslenmesindeki toplam şeker tüketiminden çok tüketim sıklığının önemi vurgulanmaktadır (65). Yenidoğan ve bebekler için muhtemel en iyi beslenme şekli emzirme olmasına rağmen, AAPD, geceleri ve çocuğun dişi sürdükten sonra devam eden sık emzirmenin EÇÇ gelişiminde rol oynadığı konusunda uyarılmaktadır (66). Çocuk uyurken şekerli emzik veya biberonla şekerli süt veya içecek verilmesinin EÇÇ ile ilişkili olduğunu bildirilmektedir (6, 65). Geceleri tükürük üretiminin ve akış hızının azalması, ağız temizliğinin yapılamamasına bağlı olarak çocuklara 1 yaşından sonra uzun süreli ve gece beslenme yapılması EÇÇ için yüksek risk oluşturmaktadır (67, 68) .

Meyve suları ve meşrubatlar, düşük pH'a (pH 3-4) sahiptir ve yüksek miktarda şeker içerdiklerinden dolayı eroziv ve karyojenik etkileri vardır. Bu içeceklerin fazlaca tüketilmesi, genellikle çocuk her istediğinde ve tercihen biberonla verilmesi, tükürüğün yetersiz remineralizasyon aktivitesi ile birleşince EÇÇ'de ortak bulgu olan minere demineralizasyon sürecinin başlamasıyla sonuçlanmaktadır (32).

Fluoridin çürükleri azaltmadaki etkisi günümüzde iyi bilinmektedir (69). Oral kavitenin içerisinde floridin devamlı bulunması, florun diş yüzeyindeki biyofilm tabakası tarafından emilerek asit ataklarının etkisinin azalmasına olanak sağlamakta, demineralizasyon boyunca mineral kaybını azaltmakta ve remineralizasyonu hızlandırmaktadır. Bu durum mine de direnç oluşması açısından önemlidir (70). Florürlü diş macunu ile düzenli diş fırçalama çürük kontrolünde ve tükürükteki florid miktarının konsantrasyonunun aynı seviyede korunmasında önem taşımaktadır. Bunun yanında, sistematik derlemelere göre, %2.26'lık florür cilası, 3-6 ay aralıklarla uygulandığında, okul öncesi çocuklarda diş çürüklerini azaltmada etkili bulunmaktadır (71). Ebeveynler veya bakıcılar tarafından, ilk süt dişi sürdükten sonra florürlü diş macunu ile günde en az iki kere diş fırçalanması ve küçük çocuklar kendi ağızlarını

etkili bir şekilde temizleme beceresine sahip olmadıkları için ailelerin en azından okula başlayana kadar çocuklarının dişlerini temizlemeleri önerilmektedir (72).

Erken çocukluk çağı çürüklerini önlenmesinde geliştirilen ve önerilen uygulamalar ve bu uygulamaların hedefi özet olarak Tablo 3'teki gibidir. EÇÇ'nin önlenmesi konusunda yapılan derlemeye göre (73) klinik olarak bu uygulamaların önerilmesinde Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1998) sınıflaması kullanılmaktadır. Bu sınıflamadaki derecelendirmeler Kategori A; uygulamanın dahil edilmesi için iyi kanıt vardır, Kategori B; uygulamanın dahil edilmesi için yeterli kanıt vardır; Kategori C; uygulamanın dahil edilmesini destekleyen az kanıt vardır ancak hala diğer alanlarda tavsiye edilmektedir, Kategori E; uygulamanın dahil edilmemesi için iyi kanıt vardır, anlamı taşımaktadır.

Tablo 3. EÇÇ Önlenmesinde Mevcut Uygulamalar, Hedef Kitleleri, Uygulamaların Önerilebilirliği (73)

Yapılan Müdahale	Hedefi	Öneri kategorisi
Bilgi ve davranış		
Toplumsal ve kişisel gelişim	Toplum	C
Eğitim	Tüm bebek ve çocuklar	C
Beslenme danışmanlığı	Yüksek EÇÇ risk grubu	C
Erken teşhis	1 yaşın altındaki bebekler	C
Fluorid		
Fluoridli diş macunu	Tüm bebek ve çocuklar	C
Fluorid takviyesi	Yüksek EÇÇ risk grubu	C
Fluorid vernik	Yüksek EÇÇ risk grubu	C
Prenatal fluorid takviyesi	Hamile kadınlar	E
İçme sularının fluorlanması	Toplum	B
Antibakteriyel ajanlar		
Ağız hijyeni eğitimi	Tüm bebek ve çocuklar	C
Klorheksidin vernik	Yüksek EÇÇ risk grubu	C
Xylitol muadilleri	Yüksek EÇÇ risk grubu	C
Anne-çocuk karyojenik bakteri geçişinin kontrolü (xylitol sakızlar, klorheksidin uygulamaları)	Yüksek <i>S. mutans</i> oranına sahip anneler	C

4.1.6.2. EÇÇ'nin Önlenmesinde Toplum Temelli Eğitim

Ağız temizliği etkili bir korunma yöntemidir ve çocuklarda bu yöntem sıkı bir şekilde ebeveynlerin davranışlarına bağlıdır. Davranışların, alışkanlıkların değiştirilmesi kolay değildir. Yüksek risk gösteren topluluklara ulaşmak için yenilikçi metotların geliştirilmesi, EÇÇ eğitimi için aile odaklı programların oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bireyi etkilemek, toplumsal ve kültürel faktörler dahilinde oral hijyen alışkanlıklarını şekillendirmek zor olabilmektedir (74). Ancak toplum temelli eğitim programları ve uygulamaları ile ağız sağlığı konusunda toplumsal bilinçlenme ve doğru tutum ve davranış oluşturmak, acil ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ihtiyacın azalmasını sağlayarak sağlıklı nesiller yetişmesine yardımcı olacaktır (75, 76).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı önemi hakkında geliştirilmiş halk eğitiminin, doğum öncesi ebeveynlik eğitiminin devam eden bir parçası olması, küçük çocukların velileriyle iletişim kurulduğunda öncelikli olarak; şekerli içeceklerin tüketiminin azaltılması, biberonla içilen sıvılara özellikle geceleri şeker ilave edilmemesi ve doğumdan itibaren başlanmak üzere bebeğin dişetlerinin yumuşak bir fırça veya temiz, nemli bir bez parçasıyla temizlenmesi hakkında bilgiler verilmesi, çocukların ömür boyu sağlıklı oral hijyen alışkanlıkları kazanmasına yardımcı olacaktır (66).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarının yaygınlaştırılmasının ve sistemli hale getirilmesinin önündeki başka büyük engellerden biri de diş hekimi sayısının yeterli olmamasıdır. Türkiye'de aktif olarak çalışan diş hekimi sayısı Türk Dişhekimleri Birliği'nin 2014 yılı verilerine göre 27.230'dur (77) (Tablo 4). Diş hekimlerinin dağılımlarına bakıldığında ise büyük bir kısmı üç büyük şehirde bulunmaktadır (Şekil 1). Bu nedenle diş hekimi sayısı az olan birçok şehirde ağız sağlığı hizmetlerine ulaşımında problemler gözlenebilmektedir.

Hemşirelerin ev ziyareti modeli, doğum sonrası bebeklerin anne sütü alımıyla ilgili annelerin eğitilmesinde ve sağlık servislerine ihtiyacın azaltılmasında başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (80). Bu model, EÇÇ'nin önlenmesi için ebeveyne ulaşmak, risk faktörleri konusunda uyarmak, erken teşhis ve doğru yönlendirme yapmak, koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesi için uyarlanabilmektedir.

4.1.6.3. EÇÇ'nin Önlenmesinde Dental Takım Stratejisi

Diş hekimi olmayan sağlık çalışanları; halk sağlığı hemşireleri, aile hekimleri, pediatristler, acil hekimleri ve hemşireleri genellikle bebeklerin ve küçük çocukların sağlık sisteminde karşılaştıkları ilk kişilerdir. Bir çocuk doğduktan sonra pediatristler ve pediatrik hemşirelerle sık temas kurmaktadır fakat diş hekimine ulaşması sadece dişsel bir problemi olduğunda gerçekleşmektedir. Günümüz koşullarında stratejik konumda bulunan sağlık personellerine EÇÇ'nin önlenmesi için toplumsal bilincin oluşması konusunda görev düşmektedir. Bu konuda bazı ülkelerde hayata geçirilmiş projeler bulunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın bir parçası kabul edilerek bu konu hakkında diş hekimi olmayan sağlık personelleri için süreklilik içeren öğretim programlarının oluşturulması ve birincil sağlık personellerinin EÇÇ'de koruyucu programlara entegre edilmesi, ebeveynlerin eğitilmesini ve çocukların ağız sağlıklarının iyileştirilmesini sağlayarak EÇÇ'nin toplum sağlığı üzerindeki geniş kapsamlı etkilerinin azalmasını hızlandırabilmektedir (81). Ev ziyaretleri sırasında bu konu hakkında eğitilen kişilerce aileye ağız ve diş sağlığı eğitimi verilmesi, bebekler ve küçük çocuklarda üst dudağın kaldırılarak diş taraması yapılması, ailenin gerektiğinde ihtiyaç duyulan tedavileri alması için çocuk diş hekimine yönlendirilmesi, EÇÇ oluşumunun azalmasına yardımcı olabilecektir. Ayrıca pediatrik hemşireler okul temelli koruyucu programlarda yer alarak anasınıfları ve gündüz bakım evlerinde sağlıklı beslenme, besin güvenliği konularında gelişmelere katkılarda bulunabilecektir (82).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşımı etkileyen başka bir faktör ise coğrafi zorluklar ve kültürel anlayış farklılıklarıdır. Bunun yanında hastanelerde teşhis ve tedavi süreçlerinin uzun olması, uzak mesafeden gelen hastalarda sıkıntılar yaratmaktadır. Toplumsal eğitimin ve koruyucu programların, genellikle EÇÇ açısından daha fazla risk taşıyan ve sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin daha zor olduğu kırsal kesime ulaşması

için daha fazla eğitimli sağlık çalışanı ve sistematik ulusal sağlık programları gerekmektedir (83).

4.1.6.4. EÇÇ'nin Önlenmesinde Okul Temelli Dental Eğitim

Erken çocukluk çağı çürükleri konusunda ebeveynlerde prenatal dönemden itibaren başlamak üzere, farkındalık yaratmak, eksik veya yanlış bilinen konuları aydınlatmak, tutum ve davranışlarını yeniden şekillendirmek EÇÇ'nin önlenmesi için gerekli temel etmenlerdendir. Bu nedenle EÇÇ'den etkilenen yaş gruplarıyla ve ebeveynleriyle temasta olan meslek gruplarının aileleri doğru yönlendirmesi ve doğru bilgi vermesi açısından bilgi düzeyleri önem göstermektedir. Bu meslek gruplarından biri olan öğretmenlerin, çok sayıda çocuk ve ebeveyni etkileyebilecek bir konumda olması açısından, önlenebilir bir hastalık olan diş çürükleriyle mücadelede alternatif personel olarak yer alması düşünülebilmektedir (84). Erken yaşta oluşturulan sağlıklı davranışlar ve yaşam tarzı daha kalıcıdır. Sağlıklı bir yaşam için gerekli mesajlar okul yılları boyunca verilerek tekrarlanabilmektedir.

Çocukları etkileyen ağız ve diş sağlığı problemlerinin önlenmesinde geliştirilen koruyucu programlarda okulların rolü büyüktür. Bir arada bulunan çocukların eğitim amacıyla gittikleri okulda pozitif yönde etkilenmesinin daha olası olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (85). Çocuklarda iyi bir ağız diş sağlığı oluşturmak için sağlık eğitimi verilmesi ve bu verilen eğitimin yararlı olması için çocukta davranış değişikliği yapması gerekmektedir. Davranış değişiklikleri, düzenli ve uzun süreli sağlık eğitimleriyle gerçekleşmektedir. Bu nedenle okullar aynı ortam ve koşulların tekrarlanabilmesini sağlayan, sağlık eğitimi için uygun merkezler oluşturmaktadır.

Okullarda verilen ağız diş sağlığı eğitiminde bilgili ve iletişim kurabilen öğretmenler esas etmelidir. Öğretmen adaylarının yükseköğretim veya fakülte müfredatlarında sağlık, sağlığın iyileştirilmesi, korunma ile ilgili konuların olması, süresi ve içeriği önem taşımaktadır. Ayrıca mezuniyet sonrası öğretmenlerin sağlık bilgilerinin güncelliğini koruması açısından sağlık eğitimlerinin sürekli hale getirilmesi gerekmektedir (3).

