

Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep

Gaziantep Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran çocukların ağız ve diş sağlığı düzeyi

Esma Yıldız¹, Mine Şimşek², Zübeyde Gündoğar², Ali Murat Aktan³

¹Akdeniz Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti AD, Antalya, Turkey

²Gaziantep Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti AD, Gaziantep, Turkey

³Gaziantep Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD., Gaziantep, Turkey

Abstract

The aim of this study is to evaluate dmft and DMFT and plaque index of children; to determine treatment need to maintain oral health and education need of patients and parents to reach target oral health level. Study performed at the children that were referred to University of Gaziantep, Faculty of Dentistry. The patients who accepted to be examined were included to the study after obtained permission of parents. Values of dmft and DMFT (d:decay, m:missing, f:filling, t:total) and plaque index of patients were examined according to WHO standards. Sociodemographic data was collected by a questionnaire. Data of indexes were analysed by chi-square test. Sociodemographic data was analysed as percentage. The dmft and DMFT values of evaluated patients were 3.71±2.74 and 2.67±2.19 respectively. Community periodontal treatment need evaluation showed 50.8% of bleeding with probing, 36.8% of tartar and 12.4% healthy periodontal tissues. According to socio-demographic data there were no significant relationship between fathers education level with DMFT but there is a relationship between DMFT and mothers' education level. The efficient education of parents and children by the programs which are scheduled by government and the schools is essential.

Keywords: Epidemiology, child, oral health

Özet

Bu çalışmanın amacı, çocuk hastalarda dmft, DMFT ve plak indeks değerlerinin araştırılması; ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik tedavi ihtiyaçlarının belirlenmesi, hedeflenen sağlık düzeyine ulaşılması için hasta ve ebeveynin eğitim gereksinimlerinin tespit edilmesidir. Çalışmaya muayene olmayı kabul eden hastalar velilerinden onay alınarak dâhil edilmiştir. Hastaların dmft ve DMFT (d,D: çürük, m,M: çekilmiş, f,F: dolgu, t,T: toplam) değerleri ve plak indeksleri Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği standartlara göre değerlendirilmiştir. Ayrıca sosyodemografik bilgi toplama formu doldurulmuştur. Veriler ki-kare testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Değerlendirilen hastaların dmft ve DMFT değerleri sırası ile 3.71±2.74 ve 2.67±2.19 olarak bulunmuştur. Toplum periodontal tedavi ihtiyacı verilerine göre % 50.8 oranında sondalamada kanama, %36,8 oranında diş taşı izlenirken, sadece %12.4 oranında sağlıklı periodonsiyuma sahip hastaların olduğu gözlenmiştir. Sosyodemografik verilere göre DMFT ile babanın örgün eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmazken, annenin örgün eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Anne-babalar ve çocuklara ağız-diş sağlığı konusunda eğitim programlarında daha etkin bir şekilde eğitim verilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Epidemiyoloji, çocuk, ağız-diş sağlığı

Giriş

Diş çürüğü diş sert dokularının demineralizasyonu ile karakterize olan bir infeksiyon hastalığıdır. Diş ağız ortamına sürer sürmez çürük oluşumu için etkenler tamamlanmış olur ve bu zamandan sonra diş çürüğü oluşabilir. Diş çürüğünün oluşmasında besin artıkları, konak ve mikroflora gibi etkenlerin yanı sıra sosyal, kültürel ve davranışsal faktörler de etkilidir.

Süt dişleri, alttaki daimi dişler için yer tutucu görevi görmeleri, çiğneme hareketleri ile çene gelişiminde, çocuğun beslenmesine yardımcı olarak büyüme ve gelişimde rol oynamaları, fonasyon ve estetik işlevleri nedeniyle önemlidirler. Bu nedenle fizyolojik

Correspondence: Esma Yıldız, Akdeniz Üniversitesi Diş Hek. Fak. Pedodonti AD. Dumlupınar Bulvarı 07058, Kampüsü/Antalya
Tel: + 90 507 3998269 dresmayildiz@hotmail.com

düşme zamanlarına kadar diş arkında korunmaları gereklidir. Dolayısıyla koruyucu, önleyici uygulamalar çocukluk döneminde başlamalıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verilerine göre Türkiye nüfusunun %24.6'sı 0-14 yaş grubundaki çocuklardır (1). Bu yaş grubunda ağız diş sağlığının en üst düzeyde olması bireylerin ileriki yaşlarda ağız-diş sağlığına yönelik tedavileri için yapılan harcamaların maliyetini önemli ölçüde azaltır.

