



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN
HEKİMLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Sümeyye TUNCER HANCI

Samsun

Ekim-2021



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN
HEKİMLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Sümeyye TUNCER HANCI

**Danışman
Prof. Dr. Eda GÜLER**

**Samsun
Ekim-2021**

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Uzmanlık öğrencisi Dt. Sümeyye TUNCER HANCI tarafından Prof. Dr. Eda GÜLER danışmanlığında hazırlanan “Türkiye’deki Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından .../.../..... tarihinde yapılan sınav ile Anabilim Dalında Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Bu tez, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalınca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

...../...../2021

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Öğrenciliğimden bu yana, tüm asistanlığım süresince ve tez sürecimde, gönlümden geçen konularda çalışmamı desteklediği, yol gösterdiği, merhametli ve anaç yaklaşımını esirgemediği için, güler yüzlülüğü ve nezaketi ile daima rol modelim olacak, şansım olarak andığım biricik danışman hocam Prof. Dr. Eda GÜLER'e,

Yine tüm asistanlık sürecimde desteğini, ilgisini, değerli bilgilerini ve imkanlarını her zaman benimle paylaşan başta Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ertan ERTAŞ hocam olmak üzere, diğer bölüm hocalarım Doç. Dr. Nihan GÖNÜLOL, Doç. Dr. Emel KARAMAN ve Doç. Dr. Fikret YILMAZ'a,

Danıştığım her konuda babacan tavrıyla desteğini esirgemeyen ve tezimin asistan hekimlere ulaştırılmasında büyük katkısı bulunan başta Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ olmak üzere OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ailesine,

Asistanlığın iyi ve zor günlerinde her zaman birbirimize destek olduğumuz Dt. Saadet AKMAN'a, eşkıdemlerime, odamı paylaştığım Dt. Betül Kübra KURUCU'ya ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Öğrenciliğimde asistanlığımı yapan, asistanlığımda da her zaman bilgilerini paylaşan, yol gösteren sevgili kıdemlilerim Uzm. Dt. Ayşe Merve TÜRKER'e ve Dr. Dt. Yad MARIWAN'a,

Diş hekimliği mesleğini seçmeme vesile olan başta canım annem olmak üzere, desteklerini hep hissettiğim, seçtiğim her yolda ilerleme gücü veren aileme,

Hayatıma girdiği günden bu yana dünyamı güzelleştiren, hayatımı kolaylaştıran, akademik çalışmalarda birbirimizi desteklediğimiz, hekimlikte merakımı ve heyecanımı her daim taze tutmamda en büyük katkıya sahip olan biricik eşim Uzm. Dr. Önder HANCI'ya,

sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Araştırmanın amacı ülkemizde tam zamanlı uzmanlık eğitimi görmekte olan aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı hakkındaki genel bilgi düzeylerini ölçmektir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan uzman hekimlerin ağız ve diş sağlığı konusunda yeterli eğitim almaları toplum ağız diş sağlığı açısından önem taşımaktadır. Birinci basamak hekimliğinde bütüncül yaklaşımın gereği olarak hastaların ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu bağlamda birinci basamak hekimleri genel sağlık hizmetleri sırasında hastaların ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunabilirler. Bu anket çalışması ile aile hekimliği asistan hekimlerinin konuyla ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Aile hekimliği ve ağız diş sağlığı ile ilgili daha önce yapılan çalışmalar ve yayınlar incelenerek, aile hekimliği uzmanının ağız ve diş sağlığı üzerine bilmesi gereken temel konular saptanmış, bu konulara yönelik anket soruları hazırlanmıştır. Türkiye'deki toplam Aile Hekimliği asistan hekimlerin sayısı evren olarak kabul edilip güç analizi yapılmış, örneklem 296 kişi olarak belirlenmiştir. Anket internet üzerinden çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasından sonra “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” kullanılarak Ki kare, Fisher, Kolmogorov-Smirnov, Spearman, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Bonferroni testleri ile istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya Türkiye'nin çeşitli kliniklerinde uzmanlık yapan 302 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $29,6 \pm 5,1$ idi. Asistan hekimlerin bilgi puanları ortalaması $65,2 \pm 10,9$ (en düşük: 27, en yüksek: 92) olarak hesaplanmıştır. Asistan hekimler, sistemik hastalıklar ve ağız diş sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen sorulara verdikleri cevaplar sonucu ortalama $90,3 \pm 14,4$ puan almışlardır. Asistan hekimler, anne-çocuk-gebelik ve ağız diş sağlığıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplardan ortalama $61,8 \pm 15,8$ puan almışlardır. Ağız hijyeni ile ilgili sorulara verdikleri cevaplardan ise ortalama $44,5 \pm 20,2$ puan almışlardır. Ayrıca asistan hekimlerin büyük çoğunluğu, uzmanlık eğitimi sırasında ağız diş sağlığı hakkında eğitim almadığını, uzmanlık eğitim müfredatına entegre edilmesi fikrine katıldıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre ülkemizdeki aile hekimliği asistan hekimlerinin ağız diş sağlığı ile ilgili genel bilgi düzeyleri orta seviyede bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, Aile hekimliği, Koruyucu diş hekimliği

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE KNOWLEDGE LEVELS OF FAMILY MEDICINE ASSISTANTS IN TURKEY ABOUT ORAL AND DENTAL HEALTH

Aim: The aim of the study is to measure the general knowledge level of family medicine residents, who are receiving full-time specialty training in our country, about oral and dental health. It is important for the oral and dental health of the community that specialist physicians working in primary health care institutions receive adequate training on oral and dental health. As a requirement of the holistic approach in primary care medicine, it is important to evaluate the oral and dental health of the patients. In this context, primary care physicians can contribute to improving the oral and dental health of patients during general health services. With this survey study, it was aimed to measure the level of knowledge of family medicine residents on the subject.

Material and Method: By examining previous research and publications on family medicine and oral and dental health, the basic issues that the family medicine specialist should know about oral and dental health were determined, and questionnaire questions were prepared for these issues. The total number of family medicine residents in Turkey was accepted as the universe, power analysis was made, and the sample was determined as 296 people. The survey was conducted online. After the data were collected, statistical analyzes were performed using “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” with Chi-square, Fisher, Kolmogorov-Smirnov, Spearman, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni tests.

Results: 302 people who specialize in various clinics in Turkey participated in the study. The mean age of the participants was 29.6 ± 5.1 . The mean knowledge scores of the resident physicians were calculated as 65.2 ± 10.9 (the lowest: 27, the highest: 92). The resident physicians scored an average of 90.3 ± 14.4 as a result of their answers to the questions examining the relationship between systemic diseases and oral and dental health. The resident physicians received an average of 61.8 ± 15.8 points from the answers they gave to the questions about mother-child-pregnancy and oral and dental health. They received an average of 44.5 ± 20.2 points from the answers they gave to the questions about oral hygiene. In addition, the majority of resident physicians stated that they did

not receive training on oral and dental health during their residency training, and that they agreed with the idea of integrating it into the residency training curriculum.

Conclusion: According to the results of the study, the general knowledge level of family medicine residents in our country about oral and dental health was found to be moderate.

Keywords: Oral and dental health, Family medicine, Preventive dentistry

SİMGE VE KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- F** : Florür
- LB** : Laktobasil
- MS** : Mutans Streptokok
- GÖRH** : Gastroözofajiyal Reflü
- HPV** : İnsan Papilloma Virüsü
- ADH** : Ağız Diş Hastalıkları
- CHX** : Klorheksidin
- EÇÇ** : Erken Çocukluk çağı Çürüğü
- TDB** : Türk Diş Hekimleri Birliği
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- AH** : Ağız Hijyeni
- SH** : Sistemik Hastalıklar
- AÇG** : Anne-Çocuk-Gebelik

İÇİNDEKİLER

TESEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGE VE KISALTMALAR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ağız ve Diş Sağlığı.....	3
2.1.1. Çocukluk Döneminde Ağız ve Diş Sağlığı.....	3
2.1.2. Yetişkinlikte Ağız ve Diş Sağlığı.....	5
2.1.3. Yaşlılık Döneminde Ağız ve Diş Sağlığı.....	6
2.2. Ağız ve Diş Hastalıkları.....	7
2.2.1. Diş Çürüğü.....	7
2.2.2. Diş Aşınmaları.....	8
2.2.3. Diş Eti Hastalıkları.....	10
2.2.4. Dental Travmalar	11
2.2.5. Ağız Kanserleri.....	12
2.3. Ağız Hijyeninin Sağlanması ve Ağız Diş Sağlığı.....	13
2.4. Toplum Ağız Diş Sağlığı.....	15
2.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları.....	17
2.5.1. Ağız Diş Sağlığı Taramaları.....	18
2.5.2. Diş Hekimi Kontrol Muayenesi.....	18
2.5.3. Koruyucu Diş Tedavileri.....	19
2.5.4. Koruyucu Flor Uygulamaları.....	20
2.5.5. Diyetin Düzenlenmesi.....	22
2.6. Aile Hekimliği ve Ağız Diş Sağlığı	23
2.7. Bilimsel Araştırmalarda Anket Yöntemi.....	24
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Etik İzin.....	26
3.2. Çalışmanın Yeri.....	26
3.3. Çalışmanın Tipi.....	26

3.4. Çalışmanın Evreni.....	26
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.6. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	26
3.7. Çalışmanın Örneklem Büyüklüğü.....	26
3.8. Çalışmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	27
3.9. İstatistiksel Analiz.....	28
3.10. Çalışmada Karşılaşılan Güçlük ve Kısıtlılıklar.....	28
3.11. Araştırma Bütçesi.....	28
3.12. Anketin İçeriği.....	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	80
6. SONUC VE ÖNERİLER.....	89
7. KAYNAKLAR.....	90
EKLER.....	100
ÖZGEÇMİŞ.....	104

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır ve iyi bir ağız ve diş sağlığı temel insan hakkıdır. Ağız ve diş sağlığı; kişinin genel sağlığını, yaşam kalitesini, beslenmesini ve hatta ruhsal durumunu etkilemektedir. Bu sebeple sağlıklı bir topluma ulaşma hedefinin, ağız ve diş sağlığından bağımsız bir şekilde gerçekleştirilemeyeceği unutulmamalıdır.

Aile hekimi; yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin; bireysel, kapsamlı ve sürekli; bütüncül sağlık hizmeti veren; tıp fakültesinden mezun olduktan sonra uzmanlık eğitimi almış; birinci basamak hekimidir. Aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve uygulaması olan, akademik ve bilimsel bir disiplin olan, birinci basamak yönelimli bir uzmanlıktır.¹

Aile hekimliği hastaların sağlık sistemine giriş kapısı olması yönüyle, daha çok hastaya ulaşma konusunda diş hekimliğine göre daha iyi bir konumdadır. Ülkemizde her bireyin bir aile hekimi bulunmaktadır. Bu sebeple özellikle ağız ve diş sağlığının önemini benimseyememiş, diş hekimine düzenli başvurmayan veya diş hekimine ulaşmakta zorluk yaşayan dezavantajlı hasta gruplarına koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ulaştırılmasında sağlayacakları katkı çok önemlidir.

Aile hekimliğinin periyodik muayenelerinde ağız ve diş sağlığı göz ardı edilmemelidir. Fakat uygulamada, aile hekimliğine ağız ve diş sağlığının entegrasyonunun eksik olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde aile hekimliği uzmanlık müfredatında ağız ve diş sağlığına maalesef yer verilmemiştir. Aile hekimliği uzmanları hastaya bütüncül yaklaşımın gereği olarak hastaların ağız ve diş sağlığını kontrol edebilmeli, gerekli önerileri verebilmeli ve gerekli durumlarda diş hekimine yönlendirebilmelidir.

Bu çalışma ile, ülkemizde aile hekimliği branşında uzmanlık eğitimi yapan asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri ve bu konu hakkında aile hekimliği uzmanlık müfredatı ve pratiğine dair görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamaları Toplum Sağlığı Merkezleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Diş Hekimliği Fakülteleri tarafından yürütülmektedir. Ancak her semtte bulunan Aile Sağlığı Merkezleri kadar geniş bir yayılım göstermeleri mümkün

değildir. Bu kadar hastaya ulaşabilme ağına sahip bir sistemden ağız ve diş sağlığı konusunda destek almanın oldukça akıllıca olacağı düşünülmektedir. Toplum ağız ve diş sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek konusunda destek olabilecek bir hekim grubu olarak, aile hekimlerinin ağız ve diş sağlığı konusuna ne kadar hakim olduklarına, uzmanlık eğitiminde konunun önemi hakkındaki düşüncelerine dair fikir sahibi olarak eğitim müfredatına ve toplum sağlığına katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağız ve Diş Sağlığı

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ağız ve diş sağlığını; bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıklar ve aynı zamanda ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraların, periodontal hastalık, diş çürüğü ve kaybı gibi rahatsızlıkların görülmemesi olarak tanımlamıştır.²

2.1.1. Çocukluk Döneminde Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi bebeklik ve çocukluk döneminde, ilk koruyucu uygulamalarla birlikte başlamalıdır. Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Derneği, ilk dental muayeneyi doğumdan sonraki ilk bir yıl içerisinde önermektedir.³ Alt ön keserlerin 6-12 ay arasında sürmesiyle süt dişleri ağızda yer almaya başlamakta ve 3 yaş civarında tamamlanmaktadır. İlk dişin sürmesi sonrası diş hekimi kontrolü ile hem bebeğin ağız ve diş sağlığı kontrolü hem de aileye bebeğin ağız ve diş bakımının nasıl yapılması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılabilmektedir. Bebeklikte dişlerin temiz bir bezle temizlenmesi önerilmektedir. Yedi yaşına kadar bir yetişkin eşliğinde diş fırçası ve florürlü diş macunu ile fırçalamaya başlanmalıdır.⁴

Özellikle daimi dişlerin gelişiminin devam ettiği çocukluk döneminde, bireysel veya profesyonel uygulamalar ile optimal dozda florür (F) alımı, daimi dişlerin mine mineralizasyonuna olumlu katkı sağlamaktadır.⁵ 0,6 ppm'den az F içeren su tüketen çocuklara yüksek çürük riski sebebiyle F takviyesi gerekebilmektedir.

Büyüme ve gelişme döneminde beslenme, vücut gelişimi açısından önemli olduğu kadar ağız ve diş sağlığı konusunda da yüksek önem taşımaktadır. Asitli, şekerli veya atıştırmalık gıdaların sınırlandırılması, tüketileceği zaman ana öğünlerle birlikte tüketilmesi önerilmektedir. Böylece tükürüğün tamponlayıcı ve temizleyici etkilerinden yararlanılabilmekte, öğün sonrası diş fırçalama ile ağızda kalan besin artıklarının ortadan kaldırılması sağlanabilmektedir.

Çocukluk döneminde önerilen diğer koruyucu önlemler olarak fissür örtücüler, koruyucu ortodontik tedaviler ve yer tutuculardan bahsedilebilir. Arka grup dişlerin çiğneme yüzeyinde yer alan olukların bazıları temizlenemeyen alanlar oluşturarak, bu alanlarda bakteri ve besin birikimiyle birlikte diş çürüğü meydana gelebilmektedir. Fissür

örtücü olarak adlandırılan uygulamalar, bu temizlenemeyen alanları ortadan kaldırmakta, bu sayede dentin lezyonları geliştirmeye en duyarlı olan diş bölgeleri olarak kabul edilen oklüzal ve bukkal çürüklerden koruma sağlayabilmektedir. Çürük lezyon gelişimi için yüksek risk altındaki çocuklar bu diş bölgeleri açısından iyi takip edilmelidir.⁶ Genetik olarak anne ve babadan, çene ve diş büyüklükleri açısından uyumsuz genlerin alınmasıyla oluşan diş dizisinde veya çenelerdeki bazı problemler erken yaşlarda ortodontik muayene ile tespit edilerek, koruyucu ortodontik tedaviler uygulanabilmektedir. Koruyucu ortodontik tedavilerle ilerleyen yaşlarda uygulanması gerekebilecek daha uzun, pahalı ve zor tedavi süreçleri önlenmektedir. Aynı şekilde erken yaşta kaybedilen süt dişlerinin yerleri, yer tutucular ile korunarak ileride oluşabilecek daimi dişlerin gömülü kalması veya çapraşıklık gibi bozuklukların önüne geçilebilmektedir.

Ergenlik döneminde, hormonal değişikliklerle birlikte periodontal hastalık görülme sıklığında artış görülmektedir.⁷ Gingivitis açısından değerlendirilmeleri, oral hijyen eğitimi verilmesi ve gerektiğinde faz 1 periodontal tedavi uygulanması, plağın mekanik olarak uzaklaştırılmasıyla yüksek düzeyde ağız hijyeni sağlanması ergenlik dönemindeki hastalar açısından hem periodontal hem dental sağlığın korunmasında önem taşımaktadır.

Ayrıca ağız ve diş problemleri çocukların okul saatlerinde çok büyük kayıplar yaratmakta, okul devamsızlığına neden olmaktadır.⁸ Eğitimde aksaklıklara sebep olan bu devamsızlık süreçlerinin ortadan kaldırılabilmesi için daha çok çocuğun taranması ve koruyucu önlemler uygulanması gerekmektedir. Özellikle çocuk hasta grubunda önemli olan diğer bir konu ise dental travmaya olan yatkınlıktır. Bu dönemde özellikle daimi ön dişlerde meydana gelen kırıklar, dişlerin yerinden tamamen ayrılması gibi yaralanmalar görülebilmektedir. Bu konuyla ilgili olarak her ebeveynin, travma durumunda yapılacak ilk müdahalelerin çocukların ileriki dönemlerde diş sağlığını önemli ölçüde etkilediği anlatılarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Artmış overjet durumları gibi travmaya yatkınlık gösteren dişsel bozuklukların tedavi edilmesi de yine travmadan korunmada doğru bir yaklaşımdır.⁹

2.1.2. Yetişkinlikte Ağız ve Diş Sağlığı

Yetişkinlik dönemi ağız ve diş sağlığını korumak ve sürdürmek, ilerleyen yaşlarda yaşanacak diş kayıplarını önlemeyi sağlamaktadır. Diş çürüğü dünya genelinde yetişkinlerin %100'ünü etkileyen yaygın bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Diş çürüğünün ilerlemesi sonucu oluşan diş ağrıları hayat kalitesini azaltmakta ve tedavi süreçleri iş zamanı kaybına sebep olabilmektedir.⁸ Yetişkinlik döneminde de çocukluk döneminde olduğu gibi mutlaka düzenli aralıklarla diş hekimi muayenesi önerilmekte, böylece oluşabilecek problemlerin henüz karmaşık değilken daha kolay çözülmesi sağlanabilmektedir. Dental tedavilerin maliyeti göz önünde bulundurulduğunda, koruyucu ağız ve diş sağlığı uygulamalarının tedavi edici uygulamalara kıyasla çok daha uygun maliyetli olduğu gerçeğiyle karşı karşıya kalınmaktadır. Dolgu, kanal tedavisi, periodontal cerrahiler, kron-köprü veya implant tedavileri yetişkinlik döneminde hastalara sıklıkla uygulanmaktadır. Ağız ve diş hastalıklarının çoğu önlenabilir hastalıklar olduğu, her bir tedavinin; karmaşık hale geldikçe maliyetinin arttığı ve bireysel ve toplumsal olarak ekonomiyi olumsuz etkilediği unutulmamalıdır.¹⁰

Ağız ve diş sağlığı konusunda, yetişkin hastaların eğitilmesi en az çocuk hastalar kadar önem taşımaktadır. Kendi ağız hijyenlerini sağlanmanın yanı sıra, bilinçli yetişkinlerin yetiştirdiği çocukların da ağız hijyeni bilincine sahip olması gibi bir şans da söz konusudur. Ağız ve diş sağlığı eğitimleri ebeveynler, öğretmenler, çocuk doktorları ve aile hekimlerini kapsamalıdır.¹¹ Özellikle bebek ve çocuk bakımını annelerin üstlenmesi sebebiyle annelere verilecek eğitimler, yeni yetişecek nesiller üzerinde büyük bir katkı sağlayacaktır. Özellikle gebelik planlama döneminde kadın hastaların diş hekimi muayenesinden geçmesi ile; hem gebelik sürecinin daha sağlıklı geçmesi hem de gebelik sonrasında bebeğin ağız sağlığının korunması sağlanabilecektir.^{12,13} Gebelik döneminde oluşan hormonal değişikliklerin özellikle periodontal hastalığa yatkın bir duruma sebep olması nedeniyle gerekli önlemlerin alınmaması durumunda erken doğum ve düşük bebek ağırlıklı doğumların gerçekleşme ihtimali ortaya çıkmaktadır.¹⁴ Bu sebeplerle gebelik döneminde oluşan dişsel problemler ertelenmemelidir.

Yetişkinlerin ağız ve diş sağlığı açısından göz ardı ettiği önemli durumlardan biri de sigara kullanımınıdır. Sigaranın ağız ve diş sağlığına olumsuz etkileri konusunda yetişkinlerin bilinçlendirilmesi, kabul etmeleri durumunda sigara bırakma konusunda

yardım alabileceği bir hekime yönlendirilmesi doğru olacaktır. Özellikle periodontal hastalıklar ve diş kaybı ile güçlü bir ilişkisi olan sigara kullanımının; paket/yıl oranı ve kullanılan yıl sayısı arttıkça diş kaybı yaşama ihtimalinin arttığı gösterilmiştir.¹⁵ Bu sebeple diş hekimlerinin anamnez sırasında sigara kullanımını açısından hastayı sorgulaması, gerekli yönlendirmeleri yapabiliyor ve multidisipliner çalışmayı göz ardı etmiyor olması gerekmektedir.

Bruksizm her ne kadar çocukluk döneminde de görülebiliyor olsa da yetişkinlerin büyük bir kısmını etkileyen, dişlerde harabiyete veya temporomandibular eklem hastalıklarına sebep olabilen ağrılı bir durumdur ve öncelik her zaman stres kaynağını ortadan kaldırmaya çalışmak olmalıdır. Koruyucu plaklar, kas gevşetici ilaçlar veya botulinum toksini enjeksiyonu gibi yöntemlerden yardım alınarak dişlerde meydana gelebilecek sert doku kaybının ve temporomandibular eklemde oluşabilecek hastalıkların önüne geçilmelidir.¹⁶

2.1.3. Yaşlılık Döneminde Ağız ve Diş Sağlığı

Yaşlanma, oral kavitede ve çevre dokularda önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Meydana gelen bu değişiklikler çiğneme üzerindeki etkisi sebebiyle beslenmede de çeşitli bozukluklar oluşturabilmektedir.¹⁷ Mevcut diş sayısı azalan hastaların hareketli protez kullanımı sonucu tat alma duyusunda ve çiğneme fonksiyonunda bozukluklar görülebilmektedir. Daha yumuşak gıdalarla beslenmeye eğilim artarak; plak ve diş taşı birikimine, dolayısıyla çürük ve periodontal hastalık insidansında artış meydana gelebilmektedir.¹⁸ Beslenme alışkanlıklarının değişmesiyle aynı zamanda vitamin ve mineral eksiklikleri de görülebilmekte, bu eksikliklerle oral kavitede çeşitli problemler görülebilmektedir.¹⁹

Genç nüfusa göre, yaşlılarda diş kaybı riski daha fazladır. Çünkü bugünün yaşlı nüfusunun çoğu diş bakımına erişimin sınırlı olduğu dönemde, florlamanın olmaması sebebiyle flordan mahrum kalarak yaş almışlardır.²⁰ Yaşlı yetişkinlerin, dental bakıma sınırlı erişim ve diş eksiklikleri yaşam refahını etkilemektedir.²¹ Diş eksikliği beslenmeyi doğrudan etkilemektedir. Diş kaybı yaşayanlar genellikle daha yumuşak, çiğnemesi daha kolay yiyecekleri tercih etmekte ve daha az taze meyve ve sebze tüketebilmektedirler.²² Aynı zamanda yaşlı yetişkinlerdeki diş kaybı psikososyal olarak yaşam kalitesini de düşürmektedir.²³ Diş eksikliği sebebiyle hareketli protezlerin kullanımı yaygındır.