Diş çürüklerindeki önemli faktörlerden biri beslenmedir. Okul kantinlerinde ve okul yemeklerinde ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkileyecek yiyecek ve

içeceklerin bulunmasına kısıtlama getirilmektedir. Çocukların ağız sağlığına faydalı olan yiyecekler konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Çocuklar okulda sportif faaliyetlerde bulunmaktadır, yakın temas ya da fiziksel hareketlilik içeren durumlarda, düşme ya da kaza vb. sonucu yaralanmalar oluşabilir. Bu travma vakalarında olay anından diş hekimine gidene kadar olan sürecin öğretmen tarafından başarılı bir şekilde yönetilmesi, travma sonrası yapılan tedavilerin başarılı olma şansını artırır ve bu sürecin iyi idare edilmesi öğretmenin bilgi düzeyine bağlıdır. Çocuğun ve ebeveynin doğru bir şekilde yönlendirilmesi hekime erken müdahalede bulunma şansı verebilmektedir. Öğretmenin, daimi ve süt dişlerde acil durumlarda ne yapılacağını bilmesi önem göstermektedir. Okullarda daha az travmanın yaşanacağı fiziksel olarak güvenli bir ortam oluşturulması gerekmektedir (3).

Herhangi bir ağız sağlığı eğitiminin birincil amacı, hastalara diş sağlığı hakkında bilgi sağlamak ve toplumda istenilen davranışı oluşturacak etki yapmaktır (86). Okullarda verilen eğitimin çocuklarda bilgi düzeyinin arttırmasının yanı sıra harekete geçirmesi istenmektedir. Okulların çürükten korunma programlarında kullanılabilmesi mantığının altında yatan etken, çok fazla sayıda çocuğa ulaşılabilirlik ve kuşkusuz öğretmenlerin çocuklar üzerindeki etkisidir. Öğretmenlerin dental eğitimciler olarak kullanıldığı programların başarılı olması, öğretmenin motivasyonuna bağlı olmaktadır (87). Öğretmenin motivasyonunu etkileyen en önemli faktörler ise öğretmenin konuya hakimiyeti, konu hakkında aldığı eğitimin kalitesi ve süresidir.

Tekrar ve güçlendirme yöntemleri sağlıkla ilgili davranışların sürdürülebilirliği konusunda büyük rol oynamaktadır (88). Hartley'e göre (89) tekrar etme ve güçlendirme öğrenmenin dört temel prensibinden ikisidir. Diğer ikisi ise öğrenilecek konunun anlaşılması ve öğrenen kişinin aktif katılımıdır. Oral hijyen eğitim programlarının katılımcıların bilgi, tutum ve davranışlarında değişiklik yaptığı bildirilmektedir (90) ancak her ocuk farklı zamanlarda öğrenmeye ve değişikliğe hazır hale gelebilmektedir (86). Bu nedenle ağız sağlığı eğitimi devamlılık gösteren bir aktivite olması gerekmektedir (91).

Önleyici girişimlerde, sağlık eğitimi prensipleri, basit şekilde bilginin sunumundan davranışsal değişim için kullanılan psiko-sosyal modellere dayalı ileri düzey stratejilere kadar çeşitlilik göstermektedir. Bu girişimlerin hedefi; bilgi

düzeyinde, tutum ve davranışlarda, kişisel bakımda, dental servislerin kullanımında ve ağız sağlığı statüsünde değişiklikler meydana getirmektedir (86, 92).

4.1.6.5. Okul Temelli Dental Eğitimde Öğretmenlerin Rolü

Türkiye'deki okul öncesi eğitimde Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2014-2015 milli eğitim istatistiklerine göre toplam 1.156.661 öğrenci ve 68.038 öğretmen mevcuttur. Çok sayıda çocuğu ve ebeveynlerini etkileme avantajları olan öğretmenler, ağız hastalıkları gibi önlenabilir hastalıklarla mücadelede gerekli tavsiyelerin uygulanması konusunda önemli bir kaynak teşkil etmektedir (93, 94).

Okul temelli sağlık eğitiminde öğretmenlerin kullanılması, eğitimde verilen talimatların sürekliliğinin sağlanması, genel sağlık ve ağız sağlığının diğer aktivitelere entegre olması dolayısıyla bu tür programların daha az maliyetli olması gibi avantajlar göstermektedir (85). Öğretmenler ağız sağlığı eğitiminde sadece bilgi aktarımının ötesinde öğrencilerin aldıkları bilgileri yaşam biçimi haline getirebilmelerini sağlamaktadır. Bu bağlamda ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgilerin anlaşılır ve sade olması, eğitimde görsel öğelerin, ilgi çekici materyallerin, oyunların ve aktif katılımın olması önemli hale gelmektedir.

Pek çok çalışma okula giden çocukların ağız sağlığını geliştirmek açısından öğretmenlerin kullanılmasının başarılı olduğunu göstermektedir (95). Ancak bazı raporlara göre öğretmenler, denetim gerektiren ağız sağlığı programlarında yer almak konusunda isteksizlik görülmektedir (96). Bu durumun öğretmenlerin ağız sağlığı konularındaki bilgi eksikliğiyle alakalı olabileceği düşünülmektedir (97). Öğretmenlerin bu konu hakkında yeterli eğitim görmemeleri öğrencileri eksik veya yanlış bilgiler vermesine veya etkili öğretememesine neden olabilmektedir. Ayrıca gerekli araç-gereçlerin, kaynakların eksikliği, vakit darlığı ve ağız sağlığı eğitiminin müfredata entegre edilememesi, okul temelli dental eğitimde karşılaşılan sınırlamalardandır (98).

Çocuklarla çok uzun bir süre iletişim hâlinde olan ve çocukların eğitiminde etkisi bulunan okul öncesi ve sınıf öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı eğitimi alması büyük önem taşımaktadır. Ülkemizdeki okul öncesi ve sınıf öğretmenliği öğretim programları ağız ve diş sağlığı eğitimi açısından incelendiğinde; Okul Öncesi Programında "Anne-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları" adı altında 3. yarıyılıda haftada 3

saat okutulan zorunlu bir ders mevcuttur. Bu derste çocukların ağız ve diş sağlığına değinilmektedir. Ayrıca seçmeli bir ders olan “Anne ve Çocuk Beslenmesi” dersinde de beslenmenin ağız ve diş sağlığı ile ilişkisinden bahsedilmektedir.

Çin’de yapılan ve okul temelli dental eğitimin etkinliğini ölçen bir çalışmada (99), ağız sağlığı eğitimcisi olarak görev alacak öğretmenlere, motivasyonlarını yüksek tutmak için tekrarlayan ve destekleyici eğitim seminerleri verilerek bilgilerin taze tutulması, davranışsal etki yaratması sağlanmaktadır. Aynı çalışmadaki öğretmenlerden onlara verilen eğitimle ilgili geri bildirim istendiğinde, deney grubunda eğitim alan öğretmenlerin kontrol grubundakilere göre ağız sağlığı bilgileri daha yüksek seviyede görülmekte ve deney grubu öğretmenleri dental bakım konusunda daha pozitif bir tutum sergilemektedir. Ağız sağlığı eğitimi okul müfredatına kukla gösterileri, maketler ve hikaye anlatım kartlarıyla etkin bir şekilde entegre edilmektedir. Ayrıca ebeveynlere özel programlar vasıtasıyla sağlık eğitimleri aktarılmaktadır. Benzer şekilde Danimarka’da çocukların ağız sağlığı durumları devamlı takip edilmekte ve değerlendirilmekte, yüksek risk gruplarına özel ilgi gösterilmektedir. Topikal florid düzenli bir şekilde uygulanmaktadır ve ağız sağlığının öncelikli olması için hemşireler, öğretmenler ve kreşler multi-disipliner olarak işbirliği içindedir (100).

Çocuklar, özellikle alışkanlıklarının şekillenmeye başladığı yaşlarda, zamanlarının büyük bir kısmını okulda geçirmektedir. Bu gelişimsel süreçlerde öğretmenin rolü kritiktir. Şimdilerde öğretmenlerin okul temelli dental eğitimde potansiyel bir rol oynadığı uluslararası olarak kabul görmektedir, bu nedenle öğretmenlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi kayda değer bir öneme sahiptir (101).

4.1.6.6. EÇÇ’nin Önlenmesinde Karşılaşılan Engeller

İyi bir ağız hijyenine sahip olma konusunda pek çok düşük gelirli ya da azınlık statüsündeki ailelerin çocukları pek çok zorlukla karşı karşıyadır. Bu engeller hem ailesel hem de çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Ailesel faktörler arasında; ebeveynlerin inanç sistemleri ve tutumları, çocuğun mizacı (Örneğin, diş fırçalamaya direnç göstermesi), ebeveyn okur-yazarlığının az olması ve mevcut eğitim materyallerini eksik anlaması (102), optimal ağız sağlığı ve

koruyucu yöntemler hakkında ebeveynlerin yetersiz bilgisi (103), ağız bakımını öncelikli hale getirmeyi zorlaştıran maddi zorluklar (104), dental anksiyete ve korkular (105), düşük maliyetli dental bakıma ulaşım zorluğu, diğer sorumluluklarla kıyaslandığında, evdeki ağız bakım aktivitelerinin zaman alıcı ve düşük öncelikli kabul edilmesi (104) yer almaktadır. Çevresel faktörler ise; sağlık sigortasının olmayışı, ebeveynin çalışma saatleri ya da diğer sorumluluklarıyla çakışmayacak diş randevusu zamanı ayarlayamama/ uygun olmayan klinik çalışma saatleri, ebeveynlerin çocukların okulda devamsızlık yapmasını istememesi, dental hizmetin olduğu bölgelere ulaşım araçlarının eksikliği ve coğrafi problemler, sağlık hizmetlerinin hastaları yönlendirme konusunda karmaşık olması (106) ve sosyo-ekonomik ve kültürel ayrımcılık şeklinde sıralanabilmektedir.

Diş çürükleri açısından yüksek risk grubunda olan pek çok aile, dental bakım ulaşma konusu kadar, tedavi planına ya da evde bakım önerilerine itaat etme konusunda da zorluklar yaşamaktadır. Moore-Greene'e göre çevresel faktörlerin olumsuz etkilerinin, sınırlı eğitimle ve sağlık hizmetlerini uygun kullanma konusundaki yetersizliklerle birleşmesi, ailelerde tedaviye karşı uyumsuzlukla sonuçlanmaktadır (107).

Bazı inanç ve tutumların, dental bakıma ulaşımındaki engellerin oluşumunda dolaylı olarak etkisi vardır. Yeterli sağlık hizmetlerini alamayan ebeveynler dental tedaviyi, koruyucu yöntemlerden çok, acil bir durumda başvurulması gereken hizmetler olarak görmektedir.

Yetersiz ağız bakımının çok değişkenli nedenleri olmasından ötürü, tek taraflı bir yaklaşım bu engellerin aşılmasında etkili olmamaktadır. Toplum üzerinde ağız bakımı konusunda ilerleme oluşturabilecek tüm müdahaleler birçok disiplinin birleştirilmesiyle başarıya ulaşmaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması, günümüzde erken çocukluk çağı çürüklerinin yaygın bir hastalığa dönüşmesi nedeniyle bu konu hakkında toplumsal bilinci arttırmak için, 3-5 yaş grubu çocuklar ve aileleriyle ilişkili meslek gruplarından biri olan okul öncesi eğitimcilerin ağız sağlığı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Trabzon Merkez ilçesinde bünyesinde ana sınıfı olan okullardaki ve anaokullarındaki okul öncesi öğretmenlerine anket uygulaması yapılarak bilgi düzeyinin ve konuyla ilgili farkındalığın ölçülmesi hedeflendi.

5.1. Örneklem Seçimi

Yapılan bu çalışma Trabzon Merkez ilçesindeki okul öncesi eğitimcilerinin başlıca ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek ve ağız sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlarını ortaya çıkarmak amaçlı olduğundan, örneklem boyutunu belirlemek için 'güç analizi' yapılmadı. Trabzon Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiler doğrultusunda, Trabzon ilinde toplam 564, Merkez ilçesinde ise 306 okul öncesi öğretmeni olduğu saptandı. İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden Merkez ilçeye bağlı, bünyesinde ana sınıfı olan okulların isimleri ve adresleri alındı. Toplamda 72 okul ve 226 öğretmene ulaşılarak anket uygulaması yapıldı.

5.2. Etik Kurul Onayı

Çalışma için gerekli olan etik kurul onayı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alındı. (2015/103 sayılı; 04/11/2015).

5.3. Çalışma İzni

Trabzon Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne başvurularak gerekli izinler alındı (Ek 1).

5.4. Anket Uygulaması

40 soru içeren anket 3 bölümdür. Birinci bölüm demografik bilgi edinme amaçlı sorulardan, ikinci bölüm ağız sağlığı konusunda genel bilgi düzeyini ölçme amaçlı sorulardan ve üçüncü bölüm ise öğretmenlerin ağız sağlığı ile ilgili tutum ve

davranışları konusundaki bilgi sorularından oluşmaktadır. Anket; açık uçlu, kapalı uçlu ve birden fazla şık işaretlenebilen sorular içermektedir (Ek-2).

