

**T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ-KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**BİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 7-14 YAŞ
ARASI ÇOCUKLARDA ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA TÖREDİ

**Danışman
Prof. Dr. Yurdağül ERDEM**

YOZGAT - 2017

YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI

“Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne Başvuran 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tezi, Bozok Üniversitesi ve Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Programı Tez önerisi ve Tez Yazma Yönergesine uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Eda TÖREDİ

İmza

Danışman

Prof.Dr.Yurdagül ERDEM

İmza

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sevinç POLAT

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Eda TÖREDİ



15.09.2017



**T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEZ KABUL TUTANAĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Prof. Dr. Yurdağül ERDEM danışmanlığında, Eda TÖREDİ tarafından hazırlanan “Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne Başvuran 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” adlı bu çalışma 15 / 09 / 2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Sevinç POLAT

İmza:

Bozok Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Yurdağül ERDEM

İmza:

Kırıkkale Üniversitesi

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN

İmza:

Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Yalçın ARAL

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

“Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne Başvuran 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” konulu mezuniyet tezimi hazırlamamda yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren, çalışmalarına büyük katkı sağlayan, bana ışık olan, her zaman örnek aldığım, değerli hocam; Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Yurdağül Erdem’e, istatistiksel değerlendirmelerdeki katkılarından dolayı Kırıkkale Üniversitesi İstatistik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Sevgi Yurt Öncel’e ve Keskin Meslek Yüksek Okulu Pazarlama ve Reklamcılık Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Yunus Bahadır Güler’e, çalışmam için gerekli olan uygun çalışma ortamı sağlayan Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimliğine, Pedodonti Kliniği Uzman Hekimi; Sibel Polat’a, Dt. Levent Şahin’e ve Dt. Özge Türkoğlu’na, beni bugünlere taşıyan ve üzerimde emeği olan tüm hocalarıma, çalışmalarım sırasında her zaman yanımda olan bana destek veren, kızım; Merve Sudem, oğlum; Mehmet Sefa, eşim; Hasan Murat Töredi’ye, bir ferdi olmaktan gurur duyduğum, canım aileme beni yalnız bırakmayan sevgili komşularıma ve arkadaşlarıma, çalışmama katılan çocuklara ve ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Ülkemizde çocukluk çağı sağlık sorunları içinde TUIK'in 2014 verilerine göre 7-14 yaş grubu çocuklarda % 24.5 ile ağız ve diş sağlığı sorunları ilk sırada yer almaktadır. Bunun temelinde ailelerin ağız diş sağlığına yönelik uygulama eksiklikleri yer aldığı gibi anksiyete de görülebilmektedir. Hemşirelik alanında yapılmış doğrudan çocuklarda diş tedavisine bağlı anksiyete araştırmasına rastlanmamıştır. Literatürde dental anksiyetesi olan bireylerin daha az sıklıkta dişlerini fırçaladıkları, diş bakımı ile zayıf uyum yaptıkları görülmüş, diş çürükleri ile dental anksiyete arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada bir ağız-diş sağlığı merkezine başvuran 7-14 yaş arası çocuklarda anksiyete düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan 30 sorulu sosyo-demografik soru formu ve Fleisig, Rabian, ve Peterson (1991) tarafından geliştirilen ve Jokić-Begić, Jurin ve Korajlija (2011) tarafından revize edilen, Seçer (2013) tarafından Ülkemiz için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, 15 maddeli likert tipi "Çocuklarda Anksiyete Duyarlık Ölçeği (ÇADÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, nonparametrik önemlilik testleri, korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni çocukların anksiyete düzeyleri, bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, geliş nedeni vb. sosyo-demografik özelliklerdir. DMFT indeksi (Çürük, kayıp, dolgulu dişler indeksi) muayene esnasında diş hekimi tarafından belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini Kırıkkale Ağız-Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran 7-14 yaş grubu çocuklar oluşturmuştur. Minitab 16 programında yapılan power analizinde örneklem büyüklüğü 406 olarak hesaplanmış, çalışma 408 çocukla tamamlanmıştır.

Çalışma sonucunda çocukların orta düzeyde kaygılı oldukları saptanmıştır. Yaş, diş hastanesine geliş nedeni, yapılacak işlemin açıklanma durumu ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir. DMFT indeksi ile anksiyete düzeyi arasında da pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Yaş, anne çalışma durumu, diş fırçalama alışkanlığı, diş fırçalama süresi, diş ipi kullanımı, bebeklik döneminde uzun süre emzik ve biberon kullanımı, hergün abur-cubur tüketiminin DMFT indeksini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Dental Anksiyete, Hemşirelik

ABSTRACT

According to 2014 TUIK, in our country children oral and dental health problems take first place with % 24.5 among childhood general health problems of children ages between 7 and 14. Anxiety and oral-dental health applications deficiencies are the reasons on the base of this problem. There is no study about dental anxiety of children in nursing area. At the literature, who have dental anxiety brush their teeth less than the others and also they cannot easily connected by dentist and there is a positive relation between dental caries and dental anxiety . This study aimed to measure anxiety levels of the children ages between 7- 14 applied at one of the Oral and Dental Health Center and determines the factors that affect it.

Socio-demographic form with 30 questions and 15-point Likert-type "Children Anxiety Sensitivity Scale" which was developed by Fleisig, Rabian, Peterson (1991), revised by Jokić-Begić Jurin, Korajlija (2011), Turkish validity and reliability for our country which done by Seçer (2013), were used and applied by the researchers. Percentage, mean, nonparametric significance tests, correlation test were used in the evaluation of the data. The dependent variation is children anxiety level and independent variations are socio-demographic properties like age, gender, reason for arrival etc. in the study. DMFT index (Caries, loss, filled teeth index) was determined by the dentist during the dental examination. Research population consisted of the 7-14 ages whoose comed to Kırıkkale Oral and Dental Health Center. In the power analysis performed in Minitab 16 program, the sample size was calculated as 406 and the study was completed with 408 children.

As a result of the study, children were found to be moderately anxious. There was a statistically significant relationship between age, the reason for admission to the dental hospital, the explanation of the operation will be performed and the level of anxiety. There was also positive correlation between DMFT index and anxiety level. It was determined that age, maternal working status, toothbrushing habit, toothbrushing period, dental floss use, use of pacifier for long periods during infancy, daily consumption of bacon and dumplings affected DMFT index.

Key Words: Child, Dental Anxiety, Nursing

İÇİNDEKİLER

YÖNERGE UYGUNLUK BELGESİ.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ.....	ii
TEZ KABUL TUTANAĞI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. PROBLEM TANIMI.....	1
1.2. ÇALIŞMANIN AMACI.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI DURUMU.....	4
2.2 AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU.....	9
2.3. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞININ ÖNEMİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ.....	11
2.4. DENTAL ANKSİYETE, KORKU VE FOBİ İLİŞKİSİ.....	14
2.4.1. Anksiyete Duyarlılığı.....	18
2.5. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARI.....	18
3. YÖNTEM.....	21
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	22
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu.....	22
3.4.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ÇADÖ).....	22
3.4.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	23
3.6. OLANAKLAR İLE ETİK AÇIKLAMALAR.....	23
4. BULGULAR.....	24

5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
6.1. SONUÇLAR	53
6.1.1. Araştırma Örnekleminin Sosyo-Demografik Özellikleri	53
6.1.2. Çocukların Diş Tedavisine İlişkin Durumları	53
6.1.3. Çocukların Ağız-Diş Sağlığına İlişkin Uygulama Sonuçları	54
6.1.4. Çocuklardaki Ağız Diş Sağlığını Olumsuz Etkileyen Kötü Oral Alışkanlıklara İlişkin Sonuçlar	54
6.1.5. Çocukların Diş Tedavisi Öncesi Kaygı Durumuna İlişkin Sonuçlar	54
6.1.6. Çocukların Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	55
6.1.7. Çocukların Cinsiyetine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	55
6.1.8. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	55
6.1.9. Çocukların Diş Hastanesine Geliş Nedenine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	55
6.1.10. Çocuklara Yapılacak İşlemin Açıklanma Durumuna Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	56
6.1.11. Çocukların Kaygı Duyma ifadelerine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları	56
6.1.12. Çocukların DMFT Puan ortalaması Sonuçları	56
6.1.13. Çocukların Cinsiyetine Göre DMFT Puan Ortalaması Sonuçları	56
6.1.14. Çocukların Yaş Gruplarına Göre DMFT Puan Ortalaması Sonuçları	57
6.1.15. Çocukların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DMFT Puan Ortalaması	57
6.1.16. Çocukların Ağız Diş Sağlığına İlişkin Alışkanlıklarına Göre DMFT Puan Ortalalamaları	57
6.1.17. Çocuklarda Görülen Kötü Oral Alışkanlıklara göre DMFT Puan Ortalaması	59

6.1.18. Çocukların DMFT Puan Ortalaması ile Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Sonuçları	59
6.2.ÖNERİLER	59
7. KAYNAKÇA	63
EKLER	73
EK-1: Etik Kurul Kararı	73
EK-2: Kurum İzin Belgesi	74
EK-3: Çocuklar için Anksiyete Duyarlık Ölçeği Kullanımına İlişkin İzin Belgesi ...	75
EK-4. Ebeveyn Onam Formu	76
EK- 5. Çocuk Rıza Formu	78
EK-6: Çocuklar için Anksiyete Duyarlık Ölçeği	79
EK-7: Anket Formu	80
ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anksiyete Duyarlılığı
ADSH	: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ÇADÖ	: Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeği
DALY	: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı: Erken yaşlardaki ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli işlev kaybına yol açan hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür. 1 DALY, 1 sağlıklı yaşam yılından kaybı ifade eder. $DALY = YLL$ (Mortalite Yüğü) + YLD (Morbidite Yüğü) = Disability Adjusted Life Year
DAS	: Dental Anksiyete Skalası
dmft	: ‘Süt dişlerinde’ çürük-eksik-dolgulu diş sayılarının toplamı (decayed-missing- filled teeth)
DMFT	: ‘Kalıcı dişlerde’ Çürük-Eksik-Dolgulu Diş sayılarının toplamı (Decayed-Missing- Filled Teeth)
DSM	: Mental Bozukluklar Tanıları (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO : World Health Organization)
FDI	: Dünya Diş Hekimleri Birliği (Fédération Dentaire Internationale)
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
IADR	: Uluslararası Diş Araştırmaları Birliği (International Association for Dental Research)
KADSM	: Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
NCD	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (Non Communicable Disease)
SIC	: Önemli Çürük İndeksi (Significant Caries Index)
STAI	: Süreklilik-Durumluk Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)
TDB	: Türk Dişhekimleri Birliği
TPS	: Tüm Politikalarda Sağlık
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri	24
Tablo 4.2. Çocukların Diş Tedavisine İlişkin Durumlarının Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Çocukların Ağız-Diş Sağlığına İlişkin Uygulamaları	27
Tablo 4.4. Çocukların Diş Fırçalamaya Başlama Yaşı Ortalaması	28
Tablo 4.5. Çocuklardaki Kötü Oral Alışkanlıkların Dağılımı.....	28
Tablo 4.6. Diş Tedavisine Gelen Çocukların Kaygı Duyma Durumu	29
Tablo 4.7. Çocukların Kaygı Durumunda Yoğun Yaşadıkları Duygu Durumları	29
Tablo 4.8. Çocukların Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	30
Tablo 4.9. Çocukların Cinsiyetine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	30
Tablo 4.10. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları.....	31
Tablo 4.11. Çocukların Diş Hastanesine Geliş Nedenine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.12. Çocuklara Yapılacak İşlemin Açıklanma Durumuna Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.13. Çocukların Kaygı Duyma İfadelerine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.14. Çocukların DMFT Puan Ortalaması	34
Tablo 4.15. Çocukların Cinsiyetine Göre DMFT Puan Ortalaması	34
Tablo 4.16. Çocukların Yaş Gruplarına Göre DMFT Puan Ortalaması.....	34
Tablo 4.17. Çocukların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DMFT Puan Ortalaması.....	35
Tablo 4.18. Çocukların Ağız Diş Sağlığına İlişkin Alışkanlıklarına Göre DMFT Puan Ortalamaları	36

Tablo 4.19. Çocuklarda Görülen Kötü Oral Alışkanlıklara göre DMFT Puan Ortalaması	38
Tablo 4.20. Çocukların DMFT Puan Ortalaması ile Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	39



ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1.** Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde 12 Yaş Çocuklarda DMFT Oranlarının 1980-1998 Yılları Arasındaki Değişimi7



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEM TANIMI

Sağlıklı bir ağız diş yapısına sahip olmak daha kaliteli bir yaşam için temelleri çocuklukta atılan önemli bir insan hakkıdır. Çocuklukta düzenli kontrollerin ve koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamalarının yapılması gelecek kuşakların ağız ve diş sağlığı açısından da önem taşır (Erdoğan, 2004; Ayrancı, 2005; Bayrak, Tunç, Eğilmez, Tüloğlu, 2010; Kırbaş, Özkan, 2014; Spurr, Bally, Ogenchuk 2015).

Dünyada 2010 yılında yaşamdan kaybedilmiş sağlıklı yıl (DALY-Disability Adjusted Life Year) öngörülerine göre ağız sağlığı sorunlarına bağlı 15 milyon kişinin etkilendiği belirtilmiştir. Bu durum, 100.000 kişi başına ortalama 224 yıllık bir sağlıktan yaşam kaybı anlamını taşımaktadır (The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 p:55).

Diş çürükleri, dünyadaki en yaygın çocukluk çağı hastalığı ve bulaşıcı olmayan (NCD: non communicable disease) hastalıklar olarak belirtilmektedir. Dünyada çocukların %60 ila %90'ı diş çürüklerinden etkilenmekte ve çoğu uygun olmayan, pahalı veya mevcut olmayan ağız sağlığı hizmetleri nedeniyle tedavi edilememektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ /WHO)'ne göre ağız ve diş hastalıkları, koruyucu uygulamaların yetersiz, bakıma erişimin düşük olduğu, şeker tüketiminin arttığı orta gelirli ülkelerde en yüksek oranlarda görülmektedir (Spurr, Bally, Ogenchuk, 2015; <http://www.fdiworlddental.org/2015>). Ülkemiz DSÖ gelir düzeyi gruplamasına göre orta üst gelir grubu ülkeler arasında yer almakta, ağız-diş sağlığı sorunları öncelikli sağlık sorunları arasında görülmektedir. (<http://www.who.int>).

DSÖ son 20 yılda üye ülkelerin ağız-diş sağlığı göstergeleri açısından uluslararası bir karşılaştırma yapılabilmesi için belirli yaş ya da yaş bantlarının kullanılmasını önermiştir. Bu amaçla önerilen yaşlar 5–6, 12, 15, 35–44 ve 65–74 yaş olarak belirlenmiştir. (WHO The World Oral Health Report 2003; WHO Oral Health Surveys Basic Methods 2013; Türkiye Sağlık Raporu 2014; TDB 1. Ağız Diş Sağlığı Parlamentosu 2015). Süt dişlerindeki çürük oranını belirlemede, çürük oranında olan değişimleri, diğer indeks yaşlardaki daimi dişlerde olan değişimlerden çok daha kısa

sürede gösterdiği için 5-6 yaşın kullanılmasını önermiştir. Üçüncü azı dişleri dışında bütün daimi dişlerin sürmüştüğü 12 yaş; koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları açısından önemli bir yaş grubudur. İlköğretimden ayrılma dönemine ve okul sistemi içinde çalışmalarda güvenilir örneklem oluşturması bakımından pek çok ülkede küresel izlem yaşı olarak belirlenmiştir. Daimi dişlerin 3-9 yıldır ağız ortamına maruz kalması nedeniyle ergenlik çağında diş eti hastalığı göstergelerinin değerlendirilmesinde 15 yaş önemlidir (Doğan, 2007; Rafael da Silveira Moreira, 2012; WHO Oral Health Surveys Basic Methods 2013). Diğer yaşlar ileri yaşlarda değerlendirilen indeks yaşlardır. DSÖ 2003 yılında Global Ağız Sağlığı Raporunda, DMFT (Çürük-Eksik-Dolgulu Diş/Decayed-Missing-Filled Teeth: DMFT) sınıflandırmasında 4 düzey belirlemiştir. DMFT 1.2 ve altı çok düşük düzey; DMFT 1.2-2.6 arası düşük düzey; DMFT 2.7-4.4 arası orta düzey; DMFT 4.4 ve üzeri çok yüksek düzey olarak belirtilmiştir (Rafael da Silveira Moreira, 2012). Ülkeler arası karşılaştırmalarda büyük oranda farklılıklar ve geniş bir yelpazede değişimler gözlenmiştir. Amerika kıtasında DMFT: 3.0 olarak, Avrupa bölgesinde ise; DMFT: 2.6 ve Afrika kıtasında ise DMFT: 1.7 bulunmuştur (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan, Ndiaye 2005).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 Sağlık İstatistik Yıllığında ülkemizde çocukluk çağı sağlık sorunları içinde 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk beş hastalık arasında, 7-14 yaş grubu çocuklarda % 24.5 ile ağız ve diş sağlığı sorunları birinci sırada yer almıştır (T.C. Sağlık Bak. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, <http://www.tuik.gov.tr>). Türk Diş hekimleri Birliği'nin “Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin stratejik değerlendirmesi’nde Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Türk Dişhekimleri Birliği (TDB), Dünya Dişhekimleri Birliği (FDI), UNILEVER® ortaklığında yürütülen “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Mevcut Durum Analizi 2009-2010” raporunda 2004 yılında 12 yaşta 1.9 olan DMFT’nin; 2009-2010 Yılında 10-14 yaş aralığı için 2.23 değerine yükseldiği belirtilmiştir (Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili 2004; Akar, 2014).

1.2. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne herhangi bir ağız diş sağlığı sorunu ile başvuran 7-14 yaş arası çocukların anksiyete

düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. 7-14 yaş; ergenlik öncesi dönem olup, sağlıkla ilgili alışkanlıkları edinmiş olmaları beklenen yaş olması, sürekli diş dizisinin ağızda yer almış olarak kabul edilen 12 yaş indeks yaş grubu içinde yer alması, okul sistemi içinde olan çocuklar olması, TÜİK Sağlık İstatistik verileri göz önüne alınarak güvenilir örneklem oluşturması bakımından seçilmiştir. Ülkemizde diş tedavisine yönelik dental kaygı araştırmaları çok sınırlıdır. Hemşirelik alanında yapılmış doğrudan çocuklarda diş tedavisine bağlı kaygı (anksiyete) araştırmasına rastlanmamıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. 7-14 yaş çocuklarda diş tedavisine bağlı anksiyete düzeyi nedir?
2. Diş tedavisine bağlı anksiyeteyi sosyo-demografik özellikler etkiliyor mu?
3. Ağız sağlığı durumunu (DMFT) sosyodemografik özellikler etkiliyor mu?
4. Diş tedavisine bağlı anksiyete ile ağız-sağlığı durumu (DMFT) arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI DURUMU

Dünyada ağız diş sağlığı hizmetleri ile ilgili temel hedefler ve hizmet sunumuna ilişkin ilkeler DSÖ ve FDI tarafından yönlendirilmektedir. DSÖ ve FDI ilk olarak 1981 yılında Rio de Janeiro toplantısında ağız diş sağlığı açısından 2000 yılında ulaşılması gereken ilk Global Ağız Sağlığı Hedefleri'ni saptamışlardır. Bu hedefler;

- 5-6 yaş çocuklarında diş çürüklerinin %50 azaltılması,
- 12 yaş çocuklarda çürük, eksik ve dolgulu diş sayısı (DMFT) 3 den fazla olmaması,
- 18 yaş grubu gençlerin %85'inin tüm dişlerinin ağızda olması,
- 35-44 yaş grubu yetişkinlerde diş kayıplarının %50 oranında azaltılması,
- 65 yaş ve üzeri dişsizlik oranının %25 azaltılması,
- Ağız sağlığındaki değişiklikleri izlemek için bir veri tabanı kurulması.

Bu hedeflerin içerisinde en önemli ilke 2000 yılına kadar 12 yaş için DMFT indeksinin en fazla 3 olarak belirlenmesidir (Akar, 2014, <http://www.who.int/>). 2020 yılı için bu hedef 12 yaş için DMFT'nin 1.5'dan yüksek olmaması şeklinde belirlenmiştir (Hobdell, Petersen, Clarkson, Johnson, 2003).

DSÖ; 2003 yılında dünya genelinde ağız-diş sağlığı durumunu raporlandırmıştır (Dünya Ağız Sağlığı Raporu) (WHO, The World Oral Health Report 2003). Bu rapor küresel düzeyde mevcut ağız sağlığı durumunun düzeltilmesi, daha iyi bir ağız sağlığı seviyesi elde etmek için strateji geliştirmeyi amaçlamıştır (WHO, 2003, İçtin, 2013). Bu rapora göre, diş çürüğü ve dişeti hastalıkları, yaygınlıkları ve tekrarlama sıklıkları nedeniyle dünyada insanların karşılaştığı en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (WHO, 2003).

