

# Ailelerin Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

## Evaluation of Familial Attitudes and Behaviours on Children's Oral Health

<sup>ID</sup> Müge TOKUÇ<sup>a</sup>, <sup>ID</sup> Sinem YILDIRIM<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği ABD, İstanbul, TÜRKİYE

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmanın amacı, çocuklarının ağız ve diş sağlığı konusunda annelerin tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumunun çocuğun ağız ve diş sağlığı üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır. **Gereç ve Yöntemler:** Hastanemize başvuran 313 çocuk ve annesi çalışmaya dâhil edildi. Annelere, çocuğunun ağız ve diş sağlığı ile ilgili davranışları ve diş hekimi ziyaretlerini içeren 12 soruluk bir anket uygulandı. Çocukların çürük prevalansları çürümüş, kayıp ve dolgulu dişler [decayed, missing, and filled teeth (DMFT)] ve dmft indekslerine göre belirlendi. **Bulgular:** Annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumu ile çocuğun “diş fırçasına sahip olma yaşı”, “fırçalama sırasında annenin çocuğuna yardımcı olma durumu” ve “çocuğun ilk kez diş hekimine götürülme nedeni” arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $p<0,05$ ). “Günlük fırçalama yapmayan” çocukların anneleri büyük oranda düşük eğitim seviyesine sahipti ( $p=0,048$ ). Annelerin “diş macunlarının flor içeriği” ve “flor uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları” ile eğitim seviyeleri arasında anlamlılık görüldü ( $p<0,001$ ). Yüksek eğitilmiş annelerin “çocuğunu diş hekimine götürme yaşı” anlamlı bir şekilde düşük, “kontrol amaçlı” diş hekimine başvurma oranı ise anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p<0,001$ ). “Sosyal güvencenin geçerli olduğu kurumları” tercih edenlerin çoğunlukla aylık geliri 1.500 TL altı olan aileler olduğu görüldü ( $p=0,001$ ;  $p=0,029$ ). Aylık geliri 2.000 TL üzeri olan ailelerin çocuklarında DMFT değerleri anlamlı bir şekilde daha düşüktü ( $p=0,031$ ). **Sonuç:** Ailenin aylık gelir durumu çocuğun ağız ve diş sağlığını geliştiren ve çürük prevalansını azaltan bir etken olarak saptandı. Eğitim seviyesinin artması ile annenin farkındalığının arttığı görülse de anne eğitim seviyesi çocuğun çürük prevalansını azaltıcı bir etken olarak belirlenmedi.

**ABSTRACT Objective:** Assessing the mothers' attitudes and behaviours about the oral health of their children and the impact of mothers' educational level and family's monthly income on children's oral health. **Material and Methods:** 313 children and their mothers were included in the study. A questionnaire including mothers' attitudes and behaviors regarding their children's oral health and dentist visits was applied to the mothers. Caries prevalence of children was determined via decayed, missing, and filled teeth (DMFT) and dmft indexes. **Results:** A significant correlation was found between the family's monthly income, mother's educational level and the child's “age of having a toothbrush”, “mother's aid while brushing” and “the reason of consulting a dentist” ( $p<0.05$ ). Mothers of children who “did not brush daily” had significantly low educational level ( $p=0,048$ ). There was a significant relationship between mother's educational level and knowledge about fluor and its applications ( $p<0.001$ ). “The age of first dentist visit” of highly educated mothers' children was significantly low and the rate of “consulting a dentist for control” was significantly high ( $p<0.001$ ). Families who preferred “institutions where social insurance is valid” mostly had monthly income below 1,500 TL ( $p=0.001$ ;  $p=0.029$ ). DMFT values were significantly lower in children of families with a monthly income above 2,000 TL. ( $p=0.031$ ). **Conclusion:** Monthly income of the family was found to be a factor that improves child's oral health and reduces the prevalence of caries. Although the awareness of the mother increased with educational level, this was not determined as a factor that reduces the prevalence of caries.

**Anahtar Kelimeler:** Ağız sağlığı; çocuk; ebeveynler

**Keywords:** Oral health; children; parents

Diş çürükleri, karbonhidratların karyojenik bakteriler tarafından fermente edilmesi sonucu oluşan asitlerin, diş sert dokularında yıkım meydana getirmesi ile oluşur.<sup>1</sup> Diş çürüğü multifaktöriyel bir has-

talıktır ve oluşumunda fizyolojik, biyolojik, davranışsal ve sosyodemografik birçok risk faktörü tanımlanmıştır.<sup>2</sup> Tükürük akış hızı ve tamponlama kapasitesi, ağız içindeki flor konsantrasyonu ve ko-

**Correspondence:** Müge TOKUÇ

İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği ABD, İstanbul, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** mugeyavas@outlook.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences.

**Received:** 01 Jun 2020

**Received in revised form:** 07 Aug 2020

**Accepted:** 07 Sep 2020

**Available online:** 08 Feb 2021

2146-8966 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

lonize olmuş karyojenik bakteri miktarı, diş eti çekilmeleri ve immünolojik yetersizlikler çürük oluşumuna neden olan fizyolojik ve biyolojik faktörler arasında yer almaktadır.<sup>1</sup> Kişinin yaşam tarzı ve alışkanlıklarına bağlı olan; kötü ağız hijyeni, karbonhidrat tüketim miktarı ve sıklığı, yenidoğanların uygun olmayan beslenme şekilleri gibi davranışsal faktörlerin de çürük oluşumu ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>3</sup> Bu faktörlerin dışında ekonomik durum, sosyal statü, eğitim seviyesi, ortodontik aparat kullanımı gibi birçok faktörün de literatürde çürük oluşumu ile ilişkilendirildiği görülmektedir.<sup>1,4,5</sup>

Diş çürükleri, dünya çapında yaygın olarak görülen önemli bir halk sağlığı problemidir. 2015 yılında yayımlanan bir raporda, tüm dünyada 2,3 milyar insanın ve 530 milyonunun üzerinde çocuğun diş çürüklerinden etkilendiği bildirilmiştir.<sup>6</sup> Ülkemizde yapılan araştırmalarda, çocuklarda çürük prevalansının oldukça yüksek olduğu ve %43,5-84,9 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir.<sup>7,8</sup> Erken yaşta diş çürükleri ile karşılaşan çocukların tedavileri zor ve masraflı olmaktadır.<sup>9</sup> Aynı zamanda süt dişlerinde görülen diş çürükleri, daimî dişlenmede de çürük görülme riskinde artışa yol açmaktadır. Bu nedenle diş çürüklerine karşı koruyucu stratejilerin geliştirilmesi çocuklarda ayrı bir öneme sahiptir.<sup>8,9</sup>

Diş çürüklerinin önlenmesine yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesinde, çocuğun fizyolojik ve biyolojik risk faktörleri ile birlikte ailesinin sosyodemografik özelliklerini de anlamak ve değerlendirmek önem taşır.<sup>9</sup> Çocuğun yetiştiği ailenin inançları, sosyoekonomik durumu, eğitim ve kültürel seviyesi çocuğun bilişsel ve sosyal gelişimini doğrudan etkilemektedir.<sup>10</sup> Ebeveynlerin davranış ve sözleri, onları rol model alan çocuklarının davranışlarının temelini oluşturur. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramına göre çocuğun sosyal davranışları ve sağlık ile ilgili alışkanlıkları üzerinde ailenin büyük bir etkisi vardır.<sup>11</sup>

Bu çalışmanın amacı;

1. Çocukların ağız ve diş sağlığı konusunda, annelerin tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi
2. Annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumunun çocuğun ağız ve diş sağlığı üzerindeki etkilerinin araştırılmasıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Ekim 2018 ve Şubat 2020 tarihli arasında İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne başvuran yaşları 3-14 arası değişen 313 çocuk ve annesi üzerinde gerçekleştirildi. Sistemik veya sendromik rahatsızlıkları nedeni ile özel bakım gerektiren çocuklar bu çalışmaya dâhil edilmedi.