Anket hazırlandıktan sonra 10 öğretmene önceden uygulanarak, anlaşılmayan soruların varlığı, öğretmenlerin görüşleri araştırıldı. Sonrasında uygun düzeltmeler yapılarak İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan okul isimleri ve adresleri doğrultusunda okullara gidilerek öğretmenlere anket uygulaması yapıldı. Öğretmenlere ulaşıldığında, çalışmanın amacı kısaca anlatılarak rızası olanlara anketi verip doldurulması beklendi, öğretmenler mesaieleri sırasında vakit ayırarak ortalama 10 dakikada anketi doldurdu. Öğretmen anketi doldururken araştırmacı belli bir mesafede bekledi ve sadece öğretmenin anlamadığı hususlardaki sorulara cevap verdi. Okullara gidildiğinde orada çalışmakta olan öğretmenlere ulaşılarak, o sırada izinli olan ya da anketi doldurmak istemeyen öğretmenler çalışma dışı bırakıldı.

Anketin demografik bilgiler kısmında yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, varsa çocuk sayısı, aylık gelir, mesleki tecrübe süresi ve daha önce çocukların ağız sağlığı ile ilgili eğitim alıp alınmadığı sorgulandı.

Ağız sağlığı konusundaki bilgilerin ölçüldüğü ikinci kısımda periodontal sorunların sonuçlarının neler olduğu, çürüğe neden olan faktörler, çürükten korunmada etkili yöntemler, süt dişleri ve genel sağlık ile ilgili bilgi düzeyi, florid ile ilgili bilinen doğru ve yanlışlar, çocuklarda ilk diş hekimi ziyareti ve diş temizliği bilgisi, çocuklar için doğru beslenme seçenekleri ve daimi ve süt dentisyonda travma konusunda neler yapılabileceği bilgileri sorgulandı.

Üçüncü kısım, öğretmenlerin kendi ağız sağlığı tutum ve davranışları konusunda bilgi edinme amaçlı olduğundan diş fırçalama sıklığı, süresi, zamanı, ara yüz temizliği için tercih edilen araçları sorgulayan sorulardan ve diş hekimini ziyaret etme sıklığını, nedenlerini, diş hekimine gitmek istemiyor ise nedenlerini, öğretmenlerin hekimlerin koruyucu tedaviler konusundaki tutumları hakkındaki düşüncelerini, kendi çalıştıkları okullarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmaların ve eğitimlerin mevcudiyetinin yanıtını arayan sorulardan oluştu.

5.5. İstatistiksel Analiz

Veriler Microsoft Office Excel 2016 programı kullanılarak işlendi. SPSS 22.0 For Windows (Statistical Package for Social Sciences) programı yardımıyla Excel dosyasına işlenmiş veriler analiz edildi. Data analizinde; tanımlayıcı istatistik, ortalamaların karşılaştırılması ve ilişkili testler yapıldı. Koruyucu diş hekimliği ile ilgili seçtiğimiz sorularda verilen doğru yanıtların eğitim alınıp/alınmaması, mesleki tecrübe süresi ve çocuk sahibi olma durumu ile ilişkisini incelemek için Ki-kare testi kullanıldı.



6. BULGULAR

Araştırmada Trabzon Merkez ilçesindeki anaokulları ve ana sınıfı olan ilköğretim okullarında toplam 226 öğretmenin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildi.

Çalışma içerisinde öğretmenlerin bilgi düzeylerinin, çocuk sahibi olma, mesleki tecrübe süreleri ve daha önce ağız diş sağlığı eğitimi alma durumlarıyla ilişkileri incelendi.

Araştırmada anket yapılan 226 öğretmenden 126 kadın 10 erkek olmak üzere, %69,3'ünün daha önce ağız ve diş sağlığı üzerine eğitim aldığı, %67,5'inin çocuk sahibi olduğu ve %27,2'sinin mesleki tecrübe süresinin 10 sene üzerinde olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Ankete katılan okul öncesi öğretmenlerinin sosyodemografik dağılımları

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	216	% 95,6
Erkek	10	% 4,4
Çocuk sahibi olma		
Var	152	% 67,5
Yok	74	% 32,5
Mesleki Tecrübe Süresi		
0-5 yıl	43	% 19,7
6-10 yıl	121	% 53,1
11-16 yıl	43	% 18,9
16 yıl ve üstü	19	% 8,3
Ağız ve diş sağlığı üzerine eğitim alma		
Evet	68	% 29,8
Hayır	158	% 69,3

6.1. Ağız Sağlığı Konusundaki Bilgilerin Değerlendirilmesi

6.1.1. Diş çürüğü

Öğretmenlere diş çürüğünün nedenleri sorulduğunda 208 (%91,2) yetersiz fırçalama, 189 (%82,9) tatlı ve asitli yiyecek tüketimi, 147 (%64,5) düzenli kontrolün olmayışı ve 91 (%39,8) diş plağı yanıtı alındı. Anket sonuçlarına göre öğretmenlerden 216'sının (%94,7) ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediğini ve 171'inin (%75) çürüksüz dişlere sahip olmanın mümkün olduğunu düşündüğü anlaşıldı. Süt dişlerindeki problemlerin daimi dişleri etkilediğini düşünenlerin sayısı 141 (%61,8) ve süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilebilir olduğunu düşünenlerin sayısı 158 (%69,3) olarak tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 6. Diş çürüğü hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

	Sayı	Yüzde
Diş çürüğünün nedenleri nelerdir?		
Yetersiz fırçalama	208	%91,2
Tatlı ve asitli yiyecekler	189	%82,9
Düzenli kontrolün olmayışı	147	%64,5
Diş plağı	91	%39,8
Ağız ve diş sağlığı genel sağlığı etkiler.	216	%94,7
Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkündür.	171	%75
Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkiler.	141	%61,8
Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilebilir.	158	%69,3

Çürüksüz dişlere sahip olmanın mümkün olduğunu düşünen öğretmenler içinde ağız ve sağlığı eğitimi alanlar/almayanlar, çocuğu olanlar/olmayanlar ve mesleki tecrübesi 10 yıldan fazla/az olan öğretmenler arasında istatistiksel açıdan fark bulgulanmadı ($p>0,05$). Süt dişlerindeki problemlerin daimi dişleri etkilediğini düşünenler ve süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilebilir olduğunu düşünenler arasında ağız ve diş sağlığı eğitimi alma durumu, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki tecrübe süresi ile ilgili istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 7).

Tablo 7. Diş çürüğü hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi

	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Çürüksüz dişlere sahip olmak mümkündür.	n=55 %77,9	n=116 %73,4	0,582	n=111 %72,1	n=60 %81,1	0,191	n=125 %42,8	n=46 %64,5	1,000
Süt dişlerindeki problemler daimi dişleri etkiler.	n=43 %70,5	n=98 %71	1,000	n=94 %67,1	n=47 %77	0,214	n=104 %70,7	n=37 %31	0,895
Süt dişlerindeki çürükler tedavi edilebilir.	n=54 %84,4	n=102 %75	0,190	n=105 %76,6	n=53 %81,5	0,545	n=105 %74,5	n=53 %86,9	0,076

*Chi-Square Testi uygulandı. $p<0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

Diş çürüğünü engellemek için en etkili yöntem ile ilgili 211 (%92,5) kişi diş fırçalamak, 190 (%83,3) kişi düzenli diş hekimi ziyareti, 161 (%70) kişi diş ipi kullanmak, 158 (%69,3) kişi şekerli atıştırmaları sınırlamak, 89 (%39) kişi floridli diş ürünleri tüketmek ve 56 (%24,6) kişi şekerli sakız çiğnemek seçeneğini işaretledi (Tablo 8).

Tablo 8. Çürükleri önleme hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

Size göre diş çürüğünün engellemek için hangi yöntem daha etkilidir?	Sayı	Yüzde
Şekerli atıştırmalıkları sınırlandırmak	158	%69,3
Florlu diş ürünleri tüketmek	89	%39
Şekersiz sakız çiğnemek	56	%24,6
Diş fırçalamak	211	%92,5
Diş ipi kullanmak	161	%70
Düzenli diş hekimi ziyaretleri	190	%83

Floridli diş ürünleri tüketmek seçeneğini işaretleyen öğretmenlerden ağız ve diş sağlığı eğitimi alanlar ve almayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulgulandı ($p<0,05$). Buna göre eğitim alanlar floridli diş ürünleri tüketilmesi gerektiğini düşündüğü anlaşıldı. Diğer tüm seçeneklerin işaretlenmesinde ağız ve diş sağlığı eğitimi alma, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresi anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Çürükleri önleme hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi

Size göre diş çürüğünün engellemek için hangi yöntem daha etkilidir?	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Şekerli atıştırma ve içeceklerin sınırlandırmak	n=53 %77,9	n=103 %65,2	0,081	n=105 %68,2	n=53 %71,6	0,708	n=113 %68,1	n=45 %72,6	0,620
Florlu diş ürünleri tüketmek	n=40 %58	n=47 %29,7	0,000*	n=55 %35,7	n=34 %45,9	0,138	n=63 %38	n=26 %41,9	0,583
Şekersiz sakız çiğnemek	n=20 %29,4	n=36 %22,8	0,373	n=36 %23,4	n=20 %27	0,663	n=39 %23,5	n=17 %27,4	0,660
Diş fırçalamak	n=60 %88,2	n=149 %94,3	0,190	n=139 %90,3	n=72 %97,3	0,104	n=154 %92,8	n=57 %91,9	0,783
Diş ipi kullanmak	n=44 %64,7	n=115 %72,8	0,289	n=104 %67,5	n=57 %77	0,187	n=114 %68,7	n=47 %75,8	0,374
Düzenli diş hekimi ziyaretleri	n=51 %75	n=137 %86,7	0,049	n=126 %81,8	n=64 %86,5	0,487	n=138 %83,1	n=52 %83,9	1,000

*Chi-Square Testi uygulandı. $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

Çocuklarda diş temizliğine ilk diş sürdüğünde başlanması gerektiğini düşünenlerin sayısı 115 (%50,4) olarak belirlendi. Ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim almış olma, çocuk sahibi olma ya da mesleki tecrübe süresi seçeneğinin işaretlenmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ($p > 0,05$). Çocuklarda ilk diş hekimi ziyareti 1 yaşından geç olmamalı seçeneğini işaretleyen 40 (%17,5) (Tablo 10) öğretmen arasında ağız ve diş sağlığı eğitimi alma, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresiyle değişen anlamlı istatistiksel bir fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 10. Çocuklarda ilk diş temizliği ve diş hekimi ziyareti hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

	Sayı	Yüzde
Ebeveynler bebek ve çocuklarda diş temizliğine ilk diş sürdüğünde başlamalıdır.	115	%50,4
Çocuklarda ilk diş hekimi ziyareti 1 yaşından geç olmamalı	40	%17,5

Tablo 11. Çocuklarda ilk diş temizliği ve diş hekimi ziyareti hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi

	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Ebeveynler bebek ve çocuklarda diş temizliğine ilk diş sürdüğünde başlamalıdır.	n=37 %54,4	n=78 %49,4	0,487	n=79 %51,3	n=36 %48,6	0,708	n=84 %50,6	n=31 %50	0,935
Çocuklarda ilk diş hekimi ziyareti 1 yaşından geç olmamalı	n=13 %19,1	n=27 %17,1	0,860	n=22 %14,3	n=18 %24,3	0,093	n=28 %16,9	n=12 %19,4	0,807

*Chi-Square Testi uygulandı. $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

Çocuklar hangi tür atıştırma türleri yemesi için teşvik edilmelidir sorusunda kuru üzüm, meyve pestili gibi yiyecekler seçeneğini işaretleyenler 161 (%70,6), peynir, süt ve yoğurt gibi yiyecekler seçeneğini işaretleyenler 175 (%76,8) ve çocuklar atıştırma türleri tüketmemeli diyenler 15 (%6,6) kişi olarak tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12. Beslenme hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

	Sayı	Yüzde
Kuru üzüm, meyve pestili gibi yiyecekler	161	%70,6
Peynir,süt ve yoğurt gibi yiyecekler	175	%76,8
Çocuklar atıştırılmalık tüketmemeli	15	%6,6

Bu seçeneklerin işaretlenmesinde ağız ve diş sağlığı eğitimi alma, çocuk sahibi olma ya da mesleki tecrübenin etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Beslenme hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi

Çocuklar hangi tür atıştırılmalık yemesi için teşvik edilmelidir?	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Kuru üzüm, meyve pestili gibi yiyecekler	n=49 %72,1	n=110 %69,6	0,834	n=115 %74,7	n=46 %62,2	0,52	n=122 %73,5	n=39 %62,9	0,162
Peynir,süt ve yoğurt gibi yiyecekler	n=54 %79,4	n=119 %75,3	0,620	n=120 %77,9	n=55 %74,3	0,664	n=129 %77,7	n=46 %74,2	0,702
Çocuklar atıştırılmalık tüketmemeli	n=3 %4,4	n=12 %7,6	0,562	n=9 %5,8	n=6 %8,1	0,572	n=11 %6,6	n=4 %6,5	1,000

*Chi-Square Testi uygulandı. $p<0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

6.1.2. Fluorid

Fluoridin diş minesini güçlendirdiğini düşünen 150 (%65,8) öğretmen arasında ağız ve diş sağlığı eğitimi alanlarda, çocuk sahibi olanlarda ve mesleki tecrübe süresi 10 seneden fazla olanlarda bu seçeneğin işaretlenmesiyle ilgili istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulguları ($p<0,05$). Fluoridin diş ve kemikler için besleyici olduğunu düşünen öğretmenlerin sayısı 100 (%36,8) olarak belirlendi, bunların arasında çocuk sahibi olma

ve mesleki tecrübe süresiyle ilgili olarak değil ($p>0,05$) ancak ağız ve diş sağlığı eğitimi alanlarda bu seçeneğin işaretlenmesinde istatistiksel açıdan anlamlı sonuç saptandı ($p<0,05$). Fluorid ağız bakterilerine karşı bir maddedir seçeneğini işaretleyen 116 (%50,9) öğretmenden ağız ve diş sağlığı eğitimi alanların bu seçeneği işaretlemesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$), çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresi bu seçeneğin işaretlenmesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Fluorid başlangıç çürüklerini iyileştirebilir diyen 69 (%30,3) öğretmenden ağız ve diş sağlığı eğitimi alanlarda ve mesleki tecrübe süresi 10 senenin üstünde olanlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç gözlenirken ($p<0,05$), çocuk sahibi olma bu seçeneğin işaretlenmesinde anlamlı bir sonuç saptanmadı ($p>0,05$). Çocuklarda fluorlu diş macunu kullanımının 3 yaş civarında başlanmasının gerektiğini düşünen 54 (%23,7) öğretmen arasında ağız ve diş sağlığı eğitimi alma, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresi bu cevabın verilmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14) (Tablo 15).

