

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**DUDAK DAMAK YARIKLI ÇOCUKLARI OLAN
EBEVEYNLERİN, ÇOCUKLARININ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI
VE BESLENME ALIŞKANLIĞINA DAİR BİLGİ
DÜZEYLERİNİN, DAVRANIŞ VE ALIŞKANLIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Dilan ALTUN

**Çocuk Diş Hekimliği Programı
UZMANLIK TEZİ**

ANKARA

2022

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**DUDAK DAMAK YARIKLI ÇOCUKLARI OLAN
EBEVEYNLERİN, ÇOCUKLARININ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI VE
BESLENME ALIŞKANLIĞINA DAİR BİLGİ DÜZEYLERİNİN,
DAVRANIŞ VE ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dt. Dilan ALTUN

Çocuk Diş Hekimliği Programı

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Melek Dilek TURGUT

ANKARA

2022

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü/Dekanlık tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

17/06/2022

Dt. Dilan ALTUN

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmamdaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Melek Dilek TURGUT danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dt. Dilan ALTUN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında benden sabrını ve değerli bilgisini esirgemeyen, yardımları ve desteğini her zaman hissettiğim, öğrencisi olmaktan büyük mutluluk ve onur duyduğum çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Melek Dilek Turgut'a,

Tezime olan katkıları ve destekleri için değerli hocalarım Prof. Dr. Meryem Uzamış Tekçiçek ve Prof. Dr. Fatma Figen Özgür'e,

Üniversite yıllarımdan başlayarak uzmanlık eğitimim boyunca bana pedodontiyi sevdiren, bilgilerini paylaşan, her zaman destek olan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Atilla Stephan Ataç, Prof. Dr. M. Seval Ölmez, Prof. Dr. Zafer Çehreli, Prof. Dr. H. Cem Güngör, Dr. Öğr. Üyesi Tülin İleri Keçeli, Dr. Öğr. Üyesi Beste Özgür, Dr. Öğr. Üyesi Gizem Erbaş Ünverdi, Dr. Öğr. Üyesi Cansu Özşin Özler, Dr. Öğr. Üyesi Elif Ballıkaya ve Dr. Pınar Serdar Eymirli'ye,

Uzmanlık öğrencisi olarak buraya geldiğim ilk günden beri yanımda olan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili eş kıdemlerim Dt. Nazlı Gedük, Dt. Şeyma Kısacık ve Dt. Merve Özdemir'e,

Desteklerini ve dostluklarını her zaman hissettiğim ve onlarla çalışmaktan mutluluk duyduğum çok sevgili asistan arkadaşlarım, Dt. Seren Tuğçe Kargın, Dt. Fatma Dilara Tutar, Dt. Şeyma Öztürk, Dt. Aysima Darıcı, Dt. Emine Fazilet Özdemir, Dt. Rovshan Ismayilov, Dt. Tuğba Dalgara Çam, Dt. Menzile Seda Coşar, Dt. Ughur Hasanlı, Dt. Tülin Taşdemir, Dt. Kübra Sağ, Dt. Tuğçe Melisa İltuş, Dt. Hazal Lizge Ateş, Dt. Saodat Raupova ve Dt. Gamze Zeytin'e,

Pedodonti ailesinin değerli üyeleri Aysun Usta, Özlem Acar, Güzide Semerci, Aysel Delikaya, Tülay Deniz Solmaz, Sinan Altun, Ezel Baltok ve Canan Serçe'ye,

Sonsuz emekleri, özveri, sevgi ve destekleriyle beni bugüne getiren, her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Sonsuz teşekkürlerimle...

ÖZET

Altun D., Dudak Damak Yarıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin, Çocuklarının Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme Alışkanlığına Dair Bilgi Düzeylerinin, Davranış ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022. Dudak damak yarıkları (DDY), baş boyun bölgesinde en sık görülen konjenital anomalidir. Bu çalışmanın amacı, DDY'li çocukların ebeveynlerinin çocuklarının ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarını etkileyebilecek bilgi düzeylerinin, davranış ve alışkanlıklarının değerlendirilmesidir. Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda takip edilmekte olan 0-18 yaş aralığındaki 343 DDY'li hastanın ebeveynlerine 52 soruluk bir online anket formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi Ki-kare testi, Fisher'in kesin testi ve Mann-Whitney U testi ile kullanılarak yapılmıştır ($p<0,05$). Elde edilen sonuçlara göre, annelerin %65,3'ü, babaların ise %73,3'ü lise ve üzeri düzeyde eğitimlidir. Eğitim düzeyi yüksek anne ve babaların ağız diş sağlığı bilgi düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre çocuğun diş fırçalama alışkanlığına etki eden faktörler annenin yaşı (OR=1,071, $p<0,005$), babanın gelir getiren bir işte çalışıyor olması (OR=2,089, $p<0,05$), annenin 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş olmasıdır (OR=1,995, $p<0,05$). Çocuğun diş macunu kullanma durumuna etki eden faktörler ise annenin yaşı (OR=1,106, $p<0,05$), babanın gelir getiren bir işte çalışıyor olması (OR=2,124, $p<0,05$), annenin 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş olmasıdır (OR=2,076, $p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin çocuklarının şekerli ve gazlı içecek tüketimi, eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,005$). Bu çalışmanın limitleri dahilinde, ebeveynlere ait bazı faktörlerin, DDY'li çocukların ağız diş sağlığı üzerinde etkili olabileceği bulunmuştur. Bu sebeple DDY'li çocukların ağız sağlığı değerlendirilirken ebeveynlerin de bu konuda etkili olabileceğinin göz ardı edilmemesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: dudak damak yarığı, ebeveyn, çocuk, ağız sağlığı

ABSTRACT

Altun D., Evaluation of Knowledge, Behavior and Habits of Parents with Children with Cleft Lip and Palate on Oral and Dental Health and Habits of Their Children, Hacettepe University, Faculty of Dentistry, Specialty Thesis in Pediatric Dentistry, Ankara, 2022. Cleft lip and palate (CLP) is the most commonly encountered congenital anomaly in the head and neck region. The aim of this study is to evaluate knowledge, behavior, and habits of the CLP children's parents in regard to oral health and nutritional habits of their children. An online questionnaire with 52 questions was administered to the parents of 343 patients with CLP aged 0–18 who had been on regular follow up by Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Plastic Reconstructive and Esthetic Surgery. Statistical analysis of the data was performed by Chi-square test, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U test ($p < 0,05$). With respect to the obtained results, 65.3% of mothers and 73.3% of fathers graduated from high school or had higher educational level. Parents with higher education level had more oral health knowledge ($p < 0,05$). Logistic regression analysis showed that the factors affecting the child's tooth brushing habits were the mother's age (OR=1,071, $p < 0,05$), the father's occupational status (OR=2,089, $p < 0,05$) and the timing of the mother's last dental visit (OR=1,995, $p < 0,05$). The factors affecting the child's toothpaste usage were the mother's age (OR=1,106, $p < 0,05$), the father's occupational status (OR=2,124, $p < 0,05$) and the timing of the mother's last dental visit (OR=2,076 $p < 0,05$). Consumption of sugar-sweetened beverages of the children of the parents with lower education levels were statistically higher than that of the children of the parents with higher education levels ($p < 0,005$). Within the limitations of this study, it was found that some parental factors may influence the oral health of children with CLP. Therefore, it was concluded that the effect of parents should not be overlooked when evaluating the oral health of children with CLP. According to the study results, parental factors have a significant influence on the oral health-related behaviors of children with CLP.

Key Words: cleft lip and palate, parent, children, oral health

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA ve FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Embriyolojik Yüz Gelişimi	3
2.1.1. Damak Gelişimi	4
2.2. DDY'nin Etiyolojisi	4
2.2.1. Çevresel Faktörler	4
2.2.2. Genetik Faktörler	8
2.3. Sınıflandırma	8
2.4. DDY Prevalansı	10
2.5. DDY'de Multidisipliner Takım Yaklaşımı	11
2.6. Tedavi Stratejileri ve Zamanlaması	12
2.7. DDY'de Ağız ve Diş Sağlığı	14
2.7.1. Dental Anomaliler	14
2.7.2. Diş Çürüğü	17
3. BİREYLER VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Seçimi	20
3.2. Araştırmada Veri Toplama Araçları ve Ön Deneme	20
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	22

4.BULGULAR	23
4.1. Ebeveynlere Ait Özellikler	23
4.1.1. Yaş	23
4.1.2. Eğitim Durumu	23
4.1.3. Gelir Getiren İşte Çalışma ve Ekonomik Durum	25
4.1.4. İkamet Edilen Yer, Aile tipi, Çocuk Sayısı	25
4.1.5. Ağız Bakım Alışkanlıkları ve Ağız Sağlığı	27
4.2. Çocuklara Ait Özellikler	28
4.2.1. Yaş ve Cinsiyet	28
4.2.2. DDY Tipi	28
4.2.3. Sistemik Özellikler	30
4.2.4. Doğum Özellikleri	31
4.3. Çocukların Ağız Bakım Alışkanlıkları	31
4.4. Çocukların Ağız Bakımını Etkileyen Faktörler	43
4.4.1. Diş Fırçalama	43
4.4.2. Diş Macunu Kullanma	44
4.5. Çocukların Beslenme Alışkanlıkları	45
4.6. Ağız Alışkanlıkları, Konuşma Problemi ve Konuşma Terapisi	54
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇLAR	75
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER	
EK-1: Etik Kurul Onayı	
EK-2: Anket Formu	
EK- 3: Dijital Makbuz	
EK-4: Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACPA	American Cleft Palate-Craniofacial Association (Amerikan Yarıık Damak-Kraniyofasiyal Birliği)
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
BMP	Bone morphogenetic protein (kemik morfojenik proteini)
DDY	Dudak damak yarığı
IRF6	İnterferon düzenleyici faktör 6
MIH	Molar insizör hipomineralizasyonu
MSX1	Msh homebox 1
MTHFR	Metilentedtahidrofolat redüktaz
NAM	Nazo-alveoler molding
PVRL1	Poliovirus ilişkili reseptör 1
RARA	Retinoik asit reseptör alfa
TGFα	Transforme edici büyüme faktörü alfa
TGFβ3	Transforme edici büyüme faktörü beta 3
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
4.1. Ebeveynlerin eğitim durumu	24
4.2. Ailenin aylık toplam gelir durumu	25
4.3. İkamet edilen yer	26
4.4. Aile tipi	26
4.5. Ailedeki DDY'li çocuğun doğum sırası	26
4.6. Çocukların DDY tipine göre dağılımı	29
4.7. Çocuklara gece biberonla verilen gıdalar	46
4.8. Çocuğun DDY tipi ile annesinin memesinden süt emme ilişkisi	48
4.9. Çocukların ağız alışkanlıklarının dağılımı	54
4.10. Ebeveyn ve çocuk arasında oral mikroorganizma transferine neden olabilecek davranışların dağılımı	55

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Ebeveynlerin eğitim durumu	24
4.2. Ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı	27
4.3. Ebeveynlerin en son diş hekimi ziyareti zamanı	28
4.4. Çocukların DDY tipi ve cinsiyete göre sınıflandırılması	29
4.5. Çocukların sistemik özellikleri	30
4.6. Çocukların doğum özelliklerine göre sınıflandırılması	31
4.7. Çocukların ağız bakım alışkanlıklarına göre dağılımı	32
4.8. Çocukların en son diş hekimi ziyareti zamanı	33
4.9. Çocukların diş hekimine gitme sebepleri	33
4.10. Annenin en son diş hekimi ziyareti ve çocuğun ağız bakım alışkanlıkları	36
4.11. Annenin ve çocuğun en son diş hekimi ziyareti	37
4.12. Babanın en son diş hekimi ziyareti ve çocuğun ağız bakım alışkanlıkları	38
4.13. Babanın ve çocuğun en son diş hekimi ziyareti	38
4.14. Ağız diş sağlığı gereklilikleri ve annenin eğitim durumu ilişkisi	40
4.15. Ağız diş sağlığı gereklilikleri ve babanın eğitim durumu ilişkisi	42
4.16. Çocukların diş fırçalamasını etkileyen faktörler	43
4.17. Çocukların diş macunu kullanmasını etkileyen faktörler	44
4.18. Çocukların beslenme alışkanlıkları	45
4.19. Çocukların anne sütü ve biberonla beslenme özellikleri	46
4.20. Çocuğun DDY tipi ile annesinin memesinden süt emme ilişkisi	47
4.21. Çocukların ara öğünde tükettiği yiyecekler ve annenin eğitim durumu	49
4.22. Çocukların ara öğünde tükettiği içecekler ve annenin eğitim durumu	50
4.23. Çocukların ara öğünde tükettiği yiyecekler ve babanın eğitim durumu	52
4.24. Çocukların ara öğünde tükettiği içecekler ve babanın eğitim durumu	53

1. GİRİŞ

Dudak damak yarığı (DDY), embriyonik hayatın organogenez döneminde meydana gelen duraklamalar sonucunda oluşan yüz yarığı olarak tanımlanmaktadır (1). Sadece dudakta, damakta veya hem dudak hem de damakta görülebilen DDY, baş ve boyun bölgesi anomalilerinin en sık rastlanılanı olup Dünya genelinde yaklaşık 700 canlı doğumda 1 oranında karşımıza çıkmaktadır (2).

DDY, embriyonik gelişimin ilk günlerinde frontonazal ve maksiller proseslerin kapanmamasının bir sonucu olarak oluşur ve ultrasonik olarak teşhisi, yarık yalnızca dudağı içerdiğinde hamileliğin 13. haftasında, damağı da içerdiğinde gebeliğin 18. haftasında konulabilir (3). Bu anomalilerin hem hastanın yaşamında hem de ailelerinin üzerinde tüm yönleriyle büyük etkisi vardır (4). Estetik etkinin yanı sıra konuşma bozuklukları, kulak enfeksiyonları ve bunların kronikleşmesi sonrası işitme kaybı, dental ve psikolojik problemlere de neden olabilmektedir (5).

DDY, bireyin yaşamında psiko-sosyal, estetik ve fonksiyonel sorunlara neden olabilen morfolojik bir değişikliktir (6). Bu nedenle, DDY rehabilitasyonu öncelikle bireyi topluma tam olarak entegre etmeyi amaçlamaktadır (6, 7). Bu rehabilitasyon tedavisi bebek 2-3 aylıkken yarık dudağı ve 6-9 aylıkken yarık damakları onarmak için birincil plastik cerrahi ameliyatlara başlamakta olup bazen yetişkinlikte de devam edebilmektedir (6).

Çalışmalar, DDY’li çocukların toplumdaki diğer çocuklara oranla ağız ve diş sağlığının iyi olmadığını göstermektedir (8-10). Yarık bölgenin kompleks anatomisi, çapraşık dişler, hipoplastik defektler ve skar dokusu nedeniyle ideal ağız ve diş sağlığının sağlanması DDY’li bireylerde daha zordur (11). Diş çürüğü, bilgi eksikliği ile yakından ilişkili olduğundan, ağız sağlığı bilgisi ve alışkanlıklarının araştırılması, ebeveynlerin olası şüphelerini aydınlatmak ve hem onların hem de çocukların ağız sağlığı durumunu değerlendirmek açısından oldukça faydalıdır (12).

DDY’li bireylerin ebeveynlerinin ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ve alışkanlıkları konusunda edinilen bilgi, tedavi kalitesini artırır ve tatmin edici yaşam kalitesini hedef alan multi-disipliner yaklaşım ile rehabilitasyon sürecinde son derece önem arz eder. Literatürde DDY’li çocukların ebeveynlerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını

değerlendiren çalışmalar olsa da (12-15) bu çalışmaların çoğunluğunda gerek hasta sayısının gerekse değerlendirilen parametrelerin azlığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda DDY'li çocukların ebeveynlerinin ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarına dair bilgi düzeylerinin, davranış ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Dudak damak yarığı (DDY), embriyonik hayatın organogenez döneminde meydana gelen duraklamalar sonucunda oluşan yüz yarığı olarak tanımlanmaktadır (1). Sadece dudakta, damakta veya hem dudak hem de damakta olabilen; baş boyun bölgesinin en sık görülen konjenital anomalisidir (2). DDY'nin tam anlaşılabilmesi için embriyolojik yüz gelişiminin bilinmesi önem taşımaktadır.

2.1. Embriyolojik Yüz Gelişimi

Embriyolojik hayatta yüz gelişimi; hücrelerin migrasyon, büyüme, diferansiyasyon ve apoptoz gibi birbiriyle yakından ilişkili kompleks süreçlerin uyumlu şekilde düzenlenmesi sonucunda gerçekleşir (16). Nöral tüp kaynaklı nöral krest hücreleri, yüksek migrasyon ve farklılaşma kapasitesine sahip olup yüz ve dişlerin oluşumundan sorumludurlar. İntrauterin 4. haftada, bilateral silindirik kalınlaşmalar olan ve nöral krest hücrelerinin faringeal duvara migrasyonu ile oluşan altı faringeal ark, başın lateral yüzeyi boyunca görülür. İlk iki faringeal ark ve bu arklarla ilişkili kıkırdak, kas, sinir ve vasküler bileşenler, yüz yapılarının gelişiminin temelini oluşturur. Ayrıca işitme, görme ve koku alma organlarına kaynaklık edecek otik, optik ve nazal plakodların oluşumu da bu faringeal arklardan gerçekleşir (17).

İntrauterin hayatın 4. haftasında 1. faringeal arkta kalınlaşmalar oluşmaya başlar. Nöral krest kökenli bu kalınlaşmalar gelişerek bilateral maksiller çıkıntıları, bilateral mandibular çıkıntıları ve frontal çıkıntıyı oluştururlar (18). Dördüncü haftanın sonunda frontal çıkıntıda oluşan kalınlaşmalar ise medial ve lateral frontonazal çıkıntıları ve nazal plakodları meydana getirirler (17, 18). Frontonazal çıkıntının her iki yanında yer alan nazal plakodlar, embriyonik hayatın 5. haftasında ortaya çıkar ve nazal pitleri oluştururlar. Maksiller çıkıntılar, 7. haftadan itibaren medial nazal çıkıntıyla birleşmek için ileri doğru büyümeye başlarlar. Medial nazal çıkıntılarının birleşmesiyle burun ucu, kolumella, filtrum, premaksilla, ilişkili dişeti dokuları ile primer damağı içeren intermaksiller segment ve üst dudağın bir bölümü oluşur. Maksiller çıkıntılar ise maksillanın büyük bir kısmını, sekonder damağı ve üst dudağın kalan lateral kısmını oluştururlar (18). Mandibular çıkıntılarının birleşmesiyle de mandibula ve alt dudak oluşur (18, 19). Dişleri oluşturacak hücrelere farklılaşacak olan

odontojenik epitel, 8. haftada maksiller çıkıntının alt sınırında, medial nazal çıkıntının lateralinde ve mandibuler çıkıntının üst sınırında yer alır (17).

2.1.1. Damak Gelişimi

Damak oluşumu intrauterin 5. haftada başlar ve 12. haftaya kadar devam eder. İntrauterin 7. haftada medial nazal çıkıntılar ve maksiller çıkıntıların derin seviyelerde birleşmesiyle primer damak oluşumu tamamlanır. Sekonder damak oluşumu ise primer damak oluşumunun başlamasını takiben 6. ve 8. haftalar arasında gerçekleşir. Sekonder damak oluşumu, maksiller çıkıntıda oluşan lateral palatin çıkıntılarının görülmesi ile başlar. Sekizinci haftada insiziv forameninden itibaren bu palatin çıkıntılarının orta hatta birleşmesiyle sekonder damak meydana gelir ve 12. haftada yumuşak damak ve uvulanın da oluşumuyla süreç tamamlanır (18, 19).

2.2. DDY'nin Etiyolojisi

DDY etiyojisi oldukça karmaşıktır. Bir bireyde genetik yatkınlığa neden olabilecek birden fazla gen bulunsa bile gen ifadesini etkileyen belirli çevresel faktörler olmadıkça bu genler DDY'ye neden olmayabilir. Bu sebeple, DDY hem endojen (genetik) hem de eksojen (çevresel) faktörlerin etkili olduğu multifaktöriyel kalıtmı bir anomalidir (20, 21).

2.2.1. Çevresel Faktörler

- Sigara: Hamilelik döneminde annenin sigara kullanımı DDY riskini %20 oranında artırmaktadır (22, 23). Pek çok çalışmada pasif içicilik değerlendirilmediğinden sigara ve DDY ilişkisi çok net değildir (16).
- Alkol: Gebelikte alkol kullanımının fetal alkol sendromuna neden olduğu bilinmektedir. Ancak, orofasiyal yarıklarda alkolün rolü kesin olarak tanımlanmamış olup literatürde alkolün orofasiyal yarıkla ilişkili olduğunu savunan çalışmalar olduğu kadar (24-26) ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (27, 28). Alkol tüketimi sosyal bağlamda kişilere göre oldukça çeşitlilik gösterdiğinden ve beslenme, sigara, stres veya uyuşturucu kullanımından da etkilendiğinden (29), alkol kullanımının DDY'ye etkisini tek başına değerlendirmek zordur (16).

- Beslenme: Gebelikte beslenme alışkanlıklarının DDY oluşumunda etkili olabileceği öne sürülmüştür. Ancak, beslenmeyle alınan vitamin ve minerallerin ölçümünün ve değerlendirilmesinin zor olması, yüksek DDY oranına sahip bir çok yoksul popülasyonda bile bu konuda yapılmış çalışmanın bulunmamasına neden olmuştur (16). Bununla birlikte, UNICEF'in 2009 yılı raporuna göre beslenmeyle alınan vitamin ve mineral yetersizliği, sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde DDY insidansının artmasındaki ana etkenlerdendir (30).

Çalışmalardaki küçük örneklem büyüklükleri ve yetersiz veriler nedeniyle hamilelik döneminde multivitamin kullanımı ve azalmış DDY prevalansı arasında net bir ilişki saptanamamıştır (31-33). Jonnson ve ark. (34) yaptıkları meta analizde gebeliğin erken döneminde annenin multivitamin kullanımının orofasiyal yarık oluşma prevalansını %25 oranında azalttığını bildirseler de azalmanın başka faktörlerden de kaynaklanmış olabileceğini vurgulamışlardır.

Folik asit eksikliğinin hayvanlarda orofasiyal yarıklara neden olduğu bildirilmiştir (35). Folik asit antagonistleri, insanlarda artmış orofasiyal yarık riski ile ilişkili bulunmuştur (36). Annenin hamilelikte diyetle ya da takviye olarak aldığı folik asidin DDY oluşumundaki rolü ise hala tartışmalıdır. Tahılların folik asitle takviye edilmesinin uzun yıllardır zorunlu olduğu Amerika'da yapılan bazı çalışmalarda, DDY prevalansında azalma gözlenmiştir (37, 38) Ancak, folik asit kullanımının isteğe bağlı olduğu kimi ülkelerdeki çalışmalarda böyle bir sonuç kaydedilmemiştir (39-41). 2020 yılında yayınlanmış bir sistematik derleme ve meta analizde, folik asit kullanan hamile kadınların bebeklerinde orofasiyal yarık görülme riskinin daha az olduğu rapor edilse de analiz edilen çalışmaların heterojen olmasından dolayı bu sonucun dikkatle çıkarılması gerektiği vurgulanmıştır (42).

DDY'li bebeklerin annelerinde artmış homosistein konsantrasyonu bildiren çalışmalar mevcuttur (43, 44). B6 vitamini (piridoksin), homosistein metabolizmasında bir ko-faktördür ve hayvanlarda orofasiyal yarık oluşumunun azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (45). Annelerdeki düşük B6 vitamin düzeyi, bebeklerde artmış orofasiyal yarık riski ile ilişkilendirilmiştir (43, 46). Asya'da yüksek oranda işlenmiş pirinç tüketen popülasyonlarda B6 vitamin eksikliği görülmesi tipik bir bulgudur ve bu popülasyonlarda DDY prevalansı da oldukça yüksektir (46).

Embriyonik gelişimde çinko oldukça önemli bir mineraldir ve eksikliğinde hayvanlarda orofasiyal yarık görüldüğü rapor edilmiştir (47). Bazı çalışmalarda DDY'li çocukların annelerinde DDY olmayan çocukların annelerine göre daha düşük çinko düzeyleri gözlenmiştir. Bu çalışmalarda, düşük çinko düzeyleri artmış orofasiyal yarık riskiyle ilişkilendirilmişse de (48, 49) çinko düzeyi ve DDY arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (50).

Riboflavin (51) ve A vitamininin (52, 53) de orofasiyal yarık oluşumunda rol oynayabileceği bildirilmiştir. Hamilelik döneminde kullanılan retinoid ilaçlar ciddi orofasiyal anomalilere neden olabilmektedir ancak diyetle alınan A vitamininin bu duruma etkisi belirsizliğini korumaktadır (54).

- İlaçlar: Annenin hamilelik döneminde kullandığı diazepam, fenitoin, fenobarbital gibi antikonvülsan/antiepileptik ilaçların bebekte DDY riskini arttırdığını ifade eden çalışmalar mevcuttur (55-57). Ancak, riski arttıranın annenin kullandığı antikonvülsan ilaçlar mı yoksa epilepsi hastalığı mı olduğu konusu hala tartışmalıdır (58, 59).

Hamilelik döneminde salisilat kullanımı da DDY riskinde artışla ilişkilendirilmektedir (60). Yaygın kullanımları dolayısıyla salisilatların teratojenik potansiyelinin göreceli olarak düşük olduğu düşünülse de bu potansiyelin çeşitli genetik yatkınlıklar ve eşlik eden çevresel faktörlerle artabileceği ifade edilmektedir (60, 61).

Hamilelik döneminde DDY riskini artıran diğer bir ilaç da kortikosteroidlerdir (62). Literatürde annenin mesleki olarak organik çözücüler (63), kimyasal tarım ilaçları (64, 65) ve iyonize radyasyon (66) gibi teratojenlere maruz kalmasının da DDY riskiyle ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur.

- Stres: Hamilelik dönemindeki stresli yaşam tarzı veya strese neden olabilecek olaylar yaşanmasının DDY görülme sıklığında artışa neden olabileceği bildirilmiştir (29, 67). Carmichael ve ark. (67) yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında, hamilelik döneminde en az bir stresli olay yaşanmasının DDY prevalansını artırdığını bildirmişlerdir.

- Hipertermi/enfeksiyon: Hamilelik sırasında annedeki yüksek ateş ile DDY'li bir bebeğe sahip olma riskinin ilişkili olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur (68, 69). Bununla birlikte, esas etkenin yüksek ateş mi yoksa geçirilen bir enfeksiyon mu olduğu belirsizliğini korumaktadır. Hashmi ve ark. (69) bu ilişkiyi değerlendirmek için yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında hamilelik sırasında bir enfeksiyon hastalığı

geçirdiğini bildiren annelerin daha yüksek oranda DDY'li çocuk sahibi olma riskine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, ateş düşürücü ilaç kullanmadığını belirten annelerde riskin arttığı da ifade edilmiştir. Bu bulgular yüksek ateşin kontrol altına alınmasının DDY prevalansını azaltıcı etki gösterebileceğini düşündürmektedir (69).

Geçirilen viral enfeksiyon sonrasında interferon düzenleyici transkripsiyon faktörleri aktive olmaktadır. İnterferon düzenleyici faktör 6 (IRF6)'nın DDY ile olan ilişkisi nedeniyle hamileliğin ilk 3 ayında geçirilen viral enfeksiyonların DDY oluşma riskini arttırabileceği bildirilmiştir (70). Hamilelik sırasında geçirilen rubella (71-73), sitomegalovirüs (74, 75), influenza (70, 73, 76) gibi viral enfeksiyonların DDY'li bebek sahibi olma riskinde artışa neden olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.

- Oligohidroamniyoz: Hamilelik boyunca fetüs için hem mekanik hem de metabolik işlevleri olan amniyon sıvısının olması gerekenden az olması durumuna oligohidroamniyoz adı verilmektedir. Yapılan çalışmalar oligohidroamniyozun fare fetüslerinde orofasiyal yarıklara neden olduğunu göstermiştir (77, 78). Ulkumen ve ark. (79) da yaptıkları retrospektif klinik çalışmada oligohidroamniyoz ve DDY ilişkisi bildirmişlerdir.

- Maternal diyabet ve obezite: Diyabetik annelerden doğan bebeklerde konjenital anomali görülme sıklığının diyabetik olmayan annelerden doğanlara göre fazla olduğu rapor edilmiştir (80-84). Anne adaylarını hatta hamile adaylarını erken glisemik kontrol açısından bilgilendirmenin DDY prevalansını azaltmak açısından etkili olabileceği düşünülmektedir (83).

Annedeki obezitenin de DDY'li bebek doğumu açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir (85-87). Yapılan çalışmaları karşılaştırırken obezite tanımının çalışmalara göre değişkenlik göstermesi zorluk yaratmaktadır (86). 2010 yılında Amerika'da yapılmış bir çalışmada Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önermiş olduğu sınıflama kullanılmış ve vücut kitle indeksi 30 ve üzeri olan annelerde DDY'li bebek sahibi olma riskinin sağlıklı annelere göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (85).

-Hamilelik yaşı: Annenin yaşının artmış DDY riski ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (88-91). Yapılan çalışmalarda 39 ve üzeri yaşlardaki hamileliklerde DDY'li bebek sahibi olma riskinin artmış olduğu bildirilmişse de (90, 91), Baird ve ark. 'nın yapmış olduğu çalışmada, anne yaşı ve DDY prevalansındaki artış arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (92). Literatürde konjenital defektler ve babanın yaşının etkilerine dair

ilişkilendirmeler rapor edilse de (88, 93) DDY ve baba yaşı arasında net bir ilişki saptanamamıştır (94).

2.2.2. Genetik Faktörler

Bir ailenin DDY'li bir çocuğu olduğunda, doğacak başka bir çocuğunda da DDY görülme riski %3-%5 arasındadır. Bu risk oranı, orijinal riskteki 30-45 kat artışı ifade etmektedir (20). Çevresel risk faktörlerinin de aynı ailede bir araya gelmesiyle, DDY'li doğan her yeni çocuk, anomalinin tekrarlama riskinde yüksek bir artışa neden olmaktadır (95).

Bir fetüsü sendromik olmayan DDY'ye yatkın hale getiren genleri araştırmak için çok sayıda çalışma yapılmıştır (96-104). Yapılan çalışmalarda DDY oluşumunda transforme edici büyüme faktörü alfa ($TGF\alpha$) ve transforme edici büyüme faktörü beta 3 ($TGF\beta 3$) gibi büyüme faktörlerinin (96); msh homebox 1 ($MSX1$) (96) ve interferon düzenleyici faktör 6 ($IRF6$) (97, 99) gibi transkripsiyon faktörlerinin etkili olabileceği ifade edilmiştir. Metilentedtahidrofolat redüktaz ($MTHFR$) (105, 106) ve retinoik asit reseptör alfa ($RARA$) (96) gibi metabolik düzenleyiciler ve bağışıklık tepkisinde rol oynayan poliovirus ilişkili reseptör 1 ($PVRL1$) (107, 108) geni de DDY oluşumuyla ilişkili bulunmuştur.

