

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

**ÇUBUK İLÇESİ'NDEKİ DEVLET OKULLARINDA 2018-2019
EĞİTİM ÖĞRETİM YILINDA ÖĞRENİM GÖREN 4. SINIF
ÖĞRENCİLERİNDE FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMA
SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİNİN AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI
BİLGİ VE UYGULAMALARI**

Dt. Melike KARA

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA 2021

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

**ÇUBUK İLÇESİ'NDEKİ DEVLET OKULLARINDA 2018-2019
EĞİTİM ÖĞRETİM YILINDA ÖĞRENİM GÖREN 4. SINIF
ÖĞRENCİLERİNDE FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMA
SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİNİN AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI
BİLGİ VE UYGULAMALARI**

Dt. Melike KARA

**Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ**

ANKARA 2021

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇUBUK İLÇESİ'NDEKİ DEVLET OKULLARINDA 2018-2019 EĞİTİM ÖĞRETİM YILINDA
ÖĞRENİM GÖREN 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMA
SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİNİN AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI BİLGİ VE UYGULAMALARI

Melike Kara

Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz

Bu tez çalışması 05/02/2021 tarihinde jürimiz tarafından "Halk Sağlığı Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan*
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz*
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Üye: *Prof. Dr. Ece Eden*
Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Pedodonti Anabilim Dalı

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 Şubat 2021

Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü 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.

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

25/02/2021

Dt. Melike KARA

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 kullandığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı 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 ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarılan veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarda 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 kuraları 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 çalışmadaki 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, Tez Danışmanım Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

İmza
Melike KARA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve bu tez çalışması boyunca sabırlı, sakin ve pozitif yaklaşımıyla her zaman beni teşvik eden, bilgi, tecrübe ve zamanını esirgemeyen, desteğini her zaman hissettiğim tez danışmanım sayın Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz'a,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde güler yüze her zaman beni yürelendiren, yardımını ve bilgisini esirgemeyen, çalışma disiplini ve sevecen tavrıyla da hayran olduğum, aynı zamanda tez savunma jüri üyem değerli Hocam, Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN'a,

Güler yüzü, sakin, sabırlı ve anlayışlı tavrıyla rahat ve huzurlu hissetmemi sağlayan, bilgi ve deneyimlerini empati kurarak sevgiyle paylaşımını hayranlıkla izlediğim, tanımaktan büyük mutluluk duyduğum aynı zamanda tez savunma jüri üyem sayın Hocam, Prof. Dr. Ece EDEN'e

Tanıma fırsatım olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, bilgi ve tecrübelerini samimiyetle paylaşmaktan kaçınmayan hayat enerjisine ve heyecanına hayranlık duyduğum kıymetli hocam Prof. Dr. Meryem UZAMIŞ TEKÇİÇEK'e

Çubuk İlçe Sağlık Müdürü nezdinde samimiyetle yardımcı olan sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Çubuk İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve çalışmayı gerçekleştirdiğimiz tüm okul yönetimlerine, sınıf öğretmenlerine ve değerli velilerine,

Tabiki haklarını ödemedim mümkün olmadığı sonsuz sevgi, sabır ve emekle beni bu günlere taşıyan annem Ganimet ŞALK'a ve beni tebessümle izlediğini hissettiğim babam Süleyman ŞALK'a

Sonsuz sevgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan hayat arkadaşım Gökhan KARA'ya, anne-kız etkinlikleri için sabırsızlıkla mezun olmamı bekleyen kızım Melis KARA'ya ve oğlum Yağız Ege KARA'ya

Sonsuz teşekkürlerimle.....

ÖZET

Kara M. Çubuk İlçesi'ndeki Devlet Okullarında 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında Öğrenim Gören 4. Sınıf Öğrencilerinde Florürlü Vernik Uygulama Sıklığı ve Ebeveynlerinin Ağız Diş Sağlığı Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2021. Ağız ve diş hastalıkları birçoğu önlenabilir olmasına rağmen görülme sıklığı yüksek hastalıklar olup, hastalık yükünün büyük bir kısmını diş çürüğü ve diş eti hastalıkları oluşturmakta, özellikle diş çürüğü okul çağı çocuklarının büyük çoğunluğunu etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Diş çürüğü ile mücadelenin temelini diyet şeker tüketim miktar ve sıklığının azaltılması ve florür kullanımı oluşturmaktadır. Kesitsel tipteki bu araştırma ile Çubuk İlçesi'nde 2018-2019 Eğitim Öğretim yılında devlet okullarında eğitim gören dördüncü sınıf öğrenci ebeveynlerinin, florürlü vernik uygulamasına yaklaşımları, bu uygulamanın çocuklarına yapılma sıklığı ve ebeveynlerin, uygulamayla ilişkili ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve gerekli diğer Kurum izinlerin alınmasını takiben 13 devlet ilkokulunda araştırmaya katılmayı kabul eden 513 dördüncü sınıf öğrencisinin ebeveyni ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %87,7'sini anneler %12,3'ünü babalar oluşturmaktadır ve yaş ortalaması $35,37 \pm 5,88$ 'tür. Ebeveynlerin %30,2'si günde en az iki kez dişlerini fırçaladığını; yalnızca %5,3'ü yılda en az bir kez kontrol amaçlı diş hekimine gittiğini belirtmektedir. Ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından itibaren 5 yıllık florürlü vernik uygulama kayıtları da incelenmiştir. Ana sınıfında florürlü vernik uygulamasına ebeveynlerin %64,0'ı izin verirken, 4. sınıfın bahar yarısında %31,0'ünün izin verdiği görülmektedir. İlçe merkezinden katılan ebeveynlerde ($p=0,014$), çocukların lise ve üstü okul bitiren annelerinde ($p=0,013$) ve babalarında ($p=0,007$) florürlü vernik retlerinin istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili sınıf öğretmenine danıştığını ($p<0,001$) belirten ebeveynlerde anlamlı ölçüde izin verme daha fazla iken, ağız diş sağlığı bilgilerini internetten edindiğini belirten ebeveynlerde ($p=0,044$) anlamlı olarak retler daha yüksektir. Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içinde öğretmenlerin florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi ve motivasyonlarının artırılarak programdaki rollerinin güçlendirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ağız sağlığı, florür vernik, ebeveyn, florür reddi, bilgi,

ABSTRACT

Kara M. The Prevalance of Fluoride Varnish Application Among the 4th Grade Students in Public Schools of Çubuk District during 2018-2019 Academic Year and their Parents' Knowledge and Practice Concerning Oral and Dental Health. Hacettepe University Institute of Health Sciences Master Thesis on Public Health. Ankara 2021.

Although most of the oral and dental diseases are preventable, the prevalence is high. Tooth decay and gum diseases constitute a big part of the disease burden, and especially tooth decay maintains to be a global public health problem affecting the vast majority of school-aged children. The basis of the challenge with tooth decay consists of the reduction of the amount and frequency of dietary sugar consumption and the use of fluoride. With this cross-sectional study, it was aimed to determine the approaches of 4th-grade students' parents towards the application of fluoride varnish, the frequency of this application for their children, and the oral and dental health knowledge and practices that are related to the application. Following the Hacettepe University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee Approval and other necessary institutional permissions, the study was conducted with 513 4th-grade student parents, who have agreed to participate in the study, in 13 state primary schools. Of the parents who took part in the study; 87.7% were mothers and 12,3% were fathers and the average age was 35.37 ± 5.88 . Of the parents 30.2% stated that they brush their teeth at least twice a day, only 5.3% of them stated that they visit the dentist for control purposes at least once a year. The five-year fluoride varnish application records of the parents' children in the 4th grade were also examined starting back from kindergarten. While 64.0% of the parents allow the application of fluoride varnish in the kindergarten, the rate is 31.0% in the spring term of the 4th grade. Fluoride varnish refusals were statistically higher in parents attending from district center ($p=0.014$), in students' in mothers ($p=0.013$) and in fathers ($p=0.007$) who graduated from high school and above. While the rate of giving permission was significantly higher in the parents who have consulted their childrens' class teachers about the application of fluoride varnish ($p<0.001$), the rate of refusal was significantly higher in the parents who have obtained oral and dental health information from the internet ($p=0.044$). It is important to strengthen the role of teachers in the program by increasing the knowledge and motivation of teachers about fluoride varnish application in cooperation with the Ministry of National Education.

Keywords: Oral health, fluoride varnish, parents, fluoride refusal, knowledge

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
GRAFİKLER	xvi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Ağız Diş Sağlığı Genel Sağlık İlişkisi ve Halk Sağlığı Sorunu Olarak Ağız Boşluğuyla ilgili Hastalıklar	7
2.1.1. Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi	7
2.1.2. Halk Sağlığı Sorunu Olarak Ağız Boşluğuyla ilgili Hastalıklar	9
2.2. Diş Çürüğü	13
2.3. Beslenme ve Diş Çürüğü İlişkisi	14
2.4. Diş Çürüğü Değerlendirme Yöntemleri	18
2.5. Dünyada ve Türkiyede Diş Çürüğü Prevalansı	19
2.6. Diş Çürüğünün Önlenmesi Kontrol Altına Alınmasında Temel Yaklaşımlar	22
2.7. Diş Çürüğünün Önlenmesinde Florür Kullanımının Yeri	23
2.8. Ülkemizde Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları	35
3. GEREÇLER ve YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Yeri	37
3.2. Araştırmanın Zamanı	37
3.3. Evren ve Örneklem	38
3.4. Araştırmanın Tipi	42
3.5. Terim Sınıflama ve Kriterler	42

3.6. Araştırmanın değişkenleri	47
3.6. 1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri	47
3.6.2. Araştırmada incelenen bağımsız değişkenleri	47
3.7. Veri Toplama Aracı	47
3.8. Verilerin Toplama Yöntemi	48
3.9. Verilerin Analizi	50
3.10. Araştırmanın İnsan Gücü	51
3.11. Araştırmanın Ön Denemesi	51
3.12. Etik Konular	51
3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	52
4. BULGULAR	53
4.1. Araştırmaya Katılan Ebeveynlere ve 4. Sınıfta Öğrenim Gören Çocuklarına İlişkin Sosyo-demografik Özellikler	53
4.2. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin ve 4. Sınıfta Öğrenim Gören Çocuklarının Bazı Alışkanlıkları ve Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Özellikler	58
4.3. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Yaşadıkları Ağız Diş Sağlığı Sorunlarına İlişkin Özellikler	66
4.4. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığına Yönelik Bilgilerine İlişkin Özellikler	70
4.5. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin 4. Sınıftaki Çocuklarına, Sağlık Bakanlığı Tarafından Okullarda Gerçekleştirilen Florürlü Vernik Uygulamasına İlişkin Özellikler	73
4.6. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ağız Diş Sağlığı ile ilişkili Alışkanlık ve Uygulamalarına İlişkin Bulguları	86
4.7. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Ağız Diş Sağlığı ve Florür Bilgi Kaynakları ile Ağız Diş Sağlığı Bilgi Durumuna İlişkin Bulgular	108
4.8. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Bilgi Durumu ile Ebeveyn Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Bulgular	112
4.9. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Florürlü Vernik ile İlişkili Özellikleri ile Ağız Diş Sağlığı Bilgilerine Dair Bulgular	113
4.10. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Florürlü Vernik Uygulaması ve İzin Verme Durumuna İlişkin Bulgular	114
4.11. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları ile Florürlü Vernik Uygulaması ve İzin Verme Durumuna İlişkin Bulgular	123

4.12. Ebeveynlerin Florürlü Vernik ve Diş Macununun Florür İçerme Durumu ile Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Vermeye İlişkin Bulgular	125
4.13. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Bilgi ve Bilgi Kaynakları ile Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Vermeye İlişkin Bulgular	128
5. TARTIŞMA	130
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	167
7. KAYNAKLAR	169
8. EKLER	
EK 1. Etik Kurul Onayı	
EK 2. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	
EK 3. Okullar ve Anket Formu Sayıları	
EK 4. Anket Formu	
EK 5. Florürlü Vernik Kayıtları Veri Değerlendirme Formu	
EK 6. Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Verme, Ret Gerekçeleri ve Uygulama Sıklığına İlişkin Tablolar	
EK 7. Orjinallik Ekran Çıktısı	
EK 8. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

- ADA:** American Dental Association (Amerikan Diş Hekimliği Birliği)
- AAPD:** The American Academy of Pediatric Dentistry (Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Birliği)
- APF:** Asidile fosfat florür
- ARCPOH:** Australian Research Centre for Population Oral Health (Avustralya Toplum Ağız Sağlığı Araştırma Merkezi)
- CDC:** Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
- COMA:** The Department of Health Committee on Medical Aspects of Food Policy (Sağlık Departmanı Gıda Politikalarının Tıbbi Yönleri Komitesi)
- dmft:** Decayed, missing, filled tooth in the primary dentition (çürüklü, dolgulu ve çürük sebebi ile çekilmiş süt dişi sayısı)
- DMFT:** Decayed, missing, filled tooth (çürüklü, dolgulu ve çekilmiş daimi diş sayısı)
- dmfs:** Decayed, missing, filled tooth surface (çürüklü, dolgulu ve çürük sebebi ile çekilmiş süt dişi yüzey sayısı)
- DMFS:** Decayed, missing, filled tooth surface (çürüklü, dolgulu ve çekilmiş daimi diş yüzeyi sayısı)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EAPD:** European Academy of Paediatric Dentistry (Avrupa Pediatrik Diş Hekimliği Birliği)
- FDI:** Federal Dental Institute (Dünya Diş Hekimleri Birliği)
- IADR:** International Association for Dental Research (Uluslararası Diş Hekimliği Araştırmaları Birliği)
- ICDAS:** International Caries Detection and Assessment System (Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi)
- FAO:** Food and Agriculture Organisation (Gıda Tarım Örgütü)(GTÖ)
- IHME:** The Institute for Health Metrics and Evaluation (Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü)
- GBD:** Global Burden of Disease (Küresel Hastalık Yüğü)
- OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
- SiC:** Significant caries index (Önemli çürük indeksi)

TABLOLAR

Tablo

4.1. Araştırmaya katılan 4. sınıftaki çocukların ve ailelerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA 2019).	53
4.2. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ve medeni durum özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA 2019).	54
4.3. Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının eğitim, çalışma ve sosyal güvence durumuna ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	55
4.4. Araştırmaya katılan ailelerin gelir/ekonomik duruma ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019).	57
4.5. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sigara içme durumlarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	58
4.6. Araştırmaya katılan ebeveynlerin tükettikleri ara öğün tercihlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	59
4.7. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ara öğün tercihlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	60
4.8. Araştırmaya katılan ebeveyn ve 4. sınıftaki çocuklarının diş fırçalama alışkanlıklarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	61
4.9. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş fırçalama dışında diş temizliği için yardımcı ürün kullanma durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	62
4.10. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş macunu seçimi ve diş macunu florür içeriğine ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	63
4.11. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve 4. sınıftaki çocuklarının diş hekimine gitme özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	64
4.12. Araştırmaya katılan ebeveynlerin düzenli diş hekimi kontrolüne gitmeme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	65
4.13.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşama durumuna göre dağılımı (Çubuk- ANKARA, 2019)	66
4.13.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde yaşadığı ağız diş sağlığı sorunlarına göre dağılımı (Çubuk- ANKARA, Nisan 2019)	66
4.14.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağızındaki eksik diş varlığına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	67
4.14.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağızında eksik diş sayısına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	68

4.15. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağızda mevcut ağız diş tedavilerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	68
4.16. Araştırmaya katılan ebeveynlerin kendi ağız diş sağlığı durumu değerlendirmelerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	69
4.17. a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgilerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	70
4.17.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgi durumua göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	72
4.18. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgi kaynağına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	72
4.19. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapıldığı sınıfları bilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	73
4.20. Araştırmaya katılan ebeveynlere, 4. sınıfta eğitim gören çocuklarına florürlü vernik uygulaması izin kâğıdı gönderilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	74
4.21.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	74
4.21.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin beyanlarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	75
4.22. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi edinme kaynağına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	75
4.23. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına ilişkin değerlendirmelerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	77
4.24. Araştırmaya katılan ebeveynlerin beyanına göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	79
4.25. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına izin vermeme nedenlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)	80
4.26. Ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından itibaren 4. Sınıfın sonuna kadar florürlü vernik uygulama kayıtlarına göre veli izin ve uygulama durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	83
4.27. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	87
4.28. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı özelliklerine göre diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	90
4.29. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özellik ve alışkanlıklarına göre 4. sınıftaki çocuğun diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)	94

- 4.30. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yıllık düzenli diş hekimine gitme dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 100
- 4.31. Ebeveyn sosyo-demografik özellikler ve bazı alışkanlıklarına göre çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 103
- 4.32. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ağız diş sağlığı bilgi puanı dağılımları (Çubuk-ANKARA, 2019) 108
- 4.33. Araştırmaya katılan ebeveynin ağız diş sağlığı ve florürlü vernik uygulamasına ilişkin bilgi kaynağına göre bilgi puanı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019) 111
- 4.34. Ebeveyn sosyo demografik özelliklerine göre florürlü vernik uygulaması yapılma nedenini bilme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 114
- 4.35. Ebeveynlerin bazı sosyo demografik özelliklere göre florürlü vernik uygulamasına ilişkin düşünceleri (Çubuk-ANKARA, 2019) 117
- 4.36. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo demografik özelliklerine göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 120
- 4.37. Araştırmaya katılan ebeveyn/çocuklarının ağız diş sağlığı uygulamalarına göre florürlü vernik uygulamasına izin verme dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 123
- 4.38. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına ilişkin bazı özelliklerine göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019) 125
- 4.39. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş macunu florür içeriği ile ilgili bazı özelliklere göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019) 126
- 4.40. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi ve bazı bilgi kaynaklarına göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019) 128

ŞEKİLLER

Şekil .1. Ebeveynlerin Kayıtlara Göre Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Verme ve Uygulama Durumları (Çubuk-ANKARA, 2019)

84

1. GİRİŞ

Ağız sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası ve yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biridir. Ağız sağlığının geliştirilmesine yönelik çabalara rağmen, ağız boşluğuyla ilgili hastalıklar, hâlen gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmesinin yanı sıra, düşük ve orta gelirli birçok ülkede de giderek yükü artan hastalıklardır (1).

Ağız sağlığı sorunlarının, özellikle yoksul ve dezavantajlı gruplarda olmak üzere, aynı ülkenin farklı bölgelerinde, hatta aynı bölge içinde bile dağılım ve şiddetinde farklılıklar görülebilmektedir. Hastalık dağılımının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık profesyonellerinin dağılımında da derin eşitsizlikler yaşanmaktadır (2).

Ağız sağlığı, bazı sistemik hastalıkların bulgularına ağız boşluğu içinde rastlanabilmesi yanı sıra bazı kronik hastalıklarla ortak risk faktörlerini paylaşması nedeniyle de genel sağlıktan ayrı değerlendirilemez. Dolayısıyla bu riskleri azaltmaya ve önlemeye yönelik çalışmalar sadece ağız sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamakla kalmayacak aynı zamanda kronik hastalıkların küresel yükünün azalmasına da katkı sağlayacaktır (3).

Ağız hastalıkları arasında diş çürüğü ve diş eti hastalıkları, görülme sıklığının yüksekliği ile öne çıkmaktadır. Diş çürüğü okul çağı çocuklarının %60-90'ını etkilerken, yaşamı boyunca her bireyin etkilendiği (2), dünya çapında en yaygın kronik hastalık ve büyük bir küresel halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir (4).

Ancak diş çürüğünün, düşük ve orta gelirli ülkelerde çoğunlukla tedavi edilmediği ya da ağrı veya diğer semptomların diş çekimi ile sonuçlandığı görülmektedir (5). Global Burden of Disease (GBD) (Küresel Hastalık Yükü) (2015) raporunda ağız boşluğu ile ilgili hastalıkların neden olduğu küresel yük değerlendirilmiş, %34,1(yaşa standardize edilmiş prevalans) ile tedavi edilmemiş kalıcı diş çürüğünün en yüksek prevalansa sahip olduğu belirtilmiştir (6).

Yaşla birlikte ağız boşluğuyla ilgili hastalık yükünün kümülatif olarak artması dolayısıyla artan tedavi edilmemiş hastalık yükünde, ağız sağlığına yaklaşımın da etkisi büyüktür. Ağız sağlığına yaklaşım her zaman tedavi odaklı olarak süregelen ve ağız hastalıklarının önlenmesi, ağız sağlığının teşviki ve geliştirilmesi üzerinde çok fazla durulmamıştır (7). Oysaki ağız boşluğu ile ilgili

hastalıkların görülme sıklığını azaltmak ve tedavi edilmemiş ağız-diş sorunlarının neden olacağı finansal yükün azaltılabilmesi için tedavi odaklı müdahalelerle birlikte ağız sağlığının sosyal belirleyicileri üzerinde de etkili olabilecek toplumsal düzeyde, ağız hastalıklarını önlemeye yönelik koruyucu uygulamalara öncelik verilmesi gerekmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) diş çürüğü sıklığında, ağız hijyeni ve halk sağlığı müdahalelerinin yetersiz olması yanı sıra, eğitim düzeyinin düşük olmasının, kötü yaşam koşullarının, yetersiz ve kötü beslenme alışkanlığı ve yüksek şeker tüketiminin de etkisi ile artış olduğunu belirtmektedir (9,10). Bu özelliklere sahip bireylerde ve nüfus gruplarında diş çürüğünün yüksek olarak seyrettiğine, diş çürüğü yükünün temel nedenleri arasında yüksek şeker tüketiminin ve florür desteğine erişimde yaşanan eşitsizliklerin olduğuna dikkat çekmektedir (9,10).

Son otuz yılda yüksek gelirlili Batı ülkelerinin çoğunda ağız diş sağlığı hizmetlerine, önleme odaklı yaklaşım ve florür kullanımının yer aldığı halk sağlığı programlarının uygulanması ile diş çürüğü sıklığında büyük bir azalma sağlanmıştır (9).

Florürün, diş çürüğünün önlenmesi amacıyla ilk olarak 20. yüzyıl ortalarında suya ilavesi ile birlikte diş çürüğü prevalansında %50'ye yakın azalma sağlanmıştır (11). Suya, tuza ve süte florür ilavesi gibi sistemik uygulamaların ardından, okul programlarında ağız hijyen eğitimi yanı sıra florürlü diş macunu, ağız çalkalama suyu, florür jel, florür vernik gibi topikal florür uygulamalarına da yer verilmektedir (12).

İlkokullar, diş sağlığı davranışsal müdahaleleri için uygun bir ortam sağlamaktadır (8). Okul çağı çocukları, karışık dişlenme dönemi olarak adlandırılan ve bir taraftan kalıcı dişlerin ağızda görülmeye başladığı ancak süt dişlerinin bazılarının da ağızda olduğu dönemde diş çürüğü ve diş eti hastalıkları açısından yüksek risk grubunda değerlendirildiğinden, ağız sağlığı eğitimi ve ağız sağlığının geliştirilmesine yönelik girişimler önem taşımaktadır (6).

Ülkemizde de “ Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili 2004” çalışması sonuçlarına göre, diş çürüğünün okul çağı çocuklarının çoğunluğunu etkileyen, sıklığı yüksek bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir (13). Ancak ülkemizde 2015 yılına kadar ulusal düzeyde bir koruyucu ağız diş sağlığı programı

yürütülmemiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan ulusal çapta “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” 2014-2015 eğitim öğretim yılının bahar yarısında, 60 ayını doldurmuş okul öncesi ana sınıfı öğrencilerine florür uygulaması ile başlamıştır. Program, her yıl ana sınıfından başlayarak aynı öğrenci 4. sınıfı bitirinceye kadar her eğitim öğretim yılında iki kez florürlü vernik uygulamasını ve öğrenciler başta olmak üzere ailelerinin, öğretmenlerin ağız ve diş sağlığı farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar içeren bir programdır (14,15).

Ancak saha çalışmalarında görev alan diş hekimlerinin değerlendirmeleri ve Halk Sağlığı Kurumu'nun (Mülga) 2015-2016 eğitim öğretim yılına ait florürlü vernik uygulama düzeyi değerlendirildiğinde, ülke genelinde değişkenlik gözlenmekte ve “hedef gruptaki öğrencilerin %45'ine florürlü vernik uygulamasının gerçekleştirilmesi” Kurum hedefinin illerin, ancak dörtte biri tarafından gerçekleştirilebildiği görülmektedir (16). Önemli bir koruyucu ağız diş sağlığı programında retlerle ilgili değişkenlik, uygulamanın toplumsal düzeyde etkisinin değerlendirilmesine olanak sağlamamaktadır.

Florürlü vernik uygulaması ile ilgili olarak yanlış bilgilerin, uygulamaya izin verecek veliler üzerinde olumsuz etkileri olduğu gözlenmektedir. Çoğunlukla çocuğun bakımından sorumlu olmaları nedeniyle annelerin, çocuklarına florürlü vernik uygulanması ile ilgili bir talep geldiğinde, izin vermeyi değerlendirirken doğru bilgilere sahip olmaları ve bilinçli karar vermelerine yardımcı olmak amacıyla bu uygulama ile ilgili görüşlerinin öğrenilmesi çok değerlidir.

Ebeveynlerin florür reddi davranışlarının altında farklı dinamiklerin bulunduğu, ebeveyn tutumlarının belirlenmesinde tarama ve teşhis araçları ve kanıta dayalı stratejiler geliştirilmesinin ve sağlık sistemine kolay adapte edilebilecek hasta merkezli sosyal ve davranışsal müdahaleleri içeren çözümlere ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (12). ABD'de artan florür reddinin altında hane halkı gelirinin, ebeveyn yaşı ve eğitim seviyesinin etkili olduğu, internette topikal florürün güvenilirliği, gerekliliği ve yan etkiler ile ilgili paylaşımların varlığı, bu hususlarda çocuğun bakımından sorumlu kişilerin bilgi eksikliği, diş hekimi ve doktorların, bu bilgi eksikliğinin giderilmesinde ne ölçüde rol aldıklarının bilinmemesi, bilgi eksikliğinin getirdiği endişenin ebeveynlerin tereddüt etmelerine neden olduğu, bu tereddütlerin çocuklarına topikal florür uygulanmasını reddetmelerine neden

olabildiği, diş hekimleri ve sağlık profesyonelleri arasında da güvensizliğin artışının da etkili olduğu belirtilmektedir (12,17,18). Ülkemizde de sosyo-ekonomik farklılıkları bulunması nedeniyle seçilen iki okulda yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi ve florür bilgi düzeyine göre florürlü vernik uygulamasını reddetme düzeyinin değişiklik gösterdiği (19); bir çalışmada katılımcıların üçte ikisinden fazlasının topikal florür uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmadığı, eğitim seviyesinin artıkça diş macunu ve topikal florür uygulamalarına olumsuz yaklaşımın arttığı (20); başka bir çalışmada zararlı olduğunu düşünenlerden çok daha fazlasının florürlü vernik uygulamasını reddettiği belirtilmektedir (21).

Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışması ile Ankara İli Çubuk İlçesi'nde 2018-2019 Eğitim Öğretim yılında eğitim gören dördüncü sınıf öğrencilerinin ebeveynlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilmekte olan florürlü vernik uygulamasına yaklaşımları, çocuklarına bu uygulamanın yapılma sıklığı ve ebeveynlerin, uygulamayla ilişkili ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Elde edilecek sonuçlar ile uygulamayla ilişkili ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarının belirlenerek ebeveynlerin çocuklarının ağız diş sağlığının korunmasına yönelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla yürütülmekte olan çalışmalara katkı sunulması beklenmektedir.

Bu çalışma kesitsel bir epidemiyolojik çalışma olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen florürlü vernik uygulaması ile ilgili veli retleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

DSÖ'nün 1948 yılında sağlığı "yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli" olarak tanımlamasının ardından, sağlığın, sadece hastalığın olmaması ile ilişkilendirilmesinden çok daha farklı boyutlarıyla ele alınması gerekliliği doğmuş ve zaman içinde sağlığın, bireyin fiziksel, sosyal ve duygusal açıdan değişen koşullarla başa çıkabilme, yeni koşullara uyum sağlayabilme yeteneği olduğu vurgusu giderek artmıştır (22).

Ağız sağlığı da genel sağlığın bir parçası olarak sadece bölgeyi ilgilendiren bir hastalık durumunun olmaması olarak değerlendirilmemeli ve farklı boyutları ile ele alınmalıdır. DSÖ, ağız sağlığını, ağız ve yüz bölgesinde bireylerin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyilik hâlini olumsuz etkilenmesine neden olacak, ağrı, kanser, enfeksiyon, travma, periodontal hastalıklar, diş çürüğü, diş kaybı, dudak damak yarığı gibi doğum defektleri ve bireyi sınırlayan diğer hastalık ve rahatsızlıkların olmaması olarak tanımlamıştır (4).

Bu tanımın ardından Federal Dental Institute (Dünya Diş Hekimleri Birliği) (FDI) ağız sağlığının çok daha kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğini, kraniyofasiyal (baş boyun) bölgede sadece ağrı, acı, rahatsızlık duymadan, konuşma, gülümseme, koklama, tat alma, dokunma, çiğneme, yutma gibi fonksiyonların yerine getirilebilmesi ve yüz ifadeleriyle duyguların ifade edilebilmesini sağlamanın ötesinde, fiziksel ve zihinsel iyilik halinin ve sağlığın temel bir bileşeni olduğunu vurgu yaparak, bireyin değişen deneyimleri, algıları, beklentileri ve koşullara uyum sağlama kabiliyetinden etkilenerek şekillenen, yaşam kalitesi açısından önemli olan fizyolojik, sosyal ve psikolojik özellikleri yansıtan, yani bireylerin ve toplumların değer ve tutumlarından etkilenen bir kavram olarak tanımlamış ve bu tanım genel olarak da kabul görmüştür (22).

Bireylerin davranış seçimleri ve yaşam şekilleri yaşam kaliteleri ile yakından ilişkilidir. Bireysel seçimlerimiz, sosyo-ekonomik koşullar ve sosyal normlar da dâhil olmak üzere pek çok faktörden etkilenir. DSÖ (2008) de sağlığın sosyal belirleyicilerini, bireylerin doğduğu, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı çevrenin bütünü olarak tanımlamıştır (4). Bu sosyal belirleyiciler bireylerin davranışlarını ve yaptıkları seçimleri büyük ölçüde etkilemektedir. Bireysel faktörler yanında kötü yaşam koşulları, eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik, güvenli suya sınırlı erişim

ve sanitasyon koşulları, ağız sağlığı hizmetlerine sınırlı erişim, sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar da bireylerin dolayısıyla toplumların ağız sağlığını etkilemektedir. Ekonomik, sosyal, eğitim politikaları ve çok daha fazlası sağlık statüsü ve hastalık yükünün tüm dünyayı etkileyen eşitsiz dağılımını açıklamayı olanaklı kılmaktadır. Sağlık, sağlık sistemlerinin kapsayıcılığı, erişilebilirliği, sağlık profesyonellerinin dengesiz coğrafi dağılımı, sunulan hizmetlerin kullanılmasındaki yetersizlik, ya da sunulan ağız sağlığı hizmetlerinin toplumun gerçek ihtiyacını karşılamaması gibi bu eşitsizlikleri derinleştiren pek çok faktörün etkisi altındadır. Tüm bu nedenlerle dünya çapında ülkeler arasında hatta aynı ülkede farklı bölgelerde bile ağız sağlığında derin eşitsizlikler görülmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda çoğunlukla yaşam tarzı ile ilgili bireysel seçimleri değiştirmeye odaklanan müdahalelerin etkisinin sınırlı olduğu ve bazı durumlarda etkisini azaltmak için planlandıkları eşitsizliklerin derinleşmesine bile neden olabildikleri görülmektedir. Dolayısıyla ağız sağlığının geliştirilmesinde bireysel davranış ve yaşam tarzı ile ilgili seçimleri değiştirmeye yönelik müdahaleler yanı sıra toplumsal düzeyde ve politik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (4,7).

2.1.Ağız Diş Sağlığı Genel Sağlık İlişkisi ve Halk Sağlığı Sorunu Olarak Ağız Boşluğuyla ilgili Hastalıklar

2.1.1. Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi

Ağız boşluğunu ilgilendiren hastalıkların pek çoğu ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar arasında ortak risk faktörlerinden kaynaklanan bir ilişki söz konusudur.

Ağız boşluğuyla ilgili hastalıklar, görülme sıklığı yüksek bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yer alan kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ile bu risk faktörlerini paylaşmaktadır. Bunlar sağlıksız beslenme, artan şeker tüketimi, sigara, alkol kullanımı gibi yaşam tarzlarıyla ilgili önlenebilir risk faktörleridir (4).

Artmış şeker tüketim miktar ve sıklığı; obezite ve tip 2 diyabet ile doğrudan bağlantılı olduğu gibi diş çürüğü gelişiminde de rol oynamaktadır. Sigara kullanımı, periodontal doku yıkımının artmasına neden olurken giderek kötüleşen ağız hijyeni dolayısıyla da erken diş kayıplarına neden olmaktadır. Beraberinde görülen kötü ağız

kokusu nedeniyle de sosyal yaşamı da olumsuz etkilemektedir. Tütün kullanımının ağız boşluğundaki kanserlerin büyük ölçüde nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Sigara kullanımı, periodontal hastalıkların seyrini etkilediği gibi yetişkinler arasında periodontitis olgularının yarısından fazlasının nedeni olduğu da belirtilmektedir (23).

Alkol kullanımı da sigara gibi ağız boşluğuyla ilgili kanserler için risk faktörüdür, ikisinin birlikte kullanımı bu riski daha da artırmaktadır. Alkol bağımlısı olan bireylerde, periodontal hastalık, ağız kuruluğu, diş çürüğü, diş kaybı, karaciğer hastalıklarına bağlı aşırı diş eti kanaması, lokal anesteziğin etkisinde azalma gibi sorunlar bildirilmiştir. Ayrıca dişler ve yüz bölgesi travmaları içinde riski artırmaktadır (24). Periodontal hastalıkların aralarında diabet, kardiovasküler hastalıklar ve demansında yer aldığı kronik hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca Periodontal hastalıkların neden oldukları diş kayıpları fonksiyonel ve estetik sorunlar açısından da bireyleri etkilemektedir (25).

Diş kaynaklı enfeksiyonlara sahip bireylerin pnömoni (zatürre) için daha yüksek riske sahip oldukları, yine ağız boşluğunda yer alan bakterilerin, enfektif endokardit ve enfektif artrit ile ilişkili olduğu bilinmektedir (3).

Birçok hastalığın da ağız boşluğunda bulguları gözlenebilmektedir. Hastalıkların erken tanısının çoğu zaman hayati öneme sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda, iyi bir ağız muayenesi ile beslenme eksikliklerinin, mikrobiyal enfeksiyonların, bağışıklık sistemi bozukluklarının, yaralanmalar ve ağız boşluğu ile ilgili kanserler de dâhil olmak üzere bazı hastalıkların belirtileri tespit edilebilir (26).

HIV/AIDS'li (Acquired Immune Deficiency Syndrome) (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu) bireylerin hemen hemen % 40-50'sinde, hastalığın seyri sırasında ağız mantarları, bakteriyel veya viral enfeksiyonlar görülebilmektedir. Tükürük miktarının azalmasına bağlı görülen ağız kuruluğu nedeniyle diş çürüğü sıklığında artışa neden olması açısından da göz ardı edilmemelidir (3).

Behçet hastalığında yumuşak damağa ve orafarinks bölgesine yerleşen afta benzeyen ülserasyonlar görülebilir. Demir eksikliği anemisinde, dil papillalarında kaybolma, angular cheilitis ve aftöz ülserler görülebilmektedir (27).

Ağız diş sağlığı, kronik hastalıklarla mücadelenin önemli bir unsuru olduğu gibi neden olduğu hastalık yükü ve finansal yönüyle de önem taşımaktadır. Ağız boşluğuyla ilgili hastalık yükünün çoğunu aralarında diş çürüğü, periodontal

hastalıklar, ağız boşluğuyla ilgili kanserler, HIV'in ağız boşluğundaki belirtileri, ağız boşluğu ve dişlerde travma, dudak-damak yarığı ve Noma'nın yer aldığı yedi hastalık ve durum oluşturmaktadır. Hemen hemen tüm hastalıklar ve koşullar büyük ölçüde önlenbilir veya erken aşamalarında tedavi edilebilir (28).

2.1.2. Halk Sağlığı Sorunu Olarak Ağız Boşluğuyla ilgili Hastalıklar

Periodontal hastalıklar çiğneme ve konuşma fonksiyonlarının yanı sıra bireyin genel iyilik hâlini ve yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen yetişkin ve yaşlılarda diş kayıplarının nedenlerinden biri olarak ciddi bir halk sağlığı sorunudur (4). Düşük ve orta gelirli ülkelerde diş ve diş eti hastalıklarının neden olduğu diş kayıplarının giderek arttığı, bugün 65-74 yaş dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin doğal dişlerinin tümünü kaybetmiş olduğu belirtilmektedir (5).

Ciddi periodontal hastalıklar yetişkinlerde diş kayıplarının ana nedenini oluştururken, 2010 yılında ciddi periodontitis dünya nüfusunun %8-10'unu etkileyen prevalansı en yüksek 6. sağlık problemi olmuştur (25). Periodontal hastalıklar, diş eti kenarında ve altında patojenik mikrobiyal plak birikimi ile başlayan, diş eti enfeksiyonunun ilerlemesiyle periodontitis olarak adlandırılan ve dişi çevreleyen kemik ve bağ dokusu iltihabının da eşlik ettiği, klinik olarak diş eti çekilmesi, cep oluşumu, dişetlerinde kanama ve radyografik olarak da gözlenen kemik yıkımı ile karakterize hastalıklardır (25). Periodontal dokuların ve dişlerin sağlıklı hâlinin sürdürülebilmesi için dişler üzerinde biriken mikrobiyal plağın düzenli ve etkili bir şekilde uzaklaştırılması yani plak kontrolünün sağlanması gereklidir (29).

Ağız boşluğuyla ilgili kanserler mukozada iyileşme göstermeyen ülserler ile karakterize ağrı, şişlik, kanama, yutma ve çiğneme güçlüğüne eşlik ettiği bir tablo sergilemekle birlikte mortalitesi yüksek olup teşhisi takip eden ilk 5 yıl içinde hastaların yarısı kaybedilmektedir (4). Dudak ve ağız boşluğuyla ilgili kanserler 2018 yılında dünya genelinde 500550 vaka ile en çok görülen ilk 15 kanser arasında yer almıştır (25).

Kraniofasial (kafa ve yüz bölgesindeki) bölge konjenital (doğumsal) anomolileri tüm doğum defektlerinin % 25ini oluştururken,(3) bunların 2/3'ünü yarık dudak ve damak oluşturmakta ve dünya genelinde 10.000 yeni doğandan 12 sini etkilemektedir. Ancak yarık dudak ve damak defektleri sebep oldukları fonksiyonel

engeller yanı sıra kompleks tedavileri, yüksek tedavi maliyetleri ve bir o kadar da hastalar ve aileleri üzerinde psikolojik etkiye sahip bir halk sağlığı sorunudur (4).

Ağız içinde nekroze diş eti ile başlayan ve nekroze periodontitis ve daha sonra ağız mukoza nekrozu eğilimi taşıyan polibakteriel bir enfeksiyon olan Noma, ciddi fonksiyonel bozukluk, yüzde sakatlanma ve ciddi psiko-sosyal sonuçlara neden olmaktadır (30). Genellikle Sahraaltı Afrika'da 6 yaş altı çocukları etkileyen çoğunlukla ölümlerle sonuçlanan agresif seyir gösteren Noma için yoksulluk ve beslenme bozukluğu ana risk faktörlerini oluştururken kötü ağız hijyeni, diş eti enfeksiyonu, kızamık, sıtma, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların mevcudiyetinde de gelişebildiği bildirilmektedir (4).

Ağız boşluğu vücut alanının %1'ini oluşturmasına rağmen tüm vücut yaralanmalarının %5'i bu bölgede gerçekleşmektedir. Bölgedeki yaralanmalar çenelerde ve diğer yüz kemiklerinde kırık, çıkık, delik, diş kırığı ve diş kaybı ile sonuçlanabilir. Kraniofasiyal yaralanmaların tedavileri maliyeti yüksek, karmaşık ve süreç gerektirmesi yanında fiziksel, psikososyal etkilere de sahip olan ve özellikle çocukları ve genç yetişkinleri etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (31).

Ağız boşluğuyla ilgili hastalık yükünde en büyük etki, tedavi edilmemiş süt ve kalıcı diş çürüğü, şiddetli periodontal hastalık, total dişsizlik ve ciddi diş kaybı deneyimi (1-9 arası dişe sahip olma durumu) içeren ağız sağlığını ilgilendiren sorunlardan kaynaklanmaktadır (25).

1990-2015 yılları arasında ağız boşluğuyla ilgili hastalıkların neden olduğu küresel hastalık yüküne ilişkin raporda (GBD) ağız boşluğu ile ilgili hastalıkların en yüksek prevalansa sahip olduğu ve dünya nüfusunun yaklaşık yarısı % 48'ini (3.5 milyar) etkilediği belirtilmektedir (6). Diş çürüğü ilerleyen ve kümülatif etkisi nedeniyle çok küçük yaşlardan itibaren tüm yaşlarda bireyleri etkileyen ağız boşluğu ile ilgili en sık görülen hastalıktır. En yüksek prevalansa ise %34,1(yaşa standardize edilmiş prevalans) ile tedavi edilmemiş kalıcı diş çürüğünün neden olduğu görülmüştür. Bunu prevalansı % 7,8 ile süt dişi çürüğü, %7,4 ile şiddetli periodontal hastalıklar, %4,1 ile total dişsizlik takip etmektedir. Bu raporda tedavi edilmemiş, kalıcı diş çürüğü nedeniyle yaklaşık 2.5 milyar kişinin, süt dişi çürükleri nedeniyle 573 milyon çocuğun, şiddetli periodontal hastalık nedeniyle 538 milyon bireyin, total diş kaybı nedeniyle de dünya çapında 276 milyon insanın etkilendiği belirtilmektedir.

Diğer ağız boşluğu ile ilgili hastalıklar %1,8'ini oluşturmaktadır. Ancak hem periodontal hastalıklarla ilgili kayıtlar hemde diğer ağız boşluğunu ilgilendiren hastalıklarla ilgili kayıtların yetersizliği söz konusudur (6).

Dünya çapında 2015 yılında kalıcı diş çürüğü deneyimi yaşayan 616 milyon, süt dişi çürüğü deneyimi yaşayan 216 milyon, ciddi kronik periodontitis deneyimi yaşayan 6 milyon, total dişsizlik sorunu yaşayan 3 milyon kişinin olduğu tahmin edilmektedir (6). 2015 yılında ağız diş sağlığını ilgilendiren koşulların küresel yaş örüntülerinde ise total diş kaybı prevalansı 75-79 yaşta, şiddetli periodontal hastalıktan yaklaşık 50'li yaşlarda, tedavi edilmeyen süt dişi çürüğü 1-4 yaş grubunda, kalıcı diş çürüğü 15-19 yaş grubunda en yüksek seviyede görülmüştür (6).

Mevcut veri kaynaklarının kısıtlılığı nedeniyle ağız boşluğu ile ilgili hastalıkların mali yükünün tam olarak tahmin edilmesi mümkün olmamakla birlikte, 2010 yılında diş hastalıkları için küresel ekonomik yükün 442 milyar dolar olduğu ve bunun 298 milyar dolarının doğrudan maliyetler yani çürük, periodontitis ve diş kaybına bağlı tedavi maliyetlerini içerdiği ki bunun da küresel sağlık harcamalarının yaklaşık ortalama % 4.6'sına tekabül ettiği tahmin edilmektedir. Geri kalan 144 milyar dolar ise dolaylı maliyetlere atfedilmektedir (6).

DSÖ ağız diş hastalıkları tedavisi en pahalı 4. hastalık olduğunun tahmin edildiğini belirtmektedir. Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkede ağız sağlığı hizmetleri için 2008-2012 yılları arasında yıllık ortalama 79 milyar dolar harcadığını belirtmektedir (4).

Dünya genelinde 2015 yılında doğrudan maliyetlerin 356.80 milyar dolar, dolaylı maliyetler ise 187.60 milyar dolar olduğu ve Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede farklı hastalıkların maliyet karşılaştırması sonucunda diş hastalıkları için yapılan harcamaların, diabet ve kardiovasküler hastalıklardan sonra en yüksek 3. hastalık olduğu belirtilmektedir (25).

Ancak 1990-2017 yılları arasında 354 hastalık ve yaralanmanın neden olduğu küresel hastalık yüküne ilişkin raporda; ağız-diş hastalıklarının prevalansında %5.5'e yakın bir düşüş ve insidansında da %0,3 düşüş olsa bu 100.000 kişide yeni vaka sayısının 48.423 den 48.276'ye düşmesi anlamına gelse de 2017'de de insidansı ve prevalansı en yüksek 3 hastalık arasında yer almaktadır (32).

Birçok ülkeden veri sağlanamaması yanı sıra ağız boşluğunu ilgilendiren kanserlerin, displazilerin, enfeksiyonlar, gelişimsel bozukluklar (örn. dudak ve damak yarıkları) ve nomanın uygun şekilde dâhil edilememesi nedeniyle de ağız boşluğuyla ilişkili hastalıkların gerçek yükü ve maliyetinin çok daha yüksek olması söz konusudur. Bununla birlikte maliyet değerlendirilirken sadece tedavi maliyetleri değil, aynı zamanda işgücü kaybına bağlı verimlilik kaybının neden olduğu maliyetler de göz önünde bulundurulmalıdır (33).

Ağız diş hastalıkları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık görülen sağlık sorunlarından biridir. Türkiye Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre, 7-14 yaş grubundaki çocuklarda son 6 ay içinde geçirilen hastalıklar arasında ağız ve diş hastalıkları %23,4 ile ilk sırada yer almaktadır (34). Ülkemizde ulusal düzeyde ağız ve diş sağlığı düzeyinin değerlendirilmesine yönelik ilk çalışma, 1988 yılında yapılan “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi” araştırmasıdır. Bu çalışmada 6 yaş grubu çocuklarda süt dişleri çürük prevalansı % 83,82 olarak saptanmıştır (35). 1988 yılından sonra ise, ulusal düzeyde 2004 yılında “Ağız ve Diş Sağlığı Profil Araştırması” gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada 5 yaş grubunun çürük prevalansının yüksek olduğu (% 69,8), 12 yaş grubunda % 61,1 olduğu tespit edilmiştir (13).

Ülkemizde periodontal hastalık prevalansı da oldukça yüksektir. 2004 yılında yapılan çalışmada 3 mm den fazla ataşman kaybı (mine-sement hududu cep tabanı ilişkisi) 35-44 yaş grubunda %32,1, 65-74 yaş grubunda % 61,7 olarak bulunurken, 2009 yılında gerçekleştirilen tüm bölgelerden örnekleme dâhil edilen 35 yaş ve üzeri bireylerde 12 indeks dişte 6 yüzeyin incelenmesi ile gerçekleştirilen çalışmada, katılım sağlayanların hemen hepsinde ataşman kaybı tespit edilmiştir. 35-44 yaşta % 43 ile 65 yaşta %91,0 arasında değişen 3 mm den fazla ataşman kaybının olduğu görülmüştür. Bu farklılıkta araştırma dokusuyla ilgili farklarında etkili olabileceği gibi katılımcıların sigara tüketiminin yüksek olmasının da etkisi olduğu belirtilmiştir (13, 36).

Ağız sağlığının öncelikli belirleyicisi olan diş çürüğü, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde özellikle çocukluk çağının en yaygın hastalığı olmasının yanı sıra, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ile birlikte hastalık yükünün artması ve getirdiği finansal yük ulusal düzeyde koruyucu ağız ve diş sağlığı programlarını kaçınılmaz hâle getirmektedir (37).

2.2. Diş Çürüğü

Diş çürüğü, diş yüzeyi, bakteri plağı ve gıdalarla alınan fermente olabilen karbonhidratlar özellikle serbest şekerlerin (gıda ve içeceklere üreticileri, hazırlayan veya tüketenler tarafından eklenen tüm monosakkarit ve disakkaritler ile bal, meyvelerin yapısında doğal olarak bulunan şekerler) bazı bakteriler tarafından metabolize edilmesi sonucu açığa çıkan asidin zamanla diş sert dokularında yani mine ve dentinde yıkıma sebep olması ile oluşan çok faktörlü bir hastalıktır. Diş çürüğü başlangıç aşamasında durdurulabilir hatta geri çevrilebilir olmasına rağmen çürük kavitesinin olduğu durumlarda profesyonel tedavi gerektiren bir durumdur (25).

Ağız boşluğunda yer alan tüm mikroorganizmaların karbonhidratları eşit derecede fermente etmediği anlaşılmış olup nispeten küçük bir grubu çürük oluşumundan sorumlu tutulmaktadır (38). Bu bakterilerin bir grubunu “Streptococcus mutans” (MS) serotipleri oluşturmaktadır. Bütün MS serotipleri çürüğün önemli potansiyel sebebi olarak gösterilir fakat çürük yapma potansiyeli olan tek tür olarak tanımlanmamalıdır. MS ve Lactobacillus (LB) büyük miktarda asit üretebilen (asidojenik), insanda çürükle ilişkili olan başlıca organizmalar olarak değerlendirilir (39,40,41).

Bakterilerin yokluğunda diş çürüğü oluşmaz. Ancak bakterilerin tutunabilmesi için bir diş yüzeyi gereklidir. Diş sürmeden önce bebeklerde mutans lokalizasyonu olmadığı ancak diş sürer sürmez mutans lokalizasyonunun arttığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar büyük ölçüde çocuğa bakımından sorumlu kişilerce mutans geçişi olduğunu göstermektedir. MS en güçlü olarak çürüğün başlamasıyla ilişkilendirildiği LB’lerin ise kavite oluşmuş dentin dokusunu içine alan aktif çürüğün ilerlemesiyle ilişkilendirildiği belirtilmektedir (42).

Tükürüğün akış, seyreltme, tamponlama ve remineralize etme kapasitesi, diş çürüğünün ilerlemesini ve gerilemesini etkiler. Plak biofilm tabakasının pH’sındaki düşüş ve artışlar diş yüzeyinde demineralizasyon ve remineralizasyon ataklarının yaşanmasına neden olur. Serbest şekerlerin tüketimine bağlı olarak Plak pH’sı belirli bir süre diş sert dokularında çözünmeye neden olacak kritik pH olan 5.5’in altına düşünce diş yüzeyinde çözülme yani demineralizasyon başlar. Diş minesinde beyaz nokta olarak adlandırılan bu çözülmenin ilk bulgusu olduğu aşamada bile bu durum

karyojenik beslenmenin düzenlenmesi ve remineralizasyonu sağlayacak girişimlerle tersine çevrilebilir. Yanı sıra çürüğün başlangıç ve ilerlemesinde anatomik, genetik, davranış seçimleri, beslenme, kültürel, sosyoekonomik ve terapötik yaklaşımların varlığı gibi birçok değişken rol alabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (43).

Dişler, formları, dental arkta sıralanışları, hipoplaziler, hipokalsifikasyon ve yeni erüpte olduklarında tam olgunlaşmamaları nedeniyle çürüğe karşı duyarlı olmaktadır (44). Diş çürüğü başlangıçta sıklıkla semptomsuz olmasına rağmen diş çürüğünün şiddeti arttıkça ağrı, enfeksiyon, apse, hatta sepsise neden olabilmektedir (45).

Ağız sağlığının belirleyicilerinden biri olan diş çürükleri çocuklarda, ağrı, rahatsızlık, şekil bozukluğu, akut ve kronik enfeksiyonlara, beslenmenin bozulmasına, uykusuzluk, hastaneye yatma oranında artışa, yüksek tedavi maliyetlerine ve okul günlerinde kayba neden olan bir durumdur. Ağrı ve enfeksiyon nedeniyle bozulan beslenme ve uyku düzeninin büyüme ve kilo alımını etkilediği bildirilmektedir (23).

2.3. Beslenme ve Diş Çürüğü İlişkisi

Küresel açlıkla mücadelede yol katedilmesine rağmen hâlâ birçok ülke çocukların gelişimlerini ve yaşama şanslarını etkileyen yetersiz beslenme ve beslenme bozuklukları ile mücadele etmektedir (4).

Beslenme, diş çürüğü, erezyon, mukozal lezyonlar, konjenital (doğumsal) defektler ve periodontal hastalıklar gibi ağız boşluğu ile ilgili hastalıkların önlenmesi açısından da büyük öneme sahiptir. Yetersiz beslenme ve beslenme bozuklukları ağız boşluğunda mukozal lezyonların ve periodontal hastalıkların şiddetini artırabilir ve dentin çürüğü riskini artıran mine defektlerine neden olabilir. Ağız boşluğu ile ilgili kanserler içinde önlenebilir bir risk faktörüdür (10).

DSÖ / Food and Agriculture Organisation (FAO) (Gıda ve Tarım Örgütü) (2002) ortak toplantısında, sanayileşme, kentleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşen pazarın, “beslenme geçişi” olarak tanımlanan diyet modellerinde hızlı değişikliklere neden olduğu, diyet yağ ve şeker içeriğinin artmasına bağlı yüksek enerji alımı, doymuş yağ tüketiminin artışı, diyetle kompleks karbonhidratların, lif içeriğinin, meyve ve sebze tüketiminin azalmasına neden olmuştur (46).

Besin maddesinin yapısındaki fermente olabilen karbonhidratların tipi, miktarı, ağızda kalma süresi, ağızdan temizlenme süresi, yapısal özellikleri, çözünürlüğü, kariyostatik özelliği, tükürük akış hızını stimüle etme özelliği, asidojenitesi, besin maddesinin diş çürüğü oluşumuna katkı sağlama potansiyelini (karyojenite) belirlemektedir (47). Diş çürüğünde, fermente edilebilen karbonhidratların özellikle de şekerin rolü fazladır (48,49). Diğer fermente edilebilir karbonhidratlar tamamen masum olmasa da, epidemiyolojik çalışmalar nişastalı temel gıdaların ve taze meyvelerin tüketiminin daha az diş çürüğü ile ilişkili olduğunu göstermektedir (50).

Yiyeceklerin hazırlanması sırasında rafine edilmesi ve pişirme gibi süreçler besinin karyojenitesini etkilemektedir. Bu nedenle kek, bisküvi gibi şeker ilave edilmiş nişastalı ürünlerin karyojenitesi fazla, doğal olarak yapısında nişasta bulunan ekmek, patetes gibi gıdaların karyojenitesi düşüktür ve yapısında doğal olarak nişasta bulunan gıdaların ve sebzelerin tüketiminin teşvik edilmesi önerilmektedir (51).

1989'da The Department of Health Committee on Medical Aspects of Food Policy (COMA) (Sağlık Departmanı Gıda Politikaları Tıbbi Yönleri Komitesi), şekerleri, besinlerin hücresel yapısında doğal olarak bulunan intrinsek(içsel) şekerler ve serbest formda bulunan ve gıdalara eklenen ekstrinsek(dışsal) yani serbest şekerler olarak tanımlamıştır (51).

Süt ve süt ürünleri içinde bulunan ve serbest şekerler olarak değerlendirilen şekerler daha az karyojenik (diş çürüğüne neden olma kapasitesi az) olmaları nedeniyle diğer serbest şekerlerden ayrı değerlendirilir. Süt laktoz içerir ve laktoz karyojenitesi en düşük şekerdir. Süt yapısında bulunan kalsiyum fosfat, kazein nedeniyle de mineyi demineralizasyona karşı korur ve antikaryojeniktir. Diğer serbest şekerler "non-milk extrinsic sugars" (NMES) (süt içermeyen serbest şekerler) olarak sınıflandırılırlar ve diş çürüğü oluşturma kapasitesi yüksek olan şeker grubudur (51). Şeker ilave edilmiş meyve suları, içecekler, pasta, kek, kahvaltılık gevrekler gibi gıdalara üreticileri, hazırlayıcıları veya tüketiciler tarafından eklenen tüm mono ve disakkaritler serbest şeker olarak adlandırılır ve doğal meyve suları, bal, şurup içinde bulunan şekerler bu grupta değerlendirilir (45, 51, 52, 53)

Meyvelerin taze olarak tüketilmesi önerilmektedir. Şeker ilavesiz taze meyve suları, sıkma işlemi sırasında meyvenin yapısındaki fruktoz, sukroz ve glikozun

serbest hale gelmesi nedeniyle karyojenik olarak kabul edilir (51). Kurutulmuş meyvelerde da kurutma işlemi sırasında hücre yapısının değişimi ile yine yapısındaki şekerlerin serbest şeker haline gelmesine bağlı olarak ve ayrıca yapışkan özelliğiyle dış yüzeyinde kalma süresinin artması nedeniyle karyojenitesinin (dış çürüğü oluşturma kapasitesi yüksek) arttığı düşünülmektedir (51). Doğal kurutma işlemine sahip hurma, üzüm, kayısı, erik gibi meyveler potasyum, magnezyum, demir, K vitamini ve lif zenginliği yönünden değerli besin kaynağı olup karyojenitesi ile ilgili kanıt eksikliği bulunmakta, yüksek enerji ve kurutma sürecinde şeker yoğunluğunun artması nedenleriyle alımının sınırlandırılması önerilmektedir (53).

Şeker tüketimi birçok biyolojik, davranışsal, sosyal kültürel ve çevresel faktörden etkilenmekte ve son 50 yılda şeker tüketiminin 50 kat arttığı ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artış göstereceği belirtilmektedir (52).

Epidemiyolojik çalışmalar serbest şeker alımının miktarı ve sıklığı ile dış çürüğü arasında doz-cevap ilişkisi olduğunu göstermektedir (50). Serbest şekerler ve dış çürüğü arasında, doz yanıt ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, 13-19 yaşlardaki gençlerde ve erişkinlerde kişi başına günlük 60 gr'dan fazla tüketimin, anaokulu çağındaki çocuklarda ise kişi başına günlük 30 gr'dan fazla tüketimin dış çürüğü riskini arttırdığı kanıtlanmıştır (54). Dış çürüğü ve serbest şeker tüketimi ilişkisini değerlendirmek için yapılan literatür taramasında, 5 kohort çalışmasının karşılaştırılması sonucu günlük enerji ihtiyacının %10'dan fazlasının serbest şekerlerden sağlanması durumunda dış çürüğünün belirgin şekilde yüksek olduğu görülmüştür (55). DSÖ günlük enerji ihtiyacının en fazla % 10'unun serbest şekerlerden sağlanmasını, dış çürüğü ve kronik hastalıkların hızının azaltılması, yaşam boyu dış çürüğü riskinin minimize edilmesi için %5 ile sınırlandırılmasını önermektedir (45). Moynihan ve Petersen serbest şekerler içeren gıdaların tüketim sıklığı, günde maksimum 4 kez ile sınırlandırılması gerektiğini belirtmektedir (50).

Dış çürüğünü azaltmak için beslenme tavsiyeleri şeker içeren yiyecek ve içecek sıklığını azaltma, atıştırmalıkları yemek zamanları ile sınırlı tutma, tükürüğün akış hızı ve tamponlama kapasitesi azaldığından gece özellikle yatmadan önceki 1 saat içinde atıştırmaktan kaçınılması, çürük riski az atıştırmalıkların seçiminin teşvik

edilmesi, diyet şekerlerinin asidojenik etkisini azaltmak için yemeklerden sonra peynir tüketme, şekerli sakız çiğneme önerilerini içermelidir (51).

Ayrıca bakterilerin yer almadığı diş sert dokularının kaybı ile karakterize diş erzyonunun sebeplerinden biri de asidik yiyecek ve içeceklerin tüketimidir. Tabiki iyi bir klinik inceleme ile sebebinin belirlenmesi önemlidir. Özellikle hazır veya taze meyve suları, şekerli ve gazlı içecekler, şarap ve diğer alkollü içecekler, sirke, bazı soslar gibi erzyon oluşturma riski yüksek yiyecek ve içecekler erzyona neden olabilmektedir. Anormal tüketim miktarları ve diş yüzeyi ile temas süresi erzyonla ilişkili faktörler olarak değerlendirilmektedir (51).