Tablo 14. Fluorid hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

	Sayı	Yüzde
Fluorid diş minesini güçlendirir.	150	%65,8
Fluorid diş ve kemikler için besleyicidir.	100	%36,8
Fluorid ağız bakterilerine karşı bir maddedir.	116	%50,9
Fluorid başlangıç çürüklerini iyileştirebilir.	69	%30,3
Çocuklarda fluorlu diş macunu 3 yaş civarında kullanılmaya başlanmalıdır.	54	%23,7

Tablo 15. Fluorid hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeye ilişkisi

	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Fluorid diş minesini güçlendirir.	n=61 %89,7	n=87 %55,1	0,000*	n=94 %61	n=56 %75	0,042*	n=102 %61,4	n=48 %77,4	0,035*
Fluorid diş ve kemikler için besleyicidir.	n=35 %51,5	n=47 %29,7	0,002*	n=56 %36,4	n=28 %37,8	0,829	n=61 %36,7	n=23 %37,1	1,000
Fluorid ağız bakterilerine karşı bir maddedir.	n=45 %66,2	n=69 %56,3	0,003*	n=77 %50	n=39 %52,7	0,702	n=81 48,8	n=35 %56,5	0,303
Fluorid başlangıç çürüklerini iyileştirebilir.	n=34 %50	n=33 %20,9	0,000*	n=48 %31,2	n=21 %28,4	0,783	n=43 %25,9	n=26 %41,9	0,019*
Çocuklarda fluoruflu diş macunu 3 yaş civarında kullanılmaya başlanmalıdır.	n=11 %16,2	n=43 %27,2	0,106	n=41 %26,6	n=13 %17,6	0,180	n=42 %25,3	n=12 %19,4	0,444

*Chi-Square Testi uygulandı. $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

6.1.3. Travma

Ağız yaralanmaları/ travma gerçekleştiğinde ne kadar süre sonra değerlendirme yapılmalı diye sorulduğunda, öğretmenlerin 161'i (%70,6) mümkün olduğu kadar çabuk cevabını verdi. Bu cevabı verenlerde ağız ve diş sağlığı eğitimi alma ve çocuk sahibi olma önemli bir istatistiksel fark oluşturmazken ($p > 0,05$), mesleki tecrübe süresi 10 seneden az olan öğretmenlerde istatistiksel açıdan önemli fark bulguları ($p < 0,05$). "Yaralanma, düşme vs. sonucu yerinden tamamen çıkan süt dişi için hangisinin yapılması uygundur?" sorusuna 51 (%22,4) öğretmen "Asla yerine yerleştirilmemelidir" cevabını verirken, 107 (%46,9) öğretmen "Bilmiyorum" cevabını verdi. Bu yanıtların verilmesinde ağız ve diş sağlığı eğitimi alma, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresi istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). "Yaralanma, düşme vs. sonucu yerinden tamamen çıkan daimi diş için hangisinin yapılması uygundur?" sorusuna 32 (%14) öğretmen "Dişi bulun", 46 (%20,2) öğretmen "Dişi durulayın", 29 (%12,7) öğretmen "Dişi hemen yerine yerleştirin", 151 (%66,2) öğretmen "Bilmiyorum" cevabını verdi. Bu seçenekleri işaretleyenler arasında ağız ve diş sağlığı

eğitimi alma, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübe süresi istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmadı ($p>0,05$) (Tablo 16) (Tablo 17).

Tablo 16. Ağız yaralanmaları hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesi

	Sayı	Yüzde
Ağız yaralanmaları gerçekteştikten sonra mümkün olduğu kadar çabuk değerlendirilmelidir.	161	% 70,6
Yaralanma, düşme sonucu yerinden tamamen çıkan süt dişi asla yerine yerleştirilmemelidir.	51	% 22,4
Hangisi yaralanma, düşme sonucu yerinden tamamen çıkan daimi dişi için doğrudur?		
Dişi bulun	32	% 14
Dişi durulayın	46	% 20,2
Diş hemen yerine yerleştirin	29	% 12,7
Bilmiyorum	151	% 66,2

Tablo 17. Ağız yaralanmaları hakkındaki bilgilerin eğitim, çocuk sahibi olma ve mesleki tecrübeyle ilişkisi

Ağız yaralanmaları/ Travma	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	p değeri	Çocuğu olanlar	Çocuğu olmayanlar	p değeri	<10 yıl mesleki tecrübe	>10 yıl mesleki tecrübe	p değeri
Ağız yaralanmaları gerçekteştikten sonra mümkün olduğu kadar çabuk değerlendirilmelidir.	n=43 % 63,2	n=116 % 73,4	0,124	n=109 % 70,8	n=52 % 70,3	1,000	n=126 % 75,9	n=35 % 56,5	0,004*
Yaralanma, düşme sonucu yerinden tamamen çıkan süt dişi asla yerine yerleştirilmemelidir.	n=19 % 27,9	n=32 % 20,3	0,274	n=31 % 20,1	n=20 % 27	0,317	n=41 % 24,7	n=10 % 16,1	0,229
Hangisi yaralanma, düşme sonucu yerinden tamamen çıkan daimi dişi için doğrudur?									
Dişi bulun	n=10 % 14,7	n=22 % 13,9	1,000	n=15 % 9,7	n=17 % 23	0,013	n=22 % 13,3	n=10 % 16,1	0,732
Dişi durulayın	n=18 % 26,5	n=28 % 17,7	0,187	n=29 % 18,8	n=17 % 23	0,580	n=31 % 18,7	n=15 % 24,2	0,460
Diş hemen yerine yerleştirin	n=12 % 17,6	n=17 % 10,8	0,229	n=16 % 10,4	n=13 % 17,6	0,190	n=17 % 10,2	n=12 % 19,2	0,106
Bilmiyorum	n=42 % 61,8	n=107 % 67,7	0,386	n=107 % 69,5	n=44 % 59,5	0,134	n=112 % 67,5	n=39 % 62,9	0,623

*Chi-Square Testi uygulandı. $p<0,05$ olan değerler istatistiksel açıdan anlamlı sayıldı.

6.2. Ağız Sağlığı ile İlgili Davranışların Değerlendirilmesi

Anket sonuçlarına göre öğretmenlerin %73,2'sinin dişlerini günde 2 kere fırçaladığı ve fırçalama süresinin %46,5'inde 2 dakika olduğu belirlendi. Okul öncesi öğretmenlerinin %51,3'ünün diş fırçasını 3 ayda 1 değiştirdiği ve ara yüz temizliği için %46,1'inin diş ipi kullandığı anlaşıldı. Diş hekimini ziyaret etme sıklığı sorusuna öğretmenlerin %42,1'i "Ağrı olduğu zaman" ve %13,2'si "Düzenli aralıklarla" seçeneğini işaretledi. Diş hekimini en son ziyaret etme sebebi sorusuna öğretmenlerin %58,8'i diş çürüğü/dolgu yaptırma cevabını verdi. Diş hekimini ziyaret etmeme/hoşlanmama nedeni olarak öğretmenlerin %28,9'u korkuyu gösterirken, %52,6'sı herhangi özel bir nedeni olmadığını belirtti. Diş hekimlerinin koruyucu tedavileri yeterince önemseydiğini düşünen öğretmenlerin yüzdesi ise %33,3 olarak tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 18. Öğretmenlerin ağız sağlığı ile ilgili davranışları

	Sayı	Yüzde
Diş fırçalama sıklığı		
Günde 2 kereden fazla	15	%6,6
Günde 2 kere	167	% 73,2
Günde 1 kere	34	% 14,9
Birkaç günde 1 kere	12	%5,3
Diş fırçalama süresi		
2 dakikadan az	30	%13,2
2 dakika	106	% 46,5
2 dakikadan fazla	45	% 19,8
Boş bırakanlar	47	%20,6
Diş fırçası değiştirme sıklığı		
Ayda 1	17	%7,5
3 ayda 1	117	% 51,3
6 ayda 1	53	% 23,2
Yılda 1	6	%2,6
Eskidikçe	5	%2,2
Boş bırakanlar	30	%13,2
Dişlerin ara yüz temizliği için kullanılan araçlar		
Diş ipi	105	% 46,1
Herhangi bir araç kullanmayanlar	66	% 28,9
Diğer (Ara yüz fırçası, gargara, kürdan)	18	%7,8
Boş bırakanlar	39	%17,1
Diş hekimini ziyaret etme sıklığı		
Ağrı olduğu zaman	96	%42,1
Seyrek	81	%35,5
Düzenli aralıklarla	30	%13,2
Hiç gitmedim	21	%9,2
Diş hekimini en son ziyaret etme sebebi		
Çürük/Dolgu yaptırma	134	%58,8
Diş taşı temizliği	37	%16,2
Diş çekimi	16	%7
Diğer (kontrol, protez, ortodonti, çocukları için)	17	%7,6
Boş bırakanlar	24	%10,5
Diş hekimini ziyaret etmeme/hoşlanmama sebepleri		
Korku	66	%28,9
Yüksek maliyet	22	%9,6
Vakit bulamama	44	%19,3
Herhangi özel bir nedeni yok	120	%52,6
Diş hekimleri çürük oluşumunu önlemeyi (koruyucu tedavileri) yeterince önemsiyor.		
Evet	76	%33,3
Hayır	76	%33,3

6.3. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutumun Değerlendirilmesi

Çalıştıkları okulda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar olan öğretmenlerin yüzdesi %35,1 iken, okul müfredatında çocuklara ağız ve diş sağlığı eğitimi mevcut yanıtını veren öğretmenlerin yüzdesi %55,7 olarak belirlendi. “Siz, lisans öğreniminiz boyunca ağız sağlığı ile ilgili bir ders gördünüz mü?” sorusuna “Evet” cevabı veren öğretmenlerin yüzdesi %28,5, “İleride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verildiğinde katılmak ister misiniz?” sorusuna “Evet” cevabı veren öğretmenlerin yüzdesi %74,6 olduğu görüldü (Tablo 19).

Tablo 19. Öğretmenlerin ağız sağlığı ile ilgili tutumları

	Sayı	Yüzde
Çalıştığınız okulda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar var mı?		
Evet	80	%35,1
Hayır	148	%64,9
Okul müfredatında çocuklara ağız ve diş sağlığı eğitimi mevcut mu?		
Evet	127	%55,7
Hayır	101	%44,3
Siz, lisans öğreniminiz boyunca ağız sağlığı ile ilgili bir ders gördünüz mü?		
Evet	65	%28,5
Hayır	163	%71,5
İleride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verildiğinde katılmak ister misiniz?		
Evet	170	%74,6
Hayır	26	%11,4
Belki	32	%14

7. TARTIŞMA

Çocuk hastalıkları arasında erken çocukluk çağı çürükleri yüksek prevalans gösteren hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. EÇÇ çocukların hayat kalitelerini ve öğrenme kabiliyetlerini (108-110) kötü yönde etkilemektedir. Aynı zamanda ebeveynlerin de hayat kalitesinin etkilenmesi (110), EÇÇ'yle baş etmenin yarattığı maddi yük (58) ve süt dentisyondaki çürüklerin daimi dentisyona etki etme riski sonucu bu sorunun yaşam boyu sonuçlarıyla karşılaşmak (111) azımsanacak problemler olmadığı düşünülmektedir.