Günümüzde 17 kadar genin sendromik olmayan orofasiyal yarıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (20). Gelecekte orofasiyal yarıkların oluşumunda rol oynayan tüm genetik nedenlerin keşfi hedeflenmektedir (104).

2.3. Sınıflandırma

DDY'lerde klinik tablo, kraniofasial gelişim sırasında oluşan anomalinin zamanına ve yerine göre farklılık göstermektedir (18). DDY, yarığın kapsadığı alana göre komple veya inkomple; etkilenen tarafa göre de tek taraflı veya çift taraflı olarak ifade edilmektedir. DDY sınıflaması oldukça geçmişe dayanmaktadır ve zaman zaman birbirleriyle de çelişebilen çok çeşitli sınıflama sistemleri mevcuttur (109).

Sınıflama konusunda atılan ilk adım 1922 yılında Dave ve Ritchie'nin (110) "tavşan dudak" teriminin kullanımına son verilmesini sağlamak adına yaptıkları ilk sınıflamayla atılmıştır. Dave ve Ritchie sınıflaması dudak, alveol ve damağın ayrı ayrı tanımlandığı basit 3 gruplu sistem şeklindedir:

Grup I: Pre- alveoler yarıklar (dudağı etkileyen yarıklar)

- a. Tek taraflı dudak yarığı
- b. Çift taraflı dudak yarığı
- c. Medial dudak yarığı

Grup II: Post-alveoler yarıklar (damağı etkileyen yarıklar)

- a. Yumuşak damak yarığı
- b. Sert damak yarığı

Grup III: Alveoler yarıklar

- a. Tek taraflı alveoler yarıklar
- b. Çift taraflı alveoler yarıklar
- c. Medial alveoler yarıklar

1931 yılında Veau (111) damak yarıklarını oldukça basitleştirilmiş 4 morfolojik formda sınıflandırmıştır:

Grup I: Yumuşak damak yarıkları (izole damak yarıkları)

Grup II: İnsiziv forameni geçmeyen, yumuşak ve sert damak yarıkları (izole sekonder damak yarıkları)

Grup III: (Genellikle dudağı da içeren) Alveolden tek taraflı olarak uzanan yumuşak ve sert damak yarıkları

Grup IV: (Genellikle dudağı da içeren) Alveolden çift taraflı olarak uzanan yumuşak ve sert damak yarıkları

Veau sisteminin dezavantajı izole dudak yarıklarının tanımlanmamış olmasıdır. Veau (112) 1938 yılında yayınlanan bir sonraki çalışmasında gruplamalardan tamamen kaçınmış ve bunun yerine dudak kusurunun “tek taraflı veya çift taraflı veya medial; basit veya kompleks” diye ifade edilebilen net ve kısa bir tanımını savunmuştur. Veau sınıflandırmasının minimalizmi, morfolojik temeli ve klinik önemi, bu sınıflandırmayı oldukça çekici ve tercih edilir hale getirmiştir (19, 109).

1958 yılında Kernahan ve Stark (113) embriyolojik gelişimsel anatomiyi temel olarak insiziv forameni bölünme noktası kabul etmişler ve 3 gruplu bir sınıflandırma sistemi oluşturmuşlardır:

1. Primer damak yarıkları (insiziv foramenin önündeki yapıların yarıkları)

- a. Tek taraflı (total/subtotal)
- b. Median (total/subtotal)

- c. Çift taraflı (total/subtotal)
2. Sekonder damak yarıkları (insiziv foramenin arkasındaki yapıların yarıkları)
- a. Total
 - b. Subtotal
 - c. Submuköz
3. Primer ve sekonder damak yarıkları (insiziv foramenin ön ve arkasındaki yapıların yarıkları)
- a. Tek taraflı (total/subtotal)
 - b. Median (total/subtotal)
 - c. Çift taraflı (total/subtotal)

Bu sınıflandırma sistemi profesyonellerce sıklıkla tercih edilse de 1971 yılında Kernahan (114) tarafından bu sınıflamanın bir modifikasyonu olan “Bölmeli Y Sınıflaması” önerilmiştir. Bu sınıflamada hem yarığın tipini hem de kapsamını tanımlamak için bölmeli Y şekli kullanılmaktadır. Y’nin üst kolları primer damağın insiziv sütür çizgilerini temsil ederken Y’nin alt kolları median palatin sütür çizgisini temsil etmektedir. Kolların birleştiği nokta ise insiziv foramendir. DDY’leri embriyolojik gelişime göre sınıflandırması, bilgi aktarımında kolaylık sağlaması ve modifikasyonlara açık olması gibi avantajları sayesinde günümüzde bu sınıflama evrensel olarak en kabul görmüş sınıflama sistemidir (20).

DDY sınıflandırması için geliştirilmiş birçok başka sistem de mevcuttur (115-119). Bununla birlikte, en doğru sınıflamanın ne şekilde olacağına dair tartışmalar hala devam etmektedir (109).

2.4 DDY Prevalansı

DDY, baş ve boyun bölgesine ait anomalilerin en sık rastlanılanı olup Dünya çapında yaklaşık 700 canlı doğumda 1 oranında görülmektedir (120). DDY prevalansı farklı etnik gruplara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Nitekim, Asya ve Amerika toplumlarında 500 canlı doğumda 1 oranındayken Afrika kökenli toplumlarda 2500 canlı doğumda 1 gibi daha az oranlardadır (121, 122).

DDY vakalarının yaklaşık %70’ine ek bir sendrom veya anomali eşlik etmemektedir (123). Eşlik eden sendromlar arasında Pierre Robin Sendromu,

Treacher-Collins Sendromu, Apert Sendromu, Goldenhar Sendromu, Stickler Sendromu ve DiGeorge Sendromu yer almaktadır (19).

DDY görülen kişilerin %50'sinde hem dudak hem de damak etkilenmektedir. (19, 122). Yalnızca sert ve/ veya yumuşak damağı etkilemekte olan izole damak yarıkları daha nadir olup yaklaşık 1500 canlı doğumda 1 görülmektedir (121, 122). Ülkemizde DDY prevalansı konusunda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır ve bir görüş birliğine varılamamıştır (124, 125). Say ve ark. (124) tarafından 1971'de yapılan Türkiye prevalans çalışmasında izole damak yarığı 1000 doğumda 0,4; dudak yarığı 1000 doğumda 0,8; dudak damak yarığı 1000 doğumda 0,12 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde bir üniversite hastanesinde 2004 yılında yapılmış retrospektif bir çalışmada ise incelenen 1229 vakanın %19.4'ünün izole dudak yarığı, %35.6'sının izole damak yarığı ve %45'inin hem dudak hem damak yarığı olduğu gözlenmiştir (125).

2.5. DDY'de Multidisipliner Takım Yaklaşımı

DDY ile doğan çocuklarda beslenme problemleri, orta kulak hastalıkları, işitme güçlüğü, konuşma bozuklukları, ortodontik ve dental anomaliler ve psikososyal uyum sağlama problemlerine sık rastlanmaktadır. Bu çok sayıda ve oldukça karmaşık tıbbi ve dental problemler birden fazla uzmanın dahil olduğu özel bir planlamayı gerektirmektedir (126).

1987 ve 2005 yıllarında Amerika Birleşik Devletlerinde hazırlanmış raporlarda DDY'li çocukların tedavisinin ve bakımının kapsamlı, koordine, kültürel açıdan uyumlu, bireyin ihtiyaçlarına özel ve erişilebilir olması gerektiği vurgulanmıştır (127, 128). DDY ve başka kraniyofasiyal anomalileri olan çocukların özel ihtiyaçları olduğu kabul edilerek bu çocukların bakımında uzman bir multidisipliner ekibin ortak çalışmalarını düzenlemek için 1943 yılında Amerikan Yarık Damak-Kraniyofasiyal Birliği (American Cleft Palate-Craniofacial Association, ACPA) kurulmuştur (129). ACPA, DDY'li bireylerin gelişimsel, tıbbi ve psikolojik ihtiyaçları için uygun bir değerlendirme ve tedavi süreci sağlanmasında standartlar oluşturmayı amaçlamaktadır (130, 131).

Bir DDY takımında plastik cerrah, oral ve maksillofasiyal cerrah, kulak burun boğaz uzmanı, genetik uzmanı, odyolog, konuşma terapisti, ortodontist, çocuk diş hekimi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi pek çok alandan uzman birlikte

çalışmaktadır. Çocuk diş hekimi bu ekipte tedavinin pek çok yönünün koordinasyonunda önemli bir rol oynamaktadır (19).

DDY'ye yaklaşımda anahtar prosedürler ve müdahaleler tüm çocukluk dönemi boyunca gerçekleşse de uygulanan işlemlerin sıralaması DDY'li çocuğun özelliklerine ve takımın genel yaklaşım prensiplerine göre değişim gösterebilmektedir. DDY ekibinde yer alan tüm disiplinlerin koordinasyonu ve tedavi planlamasına uyumun takibi açısından yılda 1 kez multidisipliner konsültasyonların düzenlenmesi önerilmektedir (126, 131, 132). Multidisipliner DDY bakım programları, yaşamın ilk haftasında başlayıp yetişkinliğe kadar devam etmektedir (132, 133).

2.6. Tedavi Stratejileri ve Zamanlaması

DDY'nin prenatal tanısı yalnızca dudacı içeren yarıklarda gebeliğin 13. haftasında, damağı da içeren yarıklarda ise gebeliğin 18. haftasında ultrasonik görüntülerle yapılabilmektedir (134). Günümüzde prenatal tanı sayesinde doğum öncesi dönemde tespit edilen DDY vakalarında ebeveynleri çocuk doğmadan önce hazırlamak mümkün olabilmektedir. Sadece doğum ve sonrası konusunda teknik hazırlıklar değil DDY'li bir çocuğun kabulü için aile ve sosyal çevrenin psikolojik olarak hazırlıkları da önem taşımaktadır. Erken dönemdeki hazırlıklar DDY'li bir çocuğun özellikle aile tarafından kabul edilmesine yardımcı olmaktadır (135).

DDY'li bebekler emme kuvveti oluşturma yeteneklerinin sınırlı olması ya da hiç olmaması nedeniyle genellikle beslenme güçlüğü çekmektedirler (136). Ailelerin bu besleme zorluklarını aşmasına yardımcı olmak amacıyla uzmanlar her çocuğun özel durumuna ve ailesine uygun özel biberonlar ve besleme yöntemleri göstererek bu konuda ailelere danışmanlık sağlamaktadırlar (19).

DDY'li bebeklerin tedavi süreci çok sayıda prosedürü içermektedir. Bu süreçteki en erken müdahale bebeğin ortopedik tedavisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tedavinin amacı gelecekteki onarım için uygun bir iskeletsel temel oluşturarak yapılacak cerrahi işlemi kolaylaştırmaktır (137-139). Bebeklik dönemindeki ortopedik tedavi için pek çok farklı yaklaşım mevcut olsa da yaşamın daha ilk haftalarında başlanılabilen nazo-alveoler molding (NAM) en sık tercih edilen yöntemlerden biridir (140). NAM apareyi uygulaması, yapılacak ilk cerrahi işlem öncesinde yarık dudakların gerilimsiz rekonsrtüksiyonuna, nazal kıkırdağın yeniden

şekillendirilmesine, burun ucu ve burun kanatlarının simetrisinin sağlanmasına ve diş arki formunun iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır (140, 141).

NAM apareyi 3-6. ay arasında yapılacak olan yarık dudak ameliyatına kadar sürekli olarak kullanılmaktadır. Ameliyatın zamanlaması nazo-alveoler şekillendirmenin ilerleyişine ve temelde 10'lar kuralı ismi verilen prensibe göre belirlenmektedir (142). Bu kurala göre yapılacak herhangi bir cerrahi müdahaleden önce çocuk en az 10 kg ağırlığında, 10 haftadan daha büyük ve en az 10 g/dL hemoglobin değerine sahip olmalıdır (143). Çok küçük bir bebeği genel anestezi altına almanın riskleri açısından bu kural mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (19).

Yarık damağın onarılması 9-18. ay arasında, sıklıkla da bebek 1 yaşına gelmeden yapılmaktadır. Damak onarımının erken yapılmasının avantajı çocuğun konuşma gelişimine yardımcı olmasıyken; dezavantajı ise oluşturduğu skar dokusu ile maksiller büyümeye engel olması ve tipik olarak iskeletsel sınıf III malokluzyona ve dolayısıyla da olumsuz bir yüz estetiğine yol açmasıdır. Damak onarımı 18 aydan geç yapılırsa bu durumun tersi geçerli olacak ve iskeletsel büyüme normal seyrinde gerçekleşse de çocuğun konuşması bu durumdan olumsuz etkilenecektir (144). Tüm bu risk ve yarar durumları dikkatli değerlendirilerek damak onarımı için ideal zaman belirlenmelidir. Konuşma gelişiminin yetersiz olduğu durumlarda 2-3 yaş arasında bir velofaringeal cerrahi operasyonu da planlanabilmektedir (145).

DDY'li çocuklarda alveol yarıkları maksillada çökmeye neden olabilmektedir. Bu durum da sıklıkla bir kemik grefti ihtiyacı doğurmaktadır. Alveoler kemik grefti ile maksiller ark devamlılığının sağlanması, diş sürmesi için bir destek doku oluşturulması ve yapılacak ortodontik bir müdahaleden önce maksiller ark stabilizasyonunun gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır (146-151). İliak krest, erişim kolaylığı ve kemiğin oldukça bol olması nedeniyle alveoler kemik grefti için en sık tercih edilen donör bölgedir (137, 151). Mandibuler simfiz, kraniyal kemikler ve tibia da alternatif donör bölgeler arasındadır. Kemik morfojenik proteini (Bone morphogenetic protein-BMP) kullanımı çeşitli merkezlerde uygulanan bir işlemdir. Alveoler kemik greftinin yerleştirilmesi sıklıkla ağız, diş ve çene cerrahisi tarafından gerçekleştirilmektedir (137, 151).

Alveoler yarık alanına komşu bir daimi lateral kesici diş mevcutsa ve/veya daimi santral kesici dişlerin kökleri alveoler yarık hattına çok yakınsa 5-7 yaşlarında

alveoler kemik grefti önerilmektedir. Ayrıca, alveoler kemik greftinin maksiller daimi kanin dişlerin sürmesine yakın bir zamanda yapılmasını savunan yaklaşımlar da mevcuttur (146-151). İstenen ark formunu oluşturmak ve transvers yöndeki bozuklukları en aza indirmek için alveoler kemik grefti öncesinde maksiller ark genişletmesi yapılması önerilen bir prosedürdür (137, 145). Maksiller genişletme sonrasında alveoler kemik grefti yapılacak alana ulaşım kolaylaşmaktadır (145). Maksiller genişletme işleminde kullanılan apareyler de hastanın durumuna göre değişiklik göstermektedir (19).

Alveoler kemik greftini takiben daimi dişlerin sürmeleri de dikkatli bir şekilde takip edilerek karma dişlenme döneminde erken ortodontik tedavi uygulanması önerilmektedir. Sadece maksiller arkı içeren bu ortodontik tedavinin amacı maksiller arkı hizalamak, çapraz kapanışları düzeltmek, daimi dişlerin sürmesi için alan yaratmak, gömülü veya ektopik olarak sürmekte olan dişlerin tedavisini sağlamaktır (19).

Antero-posterior yöndeki iskeletsel uyumsuzluğun çok fazla olduğu durumlarda, ergenlik döneminde maksiller distraksiyon osteogenezi uygulaması tercih edilen bir yaklaşımdır (152). Bu prosedür tüm daimi dişlerin sürmesini takiben bir ortodontist ve maksillofasial cerrahın ortak çalışmasıyla gerçekleştirilmektedir (19). Çözülmesi gereken önemli iskeletsel problemler kalmadıysa tüm daimi dişlerin sürmesini takiben ortodontik tedaviye başlanabilmektedir. Ancak, şiddetli iskeletsel uyumsuzlukların mevcut olduğu durumlarda iskeletsel büyümenin tamamlanmasını takiben 17-19 yaşlarında ortognatik cerrahi ve kapsamlı bir ortodontik tedavinin başlatılması önerilmektedir (19, 152).

2.7. DDY’de Ağız ve Diş Sağlığı

2.7.1. Dental Anomaliler

DDY’li bireylerde; hipodonti, süpernumere diş, mikrodonti, ektopik erüpsiyon, rotasyonlu dişler, taurodontizm ve mine hipoplazisi gibi dental anomaliler normal popülasyona göre daha sık görülebilmektedir (153-155). Ayrıca, DDY’nin şiddetinin artması ile dental anomali sıklığının da doğru orantılı olarak arttığı belirtilmektedir (155, 156).

Hipodonti bir veya birden fazla dişin konjenital eksikliği olarak tanımlanmıştır. Toplumda ve DDY'li bireylerde en sık görülen dental anomali olarak karşımıza çıkmaktadır (157). Daimi 3. molar dişlerin eksikliği dikkate alınmadığında en sık eksikliğine rastlanan dişler %3,4 oranında mandibuler daimi ikinci premolar ve %2,2 oranında maksiller daimi lateral kesici dişler olarak bildirilmiştir (158). DDY'nin artmış hipodonti insidansı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (159). Yapılan çalışmalara göre daimi lateral kesici diş eksikliği DDY'li bireylerde %44-77 oranındadır (155, 156). Bunu takiben, yarık hattına komşu maksiller daimi ikinci premolar eksikliğinin oranı %24-32 olarak bildirilmiştir (160, 161). Sık rastlanılan bir dental anomali olan ikinci premolar eksikliğinin DDY'li bireylerde maksillada sık görülmesi bu dental anomalinin genel popülasyonda mandibulada sık görülüyor olmasına bir tezatlık oluşturmaktadır.

DDY'li bireylerde diş eksikliğinden sonra en sık görülen dental anomali, diş fazlalığı yani süpernumere dişlerdir (162). Toplumda süpernumere diş görülme prevalansı yaklaşık %1 olarak bildirilmiştir (163). DDY'li bireylerde ise süpernumere diş görülme prevalansının %10-15 arasında olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (164). Yapılan çalışmalarda DDY'li bireylerde en sık görülen süpernumere dişin maksiller daimi lateral kesici olduğu bildirilmiştir (165). Süpernumere dişlerin varlığı DDY'li bireyin tedavisini daha kompleks hale getirmektedir. Tedavi planlamasına göre hangi dişlerin ne zamana kadar ağızda tutulması gerektiğine multidisipliner takım konsepti ile karar verilmesi önerilmektedir (19).

DDY'li bireylerin süt ve daimi dişlerinin sürme zamanları incelendiğinde yarık olan tarafta olmayan tarafa göre sürme gecikmeleri gözlenebilmektedir (166). Yapılan çalışmalarda yarık bölgesindeki dişlerin sürmesinde 6 ay – 2 yıl arasında değişen sürelerde bir gecikme olduğu, yarık hattında olmayan dişlerde herhangi bir sürme gecikmesi olmadığı bildirilmiştir (167, 168).

Bir başka sürme anomalisi olan natal ve neonatal dişlere de DDY'li bireylerde normal popülasyona göre daha yüksek sıklıkta rastlanmaktadır. Natal diş doğumda bebeğin ağızda sürmüş halde bulunan diş, neonatal diş ise doğumdan sonraki ilk 30 gün içerisinde sürmüş dişi ifade etmektedir (169). Yapılan çalışmalar tek taraflı DDY olan bireylerde %2, çift taraflı DDY olan bireylerde ise %10 oranında natal diş rastlandığını bildirmektedir (170). Natal veya neonatal dişler en sık olarak maksillada

lateral kesici diş bölgesinde görülmektedir (171). Özellikle bebeklerin NAM apareyi kullanması gerektiği durumlarda mutlaka bu dişlerin çekimi gerekmektedir. Natal ve neonatal dişlerin anneye ve bebeğe sağlayabileceği fayda veya zarar açısından dikkatli değerlendirilerek çekim kararının verilmesi önem taşımaktadır (172).

DDY'li bireylerde sık görülen dental anomalilerden biri de ektopik erüpsiyondur (155). Dişlerin normalde olması gereken konumdan farklı bir pozisyonda sürmesi ektopi olarak tanımlanmakta ve bu şekilde süren dişlere de ektopik dişler adı verilmektedir. Konum anomalilerine dental arkın palatinalinde ya da lingualinde konumlanmış, gömülü kalmış ya da rotasyonlu dişler örnektir (173). DDY'li bireylerde özellikle diş rotasyonları sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda DDY'li bireylerin daimi maksiller santral kesici ve daimi maksiller lateral kesici dişlerinde sağlıklı popülasyona göre artmış rotasyon prevalansı bildirilmiştir (174, 175).

Mikrodonti terimi dişlerin normalde olması gereken boyutundan daha küçük olduğunu ifade etmek için kullanılmaktadır. Sağlıklı bireylerde %2 oranında mikrodontiye rastlanırken bu oranın DDY'li bireylerde %1,9-%4,2 arasında olabileceği bildirilmiştir (176). Makrodonti terimi ise dişlerin normalde olması gerekenden daha büyük boyutta olmasını ifade etmektedir ve sağlıklı popülasyonda %1,1-1,9 oranında karşımıza çıkmaktadır (176). DDY'li bireylerde makrodonti görülme sıklığına ilişkin bir veri bulunmamaktadır.

Dens evajinatus diş mine epitelinin dışa doğru katlanmasıyla oluşan bir dental anomalidir ve posterior dişlerin santral sulkusunda ya da anterior dişlerin singulum bölgesinde talon tüberkülü şeklinde eksra bir tüberkül olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dental anomali toplumda %1-%4 oranında görülmektedir (177). Akçam ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tek taraflı DDY olan bireylerde dens evajinatus görülme sıklığı yarık tarafında %1,9 iken, yarık olmayan tarafta bu oran %3,8 olarak bildirilmiştir (178).

Dens invajinatus diş içinde diş görüntüsüyle karakterize bir dental anomalidir ve diş mine epitelinin invajinasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Dens invajinatus prevalansı %0,25-%3 arasında değişkenlik göstermektedir ve en sık etkilenen dişler maksiller lateral kesicilerdir (179). Yapılan çalışmalar DDY'li bireylerde dens invajinatus görülme sıklığının %4,2-%8,3 arasında değişkenlik gösterdiğini ifade

etmektedir (178). Dişin invajinasyonlu kısmının dış ortamla ilişkide olması nedeniyle bu dişlerde çürük ve pulpitis sık görüldüğünden erken teşhis ve çürük önleyici tedavi yaklaşımları oldukça önem taşımaktadır (179).

Füzyon, konik formlu dişler, kök ve/veya kron dilasasyonları ve taurodontizm gibi dental formasyon bozukluklarına ya da molar insizör hipomineralizasyonu (MIH) ve mine hipoplazileri gibi diş dokusu anomalilerine DDY'li bireylerde sık rastlandığı bildirilmiştir (178, 180-183).

Saldias-Vargas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlıklı bireylerde MIH prevalansı %4 iken damak yarıklı bireylerde bu oran %22 ve DDY'li bireylerde ise %42 olarak bildirilmiştir (182). DDY'li bireylerde daha sık karşımıza çıkan mine defektlerinin; DDY oluşum sürecinden mi yoksa DDY nedeniyle geçirilen çok sayıda operasyon ve artmış enfeksiyonlara bağlı olarak mı ortaya çıktığı belirsizliğini korumaktadır. Yapılan çalışmalarda yarık hattındaki dişlerin daha sık etkilendiği ve en sık görülen mine defektinin ise hipoplazi olduğu rapor edilmiştir (184).

Yapılan çok sayıda çalışmada DDY'li bireylerde tüm dental anomalilerin daha sık olarak karşımıza çıkabileceği ifade edilmektedir. Dişlerdeki bu normalden sapmaların erken fark edilmesi, ayırıcı tanısı ve tedavi planlaması DDY'li bireylere yaklaşımda önem arz etmektedir (180).

2.7.2. Diş Çürüğü

Diş çürüğü, diyetle alınan karbonhidratların ağızdaki mikroorganizmalarca fermente edilmesi sonucunda oluşan asitlerin diş sert dokularında oluşturduğu yıkımdır ve çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (185).

Diş çürüğünün oluşabilmesi için temel olarak çürük yapıcı mikroorganizmalar, fermente olabilecek karbonhidratlar, uygun konak olan dişler ve zaman gerekmektedir. Tükürüğün yapısı, vücut savunma sisteminin durumu, dişlerin arktaki pozisyonları, ağız içi aparey kullanımı, sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesi, florür kullanımı gibi çeşitli genetik ve çevresel faktörler de çürük oluşumunda rol oynamaktadır (186).

DDY ve diş çürük riski arasındaki ilişki henüz net olarak tanımlanamamış olsa da yapılan çok sayıda çalışma DDY'li çocuklarda diş çürüğü prevalansının sağlıklı

çocuklara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (8, 10, 187, 188). İyi sağlanamayan ağız hijyeni (10, 189), dental anomalilerin varlığı (190), ve çürükle ilişkili mikroorganizmaların erken kolonizasyonu (191) gibi çeşitli faktörlerin artmış diş çürüğü prevalansında etkili olabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca DDY’li çocukları olan ebeveynlerin çocuklarını şımartma eğiliminde olması ve çocuklarının şeker içerikli yiyecek ve atıştırmalıkları sıkça tüketmesine müsaade etmelerinin de bu artışta etkili olduğu düşünülmektedir (11, 192).

DDY’li çocukların diş çürüğü prevalansında farklı yaş gruplarını karşılaştıran çalışmalarda küçük yaş gruplarında diş çürüğü prevalansının daha fazla olduğu ve yaş arttıkça çürük prevalansının azaldığı bildirilmiştir. Küçük yaştaki çocukların ailelerinin, çocuklarının tıbbi durumuna odaklanarak ağız diş sağlığına yeterince önem vermemesi ancak yaş arttıkça çocukların diş fırçalamayı öğrenerek doğru fırçalamaya başlamasının bu durumun oluşmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (13, 193, 194).

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ) oldukça hızlı ilerleyen bir çürük tipi olup, 6 yaşın altındaki bir çocukta herhangi bir süt dışında bir veya daha fazla çürük, eksik veya dolgulu diş yüzeyinin bulunması olarak tanımlanmaktadır (195). Gece biberonla şekerli içeceklerin verilmesinin ve gece sık sık sütle ya da anne sütüyle beslemenin EÇÇ oluşumunda rolü vardır (196, 197). DDY’li bebeklerde emme kuvveti oluşturma yeteneğinin sınırlı olması ya da hiç olmaması nedeniyle genellikle beslenme güçlüğü görülmektedir (136). Beslenme zorluklarını aşmak amacıyla her çocuğun özel durumuna ve ailesine uygun özel biberonlar ve besleme yöntemleri uygulanmaktadır (19). Kullanılan besin içeriklerinin şeker ilaveli olması ve gece biberonla besleme gibi faktörler DDY’li çocuklarda EÇÇ görülme sıklığının artmasında etkili olabilmektedir (13, 198).

DDY’li bebeklerde doğumdan sonraki ilk haftalardan itibaren NAM apareylerinin kullanımı çürük oluşumunda etken olan karyojenik bakterilerin (S. Mutas ve Lactobasillus) ağız içindeki kolonizasyonunu kolaylaştırmakta ve bu bebeklerin çürük etkeniyle beklenenden daha erken dönemde karşılaşmalarına neden olmaktadır (191).

Hipodonti, süpernumere diş, mikrodonti, ektopik erüpsiyon, rotasyonlu dişler ve mine hipoplazisi gibi dental anomalilerin DDY’li bireylerde normal popülasyona

göre daha sık görüldüğünü ifade eden çok sayıda çalışma mevcuttur (153-155). Dişlerin rotasyonda olması ve ektopik erüpsiyon gibi konum anomalileri dental plağın ve mikroorganizmaların tutunmasını kolaylaştıracak alanlar oluşturmakta ve oral hijyen sağlamayı daha zor hale getirmektedir. Ayrıca mine hipoplazileri gibi diş dokusu anomalileri çürük oluşumuna karşı daha dayanıksız diş yüzeyleri sunarak DDY’li çocuklarda diş çürüğü görülme sıklığının yüksek olmasında rol oynamaktadır (194, 199).

Çürük ve periodontal sağlığın incelendiği çalışmalarda diş çürüğü ve gingivitisin sağlıklı popülasyona göre DDY’li çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (9, 10). Dahllof ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada özellikle yarık hattının bulunduğu ön bölgede olmak üzere DDY’li bireylerde gingivitis görülme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (10).

DDY’li çocukları diş çürüğü ve periodontal hastalıklardan korumak için ebeveynlerin bu iki konuda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Ebeveynlerin ağız diş sağlığı ve beslenme hakkındaki bilgi düzeyleri ve alışkanlıkları konusunda edinilen bilgi, DDY’li çocukların hem tedavi kalitesini arttırmakta ve tatmin edici yaşam kalitesini hedef alan multi-disipliner yaklaşım ile rehabilitasyon sürecinde son derece önem arz etmektedir. Bununla birlikte, DDY’li çocuklar ve ebeveynlerinin ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ve davranışları konusunda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır (12-15). İlaveten, yapılan çalışmaların çoğunluğunda hem hasta sayısının hem de ağız ve diş sağlığı bilgisi, davranış ve alışkanlıklarını değerlendirmede kullanılan parametrelerin azlığı dikkat çekmektedir (12-15). Ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmaması DDY’li çocuğu olan ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin ne seviyede olduğunun bilinmemesine yol açmaktadır. Tüm bu sebeplerle, bu çalışmada, 0-18 yaşındaki DDY’li çocukların ebeveynlerinin ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarına dair bilgi düzeylerinin, davranış ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda takip edilmekte olan DDY'li hastaların ebeveynlerinin, çocuklarının ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarına dair bilgi düzeyleri, davranış ve alışkanlıklarının araştırılmasıdır.

Eylül 2020 ile Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen ve tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışma olarak planlanan araştırma için gerekli etik kurul onayı, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Proje No: GO 20/738 Tarih:01.09.2020 Karar No: 2020/17-02) (Bkz. EK-1).

3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Seçimi

Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda takip edilmekte olan 0-18 yaş aralığındaki 731 DDY'li hastanın ebeveyni oluşturmaktadır. Bilgisayar ortamında Google Forms aracılığı ile hazırlanan anketler ebeveynlere kısa mesaj (SMS) yolu ile gönderilmiş ve 343 ebeveyn anketi cevaplamıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri; 0-18 yaş aralığındaki DDY'li bir çocuğun ebeveyni olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Araştırmadan dışlanma kriterleri; ebeveynlerin 0-18 yaş aralığında DDY'li bir çocuğunun olmaması ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmamasıdır.

