

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KUZEY KIBRIS'TAKİ HAMİLELER VE KÜÇÜK
ÇOCUKLAR İLE İLGİLENEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Diş Hek. Özkem Azmi ÖGE

Pedodonti Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Serap ÇETİNER

LEFKOŞA

2018

TEŞEKKÜR

Kıbrıs'taki ilk erkek çocuğu olarak, master ve doktora eğitimim boyunca desteğini her zaman yanımda hissettiğim, bir öğretmenden çok anne şefkatiyle bize yaklaşan, her zaman ve her konuda yanımda olan, bana her zaman yol gösterip yoluma ışık tutan, fikirlerimi ve düşüncelerimi gerçekleştirmemde ve gerçekleştirecek olmamda büyük pay sahibi olan canım Serap Hocam, Prof. Dr. Serap Çetiner'e,

Tez izleme jürimde bulunarak beni onurlandıran ve çalışmamın daha değerli olmasını sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşegül Açıktur Ölmez, Prof. Dr. Nurhan Uslu Özalp, Prof. Dr. Müfit Yenen ve Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik'e,

Tüm içtenliğiyle her zaman yardıma hazır olan, biyoistatistiğin ustası olarak tanımladığım, istatistik konusunda bana büyük katkılar sağlayan Yrd. Doç. Dr. Özgür Tosun'a,

Çalışma ortamımı her zaman değerli kılan, birlikte çalışmaktan zevk aldığım değerli bölüm arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Leman Mut, Yrd. Doç. Dr. Nermin Yönel, Yrd. Doç. Dr. Aylin İslam, Dr. Damla Akşit Bıçak, Dr. Sıla Korun, Dt. Hamit Tunç, Dt. Ferdiye Küçük, Dt. Serenad Genç, Dt. Ayşe Ekinci, Dt. Yelda Koç ve Dt. Alaa Almashharawi'ye,

Takımımızın değişmez parçaları olan Sultan Mevlüt ve Dilek Tüfekçi'ye,

Büğünlere gelmemde hiç kuşkusuz en büyük pay sahibi olan, fikirleri, yol göstericiliği ve insan olmanın değerlerini bana öğreten babam Orhan Öge'ye, 'canım oğlum'u olmaktan büyük onur ve gurur duyduğum, her zaman ve her koşulda kayıtsız şartsız yanımda olan annem Deniz Öge'ye, temizliği, saflığı ve mutluluğu ile hayatıma ışık saçan abisi olmaktan gurur duyduğum canım Özgem İpek Öge'ye, eğitimim süresince hergün öğlen yemeklerini yediğim, enerjisi hiç bitmeyen, hayata dair birçok şey öğrendiğim saygıdeğer babaannem Fatma Öge'ye, mesleğimi seçmemde büyük etkisi olan dedem Mustafa Kemal'e,

Ve hayatımın her anında yanımda olan, mutluluğunu, enerjisini, yaşama sevincini her zaman kalbimde hissettiğim, 'göz bebeğim' Diğdem Öztürk'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

ÖZET

Öge, Ö.A. Kuzey Kıbrıs'taki hamile ve küçük çocuklar ile ilgilenen sağlık çalışanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pedodonti Programı, Doktora Tezi, Lefkoşa, 2018.

Genel sağlık ve ağız sağlığı birbiri arasında ayrımı olmayan bir bütündür. Önlenabilir olmasına rağmen kronik, geri dönüşümsüz, çok faktörlü ve enfeksiyöz bir hastalık olan erken çocukluk çağı çürükleri, çocuklarda görülen en yaygın hastalıklardan biridir. Gelişmekte olan bir çok ülkede sağlık hizmetlerinin sınırlı olması nedeniyle çocukların ağız sağlığının ideal hale getirilmesi için toplumu temel alan halk sağlığı yaklaşımlarının oluşturulmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Diş hekimlerinden daha sık ve sürekli bir şekilde, aile ve çocuklar ile kontakt içerisinde olan çocuk doktorlarına, ve anne adayları ile iletişim içerisinde olan kadın doğum uzmanlarına; gerekli ağız-diş sağlığı risk değerlendirmesi, doğru zamanda yönlendirme, koruyucu uygulamalar hakkında bilgilendirme, doğru davranışların olumlu yönde şekillenmesi konusunda ve erken çocukluk çağı çürüklerinin önlenmesinde konumları bakımından önemli roller düşmektedir. Araştırmamızdaki amacımız, Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ayrıca ağız-diş sağlığında aktif rol almalarına engel olan faktörleri irdelemektir. Çalışmamız bire bir, yüz yüze doldurulan anket çalışması şeklinde tasarlanmıştır. Araştırmamızda çocuk doktorlarında ve kadın doğum uzmanlarında kullanılmak üzere iki farklı anket formu hazırlanmıştır. Anketlerin içeriğindeki sorular daha önce kullanılmış ve geçerliliği kabul edilmiş çalışmalardan seçilmiş veya modifiye edilmiştir. Elde edilen veriler için ayrı ayrı görülme sıklığı ve yüzdelik hesabı yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin dağılımlarının gruplar arasında istatistiksel farklılık gösterip göstermediğini saptamak için 'ki kare testleri' kullanılmıştır. Çalışmamıza Kuzey Kıbrıs genelinden 80 çocuk doktoru ve 38 kadın doğum uzmanı katılım göstermiştir. Çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının dörtte üçü daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir. Ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi soruları değerlendirildiğinde, çocuk doktorlarının %14'ü, kadın doğum uzmanlarının ise %8'i soruların %75 ve daha fazlasına doğru cevap vermişlerdir. Çocuk doktorlarının eğitim geçmişi ile bilgi

sorularındaki başarıları arasında ilişki izlenirken ($p=0.003$), kadın doğum uzmanlarında böyle bir ilişki izlenmemiştir ($p=0.478$). Çocuk doktorlarının %97'si, kadın doğum uzmanlarının %82'si ağız-diş sağlığı iyileştirme önerilerinin rutin günlük pratiklerinde yer alması gerektiğini, çocuk doktorlarının %87'si, kadın doğum uzmanlarının %70'i ise ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde önemli rol oynadıklarını belirtmişlerdir. Çocuk doktorlarının sadece %59'u, kadın doğum uzmanlarının %55'i ağız-diş sağlığı hakkında hastalarına öneriler verecek kadar kendilerine güven duyduklarını bildirmişlerdir. Çocuk doktorlarının kendilerine olan güvenleri ile eğitim geçişi ($p=0.001$), son beş yılda güncel seminer veya bilgilendirmelere katılımı ($p=0.041$) ve ağız-diş sağlığı ile alakalı kılavuz kullanımı ($p=0.037$) arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Kadın doğum uzmanlarının ise kendilerine olan güvenleri ile eğitim geçmişi ($p=0.045$) arasında ilişki saptanmıştır. Çocuk doktorlarında ağız-diş sağlığı ile ilgili kılavuz kullanım oranı %18 iken kadın doğum uzmanlarında bu oran %13'tür. Çalışma sınırları dahilinde, hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgilerinde yanılgılar izlendiği, tutumlarının genel olarak iyi olduğu, ancak kendilerine olan ağız-diş sağlığı ile ilgili güvenlerinin ve pratik davranışlarının geliştirilebileceği, ve ağız diş-sağlığı ile ilgili güncel kılavuz kullanımının günlük pratikte artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Erken çocukluk çağı çürükleri, çocuk doktorları, kadın doğum uzmanları, toplum ağız diş sağlığı, koruyucu hekimlik, ağız-diş sağlığı eğitimi/iyileştirilmesi, çocuk sağlığı

ABSTRACT

OGE, O.A. Oral health knowledge, attitude and practice among ante-natal and young children's health care professionals in North Cyprus. Near East University Institute of Health Sciences, PhD Thesis in Paediatric Dentistry, Nicosia, 2018.

General health and oral health cannot be separated. Although it is preventable, early childhood caries is a chronic, irreversible and multifactorial disease which affects the children widely. Public health interventions are needed to be considered in developing countries due to low service access and limited service provided to prevent early childhood caries. Gynecologists and pediatricians are considered to have important role in prevention of dental caries and improving oral health as they have more frequent and regular contacts with the pregnant women and young children at early stages. Their position for early oral health risk assessment, referral, informing about preventive measures and counselling about appropriate behaviour changes are vital for preventing dental caries. The purpose of this study is to assess pediatricians' and gynecologists' knowledge, attitude and practice about oral health and barriers for taking more action about oral health during their daily practice. This study was a survey based study and two different surveys were prepared for paediatricians and gynecologists. Survey questions were developed using existing survey questions or modified from them. Collected data was analysed for descriptive and univariate analysis (chi-square). 80 pediatricians and 38 gynecologists completed the surveys. Around three out of four of the pediatricians and gynecologists reported that they had not received any oral health education previously. Around 14% of the pediatricians and 8% of the gynecologists answered 75% or more of the oral health knowledge related questions correctly. Training background was associated with a significant increase in oral health knowledge ($p=0.003$) among pediatricians but there is no association among gynecologists ($p=0.457$). Most of the pediatricians (97%) and gynecologists (87%) agreed that oral health promotion and counselling should be included in their routine practices. Around 87% of the pediatricians and 70% of the gynecologists stated that they have important role in promoting oral health. Among pediatricians and gynecologists, 59% and 55% respectively, stated that they were feeling confident enough of discussing oral health with their patients. Pediatricians' oral health training background ($p=0.001$), attending any oral health related seminar in the last five years ($p=0.041$) and using oral health related

guidelines ($p=0.037$) were associated with their confidence. Gynecologists' training background was found to be associated with their confidence of entering oral health related discussions ($p=0.045$). Around 18% of the pediatricians and 13% of the gynecologists reported using oral health related guidelines in their routine practice. Considering the limitations of the study, even though both health care groups had good attitudes towards oral health, results showed that pediatricians and gynecologists had some misunderstandings about oral health knowledge, lack confidence which needs to be improved which also affects their participation in oral health promotion in daily practice. Guideline usage in daily practice should be improved as well.

Key words: Early childhood caries, pediatricians, gynecologists, dental public health, preventive medicine, oral health education/promotion, child health

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
TABLolar.....	xiii
ŞEKİLLER.....	xiv
1 GİRİŞ.....	1
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Ağız sağlığı	4
2.2 Diş Çürükleri	5
2.3 Erken Çocukluk Çağı Çürükleri.....	5
2.3.1 Erken çocukluk çağı çürükleri tanımı.....	6
2.3.2 ECC Prevelansı.....	7
2.3.3 ECC Risk Faktörleri	8
2.3.4 ECC olumsuz etkileri	13
2.3.5 ECC'den korunmak için önlemler.....	15
2.4 Hamilelerde Ağız Diş Sağlığı	21
2.5 Küçük Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı	23
2.6 Anne-Bebek Ağız Diş Sağlığı Programları.....	24
2.7 Çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarının resmi olarak anne-bebek ağız-diş sağlığı programlarına dahil edilmesi	25

2.8 Anne-bebek ağız diş sağlığı programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi	27
2.9 Araştırma konusu ile ilgili yapılan çalışmalar	28
3 GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1 Araştırmada kullanılacak anket formlarının hazırlanması	36
3.2 Çalışmaya katılacak olan uzman hekimlerin belirlenmesi ve anket formlarının doldurulması	39
3.3 İstatistiksel verilerin analizi	40
4 BULGULAR	41
4.1 Çocuk doktorlarının katıldığı anket çalışmasının sonuçları	41
4.1.1 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri	41
4.1.2 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili güncel bilgileri	42
4.1.3 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları ..	45
4.1.4 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri	46
4.1.5 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili rutin günlük klinik davranışları	47
4.1.6 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız diş sağlığı ile alakalı güncel kılavuz farkındalığı	48
4.1.7 Anket sonunda çocuk doktorlarının öneri, düşünce ve yorumları	48
4.2 Kadın doğum uzmanlarının katıldığı anket çalışmasının sonuçları	52
4.2.1 Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ..	52
4.2.2 Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili güncel bilgileri	53
4.2.3 Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları	56

4.2.4	Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri	58	
4.2.5	Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili rutin günlük klinik davranışları	58	
4.2.6	Kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı ile alakalı güncel kılavuz farkındalığı	60	
4.2.7	Anket sonunda kadın doğum uzmanlarının öneri, düşünce ve yorumları	60	
4.3 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ve kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki			62
4.3.1	Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki.....	62	
4.3.2	Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki	64	
4.4 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularındaki başarı düzeyi ve kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki			66
4.4.1	Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki.....	66	
4.4.2	Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki	67	
5 TARTIŞMA.....			69
6 SONUÇ VE ÖNERİLER			96
EK 1. ETİK KURUL RAPORU			113
EK 2. ANKET FORMLARI			114
YAYINLAR.....			120

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
<	Büyüktür
<	Küçüktür
≤	Eşittir, Küçüktür
≥	Eşittir, Büyüktür
AAP	American Academy of Pediatrics
AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ECC	Erken Çocukluk Çağı Çürükleri
IgA	İmmünoglobulin A
Kg	Kilogram
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KTTB	Kıbrıs Türk Tabipler Birliği
ml	mililitre
n	Sayı
pH	Power of hydrogen
PHE	Public Health England (İngiltere Toplum Sağlığı Departmanı)
S. mutans	Streptococcus mutans
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Ş-ECC	Şiddetli Erken Çocukluk Çağı Çürükleri
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YDÜ	Yakın Doğu Üniversitesi

TABLOLAR

Tablo 1.1. Türkiye ve bazı ülkelerde ECC prevalansı

Tablo 2.1. 0-5 Yaş için uygulanan Çürük Risk Tayin tablosu

Tablo 3.1. Çocuk doktorları için hazırlanan anket formunun içeriği

Tablo 3.2. Kadın doğum uzmanları için hazırlanan anket formunun içeriği

Tablo 4.1.1. Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri

Tablo 4.1.2. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi

Tablo 4.1.3. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları

Tablo 4.1.4. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri

Tablo 4.1.5. Çocuk doktorlarının günlük pratik davranışları

Tablo 4.1.6. Çocuk doktorlarının güncel ağız-diş sağlığı kılavuz ve/veya rehber farkındalığı

Tablo 4.2.1. Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri

Tablo 4.2.2. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi

Tablo 4.2.2 Kadın doğum uzmanlarının hamilelik süresince güvenli olarak nitelendirdikleri dental tedaviler

Tablo 4.2.3. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları

Tablo 4.2.4. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri

Tablo 4.2.5. Kadın doğum uzmanlarının günlük pratik davranışları

Tablo 4.2.6. Kadın doğum uzmanlarının güncel ağız-diş sağlığı kılavuz ve/veya rehber farkındalığı

Tablo 4.3.1 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeylerinin ilişkisi

Tablo 4.3.2 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin ilişkisi

Tablo 4.4.2 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin ilişkisi

Tablo 4.4.1 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeylerinin ilişkisi

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. ECC oluşumuna etki eden risk faktörleri

Şekil 2.1. Yaşam boyu uygulanan toplum sağlığı yaklaşımlarının bireyler üzerindeki etkileri

Şekil 3.1. ECC'den korunma stratejileri

1 GİRİŞ

World Health Organization-WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'ünün 2003 yılında yayınladığı ağız sağlığı raporuna göre, bireysel ve toplumsal katılımı diş çürüğünün prevalansı ve insidansının kontrol altına alınabileceği bildirilmiştir. Gelişmekte olan bir çok ülkede sağlık hizmetlerinin sınırlı olması nedeniyle çocukların ağız sağlığının ideal hale getirilmesi için toplumu temel alan halk sağlığı yaklaşımlarının oluşturulmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır (Petersen, 2003).

Genel sağlık ve ağız sağlığı birbiri arasında ayrımı olmayan bir bütündür. Son elli yıl içerisinde, özellikle florun günlük yaşantıda kolay ulaşıp, kullanılması sonucunda; çocukların ve yetişkinlerin ağız sağlığında iyileşmeler izlenmesine rağmen, diş çürüğü halen toplum sağlığını etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Özellikle beş yaşından küçük çocukların da içinde bulunduğu engelli, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip ve azınlık gruplar, çürük oluşma riski yüksek gruplar olarak değerlendirilmektedir (Chou ve diğerleri, 2014).

Yüksek çürük düzeyine sahip okul öncesi çocukların ağız diş sağlığının genellikle gözardı edilmesinin sebepleri: süt dişlerinin daimi dişler kadar önemli olmadığı görüşü ve etkilenen popülasyona ulaşımın sınırlı ve zor olmasıdır (Drummond ve diğerleri, 2013). Diş çürüklerine bağlı kronik ağrılar özellikle çocukların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemesinin yanı sıra, ebeveynlerin yaşantısını da önemli derecede etkilemektedir. Çocuklarda kronik ağrı nedeniyle etkilenen uyuma ve yemek yeme fonksiyonları; öğrenme, büyüme ve gelişimi dolaylı yoldan etkilemektedir. Diğer olumsuz etkenler ise; ailelerin ağrı nedeniyle iş yerlerinden ayrılıp çocuklarını diş hekimine götürmek zorunda kalmaları ve çocukların bu süreçte okullarından geri kalmaları sonucu negatif etkilerin meydana gelmesidir. Bu olumsuz etkenlere ek olarak; önemsenmeyen veya gözardı edilebilen diş çürükleri daha geniş anlamda, genel ve sosyal sağlığın göstergesi olabilir. Özellikle; kalp problemleri, obezite, çocukların ihmal edildiği ve koruyucu gereksinimlere ihtiyaç olduğu yönünde belirleyici olabileceği bildirilmiştir (Drummond ve diğerleri, 2013).

Erken yaşta oluşan ve 'Erken Çocukluk Çağı Çürükleri (ECC)' olarak adlandırılan bu hastalığın ancak müstakbel anne ve baba adaylarının eğitilmesi, farkındalıklarının

artırılması ve özellikle yüksek risk grubunda olan çocukların mümkün olan en erken zaman teşhis edilip müdahale edilmesi ile önlenebileceği bildirilmektedir (Rogers, 2011; Chou ve diğerleri, 2014). Bu etken ve sonuçlar ışığında; ağız sağlığını iyileştirmek ve geniş kapsamlı bir kesime ulaşmanın en mümkün yolunun; diş hekimlerinin yanı sıra genel sağlık ve sosyal bakım çalışanlarının ortak çalışması ve işbirliği sayesinde olabileceği kanısına varılmıştır (Twetman, 2008; Rogers, 2011).

WHO, 2008 yılında gerçekleştirdiği geleneksel toplantısında ağız sağlığının dünya genelinde genel sağlığı geliştirme ve iyileştirme programları içerisine dahil edilmesi ve kesinlikle ayrı olarak değerlendirilmemesi gerektiğinin önemi bir kez daha net bir biçimde vurgulanmıştır. WHO ayrıca genel sağlıkta amaçlandığı gibi ağız sağlığında da tedavi edici yaklaşımdan çok önleyici ve durdurucu yöntemlerin öncelikli tercih edilmesinin önemini ve dünya genelindeki ülkelerin sağlık sistemlerinin bu yönde planlanması gerektiğini de belirtmiştir (WHO, 2017).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti- KKTC’nde yapılan epidemiyoloji çalışması sonucunda beş yaşındaki çocukların %78’inin süt dişlerinde gözle görünen çürük bulgusuna rastlandığı raporlanmıştır (Korun ve diğerleri, 2014). 5 yaş ve altı çocukların diş tedavilerinin klinik ortamında bir hayli zor olduğu ve hastahane ortamında genel anestezi ve sedasyon uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu bir çok raporda bildirilmiştir (Drummond et al., 2013; Kalkani ve Ashley, 2013). Bu tedaviler aileye ve çocuğa, manevi olarak olumsuz etkiler bırakmasının yanı sıra maddi olarak da ağır faturalar olarak yansımaktadır. Bu sebeple; erken teşhis, koruyucu uygulamalar ve ailelerin eğitilmesinin, diş çürüklerinin önlenmesinde, bahsedilen zorlu, pahalı tedavilerin ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkilerinin azaltılmasında çok önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Kawashita et al., 2011).

Erken dönemde kazanılan davranışların ve alışkanlıkların ilerisi için büyük önem taşıdığı çeşitli raporlarda vurgulanmaktadır (Twetman, 2008; Rogers, 2011; Drummond ve diğerleri, 2013; Hartnett ve diğerleri, 2016). Bu nedenle, erken dönem koruyucu programlara odaklanmak ve davranışların erken dönemde başlayıp doğru şekilde biçimlenip benimsenmesi büyük önem arz etmektedir. Çeşitli çalışmalar sonucunda, aile ve çocuk ile erken dönemde karşılaşan profesyonel sağlık çalışanlarının bu bağlamdaki etki ve önemi net bir şekilde belirtilmektedir (Twetman, 2008; Rogers, 2011).

Değerlendirilen literatürler sonucunda; çocuklar ve genç bireylerin ağız sağlığının iyileştirilmesi için çeşitli ülke komisyonları ortak şekilde hazırladıkları bildirgeler ile ağız sağlığını iyileştirme programları belirlemişlerdir (Public Health England-PHE, 2014a). Diş hekimlerine ek olarak özellikle aileler ve çocuklarla erken dönemde hatta çocuk doğmadan önce karşılaşan sağlık çalışanlarının, çocuk doktorları, kadın doğum uzmanlarının ve sağlık gezgincilerinin, eğitilmesi ve motivasyonu ile ağız sağlığının öneminin rutin günlük pratik uygulamalarında yer edinmesinin etkili olduğu ve bu şekilde toplumun ağız sağlığını etkileyen mesajların; doğru, uygun ve süreklilik içeren şekilde halk arasında sirküle edilmesinin amaçlandığı belirtilmiştir (PHE, 2014a).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde diş hekimleri dışında, ağız sağlığının önlenmesi ve korunması diğer sağlık çalışanları tarafından gözardı edilmektedir. Ülkemizde erken dönemde rutin olarak aile ve çocuk ile karşılaşan çocuk doktorları ve anne adayları ile sürekli irtibat içerisinde olan kadın doğum uzmanları, yardıma ihtiyacı olan aile ve çocukların belirlenmesi ve doğru zamanda yönlendirilmesi, gerekli koruyucu önlemler hakkında bilgilendirilmesi ve doğru davranışların şekillenebilmesi konusunda çok önemli rol üstlenmektedir.

Araştırmamızdaki öncelikli amacımız;

- Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi düzeyi, tutum, davranışlarını değerlendirmek ve ağız-diş sağlığında aktif rol almalarına engel olan faktörleri irdelemektir.

Çalışmamız kapsamında özellikle diş hekimlerinden önce, sık sık aile ve çocukla karşılaşan sağlık çalışanlarının (çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanları) ağız sağlığını genel sağlık içerisinde değerlendirip gerekli yönlendirmeler ile hastalarının davranışlarında olumlu etki yaratmaları; çürük risk tayinini doğru şekilde yapabilmeleri ve koruyucu uygulamaları gerek erken çocukluk çağında gerekse doğumdan önce ön plana çıkarmaları hiç kuşkusuz 'Koruyucu Diş Hekimliği' ve 'Toplum Sağlığı' alanında önemli katkılar sağlayacaktır. Bu nedenle güncel durum değerlendirilmesi yapılmasıyla ileride geliştirilecek destekleyici ve ağız sağlığını iyileştirici programlara yön vermesi hedeflenmektedir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Ağız sağlığı

Sağlık ve ağız sağlığı için kullanılan iki genel tanım vardır. Birincisi; biyofiziksel bütünlüğü tarif eder (Department of Health, 1994). Bu tanımdaki amaç; herhangi bir patoloji belirtisi ve tanımladığı patolojik lezyon varlığı olmayışıdır. Sağlıklı olmama durumu, biyolojik ve/veya fiziksel bütünlüğün bozulduğu durumları ifade etmektedir (Department of Health, 1994).

WHO'na göre ise sağlık, '*hastalığın bulunmaması*'ndan farklı olarak '*fiziksel, mental ve sosyal olarak tümüyle iyi olma durumu*' olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1984). WHO ayrıca, ağız sağlığının; dişlerin sağlıklı olmasından çok daha fazla anlam taşıdığını, yaşam kalitesini belirleyici bir faktör olduğu, ve genel sağlık ile asla ayrılamaz bir bütün olduğunu belirtmektedir. Bu tanımda hastalık varlığı daha dar bir konseptte patoloji süreci olarak değerlendirilmemektedir. Sağlık bir bütün olarak daha geniş bir çerçevede kişinin kendi vücudunu subjektif deneyimleriyle fiziksel, sosyal ve mental olarak değerlendirmesi sonucu elde edilenin olduğu yönünde değerlendirilmektedir.

Ağız sağlığı günlük yaşantının önemli bir parçası olup, yaşam kalitesini ciddi oranda etkilemektedir. Günümüzde, dünya genelinde ağız sağlığı ve ağız hastalıklarının yaşam tarzı ve koşullarındaki farklılaşmaya göre değişiklikler göstermeye devam ettiği bildirilmektedir (Drummond ve diğerleri, 2013). Hamilelik ve erken çocukluk çağında ağız sağlığının tespiti, ileride yaşam boyu yaşanabilecek olumsuz etkilerin önlenmesinde büyük önem taşır. Günümüzde sosyal yaşamda ağız sağlığına olumsuz etki eden faktörleri belirlemek öncelikli hedef olarak belirtilmekte, bu sayede diş hekimliği ve toplum ağız diş sağlığı çalışanları dışındaki sağlık çalışanlarının katkısıyla ağız sağlığını iyileştirme programları, ağız sağlığı hakkında farkındalığın artırılması, toplumsal koruyucu programların planlanması ve uygulanması amaçlanmaktadır (WHO, 2017).

2.2 Diş Çürükleri

Diş çürüğü, çocukluk çağlarından itibaren bireyleri etkileyen ve geri dönüşümlü olmayan sonuçlara sebep olabilen enfeksiyonel bir hastalıktır (Selwitz ve diğerleri, 2007). Diş yüzeyinde lokalize olan karyojenik mikroorganizmaların mikrobiyal aktiviteleri sonucu ürettikleri asit ile diş ve çevre dokuları arasındaki demineralizasyon-remineralizasyon dengesinin demineralizasyon lehine bozulması sonucu gelişen bir patolojidir. Diş çürüğü multifaktöriyel bir hastalık olup, oluşabilmesi için ağızda karyojenik bakterilerin mevcut olması, fermente olabilen karbonhidratların beslenme yolu ile alınıp ortamda bulunması, konağın yani mikroorganizmaların tutunabilecekleri elverişli diş yüzeylerinin bulunması ve zaman faktörü gerekmektedir (Selwitz ve diğerleri, 2007) .

Çürüğün multifaktöriyel bir hastalık olması ve sürecinin anlaşılması için yapılan çalışmalar sonucunda dental plak ve/veya fermente edilebilen karbonhidratlar olmadığı durumda diş çürüğünün oluşmadığı ve diyetobakteriyel bir hastalık olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Buna ek olarak çürükle ilgili geliştirilen modern yaklaşımlarda ise sosyal, davranışsal ve psikolojik faktörlerin de en az biyolojik faktörler kadar önemli olduğunun üzerinde durulmaktadır (Anil ve Anand, 2017).

2.3 Erken Çocukluk Çağı Çürükleri

Kronik, geri dönüşümsüz, çok faktörlü ve enfeksiyöz bir hastalık olan erken çocukluk çağı çürükleri (ECC), çocuklarda görülen en yaygın hastalıklardan biridir (Qin ve diğerleri, 2008).

Küçük çocuklarda erken dönemde görülen diş çürüklerinin, ilk olarak 1930’lu yıllarda ‘les dent noire de tout-petis (çok küçüğün siyah dişleri)’ olarak, 1952 yılında Beltrami isimli araştırmacı tarafından ‘Melanodontie Infantil’, 1962 yılına gelindiğinde ise Dr. Elias Fass tarafından ‘nursing bottle mouth-biberon ağzı’ terimi kullanılarak tanımlandığı bildirilmektedir. İlerleyen yıllarda ise ‘biberon çürüğü’ terimi yaygın olarak kullanılmış ancak uzun süreli biberon kullanma alışkanlığının diş çürüğü oluşmasındaki tek neden olmayacağı ileri sürülmüştür (Selvi ve diğerleri, 2008).

Çürük lezyonlarının gelişimi; karyojenik mikroorganizmalar, fermente olabilen karbonhidratlar ve diş (konak) gibi birçok faktöre bağlı bir süreçtir. Bu faktörlerin yeterli

süre ortamda bulunması durumunda çürük lezyonları gelişmekte ve ilerlemektedir. Şekerli sıvıların tüketimi ve karyojenik mikroorganizmaların diş yüzeyi ile uzun süre ilişkide kalmasıyla, çürük riski artmaktadır. Bu multifaktöriyel sebepler doğrultusunda ‘Erken Çocukluk Dönemi Çürükleri-ECC’ isminin kullanımı 1994 yılında Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) seminerinde gerçekleşmiştir. Bu yeni terim tüm dikkatin biberon kullanımı üzerine yoğunlaşmasını önleyerek, bebeklerde ve küçük çocuklarda yaygın diş çürüklerinin oluşmasına katkıda bulunan diğer tüm davranışsal, psikososyal ve sosyo-ekonomik faktörlerin de farkına varılmasını sağlamıştır (American Academy of Pediatric Dentistry- AAPD, 2014).

1994 yılından sonra ECC olarak adlandırılmaya başlayan bu durum için günümüze kadar klinik görünümü ve çürüğe neden olan faktörler nedeniyle birçok terim kullanılmıştır. Bu terimler arasında;

- Biberon diş çürüğü
- Biberon sendromu
- Biberon çürükleri
- Emme çürüğü
- Rampant çürük
- Biberon ağzı
- Keserlerin çürüğü
- Labial çürük
- Süt biberonu sendromu
- Anne sütü diş çürüğü
- Fasio-lingual yönlü çürük bulunmaktadır (Milnes, 1996).

2.3.1 Erken çocukluk çağı çürükleri tanımı

ECC, süt dişlenme döneminde kısa süre içinde geniş kapsamlı yıkıma neden olan, diş çürüğünün özel virulan formu olarak görülmektedir.

Erken çocukluk dönemi çürükleri ‘süt dişlerinde 6 yaşından önce (≤ 71 ay) gözlenen bir veya daha fazla çürüklü (kavitesiz yada kaviteli), çekilmiş (çürük nedeniyle) ya da dolgulu diş yüzeyi varlığı’ olarak tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics-AAP, 2014).

Şiddetli erken çocukluk dönemi çürüğü (Ş-ECC) terimi ise bu hastalığın atipik, aşamalı, akut ve/veya yaygın olan haline verilen isimdir. ECC ve Ş-ECC arasındaki fark çocuğun yaşına ve bu çürüklü sürenin uzunluğuna bağlıdır. Ş-ECC; 3 yaşından küçük çocuklarda dişlerin düz yüzeylerinde herhangi bir çürük varlığı işareti olarak tanımlanırken, 3 ile 5 yaş arasındaki çocuklarda üst çene süt keser dişlerde 1 veya daha fazla kaviteasyon meydana gelmiş diş, çürük nedeniyle kaybedilmiş diş veya dolgulu yüzey olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca; 3 yaşında 4 veya daha fazla, 4 yaşında 5 veya daha fazla, 5 yaşında ise 6 veya daha fazla çürük, kayıp ve dolgulu yüzey olması şeklinde Ş-ECC için farklı tanımlamalar yapılmıştır (AAPD, 2014).

2.3.2 ECC Prevelansı

Diş çürüğünü önlemeye yönelik koruyucu uygulamalara rağmen, ECC, tüm dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. ECC prevelansı batı ülkelerinde düşüşe geçmesine rağmen (%1-%15), gelişmekte olan ve bazı gelişmiş ülkelerin ekonomik seviyesi düşük olan bölgelerinde problem ($\geq$ %85) olmaya devam etmektedir (Seow ve diğerleri, 2009). ECC'nin görülme sıklığı toplumların bebek beslenmesi ve ilgili kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişebilmektedir (Seow ve diğerleri, 2009).

Kuzey Kıbrıs'ta gerçekleştirilen bir çalışmada ise 5 yaşındaki okul öncesi çocuklar taranmış, ağız içinde belirgin çürük görülme oranı %78 oranında bulunmuştur. Çalışma sosyoekonomik seviye ve etnik kökene bakılmaksızın gerçekleştirilmiştir. Oranın bu denli yüksek bulunmasındaki etkenin göçmen çocukları olduğu düşünülmektedir (Korun ve diğerleri, 2014). Türkiye ve bazı ülkelerde rapor edilen ECC prevelansları Tablo 1.1'de belirtilmiştir.

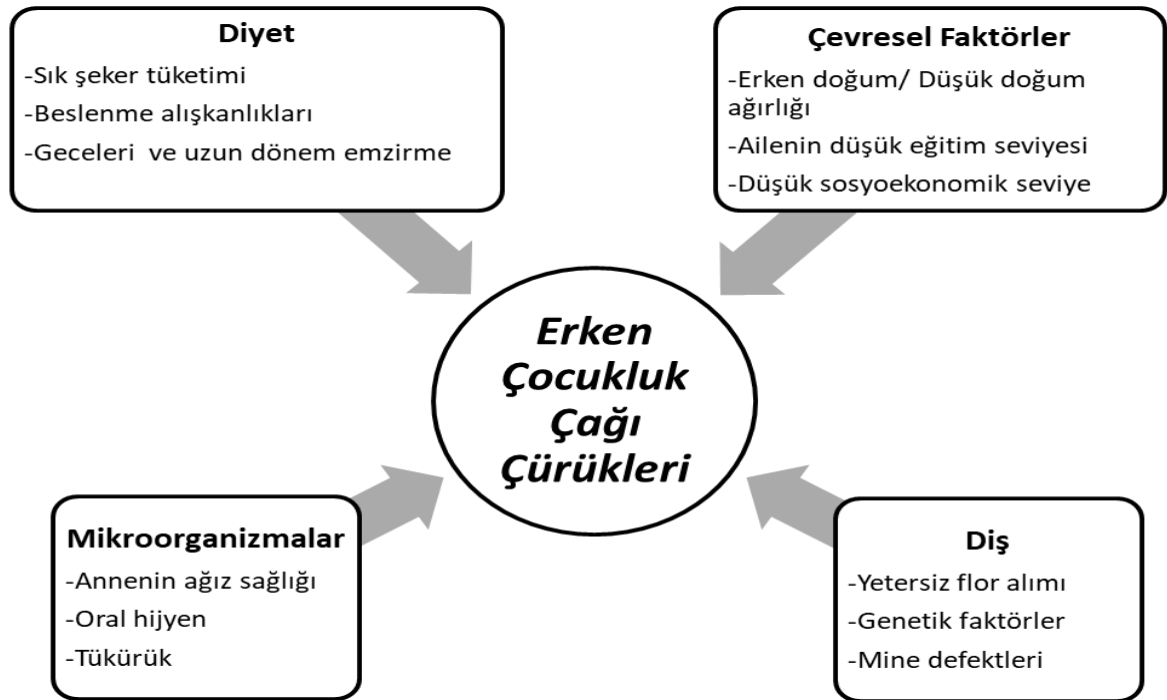
Tablo 1.1. Türkiye ve bazı ülkelerde ECC prevalansı

Çalışma (Yıl)	Ülke	Çocuk Sayısı	Yaş	Prevelans (%)
Ferreira et al., (2007)	Brezilya	1.487	0-5	40
Li et al., (2012)	Çin	1.85	5	64
Canino et al., (2003)	Filipinler	448	5	94
Autio-Gold et al., (2005)	Florida	221	5	48
Cleaton-Jones et al., (2008)	Güney Afrika	7.185	2-5	59
Simratvir et al., (2009)	Hindistan	609	3-6	59
Pitts et al., (2007)	İngiltere	216.873	5	38
Mora et al., (2000)	İspanya	173	2-5	37
Ferro et al., (2007)	İtalya	3.401	5	31
Wigen et al., (2011)	Norveç	1.348	5	11
Tsai et al., (2006)	Tayvan	981	1-6	53
Doğan et al., (2013)	Türkiye	399	3-5	40
Ozer et al., (2011)	Türkiye	226	3-6	50
Mantonanaki et al., (2013)	Yunanistan	605	5	17

(Baltacı ve diğerleri, 2017).