Hareketli protezler, yaşla birlikte incelen ağız mukozası veya çeşitli sebeplerle ortaya çıkan ağız kuruluğu gibi faktörler eklendiğinde mukozal lezyonlara sebep olabilmektedir. Özellikle protezlerin gece çıkartılması ve oral hijyenin doğru şekilde sağlanması açısından yaşlı hastalar eğitilmelidir. Yaşla birlikte motor becerilerdeki azalma ağız bakımının yeterli düzeyde sağlanamamasına, dental plağın uzaklaştırılmamasına sebep olmaktadır.¹⁷ Diş kaybı nedeniyle yumuşak diyetle beslenenlerin plak ve diş taşı oluşumu da daha fazla görülmektedir. Yaşlanma ile ortaya çıkan diğer bir problem ise dişlerde meydana gelen atrizyondur. Atrizyon, çiğneme ve beslenmeyi olumsuz etkilemektedir.²⁴

Günümüzde yaşam süresinin artması ile; düzenli ilaç kullanımı gerektiren sistemik hastalıklarla beraber yaşama süresi de artmıştır.²⁵ Sistemik hastalıklar için kullanılan ilaçların ağız ve diş sağlığını olumsuz etkileyecek yan etkileri olabilmektedir. İlaç reçete eden hekimlerin ve diş hekimlerinin bu yan etkileri göz önünde bulundurmaları ve hastalara gerekli uyarılarda bulunmaları gerekmektedir.

2.2. Ağız ve Diş Hastalıkları

2.2.1. Diş Çürüğü

Dünyanın en yaygın bakteriyel enfeksiyonu olarak kabul edilen diş çürüğü, diş yüzeyine yerleşen bakterilerin besin kaynaklı şekerleri fermente ederek asit üretmeleri sonucu ortaya çıkan diş sert dokularının yıkımı ile karakterizedir ve önlenabilir bir hastalıktır. Diş sert dokuları, ağız içindeki pH değişikliklerinden etkilenmektedir. Kritik pH seviyesine sebep olan faktörlerin ortadan kaldırılması ile diş çürüğü önlenilmektedir.²⁶

Diş çürüğüne sebep olan başlıca bakteriler Streptokoklar, Laktobasiller (LB) ve Aktinomiçeslerdir.²⁷ Anne karnında steril olan ağız içi florası, doğumla birlikte oluşmaya başlar. Diş çürüğünden temel olarak sorumlu tutulan “Streptococcus mutans” (MS), dişlerin ağız ortamına sürmesiyle birlikte ağız içi florada yerini alır. Bu yerleşmenin anneden bebeğe vertikal olarak geçen MS kolonizasyonu ile olduğu bilinmektedir. Bu kolonizasyon ne kadar geç olursa, ilerleyen yaşlarda diş çürüğü ile karşılaşılma ihtimali de aynı ölçüde azalmaktadır. Bu sebeple gebelik planlama süreci ve doğum sonrası dönem de dahil ağız ve diş sağlığının önemi kadın hastalarla paylaşılmalıdır.²⁸

Diş çürüğü ağızda görülebilir hale gelmeden uzun zaman önce başlayan kronik bir hastalıktır. Bu sebeple diş çürüğünün önlenmesi ve başlangıç çürüklerinin remineralizasyonu için uzun bir süreç mevcuttur. Düzenli periyodlarda diş hekimi muayeneleri ile erken aşamada teşhis edilen diş çürüklerinin remineralizasyonu sağlanabilmektedir. Kontrol muayenelerinde plak boyama gibi yöntemlerle hastaların eksik veya yanlış fırçaladığı bölgeler tespit edilerek hatalar düzeltilebilmekte, bu sayede yeni diş çürüklerinin oluşması önenebilmektedir.

Gastroözofajiyal reflü hastalığı (GÖRH) diş çürükleri ile ilişkilendirilmiştir. Hastalığın tanısı konduğunda diş hekimi muayenesi ve koruyucu önlemler ile ağız ve diş sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri engellenecektir. Benzer şekilde ağız kuruluğunun tespit edilmesi durumunda diş hekimi kontrolü kritik önem taşımaktadır. Ağız kuruluğuna sebep olabilecek ilaçlar reçete edildiğinde hasta bu konuda bilgilendirilmeli, ağız ve diş sağlığı açısından gerekli önlemler alınmalıdır.

Tedavi edilmeyen diş çürükleri yemek yeme ve uyumada zorluklara neden olabilir, çocuğun büyümesini etkileyebilir ayrıca okul ve işten devamsızlığın önde gelen nedenlerindedir.²⁹ Aynı zamanda ağız içindeki aktif çürük lezyonlarının varlığı, MS yoğunluğunu etkileyerek yeni çürükler oluşma riskini de arttırmaktadır.³⁰

2.2.2. Diş Aşınmaları

Diş çürüklerinden sonra ağız ortamının en sık görülen patolojiler diş aşınmalarıdır.¹⁹ Çürük, travma veya gelişimsel bozukluk olmadan meydana gelen diş sert dokularının kaybı olarak tanımlanmaktadır.²⁴ Diş aşınmaları; atrizyon, abrazyon, abfraksiyon ve erozyon olmak üzere, temel olarak 4 alt grupta incelenmektedir.

Atrizyon kelime anlamı olarak sürterek aşındırmak demektir. Dental atrizyon ise mekanik bir etki olmadan, dişin dişe teması sonucu oluşan diş sert doku kaybı olarak tanımlanmaktadır. Yaş ile artan, çiğneme fonksiyonuyla gelişen, fizyolojik sürece bağlı oluşan oklüzal aşınmalar fizyolojik atrizyon; genç yaşlarda ve oklüzal yüzeylerde normalden daha fazla miktarda aşınmalar ise patolojik atrizyon olarak değerlendirilebilir.²⁴ Diş sıkma ve gıcırdatma, oklüzal bozukluklar patolojik atrizyona sebep olabilmektedir.

Kazımak anlamına gelen abrazyon, çeşitli alışkanlıklar ve/veya yabancı cisimlerle mekanik olarak etkilenen dişlerde oluşan patolojik diş sert doku kayıplarını tanımlamaktadır. Tırnak yeme, çekirdek çitleme gibi yanlış alışkanlıklar abrazyona sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra marangozların çivi, terzilerin iğneyi ağızda tutması veya müzisyenlerin müzik aletinin ağızlığını ağızda uzun süre tutmaları gibi bazı mesleki uygulamalar ve alışkanlıklar da abrazyon etiolojisinde yer almaktadır. Bunlar dışında sert ve yanlış diş fırçalama, fırçanın kıl sertliğinin fazla olması, kullanılan diş macununun abraziv olması gibi bazı ağız hijyen uygulamaları ve gereçleri de abrazyona sebep olmaktadır.³¹

Mine sement birleşim bölgesinde kırılmalar abfraksiyon olarak tanımlanmaktadır. Kelime kökeni kırılmaktan gelmektedir. Multifaktöriyel bir diş sert doku kaybıdır. Dişin aksı dışında gelen, karmaşık kuvvetlerin dişin mine sement sınırında mikro çatlaklar oluşturarak servikal bölgesinden kırılarak kopması sonucu keskin kenarlı sert doku kayıpları oluşmasıdır.³² Bruksizm ve prematür kontakt gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir.³³ Kama defekti olarak da isimlendirilir, tipik olarak V şeklinde görülmektedir.

Erozyon, kelime kökeninin anlamı çürümeyi tanımlasa da; dental erozyon da diğer diş aşınmaları gibi çürükten bağımsız diş sert doku kayıplarıdır.³⁴ Dental erozyonun; mikroskobik olarak diş minesinin yüzeysel tabakasının yumuşaması ve sonrasında mine yüzeyinin tamamen çözünerek ortadan kalkması olmak üzere iki aşaması vardır. Diş minesini için kritik pH olan 5.5'ten düşük pH'a sahip çözeltilerin tekrarlı ve uzun süreli olarak maruziyet diş yüzeyinde erozyona sebep olmaktadır. Günümüzde diyet alışkanlıklarının değişmesi ve asitli içecek tüketiminin artması sebebiyle erozyon vakalarının sıklığı ve şiddetinde ciddi bir artış gözlenmektedir.³⁵

Erozyona dış (dışardan alınan asitler) veya iç (vücut kaynaklı asitler) kaynaklı faktörler sebep olabilmektedir. Dış kaynaklı erozyon sebeplerinden ilki diyetdir. Diyetle asitli içeceklerin tüketim sıklığı ve zamanı önem teşkil etmektedir. Ana öğünlerde tükürük; miktarının artması ile, tükürüğün temizleme ve tamponlama kapasiteleri sayesinde erozyona karşı koruyucu rol oynamaktadır. Asitli içeceklerin tükürük akışının azaldığı durumlar ve ara öğünler yerine ana öğünlerde ve pipet ile tüketilmesi önerilmektedir. Spor aktiviteleri sonrasında yine tükürük miktarı azaldığından, elektrolit dengeleyici

içeceklerin tknetimi de erozyona sebep olabilmektedir. Alkol, uyuşturucu madde ve asidik ilaçların kullanımı da erozyon ile ilişkilendirilmiştir. İ kaynaklı erozyon sebebi mide asididir.³⁶ Mide asidinin (pH 1-1.5) ağız ortamına ulaşmasıyla erozyon meydana gelebilmektedir. Erozyon oluşmasında dişlere temas süresi ve sıklık etkilidir. Haftada birkaç kez mide asidinin dişlerle temas etmesi durumunda erozyon 1-2 yıl içerisinde görülmektedir.³⁷ Anoreksia ve bulimia nevroza gibi yeme bozuklukları veya kronik kusma durumlarında erozyon riski artmıştır. Benzer şekilde GÖRH, dental erozyona sebep olmaktadır.³⁸ Gebelik direkt erozyona sebep olmamakla birlikte artan kusmalar ve değişen beslenme alişkanlıkları sebebiyle dolaylı olarak dental erozyon oluşturabilmektedir. Erozyon riskinin arttığı hastalara F içeren koruyucu uygulamaları ve kalsiyum, fosfat, F içeren diş macunları önerilmelidir.³⁷

2.2.3. Diş Eti Hastalıkları

Diş eti hastalığı, genellikle gingivitis olarak başlar. Gingivitis; çok yaygın görülen ve geri dönüşümlü bir diş eti iltihabıdır ve dişi destekleyen dokuları ve kemiği tahrip ederek periodontitise ilerleyebilmektedir. Nüfusun % 15'inde diş kaybına yol açan şiddetli periodontitise hızla ilerleyebileceği belirtilmiştir. Bu sebeple erken aşamada teşhis, ilerlemenin önüne geçmede oldukça kritiktir. 65-74 yaş arasındaki popülasyonun % 30'u tüm dişlerini kaybetmiştir ve ana etken periodontitistir. Periodontitis; önemli sosyal, ekonomik ve sağlık sistemi etkileriyle birlikte büyük bir küresel ağız hastalığı yükü oluşturmaktadır.³⁹ Spesifik bakteriler, periodontal hastalığın temel nedenidir. Diğer önemli risk faktörleri arasında tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, genetik faktörler, stres ve aşırı alkol tknetimi sayılabilir. Periodontal hastalık, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, olumsuz gebelik sonuçları ve solunum yolu hastalıkları gibi sistemik hastalıklarla da ilişkilendirilebilir.⁴⁰ İleri bir aşamaya gelene kadar büyük lde hastalar tarafından fark edilmez. Toplumun periodontal hastalık ve uygun ağız hijyeninin önemi konusunda farkındalığı düşüktür, bu nedenle erken müdahale ve etkili yönetim fırsatları genellikle gözden kaçırılır. İyi kişisel ağız hijyeni, farkındalık ve düzenli kontroller ile birlikte tütün veya alkol kullanımı gibi risk faktörlerine düşük maruziyet ile genel olarak sağlıklı bir yaşam tarzının teşvik edilmesi, periodontal hastalığın önlenmesinde önemli unsurlardır.

Diş eti büyümelerine sebep olabilecek ilaçların (antikonvülsan, kalsiyum kanal blokerleri, immünsüpresifler) kullanımı ile ilgili olarak, bu ilaçların reçete edilmesi durumunda hasta diş eti büyümeleri yönünden bilgilendirilmeli, gerekli durumlarda ilaç değişimi ve periodontal cerrahi işlemler düşünülmelidir. Bu durumda ilgili hekim ile diş hekimi mutlaka koordinasyon halinde olmalıdır.⁴¹

Periodontal hastalıkla sıkı bir ilişki içinde olan, diyabet ve düşük bebek ağırlıklı ve erken doğum açısından toplumda ve hekimlerde oluşturulabilecek farkındalık, periodontal hastalığa bağlı oluşacak olumsuzlukların önlenmesine büyük katkı sağlayacaktır. Yeni diyabet tanısı alan hastaların bir diş hekimine veya periodontoloji uzmanına yönlendirilmesi ile, oluşabilecek diş kayıpları ve tedavi maliyetleri önenebilecektir. Gebelik planlayan kadınlar ve/veya gebeler de aynı şekilde ağız ve diş sağlığı açısından değerlendirilmeli, mutlaka diş hekimine yönlendirilmelidir.

2.2.4. Dental Travmalar

Travmatik dental yaralanmalar, sıklıkla çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülmekle birlikte tüm yaralanmaların % 5'ini oluşturmaktadır. Travmatik dental yaralanmalar çoğunlukla 19 yaşından önce meydana gelmektedir.⁴² 0-6 yaş arası çocuklar için ağız yaralanmaları, tüm fiziksel yaralanmaların % 18'ini oluşturmaktadır. Travmatik dental yaralanmalar, süt dişlerini % 22,7 küresel prevalans ile etkilemektedir.⁴³

Kasıtsız düşmeler, çarpışmalar, boş zaman etkinlikleri (özellikle emeklemeyi, yürümeyi, koşmayı öğrendikçe) travmatik dental yaralanmaların en yaygın nedenleridir. Süt dişlenme döneminde en yaygın dental yaralanma lüksasyon, daimi dişlenme döneminde ise kron kırıklarıdır. Dental travma durumunda, hastanın ve varsa ebeveynin kaygı düzeyi en aza indirilmelidir. Yumuşak doku yaralanmalarında çevresel kontaminasyona göre tetanos aşısı ve antibiyotik tedavisi gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Klinisyenler kaza geçmişi ve meydana gelen yaralanmaların tutarlılığını da mutlaka kontrol etmelidir.⁴² Süt dişlerindeki travma, alttaki daimi diş germlerini etkileyebilir. Özellikle intrüzyon (dişin alveol içine doğru gömülmesi) veya avülsiyon (dişin alveolden tamamen ayrılması) daimi diş anomalilerine sebep olabilir.⁴³ Avülsiyonun ilk yardım tedavisi için halkın bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Avülsiyon durumunda, kaza yerindeki en iyi tedavi, acil replantasyondur. Replantasyon gerçekleştirilemezse, çeşitli depolama alanları kullanılarak acilen diş hekimine

başvurmak düşünülmelidir. Avülse diş bulunduktan sonra, krandan tutulmalı, köke dokunulmamalıdır. Diş kirlenmişse en fazla 10 sn olmak üzere su ile yıkanarak yeniden konumlandırılabilir ve daha sonra bir mendil ısırtılabilir. Replantasyon mümkün değilse, diş süt içinde, ağız boşluğunda veya hasta bir kaba tükürtülerek bu kapta taşınabilir. Suda taşımaktan veya kuru taşımaktan kaçınılmalıdır. Eğer kaza yerinde özel depolama/taşıma ortamı varsa (doku kültürü/taşıma ortamı, Hanks'ın dengeli depolama ortamı veya salin) kullanılarak diş ile birlikte hasta diş hekimine acilen götürülmelidir. Avülse olan süt dişleri yeniden yerine yerleştirilmemelidir. Aksi takdirde daimi dişte anomaliye sebep olabilir.⁴⁴ Aynı şekilde kron kırığı durumunda da kırık diş parçası bulunarak diş hekimine başvurulmalıdır.

2.2.5. Ağız Kanseri

Ağız kanserleri, ölüm oranı % 50'ye yaklaşan oldukça ölümcül bir hastalıktır. Ağız kanserleri, 7 ağız boşluğu alt bölgesinde (dudak, dil, ağız tabanı, bukkal mukoza, sert damak, yumuşak damak, retromolar bölge) tanımlanmaktadır. Büyük çoğunluğunu Skuamoz hücreli kanser (squamous cell carcinoma(SCC)), % 10'undan daha azını ise tükürük bezi maligniteleri, kötü huylu odontojenik tümörleri, sarkomlar, melanomlar ve lenfoma oluşturmaktadır.⁴⁵

Ağız kanserlerinin etiyojisi, genetik ve çevresel risk faktörlerini içermektedir. İnsan papilloma virüsü (HPV), sigara ve alkol tüketimi gibi değiştirilebilir yaşam tarzı davranışları orofarengeal kanserlerin etiyojisinde rol oynamaktadır. Sigara ve fazla alkolün (günde >4 içecek) birlikte kullanımı sinerjik etki göstererek ağız kanserlerinin 4'te 3'ünü oluşturur. HPV ile enfeksiyon, ağız veya boğazın arkasında gelişen kanserin çoğunluğuna neden olur. Ağız kanseri için tarama; yüz, boyun, dudaklar, dudak mukozası, yanak mukozası, diş eti, ağız tabanı, dil, damak ve bölgesel lenf düğümlerinin palpe edilmesini içeren detaylı muayene ile yapılır. 2 haftadan uzun süren bir anormallik mutlaka takip edilmeli ve gerektiğinde biyopsi düşünülmelidir.⁴⁶

Ağız kanseri taramaları, genellikle diş hekimliği kliniklerinde gerçekleştirildiği göz önüne alınarak düzenli diş hekimi muayenesi ihmal edilmemelidir. Ancak düzenli diş hekimi muayenesine ulaşamayan veya uyum sağlayamayan ve ağız kanseri açısından riskli popülasyona, tarama muayenesinin birinci basamak sağlık kurumlarına entegre edilmesi düşünülebilir.⁴⁷

2.3. Ağız Hijyeninin Sağlanması ve Ağız Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi; mikrobiyal dental plağın düzenli aralıklarla uzaklaştırılması ile mümkündür. Ağız hijyeninin sağlanması ile, ağız ve diş hastalıklarının (ADH) önemli bir bölümü önlenmektedir.

Ağız hijyeni, mekanik ve kimyasal olarak sağlanabilmektedir. Diş fırçalama ile mekanik olarak dental plak uzaklaştırılarak ağız içi patojen bakterilerin hem sayısını azaltmakta hem besin kaynaklarını ortadan kaldırmaktadır. Diş fırçalama manuel ya da elektrikli diş fırçaları kullanılabilir. Yapılan araştırmalarda elektrikli diş fırçalarının plağı kaldırmada manuel fırçalardan daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.⁴⁸ Süreyi ve uygulanan basıncı ölçebilen elektrikli diş fırçalarının, daha kontrollü fırçalamaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Diş fırçalarının veya fırça başlıklarının 3 ayda bir değiştirilmesi önerilmektedir.

Sabah kahvaltıdan sonra ve akşam yatmadan önce olmak üzere günde en az iki kez, en az iki dakika süreyle diş fırçalamak önerilmektedir.⁴⁹ Manuel diş fırçası kullanılıyorsa, hastanın durumuna özel fırçalama metodları olmakla birlikte, olağan dışı bir durum yoksa dişler Modifiye Bass Tekniği ile fırçalanabilir. Diş fırçası 45 derece açı ile dişlere yerleştirilerek dairesel hareketler ve süpürme hareketi kullanılarak uygulanır. Fırçalama sırasında kullanılan diş macununun florür içermesi önerilmektedir. Uygun şekilde kullanıldığında florür, diş çürüklerini önlemede ve kontrol etmede hem güvenli hem de etkilidir (Tablo 2.1).⁵⁰

Sıklıkla diş çürüğü gözlemlenen alanlardan biri olan interdental bölgelere, diş fırçalama esnasında fırça kılları tam olarak ulaşamadığından ayrı bir temizleme yöntemi kullanılmalıdır. Diş ipi kullanımı, interdental bölgelerde oluşabilecek diş çürüklerini önlenmesi ve periodontal sağlığın korunması amacıyla önerilmektedir.⁵¹ Doğru uygulanmadığı durumlarda diş etine zarar verilebileceğinden, mutlaka doğru uygulama öğretilmelidir. Yaklaşık 45 cm kadar diş ipi kesilerek orta parmaklara dolanır. Diş ipi gergin bir şekilde tutularak yumuşak hareketlerle dişler arasına yerleştirilir. İp, diş eti hizasına gelince dişe doğru yaslanır, C şekli verilir ve diş ile diş eti arasındaki boşluğa yerleştirilir, dişin yan yüzeyi boyunca aşağı ve yukarı doğru kaydırılır. Bu şekilde plak ve bakteriler uzaklaştırılır. Günde 1 kez, yatmadan önce diş ipi kullanımı tavsiye edilmektedir.⁵²

Tablo 2.1. Yaşa göre diş macunlarının içermesi önerilen florür miktarları

Yaş Grubu	Florür Konsantrasyonu	Günlük Kullanım	Günlük Kullanım Miktarı
6 ay-2 yaş arası	1000 ppm	Sabah kahvaltıdan sonra, akşam yatmadan önce 2 kez	Pirinç tanesi büyüklüğünde (0.125 gr)
2-6 yaş arası	1000* ppm	Sabah kahvaltıdan sonra, akşam yatmadan önce 2 kez	Bezelye büyüklüğünde (0.25 gr)
6 yaş ve üzeri	1450 ppm	Sabah kahvaltıdan sonra, akşam yatmadan önce 2 kez	Fırçanın baş uzunluğu büyüklüğünde (0.5-1.0 gr)

***2-6 yaş arası çocuklar için, çürük riski durumuna göre 1000+ ppm konsantrasyon düşünülebilir.**

Diş fırçalama ve diş ipi kullanımına (mekanik temizliğe) ek olarak, ağız çalkalama suları da ağız hijyeninin sağlanmasına katkıda bulunabilir.⁵³ Bu amaçla klorheksidin (CHX) içeren, çinko içeren, F içeren, alkol içeren veya içermeyen, bitkisel içerikli veya antimikrobiyal içerikli ağız çalkalama suları sıklıkla kullanılmaktadır. Ağız kokusu bulunan hastaların çinko içeren, diş eti iltihabı bulunan hastaların CHX içeren, diş çürüğü riski artmış hastaların F içeren ağız çalkalama sularını kullanmasının faydalı olacağı belirtilmiştir.⁵³⁻⁵⁶ CHX içerikli ağız çalkalama sularının uzun süreli kullanımda, dilde ve dişlerde renklenmeye sebep olabileceği unutulmamalıdır.⁵⁵ Bazı bitkisel içerikli ağız çalkalama sularının, yan etkilere sebep olabilecek diğer ürünlere alternatif olarak kullanılabilmesi rapor edilmiştir.⁵⁷

Son yıllarda ağız sağlığını sağlamak ve sürdürmek için oral prebiyotik, probiyotik, nanohidroksiapatit, propolis gibi içeriklere sahip diş macunu, ağız çalkalama suları vb. ürünler kullanılmaya başlanmıştır.^{30,58,59} Aynı şekilde kazein fosfopeptid amorf kalsiyum fosfat içerikli patlar da diş çürüğünü önlemek amacıyla kullanılmaktadır.⁶⁰ Biyomimetik ajanların kullanımının yaygınlaşması, koruyucu hekimliğin ve koruyucu diş hekimliğinin öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır.⁶¹

2.4. Toplum Ağız Diş Sağlığı

Diş sert dokularının geri dönüşümsüz olarak yıkımıyla karakterize olan diş çürüğü dünya nüfusunun 1/3'ünden fazlasını etkilemektedir.⁶² Diş çürüğü en yaygın kronik çocukluk çağı hastalığıdır ve dünyada her yıl 1,8 milyar yeni erken çocukluk çağı çürüğü vakası ortaya çıkmaktadır.⁶³ Ülkemizde 1.basamak sağlık kuruluşlarında diş hekimliği hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegre olması, koruyucu diş hekimliği hizmetleri konusundaki en önemli ihtiyaçtır. 2016 yılında TÜİK verilerine göre, ADH, 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk 5 hastalık arasında, 7-14 yaş grubu arasında %23,4 ile ilk sırada yer almaktadır.

