



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI

**ORTODONTİK ANOMALİLERE SEBEP OLAN KÖTÜ
ALİŞKANLIKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE TIBBİ,
PSİKOLOJİK VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Zeynep ÇOBAN BÜYÜKBAYRAKTAR

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

PROF. DR. CENK DORUK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS

2017



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ ANABİLİM DALI

**ORTODONTİK ANOMALİLERE SEBEP OLAN KÖTÜ
ALİŞKANLIKLARIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE TIBBİ,
PSİKOLOJİK VE SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLERLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Zeynep ÇOBAN BÜYÜKBAYRAKTAR

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

PROF. DR. CENK DORUK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS

2017

“Ortodontik Anomalilere Sebep Olan Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığı Ve Tıbbi, Psikolojik Ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı **Uzmanlık** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ortodonti Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

AD SOYAD

İMZA

Başkan Prof. Dr. Cenk DORUK

Üye Doç. Dr. Çağrı TÜRKÖZ

Üye Yrd. Doç. Dr. Sibel AKBULUT

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Fakülte Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan HUBBEZOĞLU

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANI

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgisini ve manevi desteğini hiçbir şekilde esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cenk DORUK'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bana her türlü desteği veren sevgili asistan arkadaşlarım Dt. Sena KARAARSLAN, Dt. Gülsüm ŞAKAR, Uzm. Dt. Zeynep KARAKOÇ ve Dt. Hasan CAMCI nezdinde bütün asistan arkadaşlarıma,

Başta Zafer KARAÇINAR olmak üzere tüm bölüm personeline,

Hayatım boyunca hep yanımda olan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen annem Hanife ÇOBAN, babam Nevzat ÇOBAN ve kardeşlerim Sinem ÇOBAN KOCA, Dilek ÇOBAN ve Gamze ÇOBAN'a,

Her zaman yanımda olup bana sürekli destek ve moral veren sevgili eşim Dt. Musab Mansur BÜYÜKBAYRAKTAR'a,

Varlığıyla bana huzur veren minicik oğlum Muhammed Ali BÜYÜKBAYRAKTAR'a

içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

**Ortodontik Anomalilere Sebep Olan Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığı
ve Tıbbi, Psikolojik ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin
Değerlendirilmesi**
Zeynep ÇOBAN BÜYÜKBAYRAKTAR
Uzmanlık Tezi
Ortodonti Anabilim Dalı
Sivas 2017,

Bu çalışmanın amacı; Ortodontik anomalilere sebep olabilen, parmak emme, tırnak yeme, dudak emme, diş sıkma, anormal yutkunma ve ağız solunumu gibi kötü alışkanlıkların görülme sıklıklarını incelemek ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisini saptamaktır.

Çalışmamıza, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ve Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na başvuran 64'ü erkek, 71'i kız olmak üzere toplamda 135 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları 9-12 arasındadır. Çalışmamızda, Klinik Muayene Veri Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri şeklinde 4 bölümden oluşan anket formu, ağız, diş ve çene sistemi üzerine negatif etkileri bulunan kötü alışkanlıkların altında yatan nedenlere yönelik bilgi toplamak amacıyla hastalara uygulanmıştır. Hastalar önce muayene edilmiş, gerekli bilgiler araştırmacı tarafından kaydedilmiş, sosyodemografik sorular velilere yöneltilmiştir. Daha sonra psikolojik envanterler hastalara verilmiş ve sessiz bir odada soruları cevaplamaları istenmiştir.

Sonuç olarak, en sık rastlanan kötü alışkanlık tırnak yeme olarak bulunmuştur. Kaygı ve depresyon ile kötü alışkanlıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sosyodemografik faktörlerden yalnız aile tipi ile kötü alışkanlıklar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tıbbi faktörlerden ise bademciklerde sık sık iltihaplanma olması durumu hariç, diğer faktörlerle kötü alışkanlıklar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Parmak Emme, Tırnak Yeme, Depresyon, Kaygı



ABSTRACT

Evaluation of the Incidence of Bad Habits Caused by Orthodontic Anomalies and Its Relation with Medical, Psychological and Sociodemographic Factors

Zeynep ÇOBAN BÜYÜKBAYRAKTAR

Expertise Thesis

Department of Orthodontics

Sivas 2017,

The purpose of this study is to investigate the incidence of bad habits such as finger sucking, nail biting, lip sucking, tooth clamping, abnormal swallowing and mouth breathing which may cause orthodontic anomalies and to determine the relationship with medical, psychological and sociodemographic factors.

A total of 135 children and their parents, including 64 boys and 71 girls, who applied to the Department of Orthodontics and Child Dentistry of Cumhuriyet University Faculty of Dentistry, were included. Children included in the study are aged between 9 and 12 years. In our study, we used 4-part questionnaire consisting of Clinical Examination Data Form, Sociodemographic Data Form, Children's Depression Scale and State-Trait Anxiety Inventory for Children. The questionnaire was used to collect information about the underlying causes of bad habits with negative effects on mouth, teeth and jaw system. Patients were examined first, necessary information was recorded by the investigator, and sociodemographic questions were addressed to the parents. Psychological inventory was then given to the patients and they were asked to answer the questions in a quiet room.

As a result, the most common bad habit was found as nail biting. There was no significant relationship between anxiety, depression and bad habits. There was a significant relationship between only family type which is one of the sociodemographic factors and bad habits. There is a significant

relationship between bad habits and medical factors except for frequent inflammation of the tonsils.

Key Words: Finger Sucking, Nail Biting, Depression, Anxiety



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR/SİMGELER.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 Parmak Emme Alışkanlığı:.....	4
2.1.1 Etyoloji.....	5
2.1.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	8
2.1.3 Tedavisi.....	9
2.2 Ağız Solunumu.....	11
2.2.1 Etyoloji.....	12
2.2.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	12
2.2.3 Tedavisi.....	13
2.3 Dil İtimi (Anormal Yutkunma)	13
2.3.1 Etyoloji.....	16
2.3.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	17
2.3.3 Tedavisi:.....	18
2.4 Tırnak Yeme	20
2.4.1 Etyoloji.....	20
2.4.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	21
2.4.3 Tedavisi.....	21

2.5	Dudak Emme ve Isırma	22
2.5.1	Etyoloji.....	22
2.5.2	Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	22
2.5.3	Tedavisi.....	22
2.6	Diş Sıkma ve Gıcırdatma (Bruksizm)	23
2.6.1	Etyoloji.....	23
2.6.2	Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri.....	24
2.6.3	Tedavisi.....	26
2.7	Psikiyatrik Kavramlar	29
2.7.1	Depresyon.....	29
2.7.2	Kaygı (Anksiyete)	30
3.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	31
4.	BULGULAR	34
4.1	Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular.....	34
4.2	Kötü Alışkanlıkların Psikolojik ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkinine Yönelik Bulgular	36
4.3	Anormal Yutkunma ve/veya Ağız Solunumunun Tıbbi Faktörlerle İlişkinine Yönelik Bulgular	42
5.	TARTIŞMA	45
5.1	Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	45
5.2	Kötü Alışkanlıkların Psikolojik ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkinine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	46
5.3	Anormal Yutkunma ve/veya Ağız Solunumunun Tıbbi Faktörlerle İlişkinine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	48
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7.	KAYNAKLAR.....	51

8. EKLER.....	64
8.1 Ek-1 Veli Onam Formu	64
8.2 Ek-2 Çocuk Onam Formu	67
8.3 Ek-3 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	69
8.4 Ek-4 Anket Formu	72
9. ÖZGEÇMİŞ	79



KISALTMALAR/SİMGELER

TME	: Temporomandibular Eklem
TMH	: Temporomandibular Eklem Hastalığı
Bont, BTX	: Botulinum toksini (BoNT, BTX)
ÇDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇDSKE	:Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2-1: Parmak emme alışkanlığına bağlı açık kapanış	8
Şekil 2-2: Alışkanlık kırıcı aparey	10
Şekil 2-3: Position trainer apareyi	11
Şekil 2-4: Vestibül perdeli aparey.....	19



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 Cinsiyet dağılımı.....	34
Tablo 4.2 Erkeklerin yaş ortalaması	34
Tablo 4.3 Kızların yaş ortalaması.....	34
Tablo 4.4 Anormal yutkunma sıklığı.....	34
Tablo 4.5 Ağız solunumu sıklığı	35
Tablo 4.6 Parmak emme sıklığı	35
Tablo 4.7 Tırnak yeme sıklığı.....	35
Tablo 4.8 Dudak emme ve ısırma sıklığı.....	35
Tablo 4.9 Diş sıkma ve/veya gıcırdatma sıklığı.....	36
Tablo 4.10 Bireylerin ÇDÖ puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.11 Bireylerin ÇDSKE Durumluk bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması	37
Tablo 4.12 Bireylerin ÇDSKE Sürekli bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması	37
Tablo 4.13 Bireylerin kötü alışkanlık ve cinsiyet açısından karşılaştırması ..	38
Tablo 4.14 Bireylerin anne ve baba yaşı ile kötü alışkanlık açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.15 Bireylerin anne eğitim durumu ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.16 Bireylerin baba eğitim durumu ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.17 Bireylerin aile tipi ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması	40
Tablo 4.18 Bireylerin çocuk sayısı ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	40

Tablo 4.19 Bireylerin yerleşim yeri ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.20 Bireylerin aylık gelir ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.21 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin geceleri ağız açık uyuma açısından karşılaştırılması	42
Tablo 4.22 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin uykuda horlama ve hırıltılı solunum açısından karşılaştırılması	43
Tablo 4.23 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin bademciklerinin sık sık iltihaplanma durumunun karşılaştırılması	43
Tablo 4.24 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin burundan rahat nefes alma durumunun karşılaştırılması	44

1. GİRİŞ

Ortodontide büyüme ve gelişim konusu oldukça önemlidir. Fonksiyonun büyüme ve gelişim üzerine yönlendirici büyük bir etkisi vardır. Dil, mimik kasları ve çiğneme kasları, diş-çene-yüz iskeletinin büyüme ve gelişimi için uyarı niteliği taşımaktadır ve bu kasların fonksiyonları arasında hassas bir denge vardır. Bu denge bozulduğu zaman anomali meydana gelir. Kötü bir alışkanlık bu dengeyi bozabilir ve iskeletsel veya dişsel anomalilere sebep olabilir (1). Ağız ile ilgili kötü alışkanlıklar; genellikle parmak emme, emzik emme, dudak ya da dil emme, tırnak yeme, diş sıkma ve gıcırdatma, ağızdan solunum gibi alışkanlıklardır. Bu tekrarlayıcı davranışlar sıklıkla çocukluk döneminde görülür ve birçoğu kendiliğinden başlayıp sona erer. Sona erme yaşı genellikle 4 yaş civarındadır. Bu yaşta sona eren kötü alışkanlık herhangi bir anomaliye neden olmuş olsa bile sonraki süreçte var olan anomali yüksek ihtimalle kendiliğinden düzelir. Ancak bazı durumlarda kötü alışkanlık uzun süre devam etmekte ve dentoalveolar yapı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu yüzden aileleri bilgilendirmek adına diş hekimlerine önemli görev düşmektedir.

Kötü alışkanlıklar genellikle sinirlilik, açlık, uyku, diş sürmesi, kıskançlık ve korku ile ilişkilidir (2). Ancak etyolojik faktörleri sadece bunlarla sınırlamak mümkün değildir. Bu çalışmada amacımız kötü alışkanlıkların tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisine yönelik kapsamlı veri toplamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Otomatik olarak gerçekleşen tekrarlayıcı aktivitelere alışkanlık denir. Bu tekrarlayıcı davranışlar sıklıkla çocukluk dönemde görülür ve birçoğu kendiliğinden başlayıp sona erer (2). 3 ila 6 yaş arasında fizyolojik gelişimi frenleyen ya da dentisyonda patolojiye yol açan bazen psikososyal gelişimin bir parçası olan parmak emme, ağza yabancı cisim sokma gibi alışkanlıklar ise kötü alışkanlık olarak tarif edilmektedir. Kötü alışkanlık olarak tarif edilen bu alışkanlıklar 2 gruba ayrılır.

1. Sonradan kazanılmış ağız alışkanlıkları: Çocuk büyüdüğünde bu tip alışkanlıkları kolaylıkla bırakabilir ve başka bir alışkanlığa geçiş yapabilir.

2. Dürtü etkisiyle meydana gelen ağız alışkanlıkları: Bu alışkanlıklar çocukta sürekli görülür ve duygusal baskılar çocuk için dayanılmaz bir hale geldiğinde kendini bu alışkanlık sayesinde güvende hisseder. Alışkanlık bırakılmaya çalışıldığı zaman ise kendini tedirgin hisseder (3).

Çocuklarda görülen kötü alışkanlıkların, bazen tedavisi imkânsız ortodontik anomalilere sebep olduğu bilinmektedir. Kötü alışkanlıkların meydana getirdikleri ortodontik deformasyon alışkanlığın şiddeti, tekrarlanma sıklığı, devam süresi ve doku mukavemeti ile orantılı olarak değişmektedir (4).

Bu alışkanlıkların meydana gelmesinin nedenleri çeşitlidir. Bazen çok ufak bir sebep bu alışkanlığın yerleşmesi için yeterli olabilir. Bu bazen bir arzunun bazen de bir sıkıntı veya rahatsızlığın tezahürü olabilmektedir. Anne, baba veya dadı gibi çocukla meşgul olan belli kişilere karşı içgüdüsel eğilimler, açlık, uykusuzluk, yorgunluk veya çocuğun hissettiği veya arzuladığı belli bir şeyin yerine getirilmemesi, ihmal edilen veya ilgilenilmeyen çocuğun bir şeyle meşgul olma arzusu bu meyanda ilk akla gelenlerdir. Daha ileriki yaşlarda ise çocuklar bu alışkanlıkları dikkat çekmek, büyükleri taklit etmek suretiyle kazanırlar (4).

Bebeklik çağında çocuk bu alışkanlığı tamamen kendisi icat ettiği gibi, buna ebeveynler de sebep olabilirler. Mesela, emzik denen bir nesnenin dünyadaki mevcudiyetinden haberdar olmayan çocuğa, bu cismi ebeveynler tanıtır ve alıştırlar. Emzik emmenin fayda ve zararları uzun uzun tartışılabilir. Bazı yazarlar anne sütü alamayan ve dolayısıyla kâfi derecede emme fonksiyonunu yapamayan çocukların emzik emmelerine müsaade edilmesinin gerekli hatta zaruri olduğunu bildirmektedirler (5). Diğer taraftan uzun süre emzik emen çocuklarda bu kötü alışkanlığın sebep olduğu maloklüzyonlar da bilinmektedir. Ayrıca, uzun süre emzik emmeye devam eden çocuğa bu alışkanlığını terk ettirmek te zor olacaktır. Bazen emzik emmekten vaz geçirilen çocuğun parmağını emmeye başladığı görülmektedir. Bu durumda alışkanlığa sebep olan cismi ortadan kaldırma şansı da yoktur, zira bu, çocuğun kendi vücudunun bir parçasıdır ve her an, her yerde yanında taşımaktadır.

Kötü alışkanlıkların her çocukta görülmesinin veya bir çocukta 13-14 hatta 18 yaşına kadar görülürken bir diğer çocukta hiç görülmemesinin nedenleri çoktur. Aynı ebeveynler tarafından büyütülen çocuklarda hatta ikiz çocuklarda dahi bu alışkanlıklara düşkünlüğün farklı olduğu görülmüştür (6).

Çocuklarda en sık rastlanan zararlı alışkanlıklar; parmak emme, ağızdan solunum, diş sıkma ve gıcırdatma ile dil itme alışkanlığıdır (7).

Erken dönemde fark edilen bu alışkanlıklar bireye kontrollü bir şekilde bırakılırsa, birey psikolojik yönden travmaya uğramaksızın kendiliğinden iyileşme gösterir. Alışkanlığa bağlı olarak ortaya çıkan ön açık kapanış, hatalı yutkunma modeli gibi deformiteler ise 4-5 yaşlarında kendiliğinden düzelir. Bazen de tüm uğraşılara rağmen aynı kötü alışkanlık sürebilir. Bu durumda basit ortodontik aygıtlar uygulanarak hastanın oluşan durumdan en az zarar görmesi ve en kısa zamanda normal gelişimi yakalaması sağlamaya çalışılır. Bu müdahaleler sonucunda çocuğun başarılı olduğunu söyleyebilmek için, çocuğun bu alışkanlıktan kurtulduğunu ve de alışkanlığı devam ettirmek istemediğini görmemiz gerekir (8).

2.1 Parmak Emme Alışkanlığı:

Çene yüz bölgesindeki büyüme ve gelişim emme, çiğneme, yutkunma ve solunum gibi fonksiyonel uyarılardan etkilenmektedir (9). Bebek annesinin sütünü alırken emme, yutkunma ve solunum fonksiyonları santral sinir sistemi ile koordine edilir (10, 11). Emme sırasında ağız çevresindeki kasların yoğun uyarıları bir yandan çene-yüz sisteminin dengeli bir şekilde gelişmesine katkıda bulunurken (12, 13) bir yandan da yeterli dudak kapanışı ve dilin doğru pozisyonda konumlanması sağlanır (14, 15). Anne sütünün erken terkedilmesi bu fizyolojik hareketlerin yerine getirilememesine ve genelde parmak ya da emzik emme gibi besleyici olmayan zararlı emme alışkanlıklarına eğilime neden olur (16, 17). Bu yüzden anne sütü emme süresinin uzun olması daha az oklüzal anomali ve fonksiyonel problemlerle ilişkilendirilmiştir (18). Bununla birlikte literatürde bu konuda bir görüş birliği yoktur (15, 19). Bazı çalışmalarda anne memesiyle beslenen çocuklarda emme alışkanlıklarının gelişim oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20, 21). Pek çok araştırmacı ise emme alışkanlıklarının gelişimi ile anne memesi ya da biberonla beslenme arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (22, 23).

Parmak emme alışkanlığı çocuk gelişiminin belli bir döneminde normal bir alışkanlıktır. Bu alışkanlık çocuğun acıkması, uykusu, utanması, dış çıkarması sıralarında tekrarlanır. En fazla başparmak emilmekte, diğer parmakların emilmesi daha seyrek görülmektedir. Zararsız bir davranış olan parmak emmeye hemen hemen bebeklerin tümünde rastlanmasının en önde gelen nedeni, yeni doğan bebeklerin parmak emmeyi daha anne rahminde öğrenmiş bulunmaları ve doğuştan sahip oldukları en güçlü reflekslerden birinin emme refleksi olmasıdır (24).