2.3.3 ECC Risk Faktörleri

Daha önce bahsedildiği gibi kronik, multifaktöriyel ve enfeksiyöz bir hastalık olan diş çürüğü, dünya çapında geniş popülasyonları etkilemektedir. Diş çürüğünün fazlasıyla agresif formu olan erken çocukluk çağı çürüğü; çok sayıda biyolojik, fizyolojik ve davranışsal risk faktörleri ile ilişkili olan multifaktöriyel bir hastalıktır. Mikroorganizmalar, fermente olan karbonhidratlar ve konağın da bulunduğu çevresel faktörleri içeren üç anahtar faktörün ECC'nin oluşumunda baş etkenler olduğu ifade edilmektedir (Begzati ve diğerleri, 2014). Ayrıca ECC'nin kötü ağız hijyen alışkanlıkları ve sıklıkla uygun olmayan beslenmeyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Düşük sosyoekonomik seviye, geceleri beslenme, sık şeker tüketimi, yetersiz oral hijyen, azınlık statüsü, ebeveynlerin eğitimi, annenin tükürük S. mutans seviyesi, erken ve düşük doğum ağırlığı, ve flor ile olan ilişki, ECC ile ilgili olan sosyolojik ve çevresel faktörler olarak dikkat çekmektedir (Kusgoz ve Aydinoglu, 2016). ECC oluşumuna etki eden risk faktörleri Şekil 1.1'de belirtilmektedir (Anil ve Anand, 2017).



Şekil 1.1. ECC oluşumuna etki eden risk faktörleri belirtilmektedir (Anil ve Anand, 2017).

2.3.3.1 Karyojenik mikroorganizmalar

Bilimsel çalışmalar, ECC gelişiminde ilk aşama olarak özellikle *S. mutans* ve *Streptococcus sobrinus*'un primer enfeksiyonunu göstermiştir. Lactobasiller de çürük lezyonun gelişiminde ve ilerlemesinde yer almalarına rağmen çürüğün başlangıcında rol almamaktadırlar (Kawashita ve diğerleri, 2011). *S. mutans*'lar şekerleri metabolize ederek asit üretirler ve diş yapısının demineralize olmasını sağlarlar. ECC başlamasında anahtar rolü *S. mutans*'ların ağız ortamında erken dönemde görülmesi oynamaktadır (Zero, 2004).

Çocuklarda oral kavitedeki *S. mutans* kaynağı olarak genellikle çocuğun bakıcısı yani anneler gösterilmektedir. Bu bakterilerin anneden çocuğa geçişi 'vertikal geçiş' olarak adlandırılır. Aynı kaşıkla mamaların tadına bakıp sıcaklığının kontrol edilmesi ve annenin çocuğu öpmesi şeklinde gerçekleşir. 'Horizontal geçiş' ise çocuğun kardeşlerinden ve/veya kreşteki arkadaşlarından olan bakteri geçişine verilen isimdir (Mitchell ve diğerleri, 2009). Ağız ortamında *S. mutans* seviyesi yüksek olan okul öncesi çocukların

düşük olanlara oranla çürük prevelansının daha yüksek olduğu ve ECC oluşma riskinin arttığı bildirilmektedir (Kawashita ve diğerleri, 2011). Daha önceleri çocukların 19-31. aylardaki ‘enfektivite penceresi’ olarak adlandırılan ve çocukların karyojenik bakteri kolonizasyonuna daha hassas oldukları dönem olarak belirtilen dönem, son zamanlarda yapılan çalışmalara göre enfeksiyonun daha erken meydana gelebileceği ve oral kavitede *S. mutans* kolonizasyonunun 6. ayda başlayabileceğini belirtmektedir (Tinanoff et al., 2002).

S. mutans’ların ağızda kolonize olmasıyla çürük lezyonlarının başlaması arasında yaklaşık olarak 13-16 ay vardır. Yüksek riskli, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı ve hipomineralize dişlere sahip çocuklarda bu süreç daha da kısalmaktadır (Kawashita ve diğerleri, 2011). Annenin kötü ağız hijyeni ve çürüğe yatkın beslenme alışkanlıklarının (özellikle sık şekerli gıda tüketimi) anneden çocuğa bakteri geçişinin artmasına sebep olduğu bildirilmiştir (Kawashita ve diğerleri, 2011). Çocuğun enfekte olduğu dönem, oluşabilecek çürük risk durumunu belirlemede önem göstermektedir ve erken dönemde çürük yapıcı bakteriler ile karşılaşan çocuklarda ECC oluşma riski, daha geç karşılaşanlara oranla daha yüksektir. ECC ile ilişkili olan diğer mikroorganizmalar ise *Aktinomiçesler*, *bifidobakteriumlar* ve *candida albicans*’dır (Becker ve diğerleri, 2002).

2.3.3.2 Diyet

Sukroz, glikoz ve fruktoz gibi şekerler ve diğer fermente olabilen karbonhidratların diş çürüğünün başlamasında ve ilerlemesinde hayati rol oynadığı kanıtlanmıştır (Chou ve diğerleri, 2014). Çürük etiolojisindeki temel değişken şeker tüketiminin sıklığıdır. Şeker metabolize olduktan sonra, asidin nötralize olması veya tükürük ile uzaklaşması 20-40 dakika içinde olmaktadır. Çürük riski en çok şekerin sık aralıklı ve ağızda uzun süre kalacak şekilde tüketildiği durumlarda artmaktadır. Şeker tüketiminin kişi başına 40-55 gramın altında olduğu ülkelerde diş çürüğü daha az izlenmektedir (Douglass ve diğerleri, 2004).

Şekerler arasında en fazla karyojenik potansiyele sahip olan sukrozdur (Chou ve diğerleri, 2014). Küçük yapıları sayesinde, tükürük amilazı ile hemen plakta bulunan bakterilerin metabolize edebileceği boyutlara indirgenmektedir. Sonuç olarak bakterilerin

ürettiği asit dişlerde demineralizasyona sebebiyet vermekte ve çürük riskini artırmaktadır. Sukroz asit üretimi görevinde kullanılması yanı sıra ekstrasellüler glukon sentezi için de substrat görevi görmektedir. Glukon polimerleri *S. mutans*'ların diş yüzeyine tutunmalarında önemli rol oynarlar ve plak geçirgenliğini inhibe ederek, plak porözitesinin artışıyla diş yüzeyinin daha fazla aside maruz kalmasına sebep olmaktadır (Zero, 2004).

Okul öncesi çocuklardaki çürük prevalansındaki yoğunluk sık şeker tüketimine de bağlanabilmektedir. Şeker içeren yiyecek ve içeceklerin gece boyunca ve/veya gündüzleri sık aralıklarla tüketilmesi ECC riskini ciddi oranda artırmaktadır. Özellikle, uyku öncesinde ve uyku sırasında bu beslenme alışkanlıklarının devam etmesi ve gece boyunca azalmış tükürük akışı, dengenin remineralizasyondan çok demineralizasyona doğru kaymasına sebep olmaktadır (Twetman, 2000).

Bilimsel açıdan kabul edilen genel görüş, bebeklerin ilk altı ay boyunca sadece anne sütüyle, en az bir yaşa kadar da anne sütü ile beslenmenin devamını savunmaktadır (Salone ve diğerleri, 2013). Anne sütünün sağlık üzerine olan pozitif etkileri tartışılmaz bir gerçektir fakat gün boyu ya da gece boyunca uzun süreli anne sütüne maruz kalmanın ve anne sütü ile beraber bebek maması verilmesinin ECC için ciddi bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (AAPD, 2014). Bu durumun, bebek mamalarının tüketilmesinin plak pH'ını hızla düşürmesi ve oral kavite içindeki karyojenik mikroorganizma sayısındaki artış ile ilişkili olduğu açıklanmıştır (Salone ve diğerleri, 2013). Anne sütü ile yapılan çalışmalarda, düzensiz ve uzun süre emzirmenin, özellikle bir yaşından sonra ECC riskini artırdığı rapor edilmiştir (Valaitis ve diğerleri, 2000).

Bazı çalışmalar inek sütünün karyojenitesinin içerdiği mineraller ve düşük laktoz seviyesine bağlı olarak minimal olduğunu belirtmektedir. Ancak uygun olmayan biberon kullanımının ECC'nin etiyolojisi ve ciddiyeti üzerinde önemli rolü bulunmaktadır. Biberonla beslenmenin, özellikle, gece boyunca çocukların ağızlarında biberonla uyumasına izin verilmesinin karyojenik olduğu sonucuna varılmıştır (Twetman, 2000).

2.3.3.3 Çevresel Faktörler

İyi oral hijyen alışkanlığının eksikliği artmış ECC oluşum riskini kaçınılmaz kılar. Çocukların ilk süt dişleri sürdüğü anda oral hijyen bakımı almaya başlamaları gerekmektedir (Olmez ve diğerleri, 2003).

Düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahip çocukların yüksek seviyedeki çocuklara oranla çürük oluşum riski iki kat daha fazladır. Kısacası sosyoekonomik seviye ile çocuklarda görülen çürük arasında ters bir orantı gözlenmektedir (Gaur ve Nayak, 2011). Bakıcıların sosyal statü seviyesi, yoksulluk, etnik kökeni, yoksunluğu, eğitim seviyesi ve sigortaların diş sağlığını içerme oranı ECC'nin şiddetinin belirlenmesinde ve çocuğun oral hijyen alışkanlıklarına etki eden diğer faktörlerdir (Rogers, 2011). Aile bireylerinin sigara kullanımı ile ECC arasında ilişki olduğu da raporlanmıştır (Leroy ve diğerleri, 2008).

Erken yaşta kazanılan ağız sağlığı alışkanlıklarında ailelerin, özellikle de çocuklar için rol model olan annelerin ve babaların önemi çok büyüktür. Annelerin kendi ağız sağlığına önem vermediği ve kötü ağız şartlarına sahip olduğu durumlarda çocuklar daha çok çürükle karşı karşıya kalmaktadır. Bilgi düzeyinin, davranışları ve alışkanlıkları değiştirebileceği teorisi göz önünde bulundurularak, annelerin diş çürüğü hakkında eğitilmesi sonucunda bu oranın azalabileceği düşünülmektedir (Azavedo ve diğerleri, 2014).

Bireyde ya da dişte çürüğe yatkınlık oluşturan birçok faktör olabilmektedir; immünolojik faktörler (IgA), azalmış tükürük, immatür mine ve diş dokularındaki defektler (Sobia ve diğerleri, 2009). Tükürük, çürüklere karşı bireyin kendi içerisindeki en büyük savunma mekanizmasıdır. Yemekleri ve bakterileri dişlerden uzaklaştırmasının yanında asit üretimine karşı tamponlama görevini yapmaktadır. Ayrıca, mine remineralizasyonu için gerekli olan kalsiyum ve fosfat iyonlarına depo görevi görmektedir. Geceleri uyku sırasında azalmış tükürük akış oranı tamponlama kapasitesinde azalmaya neden olarak, bu dönemde dişlerin çürüklere karşı daha duyarlı hale gelmelerine sebep olmaktadır (Gussy ve diğerleri, 2004).

Mine immünolojik olarak inaktif olduğu için, *S. mutans*'a karşı esas immün cevabı büyük ölçüde tükürük immunoglobulin A (IgA), serum ve dişeti oluşu sıvısı yapmaktadır. Çocuklar oral mikroorganizmalar tarafından enfekte edildiğinde tükürük IgA antikorları

gelişmektedir. Erüpsiyon sonrasında ise, yeni ekspoz olmuş mine yüzeyi sürme sonrası final maturasyon aşamalarından geçmekte ve floridin de dahil olduğu ağız içerisindeki iyonların eklenmesiyle sertleşmektedir. Böylece diş çürümeye daha dayanıklı hale gelir. Dişin çürüklere karşı en hassas olduğu periyot erüpsiyon sonrası ve son maturasyondan önceki dönemdir (Milgrom ve diğerleri, 2000).

Pek çok çalışma diş yüzeyindeki gelişimsel defektler ve diş çürükleri arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Embriyolojik gelişim sırasında, diş germinde meydana gelen gelişimsel bozukluklar mine yüzeyinde eksiklikler ve buna bağlı oluşan plak birikimi ile sonuçlanabilmektedir. Bu gelişimsel bozukluklar; erken doğum veya düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi veya sonrası geçirilen enfeksiyonlar ve/veya hastalıklar, beslenme eksikliği ve annenin sigara içmesi gibi çevresel faktörlere bağlı olabilmektedir (Baltacı ve diğerleri, 2017).

2.3.4 ECC olumsuz etkileri

ECC, çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimlerinin yanı sıra ailelerini, büyümelerini, görünüşlerini, konuşmalarını, çiğnemelerini, tat almalarını ve sosyal yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir. ECC'li çocuklarda hastaneye yatma oranında, tedavi ücretlerinde ve tedavi için harcanan zamanda artış söz konusudur. Dünya genelindeki araştırmalar sonucunda, çürük süt dişlerinin yaklaşık %80'inin tedavi edilmeden bırakıldığı düşünülmektedir (Drummond ve diğerleri, 2013).

Tedavi edilmemiş dişlerin neden olduğu ağrı, çocuğun çiğneme fonksiyonunu etkileyerek beslenme bozukluklarına ve fiziksel gelişim yetersizliklerine yol açabilmektedir. Ağrıya bağlı artan glukokortikoid üretimi, uyku bozukluklarına bağlı azalan büyüme hormonu sekresyonu ve enfeksiyon sırasında metabolik hızın artması, bu çocuklarda normal büyüme ve gelişmenin yavaşlamasına neden olabilmektedir. 3 yaşında Ş-ECC içeren çocuklar yaşıtalarına göre yaklaşık olarak bir kg daha zayıf olmaktadır. Ek olarak, ağrı, konsantrasyon bozukluklarına ve buna bağlı olarak da öğrenme problemlerine sebep olmaktadır. Öğrenme problemi oluşmasının diğer bir nedeni de uzun süren tedaviler nedeniyle okul günlerinde yaşanan kayıptır. ECC nedeniyle ortaya çıkan bu devamlı ve

şiddetli rahatsızlık durumu çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Baltacı ve diğerleri, 2017).

ECC'ye bağlı olarak üst ön dişlerin erken yaşta kaybedilmesi, konuşma bozukluklarına neden olabilmektedir. Aynı zamanda, erken süt dişi kayıpları, ortodontik problemlere ve periodontal hastalıkların oluşumuna da yol açabilmektedir (Drummond ve diğerleri, 2013). Diş yapısı onarılsa bile, ECC'nin altında yatan patojenik süreç devam ettiği sürece süt dentisyonda görülen çürük oluşumu, daimi dentisyonda oluşacak olan çürüklerin habercisidir (Chou ve diğerleri, 2014).

Küçük yaştaki çocuklarda diş tedavileri ve çekimleri, tedavi sırasında şiddetli korku ve direnç gelişimine neden olarak, diş hekimliği uygulamalarına karşı psikolojik bir travma oluşturabilmektedir. Bu nedenle ECC'nin tedavisinde bilinçli sedasyon ve genel anestezi uygulamaları yapılabilmektedir. Ancak, bu yöntemler oldukça pahalıdır ve uygulama koşulları çocuklar için risk oluşturmaktadır (Baltacı ve diğerleri, 2017).

Süt dişlerinin tedavi edilmeden bırakıldığı durumlarda karşılaşılan başlıca sorunlar;

Kısa dönem

- Ağrı
- Enfeksiyon (apse, selülit)
- Yetersiz beslenme
- Uyku sorunu
- Acil tedavi veya hastaneye yatma gereksinimi
- Okul günlerinde kayıp
- Öğrenme ve konsantrasyon problemleri
- Çekim gereksinimleri
- Genel anestezi altında tedavi gereksinimi
- Süt molarların erken kaybının maloklüzyona sebep olması

Uzun dönem

- Erken yaştaki kötü oral hijyen alışkanlığı ileriki yaşlara da etki edebilir
- Diğer süt dişlerinde ve daimi dişlerde yeni çürük lezyonu oluşma riski artar
- Genel sağlıktaki bozukluklar sonucunda fiziksel, özellikle boy ve kiloda, yetersizlik meydana gelebilir
- Aileler için maliyet ve zaman kaybı olur
- Konuşma, beslenme ve hayat kalitesi etkilenir (Çolak ve diğerleri, 2013).

2.3.5 ECC'den korunmak için önlemler

ECC önlenabilir bir hastalıktır (AAPD, 2014). ECC ile baş etmek için hastalığın dental, mikrobiyal ve davranışsal faktörlerinin modifiye edilmesi gerekmektedir. Korunma stratejilerine göre genel yaklaşımlar;

- Çürük başlangıçlarını önlemeyi,
- Klinik olarak görülen ve/veya görülmeyen çürük lezyonlarının ilerleyişini durdurmayı ve hatta bunları tedavi etmeyi,
- Fermente olabilen karbonhidrat alımının azaltılmasını,
- Ağız ortamında bulunan mikrobiyal seviyenin düşürülmesini,
- Özellikle florür yardımıyla dişin dayanıklılığının artırılması ya da yukarıda bahsedilen bu yaklaşımların bir kombinasyonu şeklindedir (AAPD, 2014).

Doğru koruyucu, durdurucu ve tedavi edici yaklaşımları seçebilmek için, Amerikan Academy of Pediatric Dentistry (2014), yayınladığı bir bildiride, hekimlerin çürük riski tayininde kullanabileceği tablolara yer vermektedir. Bu tablolara bakılarak çocukların düşük, orta veya yüksek çürük risk grubunda olduğuna ve hangi koruyucu, durdurucu ve tedavi edici yaklaşımların tercih edilebileceğine karar verilebilmektedir. 0-5 yaş için uygulanan çürük risk tayin tablosu Tablo 2.1'de belirtilmektedir.

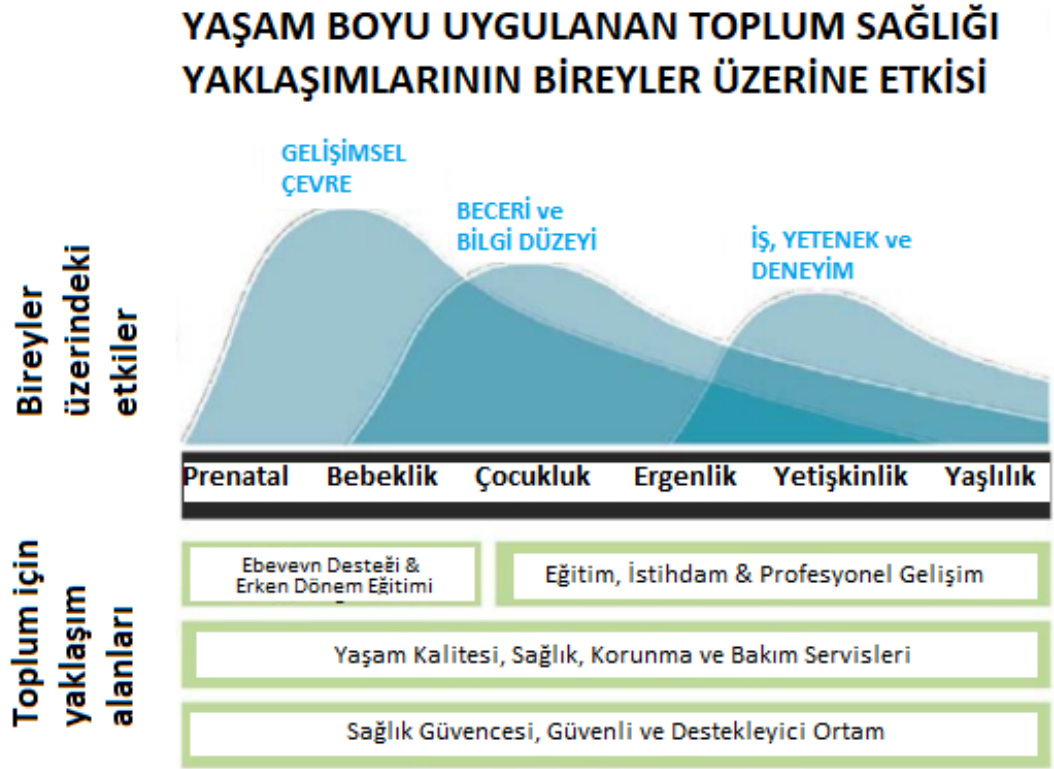
Tablo 2.1. 0-5 Yaş için uygulanan Çürük Risk Tayin tablosu

Faktörler	Yüksek risk	Orta risk	Düşük risk
<i>Biyolojik</i>			
Anne veya bakıcı aktif çürüğe sahip	Evet		
Aile/bakıcı düşük sosyoekonomik düzeye sahip	Evet		
Çocuk günde >3 şeker içerikli ara öğün tüketmekte	Evet		
Çocuk geceleri içerisinde şeker bulunan biberon ile uyuyor	Evet		
Çocuk özel bakım ihtiyacına sahip		Evet	
Çocuk yeni göçmen		Evet	
<i>Koruyucu</i>			
Çocuk optimal miktarda florlanmış su yada flor ürünleri alıyor			Evet
Çocuk dişlerini günde iki kez florlu diş macunu ile fırçalıyor			Evet
Çocuk profesyonel flor uygulamaları alıyor			Evet
Çocuk düzenli diş hekimi kontrollerine gidiyor			Evet
<i>Klinik inceleme</i>			
Çocuğun dmft değeri >1	Evet		
Çocuk opak mine lezyonlarına veya mine defektlerine sahip	Evet		
Çocuğun S. mutans seviyeleri yüksek	Evet		
Çocuğun dişlerinde plak mevcut		Evet	

(AAPD, 2014).

ECC, etkilediği çocukların zihinsel ve gelişimsel özellikleri nedeni ile hem aile hem de çocuk için tedavisi zor, uzun ve maliyeti yüksek bir süreçtir. Önlenabilir bir hastalık olması öncelikle korunma yöntemlerinin önemini ortaya çıkarmakta ve stratejilerin tedavi etmekten çok hastalığın önlenmesi üzerine yoğunlaşılmasına neden olmaktadır. Hastalıktan korunmada ve hastalığın önlenmesinde kullanılan yöntemler genel olarak ECC'ye sebep olan risk faktörlerin hedef alınması şeklindedir. Erken dönemde alınacak tedbirlerin önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde alınan tedbirler yaşam boyu sürebilecek etkilere ve davranışların doğru şekillenebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu dönemin ayrıca bireylerin çevresel faktörlerinin belirlenmesinde en etkili dönem olduğu belirtilmiştir. Bu şekilde ECC'ye sebep olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya oluşturacakları negatif etkilerin minimuma indirilmesi amaçlanmaktadır (PHE,

2014a). Yaşam boyu uygulanan toplum sağlığı yaklaşımının bireyler üzerine etkisi Şekil 2.1’de belirtilmektedir.



Şekil 2.1. Yaşam boyu uygulanan toplum sağlığı yaklaşımlarının bireyler üzerindeki etkileri (PHE, 2014a).

2.3.5.1 ECC’den korunmak için öneriler

2.3.5.1.1 Anne ve babanın ağız sağlığı için öneriler (AAPD, 2014):

- Ağız diş sağlığı eğitimi: Aile ve çocuk ile iletişim halinde olan tüm birincil sağlık çalışanları ECC’nin etiyolojisi ve korunma yöntemleri hakkında ağız sağlığı eğitimi vermeli ve toplum içi farkındalığı artırmayı amaçlamalıdır. Özellikle anneden/bakıcıdan bakteri geçişi (tükürük alışverişi) hakkında aileler bilgilendirilmeli, çocukların karyojenik bakteriler (*S. mutans*) ile karşılaşmaları ve bu bakterilerin ağız içinde kolonizasyonları mümkün olduğunca engellenmeli ve ertelenmelidir.

- Kapsamlı ağız sağlığı muayenesi: Hamilelikten önce ve hamilelik süresince detaylı ağız muayenesi ve gerekli tedaviler anne adayını ve doğacak çocuğun ileri dönemdeki ağız sağlığı için önem taşımaktadır.
- Profesyonel ağız bakımı: Ailelerin düzenli profesyonel ağız bakımı ile ağız sağlığı optimal hale gelebilmektedir. Aktif çürüklerin temizlenmesi ve restore edilmesi sayesinde ağız içindeki bakteri rezervleri ortadan kaldırılır, böylece çocuklara bakteri transferi minimuma indirgenerek ileride ECC oluşum riski azaltılmış olmaktadır.
- Ağız hijyeni: Günde iki defa florlu diş macunu ile diş fırçalama ve düzenli diş ipi kullanımı hem ağız içinde biriken gıda artıklarının temizlenmesi hem de bakteri plak oranının düşürülmesini sağlamaktadır.
- Beslenme: Aileler için beslenme eğitiminde karyojenik yiyecek ve içeceklerin belirtilmesi ve tanımlanması, sık tüketimlerinin yol açabileceği sonuçlar ve demineralizasyon-remineralizasyon sürecini açıklamak olarak belirtilmektedir.
- Flor: Düzenli flor içeren diş macunu kullanımı, yüzde 0.05 sodyum florür içeren ağız gargaralarıyla günde bir kez gargara yapmak ağız içindeki plak oranının düşürülmesinde ve remineralizasyon sürecinin desteklenmesine katkı sağladığı belirtilmektedir.
- Ksilitol içerikli sakızlar: Günde en az iki-üç kez ksilitol içeren sakız çiğneyen gebe bireylerin ağız ortamlarındaki bakteri oranında ciddi oranda düşüş gerçekleştiği, bu sayede çocuğa gerçekleşebilecek bakteri transferinin minimuma indirildiği ve ECC oluşum riskinin böylelikle azaltıldığı kanıtlanmıştır.

2.3.5.1.2 Küçük çocukların ağız sağlığı için öneriler (AAPD, 2014):

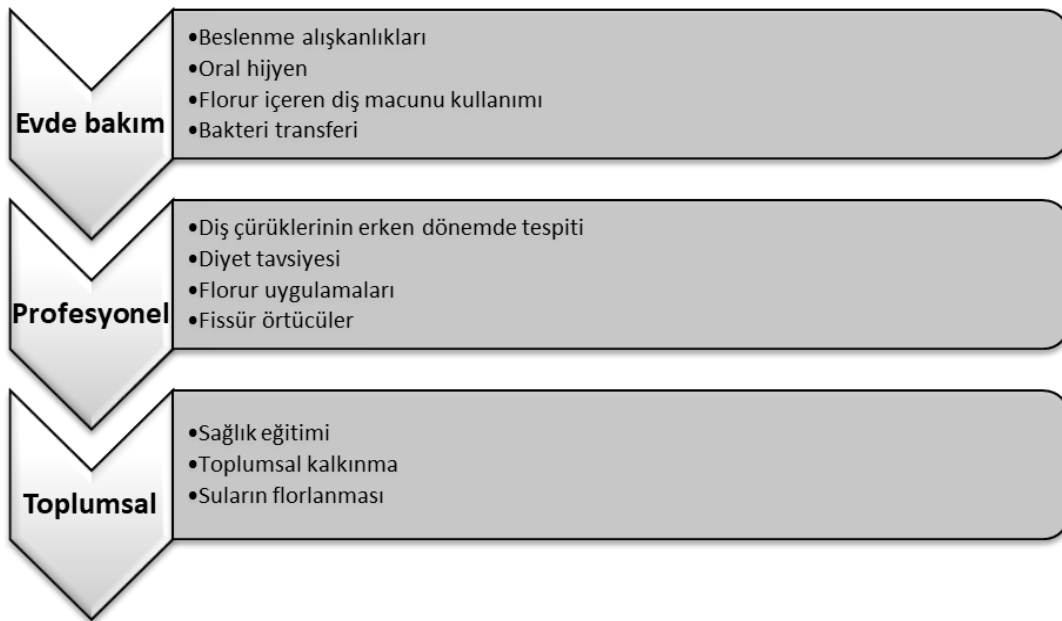
- Ağız sağlığı risk değerlendirmesi: Her küçük çocuk 6 aylık olduğunda iletişim içinde olduğu profesyonel birincil sağlık çalışanı tarafından ağız sağlığı açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede başlıca hastanın ağız içi yumuşak ve sert dokularında gelişebilecek ağız içi hastalıkları, çürük risk tayini, bebeklerde ağız sağlığı hakkında eğitim ve flor ile olan ilişkisi değerlendirilmelidir.

- Dental evin oluşturulması: Aileler çocuk 12 aylık olduğunda mutlaka bir ağız diş sağlığı servisine başvurmalı ve ‘dental ev’ denilen olguyu oluşturmalıdır. İlk ziyaretin amacı çocuğun (medikal) ve ailenin (medikal ve dental) geçmişlerinin değerlendirilmesini takiben ağız içi muayene, yaşa uygun diş fırçalama tekniklerinin aileye aktarılması, profilaksi ve eğer gerekliyse flor cila uygulamasını içerir. Çürük riski açısından değerlendirmenin yanı sıra koruyucu uygulamalar, beslenmede dikkat edilecek konular, dişlenme, oluşabilecek travmaların önlenmesi, flor statüsü, zararlı alışkanlıklar (örneğin:parmak emme) hakkında aile bilgilendirilmesi ve eğitilmesi de ilk ziyaretin önemli amaçlarındandır.
- Ağız hijyeni: Oral hijyen tedbirleri ilk dişin sürmesini takiben gerçekleştirilmelidir. Küçük çocuk için diş fırçalama ailesi tarafından günde iki kez küçük başlı yumuşak kıllı fırça ile doğru miktar ve konsantrasyonda diş macunu ile gerçekleştirilmelidir.
- Beslenme: Epidemiyolojik çalışmalar emzirmenin bebeklerin genel sağlığı, beslenmesi, fiziksel ve psikolojik gelişimini desteklediği, çok sayıda akut ve kronik hastalıkların sayısını istatistiksel olarak anlamlı derecede azalttığını belirtmektedir. İnsan sütü bebeklerin beslenmesinde tartışmasız en önemli besin kaynağı olmakla birlikte epidemiyolojik olarak çürükle ilişkisi belirtilmemiştir. Fakat sık sık gece biberonda süt içilmesi ve istenildiği zaman ve uzun dönem emzirmenin ECC ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir. 12 aylıktan sonra günde 7 defadan fazla emzirmenin ECC ile ilişkisi olduğu ve oluşum riskini artırdığı belirtilmektedir. Geceleri özellikle biberonda meyve suyu tüketiminin, öğünler arası şeker içeren gıdaların sık tüketiminin çürük riskini artırdığı kanıtlanmıştır. AAP, çocukların günde 4 bardaktan fazla meyve suyu tüketmemeleri gerektiğini belirtmektedir.
- Flor: Optimal şekilde flor’a maruz kalmak tüm dişli bebek ve küçük çocuklarda önemlidir. Flor ihtiyacının belirlenmesi için her birey ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Diş çürüklerinin önlenmesinde günümüzde en etkili yöntem olarak değerlendirilen flor; ucuz, kolay, güvenli ve efektif bir yöntemdir. Flor kullanımının risk ve yararlarına bakıldığında anahtar karşılaştırma hafif florozis oluşumuna karşı diş çürüğünün önlenmesidir. Doğru miktar ve konsantrasyondaki florlu diş macunu günde iki kez sabah ve akşamları kullanılmalıdır. Üç yaşından küçük çocuklara sürüntü şeklinde veya pirinç tanesi miktarında, üç ve altı yaş arasında ise bezelye

tanesi büyüklüğünde macun kullanımı önerilmektedir. Profesyonel olarak flor uygulamaları, örneğin flor cila, çürük riski yüksek çocuklarda uygulanan koruyucu tedavilerdir..

- Zararlı alışkanlıklar: Zararlı alışkanlıklar (örneğin parmak emme, uzun süren emzik kullanımı ve bruksizm gibi) diş ve dentoalveoler yapılarda istenmeyen kuvvetlere sebep olur. Erken dönemde aileye bu alışkanlıkların oluşturabileceği olumsuz sonuçlar hakkında bilgilendirme yapmak ve/veya bu alışkanlıkların önüne geçmek ileride oluşabilecek maloklüzyonları ve iskeletsel displazileri engellemekte kritik rol oynar.

ECC'nın önlenmesinde ailelere ve onlar ile sürekli kontakt içinde oldukları diş hekimleri dışındaki sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Bu nedenle hamilelik döneminden ve hatta hamilelik öncesinde aileler ve çocuklar ile iletişim içinde olan sağlık çalışanlarının genel sağlığın yanında ağız-diş sağlığı risk değerlendirmesini doğru yapıp, aileyi gerektiği şekilde yönlendirmesi ve konuyla ilgili aileyi eğitip, davranışlarının doğru şekilde değişmesi için motive etmesinin, ECC'nin önlenmesinde bireysel sağlığa ve toplum sağlığına ciddi katkılar sağlayacağı düşünülmektedir (AAPD, 2014). ECC'den korunma stratejileri Şekil 3.1.'de özetlenmiştir (Anil ve Anand, 2017).



Şekil 3.1. ECC'den korunma stratejileri (Anil ve Anand, 2017).

2.4 Hamilelerde Ağız Diş Sağlığı

Hamilelik kadınların hayatlarında özgün bir süreç olmakla birlikte kompleks fizyolojik değişimlere sebep olarak ağız sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Doğum öncesi annenin ağız sağlığı hem kendi genel sağlığı ve yaşam kalitesi hem de yeni doğacak bebeğin ağız sağlığını içeren genel sağlığı ile ilişkilidir (Silk ve diğerleri, 2008).

AAPD (2011), doğum öncesi ve doğum sırasında kapsayan ‘perinatal’ dönemdeki anne adayının ağız sağlığının küçük çocukların ağız sağlığıyla yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu süreçteki gerekli eğitim ve yönlendirme ile doğru davranış, tutum ve farkındalıkların oluşturulması sayesinde çocukların ağız sağlığının hastalıklardan yaşam boyu korunma şanslarını artırılabilceği belirtilmektedir (AAPD, 2011).

Hamile bireylerin birçoğu ağız sağlıklarının hem kendi hem de doğacak çocuğuna oluşturabileceği olumsuz etkilerden habersizdir (Rogers, 2011). Birçok çalışma, anne adaylarının hamilelik süresince diş hekimine gitmediklerini, gitmeleri halinde ise diş hekimlerinin müdahaleden kaçındıklarını raporlamıştır (Brown, 2008; May ve diğerleri, 2014). Amerika Birleşik Devletleri’nde hamilelik süresinde diş hekimine gitme oranı %22-30 oranında değişmekte, hatta problemi olan hamile bireylerin yarısının gebelik süresince diş hekimine gitmekten çekindikleri belirtilmiştir (Silk ve diğerleri, 2008). Hamilelik sürecindeki bu çelişkiler ve gebelik sırasında ağız sağlığının atlanması nedeniyle, New York eyaleti Amerika’da 2006 yılında ilk kez resmi olarak ‘Hamilelerde ve erken çocukluk döneminde ağız-diş sağlığı - pratik kılavuz’u hazırlayıp klinik pratikte kullanılmasını sağlamıştır (Kumar ve Samelson, 2006).