2010 yılında diş sağlığı ve maliyet açısından şekerle ilintili küresel yükün ölçülmesi amacıyla The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı), FAO ve Dünya Bankası'nın çeşitli veritabanları kullanılmış ve başta 31 OECD ülkesi olmak üzere 168 ülkede mono ve disakkarit ile ilişkili diş çürükleri ve periodontal hastalıkların sebep olduğu mali kaybın 172 milyar ABD doları olduğu bildirilmiştir (46). Mono ve disakkarit tüketimi ile ilişkili hastalık yükü Hindistan'da en yüksek olmakla birlikte Çin, ABD, Brezilya ve Meksika sırasıyla yükün en yüksek olduğu ülkelerdir. Sonuçta küresel maliyet yükünün %35.4'ü, hastalık yükünün %26.3'ü mono ve disakkarit tüketimiyle ilişkili dental hastalık yükü oluşturmaktadır. Mono ve disakkarit tüketimiyle ilişkili maliyet yükü 57.4 milyar dolar ile en yüksek ABD'de olmak üzere bunu sırasıyla Almanya, Fransa, Japonya, İtalya takip etmektedir (10).

Ülkemizde gerçekleştirilen "Ağız ve Diş Sağlığı Profili 2004" çalışmasında da beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiş ve bütün yaş gruplarında katılımcıların büyük çoğunluğu ara öğün tükettiklerini bildirmiş ve ara öğünlerde kek bisküvi gibi şekerli gıdalar ve kola gazoz gibi şekerli ve gazlı içecekleri tüketiminin ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür (13).

Ömür boyu diyet risk faktörüne maruz kalma söz konusu olduğundan çocukluk çağı diş çürüğü riskindeki küçük bir azalma bile, bireyin tüm yaşamı için önem taşımaktadır. Bu nedenle, diş çürüğünün yaşam boyu riskini en aza indirmek için, serbest şeker alımının mümkün olduğu kadar düşük olması gerekir. Böylece hem diş çürüğünün yüksek prevalansı ile hem de aşırı kilo ve obezitenin azaltılması

ve dolayısıyla bununla ilişkili ölümlerin büyük çoğunluğundan sorumlu kronik hastalık yükünün azalmasına ve uzun vadede ülkelerin sağlık bakım maliyetlerinin düşmesine de katkı sağlayacaktır (52).

2.4. Diş Çürüğü Değerlendirme Yöntemleri

Ağız hastalıklarının ve ağız sağlığının değerlendirilmesinde mevcut durum tespitinin yapılabilmesi, ilerlemenin takibi ve toplumlar arası karşılaştırmaların yapılabilmesi için güvenilir ve geçerliliği olan tespit yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bu amaçla diş çürüğünün, periodontal durumun, florozis, travma gibi ağız diş sağlığı koşulların değerlendirildiği indeksler kullanılır.

Diş çürüğünün önlenmesinde kullanılan indekslerin başında dmft/DMFT ve dmfs/DMFS indeksi yer almaktadır. Bu indeksler uzun zamandır yaygın olarak kullanılmakta ve bireydeki çürük deneyiminin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. DMFT/dmft çürük (d/D), dolgulu (f/F) ve çekilmiş (m/M) diş sayısını gösterirken, DMFS/dmfs ise çürük (d/D), dolgulu (f/F) ve çekilmiş (m/M) diş yüzeyi sayısını ifade etmektedir. Çürükten etkilenmiş diş sayısını değerlendirmek için süt dişlerinde küçük harfler ile ifade edilen dmft daimi dişlerde büyük harflerle ifade edilen DMFT indeksi kullanılırken diş çürüğünden etkilenmiş diş yüzey sayısını değerlendirmek için süt dişlerinde yine küçük harflerle ifade edilen dmfs, daimi dişlerde büyük harflerle ifade edilen DMFS indeksi kullanılır (56).

Farklı yıllarda farklı araştırmacılar tarafından değerlendirilen ancak 2004 yılında Pitts ve arkadaşları tarafından tanımlanan diğer bir sistem ise the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) (Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi) olarak bilinen sistemdir. DMFT/dmft indeksi ile kavite oluşturmamış lezyonların dikkate alınmaması nedeniyle risk altındaki dişler değerlendirilemediğinden tedavi gereksinimlerinin tam olarak belirlenememesi söz konusuysa, ICDAS indeksi ile subklinik çürükten ilerlemiş ciddi çürüğe kadar değerlendirme yapılması sağlanabilmekte ve çürük lezyonun aktivitesinin değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir (35).

ICDAS, diş yüzeyinin karakteristiğine dayanarak yüzey değişimlerini ve çürüğün histolojik derinliğini ölçmeye dayalı bir yöntemdir. Kron lezyonunun durumuna göre 0-6 arasında kodlama yapılır. Kod "0" sağlıklı diş yüzeyini

belirtirken, Kod “6” diş dokusunun en az yarısını içine alan muhtemelen pulpayıda içine almış dentin kavitesinin varlığı söz konusudur (57,58).

Bahsedilen çürük sınıflama indekslerinin yanında; tedavi edilmemiş diş çürüklerinin klinik sonuçları ve bunun şiddetini değerlendirmek için geliştirilen bir diğer indeks ise PUFA/pufa indeksidir. Süt dişleri için pufa daimi dişler için PUFA olarak ifade edilir. P/p klinik olarak pulpa odası açıklığının görünür olduğu ya da çürük nedeniyle kronun tahrip olduğu kök ya da kök parçalarının görüldüğü durumlarda kaydedilir, U/u yumuşak doku ülserasyonuna neden olan pulpal tutulumun olduğu keskin kenarlı diş ya da kök parçalarının neden olduğu travmatik ülserasyonun varlığında kaydedilir, F/f sinüs dışında bir irin bulunan pulpal tutulumu olan dişler kodlanır, a/A pulpal tutulumu olan bir dişle ilgili irin içeren bir şişlik olduğunda kodlanır (59).

2.5. Dünyada ve Türkiyede Diş Çürüğü Prevalansı

1969 yılında Global Oral Health Data Bank'ın (küresel ağız-diş sağlığı veri bankası) oluşturulmasından sonra incelenen verilere göre ağız sağlığının ana belirleyicilerinden olan diş çürüğünün, gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığının yüksek bulunması sonrası, DSÖ ve FDI tarafından 1981'de ağız diş sağlığı 2000 yılı küresel hedefleri şu şekilde belirlenmiştir (35).

- 5-6 yaş grubu çocukların %50'sinin çürük dişi bulunmaması
- Dünya genelinde 12 yaş grubu çocuklarda DMFT değerinin 3'ten fazla olmaması
- 18 yaş grubu bireylerin % 85'inde ağızlarında olması gereken tüm dişlerine sahip olması
- 35-44 yaş grubundaki bireylerin dişsizliğin %50 azaltılması
- 65 yaş ve üstü bireylerin dişsizliğin % 25 azaltılması
- Ağız sağlığındaki değişiklikleri izlemek için bir veri tabanı oluşturulması

DSÖ, FDI ve International Association For Dental Research (IADR) (Uluslararası Diş Hekimliği Araştırmaları Birliği) tarafından ortaklaşa kararlaştırılan ve 2003 yılında belirlenen 2020 yılı için diş çürüğü için ağız ve diş sağlığı hedefleri ise;

- 6 yaş grubunda diş çürüğü bulunmayan çocukların yüzdesi artırılmalıdır.

- 12 yaş grubunda, özellikle yüksek çürük riske sahip popülasyonlara yönelik çalışmalar yapılarak DMFT değerleri % x azaltılmalı ve bu azalma çürük komponenti azaltılarak sağlanmalıdır,
- 18, 35-44, 65-74 yaş gruplarında diş çürüğüne bağlı diş kayıpları azaltılmalıdır.

Diş kaybı açısından;

- 35-44, 65-74 yaş gruplarında dişsiz kişi sayısını %x azaltmak,
- 18, 35-44, 65-74 yaş gruplarında ağızdaki diş sayısını %x arttırmak
- 35-44, 65-74 yaşlarda fonksiyonel dentisyona (en az 20 ya da daha fazla doğal dişe sahip olma) sahip birey sayısını % x arttırmak (60).

DSÖ, FDI, IADR, ağız diş sağlığı hedeflerinin ulusal ve hatta bölgesel şartlara göre belirlenmesi gerektiğini vurgulamış, sosyo-ekonomik koşullar, sağlık bilgi sistemlerinin varlığı ve yeterliliğininde etkisiyle bu hedeflerin şekilleneceğini belirtmiştir (61).

1980 yılında 173 ülkenin 107'sinden elde edilen verilere göre %5'inde 12 yaş DMFT'nin 3'ün altında, 2000 yılı verilerine ulaşılan 184 ülkenin %68'inin 12 yaş DMFT'nin yine 3 ün altında olduğu tespit edilmiştir (61). Bindokuzyüz yetmişlerin sonlarında yüksek gelirli ülkelerde çocuklar ve genç yetişkinlerde çürük deneyimindeki düşüşün ilk işaretleri gözlenmiştir. DSÖ Global Oral Health Data Bank verilerine göre 11 yüksek gelirli ülkede 1979-87 yılları ve 1993-2002 yılları arasında 12 yaş DMFT değerlerindeki değişim izlenmiş ve İrlanda, Danimarka, Japonya, Fransa, İspanya, Finlandiya, İzlanda, Avustralya, ABD'de düşüş yaşanırken Kore ve Kuveyt'te artış gözlenmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerin üst segmentinde yer alan ülkelere 1983-92 ve 1993-2001 yıllarında elde edilen verilerde Küba ve Estonya'da yüksek 12 yaş DMFT'sinde önemli bir düşüş gözlenmiştir. Bu da bu ülkelerde önleyici dental okul programlarının varlığı ile ilişkilendirilmiştir. ABD'de 5-17 yaş çocuklarda ulusal çapta gerçekleştirilen ikinci araştırmada, DMF skorunda 1971-74 yıllarında yapılan ilk araştırmaya göre %32 lik bir düşüş gözlenirken 1986-87'de yapılan araştırmada DMF skorunda 7 yıl öncesine göre %36'lık bir düşüş gözlenmiştir ve yüksek gelirli ülkelerde kalıcı dişlerde çürük deneyimi düşüşü günümüzde de devam etmektedir (56).

Hollanda'da 12 yaş DMFT, 1965'te 8 iken 1993'te 1'e düşmüştür. İsviçre Zürih Kantonu'nda, 1964 yılında tüm 12 yaşındaki çocukların ortalama DMFT'si 7.9

iken daha anlamlı bir ölçüt olan çürük sayısının en fazla olduğu üçte birlik kısmın bu değerlendirmeye giren kişi sayısına bölünmesi ile elde edilen önemli çürük indeksi (SİC İndeksi) ise 13.1 bulunmuştur. 1996 yılında ise 12 yaş için aynı indeksler sırasıyla 0.84 ve 2.38'dir ve SiC'inde % 82 düşüş olmuştur (62).

DSÖ küresel ağız-diş sağlığı veri bankası verilerine göre Danimarka'da 1987 yılında 12 yaş DMFT 5,2 iken 2000 yılında 1, 2014 yılında 0.4 olarak, Finlandiya'da 1975 yılında 12 yaş DMFT 6,9 iken 2000 yılında 1,2 ve 2009 yılında 0,7, İzlanda'da 1962'de 7,2 iken 2005'te 1.4, İtalya'da 1979'da 6,2 iken kampanya bölgesinde 2012'de 1,2, İsviçre'de 1964'de 8.0'den 2011'de Zürih Kantonu'nda 0,8, Norveç'te 1985 te 3.4'den 2004'de 1.4, Birleşik Krallık'da 1983'de 3,1 iken 2005'de 0.7'ye gerilemiştir (63).

Ülkemizde ulusal çapta ağız ve diş sağlığı düzeyinin değerlendirilmesine yönelik ilk çalışma, 1988 yılında yapılan "Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi" araştırmasıdır. Bu çalışmada 6 yaş grubu çocuklarda süt dişleri çürük prevalansı % 83,82 ve dmft 4,44 olarak saptanmıştır (13).

"Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profil Çalışması-2004" sonuçlarına göre ise 5 yaş çocuklarda dmft 3.7 iken, 12 yaş çocuklarda DMFT 1.9 ve 15 yaş çocuklarda DMFT 2.3 olarak tespit edilmiştir. 12 yaş çocuklarda DMFT 1.9 olmasına rağmen SİC İndeksi ise 4.33 olduğu tespit edilmiştir ki bu da çürüğün şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (13).

Çalışkan ve ark. 1999 yılında Park Sağlık Ocağı bölgesindeki bir ilkokulda okul çağı öğrencilerinin % 67,1'inde diş çürüğü tespit edilmiştir. Süt dişlerinde çürük sıklığı % 62,7 iken daimi dişlerde %10,5 olarak tespit edilmiştir. Bu öğrencilerin % 24,8'inde diş kaybı söz konusu iken, ancak % 7,9'unda dolgu varlığı tespit edilmiştir. (64).

Tulunoğlu ve ark. 2003 yılında Ankara'da 3-8 yaş arası okul öncesi ve okul çağındaki bir grup çocuğun katıldığı bir çalışmada; 3-6 yaş grubu çocuklar için dft değeri 1,98 olarak dfs değeri ise 3,16 olarak bildirilmiştir (65).

Namal ve ark. 2005 yılında İstanbul'da anaokuluna giden 3-6 yaş çocuklarla gerçekleştirdikleri çalışmada çocukların % 74,1'inin çürük deneyimi yaşamış oldukları ve dft değerinin yaş arttıkça artış gösterdiğinin saptandığı bildirilmiştir (66).

2011 yılında Ankara’da 5-9 yaş arası 245 çocuğun antropometrik ölçümleri ve diş muayeneleri yapılmış ve diş çürükleri değerlendirilerek dmft değeri $5,3\pm 3,78$; dmfs değeri ise $10,5\pm 9,67$ olarak bulunmuştur (67).

2011 yılında Samsun’da 3-6 yaş arası 226 çocukta yapılan bir çalışmada dmft 2,87 olarak bildirilmiştir (68).

2.6. Diş Çürüğünün Önlenmesi ve Kontrol Altına Alınmasında Temel Yaklaşımlar

Okullar ve okul öncesi kurumların ağız sağlığını geliştirmek için ideal ortamlar olduğu, çocukların ve gençlerin yaşam boyu sağlıklı davranışlar geliştirmelerine yardımcı olma imkânının sağlanabileceği, halk sağlığı politikaları ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yoluyla bireylerin ağız hastalıklarının önlenmesi, daha sağlıklı ve doğru seçimler yapmalarına yardımcı olmak için önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Temel ağız bakımı, florür kullanımı ile özellikle dezavantajlı toplumların çocuklarında yaşam kalitesinin artırılabilmesi ve ağız boşluğuyla ilgili hastalık yükünün azaltılabileceğini vurgulanmaktadır (7).

FDI 2020 hedeflerini ve dünya çapında ağız sağlığının geliştirilmesinde öncelikli eylem alanlarını, “florürün etkin kullanımı, sağlıklı beslenme, tütün kontrolü, sağlığı teşvik eden okullar aracılığıyla çocukların ve gençlerin ağız sağlığı geliştirilmesi, yaşlılarda ağız sağlığı iyileştirme, ağız sağlığı, genel sağlık ve yaşam kalitesinin artırılması, HIV/AIDS ağız sağlığının geliştirilmesi, ağız sağlığı bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, kanıta dayalı bilimsel veriler ışığında ağız sağlığı politika ve hedeflerin belirlenmesi için araştırmaların artırılması” şeklinde belirlemiştir (7).

Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde diş çürüğünün önlenabilir bakteri ilişkili davranışsal bir hastalık olduğu unutulmadan, ağız hastalıkları için risk faktörleri göz önünde bulundurularak sağlıklı beslenme özellikle şeker tüketiminin sınırlandırılması gibi sağlıklı yaşam tarzları başta olmak üzere diş fırçalama gibi öz bakım alışkanlıklarının geliştirilmesi ve öncelikle velilere, öğretmenlere ve çocuklara verilecek ağız diş sağlığına yönelik eğitimler ile topikal flor uygulamalarını içeren koruyucu programlara ihtiyaç vardır.

Ancak geçmişten günümüze ağız-diş sağlığına yaklaşım toplum bazlı önleyici müdahaleler yerine tedavi odaklı olmuştur. Bu yaklaşım birçok ülke için finansal ve

iş gücü maliyetleri açısından sürdürülebilir görünmemektedir. Hastalık yükündeki temel eşitsizlikler ağrının giderilmesi, ağız-diş sağlığının geliştirilmesi ve diş çürüğü de dâhil olmak üzere ağız boşluğunu ilgilendiren hastalıkların yönetimini içeren temel sağlık hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması ile azaltılabilir. Bu, hastalıklarda risk faktörlerinin ve ihtiyaçların izlenmesi, uygun müdahale ve programların geliştirilmesi ve etkilerinin değerlendirilmesi için esastır. Ağız boşluğunu ilgilendiren hastalıklar, ilgili risklere maruz kalmanın azaltılması ve sağlıklı davranışların güçlendirilmesi ile önlenir. İyi bir ağız hijyeni, şeker tüketiminin azaltılması, düzenli diş hekimî kontrolleri ve florürlerin uygun kullanımı diş çürüğü ile mücadelenin temel unsurlarıdır (4).

2.7. Diş Çürüğünün Önlenmesinde Florür Kullanımının Yeri

Flor en elektronegatif element olup yeryüzünde element formunda bulunmaz. Kimyasal olarak florür formunda bileşikler olarak bulunur. Florür bileşikleri, flor elementi toprak veya kayalardaki çeşitli minerallerle birleştiğinde oluşan tuzlardır (69). Florür dünyada minerallere ve kimyasal bileşiklere bağlı olarak bulunur. Topraktaki serbest florür iyonlarının mevcudiyeti, söz konusu florür bileşiğinin doğal çözünürlüğüne, toprağın asiditesine, diğer mineral ve kimyasal bileşiklerin varlığına ve mevcut su miktarına bağlıdır. Florür çevreye belirli yollarla yayılmaktadır. Bunlar arasında doğal olaylar (volkanik kaynaklar, minerallerin çözünmesi ve ayrışmasıyla özellikle yer altı sularına karışması), insan aktiviteleri (fosfatlı gübre üretimi, hidroflorik asidin üretimi ve kullanımı, alüminyum, çelik ve petrol üretimi, bu endüstriyel atıkların nehirlere ve akarsulara boşaltılması, özellikle kapalı ortamlarda florürden zengin kömürün yakılması), florür içeren pestisitlerin kullanımı, remobilizasyon ve alüminyum üretim alanlarından sediment hareketi sayılmaktadır. Çay yaprağında, işlenmiş gıdalarda olduğu gibi, yiyeceklerin hazırlanması pişirilmesi gibi aşamalarda florür içeriğinin artmasında rol alabilir (70).

Florürün diş hekimliğinde keşfi ise 20. Yüzyılın başlarında dişlerde görülen gizemli lekelerin (florozis) tanımlanması ve bunun florür içeriği yüksek doğal su kaynaklarının tüketildiği bölgelerde olduğunun fark edilmesi ile başlar. 20. yüzyılın ilk yarısında doğal su kaynaklarında florür içeriğinin yüksek olduğu alanlarda çürük sıklığının diğer bölgelere göre daha az olduğuna odaklanan araştırmaların ardından

ikinci yarısında flor içeriği düşük alanlarda suya flor ilave edilmesine ve diş çürüğü sıklığı üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik çalışmalara odaklanılmıştır. Suya florür ilavesi ABD için 20. yüzyılın halk sağlığı alanındaki ilk 10 gelişmesi arasında kabul edilmektedir (11).

ABD’de ilk olarak 1945 yılında suya florür ilave edilmesinin ardından Kanada, Hollanda, Yeni Zelanda’da benzer uygulamalarla çürük deneyiminde önemli düşüşler gözlenmiştir. 21. yüzyılın başlarında aralarında ABD’de (%63), Kanada (%43), İrlanda (%71), Avustralya (%61), Yeni Zelanda (%61), Şili’nin de (%40) bulunduğu yaklaşık kırka yakın ülkede kamu suyunun florürlendiğinin tahmin edildiği belirtilmektedir (11). Teknik ve kültürel olarak kamu su florürlenmesinin mümkün olmaması durumunda tuz ve florürlü sütte alternatif sistemik uygulamalar arasında yer almaktadır.

60 yıldan fazla zamandır birçok ülkede yapılan çalışmalar içme suyuna florür ilavesi ile azımsanmayacak kadar önemli ölçüde istikrarlı şekilde çürük prevalansında azalma sağlandığını göstermektedir. Bin dokuzyüzdoksan öncesi yapılan çalışmalarda süt dişi çürüğünde %40-%50, kalıcı diş çürüğünde %50 ile %60’lık bir azalma ile ilişkilendirilirken 1990-2000 yılları arasında 3-44 yaş bireyleri içeren 59 çalışmada daha az olsa da süt dişi çürüklerinde %30-59, kalıcı dişlerde %40-49 arasında bir düşüşle ilişkilendirilmiştir (71).

Suyun florürlenmesi toplumun su kaynağını oluşturmak kaydıyla bireysel katılıma ihtiyaç duyulmadan tüm sosyal sınıfların faydalanabilmesi ile tüm topluma ulaşmanın en etkili yöntemidir (71).

Suya florür ilavesi ile ilgili çalışmaların değerlendirildiği Cochrane 2015 derlemesinde değerlendirme kriterlerine uyan çalışmalarda suya florür ilavesinin başlamasıyla dmft indeksinde 1,81’lik, DMFT indeksinde ise 1,16 lık bir düşüşle yani kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında dmft’de %35’lik DMFT’de ise %26’lık bir düşüşle ilişkili bulunmuştur. Ağızda çürük süt dişi olmayan çocuklar %15 artarken daimi diş çürüğü olmayanlarda %14’lük bir artışla da ilişkili bulunmuştur. Ancak bu çalışmaların çoğu 1975 ve diş macunlarının yaygın bir şekilde piyasaya sürülmesinden önceki çalışmalardan oluştuğu da belirtilmiştir (72).

Dünya çapında, ABD, Avustralya, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kanada, Hong Kong, Çin, İrlanda, İsrail, Malezya, Yeni Zelanda, Singapur, İngiltere ve başka

yerlerde geniş çapta florürleme programları uygulanmıştır. Sonrasında, Los Angeles (1999'da), Las Vegas'ta (2000'de), Sacramento'da (2000'de) ve San Antonio'da (2002'de), ABD'nin güney ve batısındaki büyük şehirlerde yeni programlar başlatılmıştır. 2008 yılında Avustralya, Danimarka, İrlanda, İngiltere, New York, Brezilya ve Litvanya'da kapsamlı su florürleme programları başlatılmıştır (73).

Toplum temelli çürük önlemede florür kullanımı DSÖ tarafından 1960'lı yılların sonlarından beri önerilmekte ve ülkelerin diş çürüğü yükünün temelinde yüksek şeker tüketimi ve florüre erişimde yaşanan eşitsizliklerin olduğu belirtilmektedir. Florür uzun süre yüksek tüketimine bağlı dişlerde ve iskelette florozise neden olabilmektedir. Florürün aşırı alımı genellikle florür içeriği yüksek yer altı sularının uzun süre tüketimiyle gerçekleşir. İçme suyunun florürlenmesi birçok ülke tarafından diş çürüğünün önlenmesi için uygun maliyetli bir halk sağlığı önlemi olarak kabul görmüştür. Florürün optimal çürük önleme etkisi minimal florozise neden olabilmesi için DSÖ tarafından 1.5 mg üzerinde florozis riskinin artması nedeniyle bu değeri aşmaması gerektiği belirtilmektedir (9).

Diş çürüğünün önlenmesinde yemeklik tuza florür ilave edilmesi 1959 yılında İsviçre'de başlamış ve daha sonra birçok ülkede uygulanmıştır. 1965 ile 1987 yılları arasında yemeklik florürlü tuz kullanımının diş çürüğü prevalansı ve insidansı üzerine etkisini değerlendiren ilk çalışmalar Kolombiya, Macaristan ve İsviçre'den gelmiş ve suyun florürlenmesiyle benzer etki gösterdiği bulunmuştur (71).

DSÖ 1994 yayınladığı raporda o zamana kadar 5 ülkenin tuza florür ilavesi uyguladığı bunların ise İsviçre, Fransa (1986), Kosta Rika(1987), Jamaika (1987), Almanya (1991) olduğunu belirtmiştir. İsviçre kantonunda 1987-1991 yılları arasında satılan evsel tuzun pazar payı %75'e ulaşırken, Fransa'da 1986 yılında piyasaya sürülmüş ve 1992 de pazar payının % 60'ına ulaşmıştır. Uygulanan yöntemle göre kapsayıcılığı değişmektedir. Almanya ve Fransa'da sadece evsel tuzun florürlenmesi ile minimize edilirken, İsviçre, Kosta-Rico ve Jamaika'da evsel kullanımın yanı sıra unlu mamuller ve kurumsal kullanım aracılığıyla toplum kapsayıcılığı artırılmıştır (71,74).

Florürlenmiş tuz, Almanya, Fransa ve İsviçre'de yaygın olarak kullanılmaktadır; evsel kullanım için pazarlanan tuzun % 30-80'i florürlenmiştir.

Dünya çapında 30'dan fazla ülkede, florürlenmiş tuz kullanılmakta ve yemeklik tuza florür ilavesi, DSÖ tarafından da önerilmektedir (73).

Yapılan çalışmalar sofraya tuzuna florür ilavesinin, halk tarafından kolay kabul edilebilirliğini, diş çürüğünde azalma sağladığını, kişi başına maliyetlerin çok düşük olduğunu göstermiştir. Programın etkinliği, tuzun dağıtımı, pazarlanması uygulanma yöntemi gibi faktörler toplumu kapsayıcılığını ve etkinliğini değiştirir. Örneğin Jamaika'da florür içermeyen sofraya tuzunun ithalat ve satışı yasaklanarak 12 yaş çocuklarda diş çürüğünde %82'lik bir azalma bildirilmiştir. Meksika 112 milyon nüfusun ulusal florür kapsamını florürlü tuz ve florürlü içme suyu ile sağlarken, Uruguay florürlü sofraya tuzunun belirli oranlarda kullanımı için yasa çıkarmış, Almanya tuzun florürlenmesi için teşvik vermiştir. Günümüzde neredeyse tüm programlarda 200 ila 250 mg / kg kullanılır (70,71).

Orta ve yüksek düzeyde diş çürüğü prevalansının olduğu ve artış beklentisinin olduğu durumlarda, suyun florürlenmesinin önünde ciddi teknik, ekonomik ve sosyo-kültürel engellerin bulunduğu durumlarda, ekonomik bir seçenektir (71).

Önemli bir besin kaynağı olan süt birçok ülkede okul sağlığı programları kapsamında dağıtılmaktadır. DSÖ 1986 yılından beri florürlü sütün diş çürüğünü önleme programlarında kullanılmasını desteklemektedir ve Bulgaristan, Rusya ve Tayland okul öncesi ve okul çağı çocuklarına süt tozu dağıtımı, Şili'de florürlü sütli kahvaltılık gevrek dağıtımı gibi farklı uygulamalar yapılmıştır (71).

Bulgaristan'da 2004 yılında 3 yaşında florürlü süt programına başlayan çocukların 5 yıl sonra 2009 yılında 8 yaşında tekrar değerlendirildiği çalışmada 2004 yılında programa dâhil olmamış 8 yaş çocuklara göre %43 çürük deneyiminde azalma görülmüştür. Bu çalışma da dâhil olmak üzere 12 ülkede sütün florürlenmesi ile ilgili 19 yayınlanmış çalışmada süt dişlerini değerlendiren 13 çalışmanın 11'inde, kalıcı dişleri değerlendiren 15 çalışmanın 13'ünde çürük deneyiminde azalma olduğu bildirilmiştir (75).

Süte florür eklenmesinin etkisinin değerlendirildiği ilki 2005 yılında yayınlanan Cochrane derlemesinin 2015 yılında yapılan güncellemesinde diyetin kalsiyum içeriğinin sütün etkisinde değişime neden olabildiği, florür ilave edilmiş süt tüketimiyle alınan florür iyonlarının diş minesinin remineralizasyonunu teşvik ettiği,

diş plağında ve tükürükte florür ilave edilmiş sütün alınmasından 30 ila 60 dakika sonra florür konsantrasyonunun arttığı, bunun sonucu olarak suya ilave edilmesiyle benzer şekilde hem sistemik hem de topikal olarak hareket ettiği belirtilmektedir (69). Ancak aranan kriterleri taşıyacak kalitede çalışmaların azlığı kabul edilme kriterlerine uyan bir çalışmada 3 yaşında 166 çocuğun üç yıl boyunca florürlü süt içtikten sonra, müdahale ve kontrol grupları arası daimi dişlerde yaş itibariyle daimi diş hastalık düzeyi de düşük olduğu için etki boyutu küçükte olsa DMFT'de bir azalma olduğunun görüldüğü, süt dişlerinde ise müdahale ve kontrol grupları arasında dmft'de %31 bir azalma sağladığı bildirilmiştir. Ancak yüksek kalitede randomize kontrollü çalışmaların artırılmasına ihtiyaç olduğu da belirtilmektedir (76). Halen Bulgaristan, Şili, Çin, Peru, Rusya Federasyonu, Tayland ve İngiltere de dâhil olmak üzere birçok ülkede florürlü süt programları bulunmaktadır. Son zamanlarda, 2000 yılında Tayland'da ve 2009'da Makedonya'da süt florürleme programı başlatılmıştır (73).

Bugün 1,5 milyondan fazla çocuk florürlü süt tüketmektedir. İkiyüz okul gününde günlük doz 0.50 -0.85 mg florür içeren 200ml süt tüketimi şeklinde uygulanmaktadır. Florürün süte eklenmesi kolay maliyeti florürsüz süt ile aynı ve her çocuk için yıllık maliyeti 2-3 dolar arasındadır (73).

Sistemik kullanımda yer alan florürlü damla ve çiğneme tabletleri ise bireyin farklı kaynaklardan aldığı florür miktarına göre ülkeler arasında farklı doz rejimlerine neden olmakta, toplum bazlı programlara göre maliyetin fazla, ev kullanımının kontrol edilememesi, etkisinin değerlendirilememesi, gibi nedenlerle halk sağlığında kullanımı sınırlıdır (71).

Sistemik uygulamalarının yanı sıra florürlü diş macunları, ağız gargaraları, jeller, florür vernikler de diş çürüğünün önlenmesinde kullanılan topikal flor uygulamalarıdır (71).

Topikal florürlerin çürük önleyici etkisi, diş yüzeyi ile bakteri plağı arasındaki lokal etkiye bağlanmakta ve bu etkinin başlangıç çürük lezyonlarda remineralizasyonu teşvik ederek ve minenin çözünürlüğünü azaltarak gerçekleştiği düşünülmektedir. Asit atakları sırasında florür var ise flor mineden içeri diffüze olur mineral kaybını önleyerek demineralizasyonu büyük ölçüde inhibe eder. Demineralizasyon atağını takiben pH yükselir ve florür çözünmüş kalsiyum ve fosfat

iyonları ile birleşir florapatit benzeri kristalli yapıyı çökeltir ve büyütür. Böylece asit ataklarına karşı direnci daha da artırır. Bu, tüm topikal florür formlarında, aralarında değişkenlik gösterse de sağlanır (77).

Topikal florürler iki ana grupta değerlendirilebilir. Florürlü vernik, jel, köpük, yavaş salınımlı aletler profesyonel uygulanan topikal ajanlar olup, diş macunu ve ağız çalkalama suları bireysel kullanım için tasarlanmış topikal florürlerdir (71).

Florürlü diş macunu ve ağız çalkalama sularının düzenli kullanımı demineralizasyon ve remineralizasyon döngüsü boyunca ağız boşluğunda florür konsantrasyonunun sürekli yüksek olmasını sağlarken, yüksek konsantrasyona sahip florür jel ve vernik gibi ajanlar kalsiyum florürün (CaF) mine yüzeyinde çökmesini ve pH'nın düştüğü durumlarda bir florür rezervuarı görevi görmesini sağlar. Topikal florür uygulamalarının amacı diş çürüğünün diş sert dokularında ilerlemesini durdurmak hatta geri dönüşümünü sağlamaktır (77).

Florürlü diş macunlarının yaygın kullanımı son 40 yılda diş çürüğün azalmasının önemli nedenlerinden biri olarak görülmekte ve çocuklarda önleme programlarının bir parçası olması gerektiği tavsiye edilmektedir (78).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi) 2001'de florürlü diş macunlarının çürük önlemede önemli katkı sağladığını ve çürük deneyiminde % 15–30 bir azalma sağladığını belirtmiştir, iki yaşından itibaren günde iki kez florürlü diş macunu ile diş fırçalamayı önermektedir.

Marinho ve ark. 2003' de yeni bir sistematik derlemede çürük deneyiminde % 24'lük bir azalma ile ilişkili olduğu sonucuna varıldığını bildirmiştir (73).

European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) (Avrupa Pediatrik Diş Hekimliği Birliği) çocuklarda diş çürüğünün önlenmesi ve kontrolü için florürün günlük kullanımını önermekte, çocuklarda ilk dişin ağızda görülmesiyle birlikte yaşa göre uygun miktarda diş macunu kullanarak günde 2 kez ve 7 yaşına kadar ebeveyn gözetiminde diş fırçalamayı önermektedir. Arka planda alınan florür miktarı ve çürük risk düzeyi göz önünde bulundurularak florür konsantrasyonunda düzenlemelere gidilebileceği de belirtilmektedir (78).

Toplumların, içme suyuna ve yemeklik tuza florür ilavesi, ya da süt florür programı olup olmamasına bakılmaksızın florürlü diş macunlarının kullanımı teşvik edilmelidir. Şeker içeriği bakımından zengin diyetlerin tüketilmesi de dâhil olmak

üzere değişen yaşam biçimleriyle yakından bağlantılı olan küresel hastalık paternlerindeki hızlı değişiklikler, daha önce yaygın kullanılmadığı yerlerde ve topluluklarda florürlü diş macunu kullanımını artırmak için kültürel açıdan hassas ağız sağlığını geliştirmeye yönelik stratejileri zorunlu kılmaktadır. Örneğin, İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi, çocuklarda diş çürüğü oranlarının kabul edilemez derecede yüksek olduğu sosyal dezavantajlı grupları hedefleyen ücretsiz florürlü diş macunu programları geliştirmiştir. Çin'de ve Güney Tayland'ta okul bazlı diş fırçalama programlarında florürlü diş macunu kullanımı mevcuttur (71).

Ağız çalkalama suları özellikle ortodontik tedavi, tükrük akışının az olduğu yüksek riskli bireylerde çürük önleme stratejisinin bir parçası olarak kullanılmaktadır. Günde 1veya 2 kez kullanım için 100-500 ppm florür içeren ve haftalık ya da iki haftada 1 uygulanan 900 ppm florür içeren ve yüksek çürük riskli ve florürlemenin olmadığı yerlerde okul programlarında kullanılan formları bulunmaktadır. Diğer florür kaynaklarına bakılmaksızın çocuklarda %26'lık çürük azalması ile ilişkilendirilir. Yetişkinlerde kök çürüğünü önlemede etkinliğine dair kanıtlarda bulunmaktadır (71).

Okul tabanlı programlarda yaygın olarak kullanılan ağız çalkalama suyunun çocuklarda ve adolosanlarda çürük önleme etkisinin değerlendirildiği Cochrane 2016 derlemesinde 1965-2005 yılları arasında çeşitli ülkelerde yayınlanan randomize ve yarı randomize kontrollü çocuk ve adolosanları içeren günlük, haftalık olmak üzere 230 ve ya 900 ppm sodyum florür (NaF) formlarının kullanıldığı genellikle 2-3 yıl sürdürülen çalışmaların değerlendirilmesi neticesinde, kalıcı dişlerde DMFS'de %27 bir azalma, DMFT'de % 23 azalmanın söz konusu olduğu bildirilmektedir. Bu derlemede florürlü ağız çalkalama sularının etkisinin değerlendirildiği çalışmalardan çoğunun 1960-70'lerde yapılan çalışmalardan elde edildiği ki florürlü diş macunlarının henüz yaygın kullanılmadığı dönem çalışmaları olduğu, 1980-1990'larda yapılan sekiz çalışmada daha az tedavi etkisi ve değişimler de bildirilmektedir (79).

Profesyonel ve bireysel uygulama seçenekleri bulunan florür jeller 5000-12300 ppm arasında florür içerirler. Asidile fosfat florür (APF) en çok kullanılan formudur. Diş çürüğü riski yüksek çocuk ve yetişkinlerde uygulanması önerilir. Uygulama süresi 4 dk ve risk durumuna göre yılda 4 kez uygulanabilir. Yutma

riskinden dolayı çocuklarda bir eşik yaş alt değeri tavsiye edilir. European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) Avrupa Pediatrik Diş Hekimliği Birliği (2009) 6 yaş altına uygulanmamasını tavsiye ederken, Australian Research Centre for Population Oral Health (ARCPOH) Avustralya toplum ağız sağlığı araştırma merkezi (2006) 10 yaş altında uygulanmamasını tavsiye etmektedir (71).

Almanya'da 2010-2012 yılları arasında gerçekleştirilen bir florürlü jel programında en az 20 kez jel uygulaması gerçekleştirilen grupta kontrol grubundakilere göre % 48 daha az diş çürük artışı tespit edilmiştir (80). İngiltere'de 12-13 yaş yüksek çürük riski taşıyan ve % 64'ü sosyo ekonomik açıdan yoksun çocuklarda 2 yıl haftada 1 ve 2 florür jel (12,500 ppm) ile fırçalama okul programında kontrol grubu ile iki kez jel ile fırçalama arasında dentin çürükleri açısından yaklaşık %30 fark görülmüştür (81).

Kalıcı üst kesici dişlerin bukkal yüzeyleri üzerinde beyaz lekeler ile başvuran 12 yaşındaki Brezilyalı 307 çocuğun rastgele üç gruba ayrıldığı bir çalışmada grup 1'deki çocuklara haftada bir kez bir dakika süreyle gözetimli diş fırçalama ve APF (% 1.23) uygulanmış, 3 ay sonra yapılan değerlendirmede florür içerikli müdahalelerin başlangıç mine beyaz lekelerini durdurduğu ancak florürlü jelin macunla karşılaştırıldığında ekstra bir fayda sağlamadığı görülürken çalışma süresinin sadece 3 ayla sınırlı olması da çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir (82).

2015 yılında güncellenen Cochrane florürlü jel derlemesinde genellikle okul programları olmak üzere otuz yılı aşkın süredir topikal olarak uygulanan florür jelin diş hekimliğinde çürük önleyici bir müdahale olarak yaygın şekilde kullanıldığı, 16 yaşına kadar çocuk ve adölesanların yer aldığı randomize ve yarı randomize kontrollü çalışmalar içinden süresi en az 1 yıl ve yılda en az 2 kez topikal florür jel uygulamasını içeren kriterlere uygun 25 çalışmanın dâhil edildiği derlemede, florür jelin çocuklarda ve ergenlerde diş çürüğünü azaltabileceğini doğrulanmıştır. Daimi dişlerde DMFS'de ortalama %28, süt dişlerinde ise dmfs'de %20'lik bir azalma sağladığı sonucuna varılmıştır (83).

Avrupada birçok ülkede florür jellerin yerini aldığı belirtilen bir diğer topikal florür ajanı verniklerdir. 1960'larda diş çürükleri için önleyici bir müdahale olarak geliştirilen profesyonel olarak uygulanan florür vernikleri, Avrupa, İskandinavya ve

Kanada'da yaygın olarak kullanılmaktadır ve Amerika Birleşik Devletleri de dâhil olmak üzere diğer ülkelerdeki kullanımları artmaktadır (77).

Florürlü vernikler ise uygulaması kolay, güvenilir, hastalar tarafından kolay kabul edilebilir ve diş hekimi koltuğunda oturma süresinin kısa olması gibi nedenlerle tercih edilmektedir (84).

Florürlü vernikler florürün diş yüzeyi ile temas süresini artırmak için tasarlanmış yüksek florür içerikli ürünlerdir. Yılda iki ya da dört kez uygulanan, florürlü vernik, çocuk ve ergenlerde kalıcı diş çürüğünde % 43, süt dişlerinde % 37'lik bir azalma ile ilişkilendirilmektedir (71).

EAPD yılda 2-4 kez süt ve kalıcı dişlerde çürük önlemede 22600 ppm flor içeren florür verniklerin kullanımını önermektedir (78).

Avustralya, İrlanda ve ABD gibi yaygın su florürlemenin olduğu ülkelerde, florürlü vernik, yalnızca yüksek çürük riski taşıyan bireylerde tavsiye edilirken, İngiltere ve İskoçya gibi su florürlemenin daha az olduğu ülkelerde, tüm çocuklar ve genç yetişkinler için florür vernik tavsiye edilmektedir (71).

2002 yılında yapılan 2013 yılında güncelenen Cochrane sistematik derlemesinde, 1975 ile 2012 yılları arasında 16 yaş ve altı çocuk ve adolesanlarda florür verniklerinin tek başına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda yılda 2 ila 4 kez florür vernik uygulamasının, daimi dişlerde DMFS'de % 43'lük bir azalma, süt dişlerinde dmfs'de % 37'lik bir azalmayla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak vernik uygulamasının sıklığı, takibin uzunluğu, florür konsantrasyonu, tamamlayıcı müdahalelerin varlığı da gözönünde bulundurularak etkinin değerlendirilmesi gerektiği de belirtilmiştir (77).

Topikal florürlerin (jel, vernik) başlangıç çürük lezyonu geri çevirme etkisinin değerlendirildiği bir meta analizde florür verniği, süt ve kalıcı dişlerde yeni başlayan çürük lezyonların tersine çevrilmesinde etkili bir tedavi gibi görüldüğü, bununla birlikte, klinik veri ve dâhil edilen çalışmaların sınırlamaları nedeniyle, profesyonel topikal florür uygulamalarının, aktif çürük lezyonlar üzerindeki etkinliğini araştırmak, özellikle florür jeli değerlendirmek için daha fazla araştırma yapılması gerektiği belirtilmiştir (85).

Yine 3-5 yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada florür vernik uygulanan müdahale grubunda süt dişi okluzal, bukkal ve lingual mine yüzeyindeki aktif çürük

lezyonların 9 ay sonra %82'sinin inaktif olduğu görülürken kontrol grubunda %37,8'inin inaktif olduğu görülmüştür (84).

Anderson ve ark. 1 yaş çocuklardan oluşan ve 2 yıl takipli çalışmalarında kontrol grubunda 1-3 yaş çocuklarda standart koruyucu yaklaşım (florürlü diş macunu ile fırçalama talimatları ve önemi ile beslenme tavsiyeleri) uygularken, müdahale grubunda standart koruyucu program ile birlikte yılda 2 kez florürlü vernik uygulaması gerçekleştirmişler ve çocukların 24 ve 36 aylarda tekrar muayeneleri yapılmıştır. Çalışma sonucunda müdahale grubu ile kontrol grubu arasında ne prevalansta ne de çürükten etkilenen yüzey sayısında anlamlı bir fark bulamamışlardır (86). Milsom ve ark. 3 yıl süreyle 7-8 yaş okul çocuklarında yılda 3 kez florürlü vernik uygulaması gerçekleştirdikleri çalışmalarında, müdahale ve kontrol grubunda 1. daimi molar dişlerde çürük önleme etkisinde anlamlı bir fark gözlememişlerdir (87). Hardman ve ark. 6-8 yaş okul çocuklarında 2 yıl süreyle yılda 2 kez ve 5 florürlü vernik uygulamasını içeren çalışmalarında, müdahale grubunda kontrol grubuna göre süt dişlerindeki küçük mine lezyonlarında çürük artışını anlamlı ölçüde düşük bulurken, kalıcı dişlerde anlamlı bir fark bulamamışlardır (88). Divares ve ark. okul öncesi 3-5 yaş aborjin çocuklarda süt dişlerinde 2 yıl süre ve 6 ay ara ile florürlü vernik uygulaması içeren çalışmada müdahale grubunda çürükten etkilenen yüzey sayısında %25 lik bir düşüş bulmuşlar ve bu etki sağlam yüzeylerde ve maxiller ön yüzlerde pit ve fissürlere göre daha yüksek fayda ile sonuçlanmıştı (89).

Cochrane 2003 yılı Florürlü vernik, jel, ağız çalkalama suyu, diş macunu içeren topikal flüorür uygulamalarının etkinlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla 5-16 yaş çocukların dâhil edildiği en az 1 yıl sürdürülen 144 çalışmanın incelediği derlemede, bu ajanların çürük önleyici bir müdahale olarak yaygın bir şekilde kullanıldığı, florürlü diş macunları, ağız gargaraları, jeller veya vernik kullanımının çocuklarda ve ergenlerde diş çürüklerini azalttığı, florürlü verniklerin, içme suyunun florürlü olup olmamasına bakılmaksızın daha az diş çürüğü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (90).

Florürün artıları ve eksileri hakkında dünya çapında yayınlanan raporlar bulunmaktadır. Sistemik florür uygulamaları yanı sıra florürlü diş macunların diş çürüğünü azaltmaya katkı sağladığı ve genel sağlığa zararlı yan etkilere neden

olmadığı sonucuna varılmıştır (73). Bu nedenle, diş hekimleri tarafından florür, cilalar, durulama suları, köpükler, jeller, diş macunları, yavaş salımlı cihazlar, profilaksi macunu, remineralize edici maddeler ve restoratif materyaller gibi çeşitli şekillerde kullanılmaktadır (73).

Topikal florür uygulamalarının reddedilmesinde farklı davranışsal ve sosyal faktörlerin rol alabileceği florür reddini temelinde içme suyunun florürlenmesine karşı olan direncin yer aldığı belirtilmektedir. Topikal florür uygulamaları retlerinin davranışsal, sosyal ve kültürel nedenlerini tanımlamak için temel epidemiyolojik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (18).

ABD’de, hane halkı gelirin yüksek olduğu ailelerde, 35 yaşın altındaki ebeveynlerde, eğitim seviyesinin yüksek olduğu ailelerde reddin yüksek olduğu, internette topikal florürün güvenilirliği, gerekliliği ve yan etkiler ile ilgili paylaşımların varlığı, bu hususlarda çocuğun bakımından sorumlu kişilerin bilgi eksikliği, diş hekimlerinin ve doktorlarının, çocuğun bakımından sorumlu kişilere florürün çürük riskini nasıl azalttığı, güvenilirliği, gerekliliği konusunda bilgi verme durumlarının bilinmemesi, bu alanlarda ebeveynlerin endişe duyması ve bu tereddütlerin çocuklarına topikal florür uygulamalarını reddetmelerine neden olabildiği, diş hekimleri ve sağlık profesyonelleri arasında da güvensizliğin artmasının retlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (12,17,18). Çocuğun bakımından sorumlu kişiler arasında florürün gerekliliği, güvenilirliği ve yan etkiler ile ilgili tereddüt oluşmasında, özellikle suyun florürlenmesini Down Sendromu, öğrenme güçlüğü, kanser veya düşük IQ seviyesi gibi durumlarla ilişkili olduğu yönünde bilimsel kanıt düzeyi zayıf yaklaşımların neden olduğu endişe ve tereddütler bulunduğu belirtilmektedir (18).

Çocuğun bakımından sorumlu kişilerin florür vernik ile ilgili eksik ya da yanlış bilgiye sahip olabildiği gibi bu alanda bilgi eksikliği bulunduğu belirtilmektedir. Florürlü vernik uygulaması ile çocuğun bakımından sorumlu kişiler arasında florürlü vernik uygulamasına izin vermeme davranışlarına etki edecek etkili bir iletişimin de geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (12).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen Florürlü vernik uygulaması ile ilgili

olarak yanlış bilgilerin, uygulamaya izin verecek veliler üzerinde olumsuz etkileri olduğu gözlenmektedir.

“Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında İstanbulda 4 ilçede yapılan ve velilerin onam formunda yer alan ret gerekçeleri seçimlerinin değerlendirildiği çalışmada velilerin %55,5’i uygulamaya izin vermezken % 29,8’i faydalı olmadığını, %26,3’ü yeterince bilgi sahibi olmadığını, %24,3’ü ise zararlı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir (21).

İstanbul’da iki ilkokulda yapılan çalışmada ise eğitim seviyesinin daha düşük olduğu devlet ilkokulunda özel okuldaki velilere göre daha fazla velinin uygulamaya izin verdiği, bu velilerde “yeterince bilgiye sahip olmama” seçeneğinin belirtilme durumu daha fazla iken bilgi kaynağı diş hekimi olma durumunun özel okul velilerine göre düşük olduğu, özel okul velilerinde florürlü verniğin zararlı olduğunu düşünenlerin yüksek olduğu gözlenmiştir. Her iki grupta da okulun uygulama için uygun ortam olmaması ret nedenlerinden biri olarak öne çıkmıştır (19).

Yapılan bir başka çalışmada ise ailelerin %40’ı çocuğunun kullandığı diş macunu içinde florür olup olmadığını bilmediğini, eğitim düzeyi arttıkça florürsüz diş macunu kullanımının arttığı, katılımcıların %70’inin topikal flor uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmadığı, eğitim seviyesi arttıkça florürlü diş macunu ve topikal florür uygulamalarına bakış açılarının olumsuz olduğu gözlenmiştir (20).

Oysaki ağız hastalıklarının sıklığını ve neden olduğu finansal yükü azaltmak için toplumsal düzeyde, ağız hastalıklarını önlemeye yönelik koruyucu uygulamalar kaçınılmazdır (8). Bununla birlikte çocuklukta kazanılan alışkanlıklar, bir yetişkin olarak yapılan yaşam tarzı seçimlerimizi belirler. Bunlar diş çürüğü statüsünü etkileyen hem diş hijyeni hem de beslenme alışkanlıklarını kapsar (91).

İlkokullar, diş sağlığı davranışsal müdahaleleri için uygun bir ortam sağlamaktadır (8). Davranış kazanımının sağlandığı yaş dönemindeki çocukların, zamanlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri okul öncesi kurumlar ve ilkokullar çocukların bir arada olmaları nedeniyle ağız sağlığını geliştirme müdahaleleri için ideal ortamlar oluşturmaktadır (7).

2.8. Ülkemizde Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları

Ülkemizde Türk Diş Hekimleri Birliği'nin Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ortaklığı ve özel katılımlı “Sağlıklı Gülüşler Odaları Kampanyası 2005-2006), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi(2011-16)”, TDB FDI ve özel sektör katılımlı “Sabah Akşam Dişlerimi Fırçalarım(2012-2015)” gibi farklı Bakanlık ve Özel katılımlı projeler ile diş fırçalama, eğitim faaliyetleri ve aralarında florür vernik kullanımında yer aldığı bölgesel projeler gerçekleştirilmiştir (92).

Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından başlatılan ve birçok İde gerçekleştirilen "Fırçalar Çantada Dişler Yolunda" projesi kapsamında florür jel ile diş fırçalama uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Denizli ilinde 2008-2015 yıllarını kapsayan “Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi” kapsamında ilkokul 2. Sınıf öğrencilerine gerçekleştirilen koruyucu ağız diş sağlığı projesi kapsamında florürlü vernik uygulaması da gerçekleştirilmiştir (93).

Sağlık Bakanlığı tarafından Karabük ve Nevşehir florür vernik uygulaması pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Ancak ülkemizde ulusal düzeyde 2014 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında, okul öncesi ve ilkokul öğrencilerine ağız hijyen eğitimi, ağız diş muayenesi ve her eğitim öğretim yılında 6 ay ara ile iki kez olmak üzere veli izni ile florür vernik uygulaması gerçekleştirilmektedir. Florürlü vernik uygulamasının hemen öncesinde, doğru diş fırçalama tekniğini öğretmek ve fırçalama alışkanlığının devamlılığını sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından illerimize dağıtılan diş fırçası ve diş macunları ile diş fırçalama etkinliği yapılmaktadır (14,15).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen bu programda uygulamalarda görev alan hekimlerin gözlemlerine göre uygulama yüzdesi değişkenlik göstermekle birlikte, genel itibariyle düşük olduğu dikkat çekmektedir. Ankara İli genelinde bireysel olarak ne kadar süreklilik arz ettiği bilinmemekle birlikte hedef nüfusun % 30-35'ine uygulamanın gerçekleştirildiği görülmektedir (16).

Uygulamalarda görev alan hekimlerin çalışma ile ilgili İlçe Sağlık Müdürlüklerine yaptıkları geri bildirimlere göre retlerin altında ebeveynlerin bilimsel dayanağı olmayan yanlış bilgilere maruz kalmalarının yattığı düşünülmektedir. Araştırma bölgesinde aynı eğitim öğretim yılının güz yarıyılında öğretmenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada öğretmenler arasında da ciddi bir direnç olduğu uygulamanın yapıldığı yaş gruplarında çocuğu olan öğretmenlerin yarısına yakını çocuklarına florürlü vernik uygulanmasına izin vermediğini belirtmiştir (94). Özellikle çocuğun bakımından sorumlu olmaları nedeniyle annelerin, çocuklarına florürlü vernik uygulanması ile ilgili bir talep geldiğinde, izin vermeyi değerlendirirken doğru bilgilere sahip olmaları ve bilinçli karar vermelerine yardımcı olmak amacıyla bu uygulama ile ilgili görüşlerinin öğrenilmesi çok değerlidir.

3. GEREÇLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma Ankara İli Çubuk İlçesi'nde bulunan devlet okullarında 2018-2019 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 4. sınıf öğrencilerinin florürlü vernik uygulama kayıtları ve bu öğrencilerin ebeveynleri ile yürütülmüştür.

Çubuk, Ankara İli'nin Kuzeydoğusunda yer alan, İl merkezine 39 km uzaklıkta bir ilçe olup ilk kez 1902 yılında ilçe statüsü kazanmış, 1910 yılında bucak olmuş, 1921 yılında tekrar ilçe statüsü kazanarak bugüne kadar ilçe olarak gelmiştir (95). İl merkezinden ilçeye ulaşım toplu taşıma araçlarıyla sağlanmaktadır. İlçe 2018 yılı itibariyle 89.049 nüfusa sahiptir (96). Çubuk'ta 1902 yılında halk tarafından bir rüştiye/ortaokul yaptırılmıştır. Cumhuriyet döneminde yaptırılan ilk ilkokul Yıldırım Beyazıt İlkokulu olmuştur 1930 yılında açılan okul, 1964 yılına kadar İlçedeki tek ilkokul olarak hizmet vermiştir (96). Bu tarihten sonra okul sayısı giderek artmıştır; hali hazırda İlçede 21 ilkokul bulunmaktadır. Bu okulların 2'si özel, 19'u devlet okuludur. İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılı'nın güz yarısında bu okullarda 1.143 okul öncesi ve 5.473 ilkokul olmak üzere toplam 6.616 öğrenci eğitim görmektedir. 2018-2019 eğitim öğretim yılının güz yarısında 4. sınıfta eğitim gören öğrenci sayısı 1.320 olarak tespit edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Temmuz 2018 ve Şubat 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın planlama ve literatür taraması Eylül 2018'de başlamıştır. Ocak 2019'da Yönetim Kurulu Kararı, Şubat ayında Etik Kurul onayı (Ek 1) alınmıştır. Araştırma kapsamında yer alan okullarda çalışmanın yürütülmesi için Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmasını takiben "Etik açıdan sakınca olmadığı"na dair Etik Kurul Kararı ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuru yapılarak, 4. sınıf öğrencilerin ana sınıfından itibaren florürlü vernik uygulama kayıtlarının incelenebilmesi için izin başvurusunda bulunulmuş ve Mart 2019'da izin alınmıştır (Ek 2). Çalışma kapsamında çocukların ebeveynlerinden alınan izin ve onamlar

aşağıda belirtilmiştir. Araştırmanın takvimi Bölüm 3.13’de zaman çizelgesinde sunulmuştur.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim yılında Ankara İli Çubuk ilçesi devlet okullarında öğrenim gören tüm dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’nden, 2018-2019 eğitim öğretim yılı güz yarıyılında ilçe devlet ilkokullarında 1320 dördüncü sınıf öğrencisinin eğitim gördüğü bilgisi alınmıştır. Araştırmada ulaşım şartları (merkezden en az 10 km uzak), zaman, olanaklar ve öğrenci sayısı göz önüne alınarak kent merkezinden uzakta ve 20’nin altında dördüncü sınıf öğrencisi bulunan altı okul çalışma dışında bırakılmıştır. Bu altı okulda 2018-2019 eğitim öğretim yılı güz yarıyılında toplam 59 öğrenci bulunmaktadır. Bu sayı düşüldüğünde araştırmanın evreni 1.261 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada bu öğrenci sayısı üzerinden iki aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemiyle örnek seçimi yapılmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınan bilgilere dayanarak bölgede bir önceki eğitim öğretim yılında florür vernik uygulama sıklığının %40,0 civarında olduğu tahmin edilmiştir. EpiTools epidemiological calculators web sayfası kullanılarak (97), minimum örnek büyüklüğü; evren 1.261, beklenen sıklık %40,0, hata payı \pm %5 kabul edilerek, %95 güvenlilikte 286 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu sayı çok aşamalı örneklem için desen etkisi göz önünde bulundurularak (desen etkisi 1,2) 342’ye yükseltilmiş ve ulaşamama ve retler öngörülerek ulaşılması hedeflenen örnek büyüklüğü sayısı 380 olarak belirlenmiştir.

İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’nden okul ve şube listesi alınarak Çubuk İlçesi’nde yer alan okullar yerleşim yerlerine göre merkez ve merkeze uzak olarak sınıflandırılmış, 19 okulun 10’unun merkeze uzak, 9’unun merkez mahallelerde yerleşim gösterdiği belirlenmiştir. 2018-2019 eğitim öğretim yılı güz yarıyılında araştırmaya dâhil edilen merkezden uzak 4 okulda 132, merkezdeki 9 okulda ise 1.129 dördüncü sınıf öğrencisinin eğitim gördüğü tespit edilmiştir. Buna göre dördüncü sınıf öğrencilerinin %10,5’inin merkezden uzak okullarda, % 89,5’inin ise merkez okullarda öğrenim görmekte olduğu belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü 380 olduğundan ağırlıklandırma yapıldığında, merkezden uzak okullardan 40 öğrenci, merkez okullardan ise 340 öğrenciye ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir. Merkezden uzak okullardan örnekleme dâhil olacak öğrenci sayısı çok az

olacağından, retlerin yüksek olması ve katılımın düşük olması durumunda merkezden uzak okullara ait homojen bir dağılımın elde edilebilmesi mümkün olmayabileceği için, araştırmaya dâhil edilen merkezden uzak okullardaki 132 öğrencinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Merkezdeki okullar için ise 380 örneklem büyüklüğü üzerinden merkez okullardan ağırlıklandırma ile 340 öğrenci velisine, öğrenci sayısı fazla olan 1 ya da 2 okuldan ulaşılabileceğinden, örneklemdeki heterojeniteyi sağlamak için merkezdeki her okuldan öğrenci ebeveynine ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla merkezdeki her okulun 4. sınıf öğrenci sayısına göre o okulun ağırlığı göz önünde bulundurularak, her okul için ulaşılması gereken öğrenci sayısı belirlenmiştir (Ek 3). Ardından belirlenen sayıda öğrenciye ulaşmak için her okuldan seçilmesi gereken şube sayısı rastgele yöntemle belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda veli uyumunun çok iyi olmadığı bilindiğinden ve veri toplama süresinin eğitim öğretim dönemi ile sınırlı olması, ramazan ayının gelmesi, mezuniyet dönemi olması gibi katılımı düşürebilecek nedenler göz önünde bulundurularak her okuldan örnekleme seçilen sınıflardaki veliler çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Araştırmacının gayreti, öğretmenlerin ve okul idarelerinin desteği ile beklenenden daha fazla sayıda uyum gösteren veli olmuştur. Araştırma kapsamında merkezden uzak okullarda 122 öğrenci velisine, merkez okullarda ise 391 dördüncü sınıf öğrenci velisine ulaşılmıştır.

İkiz çocuğu olan 13 ebeveyne çocukların farklı sınıflarda olması durumunda örnekleme çıkan sınıftaki çocuğu için form verilmiş, farklı sınıflarda ancak sınıfların her ikisinin de örnekleme çıkması ya da çocuklarının ikisinin de aynı sınıfta olmaları durumunda ebeveynin tercihiyle sadece ikizlerden biri için form doldurulmuştur. Ebeveynlere ikiz çocukları için florürlü vernik uygulamasına izin verirken kararlarının aynı olup olmadığı sorulmuş ve her iki çocukları için onam vermede fikirleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir.