3.2. Araştırmada Veri Toplama Araçları ve Ön Deneme

Araştırmada veri toplama için geliştirilen anket, DDY'li çocuğu olan ebeveynlerin, çocuklarının ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlığına dair bilgi düzeylerini, davranış ve alışkanlıklarını ölçecek şekilde literatürdeki mevcut çalışmalar da gözden geçirilerek hazırlanmıştır (12-15). Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için bir ön çalışma planlanmıştır. Anket sorularındaki “dudak damak yarığı” ifadesi çıkarılarak Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'nda akademik ve idari kadrolarda görev yapmakta olan 10 kişiden anketi cevaplandırmaları istenmiştir. Elde

edilen geri bildirimler doğrultusunda anket soruları gözden geçirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket formunda toplam 52 soru bulunmaktadır (Bkz. EK-2). Anketteki ilk 15 soru ebeveynlere ait sosyodemografik özelliklerle ilgilidir. Bunlar; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, aylık gelir, çocuk sayısı, aile tipi ve ikamet edilen yerdir. Sonrasında, ebeveynlerin ağız diş sağlığı durumu ve alışkanlıklarını değerlendiren (diş hekimine gitme sıklığı, en son diş hekimi ziyareti, diş hekimi ziyareti sebepleri, diş fırçalama sıklığı ve macun kullanma durumu, çürük dişlerin varlığı ve sigara içme durumu) 7 soru yöneltilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde ebeveynlerden çocuklarını ilgilendiren soruları cevaplamaları istenmiştir. İlk sorular; çocuktaki DDY tipi, ailede başka DDY'li birey varlığı, DDY'ye eşlik eden başka bir hastalık ya da sendrom varlığı ve buna bağlı ilaç kullanma, DDY sebebiyle geçirilen ameliyat sayısı ve ağız içi aparey/mold kullanmadır.

Ebeveynler çocuklarının doğum özelliklerini içeren doğum şekli, doğum haftası ve kilosu ile ilgili soruları da cevaplamışlardır.

Ankette çocukların emme alışkanlıklarını değerlendiren 5 soru bulunmaktadır. Bunlar; yalancı emzik kullanımı, annenin memesinden süt emme, biberon kullanma, çocuğun biberon ile aldığı gıdalar ve biberonla gece beslenmedir. Anne ile çocuk arasında tükürük yoluyla mikroorganizma değiş tokuşuna neden olabilecek bir alışkanlık varlığını değerlendiren 1 soru bulunmaktadır. Soruda annelerin çocuklarını beslemeden önce sıcaklık ya da tad kontrolü için biberon veya kaşığı kendi ağızlarına götürme; çocuğun emziğini kendi ağızlarına alıp temizleme veya tadına bakma ve çocuklarını dudaklarından öpme alışkanlıkları sorgulanmıştır.

Çocukların beslenme alışkanlıkları 4 soruyla değerlendirilmiştir. Bu sorular; 3 öğün düzenli yemek yeme, öğün atlama, atlanan öğün, öğün aralarında bir şeyler atıştırma alışkanlığı, atıştırılan gıdalardır. Çocukların ağız diş sağlığı durumu ve hijyen alışkanlıkları; çocuğun kendine ait diş fırçası varlığı, diş fırçalama durumu, diş fırçalama sıklığı, diş fırçalamaya başlama zamanı, macun kullanma, kullanılan macun miktarı, en son diş hekimi ziyareti, diş hekimi ziyareti nedenleri ve olumsuz etki yaratabilecek bir ağız alışkanlığı varlığını kapsayan 9 soruyla değerlendirilmiştir.

Çocukta herhangi bir konuşma problemi varlığı ve buna bağlı yapılan bir uygulama da 2 soruyla sorgulanmıştır. Anketteki en son soru, sağlıklı bir ağız diş sağlığı için faydalı olabilecek uygulamalar hakkındaki bilgi düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir ve birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği 8 seçenekten oluşmaktadır.

Hazırlanan anket formunun linki, kısa mesaj (SMS) ile ebeveynlere gönderilerek araştırmaya davet edilmişlerdir. İlk SMS gönderildikten sonra, birer ay ara ile 4 kez daha hatırlatma SMS'i gönderilmiştir. Veri toplama süresi ilk SMS gönderilmesinden 5 ay sonra sona ermiştir.

Anketlerin cevaplanmasıyla elde edilen veriler elektronik ortamda toplanmış ve sonrasında Microsoft Excel ve IBM SPSS 23.0 programlarına aktarılmıştır.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Tüm istatistiksel analizler SPSS 23.0 (SPSS Inc. Released. SPSS for Windows, Version 23.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Ki-kare, Fisher kesin, Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İki sayısal ölçüm arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını, varsa bu ilişkinin yönünü ve şiddetinin ne olduğunu belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada 343 DDY'li çocuğun ebeveyni yer almıştır. Anket sorularına verilen cevaplar:

1. Ebeveynlere ait özellikler
2. Çocuklara ait özellikler
3. Çocukların ağız bakım alışkanlıkları
4. Çocukların ağız bakımını etkileyen faktörler
5. Çocukların beslenme alışkanlıkları
6. Ağız alışkanlıkları, konuşma problemi ve konuşma terapisi başlıkları altında toplanmıştır.

4.1. Ebeveynlere Ait Özellikler

4.1.1. Yaş

Çalışmaya katılan annelerin yaşları 20-62 arasında (ortalama $31,38 \pm 6,172$), babaların yaşları ise 22-69 arasında (ortalama $35,48 \pm 6,608$) değişmektedir. Babaların yaş ortalaması annelere göre daha yüksektir ($p=0,00$).

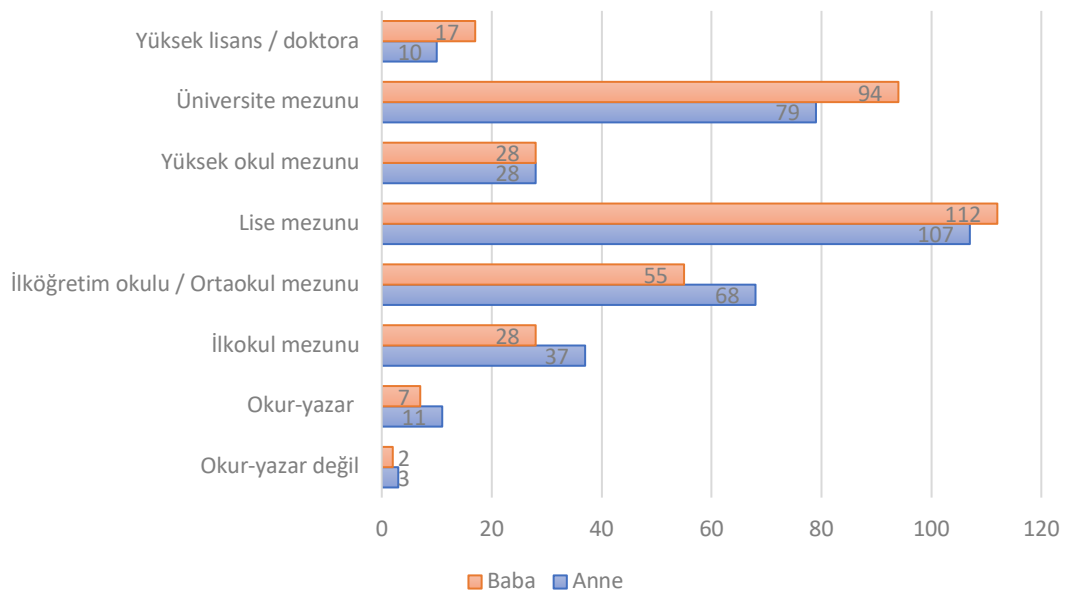
4.1.2. Eğitim Durumu

Ebeveynlerin eğitim durumu Tablo 4.1 ve Şekil 4.1'de gösterilmiştir. Annelerden 3'ü (%0,9) okuma-yazma bilmemektedir ve 11'i (%3,2) sadece okur-yazardır. Annelerin 37'si (%10,8) ilkokul, 68'i (%19,8) ilköğretim okulu/ortaokul, 107'si (%31,2) lise, 28'i (%8,2) yüksekokul, 79'u (%23) üniversite ve 10'u (%2,9) yüksek lisans/doktora mezunudur.

Babalardan 2'si (%0,6) okuma-yazma bilmemektedir ve 7'si (%2) sadece okur-yazardır. Babaların 28'i (%8,2) ilkokul, 55'i (%16) ilköğretim okulu/ortaokul, 112'si (%32,7) lise, 28'i (%8,2) yüksekokul, 94'ü (%27,4) üniversite ve 17'si yüksek lisans/doktora mezunudur. Babaların eğitim düzeyi, annelerin eğitim düzeyine kıyasla daha yüksektir ($p=0,046$).

Tablo 4.1. Ebeveynlerin eğitim durumu

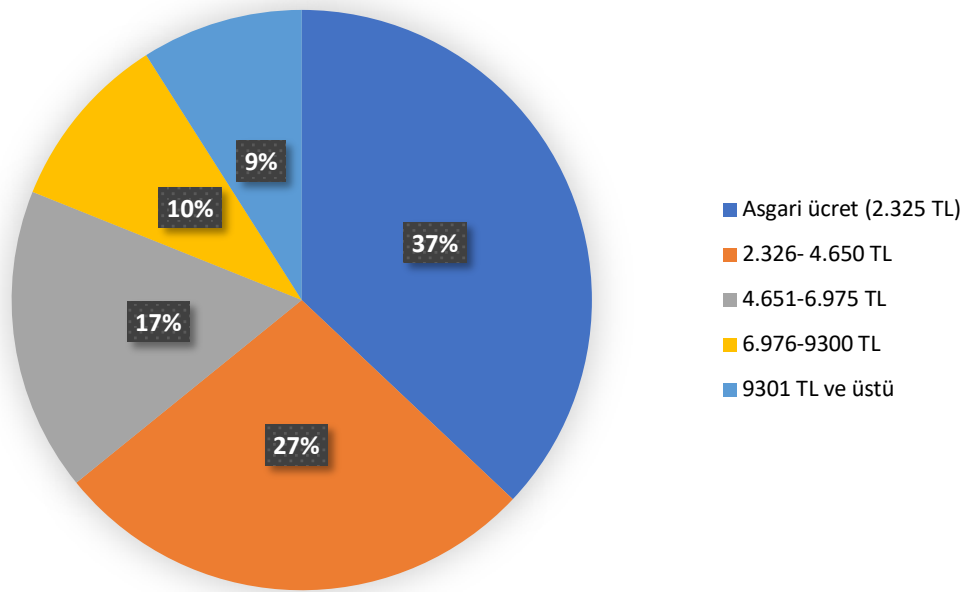
Eğitim Durumu	Anne n (%)	Baba n (%)
Okur-yazar değil	3 (0,9)	2 (0,6)
Okur-yazar	11 (3,2)	7 (2)
İlkokul mezunu	37 (10,8)	28 (8,2)
İlköğretim okulu / Ortaokul mezunu	68 (19,8)	55 (16)
Lise mezunu	107 (31,2)	112 (32,7)
Yüksek okul mezunu	28 (8,2)	28 (8,2)
Üniversite mezunu	79 (23)	94 (27,4)
Yüksek lisans / doktora	10 (2,9)	17 (5)
Toplam	343 (100)	343 (100)



Şekil 4.1. Ebeveynlerin eğitim durumu

4.1.3. Gelir Getiren İşte Çalışma ve Ekonomik Durum

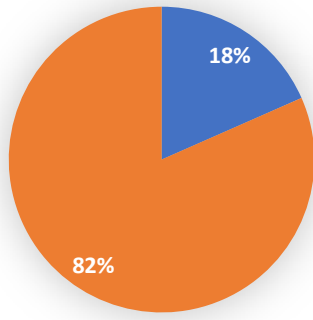
Annelerin %18,4'ü, babaların ise %86,3'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Ailelerin 127'si (%37) 2325 TL (2020 yılı asgari ücreti), 93'ü (%27,1) 2326-4650 TL (asgari ücret-2 kat asgari ücret), 58'i (%16,9) 4651-6975 TL (2 kat asgari ücret-3 kat asgari ücret), 34'ü (%9,9) 6976-9300 TL (3 kat asgari ücret-4 kat asgari ücret) ve 31'i (%9) 9301 TL ve üstünde (4 kat asgari ücret ve üstü) aylık toplam gelirleri olduğunu bildirmişlerdir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Ailelerin aylık toplam gelir durumu

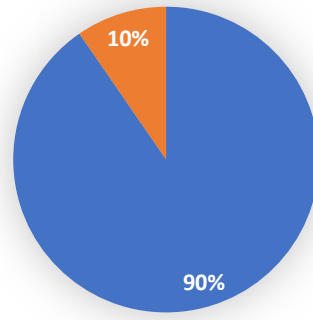
4.1.4. İkamet Edilen Yer, Aile tipi, Çocuk Sayısı

Ailelerin 63'ü (%18,4) Ankara'da, 258'i (%75,2) ise Ankara dışında yaşamaktadır (Şekil 4.3). Ailelerin %90,4'ü çekirdek aile özelliği gösterirken %9,6'sı geniş ailedir (Şekil 4.4). Ailelerin en az 1, en fazla 6 çocuğu vardır. Ebeveynlerden 176'sı (%57,4) ilk çocuğunun, 82'si (%26,7) 2. çocuğunun, 29'u (%9,4) 3. çocuğunun, 16'sı (%5,2) 4. çocuğunun, 3'ü (%1) 5. çocuğunun ve 1'i (0,3) 6. çocuğunun DDY'li olduğunu bildirmiştir (Şekil 4.5).



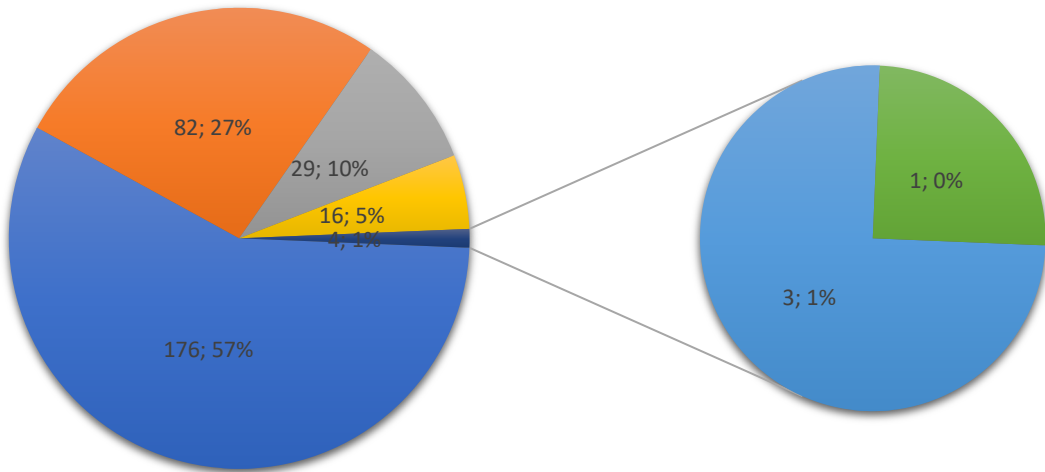
■ Ankara ■ Diğer

Şekil 4.3. İkamet edilen yer



■ Çekirdek aile ■ Geniş aile

Şekil 4.4. Aile tipi



■ İlk çocuk ■ 2. çocuk ■ 3. çocuk ■ 4. çocuk ■ 5. çocuk ■ 6. çocuk

Şekil 4.5. Ailedeki DDY'li çocuğun doğum sırası

4.1.5. Ağız Bakım Alışkanlıkları ve Ağız Sağlığı

Ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Annelerin 75’i (%21,9) ara sıra, 148’i (%43,1) günde 1 kez, 107’si (%31,2) günde 2 kez ve 13’ü (%3,8) günde 3 kez veya daha fazla dişlerini fırçalamaktadır. Babaların 102’si (%29,7) ara sıra, 128’i (%37,3) günde 1 kez, 92’si (%26,8) günde 2 kez ve 9’u (%2,6) günde 3 kez veya daha fazla dişlerini fırçalarken 12’si (%3,5) dişlerini hiç fırçalamamaktadır. Annelerin %99,7’si, babaların ise %97,4’ü dişlerini fırçalarken diş macunu kullanmaktadır.

Tablo4.2. Ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı

		Diş Fırçalama Sıklığı				
		Hiç	Ara Sıra	Günde 1 Kez	Günde 2 Kez	Günde ≥ 3 Kez
Anne	n (%)	-	75 (21,9)	148 (43,1)	107 (31,2)	13 (3,8)
Baba	n (%)	12 (3,5)	102 (29,7)	128 (37,3)	92 (26,8)	9 (2,6)

Ankete verilen cevaplara göre annelerin 148’i (%43,1) 1 yıldan az bir süre önce, 115’i (%33,5) 1 yıldan uzun bir süre önce diş hekimine gitmiştir. Annelerin 65’i (%19) ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamamaktadır ve 15’i (%4,4) hiç diş hekimine gitmemiştir. Babaların 135’i (%39,4) 1 yıldan az bir süre önce, 110’u (%32,1) 1 yıldan uzun bir süre önce diş hekimine gitmiştir. Babaların 82’si (%23,9) ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamamaktadır ve 16’sı (%4,7) hiç diş hekimine gitmemiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Ebeveynlerin en son diş hekimi ziyareti zamanı

		En Son Diş Hekimi Ziyareti			Toplam
		<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	
Anne	n (%)	148 (43,1)	115 (33,5)	80 (23,4)	343 (100)
Baba	n (%)	135 (39,4)	110 (32,1)	98 (28,3)	343 (100)

Tedavi edilmemiş çürük dişi olan annelerin oranı %43,7 iken babalarda bu oran %40,5'tir.

Annelerin %17,8'i, babaların %52,8'i sigara içmektedir. Annelerin %3,5'i, babaların ise %4,7'si sigarayı bir dönem kullanıp bırakmışlardır.

4.2. Çocuklara Ait Özellikler

4.2.1. Yaş ve Cinsiyet

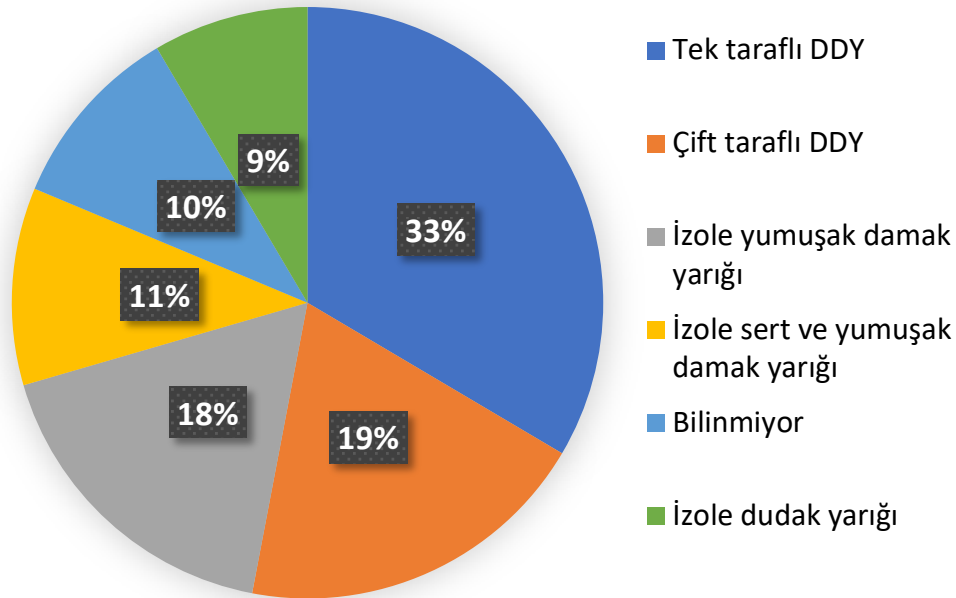
Çalışmada yer alan 343 DDY'li çocuğun yaşları 0-18 arasında (minimum 00,00 maksimum 17,91; ortalama yaş $3,28 \pm 3,66$) değişmektedir. Hastaların 199'u (%58) erkek, 144'ü (%42) kızdır. Erkek çocuk sayısı kız çocuklardan daha fazladır ($p=0,003$).

4.2.2. DDY Tipi

Çocukların DDY tiplerine göre dağılımı Şekil 4.6'da gösterilmiştir. Çocukların 67'sinin (%19,5) çift taraflı DDY, 115'inin (%33,5) tek taraflı DDY, 37'sinin (%10,8) izole sert ve yumuşak damak yarığı, 60'ının (%17,5) izole yumuşak damak yarığı, 29'unun (%8,5) ise izole dudak yarığı olduğu bildirilmiştir. 35 (%10,2) veli bu soruya "bilmiyorum" cevabı vermiştir.

Erkek çocukların 46'sı (%23,1) çift taraflı DDY, 69'u (%34,7) tek taraflı DDY, 23'ü (%11,6) izole sert ve yumuşak damak yarığı, 22'si (%11,1) izole yumuşak damak yarığı, 17'si (%8,5) ise izole dudak yarığıdır. 22 (%11,1) erkek çocuğun DDY tipi bilinmemektedir. Kız çocukların 21'i (%14,6) çift taraflı DDY, 46'sı (%31,9) tek taraflı DDY, 14'ü (%9,7) izole sert ve yumuşak damak yarığı, 38'i (%26,4) izole

yumuşak damak yarığı, 12'si (%8,3) ise izole dudak yarığıdır. 13 (%9) kız çocuğun ise DDY tipi bilinmemektedir (Tablo 4.2). Çocuğun cinsiyeti ve DDY tipi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$).



Şekil 4.6. Çocukların DDY tipine göre dağılımı

Tablo 4.4. Çocukların DDY tipi ve cinsiyete göre sınıflandırılması

Çocuğun DDY tipi	Erkek n (%)	Kız n (%)	Toplam n (%)
Çift taraflı DDY	46 (23,1)	21 (14,6)	67 (19,5)
Tek taraflı DDY	69 (34,7)	46 (31,9)	115 (33,5)
İzole sert ve yumuşak damak yarığı	23 (11,6)	14 (9,7)	37 (10,8)
İzole yumuşak damak yarığı	22 (11,1)	38 (26,4)	60 (17,5)
İzole dudak yarığı	17 (8,5)	12 (8,3)	29 (8,5)
Bilinmiyor	22 (11,1)	13 (9)	35 (10,2)
Toplam	199 (100)	144 (100)	343 (100)
$p=0,010$			

4.2.3. Sistemik Özellikler

Çocukların sistemik özellikleri Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Çocukların %81,9'unun ailesinde DDY'li başka bir birey bulunmamaktadır. Çocukların %21,3'ünün DDY'ye eşlik eden bir hastalığı bulunmaktadır ve %9,3'ü düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. DDY sebebiyle çocukların 140'ı (%41,1) 1 kez, 136'sı (%39,9) 2 kez, 23'ü (%6,7) 3 kez, 18'i (%5,4) ise 4 kez veya daha fazla sayıda ameliyat olmuştur. Çocukların 24'ü (%7) DDY sebebiyle ameliyat olmamıştır. Çocukların %37'si doğumdan sonra ağız içi aparey (mold) kullanmıştır.

Tablo 4.5. Çocukların sistemik özellikleri

	n (%)			
	Ailede DDY'li Birey Bulunma Durumu	Evet	Hayır	
	62 (18,1)	281 (81,9)		
DDY'ye Eşlik Eden Hastalık Varlığı	Evet	Hayır		
	73 (21,3)	270 (78,7)		
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı	Evet	Hayır		
	32 (9,3)	311 (90,7)		
DDY Sebebiyle Geçirilen Ameliyat Sayısı	Hiç Ameliyat Geçirmemiş	1 Kez	2 Kez	≥ 3 Kez
	24 (7)	140 (41,1)	136 (39,9)	41 (12)
Doğumdan Sonra Mold Kullanma Durumu	Evet	Hayır		
	127 (37)	216 (63)		

4.2.4. Doğum Özellikleri

Çocukların 134'ü (%39,1) normal doğum ile 209'u (%60,9) sezaryen ile dünyaya gelmiştir. Çocukların doğum zamanları minimum 28 hafta, maksimum 42 hafta ve ortalama $38,016 \pm 2,18$ haftadır. Çocukların doğum ağırlıkları minimum 1,100 kg, maksimum 4,975 kg ve ortalama $3,147 \pm 0,546$ kg'dır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Çocukların doğum özelliklerine göre sınıflandırılması

Doğum Özellikleri	n (%)			
	Normal	Sezaryen		Toplam
Doğum Şekli	134 (39,1)	209 (60,9)		343 (100)
Doğum Zamanı (Hafta)	<37 (Erken)	37-40 (Normal)	>40 (Geç)	
	66 (19,2)	251 (73,2)	26 (7,6)	343 (100)
Doğum Ağırlığı (Gram)	<2500	2500-4000	>4000	
	33 (9,6)	297 (86,6)	7 (2)	337 (98,3)

4.3. Çocukların Ağız Bakım Alışkanlıkları

Çocukların ağız bakım alışkanlıkları Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Çocukların %58'inin kendine ait diş fırçası vardır. Diş fırçalama sıklığı açısından, çocukların 4'ü (%1,2) günde 3 veya daha fazla, 43'ü (%12,5) günde 2 kez, 66'sı (%19,2) günde 1 kez diş fırçalamaktadır. Bununla birlikte, çocukların 71'i (%20,7) ara sıra diş fırçalarken, 158'i (%46,1) hiç diş fırçalamamaktadır. Kız çocukların %58,3'ü, erkek çocukların ise %49,7'si dişlerini fırçalamaktadır. Çocuğun cinsiyeti ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,116$). Çocukların DDY tipi ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,255$).

Tablo 4.7. Çocukların ağız bakım alışkanlıklarına göre dağılımı

Diş Fırçalamaya İlişkin Özellikler	n (%)				
	Hiç	Ara Sıra	Günde 1 Kez	Günde 2 Kez	Günde ≥ 3 Kez
Diş Fırçalama	158 (46,1)	71 (20,7)	66 (19,2)	43 (12,5)	4 (1,2)
Diş Fırçalama	Fırçalamıyor	Kendisi Fırçalıyor	Ebeveyn Gözetiminde Kendisi Fırçalıyor	Ebeveyn Fırçalıyor	
	160 (46,6)	76 (22,2)	74 (21,6)	33 (9,6)	
Diş Macunu Türü	Çocuk Diş Macunu	Erişkin Diş Macunu	Macun Koymuyor		
	127 (37,0)	29 (8,5)	187 (54,5)		
Kullandığı Macun Miktarı	Sürüntü Şeklinde/ Pirinç Kadar	Bezelye/ Nohut Kadar	Fırça Boyunun Yarısı Kadar	Fırça Boyu Kadar	Macun Koymuyor
	74 (21,6)	55 (16)	14 (4,1)	10 (2,9)	190 (55,4)

Ebeveynlerin 125'i (%36,4) bir yıldan az bir süre önce, 49'u (%14,3) bir yıldan daha uzun süre önce çocuklarını diş hekimine götürmüştür. Ancak, 7 ebeveyn (%2) çocuğunu en son ne zaman diş hekimine götürdüğünü hatırlamamaktadır ve 162 ebeveyn (%47,2) ise çocuğunu hiç diş hekimine götürmemiştir (Tablo 4.8). Annenin ve babanın eğitim düzeyi ile çocuğun en son diş hekimine götürülme zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,458$, $p=0,060$).

Tablo 4.8. Çocukların en son diş hekimi ziyareti zamanı

	n (%)			
	<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	Toplam
En son diş hekimi ziyareti	125 (36,4)	49 (14,3)	169 (49,2)	343 (100)

Çocukların diş hekimine gitme sebepleri Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerin 33’ü (%9,6) diş çürüğü, 84’ü (%24,5) düzenli kontrol, 21’i (%6,1) diş ağrısı, 18’i (%5,2) dişlerinin çıkmaması, 40’ı (%11,7) diş çapraşıklığı ve 93’ü (%27,1) plastik cerrahinin yönlendirmesi nedeniyle çocuklarını diş hekimine götördüklerini bildirmişlerdir. Ebeveynlerin 5’i (%1,5) çocuklarını ne sebeple diş hekimine götürdüğünü hatırlamamaktadır ve 155’i (%45,2) ise çocuklarını hiç diş hekimine götürmemiştir. Çocuğunu diş çapraşıklığı şikayetiyle diş hekimine götüren babaların 1’i (%2,7) okuryazar değil/okur yazar ya da ilkokul mezunu, 2’si (%3,6) ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu, 8’i (%7,1) lise mezunu ve 29’u (%20,9) üniversite, yüksekokul ya da yüksek lisans-doktora mezunudur. Babanın eğitim düzeyindeki artış ve çocuğunu diş çapraşıklığı şikayetiyle diş hekimine götürme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 4.9. Çocukların diş hekimine gitme sebepleri

Diş hekimi ziyareti sebepleri	Sayı	Yüzde (%)
Diş çürüğü	33	9,6
Kontrol amacıyla düzenli olarak	84	24,5
Diş ağrısı	21	6,1
Dişlerinin çıkmaması	18	5,2
Diş çapraşıklığı	40	11,7
Plastik cerrahinin yönlendirmesi ile	93	27,1
Hatırlamıyor	5	1,5
Hiç gitmemiş	155	45,2

Annenin ve babanın diş fırçalama durumu ile çocuğun diş fırçalama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,093$, $p=0,064$). Annenin ve babanın diş fırçalama durumu ile çocuğun diş macunu kullanma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,102$, $p=0,123$).

Çocuklarının dişlerini fırçaladığını bildiren annelerin yaş ortalaması 32,61, fırçalamadığını bildiren annelerin yaş ortalaması 29,97'dir. Annenin yaşı ve çocuğun diş fırçalama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). Çocuklarının dişlerini fırçaladığını bildiren babaların yaş ortalaması 36,71, fırçalamadığını bildiren babaların yaş ortalaması 34,07'dir. Babanın yaşı ve çocuğun diş fırçalama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$).

Çocuklarının diş macunu kullandığını bildiren annelerin yaş ortalaması 33,33, diş macunu kullanmadığını bildiren annelerin yaş ortalaması 29,75'tir. Annenin yaşı ve çocuğun diş macunu kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$). Çocuklarının diş macunu kullandığını bildiren babaların yaş ortalaması 37,30, diş macunu kullanmadığını bildiren babaların yaş ortalaması 33,96'dır. Babanın yaşı ve çocuğun diş macunu kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00$).

Ankete verilen cevaplara göre okuryazar olmayan, okur yazar ya da ilköğretim mezunu olan babaların %56,8'i, ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu olan babaların %38,2'si, lise mezunu olan babaların %50'si ve üniversite, yükseköğretim ya da yüksek lisans-doktora mezunu olan babaların %61,2'si çocuklarının dişlerini fırçaladığını bildirmiştir. Babanın eğitim düzeyinin artması ile çocuğun diş fırçalama durumundaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır, annenin eğitim düzeyi ile çocuğun diş fırçalama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (baba ve anne için sırasıyla $p=0,027$, $p=0,214$). Annenin ve babanın eğitim düzeyi ile çocuğun diş macunu kullanma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,917$, $p=0,275$).