Ağız diş sağlığını koruma bilincinin yaygınlaşması, tedavi amacıyla pedodonti kliniklerine başvuran hasta sayısının artmasını sağlamıştır. Buna rağmen çocuklarda diş çürüğü sık karşılaşılan bir problemdir. Diş ağrısı, büyüme gelişim döneminde olan çocukların, iştah kaybı sebebiyle beslenmelerini

Received: 29.09.2014 Accepted: 02.02.2015

www.gaziantepmedicaljournal.com

DOI: 10.5455/GMJ-30-170423



etkilerken daha şiddetli ağrılar ise okula gitmeme, ağrı nedeniyle derslere odaklanamama gibi problemleri de beraberinde getirir. Diş tedavilerinin okul saatlerine denk gelmesi de eğitim kaybına yol açmaktadır.

Toplum ağız-diş sağlığına yönelik uygulamaların başarıya ulaşması için hastalığın dağılımının ve hastalığın etken faktörlerinin belirlenmesi gereklidir. Bu tür epidemiyolojik çalışmalar tedavi gereksinimlerinin boyutunun belirlenmesi, tedavilerin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir. İnsan hayatında birçok alışkanlığın çocukluk döneminde kazanılması, çocuğun büyüme gelişiminin devam ettiği bu dönemde ağız sağlığının bu yönüyle önemli olması, çocuk hastalarda ağız diş sağlığı düzeyinin araştırılmasını, tedavi ihtiyacının belirlenmesini ve hedeflenen sağlık düzeyine ulaşılması için hasta ve ebeveynin eğitilmesini önemli kılmaktadır.

Toplumların ağız-diş sağlığı düzeyinin belirlenmesinde ve durumun iyileştirilmesi için yapılan programların başarısının değerlendirilmesinde kullanılan temel ağız-diş sağlığı ölçütleri araştırılan gruplara ve araştırmanın yapıldığı coğrafi bölgeye göre karşılaştırılabilir bilgilerdir. Bu araştırmalarda toplumu etkileyen ağız-diş sağlığı hastalıkları ve görülme sıklığı, toplumda özel hizmet gereksinimi olan gruplarda hastalığın düzeyi, şiddeti belirlenir (2, 3).

Toplumun ağız diş sağlığı düzeyinin belirlenmesinde kullanılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün belirlediği temel ölçütlerden bazıları şöyledir:

- Çürük deneyimi prevalansı
- Tedavi edilmemiş çürüklü kişi yüzdesi
- Ortalama diş sayısı
- Ortalama çürük ve kayıp diş sayısı
- DMFT indeksi (Çürük, kayıp, dolgululu dişler indeksi)
- Dişsizlik yüzdesi
- Dental fluorozis
- Toplum periodontal indeks (Community periodontal index-CPI) (4).

Bu araştırmanın amacı çocuk hastalarda dmft ve DMFT ve plak indeks değerlerini araştırmak; ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik tedavi ihtiyaçlarını belirlemek, hedeflenen sağlık düzeyine ulaşılması için hasta ve ebeveynin eğitim gereksinimlerini tespit etmektir.

Gereç ve yöntemler

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.02.2013/84 sayılı izni ile yapılmıştır. Çalışma, Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran çocuk hastalarda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya muayene olmayı kabul

eden 6-12 (9.86±1.5) yaş grubu çocuk hastalar velilerinden onay alınarak dâhil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet ve kardeş sayılarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların dmft (süt dişleri), DMFT (daimi dişler) (d,D: çürük, m,M: çürük nedeniyle çekilmiş, f,F: dolgu yapılmış, t,T: toplam) değerleri ve plak indeksleri DSÖ'nün belirlediği standartlara göre değerlendirilmiştir. Ayrıca her hasta için sosyo-demografik bilgi toplama formu hastalar tarafından velisinin yardımı ile doldurulmuştur. Hastaların muayeneleri standardizasyon ve ölçümleme eğitiminden geçmiş diş hekimleri tarafından yapılmıştır.

Tablo 1. Yaş, cinsiyet ve kardeş sayısına göre dmft ve DMFT değerleri

	n	dmft	DMFT
	6	5	5.00±2.91
	7	21	6.61±3.05
	8	81	5.01±2.71
Yaş grupları	9	96	4.40±2.24
	10	110	3.65±2.62
	11	104	1.98±2.13
	12	81	1.64±1.44
	13	2	-
P			0.00
Cinsiyet	Erkek	234	3.79±2.58
	Kız	266	3.63±2.89
P			0.39
Kardeş sayısı	1	89	4.54±3.04
	2	128	3.67±2.63
	3	151	3.60±2.77
	4 ↑	132	3.29±2.53
P			0.03

Çürük prevalansının değerlendirilmesinde kullanılan DMFT'nin hesaplanması D+M+F/T (muayene edilen kişi sayısı) şeklinde yapılmıştır. DSÖ'ünce 12 yaş DMFT değerine ilişkin yapılan değerlendirme; DMFT 0-1.1 çok düşük, DMFT 1.2-2.6 düşük, DMFT 2.7-4.4 orta, DMFT 4.5-6.5 yüksek, DMFT > 6.5 çok yüksek şeklindedir.