Merkez ve merkezden uzak okullarda toplam 513 ebeveynden veri toplanmıştır. Okullarda seçilen şubelerde yer alan ve ulaşılabilen tüm ebeveynler çalışmaya katıldığından, ulaşılamama ve reddetme beklenenden az olduğundan ve okullara göre ağırlıklandırmayı bozmayacak sayılara ulaşıldığı görüldüğünden ankete yanıt veren tüm ebeveynler ve bu ebeveynlerin araştırma kapsamındaki çocuklarının kayıtları çalışmaya dâhil edilmiştir.

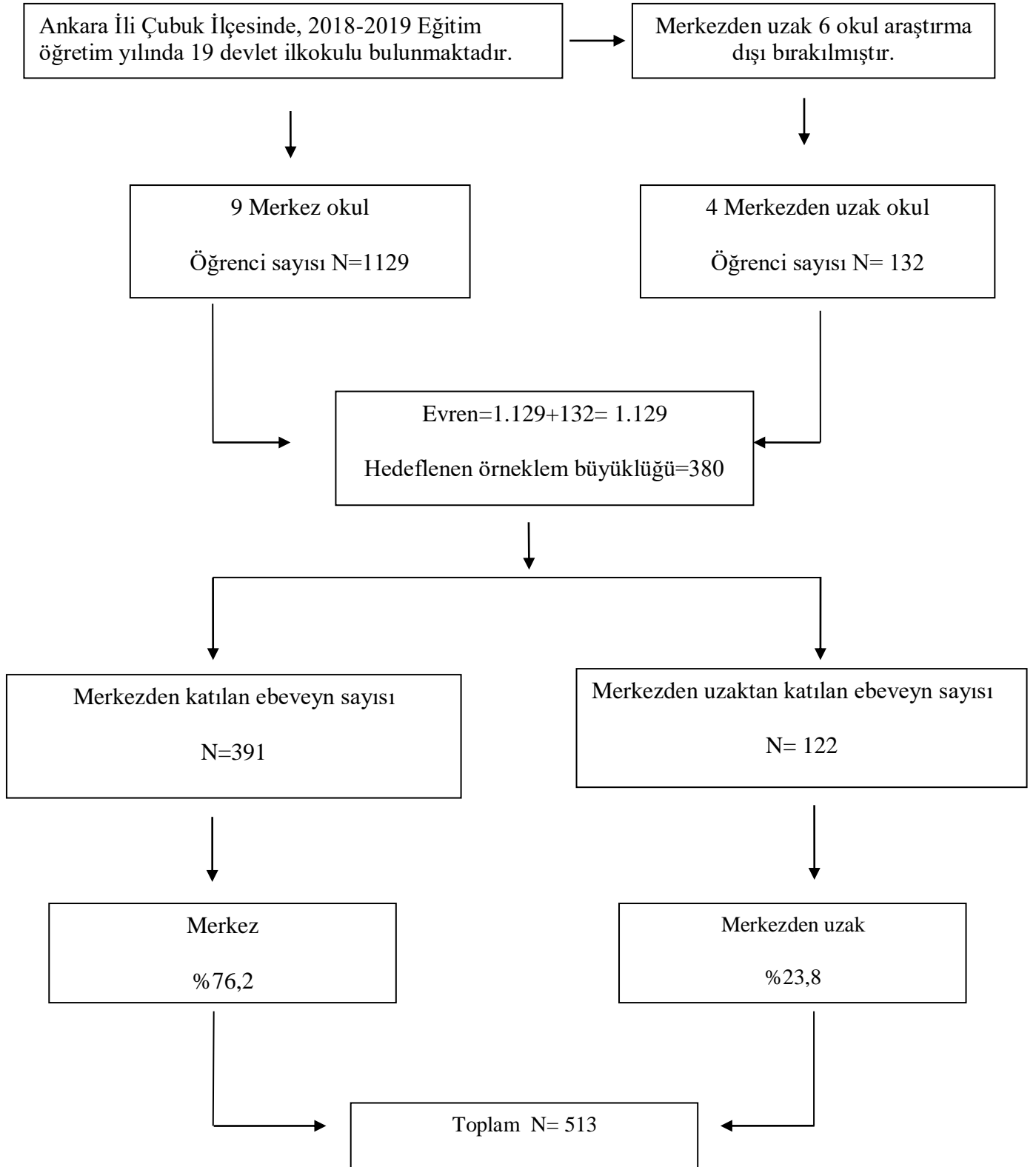
Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- Ebeveyni olduğu öğrencinin 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çubuk İlçesi'ndeki devlet okullarının dördüncü sınıfında öğrenim görmesi
- Öğrencinin anne ya da babası olma
- İletişim kurabilme, Türkçe okuma yazma bilme

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Özel eğitim uygulama sınıfı öğrenci ebeveynleri

Araştırmanın Akış Şeması



3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışmadır.

3.5. Terim Sınıflama ve Kriterler

Ağız sağlığı, Ağız sağlığı yalnızca, ağız kanseri, ağız doku lezyonları, yarık dudak- damak gibi doğum anomalilerinin olmaması ve ağız, diş, kraniofasiyal dokuların sağlıklı olması hali değil, konuşma, gülümseme, koklama, tat alma, dokunma, çiğneme, yutma fonksiyonlarının yerine getirilebilmesine olanak sağlayan, fiziksel ve zihinsel iyilik halinin, bireyin değişen deneyimleri, algıları, beklentileri ve koşullara uyum sağlama kabiliyeti tarafından etkilenen, yaşam kalitesi açısından önem taşıyan kompleks bileşenlerden oluşan bir kavramdır (22).

Diş çürüğü, monosakkarit ve disakkarit olarak adlandırılan serbest şekerlerin bazı bakteriler tarafından metabolize edilmesi sonucu açığa çıkan asidin zamanla diş sert dokularında yani mine ve dentinde yıkıma sebep olması ile oluşan multifaktoriyel bir hastalıktır (25).

Periodontal hastalık, dişi çevreleyen diş eti, alveoler kemik, sement ve periodontal ligamentten oluşan ve periodontal dokuları içine alan hastalıktır(42).

Diş plağı, bakteriler ve onların ürünlerinden oluşan, yumuşak, mineralize olmamış, yarı saydam, diş yüzeyine sıkıca yapışan yapıdır (41).

Florürlü vernik uygulaması: Florürlü vernikler orjinal olarak, yüksek çürük risk grubunda, dişler fırçalanıp temizlendikten ve kurutulduktan sonra küçük fırçalar ile uygulanarak ince bir tabaka halinde diş yüzeyine sürülerek, uzun süreli (12 saat veya daha fazla) mineye tutunan, yavaş salınım ile etki gösteren materyallerdir (77).

Verilerin bir kısmı ebeveynler için oluşturulan anket formu aracılığıyla bir kısmı da İlçe Sağlık Müdürlüğü'nden alınan kayıtlardan elde edilmiştir.

Bazı veriler analiz yapılırken düzenleme yapılmıştır.

Tablo 4.1. Ebeveynlere çocuklarının doğum yılı sorulmuş ve yaş değişkeni oluşturulmuştur. Kaç çocuğu olduğu ve 4. sınıftaki çocuğunun kaçınıcı çocuk olduğu ise açık uçlu olarak sorulmuş ve "1", "2", "3", "4", "5 ve üzeri" olarak gruplandırılarak tanımlayıcı tablolarda kullanılmıştır.

Evde yaşayan kişi sayısı açık uçlu olarak sorulmuş tanımlayıcı analizlerde ≤ 3 “4”, “5”, “6”, “ ≥ 7 ” şeklinde sunulmuştur. İlişki analizlerinde “ ≤ 3 ”, “4”, “5”, “ ≥ 6 ” şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ebeveyne “Doğum tarihiniz nedir” sorusu ile doğum yılı istenmiş daha sonra yaş değişkeni oluşturulmuştur. Bu yaş değişkeni içinde 5’erli yaş grupları oluşturularak tanımlayıcı analizlerde kullanılmıştır. Ebeveynin yaşı ilişki analizlerinde kullanılmak üzere “ ≤ 29 yaş ve altı”, “30-34 yaş”, “35-39 yaş”, “ ≥ 40 ” şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4.3. Görüşülen velilerin ve eşlerinin eğitim durumu değerlendirilmiş, tanımlayıcı analizlerde araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının eğitim durumu olarak “sadece okuryazar”, “ilkokul mezunu”, ortaokul mezunu”, “lise mezunu”, “yüksek okul/üniversite mezunu” şeklinde sunulmuştur. İlişki analizlerinin bazılarında görüşülen anne ve görüşülen babanın, bazılarında araştırmaya dâhil olan 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının eğitim durumu şeklinde kullanılmıştır. İlişki analizlerinde “ilkokul ve altı”, “ortaokul” ve “lise ve üstü” olarak gruplandırılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.3. Görüşülen velilerin ve eşlerinin çalışma durumu açık uçlu olarak sorulmuştur. Tanımlayıcı analizlerde araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının çalışma durumu olarak sunulmuştur. Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babaların yaptığı işler çalışan hane halkı fertlerinin yaptıkları işle ilgili meslek gruplarının kodlanması için kullanılan “Meslek Sınıflaması (ISCO 08)” e göre sınıflanmıştır. Görüşülen velilerin ve eşlerinin çalışma durumu “hiçbir işte çalışmıyor”, “çalışıyor”, “emekli çalışmıyor”, “emekli çalışıyor” şeklinde tanımlayıcı analizlerde kullanılmıştır. İlişki analizlerinde “çalışıyor” ve “çalışmıyor” şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4.3. Görüşülen velilerin ve eşlerinin sosyal güvencesinin tespit edilmesinde sosyal güvencem yok, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil kart, özel sigorta ve diğer seçenekleri sunulmuş ve özel sigorta dışındakiler SGK olarak tekrar gruplandırılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının sosyal güvence durumu, sosyal güvence yok, SGK ve özel sigorta olarak sunulmuştur. İlişkili analizlerde sosyal güvence yok-var olarak gruplandırılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan ebeveynlere aylık hane geliri sorulmuş, analizlerde “ ≤ 2.019 TL”, “2.020- 2.500 TL”, “2.501-4.000 TL” ve “ ≥ 4.001 ” şeklinde gruplandırılarak sunulmuştur.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sigara içme durumları tanımlayıcı analizlerde “hayır hiç içmedim”, “içiyordum bıraktım”, “arada sırada içiyorum”, “her gün içiyorum” seçenekleri ile sunulmuş, ilişki analizlerinde “içiyor” ve “içmiyor” şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4.6.-4.7. Araştırmaya katılan ebeveynler ve çocuklarının ara öğün tercihlerini belirlemek üzere seçenekler sunulmuş ve tanımlayıcı analizlerde seçenekler ayrıntılı olarak verilmiştir. İlişki analizlerinde şekerli yiyecek içecek “tüketen” ve “tüketmeyen” şeklinde gruplandırılarak sunulmuştur.

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve çocuklarının diş fırçalama sıklığını belirlemek üzere tanımlayıcı analizlerde “hiç fırçalamıyor”, “günde en az iki kez fırçalama”, “günde bir kez fırçalama”, “2-3 günde bir fırçalama”, “haftada bir fırçalama”, “ayda bir kez fırçalama” şeklinde seçenekler sunulmuş ilişki analizlerinde “fırçalamıyor/düzensiz”, “günde bir kez” ve “günde en az iki kez” şeklinde gruplandırılarak analizlerde kullanılmıştır.

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve çocuklarının düzenli olarak sadece kontrol amaçlı yıllık diş hekimine gitme durumunun değerlendirilmesi için “şikâyetim olmadan hiç diş hekimine gitmem” ve açık uçlu olarak kaç kez gittikleri sorulmuş, tanımlayıcı analizlerde “hiç gitmemiş”, “şikâyeti olmadan gitmez”, “yılda bir kez” ve “yılda en az iki kez” şeklinde sunulmuştur. İlişki analizlerinde “hiç gitmemiş”, “şikâyeti olmadan gitmez”, “yılda en az bir kez” şeklinde gruplandırılarak sunulmuştur.

Tablo 4.13.a-4.13.b. Araştırmaya katılan ebeveynlere son bir yıl içinde ağız diş sorunu yaşayıp yaşamadıkları ve yaşadıkları ağız diş sağlığı sorunları açık uçlu olarak sorulmuş analizlerde “yaşamış”, “yaşamamış” ve “hatırlamıyor” şeklinde sunulmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde yaşadıklarını ağız diş sağlığı sorunları ebeveynler tarafından belirtildiği şekilde genel başlıklar halinde araştırmacı tarafından gruplandırılarak analizlerde sunulmuştur.

Tablo 4.14.a-4.14.b. Araştırmaya katılan ebeveynlere ağızda eksik diş olup olmadığı sorulmuş ve ağızda eksik dişi olduğunu belirten ebeveynlere eksik diş

sayısı açık uçlu olarak sorulmuş eksik diş sayısı “1”, “2”, “3”, “4”, “5-6” ve “ ≥ 7 ” şeklinde gruplandırılarak sunulmuştur.

Tablo 4.17.a. Araştırmaya katılan ebeveynlere çocukta diş temizliğine başlama zamanı bilgisi ile ilgili olarak “doğumdan hemen sonra”, “ilk süt dişi sürdükten sonra”, “ilk kalıcı diş sürdükten sonra”, “bütün süt dişleri sürdükten sonra”, “diğer” ve “fikrim yok” şeklinde seçenekler sunulmuştur. Analizlerde “biliyor” ve “bilmiyor” olarak gruplandırılarak ağız diş sağlığı bilgi puanı değişkeni içinde bulunan önermelerden biri olarak kullanılmıştır.

Tablo 4.17.a. Araştırmaya katılan ebeveynlere diş plağının ne olduğu değerlendirmek için, “diş yüzeyindeki yumuşak birikinti”, “diş yüzeyindeki serleşmiş birikinti”, “diş yüzeyindeki renklenme”, “diğer” ve “fikrim yok” şeklinde seçenekler sunulmuş ve analizlerde kullanılmak üzere diş plağını “biliyor” ve “bilmiyor” olarak gruplandırılarak ağız diş sağlığı bilgi puanı değişkeni içinde bulunan önermelerden biri olarak kullanılmıştır.

Tablo 4.17.a. Araştırmaya katılan ebeveynlere ağız diş sağlığı bilgilerini değerlendirilmek üzere sorulan diş plağının ne olduğu ve çocukta diş temizliğine ne zaman başlanması gerektiği sorularının yanı sıra verilen 11 önermede “biliyor” ve “bilmiyor” “fikri yok” şeklinde tanımlayıcı analizlerde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.17.b. Araştırmaya katılan her ebeveyn için bu 13 önermenin dâhil edildiği ağız diş sağlığı bilgi puanı hesaplanmıştır ve analizlerde “ ≤ 6 ”, “7”, “8” ve “ ≥ 9 ” şeklinde gruplandırılarak ağız diş sağlığı bilgi puanı olarak kullanılmıştır.

Tablo 4.19. Araştırmaya katılan ebeveynlere florürlü vernik uygulamasının hangi sınıflarda yapıldığını bilme durumlarının tespiti için “sadece ana sınıfta”, “sadece ilkokul 1. ve 2. sınıflarda”, “sadece ilkokul 3. ve 4. sınıflarda”, “sadece ilkokul 1. sınıftan ilkokul 4. sınıfın sonuna kadar”, “diğer”, “bilmiyorum” şeklinde seçenekler sunulmuş analizlerde florürlü verniğin yapıldığı sınıf kademesini “yanlış bilen” ve “doğru bilen” şeklinde gruplandırılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.20. Araştırmaya katılan ebeveynlere "Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu" nun eğitim öğretim yılında kaç kez gönderildiğini tespit etmek üzere hem çocuğu ana sınıfına gidenler hem de okula 1. sınıftan başlayanlar için “hayır hiç gönderilmedi”, “evet sadece ana sınıfta gönderildi”, “evet sadece ilkokulda her sene bir kez”, “evet sadece ilkokulda her sene iki kez”, “evet sadece

ilkokulda gönderildi ama sayısını hatırlamıyorum”, “evet sadece ilkokulda gönderildi ama düzenli olarak gönderilmedi”, “ana sınıfından itibaren her sene bir kez”, “ana sınıfından itibaren her sene iki kez”, “evet ana sınıfından itibaren gönderildi ama sayısını hatırlamıyorum”, evet ana sınıfından itibaren gönderildi ama düzenli gönderilmedi”, ve “diğer” seçenekleri sunulmuş, analizlerde “hiç gönderilmedi”, “sadece ana sınıfında”, “yılda bir kez”, “yılda iki kez”, “hatırlamıyor” ve “düzensiz” şeklinde kullanılmıştır.

Tablo 4.21.a. Araştırmaya katılan ebeveynlere florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenin bilip bilmedikleri sorulmuş ve bildiğini belirtenlerden açık uçlu olarak florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini belirtmeleri istenmiştir. Araştırmacı tarafından sadece bildiğini belirtenlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin beyanda bulunup bulunmadığı kontrol edilmiştir. Analizlerde florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini “bilmiyor” ve “biliyor” şeklinde gruplandırılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.21.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin cevapları araştırmacı tarafından gruplandırılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan ebeveynlere florürlü vernik uygulaması hakkında ne düşündükleri sorulmuş, yararlı olduğunu ve zararlı olduğunu düşünenlere açık uçlu olarak “florürlü verniğin yararlı olduğunu nereden/kimden öğrendiniz”, “florürlü verniğin zararlı olduğunu nereden/kimden öğrendiniz” şeklinde soru yöneltilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin açık uçlu cevapları araştırmacı tarafından kategorize edilerek “florürlü verniğin yararlı olduğunu öğrenme kaynağı” ve “florürlü verniğin zararlı olduğunu öğrenme kaynağı” olarak analizlerde sunulmuştur.

Tablo 4.24. Araştırmaya katılan ebeveynlere 4. Sınıftaki çocuklarına ana sınıfından beri florürlü vernik uygulamasına izin verme durumları sorulmuştur. Başlangıçta uygulamaya izin vermeyip sonraki uygulamalara izin verenlere, başlangıçta uygulamaya izin verip sonraki uygulamalara izin vermeyenlere karar değiştirme nedenleri ve uygulamaya hiç izin vermeyenlere neden izin vermedikleri açık uçlu olarak sorulmuştur. İzin vermeme durumuna ilişkin sebepler araştırmacı tarafından kategorize edilen tanımlayıcı analizlerde sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın değişkenleri

3.6.1. Bağımlı değişken

Araştırma kapsamındaki öğrenci ebeveynlerinin florürlü vernik uygulamasına izin verme durumudur.

3.6.2. Bağımsız değişkenler

Araştırmaya katılan ebeveynin yaşı
Medeni durum,
Eğitim durumu,
Çalışma durumu,
Sosyal güvence,
Aylık gelir,
Çocuğun cinsiyeti,
Kardeş sayısı,

Çocuğun sıralaması,
Kardeş sayısı,
Ara öğün alışkanlıkları,
Sigara içme durumu,
Ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi durumu
Diş fırçalama alışkanlığı,
Ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi durumu
Düzenli diş hekimine gitme alışkanlığı

3.7. Veri Toplama Aracı

Araştırmada iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere gözlem altında uygulanan anket formudur (Ek 4). Diğeri ise araştırma kapsamındaki ilköğretim dördüncü sınıf öğrencilerinin ana sınıfından 4. sınıfa kadar florürlü vernik uygulama kayıtlarından elde edilen verilerin kaydedileceği ve araştırmacı tarafından hazırlanan florürlü vernik uygulama kayıtlarına ilişkin oluşturulan bilgi formudur (Ek 5).

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından başka araştırmalarda kullanılan anketlerden ve konu ile ilgili yapılmış çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır (Ek 4). Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırma kapsamında ulaşılması öngörülen kişilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 20 soru, ikinci bölümde ebeveynlerin ağız diş sağlığı durumu ve uygulamalarına ilişkin sorular ile 4. sınıf öğrencisi olan çocuğunun ağız diş sağlığına ait uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen florürlü vernik uygulamasıyla ilgili 27 soru, üçüncü bölümde ağız diş sağlığı ile ilgili bazı bilgilerini ve bilgi kaynaklarını değerlendiren 6 soru yer almaktadır.

Ayrıca İlçe Sağlık Müdürlüğünden tüm devlet ilkokulları ve ana sınıfı öğrencisi bulunan tüm devlet ve özel ilkokul ile kreşlere ait beş yıllık kayıtlar alınarak araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam eden çocuklarına ait kayıtlar ana sınıfına kadar incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan (Ek 5)'de yer alan forma kaydedilmiştir.

3.8. Verileri Toplama Yöntemi

Öncelikle Çubuk İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nün desteği ile okul yönetimlerinin bilgilendirilmesi sağlanmış ve okul yönetimleri ile iletişime geçilerek araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Merkez okullarda her okulun 4. sınıf öğrenci sayısına göre ağırlıklandırılan ve örnekleme çıkan sayıda ebeveyne ulaşılabilmesi için kura yöntemiyle şube seçilmiştir. Daha sonra belirlenen şube öğretmenleri ile görüşülerek, ebeveynlerin okulda bir araya gelmelerinin sağlanacağı bir gün ve saat belirlenip bir veri toplama takvimi oluşturulmuştur. Ebeveynlerin, okullarda bulunan toplantı salonlarında toplanması sağlanmış ve formlar topluca dağıtılmıştır. Toplantı salonunun olmadığı okullarda, okul yönetimi tarafından uygun görülen bir odada, boş bir sınıfta veya okulun kütüphanesinde ebeveynlerin birbirleriyle iletişim kurmayacakları bir şekilde uygulamanın gerçekleştirilmesi sağlanmıştır. Anket formları dağıtılmadan önce araştırmanın amacı açıklanarak, formlar dağıtılmış, katılımcılar araştırmaya katılmaya davet edilmiş ve gönüllülük esasıyla kabul edenlerin onamı alınarak ebeveynlerin gözlem altında formları doldurmaları sağlanmıştır. Bildirilen gün ve saatte, herhangi bir nedenle katılım sağlamayan ebeveynler sınıf öğretmeni ile tekrar görüşülerek uygun gün ve saat tespit edilerek, bu ebeveynlerin de gözlem altında anket formunu doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci eğitim öğretim yılının bahar yarısında gerçekleştiğinden, hem mezuniyet toplantıları hem yılsonu gösterileri nedeniyle sınıf öğretmenlerinin veli toplantıları yaptıkları bir döneme rast gelmiştir. Hem merkeze uzak okullarda hem merkez okullarda ebeveynlerin yüksek katılım sağladığı bu toplantı ve gösteriler öğretmenlerin sağladığı destekle veri toplamayı kolaylaştırmıştır. Yine de merkez okullarda okulun ağırlıklandırma ile belirlenen anket sayısına birinci davette ulaşamadığından ikinci davet gerçekleştirilmiştir. Ancak örnekleme dâhil edilen dört köy okulunda velilerin tamamına ulaşmak

hedeflendiğinden birinci davet sonrası ulaşılamayan velilere ya okul çıkışı öğrenci ile eve gidilerek, ebeveyn ile okul çıkışlarında mahalle meydanında bakkalda, ya da iş yerinde görüşülerek ve onamları alınarak anketi doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği okullarda 4. sınıf bahar yarısında “Florürlü vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Form”larının velilere gönderilmiş geri dönüşünün sağlanmış ve uygulamanın gerçekleştirilmiş olmasına dikkat edilerek takvim oluşturulmuştur.

İlçe Sağlık Müdürlüğü’nden 2014-2015 eğitim öğretim yılından itibaren ilçedeki özel-devlet tüm anaokulları ve ilkokullara ait florürlü vernik uygulama kayıtları alınmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfta öğrenim gören çocuklarının 2014-2015 eğitim öğretim yılı bahar yarısından, yani ana sınıfından itibaren, her eğitim öğretim yılının her iki yarı dönemine ait veriler araştırmacı tarafından geliştirilen forma kaydedilmiştir. Bu form ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına izin verip vermediği, verdiyse uygulamanın gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği ve gerçekleştirilememe nedeni, izin vermedi ise onam formunda yer alan ret gerekçelerinden herhangi birini işaretleyip işaretlemediği, işaretledi ise hangisi olduğuna dair bilgilerin kaydedilebileceği şekilde hazırlanmıştır. İmzasız olması ya da izin vermeye ilişkin herhangi bir seçeneğin işaretlenmemesine bağlı olarak onam durumu değerlendirilemeyen çok az sayıda onam formunun olduğu tespit edilmiş (Birinci sınıfın bahar yarısında 1 form, 3. sınıfın bahar yarısında 4 form, 4. sınıfın güz yarısında 6 form ve 4. sınıfın bahar yarısında 4 olmak üzere ana sınıfı da dâhil beş yıl içinde toplam 15 form) onam durumu değerlendirilememiştir. Florürlü vernik uygulaması yapılırken ebeveyne bir aydınlatılmış onam formu imzalatılmaktadır. Bu onam formunda izin verip vermediğini belirtmesi istenmektedir. İzin vermemesi durumunda ise bunun gerekçesinin işaretlenmesi talep edilmektedir. Bu ret gerekçeleri arasında

1. Çocuğumun alerjisi var
2. Zararlı olduğunu düşünüyorum.
3. Yararlı olduğunu düşünmüyorum
4. Yeterince bilgi sahibi değilim
5. Okul dışında florürlü vernik uygulamasını çocuğuma düzenli olarak yaptırıyorum

seçenekleri yer almaktadır. Uygulamanın başladığı 2014-2015 eğitim öğretim yılının ikinci yarısında onam formunda ret gerekçelerine ilişkin seçenek bulunmazken 2015-2016 eğitim öğretim yılından itibaren ret gerekçelerine ilişkin yukarıdaki seçeneklerin yer aldığı izlenmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının ana sınıfından itibaren 4. sınıfın sonuna kadar “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Form”ları tek tek incelenerek çocukların florürlü vernik uygulaması onam durumları kayıt edilmiştir. Böylece yıllara göre uygulama sıklığı tespit edilmiştir. Florürlü vernik uygulamasına izin verme durumuna ilişkin analizlerde 4. sınıfın bahar yarıyılında kayıtlardan elde edilen onam durumu kullanılmıştır. Hangi anket formunun hangi çocuğa ait olduğunun tespitini yapılabilmesi için okul yönetimlerinden alınan sınıf listesi üzerine her çocuğa bir form numarası verilmiştir. Dağıtılan anketlere de anket numarası olarak sınıf listesindeki numaralar yazılarak ebeveynlere dağıtılmıştır. Böylece anket numarası ile sınıf listesindeki numara eşleştirilerek anketi dolduran ebeveynin çocuğuna ait florürlü vernik kayıtları da eşleştirilebilmiştir. İl ya da ilçe dışından gelme durumu nedeniyle ana sınıfına ve bazı sınıf kademelerine ilişkin florürlü vernik kayıtlarına ulaşılama durumu olabilecek öğrencilerin belirlenmesi için sınıf öğretmeninden ilçe dışından gelme durumu ve bu çocukların ana sınıfına gidip gitmediği bilgisi alınmıştır. Ayrıca ana sınıfına ilişkin kayıtlarına ulaşılamaayan öğrencilerin ebeveynlerine anket aracılığıyla kaç yıldır Çubuk ilçesinde yaşadıkları sorularak da kayıtlarına ulaşılamaayan öğrencinin kaçınıcı sınıftan itibaren ilçe okullarında öğrenim gördüğü belirlenmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının 289’unun ana sınıfına gittiği tespit edilmiştir. Farklı sınıf kademelerinde Çubuk ilçesinde eğitime dâhil olan 33 öğrencinin olduğu görülmüştür. Daha sonra bu kayıtlar excell dosyasına ve SPSS programına aktarılmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kesikli veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli veriler dağılım istatistikleri ile değerlendirilmiş, değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Ki-kare veya Fisher’in kesin testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından toplanmış ve analizler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketin ön denemesi 25-28.03.2019 tarihlerinde araştırma dışında bırakılan 3 okulda 20 ebeveyn ile gerçekleştirilmiş, ön denemede doldurulan anketler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ön deneme sonrası yapılan değerlendirme sonucu ankete son şekli verilmiştir.

3.12. Etik Konular

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.02.2019 tarih ve GO/18/114 2019/04-30 Karar Nolu onayı ile izin alınmıştır (Ek 1). İl Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin alınmasının ardından İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nün okul idarelerine yazdıkları izin yazısı alınmıştır. 4. sınıf velilerine dağıtılan anket formlarının ilk sayfasında konuyla ilgili aydınlatılmış onam formu mevcut olup formun okunması ve araştırmaya katılma kabul edildiği takdirde formun altındaki katılıyorum kutucuğunun işaretlenmesi istenmiştir. Ayrıca çalışma kapsamında formların dağıtılması öncesinde araştırmanın amacı ile ilgili araştırmacı tarafından açıklama yapılmıştır.

Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kişisel bilgiler öğrenilmemiştir. Veriler araştırma amacı dışında kullanılmamıştır ve üçüncü şahıslara verilmemiştir.

Ağız dış sağlığı ile ilgili bir eğitim broşürünün hazırlanarak öğrencilere dağıtılması ve ebeveynlere iletilmesinin sağlanması planlanmış olup, pandemi koşulları nedeniyle bu eylem henüz gerçekleştirilememiştir. Koşulların düzelmesinin ardından okul idarelerinin de onayı ile eğitim broşürünün dağıtımını gerçekleştirilecektir. Ayrıca bu eğitim broşürünün örneğe seçilmeyen okullarda da kullanılabilmesi amacıyla girişimde bulunulacaktır.

3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Zaman Çizelgesi	Tarih
Çalışmamızın konu belirleme, literatür taraması, anket ve veri toplama formunun hazırlanması, etik kurul başvuru hazırlıklarının yapılması aşamaları	10.09.2018- 03.12.2018
Hacettepe Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Başvurusu	04.12.2018
İl Milli Eğitim Müdürlüğünden İzin Talebi Başvurusu için Sağlık Bilimleri Enstitüsüne Yazılan Yazı	08.01.2019
Hacettepe Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Başvuru Değerlendirme Tarihi	22.01.2019
Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı YAZISI	05.02.2019
Hacettepe Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	05.02.2019
Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden öğrencilerin geçmiş florürlü vernik kayıtlarının verilmesine ilişkin izin yazısı	05.03.2019
Araştırma anket ön denemenin yapılması	25.03.2019- 28.03.2019
Araştırma Verilerinin Toplanması	01.04.2019- 30.04.2019
Verilerin girilmesi tezin yazılması	01.05.2019 - 11.01.2021
Tezin Teslimi	Şubat 2021

4. BULGULAR

Ankara İli Çubuk İlçesi'ndeki devlet okullarında 2018-2019 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 4. sınıf öğrencilerinde, okul temelli bir uygulama olan florürlü vernik uygulamasına ebeveynlerin yaklaşımları, uygulamanın yapılma sıklığı ve araştırmaya katılan ebeveynlerin, uygulamayla ilişkili ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarının belirlenmesini amaçlayan bu çalışma, 01.04.2019-30.04.2019 tarihleri arasında örnekleme dâhil edilen devlet ilkokullarında, 391'i (%76,2) merkez, 122'si (%23,8) merkezden uzak olmak üzere toplam 513 dördüncü sınıf öğrenci ebeveyni ile gerçekleştirilmiştir.

Bölüm 4.1. Araştırmaya Katılan Ebeveynlere ve 4. Sınıfta Öğrenim Gören Çocuklarına İlişkin Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan 4. sınıftaki çocukların ve ebeveynlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA Nisan 2019).

Özellikler (n=513)	n	%
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	268	52,2
Oğlan	245	47,8
Çocuğun yaşı (yıl)		
8	42	8,2
9	451	87,9
10	20	3,9
X±SS= 8,96±0,345;ortanca=9,0, 1-3 çeyrek=9,0-9,0 en küçük- en büyük=8-10		
Ailedeki toplam çocuk sayısı		
1	26	5,1
2	206	40,2
3	207	40,3
4	53	10,3
5 ve üzeri	21	4,1
X±SS= 2,71±1,05; ortanca=3,0; 1-3 çeyrek=2,0-3,0 en küçük- en büyük=1-9		
Kaçıncı çocuk olduğu		
Birinci	185	36,1
İkinci	191	37,2
Üçüncü	97	18,9
Dördüncü	27	5,3
Beşinci ve üzeri	13	2,5
Evde yaşayan kişi sayısı		
≤3	28	5,5
4	191	37,2
5	197	38,4
6	59	11,5
≥7	38	7,4
X±SS= 4,85±1,24; ortanca= 5,0; 1-3 çeyrek=4,0-5,0; en küçük-en büyük=2-12		

Katılımcıların 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarında kızlar fazla olmakla birlikte cinsiyete göre benzer dağılım gözlenmektedir. Çocukların neredeyse tamamı 9 yaşındadır. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu 413'ü (%80,6) eşit bir şekilde 2 ve 3 çocuğa sahip olduğunu belirtmektedir. Ebeveynlerin dörtte üçünün 4. sınıfa devam eden çocuğunun ağırlıklı olarak 1. ya da 2. çocuk olduğu izlenmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 388'i (%75,6) 4 ya da 5 kişilik aileler olduklarını belirtmektedirler (Tablo 4.1).

Ebeveynlerin çocuklarına gerçekleştirilen okul temelli bir uygulama olan florürlü vernik uygulaması ile ilgili gerçekleştirilen bu araştırmaya ebeveyn (anne-baba) olarak birlikte katılım sağlamaları beklenmiş ancak araştırmaya katılan ebeveynlerin 450'sini (%87,7) anneler, 63'ünü (%12,3) babalar oluşturmuştur. Analizlerde bazı veriler çocuğun araştırmaya katılan ebeveyni üzerinden sunulmuştur.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ve medeni durum özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA Nisan 2019).

Özellikler	Araştırmaya katılan					
	Anne (n=450)		Baba (n=63)		Toplam (n=513)	
	n	%*	n	%*	n	%*
Ebeveynin yaşı (yıl)**						
≤24	3	0,7	0	0,0	3	0,6
25-29	78	17,3	2	3,2	80	15,6
30-34	155	34,4	13	20,6	168	32,7
35-39	117	26,0	20	31,8	137	26,7
40-44	77	17,1	16	25,4	93	18,1
45-49	16	3,6	7	11,1	23	4,5
50-54	4	0,9	5	7,9	9	1,8
X±SS= 35,37± 5,88; ortanca=35,0; 1-3 Çeyrek=31,0-39,0 en küçük-en büyük= 24-54						
Medeni durum						
Halen evli birlikte yaşıyor	429	95,3	59	93,7	488	95,1
Halen evli eşinden ayrı yaşıyor	7	1,6	2	3,2	9	1,8
Eşi ölmüş	5	1,1	-	-	5	1,0
Eşinden boşanmış	9	2,0	2	3,2	11	2,1

*Sütun yüzdesi.

** Çocuğun araştırmaya katılım sağlayan ebeveyni analize dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %95,1'i evli ve eşiyle birlikte yaşamaktadır. Araştırmaya katılan annelerin % 60,5'i 30-39 yaş aralığında, araştırmaya katılan

babaların ise %78,8'i 30-44 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan 30 yaş altı ebeveynlerin neredeyse tamamı annelerden oluşmaktadır.

Tablo 4.3. Araştırmaya dâhil olan 4. sınıf öğrenci ebeveynlerinin eğitim, çalışma ve sosyal güvence durumuna ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler**	Araştırmaya dâhil olan 4. Sınıf öğrencilerinin			
	Anne		Baba	
	n	%*	n	%*
Eğitim durumu	(n=513)		(n=513)	
Sadece okuryazar	18	3,5	7	1,4
İlkokul mezunu	172	33,5	158	30,8
Ortaokul mezunu	143	27,9	89	17,3
Lise Mezunu	120	23,4	172	33,5
Yüksekokul/Üniversite mezunu	60	11,7	85	16,6
Belirtmeyen	-	-	2	0,4
Çalışma durumu	(n=513)		(n=513)	
Çalışmıyor	433	84,4	30	5,8
Çalışıyor	76	14,8	457	89,1
Emekli çalışmıyor	2	0,4	13	2,5
Emekli çalışıyor	-	-	4	0,8
Belirtmeyen	2	0,4	9	1,8
Yaptığı iş***	(n=76)		(n=461)	
Yöneticiler	-	-	7	1,5
Profesyonel meslek grupları	23	30,3	37	8,0
Teknisyen, teknikerler, yrd. profesyonel meslek grupları	3	3,9	18	3,9
Büro hizmetleri çalışanı	10	13,2	35	7,6
Hizmet ve satış elemanı	11	14,5	102	22,1
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünlerinde çalışanlar	1	1,3	24	5,2
Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar	-	-	48	10,4
Tesis ve makina operatörleri ve montaj	2	2,6	38	8,2
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	23	30,3	137	29,8
Belirtmeyen	3	3,9	15	3,3
Sosyal güvence	(n=513)		(n=513)	
Yok	50	9,7	45	8,8
SGK	454	88,5	455	88,6
Özel sigorta	7	1,4	5	1,0
Belirtmeyen	2	0,4	8	1,6

*Sütun yüzdesi.

** Araştırmaya katılan 4. sınıf öğrencilerinin ebeveynleri (anne-baba) analizlere dâhil edilmiştir.

*** Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin ebeveynlerin yaptığı iş, çalıştığı belirtilen ebeveyn sayısı üzerinden ve “Çalışan hanehalkı fertlerinin yaptıkları işle ilgili meslek gruplarının kodlanması için kullanılan “Meslek Sınıflaması (ISCO 08)” na göre sınıflandırılarak sunulmuştur.

4. sınıf öğrencilerinin araştırmaya katılan ebeveynine hem kendilerinin hem eşlerinin eğitim-çalışma ve sosyal güvence bilgileri sorulmuş ve 4. sınıf öğrencilerinin anne ve babalarının eğitim-çalışma ve sosyal güvence bilgisi olarak sunulmuştur. Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencisinin annelerinin 513'ünün eğitim durumu belirtilirken, babalarının 511'inin eğitim durumu belirtilmiştir. Hem annelerinin hem babalarının üçte birinin ilkokul mezunu olduğu, üniversite mezunlarının hem annelerde hem babalarda az olduğu, ortaokul mezununun annelerde, lise mezununun babalarda daha fazla olduğu izlenmektedir. Annelerin sadece 60'ı (%11,7) , babaların ise 85'inin (%16,6) yüksekokul/üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Boşandığını belirten iki anne eşinin eğitim durumunu belirtmemiştir (Tablo 4. 3).

Dördüncü sınıf öğrencilerinin araştırmaya katılan annelerin 511'inin çalışma durumu belirtilirken, babaların 504'ünün çalışma durumu belirtilmiştir. Eşini kaybetme, boşanma ya da ayrı yaşama nedeniyle çalışma durumu belirtilmeyen ebeveynler bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 4. sınıf öğrencilerinin annelerinin 76'sinin (%14,8) çalıştığı belirtilirken babaların 461'inin (%89,9) çalıştığı belirtilmektedir. Çalıştığı belirtilen 76 annenin 73'ünün yaptığı iş belirtilmiş ve yaptığı iş belirtilen annelerin 23'ünün (%30,3) Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından geliştirilen “*Uluslararası Meslek Sınıflaması (ISCO 08)*” (98) na göre profesyonel meslek grupları sınıfı (avukat, ziraat mühendisi, mühendis, öğretmen, muhasebeci, aile hekimi, tüm pratisyen ve uzman doktorlar, ebe, hemşire, veteriner, diş hekimi, eczacı, akademisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, müftü, imam, usta öğreticisi, fizikçi, kimyager, jeolog, istatistikçi, matematikçi, farmakolog, histolog, mobilya tasarımcısı, şehir plancısı, avukat, savcı, hakim, kütüphaneci, arkeolog, tercüman, spiker, sanatçı, aktör vb.) içinde yer alan işlerde çalıştığı belirtilmiştir. Çalışma durumu belirtilen 461 babanın 446'sının ne iş yaptığı belirtilirken, yaptığı iş belirtilen babaların 137'sinin (%29,8) nitelik gerektirmeyen işlerde (ev temizlikçisi, büro, otel temizlik görevlisi, park bahçe düzenleme işçisi, çevre temizlikçisi, kat görevlisi, müstahdem, odacı, oto yıkamacısı, tarım işçisi, mevsimlik işçi, maden işçisi, inşaat işçisi, çaycı, bulaşıkçı, mutfak görevlisi, ayakkabı boyacısı, işportacı, geri dönüşüm atık toplayıcısı, hurdacı, kurye, otopark görevlisi hayvan yetiştiricisi, amele vb.) çalıştığı, 102'sinin (%22,1) hizmet ve satış elemanı grubunda (güvenlik

görevlisi, satış elemanı, kasiyer, mobilya satıcısı, tuhafiyeci, çocuk bakıcısı, bekçi, aşçı, garson, kantin görevlisi, kuaför, hamam işçisi, güzellik uzmanı, kat sorumlusu, temizlik şefi, büfeci, pazarcı, simitçi, işportacı, ayakkabı satıcısı, konfeksiyoncu, manav, muavin, seyahat rehberi vb.) yer alan işlerde çalıştığı görülmektedir. Yalnızca 7 babanın yönetici sınıfında yer alan işlerde çalıştığı belirtilirken 37'sinin (%8,0) profesyonel meslek grupları içinde yer alan işlerde çalıştığı görülmektedir. Çalıştığı belirtilen 3 annenin 15 babanın yaptığı iş belirtilmemiştir (Tablo 4. 3).

Ebeveynlerin sosyal güvencesinin tespit edilmesi için “sosyal güvencem yok”, “SSK”, “Bağkur”, “Emekli Sandığı”, “Yeşil kart”, “özel sigorta” ve “diğer” seçenekleri sunulmuş ve sonra özel sigorta dışındakiler SGK olarak tekrar gruplandırılmıştır. Buna göre ebeveynlerin neredeyse tamamı sosyal güvencesinin olduğunu belirtirken sosyal güvence durumu belirtilen 511 anne ve 505 babanın olduğu, annelerin 50'sinin (%9,7), babaların ise 45'inin (%8,8) sosyal güvencesinin olmadığını belirttiği görülmektedir. Eşinden ayrı boşanmış ya da ölmüş olması nedeniyle 10 ebeveynin sosyal güvencesini belirtmemiştir (Tablo 4. 3).

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan ebeveynlerin gelir/ekonomik duruma ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019).

Ekonomik duruma ilişkin özellikler (n=513)	Araştırmaya katılan	
	n	%
Hane Aylık gelir		
≤2019TL	64	12,5
2020-2500 TL	161	31,3
2501-4000 TL	104	20,3
4001-15000 TL	78	15,2
Belirtmeyen	106	20,7
X±SS= 3.147,47 ±1.865,79 TL; ortanca= 2.500,0 TL; 1-3 çeyrek=2.020-4,000 TL; en küçük-en büyük=500-15.000 TL		
Ekonomik durum algısı		
Gelir gideri karşılamıyor	149	29,0
Gelir gideri ancak karşılıyor	320	62,4
Gelir gideri karşılıyor ve tasarruf edilebiliyor	44	8,6

Araştırmaya katılan 513 ebeveyninden 407'si aylık hane gelirini belirtmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 64'ü (% 12,5) 2020 TL'nin altında gelir belirtirken 161'i (%31,3) 2020-2500 TL arasında gelir belirtmektedir. Bu ebeveynlerin 86'sı

(%16,8) 2019 yılı asgari ücreti olan 2020 TL gelir belirtmiştir. Beşte birinin de aylık gelir belirtmediği görülmektedir (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaklaşık üçte ikisi gelirlerinin giderlerini ancak karşıladığını belirtirken, üçte birine yakını da gelirlerinin giderlerini karşılamadığını belirtmektedir. Tasarruf edebilecek aylık geliri olduğunu belirten ise sadece 44 (%8,6) ebeveyn bulunmaktadır.

Bölüm 4.2. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin ve 4. Sınıfta Öğrenim Gören Çocuklarının Bazı Alışkanlıkları ve Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Özellikler

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sigara içme durumlarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Sigara içme durumu	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiç içmemiş	356	79,1	22	34,9	378	73,7
İçmiş bırakmış	23	5,1	11	17,5	34	6,6
Arada sırada içiyor	31	6,9	7	11,1	38	7,4
Her gün içiyor	40	8,9	23	36,5	63	12,3
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 412'si (%80,3) buldukları an itibariyle sigara içmediklerini belirtirken beşte biri sigara içtiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynler arasında annelerin 71'i (%15,8), babaların 30'nun (%47,6) sigara içtiği görülmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan ebeveynlerin tükettikleri ara öğün tercihlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Ara öğün tüketme durumu	(n=450)		(n=63)		(n=513)	
Tüketmeyen	40	8,9	13	20,6	53	10,3
Tüketen	220	48,9	19	30,2	239	46,6
Bazen	190	42,2	31	49,2	221	43,1
Ara öğünlerde tüketilen yiyecek ve içecekler**	(n= 410)		(n=50)		(n=460)	
Taze meyve-sebze	244	59,5	22	44,0	266	57,8
Bisküvi, kek gibi şekerli yiyecekler	220	53,7	17	34,0	236	51,3
Fındık, fıstık, badem, ceviz, leblebi vb. kuruyemişler	187	45,6	20	40,0	207	45,0
Şekerli çay, kahve	166	40,5	27	54,0	193	42,0
Süt/ayran /yoğurt	136	33,2	11	22,0	147	32,0
Çikolata/şeker	82	20,0	2	4,0	84	18,3
Kuru meyve	71	17,3	7	14,0	78	17,0
Kola, gazoz vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler	63	15,4	10	20,0	73	15,9
Taze meyve suyu	46	11,2	3	6,0	49	10,7
Cips	48	11,7	1	2,0	49	10,7
Sandviç/Tost /hamburger/poğaç/ekmek	32	7,8	2	4,0	34	7,4
Reçel/ bal	26	6,3	1	2,0	27	5,9
Şekerli sakız	25	6,1	2	4,0	27	5,9
Hazır meyve suyu	25	6,1	-	-	25	5,4
Diğer***	5	1,0	-	-	5	1,0

*Sütun yüzdesi.

**Birden çok yanıt vardır. Yüzdeler araştırmaya katılan ve ara öğün tükettiğini belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

***Şekersiz çay, şekersiz kahve, bitki çayı, soda.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 460'ı (% 89,7) ara öğün tüketmekte yalnızca 53'ü (%10,3) ara öğün tüketmediğini belirtmektedir. Öğün aralarında tüketilen yiyecek ve içecekler ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Bisküvi kek gibi dış çürüğü oluşumunda risk taşıyan atıştırmalıkların ebeveynlerin yarısından fazlası tarafından tüketildiği, tüketimin araştırmaya katılım sağlayan annelerde daha fazla olduğu, şekerli çay-kahve tüketiminin de araştırmaya katılım sağlayan babalar arasında daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ara öğün tercihlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Ara öğünlerde tüketilen yiyecek ve içecekler (n=513)	n	%*
Bisküvi, kek gibi şekerli yiyecekler	377	73,5
Taze meyve-sebze	286	55,8
Çikolata-şeker	268	52,2
Süt-ayran-yoğurt	243	47,4
Fındık, fıstık, badem, ceviz, leblebi vb. kuruyemişler	227	44,2
Cips	205	40,0
Sandviç/Tost /hamburger/poğaç/ekmek	131	25,5
Hazır meyve suyu	130	25,3
Kola-gazoz vb. şekerli ve gazlı içecekler	112	21,8
Şekerli sakız	88	17,2
Taze sıkılmış meyve suyu	87	17,0
Kuru meyve	74	14,4
Reçel bal	53	10,3

*Birden çok yanıt vardır. Yüzdeler ara öğün tüketen toplam çocuk sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hepsi çocuklarının ara öğün tükettiklerini belirtmiştir. Ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının, dörtte üçünün bisküvi kek gibi yiyecekleri tükettiği, yarısında fazlasının şeker-çikolata, 205'inin (%40,0) cips, dörtte birinin hazır meyve suyu, beşte birinden fazlasının ise kola, gazoz gibi şekerli içecekler tükettiği belirtilmiştir. Hazır meyve suyu tüketiminin taze meyve suyu tüketiminden daha fazla olduğu da görülmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan ebeveyn ve 4. sınıftaki çocuklarının diş fırçalama alışkanlıklarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019).

Özellikler	Araştırmaya katılan						4. sınıftaki çocuğu	
	Anne (n=450)		Baba (n=63)		Toplam (n=513)		(n=513)	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Diş fırçasına sahip olma durumu								
Diş fırçası var	433	96,2	58	92,1	491	95,7	507	98,8
Aile bireyleri ile ortak	4	0,9	2	3,2	6	1,2	-	-
Kendisine ait fırçası yok	13	2,9	3	4,7	16	3,1	6	1,2
Diş fırçalama sıklığı								
Hiç fırçalamıyor	19	4,2	3	4,8	22	4,3	17	3,3
Günde bir kez	171	38,0	22	34,9	193	37,6	211	41,1
Günde en az iki kez	138	30,7	14	22,2	152	29,6	124	24,2
İki üç günde bir	84	18,7	16	25,4	100	19,5	105	20,5
Haftada bir kez	24	5,3	5	7,9	29	5,7	40	7,8
Ayda bir kez	14	3,1	3	4,8	17	3,3	16	3,1

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamına yakını kendisine ait diş fırçası olduğunu belirtirken dişlerini fırçalamadığını belirten 22 ebeveynnden 6'sı aile bireyleri ile ortak fırça kullandığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan anneler arasında hem “günde bir kez” hem de “günde en az iki kez” diş fırçalama araştırmaya katılan babalardan daha fazla iken, babalar arasında düzensiz diş fırçalamanın annelerden daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaklaşık üçte biri “günde en az iki kez” diş fırçaladığını, 4. sınıfa giden çocuklarının ise dörtte birinin “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirtmektedir. Hem araştırmaya katılan ebeveynlerde hem de 4. sınıfa giden çocuklarında “günde bir kez” diş fırçalama “günde en az iki kez” diş fırçalamadan daha fazla iken her ikisinde de üçte birinden fazlasının düzensiz ya da hiç diş fırçalamadığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş fırçalama dışında diş temizliği için yardımcı ürün kullanma durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019).

Özellikler	Araştırmaya katılan				Toplam	
	Anne		Baba		n	%*
	n	%*	n	%*	n	%*
Ağız-diş temizliği için yardımcı ürün kullanma durumu	(n=450)		(n=63)		(n=513)	
Kullanmıyor	226	50,2	31	49,2	257	50,1
Kullanıyor	224	49,8	32	50,8	256	49,9
Kullanılan yardımcı ürün **	(n=224)		(n=32)		(n=256)	
Kürdan	113	25,1	15	23,8	128	50,0
Ağız gargarası	62	13,8	6	9,5	68	26,6
Diş ipi	51	11,3	4	6,3	55	21,5
Misvak	34	7,6	8	12,7	42	16,4
Sivri uçlu cisim	9	2,0	1	1,6	10	3,9
Arayüz fırçası	5	1,1	2	3,2	7	2,7
Diğer***	3	0,7	2	3,2	5	1,9

*Sütun yüzdesi;

**Birden fazla yardımcı temizlik ürünü kullandığını belirten kişi vardır. Yüzdeler yardımcı ürün kullandığını belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

***Kaynamış ceviz kabuğu suyu, diş beyazlatma tozu, karbonat

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısı 257'si (%50,1) diş temizliği için diş macunu dışında herhangi bir yardımcı temizlik ürünü kullanmadığını belirtmektedir. Diş fırçalama dışında yardımcı ürün kullandığını belirten 256 (%49,9) ebeveyn arasında en çok kullanılan ürün kürdan olurken, bunu gargara, diş ipi ve misvak takip etmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sadece 55'i (%10,7) diş ipi kullandığını belirtmektedir. Kürdan kullanımı araştırmaya katılan anneler ile babalar arasında benzer dağılım gösterirken, ağız gargarası ve diş ipi kullanımı araştırmaya katılan anneler arasında daha fazla, misvak kullanımı ise araştırmaya katılan babalar arasında daha fazladır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş macunu seçimi ve diş macunu florür içeriğine ilişkin özelliklere göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan				Toplam	
	Anne		Baba		n	%*
	n	%*	n	%*		
Diş macununda florür olması gerekliliğine ilişkin düşünce	(n=450)		(n=63)		(n=513)	
Olmamalı	50	11,1	4	6,3	54	10,5
Olmalı	104	23,1	13	20,6	117	22,8
Fikrim yok	296	65,8	46	73,0	342	66,7
Diş macunu seçiminde dikkat edilen hususlar **	(n=431)		(n=60)		(n=491)	
Markası	253	58,7	39	65,0	292	59,5
Florür içerme durumu	84	19,5	6	10,0	90	18,3
Fiyatı	56	13,0	8	13,3	64	13,0
Hiçbir şeye dikkat etmeme	53	12,3	8	13,3	61	12,4
Diğer***	43	10,0	5	8,3	48	9,4
Ebeveynin kullandığı diş macununun florür içerme durumu ****	(n=431)		(n=60)		(n=491)	
Yok	57	13,2	6	10,0	63	12,8
Var	118	27,4	10	16,7	128	26,1
Fikri yok	256	59,4	44	73,3	300	61,1
4. sınıftaki çocuğun diş macununun florür içerme durumu	(n=450)		(n=63)		(n=513)	
Yok	69	15,3	7	11,1	76	14,8
Var	103	22,9	8	12,7	111	21,6
Fikri yok	278	61,8	48	76,2	326	63,6

*Sütun yüzdesi.

**Birden çok yanıt vardır. Yüzdeler dişlerini fırçaladığını belirten katılımcı sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır. Dişlerini fırçalamadığını belirten 22 ebeveyn analizlere dâhil edilmemiştir.

***Diş ve diş etlerini koruma özellikleri, macun içeriğinin doğal olması (paraben, SLS, kimyasal içermemesi) yeşil-mavi bantlı olması, kokusu, ambalajının açık olmaması, kalitesi, hep aynıısını alma.

**** Dişlerini fırçalamadığını belirten 22 ebeveyn analizlere dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin üçte ikisi diş macunu içinde florür olması gerekip gerekmediğini bilmediğini, sadece 10 ebeveyn den biri olmaması gerektiğini ikisi de olması gerektiğini belirtmektedir. Babalar arasında bilmediğini belirten annelerden fazladır. Araştırmaya katılan ve dişlerini fırçalamadığını belirten 22 ebeveyn analizlere dâhil edilmiştir. Dişlerini fırçaladığını belirten ebeveynlerin

tamamı diş fırçalama sırasında diş macunu kullandığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş macunu alırken en çok macunun markasına dikkat ettikleri, diş macununun florür içeriğine dikkat ettiğini belirten ebeveynlerin ise beşte birden bile az olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve dişlerini fırçaladığını belirten ebeveynlerin üçte ikisi kullandığı diş macunu içinde florür olup olmadığı konusunda fikri olmadığını belirtirken, 128'i (%26,1) kendi kullandığı diş macununda florür olduğunu belirtirken 111'i (%21,6) çocuğunun diş macununun florür içerdiğini belirtmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve 4. sınıftaki çocuklarının diş hekimine gitme özelliklerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Diş hekimine gitme durumuna ilişkin özellikler	Araştırmaya katılan						4. Sınıftaki çocuğu	
	Anne		Baba		Toplam		n	%*
	n	%*	n	%*	n	%*		
En son diş hekimine gitme zamanı	(n=450)		(n=63)		(n=513)		(n=513)	
Hiç gitmemiş	21	4,7	3	4,8	24	4,7	71	13,8
≤6 ay	134	29,8	14	22,2	148	28,8	169	32,9
6-12 ay	109	24,2	14	22,2	123	24,0	87	17,0
>1 yıl	135	30,0	16	25,4	151	29,4	137	26,7
Hatırlamıyor	51	11,3	16	25,4	67	13,1	49	9,6
En son diş hekimine gitme nedeni **	(n=429)		(n=60)		(n=489)		(n=442)	
Diş veya diş etlerinde problem	295	68,8	47	78,3	342	69,9	320	72,4
Tedavi veya tedavi takibi	127	29,6	12	20,0	139	28,4	106	24,0
Şikâyeti olmaksızın düzenli kontrol	7	1,6	1	1,7	8	1,6	16	3,6
Şikâyeti olmaksızın kontrol amaçlı yıllık diş hekimine gitme sayısı	(n=450)		(n=63)		(n=513)		(n=513)	
Hiç gitmemiş	21	4,7	3	4,8	24	4,7	71	13,8
Şikayeti olmadan gitmemiş	405	90,0	57	90,5	462	90,0	373	72,7
Yılda 1 kez	18	4,0	3	4,7	21	4,1	58	11,3
Yılda en az iki kez	6	1,3	-	-	6	1,2	11	2,2

*Sütun yüzdesi

**Hiç diş hekimine gitmediğini belirten 24 ebeveyn ve hiç diş hekimine götürülmeyen 71 çocuk analize dâhil edilmemiştir

Araştırmaya katılan ebeveynlerden 24'ü (%4,7) halen hiç diş hekimine gitmediğini belirtirken, 71'i (%13,8) 4. sınıftaki çocuğunu hiç diş hekimine götürmediğini belirtmektedir. Hem araştırmaya katılan ebeveynlerin hem de çocuklarının en son diş hekimine çoğunlukla diş ve dişetlerinde yaşanan sorun nedeniyle başvurdukları görülmektedir. Ebeveynlerin sadece 27'si (% 5,3) şikâyeti olmaksızın sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gittiğini belirtirken, 4. sınıfa giden çocuklarını bu amaçla diş hekimine götüren 69 (%13,5) ebeveyn olduğu görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan ebeveynlerin düzenli diş hekimi kontrolüne gitmeme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Düzenli diş hekimi kontrolüne gitmeme nedeni	Araştırmaya katılan					
	Anne (n=426)		Baba (n=60)		Toplam (n=486)	
	n	%*	n	%*	n	%*
Gerek duymama	280	65,7	47	78,3	327	67,3
Korku	95	22,3	2	3,3	97	20,0
Ekonomik durum	78	18,3	8	13,3	86	17,7
Vakit bulamama	35	8,2	12	20,0	47	9,7
Uzak olması	22	5,2	3	5,0	25	5,1

*Sütun yüzdesi; Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler düzenli diş hekimine gitmeme nedeni belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır. Düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini belirten 27 ebeveyn analize dâhil edilmemiştir.

Sadece kontrol amaçlı diş hekimine gitmediğini belirten ebeveynlerin üçte ikisi gitmeme nedeni olarak gerek duymadığını belirtirken beşte biri korktuğunu, beşte birine yakını ekonomik nedenlerle, her 10 ebeveynen biri vakit bulamadığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynler arasında babalar daha fazla gerek duymadığını belirtirken, annelerde korku ve ekonomik durum babalardan daha fazla düzenli diş hekimine gitmeme nedeni olarak belirtilmektedir (Tablo 4.12).

Bölüm 4.3. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Yaşadıkları Ağız Diş Sağlığı Sorunlarına İlişkin Özellikler

Tablo 4.13.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşama durumuna göre dağılımı (Çubuk- ANKARA, 2019)

Son bir yıl içinde ağız diş sorunu yaşama	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaşamamış	165	36,7	35	55,6	200	39,0
Yaşamış	266	59,1	23	36,5	289	56,3
Hatırlamıyor	19	4,2	5	7,9	24	4,7
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %56,3'ü son bir yıl içinde ağız diş sağlığı ile ilişkili bir sorun yaşadığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin 266'sı (%59,1) son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirtirken, araştırmaya katılan babaların 23'ü (%36,5) son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirtmektedir (Tablo 4.13.a).