Erken çocukluk çağı çürükleri önlenebilir bir hastalıktır. Sosyal, davranışsal, tıbbi ve politik nedenlerden kaynaklanan, çözümü için sosyoekonomik nedenlerin, aile yapısının ve toplumsal dinamiklerin anlaşılması gerekli olan bir problemdir. Çoğunlukla toplumun dezavantajlı bireyleri arasında görülür. Çözümü için sağlık politikalarının, toplumsal hedeflerin ve değerlerin tekrar gözden geçirilmesi gereklidir. Çocuğun çevresindeki bireylerin; ebeveynler, bakıcılar, büyükanne/büyükbaba, günlük hareketleri sonucu oluştuğu için davranışsal unsurlara bağlıdır. Kişilerde uygun ağız hijyeni davranışları oluşturmak, ağız sağlığı konusunda bilgilendirmek, ağız sağlığının genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili aydınlatmak toplum temelli uygulamalarla ve eğitimlerle mümkündür. Erken çocukluk çağı çürükleri olan çocuklar olmayanlara göre daha düşük bir büyüme eğrisi göstermektedir (53) ve erken çocukluk çağı çürüklerinin tedavisi genellikle hastanede genel anestezi altında veya sedasyonla yapılmaktadır. Genel anestezi altında yapılan geniş çaplı diş tedavileri maliyetlidir ve çocuk popülasyonunun genel anestezi ve sedasyonda gerçekleşebilecek olumsuz etkilere karşı toleransı çok düşüktür (58). EÇÇ tedavisinin maliyeti, riskleri ve sonuçları, önlenebilir bir hastalık olmasına rağmen, çocuklara, ailelerine ve topluma fazlasıyla yük olmaktadır (58).

Herhangi bir yöntemin diğerine üstünlüğünü gösteren bilimsel bir kanıt olmadığı için erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesi tek bir yaklaşıma dayandırılmamalıdır (73). Dolayısıyla EÇÇ'nin önlenmesi; tüm toplumu ilgilendiren yaklaşımlarla EÇÇ hakkındaki bilgilerin yayılmasını ve EÇÇ'nin mevcut etiyolojik sebepleriyle baş etmeyi gerektirir. EÇÇ'yle mücadelede karşılaşılan asıl zorluk annelerin ve çocukların problem baş göstermeden önce ilgisini çekebilmehtir. EÇÇ'yle ilgili bilgilendirme medya,

toplumsal eğitim programları, doğum öncesi/sonrası ebeveynlere verilecek olan dersler, kadın sağlığı klinikleri ve okullar aracılığıyla olmalıdır. Eğitim ve motivasyon uzun dönem değişiklikler yaratmak için yeterli değildir. Bireylerin kazandığı davranışlar genellikle erken dönem çocuklukta şekillenir ve çocuğu çevreleyen ortam şartlarından ve bireylerden köken alır (112-114). Çocukta davranışsal değişikliğin meydana gelebilmesi için çocuğa değişik kaynaklardan bilgi akışının olması ve sosyal olarak ebeveynleri, yaşlıları ve günlük hayatta karşılaştığı diğer bireyler tarafından desteklenmesi gereklidir (115). Öğretmenler; çocukların büyüme çağında ailelerinden sonra en fazla vakit geçirdikleri kişiler olarak ağız sağlığı konusunda bilgilendirme ve uygun hijyen davranışları geliştirmeleri ile ilgili önemli bir rol oynayabilir.

Yapılan bu kesitsel çalışma kapsamında Trabzon Merkez ilçesindeki anaokullarına ve ana sınıfı olan ilköğretim okullarına gidilerek toplamda 226 öğretmenin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarına ilişkin anket uygulaması yapılmıştır. Amacımız öğretmenlerin eksik veya yanlış bildikleri konuları saptayarak, okul temelli dental eğitimin toplumsal uygulama haline gelmesinde yapılacak olan çalışmalara zemin hazırlamaktır. Ayrıca öğretmenlerin verdikleri doğru cevaplarda daha önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim alma durumu, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki tecrübe süresinin etkisi araştırılmıştır.

Anket çalışmasına katılan öğretmenlerden %95,6'sı kadındır, bu oran daha önce Hindistan'da farklı şehirlerde yapılmış olan çalışmalardaki %85,9 (116), %79 (117) ve %61,8 (118) kadın öğretmen oranlarıyla uyum göstermektedir. Çalışmamızda öğretmenlerin %94,7'si ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediğini düşünmektedir. Bu fikirde olan öğretmenlerin oranı Hindistan'da farklı kentlerde yapılmış çalışmalarda %84,8 (118) ve %74 (116) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda öğretmenlerin %75'i çürüksüz dişlere sahip olmanın mümkün olduğunu düşünmekte ve süt dişlerindeki problemlerin daimi dişleri etkilediğini düşünen öğretmenlerin oranı %61,8 ve süt dişlerindeki çürüklerin tedavi edilebilir olduğunu düşünen öğretmenlerin oranı ise %69,3'tür. Nijerya'da yapılan çalışmada (119) dişlerde çürük olmasının normal olmadığını düşünen öğretmenlerin oranı %89,4 iken, öğretmenlerin %75'i dental problemleri ciddi olarak değerlendirmekte ve %76,9'u tedavi edilirse diş kaybının önüne geçilebileceğini düşünmektedir.

Diş çürüğünün önlenmesinde öğretmenlerin %92,5'i en etkili yöntemin diş fırçalamak olduğunu düşünmektedir. Benzer çalışmalarda aynı fikirde olan öğretmenlerin oranları %86,6 (118), %53,5 (117), %83 (120), %97 (93) şeklindedir. Öğretmenlerin %83,3' ü düzenli diş hekimi ziyaretlerinin diş çürüklerini önlenmesinde etkili olduğunu düşünmektedir. Bu oran diğer çalışmalarda %96 (120), %79,8 (118) ve %24,6 (117), %88 (93) şeklindedir. Çalışmada öğretmenlerin %69,3'ü diş çürüğünün önlenmesinde şekerli atıştırmalıkları sınırlandırmak gerektiğini düşünmektedir. Benzer çalışmalarda bu fikirde olan öğretmenler %80 (120), %68 (93) ve %6,6 (118) oranındadır.

Fluoridli diş ürünleri tüketmenin diş çürüklerini önleme konusunda etkili olduğunu düşünenler yaptığımız çalışmada %39 iken, diğer çalışmalarda %6,2 (118), %89 (120), %84 (93) olarak görülmüştür. Çalışmamızda fluoridli diş ürünleri tüketmenin diş çürüklerini engellemede etkili olduğunu düşünen öğretmenlerin oranı daha önce ağız ve diş sağlığı eğitim alanlarda anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer çalışmalarla kıyaslandığında fluoridli diş ürünleri konusunda öğretmenlerin bilgi düzeyinin yeterli olmadığı görülmektedir.

American Academy of Pediatric Dentistry tarafından; diş temizliğine ilk süt dişi ağızda görüldüğü zaman başlanması ve ebeveynler tarafından günde iki kere çocuğun yaşına uygun bir diş fırçasıyla dişlerin fırçalanması gerektiği belirtilmektedir (64). 3 yaşın altındaki çocuklarda 'sürüntü' şeklinde veya 'pirinç boyutu' fluorlu diş macunu, 3-6 yaş arası çocuklarda 'bezelye boyutu' fluorlu diş macunu kullanılması gerektiği açıklanmaktadır (64). Ayrıca ilk süt dişi sürdükten sonra 6 ay içinde ve bebek 1 yaşını geçmeden, çürük risk değerlendirmesi, ebeveynlerin ağız hijyeni ve koruyucu yöntemler konusunda eğitimi ve ağız hastalıklarıyla ilgili yönlendirici rehberlik için diş hekimi ziyareti önerilmektedir (64).

Yaptığımız çalışmada çocuklarda diş temizliğine ilk diş sürdüğünde başlanması gerektiğini düşünen öğretmenlerin oranı %50,4 ve ilk diş hekimi ziyaretinin 1 yaşından geç olmaması gerektiğini düşünen öğretmenlerin oranı %17,5 olarak bulgulanmıştır. Erken çocukluk çağı çürüklerini önlemede etkili olabilecek yönlendirici rehberlik konusunda öğretmenlerin bu hususta eksik bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Ebeveynlerle yapılmış olan benzer çalışmalarda çocuğun ilk diş hekimi ziyaretinin 1

yaşından erken olması gerektiğini düşünenlerin oranı % 28,8 (121) ve %52,5 (122) olarak görülmüştür. EÇÇ'nin önlenmesinde yapılması gereken toplumsal bilinçlendirme uygulamalarında ilk diş hekimi ziyareti ve çocuklarda diş temizliğine başlama zamanının vurgulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamız kapsamında floridile ilgili bilgi düzeyi sorgulandığında; floridin diş minesini güçlendirdiğini düşünen öğretmenlerin oranı %65,8, floridin başlangıç çürüklerini iyileştirebileceğini düşünen öğretmenlerin oranı ise %30,3 olarak bulunmuştur. Her iki sonuç da eğitim alanlarda ve mesleki tecrübesi 10 seneden fazla olan öğretmenlerde istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer bir çalışmada (101) floridin diş minesini güçlendirdiğini düşünen öğretmenlerin oranı %86,3 ve başlangıç çürüklerini iyileştirebileceğini düşünenlerin oranı %13,3 olarak görülmüştür. Buna göre floridile ilgili bilgilendirme uygulamalarının daha kapsamlı olmasının toplumsal bilinçlenmenin gelişmesinde ve gitgide artan floridile ilgili önyargıların azalmasında faydalı olacağı görüşündeyiz.

Yaptığımız çalışmada travma konusu sorgulandığında öğretmenlerin %70,6'sı travma gerçekleşikten sonra mümkün olduğunca çabuk müdahale edilmesi gerektiği cevabını vermiştir. Bu oran başka bir çalışmada (123) %74,7 olarak görülmüştür. Süt ve daimi dişte avülsiyon tipi yaralanmalarda öğretmenlerin ne yapacağı sorgulandığında, daimi dişte meydana gelen avülsiyonlarda dişin hemen yerine yerleştirilmesi gerektiğini düşünen öğretmenlerin oranı maalesef %12,7'dir. Bu oran Singapur'da (124) yapılan benzer bir çalışmada %43, Hong Kong'da yapılan benzer bir çalışmada (123) ise %16,2 olarak görülmüştür. Travma gören dişte yapılan erken müdahaleler, travma olgularında tedavinin uzun dönem başarısı için son derece önemli olarak tanımlanmaktadır (125, 126). Çalışmada süt dentisyonda meydana gelen avülsiyon tipi yaralanmalar sonucu süt dişinin asla yerine yerleştirilmemesi gerektiğini düşünen öğretmenlerin oranı ise %22,4'tür. Bu oran Hong Kong'daki öğretmenlerde %74,6 olarak görülmektedir (123). Travmayla ilgili öğretmenlerin yetersiz bilgiye sahip olması mevcut literatürle uyum göstermektedir (127-129). Travma konusunda mevcut olan bilgi eksikliği, öğretmenlerin travma tecrübesi yaşamamalarından dolayı kaynaklanıyor olabilir. Travmayla ilgili koruyucu önlemlerin ve travma sonrası ebeveynlerin doğru yönlendirilmesi hususunda öğretmenlerin rehberliği önemlidir. Bu konudaki bilgi eksikliğini vurgulanması gerektiği görüşündeyiz.

Çalışmamızda öğretmenlerin ağız sağlığıyla ilgili davranışları konusunda verilen cevaplara bakıldığında, %73,2'sinin diş fırçalama sıklığı günde iki kere olarak görülmektedir. Bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla (117-119) korrelasyon göstermektedir. Diş fırçasını değiştirme sıklığı 3 ayda 1 olanlar, öğretmenlerin %51,3'ünü oluşturmaktadır. Benzer çalışmalarda bu oran %56 (117) ve %26,8 (118) olarak görülmektedir. Çalışmamızdaki öğretmenlerin sadece %13,2'si düzenli aralıklarla diş hekimi ziyaretleri gerçekleştirmektedir. %42,1'i ise diş hekimini sadece ağrı olduğu zaman ziyaret ettiğini belirtmiştir. Sadece ağrı olduğunda diş hekimine gittiğini söyleyen öğretmenlerin oranı benzer çalışmalarda %38 (117) ve %58,6 (118) olarak görülmektedir. Diş hekimini ziyaret etmeme sebebi için öğretmenlerin %52,6'sı özel bir nedeni olmadığını söylemiştir. Çalışma saatlerinin uygun olmaması ya da koruyucu tedavilere yeterince önem vermemeleri sebeplerden biri olabilir. Çalışma sonuçlarına göre öğretmenler düzenli diş hekimi ziyaretinin çürükleri engellemek konusunda etkili olduğunu düşünmekte ancak davranışsal olarak bunu günlük hayatta uygulamamaktadırlar.

Öğretmenlerin sadece %28,5'i lisans öğrenimleri boyunca ağız sağlığı ile ilgili bir ders gördüğünü belirtmiştir. Çalıştıkları okulda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar olan öğretmenlerin oranı %35,1 iken, öğretmenlerin %55,7'si okul müfredatında çocuklara ağız ve diş sağlığı eğitiminin mevcut olduğunu söylemiştir. İleride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verilirse katılmak istediğini belirtenler öğretmenler arasında %74,6'dır. Bu sonuca göre okul öncesi öğretmenliği fakültelerinin ders programlarında çocukların ağız sağlığıyla ilgili konulara daha çok yer verilmesinin gerektiğini düşünmekteyiz. Okul müfredatında ağız sağlığı eğitimi olduğu halde bazı okullarda bunun gerçekleştirilememesinin altında yatan nedenler araştırılarak çözüm üretilebilir. Dental eğitim sistematik hale getirilerek sağlık politikaları kapsamında uygulanmalıdır.