Çalışma için örneklem büyüklüğü, belirlenen literatürler ışığında yanılma düzeyi ( $\alpha$ )=0,05; güç ( $1-b$ )=0,80;  $Z_{\alpha/2}$ =1,96 ve  $p=0,73$  kriterleri kullanılarak hesaplandı<sup>11,12</sup> ve minimum 303 kişiye ulaşılması hedeflendi. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun bir şekilde yürütüldü ve çalışmanın protokolü İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (tarih: 18.7.2018, protokol no: 2018/72). Çalışmaya dâhil edilmeye uygun bulunan çocukların annelerine, araştırmacılar tarafından; araştırmanın amacı ve yöntemi ayrıntılı bir şekilde sözlü olarak anlatıldı. Katılmaya gönüllü olan annelere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldı.

## VERİLERİN TOPLANMASI

Çocukların ağız ve diş sağlığı alışkanlıkları ve diş hekimisi ziyaretleri hakkında annelerin tutum ve davranışlarını öğrenmeyi hedefleyen 12 soruluk bir anket formu hazırlandı. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumu ilgili sorular da eklenerek bir veri toplama formu oluşturuldu. Anne eğitim seviyesi ilkökul ve altı, ortaokul ve lise, üniversite ve üzeri olarak sınıflandırılırken; aylık gelir grupları <1.500, 1.500-2.000 TL ve <2.000 TL olarak belirlendi. Aylık gelir grupları belirlenirken çalışmanın yapılmaya başlandığı yıl olan 2018 yılı asgari ücret temel alındı.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan annelere veri toplama formları verilerek doldurması istendi. Okur-yazar olmayan annelere anket soruları ilgili araştırmacı tarafından okundu ve verilen cevaplara göre form dolduruldu.

Form doldurma işlemi tamamlayan annelerin çocukları muayene için kliniğe alındı. Çocukların ağız içi muayenesi diş hekimisi koltuğunda, reflektör ışığı altında, hava ve su spreyi, ayna ve sond kullanı-

olarak yapıldı. Rutin diş tedavileri için panoramik radyografi gereksinimi bulunan çocuklarda muayene sırasında radyografiden de faydalandı. Çocukların ağız ve diş sağlığı durumlarının belirlenmesinde çürümüş, kayıp ve dolgulu dişler [decayed, missing, and filled teeth (DMFT)] ve dmft indeksleri kullanıldı.<sup>13</sup> Buna göre her çocuk için çürük (D-d), çürük nedeni ile çekilmiş (M-m) ve dolgu yapılmış (F-f) dişlerin toplamı (T-t) veri toplama formuna kaydedildi. Karışık dişlenme döneminde olan çocuklarda çürük ve dolgulu süt dişleri indekse tam olarak dâhil edilirken, eksik olan ve düşme zamanına 2 yıldan az kalmış süt dişleri eksik olarak kabul edilmedi.<sup>14</sup> Tüm çocukların ağız içi muayenesi aynı araştırmacı (Müge Tokuç) tarafından yapıldı.<sup>15</sup>

## İSTATİSTİKSEL ANALİZ

En önemli kategorik değişkenler olan anne eğitim seviyesi mezun olduğu okula göre; (i) Düşük: ilkokul ve altı, (ii) Orta: Ortaokul ve lise (iii) Yüksek: Üniversite ve üzeri olarak sınıflandırıldı. Ailenin aylık geliri ise (i) <1.500 TL (ii) 1.500-2.000 TL (iii) >2.000 TL olarak incelendi.

Verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanarak; kategorik değişkenler (eğitim seviyesi, aylık gelir durumu, cinsiyet) frekans ve yüzde dağılımları ile sürekli değişkenler (DMFT, dmft) ise verilerin dağılımı göz önünde bulundurularak medyan (Q1-Q3) ile sunuldu. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS İstatistik Paket Programı (IBM Co. NY, USA) ile yapıldı. Kategorik değişkenlere ait verilerin incelenmesinde, Pearson ki-kare ve Fisher-Freeman-Halton testleri uygulandı. Analizlerde kategoriler arası anlamlı birleştirmelerin yapılamadığı durumda ilgili kategori çıkartılarak analiz gerçekleştirildi. Sürekli değişkenlere ilişkin verilerin gruplar arası farklılığının incelenmesinde Kruskal-Wallis testi; farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0,05$  anlamlılık değeri olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan 151 (%48,2)'i kız, 162 (%51,8)'si erkek olan 313 çocuğun yaş ortalaması  $8,4 \pm 2,4$  olarak belirlendi. Çalışma grubunun DMFT değeri

$2,3 \pm 3,28$ ; dmft değeri ise  $5,09 \pm 3,32$  olarak tespit edildi.

Ankete katılan 313 annenin %24,3'ü yüksek, %30'u orta ve %45,7'si düşük eğitim seviyesine sahipti. Anket verilerine göre ailelerin %71,2'sinin aylık gelirinin 2.000 TL üzeri, %20,4'ünün 1.500 ve 2.000 TL arası, %8,3'ünün ise 1.500 TL altı olduğu tespit edildi.

Anket sorularına verilen yanıtların genel dağılımı **Tablo 1**'de, verilen yanıtların annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması ise **Tablo 2**, **Tablo 3**, **Tablo 4** ve **Tablo 5**'te gösterildi.

Annelerin eğitim seviyesi ile çocuğun “diş fırçasına sahip olma yaşı”, “günlük diş fırçalama sıklığı” ve “fırçalama sırasında çocuğuna yardımcı olma” durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (**Tablo 2**). Düşük eğitimli annelerin çocuğuna “diş fırçası alma yaşı” anlamlı bir şekilde daha yüksekti (3-6 yaş arası) ( $p < 0,001$ ). “Günlük fırçalama yapmayan” çocukların anneleri büyük oranda düşük eğitim seviyesine sahipti ( $p = 0,048$ ). Orta eğitimli annelerin oranı “Diş fırçalarken çocuğuma hiç yardımcı olmam” cevabını verenler arasında en düşüktü ( $p < 0,01$ ).