Annelerin büyük bir çoğunluğu parmak emmenin açlıktan kaynaklandığını düşünürler. Oysa küçük çocuklarda parmak emme beslenme gereksiniminden kaynaklanmaz. Bu aynı zamanda hoş ve zevkli bir şeydir. Çocuğa hoş, tatlı, ılık ve rahatlama duyguları verir. Ayrıca parmak emme çocuğa dinlenme ve gevşeme deneyimleri kazandırır. Çocuklar korktuklarında, acıktıklarında, uykuları geldiğinde ya da zevk veren

deneyimlere gereksinim duyduklarında parmak emmeye dönerler. Çocuklar parmak emmeyi durdurması ve bırakması, onların alternatif güvenlik ve hoşlanma duyguları geliştirmeleri ve olgunlaşmalarına bağlıdır.

Çoğunlukla anne ve babaları huzursuzluğa ve telaşa düşüren parmak emme olayı, bazı durumlarda daha yoğun ve sık bir biçimde görülür. Öyle ki, bu durumlarda bebeğin parmağı zamanla aşınmaktan hassaslaşmaya, rengi de koyulaşmaya başlar. Deformitenin derecesi, alışkanlığın sıklığına, şiddetine, süresine ve de ağızdaki parmağın pozisyonuna bağlıdır. Yine bazı çocukların ayak parmaklarını, el bileklerini ve ön kollarını emdikleri de gözlemlerle saptanmıştır (25, 26).

Genel olarak çoğu çocuk parmak emme alışkanlığından 5 yaşına geldiğinde vazgeçer. Bu alışkanlığı sürdüren çocuklarda kız ve erkek oranının eşit dağıldığı yani cinsiyete bağlı değişkenlik göstermediği görülmüştür (27).

2.1.1 Etyoloji

Parmak emme davranışının bir süre için fizyolojik bir refleks olduğu konusunda hemen hemen bir görüş birliği mevcuttur. Hangi yaşa kadar doğal olduğu ve neden bazı bebeklerde bir alışkanlık olarak uzunca bir süre devam ettiği konularında ise farklı görüşler mevcuttur (28).

Psikolojik Teoriler

Psikoanalitik teoriye göre emme davranışları yaşamın ilk dönemi için içgüdüselidir. Engellenmemeli, bu dönemde doyurulmalıdır. Emme davranışının oral dönemden sonra da devam etmesi oral döneme fiksasyonun belirtisidir. Oral dönem bittiğinde emme davranışını terk eden bir çocukta gelişimin daha ileriki dönemlerinde bu davranış biçiminin yeniden ortaya çıkması ise oral döneme regresyon olarak adlandırılır. Fiksasyon ve regresyon olayları ruhsal sıkıntı belirtileridir.

Refleks ya da içgüdü boyutunu aşmış emme davranışlarının çeşitli ruhsal problemlerden kaynaklandığını savunanlara göre, sorun özellikle çocuk-anne ya da çocuk-kardeş ilişkilerinde aranmalıdır (29, 30). Bazı uzmanlara göre; ileri yaşlara dek süren ya da ileri yaşlarda ortaya çıkan emme davranışları anormal ruhsal gelişimin bir belirtisidir (30, 31). Klein'e

(32) göre ise, 3 yaştan sonra da devam eden parmak emme olgularının bir kısmı “anlamlı” olabilir, yani ruhsal bir sorundan kaynaklanabilir.

Psikolojik çalışmalar, parmak emen çocukların emmeyenlere göre daha sıkıntılı ya da sorunlu olduklarını gösterir güçlü kanıtlar sağlayamamışlardır. Davidson’un incelemelerine göre parmak emen çocuklar parmak emmeyen çocuklar kadar normaldirler (33). Traisman (23) ruhsal sorunları olan çocukların %51’inin parmak emmediğini, %49’unun ise parmak emdiğini bildirmiştir.

Doğal ortamlarda yaşayan Japon maymunlarında parmak emme alışkanlığına bağlı dişsel değişikliklere rastlanmamıştır. Laboratuvar koşullarında anne, kardeş ve yaşlılarıyla bir arada yaşayan japon maymunu yavrularında parmak emme alışkanlığı gözlenmezken, laboratuvar koşullarında anne ve kardeşlerinden ayrı büyüyen yavruların parmaklarını emdikleri ve bu davranışa bağlı olarak çeşitli dişsel sorunların oluştuğu bildirilmiştir. Kawata (34) bu durumu, anneyle zayıf ilişki, yeterli anne ilgisi ve sevgisi görememe ve anneyle tensel temasın gerçekleşmemesinin bir sonucu olarak yorumlamıştır.

Bazı çalışmalara göre parmak ve emzik emme alışkanlıkları kızlarda daha sıktır. Bu sıklığın nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte kızların daha pasif olmalarına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (20, 31, 35).

Öğrenme Teorisi

Bu teoriye göre parmak emme öğrenilmiş bir davranış biçimidir. Çocuk parmak ya da emzik emerek, karnı tokken de meme veya biberon emerken duyduğu doyum ve huzuru yaşayabileceğini öğrenmiştir. Bu öğrenme bir tür koşullu reflekstir. Çeşitli rastlantı ve denemeler sonucunda çocuk bu davranış biçimini organize eder. Bu yolla, günlük yaşantının karşısına çıkardığı çeşitli sorun ve sıkıntılardan da kaçabilmektedir (22, 31). Parmaklarını ağızına ulaştırması, sonuçta parmak emmeyle doyum ve huzur arasındaki ilişkiyi öğrenmesi önlenen çocuklarda emme alışkanlıklarının gelişme oranının çok düşük olduğu bildirilmiştir (36).

Davidson'un parmak emen ve emmeyen çocukların ruhsal açıdan farklı olmadıklarını bildiren çalışmaları öğrenme teorisine büyük destek sağlamıştır (33, 36).

Yeterli Emmeme Teorisi

Levy; anne memesinden erken ve zorla uzaklaştırılmanın, patolojik parmak emmenin en önemli nedeni olduğunu ileri sürmüştür. Yeterince emememenin parmak emme ve/veya emzik emme alışkanlığına yol açabileceği başka yazarlar tarafından da vurgulanmıştır (20, 37).

Larsson'a göre üç değişik emme davranışı söz konusudur:

1. Yaşamın ilk dört ayında hemen her bebekte gözlenen refleks emme davranışı
2. Yaşamın beşinci ayından, dördüncü yılının sonuna dek olan dönemde gözlenen birincil (initial) emme davranışı
3. Dördüncü yaştan sonra uzamış (prolonged) emme davranışı

Emme güdüsünün doyurulabilmesi için, bebeklik boyunca toplam emme süresi ve her emzirme seansının süresi ayrı ayrı önemlidir. Yeterince ememeyen bebek, açığı parmak veya emzik ile kapatmaya çalışacaktır. Birincil emme alışkanlıkları özellikle zengin ve sağlıklı annelerin sağlıklı bebeklerinde gözlenir. Sütü yetersiz Afrikalı annelerin iyi beslenemeyen ve her emme seansında uzun süre annelerini emen bebeklerde birincil emme alışkanlıklarının oranı çok düşük bulunmuştur. Bu duruma, bu annelerin karınları tokken de bebeklerine meme tutmalarının (nonnutritive sucking) da katkısı olmalıdır. Birincil ve uzamış emme alışkanlıklarına çok az rastlanmasına karşın, refleks içgüdüsel emme davranışı oranı Afrikalı annelerin bebeklerinde de çok yüksektir. Ancak bu davranış birkaç ay içinde kaybolmaktadır. Sağlıklı ve zengin annelerin bol ve besleyici sütleri ve/veya formülleri sürekli daha doyurucu ve besleyici olacak şekilde değiştirilen hazır mamalar nedeniyle yeterli süre anne memesi veya biberon ememeyen batı dünyası bebeklerinin üçte ikisinden çoğunda birincil (initial) emme davranışları gelişmektedir. Bu gelişmeye, batılı modern yaşam biçiminin; annelerin çocukları tokken de onları emzirmelerine izin vermemesinin de katkısı vardır (20, 35).

Psikolojik faktörler ise özellikle uzamış emme davranışları için söz konusu olabilir (20, 35).

Çok fazla koruyucu kollayıcı ve çocuğa yaşından küçükmüş gibi muamelede bulunan anne babaların çocuklarında da bu tür bir durum görülebilir. Bir çalışmada demokratik anne baba tutum düzeyi arttıkça içe kapanıklık, parmak emme ve fobilerin arttığı bulunmuştur (38).

2.1.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

Bu alışkanlık, üst kesici dişlerin labiale, alt kesici dişlerin linguale devrilmesine, overjetle artışa, overbite'da azalmaya ve ön açık kapanışa (şekil 2.1), damak kubbesinin derinleşmesine ve bununla birlikte yan çapraz kapanışa neden olur (39). Yan çapraz kapanış, süt ve erken karışık dişlenme döneminde en sık karşılaşılan maloklüzyonlardandır ve sıklığının % 8-22 arasında olduğu, Türk çocuklarında görülme sıklığının ise % 2.7 olduğu rapor edilmektedir (40-42).

Daimi kesici dişler sürmeden önce parmak emme alışkanlığı bırakılırsa ön açık kapanış ve üst kesici diş proklinasyonu ortodontik kuvvet uygulamadan kendiliğinden düzelecektir (43). Ancak uzamış başparmak emmesi dentoalveolar yapıya büyük zararlar vermektedir. Ailelerin bu konuda endişelerini bir diş hekimine ilettiklerinde, diş hekiminin bu alışkanlığın çocukluk dönemine göre ne zaman normal olduğu ve ne zaman patolojik olduğunu bilmesi ve aileleri de bilgilendirmesi gerekir (27).



Şekil 2-1: Parmak emme alışkanlığına bağlı açık kapanış

2.1.3 Tedavisi

Öncelikle çocukla konuşup, alışkanlığın sakıncaları anlatılarak, yapmaması gerektiğine ikna edilmelidir. Bu yöntemden sonuç alınamazsa emilen parmağa yapışkan bant gibi bir hatırlatıcı takılabilir veya parmağa acı oje sürülüp çocuğun parmağını emme alışkanlığı zevksiz bir hale getirilebilir. Hatırlatma yöntemi de başarısız olursa ödüllendirme yöntemi denenebilir ve çocuğa parmağını emmediği her gün için ufak bir ödül verilebilir. Eğer bu yöntemlerin hiçbiri işe yaramazsa çocuğun parmağını emdiği taraftaki dirseğine gevşek şekilde elastik bir bandaj bağlanarak, kolunu kıvrıp parmağını emmesi engellenebilir. Ancak bu uygulama sadece geceleri yapılmalı ve 6–8 hafta kadar sürdürülmelidir. Ayrıca çocuğa, bunun kendisini cezalandırmak için yapılmadığı çok iyi anlatılmalıdır. Bu yapılardan sonuç alınamazsa ve çocuk hala alışkanlığından kurtulmak istiyorsa, o zaman alışkanlık önleyici bir apacey kullanılabilir. Bu apaceylerin amacı çocuğun elini ağzına yerleştirmesine mekanik engel oluşturmaktır (44). Quad heliks, parmak engelleyici (palatal crib) ve position trainer gibi apaceyler kullanılabilir.

Quad heliks

Çok yönlü bir apaceydir. Daralmış üst çeneyi genişletmeye yarar. Quad helix'te ortodontik bantlar dişlere simante edildiğinden hasta uyumu gerektirmemekte ve genellikle ilk aktivasyonda gerekli olan genişletme sağlandığı için randevu sayısı azalmaktadır (45-48). Quad helix apaceyinin ön kısmı modifiye edilerek parmak emme ve dil itimi alışkanlıkları elimine edilebilmekte veya ön dişlerin sürmesi kontrol edilebilmektedir. 3 ay çapraz kapanış tedavisi için, 3 ay da pekiştirme amacıyla, toplam 6 ay kullanımı önerilmektedir (46, 49, 50).

Palatal crib

Çocuk uyumu gerektirmeden kullanılabilen, parmak emme, dil itimi ve bebeklik yutkunmasını engelleyen bir apaceydir (Şekil 2.2). 6 ay kullanımı önerilmektedir. 6 ay da pekiştirme için kullanılmaktadır (8).



Şekil 2-2: Alışkanlık kırıcı aparey

Position trainer

6-10 yaşları arasında karışık dişlenme döneminde kullanılan bir apareydir. Diğer iki aparey de ön açık kapanışta tercih edilebilir olmakla birlikte hasta tedaviye istekli ise ve ağızda sabit bir aparey istemiyorsa, çeşitli boyutlarda hazır olarak bulunması, ölçü alımı ve aparey yapımı aşamalarını elimine etmesi gibi avantajları nedeni ile position trainer tercih edilebilmektedir (Şekil 2.3). Üretici firmanın orijinal broşüründeki öneriler doğrultusunda kullanılan yumuşak, esnek başlangıç apareyi, miyofonksiyonel kötü alışkanlıkların elimine edilmesini sağlar ve 6-8 ay arası kullanımı önerilir. Daha sert olan bitirme apareyi diş dizilimini düzeltmek için daha çok kuvvet uygulamakta ve miyofonksiyonel alışkanlıkları düzeltmektedir. 6-12 ay arası kullanımı önerilmektedir. Her iki aparey de gün içinde en az bir saat ve gece boyunca kullanılmaktadır (49).



Şekil 2-3: Position trainer apareyi

Emzik kullanma alışkanlığını kontrol altına almak parmak emme alışkanlığına göre daha kolaydır. Çünkü emzik, anne babanın kontrolü altındadır. Anne baba yavaş yavaş emzik emmeyi çocuğa bıraktırabilir. Emziği bırakan çocuk parmak emmeye başlayabilir. Buna izin vermemek gerekir. Çocukta dişsel bozukluklar oluşmuşsa emziğin bırakılmasına ek olarak ortodontik tedavi uygulanabilir. Parmak emme tedavisinde kullanılan apareyler burada da kullanılabilir (49).

2.2 Ağız Solunumu

Normal solunum burundan yapılan nazal solunumdur. Burun yollarında çeşitli nedenlerle oluşan darlıklar veya tıkanıklıklar sonucunda ağız solunumu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmacılar ağızdan solunum yapan çocuklarda normal solunum yapanlara göre geceleri horlama, uyku apnesi, nefes almada güçlük çekme ve boğaz enfeksiyonlarına sık yakalanma gibi bulgular saptandığını belirtmişlerdir (51, 52). Urschitz ve ark., horlamanın çoğunlukla üst solunum yolunda bulunan engeller nedeniyle oluştuğunu bildirmiştir (53). Guilleminault ve ark., uyku sırasında solunumun kesintiye uğraması ve solunum tipinin değişmesi sendromlarını (apne, hipopne) değerlendirmişler; ağızdan solunum yapan çocuklarda uyku apnesi sendromunun daha sık oluştuğunu, ayrıca hiperaktivite, yatak ıslatma gibi davranışsal bozuklukların da görüldüğünü belirtmişlerdir (54).

2.2.1 Etyoloji

Burun solunumu yapan bir birey, nazal ve faringeal havayolundaki bir tıkanıklık nedeniyle ağız solunumuna dönebilir. Burun yollarını tıkayan veya daraltan etkenlerin başlıcaları geniz eti büyümeleri, hipertrofik tonsiller, septum deviyasyonları, alerjiler, burun boşluklarını çevreleyen anatomik dokuların kistik ve tümoral oluşumlarıdır (55).

2.2.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

Ağız solunumunun tespiti genellikle subjektif olduğu için, dentofasiyal sistem üzerine olan olumsuz etkileri, literatürde genellikle tartışmalıdır. Harari ve ark. yaptıkları çalışmada ağız solunumu yapan bireylerin üst ve alt dişsel arklarında önemli derecede darlık varlığı saptamışlardır. Yine Angle sınıf II ilişki ağız solunumu yapan bireylerde sıklıkla tespit edilmiştir (56). Aynı çalışmada posterior çapraz kapanış sıklığında önemli derecede artış saptanmıştır. Melsen ve ark. 13-14 yaş grubunu inceledikleri çalışmalarında ağız solunumu görülen bireylerde posterior çapraz kapanış sıklığında artış bulmuşlardır (57).

Ağız solunumunun çene yüz sistemi üzerine yaptığı negatif etkiler şu mekanizma ile oluşur. Çocuk ağız açık nefes alırken, çok güçlü bir kas olan dil ağız tabanında yer alır ve olması gerektiği gibi damak kubbesini içten destekleyemez. Bu sefer sürekli aktif olan çiğneme ve mimik kasları üst çeneye sirküler şekilde kuvvet uygular, içerden de destek göremeyen damak daralmaya başlar. Çene daraldıkça dilin doğru yerine yerleşme imkânı tamamen ortadan kalkar ve alt çeneyi ileri ve aşağı yönde iter. Olay kısır bir döngü haline gelir. Sonuçta da gerek fonksiyon gerekse estetik açıdan istenmeyen kapanışlar ortaya çıkar.

Çocukluk dönemindeki ağız solunumu kas dengesini değiştirir ve fasiyal deformitelere neden olur. Ağızdan nefes alabilmek için başın arkaya doğru eğilmesi yani ekstansiyonu, alt çene ve dilin ise aşağı doğru indirilmesi gerekir. Bunun sonucunda yüksek ve dar damak ile posterior çapraz kapanış, alt ön yüz yüksekliğinde artış, ön açık kapanış, alt çene geriliği ve overjetle artış meydana gelir. Ayrıca ağız solunumu yapan bireylerde dudak mukozasındaki kuru, çatlak ve normalden daha kırmızı görünüm dikkati

çeker. Çok tipik özellikleri olan bu yüz şekline “adenoid yüz” denilir (55, 58, 59).

Ağız solunumu yapan bireylerde ayrıca, açık ağız postürü, küçük ve iyi gelişmemiş burun delikleri, kısa ve hipotonik üst dudak, hipertrofik alt dudak, dar ve V şekilli üst ark, yüksek damak kubbesi, dar ve uzun bir yüz tipi, nötr veya distal oklüzyon genel olarak gözlenen bulgulardır (60-62).

Behfelt ve Linder-Aronson, yaptıkları bir çalışmada büyük bademcikli çocukların iskeletsel yapılarını incelemişler, kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırdıklarında büyük bademcikli çocuklarda daha retrognatik ve posterior eğimli alt çene, artmış alt ön ve total yüz yüksekliği ve artmış alt çene düzlem açısı olduğunu bildirmişlerdir (63).