Ağızda tedavi edilmemiş çürük dişleri olan annelerin %44,7'si, çürük dişleri olmayan annelerin %60,9'u çocuklarının dişlerini fırçaladıklarını bildirmişlerdir. Annenin çürük dişlerinin olması ve çocuğunun dişlerini fırçalaması arasındaki ilişki

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$). Ağzında tedavi edilmemiş çürük dişleri olan babaların %44,6'sı, çürük dişleri olmayan babaların %59,9'u çocuklarının dişlerini fırçaladıklarını bildirmişlerdir. Babanın çürük dişlerinin olması ve çocuğunun dişlerini fırçalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$).

Ağzında tedavi edilmemiş çürük dişleri olan annelerin %38'i, çürük dişleri olmayan annelerin %52'si çocuklarının diş fırçası üzerine macun koyduğunu bildirmiştir. Annenin çürük dişlerinin olması ve çocuğun diş macunu kullanması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034$). Ağzında tedavi edilmemiş çürük dişleri olan babaların %38,8'i, çürük dişleri olmayan babaların %50,8'i çocuklarının diş fırçası üzerine macun koyduğunu bildirmiştir. Babanın ağzında tedavi edilmemiş çürük dişlerin olması ve çocuğun diş macunu kullanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,104$).

Anne ve babanın sigara içmesi ve çocuğun diş fırçalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,165$, $p=0,664$). Anne ve babanın sigara içmesi ve çocuğun diş macunu kullanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,185$, $p=0,732$). Anne ve babanın sigara içmesi ve çocuğun en son diş hekimi ziyareti zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,505$, $p=0,598$).

Gelir getiren bir işte çalışan annelerin %58,2'si, babaların ise %56,4'ü çocuklarının dişlerini fırçaladığını bildirmiştir. Babanın gelir getiren bir işte çalışma durumu ile çocuğun diş fırçalama durumu arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıyken, annenin gelir getiren bir işte çalışma durumu ile çocuğun diş fırçalama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (baba ve anne için sırasıyla $p=0,004$, $p=0,344$). Gelir getiren bir işte çalışan annelerin %52,4'ü, babaların ise %51,7'si çocuklarının diş fırçası üzerine macun koyduğunu bildirmiştir. Babanın gelir getiren bir işte çalışma durumu ile çocuğun diş macunu kullanma durumu arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıyken, annenin gelir getiren bir işte çalışma durumu ile çocuğun diş macunu kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (baba ve anne için sırasıyla $p=0,008$, $p=0,706$).

Aylık toplam geliri 2.325 TL (asgari ücret) olan ailelerin %39,4'ü, 2.326- 4.650 TL olan ailelerin %60,2'si, 4.651-6.975 TL olan ailelerin %58,6'sı, 6.976-9300 TL olan ailelerin %73,5'i, 9301 TL ve üstü olan ailelerin %58,1'i çocuklarının dişlerini fırçaladıklarını bildirmişlerdir. Ailenin aylık toplam geliri ve çocuğun diş fırçalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Ailenin aylık toplam geliri ve çocuğun diş macunu kullanması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,133$).

Annenin en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun ağız bakım alışkanlıklarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da gösterilmektedir. 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine giden annelerin çocuklarının %58,8'i dişlerini fırçalamakta, %53,4'ü dişlerinin fırçalarken diş macunu kullanmaktadır. Annenin en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun diş fırçalama ve diş macunu kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (diş fırçalama ve macun kullanma için sırasıyla $p=0,005$, $p=0,006$).

Tablo 4.10. Annenin en son diş hekimi ziyareti ve çocuğun ağız bakım alışkanlıkları

			Annenin En Son Diş Hekimi Ziyareti			Toplam
			<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	
Çocuk Diş Fırçalama	Evet	n (%)	87 (58,8)	66 (57,4)	30 (37,5)	183 (53,4)
	Hayır	n (%)	61 (41,2)	49 (42,6)	50 (62,5)	160 (46,6)
Toplam		n (%)	148 (100)	115 (100)	80 (100)	343 (100)
$p=0,005$						
Çocuk Macun Kullanma	Evet	n (%)	79 (53,4)	52 (45,2)	25 (31,3)	156 (45,5)
	Hayır	n (%)	69 (46,6)	63 (54,8)	55 (68,8)	187 (54,5)
Toplam		n (%)	148 (100)	115 (100)	80 (100)	343 (100)
$p=0,006$						

Annenin en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun en son diş hekimi ziyareti zamanının karşılaştırılması Tablo 4.11’de gösterilmektedir. 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine giden annelerin %43,5’i, çocuklarını da 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine götürmüştür. Hiç diş hekimine gitmemiş ya da en son ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamayan annelerin %61,3’ü çocuklarını da hiç diş hekimine götürmemiştir ya da en son ne zaman diş hekimine götürdüğünü hatırlamamaktadır. Annenin en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun en son diş hekimi ziyareti zamanı arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Tablo 4.11. Annenin ve çocuğun en son diş hekimi ziyareti

			Annenin En Son Diş Hekimi Ziyareti			Toplam
			<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	
Çocuğun En Son Diş Hekimi Ziyareti	<1 Yıl Önce	n (%)	65 (43,5)	37 (32,2)	23 (28,8)	125 (36,4)
	>1 Yıl Önce	n (%)	18 (12,2)	23 (20)	8 (10)	49 (14,3)
	Hiç Gitmemiş/ Hatırlamıyor	n (%)	65 (43,9)	55 (47,8)	49 (61,3)	169 (49,3)
Toplam		n (%)	148 (100)	115 (100)	80 (100)	343 (100)
$p=0,000$						

Babanın en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun ağız bakım alışkanlıklarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmektedir. 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine giden babaların çocuklarının %61,5’i dişlerini fırçalamakta, %54,8’i dişlerinin fırçalarken diş macunu kullanmaktadır. Babanın en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun diş fırçalama ve diş macunu kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (diş fırçalama ve macun kullanma için sırasıyla $p=0,027$, $p=0,012$).

Tablo 4.12. Babanın en son diş hekimi ziyareti ve çocuğun ağız bakım alışkanlıkları

			Babanın En Son Diş Hekimi Ziyareti			Toplam
			<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	
Çocuk Diş Fırçalama	Evet	n (%)	83 (61,5)	57 (51,8)	43 (43,9)	183 (53,4)
	Hayır	n (%)	52 (38,5)	53 (48,2)	55 (56,1)	160 (46,6)
Toplam		n (%)	135 (100)	110 (100)	98 (100)	343 (100)
p=0,027						
Çocuk Macun Kullanma	Evet	n (%)	74 (54,8)	47 (42,7)	35 (35,7)	156 (45,5)
	Hayır	n (%)	61 (45,2)	63 (57,3)	63 (64,3)	187 (54,5)
Toplam		n (%)	135 (100)	110 (100)	98 (100)	343 (100)
p=0,012						

Babanın en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun en son diş hekimi ziyareti zamanının karşılaştırılması Tablo 4.13'te gösterilmektedir. 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine giden babaların %46,7'si, çocuklarını da 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine götürmüştür. Hiç diş hekimine gitmemiş ya da en son ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamayan babaların %58,2'si çocuklarını da hiç diş hekimine götürmemiştir ya da en son ne zaman diş hekimine götürdüğünü hatırlamamaktadır. Babanın en son diş hekimi ziyareti zamanı ile çocuğun en son diş hekimi ziyareti zamanı arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Tablo 4.13. Babanın ve çocuğun en son diş hekimi ziyareti

			Babanın En Son Diş Hekimi Ziyareti			Toplam
			<1 Yıl Önce	>1 Yıl Önce	Hiç gitmemiş / Hatırlamıyor	
Çocuğun En Son Diş Hekimi Ziyareti	<1 Yıl Önce	n (%)	63 (46,7)	34 (30,9)	28 (28,6)	125 (36,4)
	>1 Yıl Önce	n (%)	13 (9,6)	23 (20,9)	13 (13,3)	49 (14,3)
	Hiç Gitmemiş/ Hatırlamıyor	n (%)	59 (43,7)	53 (48,2)	57 (58,2)	169 (49,3)
Toplam		n (%)	135 (100)	110 (100)	98 (100)	343 (100)
p=0,000						

Anketimizde bir soruda ebeveynlerden ağız diş sağılığı için faydalı olabilecek uygulamaları işaretlemeleri istenmiştir. Annenin eğitim düzeyi ile ağız diş sağılığı için gerekli olduğunu düşündüğü uygulamaların karşılaştırılması Tablo 4.14'te gösterilmektedir. Annenin eğitim düzeyinin artması ile şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı ve çürük dişlerin tedavisi seçeneklerinin işaretlenmesindeki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı ve çürük dişlerin tedavisi için sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,001$, $p=0,007$, $p=0,002$). Annenin eğitim düzeyi ile florürlü diş macunu ve cilaların işaretlenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,083$). Üniversite, yüksekokul ya da yüksek lisans-doktora mezunu annelerin %6,8'i, lise mezunu annelerin %11,2'si ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu annelerin %10,3'ü, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilkokul mezunu annelerin %27,5'i bu soruya bilmiyorum yanıtı vermiştir. Annenin eğitim düzeyinin düşmesiyle bilmiyorum cevabı verilmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$).

Tablo 4.14. Ağız dış sağlığı gereklilikleri ve annenin eğitim durumu ilişkisi

Ağız Dış Sağlığı İçin Öneriler		Sayı (Yüzde)	Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	Toplam
Şeker Tüketimini Azaltmak	Evet	n (%)	23 (45,1)	47 (69,1)	79 (73,8)	94 (80,3)	243 (70,8)
	Hayır	n (%)	28 (54,9)	21 (30,9)	28 (26,2)	23 (19,7)	100 (29,2)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,000							
Düzenli Diş Hekimi Kontrolleri	Evet	n (%)	31 (60,8)	44 (64,7)	68 (63,6)	95 (81,2)	238 (69,4)
	Hayır	n (%)	20 (39,2)	24 (35,3)	39 (36,4)	22 (18,8)	105 (30,6)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,000							
Etkili ve Düzenli Diş Fırçalama	Evet	n (%)	33 (64,7)	51 (75)	82 (76,6)	105 (89,7)	271 (79)
	Hayır	n (%)	18 (35,3)	17 (25)	25 (23,4)	12 (10,3)	72 (21)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,001							
Dış İpi Kullanımı	Evet	n (%)	11 (21,6)	11 (16,2)	34 (31,8)	45 (38,5)	101 (29,4)
	Hayır	n (%)	40 (78,4)	57 (83,8)	73 (68,2)	72 (61,5)	242 (70,6)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,007							
Çürük Dişlerin Tedavisi	Evet	n (%)	22 (43,1)	38 (55,9)	68 (63,6)	85 (72,6)	213 (62,1)
	Hayır	n (%)	29 (56,9)	30 (44,1)	39 (36,4)	32 (27,4)	130 (37,9)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,002							
Florürlü Diş Macunu ve Cilalar	Evet	n (%)	7 (13,7)	5 (7,4)	16 (15)	25 (21,4)	53 (15,5)
	Hayır	n (%)	44 (86,3)	63 (92,6)	91 (85)	92 (78,6)	290 (84,5)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,083							
Bilmiyorum	Evet	n (%)	14 (27,5)	7 (10,3)	12 (11,2)	8 (6,8)	41 (12)
	Hayır	n (%)	37 (72,5)	61 (89,7)	95 (88,8)	109 (93,2)	302 (88)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,002							

Babanın eğitim düzeyi ile ağız diş sağlığı için gerekli olduğunu düşündüğü uygulamaların karşılaştırılması Tablo 4.15'te gösterilmektedir. Babanın eğitim düzeyinin artması ile şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı, çürük dişlerin tedavisi ve florürlü diş macunu ve cilaların kullanımı seçeneklerinin işaretlenmesindeki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı, çürük dişlerin tedavisi ve florürlü diş macunu ve cilaların kullanımı için sırasıyla $p=0,002$, $p=0,023$, $p=0,005$, $p=0,003$, $p=0,002$, $p=0,020$). Üniversite, yüksekokul ya da yüksek lisans-doktora mezunu babaların %7,9'u, lise mezunu babaların %9,8'i ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu babaların %14,5'i, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilkokul mezunu babaların %29,7'si bu soruya bilmiyorum yanıtı vermiştir. Babanın eğitim düzeyinin düşmesiyle bilmiyorum cevabı verilmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$).

Tablo 4.15. Ağız dış sağlığı gereklilikleri ve babanın eğitim durumu ilişkisi

Ağız Dış Sağlığı İçin Öneriler		Sayı (Yüzde)	Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	Toplam
Şeker Tüketimini Azaltmak	Evet	n (%)	16 (43,2)	40 (72,7)	83 (74,1)	104 (74,8)	243 (70,8)
	Hayır	n (%)	21 (56,8)	15 (27,3)	29 (25,9)	35 (25,2)	100 (29,2)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,002							
Düzenli Dış Hekimi Kontrolleri	Evet	n (%)	20 (54,1)	33 (60)	79 (70,5)	106 (76,3)	238 (69,4)
	Hayır	n (%)	17 (45,9)	22 (40)	33 (29,5)	33 (23,7)	105 (30,6)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,023							
Etkili ve Düzenli Dış Fırçalama	Evet	n (%)	21 (56,8)	43 (78,2)	92 (82,1)	115 (82,7)	271 (79)
	Hayır	n (%)	16 (43,2)	12 (21,8)	20 (17,9)	24 (17,3)	72 (21)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,005							
Dış İpi Kullanımı	Evet	n (%)	2 (5,4)	14 (25,5)	35 (31,3)	50 (36)	101 (29,4)
	Hayır	n (%)	35 (94,6)	41 (74,5)	77 (68,8)	89 (64)	242 (70,6)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,003							
Çürük Dişlerin Tedavisi	Evet	n (%)	13 (35,1)	31 (56,4)	72 (64,3)	97 (69,8)	213 (62,1)
	Hayır	n (%)	24 (64,9)	24 (43,6)	40 (35,7)	42 (30,2)	130 (37,9)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,001							
Florürlü Dış Macunu ve Cilalar	Evet	n (%)	0 (0)	6 (10,9)	22 (19,6)	25 (18)	53 (15,5)
	Hayır	n (%)	37 (100)	49 (89,1)	90 (80,4)	114 (82)	290 (84,5)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,020							
Bilmiyorum	Evet	n (%)	11 (29,7)	8 (14,5)	11 (9,8)	11 (7,9)	41 (12)
	Hayır	n (%)	26 (70,3)	47 (85,5)	101 (90,2)	128 (92,1)	302 (88)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,003							

4.4. Çocukların Ağız Bakımını Etkileyen Faktörler

4.4.1. Diş Fırçalama

Çocukların diş fırçalamaları üzerinde etkili olan faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 4.16'da gösterilmiştir. Annenin yaşındaki 1 birimlik artış çocuğun diş fırçalama oranının 1,071 kat artmasıyla sonuçlanmaktadır (p=0,001). Baba gelir getiren bir işte çalışıyorsa çocuğunun dişlerini fırçalıyor olma oranı 2,089 kat daha yüksektir (p=0,032). Annesi 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş çocukların dişlerini fırçalıyor olma oranı annesi hiç diş hekimine gitmemiş çocuklara göre 1,995 kat daha yüksektir (p=0,019).

Tablo 4.16. Çocukların diş fırçalamasını etkileyen faktörler

		p değeri	Odds ratio	Odds ratio için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst Sınır
Çocukların diş fırçalamasını etkileyen faktörler	Annenin yaşı	0,001	1,071	1,030	1,114
	Babanın gelir getiren bir işte çalışma durumu (evet x hayır)	0,032	2,089	1,065	4,097
	Annenin en son diş hekimi ziyareti	0,061			
	Annenin en son diş hekimi ziyareti (1 yıldan az x hiç)	0,019	1,995	1,119	3,557
	Annenin en son diş hekimi ziyareti (1 yıldan uzun x hiç)	0,080	1,725	0,937	3,177
	Sabit değer	0,000	0,044		

4.4.2.Diş Macunu Kullanma

Çocukların diş macunu kullanması üzerinde etkili olan faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş olup sonuçları Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Annenin yaşındaki 1 birimlik artış çocuğun diş macunu kullanma oranı 1,106 kat arttırmaktadır (p=0,000). Baba gelir getiren bir işte çalışıyorsa çocuğunun diş macunu kullanma oranı 2,124 kat daha yüksektir (p=0,040). Annesi 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş çocukların diş macunu kullanıyor olma oranı annesi hiç diş hekimine gitmemiş çocuklara göre 2,076 kat daha yüksektir (p=0,017).

Tablo 4.17. Çocukların diş macunu kullanmasını etkileyen faktörler

		p değeri	Odds ratio	Odds ratio için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst Sınır
Çocukların diş macunu kullanmasını etkileyen faktörler	Anninin yaşı	0,000	1,106	1,062	1,153
	Babanın gelir getiren bir işte çalışma durumu (evet x hayır)	0,040	2,124	1,036	4,357
	Anninin en son diş hekimi ziyareti	0,037			
	Anninin en son diş hekimi ziyareti (1 yıldan az x hiç)	0,017	2,076	1,137	3,791
	Anninin en son diş hekimi ziyareti (1 yıldan uzun x hiç)	0,408	1,308	0,693	2,471
	Sabit değer	0,000	0,012		

4.5. Çocukların Beslenme Alışkanlıkları

Çocukların beslenme alışkanlıkları Tablo 4.18'de gösterilmiştir. Çocukların 90'ı (%26,2) öğün atlarken 253'ü (%73,8) öğün atlamamaktadır. Çocukların 24'ü (%7) kahvaltıyı, 80'i (%23,3) öğle yemeğini, 21'i (%6,1) akşam yemeğini atlarken 243'ü (%68,2) öğün atlamamaktadır. 187 (%54,5) çocuk günde 0-1 kez, 76 (%22,2) çocuk günde 2 kez, 80 (%23,3) çocuk günde 3 kez ya da daha fazla kez atıştırmalık tüketmektedir.

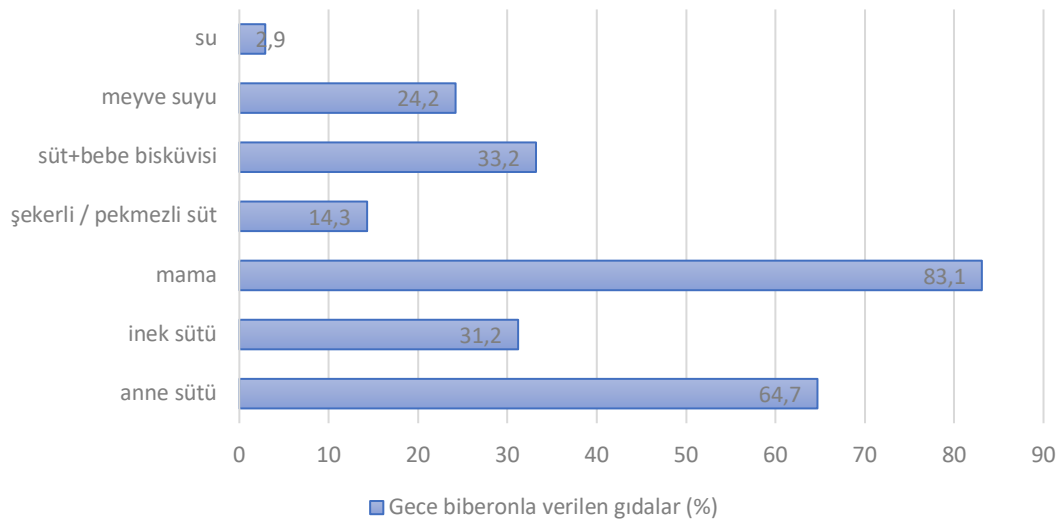
Tablo 4.18. Çocukların beslenme alışkanlıkları

Beslenme Alışkanlıkları	n (%)			
	Evet	Hayır		
Öğün Atlama Durumu				
	90 (26,2)	253 (73,8)		
Atlanan Öğün	Kahvaltı	Öğle Yemeği	Akşam Yemeği	Öğün Atlamaz
	24 (7)	80 (23,3)	21 (6,1)	234 (68,2)
Atıştırmalık Tüketim Sıklığı	Günde 0-1 Kez	Günde 2 Kez	Günde 3 Kez	Günde >3 Kez
	187 (54,5)	76 (22,2)	48 (14)	32 (9,3)

Ebeveynlerden alınan cevaplara göre çocukların anne sütü ve biberonla beslenme özellikleri Tablo 4.19'da gösterilmiştir. Çocukların %71,4'ü annesinin memesinden hiç süt emmemiştir; %96,2'si bir süre biberon kullanmıştır veya biberon kullanmaya devam etmektedir. Ebeveynlerin %82,2'si çocuklarını gece biberonla beslediklerini bildirmişlerdir. Bu ebeveynlerin 222'si (%64,7) çocuklarına biberonla anne sütü, 107'si (%31,2) inek sütü, 285'i (%83,1) mama, 49'u (%14,3) şekerli/pekmezli süt, 114'ü (%33,2) süt-bebe bisküvisi, 83'ü (%24,2) meyve suyu ve 10'u (%2,9) su vermiştir (Şekil 4.7).

Tablo 4.19. Çocukların anne sütü ve biberonla beslenme özellikleri

	n (%)		
	Evet	Hayır	
Memeden Süt Emme Durumu			
	98 (28,6)	245 (71,4)	
Biberon Kullanma Durumu	Hiç Kullanmamış	Bir Süre Kullanıp Bırakmış	Kullanmaya Devam Ediyor
	13 (3,8)	155 (45,2)	175 (51)
Gece Biberonla Beslenme Durumu	Evet	Hayır	
	282 (82,2)	61 (17,8)	

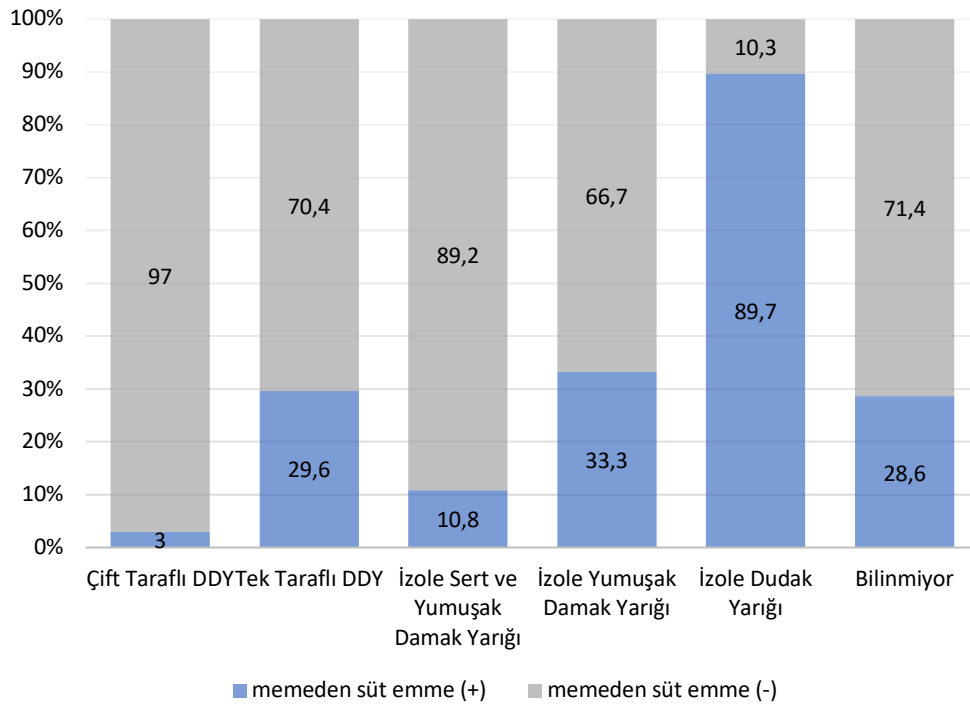
**Şekil 4.7.** Çocuklara gece biberonla verilen gıdalar

Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun memeden süt emme ve biberon kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (memeden süt emme ve biberon kullanma için sırasıyla $p=0,168$, $p=0,861$). Babanın eğitim düzeyi ile çocuğun memeden süt emme ve biberon kullanma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (memeden süt emme ve biberon kullanma için sırasıyla $p=0,771$, $p=0,588$). Annenin ve babanın eğitim düzeyi ile çocuğun biberon ile gece beslenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (anne ve baba için sırasıyla $p=0,330$, $p=0,766$).

Çocuğun DDY tipi ile annesinin memesinden süt emme durumu arasındaki ilişki Tablo 4.20 ve Şekil 4.8’de gösterilmiştir. Çift taraflı DDY’li çocukların %97’si, izole sert ve yumuşak damak yarıklı çocukların %89,2’si, tek taraflı DDY’li çocukların %81’i annesinin memesinden süt emememiştir. Çocuğun DDY tipinin damağı içermesi ile annesinin memesinden süt emmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). Çocuğun DDY tipi ile biberon kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,564$).

Tablo 4.20. Çocuğun DDY tipi ile annesinin memesinden süt emme ilişkisi

			Memeden Süt Emme		Toplam
			Evet	Hayır	
DDY Tipi	Çift Taraflı DDY	n (%)	2 (3)	65 (97)	67(100)
	Tek Taraflı DDY	n (%)	34 (29,6)	81 (70,4)	115 (100)
	İzole Sert ve Yumuşak Damak Yarığı	n (%)	4 (10,8)	33 (89,2)	37(100)
	İzole Yumuşak Damak Yarığı	n (%)	20 (33,3)	40 (66,7)	60 (100)
	İzole Dudak Yarığı	n (%)	26 (89,7)	3 (10,3)	29(100)
	Bilinmiyor	n (%)	10 (28,6)	25 (71,4)	35(100)
Toplam		n (%)	96 (28)	247 (72)	343 (100)
$p=0,000$					



Şekil 4.8. Çocuğun DDY tipi ile annesinin memesinden süt emme ilişkisi

Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ara öğünde tükettiği yiyeceklerin karşılaştırılması Tablo 4.21’de gösterilmektedir. Üniversite, yüksek okul ya da yüksek lisans-doktora mezunu annelerin %28,2’si, lise mezunu annelerin %19,6’sı, ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu annelerin %19,1’i, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilkokul mezunu annelerin %7,8’i çocuklarının ara öğünlerde kuru meyve tükettiğini bildirmiştir. Annenin eğitim düzeyinin artışı ile çocuğun ara öğünlerde kuru meyve tüketimi arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,025$).

Tablo 4.21. Çocukların ara öğünde tükettiği yiyecekler ve annenin eğitim durumu

Çocuğun Ara Öğünde Tükettiği Yiyecekler		Sayı (Yüzde)	Annenin Eğitim Durumu				Toplam
			Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	
Bisküvi	Evete	n (%)	26 (51)	40 (58,8)	50 (46,7)	47 (40,2)	163 (47,5)
	Hayır	n (%)	25 (49)	28 (41,2)	57 (53,3)	70 (59,8)	180 (52,5)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,098							
Kek	Evete	n (%)	21 (41,2)	30 (44,1)	44 (41,1)	42 (35,9)	137 (39,9)
	Hayır	n (%)	30 (58,8)	38 (55,9)	63 (58,9)	75 (64,1)	206 (60,1)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,709							
Şeker	Evete	n (%)	8 (15,7)	8 (11,8)	14 (13,1)	12 (10,3)	42 (12,2)
	Hayır	n (%)	43 (84,3)	60 (88,2)	93 (86,9)	105 (89,7)	301 (87,8)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,783							
Çikolata	Evete	n (%)	15 (29,4)	23 (33,8)	39 (36,4)	33 (28,2)	110 (32,1)
	Hayır	n (%)	36 (70,6)	45 (66,2)	68 (63,6)	84 (71,8)	233 (67,9)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,571							
Gofret	Evete	n (%)	12 (23,5)	17 (25)	23 (21,5)	18 (15,4)	70 (20,4)
	Hayır	n (%)	39 (76,5)	51 (75)	84 (78,5)	99 (84,6)	274 (79,6)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,379							
Kraker	Evete	n (%)	14 (27,5)	21 (30,9)	38 (35,5)	38 (32,5)	111 (32,4)
	Hayır	n (%)	37 (72,5)	47 (69,1)	69 (64,5)	79 (67,5)	232 (67,6)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,773							
Sandviç-Tost	Evete	n (%)	0 (0)	4 (5,9)	8 (7,5)	10 (8,5)	22 (6,4)
	Hayır	n (%)	51 (100)	64 (94,1)	99 (92,5)	107 (91,5)	321 (93,6)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,202							
Cips	Evete	n (%)	10 (19,6)	13 (19,1)	16 (15)	17 (14,5)	287 (83,7)
	Hayır	n (%)	41 (80,4)	55 (80,9)	91 (85)	100 (85,5)	56 (16,3)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,750							
Kuruyemiş	Evete	n (%)	9 (17,6)	10 (14,7)	27 (25,2)	35 (29,9)	81 (23,6)
	Hayır	n (%)	42 (82,4)	58 (85,3)	80 (74,8)	82 (70,1)	262 (76,4)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,081							
Taze Meyve	Evete	n (%)	23 (45,1)	37 (54,4)	63 (58,9)	77 (65,8)	200 (58,3)
	Hayır	n (%)	28 (54,9)	31 (45,6)	44 (41,1)	40 (34,2)	143 (41,7)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,078							
Kuru Meyve	Evete	n (%)	4 (7,8)	13 (19,1)	21 (19,6)	33 (28,2)	71 (20,7)
	Hayır	n (%)	47 (92,2)	55 (80,9)	86 (80,4)	84 (71,8)	272 (79,3)
Toplam		n (%)	51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
p=0,025							

Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ara öğünde tükettiği içeceklerin karşılaştırılması Tablo 4.22’de gösterilmektedir. Üniversite, yüksek okul ya da yüksek lisans-doktora mezunu annelerin %3,4’ü, lise mezunu annelerin %4,7’si ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu annelerin %4,4’ü, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilköğretim mezunu annelerin %15,7’si çocuklarının ara öğünlerde kola, gazoz, vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler tükettiğini bildirmiştir. Annenin eğitim düzeyinin düşmesi ile çocuğun ara öğünlerde kola, gazoz, vb. gibi şekerli ve gazlı içecekleri tüketiminin artışı arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

Tablo 4.22. Çocukların ara öğünde tükettiği içecekler ve annenin eğitim durumu

Çocuğun Ara Öğünde Tükettiği İçecekler	Sayı (Yüzde)	Annenin Eğitim Durumu				Toplam	
		Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/ İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu		
Kola, Gazoz, vb. gibi Şekerli ve Gazlı İçecekler	Evet	n (%)	8 (15,7)	3 (4,4)	5 (4,7)	4 (3,4)	20 (5,8)
	Hayır	n (%)	43 (84,3)	65 (95,6)	102 (95,3)	113 (96,4)	323 (94,2)
Toplam	n (%)		51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
$p=0,013$							
Süt	Evet	n (%)	22 (43,1)	34 (50)	42 (39,3)	45 (38,5)	143 (41,7)
	Hayır	n (%)	29 (56,9)	34 (50)	65 (60,7)	72 (61,5)	200 (58,3)
Toplam	n (%)		51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
$p=0,434$							
Ayran	Evet	n (%)	4 (7,8)	17 (25)	22 (20,6)	27 (23,1)	70 (20,4)
	Hayır	n (%)	47 (92,2)	51 (75)	85 (79,4)	90 (76,9)	273 (79,6)
Toplam	n (%)		51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
$p=0,096$							
Kutu Meyve Suyu	Evet	n (%)	7 (13,7)	16 (23,5)	20 (18,7)	25 (21,4)	68 (19,8)
	Hayır	n (%)	44 (86,3)	52 (76,5)	87 (81,3)	92 (78,6)	275 (80,2)
Toplam	n (%)		51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
$p=0,564$							
Taze Meyve Suyu	Evet	n (%)	10 (19,6)	18 (26,5)	28 (26,2)	26 (22,2)	82 (23,9)
	Hayır	n (%)	41 (80,4)	50 (73,5)	79 (73,8)	91 (77,8)	261 (76,1)
Toplam	n (%)		51 (100)	68 (100)	107 (100)	117 (100)	343 (100)
$p=0,742$							

Babanın eğitim düzeyi ile çocuğun ara öğünde tükettiği yiyeceklerin karşılaştırılması Tablo 4.23'te gösterilmektedir. Babanın eğitim düzeyindeki artış ile çocuğun ara öğünlerde kuruyemiş, taze meyve ve kuru meyve tüketimi arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (kuruyemiş, taze meyve ve kuru meyve tüketimi için sırasıyla $p=0,024$, $p=0,036$, $p=0,009$).

