

T.C.
UŞAK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**UŞAK İLİNDE YAŞAYAN 3-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN
ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇÜRÜĞÜNÜN MATERNAL FAKTÖRLERLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

ARŞ. GÖR. EMİNE GÜLEN GÜLTEKİN

MART 2025

UŞAK

T.C.
UŞAK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**UŞAK İLİNDE YAŞAYAN 3-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN
ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇÜRÜĞÜNÜN MATERNAL FAKTÖRLERLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

ARŞ. GÖR. EMİNE GÜLEN GÜLTEKİN

DANIŞMAN
DR. ÖGR. ÜYESİ MERVE ALKIŞ

UŞAK, 2025

JÜRİ ONAYI

Uşak Üniversitesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı Diş Hekimliğinde uzmanlık öğrencisi Emine Gülen Gültekin' in "Uşak İlinde Yaşayan 3-5 Yaş Arası Çocuklarda Görülen Erken Çocukluk Çağı Çürüğünün Maternal Faktörlerle İlişkisinin İncelenmesi" adlı tezi /.... / tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Uşak Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, Uzmanlık Tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Jüri	Adı-Soyadı	İmza
Danışman	: Dr. Öğr. Üyesi Merve ALKIŞ	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Elif Merve AYDIN	
Üye	: Doç. Dr. Muhammet FİDAN	

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı
Prof. Dr. Mehmet Ali GÜNGÖR

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Emine Gülen GÜLTEKİN

TEŞEKKÜR

*Uzmanlık ve tez sürecim boyunca bilgi, birikim ve tecrübelerini cömertçe paylaşıp bana yol gösteren, tüm süreç boyunca sabır ve hoşgörüsünü fazlasıyla hissettiğim kıymetli hocam, tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız **Dr. Öğr. Üyesi Merve ALKIŞ' a,***

*Mesleki tecrübelerini bizimle paylaşan saygıdeğer hocalarım **Dr. Öğr. Üyesi Hasibe Elif KURU** ve **Dr. Öğr. Üyesi Elif Merve AYDIN' a,***

*Klinikte benden desteklerini esirgemeyen başta eşkıdemlerim **Hatice Kübra Gürses** ve **Şule Atik' e** ve çalışma arkadaşlarıma,*

*Üniversite yıllarında bana ablalık yapan ve aynı zamanda çocuk diş hekimliğini sevdiren canım ablam ve branşdaşım **Tuğçe Doğan' a,***

*Yıllar geçtikçe dostluğumuzun güçlendiği, farklı şehirlerde olsalar da bir telefon kadar yakınımda olduklarını bildiğim, öğrenciliğimin ve uzmanlık sürecimin zorluklarını benimle beraber yaşayan değerli dostlarım ve meslektaşlarım **Betül Peker, Leyla Korkmaz Delibey, Beyza Öztürk** ve **Selin Kasapoğlu' na,***

*Üniversite hayatım boyunca hep yan yana olduğum, zorluklara ve sıkıntılara beraber katlandığım, tüm duygularımı istediğim zaman paylaşabildiğim canım dostum, meslektaşım ve branşdaşım **Seval GÜNEŞ' e,***

*Yaşamım boyunca beni her zaman destekleyen ve yanımda olan en değerlilerim; babam **Zülkarneyn Gültekin' e,** annem **Güldane Gültekin' e** ve abim **Şerafettin Gültekin' e***

içtenlikle teşekkür ederim..

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

JÜRİ ONAYI.....	iii
TEZ BİLDİRİMİ.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
ÇİZELGE LİSTESİ/ RESİMLER LİSTESİ.....	xiii
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
ÖZET.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Diş Çürüğü.....	3
2.1.1.Diş Çürüğünü Belirlemede Kullanılan İndeksler.....	3
2.1.1.1.DMF İndeks.....	7
2.1.1.2.PUFA İndeks.....	8
2.2.Erken Çocukluk Çağı Çürükleri.....	9
2.2.1.Erken Çocukluk Çağı Çürükleri Prevalansı.....	10
2.2.2.Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Etiyolojisi.....	11
2.2.2.1.Beslenme.....	11
2.2.2.2.Bakteri Plağı.....	12
2.2.2.3.Tükürük.....	13
2.2.2.4.Diş Yapısı/ Konak.....	14
2.2.2.5.Zaman.....	15
2.2.2.6.Diğer Faktörler.....	15

2.2.3.Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Risk Faktörleri.....	16
2.2.3.1.Genel Sağlığa İlişkin Risk Faktörleri.....	16
2.2.3.1.1.Doğum Zamanı ve Doğum Kilosu.....	17
2.2.3.2.Anneye İlişkin Risk Faktörleri.....	18
2.2.3.2.1.Anne Sütü.....	18
2.2.3.2.2.Emzik Biberon Kullanımı/ Kullanım Şekli.....	19
2.2.3.2.3.Hamilelik Yaşı.....	19
2.2.3.2.4.Eğitim Seviyesi ve Çalışma Durumu.....	19
2.2.3.2.5.Oral Hijyen Düzeyi.....	20
2.2.3.2.6.Sigara İçme Alışkanlığı.....	20
2.2.3.2.7.Alkol ve İlaç Kullanımı.....	21
2.2.3.2.8.Gebelik Sırasında Geçirdiği Hastalıklar/ Kullanılan İlaçlar.....	21
2.2.3.2.9.Gebelik Sırasında Yaşanan D Vitamini Eksikliği.....	21
2.2.3.2.10.Gebelik Sırasında Yaşanan Demir Eksikliği.....	22
2.2.3.2.11.Gebelik Sırasında Yaşanan Diğer Vitamin ve Mineral Eksikleri.....	23
2.2.3.2.12.Diğer Faktörler.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1.Etik Kurulu Onayı.....	25
3.2.Örnekleme.....	25
3.2.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.2.2.Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	26
3.3. Anket Formlarının Doldurulması.....	26
3.4. Hastaların Ağız İçi Muayenesi ve İndekslerin Kaydedilmesi.....	27
3.5. İstatistiksel Analiz.....	29
4.BULGULAR.....	30
5.TARTIŞMA.....	138
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	183
7.KAYNAKÇA.....	186
EKLER.....	213
BENZERLİK RAPORU.....	240
ÖZGEÇMİŞ.....	24

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Nyvad sisteminde kodlama.....	4
Tablo 2.2. ICDAS II.....	5
Tablo 2.3. CAST indeksinde kodlama.....	6
Tablo 4.1. Yaş ile bağımsız değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	31
Tablo 4.2a. Çocuklarda yaş değişkeni ile nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (r değerleri).....	31
Tablo 4.2b. Çocuklarda yaş değişkeni ile nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (p değerleri).....	32
Tablo 4.3. Cinsiyet ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	32
Tablo 4.4. Çocuklarda cinsiyete göre nicel değişken değerlerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.5. Doğum zamanı ile bağımsız değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	38
Tablo 4.6. Doğum zamanı ile çocuğa ait nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması...	40
Tablo 4.7. Çocuğun geçirdiği hastalık durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.8. Doğum kilosuna göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.9. Doğum kilosu ile çocuğa ait nicel değişkenlerin karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10. Doğum kilosu ile anneye ait nicel değişkenlerin karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.11. Dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	44
Tablo 4.12. Çocuklarda dişlerin ilk fırçalama zamanı ile nicel değişkenlerin karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.13. Çocuklarda diş fırçalama sıklığı ile nicel değişkenlerin karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.14. Fırçalama şekline göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.15. Fırçalama şekline göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.16. Florürlü diş macunu kullanımı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	56
Tablo 4.17. Florürlü diş macunu kullanımı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.18. Anne sütü ile beslenmede yaş aralığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	59
Tablo 4.19. Anne sütü ile beslenmede yaş aralığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	62

Tablo 4.20. Emzik-biberon kullanma yaş aralığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	64
Tablo 4.21. Emzik- biberon kullanma yaş aralığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.22. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	68
Tablo 4.23. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.24. Gece beslenme yaşı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.25. Gece beslenmesinin ne ile yapıldığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.26. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	73
Tablo 4.27. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.28. Annenin hamilelik yaşı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	78
Tablo 4.29. Annenin hamilelik yaşına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	81
Tablo 4.30. Toplam çocuk sayısı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	83
Tablo 4.31. Toplam çocuk sayısına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	84
Tablo 4.32. Annenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	86
Tablo 4.33. Doğum şekli ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	87
Tablo 4.34. Doğum şekli ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	89
Tablo 4.35. Annenin eğitim seviyesi ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	90
Tablo 4.36. Annenin eğitim seviyesine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	96
Tablo 4.37. Gelir seviyesi ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	98
Tablo 4.38. Gelir seviyesine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	103

Tablo 4.39. Annenin diş hekimi ziyareti sıklığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	104
Tablo 4.40. Annenin diş hekimi ziyaret sıklığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	106
Tablo 4.41. Annenin diş fırçalama alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	107
Tablo 4.42. Annenin gargara kullanma durumu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	109
Tablo 4.43. Annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanma durumu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	110
Tablo 4.44. Annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	111
Tablo 4.45. Annenin gebelik sırasında geçirilen hastalık durumuna göre nicel değişken değerlerinin karşılaştırılması.....	112
Tablo 4.46. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	114
Tablo 4.47. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	115
Tablo 4.48. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	116
Tablo 4.49. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	118
Tablo 4.50. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	119
Tablo 4.51. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliğine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	120
Tablo 4.52. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	121
Tablo 4.53. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliğine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	122
Tablo 4.54. Annenin gebelik sırasında ilaç kullanımına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	124
Tablo 4.55. Annenin sakız çiğnemesi ile eğitim seviyesi arasındaki bağlantının incelenmesi....	125
.....	
Tablo 4.56. Annenin sakız çiğneme durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	125

Tablo 4.57. Annenin öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre nicel değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi.....	126
Tablo 4.58. Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	128
Tablo 4.59. Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	129
Tablo 4.60. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	131
Tablo 4.61. Çocuğu dudaktan yada ağızdan öpme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	132
Tablo 4.62. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması.....	133
Tablo 4.63a. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (r değerleri).....	134
Tablo 4.63b. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (p değerleri).....	135

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Remineralizasyon ve demineralizasyon dengesi.....	14
.....	14
Şekil 2.2. Stephan eğrisi.....	15
Şekil 3.1. dmfs/DMFS indeks şablonu.....	28
Şekil 4.1. Cinsiyet dağılımı.....	30
Şekil 4.2. Yaş dağılımı.....	30
Şekil 4.3. Doğum zamanı dağılımı.....	37
Şekil 4.4. Doğum kilosu dağılımı.....	41
Şekil 4.5. Dişlerin ilk fırçalanma zamanı dağılımı.....	49
Şekil 4.6. Diş fırçalama sıklığı dağılımı.....	50
Şekil 4.7. Fırçalama şekli dağılımı.....	52
Şekil 4.8. Florürlü macun kullanımı dağılımı.....	56
Şekil 4.9. Anne sütü beslenme yaş aralığı dağılımı.....	59
Şekil 4.10. Emzik-biberon kullanma yaş aralığı dağılımı.....	64
Şekil 4.11. Gece beslenme yaş aralığı dağılımı.....	70
Şekil 4.12. Öğün aralarında şeker tüketim dağılımları.....	73
Şekil 4.13. Hamilelik yaşı dağılımları.....	77
Şekil 4.14. Doğum şekli dağılımları.....	87
Şekil 4.15. Eğitim seviyesi dağılımları.....	90
Şekil 4.16. Gelir seviyesi dağılımı.....	97
Şekil 4.17. Diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımı.....	104
Şekil 4.18. Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımı.....	113
Şekil 4.19. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımı.....	116
Şekil 4.20. Çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün ağızıyla yapılması alışkanlığı dağılımı....	128
Şekil 4.21. Aynı tabak-kupa ile yeme-içme alışkanlığı dağılımı.....	131

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 3.1. Ana başlıklar altında anket soruları.....	26
--	----

RESİMLER LİSTESİ

Resim 2.1. PUFA indeksi kullanılarak tedavi edilmemiş diş çürüğünün aşamalarının gösterilmesi.....	9
Resim 2.2. Çapraşık, hizalanmamış ve hipomineralizasyonlu dişler.....	14
Resim 3.1. Ayna-sond.....	28
Resim 3.2. Hastaların muayenesi ve indekslerin kaydedilmesi.....	29

SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

μg	mikrogram
Ca^{2+}	Kalsiyum iyonu
Cl^-	Klor iyonu
F^-	Flor iyonu
K^+	Potasyum iyonu
Mg^{2+}	Magnezyum iyonu
Na^+	Sodyum iyonu
PO_4^{3-}	Fosfat iyonu
25(OH) D	25-Hidroksi vitamin D
A/ a	Apseli diş
AAPD	Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi
CAST	Çürük Değerlendirme Spektrumu ve Tedavi İndeksi
CEJ	Mine-sement bağlantısı
D/ d	Çürük diş
DMF/ DMFT/ DMFS/dmft/dmfs	Çürük-dolgulu ve/veya eksik diş sayısını gösteren indeks
EÇÇ	Erken çocukluk çağı çürüğü
F/ f	Fistüllü diş
F/ f	Dolgulu diş
FS-T	Dolgulu ve sağlam diş indeksi
ICDAS	Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi
M/m	Eksik diş
mg	Miligram
min	Minimum
max	Maksimum
P/ p	Pulpa tutulumu olan diş

pH	Hidrojen iyon konsantrasyonu
PUFA/pufa	Diş çürüğünün şiddetini belirlemek için kullanılan indeks
S. Mutans	Streptococcus mutans
SiC	Çürük indeksi
SCI	Çürük indeksi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
U/u	Ülserasyonu sebep olan diş

**UŞAK İLİNDE YAŞAYAN 3-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI
ÇÜRÜĞÜNÜN MATERNAL FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ
(Uzmanlık Tezi)**

Emine Gülen GÜLTEKİN

**UŞAK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Pedodonti ABD**

Mart, 2025

ÖZET

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ); çocuklarda ağrı, malnütrisyon, konuşma zorluğu, büyüme ve gelişim geriliği gibi olumsuzluklara sebep olabilen hızlı ilerleyen enfeksiyöz bir hastalıktır. Annenin beslenme alışkanlıkları, ağız hijyeni, kendi sağlığı ve çocuğuna verdiği bakım, EÇÇ gelişimini etkileyebilir. Bu tez çalışmasının amacı; maternal faktörlerle EÇÇ arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu konunun önemine dikkat çekmektir. Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi' ne başvuran 3-5 yaş arası 50 çocuk ve annesi (toplam 100 hasta) çalışmamıza dahil edilmiştir. Annelerden onam formu alındıktan sonra çocuklarıyla ve kendileriyle ilgili soruları içeren anket formunu doldurmaları istenmiştir. Sonrasında anne ve çocuklardan sırasıyla DMFS/PUFA-dmfs/pufa indeksleri alınmıştır.

Çalışma grubumuzda EÇÇ prevalansı %98 olarak elde edilmiştir. EÇÇ ile annenin; gebelik sırasında kullandığı ilaç, sakız çiğneme durumu, çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün ağzıyla yapma alışkanlığı ve çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler : erken çocukluk çağı çürüğü, maternal faktörler, dmfs, pufa.

Sayfa Adedi : 241

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üy. Merve ALKIŞ

**EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN
EARLY CHILDHOOD CARIES AND MATERNAL FACTORS
IN 3-5-YEAR-OLD CHILDREN IN UŞAK
(Specialization Thesis)**

Emine Gülen GÜLTEKİN

**USAK UNIVERSITY
FACULTY OF DENTISTRY
Department of Pedodontics**

March, 2025

ABSTRACT

Early Childhood Caries (ECC) is a rapidly progressing infectious disease that can lead to negative consequences such as pain, malnutrition, speech difficulties, and growth and developmental delays in children. A mother's nutritional habits, oral hygiene, overall health, and the care she provides to her child can influence the development of ECC. The aim of this thesis study is to examine the relationship between maternal factors and ECC and to highlight the importance of this issue. A total of 100 participants, including 50 children aged 3-5 years and their mothers, who applied to Uşak University Faculty of Dentistry, were included in our study. After obtaining informed consent from the mothers, they were asked to fill out a questionnaire containing questions about themselves and their children. Following this, DMFS/PUFA-dmfs/pufa indices were recorded for both mothers and children.

In our study group, the prevalence of ECC was found to be 98%. A statistically significant relationship was detected between ECC and the mother's medication use during pregnancy, gum chewing habits, the habit of checking the temperature/taste of the child's food with her mouth, and the practice of sharing a toothbrush with the child ($p<0.05$).

Keywords : early childhood caries, maternal factors, dmfs, pufa.

Number of pages : 241

Advisor : Asst. Prof. Dr. Merve Alkış

1. GİRİŞ

Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ), diş sert dokularının demineralizasyonu ve remineralizasyonu arasındaki dengenin bozulması sonucunda gelişen, biyofilm aracılı, çok faktörlü ve dinamik bir hastalıktır (1). EÇÇ, 6 yaş altındaki çocukların herhangi bir süt dışında bir veya daha fazla çürük nedeniyle eksik veya dolgu yapılmış diş yüzeyinin bulunması olarak tanımlanmaktadır (2).

Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ), çocuklar ve aileleri için ağrı, enfeksiyon ve yaşam kalitesinde düşüş riski oluşturan bir durumdur. Bu durum, acil servis başvurularında artış ve hastaneye yatışlar gibi sonuçlara yol açabilir; ayrıca okula devamsızlık ve beslenme alışkanlıklarında değişiklikler meydana getirerek yetersiz beslenmeye ve fiziksel büyüme ile gelişimde olumsuz etkilere neden olabilir (3).

Annenin EÇÇ üzerine etkileri detaylı bir şekilde araştırılmıştır; bu da bu yaygın çocukluk durumunu anlamaya yönelik kavramsal çerçevelerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu tür çerçeveler, annelerin bakteri edinimi ve kolonizasyonunun (dikey bulaşma) yanı sıra çocukları için sosyalleşmenin (rol modelleme) ana kaynağı olduğunu savunmaktadır. Anneler, sağlıklı alışkanlıkların kazanılmasını (düzenli diş fırçalama ve düşük serbest şeker alımı), diş hizmetlerine erken aşinalığı (diş hekimine ilk ziyaret yaşı ve düzenli diş hekimi kontrolleri) ve yaşam stresörleriyle başa çıkma yeteneğini (özellikle olumsuz sosyoekonomik koşullarda yaşamaya bağlı) teşvik edecektir (4). Ebeveynlerin ağız sağlığı, tutum ve inançlarının iyi bir yansıması olmasına ve bu durumun daha sonra diyet seçimlerini ve diş hekimliği hizmetlerinden yararlanmalarını etkileyebilmesine rağmen, annelerin ağız sağlığı durumu ile çocuklarında diş çürüğü varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (5).

Bu çalışmamızda amacımız; maternal faktörler ve EÇÇ arasındaki ilişkiyi sorgulamak ve yaptığımız muayenelerde aldığımız indekslerle anne ve çocuğun ağız hijyenleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmamızda belirlenen amaç

doğrultusunda anneye çocuk ve kendisiyle ilgili sorular içeren anket verilmiş olup; annenin verilen bu anketi eksiksiz bir şekilde doldurması istenmiştir. Anketi dolduran tüm anne ve çocukların ağız muayeneleri yapıp belirlenen indeksler (dmfs/ DMFS, pufa/ PUFA) doldurulmuştur. Anket cevapları kaydedilerek EÇÇ ile maternal faktörler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Böylece literatüre bu faktörlerle ilgili katkı sağlamak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Diş Çürüğü

Dişler, diş eti sınırındaki mine-sement birleşim yerinin (CEJ) üzerinde yer alan görünür kron kısmı ve CEJ' in altında bulunan kök yapısından oluşur. Kron kısmının yüzey katmanı, esas olarak hidroksiapatit olan mine ile kaplıdır (6). Mine; sert, hücresiz ve damarsız bir dokudur. Hücresiz olduğu için hasar gördüğünde otomatik olarak yenilenemez veya onarılamaz (7). Dentin, odontoblast uzantıları içeren canlı bir dokudur ve bu doku, ağız boşluğundan gelen uyarıların mine aracılığıyla iletilmesine yanıt verir (8).

Fermente olabilen karbonhidratlar mevcut olduğunda, bakteriler bunları metabolize eder ve yan ürün olarak organik asitler üretir. Bu asitler, diş minerallerini çözer. Dişin sert dokularında (mine ve dentin) bu bakteriler tarafından meydana getirilen mineral kaybı, ilk aşamalarında geri döndürülebilir; çünkü tükürükteki mineraller, remineralizasyona yol açar (9). Çürük oluşumu, diş mineral kaybı (demineralizasyon) ve mineral geri kazanımının (remineralizasyon) birbirini takip ettiği bir süreçtir. Mineral kaybı uzun süre devam ederse, dişin belirli anatomik bölgelerinde çürük lezyonları oluşabilir (10).

2.1.1. Diş Çürüğünü Belirlemede Kullanılan İndeksler

Yıllar boyunca yapılan araştırmalar, çürüğün önlenemez ve kontrol edilebilir bir hastalık olduğunu göstermiştir. Çürüğü önleyebilecek veya kontrol edebilecek önlemleri uygulamak için bir toplumda çürüğün güvenilir bir resminin elde edilmesi ön koşuldur; bu, yalnızca güvenilir bir çürük değerlendirme sistemine (indeks) sahip olmamız durumunda elde edilebilir (11).

SiC (Significant Caries Index, Önemli Çürük İndeksi), bireylerin DMFT değerlerine göre sıralanarak hesaplanır; ardından en yüksek çürük puanlarına sahip olan popülasyonun üçte biri seçilir ve bu alt grubun ortalama DMFT' si hesaplanır. Bu

değer, SiC indeksi' ni oluşturur. SiC indeksinin ana dezavantajı, bu indeksin DMF indeksinin bir uzantısı olmasıdır, çünkü diş çürüğünü değerlendirmek için aynı kriterleri izler ve DMF indeksinin popülasyondaki çürüğü değerlendirmedeki sınırlamalarına sahip olacaktır. Ayrıca, bu indeks, çürük prevalansının düşük olduğu ve karışık bir dağılım gösteren popülasyonlarda daha anlamlıdır (11).

Erken ya da ilerlemiş çürük lezyonlarının görsel ve dokusal değerlendirilmesinde Nyvad sistemi güvenilir bir metottur (12). Bu sisteme göre, muayene sadece yüzeyin klinik özelliklerine (renk, opaklık, kavitasyon varlığı) göre yapılır ve lezyonu inaktif ve aktif olarak sınıflandırır (Tablo 2.1)

Tablo 2.1. Nyvad sisteminde kodlama (13).

KOD	KATEGORİ	KRİTER
0	Sağlam yüzey	Normal mine translüsentliğine ve sertliğine sahip yüzey.
1	Aktif çürük lezyonu Yüzey bütünlüğü bozulmamış	Mat, beyazımsı/sarımsı opak ve sondla muayenede pürüzlü mine dokusu. Klinik olarak gözlenen bir doku kaybı yoktur. Düz yüzeylerde; tipik olarak gingival kenara yakındır. Pit/fissürlerde; morfoloji bozulmamıştır, sadece fissür duvarları etkilenmiştir.
2	Aktif çürük lezyonu Yüzey bütünlüğü bozulmuş	Kod 1'deki kriterlere benzemekle birlikte minede lokalize defekt gözlenir. Sondla muayenede ise tabanda yumuşama veya mine altında çürük teşhis edilmez.
3	Aktif çürük lezyonu Kavitasyon mevcut	Dentinde kavite oluşumu görsel olarak teşhis edilebilir düzeydedir. Sondla muayenede kavite tabanı yumuşaktır. Lezyon pulpaya ulaşmış veya ulaşmamış olabilir.
4	İnaktif çürük Yüzey bütünlüğü bozulmamış	Mine yüzeyi beyaz-kahverengi veya siyah görünümündedir, parlak olabilir. Sondla muayenede yüzey düzgün ve serttir. Düz yüzeylerde çürük lezyonu gingival kenardan uzaktadır, fissürlerde ise yalnızca fissür duvarı etkilenmiştir, morfoloji bozulmamıştır. Klinik olarak madde kaybı yoktur.
5	İnaktif çürük Yüzey bütünlüğü bozulmuş	Kod 4 kriterleri ile benzer ancak mine ile sınırlı lokalize defekt gözlenir. Sondla muayenede ise tabanda yumuşama veya mine altında çürük teşhis edilmez.
6	İnaktif çürük Kavitasyon mevcut	Görsel olarak tespit edilebilen dentine ulaşmış kavitasyon vardır. Yüzeyi parlak, sondla muayenede sert ve pulpaya ulaşmamış kavite bulunur.
7	Dolgu/Sağlam yüzey	Dolgulu diş, çürük yoktur.
8	Dolgu/Aktif çürük	Çürük kavite oluşturmuş ya da oluşturmamış olabilir.
9	Dolgu/İnaktif çürük	Çürük kavite oluşturmuş ya da oluşturmamış olabilir.

ICDAS-II (International Caries Detection and Assessment System II, Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi 2), görsel muayenenin temiz ve plak içermeyen dişler üzerinde yapılması gerektiği prensibine dayanarak geliştirilmiştir. Erken lezyonları belirlemek için lezyon/yüzey dikkatlice kurutulmalıdır. Bu sisteme göre, geleneksel çürük tarayıcıları ve keskin sondların yerine, top uçlu periodontal sond kullanılması, yeni başlayan lezyonlarda travmatik ve iyatrojenik (tedavi kaynaklı) hasarları önleyecektir. Daha sonra, bu kriterler değiştirilerek, Baltimore' daki ICDAS çalıştayında ICDAS-II oluşturulmuştur (Tablo 2.2). Bu iyileştirme, sistemin artan çürük şiddetini yansıtmadığını sağlamak amacıyla kod değişimlerini içermektedir (14).

Tablo 2.2. ICDAS II (15)

KOD	ICDAS II KRİTERLERİ
0	Sağlam diş yüzeyi: Uzun süreli hava kurutma (5 sn) sonrası çürük belirtisi yok.
1	Mine üzerindeki ilk görsel değişiklik: Uzun süreli hava kurutma sonrası, pit veya fissürün girişinde beyaz veya kahverengi opasite veya renk değişikliği görünür, ıslak yüzeyde pek görünmez veya zor görünür.
2	Mine üzerindeki belirgin görsel değişiklik: Islak durumda pit ve fissürün girişinde belirgin opasite veya renk değişikliği görünür, lezyon kuru olduğunda da görünmelidir.
3	Çürük nedeniyle lokalize mine bozulması: Islak durumda doğal fissür/ fossa genişliğinden daha geniş opasite veya renk değişikliği, uzun süreli hava kurutma sonrası görünür; dentin veya altta yatan gölge yok.
4	Mine yıkımı ile birlikte dentinden kaynaklanan koyu gölge.
5	Görünür dentinde belirgin çürük: Demineralizasyonun görsel kanıtı ve dentin açığa çıkmış.
6	Görünür dentinde geniş bir çürük ve yüzeyin yarısından fazlası etkilenmiş.

SCI (Specific Caries Index, Spesifik Çürük İndeksi), klinik muayeneye dayalı olarak bireyde tedavi edilmemiş diş çürüğü hakkında nitel ve nicel bilgi sağlar ve DMFS indeksi ile kullanıldığında, hedef bir popülasyon için ağız sağlığı hizmetlerinin planlanması için faydalı veriler sunar. SCI için çürük puanlama kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

0: Hiçbir çürük lezyon tespit edilmemiş.

- 1: Molar ve premolarlardaki oklüzal, bukkal pitler ve fissürlerde, anterior dişlerin lingual pitlerinde çürük lezyon oluşumu.
- 2: Molar ve premolarlarda etkilenen proksimal çürükler.
- 3: Anterior dişlerin proksimal yüzeyinde yer alan ve insizal kenarı etkilemeyen çürük lezyonu.
- 4: Anterior dişlerin proksimal yüzeyinde yer alan ve insizal kenarı etkileyen çürük lezyonu.
- 5: Dişin servikal bölgesinde yer alan çürük lezyonu.
- 6: Molar ve premolarlardaki oklüzal kasp tepelerinde ve keser dişlerin insizal kenarlarında yer alan çürük lezyonu.
- 6A: Çekim için belirtilen aşırı çürümüş diş/kök artıkları (16).

CAST (Caries Assessment Spectrum And Treatment Index, Çürük Değerlendirme Spektrumu ve Tedavi İndeksi), çürük lezyonların mine, dentin ve pulpadaki ilerleme aşamalarını değerlendirir; ayrıca çürük nedeniyle kaybedilen ve tedavi edilen dişleri kaydeder (17). (Tablo2.3)

Tablo 2.3. CAST indeksinde kodlama (18)

KARAKTERİSTİK	KOD	KLİNİK GÖRÜNÜM
Sağlam	0	Çürüğün görsel bir belirtisi yoktur.
Örtücü	1	Pit ve fissürlerde kısmen ya da tamamen bulunan örtücü
Restorasyon	2	Direkt/indirekt olarak uygulanmış restoratif materyal
Mine	3	Sadece mineyi içeren, doku yıkımı olan/olmayan belirgin renk değişikliği
Dentin	4	Mine yıkımı olan/olmayan, çürükle ilişkili dentinden yansıyan renk değişikliği
Dentin	5	Pulpayı içermeyen dentin kavitasyonu
Pulpa	6	Pulpayı içeren kavitasyon ya da yalnızca kök varlığı
Apse/Fistül	7	Pulpa ile ilişkili olan abse veya fistül varlığı
Kayıp	8	Çürük nedeni ile kaybedilmiş diş
Diğer	9	Diğer durumlar

2.1.1.1. DMF İndeks

Çürük hastalığına yönelik tanı sürecini iyileştirmek ve tedavi kararlarını almak amacıyla çalışmalar yapılmıştır; dmft/ DMFT indeksi, ICDAS veya Nyvad gibi 29'dan fazla sistem geliştirilmiştir. Bunlar arasında, dünya genelinde ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en yaygın kullanılan sistem dmft/ DMFT indeksidir (19)

DMFS indeksi, diş çürüğü yaygınlığı ve deneyimi üzerine epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu; çürük, kaybedilmiş veya dolgulu dişlerin (veya yüzeylerin) sayısının basit bir toplamıdır ve bir bireyin veya bir topluluğun diş çürüğü deneyiminin kümülatif şiddetini temsil eder (20).

Bir topluluktaki diş durumu geleneksel olarak çürümüş (D), kayıp (M) ve dolgulanmış (F) dişlerin (T) veya yüzeylerin (S) toplam sayısı ile (DMFT ve DMFS sırasıyla) tanımlanmıştır. Birçok araştırmacı DMF' nin sınırlamalarını fark etmiştir. Ağız sağlığını tanımlamak için başka indeksler veya göstergeler geliştirme girişimleri olmuştur. Bu alternatif indekslerden biri, dolgu yapılmış ve sağlıklı dişlerin sayısını gösteren FS-T' dir. DMFT hastalığı ve sonuçlarını temsil ederken, FS-T sağlık ve işlevselliği temsil eder (21).

Diş yüzeyleri görünür ışık altında ayna ve yuvarlak uçlu sond kullanılarak değerlendirilir. Her bir diş/yüzey için tek skor verilir; örneğin restore edilmiş dişte/ yüzeyde bulunan sekonder çürük sadece D skorunu alır (18). Birey başına DMFT puanları, üçüncü azı dişlerinin dahil edilip edilmediğine bağlı olarak 0 ile 28 veya 32 arasında değişebilir. İndeks yalnızca diş yüzeylerine uygulandığında (posterior dişler için beş, anterior dişler için dört yüzey), DMFS olarak adlandırılır ve birey başına puanlar, üçüncü azı dişlerinin dahil edilip edilmediğine bağlı olarak 0 ile 128 veya 148 arasında değişebilir (22). İndeks süt dişleri için kullanıldığında küçük harfler ile ifade edilerek dmft/ dmfs adını alır (18).

Pediyatrik epidemiyolojik çalışmalar, etik (örneğin, sık röntgen maruziyeti), pratiklik (örneğin, çocuk işbirliği eksikliği) ve maliyetler nedeniyle nadiren röntgen

kullanmaktadır. Bu nedenle, çoğu gözlemsel EÇÇ çalışması primer diş çürüklerini ölçmek için dmfs puanlamasına dayanmak zorundadır. dmfs puanı, tedavi zamanında yüzey durumu ne olursa olsun, kronlanmış/çekilmiş çürük dişlerin tüm yüzeylerini çürük olarak sayar (23).

2.1.1.2. PUFA İndeks

DMFT/ dmft indeks çürükler ve restoratif ya da cerrahi tedaviler hakkında bilgi sağlar, ancak tedavi edilmeyen diş çürüklerinin klinik sonuçları, örneğin pulpa tutulumu ve diş apsesi gibi, çürük lezyonlarından daha ciddi olabilecek durumlar hakkında bilgi vermez (24). PUFA indeksi, yüksek çürük prevalansına sahip popülasyonlarda çürük deneyimini tam olarak kaydetmek için dmft/ DMFT indeksi ile birlikte kullanılmak üzere tavsiye edilmiştir. Böylece, halk sağlığı uzmanları ve ağız sağlığı hizmet sağlayıcıları, toplumlarında yeterli ağız bakımı hizmetleri sunulması gerektiği konusunda uyarılabilir (25).

PUFA/ pufa skoru, DMFT/ dmft gibi kümülatif olarak hesaplanır ve PUFA/pufa tanı kriterlerini karşılayan dişlerin sayısını temsil eder. PUFA, daimi dişler için, pufa ise süt dişleri için ayrı ayrı raporlanır. Bu nedenle, birey için puan süt dişleri için 0 ile 20 arasında, daimi dişler için ise 0 ile 32 arasında değişebilir (24).



Resim 2.1. PUFA indeksi kullanılarak tedavi edilmemiş diş çürüğünün aşamalarının gösterilmesi

Resim 2.1a./ 2.1b. Pulpa ilişkisi (P/ p): Bu, pulpa odasının açıldığını gösteriyor; dişin kronunun çürük tarafından yok edildiğini belirtir.

Resim 2.1c/ 2.1d. Ülserasyon (U/ u): Bu, diş veya kök parçalarının neden olduğu yumuşak dokulardaki (dil ve mukoza gibi) travmatik ülserasyonu gösterir.

Resim 2.1e/ 2.1f. Fistül (F/ f): Bu, bir apsedan kaynaklanan ve ağız boşluğuna açılan sinüs yolunu gösterir.

Resim 2.1g/ 2.1h. Apse (A/ a): Bu, alveolar kemikteki lokalize bir apse birikimini, yani dento-alveolar apseyi gösterir (24).

2.2 Erken Çocukluk Çağı Çürükleri

Erken çocukluk çağı çürüğü (EÇÇ), daha önce biberon çürüğü ve bebek biberon çürüğü olarak adlandırılan, çocukluk döneminin önemli kronik hastalıklarından biridir (26). EÇÇ, 72 ay veya daha küçük yaştaki çocukların süt

dişlerinde bir veya daha fazla çürük lezyonun, çürük nedeniyle kaybedilen bir dişin ve/veya dolgunun varlığı ile tanımlanır (27). 3 yaşından küçük bir çocukta herhangi bir düz yüzey çürüğü belirtisi veya 3 yaşında dört veya daha fazla, 4 yaşında beş veya daha fazla, 5 yaşında ise altı veya daha fazla çürük, eksik veya dolgulu diş yüzeylerinin varlığı şiddetli EÇÇ olarak tanımlanır (28).

Her ne kadar süt dişleri değişecek olsa da, EÇÇ' nin daimi dişlerde çürük oluşumu için potansiyel bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür. Birçok epidemiyolojik çalışma, EÇÇ geçmişi bilinen okul çocukları, ergenler ve yetişkinler arasında daimi dişlerde çürük görülme sıklığı ve şiddetinde artış olduğunu ortaya koymuştur (29,30). Bunun olası sebeplerinden biri, süt dişlerinde yaygın olan çürük yapıcı bakterilerin yeni çıkan dişlere de etki edebileceğidir. Diğer bir olası sebep ise çocukluktan ergenliğe kadar değişmeyen sosyodemografik faktörler, ağız hijyeni alışkanlıkları ve beslenme alışkanlıkları gibi hem süt hem de daimi dişleri etkileyen ortak risk faktörleridir (31).

Diş çürüğü zamanında tespit edilmez ve tedavi edilmezse şiddetli ağrı ve enfeksiyona yol açar; çocukların okula gitmesini, uyku düzenlerini ve diğer günlük faaliyetlerini de önemli ölçüde etkileyebilir. Uzun vadede ise büyüme ve vücut ağırlığının azalması, genel sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (31,32).

2.2.1. Erken Çocukluk Çağı Çürükleri Prevalansı

Süt dişlerindeki diş çürüğü, dünya genelinde yaklaşık 560 milyon çocuğu etkileyen en yaygın 12. hastalıktır (33). Diğer yaygın hastalıklarla karşılaştırıldığında, diş çürükleri astımdan beş kat daha sık ve saman nezlesinden yedi kat daha yaygındır (34). EÇÇ dünya genelinde hızla artmakta ve özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (35).

Üst çene süt kesici dişleri ve süt birinci azı dişleri çürüğe karşı daha hassastır. Alt çene kesici dişleri tükürük salgısı ile birlikte dilin koruyucu etkisi sayesinde daha az etkilenir (34).

Yaş arttıkça dişlerin çürük yapıcı faktörlere maruz kalma süresi uzamaktadır. Bu nedenle, daha büyük çocuklarda daha yüksek prevalans beklemek mantıklıdır (36).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler olarak değerlendirilen toplumlarda EÇÇ çeşitli yatkınlık faktörlerinin varlığı nedeniyle yaygındır. Bu faktörler arasında bebek beslenmesi ile ilgili yanlış bilinenler, besin değeri olmayan emme alışkanlıkları, obezite, anne ve çocuğun kötü ağız hijyeni, ailenin eğitim ve sosyoekonomik durumu, yetersiz flor alımı ve ebeveynlerin bebeklerin ağız hijyeni konusundaki yetersiz bilgisi yer almaktadır (35).

2.2.2. Erken Çocukluk Çağı Çürükleri Etiyolojisi

EÇÇ etiyojisi çok faktörlü ve karmaşıktır; çevresel, davranışsal, sosyoekonomik ve biyolojik faktörleri içerir (37). Çürük lezyonları; karyojenik mikroorganizmalar, fermente edilebilir karbonhidratlar ve hassas diş yüzeyinin etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu faktörler uygun zaman diliminde, başlangıç aşamasındaki çürük lezyonlarını tetikler (38).

2.2.2.1. Beslenme

EÇÇ, enfeksiyöz ve bulaşıcı bir "aile hastalığı" olarak kabul edilir ve genellikle kötü beslenme alışkanlıklarıyla ilişkilidir. Yoğun şekerli ürünler, meyve suları ve nişastalı gıdalar; yüksek çürük yapma potansiyeline sahip gıdalar olarak tanımlanırken, süt, peynir, işlenmemiş bitkisel gıdalar, tam tahıllar ve et gibi besinler ise antikaryojenik rollerle ilişkilendirilmiştir (39).

Şeker, *Streptococcus mutans* (S. Mutans) ve laktobasiller tarafından işlenerek aside dönüştürülür ve bu asit diş yapısının demineralizasyonuna yol açar. Yapılan çalışmalar inek sütü ve anne sütünün sakkarozdan daha az çürük yapıcı olduğu, inek sütünün ise en az çürük yapıcı olduğu yönündedir (34). Anne sütü, yeni doğanlar için mükemmel bir beslenme sağlar ve gastro-intestinal ile solunum yolu enfeksiyonları riskini azaltır (40). Ancak özellikle bir yaşın üzerindeki emzirme ve dişlerin çıkmasından sonra gece boyunca emzirme EÇÇ ile ilişkili olabilir. Bu durum, uzun süre şekerli maddelerin ağız içinde kalması ve ağız bakterileri tarafından asit

üretiminin artmasına yol açarak diş minesinin demineralizasyonuna neden olabilir (41).

Gece boyunca biberonla beslenmek, tükürük akışında ve nötralizasyon kapasitesinde azalmaya neden olur; bu da gıdaların dişlerde birikmesine ve fermente edilebilen karbonhidratlara uzun süre maruz kalınmasına yol açar. Ayrıca, emziğin şekere batırılması alışkanlığı, diş çıkarmamış bebeklerde S. Mutans' la erken kolonizasyonla ilişkilendirilmiştir (42).

Meyve suları ve C vitamini içeceklerinde bulunan sakkaroz, glikoz ve fruktoz gibi şekerler, bebeklerde diş çürüğü ile en sık ilişkilendirilen şekerler arasındadır. Sakkaroz, en yaygın kullanılan şeker olup diş çürüğünde en etkili şeker olarak kabul edilmektedir (43). Sakkaroz, mutans streptokoklar ve laktobasillerin oranını arttırırken, aynı zamanda Streptococcus Sanguinis seviyelerini azaltır. Karbonhidratların ağızdan temizlenmesi, tükürük akışının azaldığı ve plak ile substrat arasındaki temasın arttığı uyku sırasında en düşük seviyededir, bu da çürük yapıcı türlerin büyümesini destekler. Böylece sağlıklı bir biyofilm, hastalıklı bir biyofilm haline dönüşerek demineralizasyonu artırır (38).

EÇÇ ile yetersiz beslenme arasında önemli bir ilişki belgelenmiştir; yetersiz beslenmenin bir çocuğu çürüğe yatkın hale getirdiği ve çürüğün de bir çocuğu yetersiz beslenmeye yatkın hale getirdiği çift yönlü bir ilişki varsayılmaktadır (44).

Bir yiyeceğin içsel karyojenitesine ek olarak, tüketim şekli de büyük bir öneme sahiptir; karbonhidrat miktarının, özellikle şekerin tek başına önemli bir faktör olmadığı, tüketim sıklığının da önemli olduğu bilinmektedir (45).

2.2.2.2. Bakteri Plağı

Ağız boşluğu, insan vücudundaki en çeşitli mikrobiyal topluluklardan birine ev sahipliği yapmaktadır (46). Ağız mikrobiyal toplulukları son derece dinamik olup genellikle konak ile hemostatik bir denge içinde var olurlar. Belirli koşullar altında bu denge bozulur. Ağız polimikrobiyal toplulukları ile konak bağışıklık sistemi

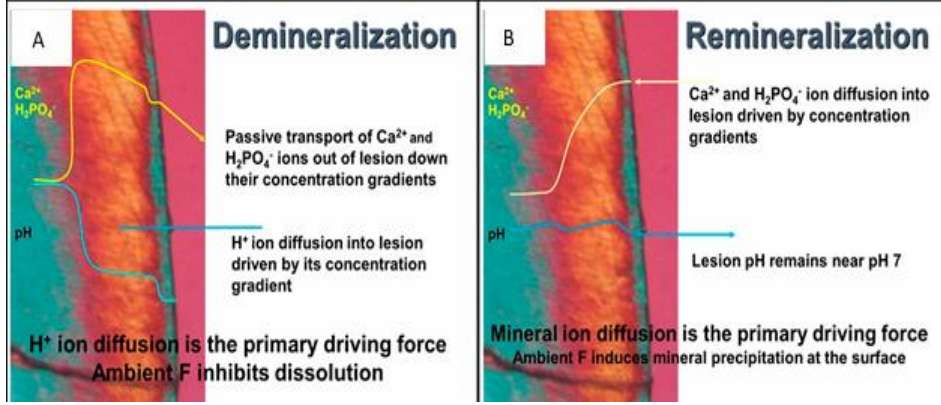
arasındaki disbiyotik etkileşim, tam olarak karakterize edilmemiş çoklu mekanizmaları içeren ve ağız hastalığının başlangıcı ve ilerlemesi için kritik öneme sahip bir durumdur (47).

S. mutans, asit üretme ve asit toleransı konusundaki güçlü yeteneği nedeniyle çürük gelişiminde önemli bir rol oynamakta ve EÇÇ ile en sık ilişkilendirilen mikroorganizma olarak kabul edilmektedir (48). EÇÇ ile ilişkili diğer türler, non-mutans Streptococcus, Lactobacillus, Actinomyces, Bifidobacterium, Veillonella ve Candida türleridir. Mikroorganizmalar dişlerdeki pelikül üzerine 3-6 saat içinde tek katman şeklinde yapışır. Tek katman, çok katmanlı bir yapı ile değiştirilir ve mikroorganizmalar metabolizmalarını değiştirerek daha fazla fakültatif anaerobik veya katı anaerobik hale gelirler (49,50).

2.2.2.3. Tükürük

Tükürük, çürüğe karşı konağın ana savunma sistemidir. Tükürük, yiyecekleri ve bakterileri uzaklaştırır ve üretilen asitlere karşı tamponlayıcı bir etki sağlar (38). Diş çürüğünün önlenmesinde önemli olan lizozim, laktoferrin ve aglütininer gibi antimikrobiyal proteinler ile birlikte, oral bakterileri aglütine eden ve bunların temizlenmesine yardımcı olan müsinler, fibronektinler, glikoproteinler, lizozimler, sekretuar immünoglobulinler gibi çeşitli organik moleküller içerir (40).

Mine demineralize olduğunda, mine hidroksiapatitinde bulunan kalsiyum (Ca^{2+}) ve fosfat (PO_4^{3-}) tükürüğe salınır. Florür (F^-), demineralize diş alt yapısına alınarak, remineralizasyon yoluyla florapatit kristal yapısı oluşturur ve böylece dişin sonraki asit saldırılarına karşı direncini artırır. Ayrıca, sodyum (Na^+), potasyum (K^+), magnezyum (Mg^{2+}) ve klor (Cl^-) gibi diğer elektrolitler, dişlerde bulunan çeşitli mineral fazların kristal kafesindeki kalsiyum ve fosfatın yerini alabilir. Bu durum, diş demineralizasyon ve remineralizasyon etkileşimlerini potansiyel olarak etkileyebilir. Tükürükteki elektrolit denge, diş sağlığı ve çürük gelişimi açısından kritik bir rol oynar (51).



Şekil 2.1. Remineralizasyon ve demineralizasyon dengesi

Şekil 2.1.A.: Demineralizasyon; asit saldırısı lezyon sınırında minenin çözülmesine sebep olur ardından kalsiyum (Ca^{2+}) ve fosfat (PO_4^{3-}) tükürüğe salınır dişten pasif difüzyonla dışarı doğru taşınır.

Şekil 2.1.B.: Remineralizasyon; kalsiyum (Ca^{2+}) ve fosfat (PO_4^{3-}) iyonları daha yüksek konsantrasyonlu tükürükten beyaz nokta lezyonuna doğru difüze olur. Bu iyonlar mevcut apatit mineralleri üzerinde çökelerek lezyon sınırından mineye doğru ilerler (52).

2.2.2.4. Diş Yapısı/ Konak

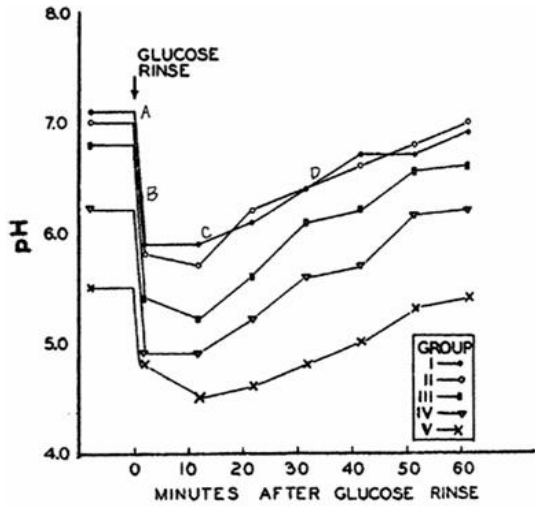
Diş çürüğü gelişimi için azalmış tükürük, bağışıklıkla ilgili faktörler, esas olarak hipoplazi ile karakterize edilen mine kusurları, olgunlaşmamış mine, diş morfolojisi ve dişin genetik özellikleri (boyut, yüzey, fossaların ve fissürlerin derinliği) ve çapraşık ya da hizalanmamış dişler risk oluşturur (38).



Resim 2.2. Çapraşık, hizalanmamış ve hipomineralizasyonlu dişler

2.2.2.5. Zaman

Diş çürüğüne neden olan faktörlerden biri de zamandır. Dişlerin şeker ve plak biyofilmi ile maruz kalma süresi uzadıkça, çürük riski artar (40). Stephan Eğrisi, diş plağında meydana gelen pH değişikliklerini göstermek için kullanılan ve çürük patogenezinin anlaşılmasına yardımcı olan bir grafiksel modeldir. Eğri, birkaç aşamaya ayrılabilir ve her bir aşama, plağın fizyolojik yanıtını temsil edebilir. Bu aşamalar, diş çürüğünün gelişimi açısından önem taşır.



Şekil 2.2. Stephan eğrisi

Şekil 2.2.A: Dinlenme aşaması; plak, 12 saat veya daha uzun süre şekerle temas etmemiştir. Bu durumda pH değeri ölçülür.

Şekil 2.2.B: İlk pH düşüşü; plak şekere maruz kaldığında pH değerinde ani bir düşüş yaşanır.

Şekil 2.2.C: Kritik pH düzeyinin altındaki süre; plak pH değeri "kritik pH" seviyesinin (genellikle 5,5 civarında) altına iner ve bu seviyede kaldığı süre, çürük riskinin arttığı dönemdir.

Şekil 2.2.D: Toparlanma aşaması; plak pH değeri yavaşça yükselmeye başlar ve eski seviyesine döner (53).

2.2.2.5. Diğer Faktörler

Florürün diş yüzeyindeki lokal etkisi, diş oluşumu sırasında florürlerin diş sert dokularına dahil edilmesi kadar önemli görülmektedir. Florürün post-erüptif etkisi, ağızdaki florür konsantrasyonlarına bağlıdır, bu nedenle düzenli florür maruziyeti, çürükleri azaltmada belirleyici bir öneme sahiptir (45).

İyi ağız hijyeninin uzun vadeli bakımını olumsuz etkileyen durumlar, çürük riski ile ilişkilidir. Bu durumlar arasında fiziksel ve zihinsel engeller, mevcut hatalı restorasyonlar veya ağız apareyi varlığı yer alabilir.

Psikofarmasötik ilaçlar gibi bazı ilaçlar, tükürük akış hızını azaltır ve çürük riskini etkileyebilir. Tükürük akış hızında azalmaya neden olan Sjögren sendromu ve kontrolsüz diyabet gibi hastalıklar, çürük gelişimi riskini artırabilir (54).

2.2.3. Erken Çocukluk Çağı Çürüğü Risk Faktörleri

Diş çürüklerinin oluşumunda etkili olan ana faktörler, yetişkinlerde ve çocuklarda benzer olmakla birlikte, çocuklarda mevcut olan bazı benzersiz risk faktörleri vardır; bu muhtemelen ağız mikrobiyal florasının ve konak savunma mekanizmalarının gelişim aşamasında olmasından kaynaklanmaktadır (55).

Çürük oluşumunu etkileyen faktörler arasında ailenin eğitim seviyesi ve sosyoekonomik durumu gibi çevresel ve sosyolojik etkenlerin yanı sıra, doğum öncesi ve sonrası hastalıklar, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi gelişimsel bozukluklar da yer alır (56).

2.2.3.1. Genel Sağlığa İlişkin Risk Faktörleri

Çocukluk çağı obezitesi ile diş çürükleri arasındaki ilişkiye yönelik ilgi giderek artmaktadır; bu iki hastalık, beslenme alışkanlıkları gibi ortak risk göstergelerini paylaşmaktadır (57).

Tip 1 diyabetli çocukların tükürük pH'ının önemli ölçüde daha düşük ve Lactobacillus sayılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Düşük tükürük pH'ı ve yüksek Lactobacillus sayısı, dişlerin demineralizasyonu ve diş çürüğünün kötüleşmesi için kritik faktörlerdir (58).

Kronik hastalıkları olan ve sakkaroz içeren sürekli ağız ilaçları kullanan çocuklar, özellikle gece yatmadan önce tekrarlanan kullanım durumunda, ilaç

kullanımı sonrasında ağız hijyeni sağlanmazsa risk altında olabilirler. Bu durum, ilaçlardaki yüksek şeker yükünden kaynaklanmaktadır.

İmmün supresyon da, diş çürüğüne duyarlılığı artırır. Onkolojik veya romatolojik tedavi gören çocuklar daha fazla duyarlı olabilir (59).

2.2.3.1.1. Doğum Zamanı ve Doğum Kilosu

Düşük doğum ağırlığı, yeni doğanın 2.500 gram veya daha az ağırlıkta olması olarak tanımlanır. Düşük doğum ağırlığı genellikle erken doğumla ilişkilendirilir ve birçok sosyal ve sağlık ölçütü gibi yoksul ve dezavantajlı gruplarda orantısız bir şekilde görülür (60). Erken doğum ise 37 haftadan önce bir bebeğin doğması olarak tanımlanmaktadır (61).

Birçok çalışma, prematüre çocukların süt dişlerinin büyüme ve gelişimindeki bozulmalar, ağız hijyeninin sağlanmasındaki zorluklar ve diş minesinin mineralizasyonundaki problemler nedeniyle EÇÇ 'ye daha yatkın olduğunu öne sürmektedir. Buna karşın, bazı çalışmalar prematüre olmanın, dişlerin geç sürmesi ve prematüre bebeklerin daha sık takip edilerek ağız sağlığı konusunda daha fazla bilgi edinmeleri nedeniyle EÇÇ için bir risk faktörü olmadığını savunmaktadır (62).

Prematüre bebekler, organların tam olarak olgunlaşma sürecini kaçırdıkları için solunum yolu hastalıkları veya kardiyovasküler hastalıklar gibi ciddi hastalıklara karşı savunmasızdırlar. Ayrıca motor fonksiyon bozuklukları, bilişsel ve davranışsal bozukluklar, prematüre bebeklerin ağız hijyenlerini kontrol etmelerini zorlaştırır ve bu da diş sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir (62).

Düşük doğum ağırlığı, mine defektlerine ve dişlerin geç sürmesine yol açabilir (63). Ayrıca düşük doğum ağırlığı olan çocuklar, normal doğum ağırlığı olan akranlarına göre daha az uygun ağız hijyenine sahip, daha fazla şekerli atıştırmalık tüketen ve daha sık zayıf ve gelişim geriliği yaşayan çocuklardır (61).

Düşük doğum ağırlıklı ve erken doğan çocuklar için düzenli diş muayeneleri, koruyucu tedavilerin uygulanması, ağız hijyeni ve ebeveynlere yönelik beslenme eğitimi, EÇÇ' nin önlenmesinde önemli bir fark yaratabilir (56).

2.2.3.2. Anneye İlişkin Risk Faktörleri

Bir annenin sağlık davranışları genellikle kendi kişiliğini ve yaşını, ayrıca ailevi kültürel, etnik ve eğitim geçmişini yansıtır. Öte yandan, bir anne, çocuğunun tepkisi ve mizaç özellikleri ile toplumsal ve kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle, bir annenin davranış kalıpları ile çocuğu, ailesi ve toplumu arasındaki bağlantılar son derece karmaşık yollar içerir ve bu durum, çocuğun ağız sağlığı üzerinde önemli bir etki yaratabilir (64).

Anne sağlığı, çocukların doğum koşullarını etkileyen önemli bir faktördür. Gebelik sırasında sigara içme, alkol kullanma, metabolik bozukluklar, yetersiz beslenme ve enfeksiyon gibi anormal olayların bebek büyümesini geciktirerek olumsuz doğum sonuçlarına neden olabileceği öne sürülmüştür (62).

2.2.3.2.1. Anne Sütü

Anne sütü, bebeklerin beslenmesinde önemli bir kaynak olarak kabul edilmekte ve tamamlayıcı gıdalar ile birlikte 2 yaşına kadar devam ettirilmesi önerilmektedir (65). Anne sütü yüksek besin içeriğine sahiptir ve otitis media, gastroenterit, solunum yolu hastalıkları, ani bebek ölümü sendromu, nekrotizan enterokolit, obezite ve hipertansiyon gibi hastalıklara karşı birçok fayda sağladığı gösterilmiştir (66).

Emzirmenin çocuklar ve anneler için birçok önemli sağlık faydası arasında, anne sütünün EÇÇ oluşumunu önleyici bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, dişin anne sütüne uzun süre maruz kalması da EÇÇ için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (65).

Anne sütündeki demir içeriği, bebeklerin büyümesi ve gelişimi için yetersizdir. Ayrıca uzun süreli emzirme çocuklarda tükürük akışını etkileyebilir; dolayısıyla bu

durum, demir eksikliği ve EÇÇ riskini artırabilir. Sadece anne sütüyle beslenen bebeklerin, dördüncü aydan itibaren günde 1 mg/kg demir takviyesi almasını önerilmektedir; bu, bebek yeterli demir içeren gıdalar tüketene kadar beslenme eksikliklerini azaltmaya yardımcı olur (67).

Bazı epidemiyolojik çalışmalar emzirme ile EÇÇ arasında bir ilişki gösterememiştir ve sistematik literatür incelemeleri, 1 yaşından sonra emzirme ile çürük oluşumu arasında sorgulanabilir bir ilişki bildirmiştir (66).

2.2.3.2.2. Emzik-Biberon Kullanımı/ Kullanım Şekli

Bebek beslenme alışkanlıkları, istendiği gibi emzirme, uzun süreli ve gece emzirme, fermente edilebilir sıvılar içeren biberonların gece ve gündüz kullanımının uzaması, tatlandırılmış emziklerin sürekli kullanımı ve beslenme düzeni gibi faktörler, EÇÇ için bazı yaygın risk faktörlerindedir (68).

Yapılan bir çalışmada 1-2 yaş arasındaki çocukların beslenme şekli ve EÇÇ arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Buna göre sadece biberon kullananlarda, sadece anne sütü kullanan ve her ikisini kullanan çocuklara göre daha fazla çürük görüldüğü bildirilmiştir (69).

2.2.3.2.3. Hamilelik Yaşı

Doğumda ileri ve genç yaş, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, intrauterin büyüme kısıtlaması ve bebek ölümü gibi olumsuz doğum sonuçları riskinin artması ile ilişkilidir. Düşük doğum ağırlığının, süt dişlerinde minede oluşabilecek kusurlar için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (70,71).

2.2.3.2.4. Eğitim Seviyesi ve Çalışma Durumu

Bir çalışmada annenin eğitim düzeyinin 4-11 aylık bebeklerde EÇÇ ile ilişkili önemli risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir. Lisans mezunu annelerin çocuklarının, yalnızca lise eğitimi almış annelerin çocuklarına göre çürük geliştirme olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, üniversite mezunu olmanın

anneleri ağız sağlığı ve ağız hijyeni uygulamaları hakkında yeterince bilgi sahibi yapmadığını göstermektedir (72).

alışan anneler, çocuklarıyla çok az zaman geçirdiklerini, çocuklarına bakmak için daha az zamana sahip olduklarını ve çalışmayan annelere göre daha fazla stres yaşadıklarını bildirmiştir. Annelerin zaman kısıtlayıcı koşullarının, çok küçük çocuklara ayrılan zen ve bakım üzerinde etkili olabileceğini ve bu durumun çocukların ağız sağlığını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir (73).