Solow ve Kreiborg, ağız solunumu yapan bireylerde artmış kranioservikal açı, azalmış fasiyal prognatizm, artmış alt çene düzlem eğimi ve artmış alt ön yüz yüksekliği bildirmişlerdir. Yapılan çalışmada bireylerdeki hava yolu kapasitesindeki değişim sonucunda nöromusküler feedback mekanizması ile kraniofasiyal angulasyonda değişim meydana geldiği ve buna bağlı olarak yüz ve boynu kaplayan yumuşak dokuların gerilimi ile morfolojide de değişim görüldüğü belirtilmiştir (64).

2.2.3 Tedavisi

Gerek diş hekimlerince gerekse ebeveynlerce tedaviye başlamadan önce burun yollarının açık olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ortodontik bozukluk şikâyetiyle diş hekimine başvuran hastalarda ağız solunumu alışkanlığı teşhis edilirse, tedavisi için kulak burun boğaz uzmanlarıyla konsültasyon yapılarak ortodontik tedavi planı oluşturulmalıdır (65).

2.3 Dil İtimi (Anormal Yutkunma)

Yutkunma, insanın prenatal dönemde gösterdiği ilk refleks mekanizmalardan biridir. Prenatal dönemin 14. haftasında üst dudağın uyarılmasının ağzın kapanmasına yol açtığı hatta çoğunlukla yutkunmanın gerçekleştiği, 29. haftada yine ağzın uyarılmasının emme refleksine yol açtığı ancak 32. haftaya kadar tam anlamıyla emme ve yutkunmanın gerçekleşemeyeceği bildirilmektedir. Subtelny fetüsün amniyotik sıvıyı

yutmasını öğrendiğini, bu nedenle de aynı solunum fonksiyonunda olduğu gibi doğumda her şeyin hazır olmasından dolayı yeni doğmuş bebeğin anne memesinden sütü emerek yutabildiğini söylemektedir (66).

Yutkunma refleksi, tükürük miktarına bağlı olarak kişinin uyanık olduğu zamanlarda yaklaşık olarak dakikada iki kez (bu süre 16 saat kabul edildiğinde yaklaşık 1920 kez), uyku saatlerinde ise yaklaşık olarak dakikada bir kez (uyku süresi 8 saat kabul edilirse 480 kez) veya daha az olarak gerçekleşmektedir (67).

Normal yutkunma refleksi; yutkunma sırasında çiğneme kaslarının alt ve üst dişleri sentrik oklüzyona getirdiği, dil ucunun önce alçalıp daha sonra damakta ruga palatina bölgesinde yerleştiği ve yutkunma süresince burada kaldığı; yüzün mimik kaslarında herhangi bir kasılmanın görülmediği, buna karşın masseter ve temporal kas aktivitelerinin gözlemlendiği yutkunma şekli olarak tanımlanmaktadır (66-69).

Anormal yutkunma refleksi; yutkunma sırasında dilin ön veya yan bölge dişleri arasından ağız boşluğu sınırları dışına çıkması, ağız çevresi kaslarının kasılması, çiğneme kaslarının yutkunma sırasında kasılarak yanak bölgesi dişlerini veya azı dişlerini oklüzyona getirememesi ve böylece dişlerin istenmeyen dil basınçlarına maruz kalması şeklinde tanımlanmaktadır (70).

Erişkin yutkunması olarak bilinen normal yutkunma refleksi, doğumdan sonra görülüp tüm yaşam boyunca devam eden bir yutkunma şekli olmayıp; değişik dönemlerde farklılığa uğrayarak belirli bir yaştan sonra ortaya çıkan yutkunma şeklidir. Anormal yutkunma olarak bilinen doğumdan hemen sonra görülen yutkunma şeklinin erişkin yutkunmasına yani normal yutkunma şekline dönüşümünde belirgin bazı dönemler ayırt edilir (66).

a. Doğum Sırası Dönem: Dil, doğumda beyinden sonra, başın diğer bölümlerine göre erişkin boyutlarına en çok yaklaşmış olan organdır. Süt dişlerinin henüz sürmemiş olduğu bu dönemde dil, üst ve alt alveol çıkıntıları ya da dişeti yastıkları (gum pads) arasında konumlanmakta ve yutkunma sırasında bu boşluğu doldurarak yutkunma için gerekli olan oral kenetlenmeyi sağlamaktadır. Emme sırasında meme ucunu silindirik bir uzantı şekline dönüştüren bebek, bu uzantının ucunu sert-yumuşak damak

sınırına getirmektedir. Bu sırada dil, alt çene dişeti yastığı üzerinden seyrederek protruzif bir durum almaktadır. Bebek, alt çenesi ile birlikte dilini yükselterek meme ucu uzantısına basınç uygular (69). Bu basınç önce ağzın ön bölgesindedir ve daha sonra arkaya doğru yönelerek sütün memeden ağıza akmasını sağlar.

Bebeğin her şeyi ağızıyla tanımaya çalıştığı bu dönemde yutkunma sırasında dudaklar dile göre daha aktiftir. Yarı katı besinlerle beslenmeye geçiş ile birlikte dudak aktivitelerinde azalma, dil aktivitesinde artış görülecektir.

b. Süt Dişleri İndifa Dönemi: Büyüme ve gelişimin bu erken döneminde yeni doğmuşta olduğu gibi dil, anatomik olarak çenelere göre daha büyüktür. Diğer bir deyişle dilin gelişimi çevre iskelet yapılarının gelişim düzeyine göre daha ileri dönemdedir (66, 71). İşte bu devrede dilin boyutlarında görülen bu erken gelişim, süt dişlerinin düzgün bir diş kavsi oluşturmasında önemli bir rol oynar. Süt dişlerinin indifaları tamamlandıktan sonra yutkunma şeklinde bir değişim izlenir. Temporal ve masseter kaslarının aktivitelerinde artış görülür. Bu dönem anormal yutkunmanın erişkin yutkunma şekline dönüşmeye başladığı bir dönemdir. Yine de bireylerden bazılarında bu dönemde temporal ve masseter kas aktivitelerinde artış görülmeyip anormal yutkunma dönemindeki aktif dudak ve mimik kas hareketleri devam eder (66, 69).

c. Karışık Dişlenme Dönemi: Karışık dişlenmenin erken dönemlerinde, yutkunma sırasında dilin alt ve üst kesici dişler arasından vestibulum oris'e doğru protruzif bir durum alması ile karakterize olan anormal yutkunma mevcuttur. Ancak bu durumun, dilin çevre yapılara uyum gösterdiğinden mi, yoksa anormal dil konumu veya aktivitesinden mi ileri geldiği iyi teşhis edilmelidir (66). Dil, bu dönemde bazı faktörler nedeniyle çevreye uyum gösterebilir;

- Süt kesicilerinin düşüp daimi kesicilerin indifalarını tamamlamalarına değin geçen sürede anormal yutkunma refleksi görülebilir.
- Gelişimin bu döneminde parmak emme alışkanlığı var ise ve bu alışkanlık bir maloklüzyona neden olmuş ise, dil ucunun alt ve üst kesici

dişler arasında yutkunma sırasında protruzif bir durum alması çok sık görülür.

- Faktörlerden biri de lenfatik dokular; geniz eti ve bademciklerdir. Lenfatik dokuların çevre iskelet yapılarına göre erişkin boyutlarına daha erken ulaşması bu dönemde solunum problemlerine yol açacaktır. Lenfatik dokuların çevre iskeletsel yapılarına göre göreceli olarak büyük olması isthmus faucium ve faringeal boşlukları daraltacağından, çocuk dilini daha önde konumlandıracaktır.

Bu faktörlere bağlı olarak görülecek anormal yutkunma bu dönem için normal olarak kabul edilmektedir (66, 69).

d. Daimi Dişlenme Dönemi: Bu dönemde bireylerde normal yutkunma denen erişkin yutkunması görülmektedir. Normal oklüzyonlu bireylerde görülen bu yutkunma şeklinde mimik kaslarının yutkunma sırasında kullanılmadığı, çiğneme kaslarının dişleri oklüzyonda tuttuğu, dilin diş kavisleri içerisinde kaldığı, dudakların çok az aktivite veya hiç kas aktivitesi göstermediği belirtilmektedir (67).

2.3.1 Etyoloji

Moyers'e göre dil itimi;

- a. Basit dil itimi; oral alışkanlıklar sonucu gelişen (parmak emme gibi)
- b. Kompleks dil itimi; ağız solunumu, alerjiler, kronik nazal solunum problemleri nedeniyle gelişen
- c. Kalmış dil itimi; kraniofasial sendromlar, nöral bozukluklar nedeniyle gelişen bir durumdur (72).

Ghafari'ye göre dil itimi;

1. Adaptif; solunum ihtiyacı (ağız solunumu), oral alışkanlıklar ve oklüzal problemlere (açık kapanış) adapte olan ve etyolojik faktörün elimine edilmesiyle düzeltilebilen,
2. Non-adaptif; zayıflamış nörolojik kontrolle (serebral palsy gibi) ilişkili olan ve düzeltilemeyen.
3. Potansiyel adaptif; büyük dil veya anormal iskeletsel ilişkiye bağlı olarak gelişen ve ortodontik prosedürlerle düzeltilemeyen bir durumdur (73).

Glaser, yemeklerle beraber sıvı tüketme alışkanlığını, önemli bir etyolojik faktör olarak görmektedir. Bu durumu şöyle açıklamaktadır: Yemeklerle beraber sıvı tüketildiği zaman alınan gıdalar yumuşayıp kolaylıkla özofagusu geçerken, kuru tüketildiği zaman daha efektif bir yutkunma eylemi gerektirir ve kaslar daha çok fonksiyon gösterir. Böylelikle yutkunma paterninde gelişim gözlenir. Glaser aynı zamanda bebeklerin uzun süre püre tarzı beslenmesi durumunda da normal yutkunma paternine geçişin engelleneceğini veya gecikme olacağını savunmaktadır (74).

Bebeklerde uygunsuz biberon kullanımı ise en popüler teori olarak gözükmemektedir (75).

2.3.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

6. Ayda keserlerin sürmesi ile dil pozisyonu geride konumlanmaya başlar ve takip eden 12 ila 18 aylık bir dönem içerisinde dilin konumunun ve duruşunun değişmesiyle sonuçlanan bir geçiş dönemi görülür. 2 ila 4 yaşları arasında ise somatik ya da erişkin yutkunma denilen yutkunma şekli oluşmaktadır (76). Ancak anormal yutkunma refleksi, devam etme eğilimi gösterirse, dentoalveolar bölgenin dikey gelişimini inhibe ederek açık kapanış oluşmasına neden olacaktır. Bu mekanizma pasif intrüzyon olarak adlandırılmaktadır (69).

Anormal yutkunmaya eşlik eden dil itme alışkanlığı ile beraber ön açık kapanış, arka açık kapanış, bialveolar protrüzyon, sınıf III anomaliler gelişebilir. Ön açık kapanışı olan çocuklar bazı özel sesleri ıslık çalar gibi söylerler. Açık kapanışın görüldüğü süt dişlerinin köklerinde rezorpsiyon oluşur. Süt dişleri tamamen süremez. Süt dişlerinin sürmesinin durması sonucu dil lateral dişler arasına kadar itilir. Belki de süt molarlar daha derine kadar itilip alttan gelmekte olan daimi diş sürmesini geciktirir (77).

Dilin ve yanağın molar dişler hizasında emilmesiyle oluşan basınç, arka açık kapanışa neden olur. Ayrıca lenf bezinin iltihapla büyümesi sonucu dil kökünün yukarı ve öne doğru hareketiyle bialveolar protrüzyon gelişir ve ön bölgede diestemalara neden olur.

2.3.3 Tedavisi:

Bu alışkanlığın tedavisinde 2 yol vardır.

- a) Dili engelleyen ortodontik apareylerle tedavi
- b) Eğitimle tedavi

Dili engellemek için sabit veya hareketli dil tutucu apareyler uygulanabilir. Yine kombine oral ve vestibüler perde apareyi ve aktivatörler de bu amaçla kullanılabilir.

Dil perdeli apareyler

Anormal yutkunma refleksi, parmak emme, dil emme, dil ısırma gibi kötü alışkanlıkların durdurucu tedavilerinde kullanılan apareylerdir. Sabit ve müteharrik olarak iki şekilde yapılırlar. Sabit olanlar, kafes şeklinde veya akrilikten yapılmış dil perdeli palatinal arkın, üst keserlerin palatinal yüzlerine değmeyecek şekilde kron veya bant takılmış 2. süt molar dişlere lehimlenmesiyle oluşurlar. Müteharrik olanlar ise kaninler arası bölgede akrilik veya telden yapılan dil perdelerinin üst çene plaklarına adapte edilmesiyle oluşturulurlar. Genellikle daralmış olan üst arkı genişletmek için apareye vida eklenebilir (78, 79).

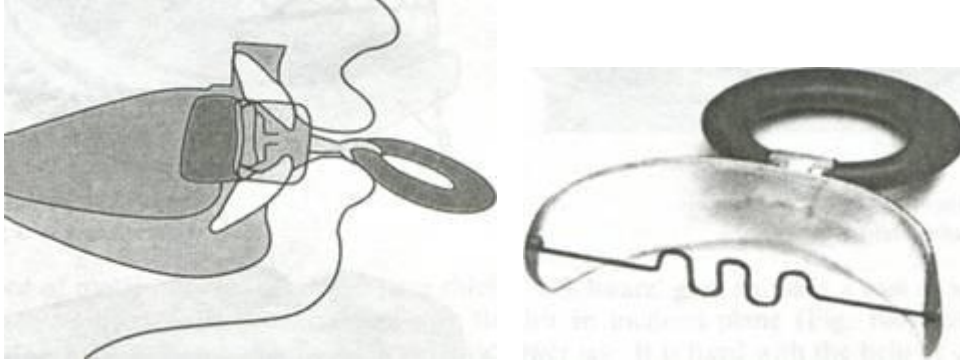
Bu apareylerin kullanım süresi 4-6 aydır ve 3-4 haftada bir kontrol edilmelidir. Aparey takılmaya başlandıktan 1,5 ay sonra düzelme belirtileri görülmeye başlar ve hangi tip olursa olsun tüm alışkanlık önleyici apareylerin alışkanlık bırakıldıktan sonra yaklaşık 6 ay ağızda kalması tavsiye edilir (78).

Sabit dil perdeli apareylere örnek olarak quad-heliks crib apareyi verilebilir. Dentoiskeletsel açık kapanışa sahip büyüyen bireylerde quad-heliks crib apareyi kullanılarak yapılan tedavide tedavi edilmemiş kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hastaların %90'ında dişsel açık kapanışta ve vertikal iskeletsel ilişkilerde klinik olarak belirgin düzelme görülmüştür (80).

Vestibül perdeler

Hotz tarafından tarif edilen vestibül perdeler, ağız solunumu, dudak emme ve ısırma, parmak emme, yalancı meme emme, tırnak yeme ve yabancı cisimlerin ağza alınması alışkanlıklarının engellenmesinde kullanıldığı gibi sınıf II bölüm 1 vakalarda da hem alışkanlık kırıcı hem de malokluzyonu düzeltici aygıt olarak kullanılır (Şekil 2.4). Apareyi kullandığı

zamanlar hastadan alt ve üst dudağı arasında bir parça kâğıt tutarak dudak kapama egzersizleri yapması istenir. Böylece anormal perioral kas aktivitesinin düzeltilmesi amaçlanır (79).



Şekil 2-4: Vestibül perdeli aparey

Aktivatörler

Hastada açık kapanışla beraber iskeletsel bir uyumsuzluk mevcut ise sınıf II veya sınıf III monoblok kullanılmaktadır. İskeletsel ve dişsel anomalilerde kullanılabildiği gibi ağız ile ilgili tüm kötü alışkanlıkların tedavisinde de kullanılan bir apareydir. Monoblok yapılırken arka dişlere intruziyon yaptırabilmesi için alt ve üst keser dişler arasında 4 - 5 mm'lik bir açıklık olacak şekilde kapanış alınmalıdır (55).

Yutkunma Egzersizleri

Dil tutucu apareyler bazen yeterli olmayabilir. Çocuk apareyini düzenli olarak taksa bile dilini kuvvetli bir şekilde ittirdiğinde aparey yerinde durmayabilir, apareyi yerinden çıkartabilir. Böyle vakalarda dil itimi eğitimle düzeltilmeye çalışılır. Yaş, eğitime başlamada önem teşkil eder; örneğin 4-5 yaşlarında hastalar henüz istenilen şeyleri veremez, motivasyon yanıtı olumsuzdur. Bu tedavi 7 haftadan 16 haftaya kadar seanslar halinde yapılır. Hasta birer hafta aralarla hekime her hafta 9 kez gelir. Hatırlatıcı notlar, çocuğu motive etmek amacıyla kullanılan küçük ödüllerin ve seanslar halinde muayenehanede hekimle birlikte ve de tek başına uygulanan özel konuşma, açma, kapama, dil hareketleri ile ilgili egzersizlerin yer aldığı tedavi periyoduna girilir (77).

Hastaya ilk görüşmede normal yutkunmanın ne şekilde olduğu ve dilin nereye temas edeceği parmakla gösterilir. Bu işlemi gün içinde birçok kez tekrarlaması istenir. Hasta normal yutkunmayı öğrendikçe egzersiz süresi artırılır. İkinci görüşmeye hasta bu refleksi kazanmış olarak gelir, ancak bilinçsizce yutkunabilir. Bunun için hoşlandığı bir tatlı veya şekeri, diliyle damağında tutması söylenir. Bunu saat tutarak yapması gerektiği izah edilir. Önceleri 1 - 2 saniye tutmayı becerirken, sonradan daha uzun süre tutarak bilinçsizce doğru yutkunmayı öğrenir (58, 65).

2.4 Tırnak Yeme

Tırnak yeme çocuklar arasında sıklıkla görülen ve tedavi edilmeyen medikal bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu problem 3-4 yaşlarında ortaya çıkmakta ve 10 yaşlarında pik yapmaktadır. Ergenlik döneminde oranı artarken daha sonraki dönemlerde azalma görülür. Bu problemin görülme sıklığı 10 yaş altı çocuklarda cinsiyete bağımlı değilken, ergenlerde erkeklerde görülme sıklığı kızlardan fazla bulunmuştur (81).

2.4.1 Etyoloji

Tırnak yeme bazı psikolojik bozukluklara cevaben bir tepki olarak ortaya çıkmakta ve bazı çocuklarda parmak emme alışkanlığının tırnak yeme alışkanlığı şekline dönüştüğü görülmektedir (2).