Tablo 4.23. Çocukların ara öğünde tükettiği yiyecekler ve babanın eğitim durumu

Çocuğun Ara Öğünde Tükettiği Yiyecekler		Sayı (Yüzde)	Babanın Eğitim Durumu				Toplam
			Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu	
Bisküvi	Evete	n (%)	14 (37,8)	30 (54,5)	53 (47,3)	66 (47,5)	163 (47,5)
	Hayır	n (%)	23 (62,2)	25 (45,5)	59 (52,7)	73 (52,5)	180 (52,5)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,479							
Kek	Evete	n (%)	14 (37,8)	20 (36,4)	64 (57,1)	84 (60,4)	206 (60,1)
	Hayır	n (%)	23 (62,2)	35 (63,6)	48 (42,9)	55 (39,6)	137 (39,9)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,857							
Şeker	Evete	n (%)	3 (8,1)	7 (12,7)	13 (11,6)	19 (13,7)	42 (12,2)
	Hayır	n (%)	34 (91,9)	48 (87,3)	99 (88,4)	120 (86,3)	301 (87,8)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,824							
Çikolata	Evete	n (%)	14 (37,8)	15 (27,3)	31 (27,7)	50 (36)	110 (32,1)
	Hayır	n (%)	23 (62,2)	40 (72,7)	81 (72,3)	89 (64)	233 (67,9)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,375							
Gofret	Evete	n (%)	9 (24,3)	11 (20)	20 (17,9)	30 (21,6)	70 (20,4)
	Hayır	n (%)	28 (75,7)	44 (80)	92 (82,1)	109 (78,4)	273 (79,6)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,820							
Kraker	Evete	n (%)	9 (24,3)	17 (30,9)	40 (35,7)	45 (32,4)	111 (32,4)
	Hayır	n (%)	28 (75,7)	38 (69,1)	72 (64,3)	94 (67,6)	232 (67,6)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,632							
Sandviç-Tost	Evete	n (%)	2 (5,4)	2 (3,6)	7 (6,3)	11 (7,9)	22 (6,4)
	Hayır	n (%)	35 (94,6)	53 (96,4)	105 (93,8)	128 (92,1)	321 (93,6)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,708							
Çips	Evete	n (%)	10 (27)	6 (10,9)	19 (17)	21 (15,1)	56 (16,3)
	Hayır	n (%)	27 (73)	49 (89,1)	93 (83)	118 (84,9)	287 (83,7)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,215							
Kuruyemiş	Evete	n (%)	10 (27)	5 (9,1)	25 (22,3)	41 (29,5)	81 (23,6)
	Hayır	n (%)	27 (73)	50 (90,9)	87 (77,7)	98 (70,5)	262 (76,4)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,024							
Taze Meyve	Evete	n (%)	18 (48,6)	29 (52,7)	59 (52,7)	94 (67,6)	200 (58,3)
	Hayır	n (%)	19 (51,4)	26 (47,3)	53 (47,3)	45 (32,4)	143 (41,7)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,036							
Kuru Meyve	Evete	n (%)	3 (8,1)	5 (9,1)	26 (23,2)	37 (26,6)	71 (20,7)
	Hayır	n (%)	34 (91,9)	50 (90,9)	86 (76,8)	102 (73,4)	272 (79,3)
Toplam		n (%)	37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
p=0,009							

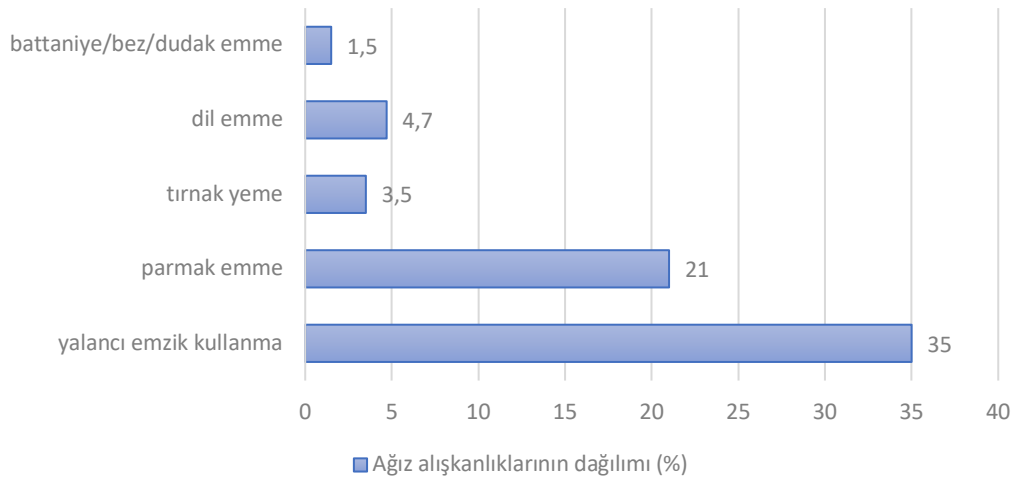
Babanın eğitim düzeyi ile çocuğun ara öğünde tükettiği içeceklerin karşılaştırılması Tablo 4.24'te gösterilmektedir. Üniversite, yüksekokul ya da yüksek lisans-doktora mezunu babaların %2,2'si, lise mezunu babaların %5,4'ü, ilköğretim okulu ya da ortaokul mezunu babaların %9,1'i, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilköğretim mezunu babaların %16,2'si çocuklarının ara öğünlerde kola, gazoz, vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler tükettiğini bildirmiştir. Babanın eğitim düzeyinin düşmesi ile çocuğun ara öğünlerde kola, gazoz, vb. gibi şekerli ve gazlı içecekleri tüketiminin artışı arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$).

Tablo 4.24. Çocukların ara öğünde tükettiği içecekler ve babanın eğitim durumu

Çocuğun Ara Öğünde Tükettiği İçecekler	Sayı (Yüzde)	Babanın Eğitim Durumu				Toplam	
		Okur Yazar Değil/ Okur Yazar/ İlkokul Mezunu	İlköğretim Okulu / Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite/ Yüksekokul/ Yüksek Lisans-Doktora Mezunu		
Kola, Gazoz, vb. Gibi Şekerli ve Gazlı İçecekler	Evet	n (%)	6 (16,2)	5 (9,1)	6 (5,4)	3 (2,2)	20 (5,8)
	Hayır	n (%)	31 (83,8)	50 (90,9)	106 (94,6)	136 (97,8)	323 (94,2)
Toplam	n (%)		37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
$p=0,008$							
Süt	Evet	n (%)	21 (56,8)	23 (41,8)	40 (35,7)	59 (42,4)	143 (41,7)
	Hayır	n (%)	16 (43,2)	32 (58,2)	72 (64,3)	80 (57,6)	200 (58,3)
Toplam	n (%)		37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
$p=0,162$							
Ayran	Evet	n (%)	7 (18,9)	14 (25,5)	20 (17,9)	29 (20,9)	70 (20,4)
	Hayır	n (%)	30 (81,1)	41 (74,5)	92 (82,1)	110 (79,1)	273 (79,6)
Toplam	n (%)		37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
$p=0,710$							
Kutu Meyve Suyu	Evet	n (%)	7 (18,9)	8 (14,5)	20 (17,9)	33 (23,7)	68 (19,8)
	Hayır	n (%)	30 (81,1)	47 (85,5)	92 (82,1)	106 (76,3)	275 (80,2)
Toplam	n (%)		37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
$p=0,458$							
Taze Meyve Suyu	Evet	n (%)	13 (35,1)	19 (34,5)	20 (17,9)	30 (21,6)	82 (23,9)
	Hayır	n (%)	24 (64,9)	36 (65,5)	92 (82,1)	109 (78,4)	261 (76,1)
Toplam	n (%)		37 (100)	55 (100)	112 (100)	139 (100)	343 (100)
$p=0,034$							

4.6. Ağız Alışkanlıkları, Konuşma Problemi ve Konuşma Terapisi

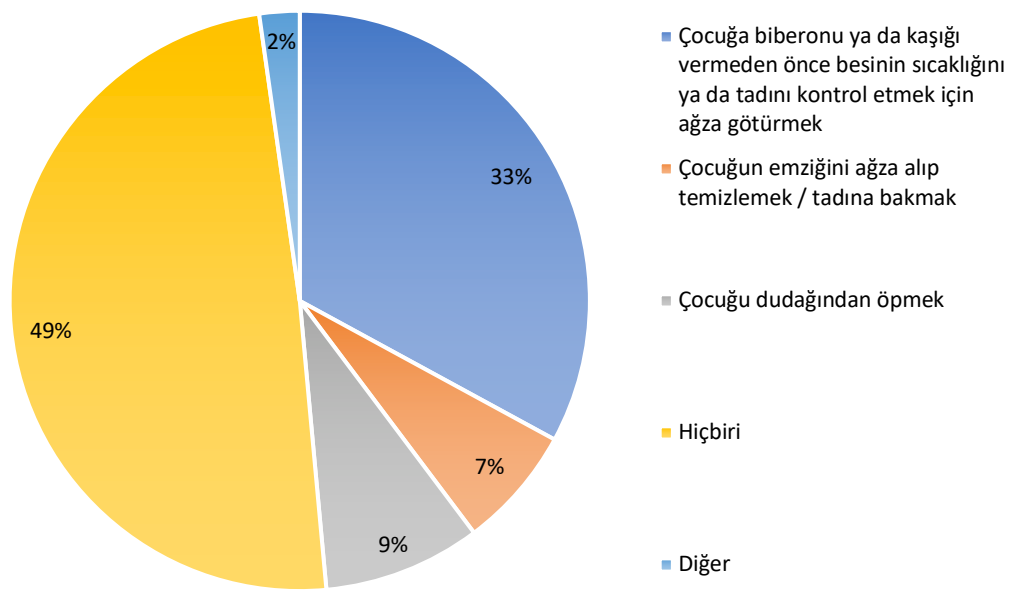
Çocukların ağız alışkanlıklarının dağılımı Şekil 4.9'da gösterilmektedir. Çocukların 72'sinin (%21) parmak emme, 12'sinin (%3,5) tırnak yeme, 16'sının (%4,7) dil emme, 5'inin (%1,5) ise battaniye, bez ya da dudak emme gibi bir alışkanlığı mevcuttur. 120 (%35) çocuk hayatının bir döneminde yalancı emzik kullanmıştır ya da halen kullanmaktadır. Çocuğun DDY tipi ile yalancı emzik kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,098$).



Şekil 4.9. Çocukların ağız alışkanlıklarının dağılımı

Ebeveyn ve çocuk arasında oral mikroorganizma transferine neden olabilecek davranışların dağılımı Şekil 4.10'da gösterilmiştir. Ebeveynlerin 131'i (%38,2) çocuklarına biberonu ya da kaşığı vermeden önce besinin sıcaklığını ya da tadını kontrol etmek için ağzına götürdüğünü, 27'si (%7,9) çocuklarının emziğini ağzına alıp temizlediğini ya da tadına baktığını, 35'i (%10,2) ise çocuklarını dudaktan öptüğünü bildirmiştir. Annenin eğitim durumu ile bu davranışları yapması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (çocuğa biberonu ya da kaşığı vermeden önce besinin sıcaklığını ya da tadını kontrol etmek için ağza götürmek, çocuğun emziğini ağza alıp temizlemek/tadına bakmak ve çocuğu dudaktan öpmek için sırasıyla $p=0,052$, $p=0,227$, $p=0,618$). Üniversite, yüksekokul ya da yüksek lisans-doktora mezunu annelerin %68,4'ü, lise mezunu annelerin %52,3'ü, ilköğretim okulu ya da

ortaokul mezunu annelerin %57,4'ü, okur yazar olmayan, okur yazar ya da ilkököl mezunu annelerin %41,2'si bu davranışlardan hiçbirini yapmadığını bildirmiştir. Annenin eğitim düzeyindeki artış ile mikroorganizma değiş tokuşuna neden olabilecek bu davranışları yapmaktan kaçınma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Babanın eğitim düzeyi ile bu davranışların yapılması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (çocuğa biberonu ya da kaşığı vermeden önce besinin sıcaklığını ya da tadını kontrol etmek için ağza götürmek, çocuğun emziğini ağza alıp temizlemek/tadına bakmak ve çocuğu dudağından öpmek için sırasıyla $p=0,345$, $p=0,415$, $p=0,717$).



Şekil 4.10. Ebeveyn ve çocuk arasında oral mikroorganizma transferine neden olabilecek davranışların dağılımı

Velilerin %35'i çocuklarında fark ettikleri bir konuşma problemi olduğunu, %19,8'i ise çocuklarının konuşma terapisi aldığını ya da almakta olduğunu bildirmiştir. Çocuğun DDY tipi ile herhangi bir konuşma problemi varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,068$). Çocuğun DDY tipi ile konuşma terapisi alması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,358$).

Doğum sonrası mold kullanan çocukların %42,5'inde, mold kullanmayanların ise %30,6'sında konuşma problemi görülmüştür. Doğum sonrası mold kullanımı ile konuşma problemi görülme durumu arasındaki pozitif ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,025$). Doğum sonrası mold kullanımı ile konuşma terapisi alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,431$).

5. TARTIŞMA

Embriyonik hayatın organogenez döneminde meydana gelen duraklamalar sonucunda oluşan DDY, baş ve boyun bölgesi anomalilerinin en sık rastlanılanıdır ve dünya genelinde yaklaşık 700 canlı doğumda 1 oranında karşımıza çıkmaktadır (1, 2). Ülkemizde DDY prevalansı konusunda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olup bu konuda görüş birliğine varılamamıştır (124, 125). Ancak, yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda ortak çıkarım izole damak yarığı ve dudak yarığına göre DDY'nin daha yüksek oranlarda görüldüğüdür (19, 122, 124, 125). Benzer şekilde, çalışmamızda da DDY en yüksek oranda olup velilerin beyanına göre çocukların yarısından çoğunda (%53) bulunmaktadır.

Çalışmalarda elde edilen diğer ortak çıkarımlar, DDY'nin erkeklerde kızlara göre daha sık olduğu ve tek taraflı DDY'nin çift taraflı DDY'den 4 kat daha fazla görüldüğüdür (200-203). Bu bulgulara paralel olarak, çalışmamızdaki çocukların çoğunluğu erkektir (%58'i erkek, %42'si kız) ve DDY, erkeklerde kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$). İlaveten, çalışmamızdaki çocuklarda tek taraflı DDY, çift taraflı DDY'ye göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazladır (%33,5 tek taraflı DDY, %19,5 çift taraflı DDY).

DDY literatürde 200'den fazla sendromun bir özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır; izole damak yarığı ise 400'den fazla genetik bozukluğun bir bileşeni olarak rapor edilmiştir (204). DDY vakalarının yaklaşık %70'ine ek bir sendrom veya anomali eşlik etmemektedir (123). Çalışmamızda da çocukların %21,3'ünün DDY'ye eşlik eden bir hastalığı bulunmaktadır ve %9,3'ü düzenli ilaç kullanmaktadır.

Ailelerin ağız sağlığı alışkanlıkları ve bu konudaki bilgi düzeyleri, çocuklarının ağız sağlığı üzerinde etkilidir (205-207). DDY'li çocukların ebeveynlerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi durumu ve yaklaşımlarını değerlendiren çalışmalar oldukça kısıtlı sayıdadır (12-15). Çalışmaların çoğunluğunda gerek hasta sayısının gerekse değerlendirilen parametrelerin azlığı dikkat çekmektedir (12-15). Ülkemizde Tokuç ve ark. (208) sağlıklı bir grup çocukta annelerin tutum ve davranışlarının çocuklarının ağız sağlığına etkilerini değerlendirmişse de bu konuda DDY'li çocuklarda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalardan farkı, anket sorularını anne ve babanın birlikte cevaplama, anne ve babanın özelliklerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi ve ağız bakımı ile beslenme alışkanlıklarına dair daha kapsamlı sorular içermesidir. Bu bağlamda çalışmamız ülkemizde DDY’li çocukların ebeveynlerinin sosyoekonomik özellikleri, ağız diş sağlığı davranış ve alışkanlıkları ile çocuklarının ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin araştırıldığı ilk çalışmadır.

Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık alanlarındaki bilgi düzeyi ve karar verme mekanizmaları üzerinde direkt etkili olduğu bildirilmiş olan önemli bir sosyoekonomik faktördür (209). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2020 yılı verilerine göre; ülkemizdeki kadınların %39,8'i kendilerinden daha yüksek eğitilmiş erkeklerle evliken, eşlerinden daha yüksek eğitilmiş olan kadınların oranı %15,4 olarak bildirilmiştir. Eğitim seviyeleri aynı olan eşlerin oranı %43,0; eğitim seviyeleri farkı bilinmeyen eşlerin oranı ise %1,7'dir. (210). Bu sonuca paralel şekilde, çalışmamızdaki babaların eğitim düzeyi annelerin eğitim düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Annenin eğitim düzeyi arttıkça ağız diş sağlığı bilgi düzeyi ve sağlık okuryazarlığının arttığı ve bu durumun çocukta olumlu ağız sağlığı alışkanlıkları oluşmasında rol oynadığı bildirilmiştir (211, 212). Bu konuda yapılan bir çalışmada, Chen ve ark. (213) 8446 sağlıklı çocuğun ebeveynlerine anket uygulamışlardır. Araştırmacılar, annenin eğitim düzeyi arttıkça “dişleri fırçalarken dişeti kanaması normaldir, dişleri fırçalamak gingivitisi önlemede faydalıdır, diş çürüğü patojen bakterilerden kaynaklanır, şeker tüketimi diş çürüğü oluşumuyla ilişkilidir, florür dişleri çürükten korur, pit ve fissür örtücüleri dişleri çürümekten korur, ağız sağlığı genel sağlık üzerinde etkilidir” ifadelerinin bildirilmesinin anlamlı düzeyde arttığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da annenin eğitim düzeyi arttıkça, sağlıklı bir ağız sağlığı için faydalı uygulamalar olarak şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı ve çürük dişlerin tedavisinin bildirilmesinin artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi düşük anneler bu soruya istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık “bilmiyorum” cevabı vermiştir ($p<0.05$). Çalışmamızdaki bu

sonuçlar, literatürle uyumlu olacak şekilde, annenin eğitim düzeyi arttıkça ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarına dair bilgi düzeyinin artmakta olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, annenin eğitim düzeyi ile florürlü diş macunu ve cilaların sağlıklı bir ağız sağlığı için faydalı olduğunun bildirilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Topikal florür, çürük önleyiciliği kanıtı dayalı olarak bildirilmiş bir uygulama olsa da son dönemde ebeveynler arasında bu uygulamaya karşı tereddütler oluşmaya başlamıştır (214). Tokuç ve ark. (208) ülkemizdeki bir üniversite hastanesine başvuran 3-14 yaş arası sağlıklı 313 çocuk ve annesini değerlendirdikleri çalışmada “florür uygulamasının zararlı olduğunu düşünen ve çocuğuna yaptırmak istemeyen” annelerin eğitim düzeyinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ülkemizdeki ailelerin florürlü diş macunu ve topikal florür uygulamaları hakkında bilgi ve görüşlerini değerlendirilen bir pilot çalışmada ise ebeveynlerin eğitim düzeyinin artması ile florür içerikli diş macunlarının zararlı olduğuna dair görüşün arttığı ve florür içermeyen diş macunlarının daha çok tercih edildiği bildirilmiştir (215). Çalışmamızda da annelerin eğitim düzeyi ile florür uygulamalarını ağız sağlığı için faydalı olarak belirtmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, annelerde topikal florür uygulamalarıyla ilgili bir tereddüt göstergesi olabilir. Annelerin, DDY’li çocuklarının sağlığı konusunda hassas davranarak florür hakkındaki asılsız bilgilerden etkilenmiş ve bu şekilde davranmış olabileceği düşünülmüştür.

Castilho ve ark. (12), 3-6 yaş arası DDY’li 300 çocuğun annesinin ağız sağlığı bilgi düzeyini değerlendirmişlerdir. Çalışmada annelerin %60,7’si florür uygulamalarını çürüğe karşı koruyucu bir uygulama olarak belirtirken, %32’si florür uygulamalarının amacı konusunda bilgi sahibi olmadığını, %7,3’ü ise florürün ne olduğu konusunda herhangi bir bilgileri olmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca, annelerin çürük oluşumunun önlenmesi için faydalı olarak en sık belirttiği uygulamanın (%54) şeker tüketiminden kaçınmak olduğu; diş fırçalama, diş ipi kullanımı, düzenli diş hekimi ziyaretleri, florür uygulamaları gibi faktörlerin de anneler tarafından çürük oluşumun önlenmesinde faydalı olarak belirtildiği bildirilmiştir. Çalışmamızda ise annelerin yalnızca %15,5’i topikal florür uygulamalarının ağız sağlığı açısından faydalı olduğunu düşünmektedir. Annelerin florür uygulamalarına yaklaşımındaki çalışmalar arası bu farklılığın ülkelerin birbirinden farklı kültürel yapısı nedeniyle

ortaya çıkmış olması muhtemeldir. Ayrıca, sağlık sistemi farklılıklarından dolayı, Castilho ve ark.'nın çalışma grubunu oluşturan Brezilya'da yaşayan ve DDY'li çocuğu olan annelere çocuklarının doğumundan itibaren ağız sağlığı konusunda ülkemizdekine göre daha etkili ve kapsamlı bir bilgilendirme yapılmış ve buna bağlı olarak da bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuş olabilir. Bu durum, topikal florürler konusunda ülkemizde DDY'li çocukları olan annelere daha detaylı ve kapsamlı bir bilgilendirme ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır. Topikal florür uygulamaları dışındaki diğer çürük önleyici yaklaşımlar hakkındaki bilgi düzeyi açısından ise iki çalışmanın sonuçları birbiriyle uyumlu bulunmuştur.

Babanın eğitim düzeyi arttıkça ağız diş sağlığı bilgi düzeyi ve sağlık okuryazarlığı da artmaktadır (213, 216, 217). Chen ve ark.'nın (213) yaptığı çalışmada babanın eğitim düzeyi arttıkça “florür dişleri çürükten korur, pit ve fissür örtücüler dişleri çürümekten korur, ağız sağlığı genel sağlık üzerinde etkilidir” ifadelerinin bildirilmesinin anlamlı düzeyde arttığını bildirmişlerdir. Araştırmacılar ayrıca lise ve yüksek öğretim eğitim düzeyindeki babaların “dişleri fırçalarken dişeti kanaması normaldir” ifadesini bildirme oranının, daha düşük eğitim düzeyindeki babalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda da babanın eğitim düzeyi arttıkça, sağlıklı bir ağız sağlığı için faydalı uygulamalar olarak şeker tüketimini azaltmak, düzenli diş hekimi kontrolleri, etkili ve düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı, çürük dişlerin tedavisi ve florürlü diş macunu ve cilaların kullanımının bildirilmesindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi düşük babalar bu soruya istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha sık “bilmiyorum” cevabı vermiştir ($p<0.05$). Bu sonuçlar, literatürle uyumlu olarak, babanın eğitim düzeyi arttıkça ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıklarına dair bilgi düzeyinin artmakta olduğunu göstermektedir (213, 216, 217). Annelerdeki sonuçtan farklı olarak babaların eğitim düzeyi arttıkça florürlü diş macunu ve cilaların sağlıklı bir ağız sağlığı için faydalı olduğunun bildirilmesi anlamlı şekilde artmaktadır. Bu durum, babaların eğitim düzeyi annelerden daha yüksek olduğundan florür ve ağız diş sağlığı konusunda babaların bilgi düzeylerinin annelerden daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızdaki bu sonuç, Topaloğlu Ak ve ark.'nın (215) ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça florür içerikli diş macunlarının zararlı olduğuna dair görüşün arttığını bildirdiği çalışmanın sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu

durumun, Topalođlu Ak ve ark.'nın çalıřmasında anketi cevaplayan ebeveynlerin yalnızca %26'sının babalardan oluřması ve bizim çalıřmamızda hem anne hem de babaların anketi cevaplamasından kaynaklanmış olabileceđi dűřünülműřtür. Toplumumuzda ocuđun bakımıyla daha çok anneler ilgilendiđinden annelerin florűrűn zararlı olduđu konusundaki sűylentilerden etkilenerек bu konuda daha endiřeli olması muhtemeldir. Babalar sıklıkla evin ekonomik kalkınmasından sorumlu olup florűr hakkındaki asılsız teorilerle ilgilenmezken, anneler DDY'li çocuklarının bakımına daha çok yűnelmiř ve bu nedenle yaygın sűylentilerden edindikleri izlenimlerle florűr hakkında daha tereddűtlű kalmıř olabilirler. Çalıřmamızın sonuçları babaların eđitim dűzeyinin artması ile florűr uygulamalarının faydalı olarak bildirilmesinin arttıđını gűsterse de ebeveynlerin topikal florűr bilgi dűzeyi ve davranıřlarıyla ilgili daha kapsamlı çalıřmalara ihtiyaç vardır.

Chen ve ark. (213) Wuhan'da ilkokul 1. ve 2. sınıfta okuyan 8446 sađlıklı ocuk ve ebeveynlerini online bir anket formu ile deđerlendirmiřlerdir. Çalıřmada, lojistik regresyon analizinin sonucunda annenin eđitim dűzeyi 7 konu bařlıđı hakkındaki bilgi dűzeyini etkilerken, babanın eđitim dűzeyinin ise 4 konu bařlıđı hakkındaki bilgi dűzeyini etkilediđi bildirilmiřtir. Florűr uygulamalarının ađız sađlıđı açısından faydalı olduđu konusundaki bilgi dűzeyi ise hem annenin hem de babanın eđitim dűzeyi arttıđıca artmaktadır. Çalıřmamızda ise sadece florűr bařlıđı konusunda ebeveynler arasında bir farklılık saptanmıřtır ve bu farklılık da babaların bu konudaki bilgi dűzeyinin daha yűksek olduđunu ifade etmektedir. alıřmalar arasındaki bu fark, űlkelerin sosyokűltűrel yapılarındaki deđiřiklikler nedeniyle ortaya çıkmıř olabilir. İlaveten, alıřmamızdaki popűlasyonu DDY'li çocukların ebeveynlerinin oluřturması ve űrneklem boyutunun daha az olması ile bu etkinin lojistik regresyon analizi yerine ki kare testi ile deđerlendirilmiř olması da farka neden olmuř olabilir.

Çalıřmamızın sonuçları, ebeveynlerin eđitim dűzeyi arttıđıca ađız sađlıđı bilgi dűzeylerinin de arttıđını kanıtlar niteliktedir. Ancak, topikal florűr uygulamaları konusunda annelerde eđitim dűzeyinden bađımsız olarak tereddűtler mevcuttur. Babaların eđitim dűzeyi arttıđıca florűr uygulamalarının faydalı olarak bildirilmesi artsa da diđer uygulamalara gűre bildirilme dűzeyi yine de oldukça dűřűktűr. Çalıřmamızın sonuçları topikal florűrlerin riskleri ve faydaları konusunda toplumun etkili ve kapsamlı bir eđitim/bilgilendirmeye ihtiyaç duyduđunu gűstermektedir.

Ortodontik tedavi, DDY'li çocukların optimum ağız sağlığına ulaşması için gerekli bir prosedürdür. Olumsuz ağız alışkanlıklarının varlığı sıklıkla çocuktaki malokluzyonun şiddetlenmesine ve ortodontik tedavi ihtiyacının artmasına neden olmaktadır (19). Barsi ve ark. (218), 3-6 yaşlarında DDY'li çocuklarda dil itme, dil emme, bir cisim emme ya da ağızda tutma, dudak emme, yanak emme ve tırnak yeme alışkanlıklarının sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Araştırmacılar, sağlıklı çocuklarda emzik emme alışkanlığının DDY'li çocuklara göre daha fazla olduğunu ancak parmak emme alışkanlığı açısından fark olmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Isiekwe ve ark. (219) 3-12 yaşlarındaki DDY'li çocuklarda dudak emme ve brüksizm alışkanlıklarının sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki çocukların %21'inin parmak emme, %3,5'inin tırnak yeme, %4,7'sinin dil emme, %1,5'inin ise battaniye, bez ya da dudak emme gibi bir alışkanlığı mevcuttur. Çocukların %35'i, hayatının bir döneminde yalancı emzik kullanmıştır ya da kullanmaya devam etmektedir. Bu tür ağız alışkanlıklarının devam etmesine izin verilmesi DDY'li çocuğun malokluzyonunun şiddetlenmesine neden olabilir. Bununla birlikte, alışkanlıklardan vazgeçirme planlanırken alışkanlığın dentofasiyal olumsuz etkisinin yanında çocuğa psikolojik olarak olumlu etkisi dikkatli değerlendirilmelidir (218, 220).