2.2.3.2.5. Oral Hijyen Düzeyi

Anne ağız ve diş sağlığı, kliniklerde öncelik verilmesi gereken bir konudur çünkü annenin sağlığı, bebeğin sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Artan maternal çürük yapıcı flora varlığının, bebeğin şiddetli diş çürüğü ve ilgili durumları geliştirme riskini artırdığı ortaya konmuştur (74).

Çoğu anne, kendi ağız sağlıklarının bebeklerinin ağız sağlığını etkilediğinin farkında değildir. S. Mutans' ın anneden çocuğa geçişi, E için başlıca etken faktördür. Bu bulaşma şekline "dikey bulaşma" denir. Annelerden mikroflora' nın erken geçişi, E için önemli bir risk faktörüdür (75). alışmalar, annelerin tedavi edilmemiş çürüklerinin ve ağızda daha yüksek S. Mutans seviyelerinin ocuklarda E riskini artırdığını göstermiştir (76).

2.2.3.2.6. Sigara İçme Alışkanlığı

Hamilelikte sigara kullanımı; erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum kusurları ve ani bebek ölümü sendromu gibi komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir çalışma hamilelik sırasında sigara içen kadınların çocuklarının, sigara içmeyen kadınların çocuklarına göre süt dişlerinde çürük ve dolgu yüzeylerine sahip olma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (77).

Yapılan çalışmalarda pasif sigara içiciliğinin E için bir risk faktörü olduğu ve sigara dumanına hem doğum öncesi hem de doğum sonrası maruziyetin, okul öncesi çocuklarda diş çürüğü prevalansını arttırdığı gösterilmiştir (78,79).

2.2.3.2.7. Alkol ve İlaç Kullanımı

Hamilelik sırasında alkol, kraniyofasiyal öncül hücrelerin fetal gelişimini bozarak kraniyofasiyal yapıların ve diş oluşumunun büyümesini etkileyebilir. Uterus içinde yüksek alkol seviyelerine maruz kalmak, dentofasiyal deformasyonlarla karakterize bir durum olan fetal alkol sendromu riskini artırır. Fetal alkol sendromu olan hastalarda, diş çürüğü gelişimini kolaylaştıran maloklüzyon ve çapraşıklık gibi durumların prevalansı daha yüksektir.

Uyuşturucu ilaçlar plasentayı geçerek diş gelişimini olumsuz etkileyebilir ve diş minesini oluşturan ameloblastları strese sokarak diş yüzeyinin bütünlüğünü azaltabilir; bu da dişin diş çürüğüne daha duyarlı hale gelmesine neden olabilir (80).

2.2.3.2.8. Gebelik Sırasında Geçirdiği Hastalıklar/ Kullanılan İlaçlar

Gebelikte anne sağlığı, çocuk sağlığı için önemlidir. Birçok anne sağlığı durumu, çeşitli olumsuz çocuk sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Anne obezitesi, otizm spektrum bozuklukları ve serebral palsy ile bağlantılıdır. Obez annelerden doğan çocuklar, kendileri de obez olma ve kronik iltihaplı hastalıklarla tanı konulma açısından daha yüksek risk altındadır. Çocukluk obezitesi ve diş çürüğü arasında bir ilişki de öne sürülmüştür (79).

Amelogenez süreci intrauterin yaşamın 15. haftasında başladığından, annedeki metabolik bozukluklar minenin oluşumunu ve olgunlaşmasını etkileyebilir. Bu dengesizliğe yol açabilecek hastalıklardan biri, gestasyonel diyabet olup, bu durum yalnızca perinatal sonuçların kötüleşme riskini artırmakla kalmaz, aynı zamanda fetal gelişimi ve dolayısıyla organların oluşumunu da değiştirebilir (81). Bunun aksine yapılan bir çalışmada gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi ile çocuklarda diş çürüğü arasında bir ilişki bulunamamıştır (82).

2.2.3.2.9. Gebelik Sırasında Yaşanan D Vitamini Eksikliği

D vitamini, sert dokuların kalsifikasyonu için gerekli kalsiyum ve fosfor dengesinde merkezi bir rol oynamaktadır ve uterus içinde D vitamini eksikliğinin mine

hipoplazisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Mine hipoplazisi, bu kusurların genellikle temizlenmesinin zor olması ve kolayca çürük bakterileriyle kolonize olması nedeniyle çürük riskini artırmaktadır (83).

Klinik olarak, D vitamini durumunun ölçümü, plazma D vitamininin baskın formu olan 25(OH)D' ye dayanmaktadır ve bu hem deriden hem de diyet kaynaklarından elde edilen D vitaminini kapsar. 25(OH)D' nin optimal seviyelerine ulaşmak, özellikle hamile kadınlar için önemlidir çünkü fetal D vitamini konsantrasyonları esasen maternal konsantrasyonlara bağlıdır. Dişlerin gelişiminin başladığı ikinci trimesterde, maternal D vitamini durumu dişlerin gelişimini etkilemektedir. Prenatal D vitamini eksikliği EÇÇ için olası bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (84).

2.2.3.2.10. Gebelik Sırasında Yaşanan Demir Eksikliği

Hamilelikte kadınların günde 27 mg demir tüketmesini önerilmektedir. Çoğu kadın, demir eksikliğini önlemek için ek demir alımına ihtiyaç duyar. Bu nedenle, hamile kadınlar için doğrudan demir takviyesi, demir eksikliği ve anemiyi önlemek ve düzeltmek amacıyla çoğu düşük ve orta gelirli ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır (85).

Gebelikte demir eksikliği anemisi, çocuklarda demir eksikliğine yol açabileceğinden, bu durum EÇÇ' nin bir nedeni olabilir. Demir, kalsiyum ve fosfat iyonları tarafından oluşan apatitler asidik bir ortamda çözülmüş mineralleri tamamlayarak çürük riskini önler. Demir, ağız boşluğundaki S. mutans kolonizasyonunu engeller ve demir eksikliği, S. mutans birikimini artırarak karyojenik biyofilm oluşumuna sebep olur. Ayrıca demir eksikliği durumunda sistemik bağışıklık fonksiyonu düşer ve bu da ağız boşluğunu bakteriyel enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirir. Bu nedenlerle, demir eksikliği anemisi yaşayan annelerden doğan bebekler için, EÇÇ' yi önlemek amacıyla zamanında demir takviyesi yapılması gereklidir (86).

2.2.3.2.11. Gebelik Sırasında Yaşanan Diğer Vitamin ve Mineral Eksiklikleri

Hamilelikte optimal beslenmenin, gingival sağlığı ve dişlerin mineralizasyonu için gerekli önemli besin maddelerini sağlayarak hem anne hem de fetus için diş sağlığını artırdığı gösterilmiştir. Fetal diş gelişimi, süt dişlerinin oluşumu için gebeliğin 6. haftasında ve daimi dişler için 10. haftasında başlar. Diş gelişimi, şiddetli maternal malnütrisyon tarafından olumsuz etkilenebilir. Maternal ve fetal ağız sağlığı açısından önemli olan besin maddeleri arasında A, C ve D vitaminleri; kalsiyum; fosfor; protein ve florür bulunmaktadır (87).

Anne plazma folat düzeylerinin yetersizliği EÇÇ için bir risk faktörü olarak gözlemlenmiştir. Hamilelik sırasında düşük folat konsantrasyonlarının, metionin ve onun türevi olan S-adenozilmetionin sentezini modüle ederek DNA metilasyonunu bozabileceği öne sürülmektedir. Bu durum, daha yüksek homosistein konsantrasyonlarına ve artmış tükürük oksidatif stresine neden olarak annede ve ardından bebeklerde diş çürüğünün başlamasına ve ilerlemesine potansiyel olarak katkıda bulunabilir (71).

Anne adayının eğitim süreci, sağlıklı beslenmenin sadece hamile kadının ağız sağlığı için değil, aynı zamanda genel sağlık durumu, hamilelik süreci ve bebeğinin sağlık durumu için de önemli olduğunu vurgulamalıdır; bu da onun önerileri ve tavsiyeleri kabul etmesi için bir motivasyon sağlayacaktır.

Annenin beslenme modelinin, öğün içeriği ve günde alınan öğün sayısını da kapsayan değerlendirilmesi ve gerekirse düzeltilmesi, çürük önleme işlemlerinde önemli bir rol oynamaktadır (88).

2.2.3.2.12. Diğer Faktörler

Doğum şeklinin, çürük gelişimi için birkaç belirleyiciden biri olabileceği öne sürülmüştür; çünkü sezaryenle doğan çocukların, vajinal doğumla doğan çocuklara kıyasla ağız biyofilminin bileşiminde bir değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (89).

Postpartum depresyonun çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Örneğin, anne depresyonu, çocukların genel sağlığını etkileyen sağlıkla ilgili davranışlarla ilişkilendirilmiştir; bu davranışlar arasında çocukları besleme biçimlerinin daha kötü olması, çocuk yetiştirme davranışlarının daha yetersiz olması ve çocuk istismarı bulunmaktadır (90).

EÇÇ' ye katkı sağlayan diğer faktörler arasında; aile içindeki kaynakların ve ebeveyn dikkatinin mevcudiyetini etkileyebilecek kardeş sayısı ve ailelerde benimsenen sağlık davranışlarını etkileyebilecek doğum sırası yer almaktadır (91). Çok çocuklu ailelerde sonradan doğan kardeşlerin daha yüksek çürük riskine sahip olduğu gösterilmiştir (70).

Prenatal ağız sağlığı bakımı alan annelerin çocuklarında EÇÇ insidansının azaldığı gösterilmiştir (76). Her beslenmeden sonra gece ağız boşluğu temizlenmeyen çocukların EÇÇ geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ağız hijyenine başlama yaşı, çocukların ağız sağlığının oluşturulması ve korunması açısından önem taşır (72).

Çocuk diş hekimi, çocuğun diş hekimi olmadan önce annelerin diş hekimi olma görevine sahiptir. Çürük önleyici önlemler mümkün olan en erken aşamada belirlenmelidir. Bir çocuk diş hekimi için gerçek başarı, EÇÇ' yi en son teknoloji ile tedavi etmek değil, EÇÇ' siz çocukların muayene edilmesidir (92).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı birçok ülkede artış gösteren ve önemli bir sorun haline gelen erken çocukluk çağı çürüklerinin maternal faktörlerle ilişkisinin gösterilmesi ve çeşitli çürük indeksleri kullanarak varsa anne ve çocuğun ağız sağlığı arasındaki benzerliği ortaya koymaktır. Bu ilişkiyi belirleyen faktörler sonraki diş çürümelerini önlemek için hedeflenmiş müdahaleler geliştirmek ve acil tedavi gerektiren çocukların sayısını azaltmak için gereklidir.

3.1. Etik Kurulu Onayı

Bu tez çalışması Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.03.2024 tarihinde 338-338-16 numaralı kararla onay alınarak yürütülmüştür (Ek-1).

3.2. Örneklem

Araştırmanın ana hipotezlerinde bağımsız grupların arasındaki farkların araştırılması planlanmıştır. Örneklem boyutu hesabında kullanılacak benzer çalışmalar incelenmiş ve ana hipotezler doğrultusunda uygulanacak istatistiksel yöntemlere göre en yüksek sayıyı veren örneklem boyutu hesabı dikkate alınmıştır. Bu çalışmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak (Cohen, J. (1988)), %95 güven düzeyinde ($\alpha=0,05$), standardize etki büyüklüğü daha önce yapılan benzer bir çalışmadan 0,7663 (Kubota, Y., (2020), Tablo 1; $6,59\pm 6,04$ ve $2,81\pm 3,49$) olarak hesaplanmış ve 0,95 teorik güç ile minimum örneklem hacmi 92 olarak elde edilmiştir.

Çalışmaya Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine çeşitli sebeplerle başvuran 3-5 yaş arası 50 çocuk ve annesi (toplam 100 hasta) dahil edilmiştir.

3.2.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Hastaların 3-5 yaş arasında olması
- Hasta ve annesinin gönüllü olması
- Hasta ve annesinin ağız içi muayeneyi kabul etmesi
- Annenin verilen anketi eksiksiz bir şekilde doldurması

3.2.1. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

- Hastaların 3-5 yaş arasında olmaması
- Hasta veya annesinin gönüllü olmaması
- Hasta veya annesinin ağız içi muayeneyi kabul etmemesi
- Annenin verilen anketi eksik doldurması

3.3. Anket formlarının doldurulması

Çalışmamızda yer alan tüm annelere çalışmamızın amacından bahsedilip Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmış aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır (Ek 2).

Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na başvuran 3-5 yaş aralığındaki çocukların annelerine 'Erken Çocukluk Çağı Çürüğünün Maternal Faktörlerle İlişkisi' başlıklı 40 soruluk anket verilerek veriler toplanmıştır (Ek 3).

Çizelge 3.1. Ana başlıklar altında anket soruları

Çocuk ile ilgili sorular
Cinsiyet
Geçirilen hastalık varlığı
Doğum zamanı
Doğum kilosu
Dişlerin ilk fırçalama zamanı
Diş fırçalama sıklığı
Fırçalama Şekli
Florürlü diş macunu kullanımı
Anne sütü ile beslenme yaş aralığı
Emzik veya biberon kullanma yaş aralığı
Emzik veya biberonu tatlandırma alışkanlığı varlığı
Gece beslenmesi yaş aralığı

Çizelge 3.1. Devamı
Gece beslenmesini ne ile yapıldığı
Öğün aralarında şeker tüketim sıklığı
Anne ile ilgili sorular
Annenin hamilelik yaşı
Toplam çocuk sayısı
Doğum şekli
Eğitim seviyesi
Mesleği
Gelir seviyesi
Diş hekimi ziyaret sıklığı
Hamilelikte diş hekimi ziyaret varlığı
Diş fırçalama alışkanlığı
Fırça dışında oral hijyen ürünü kullanma alışkanlığı
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı
Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı
Gebelik sırasında geçirilen hastalık varlığı
Gebelik sırasında yaşanan D vitamini eksikliği varlığı
Gebelik sırasında yaşanan Demir eksikliği varlığı
Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin ve mineral eksiklikleri
Gebelik sırasında kullanılan ilaçlar
Sakız çiğneme alışkanlığı varlığı
Öğün aralarında şeker tüketim sıklığı
Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı
Emzik başını ağızla temizleme-ıslatma alışkanlığı varlığı
Aynı tabak-kupayla yeme-içme alışkanlığı varlığı
Çocuğunu dudaktan-ağızdan öpme alışkanlığı varlığı
Çocuğu ile ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı varlığı

3.4. Hastaların ağız içi muayenesi ve indekslerin kaydedilmesi

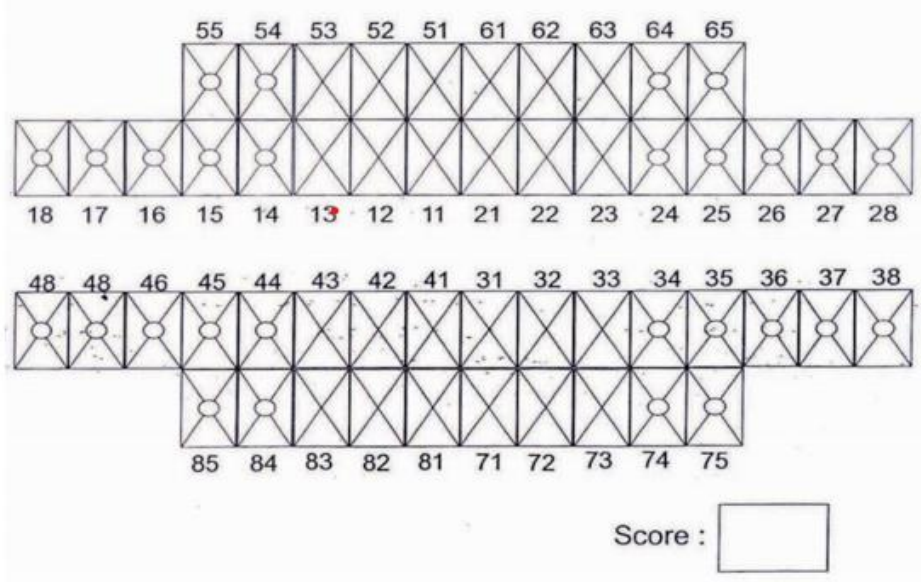
Çalışmaya dahil edilen anne ve çocukların ağız içi muayeneleri klinik ortamda tek bir klinisyen tarafından şekilde gösterilen ayna ve sond yardımıyla yapılmıştır.



Resim 3.1. Ayna-sond

Anne ve çocukların muayeneleri ve indekslerin kaydedilmesi yaklaşık 3'er dakika sürmüştür.

Şekil 3.1. dmfs/DMFS indeks şablonu



d-D: çürük diş

m-M: çürük nedeniyle çekilmiş diş

f-F: Çürük nedeniyle dolgu yapılmış diş

s-S: Yüzey sayısı

pufa/PUFA indeksindeki skora;

-p-P: Dişin kronunun çürük tarafından yok edildiğini; pulpa odasının açıldığını,

-u-U: Diş veya kök parçalarının neden olduğu yumuşak dokulardaki travmatik ülserasyonu,

-f-F: Bir apsedan kaynaklanan ve ağız boşluğuna açılan sinüs yolunu,

-a-A: Alveolar kemikteki lokalize bir apse birikimini, yani dento-alveolar apseyi gösterir.



Resim 3.2. Hastaların muayenesi ve indekslerin kaydedilmesi

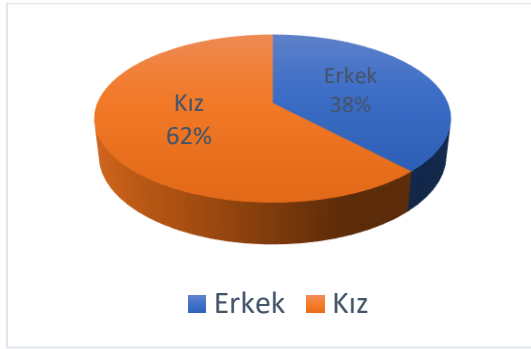
3.5. İstatistiksel analiz

Veriler IBM SPSS v23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılım Shapiro-Wilk Testi ile incelenmiştir. İki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım gösteren nicel verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. İki kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım göstermeyen nicel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır ve çoklu karşılaştırmalar varyansların homojen olduğu yerde Bonferroni testi ile varyansların homojen olmadığı yerde Tamhane's T2 ile incelenmiştir. Üç ve üzeri bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile incelenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesinde Yates düzeltmesi, Monte Carlo düzeltmeli Fisher Exact Testi ve Fisher Exact Testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli z testi ile incelenmiştir. Nicel veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılım gösteren veriler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Spearman's rho korelasyon kullanılmıştır. Nicel verilerin gösteriminde Ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) kullanılırken; kategorik değişkenler n ve % ile gösterilmiştir. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

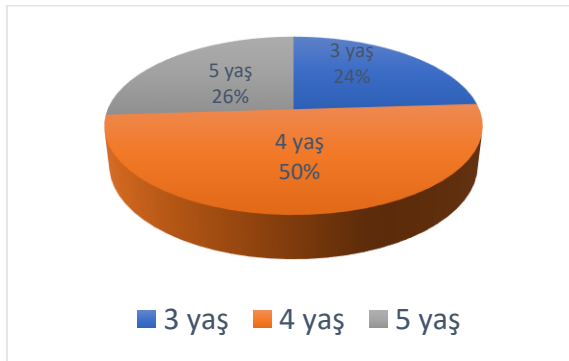
Bu tez çalışmasına, Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti kliniğine çeşitli sebeplerle başvuran 3-5 yaş arasındaki 50 çocuk ve annesi (toplam 100 hasta) dahil edilmiştir.

Çalışmamızın ilk bölümünde çocuğa ait faktörlerin soruları yer almaktadır. Çalışmamızdaki grubun cinsiyete göre dağılımı şekil 4.1.'de gösterildiği gibi %62(31)' i kız ve %38(19)' u erkektir.



Şekil 4.1. Cinsiyet dağılımı

Katılımcıların yaşlara göre dağılımı şekil 4.2' de gösterilmiştir. %24' ü 3 yaş, %50' si 4 yaş ve %26' sı 5 yaştır.



Şekil 4.2. Yaş dağılımı

Tablo 4.1. Yaş ile bağımsız değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Ortalama ± SS	Ortanca(min-max)	Test İstatistiği	p
Diş fırçalama sıklığı				
Hiç	3,67 ± 0,58	4 (3 - 4)	2,201	0,532 ^x
Günde 2-3 kez	3,91 ± 0,54	4 (3 - 5)		
Günde 1 kez	4 ± 0,74	4 (3 - 5)		
Haftada 1 ya da daha fazla	4,23 ± 0,83	4 (3 - 5)		
Fırçalama şekli				
Hiç	3,67 ± 0,58	4 (3 - 4)	1,206	0,752 ^x
Çocuk tek başına	4,09 ± 0,83	4 (3 - 5)		
Anne tek başına	4,2 ± 0,84	4 (3 - 5)		
Anne çocuk birlikte	4 ± 0,68	4 (3 - 5)		
Florürlü diş macunu kullanımı				
Var	3,7 ± 0,67	4 (3 - 5)	2,711	0,258 ^x
Yok	4,18 ± 0,75	4 (3 - 5)		
Bilinmiyor	4,07 ± 0,7	4 (3 - 5)		
Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı				
Yok	4,5 ± 0,71	4,5 (4 - 5)	3,481	0,481 ^x
Günde 1	4 ± 0,78	4 (3 - 5)		
Günde 2	3,92 ± 0,76	4 (3 - 5)		
Günde 3	4,27 ± 0,65	4 (3 - 5)		
Günde 3'ten fazla	3,8 ± 0,63	4 (3 - 5)		

^x Kruskal Wallis H testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,532). Hiç diş fırçalamayanlar, günde 1 kez, günde 2-3 kez ve haftada 1 veya daha fazla kez fırçalayanların ortanca yaş değeri 4 olarak belirlenmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p=0,752). Hiç fırçalamayanlarda, çocuk tek başına fırçalayanlarda, anne tek başına fırçalayanlarda ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda ortanca değer 4 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımlarına göre ortanca yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p=0,258). Florlü diş macunu kullanan, kullanmayan ve kullanımı bilinmeyenlerde ortanca değer 4 olarak elde edilmiştir. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklıklarına göre ortanca yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,481). Şeker tüketimi olmayanlarda ortanca değer 4,5 iken, günde 1-2-3 ve 3' ten fazla kez tüketenlerde 4 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.2a. Çocuklarda yaş değişkeni ile nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (r değerleri)

	Yaş	d	m	f	dmfs	pufa
Yaş						
d	-0,023 ^x					
m	0,075 ^x	-0,115 ^x				
f	0,271 ^x	-0,157 ^x	0,290 ^x			
dmfs	0,000 ^x	0,973 ^y	-0,090 ^x	-0,023 ^x		
pufa	-0,057 ^x	0,617 ^x	-0,090 ^x	-0,183 ^x	0,580 ^x	

^x Spearman's rho korelasyon; ^y Pearson korelasyon

Tablo 4.2b. Çocuklarda yaş değişkeni ile nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (p değerleri)

	Yaş	d	m	f	dmfs	pufa
Yaş						
d	0,873 ^x					
m	0,607 ^x	0,427 ^x				
f	0,057 ^x	0,278 ^x	0,041^x			
dmfs	0,999 ^x	<0,001^y	0,534 ^x	0,876 ^x		
pufa	0,692 ^x	<0,001^x	0,535 ^x	0,202 ^x	<0,001^x	

^x Spearman's rho korelasyon; ^y Pearson korelasyon

Yaş ile d, m ve f arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0,023$; $p=0,873-r=0,075$; $p=0,607-r=0,271$; $p=0,057$). Yaş ile dmfs, pufa arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,000$; $p=0,999-r=-0,057$; $p=0,692$). d ile m ve f arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($r=-0,115$; $p=0,457-r=-0,157$; $p=0,278$). d ile dmfs ve pufa arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde ($r=0,973-r=0,617$) p değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,001$ - $p<0,001$). m ile f arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde ($r=0,290$) p değerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,041$). m ile dmfs ve pufa arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0,090$; $p=0,534-r=-0,090$; $p=0,535$). f ile dmfs ve pufa arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0,023$; $p=0,876-r=0,183$; $p=0,202$). dmfs ile pufa arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,580$; $p<0,001$).

Tablo 4.3. Cinsiyet ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Kız	Erkek	Toplam	Test İstatistiği	p
Dişlerin ilk fırçalanma zamanı					
Hiç	2 (6,5)	1 (5,3)	3 (6)		
0-1 Yaş	5 (16,1)	1 (5,3)	6 (12)		
1-2 Yaş	6 (19,4)	7 (36,8)	13 (26)	4,398	0,360 ^x
2-3 Yaş	15(48,4)	6 (31,6)	21 (42)		
3-5 Yaş	3 (9,7)	4 (21,1)	7 (14)		
Diş fırçalama sıklığı					
Hiç	2 (6,5)	1 (5,3)	3 (6)		
Günde 2-3 kez	7 (22,6)	4 (21,1)	11 (22)		
Günde 1 kez	17(54,8)	6 (31,6)	23 (46)	4,469	0,217 ^x
Haftada 1 ya da daha fazla	5 (16,1)	8 (42,1)	13 (26)		
Fırçalama şekli					
Hiç	2 (6,5)	1 (5,3)	3 (6)		
Çocuk tek başına	7 (22,6)	4 (21,1)	11 (22)		
Anne tek başına	2 (6,5)	3 (15,8)	5 (10)	1,377	0,811 ^x
Anne çocuk birlikte	20(64,5)	11(57,9)	31 (62)		

Tablo 4.3. Devamı

Florürlü diş macunu kullanımı					
Var	7 (22,6)	3 (15,8)	10 (20)		
Yok	9 (29)	2 (10,5)	11 (22)	3,228	0,208 ^x
Bilinmiyor	15(48,4)	14(73,7)	29 (58)		
Anne sütü ile beslenme yaş aralığı					
Yok	2 (6,5)	3 (15,8)	5 (10)		
6. aya kadar	3 (9,7)	4 (21,1)	7 (14)		
1 yaşına kadar	7 (22,6)	2 (10,5)	9 (18)	3,335	0,513 ^x
2 yaşına kadar	17(54,8)	9 (47,4)	26 (52)		
3 yaşına kadar	2 (6,5)	1 (5,3)	3 (6)		
Emzik- biberon kullanma yaş aralığı					
1 yaşına kadar	4 (12,9)	2 (10,5)	6 (12)		
2 yaşına kadar	20(64,5)	14(73,7)	34 (68)		
3 yaşına kadar	3 (9,7)	2 (10,5)	5 (10)	0,941	0,917 ^x
3 yaşından fazla yaşa kadar	4 (12,9)	1 (5,3)	5 (10)		
Emzik- biberon tatlandırma alışkanlığı					
Var	4 (12,9)	1 (5,3)	5 (10)		
Yok	27(87,1)	18(94,7)	45 (90)	—	0,637 ^y
Gece beslenme yaşı					
1 yaşına kadar	6 (19,4)	1 (5,3)	7 (14)		
2 yaşına kadar	22 (71)	12(63,2)	34 (68)		
3 yaşına kadar	1 (3,2)	5 (26,3)	6 (12)	6,547	0,074 ^x
3 yaşından fazla yaşa kadar	2 (6,5)	1 (5,3)	3 (6)		
Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı					
Yok	0 (0)	2 (10,5)	2 (4)		
Günde 1	10(32,3)	4 (21,1)	14 (28)		
Günde 2	7 (22,6)	6 (31,6)	13 (26)		
Günde 3	7 (22,6)	4 (21,1)	11 (22)	3,950	0,415 ^x
Günde 3'ten fazla	7 (22,6)	3 (15,8)	10 (20)		
Gebelik sırasında geçirilen hastalık					
Var	2 (6,4)	3 (15,8)	5 (10)		
Yok	29(93,6)	16(84,2)	45 (90)	—	0,355 ^y
Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu					
Evet	10(32,3)	8 (42,1)	18 (36)	0,160	0,689 ^z
Hayır	21(67,7)	11(57,9)	32 (64)		
Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu					
Evet	16(51,6)	9 (47,4)	25 (50)	0,000	1,000 ^z
Hayır	15(48,4)	10(52,6)	25 (50)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği					
Var	6 (19,4)	3 (15,8)	9 (18)		
Yok	25(80,7)	16(84,2)	41 (82)	—	1,000 ^y
Gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği					
Var	5 (16,1)	3 (15,8)	8 (16)		
Yok	26(83,9)	16(84,2)	42 (84)	—	1,000 ^y
Gebelik sırasında kullanılan ilaç					
Var	23(74,2)	17(89,5)	40 (80)		
Yok	8 (25,8)	2 (10,5)	10 (20)	—	0,282 ^y

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; ^y Fisher's Exact Testi; ^z Yates düzeltmesi ; n(%)

Kızlarda dişlerin ilk fırçalanma zamanı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %6,5, fırçalamaya başlama yaşı 0-1 olanların oranı %16,1, fırçalamaya başlama yaşı 1-2 olanların oranı %19,4, fırçalamaya başlama yaşı 2-3 olanların oranı %48,4 ve fırçalamaya başlama yaşı 3-5 olanların oranı %9,7 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde dişlerin ilk fırçalanma zamanı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %5,3, fırçalamaya başlama yaşı 0-1 olanların oranı %5,3, fırçalamaya başlama yaşı 1-2 olanların oranı %36,8, fırçalamaya başlama yaşı 2-3 olanların oranı %31,6 ve fırçalamaya başlama yaşı 3-5 olanların oranı %21,1 olarak elde edilmiştir. Dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p=0,360). Kızlarda diş fırçalama sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %6,5, günde 2-3 kez

fırçalayanların oranı %22,6, günde 1 kez fırçalayanların oranı %54,8 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %16,1 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde diş fırçalama sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %5,3, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %21,1, günde 1 kez fırçalayanların oranı %31,6 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %42,1 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,217$). Kızlarda fırçalama şekli dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %6,5, çocuk tek başına fırçalayanların oranı %22,6, anne tek başına fırçalayanların oranı %6,5 ve anne çocuk birlikte fırçalayanların oranı %64,5 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde fırçalama şekli dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %5,3, çocuk tek başına fırçalayanların oranı %21,1, anne tek başına fırçalayanların oranı %15,8 ve anne çocuk birlikte fırçalayanların oranı %57,9 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekli ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,811$). Kızlarda florürlü diş macunu kullanımı dağılımları incelendiğinde diş macununda florür olanların oranı %22,6, diş macununda florür olmayanların oranı %29 ve diş macununda florür içeriği bilinmeyenlerin oranı %48,4 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde florürlü diş macunu kullanımı dağılımları incelendiğinde diş macununda florür olanların oranı %15,8, diş macununda florür olmayanların oranı %10,5 ve diş macununda florür içeriği bilinmeyenlerin oranı %73,7 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,208$). Kızlarda anne sütü ile beslenme yaş aralığı dağılımları incelendiğinde anne sütü almayanların oranı %6,5, 6. aya kadar olanların oranı %9,7, 1 yaşına kadar olanların oranı %22,6, 2 yaşına kadar olanların oranı %54,8 ve 3 yaşına kadar olanların oranı %6,5 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde anne sütü ile beslenme yaş aralığı dağılımları incelendiğinde anne sütü almayanların oranı %15,8, 6. aya kadar olanların oranı %21,1, 1 yaşına kadar olanların oranı %10,5, 2 yaşına kadar olanların oranı %47,4 ve 3 yaşına kadar olanların oranı %5,3 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,513$). Kızlarda emzik-biberon kullanma yaş aralığı dağılımları incelendiğinde 1 yaşına kadar olanların oranı %12,9, 2 yaşına kadar olanların oranı %64,5, 3 yaşına kadar olanların oranı %9,7 ve 3 yaşından fazla olanların oranı %12,9 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde emzik-biberon

kullanma yaş aralığı dağılımları incelendiğinde 1 yaşına kadar olanların oranı %10,5, 2 yaşına kadar olanların oranı %73,7, 3 yaşına kadar olanların oranı %10,5 ve 3 yaşından fazla olanların oranı %5,3 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma yaş aralığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,917$). Kızlarda emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde tatlandırma alışkanlığı olanların oranı %12,9 iken, olmayanların oranı %87,1 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde tatlandırma alışkanlığı olanların oranı %5,3 iken, olmayanların oranı %94,7 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,617$). Kızlarda gece beslenmesi dağılımları incelendiğinde 1 yaşına kadar olanların oranı %19,4, 2 yaşına kadar olanların oranı %71, 3 yaşına kadar olanların oranı %3,2 ve 3 yaş üstü olanların oranı %6,5 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde gece beslenmesi dağılımları incelendiğinde 1 yaşına kadar olanların oranı %5,3, 2 yaşına kadar olanların oranı %63,2, 3 yaşına kadar olanların oranı %26,3 ve 3 yaş üstü olanların oranı %5,3 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaş aralığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,074$). Kızlarda öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde günde 1 kez olanların oranı %32,3, günde 2 kez olanların oranı %22,6, günde 3 kez olanların oranı %22,6 ve günde 3'ten fazla kez olanların oranı %22,6 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde öğün aralarında şeker tüketimi olmayanların oranı %10,5, günde 1 kez olanların oranı %21,1, günde 2 kez olanların oranı %31,6, günde 3 kez olanların oranı %21,1 ve günde 3'ten fazla kez olanların oranı %15,8 olarak elde edilmiştir. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,415$). Kızlarda annenin gebelik sırasında hastalık geçirme durumu dağılımları incelendiğinde geçirmiş olanların oranı %6,4 iken, geçirmemiş olanların oranı %93,6 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında hastalık geçirme durumu dağılımları incelendiğinde geçirmiş olanların oranı %15,8 iken, geçirmemiş olanların oranı %84,2 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında hastalık durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,355$). Kızlarda annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları

incelendiğinde yaşayanların oranı %32,3 iken, yaşamayanların oranı %67,7 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %42,1 iken, yaşamayanların oranı %57,9 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,689$). Kızlarda annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %51,6 iken, yaşamayanların oranı %48,4 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %47,4 iken, yaşamayanların oranı %52,6 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). Kızlarda annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %19,4 iken, yaşamayanların oranı %80,7 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %15,8 iken, yaşamayanların oranı %84,2 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). Kızlarda annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %16,1 iken, yaşamayanların oranı %83,9 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %15,8 iken, yaşamayanların oranı %84,2 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). Kızlarda annenin gebelik sırasında kullandığı ilaç dağılımları incelendiğinde ilaç kullananların oranı %74,2 iken, ilaç kullanmayanların oranı %25,8 olarak elde edilmiştir. Erkeklerde annenin gebelik sırasında kullandığı ilaç dağılımları incelendiğinde ilaç kullananların oranı %89,5 iken, ilaç kullanmayanların oranı %10,5 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında kullanılan ilaç ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,282$).

Tablo 4.4. Çocuklarda cinsiyete göre nicel değişken değerlerinin karşılaştırılması

	Kız	Erkek	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23,94 ± 15,15	21,05 ± 12,14	22,84 ± 14,03	0,702	0,486 ^x
m	0 (0 - 10)	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	280,000	0,620 ^y
f	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	272,000	0,544 ^y
dmfs	25,26 ± 15,2	22,68 ± 11,69	24,28 ± 13,9	0,632	0,531 ^x
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	285,000	0,841 ^y

^x Bağımsız iki örnek t Testi; ^y Mann Whitney U Test; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Kızlarda ortalama d bileşeni 23,94 iken erkeklerde 21,05 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,486). Cinsiyet faktörüne göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,620- p=0,544). Kızlarda ve erkeklerde ortanca m ve f bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Kızlarda ortalama dmfs bileşeni 25,26 iken erkeklerde 22,68 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri kız ve erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p=0,531). Kızlarda ve erkeklerde ortanca pufa bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,841).

Katılımcıların doğum zamanına göre dağılımı şekil 4.3’ te gösterildiği gibi %92’ si 37 haftalık veya daha geç ve %8’ i 37 haftadan daha erkendir.



Şekil 4.3. Doğum zamanı dağılımı

Tablo 4.5. Doğum zamanı ile bağımsız değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	37 haftadan daha erken	37 haftalık veya daha geç	Toplam	Test İstatistiği	p
Hamilelikte diş hekimi ziyareti					
Var	3 (75)	12 (26,1)	15 (30)	—	0,075 ^x
Yok	1 (25)	34 (73,9)	35 (70)		
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı					
Yok	4 (100)	46 (100)	50 (100)	--	--
Gebelik sırasında geçirilen hastalık					
Var	0 (0)	5 (10,9)	5 (10)	—	1,000 ^x
Yok	4 (100)	41 (89,1)	45 (90)		
Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu					
Evet	1 (25)	17 (37)	18 (36)	—	1,000 ^x
Hayır	3 (75)	29 (63)	32 (64)		
Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu					
Evet	3 (75)	22 (47,8)	25 (50)	—	0,609 ^x
Hayır	1 (25)	24 (52,2)	25 (50)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği					
Var	2 (50)	7 (15,2)	9 (18)	—	0,144 ^x
Yok	2 (50)	39 (84,8)	41 (82)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği					
Var	1 (25)	7 (15,2)	8 (16)	—	0,514 ^x
Yok	3 (75)	39 (84,8)	42 (84)		
Gebelik sırasında kullanılan ilaç					
Var	4 (100)	36 (78,3)	40 (80)	—	0,571 ^x
Yok	0 (0)	10 (21,7)	10 (20)		

^x Fisher Exact Testi; n(%)

37 haftadan daha erken doğan grupta annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %75 iken, cevabı hayır olanların oranı %25 olarak elde edilmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %26,1 iken, cevabı hayır olanların oranı %73,9 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,075). 37 haftadan daha erken doğan grubun tamamının annesinin gebelik sırasında hastalık geçirmediği gözlemlenmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında geçirilen hastalık dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %10,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %89,1 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında geçirilen hastalık ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000). 37 haftadan daha erken doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %25 iken, yaşamayanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu

dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %37 iken, yaşamayanların oranı %63 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). 37 haftadan daha erken doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %75 iken, yaşamayanların oranı %25 olarak elde edilmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde yaşayanların oranı %47,8 iken, yaşamayanların oranı %52,2 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,609$). 37 haftadan daha erken doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %15,2 iken, cevabı hayır olanların oranı %84,8 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksiklikleri ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,144$). 37 haftadan daha erken doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %15,2 iken, cevabı hayır olanların oranı %84,8 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksiklikleri ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,514$). 37 haftadan daha erken doğan grubun tamamının annesinin gebeliği sırasında ilaç kullandığı görülmüştür. 37 haftalık veya daha geç doğan grupta annenin gebelik sırasında kullanılan ilaç dağılımları incelendiğinde kullananların oranı %78,3 iken, kullanmayanların oranı %21,7 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında kullandığı ilaç ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,571$).

Tablo 4.6. Doğum zamanı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	37 haftadan daha erken	37 haftalık veya daha geç	Toplam	Test İstatistiği	p
d	35,25 ± 14,45	21,76 ± 13,62	22,84 ± 14,03	1,893	0,064 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	104,500	0,447 ^y
f	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	93,500	0,961 ^y
dmfs	37 ± 12,36	23,17 ± 13,58	24,28 ± 13,9	1,963	0,056 ^x
pufa	1,5 (1 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	143,000	0,044^y

^x Bağımsız iki örnek t Testi; ^y Mann Whitney U Testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

37 haftadan daha erken doğanlarda ortalama d bileşeni 35,25 iken 37 haftalık veya daha geç doğanlarda 21,76 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri doğum zamanına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (p=0,064). Doğum zamanı faktörüne göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,447- p=0,961). 37 haftadan daha erken doğanlarda ve 37 haftalık veya daha geç doğanlarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. 37 haftadan daha erken doğanlarda ortalama dmfs bileşeni 37 iken 37 haftalık veya daha geç doğanlarda 23,17 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,056). 37 haftadan daha erken doğanlarda ortanca pufa bileşeni 1,5 iken 37 haftalık veya daha geç doğanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler doğum zamanı faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,044).

Tablo 4.7. Çocuğun geçirdiği hastalık durumu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

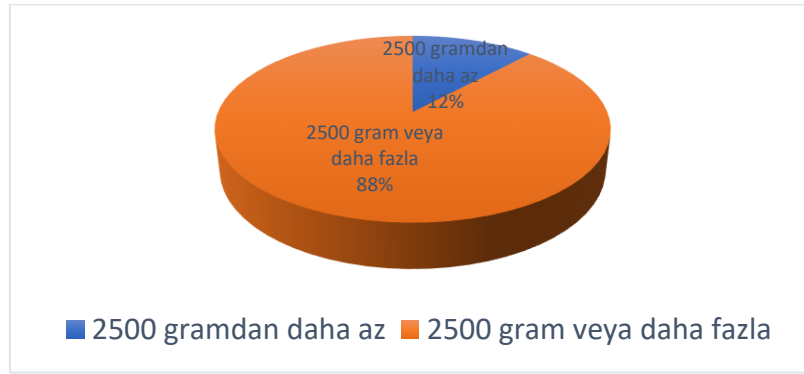
	Yok	Var	Toplam	Test İstatistiği	p
d	20 (0 - 59)	27 (21 - 33)	21 (0 - 59)	77,500	0,264 ^x
m	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	127,500	0,406 ^x
f	0 (0 - 7)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	116,500	0,876 ^x
dmfs	24,02 ± 14,57	26,6 ± 5,03	24,28 ± 13,9	-0,390	0,698 ^y
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 1)	0 (0 - 9)	130,000	0,539 ^x

^x Mann Whitney U Testi; ^yBağımsız iki örnek t Testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Annesi gebelik sırasında hastalık geçirmeyen çocuklarda ortanca d bileşeni 20 iken hastalığı olanlarda 27 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca d bileşenleri hastalık durumu faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,264). Annesi gebelik sırasında hastalık geçiren ve geçirmeyen çocuklarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,406- p=0,876). Annesi gebelik sırasında hastalık

geçirmeyen çocuklarda ortalama dmfs bileşeni 24,02 iken geçirenlerde 26,6 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,698$). Hastalık durumu faktörüne göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,539$). Annesi gebelik sırasında hastalık geçiren ve geçirmeyen çocuklarda ortanca pufa bileşeni 0 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların doğum kilosu faktörüne göre dağılımı şekil 4.4’ te gösterilmiştir. %12’ si 2500 gramdan daha az ve %88’i 2500 gram veya daha fazladır.



Şekil 4.4. Doğum kilosu dağılımı

Tablo 4.8. Doğum kilosuna göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	2500 gramdan daha az	2500 gramdan daha fazla	Toplam	Test İstatistiği	p
Doğum şekli					
Normal	3 (50)	15 (34,1)	18 (36)	—	0,654 ^x
Sezaryen	3 (50)	29 (65,9)	32 (64)		
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı					
Yok	6 (100)	44 (100)	50 (100)	—	—
Gebelik sırasında geçirilen hastalık					
Var	0 (0)	5 (11,4)	5 (10)	—	1,000 ^x
Yok	6 (100)	39 (88,6)	45 (90)		
Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu					
Evet	2 (33,3)	16 (36,4)	18 (36)	—	1,000 ^x
Hayır	4 (66,7)	28 (63,6)	32 (64)		
Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu					
Evet	4 (66,7)	21 (47,7)	25 (50)	—	0,667 ^x
Hayır	2 (33,3)	23 (52,3)	25 (50)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği					
Var	2 (33,3)	7 (15,9)	9 (18)	—	0,293 ^x
Yok	4 (66,7)	37 (84,1)	41 (82)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği					
Var	2 (33,3)	6 (13,6)	8 (16)	—	0,242 ^x
Yok	4 (66,7)	38 (86,4)	42 (84)		
Gebelik sırasında kullanılan ilaç					
Var	6 (100)	34 (77,3)	40 (80)	—	0,327 ^x
Yok	0 (0)	10 (22,7)	10 (20)		

^x Fisher Exact Testi; n(%)

2500 gramdan daha az doğan grupta doğum şekli dağılımları incelendiğinde normal doğanların oranı %50 iken, sezaryen doğanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla olan grupta doğum şekli dağılımları incelendiğinde normal doğanların oranı %34,1 iken, sezaryen doğanların oranı %65,9 olarak elde edilmiştir. Doğum şekli ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,654$). 2500 gramdan daha az doğan grubun tamamının annesinin gebelik sırasında hastalık geçirmediği tespit edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık dağılımları incelendiğinde hastalığı olanların oranı %11,4 iken, olmayanların oranı %88,6 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). 2500 gramdan daha az doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde D vitamini eksikliği yaşayanların oranı %33,3 iken, yaşamayanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımında cevabı evet olanların oranı %36,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %63,6 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). 2500 gramdan daha az doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde demir eksikliği yaşayanların oranı %66,7 iken, demir eksikliği yaşamayanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde demir eksikliği yaşayanların oranı %47,7 iken, demir eksikliği yaşamayanların oranı %52,3 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,667$). 2500 gramdan daha az doğan grupta annenin gebelik sırasında diğer vitamin eksiklikleri yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %33,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında diğer vitamin eksiklikleri yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %15,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %84,1 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında diğer vitamin

eksikliği yaşama durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,293). 2500 gramdan daha az olan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği dağılımları incelendiğinde diğer mineral eksikliği yaşayanların oranı %33,3 iken, yaşamayanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %13,6 iken, cevabı hayır olanların oranı %86,4 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,242). 2500 gramdan daha az doğan grubun tamamının annenin gebelik sırasında ilaç kullandığı tespit edilmiştir. 2500 gramdan daha fazla doğan grupta annenin gebelik sırasında kullanılan ilaç dağılımları incelendiğinde ilaç kullananların oranı %77,3 iken, ilaç kullanmayanların oranı %22,7 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında kullandığı ilaç durumu ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,327).

Tablo 4.9. Doğum kilosu ile çocukların nicel değişkenlerine ait değerlerin karşılaştırılması

	2500 gramdan daha az	2500 gramdan daha fazla	Toplam	Test İstatistiği	p
d	20,33 ± 17,13	23,18 ± 13,75	22,84 ± 14,03	-0,463	0,646 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	138,500	0,751 ^y
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	148,000	0,523 ^y
dmfs	22,17 ± 17,31	24,57 ± 13,59	24,28 ± 13,9	-0,394	0,696 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	121,500	0,739 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Doğum kilosu faktörüne göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,646). 2500 gramdan daha az doğanlarda ortalama değer 20,33 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 23,18 olarak elde edilmiştir. Doğum kilosu ile m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,751- p=0,523). m ve f ortanca bileşenleri tüm doğum kilosu faktörlerinde 0 olarak elde edilmiştir. Doğum kilosuna göre 2500 gramdan daha az doğanlarda ortalama dmfs bileşeni 22,17 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 24,57 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri 2500 gramdan daha az ve 2500 gramdan daha fazla olanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,696). Doğum kilosu faktörüne göre ortanca pufa bileşeni 0

olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca pufa bileşenleri doğum kilosu faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,739$).

Tablo 4.10. Doğum kilosu ile annelerin nicel değişkenlerine ait değerlerin karşılaştırılması

	2500 gramdan daha az	2500 gramdan daha fazla	Toplam	Test İstatistiği	p
D	5 (4 - 26)	8 (0 - 42)	7 (0 - 42)	116,500	0,653 ^x
M	25,5 (0 - 50)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	162,500	0,366 ^x
F	11 (0 - 34)	7,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	138,500	0,858 ^x
DMFS	53,5 (5 - 90)	32,5 (9 - 122)	33 (5 - 122)	145,000	0,709 ^x
PUFA	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	132,500	1,000 ^x

^x Mann Whitney U testi; Ortanca (minimum-maksimum)

2500 gramdan daha az doğanlarda ortanca D bileşeni 5 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler doğum kilosu faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,653$). 2500 gramdan daha az doğanlarda ortalama M bileşeni 25,5 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 15 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,366$). Doğum kilosu faktörüne göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,858$). 2500 gramdan daha az doğanlarda ortanca değer 11 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 7,5 olarak elde edilmiştir. 2500 gramdan daha az doğanlarda ortalama DMFS bileşeni 53,5 iken 2500 gramdan daha fazla doğanlarda 32,5 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,709$). Doğum kilosu faktörüne göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,00$).

Tablo 4.11. Dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Hiç	0-1 yaş	1-2 yaş	2-3 yaş	3-5 yaş	Toplam	p
Hamilelik yaşı							
18 yaşından daha küçük	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0,073 ^s
18-25 yaş arası	1 (33,3)	2 (33,3)	3 (23,1)	2 (9,5)	4 (57,1)	12 (24)	
25-35 yaş arası	2 (66,7)	4 (66,7)	7 (53,8)	19 (90,5)	3 (42,9)	35 (70)	
35 yaştan daha fazla	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Toplam çocuk sayısı							
1	0 (0)	1 (16,7)	1 (7,7)	5 (23,8)	3 (42,9)	10 (20)	0,008 ^s
2	0 (0)	3 (50)	7 (53,8)	11 (52,4)	4 (57,1)	25 (50)	
3	0 (0)	2 (33,3)	5 (38,5)	5 (23,8)	0 (0)	12 (24)	
4 veya daha fazla	3 (100) ^a	0 (0) ^b	0 (0) ^b	0 (0) ^b	0 (0) ^b	3 (6)	

Tablo 4.11.Devamı

Kaçınıcı çocuk							
Birinci	0 (0)	3 (50)	5 (38,5)	7 (33,3)	5 (71,4)	20 (40)	
İkinci	0 (0)	1 (16,7)	4 (30,8)	11 (52,4)	2 (28,6)	18 (36)	0,062 ^x
Üçüncü	2 (66,7)	2 (33,3)	4 (30,8)	3 (14,3)	0 (0)	11 (22)	
Dördüncü	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
Eğitim seviyesi							
İlkokul	2 (66,7)	0 (0)	2 (15,4)	2 (9,5)	2 (28,6)	8 (16)	
Ortaokul	0 (0)	0 (0)	3 (23,1)	5 (23,8)	4 (57,1)	12 (24)	0,128 ^x
Lise	1 (33,3)	2 (33,3)	4 (30,8)	5 (23,8)	0 (0)	12 (24)	
Üniversite ve daha fazlası	0 (0)	4 (66,7)	4 (30,8)	9 (42,9)	1 (14,3)	18 (36)	
Meslek							
Ev hanımı	3 (100)	3 (50)	9 (69,2)	16 (76,2)	6 (85,7)	37 (74)	
Memur	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0,299 ^x
Serbest meslek	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Diğer	0 (0)	3 (50)	1 (7,7)	5 (23,8)	1 (14,3)	10 (20)	
Gelir seviyesi							
17000 ve altı	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	4 (19,1)	2 (28,6)	8 (16)	
17000-50000 arası	0 (0)	2 (33,3)	5 (38,5)	6 (28,6)	1 (14,3)	14 (28)	0,549 ^x
50000 ve üzeri	0 (0)	2 (33,3)	0 (0)	1 (4,7)	0 (0)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	3 (100)	2 (33,3)	6 (46,2)	10 (47,6)	4 (57,1)	25 (50)	
Dış fırçalama alışkanlığı							
Yok	1 (33,3)	0 (0)	2 (15,4)	1 (4,8)	1 (14,3)	5 (10)	
Günde 2-3 kez	0 (0)	5 (83,3)	3 (23,1)	5 (23,8)	4 (57,1)	17 (34)	0,070 ^x
Günde 1 kez	1 (33,3)	1 (16,7)	8 (61,5)	12 (57,1)	2 (28,6)	24 (48)	
Haftada 1 ya da daha fazla	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	3 (14,3)	0 (0)	4 (8)	

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; n (%); ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

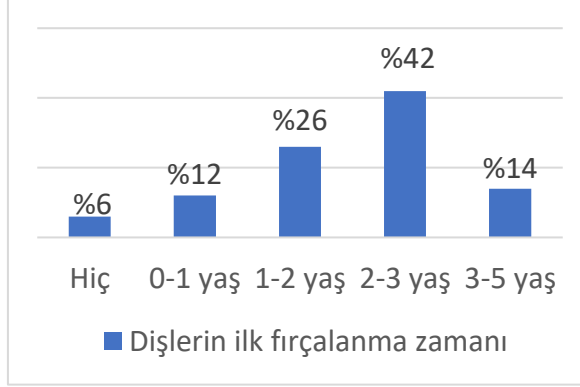
Hiç fırçalamayan ve fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan gruplarda annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %33,3 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18 yaşından daha küçük olanların oranı %7,7, 18-25 yaş arası olanların oranı %23,1, 25-35 yaş arası olanların oranı %53,8 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %15,4 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %9,5 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %90,5 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %57,1 ve 25-35 yaş

arası olanların oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,073$). Hiç fırçalamayan grupta annenin toplam çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde %100 ünün 4 veya daha fazla olan grupta olduğu belirlenmiştir. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grupta annenin toplam çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde 1 olanların oranı %16,7, 2 olanların oranı %50 ve 3 olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grupta annenin toplam çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde 1 olanların oranı %7,7, 2 olanların oranı %53,8 ve 3 olanların oranı %38,5 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grupta annenin toplam çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde 1 olanların oranı %23,8, 2 olanların oranı %52,4 ve 3 olanların oranı %23,8 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grupta annenin toplam çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde 1 olanların oranı %42,9 ve 2 olanların oranı %57,1 olarak elde edilmiştir. Annenin toplam çocuk sayısı ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p=0,008$). Hiç fırçalamayan grupta kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımları incelendiğinde üçüncü olanların oranı %66,7 ve dördüncü olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grubun kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımları incelendiğinde birinci olanların oranı %50, ikinci olanların oranı %16,7 ve üçüncü olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grubun kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımları incelendiğinde birinci olanların oranı %38,5, ikinci olanların oranı %30,8 ve üçüncü olanların oranı %30,8 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grubun kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımları incelendiğinde birinci olanların oranı %33,3, ikinci olanların oranı %52,4 ve üçüncü olanların oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grubun kaçınıcı çocuk olduklarının dağılımları incelendiğinde birinci olanların oranı %71,4 ve ikinci olanların oranı %28,6 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk oldukları ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,062$). Hiç fırçalamayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %66,7 ve lise olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde lise olanların oranı %33,3 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %66,7 olarak elde

edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %15,4, ortaokul olanların oranı %23,1, lise olanların oranı %30,8 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %30,8 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %9,5, ortaokul olanların oranı %23,8, lise olanların oranı %23,8 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %28,6, ortaokul olanların oranı %57,1 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,128$). Hiç fırçalamayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %50' sinin ev hanımı ve %50' sinin diğer meslek grubunda olduğu gösterilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %69,2, memur olanların oranı %7,7, serbest meslek olanların oranı %15,4 ve diğer cevabı verenlerin oranı %7,7 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %76,2 ve diğer cevabı verenlerin oranı %23,8 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %85,7 ve diğer cevabı verenlerin oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,299$). Hiç fırçalamayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde %100' ünün belirtmek istemiyorum cevabını verdiği görülmüştür. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000-50000 arası geliri olanların oranı %33,3, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %33,3 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %15,4, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %38,5, ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %46,2 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %19,1, 17000-50000 arası geliri

olanların oranı %28,6, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %4,7 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %47,6 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %28,6, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %14,3 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %57,1 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,549$). Fırçalamaya başlama yaşına hiç cevabı veren grubun fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde fırçalama alışkanlığı olmayanların oranı %33,3, günde 1 kez fırçalayanların oranı %33,3 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 0-1 yaşta başlayan grubun diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %83,3 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 1-2 yaşta başlayan grubun diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde fırçalama alışkanlığı olmayanların oranı %15,4, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %23,1 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %61,5 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 2-3 yaşta başlayan grubun diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde fırçalama alışkanlığı olmayanların oranı %4,8, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %23,8, günde 1 kez fırçalayanların oranı %57,1 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. Fırçalamaya 3-5 yaşta başlayan grubun diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde fırçalama alışkanlığı olmayanların oranı %14,3, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %57,1 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %28,6 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığı ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,070$).

Katılımcıların dişlerin ilk fırçalanma zamanı faktörüne göre dağılımı incelendiğinde %6' sını hiç fırçalamamakta, %12' si 0-1 yaşta, %26'sını 1-2 yaşta, %42' si 2-3 yaşta, %14' ü 3-5 yaşta (şekil 4.5).



Şekil 4.5. Dişlerin ilk fırçalanma zamanı dağılımı

Tablo 4.12. Çocuklarda dişlerin ilk fırçalama zamanı ile nicel değişkenlerin karşılaştırılması

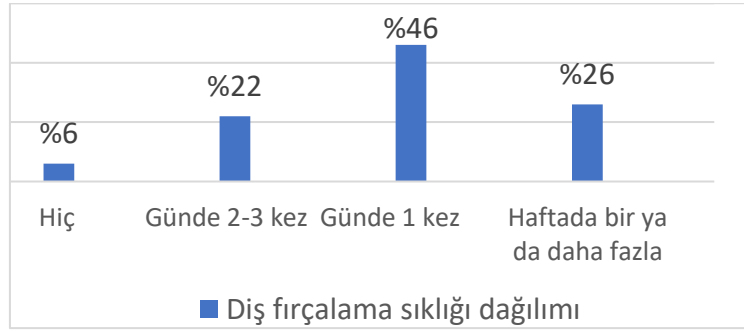
	Hiç	0-1 yaş	1-2 yaş	2-3 yaş	3-5 yaş	Toplam	p
d	24 (15-48)	20,5(0-34)	12 (3 - 53)	22 (5 - 59)	32 (9 - 42)	21 (0 -59)	0,282 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 4)	0 (0 - 10)	0,828 ^x
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0,940 ^x
dmfs	30±16,7	20,5±11,67	20,46±17,19	24,62±12,38	31,14±12,31	24,28±13,9	0,469 ^x
pufa	6 (0 - 8)	0,5 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	1 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0,327 ^x

^xKruskal Wallis Testi; Ortanca (minimum-maksimum)

Dişlerin ilk fırçalanma zamanlarına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,282). Hiç fırçalamayan grupta ortanca değer 24 iken, 0-1 yaş grubunda 20,5, 1-2 yaş grubunda 12, 2-3 yaş grubunda 22 ve 3-5 yaş grubunda 32 olarak elde edilmiştir. Dişlerin ilk fırçalanma zamanlarına göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p=0,828- p=0,940). Bütün fırçalama zamanı gruplarında ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Dişlerin ilk fırçalanma zamanlarına göre ortanca dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,469). Hiç fırçalamayan grupta ortanca değer 30 iken, 0-1 yaş grubunda 20,5, 1-2 yaş grubunda 20,46, 2-3 yaş grubunda 24,62

ve 3-5 yaş grubunda 31,14 olarak elde edilmiştir. Dişlerin ilk fırçalanma zamanlarına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,327). Hiç fırçalamayan grupta ortanca değer 6 iken, 0-1 yaş grubunda 0,5, 1-2 yaş grubunda 0, 2-3 yaş grubunda 0 ve 3-5 yaş grubunda 1 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların diş fırçalama sıklığı faktörüne göre dağılımları şekil 4.6.' da gösterildiği gibi %6' sını hiç fırçalamamakta, %22'si günde 2-3 kez, %46'sı günde 1 kez, %26'sı haftada bir ya da daha fazla kez fırçalamaktadır.