Tablo 4.13.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde yaşadığı ağız diş sağlığı sorunlarına göre dağılımı (Çubuk- ANKARA, Nisan 2019)

Araştırmaya katılan ebeveyninin yaşadığı ağız diş sorunu (n=289)	n	%*
Diş ağrısı	52	17,9
Diş çekimi	51	17,7
Dolgu yaptırma	50	17,3
Diş çürüğü	32	11,1
Kanal tedavisi	30	10,4
Kaplama, köprü, hareketli protez	28	9,7
Dişetlerinde kanama, iltihap, çekilme, diş taşı temizliği, dişlerde sallanma, ağız içi yara	22	7,6
Dolgulu dişte kırık, düşme, sızlama, ağrı, çürük	15	5,2
Apse, iltihap, kist	9	3,1
Diş kırığı	4	1,4
Sızlama	3	1,0
Dişlerde açılma, yamukluk şikayeti ile başvuru	2	0,6
Belirtmeyen	39	13,5

*Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler ağız diş sorunu yaşadığını belirten ebeveyn sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısından fazlası son bir yıl içinde ağrı ya da başka bir ağız diş sorunu yaşadığını belirtmektedir. Sorun yaşadığını belirten 289 ebeveynin 39'u yaşadığı soruna ilişkin bildirimde bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin son bir yıl içinde yaşadıklarını belirttiği ağız diş sağlığı sorunları ebeveynler tarafından belirtildiği şekilde genel başlıklar halinde araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin verdiği cevapların bazılarının ağız diş sorununu ifade ettiği, bazılarının ağız diş sorunlarına bağlı olarak yapılan tedavileri ifade ettiği görülmektedir. Diş ağrısı, sızlama, apse, iltihap, dişin kırılması, dolgulu dişte kırık, çürük ifadeleri yaşanan ağız diş sağlığı sorununu ifade ederken, çekim, dolgu, kanal tedavisi, kaplama, köprü, hareketli protez yaptırma yaşanan ağız diş sağlığı sorununa bağlı olarak gerçekleştirilen tedavileri ifade etmektedir. Aynı zamanda köprü, hareketli protez, implant tedavileri diş kaybı yaşanması neticesinde yapılan diş tedavilerini oluşturmaktadır. Diş kaybı ise büyük ölçüde diş çürüğüne bağlı ve periodontal hastalıkların bir sonucu olarak karşımıza çıkan ağız diş sorunlarını oluşturmaktadır. Diş dolgusu yaptırma, diş çürüğü, kanal tedavisi yaptırma, dolgulu dişte kırık ağrı, doğrudan diş çürüğünü işaret etmekte yanı sıra diş ağrısı, sızlama, apse, iltihap, kist, diş kırığı da büyük ölçüde diş çürüğüne bağlı yaşanan şikayetler olup daha az sıklıkta diş eti hastalıkları ve travma gibi nedenlere bağlı olarak da yaşanabilmektedir (Tablo 4.13.b).

Tablo 4.14.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağızda eksik diş varlığına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Eksik diş	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yok	121	26,9	17	27,0	138	27,1
Var	325	72,2	46	73,0	371	72,1
Tam dişsiz	4	0,9	-	-	4	0,8
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 371'i (%72,1) eksik dişi olduğunu belirtirken, 4 ebeveyninde hiç doğal dişe sahip olmadığını belirttiği görülmektedir (Tablo 4.14.a).

Tablo 4.14.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağızda eksik diş sayısına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Araştırmaya katılan ebeveynin eksik diş sayısı	n	%*
1	68	18,3
2	72	19,4
3	52	14,0
4	56	15,1
5-6	53	14,3
≥ 7	43	11,6
Belirtmeyen	27	7,3
Toplam	371	100,0

* Araştırmaya katılan ve eksik dişi olduğunu belirten ebeveyn sayısı analize dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 371'i (%72,1) eksik dişi olduğunu belirtirken, 344'ü (%92,7) kaç dişinin eksik olduğunu belirtmektedir. Eksik diş sayısı belirten ebeveynlerin beşte biri bir eksik dişi olduğunu belirtirken, ağızda hiç doğal dişi olmadığını belirten 4 ebeveyn ile birlikte toplam 15 ebeveynin ise “çiğneme sisteminde herhangi bir patolojik süreci başlatmayan oklüzyon yani minimum 20 doğal dişe sahip olma” durumu olarak tanımlanan fizyolojik oklüzyona sahip olmadığı görülmektedir (Tablo 4.14.b).

Tablo 4.15. Araştırmaya katılan ebeveynlerin mevcut ağız diş tedavilerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Mevcut ağız diş tedavi türü	Araştırmaya katılan					
	Anne (n=450)		Baba (n=63)		Toplam (n=513)	
	n	%*	n	%*	n	%*
Hiçbir tedavi yok	133	29,6	29	46,0	162	31,6
Dolgu-kanal tedavisi	269	59,8	24	38,1	293	57,1
Kron-köprü	334	74,2	50	79,4	128	25,0
Takıp çıkarılan hareketli protez	9	2,0	2	3,2	11	2,1
İmplant	8	1,8	-	-	8	1,6
Hatırlamıyor	1	0,2	-	-	1	0,2

*Sütun yüzdesi; birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısından fazlası ağızda dolgu ya da kanal tedavisi olduğunu, dörtte biri kron-köprü gibi protetik tedaviler olduğunu belirtirken

yaklaşık üçte biri ise ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin 269'u (%59,8) ağızda dolgu ve kanal tedavisi olduğunu belirtirken, araştırmaya katılan babaların 24'ü (%38,1) ağızda dolgu ya da kanal tedavisi olduğunu belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin 133'ü (%29,6) ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirtirken, araştırmaya katılan 63 babanın 29'u (%46,0) ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirtmektedir (Tablo 4.15).

Ayrıca ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirten ebeveynlerin ağız diş sağlığı sorunlarıyla ilgili özellikleri de değerlendirilmiştir. Ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirten 162 (%31,6) ebeveynden 71'inin (%43,8) son bir yıl içinde ağız diş sorunu yaşadığı, 101'inin (%62,3) ağızda eksik dişi olduğu, eksik dişi olduğunu belirten 101 ebeveynden 91'inin (% 90,1) eksik diş sayısını belirttiği, eksik diş sayısını belirten 91 ebeveynden 66'sının (%72,5) 1-4 arasında eksik dişi olduğu, 25'i (%27,5) ise "5 ve üzeri"nde eksik dişi olduğu görülmektedir (Tablo olarak sunulmamıştır.)

Tablo 4.16. Araştırmaya katılan ebeveynlerin kendi ağız diş sağlığı durumu değerlendirmelerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Ağız diş sağlığı durumu algısı	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İyi	67	14,9	12	19,0	79	15,4
Orta	253	56,2	39	61,9	292	56,9
Kötü	119	26,4	8	12,7	127	24,8
Fikri yok	11	2,4	4	6,3	15	2,9
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin dörtte biri ağız diş sağlığını kötü olarak değerlendirirken, ebeveynlerin yarısından fazlası ağız diş sağlığı düzeyini "orta" olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılan anneler arasında ağız diş sağlığını kötü olarak değerlendiren fazla iken, araştırmaya katılan babalar arasında ağız diş sağlığını orta ve iyi olarak değerlendirenler daha fazladır (Tablo 4. 16).

4.4. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığına Yönelik Bilgilerine İlişkin Özellikler

Tablo 4.17.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgilerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Araştırmaya katılan ebeveynin ağız diş sağlığı bilgileri (n=513)	Yanlış**		Doğru**		Fikri yok	
	n	%*	n	%*	n	%*
Şekerli gıdaları tüketmek diş çürüğüne neden olur	20	3,9	487	94,9	6	1,2
Diş yüzeyine yapışmış gıda artıkları diş çürüğü ve diş eti hastalığına neden olabilir	9	1,8	484	94,3	20	3,9
Günde en az 2 kez diş fırçalayarak diş çürüğü önlenir	23	4,5	467	91,0	23	4,5
Şikâyet olmaksızın yılda en az 1 kez diş hekimine gidilmelidir	18	3,5	457	89,1	38	7,4
Etkili bir ağız temizliği için diş fırçalama en az iki dakika sürmelidir	21	4,1	446	86,9	46	9,0
Ağız diş sağlığı genel sağlık ilişkilidir	36	7,0	367	71,5	110	21,4
Süt dişi çürüdüğünde dolgu yaptırılmalıdır	240	46,8	180	35,1	93	18,1
Dişler fırçalanıyor ise diş ipi kullanmaya gerek yoktur	180	35,1	173	33,7	160	31,2
Çocukta diş temizliğine ilk süt dişi çıkınca başlanmalıdır	239	46,6	165	32,2	109	21,2
Çocuklar ilk diş hekimini kontrolüne ilk süt dişi çıktığında götürülmeli	113	22,0	158	30,8	242	47,2
Çocuğun ağızında en azından kalıcı dişleri tamamlanana kadar yılda 2 kez florürlü vernik uygulanmalıdır	52	10,1	121	23,6	340	66,3
Süt dişi çürüdüğünde ağrı yoksa bir şey yapılmaz kendiliğinden düşmesi beklenir	106	20,7	353	68,8	54	10,5
Diş plağı diş yüzeyindeki yumuşak birikintidir	260	50,7	42	8,2	211	41,1

*Satır yüzdesi; ağız diş sağlığı bilgi önermelerine ilişkin yüzdeler toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

** Tabloda koyu olarak belirtilen gözler yanıtın doğru olarak değerlendirildiği seçeneklerdir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere ağız diş sağlığı bilgilerini değerlendirmek için soru ve önermeler verilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun şekerli ve diş üzerine yapışan gıdaların diş çürüğü ve diş eti hastalıklarına neden olduğunu, günde iki kez iki dakika diş fırçalayarak etkin bir temizlik ve diş çürüğünün önlenmesine katkı sağlanabileceğini ve yılda en az 1 kez diş hekimini kontrolüne gidilmesi gerektiğini bildiği görülmektedir (Tablo 4.17.a).

Ancak araştırmaya katılan ebeveynlere bir bilgi sorusu olarak diş plağının ne olduğu sorulduğunda, ebeveynlerin yarısının diş plağının ne olduğunu bilmediği, her

10 ebeveynden 4'ünün fikri olmadığını belirttiği ve sadece 42'sinin (%8,2) diş plağının ne olduğu konusunda doğru bilgiye sahip olduğu izlenmektedir. Ebeveynlere diş plağının ne olduğuna dair “diş yüzeyindeki yumuşak birikinti”, “diş yüzeyindeki sertleşmiş birikinti”, “diş yüzeyindeki renklenme”, “diğer” ve “fikrim yok” şeklinde seçenekler sunulmuş ve analizlerde diş plağının ne olduğunu bilme durumu bilgi önermelerinden biri olarak kullanılmıştır. Diş ipi kullanımı konusunda da ebeveynlerin ancak 180'inin (%35,1) dişler fırçalanıyor olsa da diş ipi kullanmak gerektiği doğru bilgisine sahip olduğu izlenmektedir (Tablo 4.17.a).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocukları ile ilgili ağız diş sağlığı bilgi önermelerinde doğru bilgiye sahip olma durumunun düşük olduğu dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlere çocukta diş temizliğine başlama zamanı ile ilgili olarak “doğumdan hemen sonra”, “ilk süt dişi sürdükten sonra”, “ilk kalıcı diş sürdükten sonra”, “bütün süt dişleri sürdükten sonra”, “diğer” ve “fikrim yok” şeklinde seçenekler sunulmuştur. Analizlerde bilgi puanı olarak kullanılmıştır. Ebeveynlerin ancak üçte biri çocukta diş temizliğine ilk süt dişi çıktığında başlanması gerektiği doğru cevabını belirtirken, ilk diş hekimi kontrolüne ilk süt dişi çıktıktan sonra götürülmesi gerektiğini belirten ebeveynler ise üçte birinden bile azdır (Tablo 4.17.a).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin üçte birinden az fazlası süt dişi çürüğünde dolgu yapılmasının gerektiğini, üçte ikisine yakını süt dişi çürüğünde ağrı yoksa herhangi bir tedavi yapılmasına gerek olmadığı ve kendiliğinden düşmesinin beklenmesinin doğru olduğunu ve yine üçte ikisi yılda iki kez florürlü vernik uygulamasının yapılması konusunda fikri olmadığını belirtmektedirler. Her 10 ebeveynden 1'i “çocuğun ağızında en azından kalıcı dişleri tamamlanana kadar yılda 2 kez florürlü vernik uygulanmalıdır” önermesinin yanlış olduğunu belirtmektedir. Florürlü vernik uygulamasının yapılmasının gerektiğini belirten ebeveynler ise dörtte birinden daha azdır (Tablo 4.17.a).

Tablo 4.17.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgi durumua göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Ağız diş sağlığı bilgi durumu	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
≤6	93	20,7	17	27,0	110	21,4
7	102	22,7	15	23,8	117	22,8
8	122	22,7	16	25,4	138	26,9
≥9	133	29,6	15	23,8	148	28,8
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0
X±SS= 7,69±1,79; ortanca=8,0; 1-3 çeyrek= 7,0-9,0; en küçük-en büyük=0-13						

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 110'u (%21,4) "6 ve altında" bilgi puanına sahipken, 148'i (%28,8) "9 ve üzeri" bilgi puanına sahiptir. "Altı ve altında bilgi puanı araştırmaya katılan babalar arasında fazla iken, "dokuz ve üzeri" bilgi puanı anneler arasında fazladır (Tablo 4.17.b).

Tablo 4.18. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığına yönelik bilgi kaynağına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Araştırmaya katılan ebeveynin ağız diş sağlığı bilgi kaynağı (n=513)	n	%*
Diş hekimi	352	68,6
Kendi eğitimi sırasında okulda	278	54,2
Televizyon	205	40,0
Kendi anne babası	185	36,1
İnternet	174	33,9
Aile hekimi	109	21,2
Arkadaşlar	95	18,5
Sağlık personeli	70	13,6
Gazete dergi	57	11,1
Sosyal medya	44	8,6
Belirtmemiş	3	0,6
Diğer**	6	1,2

*Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

** Kendi kendine, tecrübe.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin üçte ikisi ağız diş sağlığına yönelik bilgileri diş hekiminden öğrendiğini belirtirken, katılımcıların yarısından fazlası kendi eğitimleri sırasında okulda, %40'ı televizyondan, %36,1'i anne babasından ve üçte biri de internetten öğrendiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin beşte

biri ağız diş sağlığı ile ilgili bilgileri aile hekiminden öğrendiğini belirtmekte beşte birine yakını ise arkadaşlardan öğrendiğini belirtmektedir (Tablo 4.18).

Bölüm 4.5. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin 4. Sınıftaki Çocuklarına, Sağlık Bakanlığı Tarafından Okullarda Gerçekleştirilen Florürlü Vernik Uygulamasına İlişkin Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan ebeveynlere Sağlık Bakanlığı tarafından 60 ayını doldurmuş ana sınıfı ve ilkokul öğrencilerine okullarda gerçekleştirilen florürlü vernik uygulaması ile ilgili sorular sorulmuştur. Ebeveynlerin 503'ü (%98,0) uygulamayı bildiğini belirtmektedir. Sadece 10 kişi bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.19. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapıldığı sınıfları bilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Florürlü vernik uygulamasının yapıldığı sınıf kademesini bilme	n	%
Yanlış bilen	148	28,8
Doğru bilen	365	71,2
Toplam	513	100,0

Florürlü vernik uygulaması ana sınıfından başlayarak 4. sınıfın sonuna kadar her eğitim öğretim yılında 2 kez gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının hangi sınıflarda yapıldığını bilme durumlarının değerlendirilmesi için farklı seçenekler sunulmuştur. Ebeveynlerin 201'i (%39,2) florürlü vernik uygulamasının ilkokul 1. sınıftan başlayarak 4. sınıfın sonuna kadar yapıldığını, 164'ü (%32,0) ana sınıfından başlayarak ilkokul 4. sınıfın sonuna kadar yapıldığını, yaklaşık dörtte biri bilmediğini ve geri kalanı da yanlış olan diğer seçenekleri belirtmektedir (Tablo 4.19).

Ancak florürlü vernik uygulamasının “ilkokul 1. sınıftan başlayarak 4. sınıfın sonuna kadar” yapıldığını belirten ebeveynlerin, çocuklarının ana sınıfına gitmemiş olma durumu ve uygulamanın ana sınıfının bahar yarıyılında başlamış olması göz önünde bulundurularak cevapları doğru olarak değerlendirilmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğünden alınan florürlü vernik uygulama kayıtları incelendiğinde ise florürlü verniğin ilkokul 1. sınıftan başlayarak 4. sınıfın sonuna kadar yapıldığını belirten ebeveynlerin, 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının 97'sinin (% 48,3) ana

sınıfına gittiği geri kalan 104'ünün (%51,7) ise gitmediği görülmektedir (Tabloda gösterilmemiştir).

Tablo 4.20. Araştırmaya katılan ebeveynlere, 4. sınıfta eğitim gören çocuklarına florürlü vernik uygulaması izin kâğıdı gönderilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Onam Formu gönderilme durumu	n	%
Hiç gönderilmemiş	6	1,2
Sadece ana sınıfında	3	0,6
Düzenli yılda bir kez	129	25,2
Düzenli yılda iki kez	209	40,6
Hatırlamıyor	161	31,4
Düzensiz	5	1,0
Toplam	513	100,0

Ebeveynlere florürlü vernik uygulamasına izin verip vermediklerinin belirlenebilmesi için “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nun gönderilip gönderilmediği sorulmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin dörtte biri yılda bir kez gönderildiğini, 209'u (%40'6) yılda iki kez gönderildiğini belirtmiştir. Altı ebeveyn hiç gönderilmediğini belirtirken, ebeveynlerin üçte biri hatırlamadığını, %1'i düzenli gönderilmediğini, 3 ebeveynde sadece ana sınıfında gönderildiğini belirtmektedir (Tablo 4.20).

Tablo 4.21.a. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bilmiyor	244	54,2	46	73,0	290	56,5
Biliyor	206	45,8	17	27,0	223	43,5
Toplam	450	100,0	63	100,0	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlere yarısından fazlası florürlü vernik uygulamasının neden yapılmadığını bilmediğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin 244'ü (%54,2) florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bilmediğini belirtirken araştırmaya katılan babaların 46'sı (%73) florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.21.b. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin beyanlarına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Florürlü verniğin yapılma nedeni (n=223)	n	%*
Diş sağlığı ve dişleri korumak	107	48,0
Diş çürüğüne karşı koruyucu, diş çürüğünü önlemek, engellemek	84	37,7
Dişleri, diş minesini güçlendirmek	20	9,0
Diş ve diş eti sağlığı için	4	1,8
Belirtmeyen	18	8,1
Diğer**	3	1,3

*Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

**Diş çürüğünü tedavi etmek, kronik hastalıkları önlemek, dişlerde oluşan plakları temizlemek

Araştırmaya katılan ebeveynlerden 223'ü (%43,5) florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bildiğini belirtirken, ancak 205'i florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin fikir bildirmiştir. Açık uçlu sorulan bu soruya verilen cevaplar araştırmacı tarafından kategorize edilmiştir. Araştırmaya katılan florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenine ilişkin fikir bildiren ebeveynlerin çoğunluğu florürlü verniğin diş sağlığını koruduğunu, diş çürüğüne karşı dişleri koruduğunu, diş çürüğünü önlediğini belirtirken 20'si (%9,0) diş minesini güçlendirdiğini belirtmektedir (Tablo 4. 21.b).

Tablo 4.22. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi edinme kaynağına göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Bilgi kaynağı (n=513)	n	%*
Danışılan kimse yok	236	46,0
Sınıf öğretmeni	120	23,4
Diş hekimi	100	19,5
Okuldaki diğer veliler	30	5,8
Doktor (aile hekimi ya da uzman hekim)	26	5,1
Komşular	19	3,7
Diğer sağlık personeli (ebe, hemşire, eczacı, diş teknisyeni vb.)	20	3,9
Diğer**	29	5,7

*Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı alınmıştır.

** İnternet, yakınlarına danışma, okunan makale, gönderilen onam formu.

Ebeveynlere “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu” ellerine geçtiğinde ve uygulama ile ilgili öğrenmek istedikleri herhangi bir bilgi olduğunda danıştıkları biri olup olmadığı sorulduğunda, neredeyse yarısı danıştığı kimse olmadığını belirtmektedir. Danışılan kişiler arasında sınıf öğretmeni ilk sırada yer alırken, diş hekimleri ikinci sırada yer almaktadır. Okuldaki diğer velilere danışma aile hekimleri ve diğer uzman hekimlere danışmanın önüne geçerken, komşulara danışmanın da, sağlık personeline danışmanın (1’i diş teknisyenine, 1’i eczacıya danıştığını belirtmiştir) önüne geçtiği izlenmektedir (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan ebeveynin florürlü vernik uygulamasına ilişkin değerlendirmesine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan					
	Anne		Baba		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi	(n=450)		(n=63)		(n=513)	
Yararlı	133	29,6	16	25,4	149	29,0
Zararlı	58	12,8	4	6,3	62	12,1
Fikri yok	259	57,6	43	68,3	302	58,9
Yararlı olduğunu öğrenme kaynağı *	(n=133)		(n=16)		(n=149)	
Diş hekimi	40	30,1	3	18,75	43	28,9
Öğretmen	19	14,3	4	25,0	23	15,4
Devlet kurumlarına, duyulan güven	13	9,7	3	18,75	16	10,7
Arkadaşlar, çevre, komşu, eş, çocuk	13	9,7	-	-	13	8,7
İnternet	11	8,3	-	-	11	7,4
Doktor	7	5,3	1	6,3	8	5,4
Ebe/hemşire/eczacı	3	2,3	1	6,3	4	2,7
Okula gelen sağlıkçılar	1	0,8	2	12,5	3	2,0
Diğer veliler	2	1,5	-	-	2	1,3
Aydınlatılmış onam formu	1	0,8	-	-	1	0,7
TV reklamları	-	-	1	6,3	1	0,7
Kaynak belirtmeyen	29	21,8	3	18,75	32	21,5
Zararlı olduğunu öğrenme kaynağı **	(n=58)		(n=4)		(n=62)	
İnternet, sosyal medya	13	22,4	2	50,0	15	21,0
Arkadaşlar, çevre, komşular	5	8,6	2	50,0	7	11,3
Diş hekimi	5	8,6	-	-	5	8,1
Doktor	2	3,5	-	-	4	6,5
Okuduğu kaynaklar	4	6,9	2	50,0	6	9,7
Diğer sağlık personeli	5	8,6	-	-	5	8,1
Diğer veliler	3	5,2	-	-	3	4,8
Kaynak belirtmeyen	20	34,5	-	-	20	32,3

* Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler florürlü vernik uygulamasının yararlı olduğunu belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

** Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaklaşık % 60'ı florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğunu bilmediğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan babalar arasında bilmediğini belirten araştırmaya katılan annelerden daha fazladır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sadece %12'si zararlı olduğunu düşündüğünü belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerde hem yararlı olduğunu hem de zararlı olduğunu belirten babalardan daha fazladır. Ebeveynlere açık uçlu olarak florürlü verniğin yararlı olduğunu kimden/nereden ve florürlü verniğin zararlı olduğunu kimden/nereden öğrendikleri sorulmuştur (Tablo 4.23).

Florürlü vernik uygulamasının yararlı olduğunu belirten 149 ebeveynden 120'si kimden/nereden öğrendiğine ilişkin bildirimde bulunmuş cevaplar araştırmacı tarafından kategorize edilmiştir. Bildirimde bulunan ebeveynlerin 43'ü (%28,9) yararlı olduğunu dış hekiminden öğrendiğini belirtirken, bunu sırasıyla öğretmenler, Devlete duyulan güven, arkadaş-çevre ve internet izlemektedir. Doktorlardan yararlı olduğunu öğrendiğini belirten 8 (%5,4) ebeveyn bulunmaktadır. Florürlü verniğin neden yapıldığını bilmediğini belirttiği halde yararlı olduğunu belirten iki ebeveynden biri "dış macununda da olduğu ve dişleri koruğu için yararlıdır diye düşündüğünü", biri ise "yararlıdır diye düşündüğünü ama nedenini bilmediğini böyle bir çıkarsamada bulunduğunu" belirtmektedir. Yararlı olduğunu belirten ebeveynlerden biri ise "dış macununu florürsüz seçtiğini ancak Sağlık Bakanlığı yapıyorsa yararlıdır diye düşündüğünü" belirtmektedir. Florürlü vernik uygulamasının yararlı olduğunu internette öğrendiğini belirten ebeveynlerin anneler olduğu görülmektedir, ancak florürlü vernik uygulamasının yararlı olduğunu internette öğrendiğini belirten ebeveynlerin oldukça az olduğu görülmektedir. "Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu"nu okuyarak öğrendiğini belirten yalnızca 1 ebeveyn bulunmaktadır (Tablo 4.23).

Araştırmaya katılan ve florürlü verniğin zararlı olduğunu düşündüğünü belirten 62 ebeveynin 40'ı açık uçlu olarak sorulan ve araştırmacı tarafından kategorize edilen florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu kimden/nereden öğrendiğine ilişkin bildirimde bulunmuştur. Florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu belirten ebeveynlerin dörtte biri bunu internet ve sosyal medyadan öğrendiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin interneti daha fazla bilgi

kaynağı olarak kullandıklarını belirttikleri görülmektedir. Arkadaşlar, çevre ve akrabalar ikinci sırada yer alırken, 9'u diş hekimi ve doktorlardan florürün zararlı olduğunu öğrendiğini belirtmektedir (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Araştırmaya katılan ebeveynin beyanına göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Beyana göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu	n	%
Her uygulamaya izin vermiş	196	38,2
Başlangıçta izin vermeyip sonra izin vermiş	27	5,3
Başlangıçta izin verip sonra izin vermemiş	165	32,1
Hiçbir uygulamaya izin vermemiş	97	18,9
İzin verip vermediğini hatırlamıyor	28	5,5
Toplam	513	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarına ana sınıfından itibaren dördüncü sınıfın sonuna kadar florürlü vernik uygulamasına izin verip vermedikleri sorulmuş ve ebeveynlerin beyanlarına göre her 10 ebeveynden yaklaşık 4'ü hep izin verdiğini belirtirken, her 10 ebeveynden yaklaşık 2' si de hiç izin vermediğini belirtmektedir. Bu süreçte ebeveynlerin 165'i (%32,1) ilk uygulamalara izin verirken daha sonraki uygulamalarda izin vermeme yönünde karar değiştirdiğini belirtmektedir (Tablo 4.24).

Ebeveynlere florürlü vernik uygulamasına başlangıçta izin vermeyip daha sonraki uygulamalarda izin verme yönünde karar değiştirme nedenleri açık uçlu olarak sorulmuş ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından kategorize edilmiştir. Florürlü vernik uygulamasına ilk başladığı yıllarda izin vermeyip daha sonraki uygulamalarda izin verdiğini belirten 27 ebeveynin 26'sı izin vermesinde etkili olan nedeni belirtmiştir. Ebeveynlerin kategorize edilen cevaplarına göre 5'i (%18,5) çocuğu istediği için florürlü vernik uygulamasına izin verdiğini belirtirken, 5'i (%18,5) başlangıçta bilgi sahibi olmadığını, 4'ü (%14,8) arkadaş ve diğer velilerin etkisi ile 3'ü (%11,1) başlangıçta okul dışında uygulamayı yaptırdığını belirtmiştir. Yalnızca 2 (%7,4) ebeveyn florürlü vernik uygulamasına izin vermesinde diş hekimine, 2 (%7,4) ebeveyn öğretmene ve 2 (%7,7) ebeveyn de aile hekimi ya da doktora danışmasının

etkisi olduğunu belirtmiştir (Ebeveynlerin kategorize edilmiş cevapları Ek. 6 Tablo 4.41’de sunulmuştur).

Tablo 4.25. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına izin vermeme nedenlerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Florürlü vernik uygulamasına izin vermeme nedeni	Hiç izin vermeyen (n= 97)		Sonraki uygulamalara izin vermeyen (n=165)	
	n	%*	n	%*
Zararlı olduğu düşünme	32	33,0	37	22,4
Yeterli bilgiye sahip olmama	23	23,7	10	6,1
Faydalı olmadığını düşünme	15	15,5	19	11,5
Çocuğun istememesi	7	7,2	87	52,7
Çocuğun alerji geçmişi	7	7,2	5	3,0
Gerek duymama	16	16,5	9	5,5
Güven duymama	3	3,1	-	-
Okul dışında uygulamayı yaptırması	-	-	1	0,6
Okulun hijyenik bir ortam olmaması	-	-	1	0,6
Neden belirtmeyen	1	1,0	3	1,8

* Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler florürlü vernik uygulamasına izin vermediğini belirten kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermediğini belirten 97 ebeveynin 96’sı izin vermeme nedeni belirtmiştir. Ebeveynlerin 32’si (%33,0) zararlı olduğunu düşündüğünü, 23’ü (%23,7) yeterli bilgiye sahibi olmadığını belirtmektedir. Florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermediğini belirten ebeveyn gerekçelerinde yeterli bilgi sahibi olmamayı, gerek duymama ve faydalı olmadığını düşünme izlemektedir (Tablo 4.25) (Ebeveynlerin ayrıntılı cevapları Ek. 6. Tablo 4.42’de sunulmuştur).

Araştırmaya katılan ebeveynlere florürlü vernik uygulamasına başlangıçta izin verip daha sonraki uygulamalarda izin vermemeleri yönünde karar değiştirme nedenleri de açık uçlu olarak sorulmuş ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından kategorize edilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 165’i (%32,1) florürlü vernik uygulamasına ilk başladığı yıllarda izin verdiğini daha sonraki yıllarda izin vermediğini belirtirken 162 ebeveyn neden fikrinin değiştiğine dair bildirimde bulunmuştur. Ebeveynlerin 87’si (%52,7) çocuğunun yaptırmak istemediğini, 37’si (%22,4) zararlı olduğunu düşündüğünü, 19’u (%11,5) faydalı olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Ebeveynlerin 10’u (%6,1) yeterince bilgi sahibi

olmadığını, 9'u (%5,5) gerek duymadığını, 1 ebeveyn okulun hijyenik bir ortam olmadığını, 1 ebeveynde okul dışında uygulamayı yaptırdığını belirtmiştir. (ayrıntılı cevapları Ek. 6 Tablo 4. 43'da sunulmuştur).

Hem ilk yıllardaki florürlü vernik uygulamalarına izin verip sonraki yıllarda izin vermediğini belirten, hem de florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermediğini belirten ebeveynlerin beyanlarına göre ret gerekçelerine ilişkin değerlendirmeleri incelenmiştir.

Çocuğu istemediği için florürlü vernik uygulamasına izin vermediğini belirten ebeveynlerin; çocukları tarafından florürlü verniğin tadının kötü olduğunun söylenmesi, uygulama sonrası mide bulantısı, kusma şikâyetleri yaşamaları, uygulama nedeniyle bir süre yemek yiyememeleri ve dişlerinde sararmaya neden olması gibi nedenler ile izin vermediklerini belirttikleri görülmektedir.

Zararlı olduğunu düşündükleri için çocuklarına florürlü vernik uygulanmasına izin vermediğini belirten ebeveynler ise; beyne zarar verdiği, beyin tümörünü tetiklediği, zekâ gelişimine engel olduğu, florür sürülünce süt dişlerinin kendiliğinden düşmediği morfinle alındığı, dişleri çürüttüğü, içinde kimyasallar ve titanyum olduğu, deney yapıldığını düşündüğü için çocuğunun kobay olarak kullanılmasını istemediği, zararlı olduğu için yurt dışında yasaklandığı, astıma neden olduğu, şeklinde gerekçeler öne sürdükleri görülmektedir.

Yararlı olduğunu düşünmediğini belirten ebeveynler arasında vücuda kimyasal maddelerin girmesinden duyulan kaygının olduğu izlenmektedir.

Yeterli bilgiye sahip olmadığını belirten ebeveynler; uygulamanın neden yapıldığını, ne işe yaradığını ve içeriğini bilmediğini belirtmektedir.

Güvensizlik duyduğunu belirten ebeveynler; yeni bir uygulama olduğu ve sağlık alanında bazı uygulamaların zararlıymış diye kaldırılabilirdiği, henüz yararlı olduğu kanıtlanmadığı ve dişleri aşındırdığının söylendiği ve yeni bir uygulama olduğu henüz hangi kayıplara yol açacağına bilinmediği bu nedenlerle güvenemediklerini belirtmektedirler.

Gerek duymadığını belirten ebeveynler ise, çocuğun dişlerinde çürük olmaması, zaten diş tedavisine götürdükleri, dolgularını yaptırdıkları, çürük olmayınca gerek olmadığı, çürüklerin hızında bir değişiklik olmadığını gözlemledikleri, zaten dişlerinde çok çürük olduğu, florürsüz diş macunu ararken diş

yüzeyine sürülmesinin gereksiz olduğu, çok sık yapıldığını düşünme, sabah akşam fırçalamasının yeterli olduğunu düşünme gibi nedenler belirtmektedirler.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının ana sınıfından itibaren 4. sınıfın sonuna kadar onam formlarında yani kayıtlarda yer alan ret gerekçeleri de incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” 2014-2015 eğitim öğretim yılının bahar yarıyılı başlamış ve ilk florürlü vernik uygulaması 60 ayını tamamlamış ana sınıfı öğrencilerine gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın ana sınıfı öğrencilerine gerçekleştirildiği ilk eğitim öğretim yılı “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nda ret gerekçeleri ile ilgili seçenek bulunmadığından bir değerlendirme yapılamamıştır. Ancak 2015-2016 eğitim öğretim yılında yani 1. sınıftan itibaren “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nda ret gerekçelerine ilişkin seçeneklerin yer aldığı görülmektedir.

Birinci sınıfın güz yarıyılı bu ret gerekçelerinden en çok işaretlenen “yeterince bilgi sahibi değilim” seçeneği ebeveynlerin %31,3’ü tarafından belirtilirken, 4. sınıfın bahar yarıyılında en fazla işaretlenen seçenek % 28,4 ile “faydalı olduğunu düşünmüyorum” olmuştur. Kayıtlara göre 1. sınıfın güz yarıyılında florürlü vernik uygulamasına izin vermeyen 160 ebeveynin 44’ü (%27,5) zararlı olduğunu düşündüğünü belirtirken, dalgalı bir seyir göstermekle birlikte 4. sınıfın bahar yarıyılında uygulamayı reddeden 310 ebeveynin 58’i (% 18,7) zararlı olduğunu düşündüğünü belirtmektedir. Zararlı olduğunu düşünenlerde %10’a yakın bir düşüş görülürken, faydalı olduğunu düşünmeyenlerin sayısında istikrarlı bir şekilde %12,1 artış izlenmektedir. Uygulamaya izin vermeyen ebeveynlerin 1. sınıfın güz yarıyılında 26’sı (%16,3) faydalı olduğunu düşünmediğini belirtirken, 4. sınıfın bahar yarıyılında 88’i (%28,4) faydalı olduğunu düşünmediğini belirtmektedir. Yeterince bilgi sahibi olmadığını belirten ebeveynlerde, dalgalı bir seyir gözlenmekle birlikte %5,5’lik bir düşüş izlenirken, 1. sınıfın güz yarıyılında 50’si (% 31,3) yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtirken, 4. sınıfın bahar yarıyılında 80’i (%25,8) yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtmektedir. Her eğitim öğretim yılının bahar yarıyılında ret gerekçesi olarak yeterince bilgi sahibi olmadığını belirten daha fazla sayıda ebeveyn izlenmektedir. Kayıtlara göre her eğitim öğretim yılında farklılık göstermekle birlikte %10,4-18,2 arasında ebeveynin

onam ret gerekçesi belirtmediği, okul dışında uygulamayı yaptırdığını belirten ebeveynin ise %3,1'den %5,8'e yükseldiği, çocuğun alerjisi olduğu için izin vermediğini belirten ebeveynlerin %6,3'den %4,8'e düştüğü izlenmektedir. "Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu"nda ret gerekçeleri arasında bulunmayan ancak form üzerine ebeveynler tarafından düşülen notlarda 1 ebeveynin geçen sene yapılmıştı, 1 ebeveynin gribal enfeksiyon geçirdiğini belirttiği, çocuğun istememesini gerekçe olarak sunan çok az sayıda ebeveynin olduğu görülmektedir (Ebeveynlerin 5 yıl içinde Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu"nda belirtmiş oldukları ret gerekçeleri Ek 6. Tablo 4.44'de sunulmuştur).

Tablo 4.26. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından 4. sınıfın sonuna kadar florürlü vernik uygulaması kayıtlarına göre izin ve uygulama durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Kayıtlara göre ana sınıftan itibaren 4. Sınıfın sonuna kadar florürlü vernik uygulaması izin ve uygulama durumu											
Sınıf kademesi	Eğitim Öğretim yarıyılı	Öğrenci sayısı	İzin Formu geri dönüşü olmayan		İzin vermeyen		İzin veren		Uygulama yapılan		
			n	n %	n	%	n	%	n	%*	%**
Ana sınıfı	2014-2015 - Bahar	289	34	11,8	70	24,2	185	64,0	168	90,8	58,3
1. sınıf	2015-2016 – Güz	480	42	8,8	160	33,3	278	57,9	262	94,2	54,6
	2015-2016 – Bahar	482	25	5,2	173	35,9	284	58,9	268	94,4	55,6
2. sınıf	2016-2017 - Güz	492	18	3,7	163	33,1	311	63,2	293	94,2	59,5
	2016-2017 - Bahar	494	40	8,1	201	40,7	253	51,2	230	90,9	46,5
3. sınıf	2017-2018 - Güz	501	24	5,4	210	41,9	264	52,7	253	95,8	50,5
	2017-2018 - Bahar	502	49	9,8	225	44,8	228	45,4	212	93,0	44,2
4. sınıf	2018-2019 - Güz	512	31	6,1	252	49,2	229	44,7	218	95,2	42,6
	2018-2019 - Bahar	513	44	8,6	310	60,4	159	31,0	35	84,9	26,3

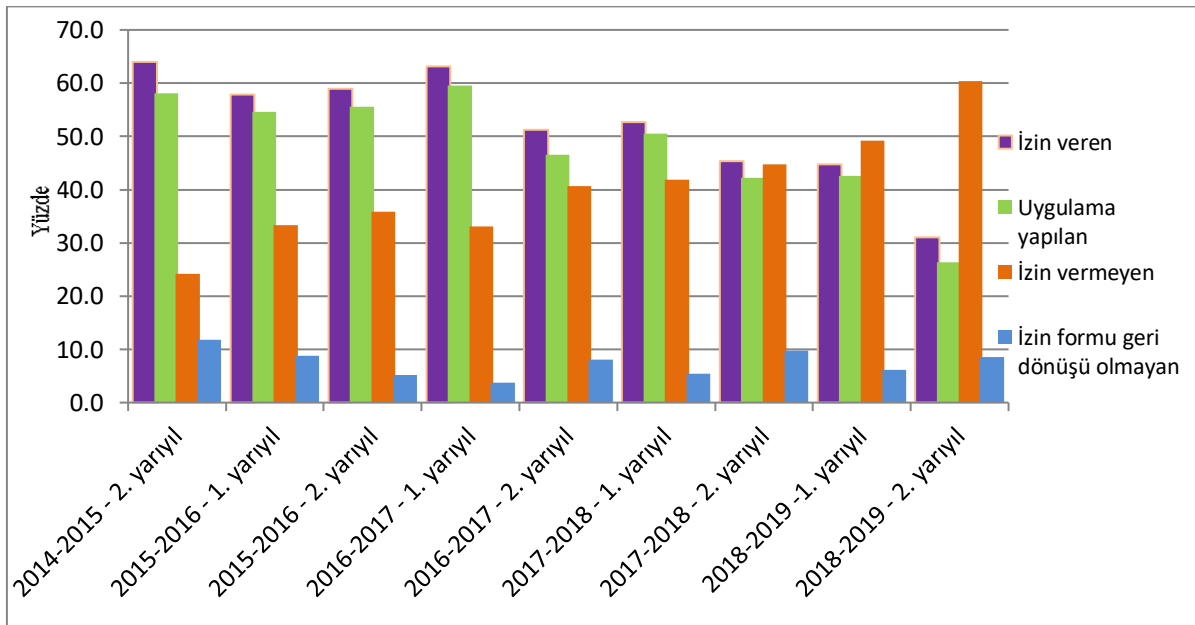
*İzin verenler içinden uygulama yapılanların yüzdesidir.

** Toplam öğrenci sayısı üzerinden uygulama yapılanların yüzdesidir.

Ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarına ait florürlü vernik uygulama kayıtlarında dalgalı bir seyir izlenmekle birlikte yıllar itibariyle daha az ebeveynin florürlü vernik uygulamasına izin verdiği görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin, 2014-2015 eğitim öğretim yılında, ana sınıfına giden 289 öğrencinin %64'üne florürlü vernik uygulanmasına izin verirken, araştırmanın

yapıldığı 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında 513 öğrencinin %31'ine florürlü vernik uygulanmasına izin verdiği, retlerin %60'a yükseldiği görülmektedir. İlçe sağlık müdürlüğünden 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında florürlü vernik preparatlarının temininde ve personel görevlendirmesinde bir aksaklık olmadığı bilgisi alınmıştır. Birinci sınıftan sonraki sınıflarda eğitim öğretim yılının bahar yarıyılında iznin azaldığı gözlenmektedir. Ayrıca anasınıfından 4. sınıfın sonuna kadar ebeveynlere gönderilen onam formlarının %3,7 ile %11,8 arasında değişen bir aralıkta geri dönüşünün olmadığı ve 2. sınıftan itibaren bahar yarıyılında geri dönüşü olmayan form sayısının arttığı görülmektedir (Tablo 4.26).

Florürlü vernik uygulamasına izin verilen öğrencilerin %84,9 ila %95,8'ine uygulama gerçekleştirilirken, % 4,2 ila %15,1 arasında öğrenciye de florürlü vernik uygulama izni olmasına rağmen uygulamanın gerçekleştirilemediği izlenmektedir (Tablo 4.26). Bu öğrencilerin çoğunluğuna uygulama gününde okulda olmamaları nedeniyle florürlü vernik uygulamanın gerçekleştirilemediği, çok az sayıda öğrenci ile de kooperasyon kurulamamasına bağlı uygulamanın gerçekleştirilemediği gözlenmektedir.



Şekil.1. Ebeveynlerin kayıtlara göre florürlü vernik uygulamasına izin verme ve uygulama durumları

Araştırma kapsamında (Ek.5) de yer alan form aracılığıyla onam durumu “evet”, “hayır”, “form geri dönüşü sağlanmamış” olma nedeniyle onam durumu değerlendirilememiş öğrencilere ait veriler kaydedilmiştir. Florürlü vernik

uygulamasını imzasız onam formu sayısında geri dönüşü sağlanamayan form sayısına ilave edilerek sunulmuştur (Tablo 4.26). Böylece ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından itibaren 5 yıllık kayıtlarından elde edilen florürlü vernik uygulamasını onam durumu değerlendirilmiştir.

Yeni değişken oluşturularak her yıl için sadece evet yani florürlü vernik uygulamasına izin verenler tespit edilmiş aynı değişkenler sadece hayır yani sadece uygulamaya izin vermeyenler içinde oluşturulmuştur. Daha sonra her öğrenci için onam evet ve onam hayır toplam puanı hesaplanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan florürlü vernik uygulaması her eğitim öğretim yılında 6 ay ara ile 2 kez uygulanmaktadır. Program 2014-2015 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında başladığından bu eğitim öğretim yılında 1 kez yapılmıştır. Dolayısıyla bu öğrenciler 4. sınıfı bitirdiklerinde en yüksek uygulama sayısının dokuz kez olabileceği değerlendirilmiştir.

Ana sınıfından itibaren dokuz kez uygulamaya evet diyen 14 öğrenci olduğu, 9 kez hayır diyen ise 19 öğrencinin olduğu izlenmektedir. İlkokul 1. sınıftan itibaren 4. sınıfın sonuna kadar tamamına izin veren yani 8 kez uygulamaya izin veren 41 ebeveyn var iken, tamamına hayır diyen yani 8 kez hayır diyen 44 ebeveyn bulunmaktadır.

Florürlü vernik uygulamasının tamamına izin verdiğini beyan eden 196 ebeveyn olmasına rağmen, 1. sınıftan itibaren 4. sınıfın sonuna kadar tüm uygulamalara izin veren ebeveynler 41 kişi, ana sınıfından 4. sınıfın sonuna kadar tamamına izin veren 14 ebeveyn bulunmaktadır. Aynı şekilde ebeveynlerin 97'si çocuğuna florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermediğini belirtirken 1. sınıftan 4. sınıfın sonuna kadar 44 ebeveynin, ana sınıfından itibaren 4. sınıfın sonuna kadar 19 ebeveynin hiç izin vermediği görülmektedir. Ana sınıfından itibaren 8 kez uygulamaya izin veren 59 ebeveyn, 5 kez izin veren 66 ebeveyn, 1 kez izin veren 43 ebeveyn bulunmaktadır. Ana sınıfından itibaren 8 kez izin vermeyen 41 ebeveyn, 5 kez izin vermeyen 46 ebeveyn, 1 kez izin vermeyen 82 ebeveyn bulunmaktadır.

Öğrencilerin yarısının ana sınıfına gitmediği göz önünde bulundurulduğunda 1. sınıftan itibaren izin verme durumunun değerlendirilmesi daha doğru olacaktır. Birinci sınıftan itibaren 4. sınıfın sonuna kadar 4 yıl boyunca florürlü vernik uygulamasına 1 kez izin verilen 43 çocuk, 2 kez izin verilen 46 çocuk, 3 kez izin

verilen 51 çocuk, 4 kez izin verilen 46, 5 kez izin verilen 71, 6 kez izin verilen 66, 7 kez izin verilen 65 ve 8 kez izin verilen 41 çocuk olduğu görülmektedir.

Ana sınıfında öğrencilerin %58,3'üne, birinci sınıfın güz yarısında %54,6'sına, bahar yarısında %55,6'sına, ikinci sınıfın güz yarısında %59,5'ine, bahar yarısında %46,5'ine, üçüncü sınıfın güz yarısında %50,5'üne, bahar yarısında %42,2'sine, dördüncü sınıfın güz yarısında % 42,6'sına bahar yarısında ise %26,3'üne florürlü vernik uygulamasının gerçekleştirildiği görülmektedir.

4.6. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ağız Diş Sağlığı ile ilişkili Alışkanlık ve Uygulamalarına İlişkin Bulguları

Anket ve kayıtlar aracılığıyla elde edilen verilere ilişkin sıklık ve yüzde dağılımlarının ardından araştırmanın amacı doğrultusunda ebeveynlerin ağız diş sağlığı uygulama, bilgi ve florürlü vernik uygulamasını izin verme durumu ile ilişkili olabileceği düşünülen sosyo-demografik özellikler değerlendirilmiştir. Yanı sıra ağız diş sağlığına yönelik bilgi ve uygulamaların florürlü vernik uygulamasına izin verme ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler ile etkisi de değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden annelerin 71'i (%15,8) babaların 30'u (%47,6) sigara içtiğini belirtirken ebeveyn yakınlık derecesine göre sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.5. de sunulmuştur).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sigara kullanımına bakıldığında her 5 ebeveyninden 1'inin, babaların yaklaşık yarısı sigara içerken annelerin %15,8'inin sigara içtiği ve cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

Araştırmaya katılan anneler arasında sigara kullanımının "35-39" aralığında ($p=0,165$), "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip olanlarda ($p=0,06$), çalışan ($p=0,005$) annelerde ve hane geliri arttıkça ($p=0,001$) daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan babalar arasında "30-34" yaş aralığında en fazla görüldüğü ($p= 0,407$), eğitim seviyesi arttıkça ($p=0,251$) sigara kullanımının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, çalıştığını belirtenlerde fazla olduğu ancak gözlem sayısının istatistiksel test yapmaya elvermediği görülmektedir.

Tablo 4.27. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketme durumu						p
	Tüketmiyor		Tüketiyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)							
İlçe merkezinden uzak	30	24,6	92	75,4	122	100,0	0,871
İlçe merkezi	99	25,3	292	74,7	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)							
≤ 29	16	19,8	65	80,2	81	100,0	0,245
30-34	31	20,0	124	80,0	155	100,0	
35-39	32	27,4	85	72,6	117	100,0	
≥40	28	28,9	69	71,1	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)							
≤ 29	-	-	2	100,0	2	100,0	*
30-34	2	15,4	11	84,6	13	100,0	
35-39	9	45,0	11	55,0	20	100,0	
≥40	11	39,3	17	60,7	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)							
İlkokul ve altı	38	24,7	116	75,3	154	100,0	0,949
Ortaokul	30	23,3	99	76,7	129	100,0	
Lise ve üstü	39	23,4	76	76,6	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)							
İlkokul ve altı	11	52,4	10	47,6	21	100,0	0,063
Ortaokul	2	14,3	12	85,7	14	100,0	
Lise ve üstü	9	32,1	19	67,9	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (450)							
Çalışmıyor	82	21,6	298	78,4	380	100,0	0,011
Çalışıyor	25	35,7	45	64,3	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)							
Çalışmıyor	3	42,9	4	57,1	7	100,0	*
Çalışıyor	19	33,9	37	66,1	56	100,0	
Hane geliri n=407)**							
< 2.020 TL	16	25,0	48	75,0	64	100,0	0,964
2.020-2.500 TL	38	23,6	123	76,4	161	100,0	
2.501-4.000 TL	27	26,0	77	74,0	104	100,0	
≥4.001	18	23,1	60	76,9	78	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlere ara öğün seçenekleri sunulmuş ve tüketmeyi tercih ettikleri ara öğünleri seçmeleri istenmiş, araştırmaya katılan ebeveynlerin tükettiklerini belirttikleri bu ara öğün seçenekleri içinden şekerli yiyecek ve içecekler bir araya getirilerek şekerli yiyecek içecek tüketme değişkeni oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 450'sini anneler 63'ünü babalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 460'ı (% 89,7) ara öğün tükettiğini yalnızca 53'ü (%10,3) ara öğün tüketmediğini, 384'ü (% 74,9) şekerli yiyecek-içecek seçeneklerinden en az birini tercih ettiğini belirtmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %76,2'sinin, babaların ise %65,1'inin ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tercih ettiği ancak anne ve babalar arasında ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketme durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,056$) (Tablo olarak sunulmamıştır).

Şekerli yiyecek ve içecek tüketiminin hem ilçe merkezinden hem de merkezden uzaktan katılım sağlayan ebeveynlerde yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin oturduğu yer ile ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,871$) (Tablo 4.27).

Araştırmaya katılan "35 yaş ve üstü"ndeki annelerde ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin daha az olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p= 0,245$) (Tablo 4.27).

Araştırmaya katılan annelerde eğitim seviyesine göre ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin benzer dağılım gösterdiği gözlenmekte ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p=0,949$) (Tablo 4.27).

Araştırmaya katılan çalışan annelerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin daha az olduğu dikkat çekmektedir ($p=0,011$) (Tablo 4.27).

Araştırmaya katılan babalar arasında "35 yaş üstü"nde ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin "35 yaş altı"na göre daha düşük olduğu görülmektedir ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

Araştırmaya katılan ve ortaokul mezunu olduğunu belirten babalarda ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin daha fazla olduğu ancak araştırmaya

katılan babaların eğitim durumu ile ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p=0,063$).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten babalarda ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketimi daha fazla görülmekte ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir. (Tablo 4.27).

Aylık hane gelirine göre araştırmaya katılan ebeveynlerin ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketimi dağılımının benzer olduğu görülmektedir. Hane geliri ile ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,964$) (Tablo 4.27).

Araştırmaya katılan ebeveynler, 4. sınıfa devam eden çocuklarının tamamının ara öğün tükettiğini belirtirken, ilçe merkezinden uzaktaki 122 çocuktan 118'inin (%96,7), ilçe merkezindeki 391 çocuktan 371'inin (%94,6) ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tükettiği belirtilmiştir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,473$) (Tablo olarak sunulmamıştır).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam eden 268 kız çocuğundan 252'sinin (%94,0), 245 oğlan çocuğunun 237'sinin (%96,7) ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tükettiği belirtilmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının cinsiyetine göre ara öğünlerde şekerli yiyecek ve içecek tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,209$) (Tablo olarak sunulmamıştır).

Tablo 4.28. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı özelliklerine göre diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı								p
	Fırçalamıyor/ düzensiz		Günde bir kez		Günde en az iki kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)									
İlçe merkezinden uzak	68	55,7	26	21,3	28	23,0	122	100,0	<0,001
İlçe merkezi	100	25,6	167	42,7	124	31,7	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)									
≤ 29	40	49,4	24	29,6	17	21,0	81	100,0	<0,001
30-34	39	25,2	59	38,1	57	36,8	155	100,0	
35-39	25	21,4	54	46,2	38	32,5	117	100,0	
≥40	37	38,1	34	35,1	26	26,8	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)									
≤ 29	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100,0	**
30-34	8	61,5	4	30,8	1	7,7	13	100,0	
35-39	5	25,0	8	40,0	7	35,0	20	100,0	
≥40	14	50,0	9	32,1	5	17,9	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)									
İlkokul ve altı	67	43,5	60	39,0	27	17,5	154	100,0	<0,001
Ortaokul	50	38,8	43	33,3	36	27,9	129	100,0	
Lise ve üstü	24	14,4	68	40,7	75	44,9	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)									
İlkokul ve altı	9	42,9	6	28,6	6	28,6	21	100,0	*
Ortaokul	8	57,1	5	35,7	1	7,1	14	100,0	
Lise ve üstü	10	35,7	11	39,3	7	25,0	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (450)									
Çalışmıyor	137	36,1	137	36,1	106	27,9	380	100,0	<0,001
Çalışıyor	4	5,7	34	48,6	32	45,7	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)									
Çalışmıyor	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100,0	*
Çalışıyor	24	42,9	20	35,7	12	21,4	56	100,0	

Tablo 4.28. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin bazı özelliklerine göre diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı								p
	Fırçalamıyor/ düzensiz		Günde bir kez		Günde en az iki kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Hane geliri (n=407)**									
< 2.020 TL	26	40,6	22	34,4	16	25,0	64	100,0	<0,001
2.020-2.500 TL	59	36,6	71	44,1	31	19,3	161	100,0	
2.501-4.000 TL	24	23,1	42	40,4	38	36,5	104	100,0	
≥4.001	12	15,4	34	43,6	32	41,0	78	100,0	
Araştırmaya katılan annenin sosyal güvencesi (n=450)									
Yok	29	65,9	10	22,7	5	11,4	44	100,0	<0,001
Var	112	27,6	161	39,7	133	32,8	406	100,0	
Araştırmaya katılan babanın sosyal güvencesi (n=63)									
Yok	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0	*
Var	24	40,0	22	36,7	14	23,3	60	100,0	
Evde yaşayan kişi sayısı (n=513)									
≤3	2	7,1	14	50,0	12	42,9	28	100,0	<0,001
≤4	47	24,6	74	38,7	70	36,6	191	100,0	
5	74	37,6	75	38,1	48	24,4	197	100,0	
≥6	45	46,4	30	30,9	22	22,7	97	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı ile ilişkili olabilecek sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi için farklı seçenekler halinde fırçalama sıklığı verilmiş ve sunulan seçenekler “fırçalamıyor/ düzensiz”, “günde bir kez”, “günde en az iki kez” olarak üç grupta kategorize edilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 450’sini anneler 63’ünü babalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin 141’i (%31,3) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtirken, araştırmaya katılan babaların 27’si (%42,9) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin 171’i (%38,0), babaların 22’si (%34,9) “günde bir kez” diş fırçaladığını, araştırmaya katılan annelerin 138’i (%30,7) “günde en az iki kez”, araştırmaya

katılan babaların ise 14'ü, (%22,4,) günde en az iki kez diş fırçaladığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan anneler arasında hem “günde bir kez”, hem “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığı babalara göre daha fazla iken, “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalama babalar arasında annelerden daha fazladır.

Ancak araştırmaya katılan anne ve babalar arasında diş fırçalama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,156$) (Tabloda olarak sunulmamıştır).

Araştırmaya katılan “29 yaş ve altı”anneler ile “40 yaş ve üstü” annelerde hem “günde bir kez” hem “günde en az iki kez” diş fırçalamanın “30-39” yaş aralığındakilere göre daha az, fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan babalar arasında ise 35-39 yaş aralığında “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın az, “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığının fazla olduğu görülmektedir ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan anneler arasında “ilkokul ve altı” eğitim düzeyine sahip olanların 67'si (%43,5) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtirken, 27'si (%17,5) “günde en az iki kez” fırçaladığını belirtmektedir. “Lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip annelerin ise tam tersi 24'ü (%14,4) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtirken, 75'i (%44,9) “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumu ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan babaların eğitim durumu ile diş fırçalama sıklığına bakıldığında “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olanlarda “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın azaldığı, “günde bir kez” fırçalamanın arttığı görülmektedir. Ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan anneler arasında çalıştığını belirtenlerin 4'ü (%5,7) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtirken 32'si (%45,7) “günde en az iki kez” fırçaladığını belirtmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan babaların çalışma durumuna göre diş fırçalama sıklığına değerlendirilebilmesi için gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır.

Araştırmaya katılan ve “asgari ücret” altında aylık gelir belirten ebeveynlerin 26’sı (%40,6) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını, “4.000 TL üzerinde” geliri olan ebeveynlerin 12’sinin (%15,4) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirttiği görülmektedir. “Asgari ücret” altında aylık gelir belirten ebeveynlerin ise 16’sının (%25,0) “günde en az iki kez” fırçaladığını, “4.000 TL üzerinde” gelir belirtenlerin ise 32’sinin (%41,0) “günde en az iki kez” dişlerini fırçaladığını belirttiği görülmektedir.

Hane aylık geliri ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan ve sosyal güvencesinin olduğunu belirten annelerin 112’si (%27,6) “fırçalamıyor/ düzensiz” fırçaladığını belirtirken, sosyal güvencesinin olmadığını belirten annelerin 29’unun (%65,9), “fırçalamıyor/ düzensiz” fırçaladığını belirtmektedir. Sosyal güvencesinin olduğunu belirten annelerin 133’ünün (%32,8) “günde en az iki kez”, sosyal güvencesinin olmadığını belirten annelerin ise 5’inin (%11,4) “günde en az iki kez” dişlerini fırçaladığını belirttiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin sosyal güvence varlığı ile günlük düzenli diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.28).

Araştırmaya katılan ve sosyal güvencesinin olduğunu belirten babaların 24’ünün (%40,0) “fırçalamıyor/düzensiz” diş fırçaladığı, 22’sinin “günde bir kez”, 14’ünün (%23,3) “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirttiği görülmektedir. Ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.28).