Tırnak yeme alışkanlığı görülen çocukların ailelerinin yarısından fazlasında depresyon tarzı psikolojik sorunlar tespit edilmiştir. Bu alışkanlık iler ki yaşlarda dudak ısırma, sakız çiğneme ve sigara içme tarzı alışkanlıklara dönüşebilmektedir. Bu alışkanlığın görüldüğü çocuklar duygusal açıdan değerlendirilmelidir.

Tırnak yeme davranışı, çevredeki hoşnutsuz edici koşulların artmasıyla çoğalmaktadır (82). Alışkanlık daha çok baskı altına alınmış heyecanların uygulandığı durumlarda belirginleşmektedir. Çocuğun bu durumun farkına varmasıyla ise alışkanlık kalıcı hale gelmektedir. Tırnak yeme davranışının alışkanlık olarak kalıcılışmasında bir diğer etken de öykünme olmaktadır. Bir başkasının tırnak yeme alışkanlığının farkına varan çocukta, öykünme yoluyla, alışkanlık kalıcı hale gelmektedir. Tırnak yeme

alışkanlığı görülen bir çocuğun ailesinin diğer üyelerinde de bu alışkanlık görülebilmektedir. Diğer aile üyeleri de bu açıdan değerlendirilmelidirler.

Tırnak yiyenler grup olarak, yemeyenlerden daha fazla tedirgin olup düşmanlık duygularından kaynaklanan kendini cezalandırmaya yatkın olmaktadır (83). Tırnak yeme alışkanlığı gergin ortamlarda, bireye yapacak bir şey yaratmakta ve kaygıyı azaltmaktadır. Tırnak yeme kaygı ile ilişkili olabileceği gibi kaygı durumu başka bir psikiyatrik bozukluğun sonuçlarından biri de olabilir. Yani kaygı tırnak yeme alışkanlığının etyolojisinde yer almayabilir. Düşmanlık duygusunun ise bireyin kendisine yönelerek etkisiz kalmasına yol açabilmektedir. Hangisini kabul edersek edelim, tırnak yeme alışkanlığı, gerilimi azaltmak için öğrenilmiş ve kazanılmış bir alışkanlık olmaktadır.

Tırnak yeme davranışının sağaltımı, çoğu kez psikoterapik yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu yüzden tırnak yiyen çocukların tümüne uygun önlemler getirmek mümkün olamamaktadır (84).

2.4.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

Tırnak yemeye bağlı olarak: Ön dişlerde maloklüzyon, dişlerde kök rezorpsiyonu (85), intestinal parazitik enfeksiyonlar (86), bakteriyel enfeksiyon ve alveolar destrüksiyon (81) görülmüştür. Ayrıca temporomandibular eklem ağrısı ve disfonksiyonu görülen hastaların yaklaşık olarak dörtte birinde tırnak yeme alışkanlığı gösterilmiştir (87).

2.4.3 Tedavisi

Tırnak yeme, bir alışkanlık olarak çocukta belirginleşmişse çocuğun kendi benliği ve çevresi ile etkili ve düzenli ilişki kurmasında sorunu var demektir. Yine büyük bir olasılıkla, aile-okul-arkadaş çevresinde çocuğu olumsuz yönde etkileyen durumların olması beklenebilir. Bu hususların belirlenmesi ve düzeltilmesi, tırnak yeme davranışının kaldırılmasında ön koşul niteliğindedir. Konu ile ilgili olarak, anne-baba ve öğretmenlere düşen görevlerin başında, anlayışlı olmak, çocuklarını sevip cezalandırıcı tutum almamak gelmektedir. Yoksa çocuğa tırnak yemesinin yanlış ve kötü

olduğunun söylenmesi, alışkanlığın pekiştirilmesinden başka hiçbir sonuç doğurmaz (84).

2.5 Dudak Emme ve Isırma

Dudak emme, diğer emme alışkanlıkları veya parmak emme alışkanlığı ile birlikte görülebilmektedir.

2.5.1 Etyoloji

Emme alışkanlıkları ile benzer etyolojiye sahiptir. Anne memesiyle beslenen çocuklarda emme alışkanlıklarının gelişim oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20, 21). Pek çok araştırmacı ise emme alışkanlıklarının gelişimi ile anne memesi ya da biberonla beslenme arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (22, 23).

2.5.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

Üst dudak emme alışkanlığına bağlı olarak üst kesici dişlerde retroklinasyon, alt dudak emme alışkanlığına bağlı olarak alt kesici dişlerde retroklinasyon ortaya çıkmaktadır. Daha sık görülen alt dudak emilmesine bağlı olarak, alt dudakta yarı daire tarzda lezyonlar görülebilir (88). Üst kesici dişlerin protruzyonu sonucu diastemalar oluşabilir, overjet artabilir, ön açık kapanış meydana gelebilir.

Alt dudak ısırma veya emme alışkanlığı, parmak emme alışkanlığı ile görülebilir (1).

2.5.3 Tedavisi

Bu alışkanlıkların durdurucu tedavilerinde diğer alışkanlıklar ile benzer yöntemler uygulanır. Çocuklarda, bu alışkanlıkları önleyebilmek ve dudakların düzgün kapanabilmesini sağlamak amacıyla vestibuler screen apareyleri ile miyofonksiyonel tedavi uygulanabilir. Bu apareyler hem alışkanlık kırıcıdır hem de bu vakalarda görülebilen dudak hipotonisitesinin tedavisinde etkilidirler. Alt dudak emme alışkanlığı olanlarda lip bumper apareyi de kullanılabilir. Bu aparey alt dudağın emilmesini engeller ve alt kesici dişleri dil basıncının etkisiyle labioversiyona uğratır (58).

2.6 Diş Sıkma ve Gıcırdatma (Bruksizm)

Diş sıkma ve gıcırdatma, çiğneme sisteminde görülen yaygın bir parafonksiyonel alışkanlıktır. Diş sıkma ya da gıcırdatma esnasında diş üzerine 2,5 saniyelik bir zaman diliminde 20 kg'ın üzerinde bir yüklemenin olduğu bildirilmiştir. Normal fonksiyonel streslerden daha fazla olan bu yükleme; periodontal ligamentlerin harabiyetine ve alveol kemik distorsiyonlarına neden olur ki, dokuların tamir yeteneği bu tahribatı karşılayamaz (89).

Diş sıkma ve gıcırdatma terimi ilk defa 1907'de Marine ve Pietklewicz tarafından bruksomani olarak tanımlanmıştır. 1931'de Frehman, diş sıkma ve gıcırdatma deyimini anormal çene hareketleri ile başlatılan dişsel sorunları ayırt etmek için kullanmıştır (90).

Diş sıkma ve gıcırdatma kişi uykudayken veya uyanıkken olabilen bir oral parafonksiyonel aktivite olarak da tanımlanmaktadır. Bununla beraber diş sıkma ve gıcırdatma birincil (idiyopatik) ve ikincil (iatrojenik) formlarda sınıflandırılmıştır (91). Tıbbi bir nedeni yoksa diş sıkma ve gıcırdatmanın birincil formu gün içinde diş sıkma (clenching) ve uyku bruksizmini kapsar. Diş sıkma ve gıcırdatmanın ikincil formları nörolojik, psikiyatrik veya uyku bozuklukları, ilaç etkileri ile ilişkilidir. Böylece iatrojenik terimi diş sıkma ve gıcırdatmanın bazı ikincil formları için de kullanılır (91).

2.6.1 Etyoloji

Diş sıkma ve gıcırdatma sinirlilik, stres ve bazı psikolojik sorunlara cevap olarak çenelerin sıkılması sonucu dişlerde, temporomandibular eklemden (TME), kaslarda hasarlara yol açan bir alışkanlıktır. Ayrıca oklüzal düzensizliklerin ve prematür kontakların diş sıkma ve gıcırdatma oluşmasında artırıcı etkileri vardır (92).

Diş sıkma ve gıcırdatmanın etyolojisi halen tartışılmaktadır ve teorilerde oklüzal, psikolojik, genetik ve stres faktörleri üzerinde durulmaktadır. Diş sıkma ve gıcırdatma olayının tek başına oklüzal rahatsızlıklarla ilişkili olduğu düşüncesi terk edilmiştir. Günümüzde etyolojisinin birden fazla etkenle ilişkili olduğuna dair ortak bir inanış vardır ve daha fazla stres ve ağrı davranışı ile ilişkili bir santral sinir sistemi fenomeni

olduğu düşünölmektedir (93). Son birkaç yılda, konusu gün içinde gerçekteşen diş sıkma ve gıcırdatma olmak üzere uyku sırasında motor aktiviteler üzerine odaklanmış araştırmalar yapılmıştır (94, 95). Diş sıkma ve gıcırdatma, son zamanlarda bir uyku rahatsızlığı ve hareket bozukluğu olarak tanımlanmıştır (95, 96).

Chen ve ark. diş sıkma ve gıcırdatma etyolojisinde dopamin reseptörlerinin rol oynadığını öne sürmüşlerdir ancak diş sıkma ve gıcırdatma ve temporomandibular eklem hastalığı (TMH) patofizyolojisi tam olarak ortaya konamamıştır (97). Psikolojik faktörlerin patofizyolojideki yeri ise çok daha belirsizdir. Oral ve ark. psikolojik etkenlerin TMH etyolojisinde indirek etkilerinin olduğunu ileri sürmüşlerdir (98).

Psikolojik faktörlerin ve psikiyatrik hastalıkların diş sıkma ve gıcırdatma ve TMH ile birlikteliğinin saptanması tam tedavi ve etyopatogenezin ortaya konması açısından önemlidir.

2.6.2 Dentofasiyal Sistem Üzerine Etkileri

Diş sıkma ve gıcırdatma uzun süre devam ettiğinde süt ve daimi dişlerde aşınmaya neden olur. Çiğneme kaslarındaki ve TME deki ağrılar karakteristik bulgudur. Erişkin dönemde de devamı sonucunda periodontal sorunlar görülür.

Diş sıkma ve gıcırdatmada, dişler üzerine hasarın kanıtı molar dişlerin oklüzal yüzlerindeki aşınmalar ile özellikle üst keser dişlerin lingual yüzeylerinde görölen mine tabakasının incelmesi yer yer dentin tabakasının ağığa çıkmasıdır.

Parafonksiyonlar diş hekimi ve hasta için can sıkıcı sorunlara neden olur. Literatürlerde diş sıkma ve gıcırdatmanın dişlerde aşınma, kas ağrıları, TME ağrısı, dişlerde ağrı ve mobilite, baş ağrısı yaptığı, sabit ve hareketli protezler için de çeşitli problemlere neden olduğu bildirilmiştir. Çocuklar, adolesanlar ve erişkinler üzerinde yapılan araştırmalarda çeşitli parafonksiyonel aktiviteler ve TME semptomları arasındaki ilişkilerin önemi gösterilmiştir. Aynı zamanda birkaç çalışmada oral parafonksiyonel aktiviteler ve TME patolojileri arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (93).

Diş sıkma ve gıcırdatma aynı zamanda atrizyona da yol açabilir (99). Diş sıkma ve gıcırdatma devam ettiği sürece oral bölgedeki hasar daha da artar. Diş sıkma ve gıcırdatma parafonksiyonunu sürdürenlerin çoğu 40-50 yaşlarında geniş restorasyonlara ihtiyaç duyarlar (100).

Uzun süreli diş sıkma ve gıcırdatma görünüşte de değişikliklere neden olur (101). Dişlerdeki aşınmalar sebebiyle oklüzyon dikey boyutu düşer, burun ve çene ucu birbirine yaklaşır, göz ve dudak çevresi derisinde kırışıklıklar meydana gelir, dudaklar silikleşir ve kişi oldukça yaşlı görünür (102).

Diş sıkma ve gıcırdatma fasiyal kaslarda ve çiğneme kaslarında (özellikle masseter) hipertrofiye neden olur. Uzun dönemde bunun sonucu olarak kare çene görünümüne neden olabilir (103). Masseter hipertrofisinin sonucunda kasın aşırı genişleyip yakınındaki parotis bezinin kanalını bloke etmesi nedeniyle tükürük akışı azalır. Bu da periyodik olarak yutkunma, ağrı, iltihaplanma ve ağız kuruluşuna neden olur (104). Diş sıkma ve gıcırdatmaya bağlı masseter ve temporal kaslarda ağrı ve hassasiyet, yorgunluk, fonksiyonel sınırlama görülür. Diş sıkma ve gıcırdatma; frontal, temporal, fasiyal ve oksipital bölgelerde baş ağrısına da neden olur (105). Klinik olarak travmatik oklüzyon sebebiyle diş sıkma ve gıcırdatma alışkanlığı olanlarda alveol kemiği üzerine gelen basınçlar kemik kaybına sebep olabilir. Kas, eklem kapsülü veya eklem bağları zayıf olan kişilerde ise diş sıkma ve gıcırdatmadan kaynaklı yıkıcı güçler, alveol kemiği yerine bu dokular tarafından absorbe edildiği için TME disfonksiyonuna sebep olmaktadır (106).

Tüm bunlara ilaveten diş sıkma ve gıcırdatma hastalarında aşağıdaki durumlara da rastlanır;

1. Dişlerde hassasiyet (ön dişlerde genelde sabahları fark edilen hassasiyet) (105)
2. Aktif diş sıkma ve gıcırdatmada dilin yan yüzünde çentikler ve bukkal koridor boyunca yanak mukozasında oklüzyon izleri görülür. Bu durum, parafonksiyon sırasında yumuşak dokuların dil yüzeyine itilmesi ile oluşur. Sıklıkla yanaklardaki bu durum klinik olarak sürtünmesel hiperkeratoz

oluşumu için yeterince şiddetlidir. Parafonksiyon durdurulduğunda dil ve yanaklardaki bu durum ortadan kalkar (105).

3. Ataçman kaybı ya da dişeti iltihabı ile orantılı olmayan artmış mobilite (107)
4. Pulpitis ve pulpal nekroz; eksentrik bruksizmde erozyon öncesi kompanzasyon mekanizmasıyla pulpadaki çekilmelere bağlı oluşur.
5. Fraktürler
6. Radyografide izlenen çok sayıda açısal kemik defektleri

2.6.3 Tedavisi

Diş sıkma ve gıcırdatma diş hekimleri için kontrolü güç parafonksiyonlardandır. Diş sıkma ve gıcırdatmayı daimi olarak elimine eden bir tedavi yöntemi henüz bulunmamaktadır. Her ne kadar oklüzal ısırma plakları ile diş sıkma ve gıcırdatmanın zararlı etkileri önlenirse de bu, hastalar için iyileştirici bir yöntem değildir ve oklüzal tedavi bitirildiğinde uzun dönemde diş sıkma ve gıcırdatma tekrarlar. Uykudan önce, çok düşük dozda bir trisiklik antidepresan (her gece 10-20 mg amitriptyline) uygulaması uyku siklusunu değiştirerek bruksismal aktiviteyi azaltabilir. Bununla birlikte kanıtlanmış bir tedavi yöntemi değildir ve bazı hastalarda sabahları kas ağrısında artış bildirilmiştir. Diş sıkma ve gıcırdatma tedavisi bilinmediği için diş hekimleri ilk aşamada daima geri dönüşebilir konservatif tedavilere başvurmalıdırlar (108).

Diş sıkma ve gıcırdatmanın tedavisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, çiğneme kaslarının hiperaktivitesi ile dentisyonun ve TME'in aşırı yüklenmesinin önlenmesine yönelik tedavi yaklaşımları vardır. Bunlar; oklüzal apareylerin (splint) kullanılması, oklüzyonunun düzenlenmesi, psikolojik tedavi, fizik tedavi ve ilaç kullanımınıdır.

Oklüzal splintler

Oklüzal splintler genel olarak oklüzal durumun değiştirilmesi, dikey boyutun artırılması, kondil pozisyonunun değiştirilmesi, farkına varma ve plasebo etkisi ile kas hiperaktivitesini ve semptomlarını azaltırlar. Oklüzal splintler oklüzal ilişkiyi değiştirdiği gibi TME komponentlerinin (kondil-fossa ilişkisi) ilişkilerinin de değişmesini sağlarlar. Diş sıkma ve gıcırdatma

vakalarında dişlerdeki aşınma, kırılma, mobilite ve ağrının azaltılması, TME ağrısının, travmatik artrit ve dokuların lokal deformasyonun önüne geçilmesi, çiğneme kaslarındaki ağrı ve koordinasyonsuzluk ile spazmın engellenmesi amacı ile oklüzal splintler kullanılır (109-111).

Bilişsel ve Davranışsal Yaklaşımlar

Uykuda diş sıkma ve gıcırdatmanın tedavisinde kullanılan psikodavranışsal yöntemler, gevşeme, “biofeedback” eğitim programları ve hipnozu kapsamakla birlikte uykuda diş sıkma ve gıcırdatma üzerindeki etkinlikleri kontrollü çalışmalar ile doğrulanmamıştır. Biofeedback kullanımının çiğneme kas aktivitesini azaltmada etkili olduğu tespit edilmiş, ancak tedaviden sonra etkisinin devam etmediği görülmüştür (112).

Hasta Eğitimi

Diş sıkma veya gıcırdatma gibi parafonksiyonların yapılmaması yönünde hastaya bilgi verilmesini içerir. Bu durumun anlatılması, hastaları önceden farkında olmadıkları alışkanlıkları konusunda harekete geçirir. Ayrıca, hasta problemin anlatılması ile rahatlar. Diş sıkma egzersizlerinin gece görülen parafonksiyonel aktiviteleri azalttığı bildirilmiştir. Bu teknik hastaların 5 sn süreyle dişlerini sıkması, sonra gevşemesi esasına dayanır. Egzersiz her seansta 10 kez olmak üzere, günde 6 defa tekrarlanır. Amacı beyindeki parafonksiyonel aktivite programını inhibe etmektir. Diş sıkma sırasında hastanın ağrısı olursa, egzersizin uygulanması kontrendikedir. Duygusal stres tedavisinin ilk basamağı hastanın durumunun farkına varmasının sağlanmasıdır. Çiğneme sistemi fonksiyonel bozukluğu veya orofasiyal ağrısı olan birçok kişi bu problemler ile duygusal stres arasındaki olası ilişkinin farkında değildir. Bu nedenle kas hiperaktivitesi olan hastalar, duygusal stres ile hastalığın ilişkisi konusunda bilgilendirilmelidirler (113).