Annelerin eğitim seviyesi ile flor hakkındaki bilgi ve tutumu arasında anlamlı fark tespit edildi (**Tablo 2**). “Macunun flor içeriği” hakkında bilgi sahibi olmayan anneler arasında düşük eğitimli annelerin oranı anlamlı bir şekilde yüksekti ( $p < 0,001$ ). “Flor uygulamasının zararlı olduğunu düşünen ve çocuğuna yaptırmak istemeyenler” arasında yüksek eğitimli anne oranı anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p < 0,001$ ).

Annelerin eğitim seviyesi ile çocuğunu diş hekimine götürme sıklığı arasında anlamlı ilişki tespit edildi (**Tablo 3**). Çocuğunu “yılda 2 kez” diş hekimine götürdüğünü bildirenler arasında düşük eğitimli annelerin oranı, yüksek eğitimli annelere göre anlamlı bir şekilde daha düşüktü. Buna karşılık bu oran, sadece “şikâyeti olduğunda” götürürüm cevabı verenlerde ise anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p < 0,02$ ).

Annelerin eğitim seviyesi ile çocuğunu ilk kez diş hekimine götürme sıklığı ve nedeni arasında anlamlı

TABLO 1: Anket sorularına verilen yanıtların dağılımı.

Sorular		n (%)
Çocuğunuza ilk diş fırçasını ne zaman aldınız?	6 ay-2 yaş arasında	149 (%47,6)
	3-6 yaş arasında	161 (%51,4)
	Fırçası yok	3 (%1)
Çocuğunuz dişlerini günde kaç kere fırçalar?	Günde 1 kere	173 (%55,3)
	Günde 2 veya daha fazla	114 (%36,4)
	Hiç	26 (%8,3)
Siz çocuğunuzun diş fırçalamasına yardımcı olur musunuz?	Evet	159 (%50,8)
	Hayır	54 (%17,3)
	Bazen	100 (%31,9)
Çocuğunuz için diş macunu tercihiniz nedir?	Çocuklara özel diş macunu kullanır	230 (%73,5)
	Kendimiz için aldığımız diş macununu kullanır	78 (%24,9)
	Diş macunu kullanmıyor	5 (%1,6)
Çocuğunuz için tercih ettiğiniz diş macunu "flor" içeriyor mu?	Evet	104 (%33,2)
	Hayır	85 (%27,2)
	Bilmiyorum	124 (%39,6)
Flor uygulaması hakkındaki düşünceniz nedir?	Sağlığa zararlı olduğu için çocuğuma yaptırmam	48 (%15,3)
	Çocuğumun diş sağlığı için hekim tarafından önerilirse yaptırırım	182 (%58,1)
	Bir fikrim yok	83 (%26,5)
Çocuğunuzun diş hekimine götürme sıklığınız nedir?	Şikâyeti olursa götürürüm	236 (%75,4)
	Yılda 1 kez	51 (%16,3)
	Yılda 2 kez	26 (%8,3)
Çocuğunuzun dişlerinin tedavisi için hangi hekimi tercih edersiniz?	Çocuk diş hekimi araştırım	215 (%68,7)
	Kendi gittiğim diş hekimine götürürüm	16 (%5,1)
	Sosyal güvencenin geçerliği olduğu Sağlık Bakanlığı ait kurumlara götürürüm	82 (%26,2)
Pedodonti kliniğine (çocuk diş hekimi kliniğine) sizi kim yönlendirdi?	Pedodonti kliniğinden haberim vardı. Kendim tercih ettim	132 (%42,2)
	Diş hekimim/çocuk doktorumuz tavsiye etti	115 (%36,7)
	Sosyal medyadan, arkadaşlarımdan duydum	66 (%21,1)
Çocuğunuzun ilk ne zaman diş hekimine götürdünüz?	1-3 yaş	64 (%20,4)
	4-6 yaş	160 (%51,1)
	7 yaş üzeri	89 (%28,4)
Çocuğunuzun ilk kez diş hekimine götürme sebebiniz?	Kontrol	132 (%42,2)
	Diş Ağrısı	145 (%46,3)
	Dişlerindeki çapraşıklık	36 (%11,5)
Çocuğunuzun ilk diş hekimi ziyaretinizde hangi doktora götürdünüz?	Çocuk diş hekimi	186 (%60)
	Kendi gittiğim diş hekimi	58 (%18,7)
	Sosyal güvencenin geçerliği olduğu Sağlık Bakanlığı ait kurumlardaki diş hekimi	66 (%21,3)

ilişki tespit edildi (Tablo 3). Çocuğunu ilk kez diş hekimine "7 yaşın üzerinde" götürdüğünü bildiren anneler arasında düşük eğitilmiş annelerin oranı anlamlı bir şekilde yüksekken, "4-6 yaş arasında" götürdüğünü bildirenler arasında ise anlamlı bir şekilde düşüktü ( $p>0.01$ ). Yüksek eğitilmiş annelerin oranı, çocuğunu ilk kez "kontrol amaçlı veya diş ağrısı" nedeni ile diş hekimine götürdüğünü bildiren annelerin arasında anlamlı bir şekilde daha yüksekti. Çocuğunu "dişlerindeki çapraşıklık" nedeni ile ilk kez diş heki-

mine götüren anneler ise yüksek oranda orta eğitilmiş annelerdi ( $p<0,001$ ) (Tablo 3).

Ailenin aylık gelir durumu ile çocuğun diş fırçasına sahip olma yaşı arasında anlamlı ilişki edildi (Tablo 4). Aylık gelirin 2.000 TL altı olduğu ailelerde çocukların "diş fırçasına sahip olma yaşı" anlamlı bir şekilde daha düşüktü (6 ay-2 yaş arası) ( $p=0,006$ ). "Çocuğunuzun diş fırçalamasına yardımcı olmayan" anneler arasında ailedeki aylık gelir 1.500 TL altı olanlar anlamlı bir şekilde yüksekti ( $p=0,014$ ).

**TABLO 2:** Çocuğun ağız ve diş sağlığı alışkanlıkları ile ilgili sorulara verilen yanıtların anne eğitim seviyesine göre dağılımı ve karşılaştırılması.