1938'de Klein ve Palmer tanımlanan DMF indeksi diş dizisindeki D(decayed) çürük, M(missing) kayıp, F(filling) dolgulu dişleri ifade ederek, toplumun diş sağlığı düzeyini ve çürük riskini tespit etme imkanı tanımaktadır.⁶⁴ Diş çürükleri okul çocuklarının %60-90'ını etkileyerek, okul günlerinin kaybedilmesine ve eğitimlerinin aksamasına sebep olmaktadır.⁸ Bu sebeple okul çağındaki çocukların aynı zamanda eğitim-öğretim anlamında da olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Sağlıklı bir toplum için hastalıkların tedavi edilmesi yeterli bir yaklaşım değildir. Hastalıkların oluşmasını erken yaşlarda önlemek hem ileriki zamanlarda yaşanabilecek rahatsızlıkları hem de hastalık oluştuktan sonraki tedavi külfetlerini ve maddi-manevi olumsuzlukların oluşma ihtimalini ortadan kaldıracaktır. Ağız ve diş sağlığına ilişkin hastalık ve rahatsızlıklar evde, işte, okulda ve hayatın her alanında bireyleri kısıtlayarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Ancak çocukluktan itibaren düzenli diş hekimi kontrolleri, uygun oral hijyen alışkanlıkları, bireysel ve profesyonel koruyucu uygulamalarla birlikte ağız ve diş sağlığına dair temel eğitimin doğru bir şekilde verilmesi ile ağız ve diş sağlığı açısından sağlıklı bir topluma ulaşılabilir. Bu konuda ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda ebeveynin, özellikle annelerin, ağız ve diş sağlığı konusunda çocukların ağız ve diş sağlığı üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur.^{65, 66} Gebelikten itibaren, henüz birey dünyaya gelmeden koruyucu önlemler alınmalıdır. Çürük yapan bakterilerin (MS) bebeğe anneden vertikal geçişi kanıtlanmış bir bilgidir. Çocuklarda bulunan MS'ların genotipinin, 34 anne-bebek çiftinin incelenmesi sonucunda %71'inin annelerinkiyile aynı olduğu tespit edilmiştir.⁶⁷ Bu bilginin ışığında birçok çalışma yapılmış, bu geçişin önlenmesi amaçlanmıştır. MS'ın geçişi; oral hijyen eğitimi, koruyucu uygulamalar ve diyetin düzenlenmesi önerileriyle mutlaka önlenmelidir. Bu şekilde alınan koruyucu

önlemlerin uzun yıllar sonra bile çürük oluşumunu önlediği rapor edilmiştir.⁶⁶ Yapılan başka bir çalışmada ise ilk gebeliğinde anneye yapılan koruyucu uygulamalar, verilen diyet önerileri ve eğitimler sonucunda; daha sonra dünyaya gelen kardeşler incelenmiş ve daha az diş çürüğü bulunduğu saptanmıştır.⁶⁸

Koruyucu diş hekimliği açısından erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ) önemli bir olgudur. Erken çocukluk çağı çürüğü; yetmiş bir aylık ve daha küçük çocukta bir veya birden fazla, kaviteli veya kavitesiz çürük lezyonu, çürüğe bağlı diş kaybı veya herhangi bir süt dişinde dolgulu diş yüzeyinin varlığı olarak tanımlanmaktadır. Bu konuda yapılmış bir meta analiz çalışmasına göre; tüm koruyucu uygulamalara rağmen EÇÇ deneyimi olan çocukların %40'tan fazlasında 6 aylık kontrolde yeniden çürük geliştiği gözlenmiştir. Yaş itibariyle 6 yaştan evvel bu konuda verilen eğitim vs. etkili veya kalıcı olmamış olabilir. Bu nedenle anneden bebeğe MS geçişi kesinlikle önlenmelidir ve bu konuda daha ciddi önlemler gerekmektedir.⁶⁶

Dişlerin ve periodontal dokuların sağlığı; diyet alışkanlıkları, tükürük akış hızı ve içeriği, diş fırçalama ve diş ipi kullanma gibi oral hijyen alışkanlıkları, düzenli diş hekimi muayenesi ve profesyonel koruyucu işlemlerin uygulanması gibi birçok faktörle ilişkilidir. Bireyde başlangıç MS kolonizasyonunun anlaşılması çürük gelişiminin tahmininde önemli bir göstergedir. Streptokok Mutans düzeyi bireyin aynı zamanda risk grubunu belirlemeye yardımcı olarak, koruyucu uygulamalar ve önlemlere olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Ağız florası MS ile ne kadar geç karşılaşırsa çürük riski de o kadar düşük olacaktır.⁶⁸ Bu yüzden anne ve çocukları ile ilgili MS geçişinin takibi, önlenmesi için birçok araştırma yapılmıştır. Fakat yapılan çalışmalar genellikle 12 yaş altı çocukları ve EÇÇ'yi kapsamaktadır.^{13, 66, 68, 69} Ülkemizin durumu göz önünde bulundurulursa, yalnızca EÇÇ ve küçük yaş grubuna yönelik çalışmak yeterli olmayacaktır. Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004 araştırmasına göre 12 ve 15 yaş için hiç çürüğü olmayanların oranı % 38,5 ve % 38,8'dir. Bu demek oluyor ki en az bir çürüğü olanlar % 60 civarındadır.⁷⁰ Bu oranlar görmezden gelinmemeli, henüz çürük oluşmamış bir ağız için koruyucu önlemler almanın yanı sıra çürükleri başlamış olan ama henüz diş kaybı yaşamayan ağız için de gereken tedaviler ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Çocukların öz bakımını kendi ele aldığı dönemde, doğru alışkanlıklar kazandırılmalı, ileriki yaşlarda bir alışkanlık kazanmak veya değiştirmek pek de kolay olmayacağı unutulmamalıdır. Halihazırda T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezleri'nde çalışan diş hekimi ve

yardımcı personelleri ile birlikte 60 aylıktan büyük ilköğrencilerine ağız taraması ve koruyucu F vernik uygulaması yaptırmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2018 Faaliyet Raporu'na göre toplam 4.537.979 öğrenciden 1.544.265 öğrenciye F vernik uygulaması yapılabilmektedir. Farkındalık eğitimi verilen öğrencilerden ulaşılabilen öğrenci sayısı hesaplandığında 1.627.217 öğrenciye ulaşılmış fakat koruyucu olarak F vernik uygulanamamış demektir.⁷¹ Florür gibi koruyucu ve güvenilir bir ajan hakkında çok fazla bilgi kirliliği vardır. Bu nedenle aileler F uygulamaları konusunda çekinceli kalabilmektedirler. Çocuklara yönelik koruyucu uygulamalara mutlaka aileler dahil edilmeli, onlara da konuyla ilgili gereken eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır. Toplum ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesine çocukluktan itibaren koruyucu önlemler alınarak ve çocuklar üzerinde rol model olarak kritik bir konumda bulunan ebeveynlerin ve öğretmenlerin eğitilmesi ile, okul dönemindeki çocuklara verilecek eğitimler ve alınacak koruyucu önlemlerle oluşabilecek rahatsızlıklar ve ağrıların önüne geçilerek katkı sağlanması öngörülmektedir. Bu sayede hem yaşam kalitesi artacak hem de tedaviler için zaman harcanarak eğitim öğretim faaliyetlerinin aksaması önlenecek, aynı zamanda tedavi maliyetleri düşürülmüş olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan her 1 dolarlık yatırımın, 8 ila 50 dolarlık tedavi edici sağlık hizmeti maliyetini önleyebileceği rapor edilmiştir.¹⁰

2.5. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları

Diş hekimliğinde koruyucu uygulamalar temel, primer, sekonder, tersiyer koruma olmak üzere 4 alt kategoriye ayrılmaktadır.⁷²

Toplumun sosyoekonomik ve kültürel olarak iyileştirilmesi, bilgi ve bilinç düzeylerinin artırılması ile hastalıkları oluşturan faktörlerin azaltılması ve/veya ortadan kaldırılması ve hastanın hekime ulaşımının kolaylaştırılması temel koruma kapsamındadır. Temel korumada diş hekimine olduğu kadar başka meslek grupları ve devlete de görev düşmektedir.

Diş ve diş eti hastalıklarının sebepleri ve risk faktörleri kontrol altına alınarak, henüz başlangıç aşamasında önlemeyi amaçlayan birincil (primer) koruma ise; toplumu bu hastalıkların sebepleri ve önlenmesi hakkında eğitim programları düzenlemeyi, tarama programlarını, ağız diş sağlığı ve ağız hijyen eğitimleri verilmesini, fissür örtücü ve F jeli/verniği uygulanması, florlu macun ve gargara kullanımını kapsamaktadır.

Hastalık semptomsuz dönemde iken veya semptomlar hafifken, erken teşhis edilip tedavilerin uygulanması ve ilerlemenin önlenmesi ikincil (sekonder) korumadır. Erken teşhis için yılda iki kez diş hekimi muayenesi, radyografik inceleme gerekmektedir. Restoratif tedaviler, diş taşı temizliği, kök yüzey düzleştirme işlemleri ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül (tersiyer) koruma ise hastalığın semptomlarının ortaya çıkmasından sonra en uygun şekilde tedavi edilmesi, varsa sekellerin rehabilitasyonunu kapsamaktadır. Diş çekilmesi, kanal tedavileri, periodontal cerrahi, yer tutucu uygulamaları, diş eksikliklerinin protezlerle tedavisi üçüncül koruma kapsamında değerlendirilmektedir.⁷³

2.5.1. Ağız Diş Sağlığı Taramaları

Okul çağındaki çocuklara (3-19 yaş grubu) yönelik ağız diş sağlığı taramaları yapılmaktadır. Bu yaş grubunda ağız ve diş sağlığı açısından uygulanabilecek koruma tedbirleri önem teşkil etmektedir. Okul çağı boyunca çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, ağız sağlığıyla ilgili davranışlarını geliştirmekte olan bu grup için yapılacak eğitim çalışmaları; çocukların ilerleyen dönemde ağız ve diş sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir.

Sosyoekonomik ve kültürel şartlardan dolayı bazı yüksek risk grubundaki çocukların, ağız diş sağlığı hakkında eğitim alabileceği ve diş hekimiyle tanışabileceği yer okul olabilmektedir. DSÖ, okul tabanlı koruyucu uygulamaları önermektedir. Okul tabanlı koruyucu uygulamalar; florlu diş macunu ile diş fırçalama alışkanlığının kazandırılması, profesyonel F jel ve vernik uygulanması, travmatik restoratif tedavi ve fissür örtücü uygulanmasını kapsamaktadır.

2.5.2. Diş Hekimi Kontrol Muayenesi

Koruyucu diş hekimi muayenesi, yaşamın ilk yılında dişlerin ağızda görülmesiyle başlayarak yılda iki kez (6 ayda bir) önerilmektedir.⁷⁴ Yapılan kontrol muayeneleri ile ADH önlenmekte, yeni başlayan hastalıklar erken teşhis edilerek ağırlı ve pahalı tedaviler yerine minimal invaziv tedavilerle kontrol altına alınabilmektedir.

İlk diş hekimi ziyareti yaşının, ilerleyen yıllarda diş hekimi ziyareti sıklığı ve diş tedavileri harcamaları üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır. Maalesef ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede ilk diş hekimi muayenesi önerilen süreden daha sonra

yapılabilmektedir. Çoğu zaman diş hekimiyle ilk kez temas çocuğun diş çürüğü fark edilirse veya ağrısı olursa gerçekleşmektedir.⁷⁵ Bu sebeple çocuğu doğumdan hemen sonraki süreçte görme imkanı olan hekimlerin iş birliğine ihtiyaç bulunmaktadır.

Özellikle ilk diş hekimi muayenesinde ebeveynler çocuğun diş bakımı konusunda eğitilmeli, karyojenik floranın geçişini önlemek ve ağız diş sağlığını korumak amacıyla yanlış alışkanlıklardan (emziği ağızla temizleme, aynı kaşıkla besleme, gece ağlayarak uyanan bebeğe süt verme, biberona şeker veya bal ekleme vb.) uzak durmaları sağlanmalıdır. Gece ağlayan bebeğe biberonla süt vermek yerine verilecek en iyi gıdanın su olduğu kabul edilmektedir.⁷⁶

Yapılan çalışmalarda, diş hekimi ziyaretlerinin önemli bir kısmı başta çürükle ilişkili ağrı ve görünür çürük lezyon olmak üzere çeşitli şikayetler olduğu tespit edilmiştir. Son bir yıl içinde diş hekimi muayenesi olan yetişkin hastaların, diş hekimine ağrıyla başvurma ihtimalinin azaldığı da yapılan başka bir çalışmada gösterilmiştir.⁷⁷ Sağlık politikalarında kontrol muayeneleri, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilerek teşvik edilmesi gerekmektedir.

2.5.3. Koruyucu Diş Tedavileri

Ağız ve diş hastalıklarından korunmada, bazı durumlarda bireysel uygulamaların yanı sıra profesyonel uygulamalar gerekebilmektedir. Özellikle dişlerin sürmesiyle başlayan 3-4 yıl koruyucu uygulamalar için kritiktir. Daimi dişlerde çürük görülmesi için en yüksek riskli olan bu dönemde tükürüğün koruyucu ve remineralize edici etkisinden faydalanamayan ve diş fırçasının ulaşamadığı çürüksüz azı dişlerinin pit ve fissürleri için fissür örtücü ve flor vernik uygulamaları önerilmektedir.⁷⁸ Yapılan randomize kontrollü çalışmalara göre, sağlam oklüzal yüzeylere sahip çocuk ve ergenlerde flor verniğe göre fissür örtücü kullanımının daimi azı dişlerde oklüzal çürük insidansını %73 azaltabileceği gösterilmiştir.⁷⁸⁻⁸⁰ Tüm diş yüzeylerinin yalnızca %12,5'u oklüzal yüzey olmasına rağmen, çocuklarda diş çürüklerinin 2/3'ünden fazlası bu yüzeylerde görülmektedir. Pit ve fissürlerin örtülmesi, mikroorganizmalar ve plağa karşı mekanik bir bariyer oluşturarak çürüklerin önlenmesini sağlamaktadır.⁸¹

Çürüksüz ve yeni sürmüş arka grup dişlerin oklüzal yüzeylerine fissür örtücü uygulamaları, küçük çürük lezyonların varlığında ise minimal invaziv bir yaklaşım olarak

koruyucu rezin restorasyon uygulamaları önerilmektedir.⁸² Sadece çürükten etkilenen diş yapısı minimal bir şekilde kaldırılarak, bağlanma özellikleri ve kabul edilebilir aşınma direnci nedeniyle rezin bazlı kompozitlerle tedavi edilebilmektedir.⁸³

Süt dişlerinin gerekli durumlarda tedavi edilerek ağızda tutulması; genel sağlığı etkileyebilecek olumsuzlukları, beslenme, konuşma gibi fonksiyonların kaybını ve daimi dişlenme döneminde ortaya çıkabilecek sorunları önlemektedir. Zamanından önce kaybedilmiş süt dişleri sebebiyle oluşan boşluklar için yer tutucular uygulanarak, alttaki daimi dişin süreceği yer korunabilmektedir. Bu sayede ilerde oluşabilecek çapraşıklıklar ve bu çapraşıklıklar nedeniyle iyi temizlenemeyen bölgelerde oluşabilecek çürükler gibi sorunlar önlenmiş olacaktır. Aynı zamanda, bu sorunların çözülmesi için gereken büyük maliyetler de önlenebilecektir.

Çocukluk döneminde ve ergenliğin başlangıcında koruyucu ortodontik muayene ile ilerde oluşabilecek dental veya iskeletsel bozukluklar kontrol altına alınabilmektedir. Kişinin estetik algısında önemli bir yer tutan çeneler ve dişlerdeki bozukluklar psikososyal olarak etkilemektedir.⁸⁴ Bunun yanı sıra üst ön grup dişlerin, alt dişlere oranla fazla önde olması (overjet) durumunda artmış dental travma riski de bulunmakta, erken dönemde müdahale edilmesi durumunda oluşabilecek travmaların önüne geçilebilmektedir.⁸⁵

2.5.4. Koruyucu Flor Uygulamaları

Florür, diş çürüğünün şiddetini ve prevalansını azaltmak amacıyla çeşitli formlarda profesyonel ve bireysel olarak kullanılmaktadır. Florür birden fazla etki mekanizmasına sahiptir;

1. Dental plaktaki karyojenik bakterilerin fermente olabilen karbonhidratları parçalayarak ürettiği asit varlığında demineralizasyonu azaltarak,
2. Başlangıç mine çürüklerinin remineralizasyonunu sağlayarak,
3. Dental plaktaki bakteri aktivitesinin engellemesi ile.

Florür başlangıç aşamasındaki mine çürüklerini önleyebildiği gibi, dentine ulaşmış çürüklerin pulpaya ilerlemesini önleyebilmekte veya yavaşlatabilmektedir.⁸⁶ Yedi milyarı aşkın dünya nüfusunun bir milyardan daha azı, toplum bazlı su veya tuz florlama programlarına erişebilmektedir. Bu tarz toplum bazlı programlar ile, çocukluk çağının en

yaygın kronik hastalığı olan diş çürüğünün prevalans ve şiddeti azaltılabilecektir. Küresel bir sistematik derlemeye göre, suların florlanması uygulamasının; çürük, eksik ve dolgulu süt dişlerinin ortalama sayısında % 35 ve çürük, eksik ve dolgulu daimi dişlerin ortalama sayısında % 26 azalma ile sonuçlandığı gösterilmiştir. Yine aynı derlemeye göre, çürüğü olmayan çocukların oranını % 15 arttırmıştır.⁸⁷

Tuzun florlanması, bazen düşük su F konsantrasyonuna sahip olan ve suların florlanması uygulamasının olmadığı topluluklar için bir seçenek olarak önerilmektedir. Dünya çapında 40 milyon ila 280 milyon insanın, özellikle Avrupa, Güney Amerika ve Orta Amerika ülkelerinde tuzun florlanması uygulamasını kullandığı tahmin edilmektedir. Kullanılan tuz miktarının kişiye göre değişmesi nedeniyle kullanımı tartışmalıdır. Aynı zamanda hipertansiyon riski ve sindirimdeki varyasyonla ilgili dezavantajlar, ideal bir konsantrasyonun sürdürülmesinde güçlüklerle sebep olabilmektedir.⁵⁰ Benzer şekilde süte F eklenerek kullanılabilir. Florlu süt okul çocukları için faydalı olabilir ve bu da süt dişlerindeki diş çürüklerinde önemli bir azalmaya katkıda bulunur.

Okul bazlı F uygulamalarından bir diğeri ise F içeren ağız çalkalama solüsyonlarıdır. Doğal yutma refleksi nedeniyle, 6 yaşından küçük çocukların çoğu, gargara yutmaya karşı koyamayabilir. 6 yaşından büyük çocuklar için, gözetim altında düzenli alkolsüz F içeren ağız gargarası kullanımının, çocukların daimi dişlerinde çürük oluşumunda büyük bir azalmaya neden olduğu gösterilmiştir.⁵⁴ Suda florüre az maruz kalan topluluklarda, okul bazlı F içeren ağız çalkalama solüsyonu kullanımı önerilmektedir, ancak bunların benimsenmesi uygulama maliyetine ve topluluğun çürük durumuna dayanmalıdır.⁸⁶

Florür uygulamanın bir diğeri yolu sistemik olarak kullanılan tabletlerdir. Florür tabletlerinin, reçete edildiği şekilde kullanıldığında daimi dişlerde çürük oluşumunu azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir.⁸⁸ Florür takviyeleri, F eksikliği olan (0,6 ppm F'den az) su içen yüksek çürük riski olan çocuklar için düşünülmelidir (bkz. Tablo 2.2).⁸⁹

Profesyonel F uygulamaları olan, jeller (5,000-12,300 ppm F) ve vernikler (22,600 ppm F) de diş hekimleri tarafından koruyucu diş tedavilerine sıklıkla dahil edilmektedir. Yüksek konsantrasyonlu uygulamalardan F jeller okul öncesi çocuklara (< 6 yaş) yutma tehlikesi nedeniyle, risk/fayda oranı risk lehine olduğundan tavsiye edilmemektedir. Karma ve daimi dişlenme dönemlerinde, 6 yaştan sonra yılda 2-4 kez

uygulanabilmektedir. Flor vernikler ise hem süt hem daimi dişlenme döneminde uygulanabilmektedir. Yılda 2-4 kez uygulanabilmektedir.

Tablo 2.2. Çürük Geliştirme Riski Yüksek Çocuklar İçin Tavsiye Edilen Beslenme Florür Takviyesi Dozajları

Yaş	İçme Suyundaki Flor Konsantrasyonuna Göre Florür Takviye Miktarı*		
	< 0.3	0.3 - 0.6	> 0.6
< 6 ay	0	0	0
6 ay – 3 yaş	0.25 mg	0	0
3 – 6 yaş	0.50 mg	0.25 mg	0
6 - 16 yaş	1.0 mg	0.50 mg	0

* Milyonda 1.0 = litre başına 1 miligram.

2.5.5. Diyetin Düzenlenmesi

Diyetle ilgili faktörler, diş çürüğü ve erozyonla direkt olarak ilişkilidir. Diş çürüğü ve erozyon için hem yetişkinlerde hem de çocuklarda şeker ve yağ alımı, risk faktörüdür. Çocuklarda şeker alımı dışında, gebelik döneminde anne adayının yağ ve şeker alımı ve ağırlığı da EÇÇ gelişimiyle önemli ölçüde ilişkilidir.⁹⁰ Annenin eğitim seviyesinin de, çocuğun beslenme alışkanlıkları ve diş çürüğü oluşumunu etkileyebildiği düşünülmektedir.⁹¹ Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, yaşlı yetişkinlerde ciddi diş kaybının, beslenme kalitesinin bozulmasında temel bir gösterge olarak kabul edilmiştir.⁹²

Diş çürüğünden korunmada diyet, karyojenik besinlerin kısıtlanması ve/veya çürük önleyici besinlerle değiştirilmesi şeklinde düzenlenebilmektedir. Şekerli/asitli içeceklerin tüketim sıklığı, nişasta içerikli atıştırmalıkların tüketimi (kraker, cips vb.), fermente olabilen karbonhidratların tüketimi, fermente olabilen karbonhidratlarla birlikte Ca⁺² gibi tamponların varlığı, sert şekerler gibi uzun süreli şeker kaynaklarının tüketimi, gıdaların tüketildiği zaman (öğünlerle birlikte, öğün aralarında vb.), tükürük seviyesi ve eksikliği gibi bazı diyet öğeleri ve ilgili faktörler, diş çürüğüne sebep olma potansiyeli taşımaktadır. Diş çürüğüne sebep olma potansiyeli yüksek olan diyet öğeleri yerine elma, armut, portakal, muz, havuç, kereviz, domates, marul, salatalık, fındık ve patates gibi meyve ve sebze tüketimi; peynir, yumurta, yoğurt ve süt tüketimi; ksilitol içeren ürünlerin

kullanımı; şekerli veya asitli şekerli içecekler yerine meyve tüketimi önerilmektedir. Ayrıca şekerli gıda ve karbonhidratların daha az ve öğünlerle birlikte tüketimi; çay ve kahvenin şekerli içilmesi; şeker tüketiminden sonra ağzın su ile çalkalanması da öneriler arasındadır.⁹³

Çok sayıda gıdanın çürük önleyici aktiviteye sahip olduğu iddia edilmektedir. Florür veya ksilitol içerebilen; yeşil çay, kahve, hindistan cevizi, kızılıncık, kakao özü, kırmızı şarap ve propolis bunlardan bazılarıdır.⁹⁴⁻⁹⁶ Bu gıdaların çürük önleme aktiviteleri ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Ancak bazı kanıtlar, çürük gelişimi üzerinde etkilerinin olduğunu düşündürmektedir.⁹⁷

Kalsiyum ve D vitamini alımı ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, yüksek çürük riski ve ağız hastalığının şiddetinin büyüklüğü ile düşük kalsiyum alımı arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kalsiyum ve D vitamininin yeterli beslenme durumunun, ağız sağlığının korunmasına yardımcı olabilecek ek bir faktör olabileceği öne sürülmüştür.⁹⁸

2.6. Aile Hekimliği ve Ağız Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilerek bütüncül yaklaşım gereği aile hekimliği sisteminde mutlaka değerlendirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi edici olanların yanı sıra koruyucu hizmetleri de kapsamaktadır. Bu bağlamda, ağız diş sağlığının korunması da aile hekimliği branşı açısından önem teşkil etmektedir. Ayrıca hastalarla sık temas halinde olmalarından dolayı, ağız sağlığını geliştirme programlarına dahil edilmelidirler.⁹⁹

Aile hekimliği uzmanlarının, ağız ve diş sağlığının korunması ve sürdürülmesine katkı sağlayabilmeleri için bu konuda eğitilmeleri ve belli yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir. Dental travmalar ve acil durumlar, diş ve çevre dokuların enfeksiyöz durumları ve koruyucu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları beklenmektedir.¹⁰⁰