Periodontal durumun değerlendirilmesi için DSÖ'nün önerdiği toplum periodontal tedavi ihtiyacı indeksi (CPITN) kullanılmıştır. 20 yaşın altındaki bireyler için önerilen şekliyle 16, 11, 26, 36, 31, 46 numaralı dişler değerlendirilmiştir. 15 yaş altındaki bireylerde cep derinlikleri değerlendirmeye alınmamış, sadece kanama ve diş taşı değerlendirilmiştir.

Periodontal sondun ucu dişin distobukkal kısmında komşu diş ile kontakt noktasına en yakın konumda dişin köküne paralel olacak şekilde diş eti cebine yerleştirilmiştir. Sond bu noktadan mesial ve distal doğrultuda nazikçe hareket ettirilmiştir. Aynı işlemler lingual ve palatinal yüzeyler için de uygulanmıştır. Ölçüm için belirlenen dişlerde elde edilen skorların en büyüğü kaydedilmiştir (4). Puanlama 0 = sağlıklı, 1 = kanama var (sondamadan sonra doğrudan ya da ayna ile gözlenen), 2 = diş taşı var, X = ilgili bölgede diş yok, 9 = kaydedilmedi.

Tablo 2: Periodontal dokuların durumunun yaş, cinsiyet, dmft, DMFT ve diş fırçalama sıklığına göre dağılımı

n (%)	CPITN			p	
	Sağlıklı	Kanamalı dişeti	Diştaşı		
	62 (12.4)	254 (50.8)	184 (36.8)		
	4	1	0		
	7	15	3		
	8	50	22		
	9	55	27		
Yaş	10	49	51	0.00	
	11	47	45		
	12	36	36		
	13	1	0		
Cinsiyet	Erkek	25 (10.7)	122 (52.1)	87 (37.2)	0.54
	Kız	37 (13.9)	132 (49.6)	97 (36.5)	
dmft		3.34±2.68	4.06±2.78	3.33±2.66	0.30
DMFT		1.83±2.30	2.62±1.90	3.00±2.44	0.01
	Hiç	3 (18.8)	8 (50)	5 (31.3)	
	Ara sıra	14 (7.8)	84 (46.7)	82 (45.6)	
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1	22 (12.9)	93 (54.4)	56 (32.7)	0.06
	Günde 2	20 (18.3)	58 (53.2)	31 (28.4)	
	Günde 3	3 (12.5)	11 (45.8)	10 (41.7)	

Tablo 3. Sosyo-kültürel durum, diş fırçalama ve beslenme alışkanlıklarına göre dmft ve DMFT değerleri

	dmft	DMFT	
	Hiç	2.14±1.06	3.30±2.62
	İlköğretim	3.73±2.70	2.83±2.26
Anne eğitim durumu	Lise	3.70±2.91	2.07±1.78
	Üniversite	3.82±3.02	2.47±2.12
	Yüksek lisans†	4.00±0.00	2.00±2.82
p		0.66	0.03
	Hiç	3.00±2.68	1.83±2.22
	İlköğretim	3.57±2.81	2.79±2.31
Baba eğitim durumu	Lise	4.00±2.48	2.64±2.03
	Üniversite	3.63±2.87	2.40±1.99
	Yüksek lisans†	5.16±3.25	2.85±3.02
p		0.24	0.73
	Düşük	3.83±2.73	2.81±2.00
Sosyo-ekonomik durum	Orta	3.8±2.75	2.65±2.24
	Yüksek	3.25±2.75	0.80±1.30
p		0.98	0.44
	Anne	3.58±2.62	2.71±2.22
Çocuğa kim bakıyor	Aile büyükleri	4.48±3.41	2.36±1.94
	Bakıcı	6.83±3.60	2.50±1.85
p		0.06	0.41
	Hiç	4.00±3.32	3.18±2.00
	Ara sıra	3.65±2.77	2.92±2.09
Diş fırçalama sıklığı	Günde 1	3.90±2.81	2.37±2.10
	Günde 2	3.62±2.57	2.51±1.94
	Günde 3	2.94±2.46	3.20±3.90
p		0.16	0.14
	Az	3.13±2.80	2.47±1.84
Tatlı tüketim sıklığı	Orta	3.73±2.70	2.73±2.20
	Çok	4.13±2.79	2.64±2.41
p		0.14	0.62
	Az	3.66±2.88	2.60±1.86
Asitli içecek tüketim sıklığı	Orta	3.80±2.71	2.71±2.23
	Çok	3.55±2.30	2.79±3.01
p		0.71	0.83

*Asitli içecek tüketim sıklığı sorularına iki kişi yanıt vermemiştir.