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ebeveynlerde “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın arttığı, “günde bir kez” ve “günde en az iki kez” diş fırçalamanın azaldığı görülmektedir. Evde yaşayan kişi sayısı ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özellik ve alışkanlıklarına göre 4. sınıftaki çocuğun diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	4. sınıftaki çocuğun diş fırçalama sıklığı								p
	Fırçalamıyor/ düzensiz		Günde bir kez		Günde en az iki kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)									
İlçe merkezinden uzak	54	44,3	36	29,5	32	26,2	122	100,0	0,008
İlçe merkezi	124	31,7	175	44,8	92	23,5	391	100,0	
Çocuğun cinsiyeti (n=513)									
Kız	78	29,1	115	42,9	75	28,0	268	100,0	0,012
Oğlan	100	40,8	96	39,2	49	20,0	245	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (n=450)									
≤ 29	42	51,9	25	30,9	14	17,3	81	100,0	0,007
30-34	43	27,7	70	45,2	42	27,1	155	100,0	
35-39	32	27,4	53	45,3	32	27,4	117	100,0	
≥40	37	38,1	41	42,3	19	19,6	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (n=63)									
≤ 29	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	*
30-34	7	53,8	5	38,5	1	7,7	13	100,0	
35-39	5	25,0	5	25,0	10	50,0	20	100,0	
≥40	12	42,9	10	35,7	6	21,4	28	100,0	
Çocuğun annesinin eğitim durumu (n=513)									
İlkokul ve altı	75	39,5	71	37,4	44	23,2	190	100,0	0,004
Ortaokul	60	42,0	50	35,0	33	23,1	143	100,0	
Lise ve üstü	43	23,9	90	50,0	47	26,1	180	100,0	
Çocuğun babasının eğitim durumu (n=511)**									
İlkokul ve altı	73	44,2	56	33,9	36	21,8	165	100,0	0,013
Ortaokul	33	37,1	36	40,4	20	22,5	89	100,0	
Lise ve üstü	71	27,6	118	45,9	68	26,5	257	100,0	
Çocuğun annesinin çalışma durumu (n=511)**									
Çalışmıyor	163	37,5	166	38,2	106	24,4	435	100,0	0,002
Çalışıyor	14	18,4	44	57,9	18	23,7	76	100,0	
Çocuğun babasının çalışma durumu (n=504)**									
Çalışmıyor	17	39,5	16	37,2	10	23,3	43	100,0	0,774
Çalışıyor	158	34,3	192	41,6	111	24,1	461	100,0	
Hane geliri (n=407)**									
< 2.020 TL	23	35,9	25	39,1	16	25,0	64	100,0	0,006
2.020-2.500 TL	71	44,1	55	34,2	35	21,7	161	100,0	
2.501-4.000 TL	27	26,0	59	56,7	18	17,3	104	100,0	
≥4.001	20	25,6	39	50,0	19	24,4	78	100,0	

Tablo 4.29. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özellik ve alışkanlıklarına göre 4. sınıftaki çocuğun diş fırçalama sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	4. sınıftaki çocuğun diş fırçalama sıklığı								p
	Fırçalamıyor/ düzensiz		Günde bir kez		Günde en az iki kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evde yaşayan kişi sayısı (n=513)									
≤3	7	25,0	15	53,6	6	21,4	28	100,0	0,035
≤4	53	27,7	86	45,0	52	27,2	191	100,0	
5	73	37,1	81	41,1	43	21,8	197	100,0	
≥6	45	46,4	29	29,9	23	23,7	97	100,0	
Çocuk sayısı (n=513)									
1	5	19,2	15	57,7	6	23,1	26	100,0	0,163
2	63	30,6	88	42,7	55	26,7	206	100,0	
3	78	37,7	84	40,6	45	21,7	207	100,0	
4 ve üzeri	32	43,2	24	32,4	18	24,3	74	100,0	
Çocuğun sıralaması (n=513)									
Birinci	63	34,1	78	42,2	44	23,8	185	100,0	0,366
İkinci	57	29,8	81	42,4	53	27,7	191	100,0	
Üçüncü	41	42,3	38	39,2	18	18,6	97	100,0	
Dördüncü ve üzeri	17	42,5	14	35,0	9	22,5	40	100,0	
Araştırmaya katılan annenin diş fırçalama sıklığı (n=450)									
Fırçalamıyor/düzensiz	91	64,5	38	27,0	12	8,5	141	100,0	<0,001
Günde bir kez	51	29,8	93	54,4	27	15,8	171	100,0	
Günde en az iki kez	12	8,7	58	42,0	68	49,3	138	100,0	
Araştırmaya katılan babanın diş fırçalama sıklığı (n=63)									
Fırçalamıyor/düzensiz	12	44,4	9	33,3	6	22,2	27	100,0	*
Günde bir kez	10	45,5	10	45,5	2	9,1	22	100,0	
Günde en az iki kez	2	14,3	3	21,4	9	64,3	14	100,0	
Araştırmaya katılan annenin düzenli diş hekimine gitme durumu (n=450)									
Hiç gitmemiş	13	61,9	5	23,8	3	14,3	21	100,0	0,023
Düzenli gitmez	137	33,8	173	42,7	95	23,5	405	100,0	
Yılda en az bir kez	4	16,7	11	45,8	9	37,5	24	100,0	
Araştırmaya katılan babanın düzenli diş hekimine gitme durumu (n=63)									
Hiç gitmemiş	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	*
Düzenli gitmez	22	38,6	21	38,8	14	24,6	57	100,0	
Yılda en az bir kez	1	33,3	-	-	2	66,7	3	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

İlçe merkezinden uzaktaki ebeveynlerin çocuklarının 54'ü (%44,3), ilçe merkezindeki oturan ebeveynlerin çocukların ise 124'ünün (%31,7) dişlerini

“firçalamıyor/düzensiz firçaladığı belirtilirken, ilçe merkezinden uzaktaki çocukların 36’sının (%29,5) “günde bir kez” firçaladığı, ilçe merkezindeki çocukların ise 175’inin (%44,8) “günde bir kez” düzenli diş firçaladığı belirtilmektedir. İlçe merkezindeki çocuklarda “firçalamıyor/düzensiz” firçalamanın azaldığı, “günde bir kez” firçalamanın arttığı, “günde iki kez firçalama sıklığında ise bu farkın gözlenmediği görülmektedir.

Oturulan yer ile ebeveynlerin 4. sınıfa giden çocuklarının diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya dâhil olan kız çocuklarında “firçalamıyor/düzensiz” firçalama, oğlan çocuklarına göre daha az iken, hem “günde bir kez” hem de “günde en az iki kez” diş firçalama daha yüksektir.

Çocukların cinsiyetleri ile diş firçalama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,012$) (Tablo 4.29).

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların 450’sinin annesi ve 63’ünün babası araştırmaya katılmıştır. Araştırmaya katılım sağlayan ebeveynlerin yaşları ile çocuklarının diş firçalama sıklığı değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 450 annenin “29 yaş ve altında” olanlarının çocuklarının 42’sinin (%51,9) “firçalamıyor/düzensiz” firçaladığı, “40 yaş ve üzeri” annelerin çocuklarının 37’sinin (%37,1) “firçalamıyor/düzensiz” firçaladığı belirtilmektedir. Araştırmaya katılan “30-34” yaş ve “35-39” yaş aralığındaki annelerin çocuklarında “firçalamıyor/düzensiz” diş firçalamanın daha az olduğu, hem “günde bir kez” hem de “günde en az iki kez” diş firçalamanın “29 yaş ve altı” ile “40 yaş ve üstü” annelerin çocuklarına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile çocuklarının diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya katılan 63 babanın yaşı ile çocuğunun diş firçalama sıklığı da tabloda sunulmuştur ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin tamamının eğitim durumu belirtilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin annelerinin “lise altı” eğitim seviyesine sahip olanların çocuklarında “firçalamıyor/düzensiz” firçalamanın daha fazla olduğu, “günde bir kez” ve “günde en az iki kez” diş firçalamanın daha az olduğu görülmektedir. “Lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olanların çocuklarının

43'ü nün (%23,9) “firçalamıyor/düzensiz” firçaladığı, 90'ısının (%50,0) “günde bir kez”, 47'sinin (%26,1) “günde en az iki kez” dişlerini firçaladığı görülmektedir.

Annelerinin eğitim durumu ile çocuklarının diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin 511'inin babasının eğitim durumu belirtilmiştir. Babaları “lise altı” eğitim seviyesine sahip olan çocuklarda “firçalamıyor/düzensiz” firçalamanın daha fazla, “günde bir kez” ve “günde en az iki kez firçalamanın daha az olduğu, “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olanların çocuklarının 71'inin (%27,6) “firçalamıyor/düzensiz” firçaladığı, 118'inin (%45,9) “günde bir kez”, 68'inin (%26,1) “günde en az iki kez” dişlerini firçaladığı görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların babalarının eğitim durumu ile çocuklarının diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,013$) (Tablo 4.29).

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların anneleri ve babalarının çalışma durumuna göre diş firçalama sıklıkları da ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Araştırmaya dâhil olan 4. sınıf çocukların 511'inin annesinin, 504'ünün babasının çalışma durumu belirtilmiştir.

Çalışmayan annelerin çocuklarının 163'ü (%37,5) “firçalamıyor/düzensiz”, 166'sının (%38,2) “günde bir kez” 106'sının (%24,4) “günde en az iki kez” firçaladığı belirtilirken, çalışan annelerin çocuklarının 14'ünün (%18,4) “firçalamıyor/düzensiz”, 44'ünün (%57,9) “günde bir kez”, 18'inin (%23,7) “günde en az iki kez” diş firçaladığı belirtilmiştir. Araştırmaya dâhil olan 4. sınıf çocukların annelerinin çalışma durumu ile çocuklarının diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya dâhil olan 4. sınıf çocukların babalarının çalışma durumuna göre çocukların diş firçalama sıklığı değerlendirildiğinde ise çalıştığı belirtilen babaların çocuklarının 158'sinin (%34,3) “firçalamıyor/düzensiz”, 192'sinin (%41,6) “günde bir kez”, 111'inin (%24,1) “günde en az iki kez” firçaladığı belirtilirken, çalışmadığı belirtilen babaların çocuklarının 17'sinin (%39,5) “firçalamıyor/düzensiz”, 16'sının (%37,2) “günde bir kez” 10'unun (%23,3) “günde en az iki kez” diş firçaladığı belirtilmektedir. Çocukların babalarının çalışma durumu ile çocuklarının diş

fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,774$) (Tablo 4.29).

Hane gelir durumu ile çocukların diş fırçalama sıklığı değerlendirildiğinde özellikle 2.500 TL üzerinde gelir durumunda çocuklarda “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın azaldığı, “günde bir kez” fırçalamanın daha yüksek olduğu görülmektedir. “Günde en az iki kez” diş fırçalamanın 4.000 TL üzerinde gelir belirtenlerde artış gösterdiği ancak asgari ücret altında gelir belirtenlerle de benzer dağılım gösterdiği görülmektedir.

Aylık gelir ile çocukların diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,006$) (Tablo 4.29).

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça çocuklarda düzensiz diş fırçalama artmakta, 4 kişilik ailelerde çocukların 53’ünün (%27,7) “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığı belirtilirken, “6 ve üzeri” kişinin yaşadığı ailelerin çocuklarının 45’inin (%46,4) düzensiz fırçaladığı belirtilmektedir. Yine 4 kişilik ailelerin çocuklarının 86’sının (%45,0) “günde bir kez”, 52’sinin (%27,2) “günde en az iki kez” diş fırçaladığı belirtilirken, “6 ve üzeri” kişinin yaşadığı ailelerin çocuklarının 29’unun (%29,9) “günde bir kez”, 23’ünün (%23,7) “günde en az iki kez” diş fırçaladığının belirtildiği görülmektedir.

Evde yaşayan kişi sayısı ile çocukların diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,035$) (Tablo 4.29).

Çocuk sayısı arttıkça düzensiz fırçalama artmakta, “günde bir kez” fırçalama azalmaktadır. “Günde en az iki kez” fırçalama en yüksek iki çocuklu ailelerde olmakla birlikte, “4 ve üzeri” çocuk sayısı belirtenlerde, üç çocuk belirtenlere göre artış görülmektedir. Çocuk sayısı ile çocukların diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,163$) (Tablo 4.29).

Çocuğun sıralamasına göre diş fırçalama sıklığı değerlendirildiğinde ikinci çocuklarda “hem günde bir kez” fırçalama hem “günde en az iki kez” fırçalama diğerlerinden daha yüksek, “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın da az olduğu gruptur. Birinci çocuklarda günde iki kez fırçalama ikinci çocuklardan daha düşük ama üçüncü, dördüncü ve üzerinde sıralamaya sahip olan çocuklardan daha yüksektir. Çocuk sıralaması ile çocukların diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,366$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya katılan anneler arasında “firçalamiyor/düzensiz” firçalama fazla ise çocuklarda da “firçalamiyor/düzensiz” firçalamanın fazla olduğu, anne “günde bir kez” firçalıyorsa çocuklarda da “günde bir kez” firçalamanın fazla olduğu, anne “günde en az iki kez” firçalıyorsa çocuklarda da “günde en az iki kez” firçalamanın fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin diş firçalama sıklığı ile çocuğunun diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya katılan babalar arasında da “firçalamiyor/düzensiz” firçalama fazla ise çocuklarda da “firçalamiyor/düzensiz” firçalamanın fazla olduğu, baba “günde bir kez” firçalıyorsa çocuklarda da “günde bir kez” ve baba “günde en az iki kez” firçalıyorsa çocuklarda da “günde en az iki kez” firçalamanın fazla olduğu görülmektedir. Ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.29).

Araştırmaya katılan 450 anneden 24’ü düzenli olarak “yılda en az bir kez” diş hekimine gittiğini belirtmiştir. “Yılda en az bir kez” düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini belirten annelerin çocuklarının “firçalamiyor/düzensiz” firçalamanın daha az olduğu, hem “günde bir kez” hem “günde en az iki kez” diş firçalamanın daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin düzenli olarak kontrol amaçlı “yılda en az bir kez” diş hekimine gitme durumu ile çocuğunun diş firçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,023$) (Tablo 4.29).

Araştırmaya katılan 63 babadan 3’ünün yılda en az bir kez düzenli diş hekimine gittiği belirtilmiştir. Bu 3 ebeveynin çocuklarının “günde en az iki kez diş firçaladığı” görülmektedir. Ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yıllık düzenli dış hekime gitme dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynin yıllık düzenli dış hekime gitme sayısı								p
	Hiç gitmemiş		Düzenli gitmez		Yılda en az bir kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)									
İlçe merkezinden uzak	11	9,0	110	90,2	1	0,8	122	100,0	0,002
İlçe merkezi	13	3,3	352	90,0	26	6,6	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)									
≤ 29	5	6,2	74	91,4	2	2,5	81	100,0	*
30-34	10	6,5	137	88,4	8	5,2	155	100,0	
35-39	3	2,6	104	88,9	10	8,5	117	100,0	
≥40	3	3,1	90	92,8	4	4,1	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)									
≤ 29	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0	*
30-34	-	-	13	100,0	-	-	13	100,0	
35-39	1	5,0	16	80,0	3	15,0	20	100,0	
≥40	1	3,6	27	96,4	-	-	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)									
İlkokul ve altı	12	7,8	139	90,3	3	1,9	154	100,0	<0,001
Ortaokul	7	5,4	120	93,0	2	1,6	129	100,0	
Lise ve üstü	2	1,2	146	87,4	19	11,4	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)									
İlkokul ve altı	3	14,3	18	85,7	-	-	21	100,0	*
Ortaokul	-	-	14	100,0	-	-	14	100,0	
Lise ve üstü	-	-	25	89,3	3	10,7	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (n=450)									
Çalışmıyor	21	5,5	346	91,1	13	3,4	380	100,0	*
Çalışıyor	-	-	59	84,3	11	15,7	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)									
Çalışmıyor	-	-	6	85,7	1	14,3	7	100,0	*
Çalışıyor	3	5,4	51	91,1	2	3,6	56	100,0	

Tablo 4.30. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yıllık düzenli diş hekimine gitme dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynin yıllık düzenli diş hekimine gitme sayısı								P
	Hiç gitmemiş		Düzenli gitmez		Yılda en az bir kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hane geliri (n=407)**									
< 2020 TL	7	10,9	55	85,9	2	3,1	64	100,0	*
2020-2500 TL	9	5,6	147	91,3	5	3,1	161	100,0	
2501-4000 TL	4	3,8	93	89,4	7	6,7	104	100,0	
≥4001	-	-	72	92,3	6	7,7	78	100,0	
Araştırmaya katılan annenin sosyal güvencesi (n=450)									
Yok	5	11,4	38	86,4	1	2,3	44	100,0	*
Var	16	3,9	367	90,4	23	5,7	406	100,0	
Araştırmaya katılan babanın sosyal güvencesi (n=63)									
Yok	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0	*
Var	3	5,0	54	90,0	3	5,0	60	100,0	
Araştırmaya katılan annenin diş fırçalama sıklığı (n=450)									
Fırçalamıyor/düzensiz	15	10,6	125	88,7	1	0,7	141	100,0	<0,001
Günde bir kez	3	1,8	163	95,3	5	2,9	171	100,0	
Günde en az iki kez	3	2,2	117	84,8	18	13,0	138	100,0	
Araştırmaya katılan babanın diş fırçalama sıklığı (n=63)									
Fırçalamıyor/düzensiz	1	3,7	26	96,3	-	-	27	100,0	*
Günde bir kez	-	-	21	95,5	1	4,5	22	100,0	
Günde en az iki kez	2	14,3	10	71,4	2	14,3	14	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynler arasında kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gittiğini belirten 27 ebeveyn bulunmakta ve 26'sını (%96,3) ilçe merkezinde oturan ebeveynler oluşturmaktadır. Oturulan yer ile sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gitme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,002) (Tablo 4.30).

Düzenli olarak “yılda en az bir kez” diş hekimine kontrolüne gittiğini söyleyen 27 ebeveynin 24'ünü (%5,3) anneler, 3'ünü (%4,8) babalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan anneler arasında kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gittiğini belirtenlerin en fazla 35-39 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Ancak çok az sayıda ebeveyn düzenli diş hekimine gittiğini belirtmektedir ve gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir. Araştırmaya katılan babaların sadece 3'ü kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gittiğini belirtmektedir ve gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir (Tablo 4.30).

Araştırmaya katılan “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip anneler arasında “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini belirtenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin eğitim seviyesi ile sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gitme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.30).

Araştırmaya katılan babaların sadece 3'ü “yılda en az bir kez düzenli diş hekimi kontrolüne” gittiğini belirtirken üçünün de “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.30).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten anneler arasında “yılda en az bir kez düzenli diş hekimi kontrolüne” gittiğini belirtenlerin fazla olduğu, ancak hem araştırmaya katılan annelerin, hem babaların çalışma durumu ile “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimi kontrolüne gitme arasında gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır.

Benzer şekilde hane geliri arttıkça yılda en az bir kez düzenli diş hekimi kontrolüne” gitmenin arttığı gözlenmekte ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamıştır (Tablo 4.30).

Araştırmaya katılan ve yılda en az bir kez” düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini belirten, 24 anneden 23'ünün, 3 babanın da hepsinin sosyal güvencesi olduğunu belirttiği görülmektedir. Ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.30).

Düzenli olarak “yılda en az bir kez” diş hekimine gittiğini belirten 24 anneden 18'inin “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirten anneler olduğu görülmektedir. Annelerin diş fırçalama sıklığı ile sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 4.30).

Araştırmaya katılan babaların sadece 3'ü “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini belirtirken 2'sinin “günde en az iki kez” diş fırçalayan

babalar olduğu görülmekte ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. Ebeveyn sosyo-demografik özellikler ve bazı alışkanlıklarına göre 4. sınıftaki çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	4. sınıftaki çocuğun yıllık düzenli kontrol amaçlı diş hekimine götürülme durumu								p
	Hiç gitmemiş		Düzenli gitmez		Yılda en az bir kez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)									
İlçe merkezinden uzak	19	15,6	93	76,2	10	8,2	122	100,0	0,142
İlçe merkezi	52	13,3	280	71,6	59	15,1	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (n=450)									
≤ 29	13	16,0	65	80,2	3	3,7	81	100,0	0,012
30-34	18	11,6	109	70,3	28	18,1	155	100,0	
35-39	21	17,9	75	64,1	21	17,9	117	100,0	
≥40	11	11,3	77	79,4	9	9,3	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (n=63)									
≤ 29	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	*
30-34	3	23,1	10	76,9	-	-	13	100,0	
35-39	-	-	15	75,0	5	25,0	20	100,0	
≥40	5	17,9	20	71,4	3	10,7	28	100,0	
Çocuğun annesinin eğitim durumu (n=513)									
İlkokul ve altı	37	19,5	137	72,1	16	8,4	190	100,0	<0,001
Ortaokul	19	13,3	113	79,0	11	7,7	143	100,0	
Lise ve üstü	15	8,3	123	68,3	42	23,3	180	100,0	
Çocuğun babasının eğitim durumu (n=511)**									
İlkokul ve altı	28	17,0	125	75,8	12	7,3	165	100,0	0,014
Ortaokul	11	12,4	69	77,5	9	10,1	89	100,0	
Lise ve üstü	32	12,5	178	69,3	47	18,3	257	100,0	
Çocuğun annesinin çalışma durumu (n=511)**									
Çalışmıyor	67	15,4	321	73,8	47	10,8	435	100,0	<0,001
Çalışıyor	3	3,9	51	67,1	22	28,9	76	100,0	
Çocuğun babasının çalışma durumu (n=504)**									
Çalışmıyor	8	18,6	32	74,4	3	7,0	43	100,0	0,336
Çalışıyor	61	13,2	337	73,1	66	13,1	504	100,0	

Tablo 4.31. (Devam) Ebeveyn sosyo-demografik özellikler ve bazı alışkanlıklarına göre 4. sınıftaki çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme sıklığı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	4. sınıftaki çocuğun yıllık düzenli kontrol amaçlı diş hekimine götürülme durumu*								p	
	Hiç gitmemiş		Düzenli gitmez		Yılda en az bir kez		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hane geliri (n=407)**										
< 2020 TL	15	23,4	43	67,2	6	9,4	64	100,0	0,163	
2020-2500 TL	21	13,0	121	75,2	19	11,8	161	100,0		
2501-4000 TL	15	14,4	73	70,2	16	15,4	104	100,0		
≥4001	7	9,0	56	71,8	15	19,2	78	100,0		
Çocuğun annesinin sosyal güvencesi (n=511)**										
Yok	11	22,0	38	76,0	1	2,0	50	100,0	0,016	
Var	59	12,8	334	72,5	68	14,8	461	100,0		
Çocuğun babasının sosyal güvencesi (n=505)**										
Yok	11	24,4	33	73,3	1	2,2	45	100,0	0,013	
Var	58	12,6	336	73,0	66	14,3	460	100,0		
Araştırmaya katılan annelerin diş fırçalama sıklığı (n=450)										
Fırçalamıyor/düzensiz	26	18,4	110	78,0	5	3,5	141	100,0	<0,001	
Günde bir kez	22	12,9	125	73,1	24	14,0	171	100,0		
Günde en az iki kez	15	10,9	91	61,9	32	23,2	138	100,0		
Araştırmaya katılan babanın diş fırçalama sıklığı (n=63)										
Fırçalamıyor/düzensiz	4	14,8	22	81,5	1	3,7	27	100,0	*	
Günde bir kez	4	18,2	15	68,2	3	13,6	22	100,0		
Günde en az iki kez	-	-	10	71,4	4	28,6	14	100,0		
Araştırmaya katılan annenin yıllık düzenli diş hekimine gitme sayısı (n=450)										
Hiç gitmemiş	9	42,9	12	57,1	-	-	21	100,0	*	
Düzenli gitmez	52	12,8	308	76,0	45	11,1	405	100,0		
Yılda en az bir kez	2	8,3	6	25,0	16	66,7	24	100,0		
Araştırmaya katılan babanın yıllık düzenli diş hekimine gitme sayısı (n=63)										
Hiç gitmemiş	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0	*	
Düzenli gitmez	8	14,0	44	77,2	5	8,8	57	100,0		
Yılda en az bir kez	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0		

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynler arasında ilçe merkezinden katılanların 59'u (%15,1), ilçe merkezinden uzaktan katılanların 10'u (%8,2) 4. sınıfa devam eden çocuğunu "yılda en az bir kez" kontrol amaçlı düzenli diş hekimine götürdüğünü belirtmektedir. Ancak oturlan yer ile ebeveynin çocuğunu kontrol amaçlı düzenli "yılda en az bir kez" diş hekimine götürme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,142$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya katılan anneler arasında çocuğunu sadece kontrol amaçlı "yılda en az bir kez" düzenli diş hekimine götürdüğünü belirtenlerin "30-39 yaş" aralığında daha fazla olduğu, "29 yaş ve altı" ile "40 yaş ve üzeri"nde daha az olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,012$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya katılan babalar arasında çocuğunu düzenli olarak kontrol amaçlı "yılda en az bir kez" diş hekimine götürdüğünü belirtenlerin "35-39" yaş aralığında fazla olduğu görülmekte ancak gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin 513'ünün de annesinin eğitim durumu belirtilmiştir. "Lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip annelerin 42'si (%23,3) sadece kontrol amaçlı "yılda en az bir kez" çocuğunu diş hekimine götürdüğünü belirtirken "lise altında" eğitim seviyesine sahip anneler arasında sadece kontrol amaçlı "yılda en az bir kez" çocuğunu diş hekimine götürmenin daha az olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin eğitim seviyesi ile çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil edilen 4. sınıf öğrencilerinin 511'inin babasının eğitim durumu belirtilmiştir. Araştırmaya dâhil olan çocuklarını sadece kontrol amaçlı "yılda en az bir kez" diş hekimine götürdüğünü belirtenlerin "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip babalar arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Babaların eğitim seviyesi ile çocuğunu sadece kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,014$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil olan çocukların 511'inin annesinin çalışma durumu belirtilmiştir. Çalışmayan annelerinin 47'si (%10,8) çalışan annelerin 22'si (%28,9) çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürdüğünü belirtmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin çalışma durumu ile çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil olan çocukların 504'ünün babasının çalışma durumu belirtilmiştir. Araştırmaya dâhil olan çocukların babaları arasında çalışmadığını belirtenlerin 3'ü (%7,0), çalıştığını belirtenlerin 63'ü (%13,1) çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı düzenli diş hekimine götürdüğünü belirtmekte, babaların çalışma durumu ile çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,336$) (Tablo 4.31).

Hane geliri arttıkça çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götüren ebeveyn sayısının arttığı görülmektedir. Ancak hane geliri ile çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,163$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil olan çocukların sosyal güvencesi olduğunu belirten anneleri arasında çocuğunu “yılda en az bir kez” kontrol amaçlı düzenli diş hekimine götürenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin sosyal güvence varlığı ile çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya dâhil olan çocukların babaları arasında sosyal güvencesi olduğunu belirtenlerin çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı düzenli diş hekimine götürdüğünü belirtenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların babalarının sosyal güvence varlığı ile çocuğunu “yılda en az bir kez” sadece kontrol amaçlı diş hekimine götürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,013$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya katılan annelerin “firçalamıyor/düzensiz” firçaladığını belirtenlerin 5'i (%3,5), “günde bir kez” firçaladığını belirtenlerin 24'ü (%14,0), “günde en az iki kez” diş firçaladığını belirten annelerin ise 32'si (%23,2)

çocuklarını sadece kontrol amaçlı “yılda en az bir kez” diş hekimine götürdüklerini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin diş fırçalama sıklığı ile çocuğunu kontrol amaçlı “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine götürme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.31).

Araştırmaya katılan babaların diş fırçalama sıklığı arttıkça çocuklarını sadece kontrol amaçlı “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine götürme sayısının arttığı görülmekte ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.31).

Araştırmaya katılan hem anneler hem babalar arasında sadece kontrol amaçlı “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine gittiğini belirtenlerin çocuklarını “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine daha fazla götürdüğü görülmektedir. Ancak gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşadığı ağız diş sağlığı sorunlarına ilişkin değerlendirme de yapılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynler arasında annelerin 266’sı (%59,1), babaların 23’ü (%36,5) son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirtmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,003$). Araştırmaya katılan annelerin %73,1’i (329), babaların 46’sı %73,0 ağızda eksik dişi olduğunu ($p=0,754$), belirtmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin mevcut diş tedavileri değerlendirildiğinde ise annelerin 269 (%59,8) ağızda dolgu ve kanal tedavisi bulunduğunu belirtirken, babaların 24’ü (%38,1) dolgu ve kanal tedavisi bulunduğunu belirtmektedir ($p=0,001$). Araştırmaya katılan ebeveynlerden annelerin 133’ü (%29,6) babaların 29’u (%46,0) ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirtmektedir ($p=0,008$). Ebeveynlerin son bir yıl içinde diş hekimine gitme durumu değerlendirildiğinde ise annelerin 243’ü (%54,0) babaların 28’i (%44,4) son bir yıl içinde diş hekimine gittiğini belirtmiştir (Tabloda yer verilmemiştir).

4.7. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Ağız Dış Sağlığı ve Florür Bilgi Kaynakları ile Ağız Dış Sağlığı Bilgi Durumuna İlişkin Bulgular

Ebeveynin ağız dış sağlığı uygulamaları ve ağız dış sağlığı sorunlarına ilişkin değerlendirilmenin ardından sosyo-demografik özellikler ile ağız dış sağlığı bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Bu amaçla öncelikle aralarında “dış plağının ne olduğu” ve “çocukta diş temizliğine başlanma zamanı”na ilişkin soruların ve ağız dış sağlığı ile ilgili 11 önermenin her biri bilgi puanı olarak yeniden değerlendirilmiştir. Bilgi puanı değişkeni oluşturulmuş kategorize edilerek kullanılmıştır.

Tablo 4.32. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ağız dış sağlığı bilgi puanı dağılımları (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveyn ağız dış sağlığı bilgi puanı								p		
	≤ 6		7		8		≥9			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Oturulan yer(n=513)											
İlçe merkezinden uzak	42	34,4	30	24,6	22	18,0	28	23,0	122	100,0	<0,001
İlçe merkezi	68	17,4	87	22,3	116	29,7	120	30,7	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)											
≤ 29	28	34,6	17	21,0	20	24,7	16	19,8	81	100,0	0,030
30-34	32	20,6	31	20,0	47	30,3	45	29,0	155	100,0	
35-39	20	17,1	32	27,4	30	25,6	35	29,9	117	100,0	
≥40	13	13,4	22	22,7	25	25,8	37	38,1	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)											
≤ 29	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	2	100,0	*
30-34	1	7,7	2	15,4	6	46,2	4	30,8	13	100,0	
35-39	3	15,0	9	45,0	3	15,0	5	25,0	20	100,0	
≥40	12	42,9	4	14,3	6	21,4	6	21,4	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)											
İlkokul ve altı	42	27,3	40	26,0	36	23,4	36	23,4	154	100,0	0,002
Ortaokul	33	25,6	28	21,7	32	24,8	36	27,9	129	100,0	
Lise ve üstü	18	10,8	34	20,4	54	32,3	61	36,5	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)											
İlkokul ve altı	7	33,3	4	19,0	6	28,6	4	19,0	21	100,0	*
Ortaokul	4	28,6	4	28,6	2	14,3	4	28,6	14	100,0	
Lise ve üstü	6	21,4	7	25,0	8	28,6	7	25,0	28	100,0	

Tablo 4.32. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ağız diş sağlığı bilgi puanı dağılımları (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi puanı										p
	≤ 6		7		8		≥9		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (n=450)											
Çalışmıyor	89	23,4	87	22,9	100	26,3	104	27,4	380	100,0	0,004
Çalışıyor	4	5,7	15	21,4	22	31,4	29	41,4	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)											
Çalışmıyor	3	42,9	2	28,6	2	28,6	-	-	7	100,0	*
Çalışıyor	14	25,1	13	23,2	14	25,0	15	26,8	56	100,0	
Hane geliri (n=407)**											
< 2020 TL	22	34,4	16	25,0	15	23,4	11	17,2	64	100,0	0,028
2020-2500 TL	37	23,0	40	24,8	36	22,4	48	29,8	161	100,0	
2501-4000 TL	17	16,3	26	25,0	28	26,9	27	34,6	28	35,9	
≥4001	11	14,1	12	15,4	27	34,6	28	35,9	78	100,0	
Araştırmaya katılan annenin sosyal güvencesi (n=450)											
Yok	14	31,8	10	22,7	12	27,3	8	18,2	44	100,0	0,167
Var	79	19,5	92	22,7	110	27,1	125	30,8	406	100,0	
Araştırmaya katılan babanın sosyal güvencesi (n=63)											
Yok	-	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	*
Var	17	27,0	15	23,8	16	25,4	14	23,8	60	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya ilçe merkezinden katılan ebeveynler arasında “6 ve altında” bilgi puanına sahip ebeveyn sayısı, ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynlere göre daha az iken, “8 ve üzeri” bilgi puanına sahip olanlar daha fazladır. Oturulan yer ile ağız diş sağlığı bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan annelerin 93’ü (%20,7) “6 ve altında”, 102’si (%22,7) “yedi”, 122’si (%27,1) “sekiz”, 133’ü (%29,6) “9 ve üzeri,” bilgi puanına sahip iken araştırmaya katılan babaların 17’si (%27,0) “6 ve altında”, 15’i (%23,8) “yedi”, 16’sı (%25,4) “sekiz” ve 15’i (%23,8) “9 ve üzeri,” bilgi puanına sahiptir. Araştırmaya katılan anneler arasında “8 ve üzeri” bilgi puanına sahip olanların araştırmaya katılan

babalara göre daha fazla olduğu, araştırmaya katılan babalar arasında ise “7 ve altında” ağız diş sağlığı bilgi puanına sahip olanların daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan anne ve babalar arasında ağız diş sağlığı bilgi puanında gözlenen farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0,625$) (Tablo olarak sunulmamıştır).

Araştırmaya katılan anneler arasında “29 yaş ve altında” olanların 28’i (%34,6) “6 ve altında” bilgi puanına sahip iken, “40 yaş ve üzeri,” annelerin 13’ü (%13,4) “6 ve altında” bilgi puanına sahiptir. Annelerden “29 yaş ve altında” olanların 16’sı (%19,8) “9 ve üzeri” bilgi puanına sahip iken, “40 yaş ve üzerindeki” annelerin ise 37’si (%38,1) “9 ve üzeri” bilgi puanına sahiptir. Otuz-otuzdokuz yaş aralığında “9 ve üzeri” bilgi puanına sahip annelerin dağılımı benzerdir. Annelerin yaşı ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,030$) (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan babaların yaşı ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında gözlem sayısı yetersizliği sebebiyle istatistiksel test yapılamamaktadır.

Araştırmaya katılan anneler arasında “ilkokul ve altı” eğitim seviyesine sahip olanlarda “6 ve altında” bilgi puanı daha fazla iken “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olanlarda “9 ve üstü” bilgi puanının daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanı artmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,002$) (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan babalar arasında ilkokul mezunlarında “6 ve altında” bilgi puanının yüksek olduğu, “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip babalarda ise bilgi puanı “sekiz” olanların fazla olduğu görülmektedir. Ancak gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamaktadır (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan anneler arasında çalıştığını belirtenlerin 4’ü (%5,7) “6 ve altında” bilgi puanına sahipken 29’u (%41,4) “9 ve üzerinde” bilgi puanına sahiptir. Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$) (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten babalar arasında “6 ve altında” bilgi puanının çalışmayan babalara göre daha az olduğu görülmekte ancak gözlem sayısının yetersizliği sebebiyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.32).

Hane geliri artıkça “6 ve altında” bilgi puanının azaldığı, “9 ve üzerinde” bilgi puanının arttığı görülmektedir. Hane geliri ile ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,028$) (Tablo 4.32).

Araştırmaya katılan anneler arasında sosyal güvencesinin olmadığını belirten ebeveynlerde “6 ve altında” bilgi puanı en yüksek olduğu gözlenirken, sosyal güvencesi olan annelerde “9 ve üzeri” bilgi puanının yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin sosyal güvence varlığı ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,167$). Araştırmaya katılan babalar arasında sosyal güvence ile ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.32).

Tablo 4.33. Araştırmaya katılan ebeveynin ağız diş sağlığı ve florürlü vernik uygulamasına ilişkin bilgi kaynağına göre bilgi puanı dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler (n=513)	Araştırmaya katılan ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi puanı								Toplam	p	
	≤ 6		7		8		≥ 9				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Genel ağız diş sağlığı bilgileri edinme kaynağı											
Diş hekimi											
Hayır	47	29,2	45	28,0	32	19,9	37	23,0	161	100,0	0,001
Evet	63	17,9	72	20,5	106	30,1	111	31,5	352	100,0	
Florürlü vernik ile ilgili bilgi kaynağı											
Diş hekimi											
Hayır	94	22,8	98	23,7	116	28,1	105	25,4	413	100,0	0,007
Evet	16	16,0	19	19,0	22	22,0	43	43,0	100	100,0	
Sınıf öğretmeni											
Hayır	80	20,4	90	22,9	112	28,5	111	28,2	393	100,0	0,434
Evet	30	25,0	27	22,5	26	21,7	37	30,8	120	100,0	

Çocukların araştırmaya katılan ebeveynine ağız diş sağlığı ve florürlü vernik ile ilgili bilgi kaynakları sorulmuştur. Sunulan seçenekler arasında ağız diş sağlığı ile ilgili bilgileri diş hekiminden öğrendiğini belirten ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi puanının daha yüksek ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($p=0,001$) (Tablo 4.33).

Çocukların araştırmaya katılan ebeveynlerinden florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için diş hekimine danıştığını belirtenlerin 43’ünün (%43,0) bilgi puanının “9

ve üzerinde” olduğu görülmektedir. Florür vernik hakkında bilgi almak için diş hekimine başvurma ile bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$) (Tablo 4.33).

Florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için öğretmene danıştığını belirten ebeveynlerin 30’u (%25,0) “6 ve altında” bilgi puanına sahip iken 37’si (%30,8) “9 ve üzerinde” bilgi puanına sahiptir. Florürlü vernik ile ilgili öğretmene danışma durumu ile ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,434$) (Tablo 4.33).

4.8. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Bilgi Durumu ile Ebeveyn Ağız Diş Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Sosyo-demografik özellikler ile ağız diş sağlığı bilgi durumunun değerlendirilmesinin ardından bilgi puanı ile ebeveyn ağız diş sağlığı ile ilgili alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin bilgi puanı ile diş fırçalama sıklığına bakıldığında, “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın “6 ve altı” bilgi puanına sahip annelerde daha fazla olduğu, “günde en az iki kez diş fırçalamanın ise “9 ve üzeri” bilgi puanına sahip annelerde daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerde bilgi puanı arttıkça düzensiz fırçalama azalmakta, “günde bir kez” ve “günde en az iki kez” fırçalama artmaktadır. Araştırmaya katılan annelerin bilgi puanı ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0,002$). Araştırmaya katılan annelerin bilgi puanı arttıkça çocuklarında “günde bir kez” diş fırçalamanın arttığı, düzensiz fırçalamanın azaldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin bilgi puanı ile çocuklarının diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Tabloda yer almamıştır.)

Araştırmaya katılan annelerde hiç diş hekimine gitmediğini belirtenlerin 13’ü (%61,9) “6 ve altında” bilgi puanına sahipken “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine gittiğini belirten annelerin 11’inin (%45,8) bilgi puanının “9 ve üzeri” olduğu görülmektedir. Ancak araştırmaya katılan çok az sayıda ebeveyn “yılda en az bir kez” kontrol amaçlı düzenli diş hekimine gittiğini belirttiğinden gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır. Araştırmaya katılan ve çocuğunu “yılda en az bir kez” kontrol amaçlı düzenli diş hekimine götürdüğünü belirten annelerin 29’unun (%47,5) “9 ve üzeri” bilgi puanına sahip anneler olduğu

görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin çocuklarını “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine götürme sıklığı ile bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo olarak sunulmamıştır).

Araştırmaya katılan babalar 63 kişi olup 3 baba “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine gittiğini belirtmektedir. Gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır. “Günde bir kez” diş fırçaladığını belirten babalarda “9 ve üzeri” bilgi puanı daha fazla, “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalayanlarda “6 ve altında” bilgi puanı daha fazladır. Gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo olarak sunulmamıştır).

4.9. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Florürlü Vernik ile İlişkili Özellikleri ile Ağız Diş Sağlığı Bilgilerine Dair Bulgular

Araştırmaya katılan ve florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bildiğini belirten ebeveynlerin 22’sinin (%9,9) bilgi puanı “6 ve altında” iken, 78’inin (%35,0) bilgi puanı “sekiz” ve 78’inin de (%35,0) bilgi puanı “9 ve üzeri”nde olup, florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumu ile bilgi puanına arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tabloda yer almamıştır).

Florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu konusunda fikri olmadığını belirten ebeveynlerin 78’inin (%25,8), zararlı olduğunu belirten ebeveynlerin 16’sının (%25,8) bilgi puanı “9 ve üzerinde” iken, yararlı olduğunu düşünenlerin 54’ünün (%36,2) bilgi puanının “9 ve üzerinde” olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkındaki düşüncesi ile bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$) (Tabloda yer almamıştır).

4.10. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Florürlü Vernik Uygulaması ve İzin Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.34. Araştırmaya katılan ebeveyn sosyo demografik özelliklerine göre florürlü vernik uygulaması yapılma nedenini bilme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumu						p
	Bilmiyor		Biliyor		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)							
İlçe merkezinden uzak	84	68,9	38	31,1	122	100,0	0,002
İlçe merkezi	206	52,7	185	47,3	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)							
≤ 29	46	56,8	35	43,2	81	100,0	0,770
30-34	79	51,0	76	49,0	155	100,0	
35-39	64	54,7	53	45,3	117	100,0	
≥40	55	56,7	42	43,3	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)							
≤ 29	2	100,0	-	-	2	100,0	*
30-34	10	76,9	3	23,1	13	100,0	
35-39	13	65,0	7	35,0	20	100,0	
≥40	21	75,0	7	25,0	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)							
İlkokul ve altı	102	66,2	52	33,8	154	100,0	<0,001
Ortaokul	76	58,9	53	41,1	129	100,0	
Lise ve üstü	66	39,5	101	60,5	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)							
İlkokul ve altı	18	85,7	3	14,3	21	100,0	0,129
Ortaokul	11	78,6	3	21,4	14	100,0	
Lise ve üstü	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (450)							
Çalışmıyor	217	57,1	163	42,9	380	100,0	0,004
Çalışıyor	27	38,6	43	61,4	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)							
Çalışmıyor	6	85,7	1	14,3	7	100,0	0,663**
Çalışıyor	40	71,4	16	28,6	56	100,0	
Hane geliri (n=407)***							
< 2020 TL	44	68,8	20	31,3	64	100,0	0,030
2020-2500 TL	95	59,0	66	41,0	161	100,0	
2501-4000 TL	53	51,0	51	49,0	104	100,0	
≥4001	36	46,2	42	53,8	78	100,0	

* Gözlem sayısı istatistiksel test yapılmanı elvermemektedir.

** Fisher exact test.

*** Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 223'ü (%43,5) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir. İlçe merkezinden katılım sağlayan ebeveynlerin 185'i (%47,3) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtirken ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynlerin 38'i (%31,1) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir.

Okulun konumu ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 4.34)

Araştırmaya katılan ebeveynlerden annelerin 206'sı (%45,8) florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirtirken babaların 17'si (%27,0) florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan anne ve babalar arasında florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$) (Tabloda yer almamıştır).

Araştırmaya katılan anneler arasında 30-39 yaş arasında florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilenlerin daha fazla olduğu, "29 yaş ve altında" ve "40 yaş ve üstünde" daha az olduğu ancak araştırmaya katılan annelerin yaşı ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,770$) (Tablo 4.34).

Araştırmaya katılan babalar arasında da "35-39" yaş arasında florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilenlerin daha fazla olduğu görülmektedir ancak gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.34).

Araştırmaya katılan "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip annelerin 101'i (%60,5), "ilkokul ve altı" eğitim düzeyine sahip annelerin ise 32'si (%33,8) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi arttıkça florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilenlerin arttığı ve araştırmaya katılan annelerin eğitim durumu ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.34)

Araştırmaya katılan babalar arasında da "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip olanlarda florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtenlerin fazla olduğu, babanın eğitim seviyesi arttıkça florürlü vernik uygulamasının yapılma

nedenini bilme durumunun arttığı ancak babanın eğitim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,129$) (Tablo 4.34)

Araştırmaya katılan annelerden çalıştığını belirtenlerin 43'ü (%61,4) çalışmadığını belirtenlerin ise 163'ü (%42,9) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,006$) (Tablo 4.34).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten babaların 16'sı (%28,6), çalışmadığını belirten babaların 1'i (%14,3) florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan babaların çalışma durumu ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,663$) (Tablo 4.34).

Hane geliri arttıkça florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirten ebeveyn sayısının arttığı görülmektedir. Ebeveyn gelir durumu ile florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,030$) (Tablo 4.34).

Tablo 4.35. Ebeveynlerin bazı sosyo demografik özelliklere göre florürlü vernik uygulamasına ilişkin düşünceleri (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi								p
	Fikri yok		Yararlı		Zararlı		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=513)									
İlçe merkezinden uzak	76	62,3	39	32,0	7	5,7	122	100,0	0,047
İlçe merkezi	226	57,8	110	28,1	55	14,1	391	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=450)									
≤ 29	45	55,6	26	32,1	10	12,3	81	100,0	0,918
30-34	91	58,7	47	30,3	17	11,0	155	100,0	
35-39	68	58,1	34	29,1	15	12,8	117	100,0	
≥40	55	56,7	26	26,8	16	16,5	97	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=63)									
≤ 29	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0	*
30-34	10	76,9	3	23,1	-	-	13	100,0	
35-39	12	60,0	6	30,0	2	10,0	20	100,0	
≥40	19	67,9	7	25,0	2	7,1	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin eğitim durumu (n=450)									
İlkokul ve altı	100	64,9	47	30,5	7	4,5	154	100,0	<0,001
Ortaokul	80	62,0	39	30,2	10	7,8	129	100,0	
Lise ve üstü	79	47,3	47	28,1	41	24,6	167	100,0	
Araştırmaya katılan babanın eğitim durumu (n=63)									
İlkokul ve altı	13	61,9	6	28,6	2	9,5	21	100,0	*
Ortaokul	11	78,6	2	14,3	1	7,1	14	100,0	
Lise ve üstü	19	67,9	8	28,6	1	3,6	28	100,0	
Araştırmaya katılan annenin çalışma durumu (n=450)									
Çalışmıyor	224	58,9	109	28,7	47	12,4	380	100,0	0,375
Çalışıyor	35	50,0	24	34,3	11	15,7	70	100,0	
Araştırmaya katılan babanın çalışma durumu (n=63)									
Çalışmıyor	5	71,4	2	28,6	-	-	7	100,0	*
Çalışıyor	38	67,9	14	25,0	4	7,1	56	100,0	
Hane geliri (n=407)**									
< 2020 TL	46	71,9	14	21,9	4	6,3	64	100,0	<0,001
2020-2500 TL	101	62,7	48	29,8	12	7,5	161	100,0	
2501-4000 TL	56	53,8	35	33,7	13	12,5	104	100,0	
≥4001	33	42,3	20	25,6	25	32,1	78	100,0	

* Gözlem sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel test yapılamamıştır.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynler arasında florürlü verniğin yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirten de, yararlı olduğunu belirten de ilçe merkezinden araştırmaya katılım sağlayan ebeveynlerden daha fazla iken, zararlı olduğunu belirtenler ilçe merkezinden katılan ebeveynler arasında daha yüksektir. İlçe merkezinden katılan ebeveynlerin 55'i (%14,1), ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynlerin 7'si (%5,7) zararlı olduğunu belirtmektedir. Otırulan yer ile ebeveynin florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,047$) (Tablo 4.35).

Araştırmaya katılan annelerin 259 (%57,6), araştırmaya katılan babaların 43'ü (%68,3) florürlü verniğin yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin 133'ü (%29,6), babaların 16'sı (%25,4) florürlü vernik uygulamasının yararlı olduğunu belirtirken, annelerin 58'i (%12,8), babaların 4'ü (%6,3) florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan babalar arasında florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtenler daha fazla iken, florürlü verniğin yararlı olduğunu düşünen de zararlı olduğunu düşünen de anneler arasında daha fazladır. Ebeveyn yakınlık derecesi ile ebeveynin florür ile ilgili düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,186$) (Tabloda yer almamıştır).

Araştırmaya katılan annelerin yaşına göre florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtenlerin benzer dağılım gösterdiği, yararlı olduğunu belirtenlerin yaş arttıkça az da olsa düştüğü ve en düşük "40 yaş ve üzerinde" gözlendiği görülmektedir. Araştırmaya katılan anneler arasında florürlü verniğin zararlı olduğunu düşünenlerin en yüksek "40 yaş ve üzerinde" görüldüğü, ancak annenin yaşı ile florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,918$) (Tablo 4.35).

Araştırmaya katılan babaların yaşı ile florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkındaki fikri değerlendirildiğinde, "35-39" yaş aralığında fikri olmadığını belirtenlerin en düşük, yararlı ve zararlı olduğunu belirtenlerin daha yüksek olduğu, yararlı olduğunu belirtenlerin de zararlı olduğunu belirtenlerden fazla olduğu görülmektedir. Ancak gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.35)

Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi arttıkça florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtenlerin azaldığı, yararlı olduğunu belirtenlerin benzer dağılım gösterdiği, zararlı olduğunu belirtenlerin ise “lise ve üstü” eğitim seviyesi olanlarda arttığı gözlenmektedir. Araştırmaya katılan annelerden “ilkokul ve altı” eğitim seviyesine sahip olanların 7’si (%4,5), “ortaokul” mezunu olanların 10’u (%7,8), “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olanların 41’i (%24,6) florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi ile florürlü vernik uygulaması hakkındaki fikri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.35).

Araştırmaya katılan babaların eğitim durumu ile florürlü vernik uygulaması hakkındaki fikri arasında gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.35).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten annelerde florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtenlerin çalışmayan annelere göre daha düşük olduğu, yararlı olduğunu belirtenlerin de zararlı olduğunu belirtenlerinde çalışan annelerde daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu ile florür vernik uygulaması hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P=0,375$) (Tablo 4.35).

Araştırmaya katılan ve çalıştığını belirten babalarda florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirtenlerin daha az olduğu, yararlı olduğunu belirtenlerin çalışmayan babalar arasında, zararlı olduğunu belirtenlerin çalıştığını belirten babalar arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan babaların çalışma durumu ile florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi arasında gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.35).

Hane geliri artıkça florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğu hakkında fikri olmadığını belirten ebeveynler azalmakta, zararlı olduğunu düşünenler artmaktadır. Hane geliri ile araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.35).

Tablo 4.36. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo demografik özelliklerine göre son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						p
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Oturulan yer (n=469)							
İlçe merkezinden uzak	62	56,4	48	43,6	110	100,0	0,014
İlçe merkezi	248	69,1	111	30,9	359	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yaşı (yıl) (n=417)**							
≤ 29	52	67,5	25	32,5	77	100,0	0,358
30-34	94	63,9	53	36,1	147	100,0	
35-39	77	72,0	30	28,0	107	100,0	
≥40	52	60,5	34	39,5	86	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yaşı (yıl) (n=52)**							
≤ 29	-	-	1	100,0	1	100,0	***
30-34	5	55,6	4	44,4	9	100,0	
35-39	13	72,2	5	27,8	18	100,0	
≥40	17	70,8	7	29,2	24	100,0	
Çocuğun annesinin eğitim durumu (n=469)							
İlkokul ve altı	108	62,4	65	37,6	173	100,0	0,013
Ortaokul	82	60,3	54	39,7	136	100,0	
Lise ve üstü	120	75,0	40	25,0	160	100,0	
Çocuğun babasının eğitim durumu (n=467)**							
İlkokul ve altı	89	57,4	66	42,6	155	100,0	0,007
Ortaokul	54	64,3	30	35,7	84	100,0	
Lise ve üstü	166	72,8	62	27,2	228	100,0	
Çocuğun annesinin çalışma durumu (467)**							
Çalışmıyor	258	65,2	138	34,8	396	100,0	0,273
Çalışıyor	51	71,8	20	28,2	71	100,0	
Çocuğun babasının çalışma durumu (n=461)							
Çalışmıyor	24	63,2	14	36,8	38	100,0	0,683
Çalışıyor	281	66,4	142	33,6	423	100,0	

Tablo 4.36. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo demografik özelliklerine göre son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						p
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Hane geliri (n=374)**							
< 2020 TL	32	55,2	26	44,8	58	100,0	0,145
2020-2500 TL	99	64,3	55	35,7	154	100,0	
2501-4000 TL	59	64,8	32	35,2	91	100,0	
≥4001	53	74,6	18	25,4	71	100,0	
Çocuğun annesinin sosyal güvencesi (n=467)*							
Yok	32	68,1	15	31,9	47	100,0	0,769
Var	277	66,0	143	34,0	420	100,0	
Çocuğun babasının sosyal güvencesi (n=461)**							
Yok	28	65,1	15	34,9	43	100,0	0,879
Var	277	66,3	141	33,7	418	100,0	

*Son florürlü vernik uygulamasında onam durumu tespit edilen 469 çocuk analize dâhil edilmiştir.

**Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

***Gözlem sayısı istatistiksel test yapılmasına elvermemektedir.

Ebeveynlerin, yıllar içinde florürlü vernik uygulamasına ilişkin seçimleri dalgalı bir seyir göstermekle birlikte 4. sınıftaki çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu değerlendirilmiştir. 2018-2019 eğitim öğretim yılının bahar yarısında 513 öğrencinin 469'unun son florürlü vernik uygulamasına ilişkin izin verme durumu tespit edilebilmiştir. Kırkdört öğrencinin onam formunun geri dönüşünün olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya ilçe merkezinden katılan ebeveynlerin 248'i (%69,1) son florürlü vernik uygulamasına izin vermezken, ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynlerin 48'i (%43,6) son florürlü vernik uygulamasına izin vermediğini belirtmiştir. Oturulan yer ile ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarına gerçekleştirilen son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p= 0,014) (Tablo 4.36)

Araştırmaya katılan "35-39" yaş annelerin 77'si (%72,0) çocuklarına son florürlü vernik uygulamasının yapılmasına izin vermezken, "40 yaş üzeri" annelerde en düşük olarak gözlenmekte ve 52'sinin (%60,5) çocuklarına son florürlü vernik uygulamasının yapılmasına izin vermedikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin yaşı ile 4. sınıfa devam eden çocuklarına son florürlü vernik uygulamasının

yapılmasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,358$) (Tablo 4.36)

Araştırmaya katılan babalar arasında da “35-39” yaş aralığında çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermediğini belirtenlerin yüksek olduğu görülmekte ancak gözlem sayısının yetersizliği sebebiyle istatistiksel test yapılamamaktadır.

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip olan anneleri arasında son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin eğitim durumu ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,013$) (Tablo 4.36)

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların babalarında da eğitim düzeyi arttıkça son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin arttığı görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların babalarının eğitim durumu ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,007$) (Tablo 4.36)

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların çalıştığını belirten anneleri arasında, çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin çalışmayan annelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların annelerinin çalışma durumu ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,337$) (Tablo 4.36)

Dördüncü sınıfa devam eden çocukların çalıştığını belirten babaları arasında, çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin az da olsa çalışmayan babalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olan çocukların babalarının çalışma durumu ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,683$) (Tablo 4.36)

Hane geliri arttıkça çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyen ebeveynlerin arttığı görülmektedir. Hane geliri ile son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,145$) (Tablo 4.36)

4.11. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları ile Florürlü Vernik Uygulaması ve İzin Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo. 4.37. Araştırmaya katılan ebeveyn/çocuklarının ağız diş sağlığı uygulamalarına göre son florürlü vernik uygulamasına izin verme dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						p
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Araştırmaya katılan annenin diş fırçalama sıklığı (n=417)**							
Fırçalamıyor/düzensiz	86	64,2	48	35,8	134	100,0	0,626
Günde bir kez	107	64,8	58	35,2	165	100,0	
Günde en az iki kez	82	69,5	36	30,5	118	100,0	
Araştırmaya katılan babanın diş fırçalama sıklığı (n=52)**							
Fırçalamıyor/düzensiz	15	71,4	6	28,6	21	100,0	0,278
Günde bir kez	9	52,9	8	47,1	17	100,0	
Günde en az iki kez	11	78,6	3	21,4	14	100,0	
Araştırmaya katılan annenin yıllık düzenli diş hekimine gitme durumu (n=417)**							
Hiç gitmemiş	10	55,6	8	44,4	18	100,0	0,599
Düzenli gitmez	251	66,2	128	33,8	379	100,0	
Yılda en az bir kez	14	70,0	6	30,8	20	100,0	
Araştırmaya katılan babanın yıllık düzenli diş hekimine gitme durumu (n=52)**							
Hiç gitmemiş	-	-	3	100,0	3	100,0	***
Düzenli gitmez	34	73,9	12	26,1	46	100,0	
Yılda en az bir kez	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Ebeveyn çocuğunu yıllık düzenli diş hekimine götürme durumu (n=469)							
Hiç gitmemiş	45	69,2	20	30,8	65	100,0	0,676
Düzenli gitmez	226	66,3	115	33,7	341	100,0	
Yılda en az bir kez	39	61,9	24	38,1	63	100,0	

*Son florürlü vernik uygulamasında onam durumu tespit edilen 469 çocuk analize dâhil edilmiştir.

** Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

*** Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin diş fırçalama sıklığı ile florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu değerlendirildiğinde, “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirten annelerden izin vermeyenlerin, “günde bir kez” ve “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirten annelerden daha fazla olduğu

görülmektedir. Araştırmaya katılan annelerin diş fırçalama sıklığı ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,626$) (Tablo 4.37).

Araştırmaya katılan babalar arasında çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin en fazla “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirtenler arasında olduğu, ancak “fırçalamıyor/düzensiz” fırçaladığını belirtenlerde “günde bir kez” fırçaladığını belirtenlere göre izin vermeyenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan babaların diş fırçalama sıklığı ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,278$) (Tablo 4.37)

Araştırmaya katılan anneler arasında “yılda en az bir kez” düzenli diş hekimine gittiğini belirten annelerin 14’ü (%70) çocuğuna son florürlü vernik uygulamasına izin vermediğini belirtirken 6’sı (%30) izin verdiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin kontrol amaçlı düzenli yıllık diş hekimine gitme durumu ile çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,599$) (Tablo 4.37).

Araştırmaya katılan babalar arasında sadece 3 babanın kontrol amaçlı düzenli yıllık diş hekimine gittiğini belirttiği, 2’sinin çocuğuna son florürlü vernik uygulamasına izin veren babalar olduğu görülmektedir ancak gözlem sayısının yetersiz olması nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.37).

4.12. Araştırmaya Katılan Ebeveynin Florürlü Vernik Uygulaması ile İlişkili Özelliklerine göre Son Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Vermeye İlişkin Bulgular

Tablo. 4.38. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına ilişkin bazı özelliklerine göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						p
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	
Araştırmaya katılan annenin florürlü verniğin yapılma nedenini bilmesi (n=417)**							
Hayır	154	66,7	77	33,3	231	100,0	0,730
Evet	121	65,1	65	34,9	186	100,0	
Araştırmaya katılan babanın florürlü verniğin yapılma nedenini bilmesi (n=52)**							
Hayır	24	63,2	14	36,8	38	100,0	0,341***
Evet	11	78,6	3	21,4	14	100,0	
Araştırmaya katılan annenin florürlü vernik hakkında düşüncesi (n=417)**							
Yararlı	54	44,3	68	55,7	122	100,0	<0,001
Zararlı	48	96,0	2	4,0	50	100,0	
Fikri yok	173	70,6	72	29,4	245	100,0	
Araştırmaya katılan babanın florürlü vernik hakkında düşüncesi (n=52)**							
Yararlı	7	53,8	6	46,2	13	100,0	*****
Zararlı	3	100,0	-	-	3	100,0	
Fikri yok	25	69,4	11	30,6	36	100,0	

*Son florürlü vernik uygulamasında onam durumu tespit edilen 469 çocuk analize dâhil edilmiştir.

** Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

*** Fisher exact test

****Gözlem sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel test yapılamamıştır.

Araştırmaya katılan anneler arasında florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirtenlerle bilmediğini belirtenlerin son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu benzer dağılım göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılan ve florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bildiğini belirten babalar arasında çocuklarına son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin daha fazla olduğu görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,341) (Tablo 4.38).

Araştırmaya katılan anneler arasında florürlü verniğin zararlı olduğunu düşünenlerin tamamına yakını izin vermediğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan annelerin florürlü vernik uygulaması hakkındaki düşüncesi ile son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.38).

Araştırmaya katılan babalar arasında da benzer eğilim görülmekle birlikte gözlem sayısı yeterli olmadığından istatistiksel test yapılamamaktadır (Tablo 4.38)

Tablo. 4.39. Araştırmaya katılan ebeveynlerin diş macunu florür içeriği ile ilgili bazı özelliklere göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						p
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	
Araştırmaya katılan annenin diş macununda florür olma gerekliliği ile ilgili düşüncesi (n=417)**							
Hayır	41	93,2	3	6,8	44	100,0	<0,001
Evet	57	58,2	41	41,8	98	100,0	
Fikri yok	117	64,4	98	35,6	275	100,0	
Araştırmaya katılan babanın diş macununda florür olma gerekliliği ile ilgili düşüncesi (n=52)**							
Hayır	3	75,0	1	25,0	4	100,0	***
Evet	8	80,0	2	20,0	10	100,0	
Fikri yok	24	63,2	14	36,8	38	100,0	
Araştırmaya katılan annenin diş macununda florür olma durumu (n=399)**							
Yok	44	86,3	7	13,7	51	100,0	0,003
Var	69	67,6	33	32,4	102	100,0	
Fikri yok	152	61,8	94	38,2	246	100,0	
Araştırmaya katılan babanın diş macununda florür olma durumu (n=50)**							
Yok	5	83,3	1	16,7	6	100,0	***
Var	7	87,5	1	12,5	8	100,0	
Fikri yok	23	63,9	13	36,1	36	100,0	
4. sınıftaki çocuğunun diş macununda florür olma durumu (n=469)							
Yok	56	84,8	10	15,2	66	100,0	0,002
Var	64	64,0	36	36,0	100	100,0	
Fikri yok	190	62,7	113	37,3	303	100,0	

*Son florürlü vernik uygulamasında onam durumu tespit edilen 469 çocuk analize dâhil edilmiştir.