Hamileliğin ilk aylarında görülebilen mide bulantısı ve kusma sonrasında, annenin ağız hijyenine dikkat etmemesi ve oluşan asit ortam nedeniyle çürük ve erozyon riski artmaktadır. Diş etlerinde sorunu olan anne adayları ağız bakımına dikkat etmezlerse, artan österojen ve projesteron hormonuna bağlı olarak periodonsiyumda hipervaskülarisyon ve kollajen yapımında artış gerçekleşir. Buna bağlı olarak vasküler geçirgenlik artar ve gingival doku dış etkenlere (bakteri plağına) daha hassas hale gelir, böylece diş eti sorunları artar. Diş etleri kanayan ve/veya mide bulantısına sahip anne adayları dişlerini fırçalamaktan kaçınabilir. Bu durum, dişler üzerinde daha fazla bakteri birikmesine ve diş etlerinde şişliğe, kızarıklığa ve daha çok kanamaya neden olan gingivitis ve daha sonraları periodontitis oluşumunu orataya çıkarır. Bir biri arkasına gelişen bu süreç hem hamile

bireyleri hem de yeni doğacak olan çocuğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (AAPD, 2011).

Günümüzdeki birçok sistematik derleme çalışması periodontal hastalıkların hamilelik sürecine olan olumsuz etkilerini (erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi) net bir şekilde ortaya koymaktadır (Silk ve diğerleri, 2008; Hartnett ve diğerleri, 2016). Bunun nedeni olarak ciddi periodontal hastalığa sahip gebelerin diş eti sıvısı ve kan içeriğinde yüksek oranda prostoglandin bulunması olarak gösterilmektedir. Yüksek prostoglandin seviyesinin, istemsiz rahim kontraksiyonlarına neden olarak erken doğuma sebep olduğu düşünülmektedir (AAPD, 2011).

Çocuklarda çürüklere neden olan bakterilerin ana kaynağı olarak anneler gösterilmektedir. Ağız hijyeni iyi olmayan ve oral kavitedeki karyojenik bakteri (özellikle *S. mutans*) oranı yüksek olan anneler, çocuklarını doğumdan hemen sonra başlayarak karyojenik bakteriler ile enfekte edebilmektedirler. Erken dönemde karyojenik bakteriler ile enfekte olan çocuklarda çürük oluşum riski artırmakta ve ECC oluşumu erken yaşlarda gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, yaklaşık %70 oranında, çocuklarda çürüğe sebep olan bakteriler ile annelerinden alınan bakteri örneklerinin benzer olduğu bildirilmektedir (Hartnett ve diğerleri, 2016).

Önlenebilir bir hastalık olan diş çürüğünün, yüksek risk taşıyan annelerin erken dönemde belirlenmesi sayesinde engellenebilme şansı artmaktadır. Alınacak ilk önlemlerden biri, anneden bebeğe vertikal bakteriyel geçişin engellenmesidir. Bunun için hamilelik öncesinde, hamilelik sırasında ve doğumdan hemen sonra annelerle iletişim halinde olan annelerin ve/veya bebekler ile yakın temasta olan bakıcıların ağızlarındaki karyojenik bakteri oranlarının düşürülmesi hedeflenmektedir (Silk ve diğerleri, 2008). Bu aşamada gerekli ağız sağlığı eğitimi vererek yönlendirmeleri yapacak olan sağlık çalışanlarına, özellikle kadın doğum uzmanlarına önemli roller düşmektedir. Yapılan çalışmalar, hamile bireylerin gebelik sürecinde diş hekimlerine gitmelerinin, kadın doğum uzmanlarının yönlendirmeleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (May ve diğerleri, 2014).

Ayrıca hamilelik süresinde ve hatta mümkün olduğu sürece hamile kalmaya karar verildiği anda gerekli diş tedavilerinin tamamlanması ve oral hijyenin artırılması ile ileride oluşabilecek ECC'nin önüne geçilmesi veya oluşum zamanının ertelenmesi

amaçlanmaktadır. Ailelerin doğum öncesi ve sonrası ECC'nin etiyolojisi ve komplikasyonları, doğru ağız hijyeni, beslenme uygulamaları ve flor içeren koruyucu uygulamalar konusunda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Jackson ve diğerleri, 2015).

2.5 Küçük Çocuklarda Ağız Diş Sağlığı

Kronik hastalıklar içerisinde diş çürüğü, astımdan beş kat, bahar nezlesinden yedi kat fazla görülme sıklığı ile çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır (Brickhouse, 2008). Kreşe başlayan çocukların %40'ından daha fazlasında çürük olduğu belirtilmiştir (AAPD, 2014).

ECC ve Ş-ECC, diş çürüğünün süt dişlenme döneminde kısa süre içinde geniş kapsamlı yıkımına neden olan, diş çürüğünün özel agresif formu olarak görülmektedir. Genel popülasyonu etkilemesine rağmen sosyoekonomik seviyesi ve annelerinin eğitim seviyesi düşük olan, sık sık şekerli gıda tüketen çocukları 32 kat daha fazla etkilemektedir (AAPD, 2014). Bu hastalık başlıca; çocuğun fiziksel gelişimini etkiler, maloklüzyona sebep olur ve sık sık ağrıya sebep olarak yaşam kalitesinde olumsuzluklara yol açar. Yapılan çalışmalar 5-9 yaş arası çocukların hastaneye yatma nedenlerinden birinin diş çürüğü olduğunu belirtmektedir (PHE, 2014a; Drummond et al., 2013).

Bebeklerin karyojenik bakteriler ile karşılaşması doğum sonrası gerçekleşmeye başlar, fakat asıl problem bu karyojenik bakterilerin (özellikle *S. mutans*ların) tutunabileceği alanlar olan diş yüzeylerinin ağız içinde belirmeye başlamasıyla ortaya çıkar. AAPD, her çocuğun ilk süt dişi ağızda belirmesiyle diş hekimine götürülmesini tavsiye etmektedir. Bu sayede yaşam boyu etkili olabilecek gerekli koruyucu bilgiler hakkında aile bilgilendirilecek, bakterilerin kolonize olma şansı azaltılabilecek ve zararlı alışkanlıklar olumlu yönde yönlendirilip şekillendirilebilecektir (AAPD, 2014).

Ağız temizliği en etkili korunma yöntemlerinin başında gelmektedir. Çocuklarda bu yöntem sıkı bir şekilde ebeveynlerin davranışlarına bağlıdır. Davranışların, alışkanlıkların değiştirilmesi kolay değildir. Yüksek risk gösteren topluluklara ulaşmak için yenilikçi metotların planlanması ve geliştirilmesi, ECC eğitimi için aile odaklı toplumu hedef alan programların oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak, toplumu hedef alan eğitim

programları ve uygulamaları ile ağız sağlığı konusunda toplumsal bilinçlenme artırılarak, doğru tutum ve davranışlar oluşturulabilmektedir (Arrow ve diğerleri, 2013).

Gerek sosyoekonomik durum gerekse kültür ve eğitim seviyesi nedeniyle birçok çocuk dünya genelinde diş hekimleri ile erken yaşta tanışmamaktadır (Chou ve diğerleri, 2014). Doğru zamanda yapılan çürük risk tayini ve ona uygun koruyucu uygulama bilgilendirmesi, beslenme hakkında aileye verilecek bilgiler, uygun oral hijyen eğitimi ve floridler hakkında bilgilendirme çocuk ağız sağlığını etkileyecek başlıca faktörlerdir (Kumar ve Samelson, 2006). Bu bağlamda diş hekimlerinden önce sık sık ve düzenli şekilde aile ve çocuk ile temasta olan çocuk doktorlarına da ciddi roller düşmektedir. Bir çok ülkede çeşitli sağlık ve sosyal çalışanların katılımıyla gerçekleştirilen anne-bebek ağız sağlığı programları, toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla uygulanmakta ve başarılı sonuçlar elde edilmektedir (Twetman, 2008; Rogers, 2011).

2.6 Anne-Bebek Ağız Diş Sağlığı Programları

Anne-bebek ağız diş sağlığı programlarında diş hekimleri, çocuk doktorları, kadın doğum uzmanları, hemşireler ve bazı ülkelerde sağlık gezgincileri diye adlandırılan sağlık çalışanları ile birlikte çalışmaktadır. Daha önce bahsedildiği gibi genel sağlık ile ağız diş sağlığı önemi hakkında geliştirilmiş toplum sağlığı programlarının, doğum öncesi ebeveynlik eğitimiyle başlayıp doğum sonrası devam etmesi ile çocukların ömür boyu sağlıklı oral hijyen alışkanlıkları kazanmasına yardımcı olmak temel hedeflerden biridir (Arrow ve diğerleri, 2013).

Doğru tutum ve davranışlara sahip, iyi ağız ve diş sağlığına sahip bir toplum oluşturma yolunda; servislere ulaşım, ekonomik nedenler, eğitim ve bilgi eksikliği, önceliklerin farklı olması, yetersiz diş hekimi sayısı gibi nedenlerden dolayı diş muayeneleri ve tedavileri eksik kalmaktadır. Tedavileri eksik ya da sınırlı kalan tüm çocuklar ve hatta erişkinler için toplum sağlığı ve ayrılmaz bir bütün olan toplum ağız diş sağlığı yaklaşımı önem kazanmaktadır. Bu belirtilen eksikliklerden dolayı koruyucu toplum sağlığı uygulamalarında, toplumun tüm katmanlarına daha çabuk ve etkili bir biçimde ulaşmak için diş hekimi olmayan sağlık personelinin (çocuk doktorları, kadın

doğum uzmanları, hemşireler, aile hekimleri, sağlık gezgincileri) diş hekimlerine ek olarak kullanılması ihtiyacı doğmaktadır (Hallas ve diğerleri, 2015).

Çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarının diş hekimleri ile birlikte çalıştıkları toplumu hedef alan programlar ile annelerin eğitilmesi ile farkındalığın artırılması sayesinde sağlık servislerine ihtiyacın azaltılması hedeflenmektedir. Bu tür programlar ile ECC'nin önlenmesi için geniş çaplı ebeveynlere (özellikle yüksek risk grubundaki) ulaşmak, risk faktörleri konusunda uyarmak, erken teşhis ve doğru yönlendirme yaparak koruyucu uygulamaların erken dönemde ve doğru zamanda gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (PHE, 2014a).

Kuzey Kıbrıs'ta diş hekimlerinden önce özellikle çocuk doktorları, bebekler ve küçük çocukların sağlık sisteminde karşılaştığı ilk kişilerdir. Anne olmayı hedefleyen bireyler ve hamilelik sürecindeki bireyler ile de kadın doğum uzmanları sürekli temas halindedir. Ancak bahsedilen iki grubun (küçük çocuklar ve hamiler bireyler) genellikle diş hekimlerine ulaşması sadece diş problemi olduğunda gerçekleşmektedir.

Günümüz koşullarında stratejik olarak önemli bir konumda bulunan profesyonel sağlık personeline ECC'nin önlenmesi için toplumsal bilincin oluşması ve davranışların doğru şekillenebilmesi konusunda ciddi görevler düşmektedir. Ağız ve diş sağlığının genel sağlığın bir parçası olarak kabul edilmesi gerekliliği, bu konu hakkında diş hekimi olmayan sağlık personelinin süreklilik içeren eğitim programlarına tabii tutulması gerektiği belirtilmektedir (Rogers, 2011). Böylece ECC'den korunma programları genel sağlık iyileştirici programlara entegre edilerek, ebeveynlerin eğitilmesi, çocukların ağız sağlıklarının iyileştirilmesi ve ECC'nin toplum sağlığı üzerindeki geniş kapsamlı olumsuz etkilerinin azaltılması hedefine daha hızlı ulaşılabilecektir (PHE, 2014a).

2.7 Çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarının resmi olarak anne-bebek ağız-diş sağlığı programlarına dahil edilmesi

Amerika'da 2000 yılında yayınlanan '*Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*' adlı resmi raporda, ağız diş sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu, diş hekimlerine ek olarak çocuk doktorlarının ve kadın uzmanlarının başta olmak kaydı ile diğer profesyonel sağlık çalışanlarının da katılımıyla ağız diş sağlığı

iyileştirme ve geliştirme programlarının daha geniş toplumsal kitleye ulaşılacağı bildirilmiştir. Diş hekimleri ile mutlaka işbirliği içinde olunmasının ve diğer sağlık çalışanlarının günlük pratiklerine ağız-diş sağlığını dahil edip daha fazla aktif görev almaları için bu konuda daha fazla eğitilmeleri ve motive edilmeleri gerektiği belirtilmiştir. Bu sayede geniş toplumsal kitleye (sosyoekonomik seviye, yoksunluk gözetmeksizin) ulaşılacağı ve verilen ağız-diş sağlığı bilgilerinin süreklilik içerisinde ve doğru bir şekilde toplum arasında sirküle olabileceği bildirilmiştir (US Department of Health and Human Services, 2000).

AAP (2003) ise yayınladığı politik bildiride 2000 yılında yayınlanan raporu destekleyerek, çocuk doktorlarının 6 aylık bebeklerden başlayarak çürük risk tayini yapabilecek kadar bilgili olmaları gerektiğini ve bunun uzmanlık eğitimini tamamlamak için bir zorunluluk olduğunu yayınlamışlardır. Böylece bir yasa tasarısı şeklinde geliştirilen program ile her uzman çocuk hekiminin Amerika’da mezun olabilmek için ağız sağlığı risk değerlendirmesini 6 aylık çocuklardan başlayarak yeterli düzeyde yapabilmesi gerekmektedir.

AAP (2008) ve PHE (2015), iki ayrı rapor olarak yayınladıkları bildirilerinde 2000 yılında Amerika’da yayınlanan bildiriye yine destekleyerek kuvvetlendirmişlerdir. Yayınladıkları raporlarında, 0-5 yaş çocukların ağız diş sağlıklarının iyileştirilmesinde diş hekimlerine ek olarak sağlık çalışanlarının (özellikle çocuk doktorları, kadın doğum uzmanları ve sağlık gezgincileri) ağız diş sağlığı hakkında eğitilmelerinin sürekliliğini ve günlük pratiklerinde ağız diş sağlığına genel sağlığın içinde yer vermeleri gerektiği sonucunu bildirmişlerdir.

Bu sayede ECC’ye sebep olan risk faktörlerinin erken ve doğru dönemde teşhis edilip, gerekli yönlendirmeler, koruyucu uygulamalar ve farkındalık yaratılması, bu sayede diş çürüklerinin erken yaşlarda oluşmasının engellenmesi ve çocukların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmemesi hedeflenmektedir. Amerika’nın öncülüğünü yaptığı, çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığında aktif görev almalarının gerekliliğinin resmileşmesi sonucunda pek çok ülkede bu konuda olumlu adımlar atılmıştır.

2.8 Anne-bebek ağız diş sağlığı programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi

PHE (2015), değerlendirmesini yaptığı iki sistematik derleme çalışma sonrasında (Sprod ve diğerleri, 1996 ve Rogers, 2011), diş hekimleri dışındaki sağlık çalışanlarının (kadın doğum uzmanları, çocuk doktorları ve sağlık gezgincileri) ağız sağlığı hakkında eğitim almalarını ‘önerilen girişimler’ arasında sınıflandırmaktadır. ‘Önerilen girişimler’de yer verilmesinde değerlendirilen kriterler: (1) Güçlü, yeterli kanıtlara dayalı araştırmalar içermesi, (2) eşitsizlikleri ortadan kaldırmada etkili olması, (3) maliyet olarak uygun olması ve (4) uygulanabilirliğinin kolay ve uygun olması şeklindedir.

Bir diğer sistematik derleme çalışması sonucunda ise çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız sağlığı hakkında eğitilmelerinin, erken dönemdeki ağız muayenesi, risk faktörlerinin değerlendirilip çürük risk tayini yapılabilmesi, koruyucu uygulamalar konusunda ailenin bilinçlendirilmesi ve diş hekimlerine yönlendirmede etkili olduğu raporlanmıştır. Bu şekilde toplum içindeki varolan eşitsizliklerin azaltılabileceğini ve toplum ağız diş sağlığının iyileştirilebileceği belirtilmektedir (Douglass ve diğerleri, 2009).

Bazian Ltd., (2014), yayınladığı sistematik derleme raporunda; diş hekimlerine ek olarak diğer profesyonel sağlık personellerinin katılımı ile düşük gelirli ailelere verilen ağız sağlığını iyileştirme ve eğitim programlarının 3 yaşındaki çocuklarda diş çürüklerinde azalmaya ve aile tarafından gerçekleştirilen fırçalama aktivitesine olumlu katkılar sağladığını belirtmiştir. Raporda motivasyon görüşmeleri ile diş hekimlerine gitme sıklığının artırıldığı bildirilmiştir (Bazian ltd., 2014).

‘Scottish Intercollegiate Guidelines Network- SIGN’ (2014), uzman sağlık çalışanlarının çocuklarda çürük risk tayinini genel sağlık içinde değerlendirip ilk yıl içinde mutlaka gerçekleştirmeleri gerektiğini, ailesinin sosyoekonomik seviyesi düşük olan çocukların ise belirlenip toplumsal koruyucu yaklaşımın yanında daha detaylı koruyucu ağız-diş sağlığı programlarına dahil edilmesi gerekliliğini raporlamıştır. Ayrıca bu eğitimden geçen sağlık çalışanlarının, eğitim almayanlara oranla istatistiksel olarak daha sürekli ve doğru risk tayini yaptıkları belirtilmiştir (SIGN, 2014).

Profesyonel sağlık çalışanları tarafından verilen ağız sağlığı eğitiminin değerlendirildiği üç tane randomize kontrollü çalışma bir sistematik derlemede

incelenmiştir. Birinci çalışmada, Brezilya’da düşük sosyoekonomik düzeye sahip annelere emzirme ve beslenme hakkında kadın doğum uzmanları tarafından bilgiler verilmiştir. İkinci çalışmada İngiltere’nin Leeds şehrinde yine düşük sosyoekonomik seviyedeki annelere diş hekimi olmayan sağlık çalışanları (sağlık gezgincileri) tarafından ağız sağlığı eğitimi verilmiştir; Üçüncü çalışmada ise yüksek çürük risk grubunda olarak değerlendirilen çocukların ailelerine ‘motive edici görüşmeler’ adı altında çocuk doktorları tarafından eğitimler verilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda çürük oranında anlamlı derecede düşüş izlendiği ve aile bireylerinin davranışlarının (oral hijyen alışkanlıklarının ve diş hekimine gitme sıklığının) olumlu yönde değiştiği belirtilmiştir (Twetman, 2008).

Anne-bebek ağız sağlığı programları çerçevesinde, çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının başı çektiği sağlık çalışanlarının katılımıyla olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Fakat bu programların başarılı sonuçlar verebilmesi için adı geçen sağlık çalışanlarının yeterli bilgi, beceri, donanım, tutum ve kendilerine güven hissetmeleri gerekliliği kaçınılmaz bir gerçektir (Rogers, 2011).

Toplum sağlığı çalışanlarının uygulanacak programlara başlamadan önce en temel başlangıç noktası, var olan durumun tespit edilip, toplumun sosyo-kültürel yaşam tarzına göre en uygun geliştirici/iyileştirici programın uygulanmasıdır. Bu amaçla bir çok ülkede ilk önce durum tespiti olarak adlandırılan ‘epidemiolojik çalışmalar’ gerçekleştirilip diş hekimi olmayan sağlık personeli, başta çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi, tutum, pratik davranışları ve aktif rol almalarındaki ilgili engeller değerlendirilmiştir.

2.9 Araştırma konusu ile ilgili yapılan çalışmalar

Amerika’da 2000 yılında gerçekleştirilen ulusal anket çalışması sonucunda, (1) çocuk doktorlarının lisans, yüksek lisans ve meslekiçi süregelen eğitimleri süresince yeterli ağız sağlığı eğitimi almadıkları, (2) gerekli güncel kılavuz’a ihtiyaç duydukları, (3) ağız sağlığında yeterli derecede aktif görev almadıkları, (4) ağız sağlığı ile alakalı olarak yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları dolayısıyla kendilerine güvenmedikleri ve (5) diş hekimleri ile yeteri kadar iletişim içinde olmadıkları belirtilmiştir. Bu çalışma 2000 yılında yayınlanan ‘*Oral Health in America: A Report of the Surgeon General* raporundan sonra gerçekleştirilmiştir. Rapor daha önce belirtildiği gibi diş hekimlerine ek olarak diğer profesyonel sağlık çalışanlarının (özellikle çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanı) ağız

sağlığı iyileştirme programlarına dahil edilmesi gerekliliğinin ve öneminin belirtilmesi sonrası Amerika’da gerçekleştirilen ilk ulusal çalışmadır (Lewis ve diğerleri, 2000). Bu alanda daha sonra gerçekleştirilecek bir çok çalışmaya ışık tutan bir çalışmadır.

AAP tarafından 2003 yılında resmileşen ‘diş hekimliği dışındaki sağlık çalışanlarının ağız sağlığı programlarına dahil edilmesi’ ve 2009 yılında yayınlanan yine AAP tarafından yasalaştırılması ile desteklenmesinin ardından, Lewis ve diğerleri, (2009) tarafından bir ulusal çalışma daha gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı daha çok çocuk doktorlarının günlük pratik yaşamlarında neden ağız sağlığının iyileştirilmesinde aktif rol almadıklarının sorgulanması ve bunu engelleyen faktörlerin irdelenmesidir. Çalışmanın sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, çocuk doktorlarının küçük çocukların ağız sağlığının iyileştirmesinde ve korunmasında önemli rol oynadıklarını ve daha fazla aktif görev almaları gerektiğinin belirtildiği rapor edilmiştir. Engel olan bariyerlerin ise; aldıkları ağız diş sağlığı eğitiminin yetersiz olması dolayısı ile risk tayini yapacak yeterli bilgi, donanım ve güvene sahip olmadıkları ile birlikte ailelerle ve çocukla olan kontakt sürelerinin kısıtlı olması yönündedir. Bunlara ek olarak çalışmaya katılan çocuk doktorları; ailelerin çocuklarını 3 yaşından önce diş hekimine götürmenin gereksiz olduğunu düşünceleri, yetersiz çocuk diş hekimi sayısı ve finansal engellerin ağız sağlığının iyileştirilmesinde engeller yarattığını düşündüklerini ve tecrübe edindiklerini belirtmişlerdir.

Prakash ve diğerleri, (2006) tarafından Kanada’da çocuk doktoru ve aile hekimleri ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda, %1.8 çocuk doktorunun ve %0.7 aile hekiminin tüm ağız sağlığı ile ilgili olan bilgi sorulara doğru cevap verdiğini ve bu alandaki eksikliklerin giderilmesi gerekliliği belirtilmiştir. Bu çalışmada, umut verici bir sonuç olarak ise %80’inden daha fazla çocuk doktorunun ağız diş sağlığında ‘çok önemli rol’ oynadıklarını söylemeleri olduğu raporlanmıştır.

İtalya’da çocuk doktorlarının katılımıyla gerçekleşen bir diğer çalışma sonucunda ise çocuk hekimlerinin ağız diş sağlığı hakkındaki genel bilinmesi gereken konular hakkındaki bilgilerinde eksikler olduğunu, buna rağmen büyük çoğunluğunun ağız hastalıklarının önlenmesinde önemli rol oynadıklarını düşündüklerini ve risk tayinini doğru şekilde gerçekleştirebilmelerinin çocukların ilerdeki ağız diş sağlığında büyük önem arz ettiğini belirttikleri bildirilmiştir (Giusseppe ve diğerleri, 2006).

İngiltere’de pediatri dalında yüksek lisans yapan öğrencilerin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda, %96 oranındaki yüksek lisans öğrencisi aldıkları ağız sağlığı eğitiminin yetersiz olduğunu düşünmekte, %95’i ise hiç ağız sağlığı eğitimi almadığını belirtmişler. %74’ünün çocukların ağız sağlığında önemli rollerinin olduğunu farkında olduklarını, fakat büyük bir çoğunluğunun bireysel bilgi ve becerilerinin bu alanda yeterli olmadığını düşündükleri belirtilmiştir. Neredeyse hiçbiri (%95) İngiltere’nin en iyi güncel pratik ağız diş sağlığı kılavuzu olan ‘Delivering Better Oral Health’den haberdar olmadıklarını belirtmiştir (Kalkani ve Ashley, 2013).

Hindistan’da yine çocuk doktorları ile yapılan bir çalışma sonucunda ise tecrübeli çocuk doktorlarının ağız diş sağlığı bilgileri daha yüksek seviyede bulunmasına rağmen genel olarak yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları kanısına varılmıştır. Ayrıca ilgi çeken bir diğer sonuç ise, büyük bir çoğunluğunun çocukların ilk diş hekimine gitme yaşının 3 olması gerektiğini bildirmeleri olmuştur. Diş hekimleri ile daha fazla işbirliği yapılmasına sıcak bakmaları çalışmanın önemli bulgularından bir diğeridir (Indira ve diğerleri, 2015).

Nijerya’da çocuk doktorları ile yapılan bir başka çalışma sonucunda ise büyük çoğunluktaki çocuk doktorlarının ağız diş sağlığının genel sağlık iyileştirmesine entegre edilmesi gerektiği kanısında birleştiği, aldıkları ağız sağlığı eğitiminin yetersiz olduğunu ve süreklilik içermediğini, özellikle tıp eğitimi ve yüksek lisans müfredatlarında kesinlikle çocuk ağız diş sağlığına ve koruyucu yöntemlerine gereken önemin verilmesi gerektiğini belirttikleri rapor edilmiştir (Eke ve diğerleri, 2015).

Brezilya’da 2012 yılında çocuk doktorları ile gerçekleştirilen çalışmada çocuk doktorlarının ağız sağlığı ile ilgili konularda şüphe duydukları ve %70’nin kendi bilgisine güvenmediği, eğitimlerinin yetersiz olduğu, eğitim programları oluşturulması gerekliliğini bildirdikleri belirtilmiştir. Çalışmada bu sayede geniş toplumsal kitleye ulaşılarak doğru, düzgün ve sürekli şekilde bilgi aktarımının gerçekleşebileceği ve ülkelerindeki toplum arasındaki eşitsizliğin önüne geçilebileceği belirtilmektedir (Balaban ve diğerleri, 2012).

Bottenberg ve diğerleri, (2008), Belçika’da gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda, çocuk doktorlarının çocuk ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin sınırlı olduğunu, tıp ve uzmanlık eğitimde ağız sağlığına daha fazla önem verilmesi gerekliliğini ve diş

hekimleri ile çocuk doktorlarının daha sık işbirliğinde olmaları gerektiğini raporlamışlardır.

Amerika’da çocuk doktorlarının ağız diş sağlığı eğitiminin ve risk tayini yapabilme kapasitelerinin değerlendirildiği çalışma sonucunda; çocuk doktorlarının uzmanlık döneminde ve süregelen meslek eğitimlerinde yetersiz ağız diş sağlığı eğitimi aldıklarını (%75’i 3 saatten daha az eğitim aldıklarını belirtmiştir), gerekli günlük ağız sağlığı iyileştirme görevlerinde aktif rol almaları için yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıklarını belirttikleri bildirilmiştir. Doğru yönlendirme, ağız taraması, koruyucu uygulamalar hakkında yönlendirici olmaları ve risk tayininde başarılı olabilmeleri için daha fazla eğitim almaları gerektiği bildirilmiştir (Caspary ve diğerleri, 2008).

Türkiye’de çocuk doktorları ile gerçekleştirilen bir anket çalışması sonucunda %0.4 oranında tüm ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi sorulara doğru yanıt verilmiştir. Güncel pratikteki engelin bilgi eksikliği olduğu, diş hekimleri ile daha fazla işbirliği içinde olunması gerekliliği ve ağız diş sağlığı eğitiminin lisans, yüksek lisans ve meslek eğitimi içinde çürük etiyojisi, risk tayini, koruyucu önlemler ve doğru yönlendirme teknikleri şeklinde bulunması gerektiği sonucuna varılmıştır (Sezer ve diğerleri, 2013).

Avustralya’da gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda, kadın doğum uzmanlarının hamilelik süresince kötü ağız sağlığının hem hamile bireylere hem de doğacak olan çocuğa olumsuz etkilerinin önemini farkında olduklarını (%99), fakat hamile bireyler ile bu konuyu tartışacak kadar bilgi ve birikimlerine güvenmedikleri belirtilmiştir. Çalışmada gerekli eğitim isteği ile doğum öncesi anne adayları ile sık sık karşılaşan bu grubun ağız sağlığının iyileştirilmesinde doğru bilgi aktarımı ve yönlendirme yaparak aktif olarak rol almak istemeleri vurgulanarak, günlük pratikte kullanılabilecekleri kılavuz eksikliğine değinilmiştir. Ayrıca hamile bireylerin ağız diş sağlığı servislerini kullanmama nedenlerinden biri olarak da ağız sağlığı hizmetinin yüksek maliyeti raporlanmıştır (George ve diğerleri, 2016).

Kadın doğum uzmanlarının katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer çalışma sonucunda; kadın doğum uzmanlarının doğum öncesi periodontal sağlık ile doğum arasındaki ilişki hakkında bilgi düzeylerinin iyi olduğu fakat annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını etkileyebileceği (ECC oluşum riskini artırdığı) hakkındaki

bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak ise kadın doğum uzmanlarının ilgili kılavuzlar hakkında farkındalıklarının yetersiz olması ve aldıkları ağız sağlığı eğitiminin (lisans, yüksek lisans, meslekiçi eğitim) yeterli düzeyde olmaması gösterilmiştir (Suri ve diğerleri, 2017).

İran’da 2013 yılında yapılan bir çalışma sonucunda, kadın doğum uzmanlarının periodontal hastalıklar ve bunların doğum sürecine olumsuz etkileri arasındaki ilişki konusunda bilgi düzeylerinin iyi seviyede olmasına rağmen, günlük pratik uygulamaya yönelik motivasyonlarının artırılmasının faydalı olacağı konusunda görüş bildirilmiştir. Ayrıca düzenli eğitimler kadın doğum uzmanları tarafından arzu edilmekte ve güncel eğitim yaklaşımları ile hamilelikte ağız sağlığına bakış açısı ve tutumlarının geliştirilebileceği raporlanmıştır (Golkari ve diğerleri, 2013).

Kadın doğum uzmanlarını içeren bir diğer çalışmada ise hamilelikte ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi ve hekim tutumları değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan grubun bilgi ve tutumlarının yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmasına rağmen, pratikte uygulamalarının eksik olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda sadece bilgi ve tutumun yeterli olmadığı bunun pratiğe mutlaka efektif şekilde aktarılması gerektiği bildirilmiştir. Multidisipliner yaklaşımın önemine dikkat çekilerek, meslekiçi düzenli eğitimlerin güncel yaklaşımların hatırlatılmasında, bilgilerin tazelenmesinde ve motivasyonu artırmasındaki önemine değinilmiştir (Rajesh ve diğerleri, 2017).

Kadın doğum uzmanlarının katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer anket çalışmasında ağız sağlığı hakkındaki bilgi düzeyinin yeterli olduğu (özellikle periodontal hastalıklar ile hamilelik sürecinin ilişkisi hakkında) ancak hamilelik süresince uygulanabilecek dental tedavi seçenekleri hakkındaki gerekli güncel literatür bilgisinde istikrar olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle gebelik süresince uygulanabilecek tedaviler kısmında çelişkili cevaplar elde edilmiştir (Hashim ve Akbar, 2014).

Suudi Arabistan’da kadın doğum uzmanları ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda; hekim grubunun ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve davranışlarının yeterli olmadığı rapor edilmiştir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanları, hamilelerde oral hijyen, koruyucu uygulamalar ve uygulanabilecek tedaviler

gibi konularda daha fazla eğitim almalarının yararlı olacağı belirtilmiştir (Baseer ve diğerleri, 2014).

Yunanistan’da gerçekleştirilen bir diğer çalışma sonucunda, kadın doğum uzmanlarının eğitim eksiklikleri ve gebe bireyleri yönlendirme konusundaki engeller bildirilmiştir. Engellerin başında, yeterli eğitim almadıkları, bu nedenle efektif yönlendirme yapamadıkları rapor edilmiştir. (Konstantinos ve diğerleri, 2007).

Kadın doğum uzmanları ile yapılan diğer bir çalışma sonucunda ise hamilelik süresince sık görülen kusma ve mide bulantısının rutin günlük pratikte kadın doğum uzmanları tarafından atlandığı (özellikle ağız sağlığına olan etkileri), ayrıca konuyla alakalı beslenme ve ağız hijyeni eğitiminin doğru şekilde verilmediği sonucuna varılmıştır. Bu durumun gebelerin ağız sağlığını ve genel sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği gibi yeni doğacak bebeği de olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle doğum öncesi anne adayı ile sık temasta olan kadın doğum uzmanlarının oral hijyen ve beslenme konusunda eğitilmeleri ile gebe bireylere sağlayacakları rehberlikle oluşabilecek negatif etkilerin minimuma indirgenebileceği bildirilmiştir (Enabulele ve Ibhawoh, 2014).

Sağlık sektöründe ‘sağlık gezgincileri (health visitors)’ adı verilen ve İngiltere (yaklaşık 9,000 kişi civarı), Danimarka, İsveç, Norveç, Amerika, Kanada ve İrlanda gibi ülkeler başta olmak üzere çeşitli ülkelerde farklı isimler altında görev alan profesyonel sağlık çalışanları mevcuttur (Rogers, 2011).

Bu gruplar devletin toplum sağlığı sistemi altında görevlerini sürdürmektedir. Genel olarak hemşireler lisans eğitimlerinin üstüne 2 sene ekstra uzmanlık eğitimi alarak bu ünvana sahip olurlar. Görevleri, atandıkları bölgelerdeki her hamile bireye ve yeni doğan çocuğa ulaşp hamilelik sırasında ve çocuk doğduktan sonra çeşitli aralıklarla aileyi, ailenin evinde ziyaret ederek her türlü sağlık konusunda ücretsiz danışmanlık ve destek vermektedir (Rogers, 2011).

Danışmanlık ve destek verme sorumlulukları, çocuğun emzirilmesinden annenin ve çocuğun beslenmesine, doğum sonrası psikolojisinden, çocuğun fiziksel gelişiminin takibine, koruyucu uygulamalardan tedavileri için yönlendirmeye kadar her türlü sağlık ile ilgili (ağız diş sağlığı dahil) sorunları kapsamaktadır. İngiltere’de bu grubun amacı ‘Healthy Child Programme- pregnancy and first five years in life’ (Sağlıklı Çocuk

Programı- hemilelik ve yaşamın ilk beş yılı) olarak adlandırılan Public Health England’ın (İngiltere’nin Toplum Sağlığı Departmanı) uyguladığı program çerçevesinde görev almak ve ‘Giving every child the best start in life (hayatın başlangıcında her çocuğa en iyiyi vermek)’ olan devlet politikasını yerine getirmektir. Bu sayede toplum içerisindeki eşitsizliklerin önüne geçilmesi ve her bireyin, sosyoekonomik seviye, eğitim seviyesi, yoksunluk, dil, din, ırk ayrımı gözetmeksizin mümkün olan en eşit şartlarda hayatına başlayıp sürdürebilmesi amaçlanmaktadır (PHE, 2015).

Gebe bireylere gebeliğin 28. haftasında, bebek doğduktan sonra ise 10-14’üncü gün, 6-8 haftalık, 9-10 aylık ve 2-2.5 yaşlarında olmak kaydıyla ziyaretler gerçekleştirilmektedirler. Son ziyaret çocuk 4-4.5 yaşına geldiğinde gerçekleşir ve okullarda bulunan sağlık sistemine (School Nursing Service- Okul Hemşirelik Sevisi) çocuğun 0-5 yaş aralığındaki sağlık ve aile raporu ile devredilir (PHE, 2015).

Aileler ve çocuklar ile çok erken dönemde ve sık temasta olan bu grubun genel sağlığın yanında hem hamile bireylerin hem de küçük çocukların ağız sağlığında etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu bağlamda günlük pratiklerinde ağız diş sağlığına da yer vermeleri gerekliliği yasalaştırılmıştır. Gerek doğru bilgilendirme ve yönlendirme yapması gerekse çürük risk tayini yapıp koruyucu uygulamalar hakkında bilgilendirmesi ve öneriler sunması, gelecekte çocuğun ağız diş sağlığı açısından önemli rol oynamaktadır. Ancak günümüze kadar bu profesyonel sağlık grubunun ağız diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi, tutum ve günlük mesleki davranışları değerlendirilmemiştir (PHE, 2015).