2005 yılında 43 ülkenin katılımı ile Koruyucu Ağız Sağlığı 8. Dünya Kongresi'nde DSÖ; 21. yy.da "Oral Sağlığın Sürdürülmesi: Liverpool Deklarasyonu" yayınlamıştır. DSÖ-FDI ve Uluslararası Diş Araştırmaları Birliği (IADR) tarafından ortaklaşa ağız-diş sağlığının 2020 yılı Avrupa Bölgesi'nin kabul edilebilen temel

hedefleri belirlenerek ülkelerin bu temel hedeflere erişimi sağlamaları istenmiştir. Bu hedefler;

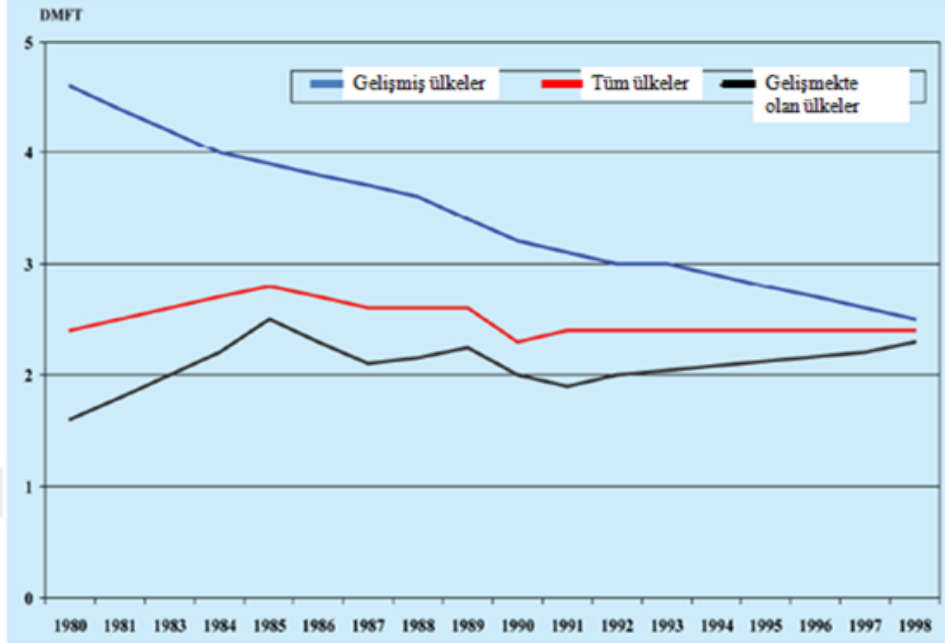
1. Toplumların temiz su, hijyen, sağlıklı diyet ve iyi beslenme koşullarına kolayca erişmelerinin sağlanması.
2. Diş çürüklerini önlemek için uygun ve uygun fiyatlı flüorür programlarını uygulamaya sokmaları.
3. Sağlıklı yaşam biçimine kavuşabilmek için kanıta dayalı programlar oluşturmaları, ağız ve genel kronik hastalıklara neden olabilecek risk faktörlerinde bir azalma sağlamaları.
4. Okulların, çocuk, genç, aile ve toplumu kapsayan yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalıklardan korumak için bir platform olarak kullanılmaları.
5. Hastalıktan koruma ve sağlık düzeyini iyileştirmeyi öne çıkaracak bir şekilde birinci basamak ağız diş sağlığı hizmetlerine kolayca erişimi sağlamaları.
6. Giderek artan sayıdaki yaşlı nüfusun ağız diş sağlığını iyileştirerek, yaşam kalitesini yükseltmeyi amaç edinmeleri.
7. Ağız diş sağlığını ulusal sağlık programlarının bir parçası olacak şekilde politika oluşturmaları.
8. Ülkelerin halk sağlığı araştırmalarını desteklemesi, özellikle DSÖ' nün önerileri doğrultusunda genel sağlık düzeyini iyileştirmede, program bütçelerinin %10' unu program değerlendirmeye ayırmaları.
9. Ülkelerin ağız diş sağlığını ve programların uygulanmasını değerlendiren bir sağlık enformasyon sistemi oluşturması, araştırmalar yaparak sağlığı iyileştirmede ve hastalıklardan korumada kanıta dayalı gelişmeleri ve araştırmaların uluslararası yayılımını desteklemeleri hedeflenmiştir. (http://www.who.int/oral_health/events/liverpool_declaration/en).

Bu hedefler yalnız diş çürüğünden korunmayı ve diş çürüğünü kontrol etmeyi değil, aynı zamanda diş eti durumu, mukoza lezyonlarını, oral kanser başlangıcı ve kanserleri, baş-yüz travmalarını, ağrı ve ağız diş sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini göz önünde bulundurmaktadır (Akar, 2014; Türkiye Sağlık Raporu 2014, TDB 1. Ağız Diş Sağlığı Parlamentosu 2015, http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en).

FDI'nın 2020 vizyonu ile ve DSÖ Milenyum Kalkınma Hedefleriyle önümüzdeki yıllara yönelik sağlık politikalarını belirlediği raporu, ağız diş sağlığı hizmetlerinin genel sağlık içerisindeki yapılanmasında yol gösterici olmuştur. (The World Oral Health Report 2003, Akar, 2014; TDB 1. Ağız Diş Sağlığı Parlamentosu 2015) Sağlığı iyileştirme ve hastalıklardan korunmada ülkeler arası deneyimleri destekleme ve koordine etme amacıyla olan DSÖ'nün ağız diş sağlığı programlarının kurumlarca da desteklenmesi gerekmektedir (Akar, 2014).

DSÖ; üye ülkeleri coğrafi konumlarına göre altı bölgeye ayırmıştır. Bu bölgeler; Amerika (AMRO), Afrika (AFRO), Güneydoğu Asya (SEARO), Avrupa (EURO), Ortadoğu (EMRO), Batı Pasifik (WPRO)'tir. DSÖ bölgelerine ait 190 ülkede 1973'ten 2008'e kadar devam eden çalışmalarda küresel DMFT ortalaması 1.7-2.4 arasında düşük düzeyde yer almıştır. Ülkeler arası karşılaştırmalarda büyük oranda farklılıklar ve geniş bir yelpazede değişimler gözlenmiştir. Amerika kıtasında DMFT: 3.0 olarak, Avrupa bölgesinde ise; DMFT: 2.6 ve Afrika kıtasında ise DMFT: 1.7 bulunmuştur (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan, Ndiaye 2005). Bagramian ve arkadaşlarınınca (2009) yayımlanan "Diş Çürüklerinin Küresel Düzeyde Artışı; Kamuyu Bekleyen Sağlık Krizi" makalesinde ülkeler bazında diş çürükleri prevalansları verilmiştir. Bu makalede yüksek gelirli ülkelere; ABD'de 5-9 yaş grubundaki çocukların yarıdan fazlasında dişlerinde en az bir boşluk veya girişim olduğu, bu oranın 17 yaşta %78'e çıktığı, Norveç'te 12 yaş çocuklarda %59.8 olurken, Tayvan'da 6 yaş %89.4 çocukta dişlerinde en az bir boşluk olmuştur. Orta üst gelirli ülkelere; Meksika'da 6-12 yaşta %90.2 iken Peru'da 7-9 yaş için %78.5 bulunmuş, aynı gelir grubu ülkelere Çin'de çocukların %60'ında diş çürüklerine rastlanırken Filipinler'de 6-12 yaş için %92.3 olduğu belirtilmiştir. Aynı makalede orta-alt gelirli ülkelere Armenia'da 12 yaş için %86 olarak belirtilmiştir (Bagramian, Garcia-Godoy, Volpe, 2009). Orta alt gelir ülke örneği olarak Moses ve arkadaşlarının Hindistan'da 5-15 yaş okul çocuklarında sosyoekonomik durum ve tedavi gereksinimleri çalışmasında 12 yaş çocuklarda %53.8 olduğu görülmüştür (Moses, Rangeeth, Gurunathan 2011). Muwazi ve arkadaşlarının ağız hastalıkları prevalansı çalışmasında Uganda'da 12 yaş için %40 olarak saptanmıştır (Muwazi, Rwenyonyi, Tirwomwe, Ssali, Kasangaki, Nkamba, Ekwaru, 2005). Bu çalışmalara göre gelişmiş ülkelere şeker tüketiminin artmasına bağlı olarak diş çürükleri, küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve gelişmekte olan ülkelere göre

çok daha fazla görülmektedir. Tedavi edilmemiş çürük dişler, karşılanmayan yüksek tedavi ihtiyaçlarını yansıtmaktadır.



Şekil 2.1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde 12 Yaş Çocuklarda DMFT Oranlarının 1980-1998 Yılları Arasındaki Değişimi (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan, Ndiaye, 2005)

http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_03_petersen.pdf

Şekil 2.1’de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 18 yıllık bir dilim içinde 12 yaş için diş çürükleri (DMFT) oranındaki değişim verilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda diş çürüğü düzeyleri son yıllara kadar düşük seyrederken günümüzde diş çürükleri artma eğilimi göstermektedir. Bunun en önemli nedenleri; şeker tüketimindeki artış ve yetersiz florid kullanımındır. Buna karşın pek çok gelişmiş ülkede yüksek diş çürüğü oranları son 20 yılda düşüş eğilimi göstermiştir. Bu durum, değişen yaşam koşulları, yaşam biçimleri ve iyileştirilmiş öz bakım uygulamaları ile birlikte florürün etkili kullanımı da dâhil olmak üzere bir dizi halk sağlığı önlemlerinin sonucu olduğu düşünülmektedir. Diş çürüklerinin çocukların bir hastalığı olarak eradike edilemeyeceği, ancak kontrol altına alınabileceği de göz önüne alınmalıdır (Petersen et al. 2005). Popescu ve ark. 2013’te Romanya’da dental anksiyete skalası kullanarak yaptıkları çalışmada 6-12 yaş çocuklarda dental anksiyete sıklığı %22.68 olduğu görülmüş, dental anksiyete ile şeker tüketimi ve ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmıştır.

(Popescu, Dascălu, Scrieciu, Mercuț, Imoraru, Țuculină, 2014). Pramila ve ark. Hindistan’da yaptıkları çalışmada; DMFT, D (çürük diş), M(kayıp diş) komponenti yüksek bulunan 12-15 yaş çocuklarda dental kaygı oldukça yüksek olduğu görülmüştür. M(kayıp diş) komponentinin yüksek dental anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Pramila, Murthy, Chandrakala, Ranganath, 2010). Popülasyonu çocuklar olmamakla beraber Wisloff ve arkadaşları (1995) dental korkusu/kaygısı olan bireylerin daha az sıklıkta dişlerini fırçaladıklarını bildirmiştir (Wisløff, Vassend, Asmyhr, 1995). Schuller ve ark. (2003) çalışmasında da dental kaygısı olanların diş bakımı ile zayıf uyum yaptıkları görülmüştür (Schuller, Willumsen, Holst, 2003). Esa ve ark. (2010), benzer popülasyon olmamakla beraber antenatal dönemdeki kadınlarda diş çürükleri ile dental kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemiştir (Esa, Savithri, Humphris, Freeman, 2010).

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı durum tespiti ile ilgili olarak yapılan ilk en kapsamlı araştırma; 1987-1988 yılları arasında Saydam ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, nüfusun % 85’inin diş sağlığının bozuk olduğunu, total proteze başlama yaşınının 25 olduğunu vurgulamıştır. (Saydam, Oktay, Möller, 1990; TÜİK, İstatistiklerle Çocuk, 2014, T.C. Sağlık Raporu 2014, Baysal, Aksoydan, 2016; <http://ailehekimligi.gov.tr>). İkinci en kapsamlı çalışma Hacettepe Üniversitesi tarafından 2004 yılında yapılan “Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Düzeyi Araştırması”nda beş yaş çocukların %82.1’inin hiç diş hekimine gitmediği ve %69.8’inin en az bir çürük dişi olduğu, 6 yaş çocuklarda hiç çürüksüzlük oranınının % 16 olduğu; 12 yaş çocukların %41.4’ünün hiç diş hekimine gitmediği ve %61.1’inin en az bir çürük dişi olduğu ve %9.5’inin de diş fırçasınının olmadığı, sürekli diş dizisi ağızda yer almış olarak kabul edilen bu yaş grubunda hiç çürüksüzlük oranınının % 19 olduğu belirlenmiştir (Doğan, Gökalp, 2008; Gökalp, Doğan, Tekçiçek, 2013). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü ve Diş Hekimliği Fakültesinin işbirliğinde yapılan ‘‘Halk Sağlığı Günleri: 3. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumunda ağız, diş ve diş etlerine ait hastalıkların nüfusun % 96’sını etkilemekte olduğu belirtilmiştir. Ortaya çıkan sonuç; ağız-diş hastalıklarının yaygın olduğu ve ülke ekonomisine zararının yüksek rakamlara ulaştığıdır. Türk Diş hekimleri Birliği’nin ‘‘Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin stratejik değerlendirmesi’nde Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Türk Dişhekimleri Birliği (TDB), Dünya

Dişhekimleri Birliği (FDI), UNILEVER® ortaklığında yürütülen “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri Mevcut Durum Analizi 2009-2010” raporunda 2004 yılında 12 yaşta 1.9 olan DMFT’nin; 2009-2010 Yılında 10-14 yaş aralığı için 2.23 değerine yükseldiği belirtilmiştir (Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili 2004; Akar, 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2014 Sağlık İstatistik Yıllığında ülkemizde çocukluk çağı sağlık sorunları içinde 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk beş hastalık arasında, 7-14 yaş grubu çocuklarda % 24.5 ile ağız ve diş sağlığı sorunları birinci sırada yer almıştır (T.C. Sağlık Bak. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, <http://www.tuik.gov.tr>). Bu sorunun temelinde koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamalarının ülke geneline yaygınlaşmasında henüz istenen düzeye ulaşamamasının yanında ailelerin ağız diş sağlığına yönelik uygulama eksiklikleri ve diş hekimi korkusu da olabileceği düşünülmektedir. Çubukçu ve Ercan tarafından yapılan bir çalışmada daha önce hiç diş tedavi kliniğine başvurmamış, rastlantısal olarak seçilen, 7-12 yaş arası, 305 çocukta Dental Anksiyete Skalası (DAS) ile yapılan değerlendirmede tüm çocuklar için ortalama DAS değeri 7.7 ± 3.1 olarak orta düzeyde kaygı belirlenmiş, çocukların işlem öncesi geliştirdikleri anksiyete ile yaşları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Çubukcu, Ercan, 2008). Kırbaş ve Özkan’ın ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran 9-12 yaş grubu çocukların durumluk kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Erzurum’da 248 çocukla süreklilik-durumluk kaygı envanteri (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) kullanılarak yaptıkları çalışmada diş muayene ve tedavisini düzenli yaptıran çocukların puan ortalamaları (45.60 ± 5.82), ilk kez diş muayene ve tedavisi için gelen çocukların toplam puan ortalamalarından (47.67 ± 4.82) düşük bulunarak, kaygılarının daha az olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. 6 ayda bir diş muayenesi ve kontrolüne giden çocukların kaygıları daha düşük bulunmuştur (Kırbaş, Özkan, 2014).

2.2 AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU

Ağız-diş sağlığı hizmetleri; ülkelerin ekonomik gelişmişliklerine, finansman sistemine ve özel ya da kamu hizmeti olmasına göre değişiklik göstermektedir. Ağız-diş sağlığı hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilen, yani tamamen kamu tarafından verilen ülkeler; Çin, Küba ve eski Doğu Avrupa ülkeleridir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Güney Avrupa’da ağız diş sağlığı hizmetleri, özel ağırlıklı olup, serbest diş hekimlerince verilmekte ve finansmanı özel sigorta şirketleri tarafından finanse

edilmektedir. Kamu tarafından finanse edilen ve örgütlenen hizmetlere bu ülkelerde daha az sıklıkta rastlanmaktadır, bazen özel gruplara (örn. çocuklar) yönelik ya da belli bazı bölgelerde geçerli programlar biçiminde uygulanmaktadır. Bununla birlikte İtalya'da kamu tarafından verilen toplum ağız-diş sağlığı hizmetleri, İspanya ve Portekiz'de zorunlu olmayan hastalık sigortası ve özel sağlık sigortasının karışımı olan bir sistem mevcuttur. Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda, İsviçre ve Kanada'da ağız sağlığı hizmetleri zorunlu sosyal sigorta tarafından düzenlenmektedir. Kuzey ülkelerinde ve Birleşik Krallık' ta ise ulusal sosyal güvence sistemi uygulanmaktadır ve sağlık hizmeti bir hak olarak görülmektedir. Böylece ülkelerde farklı sistemlerde ağız-diş sağlığı hizmetleri yürütülmektedir. Ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda hem kamu sektörüne hem de özel sektöre rastlanmaktadır. Ülkemizde (Öcek, 2002). 2003 yılından itibaren Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı açısından önemli reformlar yapılmıştır. 2007 yılından sonra sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sosyal güvenlik kurumları Genel Sağlık Sigortası adı altında birleştirilmiştir. Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu daha çok tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetleri şeklindedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri, hem düşük maliyetleri hem de genel sağlık üzerindeki olumlu etkilerine rağmen henüz istenen düzeye ulaşmamıştır (Öztaş ve ark. 2016).

Son on yılda Sağlık Bakanlığı ağız diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırabilmek için kurum sayısını artırma çabası göstermiştir. Ülkemizde 2002 yılında 14 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM), 1 Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi (ADSH) ve 3211 diş hekimi varken, 2014 yılında 137 ADSM, 6 ADSH, 543 Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Hastane ve 6961 diş hekimine ulaşılmıştır (<http://rapor.saglik.gov.tr/kitap/2014/#/182/zoomed> ,T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014; Öztaş ve ark. 2016). Bu veriler, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine giderek artan oranda dikkat verilmeye başlandığını göstermektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için ayrılan kaynağın sağlık harcamaları içindeki oranı 2002 yılında % 4.8 iken, 2013 yılında % 5.3'e çıkmıştır. Bu dönemde sağlık harcamaları % 349,5 artmışken, ağız ve diş sağlığı harcamaları % 403 oranında artmıştır (Öztaş ve ark. 2016). Ağız hastalıkları dünya genelinde en pahalı dördüncü hastalıktır. (Ayrancı, 2005; İçtin, 2013; Akar, 2014; Türkiye Sağlık Raporu 2014). Ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde üç temel stratejiden söz edilmektedir. Bunlar; doğru beslenme ve ağız

hijyeni alışkanlıklarının kazandırılması, flor ya da remineralizasyon ajanı uygulamaları ile dişin dayanıklılığının artırılması ve her ikisinin birlikte kullanılmasıdır (Türkiye Sağlık Raporu 2014).

2.3. AĞIZ DIŞ SAĞLIĞININ ÖNEMİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Ülkemizde koruyucu ağız-diş sağlığı uygulamaları henüz ülke geneline yaygın olmadığından çocuklar ya da erişkin yaştaki hastalar ancak yakınmaları olduğu zaman tedavi amaçlı diş hekimine gitmektedirler (Erdoğan, 2004; Ayrancı, 2005; Bayrak ve ark. 2010; Kırbaş, Özkan, 2014). Ağız-diş sağlığı sorunları, toplumda tedavisi zor ve masraflı olan önemli bir sağlık sorunu olup, tüm yaş gruplarının yaşam kalitesini etkilemektedir. En sıklıkla karşılaşılan sorunlar diş çürükleridir. Tüm dünyada, diş çürüklerinin ağızdaki tüm hastalıkların yüküne katkısının periodontal hastalıklara göre on kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Glick et al. 2012). Kötü ağız diş sağlığı aynı zamanda zatürree ve bulaşıcı endokardite de yol açmakta, kalp hastalıklarına neden olarak ölüme yol açabilmektedir (Patel, 2012). Eğer ağız diş hastalıkları kontrol altına alınmazsa, aktif nüfusun yaşam kalitesi üzerinde kalıcı nitelikte hasarlar bırakabilecektir. Bu sorunlar aynı zamanda kişilerin sağlığı için ayrılan kaynakları tüketmektedir. Diş eti hastalıkları gibi ağız ve diş hastalıklarının tedavisi ile genel sağlığı düzeltmek ve diğer komplikasyonları azaltmak olasıdır. Düzenli günlük ağız ve diş bakımı, büyük çaplı hastalıkları, tedavileri daha pahalı hale gelmeden önlemeye yardımcı olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti olarak sunulan diş eti tedavi uygulamaları ile genel sağlığın sorunlu alanlarının bir kısmının maliyet ve hastane harcamalarından önemli ölçüde tasarruf sağlanabilecektir (İçtin, 2013).

Diş çürüğü ve diş eti hastalıkları çocuklarımızda “büyüme” yetersizliklerine, anne adaylarında 8 kat daha fazla erken doğuma ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskine sebep olabilmektedir. Ülkemizin diş macunu tüketimi ve diş fırçası kullanımıyla ilgili verileri; gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça yetersiz bir noktadadır. Türkiye’de kişi başı diş macunu tüketimi son yıllarda giderek artış eğilimi içerisinde olsa da, tüketilen miktar gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük düzeyde gerçekleşmiştir. Diş macunu tüketimi ABD’nin ve gelişmiş Avrupa ülkelerinin diş macunu tüketiminin hemen hemen $\frac{1}{4}$ ’ü düzeyindedir. Türkiye’de kişi başına diş fırçası tüketimi **2002** yılına

göre **2010** yılında yaklaşık **3** katı kadar artmış olsa da halen **1**'in altında olması uluslararası ölçütlere göre düşük düzeyde kabul edilmektedir (Akar, 2014)

Diş çürükleri, okul çağı çocuklarında okula devamsızlığın en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. FDI ağız sağlığı atlasına göre (2009), ABD'de yapılan bir değerlendirmede ağız sağlığı sorunlarının yıllık 1.6 milyon gün okul kaybı, 2.4 milyon gün iş kaybına neden olduğu belirlenmiştir. Aynı raporda Thailand'da 2008 de 1000 çocukta 1900 saat okul kaybına neden olduğu belirtilmiştir (The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015). Guarnizo-Herreño ve Wehby (2012) tarafından 6-17 yaş arası okul çocuklarının ağız diş sağlığı düzeyi ile okul başarısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada ağız diş sağlığı düzeyi yetersiz olan çocukların okul performansı ve psikososyal iyi olma düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (Guarnizo-Herreño, Wehby, 2012).

Gelişim çağında vücut için gerekli minerallerin alınması (örn: kalsiyum vb.) ağız diş sağlığı açısından önemlidir. Ebeveynlerin çocuklarını süt içmeye alıştırmak için süt içerisine tatlı gıdalar (şeker, bal, pekmez, bebe bisküvisi, lokum vb.) eklemeleri ile diş çürüğü oluşumunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çalışkan, Işık, Yaşar, Yıldırım, Elhan, 1999; Koçanlı, Ak, Çoğulu, 2014). Ödüllendirme amaçlı ya da öğün aralarında verilen çikolata, gofret vb. abur cubur gıdalar çocukların iştahını azaltmakta aynı zamanda diş çürüğüne neden olmaktadır. Çalışkan ve ark.'nın 1999'da Ankara Park Sağlık Ocağı bölgesindeki bir ilkokulda (1-5. Sınıflar) 516 öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada; %70.7'sinin (n=297) öğün arası şeker tüketmekte olduğu ve bu grupta daha yüksek oranda diş çürüğü olduğu, şekerli gıda tüketen çocukların %70.0'sinde (n=208 kişi), şekerli gıda tüketmeyenlerin %59.3'ünde (73 kişi) diş çürüğü saptanmıştır (Çalışkan ve ark. 1999). Koçanlı ve ark.'nın 2014'te Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na başvuran 7-13 yaş arası, mental ya da fiziksel rahatsızlığı olmayan 300 çocuk ile yaptığı çalışmada şekerli gıda alım sıklığı ve plak indeks değerleri ile çocukta çürük indeksi değerleri arasında pozitif korelasyon saptamıştır (Koçanlı ve ark. 2014). FDI oral sağlık atlası (2015)'nda, beslenme ve ağız sağlığı arasında yakın ilişki olduğu ve tedavi edilmemiş diş çürükleri ile çocuklarda düşük beden kitle indeksi arasında kuvvetli ilişki olduğu belirtilmiştir (The Challenge of

Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015).