Ağız ve diş hastalıkları, çocukluktan hatta doğum öncesi dönemden itibaren önlenmektedir. Gebelik planlanan dönemde yapılacak ağız ve diş sağlığı muayenesi, hem gebelik sürecinde yaşanabilecek olumsuz durumları önlemeye hem de doğumdan sonra bebeğin ağız sağlığını korumaya yardımcı olacaktır.¹⁰¹ Aile planlaması, gebelik takibi gibi aile hekimliği sistemindeki bu zincire ağız diş sağlığının dahil edilmesi kritik

önem taşımaktadır. Bu sebeple aile hekimliği uzmanlarının, aile sağlığı elemanlarının, hemşire ve ebelerin bu konularda eğitilmesi gerekmektedir.¹⁰² Aynı şekilde çocukluk döneminde de pediatrist ve aile hekimi iş birliği ağız ve diş sağlığı açısından önemlidir, pediatristlerin de eğitiminde ağız ve diş sağlığına yer verilmelidir.¹⁰³ Bunlar dışında özellikle yaşla birlikte artan kronik hastalıkların yönetiminde, ağız ve diş sağlığı da göz ardı edilmemelidir. Diş eksiklikleriyle birlikte ortaya çıkabilecek beslenme bozukluğu, kullanılan protezlerin uygun olmaması sonucunda oluşan ağız içi yaralar veya enfeksiyonlar değerlendirilmelidir.¹⁰⁴

Son yıllarda, ülkemizdeki diş hekimi ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri veren kurumların sayısında bir artış mevcut olmasına rağmen, tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin sosyoekonomik durum, ulaşım zorluğu gibi değişken faktörlerden bağımsız bir biçimde daha ulaşılabilir olması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden haberi olmayan veya haberi olup ulaşmakta zorluk yaşayan, yönlendirilmeye ihtiyaç duyan vs. dezavantajlı gruplar için aile hekimlerinin yönlendirmesi, hastaları bilgilendirmesiyle bu dezavantajlar kompanse edilebilecektir. Son rakamlara göre, 2020 yılı itibariyle özel kliniklerde çalışan diş hekimi sayısı 22,260; devlet kurumları bünyesinde çalışan diş hekimi sayısı ise 17,178'dir. Ülke genelinde bir diş hekimi başına düşen hasta sayısı 2,120 olmasına rağmen bazı illerde bu rakam hekim başına 6 binleri; bazı ilçelerde ise 30 binleri bulabilmektedir.¹⁰⁵ Ağız sağlığına erişmekte yoksul, zengin ayrımının ortadan kalkması için birinci basamak sağlık kuruluşlarına görev düşmektedir.^{104, 106} Orofarenks muayenesi sırasında, rutin dental muayeneye ulaşamayan hastalar ağız kanserleri açısından da değerlendirilmelidir. Ağız kanseri tarama muayenesine, birinci basamak sağlık kuruluşlarında da yer verilmesi önerilmektedir.⁴⁷

2.7. Bilimsel Çalışmalarda Anket Yöntemi

Anket yöntemi veri toplamak için kullanılan bilimsel çalışma yöntemlerinden birisidir. Anket yöntemi ile bireylerin bilgileri, davranışları, görüşleri ve tutumları sorulan sorular ile tespit edilmeye çalışılır. Elde edilen veriler nicel veya nitel özellikte olabilir.¹⁰⁷ Anket yönteminin diğer bilimsel çalışma yöntemlerine göre daha büyük örneklem gruplarına daha hızlı şekilde ve de daha az maliyetle uygulanma açısından avantajları vardır. Ancak katılımcılar ankette sorularını ve maddelerini rahatça okuyabilmeli ve de soruları dürüstçe

cevaplayabilmelidirler.¹⁰⁸ Anket yönteminin başlıca dezavantajlarını ise güdülemede sorunlar yaşanması, daha çok yüzeysel bilgi toplamaya müsait olması, önceden hazırlanan soruların cevaplanmasının gerekliliği, anketin uygulandığı örneklemin hassas olduğu konularda (örn. ahlak, din vb.) veri toplanmasının zorluğu ve de özellikle uzun anketlerde ortaya çıkan süre problemi oluşturur.

Anketlerdeki soru gruplarını katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, katılımcıların araştırılan konu hakkındaki bilgi düzeylerini tespit etmeye yönelik sorular, katılımcıların araştırılan konu hakkındaki davranışlarını tespit etmeye yönelik sorular ve katılımcıların araştırılan konu hakkındaki duygu ve görüşlerini tespit etmeye yönelik sorular oluşturur.¹⁰⁹

Anket çeşitli yöntemler kullanılarak uygulanabilir. Klasik yöntem olarak yüz yüze görüşme araştırmacının kontrolünün yüksek olduğu yöntemdir. Ayrıca bu yöntem maliyet ve süre açısından araştırmacıya avantaj sağlar. Posta yoluyla anket uygulanmasında ise daha büyük örneklem grubuna uygulanabilmesi açısından önemlidir. Telefonla uygulamada ise uygulayıcı soruları telefon aracılığı ile katılımcıya yöneltir. Bilgisayar yöntemi ile anket uygulanması ise son yıllarda daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntem ile elektronik haberleşme adresleri veya internet siteleri kullanılarak büyük bir popülasyona hızlı bir şekilde anket soruları yönlendirilebilmektedir.¹¹⁰

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Etik İzin

Çalışma için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan 25/06/2020 tarih ve 2020/412 karar numarası ile yazılı izin alınmıştır (Ek 1).

3.2. Çalışmanın Yeri

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Araştırma için çevrim içi anket ile Türkiye'deki tıp fakülteleri ile eğitim araştırma hastanelerinin aile hekimliği kliniklerinden veri toplanmıştır.

3.3. Çalışmanın Tipi

Çalışma kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya katılmadan önce asistan hekimler çevrim içi olarak çalışma hakkında bilgilendirilmiştir.

3.4. Çalışmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Türkiye'deki tıp fakülteleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde tam zamanlı uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Türkiye'de aile hekimliği branşında tam zamanlı uzmanlık eğitimi alıyor olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.6. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Aile hekimliği branşında yarı zamanlı uzmanlık eğitimi alıyor olmak ve çalışmaya katılmayı reddetmek dahil edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.7. Çalışmanın Örneklem Büyüklüğü

Evrendeki kişi sayısı biliniyorsa örneklem büyüklüğü $n = (N * t^2 * p * q) / [d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q]$ formülü ile hesaplanır.

N : Hedef kitledeki kişi sayısı (Türkiye’de eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite tıp fakültelerinin aile hekimliği kliniklerinde yaklaşık 1500 aile hekimliği asistanı görev yapmaktadır)

p: incelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı; referans çalışmada asistanların bilgi düzeyi % 61 bulunmuştur)

q: incelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde,

t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

Sonuçların %95 güvenilrlik aralığında (alfa=0.05), d=0.05 örnekleme hatası içerebileceği kabul edildi.

p=0.61

q=0.39 (1-0.61)

t=1,96 (alfa=0.05 de serbestlik derecesine göre tablodan bulunmuştur.)

d=0.05 (alfa %5 örnekleme hatasını kabul edildiği için)

Çalışmaya katılması gereken en az asistan sayısı n=296 kişi olarak bulunmuştur.

Çalışma, yukarıdaki kriterlere uygun olarak 302 aile hekimliği asistanı ile yapılmıştır.

3.8. Çalışmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler 25/06/2020 - 31/12/2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Aile hekimliği ve ağız diş sağlığı ile ilgili daha önceki çalışmalar ve yayınlar incelenerek, aile hekimliği uzmanının ağız ve diş sağlığı üzerine bilmesi gereken temel konular saptanmış, bu konulara yönelik anket soruları hazırlanmıştır.¹¹¹⁻¹¹⁵ Hazırlanan anket ile asistan hekimlerin ağız hijyeni, sistemik hastalıklar ve anne-çocuk gebelik ile ağız ve diş sağlığı ilişkisine dair bilgi düzeyleri ve sosyodemografik özellikleri belirlenmiştir (Ek 2). Çalışmaya başlamadan önce, oluşturulan anket 15 kişiye uygulandıktan sonra teknik ve imla hataları değerlendirilerek yeniden düzenlenmiştir. Anket, tüm aile hekimliği anabilim dallarının asistan temsilcilerine internet üzerinden ulaştırılarak çevrim içi olarak gerçekleştirilmiştir.

3.9. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığı ile bilgisayar ortamına yüklendi ve istatistik analizi yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, en az ve en fazla değerler, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson ki kare testi, süreklilik düzeltmeli ki kare testi ve Fisher kesin olasılık testi uygulandı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram, varyasyon katsayısı, çarpıklık ve basıklık düzeyi ve de Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak incelendi. İki nicel değişken arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Spearman korelasyon testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla bağımsız gruplarda ise One-Way ANOVA testi kullanıldı. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız gruplarda ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Post-hoc test olarak ise Bonferroni Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Çalışmada Karşılaşılan Güçlük ve Kısıtlılıklar

Çalışmada herhangi bir güçlük ve kısıtlılıkla karşılaşmadı.

3.11. Araştırma Bütçesi

Çalışmanın yürütülmesi için, herhangi bir kişi veya kurumdan maddi destek alınmamıştır.

3.12. Anketin İçeriği

Çalışma için hazırlanan ankette 5 grup halinde toplam 41 soru sorulmuştur. İlk grupta yaş, cinsiyet vb. sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. İkinci grupta diş fırçalama, diş ipi kullanımı gibi ağız hijyeninin sağlanması hakkında sorular sorulmuştur. Üçüncü grupta diyabet, solunum yolu hastalıkları gibi ağız ve diş sağlığını etkileyen sistemik hastalıklarla ağız diş sağlığı ilişkisine dair sorular sorulmuştur. Dördüncü grupta anne-çocuk-gebelik başlığı altında gebelik sürecinde ağız diş sağlığına, bebeklik/çocukluk döneminde ağız diş sağlığının sağlanması ve

korunmasına dair sorular sorulmuştur. Son grupta ise asistan hekimlerin, lisans ve uzmanlık eğitimleri sırasında ağız diş sağlığı hakkında eğitim alıp almadıkları ve ağız diş sağlığının birinci basamak sağlık kurumlarına entegrasyonu gibi konularda kendi tutum ve davranışları sorgulanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya Türkiye'nin çeşitli tıp fakültesi ve eğitim-araştırma hastanesinde aile hekimliği asistanı olarak görev yapan 302 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $29,6 \pm 5,1$ idi. Katılımcıların %67,5'i (n=204) 30 yaşın altında, %32,5'i (n=98) 30 yaş ve üstündeydi. Katılımcıların %67,2'sinin (n=203) cinsiyeti kadın, %32,8'sinin (n=99) erkekti. Medeni durumu evli olan asistan sayısı 187 (%61,9) bekâr olanların sayısı 115 (%38,1) idi. Asistan hekimlerin %29,8'inin (n=90) çocuğu varken %70,2'sinin (n=212) çocuğu yoktu. Asistan hekimlerin %29,8'i (n=90) halen eğitim ve araştırma hastanelerinde %70,2'si (n=212) ise tıp fakültelerinde görev yapmaktaydı. Asistan hekimlerin 84'ü (%27,8) daha önce aile sağlığı merkezinde aile hekimi olarak çalışmışken 218'i (%72,2) çalışmamıştır. Asistan hekimlerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Ve Mesleki Özellikleri

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
Yaş Grubu		
<30 yaş	204	67,5
≥ 30 yaş	98	32,5
Cinsiyet		
Kadın	203	67,2
Erkek	99	32,8
Medeni Durum		
Evli	187	61,9
Bekâr	115	38,1
Çocuk		
Var	90	29,2
Yok	212	70,8
Meslekteki Yıl		
0-1 Yıl	33	10,9
2-3 Yıl	118	39,1
4-5 Yıl	86	28,5
6-10 Yıl	45	14,9
>10 Yıl	20	6,6
Asistanlık Yapılan Kurum		
Eğitim Araştırma Hastanesi	90	29,2
Tıp Fakültesi	212	70,8
Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Durumu		
Evet	84	27,8
Hayır	218	72,2
Toplam	302	100

Asistan hekimlerin ağız hijyeni (AH), sistemik hastalıklar (SH) ve anne-çocuk-gebelik (AÇG) ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4.2., Tablo 4.3. ve Tablo 4.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Asistan Hekimlerin Ağız Hijyeni İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	270	89,4
	Yanlış	21	7,0
	Fikrim Yok	11	3,6
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	222	73,5
	Yanlış	78	25,8
	Fikrim Yok	2	0,7
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	211	69,9
	Yanlış	82	27,2
	Fikrim Yok	9	3,0
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	212	70,2
	Yanlış	49	16,2
	Fikrim Yok	41	13,6
	Toplam	302	100

Not: Gri arka plandaki cevaplar ilgili sorunun gerçek doğru cevaplarıdır.

Tablo 4.3. Asistan Hekimlerin Sistemik Hastalıklar İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı diş çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	296	98,0
	Yanlış	0	0
	Fikrim Yok	6	2,0
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	282	93,4
	Yanlış	1	0,3
	Fikrim Yok	19	6,3
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	222	73,5
	Yanlış	9	3,0
	Fikrim Yok	71	23,5
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikayeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	299	99,0
	Yanlış	1	0,3
	Fikrim Yok	2	0,7

Tablo 4.3. Asistan Hekimlerin Sistemik Hastalıklar İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar (Devam)

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	Doğru	291	96,4
	Yanlış	2	0,7
	Fikrim Yok	9	3,0
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	246	81,5
	Yanlış	21	7,0
	Fikrim Yok	35	11,6
	Toplam	302	100

Not: Gri arka plandaki cevaplar ilgili sorunun gerçek doğru cevaplarıdır.

Tablo 4.4. Asistan Hekimlerin Anne-Çocuk-Gebelik İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	124	41,1
	Yanlış	32	10,6
	Fikrim Yok	146	48,3
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	244	80,8
	Yanlış	12	4,0
	Fikrim Yok	46	15,2
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	171	56,6
	Yanlış	37	12,3
	Fikrim Yok	94	31,1
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	27	8,9
	Yanlış	201	66,6
	Fikrim Yok	74	24,5

Tablo 4.4. Asistan Hekimlerin Anne-Çocuk-Gebelik İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar (Devam)

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	218	72,2
	Yanlış	7	2,3
	Fikrim Yok	77	25,5
AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	135	44,7
	Yanlış	122	40,4
	Fikrim Yok	45	14,9
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	150	49,7
	Yanlış	86	28,5
	Fikrim Yok	66	21,9
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	110	36,4
	Yanlış	119	39,4
	Fikrim Yok	73	24,2
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	20	6,6
	Yanlış	206	68,2
	Fikrim Yok	76	25,2
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	12	4,0
	Yanlış	265	87,7
	Fikrim Yok	25	8,3
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	9	3,0
	Yanlış	268	88,7
	Fikrim Yok	25	8,3
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	299	99,0
	Yanlış	1	0,3
	Fikrim Yok	2	0,7
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	10	3,3
	Yanlış	270	89,4
	Fikrim Yok	22	7,3
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	234	77,5
	Yanlış	14	4,6
	Fikrim Yok	54	17,9

Tablo 4.4. Asistan Hekimlerin Anne-Çocuk-Gebelik İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Sorulara Verdikleri Cevaplar (Devam)

Sorular	Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	147	48,7
	Yanlış	34	11,3
	Fikrim Yok	121	40,1
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	149	49,3
	Yanlış	21	7,0
	Fikrim Yok	132	43,7
	Toplam	302	100

Not: Gri arka plandaki cevaplar ilgili sorunun gerçek doğru cevaplarıdır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan sorulara verdikleri cevaplar 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Fikrim yok seçeneğini işaretleyen asistanlar soruya yanlış cevap vermiş olarak kabul edilmiştir. Asistan hekimlerin bilgi puanları ortalaması $65,2 \pm 10,9$ (en düşük:27 en yüksek:92) olarak hesaplanmıştır. Asistan hekimlerin ağız hijyeni, sistemik hastalıklar ve anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar üzerinden hesaplanan puan ortalamaları Tablo 4.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Asistan Hekimlerin Puan Ortalamaları

Soru Grupları	Asistan Sayısı (n)	Puan Ortalaması ($\bar{x} \pm SD$)
Ağız Hijyeni	302	44,5 \pm 20,2
Sistemik Hastalıklar	302	90,3 \pm 14,4
Anne-Çocuk-Gebelik	302	61,1 \pm 15,8
Genel Puan	302	65,2 \pm 10,9

Asistan hekimlerin yaşları ile aldıkları puanlar arasında korelasyon olup olmadığı hesaplanmıştır (Tablo 4.6). Buna göre asistan hekimlerin yaşları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan arasında negatif yönlü zayıf korelasyon vardı ($p=0,028$ $r = -0,127$). Asistan hekimlerin yaşları ile anne-çocuk-gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan arasında ise pozitif yönlü zayıf korelasyon vardı ($p<0,01$ $r =0,256$).

Tablo 4.6. Asistan Hekimlerin Yaşları İle Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Soru Grupları	Asistan Sayısı (n)	Spearman Korelasyon Katsayısı (r)	Anlamlılık Düzeyi (p)
Ağız Hijyeni	302	-0,127	0,028*
Sistemik Hastalıklar	302	0,015	0,798
Anne-Çocuk-Gebelik	302	0,256	0,000**
Genel Puan	302	0,30	0,603

*p<0,05 düzeyinde anlamlı ** p<0,01 düzeyinde anlamlı

Asistan hekimlerin yaş grupları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.7.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Yaş Grubu	Soruların Gerçek Cevapları	30 Yaş Altı		30 Yaş ve Üstü		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	14	6,9	7	7,1	1,000*
	Yanlış	190	93,1	91	92,9	
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	155	76	67	68,4	0,160**
	Yanlış	49	24	31	31,6	
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	59	28,9	23	23,5	0,319**
	Yanlış	145	71,1	75	76,5	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	143	70,1	69	70,4	0,956**
	Yanlış	61	29,9	29	29,6	
Toplam		204	100	98	100	

*Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	30 Yaş Altı (n=204)	30 Yaş ve Üstü (n=98)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	45,4 \pm 20,3	42,3 \pm 19,7	0,151*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı ilişki yoktu (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Yaş Grubu		30 Yaş Altı		30 Yaş ve Üstü		p
Sorular	Soruların Gerçek Cevapları	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı diş çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	200	98	96	98	1,000*
	Yanlış	4	2	2	2	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	191	93,6	91	92,9	0,996**
	Yanlış	13	6,4	7	7,1	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	144	70,6	78	79,6	0,097***
	Yanlış	60	29,4	20	20,4	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikayeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	201	98,5	98	100	0,554*
	Yanlış	3	1,5	0	0	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımını hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	196	96,1	95	96,9	1,000*
	Yanlış	8	3,9	3	3,1	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	166	81,4	80	81,6	1,000*
	Yanlış	38	18,6	18	18,4	
Toplam		204	100	98	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi *** Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	30 Yaş Altı (n=204)	30 Yaş ve Üstü (n=98)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	89,7 \pm 14,1	91,5 \pm 14,8	0,131*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.11.'de gösterilmiştir. AÇG2,AÇG3,AÇG4,AÇG5,AÇG8,AÇG11 ve AÇG16 sorularında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,05).

Tablo 4.11. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Yaş Grubu	Soruların Gerçek Cevapları	30 Yaş Altı		30 Yaş ve Üstü		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	80	39,2	44	44,9	0,347*
	Yanlış	124	60,8	54	55,1	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	158	77,5	86	87,8	0,049**
	Yanlış	46	22,5	12	12,2	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	104	51	67	68,4	0,004*
	Yanlış	100	49	31	31,6	
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	124	60,8	77	78,6	0,002*
	Yanlış	80	39,2	21	21,4	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	137	67,2	81	82,7	0,005*
	Yanlış	67	32,8	17	17,3	

**Tablo 4.11. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına
Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)**

AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	84	41,2	51	52	0,075*
	Yanlış	120	58,8	47	48	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	54	26,5	32	32,7	0,265*
	Yanlış	150	73,5	66	67,3	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	62	30,4	57	58,2	0,000*
	Yanlış	142	69,6	41	41,8	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	13	6,4	7	7,1	0,996**
	Yanlış	191	93,6	91	92,9	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	176	86,3	89	90,8	0,347**
	Yanlış	28	13,7	9	9,2	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	175	85,8	93	94,9	0,031*
	Yanlış	29	14,2	5	5,1	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	202	99	97	99	1,000***
	Yanlış	2	1	1	1	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	182	89,2	88	89,8	1,000**
	Yanlış	22	10,8	10	10,2	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	162	79,4	72	73,5	0,312**
	Yanlış	42	20,6	26	26,5	

Tablo 4.11. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	95	46,6	52	53,1	0,291*
	Yanlış	109	53,4	46	46,9	
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	91	44,6	58	59,2	0,018*
	Yanlış	113	55,4	40	40,8	
Toplam		204	100	98	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları ile Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	30 Yaş Altı (n=204)	30 Yaş ve Üstü (n=98)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	58,1 \pm 15,5	67 \pm 14,8	0,000*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile genel puanları arasındaki ilişki Tablo 4.13.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Asistan Hekimlerin Yaş Grupları ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	30 Yaş Altı (n=204)	30 Yaş ve Üstü (n=98)	p
Genel Puan ($\bar{x}\pm SD$)	64,4 \pm 11	66,9 \pm 10,4	0,060*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Soruların Gerçek Cevapları	Kadın		Erkek		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Dış hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	13	6,4	8	8,1	0,767*
	Yanlış	190	93,6	91	91,9	
AH2-Dışler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	150	73,9	72	72,7	0,830**
	Yanlış	53	26,1	27	27,3	
AH3-Dış fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	64	31,5	18	18,2	0,014**
	Yanlış	139	68,5	81	81,8	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	154	75,9	58	58,6	0,002**
	Yanlış	49	24,1	41	41,4	
Toplam		203	100	99	100	

*Süreklilik düzeltilmiş ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.15.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Kadın (n=203)	Erkek (n=99)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	46,9 \pm 19,5	39,3 \pm 20,5	0,004*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.16.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Soruların Gerçek Cevapları	Kadın		Erkek		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı dış çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	199	98	97	98	1,000*
	Yanlış	4	2	2	2	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	189	93,1	93	93,9	0,978***
	Yanlış	14	6,9	6	6,1	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta dış hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	148	72,9	74	74,7	0,734***
	Yanlış	55	27,1	25	25,3	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	200	98,5	99	100	0,553*
	Yanlış	3	1,5	0	0	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	196	96,6	95	96	0,754*
	Yanlış	7	3,4	4	4	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	159	78,3	87	87,9	0,065**
	Yanlış	44	21,7	12	12,1	
Toplam		203	100	99	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi *** Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.17.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Kadın (n=203)	Erkek (n=99)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	89,5 \pm 14,5	91,7 \pm 13,9	0,163*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.18.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Soruların Gerçek Cevapları	Kadın		Erkek		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	88	43,3	36	36,4	0,247*
	Yanlış	115	56,7	63	63,6	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	170	83,7	74	74,4	0,088**
	Yanlış	33	16,3	25	25,3	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	115	56,7	56	56,6	0,989*
	Yanlış	88	43,3	43	43,4	
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	130	64	71	71,7	0,184*
	Yanlış	73	36	28	28,3	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	148	72,9	70	70,7	0,689*
	Yanlış	55	27,1	29	29,3	

**Tablo 4.18. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına
Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)**

AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	104	51,2	31	31,3	0,001*
	Yanlış	99	48,8	68	68,7	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	51	25,1	35	35,4	0,064*
	Yanlış	152	74,9	64	64,6	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	78	38,4	41	41,4	0,618*
	Yanlış	125	61,6	58	58,6	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	11	5,4	9	9,1	0,338**
	Yanlış	192	94,6	90	90,9	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	178	87,7	87	87,9	1,000*
	Yanlış	25	12,3	12	12,1	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	178	87,7	90	90,9	0,523*
	Yanlış	25	12,3	9	9,1	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	200	98,5	99	100	0,553***
	Yanlış	3	1,5	0	0	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	185	91,1	85	85,9	0,231**
	Yanlış	18	8,9	14	14,1	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	151	74,4	83	83,8	0,065*
	Yanlış	52	25,6	16	16,2	

Tablo 4.18. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	108	53,2	39	39,4	0,024*
	Yanlış	95	46,8	60	60,6	
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	86	42,4	63	63,6	0,001*
	Yanlış	117	57,6	36	36,4	
Toplam		203	100	99	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin cinsiyetleri ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.19.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri ile Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Kadın (n=203)	Erkek (n=99)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	60,9 \pm 15,7	61,1 \pm 16,1	0,925*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin yaş grupları ile genel puanları arasındaki ilişki Tablo 4.20.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Asistan Hekimlerin Cinsiyetleri ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	Kadın (n=203)	Erkek (n=99)	p
Genel Puan ($\bar{x}\pm SD$)	65,8 \pm 10,5	64,1 \pm 11,4	0,197*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Medeni Durum	Soruların Gerçek Cevapları	Evli		Bekâr		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Dış hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	15	8	6	5,2	0,486*
	Yanlış	172	92	109	94,8	
AH2-Dışler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	140	74,9	82	71,3	0,496**
	Yanlış	47	25,1	33	28,7	
AH3-Dış fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	51	27,3	31	27	0,952**
	Yanlış	136	72,7	84	73	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	134	71,7	78	67,8	0,480**
	Yanlış	53	28,3	37	32,2	
Toplam		187	100	115	100	

*Süreklilik düzeltilmiş ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.22.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Evli (n=187)	Bekâr (n=115)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	45,4±19,3	42,8±21,4	0,272*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.23.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Medeni Durum	Soruların Gerçek Cevapları	Evli		Bekâr		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı dış çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	183	97,9	113	98,3	1,000*
	Yanlış	4	2,1	2	1,7	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	173	92,5	109	94,8	0,595**
	Yanlış	14	7,5	6	5,2	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta dış hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	139	74,3	83	72,2	0,680***
	Yanlış	48	25,7	32	27,8	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	184	98,4	115	100	0,290*
	Yanlış	3	1,6	0	0	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	179	95,7	112	97,4	0,542*
	Yanlış	8	4,3	3	2,6	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	150	80,2	96	83,5	0,578**
	Yanlış	37	19,8	19	16,5	
Toplam		187	100	115	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi *** Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.24.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Evli (n=187)	Bekâr (n=115)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	89,8 \pm 14,6	91 \pm 13,8	0,529*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.25.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Medeni Durum	Soruların Gerçek Cevapları	Evli		Bekâr		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	89	47,6	35	30,4	0,003*
	Yanlış	98	52,4	80	69,6	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	155	82,9	89	77,4	0,304**
	Yanlış	32	17,1	26	22,6	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	105	56,1	66	57,4	0,833*
	Yanlış	82	43,9	49	42,6	
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	122	65,2	79	68,7	0,537*
	Yanlış	65	34,8	36	31,3	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	135	72,2	83	72,2	0,997*
	Yanlış	52	27,8	32	27,8	

Tablo 4.25. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	87	46,5	48	41,7	0,417*
	Yanlış	100	53,5	67	58,3	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	49	26,2	37	32,2	0,264*
	Yanlış	138	73,8	78	67,8	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	89	47,6	30	26,1	0,000*
	Yanlış	98	52,4	85	73,9	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	12	6,4	8	7	1,000**
	Yanlış	175	93,6	107	93	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	170	90,9	95	82,6	0,051**
	Yanlış	17	9,1	20	17,4	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	170	90,9	98	85,2	0,183**
	Yanlış	17	9,1	17	14,8	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	184	98,4	115	100	0,290***
	Yanlış	3	1,6	0	0	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	171	91,4	99	86,1	0,202**
	Yanlış	16	8,6	16	13,9	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	135	72,2	99	86,1	0,005*
	Yanlış	52	27,8	16	13,9	

Tablo 4.25. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	105	56,1	42	36,5	0,001*
	Yanlış	82	43,9	73	63,5	
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	100	53,5	49	42,6	0,067*
	Yanlış	87	46,5	66	57,4	
Toplam		187	100	115	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.26.'da gösterilmiştir. Evli ve bekâr asistan hekimlerin anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$).