Okul temelli dental eğitim, diş çürükleriyle mücadelede önemli toplumsal basamaklardan biridir. Çalışmanın sonuçlarına göre öğretmenlerin genel olarak diş çürüğü nedenleri ve diş çürüğünü engelleme yöntemleriyle ilgili bilgi sahibi olduğu görülse de, koruyucu uygulamalar, florid, çocuklarda ilk diş hekimi ziyareti, ilk diş temizliği ve travma konularında bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmıştır. Öğretmenlerin okul temelli dental eğitimde etkin bir şekilde rol alabilmeleri, ebeveynleri ve çocukları

pozitif yönde etkileyerek sağlıklı nesiller oluşturulmasına yardımcı olabilmeleri için bu eksikliklerin giderilmesi gereklidir. Öğretmenler konu hakkında bilgi sahibi olduklarında, iletişim içinde olacakları çocuk ve ebeveynleri daha etkili bir biçimde eğitebilirler. Öğretmenlerin istenilen bilgi düzeyine ulaşması için ağız ve diş sağlığının ve ağız ve diş sağlığı eğitiminin önemi lisans programlarından başlayarak vurgulanmalı ve bu konu hakkında bilinçlendirme sürekli hale getirilmelidir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Trabzon Merkez ilçesindeki okul öncesi öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmada;

1. Çalışmaya dahil olan öğretmenlerin sadece %29,8'inin daha önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim aldığı ve %91,2'sinin ağız ve diş sağlığının genel sağlığı etkilediğinin farkında olduğu saptanmıştır.
2. Süt dişlerindeki problemlerin daimi dişleri etkileyebileceği ve süt dişlerinin tedavi edilebilir olduğu öğretmenler tarafından yeterince bilinmemektedir. Daha önce ağız ve diş sağlığı eğitimi alan öğretmenlerde bile bu soruya doğru cevap verme yüzdesinin düşük olduğu saptanmıştır.
3. Çürükleri önleme konusunda en çok alınan yanıtlar diş fırçalamak ve düzenli diş hekimi ziyareti olmuştur. Beslenme ve fluorlu diş ürünleri tüketmenin önemiyle ilgili bilgi düzeyleri düşüktür. Daha önce ağız ve diş sağlığıyla ilgili eğitim alanların arasında fluorlu diş ürünleri tüketmenin çürük önleyici etkisi olduğunun eğitim almayanlara göre daha fazla bilindiği saptanmıştır.
4. Çocuklarda ilk süt dişi sürdüğünde diş temizliğine başlanması ve çocuklarda ilk diş hekimi ziyaretinin 1 yaşından geç olmaması gerektiğinin öğretmenler tarafından yetersiz bilindiği görülmüştür. Çocuk sahibi olma ve daha önce ağız ve diş sağlığı eğitimi almanın, doğru yanıt verme oranları üzerinde etkisi görülmemiştir.
5. Fluoridin diş minesini güçlendirdiği ve başlangıç çürüklerini iyileştirdiğinin öğretmenler tarafından yeterince bilinmediği görülmüştür. Fluoridle ilgili bilgi eksikliği çok fazladır. Çocuklarda fluorlu diş macunu kullanma zamanı ve miktarı hakkında öğretmenlerin pozitif bir tutum göstermediği görülmüştür. Daha önce ağız ve diş sağlığı eğitimi alan öğretmenlerin fluoridle ilgili sorulara doğru yanıt verme yüzdelerinin almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
6. Çalışmaya katılan öğretmenlerin ağız yaralanmalarının gerçekleştikten sonra mümkün olduğunca çabuk değerlendirilmesi gerektiğini bildiği ancak olay anından çocuğun diş hekimine ulaşmaya kadar geçen sürecin nasıl idare edilmesi gerektiği konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görülmüştür.

7. Öğretmenlerin kişisel ağız hijyeni davranışları değerlendirildiğinde;
 - a. %73,2'sinin dişlerini günde iki kez fırçaladığı ancak diş fırçalama sürelerinin çoğunlukla 2 dakikadan az olduğu, diş fırçasını 3 ayda 1 değiştiren öğretmenlerin oranının %51,3 olduğu, dişlerde ara yüz temizliği için öğretmenlerin sadece %46,1'inin diş ipi kullandığı,
 - b. Çürüklerin önlenmesi için gerekli yöntemler konusunda düzenli diş hekimi ziyareti en çok verilen yanıtlardan biri olsa da, öğretmenlerin sadece %13,2'sinin düzenli aralıklarla diş hekimine gittiği, öğretmenlerin %42,1'inin sadece diş ağrısı olduğu zaman diş hekimini ziyaret ettiği, öğretmenlerin %58,8'inin diş hekimini en son ziyaret etme sebebinin çürük/dolgu yaptırmak olduğu,
 - c. Öğretmenlerin %33,3'ünün ise diş hekimlerinin koruyucu tedavilere yeterince önem vermediği tespit edilmiştir.
8. Öğretmenlerin ağız ve diş sağlığıyla ilgili tutumları değerlendirildiğinde;
 - a. %64,9'unun çalıştığı okulda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar olmadığı, %55,7'sinin okul müfredatında çocuklara ağız ve diş sağlığı eğitiminin mevcut olduğunu bildiği, %71,5'inin lisans öğrenimi boyunca ağız sağlığı ile ilgili bir ders görmediği,
 - b. %74,6'sının ileride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili bir ders verildiğinde katılmak istediği saptanmıştır.

Sonuç olarak; Trabzon Merkez ilçesindeki okul öncesi eğitimcilerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmada okul öncesi öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu, tutum ve davranışlarının yeterli seviyede olmadığı anlaşılmıştır. Şu an mevcut sistemde okullarda ağız taramaları yapılmakta, ilkokul ve okul öncesi öğrencilerine fluor uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Buna rağmen okul öncesi öğretmenleri arasındaki bilinçlenme istenilen düzeyde değildir. Bu durumun altındaki nedenlerin araştırılmasının ve çözümü için daha fazla çalışma yapılmasının, EÇÇ ve ağız hastalıklarından korunmak için atılacak en büyük adımlardan biri olacağı kanısındayız.

EÇÇ'nün başarılı bir şekilde yönetimi ve tedavisi için takım çalışması gereklidir. Toplumsal dental eğitim kapsamında diş hekimi olmayan meslek gruplarının kamusal farkındalık yaratmak için kullanılması özellikle diş hekimine ulaşmanın zor olduğu

bölgelerde faydalı olabilir. Takım çalışması fikrini pratiğe yansıtabilmek için bu konu üzerine odaklanacak çok sayıda projeye ihtiyaç duyulmaktadır. Diş hekimi olmayan meslek gruplarının ağız ve diş sağlığı konularında eğitimleri ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması hususunda diş hekimlerine büyük rol düşmektedir. Sağlık bakanlığı, halk sağlığı kurumları ve diş hekimliği fakülteleri ortaklaşa ve sistematik bir düzen oluşturarak doğum öncesi annenin, doğum sonrası anne ve bebeğin ağız ve diş sağlığını kontrol altında tutarak, beslenme ve hijyen konusunda gerekli bilgilendirmeler yaparak ağız hastalıklarıyla mücadelede büyük başarılar elde edebilir. Çocuklar ve ebeveynlerle temas eden meslek grupları; çocuk doktorları, hemşireler, öğretmenler, süreklilik içeren ağız sağlığı ile ilgili doğru bilgi ve davranışları edinebilecekleri eğitimler almalıdır. Ağız ve diş sağlığı eğitimleri, okul öncesi ve örgün eğitim sisteminin bir parçası haline getirilmelidir.

9. KAYNAKLAR

1. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M (2009). Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract* 21: 1-10.
2. American Academy of Pediatric Dentistry reference manual 2005-2006. *Pediatr Dent* 27: 1-211.
3. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A (2005). Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 83: 677-85.
4. Thitasomakul S, Thearmontree A, Piwat S, Chankanka O, Pithpornchaiyakul W, Teanpaisan R (2006). A longitudinal study of early childhood caries in 9- to 18-month-old Thai infants. *Community Dent Oral Epidemiol* 34: 429-36.
5. Beltrami G (1932). Les dents noires de tout-petits, La mëlانodontie infantile. *Siècle Médical*.
6. Ripa LW (1988). Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatr Dent*. 10: 268-82.
7. Ismail AI, Sohn W (1999). A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. *J Public Health Dent* 59: 171-91.
8. Takaoka LA, Goulart AL, Kopelman BI, Weiler RM (2011). Enamel defects in the complete primary dentition of children born at term and preterm. *Pediatr Dent* 33: 171-6.
9. American Association of Pediatric Dentistry (2007). Definition of early childhood caries. Available from: http://www.aapd.org/assets/1/7/D_ECC.pdf
10. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T (2009). Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res* 43: 25-35.
11. Tomar SL, Reeves AF (2009). Changes in the oral health of US children and adolescents and dental public health infrastructure since the release of the Healthy People 2010 Objectives. *Acad Pediatr* 9: 388-95.
12. Kelly M, Bruerd B (1987). The prevalence of baby bottle tooth decay among two native American populations. *J Public Health Dent* 47: 94-7.
13. Muller M (1996). Nursing-bottle syndrome: risk factors. *ASDC J Dent Child* 63: 42-50.
14. Albert RJ, Cantin RY, Cross HG, Castaldi CR (1988). Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin. *J Can Dent Assoc* 54: 751-8.

15. Grindefjord M, Dahllof G, Ekstrom G, Hojer B, Modeer T (1993). Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res* 27: 505-10.
16. Berkowitz RJ (2003). Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc* 69: 304-7.
17. al-Shalan TA, Erickson PR, Hardie NA (1997). Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries. *Pediatr Dent* 19: 37-41.
18. Harrison R, Wong T, Ewan C, Contreras B, Phung Y (1997). Feeding practices and dental caries in an urban Canadian population of Vietnamese preschool children. *ASDC J Dent Child* 64:112-7.
19. Weerheijm KL, Uyttendaele-Speybrouck BF, Euwe HC, Groen HJ (1998). Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *Caries Res* 32: 46-50.
20. Santos AP, Soviero VM (2002). Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Braz Oral Res* 16: 203-8.
21. Twetman S, Garcia-Godoy F, Goepferd SJ (2000). Infant oral health. *Dent Clin North Am* 44: 487-505.
22. Kırzioğlu Z, Gürbüz T, Yagdıran A, Karatoprak O (2002). Erzurum, Bursa ve Isparta illerinde, 2-5 yaş grubu çocuklarda çürük sıklığı ve bazı risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 12: 6-13.
23. Tiano AV, Moimaz SA, Saliba O, Saliba NA (2009). Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different water fluoride content. *J Appl Oral Sci: revista FOB* 17: 39-44.
24. de Silva-Sanigorski AM, Calache H, Gussy M, Dashper S, Gibson J, Waters E (2010). The VicGeneration study a birth cohort to examine the environmental, behavioural and biological predictors of early childhood caries: background, aims and methods. *BMC Public Health* 10: 97.
25. Slabsinskiene E, Milciuviene S, Narbutaite J, Vasiliauskiene I, Andruskeviciene V, Bendoraitiene EA (2010). Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. *Medicina* 46: 135-41.
26. Wigen TI, Wang NJ (2010). Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 38: 19-28.

27. Birkhed D (1989). Sugar substitutes one consequence of the Vipeholm Study? *Scand J Dent Res* 97: 126-9.
28. Harel-Raviv M, Laskaris M, Chu KS (1996). Dental caries and sugar consumption into the 21st century. *Am J Dent* 9: 184-90.
29. Tanzer JM, Livingston J, Thompson AM (2001). The microbiology of primary dental caries in humans. *J Dent Educ* 65: 1028-37.
30. Karn TA, O'Sullivan DM, Tinanoff N (1998). Colonization of mutans streptococci in 8- to 15-month-old children. *J Public Health Dent* 58: 248-9.
31. Milnes AR, Bowden GH (1985). The microflora associated with developing lesions of nursing caries. *Caries Res* 19: 289-97.
32. Seow WK (1998). Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 8-27.
33. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP (1993). Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 72:37-45.
34. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM (2002). Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent* 24: 543-51.
35. Wan AK, Seow WK, Walsh LJ, Bird P, Tudehope DL, Purdie DM (2001). Association of *Streptococcus mutans* infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. *J Dent Res* 80: 1945-8.
36. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Duncan M, Smith DJ (2001). Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 39: 2313-6.
37. van Loveren C, Buijs JF, ten Cate JM (2000). Similarity of bacteriocin activity profiles of mutans streptococci within the family when the children acquire the strains after the age of 5. *Caries Res* 34: 481-5.
38. de Carvalho FG, Silva DS, Hebling J, Spolidorio LC, Spolidorio DM (2006). Presence of mutans streptococci and *Candida* spp. in dental plaque/dentine of carious teeth and early childhood caries. *Arch Oral Biol* 51: 1024-8.
39. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM (2006). Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 42: 37-43.