Çocukluk çağında dişlerin sağlıklı olabilmesi için ağız diş sağlığı konusu anne karnından itibaren ele alınmalıdır. Diş gelişimi fetal hayatın 5-6. haftasında başlamakta bu nedenle gebelik sırasında bakım, yeterli ve dengeli beslenme; hem annenin hem de bebeğin genel sağlığı ve ağız-diş sağlığı için oldukça önemlidir. Doğumdan sonra çocuğun ilk dişlenmeye başladığı 6.ayda da ağız hijyeni önem kazanır. Bu dönemde anne her besleme veya emzirmeden sonra nemli ıslak tülbent veya pamukla bebeğinin dişlerinin yüzeyini temizleyerek, ağız hijyenini sağlamalıdır. Bebekler 1 yaşında ilk diş hekimi muayenesine götürülmelidir. Bu yaşa kadar mutlaka ilk süt dişi çıkmış olmalıdır. Yılda iki kez ağız muayenesi ve anne eğitimi ile motivasyon sağlanmalıdır. 2-5 yaş döneminde çocuğun çürük risk grubu ayrımı yapıldıktan sonra uygun flor uygulama planı hazırlanmalıdır. Buna göre düşük ve orta risk gruplarında yılda iki, yüksek risk grubunda yılda dört kez flor verniği uygulaması önerilmektedir. Altı yaş dişlerinin sürmesi ile birlikte mali kaynaklar dikkate alınarak fissür örtücü uygulaması da programa eklenebilir (Ölmez, Altay, 1998; Bilgili, 2009; Erdem 2015). Ülkemizde 6 yaş grubunda süt dişi dizisinde çürüksüz çocuk oranı %17'dir. Ortalama her çocuğun 4.5–5 diş çürüğü bulunmaktadır. 5 yaş altı çocuklarda görülen çürüklere erken çocukluk çağı çürükleri denilmektedir, bu çürükler biberon çürüğü veya bebek çürüğü olarak da adlandırılır. Çocuklarda görülen yüksek çürük riskini yaratan bakterileri bebeğin genelde annesinden aldığı bilinmektedir (Akar, 2014; Erdem, 2015). Erken süt dişi çürükleri nedeniyle çekilen dişler çocuklarda çiğneme ve konuşma fonksiyonlarında bozulmaya, estetik görünüm bozukluklarına (beden imajında bozulmaya) bağlı psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Ayrıca çürük nedeniyle çekilen süt dişleri sonucu oluşan boşluk nedeniyle ortodontik sorunlar görülmektedir. Bu nedenle süt dişlerinin erken kayıplarında çekim boşluğunu korumak ve kaybedilen fonksiyonları tekrar kazandırmak için yer tutucular kullanılmaktadır (Ölmez, Altay, 1998; Tulunoğlu, Bodur, Akal, 1999; Öcek, 2002; WHO The World Oral Health Report 2003; Akgün, Görgülü, Altun, 2011; Alaçam, Tulunoğlu, Bodur, Çınar, Tüzüner, Cula, 2012; İçtin, 2013; Akar, 2014; Türkiye Sağlık Raporu 2014).

Çocuklarda ağız-diş sağlığını sürdürmek için;

- Erken tanı (risk tanılama)
- Danışmanlık,
- Rehberlik (diş hekimine yönlendirme, düzenli kontrole gitmelerini destekleme),
- Koruyucu uygulamalar,
- Davranış değişikliği (Toplumun diş fırçalama, diş ipi kullanma alışkanlığı)
- Farkındalığı artırma çabaları (Diş ve diş eti hastalıklarının erken uyarı belirtileri; ağız sağlığı ile sistemik hastalıklar arasındaki ilişki) gereklidir (Erdem, 2015).

2.4. DENTAL ANKSİYETE, KORKU VE FOBİ İLİŞKİSİ

Geçmişten günümüze, toplumların diş tedavilerine ve diş hekimlerine karşı duydukları korku, anksiyete ve fobi ağız-diş sağlığı hizmetinin sunumunda oldukça büyük öneme sahiptir (Bodur, 2015). Anksiyete açıkça ayırt edilebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen korku ve endişe ile belirli bir duygudur. Bireyi çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir duygu durumudur. Önemli yaşam stresörlerine karşı oluşan yaygın bir tepkidir. Normal anksiyete organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir ve potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkarak organizmanın tehlikeli durumdan kendini sakınarak yaşamını devam etmesini sağlar. Eğer anksiyete objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise “anormal anksiyete” den söz edilebilir (Gündüz, 2009).

Anksiyete, birçok tıbbi durumda ve ruhsal bozuklukta görülen bir belirtidir. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Mental Bozukluklar Tanıları) DSM IV tanı kriterlerine göre;

- A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başlar gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
- B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur .

C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Çocuklarda aşağıdaki semptomlardan birinin varlığı yeterli görülmektedir.

1. huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
2. kolay yorulma
3. düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
4. irritabilite
5. kas gerginliği
6. uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku) (Saatçioğlu, 2001; American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994).

Anksiyetenin affektif bulguları; kişinin yaşadığı, kendisine rahatsızlık veren birtakım duygulardır, bunlar; korku, endişe, sinirlilik, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik ve çaresizliktir.

Anksiyetenin davranış yönünden bulguları; bu bulgular her ne kadar ilk etapta anksiyeteyi azaltma yönünde olsalar da, anksiyeteyi arttırıcı nitelik taşırlar bunlar; kaçma, kaçınma, olduğu yerde hareketsiz kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşmada bozukluk ve koordinasyonda bozukluktur.

Anksiyetenin bilişsel bulguları; birey bu hislerden rahatsızlık duyar. Dikkat dağınıklığı, önemli bilgileri hatırlayamama, düşüncede duraksama, kesinti, aşırı uyanıklık, kendini aşırı gözleme korku veren görsel semboller, başa çıkamama endişesi, aklını yitirme endişesi, bedensel zarar görme veya ölmekten korkma, yineleyen korkulu düşünceler, gerçek dışılık hisleri ve depersonalizasyondur (Bodur, 2015) .

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabının dördüncü basımının yeniden gözden geçirilmiş DSM-IV-TR versiyonunda dental fobi, özgül fobi tanı kriterleri içinde ele alınmıştır (Gündüz, 2009; Cowart, Ollendick, 2013).

Literatürde dental olaylara ilişkin yaşanan duygular dental korku, dental fobi ve dental kaygı olarak üç farklı adla anılabilmektedir. Birbirinin yerine kullanılsa da bazı yönleri ile ayrılmaktadır. Dental korku; özgül anksiyete olarak tanımlanıp, gerçek, mevcut, özel bir uyarana karşı (enjeksiyon olma) ortaya çıkar. Kişisel (genel korkular), dış faktörler (diş hekimi korkusu olan ebeveyn) ya da dental faktörler nedeniyle (personelin davranışı, ağrı çekme) başlayabilir. Dental fobi; çoğu kişi için normalde sorun olmayan obje ya da duruma mantık dışı bir korku durumu olup algılanan tehlikeden kaçınma davranışını anlatır. Tedaviden kaçmaya neden olan ve ağız sağlığı sorunlarının ilerlemesine kadar gidebilen yoğun duygusal reaksiyondur. Dental kaygı/anksiyete; dental korkunun biraz daha artmış şeklidir. Diş tedavisi sırasında korkunç olaylar gerçekleşeceği konusunda duyulan endişe ve ayrıca kontrolün yitilmesi hissi olarak tanımlanır (Temel, 2014; Viswanath, Kumar, Parabhuji, 2014; Bodur, 2015). Çocuklarda dental kaygının gelişiminde doğrudan ya da dolaylı faktörler rol oynamaktadır. Çocuğun daha önce edindiği olumsuz dental deneyimler gibi doğrudan faktörler kaygı gelişiminde baslıca rolü oynamasına karşın, aile fertleri ve yakın çevresindeki kişilerden duyduğu dolaylı deneyimler de önemlidir (Bayrak ve ark. 2010).

Anksiyete ve korku diş sağlığı alanında önemli bir problemdir. Özellikle çocuklarda dental anksiyete ve korku evrensel bir sorun olarak kabul edilmektedir. Çocuklukta bu korkuyu gidermek, ileriki yıllarda onların diş hekimine karşı tutumunu ve tedavilerini olumlu yönde etkileyecektir (Kırbaş, Özkan, 2014). Yetişkinlerde dental işlemlerle ilgili korkunun kaynağı çoğunlukla çocukluk yıllarına dayanmaktadır (Seydaoğlu, Doğan, Uğuz, İnanç, Çelik, 2006; Assunção, Losso, Andreatini, Menezes, 2013; Kırbaş, Özkan, 2014). Geçmişte olumsuz diş hekimi deneyimi yaşayan çocukların yaşamayanlara oranla daha korkulu ve kaygılı olacakları kaçınılmaz bir gerçektir. Çocukluk döneminde yaşanabilen bu olumsuz diş hekimi deneyimleri ilerleyen dönemlerde diş hekimine gitme sıklığını azaltmakta ve oral hijyenin kötüleşmesi ile sonuçlanabilmektedir (Tüzüner, Karamüftüoğlu, Ulusu, 2007; Kırbaş, Özkan, 2014). Çocukluk dönemindeki dental kaygı, erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürerek diş tedavisinden kaçınma ve bunun sonucu olarak da ağız-diş sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Tüzüner ve ark. 2007; Kırbaş, Özkan, 2014).

Çocukluk ve gençlik dönemleri; fiziksel ve ruhsal gelişimin devam etmekte olduğu, yetişkinlere göre kişilik gelişiminin ve duygusal fonksiyonların yetersiz kalabildiği dönemlerdir (Temel, 2014). Çocuklarda diş tedavisine yönelik uygulamalarda çocuğun gelişimsel özelliklerinin dikkate alınması gereklidir.

Okul öncesi dönemi (2-4 yaş): Bu yaş grubundaki çocukları idare etmek ve anlamak oldukça güçtür. Sınırlı iletişim becerileri vardır. Kendilerini sözlü olarak ifade edemedikleri için üzüntülerini ağlayarak gösterirler. Ailelerine son derece bağımlıdırlar. Konsantrasyon süreleri sınırlı olan bu yaş grubunda başarılı olmak için hizmet çabuk olmalı, seansları kısa tutmalı ve mutlaka ebeveynlerin yardımını almalıdırlar.

Ergenlik Öncesi Okul Dönemi (5-12 Yaş): Çocuklar okula başladıklarında ailelerinin desteğine daha az ihtiyaç duyarlar. 5 yaşından itibaren övülmeyi severler ve her şeyi iyi yaptıklarını bilmek isterler. Basit kavramları anlayabilirler ancak onların dilinden konuşmak gereklidir. 7-11 yaşları arasında çocuklar hangi konuya dikkat edeceklerine ve hangisini önemsemeyeceklerine karar verebilirler, mantıklı düşünmeye başlarlar ve farklı bakış açılarını anlayabilirler.

Ergenlik Dönemi (12-18 Yaş): Ergenlik dönemi, “erken ergenlik” ve “geç ergenlik” dönemleri olarak 2 kısımda incelenebilir. Erken ergenlik dönemi, çocuğun hemen hemen tüm fonksiyonlarında değişimin gerçekleştiği bir geçiş dönemidir. Geç ergenlik dönemi ise birleştirme-sağlamaştırma dönemidir. Genç, kendine özgü bir kimlik oluşturur ve yeni amaçlar, yeni görevler belirler. Ergenlik döneminde kişilik ve davranış modelleri erken oluşmaya başladığında, psikososyal faktörlerin daha etkili olduğu Caspi ve Moffitt (1991) tarafından bildirilmiştir. Çocuğun gelişimsel durumu, ergenliğe erken giren bir kız çocuğunda, normal zamanında giren diğer kız çocuğuna oranla, psikolojik problemlerin görülme sıklığını etkiler (Yetiş, Küçükeşmen, 2013). Dental anksiyeteli hastaların diş tedavilerinin uygulanmasında ciddi zorluklar oluşabilir. Bununla birlikte, dental anksiyete etiolojisinin bilinmesi ve tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarına göre belirlenmesi ile bu tip hastalara başarılı dental uygulamalar yapılabilmektedir (Köroğlu, Durkan, 2010).

Dental anksiyetenin günlük hayatı etkilediği gibi, sosyal aktiviteler ve aile ilişkilerinde de problemler yarattığı gösterilmiştir. Dental anksiyete hastanın ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkilemekle birlikte psikolojik bir sorun olarak yaşam

standardını ve kalitesini düşürmektedir. Çocukların kaygı düzeyleri ve azaltılması için yapılan araştırmalar da çok azdır. (Ay, Erdek, Öztürk, Kılınc, Bozkurt, Yılmaz, 2005).

2.4.1. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı (AD) ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır. AD, *'anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilerin zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna dair aşırı bir korku'* olarak nitelendirilmiştir. AD; anksiyete ve anksiyete bozukluklarına yatkınlığın nedenlerini açıklamaya çalışan bilişsel bir yapı olmasından ötürü anksiyete bozuklukları için bir "incinebilirlik etkenidir". Kişilerde "anksiyeteye yatkınlık" oluşturan çok sayıdaki etkenlerden biridir. Ancak bireysel farklılıkların (yaş, eğitim ve cinsiyet gibi) AD üzerine ne gibi etkiler yarattığı hala kesin olarak tespit edilememiştir. Bunun nedeni AD'ye yol açan biyolojik, ruhsal ve sosyal etkenleri çocuklar üzerinde araştıran ileriye yönelik çalışmaların yetersiz olmasıdır (Mantar, Yemez, Alkın, 2011). Reiss ve McNally, (1985), AD'si yüksek olan bireylerin en ufak bir anksiyete yaşamaları durumunda bile korkularına yönelik olarak alarm durumuna geçtikleri ve bu nedenle yaşanan anksiyetenin daha da şiddetlendiğini belirtmiştir. AD'nin obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere panik atak ve agorafobi gibi birçok rahatsızlığın ortaya çıkması ve sürdürülmesinde olumsuz bir rolü bildirilmiştir (Mantar ve ark. 2011; Erözkan, 2012; Seçer, 2014). Kaygı duyarlılığı kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korkudur (Erözkan, 2012; Yılmaz, Kılınc, 2014).

2.5. AĞIZ DIŞ SAĞLIĞINA YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Hemşirelerin ağız ve diş sağlığını koruma ve bakıma yönelik hemşirelik işlevleri bağımsız işlevleri arasında yer alır. Hemşirelerin ağız-diş sağlığının korunmasında ve bakımındaki rolleri yaşam sürecinin her döneminde; risk tanılama, danışmanlık, rehberlik (diş hekimine yönlendirme), koruyucu uygulamalar, davranış değişikliği, farkındalığı artırma rolleridir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html>). Hemşireler, çalıştıkları her ortamda (gebelik, çocuk, yaşlı, engelli vb) birey ya da grupların yaşam boyu ağız sağlığının sürdürülmesinde ve buna bağlı hastalıkların önlenmesinde büyük role sahiptir. Örn. hemşire doğum öncesi dönemde anne ve fetüsün ağız diş sağlığının

korunmasında rol alabilirken, doğumdan sonra süt dişleri ve kalıcı dişlerin sağlıklı olmasında önemli rol üstlenir (Sharif, Saddki, Yusoff, 2016). Hemşireler hem çoğu kadınlardan oluşan ve gelecekte potansiyel anne olacak bir birey olmaları nedeniyle kişisel bağlamda hem de profesyonel meslek üyeleri olarak toplumla yakın çalışan meslek grubu olmaları nedeniyle anahtar rolde görülmektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği modeline geçiş öncesine kadar gebe, bebek ve çocuk izlemi ve sağlık eğitimi ağırlıklı olarak ev ziyaretleri aracılığı ile ebe/hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir. Aile hekimliğine geçişle birlikte (Aile Sağlığı Merkezi) ASM'lerinde hemşirelerden aile sağlığı elemanı olarak ağız-diş sağlığının geliştirilmesinde, erken dönem diş çürüklerinin önlenmesinde etkili olması beklenmektedir (Türkiye Sağlık Raporu 2014).

Ağız ile ilgili kötü alışkanlıklar; genellikle parmak emme, emzik emme, tırnak yeme, bruksizim (diş sıkma ve gıcırdatma) gibi; emme duygusu, yeni doğanda doğal bir refleks olarak kabul edilir, çocuk kendini mutlu hisseder. Parmak emme, yeni doğanlarda doğal olarak kabul edilmekle birlikte iki yaşında bitirilmesi gereklidir. Genellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda, emme alışkanlıkları uzun dönemli sorunlara neden olmaz; fakat alışkanlığın uzun sürmesi dentisyonda deformasyonlara neden olabilir. Bu bozukluklar, emmenin süresi, sıklığı ve yönü ile ilgili olarak değişebilir. Bu durum çocuk diş hekimi tarafından değerlendirilirken, ASM'lerinde çalışan hemşireler de bu konuda ailelere eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. Bu değişiklikler openbite (açık kapanış), sürmede ve dişlerin pozisyonlarında değişiklikler, crossbite (çapraz kapanış) ve çene yüz kemiklerinin büyümesinde değişiklikler şeklinde olabilir. Hemşire; çocuk diş hekimi ile birlikte hastanın anne ve babasına alışkanlığın durumu hakkında bilgi vererek, alışkanlığın değiştirilmesi yönünde bir yaklaşımda bulunur. Süt dişlerinin erken kaybedilmeleri, beslenme sorunları oluşturmanın ya da estetik sorunlar yaratmanın yanında, kalıcı dişlerin çene üzerinde doğru şekilde yerleşmemesine de neden olur. Bu nedenle, süt dişlerinin ağızda, kalıcı dişler gelene kadar sağlıklı olarak kalması çok önemlidir. Süt dişleri nasıl olsa düşecek ve yerlerine yenileri gelecek diye kesinlikle ihmal edilmemeli ve çürüdükleri takdirde mutlaka tedavi edilmelidir. Süt dişlerine dolgu, kanal tedavisi yapılabilir. Bu dişlerin çekimlerinin yapılması gerekli ise, ağız içinde meydana gelen boşluk daralmadan korunmalıdır. Bu nedenle yer tutucu adı verilen apareyler kullanılır (Akıncı, 2008) . Hemşirelik hizmetleri bu bağlamda

eğitimci, rehber olma, savunucu, danışmanlık, araştırıcı, psikolojik destek verme, koordinatörlük rolleriyle ağız-diş sağlığının desteklenmesine ve gelişimine katkı sağlar.



3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, gerekli kurum izinlerinin alınmasından (Ek-2) sonra, Haziran-Eylül 2016 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine bağlı Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (KADSM) Pedodonti Kliniği'ne herhangi bir diş sorunu ile başvuran 7-14 yaş arası görüşmeyi kabul eden çocuk hastalar üzerinde diş tedavisine bağlı anksiyete ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmanın evren ve örneklemini Haziran-Eylül 2016 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine bağlı KADSM Pedodonti Kliniği'ne herhangi bir diş sorunu ile başvuran 7-14 yaş arası hafta içi mesai saatleri içinde görüşmeyi kabul eden tüm çocuklar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, yapılan güç (power) analizinde belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar çalışma devam ettirilmiştir. Yapılan güç analizinde, Minitab 16 programında 0.5 fark, 3.1 standart sapma, 1 .tip hata düzeyi, 0.05 ve 0.90'lik güçle, t-test için örneklem büyüklüğü 406 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 408 çocukla tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Sağlık Bakanlığı Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine bağlı KADSM, 34 ünite kapasiteli 16 poliklinik, 3 ünitli 1 ameliyathane ve 3 ünitli 1 pedodonti (çocuk) polikliniği ile hizmet vermektedir. Pedodonti polikliniğinde 2 uzman pedodontist ve 1 pratisyen diş hekimi, 1 hemşire ve 1 sağlık memuru görev yapmaktadır. Poliklinikte flor uygulaması, fissür sealant (çürüğe yatkın dişin korunması amacıyla diş üzerindeki fissür bölgelerinin floridli, doldurucu içeren, beyaz renkte ışıqla sertleşen bir madde ile kapatılması), diş çekimi, kanal tedavisi, dolgu, hareketli yer tutucu, diş taşı temizliği gibi işlemler yapılmakta, gerektiğinde Kırıkkale Yüksek

İhtisas Hastanesi ameliyathanesinde genel anestezi ile bu işlemler yapılabilmektedir. Günlük ortalama 70 çocuk hastaya bakılmaktadır. Çocuklar için bir oyun odası mevcuttur. Hemşirelik hizmetleri; çocuğun birime kabulü, hazırlığı ve işlem esnasında takibini içermektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri, Sosyo-demografik Veri Formu ve “Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ÇADÖ)” kullanılarak anket yöntemiyle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. DMFT bilgileri poliklinikte işlem esnasında diş hekiminden alınmıştır.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür taranarak çocuk ve ebeveynlerinin demografik özellikleri, ağız-diş sağlığı uygulamalarını içeren 30 sorulu bir formdur (EK-7).

3.4.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ÇADÖ)

Bu ölçek, Fleisig, Rabian, ve Peterson (1991) tarafından geliştirilen ve Jokić-Begić, Jurin ve Korajlija (2011) tarafından gözden geçirilen 15 maddeli likert tipi bir ölçektir. Bu ölçeğin Seçer ve Gülbahçe (2013) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup, ölçeğin özgün hali üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analizi sonucunda iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .87$ test tekrar test güvenilirliğinin ise $r = .86$ olduğu bulunmuştur. Ölçeğin bu haliyle orijinal formunda olduğu gibi fiziksel duyarlılık, psikolojik duyarlılık ve sosyal kaygı olmak üzere üç boyutlu bir yapıda güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçekte alt boyutlara ek olarak ölçeğin geneline ilişkin toplam puanda hesaplanmaktadır. Ölçekteki maddelerin alt boyutlarının; 4, 8, 9, 10 ve 11. maddelerin psikolojik duyarlılık; 1, 2, 3, 5, 6, 7 ve 13. maddelerin fiziksel duyarlılık ve 12, 14 ve 15. maddelerinin sosyal kaygı alt boyutunu ölçtüğü belirtilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça kaygı düzeyinin arttığı biçiminde yorumlanmaktadır (Seçer, Gülbahçe, 2013). (Ek-6). Ölçek kullanımına ilişkin izin alınmıştır. (Ek-3).