Bu verilere göre tedavi ihtiyacı (Tİ) belirlenir: Tİ 0: Tedavi gereksinimi yok, Tİ 1: Ağız hijyen eğitimi gereksinimi var. Oral hijyen eğitimi verilir, Tİ 2: Tİ 1 ve profesyonel diş taşı temizliği tedavisi yapılır.

Sosyodemografik bilgi toplama formunda ise hastaların diş fırçalama alışkanlıkları, aile eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu ve ağız diş sağlığına gösterilen önemi belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur.

Veriler ki-kare testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Hastalardan elde edilen demografik veriler oransal olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

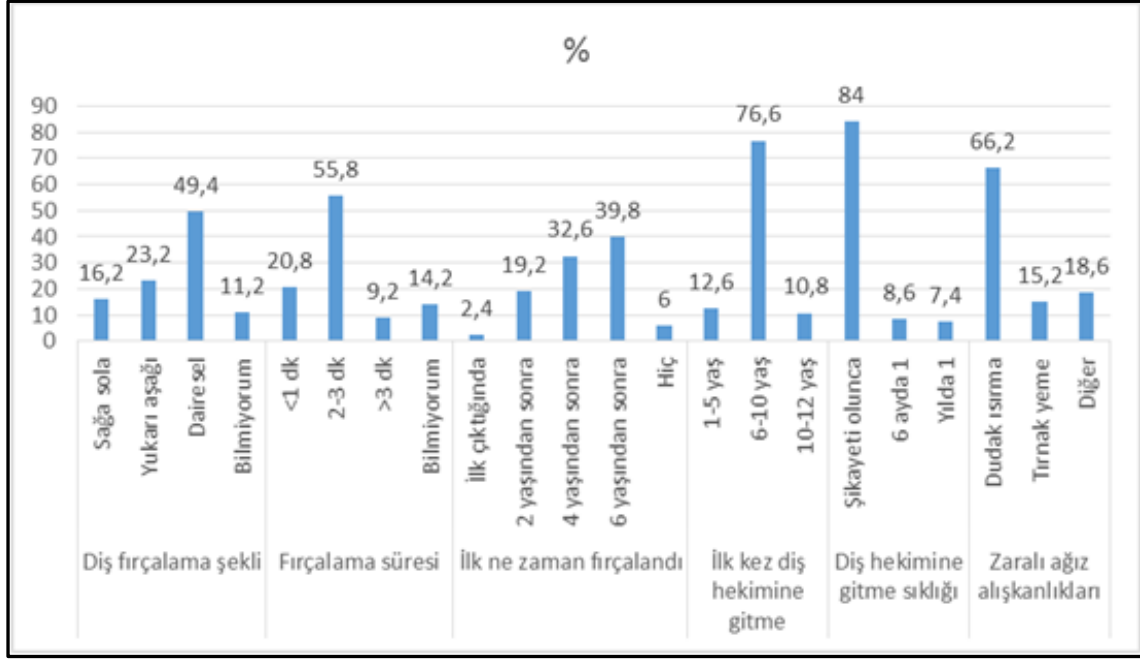
Çalışmaya Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran 6-13 yaş arasındaki 500 hasta dâhil edilmiştir. Elde edilen veriler sosyo-demografik özellikler, ebeveyn eğitim düzeyi, fırçalama alışkanlıkları, beslenme alışkanlıkları incelenerek sunulmuştur.

Çalışmaya katılan hastalardan 21 tanesinin kardeşi de çalışmaya katılmıştır. Hastalar %87.4 oranında Gaziantep'te ikamet eden bireylerdir. Maraş'tan %5.2, Urfa'dan %3.4, Adıyaman'dan %1.4 ve diğer illerden %2.6 oranında hasta çalışmaya dahil olmuştur.