Farmakolojik Tedavi

Genel olarak, uykuda diş sıkma ve gıcırdatma üzerinde etkili bir farmakolojik tedavi yoktur. Çeşitli ilaçlar önerilmesine rağmen, etkinlikleri tam olarak gösterilememiştir. Farmakolojik tedavi sadece kısa dönem kullanım için uygundur, uzun dönem kullanımı tavsiye edilmemektedir. Bu ilaçların bir kısmı (benzodiazepinler, santral kas gevşeticiler, trisiklik antidepresanlar)

çene-yüz ağrısını önlemek için yaygın olarak kullanılırken, bazıları (Ldopa, propranolol, botulinum toksin A) nadir olarak kullanılmaktadır.

Santral sinir sistemine etki eden benzodiazepin grubu (diazepamvalum) ve kas gevşetici (methocarbamol) ilaçların, diş sıkma ve gıcırdatma ile bağlantılı olan kas aktivitesini azalttığı bilinmektedir; fakat gündüz uykulu olmaya neden olduklarından ve kontrollü çalışmaların eksikliğinden uzun dönem kullanımı önerilmemektedir.

Uykuda diş sıkma ve gıcırdatmanın tedavisi için tavsiye edilen bir başka ilaç grubu trisiklik (amitriptyline) antidepresanlardır. Ancak 1 ila 4 haftalık tedavi süresince amitriptyline'in (25 mg) küçük dozlarının uykuda diş sıkma ve gıcırdatma üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu ilacın diş sıkma ve gıcırdatma üzerinde etkisiz olduğu sonucu çıkarılmadan önce daha yüksek dozlardaki etkinliğinin tespit edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (114).

Diş Sıkma ve Gıcırdatma Tedavisinde Botulinum Toksin Kullanımı

Botulinum toksini (BoNT, BTX), Clostridium Botulinum adlı bakterinin ürettiği bir proteindir. Clostridium botulinum yüksek ısıya oldukça duyarlı ve oksijensiz ortamda yaşayabilen gram pozitif bir bakteridir. BTX bilinen en potent toksindir ve botulinizm adlı besin zehirlenmesinin nedenidir. 0,001 mikrogram üzeri uygulamalarının öldürücü olduğu bilinmektedir. BTX temel olarak presinaptik kavşakta asetilkolin salınımını önleyerek kaslarda kontraksiyon oluşumunu engeller. BTX uygulamasını takiben 3-6 ay sonunda oluşan akson terminalleri, kaslar üzerinde oluşan etkinin gerilemesine sebep olur. BTX uygulamalarının geçici olduğu ve tekrarlanması gerekliliği tedavi planlamasında göz önünde tutulmalıdır. Diş hekimliği açısından ele alındığında, çiğneyici kas (m.masseter, m.temporalis, mm.pterygoidei medialis ve lateralis) hipertrofileri ve hiperaktiviteleri, bruksizm, çene-yüz bölgesi distonileri, distonilere bağlı TME dislokasyonları, kas spazmları, tikler, tükürük bezleri ile ilgili malfonksiyonlar (hipersalivasyon, Frey sendromu), miyofasiyal ağrı ve diğer ağrı kontrollerinde ve ortognatik cerrahi sonrası m.geniohiyoideus'un inaktive edilmesi BTX'nin başlıca kullanım alanlarıdır (115, 116).

Alternatif Tedavi Yöntemleri

Diş Sıkma Ve Gıcırdatmanın Önlenmesinde Tat Almaya Dayalı Yaklaşım

Diş sıkma ve gıcırdatma tedavisinde tada dayalı biyofeedback mekanizmasının kullanılması yeni ve radikal bir yöntemdir. Yöntemde; çok hoşlanılmayan, güvenilir sıvılar (örn. deniz suyu) küçük plastik kapsüller içine yerleştirilir. Üst ve alt dişler arasında konumlandırılan, özel olarak tasarlanmış dental apareylere sağ ve sol tarafta birer kapsül bağlanır. Aparey ve kapsüller geceleri ya da diş sıkma ve gıcırdatmanın gerçekleştiği zamanlarda kullanılır. Hasta diş sıkma ve gıcırdatmaya başladığında kapsüller yırtılarak likit ağza akar. Likit hastanın bilinçli olarak dikkatini çeker ve diş sıkma ya da gıcırdatma olayını önler. Bu metodun varyasyonları ve kullanılan aparey diş sıkma ve gıcırdatma teşhisi amacıyla da kullanılabilir. Ayrıca bu yöntemin uzun dönem kullanıldığı bir kronik diş sıkma ve gıcırdatma vakasında başarılı sonuçlar elde edilmiştir (117).

Vakum önleyici

Dr. Long'a göre "dişlerin uzun süre gıcırdatılması için ağız içi bir vakumun oluşturulup sürdürülmesi gereklidir". Bu vakumun oluşumunun önlenmesi amacıyla paslanmaz çelik telden basit bir uygulama yapılır. Buna ilaveten iki plastik kamış uyumlanarak basıncın önlenmesi amacıyla iki plastik delikli pul ile birlikte ters döndürülüp yerleştirilir. Bu uygulama uzun süredir devam eden diş gıcırdatma olayının önlenmesi amacıyla kullanılabilir. Diş gıcırdatmayı azaltarak yalnızca kısa süreli nöbetler halindeki diş sıkma ve gıcırdatma seyrini değiştirebilir, total diş sıkma ve gıcırdatma miktarı aynı kalır (118).

2.7 Psikiyatrik Kavramlar

2.7.1 Depresyon

Depresyon terimi, kişinin ruhsal durumuna ilişkin bir belirti, özgül bir takım belirtilerin bir arada bulunmasını anlatan bir sendrom ya da belirli bir süre devam eden ve işlevsellikte bozulmaya yol açan bir bozukluk olarak kullanılabilir (119). Bir belirti olarak depresyon çok sayıda psikiyatrik

ve fiziksel bozukluğa eşlik edebilir. Depresif duygudurum, üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk, mutsuzluk ve neşesizlikle karakterizedir. Depresif sendromda, duygudurum belirtilerine, ilgi ve istek kaybı, uyku ve iştah bozuklukları gibi bedensel belirtiler, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, benlik saygısında azalma, suçluluk ve değersizlik duyguları eşlik eder (120).

Çocukta depresif bozukluk, işlevselliği bozan, keyif verici aktiviteler ve diğer insanlarla olan ilişkilere göreceli olarak ilgisizliğe yol açan, kalıcı ve yaygın mutsuzluk, yaşamdan zevk alamama, sıkıntı ve irritabilite ile karakterize bir bozukluktur. Depresif bozuklukların sıklığı ergenlik öncesi çocuklarda % 1-2, ergenlerde ise % 3-8 aralığında bildirilmiştir. Ergenlik sonuna kadar yaşam boyu sıklığının ise yaklaşık % 20 olduğu saptanmıştır (121, 122).

2.7.2 Kaygı (Anksiyete)

Kaygı yaşam için gerekli olan evrimsel “savaş ya da kaç” tepkisinin bir parçasıdır ve tehdit durumlarında normal bir cevap olarak ele alınmaktadır. Genelde normal ve uyumu arttırıcı bir cevap olsa da, bazı durumlarda kişinin uyumunu bozabilir ve psikiyatrik bozukluklara yol açabilir (123).

Çocuklarda gelişimsel süreçte patolojik kaygı ile kendini koruma ve güvenliği sağlayan ve uyuma yardımcı olan kaygıyı ayırmak güç olabilir. Bu ayırmada önemli olan kişinin kaygıdan kurtulabilme yetisidir (124).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ve Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na 10.12.2016-10.03.2017 tarihleri arasında muayene olmak amacıyla başvuran çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmamıza, 64'ü erkek, 71'i kız olmak üzere toplamda 135 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları 9-12 arasındadır.

Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti ve Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na çeşitli sebeplerle başvuran hasta ve ebeveynlerinden ayrı ayrı sözlü ve yazılı onam ile çalışma için etik kurulu onamı alınmıştır (Etik kurul karar no: 2016-09/05, Tarih: 27.09.2016).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında daha önce ortodontik tedavi görmemiş olması ve anket sorularını cevaplamasına engel olacak herhangi bir zihinsel veya fiziksel engele sahip olmaması koşulları bulunmaktadır.

Toplamda 4 bölümden oluşan anket formu, ağız, diş ve çene sistemi üzerine negatif etkileri anlatılan kötü alışkanlıkların altında yatan nedenlere yönelik bilgi toplamak ve görülme sıklıklarını incelemek amacıyla hastalara uygulanmıştır.

1. Klinik Muayene Veri Formu: Bu bölüm gözlemci tarafından yapılan ağız içi-ağız dışı muayene ve hastanın ebeveynine yöneltilen soruları içermektedir. Hastanın yaş ve cinsiyet verileri kaydedilmiştir. Anormal yutkunma tespiti için, hasta yutkunurken bir ağız aynası yardımıyla dudakları açılarak dilin dişler arasına girip girmediğine bakılmıştır. Parmak emme, tırnak yeme, diş sıkma ve/veya gıcırdatma, dudak emme gibi kötü alışkanlıkların mevcut olup olmadığı, hasta velisiyle görüşülüp değerlendirilmiştir. Hastanın ağız solunumu yapıp yapmadığının tespiti için velilere "Geceleri ağzı açık mı uyur? Uykuda horlama ve hırıltılı solunumu var mı? Bademciklerinde sık sık iltihaplanma oluyor mu? Burnundan rahat nefes alabiliyor mu?" şeklindeki sorular yöneltilmiştir.

2. Sosyodemografik Veri Formu: Bu bölümde anne ve babanın yaşı, eğitim durumu, aile tipi, evde yaşayan çocuk sayısı, yerleşim yeri ve aylık geliri sorgulanmıştır. Bu bölümdeki soruların cevabı hasta velisinden alınmıştır.

3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Çocukluk depresyonunda, kendini değerlendirme ölçekleri arasında en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en fazla araştırılmış olan ölçek, Çocuklar için Depresyon Ölçeğidir (ÇDÖ). ÇDÖ, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovacs tarafından, 1. Çocukluk depresyonu vardır, 2. Gözlenebilir ve ölçülebilir, 3. Özellikleri erişkinlerdekine benzer, görüşlerinden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği esas alınmakla birlikte, çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da eklenmiştir (125, 126). Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim. 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim. 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir (125, 126) Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (127) tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: Spielberger (128) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20'şer soruluk çoktan seçmeli iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır.

Sürekli Kaygı Ölçeği: Kaygı yatkinliğinin yanı sıra kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Çocuğun genellikle nasıl hissettiğini oluş sıklığına göre değerlendirir. "Evde sinirlerim bozular" ya da "Ellerim titrer" gibi ifadeler, "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden biriyle yanıtlanır. Ölçekten alınacak

puanlar 20-60 arasındadır, puanların artışı sürekli kaygıdaki artışı ifade etmektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeği: Çocuklardan o anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve “Kendimi çok öfkeli hissediyorum, öfkeli hissediyorum, öfkeli hissetmiyorum” gibi ifadelerden en uygununu işaretlemeleri istenir. Toplam madde sayısı 20’dir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60’tır. Durumluk kaygı ölçeği, test koşullarında ortaya çıkabilecek, heyecanlara/ tedirginliklere duyarlı bir ölçek olduğundan uygulamalarda sürekli kaygı ölçeğinden önce verilmesi önerilmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (129) tarafından yapılmıştır.

Araştırmamızda, hastalar önce muayene edilmiş, gerekli bilgiler araştırmacı tarafından kaydedilmiş, sosyodemografik sorular velilere yöneltilmiştir. Daha sonra psikolojik envanterler hastaya verilmiş ve sessiz bir odada soruları tek başına cevaplaması istenmiştir (Bkz. EK-4).

Çalışmamızda hastalar 4 grup halinde incelenmiştir:

- 1. Grup: Parmak emme, tırnak yeme, dudak emme ve ısırma ile diş sıkma ve gıcırdatma gibi kötü alışkanlıklardan en az birine sahip olan hastalardan,
- 2. Grup: Anormal yutkunma ile ağız solunumu gibi kötü alışkanlıklardan en az birisinin görüldüğü hastalardan,
- 3. Grup (Kontrol Grubu): Bu kötü alışkanlıkların hiçbirisinin görülmediği hastalardan oluşturulmuştur.

İlk gruptaki hastaların psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle, ikinci gruptaki hastaların ise tıbbi faktörlerle ilişkisine bakılmıştır.

İstatistiksel yöntem

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (Ver:15.0) programına yüklenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve frekans dağılımları incelenmiştir. Daha sonra grupların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man Whitney U ve Khi-Kare testi kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza dahil edilen çocukların cinsiyet dağılımı 64 (%47,4) erkek, 71 (%52,6) kız (Tablo 4.1) şeklindedir. Bireylerin yaş ortalaması erkeklerde $11,3 \pm 0,7$ (Tablo 4.2), kızlarda ise $11,4 \pm 0,7$ 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.1 Cinsiyet dağılımı

	N	%
Erkek	64	47,4
Kız	71	52,6
Toplam	135	100,0

Tablo 4.2 Erkeklerin yaş ortalaması

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Erkek yaş	64	10,00	12,00	11,3281	,73581

Tablo 4.3 Kızların yaş ortalaması

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Kız yaş	71	9,00	12,00	11,4225	,74951

4.1 Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığına İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen bireylerde 24 (%17,8) kişide anormal yutkunma gözlenirken 111 (%82,2) kişide anormal yutkunma gözlenmemiştir (Tablo 4.4). Çalışmaya dahil edilen bireylerde 20 (%14,8) kişide ağız solunumu gözlenirken, 115 (%85,2) kişide ağız solunumu gözlenmemiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.4 Dil itimi sıklığı

	N	%
Evet	24	17,8
Hayır	111	82,2
Toplam	135	100,0

Tablo 4.5 Ağız solunumu sıklığı

	N	%
Var	20	14,8
Yok	115	85,2
Toplam	135	100,0

Çalışmaya dahil edilen bireylerde 8 (%5,9) kişide parmak emme gözlenirken, 127 (%94,1) kişide parmak emme gözlenmemiştir (Tablo 4.6). Çalışmaya dahil edilen bireylerde 42 (%31,1) kişide tırnak yeme gözlenirken, 93 (%68,9) kişide tırnak yeme gözlenmemiştir (Tablo 4.7). Çalışmaya dahil edilen bireylerde 27 (%20) kişide dudak emme gözlenirken, 108 (%80) kişide dudak emme gözlenmemiştir (Tablo 4.8). Çalışmaya dahil edilen bireylerde 33 (%24,4) kişide diş sıkma gözlenirken, 102 (%75,6) kişide diş sıkma gözlenmemiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.6 Parmak emme sıklığı

		N	%
Parmak emme	Var	8	5,9
	Yok	127	94,1
	Toplam	135	100,0

Tablo 4.7 Tırnak yeme sıklığı

		N	%
Tırnak yeme	Var	42	31,1
	Yok	93	68,9
	Toplam	135	100,0

Tablo 4.8 Dudak emme ve ısırma sıklığı

		N	%
Dudak emme veya ısırma	Var	27	20,0
	Yok	108	80,0
	Toplam	135	100,0

Tablo 4.9 Diş sıkma ve/veya gıcırdatma sıklığı

		N	%
Diş sıkma veya gıcırdatma	Var	33	24,4
	Yok	102	75,6
	Toplam	135	100,0

4.2 Kötü Alışkanlıkların (Grup 1) Psikolojik ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde yapılacak olan karşılaştırmada, kötü alışkanlık var dediğimiz grup; parmak emme, tırnak yeme, dudak emme ve diş sıkma gibi alışkanlıklardan en az birisine sahip olan bireylerden, kötü alışkanlık yok dediğimiz grup ise bahsedilen bu alışkanlıklardan hiçbirisinin görülmediği bireylerden oluşmaktadır. Grupların neden bu şekilde oluşturulduğu sorusunun cevabı ise tartışma bölümünde verilecektir.