Bu araştırmada çalışma grubundan alınan puanlara göre ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha = .83$ ve alt boyutların toplam test puanı ile korelasyonu $r = .75$ ile 1 arasında bulunmuştur.

3.4.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu çalışmada ocuklarda Anksiyete Duyarlılık Düzeyi bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, ebeveynlerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, DMFT düzeyi gibi değişkenler oluşturmuştur.

3.5. ARAşTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 paket proğramı aracılığı ile sayı, yüzdelik, ortalama, sıklık, yüzdelik hesaplaması, Ki-Kare, araştırmada DMFT puanı ve Anksiyete puanlarının normallik dağılımına bakılmış ve basıklık-arpıklık değerleri; -1.5 ve +1.5 aralığında çıkmıştır ve normal dağılım olduğu kabul edilmiştir. Buna göre parametrik test olan t testi ve ANOVA testlerinin uygulanması karşılaştırmalar için uygun bulunmuştur

3.6. OLANAKLAR İLE ETİK AÇIKLAMALAR

Prospektif türde yapılan bu çalışmanın tüm masraflarını araştırmacı kendisi karşılamıştır. Çalışma için Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul Kararı alınmıştır. (Ek-1). Araştırmaya katılan tüm çocukların isimleri açıklanmayacaktır, tüm ebeveynlere ve çocuklara yazılı ve sözlü çalışma hakkında eşit düzeyde bilgilendirme yapılmış, yazılı onayları alınmıştır (Ek-4, Ek-5)

4. BULGULAR

Bu bölümde Kırıkkale ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir ağız-diş hastanesine başvuran 7-14 yaş grubundaki çocukların tanıtıcı özellikleri, ailelerine ait bilgiler, anksiyete duyarlılığının görülme sıklığı ve bunu etkileyen faktörlere ilişkin bulgular ve istatistiksel test sonuçları verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kız	241	59.1
Erkek	167	40.9
Yaş		
7-9 yaş	184	45.1
10-12 yaş	158	38.7
13 yaş ve üzeri	66	16.2
Anne eğitim durumu		
İlkokul ve öncesi	130	31.9
Orta Okul	77	18.9
Lise	115	28.2
Üniversite	86	21.0
Anne çalışma durumu		
Çalışan	105	25.7
Çalışmayan	303	74.3
Baba eğitim durumu		
İlkokul ve öncesi	61	15.0
Ortaokul	63	15.4
Lise	155	38.0
Üniversite	129	31.6

Baba çalışma durumu		
Çalışan	374	91.7
Çalışmayan	34	8.3
Toplam	408	100.0

Çocukların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo 4.1 incelendiğinde çalışmaya katılan çocukların %59.1’i (n=241) kız olup, %45.1’i (n=184) 7-9 yaş aralığında olan çocuklardır. %38.7’sini (n=158) 10-12 yaş arasında olan çocuklar oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin çoğu (%31.9 n=130) ilkokul mezunu olup, %74.3 (n=303) ü çalışmamaktadır. Babaların çoğu (%38’i n=155) lise mezunu olup, %91.7 (n=374)’si çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Çocukların Diş Tedavisine İlişkin Durumlarının Dağılımı

Geliş nedeni (N=408)	N	%
Kontrol	63	15.4
Diş ağrısı	75	18.4
Diş çürüğü	102	25.0
Dolgu	79	19.4
Diğer (kanal tedavisi, muayene, diş çekimi, ortodonti sevki, koruyucu uygulamalar)	89	21.8
Diş hastanesine geliş sıklığı (N=408)		
İlk	46	11.3
Rutin/ 6 ayda bir	53	13.0
Şikâyeti oldukça	309	75.7
Diş hekimine kiminle geldiği (N=408)		
Anne	269	65.9
Baba	100	24.5
Akraba	39	9.6
Ağız diş sağlığı eğitimi alma durumu (N=408)		
Evet	214	52.5
Hayır	194	47.5
Ağız diş sağlığı eğitimini nereden aldığı (n=214)		
Aile	28	13.1
Okul	159	74.3
Gazete/TV	5	2.3

Sağlık çalışanları	22	10.3
Besinlerin ağız diş sağlığını etkileme durumuna ilişkin görüşleri (N=408)		
Evet	376	92.2
Hayır	32	7.8

Tablo 4.2. (Devamı)

Yapılacak işlemin önceden açıklanma durumu		
Evet	267	65.4
Hayır	141	34.6
Yapılacak işlem kim tarafından açıklandı (n=267)		
Diş hekimi	148	55.4
Hemşire	11	4.2
Aile	108	40.4
Yapılacak işlem (N=408)		
Muayene	199	48.8
Diş çekimi	73	17.9
Dolgu	50	12.3
Kanal	15	3.7
Tel takma	14	3.4
Bilmeyen	49	12.0
Koruyucu uygulama	8	2.0
Toplam	408	100.0

Tablo 4.2’de çocukların diş tedavisine ilişkin durumları yer almaktadır. Diş hastanesine geliş nedenlerini birinci sırada %25 (n=102) ile diş çürükleri oluşturmuştur. Araştırmaya katılanların %75.7’si (n=309) şikâyeti oldukça diş hekimine geldiğini ifade etmiştir. Çocukların çoğu %65.9’u (n=269) annesiyle hastaneye başvurmuştur. Çocukların yarısından fazlası (%52.5’i) (n=214) ağız diş sağlığı ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alan çocukların %74.3’ ü (n=159) bu eğitimi okulda aldıklarını belirtilmiş, çocukların yalnız %10.3’ü (n=22) bu eğitimi sağlık çalışanlarından aldığını ifade etmiştir. Ayrıca çocukların %92.2’si besin tüketiminin ağız ve diş sağlığını doğrudan etkileyeceğini ifade etmiştir

Tedavi öncesi çocuklara yapılacak işlemin açıklanma durumu incelendiğinde çocukların %65.4’üne (n=267) yapılacak işlemin anlatıldığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, çocukların %55.4’üne (n=148) yapılacak işlem diş hekimi tarafından

anlatılmıştır. Hemşirelerin işlemi açıklama oranı ise yalnız %4.2 (n=11)'dir. Çocukların %92.2 (n=376)'si besinlerin ağız ve diş sağlığını etkilediğini ifade etmiştir. Çocuklardan %48.8'i (n=199) muayene için getirildiğini belirtmiştir.

Tablo 4.3. Çocukların Ağız-Diş Sağlığına İlişkin Uygulamaları

Diş fırçalama durumu (N=408)	N	%
Evet	341	83.4
Hayır	67	16.6
Diş fırçalamayanların fırçalamama nedenleri (n=67)		
Alışkanlığı olmayan	60	89.6
Zamanı olmayan	6	9.0
Gerek duymayan	1	1.4
Çocukların diş fırçalama sıklığı (n=341)		
Sabah-Akşam	245	71.8
Sabah-Öğlen-Akşam	38	11.1
Bir şeyler yedikten sonra	58	17.0
Çocukların diş fırçalama süresi (n=341)		
1 dk az	124	36.4
En az 2 dk	217	63.6
Çocukların diş fırçalama şekli (n=341)		
Aşağı yukarı	159	46.6
Sağa sola	93	27.3
Yuvarlak	66	19.4
Diğer (gelişigüzel)	23	6.7
Diş fırçalayamadıkları zaman ağız çalkalama durumu (N=408)		
Evet	309	75.7
Hayır	99	24.3
Diş fırçasına sahip olma durumu (N=408)		

Evet	343	84.1
Hayır	65	15.9
Diş ipi kullanma durumu		
Evet	21	5.2
Hayır	387	94.8

Tablo 4.3’de çocukların ağız-diş sağlığına ilişkin uygulamaları sunulmuştur. Çocukların %83.4’ü (n=341) diş fırçaladıklarını belirtmiştir. Fırçalamayan çocukların fırçalamama nedenleri olarak çoğu %89.6’sı (n=60) alışkanlıklarının olmadığı için yapmadıklarını ifade etmiştir. Çocukların %71.8’i (n=245) sabah ve akşam olarak günde 2 kez, %63.6’sı (n=217) en az 2 dakika, %46.6’sı (n=159) aşağıdan yukarıya şeklinde dişlerini fırçaladıklarını belirtmiştir. Çocukların çok azı diş ipi kullanmaktadır (%5.2) (n=21).

Tablo 4.4. Çocukların Diş Fırçalamaya Başlama Yaşı Ortalaması (n=341)

	n	Minimum	Maximum	Mean± Sd
Diş fırçalamaya başlama yaş ortalaması	341	1.00	5.00	2.18 ± 0.89

Çocukların diş fırçalamaya başlama yaşları Tablo 4.4’de sunulmuştur. Araştırmada annelerin ifadesine göre çocukların diş fırçalamaya başlama yaşı en küçük bir yaş ve en büyük beş yaş olarak ifade edilmiştir. Diş fırçalamaya başlama yaş ortalaması 2.18 ± 0.89 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Çocuklardaki Kötü Oral Alışkanlıkların Dağılımı *(N:408)

	N	%
Abur cubur	228	55.88
Diş sıkma	91	22.30
Tırnak yeme	87	21.32
Diş gıcırdatma	77	18.87

Uzun süre emzik, biberon kullanımı	66	16.17
Parmak emme	22	5.39

*Bir kişi birden fazla yanıt verdiği için %'ler N üzerinden değerlendirilmiştir..

Araştırma kapsamındaki çocukların kötü oral alışkanlıklarının dağılımı Tablo 4.5'de verilmiştir. Buna göre sıklık sırasına göre %55.88 (n=228) ile abur cubur tüketimi, %22.30 (n=91) ile diş sıkma alışkanlığı, %21.32 (n=87) ile tırnak yeme alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çocuklarda sigara içme alışkanlığı bulunmadığından, kötü oral alışkanlıklar arasında yer almamaktadır.

Tablo 4.6. Diş Tedavisine Gelen Çocukların Kaygı Duyma Durumu

Hastaneye gelişte işlem öncesi kaygı durumu (N=408)	N	%
Evet	279	68.4
Hayır	129	31.6
Kaygı duyan çocuklarda kaygının başlama zamanı (n=279)		
Hastaneye girişte	156	55.9
Bir gün önce	61	21.9
Birkaç gün önce	36	12.9
Her zaman	26	9.3

Diş tedavisi için hastaneye gelen çocukların kaygı durumu Tablo 4.6'da verilmiştir. Çalışmaya katılan çocukların %68.4'ü (n=279) işlem öncesi kaygı yaşadığını belirtmiştir. İşlem öncesi kaygı duyduğunu ifade eden çocukların %55.9'u (n=156) kaygılarının hastaneye girişte başladığını belirtmiştir. %9.3 (n=26) çocuk her zaman kaygılıdır.

Tablo 4.7. Çocukların Kaygı Durumunda Yoğun Yaşadıkları Duygu Durumları *(N=408)

Duygu Durumu	N	%
Huzursuzluk	268	65.68
Dikkat azlığı	46	11.27

Kolay sinirlenme	56	13.72
Uyku bozukluğu	52	12.74
Kas gerginliği	35	8.57
Baygınlık	43	10.53

*Bir kişi birden fazla yanıt verdiği için %'ler N üzerinden değerlendirilmiştir.

Çocukların kaygı duydukları durumda yoğun yaşadıkları duygular Tablo 4.7'de verilmiştir. %65.68 (n=268) ile huzursuzluk duyma en fazla yaşanan duygu olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.8. Çocukların Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Minimum	Maximum	Mean±Sd
Fiziksel duyarlılık	7.00	35.00	19.49 ± 5.93
Psikolojik duyarlılık	5.00	25.00	15.50 ± 4.34
Sosyal kaygı	3.00	15.00	8.85 ± 3.42
Genel ölçek toplam puanı	17.00	75.00	43.65 ± 11.57

Tablo 4.8'de araştırma kapsamına alınan çocukların anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek toplam puanı gösterilmiştir. Genel ölçek toplam puan ortalamalarına (43.65 ± 11.57) göre çocukların orta düzeyde kaygıları olduğu söylenebilir. Alt boyutlar arasında psikolojik duyarlılık puan ortalaması diğer alanlara göre biraz daha ortanın üstündedir.

Tablo 4.9. Çocukların Cinsiyetine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Cinsiyet	Mean±Sd	t	df	p
Fiziksel Duyarlılık	Kız	19.87 ± 5.82	1.472	368	.142
	Erkek	18.95 ± 6.06			
Psikolojik Duyarlılık	Kız	15.51 ± 4.39	.086	383	.931
	Erkek	15.48 ± 4.27			
Sosyal Kaygı	Kız	8.93 ± 3.43	.555	394	.579
	Erkek	8.73 ± 3.41			
Genel Ölçek Toplam Puanı	Kız	44.15 ± 11.58	.966	344	.335
	Erkek	42.92 ± 11.57			

Cinsiyete göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek toplam puan dağılımı Tablo 4.9’da sunulmuştur. Ortalama değerler incelendiğinde anlamlı farklılık olmasa da ölçek alt boyut puan ortalamaları kız çocuklarının erkek çocuklara oranla yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.10. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamalar

	Yaş	Mean±Sd	F	p.
Fiziksel Duyarlılık	7-9	20.50 ± 6.20	4.314	.014
	10-12	18.63 ± 5.77		
	13 ve üzeri	18.87 ± 5.21		
Psikolojik Duyarlılık	7-9	15.79 ± 4.27	1.087	.338
	10-12	15.10 ± 4.40		
	13 ve üzeri	15.69 ± 4.35		
Sosyal Kaygı	7-9	9.32 ± 3.35	5.138	.006
	10-12	8.17 ± 3.53		
	13 ve üzeri	9.19 ± 3.09		
Genel Ölçek Toplam Puanı	7-9	45.46 ± 11.87	4.342	.014
	10-12	41.56 ± 11.27		
	13 ve üzeri	44.25 ± 10.76		

Çocukların yaşlarına göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ve genel ölçek toplam puan ortalamaları dağılımı Tablo 4.10’da verilmiştir. Araştırmaya katılan 7-9 yaşlar arası çocukların ölçek alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. 7-9 yaş grubunun fiziksel duyarlılık ve genel ölçek toplam puanlarının diğer yaş gruplarına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Çocukların Diş Hastanesine Geliş Nedenine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Geliş nedeni	Mean±Sd	F	p.
Fiziksel Duyarlılık	Kontrol	18.66 ± 5.78	1.350	.251
	Ağrı	18.72 ± 6.00		
	Çürük	20.58 ± 6.08		
	Dolgu	19.45 ± 5.68		
	Diğer *	19.50 ± 5.99		
Psikolojik Duyarlılık	Kontrol	15.04 ± 3.88	3.389	.010
	Ağrı	13.98 ± 4.40		
	Çürük	16.01 ± 4.27		
	Dolgu	15.88 ± 4.70		
	Diğer *	16.18 ± 4.11		
Sosyal Kaygı	Kontrol	8.78 ± 3.78	.365	.833
	Ağrı	9.02 ± 3.72		
	Çürük	9.00 ± 3.23		
	Dolgu	8.45 ± 3.37		
	Diğer*	8.93 ± 3.18		
Genel Ölçek Toplam Puanı	Kontrol	42.08 ± 11.33	1,185	,317
	Ağrı	42.03 ± 12.36		
	Çürük	45.28 ± 11.72		
	Dolgu	43.08 ± 11.68		
	Diğer *	44.66 ± 10.79		

*(kanal tedavisi, muayene, diş çekimi, ortodonti sevk, koruyucu uygulamalar)

Diş hastanesine geliş nedenlerine göre anksiyete duyarlılık alt boyut puan ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, hastaneye diğer nedenler ile başvuran çocukların psikolojik duyarlılık puan ortalaması yüksek bulunmuş, istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Diş çürüğü şikâyeti ile hastaneye gelen çocuklarda fark istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da fiziksel duyarlılık ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı nedeniyle gelen çocuklarda ise istatistiksel düzeyde anlamlı fark görülmesi de sosyal kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.12. Çocuklara Yapılacak İşlemin Açıklanma Durumuna Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	İşlemin Açıklanma Durumu	Mean±Sd	t	df	p
Fiziksel Duyarlılık	Evet	18.83 ± 5.70	-2.884	368	.004
	Hayır	20.66 ± 6.18			
Psikolojik Duyarlılık	Evet	15.22 ± 4.27	-1.780	383	.076
	Hayır	16.05 ± 4.43			
Sosyal Kaygı	Evet	8.66 ± 3.25	-1.545	394	.123
	Hayır	9.22 ± 3.70			
Genel Ölçek Toplam Puanı	Evet	42.59 ± 11.04	-2.347	344	.019
	Hayır	45.65 ± 12.33			

Yapılan işlemin açıklanma durumuna göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puanı ve genel ölçek toplam puan ortalamaları Tablo 4.12’de sunulmuştur. Buna göre yapılacak işlemin açıklanma durumu ile fiziksel duyarlılık ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.13. Çocukların Kaygı Duyma İfadelerine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Kaygı Duyma Durumu	Mean±Sd	t	df	p
Fiziksel Duyarlılık	Kaygı duyan	20.61 ± 5.79	5.616	368	.000
	Duymayan	17.02 ± 5.51			
Psikolojik Duyarlılık	Kaygı duyan	16.09 ± 4.29	4.048	383	.000
	Duymayan	14.20 ± 4.17			
Sosyal Kaygı	Kaygı duyan	9.25 ± 3.34	3.516	394	.000
	Duymayan	7.97 ± 3.44			
Genel Ölçek Toplam Puanı	Kaygı duyan	45.83 ± 11.32	5.382	344	.000
	Duymayan	38.89 ± 10.71			

Araştırmaya katılan çocukların kaygı duyma durumuna göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.13’de

verilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, kaygı duyduğunu ifade edenler ile kaygı duymadığını ifade edenler arasında tüm alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 4.14. Çocukların DMFT Puan Ortalaması

	N	Min	Max	Mean	St sapma
DMFT Puan Ortalaması	394*	.00	23.00	4.75	± 3.46

*14 çocuk tedavi ünitesine oturmayı ret ettiği için DMFT hesaplanamamıştır.

Araştırmaya katılan çocukların DMFT puan ortalaması Tablo 4.14’de sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre DMFT puan ortalaması 0-23 arasında değişerek, ortalama 4.75 ± 3.46 olarak hesaplanmıştır. DSÖ; DMFT: 4.4 ve üzerini çok yüksek düzey olarak belirtmiştir.

Tablo 4.15. Çocukların Cinsiyetine Göre DMFT Puan Ortalaması

		DMFT Puan Ortalaması\pmSd	t	p
Cinsiyet	Erkek	4.75 ± 3.43	.035	.972
	Kız	4.76 ± 3.49		

Cinsiyete göre DMFT puan ortalaması Tablo 4.15’de verilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, DMFT puan ortalaması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). DMFT puan ortalamaları istatistiksel olarak birbirine yakın bulunmuştur.

Tablo 4.16. Çocukların Yaş Gruplarına Göre DMFT Puan Ortalaması

		DMFT Puan Ortalaması\pmSd	d	F	p.
Yaş grupları	7-9	5.37 ± 3.46	2	5.470	.005
	10-12	4.35 ± 3.48			
	13+	4.01 ± 3.18			

Yaşa göre DMFT puan ortalaması Tablo 4.16’da sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, DMFT puan ortalamasının yaşlar arasında anlamlı farklılık yaratıp yaratmadığına ilişkin tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiş ve p değerine göre bu

yaş grupları arasında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Ortalama değerlere göre en yüksek ortalama 7-9 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17. Çocukların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DMFT Puan Ortalaması

		Çocukların DMFT Puan Ortalaması±Sd	df	t	p
Anne Çalışma Durumu	Çalışan	4.08 ± 3.20	392	-2.264	.024
	Çalışmayan	4.98 ± 3.52			
Baba Çalışma Durumu	Çalışan	4.81 ± 3.52	392	1.026	.305
	Çalışmayan	4.15 ± 2.61			
Anne Eğitim Durumu				f	
	Üniversite	4.57 ± 3.65	3	.115	.951
	Lise	4.81 ± 3.39			
	Ortaokul	4.88 ± 3.26			
	İlkokul ve Öncesi	4.75 ± 3.55			
Baba Eğitim Durumu	Üniversite	4.38 ± 3.57	3	.823	.482
	Lise	4.79 ± 3.23			
	Ortaokul	5.04 ± 3.32			
	İlkokul ve Öncesi	5.11 ± 3.92			

Çocukların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DMFT Puan Ortalaması Tablo 4.17'de sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, anne çalışma durumu ile çocuğun DMFT puan ortalaması arasında anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre çalışan annelerin çocuklarının DMFT puan ortalaması (4.08 ± 3.20) daha düşük çıkarken çalışmayan annelerin çocuklarında daha yüksek (4.98 ± 3.52) çıkmıştır. Çalışan annelerin çocuklarının ağız diş sağlığının daha iyi olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ($p<0.05$). Araştırma sonuçlarına göre, baba çalışma durumu çocukların DMFT puanında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Anne ve baba eğitim durumu ile çocukların DMFT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da annesi ve babası üniversite mezunu olan çocukların DMFT puan ortalaması diğer gruplara göre en düşük seviyededir. Annenin

ve babanın eğitim düzeyi arttıkça çocukların ağız diş sağlığı olumlu etkilendiği söylenebilir.