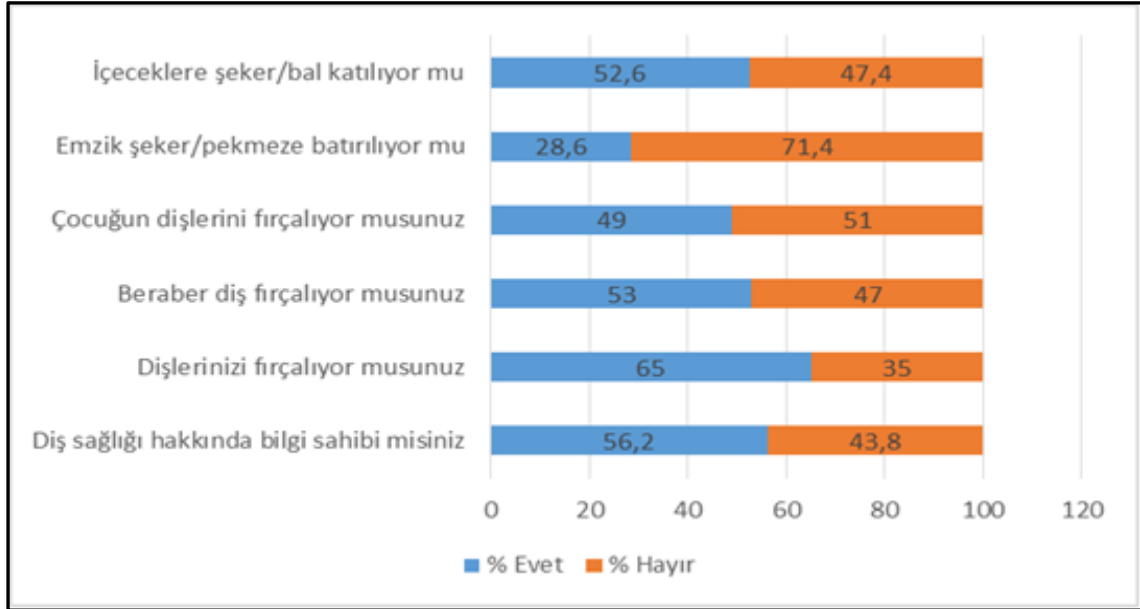
Çürük prevelansının değerlendirilmesinde kullanılan dmft ve DMFT değerleri sırasıyla 3.71±2.74 ve 2.67±2.19 olarak hesaplanmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyet ve ailedeki kardeş sayısının dmft ve DMFT değerleri ile ilişkisi Tablo 1'de değerlendirilmiştir. Süt dişlenmede, tek çocuk olan grubun dmft değeri, 4 ve daha fazla kardeş olan gruptan anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

500 hastadan sadece 33 hastanın ağızda çürük, dolgu ya da çekilmiş diş tespit edilmemiştir (%6.6). Bunlardan 12 tanesi kız, 21 tanesi erkektir (p=0.04). Buna göre çürük prevalansı %93.4 olarak bulunmuştur.

CPITN verileri incelendiğinde, çalışma grubundaki hastaların %87.6'nın ağız sağlığı konusunda eğitime gereksinimi olduğu tespit edilmiştir. Yaş, cinsiyet,



Grafik 1. Hastaların davranış, alışkanlıkları



Grafik 2. Ebeveynin alışkanlık ve davranışları

dmft ve DMFT, fırçalama sıklığı ile CPITN arasındaki ilişki Tablo 2'de belirtilmiştir.

Ortodontik kapanış ilişkileri yönünden hastalar değerlendirildiğinde %71.6 sınıf I, %19.6 sınıf 2, %8.8 sınıf 3 kapanış ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Çalışma grubundaki hastaların %38.6'sında hafif malokluzyon, %10'unda şiddetli malokluzyon gözlenmiştir.

Hastaların ve ebeveynlerin ağız diş sağlığı ile ilgili davranış ve alışkanlıkları Grafik 1 ve 2'de belirtilmiştir. Çalışma grubunda kendi fırçası olmayan 20 kişi olduğu tespit edilmiştir.

Ebeveynin eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durum, çocuğa kimin baktığı, diş fırçalama sıklığı ve beslenme özellikleri ile ilgili verilerin dmft ve DMFT değerleri ile ilişkileri Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre, anne eğitim seviyesinin DMFT'yi etkilediği

saptanmıştır. Ayrıca annelerinin baktığı çocukların dmft indeksinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Çalışma grubunda ilk kez diş hekimine gitme yaşı ortalama 7.90 ± 2.12 olarak bulunmuştur. 6 yaşından önce yani okul öncesi dönemde diş hekimine gitme oranının %12.6 olduğu görülmüştür.

Tartışma

Bu araştırmada kliniğimize başvuran 500 hastanın çürük prevelans indeksleri ve periodontal tedavi gereksinimleri değerlendirilmiş, yapılan anket çalışmada da sosyodemografik özelliklerin bu veriler üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Çalışmamızda 6-12 grubundaki hastaların bazıları karma, bazıları ise daimi dentisyonda idi. Bu nedenle çürük prevelansı hesaplamasında hem daimi hem de süt dişlerindeki çürükler ve kayıplar dikkate alınmıştır.