İngiltere genelinde ilk kez bağlı oldukları Institute of Health Visiting ile işbirliği içinde gerçekleştirilen anket çalışmasında, bu profesyonel sağlık grubunun ağız diş sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir (Oge ve diğerleri, 2018). Çalışmada tutum ve davranış olarak gerekli özeni gösterdikleri belirlenen sağlık gezgincileri, aldıkları ağız diş sağlığı eğitiminin yetersiz olmasına bağlı olarak bilgi düzeylerinde eksiklikler bildirilmiştir. Buna ek olarak günlük pratiklerinde kullanabilecekleri ve ailelere verebilecekleri özel olarak hazırlanan ağız-diş sağlığı kılavuzlarından büyük çoğunluğunun haberdar olmadığı şaşırtıcı bir diğer sonuçlardan biridir. Oge ve diğerleri (2018), erken dönemde aileler ve çocuklar üzerinde olumlu etkiler

yaratabilecek bu profesyonel sağlık grubunun, ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitilmesi, meslek içi eğitimlerine ağız-diş sağlığının eklenmesi ve hazırlanan kılavuzlar hakkında farkındalıklarının ve günlük pratiklerine dahil etmelerinin artırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Kantitatif araştırmalar çeşitli şekillerde gerçekleştirilebilir; bunlara randomize kontrollü çalışmalar, kohort çalışmaları ve anketler dahildir (Radhakrishna, 2007).

Bizim çalışmamızda Kuzey Kıbrıs'ta hamile ve küçük çocuklar ile ilgilenen sağlık çalışanlarının (çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanları) ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmış ve çalışma bire bir, yüz yüze doldurulan anket çalışması şeklinde tasarlanmıştır.

Çalışmanın, anket şeklinde tasarlanmasının başlıca nedeni; katılımcıların belli bir konuda belirleyici davranışlarının, tutumlarının ve bilgilerinin değerlendirildiği araştırmalarda anket çalışmalarının başarılı sonuçlar vermesidir. Ayrıca, anket çalışmaları belirleyici faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirme imkanı sunmaktadır (Radhakrishna, 2007). Bu yüzden çalışmamızdaki amaca en uygun olduğundan çalışma şekli olarak anket çalışması tercih edilmiştir.

Çalışmamız Yakın Doğu Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurul'u tarafından incelenmiş ve 20.04.2017 tarihinde, YDU/2017/46-388 proje numarası ile etik olarak uygunluğu kabul edilmiştir (Ek 1).

Çalışma basamakları sırası ile aşağıdaki gibi planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

- I. Araştırmada kullanılacak anket formlarının hazırlanması
- II. Çalışmaya katılacak olan uzman hekimlerin seçilmesi ve anketlerin doldurulması
- III. İstatistiksel ölçümlerin gerçekleştirilmesi

3.1 Araştırmada kullanılacak anket formlarının hazırlanması

Çalışmada çocuk doktorlarında ve kadın doğum uzmanlarında kullanılmak üzere iki farklı anket formu hazırlanmıştır. Anketlerin içeriğindeki sorular daha önce kullanılmış ve geçerliliği kabul edilmiş çalışmalardan seçilmiş veya modifiye edilmiştir. Çocuk doktorları için hazırlanan anket formunda; Lewis ve diğerleri, 2000; Lewis ve diğerleri, 2009; Balaban ve diğerleri, 2012; Sezer ve diğerleri, 2013 ve Kalkani ve Ashley, 2013; temel alınan kaynakları oluşturmaktadır. Kadın doğum uzmanları için hazırlanan anket

formunda kullanılan kaynaklar ise, Baseer ve diğerleri, 2014, ; Hashim ve Akbar, 2014; Suri ve diğerleri, 2014; George ve diğerleri, 2016 ve Rajesh ve diğerleri, 2017 şeklindedir.

Hazırlanan anket formları daha sonra 3 çocuk doktoru ve 3 kadın doğum uzmanının katıldığı pilot çalışmada uygunluğu, doldurulmaları için geçen süre ve soruların anlaşılabilirliği açısından değerlendirilmiştir. Anket formları elde edilen geri bildirimler göz önünde bulundurularak gerekli düzenlemeler gerçekleştirildikten sonra dağıtımına hazır hale getirilmiştir. Çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanları için ayrı ayrı hazırlanan anket formlarının açıklaması tablo 3.1. ve 3.2.'de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. Çocuk doktorları için hazırlanan anket formunun içeriği

<u>Anket Bölümleri</u>	
1. Katılımcı özellikleri	Cinsiyet, tecrübe süresi, çalışma ortamı, bir iş gününde görülen hasta sayısı, ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitim geçmişi
2. Ağız-diş sağlığı bilgisi	Florun topikal etkisi ve 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilirliği, geceleri biberon kullanımı, uzun süren emzirme, anneden çocuğa bakteri transferi, dişlerin fırçalanmasına başlama zamanı, annenin ağız sağlığının çocuğunkine etkisi, çocukların ilk diş hekimi kontrolü, fissür örtücüler ile ilgili farkındalık
3. Çocuk doktorlarının tutumu	Süt dişlerinin önemi ve genel sağlığa etkisi, rutin günlük hasta bilgilendirmesinde ağız sağlığına yer verilmesi, ağız sağlığının iyileştirilmesindeki rolleri
4. Ağız diş sağlığı hakkında çocuk doktorlarının kendilerine olan güvenleri	Ağız-diş sağlığı bilgilerine güvenleri, oral patolojileri teşhis, çocuk ağız-diş sağlığı ile ilgili daha ileri eğitim talepleri
5. Ağız-diş sağlığını iyileştirmedeki güncel klinik davranışları	Ağız sağlığı muayenesi, ECC hakkında bilgilendirme, diş hekimi kontrolünü önerme ve yönlendirme
6. Destekleyici kılavuz (rehber, kılavuz) farkındalığı	Kullanılabilecek güncel ağız diş sağlığı ile alakalı kılavuz farkındalığı, Türkçe bir kılavuza ihtiyaç

Tablo 3.2. Kadın doğum uzmanları için hazırlanan anket formunun içeriği

<u>Anket Bölümleri</u>	
1. Katılımcı özellikleri	Cinsiyet, tecrübe süresi, çalışma ortamı, bir iş gününde görülen hasta sayısı, ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitim geçmişi
2. Ağız-diş sağlığı bilgisi	Florun topikal etkisi, gebelik ile dental problem ilişkisi, periodontal hastalıklar ile gebelik ilişkisi, anneden çocuğa bakteri transferi, dişlerin fırçalanmasına başlama zamanı, annenin ağız sağlığının çocuğunkine etkisi, gebelik sırasında uygulanabilecek dental tedaviler, Ksilitol ile ilgili farkındalık
3. Kadın doğum uzmanlarının tutumu	Hamilelik süresince ve gebe kalmadan önceki ağız sağlığının önemi, rutin günlük hasta bilgilendirmesinde ağız-diş sağlığına yer verilmesinin önemi, ağız sağlığının iyileştirilmesindeki rolleri
4. Ağız diş sağlığı hakkında kadın doğum uzmanlarının kendilerine olan güvenleri	Ağız sağlığı bilgilerine olan güvenleri, gebelerde ağız-diş sağlığı ile ilgili daha ileri eğitim talepleri
5. Ağız-diş sağlığını iyileştirmedeki güncel klinik davranışları	Ağız-diş sağlığı hakkında gebelerin bilgilendirilmesi, diş hekimine yönlendirme, florlu diş macunu kullanımı önerisi, gebe bireylerin ağız sağlığını sorgulama, görsel olarak ağız sağlığını kontrol etme/değerlendirme, ECC hakkında anne adayını bilgilendirme
6. Destekleyici kılavuz (rehber, kılavuz) farkındalığı	Kullanılabilecek güncel ağız diş sağlığı ile alakalı kılavuz farkındalığı, Türkçe bir kılavuza ihtiyaç

Anket formları Ek 2' de mevcuttur.

3.2 Çalışmaya katılacak olan uzman hekimlerin belirlenmesi ve anket formlarının doldurulması

Araştırma tasarlanırken, örneklem büyüklüğü olarak Kıbrıs Türk Tabipler Birliği'ne (KTTB) kayıtlı, Kuzey Kıbrıs genelinde meslek hayatını aktif olarak sürdüren 87 çocuk doktoru ve 73 kadın doğum uzmanının tümünün dahil edilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda KTTB'den uzman hekimlerin kişisel bilgilerine (isim, çalışma yerleri ve telefon numaralarına) ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan hekim sayısı ne kadar fazla olursa sonuç o kadar güvenilir olacağından, Kuzey Kıbrıs'ta aktif meslek hayatını sürdüren tüm çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanlarıyla iletişime geçip, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hekimlerin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Sonuçların güncel çalışan profesyonel grubu temsil edebilmesi için çalışmaya katılma kriteri olarak aktif olarak profesyonel meslek hayatını sürdürme zorunluluğu olduğu belirlenmiştir. Aktif olarak meslek hayatını sürdürmeyen hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir. Anket formlarının ilk sayfası detaylı bilgilendirme formu şeklinde hazırlanmış; çalışmanın amacı, hiçbir kimlik bilgisinin kullanılmayacağı ve katılımcı hakları net bir şekilde belirtilmiştir.

Anketler çalışmayı gerçekleştiren ekip tarafından hekimlere bire bir çalışma ortamlarında Mayıs 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında ulaştırılmıştır. Çalışmaya katılmayı onaylayan hekimler anket formlarını doldurup araştırmacıya teslim etmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Anket formları doldurulmadan önce ve doldurulması sırasında sonuçlara etki edici ve/veya yönlendirici tartışmalarda bulunulmamıştır. Anket formunun araştırmacıya teslim edilmesini takiben bazı katılımcılar ile konu tartışılmış ve elde edilen bilgiler veri zenginliği açısından araştırmacı tarafından rapor edilmiştir.

3.3 İstatistiksel verilerin analizi

Çoktan seçmeli sorulardan elde edilen kantitatif veriler ‘Statistical Package for Social Sciences (SPSS)’ istatistik programı kullanılarak betimsel ve tek değişkenli analizler için kullanılmıştır. Her grup için ayrı ayrı görülme sıklığı ve yüzdelik hesabı yapılmıştır.

Kategorik değişkenlerin dağılımlarının gruplar arasında istatistiksel farklılık gösterip göstermediğini saptamak için ‘ki kare testleri’ kullanılmıştır. Hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğumcuların katıldığı çalışmalarda bilgi sorularındaki başarı düzeyi ile katılımcı özellikleri ve ağız-diş sağlığı kılavuz kullanımları ile arasındaki ilişkiye, ağız-diş sağlığı konusunda kendilerine olan güvenleri ile de katılımcı karakteristik özellikleri, ağız-diş sağlığı kılavuzu kullanımı ve bilgi sorularındaki başarı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Tüm araştırmada güven düzeyi %95 anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Açık uçlu sorulardan elde edilen veriler çalışmaya özgünlük ve değer katmak amacıyla değerlendirilmiş ve sonuçlara tematik olarak dahil edilmiştir.

4 BULGULAR

Bu araştırmada iki farklı uzmanlık alanına (pediatri ve kadın doğum) hitap eden iki farklı anket kullanılmıştır. Kuzey Kıbrıs'ta aktif görev yapan çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında güncel bilgi, tutum, davranışları ve ağız sağlığını iyileştirmede günlük pratiklerinde aktif rol almalarını engelleyen bariyerlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Ana hedef aynı olmasına rağmen iki farklı çalışma gibi gerçekleştirilmiştir.

KTTB'ne üye 87 çocuk doktorundan çalışmaya katılma kriterlerine uygun 80 çocuk doktoru anket çalışmamıza katılmış, geriye kalan 7 çocuk doktoru ise çalışmaya katılmayı reddetmiştir; üye olan 75 kadın doğum uzmanından çalışmaya katılma kriterlerine uygun 38 kadın doğum uzmanı anket çalışmamıza katılmış olup, 37 tanesi çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılan hekimler tarafından anket formları doldurulmuş ve bulgular hem ayrı ayrı hem de birbirleri ile değerlendirilmiştir.

4.1 Çocuk doktorlarının katıldığı anket çalışmasının sonuçları

4.1.1 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri

Çalışmaya katılan 80 çocuk doktoru, Kuzey Kıbrıs genelinde görev alan çocuk doktorlarının %92'sini oluşturmaktadır. Çalışmada karakteristik özellikleri bakımından; cinsiyet, tecrübe süresi, çalışma ortamı, bir iş gününde görülen ortalama hasta sayısı ve ağız diş sağlığı eğitim geçmişi değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %53.8'ini kadınlar oluşturmuştur. On yıl ve daha fazla süredir aktif meslek hayatını sürdürenlerin oranı %67.5 olarak belirtilmiştir. Çocuk doktorlarının %32.5'i devlet hastahanelerinde, %18.8'i üniversite hastahanelerinde ve %48.8'lik bölümü ise özel klinik veya hastahanelerde meslek hayatını sürdürmektedir. Genel olarak bir iş gününde izlenen hasta sayısı 10 ve daha fazla olarak belirtilmiştir (%81.3). Çocuk doktorlarının büyük çoğunluğu (%76.3) daha önce çocuklarda ağız-diş sağlığı hakkında eğitim almadıklarını belirtmiştir. Eğitim alanların %47.4'ü bu eğitimi yüksek lisans döneminde aldıklarını belirtmiştir. Son beş yılda ağız-diş sağlığı eğitimine katılanların oranı ise %20'dir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının karakteristik özelliklerinden elde edilen veriler Tablo 4.1.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1.1. Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri	n	%
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	37	46.3
Kadın	43	53.8
<u>Tecrübe süresi</u>		
≤9 yıl	26	32.5
≥10 yıl	54	67.5
<u>Çalışma ortamı</u>		
Devlet hastahanesi	26	32.5
Üniversite Hastahanesi	15	18.8
Özel (klinik/hastahane)	39	48.8
<u>Bir iş gününde görülen ortalama hasta sayısı</u>		
≤10	15	18.8
11–19	34	42.5
≥20	31	38.8
<u>Çocuklarda ağız-diş sağlığı hakkında eğitim aldınız mı?</u>		
Evet	19	23.8
Hayır	61	76.3
<u>Aldıysanız ne zaman?</u>		
Lisans Dönemi	5	26.3
Yüksek lisans dönemi	9	47.4
Mezuniyet sonrası	5	26.3
<u>Son beş yılda ağız diş sağlığı ile ilgili eğitim veya konferansa katıldınız mı ?</u>		
Evet	16	20.0
Hayır	64	80.0

4.1.2 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili güncel bilgileri

Çalışmada kullanılan anketin çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel bilgilerinin değerlendirildiği bölümde; florun çürük önlemedeki etkinliği, geceleri biberon kullanımı, uzun dönem emzirme, anneden çocuğa bakteri transferi, annenin ağız hijyeninin çocuğa olan etkisi, diş fırçalamaya başlama zamanı, ilk diş hekimi kontrolü ve fissür örtücüler hakkındaki sorular ile güncel bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmada çocuk doktorlarının hiçbiri tüm bilgi sorularına doğru cevap verememiştir. Soruların %75 (9 soruda en az 7 doğru cevap)'ine doğru cevap verenlerin oranı ise %13.75 (11 kişi) olarak görülmektedir. Çalışmaya katılan çocuk doktorları içinden florun topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellendiğini doğru olarak %57.5'si bilmiştir. Yüzde yirmi oranında çocuk doktoru 3 yaşından küçüklerde florlu diş macunu kullanımını desteklemektedir. Büyük çoğunluk (%98.8) geceleri biberonda mama/şeker içeren içeren süt kullanımının ve %50'si uzun dönem, geceleri düzensiz emzirmenin diş çürüğü oluşma riskini artırdığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların yarısından daha az (%41.3) bir kısmı diş çürüğüne sebep olan bakterilerin anneden çocuğa transfer olabileceğini belirtmiştir. Diş fırçalamaya başlama zamanının ilk süt dişi çıkar çıkmaz olması gerekliliğini %41.3'ü doğru belirtmiştir. Çoğu çocuk doktoru (%71.3) doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız-diş sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşündüğünü belirtmiş, ilk diş hekimi kontrolünün ise bir yaşında olması gerektiğini %43.8'i bildirmiştir. Katılanların %25'inden daha az bir kısmı koruyucu diş hekimliği uygulaması olan 'fissür örtücüler' hakkında bilgiye sahip olduklarını belirtmiştir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile alakalı bilgi sorularından elde edilen veriler Tablo 4.1.2.'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1.2. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi	n	%
<u>Topikal florun diş çürüğünü engellediğini düşünüyor musunuz ?</u>		
Evet	46	57.5
Hayır	19	23.8
Bilmiyorum	15	18.8
<u>Florlu diş macunu 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir mi ?</u>		
Evet	16	20
Hayır	45	56.3
Bilmiyorum	19	23.8
<u>Geceleri biberon kullanımı çürük oluşum riskini artırır mı ?</u>		
Evet	79	98.8
Hayır	1	1.3
<u>Uzun dönem ve geceleri düzensiz emzirme diş çürüğü oluşma riskini artırır mı?</u>		
Evet	40	50
Hayır	26	32.5
Bilmiyorum	14	17.5
<u>Diş çürüğüne sebep olan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?</u>		
Evet	33	41.3
Hayır	30	37.5
Bilmiyorum	17	21.3
<u>Çocuğun dişleri ne zaman fırçalanmaya başlanmalıdır ?</u>		
İlk süt dişi çıktığında	33	41.3
Tüm süt dişleri çıktığında	35	43.8
5 yaşına geldiğinde	4	5
Fırçayı tutabildiğinde	8	10
<u>Doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	57	71.3
Hayır	9	11.3
Bilmiyorum	14	17.5
<u>Çocukların ilk diş hekimi kontrolü ne zaman olmalıdır?</u>		
1 yaşında	35	43.8
3 yaşında	41	51.2
5 yaşında	4	5
<u>'Fissür örtücüler' hakkında bilgiye sahip misiniz?</u>		
Evet	19	23.8
Hayır	61	76.3

4.1.3 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki tutumları; süt dişlerinin önemi, süt dişlerindeki enfeksiyonların genel sağlık ile alakası, ağız sağlığını genel sağlık içerisinde rutin hasta bilgilendirmelerinde yer alması gerekliliği ve çocukların ağız sağlığının iyileştirilmesindeki rolleri ile ilgili sorular ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %93.8'i, süt dişlerinin değişecek olmalarına rağmen öneminin ve %95'inin de tedavi edilmeden bırakılan süt dişlerinin genel sağlığı etkilediğinin farkında olduklarını belirtmişlerdir. Büyük çoğunluğu (%97.5) ağız sağlığını iyileştirme önerilerinin rutin hasta bilgilendirmelerinde yer alması gerektiğini belirtmiş, %87.5'i çocukların ağız sağlığının iyileştirilmesinde 'çok önemli' rolleri olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.1.3.'te belirtilmiştir.

Tablo 4.1.3. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları	n	%
<u>Süt dişlerindeki çürükler ilerde değişeceği için önemli değildir</u>		
Katılıyorum	4	5
Katılmıyorum	75	93.8
Bilmiyorum	1	1.3
<u>Tedavi edilmeden bırakılan süt dişleri çocuğun genel sağlığını etkiler.</u>		
Katılıyorum	76	95
Katılmıyorum	2	2.5
Bilmiyorum	2	2.5
<u>Ağız-diş sağlığını iyileştirme önerileri rutin olarak hasta bilgilendirmenizde yer almalı mıdır?</u>		
Evet	78	97.5
Hayır	2	2.5
Bilmiyorum		
<u>Çocukların ağız sağlığının iyileştirmesinde 'çok önemli' rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	70	87.5
Hayır	7	8.8
Bilmiyorum	3	3.8

4.1.4 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri

Çalışmada kullanılan anket sorularıyla çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkında aileler ile tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenip güvenmedikleri, oral patolojileri klinik pratiklerinde teşhis edecek kadar kendilerine güvenlerinin olup olmadığı ve daha fazla eğitim almaları gerektiğini düşünüp düşünmedikleri değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %41.3'ü aileler ile ağız diş sağlığını tartışacak/öneriler verecek kadar kendilerine güven duymadıklarını belirtmiştir. Bunun nedenleri olarak da; *lisans ve/veya lisans üstü eğitim sürecinde yetersiz ağız-diş sağlığı eğitimi aldıklarını ve bilgi düzeylerinin kendilerini güvende hissedip aile ile tartışmaya girecek kadar yeterli olmadığını* belirtmişlerdir. Çocuk doktorlarının %65'i oral patolojileri teşhis edecek kadar kendilerine güvendiklerini de bildirmişlerdir. Büyük çoğunluk ise çocukların ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim almalarının yararlı olacağı görüşünü paylaşmışlardır. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin değerlendirildiği soruların sonuçları Tablo 4.1.4'te belirtilmiştir.

Tablo 4.1.4. Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri	n	%
<u>Ailelerle ağız diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek/öneriler verecek kadar kendinize güveniyor musunuz?</u>		
Evet	47	58.8
Hayır (Neden?)	33	41.3
<u>Oral patolojileri teşhis edecek kadar kendinize güveniyor musunuz?</u>		
Evet	52	65
Hayır	28	35
<u>Çocukların ağız diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim almanızın yararlı olacağını düşünüyor musunuz ?</u>		
Evet	70	87.5
Hayır	10	12.5

4.1.5 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili rutin günlük klinik davranışları

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının günlük pratik hayatlarında ağız-diş sağlığıyla ilgili davranışları; hastalarının ağız sağlığını kontrol etmeleri, aileleri ‘ECC’ hakkında bilgilendirmeleri, düzenli diş hekimi kontrolünü önermeleri ve diş çürüğünün varlığında diş hekimine yönlendirmeleri ile ilgili sorular ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %63.7’si ‘her zaman’ hastalarının ağız sağlığını kontrol ettiğini, %37.5’i ‘her zaman’ aileleri ECC hakkında bilgilendirmekte olduğunu, %73.8’inin düzenli diş hekimi kontrolünü ‘her zaman’ önerdiğini ve %97.5’i ‘her zaman’ diş çürüğü varlığı tespit edildiğinde diş hekimine yönlendirme yaptığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkında günlük pratik davranışlarının değerlendirildiği sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.1.5.’te belirtilmiştir.

Tablo 4.1.5. Çocuk doktorlarının günlük pratik davranışları	n	%
<u>Hangi sıklıkla hastalarınızın ağız sağlığını kontrol ediyorsunuz ?</u>		
Her zaman	51	63.7
Arasıra	25	31.3
Hiçbir zaman	4	5
<u>Aileleri ‘Erken Çocukluk Çağı Çürükleri’ hakkında hangi sıklıkla bilgilendiriyorsunuz?</u>		
Her zaman	30	37.5
Arasıra	41	51.3
Hiçbir zaman	9	11.3
<u>Düzenli diş hekimi kontrolünü çocuklar için hangi sıklıkla öneriyorsunuz?</u>		
Her zaman	59	73.8
Arasıra	20	25
Hiçbir zaman	1	1.3
<u>Diş çürüğünün varlığı tespit edildiğinde hangi sıklıkla diş hekimine yönlendirirsiniz?</u>		
Her zaman	78	97.5
Arasıra	2	2.5
Hiçbir zaman	0	0

4.1.6 Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız diş sağlığı ile alakalı güncel kılavuz farkındalığı

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel kaynak farkındalığının değerlendirildiği bölümde ise; %82.5'inin herhangi bir çocuk ağız-diş sağlığı hakkında kaynak kullanmadığı, %95'nin Türkçe bir kaynağa günlük pratiklerinde ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Güncel kılavuz farkındalığı ile ilgili sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.1.6.'da belirtilmiştir.

Tablo 4.1.6. Çocuk doktorlarının güncel ağız-diş sağlığı kılavuz ve/veya rehber farkındalığı	n	%
<u>Cocuk ağız-diş sağlığı hakkında kullandığınız kaynaklar (kılavuz, rehber) var mı?</u>		
Evet (Nelerdir?)	14	17.5
Hayır	66	82.5
<u>Elinizin altında ağız-diş sağlığı ile ilgili Türkçe bir kılavuz/rehber bulunmasını ister misiniz?</u>		
Evet	76	95
Hayır	4	5

4.1.7 Anket sonunda çocuk doktorlarının öneri, düşünce ve yorumları

Çalışmada kullanılan anketin son bölümünde açık uçlu olarak hazırlanan soru ile çalışma sonuçlarına zenginlik katılması amaçlanmıştır. Bu bölümde, çalışmaya katılan çocuk doktorlarından konu hakkındaki öneri, düşünce ve yorumları değerlendirilmiştir.

Katılımcı 1: 'Biz çocuk hekimlerinin diş konusunda daha hassas davranmamız gerektiğini düşünmekteyim. Benim kişisel olarak ağız-diş sağlığı ile farkındalığım, yakın çevremde diş hekimi arkadaşlarımın bulunması nedeniyle fakat görüşüm ada genelinde ciddi bir sorun olarak devam eden diş çürükleri hakkında çocuk doktorlarının farkındalığının artırılması yönündedir.'

Katılımcı 7: ‘Aileler genellikle süt dişleri konusunda yanlış veya özensiz oluyor.’
 ‘Devlet hastahanesinde çalışan bir hekim olarak ağız-diş sağlığını atlama nedenim mesleki yoğunluk nedeniyle hastalarım ile geçirebileceğim sürenin kısıtlı olmasıdır.’

Katılımcı 9: ‘Herhangi bir diş problemi teşhis ettiğimde, aileleri çocuklarını diş doktoruna götürmeleri yönünde yönlendirmekteyim. Fakat aileler çocuklarını diş doktoruna götürmüyor. Götürseler bile diş hekimi arkadaşlar çocuk hasta bakma taraftarı değil. Birçok çocuk hasta diş tedavisi yapılmadan geri gönderiliyor.’

Katılımcı 12: ‘Çocuk hekimleri ile çocuk diş hekimlerinin daha yakın çalışmaları gerektiği görüşündeyim. Konsültasyon bakımından iki meslek grubu sürekli irtibat halinde olmalı ve çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı hakkında devamlı eğitime tabii tutulmalarının yararlı olacağını düşünmekteyim’.

Katılımcı 13: ‘Çocuk sağlığı ve hastalığı uzmanlığına sahip hekimlere ağız-diş sağlığı ile ilgili konferanslar düzenlenmesinin, günlük pratikte kullanılabilecek güncel kaynakların hazırlanmasının, ailelere verebileceğimiz broşür ve bilgilendirme kitapçıklarının hazırlanmasının faydalı olacağı kanaatindeyim.’

Katılımcı 15: ‘Aileler biz çocuk doktorlarından her türlü (diş, göz, travma gibi) konuyla ilgili yardımı bekliyor. Gebelik öncesi ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitimin başlaması taraftarıyım. Kadın doğum kliniklerinde bilgilendirici broşürler ve gerekli eğitimler sağlanmalı. Biz çocuk doktorlarının günlük kullanabileceğimiz kılavuzlar hazırlanmasının, kliniklerimizde asabileceğimiz ve ailelerin ulaşabileceği resim destekli bilgilendirici broşürler hazırlanmasının faydalı olacağını düşünmekteyim.’

Katılımcı 16: ‘Flor kullanımı ve etkinliği hakkında daha fazla bilgiye ihtiyacım olduğunu düşünüyorum. Ayrıca diş hekimlerinin de koruyucu uygulamalara daha fazla önem gösterip koruyucu uygulamaları daha sık uygulamaları gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 18: ‘Her yenidoğan ve süt çocuğunun özellikle ilk iki yaş içinde günlük doz içerisinde flor ve D vitamini alması gerektiğini düşünüyorum. Almanya’da aldığım pediatri eğitiminde bu konu üstünde çok fazla durulmaktaydı ve ağız sağlığı her zaman genel sağlığın bir parçası olarak değerlendirilmekteydi.’

Katılımcı 19: ‘Diş hekimleri ile çocuk hekimlerinin ortak servislerde bulunmasının önemli bir olgu olduğu düşüncesindeyim.’

Katılımcı 21: ‘Ailelerin ağız-diş sağlığı konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu ve farkındalıklarının artırılması gerektiğini düşünmekteyim.’

Katılımcı 27: ‘Ağız-diş sağlığı genel sağlıktan ayrı olarak düşünülmemelidir. Hatta sağlığın ağızdan başladığını düşünmekteyim. Çocukların ağız-diş sağlıkları düzenli olarak takip edilmelidir. Bu konuda biz çocuk doktorlarına da önemli görevler düşmektedir. Flor kullanımı ile ilgili olarak da her ülke ve bölgenin özellikleri, sularındaki flor oranı belirlenerek kullanımına veya kullanılmamasına karar verilmelidir. Bizim ülkemizde sistemik kullanımının çok doğru olmadığını düşünüyorum. Koruyucu diş hekimliği, koruyucu hekimlik gibi ön planda olmalı ve yapılması gerekenler hastalık gelişmeden yapılmalıdır. Bunun için eğitim çalışmalarının (özellikle okullarda) çok yararlı olacağını düşünüyorum.’

Katılımcı 33: ‘Pediatri uzmanlık eğitimi kapsamında çocuk ağız-diş sağlığı ve öneminin teorik olarak iyileştirilmesinin faydalı olacağı görüşündeyim.’

Katılımcı 36: ‘Ailelerin bir çoğu diş hekimine yönlendirmemize rağmen çocuklarını diş hekimine götürmüyorlar.’

Katılımcı 39: ‘Böyle bir çalışma yaptığınız için teşekkür ederim. Farkındalık yarattınız. Kılavuz hazırlanırsa seve seve kullanırız.’

Katılımcı 41: ‘Bu konunun geniş kapsamlı araştırılıp, hekim bilgi yeterliliklerinin tespit edilip, farkındalık yaratılması gerekmektedir. Zaman zaman çocuk hekimleri ile çocuk diş hekimlerinin görüş alışverişinin uygun olacağı görüşündeyim.’

Katılımcı 42: ‘Florlu su kullanımı için devlet politikası oluşturulması, koruyucu hekimliğin ön plana çıkması ve süt dişlerinin enfeksiyon kaynağı olduğu için geçici dolgu olması gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 43: ‘Bilgilendirme sırasında vakit darlığı nedeniyle pek çok hastada ağız-diş sağlığı atlanıyor. Kılavuz hazırlanması avantajlı olur. Diş hekimleri ve çocuk hekimleri

arasında bilgi alışverişinin şart olduğunu düşünüyorum. Flor kullanımını küçük çocuklarda zararlı olduğu için önermiyoruz.’

Katılımcı 44: ‘Bu konudaki en büyük sıkıntılardan biri ailelerin ağız-diş sağlığını dikkate almamalarıdır. Sistemik flor kullanımına bir onkolog olarak karşıyım. Topikal flor tercih edilmesi görüşündeyim. Kılavuz hazırlanırken multidisipliner bir olgu içerisinde hazırlanması gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 46: ‘Florun diş çürüklerini önlemede etkisinin olmadığını ve kullanımına sıcak bakmadığımı belirtmek isterim.’

Katılımcı 47: ‘Böyle bir çalışmanın sonuçlarını bilmek ve hastalarımızı daha iyi ve bilgili bir şekilde yönlendirmenin doğru olacağını düşünüyorum.’

Katılımcı 48: ‘Diş sağlığı alanında yeteri kadar bilgiye sahip olmadığımı, bu anketin bir farkındalık yarattığını belirtmek isterim. Özellikle florun etkisi hakkında bilgim olmadığını farkettim. Diş hekimleri ile birlikte çalışarak ağız-diş sağlığı açısından bilgi açığımı kapatmam gerektiği ve daha fazla bilgi almam gerektiğini farkettim.’

Katılımcı 55: ‘Ağız-diş sağlığı ile ilgili çocuk ihtisası sırasında doktorlara bir aylık rotasyon yaptırılmasının faydalı olacağını düşünüyorum.’

Katılımcı 57: ‘Pedodontist-çocuk doktoru ortak çalışmasıyla hazırlanacak koruyucu ağız-diş sağlığı kitapçığının hazırlanmasını istiyorum.’

Katılımcı 62: ‘Sağlam çocuk takibinde ağız-diş sağlığına gerekli önemin verilmesi gerekmektedir fakat atlandığını düşünüyorum. Bu amaçla düzenli kurslar faydalı olacaktır.’

Katılımcı 66: ‘Düzenli kurslar düzenlenmesinin faydalı olacağını düşünüyorum.’

Katılımcı 70: ‘Ağız diş sağlığı rutin muayenede atlanan bir konudur. Uygun bilgilendirme kitapçıklarının hazırlanmasının büyük önem taşıdığını düşünmekteyim.’

Katılımcı 74: ‘Ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilinmesi gereken bilgileri içeren bir kılavuzun temin edilmesini rica ederim.’

Katılımcı 76: ‘Aileleri eğitmek birincil faktör olmalıdır. Ebeveynlerin günlük yaşamdaki davranışlarının çocukları etkilediği ve çocukların davranışlarının bu biçimde şekillendiğini düşünmekteyim. Çocuklar bir ayna gibi aile bireylerinin davranışlarını kopyalar. Ailelerin eğitimiyle çocukların da eğitilmesini sağlayabileceğimizi düşünmekteyim.’

Katılımcı 78: ‘Çocuk diş hekimleriyle birlikte çalışmanın artırılması gerektiği ve biz çocuk hekimlerine daha fazla ağız-diş sağlığı eğitimi sağlanmasının faydalı olacağını düşünmekteyim.’

4.2 Kadın doğum uzmanlarının katıldığı anket çalışmasının sonuçları

4.2.1 Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri

Çalışmaya katılan 38 kadın doğum uzmanı, Kuzey Kıbrıs genelinde görev alan kadın doğum uzmanlarının %51’ini oluşturmaktadır. Çalışmada karakteristik özellikleri bakımından; cinsiyet, tecrübe süresi, çalışma ortamı, bir iş gününde görülen ortalama hasta sayısı ve ağız diş sağlığı eğitim geçmişi değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının %57.9’unu erkekler oluşturmuştur. On yıl ve daha fazla süredir aktif meslek hayatını sürdürenlerin oranı %73.7 olarak belirtilmiştir. Kadın doğum uzmanlarının %28.9’u devlet hastahanelerinde, %23.7’si üniversite hastahanelerinde ve %47.4’lük bölümü ise özel klinik veya hastahanelerde meslek hayatını sürdürmektedir. Genel olarak bir iş gününde izlenen hasta sayısı 10 ve daha fazla olarak belirtilmiştir (%81.6). Kadın doğum uzmanlarının büyük çoğunluğu (%76.3) daha önce hamile bireylerde ağız-diş sağlığı hakkında eğitim almadıklarını belirtmiştir. Eğitim alanların %47.4’ü bu eğitimi yüksek lisans döneminde aldıklarını belirtmiştir. Son beş yılda ağız-diş sağlığı eğitimine hiç bir kadın doğum uzmanının (%0) katılım göstermediği belirtilmiştir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri Tablo 4.2.1.’de belirtilmiştir.