Tablo 4.18. Çocukların Ağız Diş Sağlığına İlişkin Alışkanlıklarına Göre DMFT Puan Ortalamaları

Geliş sıklığı	DMFT Puan Ortalaması±Sd	df	F	Sig.
İlk	4.06 ± 2.98	2	1.334	.265
Rutin (6 ay)	4.49 ± 3.18			
Şikâyet oldukça	4.90 ± 3.57			
Daha Önce Ağız Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu			t	
Eğitim alan	4.86 ± 3.49	392	.652	.515
Eğitim almayan	4.64 ± 3.44			
Diş Fırçalama Durumu				
Fırçalayan	4.53 ± 3.34	392	-2.848	.005
Fırçalamayan	5.83 ± 3.82			
Dişlerin Fırçalanamadığında Ağız Çalkalama Durumu				
Çalkalayan	4.57 ± 3.21	392	-1.870	.062
Çalkalamayan	5.34 ± 4.14			
Diş Fırçasına Sahip Olma Durumu				
Diş fırçası olan	4.49 ± 3.27	392	-3.400	.001
Diş fırçası olmayan	6.07 ± 4.09			
Diş Fırçalama Süresi				
1 dk az	5.03 ± 3.38	325	2.214	.028
En az 2 dk	4.19 ± 3.26			
Diş ipi kullanma Durumu				
Kullanan	3.47 ± 2.48	24,953	-2.433	.022
Kullanmayan	4.86 ± 3.52			

Çocukların ağız diş sağlığına ilişkin alışkanlıklarına göre DMFT puan ortalamaları Tablo 4.18’de sunulmuştur. Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi; DMFT puan ortalamasının, diş hastanesine geliş sıklığı arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama değerler incelendiğinde şikâyeti oldukça gelenlerin DMFT puan ortalaması ilk kez gelen ve rutin gelenlere göre yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ve daha önce ağız diş sağlığı eğitimi aldıklarını ifade eden çocuklar ile eğitim almadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Daha önce ağız diş sağlığı eğitimi aldığını ifade eden çocukların, eğitim almadığını ifade eden çocuklara göre DMFT puanlarının yüksek olması düşündürücüdür. Tablo 4.18’de görüldüğü gibi dişlerini fırçalayamadıklarında ağzını çalkaladıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması ile dişlerini fırçalayamadıklarında ağzını çalkalamadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p> 0.05$).

Araştırma sonuçlarına göre, dişlerini fırçalayan çocukların DMFT puan ortalaması ile dişlerini fırçalamayan çocukların DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Dişlerini fırçalayan çocukların DMFT puan ortalaması (4.53 ± 3.34) dişlerini fırçalamayan çocuklara göre (5.83 ± 3.82) düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; diş fırçası olan çocukların DMFT puan ortalaması (4.49 ± 3.27) ile fırçası olmayan çocukların DMFT puan ortalamaları (6.07 ± 4.09) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Diş fırçalama süresi en az 2 dakika olan çocukların DMFT puan ortalaması (4.19 ± 3.26) diş fırçalama süresi 1 dakikadan az olan çocukların DMFT puan ortalaması (5.03 ± 3.38)na göre düşük olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tablo 4.18’e göre diş ipi kullanan çocuklarının DMFT puan ortalaması (3.47 ± 2.48) ile diş ipi kullanmayan çocukların DMFT puan ortalaması (4.86 ± 3.52) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Çocuklarda Görülen Kötü Oral Alışkanlıklara göre DMFT Puan Ortalaması

		DMFT Puan Ortalaması/sd	t	p
Parmak emme	Evet	5.33 ± 3.21	.609	.436
	Hayır	4.72 ± 3.48		
Tırnak yeme	Evet	4.96 ± 3.72	.382	.537
	Hayır	4.70 ± 3.39		
Diş gıcırdatma	Evet	4.90 ± 3.29	162	.687
	Hayır	4.72 ± 3.50		
Diş sıkma	Evet	4.88 ± 3.23	.153	.696
	Hayır	4.72 ± 3.53		
Uzun süre emzik, biberon kullanma	Evet	5.82 ± 3.94	7.211	0.008
	Hayır	4.55 ± 3.33		
Her gün abur cubur tüketme	Evet	5.11 ± 3.67	5.235	0.023
	Hayır	4.31 ± 3.13		

Çocuklarda görülen kötü oral alışkanlıklara göre DMFT Puan Ortalaması Tablo 4.19'da gösterilmiştir. Tablo 4.19'da görüldüğü gibi uzun süre emzik biberon kullanan çocuklarda DMFT puan ortalaması (5.82 ± 3.94), uzun süre emzik, biberon kullanmayan çocukların DMFT puan ortalamasına (4.55 ± 3.33) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.008). Yine kötü beslenme alışkanlığı olarak her gün abur cubur tükettiğini ifade eden çocukların DMFT puan ortalamaları (5.11 ± 3.67) ile her gün abur cubur tüketmediğini ifade eden çocukların DMFT puan ortalamaları (4.31 ± 3.13) arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.20. Çocukların DMFT Puan Ortalaması ile Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

		DMFT Puan Ortalaması	Fiziksel Duyarlılık	Psikolojik Duyarlılık	Sosyal Kaygı
DMFT Puan Ortalaması	r		.108(*)	.092	.091
	p		.042	.077	.074
	N		394	394	394
Fiziksel Duyarlılık	r	.108(*)		.579(**)	.540(**)
	p	.042		.000	.000
	N	394		408	408
Psikolojik Duyarlılık	r	.092	.579(**)		.506(**)
	p	.077	.000		.000
	N	394	408		408
Sosyal Kaygı	r	.091	.540(**)	.506(**)	
	p	.074	.000	.000	
	N	394	408	408	
Genel Ölçek Toplam Puanı	r	.114(***)	.893(****)	.828(****)	.760(****)
	p	.037	.000	.000	.000
	N	394	408	408	408

Tablo 4.20’de DMFT Puan Ortalaması ve Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamalarına yönelik korelasyon analizi verilmiştir. Buna göre,

*DMFT puan ortalaması ile fiziksel duyarlılık puanı arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki söz konusudur. DMFT puan ortalaması arttıkça fiziksel duyarlılık puanı zayıf düzeyde artacaktır.

**Fiziksel duyarlılık ile psikolojik duyarlılık ve sosyal kaygı arasında da pozitif ve orta düzeyde bir ilişki söz konusudur. Bunların her birinde artış ya da azalış diğerini orta düzeyde pozitif yönde etkilemektedir.

***Anksiyete duyarlılık genel ölçek toplam puan ortalaması ile DMFT puan ortalaması arasında da pozitif, zayıf düzeyde ilişki söz konusudur.

****Anksiyete duyarlılık ölçeği toplam puanı ile alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif ve kuvvetli düzeyde ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde bir ağız ve diş hastanesine başvuran 7-14 yaş arası çocuklarda anksiyete duyarlılık durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. TÜİK 2014 Sağlık İstatistik Yıllığında ülkemizde çocukluk çağı sağlık sorunları arasında ağız diş sağlığı sorunlarının 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk beş hastalık arasında, 7-14 yaş grubu çocuklarda ise % 24.6 ile birinci sırada yer aldığını belirtmiştir (T.C. Sağlık Bak. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015; <http://www.tuik.gov.tr>, İstatistiklerle Çocuk, Statistics On Child 2014).

Ağız ve diş sağlığı anne karnından başlayıp yaşam boyu genetik faktörlerin yanında beslenme gibi çeşitli faktörlerden etkilenen önemli bir sağlık alanıdır. DSÖ'nün Dünya Ağız Sağlığı 2003 raporuna göre diş çürükleri, pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, okul çocuklarının %60-90'ını ve yetişkinlerin oldukça büyük bir kısmını etkileyen; pandemik, yüksek prevalanslı kronik hastalık olarak önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bunun nedeni giderek artan şeker tüketimi ve florid eksikliği olarak gösterilmektedir (WHO, The World Oral Health Report 2003; Petersen, Lennon, 2004; Masood M, Masood Y, Newton, 2012). Literatürde diş çürükleri ve şeker tüketimi arasında güçlü bir ilişki olduğundan söz edilmektedir. Bu ilişki, halk sağlığı hedefleri arasında şeker tüketiminin sınırlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır (Shehiam A, James, 2014; Koçanlı ve ark 2014).

Çeşitli çalışmalar diş tedavisine gelme nedeninin en fazla diş çürükleri olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 2004 yılında en geniş kapsamlı yapılan Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili çalışmasında da okul çağı dönemi olan 12 yaş grubu çocukların %61.1'inde diş çürüğü olduğu saptanmıştır. Diş çürükleri düşük mortalite oranları ile ilişkilendirilmesine rağmen, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda özgüven, yemek yeme, beslenme ve sağlık üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Bunun yanında diş çürükleri ağrı ve anksiyete nedenidir. Çocuklardaki diş ağrıları ağlama, uykusuzluk, oyun oynayamama, okul performansında düşme ile de ilişkilendirilmektedir. Diş çürükleri sonuçta diş kaybına, çeşitli besinlerin tüketiminde zorluklara ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Köksal, 2014). Mileva ve Kondeva'nın Bulgaristan'da 2008-2010 yılları arasında 289 çocukla yapmış oldukları çalışmada

çocukların %59.86 (n=173)'sının diş çürüğü nedeniyle başvurduğunu belirtmişlerdir (Mileva, Kondeva, 2010). Dawkins ve ark. Amerika'nın Kentucky bölgesinde 2006-2011 yılları arasında mobil dental klinik ile 6-15 yaş 2453 çocuk muayene etmişler, %49.7 oranında çocuğun en az bir tane çürük diş ile başvurduğunu saptamışlardır (Dawkins, Michimi, Griffith, Peterson, Carter, English, 2013).

Ülkemizde Gökalp ve Doğan 2004'te en kapsamlı çalışma olarak 68 ilde 5 yaş, 12 yaş, 15 yaş, 35-44 ve 65-74 yaş diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimini incelemişler (n=7833), 5 yaş çürük oranını %69.8 olarak, 12 yaş %61.1 olarak, 15 yaş ise %66.4 olarak bulmuşlardır (Gökalp, Doğan, Tekçiçek, Berberoğlu, Ünlüer, 2007). Bizim çalışmamızda hastaneye başvuran çocukların başvuru nedenini ilk sırada diş çürükleri oluşturmuştur (%25, n=102) (Bkz. Tablo: 4.2).

Petersen ve ark. (2001) Tayland'da 6-12 yaş arası 2.372 okul çocuğu ile yaptıkları çocukların diş çürüğüne sosyal davranış faktörlerinin etkisini inceledikleri çalışmada çocukların %30'unun günlük şeker tüketiminin fazla olduğu, 6 yaş çocuklarının %96.3'ünde çürük olduğu ve dmft ortalamasının 8.1 olduğu, 12 yaş çocukların %70'nde çürük olduğu, DMFT(Çürük-Eksik-Dolgu Diş) ortalamasının ise 2.4 olduğu belirtilmiştir (Petersen, Hoerup, Poomviset, Prommajan, Watanapa, 2001). Ülkeler arasında da diş çürükleri açısından farklar bulunsa da gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde diş çürüklerinin sorun olduğu da bir gerçektir. Jessri ve ark (2013) Tahran'da (n=1271) 9-13 yaş grubu okul çocuklarında DMFT ortalama değerini 2.51 ± 2.14 olarak bulurken (Jessri Mah, Jessri Mar, Rashidkhani, Kimiagar, 2013), Borges ve ark (2016) Brezilya'da 10-17 yaş grubu 623 öğrenci ile ortalama DMFT değerini 2.5 olduğunu bildirmişlerdir (Borges, Schwanke, Reuter, Neto, Burgos, 2016).

Pek çok çalışma diş çürükleri ile şeker tüketimi arasında birliktelik olduğundan söz etmektedir (Petersen et al. 2001; Gökalp ve ark. 2007; Koçanlı ve ark. 2014). Koçanlı ve arkadaşlarının (2014), 7-13 yaş Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Pedodonti A.B.D.'na başvuran 300 çocukla yapmış oldukları çalışmada şekerli gıda alım sıklığı ile çocukta çürük indeksi değerleri arasında pozitif korelasyon belirlemişlerdir ($p < 0.05$) (Koçanlı ve ark. 2014). Moynihan ve ark. (2014) şeker tüketimi ve diş çürüğü arasında ilişkiyi göstermek için yapmış oldukları sistematik inceleme çalışmasında, günlük şeker tüketiminin azaltılması sonucu diş çürüğü riskinin de azalacağı yönünde olmuştur

(Moynihan, Kelly, 2014). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, gelişmekte olan ülkelerde çürük oranlarının yükseldiği görülmektedir. Eskiden şeker tüketiminin az olduğu gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda bir artış görülmektedir (Bilgili, 2009). Bizim çalışmamızda her gün şekerli besinler ağırlıklı abur cubur tükettiğini ifade eden çocukların oranı %55.88 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo: 4.5).

Gökalp ve arkadaşları (2007) 5-12 ve 15 yaş 4657 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada çocukların, 12 yaşta %1,4'ünün diş hastanesine düzenli gitme sıklığı olduğu, %89.4'ünün diş fırçasına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bütün yaş gruplarında yemek aralarında şekerli yiyecek/içecek atıştırmanın ilk sıralarda yer aldığı saptanmıştır. 12 (n=1611) yaş için DMFT ortalaması ise 1.9 ± 2.2 olarak belirlenmiştir (Gökalp ve ark. 2007). Ancak ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar bölgeler arasında DMFT açısından farklar olduğunu da ortaya koymaktadır. Taşveren ve ark. (2005) tarafından Sivas il merkezinde 12 yaş grubu (n=114) çocuklarda DMFT değeri ortalaması 3.58 ± 1.69 olarak saptanmıştır (Taşveren S.K, Yeler, Sözen, Taşveren S, 2005). Namal ve arkadaşlarınca (2009) İstanbul Bayrampaşa'da 6-12 yaş arası 117 çocukla yapmış olduğu çalışmada DMFT ortalama değerini 8.72 ± 2.05 olarak çok yüksek bulmuşlardır (Namal, Vehid H, Vehid S, Can, 2009). Eğri ve ark. (2015) Tokat il merkezinde 12 yaş grubu 300 öğrenci ile yapmış oldukları araştırma sonucu DMFT ortalama değerini 3.33 ± 2.15 olarak bulunmuştur (Eğri, Kayaoğlu, Önder, Çıtıl, 2015). Her gün abur cubur tüketen çocukların DMFT ortalaması 5.1142 ± 3.67 ile, her gün abur cubur tüketmediğini ifade eden çocukların DMFT ortalaması 4.3143 ± 3.13 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.023$) (Bkz. Tablo:4.19). Bu konudaki çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bizim çalışmamızda; diş hastanesine rutin/6 ayda bir gitme sıklığı %13 (Bkz. Tablo:4.2), diş fırçası olanların oranı ise %84.1 olarak belirlenmiştir (Bkz Tablo:4.3). Gökalp ve ark. çalışması ile bakıldığında son 10 yılda bir miktar verilerde yükselme olsa da benzer sorunun devam ettiğini göstermektedir. Rutin kontrol amaçlı düzenli diş hekimine gitme oranı ülkemizde düşük durumdadır.

Yurdasal ve ark. (2012) tarafından Denizli il genelinde üç yıllık bir çalışma planında ilköğretim 2. sınıf öğrencilerine ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi, tutum ve alışkanlık kazandırma amaçlı çalışmalarında eğitim sonrası düzenli olarak günde iki kez

dişlerini fırçalayan öğrenci oranının ilk yılda %21.5 iken, üçüncü yılda %24.8'e çıktığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %41.4'ünde en az bir kalıcı diş çürüğü, %83.8'inde en az bir süt dişi çürüğü saptanmıştır. Öğrenci başına diş çürüğü ortalaması 4.8 ± 3.5 oranında olduğu görülmüştür. (Yurdasal, Bozkurt, Öz, Tanrıverdi, Taş, Nalbant, 2012). Bizim çalışmamızda Yurdasal ve ark. çalışmasından farklı olarak çocukların % 83.4'ünün diş fırçaladığı belirlenmiştir. Çocukların günde iki kez düzenli diş fırçalama oranı ise %71.8'dir (Bkz. Tablo: 4.3). Bu oranın yüksek olması Kırıkkale'de Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından okul öncesi ve ilköğretim sınıflarında 2008 yılından beri yürütülen Türkiye'nin ilk ulusal koruyucu ağız-diş sağlığı uygulaması; flor jel uygulamaları ve diş fırçalama eğitimlerinin verildiği "fırçalar çantada, dişler yolunda" projesinin bir sonucu olabilir (Dülgergil, 2008; Dülgergil, Ercan, Colak, 2016). Ancak bizim çalışmamızda DMFT ortalaması (4.75 ± 3.46), (Bkz. Tablo: 4.14) Yurdasal ve arkadaşlarının çalışmasına benzer (4.8 ± 3.5) oranda görülmesi bölgedeki bu çabalara rağmen çocukların ağız-diş sağlığı sorununun devam ettiğini göstermektedir. Oysa DSÖ 2020 yılı için 12 yaş grubunda ortalama çürük, eksik, ve dolgulu diş sayısı (DMF indeksi)'nin en fazla 1.5 olmasını hedeflemiştir (WHO World Oral Health Report 2003). Bizim çalışmamız DSÖ'nün 2020 hedefine ulaşamadığını göstermektedir.

Yahyaoğlu ve ark.(2017) tarafından 6-12 yaşları arasındaki toplam 810 çocuğa "Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)" ve "Çocukların Gözüyle Diş Hekimi ve Diş Kliniği Nasıl Olmalı" anketleri ile çalışma yapılmış, anketler uygulandıktan sonra hastaların ağız-diş muayenesi gerçekleştirilerek DMFT/dmft indeksleri belirlenmiştir. Yaş aralığına göre DMFT ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. 6-8 yaş aralığındaki çocukların DMFT ortalama değerlerinin, 9-12 yaş aralığındaki çocuklara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Yahyaoğlu ve ark. 2017). Bizim çalışmamızda 7-9 yaş grubu çocukların DMFT puan ortalaması 5.37 ± 3.46 olarak saptanmıştır, 10-12 yaş grubu çocukların DMFT puan ortalaması 4.35 ± 3.48 olduğu 13 ve üzeri yaş grubunun DMFT puan ortalamasının ise 4.01 ± 3.18 olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.16). 7-9 yaş grubu çocukların DMFT puan ortalaması diğer yaş grubu çocukların DMFT puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bizim çalışmamızı Yahyaoğlu ve ark. çalışması destekler niteliktedir.

Literatürde diş tedavisine başvuran çocuklarda kaygı düzeyine yönelik çok sayıda çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalar ağız-diş sağlığının kaygı ile de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Folayan, Idehen, Ufomata, 2003; Oba, Dülgergil, Sönmez, 2009; Kırbaş, Özkan, 2014; Koçanlı ve ark. 2014).

Folayan ve ark. (2003) tarafından Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) kullanılarak 8-13 yaş grubu 81 çocukla yapılan çalışmada çocukların %14.8 (n=18)'i gibi çok azında yüksek düzeyde dental anksiyete olduğu, çoğunda orta düzeyde kaygının yer aldığı belirlenmiştir (Folayan et al. 2003).

Klinberg ve Broberg (2007) tarafından 1982-2006 yılları arasında PUBMED veritabanı kullanılarak yaptıkları çocuk ve adölesanlarda dental korku/anksiyete ve davranış sorunlarına baktıkları sistematik derlemede Avustralya, Kanada, Avrupa ve Amerika'da çocukların %9'unda dental korku/anksiyete ve davranış idaresi problemlerinin olduğu ve bu sıklığın yaşla orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Aynı derlemede çocukların %64'ünde dental korku/anksiyete düzeyinin düşük ya da orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Klingberg, Broberg, 2007).

Assunção ve Losso (2013) tarafından Brezilya Parana Federal Çocuk Kliniği'nde 8-17 yaş grubu çocuklar üzerinde Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (DAS) ve durumluk anksiyete skalası kullanılarak yapılan çalışmada; çocukların %54'ünün durumluk anksiyetesi orta düzeyde, %39'unun DAS skorunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Assunção et al. 2013).

Kırbaş ve Özkan (2014) tarafından Erzurum ADSM'ye başvuran 9-12 yaş grubu çocuklar üzerinde durumluk kaygı ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ölçek toplam puan ortalaması 46.27 ± 5.59 olarak bulunmuştur. Çocukların orta düzeyin üzerinde kaygı düzeyinin olduğu saptanmıştır (Kırbaş, Özkan, 2014).

Bu çalışmada işlem öncesi kaygı duyduğunu ifade eden çocukların (%68.4 n=279) anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyutundan fiziksel, psikolojik duyarlılık ve sosyal kaygı düzeyleri incelendiğinde, işlem öncesi kaygı duyan çocukların daha yüksek kaygı puan ortalamaları olduğu, farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.000) (Bkz. Tablo 4.13). Bu bulgu işlem öncesi kaygılı olduğunu belirten çocuklarda kaygının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve çocuğu her boyutta etkilediği biçiminde yorumlanabilir. Kaygı duyan çocukların %9.3'ü (n=26) her zaman

diş hekimi kaygısı yaşadıklarını, %55.9(n=156)'u hastaneye geldiği anda kaygı duyduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.6). Çalışmaya katılan çocukların anksiyete duyarlılık düzeyi çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeği (ÇADÖ) kullanılarak incelenmiş ve çocukların anksiyete duyarlılık genel ölçek toplam puan ortalamasına göre (43.65 ± 11.57) orta düzeyde kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.8).

Ağız-diş sağlığı üzerinde sosyo-demoğrafik faktörlerin etkisinin incelendiği çalışmalarda Rantavouri ve ark.(2004) Finlandiya'da Jyväskylä ve Kuopio kentlerinde Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) kullanılarak 3-15 yaş, 1474 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada çocukların dental korku düzeyine yaşın etkisi olduğu, 3-6 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha fazla dental korku yaşadıkları saptanmıştır. Aradaki farkın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Rantavouri, Lahti, Hausen, Seppä, Kärkkäinen, 2004). Taani ve arkadaşlarınca (2005) Ürdün'ün kuzeyinde 12-15 yaş grubu 1021 çocukla Kleinknecht'in dental korku skalası (DFS), DMFT indeksi ve Loe ve Silnes'in Gingival İndeksi (GI) kullanılarak yaptıkları çalışmada kız çocukların erkek çocuklara göre korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu belirlemişlerdir ($p<0.001$) (Taani, El-Qaderi, Abu Alhaija, 2005).

Önçağ ve Çoğulu (2005) tarafından Ege Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Pedodonti kliniğine başvuran 3-12 yaş grubu 120 çocukta, Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçek (CFSS-DS) kullanılarak yaptıkları çalışmada, kız çocuklarının dental korku düzeyinin erkek çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Önçağ, Çoğulu, 2005).