Şekil 4.6. Diş fırçalama sıklığı dağılımı

Tablo 4.13. Çocuklarda diş fırçalama sıklığı ile nicel değişkenlerin karşılaştırılması

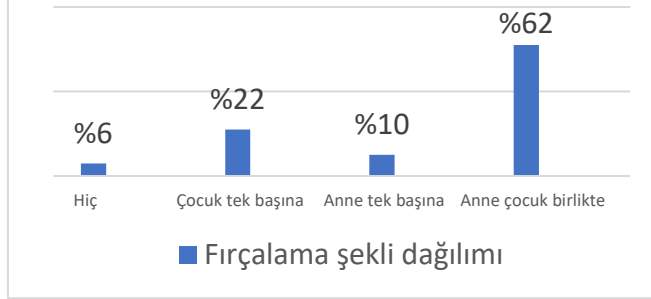
	Hiç	Günde 2-3 kez	Günde 1 kez	Haftada 1 ya da daha fazla	Toplam	p
d	29 ± 17,06	23,27 ± 13,11	18,91±11,45	28 ± 17,42	22,84 ± 14,03	0,249 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0,246 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0,781 ^y
dmfs	30 ± 16,7	23,45 ± 12,91	21,3 ± 12,2	28,92 ± 16,77	24,28±13,9	0,393 ^x
pufa	6 (0 - 8)	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	1 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,066 ^y
D	5 (5 - 22)	6 (0 - 12)	6 (1 - 21)	10 (5 - 42)	7 (0 - 42)	0,100 ^y
M	10 (0 - 30)	20 (5 - 70)	15 (0 - 40)	10 (0 - 50)	15 (0 - 70)	0,728 ^y
F	3 (0 - 8)	22 (0 - 52)	9 (0 - 63)	4 (0 - 43)	8 (0 - 63)	0,113 ^y
DMFS	27,67±13,43	54,27±40,02	38,26±20,35	41,69±30,93	42,04±28,41	0,387 ^y
PUFA	0 (0 - 4)	0 (0 - 1)	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,042^y

^x Tek yönlü ANOVA, ^y Kruskal Wallis H testi; Ortalama±standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum)

Diş fırçalama sıklıklarına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,249). Hiç fırçalamayan grupta ortalama değer 29 iken, günde 2-3 kez fırçayanlarda 23,27, günde 1 kez fırçalanlarda 18,91 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalanlarda 28 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde

edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,246$ - $p=0,781$). Diş fırçalama sıklıklarına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,393$). Hiç fırçalamayanlarda ortalama değer 30 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 23,45, günde 1 kez fırçalayanlarda 21,3 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 28,92 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,066$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 6 iken, Günde 2-3 kez ve 1 kez fırçalayanlarda 0 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 1 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,100$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 5 iken, günde 2-3 kez ve 1 kez fırçalayanlarda 6 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 10 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,728$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 10 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 20, günde 1 kez fırçalayanlarda 15 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 10 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,113$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 3 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 22, günde 1 kez fırçalayanlarda 9 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 4 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,387$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 27,67 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 54,27, günde 1 kez fırçalayanlarda 38,26 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 41,69 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama sıklıklarına göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak fark olsa da ($p=0,042$) çoklu karşılaştırmalar sonucunda anlamlı bir fark elde edilememiştir. Ortanca değerlerinin eşit olması dolayısıyla değerlendirme sıra ortalama puanlarıyla yapılmıştır. Hiç fırçalamayanlarda sıra ortalama puanı 30,67, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 23,5, günde 1 kez fırçalayanlarda 22,65 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 31,04 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların fırçalama şekli faktörüne göre dağılımları şekil 4.7.' de gösterilmiştir. %6' sı hiç fırçalamamakta, %22'si çocuk tek başına, %10' u anne tek başına ve %62'si anne ve çocuk birlikte fırçalamaktadır.



Şekil 4.7. Fırçalama şekli dağılımı

Tablo 4.14. Fırçalama şekline göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	Hiç	Çocuk tek başına	Anne tek başına	Anne çocuk birlikte	Toplam	p
Eğitim seviyesi						
İlkokul	2 (66,7)	2 (18,2)	1 (20)	3 (9,7)	8 (16)	0,111 ^x
Ortaokul	0 (0)	3 (27,3)	0 (0)	9 (29)	12 (24)	
Lise	1 (33,3)	4 (36,4)	0 (0)	7 (22,6)	12 (24)	
Üniversite ve daha fazlası	0 (0)	2 (18,2)	4 (80)	12 (38,7)	18 (36)	
Meslek						
Ev hanımı	3 (100)	9 (81,8)	3 (60)	22 (71)	37 (74)	0,744 ^x
Memur	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,2)	1 (2)	
Serbest meslek	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (3,2)	2 (4)	
Diğer	0 (0)	1 (9,1)	2 (40)	7 (22,6)	10 (20)	
Gelir seviyesi						
17000 ve altı	0 (0)	1 (9,1)	1 (20)	6 (19,4)	8 (16)	0,217 ^x
17000-50000 arası	0 (0)	3 (27,3)	3 (60)	8 (25,8)	14 (28)	
50000 ve üzeri	0 (0)	1 (9,1)	1 (20)	1 (3,2)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	3 (100)	6 (54,6)	0 (0)	16 (51,6)	25 (50)	
Diş hekimi ziyaret sıklığı						
6 ayda bir veya daha sık	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	3 (9,7)	4 (8)	0,609 ^x
Yılda bir ya da daha sık	0 (0)	1 (9,1)	1 (20)	4 (12,9)	6 (12)	
Şikayet olunca	2 (66,7)	10 (90,9)	4 (80)	24 (77,4)	40 (80)	

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Hiç fırçalamayan grupta annenin eğitim seviyesi ilkokul olanların oranı %66,7 ve lise olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Çocuk tek başına fırçalayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %18,2, ortaokul olanların oranı %27,3, lise olanların oranı %36,4 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %18,2 olarak elde edilmiştir. Anne tek başına fırçalayan grupta annenin

eğitim seviyesi dağımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %80 olarak elde edilmiştir. Anne çocuk birlikte fırçalayan grupta annenin eğitim seviyesi dağımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %9,7, ortaokul olanların oranı %29, lise olanların oranı %22,6 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %38,7 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile fırçalama şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,111$). Hiç fırçalamayan grupta annenin meslek dağımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Çocuk tek başına fırçalayan grupta annenin meslek dağımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %81,8, serbest meslek olanların oranı %9,1 ve diğer cevabı verenlerin oranı %9,1 olarak elde edilmiştir. Anne tek başına fırçalayan grupta annenin meslek dağımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %60 ve diğer cevabı verenlerin oranı %40 olarak elde edilmiştir. Anne çocuk birlikte fırçalayan grupta annenin meslek dağımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %71, memur olanların oranı %3,2, serbest meslek olanların oranı %3,2 ve diğer cevabı verenlerin oranı %22,6 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile fırçalama şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,744$). Hiç fırçalamayan grubun gelir seviyesi dağımları incelendiğinde %100' ünün belirtmek istemiyorum cevabı verdiği tespit edilmiştir. Çocuk tek başına fırçalayan grubun gelir seviyesi dağımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %9,1, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %27,3, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %9,1 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %54,6 olarak elde edilmiştir. Anne tek başına fırçalayan grubun gelir seviyesi dağımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %20, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %60 ve 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Anne çocuk birlikte fırçalayan grubun gelir seviyesi dağımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %19,4, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %25,8, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %3,2 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %51,6 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile fırçalama şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,217$). Hiç fırçalamayan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %33,3 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Çocuk tek başına

fırçalayan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir ya da daha sık olanların oranı %9,1 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %90,9 olarak elde edilmiştir. Anne tek başına fırçalayan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir ya da daha sık olanların oranı %20 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. Anne çocuk birlikte fırçalayan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %9,7, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %12,9 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %77,4 olarak elde edilmiştir. Annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ile fırçalama şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,609).

Tablo 4.15. Fırçalama şekline göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırması

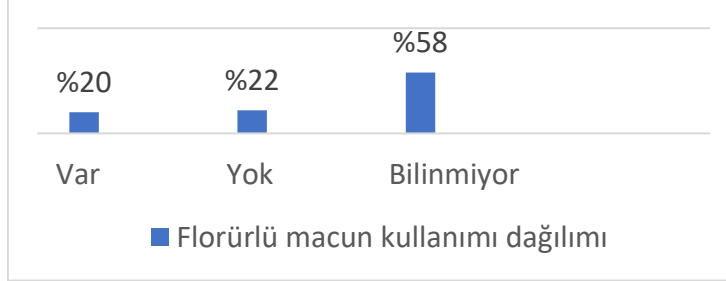
	Hiç	Çocuk tek başına	Anne tek başına	Anne çocuk birlikte	Toplam	Test İstatistiği	P
d	24(15-48)	24 (0 - 42)	21 (7 - 42)	21 (3 - 59)	21 (0 - 59)	0,683	0,877 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 8)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1,564	0,668 ^x
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 4)	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,415	0,937 ^x
dmfs	30 ± 16,7	21,18 ± 13,69	22,6 ± 12,5	25,1 ± 14,34	24,28 ± 13,9	0,396	0,756 ^y
pufa	6 (0 - 8)	0 (0 - 5)	0 (0 - 2)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	2,519	0,472 ^x
D	5 (5 - 22)	8 (1 - 42)	8 (3 - 14)	6 (0 - 33)	7 (0 - 42)	0,042	0,998 ^x
M	10 (0 - 30)	10 (4 - 35)	10 (5 - 35)	20 (0 - 70)	15 (0 - 70)	3,994	0,262 ^x
F	3 (0 - 8) ^{ab}	4 (0 - 37) ^{ab}	0 (0 - 8) ^a	11 (0 - 63) ^b	8 (0 - 63)	11,927	0,008^x
DMFS	27,67 ± 13,43	31,64 ± 20,51	24,2 ± 14,04	50 ± 31	42,04 ± 28,41	2,407	0,079 ^y
PUFA	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 1)	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	1,189	0,756 ^x

^x Kruskal Wallis H testi; ^y Tek yönlü varyans analizi; ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. Ortalama ± standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum)

Fırçalama şekillerine göre ortanca d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,877). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 24 iken, çocuk tek başına fırçalayanlarda 24, anne tek başına fırçalayanlarda 21 ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda 21 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,668- p=0,937). Bütün fırçalama şekillerinde ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,756). Hiç fırçalamayanlarda ortalama değer 30 iken, çocuk tek başına fırçalayanlarda 21,18, anne tek başına fırçalayanlarda 22,6 ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda 25,1 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,472). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 6 iken, diğer fırçalama gruplarında 0 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine

göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,998$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 5 iken, çocuk tek başına fırçalayanlarda 8, anne tek başına fırçalayanlarda 8 ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,262$). Anne çocuk birlikte fırçalayanlarda ortanca değer 20 iken, diğer fırçalama gruplarında ortanca değer 10 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,008$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 3 iken, çocuk tek başına fırçalayanlarda 4, anne tek başına fırçalayanlarda 0 ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda 11 olarak elde edilmiştir. Hiç fırçalamayanlar ile çocuk tek başına, anne tek başına ve anne çocuk birlikte fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Çocuk tek başına fırçalayanlar ile anne tek başına ve anne çocuk birlikte fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Anne tek başına fırçalayanlar ile anne çocuk birlikte fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Fırçalama şekillerine göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,079$). Hiç fırçalamayanlarda ortalama değer 27,67 iken, çocuk tek başına fırçalayanlarda 31,64, anne tek başına fırçalayanlarda 24,2 ve anne çocuk birlikte fırçalayanlarda 50 olarak elde edilmiştir. Fırçalama şekillerine göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,756$). Bütün fırçalama gruplarında ortanca PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların florürlü macun kullanımı dağılımları incelendiğinde %20' sinde florürlü macun kullanımı varken, %22' sinde yoktur. %58' i bilinmemektedir (şekil 4.8).



Şekil 4.8. Florürlü macun kullanımı dağılımı

Tablo 4.16. Florürlü diş macunu kullanımı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Var	Yok	Bilinmiyor	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi						
İlkokul	0 (0)	2 (18,2)	6 (20,7)	8 (16)	4,975	0,562 ^x
Ortaokul	3 (30)	1 (9,1)	8 (27,6)	12 (24)		
Lise	2 (20)	4 (36,4)	6 (20,7)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	5 (50)	4 (36,4)	9 (31)	18 (36)		
Meslek						
Ev hanımı	7 (70)	8 (72,7)	22 (75,9)	37 (74)	4,693	0,667 ^x
Memur	1 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (2)		
Serbest meslek	0 (0)	1 (9,1)	1 (3,5)	2 (4)		
Diğer	2 (20)	2 (18,2)	6 (20,7)	10 (20)		
Gelir seviyesi						
17000 ve altı	3 (30)	2 (18,2)	3 (10,3)	8 (16)	7,071	0,258 ^x
17000-50000 arası	4 (40)	3 (27,3)	7 (24,1)	14 (28)		
50000 ve üzeri	1 (10)	1 (9,1)	1 (3,5)	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	2 (20)	5 (45,5)	18 (62,1)	25 (50)		
Diş hekimi ziyaret sıklığı						
6 ayda bir veya daha sık	2 (20)	2 (18,2)	0 (0)	4 (8)	7,483	0,062 ^x
Yılda bir ya da daha sık	0 (0)	1 (9,1)	5 (17,2)	6 (12)		
Şikayet olunca	8 (80)	8 (72,7)	24 (82,8)	40 (80)		

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Florürlü diş macunu kullanan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ortaokul olanların oranı %30, lise olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanmayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %18,2, ortaokul olanların oranı %9,1, lise olanların oranı %36,4 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %36,4 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımı bilinmeyen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %20,7, ortaokul olanların oranı %27,6, lise olanların oranı %20,7 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %31 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile florürlü diş macunu kullanımı arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,562$). Florürlü macun kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %70, memur olanların oranı %10, ve diğer cevabı verenlerin oranı %20 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanmayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %72,7, serbest meslek olanların oranı %9,1 ve diğer cevabı verenlerin oranı %18,2 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanımını bilinmeyen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %75,9, serbest meslek olanların oranı %3,5 ve diğer cevabı verenlerin oranı %20,7 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile florürlü diş macunu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,667$). Florürlü macun kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %30, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %40, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %10 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %20 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanmayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %18,2, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %27,3, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %9,1 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %45,5 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanımını bilinmeyen grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %10,3, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %24,1, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %3,5 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %62,1 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile florürlü diş macunu kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,258$). Florürlü diş macunu kullanan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %20 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanmayan grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %18,2, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %9,1 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %72,7 olarak elde edilmiştir. Florürlü macun kullanımını bilinmeyen grupta annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir ya da daha sık olanların oranı %17,2 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %82,8 olarak elde edilmiştir. Annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ile florürlü diş macunu

kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,062).

Tablo 4.17. Florürlü diş macunu kullanımı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

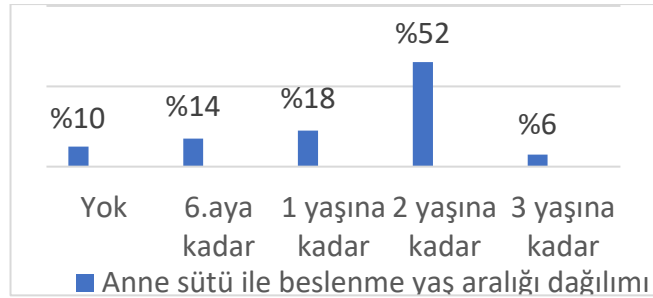
	Var	Yok	Bilinmiyor	Toplam	Test İstatistiği	p
d	21,1 ± 11,54	17,73 ± 12,43	25,38 ± 15,11	22,84 ± 14,03	1,299	0,283 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	3,642	0,162 ^y
f	0 (0 - 2)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,819	0,664 ^y
dmfs	22 ± 11,5	21,09 ± 14,29	26,28 ± 14,58	24,28 ± 13,9	0,715	0,495 ^x
pufa	0 (0 - 2)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,549	0,760 ^y
D	5 (3 - 15)	5 (1 - 22)	9 (0 - 42)	7 (0 - 42)	5,258	0,072 ^y
M	20 (5 - 70)	10 (0 - 40)	15 (0 - 67)	15 (0 - 70)	1,174	0,556 ^y
F	11 (1 - 46)	8 (0 - 63)	5 (0 - 52)	8 (0 - 63)	3,685	0,158 ^y
DMFS	41 (11 - 122)	27 (5 - 89)	33 (9 - 119)	33 (5 - 122)	0,507	0,776 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	3,408	0,182 ^y

^x Tek yönlü varyans analizi; ^y Kruskal Wallis H testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Florürlü diş macunu kullanımına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,283). Florürlü diş macunu kullananlarda ortalama değer 21,1 iken, kullanmayanlarda 17,73 ve kullanımı bilinmeyenlerde 25,38 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,162- p=0,664). Florürlü diş macunu kullanımında ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,495). Florürlü diş macunu kullananlarda ortalama değer 21,6 iken, kullanmayanlarda 19,45 ve kullanımı bilinmeyenlerde 26 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,760). Florürlü diş macunu kullanımında ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,072). Florürlü diş macunu kullanan ve kullanmayanlarda ortanca değer 5 iken kullanımı bilinmeyenlerde 9 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,556). Florürlü diş macunu kullananlarda ortanca değer 20 iken, kullanmayanlarda 10 ve kullanımı bilinmeyenlerde 15 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre

ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,158$). Florürlü diş macunu kullananlarda ortanca değer 11 iken, kullanmayanlarda 8 ve kullanımı bilinmeyenlerde 5 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,776$). Florürlü diş macunu kullananlarda ortalama değer 41 iken, kullanmayanlarda 27 ve kullanımı bilinmeyenlerde 33 olarak elde edilmiştir. Florürlü diş macunu kullanımına göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,182$). Florürlü diş macunu kullanımında ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların anne sütü ile beslenme yaş aralığı dağılımları şekil 4.9’ da gösterildiği gibi %10’ unda yokken, %22’ si 6.aya kadar, %18’ i 1 yaşına kadar, %52’ si 2 yaşına kadar, %6’ si 3 yaşına kadardır.



Şekil 4.9. Anne sütü beslenme yaş aralığı dağılımı

Tablo 4.18. Anne sütü ile beslenmede yaş aralığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Yok	6. aya kadar	1 yaşına kadar	2 yaşına kadar	3 yaşına kadar	Toplam	p
Eğitim seviyesi							
İlkokul	2 (40)	1 (14,3)	2 (22,2)	3 (11,5)	0 (0)	8 (16)	0,062 ^x
Ortaokul	0 (0)	1 (14,3)	1 (11,1)	10 (38,5)	0 (0)	12(24)	
Lise	1 (20)	3 (42,9)	5 (55,6)	3 (11,5)	0 (0)	12(24)	
Üniversite ve daha fazlası	2 (40)	2 (28,6)	1 (11,1)	10 (38,5)	3 (100)	18(36)	
Meslek							
Ev hanımı	5(100) ^a	6(85,7) ^{ab}	6(66,7) ^{ab}	20(76,9) ^{ab}	0 (0) ^b	37(74)	0,004 ^x
Memur	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
Serbest meslek	0 (0)	0 (0)	2 (22,2)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Diğer	0 (0) ^a	1(14,3) ^{ab}	0 (0) ^a	6 (23,1) ^{ab}	3(100) ^b	10(20)	
Gelir seviyesi							
17000 ve altı	3 (60)	1 (14,3)	1 (11,1)	3 (11,5)	0 (0)	8 (16)	0,261 ^x
17000-50000 arası	2 (40)	2 (28,6)	3 (33,3)	7 (26,9)	0 (0)	14 (28)	
50000 ve üzeri	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (7,7)	1(33,3)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	0 (0)	4 (57,1)	5 (55,6)	14 (53,8)	2(66,7)	25(50)	

Tablo 4.8. Devamı

Diş hekimi ziyaret sıklığı							
6 ayda bir veya daha sık	2 (40)	1 (14,3)	0 (0)	1 (3,9)	0 (0)	4 (8)	
Yılda bir ya da daha sık	0 (0)	0 (0)	2 (22,2)	4 (15,4)	0 (0)	6 (12)	0,284 ^x
Şikayet olunca	3 (60)	6 (85,7)	7 (77,8)	21 (80,8)	3 (100)	40(80)	
Hamilelikte diş hekimi ziyareti							
Var	2(40) ^{ab}	6 (85,7) ^b	1 (11,1) ^a	4 (15,4) ^a	2(66,7) ^{ab}	15(30)	
Yok	3 (60)	1 (14,3)	8 (88,9)	22 (84,6)	1 (33,3)	35(70)	0,001^x

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplara arasında fark yoktur; n(%)

Anne sütü kullanımı olmayanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımı incelendiğinde, ilkokul olanların oranı %40, lise olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %40 olarak elde edilmiştir. 6. aya kadar kullanımı olanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %14,3, ortaokul olanların oranı %14,3, lise olanların oranı %42,9 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %28,6 olarak elde edilmiştir. 1 yaşına kadar kullanımı olanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %22,2, ortaokul olanların oranı %11,1, lise olanların oranı %55,6 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %11,1 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanımı olanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %11,5, ortaokul olanların oranı %38,5, lise olanların oranı %11,5 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %38,5 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar olan kullanımı olanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımı incelendiğinde %100' ünün üniversite ve daha fazlası cevabı verdiği görülmüştür. Annenin eğitim seviyesi ile anne sütü ile beslenme yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,062). Anne sütü kullanımı olmayanlarda annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. 6. aya kadar kullanımı olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %85,7 ve diğer cevabı verenlerin oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. 1 yaşına kadar kullanımı olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %66,7, memur olanların oranı %11,1 ve serbest meslek olanların oranı %22,2 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %76,9 ve diğer cevabı verenlerin oranı %23,1 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün diğer cevabı verdiği görülmüştür. Annenin mesleği ile anne sütü ile beslenme yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (p=0,004). Anne sütü kullanımı olmayan grubun gelir seviyesi

dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %60 ve 17000-50000 arası geliri olanların oranı %40 olarak elde edilmiştir. 6. aya kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %14,3, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %28,6 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %57,1 olarak elde edilmiştir. 1 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %11,1, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %33,3 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %55,6 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %11,5, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %26,9, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %7,7 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %53,8 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %33,3 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile anne sütü ile beslenme yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,261$). Anne sütü kullanımı olmayan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %40 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %60 olarak elde edilmiştir. 6. aya kadar kullanan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %14,3 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %85,7 olarak elde edilmiştir. 1 yaşına kadar kullanan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir ya da daha sık olanların oranı %22,2 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %77,8 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %3,9, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %15,4 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %80,8 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün şikayet olunca cevabını verdiği görülmüştür. Annenin dış hekimi ziyaret sıklığı ile anne sütü ile beslenme yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,284$). Anne sütü kullanımı olmayan grupta annenin hamilelikte dış hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %40 iken, cevabı hayır olanların oranı %60 olarak elde edilmiştir. 6. aya kadar kullanan grupta annenin hamilelikte dış hekimi

ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %85,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %14,3 olarak elde edilmiştir. 1 yaşına kadar kullanan grupta annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %11,1 iken, cevabı hayır olanların oranı %88,9 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %15,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %84,6 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %66,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelikte diş hekimi ziyareti ile anne sütü ile beslenme yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (p=0,001).

Tablo 4.19. Anne sütü ile beslenmede yaş aralığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

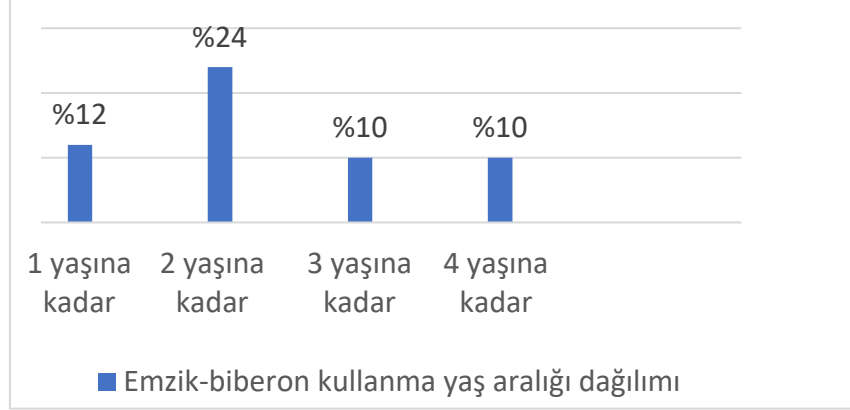
	Yok	6. aya kadar	1 yaşına kadar	2 yaşına kadar	3 yaşına kadar	Toplam	p
d	13,6 ± 6,69	29,57 ± 18,63	17,56 ± 15,6	25,81 ± 12,34	12,67 ± 6,81	22,84 ± 14,03	0,093 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 5)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,721 ^y
f	0 (0 - 0)	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,486 ^y
dmfs	14,06±7,13	30,71 ± 18,15	19,89 ± 15,33	27,27 ± 12,24	12,67 ± 6,81	24,28 ± 13,9	0,080 ^x
pufa	0 (0 - 3)	2 (0 - 8)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	1 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0,218 ^y
D	6 (1 - 14)	8 (5 - 21)	5 (1 - 21)	8 (0 - 42)	6 (5 - 10)	7 (0 - 42)	0,696 ^y
M	15 (10 - 25)	10 (5 - 15)	20 (5 - 39)	15 (0 - 70)	5 (5 - 20)	15 (0 - 70)	0,558 ^y
F	6 (0 - 63)	4 (0 - 5)	10 (5 - 43)	9,5 (0 - 52)	10 (5 - 25)	8 (0 - 63)	0,141 ^y
DMFS	33 (20 - 89)	20 (11 - 40)	43 (19 - 93)	46 (5 - 122)	25 (16 - 50)	33 (5 - 122)	0,246 ^x
PUFA	0 (0 - 1)	0 (0 - 1)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,890 ^y

^x Tek yönlü varyans analizi; ^y Kruskal Wallis H testi; ^{ab} :Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,093). Anne sütü kullanmayanlarda ortalama değer 13,6 iken, 6. aya kadar kullananlarda 29,57, 1 yaşına kadar kullananlarda 17,56, 2 yaşına kadar kullananlarda 25,81 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 12,67 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,721-p=0,486). Anne sütü ile beslenme yaş aralığında ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,080). Anne sütü kullanmayanlarda ortalama değer 14,6 iken, 6. aya kadar kullananlarda 30,71, 1 yaşına kadar kullananlarda 19,89, 2 yaşına kadar kullananlarda 27,27 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 12,67 olarak elde edilmiştir. Anne

sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,218$). Anne sütü kullanmayanlarda, 1 ve 2 yaşına kadar kullananlarda ortanca değer 0 iken, 6. aya kadar kullananlarda 2 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 1 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,696$). Anne sütü kullanmayanlarda ortanca değer 6 iken, 6. aya kadar kullananlarda 8, 1 yaşına kadar kullananlarda 5, 2 yaşına kadar kullananlarda 8 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 6 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,558$). Anne sütü kullanmayanlarda ortanca değer 15 iken, 6. aya kadar kullananlarda 10, 1 yaşına kadar kullananlarda 20, 2 yaşına kadar kullananlarda 15 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 5 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,141$). Anne sütü kullanmayanlarda ortanca değer 6 iken, 6. aya kadar kullananlarda 4, 1 yaşına kadar kullananlarda 10, 2 yaşına kadar kullananlarda 9,5 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 10 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,246$). Anne sütü kullanmayanlarda ortalama değer 33 iken, 6. aya kadar kullananlarda 20, 1 yaşına kadar kullananlarda 43, 2 yaşına kadar kullananlarda 46 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 25 olarak elde edilmiştir. Anne sütü ile beslenme yaş aralıklarına göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,890$). Ortanca PUFA bileşenleri tüm gruplarda 0 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların emzik-biberon kullanma yaş aralığı dağılımı şekil 4.10' da gösterilmiştir. %12' sinde 1 yaşına kadar, %24' ünde 2 yaşına kadar, %10' unda 3 yaşına kadar, %10' unda 4 yaşına kadar kullanım vardır.



Şekil 4.10. Emzik-biberon kullanma yaş aralığı dağılımı

Tablo 4.20. Emzik-biberon kullanma yaş aralığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	1 yaşına kadar	2 yaşına kadar	3 yaşına kadar	3'ten fazla yaş	Toplam	Test İstatistiği	p
Hamilelik Yaşı							
18 yaşından daha küçük	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6,065	0,423 ^x
18-25 yaş arası	0 (0)	4 (33,3)	2 (40)	2 (40)	8(28,6)		
25-35 yaş arası	6 (100)	7 (58,3)	3 (60)	2 (40)	18(64,3)		
35 yaştan daha fazla	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	1 (20)	2 (7,1)		
Eğitim seviyesi						7,816	0,578 ^x
İlkokul	1 (16,7)	1 (8,3)	1 (20)	2 (40)	5 (17,9)		
Ortaokul	1 (16,7)	1 (8,3)	1 (20)	2 (40)	5 (17,9)		
Lise	3 (50)	6 (50)	2 (40)	0 (0)	11(39,3)		
Üniversite ve daha fazlası	1 (16,7)	4 (33,3)	1 (20)	1 (20)	7 (25)		
Meslek						4,301	0,916 ^x
Ev hanımı	6 (100)	10 (83,3)	5 (100)	4 (80)	25(89,3)		
Memur	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Serbest meslek	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	1 (20)	2 (7,1)		
Diğer	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)		
Gelir seviyesi						5,791	0,451 ^x
17000 ve altı	2 (33,3)	4 (33,3)	0 (0)	0 (0)	6 (21,4)		
17000-50000 arası	2 (33,3)	4 (33,3)	1 (20)	1 (20)	8 (28,6)		
50000 ve üzeri	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Belirtmek istemiyorum	2 (33,3)	4 (33,3)	4 (80)	4 (80)	14 (50)		

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Emzik-biberon kullanımı 1 yaşına kadar olan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde %100' ünün 25-35 yaş arası olduğu görülmüştür. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %33,3, 25-35 yaş arası olanların oranı %58,3 ve 35 yaştan daha

fazla olanların oranı %8,3 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %40 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %60 olarak elde edilmiştir. 3'ten fazla yaşa kadar kullanan grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %40, 25-35 yaş arası olanların oranı %40 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı ile emzik-biberon kullanma yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,423). 1 yaşına kadar kullanan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %16,7, ortaokul olanların oranı %16,7, lise olanların oranı %50 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %8,3, ortaokul olanların oranı %8,3, lise olanların oranı %50 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %20, ortaokul olanların oranı %20, lise olanların oranı %40 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. 3' ten fazla yaşa kadar kullanan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %40, ortaokul olanların oranı %40 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile emzik-biberon kullanma yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,578). 1 yaşına kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %83,3, serbest meslek olanların oranı %8,3 ve diğer cevabı verenlerin oranı %8,3 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. 3' ten fazla yaşa kadar kullanan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %80 ve serbest meslek olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile emzik-biberon kullanma yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,916). 1 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %33,3, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %33,3 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı

%33,3 olarak elde edilmiştir. 2 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %33,3, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %33,3 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. 3 yaşına kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000-50000 arası geliri olanların oranı %20 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. 3'ten fazla yaşa kadar kullanan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000-50000 arası geliri olanların oranı %20 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile emzik-biberon kullanma yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,451).

Tablo 4.21. Emzik- biberon kullanma yaş aralığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	1 yaşına kadar	2 yaşına kadar	3 yaşına kadar	3 yaştan fazla	Toplam	p
d	11,5 (5 -42)	17 (0-59)	21 (9 – 42)	39 (3 – 53)	21 (0 – 59)	0,285 ^y
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 8)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,364 ^y
f	0 (0 - 7)	0 (0 - 5)	0 (0 - 4)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,722 ^y
dmfs	19 ± 13,43	20,42 ± 14,95	23 ± 11,51	36,2 ± 20,29	24,28 ± 13,9	0,238 ^x
pufa	0,5 (0 - 3)	0 (0 - 8)	0 (0 - 2)	2 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,151 ^y
D	7 (1 - 21)	5,5 (1 - 10)	8 (4 - 42)	11 (3 - 33)	7 (0 - 42)	0,688 ^y
M	15 (10 - 25)	10 (5 - 40)	15 (5 - 35)	30 (15 - 50)	15 (0 - 70)	0,164 ^y
F	6 (0 - 63)	8 (1 - 37)	3 (0 - 10)	14 (1 - 43)	8 (0 - 63)	0,410 ^y
DMFS	31,5 (19 - 89)	27,5 (11 – 78)	33 (9 – 80)	75 (20 - 93)	33 (5 - 122)	0,257 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 – 1)	0 (0 - 7)	2 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0,034^y

^x Tek yönlü varyans analiz; ^y Kruskal Wallis Testi

Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,285). 1 yaşına kadar kullananlarda ortalama değer 11,5 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 17,3, 3 yaşına kadar kullananlarda 21 ve 3' ten fazla yaşa kadar kullananlarda 39 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,364- p=0,722). Emzik biberon kullanma durumuna göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,238). 1 yaşına kadar kullananlarda ortalama değer 19 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 20,42, 3 yaşına kadar kullananlarda 23 ve 3'ten fazla yaşa kadar kullananlarda 36,2 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca pufa bileşenleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,151$). 1 yaşına kadar kullananlarda ortanca değer 0,5 iken, 2 ve 3 yaşına kadar kullananlarda 0 ve 3 yaştan fazla kullananlarda 2 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,688$). 1 yaşına kadar kullananlarda ortanca değer 7 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 5,5, 3 yaşına kadar kullananlarda 8 ve 3 yaştan fazla kullananlarda 11 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,164$). 1 yaşına kadar kullananlarda ortanca değer 15 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 10, 3 yaşına kadar kullananlarda 15 ve 3 yaştan fazla kullananlarda 30 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,410$). 1 yaşına kadar kullananlarda ortanca değer 6 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 8, 3 yaşına kadar kullananlarda 3 ve 3 yaştan fazla kullananlarda 14 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,257$). 1 yaşına kadar kullananlarda ortalama değer 31,5 iken, 2 yaşına kadar kullananlarda 27,5, 3 yaşına kadar kullananlarda 33 ve 3 yaştan fazla kullananlarda 75 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon kullanma durumuna göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,034$). 1,2 ve 3 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 0 iken 3 yaştan fazla kullananlarda 2 olarak elde edilmiştir. Ortanca değerler birbirine eşit olduğundan dolayı sıra ortalama puanları ile değerlendirme yapılmıştır. Sırasıyla 1 yaşına kadar kullananlarda sıra ortalama puanı 11,5, 2 yaşına kadar kullananlarda 12,5, 3 yaşına kadar kullananlarda 17,2 ve 3' ten fazla yaşa kadar kullananlarda 20,2 olarak elde edilmiştir. Çoklu karşılaştırma sonucunda yaş aralıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.22. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
Hamilelik yaşı					
18 yaşından daha küçük	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
18-25 yaş arası	0 (0)	8 (34,8)	8 (28,6)	3,385	0,124 ^x
25-35 yaş arası	4 (80)	14 (60,9)	18 (64,3)		
35 yaştan daha fazla	1 (20)	1 (4,4)	2 (7,1)		
Eğitim seviyesi					
İlkokul	1 (20)	4 (17,4)	5 (17,9)		
Ortaokul	1 (20)	4 (17,4)	5 (17,9)	0,661	1,000 ^x
Lise	2 (40)	9 (39,1)	11 (39,3)		
Üniversite ve daha fazlası	1 (20)	6 (26,1)	7 (25)		
Meslek					
Ev hanımı	5 (100)	20 (87)	25 (89,3)		
Memur	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,814	1,000 ^x
Serbest meslek	0 (0)	2 (8,7)	2 (7,1)		
Diğer	0 (0)	1 (4,3)	1 (3,6)		
Gelir seviyesi					
17000 ve altı	1 (20)	5 (21,7)	6 (21,4)		
17000-50000 arası	0 (0)	8 (34,8)	8 (28,6)	2,575	0,370 ^x
50000 ve üzeri	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Belirtmek istemiyorum	4 (80)	10 (43,5)	14 (50)		

^xMonte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı olanlarda annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 25-35 yaş arası olanların oranı %80 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı olmayanlarda annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %34,8, 25-35 yaş arası olanların oranı %60,9 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %4,4 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı ile emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p=0,124). Tatlandırma alışkanlığı olanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %20, ortaokul olanların oranı %20, lise olanların oranı %40 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Tatlandırma alışkanlığı olmayanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %17,4, ortaokul olanların oranı %17,4, lise olanların oranı %39,1 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %26,1 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000). Tatlandırma alışkanlığı olanlarda annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Tatlandırma alışkanlığı olmayanlarda annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %87, serbest meslek olanların oranı %8,7 ve diğer cevabı verenlerin oranı %4,4 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak

anlamli bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000). Tatlandırma alişkanlığı olan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %20 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olmayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %21,7, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %34,8 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %43,5 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,370).

Tablo 4.23. Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23 (13 – 59)	17 (0 – 53)	21 (0 – 59)	81,500	0,158 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	47,500	0,349 ^x
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	60,000	0,857 ^x
dmfs	32 ± 17,86	21,52 ± 14,85	24,28 ± 13,9	1,383	0,178 ^y
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	58,000	1,000 ^x
D	6 (3 - 8)	6 (1 - 42)	7 (0 - 42)	44,000	0,433 ^x
M	15 (10 – 40)	15 (5 - 50)	15 (0 - 70)	74,000	0,330 ^x
F	10 (4 - 42)	6 (0 - 63)	8 (0 - 63)	75,500	0,293 ^x
DMFS	33 (20 – 78)	33 (9 - 93)	33 (5 - 122)	65,500	0,653 ^x
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	42,500	0,225 ^x

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Man Whitney U testi; Ortalama=standart sapma; ortanca (minimum-maksimum)

Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olanlarda ortalama d bileşeni 23 iken emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olmayanlarda 17 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı faktörüne göre istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermemektedir (p=0,158). Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m ve f bileşenleri istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermemektedir (p=0,349- p=0,857). Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olanlarda ortalama dmfs bileşeni 32 iken emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı olmayanlarda 21,52 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri emzik- biberon tatlandırma alişkanlığı olan ve olmayanlarda istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermemektedir (p=0,178). Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı faktörlerine göre ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktur (p=1,000). Emzik-biberon tatlandırma alişkanlığı faktörlerine göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,433$). Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortalama değer 6 olarak elde edilmiştir. Emzik- biberon tatlandırma alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortalama M bileşeni 15 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,330$). Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı olanlarda ortalama F bileşeni 10 iken emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı olmayanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama F bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,293$). Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı faktörlerine göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,653$). Emzik- biberon tatlandırma alışkanlığı faktörlerine göre ortalama DMFS değerleri 33 olarak elde edilmiştir. Emzik-biberon tatlandırma alışkanlığı faktörlerine göre ortalama PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortalama değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,225$).

Katılımcıların gece beslenme yaş aralığı dağılımları şekil 4.11’ de gösterildiği gibi %14’ ü 1 yaşına kadar, %68’ i 2 yaşına kadar, %12’si 3 yaşına kadar, %6’ sı 4 yaşına kadar beslenmiştir.



Şekil 4.11. Gece beslenme yaş aralığı dağılımı

Tablo 4.24. Gece beslenme yaşı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	1 yaşına kadar	2 yaşına kadar	3 yaşına kadar	4 yaşına kadar	Toplam	p
d	25,29 ± 18,52	22,24± 11,61	17,67 ± 14,43	34,33 ± 27,21	22,84±14,03	0,771 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 5)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,435 ^y
f	0 (0 - 4)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,627 ^y
dmfs	27,71 ± 17,06	23,41 ± 11,99	20,17 ± 14,05	34,33 ± 27,21	24,28±13,9	0,459 ^x
pufa	2 (0 - 8)	0 (0 - 8)	1 (0 - 6)	8 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,133 ^y
D	6 (1 - 42)	8 (0 - 33)	6 (1 - 9)	22 (4 - 26)	7 (0 - 42)	0,626 ^y
M	25 (10 - 70)	15 (0 - 67)	7,5 (5 - 25)	15 (0 - 50)	15 (0 - 70)	0,285 ^y
F	37 (3 - 63)	9 (0 - 52)	5 (0 - 19)	1 (0 - 14)	8 (0 - 63)	0,186 ^y
DMFS	80(19-122) ^a	32,5 (5-119) ^{ab}	21,5 (14-37) ^b	22 (20 - 90) ^{ab}	33 (5 - 122)	0,049^y
PUFA	0 (0 - 7) ^{ab}	0 (0 - 3) ^a	0 (0 - 1) ^{ab}	2 (0 - 4) ^b	0 (0 - 7)	0,036^y

^x Tek yönlü ANOVA, ^y Kruskal Wallis H testi; Ortalama±standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum); ^{a,b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Gece beslenme yaşlarına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,771). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortalama değer 25,29 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 22,24, 3 yaşına kadar olanlarda 17,67 ve 4 yaşına kadar olanlarda 34,33 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,435- p=0,627). Gece beslenme yaşlarına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,459). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortalama değer 27,71 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 23,41, 3 yaşına kadar olanlarda 20,17 ve 4 yaşına kadar olanlarda 34,33 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,133). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 2 iken 2 yaşına kadar olanlarda 0, 3 yaşına kadar olanlarda 1 ve 4 yaşına kadar olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,626). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 6 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 8, 3 yaşına kadar olanlarda 6 ve 4 yaşına kadar olanlarda 22 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,285). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 25 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 15, 3 yaşına kadar olanlarda 7,5 ve 4 yaşına kadar olanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,186). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 37 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 9, 3 yaşına kadar olanlarda 5 ve 4 yaşına kadar olanlarda 1 olarak elde edilmiştir. Gece beslenme yaşlarına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,049$). Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlarda ortalama değer 80 iken, 2 yaşına kadar olanlarda 32,5, 3 yaşına kadar olanlarda 21,5 ve 4 yaşına kadar olanlarda 22 olarak elde edilmiştir. Gece beslenmesi 1 yaşına kadar ile 2 yaşına kadar ve 4 yaşına kadar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken 1 yaşına kadar ile 3 yaşına kadar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Gece beslenmesi 2 yaşına kadar ile 3 yaşına kadar ve 4 yaşına kadar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Gece beslenmesi 3 yaşına kadar ile 4 yaşına kadar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Gece beslenme yaşlarına göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,036$). Gece beslenmesi 1, 2 ve 3 yaşına kadar olanlarda ortanca değer 0 iken 4 yaşına kadar olanlarda 2 olarak elde edilmiştir. Gece beslenmesi 1 yaşına kadar olanlar ile 2,3 ve 4 yaşına kadar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Gece beslenmesi 2 yaşına kadar olanlar ile 3 yaşına kadar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken 2 yaşına kadar olanlar ile 4 yaşına kadar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Gece beslenmesi 3 yaşına kadar olanlar ile 4 yaşına kadar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

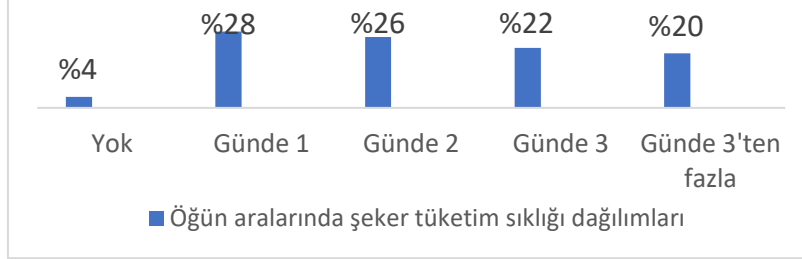
Tablo 4.25. Gece beslenmesinin ne ile yapıldığı ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Anne Sütü	Mama	İnek sütü	Tatlandırılmış inek sütü	p*
d	23,32 ± 13,97	22,24 ± 16,65	25,82 ± 18,78	34,33 ± 21,39	>0,05
f	0,8 ± 1,72	0,53 ± 1,7	0,27 ± 0,9	1,67 ± 2,89	>0,05
dmfs	24,25 ± 13,73	22,94 ± 16,23	26,09 ± 18,77	36 ± 20,22	>0,05
pufa	1,36 ± 2,36	1,59 ± 2,62	2,55 ± 3,45	2,67 ± 4,62	>0,05

*Çoklu yanıt

Gece beslenmesinin ne ile yapıldığına ilişkin çoklu yanıtlara göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$). d için ortalama değerler anne sütünde 23,32, mamada 22,24, inek sütünde 25,82 ve tatlandırılmış inek sütünde 34,33 olarak elde edilmiştir. f için ortalama değerler anne sütünde 0,8, mamada 0,53, inek sütünde 0,27 ve tatlandırılmış inek sütünde 1,67 olarak elde edilmiştir. dmfs için ortalama değerler anne sütünde 24,25, mamada 22,94, inek sütünde 26,09 ve tatlandırılmış inek sütünde 36 olarak elde edilmiştir. pufa için ortalama değerler anne sütünde 1,36, mamada 1,59, inek sütünde 2,55 ve tatlandırılmış inek sütünde 2,67 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımlarına bakıldığında %4'ünde olmadığı, %28'inde günde 1, %26'sında günde 2, %22'sinde günde 3, %20'sinde günde 3'ten fazla olduğu bulunmuştur (şekil 4.12).



Şekil 4.12. Öğün aralarında şeker tüketim dağılımları

Tablo 4.26. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Yok	Günde 1	Günde 2	Günde 3	Günde 3'ten fazla	Toplam	p
Hamilelik yaşı							
18 yaşından daha küçük	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0,585 ^x
18-25 yaş arası	1(50)	1 (7,1)	4(30,8)	4(36,4)	2 (20)	12 (24)	
25-35 yaş arası	1(50)	11 (78,6)	8(61,5)	7(63,6)	8 (80)	35 (70)	
35 yaştan daha fazla	0 (0)	1 (7,1)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Eğitim seviyesi							
İlkokul	1(50)	2 (14,3)	0 (0)	3(27,3)	2 (20)	8 (16)	0,609 ^x
Ortaokul	0 (0)	4 (28,6)	2(15,4)	3(27,3)	3 (30)	12 (24)	
Lise	0 (0)	2 (14,3)	6(46,2)	2(18,1)	2 (20)	12 (24)	
Üniversite ve daha fazlası	1(50)	6 (42,9)	5(38,5)	3(27,3)	3 (30)	18 (36)	
Meslek							
Ev hanımı	2(100)	9 (64,3)	11(84,6)	9(81,8)	6 (60)	37 (74)	0,700 ^x
Memur	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	
Serbest meslek	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)	1 (10)	2 (4)	
Diğer	0 (0)	4 (28,6)	1 (7,7)	2(18,2)	3 (30)	10 (20)	
Gelir seviyesi							
17000 ve altı	1 (50)	3 (21,4)	3 (23,1)	0 (0)	1 (10)	8 (16)	0,608 ^x
17000-50000 arası	1 (50)	5 (35,7)	2 (15,4)	3(27,3)	3 (30)	14 (28)	
50000 ve üzeri	0 (0)	1 (7,1)	1 (7,7)	1 (9,1)	0 (0)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	0 (0)	5 (35,7)	7 (53,8)	7(63,6)	6 (60)	25 (50)	

^xMonte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Öğün aralarında şeker tüketmeyen çocuklarda annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %50 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Günde 1 kez tüketenlerde annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18 yaşından daha küçük olanların oranı %7,1, 18-25 yaş arası olanların oranı %7,1, 25-35 yaş arası olanların oranı %78,6 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %7,1 olarak elde edilmiştir. Günde 2 kez tüketen grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %30,8, 25-35 yaş arası olanların oranı %61,5 ve 35 yaştan daha fazla olanların oranı %7,7 olarak

elde edilmiştir. Günde 3 kez tüketen grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %36,4 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %63,6 olarak elde edilmiştir. Günde 3'ten fazla kez tüketen grupta annenin hamilelik yaşı dağılımları incelendiğinde 18-25 yaş arası olanların oranı %20 ve 25-35 yaş arası olanların oranı %80 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı ile çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,585$). Öğün aralarında şeker tüketmeyen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %50 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Günde 1 kez tüketen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %14,3, ortaokul olanların oranı %28,6, lise olanların oranı %14,3 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. Günde 2 kez tüketen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ortaokul olanların oranı %15,4, lise olanların oranı %46,2 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %38,5 olarak elde edilmiştir. Günde 3 kez tüketen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %27,3, ortaokul olanların oranı %27,3, lise olanların oranı %18,1 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %27,3 olarak elde edilmiştir. Günde 3'ten fazla kez tüketen grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %20, ortaokul olanların oranı %30, lise olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %30 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,609$). Öğün aralarında şeker tüketmeyen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100'ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Günde 1 kez tüketen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %64,3, memur olanların oranı %7,1 ve diğer olanların oranı %28,6 olarak elde edilmiştir. Günde 2 kez tüketen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %84,6, serbest meslek olanların oranı %7,7 ve diğer olanların oranı %7,7 olarak elde edilmiştir. Günde 3 kez tüketen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %81,8 ve diğer olanların oranı %18,2 olarak elde edilmiştir. Günde 3'ten fazla kez tüketen grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %60, serbest meslek olanların oranı %10 ve diğer olanların

oranı %30 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,700). Öğün aralarında şeker tüketmeyen grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %50 ve 17000-50000 arası geliri olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Günde 1 kez tüketen grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %21,4, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %35,7, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %7,1 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %35,7 olarak elde edilmiştir. Günde 2 kez tüketen grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %23,1, 17000-50000 geliri olanların oranı %15,4, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %7,7 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %53,8 olarak elde edilmiştir. Günde 3 kez tüketen grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000-50000 arası geliri olanların oranı %27,3, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %9,1 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %63,6 olarak elde edilmiştir. Günde 3'ten fazla kez tüketen grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %10, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %30 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerin oranı %60 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,608).

Tablo 4.27. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Yok	Günde 1	Günde 2	Günde 3	Günde 3'ten fazla	Toplam	p
d	31,5(21 - 42)	16,5(3-52)	15 (0 - 34)	24(9-42)	31,5(7- 59)	21(0-59)	0,059 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 5)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 4)	0 (0 - 10)	0,694 ^x
f	0 (0 - 0)	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0,092 ^x
dmfs	31,5(21 - 42)	18,5(3-52)	21 (0 - 34)	27(13- 42)	34 (7 - 59)	23(0-59)	0,108 ^x
pufa	1,5 (1 - 2)	0 (0 - 9)	0 (0 - 2)	0 (0 - 6)	1,5 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0,108 ^x
D	11,5 (9 - 14)	5 (0 - 26)	5 (1 - 33)	12 (5 - 42)	9 (3 - 22)	7(0 - 42)	0,035^x
M	7,5(5 - 10)	17,5(4-70)	15(0 - 40)	15(5 - 40)	10(0 - 39)	15(0- 70)	0,534 ^x
F	0 (0 - 0)	10,5(0-63)	6 (0 - 37)	10 (2 - 33)	4 (0 - 47)	8(0 - 63)	0,160 ^x
DMFS	19 (14 - 24)	37(12-122)	37 (5 - 78)	33(18-80)	30(9 -93)	33(5-122)	0,639 ^x
PUFA	0,5 (0 - 1)	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0,130 ^x

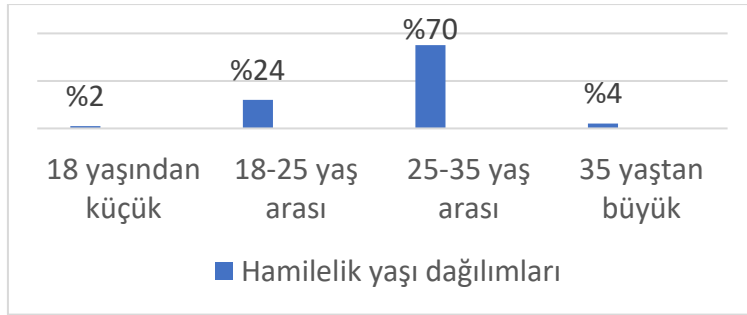
^x Kruskal Wallis testi; Ortanca (minimum-maksimum)

Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,059). Öğün

aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 31,5 iken, günde 1 kez tüketenlerde 16,5, günde 2 kez tüketenlerde 15, günde 3 kez tüketenlerde 24 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 31,5 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,694$ - $p=0,092$). Öğün aralarında şeker tüketimine göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,108$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 31,5 iken, günde 1 kez tüketenlerde 18,5, günde 2 kez tüketenlerde 21, günde 3 kez tüketenlerde 27 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 34 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,108$). Öğün aralarında şeker tüketmeyen ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde ortanca değer 1,5 iken, günde 1,2 ve 3 kez tüketenlerde 0 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak fark olsa da ($p=0,035$) çoklu karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 11,5 iken, günde 1 kez tüketenlerde 5, günde 2 kez tüketenlerde 5, günde 3 kez tüketenlerde 12 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 9 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketmeyenler ile günde 1, 2, 3 ve günde 3'ten fazla kez tüketenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 1 ile günde 2, 3 ve 3'ten fazla kez tüketenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 2 ile günde 3 ve 3'ten fazla kez tüketenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 3 ile 3'ten fazla kez tüketenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,534$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 7,5 iken, günde 1 kez tüketenlerde 17,5, günde 2 ve 3 kez tüketenlerde 15 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 10 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,160$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 0 iken, günde 1 kez tüketenlerde 10,5, günde 2 kez tüketenlerde 6, günde 3 kez tüketenlerde 10 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 4 olarak elde edilmiştir. Öğün

aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,639$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 19 iken, günde 1 ve 2 kez tüketenlerde 37, günde 3 kez tüketenlerde 33 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 30 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,130$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortanca değer 0,5 iken; günde 1,2,3 ve 3'ten fazla kez tüketenlerde 0 olarak elde edilmiştir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde anneye ait faktörlerin soruları yer almaktadır. Katılımcıların hamilelik yaşı dağılımları şekil 4.13' te gösterildiği gibi %2' si 18 yaşından küçük, %24'ü 18-25 yaş arası, %70' i 25-35 yaş arası ve %4' ü 35 yaştan büyüktür.



Şekil 4.13. Hamilelik yaşı dağılımları

Tablo 4.28. Annenin hamilelik yaşı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	18 yaşından daha küçük	18-25 yaş arası	25-35 yaş arası	35 yaştan daha fazla	Toplam	p
Eğitim seviyesi						
İlkokul	0 (0)	2 (16,7)	5 (14,3)	1 (50)	8 (16)	0,507 ^x
Ortaokul	1 (100)	4 (33,3)	7 (20)	0 (0)	12 (24)	
Lise	0 (0)	3 (25)	8 (22,9)	1 (50)	12 (24)	
Üniversite ve daha fazlası	0 (0)	3 (25)	15 (42,9)	0 (0)	18 (36)	
Meslek						
Ev hanımı	1 (100)	9 (75)	25 (71,4)	2 (100)	37 (74)	0,905 ^x
Memur	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	1 (2)	
Serbest meslek	0 (0)	1 (8,3)	1 (2,9)	0 (0)	2 (4)	
Diğer	0 (0)	2 (16,7)	8 (22,9)	0 (0)	10 (20)	
Gelir seviyesi						
17000 ve altı	0 (0)	2 (16,7)	6 (17,1)	0 (0)	8 (16)	0,868 ^x
17000-50000 arası	0 (0)	2 (16,7)	11 (31,4)	1 (50)	14 (28)	
50000 ve üzeri	0 (0)	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	1 (100)	8 (66,7)	15 (42,9)	1 (50)	25 (50)	
Diş hekimi ziyaret sıklığı						
6 ayda bir veya daha sık	0 (0)	2 (16,7)	2 (5,7)	0 (0)	4 (8)	0,746 ^x
Yılda bir ya da daha sık	0 (0)	1 (8,3)	5 (14,3)	0 (0)	6 (12)	
Şikayet olunca	1 (100)	9 (75)	28 (80)	2 (100)	40 (80)	
Hamilelikte diş hekimi ziyareti						
Var	0 (0)	3 (25)	11 (31,4)	1 (50)	15 (30)	0,907 ^x
Yok	1 (100)	9 (75)	24 (68,6)	1 (50)	35 (70)	
Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı						
Var	1 (100)	2 (16,7)	18 (51,4)	1 (50)	22 (44)	0,053 ^x
Yok	0 (0)	10 (83,3)	17 (48,6)	1 (50)	28 (56)	
Emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı						
Var	0 (0)	1 (8,3)	2 (5,7)	0 (0)	3 (6)	1,000 ^x
Yok	1 (100)	11 (91,7)	33 (94,3)	2 (100)	47 (94)	
Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı						
Var	0 (0)	0 (0)	3 (8,6)	1 (50)	4 (8)	0,203 ^x
Yok	1 (100)	12 (100)	32 (91,4)	1 (50)	46 (92)	
Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı						
Var	0 (0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	0,117 ^x
Yok	1 (100)	10 (83,3)	35 (100)	2 (100)	48 (96)	

^xMonte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Annenin hamilelik yaşı 18 yaşından daha küçük grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde %100'ü ortaokul olarak elde edilmiştir. 18-25 yaş arası grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %16,7, ortaokul olanların oranı %33,3, lise olanların oranı %25 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %25 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %14,3, ortaokul olanların oranı %20, lise olanların oranı %22,9 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %50, lise olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,507). Annenin hamilelik yaşı 18

yaşından daha küçük grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ü ev hanımı olarak elde edilmiştir. 18-25 yaş arası grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %75, serbest meslek olanların oranı %8,3 ve diğer cevabı verenlerin oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %71,4, memur olanların oranı %2,9, serbest meslek olanların oranı %2,9 ve diğer cevabı verenlerin oranı %22,9 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ü ev hanımı olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,905$). Annenin hamilelik yaşı 18' den daha küçük olan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde %100'ü belirtmek istemiyorum cevabını vermiştir. 18-25 yaş arası grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %16,7, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %16,7 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %17,1, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %31,4, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %8,6 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000-50000 arası geliri olanların oranı %50 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %50 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,868$). Hamilelik yaşı 18' den daha küçük grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde %100' ü şikayet olunca cevabını vermiştir. 18-25 yaş arası grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %16,7, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %8,3 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %75 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %5,7, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %14,3 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %80 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün şikayet olunca cevabını verdiği tespit edilmiştir. Annenin dış hekimi ziyaret sıklığı ile hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,746$). Annenin

hamilelik yaşı 18' den daha küçük olan grubun hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Annenin hamilelik yaşı 18-25 arası olan grubun hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 25-35 arası olan grubun hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %31,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %68,6 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 35' ten daha fazla olan grubun hamilelikte diş hekimi ziyareti dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Hamilelikte diş hekimi ziyareti ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,907$). Annenin hamilelik yaşı 18' den daha küçük olan grubun çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün evet cevabı verdiği görülmüştür. 18-25 yaş arası grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %51,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %48,6 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla olan grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,053$). Hamilelik yaşı 18' den daha küçük grupta emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabı evet olarak elde edilmiştir. 18-25 yaş arası grupta emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. 25-35 yaş arası grupta emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %5,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %94,3 olarak elde edilmiştir. 35 yaştan daha fazla olan grupta emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabı hayır olarak elde edilmiştir. Emzik başını ağızyla

temizleme, ıslatma alışkanlığı ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). Annenin hamilelik yaşı 18' den daha küçük grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100'ünün cevabı hayır olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 18-25 arası olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabı hayır olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 25-35 arası olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,6 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,4 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 35' ten daha fazla olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,203$). Hamilelik yaşı 18' den daha küçük olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Annenin hamilelik yaşı 18-25 arası olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşı 25-35 arası olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Annenin hamilelik yaşı 35' ten daha fazla olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,117$).