Tablo 4.26. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları ile Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Evli (n=187)	Bekâr (n=115)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x} \pm SD$)	62,7±16,1	58,2±14,8	0,016*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin medeni durumları ile genel puanları arasındaki ilişki Tablo 4.27.'de gösterilmiştir. Evli ve bekâr asistan hekimlerin genel puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 4.27. Asistan Hekimlerin Medeni Durumları ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	Evli (n=187)	Bekâr (n=115)	p
Genel Puan ($\bar{x} \pm SD$)	66±10,4	64±11,4	0,123*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.28’de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Çocuk sahibi olma durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çocuklu		Çocuksuz		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	7	7,8	14	6,6	0,905*
	Yanlış	83	92,2	198	93,4	
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	63	70	159	75	0,448*
	Yanlış	27	30	53	25	
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	18	20	64	30,2	0,093*
	Yanlış	72	80	148	69,8	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	66	73,3	146	68,9	0,438*
	Yanlış	24	26,7	66	31,1	
Toplam		90	100	212	100	

*Süreklilik düzeltmeli ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.29.’da gösterilmiştir.

Tablo 4.29. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çocuklu (n=90)	Çocuksuz (n=212)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	42,7±20,6	45,1±20	0,324*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.30.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Çocuk sahibi olma durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çocuklu		Çocuksuz		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı dış çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	88	97,8	208	98,1	1,000*
	Yanlış	2	2,2	4	1,9	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	81	90	201	94,8	0,199**
	Yanlış	9	10	11	5,2	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta dış hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	71	78,9	151	71,2	0,216**
	Yanlış	19	21,1	61	28,8	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	88	97,8	211	99,5	0,213*
	Yanlış	2	2,2	1	0,5	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	87	96,7	204	96,2	1,000*
	Yanlış	3	3,3	8	3,8	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	72	80	174	82,1	0,793**
	Yanlış	18	20	38	17,9	
Toplam		90	100	212	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.31.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çocuklu (n=90)	Çocuksuz (n=212)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	90,1 \pm 14,9	90,3 \pm 14,1	0,928*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.32.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Çocuk sahibi olma durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çocuklu		Çocuksuz		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	45	50	79	37,3	0,040*
	Yanlış	45	50	133	62,7	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	85	94,4	159	75	0,000**
	Yanlış	5	5,6	53	25	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	56	62,2	115	54,2	0,201*
	Yanlış	34	37,8	97	45,8	
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	67	74,4	134	63,2	0,058*
	Yanlış	23	25,6	78	36,8	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	75	83,3	143	67,5	0,005*
	Yanlış	15	16,7	69	32,5	

Tablo 4.32. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	52	57,8	83	39,2	0,003*
	Yanlış	38	42,2	129	60,8	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	28	31,1	58	27,4	0,509*
	Yanlış	62	68,9	154	72,6	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	60	66,7	59	27,8	0,000*
	Yanlış	30	33,3	153	72,2	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	9	10	11	5,2	0,199**
	Yanlış	81	90	201	94,8	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	84	93,3	181	85,4	0,082**
	Yanlış	6	6,7	31	14,6	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	83	92,2	185	87,3	0,295**
	Yanlış	7	7,8	27	12,7	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	90	100	209	98,6	0,557***
	Yanlış	0	0	3	1,4	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	82	91,1	188	88,7	0,672**
	Yanlış	8	8,9	24	11,3	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	61	67,8	173	81,6	0,013**
	Yanlış	29	32,2	39	18,4	

Tablo 4.32. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	51	56,7	96	45,3	0,070*
	Yanlış	39	43,3	116	54,7	
AÇG16-Travma sonucu diş kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisinde konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	52	57,8	97	45,8	0,056*
	Yanlış	38	42,2	115	54,2	
Toplam		90	100	212	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.33.'de gösterilmiştir. Çocuk sahibi olan ve olmayan asistan hekimlerin anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Tablo 4.33. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çocuklu (n=90)	Çocuksuz (n=212)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	68±14,8	58±15,3	0,000*

*Bağımsız gruplarda t testi

Çocuk sahibi olan ve olmayan asistan hekimlerin genel puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Asistan Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumları ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	Çocuklu (n=90)	Çocuksuz (n=212)	p
Genel Puan ($\bar{x}\pm SD$)	67±10,7	64±10,8	0,000*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin meslekteki çalışma yılları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar ve bu cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.35 ve 4.36).

Asistan hekimlerin meslekteki çalışma yılları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar ve cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.37 ve Tablo 4.38.'de gösterilmiştir. Post-hoc ki kare analizine göre SH5 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 2-3 yıllık hekimler ile 4-5 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Asistan hekimlerin meslekteki çalışma yılları ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar Tablo 4.39.'da gösterilmiştir. Post-hoc ki kare analizine göre AÇG2 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimleri ile 0-1 yıllık hekimler arasında ve yine 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile 2-3 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG3 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile diğer çalışma süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG4 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile 2-3 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Yine aynı soruda 6-10 yıllık hekimler ile 4-5 yıllık hekimler, 2-3 yıllık hekimler ve de 0-1 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG6 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile 4-5 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Yine aynı soruda 6-10 yıllık hekimler ile 4-5 yıllık hekimler, 2-3 yıllık hekimler ve de 0-1 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG8 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile 4-5 yıllık hekimler, 2-3 yıllık hekimler ve de 0-1 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Yine aynı soruda 4-5 yıllık hekimler ile 2-3 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG13 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 0-1 yıllık hekimler ile 2-3 yıllık hekimler, 4-5 yıllık hekimler ve de 6-10 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG14 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 6-10 yıllık hekimler ile 4-5 yıllık hekimler, 2-3 yıllık hekimler ve de 0-1 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

AÇG16 sorusuna verdikleri cevaplar açısından 10 yıldan daha uzun süre çalışan hekimler ile diğer çalışma süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Asistan hekimlerin meslekteki çalışma yılları ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.40.'da gösterilmiştir. Asistan hekimlerin çalışma yılları gruplarının anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlarının ikili karşılaştırmaları Tablo 4.41.'de gösterilmiştir.

Asistan hekimlerin meslekteki çalışma yılları ile genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (Tablo 4.42)

Tablo 4.35. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Meslekteki Çalışma Yılı	Soruların Gerçek Cevapları	0-1 yıl		2-3 yıl		4-5 yıl		6-10 yıl		>10 yıl		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	0	0	6	5,1	11	12,8	3	6,7	1	5	0,101*
	Yanlış	33	100	112	94,9	75	87,2	42	93,3	19	95	
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	24	72,7	96	81,4	60	69,8	27	60	15	75	0,072*
	Yanlış	9	27,3	22	18,6	26	30,2	18	40	5	25	
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	12	36,4	33	28	20	23,3	12	26,7	5	25	0,705*
	Yanlış	21	63,6	85	72	66	76,7	33	73,3	15	75	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	29	87,9	79	66,9	55	64	34	75,6	15	75	0,093*
	Yanlış	4	12,1	39	33,1	31	36	11	24,4	5	25	
Toplam		33	100	118	100	86	100	45	100	20	100	

* Pearson ki kare testi

Tablo 4.36. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	0-1 yıl (n=33)	2-3 yıl (n=118)	4-5 yıl (n=86)	6-10 yıl (n=45)	>10 yıl (n=20)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	49,2±21,1	45,3±19,3	42,4±21,7	42,2±18,3	45±20,8	0,392*

*Kruskal-Wallis testi

Tablo 4.37. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Meslekteki Çalışma Yılı		0-1 yıl		2-3 yıl		4-5 yıl		6-10 yıl		>10 yıl		p
Sorular	Soruların Gerçek Cevapları	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1- Gastroözefageal reflü hastalığı diş çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	33	100	115	97,5	85	98,8	43	95,6	20	100	0,565*
	Yanlış	0	0	3	2,5	1	1,2	2	4,4	0	0	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	32	97	110	93,2	81	94,2	40	88,9	19	95	0,674*
	Yanlış	1	3	8	6,8	5	5,8	5	11,1	1	5	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	22	66,7	88	74,6	59	68,6	35	77,8	18	90	0,273*
	Yanlış	11	33,3	30	25,4	27	31,4	10	22,2	2	10	

Tablo 4.37. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	33	100	117	99,2	84	97,7	45	100	20	100	0,634*
	Yanlış	0	0	1	0,8	2	2,3	0	0	0	0	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	33	100	117	99,2	78	90,7	44	97,8	19	95	0,017* ^{&}
	Yanlış	0	0	1	0,8	8	9,3	1	2,2	1	5	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	26	78,8	100	84,7	67	77,9	34	75,6	19	95	0,269*
	Yanlış	7	21,2	18	15,3	19	22,1	11	24,4	1	5	
Toplam		33	100	118	100	86	100	45	100	20	100	

* Pearson ki kare testi [&] 2-3 yıllık hekimler ile 4-5 yıllık hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır(p<0,05)

Tablo 4.38. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	0-1 yıl (n=33)	2-3 yıl (n=118)	4-5 yıl (n=86)	6-10 yıl (n=45)	>10 yıl (n=20)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	90,4±13,1	91,3±13,9	87,9±13,9	89,2±18,3	95,8±0,9	0,085*

*Kruskal-Wallis testi

Tablo 4.39. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Meslekteki Çalışma Yılı		0-1 yıl		2-3 yıl		4-5 yıl		6-10 yıl		>10 yıl		p
Sorular	Soruların Gerçek Cevapları	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	8	24,2	44	37,3	38	44,2	22	48,9	12	60	0,061*
	Yanlış	25	75,8	74	62,7	48	55,8	23	51,1	8	40	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	23	69,7	90	76,3	73	84,9	38	84,4	20	100	0,037*
	Yanlış	10	30,3	28	23,7	13	15,1	7	15,6	0	0	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	20	60,6	56	47,5	49	57	28	62,2	18	90	0,008*
	Yanlış	13	39,4	62	52,5	37	43	17	37,8	2	10	

Tablo 4.39. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	21	63,6	71	60,2	54	62,8	38	84,4	17	85	0,015*
	Yanlış	12	36,4	47	39,8	32	37,2	7	15,6	3	15	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	23	69,7	79	66,9	61	70,9	37	82,2	18	90	0,126*
	Yanlış	10	30,3	39	33,1	25	29,1	8	17,8	2	10	
AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	15	45,5	49	41,5	28	32,6	31	68,9	12	60	0,001**
	Yanlış	18	54,5	69	58,5	58	67,4	14	31,1	8	40	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	12	36,4	23	19,5	29	33,7	16	35,6	6	30	0,092*
	Yanlış	21	63,6	95	80,5	57	66,3	29	64,4	14	70	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	9	27,3	31	26,3	37	43	26	57,8	16	80	0,000*
	Yanlış	24	72,7	87	73,7	49	57	19	42,2	4	20	

Tablo 4.39. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	0	0	10	8,5	6	7	3	6,7	1	5	0,542*
	Yanlış	33	100	108	91,5	80	93	42	93,3	19	95	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	32	97	98	83,1	75	87,2	42	93,3	18	90	0,168*
	Yanlış	1	3	20	16,9	11	12,8	3	6,7	2	10	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	30	90,9	98	83,1	78	90,7	43	95,6	19	95	0,126*
	Yanlış	3	9,1	20	16,9	8	9,3	2	4,4	1	5	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	32	97	117	99,2	86	100	44	97,8	20	100	0,529*
	Yanlış	1	3	1	0,8	0	0	1	2,2	0	0	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	23	69,7	108	91,5	80	93	41	91,1	18	90	0,004*
	Yanlış	10	30,3	10	8,5	6	7	4	8,9	2	10	

Tablo 4.39. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları İle Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	27	81,8	94	79,7	71	82,6	27	60	15	75	0,042*
	Yanlış	6	18,2	24	20,3	15	17,4	18	40	5	15	
AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	13	39,4	53	44,9	42	48,8	30	66,7	9	45	0,101*
	Yanlış	20	60,6	65	55,1	44	51,2	15	33,3	11	55	
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	14	42,4	53	44,9	40	46,5	25	55,6	17	85	0,013*
	Yanlış	19	57,6	65	55,1	46	53,5	20	44,4	3	15	
Toplam		33	100	118	100	86	100	45	100	20	100	

* Pearson ki kare testi

Tablo 4.40. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları ile Anne Çocuk Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	0-1 yıl (n=33)	2-3 yıl (n=118)	4-5 yıl (n=86)	6-10 yıl (n=45)	>10 yıl (n=20)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x} \pm SD$)	57,2 \pm 16,6	56,8 \pm 15	61,5 \pm 14,8	68,1 \pm 15	73,7 \pm 13,2	0,000*

*One-Way ANOVA testi

Tablo 4.41. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları Grupları ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Çoklu Karşılaştırma Tablosu

Meslekteki Çalışma Yılı (Referans)	Meslekteki Çalışma Yılı (Karşılaştırılan)	Ortalama Farkı	Standart Hata	p*
0-1 yıl	2-3 yıl	0,00311	0,02963	1,000
	4-5 yıl	-0,04358	0,03081	1,000
	6-10 yıl	-0,10997	0,03448	0,016
	>10 yıl	-0,16553	0,04263	0,001
2-3 yıl	0-1 yıl	-0,00311	0,02963	1,000
	4-5 yıl	-0,04670	0,02133	0,294
	6-10 yıl	-0,11309	0,02636	0,000
	>10 yıl	-0,16864	0,03638	0,000
4-5 yıl	0-1 yıl	0,04358	0,03081	1,000
	2-3 yıl	0,04670	0,02133	0,294
	6-10 yıl	-0,06639	0,02768	0,171
	>10 yıl	-0,12195	0,03735	0,012
6-10 yıl	0-1 yıl	0,10997	0,03448	0,016
	2-3 yıl	0,11309	0,02636	0,000
	4-5 yıl	0,06639	0,02768	0,171
	>10 yıl	-0,05556	0,04043	1,000
>10 yıl	0-1 yıl	0,16553	,04263	0,001
	2-3 yıl	0,16864	,03638	0,000
	4-5 yıl	0,12195	,03735	0,012
	6-10 yıl	0,05556	,04043	1,000

*Post-hoc test olarak Bonferroni Testi kullanılmış olup p anlamlılık düzeyi p<0,005 olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.42. Asistan Hekimlerin Meslekteki Çalışma Yılları ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	0-1 yıl (n=33)	2-3 yıl (n=118)	4-5 yıl (n=86)	6-10 yıl (n=45)	>10 yıl (n=20)	p
Genel Puan ($\bar{x} \pm SD$)	65,6 \pm 12,3	64,5 \pm 10,2	63,9 \pm 11,4	66,5 \pm 10,1	71,5 \pm 0,9	0,059*

*One-Way ANOVA testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurumlar ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.43.'de gösterilmiştir. Buna göre eğitim-araştırma hastanelerinde asistanlık yapan hekimler ile tıp fakültelerinde asistanlık yapan hekimler arasında AH2 sorusuna verdikleri cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$).

Tablo 4.43. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Asistanlık Yapılan Kurum	Soruların Gerçek Cevapları	Eğitim Araştırma Hastanesi		Tıp Fakültesi		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	5	5,6	16	7,5	0,708*
	Yanlış	85	94,4	196	92,5	
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	58	64,4	164	77,4	0,029*
	Yanlış	32	35,6	48	22,6	
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	29	32,2	53	25	0,250*
	Yanlış	61	67,8	159	75	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	69	76,7	143	67,5	0,109**
	Yanlış	21	23,3	69	32,5	
Toplam		90	100	212	100	

*Süreklilik düzeltmeli ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurumlar ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Eğitim Araştırma Hastanesi (n=90)	Tıp Fakültesi (n=212)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	44,7±21	44,3±19,8	0,690*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurum ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.45.'te gösterilmiştir. Buna göre eğitim-araştırma hastanelerinde asistanlık yapan hekimler ile tıp fakültelerinde asistanlık yapan hekimler arasında SH3 sorusuna verdikleri cevaplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$).

Tablo 4.45. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Asistanlık Yapılan Kurum	Soruların Gerçek Cevapları	Eğitim Araştırma Hastanesi		Tıp Fakültesi		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı dış çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	89	98,9	207	97,6	0,673*
	Yanlış	1	1,1	5	2,4	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	83	92,2	199	93,9	0,785**
	Yanlış	7	7,8	13	6,1	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta dış hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	57	63,3	165	77,8	0,014**
	Yanlış	33	36,7	47	22,2	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan	Doğru	89	98,9	210	99,1	1,000*

hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Yanlış	1	1,1	2	0,9	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımını hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	87	96,7	204	96,2	1,000*
	Yanlış	3	3,3	8	3,8	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	76	84,4	170	80,2	0,479**
	Yanlış	14	15,6	42	19,8	
Toplam		90	100	212	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurumlar ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.46).

Tablo 4.46. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Eğitim Araştırma Hastanesi (n=90)	Tıp Fakültesi (n=212)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	89±13,9	90,8±14,5	0,152*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurumlar ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.47.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.47. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

Asistanlık Yapılan Kurum	Soruların Gerçek Cevapları	Eğitim Araştırma Hastanesi		Tıp Fakültesi		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	34	37,8	90	42,5	0,450*
	Yanlış	56	62,2	122	57,5	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	70	77,8	174	82,1	0,479**
	Yanlış	20	22,2	38	17,9	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	48	53,3	123	58	0,452*
	Yanlış	42	46,7	89	42	
AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	60	66,7	141	66,5	0,979*
	Yanlış	30	33,3	71	33,5	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	65	72,2	153	72,2	0,993*
	Yanlış	25	27,8	59	27,8	
AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	39	43,3	96	45,3	0,755*
	Yanlış	51	56,7	116	54,7	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	25	27,8	61	28,8	0,861*
	Yanlış	65	72,2	151	71,1	

Tablo 4.47. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	44	48,9	75	35,4	0,028*
	Yanlış	46	51,1	137	64,6	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	4	4,4	16	7,5	0,460**
	Yanlış	86	95,6	196	92,5	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	79	87,8	186	87,7	1,000**
	Yanlış	11	12,2	26	12,3	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	85	94,4	183	86,3	0,065**
	Yanlış	5	5,6	29	13,7	
AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	90	100	209	98,6	0,557***
	Yanlış	0	0	3	1,4	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	81	90	189	89,2	0,988**
	Yanlış	9	10	23	10,8	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	65	72,2	169	79,7	0,202**
	Yanlış	25	27,8	43	20,3	

Tablo 4.47. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	50	55,6	97	45,8	0,119*
	Yanlış	40	44,4	115	54,2	
AÇG16-Travma sonucu diş kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	45	50	104	49,1	0,881*
	Yanlış	45	50	108	50,9	
Toplam		90	100	212	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin asistanlık yaptığı kurumlar ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.48.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.48. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Eğitim Araştırma Hastanesi (n=90)	Tıp Fakültesi (n=212)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	61,3 \pm 15,4	60,9 \pm 16	0,810*

*Bağımsız gruplarda t testi

Eğitim araştırma hastanesinde ve tıp fakültesinde asistanlık yapan asistan hekimlerin genel puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.49).

Tablo 4.49. Asistan Hekimlerin Asistanlık Yaptığı Kurumlar ile Genel Puanları Arasındaki İlişki

	Eğitim Araştırma Hastanesi (n=90)	Tıp Fakültesi (n=212)	p
Genel Puanlar ($\bar{x}\pm SD$)	65 \pm 10,3	65,3 \pm 11	0,834*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin daha önce aile sağlığı merkezinde (ASM) aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.50.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.50. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

ASM'de Çalışma Durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çalışmış		Çalışmamış		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AH1-Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.	Doğru	11	13,1	10	4,6	0,019*
	Yanlış	73	86,9	208	95,4	
AH2-Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır	Doğru	66	78,6	156	71,6	0,275*
	Yanlış	18	21,4	62	28,4	
AH3-Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.	Doğru	23	27,4	59	27,1	1,000*
	Yanlış	61	72,6	159	72,9	
AH4-Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.	Doğru	61	72,6	151	69,3	0,568**
	Yanlış	23	27,4	67	30,7	
Toplam		84	100	218	100	

*Süreklilik düzeltilmiş ki kare testi **Pearson ki kare testi

Asistan hekimlerin daha önce ASM'de aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.51).

Tablo 4.51. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Ağız Hijyeni Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çalışmış (n=84)	Çalışmamış (n=218)	p
Ağız Hijyeni Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	47,9 \pm 20,9	43,1 \pm 19,7	0,080*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin daha önce ASM’de aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.52).

Tablo 4.52. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

ASM’de Çalışma Durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çalışmış		Çalışmamış		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
SH1-Gastroözefageal reflü hastalığı dış çürüklerine sebep olabilir.	Doğru	83	98,8	213	97,7	1,000*
	Yanlış	1	1,2	5	2,3	
SH2-Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.	Doğru	78	92,9	204	93,6	1,000**
	Yanlış	6	7,1	14	6,4	
SH3-Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta dış hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	68	81	154	70,6	0,094**
	Yanlış	16	19	64	29,4	
SH4-Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikâyeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.	Doğru	84	100	215	98,6	0,563*
	Yanlış	0	0	3	1,4	
SH5-Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımını hakkında bilgilendirilmelidir	Doğru	81	96,4	210	96,3	1,000**
	Yanlış	3	3,6	8	3,7	
SH6-Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.	Doğru	70	83,3	176	80,7	0,722**
	Yanlış	14	16,7	42	19,3	
Toplam		84	100	218	100	

*Fisher kesin olasılık testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi

Asistan hekimlerin daha önce ASM’de aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4.53).