Kötü alışkanlık görülen bireylerde ÇDÖ puanı $9,8312 \pm 5,46135$ iken görülmeyenlerde $9,0345 \pm 6,20686$ 'dir. Kötü alışkanlık görülen bireylerde minimum alınan puan 1 iken maksimum alınan puan ise 33'tür. Kötü alışkanlık görülmeyen bireylerde ise minimum alınan puan 2 iken maksimum alınan puan 37'dir (Tablo 4.10). Kötü alışkanlıklar ile ÇDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.10 Bireylerin ÇDÖ puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Kötü alışkanlık	N	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Median
Grup 1	77	9,8312	5,46135	1,00	33,00	9,0000
Grup 3	58	9,0345	6,20686	2,00	37,00	7,0000
Toplam	135	9,4889	5,78452	1,00	37,00	8,0000

$p=0,160$

Kötü alışkanlık görülen bireylerde ÇDSKE durumluk bölüm puanı $31,0390 \pm 6,51606$ (minimum=23, maksimum=50) iken, görülmeyenlerde $29,5690 \pm 5,42933$ 'dir (minimum=21, maksimum=40) (Tablo 4.11). ÇDSKE

durumluk bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kötü alışkanlık görülen bireylerde ÇDSKE sürekli bölüm puanı $34,1299\pm 8,05957$ (minimum=28, maksimum=55) iken, görülmeyenlerde $33,6034\pm 6,44529$ 'dür (minimum=24, maksimum=50) (Tablo 4.12). ÇDSKE sürekli bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11 Bireylerin ÇDSKE Durumluk bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Kötü alışkanlık	N	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Orta
Grup 1	77	31,0390	6,51606	23,00	50,00	28,0000
Grup 3	58	29,5690	5,42933	21,00	40,00	26,0000
Toplam	135	30,4074	6,09538	20,00	50,00	30,0000

P=0,090

Tablo 4.12 Bireylerin ÇDSKE Sürekli bölüm puanı ile kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Kötü alışkanlık	N	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Orta
Grup 1	77	34,1299	8,05957	28,00	55,00	30,0000
Grup 3	58	33,6034	6,44529	24,00	50,00	28,0000
Toplam	135	33,9037	7,38784	20,00	55,00	33,0000

P=0,894

Erkek çocukların %62,5'inde, kız çocukların ise %52,1'inde kötü alışkanlık görülmüştür. Erkek çocukların %37,5'inde kötü alışkanlık görülmezken kız çocuklarında bu oran %47,9 şeklindedir (Tablo 4.13). Erkek çocuklarında kötü alışkanlık görülme yüzdesi daha yüksek olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.13 Bireylerin kötü alışkanlık ve cinsiyet açısından karşılaştırması

Cinsiyet			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Erkek	N		40	24	64	0,22
		%	62,5	37,5	100	
	Kız	N	37	34	71	
		%	52,1	47,9	100	
Toplam	N	77	58	135		
	%	57	43	100		

$$x^2 = 1,48$$

$$p = 0,22$$

Kötü alışkanlık görülen bireylerde anne yaşı ortalaması $39,5844 \pm 5,7752$ iken, baba yaşı ortalaması $43,7704 \pm 5,8283$ şeklindedir (Tablo 4.14). Kötü alışkanlıklar ile anne ve baba yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.14 Bireylerin anne ve baba yaşı ile kötü alışkanlık açısından karşılaştırılması

	N	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Median
Anne yaş*	135	39,6815	5,7752	28,00	57,00	40,0000
Baba yaş**	135	43,7704	5,8283	31,00	66,00	43,0000

$$*p = 0,688 \quad **p = 0,759$$

Anne eğitim durumu lise altı olanların %53,8'inde kötü alışkanlık gözlenirken, %46,3'ünde kötü alışkanlık gözlenmemiştir. Anne eğitim durumu lise ve üzeri olanların ise, %61,8'inde kötü alışkanlık gözlenirken, %38,2'sinde kötü alışkanlık gözlenmemiştir (Tablo 4.15). Anne eğitim durumuyla kötü alışkanlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Baba eğitim durumu lise altı olanların %53,3'ünde kötü alışkanlık gözlenirken, %46,7'sinde kötü alışkanlık gözlenmemiştir. Baba eğitim durumu lise ve üzeri olanlarda ise, %58,9'unda kötü alışkanlık gözlenirken, %41,1'inde kötü alışkanlık gözlenmemiştir (Tablo 4.16). Baba eğitim durumuyla kötü alışkanlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.15 Bireylerin anne eğitim durumu ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Anne eğitim durumu	Lise altı*	N	43	37	80	0,35
		%	53,8	46,3	100	
	Lise ve üzeri**	N	34	21	55	
		%	61,8	38,2	100	
	Toplam	N	77	58	135	
		%	57	43	100	

*Okuma yazma bilmeyenler ve ilköğretim mezunları. **Lise ve üniversite mezunları
 $\chi^2=0,866$ $p=0,35$

Tablo 4.16 Bireylerin baba eğitim durumu ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Baba eğitim durumu	Lise altı*	N	24	21	45	0,53
		%	53,3	46,7	100	
	Lise ve üzeri**	N	53	37	90	
		%	58,9	41,1	100	
	Toplam	N	77	58	135	
		%	57	43	100	

*Okuma yazma bilmeyenler ve ilköğretim mezunları. **Lise ve üniversite mezunları
 $\chi^2=0,378$ $p=0,53$

Aile tipi çekirdek aile olan bireylerin %51,5'inde kötü alışkanlık gözlenirken, %48,5'inde gözlenmemektedir. Diğer grubunun ise %75'inde kötü alışkanlık gözlenirken, %25'inde gözlenmemektedir (Tablo 4.17). Aile tipi ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.17 Bireylerin aile tipi ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Aile tipi			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Çekirdek	N		53	50	103	0,01
		%	51,5	48,5	100	
	Diğer*	N	24	8	32	
		%	75	25	100	
Toplam	N	77	58	135		
	%	57	43	100		

*Parçalanmış ve geniş aile
 $\chi^2=5,523$ $p=0,01$

Ailedeki çocuk sayısı 1 olduğunda kötü alışkanlık görülme oranı %60 iken, görülme oranı %40'tır. 2-3 çocuk varlığında kötü alışkanlık görülme oranı %55,9 iken, görülme oranı %44,1'dir. 4-8 çocuk varlığında ise kötü alışkanlık görülme oranı %61,1 iken, görülme oranı %38,9'dur (Tablo 4.18). Çocuk sayısı ile kötü alışkanlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18 Bireylerin çocuk sayısı ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Çocuk sayısı			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
1 çocuk	N		9	6	15	0,891
		%	60	40	100	
	2-3 çocuk	N	57	45	102	
		%	55,9	44,1	100	
4-8 çocuk	N	11	7	18		
	%	61,1	38,9	100,0		
Toplam	N	77	58	135		
	%	57	43	100		

$\chi^2= 0,231$ $p=0,891$

Yerleşim yeri şehir merkezi olan bireylerde kötü alışkanlık görülme oranı %59,6 iken, görülme oranı %40,4'tür. Yerleşim yeri diğer grubunda olan bireylerde ise kötü alışkanlık görülme oranı %50 iken, görülme oranı

da %50'dir (Tablo 4.19). Yerleşim yeri ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19 Bireylerin yerleşim yeri ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Yerleşim yeri			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Merkez	N		59	40	99	0,31
		%	59,6	40,4	100	
	Diğer*	N	18	18	36	
		%	50	50	100	
Toplam	N	77	58	135		
	%	57	43	100		

*İlçe ve köy
 $\chi^2= 0,992$ $p=0,31$

Aylık geliri asgari ücret ve altı olan bireylerde kötü alışkanlık görülme oranı %51,4 iken, görülme oranı %48,6'dır. Asgari ücret üzeri olan grupta ise kötü alışkanlık görülme oranı %59,2 iken, görülme oranı %40,8'dir (Tablo 4.20). Kötü alışkanlıklar ile aylık gelir arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20 Bireylerin aylık gelir ve kötü alışkanlıklar açısından karşılaştırılması

Aylık gelir			Kötü alışkanlıklar		Toplam	Sonuç
			Grup 1	Grup 3		
Asgari ücret ve altı	N		19	18	37	0,412
		%	51,4	48,6	100	
	Asgari ücret üzeri	N	58	40	98	
		%	59,2	40,8	100	
Toplam	N	77	58	135		
	%	57	43	100		

$\chi^2= 0,672$ $p=0,412$

4.3 Anormal Yutkunma ve/veya Ağız Solunumunun (Grup 2) Tıbbi Faktörlerle İlişisine Yönelik Bulgular

Geceleri ağız açık uyuyan bireylerin %52,4'ünde ağız solunumu ve/veya anormal yutkunma görülürken, %47,6'sında görülmemektedir. Geceleri ağız açık uyumayan bireylerin %17,2'sinde bahsedilen kötü alışkanlıklar varken, %82,8'inde yoktur (Tablo 4.21). Geceleri ağız açık uyuma ile bahsedilen kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. ($p<0,05$).

Tablo 4.21 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin geceleri ağız açık uyuma açısından karşılaştırılması

			Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu			
			Grup 2	Grup 3	Toplam	Sonuç
Geceleri ağız açık uyuma var mı?	Evet	N	22	20	42	0,000
		%	52,4	47,6	100	
	Hayır	N	16	77	93	
		%	17,2	82,8	100	
	Toplam	N	38	97	135	
		%	28,1	71,9	100	

$$X^2= 17,702 \quad p=0,000$$

Uykuda horlama ve hırıltılı solunum görülen bireylerin %47,6'sında anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülürken, %52,4'ünde görülmemektedir. Uykuda horlama ve hırıltılı solunum görülmeyen bireylerin %24,6'sında bahsedilen kötü alışkanlıklar varken, %75,4'ünde yoktur (Tablo 4.22). Bahsedilen kötü alışkanlıklar ve uykuda horlama ve hırıltılı solunum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 4.22 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin uykuda horlama ve hırıltılı solunum açısından karşılaştırılması

			Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu		Toplam	Sonuç
			Grup 2	Grup 3		
Uykuda horlama ve hırıltılı solunum var mı?	Evet	N	10	11	21	0,031
		%	47,6	52,4	100	
	Hayır	N	28	86	114	
		%	24,6	75,4	100	
	Toplam	N	38	97	135	
		%	28,1	71,9	100	

$$X^2= 4,662 \quad p=0,031$$

Bademciklerinde sık sık iltihaplanma görülen bireylerin %40'ında anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu varken, %60'ında yoktur. Bademciklerinde sık sık iltihaplanma görülmeyen bireylerin ise %26,7'sinde bahsedilen kötü alışkanlıklar varken, %73,3'ünde yoktur (Tablo 4.23). Bademciklerde sık sık iltihaplanma görülme durumu ile bahsedilen kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.23 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin bademciklerinin sık sık iltihaplanma durumunun karşılaştırılması

			Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu		Toplam	Sonuç
			Grup 2	Grup 3		
Bademciklerde sık sık iltihaplanma oluyor mu?	Evet	N	6	9	15	0,361
		%	40	60	100	
	Hayır	N	32	88	120	
		%	26,7	73,3	100	
	Toplam	N	38	97	135	
		%	28,1	71,9	100	

$$P =0,361$$

Burnundan rahat nefes alabilen bireylerin %19,3'ünde anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülürken, %80,7'sinde görülmemektedir. Burnundan rahat nefes alamayan bireylerin ise %76,2'sinde bahsedilen kötü alışkanlıklar varken, %28,3'ünde yoktur (Tablo 4.24). Burnundan rahat nefes alabilme durumu ile bahsedilen kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$).

Tablo 4.24 Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu görülen bireylerin burundan rahat nefes alma durumunun karşılaştırılması

			Anormal yutkunma ve/veya ağız solunumu		Toplam	Sonuç
			Grup 2	Grup 3		
Burnundan rahat nefes alabiliyor mu?	Evet	N	22	92	114	0,000
		%	19,3	80,7	100	
	Hayır	N	16	5	21	
		%	76,2	23,8	100	
	Toplam	N	38	97	135	
		%	28,1	71,9	100	

$X^2 = 28,380$ $p = 0,000$

5. TARTIŞMA

Çalışmaya yaşları 9-12 arasında değişen 135 birey ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Yaş aralığını 9-12 olarak seçmemizin nedeni çalışmamızda kullandığımız Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin bu yaş aralığına uygulanabiliyor olmasıdır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır (129).

Çalışmamızda erkeklerde kötü alışkanlık görülme oranı kızlardan daha yüksek bulunmuştur. Leme ve ark. kötü alışkanlığın kızlarda daha yüksek oranda bulunduğunu (130), diğer bazı çalışmalar ise arada fark olmadığını belirtmektedir (131, 132). Günümüze kadar, literatürde cinsiyet ile kötü alışkanlık arasında ilişki olup olmadığına dair bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu durum çalışmaya katılan bireylerde görülen psikolojik karakter farklılığı ile açıklanabilir.

5.1 Kötü Alışkanlıkların Görülme Sıklığına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Kötü alışkanlıklar, çocukların kendi dişlerine, yumuşak ve destek dokularına, geçici veya kalıcı olarak uyguladıkları genellikle duygusal kaynaklı alışkanlıklar olarak tanımlanmaktadır (133).

Kötü alışkanlıklar, belirli bir yaşta bırakılmadığı ya da tedavi edilmediğinde dişlerde maloklüzyonlara, ağız içi defektlere, çevre dokularda deformasyonlara neden olabilmektedir. Bu yaş aralığı genellikle 3-4 yaş olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda 9-12 yaş grubunda kötü alışkanlık görülme sıklığına bakılıp, erken dönemde terkedilmesi gereken bu alışkanlıkların hangi sıklıkta devam ettiği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda en sık rastlanan kötü alışkanlık tırnak yeme olarak bulunmuştur (%31,1). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Leme ve ark. (130), Vasconceles ve ark. (134) ve Ghanizadeh ve ark. da (135) en sık rastlanan kötü alışkanlığı tırnak yeme olarak bulmuşlardır. Ancak benzer çalışmalarda farklı sonuçlar görmek de mümkündür. Shetty ve ark. (136) yaptıkları sıklık çalışmasında dil itimini en sık rastlanan kötü alışkanlık olarak bulurken,

Garde ve ark. ise diş sıkma ve gıcırdatmayı en sık rastlanan kötü alışkanlık olarak tespit etmişlerdir (137).

5.2 Kötü Alışkanlıkların (Grup 1) Psikolojik ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda parmak emme, tırnak yeme, dudak emme ve ısırma, diş sıkma ve gıcırdatma gibi kötü alışkanlıklardan en az birine sahip olan çocuklar ve hiçbirinin görülmediği çocuklar şeklinde iki grup oluşturulmuş olup, bu iki grup arasında psikolojik ve sosyodemografik açıdan karşılaştırma yapılmıştır. Anormal yutkunma ve ağız solunumu bu karşılaştırmanın dışında tutulmuştur. Anormal yutkunma ve ağız solunumu ise tıbbi faktörlerle karşılaştırılmıştır. Bu şekilde bir ayırım yapılmasının nedeni ise parmak emme, tırnak yeme, dudak emme ve ısırma, diş sıkma ve gıcırdatma gibi kötü alışkanlıkların ortaya çıkmasında psikolojik faktörlerin rol oynama ihtimali varken, anormal yutkunma ve ağız solunumunun etyolojilerinin farklı olmasıdır.

Kötü alışkanlıkların etyolojisini tanımlamak için iki teori öne sürülmektedir. Bunlardan birisi Freud tarafından savunulan psikoanalitik teori, diğeri ise öğrenme teorisidir (138). Psikoanalitik teori ile kötü alışkanlıklar arasındaki bağlantı literatürde belirsizliğini korumaktadır. Bu konuda yapılmış olan çalışmalar kısıtlıdır (81). Çocuklarda ve ergenlerde sıklıkla görülen depresyon ve kaygı gibi psikososyal değişkenlerin kötü alışkanlıklarla ilişkisine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yüzden çalışmamızda çocuklarda depresyon tanısı koymak için sıklıkla tercih edilen Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve kaygı düzeylerini saptamada yararlanılan Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

Çalışmamızda kaygı ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır; ancak ÇDSKE puanları hem durumluk bölümünde hem de sürekli bölümünde kötü alışkanlık olanlarda, olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Dellazzana ve ark. yaptıkları bir çalışmada özellikle ağız/dil ısırma gibi kötü alışkanlıkların görüldüğü çocuklarda kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır

(139). Leme ve ark., ile Tanaka ve ark., ise yaptıkları çalışmalarında kötü alışkanlık varlığı ile kaygı arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (81).

Çalışmamızda depresyon ve kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamasına rağmen kötü alışkanlık görülen bireylerdeki depresyon puanı ortalaması daha yüksektir. Leme ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise kötü alışkanlık görülen çocuk ve genç bireylerde, görülmeyenlere kıyasla istatistiksel anlamda daha yüksek oranda depresif semptomlar bulunmuştur (130).

Anne ve baba, çocuk gelişiminde temel role sahip bireylerdir. Anne ve babasını kendine model alan çocuk olumlu ya da olumsuz kişilik özelliği geliştirebilir. Yine sosyoekonomik düzeydeki artış bireyin kendini toplum içinde daha rahat, daha güçlü hissetmesine, kendine ve ailesine güvenmesine, arkadaş çevresinde kabul edilebilir olmasına sebep olmaktadır. Aksi durumda çocuklarda uyum problemleri ve davranış bozuklukları gelişebilmektedir (140). Bu yüzden çalışmamızda kötü alışkanlıkların sosyodemografik faktörlerle ilişkisi de değerlendirilmiş ve kötü alışkanlıklar ile anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, evde yaşayan çocuk sayısı, yerleşim yeri ve aylık gelir arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızla benzer şekilde 2009 yılında yapılmış bir çalışmada farklı sosyoekonomik düzeylerdeki okulların öğrencilerinin alışkanlık bozukluklarına göre uyum sorunlarına bakıldığında gece alt ıslatma, parmak emme, tırnak yeme davranışı değişkenlerine göre alt, orta, üst sosyoekonomik düzeyler karşılaştırıldığında düzeyler arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (141). Çalışmamızdan farklı olarak, sosyoekonomik faktörler ve kötü alışkanlıklar arasındaki ilişkiye yönelik yapılan bir çalışmada da düşük sosyoekonomik şartlara sahip ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek oranda kötü alışkanlık varlığı tespit edilmiştir. Bu durumu da düşük sosyoekonomik şartlara sahip ebeveynlerin ağız sağlığı konusunda ve kötü alışkanlık varlığında ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ihtimalinin yükseklğine bağlamışlardır (131). Yine Bolger ve ark.'nın

yaptığı çalışmaya göre de alt sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında davranış sorunlarına daha sık rastlanmıştır (142).

Çocuklarda uyum ve davranış bozukluklarını oluşturan pek çok neden vardır. Bu nedenlerden bir tanesi de anne babanın boşanmış olması ya da ailenin parçalanmışlığıdır. Aile tipinin çocukların gelişimi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Çalışmamızda, aile tipi ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (143). Malatya il merkezinde farklı sosyoekonomik koşullara sahip iki ilköğretim okulu öğrencileriyle ilgili yapılan benzer bir araştırmada, uyum sorunu olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında tik, tırnak yeme, parmak emme, gece alt ıslatma ve okul başarısı açısından farklılıklar saptanmıştır. Uyum sorunu olanlarda bu sorunlar daha sık gözlenirken, okul başarısı daha düşük bulunmuştur (144). Bu bulgular bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir.

5.3 Anormal Yutkunma ve/veya Ağız Solunumunun (Grup 2) Tıbbi Faktörlerle İlişisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Anormal yutkunmaya sebep olabilecek faktörlerden bir tanesi de solunum problemleridir (145). Ağızdan solunum yapan bireylerde dilin alt çeneye göre daha büyük olabildiği ve ön dişlere öne doğru itme kuvveti uyguladığı belirtilmektedir (146). Ağız solunumu bulunan bireylerde anormal yutkunma görülme ihtimali yüksektir. Çocuk ağzı açık nefes alırken, çok güçlü bir kas olan dil ağız tabanında yer alır ve olması gerektiği gibi damak kubbesini içten destekleyemez. Bu sefer sürekli aktif olan çiğneme ve mimik kasları üst çeneye sirküler şekilde kuvvet uygular, içerden de destek göremeyen damak daralmaya başlar. Çene daraldıkça dilin doğru yerine yerleşme imkânı tamamen ortadan kalkar ve alt çeneyi ileri ve aşağı yönde iter. Bu patern bize ağız solunumunun anormal yutkunmaya hangi mekanizma ile zemin hazırladığını göstermektedir.