Altun ve arkadaşlarının Ankara'da yapılan çalışmalarında çürük oranının %71.6 olduğu ve dmft/ DMFT değerlerinin yaşla birlikte arttığı gözlenmiştir (5). Ankara'da 244 öğrenci ile yapılan çalışmada ağızda dolgu veya çürük bulunmayan öğrencilerin oranı %11.6 olarak bildirilmiştir, ancak bu çalışmada çekilmiş diş sayısından bahsedilmemiştir (6). Malatya'da 7-12 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmada ise çürük oranı %82.6 (7), Adana'da 6-11 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmada da %69.2 olarak bulunmuştur (8). Bu çalışmada çürük oranı %93.4 olarak bulunmuştur.

Doğan ve Gökalp, Türkiye çapında kentsel ve kırsal alanda yaptıkları çalışmada 5 yaş çocuklarının %30.2'sinde, 12 yaş grubunda ise %38.9 oranında diş çürüğü olmadığını bildirmişlerdir. Bu yaş grubunda, erkeklerde ve kırsal alanda yaşayanlarda diş çürüğü yüzdesi daha yüksek bulunmuştur (9).

DSÖ'nün 2000 yılında ağız-diş sağlığının korunmasına yönelik çürüksüz hasta hedefi %50 olduğu düşünüldüğünde günümüzde bu hedefe henüz ulaşamadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda %84 oranında şikâyeti olunca diş hekimine gidildiği bildirilmiş olup %50 çürüksüzlük oranına ulaşamamış olmamızın sebeplerinden biri çoğunlukla şikâyet halinde doktora gidilmesi olabilir.

Güler ve arkadaşları, Malatya'da yaptıkları okul taraması çalışmalarında dmft ve DMFT değerlerini 2.38 ± 2.84 ve 1.39 ± 1.98 olarak bildirmişlerdir (7). Köse ve arkadaşlarının, İstanbul'da 12-13 yaş grubunda yaptıkları okul taraması çalışmalarında ise DMFT değeri 6.85 olarak bulunmuştur (10). Bu değer DSÖ'nün belirlediği kıstaslara göre çok yüksektir. Sivas'ta yapılan bir çalışmada üniversite hastanesine başvuran 12 yaş grubu çocuklar değerlendirilmiş, DMFT değeri 3.58 ± 1.69 olarak bildirilmiştir (11). Bu çalışmada dmft ve DMFT değerleri sırasıyla 3.71 ± 2.74 ve 2.67 ± 2.19 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen 500 hastanın dmft/DMFT değerlerinin DSÖ'nün kıstaslarına göre orta düzeyde

olduğu görülmüştür. Köse ve arkadaşlarının çalışmalarında bildirilen değerlerin yüksek olması okulun bulunduğu sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte, Sivas'ta yapılan çalışma sonucuna göre bizim çalışmamızdaki ortalamanın daha düşük olmasının sebebi yaş ortalamasının bizim çalışmamızda daha küçük olmasına bağlanabilir. Buna rağmen bu çalışmada tespit edilen ortalama değer Güler ve arkadaşlarının bildirdiklerinden daha yüksektir. Güler ve arkadaşlarının çalışmalarına göre bizim çalışmamızdaki ortalamanın daha yüksek olmasının sebebi değişik sosyo-ekonomik seviyeye sahip 6 okuldaki bireylerle yapılmış olmasına bağlanabilir. Bizim çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğunun şikâyet halinde diş hekimine gitmesi çürük indeks değerlerinin daha yüksek çıkma sebebi olabilir.

Bodur ve arkadaşlarının 11-12 ve 14-15 yaş gruplarında yaptıkları çalışmada dişeti kanaması oranını sırasıyla %54 ve %36, diş taşı görülme oranı %32 ve %39 olarak tespit edilmiştir. CPITN değerlerine göre 11-12 yaş grubunun %85'inin, 14-15 yaş grubunun ise %82'sinin ağız sağlığı eğitimine ihtiyaçları olduğu bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızda da ağız sağlığı eğitimi ihtiyacı bu orana benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada hastaların %50.8'sinde kanamalı diş eti ve %36.8'sinde diştaşı olduğu bulunmuştur. Erzurum ve Düzce'de 6-12 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmada, gingivis oranı %55.7, diştaşı oranı %2.6 olarak bulunmuştur (13). Altun ve arkadaşlarının Ankara'da 6-11 yaş grubu hastalarda yaptıkları çalışmada periodontal hastalık oranı %9.2 olarak bulunmuş, diş fırçalama sıklığı arttıkça tedavi ihtiyacının azaldığını bildirilmiştir (5). Altun ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilen düşük periodontal hastalık oranı çalışmanın Ankara'da askeri hastanede yapılmış olmasından hastaların sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olabilir.