Tablo 4.29. Annenin hamilelik yaşına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	18-25 yaş arası	25-35 yaş arası	35 yaştan daha fazla	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23,5 (3 - 52)	21 (0 - 59)	8 (3 - 13)	21 (0 - 59)	3,321	0,190 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,469	0,791 ^x
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	1,206	0,547 ^x
dmfs	26 (3 - 52)	21 (0 - 59)	8 (3 - 13)	23 (0 - 59)	3,668	0,160 ^x
pufa	1 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 0)	0 (0 - 9)	2,453	0,293 ^x
D	9 (4 - 33)	6 (0 - 42)	6 (4 - 8)	7 (0 - 42)	1,120	0,571 ^x
M	7,5 (0 - 50)	15 (0 - 70)	15 (15 - 15)	15 (0 - 70)	3,071	0,215 ^x
F	2,5 (0 - 37)	9 (0 - 63)	3 (1 - 5)	8 (0 - 63)	4,292	0,117 ^x
DMFS	19,5 (5 - 90)	37 (10 - 122)	24 (20 - 28)	33 (5 - 122)	3,010	0,222 ^x
PUFA	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	3,130	0,209 ^x

^x Kruskal Wallis testi; Ortanca (minimum-maksimum)

Annenin hamilelik yaşına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,190$). 18-25 yaş arası olanlarda ortalama değer 23,5 iken, 25-35 yaş arası olanlarda 21 ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,791$ - $p=0,547$). Annenin hamilelik yaşına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,160$). 18-25 yaş arası olanlarda ortalama değer 26 iken, 25-35 yaş arası olanlarda 21 ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,293$). 18-25 yaş arası olanlarda ortanca değer 1 iken, 25-35 yaş ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,571$). 18-25 yaş arası olanlarda ortanca değer 9 iken, 25-35 yaş ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortalama M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,215$). 18-25 yaş arası olanlarda ortalama değer 7,5 iken, 25-35 yaş ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,117$). 18-25 yaş arası olanlarda ortalama değer 2,5 iken, 25-35 yaş arası olanlarda 9 ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 3 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,222$). 18-25 yaş arası olanlarda ortalama değer 19,5 iken, 25-35 yaş arası olanlarda 37 ve 35 yaştan daha fazla olanlarda 24 olarak elde edilmiştir. Annenin hamilelik yaşına göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,209$).

Tablo 4.30. Toplam çocuk sayısı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	1	2	3	4 veya daha fazla	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi							
İlkokul	1(10)	4 (16)	1 (8,3)	2 (66,7)	8 (16)	14,775	0,044*
Ortaokul	2(20)	7 (28)	3 (25)	0 (0)	12 (24)		
Lise	0 (0)	5 (20)	6 (50)	1 (33,3)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	7(70)	9 (36)	2(16,7)	0 (0)	18 (36)		
Meslek							
Ev hanımı	6(60)	20(80)	8(66,7)	3 (100)	37 (74)	8,075	0,604*
Memur	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (2)		
Serbest meslek	0 (0)	1 (4)	1 (8,3)	0 (0)	2 (4)		
Diğer	4(40)	3 (12)	3 (25)	0 (0)	10 (20)		
Gelir seviyesi							
17000 ve altı	4(40)	2 (8)	2(16,7)	0 (0)	8 (16)	7,801	0,529*
17000-50000 arası	2(20)	8 (32)	4(33,3)	0 (0)	14 (28)		
50000 ve üzeri	0 (0)	2 (8)	1 (8,3)	0 (0)	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	4(40)	13(52)	5(41,7)	3 (100)	25 (50)		

* Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; n (%)

Toplam çocuk sayısı 1 olan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkököl olanların oranı %10, ortaokul olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %70 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 2 olan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkököl olanların oranı %16, ortaokul olanların oranı %28, lise olanların oranı %20 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %36 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 3 olan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkököl olanların oranı %8,3, ortaokul olanların oranı %25, lise olanların oranı %50 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 4 veya daha fazla olan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkököl olanların oranı %66,7 ve lise olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile toplam çocuk sayısı arasında bir ilişki olsa da ($p=0,044$) çoklu karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Toplam çocuk sayısı 1 olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %60 ve diğer cevabı verenlerin oranı %40 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 2 olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %80, memur olanların oranı %4, serbest meslek olanların oranı %4 ve diğer cevabı verenlerin oranı %12 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 3 olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %66,7, serbest meslek olanların oranı %8,3 ve diğer cevabı verenlerin oranı %25 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 4 veya daha fazla olan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde %100' ünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Annenin mesleği ile toplam çocuk sayısı arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,604). Toplam çocuk sayısı 1 olan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %40, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %20 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %40 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 2 olan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %8, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %32, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %8 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %52 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 3 olan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %16,7, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %33,3, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %8,3 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %41,7 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısı 4 veya daha fazla olan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde %100' ünün belirtmek istemiyorum cevabını verdiği görülmüştür. Gelir seviyesi ile toplam çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,529).

Tablo 4.31. Toplam çocuk sayısına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	1	2	3	4 veya daha fazla	Toplam	p
d	17,6 ± 10,98	26,72 ± 14,83	17,58 ± 12,05	29 ± 17,06	22,84±14,03	0,132 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 8)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,068 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0,908 ^y
dmfs	18 ± 10,88	28,08 ± 14,76	20,17 ± 11,88	30 ± 16,7	24,28±13,9	0,139 ^x
pufa	0 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0 (0 - 3)	6 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0,412 ^y
D	8,5 (5 - 21)	8 (0 - 42)	5 (1 - 21)	5 (5 - 22)	7 (0 - 42)	0,202 ^y
M	15 (5 - 40)	15 (0 - 67)	15 (5 - 70)	10 (0 - 30)	15 (0 - 70)	0,898 ^y
F	8,5 (0 - 34)	8 (0 - 52)	14 (0 - 63)	3 (0 - 8)	8 (0 - 63)	0,362 ^y
DMFS	35(16 - 66)	32 (5 - 119)	42 (10 - 122)	22 (18 - 43)	33 (5 - 122)	0,730 ^y
PUFA	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0,195 ^y

^x Tek yönlü varyans analizi; ^y Kruskal Wallis Testi; ^{a,b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Toplam çocuk sayısına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,132). Çocuk sayısı 1 olanlarda ortalama değer 17,6 iken, 2 olanlarda 26,72, 3 olanlarda 17,58 ve 4 veya daha fazla çocuğu olanlarda 29 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortanca m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,068). Toplam çocuk sayısına göre ortanca f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,908). Toplam çocuk

sayısına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,139$). Çocuk sayısı 1 olanlarda ortalama değer 18 iken, 2 olanlarda 28,08, 3 olanlarda 20,17 ve 4 veya daha fazla çocuk olanlarda 30 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,412$). Çocuk sayısı 1,2 ve 3 olanlarda ortanca değer 0 iken çocuk sayısı 4 veya daha fazla olanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,202$). Çocuk sayısı 1 olanlarda ortalama değer 8,5 iken, 2 olanlarda 8, 3 olanlarda 5 ve 4 veya daha fazla olanlarda 5 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,898$). Çocuk sayısı 1,2 ve 3 olanlarda ortanca değer 15 iken, 4 veya daha fazla olanlarda 10 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,362$). Çocuk sayısı 1 olanlarda ortalama değer 8,5 iken, 2 olanlarda 8, 3 olanlarda 14 ve 4 veya daha fazla olanlarda 3 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,730$). Çocuk sayısı 1 olanlarda ortanca değer 35 iken, 2 olanlarda 32, 3 olanlarda 42 ve 4 veya daha fazla olanlarda 22 olarak elde edilmiştir. Toplam çocuk sayısına göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,195$).

Tablo 4.32. Annenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

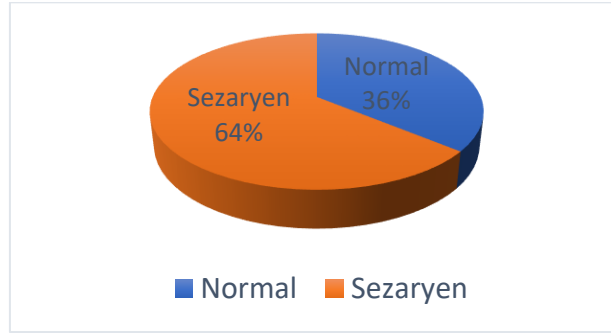
	Birinci	İkinci	Üçüncü	Toplam	Test İstatistiği	p
d	24,1 ± 15,53	23,39 ± 12,23	19,55 ± 15,36	22,84 ± 14,03	0,380	0,686 ^x
m	0 (0 - 4)	0 (0 - 10)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	3,408	0,182 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	1,174	0,556 ^y
dmfs	24,6 ± 15,44	25,22 ± 12,52	21,91 ± 14,78	24,28 ± 13,9	0,196	0,823 ^x
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0,055	0,973 ^y
D	8 (2 - 33)	8,5 (0 - 42)	5 (1 - 22)	7 (0 - 42)	4,515	0,105 ^y
M	10 (0 - 40)	20 (0 - 67)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	2,017	0,365 ^y
F	5,5 (0 - 47)	9,5 (0 - 52)	8 (0 - 63)	8 (0 - 63)	0,877	0,645 ^y
DMFS	29,5 (9 - 93)	45,5 (5 - 119)	34 (10 - 122)	33 (5 - 122)	1,281	0,527 ^y
PUFA	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0,454	0,797 ^y

^x Tek yönlü varyans analizi; ^y Kruskal Wallis H testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,686). Birinci çocuk olanlarda ortalama değer 24,1 iken, ikinci çocuk olanlarda 23,39 ve üçüncü çocuk olanlarda 19,55 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,182- p=0,556). Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,823). Birinci çocuk olanlarda ortalama değer 24,6 iken, ikinci çocuk olanlarda 25,22 ve üçüncü çocuk olanlarda 21,91 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,973). Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,105). Birinci çocuk olanlarda ortanca değer 8 iken, ikinci çocuk olanlarda 8,5 ve üçüncü çocuk olanlarda 5 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,365). Birinci çocuk olanlarda ortanca değer 10 iken, ikinci çocuk olanlarda 20 ve üçüncü çocuk olanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,645). Birinci çocuk olanlarda ortanca değer 5,5 iken, ikinci çocuk olanlarda 9,5 ve üçüncü çocuk olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,527). Birinci çocuk olanlarda ortanca değer 29,5 iken, ikinci çocuk olanlarda 45,5 ve üçüncü çocuk olanlarda 34 olarak elde edilmiştir. Kaçınıcı çocuk olduğuna göre ortanca PUFA

bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,797$).

Katılımcıların doğum şekli dağılımları şekil 4.14’ te gösterildiği gibi %64’ ü sezaryen, %36’ sı normaldir.



Şekil 4.14. Doğum şekli dağılımları

Tablo 4.33. Doğum şekli ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Normal	Sezaryen	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	4 (22,2)	4 (12,5)	8 (16)	5,226	0,156 ^x
Ortaokul	7 (38,9)	5 (15,6)	12 (24)		
Lise	3 (16,7)	9 (28,1)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	4 (22,2)	14 (43,8)	18 (36)		
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı					
Yok	18 (100)	32 (100)	50 (100)	—	—
Gebelik sırasında geçirilen hastalık					
Var	1 (5,6)	4 (12,5)	5 (10)	—	0,642 ^y
Yok	17 (94,4)	28 (87,5)	45 (90)		
Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu					
Evet	7 (38,9)	11 (34,4)	18 (36)	0,000	0,990 ^z
Hayır	11 (61,1)	21 (65,6)	32 (64)		
Gebelik sırasında Demir eksikliği yaşama durumu					
Evet	10 (55,6)	15 (46,9)	25 (50)	0,087	0,768 ^z
Hayır	8 (44,4)	17 (53,1)	25 (50)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği					
Var	5 (27,8)	4 (12,5)	9 (18)	—	0,253 ^y
Yok	13 (72,2)	28 (87,5)	41 (82)		
Gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği					
Var	3 (16,7)	5 (15,6)	8 (16)	—	1,000 ^y
Yok	15 (83,3)	27 (84,4)	42 (84)		
Gebelik sırasında kullanılan ilaç					
Var	15 (83,3)	25 (78,1)	40 (80)	—	0,730 ^y
Yok	3 (16,7)	7 (21,9)	10 (20)		

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; ^y Fisher's Exact Testi; ^z Yates düzeltmesi ; n(%)

Doğum şekli normal olan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkökul olanların oranı %22,2, ortaokul olanların oranı %38,9, lise olanların oranı %16,7 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %22,2 olarak elde

edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %12,5, ortaokul olanların oranı %15,6, lise olanların oranı %28,1 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %43,8 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,156$). Normal doğan grupta annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %5,6 iken, cevabı hayır olanların oranı %94,4 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,642$). Normal doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %38,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %61,1 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %34,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %65,6 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,990$). Normal doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %55,6 iken, cevabı hayır olanların oranı %44,4 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %46,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %53,1 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,768$). Normal doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %27,8 iken, cevabı yok olanların oranı %72,2 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %12,5 iken, cevabı yok olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,253$). Normal doğan grupta

anneninin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %16,7 iken, cevabı yok olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta anneninin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %15,6 iken, cevabı yok olanların oranı %84,4 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000). Normal doğan grupta anneninin gebelik sırasında ilaç kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %83,3 iken, cevabı yok olanların oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. Sezaryenle doğan grupta anneninin gebelik sırasında ilaç kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı var olanların oranı %78,1 iken, cevabı yok olanların oranı %21,9 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sırasında kullanılan ilaç durumu ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,730).

Tablo 4.34. Doğum şekli ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

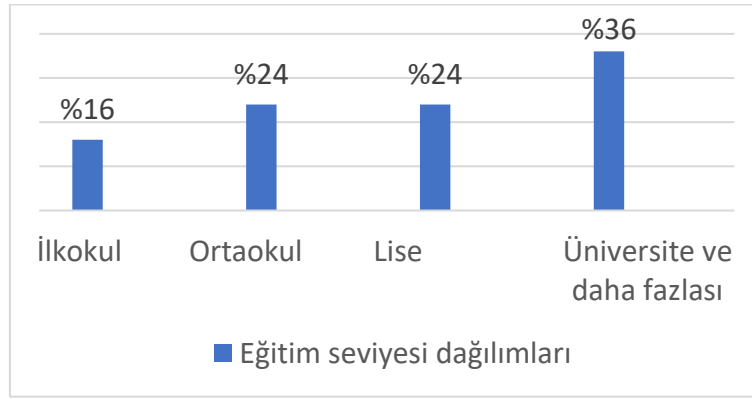
	Normal	Sezaryen	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23,83 ± 16,19	22,28 ± 12,9	22,84 ± 14,03	0,372	0,711 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	281,000	0,816 ^y
f	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	316,000	0,443 ^y
dmfs	25,28 ± 15,46	23,72 ± 13,17	24,28 ± 13,9	0,377	0,708 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	275,000	0,778 ^y
D	9 (3 - 42)	5 (0 - 33)	7 (0 - 42)	408,500	0,015^y
M	15 (0 - 50)	15 (5 - 70)	15 (0 - 70)	281,500	0,903 ^y
F	6 (0 - 47)	9,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	242,500	0,362 ^y
DMFS	32,5 (5 - 93)	35 (9 - 122)	33 (5 - 122)	302,000	0,785 ^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	347,500	0,062 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum)

Normal doğanlarda ortalama d bileşeni 23,83 iken sezaryenle doğanlarda 22,28 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri doğum şekli faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,711). Doğum şekline göre ortalama m ve f değerleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,816- p=0,443). Normal doğanlarda ortalama dmfs bileşeni 25,28 iken sezaryenle doğanlarda 23,72 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri doğum şekli faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,708). Doğum şekli faktörüne göre ortalama pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p=0,778). Normal doğanlarda ortalama D bileşeni 9 iken sezaryenle doğanlarda 5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama D bileşenleri normal ve sezaryenle doğanlarda anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,015). Normal ve sezaryenle

doğanlarda ortanca M bileşeni 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri doğum şekli faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,903$). Doğum şekli faktörüne göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,362$). Normal doğanlarda ortanca değer 6 iken sezaryenle doğanlarda 9,5 olarak elde edilmiştir. Normal doğanlarda ortanca DMFS bileşeni 32,5 iken sezaryenle doğanlarda 35 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,785$). Doğum şekli faktörüne göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0,062$).

Katılımcıların eğitim seviyesi dağılımı şekil 4.15’ te gösterilmiştir. %16’sı ilkokul, %24’ ü ortaokul, %24’ lise ve %36’ sı üniversite ve daha fazlasıdır.



Şekil 4.15. Eğitim seviyesi dağılımları

Tablo 4.35. Annenin eğitim seviyesi ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite ve daha fazlası	Toplam	p
Gelir seviyesi						
17000 ve altı	2 (25)	1 (8,3)	3 (25)	2 (11,1)	8 (16)	0,199 ^x
17000-50000 arası	1 (12,5)	2 (16,7)	3 (25)	8 (44,4)	14 (28)	
50000 ve üzeri	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (16,7)	3 (6)	
Belirtmek istemiyorum	5 (62,5)	9 (75)	6 (50)	5 (27,8)	25 (50)	
Diş hekimi ziyaret sıklığı						
6 ayda bir veya daha sık	1 (12,5)	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (5,6)	4 (8)	0,633 ^x
Yılda bir ya da daha sık	2 (25)	0 (0)	1 (8,3)	3 (16,7)	6 (12)	
Şikayet olunca	5 (62,5)	11 (91,7)	10 (83,3)	14 (77,8)	40 (80)	

Tablo.4.35. Devamı

Annenin diş fırçalama alışkanlığı						
Yok	0 (0)	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (11,1)	5 (10)	
Günde 2-3 kez	4 (50)	3 (25)	5 (41,7)	5 (27,8)	17 (34)	
Günde 1 kez	3 (37,5)	5 (41,7)	5 (41,7)	11 (61,1)	24 (48)	0,669 ^x
Haftada 1 ya da daha fazla	1 (12,5)	2(16,7)	1(8,3)	0(0)	4(8)	
Gargara kullanma durumu						
Evet	1 (12,5)	3 (25)	4 (33,3)	2 (11,1)	10 (20)	
Hayır	7 (87,5)	9 (75)	8 (66,7)	16 (88,9)	40 (80)	0,450 ^x
Diş ipi/ arayüz fırçası						
Evet	0 (0)	1 (8,3)	1 (8,3)	4 (22,2)	6 (12)	
Hayır	8 (100)	11 (91,7)	11 (91,7)	14 (77,8)	44 (88)	0,618 ^x
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı						
Yok	8 (100)	12 (100)	12 (100)	18 (100)	50 (100)	--
Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı						
Var	1 (12,5)	2 (16,7)	2 (16,7)	2 (11,1)	7 (14)	
Yok	7 (87,5)	10 (83,3)	10 (83,3)	16 (88,9)	43 (86)	1,000 ^x
Annenin şeker tüketim sıklığı						
Yok	2 (25)	5 (41,7)	2 (16,7)	6 (33,3)	15 (30)	
Günde 1	3 (37,5)	2 (16,7)	6 (50)	4 (22,2)	15 (30)	
Günde 2	1 (12,5)	3 (25)	3 (25)	4 (22,2)	11 (22)	0,419 ^x
Günde 3	2 (25)	0 (0)	1 (8,3)	4 (22,2)	7 (14)	
Günde 3'ten fazla	0 (0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı						
Var	4 (50)	5 (41,7)	5 (41,7)	8 (44,4)	22 (44)	
Yok	4 (50)	7 (58,3)	7 (58,3)	10 (55,6)	28 (56)	1,000 ^x
Emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı						
Var	2 (25)	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	3 (6)	
Yok	6 (75)	12 (100)	11 (91,7)	18 (100)	47 (94)	0,063 ^x
Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı						
Var	4 (50)	9 (75)	6 (50)	7 (38,9)	26 (52)	
Yok	4 (50)	3 (25)	6 (50)	11 (61,1)	24 (48)	0,296 ^x
Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı						
Var	0 (0)	1 (8,3)	2 (16,7)	1 (5,6)	4 (8)	
Yok	8 (100)	11 (91,7)	10 (83,3)	17 (94,4)	46 (92)	0,684 ^x
Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı						
Var	1 (12,5)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Yok	7 (87,5)	11 (91,7)	12 (100)	18 (100)	48 (96)	0,291 ^x

^x Monte Carlo düzeltilmiş Fisher Exact Testi; n (%)

İlkokul grubunda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %25, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %12,5 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %62,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %8,3, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %16,7 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %75 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %25, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %25 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %50 olarak elde edilmiştir. Üniversite veya daha fazlası grubunda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %11,1, 17000-50000 arası geliri

olanların oranı %44,4, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %16,7 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %27,8 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,199). İlkokul grubunda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %12,5, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %25 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %62,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %8,3 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %8,3, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %8,3 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %5,6, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %16,7 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %77,8 olarak elde edilmiştir. Annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,633). İlkokul grubunda annenin diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %50, günde 1 kez fırçalayanların oranı %37,5 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %12,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda annenin diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %16,7, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %25, günde 1 kez fırçalayanların oranı %41,7 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %8,3, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %41,7, günde 1 kez fırçalayanların oranı %41,7 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %8,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin diş fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %11,1, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %27,8 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %61,1 olarak elde edilmiştir. Annenin diş fırçalama alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,669). İlkokul grubunda annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet

olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %33,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %11,1 iken, cevabı hayır olanların oranı %88,9 olarak elde edilmiştir. Annenin gargara kullanma durumu ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,450$). İlkokul grubunda annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanma dağılımları incelendiğinde %100'ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. Ortaokul grubunda annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %22,2 iken, cevabı hayır olanların oranı %77,8 olarak elde edilmiştir. Annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanım durumu ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,618$). İlkokul grubunda annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %11,1 iken, cevabı hayır olanların oranı %88,9 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). İlkokul grubunda annenin şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde

tüketmeyenlerin oranı %25, günde 1 kez tüketenlerin oranı %37,5, günde 2 kez tüketenlerin oranı %12,5 ve günde 3 kez tüketenlerin oranı %25 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda annenin şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç tüketmeyenlerin oranı %41,7, günde 1 kez tüketenlerin oranı %16,7, günde 2 kez tüketenlerin oranı %25 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda annenin şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç tüketmeyenlerin oranı %16,7, günde 1 kez tüketenlerin oranı %50, günde 2 kez tüketenlerin oranı %25 ve günde 3 kez tüketenlerin oranı %8,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda annenin şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç tüketmeyenlerin oranı %33,3, günde 1 kez tüketenlerin oranı %22,2, günde 2 kez tüketenlerin oranı %22,2 ve günde 3 kez tüketenlerin oranı %22,2 olarak elde edilmiştir. Annenin şeker tüketim sıklığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,419$). İlkokul grubunda çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %41,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %58,3 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %41,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %58,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %44,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %55,6 olarak elde edilmiştir. Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). İlkokul grubunda emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100'ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. Lise grubunda emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Üniversite

ve daha fazlası grubunda emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. Emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,063$). İlkokul grubunda aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %75 iken, cevabı hayır olanların oranı %25 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %50 iken, cevabı hayır olanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %38,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %61,1 olarak elde edilmiştir. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,296$). İlkokul grubunda çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. Ortaokul grubunda çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Üniversite ve daha fazlası grubunda çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %5,6 iken, cevabı hayır olanların oranı %94,4 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,684$). İlkokul grubunda çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Ortaokul grubunda çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %91,7 olarak elde edilmiştir. Lise grubunda çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. Üniversite ve daha

fazlası grubunda çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabının hayır olduğu tespit edilmiştir. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,291).

Tablo 4.36. Annenin eğitim seviyesine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite ve daha fazlası	Toplam	p
d	27,5 (3 - 53)	31,5 (3 - 52)	16 (0 - 59)	17,5 (5 - 42)	21 (0 - 59)	0,080 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 4)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0,075 ^x
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0,463 ^x
dmfs	29 (3 - 53)	31,5 (3 - 52)	21 (0 - 59)	18,5 (5 - 42)	23 (0 - 59)	0,120 ^x
pufa	2,5 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0,100 ^x
D	9,5 (0 -22) ^{ab}	15 (3 - 42) ^a	5 (1 - 9) ^b	6 (3 - 33) ^{ab}	7 (0 - 42)	0,013^x
M	12,5 (0 - 67)	20,5 (0 - 70)	10 (5 - 30)	15 (5 - 40)	15 (0 - 70)	0,549 ^x
F	2,5 (0 - 52)	6,5 (0 - 46)	7 (0 - 63)	10,5 (0 - 47)	8 (0 - 63)	0,725 ^x
DMFS	23 (8 - 119)	57 (5 - 122)	25 (9 - 89)	41 (10 - 78)	33 (5 - 122)	0,296 ^x
PUFA	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0,289 ^x

^x Kruskal Wallis testi; ^{a,b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Annenin eğitim seviyesine göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,080). İlkokul olanlarda ortalama değer 27,5 iken, ortaokul olanlarda 31,5, lise olanlarda 16 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 17,5 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortanca m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,075). Annenin eğitim seviyesine göre ortanca f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,463). Annenin eğitim seviyesine göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,120). İlkokul olanlarda ortalama değer 29 iken, ortaokul olanlarda 31,5, lise olanlarda 21 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 18,5 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,100). İlkokul olanlarda ortalama değer 2,5 iken; ortaokul, lise, üniversite ve daha fazlası olanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,013). İlkokul olanlarda ortalama değer 9,5 iken, ortaokul olanlarda 15, lise olanlarda 5 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 6 olarak elde edilmiştir. İlkokul ile ortaokul, lise ve üniversite ve daha fazlası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ortaokul ile üniversite ve daha fazlası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken ortaokul ile lise

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Lise ile üniversite ve daha fazlası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,549$). İlkokul olanlarda ortalama değer 12,5 iken, ortaokul olanlarda 20,5, lise olanlarda 10 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,725$). İlkokul olanlarda ortalama değer 2,5 iken, ortaokul olanlarda 6,5, lise olanlarda 7 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 10,5 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,296$). İlkokul olanlarda ortalama değer 23 iken, ortaokul olanlarda 57, lise olanlarda 25 ve üniversite ve daha fazlası olanlarda 41 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesine göre ortalama PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,289$).

Katılımcıların gelir seviyesi dağılımı şekil 4.16' da gösterildiği gibi %16' sı 17000 ve altı, %28' i 17000- 50000 arası, %6' sı 50000 ve üzeri, %50' si belirtmek istemiyorum şeklindedir.



Şekil 4.16. Gelir seviyesi dağılımı

Tablo 4.37. Gelir seviyesi ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	17000 ve altı	17000-50000 arası	50000 ve üzeri	Belirtmek istemiyorum	Toplam	p
Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı						
Yok	1 (12,5)	1 (7,1)	0 (0)	0 (0)	2 (4)	
Günde 1	3 (37,5)	5 (35,7)	1 (33,3)	5 (20)	14 (28)	
Günde 2	3 (37,5)	2 (14,3)	1 (33,3)	7 (28)	13 (26)	0,614 ^x
Günde 3	0 (0)	3 (21,4)	1 (33,3)	7 (28)	11 (22)	
Günde 3'ten fazla	1 (12,5)	3 (21,4)	0 (0)	6 (24)	10 (20)	
Diş Hekimi ziyaret sıklığı						
6 ayda bir veya daha sık	3 (37,5)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	4 (8)	
Yılda bir ya da daha sık	1 (12,5)	1 (7,1)	1 (33,3)	3 (12)	6 (12)	0,063 ^x
Şikayet olunca	4 (50)	13 (92,9)	2 (66,7)	21 (84)	40 (80)	
Annenin diş fırçalama alışkanlığı						
Yok	0 (0)	2 (14,3)	0 (0)	3 (12)	5 (10)	
Günde 2-3 kez	3 (37,5)	6 (42,9)	2 (66,7)	6 (24)	17 (34)	
Günde 1 kez	5 (62,5)	6 (42,9)	1 (33,3)	12 (48)	24 (48)	0,677 ^x
Haftada 1 yada daha fazla	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (16)	4 (8)	
Gargara kullanma durumu						
Evet	2 (25)	2 (14,3)	1 (33,3)	5 (20)	10 (20)	
Hayır	6 (75)	12 (85,7)	2 (66,7)	20 (80)	40 (80)	0,762 ^x
Diş ipi/ Arayüz fırçası						
Evet	1 (12,5)	3 (21,4)	0 (0)	2 (8)	6 (12)	
Hayır	7 (87,5)	11(78,6)	3 (100)	23 (92)	44 (88)	0,676 ^x
Gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı						
Yok	8 (100)	14 (100)	3 (100)	25 (100)	50(100)	--
Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı						
Var	0 (0)	2 (14,3)	0 (0)	5 (20)	7 (14)	
Yok	8 (100)	12(85,7)	3 (100)	20 (80)	43 (86)	0,625 ^x
Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı						
Var	8 (100) ^a	6(42,9) ^b	2(66,7) ^{ab}	6 (24) ^b	22 (44)	<0,001 ^x
Yok	0 (0)	8 (57,1)	1 (33,3)	19 (76)	28 (56)	
Emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı						
Var	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	2 (8)	3 (6)	
Yok	8 (100)	13(92,9)	3 (100)	23 (92)	47 (94)	1,000 ^x
Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı						
Var	6 (75) ^{ab}	3(21,4) ^b	0 (0) ^{ab}	17 (68) ^a	26 (52)	
Yok	2 (25)	11(78,6)	3 (100)	8 (32)	24 (48)	0,005 ^x
Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı						
Var	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	3 (12)	4 (8)	
Yok	8 (100)	14 (100)	2 (66,7)	22 (88)	46 (92)	0,137 ^x
Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı						
Var	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	2 (4)	
Yok	7 (87,5)	14 (100)	3 (100)	24 (96)	48 (96)	0,476 ^x

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur; n (%)

Gelir seviyesi 17000 ve altı olan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç tüketmeyenlerin oranı %12,5, günde 1 kez tüketenlerin oranı %37,5, günde 2 kez tüketenlerin oranı %37,5 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %12,5 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde hiç

tüketmeyenlerin oranı %7,1, günde 1 kez tüketenlerin oranı %35,7, günde 2 kez tüketenlerin oranı %14,3, günde 3 kez tüketenlerin oranı %21,4 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %21,4 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde günde 1 kez tüketenlerin oranı %33,3, günde 2 kez tüketenlerin oranı %33,3 ve günde 3 kez tüketenlerin oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağılımları incelendiğinde günde 1 kez tüketenlerin oranı %20, günde 2 tüketenlerin oranı %28, günde 3 kez tüketenlerin oranı %28 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %24 olarak elde edilmiştir. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,614$). 17000 ve altı geliri olan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %37,5, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %12,5 ve şikayet olunca cevabı verenlerin oranı %50 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir yada daha sık olanların oranı %7,1 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %92,9 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde yılda bir ya da daha sık olanların oranı %33,3 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta annenin dış hekimi ziyaret sıklığı dağılımları incelendiğinde 6 ayda bir veya daha sık olanların oranı %4, yılda bir ya da daha sık olanların oranı %12 ve şikayet olunca cevabını verenlerin oranı %84 olarak elde edilmiştir. Annenin dış hekimi ziyaret sıklığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,063$). 17000 ve altı geliri olan grupta annenin dış fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %37,5 ve günde 1 kez fırçayanların oranı %62,5 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta annenin dış fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %14,3, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %42,9 ve günde 1 kez fırçayanların oranı %42,9 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta dış fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %66,7 ve günde 1 kez fırçayanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta dış

fırçalama alışkanlığı dağılımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %12, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %24, günde 1 kez fırçalayanların oranı %48 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %16 olarak elde edilmiştir. Annenin diş fırçalama alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,677$). 17000 ve altı geliri olan grupta annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %14,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %85,7 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %33,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta annenin gargara kullanma durumu dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %20 iken, cevabı hayır olanların oranı %80 olarak elde edilmiştir. Annenin gargara kullanma durumu ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,762$). 17000 ve altı geliri olan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanma dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %21,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %78,6 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8 iken, cevabı hayır olanların oranı %92 olarak elde edilmiştir. Annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,676$). 17000 ve altı geliri olan grupta annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %14,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %85,7 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları

incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %20 iken, cevabı hayır olanların oranı %80 olarak elde edilmiştir. Annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,625$). 17000 ve altı geliri olan grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün evet cevabı verdiği tespit edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %42,9 iken, cevabı hayır olanların oranı %57,1 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %66,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımları incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %24 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %76 olarak elde edilmiştir. Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bu ilişki 17000 ve altı geliri olanlar ile 17000-50000 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenler arasındadır. 17000 ve altı geliri olan grupta emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün cevabının hayır olduğu görülmüştür. 17000-50000 arası geliri olan grupta emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %7,1 iken, cevabı hayır olanların oranı %92,9 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin grupta emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %8 iken, cevabı hayır olanların oranı %92 olarak elde edilmiştir. Emzik başını ağızla temizleme, ıslatma alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). 17000 ve altı geliri olan grupta aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %75 iken, cevabı hayır olanların oranı %25

olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %21,4 iken, cevabı hayır olanların oranı %78,6 olarak elde edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %68 iken, cevabı hayır olanların oranı %32 olarak elde edilmiştir. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p=0,005$). 17000 ve altı geliri olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. 17000-50000 arası geliri olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. 50000 ve üzeri geliri olan grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %33,3 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12 iken, cevabı hayır olanların oranı %88 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,137$). 17000 ve altı geliri olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. 17000-50000 arası geliri olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir. 50000 ve üzeri geliri olan grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde %100' ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Belirtmek istemiyorum cevabı veren grupta çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı dağılımları incelendiğinde evet cevabı verenlerin oranı %4 iken, hayır cevabı verenlerin oranı %96 olarak elde edilmiştir. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,476$).

Tablo 4.38. Gelir seviyesine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

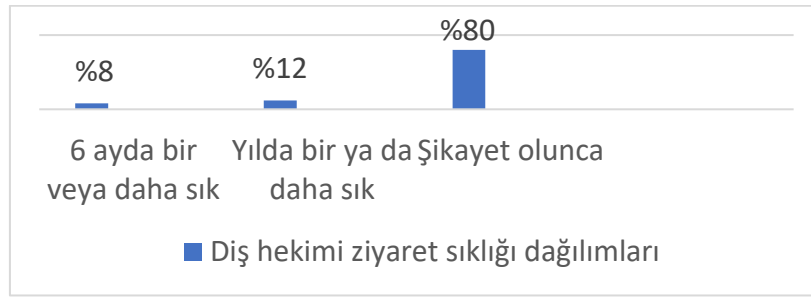
	17000 ve altı	17000-50000 arası	50000 ve üzeri	Belirtmek istemiyorum	Toplam	p
d	24 ±16,01	16,93 ±12,99	20,67±6,03	26,04 ± 14,16	22,84±14,03	0,276 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0,578 ^y
f	0 (0 - 1)	0 (0 - 6)	1 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,311 ^y
dmfs	25,75±15,2	18,14±14,27	21,67±7,02	27,56 ± 13,34	24,28±13,9	0,232 ^x
pufa	0,5 (0 - 8)	0 (0 - 2)	1 (0 - 1)	1 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,110 ^y
D	5,5 (0 - 14)	5,5 (1 - 13)	10 (5 - 15)	8 (3 - 42)	7 (0 - 42)	0,074 ^y
M	15,5 (10- 67)	15 (5 - 70)	5 (5 - 20)	15 (0 - 50)	15 (0 - 70)	0,632 ^y
F	22,5 (0-63)	11,5 (0 - 47)	10 (0 - 11)	5 (0 - 43)	8 (0 - 63)	0,122 ^y
DMFS	44 (20-119)	31 (14- 122)	25 (10 - 46)	33 (5 - 93)	33 (5 - 122)	0,537 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 1)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,308 ^y

^x Tek yönlü varyans analizi; ^y Kruskal Wallis testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Gelir seviyesine göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,276). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 24 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 16,93, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 20,67 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerde 26,04 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,578- p=0,311). Gelir seviyesine göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,232). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 25,75 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 18,14, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 21,67 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 27,56 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortalama pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,110). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 0,5 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 0, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 1 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 1 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,074). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 5,5 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 5,5, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 10 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 8 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortalama M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,632). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 15,5 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 15, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 5 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 15 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit

edilmiştir (p=0,122). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 22,5 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 11,5, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 10 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 5 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,537). 17000 ve altı geliri olanlarda ortalama değer 44 iken, 17000-50000 arası geliri olanlarda 31, 50000 ve üzeri geliri olanlarda 25 ve belirtmek istemiyorum cevabını verenlerde 33 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesine göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,308).

Katılımcıların diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımı şekil 4.17’ de gösterilmiştir. %8’ i 6 ayda bir veya daha sık, %12’ si yılda bir ya da daha sık, %80’ i şikayet olunca olacaktır.



Şekil 4.17. Diş hekimi ziyaret sıklığı dağılımı

Tablo 4.39. Annenin diş hekimi ziyareti sıklığı ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	6 ayda bir veya daha sık	Yılda bir ya da daha sık	Şikayet olunca	Toplam	Test İstatistiği	p
Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı						
Yok	0 (0)	0 (0)	2 (5)	2 (4)	4,862	0,859*
Günde 1	1 (25)	1 (16,7)	12 (30)	14 (28)		
Günde 2	2 (50)	3 (50)	8 (20)	13 (26)		
Günde 3	1 (25)	1 (16,7)	9 (22,5)	11 (22)		
Günde 3’ ten fazla	0 (0)	1 (16,7)	9 (22,5)	10 (20)		
Annenin diş fırçalama alışkanlığı						
Yok	0 (0)	0 (0)	5 (12,5)	5 (10)	2,256	0,948*
Günde 2-3 kez	1 (25)	3 (50)	13 (32,5)	17 (34)		
Günde 1 kez	3 (75)	3 (50)	18 (45)	24 (48)		
Haftada 1 ya da daha fazla	0 (0)	0 (0)	4 (10)	4 (8)		
Gargara kullanma durumu						
Evet	1 (25)	2 (33,3)	7 (17,5)	10 (20)	1,469	0,542*
Hayır	3 (75)	4 (66,7)	33 (82,5)	40 (80)		
Diş ipi/ arayüz fırçası						
Evet	0 (0)	1 (16,7)	5 (12,5)	6 (12)	0,651	1,000*
Hayır	4 (100)	5 (83,3)	35 (87,5)	44 (88)		

* Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n (%)

Annenin diş hekimi ziyareti 6 ayda bir veya daha sık olan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağımları incelendiğinde günde 1 kez tüketenlerin oranı %25, günde 2 kez tüketenlerin oranı %50 ve günde 3 kez tüketenlerin oranı %25 olarak elde edilmiştir. Annenin diş hekimi ziyareti yılda bir ya da daha sık olan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağımları incelendiğinde günde 1 kez tüketenlerin oranı %16,7, günde 2 kez tüketenlerin oranı %50, günde 3 kez tüketenlerin oranı %16,7 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %16,7 olarak elde edilmiştir. şikayeti olunca diş hekimi ziyareti yapan grupta çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı dağımları incelendiğinde tüketmeyenlerin oranı %5, günde 1 kez tüketenlerin oranı %30, günde 2 kez tüketenlerin oranı %20, günde 3 kez tüketenlerin oranı %22,5 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerin oranı %22,5 olarak elde edilmiştir. Çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile annenin diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,859$). Diş hekimi ziyareti 6 ayda bir veya daha sık olan grupta annenin diş fırçalama alışkanlığı dağımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %25 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyareti yılda bir ya da daha sık olan grupta annenin diş fırçalama alışkanlığı dağımları incelendiğinde günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %50 ve günde 1 kez fırçalayanların oranı %50 olarak elde edilmiştir. şikayeti olunca diş hekimi ziyareti yapan grupta annenin diş fırçalama alışkanlığı dağımları incelendiğinde hiç fırçalamayanların oranı %12,5, günde 2-3 kez fırçalayanların oranı %32,5, günde 1 kez fırçalayanların oranı %45 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanların oranı %10 olarak elde edilmiştir. Annenin diş fırçalama alışkanlığı ile diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,948$). Diş hekimi ziyareti 6 ayda bir veya daha sık olan grupta annenin gargara kullanma durumu dağımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %25 iken, cevabı hayır olanların oranı %75 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyareti yılda bir ya da daha sık olan grupta annenin gargara kullanma durumu dağımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %33,3 iken, cevabı hayır olanların oranı %66,7 olarak elde edilmiştir. şikayeti olunca diş hekimi ziyareti yapan grupta annenin gargara kullanma durumu dağımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %17,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %82,5 olarak elde edilmiştir. Annenin gargara

kullanma durumu ile diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,542). Diş hekimi ziyareti 6 ayda bir veya daha sık olan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımını dağılımları incelendiğinde %100'ünün hayır cevabı verdiği görülmüştür. Diş hekimi ziyareti yılda bir ya da daha sık olan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımını dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %16,7 iken, cevabı hayır olanların oranı %83,3 olarak elde edilmiştir. Şikayeti olunca diş hekimi ziyareti yapan grupta annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımını dağılımları incelendiğinde cevabı evet olanların oranı %12,5 iken, cevabı hayır olanların oranı %87,5 olarak elde edilmiştir. Annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanımını ile diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000).

Tablo 4.40. Annenin diş hekimi ziyaret sıklığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	6 ayda bir veya daha sık	Yılda bir ya da daha sık	Şikayet olunca	Toplam	Test İstatistiği	P
d	15 ± 6,38	23,83 ± 17,59	23,48 ± 14,05	22,84 ± 14,03	0,672	0,516 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	1,387	0,500 ^y
f	0,5 (0 - 3)	0,5 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	4,892	0,087 ^y
dmfs	17,25 ± 7,5	25,33 ± 17,35	24,83 ± 13,94	24,28 ± 13,9	0,549	0,581 ^x
pufa	1,5 (0 - 6)	0,5 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	0,614	0,736 ^y
D	5,5 (1 - 9)	4,5 (0 - 11)	8 (2 - 42)	7 (0 - 42)	3,873	0,144 ^y
M	23 (10 - 25)	39,5 (5 - 67)	12,5 (0 - 70)	15 (0 - 70)	4,092	0,129 ^y
F	20 (3 - 63)	26,5 (0 - 52)	7 (0 - 47)	8 (0 - 63)	4,747	0,093 ^y
DMFS	50,5 (18 - 89)	72 (10 - 119)	30,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	3,011	0,222 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	0,810	0,667 ^y

^xTek yönlü varyans analizi; ^yKruskal Wallis Testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Annelerin diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,516). Diş hekimi ziyareti 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 15 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 23,83 ve şikayet olunca olanlarda 23,48 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,500). Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,087). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 0,5 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 0,5 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,581). 6 ayda bir veya

daha sık olanlarda ortalama değer 17,25 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 25,33 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 24,83 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,736). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 1,5 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 0,5 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,144). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 5,5 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 4,5 ve şikayet olunca olanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,129). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortanca değer 23 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 39,5 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 12,5 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,093). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 20 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 26,5 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 7 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,222). 6 ayda bir veya daha sık olanlarda ortalama değer 50,5 iken, yılda bir ya da daha sık olanlarda 72 ve şikayet olunca diş hekimi ziyareti olanlarda 30,5 olarak elde edilmiştir. Diş hekimi ziyaret sıklığına göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,667).

Tablo 4.41. Annenin diş fırçalama alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Yok	Günde 2-3 kez	Günde 1 kez	Haftada 1 ya da daha fazla	Toplam	p
d	17 (12 - 52)	21 (0 - 42)	22,5 (3 - 59)	26,5 (9 - 48)	21 (0 - 59)	0,877 ^x
m	0 (0 - 4)	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,867 ^x
f	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0,901 ^x
dmfs	25 ± 16,42	22,24±11,26	24,88±15,57	28,5 ± 14,48	24,28±13,9	0,859 ^y
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 3)	0 (0 - 8)	2,5 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0,799 ^x
D	10 (5 - 26)	6 (0 - 15)	6 (1 - 33)	21,5 (8 - 42)	7 (0 - 42)	0,038^x
M	10 (0 - 50)	10 (5 - 67)	15 (0 - 70)	15 (0 - 35)	15 (0 - 70)	0,853 ^x
F	13 (0 - 47)	10 (0 - 52)	7 (0 - 63)	5 (0 - 9)	8 (0 - 63)	0,642 ^x
DMFS	43 (19 - 90)	25 (10 - 119)	34,5 (5 - 122)	37,5 (22 - 80)	33 (5 - 122)	0,646 ^x
PUFA	1 (0 - 3) ^a	0 (0 - 1) ^b	0 (0 - 2) ^b	2 (0 - 7) ^{ab}	0 (0 - 7)	0,004^x

^x Kruskal Wallis Test; ^y Tek yönlü varyans analizi; ^{a-b} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Diş fırçalama alışkanlığına göre göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,877$). Hiç fırçalamayanlarda ortalama değer 17 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 21, günde 1 kez fırçalayanlarda 22,5 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 26,5 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,867$ - $p=0,901$). Diş fırçalama alışkanlığına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,859$). Hiç fırçalamayanlarda ortalama değer 25 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 22,24, günde 1 kez fırçalayanlarda 24,88 ve haftada 1 ya da daha fazla fırçalayanlarda 28,5 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,799$). Hiç fırçalamayan, günde 2-3 kez ve 1 kez fırçalayanlarda 0 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 2,5 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak fark olsa da ($p=0,038$) çoklu karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 10 iken, günde 2-3 kez ve 1 kez fırçalayanlarda 6 ve haftada 1 ya da daha fazla fırçalayanlarda 21,5 olarak elde edilmiştir. Hiç fırçalamayanlar ile günde 2-3 kez, günde 1 kez ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 2-3 kez ile günde 1 kez ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 1 kez ile haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Diş fırçalama alışkanlığına göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,853$). Hiç fırçalamayanlar ve günde 2-3 kez fırçalayanlarda 10, günde 1 kez ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre göre ortanca F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,642$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 13 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 10, günde 1 kez fırçalayanlarda 7 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 5 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,646$). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 43 iken, günde 2-3 kez fırçalayanlarda 25, günde 1

kez fırçalayanlarda 34,5 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 37,5 olarak elde edilmiştir. Diş fırçalama alışkanlığına göre göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,004). Hiç fırçalamayanlarda ortanca değer 1 iken, günde 2-3 kez ve günde 1 kez fırçalayanlarda 0 ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlarda 2 olarak elde edilmiştir. Hiç fırçalamayanlar ile haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken hiç fırçalamayanlar ile günde 2-3 kez ve günde 1 kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Günde 2-3 kez fırçalayanlar ile günde 1 kez ve haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Günde 1 kez fırçalayanlar ile haftada 1 ya da daha fazla kez fırçalayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.42. Annenin gargara kullanma durumu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Evete	Hayır	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23,3 ± 16,3	22,73 ± 13,63	22,84 ± 14,03	0,115	0,909 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	170,000	0,205 ^y
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	242,000	0,165 ^y
dmfs	24,4 ± 15,88	24,25 ± 13,59	24,28 ± 13,9	0,030	0,976 ^x
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	173,000	0,473 ^y
D	5,5 (2 - 42)	8 (0 - 33)	7 (0 - 42)	178,500	0,609 ^y
M	12,5 (5 - 40)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	190,000	0,816 ^y
F	5,5 (0 - 34)	8,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	169,000	0,458 ^y
DMFS	26,5 (9 - 80)	33,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	169,500	0,467 ^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	188,500	0,676 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum)

Gargara kullanma durumuna evet cevabı verenlerde ortalama d bileşeni 23,3 iken hayır cevabı verenlerde 22,73 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,909). Evet ve hayır cevabı verenlerde ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,205-p=0,165). Evet cevabı verenlerde ortalama dmfs bileşeni 24,4 iken hayır cevabı verenlerde 24,25 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,976). Evet ve hayır cevabı verenlerde ortanca pufa bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,473). Evet cevabı verenlerde ortalama D bileşeni 5,5 iken hayır cevabı verenlerde 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama D bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,609). Evet cevabı verenlerde ortalama M bileşeni 12,5 iken hayır cevabı verenlerde 15 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak

anlamli fark yoktur ($p=0,609$). Evet cevabi verenlerde ortalama F bileşeni 5,5 iken hayir cevabi verenlerde 8,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler gargara kullanma durumu faktörüne göre anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,458$). Evet cevabi verenlerde ortalama DMFS bileşeni 26,5 iken hayir cevabi verenlerde 33,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama DMFS bileşenleri evet ve hayir cevabi verenlerde istatistiksel olarak anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,467$). Evet ve hayir cevabi verenlerde ortanca PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortanca değerler gargara kullanma durumu faktörüne göre anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,676$).

Tablo 4.43. Annenin diş ipi/ arayüz fırçası kullanma durumu ile nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Evete	Hayir	Toplam	Test İstatistiği	p
d	21,67 ± 12,16	23 ± 14,38	22,84 ± 14,03	-0,216	0,830 ^x
m	0 (0 - 10)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	141,500	0,634 ^y
f	0,5 (0 - 6)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	177,000	0,067 ^y
dmfs	25,33 ± 14,19	24,14 ± 14,02	24,28 ± 13,9	0,196	0,846 ^x
pufa	0 (0 - 2)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	92,000	0,188 ^y
D	3,5 (2 - 13)	8 (0 - 42)	7 (0 - 42)	60,500	0,033 ^y
M	20 (10 - 40)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	170,500	0,252 ^y
F	22 (7 - 42)	6,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	199,500	0,045 ^y
DMFS	50 (19 - 78)	32,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	164,500	0,339 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	108,000	0,272 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma, Ortanca (minimum-maksimum)

Diş ipi/ arayüz fırçası kullanma durumuna evet cevabi verenlerde ortalama d bileşeni 21,67 iken hayir cevabi verenlerde 23 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri evet ve hayir cevabi verenlerde anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,830$). Diş ipi/ arayüz fırçası faktörlerine göre ortanca m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamli fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,634$). Diş ipi/ arayüz fırçası kullanma durumuna evet cevabi verenlerde ortalama f bileşeni 0,5 iken hayir cevabi verenlerde 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama f bileşenleri evet ve hayir cevabını verenlerde anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,067$). Evet cevabi verenlerde ortalama dmfs bileşeni 25,33 iken hayir cevabi verenlerde 24,14 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri evet ve hayir cevabını verenlerde anlamli farklılık göstermemektedir ($p=0,846$). Evet ve hayir cevabi verenlerde ortanca pufa bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktur ($p=0,188$). Diş ipi/ arayüz fırçası faktörüne göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,033$). Evet cevabi

verenlerde ortalama değer 3,5 iken hayır cevabı verenlerde 8 olarak elde edilmiştir. Evet cevabı verenlerde ortanca M bileşeni 20 iken hayır cevabı verenlerde 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri diş ipi/ arayüz fırçası faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,252$). Evet cevabı verenlerde ortalama F bileşeni 22 iken hayır cevabı verenlerde 6,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama F bileşenleri diş ipi/ arayüz fırçası faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,045$). Evet cevabı verenlerde ortanca DMFS bileşeni 50 iken hayır cevabı verenlerde 32,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca DMFS bileşenleri evet ve hayır cevabı verenlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,339$). Diş ipi/ arayüz fırçası faktörüne göre ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,272$).

Tablo 4.44. Annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	25,14 ± 13,66	22,47 ± 14,21	22,84 ± 14,03	0,465	0,644 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	176,500	0,206 ^y
f	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 7)	165,500	0,576 ^y
dmfs	27,71 ± 11,83	23,72 ± 14,25	24,28 ± 13,9	0,701	0,487 ^x
pufa	1 (0 - 3)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	168,000	0,596 ^y
D	9 (3 - 19)	6 (0 - 42)	7 (0 - 42)	162,000	0,757 ^y
M	5 (0 - 30)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	102,500	0,180 ^y
F	2 (0 - 42)	9 (0 - 63)	8 (0 - 63)	78,500	0,045^y
DMFS	19 (9 - 75)	37 (5 - 122)	33 (5 - 122)	90,500	0,096 ^y
PUFA	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	171,000	0,381 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U Testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortalama d bileşeni 25,14 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 22,47 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,644$). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m ve f bileşenleri gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir. ($p=0,206$ - $p=0,576$). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortalama dmfs bileşeni 27,71 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 23,72 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,487$). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı faktörüne göre ortanca pufa

bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,596). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortanca değer 1 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortanca D bileşeni 9 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca D bileşenleri gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,757). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı faktörüne göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,180). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortanca değer 5 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortanca F bileşeni 2 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 9 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca F bileşenleri gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,045). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı faktörüne göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,096). Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olanlarda ortanca değer 19 iken gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olmayanlarda 37 olarak elde edilmiştir. Gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,381).

Tablo 4.45. Annenin gebelik sırasında geçirilen hastalık durumuna göre nicel değişken değerlerinin karşılaştırılması

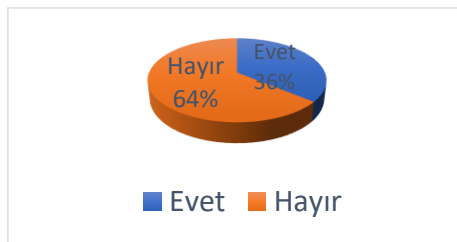
	Yok	Var	Toplam	Test İstatistiği	p
d	23,69 ± 14,09	15,2 ± 12,05	22,84 ± 14,03	-1,293	0,202 ^x
m	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	97,500	0,406 ^x
f	0 (0 - 7)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	85,000	0,228 ^x
dmfs	25,29 ± 13,84	15,2 ± 12,05	24,28 ± 13,9	-1,562	0,125 ^y
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 3)	0 (0 - 9)	87,500	0,376 ^x
D	8 (0 - 42)	6 (2 - 10)	7 (0 - 42)	84,500	0,372 ^x
M	15 (0 - 70)	10 (4 - 15)	15 (0 - 70)	62,000	0,103 ^x
F	9 (0 - 63)	5 (0 - 13)	8 (0 - 63)	76,500	0,250 ^x
DMFS	37 (5 - 122)	19 (12 - 33)	33 (5 - 122)	45,500	0,031^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	114,500	0,939 ^x

^x Mann Whitney U testi; ^y Bağımsız iki grup t testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sırasında annenin hastalık geçirmedığı grupta ortanca d bileşeni 23,69 iken hastalık geçirdiği grupta 15,02 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca d bileşenleri hastalık geçiren ve geçirmeyenlerde anlamlı farklılık göstermemektedir

(p=0,202). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirdiği ve geçirmediği gruplarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m ve f bileşenleri hastalık durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,406- p=0,228). Hastalık geçirmeyenlerde ortalama dmfs bileşeni 25,29 iken hastalık geçirenlerde 15,02 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri hastalık geçiren ve geçirmeyenlerde anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,125). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirdiği ve geçirmediği gruplarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,376). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirmediği grupta ortanca D bileşeni 8 iken hastalığı geçirdiği grupta 6 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,372). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirmediği grupta ortanca M bileşeni 15 iken hastalık geçirenlerde 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri hastalığı olan ve olmayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,103). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirmediği grupta ortanca F bileşeni 9 ve geçirdiği grupta 5 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortanca F bileşenleri hastalık durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,250). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirmediği grupta ortanca DMFS bileşeni 27 iken hastalık geçirdiği grupta 19 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,031). Hastalık durumu faktörüne göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,939). Gebelik sırasında annenin hastalık geçirdiği ve geçirmediği gruplarda ortanca PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir.

Katılımcıların gebelik sırasında D vitamini yaşama durumu dağılımı incelendiğinde %64' ü hayır, %36' sı evet cevabını vermiştir (şekil 4.18).



Şekil 4.18. Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu dağılımı

Tablo 4.46. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Evet	Hayır	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	4 (22,2)	4 (12,5)	8 (16)	3,295	0,354 ^x
Ortaokul	6 (33,3)	6 (18,8)	12 (24)		
Lise	4 (22,2)	8 (25)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	4 (22,2)	14 (43,8)	18 (36)		
Meslek					
Ev hanımı	15 (83,3)	22 (68,8)	37 (74)	2,324	0,556 ^x
Memur	0 (0)	1 (3,1)	1 (2)		
Serbest meslek	1 (5,6)	1 (3,1)	2 (4)		
Diğer	2 (11,1)	8 (25)	10 (20)		
Gelir seviyesi					
17000 ve altı	4 (22,2)	4 (12,5)	8 (16)	1,129	0,840 ^x
17000-50000 arası	5 (27,8)	9 (28,1)	14 (28)		
50000 ve üzeri	1 (5,6)	2 (6,3)	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	8 (44,4)	17 (53,1)	25 (50)		

^x Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; n(%)

Gebelik sırasında D vitamin eksikliği yaşayanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %22,2, ortaokul olanların oranı %33,3, lise olanların oranı %22,2 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %22,2 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında D vitamin eksikliği yaşamayanlarda annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %12,5, ortaokul olanların oranı %18,8, lise olanların oranı %25 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %43,8 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,354). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %83,3, serbest meslek olanların oranı %5,6 ve diğer cevabı verenlerin oranı %11,1 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında D vitamin eksikliği yaşamayanlarda annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %68,8, memur olanların oranı %3,1, serbest meslek olanların oranı %3,1 ve diğer cevabı verenlerin oranı %25 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,556). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %22,2, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %27,8, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %5,6 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %44,4 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında D vitamin eksikliği yaşamayanlarda gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %12,5, 17000-50000 arası geliri olanların oranı

%28,1, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %6,3 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %53,1 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,840).