40. Simmer JP, Hu JC (2001). Dental enamel formation and its impact on clinical dentistry. *J Dent Educ* 65: 896-905.
41. Zafar S, Harnekar SY, Siddiqi A (2009). Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *Int Dent SA* 11: 24-36.
42. Williams SA, Kwan SY, Parsons S (2000). Parental smoking practices and caries experience in pre-school children. *Caries Res* 34: 117-22.
43. Hallett KB, O'Rourke PK (2006). Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 34: 25-35.
44. De Grauwe A, Aps JK, Martens LC (2006). Early Childhood Caries (ECC): what's in a name? *Eur J Paediatr Dent* 5: 62-70.
45. Eckersley AJ, Blinkhorn FA (2001). Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *Int J Paediatr Dent* 11: 103-9.
46. Eronat N, Eden E (1992). A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children. *J Clin Pediatr Dent* 16: 275-9.
47. Dini EL, Holt RD, Bedi R (2000). Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 28: 241-8.
48. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A (1998). Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 31-6.
49. Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M (2007). Early childhood caries a review. *Dent Update* 34: 556-8, 61-2, 64.
50. Tinanoff N, O'Sullivan DM (1997). Early childhood caries: overview and recent findings. *Pediatr Dent* 19: 12-6.
51. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S (1993). The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 21: 109-13.
52. Hollister MC, Weintraub JA (1993). The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ* 57: 901-12.
53. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ (1992). Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent* 14: 302-5.

54. Griffin SO, Gooch BF, Beltran E, Sutherland JN, Barsley R (2000). Dental services, costs, and factors associated with hospitalization for Medicaid-eligible children, Louisiana 1996-97. *J Public Health Dent* 60: 21-7.
55. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P (2006). Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent*. 28: 254-9.
56. Gift HC, Reisine ST, Larach DC (1992). The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*. 82: 1663-8.
57. Uribe S (2009). Early childhood caries risk factors. *Evid Based Dent* 10: 37-8.
58. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E (2009). Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc* 140: 650-7.
59. Von Burg MM, Sanders BJ, Weddell JA (1995). Baby bottle tooth decay: a concern for all mothers. *Pediatr Nurs* 21: 515-9
60. Berg JH, Slayton RL (2009). *Early Childhood Oral Health*. 2nd ed. Singapore: Wiley-Blackwell, 42-43.
61. Ismail AI (2003). Determinants of health in children and the problem of early childhood caries. *Pediatr Dent*. 25: 328-33.
62. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME (2000). Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 188: 201-5.
63. Kohler B, Andreen I (2010). Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: a follow-up at eleven and fifteen years of age. *Caries Res* 44: 453-8.
64. American Academy on Pediatric Dentistry (2008). Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 30: 40-3.
65. Reisine S, Douglass JM (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 32-44.
66. American Academy of Pediatric Dentistry (2003). Oral health policies. *Pediatr Dent* 25: 11-49.

67. Van Palenstein Helderman WH, Soe W, van 't Hof MA (2006). Risk factors of early childhood caries in a Southeast Asian population. *J Dent Res* 85: 85-8.
68. Van Loveren C (2004). Sugar alcohols: what is the evidence for caries-preventive and caries-therapeutic effects? *Caries Res* 38: 286-93.
69. Treasure ET, Chestnutt IG, Whiting P, McDonagh M, Wilson P, Kleijnen J (2002). The York review--a systematic review of public water fluoridation: a commentary. *Br Dent J* 192: 495-7.
70. Davies GN (1998). Early childhood caries a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 106-16.
71. Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, Beltran-Aguilar ED, Donly KJ, Frese WA (2013). Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *J Am Dent Assoc* 144: 1279-91.
72. Rosenblatt A, Zarzar P (2004). Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. *Int J Paediatr Dent* 14: 439-45.
73. Ismail AI (1998). Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 49-61.
74. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K (2013). Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. *Eur J Pediatr* 172: 231-7.
75. Arrow P, Raheb J, Miller M (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health* 13: 245.
76. Gao X, Lo EC, McGrath C, Ho SM (2013). Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 14: 118.
77. Türk Dişhekimleri Birliği (2014). Dişhekimlerinin çalışma şekilleri, kurumlarda ve il/ilçelerde 2014 yılı dağılımı. Available from: http://tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapciklari/2014YiliDishDagKitapcigi.pdf.

78. Hallas D, Fernandez JB, Herman NG, Moursi A (2015). Identification of Pediatric Oral Health Core Competencies through Interprofessional Education and Practice. *Nurs Res Pract* 2015:360523. doi: 10.1155/2015/360523.
79. Barnes-Boyd C, Fordham Norr K, Nacion KW (2001). Promoting infant health through home visiting by a nurse-managed community worker team. *Public Health Nurs* 18: 225-35.
80. Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y (2002). Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth* 29: 95-100.
81. Rowan-Legg A, Canadian Paediatric Society CPC (2013). Oral health care for children - a call for action. *Paediatr Child Health* 18: 37-50.
82. Mahat G, Lyons R, Bowen F (2014). Early Childhood Caries and the Role of the Pediatric Nurse Practitioner. *Jnp-J Nurse Pract* 10: 189-93.
83. Petersen PE, Kwan S (2004). Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health* 21: 319-29.
84. International Conference on Primary Health Care (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 32: 409-30.
85. al-Tamimi S, Petersen PE (1998). Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J* 48: 180-6.
86. Flanders RA (1987). Effectiveness of dental health educational programs in schools. *J Am Dent Assoc* 114: 239-42.
87. Smith LW, Evans RI, Suomi JD, Friedman LA (1975). Teachers as models in programs for school dental health; an evaluation of "The Toothkeeper". *J Public Health Dent* 35: 75-80.
88. Brukiene V, Aleksejuniene J (2010). Theory-based oral health education in adolescents. *Stomatologija* 12: 3-9.
89. Hartley, J (1998). *Learning and studying: A research perspective*. 1st ed. London, Routledge.
90. Haleem A, Khan MK, Sufia S, Chaudhry S, Siddiqui MI, Khan AA (2016). The role of repetition and reinforcement in school-based oral health education-a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 16: 2.

91. Ivanovic M, Lekic P (1996). Transient effect of a short-term educational programme without prophylaxis on control of plaque and gingival inflammation in school children. *J Clin Periodontol* 23: 750-7.
92. Kay EJ, Locker D (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 24: 231-5.
93. Ramroop V, Wright D, Naidu R (2011). Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward developing dental health education. *West Indian Med J* 60: 576-80.
94. International Conference on Primary Health Care (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 32: 428-30.
95. Craft M, Croucher R, Dickinson J, James M, Clements M, Rodgers AI (1984). Natural Nashers: a programme of dental health education for adolescents in schools. *Int Dent J* 34: 204-13.
96. Glasrud PH, Frazier PJ (1988). Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent* 48: 74-80.
97. Loupe MJ, Frazier PJ (1983). Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. *J Am Dent Assoc* 107: 229-34.
98. Stephen S (1984). Teachers as dental health educators. *Odontostomatol Trop* 7: 205-8.
99. Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M (2004). Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. *Int Dent J* 54: 33-41.
100. Petersen PE, Torres AM (1999). Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Paediatr Dent* 9: 81-91.
101. Sgan-Cohen HD, Saadi S, Weissman A (1999). Dental knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israel. *Int Dent J* 49: 269-74.
102. Jackson R (2006). Parental health literacy and children's dental health: implications for the future. *Pediatr Dent* 28: 72-5.
103. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A (2012). Experiences of dental care: what do patients value? *BMC Health Serv Res* 12: 177.

104. Amin MS, Harrison RL (2009). Understanding parents' oral health behaviors for their young children. *Qual Health Res* 19: 116-27.
105. Cohen SM, Fiske J, Newton JT (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 189: 385-90.
106. Pieh-Holder KL, Callahan C, Young P (2012). Qualitative needs assessment: healthcare experiences of underserved populations in Montgomery County, Virginia, USA. *Rural Remote Health* 12: 1816.
107. Moore-Greene G (2000). Standardizing social indicators to enhance medical case management. *Soc Work Health Care* 30: 39-53.
108. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP (2011). Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 39: 105-14.
109. Jackson SL, Vann WF, Jr., Kotch JB, Pahel BT, Lee JY (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health* 101: 1900-6.
110. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Correa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML (2013). Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res* 47: 211-8.
111. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y (2003). Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 25: 114-8.
112. Christensen P (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Soc Sci Med* 59: 377-87.
113. Rossow I, Rise J (1994). Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Soc Sci Med* 38: 1299-305.
114. Tuckett, D (1976). *Sociology as a science*. 1st ed. Tavistock Publications. London. 43-73
115. Kay E, Locker D (1998). A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health* 15: 132-44.
116. Mota A, Oswal KC, Sajnani DA, Sajnani AK (2016). Oral Health Knowledge, Attitude, and Approaches of Pre-Primary and Primary School Teachers in Mumbai, India. *Scientifica (Cairo)*. 5967427. doi: 10.1155/2016/5967427

117. Sekhar V, P S, M AE, L S, N B, K R, (2014). Knowledge, attitude and practice of school teachers towards oral health in pondicherry. *J Clin Diagn Res* 8: ZC12-5.
118. Manjunath G, Kumar NN (2013). Oral health knowledge, attitude and practices among school teachers in Kurnool-Andra Pradesh. *J Oral Health Comm Dent* 7: 17-23.
119. Ehizele A, Chiwuzie J, Ofili A (2011). Oral health knowledge, attitude and practices among Nigerian primary school teachers. *Int J Dent Hyg* 9: 254-60.
120. Petersen PE, Esheng Z (1998). Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *Int Dent J* 48: 210-6.
121. Prabhu A, Rao AP, Reddy V, Ahamed SS, Muhammad S, Thayumanavan S (2013). Parental knowledge of pre-school child oral health. *J Community Health* 38: 880-4.
122. Al-Zahrani AM, Al-Mushayt AS, Otaibi MF, Wyne AH (2014). Knowledge and attitude of Saudi mothers towards their preschool children's oral health. *Pak J Med Sci* 30: 720-4.
123. Young C, Wong KY, Cheung LK (2012). Emergency management of dental trauma: knowledge of Hong Kong primary and secondary school teachers. *Hong Kong Med J* 18: 362-70.
124. Sae-Lim V, Lim LP (2001). Dental trauma management awareness of Singapore pre-school teachers. *Dent Traumatol* 17: 71-6.
125. Andreasen JO. (1981) The effect of extra-alveolar period and storage media upon periodontal and pulpal healing after replantation of mature permanent incisors in monkeys. *Int J Oral Surg* 10: 43-53.
126. Sae-Lim V, Yuen KW (1997). An evaluation of after-office-hour dental trauma in Singapore. *Endod Dent Traumatol* 13: 164-70.
127. Chan AW, Wong TK, Cheung GS (2001). Lay knowledge of physical education teachers about the emergency management of dental trauma in Hong Kong. *Dent Traumatol* 17: 77-85.

128. Mohandas U, Chandan GD (2009). Knowledge, attitude and practice in emergency management of dental injury among physical education teachers: a survey in Bangalore urban schools. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 27: 242-8.
129. Panzarini SR, Pedrini D, Brandini DA, Poi WR, Santos MF, Correa J (2005). Physical education undergraduates and dental trauma knowledge. *Dent Traumatol* 21: 324-8.



10.EKLER

10.1. EK 1. Trabzon Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün izni



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 82438636/604/2873237
Konu: Uygulama izni

16/03/2015

VALİLİK MAKAMINA

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğretim elemanlarından Dt. Ezgi BALTACI'nın, Ortahisar Merkez Anaokullarında görev yapan okulöncesi öğretmenlerine 'Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi' konulu çalışmasına ait uygulamayı 23/03/2015-29/05/2015 tarihleri arasında, okul müdürünün de uygun göreceği saatlerde uygulama yapma isteği müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarımızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Hızır AKTAŞ
Millî Eğitim Müdürü

OLUR
.../03/2015

Celalettin CANTÜRK
Vali a.
Vali Yardımcısı

Trabzon Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü
Telefon : (0 462) 2302094-1400
Faks : (0 462) 230 43 74
e-posta : trabzonmcm@meb.gov.tr

Bilgi İçin: M.KAŞ (Şb.Mdr.)

İnt.Adresi : trabzon.meb.gov.tr

Evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksoru.meb.gov.tr> adresinden bdcf-4622-3b53-b6ec-4c6e kodu ile teyit edilebilir.



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : 64529847-
Konu : Anket Çalışması

23/02/2015

T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Fakültemiz Pedodonti Anabilim Dalı öğretim Elemanlarından Arş.Gör.Dt.Ezgi BALTACI'nın Müdürlüğüne bağlı Trabzon Merkez Anaokullarında görev yapan okul öncesi öğretmenlerinin "Ağız ve Diş Sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi" konulu çalışmasına ilişkin dilekçesi ve anket soruları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğinizi rica ederim.

10054
Sayı:
25/SUBA/2015
Trabzon Valisi a.

Prof.Dr.Hasan DİNÇ
Dekan

Ek-1: Dilekçe
Ek-2: 346 adet anket çalışması

61080 - Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 325 30 16

Faks: +90(462)325 30 17

www.ktu.dls.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat

Zehra MENTEŞE

Zehra.mentese@ktu.edu.tr

5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İk imzalı suretine <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:98050671/044/4 ve Barkod Num.:432404 bilgileriyle erişebilirsiniz.