Annenin ya da çocuğun bakımıyla ilgilenen kişinin davranış ve alışkanlıkları, çocuğun karyojenik bakterilerle erken dönemde kontaminasyonuna neden olabilmektedir. Çürük oluşumunda rol oynayan Streptococcus mutans ile kontaminasyon çocuk 7-24 aylıkken gerçekleşebilmektedir (12). DDY'li çocuklarda ağız hijyeninin sağlanması; yarık bölgesinin anatomisi, bu bölgedeki skar dokusu, dişlerin şekil, sayı, boyut anomalileri gibi plak eliminasyonunu zorlaştıran etkenler nedeniyle zorlu bir süreçtir (15). Ebeveyn ve çocuk arasındaki erken dönem mikroorganizma transferinin önüne geçilmesi DDY'li çocuklarda ağız hijyeni açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle, çalışmamızda ebeveyn ve çocuk arasında mikroorganizma transferine neden olabilecek bir alışkanlık varlığı da sorgulanmıştır. Virtanen ve ark.(221) Finlandiya'da 3 yaş altında çocuğu olan 313 anneye konuyla ilgili olarak bazı sorular yöneltilmişlerdir. Sonuç olarak, annelerin %38'inin çocuklarını dudaklarından öptüğünü ve %14'ünün çocuklarını beslerken kaşığı kendi ağızlarına götürdüğünü bildirmişlerdir. Araştırmacılar ayrıca, annelerin %11'inin ağızdaki

bakterilerin anneden çocuğa aktarılabilmesine inanmadığını bildirmişlerdir. Anne ve çocuk arasında mikroorganizma transferine neden olabilecek davranışlar üzerinde etkili faktörler lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde, çocuğu dudağından öpme davranışının, çocukla aynı kaşığı kullanma davranışı ve yüksek eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu; çocukla aynı kaşığı kullanma davranışının ise çocuğu dudağından öpme davranışı, yüksek eğitim düzeyi ve daha büyük anne yaşıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da ebeveynlerin %38,2'si çocuklarına biberonu ya da kaşığı vermeden önce besinin sıcaklığını ya da tadını kontrol etmek için ağzına götürdüğünü, %7,9'u çocuklarının emziğini ağzına alıp temizlediğini ya da tadına baktığını, %10,2'si ise çocuklarını dudağından öptüğünü bildirmiştir. Bu sonuçlar, mikroorganizma transferine neden olabilecek davranışlar konusunda ebeveynlere yönelik bilgilendirmelerin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

DDY'li çocuklarda yarık damağın onarımı sıklıkla 1 yaş öncesinde yapılmaktadır ve konuşmanın kalitesi, damak onarımının başarısının değerlendirilmesinde önemli bir belirteçtir (222). Hardin-Jones ve ark. (223) yarık damak onarımı yapılmış okul öncesi dönemdeki 212 çocuğu değerlendirdikleri çalışmada çocukların %68'inin konuşma terapisi aldığını ve bu konuda ilerleme kaydetmelerine rağmen hala konuşma terapisine ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda, damağı da içeren yarık tiplerinde konuşma problemi ve konuşma terapisi alma durumu ile daha çok karşılaşılabilmesi öngörülmüştür. Bununla birlikte, çocuğun DDY tipi ile herhangi bir konuşma problemi varlığı ve konuşma terapisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, çalışmamızda konuşma problemi varlığının sadece velinin beyanı esas alınarak değerlendirilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. İlaveten, konuşma terapisi alan çocuk sayısının konuşma problemi olduğu bildirilen çocuk sayısından da az olması, velilerin çocuklarındaki konuşma problemlerini fark etme ve bir çözüm yolu arama konusunda yetersiz olduğunu düşündürmüştür.

DDY'li bebeklerin damak onarımı öncesinde uygun bir iskeletsel temel oluşturarak sonrasında yapılacak cerrahi işlemi kolaylaştırmak amacıyla ağız içi aparey (NAM apareyi, mold) sık kullanılmaktadır (140). Çalışmamızdaki çocukların üçte birinden fazlası (%37) doğumdan sonra aparey kullanmıştır. Bu çocukların yarıya yakınında (%42,5) konuşma problemi olmuşken, aparey kullanmayan çocukların üçte

birinden daha azında (%30,6) konuşma problemi görülmüştür. Doğum sonrası aparey kullanan çocuklarda konuşma probleminin daha sık görülmesi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Doğum sonrası aparey kullanımı ile konuşma terapisi alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aparey kullanan çocuklarda konuşma probleminin daha sık görülmesinin sebebi, bu çocukların DDY tipinin damağı da içerecek şekilde daha geniş olmasından kaynaklanmış olabilir. Aparey kullanımı ile konuşma terapisi alma durumu arasında ilişki olmamasının ise ebeveynlerin konuşma problemleri ve tedavi seçenekleri konusundaki farkındalık düzeyinin yeterince yüksek olmamasından kaynaklanmış olabileceğı düşünölmüştür.

DDY’li bebekler emme kuvveti oluşturma yeteneklerinin sınırlı olması ya da hiç olmaması nedeniyle genellikle beslenme güçlüğü çekmektedirler (136). Aileler bu besleme zorluklarını aşmak amacıyla çocuklarının özel durumuna uygun özel biberonlar ve besleme yöntemleri kullanmaktadırlar (19). Holt ve ark. (13) 3-6 yaş arası DDY’li 104 çocuğun ağız sağlığı durumunu değerlendirdikleri çalışmada, çocukların %65’inin biberonla beslenirken %35’inin annesinin memesinden emdiğini ve biberonla beslenen çocuklarda diş çürüğü prevalansının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacılar annenin eğitim düzeyi arttıkça çocukların biberonla beslenme oranının da arttığını saptamışlardır. Çalışmamızdaki çocukların yaklaşık üçte ikisi (%71,4) anneden hiç süt emmemiştir; tamamına yakını (%96,2) bir süre biberon kullanmıştır veya biberon kullanmaya devam etmektedir. Annenin ve babanın eğitim düzeyi ile çocuğun anneden süt emme ve biberon kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). DDY tipi açısından değerlendirildiğinde; çift taraflı DDY’li çocukların tamamına yakını (%97), izole sert ve yumuşak damak yarıklı çocukların büyük çoğunluğu (%89,2), tek taraflı DDY’li çocukların ise çoğunluğu (%81) annesinden süt emememiştir. Çocuktaki yarık tipi damağı içerdikçe, emme kuvveti oluşturma zorlaşmasına bağlı olarak, anneden süt emememe anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0,05$). Çocuğun yarık tipi ile biberon kullanma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durumun, çocukların annelerinden süt emseler bile ek olarak biberonla beslenme gereksinimi duymalarından kaynaklanmış olabileceğı düşünölmüştür.

Biberonla beslenme zamanı değerlendirildiğinde; ebeveynlerin çoğunluğu (%82,2) çocuklarını gece biberonla beslediklerini bildirmişlerdir. Ebeveynlerin çocuklarına gece biberonla en sık verdiği besinler mama, anne sütü, süt-bebe bisküvisi ve inek sütüdür. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça beslenme alışkanlıklarının çürük oluşumuna etkisi hakkındaki bilgi düzeyinin de artacağı ve gece besleme davranışının azalmış olabileceği düşünülse de anne ve babanın eğitim düzeyi ve gece besleme yapma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). DDY'li çocukların genel sağlık durumu ve geçirdiği ameliyatlar nedeniyle aileler çocuklarına karşı çok daha hoşgörülü davranabilmektedirler (11). Çalışmamızda eğitim düzeyi ve gece besleme davranışı arasında bir ilişki bulunmaması, bu hoşgörüden veya ebeveynlerin gece beslenmesinin yaratacağı problemlerden haberdar olmamalarından veya umursamamalarından kaynaklanmış olabilir. Nitekim, aileler diş fırçalamanın çürük önleyici etkisini bilip çocuklarının diş fırçalama alışkanlıklarının takibine özen gösterecekleri de beslenmenin çürük üzerine etkisini göz ardı etme eğilimindedirler (224). Çocukların yüksek miktarda ve sık şeker tüketimi sadece ağız sağlığı açısından değil genel sağlık açısından da olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (225, 226). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), şeker tüketimi için yayınladığı kılavuzda günlük şeker alımının toplam enerji alımının %10'undan az ve ideal olarak %5'inden az olmasını önermektedir (227). Çalışmamızdaki çocukların yarısından fazlası (%54,5) günde 0-1 kez, %22,2'si günde 2 kez, %23,3'ü günde 3 kez ya da daha fazla kez atıştırmalık tüketmektedir. Çocukların ara öğünlerde en çok tükettiği yiyecekler; taze meyve, bisküvi, kek, kraker, çikolata ve gofret; en sık tükettiği içecekler ise süt, taze meyve suyu ve kutu meyve suyudur. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe çocuğun ara öğünde kuru meyve tüketme oranı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,05$). Benzer şekilde, babanın eğitim düzeyinin artmasıyla çocukların ara öğünde kuruyemiş, taze meyve ve kuru meyve tüketim oranındaki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun, anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça muhtemelen ailenin gelir düzeyinin de artması ve bu gıdalara daha rahat bütçe ayırabiliyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda ara öğünde kola, gazoz gibi şekerli ve gazlı içecek tüketen çocukların annelerinin ve babalarının eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç Petruskienė ve ark.'nın (228) 0-3 yaş aralığındaki 123 sağlıklı

çocuğun annelerini dahil ederek yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Şekerli içeceklerin tüketimi çürük oluşumu için bir risk faktörüdür (229, 230) ve eğitim düzeyi yüksek ebeveynler sıklıkla çocuklarının şekerli gıda tüketim düzeyini sınırlama eğilimindedir (231). Ayrıca, ne yazık ki kuru meyve (232) de dahil olmak üzere şekerli yiyeceklerin sık tüketimi çocuklarda çürük riskini arttıran önemli bir faktördür (233-236). Çalışmamızdaki sonuçlar, eğitim düzeylerinin artmasıyla ebeveynlerin sağlıklı beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin de arttığını ve paketli gıdalar yerine daha sağlıklı olduğunu düşündükleri yiyecekleri tercih ettiklerini göstermektedir.

Sağlıklı bir ağızın takibinde 6 ayda bir planlanan düzenli diş hekimi kontrolleri önem taşımaktadır. Düzenli diş hekimi kontrollerini aksatan çocukların çürük riski sıklıkla daha yüksektir (237). Tokuç ve ark. (208), çocuğunu yılda iki kez diş hekimine götüren annelerin eğitim düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Chen ve ark. (213), eğitim düzeyi yüksek babaların son 12 ay içerisinde çocuklarını diş hekimi kontrolüne götürme oranının eğitim düzeyi düşük babalara göre 1.41 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar, annenin ve babanın eğitim düzeyi arttıkça çocukların diş hekimine gitme oranının da anlamlı şekilde arttığını saptamışlardır. Çalışmamızda, ebeveynlerin %36,4'ü çocuklarını 12 aydan kısa bir süre önce diş hekimine götürmüşken %47,2'si çocuğunu hiç diş hekimine götürmemiştir. Beklenenin aksine, annenin ve babanın eğitim düzeyi ile çocuğun en son diş hekimine götürülme zamanı arasında anlamlı olabilecek bir fark saptanmamıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında ebeveynlerin DDY'li çocuklarının genel sağlığına odaklanarak ağız diş sağlığına yeterli önemi vermemeleri ve bu nedenle eğitim düzeyinden bağımsız olarak çocuklarını diş hekimi ziyaretine gereken sıklıkta götürmemelerinin etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocuğun diş hekimi ziyaretine gitme zamanını asıl etkileyen faktörün ebeveynlerin en son diş hekimi ziyareti zamanı olduğu görülmektedir. Son 1 yıl içerisinde diş hekimine gitmiş anne ve babaların, çocuklarını da 1 yıldan kısa sürede diş hekimine götürme oranı anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Benzer şekilde, hiç diş hekimine gitmemiş ya da en son ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamayan anne ve babaların, çocuklarını da diş hekimine götürmeme ya da en son ne zaman diş hekimine götürdüğünü hatırlamama oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Bu durum, ebeveynlerin kendileri diş hekimine giderken çocuklarını da

birlikte götürme eğiliminde olmalarından kaynaklanmış olabilir. Poutanen ve ark. (238), çocukların ağız sağlığı ile ilişkili davranışlarına ebeveynlerinin etkisini değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, çocukların davranışları üzerinde ebeveynlerin bilgi düzeyi ve tutumlarına kıyasla davranışlarının daha etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuç, bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte olup ebeveynin eğitim düzeyindeki artışla oluşan bilgi düzeyindeki artışın aynı oranda ebeveynin davranışlarına aktarılmasının her zaman mümkün olamayacağını ortaya koymaktadır.

Çocuğun diş hekimine gitme sebebi hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Chen ve ark. (213), çocuğun diş hekimi ziyareti sebebinin babanın eğitim düzeyinden etkilenirken annenin eğitim düzeyinden etkilenmediğini bildirmişlerdir. Tokuç ve ark. (208) ise, çocuklarını diş hekimine ilk kez çapraşıklık başvurusuyla götüren annelerin orta düzeyde eğitim seviyesine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda çocuklarını diş çapraşıklığı nedeniyle diş hekimine götüren babaların eğitim düzeyi anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Çocuğunu hiç diş hekimine götürmemiş babaların eğitim düzeyi ise anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer diş hekimi başvuru nedenleri ile anne ve babanın eğitim düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar, Chen ve ark.'nın çalışmasıyla paralel olarak babanın eğitim düzeyinin çocuğun diş hekimi ziyareti sebebinde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle çapraşıklık şikayetiyle başvurunun babanın eğitim düzeyinden etkileniyor olmasının ise eğitim düzeyi arttıkça bu konudaki farkındalık düzeyinin artmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. DDY'li çocuklarda diş çapraşıklığının sık karşılaşılan bir problem olması da anlamlı farkın sebepleri arasında olabilir. Tokuç ve ark.'nın çalışmasıyla bizim çalışmamız arasında bir paralellik olmama sebebinin, araştırmacıların sağlıklı çocukların annelerini değerlendirmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Günde iki kez florürlü bir diş macunıyla dişlerin etkili ve düzenli olarak fırçalanması, çürük ve periodontal hastalık oluşumunu önleyici olarak etkililiği kanıtlanmış bir uygulamadır (239). Holt ve ark. (13) 3-6 yaş arası DDY'li 104 çocuğun ağız sağlığı durumunu değerlendirdikleri çalışmada çocukların %53'ünün günde en az 1 kez dişlerini fırçaladığını bildirmişlerdir. Yapılan çeşitli çalışmaların verilerine göre ülkemizdeki çocukların günde iki kez diş fırçalama oranı %17-40 arasında değişkenlik göstermektedir (208, 215, 240-244). 2004 yılı Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili

çalışmasında diş fırçası olan çocukların %24,8-38,3'ünün dişlerini günde 2 ya da daha fazla kez fırçaladığı bildirilmiştir (243). 2018 yılı Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili çalışma raporunda ise diş fırçası olan çocukların %20,2-28,2'sinin günde 2 veya daha fazla kez dişlerini fırçaladığı rapor edilmiştir (244). Çalışmamızdaki çocukların %58'inin kendine ait diş fırçası olsa da yalnızca %13,7'si günde 2 ya da daha fazla kez diş fırçalamakta, %46,1'i ise dişlerini hiç fırçalamamaktadır. Bu sonuç, DDY'li çocukların ağız bakımına daha önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda DDY tipi ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Tokuç ve ark. (208) çalışmalarında 3-14 yaşlarındaki, sağlıklı 313 çocuğun ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki tutum ve davranışlarını değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, çocukların %73,5'inin çocuk macunu, %24,9'unun erişkin macunu kullandığını, %1,6'sının ise diş macunu kullanmadığını bildirmişlerdir. Araştırmada, annenin eğitim düzeyi ile çocuğun kullandığı diş macunu tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bahsedilen çalışmada çocuk macunu kullanımı daha yüksekken, bizim çalışmamızda çocukların %37'si erişkin macunu, %8,5'i çocuk macunu kullanmaktadır. Çocukların %54,5'i ise diş macunu kullanmamaktadır. İki çalışma arasındaki farklılık, her iki çalışmada da çocukların yaş aralığının oldukça geniş olmasından ve yaşa göre gruplama yapılmamasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda diş macunu kullanmama oranının yüksek olmasının sebebi çocuğunun dişlerini fırçalamadığını belirten velilerin "macun kullanmıyor" cevabını "dişlerini fırçalamıyor" olarak algılamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Cinsiyetin ağız hijyen alışkanlıkları üzerine etkisi değerlendirildiğinde, etkisi olduğunu bildiren çalışmaların yanısıra (245, 246), tam tersini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (247, 248). Poutanen ve ark. (245), Finlandiya'da 11-12 yaş 1691 sağlıklı çocuğun ağız sağlığı alışkanlıklarını değerlendirdikleri çalışmada kız çocuklarının ağız diş sağlığı açısından olumlu alışkanlıklara sahip olma oranının erkek çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Schou ve ark. (246) ise, İskoçya'da okul çağındaki 4935 sağlıklı çocuğun ağız sağlığı alışkanlıklarını değerlendirdikleri çalışmada ise kız çocuklarının diş fırçalama sıklığının erkek çocuklara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda ise cinsiyet ve diş fırçalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gelir düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışma durumu sosyoekonomik durumun bir belirteci olarak çocukların ağız sağlığı durumu üzerinde etkili olabilen bir faktördür (236). Bazı çalışmalarda düşük sosyal statüye (249, 250) ve düşük aylık gelire (251-254) sahip ailelerin çocuklarında diş çürüğü görülme prevalansının daha yüksek olduğu bildirilse de sosyoekonomik durum ve çürük riski arasında anlamlı ilişki bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (234, 252, 255). Çalışmamızda annelerin %18,4'ü, babaların ise %86,3'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Annelerin oranının babalara kıyasla düşük olması ülkemizin ataerkil toplumsal yapısıyla ilişkili olabileceği gibi, DDY gibi bir kraniyofasiyal anomalili çocuğu olan annelerin çalışmayı bırakmayı tercih ederek çocuğun bakımına odaklanmak istemesiyle de ilişkili olabilir. Vanobberge ve ark. (256), 7 yaşındaki sağlıklı 1500 çocuğun ağız sağlığını klinik olarak değerlendirdikleri çalışmada gelir düzeyi yüksek bir işte çalışan babalar ve ev hanımı annelerin çocuklarının ağız sağlığının diğer sosyoekonomik gruplara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda babası gelir getiren bir işte çalışan çocukların diş fırçalama ve diş macunu kullanma oranı anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, babanın gelir getiren bir işte çalışıyor olması çocuğun diş fırçalama oranını 2,089 kat arttırırken (OR=2,089; %95GA:1,065-4,097; $p=0,032$), çocuğun diş macunu kullanma oranını ise 2,124 kat arttırmaktadır (OR=2,124; %95GA:1,036-4,357; $p=0,040$). Ülkemizin ataerkil toplumunda babalar çalışarak evin geçimini sağlarken annelerin çocuğun bakımıyla ilgilenen taraf olması sık karşılaşılan bir tablodur. Gelir getiren bir işte çalışan babaların çocuklarına diş fırçası ve diş macununu maddi olarak daha rahat sağlayabiliyor olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Ebeveynlerin yaşı, çocukların ağız sağlığı davranışları üzerinde etki gösteren bir faktördür (257). Yapılan çalışmalarda annenin yaşındaki artışın çocuktaki olumlu ağız diş sağlığı davranışları ve daha düşük çürük riskiyle ilişkili olduğu bildirilmişse de (252, 258, 259) herhangi bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (260, 261). Çalışmamızda annenin ve babanın yaşı arttıkça çocukların diş fırçalama ve diş macunu kullanma oranı anlamlı şekilde artmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde ise, annenin yaşındaki 1 birim artışın çocuğun diş fırçalama oranını 1,071 kat arttırırken (OR=1,071; %95GA:1,030-1,114;

$p=0,001$), çocuğun diş macunu kullanma oranını ise 1,106 kat arttırdığı görülmüştür (OR=1,106; %95GA:1,062-1,153; $p=0,000$). Bu durumun oluşmasında ebeveynlerin yaş ile artan bilgi ve tecrübesinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Eğitim düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında günde 2 kez diş fırçalama alışkanlığının daha sık olduğu rapor edilmiştir (216, 262). Çeşitli çalışmalarda, annenin eğitim düzeyinin çocuğun ağız sağlığı davranışları üzerinde babanın eğitim düzeyinden daha çok etkili olduğu bildirilmiştir (211, 212, 263, 264). Chen ve ark. (213), 8446 sağlıklı çocuk ve ailesini değerlendirdikleri çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocuğun fırçalama alışkanlıkları üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacılar, eğitim düzeyinin anne ve baba olarak ayrı ayrı değerlendirildiği lojistik regresyon analizi sonucunda ise çocuğun diş fırçalama alışkanlığının babanın eğitim düzeyinden etkilenmezken annenin eğitim düzeyinden etkilendiğini saptamışlardır. Çalışmamızda, farklı olarak, babanın eğitim düzeyi arttıkça çocuğun diş fırçalama durumunun anlamlı şekilde arttığı görülmüştür ($p<0,05$). İki çalışma arasındaki bu fark, bizim çalışmamızdaki katılımcıların hem sayıca az hem de DDY'li çocukların ebeveynleri olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, iki ülkenin toplum ve aile yapısındaki farklılıkların da etkili olması mümkündür. Koçoğlu ve ark. (265) 7-15 yaşındaki 151 çocuğun ağız ve diş sağlığını etkileyen risk faktörlerini değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, eğitim düzeyi düşük babaların çocuklarında çürük riskinin 3,4 kat daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Hubbezoğlu ve ark. (266) benzer yaş aralığındaki 1600 çocuğun ağız ve diş sağlığını değerlendirdikleri çalışmalarında, babanın eğitim düzeyi arttıkça çocuğun diş fırçalama alışkanlığının da arttığını bildirmişlerdir. Baba ve çocuk ilişkisi, çocuğun gelecekteki ruh sağlığı da dahil olmak üzere çocuğun sağlıklı gelişimi üzerinde etkili önemli bir faktördür (267-269). Çocuklar davranışlarını ebeveynlerinden etkilenecek edinirler (238). Çalışmamızın sonuçları, babanın eğitim düzeyi arttıkça ağız sağlığı bilgi düzeyinin de arttığını ve babaların çocukları için uygun bir rol model olabileceğini düşündürmüştür. Çocuğun diş fırçalama durumunun babanın eğitim durumundan etkilenmesinde çocukların babalarının sözlerini daha çok dinlemeleri de etkili olmuş olabilir. Nitekim, toplumumuzun ataerkil yapısında babanın çocuklar tarafından otorite kaynağı olarak algılanması muhtemeldir.

Ebeveynlerin bilgi düzeylerinin bir göstergesi olarak ağız ve diş sağlığı açısından sergiledikleri tüm davranışlar çocuklarının ağız sağlığı üzerinde etkili olabilmektedir (236). Yetersiz ağız hijyenine sahip, diş hekimi randevularını aksatan, ağızda çürük dişleri bulunan ve diş fırçalama sıklığı yeterli olmayan ebeveynlerin çocuklarında çürük riski daha yüksektir (270, 271). Çalışmamızdaki annelerin %43,7'sinin, babaların ise %40,5'inin ağızda tedavi edilmemiş çürük dişler mevcuttur. Son 1 yıl içerisinde diş hekimi ziyaretine giden anne ve babaların çocuklarının diş fırçalama ve diş macunu kullanma oranı anlamlı şekilde daha yüksekken, hiç diş hekimine gitmemiş ya da en son ne zaman diş hekimine gittiğini hatırlamayan anne ve babaların çocuklarının diş fırçalama ve diş macunu kullanma oranı anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çocukların diş fırçalama ve macun kullanma durumunu etkileyen faktörler lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde ise, annenin 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş olmasının çocuğun diş fırçalama oranını 1,995 kat arttırırken ($OR=1,995$; %95GA:1,119-3,557; $p=0,019$), çocuğun diş macunu kullanma oranını 2,076 kat arttırdığı görülmüştür ($OR=2,076$; %95GA:1,137-3,791; $p=0,017$). Bu durum, düzenli diş hekimi ziyaretine gitmenin ebeveynin bilgi düzeyini ve çocuklarının davranışlarını etkileyebildiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçların ışığında, çocukların davranışlarını ebeveynlerinin davranışlarından etkilenerek edindiği bilgisine de dayanarak (238), ebeveynlerin düzenli diş hekimi ziyaretine gitmesinin çocuklarının ağız diş sağlığı üzerinde önemli etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Ebeveynlerin diş fırçalama alışkanlıklarının da çocuklarının diş fırçalama alışkanlıkları üzerinde doğrudan etkili olduğu öne sürülmüştür (206). Petruskienė ve ark. (228), dişlerini günde 2 kez fırçalayan annelerin çocuklarının da dişlerini aynı sıklıkta fırçalama oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Folayan ve ark. (264) ise annenin ağız sağlığı davranışlarının çocuklarının ağız sağlığı davranışlarını tahmin etmede önemli bir belirteç olduğunu rapor etmişlerdir. Koçanalı ve ark. (272) 7-13 yaşlarındaki sağlıklı 300 çocuğun ebeveynlerinin diş fırçalama alışkanlıkları ile çocuklarının diş fırçalama alışkanlıkları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Benzer ilişki, Özbek ve ark.'nın (273) çalışmasında 4-15 yaşlarındaki 126 sağlıklı çocuk ve ebeveynleri arasında da bulunmuştur. Bununla birlikte, Pullishery ark. (274) okul öncesi dönemdeki sağlıklı 130 çocuk ve annelerinin

diş fırçalama alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamışlardır. Bu sonuca benzer şekilde, çalışmamızda da anne ve babanın diş fırçalaması ile çocuklarının diş fırçalama ve macun kullanması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durumun ebeveynlerin kendileriyle ilgili sorularda alışkanlıklarından ziyade doğru olanı işaretlemelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Nitekim benzer konuda yapılan bazı çalışmalarda da bu durum öngörülmüştür (224, 275).

Çeşitli çalışmalarda, ebeveynlerin sigara içmesinin çocuklarda kötü bir ağız sağlığı açısından risk faktörü olduğu bildirilse de (233, 276, 277) ebeveynlerin sigara içmesiyle çocukların ağız sağlığı davranışları arasında ilişki bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (228, 278). Sigara içen bireyler sıklıkla sağlıksız yaşam tarzına ve daha düşük ağız sağlığı farkındalığına sahip olduğundan bu bireylerin çocuklarının ağız sağlığı ve genel sağlığı konusunda da daha az ilgili olacağı düşünülmektedir (279). Çalışmamızda annelerin %17,8'i ve babaların %52,8'i sigara içerken, annelerin %3,5'i, babaların ise %4,7'si sigarayı bir dönem kullanıp bırakmışlardır. Annenin ve babanın sigara içmesiyle çocuğun diş fırçalaması ve diş macunu kullanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kültürel normlar ve uygulamalar; değer yargıları, inanç, dil, beslenme, aile yapısı, gelenekler, medikal ve dental koruyucu yaklaşımlar gibi çok sayıda sosyal faktör üzerinden çocuğun ağız sağlığı davranışları üzerinde etkili olmaktadır (206, 280, 281). Walker ve ark. (263) 130 Latin Amerikalı annelerin kendilerini çocuklarının dişlerini fırçalamak, beslenme alışkanlıklarını takip etmek ve ihtiyaç durumunda diş hekimi kontrollerine götürmek konusunda sorumlu hissettiğini; babaların ise çocuğun ağız sağlığı açısından görevlerini sağlık hizmeti masraflarını karşılama olarak algıladığını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalar çocuğun bakımından sorumlu ebeveynin sıklıkla anneler olduğunu (282, 283) ve çocukların ağız sağlığı bilgi ve davranışlarının sıklıkla annenin bilgi düzeyi ve alışkanlıklarından (211-213, 263, 264) etkilendiğini bildirirse de çalışmamız, babaların eğitim durumu ve davranışlarının da çocuğun ağız sağlığı davranış ve alışkanlıklarının oluşturulmasında belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda babanın eğitim düzeyi ve davranışları çocukların ağız sağlığıyla ilişkili birçok konuda fark yaratmış olsa da lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, çocukların diş fırçalama ve diş macunu kullanma durumu

üzerinde etkili esas faktörlerin, babanın gelir getiren bir işte çalışmasına ek olarak annenin yaşı ve annenin en son diş hekimi ziyaretinin zamanı olduğu görülmüştür. Bu durum, annenin çocuğun ağız sağlığı alışkanlıklarını oluşturmada oldukça önemli bir rolü olduğu (213, 264) görüşünü kuvvetlendirir niteliktedir. Bu bilgilerin ışığında, ailelere yapılacak ağız diş sağlığı konulu bilgilendirmelerde sadece annelerin değil özellikle babaların eğitimine de önem verilmesi gerekmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olsa da DDY’li çocukların ağız sağlığı davranışları üzerinde etkili faktörlerin değerlendirildiği başka çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın limitasyonlarının esas sebebi pandemi döneminde yapılmasından kaynaklanmaktadır. Yalnızca online anket formu üzerinden velilerin beyanı yoluyla bilgi toplanmış ve bu bilgiler hem çocuğun hem de ebeveynin ağız sağlığı muayenesi verileriyle karşılaştırılmamıştır. Katılımcı sayısı, DDY’li spesifik bir popülasyonu ifade etmesi açısından kabul edilebilir düzeyde olsa da anket formlarına beklenenden daha az sayıda geri dönüş yapılmıştır. Bu durumun pandemi döneminde her konuda online anketlerin artmasına bağlı olarak katılımcılarda oluşan yorgunlukla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Benzer online anket çalışmalarındaki hasta sayısının fazla olması, bu çalışmaların sağlıklı bir popülasyonlarda yapılmasından ve ülkelerin daha iyi bir iletişim ve hasta takip altyapısı sayesinde online formların daha çok kişiye ulaşabilmesi ve geri dönüşlerin de aynı oranda fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Sonuç olarak, DDY’li bebeklerin doğumundan itibaren fonksiyonel ve estetik problemlerinin giderilmesi aileleri ciddi şekilde meşgul etmektedir. Aileler dikkatlerini çocuklarının tıbbi durumuna ve geçirdiği operasyonlara vermekte ve ağız diş sağlığını ihmal edebilmektedirler. DDY’li çocukların diş hekimi kontrollerinin düzenli olarak yapılması diş çürüklerinin, dental anomalilerin, malokluzyonların erken teşhisi açısından oldukça faydalıdır. Hastaya ve ailesine iyi bir ağız hijyen eğitimi verilerek diş fırçalama alışkanlığı kazandırılmalı ve sağlıklı bir ağız için gerekli diyet önerilerinde bulunulmalıdır. Gerekli durumlarda topikal florür uygulanması ve koruyucu restorasyonların yapılması ayrıca minör ortodontik bozuklukların düzeltilmesi ve ihtiyaç durumunda bir ortodonti uzmanına yönlendirilmesi çocuk diş hekiminin sorumlulukları arasındadır (284).

Çocuk diş hekimi bu çocuklar ve aileleriyle bebeklikten genç erişkin döneme kadar çalışma fırsatına sahiptir ve optimum ağız sağlığının teşvik edilmesinin yanı sıra ailenin alacağı karmaşık sağlık hizmetlerini doğru bir şekilde idare edebilmesini sağlamada yol gösterici olarak rol oynamaktadır (19).