Tablo 4.47. Annenin gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Evet	Hayır	Toplam	Test İstatistiği	p
d	22,11 ± 12,68	23,25 ± 14,91	22,84 ± 14,03	-0,273	0,786 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	283,000	0,872 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	280,000	0,834 ^y
dmfs	23,17 ± 12,68	24,91 ± 14,7	24,28 ± 13,9	-0,421	0,676 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0,5 (0 - 8)	0 (0 - 9)	243,000	0,315 ^y
D	8 (0 - 26)	6 (1 - 42)	7 (0 - 42)	290,000	0,976 ^y
M	15 (0 - 67)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	303,500	0,760 ^y
F	8,5 (0 - 52)	7,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	310,500	0,656 ^y
DMFS	35 (10 - 119)	30,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	301,000	0,801 ^y
PUFA	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	289,000	0,987 ^y

^y Mann Whitney U testi; ^x Bağımsız iki grup t testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama d bileşeni 22,11 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 23,25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,786). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayan ve yaşamayanlarda ortalama m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama m ve f bileşenleri gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre farklılık göstermemektedir (p=0,872- p=0,834). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama dmfs bileşeni 23,17 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 24,91 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayan ve yaşamayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,676). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama pufa bileşeni 0 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 0,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama pufa bileşenleri gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,315). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama D bileşeni 8 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 6 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,976). Gebelik sırasında D

vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre ortalama M bileşenleri 15 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,760$). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama F bileşeni 8,5 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 7,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama F bileşenleri gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,656$). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayanlarda ortalama DMFS bileşeni 35 iken gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşamayanlarda 30,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,801$). Gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu faktörüne göre ortalama PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p=0,987$)

Katılımcıların gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımı şekil 4.19’ da gösterildiği gibi %50’ si evet, %50’ si hayır cevabını vermiştir.



Şekil 4.19. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu dağılımı

Tablo 4.48. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Evet	Hayır	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	4 (16)	4 (16)	8 (16)	0,163	1,000*
Ortaokul	6 (24)	6 (24)	12 (24)		
Lise	6 (24)	6 (24)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	9 (36)	9 (36)	18 (36)		
Meslek					
Ev hanımı	18 (72)	19 (76)	37 (74)	2,642	0,643*
Memur	0 (0)	1 (4)	1 (2)		
Serbest meslek	2 (8)	0 (0)	2 (4)		
Diğer	5 (20)	5 (20)	10 (20)		

Tablo 4.48. Devamı

Gelir seviyesi					
17000 ve altı	5 (20)	3 (12)	8 (16)		
17000-50000 arası	5 (20)	9 (36)	14 (28)	4,279	0,228*
50000 ve üzeri	3 (12)	0 (0)	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	12 (48)	13 (52)	25 (50)		

* Monte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact testi; n(%)

Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %16, ortaokul olanların oranı %24, lise olanların oranı %24 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %36 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grubun eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %16, ortaokul olanların oranı %24, lise olanların oranı %24 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %36 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=1,000$). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %72, serbest meslek olanların oranı %8 ve diğer olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grubun meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %76, memur olanların oranı %4 ve diğer olanların oranı %20 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,643$). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %20, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %20, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %12 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %48 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %12, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %36 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %52 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,228$).

Tablo 4.49. Annenin gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Evet	Hayır	Toplam	Test İstatistiği	p
d	20 (5 - 53)	24 (0 - 59)	21 (0 - 59)	268,500	0,398 ^y
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	335,500	0,439 ^y
f	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	291,000	0,574 ^y
dmfs	22,48 ± 12,48	26,08 ± 15,23	24,28 ± 13,9	-0,914	0,365 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	271,500	0,380 ^y
D	8 (0 - 42)	6 (1 - 22)	7 (0 - 42)	351,500	0,453 ^y
M	20 (0 - 67)	10 (0 - 70)	15 (0 - 70)	402,000	0,081 ^y
F	9 (0 - 63)	5 (0 - 47)	8 (0 - 63)	375,500	0,224 ^y
DMFS	46 (10 - 119)	25 (5 - 122)	33 (5 - 122)	408,500	0,064 ^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	363,000	0,128 ^y

^xBağımsız örnekler t testi; ^yMann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu faktörüne göre ortanca d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,398). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortanca değer 20 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 24 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan ve yaşamayan grupların ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,439- p=0,574). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortanca dmfs bileşeni 22,48 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 26,08 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,365). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortanca pufa bileşenleri gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,380). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu faktörüne göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,453). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortanca değer 8 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 6 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortanca M bileşeni 20 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri gebelik sırasında demir eksikliği yaşama faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,081). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortanca F bileşeni 9 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler gebelik sırasında demir

eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,224$). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan grupta ortalama DMFS bileşeni 46 iken gebelik sırasında demir eksikliği yaşamayan grupta 25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama DMFS bileşenleri gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan ve yaşamayan grupta farklılık göstermemektedir ($p=0,064$). Gebelik sırasında demir eksikliği yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortalama PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortalama PUFA bileşenleri gebelik sırasında demir eksikliği yaşama durumu faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,128$).

Tablo 4.50. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	1 (11,1)	7 (17,1)	8 (16)	1,514	0,790 ^x
Ortaokul	3 (33,3)	9 (22)	12 (24)		
Lise	1 (11,1)	11 (26,8)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	4 (44,4)	14 (34,2)	18 (36)		
Meslek					
Ev hanımı	6 (66,7)	31 (75,6)	37 (74)	1,922	0,660 ^x
Memur	0 (0)	1 (2,4)	1 (2)		
Serbest meslek	0 (0)	2 (4,9)	2 (4)		
Diğer	3 (33,3)	7 (17,1)	10 (20)		
Gelir seviyesi					
17000 ve altı	2 (22,2)	6 (14,6)	8 (16)	7,763	0,029^x
17000-50000 arası	0 (0) ^a	14 (34,2) ^b	14 (28)		
50000 ve üzeri	2 (22,2) ^a	1 (2,4) ^b	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	5 (55,6)	20 (48,8)	25 (50)		

^x Monte Carlo düzeltilmiş Fisher Exact Testi; ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur; n(%)

Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkökul olanların oranı %11,1, ortaokul olanların oranı %33,3, lise olanların oranı %11,1 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %44,4 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkökul olanların oranı %17,1, ortaokul olanların oranı %22, lise olanların oranı %26,8 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %34,2 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,790$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %66,7 ve diğer cevabı verenlerin oranı %33,3 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %75,6, memur olanların oranı %2,4, serbest meslek olanların oranı %4,9 ve diğer cevabı verenlerin oranı %17,1

olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,660). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grubun gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %22,2, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %22,2 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %55,6 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %14,6, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %34,2, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %2,4 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %48,8 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (p=0,029). Bu ilişki 17000-50000 ve 50000 ve üstü gruplarında vardır.

Tablo 4.51. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliğine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	20 (9 - 52)	22 (0 - 59)	21 (0 - 59)	173,500	0,791 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	157,500	0,236 ^x
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	226,000	0,153 ^x
dmfs	22,78 ± 12,68	24,61 ± 14,28	24,28 ± 13,9	-0,355	0,724 ^y
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	160,000	0,499 ^x
D	9 (5 - 26)	6 (0 - 42)	7 (0 - 42)	252,500	0,087 ^x
M	20 (5 - 50)	10 (0 - 70)	15 (0 - 70)	255,000	0,074 ^x
F	10 (0 - 34)	7 (0 - 63)	8 (0 - 63)	205,000	0,613 ^x
DMFS	46 (10 - 90)	29 (5 - 122)	33 (5 - 122)	229,000	0,266 ^x
PUFA	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	173,000	0,663 ^x

^xMann Whitney U testi; ^yBağımsız iki örnek t testi

Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortalama d bileşeni 20 iken gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta 22 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,791). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan ve yaşamayan grupların ortalama m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama m çocuk ve f bileşenleri gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,236- p=0,153). Gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörüne göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,724). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortalama değer 22,78 iken gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta 24,61 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer vitamin

eksikliği yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,499$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortanca D bileşeni 9 iken yaşamayan grupta 6 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca D bileşenleri gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,087$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortanca M bileşeni 20 iken gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan ve yaşamayan grupta anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,074$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortanca F bileşeni 10 iken gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta 7 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,613$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan grupta ortanca DMFS bileşeni 46 iken gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşamayan grupta 29 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca DMFS bileşenleri gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan ve yaşamayan gruplarda anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,266$). Gebelik sırasında diğer vitamin eksikliği yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca PUFA bileşenleri gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin eksikliği faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,663$).

Tablo 4.52. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	1 (12,5)	7 (16,7)	8 (16)	1,296	0,776 ^x
Ortaokul	3 (37,5)	9 (21,4)	12 (24)		
Lise	2 (25)	10 (23,8)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	2 (25)	16 (38,1)	18 (36)		
Meslek					
Ev hanımı	6 (75)	31 (73,8)	37 (74)	1,084	1,000 ^x
Memur	0 (0)	1 (2,4)	1 (2)		
Serbest meslek	0 (0)	2 (4,8)	2 (4)		
Diğer	2 (25)	8 (19,1)	10 (20)		
Gelir seviyesi					
17000 ve altı	1 (12,5)	7 (16,7)	8 (16)	5,061	0,121 ^x
17000-50000 arası	1 (12,5)	13 (31)	14 (28)		
50000 ve üzeri	2 (25)	1 (2,4)	3 (6)		
Belirtmek istemiyorum	4 (50)	21 (50)	25 (50)		

^x Pearson ki-kare; n (%)

Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %12,5, ortaokul olanların

oranı %37,5, lise olanların oranı %25 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %25 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşamayan grupta annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %16,7, ortaokul olanların oranı %21,4, lise olanların oranı %23,8 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %38,1 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,776). Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %75 ve diğer cevabı verenlerin oranı %25 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşamayan grupta annenin meslek dağılımları incelendiğinde ev hanımı olanların oranı %73,8, memur olanların oranı %2,4, serbest meslek olanların oranı %4,8 ve diğer cevabı verenlerin oranı %19,1 olarak elde edilmiştir. Annenin mesleği ile gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=1,000). Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşayan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %12,5, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %12,5, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %25 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %50 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğer mineral eksikliği yaşamayan grupta gelir seviyesi dağılımları incelendiğinde 17000 ve altı geliri olanların oranı %16,7, 17000-50000 arası geliri olanların oranı %31, 50000 ve üzeri geliri olanların oranı %2,4 ve belirtmek istemiyorum cevabı verenlerin oranı %50 olarak elde edilmiştir. Gelir seviyesi ile gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,121).

Tablo 4.53. Annenin gebelik sırasında yaşanan diğer mineral eksikliğine göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	20,63 ± 14,67	23,26 ± 14,05	22,84 ± 14,03	-0,484	0,631 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	144,000	0,270 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	191,500	0,401 ^y
dmfs	21,25 ± 14,68	24,86 ± 13,85	24,28 ± 13,9	-0,669	0,507 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	167,500	1,000 ^y
D	8,5 (2 - 26)	6 (0 - 42)	7 (0 - 42)	188,500	0,595 ^y
M	12,5 (5 - 50)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	164,500	0,936 ^y
F	8 (0 - 34)	8 (0 - 63)	8 (0 - 63)	160,500	0,853 ^y
DMFS	26,5 (10 - 90)	33,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	147,000	0,587 ^y
PUFA	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	160,500	0,772 ^y

^x Bağımsız iki örnek t test; ^y Mann Whitney U Test; Ortalama±standart sapma;Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan grupta ortalama d bileşeni 20,63 iken gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşamayan grupta 23,26 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler gebelik sırasında yaşanan diğ er mineral eksikliğ i faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,631$). Gebelik sırasında yaşanan ve yaşanmayan diğ er mineral eksikliğ i faktörlerine göre ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığ i tespit edilmiştir ($p=0,270$ - $p=0,401$). Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan grupta ortalama dmfs bileşeni 21,25 iken gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşamayan grupta 24,86 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri gebelik sırasında yaşanan diğ er mineral eksikliğ i faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,507$). Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=1,000$). Gebelik sırasında yaşanan diğ er mineral eksikliğ i faktörüne göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığ i tespit edilmiştir ($p=0,595$). Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan grupta ortalama değer 8,5 iken gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşamayan grupta 6 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan grupta ortalama M bileşeni 12,5 iken gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşamayan grupta 15 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,936$). Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan ve yaşamayan gruplarda ortanca F bileşenleri 8 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,853$). Gebelik sırasında yaşanan diğ er mineral eksikliğ i faktörüne göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığ i tespit edilmiştir ($p=0,587$). Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan grupta ortalama değer 26,5 iken gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşamayan grupta 33,5 olarak elde edilmiştir. Gebelik sırasında diğ er mineral eksikliğ i yaşayan ve yaşamayan grupların ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler gebelik sırasında yaşanan diğ er mineral eksikliğ i faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,772$).

Tablo 4.54. Annenin gebelik sırasında ilaç kullanımına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	21,95 ± 13,71	26,4 ± 15,46	22,84 ± 14,03	-0,896	0,375 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	127,000	0,002^y
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	175,000	0,412 ^y
dmfs	22,7 ± 13,68	30,6 ± 13,61	24,28 ± 13,9	-1,635	0,109 ^x
pufa	0 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	188,500	0,766 ^y
D	8 (0 - 42)	5 (1 - 22)	7 (0 - 42)	243,000	0,301 ^y
M	15 (0 - 70)	20 (0 - 39)	15 (0 - 70)	182,000	0,668 ^y
F	6,5 (0 - 52)	22 (0 - 63)	8 (0 - 63)	106,000	0,023^y
DMFS	30,5 (5 - 122)	48 (20 - 93)	33 (5 - 122)	137,500	0,133 ^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	188,000	0,662 ^y

^x Bağımsız iki örnek t test; ^y Mann Whitney U Test; Ortalama=standart sapma;Ortanca (minimum-maksimum)

Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortalama d bileşeni 21,95 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 26,4 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,375). Gebelik sırasında ilaç kullananlar ve kullanmayanlarda ortanca m bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m bileşenleri gebelik sırasında ilaç kullananlarda ve kullanmayanlarda anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002). Gebelik sırasında ilaç kullanan ve kullanmayanlarda ortanca f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,412). Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortalama dmfs bileşeni 22,7 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 30,6 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,109). Gebelik sırasında ilaç kullanan ve kullanmayanlarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca pufa bileşenleri gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,766). Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortanca D bileşeni 8 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,301). Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortanca M bileşeni 15 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 20 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,668). Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortanca F bileşeni 6,5 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 22 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler gebelik

sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,023$). Gebelik sırasında ilaç kullananlarda ortanca DMFS bileşeni 30,5 iken gebelik sırasında ilaç kullanmayanlarda 48 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca DMFS bileşenleri gebelik sırasında kullanılan ilaç faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,133$). Gebelik sırasında ilaç kullanan ve kullanmayanlarda ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,662$).

Tablo 4.55. Annenin sakız çiğnemesi ile eğitim seviyesi arasındaki bağlantının incelenmesi

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
Eğitim seviyesi					
İlkokul	6 (26,1)	2 (7,4)	8 (16)	3,935	0,256 ^x
Ortaokul	6 (26,1)	6 (22,2)	12 (24)		
Lise	5 (21,7)	7 (25,9)	12 (24)		
Üniversite ve daha fazlası	6 (26,1)	12 (44,4)	18 (36)		

^xMonte Carlo düzeltilmeli Fisher Exact Testi; n (%)

Sakız çiğneyenlerde annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %26,1, ortaokul olanların oranı %26,1, lise olanların oranı %21,7 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %26,1 olarak elde edilmiştir. Sakız çiğnemeyenlerde annenin eğitim seviyesi dağılımları incelendiğinde ilkokul olanların oranı %7,4, ortaokul olanların oranı %22,2, lise olanların oranı %25,9 ve üniversite ve daha fazlası olanların oranı %44,4 olarak elde edilmiştir. Annenin eğitim seviyesi ile sakız çiğneme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,256$).

Tablo 4.56. Annenin sakız çiğneme durumuna göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	21 (0 - 59)	20 (3 - 53)	21 (0 - 59)	340,000	0,572 ^x
m	0 (0 - 5)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	266,000	0,129 ^x
f	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	236,500	0,048 ^x
dmfs	24,48 ± 14,16	24,11 ± 13,94	24,28 ± 13,9	0,092	0,927 ^y
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	321,500	0,819 ^x
D	8 (0 - 42)	5 (2 - 26)	7 (0 - 42)	353,000	0,412 ^x
M	15 (0 - 70)	10 (0 - 50)	15 (0 - 70)	340,500	0,562 ^x
F	5 (0 - 63)	10 (0 - 47)	8 (0 - 63)	268,000	0,412 ^x
DMFS	32 (12 - 122)	34 (5 - 93)	33 (5 - 122)	330,500	0,704 ^x
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	299,000	0,737 ^x

^xMann Whitney U testi; ^yBağımsız iki örnek t testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Sakız çiğneyenlerde ortanca d bileşeni 21 iken çiğnemeyenlerde 20 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca d bileşenleri sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,572$). Sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde ortanca m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m bileşenleri sakız çiğneme

faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,129$). Sakız çiğneme alışkanlığı faktörüne göre ortalama f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,048$). Sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde ortalama f bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Sakız çiğneyenlerde ortalama dmfs bileşeni 24,48 iken sakız çiğnemeyenlerde 24,11 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,927$). Sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde ortalama pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,819$). Sakız çiğneyenlerde ortalama D bileşeni 8 iken sakız çiğnemeyenlerde 5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama D bileşenleri sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde farklılık göstermemektedir ($p=0,412$). Sakız çiğneyenlerde ortalama M bileşeni 15 iken sakız çiğnemeyenlerde 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama M bileşenleri sakız çiğneyen ve çiğnemeyenlerde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,562$). Sakız çiğneyenlerde ortalama F bileşeni 5 iken sakız çiğnemeyenlerde 10 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler sakız çiğneme alışkanlığı faktörüne göre farklılık göstermemektedir ($p=0,412$). Sakız çiğneyen ortalama DMFS bileşeni 32 iken çiğnemeyenlerde 34 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,704$). Sakız çiğneme alışkanlığı faktörüne göre ortalama PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,737$).

Tablo 4.57. Annenin öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre nicel değişkenler arasındaki bağlantının incelenmesi

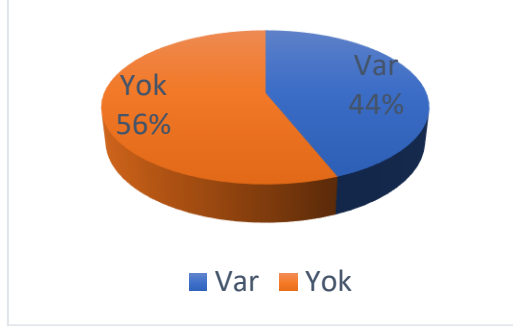
	Günde					Toplam	p
	Yok	Günde 1	Günde 2	Günde 3	3'ten fazla		
d	24 (5 - 52)	17 (0 - 53)	15 (3 - 59)	20 (7 - 42)	39,5(37-42)	21(0-59)	0,119 ^x
m	0 (0 - 4)	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0,318 ^x
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 6)	0 (0 - 3)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,612 ^x
dmfs	29(5-52)	21 (0 - 53)	15 (3 - 59)	21 (7 - 42)	39,5(37-42)	23 (0-59)	0,183 ^x
pufa	1 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 8)	0 (0 - 6)	1 (0 - 2)	0 (0 - 9)	0,685 ^x
D	6 (0 - 33)	5 (1 - 21)	9 (5 - 42)	8 (5 - 12)	12 (6 - 18)	7 (0 - 42)	0,467 ^x
M	15 (0 - 67)	20 (5 - 39)	10 (0 - 40)	10 (5 - 15)	40 (10 - 70)	15(0 - 70)	0,390 ^x
F	7 (0 - 52)	11 (1 - 63)	10 (0 - 47)	3 (0 - 13)	25 (4 - 46)	8(0 - 63)	0,137 ^x
DMFS	40 (9 - 119)	37 (11 - 93)	43 (5 - 80)	19 (10 - 33)	77(32- 122)	33(5-122)	0,159 ^x
PUFA	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 1)	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0,717 ^x

^x Kruskal Wallis H Test;Ortanca (minimum – maksimum)

Annenin öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,119$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 24 iken, günde 1 kez tüketenlerde 17,

günde 2 kez tüketenlerde 15, günde 3 kez tüketenlerde 20 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 39,5 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,318$ - $p=0,612$). Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,183$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 29 iken, günde 1 kez tüketenlerde 21, günde 2 kez tüketenlerde 15, günde 3 kez tüketenlerde 21 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 39,5 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,685$). Öğün aralarında şeker tüketmeyen ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde ortalama değer 1 iken, günde 1,2 ve 3 kez tüketenlerde 0 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=467$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 6 iken, günde 1 kez tüketenlerde 5, günde 2 kez tüketenlerde 9, günde 3 kez tüketenlerde 8 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 12 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,390$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 15 iken, günde 1 kez tüketenlerde 20, günde 2 ve 3 kez tüketenlerde 10 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 40 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama F bileşenleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,137$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 7 iken, günde 1 kez tüketenlerde 11, günde 2 kez tüketenlerde 10, günde 3 kez tüketenlerde 3 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 25 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,159$). Öğün aralarında şeker tüketmeyenlerde ortalama değer 40 iken, günde 1 kez tüketenlerde 37, günde 2 kez tüketenlerde 43, günde 3 kez tüketenlerde 19 ve günde 3'ten fazla kez tüketenlerde 77 olarak elde edilmiştir. Öğün aralarında şeker tüketim sıklığına göre ortalama PUFA değerleri tüm gruplarda 0 olarak elde edilmiştir ve değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,717$).

Katılımcıların çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımı şekil 4.20’ de gösterilmiştir. %44’ ü ‘var’, %56’ sı ‘yok’ olarak yanıt vermiştir.



Şekil 4.20. Çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı dağılımı

Tablo 4.58. Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	22,23 ± 13,66	23,32 ± 14,54	22,84 ± 14,03	-0,271	0,787 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	293,000	0,616 ^y
f	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	231,500	0,040^y
dmfs	22,95 ± 13,5	25,32 ± 14,36	24,28 ± 13,9	-0,594	0,556 ^x
pufa	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	268,000	0,389 ^y
D	6 (0 - 21)	8 (2 - 42)	7 (0 - 42)	270,000	0,462 ^y
M	12,5 (4 - 67)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	310,500	0,969 ^y
F	10 (0 - 63)	6 (0 - 46)	8 (0 - 63)	378,500	0,170 ^y
DMFS	35 (12 - 119)	28,5 (5 - 122)	33 (5 - 122)	337,500	0,571 ^y
PUFA	0 (0 - 1)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	242,000	0,045^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortalama d bileşeni 22,23 iken yapmayanlarda 23,32 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,787). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapan ve yapmayanlarda ortalama m bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama m bileşenleri çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapan ve yapmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,616). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapan ve yapmayanlarda ortalama f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Ortanca değerleri eşit olduğundan sıra ortalamaları açısından karşılaştırılmıştır. Sıra ortalaması çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda 22,02 iken yapmayanlarda 28,23 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama f bileşenleri çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması

alışkanlığı faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,040). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortalama dmfs bileşeni 22,95 iken yapmayanlarda 25,32 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapma faktörlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,556). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapan ve yapmayanlarda ortanca pufa bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca pufa bileşenleri çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,389). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortanca D bileşeni 6 iken yapmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,462). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortanca M değeri 12,5 iken yapmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p=0,969). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortanca F bileşeni 10 iken yapmayanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,170). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapanlarda ortanca DMFS bileşeni 35 iken çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapmayanlarda 28,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,571). Çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünü ağızla yapan ve yapmayanlarda ortanca PUFA bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması alışkanlığı faktörüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,045).

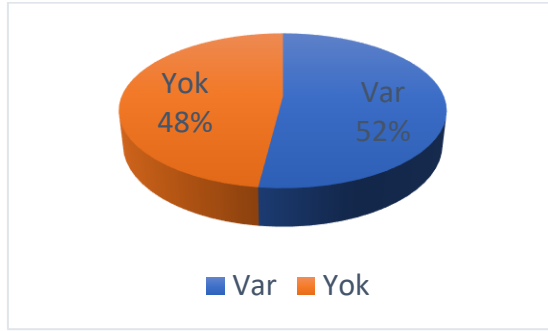
Tablo 4.59. Emzik başını ağızla temizleme ve ısılatma alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	16,67 ± 10,21	23,23 ± 14,23	22,84 ± 14,03	-0,783	0,437 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	61,500	0,538 ^y
f	0 (0 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	79,500	0,632 ^y
dmfs	17,67 ± 11,37	24,7 ± 14,04	24,28 ± 13,9	-0,843	0,401 ^x
pufa	0 (0 - 6)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	70,000	1,000 ^y
D	5 (2 - 8)	8 (0 - 42)	7 (0 - 42)	42,000	0,251 ^y
M	10 (10 - 15)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	58,000	0,621 ^y
F	7 (3 - 10)	8 (0 - 63)	8 (0 - 63)	61,000	0,712 ^y
DMFS	19 (18 - 33)	34 (5 - 122)	33 (5 - 122)	37,500	0,184 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	58,500	0,462 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı faktörüne göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,437$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortalama değer 16,67 iken olmayanlarda 23,23 olarak elde edilmiştir. Emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı faktörüne göre ortanca m ve f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,538$ - $p=0,632$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca değerler 0 olarak elde edilmiştir. Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortalama dmfs bileşeni 17,67 iken olmayanlarda 24,7 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,401$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca pufa bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortanca pufa bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=1,000$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortanca D bileşeni 5 iken olmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca D bileşenleri emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,251$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortanca M bileşeni 10 iken olmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir ve elde edilen ortanca değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,621$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortanca F bileşeni 7 iken olmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,712$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olanlarda ortanca DMFS bileşeni 19 iken olmayanlarda 34 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca DMFS bileşenleri emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,184$). Emzik başını ağızıyla temizleme ve ıslatma alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler emzik başını ağızıyla temizleme, ıslatma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,462$).

Katılımcıların aynı tabak-kupa ile yeme-içme alışkanlığı dağılımı şekil 4.21’ de gösterildiği gibi %52’ si ‘var’, %48’ i ‘yok’ olarak yanıtlamıştır.



Şekil 4.21. Aynı tabak-kupa ile yeme-içme alışkanlığı dağılımı

Tablo 4.60. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	25,77 ± 14,85	19,67 ± 12,62	22,84 ± 14,03	1,559	0,126 ^x
m	0 (0 - 8)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	307,500	0,891 ^y
f	0 (0 - 5)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	298,500	0,728 ^y
dmfs	27,08 ± 14,33	21,25 ± 13,04	24,28 ± 13,9	1,500	0,140 ^x
pufa	0,5 (0 - 9)	0 (0 - 8)	0 (0 - 9)	377,500	0,159 ^y
D	8 (0 - 42)	5,5 (1 - 22)	7 (0 - 42)	378,000	0,201 ^y
M	15 (0 - 70)	15 (0 - 35)	15 (0 - 70)	367,500	0,281 ^y
F	6,5 (0 - 63)	8,5 (0 - 42)	8 (0 - 63)	324,000	0,823 ^y
DMFS	45 (5 - 122)	26,5 (10 - 75)	33 (5 - 122)	401,500	0,084 ^y
PUFA	0 (0 - 7)	0 (0 - 4)	0 (0 - 7)	358,500	0,162 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı faktörüne göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,126). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortalama değer 25,77 iken olmayanlarda 19,67 olarak elde edilmiştir. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,891- p=0,728). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortalama dmfs bileşeni 27,08 iken olmayanlarda 21,25 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,140). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortalama pufa bileşeni 0,5 iken olmayanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama pufa bileşenleri aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,159). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı faktörüne göre ortalama D bileşenleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,201$). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortalama değer 8 iken olmayanlarda 5,5 olarak elde edilmiştir. Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca M bileşeni 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,281$). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortalama F bileşeni 6,5 iken olmayanlarda 8,5 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,823$). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olanlarda ortanca DMFS bileşeni 45 iken olmayanlarda 26,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,084$). Aynı tabak ve kupa ile yeme içme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,162$).

Tablo 4.61. Çocuğu dudaktan yada ağızdan öpme alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	27 ± 11,86	22,48 ± 14,25	22,84 ± 14,03	0,615	0,542 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	80,000	0,466 ^y
f	0 (0 - 2)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	93,500	0,961 ^y
dmfs	27,5 ± 11,9	24 ± 14,14	24,28 ± 13,9	0,479	0,634 ^x
pufa	2 (0 - 5)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	125,000	0,194 ^y
D	11,5 (8 - 21)	6 (0 - 42)	7 (0 - 42)	133,500	0,141 ^y
M	15 (10 - 20)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	96,000	0,900 ^y
F	6 (4 - 11)	8,5 (0 - 63)	8 (0 - 63)	82,500	0,747 ^y
DMFS	34 (25 - 46)	33 (5 - 122)	33 (5 - 122)	91,500	1,000 ^y
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	76,000	0,385 ^y

^x Bağımsız iki örnek t testi; ^y Mann Whitney U testi; Ortalama±standart sapma; Ortanca (minimum-maksimum)

Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortalama d bileşeni 27 iken olmayanlarda 22,48 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama d bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,542$). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca m ve f bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca m ve f bileşenleri çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,466$ - $p=0,961$). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortalama dmfs bileşeni 27,5 iken olmayanlarda 24 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,634$). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı faktörüne göre ortanca pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,194$). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortanca değer 2 iken olmayanlarda

0 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı faktörüne göre ortalama D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,141). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortalama değer 11,5 iken olmayanlarda 6 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı faktörüne göre ortanca M bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,900). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca değerler 15 olarak elde edilmiştir. Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortalama F bileşeni 6 iken olmayanlarda 8,5 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama değerler istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p=0,747). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olanlarda ortalama DMFS bileşeni 34 iken olmayanlarda 33 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortalama DMFS bileşenleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=1,000). Çocuğu dudaktan ya da ağızdan öpme alışkanlığı olan ve olmayanlarda ortanca PUFA bileşenleri 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,385).

Tablo 4.62. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığına göre nicel değişkenlere ait değerlerin karşılaştırılması

	Var	Yok	Toplam	Test İstatistiği	p
d	16,5 (9 - 24)	21 (0 - 59)	21 (0 - 59)	37,000	0,603 ^x
m	0 (0 - 0)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	42,000	0,629 ^x
f	2 (1 - 3)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	83,500	0,017^x
dmfs	18,5 (10 - 27)	23 (0 - 59)	23 (0 - 59)	35,500	0,552 ^x
pufa	3 (0 - 6)	0 (0 - 9)	0 (0 - 9)	58,000	0,599 ^x
D	7 (5 - 9)	7 (0 - 42)	7 (0 - 42)	45,000	0,901 ^x
M	15,5 (10 - 21)	15 (0 - 70)	15 (0 - 70)	52,500	0,842 ^x
F	18,5 (3 - 34)	8 (0 - 63)	8 (0 - 63)	53,000	0,823 ^x
DMFS	41 (18 - 64)	33 (5 - 122)	33 (5 - 122)	45,000	0,902 ^x
PUFA	0 (0 - 0)	0 (0 - 7)	0 (0 - 7)	40,000	0,561 ^x

^x Mann Whitney U testi; Ortanca (minimum-maksimum)

Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre ortalama d bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,603). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortalama değer 16,5 iken kullanmayanlarda 21 olarak elde edilmiştir. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanan ve kullanmayanlarda ortanca m bileşeni 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,629). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortanca f bileşeni 2 iken kullanmayanlarda 0 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,017). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortalama dmfs bileşeni 18,5 iken kullanmayanlarda 23 olarak

elde edilmiştir. Elde edilen ortalama dmfs bileşenleri çocuğuyla ortak diş fırçası kullanan ve kullanmayanlarda anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,552$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortanca pufa bileşeni 3 iken kullanmayanlarda 0 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca değerler çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,599$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre ortanca D bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,901$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanan ve kullanmayanlarda ortanca değerler 7 olarak elde edilmiştir. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortanca M bileşeni 15,5 iken kullanmayanlarda 15 olarak elde edilmiştir. Elde edilen ortanca M bileşenleri çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,842$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortalama F bileşeni 18,5 iken kullanmayanlarda 8 olarak elde edilmiştir ve elde edilen değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,823$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre ortanca DMFS bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,902$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullananlarda ortanca değer 41 iken kullanmayanlarda 33 olarak elde edilmiştir. Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı faktörüne göre ortanca PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,561$). Çocuğuyla ortak diş fırçası kullanan ve kullanmayanlarda ortanca değerler 0 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.63a. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (r değerleri)

	d	m	f	dmfs	pufa	D	M	F	DMFS	PUFA
d										
m	-0,115 ^x									
f	-0,157 ^x	0,290 ^x								
dmfs	0,973 ^y	0,090 ^x	-0,054 ^x							
pufa	0,617 ^x	-0,090 ^x	-0,183 ^x	0,580 ^x						
D	0,400 ^x	-0,042 ^x	0,157 ^x	0,417 ^x	0,199 ^x					
M	0,044 ^x	-0,066 ^x	0,214 ^x	0,071 ^x	0,013 ^x	-0,017 ^x				
F	-0,058 ^x	0,077 ^x	0,025 ^x	-0,043 ^x	-0,051 ^x	-0,278 ^x	0,637 ^x			
DMFS	0,113 ^x	0,053 ^x	0,152 ^x	0,156 ^x	0,029 ^x	0,109 ^x	0,879 ^x	0,796 ^x		
PUFA	0,302 ^x	-0,001 ^x	0,061 ^x	0,324 ^x	0,259 ^x	0,535 ^x	-0,032 ^x	-0,205 ^x	0,111 ^x	

^x Spearman's rho korelasyon; ^y Pearson korelasyon

Tablo 4.63b. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi (p değerleri)

	d	m	f	dmfs	pufa	D	M	F	DMFS	PUFA
d										
m	0,427 ^x									
f	0,278 ^x	0,041^x								
dmfs	<0,001^y	0,534 ^x	0,876 ^x							
pufa	<0,001^x	0,535 ^x	0,202 ^x	<0,001^x						
D	0,004^x	0,772 ^x	0,276 ^x	0,003^x	0,166 ^x					
M	0,764 ^x	0,649 ^x	0,135 ^x	0,625 ^x	0,927 ^x	0,909 ^x				
F	0,690 ^x	0,597 ^x	0,865 ^x	0,767 ^x	0,725 ^x	0,051 ^x	<0,001^x			
DMFS	0,434 ^x	0,714 ^x	0,291 ^x	0,280 ^x	0,843 ^x	0,450 ^x	<0,001^x	<0,001^x		
PUFA	0,033^x	0,995 ^x	0,675 ^x	0,022^x	0,069 ^x	<0,001^x	0,828 ^x	0,153 ^x	0,442 ^x	

^x Spearman's rho korelasyon; ^y Pearson korelasyon

d ile m arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,115$; $p=0,427$). d ile f arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,157$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,278$). d ile dmfs arasındaki ilişki pearson korelasyon değeri ($r=0,973$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). d ile pufa arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,617$; $p<0,001$). d ile D arasındaki ilişki Spearman korelasyon değeri ($r=0,400$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p=0,004$). d ile M arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,044$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,764$). d ile F arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,058$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,690$). d ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,113$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,434$). d ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,302$; $p=0,033$). m ile f arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak pozitif zayıf anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=0,290$; $p=0,041$). m ile dmfs arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,090$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,534$). m ile pufa arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,090$; $p=0,535$). m ile D arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,042$; $p=0,772$). m ile M arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,066$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,649$). m ile F arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,077$; $p=0,597$). m

ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,053$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,714$). m ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,001$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,995$). f ile dmfs arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,023$; $p=0,876$). f ile pufa arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,183$; $p=0,202$). f ile D arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,157$; $p=0,276$). f ile M arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,214$; $p=0,135$). f ile F arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,025$; $p=0,865$). f ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,152$; $p=0,291$). f ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,061$; $p=0,675$). dmfs ile pufa arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,580$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). dmfs ile D arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,417$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p=0,003$). dmfs ile M arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,071$; $p=0,625$). dmfs ile F arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0,043$; $p=0,767$). dmfs ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,156$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,280$). dmfs ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,324$; $p=0,022$). pufa ile D arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,199$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,166$). pufa ile M arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,013$; $p=0,927$). pufa ile F arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-$

0,051; $p=0,725$). pufa ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,029$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,843$). pufa ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,259$; $p=0,069$). D ile M arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,017$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,909$). D ile F arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,278$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,051$). D ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,109$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,450$). D ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,535$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). M ile F arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,637$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). M ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,879$; $p<0,001$). M ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,032$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,828$). F ile DMFS arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=0,796$) için istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). F ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyon değeri ($r=-0,205$) için istatistiksel olarak anlamsız elde edilmiştir ($p=0,153$). DMFS ile PUFA arasındaki ilişki spearman korelasyonu ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=0,111$; $p=0,442$).

5. TARTIŞMA

Çok yaygın görülmesi, küçük çocukların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve daimi dişlerde çürük riskini artırma potansiyeli nedeniyle, EÇÇ, genç çocuklar arasında en ciddi ve maliyetli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Okul öncesi çocuklarda diş çürüklerini önlemenin ilk adımı, çocuğun çürük risk faktörlerini anlamak ve değerlendirmektir (93).

Annelerin ve çocukların iyi ağız hijyeni ve anneler tarafından erken yaşta kazandırılan doğru beslenme alışkanlıkları ile EÇÇ' nin büyük ölçüde önlenebileceği gösterilmiştir (94). Çocukların diş hekimliği hizmetlerine katılımı, annelerinin çocuklarının ağız sağlığına olan ilgisi veya bakımına bağlıdır (95). Literatürde, maternal faktörlerle EÇÇ arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır (96,97). Her bir faktörün etkisi, kültürel, genetik ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak her popülasyonda farklılık gösterebilir (98).

Yaşın beslenme alışkanlıkları, ağız sağlığı ile ilgili davranışlar ve DMFT indeksi üzerinde etkisi vardır (99). Carino ve ark., 2003 yılında 993 çocukla yaptıkları bir çalışmada yaş arttıkça çürük prevalansının ve dmft değerlerinin arttığını belirtmişlerdir (100). Başka bir çalışmada ise farklı yaş grupları arasında ortalama dmft ve dmfs skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (101). Çalışmamızda da bu çalışmaya paralel yaş ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu durum, çalışma grubumuzun yaş aralığının yalnızca 3-5 yaş ile sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Koçanalı ve ark., yaptıkları çalışmalarında çocuklarda yaşın artması ile diş fırçalama sıklığının arttığını belirtmişlerdir. Bu durum, yaşın artması ile hem bireysel sorumlulukların arttığını, hem de diş fırçalama becerisinin geliştiğini göstermektedir (102). Çalışmamızda yaş ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,532$). Bu durum, çalışmamızdaki yaş aralığının dar olması nedeniyle çocukların diş fırçalama alışkanlıklarının büyük ölçüde ebeveynleri tarafından belirlenmesi veya küçük yaşta bireysel sorumluluk bilincinin henüz

gelişmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmamızda yaş ile fırçalama şekli, florürlü macun kullanımı, çocuğun öğün aralarında şeker tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilginiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışma yoktur.

Birçok çürük risk faktörünün cinsiyet yatkınlığı gösterdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır ve bu da kadınların erkeklere göre daha yüksek çürük riski altında olduğunu göstermektedir. Bu faktörler; farklı tükürük bileşimi ve akış hızı, hormonal dalgalanmalar, beslenme alışkanlıkları, genetik varyasyonlar ve aile içindeki özel sosyal roller gibi unsurları içerebilir (103). 2020 yılında Bulut ve Kılınç yaptıkları bir çalışmada, çürükten etkilenen diş sayısının kız çocuklarında daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (104). Ancak yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerde EÇÇ prevalansının kızlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (105).

Öz ve Kırzioğlu 2021 yılında yaptıkları çalışmalarında, cinsiyet ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamışlardır (106). Benzer şekilde 328 çocuğun dahil olduğu bir çalışmada cinsiyet ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır (69). Saleem ve ark., yaptıkları karşılaştırmalı analizlerinde, cinsiyet ile EÇÇ arasında anlamlı bir ilişki elde edememişlerdir (107). Çalışmamızda, literatürdeki örnek gösterilen bazı çalışmalara benzer şekilde, cinsiyet ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, erken yaşlarda her iki cinsiyetin de benzer beslenme ve ağız hijyeni alışkanlıklarına sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Cinsiyetin beslenme alışkanlıkları, ağız sağlığı ile ilgili davranışlar ve DMFT indeksi üzerinde etkisi olduğunu savunan araştırmacılar vardır (99). 856 katılımcı ile yapılan bir çalışmada kızlar ve erkekler arasında fırçalama sıklığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş; kızların erkeklerden daha fazla fırçaladığı tespit edilmiştir (108). 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada da fırçalama alışkanlıkları cinsiyetle anlamlı şekilde farklılık göstermiştir; kızların erkeklere göre daha sık diş fırçaladığı görülmüştür (109). Çalışmamızda cinsiyet ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p=0,217$). Sonucun bu şekilde

çıkmasının nedeni, örneklem büyüklüklerindeki farklılıklar veya çalışmanın yapıldığı bölgedeki farklılıklar olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde 2023 yılında yapılan bir tez çalışmasında, katılımcıların cinsiyetlerine göre diş fırçalama sıklığı ve diş macunu kullanımını açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (110).

218 gönüllü kadın ile yapılan bir araştırmada bebeğinin cinsiyeti erkek olan kadınların emzirme tutumları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmadaki bu sonuç toplumumuzun kültürel ve ataerkil yapısı gereği ‘soyun devamlılığını sağlayan’ erkek bebeklere kız bebeklere oranla daha fazla önem vermesinden kaynaklanmış olabilir (111). Öncü ve ark., 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada, cinsiyetlere göre yalnızca anne sütü alma süresi yönünden ve toplam anne sütü alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlar (112). Çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak anne sütü ile beslenme yaş aralığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p=0,513$). Bu sonuç, çalışmaya katılan annelerin bebeklerini emzirme süresinin kültürel faktörlerden etkilenmediğini veya çocuğun anne sütü alma süresinin annenin tercihi olup olmadığının sorgulanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

2203 çocukla yapılan bir çalışmada, erkeklerde öğün aralarında abur cubur yeme alışkanlığı anlamlı düzeyde daha yüksek oranda bulunmuştur (113). 2006 yılında Konya’da yapılan bir tez çalışmasında, erkeklerin kantinden çoğunlukla; tost, sandviç, simit gibi besinleri, kızların ise; gofret, çikolata, cips gibi besinleri satın aldıkları bulunmuştur. Öğrencilerin çikolata, gofret, kek, pasta gibi şekerli besinleri tüketim sıklıklarıyla, cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (114). Çalışmamızda da bu çalışmaya paralel öğün aralarında şeker tüketimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,415$). Bu durum, katılımcıların sosyoekonomik durum gibi şeker tüketimini etkileyen diğer faktörlerde benzerlik göstermelerine bağlanabilir.

Ayrıca çalışmamızda cinsiyet ile dişlerin ilk fırçalanma zamanı, fırçalama şekli, florürlü macun kullanımı, emzik-biberon kullanma yaş aralığı ve tatlandırma alışkanlığı, gece beslenme yaş aralığı, gebelik sırasında geçirilen hastalık ve ilaç

kullanımı, gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı, gebelik sırasında D vitamini ve demir eksikliği yaşama durumu, gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin ve mineral eksiklikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilimiz dahilinde bu ilişkileri ele alan çalışma yoktur.

Postnatal enfeksiyonlardan orta kulak enfeksiyonu, zatürre, diyare, idrar yolu enfeksiyonu, su çiçeğini içeren çocukların enfeksiyöz hastalıklarının mine hipoplazisi ve çizgisel mine hipoplazisi ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Ayrıca solunum yolu enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonunun EÇÇ ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (115). Alaki ve ark., 29485 çocukla yaptıkları bir çalışmada, yaşamın ilk yılında orta kulak iltihabı veya solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan çocuklarda, bir yaş sonrası EÇÇ gelişme riskinin önemli ölçüde arttığını göstermişlerdir (116). Ancak Nelson ve ark.'nın, 2005 yılında yaptıkları bir çalışma, son bir yıl içinde veya yaşam boyu kulak enfeksiyonu öyküsü ile diş çürüğü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir (117). Orta kulak iltihabı bir risk göstergesi olabilir, ancak çok spesifik bir gösterge değildir. Nedensel bir ilişkinin olasılığı, enfeksiyonların dişlerin gelişimsel eksikliklerine yol açması ihtimaline dayanır. Ayrıca, sosyoekonomik ortamın çocukları hem orta kulak iltihabı hem de EÇÇ için riskli hale getirmesi de mümkün olabilir (118). 2023 yılında yaptıkları araştırmada Xu ve ark., demir seviyelerinin diş çürüğünün patolojik özellikleri üzerindeki etkilerini sıçan modeli ile incelemişlerdir. Sonuçlar, demir eksikliğinin çürüklerde patolojik hasarı artırırken, yüksek demir seviyelerinin çürük hasarını zayıflattığını göstermiştir. Ayrıca, demir, sıçanların ağız boşluğunda S. Mutans'ın yerleşimini engelleyebilir ve biyofilm oluşumunu durdurarak S. Mutans'ın büyümesini inhibe edebilir. Bu nedenle, demirin diş çürüğündeki etkisi, büyük olasılıkla S. Mutans'ın inhibisyonu ile yakından ilişkilidir. (119). Carlos Zaror ve ark., 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada aşırı kilolu veya obez çocukların, normal kilolu çocuklara kıyasla diş çürüğü yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (120). Alm ve ark., tarafından yapılan prospektif kohort bir çalışma 6 yaşındaki obez çocukların, normal kilolu çocuklara kıyasla daha yüksek diş çürüğü prevalansına sahip olduğunu göstermiştir (121). Porhashemi ve ark. ise yaptıkları vaka kontrol çalışmasında vücut kitle indeksi ile diş çürükleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (122).

Literatürde, çocuğun sahip olduğu hastalıklar ile EÇÇ arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda ise, çocuğun geçirdiği hastalıklar (Bronşit, astım, havale) ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu sonuç, hastalığın şiddetinin düşük olabileceği ya da EÇÇ ile bir bağlantısının bulunmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Prematüre doğum, prenatal dönemde mine oluşumunu bozarak süt dişlerinde mine kusurlarına yol açabilir. Mine kusurları olan dişler, diş plağı oluşumunu teşvik eder ve bu nedenle çürüğe daha duyarlıdır. Düşük doğum ağırlığı da mine kusurları ile ilişkilendirilebilir (123). Özellikle 32 haftadan önce gerçekleşen prematüre doğum, azalmış kemik mineral içeriği ile ilişkilidir, bu da neonatal dönemde kalsiyum metabolizmasındaki değişikliklere eklenir ve süt dişlerinde gelişimsel defektlerin patogenezinde katkıda bulunur (124). 2018 yılında yaptıkları çalışmalarında Schüler ve ark., gelişimsel mine defektleri ile diş çürüğü arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (125). Ayrıca, düşük doğum ağırlığı ile doğan bebeklerin bağışıklık sisteminin zayıf olması, çürük yapıcı mikroorganizmaların daha erken kolonizasyonuna yol açabilir. Birçok çalışma, diş çürüğü ile prematüre doğum ve/ veya düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi ele almıştır (123). Yapılan bir çalışmada, orta ile geç preterm doğan çocukların EÇÇ geliştirme riskinin önemli ölçüde arttığı gösterilmektedir (126). Da Silva Castro ve ark., yaptıkları bir çalışmada düşük doğum ağırlıklı çocukların çürük lezyonlarını, normal doğum ağırlığına sahip çocuklara kıyasla daha kısa sürede geliştirdiklerini göstermiştir (127). Literatürde düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğumla EÇÇ arasında ilişki olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur. 420 hastada yapılan bir çalışmada prematüre doğumla EÇÇ arasında bir ilişki bulunmamıştır (128). Tanaka ve Miyake 2055 çocukla yaptıkları bir çalışmada, düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğumun EÇÇ ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir (129). Burt ve Pai tarafından 2001 yılında yapılan sistematik derlemede, düşük doğum ağırlığıyla çürük gelişim arasında bir ilişki bulunamamıştır (130). Çalışmamızda da örnek gösterilen çoğu araştırmaya paralel düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğumla çürük oluşumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) ancak 37 haftadan daha erken doğan çocuklarda pufa bileşenleri ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p=0,044$). Bu sonuç bizi

erken doğan çocukların çürük lezyonlarının daha hızlı ilerlediği kanısına götürebilir. Koberova ve ark., yaptıkları çalışmalarında çok düşük doğum ağırlığıyla doğan çocukların, kontrol grubu normal doğum ağırlığıyla doğan çocuklara kıyasla, gündüz ve gece boyunca anlamlı şekilde daha sık şekerli içecek tükettiklerini tespit etmişlerdir (131). Bizim çalışmamızda düşük doğum ağırlığı ve normal kiloda doğan çocuklar arasında daha sık şekerli yiyecek ve içecek tüketmeleri açısından bir fark yoktur. Bunun nedenleri arasında, düşük doğum ağırlıklı doğan çocukların ebeveynlerinin, bu çocuklara şekerli yiyecek ve içecekleri vermekten kaçınmaları veya çürüğün multifaktöriyel bir hastalık olması yer alabilir.

Vitamin ve minerallerin yeterli düzeyde alınması gebelik döneminde gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı gibi çeşitli sorunların önlenmesi açısından çok önemlidir (132). Maternal D vitamini durumu ile preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı arasında potansiyel bir ters ilişki olduğu bildirilmiştir (133). Serum 25(OH) D düzeyinin düşük olması düşük doğum ağırlığı riskini arttırmaktadır (134). Bunlardan farklı olarak 2014 yılında yapılan bir çalışmada, kord kanı D vitamini düzeyi ile doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (135). Çalışmamızda da annenin gebelik sırasında yaşadığı D vitamini eksikliği ile doğum zamanı ve doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=1,000$). Bu sonuç, çalışmaya katılan annelerin gebelik sırasında yaşadıkları D vitamini eksikliğini takviyelerle gidermiş olabileceğini veya doğum zamanı ve doğum kilosunun birçok faktörden etkilenebileceğini gösteriyor olabilir.

Yapılan bir araştırmada vitamin A takviyesinin, erken doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma riskini etkilemediği açıklanmıştır. Gebelikte folik asit; preterm eylem ve düşük doğum ağırlığı oluşumunun önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Gebelerde 30-60 mg elementer demir ve 400 µg (0.4 mg) folik asit içeren günlük oral demir ve folik asit takviyesi; düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için önerilmektedir (136). Güler ve ark., yaptıkları bir çalışmada, gebelerde demir eksikliğinin düşük doğum ağırlığı riskinde artmaya neden olabileceği ve preterm eylem gibi olaylara da zemin hazırlayabileceğini belirtmişlerdir (137). Ota ve ark., 9000 gebe kadının katıldığı çalışmada, çinko takviyesinin preterm doğumun

azaltılması üzerinde küçük bir etkisi olduğunu, fakat düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumunu engellemeye yardımcı olmadığını belirtmiştir (138). Gebelikte plasental ve fetal gelişim için iyot alımı çok önemlidir. Gebelikte iyot eksikliğine bağlı plasental gelişimin bozulması nedeni ile preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan oranlarında artış görülebilmektedir (139). Kalsiyumun yetersiz tüketilmesi düşük doğum ağırlığına neden olabilir. Buppasiri ve ark. ise, gebelikte kalsiyum desteğinin preterm eylemi ve düşük doğum ağırlığını önlediğine yönelik kanıtların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (140). Çalışmamızda gebelik sırasında yaşanan demir eksikliği ve vitamin-mineral eksiklikleri ile doğum kilosu ve doğum zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, annelerin gebelik sırasında yaşadıkları eksiklikleri hatırlamıyor olmalarından veya gıda takviyeleriyle bu eksiklikleri gidermiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Gebelikte kronik hastalığın olmasının düşük doğum ağırlığı, prematüre riskini ve doğum sonu depresyon görülme sıklığını artırdığını savunan araştırmacılar mevcuttur (141). Sezgin ve ark., 2021 yılında yaptıkları bir çalışmada, maternal plazmada glukoz seviyesindeki artışın primer sezaryen doğum ve prematüre doğum ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, gebelikte görülen aneminin; erken doğum, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (142). Çalışmamızda annenin gebelikteki hastalık durumu ile doğum zamanı ve doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=1,000$). Çalışmamızda çok az sayıda katılımcının gebelik sırasında hastalık geçirdiği tespit edilmiştir; dolayısıyla, elimizde yeterli veri olmaması nedeniyle bu sonuç elde edilmiş olabilir.

2018 yılında yapılan bir çalışmada, gebelikte sigara kullanımı ile fetal gelişme geriliği, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (143). Ege ve ark. yaptıkları çalışmada, doğum zamanı ile gebelikte sigara kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (144). Çalışmamızda doğum zamanı ve doğum kilosu ile gebelikte sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan tüm anneler gebelik sırasında sigara içmediklerini bildirmişlerdir.

Moraes ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, sezaryen doğumların düşük doğum ağırlığı için bir risk oluşturduğu belirtilmiştir. Ancak, bu ilişkinin karmaşık olduğunu unutmamak gerekir; çünkü sezaryen doğum, anne veya fetus için komplikasyonlarla ilişkili klinik veya obstetrik durumlarda önerilebilir ve bu tür durumlar da düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirilebilir (145). Çalışmamızda doğum şekli ile doğum kilosu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,654$). Doğum şekli ve doğum kilosu birçok faktörden etkilenebilir; dolayısıyla, ikisi arasında bir ilişki kurmak oldukça zordur. Bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Ayrıca çalışmamızda doğum zamanı ile hamilelikte diş hekimi ziyaret sıklığı; doğum zamanı ve doğum kilosu ile gebelik sırasında kullanılan ilaç arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilginiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışmalar yoktur.

Plağın gelişimi ve birikimini etkileyen faktörleri incelemek, gelecekte diş çürüğü riski taşıyan çocukları belirlemek için önemlidir (146). Diş çürüğü, şeker ve biyofilm bağımlı bir hastalıktır ve asidojenik ve asidürik mikroorganizmaların fermente edilebilir karbonhidratları metabolize etmesiyle ilişkilendirilen ardışık demineralizasyon süreçlerinden kaynaklanır. Diş fırçalama ve diş ipi kullanımı gibi önlemlerin alınması, hastalığın kontrolü için önemlidir (147). Saraç ve ark., 2023 yılında yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, ebeveynlerin doğumla birlikte ağız bakımına özen gösterilmesi ve ilk diş çıkması ile de fırçalama alışkanlıklarının oturtulması konusunda yeterli bilinç seviyesinde olmadıklarını tespit etmişlerdir (148).

Habibian ve ark., yaptıkları bir çalışmada, 12 aylıkken diş fırçalamaya başlayan 18 aylık çocukların, diş fırçalamayanlara kıyasla diş plağında S. Mutans bulunma olasılığının daha düşük olduğunu bildirmiştir (149). Quin ve ark., 117 çocukla yaptıkları bir araştırmada, çürüksüz çocukların annelerinin %89'unun çocuklarının süt dişleri çıktığında ağızlarını temizlemeye veya dişlerini fırçalamaya başlamaları gerektiğini bildiklerini göstermiştir (150). 2019 yılında yaptıkları bir çalışmada Pars

ve Çavuşoğlu, diş fırçalamaya ve dişlerin temizlenmesine erken yaşta başlanan çocuklarda diş çürüklerinin daha az olduğunu bulmuşlardır (151). Çalışmamızda dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, çocukların çürüğe karşı tolerans seviyeleri ve çürüğün multifaktöriyel bir hastalık olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca, annelerin anketi doldururken tam olarak dürüst davranmamış olmaları da bu sonucun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Diş fırçalama, ağız sağlığının korunması için temel bir öz bakım davranışı olarak kabul edilir ve günde iki kez fırçalama sosyal bir normdur. Diş hekimleri ve profesyonel organizasyonlar, bununla ilgili olarak günde iki kez fırçalama tavsiyesinde bulunmaktadır ancak, diş fırçalama sıklığının çürüğü önleme üzerindeki etkisi belirsizdir; kanıtlar tutarsız ve çelişkilidir (152). Ebeveynler, özellikle anneler, çocukları düzenli olarak dişlerini fırçalamaya alıştırarak ağız ve diş sağlığını koruma konusunda büyük bir rol oynamaktadırlar. Çünkü genellikle çocuklar, anneleriyle daha fazla zaman geçirmektedirler ve anneler, çocukları sağlıklı diş ve ağız bakımına alıştırmak için doğru yaklaşımı benimseyebilirler (153).

Boustedt ve ark., okul öncesi dönemde günde iki kez diş fırçalamanın eksik yapılmasının ve bu işlemi gerçekleştirmede zorluk yaşanmasının, 5 yaşındaki çocuklarda çürük prevalansı ile anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (154). 2006 yılında Tsai ve ark., her gece yatmadan önce diş fırçalamanın EÇÇ prevalansını azaltmada istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir (155). Ghazal ve ark. yaptıkları bir çalışmada, diş fırçalama sıklığının EÇÇ insidansını azaltmada önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Özellikle, 1 yaşından itibaren daha sık diş fırçalamanın, EÇÇ insidansını anlamlı şekilde azalttığını bulmuşlardır (156). Fakir Afrika kökenli Amerikalı çocuklarda yaptıkları bir çalışmada Kolker ve ark., diş fırçalama sıklığı ile dmfs seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (157). Çalışmamızda, bu çalışmayla paralel olarak çocukların diş fırçalama sıklığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Literatürdeki bazı diğer araştırmalar da bulgularımızı desteklemektedir (158,159). Warren ve ark., çocukların günlük diş fırçalama alışkanlığı ile EÇÇ prevalansı arasında anlamlı bir

fark olmadığını bulmuşlardır (158). Ayrıca 2023 yılında 150 çocukla yaptıkları bir çalışmada Janesin ve ark., talimatlara daha iyi uyan ve daha sabırlı olan çocukların günde daha fazla diş fırçaladıklarını ancak çürük oranlarının mutlaka daha düşük olmadıklarını göstermişlerdir. Bu durum, bu çocukların diş çürüğü problemlerine karşı daha yüksek tolerans seviyesine sahip olmalarına bağlanabilir (159).