Güler ve arkadaşlarının, %59.6 sınıf 1 kapanış, %38 sınıf 2, %2.5 oranında sınıf 3 kapanış bildirmişlerdir (7). Altun ve arkadaşlarının çalışmalarında %20.2 oranında hafif malokluzyon, %9 oranında şiddetli malokluzyon saptamışlardır (5). Bu oran bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. %71.6 oranında sınıf 1 ilişkisi olduğu tespit edilirken çalışma grubundaki hastaların %38.6'sında hafif malokluzyon, %10'unda şiddetli malokluzyon gözlenmiştir.

Ailenin bilinç ve eğitim düzeyinin çocuğun çürük insidansı ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (14). İstanbul-Bayrampaşa'da 6-12 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmada çocukların ortalama DMFT'si 8.72 ± 2.05 , annelerinin ortalama DMFT'si 11.62 ± 6.72 olarak bulunmuştur. Çocuğun DMFT değeri ile çocuk bilgi düzeyi, anne bilgi düzeyi ve anne DMFT'sinin anlamlı olarak birbirlerini etkiledikleri bildirilmiştir (15). Ayrancı, diş çürük varlığının gelir durumuna

göre farklılık gösterdiğini, asgari ücret ya da biraz üstünde maaş alanlarda çürük varlığının daha fazla olduğunu, gelir durumu iyi olanlarda ise daha az çürük bulunduğunu saptamıştır (16). Akıncı, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarının diş sağlığı konusunda daha bilinçli davrandıklarını belirtmiştir (6).

Çocukların %88.4'ünün anneleri tarafından bakıldığı görüldüğü çalışmamızda çocuklara bakan kişi ile dmft/DMFT değerleri arasında ilişki bulunmazken, anne eğitim seviyesinin DMFT'yi etkilediği bulunmuştur. Ailedeki kardeş sayısı ile dmft/DMFT değerleri arasında da ilişki bulunmuştur. Süt dişlenmede ters orantı, daimi dişlenmede ise doğru orantı tespit edilmiştir. Bunun sebebi kardeşlerin küçük yaşlarda birbirlerini taklit ederek dişlerini fırçalamak istemeleri olabilir. Daimi dişlenmede ilişkinin doğru orantılı olması ise ebeveynin ilgisinin azalması nedeniyle olabilir.

Taşveren ve arkadaşları, 12 yaş grubu çocukların diş fırçalama sıklığı-DMF-T ilişkisi adlı çalışmada diş fırçalama sıklığı arttıkça çürük prevalansının azaldığını bildirmişlerdir (11). Akıncı, diş fırçalama sıklığını %47.9 oranında günde 2 kez, %38 oranında günde 3 kez olarak bildirmişlerdir. Dişlerini daha fazla fırçalayanların dolgu ve çürük sayısının daha az olduğu gözlemlenmiştir (6). Güler ve arkadaşları, hiç diş fırçalamayanların oranını %7.9 olarak bildirmişlerdir (7). Bizim çalışmamızda diş fırçalama sıklığı ile çürük prevalansı arasında ve periodontal sağlık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Aksine, doğru diş fırçaladığını, kendi fırçası olduğunu ifade eden hastaların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Diş çürükleri ile beslenme ile alınan sakkaroz arasında ilişki vardır. Akıncı, çürük veya dolgu sayısı ile kolalı içecek tüketimi arasında anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (6). Tulunoğlu ve arkadaşları, ailelerin eğitim düzeylerinin okul öncesi çocuklarda atıştırma sıklığını, düzenli diş fırçalama alışkanlıklarını anlamlı düzeyde etkilediğini bildirmişlerdir (14). Köse ve arkadaşları, İstanbul'da 12-13 yaş grubu gönüllü çocuklarda ağız hijyeni eğitiminin etkinliğini araştırdıkları çalışmalarında 3 ay sonra eğitim verilen grupta plak indeks değerinin anlamlı düzeyde azaldığını tespit etmişlerdir. Ayrıca eğitimden önce plak indeksi 0 olan öğrenci yokken, eğitimden sonra plak indeksi 0 olan öğrenci sayısının %6'ya çıktığı saptanmıştır (10). Bu çalışmada ise tatlı veya asitli içecek tüketim sıklığı ile çürük prevalansı arasında ilişki bulunamamıştır.

Sonuç

Değerlendirilen 500 hastanın dmft ve DMFT değerleri DSÖ çürük prevalansı kıstaslarına göre orta düzeydedir. Ancak çürük prevalansı DSÖ'nün hedeflerinin çok gerisindedir. Toplum periodontal tedavi ihtiyacı verilerine göre sağlıklı periodonsiyuma sahip bireylerin ise sadece %16,2 oranında olduğu gözlenmiştir.