Sık sık tekrarlayan boğaz enfeksiyonları, alerjik rinit, septum deviyasyonundan kaynaklanabilecek burun tıkanmaları gibi nedenlerle ağız solunumu gelişebilmektedir (147). Araştırmacılar ağızdan solunum yapan çocuklarda normal solunum yapanlara göre geceleri horlama, uyku apnesi, nefes almada güçlük çekme ve boğaz enfeksiyonlarına sık yakalanma gibi

bulgular saptandığını belirtmişlerdir (51, 52). Bizim çalışmamızda da geceleri ağız açık uyuma, uykuda horlama ve hırıltılı solunum, burnundan rahat nefes almada güçlük çekme durumlarıyla anormal yutkunma ve ağız solunumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; ancak bademciklerde sık sık iltihaplanma olması durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durumun nedeni olarak çalışma sırasında topladığımız verilere dayanarak, hastaların büyük çoğunluğunun küçük yaşta bademciklerini aldırması olmalarını gösterebiliriz. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Yıldırım ve ark. yaptıkları çalışmada ağız solunumu görülen bireylerin daha sık nezle grip gibi enfeksiyonlara yakalandıklarını, ağız açık uyuma, horlama ve uyku apnesi oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (148).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, parmak emme, dudak emme ve ısırma, diş sıkma ve gıcırdatma, tırnak yeme, anormal yutkunma ve ağız solunumu gibi kötü alışkanlıkların görülme sıklıkları ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi değerlendirilmiştir.

- Çalışmamızda en sık rastlanan kötü alışkanlık tırnak yeme olarak bulunmuştur.
- Kaygı ile kötü alışkanlık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır; ancak ÇDSKE puanları hem durumluk bölümünde hem de sürekli bölümünde kötü alışkanlık olanlarda, olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.
- Depresyon ve kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamasına rağmen kötü alışkanlık görülen bireylerdeki depresyon puanı ortalaması daha yüksektir.
- Kötü alışkanlıklar ile anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, evde yaşayan çocuk sayısı, yerleşim yeri ve aylık gelir arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir.
- Aile tipi ile kötü alışkanlıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.
- Geceleri ağzı açık uyuma, uykuda horlama ve hırıltılı solunum, burnundan rahat nefes almada güçlük çekme durumlarıyla anormal yutkunma ve ağız solunumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; ancak bademciklerde sık sık iltihaplanma olması durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Aileler, kötü alışkanlıklar ve etyolojik faktörleri hakkında bilgilendirilmeli ve özellikle parmak emme, tırnak yeme, dudak emme ve diş sıkma gibi kötü alışkanlıkların varlığı durumunda, altta yatan psikolojik bir bozukluk olabileceği konusunda uyarılmalıdır.

Kötü alışkanlıkların psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisine yönelik, daha büyük hasta gruplarında, psikiyatri bölümleriyle konsültasyon içeren daha kapsamlı çalışmaların yapılması bizce faydalı görülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ülgen, M. Anomaliler, Sefalometri, Etioloji, Büyüme ve Gelişim, Tanı. (2):184-185, 2000.
2. Shahraki, N., S. Yassaei, and M.G. Moghadam. Abnormal oral habits: A review. Journal of Dentistry and Oral Hygiene, 4(2):12-15, 2012.
3. Finn SB. Clinical pedodontics. Saunders. Philadelphia; 1998. 370-80 p. .
4. ENÜNLÜ, N. Ortodontide Kötü Alışkanlıkların önemi (Tipik bir vak'a münasebetiyle)-The Role of bad habits in Orthodontics (Report of a Rare Case). Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry, 6(1):57-64, 1972.
5. Mack ES. The thump sucking paradox. Am J Orthod. 38:130–1952.
6. Graber, T.M., Orthodontics; principles and practiceedn. Saunders, 1961.
7. Ülker, E., Ö. Maşeroğlu, and Ö. Tulunoğlu. Çocuk Dişhekimliğinde Kullanılan Alışkanlık Kırıcı Apareyler; Quad Helix, Position Trainer, Palatal Crib. Hacettepe Diş Hek Fak Derg, 3:28-33, 2007.
8. Christensen J FHW. Indancy Through Adolescence W.B. Saunders Company. 2005;366–73. .
9. Inoue, N., R. Sakashita, and T. Kamegai. Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. Early human development, 42(3):185-193, 1995.
10. Nieuwenhuis, T., et al. Uncoordinated sucking patterns in preterm infants are associated with abnormal general movements. The Journal of pediatrics, 161(5):792-798, 2012.
11. Moral, A., et al. Mechanics of sucking: comparison between bottle feeding and breastfeeding. BMC pediatrics, 10(1):6, 2010.
12. Kobayashi, H.M., et al. Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 137(1):54-58, 2010.

13. Carrascoza, K.C., et al. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. *Jornal de pediatria*, 82(5):395-397, 2006.
14. Romero, C.C., et al. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *Journal of Applied Oral Science*, 19(2):161-168, 2011.
15. Melink, S., et al. Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 138(1):32-40, 2010.
16. del Valle, L.M.L., et al. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. *Puerto Rico health sciences journal*, 25(1), 2006.
17. Scavone-Jr, H., et al. Association between breastfeeding duration and non-nutritive sucking habits. *Community Dent Health*, 25(3):161-5, 2008.
18. Narbutyte, I., A. Narbutyte, and L. Linkeviciene. Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. *Stomatologija*, 15(3):67-72, 2013.
19. Øgaard, B., E. Larsson, and R. Lindsten. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 106(2):161-166, 1994.
20. Larsson E., Dahlin K.G.: The prevalence and aethiology of initial dummy and fingersucking. *Am J Orthod* 5:432-535, 1985. .
21. Shoaf H.K.: Prevalance and duration of of thumbsucking in breast-fed and bottle-fed children. *J Dent Child* 46:126-135,1979.
22. Fletcher T.: Etiology of fingersucking: Review of literature. *J Dent Child* 42:293-298,1975. .

23. Traisman, A.S. and H.S. Traisman. Thumb-and finger-sucking: A study of 2,650 infants and children. *The Journal of Pediatrics*, 52(5):566-572, 1958.
24. Hepper, P.G., S. Shahidullah, and R. White. Origins of fetal handedness. *Nature*, 347:431, 1990.
25. Schneider, P.E. and J. Peterson. Oral habits: considerations in management. *Pediatric Clinics of North America*, 29(3):523-546, 1982.
26. Illingworth R.S.: *The Normal Child*, Churchill Livingstone, New York, pp: 282-285, 1983. .
27. Vogel, L. When children put their fingers in their mouths. Should parents and dentists care? *The New York state dental journal*, 64(2):48-53, 1998.
28. Yaprak, M. Parmak Emme Davranışının Etiyolojisi. *Balkan Medical Journal*, 1988(3), 1988.
29. Friman, P. Thumb sucking in childhood. Feelings and their medical significance, 29:11-14, 1987.
30. Haryett, R., et al. Chronic thumb-sucking: the psychologic effects and the relative effectiveness of various methods of treatment. *American journal of orthodontics*, 53(8):569-585, 1967.
31. Hanna, J.C. Breast feeding versus bottle feeding in relation to oral habits. *Journal of dentistry for children*, 34(4):243-249, 1967.
32. Klein E.T.: The thumbsucking habit: meaningful or empty? *Am J Orthod* 59: 283-289, 1975. .
33. Davidson P.O. Thumbsucking: Habit or symptom. *J Dent Child* 34: 252-266, 1967.
34. Kawata, T., et al. Experimental study on abnormal habits and malocclusion--acquisition of finger habits. *Nihon Kyōsei Shika Gakkai zasshi= The journal of Japan Orthodontic Society*, 30(1):18-24, 1971.
35. Larsson E.: The prevalence and aetiology of prolonged dummy and fingersucking. *E J Orthod* 7: 172-176, 1985. .

36. de Boer M.: Sucking of thumb or fingers. Netherlanand Dental Journal 83: 22-66, 1976. .
37. Palermo D.: Thumbsucking: A learned response. *Pediatr* 17: 392-401, 1956.
38. Derman, M.T. and H.A. Başal. Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1):115-144, 2013.
39. Proffit, W.R. and S. Brandt. Dr. William R. Proffit on the proper role of myofunctional therapy. *Journal of clinical orthodontics: JCO*, 11(2):101-105, 1977.
40. Kutin, G. and R.R. Hawes. Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions. *American journal of orthodontics*, 56(5):491-504, 1969.
41. Egermark-Eriksson, I., et al. A longitudinal study on malocclusion in relation to signs and symptoms of cranio-mandibular disorders in children and adolescents. *The European Journal of Orthodontics*, 12(4):399-407, 1990.
42. Sandikçiolu, M. and S. Hazar. Skeletal and dental changes after maxillary expansion in the mixed dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 111(3):321-327, 1997.
43. AKKAN, D.H.B.P. And V. İlknur. Karışık Dişlenme Döneminde Açık Kapanış Anomalileri.
44. Proffite W, Fields H. sarver DM. *Contemporary orthodontics*. ST. Louis, Elsevier/Mosby [Internet]. 2007 [cited 2016 May 28];.
45. Erdiñç, A.E., T. Ugur, and E. Erbay. A comparison of different treatment techniques for posterior crossbite in the mixed dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 116(3):287-300, 1999.
46. Bench, R.W.: The quad helix appliance. In: *Seminars in orthodontics*: 1998: Elsevier; 1998: 231-237.

47. Urbaniak, J.A., et al. Effects of appliance size, arch wire diameter, and alloy composition on the in vitro delivery of the quad-helix appliance. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 94(4):311-316, 1988.
48. Hermanson, H., J. Kuroi, and A. RÖnnerman. Treatment of unilateral posterior crossbite with quad-helix and removable plates. A retrospective study. *The European Journal of Orthodontics*, 7(2):97-102, 1985.
49. Erdemir, İ., Ö. Baygın, And G. Yahyaoğlu. Olgu Sunumu: Dudak Ve Parmak Emme Alışkanlıklarının "Position Trainer" İle Tedavisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 25(13), 2015.
50. Nute, S.J. and D.D. Dibiase. Modified quad helix for Class III treatment. *Journal of clinical orthodontics: JCO*, 32(10):626, 1998.
51. Wu, K., S. Majumdar, and P. Bull. Blocked nose and snoring in a 6-year-old boy. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 68(5):597-600, 2004.
52. Saaresranta, T. and O. Polo. Sleep-disordered breathing and hormones. *European Respiratory Journal*, 22(1):161-172, 2003.
53. Urschitz, M.S., et al. Risk factors and natural history of habitual snoring. *Chest Journal*, 126(3):790-800, 2004.
54. Guilleminault, C. and R. Pelayo. Sleep-disordered breathing in children. *Annals of medicine*, 30(4):350-356, 1998.
55. Ülgen, M., *Ortodontik tedavi prensipleriedn. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi*, 1993.
56. Harari, D., et al. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. *The Laryngoscope*, 120(10):2089-2093, 2010.
57. Melsen, B., et al. Relationships between swallowing pattern, mode of respiration, and development of malocclusion. *The Angle orthodontist*, 57(2):113-120, 1987.
58. COŞKUN, D.İ. and K. Burçak. Early Orthodontic Treatments. *Turkish Journal of Orthodontics*, 25:279-294, 2012.

59. Proffit, W. and H. Fields Jr: Contemporary Orthodontics. St. Louis: Mosby–Year Book. In.: Inc; 1993.
60. McNamara Jr, J.A. Influence of respiratory pattern on craniofacial growth. *The Angle orthodontist*, 51(4):269-300, 1981.
61. O’Ryan, F.S., et al. The relation between nasorespiratory function and dentofacial morphology: a review. *American journal of orthodontics*, 82(5):403-410, 1982.
62. Gross, A.M., et al. A longitudinal evaluation of open mouth posture and maxillary arch width in children. *The Angle orthodontist*, 64(6):419-424, 1994.
63. Behlfelt, K., et al. Dentition in children with enlarged tonsils compared to control children. *The European Journal of Orthodontics*, 11(4):416-429, 1989.
64. SOLOW, B. and S. KREIBORG. Soft-tissue stretching: a possible control factor in craniofacial morphogenesis. *European Journal of Oral Sciences*, 85(6):505-507, 1977.
65. Koç, F., S. Görgülü, and S. Gökçe. Açık kapanış anomalisi ve tedavileri. *ADO Klin Bil Derg*, 5:939-946, 2011.
66. Subtelny, J.D. Examination of current philosophies associated with swallowing behavior. *American journal of orthodontics*, 51(3):161-182, 1965.
67. Straub, W.J. Malfunction of the tongue: Part I. The abnormal swallowing habit: Its cause, effects, and results in relation to orthodontic treatment and speech therapy. *American Journal of Orthodontics*, 46(6):404-424, 1960.
68. Subtelny, J.D. and J.D. Subtelny. Oral habits--studies in form, function, and therapy. *The Angle Orthodontist*, 43(4):347-383, 1973.
69. Proffit, W.R. and R.M. Mason. Myofunctional therapy for tongue-thrusting: background and recommendations. *The Journal of the American Dental Association*, 90(2):403-411, 1975.
70. İşcan, H.N. Dil Perdeli Aygıtların Kullanımıyla İskeletsel Ve Dentoalveolar Yapılarda Görülen Değişiklikler. 1985.

71. Mason, R.M. and W.R. Proffit. The tongue thrust controversy: background and recommendations. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39(2):115-132, 1974.
72. Moyers R. *Ortodontia*. 4a ed. Trad. coord. Por Aloysio Cariello. Koogan G, editor. Rio de Janeiro; 1991. .
73. Ghafari, J., et al. Dental and occlusal characteristics of children with neuromuscular disease. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 93(2):126-132, 1988.
74. Glaser, C.G. The sense of dental and labial articulation in orthodontic treatment. *American journal of orthodontics*, 37(8):565-583, 1951.
75. Andersen, W.S. The relationship of the tongue-thrust syndrome to maturation and other factors. *American Journal of Orthodontics*, 49(4):264-275, 1963.
76. Peng, C.-L., et al. Comparison of tongue functions between mature and tongue-thrust swallowing—an ultrasound investigation. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 125(5):562-570, 2004.
77. da Silva, F.O., G.R. Gomes, and F.A. Maia. Sucking habits: clinical management in dentistry. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 15(3):137, 1991.
78. Proffit, W. and H. Fields: *Contemporary orthodontics*. 3rd edn. St Louis: Mosby. In.: Inc; 2000.
79. Kaya B, Arman A. Açık kapanış malokluzyonlarının tedavisi. *Cumhuriyet Üniv Diş Hek. Fak. Dergisi*.,2006; 9(1): 53-10. .
80. Cozza, P., et al. Treatment effects of a modified quad-helix in patients with dentoskeletal open bites. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 129(6):734-739, 2006.
81. Tanaka, O.M., et al. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134(2):305-308, 2008.
82. Çağlar, D., *Uyumsuz çocuklar ve eğitimiedn*. Ankara üniversitesi basımevi, 1974.

83. Carson, R.C., J.N. Butcher, and J.C. Coleman, *Abnormal psychology and modern life*. Scott, Foresman & Co, 1988.
84. Özçelik, İ. Tırnak Yeme Alışkanlığı. *Eğitim Ve Bilim*, 7(42), 1983.
85. Odenrick, L. and V. Brattström. Nailbiting: frequency and association with root resorption during orthodontic treatment. *British Journal of Orthodontics*, 12(2):78-81, 1985.
86. Escobedo, A., R. Cañete, and F. Núñez. Prevalence, risk factors and clinical features associated with intestinal parasitic infections in children from San Juan y Martínez, Pinar del Río, Cuba. *West Indian Medical Journal*, 57(4):378-382, 2008.
87. Saheeb, B. Prevalence of oral and parafunctional habits in Nigerian patients suffering temporomandibular joint pain and dysfunction. 2005.
88. Graber, T.M., *Physiologic principles of functional appliances*. CV Mosby, 1985.
89. Biçer, I., A.U. Güler, And M. Yenisey. Bruksizm (Biyoloji, Fizyopatoloji, Teşhis ve Tedavi). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 6(2), 2005.
90. Geoffrey L. Home. Disorders of masticatory apparatus. *Brit Dent J*. 1983;24:405. .
91. Kato, T., et al. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dental Clinics of North America*, 45(4):657-684, 2001.
92. Morris Merle, E. and L. Braham Raymond. *Textbook of Pediatric Dentistry*. Williams and Wilkins, 19:357-361, 1985.
93. Carlsson, G.E., I. Egermark, and T. Magnusson. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *Journal of orofacial pain*, 17(1), 2003.
94. Sjöholm, T., I. Lehtinen, and H. Helenius. Masseter muscle activity in diagnosed sleep bruxists compared with non-symptomatic controls. *Journal of sleep research*, 4(1):48-55, 1995.
95. Kato, T., et al. Sleep bruxism: an oromotor activity secondary to micro-arousal. *Journal of dental research*, 80(10):1940-1944, 2001.

96. Bader, G., T. Kampe, and T. Tagdae. Body movement during sleep in subjects with long-standing bruxing behavior. *International Journal of Prosthodontics*, 13(4), 2000.
97. Chen, W.-H., et al. A proposed mechanism for diurnal/nocturnal bruxism: hypersensitivity of presynaptic dopamine receptors in the frontal lobe. *Journal of clinical neuroscience*, 12(2):161-163, 2005.
98. Oral, K., et al. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri*, 21(3):89-94, 2009.
99. Litonjua, L.A., et al. Tooth wear: attrition, erosion, and abrasion. *Quintessence international* (Berlin, Germany: 1985), 34(6):435-446, 2003.
100. Christensen GJ. Destruction of human teeth. *J Am Dent Assoc.* 1999; 130: 1229-30.
101. Schlott, W. Midface collapse: an overlooked disease. *Dentistry today*, 16(9):54-57, 1997.
102. Gelb, H., *New concepts in craniomandibular and chronic pain management*edn. Mosby, 1994.
103. Mandel, L. and M. Tharakan. Treatment of unilateral masseteric hypertrophy with botulinum toxin: case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 57(8):1017-1019, 1999.
104. Kaplan, A.S. and L.A. Assael, *Temporomandibular disorders: diagnosis and treatment*edn. WB Saunders Company, 1991.
105. Gray, R.J.M., S.J. Davies, and A.A. Quayle, *A clinical guide to temporomandibular disorders*edn. British Dental Association, 2007.
106. Yengin, E. *Temporomandibular rahatsızlıklarda teşhis ve tedavi.* İstanbul: Dilek Matbaacılık:14-22, 2000.
107. Manson JD, Eley BM. *Outline of Periodontics; Occlusion.* 2nd ed., London: Boston Wright, 1983. p. 245-57. .
108. Okeson JP. *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion.* 4th ed., St.Louis: Mosby-Year Book, 1998. p. 149-79. .
109. Lin, C.L., J.C. Wang, and W.J. Chang. Biomechanical interactions in tooth–implant-supported fixed partial dentures with variations in the

- number of splinted teeth and connector type: a finite element analysis. *Clinical oral implants research*, 19(1):107-117, 2008.
110. Bourbon, B. Craniomandibular examination and treatment. *Saunders Manuel of Physical Therapy Practice*. Philadelphia: WB Saunders Co:669-715, 1995.
 111. Karan, A. and C. Aksoy. Temporomandibular eklem rehabilitasyonu. *Tıbbi Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Kitabevi:1061-1079, 2004.
 112. Olkinuora, M. A psychosomatic study of bruxism with emphasis on mental strain and familiar predisposition factors. *Proceedings of the Finnish Dental Society. Suomen Hammaslaakariseuran toimituksia*, 68(3):110-123, 1971.
 113. Johansson, A., R. Omar, and G.E. Carlsson. Bruxism and prosthetic treatment: a critical review. *Journal of prosthodontic research*, 55(3):127-136, 2011.
 114. Saletu, A., et al. On the pharmacotherapy of sleep bruxism: placebo-controlled polysomnographic and psychometric studies with clonazepam. *Neuropsychobiology*, 51(4):214-225, 2005.
 115. Arinci, A., et al. Effect of injection of botulinum toxin on lateral pterygoid muscle used together with the arthroscopy in patients with anterior disk displacement of the temporomandibular joint. *Kulak burun bogaz ihtisas dergisi: KBB= Journal of ear, nose, and throat*, 19(3):122-129, 2008.
 116. Brüggemann, N., et al. Skin reactions after intramuscular injection of Botulinum toxin A: a rare side effect. *BMJ case reports*, 2009:bcr0920080942, 2009.
 117. Nissani, M. Can taste aversion prevent bruxism? *Applied psychophysiology and biofeedback*, 25(1):43-54, 2000.
 118. Long, J.H. A device to prevent jaw clenching. *The Journal of prosthetic dentistry*, 79(3):353-354, 1998.
 119. Harrington R (1994) *Affective Disorders. Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Third Edition, Eds: Rutter M, Taylor E & Herson L, Blackwell Science, Oxford, 330-350. .