Tablo 4.2.1. Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri	n	%
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	22	57.9
Kadın	16	42.1
<u>Tecrübe süresi</u>		
≤9 yıl	10	26.3
≥10 yıl	28	73.7
<u>Çalışma ortamı</u>		
Devlet hastahanesi	11	28.9
Üniversite Hastahanesi	9	23.7
Özel (klinik/hastahane)	18	47.4
<u>Bir iş gününde görülen ortalama hasta sayısı</u>		
≤10	7	18.4
11–14	7	18.4
≥15	24	63.2
<u>Hamile bireylerde ağız-diş sağlığı hakkında eğitim aldınız mı?</u>		
Evet	9	23.7
Hayır	29	76.3
<u>Aldıysanız ne zaman?</u>		
Lisans Dönemi	0	0
Yüksek lisans dönemi	7	77.8
Mezuniyet sonrası	2	22.2
<u>Son beş yılda ağız diş sağlığı ile ilgili eğitim veya konferansa katıldınız mı ?</u>		
Evet	0	0
Hayır	38	100

4.2.2 Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili güncel bilgileri

Çalışmada kullanılan anketin kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel bilgilerinin değerlendirildiği bölümde; florun çürük önlemedeki etkinliği, gebeliğin var olan dental problemlere etkisi, periodontal problemlerin gebelik sürecine etkisi, anneden çocuğa bakteri transferi, annenin ağız hijyeninin çocuğa olan etkisi, diş fırçalamaya başlama zamanı, hamilelik süresinde uygulanabilecek dental tedaviler ve ksilitol içeren sakızlar hakkındaki sorular ile güncel bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışma sonucuna göre kadın doğum uzmanlarının hiçbirisi ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi sorularının hepsine doğru cevap verememiştir. Soruların %65 (14 soruda en az 9 doğru cevap)'ine doğru cevap verenlerin oranı %28.9 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarından %60.5'i florun topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini belirtmişlerdir. Büyük çoğunluk gebeliğin var olan dişeti problemlerini artırdığını (%86.8) ve periodontal problemlerin gebelik sürecini etkilediğini (%81.6) bildirmişlerdir. Katılımcıların %63.2 diş çürüğüne sebep olan bakterilerin anneden çocuğa transfer olmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan büyük çoğunluktaki kadın doğum uzmanları (%71.1) gebelik sırasında annenin dişlerinden çocuğun gelişimi için kalsiyum emildiğini bildirmişlerdir. Yaklaşık olarak yarı orandaki katılımcı (%47.4), çocukların dişlerinin ilk diş çıktıktan hemen sonra fırçalanmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %57.9'u annenin kötü ağız hijyeninin ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmiştir. Sadece %7.9 oranında katılımcı ksilitol içeren sakızlar hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir.

Gebelik sırasında uygulanabilecek tedaviler hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; katılımcıların %94.7'u düzenli diş taşı ve/veya periodontal temizliği, %71.1'i dolgu ve/veya kron kaplamayı, %55.3'ü diş çekimini, %39.5'i kök kanal tedavisini, %21.1'i intra/ekstraoral radyografi alımını ve %10.5'i vazokonstriktör içeren lokal anestezi kullanımını güvenli olarak nitelendirmiştir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile alakalı bilgi sorularından elde edilen veriler Tablo 4.2.2.'de belirtilmiştir.

Tablo 4.2.2. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi	n	%
<u>Flor topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	23	60.5
Hayır	3	7.9
Bilmiyorum	12	31.6
<u>Gebeliğin var olan dental problemleri şiddetlendirdiğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	33	86.8
Hayır	4	10.5
Bilmiyorum	1	2.6
<u>Periodontal (dişeti) problemlerin gebelik sürecini etkilediğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	31	81.6
Hayır	5	13.2
Bilmiyorum	2	5.2
<u>Diş çürüğüne sebep olan bakteriler doğum sonrasında anneden çocuğa geçebilir mi?</u>		
Evet	14	36.8
Hayır	10	26.3
Bilmiyorum	14	36.8
<u>Gebelik sırasında bebeğin gelişimi için annenin dişlerinden kalsiyum alındığını/emildiğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	27	71.1
Hayır	9	23.7
Bilmiyorum	2	5.3
<u>Çocuğun dişleri ne zaman fırçalanmaya (mekanik temizlik) başlanmalıdır?</u>		
İlk süt dişi çıktığında	18	47.4
Tüm süt dişleri çıktığında	10	26.3
5 yaşına geldiğinde	3	7.9
Fırçayı tutabildiğinde	7	18.4
<u>Doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	22	57.9
Hayır	10	26.3
Bilmiyorum	6	15.8
<u>Koruyucu diş hekimliğinde özellikle hamilelere önerilen ‘Ksilitol (xylitol) içerikli sakızlar’ hakkında bilginiz var mı?</u>		
Evet	3	7.9
Hayır	22	57.9
Bilmiyorum	13	34.2

Tablo 4.2.2 (devam) Kadın doğum uzmanlarının hamilelik süresince güvenli olarak nitelendirdikleri dental tedaviler			n	%
<u>-Düzenli diş taşı/ periodontal temizlik</u>				
Evet			36	94.7
Hayır			0	0
Bilmiyorum			2	5.3
<u>-Dolgu/ Kron kaplama</u>				
Evet			27	71.1
Hayır			8	21.1
Bilmiyorum			3	7.9
<u>-Diş çekimi</u>				
Evet			21	55.3
Hayır			17	44.7
Bilmiyorum			0	0
<u>-Kök kanal tedavisi</u>				
Evet			15	39.5
Hayır			18	47.4
Bilmiyorum			5	13.2
<u>-İntraoral/ekstraoral radyografler</u>				
Evet			8	21.1
Hayır			29	76.3
Bilmiyorum			1	2.6
<u>-Vazokonstriktör içeren lokal anestezi kullanımı</u>				
Evet			4	10.5
Hayır			34	89.5
Bilmiyorum			0	0

4.2.3 Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki tutumları; hamilelik süresince ağız sağlığının önemi ve iyileştirilmesi, gebe kalmadan önce ağız diş sağlığı muayenesinin önemi, ağız-diş sağlığını koruma/iyileştirme önerilerinin rutin hasta bilgilendirilmesinde yer bulması gerekliliği ve ağız-diş sağlığı hakkındaki rolleri ile ilgili sorular ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının %94.7'si ağız sağlığının korunması ve iyileştirilmesinin hamilelik süresince önemli olduğunu bildirmişlerdir. Tüm katılımcılar (%100) gebe kalmadan önce ağız-diş sağlığı muayenesinin çok önemli olduğunu bildirmişler ve %81.6'sı rutin hasta bilgilendirmelerinde ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgilendirici yönlendirici önerilerin bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Hamilelerin ağız sağlığının iyileştirilmesinde katılımcıların %28.9'u 'çok önemli', %42.1'i 'önemli' ve %10.5'i 'önemli bir rolü olmadığını' belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.2.3.'te belirtilmiştir.

Tablo 4.2.3. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları	n	%
<u>Hamilelik süresince ağız-diş sağlığını korumak/ iyileştirmek önemli midir?</u>		
Evet	36	94.7
Hayır	0	0
Bilmiyorum	2	5.3
<u>Hamile bireylerin gebeliğin erken dönemlerinde ve/veya gebe kalmadan önce ağız-diş muayenesi yaptırması gerektiğini düşünüyor musunuz?</u>		
Evet	38	100
Hayır	0	0
Bilmiyorum	0	0
<u>Ağız-diş sağlığını koruma/iyileştirme önerileri rutin olarak hasta bilgilendirmenizde yer almalı mıdır?</u>		
Evet	31	81.6
Hayır	5	13.2
Bilmiyorum	2	5.3
<u>Hamilelerin ağız sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde nasıl bir rol oynadığınızı düşünüyorsunuz?</u>		
Çok önemli	11	28.9
Önemli	6	42.1
Az önemli	7	18.4
Önemli bir rolüm yok	4	10.5

4.2.4 Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının kendilerine olan güvenlerinin değerlendirildiği bölümde katılımcıların %44.7'si kendisine gebe bireylere ağız-diş sağlığı hakkında öneriler verecek kadar güvenmediğini belirtmiştir. Bunun nedeni olarak ise *yetersiz bilgi ve ağız diş sağlığı alanında aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu* bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin değerlendirildiği sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.2.4.'te belirtilmiştir

Tablo 4.2.4. Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı alanında kendilerine olan güvenleri	n	%
<u>Hastalarınıza ağız-diş sağlığı hakkında öneriler verecek kadar kendinize güveniyor musunuz?</u>		
Evet	21	55.3
Hayır (Neden?)	17	44.7
<u>Hamilelerde ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim almanızın yararlı olacağını düşünüyor musunuz ?</u>		
Evet	29	76.3
Hayır	9	23.7

4.2.5 Kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı ile ilgili rutin günlük klinik davranışları

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının günlük pratik hayatlarında ağız-diş sağlığıyla ilgili davranışları; anne adaylarını ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgilendirmeleri, diş hekimine gebe kalmadan önce ve gebeliğin erken dönemlerinde yönlendirmeleri, florlu diş macunu kullanımını önermeleri, gebelerin ağız sağlığını sorgulamaları, kontrol edip değerlendirmeleri ve ECC hakkında aileleri bilgilendirmeleri ile alakalı sorular ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlara göre, çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının %23.7'si 'her zaman' anne adaylarını ağız diş sağlığı hakkında bilgilendirmekte, %42.1'i gebe kalmadan önce 'her zaman' anne adayını diş hekimine yönlendirmekte, %57.9'u florlu diş macunu

kullanımını önermekte olduklarını belirtilmişlerdir. Gebelerin ağız sağlığını %21.1'i 'her zaman' sorguladığını belirtmekte, hiç bir katılımcı (%0) görsel olarak kontrol etmediğini belirtmiştir. Katılımcıların sadece %2.6'si aileleri ECC hakkında 'her zaman' bilgilendirdiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında günlük pratik davranışlarının değerlendirildiği sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.2.5.'te belirtilmiştir.

Tablo 4.2.5. Kadın doğum uzmanlarının günlük pratik davranışları	n	%
<u>Hangi sıklıkla anne adaylarını ağız-diş sağlığı hakkında bilgilendiriyorsunuz?</u>		
Her zaman	9	23.7
Arasıra	20	52.6
Hiçbir zaman	9	23.7
<u>Anne adaylarını gebe kalmadan önce ve hamilelik sürecinde diş hekimine gitmeleri yönünde yönlendiriyor musunuz?</u>		
Her zaman	16	42.1
Arasıra	17	44.7
Hiçbir zaman	5	13.2
<u>Hastalarınıza florlu diş macunu kullanımını öneriyor musunuz?</u>		
Evet	22	57.9
Hayır	16	42.1
<u>Hangi sıklıkla hastalarınızın ağız sağlığını sorguluyorsunuz ?</u>		
Her zaman	8	21.1
Arasıra	20	52.6
Hiçbir zaman	10	26.3
<u>Hastalarınızın ağız-diş sağlığını görsel olarak kontrol ediyor/değerlendiriyor musunuz?</u>		
Her zaman	0	0
Arasıra	13	34.2
Hiçbir zaman	25	65.8
<u>Aileleri 'Erken Çocukluk Çağı Çürükleri' hakkında hangi sıklıkla bilgilendiriyorsunuz?</u>		
Her zaman	1	2.6
Arasıra	12	31.6
Hiçbir zaman	25	65.8

4.2.6 Kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı ile alakalı güncel kılavuz farkındalığı

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel kaynak farkındalığının değerlendirildiği bölümde ise; %86.8'inin herhangi bir gebelikte ağız-diş sağlığı hakkında kaynak kullanmadığı, %84.2'sinin ise Türkçe bir kaynağa günlük pratiklerinde ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Güncel kılavuz farkındalığı ile ilgili sorulardan elde edilen veriler Tablo 4.2.6.'da belirtilmiştir.

Tablo 4.2.6. Kadın doğum uzmanlarının güncel ağız-diş sağlığı kılavuz ve/veya rehber farkındalığı	n	%
'Hamilelik süresince ağız-diş sağlığı' hakkında kullandığınız kaynak/kaynaklar (kılavuz) var mı?		
Evet (Nelerdir?)	5	13.2
Hayır	33	86.8
<u>Elinizin altında ağız-diş sağlığı ile ilgili Türkçe bir kılavuz/rehber bulunmasını ister misiniz?</u>		
Evet	32	84.2
Hayır	6	15.8

4.2.7 Anket sonunda kadın doğum uzmanlarının öneri, düşünce ve yorumları

Çalışmada kullanılan anketin son bölümünde açık uçlu olarak hazırlanan soru ile çalışma sonuçlarına zenginlik katılması amaçlanmıştır. Bu bölümde, çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının konu hakkındaki öneri, düşünce ve yorumları değerlendirilmiştir.

Katılımcı 1: 'Gebelerde diş tedavisi hakkında diş hekimlerinin de eğitilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Yönlendirdiğim hastaların birçoğu tedavi edilmeden geri gönderilmekte.'

Katılımcı 3: 'Hamilelik süresince genellikle hastalarda diş doktoruna gidilmez, tedavi yapılamaz gibi bir inanış var. Bu düşünceyi yıkmak gerektiğini düşünmekteyim.'

Katılımcı 6: 'Koruyucu ağız-diş sağlığı yönünde daha fazla bilgilendirme seminerleri düzenlenmesi ve görülen sorunlar hakkında broşür hazırlanmasının faydalı

olacağı görüşündeyim. Konferansların sadece biz hekimler için değil aileler için de faydalı olacağı düşüncesindeyim.’

Katılımcı 8: ‘Gebelik öncesi her hastamı (planlı gebelik ise) diş hekimine yönlendiriyorum. Gebelik sırasında oluşan sorunlarda sorumluluğu diş hekimine bırakıyorum. Diş hekimlerinin gebeleri ağız-diş sağlığı açısından taramaları ve takibe almaları gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 11: ‘Ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgilerimi beraber çalıştığım diş hekiminden öğreniyorum. Bence diş hekimlerinin gebelik ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitilmeleri gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 18: ‘Bu konuda yetersiz bilğim olduğunu ve bilgilendirme seminerlerinin faydalı olacağı görüşündeyim.’

Katılımcı 25: ‘Ağız diş sağlığı açısından gebe bireyleri diş hekimine yönlendirmemize rağmen hastaların gitmediğini biliyorum.’

Katılımcı 26: ‘Bu konu üzerinde ayrıca eğitimler verilmesi gerektiğini düşünüyorum.’

Katılımcı 30: ‘Diş hekimlerinin de hamileliğin belirli dönemlerinde yapılabilecek tedavi ve verilebilecek ilaçlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmaları gerekir. Tedavi gerekir diye yönlendirdiğimiz hastaların bir kısmını hamilelere tedavi uygulanmaz deyip gönderenler oluyor. Diş hekimlerinin bu konuda daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği görüşündeyim.’

Katılımcı x: ‘Yapılan anketin hedef kitlesinin yanlış olduğunu düşünüyorum. Bu çalışma hakkındaki düşüncem biz kadın doğum uzmanları olarak hastamızı tabi ki gebe olmadan önce diş sağlığını kontrol ettirmeleri konusunda uyarıyoruz fakat diş fırçalama, diş macunları, detaylı muayene ve bunun gibi uğraşların bizim uzmanlık alanımızda olduğunu düşünmüyorum. Hastanın diş sağlığı hakkında bir şikayeti bile olsa ilgili diş hekimi uzmanına görünmesini öneriyorum.’ (not: bu katılımcı sadece yorum kısmına düşüncelerini belirtmiş anket formunu doldurmamıştır.)

4.3 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ve kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki

4.3.1 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularının %75 (9 soruda en az 7 doğru cevap) ve daha fazlasına doğru cevap arasında istatistiksel olarak anlamlılığa bakılmıştır (Tablo 4.3.1). Buna göre; çocuk doktorlarının cinsiyeti ($p=0.354$), tecrübe süresi ($p=0.233$), çalışma ortamı ($p=0.500$) ve kaynak kullanmaları ($p=0.095$) ile bilgi düzeyleri (soruların %75'ine doğru cevap verenler) arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık olmadığı %95 güven düzeyinde gözlemlenmiştir ($p>0.05$). Çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı eğitim geçmişinin olması ($p=0.003$) ve son 5 yılda ağız diş sağlığı ile ilgili konferans veya seminere katılmış olmalarının ($p=0.023$) ağız-diş sağlığı bilgi düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu %95 güven düzeyinde gözlemlenmiştir ($p\leq 0.05$).

Tablo 4.3.1 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeylerinin ilişkisi

Karakteristik özellikler		Yüzde 75 doğru var n (%)	Yüzde 75 doğru yok n (%)	P değeri
Cinsiyet	Erkek	4 (%10.8)	33 (%89.2)	0.354
	Kadın	7 (%16.3)	36 (%83.7)	
Tecrübe	≤ 9	2 (%7.7)	24 (92.3%)	0.233
	≥ 10	9 (%16.7)	45 (%83.3)	
Çalışma ortamı	Devlet Hastahanesi	2 (%7.7)	24 (%92.3)	0.5
	Üniversite Hastahanesi	3 (%20.0)	12 (%80.0)	
	Özel (klinik/hastahane)	6 (%15.4)	33 (%84.6)	
Ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi	Evet	7 (%36.8)	12 (%63.2)	0.003
	Hayır	4 (%6.6)	57 (%93.4)	
Son 5 yıldaki ağız diş sağlığı eğitimi	Evet	5 (%31.3)	11 (%68.8)	0.023
	Hayır	6 (%9.4)	58 (%90.6)	
Kullandığı kaynak	Var	4 (%28.6)	10 (%71.4)	0.095
	Yok	7 (%10.6)	59 (%89.4)	

Bilgi soruları tek tek değerlendirildiğinde ise;

- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.000$), 3 yaşından küçük çocuklarda florlu diş macunu kullanılabileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Son beş yıl içerisinde ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.014$), 3 yaşından küçük çocuklarda florlu diş macunu kullanılabileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.007$), karyojenik bakterilerin anneden çocuğa transfer olabileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Son beş yıl içerisinde ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.003$), karyojenik bakterilerin anneden çocuğa transfer olabileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Çalışmaya katılan kadın çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.004$), çocuğun dişlerinin ilk süt dişi çıktığında fırçalanmaya başlanması gerektiğini bildirmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Çalışmaya katılan kadın çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.028$), annenin doğum öncesi kötü ağız hijyeninin ileride çocuğunkini olumsuz etkileyebileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.037$), annenin doğum öncesi kötü ağız hijyeninin ileride çocuğunkini olumsuz etkileyebileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Çalışmaya katılan kadın çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.013$), çocukların ilk diş hekimi kontrolünün bir yaşında gerçekleşmesi gerektiğini bildirmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, ($p=0.035$), çocukların ilk diş hekimi kontrolünün bir yaşında gerçekleşmesi gerektiğini bildirmişlerdir ($p\leq 0.05$).

- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, ($p=0.009$), koruyucu bir diş hekimliği uygulaması olan fissür örtücüler hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Son beş yıl içerisinde ağız-diş sağlığı eğitimi alan çocuk doktorları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde, ($p=0.048$), koruyucu bir diş hekimliği uygulaması olan fissür örtücüler hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).

4.3.2 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ve ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi sorularındaki başarıları ile ailelerle ağız-diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlılığa bakılmıştır (Tablo 4.3.2). Buna göre; cinsiyet ve çalışma ortamı ile ağız-diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenmeleri arasında ilişki bulunamamıştır ($p=0.457$, $p=0.113$) ($p>0.05$). Tecrübe ($p=0.034$), ağız diş sağlığı ile alakalı eğitim geçmişi ($p=0.001$), son beş yılda alınan ağız-diş sağlığı eğitimi ($p=0.008$), ağız-diş sağlığı hakkında kaynak kullanımı ($p=0.022$) ve bilgi sorularındaki başarı düzeyi ($p=0.018$) ile ağız-diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenmeleri arasında ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2 Çocuk doktorlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin ilişkisi

Karakteristik özellikler		Güveni var n (%)	Güveni yok n (%)	P değeri
Cinsiyet	Erkek	21 (%56.8)	16 (%43.2)	0.457
	Kadın	26 (%60.5)	17 (%39.5)	
Tecrübe	≤9	11 (%42.3)	15 (%57.7)	0.034
	≥10	36 (%66.7)	18 (%33.3)	
Çalışma ortamı	Devlet Hastahanesi	13 (%50)	13 (%50)	0.113
	Üniversite Hastahanesi	5 (%33.3)	10 (%66.6)	
	Özel (klinik/hastahane)	29 (%74.4)	10 (%25.6)	
Ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi	Evet	17 (%89.5)	2 (%10.5)	0.001
	Hayır	30 (%49.2)	31 (%50.8)	
Son 5 yıldaki ağız diş sağlığı eğitimi	Evet	14 (%87.5)	2 (%12.5)	0.008
	Hayır	33 (%51.6)	31 (%48.4)	
Kullandığı kaynak	Var	12 (%85.7)	2 (%14.3)	0.022
	Yok	35 (%53.0)	31 (%47.0)	
Ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi soruları	%75< doğru	10 (%90.1)	1 (%9.1)	0.018
	%75> doğru	37 (%53.6)	32 (%46.4)	

4.4 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularındaki başarı düzeyi ve kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki

4.4.1 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarından sadece 3 kişi ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi sorularının %75 ve daha fazlasını doğru (14 soruda en az 10 doğru cevap) cevaplamıştır ve istatistiksel olarak herhangi bir karakteristik özellik ile ilişkilendirilememiştir. Bu nedenle çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile bilgi sorularının %65 (14 soruda en az 9 doğru cevap) ve daha fazlasına doğru cevap arasında istatistiksel olarak anlamlılığa bakılmıştır (Tablo 4.4.1). Buna göre; cinsiyet ($p=0.466$), tecrübe süresi ($p=0.325$), ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi ($p=0.478$) ve kaynak kullanımı ($p=0.134$) ile bilgi düzeyi arasında bir ilişki %95 güven düzeyinde gözlenmemiştir ($p>0.05$). Çalışma ortamı ($p=0.046$) ile bilgi düzeyi arasında %95 güven düzeyinde ilişki gözlenmiştir ($p\leq 0.05$).

Tablo 4.4.1 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile ağız-diş sağlığı bilgi düzeylerinin ilişkisi

Karakteristik özellikler		Yüzde 65 doğru var n (%)	Yüzde 65 doğru yok n (%)	P değeri
Cinsiyet	Erkek	7 (%31.8)	15 (%68.2)	0.466
	Kadın	4 (%25)	12 (%75)	
Tecrübe	≤ 9	4 (%40)	6 (%60)	0.325
	≥ 10	7 (%25)	21 (%75)	
Çalışma ortamı	Devlet Hastahanesi	4 (%36.4)	7 (%63.6)	0.046
	Üniversite Hastahanesi	5 (%55.6)	4 (%44.4)	
	Özel (klinik/hastahane)	2 (%11.1)	16 (%88.9)	
Ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi	Evet	2 (%22.2)	7 (%77.8)	0.478
	Hayır	9 (%31.0)	20 (%60.0)	
Kullandığı kaynak	Var	3 (%60)	2 (%40)	0.134
	Yok	8 (%24.2)	25 (75.8)	

Bilgi soruları tek tek değerlendirildiğinde ise;

- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.034$), florun topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- 10 yıl ve daha fazla tecrübeye sahip kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.004$), diş çürüğüne sebep olan bakterilerin anneden çocuğa geçebildiğini belirtmiştir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.0001$), diş çürüğüne sebep olan bakterilerin anneden çocuğa geçebildiğini belirtmiştir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.045$), gebelik sırasında kalsiyumun annenin dişlerinden emilmediğini düşündüklerini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Erkek kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ($p=0.033$), annenin kötü ağız hijyeninin ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşündüklerini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).
- Daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alan kadın doğum uzmanları, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düzenli diş taşı temizliğini ($p=0.05$), dolgu/kron kaplama ($p=0.029$) ve kök kanal tedavisinin ($p=0.049$) gebe bireylerde uygulanabileceğini belirtmişlerdir ($p\leq 0.05$).

4.4.2 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ile ailelerle ağız-diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenmeleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlılığa bakılmıştır (Tablo 4.4.2.). Buna göre; kadın doğum uzmanlarının tecrübe süresi ($p=0.49$), çalışma ortamı ($p=0.441$) ve kaynak kullanımlarına

göre ($p=0.604$) ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinde istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($p>0.05$). Cinsiyetin ($p=0.013$) ve ağız diş sağlığı eğitimi geçmişi olmasının ($p=0.045$) ve bilgi sorularındaki başarının ($p=0.038$) ağız-diş sağlığı ile alakalı kendilerine güvenmeleri ile %95 güven düzeyinde ilişkili olduğu gözlemlenmiştir ($p\leq 0.05$).

Tablo 4.4.2 Kadın doğum uzmanlarının karakteristik özellikleri ve bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ağız sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin ilişkisi

Karakteristik özellikler		Güveni var n (%)	Güveni yok n (%)	P değeri
Cinsiyet	Erkek	16 (%72.7)	6 (%27.3)	0.013
	Kadın	5 (%31.3)	11 (%68.8)	
Tecrübe	≤ 9	5 (%50)	5 (%50)	0.49
	≥ 10	16 (%57.1)	12 (%42.9)	
Çalışma ortamı	Devlet Hastahanesi	7 (%63.6)	4 (%36.4)	0.441
	Üniversite Hastahanesi	6 (%66.7)	3 (%33.3)	
	Özel (klinik/hastahane)	8 (%44.4)	10 (%55.6)	
Ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi	Evet	7 (%77.8)	2 (%22.2)	0.045
	Hayır	14 (%48.3)	15 (%51.7)	
Kullandığı kaynak	Var	3 (%60)	2 (%40)	0.604
	Yok	18 (%54.5)	15 (%45.5)	
Ağız-diş sağlığı ile ilgili bilgi soruları	%65< doğru	9 (%81.8)	2 (%18.2)	0.038
	%65> doğru	12 (%44.4)	15 (%55.6)	

5 TARTIŞMA

Günümüzde, diş çürüğünü önlemeye yönelik koruyucu uygulamalara rağmen, ECC, tüm dünyayı ilgilendiren bir sağlık sorunu olmaya ve toplumları olumsuz yönde etkilemeye devam etmektedir (Anil ve Anand, 2017). 2010 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, yaş aralığı 0-6 yaş olan çocuklarda son 6 ay içerisinde geçirilen hastalıklar sıralamasında %7.8 ile ağız ve diş hastalıkları, ilk beş hastalığın içinde yer almaktadır (Baltacı ve diğerleri, 2017). Kuzey Kıbrıs'ta, 2014 yılında, 5 yaşındaki çocuklarda gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına göre ağız içinde görünür çürük bulunma oranı %78 ile durumun ne kadar ciddi olduğunu gözler önüne sermektedir (Korun ve diğerleri, 2014).

Çürük insidansının bu denli yüksek olduğu toplumlarda bireysel yaklaşımdan çok toplumsal yaklaşım ile geniş kitlelere hitap etmek ve ağız-diş sağlığını toplum bazında geliştirip iyileştirmek öncelikli hedef olmalıdır (Watt, 2007). Kuzey Kıbrıs'ta toplum ağız diş sağlığı açısından geliştirilen ve uygulanan program neredeyse yok denecek kadar azdır. Kıbrıs Türk Diş Tabipleri Odası tarafından gerçekleştirilen çocukların ağız diş sağlığını iyileştirmeye yönelik 'programların'; örneğin senede bir kez okullarda verilen ağız sağlığı eğitimi veya okullarda düzenlenen afiş yarışmasının toplum ağız diş sağlığına katkısı tartışmaya açık bir konudur.

Dünya genelinde ECC, çocukların büyüme, gelişim ve sosyal hayatlarını yani yaşam kalitelerini etkilemesinin yanında ebeveynlerin yaşantısını da olumsuz yönde etkileyen ve toplum sağlığını ciddi anlamda tehdit eden bir hastalıktır (Drummond, 2013).

Erken çocukluk dönemdeki ağız sağlığının ilerideki ağız sağlığının göstergesi olduğu ve belirleyici rol oynadığı birçok çalışmada bildirilmiştir (Qin ve diğerleri, 2008; Kawashita ve diğerleri, 2011; Chou ve diğerleri, 2014). Çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimlerini etkileyen ECC'den korunmak için etiyolojik faktörlerin bilinmesi ve koruyucu önlemlerin mümkün olan en erken zamanda bu faktörler hedef alınarak gerçekleştirilmesi, hastalığın ilerlemeden önlenmesi ve/veya durdurulması açısından ciddi önem taşımaktadır (AAPD ve AAP, 2014). Erken dönemde gerekli önlemler alınmaz ise, ileri aşamadaki hastalığın tedavi gereksinimi, uzun ve zor tedavi koşullarını beraberinde getirmekte, aileyi ve çocukları hem maddi hem de manevi olarak negatif yönde etkileyebilmektedir (AAPD, 2014).

ECC'ye neden olan risk faktörleri değerlendirildiğinde çevresel ve sosyal faktörlerin öneminin farkına varılmaktadır (SIGN, 2014). Ailelerin eğitim durumunun, annenin oral hijyen alışkanlıklarının, karyojenik bakterilerin ağız ortamında yüksek düzeylerdeki kolonizasyonunun, sık sık şekerli gıda tüketiminin, uygun olmayan geceleri biberon kullanımının ve/veya uzun süren düzensiz emzirmenin, sulardaki düşük flor oranının, yetersiz ağız bakımının ve hamilelik sürecindeki fizyolojik değişimlerin ağız sağlığına etkisinin hem gebe bireylerde oluşturabileceği olumsuz etkiler hem de çocuklarda ilerleyen dönemde oluşabilecek ECC ile ilişkili olduğu görülmektedir (Qin ve diğerleri, 2008; Kawashita ve diğerleri, 2011; Chou ve diğerleri, 2014).

Toplum içerisindeki 'eşitsizliklerin' azaltılması günümüzde toplum sağlığı ve toplum ağız diş sağlığı çalışanları tarafından belirlenen başlıca hedeftir (Marmot ve Bell, 2011). 'Eşit Toplum, Sağlıklı Yaşamlar' bu bağlamda üretilen bir felsefe olup, isminden de anlaşılacağı gibi eşit toplum yaratılması sonucu sağlıklı hayatların yaşanması hedeflenmektedir. Bu kapsamda yapılacak iyileştirmeler ve geliştirmeci girişimler planlanmalıdır. Bu yaklaşım temel alındığında çocukların hayatlarına olumlu etkiler bırakmak için erken dönemde uygulanan girişimlerin önemi ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde çocukların hayatlarında karşılaştığı olumlu etkiler yaşam boyu sürebilmektedir (Marmot ve Bell, 2012). Sağlık politikalarını bu yönde geliştiren devletler; 'Give every child the best start in life' (her çocuğa hayatındaki en iyi başlangıcı vermek) fikrini benimsemiş ve mümkün olan en fazla olumlu etkiyi çocuğun erken dönemdeki yaşamında ve hatta doğum öncesi aşamada sağlamaya çalışarak, çocuklar üzerinde yaşam boyu sürecek olumlu etkiler bırakmayı amaçlamaktadırlar (PHE, 2015).

Toplum içerisindeki eşitsizliklerin temelinde güç, para ve kaynaklar yani imkanlar gelmektedir. Bu faktörler daha sonra ister istemez toplum içerisinde eşitsizliklere (ev, iş, finansal, servislere ulaşım, sosyal ve kültürel imkanlar, eğitim) sebep olmaktadır. Özellikle sağlık servisleri herkesin eşit şartlarda ulaşabilmesi gereken ve yaşam kalitesine en fazla etkisi olan servisler olmasına rağmen bazı yoksun grupların yeterli düzeyde sağlık servislerine ulaşım sağlayamadığı, gereken sağlık servisini gereken zamanda alamadığı bildirilmektedir. Sonuç olarak dünya genelinde, gerek gelişmiş gerek gelişmemiş ülkeler olsun, sağlık içerisinde eşitsizliğin halen günümüzde bulunduğu bildirilmektedir (PHE, 2015).

Sağlık içerisindeki eşitsizlik birçok çalışmada da belirtildiği gibi ‘sosyal eğri’ oluşmasına sebep olur (Marmot ve Bell, 2011). Bunun en basit örneği sosyoekonomik seviyesi yüksek olan gruplar yaşamlarını daha kaliteli ve rahat sürdürürken, sosyoekonomik seviyesi düşük olanlar daha sıkıntılı ve zor bir yaşam sürerler. Önlenabilir olmasına rağmen bu eğri hem ülkeler arasında hem de toplumun kendi içerisinde oluşmaktadır.

Eşitlik kavramı önde bulunan ülkelerde, (örneğin İsveç ve Norveç) bu eğri daha az dik izlenmektedir. Glasgow şehri örnek alınacak olursa, şehrin en zengin bölgelerinde ortalama yaşam süresi 82 yıl iken en fakir bölgesinde 52 yıldır (Marmot ve Bell, 2012). Ağız sağlığından örnek vermek gerekirse; 2013 yılında İngiltere genelinde yapılan epidemiyolojik çalışmada yoksunluğun arttığı bölgelerde 5 yaşındaki çocuklarda %18 oranında çürük izlenmesine rağmen yoksunluğun en az olduğu bölgelerde bu oran %4 olarak bildirilmiştir. Yine aynı çalışma kapsamında sosyoekonomik seviyesi düşük olan bölgelerde bedava okul yemekleri ile beslenen çocukların dişlerindeki çürük oranı, diğer bölgelerdeki çocuklara göre daha azdır (Health and Social Care Information Centre - HSCIC, 2015).

2014 yılında Kuzey Kıbrıs’ta gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları da bu eşitsizlik ve sosyal eğri kavramını destekler niteliktedir. Araştırmacılar gözle görülür çürük oranın 5 yaşındaki çocuklarda yüksek bulunmasındaki en büyük etken olarak göçmen çocuklarını (sosyoekonomik seviyesi düşük ailelerin çocukları) işaret etmişlerdir (Korun ve diğerleri, 2014). Çeşitli ülkelerde yapılan değerlendirmeler sonucunda; zayıf politika ve yetersiz iyileştirici programların, adaletsiz ekonomik düzenin ve kötü yönetim şekillerinin toplum içerisindeki eşitsizliğin en büyük nedenleri olduğu belirtilmektedir (Marmot ve Bell, 2011).

Toplum ağız diş sağlığında diş çürüğünün önlenmesinde; iki türlü yaklaşım genel olarak benimsenmektedir. Birincisi tüm popülasyonu temel alan yaklaşım, örneğin suların florlanması şeklindedir. Bu şekilde tüm toplum olumlu etkiden yararlanır. İkinci yaklaşım ise sadece risk altında olan bireylerin ‘hedef kitle’ (belirli bir kısım popülasyon veya bireylerin) olarak belirlenerek uygulanan yaklaşım biçimidir. Bu yaklaşım biçiminde ise sadece yüksek risk grubundakiler belirlenir ve onlara yönelik girişimler uygulanır (PHE, 2014a).

Toplum sağlığı çalışanlarının günümüzde tercih edilmesini önerdikleri bir diğer yaklaşım yöntemi ise ‘proportante universalism’ (oransal evrensellik)’tir (Watt, 2007). Bu yöntemde tüm popülasyonu hedef alan yaklaşım biçimi temel alınmakta fakat toplum içerisinde daha yüksek risk grubunda olarak değerlendirilenlere daha fazla odaklanılması ve girişimlerin bu gruplarda yoğunlaştırılması olarak tanımlanır. Böylece toplum içerisindeki yüksek risk grubundakilerin sağlıklarının iyileştirilip, en iyi durumda olanlar ile en kötü durumda olanlar arasındaki eşitsizliğin azaltılması amaçlanmaktadır. Buna ek olarak genel olarak tanımlanan sosyal eğrinin tüm toplum bazında iyileştirilmesi, yani azaltılması, ve tüm toplumun sağlık ve ağız sağlığı refahının artırılması hedeflenmektedir (PHE, 2014a).

Sadece risk grubunda olanlara iyileştirici uygulamaların uygulanmasının toplum içerisindeki eşitsizliği azaltamayacağı, hatta artırabileceği görüşü savunulmaktadır. Örneğin sağlığın iyileştirilmesinde kullanılacak kaynak vergilerden elde edilecektir fakat bu maddi gelirin büyük kısmını ödeyen (sosyoekonomik seviyesi yüksek) grubun iyileştirici girişimlerden yararlanamamasının ileride sorunlara sebep olabileceği belirtilmektedir (Watt, 2007).