Çubukcu ve Ercan (2008) tarafından Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Birimi'nde DAS kullanılarak 7-12 yaş arası 305 çocuk ile yapılan çalışmada en düşük DAS skoru 12 yaş grubunda (6.0 ± 2.1), en yüksek DAS skoru 7 yaş grubunda olduğu (9.9 ± 4.0), çocukların yaşı ile dental anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Çubukcu, Ercan, 2008).

Oba ve ark. (2009) tarafından Kırıkkale'de bir ilkokulda 7-11 yaş grubu 275 çocukla Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) kullanılarak yapılan çalışmada en yüksek skorun (45.8 ± 10.061) 7 yaş, en düşük skorun

(38.0±0.00) 11 yaş grubunda olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)(Oba ve ark. 2009).

Bayrak ve ark. (2010) tarafından On Dokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniğine başvuran 3-12 yaş grubu 198 çocuk üzerinde yapılan çalışmada; 3-6 yaş çocukların 7-12 yaş çocuklara göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, dolayısıyla yaşın kaygı düzeyinden etkilendiği ancak cinsiyetin kaygı düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (Bayrak ve ark. 2010).

Yahyaoğlu ve ark.(2017) tarafından 6-12 yaşları arasındaki toplam 810 çocuğa “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)” ve “Çocukların Gözüyle Diş Hekimi ve Diş Kliniği Nasıl Olmalı” anketleri ile çalışma yapılmış 6-8 yaş arasındaki çocukların (24.57±8.14), 9-12 yaş arasındaki çocuklara göre CFSS-DS ortalama skor değerlerinin (23.50±7.82) daha fazla olduğu ve yaşın etkili olduğu saptanmıştır (Yahyaoğlu Ö, Baygın, Yahyaoğlu G, Tüzüner T, 2017).

Bizim çalışmamızda 7-9 yaş grubu çocukların genel ölçek toplam puan ortalamaları (45.4698±11.87) ile diğer yaş grupları arasındaki fark (10-12 yaş grubu 41.56 ±11.27 ile 13 ve üzeri grupta 44.25 ± 10.76) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.10). Bu çalışmanın sonucu yukarıdaki çalışmaların sonuçlarını destekler nitelikte olup, çocukların yaşının kaygı düzeyini etkilediği söylenebilir. Diğer taraftan bizim çalışmamızda kız çocukları (44.15 ±11.58), erkek çocuklarına (42.9265 ± 11.57) göre ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek olmakla beraber fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.9). Cinsiyetin etkili olduğunu belirten çalışmalara karşılık bizim çalışmamızda etkili olmadığı söylenebilir.

Diş tedavisine başvuru nedenleri açısından incelendiğinde, başvuru nedenlerine göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut psikolojik duyarlılık puan ortalaması yönünden farkın anlamlı olduğu, farkın diğer nedenlerle (16.18 ± 4.11) (kanal tedavisi, muayene, diş çekimi, ortodonti sevki, koruyucu uygulamalar) başvuran çocuklardan kaynaklandığı görülmüştür ($p<0.05$) (Bkz. Tablo: 4.11). Başvuru nedeninin de psikolojik olarak kaygıyı artırdığı söylenebilir. Ağrı şikayeti ile gelen çocuklarda anksiyete duyarlılık alt boyut sosyal kaygı puan ortalaması da istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da göreceli olarak yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada çocuklara yapılacak işlemin açıklanma durumuna göre anksiyete duyarlılık ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark incelenmiş, işlemin açıklanmadığı grupta ortalama 45.65 ± 12.33 puan, işlemin açıklandığı grupta ortalama 42.59 ± 11.04 puan aldıkları ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Bkz Tablo:4.12). Bu bulguya dayanarak yapılacak işlemin açıklanmasının çocuklar üzerinde kaygıyı azaltıcı olduğu söylenebilir.

Bu çalışma sonuçlarına göre, anne eğitim durumu ve çocuklarındaki DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). Anne çalışma durumuna göre çocuğun DMFT ortalamaları incelenmiş, çalışan annelerin çocuklarının DMFT puan ortalaması daha düşük, çalışmayan annelerin çocuklarının puan ortalamasının yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). Annenin çalışıyor olmasının DMFT puan ortalamasını etkilediği söylenebilir.

Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda Namal ve arkadaşları (2009) İstanbul Bayrampaşa'da 6-12 yaş arası 117 çocukla yaptıkları çalışmada; çocukların annelerinin ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi ile çocuklarının DMFT durumu araştırılmış, annelerin diş sağlığı bilgi düzeyi ortalama 5.42 çıkmıştır. Bu değerini üzeri veya altı çocuklarda DMFT düzeyini 3.30 kat arttırmakta olduğu bulunmuştur (Namal ve ark. 2009). Borges ve ark. (2015) Brezilya'da 10-17 yaş grubu 623 öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada, annesi 4 yıllık öğrenim hayatını tamamlamayan çocuklarda, annesi 4 yıllık ve üzeri eğitim hayatını tamamlamış çocuklara göre iki kat fazla çürük görülme sıklığı olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir ($p < 0.001$) (Borges et al. 2016). Bizim çalışmamızda annenin eğitimi ile DMFT puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Eğri ve arkadaşları (2015) tarafından Tokat il merkezindeki 26 ilköğretim okulundan 12 yaş grubu 300 öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada annesinin eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olanlarda lise ve üzeri mezun olanlara göre, annesi ev hanımı olanlarda annesi çalışanlara göre diş çürüğü sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). Diş tedavisinden korkan çocuk oranı %69.3 olarak belirlenmiştir. (Eğri ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda annenin eğitim durumu etkili değilken annenin çalışıyor olması durumunda çocuklarında daha az diş çürüğüne

rastlandığı belirlenmiştir. Buna göre annenin çalışıyor olmasının ağız-diş sağlığı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada baba eğitim durumu ve çocuklardaki DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). Baba çalışma durumu çocuğun DMFT puanında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). Buna göre annelerin çocukların bakımında doğrudan daha etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama değerler incelendiğinde şikâyeti oldukça gelenlerin DMFT puan ortalaması diğerlerine (ilk kez gelenler ve rutin 6 ayda bir gelenler) göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.18).

Carrillo-Diaz ve arkadaşları (2015) İspanya Madrid’te 250 okul çocuğu ile yapmış oldukları çalışmada diş hekimine düzensiz gidenlerin DMFT indeksinin ve çürük diş sayısının düzenli diş hekimine gidenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Düzensiz diş hekimine gitme korku ile de ilişkili olduğunu, diş çürüğünü %20 oranında arttırdığını belirtmişlerdir (Carrillo-Diaz, Crego, Armfield, Romero, 2015).

Jessri ve arkadaşlarının (2013) Tahran’da 16 ilkokulda 9-13 yaş grubu 1271 çocukla yapmış oldukları çalışmada, çocukların yaklaşık yarısının (%47.52) ağız diş sağlığı eğitimini okuldan, sadece %10.6’sının diş hekiminden aldıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Eğitim alan çocukların çürükten etkilenme oranı daha düşük bulunmuştur. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır ($p<1.001$) (Jessri et al. 2013).

Bu çalışmada; ağız diş sağlığı eğitimi alan çocukların oranı %52.5, bu eğitimi okuldan alanların oranı %74.3, sağlık çalışanlarından alanların oranı ise %10.3 olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Daha önce ağız diş sağlığı eğitimi aldıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması (4.86 ± 3.49) ile daha önce ağız diş sağlığı eğitimi almadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması (4.64 ± 3.44) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Bkz. Tablo 4.18). Bu bulgu eğitimin daha etkili verilmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Bizim çalışmamızda çocukların %16.6 ($n=67$)’sı diş fırçalamadığını ifade etmiştir (Bkz: Tablo:4.3). Dişlerini fırçalayan çocukların DMFT puan ortalaması (4.53 ± 3.34) ile dişlerini fırçalamayan çocukların DMFT puan ortalaması (5.83 ± 3.82)

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$) (Bkz Tablo:4.18). Bu bulgu diş fırçalamanın diş çürüklerinin önlenmesinde önemli olduğu biçiminde yorumlanabilir. Benzer çalışmalarda Taşveren ve arkadaşlarınca (2005) Sivas il merkezinde 12 yaş çocuklarla yapmış oldukları çalışmada diş fırçalama durumuna göre DMFT puan ortalamaları arasındaki fark incelenmiş, farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hiç diş fırçalayan çocukların DMFT puan ortalamasının günde iki kez fırçalayan çocuklara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Taşveren ve ark. 2005). Jessri ve arkadaşlarınca (2013) Tahran'da 16 ilkokulda 9-13 yaş grubu 1271 çocukla yapılan çalışmada, çocukların %5'inin dişlerini hiç fırçalamadıkları, dişlerini fırçalayan çocukların, dişlerini fırçalayan çocuklara göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oranda daha fazla diş çürüğü, ciddi çürük ve gingivit olduğunu belirtmişlerdir (Jessri et al. 2013). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Bkz. Tablo:4.18)

Araştırmamıza katılan çocuklardan dişlerini fırçalayamadıklarında ağızını çalkaladıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması (4.57 ± 3.21), dişlerini fırçalamadıkları halde çalkalamada yapmadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalamasına göre (5.3404 ± 4.14) yüksek bulunsada aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.18). Dişlerini fırçalayamadıklarında ağızını çalkalayan çocukların DMFT puan ortalaması da DSÖ'nün 12 yaş için hedeflediği düzeyden yüksektir. Diş fırçalanmadığında ağız çalkalamanın DMFT düzeyini azalttığı yönde bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada çocukların %84.1 ($n=343$)'i diş fırçasına sahiptir. Dişlerini fırçaladıklarını ifade eden çocukların oranı %83.4 ($n=341$)'dür (Bkz. Tablo 4.3). Diş fırçası olan çocukların DMFT puan ortalaması, fırçası olmayan çocukların DMFT puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$), (Bkz. Tablo 4.18). Bu bulgu çocukların diş fırçasına sahip olması ve alışkanlık haline gelmesinin diş çürüklerinin önlenmesinde önemli bir faktör olduğu biçiminde düşünülebilir.

Bu çalışmada diş fırçalama süresi en az 2 dakika olan çocukların DMFT puan ortalaması (4.19 ± 3.26) ile, diş fırçalama süresi 1 dakikadan az olan çocukların DMFT puan ortalaması (5.03 ± 3.38) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Çocukların dişlerini en az iki dakika fırçaladıklarını belirtmiş olsalar da DMFT oranının yüksek olması sonucu dişlerini etkili fırçalamadıkları söylenebilir.

Creeth ve ark.'nın fırçalama süresi ve diş temizleyicilerin dental plak giderme üzerine in vivo etkisini araştırdıkları çalışmada en uzun diş fırçalama süresinin (180 saniye) en kısa diş fırçalama süresinden (30 saniye) %55 daha fazla diş plağını giderdiğini belirtmişlerdir ($p<0.0001$). 2 dakikalık diş fırçalama süresinin 45 saniye diş fırçalamaya göre %26 daha fazla diş plağını giderdiğini belirlemişlerdir ($p=0.0002$) (Creeth, Gallagher, Swonski, Bowman, Barrett, Lowe, Patel, Bosma, 2009).

Borges ve ark. (2016) Brezilya'nın güneyinde 10-17 yaş 623 öğrenci ile çürük ile ilişkili faktörleri incelemişler; çocuklardan %52.0'si diş ipini 'bazen' kullandığını belirtmiştir. Oral hijyen alışkanlıklarına bakıldığında ara sıra diş ipi kullanımının, diş ipi kullanmayanlara göre %20 oranında diş çürüğü açısından koruyucu olduğu bildirilmiştir ($p<0.002$) (Borges et al. 2016). Bizim çalışmamızda diş ipi kullanan çocukların DMFT puan ortalaması (3.4762 ± 2.48) ile, diş ipi kullanmayan çocukların (4.8694 ± 3.52) DMFT puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Bizim çalışmamız Borges ve arkadaşlarının çalışmasını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada çocukların bazı oral alışkanlıkları da incelenmiştir. Uzun süre emzik-biberon kullanan çocukların oranı %16.17 ($n=66$)'dir (Bkz. Tablo 4.5). Uzun süre emzik biberon kullanan çocukların DMFT puan ortalaması (5.8254 ± 3.94) ile uzun süre emzik, biberon kullanmayan çocukların DMFT puan ortalamaları (4.5559 ± 3.33) arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0.008$) (Bkz. Tablo 4.19). Bu bulgu uzun süre emzik, biberon kullanmanın çocukların diş sağlığını olumsuz etkilemesi açısından önemle üzerinde durulması gereken bir etken olduğu biçiminde düşünülebilir.

Çalışmamızda diş fırçalamaya başlama yaş ortalaması 2.18 ± 0.89 olarak bulunmuştur (Bkz Tablo 4.4) Diş fırçalama alışkanlığının kazandırılması açısından 1-3 yaş otonomi döneminde konunun ailelerce ele alındığını göstermesi açısından önemlidir. Literatürde diş fırçalamaya başlangıç yaşı olarak ortalama 6. ay, ilk süt

dişlerinin sürmeye başlandığı dönemdir. Bu dönemde ağız bakımı ebeveyn tarafından yumuşak bir bez yardımıyla yapılması gerekmektedir (Bilgili, 2009; Erdem, 2015)

Bu çalışmada anksiyete duyarlılık genel ölçek toplam puan ortalaması ile DMFT puan ortalaması arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ilişki söz konusudur. Buna göre anksiyete arttıkça DMFT puan ortalaması da artacağı söylenebilir. Anksiyetesi yüksek olan çocukların daha az diş tedavisine gitme olasılığı olacaktır. Anksiyete alt duyarlılık puanları ile pozitif ve yüksek düzeyde ilişkiye sahiptir. Bu durum istatistiksel düzeyde anlamlıdır (Bkz tablo 4.20). Benzer şekilde Yahyaoğlu ve ark. (2017) tarafından 6-12 yaşları arasındaki toplam 810 çocuğa “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)” ve “Çocukların Gözüyle Diş Hekimi ve Diş Kliniği Nasıl Olmalı” anketleri uygulanan çalışmada, hastaların DMFT/dmft indeksleri belirlenmiş. Anksiyete ve diş çürüğü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (DMFT $p=0.030$, dmft $p=0.015$). Buna göre anksiyeteli hastalarda DMFT/dmft puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yüksek derece anksiyeteye sahip hastaların DMFT ortalama değerlerinin, orta ve düşük derece anksiyeteye sahip hastalardan fazla olduğu saptanmıştır (Yahyaoğlu ve ark. 2017).

Oba ve ark. (2009) Kırıkkale’de bir ilkokulda 7-11 yaş grubu 275 çocukla Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) kullanılarak yaptıkları çalışmada DMFS-dfs oranı ile CFSS-DS oranı arasında istatistiksel düzeyde anlamlı, pozitif yönde ilişki olduğunu saptamıştır. Korku düzeyi yüksek olan çocukların çürük yüzeyinin de fazla olduğu belirlenmiştir (Oba ve ark. 2009). Bu çalışmaların bulgusu bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Araştırma Örneklemine Sosyo-Demografik Özellikleri

Kırıkkale ilinde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine başvuran 7-14 yaş arası çocuklarda anksiyete duyarlılık düzeyi ve bunu etkileyen etmenlerin üzerine yapılan bu araştırmada; çalışmaya katılan çocukların %59.1' i kız, %40.9'u erkek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında çocukların %45.1'i 7-9 yaş aralığındadır. Çocukların annelerinin çoğunluğu (%31.9) ise okuryazar ve ilköğretim düzeyine sahiptir. Annelerin %74.3'ü çalışmamaktadır. Çocukların babalarının %31.6'sı üniversite, %38.0'i lise mezunudur. Babaların %91'i çalışmakta, %8.3'ü ise herhangi bir işte çalışmamaktadır (Bkz. Tablo 4.1).

6.1.2. Çocukların Diş Tedavisine İlişkin Durumları

Çocuklar Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne geliş nedenleri arasında ilk sırada (%25.0) diş çürükleri yer almaktadır. Diş hastanesine şikayeti olduğu zaman gelenlerin oranı %75.7 olarak bulunmuştur. Rutin kontrole gelenlerin (6 ayda bir) oranı %13.0 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamında çocukların %65.9'u annesi ile geldiğini belirtmiştir. %24.5'i ise babası ile geldiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %47.5'i ağız ve diş sağlığı eğitimi almadığını ifade etmiştir. Eğitim alan çocukların (%52.5 n=214) ; %74.3' ü (n=159) bu eğitimi okulda aldıklarını belirtmiş, çocukların yalnız %10.3'ü (n=22) bu eğitimi sağlık çalışanlarından aldığını ifade etmiştir. Ayrıca çocukların %92.2'si besin tüketiminin ağız sağlığını doğrudan etkileyeceğini ifade etmiştir. Tedavi öncesi çocuklara yapılacak işlemin açıklanma durumu incelendiğinde çocukların %65.4'üne yapılacak işlemin anlatıldığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, işlem anlatılan çocukların %55.4'üne yapılacak işlem diş hekimi tarafından anlatılmıştır. %40.4'üne işlem aileleri tarafından anlatılmıştır. Çocukların %92'si besinlerin ağız ve diş sağlığını etkilediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %48.8'i muayene olma nedeniyle geldiklerini ifade etmiştir. (Bkz. Tablo 4.2).

6.1.3. Çocukların Ağız-Diş Sağlığına İlişkin Uygulama Sonuçları

Araştırma kapsamında çocukların %83.4'ü dişlerini fırçaladıklarını ifade etmiştir. Dişlerini fırçalamayan %16.6 (n=67) çocukların diş fırçalamama nedenleri arasında alışkanlığı olmadığını belirtenlerin oranı %89.6 olduğu saptanmıştır. Dişlerini fırçalayan çocukların diş fırçalama sıklığına bakıldığında sabah akşam fırçalayanların oranı %71.8 olduğu bulunmuştur. Diş fırçalama süresinin en az iki dakika olduğunu belirten çocuklar ise %63.6; bir dakikadan az fırçalayanların oranı %36.4 olarak belirlenmiştir. Diş fırçalama şekillerine bakıldığında aşağıdan yukarı hareketlerle fırçalayanların oranı %46.6, sağa-sola fırçalayanların oranı %27.3 olarak saptanmıştır. Dişlerini fırçalayan çocuklardan, %75.5'i dişlerini fırçalayamadıklarında ağızlarını çalkaladığı, %24.3'ü çalkalamadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamında çocuklardan %84.1'i diş fırçasının olduğunu ifade etmiştir. Çocuklardan %94.8'i diş ipi kullanmadığını belirtmiştir (Bkz Tablo 4.3). Çocukların diş fırçalamaya başlama yaşı ortalaması 2.18 ± 0.89 olduğu saptanmıştır (Bkz Tablo 4.4).

6.1.4. Çocuklardaki Ağız Diş Sağlığını Olumsuz Etkileyen Kötü Oral Alışkanlıklara İlişkin Sonuçlar

Araştırma kapsamındaki çocukların kötü oral alışkanlıklarının abur cubur tüketimi %55.88, diş sıkma %22.30, tırnak yeme alışkanlığı %21.32 olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 4.5).

6.1.5. Çocukların Diş Tedavisi Öncesi Kaygı Durumuna İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılan çocukların %68.4'ü işlem öncesi kaygı yaşadığını belirtmiştir. İşlem öncesi kaygı duyduğunu ifade eden çocukların %55.9'u kaygılarının hastaneye girişte başladığını belirtmiştir. %9.3 çocuk her zaman kaygılı olduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.6) Çocukların kaygı duydukları durumda yoğun yaşadıkları duyguların en başında %65.68 ile huzursuzluk en fazla yaşanan duygu olarak ifade edilmiştir (Bkz Tablo 4.7).

6.1.6. Çocukların Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Araştırma kapsamına alınan çocukların anksiyete duyarlılık genel ölçek toplam puan ortalaması 43.65 ± 11.57 olarak bulunmuştur. Çocukların orta düzeyde kaygıları olduğu saptanmıştır. Alt boyutlar arasında psikolojik duyarlılık puan ortalamasının diğer alanlara göre biraz daha orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir (Bkz Tablo 4.8).

6.1.7. Çocukların Cinsiyetine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Ortalama değerler incelendiğinde anlamlı farklılık olmasa da ölçek alt boyut puan ortalamaları kız çocuklarının erkek çocuklara oranla yüksek bulunmuştur (Bkz Tablo 4.9).

6.1.8. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Yaş gruplarına göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ve genel ölçek toplam puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan 7-9 yaş grubu çocukların ölçek alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. 7-9 yaş grubunun fiziksel duyarlılık puanlarının diğer yaş gruplarına oranla yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). (Bkz Tablo 4.10)

6.1.9. Çocukların Diş Hastanesine Geliş Nedenine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Araştırma sonuçlarına göre, hastaneye diş çürüğü nedeni ile başvuran çocukların psikolojik duyarlılık puan ortalaması yüksek bulunmuş bu durum diğer nedenlerle başvuran çocuklara göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermiştir. ($p < 0.05$). Diş çürüğü şikâyeti ile hastaneye gelen çocuklarda diğer şikâyetlerle başvuran çocuklara göre fark istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da fiziksel duyarlılık, psikolojik

duyarlılık ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı nedeniyle gelen çocuklarda ise istatistiksel düzeyde anlamlı fark görülmesi de sosyal kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.11).

6.1.10. Çocuklara Yapılacak İşlemin Açıklanma Durumuna Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Araştırma sonucunda yapılacak işlemin açıklanma durumu ile fiziksel duyarlılık ve genel ölçek toplam puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın işlem açıklanmadığında anksiyete düzeyleri arttığından kaynaklandığı söylenebilir (Bkz Tablo 4.12).

6.1.11. Çocukların Kaygı Duyma ifadelerine Göre Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Sonuçları

Araştırmaya katılan çocukların kaygı duyma ifadelerine göre anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının dağılımı sonuçlarına göre, kaygı duyduğunu ifade edenler ve kaygı duymadığını ifade edenler arasında tüm alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamaları ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.01$) İşlem öncesi kaygı duyduğunu ifade eden çocukların tüm alt boyut ve genel ölçek toplam puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür (Bkz Tablo 4.13).