** Yanıtsızlar analiz dışı bırakılmıştır.

*** Gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin diş macunundaki florür içeriği ile ilgili özelliklere göre florür vernik uygulamasına izin verme durumu değerlendirildiğinde diş macunu içinde florür olmaması gerektiğini düşünen annelerin 41'i (%93,2) çocuğuna son florürlü vernik uygulamasına izin vermezken, kendi kullandığı diş macunu içinde florür olmadığını belirten annelerin 44'ünün (%86,3) son florür vernik uygulamasına izin vermediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin diş macunu içinde florür olma durumuna ilişkin düşüncesi ile florürlü vernik uygulamasına izin verme arasında ($p<0,001$), araştırmaya katılan annelerin kendi diş macununda florür olma durumu ile florürlü vernik uygulamasına izin verme arasında ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.39).

Araştırmaya katılan ve diş macunu içinde florür olup olmaması gerekliliği konusunda fikri olmadığını belirten babalar arasında, çocuğuna son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin daha az olduğu gözlenmektedir ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir. Araştırmaya katılan ve kendi diş macununda florür olup olmadığı konusunda fikri olmadığını belirten babalar arasında da çocuğuna son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin daha az olduğu gözlenmektedir ancak gözlem sayısı istatistiksel test yapmaya elvermemektedir. (Tablo 4.39).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğunun diş macununu florürsüz tercih edenlerde son florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı fark olduğu ($p=0,002$) görülmektedir.

4.13. Araştırmaya Katılan Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Bilgi Durumu ve Bilgi Kaynakları ile Son Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.40. Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi ve bazı bilgi kaynaklarına göre florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Özellikler	Son florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu*						
	İzin vermeyen		İzin veren		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Ağız diş sağlığı bilgi puanı (n=469)							
≤6	64	62,7	38	37,3	102	100,0	0,165
7	80	73,4	29	26,6	109	100,0	
8	84	68,3	39	31,7	123	100,0	
≥9	82	60,7	53	39,3	135	100,0	
Florürlü vernik ile ilgili birine danışma (n=469)							
Hayır	155	72,1	60	27,9	215	100,0	0,012
Evet	155	61,0	99	39,0	254	100,0	
Florürlü vernik ile ilgili diş hekimine danışma (n=469)							
Danışmaz	253	66,6	127	33,4	380	100,0	0,649
Danışır	57	64,0	32	36,0	89	100,0	
Florürlü vernik ile ilgili sınıf öğretmenine danışma (n=469)							
Danışmaz	254	71,5	101	28,5	355	100,0	<0,001
Danışır	56	49,1	58	50,9	114	100,0	
Ağız diş sağlığı ile ilgili genel bilgilerini diş hekiminden öğrenme (n=469)							
Hayır	93	62,8	55	37,2	148	100,0	0,311
Evet	217	67,6	104	32,4	321	100,0	
Ağız diş sağlığı ile ilgili genel bilgileri internette öğrenme (n=469)							
Hayır	196	62,8	116	37,2	312	100,0	0,035
Evet	114	72,6	43	27,4	157	100,0	

*Son florürlü vernik uygulamasında onam durumu tespit edilen 469 çocuk analize dâhil edilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin “9 ve üzeri” bilgi puanına sahip olanlarda son florürlü vernik uygulamasına izin verenlerin daha fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=0,165$) (Tablo 4.40).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 236’sı (%46,0) florürlü vernik ile ilgili danıştığı kişi olmadığını belirtmektedir. Florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için birine danıştığını belirten ebeveynlerin 155’i (%61,0) florür vernik uygulamasına izin vermezken hiç kimseye danışmadığını belirten ebeveynlerin 155’i (%71,2) florürlü vernik uygulamasına izin vermemiştir. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi almak için birine danışma ile florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,012$) (Tablo 4.40).

Florürlü vernik uygulaması için diş hekimine danıştığını belirten ebeveynler, daha fazla florürlü vernik uygulamasına izin vermekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,649$) (Tablo 4.40).

Araştırmaya katılan ve florürlü vernik uygulaması ile ilgili sınıf öğretmenine danıştığını belirten ebeveynlerin 58’i (%50,8) florürlü vernik uygulamasına izin verirken, florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi kaynağı olarak sınıf öğretmenini belirtmeyen ebeveynlerin 101’inin (%28,5) izin verdiği görülmektedir. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili öğretmene danışma durumu ile florürlü vernik uygulamasına izin verme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.40).

Araştırmaya katılan ve ağız diş sağlığı ile ilgili genel bilgileri internetten öğrendiğini belirten ebeveynlerin 114’ü (%72,6) florürlü vernik uygulamasına izin vermezken, interneti bilgi kaynağı olarak belirtmeyen ebeveynlerin 196’sının (%62,8) florürlü vernik uygulamasına izin vermediği görülmektedir. İnternetin bilgi kaynağı olarak kullanılması ile florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,035$) (Tablo 4.40).

Ağız diş sağlığını kötü olarak nitelendiren ebeveynlerde florürlü vernik uygulamasına izin veren ebeveynler daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark söz konusu değildir ($p=0,162$). Son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirten ebeveynlerin daha az izin verdikleri görülmekte ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,395$) (Tabloda yer verilmemiştir).

5. TARTIŞMA

Topikal florürlerin çürük önleyici etkisi, diş yüzeyi ile bakteri plağı arasındaki lokal etkiye bağlanmakta ve bu etkinin başlangıç çürük lezyonlarda remineralizasyonu teşvik ederek ve minenin çözünürlüğünü azaltarak gerçekleştiği düşünülmektedir. Asit atakları sırasında florür mineden içeri diffüze olarak mineral kaybını önleyip demineralizasyonu büyük ölçüde inhibe eder. Demineralizasyon atağını takiben pH yükselir ve florür çözülmüş kalsiyum ve fosfat iyonları ile birleşir florapatit benzeri kristalli yapıyı çökeltir. Böylece asit ataklarına karşı direnci daha da artırır. Bu, tüm topikal florür formlarında, aralarında değişkenlik gösterse de sağlanır (77). Bu gün florürlü diş macunlarının yaygın bir şekilde kullanımının yanı sıra florürlü jel, vernik gibi topikal florür uygulamaları da birçok ülkede diş çürüğünü önleme programlarında kullanılmaktadır.

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı 2014-2015 eğitim öğretim yılında, 60 ayını doldurmuş okul öncesi ana sınıfı öğrencilerine florür uygulaması ile başlamıştır. Program, her yıl ana sınıfından başlayarak aynı öğrenci 4. sınıfı bitirinceye kadar her eğitim öğretim yılında iki kez florürlü vernik uygulamasını ve öğrenciler başta olmak üzere ailelerinin, öğretmenlerin ağız ve diş sağlığı farkındalığının artırılmasına yönelik eğitim çalışmaları içeren bir programdır.

Bu araştırma, “Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen okul temelli florürlü vernik uygulamasına ebeveynlerin yaklaşımlarını ve bunun yanında ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarına ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi için yapılmış bir çalışmadır. Çalışma, 2014-2015 eğitim öğretim yılında, 60 ayını doldurmuş okul öncesi ana sınıfı öğrencisi olup, 2018-2019 eğitim öğretim yılında da 4.sınıftan mezun olacak olan ve beş yıllık periyot içeren bu programı tamamlayan ilk öğrenci grubu ebeveynleri ile gerçekleştirilmiş bir çalışmadır.

Araştırma, Ankara'nın kuzeydoğusunda bulunan 89.046 nüfuslu 84 mahallesi bulunan Çubuk İlçesinde gerçekleştirilmiştir (95). Yüzölçümünün % 54'ü tarım arazisi, % 21'i orman % 17'si çayır ve meralardan oluşmakta ve halkın geçim kaynağını genel olarak tarım ve hayvancılık faaliyetleri oluşturmaktadır (96). İlçe merkezi Ankara'ya 39 km uzaklıkta olmakla birlikte, ilçe merkezine nispeten uzak

mahallelerin de bulunduğu (Büyükşehir Kanunu öncesi köy olan) geniş bir alana dağılmış yerleşime sahip bir ilçedir.

Bu çalışma ile ebeveynlerin “Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen okul temelli florürlü vernik uygulaması ile ilgili yaklaşımlarına ilişkin elde edilen sonuçların program uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlayacağı ve bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının %52,2’sini kız çocukları oluşturmaktadır. Çocukların %87,9’u dokuz yaşındadır. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%80,6) eşit bir şekilde 2 ve 3 çocuğa sahiptir. Ebeveynlerin dörtte üçünün 4. sınıfa devam eden çocuğu 1. ya da 2. çocuktur.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin dörtte üçü %76,2’si merkez okullardan katılım sağlarken yaklaşık dörtte biri %23,8 merkezden uzak okullardan katılım sağlamaktadır. Ebeveynlerin %87,7’sini anneler oluşturmaktadır. Ebeveynlerin yaş ortalaması $35,37 \pm 5,88$ olup, yaklaşık %60’ı 30-39 yaş aralığındadır. Katılımcıların neredeyse tamamı (%95,1) evli ve eşiyile birlikte yaşamaktadır.

Araştırmaya dâhil olan çocukların anne-babaları arasında üniversite mezunlarının az olduğu, ilkökul mezunlarının benzer dağılım gösterdiği, ortaokul mezunlarının annelerde, lise mezunlarının ise babalarda daha fazla olduğu, 513 annenin sadece 60’ı (%11,7) yüksekokul/üniversite mezunu iken eğitim durumu belirtilen 511 babanın 85’inin (%16,6) yüksekokul/üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Eşinden boşandığını belirten iki anne eşinin eğitim durumunu belirtmemiştir. Sadece okuma-yazma bildiğini belirten 14 ebeveyn bulunmakta ve 12’sini anneler oluşturmaktadır. TÜİK 2018 yılı verilerine göre 25 yaş üstü kadın nüfusun %17,5’i, erkek nüfusun ise %22,4’ü yüksekokul/üniversite mezunudur (99). Çalışmamızda her iki grup içinde yüksek okul ve üniversite mezunlarının Türkiye ortalamasının altında olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki 513 öğrencinin annelerinin çalışma durumuna bakıldığında çalışma durumu belirtilen 511 annenin sadece 76’sı (%14,9) çalışırken, çalışma durumu belirtilen 504 babanın 461’i (%91,5) çalışmaktadır. Araştırmaya katılan, eşini kaybettiğini, boşandığını ya da ayrı yaşadığını belirten 9 babanın çalışma durumunu belirtilmemiştir. TÜİK verilerine göre 2018 yılı 15 yaş ve üstü

kadın istihdam oranının %29,4 erkeklerde istihdam oranının % 65,7 olduğu görülmektedir. Araştırmamızda annelerde istihdam oranının Türkiye ortalamasının altında olduğu görülmektedir (99).

Çalışma durumu belirtilen 76 anneden 73'ünün yaptığı iş belirtilmiştir. Yaptığı iş belirtilen 73 annenin yaklaşık üçte biri Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından geliştirilen “Uluslararası Meslek Sınıflamasına (ISCO 08)” göre profesyonel meslek grupları içinde yer alan işlerde, dörtte birinden fazlası “büro hizmetleri çalışanı” ve “hizmet ve satış elemanı” grubunda yer alan işlerde çalışmaktadır. Çalıştığı belirtilen 504 babanın 446'sının yaptığı iş belirtilmiştir. Çalıştığı belirtilen babaların yaklaşık üçte biri nitelik gerektirmeyen işlerde çalışırken dörtte birine yakını da hizmet ve satış elemanı sınıfındaki işlerde çalışmaktadır.

Ebeveynlerin büyük bir kısmının sosyal güvencesi olup, araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin sadece 50'sinin (%9,7), babaların ise 45'inin (%8,8) sosyal güvencesi olmadığı belirtilmiştir. İki annenin ve 8 babanın, eşinden ayrı boşanmış ya da ölmüş olması nedeniyle sosyal güvencesinin belirtilmediği görülmektedir. Annelerin çoğu çalışmamakta ancak eşlerinin sosyal güvencelerinden yararlanmakta ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilmektedirler. Resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 31.05.2006 tarih ve 26200 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu ile genel sağlık sigortalılık kapsamı belirlenmiş ve vatandaşların büyük çoğunluğu genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (100).

Ebeveynlerin gelir durumu değerlendirilmiş ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2019 yılı asgari ücret tutarı olan 2.020 TL dikkate alınarak sınıflandırılmıştır (101). Ebeveynlerin %12,5'i 2019 yılı asgari ücret olan 2.020 TL altında gelire sahipken %66,8'i asgari ücret ve üstünde gelire sahiptir. Ebeveynlerin %75'i 4.000 TL ve altında gelire sahiptir. Ebeveynlerin aylık hane gelir ortalaması 3147,47±1865,786 olup, ebeveynlerin ancak %8,6'sı gelirlerinin giderlerini karşılayıp birikim yapmalarına imkân sağladığını belirtirken, % 29'u gelirlerinin giderlerini karşılamaya yetmediğini, %62,4'ü ancak karşıladığını belirtmektedir. Ebeveynlerin ekonomik durum algısının gerçek durumdan daha iyimser bir tablo çizdiği görülmekte bu da bazı ihtiyaç kalemlerinin çok zor durumda veya rahatsız edici boyutta olmadıkça talep edilmez hale gelmiş olması yanında bu durumun kanıksanmış olduğunu da düşündürmektedir.

Ebeveynlerin ağız diş sağlığı için özellikle periodontal hastalıklar dolayısıyla diş kaybı açısından risk oluşturan sigara kullanımına bakıldığında her 5 ebeveyninden 1'inin, babaların yaklaşık yarısının sigara içtiği, annelerin %15,8'inin sigara içtiği ve cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Araştırmaya katılan anneler arasında sigara kullanımının "35-39" aralığında ($p = 0,165$), "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip olanlarda ($p = 0,06$), çalışan ($p = 0,005$) annelerde ve hane geliri arttıkça ($p = 0,001$) daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan babalar arasında eğitim seviyesi arttıkça ($p = 0,251$) sigara kullanımının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, "30-34" yaş aralığında ve çalıştığını belirten babalarda fazla olduğu ancak gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamadığı görülmektedir.

DSÖ 2015 raporunda Türkiye'de 2010 yılı için erkeklerin %46'sının kadınların ise %15'inin sigara içtiğinin tahmin edildiği belirtilmektedir. DSÖ Türkiye için 2025 yılında erkeklerde %31 kadınlarda %9 olması hedefi sunmaktadır. Bizim çalışmamızda sigara kullanımının 2010 yılı değerlerinde olduğu, 2025 hedeflerinden uzak olduğunu tüm dünyada olduğu gibi erkeklerde sigara kullanımının yüksek olduğunu göstermektedir (102).

Araştırmaya katılan ve şekerli yiyecek içecek tüketiminin olduğu anneler arasında sigara kullanımının daha fazla ve anlamlı fark olduğu ($p = 0,037$), görülmektedir. Araştırmaya katılan anneler arasında "günde bir kez" diş fırçalayanlarda daha fazla olmakla birlikte diş fırçalama sıklığı ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p = 0,432$) ve düzenli diş hekimine gitme durumu ile sigara içme arasında gözlem sayısının yetersizliği sebebiyle istatistiksel değerlendirme yapılamadığı görülmektedir. Diş fırçalama sıklığının beyanında uygulamadan çok yapılması gerekenin belirtilmesi eğiliminin etkisi muhtemeldir. Yıllık düzenli diş hekimine gitme alışkanlığının ebeveynler arasında yok denecek kadar az olması da yine sonucu değiştiren bir faktör olabilir. Yanı sıra annelerin çoğunluğunun sigara içmediğini belirtmesi ki toplumsal normlar gereği sigara içme durumunun belirtilmesinden sakınılması nedeniyle sigara içme sıklığının tam olarak yansıtılmamasına bağlı sonuçla ilişkili faktörler olabilir. Farklı sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklere sahip topluluklarda farklı sonuçlar görülmesi muhtemeldir.

Araştırmaya katılan babalar arasında ise ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketmediğini belirtenlerde sigara kullanımının fazla olduğu ($p=0,284$) ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, “günde bir kez” diş fırçaladığını belirtenlerde sigara kullanımı daha fazla olmakla birlikte ($p=0,300$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, düzenli diş hekimine gitmeyenlerde sigara kullanımı fazla olmakla birlikte gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel test yapılamadığı görülmektedir.

Bireylerin davranış seçimleri ve yaşam şekilleri yaşam kaliteleri ile yakından ilişkilidir. Bireysel seçimlerimiz, sosyo-ekonomik koşullar da dâhil olmak üzere pek çok faktörden etkilenmekte ve yaşam tarzlarımız sağlık durumuzu belirleyen önemli bir faktör olmaktadır (4).

Tütün kullanımı, önlenemez ölümler, iskemik kalp hastalıkları, felç, respiratuar hastalıklar ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar için risk faktörü olması yanında (102) klinik ataşman kaybı ve kemik kaybının eşlik ettiği periodontal hastalıklar ve neticesinde diş kayıpları ve ağız kanserleri içinde risk oluşturmaktadır. “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004” araştırmasında 35-44 yaş aralığının %32,1’inde 3mm den fazla periodontal ataşman kaybı tespit edilirken, 65-74 yaş grubunda %61,7’sinde tespit edilmiştir (61). Başka bir çalışmada 2009-10 yılında 35-44 yaş bandında %43, 65+ üstünde %91’inde 3mmden fazla ataşman kaybı tespit edilmiştir. Ülkemizde periodontal hastalık yükünün fazla ve başta sigara olmak üzere tütün kullanımının periodontal hastalıklar için endişe verici olduğu belirtilmiştir (36). Periodontal hastalık yükü ilerleyen yaşla birlikte artmakta, gözlenen bu artışta yaşlanmanın yanı sıra artan kümülatif yükün neden olduğu artış da tabloyu ağırlaştırmaktadır.

Ayrıca tüm dünyada tütün kullanımında yaşanan düşüşün ardından bir artış eğilimi olduğu bu artışta özellikle adolesanlarda ve özellikle kız çocukları arasında tütün kullanımının artmasının etkisi olduğu belirtilmektedir (103).

Sigara kullanımının adolesanlar arasındaki artış eğilimi endişe verici olup çocukluk çağından itibaren sigara kullanımının hem genel sağlık hem de ağız sağlığı üzerinde neden olacağı hastalık yükü göz ardı edilmemelidir.

Ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi ve alışkanlıkları çocuklarının ağız sağlığı statülerini etkiler, kötü sosyo ekonomik koşullardaki ailelerin ve kötü ağız diş sağlığı

davranışlarına sahip ebeveynlerin çocukları diş çürüğü açısından daha fazla risk altındadır. Özellikle annelerin çocukların ağız diş sağlığı alışkanlıklarını edinmesinde etkisi büyüktür (104).

Çocukların ağız sağlığına ailesel çevrenin etkilerini değerlendiren bir sistematik derlemede uygunluk kriterlerini karşılayan on üç çalışmadan sekizi ailelerin kendi ağız hijyen uygulamalarını, beşi şeker tüketimini, iki çalışma da annenin yaşının çocuklarındaki diş çürüğü deneyimi ile ilişkili bulunurken, ikisinin de de ailenin sosyo-ekonomik durumunu çocuklarının ağız diş sağlığı ile ilişkili olduğu ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip ailelerde çocukların ağız diş öz bakımının daha iyi olduğu sonucuna varıldığı belirtilmiştir (104)

Literatür incelendiğinde Cianetti S ve ark (105) aile gelir ve eğitim düzeyinin düşük olmasının çocuklarda diş çürüğü varlığı ile ilişkili olduğunu, Mobley ve ark (106) düşük gelirli ailelerin çocuklarında yetersiz beslenme ve diyet şeker içeriğinin arttığını, Sujlana ve ark (91) okul öncesi çocuklarda düşük temel eğitime sahip anne, daha yüksek kardeş sayısı, yüksek atıştırma sıklığı, ebeveynin çocuğun şeker tüketimini kontrol edememesi, çocuğun diş fırçalamasına ilişkin ebeveyn denetiminin az olması, ebeveynlerin kendi diş fırçalama sıklığının günde ikiden az olmasının çocukta diş çürüğü sıklığı dolayısıyla ağız sağlığı statüsü ile ilişkili olduğunu belirtirken, Al-Meedani LA ve ark (107), ebeveynin eğitim düzeyi, özellikle annenin eğitim seviyesi, aile gelirinin düşük olması, kalabalık ailelerde çocukların daha yüksek çürük seviyesi ile karşı karşıya oldukları, küçük ailelerde çocukların ağız hijyeninin daha iyi olduğunu belirtmekte, Wellappuli N ve ark (108) aile büyüklüğü, çocuğun sıralaması ve ebeveynin yaşının çocuk çürük deneyimi ile ilişkili olduğunu, Wan Salina WS ve ark. (109) aile eğitim, gelir ve çalışma durumunu çürük deneyimi ile ilişkili bulunurken, çocuğun sıralamasının çürük deneyimi ile ilişkili olmadığını, Sam S. ve ark. (110) annenin eğitim düzeyi, ailenin boyutu ve çocuğun sıralamasının artmış dmfs skoru ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde geleneksel diyet modellerinde kaçınılmaz bir değişim yaşanmakta ve bu durum ağız sağlığı için tehlike oluşturmakta, diyet şeker içeriğinin artışı diş çürüğü prevalans ve insidansının artmasına önemli katkı sağlamakta ve geleneksel diyet kültüründe yaşanan bu

değişimin özellikle göçmenler gibi dezavantajlı çocuklarda ağız sağlığı için tehlike oluşturduğu belirtilmektedir (105,111). Beslenme dış çürüğü artışında etkili olduğu kadar periodontal dokuların sağlıklı gelişimi ve işlevini sağlamasında da etkilidir (112).

DSÖ günlük enerji ihtiyacının % 10'undan fazlasının serbest şekerlerden sağlanması durumunda, dış çürüğünün belirgin şekilde arttığını, dış çürüğü ve kronik hastalıkların hızının azaltılması, yaşam boyu dış çürüğü riskinin minimize edilmesi için %5 ile sınırlandırılmasını önermektedir (45,55).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ara öğün tercihlerini değerlendirmek üzere farklı seçenekler sunulmuştur. Bu seçenekler arasında çok sayıda diş sağlığı üzerine özellikle dış çürüğü için olumsuz etkisi olacak gıda maddesi kombinasyonu bulunmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 384'ü (% 74,9) şekerli yiyecek-içecek seçeneklerinden en az birini tercih etmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısı bisküvi kek gibi şekerli yiyecekler tükettiğini belirtmekte, "Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Profili-2004" araştırmasında da 35-44 yaş aralığında ara öğünlerde bisküvi kek gibi şekerli yiyecek tüketiminin yüksek olduğu, görülmektedir (61). Araştırmamızda ilçe merkezi ve ilçe merkezinden uzaktan katılan ebeveynlerde ara öğünlerde şekerli yiyecek-içecek tüketiminin yüksek olduğu ve benzer dağılım gösterdiği izlenmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da araştırmaya katılan "35 yaş altı" anne ve babalarda, anneler arasında ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin fazla olduğu, annelerin eğitim düzeyine göre benzer dağılımın olduğu, araştırmaya katılan babalar arasında ise ortaokul mezunu olduğunu belirtenlerde fazla olmakla birlikte "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip olanlarda da yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve çalışmadığını belirten annelerde istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketiminin fazla olduğu görülmektedir (p= 0,011).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarında da benzer şekilde "bisküvi kek gibi şekerli yiyecekler"i içeren ara öğünler çocukların dörtte üçü tarafından tüketilmekte ve ilk sırada yer almaktadır. "Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili-2004" araştırmasında da 5 yaş çocukların %77'si, 12 yaş çocukların ise %69,3'ünün tükettiği ara öğün tercihleri arasında bisküvi kek gibi şekerli yiyeceklerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Çalışmamızda çocukların yarısından fazlasının çikolata,

şeker tükettiği belirtilmekte ve çocuklar arasında şekerli içecek tüketiminin ve cips tüketiminin de yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Gökalp S ve ark.(113) “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004” araştırması verilerine göre 12 yaş çocuklarda şekerli yiyecek ve içecek tüketim sıklığının erkeklerde ve kırsal kesimdekiler arasında fazla olduğunu belirtirken, bizim çalışmamızda da merkezden uzak okullardaki ve erkek çocuklarda şekerli yiyecek ve içecek tüketiminin çok az da olsa fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Araştırma bölgesinin ve katılımcıların özelliklerine göre değişim gözlenmesi muhtemeldir.

Diş çürüğünü azaltmak için beslenme tavsiyeleri şeker içeren yiyecek ve içecek sıklığını azaltma, atıştırmalıkları yemek zamanları ile sınırlı tutma, tükürüğün akış hızı ve tamponlama kapasitesi azaldığından gece özellikle yatmadan önceki 1 saat içinde atıştırmaktan kaçınılması, çürük riski az atıştırmalıkların seçiminin teşvik edilmesi, diyet şekerlerinin asidojenik etkisini azaltmak için yemeklerden sonra peynir tüketme, şekersiz sakız çiğneme önerilerini içermektedir (51). Moynihan ve Petersen serbest şekerler içeren gıdaların tüketim sıklığı, günde maksimum 4 kez ile sınırlandırılması gerektiğini belirtmektedir (50).

Hem tükürüğün akış hızının azalması hem de önerilen diş fırçalamanın sabah ve akşam öğünleri sonrası olması nedeniyle ara öğünlerde şekerli yiyecek içecek tüketimi, miktarı, tüketim sıklığı ve diş yüzeyinde kalma süresinin uzaması nedeniyle de diş çürüğü açısından riski artıran bir etkiye sahiptir.

Diş çürüğü ile mücadelede günde 2 kez 2 dakika florürlü diş macunu ile diş fırçalama önerilmekte, kitle iletişim araçlarında yıllardır kullanılmakta ve ağız diş sağlığı profesyonelleri tarafından da kabul görmektedir (114,115). Diş fırçalamanın diş çürüğü ve diş eti enfeksiyonunun azaltılmasında etkili olduğu, diş fırçalama ile mümkün olduğunca fazla diş plağının etkin bir şekilde uzaklaştırılması hedeflenirken, fırçalama süresinin de etkili olduğu 45 saniye fırçalamaya göre 120 saniye diş fırçalama arasında kaldırılan plak miktarı açısından önemli fark olduğu bu nedenle en az iki dakika diş fırçalamanın tavsiye edildiği ancak ortalama diş fırçalama süresinin 45 saniye ile sınırlı kaldığını gösteren çalışmaların da bulunduğu belirtilmektedir (114,116). Kumar S. ve ark (117) diş fırçalama sıklığının diş çürüğü insidans ve çürük lezyon artışı üzerine etkisini değerlendiren çalışmaların Medline

via PubMed, Embase, Cinahl ve Cochrane veri tabanları incelenerek yapılan meta analizi sonucu seyrek ya da nadiren dişlerini fırçalayanların yeni çürük lezyonların görülme sıklığı veya artışı açısından daha sık diş fırçalayanlara göre daha yüksek risk altında olduğu, diş fırçalama sıklığının, çürük insidans ve prevalansının azalmasındaki etkisinin süt dişleri üzerinde daha belirgin olduğu bunun da süt dişlerinin çürüğe daha duyarlı olmasına bağlanabileceği belirtilmektedir. Fırçalama sıklığı ile ilgili etkinin çalışmaların bazılarında florürün etkisinden bağımsız olarak değerlendirildiği, iki çalışmada hem fırçalama sıklığının hem florür mevcudiyetinin çürük lezyonların azalmasıyla ilişkili olduğunun belirtildiği, ayrıca daha yüksek fırçalama sıklığında sağlık bilinci ve motivasyonu, daha yüksek sosyo-ekonomik statü ve daha sağlıklı beslenme gibi faktörlerin de etkisinin olmasının muhtemel olduğu belirtilmektedir (117).

Araştırmamızda ebeveynlerin ve çocuklarının diş fırçalama sıklığı değerlendirildiğinde ebeveynler arasında günde en az iki kez diş fırçaladığını belirtenlerin üçte birinden daha az olduğu, Türkiye 2004 Ağız Diş Sağlığı Profil Araştırmasında da 35-44 yaş bandında benzer şekilde günde en az iki kez fırçalama sıklığının düşük olduğu görülmektedir (61). Çalışmamızda çocukların %24,2'sinin ise günde en az iki kez fırçaladığını belirtildiği görülmektedir. “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004” araştırmasında 12 yaş çocukların %30,1'inin günde en az iki kez dişlerini fırçaladığını belirtilmiştir (61).

Çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde ebeveynlerin diş fırçalama sıklığı çocukların diş fırçalama sıklığında belirleyici görülmektedir. Günde bir kez fırçalamanın fazla olduğu ebeveynlerin çocuklarında da günde bir kez diş fırçalama fazla iken günde en az iki kez diş fırçaladığını belirten ebeveynlerin çocuklarında da günde en az iki kez diş fırçalamanın fazla olduğu görülmektedir.

Ağız diş bakım rutinlerinin oluşmasında ailenin rolü büyüktür. Ebeveynler çocukları için bir rol model oluşturmaktadırlar. Sujlana A ve ark (91) yaptıkları çalışmada kendileri günde iki kez fırçalayan ailelerin çocuklarında da günde iki kez diş fırçalama sıklığının daha yüksek olmasının muhtemel olduğunu belirtmiştir.

Avrupa ve Kuzey Amerika'nın da dâhil olduğu 32 ülkede 11-13-15 yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada tavsiye edilen günde bir defadan fazla diş fırçalama sıklığı en yüksek İsviçre, İsveç, Norveç, Danimarka, Almanya, Hollanda, ABD ve

Kanada'da görülürken, Doğu ve güney Avrupa ülkelerinde düştüğü, en düşük Matla'da erkek çocuklarda %16 kız çocuklarda %26 olduğu görülmektedir. Günde bir defadan fazla diş fırçalama sıklığının erkek çocuklarda %16-80 kız çocuklarda %26-89 arasında değiştiği, İsviçre'de erkek çocuklarının %80'i, kız çocuklarının %89'u günde bir defadan fazla diş fırçaladığı belirtilmektedir. Kız çocuklarında fırçalama sıklığının fazla olmasının altında sosyal ve psikolojik nedenlerle ilişkili olarak ağız sağlığı yaşam kalitesi algısının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olmasına bağlı olabileceğinin düşünüldüğü belirtilmektedir (118).

Çalışmamızda da kız çocuklarında günde en az iki kez diş fırçalama sıklığının erkek çocuklardan fazla olduğu ve cinsiyetler arasında diş fırçalama sıklığında gözlenen farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir. Çocuklarda cinsiyete göre diş fırçalama sıklığı “Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004” çalışması (61) ve literatür ile uyumlu iken, fırçalama sıklığının en düşük olduğu ülkeler seviyesindedir (118).

Maes L. Ve ark (118) Avrupa kıtasında ve Kuzey Amerika'da, cinsiyet, aile refahı ve ebeveyn mesleki statüsünün, adölesanlar tarafından bildirilen diş fırçalama sıklığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu, Ülkelerin tümünde daha yüksek iş statüsünün tavsiye edilen fırçalama sıklığı ile ilişkili olduğunu, Finlandiya ve Norveç dışında ülkelerde aile zenginliğinin günde birden fazla fırçalama üzerinde etkili olduğunun görüldüğünü belirtmiştir.

Aybala Oktay E ve ark. (119) yetişkinlerde diş fırçalama sıklığının eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu, AkioTada A ve ark. (120) aile kompozisyonunun, çalışma durumunun kadınlarda diş fırçalama sıklığı ile ilişkili olduğunu, Vallejos-Sánchez AA ve ark. (121) Meksika'da 6-12 yaş 1373 okul çağı çocuk ile yapılan çalışmada anne eğitim seviyesinin çocuğun fırçalama sıklığıyla ilişki olduğu, Freire de castilhoa AR ve ark.(104) daha genç yaşta olanlarda, kadınlarda, artmış eğitim düzeyi, yüksek yıllık gelir ve şehir merkezinde yaşayanlarda günde en az iki kez fırçalama sıklığının daha yüksek olduğunu belirtilmiştir.

Çalışmamızda ilçe merkezinden katılan ebeveynlerde fırçalama sıklığı daha yüksektir ($p<0,001$). Araştırmaya katılan “30-39” yaş annelerde hem “günde bir kez”, hem “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığının fazla olduğu, araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi arttıkça diş fırçalama sıklığının arttığı ($p<0,001$),

çalışan annelerde de fırçalama sıklığının ($p<0,001$) daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve sosyal güvencesinin olduğunu belirten annelerde diş fırçalama sıklığının daha fazla olduğu ($<0,001$) görülmektedir. Araştırmaya katılan babaların yaş, eğitim, çalışma ve sosyal güvence varlığı ile diş fırçalama sıklığı arasında gözlem sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. Hane geliri artışı ile araştırmaya katılan ebeveynlerin “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığının arttığı ($p<0,001$), evde yaşayan kişi sayısı arttıkça araştırmaya katılan ebeveynlerin hem “günde bir kez” hem de “günde en az iki kez” fırçalama sıklığının azaldığı ($p<0,001$) görülmektedir.

Araştırmaya ilçe merkezinden katılan ebeveynlerin çocuklarında “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalamanın azaldığı, “günde bir kez” fırçalamanın arttığı ($p= 0,008$), araştırmaya katılan “30-39” yaş aralığındaki annelerin çocuklarında da “günde bir kez” ve “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığının fazla olduğu ($p=0,007$), hem annenin eğitim düzeyi ($p=0,004$), hem babanın eğitim düzeyi arttıkça ($p=0,013$) çocuklarının diş fırçalama sıklığında anlamlı ölçüde arttığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin çalışması durumunda diş fırçalama sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,002$), babaların çalışma durumu ile çocuklarında diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı bir fark ($p=0,774$) olmadığı görülmüştür.

Araştırma sonuçları da göstermektedir ki annelerin yaş, eğitim, çalışma ve sosyal güvence varlığı ile hem kendi diş fırçalama sıklığı hem de çocuklarının fırçalama sıklığının arttığı görülmektedir. Anneler çocuklarının ağız bakım alışkanlıklarını edinmesinde önemli bir role sahiptir.

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça çocuklarda “fırçalamıyor/düzensiz” fırçalama artmakta, “günde bir kez” fırçalama azalmakta, “günde en az iki kez” fırçalama sıklığı küçük ailelerde daha fazla gözlenirken “6 ve daha fazla” bireyden oluşan ailelerde “beş” bireyden oluşan ailelere göre daha yüksek görülmektedir ($p=0,035$). Bu sonuçta “günde en az iki kez” diş fırçalama sıklığının uygulamadan çok olması gerekenin belirtilmesi eğiliminin katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Kalabalık ailelerde düşük ekonomik seviye, kırsal yaşam, eğitim düzeyinin daha düşük olması, çalışma hayatına ve sosyal yaşama katılımın düşük olması da diş

fırçalama sıklığı dolayısıyla ağız sağlığı statüsü ile ilişkili faktörler olarak göz ardı edilmemelidir.

Çocuk sayısı arttıkça çocuklarda düzensiz diş fırçalama artmakta günde bir kez diş fırçalama azalmaktadır. Günde iki kez fırçalama iki çocuklu ailelerde en yüksek, bir çocuklu ailelerde iki çocuklu ailelerden daha düşük ama üç ve daha fazla çocuk sayısının olduğu ailelerden daha yüksektir. Ancak çocuk sayısı ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. “Günde en az iki kez” fırçalama ikinci çocuklarda daha fazla, birinci çocuklarda ikinci çocuklara göre daha düşük olmakla birlikte daha yüksek sıralamaya sahip çocuklardan daha fazladır. Ancak çocuğun sıralaması ile çocuğun diş fırçalama sıklığı arasında da anlamlı bir fark görülmemiştir. Santhosh Kumar ve ark. (122) çalışmalarında ikiden az kardeşi olan büyük çocuklarda küçük olanlara ve kardeş sayısı fazla olanlara göre anlamlı derecede fırçalama sıklığını yüksek bulmuştur. Çalışmamızda ikinci çocuklarda fırçalama sıklığı en fazla olmakla birlikte anlamlı bir fark söz konusu değildir.

Araştırmaya katılan “30-39” yaş aralığındaki annelerin kendilerinde ve çocuklarında fırçalama sıklığının fazla olması, daha küçük yaştaki annelerde ilk çocuklarda çocuğa gösterilen özen, zaman ve ilginin etkisi ile daha iyi diş fırçalama alışkanlığının edinilmesi mümkün iken, ağız diş sağlığı bilgi düzeyinin düşük olması ilk çocuklar için bir dezavantaj oluşturabilir, ikinci çocuklarda ise daha önce yaşanan deneyimlerle karşılaşılan ağız diş sorunları ile başa çıkma yollarının farkında olunmasının ve bilgi düzeyinin de artmış olması ihtimal dâhilindedir. “40 yaş ve üzeri” ebeveynlerde ise evdeki çocuk ve dolayısıyla kişi sayısının artması söz konusu olabileceğinden bu durumda da çocuklarının diş fırçalama gibi alışkanlıkların gelişmesinde ebeveyn takip ve kontrolünün yeterince sağlanamamasına bağlı olarak diş fırçalama sıklığının ve etkin ağız diş bakımının sağlanmasının daha zayıf olması ihtimal dâhilindedir.

Florürlü diş macunlarının yaygın kullanımını diş çürüğünün azalmasının önemli nedenlerinden biri olarak görülmekte ve çocuklarda önleme programlarının bir parçası olması gerektiği belirtilmekte ve tavsiye edilmektedir (78).

Çalışmamızda araştırmaya katılan ebeveynlere diş macununun florür içerme durumuna ilişkin sorular yöneltilmiş ebeveynlerin üçte ikisi diş macununda florür olup olmaması gerektiğini bilmediğini belirtirken, %10,5’i diş macunu içinde florür

olmaması gerektiğini belirtmiştir. Dişlerini fırçaladığını belirten ebeveynlerin tamamı diş fırçalarırken diş macunu kullandığını, ancak yine yaklaşık üçte ikisi hem kendi diş macunlarında hem de çocuklarının diş macunlarında florür olup olmadığını bilmediğini, %12,8'i kendi kullandıkları diş macununda florür olmadığını, %14,8'i de çocuklarının diş macununda florür olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan babalar arasında diş macununda florür olup olmaması gerektiğini ve hem kendisinin ve çocuğunun kullandığı diş macununda florür olup olmadığını bilmediğini belirtenler daha fazladır.

Çalışmamızda diş macununda florür olması gerektiğini belirtenlerin de (%34,4), olmaması gerektiğini belirten de (%26,6) üniversite mezunlarında daha fazla olduğu görülmektedir. Kendisinin ve çocuğunun diş macununda florür olmadığını belirten ebeveynlerin üniversite mezunlarında fazla olduğu görülmektedir. Topaloğlu Ak A. ve ark. (20) çalışmasında ebeveynlerin %45'i florürlü diş macunları ile ilgili bilgisinin olmadığını, %40'0 çocuklarının diş macununda florür olup olmadığını bilmediğini, %28'i florürlü, %30'u florürsüz diş macunu tercih ettiklerini, eğitim düzeyinin yüksek olduğu ebeveynlerde florürsüz diş macunu kullanımının fazla olduğunu belirtmektedir (20). Farklı sosyo-ekonomik ve demografik özelliklere sahip gruplarda ebeveynlerin kendileri ve çocukları için diş macunu florür tercihlerinin farklılık gösterebileceği izlenmektedir.

Çalışmamıza katılan ve dişlerini fırçaladığını belirten ebeveynlerin tamamı diş macunu kullandığını belirtmekte, diş macunu alırken de en çok dikkat ettikleri şey macunun markası (%59,5) olurken, %18,3'ü florür olup olmadığına dikkat ettiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan anneler babalardan daha fazla macunun florür içeriğine dikkat ettiğini belirtmektedir. Araştırmanın konusu ve seçeneklerde yer alması nedeniyle daha fazla florür içeriğine dikkat edildiğinin belirtilmesi de muhtemeldir. Tay HL ve ark.(123) çalışmasında da ebeveynlerin çocuklarına diş macunu alırken en çok markasına dikkat edildiği (%91,4) görülmektedir (123). Diş macunu satın alırken gelir düzeyine göre fiyat daha öne çıkan bir husus olurken (123), bizim çalışmamızda gelir durumu göre macunun fiyatına dikkat etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak diş macunu seçiminde fiyat belirtilenden daha fazla etkiye sahip bir faktör olduğu düşünülmektedir. Diğer seçeneği altında ebeveynler arasında, içinde kimyasal olmamasına, bitkisel olmasına, beyazlatma

etkisine, kalitesine, kokusuna, yeşil bantlı olmasına ve bir kişi tarafından da paraben, SLS (sodyum laüiril sülfat) içermemesine dikkat edildiği belirtilmiştir.

Diş macunu seçiminin altında yatan nedenlerin anlaşılması, diş çürüğü ile mücadelede çocuklarda florürlü diş macunu kullanımının artırılması için ebeveynlere doğru bilginin aktarılması önemlidir. Ancak florür ile ilgili bilgi eksikliğinin yanı sıra özellikle bilinçli olarak florürsüz diş macunu tercih edebilecekleri, florürün yan etkileri ile ilgili web sitelerinde birçok bilginin yer aldığı, aralarında diş hekimlerinin de bulunduğu farklı gruplar arasında florür kullanımı ile ilişkili olumsuz yaklaşımlarının da yapılan tercihi etkileyebileceği vurgulanmaktadır (124).

Florürlü diş macunlarının piyasaya sürülmesi ve yaygın kullanımı ile diş çürüğü sıklığında önemli düşüş sağlanmakla birlikte günümüzde topikal florür uygulamalarına karşı duyulan endişenin diş macunu içinde yaşandığı (20), topikal florür retlerinin florürsüz diş macunu tercih etme ile ilişkili olduğu değerlendirilmektedir (125). Çalışmamızda diş macunu içinde florür olmamalı diyen annelerin %93,2'sinin de florürlü vernik uygulamasına izin vermediği, florürlü verniğin zararlı olduğunu düşünen annelerin %96,0'sının çocuğuna florürlü vernik uygulanmasına izin vermediği görülmektedir. Diş macunu içinde florür olmaması gerektiğini düşünenler içinde florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu düşünenlerin yüksek olması yanında hem diş macununda florür olmamalı diyenlerin hemde florürlü vernik uygulamasının zararlı olduğunu düşünenlerin florürlü vernik uygulamasına izin vermedikleri görülmektedir.

Ağız sağlığının korunmasında, kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimi ziyaretlerinin de önemi büyüktür. Sağlık otoriteleri düzenli diş hekimi ziyaretlerini önermektedir. American Dental Association (ADA) (Amerikan Diş hekimleri Birliği), optimal ağız sağlığını korumak için, düşük risk düzeyine sahip bireylerde yılda 1 kez olmak üzere (126), ADA ve Australian Research Centre for Population Oral Health (ARCPOH) (Avustralya Toplum Ağız Sağlığı Araştırma Merkezi) kişinin sağlık durumu ve sağlık geçmişi de göz önünde bulundurularak, risk düzeyine göre diş hekimi tarafından ziyaret sıklığının belirlenmesini önermektedir (126,127).

The American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Birliği) ve ADA, çocuğun diş hekimine ilk ziyaretinin bir yaşını geçmeden ilk süt dişinin çıktığı 6 ay içinde yapılmasını önermektedir (128).

Ancak birçok ülkede çocukların ilk diş hekimi ziyaretinin ötelendiği, bir yaşına kadar ilk diş hekimi ziyaretine götürülen çocukların %10'un altında olduğunu ve çocukların diş hekimi başvurusunun genellikle yaşanan ağrı ya da fark edilen bir çürük nedeniyle olduğu belirtilmektedir (129).

FDI 2018 dünya ağız sağlığı gününde 10 ülkede yapılan araştırmada, 18 yaş ve altı çocuğu olan ebeveynlerin yalnızca % 13' ünün çocuklarını ilk doğum günlerinden önce diş hekimine götürdüğü, ebeveynlerin % 24'ü çocuklarını ilk olarak bir ila üç yaşları arasında, % 22'si dört ila altı yaşları arasında diş hekimine götürürken, ebeveynlerin % 20'si çocuklarını diş kontrolüne hiç götürmediklerinin tespit edildiğini belirtmiştir (130).

“Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004” araştırmasında muayene edilen 5 yaşındaki çocuklar arasında, ilk diş hekimi ziyaretine 3 yaşının altında götürülenlerin, çocukların sadece %5,1'ini oluşturduğu, %82,1'inin de hiç diş hekimine gitmediği belirtilmiştir (61).

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %4,7'si diş hekimine hiç gitmediğini belirtirken, çocuklarının da %13,8'ini hiç diş hekimine götürmedikleri görülmektedir. Çocuğun ilk diş hekimi ziyareti konusunda doğru bilgiye sahip olan ebeveyn sayısının düşük olduğu ve ebeveynlerin yılda en az bir kez kontrol amaçlı diş hekimi ziyaretine gitme alışkanlığının olmadığı ve çocuklarını da yıllık düzenli diş hekimine götüren ebeveyn sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ise çocuğun bir yaşından önce diş hekimi ziyaretine götürülmesi yönünde bir alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda hafıza faktörünün de etkisi de göz önüne alınarak bu husus sorgulanmamıştır.

Bu erken ziyaret sadece çocuğun dişlerinin kontrol edilmesi olarak değil ebeveynlere, çocuğunun ağız hijyeni konusunda rehberlik etmek, beslenme alışkanlıkları, diş çürüğü ve çocuğun gelişimi üzerine etkisine yönelik tavsiyeler, kapanış bozuklukları, travmatik yaralanmalara ilişkin riskler hakkında bilgi edinmelerini sağlamak ve çürük önleme konusunda tavsiyeler ile ebeveynlerin ağız diş sağlığı farkındalığını arttırmak ve sonuç olarak diş çürüğü seyrinin hafifletebilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Yapılacak bu ilk ziyaretin ardından çocuğun düzenli diş hekimi kontrollerine götürülmesi ile koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesi ve çürüklerin erken teşhisi sağlanabilecektir (128).

“Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004” araştırmasında 5 yaş çocukların %69,8’inin an az bir dişinde çürük olduğu, %21,4’ün de altı yaş dişinin çıkmış olduğu tespit edilmiştir (61). Ülkemiz okul öncesi dönemde çocukların tedavi gereksiniminin yüksek olması ve ağızda süt dişi çürüğünün varlığının kalıcı dişlerde de diş çürüğü riskini artıran bir faktör olması ve profil araştırmasında da yaklaşık dörtte birinin ağızda altı yaş dişinin bulunduğu tespit edilmesi okul öncesi koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermekte ancak aradan geçen zaman içinde okul öncesine yönelik herhangi bir program olmadığı, 2014-2015 eğitim öğretim yılında başlayan “Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı” kapsamında sadece okul öncesi 60 ayını tamamlamış ana sınıfı öğrencilerinin programa dâhil edildiği görülmektedir.

FDI 2018 dünya ağız sağlığı gününde ebeveynlerin yarısının (%50,0) çocuğunu diş hekimine götürme nedeni olarak düzenli diş muayenesini belirtirken, Birleşik Krallıkta (% 82), İsveç (% 77), Arjantin (% 65), Fransa (% 63), Amerika Birleşik Devletleri (% 63) ve Avustralya’da (% 56) sı ve Çin’de (% 34) olduğunu, Mısır, Filipinler ve Fas’ta çocuklarının en çok diş hekimine gitme nedeninin ağrı veya yaşanan rahatsızlık olduğunu belirtmiştir (sırasıyla% 56,% 43 ve% 38) (130).

Çalışmamızda araştırmaya katılan ebeveynlerin yarısı son bir yıl içinde çocuğunu diş hekimine götürdüğünü belirtmektedir. Ebeveynlerin %13,5’inin çocuklarını kontrol amaçlı yılda en az bir kez diş hekimine götürdükleri, diş hekimine en son başvuru nedeninin büyük ölçüde (%72,4) diş ve dişetlerinde ağrı veya yaşanan bir sorun nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir.

FDI 2017 dünya ağız sağlığı gününde bireylerin %77’sinin yılda bir kez diş hekiminin ziyaret edilmesi gerektiğini bildiğini ancak %52,0’sinin yılda bir kez diş hekimine gittiğini gösterdiğini belirtmiştir (131).

Çalışmamızda katılım sağlayan ebeveynlerin %89,1’inin kontrol amaçlı yılda en az bir kez diş hekimi ziyaretine gidilmesi gerektiğini bildiği ancak yarısının (%52,8) son bir yıl içinde diş hekimine gittiği, %69,9’unun en son diş hekimine başvurma nedeninin diş ve dişetlerinde ağrı veya yaşanan bir sorun nedeniyle olduğu, %28,4’ünün de tedavi ya da tedavi takibi nedeniyle gittiği, sadece %5,3’ünün kontrol amaçlı yılda en az bir kez düzenli diş hekimine başvurduğu, en

son diş hekimine başvuru nedeninin kontrol amaçlı diş hekimi ziyareti olduğunu belirten ebeveynlerin ise sadece %1,6 olduğu görülmektedir.

Mumcu G ve ark. (132) 2004 yılında yetişkinler ile yaptıkları çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %40,4'ünün son bir yıl içinde diş hekimine gittiğini, son bir yıl içinde sadece kontrol amaçlı diş hekimine gidenlerin katılımcıların %1,6'sını oluşturduğunu, diş hekimine başvuru nedeninin de büyük ölçüde yaşanan ağız diş sağlığı sorunlarına bağlı gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kontrol amaçlı diş hekimi ziyareti alışkanlığının çok düşük olması davranışsal, sosyal, ekonomik belirleyicilerin varlığı dışında sağlık sistemi içinde yaptırımsal düzenlemelere duyulan ihtiyacı da göstermektedir.

Sağlık servislerinin kadınlar tarafından daha çok kullanıldığı (132), düzenli diş hekimine gitmeme durumunun erkeklerde, aile gelirinin az olduğu, annelerin eğitim seviyesinin düşük olduğu ailelerde ve düzensiz diş fırçalama alışkanlığına sahip dolayısıyla ağız hijyeninin kötü olması ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (133).

Çalışmamızda da son bir yıl içinde diş hekimine başvurunun anneler arasında fazla olduğu görülmektedir. Annelerin %59,1'i son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirtirken, babaların %36,5 son bir yıl içinde ağız diş sağlığı sorunu yaşadığını belirtmektedir (p=0,003). Annelerde dolgu ve kanal tedavisi fazla iken (p=0,001), ağızda hiçbir tedavi olmadığını belirtenlerin babalar arasında daha fazla (p=0,008) olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin son bir yıl içinde yaşadığı ağız diş sağlığı sorunları değerlendirildiğinde ise bazı ebeveynler yaptırdıkları tedavileri belirtirken, bazılarının yaşadığı sorunu dile getirdiği görülmektedir. Belirtilen seçeneklerin büyük oranda diş çürüğü ile ilgili olduğu ve %20'sinin sadece diş çekimi için başvurduğunu belirttiği görülmektedir.

Diş hekimliği hizmetlerinden yararlanma bireylerin sosyo-demografik özellikleri, ağız diş sağlığı algısı, hastalık ve sağlık algıları, sağlık konusundaki inanışları, anksiyete, mali sorunlar ve ağız diş sağlığı hizmetlerinin organizasyonu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (132).

Ebeveynlerin ağız diş sağlığı algısı değerlendirildiğinde babalar arasında ağız sağlığını iyi ve orta olarak değerlendirenler annelerden daha fazla iken anneler

arasında ağız sağlığını kötü olarak değerlendirenler daha yüksektir. Hastalık ve sağlık algısı bireylerin sağlık hizmet talebinin de belirleyicilerinden biri olabilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %67,3'ü düzenli diş hekimine gitmeme nedeni olarak gerek duymadığını belirtmekte, beşte biri korktuğunu, %17,7'si ekonomik nedenlerle gitmediğini belirtmekte ve sadece %5,1'i uzak olduğunu belirtmektedir. Gerek duymadığını belirtme araştırmaya katılan babalar arasında daha fazla görülmektedir. Gerek duymama ağrı ya da sorun yaşanmadığı sürece diş hekimi başvurusu yapılmadığı ve ağız sağlığı statüsünün de iyi olmayacağı şeklinde değerlendirilebilir. Bireyin sağlık hizmetini talep eder pozisyona gelmesi için sağlık okuryazarlığının artırılması önemlidir.

Diş hekimine gitmekten korktuğunu belirtenlerin neredeyse tamamını araştırmaya katılan anneler oluşturmaktadır. Anksiyete yaşanan ağız diş sağlığı sorunlarının ötelendiği ancak tedavi boyutunun karmaşıklaştığı ve çoğunlukla dişlerin kaybıyla yüzyüze kalınması ile sonuçlanan bir sürecin varlığını işaret etmektedir. Anksiyete diş hekimine başvurusunun önünde bir engel olduğu gibi çocuklarını diş hekimine götürme ve dolayısıyla ağız diş sağlığı statüsünün de önünde bir engel oluşturmaktadır.

Ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetleri bugün büyük ölçüde kamu tarafından sunulmakta ve alınan katkı payları da az olmakla birlikte asgari ücret düzeyinde gelir belirten ebeveynler için, özellikle merkezden uzak okullarda hem ilçe merkezine ulaşım açısından hem de özellikle protetik tedaviler için il merkezine gidilmek zorunda kalınması ya da ilçede özel sektöre başvuru gerektirmesi nedeniyle maliyet, uzaklık ve zaman açısından bir dezavantaj oluşturabilir.

Çocukluktan itibaren düzenli diş hekimi ziyaretleri uzun vadede sadece olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasına ve ağız sağlığına katkı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitesini de önemli ölçüde artırmaktadır. ARCPOH düzenli diş hekimi ziyaretlerinin ağız hastalıklarının erken evrelerinde teşhis ve yönetilme olasılığını artırdığı ve böylece dişlerde ve diş etlerinde önemli veya geri dönüşü olmayan hasarları sınırladığını belirtmiştir (127).

ABD'de 441 ora-farengeal kanser hastası ile yapılan çalışmada düzenli diş muayenelerinin ağız ve yutak kanserlerinin erken evrelerde teşhisi ile ilişkili olduğu,

ilerleyen evrelerde teşhisin neden olduğu artan mortalite, morbidite ve ekonomik maliyetler göz önüne alındığında, halk sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (134).

John J ve ark. (127) ARCPOH son 6 ay ve 1 yıl içinde diş hekimi ziyaret sıklığının çocuğun yaşı ve özel sağlık sigortasının kapsayıcılığı ile önemli derecede ilişkili olduğunu belirttiğini, yıllık gelir, annenin yüksek iş statüsü, yaş, sigorta kapsayıcılığının fırçalama sıklığı ile ilişkili olduğu, Pau A ve ark.(135) yıllık diş hekimi ziyaretinin gelir ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Yeni Zelanda da yapılan prospektif bir kohort çalışmasında, 32 yaşına kadar uzun süreli düzenli diş hekimliği ziyaretinin daha iyi ağız sağlığı, daha fazla dolgulu dişlere sahip olma, daha az diş kaybı ve diş çürüğüne sahip olma ile ilişkili olduğu görülmüştür (136).

FDI genel sağlığın etkilendiği gibi, ağız sağlığının da düşük sosyo-ekonomik statüye sahip gruplarda olumsuz etkilendiğini, eğitim düzeyinin düşmesi ile birlikte diş hekimine gitme sıklığının düştüğünü bunun da daha az dolgu, daha fazla eksik diş, daha yüksek tütün tüketimi, daha yüksek ağız kanseri oranları, daha yüksek diş çürüğü ve tedavi edilmemiş diş çürüğü yükünün artması ve daha yüksek oranda diş eti hastalığına sahip olunması ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (3).

Çalışmamızda da ilçe merkezinden katılan ebeveynlerde ($p=0,002$), lise ve üstü eğitim seviyesine sahip anneler arasında ($p<0,001$) yıllık düzenli diş hekimine gitme sıklığının anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan annelerin diş fırçalama sıklığı arttıkça yıllık düzenli kontrol amaçlı diş hekimine başvuru sıklığının anlamlı ölçüde arttığı görülmektedir ($p<0,001$). Araştırmaya katılan babalarda da “günde en az iki kez” diş fırçaladığını belirtenlerde yıllık düzenli kontrol amaçlı diş hekimine başvuru sıklığının yüksek olduğu görülmekte ancak gözlem sayısının yetersiz olması sebebiyle istatistiksel test yapılamamaktadır.

Periodontal hastalıklar çiğneme ve konuşma fonksiyonlarının yanı sıra genel iyilik halini ve yaşam kalitesini de olumsuz etkilemekte yetişkin ve yaşlılarda diş kayıplarının nedenlerinden biri olarak ciddi bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir (4). Diş kaybına bağlı olarak dişlerde devrilme, dönme, proksimal temasların açılması, oklüzal dikey kayıp boyutun azalması, ön bölgede aşırı

yüklenme, diş hareketliliği, dişlerde aşınma, temporomandibular eklem fonksiyonlarında bozulmalar yaşanabilmektedir (137).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde diş ve diş eti hastalıklarının neden olduğu diş kayıplarının giderek arttığı, bugün 65-74 yaş dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin doğal dişlerinin tümünü kaybetmiş olduğu belirtilmektedir (5).

DSÖ 1992 teknik raporunda, ağızda yaşam boyu, protez tedavisi gerektirmeyen en az 20 doğal dişe sahip olma durumunun fonksiyonel ve estetik açıdan yeterli olduğunu belirtmiştir (138). Gotfredsen ve Walls (137) yaptıkları sistematik derlemede ön dişlerde dâhil 9 ila 10 çift kantağın olduğu en az 20 dişin yaşlı insanların çoğunda çiğneme fonksiyonu, oklüzal destek ve dental ark stabilitesi sağladığına dair kanıtların olduğunu, bu seviyenin altındaki oklüzal ünite sayısında azalmanın, çiğneme bozukluğuna, gıda seçiminde değişikliğe ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesinde azalmaya neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda 20'den fazla dişi olan kişilere göre daha az sayıda dişin bulunması veya hiç olmaması durumunda, alınan besin miktarının azalması, gıda seçimi ve temel besin maddelerinin alınmasının etkilenmesi, diyetle alınan lif miktarının azalması, diş kaybıyla ilişkili bozulmuş çiğneme fonksiyonunun yaşlı kişilerde yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olabildiği belirtilmektedir. ABD'de yapılan çalışma sonuçlarında biyokimyasal analizlerde serum beta karoten, folat ve C vitamini seviyeleri daha düşük olduğunun görüldüğü belirtilmektedir (137,139). Ciddi diş kaybı olan bireylerin daha az meyve sebze ve et tükettikleri enerji ihtiyacının çoğunu eklenmiş şekerlerden karşıladıkları (140), diş sayısı 20 ve daha fazla olan hastaların daha iyi beslendiği belirtilmektedir (141).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %72,1'i ağızda eksik dişi olduğunu, %18,3'ü bir eksik dişi olduğunu, %19,4'ü iki eksik dişi olduğunu ve dördte biri 5 ve üzeri eksik dişe sahip olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan 11 ebeveynin fizyolojik oklüzyona sahip olmadığı, 4'ünün de hiç doğal dişi olmadığı ve annelerden oluştuğu görülmektedir. Ağızda hiç doğal dişi olmadığını belirten bu 4 ebeveynen en küçüğü 1976 doğumlu total protez kullanan bir annedir. Yani 43 yaşında total dişsizlik problemi yaşayan bir bireydir.