Çalışmamız planlanırken temel aldığımız ana fikirlerden birisi bahsedilen bu ‘oransal evrensellik’dir. Amacımız tüm topluma ulaşabilen sağlık çalışanlarının hedef alınması ile ileride planlanacak iyileştirici girişimler için temel oluşturulmasıdır.

Gerek sosyoekonomik durum gerekse kültür ve eğitim seviyesi nedeniyle birçok ocuk dünya genelinde diş hekimleri ile erken yaşta tanışamamaktadır (Chou ve diğerleri, 2014). Özellikle, düşük gelirli ailelerin çocukları, kendi bakımları için yeterli olmayan, profesyonel sağlık hizmetlerini kullanamayacağı finansal, sosyal ve imkansal eksiklikler içinde olabilmekte ve bu durum oral hastalıklara karşı onların savunmasız hle gelmelerine yol açabilmektedir. Düşük gelirli ailelerin çocuklarının ilk diş hekimi ziyaretlerinin daha büyük yaşta, daha az sıklıkta ve yalnızca dental problemleri olduğu zaman gerçekleştiği birçok çalışmada belirtilmektedir (Twetman, 2008; Rogers, 2011; Bazian ltd, 2014). Bunun yanında gebe bireylerin diş hekimlerine gitmekten kaçındığı yönünde çalışmalar da mevcuttur (Morgan ve diğerleri; 2009; Hartnett ve diğerleri, 2016). Örneğin, Amerika’da gerçekleştirilen çalışma sonucunda hamile bireylerin sadece %22-30’unun diş hekimini

gebelik boyunca ziyaret ettiği bildirilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG, 2013).

Doğru zamanda yapılan çürük risk tayini ve ağız sağlığı değerlendirmesi, koruyucu uygulama bilgilendirmesi ve uygulanması, beslenme hakkında aileye verilecek bilgiler, uygun oral hijyen eğitimi ve özellikle floridler hakkındaki doğru bilgilendirme çocuk ağız sağlığını etkileyebilecek başlıca faktörlerdir (Kumar ve Samelson, 2006). Bu bağlamda Kuzey Kıbrıs'ta diş hekimlerinden önce sık sık ve düzenli şekilde anne adayları, aileler ve çocuk ile temasta olan çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarına ciddi roller düşmektedir.

Bir çok ülkede çeşitli sağlık ve sosyal çalışanların katılımıyla gerçekleştirilen anne-bebek ağız sağlığı programları, toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla uygulanmakta ve başarılı sonuçlar elde edilmektedir (Twetman 2008; Rogers, 2011;; SIGN 2014; Bazian ltd, 2014; PHE 2015). Kuzey Kıbrıs'ta yeni doğan çocukların sağlık sistemiyle ilk karşılaştığı sağlık çalışanları çocuk doktorları olmakla birlikte çocukların ağız sağlığında belirleyici rol oynayan anne adayları ise kadın doğum uzmanları ile sürekli kontakt içerisinde. Bu konuları sayesinde kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki yönlendirici, bilgilendirici ve önerici rolleri ön plana çıkmaktadır.

Erken dönemde kazanılan davranışların ve alışkanlıkların ilerisi için büyük önem taşıdığı ve çocukluk çağındaki ağız sağlığının ilerisi için en kolay belirleyicilerden biri olduğu bildirilmektedir (Drummond, 2013). Genel sağlık ile ağız diş sağlığı önemi hakkında geliştirilmiş toplum sağlığı programlarının, doğum öncesi ebeveynlik eğitimiyle başlayıp doğum sonrası devam etmesi ile çocukların ömür boyu sağlıklı oral hijyen alışkanlıkları kazanmasına yardımcı olmak temel hedeflerden biridir (Twetman, 2008; Rogers, 2011; PHE, 2014a; SIGN, 2014).

Çalışmamızdaki hedef kitle olan çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarının diş hekimlerine ek olarak ağız ve diş sağlığı hakkında aktif rol almalarının, ağız sağlığı mesajlarının düzenli, doğru ve süreklilik içinde toplum içerisinde sirküle olabilmesinde rolu önemlidir (Rogers, 2011). Bu fikrin gerçekleşebilmesi için öncelikle bu grupların ağız sağlığı ile ilgili güncel bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirip ağız-diş sağlığında aktif rol almalarını engelleyen bariyerleri irdelemek öncelikli amacımız olarak belirlenmiştir.

Gerçekleştirdiğimiz çalışma/çalışmalar Kuzey Kıbrıs genelinde gerçekleştirilen ve ağız-diş sağlığı ile ilgili çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanlarını içeren ilk ve tek çalışmalardır. Daha önce Kuzey Kıbrıs'ta çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız diş sağlığı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren bir çalışma yapılmamıştır.

Çalışmaya %92 cevap verme oranı ile katılan çocuk doktorları, bir ülke genelinde yapılan diğer anket çalışmalarına göre yüksek oranda katılım göstermişlerdir (Guiseppe ve diğerleri, 2006; Bottenberg ve diğerleri, 2008; Lewis ve diğerleri, 2009; Balaban, 2012). Kadın doğum uzmanları ile gerçekleştirilen çalışmaya katılım oranı %51 olarak izlenmekte ve aynı konu ile ilgili gerçekleştirilen yurtdışı çalışmalar ile benzer oranda bir katılım izlenmiştir (Golkari ve diğerleri, 2013; May ve diğerleri, 2014; Hashim ve Akbar, 2014; Baseer ve diğerleri, 2014; George ve diğerleri, 2016). Anket çalışmalarına katılımın düşük olması nedeniyle anket formlarının mail, mektup veya sosyal medya yardımıyla gönderilmesi yerine araştırmacılar anket formlarını bireysel olarak katılımcılara ulaştırmıştır. Böylelikle katılım oranının artırılması planlanmıştır.

Anket çalışmasına katılan çocuk doktorlarının sadece %24'ü daha önce ağız diş sağlığı ile ilgili eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Bu oran çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarında da aynı oranda izlenmiştir (%24). Daha önce gerçekleştirilen ve çocuk doktorları ile kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığıyla ilgili eğitim alıp almadıklarının sorgulandığı çalışmalarda bulunun sonuçlar çalışmamızın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Örneğin; Prakash ve diğerleri (2006), Kanada'da gerçekleştirdiği çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %18.6'sının; Lewis ve diğerleri (2009), Amerika'daki çalışma sonucunda katılımcıların %36'sının; Kalkani ve Ashley, (2013) İngiltere'de pediatri eğitimi gören ülke genelindeki yüksek lisans öğrencileri arasında gerçekleştirdiği çalışma sonucunda katılımcıların %7'sinin, Sezer ve diğerleri (2013), Türkiye'de gerçekleştirdiği çalışması sonucunda katılımcıların %16'sının, Balaban ve diğerleri (2012), Brezilya'da gerçekleştirdiği anket çalışmasında katılımcıların %36'sının, Guissepe ve diğerleri (2006), İtalya'daki çalışmaya katılanların %20'sinin, Indira ve diğerleri (2015), Hindistan'da gerçekleştirilen çalışmadaki katılımcıların %15'inin ve Rabiei ve diğerleri (2012), tarafından İran'da gerçekleştirilen çalışma sonucunda katılımcıların %16'sının daha önce formal bir biçimde (lisans, yüksek lisans ve meslek içi

eğitim) ağız-diş sağlığı eğitimi aldıklarını bildirmişlerdir. Bottenberg ve diğerleri (2008) tarafından Belçika’da gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda katılımcıların %71’inin daha önce ağız diş sağlığı eğitimi aldıkları bildirilmiş ve literatür taramasında karşımıza çıkan en yüksek oran olarak bu sonuç belirlenmiştir.

Kadın doğum uzmanlarının daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi alıp almadıklarını değerlendiren çalışmalarda ise; Enabulele ve Ibhawoh (2014) Nijerya’daki çalışma sonucunda çalışmaya katılan kadın doğum uzmanlarının %15’inin hamilelikte ağız diş sağlığı ile ilgili eğitim aldıklarını bildirdiklerini, Suri ve diğerleri (2017) Hindistan’da gerçekleştirdiği çalışma sonucunda katılımcıların %30’unun eğitim aldığını, Hashim ve Akbar (2014) Birleşik Arap Emirlikleri’nde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %32’sinin ağız-diş sağlığı eğitimi aldığını bildirmişlerdir. Weeks ve diğerleri (2013) Amerika genelinde yapılan çalışma sonucunda çalışmaya katılan kadın doğum ve hastalıkları uzmanlık eğitimi veren okullardan sadece %39’unda prenatal dönemdeki ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitim verildiğini ve bunların sadece 1-2 saatlik eğitimler olduğunu bildirmişlerdir.

Dünya genelinde elde edilen sonuçlardaki verilere dayanarak, diş hekimliği fakülteleri dışındaki sağlık fakültelerinde ağız-diş sağlığı eğitime gerekli önemin gösterilmediğini ve müfredatlarda yeterince yer bulamadığını rahatlıkla söyleyebiliriz (Weeks ve diğerleri, 2013).

Araştırmamızda elde edilen verilere göre katılım gösterenlerin büyük çoğunlukları, çocuk doktorlarının %87.5 ‘i ve kadın doğum uzmanlarının %76.3’ü, ağız-diş sağlığı ile ilgili daha fazla eğitim almalarının yararlı olacağı görüşünü bildirmişlerdir. Çeşitli çalışmalarda katılımcılar bizim çalışmamıza benzer şekilde aldıkları ağız-diş sağlığı eğitiminin kesinlikle günlük pratiklerinde daha aktif görev alabilmeleri için yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Kumar ve Samelson, 2006; Lewis ve diğerleri, 2009; Sezer ve diğerleri, 2013; Kalkani ve Ashley, 2013; Hartnett ve diğerleri, 2016; Hashim ve Akbar, 2017; Suri ve diğerleri, 2017; Rajesh ve diğerleri, 2017).

‘Ottawa Tüzüğü’ 1986 yılında ilk kez sağlığın iyileştirilmesi amacı ile düzenlenen konferans sonucunda uluslararası bir çok ülke tarafından imzalanan ve onaylanan sağlık anlaşmasıdır. Ottawa Tüzüğü’nün başlıca amacı sağlık ve oral sağlık alanındaki

eşitsizliklerin azaltılmasıdır. Bu amaçla beş anahtar alana müdahale edilmesi gerektiği ve iyileştirme girişimleriyle hem genel sağlıkta hem de çocuklarda ağız sağlığının iyileştirilebileceği ve toplum içi bireyler arasındaki eşitsizliğin azaltılabileceği belirtilmiştir (WHO, 2017).

Bu girişimlerin başında; sağlıklı devlet politikası oluşturulması ve gerekli girişim ve önlemlerin yasalar ile mutlaka desteklenmesi gerektiği gelmektedir. Önerilen diğer dört girişim ise; toplumdaki bireyler için destekleyici ve sağlıklı bir çevre/ortam yaratılması, sağlık servislerinin tedavi edici yaklaşımdan çok önleyici ve durduru olacak şekilde yeniden düzenlenmesi, kişisel yetenek ve bilgilerin geliştirilmesi ile sağlık konusunda hem sağlık çalışanlarının hem de toplum içerisindeki bireylerin bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılması, ve toplumun motive edilerek kendilerini destekleyecek ve güçlendirilecek kararlarda daha fazla hak sahibi olmaları gereksinimini önermektedir (PHE, 2014a).

Watt (2007), yapılabilecek girişimleri etkinlikleri açısından değerlendirmiş ve ağız sağlığındaki problemlerin bir nehir/akarsu olarak hayal edilebileceğini belirtmiştir. Nehrin üst bölgelerinde yapılan girişimlerin nehire daha fazla etki edeceği ve akışını engelleyeceği varsayılarak, problemlerin engellenmesinde akıntıya en fazla etki edebilecek olan üst bölgelerde uygulanan girişimlerin daha etkili olacağını belirtmiştir.

Toplum sağlığı yaklaşımının bireyselden çok topluma yönelik olması ve geniş kitlelere hitap etmesi her zaman ön planda tutulmaktadır (Rogers, 2011). Ulusal ve/veya lokal yasa oluşturma girişimleri ile finansal düzenlemeler en etkin toplum ağız diş sağlığını iyileştirici uygulamalar olarak değerlendirilmekte, kliniklerde alınan koruyucu önlemler ise nehrin en alt kısmına etki eden yani en az toplumsal etkiye sahip girişimler olarak değerlendirilmektedir (Watt, 2007).

Bu değerlendirmeye göre, konumuz ile alakalı olarak önerilen girişimlerden biri olan diş hekimleri dışındaki sağlık çalışanlarının eğitilmesi, nehrin orta ve üst kısımda değerlendirilen girişim türü olarak değerlendirilmektedir (Watt, 2007). Sağlık çalışanlarının eğitilmesi Ottawa Tüzüğü'ndeki kişisel ve/veya toplumsal yeteneklerin geliştirilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması başlığı altında değerlendirilmekte ve yetkili komisyonlar tarafından toplum ağız-diş sağlığını iyileştirmesi için uygulanması desteklenmektedir (PHE, 2015).

Çeşitli sistematik derlemeler değerlendirildikten sonra İngiltere’de lokal yetkili komisyonların rutinde kullanabileceği ve çalışmalarını şekillendirebileceği bir kılavuz düzenli aralıklarla bölge komisyonlarına ulaştırılmaktadır (PHE, 2014a). 2014 yılında hazırlanan son kılavuza göre ağız-diş sağlığı çalışanları dışındaki diğer sağlık çalışanlarının eğitilmesi; ‘önerilen’ (kanıta dayalı etkinliği kanıtlanmış, eşitsizlikleri azaltmada etkili, uygulanması sırasında maliyeti uygun ve hayata geçirildiğinde uygulanabilir) bir ağız sağlığı iyileştirici girişim şekli olarak değerlendirilmektedir (Sprod ve diğerleri, 1996; Rogers, 2011; PHE, 2014a). Bu sayede eğitilmiş profesyonel sağlık çalışanları tarafından doğru ağız-diş sağlığı mesajları toplum içerisinde sirküle olabilecek, kendilerine olan güvenlerinin artması sayesinde gerektiğinde sorumluluk almaktan kaçınmayacaklar ve aileleri çok önemli olarak değerlendirilen, doğru tutum ve davranışların şekillenebileceği bir dönem olarak nitelendirilen hamilelik ve erken çocukluk çağı döneminde daha doğru yönlendirebileceklerdir (PHE, 2014b).

Komisyonların baz aldığı ve sağlık iyileştirici girişimlerin temelinde bulunan kılavuzlar göz önünde bulundurulduğunda, hem dünya genelindeki araştırmalar hem de bizim çalışmamızda elde edilen benzer sonuçlar değerlendirildiğinde, diş hekimleri dışındaki sağlık çalışanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki eğitim eksikliği net bir biçimde ortaya çıkmakta, eğitim düzeyinin artırılması için gerekli düzenlemelerin yetkili komisyonlar tarafından değerlendirilmesi gerçeği gözlenmiştir.

Bunlara ek olarak araştırmamıza katılım gösteren hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının büyük çoğunluğunu daha tecrübeli hekimler oluşturmaktadır (sırasıyla %67.5 ve %73.3). Lisans veya yüksek lisans eğitimi dışında herhangi bir eğitim seminerine veya konferansa katılma oranları değerlendirildiğinde ise son beş yıl içerisinde çocuk doktorlarının %20’si, kadın doğum uzmanlarının ise hiçbirisi (%0) herhangi bir ağız-diş sağlığı konusunu içeren seminer, kongre veya konferansa katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç ise mesleki eğitim adı altında profesyonellere sağlanan güncel eğitim alanında Kuzey Kıbrıs’taki eksikliği işaret etmektedir.

Ağız hastalıklarının önlenmesi yüksek oranda profesyonel yönlendirme sonucu hastaların davranışlarını değiştirmesi ile mümkündür (Watt, 2007; Lewis ve diğerleri, 2009; Marmot ve Bell, 2011; Hartnett ve diğerleri, 2016). Çeşitli beslenme ve oral hijyen alışkanlıkları, flor kullanımı ve rutin diş hekimi ziyaretleri bu davranışların başında

gelmektedir. Profesyonel sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi, ağız-diş sağlığı mesajlarının doğru, güncel ve devamlılık içeren şekilde toplum içerisinde sirküle edilebilmesinde, sağlık çalışanlarının günlük pratiklerine ağız-diş sağlığını dahil edebilmesinde, kendilerine olan güvenlerinin artırılmasında, ve aileleri gerektiği şekilde motive edip yönlendirebilmeleri açısından en önemli belirleyici faktördür (Kumar ve Samelson, 2006; Lewis ve diğerleri, 2009; Douglass ve diğerleri, 2009).

Araştırmamız kapsamında çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde, katılımcılardan hiçbir çocuk doktoru veya kadın doğum uzmanının bilgi sorularının hepsine doğru cevap veremediği görülmektedir.

Çalışmaya katılan çocuk doktorları içinden soruların %75'ine doğru cevap verenlerin oranı ise yeterli düzeyde bulunamamıştır (%14). Benzer diğer çalışmalarda, Türkiye'de 2013 yılında gerçekleştirilen çalışma sonucunda, çalışmaya katılan çocuk doktorlarının sadece %0.4'ünün, Kanada'da gerçekleştirilen çalışma sonucunda ise çocuk doktorlarının %1.8'inin tüm bilgi sorularına doğru cevap verdiği izlenmektedir (Prakash ve diğerleri, 2006; Sezer ve diğerleri, 2013). Tüm sorulara cevap verebilen grubun olmaması nedeni ile literatürlerde daha önce de örnekleri bulunan, istatistiksel olarak anlamlılığı desteklenen ve yeterli düzeyde olduğu düşünülen bilgi sorularının %75'ine doğru cevap veren grubun istatistiksel analizlerde kullanılmasına karar verilmiştir.

Araştırmamıza katılan kadın doğum uzmanlarından bilgi sorularının %75'ine doğru cevap verenlerin oranı ise çok azdır (%7). Sadece 3 kişi bu kritere uyabildiğinden istatistiksel olarak anlamlı bir çalışma gerçekleştirmek için soruların %65'ine doğru cevap verenler değerlendirilmiştir. Bu oran ise %28 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların soruların hepsine doğru cevap vermesini beklememizdeki amaç; sorulan soruların özenle ve daha önce kullanılan geçerliliği test edilen anket çalışmalarından seçilmiş olması, ECC oluşumundaki temel risk faktörlerini içeren nitelikte olması, çocuklar ve gebe bireyler ile bu kadar sık yakın kontakt içinde olan sağlık çalışanlarının gerçekten hakkında bilgi sahibi olması gerektiği konular olduğunu düşünmemizdir.

Araştırmamızda çocuk doktorlarının bilgi sorularına verdikleri cevaplar ile karakteristik özellikleri karşılıklı olarak değerlendirildiğinde, soruların %75 ve daha

fazlasına doğru cevap verenler ile daha önce ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi ($p=0.003$) ve son beş yılda ağız-diş sağlığı ile alakalı konferans veya seminere katılımı olup olmamasıyla ($p=0.023$) ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi olanların ve son beş yılda güncel seminerlere veya kongrelere katılımın bilgi sorularında daha yüksek başarı oranı getirdiği gözlenmiştir.

Eğitiminin önemini net bir şekilde ortaya koyan bu sonuç, Amerika’da Lewis ve diğerleri (2009) tarafından 1103 çocuk doktorunun katılımıyla gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına benzer şekilde ($p<0.05$), eğitim geçmişiyle bilgi sorularındaki başarının arttığını destekler niteliktedir. Yine çocuk doktorları ile gerçekleştirilen bir çalışmada daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi olan çocuk doktorlarının ağız sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Guiseppe ve diğerleri, 2006). İngiltere’de 1088 sağlık gezgincisinin katılımı ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda ise yine bilgi sorularına doğru cevap verme oranının eğitim geçmişiyle ilişkili olduğu ve arttığı gözlenmiştir ($p<0.05$) (Oge ve diğerleri, 2018).

Kadın doğum uzmanlarının bilgi düzeyleri ile karakteristik özellikleri değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bulunan tek kategorik veri, çalışma ortamıdır ($p=0.046$). Buna göre üniversite hastahanesinde görev yapan kadın doğum uzmanlarının, devlet hastahanesi ve özel (klinik/hastahanelerde) çalışanlara oranla gebelerde ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi daha yüksek olarak izlenmektedir. Üniversitelerin bilgiye ulaşımında kolay, etkili merkezler olmasının ve diş hekimliği fakültesi ile yakın temasta olmasının bu sonuç üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Weeks ve diğerleri (2013), Amerika genelinde gerçekleştirdiği pediatri ve jinekoloji eğitimi veren yüksek lisans okullarındaki doğum öncesi ağız diş sağlığını değerlendirdikleri çalışmalarında, diş hekimliği fakülteleri ile yakın iletişimde olan okulların ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim olanakları sunduklarını belirtmişlerdir.

Bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde karşılaşılan ve üzerinde durulması gereken bir diğer nokta ise daha önce eğitim aldığını belirten kadın doğum uzmanlarının bilgi sorularında başarılı olamamasıdır. Eğitim geçmişi olanların sadece %20’si soruların çoğunluğuna doğru cevap verebilmiştir. Bu durum, kadın doğum uzmanlarına verilen ağız-

diş sağlığı eğitiminin içeriğinin sorgulanması gerekliliğini ve güncelliği ile ilgili araştırma yapılması gerektirdiğini düşündürmektedir.

Flor, günümüzde diş çürüğünün önlenmesinde kullanılan en etkin, kullanımı kolay, güvenli ve ucuz materyaldir. Çeşitli sistematik derlemeler florun topikal olarak hem evde hem de profesyonel şekilde kullanımının günümüzde en etkili çürük önleme yöntemlerinden biri olduğunu belirtmektedir (Marinho ve diğerleri, 2003; Twetman, 2009). Yetmiş çalışma içeren bir meta-analiz sonucu flor içeren diş macunu kullanımının, flor içermeyen diş macunu kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde çürük oluşumunu engellediği bildirilmektedir (Marinho ve diğerleri, 2003)

Araştırmamızda ilgi çekici bir şekilde hem çocuk doktorları hem de kadın doğum uzmanları florun etkisinin değerlendirildiği sorularda çelişkiler yaşamışlardır. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının sadece yaklaşık olarak yarısı (%57), kadın doğum uzmanlarının ise %60'ı florun topikal olarak kullanıldığında diş çürüklerini engellediği görüşünü bildirmişlerdir.

Kanıtı dayalı diş hekimliğinde günümüzde flor kullanımının diş çürüğünü engellediği tartışılmaz bir konudur. Araştırmamızda değişkenlik gösteren flor hakkındaki bilgi sebebinin Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında kanıtı dayalı güncel kılavuzları takip etmedikleri ve günlük yaşantıda önemli bir rol oynayan, her zaman doğru bilgilerin bulunmadığı sosyal medyadan (flor kullanımı ile alakalı spekülasyonlar) kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Diş hekimi olmayan sağlık çalışanları arasında gerçekleştirilen çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar gözlenmiştir. Amerika'daki bir çalışma sonucunda araştırmaya katılan sağlık çalışanı grubun %67'si (Gold ve Tomar, 2015), İngiltere'de gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda ise katılanların %78'i florun topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini düşündüklerini belirtmiştir (Oge ve diğerleri, 2018).

Florlu diş macunun küçük yaşlarda kullanımının (0-3 yaş) tartışması artık neredeyse kalmamıştır. Dişlerde florozis oluşturabilmesi nedeniyle uzun dönem bu konu üzerinde tartışmalar sürmüştür. Günümüzde geline nokta ise artık ilk dişin ağızda görülür görünmez florlu diş macunu (3 yaşına kadar sürüntü şeklinde, 3 ile 6 yaş arasında bezelye

tanesi kadar olmak kaydı ile) ile dişlerin fırçalanmaya başlanması gerçeğidir (Marinho ve diğerleri, 2003; Twetman, 2009; SIGN, 2014; PHE, 2014b; AAPD, 2014).

Araştırmamızda çocuk doktorlarına yönlendirilen küçük yaşlarda flor kullanımı ile ilgili soruda, çalışmaya katılan çocuk doktorlarından sadece beşte biri (%20) doğru olarak cevap vermiş ve florlu diş macununun 3 yaşından küçüklerde kullanılabileceğini belirtmiştir.

Çeşitli araştırmalardan elde edilen sonuçlarda Prakash ve diğerleri (2006) araştırmaya katılan çocuk doktorlarının %36'sının, Gold ve Tomar (2015) katılanların %25'inin, Sezer ve diğerleri (2013) katılımcıların %14'ünün ve Rabiei ve diğerleri (2012) çalışmaya katılan çocuk doktorlarının %23'ünün 3 yaşından küçüklerde florlu diş macunu kullanımının uygun olduğunu belirttiklerini bildirmişlerdir. Elde edilen verilere bakıldığında araştırmamız ile ilgili benzer sonuçlar bulunmuş ve bir çok ülkede çocuk doktorlarının bu konuda daha fazla bilgilendirilmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır.

3 yaşından küçük çocuklarda uygun koşullarda (gözetim altında) ve miktarda diş macunu kullanılmasının dişlerde florozis oluşma riskini azalttığı belirtilmektedir. AAPD (2014), SIGN (2014) ve PHE (2014b) 3 yaşından küçük çocuklarda 1000 ppm flor konsantrasyonuna sahip diş macunlarının sürüntü şeklinde kullanılmasını önermektedir. SIGN (2014) detaylı olarak yaptığı değerlendirmesinde sürüntü şeklindeki kullanımda 0.1 ml diş macunu olduğunu ve hepsinin yutulsa bile günde iki defa 1000 ppm flor içeren diş macunuyla dişlerin fırçalanmasının florozis oluşumu için çok az bir miktar olduğunu bildirmektedir. Florozis oluşabilmesi için üst limit olan 1.3ml'e ulaşmak için 13 defa flor içeren (0.1ml miktarındaki) diş macunuyla dişlerin fırçalanması gerektiğini belirtmektedir (SIGN, 2014). Aslında kar-zarar değerlendirmesi yapıldığında ECC oluşumu yerine florozis oluşumunun tercih edildiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Rogers, 2011).

ECC'nin çok erken dönemde başladığını göz önünde bulundurduğumuz zaman Kuzey Kıbrıs gibi çürük insidansı çok yüksek olan bir ülkede flor içeren su kullanımı da olmadığından, mutlaka dişlerin florlülü diş macunu ile ilk dişin sürmesinden itibaren fırçalanmaya başlanması gerekmektedir.

Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, daha önce eğitim aldığını belirten hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının flor hakkındaki bilgi düzeyi

istatistiksel olarak daha yüksektir. Son beş yılda eğitim alan çocuk doktorlarının 3 yaşından küçüklerde florlu diş macunu kullanımının uygun olduğunu belirtmesi ise istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde güncel seminer ve kongrelere katılmayanlara göre daha fazladır (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.034$, $p=0.014$). Bu şekilde florlu diş macunu kullanımını hastalarına öneren ve kullanması yönünde motive eden çocuk doktorlarının hastaları ECC'nin önlenmesi bakımından daha avantajlı konumdadır.

Dişlerin erken dönemde fırçalanmaya başlaması ile çürük oluşum insidansı azalmaktadır (AAPD, 2014; SIGN, 2014; PHE 2014b; PHE, 2015). İngiltere genelinde gerçekleştirilen çalışma sonucunda dişlerini günde iki defadan daha az fırçalayan çocuklarda çürük insidansının daha fazla olduğu görülmüştür (HSCIC, 2015). Araştırmamızda bu konu hakkındaki bilgileri değerlendirilen çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının yarısından azı (%41 ve %47) süt dişlerinin ilk diş çıkar çıkmaz fırçalanmaya başlanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Bottanberg ve diğerleri (2008), Eke ve diğerleri (2015), Wagner ve Henrich Weltzien (2014), Indira ve diğerleri (2015) ve Poonirma (2015) çalışmalarında bizim çalışmamızı destekler nitelikte, sırasıyla %48, %33, %35, %28 ve %13 oranlarında çocuk doktorlarının ilk diş fırçalamanın süt dişleri sürer sürmez başlaması gerektiğini bildirdiklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızdan elde edilen verileri destekler niteliktedir. Oge ve diğerleri (2018) ise sağlık gezgincileri ile yaptığı çalışma sonucunda çarpıcı şekilde katılımcıların neredeyse hepsinin (%98) fırçalamanın florlu diş macunları ile ilk süt dişi sürer sürmez başlaması gerektiğinin belirtildiği ve bu konudaki eğitimlerinin başarılı sonuçlar verdiğini raporlamışlardır.

ECC'nin oluşumunda beslenmenin önemi hiç kuşku yok ki tartışılmazdır (PHE, 2014b). Uygunsuz ve düzensiz biberon kullanımı, uzun dönem ve her istenildiğinde emzirme diş çürüğü oluşumunda etkili risk faktörleridir (AAPD, 2014). Geceleri biberon ile uyuma, AAPD (2014) tarafından çocukların yüksek çürük risk grubunda değerlendirilmelerine sebep olmaktadır. Anne sütü ise yeni doğan bebekler için en iyi besin kaynağı olarak gösterilmekte ancak 1-1.5 yaşından sonra düzensiz ve her istenilende emzirmenin çürük oluşumuyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lavigne, 2013; AAPD, 2014).

Araştıma sonuçlarımıza göre geceleri biberon kullanımının çürük riskini artırdığı neredeyse tüm çocuk doktorları tarafından bilinmektedir (%98.8). Bu oran bilgi sorularında gözlemlenen en yüksek doğru oranıdır. Çalışmamızda, Caspary ve diğerleri (2008) (%82) ve Gold ve Tomar (2015) (%67) tarafından elde edilen sonuçlardan daha yüksek oranda doğru cevap oranı elde edilmiştir.

Uzun dönem ve düzensiz emzirmenin ECC oluşma riskini artırdığı ise çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının yarısı (%50) tarafından doğru olarak yanıtlanmıştır. Sezer ve diğerleri (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada bu oran %20, Indira ve diğerleri (2015)'in gerçekleştirdiği çalışmada %8, Gold ve Tomar (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda ise sadece %3'lük bir bölümünün emzirme ile diş çürükleri arasında bir ilişki olduğunu belirttikleri bildirilmiştir.

Her ne kadar çalışmamıza katılan çocuk doktorları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, en yüksek başarı oranıyla bu konu hakkındaki bilgilerini belirtmeler de geceleri biberon kullanımının günlük pratikte sorgulanması ve uzun dönem düzensiz emzirme ile ECC arasındaki ilişki hakkında Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktorlarının daha fazla bilgilendirilmelerinin faydalı sonuçlar verebileceği görüşündeyiz.

AAPD (2014), SIGN (2014) ve PHE (2014b) gibi birçok dünya genelinde ağız diş sağlığının iyileştirilmesi amacıyla temel alınan ağız-diş sağlığı kılavuzları çocukların ilk diş hekimi ziyaretlerinin bir yaşında veya ilk dişin çıkmasından sonra 6 ay içerisinde gerçekleşmesi gerektiğini önermektedir. Gerekli ağız hijyen bakımının nasıl yapılacağı ve beslenmede nelere dikkat edileceği konusunda ailelerin bilgilendirilmesi, ağız sağlığı risk analizinin erken dönemde yapılabilmesi ve koruyucu uygulamalar hakkında ailenin bilgilendirilmesini içeren ilk ziyaret, farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılmasında önemli rol oynamaktadır. İngiltere genelinde yapılan çalışma sonucunda, çocukların sadece %30'undan daha az bir kısmının 2 yaşını doldurmadan diş hekimine gittiğini belirtmektedir (HSCIC, 2015).

Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının %43'lük bir kısmı ilk diş hekimi ziyaretinin bir yaşında gerçekleşmesi gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir. Bottanberg ve diğerleri (2008) çalışmaya katılan Belçikalı çocuk doktorlarının %23'ünün, Indira ve diğerleri (2015) Hindistan'da gerçekleştirdiği çalışma sonucunda katılımcıların

%43'ünün, Sezer ve diğerleri (2013) Türkiye'deki çalışma sonucunda %13'ünün ve Wagner ve Heinrich-Weltzien (2015) Almanya'daki çalışmasında %22 oranında çocuk doktoru ilk diş hekimi kontrolünün bir yaşında gerçekleşmesi gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir.

Sonuçlar değerlendirildiğinde Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktorlarının diğer çalışma sonuçlarına göre iyi oranda ilk diş hekimi ziyaret yaşı açısından bilgi sahibi olduğu gözlenmektedir. Erken dönemde yapılacak diş hekimine yönlendirmenin ve ailenin ağız-diş sağlığı açısından çocuk doktorlarının motive edilmesi hiç kuşku yok ki ECC'nin önlenmesinde büyük rol oynayacaktır.

Gebelik süresince anne adayının ağız sağlığının iyi olması sadece annenin yaşam kalitesini artırmakla kalmaz, ayrıca gebelik süresince dental kaynaklı yaşanabilecek potansiyel komplikasyonları minimuma indirerek doğacak bebeğin ilerideki ağız sağlığını da olumlu yönde etkileyecektir. Annenin periodontal problemlere sahip olması erken doğum ve düşük doğum ağırlığına sebep olabilmektedir (Kumar ve Samelson, 2006; Hartnett ve diğerleri, 2016). Eğer anne adayı tedavi edilmemiş diş çürüklerine sahip ise kendi oral florasındaki karyojenik bakteriler tarafından çocuğunu erken dönemde enfekte edebilir ve ECC oluşumunu hızlandırabilir (Hartnett ve diğerleri, 2016). Hamilelerin %40'ında hamilelik gingivitisi denilen diş eti hastalığı gözlenmektedir (Kumar ve Samulsen, 2006). Hormonal değişikliklere bağlı olan bu süreç gerekli müdahale ve ağız hijyen alışkanlıklarının artırılmaması durumunda ilerleyebilmekte gebelik sürecine olumsuz etkiler yarabilmektedir (Silk ve diğerleri, 2008).

Birçok çalışma ve meta analiz çalışmaları gebelik sürecindeki periodontal hastalıklar ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi belirtmektedir (Kumar ve Samulsen, 2006; Vergnes ve Sixou, 2007; Silk ve diğerleri, 2008; Rocha ve diğerleri, 2011; George ve diğerleri, 2016; Hartnett ve diğerleri, 2016; Hashim ve Akbar, 2017).

Araştırmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının %86'sı gebeliğin var olan dental problemleri şiddetlendirdiğini doğru şekilde bildirmiştir. Çalışmamızda bulunan sonuçlar diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Rajesh ve diğerleri, 2011; Hashim ve Akbar, 2014; Rocha ve diğerleri, 2016; George ve diğerleri, 2016).

Çalışmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının büyük çoğunluğu (%81) ise periodontal hastalıkların gebelik sürecini etkilediğini bildirmiştir. Bu sonuçlar diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla yine benzerlik göstermektedir (Rajesh ve diğerleri, 2011; Hashim ve Akbar, 2014; Rocha ve diğerleri, 2016; George ve diğerleri, 2016).

Dünya genelindeki çalışmalar ve araştırmamız sonuçlarına göre kadın doğum uzmanlarının ağız sağlığıyla gebelik süreci arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi oldukları gözlenmektedir. Birçok çalışma ise gebe bireylerin hamilelik sürecinde diş hekimine gitmekten çekindiklerini belirtmektedir (Silk ve diğerleri, 2008; Hartnett ve diğerleri, 2016). Bu faktörler değerlendirildiğinde, profesyonel yönlendirme ve bilgilendirme bakımından, kadın doğum uzmanlarının bu konuda daha fazla rol üstlenmeleri gerekliliği ortaya net bir şekilde çıkmaktadır.