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızdaki 343 çocuktan 67'si (%19,5) çift taraflı DDY, 115'i (%33,5) tek taraflı DDY, 37'si (%10,8) izole sert ve yumuşak damak yarığı, 60'ı (%17,5) izole yumuşak damak yarığı, 29'u (%8,5) ise izole dudak yarığıdır. Velilerin 35'i (%10,2) çocuğunun DDY tipini bilmemektedir.
2. Erkeklerde DDY görülme sıklığı kızlara göre daha fazladır.
3. Tek taraflı DDY görülme sıklığı çift taraflı DDY'ye göre daha fazladır.
4. Annenin ve babanın eğitim düzeyi arttıkça ağız diş sağlığı bilgi düzeyinin artışı istatistiksel olarak anlamlıdır.
5. Çocuğun diş fırçalama oranı; annenin yaşındaki 1 birimlik artış ile 1,071 kat artarken, babanın gelir getiren bir işte çalışıyor olması ile 2,089 kat artmakta, annenin 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş olmasıyla ise 1,995 kat artmaktadır.
6. Çocuğun diş macunu kullanma oranı; annenin yaşındaki 1 birimlik artış ile 1,106 kat artarken, babanın gelir getiren bir işte çalışıyor olması ile 2,124 kat artmakta, annenin 1 yıldan kısa süre önce diş hekimine gitmiş olmasıyla ise 2,076 kat artmaktadır.
7. Anne ve babanın eğitim düzeyinin düşmesi ile çocuğun ara öğünlerde şekerli ve gazlı içecek tüketiminin artışı istatistiksel olarak anlamlıdır.
8. Çocuğun DDY tipi damağı içerdikçe annesinin memesinden süt emme oranının azalması istatistiksel olarak anlamlıdır.
9. Çocuğun DDY tipi ile herhangi bir konuşma problemi varlığı ve konuşma terapisi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Bender PL. Genetics of cleft lip and palate. *Journal of pediatric nursing*. 2000;15(4):242-9.
2. Mossey P. Global strategies to reduce the healthcare burden of craniofacial anomalies. *Br Dent J*. 2003;195(10):613-.
3. Vanz AP, Ribeiro NRR. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:596-602.
4. Saif S, Bourzgui F. The Quality of life of Children with and without lip and Palate clefts before and after Dental Treatment using the Moroccan Version of ECOHIS. *International Journal of Drug Research And Dental Science*. 2019;1(1):11-20.
5. Mitchell JC, Wood RJ. Management of cleft lip and palate in primary care. *Journal of pediatric health care*. 2000;14(1):13-9.
6. Freitas JA, das Neves LT, de Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedu RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP)--Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(1):9-15.
7. Freitas JA, Garib DG, Oliveira M, Lauris Rde C, Almeida AL, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)--part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(2):268-81.
8. Worth V, Perry R, Ireland T, Wills A, Sandy J, Ness A. Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *Br Dent J*. 2017;223(1):37.
9. Veiga KA, Porto AN, Matos FZ, de Brito PCB, Borges ÁH, Volpato LER, et al. Caries experience and periodontal status in children and adolescents with cleft lip and palate. *Pediatr Dent*. 2017;39(2):139-44.
10. Dahllof G, Ussisoo-Joandi R, Ideberg M, Modeer T. Caries, gingivitis, and dental abnormalities in preschool children with cleft lip and/or palate. *Cleft palate J*. 1989;26(3):233-7.
11. Johnsen DC, Morris Dixon M. Dental caries of primary incisors in children with cleft lip and palate. *Children*. 1984;5(5).

12. deCastilho ARF, Das Neves LT, de Carvalho Carrara CF. Evaluation of oral health knowledge and oral health status in mothers and their children with cleft lip and palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2006;43(6):726-30.
13. Holt R, Jin P, Fan P. Caries experience and oral health behaviour in Chinese children with cleft lip and/or palate. *J Paediatr Dent*. 2001;23:431-4.
14. Gopakumar M, Hegde AM. Parental attitude towards the provision of nonsurgical oral health care to children with oral clefts: an epidemiological survey. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2010;3(1):35.
15. McDonagh S, Pinson R, Shaw A. Provision of general dental care for children with cleft lip and palate—parental attitudes and experiences. *Br Dent J*. 2000;189(8):432-4.
16. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-85.
17. Gillgrass T, Welbury R. Craniofacial growth and development. In: Welbury R, editor. *Paediatric Dentistry*. Fifth ed: Oxford University Press; 2018.
18. Sperber GH, Sperber, S.M. Embryogenetics of Cleft Lip and Palate. In: Berkowitz S, editor. *Cleft Lip and Palate*. Third ed: Springer; 2013. p. 3-28.
19. Genesser MK, V. A. Cleft Lip And Palate. In: Nowak A, editor. *Pediatr Dent*. Sixth ed: Elsevier; 2018.
20. Kummer AW. Clefts of the Lip and Palate. In: Kummer AW, editor. *Cleft Palate and Craniofacial Conditions*. 4th ed: Jones & Barlett Learning; 2020.
21. Grosen D, Chevrier C, Skytthe A, Bille C, Mølsted K, Sivertsen Å, et al. A cohort study of recurrence patterns among more than 54 000 relatives of oral cleft cases in Denmark: support for the multifactorial threshold model of inheritance. *Journal of medical genetics*. 2010;47(3):162-8.
22. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82:213-8.
23. Honein MA, Rasmussen SA, Reefhuis J, Romitti PA, Lammer EJ, Sun L, et al. Maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure and the risk of orofacial clefts. *Epidemiology*. 2007:226-33.
24. Romitti PA, Lidral AC, Munger RG, Daack-Hirsch S, Burns TL, Murray JC. Candidate genes for nonsyndromic cleft lip and palate and maternal cigarette smoking and alcohol consumption: evaluation of genotype-environment interactions from a population-based case-control study of orofacial clefts. *Teratology*. 1999;59(1):39-50.

25. Chevrier C, Perret C, Bahuau M, Nelva A, Herman C, Francannet C, et al. Interaction between the ADH1C polymorphism and maternal alcohol intake in the risk of nonsyndromic oral clefts: an evaluation of the contribution of child and maternal genotypes. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2005;73(2):114-22.
26. Bille C, Olsen J, Vach W, Knudsen VK, Olsen SF, Rasmussen K, et al. Oral clefts and life style factors—a case-cohort study based on prospective Danish data. *European journal of epidemiology*. 2007;22(3):173.
27. Meyer KA, Werler MM, Hayes C, Mitchell AA. Low maternal alcohol consumption during pregnancy and oral clefts in offspring: the Slone Birth Defects Study. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2003;67(7):509-14.
28. Romitti PA, Sun L, Honein MA, Reefhuis J, Correa A, Rasmussen SA, et al. Maternal periconceptional alcohol consumption and risk of orofacial clefts. *American journal of epidemiology*. 2007;166(7):775-85.
29. Carmichael SL, Shaw GM, Yang W, Abrams B, Lammer EJ. Maternal stressful life events and risks of birth defects. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2007;18(3):356.
30. Communication UDo. Tracking progress on child and maternal nutrition: a survival and development priority: Unicef; 2009.
31. Douglas B. The role of environmental factors in the etiology of so-called congenital malformations. I. Deductions from the presence of cleft lip and palate in one of identical twins, from embryology and from animal experiments. *Plastic and reconstructive surgery and the transplantation bulletin*. 1958;22(2):94-108.
32. BRIGGS RM. Vitamin supplementation as a possible factor in the incidence of cleft lip/palate deformities in humans. 1976.
33. Czeizel AE. Controlled studies of multivitamin supplementation on pregnancy outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993;678:266-75.
34. Johnson CY, Little J. Folate intake, markers of folate status and oral clefts: is the evidence converging? *International journal of epidemiology*. 2008;37(5):1041-58.
35. Asling C, Nelson M, Dougherty H, Weight H, Evans H. The development of cleft palate resulting from maternal pteroylglutamic (folic) acid deficiency during the latter half of gestation in rats. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 1960;111:19-28.
36. Hernández-Díaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects. *New England journal of medicine*. 2000;343(22):1608-14.

37. Simmons CJ, Mosley BS, Fulton-Bond CA, Hobbs CA. Birth defects in Arkansas: is folic acid fortification making a difference? *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2004;70(9):559-64.
38. Canfield MA, Collins JS, Botto LD, Williams LJ, Mai CT, Kirby RS, et al. Changes in the birth prevalence of selected birth defects after grain fortification with folic acid in the United States: findings from a multi-state population-based study. *Birth defects research Part A, Clinical and molecular teratology*. 2005;73(10):679-89.
39. Botto LD, Lisi A, Bower C, Canfield MA, Dattani N, De Vigan C, et al. Trends of selected malformations in relation to folic acid recommendations and fortification: an international assessment. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2006;76(10):693-705.
40. Ray JG, Meier C, Vermeulen MJ, Wyatt PR, Cole DE. Association between folic acid food fortification and congenital orofacial clefts. *The Journal of pediatrics*. 2003;143(6):805-7.
41. López-Camelo JS, Orioli IM, Dutra MdG, Nazer-Herrera J, Rivera N, Ojeda ME, et al. Reduction of birth prevalence rates of neural tube defects after folic acid fortification in Chile. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2005;135(2):120-5.
42. Zhou Y, Sinnathamby V, Yu Y, Sikora L, Johnson CY, Mossey P, et al. Folate intake, markers of folate status and oral clefts: An updated set of systematic reviews and meta-analyses. *Birth defects research*. 2020;112(19):1699-719.
43. Wong WY, Eskes TK, Kuijpers-Jagtman AM, Spauwen PH, Steegers EA, Thomas CM, et al. Nonsyndromic orofacial clefts: association with maternal hyperhomocysteinemia. *Teratology*. 1999;60(5):253-7.
44. van Rooij IA, Vermeij-Keers C, Kluijtmans LA, Ocké MC, Zielhuis GA, Goorhuis-Brouwer SM, et al. Does the interaction between maternal folate intake and the methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms affect the risk of cleft lip with or without cleft palate? *American journal of epidemiology*. 2003;157(7):583-91.
45. Miller TJ. Cleft palate formation: a role for pyridoxine in the closure of the secondary palate in mice. *Teratology*. 1972;6(3):351-6.
46. Munger RG, Sauberlich HE, Corcoran C, Nepomuceno B, Daack-Hirsch S, Solon FS. Maternal vitamin B-6 and folate status and risk of oral cleft birth defects in the Philippines. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2004;70(7):464-71.
47. Warkany J, Petering HG. Congenital malformations of the central nervous system in rats produced by maternal zinc deficiency. *Teratology*. 1972;5(3):319-34.

48. Tamura T, Munger RG, Corcoran C, Bacayao JY, Nepomuceno B, Solon F. Plasma zinc concentrations of mothers and the risk of nonsyndromic oral clefts in their children: a case-control study in the Philippines. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2005;73(9):612-6.
49. Krapels IP, van Rooij IA, Wevers RA, Zielhuis GA, Spauwen PH, Brussel W, et al. Myo-inositol, glucose and zinc status as risk factors for non-syndromic cleft lip with or without cleft palate in offspring: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2004;111(7):661-8.
50. Munger RG, Tamura T, Johnston KE, Feldkamp ML, Pfister R, Carey JC. Plasma zinc concentrations of mothers and the risk of oral clefts in their children in Utah. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2009;85(2):151-5.
51. Warkany J, Nelson RC. Appearance of skeletal abnormalities in the offspring of rats reared on a deficient diet. *Science (Washington)*. 1940;92:383-4.
52. Rothman KJ, Moore LL, Singer MR, Nguyen U-SD, Mannino S, Milunsky A. Teratogenicity of high vitamin A intake. *New England Journal of Medicine*. 1995;333(21):1369-73.
53. Mitchell LE, Murray JC, O'Brien S, Christensen K. Retinoic acid receptor alpha gene variants, multivitamin use, and liver intake as risk factors for oral clefts: a population-based case-control study in Denmark, 1991-1994. *American journal of epidemiology*. 2003;158(1):69-76.
54. Lammer EJ, Chen DT, Hoar RM, Agnish ND, Benke PJ, Braun JT, et al. Retinoic acid embryopathy. *New England Journal of Medicine*. 1985;313(14):837-41.
55. Dravet C, Julian C, Legras C, Magaouda A, Guerrini R, Genton P, et al. Epilepsy, antiepileptic drugs, and malformations in children of women with epilepsy: a French prospective cohort study. *Neurology*. 1992;42(4 Suppl 5):75-82.
56. Abrishamchian AR, Khoury MJ, Calle EE. The contribution of maternal epilepsy and its treatment to the etiology of oral clefts: A population based case-control study. *Genetic epidemiology*. 1994;11(4):343-51.
57. Shaw G, Wasserman C, O'Malley C, Lammer E, Finnell R. Orofacial clefts and maternal anticonvulsant use. *Reproductive Toxicology*. 1995;9(1):97-8.
58. Durner M, Greenberg D, Delgado-Escueta A. Is there a genetic relationship between epilepsy and birth defects? *Neurology*. 1992;42(4 Suppl 5):63-7.
59. Finnell RH, Dansky LV. Parental epilepsy, anticonvulsant drugs, and reproductive outcome: epidemiologic and experimental findings spanning three decades; 1: Animal studies. *Reproductive Toxicology*. 1991;5(4):281-99.

60. Saxén I. Epidemiology of cleft lip and palate. An attempt to rule out chance correlations. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1975;29(2):103-10.
61. Wilson JG. Embryotoxicity of drugs in man. *General Principles and Etiology*: Springer; 1977. p. 309-55.
62. Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A, Moretti ME, Beique L, Hunnisett L, et al. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology*. 2000;62(6):385-92.
63. Shaw GM, Nelson V, Iovannisci DM, Finnell RH, Lammer EJ. Maternal occupational chemical exposures and biotransformation genotypes as risk factors for selected congenital anomalies. *American journal of epidemiology*. 2003;157(6):475-84.
64. Gordon JE, Shy CM. Agricultural chemical use and congenital cleft lip and/or palate. *Archives of Environmental Health: An International Journal*. 1981;36(5):213-21.
65. García AM. Occupational exposure to pesticides and congenital malformations: a review of mechanisms, methods, and results. *American journal of industrial medicine*. 1998;33(3):232-40.
66. Koya P, Chougankar M, Predeep P, Jojo P, Cheriyan V, Mayya Y, et al. Effect of low and chronic radiation exposure: a case-control study of mental retardation and cleft lip/palate in the monazite-bearing coastal areas of southern Kerala. *Radiation research*. 2012;177(1):109-16.
67. Carmichael SL, Shaw GM. Maternal life event stress and congenital anomalies. *Epidemiology*. 2000;11(1):30-5.
68. Botto LD, Erickson JD, Mulinare J, Lynberg MC, Liu Y. Maternal fever, multivitamin use, and selected birth defects: evidence of interaction? *Epidemiology*. 2002:485-8.
69. Shahrukh Hashmi S, Gallaway MS, Waller DK, Langlois PH, Hecht JT. Maternal fever during early pregnancy and the risk of oral clefts. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2010;88(3):186-94.
70. Acs N, Bánhidly F, Puhó E, Czeizel AE. Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*. 2005;73(12):989-96.
71. Cheng N, Bai Y, Hu X, Pei H, Li Y, Zhang W, et al. Prevalence of birth defects and rubella infection in pregnant women in Gansu, west China. A survey. *The Journal of reproductive medicine*. 2003;48(11):869-74.

72. Goodday R, Precious D. Duplication of mental nerve in a patient with cleft lip-palate and rubella syndrome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*. 1988;65(2):157-60.
73. Puho E, Métneki J, Czeizel A. Maternal employment status and isolated orofacial clefts in Hungary. *Central european journal of public health*. 2005;13(3):144-8.
74. Weichert A, Vogt M, Dudenhausen JW, Kalache KD. Evidence in a human fetus of micrognathia and cleft lip as potential effects of early cytomegalovirus infection. *Fetal diagnosis and therapy*. 2010;28(4):225-8.
75. Ornoy A, Diav-Citrin O. Fetal effects of primary and secondary cytomegalovirus infection in pregnancy. *Reproductive Toxicology*. 2006;21(4):399-409.
76. Fell DB, Azziz-Baumgartner E, Baker MG, Batra M, Beauté J, Beutels P, et al. Influenza epidemiology and immunization during pregnancy: final report of a World Health Organization working group. *Vaccine*. 2017;35(43):5738-50.
77. Harris J. Oligohydramnios and cortisone-induced cleft palate. *Nature*. 1964;203(4944):533-4.
78. DeMyer W, Baird I. Mortality and skeletal malformations from amniocentesis and oligohydramnios in rats: cleft palate, clubfoot, microstomia, and adactyly. *Teratology*. 1969;2(1):33-7.
79. Ulkumen BA, Pala H, Baytur YB, Koyuncu F. Outcomes and management strategies in pregnancies with early onset oligohydramnios. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(3):355-7.
80. Kucera J. Rate and type of congenital anomalies among offspring of diabetic women. *The Journal of reproductive medicine*. 1971;7(2):73-82.
81. Becerra JE, Khoury MJ, Cordero JF, Erickson JD. Diabetes mellitus during pregnancy and the risks for specific birth defects: a population-based case-control study. *Pediatrics*. 1990;85(1):1-9.
82. Janssen PA, Rothman I, Schwartz SM. Congenital malformations in newborns of women with established and gestational diabetes in Washington State, 1984–91. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 1996;10(1):52-63.
83. Spilson SV, Kim HJE, Chung KC. Association between maternal diabetes mellitus and newborn oral cleft. *Annals of plastic surgery*. 2001;47(5):477-81.
84. Beard R, Lowy C. The British survey of diabetic pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1982;89(10):783-6.

85. Stott-Miller M, Heike CL, Kratz M, Starr JR. Increased risk of orofacial clefts associated with maternal obesity: case-control study and Monte Carlo-based bias analysis. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2010;24(5):502-12.
86. Molina-Solana R, Yáñez-Vico R-M, Iglesias-Linares A, Mendoza-Mendoza A, Solano-Reina E. Current concepts on the effect of environmental factors on cleft lip and palate. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2013;42(2):177-84.
87. Cedergren M, Källén B. Maternal obesity and the risk for orofacial clefts in the offspring. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2005;42(4):367-71.
88. Hay S. Incidence of clefts and parental age. *The Cleft palate journal*. 1967;4(3):205-13.
89. Hay S, Barbano H. Independent effects of maternal age and birth order on the incidence of selected congenital malformations. *Teratology*. 1972;6(3):271-9.
90. Shaw GM, Croen LA, Curry CJ. Isolated oral cleft malformations: associations with maternal and infant characteristics in a California population. *Teratology*. 1991;43(3):225-8.
91. Mac Mahon B, Mc Keown T. The incidence of harelip and cleft palate related to birth rank and maternal age. *American journal of human genetics*. 1953;5(2):176.
92. Baird P, Sadovnick A, Yee I. Maternal age and oral cleft malformations: Data from a population-based series of 576,815 consecutive livebirths. *Teratology*. 1994;49(6):448-51.
93. Hermann NV, Darvann TA, Munch A, Kreiborg S. Parental age in relation to the severity of cleft lip and/or palate. *Orthod Craniofac Res*. 2018;21(4):236-41.
94. Martelli DRB, da Cruz KW, de Barros LM, Silveira MF, Oliveira Swerts MS, Júnior HM. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip-palate. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2010;76(1):107-12.
95. Wyszynski DF, Zeiger J, Tilli MT, Bailey-Wilson JE, Beaty TH. Survey of genetic counselors and clinical geneticists regarding recurrence risks for families with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. *American journal of medical genetics*. 1998;79(3):184-90.
96. Lidral AC, Romitti PA, Basart AM, Doetschman T, Leysens NJ, Daack-Hirsch S, et al. Association of MSX1 and TGFB3 with nonsyndromic clefting in humans. *The American Journal of Human Genetics*. 1998;63(2):557-68.
97. Adeyemo WL, Butali A. Genetics and genomics etiology of nonsyndromic orofacial clefts. *Molecular genetics & genomic medicine*. 2017;5(1):3-7.
98. Rahimov F, Jugessur A, Murray JC. Genetics of nonsyndromic orofacial clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2012;49(1):73-91.

99. Zuccherero TM, Cooper ME, Maher BS, Daack-Hirsch S, Nepomuceno B, Ribeiro L, et al. Interferon regulatory factor 6 (IRF6) gene variants and the risk of isolated cleft lip or palate. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(8):769-80.
100. FitzPatrick D, Farrall M. An estimation of the number of susceptibility loci for isolated cleft palate. *Journal of craniofacial genetics and developmental biology*. 1993;13(4):230-5.
101. Marazita M, Spence M, Melnick M. Major gene determination of liability to cleft lip with or without cleft palate: a multiracial view. *Journal of craniofacial genetics and developmental biology Supplement*. 1986;2:89-97.
102. Prescott NJ, Lees MM, Winter RM, Malcolm S. Identification of susceptibility loci for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in a two stage genome scan of affected sib-pairs. *Human genetics*. 2000;106(3):345-50.
103. FitzPatrick DR, Carr IM, McLaren L, Leek JP, Wightman P, Williamson K, et al. Identification of SATB2 as the cleft palate gene on 2q32–q33. *Human molecular genetics*. 2003;12(19):2491-501.
104. Birnbaum S, Ludwig KU, Reutter H, Herms S, Steffens M, Rubini M, et al. Key susceptibility locus for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate on chromosome 8q24. *Nature genetics*. 2009;41(4):473-7.
105. Chevrier C, Perret C, Bahuau M, Zhu H, Nelva A, Herman C, et al. Fetal and maternal MTHFR C677T genotype, maternal folate intake and the risk of nonsyndromic oral clefts. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2007;143(3):248-57.
106. Vieira AR, Murray JC, Trembath D, Orioli IM, Castilla EE, Cooper ME, et al. Studies of reduced folate carrier 1 (RFC1) A80G and 5, 10-methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphisms with neural tube and orofacial cleft defects. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2005;135(2):220-3.
107. Sözen MA, Suzuki K, Tolarova MM, Bustos T, Iglesias JEF, Spritz RA. Mutation of PVRL1 is associated with sporadic, non-syndromic cleft lip/palate in northern Venezuela. *Nature genetics*. 2001;29(2):141-2.
108. Avila JR, Jezewski PA, Vieira AR, Orioli IM, Castilla EE, Christensen K, et al. PVRL1 variants contribute to non-syndromic cleft lip and palate in multiple populations. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2006;140(23):2562-70.
109. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. *Cleft Palate Craniofac J*. 2017;54(2):175-88.

110. Davis JS, Ritchie HP. Classification of congenital clefts of the lip and palate: with a suggestion for recording these cases. *Journal of the American Medical Association*. 1922;79(16):1323-7.
111. Veau V, Borel S. *Division palatine: anatomie, chirurgie, phonetique; avec la collaboration de S. Borel*: Masson; 1931.
112. Veau V, Bec-de Lievre RJ. *Formes Cliniques-Chirurgie*. Masson et Cie: Paris; 1938.
113. Kernahan DA, Stark RB. A new classification for cleft lip and cleft palate. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1958;22(5):435-41.
114. KERNAHAN DA. The striped Y—a symbolic classification for cleft lip and palate. *Plastic and reconstructive surgery*. 1971;47(5):469-70.
115. Rossell-Perry P. New diagram for cleft lip and palate description: the clock diagram. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2009;46(3):305-13.
116. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of cleft lip/palate: then and now. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2017;54(2):175-88.
117. Santiago A. Classification of cleft lip and palate for machine record coding. *Revista odontologica de Puerto Rico*. 1970;8(1):31-6.
118. Wolfe SA, Berkowitz S. *Plastic surgery of the facial skeleton*: Little Brown & Company; 1989.
119. D HODGKINSON P, Brown S, Duncan D, Grant C, McNaughton A, Thomas P, et al. Management of children with cleft lip and palate: a review describing the application of multidisciplinary team working in this condition based upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the United Kingdom. *Fetal and maternal medicine review*. 2005;16(1):1.
120. Mossey P. Global strategies to reduce the healthcare burden of craniofacial anomalies. *Br Dent J*. 2003;195(10):613.
121. Murray JC. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. *Clin Genet*. 2002;61(4):248-56.
122. Parker SE, Mai CT, Canfield MA, Rickard R, Wang Y, Meyer RE, et al. Updated National Birth Prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2010;88(12):1008-16.
123. Stanier P, Moore GE. Genetics of cleft lip and palate: syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic clefts. *Hum Mol Genet*. 2004;13 Spec No 1:R73-81.

124. Say B, Tunçbilek E, Balcı S, Yalçın Z. Türk Halklarında Çe şitli Malformasyonların Görülme Sıklığı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, no: C. 12. 1971.
125. Tunçbilek G, Özgür F, Balcı S. 1229 yarık dudak ve damak hastasında görülen ek malformasyon ve sendromlar. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi. 2004;47:172-6.
126. Strauss RP, Committee ACP-CATS. Cleft palate and craniofacial teams in the United States and Canada: a national survey of team organization and standards of care. The Cleft palate-craniofacial journal. 1998;35(6):473-80.
127. Office of the Surgeon G, Office on D. Reports of the Surgeon General. The Surgeon General's Call to Action to Improve the Health and Wellness of Persons with Disabilities. Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US); 2005.
128. Shelton TL. Family-centered care for children with special health care needs: ERIC; 1987.
129. Association ACP-C. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. 2000.
130. Sharp HM. Ethical decision-making in interdisciplinary team care. The Cleft palate-craniofacial journal. 1995;32(6):495-9.
131. Grosse SD, Schechter MS, Kulkarni R, Lloyd-Puryear MA, Strickland B, Trevathan E. Models of comprehensive multidisciplinary care for individuals in the United States with genetic disorders. Pediatrics. 2009;123(1):407-12.
132. Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of " bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. Pediatrics. 1995;96(1):82-9.
133. Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattström V, Mølsted K, Prah-Andersen B, et al. The Eurocleft project 1996–2000: overview. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2001;29(3):131-40.
134. Franco D, Franco T, Iani M, Peixoto-Filho F, Rezende-Filho J. The importance of pre-natal diagnosis of facial congenital malformations. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2013;66(8):e236-e7.
135. Amstalden-Mendes LG, Xavier AC, Antunes DK, Ferreira A, Tonocchi R, Fett-Conte AC, et al. Time of diagnosis of oral clefts: a multicenter study. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):225-30.
136. Redford-Badwal DA, Mabry K, Frassinelli JD. Impact of cleft lip and/or palate on nutritional health and oral-motor development. Dental Clinics. 2003;47(2):305-17.
137. Santiago PE, Schuster LA, Levy-Bercowski D. Management of the alveolar cleft. Clinics in plastic surgery. 2014;41(2):219-32.

138. Attiguppe PR, Karuna Y, Yavagal C, Naik SV, Deepak B, Maganti R, et al. Presurgical nasoalveolar molding: A boon to facilitate the surgical repair in infants with cleft lip and palate. *Contemporary clinical dentistry*. 2016;7(4):569.
139. Sasaki H, Togashi S, Karube R, Yanagawa T, Nakane S, Tabuchi K, et al. Presurgical nasoalveolar molding orthopedic treatment improves the outcome of primary cheiloplasty of unilateral complete cleft lip and palate, as assessed by naris morphology and cleft gap. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2012;23(6):1596-601.
140. Ahmed MM, Brecht LE, Grayson BH. 2012 American Board of Pediatric Dentistry College of Diplomates annual meeting: the role of pediatric dentists in the presurgical treatment of infants with cleft lip/cleft palate utilizing nasoalveolar molding. *Pediatr Dent*. 2012;34(7):209E-14E.
141. Santiago PE, Grayson BH, Cutting CB, Gianoutsos MP, Brecht LE, Kwon SM. Reduced need for alveolar bone grafting by presurgical orthopedics and primary gingivoperiosteoplasty. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 1998;35(1):77-80.
142. Da Silveira AC, Oliveira N, Gonzalez S, Shahani M, Reisberg D, Daw JL, et al. Modified nasal alveolar molding appliance for management of cleft lip defect. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2003;14(5):700-3.
143. Chow I, Purnell CA, Hanwright PJ, Gosain AK. Evaluating the rule of 10s in cleft lip repair: do data support dogma? *Plastic and reconstructive surgery*. 2016;138(3):670-9.
144. Willadsen E. Influence of timing of hard palate repair in a two-stage procedure on early speech development in Danish children with cleft palate. *The cleft palate-craniofacial journal*. 2012;49(5):574-95.
145. Vig KW, Mercado AM. Overview of orthodontic care for children with cleft lip and palate, 1915-2015. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. 2015;148(4):543-56.
146. Coots BK, editor *Alveolar bone grafting: past, present, and new horizons. Seminars in plastic surgery*; 2012: Thieme Medical Publishers.
147. Eppley BL. Alveolar cleft bone grafting (Part I): primary bone grafting. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1996;54(1):74-82.
148. Ochs MW. Alveolar cleft bone grafting (Part II): secondary bone grafting. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 1996;54(1):83-8.
149. Rosenstein SW. Early bone grafting of alveolar cleft deformities. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2003;61(9):1078-81.

150. Kazemi A, Stearns JW, Fonseca RJ. Secondary grafting in the alveolar cleft patient. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*. 2002;14(4):477-90.
151. Bajaj AK, Wongworawat AA, Punjabi A. Management of alveolar clefts. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2003;14(6):840-6.
152. Kloukos D, Fudalej P, Sequeira-Byron P, Katsaros C. Maxillary distraction osteogenesis versus orthognathic surgery for cleft lip and palate patients. *Cochrane database of systematic reviews*. 2016(9).
153. Letra A, Menezes R, Granjeiro J, Vieira A. Defining subphenotypes for oral clefts based on dental development. *Journal of dental research*. 2007;86(10):986-91.
154. Sá J, Mariano LC, Canguçu D, Coutinho TS, Hoshi R, Medrado AP, et al. Dental anomalies in a Brazilian cleft population. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2016;53(6):714-9.
155. Paranaíba LMR, Coletta RD, Swerts MSO, Quintino RP, De Barros LM, Martelli-Júnior H. Prevalence of dental anomalies in patients with nonsyndromic cleft lip and/or palate in a Brazilian population. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2013;50(4):400-5.
156. Ranta R. Comparison of tooth formation in noncleft and cleft-affected children with and without hypodontia. *ASDC journal of dentistry for children*. 1982;49(3):197-9.
157. Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FP, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2004;32(3):217-26.
158. Khalaf K, Miskelly J, Voge E, Macfarlane TV. Prevalence of hypodontia and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of orthodontics*. 2014;41(4):299-316.
159. Slayton RL, Williams L, Murray JC, Wheeler JJ, Lidral AC, Nishimura CJ. Genetic association studies of cleft lip and/or palate with hypodontia outside the cleft region. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2003;40(3):274-9.
160. Olin W. Dental anomalies in cleft lip and palate patients. *The Angle Orthodontist*. 1964;34(2):119-23.
161. Akgül İG, Evlice B. Non-sendromik dudak-damak yarıklı hastalarda 2. premolar ve 3. molar agenezisi. *Selcuk Dental Journal*. 6(4):189-94.
162. Ribeiro LL, Neves LTD, Costa B, Gomide MR. Dental development of permanent lateral incisor in complete unilateral cleft lip and palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2002;39(2):193-6.