EÇÇ riskini artıran önemli faktörlerden biri de düzensiz diş fırçalama ve/veya herhangi bir bakıcının gözetimi olmadan diş fırçalama. Bu nedenle, çocuk 8 yaşına gelinceye kadar günde 2 kez bir bakıcının gözetiminde dişler fırçalanmalıdır (160). Okul öncesi çocukların el becerileri genellikle etkili diş fırçalama için yetersiz kabul edildiğinden, ebeveyn desteği gereklidir (161). Düzenli diş fırçalamanın ağız ve diş sağlığı üzerine pozitif etkisi olduğu ve ebeveyn gözetiminin de bu duruma katkı sağladığı bildirilmiştir (162). Habibian ve ark. 2001 yılında yaptıkları bir çalışmada; dişlerini kendi başına fırçalayan çocukların, dişleri bir yetişkin tarafından fırçalanan çocuklara göre daha fazla diş çürüğü riski taşıdığını tespit etmişlerdir (146). Collet ve ark.'nın yaptığı ebeveyn ve çocuk diş fırçalama süresinin de kaydedildiği bir çalışmada, ebeveyn liderliğindeki diş fırçalamanın ağız sağlığı durumu ile tutarlı bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur (163). 2019 yılında 200 gönüllü ile yapılan bir çalışmada, annelerin çocuklarının dişlerini kontrol etmesi ve beraber diş fırçalama alışkanlıklarının olması gibi durumların çocuklardaki ağız ve diş sağlığı bilincini arttırması ve EÇÇ' nin görülme sıklığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur (164). Ancak Hallett ve O'Rourke, Avustralya' da 2500 çocukla yaptıkları bir çalışmada, çocukların diş fırçalama sürecinde yetişkin gözetimi ile EÇÇ deneyimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir (165). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya paralel olarak çocukların diş fırçalama şekliyle EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, çocukların dişlerini fırçalarken annelerinin de doğru fırçalama konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını gösterebilir. Çalışmamızda, anne ve çocuk birlikte fırçalama yapanlarla yalnızca anne tarafından fırçalanan gruplar arasında, annenin F bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,008$).

Çocuğa sağlık bakımı sağlayan en yakın kişi olan annenin bilgisi, çocuğun tutumunu ve davranışını önemli ölçüde etkiler. Anaokulu çağındaki çocuklar genellikle ağız sağlıklarını bilmez ve koruyamaz, bu nedenle ebeveynler onları doğru şekilde eğitmekten sorumludur (153). Dental plağın florlu diş macunları ile fırçalama ve diğer destekleyici yöntemler ile mekanik olarak uzaklaştırılması plak kontrolünde ve diş çürüklerinden korunmada tüm dünyada en yaygın olarak tavsiye edilen yöntemdir. Çünkü diş macunundaki düşük miktardaki florun sık sık ve kontrollü bir şekilde alınmasıyla flor iyonlarının mine, tükürük ve plak içinde sürekli var olmasını sağlar ve diğer bütün flor uygulama metotlarından çok daha sürekliliği olan kolay bir florla korunma mekanizması sağlanmış olur (166). Florürlü diş macunlarının yaygın kullanımının son otuz yılda çürüklerdeki genel azalmaya önemli bir katkı yaptığı düşünölmektedir (167). 2020 yılında yaptıkları bir araştırmada Boustedt ve ark., oral biyofilmin florür iyonlarına günde bir kereden daha sık maruz kalmasının çürük önleyici etkisini maksimize etmek için gerekli olduğunu öne sürmektedir. Bu bilgi ebeveynlere vurgulanmalıdır (154). Prakash ve ark., Hindistan' da 1500 çocukla yaptıkları bir kesitsel bir araştırmada, florürlü diş macunu kullanan çocukların çürük prevalansının önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermişlerdir (168). Çalışmamızda, literatürdeki çoğu çalışmanın aksine, florürlü diş macunu kullanımı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Çalışma grubumuzun %58'inin florlu diş macunu kullanımı ile ilgili 'bilinmiyor/önemsenmiyor' cevabı verdiği gözlemlenmiştir. Bu yüksek oran, ailelerin flor hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları veya florun zararlı bir madde olduğuna dair yanlış bir algıya sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Ak ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada, eğitim durumunun artması ile flor içerikli diş macunlarının zararlı olduğuna dair görüşün arttığı gözlemlenmiştir. Eğitim durumu ve florürsüz diş macunu kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üniversite ve üstü eğitim seviyesindeki ebeveynlerde florürsüz diş macunu kullanma oranı artmaktadır (169). Diğer bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ile diş fırçalama başlama yaşı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak, annenin eğitim düzeyi ile öğrencilerin diş macunu alırken etkisine dikkat etme oranları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir (170). Çalışmamızda florlu macun kullanımını ve dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile annenin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, annenin eğitim seviyesinin bilgi birikimini etkilemediğini veya annelerin anketi doldururken macun içeriği ya da dişlerin ilk fırçalanma zamanını doğru bildirmediğini gösterebilir.

Ayrıca çalışmamızda dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile hamilelik yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, annenin mesleği, gelir seviyesi ve diş fırçalama alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilememiştir ($p>0,05$). Dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile toplam çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,008$). Fırçalama şekli ve florürlü macun kullanımını ile annenin mesleği, gelir seviyesi, diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilememiştir ($p>0,05$). Fırçalama şekli ile annenin eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,111$). Literatürde bu ilişkileri inceleyen çalışmalar saptanmamıştır.

12 aydan uzun süre emzirilen çocukların, 12 aydan kısa süre emzirilen çocuklara kıyasla çürük riskinin arttığı bilinmektedir. 12 aydan uzun süre emzirilen çocuklar arasında, gece emzirilen veya daha sık emzirilenlerde çürük riski daha da artmıştır. Bu nedenle, emzirme süresi uzatıldığında ve gece emzirme söz konusu olduğunda, diş çürüğü riski artabilir (171). Cui ve ark., yayınladıkları bir meta-analizde 73401 çocukta yapılan 35 çalışma incelenmiş ve anne sütüyle hiç beslenmeyen çocuklarda EÇÇ riski, anne sütüyle beslenenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca 12 aydan uzun süre anne sütüyle beslenenlerde EÇÇ riskinin 12 aydan kısa süre beslenenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir (172). Haag ve ark., 3 yaşındaki 307 Avustralya yerlisi çocukta diş çürüğü ve anne sütüyle beslenme ilişkisini incelemişler; çocukların %29.3' ünün anne sütüyle hiç beslenmediği, %17.9' unun 6 ay, %9.3' ünün 24 aydan uzun süreyle anne sütüyle beslendiğini ve 24 aydan uzun süre anne sütüyle beslenen grupta çürük riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (173).

Yapılan kesitsel bir çalışmada 2-5 yaş arasındaki 3234 çocuğun ailelerine anne sütü alım süreleri ve 24 saat boyunca aldıkları şeker miktarı sorulmuştur ve araştırmacılar anne sütü alım süresinin artmasıyla diş çürüğünün artışı arasında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını bildirmişlerdir (174). 2008 yılında Tyagi ve ark., 2-6 yaş grubu 813 çocukta anne sütüyle beslenme süresinin diş çürüğüne etkisini incelemişler; anne sütüyle beslenme süresinin artması ile EÇÇ riskinde anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir (175). Çalışmamızda da bu araştırmalara paralel bir sonuç çıkmıştır. Anne sütü beslenme yaş aralığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Literatürdeki yapılan bazı diğer çalışmalar da bizim sonucumuzu desteklemektedir (176,177). Bu sonuca dayanarak, hastalığın ortaya çıkmasında veya önlenmesinde başka faktörlerin de rol oynadığı kanısına varılabilir.

Filipinler’de yapılan çalışmada, anne sütü ile beslenme süresi üzerinde annenin eğitim durumunun önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (178). Diğer taraftan Ünsal ve ark., yaptıkları bir çalışmada, anne eğitim düzeyi ile ilk altı ay sadece anne sütü verme arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (179). Öncü ve ark., 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada, anne eğitim düzeyleri ile yalnızca anne sütü alma ve toplam anne sütü alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (180). Çalışmamızda da bunlara benzer şekilde anne eğitim seviyesi ile çocuğun anne sütü ile beslenme yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,062$). Bu durum, annenin sütünün gelip gelmediğinin sorgulanmamış olmasından veya eğitim seviyesinin annenin bilgi ve birikimini tam olarak yansıtmıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalık ve ark., 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada, annenin çalışma durumu ile ilk 6 ay sadece anne sütü verme arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (181) 2005 yılında yapılan bir çalışmada, anne çalışma durumunun ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmeye etkisi olmadığı belirtilirken, çalışan annelerin çalışmayan annelere göre toplam emzirme sürelerinin anlamlı derecede kısa olduğu görülmüştür (179). Kondolot ve ark. yaptıkları bir çalışmada, annenin çalışmasının sadece anne sütü alma durumunu etkilemediğini belirtmişlerdir (182). Öncü ve ark.,

2013 yılında yaptıkları çalışmada, ev hanımı olanlarla çalışanlar arasında toplam anne sütü alma süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır (183). Çalışmamızda annenin çalışma durumu (mesleği) ile çocuğun anne sütü kullanma yaş aralığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,04$). Bu ilişki ev hanımı ve diğer meslek sahibi olan annelerin çocuklarında, anne sütünü hiç kullanmayan ve 3 yaşına yaşına kadar kullanan gruplar arasında tespit edilmiştir. Bu durum ev hanımı ve diğer meslek sahibi olan anneler arasındaki zaman ve erişilebilirlik kavramlarına bağlanabilir.

Theodoro ve ark., 2013 yılında yaptıkları çalışmada, hane halkı gelirinin anne sütü ile beslenme süresini etkilediğini belirtmişlerdir (184) Tanrikulu ve ark. ise, yaptıkları bir çalışmada, ailenin gelir düzeyinin emzirme süresini bir miktar arttırsa da bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tespit etmişlerdir (185) 2017 yılında yapılan bir çalışmada, ilk altı ay anne sütü verme durumu ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir (181). Çalışmamızda da literatürde örnek gösterilen bu çalışmalara paralel, anne sütü ile beslenme yaş aralığı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,261$). Bu durum çalışmamıza katılan annelerin gelir seviyeleri hakkında doğru bilgi vermemelerinden ya da katılımcıların çoğunun gelir seviyesi durumunu 'belirtmek istemiyorum' olarak belirtmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca çalışmamızda anne sütü kullanma yaş aralığı ile annenin diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Anne sütü kullanma yaş aralığı ile hamilelikte diş hekimi ziyareti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.001$). Literatürde bilgimiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışma yoktur.

Anne sütüyle beslenmeyen bebekler için 1 yaşına kadar inek sütü yerine formül sütü (devam sütü) kullanımı pediatristler tarafından önerilebilir. Formül sütün bileşimi anne sütü baz alınarak hazırlanmaktadır ve ek şekerlerin eklenmemesi önemlidir. Eğer fermente olabilen şekerler içeriyorsa, bunlar ağızda mikroorganizmalar tarafından metabolize edilir ve dişleri demineralize eden organik asitler üretir. Bazı anneler veya

bakıcılar, çocuklara şekerli çözeltilere veya bala batırılmış emzikler, süt veya su ile seyreltilmiş tahıl ürünleri verir. Bunlar da karyojenik olabilir. (171,186). Bunlar hariç; biberon ile beslenme EÇÇ oluşumunu arttırmaktadır. Seow ve ark.'nın yaptıkları çalışmada şeker ilaveli biberon kullanımının EÇÇ prevalansını arttırdığı bulunmuştur (187).

Biberonun meme kısmı tükürüğün üst keser dişlere geçişini engeller. Gece tükürük akışı ve tükürük tamponlama kapasitesi azalmakta ve biberon kullanımı ile ağızda uzun süreli fermente olabilen karbonhidrat birikimi gerçekleşmektedir (164). Annenin çocuğun diyetiyle ilgili alışkanlıkları, çocuğun biberonuna şeker eklemek, çocuğa uyurken biberon vermek, uyurken emzirmek, yapışkan ve tatlı yiyecekler vermek ve diş fırçalama gibi faktörler, çocuğun EÇÇ şiddetini etkileyebilir (153). Alaluusua ve ark., yaptıkları bir çalışmada, biberonla beslenen tüm çocukları çürük riski taşıyanlar olarak sınıflandırmıştır. Biberon içerisine konulan neredeyse tüm sıvıların, çürük yapan organizmaların büyümesini destekleyen fermente olabilen sakkaroz, fruktoz veya laktöz içerdiği düşünülmüştür (188). Benzer şekilde, Paunio biberon kullanımı ile çürük gelişimi arasında bir ilişki bulmuştur. Bu çalışmada, geceleyin 18 aylıkken meyve suyu tüketimi, 36 aylıkken çürük deneyimi ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, meyve suyu tüketenlerin, tüketmeyenlere göre daha düşük diş temizliği seviyelerine sahip oldukları bildirilmiştir (189). Bu çalışmaların aksine, çalışmamızda biberon kullanımı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan çocukların %44'ünün hiç biberon kullanmadığı tespit edilmiştir; bu durum, elde edilen sonucun büyük ölçüde bu grup tarafından etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Biberon kullanımının, diğer faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde, daha kesin ve anlamlı sonuçlar ortaya koyabileceği söylenebilir. Palaz ve Aktaş'ın 2023 yılında yaptıkları bir çalışmada biberon kullanımı tek başına değerlendirildiğinde EÇÇ ile anlamlı farklılık bulunamamışken; diğer risk faktörleriyle beraber değerlendirildiğinde 18-36 ay biberon kullanan çocuklarda hiç kullanmayanlara göre EÇÇ'nin 3 kat fazla olduğu görülmüştür. Bu durum biberonla verilen süt, mama vb. yiyeceklerle dışın uzun süreli temasının diğer risk faktörleriyle birleşmesinin çürük riskini artırdığını göstermiştir (190).

Bebeklerin biberon kullanımı ile EÇÇ arasındaki ilişki iyi araştırılmıştır ancak emzik kullanımı ile EÇÇ arasındaki ilişki daha az belirgindir (191). EÇÇ, bir yaşın üzerinde olan ve tatlandırılmış emzikler verilen çocuklarda görülebilir (192). Vazquez-Nava ve ark., 1160 çocukla yaptıkları kesitsel bir çalışmada emzik kullanımını, çürük riskini artıran bir faktör olarak belirtmişlerdir (193). Bu çalışmanın aksine 2008 yılında 1582 çocukla yaptıkları çalışmada Menghini ve ark., emzik kullanımının çürük riskini azaltabileceği veya herhangi bir ilişki göstermediğini bildirmiştir (194). Çalışmamızda emzik kullanımı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılanların az bir kesiminin tatlandırıcı kullanması bu sonuca neden olmuş olabilir. Peressini' nin 2003 yılında yaptığı literatür derlemesinde, emzik kullanımının EÇÇ için bir risk faktörü olduğuna dair kanıtların genellikle zayıf olduğu belirtilmiştir, çünkü çalışma yöntemlerinde tutarsızlıklar bulunmaktadır. Çalışmalarda, emziğin kullanım süresi ve sıklığı, geçmiş veya mevcut kullanım durumu ya da tatlandırıcı eklenip eklenmediği net olarak bildirilmemektedir. Ayrıca, çocukların yaşları da çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Bu nedenle, çalışmaların genellikle çelişkili ve belirsiz sonuçlarını karşılaştırmak zordur (195).

Yahşi ve Şaylı' nın 2022 yılında yaptıkları bir çalışmada, anne yaşı azaldıkça emzik kullanım oranı arttığı bildirilmiştir (196). Tunç ve Kaya yaptıkları çalışmalarında, ebeveynlerin eğitim seviyesi ve emzik kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemleyememişlerdir (197). Çalışmamızda biberon ve emzik kullanımı ile anne yaşı ve eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, biberon ve emzik kullanımının birçok farklı sebebinin olabileceğinden kaynaklanmış olabilir. Anne yaşı ve eğitim seviyesi ile biberon ve emzik kullanımı arasındaki ilişkiyi karşılaştırmak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ayrıca çalışmamızda emzik-biberon kullanımı ile annenin mesleği ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Emzik biberon tatlandırma alışkanlığı ile annenin hamilelik yaşı, eğitim ve gelir seviyesi,

mesleği arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde bu ilişkileri inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Anne ve babaların, çocuklara yatmadan önce biberonla süt ve diğer şekerli sıvılar vermesi, şeker içeren bebek mamalarının tüketimi, sık atıştırma tüketme, yatmadan önce tatlı yeme ve içme alışkanlıkları çocuklarda diş çürüğü riskini artırabilir (153). Nakayama ve Ohnishi, Japonya'da 872 çocukla yaptıkları bir çalışmada, üç yaşındaki çocuklarda gece emzirmenin EÇÇ ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (198). Van Palenstein Helderman ve ark., Myanmar'da yürütülen retrospektif bir kohort çalışmasında, 12 aydan sonra gece emzirmenin EÇÇ gelişme riskini artırdığını bildirmiştir (199). Elise ve Coleman, Avustralya'daki bir doğum kohortu çalışmasında uyku öncesi emzirme ile EÇÇ arasında bağımsız bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (200). Çalışmamızda, gece beslenmesi ve beslenmede kullanılan içeriğin EÇÇ (d-m-f-dmfs) ile anlamlı bir ilişki göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Emzirme ile EÇÇ arasındaki ilişki bir ölçüde tartışmalıdır. Gece emzirme ile EÇÇ insidansı arasındaki ilişki üzerine yapılan önceki kohort çalışmaları sınırlıdır (198). Kaya ve ark., 266 çocukla yaptıkları kapsamlı çalışmalarında, gece meyve suyu ve hazır mama ile beslenmenin, çocuklarda EÇÇ ve şiddetli EÇÇ sıklığında fark yaratmadığını, fakat gece süt ile beslenen çocuklarda daha çok şiddetli EÇÇ geliştiğini belirtmiştir (161).

Erken dönemdeki şeker tüketimi, anne sütü ve tamamlayıcı beslenme uygulamalarının miktar ve kalitesini azaltabilir. Çocuklar genellikle besleyici gıdalar yerine şekerli gıdaları tercih eder ve bu durum sağlıklı beslenme alışkanlıklarını bozabilir. Kronik beslenme yetersizliği, dişlerin çıkışından önceki dönemde ağız boşluğu anormalliklerine yol açabilir. Bu anormallikler diş minesinde hipoplazi, düşük tükürük salgısı ve diş sürmesinde gecikme olarak kendini gösterebilir (201).

Ghazal ve ark., yaptıkları bir çalışmada %100 meyve suyu tüketimi ile EÇÇ insidansı arasında negatif bir ilişki tespit etmiştir. Daha fazla %100 meyve suyu tüketimi, şeker ilaveli içeceklerin daha az tüketilmesiyle ilişkili bulunmuştur. Şeker ilaveli içeceklerde genellikle sükröz veya yüksek fruktozlu mısır şurubu bulunurken,

%100 meyve suları sükröz içermeyen fruktoz ve glukoz içerir. S. Mutans gibi çürük oluşturuıcı bakteriler, sükrözü fruktoz veya glukozu kıyasla daha etkili bir şekilde metabolize ederek asit difüzyonunu kolaylaştıran ekstraselüler glikan üretir. Bu süreç, çürük riskini artırır. Aynı zamanda bu çalışma, günlük şekerli yiyecek tüketimi sıklığı ile 3 yıllık EÇÇ insidansı arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğunu ortaya koymuştur (156). Daha önceki çalışmalar da şekerli yiyeceklerin tüketimi ile diş çürükleri arasındaki benzer ilişkileri göstermiştir. Seow ve ark.'ının yaptıkları çalışmada şeker ilaveli biberon kullanımı, şeker eklenmiş katı gıdalar, şekerli sıvılar ve şekerli atıştırmalıkların tamamının EÇÇ prevalansını artırdığı bulunmuştur (187). 388 çocukla yapılan bir çalışmada yüksek şeker tüketim sıklığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (202). Kolker ve ark., sosyoekonomik açıdan dezavantajlı Afrika kökenli Amerikalı çocuklarda şekerli gazlı içeceklerin daha fazla tüketiminin, dmfs seviyelerinin artışıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (157). Ancak Gibson ve ark., İngiltere'de 1.5–4.5 yaşları arasındaki 1450 çocuk üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bisküvi ve keklerden alınan enerji, şekerli çikolatalar veya toplam bisküvi ve kek tüketiminin diş çürükleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediğini rapor etmiştir (203). Bu çalışmaya paralel olarak çalışmamızda da çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p>0,05$) Bu sonuç, çalışma grubumuzun küçük ve belirli bir alanla sınırlı olmasından veya verilen cevapların doğru olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Daha büyük ve farklı çevrelerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Kişilerin yeterli ve dengeli beslenmelerinin gerçekleştirilmesinde en önemli unsur, satın alma gücü ve eğitimidir. Bireysel farklılıklar; yani yaş, cinsiyet, annenin eğitim durumu, ailelerinin gelir düzeyinin düşük olması öğün aralarındaki tükettikleri besinlerin çeşitliliğini etkileyebilir (114,204). Alt sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerde yemek aralarında abur cubur yeme alışkanlığı anlamlı düzeyde daha yüksek oranda bulunmuştur (113). Literatürde bulunan bu çalışmayla farklı olarak çalışmamızda öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile annenin mesleği, gelir ve eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, şeker tüketiminin yalnızca sosyoekonomik faktörlerden değil, çevresel

etmenler ve bireysel tercihler gibi başka faktörlerden de etkilendiğini gösteriyor olabilir.

Ayrıca çalışmamızda çocuğun öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile annenin hamilelik yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilginiz dahilinde bu ilişkiyi ele alan çalışma yoktur.

PUFA/pufa indeksi, tedavi edilmemiş diş çürüklerinden kaynaklanan ağız sağlığı sorunlarını değerlendirmek için kullanılır (205). Bir çalışmada, pufa skoru 0' dan büyük olan çocukların yaşam kalitesinin, pufa skoru 0 olan çocuklara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir (206). Arora ve ark., Delhi' deki okul öncesi çocuklar arasında yaptıkları bir çalışmada, pufa prevalansını %1,1 olarak tespit etmişler ve bu oranın oldukça düşük bir oran olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç, 2019 yılında yapılan bir çalışmayla farklılık göstermektedir; pufa skorlarının prevalansı sırasıyla %84 ve %25 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (207,208). Gandeegan ve ark., yaptıkları bir araştırmada, tüm diş grupları için tedavi edilmemiş diş çürüklerinin şiddetinin yaş arttıkça artış gösterdiğini tespit etmişlerdir (209). Sagana ve ark., yaptıkları bir çalışmada, yaş ile PUFA indeksi değeri arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (210). Pasha ve ark. ise, 350 çocukla yaptıkları bir çalışmada, pufa ile çocuğun yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (211). Çalışmamızda da yaş ile pufa indeksi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,692$). Bu sonuç, çalışma grubumuzdaki yaş aralığının sınırlı olmasından veya pufa indeksinin birçok faktörden etkileniyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

2018 yılında yapılan bir çalışmada, erkeklerde pufa varlığının kızlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (212). Gudipani ve ark., yaptıkları bir çalışmada, erkeklerde pulpası etkilenen diş sayısının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (213). Gandeegan ve ark. ise, bunların aksine 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada, cinsiyet ile pufa arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (214). 2017 yılında 753 çocukla yapılan diğer bir çalışmada da, cinsiyet ile pufa arasında istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒki bulunmamıŒtır (215). Pasha ve ark., ise 350 çocukla yaptıkları bir alıŒmada, pufa ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamli bir iliŒki olmadığını belirtmiŒlerdir (211). alıŒmamızda da literatürden örnek gösterilen bazı alıŒmalarla uyumlu olarak cinsiyet ile pufa bileŒeni arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunmamıŒtır ($p=0,841$). Bu durum alıŒma grubumuzdaki kız ve erkeklerin benzer yaŒam tarzı faktörlerine sahip olmasından ya da örneklem grubumuzun küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sagana ve ark.'nın yaptıkları bir alıŒmada, PUFA indeksinin ortalama değerinin diyabetli bireylerde, diyabeti olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuŒtur (210). 2023 yılında Saraç ve ark. tarafından yapılan bir alıŒmada ise, kalp hastalığı olan çocuklar ile sağlıklı çocuklar karŒılaŒtırıldıęında; süt, karıŒık ve daimi diŒlenme dönemlerinde PUFA/ pufa indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıŒtır (216). alıŒmamızda da bu alıŒmaya paralel çocuğun hastalık durumu ile pufa bileŒeni arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki elde edilememiŒtir ($p=0,539$). Bu durum alıŒmamıza katılan çocukların az bir kısmının hastalığı olması dolayısıyla karŒılaŒtırılacak yeterli verinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Düzenli diŒ fırçalama, florür maruziyeti ve ebeveyn denetiminde yapılan diŒ fırçalama eksiklikleri, ocuklarda Œiddetli E gelişimine katkıda bulunmaktadır (217). Gudipani ve ark., yaptıkları alıŒmalarında, günde iki kez fırçalama yapan çocuklarda, günde bir kez fırçalama yapanlara kıyasla daha düşük pufa bileŒenleri gözlemlemiŒ ve ebeveyn gözetiminde fırçalama yapan çocuklarda daha da düşük bir prevalans tespit etmiŒlerdir. Ayrıca, düzensiz fırçalama sıklığı ve ebeveyn gözetimi olmadan fırçalama ile pufa arasındaki iliŒki istatistiksel olarak anlamli olarak bildirilmiŒtir (213). Kamran ve ark., 2017 yılında 753 yetim çocukla yaptıkları bir alıŒmada, pufa ile diŒ fırçalama sıklığı ve diŒ temizleme yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunamamıŒlardır (218). alıŒmamızda diŒ fırçalama sıklığı, fırçalama Œekli ve florürlü macun kullanımı ile pufa bileŒeni arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunmamıŒtır ($p>0,05$). Bu sonuç, ağız hijyenine ait diğer

faktörlerin etkisinin olmasında veya örneklem büyüklüğümüzün sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Gandeeban ve ark., 2016 yılında 238 çocukla yaptıkları bir çalışmada, ortalama pufa skorunun yalnızca biberonla beslenen çocuklarda en yüksek olduğunu, bunu hem biberonla hem de anne sütüyle beslenen çocukların izlediğini belirtmişler; yalnızca anne sütüyle beslenen çocuklarda ise en düşük pufa ortalama değerini gözlemlemişlerdir. Üç grup arasında pufa skoru ve beslenme alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (214). Çalışmamızda pufa bileşeni ile anne sütü kullanım yaş aralığı ve emzik-biberon kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Bu durum, çürük şiddetinin birçok faktörden etkilenmesinden veya çürüklerin ilerlemesinin daha ileri yaşlarda gerçekleşmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Joseph ve ark., 2024 yılında yaptıkları bir çalışmada, çocukların beslenme sıklığı, beslenme türü ve gece beslenmesinin varlığı ile pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (219). 2016 yılında yapılan bir çalışmada, pufa bileşenlerinin gece beslenme alışkanlıkları olan çocuklarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gece beslenme alışkanlığı olmayan çocukların pufa skorlarının 0' dan büyük olma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (214). Bu çalışmanın aksine çalışmamızda gece beslenme yaş aralığı ve beslenmenin türü ile pufa bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu durum, örneklem büyüklüğümüzün sınırlı olmasından veya çürüğün multifaktöriyel bir hastalık olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ağız hijyeni davranışlarının yanı sıra, günlük şeker tüketiminin dmft indeksi ile ölçülen çürük şiddetiyle ve belki de sonrasında pufa riskiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (220,221). Ramadhani ve ark., 2021 yılında yaptıkları bir çalışmada, çürük yapıcı gıda tüketimi ile dmft arasında anlamlı bir ilişki bulmuş ancak pufa indeksi ile anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (217). 2017 yılında yapılan bir çalışmada, pufa ile atıştırmalık sıklığı ve gazlı içecek tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (215). Çalışmamızda da bu çalışmaya paralel öğün

aralarında şeker tüketimi ile pufa bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,108$). Bu sonuç, çürüklerin ilerlemesinin zaman almasına veya şeker tüketen çocukların ağız hijyeni alışkanlıklarının iyi olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda dişlerin ilk fırçalanma zamanı ve doğum zamanı-doğum kilosu ile pufa bileşenleri de karşılaştırılmış ancak literatürde bu karşılaştırma ile ilgili bir çalışma bulunmamıştır. Çalışmamızda doğum zamanı ile pufa bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiş ($p=0,044$) ancak doğum kilosu ve dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile pufa bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda aynı zamanda çocuğa ait faktörlerle anneye ait PUFA bileşeni de karşılaştırılmış olup sadece çocuğun diş fırçalama sıklığı, emzik-biberon kullanma durumu ve gece beslenme yaş aralığı faktörleri ile PUFA bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda çocuğa ait faktörlerle anneye ait D-M-F ve DMFS bileşenleri de karşılaştırılmıştır. Çocuğa ait faktörlerden fırçalama şekli ile F bileşeni arasında; gece beslenme yaş aralığı ile DMFS arasında; öğün aralarında şeker tüketimi ile D bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmiştir ($p<0,05$). Literatürde bilgimiz dahilinde çocuğa ait faktörlerle (doğum kilosu, diş fırçalama sıklığı, fırçalama şekli, florürlü macun kullanımı, anne sütü ile beslenme yaş aralığı, emzik-biberon kullanma durumu ve tatlandırma alışkanlığı, gece beslenme yaş aralığı, öğün aralarında şeker tüketim sıklığı) anneye ait D-M-F VE DMFS' yi karşılaştıran çalışmalar bulunmamıştır. Daha kapsamlı ve daha büyük örneklem gruplarında yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Genç anneler mental sağlık sorunları ve ebeveynlik stresinden daha fazla etkilenebilir; bu her iki durumun da EÇÇ riskiyle ilişkili olduğunu savunan araştırmacılar bulunmaktadır (95,222). Geçmişte, daha yaşlı annelerden doğan çocukların aileleri, daha fazla sayıda çocuğa sahip olma eğilimindeydi ve ortalamanın altında bir gelir sınıfına aitti. Ancak günümüzde daha yaşlı anneler, az çocuk sahibi olma ve sosyoekonomik olarak ortalamanın üzerinde olma eğilimindedir, çünkü bu anneler genellikle çocuk sahibi olmayı, eğitim ve profesyonel bir mesleğe yerleşmek için ertelerler (223). Erken yaşta annelik, daha düşük eğitim düzeyleri ve daha düşük

gelir ile ilişkilidir. Agnafors ve ark., yaptıkları bir çalışmada, okuldan ayrılmanın doğum sonrası depresyon belirtileri için en etkili faktör olduğunu göstermişlerdir (222). Annesi doğumda 25 yaşından büyük olan preterm bebeklerin, daha genç annelere sahip preterm bebeklere kıyasla diş çürüğü geliştirme riski anlamlı şekilde daha düşüktür (125). Öte yandan, yaşlı anneler obezite, diyabet, hipertansiyon ve buna bağlı gebelik sonuçları açısından daha yüksek risk altındadır. Ayrıca, bu anneler daha yüksek sosyoekonomik statüde olmalarına rağmen, ölü doğum, erken doğum, makrozomi gibi olumsuz doğum sonuçları açısından daha yüksek riske sahip olarak düşünülmektedir (224). Julihn ve ark. 2017 yılında 65259 çocukla yaptıkları kesitsel bir çalışmada, hem genç hem de yaşlı annelerin çocuklarının 7 yaşında daha yüksek çürük deneyimine sahip olduğunu bulmuşlardır (225). Literatürün çoğunluğunun aksine çalışmamızda annenin hamilelik yaşı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun başlıca nedeni, çalışmaya katılan annelerin %94' ünün 18-35 yaş aralığında doğum yapmış olmasıdır. Katılımcı annelerin yalnızca %2' si 18 yaş altı, %4' ü ise 35 yaş üstü doğum yapmıştır. Bu durum, hamilelik yaşı ile EÇÇ arasındaki ilişkiyi tartışabilmek için yeterli veriye sahip olmamıza engel olmuştur.

Kara ve ark.'nın 2012 yılında Yozgat ilinde yaptıkları bir çalışmada, aile aylık gelir düzeyi ile anne yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre ailenin gelir düzeyi azaldıkça annenin hamilelik yaşı azalmaktadır (226). Çalışmamızda annenin hamilelik yaşı ile gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,868$). Bu durum, hamilelik yaşı ve gelir seviyesinin birçok faktöre bağlı olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir ya da çalışmamıza katılan annelerin çoğunun orta yaş grubunda olmasına bağlanabilir.

Ayrıca çalışmamızda annenin hamilelik yaşı ile annenin eğitim seviyesi, mesleği, diş hekimi ziyaret sıklığı, hamilelikte diş hekimi ziyaret sıklığı, çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünü ağızla yapma, emzik başını ağızla temizleme-ıslatma, çocuğunu dudaktan-ağızdan öpme ve çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilimiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışma yoktur.

Çocuğun ev ortamını çevreleyen aile sistemi, yaşam boyu sürecek davranışların, örneğin ağız hijyeni alışkanlıkları ve beslenme alışkanlıklarının, oluşturulmasında ve teşvik edilmesinde aktif bir rol oynar ve bu alışkanlıklar hayat boyu devam eder. Ailedeki çocuk sayısı arttığında, ebeveynlerin her bir çocuğa gösterdiği bireysel ilgi ve bakımın daha az olabileceği öngörülebilir (227). Ailedeki çocuk sayısı arttıkça veya doğum sırası daha geç geldikçe, çocukların aile kaynaklarını daha fazla paylaşması gerektiği ve bu durumun onların performansını düşüreceği belirtilir (228).

Wellappuli ve Amarasena'nın 595 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada 3-5 yaş arasındaki çocuklarda doğum sırası 2,3 veya 3' ten fazla olanlarla doğum sırası 1 olanlar karşılaştırıldığında; diş çürüğü deneyiminin doğum sırası 2,3 veya 3'ten fazla olan çocuklarda anlamlı derecede arttığı görülmüştür (229). Tsai ve ark., yüksek çürük oranlarının ikinci veya daha sonraki doğan çocuklarla ilişkili olduğunu bulmuştur. Bunun, annelerin daha yüksek çürük seviyeleriyle birlikte, çocukların daha erken dönemde karyojenik bakterilerle kolonize olmalarından kaynaklanabileceğini düşünmüşlerdir. İlk doğan çocukların çürük riski daha yüksek olarak düşünülse de, bu çalışmaya göre sonradan doğan çocuklar daha fazla risk altındadır (155). Wojtyła ve Wojtyła-Buciora 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada, doğum sırası uç noktalarında (doğum sırası 1 ve 3'ten büyük) olan çocukların, 2 veya 3 doğum sırasına sahip çocuklardan daha fazla diş çürüğüne yatkın olduğu göstermişlerdir (230). Wigen ve ark., Norveç'te 5 yaşındaki çocuklarda yaptıkları bir çalışmada ise, ailedeki daha büyük kardeşlerin varlığı ile çürük deneyimi arasında bir ilişki bulamamışlardır (231). Çalışmamızda toplam çocuk sayısı ve çalışmaya katılan çocukların kaçınıcı çocuk olduğu ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara ek olarak dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile annenin toplam çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. 4 veya daha fazla çocuğu olan annelere dişlerin ilk fırçalama zamanı sorulduğunda tamamının 'hiç' cevabını verdiği görülmüştür. Bu durum toplam çocuk sayısı arttıkça annelerin çocuklarına ilgi ve alakalarını paylaşmaktan zorunda kalmaları ile ilişkilendirilebilir. Bu bulgular literatürdeki bazı çalışmalar ile uyumludur. Örneğin,

Nijerya'da yapılan çalışmalar, 3 veya daha fazla kardeşi olan çocuklarda, 3'ten daha az kardeşi olan çocuklara kıyasla daha fazla çürük olduğunu bulmuştur (232,233).

Çalışmamızda toplam çocuk sayısı ile annenin mesleği ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Annenin toplam çocuk sayısı ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,044$). Literatürde bu ilişkileri inceleyen çalışmalar bulunamamıştır.

Doğumun sezaryenle yapılmasının, bebeğin S. Mutans ile erken kolonizasyonunu azaltacağına dair spekülasyonlar bulunmaktadır, çünkü sezaryenle doğan bebeklerin immün savunma sistemi, vajinal doğum sırasında annelerinin mikroorganizmalarına geniş bir şekilde maruz kalmamaktadır. Bu spekülasyonlar, Merglova ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada doğrulanmıştır. Çalışmalarında, çoğu prematüre olmak üzere sezaryenle doğan bebeklerde ağız boşluğunda minimal S. Mutans kolonizasyonu gözlemlenmiştir (234). Brandquist ve ark., 2017 yılında İsveçli çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada sezaryenle doğan çocukların vajinal doğumla dünyaya gelen çocuklara kıyasla 3 yaşından sonra çürük lezyonu geliştirme riskinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (235). Bu çalışmaların aksine 2005 yılında Li ve ark. tarafından yapılan çalışmada, sezaryenle doğan çocukların, normal doğum ile doğan çocuklara kıyasla yüksek çürük prevalansına ve tükürüklerinde daha yüksek S. Mutans seviyelerine sahip olduğu öne sürülmüştür (236). Boustedt ve ark., sezaryenle doğan 5 yaşındaki çocukların diş çürüğüne sahip olma riskinin 2 kat arttığını göstermiştir. Ayrıca, sezaryenle doğan çocukların, vajinal doğanlara kıyasla artmış çürük prevalansını açıklayabilecek diş fırçalama alışkanlıklarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (154).

Literatürdeki çalışmaların çoğunluğunun aksine çalışmamızda doğum şekli ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Palaz ve Aktaş' ın 2023 yılında yaptıkları çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. 3-5 yaş arasındaki çocukların doğum yöntemi ile çürük riski arasındaki ilişkinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise sezaryen ve vajinal doğum ile dünyaya gelen çocuklar arasında EÇÇ değerleri arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir (190). Bunun

nedeni çürüğün multifaktöriyel bir hastalık oluşu ya da sezaryenle doğan bebeklerde S. Mutans kolonizasyonunun geç de olsa gerçekleşmesi olabilir.

Kasap ve ark., 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada, normal doğum ve sezaryen olan hastalar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını tespit etmişlerdir (237). Sönmez ve ark., yaptıkları bir çalışmada, annelerin eğitim seviyesi ile doğum şekli tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptayamamışlardır (238). 2003 yılında yapılan bir çalışmada da, eğitim düzeyinin sezaryen tercihinde belirleyici olmadığı tespit edilmiştir (239). Gazi üniversitesi tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada, doğum şekli ile D vitamini eksikliği arasında bir ilişki saptanmamıştır (240). Akbulut ve ark., yaptıkları bir çalışmada, doğum şekliyle D vitamini arasında anlamlı korelasyon bulamamışlardır (241). Malhotra ve ark., 447 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, gebelik sırasında yaşanan aneminin doğum şekli üzerindeki etkisini incelemişlerdir. İleri derecede anemik gebelerde doğum indüksiyonu ve sezaryen oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (242). 2018 yılında yapılan bir çalışmada, çalışma grubundaki epilepsili gebe olgularının doğum şekli incelendiğinde sezaryen oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde sağlıklı gebe grubunda da sezaryen ile doğum oranı yüksek oranda bulunmuştur. Her iki olgu grubu doğum şekli yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (243). Çağlayan ve ark., 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada önceki doğum şekli ile demir ve vitamin kullanımı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (244). Çalışmamızda doğum şekli ile annenin eğitim seviyesi, gebelik sırasında geçirdiği hastalıklar, gebelik sırasında yaşadığı D vitamini eksikliği ve gebelik sırasında ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Doğum şekli birçok faktörden etkilenebilir ve bazen kişisel bir tercih de olabilir. Bu nedenle, doğum şekli ile bahsedilen faktörleri karşılaştırmak zordur. Konunun daha iyi anlaşılması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bunlar haricinde çalışmamızda doğum şekli ile gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı, yaşanan demir eksikliği ve diğer mineral eksiklikleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilginiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışma yoktur.

Annenin bilgisi, bebeklik dönemindeki çocuğun sağlığı için önemli bir faktördür çünkü anneler, çocuğun eğitim sürecini erken yaşlardan itibaren etkileyen kişilerdir (153). Daha iyi dental bilgiye sahip annelerin çocuklarında daha düşük EÇÇ prevalansı gözlemlenmiştir (245, 246).

Sun ve ark. yaptıkları bir derlemede, daha yüksek anne eğitim seviyesinin EÇÇ prevalansının azalmasıyla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar sunmaktadırlar (245). Al-Meedani ve ark. bu durumun, daha yüksek eğitilmiş anneler arasında sağlıkla ilgili sorunlara dair artan farkındalık ve gelişmiş ağız sağlığı uygulamaları ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür (246). Franzman ve ark. 2003 yılında yaşları 6-60 aylık arasında değişen 100 çocukla yaptıkları bir çalışmada anne ve babanın eğitim düzeylerinin çocuklarının dişlerini fırçalama sıklığıyla pozitif bir ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Bu, daha yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin, daha düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlere kıyasla çocuklarının dişlerini daha sık fırçalama olasılıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir (247).

Ebeveynlerin mesleği hem gelir hem de eğitim seviyesi ile yakından ilişkilidir. 2021 yılında 530 çocukla yapılan bir çalışmada aylık geliri yüksek olan ailelerin çocuklarında en düşük dmfs bileşenleri görülmüştür. Ebeveynleri memur olan çocukların dmfs bileşenleri daha düşük bulunurken, ebeveynlerin çalışmadığı ailelerin çocuklarında ise dmfs bileşenlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (248). Bunun aksine 2019 yılında yapılan bir çalışmada, hane gelirinin EÇÇ varlığı ile önemli bir ilişki göstermediği bulunmuştur (249). Çalışmamızda, gelir seviyesi ve annenin mesleği ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Katılımcıların %50' sinin gelir seviyesi sorusuna 'belirtmek istemiyorum' şeklinde yanıt vermesi, gelir seviyesi ile EÇÇ arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi zorlaştırmış olabilir. Ayrıca çalışmaya katılan annelerin %74'ü ev hanımı olup, bunların yaklaşık dörtte biri üniversite mezunudur. Bu durum, annenin mesleği ile bilgi düzeyi arasında net bir bağlantı kurmayı güçleştirmektedir.

Eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlerin çocukların ağız ve diş sağlığı konusunda doğru bilgileri öğrenmesi ve buna ulaşması beklenen bir durumdur. Ancak yine de eğitim seviyesi yüksek katılımcılarında E' li çocuklarının olması E' nin eğitim seviyesinden bağımsız olarak gelişebileceğini düşündürmektedir (160). Çalışmamızda annenin eğitim seviyesi ile E (d-m-f ve dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu konuyla ilgili literatürde farklı bulgular mevcuttur. Bu çeşitliliğin, çalışmaların farklı örneklem büyüklüklerine sahip olması ve farklı ülke ve çevrelerde gerçekleştirilmesiyle ilişkili olabileceği düşünmektedir. Bulut ve ark., 251 çocukla yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıka, çürük varlığının azaldığı, fakat anlamlı bir seviyeye kadar erişemediğini belirtmiştir (162). in' de 163 çocukla yapılan bir çalışma ise, annelerin eğitim seviyesi arttıka diş çürüğü yaygınlığının ve hastalığın daha geniş bir alana yayılma eğiliminin arttığını göstermiştir (250).

Eğitim seviyesi arttıka ortalama gelir de artmaktadır (251). Yapılan bir araştırmada annenin eğitimine bağlı olarak gelir düzeyinin yükseldiği belirtilmiştir (252). Başka bir çalışmada da anne eğitim düzeyi ile gelir düzeyi, baba eğitim düzeyi ile anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi ile gelir düzeyi arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (253). Ancak alışmamızda annenin eğitim ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır ($p=0,199$). Bu sonuç, katılımcıların bazılarının ev hanımı olup eğitim seviyelerinin yüksek olmasından veya gelir seviyesi belirtilirken dürüst olunmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğan ve ark., diş firalama sıklığı ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır. Okuryazarlığı olmayan hastaların diş firalama sıklığının, ilköğretim ve lise mezunu hastalara göre daha az olduğunu belirtmişlerdir (254). 2004 yılında yapılan bir çalışmada, annenin öğrenim durumu arttıka çocuğunun diş firalama alışkanlığı arttığı belirtilmiştir (255). Ancak Karabulut ve ark, yaptıkları çalışmalarında, eğitim düzeyi ile diş firalama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (256). Karalanoğlu ve ark. ise, 2018

yılında yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi ile diş fırçalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptayamamışlardır (257). Çalışmamızda da annenin eğitim ve gelir seviyesi ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, eğitim ve gelir seviyesi yüksek olan bireylerin önceliklerinin farklı olmasına bağlanabilir.

Karabekiroğlu ve ark., yaptıkları çalışmalarında, diş ipi ve gargara kullanımı ile gelir düzeyi arasında ilişki bulamamışlardır (258). 2023 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların diş ipi kullanım durumu ile eğitim seviyesi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (259). 650 yetişkin bireyin katılım sağladığı diğer bir çalışmada, eğitim düzeyi ile ağız gargarası kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (260). Çalışmamızda da annenin eğitim ve gelir seviyesi ile diş ipi ve gargara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, eğitim ve gelir seviyesi yüksek olan insanların ağız hijyeni farkındalıklarının diş fırçalama ile sınırlı kalmasına ya da insanların fırça dışında başka bir ürün kullanmayı alışkanlık haline getirmemiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim düzeyi bilgi birikimini ve sağlıklı karar verme yeteneğini etkileyen önemli bir sosyoekonomik belirteçtir. Yüksek eğitilmiş aileler düşük eğitim düzeyindeki ailelere göre daha pozitif bir tutum içerisindedirler ve çocuklarının şeker tüketimlerini kontrol etmede daha güçlü bir eğilim sergilemektedirler. Ailenin eğitim düzeyinin düşük olması, çocuklarda diş çürükleri görülmesi açısından bir risk etmeni olduğu bilinmektedir (261). Yapılan bir çalışmada, ailenin eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyinin çocukların beslenme durumunu ve alışkanlıklarını etkilediği belirtilmiştir (262). Okul kantinlerinde satılan bisküvi, kraker gibi atıştırmalıkların tercih sıklığı, öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyleri arttıkça düşmektedir (263). Ancak Uzdil ve ark., yaptıkları çalışmalarında, eğitim düzeyi ile yeme tutumu arasında ilişki bulamamışlardır (264). Diğer bir çalışmada anne ve babanın öğrenim seviyesinin çocukların şekerli gıda tüketimi üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir (265). Çalışmamızda da literatürdeki örnek gösterilen bazı çalışmalarda olduğu gibi annenin eğitim ve gelir seviyesi ile çocukların öğün

aralarında şeker tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, bazı annelerin eğitim ve gelir seviyesi ne olursa olsun kültürel faktörlerin çocukların şeker tüketimini etkileyebilmesine ya da çocuğun çevresel faktörlerden etkilenip şeker tüketimini tercih etmesine bağlanabilir.

Bornova’da yapılan bir çalışmada, asgari ücretin üzerinde bir aylık gelire sahip olan kadınların son bir yıl içinde en az bir kez diş hekimine gitmiş olma olasılıkları diğer kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (266). Yapılan bir çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile diş hekimi ziyaret sıklıkları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça diş hekimi ziyaretlerinin daha düzenli hale geldiği izlenmiştir (110). Eğitim seviyesi bireylerin meslek sahibi olma ve gelir düzeylerini etkileyerek hayat standartlarını değiştirmekte ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Eğitimle birlikte artan gelir düzeyiyle beraber sadece hastalık nedeniyle değil kontrol amacıyla da yapılan diş hekimi ziyaretlerini arttırdığı bildirilmiştir (267). Ancak yapılan bir araştırmaya göre, eğitim düzeyi ne olursa olsun, bireyi kliniğe getiren temel sebebin ağrı olduğu ortaya çıkmıştır (268). Olofsson ve ark., yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların eğitim ve gelir düzeyi ile diş hekimi ziyaret sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır (269). Karabekiroğlu ve ark., yaptıkları bir çalışmada, anne ve babanın eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyinin diş hekimi ziyaret sıklığı üzerinde anlamlı etkisi olmadığını bulmuşlardır (270). Çalışmamızda da eğitim seviyesi ve gelir düzeyi ile annenin diş hekimi ziyaret sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan annelerin çoğunluğunun diş hekimine gitme sebebinin ağrı olması, elde edilen sonuca büyük oranda etki etmiş olabilir. Bu durum, annelerin eğitim ve gelir düzeyinden bağımsız olarak diş sağlığına yönelik düzenli kontroller yerine, genellikle sadece ağrı ya da acil durumlarda diş hekimine başvurduklarını gösterebilir.

Sezer ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada, gebelikte sigara içme oranları sosyoekonomik düzeyi iyi olan kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek elde edilmiştir. Yine aynı çalışmada, lise ve üzerinde eğitim alanların gebelikte sigara içme oranları eğitim düzeyi daha düşük olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (271).

Günaydın ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise, gebelikte sigara kullanımı ile eğitim seviyesi, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (272). Çalışmamızda da gebelikte sigara kullanımı ile annenin eğitim ve gelir seviyesi arasındaki ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$) çünkü katılımcıların tamamı gebelik sırasında sigara içmediğini belirtmiştir.

Habibian ve ark., yaptıkları bir çalışmada, sosyoekonomik durum ve anne eğitim seviyesi ile S. Mutans geçiş riski arasında bağlantı olmadığını belirtmişlerdir (273). Benzer şekilde Law ve Seow da, sosyoekonomik düzey ile S. Mutans geçişi arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir (274). Çalışmamızda S. Mutans geçişine neden olabilecek faktörlerle (çocuğun kaşığıyla ısı ve tat kontrolünün ağızla yapılması, aynı tabak-kupa ile yeme-içme, emzik başını ağızla temizleme-ıslatma, dudaktan-ağızdan öpme, ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı) anne eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak anne gelir seviyesi ile çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün yapılması ve aynı tabak-kupa ile yeme-içme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum, düşük gelir seviyesindeki ailelerin sınırlı kaynakları paylaşması ya da annelerin bilgi birikiminin gelir seviyesi ile ilişkili olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Yani, düşük gelirli aileler ekonomik nedenlerle ortak gereç kullanımını tercih edebilirken, annelerin eğitim ve bilgi düzeyleri, gelir seviyesinden bağımsız olarak farklı şekillerde etkili olabilir.

Ayrıca çalışmamızda gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile annenin eğitim ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bu parametreleri karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır.

Annenin yetersiz ağız bakım alışkanlığı, şikayet durumunda diş hekimi ziyareti ve çürük diş veya yaygın restorasyonlarının bulunması çocuğun risk düzeyini yükseltmektedir (166). Bulut ve ark., 2020 yılında yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin yaklaşık yarısı lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olmasına rağmen çoğunun dental problemleri olduğunda diş hekimine gittiklerini tespit etmiştir. Bu durum, çalışma popülasyonunun diş ağrısı olduğu zaman diş hekimine gitme

alışkanlığı olduğunu göstermektedir (162). Yıldırım ve Dülgergil yaptıkları bir çalışmada, doğum öncesi ağız bakımı almayan annelerin düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirmesi ihtimali 3 kat daha fazla olduğunu ve doğumdan sonra bebeğine enfeksiyöz bakteri geçişinin erken dönemde olduğunu belirtmişlerdir (275). 2019 yılında 100 anne ile yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında ve doğum sonrası diş hekimine düzenli giden ve düzenli diş fırçalama alışkanlığı olan annelerin çocuklarında diş çürüklerinin anlamlı derecede daha az olduğu belirtilmiştir (151). Diğer bir çalışmada; hamileliklerinde aktif çürüğe sahip bireylerin ilgili dişleri tedavi edilip, gerekliyse diş eti tedavileri yapıp sadece 1 kere flor verniği uygulanmış, doğumdan 8 hafta sonra annelerin ağız ortamında daha düşük plak indeks değeri ve S. Mutans düzeyi, aynı zamanda bebeklerin ağızlarında sıfır kolonileşme olduğu rapor edilmiştir (276). Brambilla ve ark., yaptıkları çalışmada 6. aydan itibaren hamilelere ağız bakım eğitimi verip klorheksidin ve florlu gargara yaptırmaya başlamışlardır. Otuz aylık çalışmanın sonunda hem annede hem bebeklerde anlamlı derecede düşük S. Mutans gözlemlenmiştir (277). Çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde doğum öncesi ve doğum sonrasında yapılacak bir dizi koruyucu uygulamanın anne ve bebeklerin uzun dönemde çürük riskini düşürdüğü görülmektedir (166). Literatürdeki çoğu çalışmanın aksine, çalışmamızda annenin diş hekimi ziyareti ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak katılımcıların %80' inin diş hekimine yalnızca 'şikayet olunca' gidiyorum şeklinde yanıt vermesi, EÇÇ ile dolaylı bir bağlantı olabileceğini düşündürmektedir. Bu konunun daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi için daha geniş örneklem büyüklüklerine sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

Palj ve ark.'nın 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada, diş hekimi ziyaretlerini aksatan bireylerin, daha az diş fırçalama eğilimi gösterdiği, genel çürük risklerinin yükseldiği ve sadece diş ağrısı nedeniyle diş hekimine başvurdıkları rapor edilmiştir (278). Karabekiroğlu ve ark., yaptıkları bir çalışmada, ağız bakımı ile ilgili sonuçlar incelendiğinde günde iki veya daha fazla diş fırçalama işlemini gerçekleştiren bireylerin düzenli diş hekimi ziyareti olan grupta anlamlı derecede daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (279). Dumitrescu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, diş hekimi ziyaret sıklığına paralel olarak, diş ipi ve gargara kullanımının diş eti

hastalık ve arayüz çürüğü oluşumunu önlemede yardımcı olduğu bildirilmiştir (280). Literatürdeki bu bulguların aksine çalışmamızda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ile diş fırçalama sıklığı ve diş ipi- gargara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, annenin diş hekimi ziyareti sırasında verilen bilgileri anlayamaması ya da bu bilgileri alışkanlık haline getirememesine bağlanabilir. Alışkanlıkları değiştirme zorluğu, diş sağlığına yönelik önerilerin etkin bir şekilde uygulanmamasına yol açabilir.

Bunlar dışında çalışmamızda annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ile öğün aralarında şeker tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,859$). Literatürde bilimiz dahilinde bu ilişki inceleyen çalışma yoktur.

Hariyani ve ark., anne diş çürüğü deneyimi ile EÇÇ riski arasında tutarlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu ilişki, anne sosyoekonomik durumu ve ağız sağlığı davranışları kontrol altına alındığında azalmıştır (73). Tang ve ark. 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada ebeveynlerin ve bakıcıların ağız hijyen davranışlarının çocukların ağız hijyeni davranışlarıyla ilişkili olduğu göstermişlerdir. Bu çalışmaya göre, şiddetli EÇÇ gelişimi, kötü ağız hijyeni bilgisi ve diş fırçalama alışkanlıklarının eksikliği ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (281). 2021 yılında yapılan bir çalışmada anne DMFT ve baba DMFT değerleri ile çocuğun dmfs bileşeni arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur (248). Misra ve ark., yaptıkları çalışmalarında annenin ağız bakımı ve eksik diş sayısı ile çocuklardaki çürük düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır (282). 2019 yılında yapılan bir çalışmada annenin diş fırçalaması ile çocuklarda görülen EÇÇ arasında bir ilişki bulunmuş, annelerin diş fırçalama sıklığı arttıkça, çocuklarında görülen diş çürüğü sayısının azaldığı gösterilmiştir (164). Bunların aksine Kuter ve Uzel 148 çocukla yaptıkları bir çalışmada, annelerin diş fırçalama sıklığı ile çocuklarının diş çürüğü sayısı arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Ancak, annelerin diş fırçalama sıklığı arttıkça, çocuklarının diş fırçalama sıklığı da artmıştır (283). Çalışmamızda annenin diş fırçalama alışkanlığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0,05$). Ancak annenin diş fırçalama alışkanlığı ile D ve PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Literatürdeki bazı çalışmalar, ağızlarında yüksek

seviyelerde S. Mutans bulunan annelerin çocuklarının, bu bakterinin bulaşması açısından yüksek risk grubunda olduğunu belirtmektedir (284–286). Bu bağlamda, annenin düzenli diş fırçalama alışkanlığı S. Mutans seviyelerini azaltacağından dolayı yoldan EÇÇ ile ilişkili olabilir.

Diş fırçalama mekanik plak kontrolünde en yaygın ve güvenilir yöntem olsa da dişlerin aproksimal yüzlerindeki plağı uzaklaştırmada yetersiz kalmaktadır. Bu amaçla diş fırçalamaya ek olarak diş ipi, kürdan veya arayüz fırçası kullanılması önerilmektedir (287). 530 çocuk ve ebeveyni ile yapılan bir çalışmada, dmfs bileşeni ile annenin diş ipi ve ağız gargarası kullanımı anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, diş ipi ve ağız gargarası kullanan ailelerin çocuklarında, dmfs bileşenlerinin daha düşük oldukları gözlenmiştir (248). Ancak Hujoel ve ark., 2006 yılında 808 hastayla yaptıkları çalışmada, diş ipi kullanımının çürük riskini etkilemediğini belirtmişlerdir (288). Çalışmamızda da diş fırçası dışında oral hijyen ürünü kullanımı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) Bu durum, annenin ağız hijyeni alışkanlıklarının çocuğun diş sağlığı üzerinde doğrudan belirleyici olmadığını veya annenin oral hijyen ürünlerini doğru ve etkili bir şekilde kullanmadığını düşündürebilir. Bu konuya dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Hamile kadınlar tarafından aktif sigara içmek, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi olumsuz gebelik sonuçları için önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (230). Hamilelikte sigara içme ve pasif içicilik ile çocuklardaki diş çürükleri arasındaki ilişkinin, sosyoekonomik, eğitimsel ve davranışsal faktörlerin örtüşmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Pasif içicilik, dişler ve ağız ortamı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabilir (289).

Tanaka ve Miyake tarafından yapılan bir çalışmada, annenin sigara içmesinin diş çürüğü riski üzerindeki potansiyel etkileri incelenmiştir. Gebelikte annenin sigara içmesi, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum için bilinen bir risk faktörüdür ve aynı zamanda çocuklarda diş çürüğü riskini artırabilir. (290). Kellesarian ve ark. 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada, annesi günde en az 5 tane sigara içen çocukların,

sigara içmeyen annelerin çocuklarına göre daha şiddetli diş çürüğü geliştirdiğini belirtmişlerdir (291). González-Valero ve ark. tarafından yapılan bir meta-analiz, gebelikte ve doğum sonrası annelerin sigara içmesi ile EÇÇ arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (292). Julihn ve ark.'nın, İsveç'te yaptıkları bir kohort çalışması da sigara içme ile çocukluk dönemi çürüğü arasındaki bağlantıyı vurgulamıştır (293). 2007 yılında yapılan bir kesitsel çalışmada, Hanioka ve ark., Japonya'da 36 aylık 711 çocuğu incelemiş ve ebeveynlerin sigara içme durumu ile 3 yaşındaki çocuklardaki diş çürükleri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Bulgular, EÇÇ ile ebeveynlerin sigara içmesi arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur; ancak anne sigara içiminin etkisinin, baba sigara içimine göre daha güçlü olduğu görülmüştür. Sigara içen ebeveynlerden gelen çevresel tütün dumanı, S. Mutans'ın erken kolonizasyonu yoluyla EÇÇ'ye katkıda bulunabilir (294). Çalışmamızda, annenin gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak annenin F bileşenleri ile gebelik sonrası sigara içme alışkanlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,045$). Literatürde, sigara içen ebeveynlerin çocuklarının dişlerini daha az fırçaladığı, diş fırçalama konusunda daha az destek aldığı ve öğün aralarında daha fazla atıştırılabilir tüketildiği rapor edilmiştir (295). Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, annenin sigara içme alışkanlığı tek başına EÇÇ için doğrudan bir risk faktörü olmayabilir, ancak dolaylı etkiler yoluyla çocukların ağız sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir.