Gebelik sırasında annenin dişlerinden kalsiyum emildiği yönünde yanlış olan bir varsayım toplum içerisinde yer edinmektedir. Araştırmamız sonucunda da büyük çoğunluktaki kadın doğum uzmanlarının bu düşüncede olduğu ve gebelik sırasında annenin dişlerinden kalsiyum emildiğini düşündükleri görülmüştür (%71). George ve diğerleri (2016) tarafından Avustralya’da gerçekleştirilen çalışma sonucunda ise bu oran %41 olarak bulunmuştur. Kadın doğum uzmanları dişlerdeki kalsiyumun stabil olmasından ve dolaşıma karışmamasından dolayı böyle bir durumun söz konusu olmadığı konusunda eğitilmelidir. Böylece toplum içerisindeki gebe bireylerde bu konu hakkındaki önyargının önüne geçilebilir ve ‘her hamilelikte bir diş kaybedilir’ mantığının anlamsız olduğu hakkında toplumun ve özellikle gebe bireylerin farkındalığı artırılabilir (Hartnett ve diğerleri, 2016).

Daha önce bahsedildiği gibi anneler çocukların ilerideki ağız sağlığında belirleyici rol oynarlar (Kawashita ve diğerleri, 2011; Chou ve diğerleri, 2014). Chaffe ve diğerleri (2014), gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda çürük gelişen çocukların annelerinde S. mutans oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ağız sağlığı iyi olmayan anneden çocuğa karyojenik bakteri transferi erken dönemde ağızda kolonizasyona sebep olduğundan ECC oluşumu için büyük risk oluşturmaktadır (Qin ve diğerleri, 2008). Bu konuyla ilgili bilgi düzeyinin değerlendirildiği soruda hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının araştırmamızda büyük çoğunluk olmasa bile yanıldığı izlenmiştir. Çocuk doktorlarının %41’i anneden çocuğa doğum sonrası bakteri transferinin

gerçekleşebileceği gerçeğine doğru cevap verirken, kadın doğum uzmanlarında bu oran %36 olarak saptanmıştır. ECC oluşumunun temel faktörlerinden olan ağız içi bakteri kolonizasyonun minimum seviyede tutulması, doğum öncesi başlayan bir süreç olup doğum sonrasında da devam ettiğinden, anne adaylarının konuyla ilgili doğru tutum ve davranışlara yönlendirilmeleri ancak kadın doğum uzmanları, çocuk doktorları ve çocuk diş hekimlerinin multidisipliner işbirliği ile gerçekleşebilir.

Ksilitol içeren sakızlar oral floradaki karyojenik bakterilerin azaltılmasında böylece anneden bebeğe bakteri transferinin önlenmesinde etkili koruyucu uygulamalardır. Gebeliğin sonlarına doğru ve doğum sonrası kullanımıyla etkisinden yararlanılabilecek ECC'yi önleyici/koruyucu bir yaklaşım biçimi olarak nitelendirilmektedir (SIGN, 2014). Çalışmamızda ksilitollü sakızlardan sadece %7 oranındaki kadın doğum uzmanının bilgisi olduğu görülmüştür. Diş fırçalamaya ek olarak, çok basit ve etkili bir yöntem olarak belirlenen ksilitol kullanımının yaygınlaştırılmasında, diş hekimlerine ek olarak kadın doğum uzmanlarının motive edilerek ve bilgilendirilerek gebe bireyler arasında kullanımının sıklaştırılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmamıza göre doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının, ileride bebeğin ağız sağlığını olumsuz etkileyebileceğini düşünen çocuk doktoru oranı %71 iken, kadın doğum uzmanlarında bu oran %57'dir. George ve diğerleri (2016), yaptıkları bizimle benzer çalışmada, kadın doğum uzmanlarının %62'sinin gebelik sürecindeki kötü oral hijyenin ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz etkileyebileceğini bildiren sonuçları, çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının %95'i gebelik sürecindeki ağız sağlığının iyileştirilmesi gerektiğini belirtmesine rağmen, doğacak bebekle olan ilişkisinde oranın bu denli düşmesi, katılımcıların, anne adayının ağız sağlığının çocuğun ağız-diş sağlığına olan etkisi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarının göstergesi olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda doğum öncesi anne adayının ağız sağlığının çocuğa etkisi bakımından, özellikle gebe bireyler ile sık kontakt içerisinde bulunan kadın doğum uzmanlarının eğitilip bilgilendirilmesinin, anne ve bebek ağız-diş sağlığı konusunda anne adaylarının motivasyonu açısından önemli olacağı düşüncesindeyiz.

ECC'nin önlenmesinde en temel hedeflerden biri bakteri transferinin daha geç oluşmasını veya tamamen engellenmesi sağlamaktır. Böylece ağız içinde bakteri

kolonizasyonunu ertelenerek çürük oluşumu engellenecek veya ertelenecektir (PHE, 2015). Annenin/anne adayının ECC oluşumundaki rolünün hem gebelik hem de gebelik sonrası bu denli önemli olması göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamıza katılan tüm hekimlerin, bilgi düzeylerinin, tutum ve davranışlarının bu konuda artırılması gerektiği düşünülmüştür. Böylelikle karyojenik bakteri olmadan gelişemeyen çürüklerin oluşmasının önlenmesi veya en azından ertelenmesi amaçlanmaktadır.

Altı yaş dişleri, süt dişlenmeden karışık dişlenmeye geçerken oral kavite ve dişlerin en arkasında hiçbir süt dişi değişmeden sürmeye başlayan ve oklüzyonda çok önemli rolü bulunan daimi azı dişleridir. Aileler genelde bu dişlerin sürdüğünden veya daimi diş olduğundan habersizdir (Majera ve diğerleri, 2003). Ağız ortamında çürük diş sayısı fazla ise veya kısaca çocuk yüksek risk grubunda olarak değerlendirilirse bu dişlerin çürümesi kaçınılmazdır. Fissür örtücüler maliyet uygunluğu ve klinik olarak koruyucu özelliklerinin iyi olması bakımından yüksek risk grubundaki çocukların daimi azılarının korunmasında önemli rol oynayan koruyucu uygulamalardır (Majera ve diğerleri, 2003).

Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının daimi azı dişlerini korumadaki en etkili yöntemlerden biri olan fissür örtücüler hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde sadece yaklaşık olarak dörtte birinin (%23) böyle bir koruyucu uygulama hakkında bilgisi olduğu görülmüştür. Altı yaş dişleri sürdükten sonra en erken dönemde uygulanmasında fayda olan bu koruyucu uygulamalar hakkında, aileleri yönlendirici ve önerici konumunda bulunan çocuk doktorlarının hem uygulama hakkında hem de uygulanma zamanı hakkında daha fazla bilgilendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Geçmişte, hamilelik süresince fetüsde oluşturabileceği etkilerden dolayı uygun dental tedavi planlanması ve uygulanması diş hekimleri için zorlu bir süreç olarak nitelendirilmekteydi (Kumar ve Samelson, 2006). Fakat günümüzde, gelişmiş sağlık sektörü sayesinde hamileliğin kaliteli dental prosedürler için bir kontraendikasyon oluşturmadığı ve fetüsde bir komplikasyona sebep olmadığı belirtilmektedir (Kumar ve Samulsen, 2006; Silk ve diğerleri, 2008; Hartnett ve diğerleri, 2016). Ayrıca gerekli tedavilerin uygulanmasının gebelik süresinde hem anne adayının yaşam kalitesine hem de doğacak bebeğe olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Hashim ve Akbar, 2014).

Araştırmamızda kadın doğum uzmanlarının neredeyse hepsi (%95) düzenli diş taşı temizliği ve periodontal tedaviyi gebelik süresinde uygulanabilecek güvenli bir uygulama olarak nitelendirmektedir. Çalışma sonuçlarımız, Hashim ve Akbar (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucuna (%91) benzer, George ve diğerleri (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına (%62) göre daha yüksek bulunmuştur. Periodontal tedavinin gebelik süresince mutlaka gerçekleştirilmesi gereken bir tedavi olmasının nedeni, hamilelik süresince yaşanan hormonal değişiklikler nedeniyle diş etlerinin plak birikimine daha hassas hale gelerek gingival inflamasyon oluşturma olasılığının artmasıdır. Gerekli müdahalelerin yapılmaması durumunda daha ciddi problemler ile karşılaşılabilir. Herhangi bir akut periodontal enfeksiyon mutlaka zaman kaybedilmeden tedavi edilmelidir (Kumar ve Samulsen, 2006; Hartnett ve diğerleri, 2016).

Birçok gebe bireyde çürük insidansı fizyolojik değişimlere bağlı olarak değişen beslenme ve oral hijyen alışkanlıkları nedeniyle artış gösterebilmektedir. Bunlara ek olarak dişlerde erozyon, bulantı ve kusmalarda artış görülmesi nedeniyle artabilmektedir. Gebelik süresince gerçekleştirilen dolgu veya kök kanal tedavisi, gebe bireyin oral hijyeninin bu kritik dönemde korunmasına yardımcı olur. Ayrıca oral floradaki karyojenik bakteri oranının azaltılması sayesinde doğum sonrası bebeğin karyojenik bakteriler tarafından enfekte olması engellenebilecektir (Kumar ve Samulsen, 2006; Hartnett ve diğerleri, 2016).

Araştırmamız sonucunda kadın doğum uzmanlarının %70'i dolgu yapılmasını, %40'ı ise kök kanal tedavisi uygulamasını, %55'i ise diş çekimini gebelik süresince güvenli olarak nitelendirmektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara benzer şekilde George ve diğerleri (2016)'nın gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcı kadın doğum uzmanlarının %71'i dolgu yapılmasını, %76'sı diş çekimini ve %46'sı kök kanal tedavisini güvenli olarak nitelendirdiklerini belirtmiştir.

Gebelik süresince gerekli tedavilerin mutlaka yapılması gerektiği, aciliyeti olmayan isteğe bağlı tedavilerin ise gebelik sonrasına ertelenmesinin tercih edilmesi önerilmektedir (Silk ve diğerleri, 2008).

Hamilelik süresince intraoral/ekstraoral radyografi çekiminin güvenli olup olmadığı ile ilgili soruda araştırmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının %79'u 'hayır' cevabını vermişlerdir. Dental radyografiler günümüzde tanı ve teşhis sırasında, ve birçok tedavi

aşamasında önemli ve belirleyici rol oynamaktadır. Çeşitli çalışmalar gebelik sırasında radyografi çekiminin güvenli olduğunu ve fetüsa zararı olmadığını belirtmektedir (Kumar ve Samelson, 2006; Morgan ve diğerleri, 2009; Hartnet ve diğerleri, 2016). Araştırmacılar gebe bireyin kurşun içeren önlüklerle ve tiroyid koruyucu boğazlık ile hassas bölgelerinin korunmasının, radyografi aletindeki radyasyon dozunun minimum hale getirilmesinin sonucunda gebe bireyin alacağı dozun minimuma indirilmesinin doğru olacağı görüşünü bildirmişler (Kumar ve Samelson, 2006; Hartnett ve diğerleri, 2016). George ve diğerleri (2016) araştırmalarında katılımcı kadın doğum uzmanlarının %60'ının, Hashim ve Akbar (2014) %27'sinin intraoral/ekstraoral radyografi çekimini gebelik süresince güvenli bulduklarını belirttiklerini bildirmiştir.

Bir diğer yanığya sebep olan ve gebelik süresince kullanımına olumlu bakılmayan düşünce ise vazokonstriktör (epinefrin) içeren lokal anestezi kullanımıdır. Vazokonstriktörler lokal anestezi süresinin uzatılması ve tedavi sırasında efektif ağrı kontrolü sağlanmasını sağlayan maddelerdir. Gebelik sırasında ağrı kontrolü gebe bireyi stresten uzak tutmak amacıyla ve hormonal değişikliklere sebep olmaması bakımından çok önemlidir (Silk ve diğerleri, 2008; Hartnett ve diğerleri, 2016). Çalışmamıza katılım gösteren kadın doğum uzmanlarının büyük çoğunluğu (%90) gebelik süresince dental tedaviler sırasında vazokonstriktör içeren lokal anestezi kullanımını güvenli olarak nitelendirmemektedir. Bu oran Hashim ve Akbar (2014)'ın çalışmasında %60, George ve diğerleri (2016) çalışmasında ise %70 oranında izlenmektedir. Bu konu hakkındaki bilgi yanılmasının düzeltilmesinin ve gebe bireylerin dental tedavi sürecinde vazokonstriktör kullanımının kadın doğum uzmanları tarafından tavsiye edilmesinin dental tedavi sürecine olumlu yansıtacağı belirtilmektedir (Kumar ve Samelson, 2006).

Araştırmamızın önemli bulgularından biri çalışmaya katılan hem çocuk doktorlarının (%97) hem de kadın doğum uzmanlarının (%82) büyük bir çoğunluğunun ağız-diş sağlığını iyileştirme önerilerinin rutin hasta bilgilendirmesinde yer alması gerekliliğini belirtmiş olmalarıdır. Bu sonuca bağlı olarak ağız-diş sağlığına karşı tutumları ve öneminin farkında olmaları olumlu olarak nitelendirilmektedir.

Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının büyük çoğunluğu (%94) aynı şekilde süt dişlerinin öneminin farkında olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca süt dişlerinin çürümesi ve tedavi edilmemesi halinde genel sağlığın tehlike altında olduğunun ve olumsuz etkilerin

çocuklar üzerinde izlenebileceğinin bilincinde olduklarını (%95) belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak %88 oranında çocuk doktorları çocuklarda ağız-diş sağlığının iyileştirilmesinde çok önemli rol oynadıklarını belirterek çocuklarda ağız-diş sağlığı hakkındaki sorumluluklarının bilincinde olduklarını bildirmişlerdir.

Aynı şekilde çalışmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının neredeyse hepsi (%95) hamilelik süresince ağız-diş sağlığını bu süreçte iyileştirmenin önemini farkında olduklarını belirtmişlerdir.

Bir diğer olumlu sonuç ise çalışmaya katılan tüm kadın doğum uzmanlarının (%100) anne adaylarının hamile kalmadan önce veya kaldıktan sonra mutlaka ağız-diş muayenesi yaptırmaları gerekliliğini bildirmeleridir. Bu sonuç, kadın doğum uzmanlarının Kuzey Kıbrıs'ta hamilelik ile ağız sağlığı ilişkisinin bilincinde olduklarını ve gebe bireylerin ağız sağlığının gebelik sürecindeki önemini farkında olduklarını net bir şekilde ortaya koymaktadır. Ek olarak kadın doğum uzmanlarının %70'i gebelerdeki ağız sağlığının iyileştirilmesinde 'çok önemli' veya 'önemli' rol oynadıklarını bildirerek ağız-diş sağlığının sorumlulukları dahilinde olduğunu belirtmişlerdir.

Dünya genelindeki benzer çalışmalarda hem kadın doğum uzmanlarının hem de çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumları genellikle olumlu bulunmuştur (Guisseppe ve diğerleri, 2006; Lewis ve diğerleri, 2009; Rocha ve diğerleri, 2011; Rabiei ve diğerleri, 2012; Kalkani ve Ashley, 2013; Suri ve diğerleri, 2014; Gold and Tomar, 2015; Rajesh ve diğerleri, 2017).

İlgili komisyonların kullanması için hazırlanan kılavuzlarda, profesyonel sağlık gruplarının eğitilmesinin yanı sıra bu grupların ağız sağlığını genel sağlık iyileştirme ve geliştirme programlarına entegre etmesinin yine 'önerilen' yani yeterli kanıtlara sahip, eşitsizlikleri azaltmada etkili, maliyeti uygun ve uygulanabilir bir girişim olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Sprod ve diğerleri, 1996; Rogers, 2011; PHE, 2014a).

Çalışmamız sonuçlarına göre, ağız-diş sağlığına karşı hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığına karşı tutumlarının bu denli olumlu olması, ileride planlanacak ve geliştirilecek ağız sağlığı iyileştirici programlarının ilgili sağlık çalışanlarının günlük pratiklerine dahil etmesinde önemli katkıları olacağı düşünülmüştür. Bunun nedeni ise tutumların, davranışların şekillenmesinde primer faktör olduğudur

(Michie ve diğerkleri, 2011). Bir bireyin davranışını değıştirmesinin kolay olmadığı bu nedenle bu durumun önce tutumlarını değıştirmesiyle mümkün olabileceğı belirtilmektedir (Michie ve diğerkleri, 2011).

Araştırmamıza katılan çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağılığı hakkında aileler ile tartışmaya girecek kadar kendilerine güvenip güvenmedikleri sorusuna aldığımız cevaplar (sırasıyla (%58 ve %55), neredeyse katılımcılarının yarısının kendilerine güvenmediklerini göstermektedir. Prakash ve diğerkleri (2006) gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda, katılımcı çocuk doktorlarının %60'ının kendilerine tartışmaya girecek kadar güvendiklerini belirttiklerini bildirmiştir. Gold ve Tomar (2015)'in çalışmasında ise bu oran %65 olarak bildirilmiştir.

Bilgi düzeyindeki oynamaların ve ağız-diş sağılığı hakkındaki eğitim yetersizliğinin çalışmamıza katılan hekimlerin kendilerine olan güvenlerini etkilediğı kanaatindeyiz. Her iki grubun da kendilerine ağız diş sağılığı hakkında neden güvenmedikleri sorusuna cevapları '*yetersiz eğitim aldıkları ve bundan dolayı bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı*'dır.

Araştırmamız kapsamında çocuk doktorlarının kendilerine olan güvenlerinin karakteristik özellikleriyle karşılaştırılması sonucunda, tecrübeli hekimlerin kendilerine ağız-diş sağılığı hakkında daha fazla güvendikleri ($p=0.034$), ağız-diş sağılığı eğitimi alanların ($p=0.001$), son beş yıl içerisinde ağız-diş sağılığıyla alakalı seminer veya kongreye katılımının ($p=0.008$) ve kullandığı ağız-diş sağılığı kaynakların bulunması ile ($p=0.022$) ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre, tecrübeli hekimler, eğitim geçmişi olanlar ve ağız-diş sağılığı ile ilgili kaynak kullandığını belirtenlerin kendilerine olan güvenleri daha fazladır.

Çalışmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağılığı hakkında kendilerine olan güvenleri ile karakteristik özellikleri karşılaştırıldığında ise ağız-diş sağılığı eğitim geçmişi olanların ($p=0.045$) kendilerine daha fazla güvendikleri gözlenmiştir. Fakat bu noktada düşünülmesi gereken bir diğerk nokta ise kendine güvenen çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanlarının, ağız diş sağılığı hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilişkisidir. Araştırma sonuçlarımıza göre hem çocuk doktorları ($p=0.018$) hem de kadın doğum uzmanlarında ($p=0.038$) bilgi düzeyi ile kendilerine olan güvenleri ilişkilidir. Buna

göre çalışmamıza katılan ağız-diş sağlığı hakkında bilgi düzeyi yüksek olarak değerlendirilen sağlık profesyonelleri (hem çocuk doktorları hem de kadın doğum uzmanları) kendilerine daha fazla güvenmektedir. Bu sonuç ile bağlantılı olarak bilgi sorularındaki başarıları sayesinde sağlık çalışanlarının güvenlerinin arttığı böylece ağız-diş sağlığında doğru şekilde daha fazla aktif görev alabilmelerinin mümkün olduğu görülmektedir.

Oge ve diğerleri (2018), sağlık gezgincileri ile gerçekleştirilen çalışmalarında katılımcılarının bilgi düzeyinin kendilerine olan güvenleri ile ilişkili olmadığını, bilgi düzeyleri yeterli olarak değerlendirilmeyenlerin de kendilerine olan güvenlerini yeterli bulduklarını belirttiklerini bildirmiş, ilgili komisyonları yanlış yönlendirme ve bilgilendirmenin olabileceği konusunda uyarmıştır.

Eğitim geçmişinin bilgi düzeyi ve güven ile ilişkili olduğu, ayrıca sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin kendilerine olan güvenlerini artırıp daha fazla aktif rol almalarında etkili bir faktör olduğu bizim çalışmamıza benzer şekilde çeşitli çalışmalarda desteklenmektedir (Krol, 2004; Douglass ve diğerleri, 2009; Herndon ve diğerleri, 2014; Gold ve Tomar, 2015). Poonirma ve diğerleri (2015) ve Lewis ve diğerleri (2009), yaptıkları çalışmalarda tecrübe ile sağlık çalışanlarının kendilerine olan güvenin ilişkili olduğunu belirtmiş ve tecrübenin arttıkça güven duygusunun arttığını belirtmişlerdir.

Güncel kılavuz kullanımı, sağlığın her alanında faydalı olan pratik bir davranıştır. Gerek ilgi alanı gerekse ilgi alanı dışında olsun, güncel bilgiye kolay ve hızlı ulaşımı sağlayarak birçok yanlışın önlenmesinde etkili olmaktadır (Rogers, 2011).

Çalışmamıza katılan hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının güncel kılavuz kullanım oranı düşük bulunmuştur. Buna göre çocuk doktorlarının %83'ü, kadın doğum uzmanlardan %87'si herhangi bir ağız-diş sağlığı ile ilgili kılavuz kullanmadığını belirtmiştir. Bu oranlar İngiltere'de Kalkani ve Ashley (2013) ve Oge ve diğerleri (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar ile benzer sonuçlar göstermektedir (sırasıyla %90 ve %70).

Ağız-diş sağlığı çalışanlarının dışındaki sağlık personelinin bu konu hakkındaki yanlış bilinen veya yanlış algıların bir standarda oturtulmasında kılavuzların önemli bir rolü bulunmaktadır. Birçok sistematik derleme çalışması değerlendirmesi sonucu kanıt

dayalı ve multidispliner bir yaklaşımla hazırlanan kılavuzlar en doğru bilgiye ulaşımı bir hayli hızlandırmakta ve kolaylaştırmaktadır (Kumar ve Samelson, 2006).

Çocuk doktorları için ağız sağlığı risk değerlendirmesi sırasında, beslenme ve koruyucu ağız-diş sağlığı yaklaşımları gibi konularda yardımcı olabileceksen, kadın doğum uzmanlarının hamilelik süresince uygulanabilecek tedaviler hakkında, yönlendirme ve ağız sağlığı risk analizinde yardımcı olabilecek pratik bilgiye ulaşım materyalleridir (Silk ve diğerleri, 2008).

Ayrıca araştırmamız sonuçlarında çocuk doktorlarının %95'inin, kadın doğum uzmanlarının %84'ünün Türkçe bir kılavuza ihtiyaç duyulduğunu belirtmesiyle, Kuzey Kıbrıs'taki ilgili sağlık çalışanlarının anadili olan Türkçe hazırlanmış bir ağız-diş sağlığı kılavuz gereksinimi net bir şekilde gözlenmiştir.

Profesyonel yönlendirmenin ağız sağlığının iyileştirilmesindeki olumlu etkileri çeşitli çalışmalar ile desteklenmektedir (Rogers, 2011; PHE, 2014a; SIGN, 2014; PHE, 2015). Ancak hamile bireylerin yeterince bilgi almadığı, yönlendirilmediği ve ağız sağlığının öneminin prenatal sağlık çalışanları tarafından belirtilmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kumar ve Samelson, 2006; Dinas ve diğerleri, 2007; May ve diğerleri, 2014; Hartnett ve diğerleri, 2016).

PHE (2014a), diş hekimliği ortamları dışında yapılan motivasyon görüşmeleri sonucu yönlendirmenin etkinliğini, 3 sistematik derleme sonucunda değerlendirmiştir. Çalışmalar, motivasyon görüşmelerinin yeni annelerin ve anne adaylarının davranışlarını değiştirmede başarılı sonuçlar verdiğini ve bu yönlendirmeler sonucunda çocuklardaki ECC oluşumunda azalma izlendiğini belirtmektedir (Yevlahova and Satur, 2009; Rogers, 2011; Gao ve diğerleri, 2013).

SIGN (2014), profesyonel sağlık çalışanlarının aileleri gerekli yönlendirmeleri ile özellikle emzirme, florlu diş macunu kullanımı ve beslenme konusundaki önerileri sonucunda bu konularda hem doğru tutum ve davranış şekillenmesinin gerçekleştiği hem de çocuklarda oluşan ECC oranında azalma izlendiğini belirtmiştir (SIGN, 2014).

Rogers (2011), değerlendirmesini yaptığı dokuz çalışma sonucunda, ağız sağlığı iyileştirici programların sağlıklı çocuk takibine eklenmesi ile ECC insidansında azalma

izlendiğini, diş fırçalama alışkanlığının ve beslenme konusunda ailelerin farkındalığının artırıldığını bildirmiştir (Rogers, 2011).

PHE (2015), diş hekimleri dışındaki profesyonel sağlık çalışanlarının, sağlık gezgincileri ve aile hekimleri, sadece ‘dudağı kaldır’ sloganıyla başlatılmış olan ağız sağlığını iyileştirici programa dahil olmasıyla olumlu sonuçlar elde edildiğini belirtmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların sadece dudaklarını kaldırıp oral hijyenlerinin kontrol edilmesi ile anne/bakıcının oral hijyenlerinin sorgulaması sonucunda yapılan yönlendirme ile diş hekimlerine gitme sıklığının arttığını ayrıca çalışmayı takiben çocuklarda görülen çürük oranında azalma izlendiğini belirtmiştir (PHE, 2015).

Araştırmamıza göre, çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının neredeyse hepsi (%97) diş çürüğü varlığı tespit edildiğinde hastalarını diş hekimine yönlendirdiğini belirtse de, sadece %63’lük bir kısmının hastalarının her zaman ağız sağlığını kontrol ettiğini ve %73’unun düzenli diş hekimi kontrolünü hastalarına önerdiği gözlenmiştir.

Erken yönlendirmenin ve bunun sonucu olarak erken müdahale edilebilmesinin ECC’nin önlenmesindeki/durdurulmasındaki önemi tartışılmaz bir faktördür. Çocuk doktorlarının daha fazla motive edilerek günlük pratiklerine ağız-diş sağlığı kontrollerini eklemeleri ve risk değerlendirmesi yaparak yüksek risk grubunda olarak değerlendirilen çocukları zaman geçmeden diş doktorlarına yönlendirmeleri gerekmektedir (PHE, 2015).

İlk diş hekimi kontrolünün bir yaşında olması gerekliliğinin çocuk doktorları tarafından aileye motive edilerek aktarılması ve bir problemi olsun veya olmasın bir dakika bile sürmeden yapılacak ağız muayenesinin ve risk değerlendirmesinin daha önce bahsedilen çalışmalarda da belirtildiği gibi ECC’nin önlenmesinde büyük pay sahibi olduğu belirtilmiştir (Douglass ve diğerleri, 2009; Herndon ve diğerleri, 2014).

Araştırmamız sonucunda çalışmamıza katılan çocuk doktorlarından aileleri ECC hakkında beklenilenden daha az bir kısmının (%37) her zaman bilgilendirdiği gözlemlenmiştir. Oysa ki bu oranın yükseltilerek, rutin sağlıklı çocuk kontrollerinde genel sağlık bilgilendirilmesi yapılırken ağız sağlığının önemi ve ECC’nin etiyolojisi ve önlenmesi hakkında ailelerin bilgilendirilmesinin artırılması gerekmektedir (Gold ve Tomar, 2015).

Araştırmamızda kadın doğum uzmanlarının güncel pratik davranışları değerlendirildiğinde, sadece beşte birinin (%20) gebelerin ağız sağlığını sorguladığı, %23'ünün anne adaylarını her zaman ağız-diş sağlığı hakkında bilgilendirdiği ve %40'ının anne adaylarını gebe kalmadan ve hamilelik süresince her zaman diş hekimine yönlendirdiği gözlenmiştir. Chaffe (2014) araştırmasında, gebe kadınların sadece %14'ünün kadın doğum uzmanları tarafından diş hekimlerine yönlendirildiğini belirtmektedir. Morgan ve diğerleri (2014), çalışmamıza benzer bir sonuç olarak kadın doğum uzmanlarının %70'nin ağız sağlığı hakkında gebe bireyleri bilgilendirmediğini ve %60'nın diş hekimi kontrolünü hastalarına önerdiğini belirtmiştir.

Doğum öncesi kötü ağız sağlığının, hamilelik süresince anne adayının yaşam kalitesine, gebelik sürecine ve doğacak olan bebeğe olumsuz etkisi düşünüldüğünde, kadın doğum uzmanlarının bu konuda daha fazla günlük pratiklerinde aktif olmaları gerekmektedir (Silk ve diğerleri, 2008). Risk değerlendirmesi ve ağız sağlığı sorgulamasının bir dakikadan uzun sürmeyeceği konusunda motive edilen kadın doğum uzmanlarının bu konuda eğitilmeleri ve farkındalıklarının artırılması sonucu daha aktif rol alacakları düşünülmektedir (Hartnett ve diğerleri, 2016).

Basit yönlendirmeler ve öneriler ile iyi ağız hijyeni sağlanması, ksilitollü sakız kullanımı, doğru diş macunu seçimi, diyet modifikasyonları ve gerekli tedaviler için gebenin yönlendirilmesi sayesinde gebe bireyin ağız sağlığı artırılarak yaşam kalitesine ve gebelik sürecine olumlu etkiler sağlanacaktır (Kumar ve Samelson, 2006).

Günümüzde çeşitli çalışmalar, eğitim sayesinde artırılan bilgi düzeyinin ve motivasyon sayesinde artırılan tutum farkındalığının profesyonel sağlık çalışanlarının günlük pratiklerindeki davranışlarını nasıl olumlu etkilediğini ve davranışlarının bu yönde pozitif değişebileceğini belirtmektedir (Krol, 2004; Douglass ve diğerleri, 2009; Herndon ve diğerleri, 2014).

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Kuzey Kıbrıs'taki çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki güncel bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bu tez çalışmasının sınırları dahilinde;

- ✓ Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının dörtte üçünün, ağız-diş sağlığı konusunda daha önce eğitim almadıkları gözlenmiştir. Çalışmaya katılan çocuk doktorlarının (%87) ve kadın doğum uzmanlarının (%76) büyük çoğunluğunun ağız-diş sağlığı konusunda daha fazla eğitim almaya istekli oldukları saptanmıştır.
- ✓ Çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının florun koruyucu etkisi ile ilgili sorularda yanıtlar yaşıadıkları izlenmiştir. Çocuk doktorlarının %58'i, kadın doğum uzmanlarının ise %60'ı florun diş çürüklerini önlediği yönünde görüş bildirmişlerdir.
- ✓ Çocuk doktorlarının diş çürüğünün oluşmasında en etkili faktörlerden biri olan geceleri biberon kullanımı hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (%99). Ancak uzun dönem ve düzensiz emzirmenin ECC oluşumuna etkisi konusunda bilgi karışıklıkları olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Annenin doğum öncesi kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz etkilediğini çocuk doktorlarının %70'i, kadın doğum uzmanlarının %57'si doğru olarak belirtmelerine rağmen, diş çürüğüne sebep olan bakterilerin anneden çocuğa doğum sonrası geçebileceğini çocuk doktorlarının %41'inin, kadın doğum uzmanlarının %36'sının bildiği saptanmıştır.
- ✓ İlk süt dişinin çıkar çıkmaz fırçalanması gerektiği konusunda hem çocuk doktorları hem de kadın doğum uzmanları arasında yanıtlar izlenmiştir.
- ✓ Çocuk doktorlarının yarısından azının (%43) ilk diş hekimi ziyaretinin bir yaşında olması gerektiğini doğru bildiği saptanmıştır.
- ✓ Temel koruyucu diş hekimliği uygulaması olan fissür örtücüler hakkında çocuk doktorlarının sadece %23'ünün bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir.

- ✓ Gebelik süreci ve doğum sonrasında ksilitollü sakız kullanımının hem annenin hem de çocuğun ağız sağlığına olumlu katkısı konusunda çok az sayıda kadın doğum uzmanının bilgi sahibi olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Gebelik süresince güvenli olarak nitelendirilen dental uygulamalar konusunda kadın doğum uzmanlarının diş taşı temizliği ve dolgu hakkında bilgilerinin olduğu ancak diş çekimi, vazokonstriktör içeren anestezi kullanımı, radyografi çekimi ve kök kanal tedavilerinde kararsızlıklar yaşadıkları gözlenmiştir.
- ✓ Çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının çoğunluğunun ağız-diş sağlığına karşı tutumlarının olumlu olduğu (%87 ve %70) ve pratiklerine dahil edilmesi gerektiğini (%97 ve %81) belirttikleri gözlenmiştir.
- ✓ Hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenlerinin geliştirilebileceği (sırasıyla %58 ve %55) gözlenmiştir.
- ✓ Çocuk doktorlarının %63'ünün sağlıklı çocuk takibinde hastalarının her zaman ağız sağlığını kontrol ettikleri, %37'sinin ECC hakkında aileyi bilgilendirdikleri gözlenmiştir.
- ✓ Çocuk doktorlarının %17'sinin, kadın doğum uzmanlarının ise %13'ünün günlük pratiklerinde ağız-diş sağlığı hakkında kılavuz kullandıkları saptanmıştır.
- ✓ Gebelik ile periodontal hastalık, gebelik ile dental problemler arasındaki ilişki hakkında kadın doğum uzmanlarının büyük çoğunluğunun (sırasıyla %86 ve %81) farkındalığının olduğu saptanmıştır.
- ✓ Kadın doğum uzmanlarının dörtte birinin gebe bireyleri ağız-diş sağlığı hakkında her zaman bilgilendirdikleri, %42'sinin her zaman yönlendirdiği, %21'nin her zaman gebe bireyin ağız sağlığını sorguladığı saptanmıştır.
- ✓ Çocuk doktorlarının %95'inin, kadın doğum uzmanlarının %87'sinin Türkçe hazırlanmış bir ağız-diş sağlığı kılavuzu isteği olduğu saptanmıştır..

- ✓ Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi ile bilgi sorularındaki başarısı ilişkili bulunmuştur ($p=0.003$). Bu sonuca göre daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi almış olan çocuk doktorları bilgi sorularında daha başarılı olmuştur.
- ✓ Araştırmamıza katılan çocuk doktorlarının son beş yılda ağız-diş sağlığı ile ilgili meslek içi eğitim, seminer veya kongreye katılımının bilgi sorularındaki başarı düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0.023$). Bu sonuca göre son beş yıl içerisinde güncel bilgilendirici toplantılara katılanların bilgi sorularında daha başarılı oldukları görülmüştür.
- ✓ Araştırmamıza katılan çocuk doktorlarının mesleki tecrübeleri süreleri ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri ilişkili bulunmuştur ($p=0.034$). Bu sonuca göre daha tecrübeli olan hekimler tecrübe süresi daha az olan hekimlere göre kendilerine ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla güvenmektedir.
- ✓ Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi ile ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine olan güvenleri ilişkili bulunmuştur ($p=0.001$). Bu sonuca göre daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi almış olan çocuk doktorları ağız-diş sağlığı konusunda kendilerine daha fazla güvenmektedir.
- ✓ Araştırmamıza katılan çocuk doktorlarının son beş yılda ağız-diş sağlığı ile ilgili meslek içi eğitim, seminer veya kongreye katılımının kendilerine olan güvenleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0.008$). Bu sonuca göre güncel eğitimi olan çocuk doktorlarının kendilerine ağız-diş sağlığı konusunda daha fazla güvendikleri saptanmıştır.
- ✓ Çalışmamıza katılan çocuk doktorları arasında ağız-diş sağlığı ile ilgili kaynak kullanımı ile kendilerine olan güvenleri arasında ilişki bulunmuştur ($p=0.022$). Bu sonuca göre kaynak kullanımının çocuk doktorlarının kendilerine olan güvenlerini artırdığı sonucuna varılmıştır.