163. Demiriz L, Durmuşlar MC, Mısır AF. Prevalence and characteristics of supernumerary teeth: A survey on 7348 people. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2015;5(Suppl 1):S39.
164. Rizell S, Bellardie H, Karsten A, Sæle P, Mooney J, Heliövaara A, et al. Scandcleft randomized trials of primary surgery for unilateral cleft lip and palate: dental anomalies in 8-year olds. *European journal of orthodontics*. 2020;42(1):8-14.
165. Hansen K, Mehdinia M. Isolated soft tissue cleft lip: the influence on the nasal cavity and supernumerary laterals. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2002;39(3):322-6.
166. Solis A, Figueroa AA, Cohen M, Polley JW, Evans CA. Maxillary dental development in complete unilateral alveolar clefts. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 1998;35(4):320-8.
167. Peterka M, Peterková R, Likovský Z. Timing of exchange of the maxillary deciduous and permanent teeth in boys with three types of orofacial clefts. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 1996;33(4):318-23.
168. Freitas JAdS, Garib DG, Oliveira M, Lauris RdCMC, Almeida ALPFd, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)-Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *Journal of Applied Oral Science*. 2012;20(2):268-81.
169. ZHU J, King D. Natal and neonatal teeth. *Journal of dentistry for children*. 1995;62(2):123-8.
170. De Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 1996;33(4):297-9.
171. Cabete HF, Gomide MR, Costa B. Evaluation of primary dentition in cleft lip and palate children with and without natal/neonatal teeth. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2000;37(4):406-9.
172. Ziai MN, Bock DJ, Da Silveira A, Daw JL. Natal teeth: a potential impediment to nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2005;16(2):262-6.
173. Wada T, Miyazaki T. Growth and changes in maxillary arch form in complete unilateral cleft lip and cleft palate children. *The Cleft palate journal*. 1975;12(1):115-30.
174. Tortora C, Meazzini MC, Garattini G, Brusati R. Prevalence of abnormalities in dental structure, position, and eruption pattern in a population of unilateral and bilateral cleft lip and palate patients. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2008;45(2):154-62.

175. Baccetti T. Tooth anomalies associated with failure of eruption of first and second permanent molars. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2000;118(6):608-10.
176. Uslu O, Akcam MO, Evirgen S, Cebeci I. Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2009;135(3):328-35.
177. Sim T. Management of dens evaginatus: evaluation of two prophylactic treatment methods. *Dental Traumatology*. 1996;12(3):137-40.
178. Akcam MO, Evirgen S, Uslu O, Memikoğlu UT. Dental anomalies in individuals with cleft lip and/or palate. *The European Journal of Orthodontics*. 2010;32(2):207-13.
179. Hülsmann M. Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. *International endodontic journal*. 1997;30(2):79-90.
180. Rullo R, Festa V, Rullo R, Addabbo F, Chiodini P, Vitale M, et al. Prevalence of dental anomalies in children with cleft lip and unilateral and bilateral cleft lip and palate. *Eur J Paediatr Dent*. 2015;16(3):229-32.
181. Menezes C, de Arruda J-A, Silva L-V, Monteiro J-L, Caribé P, Álvares P, et al. Nonsyndromic cleft lip and/or palate: A multicenter study of the dental anomalies involved. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2018;10(8):e746.
182. Saldias-Vargas VP, Tovani-Palome MR, Moura-Martins AP, da Silva-Dalben G, Ribeiro-Gomide M. Enamel defects in permanent first molars and incisors in individuals with cleft lip and/or palate. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014;62(4):515-9.
183. Ruiz LA, Maya RR, D'alpino PHP, Atta MT, da Rocha Svizero N. Prevalence of enamel defects in permanent teeth of patients with complete cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2013;50(4):394-9.
184. Dixon D. Defects of structure and formation of the teeth in persons with cleft palate and the effect of reparative surgery on the dental tissues. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1968;25(3):435-46.
185. Lima Y, Cury J. Seasonal variation of fluoride intake by children in a subtropical region. *Caries research*. 2003;37(5):335-8.
186. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007;369(9555):51-9.
187. Hasslöf P, Twetman S. Caries prevalence in children with cleft lip and palate—a systematic review of case–control studies. *Int J Paediatr Dent*. 2007;17(5):313-9.

188. Antonarakis G, Palaska P-K, Herzog G. Caries prevalence in non-syndromic patients with cleft lip and/or palate: a meta-analysis. *Caries research*. 2013;47(5):406-13.
189. Chopra A, Lakhanpal M, Rao NC, Gupta N, Vashisth S. Oral health in 4-6 years children with cleft lip/palate: A case control study. *North American journal of medical sciences*. 2014;6(6):266.
190. Maciel SP, Costa B, Gomide MR. Difference in the prevalence of enamel alterations affecting central incisors of children with complete unilateral cleft lip and palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2005;42(4):392-5.
191. Bokhout B, Van Loveren C, Hofman FXW, Buijs JF, Van Limbeek J, Prah Andersen B. Prevalence of *Streptococcus mutans* and lactobacilli in 18-month-old children with cleft lip and/or palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 1996;33(5):424-8.
192. Johnsen D. Dental caries patterns in preschool children. *Dental Clinics of North America*. 1984;28(1):3-20.
193. Besseling S, Dubois L. The prevalence of caries in children with a cleft lip and/or palate in Southern Vietnam. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2004;41(6):629-32.
194. Chapple J, Nunn J. The oral health of children with clefts of the lip, palate, or both. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2001;38(5):525-8.
195. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):52-4.
196. Reisine S, Douglass JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1998;26(S1):32-44.
197. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. *Pediatr Dent*. 2002;24(6):543-51.
198. Sanghvi R, Vaidyanathan M, Bhujel N. The dental health of cleft patients attending the 18-month-old clinic at a specialised cleft centre. *Br Dent J*. 2019;227(3):199-202.
199. Ankola AV, Nagesh L, Hegde P, Karibasappa G. Primary dentition status and treatment needs of children with cleft lip and/or palate. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2005;23(2):80.
200. Allam E, Windsor L, Stone C. Cleft lip and palate: etiology, epidemiology, preventive and intervention strategies. *Anat Physiol*. 2014;4(3):1-6.

201. Mossey P, Shaw W, Munger R, Murray J, Murthy J, Little J. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. *Advances in dental research*. 2011;23(2):247-58.
202. Group IW. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2011;48(1):66-81.
203. Vanderas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. *The Cleft palate journal*. 1987;24(3):216-25.
204. Wong F, Hägg U. An update on the aetiology of orofacial clefts. *Hong Kong Medical Journal*. 2004.
205. Mattila M-L, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *acta odontologica scandinavica*. 2005;63(2):73-84.
206. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community dental health*. 2004;21(1 Suppl):102-11.
207. Mattila M-L, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *Journal of Dental research*. 2000;79(3):875-81.
208. Tokuç M, Yildirim S. Ailelerin Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Dishekimliği Bilimleri Dergisi*. 2021;27(3).
209. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(3):262-9.
210. TUIK. İstatistiklerle Kadın, 2021 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635>].
211. van der Tas JT, Kragt L, Elfrink ME, Bertens LC, Jaddoe VW, Moll HA, et al. Social inequalities and dental caries in six-year-old children from the Netherlands. *Journal of dentistry*. 2017;62:18-24.
212. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. *European Journal of pediatrics*. 2013;172(2):231-7.

213. Chen L, Hong J, Xiong D, Zhang L, Li Y, Huang S, et al. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):1-12.
214. Chi DL. Parent refusal of topical fluoride for their children: clinical strategies and future research priorities to improve evidence-based pediatric dental practice. *Dental Clinics*. 2017;61(3):607-17.
215. Ak AT, Aksoy H, Özdaş DÖ. Türk ailelerinin florlu diş macunu ve topikal flor uygulamaları hakkında bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi: Pilot çalışma. *Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*. 2018;39(3):160-4.
216. Mishra A, Pandey RK, Chopra H, Arora V. Oral health awareness in school-going children and its significance to parent's education level. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2018;36(2):120.
217. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health*. 1992;82(12):1663-8.
218. Barsi PC, Ribeiro da Silva T, Costa B, da Silva Dalben G. Prevalence of oral habits in children with cleft lip and palate. *Plast Surg Int*. 2013;2013:247908.
219. Isiekwe IG, Ligali TO, Abdullahi MAS, Adeyemo WL. Oral Habits in Children With Orofacial Clefts: A Comparative Study. *Cleft Palate Craniofac J*. 2021;58(8):984-9.
220. Alighieri C, Bettens K, Bonte K, Roche N, Van Lierde K. Oral habits in children with cleft (lip and) palate: a pilot study. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2019;71(4):191-6.
221. Virtanen JI, Vehkalahti KI, Vehkalahti MM. Oral health behaviors and bacterial transmission from mother to child: an explorative study. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1-7.
222. Bessell A, Sell D, Whiting P, Roulstone S, Albery L, Persson M, et al. Speech and language therapy interventions for children with cleft palate: a systematic review. *Cleft Palate Craniofac J*. 2013;50(1):e1-e17.
223. Hardin-Jones MA, Jones DL. Speech production of preschoolers with cleft palate. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2005;42(1):7-13.
224. Lenčová E, Dušková J. Oral health attitudes and caries-preventive behaviour of Czech parents of preschool children. *Acta medica academica*. 2013;42(2):209.
225. Matthews VL, Wien M, Sabaté J. The risk of child and adolescent overweight is related to types of food consumed. *Nutrition Journal*. 2011;10(1):1-7.

226. Nadeau KJ, Maahs DM, Daniels SR, Eckel RH. Childhood obesity and cardiovascular disease: links and prevention strategies. *Nature Reviews Cardiology*. 2011;8(9):513-25.
227. Organisation mondiale de la Santé O. WHO Guideline: Sugars intake for adults and children. 2015.
228. Petrauskienė S, Narbutaitė J, Petrauskienė A, Virtanen JI. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0-to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. *Clinical and experimental dental research*. 2020;6(2):215-24.
229. Watanabe M, Wang D-H, Ijichi A, Shirai C, Zou Y, Kubo M, et al. The influence of lifestyle on the incidence of dental caries among 3-year-old Japanese children. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(12):12611-22.
230. Slade GD, Sanders A, Bill C, Do L. Risk factors for dental caries in the five-year-old South Australian population. *Australian dental journal*. 2006;51(2):130-9.
231. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*. 2008;50(2-3):252-9.
232. Fontana M, Jackson R, Eckert G, Swigonski N, Chin J, Zandona AF, et al. Identification of caries risk factors in toddlers. *Journal of dental research*. 2011;90(2):209-14.
233. Aida J, Ando Y, Oosaka M, Niimi K, Morita M. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008;36(2):149-56.
234. Li Y, Zhang Y, Yang R, Zhang Q, Zou J, Kang D. Associations of social and behavioural factors with early childhood caries in Xiamen city in China. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(2):103-11.
235. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Broucke SV, et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008;36(2):168-78.
236. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *Journal of dentistry*. 2012;40(11):873-85.
237. Gao X-L, Hsu C-Y, Xu Y, Loh T, Koh D, Hwang H. Behavioral pathways explaining oral health disparity in children. *Journal of dental research*. 2010;89(9):985-90.

238. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2006;64(5):286-92.
239. Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral health & preventive dentistry*. 2005;3(3).
240. Tosun G, Şener Y, Şermet Ü, Küçükylmaz E. Ebeveynlerin pedodonti konusundaki tutumu nedir? 2008.
241. Jahandideh A, Tüloğlu N. Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığındaki Koruyucu Uygulamalar Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(4):403-12.
242. Gökalp S, Guciz Dogan B, Tekçiçek M, Berberoglu A, Ünlüer Ş. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dental Health*. 2010;27(1):12.
243. GÖKALP S, DOĞAN GB, TEKÇİÇEK M, BERBEROĞLU A, ÜNLÜER Ş. Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Derg(Clinical Dentistry and Research)*. 2007;31(4):3-10.
244. Tezel A, Alkan A, Orhan AI, Orhan K. Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili Araştırma Raporu 2018 2021 [Available from: https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/42552/0/tadspdf.pdf?_tag1=398CC88DDD02EA768C966A034ACC5F05F6CEB732].
245. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Gender differences in child-related and parent-related determinants of oral health-related lifestyle among 11-to 12-year-old Finnish schoolchildren. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2007;65(4):194-200.
246. Schou L, Currie C, McQueen D. Using a “lifestyle” perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1990;18(5):230-4.
247. Kulkarni S, Deshpande S. Caries prevalence and treatment needs in 11-15 year old children of Belgaum city. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2002;20(1):12-5.
248. Saravanan S, Anuradha K, Bhaskar D. Prevalence of dental caries and treatment needs among school going children of Pondicherry, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2003;21(1):1-12.
249. Ferro R, Cecchin C, Besostri A, Olivieri A, Stellini E, Mazzoleni S. Social differences in tooth decay occurrence in a sample of children aged 3 to 5 in north-east Italy. *Community dental health*. 2010;27(3):163-6.

250. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(2):103-13.
251. Namal N, Yuceokur A, Can G. Significant caries index values and related factors in 5-6-year-old children in Istanbul, Turkey. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 15 (1), 178-184, 2009. 2009.
252. Wigen TI, Espelid I, Skaare AB, Wang NJ. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(4):311-7.
253. Tyagi R. The prevalence of nursing caries in Davangere preschool children and its relationship with feeding practices and socioeconomic status of the family. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2008;26(4):153.
254. Nunn ME, Dietrich T, Singh HK, Henshaw MM, Kressin NR. Prevalence of early childhood caries among very young urban Boston children compared with US children. *Journal of public health dentistry*. 2009;69(3):156-62.
255. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, São Paulo, Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2006;22(6):1247-56.
256. Vanobberge J, Martens LC, Lesaffre E, Declerck D. Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-old children in Flanders (Belgium). *Community dental health*. 2001;18(4):256-62.
257. Kinnby CG, Lanke J, Lindén A-L, Widenheim J, Granath L. Influence of social factors on sugary products behavior in 4-year-old children with regard to dental caries experience and information at child health centers. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1995;53(2):105-11.
258. Traebert J, do Amaral Guimarães L, Durante EZT, Serratine ACP. Low maternal schooling and severity of dental caries in Brazilian preschool children. *Oral health & preventive dentistry*. 2009;7(1).
259. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas ME, Nishino M, Mitome M. Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2010;32(7):493-8.
260. Cogulu D, Ersin NK, Uzel A, Eronat N, Aksit S. A long-term effect of caries-related factors in initially caries-free children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(5):361-7.
261. Zhou Y, Lin H, Lo E, Wong M. Risk indicators for early childhood caries in 2-year-old children in southern China. *Australian dental journal*. 2011;56(1):33-9.
262. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, et al. Sociobehavioral factors influencing

toothbrushing frequency among schoolchildren. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(6):743-9.

263. Walker KK, Martínez-Mier E, Soto-Rojas AE, Jackson RD, Stelzner SM, Galvez LC, et al. Midwestern Latino caregivers' knowledge, attitudes and sense making of the oral health etiology, prevention and barriers that inhibit their children's oral health: a CBPR approach. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):1-11.

264. Folayan MO, Kolawole KA, Oyedele T, Chukumah NM, Onyejaka N, Agbaje H, et al. Association between knowledge of caries preventive practices, preventive oral health habits of parents and children and caries experience in children resident in suburban Nigeria. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):1-10.

265. Kocoglu D, Sarı E, Ceylan B. Düşük Sosyoekonomik Durumdaki Öğrenciler Arasında Ağız-Diş Sağlığı Sorunları ve Risk Faktörleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2014;13(6).

266. Hubbezoğlu İ, Özgün-Başbüyük G. Sivas il merkezinde bulunan ilköğretim çağındaki çocukların ağız diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Univ Dis Hek Fak Derg.* 2008;11(2):108-13.

267. Flouri E, Buchanan A. What predicts fathers' involvement with their children? A prospective study of intact families. *British Journal of Developmental Psychology.* 2003;21(1):81-97.

268. Flouri E, Buchanan A. The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of adolescence.* 2003;26(1):63-78.

269. Simões R, Leal I, Maroco J. Paternal involvement in a group of fathers of elementary school children. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2010;11(2):339-56.

270. Wigen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community dentistry and oral epidemiology.* 2010;38(1):19-28.

271. Agarwal V, Nagarajappa R, Keshavappa SB, Lingasha RT. Association of maternal risk factors with early childhood caries in schoolchildren of Moradabad, India. *Int J Paediatr Dent.* 2011;21(5):382-8.


272. Koçanalı B, Ak AT, Çoğulu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. *Pediatric Research.* 2014;1(2):76-9.

273. ÖZBEK C, Didem E, BEKTAŞ-KAYHAN K, Meral Ü. Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry.* 2015;49(1):33-40.

274. Pullishery F, Shenoy Panchmal G, Shenoy R. Parental Attitudes and Tooth Brushing Habits in Preschool Children in Mangalore, Karnataka: A Cross-sectional Study. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2013;6(3):156-60.
275. Blinkhorn A, Wainwright-Stringer Y, Holloway P. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *International Dental Journal*. 2001;51(6):435-8.
276. Leroy R, Hoppenbrouwers K, Jara A, Declerck D. Parental smoking behavior and caries experience in preschool children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2008;36(3):249-57.
277. Hanioka T, Nakamura E, Ojima M, Tanaka K, Aoyama H. Dental caries in 3-year-old children and smoking status of parents. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2008;22(6):546-50.
278. Laitala M-L, Vehkalahti MM, Virtanen JI. Frequent consumption of sugar-sweetened beverages and sweets starts at early age. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2018;76(2):105-10.
279. Tanaka S, Shinzawa M, Tokumasu H, Seto K, Tanaka S, Kawakami K. Secondhand smoke and incidence of dental caries in deciduous teeth among children in Japan: population based retrospective cohort study. *Bmj*. 2015;351.
280. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(6):429-38.
281. Castilho ARFd, Mialhe FL, Barbosa TdS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de pediatria*. 2013;89:116-23.
282. Yıldız E, Şimşek M, Gündoğar Z, Aktan AM. Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep. *Gaziantep Med J*. 2015;21(2):118-24.
283. Kumar G, Dhillon JK, Vignesh R, Garg A. Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2019;37(1):3-7.
284. Abu-Hussein M, Watted N, Emodi O, Zere E. Role of Pediatric Dentist-Orthodontic In Cleft Lip and Cleft Palate Patients. population (ie, all cases of cleft including other birth defects versus cases of isolated cleft). 2015;1:2.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16069557-1461
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20 EKİM 2020 SALI
Toplantı No : 2020/17
Proje No : GO 20/738(Değerlendirme Tarihi: 01.09.2020)
Karar No : 2020/17-02

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Melek Dilek TURGUT'un sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. F. Figen ÖZGÜR, Prof. Dr. Meryem Uzamış TEKÇİÇEK ile birlikte çalışacakları ve Dr. Dilan ALTUN'un uzmanlık tezi olan, GO 20/738 kayıt numaralı, "**Dudak Damak Yarıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin, Çocuklarının Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme Alışkanlığına Dair Bilgi Düzeylerinin, Davranış ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 21 Ekim 2020-21 Ekim 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor öneriminin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burçay AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güneş DENİZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEK	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)		

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 395 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: guetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2: Anket Formu

“Dudak Damak Yarıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin, Çocuklarının Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme Alışkanlığına Dair Bilgi Düzeylerinin, Davranış ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”

Sevgili Anne ve Babalar,

Bu araştırma dudak damak yarıklı çocuğunuzun ve sizin ağız-diş sağlığı ve beslenme alışkanlıkları hakkındadır. Araştırmanın sonuçları, dudak damak yarıklı çocuklarda diş çürümelerinin önlenmesi ve iyi bir ağız- diş sağlığı açısından alınabilecek önlemler, yapılacak bilgilendirmeler ve uygulamalara ışık tutacaktır. Bu sebeple, formu doldururken göstereceğiniz duyarlılık ve titizlik için teşekkür ederiz.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anketimiz 3 bölümdür. 52 sorudan oluşmaktadır ve 5-6 dk zamanınızı alacaktır. Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Figen Özgür, Prof. Dr. Melek Turgut, Dt. Dilan Altun

Sayın anne ve babalar, lütfen aşağıdaki soruları dudak damak yarığı olan çocuğunuza göre cevaplayınız.

1.Çocuğunuzun cinsiyetini belirtiniz.

() Kız

() Erkek

2.Çocuğunuzun doğum tarihini belirtiniz.

___ / ___ / ___

3.Nerede oturuyorsunuz?

(İl/İlçe/Mahalle veya Köy)

4.Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

() Çekirdek Aile [anne, baba, çocuk(lar)]

() Geniş Aile [büyükanne, dede, anne, baba, çocuklar]

() Diğer: _____

5.Toplam kaç çocuğunuz var?

6.Dudak damak yarıklı çocuk kaçınıcı çocuğunuz?

7.Aylık toplam geliriniz ne kadar belirtiniz.

() Asgari ücret (2.325 TL)

() 2.326- 4.650 TL

() 4.651-6.975 TL

() 6.976-9300 TL

() 9301 TL ve üstü

8.Annenin doğum yılını belirtiniz.

9.Babanın doğum yılını belirtiniz

10.Annenin eğitim durumunu belirtiniz. (En son mezun olduğu okulu işaretleyiniz.)

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() İlkokul mezunu

() İlköğretim okulu / Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Yüksek okul mezunu

() Üniversite mezunu

() Yüksek lisans / doktora

11.Babanın eğitim durumunu belirtiniz. (En son mezun olduğu okulu işaretleyiniz.)

- Okur-yazar değil
 Okur-yazar
 İlkokul mezunu
 İlköğretim okulu / Ortaokul mezunu
 Lise mezunu
 Yüksek okul mezunu
 Üniversite mezunu
 Yüksek lisans / doktora

12.Babanın mesleğini belirtiniz.

(Açık olarak yazınız)

13.Annenin mesleğini belirtiniz.

(Açık olarak yazınız)

14.Halen herhangi bir gelir getiren işte çalışıyor musunuz?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Evet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Emekli |

15.En son ne zaman diş hekimine gittiniz?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hiç gitmedim |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 yıldan az bir süre önce |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 yıldan uzun bir süre önce |

16.Anne bugüne kadar diş hekimine gittiyse, gitme sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Diş çürüğü
 Diş ağrısı
 Diş eksikliği
 Dişeti kanaması
 Diğer: _____

17.Baba bugüne kadar diş hekimine gittiyse, gitme sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Diş çürüğü
 Diş ağrısı
 Diş eksikliği
 Dişeti kanaması
 Diğer: _____

18.Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hiç fırçalamıyorum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ara sıra fırçalıyorum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Günde 1 kez fırçalıyorum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Günde 2 kez fırçalıyorum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Günde 3 kez veya daha fazla fırçalıyorum |

19.Dişlerinizi fırçalarken macun kullanıyor musunuz?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hayır kullanmıyorum. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Evet kullanıyorum. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dişlerimi fırçalamıyorum. |

20.Tedavi edilmemiş çürük dişleriniz var mı?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Evet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

21.Sigara içiyor musunuz ?

- | Anne | Baba |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hayır |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Evet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bıraktım |

22.Çocuğunuzun dudak ve/veya damak yarığı tipini belirtiniz.

- Çift taraflı dudak damak yarığı
 Tek taraflı dudak damak yarığı
 İzole sert ve yumuşak damak yarığı
 İzole yumuşak damak yarığı
 İzole dudak yarığı
 Bilmiyorum

23.Ailenizde dudak damak yarığı olan başka kimse/kimseler varsa yazınız.

(Yakınlık derecesini belirtiniz: amca, kuzen, kardeş gibi)

24.Çocuğunuzun doktor tarafından tanısı konmuş dudak damak yarığı dışında bir hastalığı / sendromu varsa yazınız.

25. Çocuğunuzun düzenli olarak kullandığı bir ilaç varsa yazınız.

26. Çocuğunuz kaç haftalık doğdu?

27.Çocuğunuzun doğum şekli nedir belirtiniz.

- Normal doğum
 Sezaryen
 Bilmiyorum / Hatırlamıyorum

28.Çocuğunuz kaç kilo doğdu?

29.Çocuğunuz yarık dudak damak sebebiyle kaç kez ameliyat oldu?

30.Çocuğunuz doğumdan sonra ağız içi aparey (mold) kullandı mı?

- Hayır
 Evet

31.Çocuğunuz yalancı emzik kullanıyor mu?

- Hiç kullanmadı.
 Bir süre kullandı, bıraktı.
 Halen devam ediyor.

32.Çocuğunuz annesinin memesinden anne sütünü emebildi mi?

- Hayır, annesinin memesinden süt emmedi.
 Evet, bir süre emdi bıraktı.
 Halen emiyor.
 Hatırlamıyorum.

33.Çocuğunuz biberon kullanıyor mu belirtiniz.

- Hiç kullanmadı.
 Bir süre kullandı, bıraktı.
 Halen devam ediyor.

**34.Çocuğunuza biberon ile verdiğiniz gıdalar hangileriydi / hangileridir?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- anne sütü
 inek sütü
 mama
 süt-şekerli
 süt-pekmezli
 meyve suyu
 süt-bebe bisküvisi
 biberon kullanmadı
 Diğer: _____

35.Çocuğunuzu biberonla GECE besliyor muydunuz/musunuz?

- Hayır, gece biberonla beslemiyordum / beslemiyorum.
 Evet, gece biberonla besliyordum / besliyorum.

36.Aşağıdaki davranışlardan hangisini veya hangilerini yapıyorsunuz veya yaptınız. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Çocuğunuza biberonu ya da kaşığı vermeden önce besinin sıcaklığını ya da tadını kontrol etmek için ağızınıza götürmek
 Çocuğunuzun emziğini ağızınıza alıp temizlemek / tadına bakmak
 Çocuğunuzu dudağından öpmek
 Hiçbirini yapmadım
 Diğer: _____

37.Çocuğunuz sabah, öğle ve akşam düzenli olarak üç ana öğün yemek yer mi?

- Hayır, bazı öğünleri atlar.
 Evet, üç öğün düzenli olarak yer.

38.Çocuğunuz hangi öğünleri atlar? (Birden çok şık işaretlenebilir)

- Öğün atlamaz
- Kahvaltı
- Öğle yemeği
- Akşam yemeği

39.Çocuğunuzun öğün aralarında bir şey yeme/içme, atıştırma alışkanlığı var mı?

- Hayır
- Bazen
- Günde 1 kere
- Günde 2 kere
- Günde 3 kere
- Günde 4 kere veya daha fazla

40.Çocuğunuz öğün aralarında genellikle ne(ler) yer/ içer? (Birden çok şık işaretlenebilir)

- Bisküvi
- Kek
- Şeker
- Çikolata
- Gofret
- Kraker
- Sandviç-tost
- Cips
- Kuruyemiş
- Kola, gazoz, vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler
- Süt
- Ayran
- Kutu meyve suyu
- Taze meyve suyu
- Taze meyve
- Kuru meyve
- Diğer: _____

41.Çocuğunuzun diş fırçası var mı?

- Diş fırçası yok
 Kendine ait diş fırçası var
 Diğer aile bireyleriyle paylaştığı diş fırçası var

42.Çocuğunuz dişlerini fırçalıyor mu?

- Hayır, fırçalamıyor
 Evet, kendisi fırçalıyor.
 Evet, benim gözetimimde kendisi fırçalıyor.
 Evet, ben fırçalıyorum
 Diğer:

43.Çocuğunuzda diş fırçalamaya ne zaman başladınız?

- İlk süt dişi sürdükten sonra
 Tüm süt dişleri sürdükten sonra
 Tüm daimi dişleri sürdükten sonra
 Hatırlamıyorum
 Fırçalamıyorum
 Diğer:

44.Çocuğunuz dişlerini ne sıklıkta fırçalıyor?

- Fırçalamıyor
 Ara sıra fırçalıyor
 Günde 1 kez
 Günde 2 kez
 Günde 3 kez ve daha fazla
 Diğer: _____

45.Çocuğunuzun diş fırçası üzerine macun koyuyor musunuz?

- Hayır macun koymuyorum
 Evet çocuk macunu
 Evet erişkin macunu
 Evet bazen çocuk macunu bazen erişkin macunu
 Evet bazen macun koyuyorum bazen koymuyorum

46.Çocuğunuzun diş fırçası üzerine ne kadar macun koyuyorsunuz?

- Sürüntü şeklinde / pirinç kadar
 Bezelye / nohut kadar
 Fırça boyunun yarısı kadar
 Fırça boyu kadar
 Macun koymuyorum
 Diğer: _____

47.Çocuğunuzu en son ne zaman diş hekimine götürdünüz?

- Hatırlamıyorum
 Bir yıldan az bir süre önce
 Bir yıldan daha uzun süre önce
 Hiç götürmedim

48.Çocuğunuzu diş hekimine götürme sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Hatırlamıyorum
 Kontrol amacıyla düzenli olarak
 Diş çürüğü
 Diş ağrısı
 Dişlerinin çıkmaması
 Diş çapraşıklığı
 Plastik cerrahinin yönlendirmesi ile
 Hiç götürmedim
 Diğer: _____

49.Aşağıda çocuğunuzun bir dönem devam edip bıraktığı veya hala devam ettiği alışkanlıklar varsa işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Parmak emme
 Tırnak yeme
 Dil emme
 Hayır, böyle bir alışkanlığı yok
 Diğer: _____

50.Çocuğunuzda fark ettiğiniz herhangi bir konuşma problemi oldu mu?

- Evet
 Hayır

51.Çocuğunuzun konuşma problemi varsa/olduysa bu konuda herhangi bir şey yaptınız mı?

- Evet, konuşma terapisi aldı/ hala alıyor.
 Hayır, kendiliğinden düzeldi.

52.Sağlıklı bir ağız diş sağlığının sürdürülebilmesi için sizce hangileri faydalı olabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Şeker tüketimini azaltmak
 Düzenli diş hekimi kontrolleri
 Etkili ve düzenli diş fırçalama
 Diş ipi kullanımı
 Çürük dişlerin tedavisi
 Florürlü diş macunu ve cilalar
 Bilmiyorum
 Diğer: _____

EK-3: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Dilan Altun
Ödev başlığı: Dilan Tez
Gönderi Başlığı: Dudak Damak Yarıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin, Çocukları...
Dosya adı: DDY_Dilan_TEZ_Turnitin.docx
Dosya boyutu: 456.7K
Sayfa sayısı: 84
Kelime sayısı: 19,700
Karakter sayısı: 126,804
Gönderim Tarihi: 06-Haz-2022 10:56ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1851396239



EK-4: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Dudak Damak Yarıklı Çocukları Olan Ebeveynlerin, Çocuklarının Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme Alışkanlığına Dair Bilgi Düzeylerinin, Davranış ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 10	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
5	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1
6	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Altinbas University Öğrenci Ödevi	<%1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1