6.1.12. Çocukların DMFT Puan ortalaması Sonuçları

Araştırmaya katılan çocukların DMFT puan ortalaması 0-23 arasında değişerek, ortalama 4.75 ± 3.46 olarak hesaplanmıştır. Buna göre 4.75 bulunan ortalama DSÖ'nün 2020 yılı hedefine (1.5) göre çok yüksek olduğu söylenebilir (Bkz Tablo 4.14).

6.1.13. Çocukların Cinsiyetine Göre DMFT Puan Ortalaması Sonuçları

Araştırma sonuçlarına göre, DMFT puan ortalaması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). DMFT puan ortalamaları istatistiksel olarak birbirine yakın bulunmuştur (Bkz Tablo 4.15).

6.1.14. Çocukların Yaş Gruplarına Göre DMFT Puan Ortalaması Sonuçları

Araştırma sonuçlarına göre, DMFT puan ortalamasının yaş grupları arasında anlamlı farklılık yaratıp yaratmadığına ilişkin tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiş ve p değerine göre bu yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Ortalama değerlere göre en yüksek ortalama 7-9 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. DMFT puanı ortalaması en yüksek yaş grubu 7-9 dur. Ayrıca 7-9 yaş grubunun anksiyete duyarlılık alt ölçek ve toplam ölçek puanı da yüksek bulunmuştur (Bkz Tablo 4.16).

6.1.15. Çocukların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DMFT Puan Ortalaması

Anne eğitim durumuna göre çocuklarda DMFT puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Üniversite mezunu annelerin çocuklarının DMFT puanı daha düşük olduğu görülmüştür. Annenin çalışma durumuna göre çocukların DMFT puan ortalamasında anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre çalışan annelerin çocuklarının DMFT puan ortalaması daha düşük çıkarken çalışmayan annelerin çocuklarında daha yüksek çıkmıştır ($p < 0.05$). Baba eğitim durumuna göre DMFT puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p > 0.05$). Fark anlamlı olmasa da üniversite mezunu olan babaların çocuklarında DMFT puanı diğer gruplara göre düşük çıkmıştır. Babanın çalışma durumuna göre DMFT puan ortalaması sonuçlarına göre, baba çalışma durumu çocuğun DMFT puanında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da çalışan babaların çocuklarının DMFT puan ortalaması daha yüksek çıkarken çalışmayan babaların çocuklarında DMFT puan ortalaması daha düşük çıkmıştır (Bkz Tablo 4.17).

6.1.16. Çocukların Ağız Diş Sağlığına İlişkin Alışkanlıklarına Göre DMFT Puan Ortalamaları

Diş hastanesine geliş sıklığı ile DMFT puan ortalaması arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır ($p > 0.05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama değerler incelendiğinde şikâyeti oldukça gelenlerin DMFT puan

ortalaması diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Araştırmaya katılan ve daha önce ağız diş sağlığı eğitimi aldıklarını ifade eden çocuklar ile eğitim almadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması yüksek ve birbirine oldukça yakın bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ağız diş sağlığı eğitimi aldıkları halde DMFT puan ortalamasının yüksek olması düşündürücüdür. Araştırma sonuçlarına göre, dişlerini fırçalayan çocukların DMFT puan ortalaması daha düşük çıkarken dişlerini fırçalamayan çocuklarda DMFT puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) fark anlamlı bulunmuştur. Dişlerini fırçalayan çocukların DMFT puan ortalamasının DSÖ'nün 2020 hedefinin (1.5) oldukça üstünde olması düşündürücüdür. Dişlerin fırçalanmadığında ağız çalkalama durumuna göre DMFT puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da araştırmaya katılan çocuklardan dişlerini fırçalamadıklarında ağızını çalkaladıklarını ifade edenlerin DMFT puan ortalaması daha düşük bulunurken, dişlerini fırçalamadıklarında ağızını çalkalamadıklarını ifade eden çocukların DMFT puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Dişlerini fırçalamadıklarında ağızını çalkalayan çocukların DMFT puan ortalaması DSÖ'nün 2020 hedef düzeyinden yüksektir. Araştırma sonuçlarına göre; diş fırçası olan çocukların DMFT puan ortalaması daha düşük çıkarken, fırçası olmayan çocuklarında daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$), fark istatistiksel düzeyde anlamlıdır. Diş fırçalaması olan çocukların DMFT puan ortalamalarının yüksek bulunması DSÖ 2020 hedefinden yüksek olduğunu göstermektedir. İleri araştırmaların yapılmasını gerektirir. Araştırma sonuçlarına göre, diş fırçalama süresi en az 2 dakika olan çocukların DMFT puan ortalaması düşük bulunurken, diş fırçalama süresi 1 dakikadan az olan çocukların istatistiksel düzeyde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuklar dişlerini en az iki dakika fırçaladıklarını belirtmiş olsalar da DMFT oranının yüksek olması da düşündürücü olduğu söylenebilir. Araştırma kapsamında diş ipi kullanan çocuklarının DMFT puan ortalaması daha düşük çıkarken, diş ipi kullanmayan çocuklarında daha yüksek çıkmıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.18).

6.1.17. Çocuklarda Görülen Kötü Oral Alışkanlıklara göre DMFT Puan Ortalaması

Araştırma sonucunda çocuklarda görülen kötü oral alışkanlıklardan; parmak emme, tırnak yeme, diş gıcırdatma ve diş sıkma görülen çocuklarda Dmft Puan ortalamaları göreceli olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Uzun süre emzik biberon kullanan çocuklarda DMFT puan ortalaması (5.8254 ± 3.94), uzun süre emzik, biberon kullanmayan çocukların DMFT puan ortalamasına göre yüksek ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0.008$). Hergün abur cubur tükettiğini ifade eden çocukların DMFT puan ortalamaları (5.1142 ± 3.67), hergün abur cubur tüketmediğini ifade eden çocukların DMFT puan ortalamalarına (4.3143 ± 3.13) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Fark istatistiksel düzeyde anlamlıdır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.19).

6.1.18. Çocukların DMFT Puan Ortalaması ile Anksiyete Duyarlılık Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Genel Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Sonuçları

DMFT puan ortalaması ve anksiyete duyarlılık ölçeği alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırmalarının korelasyon tablosuna göre, DMFT puanı ile fiziksel duyarlılık puanı arasında pozitif ve zayıf yönlü bir ilişki söz konusudur. DMFT puanı yükseldikçe ya da düştükçe fiziksel duyarlılık puanı düşük düzeyde yükselecek veya düşecektir. Fiziksel duyarlılık ile psikolojik duyarlılık ve sosyal kaygı arasında da pozitif ve orta düzeyde bir ilişki söz konusudur. Ölçek alt boyutları arasında da pozitif ilişkiler söz konusudur. Bunların her birinde artış ya da azalış değerini orta düzeyde pozitif yönde etkilemektedir. Anksiyete duyarlılık ölçeği toplam puan ortalaması ile DMFT puanı arasında da pozitif, düşük seviyede ilişki söz konusudur. Anksiyete duyarlılık ölçeği toplam puanı ile alt boyut puan ortalamaları ile pozitif ve yüksek düzeyde ilişkiye sahip olduğu söylenebilir (Bkz Tablo 4.20).

6.2.ÖNERİLER

Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeği (ÇADÖ) ilk kez bu çalışmada dental kaygıyı belirlemek üzere kullanılmıştır. İleriki çalışmalarda, çocuklarda dental kaygının ölçülmesi amacıyla bu ölçeğin kullanılabilmesi söylenebilir.

Çocuk genel ve ağız-diş sağlığının sürdürülmesinde büyük pay sahibi olan başta ebeveynlerin, çocuk sağlığı ile ilgilenen sağlık çalışanlarının, çocuklardaki sorunları erken fark etmesi, gerekli koruyucu önlemleri bilmeleri, toplum sağlığının da gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu yönde eğitimlerin planlanmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada yapılacak işlemin önceden açıklanmış olması çocuklarda anksiyete düzeyini azaltıcı etkisi olduğundan, pedodonti polikliniklerinde çalışan sağlık personelinin; çocuklara yaş gruplarına ve gelişim özelliklerine göre işlemin açıklanması konusunda eğitim planlanabilir. Ailelerin yapılacak işlemi anlatması kaygıyı artırıcı yönde olabileceğinden bu konuda hassasiyet gösterilmesi gerektiği söylenebilir. Aile-hekim-hemşire arasında işbirliği sağlanması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada dental kaygısının hastaneye girişte başlayan, kaygı anında huzursuzluk yaşayan çocukların oranı yüksek olduğundan hastaneye başvuran çocukların işlem öncesi kaygılarının, huzursuzluklarının belirlenmesine, azaltılmasına ve giderilmesine yönelik kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiği söylenebilir. Bu sebeplerle çocuk ağız diş sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Diş hastanesine geliş sıklığı bakımından 6 ayda bir rutin kontrollere gelen çocuk oranının istenen düzeyde olmadığı görülmekte, çocuklara verilen ağız diş sağlığı eğitimlerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Eğitimlerin kreş ve anaokullarında da verilmesi gündeme gelmelidir.

DMFT ve çocuklarda dental anksiyete düzeyinin pozitif yönde ilişkili olarak artış gösterdiği bu çalışmada DMFT düzeyini artıran nedenlerin dolayısı ile anksiyete düzeyini de artıracığından bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilebilir.

Bu çalışmada yaş ile DMFT ve ANKSİYETE düzeyleri arasında ilişki olduğundan, çocukların yaşlarına ve gelişimsel özelliklerine uygun ağız diş sağlığı eğitim metodlarının seçilmesi bu konuda hemşireliğin eğitimci rolüne uygun planlanması gerektiği söylenebilir.

Diş sıkma, tırnak yeme, diş gıcırdatma, parmak emme alışkanlığının olduğu belirlenen çocuklar için kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Uzun süre emzik, biberon kullanan çocuklarda DMFT düzeyinin artış gösterdiği bu çalışmada annelerin bu konuda daha bilinçli olması, bu konuda medya ile işbirliği yapılarak eğitimler planlanabilir.

Hergün abur cubur tüketen çocuklarda DMFT düzeyinin artış gösterdiği bu çalışmada; okullarda kantinde satılan gıdaların denetiminin yapılması, beslenme eğitimi, öğretmen ve öğrencilerin bu konuda eğitilmesi, okullarda okul sağlığı hemşireliğinin kurumsallaşmasına ihtiyaç vardır.

Çocukların hastaneye geliş nedenleri arasında ilk sırada diş çürüklerinin olması, ağız-diş sağlığı ile ilgili yapılan taramaların, gerekli koruyucu tedbirlerin alınmasının yetersiz olduğu söylenebilir. Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Diş fırçalama alışkanlığı olmayan çocuklar üzerinde daha kapsamlı araştırmalar önerilebilir.

ADSM'ne gelerek polikliniğe başvurduğu halde ünite oturmayarak tedaviyi kabul etmeyen çocuklar üzerinde daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Çocukların diş fırçalama süresi, fırçalama şekli, ve sıklığı bakımından bilgi, beceri ve alışkanlık edinmeleri için evde başlayan (halk sağlığı hemşireliğini kapsayan, aile sağlığı merkezlerinde ev ziyaretlerini de içine alan, okul sağlığı hemşireliğinin de önem kazanması ile) eğitimler planlanabilir. Ebeveynler de bu eğitime dahil edilebilir.

Diş fırçalama başlangıç yaşı ortalamasınının 6. ayda ebeveyn tarafından olması gerektiğinden bu konuda birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi gerektiği söylenebilir. Ağız diş sağlığı uygulamalarının bebeklik döneminde başlatılması gerektiği söylenebilir.

Çalışan annelerinin çocuklarında DMFT düzeyi azalma eğilimi gösterdiğinden anneler kilit/anahtar rolde görülmeli, çalışmayan anneler düşünülerek koruyucu ağız diş sağlığı eğitimleri planlanmalıdır. Aile sağlığı merkezlerinde ev ziyaretlerinin eğitim içeriği bu yönde düzenlenebilir.

Sonuç olarak ağız-diş sağlığı polikliniklerinde çalışanlar korku ve kaygı reaksiyonları ile sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle çalışanların, bu reaksiyonların

gelişmesindeki etkenleri, ağız-diş sağlığı üzerindeki etkilerini ve de dental tedavi sırasında yaratacağı problemleri bilmesi, yapılacak işlemin başarılı olmasında, gelecekte hasta üzerinde olumsuz etki bırakmaması yönünde büyük önem taşımaktadır. Pedodonti polikliniğinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocukla kuracağı pozitif ilişkinin, çocuk ile uyumu arttıracacağı, motivasyonunu sağlayacağı göz önünde bulundurulabilir.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin tedaviden daha çok koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerine yönelmesi gerekmekte, bu konuda hemşirelerin anahtar rolde görülmesi gerekmektedir. Hemşirelik alanında ağız diş sağlığı eğitiminin çocuklar için temel yaklaşım olması gerekmektedir. Çocukların diş gelişimi anne karnında başladığından, çocuk doğmadan önce annesinin ağız diş sağlığı bakımıyla başlatılabilir. Hemşireliğin tüm alanlarında ağız diş sağlığına önem verilerek, destek sağlanabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Akar Ç.,Yrd. Doç. Dr. (2014). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirilmesi, TDB Yayınları, Araştırma Dizisi:9, Ankara, Aralık, s: 41.
2. Akgün Ö, Görgülü S, Altun C. (2011). Süt Dişlerinin Önemi ve Erken Çocukluk Çağı Çürükleri, Smyrna Tıp Dergisi Derleme,(1): 49-52.
3. Akıncı Z. (2008). Karma Dişlenme Dönemindeki Öğrencilerin Ağız- Diş Sağlığı Durumunun ve Bu Konudaki Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitim Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s: 10-20.
4. Alaçam A, Tulunoğlu Ö, Bodur H, Çınar Ç, Tüzüner E, Cula S. (2012). Ebeveynlere Yönelik Ağız Diş Sağlığı Eğitim Programlarının Kısa ve Uzun Dönem Etkileri. GÜ Diş Hek. Fak. Dergisi, 29(3):139-146
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1994). 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC,
6. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, Menezes J. (2013). The Relationship Between Dental Anxiety in Children, Adolescents and Their Parents at Dental Environment, Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, 31(3):174-179.
7. Ay Z, Erdek Y, Öztürk M, Kılınç G, Bozkurt Y, Yılmaz R. (2005). Süleyman Demirel Üniv. Diş Hek. Fak.’Ne Başvuran Hastalarda Dental Korku Düzeyinin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniv. Diş Hek. Fak. Dergisi, 8(1): 12-18.
8. Ayrancı Ü. (2005). Bir Grup İlkokul Öğrencisinde Diş Çürüğü Saptama Araştırması, sted, 14 (3): 50-54.
9. Bagramian R, Garcia-Godoy F, Volpe A. (2009). The Global Increase in Dental Caries. A Pending Public Health Crisis, American J. of Dentistry, 21(1): 3-8.
10. Bayrak Ş, Şen Tunç E, Eğilmez T, Tüloğlu N. (2010). Ebeveyn Dental Kaygısı ve Sosyodemografik Faktörlerin Çocukların Dental Kaygısı Üzerine Etkileri, Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Dergisi, 20 (3): 181-188.
11. Baysal I, Aksoydan E. (2016). Ağız Hastalıklarında Beslenme, Güncel Gastroenteroloji 20(3): 195-200.

12. Bilgili Ş. (2009). Kliniğimize Başvuran Çocuklar ile Ebeveynlerinin Diş Sağlığının Değerlendirilmesi ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, s: 1-53.
13. Bodur E. (2015). Diş Tedavileri Sırasında Korku, Kaygı, Anksiyetenin Önemi ve Hipnozun Değerlendirilmesi, Ege Üniv. Diş Hek. Fak. Pedodonti ABD, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İzmir, s: 2-74.
14. Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Neto LK, Burgos MS. (2016). Factors associated with caries: a survey of students from southern Brazil, Rev Paul Pediatr. 34(4):489-494.
15. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero M. (2015). Dental fear-related cognitive vulnerability perceptions, dental prevention beliefs, dental visiting, and caries: a cross-sectional study in Madrid (Spain). Community Dent Oral Epidemiol, 43: 375–384.
16. Cowart M. J.W, Ollendick T.H. (2013). Specific Phobias, Virginia Polytechnic Institute and State University, USA, The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety, 1th. ed. Chapter:16, Wiley ISBN: 0-470-66735-4, 978-0-470-66735-4, Access: 01/01/2013, p. 353-368.
17. Creeth J, Gallagher A, Swonski J, Bowman J, Barrett K, Lowe S, Patel K, Bosma M. (2009). The Effect of Brushing Time and Dentifrice on Dental Plaque Removal in vivo, The Journal of Dental Hygiene, 83(3): 111-116.
18. Çalışkan D, Işık A, Yaşar F, Yıldırım N, Elhan A. (1999). Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki Bir İlkokulda Diş Çürükleri ve Etkili Faktörler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52(2): 77-82.
19. Çubukcu Elbek Ç, Ercan İ. (2008). Tıp Fakültesi Bünyesindeki Ağız ve Diş Sağlığı Birimine Başvuran Çocuklarda Sosyodemografik Faktörlerin Dental Anksiyete Üzerine Etkisi, J Curr Pediatr, 6: 53-5.
20. Dawkins E, Michimi A, Griffith GE, Peterson T, Carter D, English G. (2013). Dental Caries Among Children Visiting a Mobile Dental Clinic in South Central Kentucky: A Pooled Cross-Sectional Study, BMC Oral Health, 13: 19 [accessed 10 July 2017]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/19>.

21. Doğan B. (2007). Temel Ağız-Diş Sağlığı Göstergeleri, Toplum Hekimliği Bülteni, 26 (2): 40-46.
22. Doğan B, Gökalp S. (2008). Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi, 2004, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 32(2):45-57.
23. Dülgergil T. (2008). Ankara Dişhekimleri Odası Dergisi, 1: 66-69.
24. Dülgergil ÇT, Ercan E, Colak H. (2016). Evaluation of school-based prevention program in Turkey: Results of a 24-month study, Eur J Dent, 10: 245-249.
25. Eğri M, Kayaoğlu A, Önder Y, Çıtıl R. (2015). Tokat İl Merkezindeki İlköğretim 12 Yaş Öğrencilerde DMFT İndeksi ve İlişkili Faktörler, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 7 (3): 198-207.
26. Erdem Y. (2015) Çocuk Gelişimi Bölümleri İçin Çocuk Hastalıkları Kitabı, Vize Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara, s: 83-87.
27. Erdoğan R. (2004). Stajyer, Pratisyen ve Çocuk Diş Hekimi Tedavisi Sonrası Çocukların Ağız-Diş Sağlığı Bilgilerinin Değerlendirilmesi, Ege Üniv. Diş Hek. Fak. Pedodonti ABD, Yayımlanmamış Bitirme Tezi, İzmir, s: 3-28.
28. Erözkan A. (2012). Examination of Relationship between Anxiety Sensitivity and Parenting Styles in Adolescents, Educational Sciences: Theory & Practice – 12 (1): 52-57.
29. Ertem M, Çan G. editör (2014). Türkiye Sağlık Raporu 2014, HASUDER, ISBN:978-605-84926-4-6, s:1-800.
30. Esa R, Savithri V, Humphris G, Freeman R. (2010). The Relationship between Dental Anxiety and Dental Decay Experience in Antenatal Mothers, European Journal of Oral Sciences, 118(1): 59–65.
31. Folayan M.O, Idehen E.E, Ufomata D. (2003). The Effect of Sociodemographic Factors on Dental Anxiety in Children Seen in a Suburban Nigerian Hospital, International Journal of Paediatric Dentistry, 13: 20–26.
32. Glick M, Monteiro O, Seeberger G, Xu T, Pucca G, Williams D, Kess S, Eiselej and Severin T. (2012). FDI vision 2020: Shaping The Future of Oral Health, International Dental Journal, 62: 278-291.
33. Gökalp S, Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. (2007). Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 31 (4): 3-10.

34. Gökalp S, Doğan B, Tekçiçek M. (2013). Prevalance and Severity of Dental Caries İn 12-Year-Old Turkish Children and Related Factors, Medical Journal of İslamic World Academy of Sciences, 21 (1): 11-18.
35. Guarnizo-Herreño CC, Wehby GL. (2012). Children’s Dental Health, School Performance and Psychosocial Well-Being. J Pediatr, 161(6): 1153–1159.e2.
36. Gündüz S. (2009). Dental Fobisi Olan Hastalarda Diğer Anksiyete Bozuklukları Eştanısı, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi Psikiyatri Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, s: 7-88.
37. <http://ailehekimligi.gov.tr/az-ve-di-sal/298-salk-bakanl-tarafndan-yueruetuelen-az-ve-di-sal-hizmetleri-.html> / erişim:27.04.2017.
38. http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2015_wohd-whitepaper-oral_health_worldwide.pdf cited: 07.05.2017.
39. <http://rapor.saglik.gov.tr/kitap/2014/#/182/zoomed/> erişim: 6.5.2017, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014, s: 182.
40. <http://ailehekimligi.gov.tr/az-ve-di-sal/298-salk-bakanl-tarafndan-yueruetuelen-az-ve-di-sal-hizmetleri-.html> erişim: 28.04.2017.
41. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html> erişim: 25.08.2015.
42. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64 erişim: 02.05.2017.
43. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18622/> erişim: 01.05.2017.
44. http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1 cited: 26.09.2017.
45. http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en cited: 02.05.2017.
46. http://www.who.int/oral_health/events/liverpool_declaration/en/ cited: 02.05.2017.
47. http://www.who.int/oral_health/events/orh_liverpool_declaration_05.pdf?ua=1 cited:10.05.2017.
48. http://www.who.int/oral_health/publications/goals2020/en/ cited: 02.05.2017.