	Öğrenim Durumu			p değeri
	Düşük n (%)	Orta n (%)	Yüksek n (%)	
Çocuğunuza ilk diş fırçasını ne zaman aldınız?				
6 ay-2 yaş	50 (%35) <sup>a</sup>	51 (%54,3) <sup>b</sup>	48 (%63,2) <sup>b</sup>	<0,001*
3-6 yaş arası	90 (%62,9) <sup>a</sup>	43 (%45,7) <sup>b</sup>	28 (%36,8) <sup>b</sup>	
Çocuğunuz dişlerini günde kaç kere fırçalar				
Günde 1 kere	71 (%49,7)	55 (%58,5)	47 (%61,8)	0,048*
Günde 2 veya daha fazla	53 (%37,1)	35 (%37,2)	26 (%34,2)	
Hiç	19 (%13,3) <sup>a</sup>	4 (%4,3) <sup>b</sup>	3 (%3,9) <sup>b</sup>	
Çocuğunuzun diş fırçalamasına yardımcı olur musunuz?				
Evet	72 (%50,3)	51 (%54,3)	36 (%47,4)	0,01*
Hayır	35 (%24,5) <sup>a</sup>	8 (%8,5) <sup>b</sup>	11 (%14,5) <sup>ab</sup>	
Bazen	36 (%25,2)	35 (%37,2)	29 (%38,2)	
Çocuğunuz için diş macunu tercihiniz nedir?				
Çocuklara özel diş macunu	96 (%67,1)	77 (%81,9)	57 (%75)	0,086
Kendimiz için aldığımız diş macunu	43 (%30,1)	17 (%18,1)	18 (%23,7)	
Diş macunu kullanmıyor	4 (%2,8)	0	1 (%1,3)	
Çocuğunuzun diş macunu "flor" içeriyor mu?				
Evet	36 (%25,2)	37 (%39,4)	31 (%40,8)	<0,001*
Hayır	38 (%26,6)	20 (%21,3)	27 (%35,5)	
Bilmiyorum	69 (%48,3) <sup>a</sup>	37 (%39,4) <sup>ab</sup>	18 (%23,7) <sup>b</sup>	
Flor uygulaması hakkındaki düşünceniz nedir?				
Sağlığa zararlı olduğu için çocuğuma yatırmam	15 (%10,5) <sup>a</sup>	9 (%9,6) <sup>a</sup>	24 (%31,6) <sup>b</sup>	<0,001*
Çocuğumun diş sağlığı için hekim önerirse yaptırım	83 (%58)	60 (%63,8)	39 (%51,3)	
Bir fikrim yok	45 (%31,5)	25 (%26,6)	13 (%17,1)	

<sup>a,b,c</sup>Aynı satırdaki farklı harfler istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder; \*p<0,05.

Ailenin aylık gelir durumu ile “çocuğun ilk kez diş hekimine götürülme nedeni” ve “tercih edilen kurum” arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (Tablo 5). “Çocuğunu ilk diş hekimi ziyaretinde sağlık güvencesinin geçerli olduğu kurumlara götürenler” arasında aylık 2.000 TL altı gelire sahip aileler anlamlı bir şekilde yüksekti (p=0,029). “Çocuğunu ilk kez diş ağrısı nedeni ile diş hekimine götürenler” arasında aylık 1.500 TL altı gelire sahip olan ailelerin oranı, 2.000 TL üzeri gelire sahip olanlara göre daha yüksekti (p=0,044).

“Çocuğumun dişlerinin tedavisi için çocuk diş hekimini tercih ederim” cevabı verenler arasında aylık 1.500 TL altı gelire sahip ailelerin oranı anlamlı bir şekilde düşük, “kendi diş hekimini” tercih edenler arasında ise aylık 1.500-2.000 TL gelire sahip aileler anlamlı bir şekilde yüksekti. “Sosyal güvencenin geçerli olduğu kurumları” tercih eden aileler ise 1.500 TL altı aylık gelire sahipti (p=0,001).

Annenin eğitim seviyesi ve ailenin aylık durumu ile çocuklarının DMFT ve dmft değerleri arasında ilişki Tablo 6’da gösterilmiştir. Buna göre sadece aylık gelir durumu ile DMFT arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Aylık geliri 2.000 TL üzeri olan ailelerin çocuklarında DMFT değerlerinin anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görüldü (p=0,031).

## TARTIŞMA

Aile, çocuğun sağlık ile ilgili davranışlarının şekillendiği ilk sosyal çevredir.<sup>10</sup> Ailenin bilgi ve eğitim seviyesinin çocuğunun beslenme ve diş fırçalama alışkanlıkları ile ekonomik durumunun ise çürük prevalansı ile yakından ilişkili olduğu öne sürülmektedir.<sup>5,16,17</sup>

Bu çalışmada, çocuğun ağız ve diş sağlığı ile anne eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumu arasındaki ilişki incelendi. Geçmişten günümüze aile içinde değişen rollere ve sorumluluklara rağmen hâlâ



**TABLO 3:** Çocuğun diş hekimi ziyaretleri ile ilgili sorulara verilen yanıtların anne eğitim seviyesine göre dağılımı ve karşılaştırılması.

	Öğrenim Durumu			p değeri
	Düşük n (%)	Orta n (%)	Yüksek n (%)	
<b>Çocuğunuzu diş hekimine götürme sıklığınız nedir?</b>				
Şikâyeti olursa	119 (%83,2) <sup>a</sup>	69 (%73,4) <sup>ab</sup>	48 (%63,2) <sup>b</sup>	0,02*
Yılda 1 kez	18 (%12,6)	15 (%16)	18 (%23,7)	
Yılda 2 kez	6 (%4,2) <sup>a</sup>	10 (%10,6) <sup>ab</sup>	10 (%13,2) <sup>b</sup>	
<b>Çocuğunuzun dişlerinin tedavisi için hangi hekimin tercih edersiniz</b>				
Çocuk diş hekimi	89 (%62,2)	64 (%68,1)	62 (%81,6)	0,054
Kendi gittiğim diş hekimi	8 (%5,6)	6 (%6,4)	2 (%2,6)	
Sosyal güvencemin geçerli olduğu Sağlık Bakanlığı'na ait kurumları	46 (%32,2)	24 (%25,5)	12 (%15,8)	
<b>Çocuk diş hekimliği kliniğine sizi kim yönlendirdi?</b>				
Haberim vardı. Kendim tercih ettim	54 (%37,8)	37 (%39,4)	41 (%53,9)	0,071
Diş hekimim/çocuk doktorumuz	62 (%43,4)	33 (%35,1)	20 (%26,3)	
Sosyal medya/arkadaşlar	27 (%18,9)	24 (%25,5)	15 (%19,7)	
<b>Çocuğunuz ilk ne zaman diş hekimine götürdünüz?</b>				
1-3 yaş	26 (%18,2)	18 (%19,1)	20 (%26,3)	<0,001*
4-6 yaş	63 (%44,1) <sup>a</sup>	48 (%51,1) <sup>ab</sup>	49 (%64,5) <sup>b</sup>	
7 yaş ve üzeri	54 (%37,8) <sup>a</sup>	28 (%29,8) <sup>a</sup>	7 (%9,2) <sup>b</sup>	
<b>Çocuğunuzu ilk diş hekimine götürme nedeniniz?</b>				
Kontrol	40 (%28) <sup>a</sup>	49 (%52,1) <sup>b</sup>	43 (%56,6) <sup>b</sup>	<0,001*
Diş ağrısı	89 (%62,2) <sup>a</sup>	25 (%26,6) <sup>b</sup>	31 (%40,8) <sup>b</sup>	
Dişlerindeki çapraşıklık	14 (%9,8) <sup>a</sup>	20 (%21,3) <sup>b</sup>	2 (%2,6) <sup>a</sup>	
<b>Çocuğunuz ilk diş hekimi ziyaretinizde hangi doktora götürdüğünüz?</b>				
Çocuk diş hekimi	79 (%56)	57 (%60,6)	50 (%66,7)	0,069
Kendi diş hekimim	23 (%16,3)	18 (%19,1)	17 (%22,7)	
Sosyal güvencemin geçerli olduğu Sağlık Bakanlığı'na ait kurumları	39 (%27,7)	19 (%20,2)	8 (%10,7)	

<sup>a,b</sup>Aynı satırdaki farklı harfler istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder; \*p<0,05.