Tablo 4.53. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Sistemik Hastalıklar Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çalışmış (n=84)	Çalışmamış (n=218)	p
Sistemik Hastalıklar Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	92±14	89,6±14,4	0,085*

*Mann Whitney-U testi

Asistan hekimlerin daha önce ASM’de aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile anne-çocuk-gebelik ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 4.54.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.54. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki

ASM’de Çalışma Durumu	Soruların Gerçek Cevapları	Çalışmış		Çalışmamış		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
AÇG1-Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.	Doğru	38	45,2	86	39,4	0,360*
	Yanlış	46	54,8	132	60,6	
AÇG2-Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir.	Doğru	70	83,3	174	79,8	0,595**
	Yanlış	14	16,7	44	20,2	
AÇG3-Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.	Doğru	58	69	113	51,8	0,007*
	Yanlış	26	31	105	48,2	

Tablo 4.54. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG4-Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.	Doğru	63	75	138	63,3	0,054*
	Yanlış	21	25	80	36,7	
AÇG5-Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.	Doğru	64	76,2	154	70,6	0,412**
	Yanlış	20	23,8	64	29,4	
AÇG6-Bebekte ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.	Doğru	37	44	98	45	0,887*
	Yanlış	47	56	120	55	
AÇG7-Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.	Doğru	20	23,8	66	30,3	0,330**
	Yanlış	64	76,2	152	69,7	
AÇG8-Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.	Doğru	42	50	77	35,3	0,019*
	Yanlış	42	50	141	64,7	
AÇG9-Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.	Doğru	5	6	15	6,9	0,974**
	Yanlış	79	94	203	93,1	
AÇG10-Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.	Doğru	77	91,7	188	86,2	0,274**
	Yanlış	7	8,3	30	13,8	
AÇG11-Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.	Doğru	82	97,6	186	85,3	0,005**
	Yanlış	2	2,4	32	14,7	

Tablo 4.54. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Arasındaki İlişki (Devam)

AÇG12-Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.	Doğru	84	100	215	98,6	0,563***
	Yanlış	0	0	3	1,4	
AÇG13-Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.	Doğru	79	94	191	87,6	0,156**
	Yanlış	5	6	27	12,4	
AÇG14-Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.	Doğru	60	71,4	174	79,8	0,159**
	Yanlış	24	28,6	44	20,2	
AÇG15-Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.	Doğru	42	50	105	48,2	0,775*
	Yanlış	42	50	113	51,8	
AÇG16-Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.	Doğru	47	56	102	46,8	0,154*
	Yanlış	37	44	116	53,2	
Toplam		84	100	218	100	

* Pearson ki kare testi **Süreklilik düzeltilmeli ki kare testi ***Fisher kesin olasılık testi

Asistan hekimlerin daha önce ASM’de aile hekimi olarak çalışıp çalışmama durumu ile anne çocuk gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.55.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.55. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Anne-Çocuk-Gebelik Sorularına Verdikleri Cevaplar Sonucu Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki

	Çalışmış (n=84)	Çalışmamış (n=218)	p
Anne Çocuk Gebelik Puanları ($\bar{x}\pm SD$)	64,8 \pm 14,1	59,6 \pm 16,2	0,016*

*Bağımsız gruplarda t testi

Daha önce aile sağlığı merkezinde aile hekimi olarak çalışmış ve çalışmamış asistan hekimlerin genel puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) (Tablo 4.56).

Tablo 4.56. Asistan Hekimlerin Daha Önce Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi Olarak Çalışıp Çalışmama Durumları İle Genel Puanları Arasındaki İlişki

	Çalışmış (n=84)	Çalışmamış (n=218)	p
Genel Puanlar ($\bar{x}\pm SD$)	68,1 \pm 10,8	64,1 \pm 10,6	0,004*

*Bağımsız gruplarda t testi

Asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili tutum ve düşüncelerini belirlemek için likert tipi sorular sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevaplar Tablo 4.57’de gösterilmiştir.

Tablo 4.57. Asistan Hekimlerin Ağız Ve Diş Sağlığı İle İlgili Tutum Ve Düşünceleri

Sorular	Sorulara Verilen Cevaplar	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)
Aile hekimliği uzmanı, hastaların orofarengeal muayenesi sırasında hastanın ağız ve dişlerini de kontrol etmelidir.	Kesinlikle katılmıyorum	12	4
	Katılmıyorum	12	4
	Kararsızım	14	4,6
	Katılıyorum	141	46,7
	Kesinlikle katılıyorum	123	40,7
Florür kullanımı ve uygulaması hakkında bilgi isteyen hastaya florür kullanımı ve/veya uygulamasını tavsiye ederim.	Kesinlikle katılmıyorum	15	5
	Katılmıyorum	32	10,6
	Kararsızım	109	36,1
	Katılıyorum	103	34,1
	Kesinlikle katılıyorum	43	14,2
Aile sağlığı merkezlerinde yardımcı sağlık personeli tarafından ağız ve diş bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanımı vs.) anlatılmalıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	14	4,6
	Katılmıyorum	25	8,3
	Kararsızım	44	14,6
	Katılıyorum	140	46,4
	Kesinlikle katılıyorum	79	26,2
Birinci basamak sağlık hizmetlerine, ağız ve diş taraması ile florür uygulaması entegre edilmelidir.	Kesinlikle katılmıyorum	18	6
	Katılmıyorum	27	8,9
	Kararsızım	83	27,5
	Katılıyorum	124	41,1
	Kesinlikle katılıyorum	50	16,6

Tablo 4.57. Asistan Hekimlerin Ağız Ve Diş Sağlığı İle İlgili Tutum Ve Düşünceleri
(Devam)

Aile hekimliği uzmanlık müfredatına ağız ve diş sağlığı konusu entegre edilmelidir.	Kesinlikle katılmıyorum	17	5,6
	Katılmıyorum	21	7
	Kararsızım	28	9,3
	Katılıyorum	156	51,7
	Kesinlikle katılıyorum	80	26,5
Tıp fakültesi eğitiminde ağız ve diş sağlığı konusuna daha çok yer verilmelidir.	Kesinlikle katılmıyorum	15	5
	Katılmıyorum	16	5,3
	Kararsızım	25	8,3
	Katılıyorum	151	50
	Kesinlikle katılıyorum	95	31,5
Aile hekimliği uzmanlığı eğitimim sırasında ağız ve diş sağlığı eğitimi aldım.	Kesinlikle katılmıyorum	118	39,1
	Katılmıyorum	126	41,7
	Kararsızım	27	8,9
	Katılıyorum	25	8,3
	Kesinlikle katılıyorum	6	2
Aile hekimliği temel kitaplarında ağız ve diş sağlığı konusu yeterince yer alır.	Kesinlikle katılmıyorum	77	25,5
	Katılmıyorum	92	30,5
	Kararsızım	105	34,8
	Katılıyorum	24	7,9
	Kesinlikle katılıyorum	4	1,3
Toplam		302	100

Ağız ve diş sağlığı uygulamalarının birinci basamağa entegrasyonu ile ilgili sorulara daha önce aile sağlığı merkezinde aile hekimi olarak çalışmış ve çalışmamış asistan hekimlerin verdikleri cevaplar Tablo 4.58’de gösterilmiştir.

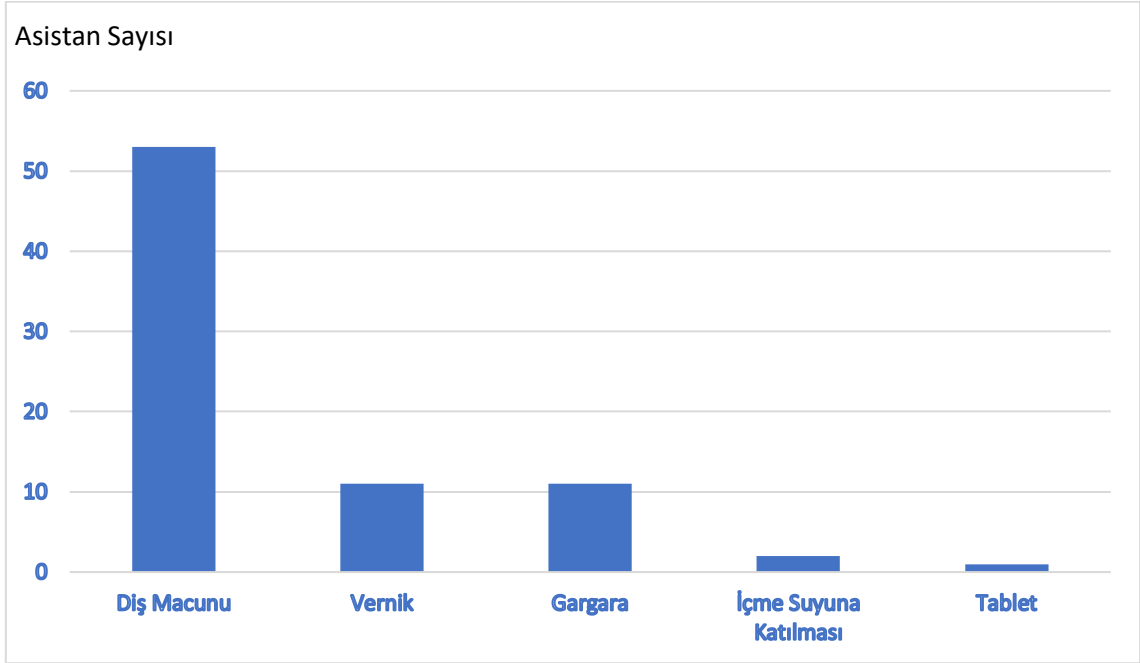
Tablo 4.58. Asistan Hekimlerin Ağız Ve Diş Sağlığı İle İlgili Tutum Ve Düşünceleri

ASM’de Çalışma Durumu	Sorulara Verilen Cevaplar	Çalışmış		Çalışmamış		p
		Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	Asistan Sayısı (n)	Asistan Yüzdesi (%)	
Aile sağlığı merkezlerinde yardımcı sağlık personeli tarafından ağız ve diş bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanımı vs.) anlatılmalıdır.	Kesinlikle katılmıyorum	5 ^a	6	9 ^a	4,1	0,222*
	Katılmıyorum	9 ^a	10,7	16 ^a	7,3	
	Kararsızım	17 ^a	20,2	27 ^a	12,4	
	Katılıyorum	36 ^a	42,9	104 ^a	47,7	
	Kesinlikle katılıyorum	17 ^a	20,2	62 ^a	28,4	
Birinci basamak sağlık hizmetlerine, ağız ve diş taraması ile florür uygulaması entegre edilmelidir.	Kesinlikle katılmıyorum	10 ^a	11,9	8 ^a	3,7	0,018*
	Katılmıyorum	5 ^b	6	22 ^b	10,1	
	Kararsızım	17 ^b	20,2	66 ^b	30,3	
	Katılıyorum	40 ^{a,b}	47,6	84 ^{a,b}	38,5	
	Kesinlikle katılıyorum	12 ^b	14,3	38 ^b	17,4	
Toplam		84	100	218	100	

* Pearson ki kare testi Not: Ortak üst simge harfi bulundurmeyen kategoriler arasında p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Florür kullanımı ve uygulaması hakkında bilgi isteyen hastaya F kullanımı ve/veya uygulamasını tavsiye eden asistan hekimlere F kullanımını hangi formda/formlarda önerdikleri sorulmuştur (Grafik 4.1). Florür kullanımını 53 asistan diş macunu, 11 asistan vernik, 11 asistan gargara, 2 asistan içme suyuna katılması ve 1 asistan ise tablet formunda önerdiklerini belirtmiştir.

Grafik 4.1. Asistan Hekimlerin Florür Kullanım Önerileri



5. TARTIŞMA

Günümüzde ADH, hala toplumun büyük bir kesimini etkileyerek önemli bir toplum sağlığı problemini oluşturmaktadır.¹¹⁶ Aynı zamanda bireylerin genel sağlığını ve yaşam kalitesinin yanı sıra sağlık harcamalarında ciddi bir artışla ülke ekonomisini de olumsuz etkilemektedir.¹⁰

Birinci basamak sağlık kurumlarının amacı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin uygun bireylere doğru zamanda ulaştırılmasıdır. Ağız ve diş sağlığının korunmasında aile hekimliğinin katkı potansiyeli oldukça yüksektir.^{117, 118} Bu sebeplerden dolayı aile hekimliği uzmanlarının ağız diş sağlığı hakkında genel bilgi düzeylerinin, koruyucu öneriler verebilecek ve gerekli durumlarda diş hekimine yönlendirebilecek seviyede olması kritik önem taşımaktadır. Bunun için de yapılan son çalışmalar birinci basamak sağlık sistemlerine ağız ve diş sağlığının entegrasyonunu önermektedir.^{102, 119, 120}

Aile hekimliği uzmanının ağız ve diş sağlığı hakkında bilmesi gerekenler literatürlerde belirlenmiştir.^{100, 121, 122} Dental anatomi, enfeksiyon (çürük, pulpitis, apse), periodontal hastalıklar, dental travmalar ve koruyucu uygulamalar başlıca bilgi sahibi olunması gereken başlıklardır.¹⁰⁰ Hastalığı tanıma, ne zaman sevk edeceğine karar verebilme, risk değerlendirebilme, ağız sağlığı eğitimi verebilme ve ileriye yönelik rehberlik sağlayabilme hedeflenmektedir.¹²¹ Bu hizmetlerin verilebilmesi için aile hekimlerinin ağız diş sağlığı için bazı temel bilgileri bilmesi gereklidir. Çalışmada bu temel bilgilerin bilinip bilinmediği ve ağız diş sağlığı ile ilgili tutum ve düşünceleri irdelenmiştir.

Ağız ve diş hastalıklarının önlenmesinin belki de en önemli yolu ağız hijyeni uygulamalarıdır. Ağız hijyeni uygulamalarının başında ise diş fırçalama ve diş ipi kullanımı gelmektedir. Diş fırçalama ve diş ipi kullanımı ile ağızdaki besin artıkları ve dental plağın diş yüzeyi ve diş etinden mekanik olarak uzaklaştırılması hedeflenmektedir.

Koruyucu diş hekimliği ziyaretleri ile birçok ağız ve diş sağlığı problemi daha ortaya çıkmadan önlenebilir. Özellikle ülkemiz gibi diş ve diş eti hastalıklarının her yaş grubunda sıklıkla görüldüğü ülkelerde koruyucu diş hekimliği ziyaretlerinin 3-6 ay gibi kısa aralıklarla yapılması başta diş çürüğü ve periodontal hastalık olmak üzere birçok ağız ve diş hastalığının önlenmesi için büyük öneme sahiptir.^{123, 124}

Çalışmamızda Türkiye'nin farklı kliniklerinde eğitim gören aile hekimliği asistanlarını çalışmaya dahil edebilmek için bilgisayar yoluyla (çevrim içi) anket yöntemi kullanılmıştır. Çevrim içi anket yöntemi kullanarak çok sayıda asistan hekime kısa sürede ulaşmak hedeflenmiştir. Ankette asistan hekimlerin sosyodemografik özelliklerini saptamaya yönelik sorular, ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini saptamaya yönelik sorular (ağız hijyeni soruları, sistemik hastalıklar ve ağız diş sağlığı ilişkisi soruları ve de anne-gebelik-çocuk ve ağız diş sağlığı ilişkisi soruları olmak üzere 3 alt grup) ve ağız ve diş sağlığı hakkındaki tutum ve düşüncelerini saptamaya yönelik sorular bulunmaktaydı. Diğer birçok çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak aile hekimleri ve diğer tıp doktorlarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini tespit etmek için anket yöntemi kullanılmıştır.¹²⁵⁻¹²⁸

Çalışmamızda asistan hekimlere ağız hijyeni ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeyi hedefleyen 4 tane soru sorulmuş ve bu sorulara verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Asistan hekimler ağız hijyeni ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar sonucu ortalama olarak 100 üzerinden $44,5 \pm 20,2$ puan almışlardır. Doğru cevap verme oranı özellikle koruyucu diş hekimi ziyareti sıklığının irdelendiği AH1 ve diş fırçası değiştirme süresinin irdelendiği AH3 sorularında düşüktü (sırasıyla %7 ve %27,2). Bayram ve ark.¹²⁶'nın Ankara'da aile hekimleri asistanlarına yönelik yaptığı çalışmada da benzer şekilde koruyucu diş hekimi ziyareti sıklığının ve diş fırçası değiştirme süresinin irdelendiği sorulara doğru cevap verme oranı düşük izlendi (sırasıyla %23,1 ve %13,8).¹²⁶ Oyetola ve ark.¹²⁹'nın Nijerya'da tıp doktorları, hemşireler ve tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yaptıkları çalışmada koruyucu diş hekimliği ziyareti sıklığını doğru bilme oranı tıp doktorlarında % 6 olarak bulunmuştur.¹²⁹

Çalışmamızda asistan hekimlerin yaşları ile ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan arasında negatif yönlü zayıf korelasyon vardı ($p=0,028$ $r = -0,127$). Ağız hijyeni sorularına verilen cevaplar sonucu alınan puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında ise sadece cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Kadın asistan hekimlerin ağız hijyeni sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan ($46,9 \pm 19,5$) erkek asistan hekimlerin puanından ($39,3 \pm 20,5$) istatistiksel olarak daha yüksekti ($p < 0,05$).

Bu veriler ışığında ülkemizdeki ve yurtdışındaki hekimlerin ağız hijyeni uygulamaları ve koruyucu diş hekimliği ziyaretleri ile ilgili bilgi eksikliği olduğu kanısına varılabilir. Bu durum tıp fakültesi eğitiminde, mezuniyet sonrası eğitim programlarında ve de aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarında ağız ve diş sağlığı eğitimine yeterince önem verilmediğinin hatta ağız ve diş sağlığı eğitiminin olmadığı bir kanıtı olabileceğini düşündürmektedir.

Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Vücuttaki diğer doku ve organları etkileyen sistemik hastalıklar ağız ve diş sağlığını olumsuz şekilde etkileyebileceği gibi ağız ve dişlerin birincil hastalıkları da diğer doku ve organların normal fonksiyonlarını olumsuz olarak etkileyebilirler. Çoğu ağız ve diş hastalığı yaşamı tehdit eden hastalık olmamasına rağmen özellikle kişinin beslenmesi ve konuşması başta olmak üzere birçok fonksiyonunu etkilediği için önem arz etmektedir. Bundan dolayı aile hekimliği uygulamaları sırasında özellikle sistemik hastalığı olan kişilerin ağız ve diş sağlığı açısından değerlendirilmesi gereklidir.

Çalışmamızda asistan hekimlere sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ile ilişkisini irdeleyen 6 tane soru sorulmuş ve bu sorulara verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Asistan hekimler sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu ortalama olarak 100 üzerinden $90,3 \pm 14,4$ puan almışlardır. Sistemik hastalıklar soruları içerisinde SH4 sorusunu asistan hekimlerin % 98'i doğru cevaplarırken, SH3 sorusuna doğru cevap verme oranı % 73,5 olarak hesaplanmıştır. Asistan hekimlerin yaşları ile sistemik hastalıklar sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sistemik hastalıklar sorularına verilen cevaplar sonucu alınan puanlar ile bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bayram ve ark.¹²⁶'nın yaptığı çalışmada sistemik hastalıklar ile ağız diş sağlığı ilişkisini irdeleyen 4 soru sorulmuş ve aile hekimliği asistanlarının bu sorulara doğru cevap oranları yüksek bulunmuştur (doğru cevap verme oranları % 98,8 ile % 78,8 arasında değişmektedir).¹²⁶ Şenol ve ark.¹³⁰'nin uzman tıp hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada periodontal hastalık ile sistemik hastalık ilişkisinin irdelendiği alan spesifik sorularına doğru cevap verme oranları oldukça yüksek bulunmuştur (İç hastalıkları uzmanları için % 95,5'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının % 80,6'sı kardiyojoloji uzmanlarının % 86,2'si soruları doğru cevaplamıştır).¹³⁰ Rabiei ve ark.¹²⁷'nin İran'da yaptıkları çalışmada birinci basamak

hekimlerine diş hekimliği ile sistemik hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen 13 soru yöneltilmiştir. Bu soruların 9'una doğru cevap verme oranı %40'ın üzerinde çıkmıştır.¹²⁷ Mohebbi ve ark.¹³¹'nin yaptığı bir çalışmada ise birinci basamak hekimlerine diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar ile periodontal hastalık ilişkisine yönelik sorular sorulmuş ve sorulara yüksek oranda doğru cevap verilmiştir (% 63 ile % 97 arasında değişen oranlarda).¹³¹ Tüm bu çalışmaların sonuçlarına göre tıp doktorlarının sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişkiye dair tatminkar düzeyde bilgi sahibi olduğu sonucu çıkartılabilir.

Tıp doktorlarının tıp fakültesi eğitimi sırasında, sonrasında ise uzmanlık eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimleri sırasında başta diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere kronik medikal durumların ağız diş sağlığı ile ilişkisinin ele alınması bu durumdaki hastaların ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Gebelik döneminde diğer doku ve organların sağlığı gibi ağız ve diş sağlığı da büyük önem taşımaktadır. Yapılan birçok çalışmada doğum öncesi dönemde başta periodontal hastalık ve diş çürükleri olmak üzere ağız ve diş sağlığı problemlerinin bazı gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹³²⁻¹³⁴ Gebelik döneminde uygulanan önleyici, tanısal ve tedavi edici diş bakımı uygulamaları olumsuz gebelik sonuçlarını artırmaz.¹³⁵ Hatta doğum öncesi dönemde uygun ağız ve diş bakımı gebelik komplikasyonlarını azaltabileceği gibi EÇÇ riskini de azaltabilir.¹³⁶ Bu bakımdan birinci basamak aile hekimliği uygulamalarında tüm gebe kadınların ağız ve diş sağlığı açısından değerlendirilmesi, uygun ağız hijyeni uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi ve gerektiği durumda diş hekimine yönlendirilmesi önem taşır.