Gebelik sırasında sigara kullanımına bakıldığında ise literatürdeki çalışmalar gebelik sonrasına benzer şekildedir. Kalhan ve ark.'nın 2020 yılında Singapur'da yaptıkları bir çalışmada 1176 sağlıklı hamile kadın incelenmiş ve prenatal tütün dumanı maruziyetinin, 2-3 yaş arasındaki çocuklarda EÇÇ gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (296). Julihn ve ark.'nın, 3-7 yaş arası çocuklarda yaptıkları kesitsel çalışmada, annenin obezitesi ve erken gebelik döneminde sigara içmesinin okul öncesi çocuklarda çürük deneyimi için belirleyici faktörler olduğunu ortaya koymuştur (225). 2009 yılında yapılan bir kohort çalışmasında, gebeliğin ilk trimesterinde değerlendirilen anne sigara kullanımının, çocuklarda proksimal çürük artışı için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (297). İngiltere'de 1429 anne ve bebek katılımcısının yer aldığı bir kohort çalışması, prenatal sigaranın EÇÇ riski üzerindeki

potansiyel etkilerini incelemiştir. Çalışmada Akinkugbe ve ark., hamilelik sırasında sigara içmenin hangi trimesterde olursa olsun, çocukların ağız sağlığı üzerinde zararlı etkiler yaratabileceğini bulmuştur. Özellikle, üçüncü trimesterde sigara içmenin, birinci veya ikinci trimesterlere göre daha yüksek diş çürüğü riskiyle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (298). Çalışmamıza katılan annelerin tamamının gebelik sırasında sigara içmediği tespit edildiğinden gebelik sırasında sigara içme alışkanlığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasındaki olası bir ilişkiyi değerlendirmemiz mümkün olmamıştır.

Hamilelik döneminde annenin genel sağlık durumu EÇÇ ile ilişkilidir (299). Bazı çalışmalarda annesi gebelik sırasında sistemik hastalık (bronşiyal astım, diabetes mellitus vb.) geçiren veya ilaç kullanan preterm bebeklerde gelişimsel mine defekti riskinin 3.9 kat daha yüksek olduğu ve gelişimsel mine defektli bebeklerde çürük riskinin 2,2 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (125,300).

2009 yılında İsveç' li adölesanlarda yapılan bir kohort çalışmasında, annenin fazla kilolu olmasının gençlik döneminde çocuklarında proksimal çürük artışı için risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur. (297). Çalışmamızda annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Literatürde bu konuyu ele alan fazla çalışmanın bulunmaması, gebelik sırasında geçirilen hastalıkların EÇÇ üzerindeki etkisini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda literatürde gebelikte ilaç kullanımı ile EÇÇ arasındaki ilişkiyi sorgulayan bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak çalışmamızda, gebelikte ilaç kullanımı ile m ve F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kullanılan ilaçların neredeyse tamamının takviye ilaçları olduğu belirtilmelidir. Bu nedenle, daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Gebelik sırasında D vitamini eksikliği, ameloblastlar üzerinde metabolik hasara neden olarak diş hipoplazisi ile ilişkilendirilir. D vitamini, sert dokuların kalsifikasyonu için gerekli olan kalsiyum ve fosfor dengesinin korunmasında merkezi bir rol oynar (301). Singleton ve ark., prenatal D vitamini eksikliğinin, küçük çocuklarda çürük riski üzerinde potansiyel bir etkisi olduğunu göstererek bu ilişki için

kanıtlar sunmaktadır. Prenatal D vitamini eksikliğinin Şiddetli EÇÇ' yi etkilediği hipotezi, ũretra içindeki D vitamini eksikliği ile mine hipoplazisi arasındaki muhtemel ilişki nedeniyle biyolojik olarak makul görünmektedir; bu da erken çürükler için daha yüksek bir riske yol açmaktadır (83). D vitamini ağızda peptitlerin, katelisitin ve defansinlerin salınımını teşvik eder, bunlar ise karyostatik özellikler gösterir. (302). Becket ve ark. 2022 yılında yaptıkları bir çalışmada, annelerinin gebeliğin ũnc trimesterinde vitamin D yetersizliği olan çocukların, yeterli 25(OH) D seviyelerine sahip annelerin çocuklarına kıyasla 6 yaşında diş çürüğü yaşama olasılıklarının ũ kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Ancak, kord kanı ve 5 aylık serum 25(OH) D seviyeleri ile diş mine defektlerinin gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (303). 6259 katılımcıyla yaptıkları çalışmada Dudding ve ark., vitamin D' nin diş çürüğü üzerindeki ters bir neden-sonuç etkisini bulamamıŐ, ancak düşük vitamin D ile erken çürük başlangıcı arasında ilişki tespit etmiştir (304). Literatürdeki birçok çalışmanın aksine, çalışmamızda gebelik sırasında D vitamini eksikliği ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bunun en önemli nedenlerinden biri, gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşayan annelerin neredeyse tamamının takviye ilaç kullanmıŐ olması olabilir. Bu durum, annelerin gebelik sürecinde yaşadığı D vitamini eksikliğinin takviyelerle tolere edildiğini ve bu nedenle eksikliğin EÇÇ üzerindeki etkisinin minimal olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamıza paralel Herzog ve ark. 2016 yılında yaptıkları bir anket çalışmasında, vitamin D seviyeleri ile diş çürüğü deneyimi arasında anlamlı bir ilişki bulmamıŐlardır (305).

Atatürk ũniversitesi Tıp Fakültesi' nde yapılan bir çalışmada, kord kanı D vitamini düzeyleri ile anne eğitim ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (306). Çalışmamızda da bu çalışmaya paralel olarak annenin gebelikte yaşanan D vitamini eksikliği ile eğitim ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu durum, ũlkemizde takviyelere ulaŐım kolaylığına bağlanabilir. Eğitim ve gelir seviyesine bakılmaksızın, D vitamini eksikliği olan herkes takviye gıdalara ulaŐabilmektedir. Ayrıca alıŐmamızda gebelik sırasında D vitamini eksikliği yaşama durumu ile annenin

mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p=0,556$). Literatürde bu ilişkiyi inceleyen çalışma bulunamamıştır.

EÇÇ gibi, demir eksikliği anemisi de çeşitli faktörlerden etkilenir. Demir eksikliği; harekete geçirilebilir demir depolarının bulunmadığı, dokulara demir tedariğinin yetersiz olduğu ve şiddetli aşamalarda anemiyle ilişkili bir durum olarak tanımlanır (307). Doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık yarısı demir eksikliği anemisi yaşamaktadır. Gebelik sırasında demir eksikliği anemisi görülmesi veya hamilelikte bilimsel ve dengeli bir diyet planına sahip olunmaması, çocuklarda demir eksikliği anemisi riskini artırır. Özellikle, çocuklardaki demir eksikliği, şiddetli EÇÇ oluşumu ile yakından ilişkilidir. Çocukların süt dişlerinin gelişimi, embriyonun 6. haftasında başlar ve yaklaşık 3 yaşında tamamlanır. Bu nedenle, süt dişlerinin erken gelişiminde yetersiz demir iyonu alımının, diş çürüğü oranını artırabileceği varsayılmaktadır (308,309).

Düşük serum anemi belirteçleri konsantrasyonları, gebelik sırasında diş çürüğü insidansında artış ile ilişkilendirilmiştir. Düşük serum ferritin seviyeleri, EÇÇ gelişimi riski ile de ilişkilendirilmiştir. Ancak, bu çalışmalar 3.4 (± 1.2) yaş ortalamasına sahip çocuklarda, primer dişlerde yapılmış olup gebelikteki kadınları incelememektedir. Gebelikte anemi ve diş çürüğü riski arasındaki ilişkiyi ele alan başka bir çalışma bulunmamaktadır; ancak, bu sonuçlar makul görünmektedir (310). Çalışmamızda gebelik sırasında yaşanan demir eksikliği ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde bu konuyla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, gebelikte demir eksikliğinin çocukların diş sağlığı üzerindeki etkisini daha iyi anlamak için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Ayrıca çalışmamızda gebelik sırasında yaşanan demir eksikliği durumu ile annenin mesleği, eğitim ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde bilimiz dahilinde bu ilişkileri inceleyen çalışma yoktur.

Gebelik, beslenme gereksiniminin arttığı özel süreçlerden biridir. Gebelikte beslenme konusu gebelikle birlikte başlamamalıdır. Çünkü bir kadının gebe kalabilmesi, bebeğini gebelik sonuna kadar taşıyabilmesi, doğumdan sonra emzirebilmesi için gebe kalmadan önce düzenli beslenmesi ve sağlıklı olması gereklidir (311). Çalışmamızda gebelik sırasında yaşanan diğer vitamin ve mineral eksiklikleri ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Ayrıca literatürde de bu konuyu araştıran bilginiz dahilinde bir çalışma bulunmamaktadır. 2003 yılında yapılan bir çalışma, vitamin A' nın maternal serum seviyeleri sosyoekonomik statü tarafından etkilenebileceğini belirtmiştir (312) Çalışmamızda gelir seviyesi ile annenin gebelikte yaşadığı diğer vitamin eksiklikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p=0,029$); annenin gebelikte yaşadığı mineral eksiklikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,121$). Aynı zamanda annenin mesleği ve eğitim seviyesi ile annenin gebelikte yaşadığı vitamin ve mineral eksiklikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, ülkemizde annelerin mesleği, eğitim ve gelir seviyesi ne olursa olsun sağlık hizmetlerine ve takviye gıdalara erişim kolaylığına bağlanabilir.

Annenin tükürüğündeki S. Mutans sayısını azaltma yöntemleri, S. Mutans' ın bebeklerde bulaşmasını geciktirmiştir. Lin ve ark., 601 anneyle yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, annenin ksilitol tüketiminin, gebelikten başlayıp doğumdan sonra 10 ay boyunca devam etmesi durumunda, S. Mutans'ın çocuklara bulaşmasını anlamlı şekilde azalttığını göstermiştir (313). Yalnızca sakız çiğnemenin koruyucu bir etki sağladığı ya da ksilitolün özel bir etkisi olup olmadığını değerlendirmek için Fontana ve ark., ksilitol sakızı ve sorbitol sakızının maternal kullanımını karşılaştırdığı çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç alamamışlardır (314). 2006 yılında Thorild ve ark. tarafından yapılan bir çalışma, ksilitolün çürük süreci üzerinde faydalı bir etkisi olduğu ve özellikle patlayan dişlerin şeker alkolüne maruz kalmasının önemli olduğunu belirtmiştir (315). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde annenin sakız çiğneme alışkanlığı ile f bileşeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$). Annenin sakız çiğneme alışkanlığı ile d-m-dmfs bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak kullanılan

sakızın içeriği ve ne sıklıkta kullanıldığına dair herhangi bir veri toplanmamıştır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Ayrıca çalışmamızda annenin sakız çiğnemesi ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,256$). Literatürde bilginiz dahilinde bu ilişkiyi inceleyen çalışma yoktur.

Smith ve ark. tarafından yapılan bir vaka-kontrol çalışması, 3-5 yaş çocukların annelerinin risk faktörlerini incelemiş ve daha yüksek anne S. Mutans seviyeleri ile daha yüksek anne şeker tüketimi seviyelerinin, çocuklarındaki diş çürüğü deneyimi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (316). Mevcut yazarın önceki araştırmaları, çocukların S. Mutans seviyelerinin, annelerinin S. Mutans seviyeleriyle önemli ilişkiler gösterdiğini ve çocukların çürük deneyimleri ile annelerinin aktif çürük durumu ve şeker tüketimi arasında güçlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur (317). Diğer bir çalışma da 5 yaşındaki çocuklardaki kötü dental sağlığın, kötü ebeveyn yaşam tarzı ve ağız sağlığı ve diyetle yüksek şeker sıklığı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (318). Maciel ve ark., tatlı diyet tercihlerine sahip annelerin çocuklarının, tatlı tercihi olmayan annelerin çocuklarına kıyasla daha fazla EÇÇ yaşadığını bildirmiştir. Bu çalışmalar, annenin kişisel tercihlerinin, çocuğunun şekerli gıda tercihlerini şekillendirmede önemli bir rol oynadığını ve dolayısıyla çocuğunun EÇÇ riski üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir (319). Çalışmamızda annelerin öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu sonuç, örneklem büyüklüğümüzün küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuyla ilgili daha büyük örneklerle yapılan çalışmaların yapılması, daha güvenilir sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir. Ancak annelerin öğün aralarında şeker tüketim sıklığı ile D bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,035$). Bu bulgu, EÇÇ ile annenin öğün aralarında şeker tüketimi arasında dolaylı bir ilişki olduğunu gösteriyor olabilir.

Bebekler için S. Mutans bulaşmasında en önemli rezervuarlardan biri anneleridir. S. Mutans' ın temel bulaşma mekanizması annenin ağızındaki tedavi edilmemiş çürük dişler nedeniyle enfekte olmuş tükürüğün dikey geçişidir. Bu geçiş

beslenme kaşığı, dudaktan öpme veya annenin bebeğin emziğini temizleme amacıyla kendi ağzına götürmesidir (320).

Bazı alışkanlıklar, bebeğin gelişim aşamasına bağlı olarak daha yüksek bir risk oluştururken, diğerleri çocuğun yaşına bakılmaksızın artan bir risk yaratmaktadır. Örneğin, süt dışında şekerli gıda tüketimi, beslenme alışkanlıklarını bakteri seviyeleri veya çürük deneyimi ile ilişkilendiren birkaç çalışmada risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Yiyeceklerin bebeğe verilmeden önce test edilmesi veya tadılması, yemek sırasında yemek araçlarını paylaşmak gibi davranışlar, özellikle daha küçük çocuklarda bakteri seviyelerinin artmasına yol açmıştır (321). Nakayama ve Ohnishi yaptıkları bir çalışmada üç yaşındaki çocuklarda EÇÇ insidansının ebeveynlerin çocukla aynı çatal ve kaşığı paylaşması ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (198). Coğulu ve ark., yaptıkları çalışmaya dayanarak, anneye çatal-kaşık paylaşımı olan çocukların daha yüksek çürük insidansına sahip olma eğiliminde olduğunu bildirmiştir (322). Çalışmamızda literatürdeki bu çalışmalara paralel olarak çocuğun kaşığı ile ısı ve tat kontrolünün annenin ağızıyla yapması ve çocukla ortak diş fırçası kullanımının olması ile f bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$). S. Mutans'ın anneden çocuğa geçişi vardır ve bakterinin erken kolonizasyonu, çocuğun çürük riskini artırır. Annedeki S. Mutans'ın sayısının azaltılarak bu iletimin engellenmesi, hem kısa hem de uzun vadeli çalışmalarda, kolonizasyonu geciktirdiği ve çürük oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir (323–325).

Ebeveynlerin çocukla çatal ve kaşık paylaşması, çürük yapıcı bakterilerin ebeveynden çocuğa geçmesine neden olabilir. Ancak, bazı araştırmacılara göre ise, ebeveynlerin çocukla çatal ve kaşık paylaşımı ile EÇÇ arasındaki ilişki tartışmalıdır (198). Milgrom ve ark., 6-36 aylık çocuklarda beyaz leke lezyonları veya mine kavitasyonu ile anneye çatal-kaşık paylaşımı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (326). Wakaguri ve ark., 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada, dikey bulaşı önlemeye yönelik davranışlar ile üç yaşındaki Japon çocuklarda çürük deneyimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (327). Çalışmamızda; aynı tabak-kupa kullanımı, çocuğu dudaktan öpme alışkanlıkları ve emzik başını ağızıyla temizleme-ıslatma alışkanlığı ile EÇÇ (d-m-f-dmfs) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Pars ve Çavuşoğlu 2019 yılında yaptıkları karşılaştırmalı

ve kesitsel çalışmalarında, annelerin %66' sının çocuklarının yemeklerini tabaklarında test ettiklerini, %25' inin yemek sırasında aynı mutfak gereçlerini paylaştıklarını saptamışlardır; bu durum ile diş çürüğü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen, EÇÇ önlemede önemli bir yaklaşım, çocuğun annesinin ağzındaki S. Mutans sayısının kontrol altına alınması olduğunu belirtmişlerdir (151).

Anneye bağlı faktörler, artmış DMFS ve PUFA skorları, çocuğun ağzında uzun süreli biberon kullanımına dair farkındalık eksikliği ve annenin yemek gereçlerini paylaşması, çürüğe yatkın çocukları belirlemede başlıca risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (219). Alanzi ve ark., 2023 yılında yaptıkları bir çalışmada, 207 katılımcı ve ebeveynlerinin demografik verilerini sunmaktadır. Çalışmadaki çocukların çoğu birinci veya ikinci doğan çocuklardır. Katılımcıların %53,1' i bir veya iki kardeşe sahipken, %3,9' u tek çocuktur. Çocukların çoğu, eğitilmiş anne ve babaya sahiptir. Anne yaşı genellikle 25-35 arasındadır ve neredeyse tüm çocuklar evli ebeveynlerle yaşamaktadır. Ebeveynlerin demografik faktörleriyle çocukların diş çürüğü deneyimi ya da pufa indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (328). Ailedeki çocuk sayısı arttıkça, her bir çocuk için harcanan para ve annenin zamanı azalır. Buna bağlı olarak, Özler ve ark., yaptıkları bir çalışmada, pufa ile en az bir kardeşi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde etmişlerdir (329). Khairinisa ve ark., 2023 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, kardeş sayısı ile klinik olarak değerlendirilen çürük ve pufa bileşenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edememişlerdir (330). Diş çürüğünün ilerlemesi için önemli belirleyiciler, sosyoekonomik durum, cinsiyet, ırk, ağız hijyeni ve tütün tüketimi gibi alışkanlıklardır. Pasha ve ark. yaptıkları çalışmalarında, sosyoekonomik durum ile pufa indeksinin 'p' bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlemiştir. 'p' bileşeni orta sınıf çocuklarda, alt sınıf çocuklara kıyasla daha sık görülmüştür (331). Ancak Lahor'daki bir diğer çalışmada ise, daha düşük çürük deneyiminin kırsal yerleşim ve düşük aile geliri ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (332). Ellakany ve ark., 2021 yılında yaptıkları bir çalışmada, annenin eğitim düzeyinin çocuklarda yüksek çürük prevalansı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (333). Ancak 2023 yılında yapılan bir çalışmada, annenin eğitim durumu ile klinik olarak değerlendirilen çürük ve pufa indeks değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (334). Gören ve ark., 2022 yılında yaptıkları bir çalışmada,

ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile dfs ve pufa indeks değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır (335). Karmawati ve ark.'nın 74 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada, 6 aydan daha kısa sürede diş kontrolüne giden katılımcıların PUFA indeks değerleri anlamlı şekilde daha düşük çıkmıştır (336). Literatürde anneye ait faktörlerle PUFA ve pufa indeksleri arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızda anneye ait faktörlerle (hamilelik yaşı, toplam çocuk sayısı, doğum şekli, eğitim ve gelir seviyesi, diş hekimi ziyaret sıklığı, fırça dışında oral hijyen ürünü kullanma, sigara içme alışkanlığı, gebelik sırasında geçirilen hastalık, gebelikte yaşanan D vitamini ve demir eksikliği, gebelikte yaşanan diğer mineral ve vitamin eksiklikleri, gebelik sırasında ilaç kullanımı, sakız çiğneme alışkanlığı, öğün aralarında şeker tüketim sıklığı, emzik başını ağızıyla temizleme-ıslatma alışkanlığı, aynı tabak-kupa ile yeme-içme alışkanlığı, çocuğunu dudaktan-ağızdan öpme alışkanlığı, çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma alışkanlığı) PUFA ve pufa bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). Ancak annenin, çocuğun kaşığıyla ısı-tat kontrolünü ağızıyla yapma alışkanlığı ve diş fırçalama alışkanlığı ile anneye ait PUFA bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmalarda (çalışmamız da dahil) anneye ait faktörlerle annenin DMFT ve DMFS (D-M-F) değerleri de karşılaştırılmıştır. Koçak ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada, DMFT ve DMFS indeksleri ile günlük içilen sigara sayısı ve şekerli gıda/içecek tüketim sıklığı arasında pozitif korelasyon bulunmuş olup, fırçalama sıklığı ile aralarında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada düzenli diş hekimi ziyareti ve günlük diş ipi kullanma durumları ile DMFT ve DMFS indeks ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı da bulunmuştur (337). 71 katılımcı ile yapılan bir çalışmada sakız çiğneme alışkanlığı ile DMFT değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (338). Anneye ait diğer faktörlerle (hamilelik yaşı, toplam çocuk sayısı, gelir seviyesi, gebelik sırasında geçirilen hastalık, gebelik sırasında yaşanan vitamin ve mineral eksiklikleri, gebelik sırasında kullanılan ilaç, çocuğunun kaşığıyla ısı-tat kontrolünün ağızla yapılması, aynı tabak-kupa ile yeme-içme, emzik başını ağızıyla ıslatma-temizleme, çocuğunu dudaktan-ağızdan öpme ve ortak diş fırçası kullanma) D-M-F ve DMFS

bileşenlerini karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Annenin eğitim seviyesi ve D bileşenleri arasında; diş fırçalama alışkanlığı ile D bileşenleri arasında; diş ipi- arayüz fırçası kullanma durumu ile D ve F bileşenleri arasında; doğum şekli ile D bileşenleri arasında; gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile F bileşenleri arasında; gebelik sırasında ilaç kullanımı ile F bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmiştir ($p<0.05$). Çürük oluşumunda birçok risk faktörü rol oynamaktadır ve bu çalışma, küçük bir bölgede sınırlı örneklem büyüklüğü ile gerçekleştirilmiştir. Daha geniş kapsamlı ve daha büyük örneklem gruplarıyla yapılacak gelecekteki çalışmalar, farklı ve daha genel geçer sonuçlar ortaya koyabilir.

DMFT/ dmft indeksi, yalnızca diş çürüğü, tedavi edilen ve çürük nedeniyle çekilen dişleri dikkate alır. Ancak, tedavi edilmeyen diş çürüklerinin klinik sonuçlarına dair ayrıntıları sunmaz; örneğin, çürüğün pulpa ile ilişkisi ve diş apsesi gibi durumlar, ağız sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yapabilir (339). DMFT/ dmft indeksinin aksine PUFA/ pufa indeksi tedavi edilmeyen çürüklerin daha ciddi etkilerini değerlendirir (335). pufa indeksinin daha yüksek özgüllüğe sahip olması, tedavi edilmemiş çürüklerin bir komplikasyonu olarak çocuğun ağrı yaşamasıyla yakından ilişkili olabilir; bu da hem annenin hem de çocuğun gerçek sorunun farkına varmasını sağlar. PUFA/ pufa indeksinin sağladığı veriler, DMFT/ dmft indeksi ile tamamlayıcı olup, ağız sağlığına yönelik politikaların geliştirilmesinde bir temel oluşturabilir (213). Tayland'da 204 çocukla yapılan bir araştırma, 2 yaşından küçük çocuklardan alınan tükürük örneklerinde S. Mutans bulunduğunu ortaya koymuş ve bu mikroorganizmanın erken dikey bulaşını göstermiştir (340). Yapılan bir çalışmada annelerin çürük diş sayısının, çocuklarının sayısı ile örtüştüğü görülmüştür (249). Joseph ve ark., yaptıkları çalışmalarında, annelerin DMFS ve PUFA skorları ile çocuklarındaki çürük şiddeti arasında pozitif bir korelasyon tespit etmişlerdir. DMFS ve PUFA skorları yüksek olan annelerde, çocuklarında çürük şiddeti artmıştır. Ayrıca, yüksek dmfs skoruna sahip çocukların pufa bileşenleri daha yüksek bulunmuştur (219). 2022 yılında Gören ve ark., d ve pufa skorları arasında anlamlı bir fark ve pozitif korelasyon bulunduğunu belirtmişlerdir (335). Alanzi ve ark., yaptıkları çalışmalarında, dmft ve pufa indeksleri arasında güçlü bir istatistiksel ilişki olduğunu belirtmişlerdir (25). 2023 yılında yapılan bir çalışmada, annelerin DMFT indeks değeri

ile çocukların dmft indeks değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (341). Simaei ve ark., yaptıkları çalışmalarında, PUFA ve dmft arasında doğrudan ve anlamlı bir korelasyon tespit etmişlerdir. Ancak PUFA ve DMFT arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (342). Literatürde d-m-f-dmfs-pufa-D-M-F-DMFS ve PUFA bileşenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bizim çalışmamızda çocuğa ait d bileşeni ile dmfs-pufa bileşenleri ve anneye ait D ve PUFA bileşenleri arasında; çocuğa ait m bileşeni ile f bileşeni arasında; anneye ait D ve PUFA bileşenleri arasında; çocuğun dmfs bileşeni ile pufa ve anneye ait D ve PUFA bileşenleri arasında; anneye ait D bileşeni ile PUFA bileşeni arasında; anneye ait M bileşeni ile F ve DMFS bileşenleri arasında; anneye ait F bileşeni ile DMFS bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiler elde edilmiştir ($p<0,05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi' ne başvuran 3-5 yaş arası çocuklarda, EÇÇ' nin maternal faktörlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir;

- Çalışmamıza katılan 3-5 yaş çocuklarda EÇÇ prevalansı %98' dir.
- Yaş ve cinsiyet ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$).
- Doğum zamanı, dmfs bileşenleri açısından karşılaştırıldığında bir fark olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) ancak doğum zamanı ve pufa bileşeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,044$).
- Doğum kilosu ve çocuğun geçirdiği hastalıklarla EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$)
- Çocuğun dişlerinin ilk fırçalanma zamanı, fırçalama sıklığı, fırçalama şekli ve florlül macun kullanımı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Dişlerin ilk fırçalanma zamanı ile toplam çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,008$).
- Çocuğun anne sütü ile beslenme yaş aralığı, emzik-biberon kullanımı ve emzik-biberonu tatlandırma alışkanlığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Çocuğun gece beslenmesi ve öğün aralarında şeker tüketimi ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Annenin hamilelik yaşı ve çocuğunun doğum şekli ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Annenin eğitim seviyesi, toplam çocuk sayısı ve anketteki çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuyula EÇÇ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

- Annenin gelir seviyesi ve diş fırçalama alışkanlığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Annenin diş hekimi ziyaret sıklığı ve diş ipi/ arayüz fırçası kullanma durumu ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$).
- Annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalık durumu ve gebelik sonrasında sigara içme alışkanlığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Annenin gebelik sırasında yaşadığı D vitamini ve demir eksikleri ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- Annenin gebelik sırasında kullandığı ilaç durumu ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,002$).
- Annenin sakız çiğneme durumu ve EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,048$).
- Annenin öğün aralarında şeker tüketimi ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$).
- Annenin emzik başını ağızıyla temizleme-ıslatma alışkanlığı, çocuğuyla aynı tabak-kupadan yeme-içme alışkanlığı ve çocuğunu dudaktan-ağızdan öpme alışkanlığı ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) ancak çocuğunun kaşığıyla ısı-tat kontrolünü ağızıyla yapma alışkanlığı ve çocuğuyla ortak diş fırçası kullanma durumu ile EÇÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p=0,040$ - $p=0,017$).
- Çocukların diş sağlığını gösteren dmfs indeksiyle çürüğün şiddetini gösteren pufa indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($p<0,001$).

Çocuklarda EÇÇ görülme sıklığı oldukça yüksektir ve bu durumun birden fazla nedeni vardır. Annenin ağız sağlığı alışkanlıkları, sosyoekonomik durumu ve gebelik sürecinde yaşadığı deneyimler, çocuğun EÇÇ gelişimini etkiler. Bu çalışmanın sonuçları, maternal faktörlerle EÇÇ arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için bir yol gösterici olabilir. Bununla birlikte, bu ilişkinin daha net bir şekilde ortaya konabilmesi

için daha büyük örneklem gruplarıyla ve daha geniş çevrelerde yapılacak araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

7. KAYNAKÇA

1. Bagis Ee, Derelioglu Ss, Sengül F, Yılmaz S. The Effect Of The Treatment Of Severe Early Childhood Caries On Growth-Development And Quality Of Life. *Children*. 2023 Feb 1;10(2).
2. Dashper Sg, Mitchell Hl, Lê Cao Ka, Carpenter L, Gussy Mg, Calache H, Et Al. Temporal Development Of The Oral Microbiome And Prediction Of Early Childhood Caries. *Sci Rep*. 2019 Dec 1;9(1).
3. Soares Rc, Da Rosa Sv, Moysés St, Rocha Js, Bettega Pvc, Werneck R1, Et Al. Methods For Prevention Of Early Childhood Caries: Overview Of Systematic Reviews. Vol. 31, *International Journal Of Paediatric Dentistry*. Blackwell Publishing Ltd; 2021. P. 394–421.
4. Mafla Ac, Moran Ls, Bernabe E. Maternal Oral Health And Early Childhood Caries Amongst Low-Income Families. *Community Dent Health*. 2020 Sep 1;37(3):223–8.
5. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental Influence And The Development Of Dental Caries In Children Aged 0-6 Years: A Systematic Review Of The Literature. Vol. 40, *Journal Of Dentistry*. 2012. P. 873–85.
6. Lamont Rj, Egland Pg. Dental Caries. In: *Molecular Medical Microbiology*. Elsevier; 2014. P. 945–55.
7. Farooq I, Bugshan A. The Role Of Salivary Contents And Modern Technologies In The Remineralization Of Dental Enamel: A Review. *F1000res*. 2020;9.
8. Kidd EA, Fejerskov O. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. *J Dent Res*. 2004;83 Spec No C:C35-8.
9. Schwendicke F, Walsh T, Lamont T, Al-Yaseen W, Bjørndal L, Clarkson JE, Fontana M, Gomez Rossi J, Göstemeyer G, Levey C, Müller A, Ricketts D, Robertson M, Santamaria RM, Innes NP. Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 19;7(7)
10. Pitts Nb, Zero Dt, Marsh Pd, Ekstrand K, Weintraub Ja, Ramos-Gomez F, Et Al. Dental Caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 25;3.
11. Mehta A, Mehta Associate Professor A. Comprehensive Review Of Caries Assessment Systems Developed Over The Last Decade.
12. Gürses, M., & Ünlü, N. (2017). Okluzal Çürük Teşhis Yöntemlerine Güncel Bakış. *Selcuk Dental Journal*, 4(3), 153-161.
13. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries Res*. 1999 Jul-Aug;33(4):252-60.

14. Diniz Mb, Rodrigues Ja, Hug I, De Cássia Loiola Cordeiro R, Lussi A. Reproducibility And Accuracy Of The Icdas-I For Occlusal Caries Detection. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Oct;37(5):399–404.
15. Jablonski-Momeni A, Stachniss V, Ricketts Dn, Heinzel-Gutenbrunner M, Pieper K. Reproducibility And Accuracy Of The Icdas-I For Detection Of Occlusal Caries In Vitro. *Caries Res.* 2008 Apr;42(2):79–87.
16. Acharya S. Specific Caries Index: A New System For Describing Untreated Dental Caries Experience In Developing Countries. *J Public Health Dent.* 2006 Sep;66(4):285–7.
17. Frencken Je, De Amorim Rg, Faber J, Leal Sc. The Caries Assessment Spectrum And Treatment (Cast) Index: Rational And Development. *Int Dent J.* 2011 Jun;61(3):117–23.
18. Güçlü, E., & Bodrumlu, E. H. (2021). Geçmişten Günümüze Diş Çürüğü Epidemiyolojisinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İndeksler. *Journal Of International Dental Sciences (Uluslararası Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi)*, 7(3), 63-72.
19. Marcial Andrés Guíñez Coelho Icdas And Dmft/Dmft. Sensitivity And Specificity, The Importance Of The Index Used: A Systematic Review Icdas Y Ceod/Copd. Sensibilidad Y Especificidad, La Importancia Del Índice Utilizado: Una Revisión Sistemática.
20. Solinas G, Campus G, Maida C, Sotgiu G, Cagetti Mg, Lesaffre E, Et Al. What Statistical Method Should Be Used To Evaluate Risk Factors Associated With Dmfs Index? Evidence From The National Pathfinder Survey Of 4-Year-Old Italian Children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Dec;37(6):539–46.
21. Schuller Aa, Holst D. Oral Status Indicators Dmft And Fs-T: Reflections On Index Selection. *Eur J Oral Sci.* 2001;109(3):155–9.
22. Tellez Merchan M. Measurement And Distribution Of Dental Caries.
23. Jordan KH, McGwin G, Childers NK. Overestimation of Early Childhood Caries Using the dmfs Index. *Pediatr Dent.* 2020 May 15;42(3):208-211.
24. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, Van Palenstein Helder W. Pufa - An Index Of Clinical Consequences Of Untreated Dental Caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Feb;38(1):77–82.
25. Alanzi A, Husain F, Husain H, Hanif A, Baskaradoss J. Does The Severity Of Untreated Dental Caries Of Preschool Children Influence The Oral Health-Related Quality Of Life? *Bmc Oral Health.* 2023 Dec 1;23(1).
26. Zou J, Du Q, Ge L, Wang J, Wang X, Li Y, Song G, Zhao W, Chen X, Jiang B, Mei Y, Huang Y, Deng S, Zhang H, Li Y, Zhou X. Expert consensus on early childhood caries management. *Int J Oral Sci.* 2022 Jul 14;14(1):35.

27. Sanari Aa, Khashman Maa, Alharbi Rf, Alhashim Aa, Bukhari Rf, Bokhari Aa, Et Al. An Overview On Early Childhood Caries: A Literature Review. Arch Pharm Pract. 2021 Mar 1;12(1):55–8.
28. The Reference Manual Of Pediatric Dentistry 79 [Internet]. Available From: [Http://Earlychildhoodcariesresourcecenter.Elsevier.Com](http://Earlychildhoodcariesresourcecenter.Elsevier.Com)
29. Li Y, Wang W. Predicting Caries In Permanent Teeth From Caries In Primary Teeth: An Eight-Year Cohort Study. J Dent Res. 2002 Aug 1;81(8):561–6.
30. Saethre-Sundli Hb, Wang Nj, Wigen T1. Do Enamel And Dentine Caries At 5 Years Of Age Predict Caries Development In Newly Erupted Teeth? A Prospective Longitudinal Study. Acta Odontol Scand. 2020 Oct 2;78(7):509–14.
31. Lam PPY, Chua H, Ekambaram M, Lo ECM, Yiu CKY. Does Early Childhood Caries Increase Caries Development among School Children and Adolescents? A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 18;19(20):13459.
32. Van Chuyen N, Van Du V, Van Ba N, Long Dd, Son Ha. The Prevalence Of Dental Caries And Associated Factors Among Secondary School Children In Rural Highland Vietnam. BMC Oral Health. 2021 Dec 1;21(1).
33. Devan I, Ramanarayanan V, Janakiram C. Prevalence Of Early Childhood Caries In India: A Systematic Review And Meta-Analysis. Vol. 66, Indian Journal Of Public Health. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2022. P. 3–11.
34. Alazmah A. Early Childhood Caries: A Review. Vol. 18, Journal Of Contemporary Dental Practice. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2017. P. 732–7.
35. Şengül F, Urvasızoğlu G, Derelioğlu S, Seddik T, Çelikel P, Baş A. Early Childhood Caries In 4- To 5-Year-Old Children In Erzurum, Turkey. Front Public Health. 2021 Nov 26;9.
36. Jamshidi M, Sistani Mmn, Boushehri N, Hamzeh M. Prevalence Of Early Childhood Caries And The Related Factors Among 3-5-Year-Old Children In Babol, Iran. Journal Of Dentistry (Iran). 2022;23(2):137–43.
37. Hajishengallis E, Parsaei Y, Klein M1, Koo H. Advances In The Microbial Etiology And Pathogenesis Of Early Childhood Caries. Vol. 32, Molecular Oral Microbiology. Blackwell Publishing Ltd; 2017. P. 24–34.
38. Zafar S, Yasin Harnekar S, Siddiqi A, Walsh J, Author C. Introduction Early Childhood Caries: Etiology, Clinical Considerations, Consequences And Management. Vol. 11, 24 International Dentistry Sa.
39. Priyadarshini P, Gurunathan D. Role Of Diet In Ecc Affected South Indian Children Assessed By The Hei-2005: A Pilot Study. J Family Med Prim Care. 2020;9(2):985.
40. Dutta S, Mohapatra A. Early Childhood Caries- Etiology, Prevention And Management: A Review. Archives Of Dental Research. 2023 Feb 28;12(2):81–8.

41. Masumo R, Bardsen A, Mashoto K, Astrom An. Prevalence And Socio-Behavioral Influence Of Early Childhood Caries, Ecc, And Feeding Habits Among 6 - 36 Months Old Children In Uganda And Tanzania. *Bmc Oral Health*. 2012 Jul 26;12(1).
42. Almushayt As, Cert P, Sharaf Aa, Meligy Os El, Tallab Hy, Meligy O El. Dietary And Feeding Habits In A Sample Of Preschool Children In Severe Early Childhood Caries (S-Ecc). *Jkau: Med Sci*. 2009;16(4):13–36.
43. Seow Wk. Biological Mechanisms Of Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1 Suppl.):8–27.
44. Tsang C, Sokal-Gutierrez K, Patel P, Lewis B, Huang D, Ronsin K, Et Al. Early Childhood Oral Health And Nutrition In Urban And Rural Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 2;16(14).
45. Reich E, Lussi A, Newbrun E. Caries-risk assessment. *Int Dent J*. 1999 Feb;49(1):15-26.
46. De Jesus Vc, Khan Mw, Mittermuller Ba, Duan K, Hu P, Schroth Rj, Et Al. Characterization Of Supragingival Plaque And Oral Swab Microbiomes In Children With Severe Early Childhood Caries. *Front Microbiol*. 2021 Jun 25;12.
47. De Jesus Vc, Shikder R, Oryniak D, Mann K, Alamri A, Mittermuller B, Et Al. Sex-Based Diverse Plaque Microbiota In Children With Severe Caries. *J Dent Res*. 2020 Jun 1;99(6):703–12.
48. Zhang Y, Fang J, Yang J, Gao X, Dong L, Zheng X, Et Al. Streptococcus Mutans-Associated Bacteria In Dental Plaque Of Severe Early Childhood Caries. *J Oral Microbiol*. 2022;14(1).
49. Mitrakul K, Chanvitan S, Jeamset A, Vongsawan K. Quantitative Analysis Of S. Mutans, Lactobacillus And Bifidobacterium Found In Initial And Mature Plaques In Thai Children With Early Childhood Caries. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2017 Aug 1;18(4):251–61.
50. Tanner Acr, Mathney Jmj, Kent Rl, Chalmers N1, Hughes C V., Loo Cy, Et Al. Cultivable Anaerobic Microbiota Of Severe Early Childhood Caries. *J Clin Microbiol*. 2011 Apr;49(4):1464–74.
51. Zhang Y, Huang S, Jia S, Sun Z, Li S, Li F, Et Al. The Predictive Power Of Saliva Electrolytes Exceeds That Of Saliva Microbiomes In Diagnosing Early Childhood Caries. *J Oral Microbiol*. 2021;13(1).
52. Carey Cm. Remineralization Of Early Enamel Lesions With Apatite-Forming Salt. *Dent J (Basel)*. 2023 Aug 1;11(8).
53. Bowen Wh. The Stephan Curve Revisited. *Odontology*. 2013 Jan 1;101(1):2–8.
54. Fontana M, Zero Dt. Assessing Patients' Caries Risk. *Journal Of The American Dental Association*. 2006 Sep 1;137(9):1231–9.

55. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent*. 2019 Mar 15;41(2):95-112.
56. Selen Mb, Demir P, Inceoglu F. Evaluation Of Possible Associated Factors For Early Childhood Caries: Are Preterm Birth And Birth Weight Related? *Bmc Oral Health*. 2024 Dec 1;24(1).
57. Rizzardi KF, Crescente CL, Indiani CMDSP, Steiner-Oliveira C, Nobre-Dos-Santos M, Parisotto TM. Early childhood caries, obesity and anthropometric measurements: Is there a relationship? *Front Nutr*. 2022 Aug 10;9:873562.
58. Sabharwal A, Stellrecht E, Scannapieco Fa. Associations Between Dental Caries And Systemic Diseases: A Scoping Review. *Bmc Oral Health*. 2021 Dec 1;21(1).
59. Losso Em, Tavares Mcr, Da Silva Jyb, Urban Cda. Severe Early Childhood Caries: An Integral Approach. Vol. 85, *Jornal De Pediatria*. Sociedade Brasileira De Pediatria; 2009. P. 295–300.
60. Burt Ba, Pai S. Does Low Birthweight Increase The Risk Of Caries? A Systematic Review. *J Dent Educ*. 2001 Oct;65(10):1024–7.
61. Masumo R, Birungi N, Bårdsen A, Fadnes Lt, Åstrom An. Impact Of Low Birthweight On Early Childhood Caries In 6-36 Months Old Infants In Uganda: A Cross-Sectional Study. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(4):312–20.
62. Shi L, Jia J, Li C, Zhao C, Li T, Shi H, Et Al. Relationship Between Preterm, Low Birth Weight And Early Childhood Caries: A Meta-Analysis Of The Case–Control And Cross-Sectional Study. *Biosci Rep*. 2020 Aug 1;40(8).
63. Al-Sum Ba, Kumar Mishra S, Srivastava D. National Scientific Committee National Editorial Advisory Board. Available From: www.ijphrd.com
64. Kim Seow W. Environmental, Maternal, And Child Factors Which Contribute To Early Childhood Caries: A Unifying Conceptual Model. Vol. 22, *International Journal Of Paediatric Dentistry*. 2012. P. 157–68.
65. Setiawati, F., Sutadi, H., & Rahardjo, A. (2017). Relationship Between Breastfeeding Status And Early Childhood Caries Prevalence In 6-24 Months Old Children In Jakarta. *Journal Of International Dental And Medical Research*, 10(2), 308.
66. Nunes Amm, Alves Cmc, Borba De Araújo F, Ortiz Tml, Ribeiro Mrc, Silva Aam Da, Et Al. Association Between Prolonged Breast-Feeding And Early Childhood Caries: A Hierarchical Approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Dec;40(6):542–9.
67. Ji S, Guan X, Ma L, Huang P, Lin H, Han R. Iron Deficiency Anemia Associated Factors And Early Childhood Caries In Qingdao. *Bmc Oral Health*. 2022 Dec 1;22(1).
68. Olatosi, O. O., & Sote, E. O. (2014). Association Of Early Childhood Caries With Breastfeeding And Bottle Feeding In Southwestern Nigerian Children Of Preschool Age. *Journal Of The West African College Of Surgeons*, 4(1), 31.

69. Palaz Zh, Aktaş N. Anne Sütü Alım Süresi, Emzik Ve Biberon Kullanımının Erken Çocukluk Çağı Çürüğü İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Ado Klinik Bilimler Dergisi*. 2023 May 13;12(2):214–21.
70. Mobaraki S, Avşar A. Anne Yaşının Erken Çocukluk Çağı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023 Aug 30;16(2):129–35.
71. Un Lam C, Khin Lw, Kalhan Ac, Yee R, Lee Ys, Chong Mff, Et Al. Identification Of Caries Risk Determinants İn Toddlers: Results Of The Gusto Birth Cohort Study. *Caries Res*. 2017 Aug 1;51(4):271–82.
72. Geethapriya Pr, Asokan S, Yogeshkumar Td, Elamathe M. Association Between Sleep Patterns And Early Childhood Caries İn 3-4-Year-Old Children: A Cross-Sectional Study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2023 Jan 1;41(1):22–8.
73. Hariyani N, Do Lg, Spencer Aj, Thomson Wm, Scott Ja, Ha Dh. Maternal Caries Experience İnfluences Offspring’s Early Childhood Caries—A Birth Cohort Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020 Dec 1;48(6):561–9.
74. Kolisa Y. African Journal Of Primary Health Care & Family Medicine Affiliation: Introduction And Background. *Afr J Prm Health Care Fam Med [Internet]*. 2016;8(1):794. Available From: [Http://Dx.Doi.Org/10.4102/Phcfm.V8i1.794](http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.794)
75. Singh R, Patil Ss, Madhu K, Thakur R, Nimbeni Sb, Nayak M, Et Al. Evaluation Of The Effectiveness Of Video-Based Intervention On The Knowledge Of Infant Oral Health Among New Mothers. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022 May 1;15(3):280–6.
76. 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. Vol. 53, *Caries Research*. S. Karger Ag; 2019. P. 411–21.
77. Kellesarian Sv, Malignaggi Vr, De Freitas Pc, Ahmed Hb, Javed F. Association Between Prenatal Maternal Cigarette Smoking And Early Childhood Caries. A Systematic Review. Vol. 9, *Journal Of Clinical And Experimental Dentistry*. Medicina Oral S.L.; 2017. P. E1141–6.
78. Claudia C, Ju X, Mejia G, Jamieson Lm. The Relationship Between Maternal Smoking During Pregnancy And Parental-Reported Experience Of Dental Caries İn Indigenous Australian Children. *Community Dent Health*. 2016 Dec 1;33(4):297–302.
79. Julihn A, Soares Fc, Hjern A, Dahllöf G. Socioeconomic Determinants, Maternal Health, And Caries İn Young Children. *Jdr Clin Trans Res*. 2018 Oct 1;3(4):395–404.
80. Auger N, Low N, Lee G, Ayoub A, Nicolau B. Prenatal Substance Use Disorders And Dental Caries İn Children. *J Dent Res*. 2020 Apr 1;99(4):395–401.
81. Tolomeu JSO, Soares MEC, Mourão PS, Ramos-Jorge ML. Is gestational diabetes mellitus associated with developmental defects of enamel in children? A systematic review with meta-analysis. *Arch Oral Biol*. 2022 Sep;141:105488.

82. Van Der Tas Jt, Wolvius Eb, Kragt L, Rivadeneira F, Moll Ha, Steegers Eap, Et Al. Caries Experience Among Children Born After A Complicated Pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021 Jun 1;49(3):225–31.
83. Singleton R, Day G, Thomas T, Schroth R, Klejka J, Lenaker D, Et Al. Association Of Maternal Vitamin D Deficiency With Early Childhood Caries. *J Dent Res*. 2019 May 1;98(5):549–55.
84. Schroth RJ, Christensen J, Morris M, Gregory P, Mittermuller BA, Rockman-Greenberg C. The Influence of Prenatal Vitamin D Supplementation on Dental Caries in Infants. *J Can Dent Assoc*. 2020 Nov;86:k13.
85. Peña-Rosas Jp, De-Regil Lm, Garcia-Casal Mn, Dowswell T. Daily Oral Iron Supplementation During Pregnancy. Vol. 2015, *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. John Wiley And Sons Ltd; 2015. P. 1–527.
86. Lu J, Ji S, Ma L, Wang Y, Wang Y, Yue J, Et Al. Iron Level In Pregnant Rats Is Associated With Caries Susceptibility In Offsprings. *Biol Trace Elem Res*. 2024;
87. Mills, L. W., & Moses, D. T. (2002). Oral Health During Pregnancy. *Mcn: The American Journal Of Maternal/Child Nursing*, 27(5), 275-280.
88. Jevtić M, Pantelinaci J, Jovanović Ilić T, Petrović V, Grgić O, Blazić L. The Role Of Nutrition In Caries Prevention And Maintenance Of Oral Health During Pregnancy. *Med Pregl*. 2015 Nov 1;68(11–12):387–93.
89. Boustedt K, Roswall J, Twetman S, Dahlgren J. Influence Of Mode Of Delivery, Family And Nursing Determinants On Early Childhood Caries Development: A Prospective Cohort Study. *Acta Odontol Scand*. 2018 Nov 17;76(8):595–9.
90. Sun L. The Association Between Postpartum Depression And Early Childhood Caries. *Acta Odontol Scand*. 2020 Jul 3;78(5):352–7.
91. Sahu P, Agrawal A, Jain D, Choudhary N. Association Of Early Childhood Caries And Multiple Variable Factors In 3–6-Year-Old Children. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023 Jan 1;16(1):42–7.
92. Paglia L. Oral Prevention Starts With The Mother. Vol. 20, *European Journal Of Paediatric Dentistry*. Ariesdue Srl; 2019. P. 173–173.
93. Tinanoff N, Reisine S. Update On Early Childhood Caries Since The Surgeon General’s Report. *Acad Pediatr*. 2009 Nov;9(6):396–403.
94. Plutzer K, Keirse Mjnc. Influence Of First-Time Mothers’ Early Employment On Severe Early Childhood Caries In Their Child. *Int J Pediatr*. 2012;2012:1–6.
95. Costa F Dos S, Azevedo Ms, Ardenghi Tm, Pinheiro Rt, Demarco Ff, Goettems Ml. Do Maternal Depression And Anxiety Influence Children’s Oral Health-Related Quality Of Life? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Oct 1;45(5):398–406.

96. Agarwal V, Nagarajappa R, Keshavappa Sb, Lingesha Rt. Association Of Maternal Risk Factors With Early Childhood Caries In Schoolchildren Of Moradabad, India. *Int J Paediatr Dent*. 2011 Sep;21(5):382–8.
97. Pinto G Dos S, Azevedo Ms, Goettems Ml, Correa Mb, Pinheiro Rt, Demarco Ff. Are Maternal Factors Predictors For Early Childhood Caries? Results From A Cohort In Southern Brazil. *Braz Dent J*. 2017 Aug 2;28(3):391–7.
98. Ersin NK, Eronat N, Cogulu D, Uzel A, Aksit S. Association of maternal-child characteristics as a factor in early childhood caries and salivary bacterial counts. *J Dent Child (Chic)*. 2006 May-Aug;73(2):105-11.
99. Akarslan ZZ, Sadik B, Sadik E, Erten H. Dietary habits and oral health related behaviors in relation to DMFT indexes of a group of young adult patients attending a dental school. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Dec 1;13(12):E800-7.
100. Cariño Kmg, Shinada K, Kawaguchi Y. Early Childhood Caries In Northern Philippines. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Apr;31(2):81–9.
101. Folayan Mo, Oginni Ab, El Tantawi M, Finlayson Tl, Adeniyi A. Epidemiological Profile Of Early Childhood Caries In A Sub-Urban Population In Nigeria. *Bmc Oral Health*. 2021 Dec 1;21(1).
102. Koçanalı B, Topaloğlu Ak A, Çoğulu D. Çocuklarda Diş Çürüğüne Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. *The Journal Of Pediatric Research*. 2014 Jun 5;1(2):76–9.
103. Martinez-Mier Ea, Zandona Af. The Impact Of Gender On Caries Prevalence And Risk Assessment. Vol. 57, *Dental Clinics Of North America*. 2013. P. 301–15.
104. Bulut G, Kılınç G. Evaluation Of The First Permanent Molar Teeth In Children Aged 7-12 Years In Izmir: A Radiographic Study. *Akdeniz Medical Journal*. 2020 Sep 30;
105. Devan I, Ramanarayanan V, Janakiram C. Prevalence Of Early Childhood Caries In India: A Systematic Review And Meta-Analysis. Vol. 66, *Indian Journal Of Public Health*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2022. P. 3–11.
106. Öz E, Kırzioğlu Z. Çocuklarda Erken Doğum Ve Düşük Doğum Ağırlığının Erken Çocukluk Çağı Çürükleri Üzerine Etkileri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021 Aug 31;23(2):361–9.
107. Saleem U, Bibi S, Jamil B. Early Childhood Caries And Its Relationship With Different Risk Factors In Preschool Children. Vol. 29.
108. Araştırma Makalesi O, Güler Ç, Eltas A, Güneş D, Alper Görgeç V, Ersöz M, Et Al. Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. Vol. 2, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012.
109. Alosaimi B, Alturki G, Alnofal S, Alosaimi N, Ansari Sh. Scient Open Access Exploring The World Of Science Assessing Untreated Dental Caries Among Private And Public Preschool Children In Riyadh, A Cross-Sectional Study Design. Available From: [Www.Scientonline.Org](http://www.scientonline.org)

110. Erkoç, Z. (2023). Denizli İlinde Yaşayan Geriatrik Bireylerin Oral Hijyen Alışkanlıklarının Sosyodemografik Veriler Ve Kronik Hastalıklar Açısından İncelenmesi.
111. Kâtip İ, Üniversitesi Ç, Fakültesi Sb, Dila E, Ören T, Üyesi Ö, Et Al. Topaloğlu Ören Ve Ark., Emzirme Tutumu Ve Etkileyen Faktörler İkçüsbfd. Vol. 8, Dergisi. 2023.
112. Oncu U, Nalbantoglu B, Guzel E, Nalbantoglu A, Demirsoy U, Cakan M. Effect Of Socioeconomic Level Of The Family, And Mother's Knowledge Of Nutrition On Percentiles Of Children Aged Between One, And Five Years. Tuberculin Skin Test İn Children. 2013 Mar 13;11(2):64–72.
113. Org K, Özmen D, Çetinkaya Aç, Ergin D, Şen N, Erbay Pd. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (2) 98 Www Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları Ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları Kor Hek 2007; 6 (2): 98-105 [Internet]. Available From: Www.Korhek.Org
114. Avan, M. (2006). Mardin İli Kızıltepe İlçesindeki Merkez İlköğretim Okullarında Okuyan 6. 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma.
115. Bodrumlu Eh, Avşar A. Erken Çocukluk Dönemi Çürükleri Early Childhood Caries. Vol. 28, Gü Diş Hek Fak Derg. 2011.
116. Alaki SM, Burt BA, Garetz SL. Middle ear and respiratory infections in early childhood and their association with early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2008 Mar-Apr;30(2):105-10.
117. Nelson S, Nechvatal N, Weber J, Canion S. Dental Caries And Ear Infections İn Preschool-Aged Children. Vol. 3, Oral Health Prev Dent. 2005.
118. Menzies R, Mcintyre P. Vaccine Preventable Diseases And Vaccination Policy For İndigenous Populations. Vol. 28, Epidemiologic Reviews. 2006. P. 71–80.
119. Xu L, Wang J, Han R, Wang Y, Yue J, Ma L. Iron Level Participates İn The Pathological Damages Of Dental Caries İn Infant Rats By Affecting Enamel Mineralization. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*. 2023 Jul 1;47(4):86–94.
120. Carlos Zaror S, Jorge Sapunar Z, Sergio Muñoz N, Damaris González C. Association Between Overweight And Early Childhood Caries. *Rev Chil Pediatr*. 2014 Jul 1;85(4):455–61.
121. Alm A, Isaksson H, Fåhraeus C, Koch G, Andersson-Gäre B, Nilsson M, Et Al. Bmi Status İn Swedish Children And Young Adults İn Relation To Caries Prevalence. *Swed Dent J*. 2011;35.
122. Porhashemi J, Garshasby K, Nahvi A. Relationship Between Sever Early Childhood Caries And Bmi İn 2-4-Year-Old Children İn Tehran Kindergartens.

123. Occhi-Alexandre Igp, Cruz Pv, Bendo Cb, Paiva Sm, Pordeus Ia, Martins Cc. Prevalence Of Dental Caries In Preschool Children Born Preterm And/Or With Low Birth Weight: A Systematic Review With Meta-Analysis Of Prevalence Data. Vol. 30, International Journal Of Paediatric Dentistry. Blackwell Publishing Ltd; 2020. P. 265–75.
124. Cortines Aa De O, Corrêa-Faria P, Paulsson L, Costa Ps, Costa Lr. Developmental Defects Of Enamel In The Deciduous Incisors Of Infants Born Preterm: Prospective Cohort. Oral Dis. 2019 Mar 1;25(2):543–9.
125. Schüler Im, Haberstroh S, Dawczynski K, Lehmann T, Heinrich-Weltzien R. Dental Caries And Developmental Defects Of Enamel In The Primary Dentition Of Preterm Infants: Case-Control Observational Study. In: Caries Research. S. Karger Ag; 2018. P. 22–31.
126. Boustedt K, Roswall J, Kjellberg E, Twetman S, Dahlgren J. A Prospective Study Of Perinatal And Metabolic Risk Factors For Early Childhood Caries. Acta Paediatrica, International Journal Of Paediatrics. 2020 Nov 1;109(11):2356–61.
127. Da Silva Castro Cr, De Sousa Cabral Mbb, Mota Ela, Cangussu Mct, Vianna Mıp. Analysis Of The Influence Of Low Birth Weight On The Time Of Eruption Of Dental Caries In Children In Early Childhood. J Public Health Dent. 2019 Dec 1;79(4):292–7.
128. Öz E, Kırzioğlu Z. Çocuklarda Erken Doğum Ve Düşük Doğum Ağırlığının Erken Çocukluk Çağı Çürükleri Üzerine Etkileri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021 Aug 31;23(2):361–9.
129. Tanaka K, Miyake Y. Low Birth Weight, Preterm Birth Or Small-For-Gestational-Age Are Not Associated With Dental Caries In Young Japanese Children [Internet]. 2014. Available From: [Http://Www.Biomedcentral.Com/1472-6831/14/38](http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/38)
130. Burt Ba, Pai S. Does Low Birthweight Increase The Risk Of Caries? A Systematic Review. J Dent Educ. 2001 Oct;65(10):1024–7.
131. Koberova R, Radochova V, Zemankova J, Ryskova L, Broukal Z, Merglova V. Evaluation Of The Risk Factors Of Dental Caries In Children With Very Low Birth Weight And Normal Birth Weight. BMC Oral Health. 2021 Dec 1;21(1).
132. Özalper, B. (2014). Gebelikte Beslenme. Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 2(2), 270-278.
133. Várbíró S, Takács I, Túó L, Nas K, Sziva RE, Hetthéssy JR, Török M. Effects of Vitamin D on Fertility, Pregnancy and Polycystic Ovary Syndrome-A Review. Nutrients. 2022 Apr 15;14(8):1649.
134. Güler B, Bilgiç D, Okumuş H, Yağcan H. Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi [Internet]. Vol. 12. Available From: [Http://Www.Deuhyoedergi.Org](http://www.deuhyoedergi.org)

135. Kani Kv, Bebeklerde A. T.C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
136. Sezgin D, Aydın Kartal Y. Gebelik Döneminde Kanıta Dayalı Yaklaşımların Güncel Rehberler Doğrultusunda İncelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021 Jun 30;10(1):92–107.
137. Güler B, Bilgiç D, Okumuş H, Yağcan H. Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi [Internet]. Vol. 12. Available From: <Http://Www.Deuhyoedergi.Org>
138. Ota E, Mori R, Middleton P, Tobe-Gai R, Mahomed K, Miyazaki C, Et Al. Zinc Supplementation For Improving Pregnancy And Infant Outcome. Vol. 2015, Cochrane Database Of Systematic Reviews. John Wiley And Sons Ltd; 2015.
139. Saranac L, Zivanovic S, Bjelakovic B, Stamenkovic H, Novak M, Kamenov B. Why Is The Thyroid So Prone To Autoimmune Disease? Vol. 75, Hormone Research In Paediatrics. 2011. P. 157–65.
140. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M, Medley N. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 25;2015(2):CD007079.
141. Çobanoğlu A. Gebelerin İlaç Kullanım Durumu Ve Güvenli İlaç Kullanımı Bilgilerinin İncelenmesi. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences. 2020 Dec 25;463–9.
142. Sezgin D, Aydın Kartal Y. Gebelik Döneminde Kanıta Dayalı Yaklaşımların Güncel Rehberler Doğrultusunda İncelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021 Jun 30;10(1):92–107.
143. Orton S, Coleman T, Coleman-Haynes T, Ussher M. Predictors Of Postpartum Return To Smoking: A Systematic Review. Vol. 20, Nicotine And Tobacco Research. Oxford University Press; 2018. P. 665–73.
144. Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Ariöz, A., & Koçoğlu, D. (2009). Spontan Preterm Doğum Sıklığı Ve İlişkili Faktörler.
145. Moraes, A. B. D., Zanini, R. R., Riboldi, J., & Giugliani, E. R. J. (2012). Risk Factors For Low Birth Weight In Rio Grande Do Sul State, Brazil: Classical And Multilevel Analysis. *Cadernos De Saude Publica*, 28, 2293-2305.
146. Habibian M, Roberts G, Lawson M, Stevenson R, Harris S. Dietary Habits And Dental Health Over The First 18 Months Of Life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29(4):239–46.
147. Lotto M, Strieder Ap, Ayala Aguirre Pe, Andrade Moreira Machado Ma, Rios D, Cruvinel A, Et Al. Parental Perspectives On Early Childhood Caries: A Qualitative Study. *Int J Paediatr Dent*. 2020 Jul 1;30(4):451–8.