Ağız-diş sağlığının iyileştirilmesine yönelik koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Çoğunlukla sadece ağrı şikâyeti olduğunda hekime başvurulduğundan ağız diş sağlığı konusunda sadece hekimlerin eğitim vermesi beklenemez. Ayrıca bunun için tedavi zamanlarının haricinde görsel öğelerle desteklenmiş seminerler şeklinde yapılması daha uygun olur düşüncesindeyiz. Diş sağlığının korunmasında öğretmenlerin ve okul yönetiminin önemi büyüktür. Çünkü özellikle ilköğretim çağındaki öğretmenlerin çocuklar üzerinde etkileri fazladır. Sağlık bakanlığı tarafından yürütülecek koruyucu programların mutlaka okulları da kapsamaması gerekmektedir.

Sosyodemografik verilere göre ebeveynin örgün eğitim düzeyi ile DMFT arasında anlamlı ilişki bulunmaması örgün eğitim düzeyinin yüksek olmasının ağız-diş sağlığı konusunda yeterlilik anlamına gelmediğini ifade eder ki, bu da bireylerin ağız-diş sağlığı konusunda okullarda veya Sağlık Bakanlığı kapsamındaki eğitim programlarında daha etkin eğitim almalarının önemini ortaya koymaktadır. Bu programların hedefi doğru diş fırçalama ve ağız bakım yöntemlerini öğretmek, düzenli diş hekimi kontrolüne gitme, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmayı sağlamak olmalıdır.

Kaynaklar

1. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
2. Sheiham A, Spencer J. Health needs assessment. In: Pine CM, ed. Community oral health. Bath-Great Britain: Elsevier Sciences Limited, 2002; 39-54.
3. Güçöz Doğan B. Temel ağız-diş sağlığı göstergeleri. Toplum HB 2007; 26(2): 40-1.
4. Organization WH. Oral health surveys, basic methods 4th edition edn. Geneva; 1997.
5. Altun C, Güven G, Başak F, Akbulut E. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. Gülhane Med J 2005; 47(2):114-8.
6. Akıncı Z. Karma dişlenme dönemindeki öğrencilerin ağız-diş sağlığı durumunun ve bu konudaki eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi; Ankara: Ankara Üniversitesi 2008.
7. Güler Ç, Eltas E, Güneş D, Görgen VA, Ersöz M. Malatya ilindeki 7-14 yaş arası çocukların ağız-diş sağlığının değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 2(2): 19-24.
8. Öztunç H, Haytaç MC, Özmeriç N, Uzel İ. Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi (Adana DSİ İlköğretim okulu, 1999). GÜ Diş Hek Fak Derg 2000; 17(2): 1-6.
9. Doğan BG, Gökalp S. Türkiye'de diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimi 2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008; 32(2): 45-7.
10. Köse S, Güven D, Mert E, Eraslan E, Esen S. 12-13 yaş grubu çocuklarda oral hijyen eğitiminin etkinliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(4): 44-52.
11. Taşveren Kambek S, Yeler Yalçın D, Sözen A, Taşveren S. 12 yaş grubu çocukların diş fırçalama sıklığı-dmf-t ilişkisi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2005; 15(3): 11-4.
12. Bodur H, Bodur A, Yücesoy V, Baloş K. İki farklı yaş grubunda diş çürüğü prevalansı ve periodontal durumun değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek. Derg 2004; 21(1): 35-9.
13. Yılmaz AB, Orbak R, Çanakçı N, Nişli ON, Eminoğlu A. Erzurum ve Düzce'de 6-12 yaş grubu bireylerde cpitn, df, dmf indekslerini kullanarak periodontal hastalıklar ile diş

- çürüğünün değerlendirilmesi ve iki bölgenin karşılaştırılması. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 1997; 7(1): 5-11.
14. Tulunoğlu Ö, Bodur H, Akal N. Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız-diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. GÜ Diş Hek Fak Derg 1999; 16(1): 27-32.
 15. Namal N, Vehid EH, Vehid S, Can G. Altı - oniki yaş grubu çocukların diş sağlığını etkileyen anneye ait faktörlerin araştırılması. Çocuk Dergisi 2009; 9(3): 123-6.
 16. Ayrancı Ü, Cengiz T. Bir grup ilkokul öğrencisinde diş çürüğü saptama araştırması. In: Cengiz T, ed. Endodonti: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diş Hekimliği Fakültesi Anabilim Dalı Yayınları, 2005; 75-89.

How to cite:

Yıldız E, Şimşek M, Gündoğar Z, Aktan A.M. Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep. Gaziantep Med J 2015;21(2):118-124.