Erken çocukluk çağı çürüğü, özellikle sosyoekonomik açıdan geri kalmış bölgelerdeki 6 yaş altı çocuklarda görülen en sık sağlık problemlerinden biri olmaya devam etmektedir.¹³⁷ Bu çocuklarda EÇÇ enfeksiyona, ağrıya ve diğer semptomlara yol açarak çocuğun yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır.¹³⁸ Streptokok Mutans'ın oral kolonizasyonu, sık şeker tüketimi, oral hijyen uygulamalarındaki eksiklik EÇÇ için başlıca risk faktörleridir. Çocuğa bakım sağlayan kişilerin ki çoğu zaman bu annedir kötü ağız hijyeni davranışları ve oral MS kolonizasyonu da EÇÇ gelişme riskini artırabilmektedir. Erken çocukluk çağı çürüğünün önlenmesi ile pozitif olarak ilişkili

olduğu belirlenen başlıca yöntemler gebe kadınlar için koruyucu diş hekimliği ziyaretleri, diyet ve beslenme nerileri, doğum öncesi ağız sağlığı bakımı; anne ve çocukların ağız sağlığının geliştirilmesi için aile hekimliği uygulamalarına ağız ve diş sağlığı programlarına entegrasyonu, diş hekimleri tarafından uygulanan anne ağız ve diş sağlığı programları, çocuklar için F kullanımı ile birlikte diş sağlığı eğitimi, koruyucu diş hekimi ziyaretleri ve de 1000 ppm'den fazla F içeren florürlü vernik, jel ve diş macunlarının kullanımınıdır.¹³⁹

E'nin önlenmesinde çeşitli formlarda F kullanımının etkinliği kanıtlanmıştır.¹⁴⁰ Flor kullanımı ile mine remineralizasyonu desteklenir, demineralizasyonu azalır. Aynı zamanda F formları bakteri metabolizmasını ve asit üretimini inhibe eder. Florür kullanımı ile ilgili tarihsel süreçte çekinceler ve tartışmalar süregelmiştir. Bu durumun başlıca sebebi ise florozis endişesidir. Ancak mine florozisi vakalarının birçoğu hafif veya çok hafiftir ve de minimal klinik sonuçlar doğurur.^{135, 141} Koruyucu F kullanımının bariz yararları ve de minimal yan etkileri göz önüne alınarak florürlü diş macunlarının ve F içeren verniklerin kullanımına ilk dişlerin sürmesi ile birlikte (6-8 ay) başlanması tavsiye edilmektedir.^{142,}
143

Çalışmamızda asistan hekimlere anne-ocuk-gebelik ile ağız ve diş sağlığı ilişkisini irdelleyen 16 tane soru sorulmuş ve bu sorulara verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Asistan hekimler anne-ocuk-gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu ortalama olarak 100 üzerinden 61,1±15,8 puan almışlardır. Doğru yanıt oranının en yüksek olduğu soru çocuklarda tedavi edilmeyen diş çürüklerinin genel sağlık üzerindeki etkisinin sorgulandığı AG12 sorusu idi (Doğru yanıt verme oranı % 99 idi). Çocuklarda florürlü diş macunun kaç yaşında başlanmasının irdelendiği AG9 sorusu ise en düşük doğru yanıt verme oranına sahipti (Doğru yanıt verme oranı % 6,6; yanlış cevap verme oranı ise % 68,2; fikrim yok ise % 25,2 idi). Asistan hekimlerin yaşları ile anne-ocuk-gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan arasında ise pozitif yönlü zayıf korelasyon vardı ($p<0,01$ $r=0,256$). 30 yaş ve üstü asistan hekimlerin anne-ocuk-gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan ortalaması (67±14,8) 30 yaş altı asistan hekimlerin anne-ocuk-gebelik sorularına verdikleri cevaplar sonucu aldıkları puan ortalamasından (58,1±15,5) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Evli asistan hekimlerin AG puanları bekar asistan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). ocuk sahibi olan asistan hekimlerin AG puanları çocuksuz asistan

hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0,05$). Meslekteki çalışma yıllarına göre ayrılan asistan hekim gruplarının AÇG puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Daha önce ASM’de aile hekimi olarak çalışan asistan hekimlerin AÇG puanları daha önce ASM’de çalışmamış asistan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Cinsiyetler ve asistanlık yapılan kurumlar arasında ise AÇG puanları açısından anlamlı fark yoktu. Alshunaiber ve ark.¹¹²’nin aile hekimleri ve pediatristlerin üzerinde yaptığı çalışmada anne ve çocukluk ile ağız ve diş sağlığı ilişkisinin irdelendiği sorulara doğru cevap verme oranları % 65,3 bulunmuştur.¹¹² Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak çocuklarda florürlü diş macununa kaç yaşında başlanması gerektiğinin irdelendiği soruya doğru cevap verme oranı düşüktü (yanlış cevap verme oranı % 77,2). Prakash ve ark.¹²⁵’nin 1044 aile hekimi ve pediatrist üzerinde yaptıkları çalışmada hekimler EÇÇ hakkındaki sorulara verdikleri cevaplar sonucu 100 üzerinden 69 puan almışlardır.¹²⁵ Forbes ve ark.¹⁴⁴’nin aile hekimleri asistanları üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelik ve EÇÇ hakkındaki sorulara eğitim öncesi doğru yanıt verme oranı % 52,5 iken eğitim sonrası bu oran % 75,7’ye yükselmiştir.¹⁴⁴ Bayram ve ark.¹²⁶’nin yaptığı çalışmada aile hekimliği asistanlarının anne-çocuk-gebelik ile ağız ve diş sağlığı ilişkisini irdelleyen sorulara doğru cevap verme oranları bizim çalışmamıza benzer şekilde evli, çocuklu ve meslekte daha uzun süre çalışan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur.¹²⁶ Yine Alshathri ve ark.¹²⁸’nin Suudi Arabistan’daki aile hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin pediatrik diş hekimliği sorularına doğru cevap verme oranı erkek hekimlerden yüksek bulunmuştur.¹²⁸

Çalışmamızda aile hekimliği asistan hekimlerinin anne-çocuk-gebelik ile ağız ve diş sağlığı ilişkisinin irdelendiği sorulara doğru cevap verme oranları diğer çalışmalara benzer şekilde orta ve düşük düzeyde bulunmuştur. Özellikle EÇÇ’nin önlenmesinde önemli bir yeri olan F uygulanmasının sorulduğu soruya maalesef çok düşük seviyede doğru yanıt verilmiştir. Bu durum özellikle tıp fakültesi ve aile hekimliği eğitim programlarında EÇÇ ve diğer çocuk ve gebelik ile ilgili ağız ve diş sağlığı problemlerinin yeterince yer bulamadığının göstergesi olabilir. Ayrıca hekimlerin çocukluk ve gebelik dönemi ağız ve diş sağlığı ile ilgili günceli takip etmelerinde de eksiklik olabilir.

Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde anne-çocuk ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi sorularına asistanların yaşları arttıkça doğru cevap verme oranı artmaktaydı. Yine

beklendiği gibi evli, çocuklu ve mesleki deneyimi fazla olan hekimlerin bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti.

Ağız ve diş sağlığı en başta gelen halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada 4 milyar insan (dünya nüfusunun yaklaşık yarısı) ağız ve diş hastalıklarından etkilenmektedir. Ağız ve diş hastalıkları toplum ve bireylerin sağlık düzeyini etkilemenin yanında ülke ekonomilerine de ciddi yük olmaktadır. Yapılan bir analize göre 2010 yılında dünyada sadece diş hastalıklarına 300 milyar dolar harcanmıştır.¹⁴⁵

Bütüncül bakış açısına sahip olması gereken tıp disiplinlerinin başında aile hekimliği gelmektedir. Bütüncül yaklaşımın gereği olarak toplumun ve de özelde bireylerin genel sağlık durumları değerlendirilirken mutlaka ağız ve diş sağlığına da önem verilmelidir. Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçasını oluşturduğundan dolayı aile hekimleri sağlık hizmeti sundukları bireylerin genel sağlık durumlarını değerlendirirken mutlaka ağız ve diş problemlerini de değerlendirmelidirler.

Çalışmamızın aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı bilgi düzeylerini ölçen bölümü ağız hijyeni uygulamaları, sistemik hastalıklar ile ağız ve diş sağlığı ilişkisi ve de anne-çocuk-gebelik döneminde ağız ve diş sağlığı olmak üzere 3 bölümden oluşmuş olup asistanlara toplam 26 soru yöneltilmiştir. Bu 26 soruya verdikleri cevaplar sonucunda asistan hekimlerin genel bilgi puanları ortalaması $65,2 \pm 10,9$ (en düşük:27 en yüksek:92) olarak hesaplanmıştır. Tekrarlayan ağız içi yara şikayetinde alkol ve sigaranın sorgulanmasının irdelendiği SH4 sorusu ile çocuklarda diş çürüklerinin genel sağlığı etkileyip etkilemediğinin irdelendiği AÇG12 sorusu asistan hekimlerin en çok doğru bildikleri soru olmuştur (her iki soruya da doğru yanıt verme oranı % 99 idi). Bilgi soruları içerisinde en az doğru yanıt verilme oranı ise çocuklarda florürlü diş macunun kaç yaşında başlanması ile irdelendiği AÇG9 sorusuna aitti (doğru yanıt verme oranı % 6,6). Asistan hekimlerin yaşları ile genel bilgi puanları arasında korelasyon yoktu. Çocuklu hekimlerin çocuksuz hekimlerden ve daha önce ASM'de aile hekimi olarak çalışmış hekimlerin çalışmamış hekimlerden genel bilgi puanları anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$). Diğer bağımsız değişkenler arasında ise anlamlı fark yoktu. Bayram ve ark.¹²⁶'nın Ankara ilindeki aile hekimliği asistanları üzerinde yaptığı çalışmada bilgi sorularına doğru yanıt verme oranları % 61,4 bulunmuştur.¹²⁶ Fotedar ve ark.¹⁴⁶'nın Hindistan'daki birinci basamak sağlık çalışanları arasında yaptıkları çalışmada ortalama

bilgi puanı % 51,9 bulunmuştur.¹⁴⁶ Alshathri ve ark.¹²⁸'nin Suudi Arabistan'daki aile hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada ortalama bilgi skorları 100 üzerinden 68,5 bulunmuştur.¹²⁸ Rabiei ve ark.¹²⁷'nin birinci basamak hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada ise ortalama bilgi puanı % 53,5 bulunmuştur.¹²⁷

Çalışmamızın bulgularına göre aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili genel bilgi düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan benzer çalışmalar da bulgularımızı destekler niteliktedir. Ülkemizde ve dünyada birinci basamak sağlık uygulamalarının en önemli kısmını oluşturan aile hekimliği uygulamaları ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine ulaştırılması açısından fırsat olarak görülebilir. Öncelikle bu hizmeti sunacak sağlık personelinin ağız ve diş sağlığı ile bilgi düzeyleri yüksek olmalıdır. Bunun için ağız ve diş sağlığı eğitiminin tıp fakültesi ve tıpta uzmanlık eğitim müfredatına eklenmesi gereklidir.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin % 87,4'ü hastaların orofarengeal muayenesi sırasında ağız ve dişlerinin de kontrol edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Sabbagh ve ark.¹¹¹'nin yaptığı 363 pediatrist üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin % 78,8'i rutin ağız ve diş sağlığı muayenesi yaptıklarının belirtmişlerdir.¹¹¹ Alshunaiber ve ark.¹¹²'nin aile hekimleri ve pediatristlerin üzerinde yaptığı çalışmada aile hekimlerinin % 36,7'si pediatristlerin ise % 63,3 çocukların diş çürüğü açısından muayene edilmesi gerektiğini düşünmektedir.¹¹² Aile hekimleri özellikle EÇÇ riski nedeniyle başta çocuklar olmak üzere sağlık hizmeti sundukları kişilerin ağız ve diş muayenesini yaparak kişilerin ve toplumun ağız ve diş sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin F kullanımını hakkında bilgi isteyen hastalarına F kullanımı veya uygulamasını tavsiye edip etmedikleri irdelenmiştir. Asistan hekimlerin % 36,1'i F kullanımının tavsiye edilmesi konusunda kararsızken % 48,3'ü ise tavsiye edebileceklerini belirtmiştir. Yine asistan hekimlerin % 57,7'si birinci basamak sağlık hizmetlerine F uygulamasının entegre edilebileceğini belirtmiştir. Di Giuseppe ve ark.¹⁴⁷'nin pediatristler üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin % 89'u hastalarına F kullanımını önerdiklerini belirtmişlerdir.¹⁴⁷ Gezgin ve ark.¹⁴⁸'nin aile hekimleri ve diş hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada ise hekimlerin % 96'sı ebeveynlerine çocukları için topikal F kullanımını tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir.¹⁴⁸ Bu çalışmalara göre özellikle pediatristlerin çocuklar için F kullanımını aile hekimlerinden daha fazla tavsiye

ettikleri açıktır. Çalışmamızın bir diğer bulgusu da birinci basamak hekimlerinin F kullanımını hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğudur.

Çalışmamızda asistan hekimlerin % 78,2'si aile hekimliği eğitiminde ve % 81,5'i ise tıp fakültesi eğitiminde ağız ve diş sağlığı konusunun da olması gerektiğini düşünmektedir. Aynı zamanda asistan hekimlerin % 80,8'i aile hekimliği eğitimi sırasında ağız ve diş sağlığı eğitimi almadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızın bu bulgularına asistan hekimlerinin tıp fakültesi ve asistanlık eğitim dönemlerinde ağız ve diş sağlığı eğitimi almadıklarını ama eğitim almak istedikleri sonucu çıkartılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçlarına göre, asistan hekimlerin sistemik hastalıklarla ağız diş sağlığı arasındaki ilişkiye dair yeterli bilgiye sahip oldukları sonucu çıkarılabilir. Asistan hekimlerin, ağız hijyeni uygulamaları ve koruyucu diş hekimliği ziyaretleri ile ilgili bilgi eksikliği olduğu kanısına varılmıştır. Bu durum tıp fakültesi, mezuniyet sonrası ve aile hekimliği uzmanlık eğitim programlarında ağız diş sağlığı konusuna yeterince önem verilmediğinin göstergesi olabileceği düşünülmektedir.

Bir diğer sonuç ise asistan hekimlerin florür kullanımı hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğudur. Asistan hekimlerin, anne-çocuk-gebelik sorularına verdikleri yanıtların orta ve düşük düzeyde bulunması da benzer şekilde bu konunun tıp fakültesi ve aile hekimliği eğitim programlarında yeterince yer bulamadığını göstermektedir. Ayrıca hekimlerin çocukluk ve gebelik dönemi ağız diş sağlığı ile ilgili güncel bilgileri takip etmelerinde de eksiklik olabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; tıp fakültesi, mezuniyet sonrası ve uzmanlık eğitim programlarına ağız diş sağlığı konularının entegre edilmesinin birinci basamak hekimlerinin ağız diş sağlığını geliştirmede katkıda bulunması açısından önemli olduğu düşünülmekte, uzmanlık eğitim müfredatına ağız diş sağlığının eklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kidd M, Haq C, De Maeseneer J, Markuns J, Montenegro H, Qidwai W, Et Al. The Contribution Of Family Medicine To Improving Health Systems: A Guidebook From The World Organization Of Family Doctors: Crc Press; 2020.
2. Ağız Hastalıkları Ve Sağlık. Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi. 2016;153(Mayıs):64.
3. Hadjipanayis A, Grossman Z, Del Torso S, Michailidou K, Van Esso D, Cauwels R. Oral Health Training, Knowledge, Attitudes And Practices Of Primary Care Paediatricians: A European Survey. Eur J Pediatr. 2018;177(5):675-81.
4. Health Matters: Child Dental Health. London: Public Health England. 2017.
5. Küçükeşmen Ç, Sönmez H. Diş Hekimliğinde Florun, İnsan Vücudu Ve Dişler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sdü Tıp Fak Derg. 2008;15(3):43-53.
6. Frencken Je, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Laverty D, Dietrich T. Global Epidemiology Of Dental Caries And Severe Periodontitis—A Comprehensive Review. Journal Of Clinical Periodontology. 2017;44:S94-S105.
7. Oh Tj, Eber R, Wang Hl. Periodontal Diseases In The Child And Adolescent. Journal Of Clinical Periodontology. 2002;29(5):400-10.
8. Patel M. Dental Caries Vaccine: Are We There Yet? Letters In Applied Microbiology. 2020;70(1):2-12.
9. Levin L, Zadik Y. Education On And Prevention Of Dental Trauma: It's Time To Act! Dental Traumatology. 2012;28(1):49-54.
10. Akar Ç. Türkiye'de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Ankara: Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Araştırma Dizisi. 2014;9.
11. Yildirim I, Dülgergil Çt, Serdaroğlu İ. Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2010;2(2):21-39.
12. Meyer K, Khorshidi-Böhm M, Geurtsen W, Günay H. An Early Oral Health Care Program Starting During Pregnancy—A Long-Term Study—Phase V. Clinical Oral Investigations. 2014;18(3):863-72.
13. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski Dt, Billings Rj, Wu Tt, Castillo Da, Et Al. Prenatal Oral Health Care And Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review And Meta-Analysis. Caries Research. 2019;53(4):411-21.
14. Muralidharan C, Merrill Rm. Dental Care During Pregnancy Based On The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System In Utah. BMC Oral Health. 2019;19(1):1-10.

15. Hancı Ö. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastaların Sigara Kullanma Durumu İle Diş Kaybı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
16. Shetty S, Pitti V, Babu Cs, Kumar Gs, Deepthi B. Bruxism: A Literature Review. The Journal Of Indian Prosthodontic Society. 2010;10(3):141-8.
17. Hç N. Yaşlıda Ağız Ve Diş Sağlığı. Turkish Journal Of Geriatrics. 1999;2(1):14-21.
18. Çabuk Ds. Yaşlılarda Ağız Hijyeni Ve Çürük Oluşumu.
19. Bulut Ac, Türkoğlu Ö. Diş Aşınmalarının Etiyolojisi, Prevalansı Ve Patogenezi. Turkish Journal Of Clinics And Laboratory.9(2):137-43.
20. Neidell M, Herzog K, Glied S. The Association Between Community Water Fluoridation And Adult Tooth Loss. American Journal Of Public Health. 2010;100(10):1980-5.
21. Vargas Cm, Yellowitz Ja, Hayes Kl. Oral Health Status Of Older Rural Adults In The United States. The Journal Of The American Dental Association. 2003;134(4):479-86.
22. Ervin Rb, Dye Ba. The Effect Of Functional Dentition On Healthy Eating Index Scores And Nutrient Intakes In A Nationally Representative Sample Of Older Adults. Journal Of Public Health Dentistry. 2009;69(4):207-16.
23. Griffin So, Jones Ja, Brunson D, Griffin Pm, Bailey Wd. Burden Of Oral Disease Among Older Adults And Implications For Public Health Priorities. American Journal Of Public Health. 2012;102(3):411-8.
24. Yenier G, Aykor A. İleri Diş Aşınmalarının Estetik Ve Restoratif Tedavisi. Türkiye Klinikleri Restoratif Diş Tedavisi-Özel Konular. 2018;4(2):34-40.
25. Kontis V, Bennett Je, Mathers Cd, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future Life Expectancy In 35 Industrialised Countries: Projections With A Bayesian Model Ensemble. The Lancet. 2017;389(10076):1323-35.
26. Karabekiroğlu S, Ünlü N. Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri Ve Önemi. Eu Diş Hek Fak Derg. 2017;38(2):89-100.
27. Conrads G, About I. Pathophysiology Of Dental Caries. Monogr Oral Sci. 2018;27:1-10.
28. Kohler B, Andreen I. Mutans Streptococci And Caries Prevalence In Children After Early Maternal Caries Prevention: A Follow-Up At 19 Years Of Age. Caries Res. 2012;46(5):474-80.
29. Gill M. Book Review: The Challenge Of Oral Disease: A Call For Global Action. British Dental Journal. 2016;221(11):687-.

30. Selvaraj K, Bharath N, Raghunathan Natarajan Sd, Murugesan S, Selvaraj S. Comparative Evaluation Of Antimicrobial Efficacy Of Toothpastes Containing Probiotic And Neem As Primary Ingredient On Salivary Streptococcus Mutans In Melmaruvathur Population: An In Vivo Study. *Journal Of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 2020;12(Suppl 1):S595.
31. Silva Ag, Martins Cc, Zina Lg, Moreira An, Paiva Sm, Pordeus Ia, Et Al. The Association Between Occlusal Factors And Noncarious Cervical Lesions: A Systematic Review. *Journal Of Dentistry*. 2013;41(1):9-16.
32. Nascimento Mm, Dilbone Da, Pereira Pn, Duarte Wr, Geraldeli S, Delgado Aj. Abrfraction Lesions: Etiology, Diagnosis, And Treatment Options. *Clinical, Cosmetic And Investigational Dentistry*. 2016;8:79.
33. Lee H-E, Lin C-L, Wang C-H, Cheng C, Chang C-H. Stresses At The Cervical Lesion Of Maxillary Premolar—A Finite Element Investigation. *Journal Of Dentistry*. 2002;30(7-8):283-90.
34. Borcic J, Anic I, Urek M, Ferreri S. The Prevalence Of Non-Carious Cervical Lesions In Permanent Dentition. *Journal Of Oral Rehabilitation*. 2004;31(2):117-23.
35. Atila E, Eden E. Dental Erozyon: Etiyoloji, Tanı Ve Tedavi Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*. 2011;33(2):56-63.
36. Lussi A, Jaeggi T, Zero D. The Role Of Diet In The Aetiology Of Dental Erosion. *Caries Research*. 2004;38(Suppl. 1):34-44.
37. Wang X, Lussi A. Assessment And Management Of Dental Erosion. *Dental Clinics*. 2010;54(3):565-78.
38. Moazzez R, Bartlett D, Anggiansah A. Dental Erosion, Gastro-Oesophageal Reflux Disease And Saliva: How Are They Related? *Journal Of Dentistry*. 2004;32(6):489-94.
39. Federation Fwd. The Challenge Of Oral Disease-A Call For Global Action. *The Oral Health Atlas*. Fdi World Dental Federation Geneva; 2015.
40. Hegde R, Awan K. Effects Of Periodontal Disease On Systemic Health. *Disease-A-Month*. 2019;65(6):185-92.
41. Tungare S, Paranjpe Ag. *Drug Induced Gingival Overgrowth (Digo)*. 2019.
42. Levin L, Day Pf, Hicks L, O'connell A, Fouad Af, Bourguignon C, Et Al. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries: General Introduction. *Dental Traumatology*. 2020;36(4):309-13.
43. Malmgren B, Andreasen Jo, Flores Mt, Robertson A, Diangelis Aj, Andersson L, Et Al. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries In The Primary Dentition. *Dental Traumatology*. 2012;28(3):174-82.

44. Andersson L, Andreasen Jo, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis Aj, Et Al. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology*. 2012;28(2):88-96.
45. Wong T, Wiesenfeld D. Oral Cancer. *Australian Dental Journal*. 2018;63:S91-S9.
46. Chi Ac, Day Ta, Neville Bw. Oral Cavity And Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma—An Update. *Ca: A Cancer Journal For Clinicians*. 2015;65(5):401-21.
47. Akinkugbe Aa, Garcia Dt, Brickhouse Th, Mosavel M. Lifestyle Risk Factor Related Disparities In Oral Cancer Examination In The Us: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Bmc Public Health*. 2020;20(1):153.
48. Elkerbout Ta, Slot De, Rosema Nm, Van Der Weijden G. How Effective Is A Powered Toothbrush As Compared To A Manual Toothbrush? A Systematic Review And Meta-Analysis Of Single Brushing Exercises. *International Journal Of Dental Hygiene*. 2020;18(1):17-26.
49. Warren P, Thompson M, Cugini M. Plaque Removal Efficacy Of A Novel Manual Toothbrush With Micropulse Bristles And An Advanced Split-Head Design. *The Journal Of Clinical Dentistry*. 2007;18(2):49-54.
50. Toumba K, Twetman S, Splieth C, Parnell C, Van Loveren C, Lygidakis N. Guidelines On The Use Of Fluoride For Caries Prevention In Children: An Updated Eapd Policy Document. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2019;20(6):507-16.
51. Poklepovic T, Worthington Hv, Johnson Tm, Sambunjak D, Imai P, Clarkson Je, Et Al. Interdental Brushing For The Prevention And Control Of Periodontal Diseases And Dental Caries In Adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2013(12).
52. Tpd. Diş İpi Kullanımı 2021 [Updated 29.09.2021; Cited 2021. Available From: <https://www.turkperio.org/haber-detay/dis-ipi-kullanimi-13.html>.
53. Gunsolley Jc. Clinical Efficacy Of Antimicrobial Mouthrinses. *Journal Of Dentistry*. 2010;38:S6-S10.
54. Marinho Vc, Chong Ly, Worthington Hv, Walsh T. Fluoride Mouthrinses For Preventing Dental Caries In Children And Adolescents. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2016(7).
55. Van Strydonck Da, Slot De, Van Der Velden U, Van Der Weijden F. Effect Of A Chlorhexidine Mouthrinse On Plaque, Gingival Inflammation And Staining In Gingivitis Patients: A Systematic Review. *Journal Of Clinical Periodontology*. 2012;39(11):1042-55.
56. Fedorowicz Z, Aljufairi H, Nasser M, Outhouse Tl, Pedrazzi V. Mouthrinses For The Treatment Of Halitosis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2008(4).