120. Garber J & Kashani JH (1996) Development of the Symptom of Depression. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Second Edition. Eds: Lewis M, Williams & Wilkins, Baltimore, 301-314. .
121. Reinherz, H.Z., et al. Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6):1155-1163, 1993.
122. Lewinsohn, P.M., P. Rohde, and J.R. Seeley. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18(7):765-794, 1998.
123. Stahl MS (2008) Anxiety Disorders and Anxiolytics. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Third Edition, Cambridge University Press, 721-773. .
124. Çuhadaroğlu Çetin, F., A. Coşkun, and E. İşeri. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 1. Baskı. Hekimler Yayın Birliği: Ankara:293-312, 2008.
125. Kovacs, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 1981.
126. Kovacs M: THE Children's Depsession Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bulletin* 1985; 21: 995-998.
127. Öy, B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(2):132-136, 1991.
128. Spielberger, C.D. The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Emotions—Their parameters and measurement*:713-725, 1975.
129. Ozusta, H. Çocuklar için durumluk-surekli kaygı envanteri uyarlama, gecerlik ve guvenirlik calismasi. *Turk Psikoloji Dergisi*, 10:32-44, 1995.
130. Leme, M., et al. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 38(4):313-317, 2014.

131. Facciolli Hebling, S.R., et al. Relationship between malocclusion and behavioral, demographic and socioeconomic variables: a cross-sectional study of 5-year-olds. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 33(1):75-79, 2008.
132. Stahl, F., et al. Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie*, 68(2):74-90, 2007.
133. Bošnjak, A., et al. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *Journal of oral rehabilitation*, 29(9):902-905, 2002.
134. de Vasconcelos, F.M.N., et al. Occurrence of Deleterious Oral Habits in Children from Recife, Pernambuco, Brazil. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*, 9(3):327-332, 2010.
135. Ghanizadeh, A. and H. Shekoochi. Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC research notes*, 4(1):116, 2011.
136. Shetty, R.M., et al. Oral Habits in children of Rajnandgaon, Chhattisgarh, India-A prevalence study. *International Journal of Public Health Dentistry*, 4(1), 2013.
137. Garde, J., et al. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. *Journal of International Oral Health*, 6(1):39, 2014.
138. Johnson, E. and B. Larson. Thumb-sucking: literature review. *Journal of dentistry for children*, 60(6):385-391, 1993.
139. Dellazzana, A.A., et al. Deleterious Oral Habits: Relationship With The Z-Score Body Mass Index And Anxiety In Children. *Revista Conhecimento Online*, 1:3-11, 2017.
140. Çetinkaya, S., et al. Sivas il merkezinde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinin benlik saygısı düzeyi. *Klinik Psikiyatri*, 9:116-122, 2006.
141. Selimhocaoğlu, A. Farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki ilköğretim okullarında okuyan öğrencilerin anne-babalarının değerlendirmesine

- göre uyum sorunları (Kırşehir İl Örneği). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4(32), 2016.
142. Bolger, K.E., et al. Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child development*, 66(4):1107-1129, 1995.
 143. Aber, J.L., S. Jones, and J. Cohen. The impact of poverty on the mental health and development of very young children. 2000.
 144. Kaya, M., et al. Malatya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki İki İlköğretim Okulunda Demir Eksikliği Anemisi Yaygınlığı. 2006.
 145. Akgün, Ö.M., S. Görgülü, and C. Altun. Koruyucu Ortodontik Yaklaşımlar Preventive Orthodontic Approaches.
 146. Lite, T., D.J. DiMaio, and L.R. Burman. Gingival pathosis in mouth breathers: a clinical and histopathologic study and a method of treatment. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 8(4):382-391, 1955.
 147. Oulis, C., et al. The effect of hypertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 18(3):197-201, 1993.
 148. Dokulara, A.D.S.V.Q. Mine Yıldırım ' , Oya Aktoren'.

8. EKLER

8.1 Ek-1 Veli Onam Formu



C. Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı 'Ortodontik anomalilere sebep olan kötü alışkanlıkların görülme sıklığı ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin değerlendirilmesi' dir.

Bu çalışmada amacımız genel özellikleri ve özellikle ağız, diş ve çene sistemi üzerine olan negatif etkileri anlatılan kötü alışkanlıkların altında yatan nedenlere yönelik bilgi toplamak ve görülme sıklıklarını incelemektir. Bu konuyla ilişkili olabilecek çalışmalar daha önce yapılmıştır. Ancak çoğunlukla tek bir kötü alışkanlık üzerine durulmuş ve detaylı bir sorgulama yapılmamıştır. Aynı zamanda yapılan yayınların çoğu yurt dışı kaynaklıdır. Bu tarz bir çalışma Türk toplumu için de gereklidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya çocuğunuzla beraber katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu doldurmanız ve araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermeniz yeterlidir. Bu araştırmada 30.10.16-30.04.2018 tarihleri arasında C.Ü. Diş Hekimliği Fakültesine Ortodonti ve Pedodonti bölümüne başvuran 100 gönüllü hasta yer alacaktır.

Araştırmada öncelikle, araştırmacı çocuğunuzu muayene edecektir. Muayenede herhangi bir ortodontik bozukluk olup olmadığı tespit edilecektir. Muayene işlemi herhangi bir risk taşımamaktadır. Muayene işlemiyle beraber kötü alışkanlıkların tespiti için size anket formundaki sorular yöneltilecektir.

Ardından sizin yaşıınız, eğitim durumunuz, aile tipiniz, aylık gelirinüz vb. bilgilerin bulunduğu sosyodemografik veri formundaki sorular size yöneltilecektir. En son olarak Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri size verilecek ve çocuğunuzun bu ölçeklerde yer alan soruları cevaplaması istenecektir. Bu ölçekler çocuğunuzun psikolojik durumu hakkında fikir edinebilmek için uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizi etkileyen herhangi bir durum olmayacaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05548005191 numaralı telefondan araştırmacı doktorunuz Dt. Zeynep Çoban Büyükbayraktar'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmacının sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Zeynep Çoban Büyükbayraktar

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti AD

Tel.-Faks: 0346 2191010/2770- 05548005191

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

8.2 Ek-2 Çocuk Onam Formu

C. Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sevgili,

Benim adım Dt. Zeynep Çoban Büyükbayraktar. Parmak emme, tırnak yeme, diş sıkma gibi alışkanlıkları olan çocuklarda bu tür davranışların altında yatan nedenlere yönelik bir araştırma yapıyoruz. Amacımız bu tür davranışların altında yatan nedenleri belirleyip, anne ve babalara ve diğer hekim arkadaşlara bilgi vermek ve herhangi bir sorun tespit edildiğinde müdahale edilmesini sağlamaktır. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve Prof. Dr. Cenk Doruk birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan senden isteyeceğimiz şey kliniğimizde benim tarafımdan muayene olman ve sana vereceğim anket sorularını doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurmandır. Muayene işlemi herhangi bir risk taşımamaktadır. Sadece dişlerine bakıp, herhangi bir bozukluk olup olmadığını tespit edeceğim. Ardından cevaplamanı istediğim bazı sorular olacak. Bu sorulara verdiğin cevaplar senin psikolojik durumun hakkında fikir edinmemi sağlayacak.

Bu araştırmanın sonucunda yararlı bilgiler toplanacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına Őimdi gelen veya daha sonra gelecek olan sorularını istediğin zaman bana sorabilirsin. 05548005191 numaralı telefonda 24 saat boyunca bana ulaŐabilirsin. Ayrıca adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aŐaĐıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun
Adı-soyadı:

Velinin
Adı-soyadı:

Tarih:
İmza:

Tarih:
İmza:

AraŐtırıcının adı, soyadı, ünvanı: Araştırma görevlisi Dt. Zeynep Çoban
Büyükbayraktar

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi DiŐhekimliĐi Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı

Tel: 0346 2191010 / 2770 - 05548005191

İmza:

8.3 Ek-3 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ortodontik anomalilere sebep olan kötü alışkanlıkların görülme sıklığı ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	cuetikkurul@gmail.com

BAŐYURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Cenk Doruk			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ortodonti			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	--			
	DESTEKLEYİCİ	--			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	--			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	--			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Emin Yener Gültekin
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ortodontik anomalilere sebep olan kötü alışkanlıkların görülme sıklığı ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-09/05		Tarih: 27.09.2016				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Emin Yener Gültekin

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Emin Yener Gültekin	Üroloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kürşat Karadayı	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya Toker	Periodontoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aynur Engin	Enfeksiyon Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fatih Bolat	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Şahin	Romatoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Emin Yener Gültekin
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ortodontik anomalilere sebep olan kötü alışkanlıkların görülme sıklığı ve tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimi	Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Hüseyin Saygın	Üroloji	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Melih Arslan	Sınıf Öğretmeni	Emekli	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Emin Yener Gültekin
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

8.4 Ek-4 Anket Formu

KLİNİK MUAYENE VERİ FORMU

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Erkek Kız
3. Anormal Yutkunma: Var Yok
4. Çocuğunuzda aşağıdaki davranışlardan biri veya birkaçını son 6 ay içinde gözlemlediniz mi?
 - Parmak Emme
 - Tırnak Yeme
 - Dudak Emme veya Isırma
 - Diş Sıkma ve/veya Gıcırdatma
5. Çocuğunuz geceleri ağzı açık mı uyur? Evet Hayır
6. Uykuda horlama veya hırıltılı solunumu var mı? Evet Hayır
7. Bademciklerinde sık sık iltihaplanma oluyor mu? Evet Hayır
8. Burnundan rahat nefes alabiliyor mu? Evet Hayır
9. Ağızdan Solunum: Var Yok

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Anne Yaşı: Baba Yaşı:
2. Annenin Eğitim Durumu:
 - Okuma Yazma Bilmiyor veya İlköğretim Mezunu
 - Lise veya Üniversite Mezunu
3. Babanın Eğitim Durumu:
 - Okuma Yazma Bilmiyor veya İlköğretim Mezunu
 - Lise veya Üniversite Mezunu
4. Aile Tipi: Çekirdek Aile Diğer
5. Evde Yaşayan Çocuk Sayısı: 1 Çocuk 2-3 Çocuk 4-8 Çocuk
6. Yerleşim Yeri: İl Diğer
7. Aylık Geliriniz: Asgari Ücret ve Altı Asgari Ücret Yukarısı

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıya çarpı (X) işareti koyunuz.

- A) 1 Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2 Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3 Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1 İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2 İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3 İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1 İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2 İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3 Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1 Birçok şeyden hoşlanırım.
2 Bazı şeylerden hoşlanırım.
3 Hiçbirşeyden hoşlanmam.
- E) 1 Her zaman kötü bir çocuğum.
2 Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3 Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1 Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2 Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3 Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G) 1 Kendimden nefret ederim.
2 Kendimi beğenmem.
3 Kendimi beğenirim.
- H) 1 Bütün kötü şeyler benim hatam.
2 Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3 Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1 Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2 Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
3 Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1 Her gün içimden ağlamak gelir.
2 Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3 Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1 Herşey her zaman beni sıkar.
2 Herşey sık sık beni sıkar.
3 Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1 İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2 Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3 Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1 Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
2 Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3 Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1 Güzel / yakışıklı sayılırım.
2 Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3 Çirkinim.

- N) 1 Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2 Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3 Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1 Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2 Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3 Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1 Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2 Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3 Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1 Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2 Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3 Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1 Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2 Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3 Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1 Kendimi yalnız hissetmem.
2 Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3 Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- T) 1 Birçok arkadaşım var.
2 Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3 Hiç arkadaşım yok.
- U) 1 Okul başarım iyi.
2 Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3 Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

- Ü) 1 Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2 Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3 Diğer çocuklar kadar iyi olurum.
- V) 1 Kimse beni sevmez.
2 Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3 Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1 Bana söyleneni genellikle yaparım.
2 Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3 Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1 İnsanlarla iyi geçinirim.
2 İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3 İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ (ÇDSKE)

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

- | | | | | |
|-----|-------------------|---|---|--|
| 1. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok sakin hissediyorum | <input type="checkbox"/> sakin hissediyorum | <input type="checkbox"/> sakin hissetmiyorum |
| 2. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok öfkeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> öfkeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> öfkeli hissetmiyorum |
| 3. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok huzurlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzurlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzurlu hissetmiyorum |
| 4. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok sinirli hissediyorum | <input type="checkbox"/> sinirli hissediyorum | <input type="checkbox"/> sinirli hissetmiyorum |
| 5. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok huzursuz hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzursuz hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzursuz hissetmiyorum |
| 6. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok dinlenmiş hissediyorum | <input type="checkbox"/> dinlenmiş hissediyorum | <input type="checkbox"/> dinlenmiş hissetmiyorum |
| 7. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok ürkmüş hissediyorum | <input type="checkbox"/> ürkmüş hissediyorum | <input type="checkbox"/> ürkmüş hissetmiyorum |
| 8. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok rahatlamış hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatlamış hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatlamış hissetmiyorum |
| 9. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok endişeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> endişeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> endişeli hissetmiyorum |
| 10. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok hoşnut hissediyorum | <input type="checkbox"/> hoşnut hissediyorum | <input type="checkbox"/> hoşnut hissetmiyorum |
| 11. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok korkmuş hissediyorum | <input type="checkbox"/> korkmuş hissediyorum | <input type="checkbox"/> korkmuş hissetmiyorum |
| 12. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok mutlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> mutlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> mutlu hissetmiyorum |
| 13. | Kendimden | <input type="checkbox"/> çok eminim | <input type="checkbox"/> eminim | <input type="checkbox"/> emin değilim |
| 14. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok iyi hissediyorum | <input type="checkbox"/> iyi hissediyorum | <input type="checkbox"/> iyi hissetmiyorum |
| 16. | Bir şeylerin beni | <input type="checkbox"/> çok rahatsız ettiğini hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissetmiyorum |
| 17. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok keyifli hissediyorum | <input type="checkbox"/> keyifli hissediyorum | <input type="checkbox"/> keyifli hissetmiyorum |
| 18. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok dehşete kapılmış hissediyorum | <input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissediyorum | <input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissetmiyorum |
| 19. | Kafamda | <input type="checkbox"/> her şeyi çok karmaşık hissediyorum | <input type="checkbox"/> her şeyi karmaşık hissediyorum | <input type="checkbox"/> her şeyi karmaşık hissetmiyorum |
| 20. | Kendimi | <input type="checkbox"/> çok neşeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> neşeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> neşeli hissetmiyorum |

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “hemen hemen hiç” mi, yoksa “sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

- | | | | | |
|-----|--|---------------------|-----------|-------------|
| 1. | Yanlış yapacağım diye endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 2. | Ağlayacak gibi olurum | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 3. | Kendimi mutsuz hissederim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 4. | Karar vermekte güçlük çekerim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 5. | Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 6. | Çok fazla endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 7. | Evde sinirlerim bozulur | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 8. | Utangacım | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 9. | Sıkıntılıyım | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 10. | Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 11. | Okul beni endişelendirir | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 12. | Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 13. | Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 14. | Nedenini bilmediğim korkularım var | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 15. | Annem – babam için endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 16. | Ellerim terler | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 17. | Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 18. | Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 19. | Karnımda bir rahatsızlık hissederim | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |
| 20. | Başkalarının benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir | () hemen hemen hiç | () bazen | () sık sık |

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Zeynep ÇOBAN BÜYÜKBAYRAKTAR

Doğum Tarihi/ Doğum yeri: 22.06.1989 – Hanak/ARDAHAN

E-mail: dtzeynecoban@gmail.com.tr

Bölümü: Ortodonti

Medeni Durum: Evli

Yabancı Dil: İngilizce

Eğitimi: İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 2007/2012 İSTANBUL

Uzmanlık Eğitimi: Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti
AD. 2013/2017

Üye Olduğu Mesleki Dernek ve Kuruluşlar:

- Türk Ortodonti Derneği

Araştırmalar ve Yayınlar:

Bildiriler

Yurtiçi Bildiriler

Yurtiçi Poster Bildiriler

- CENK DORUK, ZEYNEP BÜYÜKBAYRAKTAR, M. ERDAL YILDIRIM, Ortognatik Cerrahi Sınırlarındaki Bir Vakanın En Masse Retraksiyon İle Kamuflej Tedavisi: Vaka Raporu, XV. Uluslararası Türk Ortodonti Derneği Kongresi, 2016, Antalya, Türkiye.

KONGRE KATILIMLARI

- Dental İstanbul 2011 Diş Hekimliği ve Diş Teknisyenliği Kongresi, 2011, İstanbul, Türkiye.

KURS KATILIMLARI

- Türk Alman 2014 Bilim Yılı Bilimsel Etkinliği Çalıştayı, 2014, Ankara, Türkiye.
- “Damon System and Advanced Straight Wire” Kursu, 2014, Ankara, Türkiye.