çocuğun bakımında temel sorumluluğun annede olduğu görülmektedir.<sup>18,19</sup> Özellikle okul öncesi dönemde çocuğun ağız ve diş sağlığı ile ilgili alışkanlıkları doğrudan annenin etkisi altında olduğu bildirilmektedir.<sup>10,15</sup> Bu nedenle çalışmamızda ebeveyn olarak sadece anne değerlendirildi. Çocuğun ağız ve diş sağlığı belirteçleri olarak literatürdeki bilgiler ışığında;<sup>11,12,20,21</sup> çürük prevalansı, ağız ve diş sağlığı alışkanlıkları, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşılabilir kriterleri belirlendi.

Diş yüzeyinde oluşan dental plağın mekanik olarak kaldırılması için düzenli diş fırçalama yapılmalıdır ve diş fırçalamaya dişler çıktıktan hemen sonra başlanmalıdır.<sup>22</sup> Sehrawat ve ark. Hindistan'da, ebeveynlerin %65,9'unun, Miller ve ark. ise Amerika'da ebeveynlerin yarısının çocuklarının dişlerini ne zaman fırçalamaya başlaması gerektiğini bilmediğini rapor etmiştir.<sup>23,24</sup> Ülkemizde ise bu oran %83,6 ile çok daha yüksek olarak tespit

edilmiştir.<sup>22</sup> Tosun ve ark. ebeveynlerin %76,6'sının çocuğuna 3 yaşın üzerinde diş fırçası aldığını bildirmiştir.<sup>12</sup> Bu sonuçları destekler şekilde çalışmamızda, çocukların büyük oranda 3-6 yaş arasında diş fırçasına sahip olduğu görüldü.

Diş çürüklerinin önlenmesinde çocuğun yaşına uygun, florlu bir diş macunu ile günde 2 kez yapılan düzenli diş fırçalama önemli bir yere sahiptir.<sup>20,25</sup> Çalışmamızda çocukların sadece %36,4'ünün dişlerini günde en az 2 kez fırçaladığı tespit edildi. Türkiye'de farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda, çocuklarda günde 2 kez düzenli diş fırçalama oranı %17-40 arasında rapor edilmiştir.<sup>12,22,26</sup> Bu çalışmada, çocukların çocuk diş macunu kullanma oranının oldukça yüksek olduğu ve annelerin bu konuda bilgi sahibi oldu görüldü. Ancak yine de çalışmada yaş gruplaması yapılmadığından, annenin diş macunu tercihi, çocuğunun yaş grubunu dikkate alıp almadığı ile ilgili bir kaniya varılamamaktadır.

**TABLO 4:** Çocuğun ağız ve diş sağlığı alışkanlıkları ile ilgili sorulara verilen yanıtların ailenin aylık gelir durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması.

	Aylık Gelir Durumu			p değeri
	<1.500 TL n (%)	1.500-2.000 TL n (%)	>2.000 TL n (%)	
<b>Çocuğunuza ilk diş fırçasını ne zaman aldınız?</b>				
6 ay-2 yaş	7 (%26,9) <sup>b</sup>	23 (%35,9) <sup>b</sup>	119 (%53,4) <sup>a</sup>	0,006*
3-6 yaş arası	18 (%69,2) <sup>a</sup>	40 (%62,5) <sup>a</sup>	103 (%46,2) <sup>b</sup>	
<b>Çocuğunuz dişlerini günde kaç kere fırçalar</b>				
Günde 1 kere	16 (%61,5)	34 (%53,1)	123 (%55,2)	0,443
Günde 2 veya daha fazla	6 (%23,1)	26 (%40,6)	82 (%36,8)	
Hiç	4 (%15,4)	4 (%6,3)	18 (%8,1)	
<b>Çocuğunuzun diş fırçalamasına yardımcı olur musunuz?</b>				
Evet	13 (%50)	36 (%56,3)	110 (%49,3)	0,014*
Hayır	10 (%38,5) <sup>a</sup>	7 (%10,9) <sup>b</sup>	37 (%16,6) <sup>b</sup>	
Bazen	3 (%11,5)	21 (%32,8)	76 (%34,1)	
<b>Çocuğunuz için diş macunu tercihiniz nedir?</b>				
Çocuklara özel diş macunu	15 (%57,7)	45 (%70,3)	170 (%76,2)	0,086
Kendimiz için aldığımız diş macunu	11 (%42,3)	17 (%26,6)	50 (%22,4)	
<b>Çocuğunuzun diş macunu flor içeriyor mu?</b>				
Evet	6 (%23,1)	18 (%28,1)	80 (%35,9)	0,426
Hayır	6 (%23,1)	19 (%29,7)	60 (%26,9)	
Bilmiyorum	14 (%53,8)	27 (%42,2)	83 (%37,2)	
<b>Flor uygulaması hakkındaki düşünceniz nedir?</b>				
Sağlığa zararlı olduğu için çocuğuma yaptırmam	7 (%26,9)	4 (%6,3)	37 (%16,6)	0,091
Çocuğumun diş sağlığı için hekim önerirse yaptıırım	11 (%42,3)	42 (%65,6)	129 (%57,8)	
Bir fikrim yok	8 (%30,8)	18 (%28,1)	57 (%25,6)	

<sup>a,b</sup>Aynı satırdaki farklı harfler istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder; \*p<0,05.

Çocuğun fırçalama sırasında aile yardımı almıyor olması, diş çürükleri için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.<sup>9</sup> Çocuklarının motor becerilerinin gelişmemiş olması nedeni ile 10 yaşına kadar diş fırçalamanın aile gözetiminde olması önerilmektedir.<sup>18</sup> Araştırmamıza katılan annelerin %50,8'i çocuklarına diş fırçalama sırasında yardımcı olduğunu bildirdi ve bu oran literatüre göre yüksek bulundu. Jahandideh ve ark. 0-13 yaş arası çocuklara sahip ebeveynlerin %79,7'sinin çocuklarına diş fırçalama sırasında yardımcı olması gerektiğini bilmediklerini ve sadece %9,6'sının çocuklarına diş fırçalama sırasında yardımcı olduğunu tespit etmiştir.<sup>22</sup> Topaloğlu Ak ve ark., 6 ay-14 yaş arası çocukların %21'inin ebeveyn yardımı ile diş fırçaladığını rapor etmiştir.<sup>26</sup> Petersen ve ark. ise çocukların %37'sinin günde 2 kez ve %26'sının anne yardımı ile diş fırçaladığını bildirmiştir.<sup>27</sup>

Florürler, diş çürüklerinin önlenmesinde en sık kullanılan ajanlardır.<sup>4</sup> Ancak literatürde; ebeveynle-

rin, florun diş çürüklerini önlemedeki etkinliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı rapor edilmektedir.<sup>20,22,26</sup> Çalışmamızda, çocukların neredeyse tamamının diş macunu kullandığı görülse de annelerin %39,6'sının çocuğunun kullandığı macunun flor içeriği konusunda, %26,5'inin ise flor uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmadığı saptandı.