Ebeveynlerin ağız diş sağlığı statüsü çocuklarının ağız sağlığı statüsünü belirler. Ebeveynlerin ağız sağlığı konusundaki alışkanlıkları ve bilgilerinin

çocuklarının ağız sağlığı durumunu şekillendirir. Ağız sağlığı kötü olan çocuklar diş çürüğü açısından daha fazla risk altındadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun ağız sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunu bildiği, %94,3'ünün şekerli ve diş üzerine yapışan gıdaların diş çürüğü ve diş eti hastalıklarına neden olduğunu, % 91,0'i günde iki kez, %89,1'i iki dakika diş fırçalayarak etkin bir temizlik ve diş çürüğünün önlenmesine katkı sağlanabileceğini bildiği halde üçte birinden daha azının günde iki kez diş fırçaladığını belirttiği, %89,1'inin yılda en az bir kez düzenli diş hekim ziyareti yapılması gerektiğini bildiği ancak %5,3'ünün diş hekimi ziyareti yaptığını belirttiği izlenmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 94,3'ü diş yüzeyine yapışan gıda artıklarının diş çürüğü ve diş eti hastalıklarına neden olduğunu belirtirken, diş plağı ebeveynlerin ancak % 8,2'si tarafından doğru tanımlanmıştır. Ebeveynlerin %38,4'ü diş taşını diş plağı olarak tanımlarken %41,1'i bu konuda fikri olmadığını belirtmektedir. Annelerin %9,1'i diş plağının ne olduğunu bilirken babaların ancak % 1,6'sı bilmektedir. Diş plağının ne olduğunu bilme durumuna göre cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,041). Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığı uygulama pratiklerinin toplumun genel eğiliminden çok da farklı olmadığı, yaş, eğitim, gelir, çalışma durumu gibi özelliklerin bireysel ve toplumsal düzeyde etkisi olmakla birlikte basmakalıp bilgilerin bireyin davranışlarında değişime katkı sağlamada yeterli olmadığı görülmektedir.

Ebeveynlerin çocukları ile ilgili, süt dişi çürüğünde dolgu yapılması, süt dişi çürüğünde ağrı yoksa herhangi bir tedavi yapılmasına gerek olmadığı ve kendiliğinden düşmesinin beklenmesinin doğru olup olmadığı ve florür uygulaması ile ilgili konularda bilgi düzeyinin düşük olduğu izlenmektedir. Çocukta diş temizliğine başlama zamanını doğru bilme araştırılmaya katılan annelerde babalardan daha fazla iken yanlış seçeneklerin tümü babalarda daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak ta anlamlıdır (p=0,003).

Yapılan bazı çalışmalarda da ailelerin kötü ağız hijyeni, şekerli yiyecek ve içecek tüketiminin diş çürüğü oluşumunda etkili olduğu ve ağız sağlığının genel sağlığı etkilediği konusunda bilgi düzeyinin yüksek olduğu (142,143), ancak düzensiz diş fırçalama ve diş hekimi ziyaretinin (143) ve çocuklarında diş çürüğü

deneyimin fazla olduğunun görüldüğü (142), çalışmamızla benzer şekilde diş hekimi ana ziyaret sebebinin yaşanan ağız diş sorunu nedeniyle olduğu (142,143), anksiyetenin diş hekimi ziyaretine gitmeyi engelleyen bir neden olduğu belirtilmektedir (143).

Ancak ebeveynlerin özellikle süt dişleri ve çocuklarda yapılacak tedaviler konusunda bilgi eksikliğinin olduğu (143), süt dişlerinin ağızda bulunma süresinin az olması ve yerini kalıcı dişlerin alacak olması nedeniyle tedaviye ihtiyaç olmadığı (142,143), semptom olmayan süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek olmadığı düşünülerek tedaviyi kabul etmeme, çocuğun diş hekimine ağrısı olunca götürülmesi, ağrının giderilmesinde en iyi tedavinin dişin çekilmesi olduğunun düşünülmesi eğiliminin olduğu (142) görülmektedir. Annelerin diş macununun florür içeriği ve florürlü diş macunu ile fırçalamanın diş çürüğünü önlemede etkisi konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu, çocukların ağız sağlığı statüsünde annelerin bilgi tutum ve alışkanlıklarının belirleyici olduğu bu nedenle annelerin ve çocuğun bakımından sorumlu kişilerin ağız sağlığı ve diş bakımına yönelik tutumlarının iyileştirilmesi gerektiğini ve hem çocuklar hem ebeveynleri için, çocukların vakitlerinin büyük çoğunluğunu okulda geçirmeleri nedeniyle de aynı zamanda öğretmenlerin bilgilerin artırılmasının önemli olduğu, bunun için kapsamlı ağız sağlığı eğitim programları gerekliliği belirtilmektedir (143,144).

Çocukların ağız sağlığı davranışları ve ağız sağlığı durumu ebeveynlerin ağız sağlığı ile ilgili tutumları ve genel bilgileri ile yakından ilişkilidir. Ailenin sosyo-ekonomik durumu, eğitim seviyesi, annenin yaşı, ebeveynlerin birlikte yaşamaması, kırsalda ikamet etme, ebeveynlerin diş çürüğü deneyimi, annenin kötü ağız hijyeni alışkanlıkları gibi özellikler çocuğun ağız sağlığını şekillendirir (104).

Çalışmamızda merkez okullardan katılan ebeveynlerde ($p<0,0011$), “lise ve üstü” eğitim düzeyine sahip annelerde ($p=0,002$), çalışan annelerde ($p=0,004$), annelerin yaşı arttıkça ($p=0,030$), aylık gelirin yüksek olduğu hanelerde ($p=0,028$) bilgi puanının anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan babalarda gözlem sayısının yetersiz olması nedeniyle istatistiksel test yapılamamaktadır.

Ebeveynlerin ağız diş sağlığı uygulamaları ve bilgilerinin değerlendirilmesinin ardından Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan “Koruyucu

Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen florürlü vernik uygulaması ile ilgili yaklaşımları değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014-2015 Eğitim Öğretim Yılı bahar yarıyılından itibaren yürütülmekte olan “Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı” kapsamında gerçekleştirilen florürlü vernik uygulama sıklığında, ana sınıfına devam durumu, il ve ilçe dışından gelen öğrenci hareketliliğinin etkisi olabileceği değerlendirilebilir ancak, 1. sınıfın güz yarıyılında bu öğrencilerin 480’inin ilçede eğitim gördüğü aradan geçen 4 yıl içinde sadece 33 öğrencinin farklı sınıf kademelerinde ilçede eğitim sistemine dâhil olduğu izlenmekte ve uygulama sıklığında önemli bir farklılığa neden olmayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %98,0’inin uygulamadan haberdar olduğu, %39,2’sinin 1. sınıftan dördüncü sınıfın sonuna kadar yapıldığını, %32,0’sinin ise ana sınıfından 4. sınıfın sonuna kadar yapıldığını belirttiği görülmektedir. Hafıza faktörünün etkisi ve ana sınıfı okullaşma oranları da dikkate alındığında ebeveynlerin %71,2’sinin uygulamanın ilkokulda hangi sınıflarda yapıldığını bildiği, en azından dörtte birinin ise florürlü verniğin hangi sınıflarda yapıldığını bilmediği değerlendirilebilir. Bu durum ise formun eve gelmemiş olması, farklı ebeveynler tarafından doldurulması ya da formun okunmadan imzalanıp geri gönderilmiş olması ihtimallerini akla getirmektedir. Ayrıca ebeveynlere “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu” nun yani florürlü vernik izin kâğıdının yılda kaç kez gönderildiği de sorulmuş ebeveynlerin %40,6’sı yılda iki kez geldiğini belirtmiştir. Ebeveynlerin yarısından fazlasının uygulamanın yılda kaç kez yapıldığına ilişkin tam olarak bilgi sahibi olmadığı da görülmektedir. Hafıza faktörünün etkisi olması yanında yukarıda belirtilen sebeplerin de etkisi muhtemeldir. “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nun eve gelip gelmemesi ki 1. ve 2. sınıf öğrencilerinde yaşlarının küçük olması nedeni ile formun ebeveyne ulaştırılmasının unutulması, 3. ve 4. sınıf öğrencilerin de ise öğrenci uygulamanın yapılmasını istemiyorsa ebeveyni yerine kendisinin doldurması ya da farklı sebeplerle formun ebeveyne ulaşmaması, ulaşmış olsa bile ebeveynin konuya duyduğu ilgi ve bilginin etkisi ile de formun okunmadan imzalanması ya da farklı ebeveynler tarafından izin verme durumunun değerlendirilmesi gibi sebepler söz konusu olabilir. Ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından itibaren florürlü vernik uygulaması kayıtları

incelendiğinde de %3,7 ile %11,8 arasında onam formunun geri dönüşünün olmadığı görülmektedir.

Dolayısıyla bu sebepler, ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasının hangi sınıflarda yapıldığını, yılda kaç kez yapıldığını bilme durumunu ve aynı zamanda ebeveynin florürlü vernik uygulamasına izin verme sayısı konusundaki beyanını da etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ebeveyn, “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu” eline geçtiği her defasında izin vermiş ya da her defasında izin vermemiş olabilir. Bu durumda ise izin verme durumuna ilişkin kayıtlar ile beyan arasındaki farkta hafıza faktörünün yanı sıra bu hususların da etkili olabileceği açıktır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %56,5’i florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bilmediğini, bildiğini belirten ebeveynlerin ise “diş çürüğünü önlemek, dişleri çürüğe karşı korumak, diş minesini güçlendirmek, diş çürüğünü azaltmak ilerde dişleri korumak, birkaç ay dişleri korumak,” gibi cevaplar verdiği görülmektedir. Ancak cevaplardan, ebeveynlerin florür vernik ya da diş hekimliğinde florür kullanımı, bu ajanların diş çürüğünün önlenmesinde nasıl fayda sağladığı, neden gerekli olduğu ile ilgili bilgi detayı vermediği anlaşılmakta bu da aslında florürlü verniğin neden yapıldığını bildiğini belirten ebeveynlerin bile yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Florürlü vernik uygulamasının yapılma nedenini bilme durumunun ilçe merkezinden katılan ebeveynler arasında ($p=0002$), anneler arasında ($p=0005$), “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip annelerde ($p<0,001$), çalışan annelerde ($0,006$), hane geliri arttıkça ($p=0,030$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Ağız diş sağlığı bilgi düzeyi de benzer şekilde ilçe merkezinden katılan ebeveynler arasında, “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip ve çalışan annelerde, hane geliri artışı ile ilişkilidir. Ağız diş sağlığı bilgi puanı yüksek olanlarda florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirtenlerin de anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0,001$).

ABD’de yapılan bir çalışmada çocukların bakımından sorumlu kişilerin %22,1’inin florürlü verniği hiç duymadığı, %23,6’sı dişlerin üzerine koyulan bir şey, bir kaplama, dişlerin çalkalandığı bir şey olarak tanımlarken, %8,6’sı florür verniği diş macununun veya suyun içinde olan bir şey, %45,7’si ise dişleri koruyan çürükleri

önleyen dişleri sağlıklı tutmayı sağlayan bir şey olarak tanımlamıştır. Yanıtların yüzde 52,7'si florür vernik hakkında bilgi eksikliğinin olduğunu, eksik veya yanlış anlaşıldığını gösterdiği belirtilmektedir (17). Üniversite çocuk diş hekimliği bölümünde tedavi gören 1-17 yaş çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise çocuklarının %89,4'ünün florürlü diş macunu kullandıkları, %74,2'si nin günde iki kez florürlü diş macunu ile dişlerini fırçaladıklarını, okul öncesi çocuklarının %52'sinden fazlasının okul florür bazlı programlara katıldığını ilkokullarda katılımın %72'leri bulmasına rağmen ebeveynlerin çocuklarda kullanılan florür ürünleri ile bilgilerinin yeterli olmadığı belirtilmiştir (145). Katarda yapılan bir çalışma % 90'ının diş sağlığının tüm vücudun sağlığını etkilediğinin farkında olduğunu, %90'dan fazlası şekerli yiyecek ve içeceklerin tüketiminin diş sağlığı açısından önemli olduğunu bildiğini, ancak ebeveynlerin %70'inin florür verniğinin varlığından haberdar olmadığını göstermektedir (146). Çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından çeşitli florür kaynaklarının diş çürüğünü önlemeye nasıl katkı sağladığının anlaşılmasının muhtemel sebeplerden biri olduğu belirtilmektedir (17).

Bu sonuçlar çalışmamızla da paralel olup ebeveynlerin konu ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması ve "Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı" kapsamında gerçekleştirilmesi öngörülen ebeveyn eğitimlerinin yeterlilik ve etkinliğinin değerlendirilmesine ve farklı eğitim modellerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Ebeveynlerin %56,5'i florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bilmediğini belirtirken florürlü vernik uygulaması izin kâğıdı ellerine geldiğinde ya da florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi almak için kime danıştığı sorulduğunda ise %46'sının hiç kimseye danışmadığını belirttiği görülmektedir. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili danıştığı birinin olmadığını belirten ebeveynlerin %72,1'inin florürlü vernik uygulamasına izin vermediği görülmektedir. Danışılan birinin olması durumunda reddetme %61,0'e düşmekte bu fark istatistiksel olarak ta anlamlı görünmektedir.

Herhangi bir bilgi arayışının olmaması yanında çalışmamızda ebeveynler arasında Devlet yapıyorsa yararlıdır diyerek izin verenler olduğu gibi, günümüzde bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili karar verme süreçlerine katılma eğilimlerinin de

katkısı ile farklı bilgi kaynaklarının kullanımı da söz konusu olabilmekte bu noktada bilgi kaynaklarının güvenilirliği önem kazanmaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin dörtte birinin florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için sınıf öğretmenine danıştığını belirttiği görülmektedir. Öğretmenler ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili bilgi almak için ulaşmaları en kolay ve güvenilir meslek grubu olmasına rağmen florürlü vernik ile ilgili ancak dörtte biri öğretmene danıştığını belirtmektedir. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili öğretmene danıştığını belirten grup ile danışmadığını belirten grubun ağız diş sağlığı genel bilgi puanı arasında anlamlı fark yoktur. Ebeveyn ağız diş sağlığı bilgi durumundan bağımsız bir şekilde florürlü vernik uygulaması için öğretmene danışmaktadır. Ancak florürlü vernik uygulamasına izin verme durumuna bakıldığında öğretmene danıştığını belirtenlerde florürlü vernik uygulamasını reddetmenin istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu, son florürlü vernik uygulamasında ebeveynlerin %60,4'ü uygulamaya izin vermezken öğretmene danıştığını belirtenlerin %47,5'inin izin vermediği görülmektedir. Ancak önemli ve güvenilir bir başvuru kaynağı olarak öğretmenlerin florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi ve yaklaşımları önem taşımaktadır. Sınıf öğretmenine danıştığını belirten ebeveynlerin yaklaşık yarısının florürlü vernik uygulamasına izin vermemesi de değerlendirilmesi gereken bir husustur. Hem Sağlık Bakanlığı hem de Programın önemli bir paydaşı olarak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından öğretmenlerin hem bilgilendirilmesi noktasında hem savunuculuk görevi üstlenmesi noktasında girişimlerinin önemli olduğu, Programın gelişimine katkı sağlamada sorumluluğun sadece uygulamayı yapmak üzere görevlendirilmiş ekiplere bırakılmasının bazı aksaklıklara neden olabileceğinin öngörülmesi gerektiği düşünülmektedir.

Uygulamanın aynı eğitim öğretim yılında 6 ay ara ile gerçekleştirilmesi uygulamada görevli ekiplerin hem uygulama organizasyonunu yapmak hem öğretmenlerin ve ebeveynlerin eğitim süreçlerinin yönetilmesini kurgulamak durumunda kalmasının bazı boşlukların oluşmasına neden olması da kaçınılmazdır. Program kapsamında florürlü vernik uygulama sıklığının artırılmasında, öncelikle sağlık personelinde başlayarak, öğretmenlerin ve ebeveynlerin sürecin yönetiminde etkin rol almalarının sağlanması için eğitim modellerinin gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi yanı sıra yaptırımsal ve politik yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %19,5'i florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için diş hekimine danıştığını belirtmektedir. Florürlü vernik ile ilgili ilgili diş hekimine danıştığını belirten ebeveynlerde florürlü vernik uygulamasına izin verme konusunda anlamlı bir artış olmadığı görülmektedir. Bu durumun, diş hekimine başvuru nedeninin büyük olasılıkla yaşanan ağız diş sağlığı sorununa bağlı olduğu ve diş hekimine başvuru sıklığının buna bağlı olarak uzaması, sadece kontrol amaçlı yıllık diş hekimine gitme alışkanlığının olmaması da göz önünde bulundurulduğunda aciliyet arz etmeyen bu konunun danışılmama ihtimali yüksektir. Ayrıca kamu ve özel sektörde tedavi odaklı ağız diş sağlığı hizmeti sunulması diş hekimlerinin koruyucu ve önleyici ağız diş sağlığı hizmetlerinin bir parçası olan florür uygulamaları ile ilgili hastalarını bilgilendirmede ki rolünün değerlendirmesi de mümkün olmadığından bu hususla ilgili çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin, florürlü verniğin zararlı olduğunu öğrendiği kaynaklar arasında diş hekimi, doktor ve diğer sağlık personelinin de bulunmasının, sağlık çalışanlarının topikal florür uygulamaları ile ilgili bakış açılarının değerlendirilmesine ve ilişkili nedenlerin belirlenmesi için araştırmalar yapılmasına, sağlık profesyonelleri içinde konunun ele alınıp, farklı platformlarda tartışılarak doğru bilginin ve iletişimin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu, sağlık otoritelerinin farklı bilgi paylaşımının ebeveynleri etkileyerek florüre gereksiz maruz kalma düşüncesine neden olabileceği, bu hususun ise ebeveyn ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliğinin ve topikal florür uygulamaları reddinin bir göstergesi olabileceği belirtilmektedir (12).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sıklıkla başvurdukları birimler olan aile hekimliği birimlerinde görevli aile hekimleri ve sağlık çalışanlarına florürlü vernik ile ilgili bilgi almak için daha az başvurdukları görülmektedir. Aile hekimliği birimlerinin bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi noktasında kendisine kayıtlı nüfusun ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kontrolün sağlanmasında önemli rolü göz önünde bulundurulduğunda diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelenin bir parçası olarak bireylerin ağız sağlığının geliştirilmesinde doğru bilgiye ulaşmasının sağlanmasında etkin şekilde rol almasının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Yalnızca iki ebeveynin eve gönderilen florürlü vernik izin kâğıdından bilgi edindiğini belirtmiştir. Az sayıda ebeveyn tarafından florürlü vernik izin kâğıdının bilgi edinme kaynağı olarak belirtilmesi, “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nun okunmadığını, ebeveynleri bilgilendirmede etkisinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir. “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nun gözden geçirilmesinin, ebeveynler için anlaşılır, kısa ve çarpıcı bilgiler içerecek düzenlemelere yer verilmesinin doğru bilgiye ulaşma konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %12,1’i florürlü verniğin zararlı olduğunu belirtirken, %58,9’u florürlü vernik uygulamasının yararlı mı zararlı mı olduğunu bilmediğini belirtmiştir. İlçe merkezinden katılan, “lise ve üstü” eğitim seviyesine ve “asgari ücret ve üstü” gelire sahip ebeveynler arasında zararlı olduğunu belirten ebeveyn sayısı anlamlı derecede yüksektir.

Ebeveynlerin %29,0 yararlı olduğunu belirtmiş, yararlı olduğunu belirten ebeveynlerin %28,9’u diş hekiminden, %15,4’ü öğretmenden yararlı olduğunu öğrendiğini belirtmiştir. Ebeveynlerin %10,7’sinin Devlet yapıyorsa yararlıdır diye düşündüğünü belirttiği görülmektedir. “Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu”nu okuyarak yararlı olduğunu öğrendiğini belirten yalnızca 1 ebeveyn bulunmaktadır. Florürlü verniğin yararlı olduğunu internetten öğrendiğini belirten ebeveyn ise oldukça azdır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerden florürlü verniğin zararlı olduğunu belirten ebeveynlerin %21,0’i florürlü verniğin zararlı olduğunu internetten öğrendiğini belirtmektedir. İnternet florürlü verniğin zararlı olduğunun öğrenildiği bilgi kaynağı olarak ilk sırada yer almaktadır.

İnternetin bilgi kaynağı olarak kullanılması bilginin doğruluğu ve güvenilirliği konusunda riskler barındırmaktadır. İnternet üzerinden ulaşılan sağlık bilgilerinin, çocuğun bakımından sorumlu kişilerin, topikal florürürlerin güvenilirlik ve yan etkileri ile ilgili endişelerini artırabileceği ve internet üzerinden bilgi edinmenin florür reddinin sebeplerinden biri olmasının muhtemel olduğu, günümüzde ebeveyn paternlerinde yaşanan değişimin bir taraftan çocuklarının sağlık bakım kararlarını vermede daha aktif rol üstlenmelerine katkı sağlarken bir taraftan da internetin, ortak bir sağlık bilgi kaynağı haline geldiği, bilgi kaynaklarının

güvenilirliğinin önemli olduğu ve halk sağlığı profesyonelleri tarafından florür güvenilirliği, gerekliliği hakkında halkın kullanımına yönelik çevrimiçi kaynaklar geliştirilmesine ihtiyaç olduğu da vurgulanmaktadır (12).

Topikal florürlerin güvenilirlik, gereklilik ve sonuçlar ile ilgili cevap bulmamış soruların olduğu, ülkeler arasında florür ile ilgili soru işaretlerinin genellikle şebeke suyunun florürlenmesi ile ilişkili olduğu, suyun florürlenmesi ile ilgili olarak Down sendromu, öğrenme güçlüğü, kanser veya düşük IQ gibi durumlara yol açtığı inanışların yer almasının etkili olduğunun görüldüğü belirtilmektedir (12).

Araştırmamızda florürlü vernik uygulaması ile ilgili izin verme durumuna ilişkin bazı özellikler değerlendirildiğinde florürlü verniğin yapılma nedenini bildiğini belirten annelerin %66,7'sinin izin vermediği, babaların %78,6'sının izin vermediği, yararlı mı zararlı mı fikri olmadığını belirten annelerin %70,6'sının, yararlıdır diyen annelerin %44,3'ünün izin vermediği, diş macununda florür olmalı diyen annelerin %58,2'sinin, kullandığı diş macununda florür olduğunu belirten annelerin %67,6'sının, çocuğunun diş macununda florür olduğunu belirten ebeveynlerin %64,0'ünün florürlü vernik uygulamasına izin vermediği görülmektedir. Ancak yararlı olduğunu düşünüp izin vermeyenlerin olması, diş macununda olması gerektiğini düşünen ya da kendi diş macununu florürlü seçtiği halde çocuğuna florürlü vernik uygulamasının yapılmasına izin vermeyenlerin olması florür kullanımı konusunda bilgi boşluğunun ötesinde florürlü vernik uygulaması ile ilgili kaygı duyan ebeveynlerin olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan babaların sayısının az olması nedeniyle istatistiksel test yapılamamıştır.

Zararlı olduğunu düşündükleri için çocuklarına florürlü vernik uygulanmasına izin vermediğini belirten ebeveynlerin; beyne zarar verdiği, beyin tümörünü tetiklediği, zekâ gelişimine engel olduğu, florür sürülünce süt dişlerinin kendiliğinden düşmediği morfinle alındığı, dişleri çürüttüğü, içinde kimyasallar ve titanyum olduğu, deney yapıldığını düşündüğü için çocuğunun kobay olarak kullanılmasını istemediği, zararlı olduğu için yurt dışında yasaklandığı, astıma neden olduğu, şeklinde gerekçeler öne sürdükleri görülmektedir. Yararlı olduğunu düşünmediğini belirten ebeveynler arasında vücuda kimyasal maddelerin

girmesinden duyulan kaygının olduğu izlenmektedir. Bu kaygıların spesifik olarak florürlü vernik uygulamasından çok, florür ile ilgili kaygılar olduğu görülmektedir.

Güvensizlik duyduğunu belirten ebeveynler; yeni bir uygulama olduğu, henüz yararlı olduğunun kanıtlanmadığı ve dişleri aşındırdığının söylendiği ve yeni uygulanan henüz hangi kayıplara yol açacağına bilinmediği bu nedenlerle güvenemediklerini belirtmektedirler. Ülkemiz için yeni olarak değerlendirilen florürlü vernik ile ilgili güvensizliğin altında, başka deneyimlerle ilgili önyargıların da olduğu görülmekte, sağlık alanında farklı konularda gerek kitle iletişim araçları, gerek sosyal medya gerekse sağlık profesyonellerinin fikir ayrılıklarını bireylerin kendi sağlık okuryazarlık düzeylerine göre değerlendirme biçimlerinin farklı olmasının da etkisi olabileceği düşünülmektedir. Oysa florürün diş hekimliğinde kullanımı yeni bir uygulama olmayıp çeşitli şekillerde sistemik ve topikal olarak dünya çapında uygulanmakta Ülkemizde de farklı formlarda gerek üniversitelerin çocuk diş hekimliği anabilim dallarında gerekse kamu ve özel sektörde kullanımı olan ayrıca diş macunu içinde de yer alan bir bileşen olarak yıllardır hayatımızın içindedir.

Gerek duymadığını belirten ebeveynler ise, çocuğun dişlerinde çürük olmaması, zaten diş tedavisine götürdükleri, dolgularını yaptırdıkları, çürük olmayınca gerek olmadığı, çürüklerin hızında bir değişiklik olmadığını gözlemledikleri, zaten dişlerinde çok çürük olduğu, florürsüz diş macunu ararken diş yüzeyine sürülmesinin gereksiz olduğu, çok sık yapıldığını düşünme, sabah akşam fırçalamasının yeterli olduğunu düşünme gibi nedenler belirtmektedirler. Burada topikal florürlerin kullanım amaç, hedef ve kullanım şekilleri ile ilgili bilgi boşluğunun olduğu aşikârdır.

Florürlü verniğin 6 yaşının altındaki ve astımlı çocuklarda dâhil küçük yaşlardan itibaren tüm çocuklar için güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir (147). Potansiyel sağlık etkileri arasında mide bulantısı ve ağız mukoza temasına bağlı tahriş olabildiği belirtilmiştir. Aftöz ülser benzeri lezyonlar veya kısa süreli yanma hissi olarak tanımlanan etkiler olabileceği belirtilmekte, üreticiler tarafından da ürün bilgilerinde florür verniğinin ülseratif diş eti iltihabı veya stomatitli hastalarda ve içindeki diğer bileşenlere duyarlı olduğu bilinen hastalarda kontrendike olduğu bilgisinin verildiği belirtilmektedir (147).

Ebeveynlerin, çocuğun uygulamayı yaptırmak istememesi nedeniyle izin vermemesinde, gastrointestinal sistem hassasiyetine bağlı şikâyetlerin belirtildiği görülmektedir. Ebeveynlere çocukları tarafından, florürlü verniğin tadının kötü olduğunun, uygulama sonrası mide bulantısı ve kusma şikâyetleri yaşadıklarının söylenmesi, uygulama prensibi gereği 1 saat bir şey yenilememesi ve çocukların dişlerinde sararmaya neden olması gibi nedenler ile florürlü vernik uygulamasına izin vermediklerini belirtmektedirler. Bazı çocuklarda gastrointestinal sistem hassasiyetine bağlı bu şikâyetler yaşanabilmekte, bazılarında ise arkadaşlarından etkilenmeleri sebebiyle benzer şikâyetler görülebilmektedir. Bu durumun yaşanmak istenmemesinin de uygulamaya izin verilmesini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin beyanlarına göre uygulamaya izin vermemelerinde etkili bir faktör olarak görünen “çocuğun istememesi” durumu, onam formundaki ret gerekçeleri arasında böyle bir seçenek olmadığından değerlendirilememiştir. Ancak az sayıda ebeveynin form üzerine çocuğun istemediği notunu düştüğü görülmektedir (Bkz. Ek 6 Tablo 4.44). Çocuğun istemesinin altında belirtilen hususların özellikle de tat ile ilgili hususun değerlendirilmesi önemlidir.

Ebeveynler ile özellikle annelerle iletişimin güçlendirilmesinin, florürlü verniğin ve uygulama şeklinin gösterilmesinin, kendi uygulamalarına imkân sağlanması gibi yöntemlerle florürlü verniğin tanıtılmasının, farklı topikal florür uygulamalarına göre etki mekanizmasının ve olumlu yönlerinin anlatılmasının, florür vernik kelimesinin yanlış algılamaya neden olmaması için vitaminler gibi alternatif tanımlamaların yapılmasının etkili olabileceği, video ve şekillerle çeşitli florür bileşenlerinin çürük önleme rolleri açıklanması, diş macununda bulunması yanında sinerjik etkisinin ve çocuklar için neden gerekli olduğunun anlatılması için sağlık okuryazarlığının artırılmasına ve basit iletişim stratejileri geliştirilmesine ihtiyaç bulunduğu belirtilmektedir (17).

Uygulama ret gerekçelerine ilişkin kayıtlar incelendiğinde 1. sınıfın güz yarıyılında ilk sırada ret gerekçesi olarak ebeveynlerin %33,3’ü tarafından yeterince bilgi sahibi olmama belirtilirken, 4. sınıfın bahar yarıyılında reddeden ebeveynlerin %28,4’ü tarafından ilk sırada faydalı olduğunu düşünmüyorum seçeneğinin belirtildiği görülmektedir. 1. sınıfın güz yarıyılında reddeden ebeveynlerin %27,5’i zararlı olduğunu düşünürken 4. sınıfın bahar yarıyılında %18,7’si zararlı olduğunu

düşündüğü için izin vermediğini belirtmiştir. Yeterince bilgi sahibi olmadığını belirten ebeveynlerde %5,5 düşüş izlenirken, zararlı olduğunu düşünenlerde %8,8 düşüş ve faydalı olduğunu düşünmeyenlerde %12,1'lik bir artma olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin Florürlü vernik uygulaması aydınlatılmış onam formunda yer alan ret gerekçeleri dışında formun üzerine düştükleri ret gerekçeleri de sunulmuştur (Bkz. Ek 6. Tablo 4.44).

ABD'de yapılan bir çalışmada kayıtlara göre %5,9'u çocukların bakımından sorumlu kişilerin beyanına göre %12,7'si topikal florür uygulamasını reddettiği, 36 yaşından küçük bakıcıların, dört yıllık üniversite ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanların, daha fazla reddettiği, sigorta şeklinin retlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Araştırma kapsamındaki çocukların %70'inde diş çürüğü olduğu halde florürün etkisiz olduğu inancının, sigortası olmayanlar arasında ödeme yapamama durumunun, sosyal normlar ve çocukla işbirliği kurulmasının retlerde etkisi olduğu belirtilmektedir (148). Florür reddi ile ilişkili bakıcı özellikleri arasında 35 yaş altı olma, aşılama reddi, beyaz ırk, yüksek gelirin de yer aldığı belirtilmektedir (12).

Araştırmamızda florürlü vernik uygulamasına izin vermeyenlerin, ilçe merkezinden katılan ebeveynler arasında ($p=0,014$), araştırmaya dâhil edilen çocukların "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip annelerinde ($p=0,013$) ve araştırmaya dâhil edilen çocukların "lise ve üstü" eğitim seviyesine sahip babalarında ($p=0,007$) anlamlı ölçüde daha fazla olduğu görülmektedir. Hane geliri arttıkça florürlü vernik uygulaması redlerinin arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmadığı görülmüştür. Sosyal güvencenin varlığı ile ilişkili anlamlı bir fark da bulunmamıştır. Ülkemizde bireylerin büyük çoğunluğu genel sağlık sigortası kapsamında olup, kamu ağız diş sağlığı hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetinin büyük ölçüde özel sağlık sigortaları üzerinden karşılandığı ülkelerde sigortanın kapsamı ve bireylerin kendi ceplerinden ödedikleri payın yüksek olması ve yaptırımsal koşullar nedeniyle gelir ve sigorta tipi büyük önem taşırken ülkemizde sağlık sisteminden kaynaklı bu değişkenlerin etkisinin azalması doğaldır.

Florürlü vernik, yüksek riskli çocuklarda diş çürüğünü önleme programlarının önemli bir parçası olarak tavsiye edilmesine ve küçük çocuklarda bile kullanımının güvenli olduğunun belirtilmesine rağmen retlerin olması, ebeveynlerin florürün

gerekliliği, güvenilirliği ve sonuçları ile ilgili çözümleri gereken soru işaretlerinin olduğunu göstermekle birlikte, florürlü verniği tam anlamıyla kabul edenlerle tam anlamıyla reddedenler arasında kararsızların olduğu, kararsız ebeveynlerin birçoğunun uygulamayı kabul edebildiği ya da edebileği öncelikle florürü reddeden ve reddetme ihtimali bulunan bu kararsız aileleri tanımlamak için aşı reddinde olduğu gibi aşının güvenilirliği, etkinliği hakkında inanışlarını, tutumlarını ve sağlık profesyonellerine duydukları güveni vurgulayan tarama araçlarının geliştirilmesine ihtiyac olduğu, sonra sorunlu sağlık davranışının altında yatan nedenlerin belirlenmesi ve bu nedenlerin çözümüne yönelik modellerin geliştirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (17). Sosyo-demografik belirleyicilerinin farklı gruplar arasında eşitsizliklerin derinleşmesine neden olabileceği ve neden olduğu sağlık sonuçlarından bazı grupların orantısız şekilde zarar görebileceği unutulmamalıdır. Florürlü vernik uygulaması ve aşı reddinde de olduğu gibi koruyucu ve önleyici yaklaşımların kabul edilmemesinin hastalık yükünün artması ile sonuçlanacağı da açıktır (17).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına ana sınıfından itibaren florürlü vernik uygulama sıklığının belirlenmesi için 5 yıllık florürlü vernik uygulama kayıtları incelenmiştir. Ebeveynlerin izin vermesi durumunda uygulama gerçekleştirilebildiğinden öncelikle izin verme durumları değerlendirilmiştir. Ana sınıfında öğrencilerin %64'üne florürlü vernik uygulamasına izin verilirken dalgalı bir seyir gözlenmekle birlikte dördüncü sınıfın ikinci yarısında öğrencilerin %31'ine florürlü vernik uygulanmasına izin verildiği görülmüştür.

Ebeveynlerin beyanı ile kayıtlardaki izin verme durumunun farklı olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin %38,2'si bütün uygulamalara izin verdiğini belirtirken, kayıtlar incelendiğinde ana sınıfından itibaren bütün uygulamalara izin verilen 14 çocuğun olduğu, hiçbir uygulamaya izin verilmeyen 19 çocuğun olduğu görülmektedir. Ana sınıfına gitmeme ihtimali göz önünde bulundurulduğunda 1. sınıftan başlayarak 4. sınıfın sonuna kadar sadece 41 öğrencide tüm uygulamalara izin verildiği görülmektedir. Farklı sınıflarda ilçede eğitim görmeye başlayan 33 öğrencinin tamamına uygulamanın yapıldığı düşünülse bile tüm uygulamalara izin verme durumunun ebeveynlerin beyanının çok altında olduğu görülmektedir. Birinci sınıftan itibaren dikkate alırsak 4 kez uygulamanın gerçekleştirildiği 46 öğrenci, 5

kez gerçekleştirildiği 71 öğrenci, 6 kez gerçekleştirildiği 66 öğrenci, 7 kez gerçekleştirildiği 65 öğrencinin olduğu hiçbir uygulamaya izin vermeyen ise 44 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Ana sınıfında öğrencilerin %58,3'ine, birinci sınıfın güz yarısında %54,6'sına, bahar yarısında %55,6'sına, ikinci sınıfın güz yarısında %59,5'ine, bahar yarısında %46,5'ine, üçüncü sınıfın güz yarısında %50,5'üne, bahar yarısında %42,2'sine, dördüncü sınıfın güz yarısında % 42,6'sına bahar yarısında ise %26,3'üne florürlü vernik uygulamasının gerçekleştirildiği görülmektedir.

Bu verilerden ana sınıftan ikinci sınıfın bahar yarısına kadar hem uygulamaya izin veren hem de uygulama yapılan öğrenci sıklığının dalgalı bir seyir göstermekle birlikte daha yüksek olduğu izlenmektedir. İkinci sınıfın bahar yarısında ve sonrasında hem izin verme hem de uygulamanın gerçekleştirilme sıklığında düşüş yaşandığı görülmektedir. Bu durum ise 5 yıllık süre ve her eğitim öğretim döneminde iki kez olmak üzere 10 defa ebeveynin önüne izin belgesinin geldiği düşünüldüğünde, uygulama sıklığının fazla olduğunu ve uygulamanın zararlı sonuçları olabileceğini düşünmelerine neden olabileceği, mevcut bilgi kirliliği ve sağlık otoritelerinin bu konuda yeterli savunuculuk üstlenmemeleri nedeniyle oluşan boşluğun da etkisi ile ebeveynlerin konuya olumsuz yaklaşımlarına neden olduğu düşünülmektedir.

Florürlü vernik uygulama sıklığının artırılmasında, uygulamanın reddedilmesinin altında yatan nedenlerin geniş kapsamlı ve farklı yönleriyle ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Uygulama sıklığının önündeki en önemli engel retlerin yüksek olmasıdır ancak tek engel uygulamanın reddedilmesi değildir. Ebeveynlerin 4. sınıftaki çocuklarının ana sınıfından itibaren florürlü vernik uygulaması kayıtları incelendiğinde, %3,7 ile %11,8 arasında onam formunun geri dönüşünün olmadığı görülmektedir. Bu kaybı önlemek için ebeveynlerin uygulama izninin alınması için farklı yöntemlere ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

Ayrıca, florürlü vernik uygulama izni bulunan öğrencilere %84,9 ile %95,8 aralığında uygulama gerçekleştirilirken, % 4,2 ile %15,1 arasında öğrenciye de florürlü vernik uygulama izni olmasına rağmen uygulamanın gerçekleştirilemediği de izlenmektedir. Bu öğrencilerin çoğunluğuna uygulama gününde okulda

olmamaları nedeniyle florürlü vernik uygulamanın gerçekleştirilemediği, bu sebeple uygulamanın gerçekleştirilemediği durumlarda ebeveynlerin uygulamayı yaptırıp yaptırmadığına ilişkin bir takip yapılamadığı, oluşan bu boşluğun giderilmesi için ilgili kayıtların tutulması takip ve kontrolünün sağlanması ve yaptırımsal düzenlemelerin olması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarına ilişkin özellikler ile florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu da değerlendirilmiştir. İlçe merkezinden katılan ebeveynlerde ($p<0,001$), “lise ve üstü” eğitim seviyesine sahip annelerde ($p=0,002$), çalışan annelerde ($p=0,004$), annenin yaşı arttıkça ($p=0,030$) ve hane geliri artışı ile ($p=0,028$) ağız diş sağlığı bilgisinin anlamlı ölçüde artış gösterdiği, bilgi puanı yüksek annelerin hem kendilerinde ($p=0,002$) hem çocuklarının da diş fırçalama sıklığı anlamlı ölçüde yüksek olduğu ($p=0,001$) görülmüştür. Araştırmaya katılan hem anneler hem babalar arasında kontrol amaçlı yıllık düzenli olarak diş hekimine gittiğini belirten ebeveyn sayısının az olmasının da etkisi ile ağız diş sağlığı bilgi puanı ile ebeveyn kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimi kontrolüne gitme arasında anlamlı bir fark bulunmazken, araştırmaya katılan ve çocuğunu kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimi kontrolüne götürdüğünü belirten annelerin bilgi puanının istatistiksel olarak da anlamlı ölçüde ($p=0,001$) fazla olduğu görülmüştür.

Ancak araştırmaya katılan ebeveynin diş fırçalama sıklığı, kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine gitme sıklığı ve çocuğunu kontrol amaçlı yıllık düzenli diş hekimine götürme sıklığı ile florürlü vernik uygulamasına izin verme durumu arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ne ağız diş sağlığı bilgisi fazla olan ebeveynlerde ne de ağız diş sağlığı alışkanlıkları daha iyi olan ebeveynlerde florürlü vernik uygulamasına izin verme ile anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durum genel ağız diş sağlığı bilgi düzeyinin ötesinde diş hekimliğinde florür kullanımını konusunda bilgi boşluğunun olduğunu göstermektedir (17).

Bu sonuçlar florürlü vernik uygulaması ile ilgili ebeveynlerin karar vermelerinde öğretmenlerin önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermekte, en önemli odak noktalarından biri olarak öğretmenlere yönelik müdahalelerin planlanmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca zararlı olduğunu düşünen ebeveynlerin tereddüt eden ebeveynler olmadığı florürlü vernik uygulamasına izin vermemeyi tercih

ettikleri bu nedenle altında yatan nedenlerin belirlenmesi ve bu nedenlere yönelik çözüm yöntemleri geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri florürlü vernik uygulaması retlerinin yüksek olması ve araştırmanın yapıldığı evrenin özelliklerinin araştırma yanlılığını önleme adına yöntemin uygulanmasını güçleştirmiştir. Araştırmada iki aşamalı, tabakalı ve küme örnekleme yöntemiyle örnek seçimi yapılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkili olduğu düşünülen bazı sosyo-demografik özelliklerin (eğitim, ekonomik durum, çalışma durumu gibi) homojen dağılım göstermeme durumu nedeniyle merkez ve merkezden uzak okullar sınıflandırılarak tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Merkezden uzak 10 okuldan dördüncü sınıf öğrenci sayısı 20'nin altında olan 6 okuldaki toplam 59 öğrenci çalışma dışında bırakılmıştır. Bu durumda araştırmaya dâhil edilen merkezden uzak 4 okulda 132, merkezdeki 9 okulda ise 1129 dördüncü sınıf öğrencisinin eğitim gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmanın evrenini 1261 sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Buna göre sayıya orantılı ayırma ile tabakalandırma yapıldığında dördüncü sınıf öğrencilerinin %10,5'i merkezden uzak okullardan, % 89,5'i ise merkez okullarda öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü 380 olduğundan ağırlıklandırma yapıldığında, merkezden uzak okullardan 40 öğrenci, merkez okullardan ise 340 öğrenciye ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir.

Ancak merkezden uzak okullardan örnekleme dâhil olacak öğrenci sayısı çok az olacağından, retlerin yüksek olması, katılımın düşük olması ya da davete katılmayı kabul edenlerin sadece izin verenler ya da sadece reddedenlerden oluşması ihtimali gibi nedenlerle merkezden uzak okullara ait homojen bir dağılımın elde edilebilmesi mümkün olmayabileceği için ve araştırmanın asıl amacının tabakalanan grupların temsil edilmelerini garanti altına almak olması sebebiyle araştırmada yanlı sonuca neden olmamak için merkezden uzak okullardaki 132 öğrencinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda merkezde bulunan 9 okulda öğrenim gören 1129 dördüncü sınıf öğrencisinin 340'ının ebeveynine ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklemdeki heterojeniteyi sağlamak için merkezdeki her okulun 4. sınıf öğrenci sayısına göre o okulun ağırlığı göz önünde bulundurularak, her okul için ulaşılması gereken öğrenci sayısı belirlenmiş ve

rastgele olarak Őube seğimi yapılmıŐtır. AraŐtırma sonunda merkez okullardan 391 ebeveyne ulaŐılmıŐtır. Tabaka iğinde kűmeler arası ağırlıklandırmaya dikkat edilerek ve kesitsel bir araŐtırma olarak her ebeveynin katkısının da önemli olduğu göz nűnde bulundurularak merkez okullardan 391 ebeveyn tarafından doldurulan anket formu araŐtırmaya dâhil edilmiŐtır.

BaŐlangıęta tabakalar arasındaki daęılım merkezden uzak okullarda %10,5, merkez okullarda % 89,5 iken araŐtırma sonunda merkezden uzak okullarda %23,8, merkez okullarda %76,2 olmuŐtur. Ancak tabakaların temsil edilmesinin saęlandığı, seęildięi evreni temsil eden bir örnekleme elde edildięi ve dolayısıyla hem tabaka ięi hem tabakalar arası yanlılıęa sebep olacak sonuęların nűne geęildięi dűŐűnűlmektedir. AraŐtırma kapsamında İlęe Saęlık Műdűrlűęűnden alınan kayıtlarda florűrlű vernik uygulamasına izin verme durumu deęerlendirildięinde evreni oluŐturan drdűncű sınıf ęrencilerinin %30,9'una florűrlű vernik uygulamasına izin verildięi tespit edilirken, rneklemeindeki öęrencilerin %31,0'ma izin verildięi grűlmektedir. Bu da örneklemin evreni yansıtan bir örnekleme olduęunu göstermektedir.

AraŐtırma kendi evreni ięin geğerli olup genellenememesi kısıtlılıklarından biridir. Ayrıca araŐtırma kapsamında ebeveynlerin ağız diŐ sağlığı alışkanlıklarına ve yaŐanan ağız diŐ sorunlarına iliŐkin veriler ebeveynlerin beyanına dayanmaktadır. Klinik muayene bulguları ile desteklenmemesi kısıtlılıklarından biridir. Çocukların bazı alışkanlıklarına iliŐkin özellikleri ebeveynin beyanına dayalı olup, ağız sağlığı statűsűnűn değerlendirilmesinde ağız diŐ muayene bulguları ile desteklenmiŐ ęalıŐmalar daha objektif değerlendirmelerin yapılmasına katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çubuk ilçesi devlet ilkokullarında 2018-2019 eğitim öğretim yılında eğitim gören 4. sınıf öğrenci ebeveynlerinin Sağlık Bakanlığı Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı kapsamında gerçekleştirilen florürlü vernik uygulamasının çocuklarına yapılma sıklığı, uygulamaya yaklaşımları ve ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında öğrencilerin ebeveynlerinin üçte birinin son olarak yapılan florürlü vernik uygulamasına izin verdiği belirlenmiştir. Florürlü vernik uygulaması ile ilgili ebeveynlerin bilgi düzeyinin düşük olduğu, yararlı olduğunu düşünenlerin bile büyük çoğunluğunun çocuklarına florürlü vernik uygulamasının yapılmasına izin vermedikleri görülmektedir. Yıllar içinde florürlü vernik uygulamasına izin verme sıklığı düşmekte, ilk yıllarda daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı florürlü vernik uygulaması ebeveyn retlerinin altında yatan davranışsal, sosyal ve kültürel nedenlerini belirlemek için epidemiyolojik çalışmaların yapılması, bu faktörlere yönelik kanıta dayalı müdahalelerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Öğretmenlerin program kapsamında motivasyonlarının artırılması, florürlü vernik uygulaması ile ilgili bilgilerinin artırılması bu programda ki önemli rollerinin desteklenmesi için Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ve Üniversite işbirliği ile stratejiler belirlenmelidir.

Anne ve babaların ağız diş sağlığının önemi koruyucu ve önleyici yaklaşımlar hakkında bilgi sahibi olmaları için eğitim programlarının geliştirilmesi, anne adaylarının hamilelikten başlayarak bebeğinin ağız sağlığı ve diş çürüğü ile mücadelede bilgi düzeylerinin artırılması sağlanmalıdır.

Ebeveynlerin ve toplumun florür uygulamaları ile ilgili doğru bilgi kaynaklarına ulaşması önemlidir. Özellikle sosyal medya ve internetin ortak bilgi kaynağı haline geldiği bu dönemde bireylerin doğru bilgiyi edinmelerini sağlayacak web tabanlı bilgi portalları oluşturulması, kamu spotları geliştirilmesi, televizyon ve sosyal medyada sık sık yer almasının sağlanması toplumun farkındalığını artırmak için fayda sağlayacaktır.

Florürlü vernik uygulamasının tek başına ağız diş sağlığının korunmasında etkisinin sınırlı olacağı ancak uygun ağız bakımı, beslenme ve bebeklikten

başlayarak düzenli diş hekimi ziyaretlerini de içine alan bir bütünün parçası olduğu bazı davranış değişimlerinin sağlanmasının bütün sorumluluğunun bireye yüklenemeyeceği yasa koyucuların da sorumluluğu olduğu düşünülmektedir.

Onam formunda olumsuz cümlelerden kaçınılarak kısa anlaşılır bilgilere yer verilmesi önemlidir. Geri dönüşü sağlanamayan florürlü vernik uygulaması aydınlatılmış onam formlarının önüne geçmek için Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak stratejiler belirlenmelidir. Florürlü vernik uygulama izni olduğu halde uygulama gününde okulda olmadığı için uygulamanın gerçekleştirilemediği öğrencilerin sağlık kuruluşuna başvurmasını sağlayacak yaptırımlar belirlenmeli, aile hekimliği, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları bilgi sistemleri entegrasyonun sağlanarak takip ve izlemi sağlanmalıdır.

TDB, Diş Hekimleri Odaları ve Pedodonti Derneği gibi ilgili sivil toplum kuruluşlarının florürlü vernik uygulamasına destek vermesinin sağlanması için üyelerine yönelik çalışmalar yapılması sağlanmalı ve toplumsal projelere destek vermeleri için teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st - implications to oral health research of World Health Assembly 2007. World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37: 1-8.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization.* 2005; 83 (9): 661-69.
3. Hescot P, Edelson J, Ben Yaya I, Chuan How K, Kambara M, Benzian H. Oral Health Worldwide. A report by FDI World Dental Federation. [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi: 27.10.2019] [Erişim adresi]: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/2015_who_d-whitepaper-oral_health_worldwide.pdf
4. The Challenge of Oral Disease: A call for global action, the second edition of the Oral Health Atlas. [İnternet].2015.[erişim Tarihi: 27.10.2019] [Erişim adresi]: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf 2015
5. Treerutkuarkul A, Karl Gruber. Prevention is better than treatment *Bulletion World Health Organization* [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi: 17.11.2018]. [Erişim adresi]: file:///C:/Users/win7/Downloads/Prevention_is_better_than_trea.pdf
6. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T ve ark. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *Journal of Dental Research.* 2017; 96 (4) 380–387.
7. Glick M, Silva OM, Seeberger GK, Xu T Pucca G, Williams DM, Kess S ve ark. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal.* 2012; 62: 278–291.
8. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P ve ark. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [İnternet]. 2013. [Erişim Tarihi: 20.11.2019]. [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009378.pub2/pdf>
9. Ptersen PE, Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride – the WHO approach. Geneva. *Community Dental Health.* 2016; 33: 66–68.
10. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental diseases in 168 countries and corresponding health care costs. *Journal of Dental Research* 2017; 96 (8): 845-854.
11. Mullen J. History of Water Fluoridation. *British Dental Journal.* 2005; 199 (7):1-4.

12. Chi DL, Basson AA. Surveying Dentists' Perceptions of Caregiver Refusal of Topical Fluoride JDR Clin Trans Res.2018; 3(3) : 314-320.
13. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 2007;31(4): 3-10.
14. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Programı Florürlü Vernik Uygulama Rehberi [İnternet].2016 [Erişim Tarihi: 08.05.2020] [Erişim adresi]:
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Florurlu_Vernik_Uygulama_Rehberi.pdf
15. Sağlık Bakanlığı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Uygulamaları- Florürlü Vernik Uygulaması [İnternet]. [Erişim Tarihi: 08.05.2020] [Erişim adresi]:
[https://sagligim.gov.tr/agiz-dis-sagligi/florurlu-vern timer-uygulamasi.html\(15\)](https://sagligim.gov.tr/agiz-dis-sagligi/florurlu-vern timer-uygulamasi.html(15))
16. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 81 İl Sağlık Müdürlüklerine Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programı Değerlendirme Yazısı [İnternet]. [Erişim Tarihi: 08.05.2020] [Erişim adresi]:
https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/toplum_sagligi_db/KORUYUCU_AGIZ_VE_DIS_SAGLIGI_PROGRAMI.pdf
17. Chi DL, Richman J, Senturia K, Zahlis E. Caregivers' understanding of fluoride varnish: implications for future clinical strategies and research on preventive care decision making. Journal of public health dentistry. 2018;78(4):282-86)
18. Chi DL. Parent Refusal of topical fluoride for their children: clinical strategies and future research priorities to improve evidence-based pediatric dental practice. Dent Clin. N. am.2017;61(4):607-617.
19. Kargül B, Kalyoncu İÖ, Has S, Eren Giray F. Velilerin 'okullarda florürlü vernik uygulaması' programı hakkında tutum ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. 2019; 29 (4): 556-62.
20. Topaloğlu Ak A, Aksoy, H, Öner Özdaş D. Türk ailelerinin florlu diş macunu ve topikal flor uygulamaları hakkında bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi: Pilot çalışma. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2018; 39(3): 160-164.
21. Güner AE, Kocayigit E, Üzer T, Yargıcı AS. İstanbul ilinde öğrenci velilerinin florürlü vernik uygulamasına bakış açıları üzerine bir çalışma. Karakoç FY, Abacıgil F. Önde M, İnandı T, Koşan Z, Editörler. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı; 26-30 Kasım 2019; Antalya. Ankara: Turkish Society of Public Health Specialists /Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) <https://uhsk.org/2019/images/KONGRE2019.pdf> ;2019.s. 817.
22. Lee JY, Watt RG, Williams DM, Giannobile WV. A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research Journal of Dental Research. Journal of Dental Research. 2017; 96 (2): 125-27.

23. Sheiham A, General health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. 2005 [İnternet]. [Erişim Tarihi: 12.11.2020] [Erişim adresi]: [https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2005.v83n9/644-644/en.83\(9\):641-720](https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2005.v83n9/644-644/en.83(9):641-720).
24. Manicone PF, Tarli C, Mirijello A, Raffaelli L, Vassallo GA, Antonelli M, ve ark. Dental health in patients affected by alcohol use disorders: a cross-sectional study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(22):5021-5027.
25. Peres MA, Macpherson LDM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, ve ark. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019; 394: 249–60.
26. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003; Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme 2003 Geneva. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (1): 3-24.
27. Yücetaş Ş. Ağız ve çevre dokusu hastalıkları. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2005. s.377.
28. Oral diseases and conditions. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 12.11.2020] Erişim tarihi [22.12.2019] [Erişim adresi]: who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health.
29. Taş N. Okul çağı çocuklarının ağız ve diş sağlığı eğitiminde broşür ve video yöntemiyle bilgilendirmenin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Ankara: hacettepe Üniversitesi; 2016.
30. Feller L, Khammissa RAG, Altini M, Lemmer J.Noma (cancrum oris): An unresolved global challenge. Periodontology 2000. 2019;(80):189–199.
31. Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. JOE. 2013; 39(3):2-5
32. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, NooshinAbbasi N, ve ark. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018; 392 (10159):1789–858.
33. List S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases journal of dental research. 2015; 94 (10) 1355–1361.
34. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı; 2018. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 12.11.2020] [Erişim adresi]: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
35. Özşin Özler C. Altındağ ilçe milli eğitim müdürlüğü'ne bağlı anaokullarındaki 3-6 yaş çocukların ağız-diş sağlığı durumunun belirlenmesi. [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
36. İlhan D, Oktay İ, Nur B, Fisekcioglu E, Lim S, Lepkowski JM, Ismail AI, Percentage and severity of periodontal diseases in Turkish adults aged 35 years, 2009-10. Journal of Public Health Dentistry. 2017; 77 (4):326-333.

37. Dülgergil ÇT, Hamidi MM, Dall M, Ercan E, Türkoğlu Ö. As a standart preventive method brush-on fluoride application in primary schools: Four years field study results. *Cumhuriyet Dental Journal*. 2014;18 (1): 37-46.
38. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Research*. 2004; 38(3):182–191.
39. Motisuki C, Monti LL, Spolidorio DMP, Santos-Pinto L. Influence of sample type and collection method on *Streptococcus mutans* and *Lactobacillus* counts in the oral cavity. *Arch Oral Biol*. 2005; 50 (3): 341-345.
40. Beighton D. The complex oral microflora of high-risk individuals and groups and its role in the caries process. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 248–255.
41. Yalçın Çakır F, Gürkan S, Attar N. Microbiology of dental caries. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2010; 34 (3,4): 78-91.
42. Bhayat A, Madiba TK. Is dental caries contagious. *The South African Dental Journal* 2017; 72 (7) :302 – 04.
43. Stookey GK, Chin JR, Kowolik JE. Dental Caries in the Child and Adolescent in: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, editors. *McDonald and Avery's Dentistry for the child And Adolescent*. 10. Chine. Elsevier Health Sciences; 2016. Bölüm 2 Chapter 9 155-167.
44. Koçanalı B, Topakoğlu A, Çoğulu D. Çocuklarda diş çürüğün neden olan faktörlerin incelenmesi-The Journal of Pediatric Research 2014; 1(2):76-9
45. Sugars and dental caries. WHO technical information note. [İnternet] 2017 [Erişim tarihi 12.11.2019] [Erişim adresi]: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259413/WHO-NMH-NHD-17.12-eng.pdf;jsessionid=293607A59BAA55D5047C208833396F49?sequence=1>
46. WHO/FAO. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/ FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. Report No: 916. 149 (WHO, 2003) [İnternet]. [Erişim tarihi 12.11.2019] [Erişim adresi]: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/>
47. Peker K, Bermek G. Diş çürüklerinin etyolojisinde ve önlenmesinde fermente olabilen karbonhidratların önemi. *İstanbul Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2008; 42(3,4): 1-9.
48. Hujoel PP, Lingstrom P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *J Clin Periodontol* 2017;44(18):79-84.
49. Sachdev R. Sugar substitutes and dental health *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*. 2018; 7 (9):1668-73.
50. Moynihan P, Petersen PE Diet, nutrition and the prevention of dental diseases *Public Health Nutrition*. 2004; 7(1A), 201–226 Doi: 10.1079/phn2003589.
51. Moynihan P.J. Dietary advice in dental practice. *British dental journal*.2002; 193(10) : 563-568.

52. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children 2015 [İnternet] 2015. [Erişim tarihi:16.11.2020]. [Erişim adresi]: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=jVk0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=WHO+Guideline+on+sugars+intake+for+adults+and+children&ots=0jahB5Scmc&sig=LomyXtj0Kx6L3PkCQwGKFMJbG6w&redir_esc=y#v=onepage&q=WHO%20Guideline%20on%20sugars%20intake%20for%20adults%20and%20children&f=false
53. Moynihan P, Makino Y, Petersen P.E, Ogawa H. implications of WHO Guideline on sugars for dental health professionals. *Community dent oral epidemiol.* 2018;46:1-7.
54. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition* 2001; 4 (2B): 569-91.
55. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to Inform WHO Guidelines. *J Dent Res.* 2014; 93(1):8-18.
56. Burt BA, Baelum V, Fejerskov O. The Epidemiology of Dental Caries. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E, Editors. *Dental Caries: The disease and its clinical management.* 3rd ed.yayın yeri :British Dental Journal; 2008. s. 123-141.
57. Shivakumar KM, Prasad S, Ghandu GM. International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries. *J Conserv Dent.* 2009; 12(1): 10-16.
58. Gugnani N, Pandit IK, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A New Concept. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2011; 4(2): 93–100.
59. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein V, Helderma W. PUFA-an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38 (1): 77-82.
60. Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.* 2003; 53 (5):285-288.
61. Gökalp S, Güçüz Doğan B. Türkiye ağız diş sağlığı profili 2004. 2. Basım. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2009. s.19-26.
62. Marthaler TM. Changes in Dental Caries. 1953–2003. *Caries Res.* 2004; 38:173-181.
63. Explore oral health. Oral health country/area profile Project. Malmö unıversty. [İnternet]. 2011 [Erişim tarihi:16.11.2020]. [Erişim adresi]: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/>
64. Çalışkan D, Işık A, Yaşar F, Yıldırım N, Elhan A. Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki bir İlkokulda Diş Çürükleri ve Etkili Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 1999; 52 (2): 77-82.
65. Tulunoğlu O, Bodur H, Ulusu T, Ciğer R, Odabaş M. Okul öncesi(3-6 yaş) ve okul çağındaki (7-8 yaş) çocuklarında diş yüzeylerindeki çürük dağılımının ve prevalansının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *GÜ Diş. Hek. Fak. Dergisi.* 2003; 20: 11-16.

66. Namal N, Vehit HE, Can G. Risk factors for dental caries in Turkish preschool children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2005; 23 (3): 115- 118.
67. Köksal E, Tekçiçek M, Yalcin SS, Tugrul B, Yalcin S, Pekcan G. Association between anthropometric measurements and dental caries in Turkish school children. *Cent Eur J Public Health.* 2011; 19 (3): 147- 151.
68. Özer S, Sen Tunc E, Bayrak S, Egilmez T. *Eur J Paediatr Dent.* 2011; 12 (2): 103-106.
69. Fluoride. [İnternet] 2015 [Erişim tarihi: 26.12.2020]. [Erişim adresi]: <https://www.chemicalsafetyfacts.org/fluoride/>.
70. WHO. Preventing disease through healthy environments inadequate or excess fluoride: a major public health concern. [İnternet] 2019 [Erişim tarihi: 03.01.2021] [Erişim adresi]: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329484/WHO-CED-PHE-EPE-19.4.5-eng.pdf>
71. O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S, Lennon MA, Petersen PE, Rugg-Gunn AJ, ve ark. Fluoride and oral health. *Community Dental Health.*2016;(33):69-99.
72. Ihezor-Ejiofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R ve ark. Water fluoridation for the prevention of dental caries (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD010856 [İnternet] [Erişim tarihi: 04.12.2019] [Erişim adresi]: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010856.pub2/pdf/CDSR/CD010856/CD010856_abstract.pdf
73. Bansal A, Ingle NA, Kaur N, Ingle E. Recent advancements in fluoride: A systematic review. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015; 5(5): 341–346.
74. McDonagh M, Whiting P, Bradley M, Cooper J, Sutton A, Chestnutt I. Systematic Review of Public Water Fluoridation. [İnternet] 2000 [Erişim tarihi: 04.12.2019] [Erişim adresi]: http://www.fluoridation.nz/uploads/4/2/8/8/42885971/york_review.pdf
75. Petersen PE, Kwan S, Ogawa H. Long term evaluation of the clinical effectiveness of community milk fluoridation in Bulgaria. *Community Dental Health.* 2015; 32; 199–203.
76. Yeung CA, Chong LY, Glennly AM. Fluoridated milk for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* [İnternet] 2015 [Erişim tarihi: 30.05.2018] [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003876.pub4/epdf/abstract>
77. Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. [İnternet] 2013 [Erişim tarihi:20.12.2019] [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-Wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002279.pub2/pdf/abstract>
78. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, Van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2019; 20:507–516.