49. http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_03_petersen.pdf
cited: 02.05.2017
50. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. (2003). Global Goals for Oral Health 2020, *International Dental Journal*, 53 (5): 285-288.
51. İçtin Gül E. (2013). DSÖ 2003 Dünya Ağız-Diş Sağlığı Raporu'nun Değerlendirilmesi, Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İzmir, s: 2-55.
52. İstatistiklerle Çocuk 2014, TÜİK. (2015). ISBN 978-975-19-6341-3, Nisan, s: 55.
53. Jessri Mah, Jessri Mar, Rashidkhani B, Kimiagar S-M. (2013). Oral Health Behaviours in Relation to Caries and Gingivitis in Primary-School Children in Tehran, 2008, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19 (6): 527-534.
54. Klingberg G, Broberg AG. (2007). Dental Fear/Anxiety and Dental Behaviour Management Problems in Children And Adolescents: A Review of Prevalence and Concomitant Psychological Factors, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6): 391– 406.
55. Kırbaş Özlem Z, Özkan H. (2014). Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran 9-12 yaş Grubu Çocukların Durumluk Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi, *İzmir Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 4 (2): 128-134.
56. Koçanlı B, Ak A, Çoğulu D. (2014). Çocuklarda Diş Çürüğüne Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi, *The Journal of Pediatric Research*, 1 (2): 76-9.
57. Kozacıoğlu G. (1984). Çocukların Anksiyete Düzeyleri İle Annelerin Tutumları Arasındaki İlişki, *Psikoloji Çalışmaları*, 14: 83-103.
58. Köksal E. (2014). Halk Sağlığı Günleri, III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu, 8-9 Eylül 2014, HASUDER Yayın No:2014-4, ISBN:978-605-84926-1-5, Ankara, s: 17-22.
59. Köroğlu A, Durkan R. (2010). Diş Hekimliği Uygulamalarında Karşılaşılan Dental Anksiyete Sendromunun Etyolojisinin ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Dergisi*, 20 (3): 205-212.
60. Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. (2005). Health-Promoting Schools: an Opportunity for Oral Health Promotion, *Bull of the World Health Organization*, 83 (9): 677-685.

61. Mantar A, Yemez B, Alkın T. (2011). Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (3): 187-193.
62. Masood M, Masood Y, Newton T. (2012). Impact of National Income and Inequality on Sugar and Caries Relationship, *Caries Res*, 46 (6): 581–588.
63. Mileva, Stanimira P; Kondeva, Veselina K. (2010). Age at and Reasons for The First Dental Visit, *Folia Medica*, 52 (4): 56-61.
64. Moses J, Rangeeth B N, Gurunathan D. (2011). Prevalence Of Dental Caries, Socio-Economic Status and Treatment Needs among 5 to 15 Year Old School Going Children of Chidambaram, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 5 (1): 146-151.
65. Moynihan PJ, Kelly SAM. (2014). Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines, *J Dent Res*, 93(1):8-18.
66. Muwazi LM, Rwenyonyi CM, Tirwomwe FJ, Ssali C, Kasangaki A, Nkamba ME, Ekwaru P. (2005). Prevalence of Oral Diseases/ Conditions in Uganda, *Afr Health Sci*. 5 (3): 227-233.
67. Namal N, Vehid HE, Vehid S, Can G. (2009). Altı-On iki Yaş Grubu Çocukların Diş Sağlığını Etkileyen Anneye Ait Faktörlerin Araştırılması, *Çocuk Dergisi*, 9(3):123-126.
68. Oba A, Dülgergil ÇT, Sönmez I. (2009). Prevalence of Dental Anxiety in 7- to 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries, *Med Princ Pract*. 18 (6): 453–457.
69. Öcek Z. (2002). Dünyada Uygulanan Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerine Genel Bir Bakış, *Toplum ve Hekim*, 17 (3): 206-211.
70. Ölmez S, Altay, N. (1998). Çocuklarda Uygulanacak Koruyucu Diş Hekimliği Yöntemleri, *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi*, (44-Özel): 12-16.
71. Önçağ Ö, Çoğulu D. (2005). Ailenin Sosyoekonomik Durumu ve Eğitim Düzeyinin Çocuklarda Dental Kaygı Üzerine Etkisi, *A.Ü. Diş Hek. Fak. Dergisi*, 32 (1): 45-54.
72. Öztaş D, Demiralp KÖ, Güzeldemirci G, Üstü Y, Doğusan AR, Karahan S, Arı HO, Özgül E, Kartal İ ve Uğurlu M. (2016). Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı

- Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi. Ankara Med J, 16 (2): 170-81.
73. Patel R. (2012). The State of Oral Health in Europe, Better Oral Health European Platform, Section 1, s.14-18.
 74. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-DaY S.and Ndiaye C. (2005). The Global Burden of Oral Diseases and Risks to Oral Health, Bulletin of the World Health Organization, 83 (9):661-669.
 75. Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. (2001). Oral Health Status and Oral Health Behaviour of Urban and Rural Schoolchildren in Southern Thailand, Int. Dental Journal, 51 (2): 95-102.
 76. Petersen PE, Lennon MA. (2004). Effective Use of Fluorides for The Prevention of Dental Caries in the 21st Century: The WHO Approach. Community Dent Oral Epidemiol, 32 (5): 319–321.
 77. Popescu SM, Dascălu IT, Scricciu M, Mercuț V, Imoraru I, Țuculină Mj. (2014). Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children, Current Health Sciences Journal, 40 (4): 261-264.
 78. Pramila M, Murthy A, Chandrakala B, Ranganath S. (2010). Dental Fear in Children and Its Relation to Dental Caries and Gingival Condition – A Cross Sectional Study İn Bangalore City, India, Int. Journal of Clinical Dental Science, 1 (1): 1-5.
 79. Rafael da Silveira Moreira (2012). Epidemiology of Dental Caries in the World, Oral Health Care - Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices, Prof. Mandeep Viridi (Editor), ISBN: 978-953-51-0133-8, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/oral-health-care-pediatric-research-epidemiology-andclinical-practices/epidemiology-of-dental-caries-in-the-world> cited: 16.05.2017, 149-169.
 80. Rantavouri K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. (2004) Dental Fear And Oral Health And Family Characteristics Of Finnish Children. Acta Odontologica Scandinavica, 62 (4): 207-213.
 81. Saatçioğlu Ö. (2001). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11 (1): 60-77.

82. Saydam G, Oktay İ, Möller, I. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi-Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1990
83. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. (2003). Are There Differences in Oral Health and Oral Health Behavior between Individuals With High and Low Dental Fear? *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (2):116-121.
84. Seçer İ. (2014). Analysis of The Relations Between Obsessive Compulsive Symptoms and Anxiety Sensitivity in Adolescents with Structural Equation Modeling, *Education and Science*, 39 (176): 369-382.
85. Seçer İ, Gülbahçe A. (2013). Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması, *Middle Eastern & African Journal of Educational Research*, (3): 91-106.
86. Seydaoğlu G, Doğan Cem M, Uğuz Ş, İnanç BY, Çelik M. (2006). Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı, *Ondokuz Mayıs Üniv. Diş Hek. Fak. Dergisi*, 7 (1): 7-14.
87. Sharif S, Saddki N, Yusoff A. (2016). Knowledge and Attitude of Medical Nurses toward Oral Health and Oral Health Care of Pregnant Women, *Malays J Med Sci. J.* 23(1): 63-71.
88. Shehiam A, James WP. (2014). A Reappraisal of The Quantitative Relationship Between Sugar Intake and Dental Caries: The Need For New Criteria for Developing Goals for Sugar Intake, *BMC Public Health*, 14: 863.
89. Spurr S, Bally J, Ogenchuk M. (2015). Integrating Oral Health Into Pediatric Nursing Practice: Caring For Kids Where They Live, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 20 (2): 105–114.
90. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaija ESJ. (2005). Dental Anxiety in Children and Its Relationship to Dental Caries and Gingival Condition, *Int J Dent Hygiene* 3 (2): 83–87.
91. Taşveren S, Yeler D, Sözen A, Taşveren S. (2005). 12 Yaş Grubu Çocukların Diş Fırçalama Sıklığı-DMFT İlişkisi, *Atatürk Üniv. Diş. Hek. Fak Dergisi*, 15 (3): 11-14.
92. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek, ISBN: 978-975-590-

- 227-2, Sağlık Bakanlığı Yayın No:711, HM Yayın No: SB-HM-2007/13, 2007 Aralık
93. T.C. Sağlık Bak. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015/2, ISBN : 978-975-590-579-2 Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1010, s:36.
94. TDB, 1. Ağız Diş Sağlığı Parlamentosu, TDB Yayınları, Eğitim Dizisi-22, 20.Mart 2015
95. Temel D. (2014). Diş Hekimliğinde Çocuk Hastalara Uygulanan Davranış Yönlendirme Teknikleri, T.C. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İzmir, s: 1-43.
96. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 p:55
97. Tulunoğlu Ö, Bodur H, Akal N. (1999). Aile Eğitim Düzeyinin Okul Öncesi Çocuklardaki Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek. Fak. Dergisi, 16(2):27-32.
98. Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili 2004, Hacettepe Üniversitesi, Ocak 2006, Ankara
99. Tüzüner T, Karamüftüoğlu N, Ulusu T (2007). Çocuklarda Diş Hekimliği İşlemlerine Karşı Duyulan Kaygı Düzeylerinin Facial Image Scale (FIS) İle Değerlendirilmesi ve FIS ile Venham Picture Test (VPT)' İn Korelasyonun Saptanması , GÜ Diş Hek Fak Dergisi, 24 (3) : 145-149.
100. Vıswanath D, Kumar M, Prabhuji M. L. V. (2014). Dental Anxiety, Fear And Phobia In Children, International Journal Of Dental Research & Development, 4 (1): 1-14.
101. Wisløff TF, Vassend O, Asmyhr O. (1995). Dental Anxiety, Utilization of Dental Services, and DMFS Status in Norwegian Military Recruits. Community Dental Health, 12: 100-103.
102. WHO, The World Oral Health Report 2003, WHO / NMH / NPH / ORH / 03. 2 [accessed 15 May 2017]. Available from: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03en.pdf.
103. WHO (2013). Oral Health Surveys, Basic Methods, 5th ed, ISBN 978 92 4 154864 9 (NLM classification: WU 30), WHO Press, 1-123,

[cited 2017 July 17]. Available from:
http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/

104. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö, Yahyaoğlu G, Tüzüner T. (2018). 6-12 Yaş Grubu Çocuklarda Diş Hekiminin Dış Görünüşünün Dental Korku ve Diş Çürüğü ile İlişkisinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2017 (2017) [DOI: 10.17567/ataunidfd.290847](https://doi.org/10.17567/ataunidfd.290847)
105. Yetiş Çağıl C, Küçükeşmen Ç. (2013). Çocuk Hastalarda “Dental Kaygı ve Davranış İdaresi Problemlerinin” Görülme Sıklığı ve Etiyolojik Faktörleri, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (1): 62- 68.
106. Yılmaz S, Kılıç Zinnur E. (2014). Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 26 (3): 197-203.
107. Yurdasal B, Bozkurt AI, Öz İ, Tanrıverdi S, Taş E, Nalbant M. (2012). Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi; 3. Yıl Sonuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10 (1): 44-52.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV (GİRİŞİMSSEL) OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA PROTOKOL NO	01.02.2016/24
	ARAŞTIRMANIN ADI	BİR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN 7-14 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
	PROJECT TITLE	ANXIETY LEVELS OF THE CHILDREN 7-14 AGE GROUP AT THE ORAL END DENTAL HEALTH CENTER (ADSM) AND DETERMINE THE FACTORS THAT AFFECT IT
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Yurdagül ERDEM
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	Masraf Kendisi Tarafından Karşılancak
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif Çalışma
	ARAŞTIRMACI	Eda TÖREDİ (Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi)
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:09/09	Tarih:26.04.2016
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.	

BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi


Prof. Dr. Ali Rıza ERBAY
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı

EK-2: Kurum İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kırıkkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

**ARAŞTIRMA GELİŞTİRME KOMİSYONU KARARI****KARAR**

Kırıkkale – Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Orak Yüksek Lisans Programı çalışmaları kapsamında Prof.Dr. Yurdagül ERDEM'in 22/04/2016 tarihli başvurusuna konu olan "Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine Başvuran 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışma Komisyonumuzca incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda müracaat konusu araştırma çalışması ile ilgili Bozok Üniversitesinden alınacak olan "Etik Kurul Onayının" Genel Sekreterliğimize ve Kırıkkale Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine sunulması şartı ile "İzin verilmesine" 22/04/2016 tarihinde oy birliği ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Mustafa BOYABASTLI
Genel Sekreter
(Komisyon Başkanı)

Op.Dr. Mehmet Emin DEMİR
Tıbbi Hizmetler Başkanı
(Üye)

Fatih ÖZKAN
İdari Hizmetler Başkanı
(Üye)

Muzaffer SARIKAYA
Mali Hizmetler Başkanı
(Üye)

Dr. H. Murat TÖREDİ
Başhekim
(Üye)

Ahmet AKKAŞ
Tıbbi Sekreter



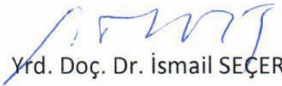
EK-3: Çocuklar için Anksiyete Duyarlık Ölçeği Kullanımına İlişkin İzin Belgesi

Sayın Eda KUŞÇU TÖREDİ

Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "*Çocuklar için Anksiyete Duyarlık Ölçeğini*" yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Tez ve araştırmanızı tamamladığınızda elde ettiğiniz bulguları bizimle de paylaşırsanız çok memnun oluruz.

Kolaylıklar dileriz.



Yrd. Doç. Dr. İsmail SEÇER

Atatürk Üniversitesi

PDR



Yrd. Doç. Dr. Arzu GÜLBAHÇE

Atatürk Üniversitesi

PDR

EK-4. Ebeveyn Onam Formu

Sayın Ebeveyn;

Çocuğunuzun katılmasını onayladığınız çalışma tez çalışması amacıyla yapılmakta olup; “ Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne Başvuran 7-14 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler’dir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya çocuğunuzun katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada yer almanız için çocuğunuzun anketi doldurması yeterli olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 406’dır. Çalışma hakkında ek bilgi almak için aşağıda belirtilen adresten bilgi alabilirsiniz.

Bu çalışmada çocuğunuzun yer alması tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacak olup, sonuçları yayınlanırken kişi ya da kurum belirtilmeyecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çocuğunuzun katılımı konusunda izniniz çocukların ağız ve diş sağlığının gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan bilgileri çalışma öncesi okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmaya karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Çocuğumun katılmasına izin veriyorum.

EBEVEYN,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Araştırmacı

Eda Töredi, Hemşire

Kırıkkale-Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Email: edakuscutoredi@gmail.com

EK- 5. Çocuk Rıza Formu

Sevgili çocuklar;

Ben Eda TÖREDİ. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran 7-14 yaş arası çocuklarda anksiyete (kaygı) düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek için bir çalışma yapıyoruz. Çalışma ile bu yaştaki çocukların diş sağlığına yönelik durumunu öğrenmek istiyoruz. Bu çalışmaya katılmayı çok önemsiyoruz.

Çalışmaya katılırsanız sizden bir anket doldurmanızı isteyeceğiz. Tez çalışması olarak yürütülecek çalışmanın sonuçları yayınlanırken kişi ismi belirtilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmak sizin isteğinize bağlı olup, istediğiniz zaman çalışmayı bırakabilirsiniz.

Aklınıza şimdi ya da daha sonra gelecek sorularınız için telefon numarası ve adres aşağıda verilmiştir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıya lütfen adınızı ve soyadınızı yazarak imzalayınız. İmzaladıktan sonra size bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Araştırmacı:

Eda Töredi, Hemşire

Kırıkkale – Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi

Email: edakuscutoredi@gmail.com

EK-6: Çocuklar için Anksiyete Duyarlık Ölçeği

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlenin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Genellikle
1. Bayılacağımı hissetmek beni korkutur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Kalbimin hızlı atması beni korkutur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Midemin guruldaması beni utandırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Mide bulantısı hissettiğimde hastalanacağımdan endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Kalbimin hızlı attığını fark ettiğimde sağlığımla ilgili endişe duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Nefes almakta zorlandığım zaman endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Midem ağrıdığına gerçekten hasta olabileceğimden endişe duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Güçsüz olduğum bir yanımın diğer insanlar tarafından fark edilmesinden korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Bir şeyden korktuğum zaman diğer insanların bu durumumu anlamasını istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Duygularımı kontrol altında tutmak benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. İnsanların içinde duygularımı belli etmekten hoşlanmam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Kendimi ödevlerime veremediğim zaman endişe duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. İnsanlar arasında kendimi zayıf hissetmekten korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Kendimi ödevlerime veremediğim zaman başarısız olacağımdan korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bir şeyden aşırı derecede korktuğum zaman delirebileceğimden korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-7. Anket Formu

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevapların rakamlarını lütfen yuvarlak içine alınız ve boşlukları lütfen doldurunuz.

1. Cinsiyetiniz (1) Kız (2) Erkek

2. Yaşınız

3. Anne eğitim durumu

(1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul (4) ortaokul (5) lise

(6) üniversite

4. Anne meslek (1) çalışıyor (2) çalışmıyor

5. Baba eğitim durumu

(1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul (4) ortaokul (5) lise

(6) üniversite

6. Baba meslek (1) çalışıyor (2) çalışmıyor

7. Diş hastanesine geliş nedeniniz nedir?

(1) kontrol (2) diş ağrısı (3) çürük (4) dolgu (5) diğer

8. Diş hastanesine ne sıklıkta geliyorsunuz?

(1) İlk kez (2) Rutin kontrol / 6 ayda bir (3) Şikayetim oldukça (4) diğer

9. Kiminle geldiniz?

(1) annemle (2) babamla (3) büyük anne/ büyük baba (4) akraba

10. Daha önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili eğitim aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

11. Evet ise nereden?

- (1) Aile (2) Okul (3) Gazete/T.V. (4) Sağlık çalışanları (5) Diğer

12. Besinlerin ağız ve diş sağlığını etkilediğini düşünür müsünüz?

- (1) evet (2) hayır

13. Şuan işlem olarak ne yapılacağı sana daha önceden açıklandı mı?

- (1) evet (2) hayır

14. Evet ise işlem kim tarafından açıklandı?

- (1) diş hekimi (2) hemşire (3) aile (4) diğer

15. Yapılacak işlemin adı nedir?

- (1) Diş muayenesi (2) Diş çekimi
 (3) Dolgu (4) Kanal tedavisi
 (5) Tel takılması için sevk (6) Bilmiyorum
 (7) Koruyucu uygulamalar (koruyucu dolgu= fissur sealing, flor jel, kanal tedavisi, sabit ve hareketli yer tutucu, diş taşı temizliği)

16. İşlem öncesi diş tedavisine yönelik endişe/ kaygı yaşıyor musunuz?

- (1) evet (2) hayır

17. Evet ise kaygı/ endişe durumunuz işlemde ne kadar önce başlıyor ?

- (1) hastaneye girişimde (2) bir gün önce (3) bir hafta önce (4) her zaman

18. Endişe/kaygı duyduğunuzda yoğun olarak yaşadığınız duygu aşağıdakilerden hangisidir. Birden fazla yanıt verebilirsiniz.

- (1) huzursuzluk (5) baygınlık hissi
 (2) konsantrasyon/ dikkat azlığı (6) kolay sinirlenme
 (3) kas gerginliği (7) uyku bozuklukları
 (4) diğer

19. Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

- (1) evet (2) hayır

20. Evet ise kaç yaşında başladınız.....

21. Hayır ise neden ?

(1) Alışkanlığım yok (2) zamanım yok (3) gerek duymuyorum

22. Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalıyorsunuz?

(1) sabah-akşam (2) sabah-öğlen-akşam (3) bir şeyler yedikten sonra

23. Dişlerini fırçalayamadığınız zaman ağızınızı bol suyla çalkalar mısınız?

(1) çalkalarım
(2) çalkalamam

24. Kendinize ait diş fırçası var mı? (1) evet (2) hayır**25. Evet ise ne sıklıkta diş fırçanızı değiştiriyorsunuz?.....****26. Diş fırçalama süreniz ne kadar?**

(1) 1 dakikadan az (2) en az 2 dakika

27. Dişlerinizi ne şekilde fırçalıyorsunuz?

(1) aşağı-yukarı (2) sağa-sola (3) yuvarlak (4) diğer (gelişigüzel)

28. Diş ipi kullanıyor musunuz? (1) evet (2) hayır**29. Aşağıdaki alışkanlıklardan hangisi ya da hangileri mevcut ya da mevcuttur işaretleyiniz.**

(1) parmak emme	evet	hayır
(2) tırnak yeme	evet	hayır
(3) diş gıcırdatma	evet	hayır
(4) diş sıkma	evet	hayır
(5) uzun süre biberon, emzik kullanma	evet	hayır
(6) her gün abur-cubur (cips, kola, şeker vb.) tüketimi	evet	hayır
(7) sigara	evet	hayır

AŞAĞIDAKİ KISIM DİŞ HEKİMİNİZ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR .

30. DMFT PUANI:

Çürük (Decayed) diş + çürük nedeniyle eksik (Missed) diş + dolgulu (Filled) diş

.....+.....+.....=

TOPLAM: PUAN

Diş hekimi (pedodontist) adı soyadı, imza:

TARİH:



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Eda Kuşçu TÖREDİ

Uyruğu: Türkiye (T.C.)

Doğum Tarihi ve Yeri: 26/ 04/ 1981 - Balıkesir

Medeni Durumu: Evli

Yazışma Adresi: Yeşilvadi Mh. Şehit Onbaşı Murat Sıtkı Cd. Şehr-i Ala Sitesi A Blok

No:39 Yahşihan/ KIRIKKALE

Email: edakuscutoredi@gmail.com

EĞİTİM

-Polatlı Anadolu Lisesi, 1996

-Polatlı Sağlık Meslek Lisesi, 1999

-Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Veterinerlik Bölümü,
Laborant ve Veteriner Sağlık Programı, Önlisans, 31.05.2010

-Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lisans, 06.06.
2014

-KTO Karatay Üniversitesi, Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk
Testleri Sertifikalı Eğitim Programı, 27-28.12.2014

-Kırıkkale Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Pedagojik Formasyon, Sertifika Programı,
27.01.2015

-Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler
Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Önlisans, 25.05.2015

-Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi, (Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Önlisans sonrası dikey geçiş) Kamu Yönetimi Bölümü, Lisans, 24.01.2017

İŞ DENEYİMLERİ

Şubat 2001, Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi, Hemşire (ilk görev yeri)

Eylül 2002, İzmir Tepecik Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşire (öğrenim durumu tayini)

Temmuz 2002, Kırıkkale Hacı Hidayet Doğruer Devlet Hastanesi, Hemşire (eş durumu tayini)

Eylül 2002 (halen), Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Hemşire (yeni hastane binasına nakil)

YABANCI DİL

İngilizce (YDS ilkbahar 2014: 55,00 / E)