57. Santi Ss, Casarin M, Grellmann Ap, Chambrone L, Zanatta Fb. Effect Of Herbal Mouthrinses On Dental Plaque Formation And Gingival Inflammation: A Systematic Review. *Oral Diseases*. 2021;27(2):127-41.
58. Zaura E, Twetman S. Critical Appraisal Of Oral Pre-And Probiotics For Caries Prevention And Care. *Caries Research*. 2019;53(5):514-26.
59. Badiee M, Jafari N, Fatemi S, Ameli N, Kasraei S, Ebadifar A. Comparison Of The Effects Of Toothpastes Containing Nanohydroxyapatite And Fluoride On White Spot Lesions In Orthodontic Patients: A Randomized Clinical Trial. *Dental Research Journal*. 2020;17(5):354.
60. Ma X, Lin X, Zhong T, Xie F. Evaluation Of The Efficacy Of Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate On Remineralization Of White Spot Lesions In Vitro And Clinical Research: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Bmc Oral Health*. 2019;19(1):1-11.
61. Pandya M, Diekwisch Tg. Enamel Biomimetics—Fiction Or Future Of Dentistry. *International Journal Of Oral Science*. 2019;11(1):1-9.
62. Boing Af, Bastos JI, Peres Kg, Antunes Jlf, Peres Ma. Social Determinants Of Health And Dental Caries In Brazil: A Systematic Review Of The Literature Between 1999 And 2010. *Revista Brasileira De Epidemiologia*. 2014;17:102-15.
63. Dye Ba, Li X, Thornton-Evans G. Oral Health Disparities As Determined By Selected Healthy People 2020 Oral Health Objectives For The United States, 2009-2010: Us Department Of Health And Human Services, Centers For Disease Control And ...; 2012.
64. Klein H, Palmer Ce, Knutson Jw. Studies On Dental Caries: I. Dental Status And Dental Needs Of Elementary School Children. *Public Health Reports (1896-1970)*. 1938;751-65.
65. Ergüven Udm, Bilgili Ş. Kliniğimize Başvuran Çocuklar İle Ebeveynlerinin Diş Sağlığının Değerlendirilmesi Ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması.
66. Köhler B, Andréen I. Mutans Streptococci And Caries Prevalence In Children After Early Maternal Caries Prevention: A Follow-Up At 19 Years Of Age. *Caries Research*. 2012;46(5):474-80.
67. Li Y, Caufield P, Dasanayake A, Wiener H, Vermund S. Mode Of Delivery And Other Maternal Factors Influence The Acquisition Of Streptococcus Mutans In Infants. *Journal Of Dental Research*. 2005;84(9):806-11.
68. Meyer K, Geurtsen W, Günay H. An Early Oral Health Care Program Starting During Pregnancy. *Clinical Oral Investigations*. 2010;14(3):257-64.
69. Günay H, Dmoch-Bockhorn K, Günay Y, Geurtsen W. Effect On Caries Experience Of A Long-Term Preventive Program For Mothers And Children Starting During Pregnancy. *Clinical Oral Investigations*. 1998;2(3):137-42.

70. Gökalp S, Doğan Gb, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Beş, On İki Ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Dış Sağlığı Profili, Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Derg(Clinical Dentistry And Research). 2007;31(4):3-10.
71. Tc Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2018 Yılı Faaliyet Raporu [Updated 2018. Available From: <https://Sgb.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/34225/0/Tc-Saglik-Bakanligi-Faaliyet-Raporu-2018pdf.Pdf? Tag1=D41fad613499b70338f7a1337c05bf50936bb04f>.
72. Çubukçu Çe. Neden Koruyucu Dişhekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni. 2003:22-1.
73. Karabekiroğlu S, Ünlü N. Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Dış Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri Ve Önemi. Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 2017;38(2):89-100.
74. Beirne Pv, Forgie A, Clarkson Je, Worthington Hv. Recall Intervals For Oral Health In Primary Care Patients. Cochrane Database Of Systematic Reviews. 2005(2).
75. Nixdorf Dr, Moana-Filho Ej, Law As, Mcguire La, Hodges Js, John Mt. Frequency Of Persistent Tooth Pain After Root Canal Therapy: A Systematic Review And Meta-Analysis. Journal Of Endodontics. 2010;36(2):224-30.
76. Vann Jr W, Lee Jy, Baker D, Divaris K. Oral Health Literacy Among Female Caregivers: Impact On Oral Health Outcomes In Early Childhood. Journal Of Dental Research. 2010;89(12):1395-400.
77. Nazir Ma. Factors Associated With Dental Pain Related To Last Dental Visit Among Adult Patients. Dental And Medical Problems. 2018;55(1):63-8.
78. Wright Jt, Crall Jj, Fontana M, Gillette Ej, Nový Bb, Dhar V, Et Al. Evidence-Based Clinical Practice Guideline For The Use Of Pit-And-Fissure Sealants: A Report Of The American Dental Association And The American Academy Of Pediatric Dentistry. The Journal Of The American Dental Association. 2016;147(8):672-82. E12.
79. Bravo M, Llodra Jc, Baca P, Osorio E. Effectiveness Of Visible Light Fissure Sealant (Delton) Versus Fluoride Varnish (Duraphat): 24-Month Clinical Trial. Community Dentistry And Oral Epidemiology. 1996;24(1):42-6.
80. Liu By, Lo E, Chu C, Lin H. Randomized Trial On Fluorides And Sealants For Fissure Caries Prevention. Journal Of Dental Research. 2012;91(8):753-8.
81. Kumar M, Mithun Pai B, Prashant G, Reddy Vs, Das Um, Madura C, Et Al. Antibacterial Properties Of Fluoride Releasing Glass Lonomer Cements (Gics) And Pit And Fissure Sealants On Streptococcus Mutans. International Journal Of Clinical Pediatric Dentistry. 2010;3(2):93.
82. Simonsen Rj. Preventive Resin Restorations And Sealants In Light Of Current Evidence. Dental Clinics. 2005;49(4):815-23.
83. Donly Kj, García-Godoy F. The Use Of Resin-Based Composite In Children: An Update. Pediatric Dentistry. 2015;37(2):136-43.

84. Fleming P. Timing Orthodontic Treatment: Early Or Late? *Australian Dental Journal*. 2017;62:11-9.
85. Thiruvengkatachari B, Harrison Je, Worthington Hv, D O'brien K. Orthodontic Treatment For Prominent Upper Front Teeth (Class Ii Malocclusion) In Children. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2013(11).
86. Pollick H. The Role Of Fluoride In The Prevention Of Tooth Decay. *Pediatric Clinics*. 2018;65(5):923-40.
87. Iheozor-Ejiofor Z, Worthington Hv, Walsh T, O'malley L, Clarkson Je, Macey R, Et Al. Water Fluoridation For The Prevention Of Dental Caries. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2015(6).
88. Tubert-Jeannin S, Auclair C, Amsallem E, Tramini P, Gerbaud L, Ruffieux C, Et Al. Fluoride Supplements (Tablets, Drops, Lozenges Or Chewing Gums) For Preventing Dental Caries In Children. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2011(12).
89. Rozier Rg, Adair S, Graham F, Iafolla T, Kingman A, Kohn W, Et Al. Evidence-Based Clinical Recommendations On The Prescription Of Dietary Fluoride Supplements For Caries Prevention: A Report Of The American Dental Association Council On Scientific Affairs. *The Journal Of The American Dental Association*. 2010;141(12):1480-9.
90. Wigen Ti, Wang Nj. Maternal Health And Lifestyle, And Caries Experience In Preschool Children. A Longitudinal Study From Pregnancy To Age 5 Yr. *European Journal Of Oral Sciences*. 2011;119(6):463-8.
91. Lapresa Lb, Barbero Bs, Arizaleta Lh, Editors. Prevalence Of Healthy Oral Habits In The Child Population Resident In Spain. *Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*; 2011.
92. Savoca Mr, Arcury Ta, Leng X, Chen H, Bell Ra, Anderson Am, Et Al. Severe Tooth Loss In Older Adults As A Key Indicator Of Compromised Dietary Quality. *Public Health Nutrition*. 2010;13(4):466-74.
93. Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S. Intake Of Dairy Products And The Prevalence Of Dental Caries In Young Children. *Journal Of Dentistry*. 2010;38(7):579-83.
94. Gazzani G, Daglia M, Papetti A. Food Components With Anticaries Activity. *Current Opinion In Biotechnology*. 2012;23(2):153-9.
95. Ferrazzano Gf, Amato I, Ingenito A, Zarrelli A, Pinto G, Pollio A. Plant Polyphenols And Their Anti-Cariogenic Properties: A Review. *Molecules*. 2011;16(2):1486-507.
96. Ferrazzano Gf, Roberto L, Amato I, Cantile T, Sangianantoni G, Ingenito A. Antimicrobial Properties Of Green Tea Extract Against Cariogenic Microflora: An In Vivo Study. *Journal Of Medicinal Food*. 2011;14(9):907-11.
97. Yoo S, Murata R, Duarte S. Antimicrobial Traits Of Tea-And Cranberry-Derived Polyphenols Against *Streptococcus Mutans*. *Caries Research*. 2011;45(4):327-35.

98. Antonenko O, Bryk G, Brito G, Pellegrini G, Zeni S. Oral Health In Young Women Having A Low Calcium And Vitamin D Nutritional Status. *Clinical Oral Investigations*. 2015;19(6):1199-206.
99. Cueto M. The Origins Of Primary Health Care And Selective Primary Health Care. *American Journal Of Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
100. Stephens Mb, Wiedemer Jp, Kushner Gm. Dental Problems In Primary Care. *American Family Physician*. 2018;98(11):654-60.
101. Silk H, Douglass Ab, Douglass Jm, Silk L. Oral Health During Pregnancy. *American Family Physician*. 2008;77(8):1139-44.
102. Rabiei S, Mohebbi Sz, Yazdani R, Virtanen Ji. Primary Care Nurses' Awareness Of And Willingness To Perform Children's Oral Health Care. *Bmc Oral Health*. 2014;14(1):1-9.
103. Hadjipanayis A, Grossman Z, Del Torso S, Michailidou K, Van Ezzo D, Cauwels R. Oral Health Training, Knowledge, Attitudes And Practices Of Primary Care Paediatricians: A European Survey. *European Journal Of Pediatrics*. 2018;177(5):675-81.
104. Caldwell Jt, Lee H, Cagney Ka. The Role Of Primary Care For The Oral Health Of Rural And Urban Older Adults. *The Journal Of Rural Health*. 2017;33(4):409-18.
105. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu (2017). Ankara; 2018.
106. Nascimento Ac, Moysés St, Werneck Ri, Moysés Sj. Oral Health In The Context Of Primary Care In Brazil. *International Dental Journal*. 2013;63(5):237-43.
107. Balci A. Sosyal Bilimlerde Araştırma. Yöntem, Teknik Ve İlkeler, Ankara: Pegema Yayınları. 2001.
108. Wolf R. Questionnaire. *Educational Research Methodology And Measurement*. Oxford: Pergaman Press. Usa. A Questionnaire Is Made Up Of Three Basic Parts ...; 1988.
109. Plumb C, Spyridakis Jh. Survey Research In Technical Communication: Designing And Administering Questionnaires. *Technical Communication*. 1992:625-38.
110. Arikan R. Anket Yöntemi Üzerinde Bir Değerlendirme. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*. 2018;1(1):97-159.
111. Sabbagh H, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno A, Alamoudi N. Assessment Of Paediatricians Dental Knowledge, Attitude And Behavior In Jeddah, Saudi Arabia. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*. 2011;35(4):371-6.
112. Alshunaiber R, Alzaid H, Meaigel S, Aldeeri A, Adlan A. Early Childhood Caries And Infant's Oral Health; Paediatricians' And Family Physicians' Practice, Knowledge And Attitude In Riyadh City, Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal*. 2019;31:S96-S105.

113. Rabiei S, Mohebbi Sz, Patja K, Virtanen Ji. Physicians' Knowledge Of And Adherence To Improving Oral Health. *Bmc Public Health*. 2012;12:855.
114. Mohebbi Sz, Rabiei S, Yazdani R, Nieminen P, Virtanen Ji. Evaluation Of An Educational Intervention In Oral Health For Primary Care Physicians: A Cluster Randomized Controlled Study. *Bmc Oral Health*. 2018;18(1):218.
115. Stephens Mb, Wiedemer Jp, Kushner Gm. Dental Problems In Primary Care. *Am Fam Physician*. 2018;98(11):654-60.
116. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho Jc, Dietrich T, Dörfer C, Et Al. Prevention And Control Of Dental Caries And Periodontal Diseases At Individual And Population Level: Consensus Report Of Group 3 Of Joint Efp/Orca Workshop On The Boundaries Between Caries And Periodontal Diseases. *Journal Of Clinical Periodontology*. 2017;44:S85-S93.
117. Inglehart Mr, Filstrup S, Wandera A. Oral Health And Quality Of Life In Children. *Oral Health-Related Quality Of Life*. 2002;79:88.
118. Grocock R, Holden B, Robertson C. The Missing Piece Of The Body? Oral Health Knowledge And Confidence Of Doctors. *British Dental Journal*. 2019;226(6):427-31.
119. Thema Lk, Singh S. Integrated Primary Oral Health Services In South Africa: The Role Of The Phc Nurse In Providing Oral Health Examination And Education: Open Forum. *African Journal Of Primary Health Care And Family Medicine*. 2013;5(1):1-4.
120. Mouradian We, Schaad Dc, Kim S, Leggott Pj, Domoto Ps, Maier R, Et Al. Addressing Disparities In Children's Oral Health: A Dental-Medical Partnership To Train Family Practice Residents. *Journal Of Dental Education*. 2003;67(8):886-95.
121. Douglass Ab, Douglass Jm, Krol Dm. Educating Pediatricians And Family Physicians In Children's Oral Health. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):452-6.
122. Silk H, Savageau Ja, Sullivan K, Sawosik G, Wang M. An Update Of Oral Health Curricula In Us Family Medicine Residency Programs. *Fam Med*. 2018;50(6):437-43.
123. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin Ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg*. 2007;31(4):11-8.
124. American Dental Association. How Often Do I Have To Go To The Dentist? 2021 [Available From: <https://www.mouthhealthy.org/en/dental-care-concerns/questions-about-going-to-the-dentist>].
125. Prakash P, Lawrence Hp, Harvey Bj, Mcisaac Wj, Limeback H, Leake JI. Early Childhood Caries And Infant Oral Health: Paediatricians' And Family Physicians' Knowledge, Practices And Training. *Paediatrics & Child Health*. 2006;11(3):151-7.
126. Bayram De, Güneş Na, Akbıyık Di, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile Hekimliğinde Ağız Ve Diş Sağlığı: Asistan Hekimlerin Bilgi Ve Tutumları. *Turkish Journal Of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(4).

127. Rabiei S, Mohebbi Sz, Patja K, Virtanen Ji. Physicians' Knowledge Of And Adherence To Improving Oral Health. *Bmc Public Health*. 2012;12(1):1-9.
128. Alshathri B, Aljasser N, Kofi M. Knowledge Of Oral Health Among Family Medicine Physicians In Riyadh, Saudi Arabia 2020. *Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 2020;9(9):4761.
129. Oyetola Eo, Oyewole T, Adedigba M, Aregbesola St, Umezudike K, Adewale A. Knowledge And Awareness Of Medical Doctors, Medical Students And Nurses About Dentistry In Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2016;23(1).
130. Şenol Au, Aykaç Y, Bağış N, Akkaya M. Uzman Tip Hekimlerinin Periodontal Durum Ve Sistemik Hastalık Arasındaki İlişki İle İlgili Farkındalık Ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*.26(2).
131. Mohebbi Sz, Rabiei S, Yazdani R, Nieminen P, Virtanen Ji. Evaluation Of An Educational Intervention In Oral Health For Primary Care Physicians: A Cluster Randomized Controlled Study. *Bmc Oral Health*. 2018;18(1):1-7.
132. Bobetsis Ya, Graziani F, Gursoy M, Madianos Pn. Periodontal Disease And Adverse Pregnancy Outcomes. *Periodontol 2000*. 2020;83(1):154-74.
133. Cho Gj, Kim Sy, Lee Hc, Kim Hy, Lee Km, Han Sw, Et Al. Association Between Dental Caries And Adverse Pregnancy Outcomes. *Sci Rep*. 2020;10(1):5309.
134. Iheozor-Ejiofor Z, Middleton P, Esposito M, Glennly Am. Treating Periodontal Disease For Preventing Adverse Birth Outcomes In Pregnant Women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:Cd005297.
135. Steinberg Bj, Hilton Iv, Iida H, Samelson R. Oral Health And Dental Care During Pregnancy. *Dent Clin North Am*. 2013;57(2):195-210.
136. Silk H, Douglass Ab, Douglass Jm, Silk L. Oral Health During Pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008;77(8):1139-44.
137. Seow Wk. Early Childhood Caries. *Pediatric Clinics Of North America*. 2018;65(5):941-54.
138. Twetman S. Prevention Of Early Childhood Caries (Ecc) Review Of Literature Published 1998–2007. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2008;9(1):12-8.
139. Sukumaran A. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors And Prevention *Front. Pediatr*; 2017.
140. Clark Mb, Keels Ma, Slayton Rl. Fluoride Use In Caries Prevention In The Primary Care Setting. *Pediatrics*. 2020;146(6).
141. Denbesten P. Biological Mechanisms Of Dental Fluorosis Relevant To The Use Of Fluoride Supplements. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*. 1999;27(1):41-7.

142. Moyer Va. Prevention Of Dental Caries In Children From Birth Through Age 5 Years: Us Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*. 2014;133(6):1102-11.
143. Wright Jt, Hanson N, Ristic H, Whall Cw, Estrich Cg, Zentz Rr. Fluoride Toothpaste Efficacy And Safety In Children Younger Than 6 Years: A Systematic Review. *The Journal Of The American Dental Association*. 2014;145(2):182-9.
144. Forbes J, Sierra T, Papa J. Advancing Oral Health Knowledge And Attitudes Of Physician Assistant Students Using The Smiles For Life Oral Health Curriculum. *Family Medicine*. 2018;50(10):775-8.
145. Listl S, Galloway J, Mossey P, Marcenes W. Global Economic Impact Of Dental Diseases. *Journal Of Dental Research*. 2015;94(10):1355-61.
146. Fotedar S, Fotedar V, Bhardwaj V, Thakur As, Vashisth S, Thakur P. Oral Health Knowledge And Practices Among Primary Healthcare Workers In Shimla District, Himachal Pradesh, India. *Indian Journal Of Dental Research*. 2018;29(6):858.
147. Di Giuseppe G, Nobile Cg, Marinelli A, Angelillo If. Knowledge, Attitude And Practices Of Pediatricians Regarding The Prevention Of Oral Diseases In Italy. *Bmc Public Health*. 2006;6(1):1-8.
148. Gezgin O, Korkut E, Özer H, Şener Y. Comparison Of Knowledge, Attitude And Practice Toward Oral Health Between Pediatricians And Family Doctors. *International Dental Research*. 2018;8(1):7-14.

EK 1: Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/388-435

13.07.2020

Sayın Doç. Dr. Eda Güler

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Türkiye'deki Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi** başlıklı OMÜ KAİK 2020/412 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirmesine 25.06.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis COLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 2: Anket

TÜRKİYE'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTAN HEKİMLERİNİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Dt. Sümeyye TUNCER HANCI, OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı,
sumeyye.tuncer4@gmail.com

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Bu anket Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi için hazırlanmıştır. Anketteki veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
5. Meslekte kaçınıcı yılınız? 1) 0-1 yıl 2) 2-3 yıl 3) 4-5 yıl 4) 6-10 yıl 5) >10 yıl
6. Asistanlık yaptığınız kurum hangisi? 1) Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2) Tıp Fakültesi
7. Daha önce aile sağlığı merkezinde çalıştınız mı? 1) Evet 2) Hayır

Lütfen aşağıdaki sorularda size doğru gelen seçeneği işaretleyiniz

	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
8) Diş hekimine yılda bir kez gidilmesi gerekir.			
9) Dişler günde 3 kez fırçalanmalıdır			
10) Diş fırçası 6 ayda bir değiştirilmelidir.			
11) Günde bir kez diş ipi kullanılmalıdır.			
12) Gastroözefageal reflü hastalığı diş çürüklerine sebep olabilir.			
13) Gingivitis ve periodontitis için risk faktörlerinden birisi diyabetes mellitustur.			
14) Diyabetes mellitus tanısı konulan hasta diş hekimine yönlendirilmelidir.			
15) Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikayeti bulunan hastada, alkol ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.			
16) Ağız kuruluşuna sebep olan ilaçlar; ağız ve diş sağlığını olumsuz etkiler ve hasta bu ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.			
17) Solunum yolu hastalıkları ve ağız bakımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.			
18) Periodontal hastalıklar erken ve düşük ağırlıklı bebek doğumuna sebep olabilir.			
19) Gebelik planlayan hastaya diş hekimi kontrolü önerilir			
20) Gebelikte diş hekimi muayenesi rutin olarak gereklidir.			
21) Gebelikte karşılaşılan diş veya diş eti problemleri doğumdan sonraya ertelenmelidir.			
22) Gebelik süresince diş eti hastalıklarına yakalanma sıklığı artar.			
23) Bebeğe ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır.			

24) Süt dişlerinin çıkması 6 yaşında tamamlanır.			
25) Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür.			
26) Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılabilir.			
27) Çocuklarda ilk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır.			
28) Süt dişlerinin tedavi edilmesine gerek yoktur.			
29) Çocuklarda tedavi edilmeyen çürükler genel sağlığı etkileyebilir.			
30) Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir.			
31) Diş çürüğüne en çok neden olan bakteriler Streptococcus Mutans ve Laktobasillerdir.			
32) Diş çürüğü yapan bakteriler, anneden bebeğe geçebilir.			
33) Travma sonucu dişi kırılan çocuk, kırık diş parçası steril su veya süt içerisine konularak diş hekimine yönlendirilmelidir.			

Lütfen aşağıdaki bölümü kendi tutum ve düşüncenize en uygun şekilde cevaplayınız

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
34) Aile hekimliği uzmanı, hastaların orofarengal muayenesi sırasında hastanın ağız ve dişlerini de kontrol etmelidir.					
35) Florür kullanımı ve uygulaması hakkında bilgi isteyen hastaya florür kullanımı ve/veya uygulamasını tavsiye ederim.					
36) Aile sağlığı merkezlerinde yardımcı sağlık personeli tarafından ağız ve diş bakımı (diş fırçalama, diş ipi kullanımı vs.) anlatılmalıdır.					
37) Birinci basamak sağlık hizmetlerine, ağız ve diş taraması ile florür uygulaması entegre edilmelidir.					
38) Aile hekimliği uzmanlık müfredatına ağız ve diş sağlığı konusu entegre edilmelidir.					
39) Tıp fakültesi eğitiminde ağız ve diş sağlığı konusuna daha çok yer verilmelidir.					
40) Aile hekimliği uzmanlığı eğitimim sırasında ağız ve diş sağlığı eğitimi aldım.					
41) Aile hekimliği temel kitaplarında ağız ve diş sağlığı konusu yeterince yer alır.					

35. soruya cevabınız "katılıyorum" veya "kesinlikle katılıyorum" ise florür kullanımını hangi formda/formlarda önerirsiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Tablet	
Vernik	
İçme suyuna katılması	
Gargara	
Diş macunu	

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı –Soyadı: Sümeyye TUNCER HANCI

Doğum yeri ve tarihi: Ermenek, 1993

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi ABD, Atakum, Samsun, 05051027178

Yabancı dili: İngilizce

II-Eğitimi

Derece	Okul	Yıl
İlk/Orta	Karaman Atatürk İlköğretim Okulu	1999-2003
	Kütahya 50. Yıl İlköğretim Okulu	2003-2004
	Kütahya Şeker İlköğretim Okulu	2004-2007
Lise	Kütahya Anadolu Öğretmen Lisesi	2007-2011
Üniversite	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2011-2016
Uzmanlık	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi ABD	2018-...

III-Mesleki Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Diş Hekimi	Sinop - Durağan Devlet Hastanesi	2017-2018
Araş. Gör.	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi ABD	2018-...

IV-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

2020-.../RDD (Restoratif Diş Hekimliği Derneği)

2021-.../ORCA (The European Organisation for Caries Research)

V-Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslar arası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

- 1- Tuncer Sümeyye, Güler Eda (2019). Anterior Dişlerde Estetik Yaklaşımlar Ve Kompozit: Olgu Sunumu Aesthetic Approaches and Composite In Anterior Teeth: A Case Report 25. TDB Diş Hekimliği Kongresi, (Poster) (P-027)
- 2- TuncerHancı Sümeyye, Hancı Önder, Yalçın Bektaş Murat (2021). Nicotine Addiction and Tooth Loss 10th Virtual Conseuro Congress, (Poster) (EP-001)
- 3- Kurucu Betül Kübra, TuncerHancı Sümeyye, Karaman Emel, Güler Eda (2021). The Effect of Different Modeling Resins on Discoloration of Omnicroma Composite 10th Virtual Conseuro Congress, (Poster) (EP-022)
- 4- TuncerHancı Sümeyye, Kurucu Betül Kübra, Güler Eda, Karaman Emel (2021). Does Different Surface Sealents Effet the Discoloration of Omnicroma Composite Resin? 10th Virtual Conseuro Congress, (Poster) (EP-082)
- 5- TuncerHancı Sümeyye, Güler Eda, Kama Lateral Dişlerin Direkt Kompozit Rezin Restorasyon İle Estetik Rehabilitasyonu: Olgu Sunumu Aesthetic Rehabilitation of Peg Shaped Lateral Teeth with Direct Composite Resin Restoration: A Case Report EDAD 25. Uluslararası Estetik Diş Hekimliği Kongresi, (Poster) (EP-01)

VII-Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