Tüm dünyada florlu diş macunu kullanımı ve topikal flor uygulamaları ile ilgili ön yargılı bir tutum olduğu ifade edilmektedir. Ebeveynlerin, çocuklarının gelişimine ve zekâ seviyesine etki edeceği gibi endişeler ile flor uygulamalarına karşı direnç gösterdiği görülmektedir.<sup>25,26</sup> Özellikle 35 yaş altı ve üniversite öğrenimine sahip ebeveynler arasında flor uygulamalarına olan direncin daha yaygın olduğu bildirilmiştir.<sup>25</sup> Bu çalışmada, orta ve yüksek eğitimli annelerin büyük oranda çocuğunun kullandığı macunun flor içeriği hakkında bilgi sahibi olduğu görüldü. Annenin eğitim seviyesi ile florlu/florsuz diş macunu

**TABLO 5:** Çocuğun diş hekimi ziyaretleri ile ilgili sorulara verilen yanıtların ailenin aylık gelir durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması.

	Aylık Gelir Durumu			p değeri
	<1.500 TL n (%)	1.500-2.000 TL n (%)	>2.000 TL n (%)	
<b>Çocuğunuzu diş hekimine götürme sıklığınız nedir?</b>				
Şikâyeti olursa	22 (%84,6)	52 (%81,3)	162 (%72,6)	0,109
Yılda 1 kez	4 (%15,4)	5 (%7,8)	42 (%18,8)	
Yılda 2 kez	0	7 (%10,9)	19 (%8,5)	
<b>Çocuğunuzun dişlerinin tedavisi için hangi hekimin tercih edersiniz?</b>				
Çocuk diş hekimi	12 (%46,2) <sup>b</sup>	39 (%60,9) <sup>ab</sup>	164 (%73,5) <sup>a</sup>	0,001*
Kendi gittiğim diş hekimim	0 (%0) <sup>ab</sup>	8 (%12,5) <sup>b</sup>	8 (%3,6) <sup>a</sup>	
Sosyal güvencemin geçerli olduğu Sağlık Bakanlığı'na ait kurumları	14 (%53,8) <sup>a</sup>	17 (%26,6) <sup>b</sup>	51 (%22,9) <sup>b</sup>	
<b>Çocuk diş hekimliği kliniğine sizi kim yönlendirdi?</b>				
Haberim vardı. Kendim tercih ettim	6 (%23,1)	29 (%45,3)	97 (%43,5)	0,35
Diş hekimim/çocuk doktorumuz	13 (%50)	23 (%35,9)	79 (%35,4)	
Sosyal medya/arkadaşlar	7 (%26,9)	12 (%18,8)	47 (%21,1)	
<b>Çocuğunuz ilk ne zaman diş hekimine götürdünüz?</b>				
1-3 yaş	2 (%7,7)	12 (%18,8)	50 (%22,4)	0,445
4-6 yaş	14 (%53,8)	34 (%53,1)	112 (%50,2)	
7 yaş ve üzeri	10 (%38,5)	18 (%28,1)	61 (%27,4)	
<b>Çocuğunuzu ilk diş hekimine götürme nedeniniz?</b>				
Kontrol	8 (%30,8)	20 (%31,3)	104 (%46,6)	0,044*
Diş ağrısı	17 (%65,4) <sup>a</sup>	36 (%56,3) <sup>ab</sup>	92 (%41,3) <sup>b</sup>	
Dişlerindeki çapraşıklık	1 (%3,8)	8 (%12,5)	27 (%12,1)	
<b>Çocuğunuz ilk diş hekimi ziyaretinizde hangi doktora götürdüğünüz?</b>				
Çocuk diş hekimi	11 (%45,8)	32 (%50)	143 (%64,4)	0,029*
Kendi diş hekimim	4 (%16,7)	12 (%18,8)	42 (%18,9)	
Sosyal güvencemin geçerli olduğu Sağlık Bakanlığı'na ait kurumları	9 (%37,5) <sup>a</sup>	20 (%31,3) <sup>a</sup>	37 (%16,7) <sup>b</sup>	

<sup>a,b,c</sup>Aynı satırdaki farklı harfler istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder; \*p<0,05.

**TABLO 6:** Anne eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumu ile çocuğun diş sağlığı verileri arasındaki ilişki.

		DMFT			dmft		
		n	Medyan (Q1-Q3)	p değeri	n	Medyan (Q1-Q3)	p değeri
Öğrenim durumu	Düşük	129	2 (1-4)	0,058	124	5 (4-8)	0,114
	Orta	85	1 (0-4)		80	5 (2-7)	
	Yüksek	57	2 (0-3)		66	4 (2-7)	
Aylık gelir durumu	<1.500 TL	22	2 (1-4) <sup>a</sup>	0,031*	24	6 (2,5-8)	0,567
	1.500-2.000 TL	58	2,5 (0-4) <sup>a</sup>		53	5 (3-7)	
	>2.000 TL	191	2 (0-4) <sup>b</sup>		193	5 (2-7)	

<sup>a,b,c</sup>Her bir değişken için aynı sütundaki farklı harfler istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder; \*p<0,05; DMFT: Çürümüş, kayıp ve dolgululu dişler.

tercihi arasında bir ilişki tespit edilmedi. Buna karşın Topaloğlu Ak ve ark., en az üniversite mezunu olan ebeveynlerin anlamlı bir şekilde flor içermeyen diş macununu tercih ettiğini ve flor uygulamalarına karşı negatif bir tutum içinde olduğunu bildirmiştir.<sup>26</sup> Çalışmamıza katılan annelerin flor uygulamaları ile ilgili %58,1 ile büyük çoğunluğu-

nun hekim önerisini dikkat aldığı görüldü. Ancak anlamlı çoğunluğunu yükseköğretim mezunu olan annelerin oluşturduğu %15,1'lik bir kesim, flor uygulamasının zararlı olduğunu ve çocuğuna yaptırmayacağını belirtti. Bu sonuçlar, son zamanlarda eğitilmiş ebeveynler arasında görülen flor karşıtlığını destekler niteliktedir.



Diş çürüklerinden korunmada çocuğun ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarının yanında, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşma durumu da değerlendirilmiştir.<sup>11</sup> Çocuklar için ilk diş hekimi ziyaretinin 6 ay-1 yaş arasında olması ve 6 ayda bir düzenli diş hekimi kontrollerinin sağlanması önerilmektedir.<sup>28</sup> Ülkemizde yapılan bir araştırmada, ebeveynlerin sadece %22,92'sinin bu bilgiye sahip olduğu görülmüştür.<sup>23</sup> Çalışmamızda da çocukların neredeyse yarısının ilk kez 4-6 yaş arasında ve diş ağrısı nedeni ile diş hekimine götürüldüğü tespit edildi. Araştırmalarda, ebeveynlerin çocuklarını şikâyeti olduğunda diş hekimine götürme eğiliminde olduğu rapor edilmektedir.<sup>15,19</sup> Sonuçlarımızda da benzer şekilde annelerin büyük çoğunluğunun çocuklarını diş hekimine şikâyeti olduğunda götürdüğü saptandı.