79. Marinho VCC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents Cochrane Database of Systematic Reviews.20016, Issue 7 Art. No.: CD002284. [İnternet] 2016 [Erişim tarihi: 29.05.2018] [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002284.pub2/epdf/abstract>
80. Winter J, Jablonski-Momeni A, Ladda A, Pieper K. Effect of supervised brushing with fluoride gel during primary school, taking into account the group prevention schedule in kindergarten. *Clin Oral Invest* 2017; 21: 2101–2107.
81. Stokes E, Ashcroft A, Burnside G, Mohindra T. Randomised controlled trial of the efficacy of a high-fluoride gel self-applied by toothbrushing in children at high caries risk. *Caries res.* 2011; 45:475–485.
82. Ferreira MA, Latorre Mdo R, Rodrigues CS, Lima KC. Effect of regular fluoride gel application on incipient carious lesions. *Oral Health Prev Dent.* 2005; 3:141–149.
83. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; Issue 6:CD002280) [İnternet] 2015 [Erişim tarihi:29.05.2018]. [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002280.pub2/pdf/abstract>
84. Autio-gold JT, Courts F. Assessing The Effect of Fluoride Varnish on Early Enamel Carious Lesions in The Primary Dentition. *Jada.*2001;132(9): 1247-53.
85. Lenzi TL, Montagner AF, Soares FZM, Rocha RO. Are Topical Fluorides effective for treating incipient Carious Lesions. *JADA.* 2016; 147(2):84-91.
86. Anderson M, Dahllöf G, Twetman S, Jansson L, Bergenlid A.C, Grindefjord M. Effectiveness of Early Preventive Intervention with Semiannual Fluoride Varnish Application in Toddlers Living in High-Risk Areas: A Stratified Cluster-Randomized Controlled Trial. *Caries Res.*2016; 50(1):17-23.
87. Milsom KM, Blinkhorn AS, Walsh T, Worthington HV, Kearney-Mitchell P, Whitehead H, ve ark. Cluster- randomized Controlled Trial:Fluoride Varnish in School Children. *J Dent Res.*2011; 90(11): 1306-11.
88. Hardman MC, Davies GM, Duxbury JT, Davies RM. A Cluster Randomised Controlled Trial to Evaluate the Effectiveness of Fluoride Varnish as a Public Health Measure to Reduce Caries in Children. *Caries Res.* 2007; 41: 371-376.
89. Divaris K, Preisser JS, Slade GD. Surface-Specific Efficacy of Fluoride Varnish in Caries Prevention in the Primary Dentition: Results of a Community Randomized Clinical Trial *Caries Res* 2013;47:78–87.
90. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents, *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. Art. No.: CD002782. [İnternet] 2003 [Erişim tarihi:29.05.2018] [Erişim adresi]: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002782/pdf/abstract>

91. Sujlana A, Pannu PK, Family related factors associated with caries prevalence in the primary dentition of five-year-old children J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2015;33(2):83-7.
92. TDB. Toplum ağız diş sağlığı-Sosyal sorumluluk projeleri. [İnternet] 2016 [Erişim Tarihi 22.05.2020] [Erişim adresi]: http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=90
93. Yurdasal B, Ali Bozkurt A, ÖZ İ, Tanrıverdi S, Taş E, Nalbant M. Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi; 3. Yıl Sonuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012; 10(1):44-52.
94. Güçüz Doğan B, Kara M.Okul öncesi ve sınıf öğretmenlerinin ağız-diş sağlığına ilişkin bilgi ve uygulamaları ile okullarda florürlü vernik uygulaması hakkındaki bilgilerinin saptanması/çubuk/Ankara. Yayımlanmamış çalışma.
95. T.C. Ankara Valiliği. Çubuk [İnternet] 2015 [Erişim Tarihi 20 Kasım 2020] [Erişim adresi]: <http://www.ankara.gov.tr/cubuk>,
96. Çubuk Belediyesi [İnternet] [Erişim Tarihi: 16.12.2020] [Erişim adresi]: <https://www.cubuk.bel.tr/kent-rehberi/egitim-kultur/>
97. EPİTOOLS [Erişim Tarihi: 11.03.2020] [Erişim adresi]: <https://epitools.usvet.com.au/ppfreedom>.
98. Türkiye İş Kurumu. Türk Meslekler Sözlüğü [İnternet] [Erişim Tarihi: 11.03.2020] [Erişim adresi]: <https://esube.iskur.gov.tr/meslek/meslek.aspx>
99. İstatistiklerle kadın. [İnternet] 2020 [Erişim tarihi 24.12.2020] [Erişim adresi]: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33732>
100. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [İnternet] 2006 [erişim tarihi 06.12.2020] [Erişim adresi]: (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>)
101. Aile,çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı/asgari ücret [İnternet] 2019 [Erişim Tarihi: 21.12.2020] [Erişim adresi]: https://ailevecalisma.gov.tr/media/3278/2019_onikiay.pdf (<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/35787/yillar-itibariyla-net-ve-brut-asgari-ucret-01-08-1996-31-12-2020.pdf>)
102. World Health Organization. Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015[Internet] 2015 [Erişim Tarihi 15.11.2020] [Erişim adresi]: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf.
103. Eriksen M, MacKay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J, editors. The tobacco atlas fifth edition. Atlanta: American Cancer Society, 2015 [Internet] 2016 [Erişim Tarihi 15.11.2020] [Erişim adresi]: <http://www.tobaccoatlas.org/>. [Erişim Tarihi 15.11.2020]
104. Freire de Castilhoa AR, Mialheb FL, Barbosac TS, Puppın-Rontanid RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2013;89(2):116–123.

105. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Rossi G, Abraha I, Pagano S, ve ark. Dental caries, parents educational level, family income and dental service attendance among children in Italy. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2018; 18 (1):15-18.
106. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries. *Academic Pediatrics* 2009; 9:410–4.
107. Al-Meedani LA Al-Dlaigan YH. Prevalence of dental caries and associated social risk factors among preschool children in Riyadh, Saudi Arabia *Pak J Med Sci.* 2016; 32(2): 452–456.
108. Wellappuli N. Amarasena N. Influence of Family Structure on Dental Caries Experience of Preschool Children in Sri Lanka. *Caries Res.* 2012; 46: 208–212.
109. Wan Salina WS, Nizam A, Naing L. The association of birth order and sociodemographic factors with caries experience among adolescents in Tumpat. *Archives of Orofacial Sciences.* 2007; 2: 45-50.
110. Sam S, Nedumgottil BM. Influence of family structure on dental caries experience of preschool children: A cross-sectional study. *International Journal of Preventive and Clinical Dental Research.* 2020; 7(3): 43-45.
111. Gibbs L, Kilpatrick N, Gussy M, Van Gemert C, Ali S, Waters E. Breaking down the barriers: a qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia. *Ethn Health* 2015; 20(3): 241-57.
112. Mehta A. Risk factors associated with periodontal diseases and their clinical considerations. *International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews.* ID 040115, 2015; 1-5.
113. Gökalp S. Güçüz Doğan B. Tekçiçek M. Prevalance and severity of dental caries in 12-years-old turkish children and related factors. *Medical Journal of islamic World Academy of sciences.* 2013; 21(1):11-18.
114. Ganss C, Schlueter S, Klimek J. Tooth brushing habits in uninstructed adults-frequency, technique, duation and force. *Clin oral invest.*2009; 13:203-208.
115. Thornton-Evans G, Junger ML, Lin M, Wei L, Espinoza L, Beltran-Aguilar E. Use of Toothpaste and Toothbrushing Patterns Among Children and Adolescents United States, 2013–2016 . *Morb Mortal Wkly Rep.* 2019; 68(4): 87–90.
116. Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health how frequently and when should tooth brushing be performed. *Oral health Prev Dent.* 2005; 3:13140.
117. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis *Journal of Dental Research* 2016; 95 (11): 1230–1236.
118. Maes L , Carine Vereecken C, Jacques Vanobbergena J. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries *International Dental Journal* 2006; 56: 159-167.

119. Aybala Oktay E, Alper A, Toksoy Topçu F, Tort H. The correlation between tooth brushing habit and familial education level in Turkish young population. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016; 58: 329-333.
120. AkioTada A, Hanada N. Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults *Public Health* (2004)118, 104-109.
121. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, VillalobosRodelo JJ, ve ark. Sociobehavioral factors influencing toothbrushing frequency among schoolchildren. *The Journal of the American Dental Association* 2008; 139 (6):743-749.
122. Kumar S, Panwar J, Vyas A, Sharma J, Goutham B, Kulkarni S. Tooth cleaning frequency in relation to socio-demographic variables and personal hygiene measures among school children of Udaipur district. *Indiant J Dent Hygiene*. 2011; 9: 3–8.
123. Tay HL, Jaafar N. Mothers' knowledge of fluoride toothpaste usage by their preschool children. 2008. *Malaysian dental journal*. 2008; 29 (2): 140-148.
124. Ota J, Yamamoto T, Ando Y, AidaJ, Hirata Y, Arai S. Dental health behavior of parents of children using non-fluoride toothpaste: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2013; 13 (74) 1-7.
125. Carpiano RM, Chi DL. Parents' attitudes towards topicalfluoride and vaccines for children: Arethese distinct or overlapping phenomena? *Preventive Medicine Reports* 2018; (10): 123–128).
126. American Dental Association Statement on Regular Dental Visits [Internet] 2013 [Erişim Tarihi 1812.2020] [Erişim adresi]: <https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2013-archive/june/american-dental-association-statement-on-regular-dental-visits>.
127. John J, Mannan H, Nargundkar S, D'Souza M, Giang Do L, Arora. A. Predictors of dental visits among primary school children in the rural Australian community of Lithgow *Health Services Research*.2017; 17:264 1-10.
128. Mika A, Mitus-Kenig M, Zeglen A, Drapella-Gasior D, K. Rutkowska K, J. Josko-Ochojska J. The child's first dental visit. Age, reasons, oral health status and dental treatment needs among children in Southern Poland. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2018; 19 (4):265-270.
129. Blagojević D, Pavlović-Trifunović L, Šipovac M, Nešković I, Vujkov S, Petrović B. The first dental visit – comparative analysis of two successive five-year periods. *Srp Arh Celok Lek*. 2019;147 (3-4) :148-151.
130. FDI 2018 World Oral Health Day [Internet] 2018 [Erişim Tarihi :26.11.2020] [Erişim adresi]: <https://www.fdiworlddental.org/news/20180320/global-survey-shows-children-are-not-getting-dental-check-ups-early-enough>.
131. FDI 2017 World Oral Health Day [Internet] 2017 [Erişim Tarihi :26.11.2020] [Erişim adresi]: <https://www.fdiworlddental.org/news/20170320/truth-or-myth-global-survey-for-world-oral-health-day-exposes-the-truth-about-our-oral>

132. Mumcu G, Sur H, Yildirim C, Soylemez D, Atli H. Utilisation of dental services in Turkey. *Universal dental journal*. 2011;54 (2):90-96.
133. Lopez R, Baelum V. Factors associated with dental attendance among adolescents in Santiago, Chile *BMC Oral Health* 2007, 7:4:1-7.
134. Langevin SM, Michaud DS, Eliot M, Peters ES, McClean MD, Kelsey KT. Regular dental visits are associated with earlier stage at diagnosis for oral and pharyngeal cancer *Cancer Causes Control*. 2012; 23:1821–1829.
135. Pau A, Croucher RE, Marcenes W. Demographic and socio-economic correlates of dental pain among adults in the United Kingdom, 1998, *British Dental Journal*. 2007; DOI: 10.1038/bdj.2007.171-1-5
136. Thomson WM, Williams S.M, Broadbent J.M, Poulton R, Locker D. New Zealand examined 932 participants' 15, 18, 26, and 32. Long-term Dental Visiting Patterns and Adult Oral Health. *J Dent Res*. 2010; 89 (3): 307–311.
137. Gotfredsen K, Walls A W. G. What dentition assures oral function? *Clin. Oral Impl. Res*. 2007; 18 (3): 34–45.
138. World Health Organization. Recent advances in oral health. Geneva: WHO Technical Report Series 826, 1992. p. 16. [Internet] 1992 [Erişim Tarihi: 23.12.2020] [Erişim adresi]: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39644/WHO_TRS_826.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
139. Nowjack-Raymer R.E, Sheiham A. Numbers of Natural Teeth, Diet, and Nutritional Status in US Adults. *Journal of dental research*. 2007; 86(12):1171-1175.
140. Savoca MR, Arcury TA, Leng X, Chen H, Bell RA, Anderson AM ve ark. Severe tooth loss in older adults as a key indicator of compromised dietary quality. *Public Health Nutrition*. 2010;13(4), 466–474.
141. Uysal S, Aydınтуğ Y, Aydınтуğ S, Güngör E, Mutlu İ, Hançar Özcan N ve ark. The Relationship Between Number of Teeth, Chewing Function and Nutritional Status in Patients Over 55 Years of Age. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2009 ;29 (5) :1076-84.
142. Al-Batayneh OB, Al-Khateeb HO, Ibrahim WM, Khader OS. Parental Knowledge and Acceptance of Different Treatment Options for Primary Teeth Provided by Dental Practitioners. *Front Public Health*. 2019; 7: (322) 1-8.
143. Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Oral Health Attitudes, Knowledge, and Behavior Among School Children in North Jordan *Journal of Dental Education*. 2006; 70(2):179-187.
144. Pawar P, Kashyap N, Anand R. Knowledge, Attitude, and Practices of Mothers Related to their Oral Health Status of 6-12 Years Old Children in Bhillai City, Chhattisgarh, India *European Scientific Journal* 2018;14 (21) : 248-260.
145. Turska-Szybka A, Świątkowska M, Walczak M, Dorota Olczak-Kowalczyka D. What do parents know about the use of fluoride products in children? a questionnaire study. *Research report Fluoride*. 2018; 51(2):114–121.

146. Hendaus MA, Jama HA, Siddiqui FJ, Elsiddig SA, Alhammadi AH. Parental preference for fluoride varnish: a new concept in a rapidly developing nation Patient Prefer Adherence. 2016; 10: 1227–1233.
147. Garcia RI, ; Steven E. Gregorich SE, Ramos-Gomez F, Braun PA, Anne Wilson, Albino J, Tiwari T, Harper M, Batliner TS. Absence of Fluoride Varnish–Related Adverse Events in Caries Prevention Trials in Young Children, United States Prev Chronic Dis 2017; 14:160372. DOI: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160372>.
148. Chi DL. Caregiver’s who refuse preventive care for their children:the relationship with immunization and topical fluoride refusal. American journal of public health. 2014;14 (7): 1327-1333.

EK 1. Etik Kurul Onayı



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

Sayı : 16969557 -303

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05 ŞUBAT 2019 SALI
Toplantı No : 2019/04
Proje No : GO 19/114(Değerlendirme Tarihi: 22.01.2019)
Karar No : 2019/04-30

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ'un sorumlu araştırmacı olduğu, Melike KARA'nın yüksek lisans tezi olan, GO 19/114 kayıt numaralı, "**Çubuk İlçesi'ndeki Devlet Okullarında 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında Öğrenim Gören 4. Sınıf Öğrencilerinde Florürlü Vernik Uygulama Sıklığı ve Ebeveynlerinin Ağız Dış Sağlığı Bilgi ve Uygulamaları**" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 06 Şubat 2019-06 Mart 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | | |
|----------------------------------|----------|--------------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU | (Başkan) | 9 Doç. Dr. Gözde GİRGİN | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU | (Üye) | 10 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAĞLAM | (Üye) | İZİNLİ
11. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM | (Üye) | 12. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Üye) | 13. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ | (Üye) |
| İZİNLİ | | | |
| 6. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL | (Üye) | 14. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR | (Üye) |
| İZİNLİ | | | |
| 7. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU | (Üye) | 15. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN | (Üye) |
| 8. Doç. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 16. Av. Meltem ONURLU | (Üye) |

EK 2. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ESKİ ANKARA
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI EĞİTİM ALT
BİRİMİ

05/03/2019 11:45 - 62693856 - 604.02 - E 148



00018658091

Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Doç.Dr.Cavit Işık
YAVUZ)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi)

İlgi : 20/02/2019 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Cavit Işık YAVUZ'un sorumluluğunda Dt.Melike KARA tarafından yapılmak istenen "Çubuk İlçesindeki Devlet Okullarında 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında Öğrenim Gören 4. Sınıf Öğrencilerinde Florürlü Vernik Uygulama Sıklığı ve Ebeveynlerin Ağız Diş Sağlığı Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi, Başkanlığınız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 28/02/2019 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığınıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Cavit Işık YAVUZ'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Adem KUCUR
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi
Rüzgarlı Cd. İbrahim Müteferrika Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altında/ANKARA
Telefon: Faks No: 0312 309 54 32

e-Posta: emel.kilic1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.asm.gov.tr>

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b1427084-8b0b-4e40-9994-906d11023993 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Emel KILIÇ

ÇEVRE SAĞ. TEKN.

Telefon No: 0312 302 53 23

EK 3. Okullara Göre Doldurulması Hedeflenen ve Doldurulan Anket Formu Dağılımı

Merkez Okul Adı	Okul toplam 4. sınıf öğrenci sayısı	Ulaşılmaması Hedeflenen Ebeveyn sayısı	Ulaşılan Ebeveyn Sayısı
Cumhuriyet İlkokulu	230	70	81
Yavuz Selim İlkokulu	209	63	70
Yıldırım Beyazıt	130	39	45
Çubuk İlkokulu	220	66	74
Atatürk İlkokulu	68	20	24
Barbaros İlkokulu	120	36	43
Türk Telekom İlkokulu	69	21	24
Süleymanşah İlkokulu	37	11	13
Muharrem Kaleli İlkokulu	46	14	17
Merkez okul toplam	1129	340	391
Okul Adı	Okul toplam 4. sınıf öğrenci sayısı	Ulaşılmaması Hedeflenen Ebeveyn sayısı	Ulaşılan Ebeveyn Sayısı
Dumlupınar İlkokulu	29	29	26
Selahattin Şişmanoğlu İlkokulu	24	24	22
Akkuzulu İlkokulu	55	55	52
Toki İlkokulu	24	24	22
Merkezden uzak okullar toplamı	132	132	122
Genel toplam	1261	380	513
	29	29	26

EK 4. Anket Formu

ÇUBUK İLÇESİ'NDEKİ DEVLET OKULLARINDA 2018-2019 EĞİTİM ÖĞRETİM YILINDA ÖĞRENİM GÖREN 4.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMA SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİNİN AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI BİLGİ VE UYGULAMALARI”

Sayın Veli;

“Çubuk İlçesi’ndeki Devlet Okullarında 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında Öğrenim Gören 4.sınıf Öğrencilerinde Florürlü Vernik Uygulama Sıklığı ve Ebeveynlerinin Ağız Diş Sağlığı Bilgi ve Uygulamaları” başlıklı bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir.

Bu araştırma ile diş hekimliğinde çocukluk yaş grubunda koruyucu bir uygulama olarak yürütülen florürlü vernik uygulaması sıklığı ve ebeveynlerin, uygulamayla ilişkili ağız diş sağlığı bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlarla çocukların, dolayısıyla toplumun ağız diş sağlığının korunmasına yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmalara katkı sağlanması ve koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaların önemi ve gerekliliği yönünde farkındalığın artırılması planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmanız, ağız ve diş sağlığını iyileştirmeye yönelik bundan sonra yapılacak çalışma ve faaliyetlerin temel taşını oluşturacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz toplum ağız ve diş sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırma kapsamında ekteki ankete yanıt vermeniz beklenmektedir. Araştırmada ayrıca çocuğunuzun florürlü vernik uygulaması ile ilgili kayıtlardan yararlanılacaktır.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmanın sonunda ihtiyaç duyulan konuları içeren bir broşür hazırlanarak dağıtılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz anketi doldurmaya son verebilirsiniz. Talep etmeniz halinde yol giderleriniz araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Soruları cevaplamanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Sorular seçenekli ya da açık uçlu yanıtlarınızı yazmanıza imkân sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Bazı sorularda seçenek verilmeyip yanıtınızı doğrudan yazmanız istenmektedir. Bu tür sorularda yanıtınızı sorunun altındaki boşluğa açık bir şekilde belirtiniz. Seçenekli sorularda size uygun seçeneği yuvarlak içine alarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz uyarısının yapıldığı sorularda, size uygun gelen birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz. **Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı lütfen “diğer” seçeneğinin sağındaki boşluğa açıkça yazınız.**

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmacılar
Dt. Melike KARA
Doç Dr. Cavit Işık YAVUZ
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Telefon: 90-312-305 1590

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

SAYIN VELİ BU ANKET FORMUNDAKİ ÇOCUĞUNUZLA İLGİLİ SORULARI 4.

SINIFA DEVAM EDEN ÇOCUĞUNUZU DÜŞÜNEREK YANITLAYINIZ.

Bölüm 1

1. Dördüncü sınıfta okuyan çocuğunuz ile yakınlık dereceniz nedir?
 1. Annesiyim
 2. Babasıyım
2. Sizin doğum tarihiniz nedir? (Yıl olarak belirtiniz)
3. Kaç yıldır Çubuk İlçesinde oturuyorsunuz?
 1. Doğduğumdan beri
 2.Yıldır
4. Dördüncü sınıfa devam etmekte olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?
 1. Kız
 2. Erkek
5. Dördüncü sınıfa devam etmekte olan çocuğunuz kaç yılında doğdu?
6. Evinizde siz de dâhil toplam kaç kişi yaşıyor? kişi yaşıyor.
7. Toplam kaç çocuğunuz var? çocuğum var
8. İlkokul dördüncü sınıftaki çocuğunuz kaçınıcı çocuğunuz?
 1. Birinci çocuk
 2. İkinci çocuk
 3. Üçüncü çocuk
 4. Dördüncü çocuk
 5. Beşinci çocuk
 6. Altıncı çocuk
9. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evliyim, eşimle birlikte yaşıyorum
 2. Evliyim ama eşimden ayrı yaşıyorum
 3. Eşim öldü
 4. Boşandım
10. Siz en son hangi okulu bitirdiniz?
 1. Sadece okuryazarım
 2. İlkokul mezunuyum
 3. Ortaokul mezunuyum
 4. Lise mezunuyum
 5. Yüksekokul/Üniversite mezunuyum
11. Siz herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 0. Hiçbir işte çalışmıyorum
 1. Çalışıyorum (Yaptığınız işi belirtiniz.....)
 2. Emekliyim, çalışmıyorum
 3. Emekliyim, çalışıyorum (Yaptığınız işi belirtiniz
12. Eşiniz en son hangi okulu bitirdi?
 1. Sadece okuryazar
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Yüksekokul/Üniversite mezunu
13. Eşiniz herhangi bir işte çalışıyor mu?
 0. Hiçbir işte çalışmıyor
 1. Çalışıyor (Ne iş yaptığını belirtiniz
 2. Emekli, çalışmıyor
 3. Emekli, çalışıyor (Ne iş yaptığını belirtiniz

14. Sizin sosyal güvenceniz nedir? (**BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)
0. Yok
 1. SSK
 2. BAĞ-KUR
 3. Emekli Sandığı
 4. Yeşil kart
 5. Özel sigorta
 6. Diğer (Belirtiniz.....)
15. Eşinizin sosyal güvencesi nedir? (**BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)
0. Yok
 1. SSK
 2. BAĞ-KUR
 3. Emekli Sandığı
 4. Yeşil kart
 5. Özel sigorta
 6. Diğer (**Belirtiniz.....**)
16. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?TL
17. Aşağıdakilerden hangisi ekonomik durumunuzu en iyi tanımlar?
1. Gelirimiz giderlerimizi karşılamıyor
 2. Gelirimiz giderlerimizi ancak karşılıyor
 3. Gelirimiz giderlerimizi karşıladıktan sonra elimizde her ay belli bir miktar para kalıyor
18. Siz şimdiye kadar sigara içtiniz mi?
0. Hayır hiç içmedim
 1. İçiyordum bıraktım
 2. Arada sırada içiyorum
 3. Her gün içiyorum
19. Sizin öğün aralarında herhangi bir şey yeme alışkanlığınız var mı?
0. Hayır (**CEVABINIZ HAYIR İSE 21. SORUYA ATLAYINIZ**)
 1. Evet
 2. Bazen
20. Siz öğün aralarında yani kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri arasında ve akşam yemeklerinden sonra aşağıdaki yiyecek/içeceklerden en çok hangilerini tüketirsiniz? (**BİRDEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)
1. Bisküvi, kek gibi şekerli yiyecekler
 2. Sandviç/tost/hamburger/ poğaç/ekmek
 3. Cips
 4. Şekerli çay/ şekerli kahve
 5. Şekerli sakız
 6. Kuru meyve
 7. Taze meyve
 8. Reçel/bal
 9. Hazır meyve suyu
 10. Taze sıkılmış meyve suyu
 11. Çikolata/şeker
 12. Süt/ayran /yoğurt
 13. Fındık, fıstık, badem, ceviz, leblebi vb. gibi kuruyemiş
 14. Kola, gazoz vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler
 15. Diğer (**belirtiniz**)

BÖLÜM 2.1. BU BÖLÜMDE SİZİN KENDİ AĞIZ DIŞ SAĞLIĞINIZ İLE İLGİLİ SORULAR VARDIR

- 21.Siz son bir yıl içinde ağızveya dişlerinizle ilgili ağrı ya da başka bir rahatsızlık yaşadınız mı?
0.Hayır yaşamadım
1.Evet yaşadım (**Ne olduğunu belirtiniz**)
- 2.Hatırlamıyorum
- 22.Sizin ağızınızda eksik dişiniz var mı?
0.Hayır yok
1.Evet var.....tanedişim eksik
2. Evet var, ağızımda hiç kendi doğal dişim yok
- 23.Sizin ağızınızda aşağıdakilerden hangisi var? (**BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)
1. Kron-köprü (kaplama)
2. İmplant (çene kemiğine yerleştirilen kök görevi gören metal malzeme)
3. Takıp çıkarılan hareketli protez
4.Dolgu veya kanal tedavisi olmuş dişler
5. Hiçbiri yok
6. Bilmiyorum
- 24.Siz kendi ağız ve diş sağlığı durumunuzu nasıl görüyorsunuz?
1.İyi
2. Orta
3. Kötü
4. Fikrim yok
- 25.Sizin kendinize ait bir diş fırçanız var mı?
1.Evet var
2.Hayır kendime ait fırçam yok, aile bireyleri ileortak fırça kullanıyorum.
3. Hayır kendime ait fırçam yok
- 26.Siz dişlerinizi ne sıklıkta fırçalarsınız?
0. Hiç fırçalamıyorum (**BU ŞIKKI İŞARETLEDİYSENİZ 29. SORUYA ATLAYINIZ**)
1.Günde en az 2kez fırçalarım
2. Gündel kez fırçalarım
3. İki-üç günde bir fırçalarım
4.Haftada 1kez fırçalarım
5. Ayda 1 kez fırçalarım
- 27.Siz dişinizi fırçalarken diş macunu kullanıyor musunuz?
0. Hayır (**CEVABINIZ HAYIR İSE29. SORUYA ATLAYINIZ**)
1. Evet
28. Diş macunu satın alırken nelere dikkat edersiniz?(**BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)
1. Fiyatına
2. Markasına
3. İçinde florür olup olmamasına
4. Diğer (**Belirtiniz**.....)
5. Hiçbir şeye dikkat etmem

29.Siz diş temizliği için diş fırçalama dışında başka herhangi bir ürün kullanıyor musunuz?
(BİRDEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.)

1. Diş ipi
2. Ağız gargarası
3. Ara yüz fırçası
4. Kürdan
5. Misvak
6. Sivri uçlu bir cisim (iğne vb.)
7. Diğer **(Belirtiniz:.....)**
8. Kullanmıyorum.

30.Siz en son diş hekimine ne zaman gittiniz?

1. Hiç diş hekimine gitmedim **(BU ŞIKKI İŞARETLEYDİYSENİZ 33. SORUYA ATLAYINIZ)**

2. 6 aydan daha kısa bir süre önce
3. 6-12 ay arasında bir süre içinde
4. 1 yıldan daha uzun bir süre önce
5. Hatırlamıyorum.

31. Siz en son hangi nedenle diş hekimine gittiniz?

1. Dişimde ve ya diş etlerimde yaşadığım bir problem ya da ağrı nedeniyle gittim
2. Tedavi ya da tedavi takibi için gittim
3. Bir şikâyetim olmaksızın düzenli kontrol için gittim
4. Diğer **(Belirtiniz;**)

32. Siz herhangi bir şikâyetiniz olmadan, sadece kontrol içindüzenli olarak diş hekimine gider misiniz?

0. Şikâyetim olmadan hiç diş hekimine gitmem

1. Evet yıldakez giderim **(CEVABINIZ EVET İSE 34. SORUYA ATLAYINIZ)**

33. Siz düzenli olarak diş hekimi kontrolüenedengitmiyorsunuz?(**BİRDEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.**)

- 1.Diş hekimine gitmekten korkuyorum
2. Şikâyetim olmadan gitmeye gerek duymuyorum
3. Diş hekimine gidecek ekonomik durumum yok
4. Uzak olduğu için gidemiyorum
5. Vaktim yok
6. Diğer **(Belirtiniz**)

BÖLÜM 2.2. BU BÖLÜMDE 4. SINIFTAKİ ÇOCUĞUNUZ İLE İLGİLİ SORULAR VARDIR

34. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuz öğün aralarında aşağıdaki yiyecek/ içeceklerden EN ÇOK HANGİLERİNİ TÜKETİR? (5 TANESİNİ İŞARETLEYİNİZ)

1. Bisküvi, kek gibi şekerli yiyecekler
2. Sandviç/tost/hamburger/ poğaça/ekmek
3. Cips
4. Şekerli sakız
5. Kuru meyve
6. Taze meyve
7. Reçel/bal
8. Hazır meyve suyu
9. Taze sıkılmış meyve suyu
10. Çikolata/şeker
11. Süt/ayran /yoğurt
12. Fındık, fıstık, badem, ceviz, leblebi vb. gibi kuruyemiş
13. Kola, gazoz vb. gibi şekerli ve gazlı içecekler
14. Diğer (**belirtiniz**.....)

35. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuzun kendisine ait bir diş fırçası var mı?

1. Evet var
2. Hayır kendi fırçası yok, aile bireyleri ile ortak fırça kullanıyor
3. Hayır hiç fırçası yok

36. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuz dişlerini ne sıklıkta fırçalar?

0. Hiç fırçalamaz
1. Günde en az 2 kez fırçalar
2. Günde 1 kez fırçalar
3. İki-üç günde bir fırçalar
4. Haftada 1 kez fırçalar
5. Ayda 1 kez fırçalar

37. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuzun kullandığı diş macunu içinde florür maddesi var mı?

0. Hayır
1. Evet
2. Bilmiyorum

38. Dördüncü sınıfa giden çocuğuzu en son diş hekimine ne zaman götürdünüz?

1. Hiç diş hekimine götürmedim (**BU ŞIKKI İŞARETLEDİYSENİZ 41. SORUYA ATLAYINIZ.**)
2. 6 aydan daha kısa bir süre önce
3. 6-12 ay arasında bir süre içinde
4. 1 yıldan daha uzun bir süre önce
5. Hatırlamıyorum.

39. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuzu en son hangi nedenle diş hekimine götürdünüz?

1. Ağrı, diş eti veya ağız ile ilgili bir problem
2. Tedavi ya da tedavi takibi için
3. Bir şikâyeti olmaksızın düzenli kontrol nedeniyle
4. Diğer (**Belirtiniz**.....)

40. Çocuklarınızı bir şikâyetleri olmaksızın sadece kontrol için düzenli olarak diş hekimine götürürmüsünüz?

0. Şikâyeti olmadan diş hekimine götürmem
1. Şikâyeti olmasa da yıldakez düzenli kontrole götürürüm

BÖLÜM 2.3. BU BÖLÜMDE 4. SINIFTAKİ ÇOCUĞUNUZUN FLORÜRLÜ VERNİK UYGULANMASI İLE İLGİLİ SORULAR VARDIR

- 41.** Sağlık Bakanlığı tarafından çocukların dişlerine okullarda florürlü vernik uygulaması (diş üzerine florür içeren madde sürülmesi) yapıldığını biliyor musunuz?
0. Hayır
1. Evet
2. Bilmiyorum
- 42.** Sağlık Bakanlığı tarafından okullarda yapılan florürlü vernik uygulamasının hangi sınıflarda yapıldığını biliyor musunuz?
0. Sadece ana sınıfında
1. Sadece ilkokul 1. ve 2. sınıflarda
2. Sadece ilkokul 3. ve 4. sınıflarda
3. Sadece ilkokul 1. Sınıftan 4. Sınıfın sonuna kadar
4. Ana sınıfından başlayarak ilkokul 4. Sınıfın sonuna kadar
5. Diğer (**Belirtiniz**.....)
- 43.** Dördüncü sınıfa giden çocuğunuzun dişlerine okulda florürlü vernik uygulanabilmesi için izin vermeniz gerekiyor. Bunun için size bir izin kâğıdı gönderildi mi?
0. Hayır hiç gönderilmedi
1. Evet sadece ana sınıfında gönderildi
2. Evet sadece ilkokulda **her sene** 1 kez gönderildi
3. Evet sadece ilkokulda **her sene** 2 kez gönderildi
4. Evet sadece ilkokulda gönderildi ama sayısını hatırlamıyorum
5. Evet sadece ilkokulda gönderildi ama düzenli olarak gönderilmedi
6. Evet ana sınıfından itibaren şimdiye kadar **her sene** 1 kez gönderildi
7. Evet ana sınıfından itibaren şimdiye kadar **her sene** 2 kez gönderildi
8. Evet ana sınıfından itibaren şimdiye kadar gönderildi ama sayısını hatırlamıyorum
9. Evet ana sınıfından itibaren şimdiye kadar gönderildi ama düzenli olarak gönderilmedi
10. Diğer (**Belirtiniz**
- 44.** Çocuğunuza florürlü vernik uygulaması yapılması ile ilgili izin kağıdı elinize ulaştığında ve uygulamayla ilgili öğrenmek istediğiniz herhangi bir bilgi olduğunda danıştığınız birisi var mı?(**BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR**)
0. Danıştığım kimse yok
1. Sınıf öğretmenine danıştım
2. Diş hekimine danıştım
3. Doktora (aile hekimi ya da uzman hekim) danıştım
4. Diğer sağlık personeline (Ebe, hemşire vb.) danıştım
5. Okuldaki diğer velilere danıştım
6. Komşulara danıştım
7. Bunların dışında danıştığınız biri varsa (**Belirtiniz**
- 45.** Florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını biliyor musunuz?
1. Evet biliyorum (**neden yapılıyor belirtiniz**.....)
- 46.** Florürlü vernik uygulaması sizce yararlı mıdır yoksa zararlı mıdır?
0. Yararlı mı zararlı mı bilmiyorum
1. Yararlıdır (**Yararlı olduğunu nereden/kimden öğrendiğinizi belirtiniz**)
2. Zararlıdır (**Zararlı olduğunu nereden/kimden öğrendiğinizi belirtiniz**

47. Dördüncü sınıfa giden çocuğunuza şu ana kadar florürlü vernik uygulanması için izin verdiniz mi?

1. Evet her sınıfta izin verdim
2. İlk başladığında izin vermedim ama daha sonra izin verdim. (*Neden karar değiştirdiğinizi belirtiniz*)
3. İlk başta izin verdim ama sonrasında izin vermedim. (*Neden karar değiştirdiğinizi belirtiniz*.....)
4. Hayır hiç izin vermedim (*Neden izin vermediniz belirtiniz*)
5. İzin verip vermediğimi hatırlamıyorum.

BÖLÜM 3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BİLGİ SORULARI

48. Diş plağı nedir?

1. Diş yüzeyindeki yumuşak birikinti
2. Diş yüzeyindeki sertleşmiş birikinti
3. Diş yüzeyindeki renklenme
4. Diğer (**Belirtiniz**)
5. Fikrim yok

49. Çocukta diş temizliğine ne zaman başlanılmalıdır ?

1. Doğumdan hemen sonra
2. İlk süt dişisürdükten sonra
3. İlk kalıcı diş sürdükten sonra
4. Bütün süt dişleri sürdükten sonra
5. Diğer(**Belirtiniz**)
6. Bu konuda fikrimyok

50. Diş sağlığı için diş macunu içinde florür maddesi olmalı mıdır?

0. Hayır
1. Evet
2. Bilmiyorum

51. Kullandığınız diş macunu içinde florür maddesi var mı?

0. Hayır
1. Evet
2. Bilmiyorum

52. Aşağıdaki Soruların Tümünü (X) işareti ile Doğru, Yanlış veya Fikrim yoksekinden Yantlayınız.

Ağız Diş Sağlığı Bilgisini	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Çocuğun süt dişi çürüdüğünde, dişinde ağrı yoksa birşey yapılmaz, süt dişlerinin kendiliğinden düşmesi beklenir.			
Süt dişleri çürüdüğünde dolgu yaptırılmalıdır.			
Şekerli gıdaları tüketmek diş çürüğüne neden olur			
Günde en az 2 kezdiş fırçalayarak diş çürüğü engellenebilir			
Diş üzerine yapışmış ve temizlenmemiş olan yemek artıkları, diş eti hastalığına ve diş çürüğüne neden olabilir.			
Çocuklar ilk diş hekimi kontrolüneilk süt dişi sürdüğünde(çıkıtığında)götürülmelidir.			
Şikayet olmaksızın sadece kontrol amaçlı yılda en az 1 kez diş hekimi kontrolüne gidilmelidir.			
Ağız-diş sağlığı ile genel sağlık arasında ilişki vardır.			
Çocuğun ağızında en azından kalıcı dişleri tamamlanana kadar yılda 2 kez florürlü vernik uygulaması yaptırılmalıdır.			
Dişler fırçalanıyor ise diş ipi kullanmaya gerek yoktur.			
Etkili bir ağız ve diş temizliği için diş fırçalama en az 2 dakika sürmelidir.			

53. Ağız ve Diş Sağlığı ile ilgili bilgileri aşağıdaki kaynaklardan hangilerinden öğrendiğinizi karşısındaki kutucuğa (X) işareti koyarak işaretleyiniz.(BİR DEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR.)

Bilgi Kaynakları	
Kendi eğitimim sırasındaokuldan	
Kendi anne ve babamdan	
Televizyon	
Gazete ve Dergiler	
İnternet	
Sosyal medya(Facebook, twitter, youtube vs.)	
Diş hekimi	
Hekim (Aile hekimi, uzman hekim vb)	
Hekim dışı sağlık personeli (Ebe, Hemşire, sağlık memuru vb)	
Arkadaşlar / komşular	
Diğer (Belirtiniz.....)	

ÇALIŞMAMIZA VERDİĞİNİZ KATKILARDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK 5. Öğrencinin Florürlü Vernik Uygulama Sıklığı Tespit Formu

Öğrencinin:

Doğum Tarihi (Yıl).....

Cinsiyeti 1. Kız 2.Oğlan

Okulu :..... Şubesi:.....

Form no:

Eğitim Öğretim Yarıyılı	Veli izin verme durumu 0.Hayır 1.Evet 2.Onam kâğıdı yok 3.Değerlendirilemedi	Florürlü vernik uygulandı mı? 0.Hayır 1.Evet	Onam evet ise uygulanamama nedeni 1. Okulda yoktu uygulanmadı 2.Belirlenemedi 3. koopere olamadı 4 Ağız içi yara aft	Ret varsa gerekçesi*
2014-2015 bahar				
2015-2016 güz				
2015-2016 bahar				
2016-2017 güz				
2016-2017 bahar				
2017-2018 güz				
2017-2018 bahar				
2018-2019 güz				
2018-2019 bahar				

*Ret gerekçesi 1. Çocuğumun alerjisi var. 2. Zararlı olduğunu düşünüyorum. 3. Faydalı olduğunu düşünmüyorum. 4.Yeterince bilgi sahibi değilim. 5.Okul dışında florürlü vernik uygulamasını çocuğuma düzenli olarak yaptırıyorum. 6.Ret gerekçesi belirtilmemiş

Ek 6. Florürlü Vernik Uygulamasına İzin Verme, Ret Gerekçeleri ve Uygulama Sıklığına İlişkin Tablolar

Tablo 4. 41. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik ilk uygulamalarına izin vermeyip daha sonraki uygulamalara izin verme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Ebeveynin florürlü verniğin ilk yıllardaki uygulamalarına izin vermeyip daha sonra izin verme nedeni (n=27)	n	%*
Çocuğun yaptırmak istemesi	5	18,5
Başlangıçta bilgi sahibi olmaması	5	18,5
Çevre, arkadaşlar diğer velilerin etkisi	4	14,8
Okul dışında zaten uygulamayı yaptırmıyor olma	3	11,1
Diş hekimine danışma	2	7,4
Öğretmene danışma	2	7,4
Aile hekimi ve doktora danışma	2	7,4
Yararlı olduğunu, zararlı olmadığını ve diş sağlığı için iyi olduğunu düşünme	4	14,8
Diğer**	2	7,4

*Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler toplam kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

**Dişleri beyazlatacağımı düşünme, okulun ısrarı üzerine

Tablo 4. 42. Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermeme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermeme nedeni (n=97)	n
1. Çocuğun istememesi (n=7)	
Çocuk ısrarla istemiyor korkuyor	1
Çocuk istemedi	1
Çocuk istemediği için	1
Çocuk kendisi istemedi istemediği bir şeyi zorla yaptırمام	1
Çocuk istemedi	3
2. Alerji (n=7)	
Alerjik astımı var kokulu şeyler alerjisini tetikliyor	1
Alerjisi var	2
Astım hastası	2
Çocuğun alerjisi var	1
Alerjik bir çocuğum var	1
3. Yeterli bilgiye sahip değilim (n=23)	
Bilgim olmadığı için izin vermedim	1
Bilgim yok	1
Fazla bilğim olmadığı için	1
Florürlü vernik uygulamasının neden yapıldığını bilmiyorum	1
İyi olup olmadığı hakkında bir fikrim olmadığı için izin vermedim	1
Hakkında fazla bilğim yok	1
İçeriğini bilmiyorum	1
Ne işe yaradığı hakkında bilğimiz olmadığı için	1
Ne kadar faydalı olup olmadığını bilmediğim için	1
Ne olduğu hakkında yeterli bilğim yok	1
Ne olduğunu bilmiyoruz	5
Neden yapıldığını bilmediğim için	1
Tam olarak ne olduğunu bilmediğim için	1
Uygulama hakkında bilğim olmadığı için	1
Yararlı mı zararlı mı bilmiyorum	1
Yeterli bilgiye sahip değilim	1
Yeterli bilğim yok	1
Yararlı olup olmadığını bilmiyorum	2
4. Güvensizlik (n=5)	
Güvenemedik	1
Güvenemedik, etrafımdaki eczacılara sorduğumda yararlı mı zararlı mı kanıtlanmamış dediler, dişleri de aşındırıyormuş	1
Güvensizlik	1
Daha 4-5 yıldır yeni bir uygulama, sağlık alanında a... zararlıymış deyip kaldırılabilir, yararlı olduğunun kanıtlandığını düşünmüyorum	1
yeni uygulanan şeylerin henüz hangi kayıplara yol açacağını bilmeden uygulanmasını istemiyorum	1

Tablo 4.42. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermeme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

5. Faydalı olduğunu düşünmeme (n=17)	n
Diğer velilerle konuşmamızdan pek yararlı olmadığını duydum	1
Faydalı olduğunu düşünmüyorum	4
Kimyasal maddeler ağza gireceğinden faydalı olduğunu düşünmüyorum,	1
Sağlıklı olduğunu düşünmüyorum	2
Yararlı olduğunu düşünmediğim için	1
Yararlı olduğunu düşünmüyorum	2
Yararlı olduğunu düşünmüyorum, her sene yapılıyor kalıcı bir şey olduğunu düşünmüyorum	1
Yararlı olmadığını, yeni uygulanan şeylerin henüz hangi kayıplara yol açacağını bilmeden uygulanmasını istemiyorum	1
Yeterince sağlıklı olduğunu düşünmüyorum	1
Aile hekimliği ebeleriyle konuşmadan yararlı olmadığını düşündüm	1
Kullanılmasına rağmen dişleri çabuk çürüttüğünü düşünüyorum	1
Daha sonra diş çürüğünü artırıyormuş	1
6. Zararlı olduğu için (n=34)	
Ablam hemşire, TV de dişleri çürütüyor diye de duydum	1
Beyni etkiliyor zararlı olduğunu düşünüyorum	1
Florürlü vernik içindeki kimyasallar beyne fazla zarar veriyormuş	1
Florür maddesinin çocuklar için ağır bir madde olduğunu, beyin tümörünü tetiklediğini biliyorum	1
Florürün yutulduğunda çocuk sağlığına zararlı olduğunu düşünüyorum	1
Çocuğun midesi bulandığından acaba zarar mı veriyor diye düşünüyorum	1
Farklı hastanelerdeki doktorlarla konuşmalarımın iyi olduğunu düşünmüyorum	1
İnternette duydüğüm olumsuz bilgiler nedeniyle	1
Dişlerine zarar verir diye korktum	1
Florür sürüldüğü zaman süt dişleri kendiliğinden düşmüyormuş morfinle hastanede çekiliyormuş	1
İçinde katkı maddesi olduğunu düşünüyorum	1
İçinde kimyasallar titanyum olduğunu düşünüyorum	1
İçindeki maddelerin beyin zekâ gelişimine engel olduğunu duydum	1
Kararsız kalıyorum zararlı olduğunu düşünüyorum	1
Sağlıkla ilgili birçok uygulama zararları ortaya çıkınca kaldırılıyor, çocuğumun kobay olarak kullanılmasını istemiyorum, bu konuda da tıpta ilerleme görmek istiyorum	1

Tablo 4.42. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin florürlü vernik uygulamasına hiç izin vermeme nedenine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

6. Zararlı olduğu için	n
Söylentilerden dolayı zararlı olduğunu düşündüm	1
Uygun olmadığı ve çevremden yapılmaması gerektiğini duyduğum için	1
Vernik uygulamasının içeriğindeki maddelerin sağlığa zararlı olduğunu düşündüğüm için izin vermedim	1
Vücuda zarar verdiğini düşünüyorum	1
Zararlı olabileceğini düşündüm	1
Zararlı olduğu için, deney yapıldığını düşünüyorum, diş minesine zarar veriyor	1
Zararlı olduğunu duydum, yurt dışında bir ülkede yasaklandığını duydum	1
Zararlı olduğunu düşündüğüm için	6
6.1. Genel sağlık sorunlarını olumsuz etkileme	
Çocuğum midesinden rahatsız olduğu için	1
Çocuğumda boğaz iltihabı ve nefes darlığı olduğu zararlı olacağını düşündüm	1
7. Gerek duymama (n=16)	
Çürük dişi yok dişleri sağlıklı	1
Çürüğü çok olduğu için	1
Dışarıda kendim yaptırıyorum	3
Düzenli dişlerini fırçalıyor bu nedenle gerek yok	1
Diş hekimimiz hiç böyle bir şeyden bahsetmedi	1
Gerek duymadım zaten sabah akşam fırçalıyor	1
Gerek görmedim	5
Veliler ve ana sınıfı öğretmeninden çok gerekli olmadığını duydum	1
Dişlerinde fazla sorun yaşamadığımız için gerek duymadım	1
Zaten tel takılacak ağıza komple bir bakım yapılacağı için	1
8. Neden belirtmeyen	1

Tablo 4.43. Araştırmaya katılan ebeveynlerin başlangıçta florürlü vernik uygulamasının izin verip sonradan izin vermeme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Araştırmaya katılan ebeveynin başlangıçta izin verip daha sonra izin vermeme nedeni (n= 165)	n
1.Çocuk istememesi, mide bulantısı, kötü tat ve yemek yiyememe (n=87)	
1 kez yaptırdık sonra çocuk istemedi	1
1. sınıfta zararlı değildir diye yaptırmıştım sonra çocuk tadı acı ve yemek yiyemediği için istemedi	1
3. sınıftan itibaren çocuk istemediği için	1
Bir defa izin verdim sonra çocuğum istemedi	1
Biz istiyoruz ama çocuk istemediği için	1
Çocuğum ağzımın içi tuhaf oluyor ben istemiyorum dedi	1
Çocuğum tadının çok kötü olduğunu söyledi	1
Çocuk istemedi arkadaşlarının yaptırmadığını ve yaptırınların kustuğunu söyledi	1
Çocuk istemediği için	42
Çocuk istemiyor zaten dolguda yaptırdım çürük olmayınca gerek yok	1
Çocuk istemiyor, dişindeki çürümelerin hızında bir değişiklik olmadı diye bende ısrar etedim	1
Çocuk midesi bulandığından istemedi	21
Çocuk midesi bulandığından istemedi, arkadaş da yaptırmınca dişlerde sararma oluyor dedi vazgeçtim	1
Çocuk tadı kötü diye yaptırmak istemedi	1
Çocuğu ağzında kötü bir tat bıraktı	1
Midesi bulandı istemedi, sonradan da yararlı olmadığını duydum	1
Kızım korktuğu için hiç istemedi çok anlattık sonra dişlerinde problem olur doktora gitmek zorunda kalırsın dedik	1
Son seferde çocuk midem bulanıyor dediğinden veremedim	1
Çocuk midesi bulandığından istemedi	1
Çocuk midesi bulandığından sadece bu sene yaptırmak istemedi	1
Sonra çocuk ağzım uyuşuyor dedi	1
Uygulama sonrası çocukta mide bulantısı olduğu için yaptırmak istemediğinden vazgeçtim	4
Sadece bu sene çocuk midesi bulandığı için yaptırmadı	1
2.Alerji (n=5)	
Alerjik astım nedeniyle çıkarıyor	1
alerjik durumundan dolayı	1
alerjisi olduğu için	1
Astımı arttı	1
Ana sınıfında çok kustu diş hekimi alerjisi olabilir dedi bende yaptırmadım	1

Tablo 4.43. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin başlangıçta florürlü vernik uygulamasının izin verip sonradan izin vermeme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

3.Yeterli bilgiye sahip değilim (n=9)	n
Ben tam bir fikir sahibi değilim komşular zararlı dediler onun için izin vermedim	1
Bilgi sahibi olmadığım için bir defa izin verdim sonra çocuk istemedi	1
Hiçbir bilgim olmadığı için bir kez izin verdim	1
İyi bir uygulama dediler ama tam bir bilgim yok	1
Pek bilgim yok, birde sıkıldım	1
Faydasını bilmiyorum	1
Yararlı mı zararlı mı bilmediğim için	1
Yararlı mı zararlı mı emin değilim	1
Zararlı mı yararlı mı bilmiyorum çünkü	1
4.Faydalı olduğunu düşünmeme (n=23)	
Bir faydasını göremediğimiz için bıraktık	1
Bir faydasını görmedim yeni çürükler oluştu	1
Çocuklar rahatsız oluyor faydalı olduğunu düşünmüyorum	1
Çünkü bir yararını görmedim	1
Diş hekimi faydalı olmadığını söyledi	1
Etraftan zararlı olduğunu duydum ve faydası olduğunu düşünmüyorum	1
Faydalı olmadığını duyunca vazgeçtim	1
Faydasını bilmiyorum	1
Faydasını görmedim hiçbir etkisinin olduğunu düşünmüyorum	1
Herhangi bir faydasını görmedim	1
İyi olmadığını düşündüm	1
Hiçbir etkisini görmedim çürükleri arttı	1
Sağlıklı olduğunu düşünmüyorum	2
Sonradan bir faydası olduğunu görmedim	1
Yapıldığı halde dişleri çürük bir faydası olduğunu düşünmüyorum	1
Yararlı olduğunu çok düşünmedim	1
Yararlı olmadığını gördüm	1
Yararlı olduğunu düşünmüyorum	1
Dişleri daha hızlı çürümeye başladı	1
İlk sene yaptırdım ama dişlerini çürüttüğü için vazgeçtim	1
Çocuğumun dişleri hızlı bir şekilde çürümeye başladı	1
Ana sınıfında yaptırdım dişleri çürüdü zararı olduğunu düşünüyorum	1

Tablo 4.43. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin başlangıçta florürlü vernik uygulamasının izin verip sonradan izin vermeme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

5. Zararlı olduğu için (n=34)	n
Ağızdaki dolgulara zarar verebileceğini düşünerek	1
Araştırınca zararlı olduğunu okudum	1
Komşular zararlı dediler	1
Beyin hücrelerine zarar verdiği için	1
Direk beyne zarar verdiğini düşünüyoruz	1
Diş hekimi yararlıdır dedi ama siz bilirsiniz diyince emin olamadım, diğer velilerle konuşunca zararlı olduğunu düşündüğüm için bıraktım	1
Dişlerde sararma, geç düşme, eğri gelme, diğer velilerde sararma olduğunu söyledi	1
Eşim internetten zararlı olduğunu öğrenmiş vazgeçtik	1
İlk başta çocuk istedi ama komşulardan zararlı olduğunu duyunca vazgeçtim	1
Etrafımda birçok kişiden zararlı olduğunu duydum	2
İnternetten astıma yol açtığımı öğrendim, çok fazlada bilgim yok	1
İnternetten zararlı olduğu için yabancı ülkelerde hep yasaklanmış	1
Kötü, zararlı, zehirli deniyor	1
Sağlık personeli bir yakınımız beyinde bir dokunun gelişimini engellediğini söylemişti	1
Yabancı ülkelerde uygulama zararlı olduğu için kaldırıldığından dolayı izin vermiyorum	1
İçeriği hakkında daha sonra bilgi sahibi oldum ve güvenimi yitirdim	1
Zararlı olduğu için	1
Zararlı olduğunu duyduğum için, Amerikada yapılmadığı için	1
Zararlı olduğunu duydum	3
Zararlı olduğunu duyunca bıraktım	1
Zararlı olduğunu duyunca izin vermedim	1
Zararlı olduğunu düşündüm	1
Zararlı olduğunu düşünmeye başladım	1
Zararlı olduğunu düşünüyorum	1
Zararlı olduğunu yurt dışında yasaklandığını duydum	1
Zararlıdır diye düşündüm	2
Araştırınca zararlı olduğunu okudum	1
5.1. Genel sağlığını olumsuz etkileme	
Çocuğumda geniz eti vardır onun için vazgeçtim	1
Çocukta lenf büyümesi var zarar verir mi diye endişe duydum	1
Hastalığı nedeniyle yapılan ilaçların zararlı olduğunu düşünüyorum	1

Tablo 4.43. (Devam) Araştırmaya katılan ebeveynlerin başlangıçta florürlü vernik uygulamasının izin verip sonradan izin vermeme durumuna göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

6. Hijyenik bir ortam değil	1
7. Gerek duymama (n=9)	
Biz yıllardır yaptırdık gereksiz bir uygulama, florürsüz diş macunu ararken yüzeye florür sürmek internetten okudum aklıma yatmadı	1
Çok sık yapıldığını düşündüm ve izin vermedim	1
Düzenli olarak dışarıda yaptırdığımız için	1
En son uygulamaya tedavi gördüğü için izin vermedim	1
Hekimimiz gerek olmadığını söyledi	1
Her sene diş hekimine götürdüğüm ve tedavi gördüğü için izin vermedim	1
Kendi diş hekimime gerekli koruma yöntemlerini yaptırıyoruz	1
Kendi doktoruna götürüp takibini yaptırdım	1
Sağlıklı besleniyor şeker çikolata fazla tüketmiyor	1
8. Dışarıda kedi doktoru yapıyor	1
9. Neden belirtmemiş	3

Tablo 4.44. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 4. sınıfa devam etmekte olan çocuklarının ana sınıfından itibaren uygulamaya ilişkin kayıtlarda yer alan veli ret gerekçelerine göre dağılımı (Çubuk-ANKARA, Nisan 2019)

Red gerekçesi*	2015-2016 E.Ö.Yılı 1. sınıf				2016-2017 E.Ö.Yılı 2. sınıf				2017-2018 E.Ö.Yılı 3. sınıf				2018-2019 E.Ö.Yılı 4. sınıf			
	1. dönem		2. dönem		1. dönem		2. dönem		1. dönem		2. dönem		1. dönem		2. dönem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğun alerjisi var*	10	6,3	10	5,8	10	6,1	15	7,5	11	5,2	16	7,1	11	4,4	15	4,8
Zararlı olduğunu düşünme*	44	27,5	33	19,1	36	22,1	34	16,9	40	19,0	45	20,0	44	17,5	58	18,7
Faydalı olduğunu düşünmeme*	26	16,3	39	22,5	54	33,1	54	26,9	58	27,6	59	26,2	74	29,4	88	28,4
Yeterince bilgi sahibi olmama*	50	31,3	52	30,1	39	23,9	60	29,9	48	22,9	61	27,1	62	24,6	80	25,8
Okul dışında uygulamayı yaptırma*	5	3,1	8	4,6	4	2,5	11	5,5	18	8,6	13	5,8	12	4,8	18	5,8
Ret gerekçesi belirtmemiş	22	13,8	26	15,0	17	10,4	22	10,9	32	15,2	29	12,9	46	18,2	49	15,8
Su çiçeği geçiriyor	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,4	-	-	-	-
Geçen sene yapılmıştı	1	,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Çocuk istemiyor	-	-	4	2,3	-	-	4	2,0	3	1,4	1	0,4	2	0,8	1	0,3
Grip soğuk algınlığı var	-	-	1	,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3
Astımı var	-	-	-	-	3	1,8	1	0,5	-	-	-	-	1	0,4	-	-
Toplam	160	100,0	173	100,0	163	100,0	201	100,0	210	100,0	225	100,0	252	100,0	310	100,0

*Bu seçenekler "Florürlü Vernik Uygulaması Veli Onam Formu"nda ret gerekçesi olarak yer alan seçenekler olup, diğer seçenekler ebeveynlerin formun üzerine yazdıkları ret gerekçeleri arasında yer alan seçeneklerdir.

EK 7.Orjinallik Ekran Çıktısı

TEZ BAŞLIĞI: ÇUBUK İLÇESİ'NDEKİ DEVLET OKULLARINDA 2018-2019 EĞİTİM ÖĞRETİM YILINDA ÖĞRENİM GÖREN 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE FLORÜRLÜ VERNİK UYGULAMA SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİNİN AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI BİLGİ VE UYGULAMALARI

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: MELİKE KARA

TOPLAM SAYFA SAYISI: 220

ORJİNALLİK RAPORU			
%4	BENZERLİK ENDEKSİ	%3	İNTERNET KAYNAKLARI
%2	YAYINLAR	%1	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1	
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1	
3	AYDIN, Ülkem, USKUN, Ersin, YILDIRIM, Derya and BOZDEMİR, Esin. "Süleyman Demirel Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi'ne başvuran ", Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013. Yayın	<%1	
4	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<%1	
5	jret.org İnternet Kaynağı	<%1	
6	mafiadoc.com İnternet Kaynağı	<%1	
7	dosyaism.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1	

EK 8. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Melike Kara
Ödev başlığı: MK tez son
Gönderi Başlığı: MK tez son
Dosya adı: Tez_ana_b_l_mler_s_nav_sonras.pdf
Dosya boyutu: 2.59M
Sayfa sayısı: 169
Kelime sayısı: 49,258
Karakter sayısı: 305,184
Gönderim Tarihi: 25-Şub-2021 02:39PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1517833884