- ✓ Çalışmamıza katılan çocuk doktorlarının ağız-diş sağlığı ile alakalı bilgi sorularında başarı düzeyi ile kendilerine olan güvenleri arasında ilişki bulunmuştur ($p=0.018$). Bu sonuca göre bilgi sorularında daha başarılı olmanın ağız-diş sağlığı ile ilgili kendilerine olan güvenlerini artırdığı saptanmıştır.
- ✓ Çalışmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının çalışma ortamı ile bilgi sorularındaki başarı düzeyi arasında ilişki bulunmuştur ($p=0.046$). Bu sonuca göre üniversite hastahanesinde çalışan hekimler, devlet hastahanesi ve özel klinik/hastahane çalışanlarından bilgi sorularında daha başarılı sonuçlar elde etmişlerdir.
- ✓ Çalışmamız sonuçlarına göre, kadın doğum uzmanlarının bilgi sorularındaki başarısı ile ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi arasında ilişki bulunamamıştır ($p=0.478$).
- ✓ Araştırmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine güvenleri ile ağız-diş sağlığı eğitim geçmişi arasında ilişki bulunmuştur ($p=0.045$). Bu sonuca göre eğitim geçmişi olanların ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine daha fazla güvendiği saptanmıştır.
- ✓ Araştırmamıza katılan kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkında kendilerine güvenleri ile bilgi sorularındaki başarıları arasında ilişki bulunmuştur ($p=0.038$). Bu sonuca göre, bilgi sorularında daha başarılı olan kadın doğum uzmanlarının kendilerine olan güvenleri daha fazladır.
- ✓ Araştırmamız sonucunda sağlık çalışanlarının, hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının, kendilerine olan güvenlerini olumsuz olarak etkileyen ve ağız-diş sağlığında günlük pratiklerinde daha fazla aktif görev almalarını engelleyen bariyerler olarak ‘daha önce ağız-diş sağlığı eğitimi almamaları, alsalar bile yetersiz olması ve bunun sonucunda bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığını bilmeleri’ şeklinde belirttikleri saptanmıştır.

Çalışmamızın temel sonuçları değerlendirildiğinde,

Hem çocuk doktorlarının hem de kadın doğum uzmanlarının ağız-diş sağlığı hakkındaki bilgilerinde yanılgılar izlendiği, tutumlarının genel olarak iyi olduğu, buna karşı kendilerine olan ağız-diş sağlığı ile ilgili güvenlerinin ve pratik davranışlarının geliştirilebileceği saptanmıştır.

Araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgular ışığında, aşağıda yer alan önerileri aktarabilmek mümkündür;

1. Sağlık alanındaki konuların sürekli değişerek yenilenmesi nedeni ile güncel konuları içeren ağız-diş sağlığı hakkında bilgilendirici seminerlerin ve konferansların Kuzey Kıbrıs'ta rutin aralıklarla ilgili komisyonlar tarafından düzenlenmesi sayesinde bilgi düzeyinin artırılarak, kendilerine olan güvenlerinin sağlanabileceği,
2. Tıp ve lisans üstü eğitimlerde ağız-diş sağlığının resmi olarak müfredatlara eklenmesi ve bu sayede hekimlerin bilgi, tutum ve günlük pratik davranışlarının olumlu yönde şekillenebileceği,
3. Tüm hamile ve çocuklar ile ilgilenen sağlık çalışanlarının kullanabileceği kanıta dayalı Türkçe ağız-diş sağlığı kılavuzunun ve ailelerin kullanabileceği yol gösterici broşürlerin multidisipliner hazırlanması ve günlük pratikte kullanımının sağlanması ile sağlık çalışanlarını yanılgıya düşüren birçok bilgi kirliliğinin engellenebileceği,
4. Çocuk doktorlarının ve kadın doğum uzmanlarının 'motivasyon görüşmeleri' hakkında bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleriyle, anne adaylarının, ailelerin davranışlarında ve tutumlarında olumlu değişiklikler sağlanabileceği,
5. 'Sağlık gezgincileri' adı verilen tedavi edici yaklaşımdan çok koruyucu ve önleyici prensipleri temel alan sağlık grubunun, Kuzey Kıbrıs'ta oluşturulmasının, gebelikten başlayarak anne adayına ve ileride doğacak olan çocuğa erken dönemde sağlık konusunda destek vermesinin önemli katkıları olacağı ve birincil sağlık çalışanı eksikliği bulunan Kuzey Kıbrıs'ta

uzman hekimlerin (çocuk doktorları ve kadın doğum uzmanları) yükünü azaltacağı,

6. Çocuk doktorları, kadın doğum uzmanları ve çocuk diş hekimlerinin işbirliğinin sürekli hale getirilmesi ile bilgi alışverişinin hem eğitim hem de iyileştirici programların kaliteli şekilde sürdürülmesi açısından önemli olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, koruyucu ve önleyici yaklaşımlar ancak toplumsal katılımı ile yani toplum sağlığı temel alınarak uygulanabilir. Bu bağlamda genel sağlık ile ağız-diş sağlığının önemi hakkında, ağız-diş sağlığı çalışanları ve genel sağlık çalışanlarının işbirliği çerçevesinde, geliştirilmiş toplum sağlığı programlarının doğum öncesi ebeveynlik eğitimi ve motivasyonu ile başlayıp doğum sonrası devam etmesi gerekmektedir. Çocukların yaşam boyu sağlıklı oral hijyen alışkanlıkları kazanmasına yardımcı olmak ve onları ECC'den korumak çocuk diş hekimlerinin temel hedefi olmalıdır.

KAYNAKLAR:

American Academy of Pediatric Dentistry-(AAPD). (2014). Guideline on Infant Oral Health Care. *Clinical practical guidelines*. 37(6),15-16.

American Academy of Pediatric Dentistry ve American Academy of Pediatrics (AAPD ve AAP). (2014). Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, Consequences, and preventive strategies. *Oral Health Policies*. 36(6), 14-15.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2011). Guideline on perinatal oral health care. *Clinical practical guidelines*. 37(6), 15-16.

American Academy of Pediatrics (AAP). (2003). Oral health risk assessment timing and establishment of dental home. *Pediatrics*. 111: 1113-1116.

American Academy of Pediatrics. (2008). Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. A policy statement: Preventive intervention for pediatricians. *Pediatrics*. 122(6):1387-94.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Oral health care during pregnancy and through the lifespan. Committee Opinion No. 569. *Obstet Gynecol*, 122:417:22.

Anil, S. ve Anand, P.S. (2017). Early Childhood Caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Front Pediatr*. 5:157.

Arrow, P., Raheb, J. ve Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health*. 13(1):245.

Azevedo, M.S, Romano,, A.R., Santos, I.S.S., Cenci, M.S. (2014). Knowledge and beliefs concerning early childhood caries from mothers of children ages zero to 12 months. *Pediatric Dentistry*, V36/NO3.

Balaban, R., Aguiar, C.M., da Silva Araujo, A.C. ve Filho, E.B.R.D. 2012. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 22, pp.286-291.

Baltacı, E., Baygın, O. ve Korkmaz F.M. (2017). Erken çocukluk çağı çürükleri: Güncel Literatür Derlemesi. *Türkiye Klinikleri J Dent Sci.* 23(3):191-202.

Baseer, M.A., Rahman, G., Asa'ad, F., AlAmoudi, F. ve AlBluwi, F. (2014). Knowledge, Attitude and Practices of Gynecologists Regarding the Prevention of Oral Diseases in Riyadh City, Saudi Arabia. *Oral Health Dent Manag.* 13(1), 97-102.

Bazian Ltd. (2014). Oral Health: Local Authority Oral Health Improvement Strategies. Evidence Review 1: Review of Evidence of the Effectiveness of Community-based Oral Health Improvement Programmes and Interventions. Evidence review for the Centre for Public Health at NICE.

Becker, M.R., Paster, B.J., Leys, E.J., Moeschberger, M.L., Kenyon, S.G., ve Galvin, J.L. (2002). Molecular analysis of bacterial species associated with childhood caries. *J Clin Microbiol.* 40(3):1001–9.

Begzati, A., Bytyci, A., Meqa, K., Latifi-Xhemajli, B., ve Berisha, M. (2014). Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health & Preventive Dentistry.* 12, 133-140.

Bottenberg, P., Melckebeke, L.V., Louckx, F. ve Vandenplas. Y. (2008). Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health- results of a survey. *Acta Paediatrica.* 97, 959-963.

Bowen, W.H. ve Lawrence, R.A. (2005). Comparison of the cariogenicity of cola, honey, cow milk, human milk, and sucrose. *Pediatrics.* 116(4):921–6.

Brickhouse, T.H., Unkel, J.H., Kancitas, I., Best, A.M. ve Davis, R.H. (2008). Infant Oral Health Care: A Survey of General Dentists, Pediatric Dentists, and Pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent,* 30(2), 147-152.

Brown, A. (2008). Access for Oral Health Care During the Peri-natal Period: A Policy Brief. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Georgetown University, Washington, DC.

Caspary, G., Krol, D.M., Boulter, S., Keels, M.A. ve Romano-Clarke, G. 2008. Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating paediatric residents. *Paediatrics*. **122**(2), pp. 465-471.

Chaffe, B.W., Gansky, S.A., Weintraub, J.A., Featherstone, J.B.D. ve Ramos-Gomez, F.J. (2014). Maternal oral bacterial levels predict early childhood caries. *J Dent Res*, 93(3):238-244.

Chou, R., Cantor, A., Zakher, B., Mitchell, J.P. & Pappas M. (2014). Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years Old: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Evidence Synthesis No. 104. AHRQ Publication No. 12-05170-EF-1*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Çolak, H., Dülgergil, Ç.T., Dalli, M. ve Hamidi, M.M. (2014). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science Biology and Medicine*, Vol4/issue1.

Department of Health. (1994). An Oral Health Strategy for England. London: Department of Health.

Dinas, K., Achyropolous, V., Hatzipantelis, E., Mavromatidis, G., Zepiridis, L., Theodoridis, T., Dovas, D., Tantanasis, T., Goutzioulis, F. ve Bontis, J. (2007). *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86:938-944.

Douglass, A.B., Douglass, J.M. ve Krol, D.M. (2009). Educating paediatricians and family physicians in children's oral health. *Academic Pediatrics*, 9, 452-6.

Douglass, J.M., Douglass, A.B. ve Silk, H.J. (2004). A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician*. 70:2113-2120.

Drummond, B.K., Meldrum, A.M. & Boyd, D. (2013). Influence of dental care on children's oral health and wellbeing. *British Dental Journal*. 214:11: E27-E27.

Eke, C.B., Akaji, E.A., Ukoha, O.M., Muoneke, V.U., Ikefuna, A.N. ve Onwuasigne, C.N. 2015. Pediatricians' perception about oral healthcare of children in Nigeria. *BMC Oral Health*. **15**(164), pp.1-7.

Enabulele, J. ve Ibhawoh, L. (2014). Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMC Pregnancy and Child Health*. 14, 388.

Gao, X., Lo E.C.M., Kot, S.C.C. ve Chan, K.C.W. (2014). Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*, 85(3):426-437.

Gaur, S. ve Nayak, R. (2011). Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 29(4):305–9.

George, A., Dahlen, H.G., Reath, J., Ajwani, S., Bhole, S. ve diğerleri (2016). What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16, 382.

Gold, J.T. and Tomar. S. (2015). Oral Health Knowledge and Practices of WIC Staff at Florida WIC Program. *Journal Community Health*. 15: 136-138.

Golkari, A., Khosropanah, H. ve Saadati, F. (2013). Evaluation of knowledge and practice behaviours of a group of Iranian obstetricians, general practitioners, and midwives, regarding periodontal disease and its effect on the pregnancy outcome. *Journal of Public Health Research*. 2e, 15.

Guiseppe, G.D., Nobile, C.G.A., Marinelli, A. ve Angelillo, I.F. (2006). Knowledge, attitude and practices of paediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-6-176.

Gussy, M.G., Waters, E.G., Walsh, O., ve Kilpatrick, N.M. (2004). Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health*. 42(1-2):37-43.

Hallas, D., Fernandez, J.B., Herman, N.G. ve Moursi, A. (2015). Identification of pediatric oral health core competencies through interprofessional education and practice. *Nurs Res Pract*. 2015:360523.

Hartnett, E., Haber, J., Krainovich-Miller, B., Bella, A., Vasilyeva, A. ve Kessler, L. (2016). Oral Health in Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 45, 565-573.

Hashim, R. ve Akbar, M. (2014). Gynecologists' knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 4(3), 166-172.

Health and Social Care Information Centre (HSCIC). (2015). *Children's Dental Health Survey 2013: Executive Summary. England, Wales and Northern Ireland: Executive Summary*.

Herndon, J.B., Tomar, S.L., ve Catalanotto, F.A. (2014). Effect of Trainini Pediatricians and Family Physicians in Early Childhood Caries Prevention. *The Journal of Pediatrics*, 166:1055-61.

Indira, M.D., Dhull, K.S. ve Nandlal, B. 2015. Knowledge, Attitude and Practice toward Infant Oral Healthcare among the Pediatricians of Mysore: A Questionnaire Survey. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 8(3), pp.211-214.

Jackson, J.T., Quinonez, R.B., Kerns, A.K., Chuang, A., Eidson, R.S. ve Boggess, K.A. (2015). Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *J Dent Educ*. 79(3):241–8.

Kalkani, M. ve Ashley, P. (2013). The role of paediatricians in oral health of preschool children in the United Kingdom: a national survey of paediatric postgraduate specialty trainees. *European Academy of Paediatric Dentistry*. 14:319-324.

Kawashita, Y., Kitamura, M. and Saito, T. (2011). Early Childhood Caries: Review Article. *International Journal of Dentistry*. pp.1-7.

Konstantinos, D., Achyropoulos, V. Hatzipantelis E., Mavromatidis, G., Zepiridis, L., Theodoridis, T., Dovas, D., Tantanasis, T., Goutzioulis, F. ve Bontis, J. (2007). Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 86, 938-944.

Korun, S., Ozkan, L., Islam, A., Oge, O. and Sakar, T. (2014). Oral Health Survey of 5 and 12 years old School Children in Northern Cyprus. *12th Congress of The European Academy of Paediatric Dentistry*, Sopot , Poland.

Kowash, M.B., Pinfield, A., Smith, J., and Curzon, M. E. J. (2000). Dental health education: effectiveness on oral health of a long term-health education programme for mothers with young children. *British Dental Journal*. **188**(4), pp.201-205.

Krol, D.M. (2004). Educating Pediatricians on Children's Oral Health: Past, Present and Future. *Pediatrics*, 113(5):487-493.

Kumar, J. ve Samelson, R. (2006). Oral health care during pregnancy and childhood: practice guidelines. New York, NY: New York State Department of Health.

Kusgoz, A. ve Aydinoglu, S. (2016). Erken çocukluk çağı çürükleri ve etiyojisi: Güncel literature derlemesi. *Selcuk Dent J*. 3, 39-48.

Lavigne, V. (2013). Breast feeding and caries. *Clinical Lactation*. 4(1):12-16.

Leroy, R., Hoppenbrouwers, K., Jara, A., ve Declerck, D. (2008). Parental smoking behavior and caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 36(3):249–57.

Lewis, C.W., Grossman, D.C., Domoto, P.K. ve Deyo, R.A. (2000). The role of the paediatrician in oral health of children: a national survey. *Pediatrics*. 106:e84-e84.

Marinho, V.C.C., Higgins, J.P.T., Logan, S. & Sheiham, A. (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Marmot, B. ve Bell, R. (2011). Social Determinants and Dental Health. *Adv Dent Rest*. **23**(2), pp.201-206.

Marmot, B. and Bell, R. (2012). Fair Society, Healthy Lives. *Public Health*. **126**, pp.4-10.

Marshall, T.A., Levy, S.M., Broffitt, B., Warren, J.J., Eichenberger-Gilmore, J.M., Burns, T.L. (2003). Dental caries and beverage consumption in young children. *Pediatrics*. 112 (3):e184–91.

May, L., Suminski, R.R., Yeung, A.Y., Linklater, E.R., Christensen, C. ve diğerleri (2014). Pregnant Patient Knowledge of and Obstetric Provider Advice on Oral Health. *J Dent Oral Disord Ther*. 2(1); 6.

Mejare, I., Lingstrom, P., Petersson, L.G., Holm, A.K., Twetman, S. ve Kallestål, C. (2003). Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. *Acta Odontol Scand*, 61:321–330.

Michie, S., van Stralen, M.M. and West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 6(42), pp.1-12.

Milgrom, P., Riedy, C.A., Weinstein, P., Tanner, A.C.R., Manibusan, L. ve Bruss, J. (2000). Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6-to 36-month-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 28, 295-306.

Milnes, A.R. (1996). Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent*, 56:38-50.

Mitchell, S.C., Ruby, J.D., Moser, S., Momeni, S., Smith, A., ve Osgood, R. (2009). Maternal transmission of mutans Streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent*. 31(3):193–201.

Morgan, M.A., Crall, J., Goldenberg, R.L. ve Schulkin, J. (2014). *Oral health during pregnancy. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(9):733-739.

Oge, O.A. ve Cetiner, S. (2017). Paediatricians' knowledge, attitude and practice towards children's oral health in North Cyprus. *EURASIA Journal of Sci Tech Education*, 13(12), 7905–7912.

Oge, O.A., Douglas, G.V., Seymour, D., Adams, C. ve Csikar J. (2018). Knowledge, attitude and practice among Health Visitors in the United Kingdom towards

children's oral health. *Public Health Nursing*. DOI:10.1111/phn.12381. (Article under publish)

Olmez, S., Uzamis, M., ve Erdem, G. (2003). Association between early childhood caries and clinical, microbiological, oral hygiene and dietary variables in rural Turkish children. *Turk J Pediatr*. 45(3):231–6.

Petersen, P.E. (2003). The world oral health report: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO global health programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 31(1); pp. 3-24.

Prakash, P., Lawrance, H.P., Harvey, B.J., McIsaac W.J., Limeback, H. and Leake, J.L. (2006). Early childhood caries and infant oral health: Peadiatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health*. 11(3), pp.151-157.

Prokocimer, T., Amir, E., Blumer, S., ve Peretz, B. (2015). Birth-weight, pregnancy term, pre-natal and natal complications related to child's dental anomalies. *J Clin Pediatr Dent*. 39(4):371–6.

Public Health England (PHE). (2014a). Local authorities improving oral health: commissioning better oral health for children and young people: An evidence-Informed toolkit for local authorities. London: PHE publications.

Public Health England (PHE). (2014b). Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention, Third Edition. London: PHE publications.

Public Health England (PHE). (2015). Rapid Review to Update Evidence for the Healthy Child Programme 0-5. London: PHE publications.

Qin, M., Li, J., Zhang, S. and Ma, W. (2008). Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatr Dent*. 30: 122-8.

Rabiei, S., Mohebbi, S.Z., Patja, K. ve Virtanen, J.I. (2012). Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health*. 12: 855.

Radhakrishna, R.B. 2007. Tips for developing and testing questionnaires /instruments. *Journal of Extension*. 45(1), pp.1-5.

Rajesh, K.,S., Musthafa, H., Hegde, S., Kumar, A., Rajesh., H. ve Boloor V. (2017). Assesment of oral health knowledge, attitude and practice behaviour among Obstetricians- a questionnaire study. *Int J Adv Res.* 5(2), 58-64.

Rocha, J.M., Chaves, V.R., Urbanetz, A.A., Baldissera, R.D. ve Rosing, C.K. (2011). Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz Oral Res.* 25(3):248-54.

Rogers, J.G. (2011). Evidence-based oral health promotion resource. Prevention and population health branch. Government of Victoria: Department of Health.

Salone, L.R., Vann, Jr. W.F. ve Dee, D.L. (2013). Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Association*, 144, 143-151.

Selvi, S., Kavaloğlu Çıldır, Ş. ve Sandallı, N. (2008). Erken çocukluk dönemi çürükleri: Etiyolojisi, epidemiyolojisi, koruyucu yaklaşımlar ve tedavisi. *Yeditepeklilik*, 1 :48-55.

Selwitz, R.H., Ismail, A.I. ve Pitts, N.B. (2007). Dental caries. *The Lancet*, 369(1), 51-59.

Seow, W.K., Clifford, H., Battistutta, D., Morawska, A. ve Holcombe, T. (2009). Case- control study of early childhood caries in Australia. *Caries Research.* 43(1), 25-35.

Sezer, R.G., Paketci, C. and Bozaykut, A. (2013). Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Peadiatr Child Health*, 18, 15-19.

Sheiham, A. and Watt, R.G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community dentistry and oral epidemiology.* 28(6), pp.399-406.

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). (2014). Dental interventions to prevent caries in children. SIGN publication no. 138. Edinburgh: SIGN.

Silk, H., Douglass, A.B., Douglass, J.M. ve Silk, L. (2008). Oral Health During Pregnancy. 77(8):1139-1144.

Sprod, A., Anderson, R. ve Treasure, E. (1996). Effective Oral Health Promotion: Literature Review. Technical Report 20. Cardiff: Health Promotion Wales and University of Wales College of Medicine. Health Promotion Wales and University of Wales College of Medicine, Cardiff.

Suri, V., Rao, N.C. ve Aggarwal, N. (2017). A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Education for Health*. 27,51-54.

Tinanoff, N., Kanellis, M.J. ve Vargas, C.M. (2002). Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent*, 24(1):543-51

Twetman, S. (2008). 'Prevention of early childhood caries (ECC): review of literature published 1998-2007'. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 9:12-18.

Twetman, S. (2009). Caries prevention with fluoride toothpaste in children: an update. *Eur Arch Paediatr Dent*, 9(1):12-8.

US Department of Health and Human Services. (2000). Oral Health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, Md: US department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.

Valaitis, R., Hesch, R., Passarelli, C., Sheehan, D., ve Sinton, J. (2000). A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can J Public Health*. 91(6):411-7.

Vergnes, J.N. ve Sixou, M. (2007). Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 196: 135e1-135e7.

Wagner, Y. ve Heinrich-Weltzien, R. (2014). Pediatricians' oral health recommendations for 0 to 3 year old children: results of a survey in Thuringia, Germany. *BMC Oral Health*, 14:44.

Watt, R.G. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35: 1-11.

Weeks, M., Savageau, J.A. ve Silk, H. (2013). Prenatal Oral Health Education in U.S. Obstetrics and Gynecology Residencies and Dental Schools: Results of a National Survey. University of Massachusetts Medical School. Senior Scholars Program. Paper 153.

World Health Organization (WHO). (1984). Health Promotion: a Discussion Document on the Concepts and Principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2010). <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Accessed on 17th November, 2017.

Yevlahova, D. and Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Australian Dental Journal*, 54(3):190-197.

Zero, D.T. (2004). Sugars- the arch criminal?. *Caries Research*. 38(3), 277-285.

Ek 1. Etik Kurul Raporu



EK: 487-2017

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20.04.2017
 Toplantı No : 2017/46
 Proje No : 388

Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Serap Çetiner'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2017/46-388 proje numaralı ve **"Kuzey Kıbrıs'taki Hamile ve Küçük Çocuklar ile İlgilenen Birincil Sağlık Çalışanlarının Ağız-Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz
4. Prof. Dr. Şahan Saygı
5. Prof. Dr. Şanda Çalı
6. Prof. Dr. Nedim Çakır
7. Prof. Dr. Kaan Erler
8. Doç. Dr. Ümran Dal
9. Doç. Dr. Eyüp Yayı
10. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik
11. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov

(BAŞKAN)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE) KATILMADI

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE) KATILMADI

(ÜYE)

Ek 2. Çocuk doktorları için hazırlanan anket formu

Sayın Katılımcı,

‘KUZEY KIBRIS’TAKİ HAMİLE VE KÜÇÜK ÇOCUKLAR İLE İLGİLENEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ’ isimli çalışma Yakın Doğu Üniversitesi –Pedodonti Anabilim Dalı Doktora Tez Çalışması kapsamında gerçekleştirilmektedir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araş. Gör. MSc. Dt. Özkem Azmi Öge
Yakın Doğu Üniversitesi
Diş Hek. Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serap Çetiner
Danışman

Anket Formu:

Bölüm 1:

1. Uzmanlık alanı: Çocuk doktoru ☐
2. Cinsiyetiniz:
Erkek ☐ Kadın ☐
3. Mesleğinizi aktif olarak kaç yıldır sürdürmektedirsiniz?
≤9 ☐ ≥10 ☐
4. Çalışma ortamınız neresidir?
Devlet hastahanesi ☐ Üniversite hastahanesi ☐ Özel (klinik/hastahane) ☐
5. Bir iş gününde gördüğünüz ortalama hasta sayısı kaçtır?
≤10 ☐ 11-19 ☐ ≥20 ☐
6. Daha önce çocuk ağız-diş sağlığı hakkında eğitim aldınız mı ?
Evet ☐ Hayır ☐
- 6.i. Aldıysanız ne zaman ?
Lisans dönemi ☐ Yüksek lisans dönemi ☐ Mezuniyet sonrası ☐
7. Son beş yılda ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitim veya konferansa katıldınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Bölüm 2:

1. Flor topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini düşünüyor musunuz?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
2. Florlu diş macunu 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir mi?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
3. Geceleri biberonda mama/şeker içeren süt kullanımı çürük oluşum riskini artırır mı?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
4. Uzun dönem ve geceleri düzensiz emzirme diş çürüğü oluşma riskini artırır mı?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
5. Diş çürüğüne sebep olan bakteriler anneden çocuğa geçebilir mi?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
6. Çocuğun dişleri ne zaman fırçalanmaya başlanmalıdır?
İlk süt dişi çıktığında ☐ Tüm süt dişleri çıktığında ☐ 5 yaşına geldiğinde ☐
Fırçayı tutabildiğinde ☐
7. Doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
8. Çocukların ilk diş hekimi kontrolü ne zaman olmalıdır?
1 yaşında ☐ 3 yaşında ☐ 5 yaşında ☐
9. Koruyucu bir diş hekimliği uygulaması olan 'Fissür örtücüler' hakkında bilgiye sahip misiniz?
Evet ☐ Hayır ☐

Bölüm 3:

1. Süt dişlerindeki çürükler ileride değişeceği için önemli değildir.
Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Bilmiyorum ☐
2. Tedavi edilmeden bırakılan süt dişleri çocuğun genel sağlığını etkiler.
Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Bilmiyorum ☐
3. Ağız-diş sağlığını iyileştirme önerileri rutin olarak hasta bilgilendirmenizde yer almalı mıdır?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

4. Çocukların ağız sağlığının iyileştirmesinde 'çok önemli' rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

Bölüm 4:

1. Ailelerle ağız diş sağlığı hakkında tartışmaya girecek kadar kendinize güveniyor musunuz ?

Evet ☐ Hayır ☐ Neden?.....

2. Oral patolojileri teşhis edecek kadar kendinize güveniyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

3. Çocukların ağız diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim almanızın yararlı olacağını düşünüyor musunuz ?

Evet ☐ Hayır ☐

Bölüm 5:

1. Hangi sıklıkla hastalarınızın ağız sağlığını kontrol ediyorsunuz ?

Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐ Neden?.....

2. Aileleri 'Erken Çocukluk Çağı Çürükleri' hakkında hangi sıklıkla bilgilendiriyorsunuz?

Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐

3. Düzenli diş hekimi kontrolünü çocuklar için hangi sıklıkla öneriyorsunuz?

Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐

4. Diş çürüğünün varlığı tespit edildiğinde hangi sıklıkla diş hekimine yönlendirirsiniz?

Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐

Neden?.....

.....

Bölüm 6:

1. Çocuk ağız-diş sağlığı hakkında kullandığınız kaynaklar (kılavuz, guideline) var mı?

Evet ☐ Nelerdir?.....

Hayır ☐

2. Elinizin altında ağız-diş sağlığı ile ilgili Türkçe bir kılavuz/rehber bulunmasını ister misiniz?

Evet ☐ Hayır ☐

Öneri, düşünce ve yorumlarınız:

.....

.....

.....

Ek 2. (devam) Kadın doğum uzmanları için hazırlanan anket formu

Sayın Katılımcı,

'KUZEY KIBRIS'TAKİ HAMİLE VE KÜÇÜK ÇOCUKLAR İLE İLGİLENEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ' isimli çalışma Yakın Doğu Üniversitesi –Pedodonti Anabilim Dalı Doktora Tez Çalışması kapsamında gerçekleştirilmektedir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araş. Gör. MDPH. Dt. Özkem Azmi Öge
Yakın Doğu Üniversitesi
Diş Hek. Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serap Çetiner
Danışman

Anket Formu:

Bölüm 1:

2. Uzmanlık alanı: Kadın doğum uzmanı ☐
2. Cinsiyetiniz:
Erkek ☐ Kadın ☐
3. Mesleğinizi aktif olarak kaç yıldır sürdürmektedirsiniz?
≤9 ☐ ≥10 ☐
4. Çalışma ortamınız neresidir?
Devlet hastahanesi ☐ Üniversite hastahanesi ☐ Özel (klinik/hastahane) ☐
5. Bir iş gününde gördüğünüz ortalama hasta sayısı kaçtır?
≤10 ☐ 11-14 ☐ ≥15 ☐
6. Daha önce hamile bireylerde ağız-diş sağlığı hakkında eğitim aldınız mı ?
Evet ☐ Hayır ☐
- 6.i. Aldıysanız ne zaman ?
Lisans dönemi ☐ Yüksek lisans dönemi ☐ Mezuniyet sonrası ☐
7. Son beş yılda ağız-diş sağlığı ile ilgili eğitim veya konferansa katıldınız mı?
Evet ☐ Hayır ☐

Bölüm 2:

8. Flor topikal olarak kullanıldığında diş çürüğünü engellediğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

2. Gebeliğin var olan dental problemleri şiddetlendirdiğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

3. Periodontal (dişeti) problemlerin gebelik sürecini etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

4. Diş çürüğüne sebep olan bakteriler doğum sonrasında anneden çocuğa geçebilir mi?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

5. Gebelik sırasında bebeğin gelişimi için annenin dişlerinden kalsiyum alındığını/emildiğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

6. Çocuğun dişleri ne zaman fırçalanmaya (mekanik temizlik) başlanmalıdır?

İlk süt dişi çıktığında ☐ Tüm süt dişleri çıktığında ☐ 5 yaşına geldiğinde ☐

Fırçayı tutabildiğinde ☐

7. Doğum öncesi annenin kötü ağız sağlığının ileride çocuğun ağız sağlığını olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

8. Aşağıda belirtilen tedavilerden/işlemlerden hangileri hamilelik süresince tarafınızdan güvenli olarak nitelendirilmektedir?

-Düzenli diş taşı/ periodontal temizlik	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐
-Dolgu/ Kron kaplama	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐
-Diş çekimi	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐
-Kök kanal tedavisi	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐
-İntraoral/ekstraoral radyografiler	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐
-Vazokonstriktör içeren lokal anestezi kullanımı	Evet ☐	Hayır ☐	Bilmiyorum ☐

9. Koruyucu diş hekimliğinde özellikle hamilelere önerilen 'Ksilitol (xylitol) içerikli sakızlar' hakkında bilginiz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

Bölüm 3:

5. Hamilelik süresince ağız-diş sağlığını korumak/ iyileştirmek önemli midir?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

6. Hamile bireylerin gebeliğin erken dönemlerinde ve/veya gebe kalmadan önce ağız-diş muayenesi yaptırması gerektiğini düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐

7. Ağız-diş sağlığını koruma/iyileştirme önerileri rutin olarak hasta bilgilendirmenizde yer almalı mıdır?
Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum ☐
8. Hamilelerin ağız sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde nasıl bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?
Çok önemli ☐ Önemli ☐ Biraz önemli ☐ Önemli bir rolüm yok ☐

Bölüm 4:

1. Hastalarınıza ağız-diş sağlığı hakkında öneriler verecek kadar kendinize güveniyor musunuz ?
Evet ☐ Hayır ☐ Neden?
2. Hamilelerde ağız-diş sağlığı hakkında daha fazla eğitim almanızın yararlı olacağını düşünüyor musunuz ?
Evet ☐ Hayır ☐

Bölüm 5:

1. Hangi sıklıkla anne adaylarını ağız-diş sağlığı hakkında bilgilendiriyorsunuz?
Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐
2. Anne adaylarını gebe kalmadan önce ve hamilelik sürecinde diş hekimine gitmeleri yönünde yönlendiriyor musunuz?
Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐
3. Hastalarınıza florlu diş macunu kullanımını öneriyor musunuz?
Evet ☐ Hayır ☐
4. Hangi sıklıkla hastalarınızın ağız sağlığını sorguluyorsunuz ?
Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐
5. Hastalarınızın ağız-diş sağlığını görsel olarak kontrol ediyor/ değerlendiriyor musunuz?
Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐
6. Aileleri 'Erken Çocukluk Çağı Çürükleri' hakkında hangi sıklıkla bilgilendiriyorsunuz?
Her zaman ☐ Ara sıra ☐ Hiçbir zaman ☐

Bölüm 6:

1. 'Hamilelik süresince ağız-diş sağlığı' hakkında kullandığınız kaynak/kaynaklar (kılavuz, guideline) var mı?
Evet ☐ Nelerdir?.....
Hayır ☐
2. Elinizin altında ağız-diş sağlığı ile ilgili Türkçe bir kılavuz/rehber bulunmasını ister misiniz?
Evet ☐ Hayır ☐

Öneri, düşünce ve yorumlarınız:

.....

.....

.....

YAYINLAR

1. Uluslararası hakemli dergilerdeki (SCI, SSCI, SCI-expanded ve Google Scholar) yayınlar

Oge, O.A., Douglas, G.V., Seymour, D., Adams, C. ve Csikar J. (2018). Knowledge, attitude and practice among Health Visitors in the United Kingdom towards children's oral health. *Public Health Nursing*. DOI:10.1111/phn.12381. (Article under publish)

Oge, O.A. ve Cetiner, S. (2017). Paediatricians' knowledge, attitude and practice towards children's oral health in North Cyprus. *EURASIA Journal of Sci Tech Education*, 13(12), 7905–7912.

2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Oge, O.A. ve Cetiner S. (2017). Paediatricians' knowledge, attitude and practice towards children's oral health in North Cyprus. International Conference on Environmental Sciences & Educational Studies, Kyrenia, Cyprus.

Oge, O.A., Douglas, G.V., Seymour, D., Adams, C. ve Csikar J. (2017). Oral health knowledge among health visitors in the UK. FDI Annual World Dental Congress, Madrid, Spain.

Oge, O.A., Yonel, N., Korun, S., Islam, A. ve Cetiner, S. (2015). Dental erosion prevalence in 5-year-old children in Nicosia, North Cyprus. 12th European Association of Dental Public Health Conference, Istanbul, Turkey.

Oge, O.A., Ozkan, L., Korun, S., Islam, A., Tunc, H. ve Cetiner, S., (2015). Prevalance of dental developmental anomalies: a radiographic study. 25th Congress of the International Association of Paediatric Dentistry, Glasgow, UK.

Korun, S., Islan, A., Savtekin, G., Oge, O.A. ve Cetiner, S. (2015). Delayed permanent tooth eruption due to the previous trauma and treatment procedure. 25th Congress of the International Association of Paediatric Dentistry, Glasgow, UK.

Korun, S., Ozkan, L., Islam, A., Oge, O.A. ve Sakar, T. (2014). Oral health survey of 5 and 12 years old school children in Northern Cyprus. 12th Congress of the European Academy of Paediatric Dentistry, Sopot, Poland.

Korun, S., Ozkan, L., Islam, A., Oge, O.A., Sakar, T. ve Cetiner, S. (2014). Oral health survey of 5 and 12 years old school children in Northern Cyprus. *European Archives of Pediatric Dentistry*, 13(65):138.

3. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Özkan, L., Korun, S., Islam, A., Öge, Ö.A. ve Tunç, H. (2015). Kıbrıslı Türk hastalarda hipodonti görülme sıklığı ve paterni. 22. Türk Pedodonti Derneği Kongresi, Girne, KKTC.