148. Saraç F, Baş A, Çelikel P, Yücel R, Derelioğlu S. Assessment Of The Early Childhood Caries Risk Factors İn 2-5 Years Old Children İn The City Of Erzurum Andparental Knowledge/Behaviors: A Cross-Sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal Of Dental Sciences*. 2023;29(4):551–8.
149. Habibian M, Beighton D, Stevenson R, Lawson M, Roberts G. Relationships Between Dietary Behaviours, Oral Hygiene And Mutans Streptococci İn Dental Plaque Of A Group Of Infants İn Southern England. Vol. 47, *Archives Of Oral Biology*. 2002.
150. Qin M, Li J, Zhang S, Ma W. Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatr Dent*. 2008 Mar-Apr;30(2):122-8. PMID: 18481576.
151. Pars H, Çavuşoğlu H. The Effect Of Mothers' Knowledge Of And Practice Towards Oral Health On The Dental Health Of Children Under Five: A Comparative Cross-Sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*. 2019;11(2):148–61.
152. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson Nw. Effect Of Toothbrushing Frequency On İncidence And İncrment Of Dental Caries: A Systematic Review And Meta-Analysis. Vol. 95, *Journal Of Dental Research*. Sage Publications Inc.; 2016. P. 1230–6.
153. Rahayu C, Mulyadi F, Ila Robbihi H, Sopianah Y, Keperawatan Gigi J, Kemenkes Tasikmalaya P, Et Al. Science Midwifery Literature Review: Parental Behavior İn The Habit Of Brushing Preschool Children's Teeth Against Early Childhood Caries [Internet]. Vol. 10, *Science Midwifery*. Online; 2022. Available From: Www.Midwifery.İocspublisher.Orgjournalhomepage:Www.Midwifery.İocspublisher.Org
154. Boustedt K, Dahlgren J, Twetman S, Roswall J. Tooth Brushing Habits And Prevalence Of Early Childhood Caries: A Prospective Cohort Study. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2020 Feb 1;21(1):155–9.
155. Tsai Aı, Chen Cy, Li La, Hsiang Cl, Hsu Kh. Risk İndicators For Early Childhood Caries İn Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Dec;34(6):437–45.
156. Ghazal T, Levy Sm, Childers Nk, Broffitt B, Cutter Gr, Wiener Hw, Et Al. Factors Associated With Early Childhood Caries İncidence Among High Caries-Risk Children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 Aug 1;43(4):366–74.
157. Kolker JL, Yuan Y, Burt BA, Sandretto AM, Sohn W, Lang SW, Ismail AI. Dental caries and dietary patterns in low-income African American children. *Pediatr Dent*. 2007 Nov-Dec;29(6):457-64.
158. Warren Jj, Weber-Gasparoni K, Marshall Ta, Drake Dr, Dehkordi-Vakil F, Kolker JI, Et Al. Factors Associated With Dental Caries Experience İn 1-Year-Old Children. *J Public Health Dent*. 2008 Mar;68(2):70–5.
159. Zhao Y, Ge LH, Yu C, Liu Z, Wang YF. [The relationship between early childhood caries and child temperament]. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2006 Jul;41(7):422-5.

160. Saraç F, Baş A, Çelikel P, Yücel R, Derelioğlu S. Assessment Of The Early Childhood Caries Risk Factors İn 2-5 Years Old Children İn The City Of Erzurum Andparental Knowledge/Behaviors: A Cross-Sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal Of Dental Sciences*. 2023;29(4):551–8.
161. Kaya M, Mete Mandacı S, Kargül B. Risk Factors For Early Childhood Caries: A Crosssectional Study İn A Dental School. *Bezmialem Science*. 2018 Oct 1;6(4):272–8.
162. Bulut G, Bulut H, Eğitim İ, Hastanesi D, Kliniği P, Diş Eü, Et Al. Okul Öncesi Çocuklarda Erken Çocukluk Çağı Çürüklerine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma Evaluation Of Factors Affecting Early Childhood Caries İn Preschool Children: A Cross-Sectional Study İn A Dental Hospital. Vol. 41, *Araştırma Eü Dişhek Fak Derg*. 2020.
163. Collett Br, Huebner Ce, Seminario Al, Wallace E, Gray Ke, Speltz Ml. Observed Child And Parent Toothbrushing Behaviors And Child Oral Health. *Int J Paediatr Dent*. 2016 May 1;26(3):184–92.
164. Ünal Kocaman G, Çebi At. Erken Çocukluk Çağı Çürüklerinin Önlenmesinde Annelerin Oral Hijyen Alışkanlıkları Ve Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi Düzeyinin Ve Farkındalıklarının Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019 Sep 20;10(3):268–72.
165. Hallett Kb, O’rourke Pk. Social And Behavioural Determinants Of Early Childhood Caries. *Aust Dent J*. 2003;48(1):27–33.
166. Karabekiroğlu S, Ünlü Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi N, Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı R. Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri Ve Önemi The Importance And Role Of Early Prevention Practices İn Community-Based Preventive Oral Health Programs. Vol. 26, *Eü Dişhek Fak Derg*. 2005.
167. Gussy Mg, Waters Eg, Walsh O, Kilpatrick Nm. Early Childhood Caries: Current Evidence For Aetiology And Prevention. Vol. 42, *Journal Of Paediatrics And Child Health*. 2006. P. 37–43.
168. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh Bh, Konde S. *European Journal Of Dentistry*. Vol. 6. 2012.
169. Ak At, Aksoy H, Özdaş Dö, Aydın İ, Dişhekimliği Ü, Pedodonti F, Et Al. Türk Ailelerinin Florlu Diş Macunu Ve Topikal Flor Uygulamaları Hakkında Bilgi Ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Pilot Çalışma 1 Evaluation Of Turkish Parents’ Knowledge And Opinions About Fluoride Toothpaste And Topical Fluoride Applications: A Pilot. Vol. 39, *Araştırma Eü Dişhek Fak Derg*. 2018.

170. Kemaloğlu, H., Yıldırım, G., Kaya, A., & Önal, B. (2014). İzmir İlinin Seferihisar İlçesindeki 8-12 Ve 13-16 Yaşaralığındaki Çocuklarda Çürük Dağılımını Değerlendirilmesi, Bölüm: 1. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 24(3), 353-359.
171. World Health Organization. (2017). Who Expert Consultation On Public Health Intervention Against Early Childhood Caries: Report Of A Meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. In Who Expert Consultation On Public Health Intervention Against Early Childhood Caries: Report Of A Meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016.
172. Cui L, Li X, Tian Y, Bao J, Wang L, Xu D, Et Al. Breastfeeding And Early Childhood Caries: A Meta-Analysis Of Observational Studies. Asia Pac J Clin Nutr. 2017;26(5):867–80.
173. Haag Dg, Jamieson Lm, Hedges J, Smithers Lg. Is There An Association Between Breastfeeding And Dental Caries Among Three-Year-Old Australian Aboriginal Children? Nutrients. 2019 Nov 1;11(11).
174. Chiao, C., Kaye, E., Scott, T., Hayes, C., & Garcia, R. I. (2021). Breastfeeding And Early Childhood Caries: Findings From The National Health And Nutrition Examination Survey, 2011 To 2018. Pediatric Dentistry, 43(4), 276-281.
175. Tyagi, R. (2008). The Prevalence Of Nursing Caries İn Davangere Preschool Children And Its Relationship With Feeding Practices And Socioeconomic Status Of The Family. Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry, 26(4), 153-157.
176. Nunes Amm, Alves Cmc, Borba De Araújo F, Ortiz Tml, Ribeiro Mrc, Silva Aam Da, Et Al. Association Between Prolonged Breast-Feeding And Early Childhood Caries: A Hierarchical Approach. Community Dent Oral Epidemiol. 2012 Dec;40(6):542–9.
177. Pires Ap, Santos D, Mendes Soviero V. Caries Prevalence And Risk Factors Among Children Aged 0 To 36 Months Prevalência De Cárie E Fatores De Risco Em Crianças De 0 A 36 Meses. Vol. 16, Pesqui Odontol Bras. 2002.
178. Abada Tsj, Trovato F, Lalu N. Determinants Of Breastfeeding İn The Philippines: A Survival Analysis. Vol. 52, Social Science And Medicine. 2001.
179. Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H., Targan, Ş., & Hassoy, H. (2005). Toplumda Anne Sütü Verme Eğilimi Ve Buna Etki Eden Faktörler. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, 48(3), 226-233.
180. Oncu U, Nalbantoglu B, Guzel E, Nalbantoglu A, Demirsoy U, Cakan M. Effect Of Socioeconomic Level Of The Family, And Mother's Knowledge Of Nutrition On Percentiles Of Children Aged Between One, And Five Years. Tuberculin Skin Test İn Children. 2013 Mar 13;11(2):64–72.

181. Çalik Ky, Coşar Çetin F, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları Ve Etkileyen Faktörler Breastfeeding Practices Of Mothers And Influencing Practices. Vol. 6, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi Gusbd. 2017.
182. Kondolot M, Songül Yalçın S, Yurdakök K, Üniversitesi H, Fakültesi T, Pediatri S, Et Al. Sadece Anne Sütü Alım Durumuna Etki Eden Faktörler. Vol. 52, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi. 2009.
183. Oncu U, Nalbantoglu B, Guzel E, Nalbantoglu A, Demirsoy U, Cakan M. Effect Of Socioeconomic Level Of The Family, And Mother's Knowledge Of Nutrition On Percentiles Of Children Aged Between One, And Five Years. Tuberculin Skin Test In Children. 2013 Mar 13;11(2):64–72.
184. S Neto, E. T. D., Zandonade, E., & Emmerich, A. O. (2013). Analysis Models For Variables Associated With Breastfeeding Duration. *Revista Paulista De Pediatria*, 31, 306-314.
185. Tanrıkulu, P. Ç., Ersoy, N., & Ersoy, G. (2012). 6-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin, Emzirme Sürelerinin Ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 40(2), 120-127.
186. Horowitz Hs. Research Issues In Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1 Suppl.):67–81.
187. Seow Wk, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study Of Early Childhood Caries In Australia. *Caries Res*. 2009 Mar;43(1):25–35.
188. Alaluusua S, Malmivirta R. Early Plaque Accumulation — A Sign For Caries Risk In Young Children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22(5pt1):273–6.
189. Paunio, P., Rautava, P., Helenius, H., Ala-Nen, P., & Sillanpää, M. The Finnish Family Competence Study: The Relationship Between Caries. *Dental Health Habits And General Health In*, 154-160.
190. Palaz Zh, Aktaş N. Anne Sütü Alım Süresi, Emzik Ve Biberon Kullanımının Erken Çocukluk Çağı Çürüğü İle İlişkinin Değerlendirilmesi. *Ado Klinik Bilimler Dergisi*. 2023 May 13;12(2):214–21.
191. Ci Fier Use, P., & Caries, E. C. (2003). An Ev İdence-Based Study Of The Literature. *Journal Of The Canadian Dental Association*, 69(1).
192. De Grauwe A, Aps Jk, Martens Lc. Early Childhood Caries (Ecc): What's In A Name? *Eur J Paediatr Dent*. 2004 Jun;5(2):62-70. Pmid: 15198622.
193. Vázquez-Nava F, Vázquez Rem, Saldivar Gah, Beltrán Gfj, Almeida Avm, Vázquez Rcf. Allergic Rhinitis, Feeding And Oral Habits, Toothbrushing And Socioeconomic Status: Effects On Development Of Dental Caries In Primary Dentition. *Caries Res*. 2008 Apr;42(2):141–7.

194. Menghini G, Steiner M, Thomet E, Roos M, Imfeld T. Caries Prevalence In 2-Year-Old Children In The City Of Zurich. *Community Dent Health*. 2008 Sep;25(3):154–60.
195. Ci Fier Use, P., & Caries, E. C. (2003). An Ev İdence-Based Study Of The Literature. *Journal Of The Canadian Dental Association*, 69(1).
196. Yahşı A, Şaylı T. Factors Affecting Breast Milk And The Effects Of Pacifier Use On Breastfeeding. *Pamukkale Medical Journal*. 2022 Jan 10;15(4):788–95.
197. Tunç Eş, Kaya Z. Okul Öncesi Çocuğu Olan Annelerin Emzik Kullanımı Hakkında Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal*. 2023 Apr 27;10(1):57–64.
198. Nakayama Y, Ohnishi H. Risk Factors for Early Childhood Caries in Three-Year-Old Japanese Children: A Prospective Cohort Study. *Pediatr Dent*. 2022 Sep 15;44(5):346–354.
199. Van Palenstein Helderma Wh, Soe W, Van 'T Hof Ma. Risk Factors Of Early Childhood Caries İN A Southeast Asian Population. *J Dent Res*. 2006 Jan;85(1):85–8.
200. Elise G, Coleman D. School Of Public Health Early Childhood Feeding Practices And Dental Caries In Australian Pre-Schoolers. 2020.
201. Abdulaziz R, Suryanti N, Setiawan As. A Review On Maternal Parenting, Child's Growth Stunting, And Oral Health. Vol. 18, *European Journal Of Dentistry*. Georg Thieme Verlag; 2024. P. 26–40.
202. Ribeiro Ccc, Silva Mcb Da, Nunes Amm, Thomaz Eb De Af, Carmo Cds, Ribeiro Mrc, Et Al. Overweight, Obese, Underweight, And Frequency Of Sugar Consumption As Risk İndicators For Early Childhood Caries İN Brazilian Preschool Children. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Nov 1;27(6):532–9.
203. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res*. 1999;33(2):101-13.
204. Emel Alphan Dm, Doç Yaşar Keskin Y, Tatlı F. Özel Okul Ve Devlet Okulunda Öğrenim Gören Adolesan Dönemindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması Comparison Of Nutritional Behaviour Of Adoles-Cents İN Private And Public School. Vol. 31, *J Nutr And Diet*. 2002.
205. Oziegbe Eo, Esan Ta. Prevalence And Clinical Consequences Of Untreated Dental Caries Using Pufa İndex İN Suburban Nigerian School Children. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2013 Aug;14(4):227–31.
206. Sharna N, Ramakrishnan M, Samuel V, Ravikumar D, Cheenglembi K, Anil S. Association Between Early Childhood Caries And Quality Of Life: Early Childhood Oral Health İmpact Scale And Pufa İndex. *Dent J (Basel)*. 2019 Sep 25;7(4).

207. Arora D, Oberoi Ss, Marya C, Dhingra C. A Cross-Sectional Study For Assessment Of Untreated Dental Caries And Its Consequences Among Slum-Dwelling Children. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2017 Mar;10(1):29–33.
208. Jaggi A, Marya Cm, Nagpal R, Oberoi Ss, Kataria S, Taneja P. Impact Of Early Childhood Caries On Oral Health-Related Quality Of Life Among 4–6-Year-Old Children Attending Delhi Schools: A Cross-Sectional Study. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 May 1;12(3):215–21.
209. Gandeeban K, Ramakrishnan M, Halawany HS, Abraham NB, Jacob V, Anil S. The Role of Feeding Practices as a Determinant of the pufa Index in Children with Early Childhood Caries. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):464-471.
210. Sagana M, Adimulapu D, Sandeep H. Assessment Of Pufa Index İn Diabetes Vs Non Diabetic Patients. Vol. 2022, *Specialusis Ugdymas / Special Education.*
211. Pasha L, Farid H, Hassan F, Pasha Y. Influence Of Parental Socio Economic Status On Caries Prevalence Among Children Using Pufa Index. Vol. 38, *Pakistan Oral & Dental Journal.*
212. Ozsin Ozler C, Uzamis Tekcicek M, Ozdemir P, Guciz Dogan B. Pufa Index and Related Factors Among 36- to 71-month-old Children in Turkey: A Cross-Sectional Study. *Oral Health Prev Dent.* 2018;16(5):467-472.
213. Gudipaneni Rk, Patil Sr, Assiry Aa, Karobari M1, Bandela V, Metta Kk, Et Al. Association Of Oral Hygiene Practices With The Outcome Of Untreated Dental Caries And Its Clinical Consequences İn Pre- And Primary School Children: A Cross-Sectional Study İn A Northern Province Of Saudi Arabia. *Clin Exp Dent Res.* 2021 Dec 1;7(6):968–77.
214. Gandeeban K, Ramakrishnan M, Halawany HS, Abraham NB, Jacob V, Anil S. The Role of Feeding Practices as a Determinant of the pufa Index in Children with Early Childhood Caries. *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):464-471. doi: 10.17796/1053-4628-40.6.464.
215. Kamran R, Farooq W, Faisal Mr, Jahangir F. Clinical Consequences Of Untreated Dental Caries Assessed Using Pufa Index And Its Covariates İn Children Residing İn Orphanages Of Pakistan. *Bmc Oral Health.* 2017 Jul 11;17(1).
216. Saraç F, Derelioğlu Sş, Şengül F, Laloğlu F, Ceviz N. The Evaluation Of Oral Health Condition And Oral And Dental Care İn Children With Congenital Heart Disease. *J Clin Med.* 2023 Jun 1;12(11).
217. Ramadhani A, Khairinisa S, Setiawati F, Darwita Rr, Maharani Da. The Relationships Among Oral Health Practices, Early Childhood Caries, And Oral Health-Related Quality Of Life İn Indonesian Preschool Children. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2021 Mar;11(2):158–65.

218. Kamran R, Farooq W, Faisal Mr, Jahangir F. Clinical Consequences Of Untreated Dental Caries Assessed Using Pufa Index And Its Covariates In Children Residing In Orphanages Of Pakistan. *Bmc Oral Health*. 2017 Jul 11;17(1).
219. Joseph R, Issac Js, Girija P, Shirli Ad. Early Childhood Caries As Influenced By Maternal And Child Characteristics In The Age-Group Of 24–71 Months Using Pufa/Pufa Index. *World Journal Of Dentistry*. 2024 Jun 1;15(6):514–9.
220. Chaffee Bw, Feldens Ca, Rodrigues Ph, Vítolo Mr. Feeding Practices In Infancy Associated With Caries Incidence In Early Childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 Aug 1;43(4):338–48.
221. Quadri Mfa, Shubayr Ma, Hattan Ah, Wafi Sa, Jafer Ah. Oral Hygiene Practices Among Saudi Arabian Children And Its Relation To Their Dental Caries Status. *Int J Dent*. 2018;2018.
222. Agnafors S, Bladh M, Svedin Cg, Sydsjö G. Mental Health In Young Mothers, Single Mothers And Their Children. *Bmc Psychiatry*. 2019 Apr 11;19(1).
223. Myrskylä M, Barclay K, Goisis A. Vorteile Später Mutterschaft. Vol. 50, *Gynakologe*. Springer Verlag; 2017. P. 767–72.
224. Kenny Lc, Lavender T, Mcnamee R, O’neill Sm, Mills T, Khashan As. Advanced Maternal Age And Adverse Pregnancy Outcome: Evidence From A Large Contemporary Cohort. *Plos One*. 2013 Feb 20;8(2).
225. Julihn A, Soares Fc, Hjern A, Dahllöf G. Socioeconomic Determinants, Maternal Health, And Caries In Young Children. *Jdr Clin Trans Res*. 2018 Oct 1;3(4):395–404.
226. Kara M, Çağlayan Ek, Karaçavuş S, Erdoğan Y. Yozgat İlinde Yaşayan Gebelerin Sosyoekonomik Ve Demografik Faktörler Açısından Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2012 Jun 21;34(2):158–63.
227. Julihn A, Soares Fc, Hammarfjord U, Hjern A, Dahllöf G. Birth Order Is Associated With Caries Development In Young Children: A Register-Based Cohort Study. *Bmc Public Health*. 2020 Feb 12;20(1).
228. Marjoribanks, K. (2001). Sibling dilution hypothesis: a regression surface analysis. *Psychological Reports*, 89(1), 33-40.
229. Wellappuli N, Amarasena N. Influence Of Family Structure On Dental Caries Experience Of Preschool Children In Sri Lanka. *Caries Res*. 2012 Jun;46(3):208–12.
230. Wojtyła C, Wojtyła-Buciora P. Cigarette Smoking Among Pregnant Women In Poland. *Journal Of Health Inequalities*. 2017;1:47–50.
231. Wigen T1, Espelid I, Skaare Ab, Wang Nj. Family Characteristics And Caries Experience In Preschool Children. A Longitudinal Study From Pregnancy To 5 Years Of Age. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Aug;39(4):311–7.

232. Oyedele Ta, Fadeju Ad, Adeyemo Y1, Nzomiwu Cl, Ladeji Am. Impact Of Oral Hygiene And Socio-Demographic Factors On Dental Caries In A Suburban Population In Nigeria. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2018 Jun 1;19(3):155–61.
233. Folayan Mo, Kolawole Ka, Oziegbe Eo, Oyedele Ta, Agbaje Ho, Onjejaka Nk, Et Al. Association Between Family Structure And Oral Health Of Children With Mixed Dentition In Suburban Nigeria. *Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry*. 2017 Apr 1;35(2):134–42.
234. Merglova V, Koberova-Ivancakova R, Broukal Z, Dort J. The Presence Of Cariogenic And Periodontal Pathogens In The Oral Cavity Of One-Year-Old Infants Delivered Pre-Term With Very Low Birthweights: A Case Control Study. *Bmc Oral Health*. 2014 Sep 1;14(1).
235. Brandquist E, Dahllöf G, Hjern A, Julihn A. Caesarean Section Does Not Increase The Risk Of Caries In Swedish Children. *Jdr Clin Trans Res*. 2017 Oct 1;2(4):386–96.
236. Li Y, Caufield Pw, Dasanayake Ap, Wiener Hw, Vermund Sh. Mode Of Delivery And Other Maternal Factors Influence The Acquisition Of *Streptococcus Mutans* In Infants. *J Dent Res*. 2005 Sep;84(9):806–11.
237. Kasap E, Aksu Ee, Sahin N, Güçlü S, Gur Eb. Does Delivery Method Have Any Effect On Sexual Function? *The Journal Of Tepecik Education And Research Hospital*. 2016;
238. Sönmez Ci, Sivaslıoğlu Aa. Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi Ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019 Oct 23;11(3):369–76.
239. Chong Esy, Mongelli M. Attitudes Of Singapore Women Toward Cesarean And Vaginal Deliveries. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*. 2003 Feb 1;80(2):189–94.
240. Keskinsoy, B. P. Maternal D Vitamin Düzeyinin Trimesterler Arası Değişimi, D Vitamini Eksikliğinde Görülen Obstetrik Ve Neonatal Sonuçlar.
241. Akbulut, H. (2016). D Vitamininin Yenidoğan Hiperbilirubinemisi Üzerine Etkisi.
242. Malhotra M, Sharma Jb, Batra S, Sharma S, Murthy Ns, Arora R. Maternal And Perinatal Outcome In Varying Degrees Of Anemia. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*. 2002 Nov 1;79(2):93–100.
243. Çim N, Tolunay He, Karaman E, Güneş Elçi G, Aksin Ş, Boza B, Et Al. The Effect Of Epilepsy On Pregnancy Outcomes. *Van Medical Journal*. 2018;25(2):180–7.
244. Çağlayan, E. K., Kara, M., Karaçavuş, S., Erdoğan, Y., & Üstün, Y. E. (2014). Orta Anadolu'da Yaşayan Gebelerdeki Demir-Vitamin Kullanımı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Journal Of Turkish Society Of Obstetrics&Gynecology*, 11(2).
245. Sun Ig, Duangthip D, Kwok Chk, Chu Ch, Crystal Yo, Schroth Rj, Et Al. A Scoping Review On The Association Of Early Childhood Caries And Maternal Gender Inequality. *Bmc Oral Health*. 2023 Dec 1;23(1).

246. Al-Meedani La, Al-Dlaigan Yh. Prevalence Of Dental Caries And Associated Social Risk Factors Among Preschool Children İn Riyadh, Saudi Arabia. *Pak J Med Sci.* 2016;32(2):452–6.
247. Franzman Mr, Levy Sm, Warren Jj, Broffitt B. Tooth-Brushing And Dentifrice Use Among Children Ages 6 To 60 Months. *Pediatr Dent.* 2004 Jan-Feb;26(1):87-92. Pmid: 15080365.
248. Yiğit T, Küçükeşmen Ç. Ebeveynlerin Sosyo-Ekonomik Durumunun Ve Oral Hijyen Alışkanlıklarının Erken Çocukluk Çağı Çürüklerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi.* 2021 Jan 12;1–1.
249. De Souza Pmdes, Proença Mam, Franco Mm, Rodrigues Vp, Costa Jf, Costa El. Association Between Early Childhood Caries And Maternal Caries Status: A Cross-Section Study İn São Luís, Maranhão, Brazil. *Eur J Dent.* 2015 Jan-Mar;9(1):122-126. Doi: 10.4103/1305-7456.149659. Pmid: 25713495; Pmcid: Pmc4319288.
250. Du M, Guo L, Holt R, Champion J, Bedi R. Caries Patterns And Their Relationship To Infant Feeding And Socio-Economic Status İn 2-4-Year- Old Chinese Children. *Int Dent J.* 2000;50(5):385–9.
251. Taş U, Osmangazi E, Füsün Ü, Eskişehir Y, Üniversitesi O, Ve İ, Et Al. Türkiye’de Eğitimin Kalkınma Üzerindeki Rolü Ve Eğitim Yatırımlarının Geri Dönüş Oranı 1. Vol. 9, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.
252. Aktaş Özkafacı, A. (2012). Annenin Çocuk Yetiştirme Tutumu İle Çocuğun Sosyal Beceri Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's Thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
253. Akoğlu, G., Şahin, H., & Çakmak, A. (2018, October). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerin Aile Yaşam Kalitesi Ve Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. In *International Congress On Political, Economic And Social Studies* (Pp. 112-125).
254. Doğan Ge, Saatçi F, Keleş M. Periton Diyalizi Hastalarında Eğitim Seviyesinin Oral Ve Dental Sağlık Üzerine Etkileri Effect Of Educational Level On Oral And Dental Health İn Peritoneal Dialysis Patients. Vol. 15, *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal.* 2014.
255. Aydın N, İrgil E, Akiş N, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Vol. 30, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004.
256. Karabulut B, Sengez G, Dörter C. Relation Between Dental Health And Socio-Economic Status İn Elderly People. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences.* 2019;4(2):162–9.

257. Karaoğlanoğlu S, Aydın N, Oktay Ea, Yeşil Duymuş Z, Şahin A, Toksoy Topçu F. The Evaluation Of The Effect Of Tooth Brushing And Smoking Habits On Dmft Ratio With Respect To Demographic Data. *Türkiye Klinikleri Journal Of Dental Sciences*. 2018;24(2):84–92.
258. Karabekiroğlu S, Öncü E, Kaplanoğlu K, Ünlü N. Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi Ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi.
259. Eren Halıcı S, Yılmaz F, Cartı Dörterler Ö. Evaluation Of Oral Hygiene Habits And Oral And Dental Health Knowledge Levels Of Adults İn Mugla Province. *Journal Of Ege University School Of Dentistry*. 2023;44(1):51–9.
260. Yalnız Am, Gönder Hy. Yetişkin Popülasyonda Ağız Gargaralarının Kullanım Sıklığı. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2021 Sep 22;11(3):546–53.
261. İnan Age, Üniversitesi H, Fakültesi Sb, İnan E, Keçeli Ti, Gökmen Özel H, Et Al. Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniğine Başvuran 6-12 Yaşlarındaki Bir Grup Sağlıklı Çocukta Beslenme Durumu Ve Diş Çürüğü İlişkisi.
262. Tümer M, Müdür Leöae. Lisansüstü Eğitim, Öğretim Ve Araştırma Enstitüsü Onayı.
263. Gümüş D, Kizil M, Dikmen D, Fatih Uyar M. Gelir Düzeyinin İlköğretim Öğrencilerinin Besin Tercihlerine Etkisinin Değerlendirilmesi. 2015.
264. Uzdil, Z., Özenoğlu, A., & Ünal, G. (2017). Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik Ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 11-18.
265. Kemaloğlu, H., Yıldırım, G., Kaya, A., & Önal, B. (2014). İzmir İlinin Seferihisar İlçesindeki 8-12 Ve 13-16 Yaşlarındaki Çocuklarda Çürük Dağılımının Değerlendirilmesi, Bölüm: 1. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 24(3), 353-359.
266. Nur A, Mut U, Öcek Za, Yücel U, Çiçeklioğlu M, Eden E, Et Al. İzmir-Bornova’da Gebelerin Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Gereksinimi Ve Bu Hizmetlerden Yararlanma Düzeyinin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisi* The Dental Service Needs Of Pregnant Women Living In Izmir-Bornova And Socioeconomic Variables Related To The Utilization Of These Services. 2014.
267. Beşiroğlu E, Lütfioğlu M. Periodontal Status And Dental Fear: A Sectional Investigation Of The Effect Of Sociodemographic Status And Age Of First Dental Visit. *Journal Of Ege University School Of Dentistry*. 2023;44(1):9–16.
268. Özcan, D. E., Evcil, S., Hacer Turgut, D., & Yıldız, M. (2005). Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastalarda Kliniğe Başvurma Nedeni İle Eğitim Durumu, Yerleşim Yeri İle Diş Fırçalama Alışkanlığı Arasındaki İlişkinin. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2005(3), 15-19.

269. Olofsson H, Ulander El, Gustafson Y, Hörnsten C. Association Between Socioeconomic And Health Factors And Edentulism In People Aged 65 And Older – A Population-Based Survey. *Scand J Public Health*. 2018 Nov 1;46(7):690–8.
270. Karabekiroğlu S, Öncü E, Kaplanoğlu K, Ünlü N. Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi Ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi.
271. Marakoğlu, K., & Sezer, R. E. (2003). Sivas’ Ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.
272. Günaydın S, Dişsiz M, Yıldırım D. Gebelikte Sigara Kullanımının Yenidoğan Sağlığı Ve Plasenta Ağırlığı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*. 2018 Feb 4;
273. Habibian M, Beighton D, Stevenson R, Lawson M, Roberts G. Relationships Between Dietary Behaviours, Oral Hygiene And Mutans Streptococci In Dental Plaque Of A Group Of Infants In Southern England. Vol. 47, *Archives Of Oral Biology*. 2002.
274. Law V, Seow Wk. A Longitudinal Controlled Study Of Factors Associated With Mutans Streptococci Infection And Caries Lesion Initiation In Children 21 To 72 Months Old.
275. Işıl Yıldırım D, Ç Türksel Dülgergil D. Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi.
276. Güler E, Köprülü H. Preventive Measures To Reduce The Transfer Of Streptococcus Mutans From Pregnant Women To Their Babies. *J Dent Sci*. 2011;6(1):14–8.
277. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, García-Godoy F, Strohmenger L. Caries Prevention During Pregnancy: Results Of A 30-Month Study. *Journal Of The American Dental Association*. 1998;129(7):871–7.
278. Palj S[, Tudor V, Ivankovi} L, Plan~Ak D. Oral Health-Related Risk Behaviours And Attitudes Among Croatian Adolescents-Multiple Logistic Regression Analysis. Vol. 38, *Coll. Antropol*. 2014.
279. Karabekiroğlu S, Öncü E, Kaplanoğlu K, Ünlü N. Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi Ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi.
280. Dumitrescu Al, Toma C, Lascu V, Lascu B. The İnterplay Of Attention And Self-Monitoring With Self-Reporting Oral Health. *Rom J Intern Med*. 2011;49(2):129–36.
281. Tang Rs, Huang S Te, Chen H Sen, Hsiao Sy, Hu Hy, Chuang Fh. The Association Between Oral Hygiene Behavior And Knowledge Of Caregivers Of Children With Severe Early Childhood Caries. *J Dent Sci*. 2014;9(3):277–82.
282. Misra S, Tahmassebi Jf, Brosnan M. Early Childhood Caries--A Review. *Dent Update*. 2007 Nov;34(9):556-8, 561-2, 564. Doi: 10.12968/Denu.2007.34.9.556. Pmid: 18087926.

283. Kuter B, Uzel İ. The Influence Of Maternal Factors On Children's Oral Health: Mothers' Age, Education Level, Toothbrushing Habit And Socioeconomic Status. *The Journal Of Pediatric Research*. 2020 Jul 8;7(4):331–5.
284. Köhler B, Bratthall D. Intrafamilial Levels Of Streptococcus Mutans And Some Aspects Of The Bacterial Transmission. *Scand J Dent Res*. 1978 Jan;86(1):35-42. Doi: 10.1111/J.1600-0722.1978.Tb00605.X. Pmid: 273301.
285. Caufield Pw, Cutter' Gr, Dasanayake' Ap. Initial Acquisition Of Mutans Streptococci By Infants: Evidence For A Discrete Window Of Infectivity. Vol. 72, *J Dent Res*. 1993.
286. Houte J Van, Yanover L, Brecher S. Relationship Of Levels Of The Bacterium Streptococcus Mutans In Saliva Children And Their Parents Of. Vol. 26, *Archs Oral Biol*. 1981.
287. Yılmaz, H. G. (2011). Mekanik Plak Kontrol Yöntemleri. *Ado Klinik Bilimler Dergisi*, 5(1), 791-797.
288. Hujoel Pp, Cunha-Cruz J, Banting Dw, Loesche Wj. Dental Flossing And Interproximal Caries: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2006 Apr;85(4):298-305. Doi: 10.1177/154405910608500404. Pmid: 16567548.
289. Sobiech P, Olczak-Kowalczyk D, Spodzieja K, Gozdowski D. The Association Of Maternal Smoking And Other Sociobehavioral Factors With Dental Caries In Toddlers: A Cross-Sectional Study. *Front Pediatr*. 2023 Apr 11;11.
290. Tanaka K, Miyake Y. Low Birth Weight, Preterm Birth Or Small-For-Gestational-Age Are Not Associated With Dental Caries In Young Japanese Children [Internet]. 2014. Available From: [Http://Www.Biomedcentral.Com/1472-6831/14/38](http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/38)
291. Kellesarian Sv, Malignaggi Vr, De Freitas Pc, Ahmed Hb, Javed F. Association Between Prenatal Maternal Cigarette Smoking And Early Childhood Caries. A Systematic Review. Vol. 9, *Journal Of Clinical And Experimental Dentistry*. *Medicina Oral S.L.*; 2017. P. E1141–6.
292. González-Valero L, Montiel-Company Jm, Bellot-Arcís C, Almerich-Torres T, Iranzo-Cortés Je, Almerich-Silla Jm. Association Between Passive Tobacco Exposure And Caries In Children And Adolescents. A Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos One*. 2018 Aug 1;13(8).
293. Julihn A, Soares Fc, Hammarfjord U, Hjern A, Dahllöf G. Birth Order Is Associated With Caries Development In Young Children: A Register-Based Cohort Study. *Bmc Public Health*. 2020 Feb 12;20(1).
294. Hanioka T, Nakamura E, Ojima M, Tanaka K, Aoyama H. Dental Caries In 3-Year-Old Children And Smoking Status Of Parents. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008 Nov;22(6):546–50.

295. Leroy R, Hoppenbrouwers K, Jara A, Declerck D. Parental Smoking Behavior And Caries Experience In Preschool Children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Jun;36(3):249–57.
296. Kalhan Ta, Un Lam C, Karunakaran B, Chay Pl, Chng Ck, Nair R, Et Al. Caries Risk Prediction Models In A Medical Health Care Setting. *J Dent Res.* 2020 Jul 1;99(7):787–96.
297. Julihn A, Ekblom A, Modéer T. Maternal Overweight And Smoking: Prenatal Risk Factors For Caries Development In Offspring During The Teenage Period. *Eur J Epidemiol.* 2009 Dec;24(12):753–62.
298. Akinkugbe Aa. Does The Trimester Of Smoking Matter In The Association Between Prenatal Smoking And The Risk Of Early Childhood Caries? *Caries Res.* 2021 Apr 1;55(2):114–21.
299. Blomma C, Aronsson K, Bågesund M, Risberg Mb, Gerdin Ew, Davidson T. Evaluation Of An Early Childhood Caries Preventive Programme Starting During Pregnancy—Results After 3 And 6 Years. *Int J Paediatr Dent.* 2024 Nov 1;
300. Vargas-Ferreira F, Salas Mms, Nascimento Gg, Tarquinio Sbc, Faggion Cm, Peres Ma, Et Al. Association Between Developmental Defects Of Enamel And Dental Caries: A Systematic Review And Meta-Analysis. Vol. 43, *Journal Of Dentistry.* Elsevier Ltd; 2015. P. 619–28.
301. Schroth Rj, Lavelle C, Tate R, Bruce S, Billings Rj, Moffatt Mek. Prenatal Vitamin D And Dental Caries In Infants. *Pediatrics.* 2014;133(5).
302. Kalra G, Kumar Y, Langpoklakpam C, Chawla T, Thangaraju T, Singhanian R. Relationship Between Maternal Prenatal Vitamin D Status And Early Childhood Caries In Their Children: A Cross-Sectional Survey. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2024 Aug 1;17(8):860–3.
303. Beckett Dm, Broadbent Jm, Loch C, Mahoney Ek, Drummond Bk, Wheeler Bj. Dental Consequences Of Vitamin D Deficiency During Pregnancy And Early Infancy—An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 1;19(4).
304. Dudding T, Thomas Sj, Duncan K, Lawlor Da, Timpson Nj. Re-Examining The Association Between Vitamin D And Childhood Caries. *Plos One.* 2015 Dec 1;10(12).
305. Herzog K, Scott Jm, Hujoel P, Seminario Al. Association Of Vitamin D And Dental Caries In Children Findings From The National Health And Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Journal Of The American Dental Association.* 2016 Jun 1;147(6):413–20.
306. Kani Kv, Bebeklerde A. T.C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

307. Easwaran Hn, Annadurai A, Muthu Ms, Sharma A, Patil Ss, Jayakumar P, Et Al. Early Childhood Caries And Iron Deficiency Anaemia: A Systematic Review And Meta-Analysis. Vol. 56, Caries Research. S. Karger Ag; 2022. P. 36–46.
308. Ji S, Guan X, Ma L, Huang P, Lin H, Han R. Iron Deficiency Anemia Associated Factors And Early Childhood Caries İn Qingdao. *Bmc Oral Health*. 2022 Dec 1;22(1).
309. Lu J, Ji S, Ma L, Wang Y, Wang Y, Yue J, Et Al. Iron Level İn Pregnant Rats İs Associated With Caries Susceptibility İn Offsprings. *Biol Trace Elem Res*. 2024;
310. Costa Em, Azevedo Jap, Martins Rfm, Alves Cmc, Ribeiro Ccc, Thomaz Ebaf. Anemia And Dental Caries İn Pregnant Women: A Prospective Cohort Study. *Biol Trace Elem Res*. 2017 Jun 1;177(2):241–50.
311. İrge, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., & Dursun, S. (2005). Gebelikte beslenme değerlendirilmesi.
312. Erata, Y. E., & Güçlü, S. (2003). Gebelikte Vitamin Desteği. *Perinatoloji Dergisi*, 11(1-2), 13-19.
313. Lin Hk, Fang Ce, Huang Ms, Cheng Hc, Huang Tw, Chang Ht, Et Al. Effect Of Maternal Use Of Chewing Gums Containing Xylitol On Transmission Of Mutans Streptococci İn Children: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Int J Paediatr Dent*. 2016 Jan 1;26(1):35–44.
314. Fontana M, Catt D, Eckert Gj, Ofner S, Toro M, Gregory Rl, Et Al. Xylitol: Effects On The Acquisition Of Cariogenic Species İn Infants. Vol. 31, *Pediatr Dent*. 2009.
315. Thorild I, Lindau B, Twetman S. Caries İn 4-Year-Old Children After Maternal Chewing Of Gums Containing Combinations Of Xylitol, Sorbitol, Chlorhexidine And Fluoride. *European Archives Of Paediatric Dentistry*. 2006.
316. Smith Re, Badner Vm, Morse De, Freeman K. Maternal Risk İndicators For Childhood Caries İn An İnner City Population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Jun;30(3):176–81.
317. Seow Wk, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study Of Early Childhood Caries İn Australia. *Caries Res*. 2009 Mar;43(1):25–35.
318. Mattila Ml, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries İn Five-Year-Old Children And Associations With Family-Related Factors. *J Dent Res*. 2000;79(3):875–81.
319. Maciel Sm, Marcenes W, Watt Rg, Sheiham A. The Relationship Between Sweetness Preference And Dental Caries İn Mother/Child Pairs From Maringá-Pr, Brazil. *Int Dent J*. 2001;51(2):83–8.
320. Özer, S., & Tunç, E. Ş. (2009). Erken Çocukluk Çağı Çürükleri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2009(2), 115-123.

321. Leong Pm, Gussy Mg, Barrow Syl, De Silva-Sanigorski A, Waters E. A Systematic Review Of Risk Factors During First Year Of Life For Early Childhood Caries. Vol. 23, *International Journal Of Paediatric Dentistry*. 2013. P. 235–50.
322. Cogulu D, Ersin Nk, Uzel A, Eronat N, Aksit S. A Long-Term Effect Of Caries-Related Factors İn Initially Caries-Free Children. *Int J Paediatr Dent*. 2008 Sep;18(5):361–7.
323. Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K, Tenovuo J. Influence Of Maternal Xylitol Consumption On Acquisition Of Mutans Streptococci By Infants. *J Dent Res*. 2000;79(3):882–7.
324. Köhler B, Bratthall D, Krasse B. Preventive Measures İn Mothers İnfluence The Establishment Of The Bacterium Streptococcus Mutans İn Their Infants. *Arch Oral Biol*. 1983;28(3):225-31. Doi: 10.1016/0003-9969(83)90151-6. Pmid: 6574733.
325. Köhler B, Bratthall D, Krasse B. Preventive Measures İn Mothers İnfluence The Establishment Of The Bacterium Streptococcus Mutans İn Their Infants. *Arch Oral Biol*. 1983;28(3):225-31. Doi: 10.1016/0003-9969(83)90151-6. Pmid: 6574733.
326. Milgrom P, Riedy Ca, Weinstein P, Tanner Acr, Manibusan L, Brass J. Dental Caries And Its Relationship To Bacterial İnfection, Hypoplasia, Diet, And Oral Hygiene İn 6- To 36-Month-Old Children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(4):295–306.
327. Wakaguri S, Aida J, Osaka K, Morita M, Ando Y. Association Between Caregiver Behaviours To Prevent Vertical Transmission And Dental Caries İn Their 3-Year-Old Children. *Caries Res*. 2011 Jul;45(3):281–6.
328. Alanzi A, Husain F, Husain H, Hanif A, Baskaradoss J. Does The Severity Of Untreated Dental Caries Of Preschool Children İnfluence The Oral Health-Related Quality Of Life? *Bmc Oral Health*. 2023 Dec 1;23(1).
329. Ozsin Ozler C, Uzamis Tekcicek M, Ozdemir P, Guciz Dogan B. Pufa Index And Related Factors Among 36- To 71-Month-Old Children İn Turkey: A Cross-Sectional Study. *Oral Health Prev Dent [Internet]*. 2018;16(5):467–72. Available From: <Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/30460360>
330. Khairinisa S, Setiawati F, Maharani Da, Darwita Rr. Validity Of Mother-Child Self-Perceived Oral Health For The Assessment Of 5 Years Old Children’s Oral Health İn Indonesia. *Bmc Oral Health*. 2023 Dec 1;23(1).
331. Pasha L, Farid H, Hassan F, Pasha Y. Influence Of Parental Socio Economic Status On Caries Prevalence Among Children Using Pufa Index. Vol. 38, *Pakistan Oral & Dental Journal*.
332. Sufia S, Chaudhry S, Syed A. Dental Caries Experience İn Preschool Children: Is It Related To A Child’s Place Of Residence And Family Income? [Internet]. Available From: <Https://Www.Researchgate.Net/Publication/221741689>

333. Ellakany P, Madi M, Fouda Sm, Ibrahim M, Alhumaid J. The Effect Of Parental Education And Socioeconomic Status On Dental Caries Among Saudi Children. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(22).
334. Khairinisa S, Setiawati F, Maharani Da, Darwita Rr. Validity Of Mother-Child Self-Perceived Oral Health For The Assessment Of 5 Years Old Children's Oral Health In Indonesia. *Bmc Oral Health*. 2023 Dec 1;23(1).
335. Gören Bd, Derelioğlu Sş, Yılmaz S. Assessing The Clinical Consequences Of Untreated Caries In 8- To 10-Year-Old Children With Pufa Index. *J Adv Oral Res*. 2022 May 1;13(1):105–12.
336. Karmawati, I. A., Padjeri, I., Budiarti, R., & Lestari, S. Y. The Effectiveness Of Salt Solution Gargle To Reduce Pain Through Monitoring The Pufa Index At Dr. Dradjat Prawiranegara Serang, Banten In 2018.
337. Koçak N. Mersin Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastaların Çürük Deneyimleri İle Şekerli Besinlerin Tüketimi Ve Oral Hijyen Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019 Aug 30;12(2):160–9.
338. Kara, M., Gürbüz, E., Mete, A., Şahin, T., Çelik, Ç., & Yamanel, K. (2009). Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlığı Ve Ağız-Diş Sağlığı İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2009(3), 161-167.
339. Sharna N, Ramakrishnan M, Samuel V, Ravikumar D, Cheenglembi K, Anil S. Association Between Early Childhood Caries And Quality Of Life: Early Childhood Oral Health Impact Scale And Pufa Index. *Dent J (Basel)*. 2019 Sep 25;7(4).
340. Tankkunnasombut S, Youcharoen K, Wisuttisak W, Vichayanrat S, Tiranathanagul S. Early Colonization Of Mutans Streptococci In 2- To 36-Month-Old Thai Children. *Pediatr Dent*. 2009 Jan-Feb;31(1):47-51. Pmid: 19320259.
341. Cartı Dörterler O, Demirbaş A. Caries Risk Determination Of 5-8 Year Old Children And Their Mothers In Muğla Province. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2023 Dec 19;10(3):191–7.
342. Nobahar, S., Simaei, L., Heshmati, S., & Eskandari, S. (2021). Correlation Between Pufa/Pufa, Dmft/Dmft Indexes And Socioeconomic Status Indicators Of Kermanshah's Schoolchildren Aged 8-10 In 2018. *Iranian Journal Of Pediatric Dentistry*, 16(2), 81-97.

EKLER

Ek-1

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Değerlendirme Sonuç Formu

Araştırma Başlığı:	Uşak İlinde 3-5 Yaş Arası Çocuklarda Erken Çocukluk Çağı Çürüğünün Maternal Faktörlerle İlişkisinin İncelenmesi
Sorumlu Araştırmacı:	Dr. Öğr. Üyesi Merve ALKIŞ
Toplantı Tarihi:	15.03.2024
Karar No:	338-338-16
Alınan Karar:	<input type="checkbox"/> Revizyon <input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Yeniden Başvuru
Sayın: Dr. Öğr. Üyesi Merve ALKIŞ, Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyasındaki ilgili belgeler incelenmiş olup araştırmanız kurulumuzca onaylanmıştır.	

Ek-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: Uşak ilinde 3-5 yaş arası çocuklarda erken çocukluk çağı çürüğünü maternal faktörlerle ilişkisinin incelenmesi. Bu araştırma Dr. Öğr. Üy. Merve ALKIŞ tarafından yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Araştırmanın Amacı Nedir? Araştırmanın amacı erken çocukluk çağı çürüğü ile anne ile ilgili faktörlerin ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen, size verilen anketi doldurup sizin ve çocuğunuzun ağız içi muayenesini yapmamıza izin vermenizdir. Bu araştırmaya katılım ortalama olarak 15-20 dakika sürmektedir.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız? Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük temelinde olmalıdır. Sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Sağladığımız veriler gönüllü katılım formlarında toplanan kimlik bilgileri ile eşleştirilmeyecektir.

Katılımla ilgili bilmeniz gerekenler: Araştırmamızda sağlıkla alakalı bir risk bulunmamaktadır. Araştırmamızda amaç anne ile ilgili faktörlerin çocuğun ağız sağlığı ile ilişkisini tespit etmektir ; katılımınız bu amacımıza destek olacaktır. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda araştırmayı yapan kişiye, araştırmadan çıkmak istediğinizi belirtmeniz yeterli olacaktır. Araştırma sonunda, bu araştırmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Araştırmada sizden herhangi ücret talep edilemeyecek ayrıca katılımınız nedeniyle size herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Katılıma rıza/onay/onamı: Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut durumumun ve/veya mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

Evet

Hayır

Gönüllünün (Kendi el yazısı)

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

e-mail:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin (Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

e-mail:

Açıklamaları Yapan Araştırıcının/ Gönüllü ile görüşen araştırıcının:

Adı Soyadı, Ünvan:

Tel:

İmza:

Tarih:

e-mail:

Ek-3 ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇÜRÜĞÜNÜN MATERNAL FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENME ANKETİ

ÇOCUK

DOĞUM TARİHİ:/...../.....

CİNSİYET: KIZ: ERKEK:

GEÇİRDİĞİ VEYA HALEN VAR OLAN HASTALIKLARI:

.....
.....

DOĞUM ZAMANI: 37 HAFTADAN DAHA ERKEN: 37 HAFTALIK VEYA DAHA GEÇ:

DOĞUM KİLOSU: 2500 GRAMDAN DAHA AZ: 2500 GRAM VEYA DAHA FAZLA:

DİŞLERİN İLK FIRÇALANMA ZAMANI: HİÇ:
0-1 YAŞ:
1-2 YAŞ:
2-3 YAŞ:
3-5 YAŞ:

DİŞ FIRÇALAMA SIKLIĞI: HİÇ:
GÜNDE 2-3 KEZ:
GÜNDE 1 KEZ:
HAFTA BİR YA DA DAHA FAZLA:

FIRÇALAMA ŞEKLİ: HİÇ:
ÇOCUK TEK BAŞINA:
ANNE TEK BAŞINA:
ANNE ÇOCUK BİRLİKTE:

FLORÜRLÜ DİŞ MACUNU KULLANIMI: VAR:
YOK:
BİLİNMEYOR / ÖNEMSENMEYOR:

ANNE SÜTÜ İLE BESLENME YAŞ ARALIĞI: YOK:

6 AYA KADAR:

1 YAŞINA KADAR:

2 YAŞINA KADAR:

3 YAŞINA KADAR:

DAHA FAZLA:

EMZİK VE VEYA BİBERON KULLANMA YAŞ ARALIĞI: 1 YAŞINA KADAR:

2 YAŞINA KADAR:

3 YAŞINA KADAR:

DAHA FAZLA:

EMZİK VE VEYA BİBERONU TATLANDIRMA ALIŞKANLIĞI: VAR:

VARSA NE İLE

YOK:

GECE BESLENMESİ: VAR:

YOK:

GECE BESLENMESİ VARSA : ANNE SÜTÜ:

MAMA:

İNEK SÜTÜ:

TATLANDIRILMIŞ(BAL, PEKMEZ VS) İNEK SÜTÜ:

DİĞER:

GECE BESLENMESİ: 1 YAŞINA KADAR:

2 YAŞINA KADAR:

3 YAŞINA KADAR:

DAHA FAZLA:

ÖĞÜN ARALARINDA ŞEKER TÜKETİM SIKLIĞI: YOK:

GÜNDE 1:

GÜNDE 2:

GÜNDE 3:

GÜNDE 3 TEN FAZLA:

ANNE

ANNENİN HAMİLELİK YAŞI: 18 YAŞINDAN DAHA KÜÇÜK:

18-25 YAŞ ARASI:

25-35 YAŞ ARASI:

35 YAŞTAN DAHA FAZLA:

TOPLAM ÇOCUK SAYISI: 1: 2: 3: 4 VEYA DAHA FAZLA:

ANKETTEKİ ÇOCUĞU KAÇINCI ÇOCUĞU:

DOĞUM ŞEKLİ: NORMAL: SEZARYEN:

EĞİTİM SEVİYESİ: İLKOKUL:

ORTAOKUL:

LİSE:

ÜNİVERSİTE VE/VEYA DAHA FAZLASI :

MESLEĞİ: EV HANIMI:

İŞÇİ:

SAĞLIK ÇALIŞANI:

MEMUR:

SERBEST MESLEK:

DİĞER : BELİRTİNİZ

GELİR SEVİYESİ: 17.000 TL VE ALTI:

17000 – 50000 TL:

50000 TL VE ÜSTÜ:

BELİRTMEK İSTEMİYORUM:

DİŞ HEKİMİ ZİYARET SIKLIĞI: ALTI AYDA BİR YA DA DAHA SIK:

YILDA BİR YA DA DAHA SIK:

ŞİKAYET OLUNCA(AĞRI,KOKU VS.):

HAMİLELİKTE DİŞ HEKİMİ ZİYARETİ: VAR:
VARSA SEBEBİ(AĞRI,KOKUVS.)

YOK:

DİŞ FIRÇALAMA ALIŞKANLIĞI: YOK:

GÜNDE 2-3 KEZ:

GÜNDE 1 KEZ:

HAFTADA BİR YA DA DAHA FAZLA:

FIRÇA DIŞINDA ORAL HİJYEN ÜRÜNÜ KULLANMA : GARGARA: EVET:

HAYIR:

DİŞ İPİ/ ARAYÜZ FIRÇASI: EVET:

HAYIR:

GEBELİK SIRASINDA SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

GEBELİK SONRASINDA SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

GEBELİK SIRASINDA GEÇİRİLEN HASTALIK: VAR:

VARSA BELİRTİNİZ

YOK:

GEBELİK SIRASINDA D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ YAŞANDI MI? : EVET:

HAYIR:

GEBELİK SIRASINDA DEMİR EKSİKLİĞİ YAŞANDI MI?: EVET:

HAYIR:

GEBELİK SIRASINDA YAŞANAN DİĞER VİTAMİN EKSİKLİKLERİ: VAR:

VARSA BELİRTİNİZ:.....

YOK:

GEBELİK SIRASINDA YAŞANAN MİNERAL EKSİKLİKLERİ : VAR:
(KALSİYUM, POTASYUM VS.) VARSA BELİRTİNİZ:

YOK:

GEBELİK SIRASINDA KULLANILAN İLAÇLAR: VAR:
VARSA BELİRTİNİZ:

YOK:

SAKIZ ÇIĞNEME ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

ÖĞÜN ARALARINDA ŞEKER TÜKETİM SIKLIĞI: YOK:

GÜNDE 1:

GÜNDE 2:

GÜNDE 3:

GÜNDE 3 TEN FAZLA:

ÇOCUĞUN KAŞIĞIYLA ISI VE TAT KONTROLÜNÜN AĞIZLA YAPILMASI ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

EMZİK BAŞINI AĞZIYLA TEMİZLEME-ISLATMA ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

AYNI TABAK/KUPAYLA YEME-İÇME ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

ÇOCUĞUNU DUDAKTAN/AĞIZDAN ÖPME ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

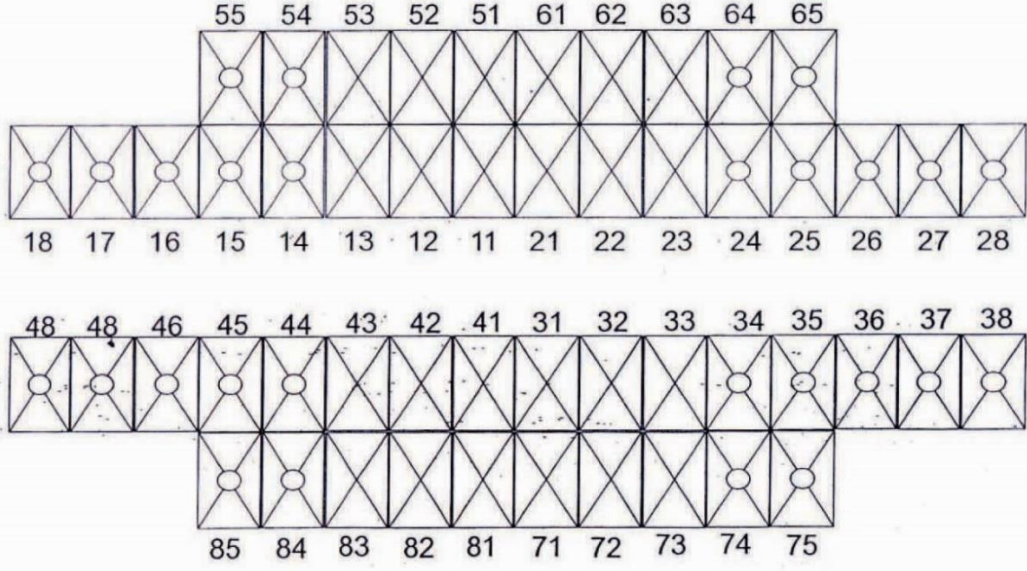
ÇOCUĞUYLA ORTAK DİŞ FIRÇASI KULLANMA ALIŞKANLIĞI: VAR:

YOK:

ÇOCUK İÇİN:

CİNSİYETİ:

DMF-S İNDEKS



DMF-T SKOR:

PUFA İNDEKS

SKOR:

BENZERLİK RAPORU

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 9	% 11	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to Gazi University Öğrenci Ödevi	% 1
5	pdffox.com İnternet Kaynağı	% 1
6	KÖKSAL, Handan. "Trakya Üniversitesi Öğretim Üyelerinin Yabancı Dil Kullanımlarının Betimlenmesi", Germanistler Derneği, 2017. Yayın	% 1
7	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
9	Submitted to Kirsehir Ahi Evran Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
10	i-rep.emu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
11	Sağlam, Esra. "ICD takılan hastalarda uyku sorunları, şok ağrısı ve şok anksiyetesinin	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Emine Gülen GÜLTEKİN

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Lisans	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	2021
Lise	Alaşehir Fen Lisesi	2016

Mesleki Denevim

Yıl	Yer	Görev
2022-2025	Uşak Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	Arş. Gör.

Yabancı Dil

İngilizce