TRABZON VALİLİĞİ
MILLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI

İ. sınıflı öğrenci		Tarih :	
numarası		Paraf :	
MÜHÜRÜ		Paraf :	
SINIF NO		Paraf :	
20 ŞUBAT 20			
NO	2168113		
ADI	1. sınıf		
OKUL	OKUL NO		
	MÜHÜRÜ		
1	YEMEL NÖFRES		
2	OKUL NO		
3	MESLEKİ VE T.C. NO		
4	DİN ÖĞRETİMİ		
5	ÖZEL NÖFRES VE OKUL NO		
6	OKUL NO		
7	ÖZEL NÖFRES NUMARASI		
8	NÖFRES İŞİ VE NÖFRES NO		
9	OKUL NO		
10	OKUL NO		
11	OKUL NO		
12	OKUL NO		
13	OKUL NO		

10.2. EK 2. Anket- okul öncesi eğitimcilerin ağız sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bilgi edinme formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

OKUL ÖNCESİ EĞİTİMCİLERİN AĞIZ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE İLGİLİ BİLGİ EDİNME FORMU

Okul öncesi öğretmenleri, okul temelli ağız sağlığı eğitimi ve farkındalığı yaratmak açısından, 3-6 yaş arası çocuklar ve ebeveynlerle ilişkide oldukları için önemli role sahiptir. Bu nedenle ağız sağlığı ve ağız hastalıkları ile ilgili ne kadar bilgi sahibi oldukları önemlidir.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Demografik bilgiler

YAŞ:

CİNSİYET: ERKEK () KADIN ()

MEDENİ HAL:

ÇOCUĞUNUZ VAR MI? EVET () HAYIR ()

VARSA SAYISI:

AYLIK GELİR:

ÇALIŞTIĞINIZ OKUL TİPİ: DEVLET OKULU () ÖZEL OKUL ()

KAÇ YILDIR ÖĞRETMEN OLARAK GÖREV YAPTIYSUNUZ?:

DAHA ÖNCE OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARININ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA YÖNELİK EĞİTİM ALDINIZ MI?

EVET () HAYIR ()

Ağız sağlığı konusundaki bilgiler

1. Çocukların ağızda kaç tane süt (bebeklik) dişi vardır?

- a. 10
- b. 12
- c. 20
- d. 28
- e. Bilmiyorum

2. Diş plağı nedir?

- a. Diş üzerindeki yumuşak artıklar
- b. Diş üzerindeki sert artıklar
- c. Dişteki lekelenmeler
- d. Bilmiyorum

3. Diş taşı nedir?

- a. Diş üzerindeki yumuşak artıklar
- b. Diş üzerindeki sert artıklar
- c. Dişteki lekeler
- d. Bilmiyorum

4. Diş plağı neye sebep olur?

- a. Dişeti iltihabı
- b. Dişte lekelenme
- c. Diş çürüğü
- d. Hepsisi
- e. Bilmiyorum

5. Çürüksüz dişlere sahip olma mümkün müdür?

- a. Mümkün
- b. Mümkün değil
- c. Bilmiyorum

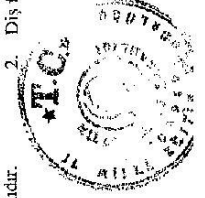


6. Size göre diş çürüğünün nedenleri nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Yetersiz fırçalama
 - Kıvı beslenme
 - Sıcak-soğuk, sert yiyecekler
 - Tatlı ve asitli yiyecekler
 - İnsiyet
 - Eğitim yetersizliği
 - Kalsiyum yetersizliği
 - Düzenli kontrolün olmayışı
 - Stres
 - Diş sıkma
 - Bilmiyorum
7. Diş çürüğünün belirtileri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Ağrı
 - Lekc
 - Ağızda koku
 - Şişlik
 - Dişte oyuk
 - Çiğneyememe
 - Bilmiyorum
8. Aşağıdakilerden hangisi çocuklardaki ağız sağlığı problemlerinin sonuçlarındandır?
- Konuşma bozuklukları
 - Konsanrasyon eksikliği
 - Gelişim eksikliği
 - Hepsi
 - Bilmiyorum
9. Size göre, diş çürüğünü engellemek için hangi yöntem daha etkilidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Şekerli atıştırmakları sınırlandırmak
 - Florlu diş ürünleri tüketmek
 - Şekerli sakız çiğnemek
 - Diş fırçalamak
 - Diş ipi kullanmak
 - Düzenli diş hekimini ziyaretleri
 - Bilmiyorum
10. Sizde, ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığını etkiler mi?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
11. Sizde, sırt dışındaki problemler daimi dişleri etkiler mi?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
12. Sizde, sırt dışındaki çürükler tedavi edilebilir mi?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
13. İlk daimi (sürekli) dişler kaç yaşında ağızda görülür? (ağız sitren)?
14. Floride ilgili aşağıdaki açıklamalardan size göre doğru olan seçenekleri işaretleyiniz.
- Diş minesini güçlendirir. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
 - Dişleri beyazlatır. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
 - Dişleri temizler. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
 - Diş ve karnikler için besleyicidir. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
 - Ağız bakterilerine karşı bir maddedir. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
 - Başlangıç çürüklerini iyileştirir. Doğru () Yanlış () Bilmiyorum ()
15. Çocuklarda ilk diş hekimini muayenesi ne zaman yapılmalıdır?
- Çocuk gelişimsel olarak hazır olduğunda
 - 1 yaşından geç olmamalı
 - 3 yaşından geç olmamalı
 - Çocuk desteksiz oturabilmeye başladığında
 - Bilmiyorum

16. Ebeveynler bebek ve çocuklarda diş temizliğine ne zaman başlamalıdır?
- Doğduğunda
 - İlk diş sürdüğünde
 - Çocuk gelişimsel olarak hazır olduğunda
 - Sür dişleri değişip دائمی (sürekli) dişler çıktıktan sonra
 - Bilmiyorum
17. Çocuklarda ne zaman Florit diş macunu kullanılmaya başlanmalı?
- Mümkün olduğu kadar çabuk
 - 3 yaş civarı
 - 6 yaş civarı
 - Çocuklar florit diş macunu kullanmamalı
 - Bilmiyorum
18. Çocuklar hangi tür atıştırmalıklar yemesi için teşvik edilmelidir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)
- Kuru üzüm, meyve pastili gibi yiyecekler
 - Yapay tatlandırıcı içeren yiyecekler
 - Çocukların atıştırmalıklara ihtiyacı yoktur, atıştırma 3 sağlıklı öğünü yemelerini engeller
 - Peynir, süt ve yoğurt gibi yiyecekler
 - Bilmiyorum
19. Sızca, çocuklardaki emme alışkanlıkları (parmak, emzik, vs.) diş ve çene yapısını etkiler mi?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
- (19. soruya hayır veya bilmiyorum cevabı verdiyseniz aşağıdaki soruyu boş bırakın.)
20. Sızca, hangisi/hangileri bir çocuğa emme alışkanlığını (parmak, emzik, vs.) bırakma konusunda yardımcı eder? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)
- Ebeveynler konuya dahil olmalı
 - Çocuk alışkanlığı bırakmak istemeli
 - Çocuk emme alışkanlığını verebilecek zararlıları anlayabilecek yaşta olmalıdır.
 - Çocuk ağız içinde yerleştirilen bir aygıt kullanmak zorundadır.
 - Bilmiyorum
21. Ağız yaralanmaları gerçekleştikten ne kadar sonra değerlendirilmelidir?
- Mümkün olduğu kadar çabuk
 - 8 saat içinde
 - 24 saat içinde
 - Diş bekinden randevu alınabildiği en kısa zaman içinde
 - Bilmiyorum
22. Aşağıdakilerden hangisi yaralanma, dışıme vs. sonucu yerinden tamamen çıkan sürt. dişi için uygundur?
- Hemen yerine konmalıdır
 - Sterilize edilmelidir
 - Asla yerine yerleştirilmemelidir
 - Çürüme behrileri için muayene edilmeli
 - Bilmiyorum
23. Aşağıdakilerden hangisi yaralanma, dışıme vs. sonucu yerinden tamamen çıkan دائمی dişi için uygundur? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz.)
- Dişi fırçalamayın
 - Dişi soğuk suyla durulayın
 - Dişi bemen yerine yerleştirin
 - Dişi bulun
 - Bilmiyorum

Ağız sağlığı ile ilgili tutum ve davranışlar

- Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?
 - Birkaç günde 1 kere
 - Günde 1 kere
 - Günde 2 kere
 - Günde 2 kereden fazla
 - Hiç
- Diş fırçalama süreniz nedir?



13. Heride çocuklarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim verildiğinde katılmak ister misiniz?

3. Dişlerinizi ne zaman fırçalarsınız?
 - a. Sabah
 - b. Öğle
 - c. Akşam
 - d. Diğer zamanlar
4. Diş fırçasını ne sıklıkla değiştirirsiniz?.....
5. Dişlerinizin ara yüzlerini (aralarını) temizlemek için ne kullanırsınız?
6. Diş hekimini ne sıklıkla ziyaret edersiniz?
 - a. Düzenli aralıklarla
 - b. Ağrı olduğu zaman
 - c. Seyrek
 - d. Hiç gitmedim
7. Diş hekimini en son ziyaret etme sebebiniz?.....
8. Diş hekimini ziyaret etme veya hoşlanmama sebebiniz nedir?
 - a. Korku
 - b. Yüksek maliyet
 - c. Yakında gidebileceğiniz bir kliniğin olmaması
 - d. Vaktinizin olmaması
 - e. Herhangi özel bir nedeni yok
9. Diş hekimleri çürük oluşumunu önlemeyi (koruyucu tedavileri) yeterince önemsiyor mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
10. Çalıştığınız okulda ağız ve diş sağlığı ile ilgili çalışmalar var mı?.....
11. Okul müfredatında çocuklara ağız ve diş sağlığı eğitimi mevcut mu?.....
12. Siz, lisans öğreniminiz boyunca çocukların ağız sağlığı ile ilgili bir ders gördünüz mü?
.....

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL


Sayı: 24237859-¹⁵⁴
Konu: Onay Belgesi

Tarih:04/11/2015

Sayın; Doç.Dr.Adem KUŞGÖZ
Pedodonti ABD.

“Trabzon Merkez İlçesindeki Okul Öncesi Eğitimcilerin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2015/103 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**


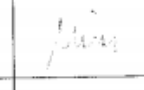




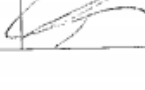
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Trabzon Merkez İlçesindeki Okul Öncesi Eğitimcilerin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2015/103		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Adem KUŞGÖZ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Pedodonti		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dt.Ezgi BALTACI		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİĞORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ DİĞER:	<input type="checkbox"/>		

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 6	Tarih: 26/10/2015
	Doç.Dr.Adem KUŞGÖZ'ün sorumluluğunda yürütülen Arş.Gör.Dt.Ezgi BALTACI'ya ait "Trabzon Merkez İlçesindeki Okul Öncesi Eğitimcilerin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2015/103 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S.Caner KARAHAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raporör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Evrim Ö. KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 603
Konu:

20/09/2016

Sayın: Doç.Dr.Tamer TÜZÜNER
Pedodonti Anabilim Dalı Başkan V.

İlgi:09/08/2016 Tarihli yazınız.

İlgi yazınızda belirttiğimiz 657 sayılı kanunun 137. Maddesi gereğince görevden uzaklaştırılan Doç.Dr.Adem KUŞGÖZ'ün 2015/103 no.lu çalışmada danışmanı olduğu Arş.Gör.Dr.Ezgi BATACI'nın tez/bilim sınavı yaklaşması nedeniyle alınan akademik kurul kararınca danışman olarak Doç.Dr.Özgül BAYGIN'ın belirlendiği; kurumumuzda değerlendirilip uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

T.C. Kimlik No :37817217680
Soyadı, Adı : Baltacı, Ezgi
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri :12.03.1989- İstanbul
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0 (462) 377 4771/4808
E-posta : baltaciezgi@gmail.com
Yazışma Adresi : K.T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti A.D. Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans/Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Diş Hek. Fak.	2012
Lise	Hüseyin Avni Sözen Anadolu Lisesi	2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Araştırma Görevlisi	K.T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	2013-

YABANCI DİL

İngilizce

ULUSLARARADI VE ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER

1. Baltacı,E, Kusgoz, A. Treatment of an Immature Traumatized Tooth with Extra-oral Fistula. 8. Uluslararası Akdeniz Ülkeleri Pedodonti Dernekleri Kongresi & 21. Türk Pedodonti Derneği Kongresi, 13-15 Kasım 2014, İstanbul, Türkiye.

2. Kusgoz, A, Baltacı,E, Altıntaş S, Yasar, A. Evaluation of Eluted Residual Monomers From Different Bulk-Fill and Conventional Composite Resins by HPLC. 13th European Academy of Pediatric Dentistry Congress, 2-5 Haziran 2016, Belgrad, Sırbistan.