Çocuklarda diş tedavilerinin önündeki en büyük engel çocuğun kaygı ve korkusudur. Bu nedenle çocuğun ilk diş hekimi ziyareti ve diş tedavisi önemsenmesi gereken bir durumdur. Çocuğun uyumunun sağlanmasında kendini rahat hissedeceği bir ortamda bulunması, çocuk ve hekim arasında iyi bir iletişim sağlanması oldukça önemlidir. Bu noktada çocuk alanında uzmanlaşmış bir hekimin tercih edilmesi daha doğru olacaktır.<sup>29</sup> Anket sonuçlarımıza göre çocuk diş hekimliği kliniğinden haberi olan, çocuğunu ilk diş hekimi ziyaretinde çocuk diş hekimine götüren ve çocuğunun tedavileri için çocuk diş hekimini tercih eden annelerin oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin eğitim seviyesi ve ailenin ekonomik durumunun çocuğunun ağız ve diş sağlığı üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir.<sup>4</sup> Gelir düzeyinin düşük olduğu ailelerde, çocukların karbonhidrat tüketim miktarı ve sıklığının daha fazla, diş fırçalamaya başlama yaşının daha geç olduğu rapor edilmektedir.<sup>5,16</sup> Ülkemizde yapılan, ebeveynlerin pedodonti konusundaki tutumlarının değerlendirildiği bir anket çalışmasında ise ebeveynin eğitim seviyesinin çocuğun macun kullanımı ve çocuğuna diş fırçası alma yaşını etkilemediği bildirilmiştir.<sup>12</sup> Bu çalışmada, anne eğitim seviyesi ve ailenin aylık gelir durumu fark etmeksizin çocukların büyük çoğunluğunun dişlerini çocuk diş macunu ile fırçaladığı tespit edildi. Ancak anne eğitim seviyesi "çocuğuna diş fırçası

alma yaşı" üzerinde etkili bulundu. Orta ve yüksek eğitimli anneler ile aylık geliri 2.000 TL üzeri olan ailelerin çocuklarına daha erken yaşta diş fırçası aldığı görüldü.

Ebeveynin eğitim seviyesi çocuğun düzenli diş fırçalama alışkanlığını etkileyen bir faktör olarak bildirilmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça ailelerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve farkındalıkları artmaktadır.<sup>30,31</sup> Günde 2 kez diş macunu ile düzenli diş fırçalama oranının eğitimli aile çocuklarında daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>11,32</sup> Bu çalışmada, çocuklarının günlük diş fırçalamadığını bildiren annelerin büyük oranda düşük eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Diş fırçalarken çocuğuna daha çok yardımcı olan anneler arasında ise büyük çoğunluğu orta eğitimli anneler oluşturdu. Bu sonucun; eğitimli annelerin bilgi ve farkındalığının yetersizliğinden; eğitim seviyesi yüksek olanların ise çalışma hayatları nedeni ile çocuklarına ayırdığı kaliteli zamanın azlığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ailenin ekonomik durumu, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşmada belirleyici faktörlerden biridir.<sup>4,16</sup> Çalışmanın planlandığı ve uygulanmaya başlandığı yıl olan 2018 yılında Türkiye'de asgari ücretin net 1.603 TL ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı gelir ve yaşam koşulları araştırmasına göre bir aileye düşen aylık gelirin ortalama 2.016 TL olduğu görülmektedir.<sup>33</sup> Bu çalışma sosyal güvencenin de geçerli olduğu, İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'nde gerçekleştirildi ve anket sonuçları doğrultusunda; kliniğimize başvuran ailelerin büyük çoğunluğunun aylık gelirinin TÜİK ortalama verilerinin üzerinde olduğu tespit edildi.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşabilme çocuğun ağız ve diş sağlığını etkileyen önemli bir faktördür.<sup>4,18</sup> Düşük gelir düzeyi ve eğitim seviyesi ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşımı da geciktirmekte ve zorlaştırmaktadır. Gelir düzeyi düşük olan ailelerde, sosyal ve maddi yetersizlikler nedeni ile ağız ve diş sağlığına gereken önem verilememekte ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili harcamalar geri plana atılmaktadır.<sup>16,30</sup> Bu bilgiyi destekler şekilde anket çalışmamızda özellikle sosyal güvencenin geçerli olduğu sağlık kurumlarını öncelikli olarak tercih eden aile-

lerin aylık gelirinin ortalamasının altında olduğu görülmüştür.<sup>33</sup> Benzer şekilde aylık gelirin ve eğitim seviyesinin azalmasıyla, ağrı nedeniyle diş hekimine başvurma oranının arttığı tespit edilmiştir. Annelerin eğitim seviyesi arttıkça, çocuğunu diş hekimisi ile tanıştırma yaşının düştüğü ve kontrol amaçlı götürme oranının arttığı görülmektedir.

Literatürde, düşük gelir düzeyinin çürük prevalansı ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>5,31,34,35</sup> Ancak anne eğitim seviyesi ile çürük görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi tam tersini savunan çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>4,5,11,17</sup> Bu çalışmada, anne eğitim seviyesinin, çocuğun süt ve daimî dişlerindeki çürük prevalansını etkilemediği; ancak ailenin aylık gelir düzeyinin azalmasıyla çürük prevalansının arttığı görüldü.

## SONUÇ

Bu çalışmanın sınırları dâhilinde annelerin çocuklarına diş fırçası alma, günde 2 kez düzenli diş fırçalama alışkanlığı kazandırma konusunda eksik kaldığı belirlendi. Her ne kadar çocukların neredeyse tamamı macun kullanarak diş fırçalıyor olsa da annelerin flor konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı görüldü. Çocukların ilk diş hekimisi ziyareti yaşı da olması gerekenden yüksek bulundu ve annelerin çocuğunu düzenli diş hekimisi kontrollerine götürmediği ve genel eğilimin şikâyeti olduğunda çocuğunu diş hekimine götürmek olduğu saptandı.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, ailenin gelir düzeyinin artması ile çocuğun ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarının geliştiği ve tedavi hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı buna bağlı olarak da daimî dişlerinde görülen çürük sıklığının azaldığı söylenebilmektedir. Ancak her ne kadar eğitim seviyesi arttıkça annelerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi ve farkındalığının arttığı görülse de annenin eğitilmiş olmasının diş çürüklerinden korunmada yeterli olmadığı görüldü.

Diş çürüklerinden korunmada düzenli diş hekimisi kontrollerinin ihmal edilmemesi ve çocuklara ağız ve diş sağlığı ile ilgili doğru alışkanlıkların erken yaşta kazandırılması önem taşımaktadır. Çocuğun diş fırçalamayı alışkanlık hâline getirebilmesi için erken yaşta diş fırçası almanın yanında, doğru ve düzenli fırçalamanın çocuğa öğretilmesi ve fırçalama alışkanlıklarının denetlenmesi gereklidir. Çocuğun bakımında temel sorumluluğun annede olduğu düşünüldüğünde, annelere yönelik planlanan ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin ayrı bir önemi olduğu kanısındayız. Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda, toplumun her kesimindeki annelere ulaşabilen ağız ve diş sağlığı eğitimlerine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması, özellikle gelir düzeyi düşük bölgelerde yaşayan ailelere diş fırçası ve macun gibi desteklerin sağlanması önerilmektedir.

## Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

## Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

## Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Tasarım:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Denetleme/Danışmanlık:** Müge Tokuç; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Analiz ve/veya Yorum:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Kaynak Taranması:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Makalenin Yazımı:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım; **Eleştirel İnceleme:** Müge Tokuç; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Müge Tokuç, Sinem Yıldırım.

## KAYNAKLAR

- Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Anderson M. Risk assessment and epidemiology of dental caries: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2002;24(5):377-85. [[PubMed](#)]
- Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, Hoover CI, Featherstone JD. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. *J Clin Pediatr Dent*. 2002;26(2):165-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- David J, Wang NJ, Astrøm AN, Kuriakose S. Dental caries and associated factors in 12-year-old schoolchildren in Thiruvananthapuram, Kerala, India. *Int J Paediatr Dent*. 2005;15(6):420-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Ayele FA, Taye BW, Ayele TA, Gelaye KA. Predictors of dental caries among children 7-14 years old in Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2013;13:7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602. Erratum in: *Lancet*. 2017;389(10064):e1. [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
- Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer S. Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004. [The Oral Health Profile of 5, 12 and 15 Year Olds, Turkey-2004]. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2007;21(4):3-10. [[Link](#)]
- Kuvvetli SS, Sandallı N, Çaliskan S. Beş yaşındaki bir grup türk çocuğunda süt dişlenmesinde kavitesiz ve kaviteli diş çürüklerinin yaygınlığının değerlendirilmesi. [Assessment of prevalence of noncavitated and cavitated caries lesions in a group of 5 year old Turkish children]. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2011;28(3):143-50. [[Link](#)]
- Mahesh R, Muthu MS, Rodrigues SJ. Risk factors for early childhood caries: a case-control study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013;14(5):331-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Astrøm AN, Jakobsen R. The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontol Scand*. 1996;54(4):235-41. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Mishra A, Pandey RK, Chopra H, Arora V. Oral health awareness in school-going children and its significance to parent's education level. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36(2):120-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Tosun G, Şener Y, Sermet Ü, Küçükylmaz E. Ebeveynlerin pedodonti konusundaki tutumu nedir? SÜ Dişhek Fak Der. 2008;17:6-11. [[Link](#)]
- World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 5th ed. Geneva/Switzerland: WHO press; World Health Organization, 2013. [[Link](#)]
- Sarı Me, Kalyoncuoğlu E, Çankaya S. Fiziksel engelli çocukların ağız ve diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. [Evaluation of oral and dental health of children with physical disabilities]. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2012;22(1):7-13. [[Link](#)]
- Tulunoğlu Ö, Bodur H, Akal N. Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. [Evaluation of the effect of parental educational level on preschool children's oral and dental health]. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 1999;16(2):27-32. [[Link](#)]
- Kiwanuka SN, Astrøm AN, Trovik TA. Dental caries experience and its relationship to social and behavioural factors among 3-5-year-old children in Uganda. *Int J Paediatr Dent*. 2004;14(5):336-46. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Koçanalı B, Ak A, Çoğlu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. [Evaluation of the Dental Caries Risk Factors in Children]. *The Journal of Pediatric Research* 2014;1(2):76-9. [[Crossref](#)]
- Kumar G, Dhilon JK, Vignesh R, Garg A. Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2019;37(1):3-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Yıldız E, Şimşek M, Gündoğar Z, Aktan AM. Gaziantep Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran çocukların ağız ve diş sağlığı düzeyi. [Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep]. *Gaziantep Med J*. 2015;21:118-24. [[Crossref](#)]
- Alshehri M, Kujan O. Parental views on fluoride tooth brushing and its impact on oral health: A cross-sectional study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(6):451-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
- Özyürek A, Cinar M, Yavuz NF, Bektaş M, Çetin A. İlkokul öğrencileri ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Investigation of the oral health knowledge and the practice of the elementary school students and their mothers]. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2015(30):34-48. [[Link](#)]
- Jahandideh A, Tüloğlu N. Ebeveynlerin ağız-diş sağlığındaki koruyucu uygulamalar hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. [Evaluation of parental knowledge about preventive applications in oral and dental health]. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(4):403-12. [[Link](#)]
- Sehrawat P, Shivlingesh KK, Gupta B, Anand R, Sharma A, Chaudhry M. Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children's mothers in Greater Noida, India. *Niger Postgrad Med J*. 2016;23(3):152-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
- Miller E, Lee JY, DeWalt DA, Vann WF Jr. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*. 2010;126(1):107-14. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
- 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 North Am*. 2017;61(3):607-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
- Topaloğlu Ak A, Aksoy H, Özdaş DÖ. Türk ailelerinin florlu diş macunu ve topikal flor uygulamaları hakkında bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi: pilot çalışma. [Evaluation of Turkish parents' knowledge and opinions about fluoride toothpaste and topical fluoride applications: a pilot]. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2018;39(3):160-4. [[Crossref](#)]
- Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand*. 1995;53(6):363-8. [[Crossref](#)]
- Dentistry AAOPH. First oral health assessment policy. 2004. [Erişim tarihi: 5 Nisan 2020]. Erişim linki: [[Link](#)]
- Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc*. 2003;31(9):703-13. [[PubMed](#)]
- Gülhan A, Sandallı N, Akıncı T, Uz M, Özkan S. Ailenin çocuğun diş-ağız sağlığı üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 1986;20:54-63. [[Link](#)]
- Moses J, Rangeeth BN, Gurunathan D. prevalence of dental caries, socio-economic old school going children of chidambaram status and treatment needs among 5 to 15 year old school going children of chidambaram. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2011;5(1):146-51. [[Link](#)]

32. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, et al. Sociobehavioral factors influencing toothbrushing frequency among schoolchildren. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(6):743-9. [[Crossref](#)] [[Pubmed](#)]
33. Türkiye İstatistik Kurumu (2019). Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2018. [Erişim tarihi: 11 Nisan 2020]. Erişim linki: [[Link](#)]
34. Bostancı V, Develioğlu A, Çınar Z. Sivas il merkezi özel ve devlet okullarındaki 12-17 yaş grubu öğrencilerin periodontal tedavi gereksiniminin ve dolgu ihtiyaçlarının karşılaştırılması. [The comparison of the periodontal treatment needs and filling needs of the students aged between 12-17 years from private and public schools from Sivas city center]. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2008;11(2):101-7. [[Link](#)]
35. Kemaloğlu H, Yıldırım G, Kaya A, Önal B. İzmir ilinin Seferihisar ilçesindeki 8-12 ve 13-16 yaş aralığındaki çocuklarda çürük dağılımının değerlendirilmesi, bölüm:1. [Evaluation of caries prevalence in 8-12 and 13-16 years old children in the province of Seferihisar İzmir, part:1]. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2014;24(3):353-9. [[Crossref](#)]